

주의력결핍 과잉행동장애 한국형 치료 권고안(II)

- 진단 및 평가 -

천근아¹⁾ · 김지훈²⁾ · 강화연³⁾ · 김봉년⁴⁾ · 신동원⁵⁾
안동현⁶⁾ · 양수진⁷⁾ · 유한익⁸⁾ · 유희정⁹⁾ · 홍현주¹⁰⁾

관동대학교 의과대학 정신과학교실,¹⁾ 부산대학교 의학전문대학원 정신과학교실,²⁾ 마음과마음정신과의원,³⁾
서울대학교 의과대학 정신과학교실,⁴⁾ 성균관대학교 의과대학 정신과학교실,⁵⁾
한양대학교 의과대학 신경정신과학교실,⁶⁾ 전남대학병원 정신과,⁷⁾ 울산대학교 의과대학 서울아산병원 정신과학교실,⁸⁾
분당서울대학교병원 신경정신과,⁹⁾ 한림대학교 의과대학 정신과학교실¹⁰⁾

The Korean Practice Parameter for the Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder(II)

- Diagnosis and Assessment -

Keun-Ah Cheon, M.D., Ph.D.¹⁾, Ji Hoon Kim, M.D.²⁾, Hwayeon Kang³⁾, Bung-Nyun Kim, M.D., Ph.D.⁴⁾,
Dongwon Shin, M.D., Ph.D.⁵⁾, Donghyun Ahn, M.D., Ph.D.⁶⁾, Su-Jin Yang, M.D., Ph.D.⁷⁾,
Hanik K. Yoo, M.D., Ph.D.⁸⁾, Hee Jeong Yoo, M.D., Ph.D.⁹⁾ and Hyunju Hong, M.D., Ph.D.¹⁰⁾

¹⁾Department of Psychiatry, Kwandong University College of Medicine, Myong-Ji Hospital, Goyang, Korea

²⁾Department of Psychiatry, School of Medicine, Pusan National University, Busan, Korea

³⁾Maum to Maum Clinic, Seoul, Korea

⁴⁾Department of Psychiatry Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

⁵⁾Department of Psychiatry, Sungkyunkwan University, School of Medicine, Kangbuk Samsung Hospital, Seoul, Korea

⁶⁾Professor, Department of Psychiatry, Hanyang University Medical School, Seoul, Korea

⁷⁾Department of Psychiatry, Chonnam National University Hospital, Gwangju, Korea

⁸⁾Department of Psychiatry University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea

⁹⁾Department of Psychiatry, Seoul National University Bundang Hospital, Seoul, Korea

¹⁰⁾Department of psychiatry, Hallym University College of Medicine, Anyang, Korea

Probably the three most important components to a comprehensive evaluation of patients with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) are the clinical interview, the medical examination, and the completion and scoring of behavior rating scales. Teachers and other school personnel are often the first to recognize that a child or adolescent might have ADHD, and often play an important role in the help-seeking/referral process. A diagnostic evaluation for ADHD should include questions about ADHD symptoms, other problems including alcohol and drug use, family history of ADHD, prior evaluation and treatment for ADHD. Screening interview or rating scales as well as interviews should be used. When it is feasible, clinicians may wish to supplement these components of the evaluation with objective assessments of the ADHD symptoms, such as psychological tests. These tests are not essential to reaching a diagnosis, however, or to treatment planning, but they may yield further information about the presence and severity of cognitive impairments that could be associated with some cases of ADHD. Screening for intellectual ability and academic achievement skills is also important in determining the presence of comorbid developmental delay or learning disabilities. The number and type of symptoms required for a diagnosis of ADHD vary depending on the specific subtype. To receive a diagnosis of ADHD, the person must be experiencing significant distress or impairment in daily functioning, and must not meet criteria for other mental disorders which might better account for the observed symptoms such as mental

접수완료 : 2007년 3월 5일 / 심사완료 : 2007년 3월 20일

Address for correspondence : Dongwon Shin M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Kangbuk Samsung Hospital, Sungkyunkwan University, School of Medicine, Jongno-gu, Pyeongdong 108, Seoul 110-746, Korea

Tel : +82.2-2001-2213, Fax : +82.2-2001-2211, E-mail : ntour@unitel.co.kr

retardation, autism or other pervasive developmental disorders, mood disorders, anxiety disorders.

This report aims to suggest a practice guideline of assessment and diagnosis for children and adolescents with ADHD in Korea.

KEY WORDS : ADHD · Assessment · Diagnosis · Practice Parameter.

진단 및 평가

1. 선 별(screening)

어떤 정신건강 측정을 하든지 임상가는 주의력결핍 과잉 행동장애(attention-deficit hyperactivity disorder, 이하 ADHD)의 주요 증상, 즉 부주의성, 충동성, 과잉행동에 대한 질문과, 그 증상으로 인하여 장애가 일어나는지 여부를 질문함으로써 ADHD에 대한 선별을 시행하는 것이 바람직하다. 환자가 호소하는 주 증상과 상관없이 이러한 선별 질문을 행한다. 또한, 환자의 부모가 수행한 ADHD의 DSM 증상을 측정하는 척도 또는 특정 질문지들을 병원 방문 당시 초진 등록자료에 포함하는 것이 좋다. 부모가 자신의 자녀에게 장애를 일으킬만한 ADHD 증상이 있다고 보고하는 경우, 혹은 환자가 증상 척도상에서 임상적으로 의미 있는 절단 점수 이상을 나타낸다면 다음 단계인 ADHD의 전반적인 평가단계로 넘어간다.

2. 평가(evaluation)

1) ADHD 증상에 대한 면담(ADHD symptoms review)

임상가는 ADHD의 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition(DSM-IV) 진단기준의 18개 항목 하나하나에 대하여 자세한 면담을 시행해야 한다. 각각의 증상에 대하여 임상가는 증상의 존재 여부뿐만이 아니라 증상의 기간, 심각도, 빈도에 대하여 알아보아야 하고 발병 나이를 확인한다. ADHD는 부주의성을 반영하는 항목 9가지 중 최소한 6개의 증상을, 과잉행동/충동성을 반영하는 항목 9개 중 최소한 6개의 증상을 가져야 하며 특정 기간에서 수주일 또는 수개월 동안 증상의 관해(remission)되지 않은 만성적 경과(chronic course)를 갖고 어린 시절부터 증상이 시작된 경우 진단된다. 모든 증상들이 평가된 후, 아동이 가정과 학교에서 기능 저하가 있는지 여부를 판단한다. ADHD 아동 대부분이 학습 능력 저하를 나타내므로, 이 부분에 대한 구체적인 질문이 필요하며 아울러 환자의 학습 및 지적 발달 경과를 살펴보고, 학습장애(learning disorder)의 증상을 점검한다.

기능 저하가 ADHD 증상 존재와 구별이 되어야 한다. 예

를 들어 ADHD 증상이 집에서는 관찰되지 않고, 학교에서만 관찰되는 경우이라도 아동이 학교에서 다 끝내지 못한 숙제를 집에서 하는데, 시간이 무척 오래 걸린다면 기능 저하는 학교와 가정 모두에서 존재하는 것이다. 적어도 학교 또는 직장 및 가정 중 최소한 두 군데에서 기능저하가 있을 경우 DSM-IV 상의 ADHD 진단기준에 부합되는 것으로 되어 있으나, 일반적으로는 한 환경에서 심각한 기능저하가 있을 경우 임상 진단을 하고 있다.

국내에서 사용 가능한 면담 도구로서 Diagnostic Interview Schedule for Children-IV (DISC-IV)와 같은 구조화된 면담 도구(현재 국내 표준화 진행 중), Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version(K-SADS-PL)과 같은 반 구조화 면담 도구가 있다.¹⁾ K-SADS-PL 한국판이 2003년도 국내에서 표준화되어 현재 임상 및 연구용으로 널리 사용되고 있다.²⁾

2) 다른 흔한 공존 정신 장애(other common psychiatric disorder)

ADHD 증상을 검토한 후, 부모와의 면담을 통해 다른 아동기 공존 질환 여부를 판단한다. 일반적으로 ADHD와 가장 흔히 동반되는 적대적 반항장애(oppositional defiant disorder, 이하 ODD)와 품행장애(conduct disorder, 이하 CD)에 대한 정보를 모으는 것이 합리적이며 다음에는 환아가 우울증(depression), 조증(mania), 불안장애(anxiety disorder), 틱 장애(tic disorder), 물질남용장애(substance abuse) 및 정신증(psychosis)의 증상이 있는지 여부를 파악한다.^{3,4)}

3) 증상 척도(rating scales) 및 평가도구

환아의 부모가 평정한 증상 척도들을 통해 ADHD를 진단할 수 있을 뿐 아니라 증상 척도가 동 연령 및 성별에서 5 percentile 이상일 때, 심각한 주의가 필요한 아동인지 여부를 판단할 수 있다. 증상 척도들은 ADHD 행동을 평가할 뿐만 아니라 공존할 수 있는 다른 정신과적 증상과 또 다른 정신 장애 진단의 가능성을 타진하는 데 도움이 된다.

체계적인 평가를 위해서는 표준화된 설문지를 사용하는 것이 좋은 방법이다. 사용 가능한 증상 척도들은 광대역 척도와 ADHD 증상들을 평가하기 위해 특정적으로 발달된 척도

Table 1. Clinical and research scales for assessment and treatment response of ADHD

Scales	Notes
Conners Parent Rating Scale-Revised, CPRS-R	Self-report forms by parent and adolescent were developed. ⁵⁾
Conners Teacher Rating Scale-Revised, CTRS-R	Noh JS et al. developed Korean version of Conners scale. ⁶⁾
Child Behavior Checklist, CBCL ⁷⁾	Korean version of CBCL was developed by Oh KJ and Lee HR. ⁸⁾
Child Behavior Checklist- Teacher Rating Form, CBCL-TRF ⁹⁾	
Home Situations Questionnaire-Revised, HSQ-R ¹⁰⁾	HSQ-R consists of 14 items, rated 0-9.
School Situations Questionnaire-Revised, SSQ-R	
Academic Performance Rating Scale, APRS ¹¹⁾	APRS is 19-item scale, rated 1-6 and designed for assessment of academic performances and accuracies.
ADHD Rating Scale-IV for Parents and Teachers (ADHD RS-IV) ¹²⁾	ADHD RS-IV includes 18 items and Korean version was standardized by So YK et al. ¹³⁾
Inattention/Overactivity With Aggression (IOWA) Conners Teacher Rating Scale (IOWA CTRS) ¹⁴⁾	IOWA CTRS was 10-item scale for assessing inattention, hyperactivity, and oppositional defiant problems. Korean version was standardized by Shin MS et al. ¹⁵⁾
SNAP-IV ¹⁶⁾	SNAP-IV was 26-item scale.

(협대역 척도)를 사용하는 것이 유용하다.

가장 대표적인 광대역 척도는 아동행동 조사표(Child Behavior Checklist, 이하 CBCL)로서 부모용과 교사용(Teacher rating form, 이하 TRF), 청소년 자기보고형>Youth Self-Report, 이하 YSR)이 개발되어있다. 모두 한국판 번역본이 있으며 부모용 CBCL은 국내 표준화가 되어 임상 및 연구 분야에서 널리 활용되고 있으나 CBCL-TRF와 YSR은 국내 표준화가 이루어지지 않아 연구용으로만 사용되고 있다. 기타 ADHD를 평가하고 치료 반응을 관찰하기 위해 국내에서 흔히 사용되는 증상 척도들을 포함한 척도들을 Table 1에 제시하였다.

부모가 동의한다면 아이의 행동과 문제 행동들, 발달력과 사회 기능, 상황에 따른 행동의 변화, 동반 질환 또는 감별 질환의 증상들에 대하여 아이의 교사(또는 간호사 또는 다른 보호자)로부터 정보를 얻는 것은 필요하다.

만약 교사용 증상척도 결과를 얻지 못하거나 부모가 학교에 찾아가서 교사에게 부탁하는 것을 거부한다면, 학생기록 카드 또는 생활기록부와 같은 자료들을 검토하는 방법도 유용하다. 글 또는 전화로 보고된 것들도 아동의 학교생활에 대한 충분한 검토와 교사의 대처방법과 교사와 아동의 관계를 평가하기 위한 중요한 자료들이다.

증상 척도는 면담에 보조적으로 유용하지만 면담을 대신 할 수 없다. 증상 척도는 증상 하나 하나를 체계적으로 살펴 볼 수 있다는 장점이 있지만 부모 또는 교사 평정 점수는 주관적인 바, 불확실할 가능성이 있다는 단점이 있다.

4) 가족력과 가족 기능 평가

ADHD가 유전적 소인이 있으므로 환자의 가족 또는 형제 자매 들 중에 ADHD의 높은 유병률이 관찰될 가능성이 있다. ADHD 이외의 다른 정신과 장애의 가족력을 얻는 것도

환아의 공존 장애 성향을 파악하는 데 도움이 될 수 있다. 그러나 공존장애를 진단하는 데 있어 오로지 그 공존장애의 가족력 여부로만 판단해서는 안 된다.

ADHD 환자들은 구조화된 환경에서 더 잘 수행하기 때문에 비밀관적이고 혼란스러운 가족 환경 요소들이 환자의 기능을 더욱 저하시킬 수 있다. 환자가 경험한 최근 심리사회적 스트레스 이외에도, 과거의 신체적 또는 심리적 외상 (trauma)에 대한 정보를 얻는 것이 좋다.

5) 주산기 및 발달 및 의학적 정보

환아의 주산기력, 발달학적 이정표, 의학적 질환 여부, 그리고 정신과적 병력에 대한 정보를 얻는다. 심각한 주산기 합병증을 지녔던 아동은 ADHD 발병의 위험율이 높아진다. 환아에게 발달 지연 또는 언어 및 사회성 발달에 있어서 지연(delay)이 있었다면 언어 장애(language disorder), 정신 지체(mental retardation), 또는 전반적 발달 장애(pervasive developmental disorder)일 가능성을 시사한다. 발달학적 이정표에 대한 평가는 특히 학령전기 아동 평가에서 중요한데, 그것은 많은 발달 장애가 집중력 문제와 과잉행동과 연관이 있기 때문이다.

6) 소아 또는 청소년과의 직접 면담 시행

학령 전기 또는 6세에서 9세 사이의 어린 아동의 경우 면담은 부모 면담과 동시에 행해질 수 있다. 더 나이가 든 소아 및 청소년들의 경우 이들은 부모와 함께 있는 자리에서 우울 증상이나 자살 사고, 약물 및 알코올 남용 등에 대한 증상들을 밝히기 꺼려할 수 있으므로 임상가는 부모와 분리한 후 이들을 단독으로 면담하는 것이 좋다. 더 어린 아동들의 경우에서도 심각한 가족 문제가 있거나, 부모의 아동학대가 의심되는 경우 부모와 분리하여 아동 면담을 시행할 필요가 있다.

소아 또는 청소년과의 직접 면담의 1차 목적은 ADHD의 진단을 확인하거나 배제하는 것이 아니다. 어린 아동은 ADHD 증상에 대하여 인식하지 못할 수도 있고, 나이드 소아 또는 청소년들은 자신의 증상을 인식하지만 유의성을 축소할 것이다.¹⁷⁾ 소아 및 청소년과의 직접 면담을 통해 임상가는 ADHD에 부합되지 않는 증상들을 규명하거나 다른 심각한 공존장애를 발견할 수 있게 된다.

이들과의 면담 시 정신상태 검사를 통해 외모 평가, 의식상태, 기분 및 정동, 사고과정 등을 평가한다. 면담 과정 전반에 걸쳐 환자의 어휘력, 사고 과정, 사고 내용 등이 연령에 적합한지 여부를 파악한다. 기분 및 정동, 의식수준 또는 사고과정에서의 현저한 장애가 관찰된다면 ADHD가 아닌 또는 ADHD 이외의 다른 정신과적 장애가 존재할 가능성이 있다.

심각한 두부 외상(severe head injury)을 당한 아동은 ADHD의 부주의성 유형의 증상을 지닐 수 있다. 뇌병증(encephalopathy)이 있는 아동은 부주의 증상 이외에 다른 신경학적인 문제가 생길 수 있다. 과잉행동이나 안절부절 증세와 연관될 수 있는 갑상선 항진증이 있는 아동은 ADHD 증상만 보이는 경우는 드물고 갑상선 호르몬이 증가된 증상을 함께 동반하는 경우가 많다. 주산기 또는 발달 과정에서 납에 노출된 경우 ADHD를 포함하여 많은 신경인지능력 저하 소견을 보일 수 있다. 태아 알코올 증후군(fetal alcohol syndrome)이 있는 아동이나 태내에서 독성 물질에 노출되었던 아동은 ADHD의 위험도가 높다.

의학적 병력에서 이러한 요소들을 시사하는 소견이 없다면 뇌파검사, 자기공명영상법(magnetic resonance imaging, MRI), 단일광자방출 컴퓨터촬영(single photon emission computerized tomography, SPECT), 양전자 단층촬영(Positron Emission Tomography, PET)과 같은 검사들은 ADHD 평가에서 적응증이 되지 않는다.

혈중 납 농도 측정은 일상적 선별 검사로 사용되지 않는다. 갑상선 항진증과 관련된 증상이 있을 경우에 갑상선 호르몬 및 갑상선 자극 호르몬의 측정을 고려한다.

3. 심리 검사

1) 학습 능력이 낮은 경우

ADHD 환자들은 흔히 표준화된 학습 능력 검사에서 낮은 점수를 받는다.¹⁸⁾ 학습의 장애는 ADHD에 의해 이차적으로 발생하기도 하므로 학습의 문제가 있는 경우 ADHD와 학습장애가 함께 있는지 또는 학습 장애만 있고 환자의 산만함(부주의함)이 학습 장애에 의해 이차적으로 발생하는지를 알아보아야 한다. 학습의 문제는 ADHD 자체에 의해 흔히 생길 수 있다. 수 개월 또는 수 년 동안 수업에 집중하지 않

고, 체계적인 방법으로 학습을 하지 않거나 숙제를 하지 않는 경우 환자의 지적 능력에 비해 학습적 성취가 낮아질 수 있다. 만약 환자가 일대일 지도 하에 동일 학년의 수준(또는 그 이상)으로 학습을 수행할 수 있다면 전형적인 학습 장애일 가능성은 낮다.

2) 학습장애 및 기타 장애와 ADHD의 감별

일부 경우에 있어서는 환자가 기술(skill)을 필요로 하는 활동 중 자신이 좋아하는 행동 즉, 취미 활동(예, 과학 창작, 소설, 독서)에 적극적일 수 있으나 시험 준비를 위해 역사 책을 읽는 것은 싫어하고 회피할 수 있다. 이런 경우에는 ADHD를 치료한 후 환자가 학습 환경에서 더 집중을 하면서 학습과 관련된 문제들이 해결되는가를 보아야 한다. 만약 ADHD의 호전에도 불구하고 한 두 달 내 학습적 호전이 없다면 학습장애와 관련된 검사를 고려한다.

일부 경우에 있어서는 학습 및 언어 장애의 증상들은 ADHD만으로는 잘 설명되지 않는다. 표현성 및 수용성 언어의 결함, 서투른 음운 체계의 과정, 서투른 운동근육의 협응 또는 기초적 수학 개념의 형성이 되지 않는 경우에는 특정 학습 장애가 이러한 문제들과 관련이 있는지를 확인하기 위한 검사가 필요하다. 대다수의 경우 이런 학습장애는 ADHD와 동반되어 있으므로 우선 ADHD를 적절하게 치료한 후 학습 장애에 대한 검사를 하는 것이 좋다.

학습 장애만 있는 환자는 자신의 장애와 관련된 영역에서는 흔히 주의력이 떨어지지만(예를 들면, 읽기 장애 환자는 읽기를 읽어야 하는 상황일 때 부주의하다) 이런 제한된 학습 상황이 아닌 경우에는 문제가 없다. 또한 학습 장애만 있는 환자는 과잉행동이나 충동성은 보이지 않는다. 학습 장애가 있는 아동 또는 청소년은 학교 생활에 반항적일 수 있는데 만약 ADHD의 진단기준을 전부 충족시키지 않고, 반항적인 행동의 출현이 학습과 관련이 있는 경우에는 일차적 학습 장애의 가능성이 더 높다.

3) ADHD환자의 심리 검사

ADHD환자의 심리 검사는 표준화된 지능검사(IQ)와 학습능력검사로 구성된다. 그 외에도 신경심리검사, 언어평가, 그리고 주의력 및 억제조절을 보는 전산화 검사(Attention Diagnostic System, ADS) 등이 있는데 이들 검사는 환자의 기능과 합병증을 이해하는데 유용하다.

4. 동반질환의 평가

ADHD 환자의 진료시 (1) 환자가 ADHD뿐 아니라 다른 질환의 진단기준을 충족시키는지 (2) 동반된 질환이 일차적 질환이고, 그 질환이 환자의 산만함 또는 과잉행동/충동성의

Table 2. Validity of assessment methods for application of ADHD diagnostic criteria*

DSM-IV criteria	Assessment methods					
	Psychiatric interview	Chinical scale	Psychological test	Mental status examination	Medical cook-up	History taking
1. Symptom						
Frequency	Y	Y	N	Y	N	N
diuration	Y	Y	N	N	N	Y
developmental	N	Y	N	N	N	N
2. Onseet	Y	N	N	N	N	Y
3. Circumstance	Y	Y	N	Y	N	Y
4. Inpairment	Y	Y	Y	Y	N	Y
5. Exclusion	Y	Y	Y	Y	Y	Y

Anatopoulos and Shelton¹⁹⁾, and Ahn²⁰⁾. Y : Yes, N : No

직접적 원인인지 (3) 동반 증상들이 다른 질환의 진단기준에 속하지는 않지만 ADHD에서 진행한 이차적 증상을 나타내는지를 평가한다.

1) ADHD와 다른 질환이 함께 공존하는 경우

ADHD 환자가 다른 질환의 DSM-IV 진단기준을 충족시킨다면, ADHD와 함께 각각의 동반 질환에 대한 치료 계획을 세운다. ADHD가 있는 소아는 흔히 ODD 또는 CD의 진단기준을 충족시킨다.³⁾ 흔히 ADHD를 가진 환자가 주요 우울장애 또는 불안 장애의 DSM-IV 진단기준을 충족시키는 경우도 흔히 있다. 우울장애 및 불안장애도 ADHD와 흔히 동반하는데 대개 우울/불안 장애는 ADHD의 발병한 시점보다 몇 년 후 발생하며, 우울/불안 장애가 동반된 경우 이들 질환에 대한 치료가 필요할 수 있다.⁴⁾ ADHD 환자가 중증의 기분의 불안정/고양감/자극 과민성, 사고 장애(과대사고, 사고의 비약), 심한 공격적 분출과 수면 욕구의 감소 또는 나이에 적절하지 않은 성에 대한 관심을 보이는 경우 조증을 동반 진단하는 것을 고려해야 한다. 그러나, 이러한 조증의 증상이 없는데도 단지 ADHD의 증상이 심하다거나 공격적인 행동이 있다고 해서 조증으로 진단해서는 안 된다. 급성의 조증과 ADHD가 함께 동반된 환자들은 ADHD의 치료 전에 조증을 먼저 치료한다.

2) 주의력 장애 및 충동 조절의 문제가 이차적으로 나타난 경우

어떤 경우에는 주의력 또는 충동성 조절의 장애가 이차적으로 나타날 수도 있다. 우울/불안 장애에서도 주의력의 장애를 보일 수 있으며, 조증의 경우 충동 조절과 판단력 장애가 있을 수 있다. 만약 환자가 아동기에 ADHD 증상의 병력이 없었는데 산만함과 집중력의 문제가 우울증 또는 조증 발병 후에 발생한다면 기본 장애가 일차적 질환일 수 있다. 청소년기에 발병한 ODD 또는 CD 환자는 흔히 충동적 또는 산만하다고 표현되지만 ADHD의 진단기준을 충족시키지 못할 수 있으며, 또는 초기 아동기에도 ADHD 증상들이 있

었으나 당시에도 ADHD의 진단기준을 충족시키지 못한 경우 현재 보이는 충동성과 주의력 결핍은 ODD나 CD에 의한 이차적 증상일 가능성이 있다.

3) ADHD 와 관련된 문제들로 인해 생긴 질환인 경우

ADHD 환자의 경우 ADHD의 증상으로 인해 이차적으로 자존감의 저하 및 불쾌감(dysphoria)이 생길 수 있다.¹⁷⁾ 이런 경우 불쾌감 및 자존감의 저하는 ADHD 증상들과 연관이 있으나 지속적이고 전반적인 우울감, 수면 및 식욕의 징후(neurovegetative sign) 또는 자살 사고는 없다. 만약 이런 불쾌감이 ADHD의 결과라면 ADHD를 성공적으로 치료하는 경우 함께 호전될 수 있다. 정도의 감정 불안정(소리지르기, 쉽게 울기, 쉽게 화내는 것)도 ADHD에 흔한데, 이러한 증상들은 별도의 다른 진단 기준에는 미치지 않지만 ADHD의 발병과 관련이 있을 수 있으며, 이런 경우도 ADHD가 성공적으로 치료되면 사라지게 된다.

Table 2는 DSM-IV의 진단 기준으로 ADHD 아동을 진단하는 과정에서 각 평가 방법의 적합도 및 특성을 요약한 것이다.

권고사항 - 진단 및 평가 -

권고사항 1. ADHD의 선별은 모든 환자들의 정신건강 측정의 일부가 되도록 하는 것이 바람직하다.

권고사항 2. ADHD에 대한 학령전기 및 아동, 청소년 평가를 하는 경우, 부모와 환자에 대한 임상적 면담을 통해 환자의 학교 또는 일상생활 기능에 대한 정보를 얻고, 공존 정신과적 장애를 평가하며 환자의 의학적 병력, 사회적 및 가족력에 대한 정보를 얻는다.

권고사항 3. 환자에게 내과 및 신경학적 병력이 있을 경우, 진단병리학적 검사 또는 신경학적 검사를 실시해 건강 상태를 확인하는 것이 좋다.

중심 단어 : 주의력결핍 과잉행동장애 · 진단 평가 · 치료권고안.

References

- 1) Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:980-988.
- 2) Kim YS, Cheon KA, Kim BN, Chang SA, Yoo HJ, Kim JW, et al. The reliability and validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version-Korean version (K-SADS-PL-K). *Yonsei Med J* 2004;45:81-89.
- 3) Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:775-789.
- 4) Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit/hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:564-577.
- 5) Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol* 1998; 26:257-268.
- 6) Noh JS, Ko YJ, Seo DH, Sohn SH, Kim SJ, Kim YS. Korean Standardization Study of Parent and Teacher Conners rating scales. *Scientific Proceeding Book for Spring Academy Meeting of Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*;2000.
- 7) Achenbach TM, Edelbrock CS. *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry;1983.
- 8) Oh KJ, Lee HR. Development of Korean version of Child Behavior Checklist (K-CBCL). Seoul: Korean Research Foundation Report;1990.
- 9) Edelbrock CS, Achenbach TM. Psychoopathology of childhood. *Annu Rev Psychol* 1984;35:227-256.
- 10) Breen MJ, Altepeter TS. Factor structures of the Home Situations Questionnaire and the School Situations Questionnaire. *J Pediatr Psychol* 1991;16:59-67.
- 11) Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:775-789.
- 12) Dupaul GJ, Power TJ, McGoey KE, Ikeda MJ, Anastopoulos AD. Reliability and validity of parent and teacher ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *J Psychoeduc Assess* 1998;16:55-68.
- 13) So YK, Noh JS, Kim YS, Ko SG, Koh YJ. The reliability and validity of Korean Parent and Teacher ADHD Rating Scale. *J Kor Neuropsychiatr Assoc* 2002;41:283-289.
- 14) Loney J, Milich R. Hyperactivity, inattention, and aggression in clinical practice. In: Routh D, Wolraich M, editors. *Advances in developmental and behavioral pediatrics*. Greenwich: JAI Press; 1982.
- 15) Shin MS, Ryu ME, Kim BN, Hwang JW, Ch SC. Development of the Korean Version of the IOWA Conners Rating Scale. *J Kor Neuropsychiatr Assoc* 2005;44:82-88.
- 16) Swanson IM, Nolan EE, Pelham WE. SNAP, 1980 Cited in Swanson JM: *School-based assessment and inventories for ADD students*. Miami: KC Publishing Inc.;1990. p.43-57.
- 17) Hoza B, Pelham WE, Waschbusch DA, Kipp H, Pillow DR. Do boys with attention-deficit hyperactivity disorder have positive illusory self-concept? *J Abnorm Psychol* 2002;111:268-278.
- 18) Frick PJ, Kamphaus RW, Lahey BB, Loeber R, Christ MA, Hart EL, et al. Academic underachievement and disruptive behavior disorder. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:289-294.
- 19) Anastopoulos AD, Shelton TL. *Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity disorder*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher;2001.
- 20) Ahn DH. Review of Rating Scales Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity disorder. *Scientific Proceeding Book for Spring Academy Meeting, Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*;2004.