

## 아동기의 심각한 정신장애

### 홍 강 의\*

아동기에 있어서 심각한 정신장애라고 하면 아동의 사고나 행동, 정서조절 전반에 걸친 심각한 문제가 있어서 일상생활과 아동으로서의 과제를 수행하는데, 즉 학령기 아동에 있어서는 교우들과 어울리고 선생님의 지시를 따르는 등 일상생활과 학교생활에 필요한 적응능력이 모자라는 경우를 지칭한다고 할 수 있겠다.

공통적인 특징으로는 아동의 생각과 인지능력에 있어서 상당한 결함이 있어서 일상생활에 필요한 현실 검진 능력이 떨어지며 또한 학교수업을 받고 학습을 하는데 지장이 있고 둘째 정서적인 안정이 부족하고 불안정하여 감정의 조절에 문제가 있으며 세째 행동상의 자기통제 능력과 충동조절 등의 문제로 동료나 다른 사람과의 관계에 있어서 마찰을 빚는 등 행동 전반에 걸친 문제를 갖고 있고 어떤 특정한 단일 정신장애를 지칭한다고 할 수 없다. 이러한 심각한 정신장애에 해당되는 몇가지 장애를 학교 상황에서 문제가 되는 것을 골라 간략히 기술하고자 한다.

#### 1. 정신지체

정신지체라 함은 법적으로는 정신박약 등으로 불리어지고 있으나 정신박약이라는 용어는 최근 사용되지 않고 정신지체라는 학술적 용어로 쓰이고 있는데 이것은 지능이 모자라는 아동을 좀더 정확하게 지칭한다고 할 수 있다. 즉, 지능이 모자라는 아동도 지능이 모자라 전혀 발달안하는 것이 아니고 지능이 낮아도 지속적으로 발달하며

지능도 지속적으로 성장한다는 사실에 맞는 용어가 정신지체라고 할 수가 있다. 즉, 정신지체에 대한 오해중에 하나는 지능지수(IQ)가 일정하다고 해서 지능이 발달하지 않는 것이 아니라는 점이다. 6살때에 IQ 50인 정신지체아는 10살이 되어도 IQ 50인 정신지체아로 남아 있을 가능성이 많으나 6살때 IQ 50에 해당하는 아동은 정상아 3세 지능에 해당하며 10세때 IQ 50에 해당하는 아동은 정신연령은 5세임으로 그동안 2년간 지능성장을 하였음을 우리가 알 수가 있다. 따라서 정신지체에 대한 이러한 오해는 교육자는 물론 아동의 정신건강을 다루는 모든 전문인들이 간과하여서는 안되는 사실이다.

정신지체는 통상적으로 지능 80이하 내지 75이하를 얘기하는데 편의상 IQ 70~80를 경계선적 정신지체, 70이하 50까지를 경도의 정신지체, 50부터 20까지를 중도 정신지체, 20이하를 최중도로 구분하여 생각할 수 있다. 지능지수 50이하 즉 중도이하의 경우는 학교에 다닐 수 없을 정도의 능력의 저하를 보이기 때문에 학교 상황에서 특별한 경우가 아니면 관찰되지 않을 것이다. 즉, 특별한 경우란 부모의 고집으로 억지로 학교에 보낸다든가 정상아들과 어울려야 조금이라도 더 배울 수 있다는 관념에 쌓인 부모를 가졌을 경우다. 더 심한 최중도의 정박아는 일반적으로 특수학교 혹은 보호소에 있기 마련이다. 결국 일반학교의 상황에서는 주로 경도의 IQ 50~80사이의 아동들일 가능성이 많고 흔히들 "지진아"라

\* 서울대학교 의과대학 소아정신과

는 말을 쓰고 있는데 이들은 경계선적 정신지체와 비교적 IQ가 높은 정도의 정신지체 아동을 지칭하는 것으로 보인다.

공통적으로 정도의 지체 아동들은 외형적인 모습이나 행동에 있어서 이상하게 보이거나 바보처럼 보이거나 특이한 것이 보이지 않으며 다만 학습적인 상황과 머리를 써야될 상황에서 지능이 떨어지는 것이 관찰되는 아동이 많다. 정신지체아의 특성은 아동의 행동, 생각, 운동, 대인관계등 모든면에 있어서 전반적으로 끌고루 뒤지고 떨어지는 것을 관찰할 수 있고 지능 검사상에서도 전반적으로 끌고루 떨어짐을 알 수가 있다. 발달력상에 있어서도 모든 발달이 늦어지는 병력을 찾을 수가 있고 운동발달, 언어발달, 대소변가리기 등 모두 늦어졌다는 보고를 얻어낼 수가 있다. 소위 지진아, 또는 경한 정신지체아는 학교시작하기 이전에 집생활에서 크게 불편을 못느끼고 부모도 잘 모르다가 학교에 들어와서 수업과 공식적인 학습을 시작하게 될때 매우 힘들어하는 것을 볼 수가 있고, 또 중요한 사실은 지능이 낮은 아동일수록 그만큼 적응 능력이 저하되었으므로 생활의 변화나 대인관계, 교우관계 등등에 어려움을 보여 이차적으로 정서적, 행동적 문제를 갖는 수가 상당히 많다는 점이다. 즉, 정신지체아일수록 더 정서와 행동 충동조절 등의 문제를 갖는다는 점을 생각하고 이들에게도 필요한 상담과 선도가 더 많이 필요함을 강조하고 싶다.

정신지체의 원인은 수백가지로 알려져 있고 논문에서 나열하는 것이 크게 의미가 없는 것으로 보이나 크게 선천적인 요인, 유전, 대사장애, 염색체 이상 또 다음에 기술할 뇌손상등 다양하나 대부분의 경우 의학적인 원인이 뚜렷이 발견되지 않고 또 의학적인 치료로 도움을 줄 수 없는 경우가 많다. 결국 교육적인 차원에서 또는 집안에 있어서의 생활교육을 통하게 도와주는 것이 최선일 경우가 많다. 그러나 정도의 정신지체는 대부분 신체적이고 의학적인 원인이라기 보다는 아동기부터 자라나는 과정에 있어서의 환경적인 자극의 결핍이나 교육의 부족 등에 의한 것이 많은 것으로 알려져 있어서 정도의 정신지체의 경우 교육이 충분히 가능하여 교육하는 급이라고 불리어지고 있고 이런 아동들이 조금만 도와주면

상당한 효과를 보는 수가 있는데 현재 우리나라에서 특수반이 일반학교에 거의 대부분 설립되어가고 있고 이러한 특수반을 통한 특수교육과 또 아동과의 정상아동과의 통합교육 그리고 교사나 양호교사 등을 통한 상담등을 제공하면 학교 적응에 큰 문제가 없을 경우가 많다.

## 2. 뇌손상

뇌손상은 뇌발달의 어떤 시기에 뇌 자체에 손상이 가해졌다는 것을 얘기하는데 뇌손상은 우선 태어날 때 부모의 약물남용이나 질병, 방사선, 흡연 등등의 원인으로 인하여 이미 내중에서 뇌손상을 받을 경우가 있겠고 둘째, 태어날 당시 즉 분만시에 난산이나 혹은 기타 어려움으로 인하여 뇌의 일부에 혹은 전반적으로 손상을 받았을 때인데 뇌성마비를 초래하며 세째, 태어난 후 산후에 뇌막염, 뇌염, 혹은 기타 뇌손상을 초래할 수 있는 여러가지 원인에 의하여 뇌의 일부 또는 전반적으로 기질적인 손상을 받았을 때 일어난다고 할 수가 있다. 따라서 뇌손상의 부위, 어디이고 또 어느정도 확산되어 있는가에 따라서 증상의 차이가 있다. 예를 들어서 태아기의 뇌손상은 전반적일 가능성이 많고 이에 따라 정신지체의 모습으로 나타날 수가 있고 전반적인 발달이 늦어지며 분만시에 일어나는 뇌손상은 대뇌피질 자체보다는 뇌의 일부 예를 들어 근육운동신경회로에 손상만을 줌으로써 지능적으로는 괜찮으나 신체의 일부의 마비를 일으키는 경우도 있을 수 있고 또 지능과 신체마비가 겹쳐서 장애를 받는 수도 있다. 산후에도 뇌막염이나 뇌염을 앓았을 경우 일부의 아동에 있어서는 후유증 없이 완전 회복되거나 상당수의 경우에는 후유증이 있어서 뇌손상의 형태로 나타날 수 있다.

뇌손상 아동들의 특징으로는, 뇌손상의 정도에 따라서 행동의 일부 혹은 발달의 일부 예를 들어 언어발달, 신체운동발달, 지능, 정서의 조정, 충동의 조절 등 일부에서 문제를 일으킴으로 어떻게 보면 잘하는 측면이 있고 어떻게 보면 많이 떨어지는 측면이 있어서 혼동을 야기하는 수가 있다. 공통적으로 매우 부산하며 충동적이고 학습에 장애를 갖는 수가 많고 상당수의 경우에 경련성 질

환(간질)을 수반하는 수가 있겠다. 아동기의 간질은 일반적으로 이러한 기질성 뇌손상과 관련이 깊으며 점차 성장하면서 스스로 없어지는 수도 있으나 간질발작이 계속되는 경우 뇌손상이 더 진행되는 수가 있고 또 간질자체가 일으키는 부차적인 문제로서 대인관계로서의 소외감, 부모의 과잉보호, 혹은 거절적인 태도 등을 유발함으로써 심각한 정서 행동의 문제를 이차적으로 나타낼 수 있음으로 즉각적으로 의학적인 치료를 해주어야 한다. 최근 항경련성 약물이 많이 개발되어 두뇌발달에 지장없이 경련을 통제하고 학습에도 지장이 없는 약물들이 많이 개발되었으므로 즉시 신경과 전문의나 소아과내지 소아정신과 전문의 등의 도움을 받아서 통제를 하여야 하고 부모상담과 아동상담 선도가 필요하다. 이런 아동일수록 친구와의 관계나 학습, 선생님과의 관계에서 소외되기 쉽고 귀찮은 존재로 여겨질 수 있으므로 상담교사나 양호교사들의 특별한 관심과 대면이 필요하다. 행동적으로 조절이 힘들고 과잉운동을 보이며 공격적일 때는 이에 효과적인 진정제나 기타 약물을 사용할 수 있음으로 전문가의 진찰이 필요로 한다.

### 3. 자폐증

최근 자폐증이라는 장애가 한국에 많이 알려짐으로써 부모들은 물론 교육가들이 지대한 관심을 보이고 있다. 그런데 자폐증은 많이 알려지면 알려질수록 또한 오해를 가져와서 정상적인 아동중에 우울해 보인다는 친구와 놀지를 않는다는가 하는 경우도 자폐증이라는 말을 쓰기도 하고 행동적으로도 조금이라도 이상하면 자폐증이라는 명칭을 잘못 사용하는 경우도 종종 보게 되었다. 그러나 자폐증은 매우 심각하고 특징적인 발달의 장애로서 함부로 어떤 아동에게 붙여서는 안되는 장애의 일종이다. 정확히 말해서 자폐증은 과거에 유아 자폐증이라는 말을 썼는데 그 유래는 증상이 유아기 즉 3세이전에 시작하기 때문이다. 따라서 어떤 아동이 국민학교 이전에 비교적 정상적인 발달을 보였고 부모와의 관계도 맺어졌고 친구와의 관계도 어느정도 있었는데 국민학교 들어가서 행동적으로 아이들과 어울리지 못하고 우

울해서 혼자있고 자기속에 파묻혀 있는 것 같다고 해서 자폐증이라고 할 수는 없다.

자폐증 아동은 유아기 즉 3살이전부터 심각한 다음의 3가지 문제를 가졌다는 병력과 지금 현재도 어느 정도 갖고 있다는 확신이 있을 때 진단이 가능하다. 첫째 대인관계 형성과 사회성 발달에 큰 장애가 있다. 대인관계 형성의 장애라 하면 모든 사람을 지칭할 뿐 아니라 어머니나 아버지까지도, 어머니와의 애착까지도 잘 안 생겨서 어머니를 따르고 좋아하고 어머니에게 매달리는 애착의 행동이 안 보이며 나중에 어머니와의 관계가 어느 정도 이루어졌더라도 다른 아동과 틀리게 완전하지 못하며 특이한 행동적인 특성을 보이며 부모와의 관계형성이 어려운 만큼 기타 대인관계의 문제성은 더욱 심각하여 친구와 어울리지도 않고 혼자서 주로 놀며 별로 남을 생각해주지 않고, 남과의 눈접촉, 피부접촉, 언어적인 소통등에 있어서 의사소통을 하려고 하지 않는 둘째, 언어발달의 큰 장애가 있다. 심한 자폐증 아동은 언어가 전혀 발달되지 않는 수도 있고 언어가 시작되더라도 매우 초보적이고 발음이 특이하며 반복적이고 반항음이 심하고 대인관계에 있어서 그 언어를 적절히 사용하지 못하는 면이 있다. 단 단어로 의사소통을 어느 정도 하거나 혹은 말 자체만을 증언거리거나 TV선전 문고를 잘 외우나 이것을 대인관계에 써먹지 못하는 특징이 있다. 언어의 이해도 힘들고 표현도 힘든 매우 심각한 언어장애를 갖는다. 세째, 반복적이고 상동적인 행동을 보인다. 자폐아동은 놀이의 종류가 제한되어 있고 환상적인 놀이와 극적인 놀이, 친구와의 대인관계 놀이 등을 못할 뿐만 아니라 반복적인 행동, 특이한 행동이 계속되며 그렇기 때문에 매우 이상한 아이로 느껴지게 마련이다.

일반적으로 걸모습이나 생김생김은 이상하지 않는때가 많고 다만 행동성 관계를 맺으려 하지 않고 혼자 있을 때에 또는 좌절하였을 때 특이한 행동, 예를 들어 손을 펄럭인다는가 특정한 장난감을 계속 가지고 놀고 어떠한 생활의 변화나 행동의 변화를 요구할 때 이를 받아들이지 못하고 분노발작을 보이고 저항을 보이는 수가 있다. 따라서 학교수업과 새로운 지식의 습득이 어렵게 마련이다.

자폐증은 일반 아동 만명당 3, 4명에 불과하지만 자폐증인 경향을 보이는 아동을 모두 합친다면 대개 0.1% 정도에 해당할 것이다. 자폐증 아동의 3/4은 정신지체를 겸함으로 자폐적인 사회성의 문제가 해결이 되더라도 지속적으로 학습상, 적응상의 문제를 가진 경우가 많다.

원인적으로는 역시 기질적인 뇌발달의 문제로 보고 따라서 과거에 자폐증 등을 정신병으로 본 것은 잘못으로 여겨지며 발달의 큰 이상을 보이는 전반적으로 발달장애라는 개념이 도입되고 있다. 자폐증 아동이 국민학교에 다닐 수 있다면 이는 매우 성공적인 사례로 볼 수가 있는데 상당수의 아동이 지능이 괜찮더라도 대인관계의 문제와 특이한 행동으로 인하여 학교수업과 생활적응이 어렵기 때문이다. 다만 자폐증의 일부 아동은 매우 우수한 지능과 기억력 등을 가지고 있어서 지능적으로 전혀 학교에 오는 것이 문제가 안되나, 친구와의 사귀고 선생님의 말을 듣는 등의 학습과정과 일상생활, 단체생활에 문제가 있어서 적응을 못하는 수가 있는데 이는 교사들과 동료들의 적극적인 협조와 상담교사 혹은 양호교사들의 도움으로써 어느 정도 적응이 가능하리라 보고 마땅히 최대한으로 일반학교에 다닐 수 있는 기회가 주어져야 될 것으로 보인다. 자폐아동에게 완치약은 발견되지 않았으나 자폐아동증의 상당수는 경련성 질환이나 경련성 뇌파소견을 보이고 있어서 이것이 발견될 때 항경련제 투여가 바람직하며 또 행동의 조절이 필요할 때 이에 필요한 약물이 효과적으로 사용될 수가 있고 언어 치료, 행동수정, 부모교육 등이 겸해짐으로써 매우 큰 진전을 보이는 아동이 있다.

#### 4. 아동기 정신분열

아동기의 정신분열은 성인의 정신분열과 다르지 않고 다만 그 발병의 시기가 아동기라는 점에 있는데 이 아동은 자폐증이나 뇌손상아, 정신지체와 틀려서 일반적으로 갈자라고 적응이 어느

정도되는 아동이 환각, 환청, 망상 그리고 대인관계에 있어서의 소외, 이상 행동 등을 점차로 보이면서 성격의 붕괴가 일어나고 성인에서 보이는 특이한 정신분열증 증세를 보일 때를 얘기하는데 그 수는 많지가 않다. 이런 아동들은 발견되는 즉시 전문가의 도움을 받아 항 정신병 약을 투여하여야 하고 다른 장애와 감별진단이 꼭 필요하다.

#### 5. 분실금(똥싸개)

대변을 5세이후까지도 가리지 못하는 아동은 이상이 있는 것으로 볼 수가 있는데 이것은 위에서 기술한 심각한 정신장애만큼 심각하지는 않더라도 대변을 못가림으로써 일어나는 이차적정서 문제는 매우 심각하며 자신감의 형성과 친구와의 관계형성등에 문제가 있고 또한 대변가리기 문제가 있는 아동의 대부분은 어머니나 부모와의 관계에 큰 이상이 있어서 이것이 지속되는 한 성격형성에 매우 심각한 문제를 일으킬 수 있기 때문에 대변 가리기가 안되는 아동들은 빨리 발견하여 전문가의 치료를 받도록 해 주는 것이 좋다. 그 원인으로 몇가지 있지만 가장 중요한 것은 공통적으로 어머니와의 관계이상이 있는 것으로 보고 부모상담가 본인에 대해서는 행동 수정 및 입원 치료를 요하게 되는 경우가 많다. 가능하면 빨리 치료해 줌으로써 이차적으로 올 수 있는 정서와 행동장애를 미리 방지해 주는 것이 필요하다.

#### 참 고 문 헌

1. 이정균 : 정신의학, 일조각, 1981, pp. 487-517.
2. 홍강의 : 전반적 발달 장애 개요, 정신의학보 21:183-193, 1982.
3. 홍강의 : 유아자폐증 대한의학협회지 30:396-402, 1987.