

선택적 함구증 아동의 임상특성 및 치료경과*

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT COURSES OF THE CHILDREN WITH SELECTIVE MUTISM

정 선 주**·홍 강의***

Sun-Ju Chung, M.D.** Kang-Hong, M.D.***

요 약 : 본 연구는 DSM-IV에 의해 선택적 함구증으로 진단된 23명의 아동들을 대상으로 임상적인 특성(인구학적 특성, 임상경과, 발달력, 성격특성, 가족력, 지능지수, 학업성취도), 치료방법 및 기간, 치료경과등을 조사하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1) 대상군의 남녀 비율은 1 : 4.8로 여아에서 높았으며 발병시 평균연령을 3세 4개월, 치료시작의 평균연령은 7세 7개월이었다.

2) 주산기의 문제를 가지고 있었던 아동은 22%였으며 언어발달이 지연되었던 아동은 26%였다. 3세 이전에 주 양육자와의 분리경험이 있던 아동은 26%, 3세 이전에 외상이나 심리적 충격을 입었던 아동은 26%였다. 유뇨증의 병력은 30%에서, 유분증의 병력은 4%에서 있었다.

3) 어머니의 공생적인(symbiotic relationship) 관계에 있는 아동은 61%였고 가정내에서 아버지보다 어머니의 영향력이 우세한 경우는 65%였다. 부모중 정신병리나 알콜/약물중독의 문제를 가지고 있는 경우는 39%였다. 과거력상 신체적인 학대를 받았던 아동은 26%였다.

4) 환아들의 성격특성중 가장 많은 것은 수줍음(100%)이었고 그 다음으로는 불안해 한다(83%), 고집이 세다(83%), 아기 같고 의존적이다(65%), 화를 잘 낸다(52%), 조종하려고 한다(39%) 순으로 많았다.

5) 지능검사를 실시한 16명 아동의 평균 지능지수는 88.3이었고 이중 정신지체의 기준인 IQ 69 이하의 아동이 7명, 70이상인 아동이 9명이었다.

6) 치료방법중 놀이치료를 받은 아동이 65%로 가장 많았으며 약물치료를 받은 아동은 21%, 행동치료를 받은 아동은 8%, 한 가지 이상의 방법을 복합하여 치료받은 아동은 12%였다.

7) 치료종료시 최우수의 평가를 받은 아동은 8.6%였고 우수의 평가를 받은 아동은 30.4%, 양호의 평가를 받은 아동은 52%, 불량 of 평가를 받은 아동은 8.7%였다. 추적조사의 최우수의 평가를 받은 아동은 21.7%였고 우수는 13%, 양호는 21.7%, 불량은 34.8%였다. 치료성과는 유의미한 상관관계를 보이는 변수는 지능지수로 나타났다.

8) 대상군을 공생형 함구증(symbiotic mutism), 언어공포성 함구증(speech phobic mutism), 반응성 함구증(reactive mutism), 수동-공격성 함구증(passive aggressive mutism)으로 분류하였을때 각각 65%, 8.6%, 13%, 30%였다. 지능지수에 따라 정신지체로 분류된 7명과 정상지능군에 속하는 9명을 비교적 언어발달 및 성격특성, 가족역동, 치료성과 등에서 차이가 있음을 알 수 있었다.

중심 단어 : 선택적 함구증·임상특성·치료경과·분류.

*본 연구는 서울대학병원 1994년 지정연구비의 보조로 이루어졌음.

**서울대학교 병원 신경정신과 Department of Psychiatry, Seoul National University Hospital, Seoul

***서울대학교 의과대학 정신과학교실(소아청소년 정신분과) Divison of Child & Adolescent Psychiatry, College of Medicine, Seoul National University, Seoul

서 론

선택적 함구증은 1877년 Kussmaul의 'aphasia voluntaria'라는 저술에서 최초로 서술되었으며 1934년 Tramer가 어떤 상황이나 특정대상에게만 말을 하고 다른 상황에서는 말하기를 거부하는 아동들을 일컬어 elective-mutism이라는 진단명을 사용하게 되었고 DSM-III R까지 이 용어를 사용하였다. 그러나 1973년 Hesselman이 Selective mutism이라는 용어를 제시하면서 이 진단명의 기술적인 면을 강조하게 되었고 DSM-IV에서는 Selective mutism이라는 용어로 내치하였다 DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994)에서는 다음과 같은 임상특성들을 가지고 있는 경우 선택적 함구증으로 진단할 수 있게 되어 있다.

A. 다른 상황에서는 말할 수 있음에도 불구하고 어떤 특정한 사회적 상황(말하기가 기대되는 상황, 예: 학교)에서 말하기를 지속적으로 거부한다

B. 이러한 장애가 교육이나 직업적 성취 또는 사회적 의사소통에 방해가 된다.

C. 장애의 기간이 적어도 1개월 이상 되어야 한다 (취학후 첫 1개월은 제외함).

D. 말하기를 거부하는 이유가 지식의 부족이나, 사회적 상황에서 요구되어지는 언어에 익숙하지 않기 때문은 아니어야 한다.

E. 이러한 장애가 의사소통 장애(예: 발더름)에 의한 것이 아니며 전반적 발달장애, 정신분열병, 다른 정신병의 과정중에 일어난 것이 아니어야 한다.

선택적 함구증은 드문 질환으로 알려져 있지만 실제로는 보다 높은 빈도를 보일 것으로 추정되는데 그 이유는 많은 경우 임상적인 주목을 받지 못하고 또 연령이 증가함에 따라 자연히 해결되는 경우가 많기 때문이다 유병률은 0.08%~0.72%의 범위에 해당된다고 보는데(Browne 등 1975; Fundidus 등 1979) 지역이나 연구방법에 따라서 큰 차이를 보였다

발병연령은 대개 3~6세 경이며 평균연령은 3.6세로 알려져 있다. 하지만 선택적 함구증 아동이 병원에서 진단을 받는 시기는 대개 6~7세 정도로, 유치원을 들어가거나 국민학교에 입학하게 되는 때와 일치한다(Kolvin 1981; Hayden 1980; Wright 1968)

또 선택적 함구증은 소아정신과 질환중 3:물게 남녀비가 비슷하거나(Parker 등 1960) 오히려 여이에서

많이 일어난다고 알려져 있는 질환이다(Hayden 1980; Woge and 1979).

선택적 함구증의 원인에 대해서는 아직까지 분명하게 규명되지 않았지만 여러 가지 요소들이 함께 작용하여 질환을 일으킬 것으로 추측되고 있다. 가장 빈번히 거론되는 원인은 유아기 초기의 심리적 충격이나 신체적인 의상등의 사건과 대인관계 및 가족내의 역동 등이다. 또한 이러한 아동들의 성격특성을 관찰한 연구에서, 이 질환이 단일한 질환이라기 보다는 아동의 성격특성과 환경간의 작용으로 인한 다양한 정신역동을 기반으로 함구증이라는 동일한 증상이 발현되는 것이라고 하는 주장도 있다. 따라서 선택적 함구증을 몇개의 아형으로 분류하는 것이 중요한데 이런 접근을 통해서 아동을 보다 정확하게 이해하고 효과적인 치료를 선택할 수 있는 바탕이 되기 때문이다. 선택적 함구증의 아형에 대한 연구로 가장 많이 거론되는 것은 Hayden이 1980년 시행한 연구로서, 그녀는 8명의 선택적 함구증 아동들에 대한 직접적인 관찰, 심리지 및 정신과적, 심리적, 소아과적 보고서를 고찰함으로써 공생형 함구증(symbiotic mutism), 언어 공포성 함구증(speech phobic mutism), 반응성 함구증(reactive mutism), 수동-공격성 함구증(passive-aggressive mutism)으로 분류하였다 Hayden의 분류 이외에도 선택적 함구증을 이해하기 위한 여러 가설들이 세워졌는데 그 중 한가지가 이 질환을 불안증의 일부로 보는 것이다. Wilkms(1985)는 선택적 함구증이 '내재된 불안, 또는 우울감'의 표현일 것이며 불안증으로 분류되는 것이 합당할 것이라고 하였다 이러한 선택적 함구증과 불안증간의 상관관계에 대한 연구가 다수 보고되었는데 최근 Black과 Uhde의 보고(1992)에 의하면 30명의 선택적 함구증 아동을 부모와 교사에 의한 평가 척도와 구조적인 진단적 면담을 통해 평가한 결과 97%의 아동들이 사회공포증(social phobia) 또는 회피장애(avoidant disorder)로 진단되었으며 30%의 아동들이 단순공포증(simple phobia)으로 진단되었다고 보고하였다 이렇듯 선택적 함구증을 사회불안증(social anxiety)의 증상으로 보는 견해가 많은데 이러한 가설은 다음과 같은 임상관찰에서 나왔다 첫째, 이런 아동들은 지나치게 수줍어하고 사회적인 상황에서 위축되고 경직된 자세를 가지고 있었고 둘째, 선택적 함구증의 가족력에 대한 연구에 따르면 선택적 함구증환아의 부모중에는

심한 수줍음이나 사회공포증의 증상을 가진 경우가 많았다고 한다. 세제, 최근 선택적 함구증 환아들을 사회공포증을 치료하는 약물(예 : phenelzine, fluoxetine)로 치료했을 때 좋은 반응을 보였다고 한다 (Black등 1992 ; Golwyn등 1990).

선택적 함구증에 대한 또 다른 가설은 이 질환을 강박장애(obsessive compulsive disorder)의 연장선상에서 보는 것이다. Hayden 역시 환아들이 강박적인 경향을 가지는 경우가 많다고 했으며 이들이 일종의 관습적인 행동(ritualistic behavior)을 하는 것을 말을 시작하고 연속시키기 위한 행동으로 해석하였다. 하지만 이러한 환아들의 말하는데 대한 강박적인 두려움은 말하는데서 오는 불안감과 분리시켜 생각하기 어려울 것이다.

선택적 함구증의 치료로는 행동치료, 정신역동적인 개인 또는 가족 정신치료, 약물치료등이 있는데 아직까지 이러한 치료방법의 효과에 대한 본격적인 연구는 많지 않다. 가장 효과적으로 알려진 행동치료의 경우 이 질환이 사회적 강화(social reinforcement)에 의해 생겨난 것으로 보고(Reed 1963) 아동의 말하는 행동과 관련된 불안을 경감시키거나 말하는 행동에 대한 긍정적 강화를 줌으로써 치료효과를 거둘수 있다고 한다. 이러한 행동치료의 효과에 대해서는 대체로 성공적이라고 하나 단점으로는 시간과 노력이 많이 들어가야 하며 효과의 장기적인 유지등에 대해서 아직 알려진 바가 없다는 것이다.

정신역동적 치료의 경우, 환자의 내재된 갈등을 알아보기 위해서 언어 이외의 방법으로 표현할 수 있는 놀이치료나 예술치료(art therapy)를 하는 경우가 많다. 여러 연구에서 선택적 함구증에 대한 정신치료의 유용성에 대해 보고하고 있으나(Atoyntan등 1986 ; Chethik 1973) 현실적인 한계가 있다고 하는 주장 역시 많은데 그 이유로 치료기간이 너무 많이 길며 치료상황 이외의 상황으로 일반화가 어려우며, 장기적인 효과 역시 좋지 않다는 것등이다. 따라서 최근에는 일차적인 치료방법으로는 선택되지 않는다고 한다(Kratochwill 1981 ; Broowen등 1975).

선택적 함구증에 대한 약물치료에 대해서는, 1990년 이전에는 알려지지 않았으나 최근, 이런 아동들을 phenelzine(Golwyn과 Weinstock 1990)과 Fluoxetine(Black과 Uhde 1992)으로 치료하여 효과를 보았다는 보고가 있었다.

이상과 같이 선택적 함구증의 임상특징과 치료방법에 대해서는 국외에서는 많은 연구가 있었으나 현재까지 국내에서는 이 질환에 대한 체계적인 연구가 없었고 그 진단적 개념과 치료방법의 효과에 대한 논의가 부족하였다. 본 연구에서는 지난 7년간 서울대병원 소아정신과 외래에서 선택적 함구증으로 진단된 아동들과 임계원 신경정신과에서 동일진단으로 치료 받은 아동 총 23명을 대상으로 그 임상적 특성과 치료방법 및 경과에 대해서 분석하였다.

연구대상 및 방법

1. 연구대상

서울대학병원 소아정신과에 내원한 아동 중에서 1988년 3월에서 1995년 3월까지 7년간 선택적 함구증으로 진단된 아동들 20명과 임계원 신경정신과에서 1986년 3월부터 1995년 3월까지 동일진단으로 치료 받은 아동 3명을 대상으로 하였다. 본 연구에서 연구대상으로 선정된 환아들은 DSM-IV의 선택적 함구증(Selective mutism) 진단기준을 만족시키는 경우로 제한하였다. 선정과정은 외래에서 선택적 함구증으로 진단된 아동들의 병록기록을 검토하여 위의 진단기준을 만족시키는 환아로서, 놀이치료의 경우 2개월 이상 치료를 받았고 약물치료의 경우 1개월 이상 지속적으로 약물복용을 한 경우를 포함시켰다. 선택적 함구증으로 진단된 아동 33명중 5명의 병록기록은 분실되어 대상에서 제외되었고 나머지 28명중 정신병(Psychotic disorder)의 증상으로 나타난 함구증, 심한 발달형 언어장애(Developmental language disorder), 주요우울증에 수반된 함구증의 경우와, 진단을 받고 치료과정에서는 탈락된 8명도 대상에서 제외되었다. 대학병원의 특성상 입원 치료받은 5명을 제외하고는 3개월이상의 장기 치료를 받은 경우가 적어서 장기적인 치료의 효과를 보기 위하여 임계원 신경정신과 외래를 방문하여 치료받은 아동들을 포함하기로 하였고 이 과정에서 3명의 아동이 연구대상으로 추가 선정되었다.

2. 연구방법

대상으로 선정된 아동의 병록기록을 통해 이들의 인구학적 특성, 임상경과, 발달력, 성격특성, 가족력, 지능지수, 학업성취도, 치료방법 및 기간, 치료종료

시의 치료결과등 총 63개의 변인에 대한 평가표(item sheet)를 작성하였으며 현재 아동의 상태를 추적평가하기 위하여 직접면담을 시도하였고 의미치 않는 경우 전화면담으로 추적평가를 시도하였다. 각각의 항목에 대해서는 '있다/없다'로 표기하였고 기록에 표시되지 않은 항목에 대해서는 '알 수 없다'로 표기하였다.

결 과

1. 대상 환자의 인구학적 특성과 임상 양상 (Table 1)
성별은 남아 4명(17%), 여아 19명(83%)으로 여아가 남아에 비해서 많았다(약 1:5)

치료시작 당시의 평균 연령은 7세 7개월이었고 3세

Table 1. General characteristics & Developmental History of the subjects

Sex		
Female		19(83%)
Male		4(17%)
Age of first referral		
Mean		7 + 7/12
Range		3 + 5/12 - 11 + 6/12
Birth order		
First		8(35%)
Second		3(13%)
Last		12(52%)
Situation of mutism		
School(or Kindergarten)		7(31%)
All places except home		16(70%)
Birth		
No perinatal problem		18(78%)
Perinatal problem		5(22%)
Low Birth Weight(<30kg)		4(18%)
Preterm birth		1(4%)
Developmental milestone		
Language	Normal	17(71%)
	Delayed	6(26%)
Motor	Normal	17(71%)
	Delayed	6(26%)
History of separation with main caretaker (more than 1 month)		6(26%)
History of immigration		1(4%)
Hospitalization or Trauma before age 3		6(26%)
Toilet training problem		
Enuresis		6(26%)
Encopresis		1(4%)

5개월에서 11세 6개월까지의 넓은 분포를 보였다. 발병연령은 평균 4세 5개월로 3세부터 7세로 다양하였으나 부모의 기억으로 한번도 집밖에서는 말을 하지 않은 경우가 10명이었고 나머지는 유치원이나 놀이방에 보내게 되면서 알게 된 경우가 5명, 국민 학교에 입학하면서 알게 된 경우는 8명이었다.

형제들로서 첫째가 8명(35%), 막내가 12명(52%), 둘째가 5명(13%)으로 막내가 가장 많았다. 말을 하지 않는 장소(situation of mutism)는 가정 이외의 모든 장소에서 말을 하지 않는 경우가 16명(70%)로 가장 많았고 가까운 이웃이나 친척에게는 말을 하나 학교에서는 전혀 말을 하지 않는 경우가 7명(30%)이었다.

2. 발달력(Table 1)

출생이나 주산기의 문제를 보였던 아동은 5명(22%)으로, 저체중아(3000kg 이하)가 4명, 조기분만이 1명이었다.

언어발달이 지연되었거나 어려움을 가졌던 아동은 6명(26%), 운동발달의 지연을 보였던 아동도 6명(26%)이었다. 이중 언어와 운동발달이 모두 지연된 아동은 4명이었고 언어발달만 지연되거나 운동발달만 지연된 아동은 각각 2명씩이었다.

3세 이전에 주 양육자(대개 아동의 어머니)와의 1개월 이상이 분리 경험을 가진 환아는 6명(26%)이었고 이중 3명은 어머니가 직장을 가졌기 때문에 할머니 등 어머니 이외의 사람에게서 양육되었다. 또한 나머지 2명중 1명은 아동의 신체질환때문에 병원에 입원하여 분리된 경우, 나머지 1명은 어머니의 입원으로 인해 분리된 경우였다. 연구대상중 이민가정에서 온 아동을 1명이었다.

3세 이전에 질병으로 인해 입원하였거나 수술을 받았거나 심한 외상이나 심리적 상처를 입었던 아동은 6명(26%)이었다. 입원한 경우가 2명으로 열성경련이 1명, 기생충 감염이 1명이었고 수술을 받은 경우는 2명으로 구개열수술과 편도선수술등이 있었고, 생후 1세경에 두브손상을 입었던 아동이 1명, 3세경 아버지의 갑작스러운 죽음이 1명이었다.

대부분 가리기에서 어려움이 있었던 경우는 7명(30%)으로 이중 6명의 아동들이 유뇨증의 병력을 가지고 있었고 치료받으려 온 당시까지 해결되지 않은 경우가 4명이었고 유분증의 병력을 가진 아동은 1명이었다.

Table 2. Characteristics of family

Symbiotic relationship between Mother and Child	14(61%)
Dominant Mother/Passive or absent father	15(65%)
History of shyness in parents	12(52%)
Lack of family communication	7(30%)
Mantal discard	10(43%)
Divorce	1(4%)
Separation	1(4%)
Significant discrd	8(35%)
Parental psychopathology	8(35%)
Father Social phobia	1(4%)
Mother Hysterical personality	4(17%)
Depression	3(13%)
Alcohol addiction of Father	1(4%)
Physical abuse	6(26%)

3. 가족의 특성(Table 2)

어머니와 아동간의 관계가 매우 가까워서 공생적(symbiotic relationship)이라고 할 수 있는 경우가 14명(61%)이었다.

가정내에서 어머니가 우세하고 아버지의 존재는 미약하거나 수동적인 경우가 15명(65%)이었다. 부모중 어릴때 심하게 수줍어 했거나 대인관계를 회피하였거나 함구증 증세를 가진 경우는 12명(52%)으로, 그중 아버지가 7명이었고, 나머지 5명은 어머니가 이런 특성을 가지고 있었다.

가족내에 전반적으로 대화가 부족하다고 보고한 경우는 7명(30%)이었다

아동의 부모간에 불화가 있었던 경우는 총 10명(43%)으로 이중 이혼을 하여 어머니가 키우고 있는 아동이 1명, 별거중으로 아버지와 함께 살고 있는 아동이 1명, 이외에 심각한 갈등이 있다고 보고한 경우가 8명이었다.

아동의 부모에게 시행된 MMPI에 따른 부모의 정신병리에 대한 조사에서 아버지가 정신병리를 갖고 있는 경우가 1명(사회공포증)인 반면 어머니가 정신병리를 가진 경우는 7명이었고 이중 4명(17%)에서 히스테리성 성격, 3명(13%)에서 우울증을 시사하는 소견이 나왔다. 아버지가 알콜중독인 경우는 1명(4%)이었다.

아동에 대한 신체적 학대가 있었던 경우는 6명(26%)이었고 성적학대를 보고한 경우는 없었다.

Table 3. Personality characteristics of subjects

1. Shy	23(100%)
2. Anxious	19(83%)
3. Stubborn	19(83%)
4. Rigid & tense	18(78%)
5. Immature	15(65%)
6. Overdependent	15(65%)
7. Oppositional	14(61%)
8. Irritable	12(52%)
9. Manipulative, controlling	9(39%)
10. Lack of affect	9(39%)
11. Depressive	7(30%)
12. Obsessive-compulsive	4(17%)
13. Submissive	3(13%)
14. Speech phobic	2(8.7%)

4. 환아의 성격특성(Table 3).

환아들의 성격특성은 병력기록에서 나타나는 성격에 대한 묘사를 중심으로 조사하였다.

가장 높은 빈도를 보인 성격특성은 수줍음(shyness)으로 23명(100%) 모두에서 공통적으로 나타났다. 두번째로 높은 빈도를 보인 성격특성으로는 낯선 환경이나 대인관계에서의 불안(anxious)과 고집이 세다(stubborn)는 것으로, 각각 19명(83%)의 아동이 해당되었다. 다음으로 많은 특성으로는 미숙하고(immature) 의존적(overdependent)이라는 묘사가 각각 15명에서 나왔다. 화를 잘 낸다(irritable)라는 묘사가

Table 4. IQ and academic achievement

IQ(KEDI-WISC Performance IQ)		
Mean		88.3
Range		
below 60	(Mental Retardation)	2(5%)
60--69	(Mild MR)	5(22%)
70--79	(Borderline)	0(0%)
80--89%	(Low Average)	2(8%)
90--111	(Average)	2(8%)
112-120	(High Average)	0(0%)
121-130	(Superior)	3(13%)
Above 131	(Very Superior)	2(8%)
Degree of Academic achievement		
High		7(30.4%)
Middle		7(30.4%)
Low		6(26%)
Articulation difficulty		
		2(8%)

12명(52%)에서 있었으며 부모나 상대를 조종하려고 한다(manipulative, controlling)는 성격특성을 가진 아동은 9명(39%)이었다 우울해 보이는(depressive) 아동은 7명(30%)이었고 강박(obsessive-compulsive)적인 성격을 가지고 있는 아동은 4명(17%)이었다 면담시 감정표현이 결여된(lack of affect) 아동은 9명(39%)이었고 경직되고 긴장된 자세를 보인(rigid, tense posture) 경우는 18명(78%)이었다 말하는 것에 대한 공포를 표현한 경우는 2명(8.7%)이었다

5. 지능지수, 학업성취정도(Table 4).

많은 아동들이 검사자체에 대해 강한 저항을 보여

지능지수를 실시하지 못한 경우가 많았다. 5세 이전의 아이들이 제1차 일반적인 검사방법을 적용할 수 없었으며 대부분의 아동들이 언어성 지능을 측정하는데 어려움이 있어서 전체 아동의 종합적인 지능지수를 알아볼 수는 없었다. 따라서 KEDI-WISC를 실시한 16명의 아동의 동작성 IQ만으로 비교하였다

지능지수의 평균은 88.3이었고 범위는 지능지체에서 최우수까지 광범위하게 나타났다. 지능지수 69이하를 정상지체로 보았을 때 이에 해당하는 아동이 7명(30%)으로 이중에 2명은 60이하였다. 또한 보통 수준이 아동이 2명(8%), 보통 하위범위가 1명(14%), 상위범위가 1명(14%)이었고 우수와 최우수에 해당하는 지능지수를 가진 아동도 각각 2(8%), 3명(13%)이었다.

학업성취정도조사에서 상위권이 7명(30.4%), 중위권이 7명(30.4%), 하위권이 6명(26%)이었다

6. 치료(Table 5).

치료상황을 외래와 입원, 입원치료후 외래추적치료는 가능할 때, 외래에서만 치료받은 경우는 18명(78%)이었고 입원하여 치료후 외래에서 장기치료받은 경우가 1명(17%), 추적자료를 거부하여 입원치료만으로 종결된 경우가 1명(4%)이었다

치료 방법나 각 치료법에 따른 치료기간에 대한 조사에서 한이 치료만 한 경우는 15명(65%)으로 가장 많았으며 기간은 2개월의 단기치료(일주일에서 1~2회 방문, 총 8~16회의 놀이치료)에서부터 53개월(212회)에 이르기까지 다양했고 평균 치료기간은

Table 5. Treatment

Items	No (%)	Duration (mo: m/range)	Special remark
Treatment setting			
Outpatient	18(70)	8mo(2-53mo)	
Inpatient	1(4)	1.5mo	
Out+Inpatient	4(17)	15.3mo(1-48mo)	
Method of treatment			
Play therapy only	15(65)	9mo(2-53mo)	contingency
Behavior therapy only	1(4)	1.5mo	management
Pharmacotherapy only	3(13)	2.6mo(2-3mo)	Imipramine 1 fluoxetine 2
Play+Pharmacotherapy	2(8)	3.8mo(1.5-6mo)	fluoxetine 2
Play+Behavior therapy	1(4)	48mo	token economy
Play+Behavior+Family +Pharmacotherapy	1(4)	1mo	fluoxetine token economy

9개월이었다. 행동치료를 받은 경우는 1명(4%)이었다. 이때 사용된 방법은 조건 치료(contingency management)의 수정된 형태로 일정한 정도의 언어적 활동(verbal activity)을 환아가 시행했을 경우에 보상으로 산책이나 외출, 외박 등을 허용하였으며 치료기간은 입원기간인 40일간이었다. 약물치료만을 한 경우는 3례(13%)였다.

이중 1명은 Imipramine 25mg으로 3개월간 치료 받았으며 2명은 fluoxetine으로 치료받았는데 한명은 20mg po. qd로 3개월간, 다른 한 명은 20mg po. bid로 2개월간 복용하였다. 놀이치료와 약물치료를 병행한 예는 1명(4%)으로 입원후 fluoxetine 20mg으로 시작하여 40mg으로 늘었다가 퇴원하면서 20mg으로 감소시켰으며 입원기간동안 놀이치료를 20회 실시하였다. 놀이치료와 행동치료를 병행한 경우는 1명(4%)으로 입원기간동안 병동 활동 참여여부에 대한 토큰 이코노미(token economy)를 실시했고 이후 외래에서 놀이치료를 시행하였다. 놀이치료와 행동치료, 약물치료 및 가족치료를 병행한 경우는 1명(4%)으로 입원한 아동에게 놀이치료와 토큰 이코노미(token economy)를 실시하였으며 주 1회 어머니와 환아 관계를 중심으로 하는 가족치료를 하였으며 외래에서 놀이치료와 함께 imipramine 50mg으로 약물치료를 실시했고 총 치료기간은 입원과 외래를 합하여 4년간이었다.

7. 치료경과(Table 1, 7)

치료종료시의 상태는 병록기록을 보고 평가하였으며 추적평가는 추적기간인 1995년 4월 3일에서 17일까지 외래로 방문토록 하여 면담을 통하여 알아보았다. 거주지가 서울지역이 아니거나 사정이 여의치 않는 경우는 전화면담을 통하여 알아보았고 전화번호가 변경된 2명의 아동에 대해서는 추적이 여의치 않아 총 21명에서 평가하였다

환아의 상태평가는 다음과 같은 기준으로 하였다. 최우수(Excellent)는 부모나 교사가 아이에게서 선택적 항구증의 증상을 전혀 관찰할 수 없고 다른 영역에서도 결함이 없다고 인정하였을때, 우수(Good)는 아이가 집이나 학교에서 꽤 잘 적응하나 아직도 수줍어 한다거나 조정하려는 행동패턴을 가지고 있을 때이다. 양호(Fair)는 아이가 학교에서 어느 정도 적응하나 아직도 사회적인 상황에서 관계를 유지하는데 불편감을 느끼는 경우이고 불량(Poor)이란 아이가

가정이나 학교에서 모두 적응하지 못하는 경우이다 (Krohn등 1992).

치료방법과 무관하게 전체 23명의 환자중 치료종료시 최우수의 평가를 받은 아동은 2명(8.6%)이었고 우수의 평가를 받은 아동은 7명(30.4%), 양호는 12명(52%)였고 불량의 평가를 받은 아동 2명(8.7%)였다. 추적평가지 최우수로 평가된 아동은 5명(21.7%)이었고 우수는 4명(13%), 양호는 6명(21.7%), 불량은 6명(34.8%)이었다.

각 치료형태에 따른 치료성과를 치료종결시와 추적평가지의 상태에 대해 각각 평가하였다. 치료종결시 놀이치료만 한 15례에서 치료종결시 8명(53%)이 양호로 평가되었고 3명(20%)은 우수, 나머지 2명(13.3%)은 최우수, 2명(13.3%)은 불량으로 평가되었다. 약물치료만 한 경우 1명(33%)은 우수, 2명(67%)은 양호로 평가받았고 행동치료만 한 1명은 우수, 놀이치료와 약물치료를 병행한 경우는 양호로 평가받았으며 놀이치료와 약물치료를 병행한 경우 2명 모두 양호로 평가받았다. 놀이치료와 행동치료를 병행한 경우는 우수로 평가받았으며 놀이치료와 행동치료, 가족치료, 약물치료를 병행한 경우 역시 우수로 평가받았다.

추적평가지 놀이치료를 받은 아동 15명중 4명(26%)이 최우수로 전혀 증상이 없는 상태였고 3명(20%)이 우수, 4명(20%)이 양호의 평가를 받은 3명(26%)의 아동들이 불량으로 평가되었다. 약물치료만 받은 3명중 1명(33%)은 최우수로 증상없는 상태로 지내고 있었으며 1명(33%)은 양호, 나머지 1명(33%)은 불량의 상태로 평가되었다. 행동치료만 받은 아동은 추적평가지 치료전의 상태로 불량의 평가를 받았다. 놀이치료와 약물치료를 받은 아동중 1명은 여전히 양호의 상태로 지내고 있었으나 나머지 1명은 증상이 재발되어 불량의 상태였다. 놀이치료, 행동치료, 가족치료 및 약물치료를 받은 아동은 우수로 평가되었다(Table 6).

이러한 치료성과에 영향을 미치는 변수를 알아보기 위해서 증상시작부터 치료받기 전까지의 기간, 지능지수, 치료기간과 치료종료, 추적평가지의 상태와의 상관(correlation)을 계산하였으며 치료종료로부터 추적평가까지의 기간과 추적평가지의 상태평가간의 상관도 알아보았다. 이때 통계처리를 위해서 평가척도중 최우수를 4점, 우수, 양호, 불량을 각각 3점, 2점,

Table 6. Treatment outcome

	Play only (n=15)	Behavior therapy only (n=1)	Pharmaco therapy only (n=1)	Play + Behavior therapy (n=1)	Play + Pharmaco therapy (n=2)	Play + Behavior + Family + Pharmaco therapy(n=1)	sum
At the time of termination							
Excellent	2						2(8.6%)
Good	3	1	1	1		1	7(30.4%)
Fair	8		2		2		12(52.%)
Poor	2						2(8.7%)
At the F/U interview(n=21)							
Excellent	4		1				5(23.8%)
Good	3					1	4(19.%)
Fair	4		1		1		6(28.6%)
Poor	3	1	1		1		6(28.6%)

Table 7. Correlation of variables(r)

Treatment outcome	Duration before treatment	IQ	Treatment duration	Duration from termination to F/U
at termination	0.3022	0.3563	0.0571	
at F/U	0.1913	0.3367	0.3997*	0.1164

*p<0.05

1점으로 임의로 정하였다. 유의미한 상관관계를 보인 변인(p<0.05)은 치료기간, 지능지수와 추측평가지의 상태였다(Table 7).

8. 선택적 함구증의 분류(subtyping)

1) Hayden의 subtype에 의한 분류(Table 8)

본 연구의 대상 아동들을 Hayden의 subtype에 따라 공생형, 언어공포성, 반응성, 수동-공격성 함구증의 4군으로 나누어 그 특성을 살펴보았다. 분류의 기준은 주 양육자와의 공생적인 관계가 있고 어머니가 집안에서 아버지에 비해 언어적으로 공격적(verbally aggressive)하며 아이의 성격특성상 수줍어하고 불안해 하면서도 조종하려는 행동이나 부정적인 행동이 나타날 때 공생형 함구증이라고 하였으며 말하는 것에 대한 명백한 공포심이 있는 경우를 언어공포성 함구증으로 분류하였다. 또 3세 이전에 심리적인 상처가 될만한 사건이나 신체적 외상이 있을 후에 증상이 나타났으며 환자의 성격특징상 우울한 정동이 나타나는 경우를 반응성 함구증으로 분류하였다. 고집이

세고 최대적인 행동이 주로 나타나는 아동은 수동-공격성 함구증으로 분류하였다. 한가지 이상의 분류 기준을 만족시키는 아동의 경우에는 중복하여 분류하였다. 23명의 아동중 공생형 함구증에 해당되는 아동은 15명(65%)으로 가장 많았고 언어공포성 함구증에 속하는 환아는 2명(8.6%), 반응성 함구증에 해당되는 아이는 3명(13%), 수동-공격성 함구증에 속하는 아동은 7명(30%)이었다.

증상의 시작 연령은 아형간에 큰 차이가 없었으며 지능지수는 수동공격성 함구증 군에서 다소 높았다. 성격특성이나 부모와의 관계등은 아형의 특성에 부합되었으며 수동공격성 함구증 군에서는 지속적인 부모간의 불화와 신체적인 학대가 상대적으로 많았다.

2) 지능지수에 따른 분류(Table 9)

대상 아동들을 지능지수 70을 기준으로 정신지체군과 정상지능을 가진 군으로 양분하여 그 특성을 알아보았다. 병력기록에 검사결과가 있는 16명을 대상으로 조사하였을때 정신지체군에 속하는 아동은 7명, 정상지능군에 속하는 아동은 9명이었다. 정신지

Table 8. Subtype of selective mutism by hayden's classification

Variables	Symbiotic (n=15)	Speech-phobic (n=2)	Reactive (n=3)	Passive-aggressive (n=7)
Onset	4.2 yrs old	4	4.8	5.1
IQ(Mean)	79(n=12)	(n=0)	80(n=1)	93.2(n=5)
Personality Trait				
Shy	100 %	100 %	100 %	100 %
Anxious	73 %	100 %	67 %	100 %
Stubborn	73 %	0 %	67 %	100 %
Submissive	13 %	50 %	0 %	0 %
Irritable	40 %	50 %	67 %	86 %
Oppositional	47 %	0 %	67 %	100 %
Immature	73 %	100 %	100 %	29 %
Dependent	73 %	100 %	100 %	29 %
Manipulative	40 %	0 %	100 %	43 %
Depressive	40 %	50 %	100 %	0 %
Obsessive	7 %	0 %	0 %	29 %
Lack of affect	40 %	0 %	67 %	57 %
Rigid posture	73 %	50 %	67 %	86 %
Speech phobic	0 %	100 %	0 %	0 %
Characteristics of Family				
Symbiotic relationship	93 %	50 %	100 %	0 %
Dominant mother/passive Father	80 %	50 %	100 %	29 %
Parental shyness	67 %	50 %	0 %	14 %
Marital problems	33 %	50 %	0 %	71 %
Parental pathology	47 %	50 %	34 %	29 %
Physical abuse	7 %	0 %	34 %	71 %

체군에서의 지능지수의 평균은 61.8이었고 정상지능군의 지능지수의 평균은 108.9이었다. 언어발달의 지연은 각각 43%, 11%였고 정신지체군에서 상대적으로 많았다. 성격특성중 정신지체군에서 두드러진 것은 어머니와의 공생관계, 불안감, 적대적이고 화를 많이 내고 미숙하고 의존적인 점 등이었다. 이에비해 정상지능군에서 많은 성격특성은 고집이 세고 감정표현이 결여되어 있으며 조종하려고 한다는 점 등이었다. 치료성과와 지능지수사이에는 유의미한 상관관계를 보였다.

고 찰

1. 성 비

본 연구대상들의 성별에는 여아와 남아의 비가 4.8 : 1로 여아에서 남아에 비해 약 5배의 높은 빈도를 보였는데 이는 대부분의 다른 연구에서 나타나는 성

비인 54% : 46% (Kolvin과 Fundidus 1981), 2 : 1 (Wilins 1985), 2.4 : 1 (Wright 1968), 3 : 1 (Wergeland 1979)에 비해 더 높은 비율이다. 대부분의 소아정신과 질환이 남아에서 더 많이 발생하고 또 언어장애 (speech and language disorder)의 경우 남아에서 빈도가 높은 것을 고려할 때 선택적 함구증에서 여아에서 빈도가 높음은 이 질환이 언어장애보다는 감정장애 (emotional disorder)의 특징을 더 많이 가지고 있음을 시사하는 것이라고 하겠다. 일반적으로 취약적 아동의 감정장애 (예 : Avoidant disorder 2.6 : 1)는 여아에서 더 빈도가 높다고 알려져 있다 (Kolvin과 Fundidus 1981).

2. 발병시기 및 치료시작 시기

치료를 시작한 연령은 평균 7세 7개월로 대개 학교나 유치원을 처음 들어가는 시기와 일치하는 것으로 보인다. 대개 아이의 함구증세가 문제가 되는 것은

Table 9. Subtype of selective mutism according to IQ

Variables	Mentally Retardation group(n=7) %	Normal IQ group (n=9)
IQ(mean)	61.8%	108.9%
Perinatal problem	2(28.5%)	2(22.2%)
Development delay		
Language	3(32.3%)	1(11.1%)
Motor	2(23.1%)	3(33.3%)
Family characteristics		
Symbiotic with Mother	6(86.4%)	4(44.4%)
Dominant Mother/Passive Father	4(57.1%)	5(55.6%)
Parental shyness	4(57.1%)	9(100%)
Personality trait		
Shy	7(100%)	9(100%)
Anxious	7(100%)	7(77.8%)
Immature	7(100%)	5(55.6%)
Overdependent	7(100%)	5(55.6%)
Stubborn	3(42.9%)	9(100%)
Oppositional	5(71.4%)	7(77.8%)
Irritable	5(71.4%)	9(100%)
Lack of affect	2(28.6%)	4(44.4%)
Rigid posture	5(71.4%)	8(88.9%)

유치원이나 학교와 같이 말하기가 중요한 의미를 갖는 상황에 노출되면서부터이다. 입학 초기에는 일시적인 적응장애로 생각되어 방치되는 경우가 많고 심한 고통 등상황을 만드는 행동문제를 동반하지 않는 한 합구증 자체로는 곧 바로 치료를 받게 되지 않고 대개 수개월이 지난후에야 치료에 의뢰되는 것으로 알려져 있다. 발병 연령은 평균 4세 5개월로 대부분의 연구들과 비슷하였다(3~4 : Wergeland 1979 ; 4~9세 : Wright 1984)

3. 발달력상의 특징

발달력에서 3세 이전의 분리경험이 26%에서 나타났고 신체적, 또는 심리적 상처를 입은 경우 역시 26%로 나타났는데 이는 선택적 합구증의 원인으로 언어발달시기의 구강외상이나 수술등이 말하는 것을 억제한다는 주장(Parker등 1960 ; Browne등 1963)이나 언어의 습득이 왕성히 일어나는 시기에 어머니와의 분리가 증상이 형성에 영향을 준다는 주장(Wergeland 1979), 선택적 합구증의 한 아형인 반응성 합구증(Reactive mutism)은 그 병인으로 여러 형태의 외상을 들고 있다는 점(Havden, 1980)등을 고려할때 의미있는 결과라고 하겠다. 선택적 합구증에서 흔히

동반되는 정신과적 질환인 유뇨증과 유분증은 각각 6명과 1명에서 나타났는데 이는 발달 미성숙이나 지연의 결과일수도 있고 또는 정서적인 불안정, 어머니와의 관계에서 문제가 있음을 시사한다. 이중 유분증(en-copresis)은 많은 예에서 어머니와 아동간에 공격적 관계가 있고 아동이 배변을 어머니와의 힘겨루기의 수단으로 생각하며 불안정하고 공격적인 성격을 가진 아동에게서 많이 일어나는 질환으로 가족역동이 선택적 합구증과 유사하다 이러한 점을 토대로 선택적 합구증을 항문기적 갈등의 결과로 보는 학자들도 있는데(Pustrom과 Speers 1964) 소변과 대변의 보유(retention), 합구증, 고집이 세고 수동적인 공격성과 함께 ‘항문기적 적대심(anal sulker) 증후군’으로 보는 시각도 있다(Browne등 1963)

4. 가족 역동

선택적 합구증을 모자간의 관계의 문제가 가족역동의 문제로 인해 발생하는 것으로 보는 견해가 많다 가장 널리 받아들여지고 있는 모자관계의 특징은 지나치게 과보호하고 지배(domineering)하려는 어머니와 지나치게 의존적이며 위축되어 있는 아동간의 공생적(symbiotic)인 관계이다(Parker등 1960 ; von

Misch 1952 ; Browne등 1963 ; Hayden 1980 ; Wilkins 1985). 하지만 이 관계의 다른 측면에서는 아이가 어머니를 조종하며 어머니는 아이를 매우 취약한 것으로 인식하여 원하는 것을 모두 들어주며 제멋대로 하도록 끌려가는 경우가 많다고 한다(Wilkins 1985). 이러한 공생관계의 원인요소로서 관찰되는 것은 어머니의 성격적인 특징인데 어머니는 대개 감정적으로 미숙하여 아이에게 양가적 감정을 가지고 있고 아이가 다른 사람들과의 관계를 맺는데에 무의식적인 질투감을 느끼고 피하게 된다. 아이 역시 이러한 어머니에게 의존적이면서도 공격적인 충동을 가지고 있고 이러한 공격성이 타인에게 전치되어 함구증을 나타낼 수도 있고 또 이러한 공격성의 표현을 방어하기 위해서 함구증의 증세를 나타낸다고 하는 의견도 있다(Wergeland등 1979). 본 연구에서도 역시 어머니와 공생적인 관계를 가지고 있는 환아가 14명(61%)으로 이러한 가설을 뒷받침해주고 있다. 이렇듯 언어적으로 우세하고 과보호하는 어머니의 특성과 달리 아버지에 대한 묘사는 흔히 수동적이며 존재감이 희미하거나 거리감이 있는 것으로 나타나는데 본 연구에서도 15명(65%)의 환자의 부모에서 이러한 형태가 나타났다. 이러한 부부간의 역동은 어머니가 아이에게 더욱 영거붙도록 하는 결과를 초래했다고 하겠다.

5. 부모의 특성

부모중 어릴때 수줍음을 지나치게 타거나 내성적이거나 함구증의 증세를 가졌었다고 보고한 경우가 12명(52%)이었는데 이는 다른 연구에서도 나타나는 특징이다(Salfield등 1950 ; Reed 1963 ; Brown과 Pustrom과 Speer 1964 ; Wright 1968 ; Lloyd 1975 ; Hayden 1980 ; Kolvin과 Fundudis 1981 ; Wergeland 1979) 또한 이러한 부모의 성격은 성인까지 연장되어 사회공포증을 갖거나 사회적으로 고립된 생활을 하며 따라서 가족의 환경을 위협적인 것으로 받아들여지게 되고 아이의 증상은 간접적으로 이러한 부모의 사회에 대한 공격성이나 불안을 표현하는 기능을 할 수도 있다(Carr과 Afran 1987).

선택적 함구증 가족에서 부부간의 불화는 많은 연구에서 언급되고 있는데(Browne등 1963 ; Wilkins 1985) 본 연구에서도 10명(43%)의 부모가 불화를 보고하고 있다. 이러한 불화가 아동의 증상에 원인으로 작용하는지 아니면 결과적으로 일어난 것인지 확실하게 말할 수는 없다. 만약 아동의 선택적 함구

증이 먼저 나타난 경우라면 이러한 아동의 침묵과 완고함이 가족들에게 강렬한 감정을 불러 일으켜서 부부갈등을 일으켰을 가능성도 있다. 반면에 부모간의 갈등이 먼저 있었을 경우는 환자의 침묵이 공격적인 상대를 처벌하기 위한 무기로 사용되었을 가능성이 있다(Browne등 1963).

가족내의 대화의 부족은 7명(30%)에서 나타났는데 이는 앞에서 언급한 부부간의 역동측면에서 설명할 수 있을 것이며 결과적으로 아이에게 언어적 자극이 부족했을 가능성이 있다.

부모의 정신병리 중 아버지의 사회 공포증이 한 예에서 있었고 어머니의 히스테리성 성격특성과 우울증이 각각 4명, 3명에서 나타났는데 이러한 어머니의 불안정한 성격특성과 우울증이 아동이 어머니와의 관계에서 기본적인 신뢰감을 형성하는데 방해요인으로 작용하고 아동이 감정적으로 미숙하고 불안 또는 우울한 성향을 가지게 만들 가능성이 있다(Wergeland 1979).

6. 아동의 성격특성

선택적 함구증 아동의 성격특성에 대한 보고는 많은데 대개의 보고에서 일치된 견해를 보이고 있다. 즉 아동들이 가정내에서는 부정적이고 적대적이며 고집이 세고 조종하려고 하는 반면 낯설거나 새로운 상황에서는 수줍어하고 예만하며 공포에 걸리거나 행동이 경직된다는 것이다(Browne등 1963 ; Hayden등 1980 ; Kolvin과 Fundudis 1981 ; Parker등 1960 ; Wergeland 1979 ; Wilkins 1985 ; Wright 1968).

본 연구에서 역시 이러한 성격특성은 위 연구들의 결과와 일치되게 나타나 수줍음, 불안감과 함께 고집이 세고 화를 잘 내며 반항적(oppositional)인 성격특성과 함께 미숙하고 의존적인 성격특성을 가진 아이가 두드러지게 많았다. 이렇듯 집안에서와 밖에서의 성격특성이 차이가 있는 것을 들어 많은 연구자가 이러한 침묵이 수동적 공격성의 표현이고 한편으로는 함구증을 통해 주위로부터의 관심을 받고 의존할 수 있다는 등의 이차적인 이득을 노리는 행동으로 보고 있다. 하지만 다른 연구에서(Leonard와 Topol 1993) 이러한 아동들이 특정한 사회적 상황에서 말할수 없는 것은 반항적인 목적에서 '하지 않는다'기 보다는 진정으로 수줍어하고 공포와 불안에 질려서 '할 수가 없는' 것이라고 보고하기도 했다.

또한 이러한 반항적이고 조종하는 행동이 환아에게 있는 불안을 치료자들이 보지 못하게 하기도 하는데 이러한 반항적인 행동은 환아의 불안과 부모의 양육 태도와이 작용(interaction)에서 일어난 결과일 수 있으며 다른 적응방법이 없는 상황에서 아동은 이러한 반항적인 방법을 다른 사람들과의 관계에서 원하는 결과를 얻는 유일한 방법으로 선택할 수도 있을 것이다. 위에서 언급한 성격특성 이외에 우월한 성동을 보고한 경우가 7명(30%)으로 이는 이 장애가 아동의 불안/우울증의 한 형태라고 하는 의견을 뒷받침한다고 하겠다(Kratochwill 1981; Kolvin과 Fundudis 1981; Wilkins등 1985). 또한 강박적인 성격을 나타내는 아동은 4명으로 수가 많지는 않으나 선택적 합구증 아동의 일부군에서 이러한 강박적인 특성이 나타나며(Havden 1980; Wergeland 1979; Kolvin과 Fundudis 1981)이 질환이 불안/강박증의 일종이라는 주장(Boon 1994)이 있는 것을 생각할때 의미가 있다고 하겠다

7. 치 료

본 연구에서 대상이 된 아동들중 놀이치료를 받은 경우가 15명(65%)이고 다른 치료와 병행한 경우까지 포함하면 81%가 놀이치료를 받아 현재까지 선택적 합구증에서 가장 많이 사용되어지는 치료방법은 놀이치료임을 알수 있었다 실제 문헌에 보고된 선택적 합구증의 치료방법에 대한 연구에서는 놀이 치료보다는 행동치료를 더 효과적이라고 보는데 본 연구에서 행동치료를 받은 경우는 3례에 그쳐 우리나라에서는 아직까지 행동치료보다는 놀이치료를 임상에서 더 많이 사용하고 있을 것으로 추측하게 한다. 이렇듯 놀이치료를 선호하는 이유로는 아직까지 많은 소아 정신과 의사들이 이러한 정신역동적인 치료에 익숙하며 행동치료를 대해서는 구체적인 방법과 효과에 대한 인식이 부족한 것을 들수 있겠다. 그러나 증상 제거에만 치료목표를 두지 않고 아동의 사회기능의 근본적인 문제를 목표로 한다면 놀이치료는 아동의 심리상태를 파악하고 갈등을 해결한다는 면에서 선택적 합구증 아동의 치료에 필수적인 치료방법이라고 할 것이다. 약물치료를 한 경우는 다른 치료와 병행한 경우를 포함해서 5명(21%)였는데 모든 경우에서 항우울제를 사용했으며 특히 fluoxetine을 사용한 경우가 4명으로 나타났다. 이는 최근에 선택적 합구증을 사회공포의 한 형태로 보고 사회공포환자들에게서

사회적 상황에서 나타나는 억제를 풀어주기 위해서 사용하는 약물을 선택적 합구증에서 사용하여 효과가 있었다는 몇몇 연구결과와 일치된다고 하겠다(Golwyn등 1990; Black등 1992, 1994) 즉 이러한 약물 치료의 목표증상(target sex)은 합구증 자체라기 보다는 아동의 분리불안, 사회적 상황에서의 공포, 우울증, 성박적 특성들이라고 할수 있겠다.

가족치료의 중요성은 많은 연구에서 입증되었는데도 불구하고 본 연구에서는 한명에서만 다른 치료와 병행하여 이루어진 점이 아쉽다고 하겠다. 이러한 가족에 대한 개입은 치료과정에 대한 가족 전체의 저항을 줄여주고 부모들이 겪은 고통에 대해 지지해주고 아동과 어머니와의 관계에서 기인된 문제들에 대해 효과적으로 개입할수 있다는 점에서 중요하다고 하겠다 본 연구 대상들에 대한 치료에서 아마도 놀이치료 과정에서 어머니에 대한 교육과 태도에 대한 수정이 있었을 것으로 추측되지만 보다 체계적인 치료방법의 하나로서 가족치료가 선택적 합구증 아동들에게 시행되어야 할 것이다

8. 치료성과

선택적 합구증의 치료성과에 대한 체계적인 연구는 그리 많지 않은데 그중 하나인 Kolvin등(1981)의 24명의 선택적 합구증 아동들에 대한 5~10년간의 추적연구에서는 이들 중 46%에서 호전을 보이며 54%에서는 거의 변화가 없거나 미미한 변화를 보인다고 했다 이러한 결과는 선택적 합구증이 시간만 가면 좋아지는 병이 아니라는 사실을 보이고 있으며 또 이들중 호전을 보인 아동들은 대개 10세 이전에 좋아진다는 점을 들어 어릴때의 조기치료가 중요하다는 사실을 일깨워주고 있다. 한편 Wnght(1968)등은 19명의 아동들을 7년간 추적조사한 연구에서 21%에서 최우수, 38%가 우수, 16%가 양호, 5%가 불량으로 평가되었다고 보고함으로써 다소 낙관적인 견해를 나타내고 있다 본 연구에서 치료종결시에 양호이상의 호전을 보인 경우는 91%로 Wright의 연구결과와 비슷하나 추적조사시의 평가결과는 양호이상이 71.4%로 Kolvin의 연구와 유사한 결과를 보였다. 치료방법간의 비교는 놀이치료를 제외하고는 대상수가 너무 작아 일반화 하기 어려웠다.

치료성과의 연관되는 변수를 알아보기 위해서 증상이 사라진 후부터 치료를 받기 까지의 시간, 지능지수, 치료기간등과의 상관계수를 구해 보았는데 이중

상대적으로 유의미한 상관성이 있는 변수는 치료기간과 지능지수였다. 비록 치료성과에 대한 평가자체가 객관성이 결여되고 있고 치료자체도 각각 치료자의 자질이나 치료자체의 질의 차이가 있기 때문에 치료기간만으로 치료효과와 연관짓는 데에는 무리가 있을 것으로 생각되나, 많은 수가 놀이 치료를 받은 점을 고려할때 적어도 놀이치료로 치료성과를 올리기 위해서는 상당한 기간의 치료가 필요할 것을 시사한다.

9. Hayden의 분류에 의한 아형분류

본 연구에서는 대상아동들을 Hayden의 이론에 따라 공생형, 언어공포성, 반응성, 수동-공격성으로 구분하여 보았다.

본 연구의 대상이 된 아동들은 많은 경우에 명확하게 한가지 아형에 속한다기 보다는 혼재된 임상양상을 가지고 있는 경우가 많았으며 성격특성이나 가족역동적 측면에서도 뚜렷하게 구분하기는 어려웠다. 언급할 만한 것으로는 반 이상이 공생형 합구증에 속했으며(65%) 그 다음으로 많은 아형은 수동공격성 합구증이였다. 공생형의 경우 고집세고 완고한 성격이 나타나기는 하지만 수줍어하고 아기같고 의존적인 면이 두드러지며 가족내의 수줍음에 대한 보고도 많은 반면 수동 공격성 합구증 군에서는 고집이 세고 반항적이었다. 가족역동상에서도 수동 공격형에서는 어머니와의 공생관계보다는 부모간의 불화가 많고 신체적인 학대도 많다는 점에서 차이가 있었다. 이러한 차이들이 치료의 선택이나 예후의 측정에 의미 있는 영향을 줄 것으로 보이나 이를 알기 위해서는 보다 체계적인 연구가 필요할 것이다.

10. 지능지수에 따른 분류

본 연구에서 대상이 된 아동중 30%가 정신지체 수준의 지적 능력을 가지고 있었음은 다른 연구들과 비교할때 특이한 점이라고 하겠다. 대부분의 선택적 합구증에 대한 연구에서 이들의 지능은 평균이나 평균 이상으로 간주되어지고 있으며(Browne등 1963; Hayden 1980; Hesselman 1983) 지능지수가 평균보다 낮은 경우를 보고한 연구는 4편에 그치고 있다(Kupietz등 1982; Reed 1963; Kolvin등 1981; Klin등 1992). 따라서 많은 연구에서 지능이 지체수준인 아동들은 연구대상에서 제외되었을 것으로 생각되며 결과적으로 저능지수가 환아들의 임상상과 치료경과에 어떤 영향을 미치는지에 대한 체계적인

연구가 부족한 편이다. 본 연구에서는 지능지수 70을 기준으로 두군을 분류하여 살펴본 결과 원인과 치료면에서 몇 가지 차이점을 발견할 수 있었다. 우선 지능지수가 낮은 아동들은 유아기의 언어발달이 지연된 경우가 43%로 지능지수가 높은 군에 비해 많았고 어머니와의 관계에서 공생적인 성격이 더 많았으며 낮은 환경에 대한 불안감이 더 컸고 가정내에서 적대적이거나 공격적인 행동이 더 많이 나타났으며 특히 어머니에게 의존적이고 미숙한 행동을 하는 경우는 100%에서 나타났다. 치료적인 성과면에서 정신지체를 가진 아이들은 그렇지 않은 아이들에 비해서 치료성과가 낮음을 볼수 있었다.

이러한 임상적인 특징의 차이와 치료성과의 차이는 다음과 같이 설명할수 있을 것이다. 우선 정신지체 아동의 경우 합구증의 의미가 정상적 기능을 가진 아동들과는 달리 자신의 지적인 결함을 감추는데 도움을 주어서 이러한 이차적인 이득이 긍정적인 보상 작용을 할 가능성이 있다. 또한 어머니와의 관계에서 정상지능을 가진 아동들보다 더욱 의존적이 되며 어머니 역시 아동의 부족에 대한 인식으로 인해 더욱 과보호하여 공생적 합구증 아동이 되기 쉬운 관계가 될 수 있다. 반면에 이러한 지능의 저하를 알지 못하는 상태에서 합구증을 오직 '동기적인 증상(motivational disorder)'으로만 보는 시각이 있어 교사나 부모의 아동에 대한 과도한 기대나 압력은 아동에게 더욱 갈등과 고통을 주며 이러한 아동은 더욱 위축되고 억제되며 불안과 우울증상 역시 증가될 수 있고 공격적이거나 적대적인 행동을 강화시킬 수도 있다. 그리고 이렇듯 지적 결함을 고려하지 않은 치료는 아동에게 반복적인 실패감만 안겨주어 상태를 악화시킬수 있으며 예후 역시 불량할 수 밖에 없다. 따라서 치료자들이 조기에 아동들의 지적인 능력을 평가하여 구분된 치료방침을 선택하는 것이 중요할 것이다. 즉 부모에게 이러한 아동의 지적능력에 대해 정보를 주고 이들에게 과도한 압력을 가하지 않게 하고 학업성취 등에 대한 목표보다는 사회적-감정적인 안정을 중시하여 지적 능력에 맞는 교육환경을 추천하는등 치료의 우선순위를 변경시키는 것이 이러한 아동들의 치료에서 필수적이라고 하겠다.

본 연구의 제한점은 우선 대상 선정면에서 서울대 학교병원이라는 특수한 치료상황을 고려할때 증상의 정도나 치료기간등에 대해 일반화하기 어려운 점이

있고 장기치료를 받은 아동이 적은 단점을 보완하기 위해 개인 정신과외래에서 대상을 선정하였으나 그 수가 적어 전체적인 결과에 영향을 주지 못했을 가능성이 있다는 점이다 또한 후향적으로 병력기록을 참조하여 아동의 임상특성이나 치료경과를 살펴보았기 때문에 선택성이 결여되어 있으며 특히 성격특성이나 모가관계등 측정하기 어려운 변수를 기록에서 나타난 묘사만으로 존재유무를 결정했다. 최근 본 연구의 결과의 신뢰도를 떨어뜨리는 결과를 가져왔을 것으로 생각된다. 치료성과에 대한 평가 역시 아동과 부모에게 객관적인 측정도구를 사용하지 않고 한명의 치료자가 병력기록의 검토와 짧은 비구조적 면담만으로 이루어졌다는 것 역시 큰 제한점이라고 할 수 있겠다 앞으로의 연구에서는 위에서 언급한 제한점들이 보완되어야 할 것이며 선택적 합구론의 치료에 대해서 보다 구체적이고 다양한 방법 및 치료적 성과에 대한 전향적이고 더욱 체계적인 연구가 요구된다고 하겠다

References

- American Psychiatric Association(1994) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th edition, American Psychiatric Association, Washington DC, 113-115
- Atoynatan TH(1986) : Elective mutism - Involvement of the mother in the treatment of the child Child Psychiatry Hum Dev 7 : 15-27
- Black B, Uhde TW(1992) : Elective mutism as a variant of social phobia J Am Acad child Adolesc Psychiatry 31(6) : 1009-1094
- Black B, Uhde TW(1994) : Treatment of Elective Mutism with Fluoxetine : A double-blind, Placebo controlled Study J Am Acad child Adolesc Psychiatry 33(7) : 1000-1008
- Blake P, Moss T(1967) : The development of socialization skills in an electively mute children Behavioral Research and Therapy 5 : 349-356
- Boon F(1994) : The selective mutism controversy J Am Acad child Adolesc Psychiatry : 33(2)
- Browne E, Wilson V, Laybourne PC(1963) : Diagnosis and Treatment of elective mutism in children J Am Acad child Adolesc Psychiatry 2 : 605-617
- Browne E, Lloyd H(1975) : A controlled study of children not speaking at school Assoc Workers Midadjust Child 3 : 49-63
- Carr A, Afnan S(1989) : Concurrent individual and family therapy in a case of elective mutism J Fam Psycho 11 : 29-44
- Carlson JS, Kratochwill TR, Johnston H(1994) : Prevalence and treatment of selective mutism in clinical practice : A survey of child and adolescent psychiatrists J Child Adolesc Psychopharmacology 4(4)281-291
- Chethik M(1973) : The Intensive Treatment of an Elective Mute J Am Acad child Adolesc Psychiatry 12 : 182-193
- Conrad RD, Delk JL, Williams C(1974) : Use of stimulus fading procedures in the treatment of situation specific mutism A case study J Behv Ther Exp Psychol 1 : 99-100
- Fundudis T, Kolvin I, Garside R(1979) : Speech retarded and deaf children, Their psychological development London Academic Press
- Golwyn DH, Weinstock RC(1990) : Phenelzine treatment of elective mutism : A case report J Clin Psychiatry 51(9) : 384-385
- Hayden TL(1980) : Classification of Elective mutism J Am Acad child Adolesc Psychiatry 19 : 118-133
- Hesselman S(1983) : Elective mutism in children 18-27 1981 Acta Paedopsychiatr 49 : 297-310
- Kussmaul A(1877) : In Die Storungen der Sprache Basel Bern Schwabe
- Klin A, Volkmar FR(1993) : Elective mutism and mental retardation J Am Acad child Adolesc Psychiatry 32(4)860-864
- Kolvin I, Fundudis T(1981) : Elective mute children : psychological development and background factors J Child Psychology and Psychiatry 22 : 219-232
- Korhn JD, Weckstein SM, Wright HL(1992) : A study of the effectiveness of a specific treatment for Elective mutism J Am Acad child Adolesc Psychiatry 31(4) 511-518
- Kratochwill TR, Brody GH, Piersel WC(1979) : Elective mutism in children Adv Clin Child Psychol 2 : 194-240
- Kupietz SS, Schwartz IL(1982) : Elective mutism : Evaluation and behavioral treatment of three cases NY State J Med 82 : 1073-1076
- Leonard HL, Topol DA(1993) : Elective mutism : child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 8(1) : 135-707

- Matson JL, Box ML, Francis KL**(1992) : Treatment of elective mute behavior in two developmentally delayed children using modeling and contingency management. *J Behav. Ther & Exp Psychiat* 23(3) : 221-229
- Parker EB, Olsen TF, Throckmorton MC**(1960) : Social casework with elementary school children who do not talk with in school ; *Social Work* 5 : 64-70
- Pustrom E, Speers RW**(1964) : Elective mutism in children. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry* 3 : 287-297
- Reed GF**(1963) : Elective mutism in children : A re-appraisal. *J Child Psychol Psychiatry* 4 : 99-107
- Salfield DJ, Lond BS, Dusseldorf MD**(1950) : Observations on elective mutism in children. *J Ment Sci* 96 : 1024-1032
- Tramer M**(1934) : Eleckiver Mutismus bei Kindern. *Z Kinderpsycchiat.* 1 : 30-35
- Von Misch A**(1952) : Eleckiver Mutismus in Kindersalter. *Z Kinderpsycchiat* 19 : 49-87
- Wergeland H**(1979) : Elective mutism, *Acta Psychiat. scand* 59 : 218-228
- Wilkins R**(1985) : A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *Br J psychiatry* 146 : 198-203
- Williamson DA, Sewell WR, Sander SH, Haney JN, White D**(1977) : The treatment if reluctant speech using contugency management procedures. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 8 : 151-156
- Wright HL**(1968) : A clinical study of children who refuse to talk in school. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry* 7 : 603-617
- Wright HH, Cuccaro ML**(1994) : Selective mutism. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry* 33(4) : 593
- Wright HH, Miller MD, Cook MA, Littmann JR**(1984) : Early identification and intervention with children who refuse to speak. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry* 24(6) : 739-746

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT COURSES
OF THE CHILDREN WITH SELECTIVE MUTISM

Sun-Ju Chung, M.D.** Kang-Hong, M.D.***

Department of Psychiatry, Seoul National University, Seoul

Selective mutism is a childhood condition defined by persistent failure to speak in specific social situation when speaking is expected, despite preserved ability to comprehend spoken language and speak.

Present study is to investigate clinical characteristics, treatment method and outcome of 23 children who were diagnosed as selective mutism by DSM IV criteria at the child psychiatry outpatient department of SNUH.

The results were as follows :

1) The Sex ratio was 1 : 4.8, female dominant. Mean age of onset was 3.3 years old and mean age of first referral was 7.5 years old.

2) 22% of subjects had perinatal problem such as low birth weight, preterm birth, 26% of the subjects have history of delayed language development.

There are subjects who had been separated with main caretaker before 3 years old(26%) and who experienced physical or psychological trauma before 3 years old(26%). A few subjects had enuresis(30%) and encopresis(4%).

3) Many subjects(65%) had symbiotic relationship with their mother. These families consist of dominant, verbally aggressive mother and passive father. Parents of 39% of all subjects were judged to have definite psychopathology(social phobia, depression, hysterical trait or alcohol problem). 26% of all subjects were reported physically abused.

4) The personality traits of the subjects were frequently described as follows(in order of frequency) :

Shy(100%), anxious(83%), stubborn(83%), rigid and tense posture(78%), immature(65%), overdependent(65%), irritable(52%), manipulative(39%), depressive(39%).

5) The mean performance IQ of 16 subjects by KEDI-WISC was 88.3. Among them, the subjects with IQ below 69 were seven and those with IQ above 70 were nine. When comparing these two groups(Mental retardation group vs Normal IQ group), we could find some difference in language development, personality trait, family dynamics and treatment outcome.

6) Among several treatment methods for selective mutism, play therapy was the most frequently used method(65%). Other commonly used treatment methods were pharmacotherapy(21%), behavioral therapy(8%), combined therapy(play therapy + pharmacotherapy + family therapy + behavioral therapy)(12%).

7) Regarding the outcome of treatment, 8.6% was evaluated as Excellent, 30.4% as Good, 52% as Fair, 8.7% as Poor at the time of treatment. At follow up interview 21.7% was evaluated Excellent, 13% as Good, 21.7% as Fair, 34.8% as Poor.

8) We classified all subjects by Havden's 4 subtype. Symbiotic mutism was most common(65%) and other subtypes are Speech phobic mutism(8.6%), Reactive mutism(13%) and Passive-aggressive mutism(30%).

KEY WORD : Selective mutism · Clinical characteristics · Treatment outcome · Classification.