

동의신경정신과 학회지  
J. of Oriental Neuropsychiatry  
Vol. 14. No. 2, 2003

## 소아신경정신 질환의 한·양방적 접근 방법론 연구

김근우

동국대학교 분당한방병원 신경정신과.

### A study of methods for Oriental · Western medical approach of Child Neuropsychiatric Disorders

Geun-Woo Kim

Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine DongGuk University, Seoul, Korea

#### Abstract

**Objectives** : This study aimed investigation of clinical development to child neuropsychiatry through the oriental · western medical approach of child neuropsychiatric disorders

**Methods** : As DSM-IV and ICD-10 set a standard for clinical expression. According to this standard and oriental medical diseases, child neuropsychiatric disorders are divided into six symptoms

#### Results and Conclusion :

1. View point of oriental medicine, Psycho · Somatic stroke(inclusive of the spasm) place under the category 'Epilepsy(癇)', 'Children's fit(驚風)' and 'Chi-Kyeong(瘧瘵)'.
2. View point of oriental medicine, Mental Retardation place under the category 'Dementia(呆)', 'Amnesia(健忘)' and 'Speech Disorder(語遲)'.
3. View point of oriental medicine, Emotional Disorder place under the category 'Adjustment Disorder(客忤)', 'Cry with anxiety at night(夜啼症)', 'Gi-Byung(魘病)' and 'Child depressive Disorder(小兒癲症)'
4. View point of oriental medicine, Conduct development Disorder place under the category 'Physical frail of five part(五軟)' and 'Physical stiff of five part(五硬)'.
5. View point of oriental medicine, Childhood Psychosis place under the category 'Insanity(癲狂)'.
6. View point of oriental medicine, Somatoform Disorder place under the category 'Palpitation of the heart(驚悸)', 'Vomiting and Diarrhea(吐瀉)', 'Asthma(喘)', 'Headache(頭痛)' and 'Enuresis(遺尿)'

**Key Word** : Child Neuropsychiatry, DSM-IV and ICD-10, Six Symptoms.

※ 위 논문은 동국대학교 전문학술지 게재 연구비 지원으로 이루어짐  
교신저자 : 김근우. 경기도 성남시 분당구 수내동 87-2번지 동국대학교 분당한방병원 신경정신과.  
Tel: 031-710-3740 E-mail: kgwoo86@dongguk.ac.kr

## I. 結 論

소아 정신의학 혹은 소아·청소년 정신의학은 소아기와 청소년기에 발생하는 신경정신과적인 체문제를 다루는 분야로 독립적인 진단체계를 갖추게 된 것은 1980(DSM-III)에 이르러서이다<sup>12)</sup>. 한의학史的으로는 최초北宋 때 錢乙의 소아에 대한 풍부한 임상경험을 통한 소아질병관이 담겨진 小兒藥證直訣과 같은 소아과 전문서적 이후, 많은 醫家를 통해 소아과학의 발전이 있었으나 정신의학적인 측면에서는 다소 부족한 면이 많았다. 이에 저자는 한·양방적인 임상발현 증상을 위주로 하여 소아 신경정신 질환을 6가지로 분류하였으며, 이 분류를 근거로 하여 각 증후의 한·양방의 개념에 준거하여 보다 나은 임상적 발전을 기대하고자 한다.

## II 연구방법

임상적 질병분류를 하는데 있어, DSM-IV와 ICD-10의 진단분류를 기준으로 하되 실제적 구분은 각 질병의 임상표현양상을 중요시하였으며 특히, 한의학에서 분류되는 각 증후의 증상이 양방에 진단되는 병의 그 主證과는 대부분 일치하도록 하여 6가지로 분류하여 비교 연구하였다. 단, 틱 장애는 6종의 분류에 뚜렷이 구분되지 않고 증상발현적인 측면에서 겹치는 부분이 많아 별도로 두었다.

## III 본론 및 고찰

먼저 각 병증을 논하기에 앞서서 소아는 성인과 달리, 발현되는 각각의 증상에는 ‘발달’이라는 측면이 항상 고려되어야 한다. 특히, 신경·정신발달이라는 측면에서 그 연령이나 개월 수의 기준발달상황에 뒤떨어져서 나타나는 병리적 상황을 질병이 있는 것으로 진단되는 경우가 많다. 실제 한의학에서도 소아의 성장발달에 있어 신체 발달과 함께 감정과

지력에 해당되는 정신적 발달을 중요시하였다. 이에 대해 景岳이 “三十二日一變蒸 卽覺情志有異於前..... 三十二日長骨添精神<sup>3)</sup>”이라고 한 것과 같이 소아의 生理的 발달에 중요한 현상으로 變蒸을 설명하면서 일정한 기간이 지나면 감정 및 智의 발달도 이루어진다고 보았다. 구체적으로는 각 醫家들마다 조금의 차이는 있지만 初生부터 腎·心·肝·肺·脾의 순서대로 五神이나 五志가 발달한다고 하여 소아 精神의 전체적인 발달상황을 설명하고 있다<sup>4)5)</sup>.

### 1. 경련을 포함한 정신·신체의 발작

경련성질환은 소아기에 나타나는 가장 흔한 만성 신경질환 중의 하나로 그 발현양상이 복잡하고 발달 전반에 걸쳐 여러 가지 영향을 끼칠 수 있다는 점, 그리고 경련성질환 아동에서는 행동 및 정서장애, 학습장애, 대인상관관계 등에 있어 정신과적 장애가 있다는 점에서 큰 문제점을 내포하고 있다<sup>6)</sup>.

경련발작이 대표적인 증상으로 나타나는 질환으로는 간질을 포함한 여러 종류의 경련성 질환이 이러한 것에 해당되는데, 신체와 정신 두 가지에서 모두 각각 급작스런 변화를 나타내는 증후들이 포함된다.

경련성 질환(Seizure Disorders)에 대표적인 증상인 ‘경련’이라는 것은 뇌신경 세포의 갑작스럽고 조절 할 수 없는 과방전으로 인하여 운동 장애, 감각 이상, 인지 장애 및 행동 이상 등이 나타나는 간헐적인 신경계 장애를 뜻한다. Seizure, convulsion, fit, spell 등으로 표현되는데, 운동장애를 동반하는 경우를 convulsion이라고 한다. 이러한 소아기 경련의 원인은 연령에 따른 차이는 있지만 전체적으로 출생시 손상, 뇌의 발육 이상, 중추 신경계의 급성 감염, 급성 열성 경련, 특발성 간질, 뇌종양 등이다.

이러한 경련성 질환의 대강을 보면, 신생아기에 발생되며 거의 증후적이며 특발성인 경우는 드물고 또한 신생아는 아직 축삭과 수초화가 안 된 상태이므로 경련의 양상도 전신 강직 간대 발작은 잘 나타나지 않으며, 경련이 쉽게 유발되지만 대부분 짧고 일시적인 신생아 경련(Neonatal seizure), 소아에서 가장 흔한 경련성 질환으로 70%가 바이러스성 상기도 감염이 원인이며 초기에 열이 갑자기 오르는 시기에 잘 일어나는 열성 경련(Febrile convulsion), 신

경 세포 주위의 비정상적인 이온 농도에 의하여 중추 신경계나 말초 신경계가 과잉 흥분된 상태에서 발생기는 영아 테타니(Infantile tetany), 그리고 간질(Epilepsy)이 있다<sup>7)</sup>.

소아에서의 간질은 약 2/3에서 특발성(idopathic)으로 특별한 원인이나 발열 없는 발작이 반복적으로 일어나며 1/3에서는 원인을 알 수 있는 증후성 간질로서, 출생시 뇌 손상, 무산소증, 뇌감염증, 선천성 뇌 기형, 뇌 외상 등이 원인이다. 소아 간질은 성인과는 생리화학적 및 간질 발생 기전이 다르고, 연령에 따라 발작 양상, 치료 반응 및 부작용 빈도 등이 차이를 보이는 특징이 있다<sup>8)</sup>.

한의학적으로는 그 증상발현적인 측면에서 癇, 驚風, 痙瘓에서 그 유사성을 많이 찾을 수 있다.

먼저 癇은 증상 발현상을 볼 때 內經에서는 <靈樞·癲狂病><sup>9)</sup>에 癲疾의 증상이 시작할 때 '引口啼呼喘棒', '反僵'의 증상의 표현이 있는데 이는 각각 癇疾發作에서 볼 수 있는 呼吸聲, 心悸亢進, 痙瘓을 의미하는데, 內經시대에는 癇을 癲에 포함시키거나 뚜렷히 구분하지 않으면서 癲症에서 나타날 수 있는 精神적인 면을 인정하고 있다. 이후 <諸病原候論><sup>10)</sup>에서 각각 "小兒驚者 由血氣不和 熱實在內 心神不定 所以發驚 甚者掣縮變成癇.", "癇者 小兒病也 十歲已上爲癲 十歲已下爲癇. 其發之狀 或口眼相引 而目睛上搖 或手足癱瘓 或背脊強直 或頸項反折 或屈指如數."라 하여 驚을 설명하고 이것이 심해지면 癇이 발생한다고 하며, 아직 驚風에 대한 언급이 없으므로 痙瘓發作을 구체적으로 기술하면서 이를 癇이라하고, 나이를 기준으로 하여 癲疾과 구분하여 癇을 소아 고유의 질환으로 보았다. 이후 宋代에 오며 驚風에 대해 구체적으로 언급되며 癇疾이 고유의 질환으로 자리를 잡았다.

이후 癇의 대표적 증상은 '卒然暈倒 口眼相引 目瞪流涎 神氣鬱勃 四肢搖擗 背脊強直 頸項反折 沈默昏憤 似死似生 其聲惡叫 過後惺惺'<sup>11)</sup> 즉, 갑자기 어지럼증이 나면서 쓰러지고 입과 눈이 서로 땅기면서 눈을 부릅뜨며 침을 흘리고 神氣가 鬱滯하다. 四肢의 痙瘓이 있으며 角弓反張이 되고 정신이 朦朧하여 죽을 것 같기도 하고 산 것 같기도 하며, 종지 못한 소리를 지른다. 깨어나면 정신이 멀쩡한 것으로 한마디로 癇疾發作의 大發作을 의미하는 것이며, 이외의 각종 醫書의 癇의 대부분의 증상도 痙瘓과 정신

증상이 주가 된다.

원인은 선천적 素因에 의한 癇에 대한 內經의 언급 이후 小兒癇疾을 여러 가지 病因으로 구분하였으며, 이 중에서 모든 소아의 정신병리에 가장 중요한 '驚'에 의한 발병이 강조되었는데 특히 <幼幼集成><sup>12)</sup>에서는 癇證을 설명하면서 "驚怪所觸 亦有因妊娠時七情驚怖所致"라 하여 妊娠時 정신적 충격에 의한 것도 중요시하였다. 그리고 風·驚·食이 <諸病原候論>에 기본적인 원인으로써 초기에 분류되었으며 이후에도 陰陽과 五臟에 따른 분류와 함께 癇의 중요한 원인으로 분류되었다.

驚風은 한의학에서 兒科四大證(痘 疹 驚 疳)의 하나로써 厥症, 즉 急症으로, 주로 全身 혹은 局部抽搦痙瘓을 말하며 神志不清을 보통 兼한다. 여기서 驚은 悸動不安을 말하고 風은 抽搦을 말하는데, 각각 정신적인 면과 신체의 급작스런 장애를 의미하며 이 두 가지는 동시에 출현하므로 驚風이라고 하는 것이다<sup>13)14)</sup>.

驚風의 발병에 있어서는 <景岳全書><sup>3)</sup> "小兒驚風肝病也 亦脾胃心肺病也. 蓋小兒之眞陰未足 柔不濟剛 故肝邪易動 肝邪動則木能生火 火能生風 風熱相搏則血虛 血虛則筋急 筋急則爲掉眩反張 搐擗強直之類 皆肝木之本病也."에 나타난 바와 같이 소아의 생리적 특성이 純陽之體로 眞陰이 부족하여 邪氣를 받으면 熱로 잘 변하므로 肝邪가 쉽게 動하여 火로 발전한다. 그리고 소아의 臟腑嬌嫩하고 形氣未充하여 高熱을 견디지 못하므로 熱極生風함에 風과 熱의 병리적 변화로 발전하여 搐擗強直의 驚風이 된다고 하여, 驚風발생의 가장 기본적 요소는 肝風이며, 肝風으로 인한 병리적 작용에 의한 火도 중요한 요소가 된다<sup>15)</sup>.

그리고 임상적으로는 '陽病'과 '陰病'의 개념으로 크게 急驚風과 慢驚風 및 慢脾風으로 구분한다.

急驚風은 임상에서 가장 많이 볼 수 있는 癇疾을 제외한 소아의 急性痙瘓性질환으로, 보고 듣는 것에 크게 놀라거나 外感 혹은 飲食傷으로 인한 것 등이 발생요인인데, 주로 驚恐과 많은 관련을 가진다. 이는 소아의 육체적 정서적 발달이 아직 미숙한데 외부에서의 강한 자극에 쉽게 大驚卒恐하기 때문이다<sup>16)</sup>. 즉, 이는 소아의 생리특성이 元氣未充하고 神魂이 아직 마르지 않는데 갑자기 낮선 사람이나 물건을 접하게 되거나 이상하거나 큰소리를 들어서 놀란

것이 心胞絡에 入하여 火炎하면 聚痰하고 痰生熱하고 熱極生風하여 急驚風이 생긴다<sup>5)</sup>. 그러므로 驚·風·痰·熱이 急驚風 발생의 중요한 병리적 인자들이다.

증상 역시 驚·風·痰·熱에 의하는데 心內積熱하니 驚惕하고, 肝内生風하니 發搐하고, 痰涎이 壅盛하고 風熱이 같이 작용한 고로 驚風의 증상은 強急하게 나타나는 것이 특징이다. 이와 함께 搐, 搦, 掣, 撲, 顛, 反, 引, 竄, 視의 驚風八候의 증상이 있는데 구체적으로는 '牙關緊急 搖頭 竄視 張口出舌 角弓反張 身體掣顛 手足搐搦 四肢攣攣'을 의미하며<sup>5)13)</sup> 이의 急驚風은 병리특성상 '面赤 舌紅 渾身壯熱 口中氣亦熱 作渴引飲 大便秘 小便赤 脈浮數洪緊'의 熱證이 있다.

이상 急驚風의 원인이나 증상에서 알 수 있듯이, 소아는 정신과 신체에서 발달단계에 있는 미성숙한 객체로 인식되고 있으며 특히, 생리특성상 열에 민감하게 반응하여 驚風이 발생함을 강조하고 있다. 이는 간질발작을 설명 한다기 보다는 뇌에 해당되는 발육의 문제, 감염에 의한 열이 뇌에 영향을 주어 발생하는 신생아 경련, 열성경련을 설명할 수 있다.

반면 慢驚風은 큰 병을 앓은 후나 오랫동안 吐瀉를 하여 脾胃기능에 영향을 주어 津液을 虧損하였을 때 이것이 肝血에 영향을 주어 血不養筋하여 強直과 痙攣을 일으키는 병으로<sup>15)</sup>, 증상은 '手足時痙攣 遍身冷 口鼻中氣寒 昏睡露睛 目上視 默默不聲 面色青白 脈沈遲'하며 또는 '眼半開半合 似睡不睡 十指或開或合 似搐不搐 或吐或瀉 或不吐瀉 或食乳或不乳'<sup>5)11)</sup>하는 것인데 전체적으로 半陰半陽의 證을 표현한다. 그리고 慢驚風을 크게 앓은 후 吐瀉로 脾氣가 극도로 손상한 결과로 오는 것인데, 脾土가 약해져 肝木이 그 脾土를 乘虛하여 생기는 것으로, 증상의 표현에 있어 특히 微搐과 眼合이 있으면 慢脾風이다. 이의 '面青額汗 舌短頭低 睡中搖頭吐舌 頰嘔腥臭 噤口咬牙 手足微搐而不收 或身冷或身溫而四肢冷 其脈沈微'한 陰氣極盛하고 胃氣極虛한 증상이 있다<sup>11)</sup>.

그러므로 慢驚風과 慢脾風은 急驚風과 비교해서는 특히 원인적인 측면에서 그 병리적 원인에 따른 차이가 나는데 한의학적으로 虛證으로 인식되며, 양방적으로는 영아 테타니와 같은 전해질대사장애에 의한 痙攣과 관련을 가진다.

그리고 양방에서도 열성경련과 간질의 감별진단

에 중요한 의미를 두는 것<sup>7)</sup>과 같이 한의학에서도 "驚風三發 則爲癇"<sup>5)</sup>, "驚癇卽急驚之證 但驚癇發時 仆地作聲 醒時吐涎沫 急慢驚 則不作聲不吐沫也."<sup>11)</sup>이라 하여 驚風, 특히 急驚風과 癇과의 감별진단을 중요시했는데, 驚風이 여러 번 發作하면 癇疾로 발전하고 癇이 驚風보다는 만성적이며 重한 병으로 보았으며, 驚癇을 急驚風과 그 증상의 유사성을 비교하면서 發作時 소리를 지르는 것과 거품을 토하는 것으로 구별하였다.

痙攣은 역시 경련성 질환과 유사하며 특히, 驚風과 같은 유형인데 痙는 手足冰冷하고 痙은 舉身強直한 것으로 구별된다. 그리고 痙攣을 陽剛과 陰柔로도 구별하는데 陽剛한 者는 有汗하고 陰柔한 者는 無汗하다. 그 證은 전체적으로 肢體強直 腰身反張한 것으로 風癇보다는 심하며 대체로 치료가 어렵다고 한다<sup>11)</sup>. 또한 '體柔時醒 與痙別.....一身強硬 爲痙 痙終日不醒'<sup>5)</sup>이라 하여, 癇을 설명하면서 그 발작이 시작될 때 몸이 柔軟하고 때때로 의식이 깨어난다는 점에서는 온몸이 굳어지며 종일 깨어나지 않는 痙攣와는 구분된다.

## 2. 智的 발달장애

이에는 정신 지체, 학습장애, 대뇌장애, 소아자폐증이 소아의 知的인 발달장애라는 측면에서 접근이 가능하다.

정신 지체(Mental retardation)는 18세 이전에 시작이 되는데, 임상적으로 발달의 지연은 정신 지체를 예측하는데 가장 중요한 징후이다. 임상양상은 평균 이하의 지적 기능상태를 나타내며 적응능력에 있어서의 장애도 동반된다. 원인은 뇌의 구조적인 기형, 대사 질환, 저산소성 뇌증과 중추 신경계 감염, 영양 부족이 원인이다<sup>2)7)</sup>.

학습장애(Learning Disorders)는 知的인 면의 발달과정에 문제가 있는 것을 말하며, 흔히 인지과정의 장애가 동반되는데 시각적 지각의 장애, 언어장애, 주의력 장애, 기억력의 감소 등이 동반된다.

구체적으로는 읽기reading disorder, 산수mathematics disorder, 쓰기disorder of written expression의 장애를 가진다<sup>2)</sup>. 이러한 학습장애에 영향을 미치는 요인으로는 첫째, 신경정신적인 미성숙이나 손상과 발달지체 둘째, 신체적인 장애나 기질

적인 요인 셋째, 학습에 부적응을 초래하는 정서적인 요인들을 들 수 있는데 심한 불안은 집중력을 감퇴시키고, 과제에 대한 실패로 인한 심리적인 좌절은 심각한 학습곤란을 나타낸다<sup>17)</sup>.

대화 장애 혹은 의사소통장애communication disorder는 발달의 초기단계부터 정상적인 언어습득 방식의 장애를 보이는 특징이 있으며, 신경학적 또는 말하기의 기전상의 이상이나 감각장애, 정신지체 또는 환경적 요소 등에 직접 기인되지 않는 것들이다. 이에 언어이해력은 정상범위에 속하나 언어적 표현상에 문제가 있는 표현성 언어장애expressive language disorder, 언어에 대한 이해력과 표현력 모두에 장애가 있는 수용성·표현성 언어장애mixed receptive expressive language disorder, 정확하지 않은 발음장애인 구음장애phonological disorder, 말더듬기stuttering가 있다<sup>12)</sup>.

소아자폐증childhood autism은 전반적 발달장애 pervasive developmental disorders의 대표적인 질환의 하나로서 전반적 발달장애라는 용어의 의미 그대로 사회성, 언어, 행동상의 측면에서 발달의 전반에 걸쳐 장애가 유발되는 질환이다. 그러므로 임상양상도 여러 가지이나 知的인 측면에서 관찰되는 장애로는, 소아자폐의 가장 특징적인 것인 사람에 대한 반응의 장애가 있는 사회적 상호작용의 질적 장애와, 언어발달이 거의 일어나지 않거나 지연되는 언어와 대화의 장애가 있다<sup>2)</sup>. 원인에 대한 견해는 매우 다양하며 초기에는 정신사회적 또는 정신 역동적 요인으로 보았으나 최근에는 생물학적 요인으로 보는 견해가 지배적이다<sup>1)</sup>.

이상 知的인 측면에서 4가지 정도의 구분이 있으나, 실제 소아의 지적인 면의 발달이라는 측면에서는 이러한 질환을 뚜렷이 구분 짓지는 못한다. 실제, 정신지체에서 언어, 읽기 또는 쓰기의 전반적인 장애가 있고, 전반적 발달장애에서 75-80%의 정신지체가 동반되고 또한 학습장애에 해당되는 읽기 능력의 저하 및 대화 장애가 있다. 그리고 소아자폐에서는 40% 정도에서 정신지체가 동반되고 수용성·표현성 언어장애가 있다<sup>2)</sup>. 그러므로 이러한 장애의 표현되는 임상양상에서 소아 智力저하의 내용을 고찰할 수 있다.

한의학에서의 소아의 智力은 神, 心, 腦, 腎, 精에 해당되나 시대를 내려오면서 뇌라는 측면이 많이 강

조되면서 소아의 智力은 뇌라는 등식이 성립된다. 그 중에서 神은 內經에서 많이 언급된바 특히, 소아 성장과정에 있어 정신의 활동적인 면으로 七神(魂魄意志思慮智)의 내용에 잘 표현되어 있다. 心에 관하여서는 內經에 각각 “心者 君主之官 神明出焉”, “心者 神之舍也”, “心者五臟六腑之大主也 精神之所舍也”<sup>18)</sup>라 하여 神이 心에서 나오는 것으로 보았다. 그리고 이러한 神이 활동하기 위한 물질적 기초는 <靈樞·本神篇><sup>9)</sup>에 각각 “兩精相搏謂之神”, “腎藏精 精舍志”라 한 바와 같이 腎精이다. 즉 神은 精氣가 化하여 이루어진 것이며, 精을 저장 배출하는 곳은 腎이다.

心이 君主의 입장에서 神의 기능 즉 정신 사고 활동을 주관하는 것이라면, 실제적인 정신 사유 활동은 腦에서 일어난다. 그리고 이 神이 후대에 와서는 <衷中參西錄><sup>19)</sup> “人之神明有體用 神明之體藏於腦 神明之用出於心”이라고 하는 것과 같이 體·用으로 구분될 수 있다. 여기서 心은 정신활동의 원천이며 腦는 그 발현처로서의 의미를 지니는데, 극단적으로는 “靈機記性 不在心而在腦”<sup>20)</sup>라고 하여 현대의학에서와 같이 智力과 뇌는 더욱더 밀접한 관련을 가진다.

또한 <諸病原候論><sup>10)</sup>에서는 “人有稟性陰陽不和 而心神昏塞者 亦有因病而精采闕鈍 皆由陰陽之氣不足 致神識不分明”이라 하여 아이의 精采와 闕鈍 즉, 총명함과 어리석음은 임신을 했을 때의 保養 失愼 등이 원인이 된다고 하여 선천적인 素因도 인정하고 있어 서양의학에서 지적 발달과 관계된 여러 질환의 원인에 있어 유전적인 소인을 인정하는 것과는 서로 유사성을 가진다.

이상 소아의 智力을 한의학적 측면에서 살펴보았는데, 실제 小兒智力低下와 한의학 증후와 꼭 일치하는 것은 없다. 다만 그 증상의 표현 상 비교될 수 있는 것으로는 呆病, 健忘 혹은 語遲의 증상과는 일치한다.

이중 呆病은 의미 그대로 정신지체의 다양한 임상양상과 일치하며, 健忘은 학습장애의 중요한 요소인 인지적 발달에 문제가 있는 것으로 볼 수 있다. 특히 복잡한 인지과정 중 기억요인은 소아의 학습능력을 결정하는 중요한 병인으로 작용하고 있는데, 기억이라는 측면에서는 한의학에서도 소아 뇌기능 발달의 장애를 기억을 통한 인지과정의 장애로 강조되어 왔

다. 즉, <類證治裁><sup>21)</sup>“夫人之神宅於心 心之精依於腎 而腦爲元神之府 精髓之海 實記所憑也 正希金先生曰 凡人外有所見 必留其影於腦 小兒善忘者 腦未滿也 老人健忘者 腦漸空也”라 하여 ‘인간의 神은 心에 자리 잡고 있고 心의 精은 腎에 의지하고 있으며 腦는 元神之府며 精髓之海로 실지로는 기억을 담당하고 있다.

고로 무릇 사람은 무엇을 보면 그 影을 腦에 남기는데 소아의 健忘은 腦未滿하며 노인 健忘은 뇌가 점점 空虛하여서 된다’고 하여 소아와 노인의 健忘의 원인을 구별하였다. 즉, 여기서의 智力低下에 해당되는 小兒善忘을 ‘腦未滿’으로 정의하여 뇌의 발달상의 지연 혹은 장애로 이해하였다.

그리고 소아자폐의 원인이 뇌의 기질 및 기능적인 장애와 큰 관련을 가지는 것<sup>22)</sup>도 한의학적인 관점의 뇌 발달상의 장애로 인한 智力低下이다.

그러므로 소아 智力低下의 치료는 다양하게 접근할 수 있는데 神, 心, 腦, 腎, 精의 균형적인 발달이 중요하다.

대화 장애 혹은 의사소통장애로 볼 수 있는 語遲는 기본적으로 心氣不足하여 생기는데, 心之聲이 언어이며 ‘心系舌本’하기에 말을 하는데 있어 가장 중요한 舌이 心과 연결되어 있기 때문이다. 한편 <證治準繩><sup>22)</sup>“五臟有五聲 心聲爲言 若兒稍長 應語而語遲 由在胎時 母卒驚怖 內動兒臟 邪乘於心 舌本無力 故語遲也”라 하여 그 產母가 임신 시 갑자기 놀란 것이 원인이 되어 이 驚氣가 心包絡에 침입하게 되어 낳은 아이가 心神不足하여 舌本에 통하지 않게 되어 아이가 4-5세 되어도 말을 하지 못하는데, 이는 妊娠時 驚恐과 같은 정신적 충격도 語遲를 유발함을 알 수 있다.

그리고 心氣不足에 의한 병리적 상태는 <小兒衛生總微論方><sup>23)</sup>“心氣怯者 則性痴而語遲”라 하여 ‘어리석은 상태’ 즉 지능의 발달이 늦은 상태를 총칭할 수 있는 ‘痴’와 함께 그 원인이 되고 있다. 그러므로 앞에서 언급된 바와 같이 언어의 장애는 정신지체 그리고 학습장애로서의 대화의 장애는 전반적 발달장애에서 나타나고 있는 것을 볼 때 정신지체와 전반적 발달장애의 대표적 질환인 소아자폐를 한의학적으로 ‘痴’의 의미로 해석할 때는 ‘心氣不足’은 이들의 공통된 병리이다.

### 3. 정서 장애

불안, 우울증, 주의력결핍·과잉운동장애의 주의력의 문제가 그 범위에 속한다.

소아에 있어 불안은 발달과정에서 정상적으로 나타나는 것이며 어떤 면에서는 생존에 필수적인 반응이라고 할 수 있다<sup>1)</sup>. 그러므로 DSM-IV에서는 이별 불안장애(separation anxiety disorder)만을 인정하고 있으며 분리불안 이외의 불안으로 인한 증후는 성인의 범불안장애(Generalized Anxiety Disorder)에 포함시키고 있다<sup>2)</sup>.

소아 우울증(childhood depression)은 초기에는 이론적으로 존재 자체가 부인되어 오다가 1980년도에 와서야 비로소 독립된 한 질환으로 인정을 받게 된다<sup>24)</sup>. 그리고 임상양상의 표현에 있어서도, 우울증을 인지 또는 감정의 발달과정에 따라 영향을 받을 수 있는 현상으로 본다면, 소아의 성장발달이 우울증으로 표현되는 양상에는 각 발달단계에 따라 특징적인 소견이 있다<sup>2)</sup>.

주의 산만은 소아정신과에 來院하는 아동들이 주소하는 가장 흔한 의뢰증상의 하나로서, 주의집중의 문제는 충동성(impulsivity), 과잉활동(hyperactivity)과 함께 주의력결핍·과잉운동장애(Attention deficit Hyperactivity Disorder ADHD)의 핵심증상<sup>25)</sup>이다. 이러한 주의력 결핍·과잉운동장애는 학령기 아동들에게서 가장 흔히 나타나는 문제 중 하나로 男兒에서 많이 진단된다. 이 장애의 특징적 증상은 낮은 집중력으로 인한 짧은 주의집중기간, 충동성 및 과다활동이다. 원인은 아직 충분히 밝혀지지 않았지만 생물학적으로는 유전적요인, 뇌손상에 의한 발달적 요인, nor-epinephrine이나 dopamine의 결핍이 원인이라는 신경 화학적인 요인이 있고 정신사회적 요인으로는 사회적 스트레스, 가정불화, 불안 등이 있는데 환경적 또는 심리적인 원인보다는 기질적인 요인들이 작용할 가능성이 큰 것으로 보고 있다<sup>1)2)26)</sup>.

정서적 요인으로 인한 문제를 한의학적 측면에서 볼 때, 소아는 七情이 원인이 되어 질병이 많이 발생하는데 주의력결핍·과잉운동장애에서 보이는 주의력결핍은 七情傷에 의해서 생기는 소아의 정서불안으로 볼 수 있다. 특히, 七情 중 가장 대표적인 것은 ‘猝受驚’하는 것으로 갑자기 놀라움을 받는 것이다. 왜냐하면 소아는 기본적으로 氣血이 弱한데 갑

자기 놀라게 되면 ‘驚則氣亂’<sup>18)</sup>하여 그 神氣가 어지럽게 흩어져 각 증 證候가 발생한다.

이의 정서적인 문제로 인한 소아중후와 관련을 가지는 한의학적 증후로는 客忤, 심리적으로 안정되지 않아서 생기는 夜啼症, 魘病, 小兒癲症 등이 있다.

客忤는 새롭거나 익숙하지 않는 것에 대한 일종의 적응에 대한 문제로 인식할 수 있다. 원인은 소아는 ‘心氣不足’ 즉 심리적으로 안정되지 않았는데 “異物暴觸驚”<sup>5)</sup> 즉 평소 접하지 않는 것에 갑자기 놀라서 생기는 것이다. 구체적으로 <小兒衛生總微論方><sup>23)</sup>과 <東醫寶鑑><sup>11)</sup>에 각각 “小兒中客忤者 小兒神氣嫩弱 忽有非常之物 或未經識見之人 偶然觸而見之 其客氣與兒神氣相忤以生病 謂之客忤.” “或經神廟佛寺 與鬼神氣相忤也”라 하여 각각 神氣가 연약한 아이가 낯선 사람이나 짐승과 같이 평소에 보거나 듣지 못한 것을 경험하게 되어 발생하는데, 外邪客氣와 소아의 正氣가 서로 거슬러서 생기는 병으로 또한, 神廟나 佛寺 같은 이상한 곳에 가까이 갈 때 그 곳의 나쁜 기운과 아이의 神氣가 서로 거슬러서 생기는 병으로 낯선 곳에서 놀란 것이 원인것으로 평소 익숙치 않은 환경에 대한 불안이 원인이 된 것으로 볼 수 있다.

小兒夜啼는 소아의 본능적인 반응의 하나로 욕구나 고통에 대한 반응인데 특히, 그 발병의 원인에 있어 ‘客忤’, ‘神不安’, 익숙치 못한 환경에 의한 ‘拗哭’ 또는 ‘邪祟’ 등에 의한 夜啼는 정서적인 문제로 발생하는 것들이다. 각각의 원인에 의한 증상을 보면 客忤로 인한 것은 ‘日啼驚夜 必黃昏前後尤甚’, 神不安으로 인한 것은 ‘睡中驚悸 抱母大哭 面色紫黑’, 拗哭으로 인한 것은 ‘凡有親狎人 玩弄之物 一時不見 其心不悅而哭’, ‘邪祟’로 인한 것은 ‘睡臥不穩 或作疼痛入夜則旺 小兒精神怯弱’<sup>11)12)23)</sup>으로 소아가 불안을 느끼는 밤이 되면서 심해지고 심리적으로 안정되지 않은 증상들을 보인다.

소아 魘病에 대하여 <小兒衛生總微論方><sup>23)</sup>에 “小兒魘病 其論有二. 一者聖惠云 小兒生十餘月已後 母又娠 因以乳兒 令兒生病 其候精神不爽 身體痿痺 骨立髮落 名曰魘病 又曰繼病 又曰交爛. 二者巢氏云 小兒在母胎妊之時 其母被惡神導其腹中胎氣 至兒生下 往往疰羸 微微下利 寒熱往來 毛髮焦豎 多嘔不悅 其候頗似於疳.”라 하여 두 가지의 의미가 있다.

첫째는 일종의 아우타는 병으로 아이가 난지 일

마 후에 어머니가 또 임신하면 아이의 기분이 명랑하지 못하고 힘이 없어 노곤해지며 몸이 여위는 것을 말하는데 ‘繼病’ 혹은 ‘交爛’이라고도 한다. 둘째는 임신했을 때 鬼氣가 배속에 들어가 태아를 유혹했던 일이 있는 어린이에게 생긴다.

증상은 마르고 조금씩 자주 설사를 하며 寒熱往來하며 머리털이 바스라지며 화를 잘 내고 기뻐하지 않는 것으로 그 증상이 疳證과 같은데 ‘魘病’이라고도 한다<sup>27)</sup>. 이 중 특히 아우타는 병의 개념에서 볼 때는 어머니가 임신을 하여 아이에 대한 관심이 소홀해 지면서 생기는 것으로 볼 수 있는데, 위에서 언급된 소아 우울증과 관련을 가진다. 그리고 뒤에서 언급될 小兒癲狂의 癲證에서도 소아 우울증을 설명할 수 있다.

이밖에 한의학의 임상 예에 해당되는 醫案에서도 정서적인 문제로 인한 정신적 증상을 표현하는 내용이 있다.

<幼科發揮·客忤似癩><sup>28)</sup> 一兒半歲, 忽日慘然不樂, 昏睡不乳, 予曰; ‘形色無病.....此兒莫非有所思, 思傷脾, 乃昏睡不乳也’. 其父母悟云; ‘有一小廝相伴者, 吾使他往, 今三日矣.’ 乳母亦云; ‘自小廝去後, 便不欣喜, 不吹乳’. 父急命呼之歸, 兒見其童嘻笑. 父曰; “非翁之妙術, 不能知也”.

해석 : 6개월 된 아이가 종일토록 애처롭게 기뻐하지 않고 곤하게 잠만 자고 우유도 먹지 않는다. 萬全이 말하기를 ‘形色으로 봐서는 병이 없다.....이것은 오히려 思慮로 인한 것이며, 思慮過多는 脾를 傷하는 바 잠만 자고 우유를 먹지 않는 것이다.’라고 하였다. 그 부모가 깨닫고 말하기를 ‘같이 놀아주는 한 어린 하인이 있었는데, 내가 그를 보낸 지가 3일이 지났다.’라고 하고 그 乳母도 말하기를 ‘그 어린 하인이 간 후 자주 기뻐하지 않고 우유를 먹지 않았다.’라고 하였다. 부모가 그 어린 하인을 돌아오게 하여 어린 아이를 보게 하자 기쁘게 웃었다. 아버지가 말하기를 ‘선생님의 묘한 수는 알 수가 없습니다.’라고 했다.

위의 醫案은 원인에 있어서는 주된 애착대상이었던 인물이나 가정, 기타 친숙한 사람이나 상황에서 이별, 분리될 때 나타나는 심한 불안상태에서 오는 이별불안장애이고 그 임상 증상의 표현은 우울증에서 보이는 내용과 관계가 있다.

#### 4. 행동발달장애

행동발달장애는 소아 전체적인 발달선상에서 이해해야 하기에 뚜렷이 구분되는 장애는 없다. 그러나 원인은 미상이나 기질적 또는 발달성 장애로 추정되며 행동발달상에 있어 앉고, 기고, 서고, 걷는 등의 운동발달에 지연이 있는 운동기술장애(motor skills disorder)<sup>1)2)</sup>는 한의학적으로 先天의 稟賦不足으로 해서 생기는 五軟과 五硬의 표현되는 증상적인 측면에서 비슷한 점이 많다. <醫宗金鑑><sup>29)</sup>의 내용에서 보면 五軟은 “頭項軟 手軟 足軟 口軟 肌肉軟 是也. 頭軟者 項軟無力也; 手足軟者 四肢無力也; 肉軟者 皮寬不長肌肉也; 口軟者 脣薄無力也. 此五者皆因稟受不足, 氣血不充, 故骨脈不强, 筋肉痿弱.”이라 하여 신체전반에 걸쳐서 나타나는 無力함을 의미하는데 일종의 신체발달장애로 인한 행동발달의 장애를 예측할 수 있고, 五硬은 “仰頭取氣 難以動搖 氣壅疼痛 軟胸膈間 手心 足心冰冷而硬. 此由陽氣不營於四末 最爲難治”라 하여 운동마비의 양상을 보이는 행동발달의 장애를 표현하고 있다.

신경학적인 측면의 원인 해석상으로는 이 두 가지는 질병은 소아에서 보이는 선천성 뇌질환에서 기인한다고 볼 수 있다.

#### 5. 소아기 정신병

소아기 정신병(childhood psychosis)과 같은 광범위한 용어는 비단 정신분열병뿐만 아니라 자폐증과 같은 장애도 포함되는 애매한 병명이며 DSM-III에서는 이 두 가지는 분명히 구분되는 질환으로 기술되었다<sup>2)</sup>. 그렇더라도 소아에 있어서 인격의 와해라는 측면이 고려되지 않고 한의학적으로 정신병이라고 대표되어지는 증후인 癲狂과 관련을 가질 수 있다면 주의력결핍·과잉운동장애까지도 포함시킬 수 있다.

소아기 발병 정신분열병schizophrenia with childhood onset은 청소년 및 성인의 것과 동일한데<sup>1)</sup> 단지 정신분열병이 소아기에 조기에 발현한 것으로 보고 다만, 발병연령이 아동기이기 때문에 임상 증상이 성인의 것과 다소 다를 뿐이다<sup>30)</sup>.

이외에 사회성, 언어, 행동발달에 장애를 가지는 소아자폐증도 소아정신병의 범주에 속한다. 그러나

자폐증에서는 정신분열병에서 동반되는 망상이나 환청은 보이지가 않아 감별진단이 가능하다<sup>2)</sup>.

그리고 주의력 결핍·과잉운동장애 아동의 일차적인 행동 특성은 한 가지 과제를 완수하기 힘들 정도의 주의력 결핍, 한자리에 오래 앉아 있지 못하고 끊임없이 움직이는 과잉행동, 그리고 생각해 보기도 전에 급히 반응을 보이는 충동성을 들 수 있는데,<sup>26)</sup> 이는 癲狂에서 狂症의 증상적 표현과 일치한다.

한의학에서 정신병을 대표하는 증후인 癲狂은 연령이 구체적으로 지칭되지 않은 상태에서의 이에 대한 내용은 內經부터 그 발병원인이나 증상에 있어 자세히 기재되어 왔고 이후 각 醫家들도 癲狂에 대한 연구는 많이 하였는데 반해, 소아에 대해서는 구체적인 기록이 많지 않고 癩이나 驚風에서 나타나는 증상의 일부분으로 보았다. 이는 과거 동양사회에서는 소아에 있어서의 정신증상을 성장과정 중에 나타나는 한 현상으로 관찰했기 때문에 기본적으로 인격형성과정에 문제가 되는 癲狂에 대해서는 소홀했을 가능성이 있다.

한편 <保幼新編><sup>31)</sup>에서는 小兒癲狂에 대해 “罷捲無力者癲 強健有力者狂 癲爲心血不足 狂爲痰火實盛. 竊觀 癩者 發時 雖似驚風而過後了了 如常. 癲者 喪失本性 多喜癡矣 狂者 或歌或哭 奔走無定 入門曰 十歲以下爲癩 十歲以上爲癲 此指癩變爲癲而言 狂可治癲不治.”라 하여 癲과 狂은 뚜렷이 나눌 수 있는데, 그 증상에 있어 癲은 鬱證과 같이 활동력이 떨어지고 그 인격을 상실하면서 지능저하로 되는 경우가 많으며, 狂은 燥證과 같이 그 행동이 힘있게 왕성하다. 원인은 각각 心血不足과 痰火實盛으로 虛實로 구분된다.

그리고 <內經·奇病論><sup>18)</sup>에서는 ‘人生而有病 癲疾者.....病名爲胎病. 此得之在母腹中時 其母有所大驚 氣上而不下 精氣並居 故令子發爲癲疾也’라 하는데, 여기서 癲疾은 癲狂과 같은 유형의 질병을 포괄하며, 胎病이라는 것은 유전과 상관관계를 가지는 것으로 보고 있다.

또한 ‘譫妄’이라는 것이 있는데, ‘譫’은 多言한 것이고 ‘妄’은 虛妄한 것을 뜻하는 것으로 譫妄이라는 것은 헛되이 듣고 보며 두서없이 말을 하는 것으로,<sup>21)</sup> 소아 정신병의 범주에 속하는 한의학적 증후로 볼 수 있다.



## 6. 신체형 장애

모든 신체적 질환에 심리적인 측면이 있으며, 또한 모든 심리적인 질환에 생물학적인 측면이 있다. 이렇게 심리적인 요인이 각종 신체기능에 영향을 주어 발생하는 장애를 신체형 장애(Somatoform Disorder)라고 한다. 신체형 장애에 대한 진단기준은 성인기의 질환을 중심으로 하여 만들어졌으며, 이것이 소아에도 그대로 적용되고 있어 소아의 발달 과정이 고려된 진단기준이 요구되는 바이다<sup>2)</sup>. 그러나 실제 소아는 임상에서 정서적인 문제로 인해서 신체적인 증후를 발현하는 경우가 많다. 이러한 정서적인 요인 중 대표적인 것은 앞서서도 언급한 七情 중 ‘驚’에 의한 발병요인 즉, 갑작스런 환경의 변화나 정신적 충격에 의해 여러 가지 증상을 나타내는데, 실제 한의학에서도 驚悸, 吐瀉나 喘 등에서 소아 신체형 장애의 정의를 만족시킨다.

驚悸에 대해서는 소아전문서적인 <嬰童百問><sup>32)</sup>에서 “心藏神而惡熱 小兒體性多熱若感風邪 則風熱搏于臟腑 其氣鬱憤 內乘于心 令兒神志不寧 故發為驚 若驚甚不已 則悸動不寧 是為驚悸之病”라 하여 소아는 생리특성상 熱이 많은데 外感風邪를 만나 神을 藏하는 心에 영향을 주어 그 神志가 편안하지 않아 驚하게 되며, 놀라는 것이 없어지지 않으면 驚悸가 생긴다고 한다.

또에 대해서는 ‘夾驚吐’<sup>29)</sup>라 하여 대부분 음식을 먹는데 갑자기 놀라는 것이 원인이 되어 吐하는 것을 말하는데 증상은 靑涎을 자주 吐하여 身體發熱하고 心神이 煩躁하며 睡臥不寧하다.

瀉에 대해서는 ‘驚瀉’<sup>29)</sup>라 하여 氣弱한 아이가 놀라서 생기는데, 증상은 밤에는 不安하고 낮이면 두려움에 놀란다. 大便은 稠한 것이 阿膠와 같고 색은 靑한 것이 棼와 같다.

喘에 대해서는 역시 <嬰童百問><sup>32)</sup>에 “小兒有因驚暴觸心.....喘即口開 隘於胸膈 息短促急 心神迷悶 其因驚發喘”라하여 소아가 갑자기 놀라 心에 강하게 영향을 주는 것으로 인한 喘急을 다른 원인 보다 가장 먼저 論하여, 소아 喘도 소아가 가장 쉽게 가지는 병리적 情志인 驚에 의하는 것을 강조하고 있다.

이의 소아과 외래에서 비교적 흔히 접할 수 있는 증상으로 두통이 있다. 그 원인은 사소한 감기의 한 증상으로부터 뇌 병변에 까지 다양한데, 기질적인

요인으로는 열이 나면서 두통이 나고 그 외에 두개골내 감염, 외상, 출혈 등이 원인이 되나 드물며, 가장 흔한 원인으로는 원인불명이나 스트레스에 의한 심리적인 요인은 많이 인정된다<sup>28)</sup>.

한의학의 각종 문헌에서도 소아 두통에 관해서는 구체적으로 언급된 내용이 없다. 단지 外感과 內傷의 구분에 의한 소아의 두통이 <醫宗金鑑><sup>29)</sup>간단히 언급되어 있다. 즉, 頭痛은 表裏로 나누는데 表에 있는 것은 外感風寒에 의한 風寒頭痛인데 太陽經이 邪氣를 받은 것으로 증상은 ‘惡寒發熱 上及巔頂 下連額角’한다. 그리고 裏에 있는 것은 內熱이 薰蒸한 것으로 볼 수 있는 內熱頭痛으로 胃熱頭痛으로 病이 陽明經에 있는 것으로, 원인은 아이가 肥甘한 것을 절제하지 않고 먹어 胃火上炎한 것이다. 증상은 ‘發時鼻乾 目痛上至頭下至齒 頰痛無定時’한다.

그리고 遺尿症과 遺糞症에 해당되는 배설장애 Elimination disorder가 있는데 DSM-IV에서는 단독질환으로 구분하였다. 이중 遺尿에 대해서는 정신과적으로 한의학적 의미 있는 해설이 있다. 먼저 遺尿enuresis는 원인적으로 신경근육발달, 발달 지연, 심리적 요인, 유전적 요인이 있다<sup>1)</sup>. 그리고 크게 일차성과 이차성으로 나눌 수 있는데, 일차성 유뇨증은 태어나서 현재까지 지속적으로 소변을 가리지 못하는 경우이며, 이차성 유뇨증은 일단 어느 시점에서 소변을 가리다가 사회 환경적인 스트레스 등으로 다시 소변을 가리지 못하는 경우이므로 심리적인 요인이 있는 경우로 볼 수 있다<sup>2)</sup>.

遺尿의 한의학적 견해로는 <諸病原候論·小兒雜病諸候><sup>10)</sup>에서 소아의 遺尿에 대하여 말하기를 “遺尿者 此由膀胱有冷 不能約於水故也. 足太陽爲膀胱之經, 足少陰爲腎之經, 此二經爲表裏. 腎主水, 腎氣下通於陰. 小便者 水液之餘也. 膀胱爲津液之腑, 既冷, 氣衰弱, 不能約水, 故遺尿也.”라고 한 이후 歷代 醫家들은 小兒遺尿는 대부분 虛寒으로 인한 것으로 보고 溫補의 治法을 사용하였다<sup>13)</sup>. 그러나 景岳<sup>3)</sup>은 “若夢中自遺者, 惟幼稚多有之, 後其氣壯而固, 或少加調理可愈”라 하여 遺尿를 소아에 있어 발달 지연의 문제로 보고 있고, 한편으로는 “其有小兒從幼不加檢束, 而縱肆常遺者, 此慣而無殫志意病也, 當責其神, 非藥所及”이라 하여 소변가리기에 대한 교육적인 문제가 잘 해결 되지 않음으로 해서 습관처럼 遺尿하는 것은 그 아이의 소변가리는 것에 대한 意志

의 문제이니 그 책임은 정신적인 것에 있으므로 약으로 치료할 수 없는 것이라고 하여 인지발달의 문제와 함께 어느 정도 심리적인 것에 대한 문제를 제기하고 있다.

이상 언급된 어느 장애에도 속할 수도 있으나 뚜렛이 그 구분이 힘든 소아에서만 나타나는 질병으로써 틱 장애가 있다. 이는 갑작스러운, 빠른, 반복적인, 리듬을 갖지 않는, 상동적인 근육의 움직임 또는 소리 범으로 정의될 수 있다. 그 증상발현의 특징은 불수의적이며, 시간에 따라서 하루에도 그 강도의 변화가 심하다. 스스로 노력하면 일시적으로 틱 증상을 억제할 수 있다는 점과 스트레스 불안, 피로감, 지루함 또는 흥분상태 등의 상황 하에서는 증상이 악화되나 한 가지 행동에 몰두할 때는 증상이 약화된다<sup>2)</sup>.

원인은 dopamine 체계의 이상, 즉 도파민의 과다 활동과 관련이 생물학적인 것으로 알려져 있다. 분류는 유병기간 및 양상에 따라 '일과성 틱 장애', '만성 운동성/음성 틱 장애' '뚜렛씨 장애'로 나누고 있다. 근육 틱이나 음성 틱이 1년 이내의 경과를 밟으면 '일과성 틱 장애'라고 하며, 근육 틱이나 음성 틱 중 한 가지만 1년 이상 지속되면 '만성 틱 장애'라고 한다. 그리고 근육 틱과 음성 틱이 모두 나타나면서 그 경과가 1년 이상인 경우를 '뚜렛씨 장애 Tourette's disorder'라고 정의하고 있으며, 모든 틱 장애에서 스트레스나 불안은 틱 증상을 악화시키는 것과 같이, 뚜렛환자의 약 반수에서 주의산만, 과다 활동 및 충동적인 행동이 나타나며, 강박증세는 뚜렛환자의 31-68%에서 나타난다<sup>1)33)</sup>.

#### IV. 결론

이상 소아 신경정신과 영역의 각 질환을 한·양방적으로 임상적 접근 한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 경련을 포함한 정신·신체의 발작은 한의학적으로 '癇', '驚風', '瘧瘵'의 범주에 속한다.
- 2.智的 발달장애는 한의학적으로 '呆病', '健忘', '語遲'의 범주에 속한다.
3. 정서 장애는 한의학적으로 '客忤', '심리적으로 안

정되지 않아서 생기는 夜啼症', '魘病', '小兒癲症'의 범주에 속한다.

4. 행동발달장애는 한의학적으로 '五軟'과 '五硬'의 범주에 속한다.
5. 소아기 정신병은 한의학적으로 '癲狂'의 범주에 속한다.
6. 한의학적으로 '驚悸', '吐瀉', '喘', '頭痛', '遺尿'에서 신체형 장애를 나타낸다.

#### 참고문헌

1. 민성길. 최신정신의학. 서울:일조각. 2000:545-551-2,537,554, 568-573,575,577,559-561,592.
2. 조수철. 소아정신질환의 개념. 서울:서울대학교출판부. 2002:1, 23, 41-50, 57, 63-74, 82-3, 88-90, 131, 145-7, 183, 205, 225, 271, 305-6, 319, 343-4.
3. 張介賓. 景岳全書(下). 서울:大星文化社. 1988:82-3,109,606-7.
4. 錢乙. 小兒藥證直訣. 서울:醫聖堂. 2002:25.
5. 李梴. 編註醫學入門V. 서울:南山堂. 1986:283,299,310,316-7,331.
6. 정도연. 소아정신과에 내원한 경련성질환 아동 및 청소년에 관한 연구. 신경정신과학 24(2). 1985:320-322.
7. 홍창의. 소아과학 7판. 서울:대한교과서주식회사 2002:11,1020-1025,1166,1168.
8. 김영창. 소아 신경질환의 진단과 치료. 서울:고려의학. 1999:3,15-17.
9. 洪元植. 精校黃帝內經 靈樞. 서울:東洋醫學研究院 出版部 1985:68-9,134.
10. 丁光迪 主編. 諸病原候論校主(下). 北京:人民衛生出版社. 1996:1288-9,1376,1396.
11. 許浚. 東醫寶鑑(雜病, 婦人, 小兒). 서울:大星文化社. 1988:276-7,294,304,307-8.
12. 陳復正. 幼幼集成. 北京:人民衛生出版社. 1988:150,313-6.
13. 主編 江育仁 張奇文의 47人. 實用中醫兒科學. 上海:上海科學技術出版社. 1996:98,612-3.
14. 張梓荊 主編 외 16人. 實用中西醫結合兒科學. 北京:北京醫科大學·中國協和醫科大學 聯合出版社. 1999:577.
15. 上海中醫學院. 中醫兒科學. 香港:商務印書館香港分館:

- 1981:141.
16. 劉弼臣 李素卿 陳丹 외 19人. 中醫兒科治療大成. 河北: 河北科學技術出版社. 1998:72.
  17. 김동일. 학습장애아동의 발달과 교육. 발달장애 학회지 5(2). 2001:1-2.
  18. 洪元植. 精校黃帝內經 素問. 서울:東洋醫學研究院 出版部 1985:34,146.
  19. 張錫純. 衷中參西錄(上). 서울:醫聖堂. 1999:78,269.
  20. 王清任. 醫林改錯. 台北:旋風出版社. 1984:2-3.
  21. 林佩琴. 類證治裁. 台北:旋風出版社. 1978:255-268.
  22. 王肯堂. 證治準繩. 北京:中醫中醫藥出版社. 1997:1421,1530.
  23. 著者不明. 小兒衛生總微論方. 北京:人民衛生出版社. 1990:30,423,451-2.
  24. 조수철. 소아 정신 약물학. 神經精神醫學 28(2). 1989:197.
  25. 고려원 오경자 박중규. 주의산만을 주소로 하는 아동발달 및 행동 특성에 관한 연구. 한국심리학회지 16(2). 1997:113.
  26. 오경자 홍강의 고려원 박난숙. 주의력 결핍-과잉 활동장애에 대한 약물 치료와 부모 훈련을 통한 행동치료 효과. 한국심리학회지 14(1). 1995:1-2.
  27. 북한·의학과학원 동의학연구소. 醫方類聚 소아문. 서울:여강출판사. 1991:315.
  28. 萬全. 中醫兒科名著集成(幼科發揮, 客件似癩). 北京:華夏出版社. 1997:461.
  29. 吳謙. 醫宗金鑑 下冊 幼科雜病心法要訣. 北京:人民衛生出版社. 1982:卷五十二 83,89, 下冊 卷五十四 132-3.
  30. 홍강의 김선미. 소아의 정신분열증. 神經精神醫學 29(1). 1990:40.
  31. 無己先生 撰, 盧光履 編. 保幼新編. 筆寫本. 年代未詳:19-20,77-78.
  32. 魯伯嗣. 嬰童百問(上). 上海:上海書店. 1985:券二十六問 22, 券六 五十六問 41.
  33. 신성웅 임명호 현대영 성양숙 조수철. 만성 틱 장애 뚜렛씨 장애의 임상 특성. 소아·청소년정신의학 12(1). 2001:104.