

초등학교 특수학급아동의 임상적 진단 및 감정·행동특성 연구

임명호¹⁾ · 강진경¹⁾ · 이주현²⁾ · 김현우¹⁾

단국대학교 의과대학 정신과학교실,¹⁾ 서울대학교 의과대학 정신과학교실(소아청소년 분과)²⁾

Clinical Diagnosis and Emotional · Behavioral Characteristics Study of Children in a Special Education Class in Korean Elementary School

Myung Ho Lim, M.D.¹⁾, Jin Kyung Kang, M.D.¹⁾,
Joo Hyun Lee, M.D.²⁾ and Hyun Woo Kim, M.D.¹⁾

¹⁾Department of Psychiatry, College of Medicine, Dankook University, Cheonan, Korea

²⁾Department of Child and Adolescent Psychiatry, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

Objectives : The special class has been made, bringing rapid increase quantitatively. The authors carried out the child psychiatric interview and evaluation for 9 special-classed children in Asan city to find out clinical diagnosis and emotional/behavioral characteristics.

Methods : The child psychiatrists evaluated special class children by DSM-IV and K-SADS-PL. Tools for the evaluation were Child Behavior Checklist- Korean version, Korean Personality Inventory for Children, Children's Depression Inventory, Abbreviated Conners Parent-Teacher Rating Scale-Revised, State-Trait Anxiety Inventory for Children, Vineland Social Maturity Scale, Wechsler Intelligence Scale for Children-III, and Childhood Autism Rating Scale.

Results : Ultimately 53 children, consisting of 35 boys (67.9%) and 18 girls (32.1%), participated, and the average age was 10.5 ± 1.3 years old. Their measure of Vineland Social Maturity Scale was 78.7 ± 20.0, Childhood Autism Rating Scales was 25.4 ± 9.0, Child Depression Inventory was 22.2 ± 5.2, State-Trait Anxiety Inventory for Children was 35.2 ± 8.2/36.5 ± 6.2, and Abbreviated Conners Parent-Teacher Rating Scale was 11.0 ± 4.6. In the clinical diagnosis evaluation, the prevalence rate of learning disorder was decreased compared to early research, ADHD had been newly appeared and depression disorder and anxiety disorder had been increased.

Conclusion : This result suggests that a lot of children in a special class have complex emotional and behavioral problems in addition to educational problems.

KEY WORDS : Special Class · Diagnosis · Depression · Anxiety · Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.

서 론

우리나라 특수교육진흥법(1997년 12월 13일 개정)의 제 2조에 따르면 “특수학급”이라 함은 특수교육대상자에게 통합교육을 실시하기 위하여 고등학교이하의 각 학교에 설치된 학급으로서, 그들의 능력에 따라 전일제·시간제·특별

지도·순회교육 등으로 운영되는 학급을 말한다. 또한 상기의 6항에서 “통합교육”이라 함은 특수교육대상자의 정상적인 사회적응능력의 발달을 위하여 일반학교에서 특수교육대상자를 교육하거나, 특수교육기관의 재학생을 일반학교의 교육과정에 일시적으로 참여시켜 교육하는 것으로 정의되어 있다.

1971년 대구에서 특수학급이 처음 시행된 이래로 전국에 3천 800여개 이상의 특수학급이 증설되어 운영되고 있으며 앞으로도 이러한 특수학급의 수는 점점 늘어나는 추세이다. 일반 학교 밖에 있는 특수교육 프로그램을 학교 안으로 끌어 들여서 일반학교 내에서 교사들이 특수교육을 함께 시행하여야 한다는 통합교육의 새로운 패러다임은 1960년대 이

접수완료 : 2006년 8월 5일 / 심사완료 : 2006년 8월 31일
Address for correspondence : Myung Ho Lim, M.D., Department of Psychiatry, College of Medicine, Dankook University, San 16 Anseo-dong, Cheonan 330-715, Korea
Tel : +82.41-550-3945, Fax : +82.41-561-3007
E-mail : paperose@dku.edu

후 세계적으로 주된 교육적 추세이다. 그렇지만 이러한 특수학급의 급격한 양적인 팽창과 더불어 질적인 문제들이 하나둘씩 나타나기 시작했다고 보여진다. 이러한 문제점중의 하나는 '특수학급에 입학되거나 특수학급 아동을 중간 평가하는 과정에서 적정한 진단 및 도구를 사용하였는지'에 대한 문제점을 들 수 있다. 윤점룡(1986)¹⁾은 특수학급에서의 특수아동 판별에 대한 행정제도의 정비, 판별담당교사의 지식부족, 판별전문가의 부재, 적합한 판별도구의 부족 등으로 인해 어려움을 겪고 있다고 지적한 바 있다. 또한 특수학급의 평가과정이 인지기능위주로 평가되고 있으며, 상대적으로 감정·행동 양상에 대한 평가가 부족하였다는 문제점을 기술하였다.

현재 특수 학급에 입학되는 아동의 평가는 대개 특수 교사 및 학교 진단 평가위원회의 진단·판별에 의하여 이루어지고 있다. 교육진단 평가에 대한 한 연구에 따르면, 교육진단 평가시 주로 인지영역의 발달 정도만을 특수학급의 입학 기준으로 삼고 있는 경우가 많으며, 초등학교 특수학급 입학 대상자중 학습장애아로 진단되어지는 경우가 대다수임을 지적하고 있다.²⁾ 또한 교육 진단 시에 참여자로서 현재 입급을 담당하고 있는 특수학급 담임과 원적학급 담임 등은 교내인사에서 진단 전문가 및 학부모의 참여를 희망하고 있는 것으로 나타났다. 이는 교육상황의 임상 실제에서 입급 아동의 진단·판별에 어려움을 겪고 있으며, 일원화되고 일관적인 평가 및 평가 도구의 필요성을 원하고 있다고 볼 수 있다. 과거 교육진단의 검사도구로는 웨슬러 아동용 지능검사, 기초학력 검사, 인물화 지능검사, 사회성숙도 검사 등이 주로 이용되어 왔으며 이는 인지기능과 학습 능력 등을 주로 판별하기 위한 검사들이었으며 아동의 정서 상태인 우울감이나 불안감, 행동 상태 및 주의력 결핍-과잉행동 등의 증상을 평가하는 데에는 다소 부족한 검사 도구이다. 특수학급 아동의 진단 판별 연구에 대한 한 연구는 그 개선점을 언급하면서 심리검사에 대한 연수 및 재교육의 필요성을 71.8%, 평가 도구의 활용 개선을 40.8%로 보고하고 있다.³⁾ 또한 교육진단평가의 실시를 위해서 향후 필요한 과제에 대한 연구에서도 진단평가에 대한 내용연수가 34.5%, 진단·평가자료의 보급증대가 30.3%, 임상경험 및 연수 확대가 23.6%로 나타나 교육진단 평가방법에 대한 향후 관심을 보여주고 있다.⁴⁾

이에 본 연구자들은 첫째로는 정신의학적 진단인 DSM-IV 및 반구조적인 면담법인 K-SADS-PL(Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version : 이하 K-SADS-PL이라 함)을 이용하여 특수학급아동의 진단적 분포를 알아보고, 둘째로는 소아

청소년 정신과의 임상실제에서 많이 사용되고 있는 검사 도구 및 임상 척도 등을 특수학급 아동에 이용하여 과거 학교에서 이용하였던 인지기능위주의 검사와는 달리 아동의 감정 상태 및 인성 그리고 행동의 평가를 좀 더 세밀하게 평가하고자 하였다.

방 법

1. 연구대상

인구 20만 정도의 중소도시인 아산시내 초등학교에서 운영되고 있는 특수학급 총 11개소 중에서 9개 학교를 대상으로 하였다. 한 학교는 대형복지시설과 연계된 학교로 지나치게 많은 특수학급 정원으로 인하여 특수학급의 일반적 특성을 반영하기에는 어렵다고 판단되어 배제되었고, 한 학교는 특수학급 담당선생님의 참여 거부로 제외되었다. 최종적으로 참여한 연구대상군은 9개 특수학급의 아동 53명이었다.

2. 연구방법

아동의 1차적인 진단은 소아정신과 전문의 1인과 정신과 전문의 1인의 임상적인 면담을 통하여 이루어졌으며 DSM-IV 진단 기준을 사용하였다.⁵⁾ 2차적으로 반구조적인 면담법인 K-SADS-PL을 이용하여 전문가 1인이 진단하고 1차 DSM-IV 진단과 일치하지 않은 경우에는 소아정신과 전문의가 임상적 진단과 K-SADS-PL에 의한 진단을 재 실시함으로써 재 진단하도록 하였다. K-SADS-PL은 김영신 등에 의해 번안되었으며, 주의력결핍-과잉행동장애, 틱 장애, 반항적 도전장애 및 우울장애, 불안장애 등에 대해서 신뢰도와 타당도가 보고된 바 있다.⁶⁾

임상적 진단을 시행하면서 역학 질문지, 임상척도평가, 심리검사 등을 함께 시행하였다. 역학적 자료에 대해서는 각각의 분포 및 평균, 표준 편차를 구하였으며, 사회성숙도 검사, 소아 우울척도, 단축형 Conners 평가척도, 소아 상태특성 불안척도, 아동행동평가척도, 한국아동인성평가척도 등은 남녀에 따른 분포 및 분산분석을 시행하였다. 모든 통계처리는 SPSS 10.0 프로그램을 이용하여 시행하였다.

1) 역학 질문지

특수학급 아동의 기본 설문문항으로 성별, 연령, 학년 등에 관한 문항으로 이루어져 있다.

또한 특수학급 아동 부모에 대한 가정환경 설문 문항으로는 부모 연령, 부모 학력수준, 부모 월 평균 수입, 현 거주 가옥형태, 총 가족 수와 자녀수, 아동 성장기의 1차 양육자, 출생순위, 가족 형태, 결혼 상태, 부모 직업, 부모 종교 등으로 이루어져 있다.

2) 아동용 Wechsler 개인지능검사(Korean-Wechsler Intelligence Scale for Children-III, K-WISC-III)

Wechsler가 개발한 아동용 지능검사(Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC)는 1949년에 제작되어 이후 두 번의 개정 과정을 거쳤고, 각 나라에서 표준화되어 널리 쓰이고 있는 검사이다. 국내에서는 1991년 한국교육개발원에서 미국의 WISC-R(Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised)을 표준화하여 KEDI-WISC를 개발하였으며, 최근에 WISC-III를 모체로 광금주 등(2001)이 K-WISC-III로 표준화하였다. K-WISC-III는 3개의 보충검사를 포함하여 총 13개의 소검사로 구성되어 있으며, 소검사들은 지능에 대한 Wechsler의 개념과 일관되게 서로 다른 여러 가지 정신능력을 탐색하기 위해 선정되었고, 그것들의 합은 아동의 일반적인 지적 능력을 반영한다.

3) 사회성숙도 검사(Vineland Social Maturity Scale, SMS)

사회성숙도 검사는 1936년 E. A. Doll 등이 고안한 Vineland Social Maturity Scale을 국내에서 김승국 등이 변안하였으며 사회적 능력 및 적응행동을 평가하는 데에 유용한 것으로 알려져 있으며, 각각 자조, 이동, 작업, 의사소통, 자기관리, 사회화 등과 같은 하위변인으로 이루어져 있다.⁷⁾ 피검자에 관한 정확한 정보를 얻기 위해서 피검자를 잘 아는 부모와의 면담을 통해서 실시하며, 만일 부모가 없을 때에는 피검자를 잘 아는 피검자의 형제나 친척 등의 가족 혹은 후견인을 통하여 면담하도록 되어있다.

4) 아동기 자폐증 평정척도(Childhood Autism Rating Scales, CARS)

자폐아동의 진단적인 선별과 분류를 위해서 개발된 척도로서, 김태련과 박량규가 국내 표준화하였다.⁸⁾ 4점 척도 15문항으로 구성되어 있으며 항목은 DSM-IV 진단기준과 유사하게 이루어져 있다. 각각 총점 29.5점 이상을 정도의 자폐 증상이 있는 것으로 분류하며, 37점 이상을 중증도의 자폐 장애로 분류한다.

5) 소아 우울척도(Children's Depression Inventory, CDI)

소아우울 척도는 소아의 우울정도를 측정하기 위하여 Kovacs가 개발하였으며, Beck의 우울척도를 8~13세의 소아연령에 맞게 변형한 것이다.⁹⁾ 모두 27문항으로 이루어져 있으며, 지난 2주일 동안 자신의 기분상태를 자기보고로 평가하도록 되어있다. 자기보고식 척도로 각문항마다 0~2점으로 평가되며 총점은 0~54점 사이에 분포된다. 점수가 높을수록 우울의 정도가 심한 것으로 평가된다. 조수철과 이영식은 서울시내 초등학교 4, 5, 6학년 중에서 288명을 대상으로 정상군 분포를

조사하였는데, 평균치가 14.72(±7.13)이었고 남학생의 평균치는 14.16, 여학생의 평균치는 15.36으로 유의한 차이는 나타나지 않았다. 22~25점은 약간의 우울상태, 26~28점은 상당한 우울상태, 29점 이상은 매우 심한 우울상태로 볼 수 있다.¹⁰⁾

6) 단축형 Conners 평가척도(Abbreviated Conners Parent-Teacher Rating Scale-Revised)

소아 주의력결핍-과잉행동장애의 주요 증상을 평가 및 판별하기 위하여 Conners가 개발한 Conner's Parent-Teacher rating Scale을 Goyette 등이 10문항으로 단축하여 고안하였으며, 오경자가 국내 소아에서 신뢰도 등을 산출하였다.¹¹⁾ 부모 혹은 교사가 아동의 행동을 4점 척도로 표현하여 행동 증상이 전혀 없으면 0점, 약간 있으면 1점, 상당히 있으면 2점, 아주 심한 경우는 3점으로 평가하게 되어있다. 점수의 범위는 0~30점이며 주의력 결핍-과잉행동장애의 경우 부모 평가치는 16점, 교사 평가치는 17점 이상을 기준으로 한다.

7) 소아 상태특성 불안척도(State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC)

임상적으로 불안감을 측정하는데 쓰이는 유용한 평가도구이다. 임상적으로 불안한 집단 및 정신과 환자의 불안을 판별하는데 유용하며, 정신장애가 없는 정상적인 성인에서도 불안상태를 측정할 수 있는 장점이 있다. Spielberger 등이 개발하였으며,¹²⁾ 국내에서 김정택이 변안하였으며 신뢰도와 타당도를 연구하였다.¹³⁾

소아용 특성불안 척도는 성인의 특성불안 척도를 변형하여 총 20문항으로 이루어져 있으며 그런 일이 거의 없다는 1점, 때때로 그렇다는 2점, 자주 그렇다는 3점으로 평가하게 되어있으며, 점수의 범위는 20~60점이다. 조수철과 최진숙은 한국형 소아의 상태불안 척도에 대한 신뢰도를 평가하였으며 초등학교 4, 5, 6학년 522명을 대상으로 특성불안 평균점수 31.96(±7.13)을 산출하였다.¹⁴⁾ 특성불안 척도점수의 경우에는 39~42점의 경우 특성불안이 약간 높은 정도이고, 43~46점의 경우 특성불안이 상당히 높은 정도이고, 47점 이상은 특성불안이 매우 높은 정도이다. 또한 상태불안 척도의 경우에는 평균점수는 33.27(±7.67)점을 산출하였고, 시험 직전의 평균 점수는 36.44(±8.48)점을 산출하였다. 상태불안 점수의 분포는 41~44점은 상태불안이 약간 높은 정도이고, 45~48점은 상태불안이 상당히 높은 정도이며, 49점 이상은 상태불안이 매우 높은 정도이다.

8) 한국아동인성평가척도(Korean Personality Inventory for Children, K-PIC)

임상장면에서 아동의 정서와 행동, 인지 등의 심리 특성

을 측정하는데 유용한 척도로서, Wirt와 Brean이 고안한 Personality Inventory for Children를 김승태 등이 번안하였다.¹⁵⁾ 4개의 타당도 척도와, 자아탄력성 척도 및 11개의 임상척도 등으로 구성되어있으며 예, 아니오로 답하게 되어 있는 총 255문항, 16개 척도로 구성되어 있다. 임상척도는 각각 자아강도, 언어문제, 운동문제, 불안, 우울, 신체화, 비행행동, 산만함, 가족갈등, 사회위축, 정신증상, 자폐증상으로 이루어져 있다.

9) 아동행동평가척도(Child Behavior Checklist- Korean version, K-CBCL)

Achenbach가 고안한 아동청소년 행동평가척도(Child Behavior Checklist- Korean version)를 기초로 하여 오경자 등이 한국형 아동행동평가척도로 번안하였다.¹⁶⁾ 1991년도에 제작된 규준은 연령을 4~18세를 대상으로 하며 문제행동 증후군 척도 내에 내면화척도(위축, 신체증상, 우울/불안) 3개, 외면화 척도(비행, 공격성) 2개, 그 밖의 사회적 미성숙, 사고의 문제, 주의집중문제로 나누었다. 4~11세에만 적용되는 성문제 척도, 총 문제행동 척도 등을 포함하여 12개의 척도가 제시되었다. 또한 사회능력 척도는 사회활동척도, 사회성 척도, 학업수행척도, 총 사회능력 척도 등, 4개의 척도로 구성되어 있다. 오경자 등의 국내연구에서 상위 90%에 해당하는 T 점수 63점을 분할점으로 했을 때에 비해 T점수 70점으로 하면 임상집단의 대다수를 정상으로 판단하고 60점으로 하면 정상집단의 많은 수가 문제가 있는 것으로 판단하였다. 내재화문제척도, 외현화문제척도, 총문제행동척도는 63T(90%)를 분할점으로 보았으며 문제행동증후군은 70T로 하고 총사회능력척도는 33T, 하위척도인 사회성척도, 학업수행척도는 30T(상위 2%)로 하였다.

10) Computerized ADS(Attention Diagnostic System) program

ADS(Attention Diagnostic System)는 국내에서 가장 널리 쓰이고 있는 연속수행검사 중 하나이다. 1999년에 홍강의 등에 의하여 개발되고 표준화되었으며, 시각검사와 청각검사로 나누어져 있다. 전반적인 주의력을 평가할 수 있으며, 세부적인 평가 지표로는 누락오류, 오경보오류, 정반응시간의 평균, 정반응시간의 표준편차, 민감도, 반응기준 등이다. 누락오류, 오경보오류, 정반응시간의 표준편차 상에서 70이상의 점수가 나타나는 경우에는 주의력결핍-과잉행동 장애를 의심해볼 수 있다.

결 과

9개 학교에서 운용되고 있는 특수학급 아동 53명을 대상

으로 하였다. 남아 35명(67.9%)과 여아 18명(32.1%)이었고, 평균 연령은 10.5±1.3이었다. 부 연령은 41.7±4.8세이었고, 모 연령은 38.4±5.0세이었다. 총 가족수의 평균은 4.3±0.9명이었으며, 평균 자녀수는 2.1±0.7명이었다. 대상군의 일반적인 특성을 Table 1에 나타내었다. 과거 아동문제에 대해서 전문가에게 상담받은 적이 있었던 경우가 16명(30.2%)으로 나타났고, 현재 아동을 전문가에게 보일 필요가 있다고 느끼는 경우가 8명(15.1%)으로 나타났으며, 차후 전문가에게 상담을 갈 필요가 있다고 생각하는 경우가 10명(18.9%)으로 각각 나타났다.

1. 일차 진단명 및 공존 진단명 (Table 2)

특수학급 아동의 DSM-IV에 따른 임상적 진단을 Table 2에 나타내었다. 1차 진단명에서 학습장애로 진단된 경우는 18명(34.0%), 주의력결핍-과잉행동장애로 진단된 경우는 13명(24.5%), 정신지체는 15명(28.3%), 우울장애는 3명(5.7%), 불안장애는 3명(5.7%)으로 진단되었으며, 남아의 경우에는 학습장애 14명(40.0%), 주의력결핍-과잉행동장애 10명(28.6%), 정신지체 7명(20.0%), 우울장애 1명(2.9%), 불안장애 2명(5.7%)으로 나타났고, 여아에서는 학습장애 4명(22.2%), 주의력결핍-과잉행동장애 3명(16.7%), 정신지체 8명(44.4%), 우울장애 2명(11.1%), 불안장애 1명(5.6%)으로 나타났다. 남녀의 집단 간에 유의한 차이는 나타나지 않았다($\chi^2=6.25, df=5, p=.28$). 공존진단을 허용한 경우에서의 진단 분포를 함께 살펴보았다. 공존진단명에서 학습장애로 진단된 경우는 23명(43.4%), 주의력결핍-과잉행동장애로 진단된 경우는 15명(28.3%), 정신지체는 16명(20.2%), 우울장애는 6명(11.4%), 불안장애는 8명(15.1%)으로 진단되었으며, 그 외에 경계선 지능 3명(5.7%), 전반적 발달장애 2명(3.8%), 뇌기질성 증후군 2명(3.8%), 언어장애 2명(3.8%)로 나타났다. 남아의 경우에는 학습장애 16명(45.7%), 주의력결핍-과잉행동장애 11명(31.5%), 정신지체 8명(22.9%), 우울장애 3명(8.6%), 불안장애 7명(20.0%), 경계선 지능 2명(5.8%), 전반적 발달장애 1명(2.9%), 언어장애 2명(5.8%)로 나타났다. 여아에서는 학습장애 7명(38.9%), 주의력결핍-과잉행동장애 4명(22.3%), 정신지체 8명(44.4%), 우울장애 3명(16.7%), 불안장애 1명(5.6%), 경계선 지능 1명(5.6%) 전반적 발달장애 1명(5.6%), 뇌기질성 증후군 2명(11.1%)으로 나타났다. 남녀의 집단 간에 유의한 차이는 나타나지 않았다($\chi^2=9.61, df=8, p=.29$). 정신지체의 정도는 경증정신지체는 11명(20.8%), 중등도 정신지체는 4명(7.5%), 중증정신지체는 1명(1.9%)이었으며, 역시 남녀의 집단 간에 유의한 차이는 나타나지 않았다($\chi^2=1.09, df=2, p=.58$).

특수학급 아동의 임상진단 및 감정·행동 특성

Table 1. Demographic variables (n=53)

Variables		N	%	Variables		N	%
Academic level (Father)	Elementary school	3	5.7	Occupation (Father)	No	3	5.7
	Middle school	8	15.7		Simple labor	9	17.0
	High school	23	43.4		Employed technician	14	26.4
	College, university	10	18.8		Own business	17	32.1
	Graduate school	3	5.7		Office worker	4	7.5
	No response	6	11.3		Professionals administrator	1	1.9
				No response	5	9.4	
Academic level (Mother)	Elementary school	3	5.7	Occupation (Mother)	Housewife	19	35.8
	Middle school	11	20.8		Simple labor	5	9.4
	High school	19	35.8		Employed technician	7	13.2
	College, university	6	11.3		Own business	6	11.3
	Graduate school	1	1.9		Office worker	3	5.7
	No response	13	24.5		Professionals administrator	0	0.0
				No response	13	24.5	
Economic status (Month)	-500,000	3	5.7	Previous consult Hx	Yes	16	30.2
	510,000-1,000,000	11	20.8		No	26	49.1
	1,010,000-1,500,000	14	26.4		No response	11	20.8
	1,510,000-2,000,000	8	15.1	Present consult	Need (+)	8	15.1
	2,010,000-2,500,000	3	5.7		Need (-)	18	34.0
	2,510,000-3,000,000	4	7.5		No response	27	50.9
	3,010,000-	3	5.7	Future consult	Need (+)	10	18.9
	No response	7	13.2		Need (-)	20	37.7
			No response		23	43.4	

Table 2. Primary diagnosis and comorbid diagnosis

Primary diagnosis	Male		Female		χ^2 *	p value	Total			
	(n=35)	%	(n=18)	%			(n=53)	%		
Learning disorder	14	40.0	4	22.2	6.25	0.28	18	34.0		
MR	7	20.0	8	44.4			15	28.3		
ADHD	10	28.6	3	16.7			13	24.5		
Depression	1	2.9	2	11.1			3	5.7		
Anxiety disorder	2	5.7	1	5.6			3	5.7		
PDD	1	2.9	0	0.0			1	1.9		
Comorbid diagnosis										
Learning disorder	16	45.7	7	38.9			9.61	0.29	23	43.4
ADHD	11	31.5	4	22.3	15	28.3				
MR	8	22.9	8	44.4	16	20.2				
Depression	3	8.6	3	16.7	6	11.4				
Anxiety disorder	7	20.0	1	5.6	8	15.1				
Borderline MR	2	5.8	1	5.6	3	5.7				
PDD	1	2.9	1	5.6	2	3.8				
OBS	0	0.0	2	11.1	2	3.8				
Language disorder	2	5.8	0	0.0	2	3.8				
MR										
Mild MR	6	17.1	5	27.8	1.09	0.58	11	20.8		
Moderate MR	2	5.7	2	11.1			4	7.5		
Severe MR	0	0.0	1	5.6			1	1.9		

* : Nonparametric statistical value by Chi-square test between Male group and Female group. MR : Mental retardation
 ADHD : Attention-deficit hyperactivity disorder, PDD : Pervasive developmental disorder, OBS : Organic brain syndrome

2. 인지기능, 자폐 · 우울 · 불안 · 주의력결핍·과잉행동장애 평가 척도 (Table 3)

인지기능을 평가한 사회성숙도 검사에서는 사회연령은 7.9±

2.2세였으며, 사회지수는 78.7±19.9였다. 사회 연령 및 사회지수에 있어서 남녀 간에 각각 유의한 차이를 나타내었다 (U=15.51, p=.00 ; U=7.59, p=.01).

Table 3. Cognitive function Autism · Depression · Anxiety · ADHD evaluation

Diagnosis	Male		Female		U*	p value	Total		Normal
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			Mean	S.D.	
SMS(SA)	8.66	1.68	6.03	2.19	15.51	0.00	7.86	2.19	
SMS(SQ)	83.79	16.15	68.78	23.13	7.59	0.01	78.69	19.92	>80
CARS	22.86	6.54	28.90	11.53	1.35	0.27	25.38	9.02	<29.5
CDI	21.59	5.51	23.53	4.39	1.60	0.21	22.24	5.20	<22
TAIC	36.58	6.99	36.47	4.52	0.003	0.96	36.54	6.21	<39
SAIC	35.77	8.86	34.00	6.70	0.56	0.46	35.17	8.16	<41
ACRS	11.43	4.91	10.11	4.01	0.96	0.33	10.98	4.63	<16

U* : Nonparametric statistical value by Mann-Whitney test between Male group and Female group.

SMS(SA) : Vineland Social Maturity Scale, Social Age, SMS(SQ) : Vineland Social Maturity Scale, Social Quotient, CARS : Childhood Autism Rating Scales, CDI : Kovac's children's depression inventory, TAIC : Spielberger Trait Anxiety Inventory, SAIC : Spielberger State Anxiety Inventory, ACRS : Abbreviated Conners Parent-Teacher ADHD rating Scale-Revised

Table 4. Korean Personality Inventory and Children · Child behavior check List

Diagnosis	Male (n=35)				Female (n=18)				Z†	P	Total			
	Mean	S.D.	Z*	P	Mean	S.D.	Z*	P			Mean	S.D.	Z*	P
K-PIC														
Truth	46.80	11.74	1.54	0.17	53.50	11.33	1.31	0.21	1.92	0.06	49.08	11.94	1.34	0.58
Lying	48.66	10.91	0.62	0.83	51.28	10.65	1.22	0.62	1.33	0.18	49.55	10.79	0.98	0.76
Fidelity	56.00	8.02	1.30	0.07	62.67	18.08	0.98	0.01	2.16	0.03	58.26	12.61	1.38	0.00
ESR	36.09	9.15	0.82	0.00	34.78	8.54	0.58	0.00	0.63	0.53	35.64	8.88	1.00	0.00
VLD	71.60	16.06	0.99	0.00	80.44	18.42	0.83	0.00	1.61	0.11	74.60	17.25	1.08	0.00
PLD	60.23	15.19	0.69	0.00	70.83	21.42	0.91	0.00	1.52	0.13	63.83	18.07	0.93	0.00
ANX	47.14	11.23	0.76	0.14	49.22	14.78	0.52	0.83	0.54	0.59	47.85	12.44	0.89	0.21
DEP	61.80	8.88	0.63	0.00	63.78	6.06	0.49	0.00	1.10	0.27	62.47	8.03	0.70	0.00
SOM	43.09	9.07	0.92	0.00	48.89	8.66	0.55	0.59	2.07	0.04	45.06	9.28	0.88	0.00
DLQ	50.34	12.04	0.92	0.87	52.00	14.35	0.64	0.56	0.32	0.75	50.91	12.76	0.97	0.61
HPR	59.65	12.05	1.32	0.00	62.22	14.29	0.69	0.00	0.98	0.33	60.53	12.78	1.35	0.00
FAM	51.91	14.22	0.59	0.43	53.44	13.49	0.90	0.29	0.20	0.84	52.43	13.86	0.77	0.21
SOC	58.71	10.82	1.43	0.00	59.50	4.60	0.52	0.00	0.41	0.68	58.98	9.15	1.46	0.00
PSY	43.29	15.97	1.79	0.02	52.56	18.80	1.01	0.57	1.76	0.08	46.43	17.38	1.98	0.14
AUT	61.80	13.20	1.15	0.00	71.83	16.53	0.97	0.00	2.69	0.01	65.21	15.04	1.13	0.00
K-CBCL														
Withdrawal	59.20	9.07	1.11	0.00	63.11	11.43	0.83	0.00	1.35	0.18	60.53	10.00	1.13	0.00
Somatic complaints	51.54	2.60	2.59	0.01	52.33	4.31	1.82	0.35	0.14	0.87	51.81	3.26	3.11	0.00
Anxious/depressed	52.86	4.30	2.05	0.00	51.89	3.38	2.38	0.03	0.44	0.66	52.53	4.00	2.48	0.00
Social problem	62.71	10.79	1.15	0.00	66.17	8.30	0.77	0.00	0.99	0.32	63.89	10.06	1.18	0.00
Thought problem	54.54	7.12	2.17	0.01	51.67	3.21	2.02	0.04	1.18	0.23	53.57	6.20	2.89	0.00
Attention problem	59.34	7.56	1.04	0.00	58.56	8.23	0.85	0.00	0.44	0.66	59.08	7.72	1.33	0.00
Delinquent problem	53.69	7.02	2.28	0.00	55.06	9.73	1.53	0.04	0.38	0.70	54.15	7.97	2.61	0.00
Aggressive problem	54.60	7.33	1.57	0.00	56.72	11.55	1.64	0.02	0.34	0.73	55.32	8.93	2.01	0.00
Internalizing problem	53.06	4.05	1.88	0.00	52.28	2.87	1.22	0.00	0.21	0.83	52.79	3.68	2.22	0.00
Externalizing problem	55.14	7.70	1.49	0.00	56.50	11.77	1.60	0.03	0.59	0.56	55.60	9.19	2.01	0.00
Total behavior problem	55.60	7.91	1.45	0.00	55.50	9.04	1.44	0.02	0.93	0.35	55.57	8.23	1.82	0.00
Sex problem	52.17	5.03	2.60	0.02	54.61	8.59	1.81	0.04	0.69	0.49	53.00	6.48	3.15	0.00
Emotional problem	52.17	5.10	2.36	0.02	52.33	5.27	1.90	0.08	0.29	0.77	52.23	5.11	2.95	0.00

* : Nonparametric statistical value by Kolmogorov-Smirnov Test (One-sample Test)

† : Nonparametric statistical value by Mann-Whitney test between Male group and Female group

3. 아동인성평가 및 아동행동평가척도 (Table 4)

아동 인성평가(K-PIC)의 하위척도별 점수에서는 언어성 문제(VLD), 운동성문제(PLD), 우울지수(DEP), 산만함(H-PR), 자폐증상(AUT) 등에서 평균점수가 60점 이상을 보였다. 또한 아동행동평가척도(CBCL)의 하위척도별 점수에서도 위축감과 사회성미숙 등의 척도에서 60점 이상의 높은 점수를 나타내었다. 아동인성검사 및 아동행동평가는 모두 국내 표준화가 이루어진 척도이므로 표준점수인 50점을 기준으로 하여 남·녀·전체군의 각각에 따른 Kolmogorov-Smirnov 일표본 비모수 검정을 시행하였다. 아동인성검사에서는 자아강도(ESR), 언어성 문제(VLD), 운동성문제(PLD), 우울지수(DEP), 산만함(HPR), 사회성 문제(SOC), 자폐증상(AUT) 등에서 남·녀·전체군 모두에서 정상군과 유의한 차이를 나타내었으며, 불안(ANX), 비행행동(DLQ), 가족갈등(FAM) 등에서는 남·녀·전체군 모두에서 정상군과 유의한 차이가 없었다. 아동행동평가에서는 여아군에서의 신체증상호소 및 감정 문제 소척도를 제외하고 모든 소척도에서 정상군과 유의한 차이를 나타내었다. 아동인성검사 및 아동행동평가척도의 남녀 집단에 따른 비교에서는 역시 비모수 검정인 Mann-Whitney test를 시행하였으나 모든 소척도에서 남녀간에 유의한 차이가 나타나지 않았다.

고 찰

본 연구의 1차 진단명과 공존 진단명 결과에서 과거의 선행연구와 가장 비교가 되는 것은 첫째, 학습장애의 유병율이 현저하게 줄었고 둘째, 주의력결핍-과잉행동장애가 새롭게 진단명으로 등장하였고, 매우 높은 유병율을 갖는다는 점이다. 또한 셋째로 우울장애, 불안장애 등의 정서장애가 비교적 증가하였다고 할 수 있다.

본 연구에서 1차 진단명에서 학습장애로 진단된 경우는 34.0%, 주의력결핍-과잉행동장애로 진단된 경우는 24.5%, 정신지체는 28.3%, 우울장애는 5.7%, 불안장애는 5.7%로 진단되었으며, 남아의 경우에는 학습장애 40.0%, 주의력결핍-과잉행동장애 28.6%, 정신지체 20.0%, 우울장애 2.9%, 불안장애 5.7%로 나타났고, 여아에서는 학습장애 22.2%, 주의력결핍-과잉행동장애 16.7%, 정신지체 44.4%, 우울장애 11.1%, 불안장애 5.6%로 나타났다.

과거 선행연구를 살펴보면, 박봉섭²⁾은 106명의 특수학급 교사를 대상으로 특수학급 학생의 주 장애 영역을 알아본 결과 학습장애 67%, 정신지체 28.3%, 정서장애 1.9%, 기타장애 1.9%로 보고하였다. 남아의 경우에는 학습장애 45%, 정신지체 16%, 정서장애 1.6%, 기타장애 1.6%였으며, 여아

의 경우에는 학습장애 62%, 정신지체 25.4%, 정서장애 1.6%, 기타장애 1.6%였다. 특수교사 자격증을 소지하고 있지 않은 일반교사의 경우는 학습장애 93.1%, 정신지체 4.8%로 진단하였고, 특수교사 자격증을 소지하고 있는 특수교사의 경우에는 학습장애 48.9%, 정신지체 44.4%, 정서장애 2.2% 기타장애 4.4%로 진단하고 있어서 특수교사가 진단을 좀 더 세분화하고 있음을 알 수 있다.

또한 김지윤³⁾은 특수학급 교사 72명을 대상으로 설문 조사한 결과, 특수학급 입급 아동의 분포가 학습장애 47.0%, 정신지체 31.8%, 정서장애 15.8%, 시청각 장애와 지체장애 1.7%, 언어장애 1.0%로 보고하였다.

학습장애는 시청각장애, 운동장애, 정신지체, 정서장애 및 환경적·문화적 실조로 인한 학습문제인 경우는 포함되지 않는다. 이러한 진단기준에 의하면 정신지체로 인한 학습의 장애는 학습장애로 볼 수 없으며, 우울장애와 같은 정서장애에 의해서 학습의 장애를 가져오는 경우 역시 학습장애의 범주에 넣을 수 없다. 만약 정신지체에서 학습장애를 공존 장애로 넣는 경우에는 정신지체로 인하여 감소된 인지기능에 의해서 학습부진을 유발하는 정도 외에 더 심한 폭의 학습 부진이 있을 경우에만 해당된다고 할 것이다. 과거 연구에서는 정신지체를 좀 더 정확히 진단할 수 있는 웨슬러 지능검사 등의 사용 어려움으로 인하여 다소 복잡한 인지기능 검사를 기피하는 경우가 있었으므로 학습장애를 우선해서 진단하게 되었으리라 추정된다. 학습장애는 읽기, 말하기, 쓰기, 계산하기, 집중하기 등의 현상학적인 증상을 주소로 진단이 가능한 반면에 정신지체는 복잡한 인지기능도구를 사용하여 여러 시간동안 측정하여야하는 불편이 있었기 때문이다. 본 연구에서는 소아용 웨슬러 지능검사를 일차적으로 시행하였으며, 지능검사가 가능하지 않은 경우에는 사회성숙도 검사를 시행하여 지능지수에 준하는 사회지수를 측정하도록 하였다.

학습장애가 줄어든 또 하나의 커다란 요인은 주의력결핍-과잉행동장애의 진단명이 새롭게 등장하였다는 점이다. 주의력결핍-과잉행동장애는 과다 행동, 충동성 및 주의력의 부진 등을 주소로 하는 아동기 질환이다. 미국에서 학동기 아동의 5~10%정도에 이르는 높은 유병율을 가지고 있으며, 중추신경계의 미세한 기능이상으로 인하여 산만한 행동 및 주의력 부진이 나타난다.¹⁷⁾ 최근 도파민을 증진시키는 약물학적인 치료와 인지행동요법을 함께 시행하면 많은 도움을 받을 수 있는 것으로 밝혀졌으며, 외국에서만뿐만 아니라 국내에서도 점차 활발한 연구가 진행되고 있는 질환이다. 과거에는 이 질환의 진단이 생소하였으나 최근에 활발한 연구가 진행이 되면서 국내에서도 유병율이 증가하여 현재 국

내 학동기 아동의 5% 정도의 유병율을 갖고 있는 것으로 추정되고 있다.¹⁸⁾ 학습장애의 영역 중에서 주의집중의 문제가 포함되어 있지만, 현재 DSM-IV 진단에서는 읽기장애, 쓰기장애, 산술장애만을 학습장애에 포함하고 있으며, 주의집중력에 의한 학습부진은 주의력결핍-과잉행동장애로 진단하고 있다.⁵⁾ 주의력 결핍 과잉행동장애도 학습장애를 유발하는 커다란 요인이 되지만, 학습장애의 아형 진단이기보다는 독립된 질환으로서 약리학적, 정신병리학적 연구가 진행되고 있다. 그러므로 본 연구에서는 주의력결핍-과잉행동장애를 학습장애에 포함시키지 않고 독립된 질환으로 진단명에 포함시켰다. 본 연구에서 주의력결핍-과잉행동장애의 유병율은 특수학급 내에서 매우 높은 분포를 보이고 있다. 최근 미국 국립정신보건원에서 다년간 연구된 연구조사에 따르면 주의력결핍-과잉행동장애는 약물치료에 의해서 75~80%의 치료적 도움을 받을 수 있으며, 인지행동치료를 함께 수행시에는 80~90%의 치료적 개선을 보일 수 있다고 하였다.¹⁷⁾ 주의력결핍-과잉행동장애로 진단된 많은 특수 학급 아동에 대한 의학적 치료가 학습 부진의 개선에 도움이 될 수 있음을 기대한다. 본 연구에서 주의력결핍-과잉행동장애를 진단하기위해서 사용한 도구는 DSM-IV 진단기준 및 단축형 Conners 평가척도를 이용하였다. 또한 주의력결핍-과잉행동장애가 검사자간 일치하지 않은 경우에는 K-SADS-PL 외에 소아용 행동평가척도(Childhood Behavior Checklist- Korean version) 및 컴퓨터를 이용한 주의력 평가 검사인 ADS(Attention-Diagnostic System)를 시행하여 환산 점수가 70점 이상이 나온 항목이 있는지를 재확인하였다.¹⁹⁾

정서장애는 과거 교육학에서는 자폐장애를 포함하는 광범위한 영역으로 분류되어왔다. 본 검사에서는 심각한 장애인 자폐장애를 따로 독립적으로 분리하여 구분하였으며 감정에 문제가 있는 우울장애와 불안장애도 구분하여 분류하였다. DSM-IV 진단 및 ICD-10진단에도 소아기 우울장애와 소아기 불안장애가 구분되어있고, 자폐장애 또한 전반적 발달장애에 포함되는 범주로 정동장애와는 다르게 구분되어 진단되고 있다. 본 연구에서는 우울장애 및 불안장애를 구분하기위해서 DSM-IV 진단기준 및 집-나무-사람 그리기 검사 등을 통하여 전반적인 불안감 및 우울감을 살펴보았으며, 소아우울척도와 소아 상태특성 불안척도를 이용하여 구체적인 점수를 측정하였고, 진단이 불명확한 경우에는 K-SADS-PL을 시행하여 재 진단하였다. 본 연구에서 이러한 반구조적인 진단 및 구체적인 평가척도를 이용함으로써 정서장애의 유병율은 과거의 연구보다 다소 높아진 분포를 나타내었다. 정동장애가 높아진 것은 진단도구의 활용으로 높아

진 면도 있을 수 있으나, 실제로 특수학급 내에서 통합교육에 따른 학습량의 증가로 인해 스트레스 요인이 과거에 비해서 증가한 것은 아닌지 조심스럽게 살펴볼 필요가 있다고 생각된다. 한편 과거의 선행연구들은 주로 특수학급 담당교사에 의한 진단이었으므로 본 연구에서처럼 소아정신과의사 혹은 정신과의사가 진단한 경우와는 다소 다르게 진단할 수 있을 것으로 생각된다. 외부 진단가는 진단만으로 그 목적이 끝날 수 있지만, 특수 교사의 경우에서는 진단한 아동에 대해서 수 년 간 교육을 함께 수행해야하므로 장애의 정도를 평가함과 함께 치료 및 교육개선이 가능한가에 대한 목적론적 사고를 하게 된다. 그러므로 인지장애나 학습장애에 비해서 비교적 일시적인 상태이고 원인이 다변적인 환경 요인으로 파악되는 정동장애에 대해서는 진단을 간과할 수 있을 것이라는 생각이다. 특수학급 교사는 교육 수행자로서 좀 더 힘들게 느껴지는 인지장애나 학습장애에 많은 관심을 갖게 될 것이라는 반면, 의사로서는 원인이 좀 더 밝혀져 있는 기질적인 질환이나 치료적 접근이 좀 더 용이한 주의력결핍-과잉행동장애와 같은 질환에 관심을 갖게 될 것이므로 상호간에 진단적인 변이가 있을 수 있을 것이라 추정된다.

특수학급의 판별기준에서는 지능지수 75이하이며 적응행동의 이상을 나타내는 경우를 정신지체로 정하고 있으나, DSM-IV 진단기준으로는 70이하의 지능지수를 나타내면서 사회적 적응행동의 부진을 보이는 경우로 정하고 있다.⁵⁾ 박계숙²⁰⁾은 장애아동의 인지능력이 너무 저하되어 있는 경우 통합된 비장애아 또래에게 수행능력에 있어서 부정적으로 평가되는 면이 크므로 통합 교육의 대상아동의 지능지수는 50~70정도는 되어야 한다고 제시한 바 있다. 본 연구에서 지능지수 50 미만 및 이에 상응하는 사회적 적응행동의 부진을 나타내는 특수학급 아동은 5명(9.4%)로 나타났다. 앞서의 Table 2에서 자폐장애(PDD)가 2명(3.8%)으로 나타나, 중등도 및 중증 정신지체와 자폐장애를 합하면 7명(13.2%) 정도는 일반학교의 특수학급에서 지도하기에는 다소 어려운 아동으로 보여진다.

한국형 아동 인성평가(K-PIC)의 하위척도별 점수에서는 언어문제, 운동문제, 우울지수, 산만함, 자폐증상 등에서 평균점수가 60점 이상을 보였다. 이는 특수학급의 많은 아동들이 교육상황에서 언어, 운동의 발달지연으로 인한 교육적인 문제 외에도 우울증과 같은 정서적인 어려움과 산만함 등의 행동문제, 그리고 자폐성향과 같은 사회성부진 문제 등이 같이 복합되어있는 상황을 잘 표현하고 있다고 생각된다. 또한 아동 행동평가척도(CBCL)의 하위척도별 점수에서도 위축감과 사회성미숙 등의 척도에서 60점 이상의 높은 점수를 보임으로써 역시 특수학급 아동이 인지기능의 지체뿐만 아니라 감정

적인 자신감과 사회성의 부진에서 어려움을 겪고 있는 것으로 생각되었다. 사회지수 및 사회연령에 있어서 여아가 남아보다 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 이처럼 여아가 남아에 비해서 낮은 이해도 및 사회성을 보이는 점은 특수학급 내의 교육적·인지행동적인 접근에 있어서도 남녀 간에 차이를 두어야 할 것으로 추정된다. 아동인성검사에서 특수학급 아동과 정상군과의 비교에서는 자아강도(ESR), 언어성 문제(VLD), 운동성문제(PLD), 우울지수(DEP), 산만함(HPR), 사회성 문제(SOC), 자폐증상(AUT) 등에서 남·녀·전체군 모두에서 유의한 차이를 나타내었는데 이러한 결과는 특수학급 아동이 정상아동에 비하여 언어성·동작성의 인지적인 지연뿐만 아니라 우울 등의 감정 문제, 그리고 사회적 위축·자폐 증상 등의 사회적 문제를 함께 수반하고 있음을 추정하게 한다. 우울점수는 Table 3의 소아 우울척도에서도 특수학급의 여아군과 전체군에서 우울장애 절단점수인 22점을 상회하고 있어 특수학급 아동이 우울증상이 매우 현저하게 나타나고 있음을 알 수 있다. 아동행동평가의 결과에서도 유사한 결과를 나타내고 있는데, 비행행동·공격성 등의 외재적인 문제 행동뿐만 아니라 사회적 위축, 불안·우울증상, 사고·집중력 문제 등의 내재적인 문제도 정상군과 유의한 차이를 나타내고 있어 특수학급 아동이 보이는 문제가 일차적인 인지적인 지연 외에도 행동·감정·사회성에 관련된 총체적인 문제를 나타내고 있음을 생각할 수 있다.

본 연구는 10여명의 특수학급 교사 혹은 부모에 의해서 임상척도를 평가하였다. 그러므로 척도 평가에는 다수의 검사자로 인하여 검사자간 신뢰도가 문제 될 수 있을 것이다. 한 학교당 특수아동이 10명 이내였으므로 인원도 적어서 표본이 적다는 단점도 있을 수 있다. 좀 더 많은 특수 학급 아동을 대상으로 한, 검사자간 신뢰도를 함께 측정할 수 있는 대규모의 조사를 추후 기대 해본다.

아산시의 지역적 특색도 본 연구가 전국의 특수학급아동의 대표집단으로 보기에는 무리가 있다. 아산시는 인구 20만의 중소 도시에 속해 있으며, 최근 급증하는 유입인구로 인하여 특히 젊은 부부층 및 어린 아동이 늘고 있는 전형적인 신생 도시이다. 인구가 점차로 줄고 있는 농어촌지역이나, 중장년층 부부가 많은 다른 도시의 경우가 함께 연구되어서 비교될 수 있도록 하여야 할 것이다.

소아 우울척도, 소아 상태특성 불안척도, Conners 행동 척도 등의 척도는 관찰자가 쉽게 기록하여 평가할 수 있으며, K-SADS-PL은 반구조적인 면담법이나 숙련이 되면 의사와 같은 진단 전문가가 아니더라도 이용가능하다. 최근 신뢰도와 타당도가 검증된 좋은 평가척도가 다수 개발되고 있으며 국내에도 번안되어 보급되고 있다. 이러한 간편한 척도의

활용은 향후 교육적 현장에서 아동을 진단·판별하는 데에 많은 시간적 경제적 도움을 줄 수 있을 것으로 생각된다. 과거의 연구에서 전통적인 진단·판별도구를 사용하여 장애아동의 진단을 주로 하였지만 본 연구의 진단 척도들은 진단을 세분화하는 데에 도움을 줄 수 있을 것으로 보이며, 또한 비교적 간편하므로 시간적인 도움을 줄 수 있을 것으로 기대한다.

본 연구는 일반학교 특수학급아동을 대상으로 의학적 진단기준을 적용하여 진단 평가한 국내 최초의 연구조사이다. 그동안 특수학급 장애아동을 입급·판별하는 데에 있어서 교육적인 진단을 이용하여왔으나, 국제적인 진단 분류기준을 적용한 과거 연구는 없었으며, 이는 의사들이 병원에 진료를 위해서 오는 환아에 대한 연구조사 외에 이들이 교육받고 있는 특수학급 혹은 특수학교 내에서의 연구조사는 없었음을 알 수 있다.

본 연구는 인지적인 기능위주의 평가방법을 보완하기 위하여 감정상태 및 인성 검사, 주의력 결핍-과잉행동 등의 행동 평가를 면밀하게 수행하고자 아동 행동평가척도, 아동인성검사, 우울척도, 특성불안척도, 상태불안척도, 주의력결핍과잉행동장애 척도 등 여러 가지 임상척도 등을 함께 시행하였다. 이상의 검사도구들은 병원뿐만 아니라 학교의 교육상황에서도 사용자에게 짧은 시간에 아동의 감정이나 인성 그리고 행동적인 양상을 파악함으로써 향후 교육의 방법에도 많은 도움을 줄 수 있을 것으로 기대한다.

결론

아동에 대한 다학제적인 접근이 미래에 교육 및 임상진료의 가장 큰 요건이라 할 수 있다. 그러므로 학교와 병원과의 연계는 무엇보다도 중요시되고 있으며 지역사회와 함께 지역사회의 직접 의사들이 참여하여 사회 혹은 학교의 집단 내에서 질환의 유병율 및 치료적 개선을 도모함이 보다 큰 교육적 개선의 효율성을 가져올 것으로 생각된다. 앞으로도 학교 내의 장애아동에 대한 많은 연구가 진행되어 역학뿐만 아니라 의학적 치료에 대한 기준 등이 마련 될 수 있기를 기대한다.

중심 단어 : 특수학급·진단·우울·불안·주의력결핍과잉행동 장애.

References

- 1) 윤점룡. 특수아동의 판별과 조치에 관한 연구. 서울, 한국교육개발원;1986.
- 2) 박봉섭. 초등학교 특수학급 경영 개선방안 연구. 공주대

- 학교 특수교육대학원 석사학위논문;2001.
- 3) 김지윤. 특수학급 아동의 진단과 판별에 관한 연구. 단국대학교 대학원 석사학위논문;1999.
 - 4) 김희자. 초등학교 특수학급 교육진단평가 실태 및 개선 방안 연구. 대구대학교 특수교육대학원;2000.
 - 5) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;1994.
 - 6) 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.
 - 7) 김승국, 김옥기. 사회성숙도 검사. 서울, 중앙적성출판사; 1985.
 - 8) 김태련, 박량규. 아동기 자폐증 평정척도 지침서. 서울, 도서출판 특수교육;1996.
 - 9) Kovacs M. The children's depression inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters. Unpublished manuscript. University of Pittsburgh;1983.
 - 10) 조수철, 이영식. 한국형 소아우울척도의 개발. 신경정신의학 1990;29:943-956.
 - 11) 오경자. 부모훈련을 통한 주의력결핍-과잉활동아의 치료 효과연구. 한국심리학회지 1994;13:217-233.
 - 12) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state-trait anxiety inventory. Pal. Alto, CA. Consulting Psychologist Press;1970.
 - 13) 김정택. 특성불안과 사회성과의 관계: Spielberger의 STAI 를 중심으로. 고려대학교 대학원 석사학위 논문;1978.
 - 14) 조수철, 최진숙. 한국형 소아의 상태-특성 불안척도의 개발. 서울의대 정신의학 1989;14:150-157.
 - 15) 김승태, 김지혜, 송동호, 이효경, 주영희, 홍창의 등. 한국 아동인성검사. 서울, 한국가이던스;1997.
 - 16) 오경자, 이해련, 홍강의, 하은혜. 아동청소년 행동평가척도 서울, 중앙적성출판사;1997.
 - 17) The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for Attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 1999;56:1073-1086.
 - 18) 조수철. 소아정신질환의 개념. 1판. 서울, 서울대학교 출판부;1999. p.145-161.
 - 19) 신민섭. 전산화된 주의력장애 진단시스템의 개발 및 표준화 연구. 소아·청소년정신의학 2000;11:91-99.
 - 20) 박계숙. 장애아동 통합보육에 대한 사례연구. 숭실대학교 통일정책 대학원 사회복지정책 석사학위 논문;1996.