교통사고 후의 재난정신의학

Disaster Psychiatry after Motor Vehicle Accident

박 기 창
연세원주의대 원주기독병원 정신과
강원 원주시 일산동 162
Ki Chang Park, M.D.
Department of Psychiatry
Yonsei University, Wonju Medical College, Wonju Christian Hospital
E-mail : kichang@wonju.yonsei.ac.kr

Abstract

Death from motor vehicle accident is one of the most common causes of deaths in Korea, with 17.2 person per 100,000 population dying from motor vehicle accidents in 2004. Neuropsychiatric sequelae after motor vehicle accidents are very common and disturbing the quality of life. They include post-traumatic stress disorder, post-concussional disorder, organic personality disorder, depression, organic schizophrenia like disorder, malingering, factitious disorder, etc. Neuropsychiatric symptoms are often neglected by health care providers, although they tend to last for a long period as complex problems. They also may complicate the doctor-patient relationship. Therefore, early detection and management of neuropsychiatric symptoms are important for successful management of the patients. This article includes a brief summary of several neuropsychiatric states after motor vehicle accidents, especially post-traumatic stress disorder and a brief recommendation on legal reports for disability evaluation of mental and behavioral disorders after motor vehicle accidents.

Keywords : Motor vehicle accdent; Posttraumatic stress disorder; Disaster psychiatry

핵 심 용 어 : 교통사고; 외상후스트레스장애; 재난정신의학

통계청의 2004년 우리 국민의 사망원인에 의하면 인구 10만 명당 교통사고 사망자는 17.2명으로 1994년의 35.3명에서 약 반으로 줄었다. 이제 세계 최고의 교통사고 사망자 국가라는 불명예를 벗었다고는 하나 아직도 우리의 치부로 여겨지는 부분이다.

교통사고로 인하여 모든 장기가 손상받을 수 있고 치명적이 되기도 한다. 교통 조건의 향상, 의학기술의 발전과 응급후송체계의 발전으로 사고 후 생존율이 현저히 높아졌으나, 그로 인한 후유증은 심각하고 다양한 분야에 문제를 야기시킨다. 신경정신과적 후유증은 중요성에도 불구하고 그 성질의 애매함으로 인해 등한시되는 경우가 많다.

교통사고로 인한 정신의학적 문제는 불의의 재난으로 인한 스트레스성 장애, 즉 외상후스트레스장애, 적응장애 그리고 두부외상, 특히 폐쇄

성 두부손상으로 인한 정신장애들이다. 교통사고 후의 신경정신 증상들은 ① 두부외상의 경우 신경병리학적 병소가 국소적이지 않고 다발성이며 광범위하기 때문에 뇌-행동 관계를 규명하는 데 어려움이 있으며, ② 기질적 문제와 더불어 심리사회적 문제가 겹쳐지기 때문에 증상이 미묘하고 애매하다. ③ 보상 문제에 의해 각색되어진다는 점(1) 등의 특징을 갖기에 평가와 치료는 어려울 수 있으며, 의사-환자 관계가 복잡해질 수 있다. 조기에 관심을 가져야 정신과적 후유증을 줄일 수 있을 것이다. 정신 증상에 대하여는 의료진 모두가 소홀히 하지 않고 성심으로 다루어줘야 하며, 필요한 경우 정신과 전문의에게 의뢰하여 조기에 평가하여 적절한 치료를 받도록 해야 한다. 또한 교통사고 후에 대부분 문제가 되는 장애평가에 있어서도 정신 증상에 대하여는 정신과 전문의에게 의뢰하는 것이 좋다.

본 의학강좌에서는 교통사고로 인해 흔히 발생하는 정신장애들에 대해 약술하려고 한다.

교통사고 후 발생할 수 있는 정신장애

교통사고 후 나타나는 신경정신과적 후유증에 대한 정신과 진단명은 국제질병표준분류(ICD-10)에 따라야 한다. 외상후두통, 외상후현훈과 같은 증상 위주의 애매한 진단 등 공증되지 않은 진단명을 사용하여 의료전달체계 내에서나 법의학적 관점에서 혼란을 유발하는 경우도 많다. 교통사고 후 가능한 정신과 진단명들은 표 1과 같다.

표 1. 교통사고 후 발생하는 정신장애〔한국표준질병사인분류〕

F02.8	외상성 치매
F04	기질성 기억상실 증후군
F05	외상성 섬망
F06	기질성 환각증
F06.1	기질성 긴장성 장애
F06.2	기질성 망상성〔정신분열유사〕 장애
F06.3	기질성 기분〔정동〕장애
F06.4	기질성 불안장애
F06.5	기질성 해리장애
F06.6	기질성 정서불안정〔무력증성〕장애
F06.7	경도인식장애
F07.0	기질성 인격장애
F07.2	뇌진탕후 증후군 (뇌좌상 증후군, 비정신병성 외상후 뇌증후군 포함)
F43.0	급성스트레스 반응
F43.1	외상후 스트레스장애
F43.2	적응장애
F45.4	지속성 신체형 동통장애
F62.0	재난 경험 후의 지속적 인격변조

1. 외상후스트레스 장애(Posttraumatic Stress Disorder)

외상후스트레스장애는 전쟁, 성폭행 등과 같은 심한 스트레스 사건을 경험한 후에 생기며 어린이에서도 발생 가능하다. 교통사고 후 흔히 생길 수 있으며 외상 후 기억장애가 없는 경우 잘 생긴다. 그러나 심한 두부손상으로 사고에 대한 기억상실이 있었던 경우에도 발생될 수 있다(2).

교통사고 후 외상후스트레스장애의 발생률은 외국의 조사에서는 8~46%로 보고되었고(3), 이선미와 김동인(4)이 우리나라에서 교통사고로 인한 신체손상으로 입원한 환자들에서 조사한 빈도는 사고 후 3개월 이전에 48.5%, 24개월 후에는 39.8%로 상당히 높은 편이었다.

1) 원 인

(1) 스트레스

스트레스 자체의 심각성보다도 외상에 대한 개인의 주관적인 반응이 더 중요하다. 외상후스트레스장애의 증상의 정도는 스트레스의 정도에 비례하지 않는다. 외상 사건이 환자에게 주는 주관적인 의미가 무엇인가가 중요하다. 끔찍한 외상에 직면해서도 대부분의 사람들은 스트레스를

표 2. 외상후스트레스장애에 취약한 소인

① 소아기 외상의 경험
② 경계선, 망상성, 의존성, 반사회적 인격성향
③ 부적합한 지지기반
④ 정신 질환에 대한 유전적 · 체질적 취약성
⑤ 최근의 긴장을 야기시키는 생활 변화
⑥ 스스로 하기 보다는 외적 요소에 의해 조종된다는 지각을 흔히 갖는 사람들
⑦ 최근의 알코올과음

극복하나, 사소한 외상임에도 불구하고 그 사건이 주는 주관적인 의미로 말미암아 어떤 사람들에게는 심한 스트레스반응을 일으킬 수 있다(5). 취약한 소인은 표 2와 같다.

(2) 정신역동학적 요인

인지적인 면에서 보면 외상후스트레스장애 환자들은 외상을 적절히 받아들이고 합리화 시키지 못하며, 외상을 계속 재경험하고 회피함으로써 이를 피하려고 한다. 행동주의 관점에서는 두가지 면을 생각할 수 있는데, 첫째, 고전적 조건화에 의한 것으로 비슷한 자극이 가해질 때 동일한 신체적, 정신적 반응이 나타나며, 둘째, 도구적 학습으로서 조건화된 자극, 비조건화된 자극, 두가지 모두를 회피하는 양상을 발전시키게 된다. 정신분석학적으로는 외상이 잠재해있는 미해결된 심리적 갈등을 재활성화시켜 증상이 발생된다고 본다. 소아기 외상이 재현됨으로써 퇴행을 하며 억압, 부정, 취소의 방어 기제를 사용하게 된다. 환자는 재정적인 보상, 주변으로부터 관심과 동정, 의존적 욕구의 만족 등 이차적 이득을 얻게 되며, 증상은 강화된다.

(3) 생물학적 요인

Kolb(6)는 만성적인 스트레스가 측두-편도 복합체 내의 피질구조물들에 직접적인 신경독성, 신경억압효과를 일으켜 정상적인 피질억압이 실패함으로써 청색반점(locus ceruleus)과 안쪽시상하부핵 등의 뇌간구조들이 활성화되어 증상이 발생된다고 하였다. 이들은 또한 시상

표 3. 외상후 스트레스장애의 진단기준(DSM－Ⅳ 진단기준)

1. 아래 상황이 있는 외상사건에의 노출
   ① 자신이나 타인의 죽음, 중상을 초래할 만한 사건을 경험하거나 보았을 때
   ② 강한 공포심, 무기력감, 전율을 느낄 때(아이의 경우는 와해된 행동이나 격정된 행동을 보일 수 있음)
2. 아래 중 하나 이상의 방식으로 외상사건이 지속적으로 재경험될 때
   ① 상상, 생각, 지각으로 그 사건을 반복적으로 괴롭게 회상하게 된다(어린이의 경우 외상이 담겨있는 놀이를 계속한다).
   ② 사건에 대한 반복적인 괴로운 꿈(어린이의 경우 내용이 없는 악몽을 꾼다)
   ③ 마치 그 사건이 일어난 듯 행동하거나 느낀다(착각, 환각 등).
   ④ 외상사건과 유사한 내적, 외적 자극에 대해 심한 심리적 괴로움
   ⑤ 외상사건과 유사한 내적, 외적 자극에 대해 생리적 반응
3. 외상과 관련된 자극을 지속적으로 피하며, 일반적인 반응성의 마비(아래 중 3개 이상)
   ① 사건과 관계되는 생각, 느낌, 대화를 피하려고 한다.
   ② 사건을 생각나게 하는 활동, 장소, 사람을 피하려고 한다.
   ③ 사건의 중요한 면을 회상할 수 없다.
   ④ 중요한 일들에의 참여와 흥미가 뚜렷하게 감소됨.
   ⑤ 타인으로부터의 소외감
   ⑥ 감정 표현의 제한(예: 사랑의 감정을 느끼지 못함)
   ⑦ 장래를 비관적으로 생각
4. 각성상태가 증가되어 있다(아래 중 2개 이상).
   ① 잠을 못 이루거나 깊이 못 잔다.
   ② 흥분을 잘하거나 화를 잘 낸다.
   ③ 집중력 곤란
   ④ 과도각성
   ⑤ 쉽게 놀란다.
5. 증상지속 기간이 1달 이상
6. 증상으로 인하여 사회, 직업 등에서 의미있는 기능감퇴가 있다.

하부-뇌하수체-부신 축, 노르에피네프린, 내인성 아편의 기능이 항진되어 있다고 알려져 있다(5).

Mayou 등(7)은 사고 직후 면담시 사고에 대한 공포스럽고 자꾸만 떠오르는 기억이 있을 때 이 질환이 잘 생기고, 의식소실이 있어 기억이 없는 경우는 발생빈도가 적다고 하였다.

교통사고나 산재사고시 가족이나 동료들이 사망하거나 중증의 후유장애를 갖게 되는 경우도 있으며, 사고에 대한 정황 설명을 주변에서 듣기 때문에 간접적인 사고 경험을 충분히 하게 되고, 사고라는 스트레스를 지각하게 된다. 만일 혼자만 생존했다면 심한 죄책감에 빠질 수도 있을 것이다. 교통사고나 산재사고 이후 흔히 겪게 되는 보상문제, 피해자-가해자 간의 알력 등으로 인하여 분노의 감정이 더욱 더 쌓이게 되고, 증상은 악화, 장기화될 수가 있다. 두부손상으로 인지기능의 장애가 미세하게 생기는 경우, 대처능력과 대응전략의 결핍, 문제해결능력의 결핍 등으로 인하여 불안은 한층 더 심해지는 상승효과를 갖게 되어 증상이 더 심해질 수가 있다(8).

2) 진 단

교통사고 후 사고에 대한 재경험(악몽이나 강박적인 회상), 사고를 떠오르게 하는 자극의 회피 또는 반응마비, 과각성 상태가 1개월 이상 지속되면 진단할 수 있다. 진단기준이 명료하여 흔히 사용되는 미국정신의학회(9)의 기준은 표 3과 같으며, 진단의 난점은 표 4와 같다(10).

3) 경과 및 예후

외상 초기에 급성 스트레스반응이 심한 경우 외상후 스트레스 반응이 더 잘 생긴다(11). 외상 이후 어느정도 시간 경과 후에 생긴다. 짧게는 1주 후 생기나 30년이 지난 후 증상이 발생한 경우도 있다. 증상은 시간 경과에 따라 악화, 완화를 반복하여 보통 스트레스가 생기면 증상이 심해진다. 대략 30%는 완전 회복되며, 40%는 경한 증상을 계속 갖게 되고, 20%는 중등도의 증상을, 10%는 증상의 변화가 없거나 더욱 악화되기도 한다.

표 4. 외상후스트레스장애 진단의 난점

① 비특이적 증상이 많으며 이들 증상이 외상후스트레스장애의 고유증상을 가린다.
② 증상이 다양하고 복합적이며 주관적이다.
③ 다른 진단이 겹쳐 있는 경우 많아 특히 Axis Ⅱ의 진단이 같이 있는 경우 진단이 어렵다.
④ 외상후스트레스장애에 대한 일반인의 인지도가 높아 쉽게 모방할 수 있다.

예후가 좋은 경우는 증상이 갑자기 생긴 경우, 증상기간이 짧은 경우(6개월 이하), 병전 기능이 좋았던 경우, 사회지지기반이 좋은 경우, 여타의 정신과적 · 내과적 물질 사용과 관련된 장애들이 없는 경우이다. 일반적으로 노인과 소아가 취약하다.

4) 치 료

우선 치료에서 중요한것은 「지지」이다. 외상사건을 토의하도록 격려해주고, 「이완」과 같은 대처전략들에 대해 교육시켜 주어야 한다. 정신치료와 약물치료의 중요성을 상기시켜 주고 나아질 수 있다는 확신을 심어준다.

정신역동적 정신치료로 외상사건을 제반응과 카타르시스와 같은 감정분출을 통하여 재구성시켜 주는 것이 치료적이다. 행동치료, 인지치료, 최면 등도 행해질 수 있다. 정신치료는 시간을 정해놓고 하는 것이 좋다. 의존성과 만성화를 방지한다는 점이다. 인지적 접근을 하며 지지와 안심을 주어야 한다. 치료자는 외상사건에 대한 환자의 부정을 극복해야 하며, 이완시켜 주고, 스트레스로부터 벗어나게 해줘야 한다. 필요하면 약물을 먹고 잠을 잘 자

표 5. 외상후스트레스장애의 약물치료

1. 1차 선택약
   - 선택적 세로토닌 재흡수차단제(fluoxetine, paroxetine)
   - 삼환계 항우울제(amitriptyline, imipramine, nortriptyline, desipramine)
2. 2차 선택약
   - propranolol, clonazepam, lithium, carbamazepine, 단가아민 차단제
3. 복합투여
4. 약물치료의 효과
   ① 괴롭게 회상되는 증상의 경감
   ② 회피 증상의 개선
   ③ 긴장된 과잉각성의 완화
   ④ 우울증과 무기력증의 완화
   ⑤ 충동조절의 개선
   ⑥ 급성해리 증상과 정신병적 증상의 조절

도록 해야 한다. 친구나 가족의 지지가 있어야 한다.

위기중재의 모델에 따라 지지, 교육, 대처기전의 개발, 사건의 수용 등이 있어야 한다. 행동치료기법으로는 상상기법 등을 통한 노출기법과 단계적으로 행하는 체계적 탈감작기법이 있으며, 스트레스 다루기에는 이완요법과 스트레스에 대처하는 인지적 접근법이 있다.

집단치료와 가족치료도 도움이 된다. 집단치료는 비슷한 경험을 공유하고, 다른 참여자로부터 지지를 받을 수 있으므로 치료적이다. 가족치료는 증상 악화시 결혼 유지에 도움을 준다. 증상이 심하거나 자살의 위험, 폭력의 위험이 있을 때는 입원을 해야 한다.

약물치료는 표 5와 같다.

2. 뇌진탕후 증후군(Postconcussional Syndrome)

이 병명은 외상후 증후군, 뇌외상 증후군, 경도뇌진탕 증후군 등으로도 불려온 뇌외상후 두통, 현기증, 피로, 자극과민성, 집중곤란, 정신적 업무수행의 곤란, 기억장애, 불면증 등의 다양한 증상들이 나타날 때 붙여지는 진단명이다. ICD-10에서는 뇌진탕후 증후군을 공식진단명으로 채택하고 있고 뇌좌상후 증후군, 비정신병성 외상후뇌증후군을 여기에 포함시켰다.

1) 원 인

뇌진탕후 증후군이 보이는 증상들에 대해서는 두가지의 극단적인 견해가 있으며, 아직도 논란이 되고 있다. 즉 보상이나 이차이득에 의한 단순히 신경증적인, 즉 기능성이라는 견해와 분명한 기질성 원인에 의한다는 견해이다. 그러나 뇌진탕후 증후군을 한가지로만 설명할 수 없으며, 기질성 원인과 심리사회적 원인의 복합에 의한 복잡 미묘한 증후군이라는 사실을 명심해야 한다(8).

기질성 원인으로는 뇌간이나 전두엽의 현미경적 손상으로 인한 증상, 눈의 움직임을 관장하는 근육이나 신경에 손상이 생겨 복시, 눈부심, 안구진탕증 등, 측두골의 손상으로 내이가 손상되어 현기증, 청력감퇴, 이명 등이 생길 수 있고, 등골근의 견인으로 인하여 소리에 대한 예민성이 높아질 수 있다. 측두하악관절의 손상으로 관절의 이상 및 통증 뿐 아니라 두통으로 발전할 수도 있다.

흔히 whiplash injury라고 부르는 경추 부위의 손상으로 경추골에 붙어있는 부속물들의 손상을 일으켜 목의 통증, 운동 제한 등이 생기게 되고, 두통으로 발전하기도 한다. 척수동맥을 압박하여 혈류가 감소되어 뇌간, 소뇌, 후두엽, 해마 등에 손상을 줄 수도 있다. 그래서 어찔어찔함, 평형감각의 실조, 집중력장애, 졸리움, 기억장애, 시각장애 등이 생길 수 있다.

또한 정신과적 증상은 보상을 기대하며, 보상으로 인한 이차적 이득이 클 때, 사회경제적 수준이 낮은 경우, 원래 자신의 직업에 대한 만족도가 작았을 때, 미숙한 인격특성의 소유자에서 많이 나타난다. 울고 싶던 차에 매맞은

표 6. 뇌진탕 후 장애의 진단기준

1. 뇌진탕 후 발생하는데, 뇌진탕이란 의식 소실, 외상후 기억장애, 또는 외상후 경련 등이 발생한 경우를 뜻한다.
2. 신경심리검사나 정량적인 인지기능검사에서 주의력(집중력, 주의력의 변경, 두가지 인지적 업무를 동시에 수행할 수 있는 능력) 또는 기억력(정보습득과 회상)의 곤란이 있을 것
3. 아래 증상 중 3개 이상이 외상 후 발생하여 3개월 이상 지속될 경우로 다음과 같다.
   ① 쉽게 피로해짐
   ② 수면장애
   ③ 두통
   ④ 현기증 또는 현훈
   ⑤ 별 자극 없이도 흥분 또는 적개심
   ⑥ 불안, 우울, 정동의 다변성
   ⑦ 인격변화(예 : 사회적 또는 성적으로 부적절함)
   ⑧ 무감동 또는 자발성의 부족
4. 상기(B, C) 증상들이 뇌외상 후 발생하였거나 이전의 증상들이 악화되었다.
5. 사회적 혹은 직업적 기능이 사고 전보다 감퇴되었다.

격이라고 기존의 신경증적 성향 등이 사고로 인하여 쉽게 표현될 수 있다. 가해자 측과의 감정적 앙금이 증상을 고정시킬 수 있으며, 보상을 부추기는 주변의 태도와 현 사회풍조도 증상을 악화시키고 장기화 시킬 수 있다.

2) 진 단

DSM－Ⅳ(10)에서는 향후 연구를 위한 부록에 뇌진탕 후장애(postconcussional disorder)라는 진단명을 포함시켜 연구기준을 제시하고 있다(표 6).

3. 섬망과 기타 정신병적 변화

혼수상태에서 깨어날 때 외상 후 섬망상태를 겪게 된다. 사고 직후 혼수상태 때부터 이 때까지의 기억상실이 후향성 기억장애이다. 이 기간은 뇌기능이 회복되면서 줄어들 수 있다.

표 7. 사병의 감별방법

① 과거의 의무기록을 철저히 검토한다. 증상이 일정하게 나타났는지, 두부 손상의 정도에 비해 합당한 증상인지를 살펴본다.
② 심리검사를 다시 해본다.
③ 심리검사의 특징 : 위장하는 사람들은 모든 소검사의 점수가 저하되어 있는데 반해, 실제 환자들은 톱니같은 양상을 보일 수 있다.
④ 난이도를 단계별로 만든 검사 시행시, 위장자들은 쉬운 것도 틀리는 경우 많으며, 실제 환자는 쉬운 것은 시행하고 어려운 것을 시행 못한다.

두부외상 후 섬망은 뇌손상 자체가 주요 원인이지만 약물의 부작용, 금단이나 중독 증상, 중환자실 환경과 같은 환경요소가 섬망을 유발시킬 수 있으며, 악화시킬 수 있다.

4. 기질성 인격장애(Organic Personality Disorder)

두부외상 후 외상 이전의 인격양상과 다른 변화가 흔히 생길 수 있다. 소아에서는 정상적인 인격발달과정을 벗어난 모습을 보일 수 있다. 흔한 증상으로는 불안정한 정서, 충동 조절의 곤란, 부적절하게 또는 과장되어 분노를 표출시키는 것, 심한 무감동, 의심하는 편집증적 성향 등이다. 가족이나 친구가 보기에 전의 그 사람이 아니라고 보는 것이다.

두부외상시 흔한 전두엽 손상시는 판단력의 부족, 익살맞음, 참을성 없어짐, 기분이 들뜬 상태 등을 보일 수 있다.

5. 사병(Malingering)

의사에게 가장 어렵고 당황을 시키는 환자들이다. 대개 보상을 바라고 증상을 위장 또는 과장하기 때문에 보상신경증이라고도 언급된다. 선입관이나 편견을 갖지 말고,

표 8. 교통사고 환자의 신경정신과적 치료의 일반적인 지침

① 행동의 적절한 교정과 환경을 조정해 주는 것
② 뇌손상 환자가 수행해야 하는 일의 분량을 줄여줄 것
③ 적절한 통증완화
④ 증상에 따른 적절한 약물 선정과 약물 투여시 부작용을 정확히 평가하는 것

기존의 인격양상, 경제적 이득, 법적 문제 등을 고려해 보아야 한다(표 7).

6. 기능성 정신장애—정신분열증, 양극성 장애, 망상장애, 강박장애 등

교통사고 이후 정신분열증 등의 기능성 정신장애와 유사한 증상이 나타날 수 있으나, 뇌손상 자체로 인한 유사정신 증상일 경우에는 기질성 정신장애로 보아야 할 것이다.

원래 정신분열증이 있는 경우, 교통사고 이후 증상이 악화되거나 재발할 수 있다. 정신분열증의 경우 서서히 증상이 발현하기 때문에 초기에는 가족들이 환자의 병상태를 인지하지 못하는 경우가 많다. 그래서 교통사고 후 정신분열증이 발생했다고 주장되는 경우가 많다.

교통사고 이전의 환자상태에서 정신분열증의 전구증상, 즉 사회적 위축, 불안, 괴이한 사고 등이 있었는지 여부와 정신분열증의 가족력 등을 알아보는 것이 중요하다.

치 료

교통사고 후 나타나는 신경정신과적 후유증은 뇌손상 부위와 범위, 손상에 대한 감정반응, 손상 이전의 인격과 자아강도, 가족 등의 사회적 지지망에 따라 다양하기 때문에 이에 대한 치료는 행동치료, 개인정신치료, 집단정신치료, 가족치료, 정신약물치료 등 다양한 치료 전략들이 동원되어야 한다(표 8).

후유장애진단(12)

1) 정신 및 행동에 관한 후유장애의 평가는 정신과(혹은 신경정신과) 전문의가 평가해야 한다.

2) 신경정신 계통의 장애가 발생한 경우 장애 평가는 환자의 증상이 고정되었다고 판단되는 시점, 일반적으로 두부외상 후 18개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 더욱이 신경정신 계통의 장애가 발생한 경우, 장애판정을 받기 전까지 충분하고 성실하게 신경정신과 전문적 치료를 받아야 한다. 만일 18개월 이전에 전문적 치료 없이 장애 판정을 해야 할 경우, 전문적 치료 후의 호전될 상태를 감안하여 장애를 판정하는 것이 바람직하다.

3) 평가의 객관적 근거를 제시하여야 한다.

① 신경정신의학적 상태에 대한 충분한 병력 청취 및 관찰, 적절한 검사 및 진단적 과정에 기초한 의학적 평가가 이루어져야 한다.

② 기질적 병변 및 기능장애를 입증하기 위해서는 MRI나 CT 등의 두부영상검사, 뇌파 등의 뇌생리검사, 임상(신경)심리검사 등의 결과를 참고하여 제시하여야 한다.

③ 임상(신경)심리검사는 정신 및 행동 후유장애 평가에 관한 적절한 교육과 훈련을 받은 임상심리사에 의해 시행되어야 하며, 사고와 관련된 내용이 객관성있게 명시되어야 한다.

④ 사고 이전의 적응상태, 성격, 인지기능, 가족력, 과거병력, 치료의 성실도 및 사고상황 등에 대한 객관적 자료(학교생활기록부 등)를 이용하기를 권고하며, 그 참조여부를 장애진단서에 명시하여야 한다.

⑤ 장애평가를 위해서는 입원하여 관찰을 하는 것이 좋다.

4) 국제질병분류표(ICD—10)에 근거한 진단명을 기재하여야 하며, 장애평가기준은 맥브라이드(McBride) 장

애평가표를 일반적으로 사용하나 그 밖에 노동부의 산재보상을 위한 신체장해등급표를 사용한다.

5) 맥브라이드는 노동능력 상실률의 적용시 직업을 고려하여 결정하도록 하였는데, 일반적으로 맥브라이드 기준 적용시 적용되는 직업계수는 농촌근로자(직업계수 '5'), 도시근로자(옥내근로자 직업계수 '5', 옥외근로자 직업계수 '6')이다. 실제 직업을 직접 적용하거나 그와 유사한 직업을 맥브라이드 책자에서 찾아 적용시킬 수가 있다.

6) 향후 치료비는 일반적으로 치료를 하지 않으면 생명에 지장이 있을 경우에 인정을 해주는 경향인데, 치료를 하지 않으면 증상이 악화되어 장애가 현저히 증가될 경우, 불가피하게 조기감정을 해야 할 경우에 인정을 해주는 경향이다. 영구 장애일지라도 증상 악화의 방지를 목적으로 일정기간 치료를 인정할 수 있다. 치료기간 및 치료비 산정은 합리적인 의학적 판단에 의하여 해야 한다.

7) 현 사고와의 인과관계 및 기여도는 기왕증, 사고 이전의 적응상태, 성격, 인지기능, 가족력, 과거병력, 치료의 성실도 및 사고상황, 특정한 갈등 상황 등에 대한 객관적 자료를 참고하여 산출하여야 한다. 사고의 기여도는 0%, 25%, 50%, 75%, 100%로 구분함을 원칙으로 한다.

8) 개호는 일상생활 및 기본적 사회생활이 심하게 제한되는 경우인 생명 유지 · 위생관리 및 건강 유지 · 자해 및 타해 · 사고의 방지 등을 위한 타인의 도움이 필요한 경우에 적용될 수 있다. 더욱이 어린이나 노인의 경우, 그 연령에 필요한 통상적인 도움은 제외한다. 개호가 필요한 경우에는 의학적 판단에 따라 개호의 이유, 내용, 기간 및 정도(항시 또는 수시 개호 등)을 명시하여야 한다. 개호의 기간은 영구, 한시로 나누되 한시는 그 기간을 명시한다. 개호 여부의 판단은 의학적인 근거를 기준으로 해야 하며, 그 근거를 기술해야 한다.

9) 여명은 생명표를 이용하여 어떤 연령의 사람이 앞으로 평균 몇 년이나 살 수 있을지를 산출한 기대값, 곧 평균여명을 말한다. 여명 단축은 의학적 이유가 있어야 하고 여명 동안 의학적 이유가 지속되어야 한다. 참고자료를 인용해 주는 것이 좋다.

참고문헌

1. 김광일. 장해감정의 실제적 문제들. 신경정신의학 1993; 32 : 135 - 48
2. McMillan TM. Post−traumatic stress disorder and severe head injury. Br J Psychiatry 1991; 159: 431 - 3
3. 김영철. 외상성 뇌손상 후의 불안장애. 생물정신의학 2000; 7: 46 - 54
4. 이선미, 김동인. 교통사고 후 신체손상환자의 만성 외상후 스트레스장애: 발생빈도, 증상변화, 예측인자에 대한 전향적 연구. 신경정신의학 2000; 39: 797 - 808
5. 박기창. 외상후스트레스장애의 정신생물학적 접근. 정신신체의학 1996; 124 - 37
6. Kolb LC. A neuropsychological hypothesis explaining post−traumatic stress disorders. Am J Psychiatry 1987; 144: 989 - 95
7. Mayou R, Bryant B, Duthie R. Psychiatric consequences of road traffic accidents. BMJ 1993; 307: 647 - 51
8. 박기창. 두부외상의 신경정신과적 후유증. 신경손상학회. 신경손상학. 서울: 중앙문화사, 2003: 220 - 40
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders 4th ed(DSM−Ⅳ). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994
10. Sparr LF, Atkinson RM. Posttraumatic stress disorder as an insanity defense: medicolegal quicksand. Am J Psychiatry 1986; 143: 608 - 13

11. Meiser-Stedman R, Yule W, Smith P, Glucksman E, Dalgleish T. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and adolescents involved in assaults or motor vehicle accidents. Am J Psychiatry 2005; 162: 1381 - 3
12. 안동현, 김영철, 노승호, 박기창, 서동우, 정한용. 정신 및 행동 후유장애 평가기준. 연구총서 보고서, 2001

Peer Reviewer Commentary

김 영 철 (이화의대 신경정신과)

본 논문은 신체후유장애를 다루는 다른 임상과에 비해 상대적으로 관심을 받지 못해왔던 교통사고 후의 신경정신과적 후유장애를 질병군으로 나누고, 발병원인, 증상, 진단 및 치료에 대해 자세히 기술하고 있다. 그 중 교통사고 후 가장 흔히 발생하고 적절한 치료와 보상에 문제가 되고 있는 외상후스트레스장애를 자세히 다루어 이에 관심있는 의료인들의 주의를 환기시킨 점은 현실적으로 적절하다 할 것이다. 반면 본 의학강좌에서 필자는 진단명을 국제질병분류표에 의거 진단하여야 한다고 기술하였는데 후유장애의 진단기준은 미국정신의학회 진단기준(DSM)을 소개하고 있어 필자의 주장과는 다소 어긋난 부분이 있고, 제반응, 급성 스트레스 장애 등 때론 정신과 전문의들만이 이해할 수 있는 의학용어를 사용하여 일반의사들이 이해하는 데 다소 어려움이 있으리라 사료된다. 사병과 인위성 장애는 비록 증상의 양상은 유사하지만 발병 동기는 전혀 다른 정신장애라 할 수 있는데, 같이 다루어 혼돈을 불러 온 것은 아쉬운 점이라 하겠다.

자율학습 10월호 (성체줄기세포의 세포학적 특성) 정답

1. ④
2. ②
3. ③
4. ④
5. ③
6. ④
7. ①
8. ④
9. ③
10. ③