

청소년 정신건강장애

Mental Disorders in Adolescents

안 동 현 | 한양의대 정신과 | Dong-Hyun Ahn, MD
 Department of Psychiatry, Hanyang University College of Medicine
 E-mail : ahndh@hanyang.ac.kr

J Korean Med Assoc 2009; 52(8): 745 - 757

Abstract

In spite of misconception and/or neglect concerning mental disorders of adolescence, increasing attention to adolescents' mental health problems arises from a number of sources. A perspective from developmental psychopathology provides a conceptual tool for understanding the range of processes and mechanism underlying how and why psychopathology in adolescents emerges. This will enable primary physicians to diagnose and/or provide treatments to adolescents with mental health problems in clinical practice. More information about mental disorders in adolescents will be needed for primary physicians in the future. Adolescents' mental disorders are significant societal problem. Physicians should perform a leadership in multi-disciplinary approach for diagnosis and treatment of mental disorders in adolescents.

Keywords: Adolescent; Mental disorder; Diagnosis; Treatment

핵심 용어: 청소년; 정신장애; 진단; 치료

청소년 정신건강장애의 중요성

청소년기 정신건강장애는 아직도 많은 주목을 받고 있지 못하다. 또한 이를 인식한다고 해도 대수롭지 않는 것으로 간주하거나 때로는 오해 혹은 편견을 갖는 수가 많다. 하지만 이들이 다음과 같은 여러 가지로 이유로 해서 중요하게 다루어야만 한다(1).

첫째, 청소년기의 정신장애 및 문제행동은 매우 흔하게 발생한다는 점이다. 아동기를 포함한 청소년기에 정신의학적으로 진단을 내릴 정도로 심한 형태의 문제는 전체 일반 아동/청소년의 약 8~10%를 차지한다. 국내에서도 2005년 서울시에서 2,672명의 소아청소년(초등 1,645명, 중등 649명, 고등 378명)을 대상으로 실시한 정신 질환의 유병률 조사

결과를 보면 주의력결핍-과잉행동장애(attention deficit hyperactivity disorder, 이하 ADHD) 비율이 13.3%, 불안장애(이하 AXD)는 23%, 우울증(이하 MDD)은 7.4%였으며, 최소 1가지 이상의 정신 질환을 가지고 있는 소아청소년의 비율이 전체의 26%였다. 이 외에도 적대적반항장애(이하 ODD) 11.3%, 다양한 종류의 불안장애 23.0%, 틱장애 3.9%의 유병률을 보였다. 이 외에 2006년 71,96명, 2007년 14,404명, 2008년 35,431명의 전국 초 1, 초 4, 중 1, 고 1 학생을 대상으로한 정신건강선별검사서 대략 13% 내외의 소아청소년이 정신장애의 위험군으로 선별되었다(2).

둘째, 많은 유형의 학령기 정신장애나 문제행동 단지 학령기에 그치는 것이 아니라 일생을 지속한다는 사실이다. 학령기의 문제가 그대로 지속하지는 않더라도 시간이 지나

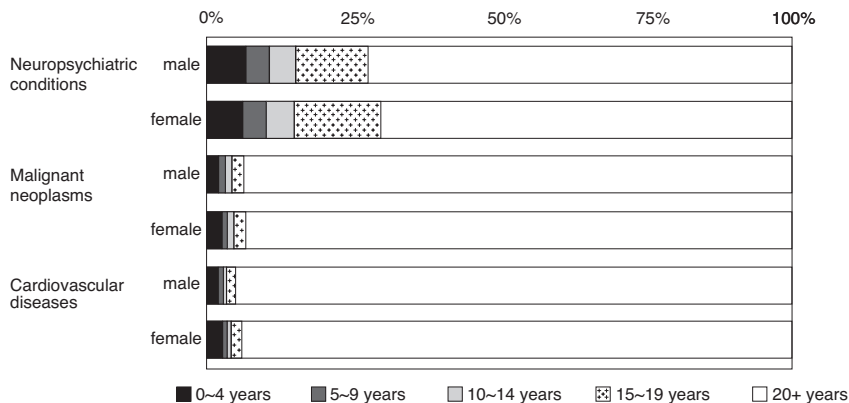


Figure 1. Burden of disease in disability-adjusted life years (DALYs) attributable to specific causes by age and sex in the year 2000 (3).

Table 1. Classification of mental disorders in adolescents

cluster	specific disorders
1. developmental disorder	MR, ASD, LLD
2. behavioral disorder	ADHD, ODD, CD
3. emotional disorder	SAD, Other AXDs, somatoform disorder, MDD
4. psychophysiologic disorder	Sleep, elimination, and eating disorders
5. other disorder	Tic/TS, psychosis, adjustment disorder, others

MR: mental retardation, ASD: autism spectrum disorder, LLD: learning and language disorder, ADHD: attention deficit-hyperactivity disorder, ODD: oppositional defiant disorder, CD: conduct disorder, SAD: separation anxiety disorder, AXDs: anxiety disorders, MDD: major depressive disorder, Tic/TS: tic disorder and Tourette disorder

면서 형태나 강도를 달리하여 변화된 형태로 나타난다. 또는 나중에 진단을 내릴 정도의 장애는 없더라도 학령기 발달상의 문제가 가정생활·직업·사회적응에 지속해서 여전히 부정적인 영향을 미치는 수가 있다.

셋째, 최근의 사회 변동과 상황이 아동들을 위협에 빠뜨릴 수 있고, 더 어린 학령기 연령일수록 더 심각한 발달상의 문제를 일으킬 수 있다. 여기에는 대도시의 대가족, 만성적인 빈곤, 가정 파괴의 압력, 편부모 양육, 노숙, 농촌 지역의 빈곤층, 미성숙아, 부모의 술·약물 남용 등과 관련된 사항들이다. 이러한 사회 변화 등으로 인하여 아동기 정신장애와 문제행동은 형태나 유형만 달라지는 것이 아니라 그 발생빈도도 증가하고 있다.

넷째, 학령기 장애 및 문제행동과 관련하여 그 개인이나 가족·사회가 일생 동안 겪는 후유증은 경제적인 면으로 따

질 수 없을 만큼 매우 심각하다. 경제적으로도 보건·교육·정신건강·사법체계에서 지불되는 비용, 이로 인한 생산성 감소, 반복적이고 장기적인 치료비용, 고통 받는 아동·가족 및 지역사회가 겪는 고통 등을 추계한다면 매우 커다란 액수가 지불되는 것이다. 최근 “질병부담”이라는 개념에 의해 “우울증”을 비롯한 정신장애가 Figure 1과 같이 암, 순환기 장애보다도 오히려 더 높은 것으로 알려지고 있다(3).

마지막으로, 이같이 도움이 필요한 아동·청소년이나 가족들 가운데 약 70% 이상이 적절한 서비스 제공이나 치료를 받고 있지 못하다는 점이다. 2003년 전국 초등학교 교사 544명을 대상으로 조사한 연구(4)에서 교사들은 평균 2.07명이 정신건강에 문제가 있다고 생각되는 학생들이 있다고 하였다. 이 가운데 정신과 진찰이 필요하다고 생각되는 학생은 0.95명이라고 응답하였지만, 실제로 정신과에 의뢰하거나 진찰을 권유한 경우는 0.24명으로 문제가 있다고 생각하는 학생의 약 1/10, 진찰이 필요하다고 생각한 학생의 1/3 미만에서만 실제 의뢰 혹은 권유가 이루어졌을 뿐이다.

청소년 정신건강장애의 유형

편의상 Table 1과 같이 청소년기 정신장애를 5개 범주로 구분하고, 그 각각의 범주에 해당하는 진단명을 Table 1에 제시한다. 발달장애는 대개 유전적인 소인과 함께 선천성으로 유아기 혹은 청소년기 초기에 발달 지연이나 이상을 초래한다. 행동장애는 흔히 외현화장애(externalizing di-

sorder)라고도 부른다. 정서 및 기분장애는 여러 불안장애, 신체형장애, 우울장애 등을 포함하는데, 청소년기에는 이들의 구분이 불완전하거나 모호한 경우가 많아 많은 노력에도 불구하고 성인기에서와 같이 그 구분이 명확하지 않다. 생리기능장애는 성인에서도 비슷하지만 청소년에서 이들 생리기능은 비록 그 원인이 심리적인 것이 아니라도 심리적 요인이 매우 밀접한 연관이 있고, 상호 관련이 많기 때문에 이들을 한 범주로 묶어 분류하는 것이 유용하다. 마지막으로 기타 장애의 범주로 틱 및 뚜렛장애, 정신병, 기질성 정신장애, 알코올 및 물질남용(및 의존) 등 청소년 및 청소년기에 흔히 병발하는 장애도 있지만, 성인기 장애가 아동기 혹은 청소년기에 조기 발병하는 경우를 포함한다.

물론 정신장애에 있어서 이러한 공식 진단분류체계에 대한 논의가 있어 왔지만, 문제 유형별로 접근하는 경우도 있다. 즉 청소년들에서 문제가 되는 가정내 갈등, 학업부진, 가출, 인터넷중독, 성적 일탈행동, 지나친 다이어트, 자살, 등교거부, 학교폭력(왕따), 음주 및 흡연 등의 문제접근 방식이다. 하지만 자살이 반드시 우울장애에 의해서만 일어나는 것도 아니고, 여러 가지 원인에 의해 발생할 수 있을 뿐더러 우울장애로 인해 자살뿐 아니라 학업부진, 가출, 등교거부 등 다양한 문제 행동이 일어날 수 있다. 하지만 여기에서는 의학적 관점에서 정신장애를 논의한다.

발달학적 관점에서 청소년 정신장애

청소년기의 정신장애는 연령에 따라 발생하는 양상이 아주 달라진다. 이것을 대개 청소년 발달시기에 따라 초기, 중기, 후기로 나누어보면 초기는 아직 아동기 정서행동문제의 연속인 경우가 많다. 이들 문제가 청소년기 변화에 따라 그 연속성상에서 변화 양상을 나타낸다. 중기단계가 되면 본격적으로 청소년기 본래의 문제와 관련한 정신장애가 발생한다. 마지막으로 후기단계가 되면 성인기에 주로 발병하는 정신장애의 조기 발병이 눈에 띈다.

1. 초기청소년: 아동기 문제의 연속 상에서 정신 병리

정신지체, 자폐증, 언어 및 학습장애같은 발달장애의 경

우 대부분 생애 초기부터 시작하지만 전 생애를 걸쳐서 계속된다. 따라서 이같은 문제는 단지 청소년기에만 문제가 되는 것이 아니고 성인기 혹은 노년기에도 문제가 되지만 청소년기에는 그 발달 단계에 따라 새로운 문제들이 발생하게 된다.

예를 들어 자폐증의 경우 청소년기가 되면 '성적으로 미숙한 행동', '사회성 부족', '간질 발작의 위험 증가' 등에 부딪친다(5). 또한 아동기에 흔한 주의력결핍-과잉행동장애(이하 ADHD)는 청소년기가 되면 50~70%는 호전되지만 나머지는 여전히 증상이 지속한다. 이들의 과다 활동은 감소하지만 주의력 결핍이나 충동 조절의 저하는 여전히 문제가 되고, 그 외에도 학습 결손이나 학습상의 문제, 또래 관계의 장애나 사회기술력의 저하 등이 청소년기에 이르러 더욱 커다란 문제가 되기도 한다. 아동기의 분리 불안이나 우울증, 공포증 등도 대개는 청소년기에 호전되는 수가 많지만 여러 가지 요인으로 해서 해결되지 못한 상태로 청소년기를 맞이하게 되면 청소년기의 발달 과업 수행과 맞물려 매우 복잡한 양상을 띠게 되고 그 해결이 어려워질 수 있다. 아동기는 신체 기능과 관련된 문제가 많은데-예를 들면 야뇨증과 같은 배설 기능의 문제, 수면장애(야경증, 몽유병, 악몽 등), 식사 관련 문제, 틱장애-이러한 것들이 청소년기에 해결되지 않은 채 청소년기로 넘어오게 되면 또한 마찬가지로 이다.

따라서 단지 청소년기의 문제를 다룬다고 하여 청소년기 특유의 문제를 다루는 것이 아니고 이같이 영유아기부터 아동기까지 그 이전의 문제도 충분히 이해할 수 있어야 한다.

2. 중기청소년: 청소년기의 발달과 관련된 정신 병리

Skodol 등(6)은 청소년기의 발달과 관련된 정신장애를 다음의 4가지로 구분하고 있다. 즉 정체감 문제, 정서 문제, 행동 문제, 신체상 및 신체 기능에서의 문제이다. 이들의 빈도가 어느 정도 되는지 Table 2에 요약하였다.

(1) 정체감 문제(Identity issues)

정체감에 관한 주제는 청소년기 발달과정에서 가장 중요하다. 장기적인 인생 목표, 가치, 또래 관계, 성적 방향성과 행동, 생활스타일에 관한 주제에서의 문제점들이 매우 흔하

Table 2. Prevalence and sex-ratio of mental disorders in adolescents

category		specific disorder	estimated prevalence	sex - ratio
<i>Emotion</i>	mood	major depressive disorder	common	M < F
		bipolar disorder)	NK	M = F
	anxiety	panic disorder	very rare	M < F
		social phobia	rare	M < F
		obsessive-compulsive disorder	rare	M > F
<i>Behavior</i>	substance	alcohol intoxication	very common	M > F
		substance abuse	common	M > F
	conduct	conduct disorder	very common	M > F
	impulse control	pathologic gambling	very rare	M > F
		trichotillomania	rare	M < F
<i>Physical</i>	eating	anorexia nervosa	very rare	M << F
		bulimia nervosa	less common	M < F
	sleep	narcolepsy	very rare	M = F
	somatization	body dysmorphophobia	NK	M = F

Prevalence is estimated as following: very common, > 10%: common, 5~10%; less common, 2~5%: rare, 1~2%: very rare, < 1%: NK, not unknown (6).

다. 대부분의 청소년은 심각한 후유증을 남기지 않고 이 시기를 거치지만, 제대로 해결되지 않는다면 아래에서 논의할 여러 가지 병리의 존재를 가리키거나 혹은 성인기까지 지속하는 행동상의 또는 성격상의 문제의 씨앗이 될 수도 있다. 이 문제를 어떻게 분류하고, 어떻게 접근하는가? 하는 점에서는 아직 구체적으로 합의되어 있지 못하고 매우 산발적으로 접근하고 있을 뿐이다.

(2) 정서 문제(emotional problems)

인생이나 생활에 대한 불만으로서 청소년들은 일시적으로 우울해질 수 있고, 이러한 우울한 기분은 보통 지속하거나 심각한 문제를 일으키지는 않는다. 그렇지만 조사에 의하면 십대 청소년의 약 2%에서 10%까지 뚜렷하게 병으로 인식될 만한 우울증(憂鬱症, depression)이 발견된다. 2007년 전국 약 8만 명의 중고등학생을 대상으로 시행된 청소년건강행태온라인조사(7)를 보면 우울감 경험률 41.3%, 자살사고(思考)율 23.7%, 자살시도율 5.8%를 보고하고 있다. 미국에서 자살은 10대 청소년의 사망원인 중 3위이고 우울증, 특히 여자에서 관련이 높은 것으로 알려져 있다. 우울증을 갖는 청소년의 약 1/3은 부모가 같은 병을 앓고 있고, 다른 덜 심각한 적응상의 문제와 비슷하게 우울증도 사랑에 실패하거나, 학업 수행의 실패, 가족과의 다툼, 가까운 사람의 죽음 등으로 유발 혹은 악화될 수 있다. 우울증 청소년

은 흔히 불안, 약물 사용, 행동장애(남자), 식사장애(여성)를 수반하기도 한다. 이런 문제가 동반하면 더 자살하기가 쉽고, 따라서 치료를 더욱 서둘러야 한다.

불안 관련 장애 중 공황장애(恐慌障礙, panic disorder)는 대부분 후기 청소년기가 되어야 발병한다. 공황장애는 갑자기 예측하지 못한 공황 발작, 즉 마치 죽을 것 같은 심한 두려움과 함께 가슴이 두근거리고, 땀을 뻘뻘 흘리고, 손발이 떨리며, 숨이 가빠지고, 목이 조이는 느낌, 흉통, 토할 것 같은 느낌, 어지럼증, 손발이 저리는 증세, 얼굴이 화끈 달아오른 느낌, 마치 미치거나 죽을 것같은 느낌이 수반한다. 이것은 약 200명 중에 1명 정도 발병하는데, 남자보다는 여자에게 흔하고 만성화하는 경향이 있다.

불안장애 중 두 번째는 사회공포증(혹은 대인공포증, 社會恐怖症, social phobia)도 역시 10대에 흔히 발병한다. 발생 빈도는 약 1~2%인데, 다른 사람들 앞에서 창피를 당하거나 당황할 것 같은 두려움이 이같은 경험 후에 혹은 청소년기부터 사회적으로 억제되거나 수줍어하면서 서서히 발전한다. 청소년기에 사회공포증은 학교 적응을 저하시키거나 대인 관계를 기피하는 등 문제를 초래할 수 있다. 증상의 정도는 때에 따라 다양하게 나타나기도 하지만 대개 일생을 지속하는 수가 많다. 보통 남자가 치료를 위해 찾아오는 수가 많지만 사실은 여자에게 더 흔히 발견된다.

강박증(強迫症, obsessive compulsive disorder)은 남자에서 만 6~15세 사이에 흔히 발병한다. 그리고 앞의 것과 달리 약 2% 정도로 흔한 편이다. 끊임없이 어떤 걱정되는 생각(강박 사고, obsession)이 떠나지를 않는 것이 특징인데 무엇이 문을까봐, 자신이나 남에 대한 위험, 양쪽 대칭, 도덕적 주제 등이 흔하다. 경우에 따라서는 반복적인 행동-손씻기, 가지런히 정리, 확인하기, 기도나 계산 혹은 단어를 반복하는 것과 같은 정신적 행동-을 하는 수가 있다. 이같은 강박 행동(compulsive behavior)은 불안을 줄이기 위해서 혹은 어떤 일이 일어나는 것을 막기 위해서 정해진 규칙에 따라 엄격하게 수행되어 진다. 청소년에게는 강박 사고보다는 의식(儀式)적 행위(rituals)- 그 중에서도 씻기-가 더 흔하다. 연령대에 따라 다소 증상의 차이가 나는데, 초등학교에서는 대칭성과 계산하기가 흔하고, 초기 청소년기에는 지나치게 씻기, 그리고 후기에는 성적인 내용을 주제로 하는 생각과 행동이 자주 일어난다. 강박증 증상은 덜해졌다 심해졌다 하면서 만성화 결과를 밟는데, 성인 환자의 30%에서 50% 정도가 청소년기 혹은 청소년기에 발생했다고 조사되고 있다.

(3) 행동 문제(Behavior problems)

약물 사용은 청소년기에 비교적 흔한 문제이다. 그 중에서 가장 흔한 것이 술인데, 이미 14세 소년 및 소녀의 50% 이상이 음주를 경험했다는 미국의 보고가 있으며, 앞선 청소년건강행태온라인조사(2007)를 보면 현재 음주율 27.8%, 현재 음주자 가운데 고위험음주율 31.5%, 문제음주율 42.2%로 상당히 높은 음주율을 보인다. 이것이 연령이 증가하여 18~24세까지 술, 담배, 대마초(국내에서는 흡입제, 약물)가 가장 많이 남용된다. 처음에 십대에서 발생하는 병리적인 약물 사용(pathological drug use)은 간헐적인 급성 중독(急性中毒, intoxication)의 형태, 즉 갑자기 약물을 복용 혹은 사용 후 심각한 행동상 혹은 생리적 변화를 초래하는 현상이다. 여기에는 일탈된 성행위, 공격적 행동, 기분 불안정, 판단력 저하 및 위험한 행동, 그 외에 적절한 기능의 곤란 등이 포함된다. 구체적인 예로 음주 후 싸우거나 위험한 행동을 하는 예, 혹은 흡입제 사용 후 여러 가지 일탈 행동 등을 들 수 있다. 약물 금단 증상은 대개 장기간 많은 양

의 물질을 사용해야 나타나므로 청소년들에게는 흔치 않다. 물질 남용(濫用, abuse)이나 의존(依存, dependence)도 청소년들에게 발생할 수는 있다. 그렇지만 이렇게 초기에 발생하는 경우는 흔히 추가로 행실 문제를 시사하며, 남자에게서 훨씬 흔하다. 청소년들이 술이나 약물을 어려서부터 사용한다면 지속할 가능성이 매우 높다. 또한 청소년의 약물 사용은 비행, 실업, 이혼, 유산 등 다양한 문제를 수반하며, 그 외에 기분장애, 인격장애와 같은 정신장애의 위험성도 증가한다.

청소년기 행실 문제(行實問題, conduct problems)는 청소년기에서 지속할 수도 있고 이 시기에 처음으로 발생할 수도 있다. 미국의 경우 18세 이하의 남자에서 6~16%, 여자에서 2~9%에서 이같은 문제를 보인다고 추정되고 있는데, 국내에서는 정확한 추산이 아직 없지만 필자의 간접 추정으로 적어도 4~5% 내외로 판단된다. 청소년기는 보다 자유롭고, 독립적이며, 신체적 발달이 이루어져 있기 때문에 타인에게 해를 입힐 수도 있다. 흔히 청소년에서 발생하는 행실 문제로는 절도, 강도, 강간, 폭력 등이 있다. 만일 청소년기 행실 문제가 성년기까지 계속된다면 아동기에 발생한 것보다 더 공격적이고 파괴적인 양상을 보이며 성인기에 도 반사회적 행동과 약물남용이 지속되는 수가 많다.

십대 소년들에게 병적 도박(病的賭博, pathological gambling)이 발생하기 쉽다. 국내에서는 일반적인 도박도 문제일 수 있지만, 이보다는 인터넷을 매개로 하는 게임중독 혹은 사이버도박이 문제가 된다.

(4) 신체 기능 문제

(Problems in self-image and physical functioning)

청소년기는 급격한 신체 변화가 수반되기 때문에 이와 관련된 문제가 많이 발생한다. 특히 신체상(身體像, body image)의 이상, 식사 행동, 수면 문제가 청소년기를 거쳐 초기 청년기까지 발생한다. 먼저 식사장애(eating disorder) 가운데 거식증(拒食症; 과거 신경성 식욕부진증으로 불렀음, anorexia nervosa)은 최소한의 정상 체중을 유지하기도 거부하고(보통 정상체중의 85% 이하), 살찌는 것을 몹시 두려워한다. 덧붙여서 그럼에도 불구하고 자기 신장이나 체중에 대해 잘못된 생각을 갖는다. 여성들은 대부분 월경이

사라지고, 음식을 먹지 않으려고 하거나, 혹은 많이 먹지만 도해 내거나 그 외에 다른 살빼기 행동을 한다. 발생 빈도는 0.5~1%로 추정되며 국내에서도 여러 사례들이 보고되고 있다. 발병은 흔히 어떤 사건이 있는 후 시작하기도 하고, 종종 우울증, 인격 장애를 겪하기도 한다. 경과는 매우 다양한데, 이 시기에 일시적인 수도 있지만 대개 만성화되는 수가 많다. 어린 나이에 시작하거나, 히스테리성 성격을 갖거나, 부모와의 관계가 나쁘지 않거나, 사회경제적 수준이 높거나, 초기에 치료를 받을 경우에는 예후가 좋다. 만일 토하는 증세, 대식증, 강박증을 겪하면 예후가 나쁘고 현재도 사망률이 약 10%까지 보고된다.

대식증(大食症, bulimia nervosa)은 또다른 식사 장애인데, 먹다가 중단하기가 어려운 보통보다 훨씬 많은 양을 먹는 폭식(暴食, binge eating)과 체중 증가를 막기 위해 하는 살빼기 행동- 스스로 토하기, 변비나 이뇨제 사용, 지나친 운동-이 특징이다. 이것은 앞에서 말한 신경성 식욕부진보다는 훨씬 흔하고, 젊은 여성의 1~3%로 추산되고 있다. 평균 발병 연령은 대개 거식증보다는 다소 늦고, 이것도 여성에서 훨씬 많다. 이것도 보통 몇 년씩 지속하는 수가 많은데, 거식증이 회피적인 성격과 연관이 많은데 비해 이것은 경계선 성격과 연관이 높다.

수면도 청소년들에게는 중요한 문제이다. 이들은 대개 늦게 자는 경향이 많은데, 낮 시간의 졸림이 문제가 된다. 여기에는 기면증(嗜眠症, narcolepsy)이라는 드문 수면장애가 있기도 하고, 더 흔히는 수면주기 지연 증후군(睡眠週期遲延症候群, delayed phase syndrome)이 있다. 이것은 잠자는 시간이 지나치게 늦어지면서 이에 따라서 깨는 시간이 점점 늦어지는 현상이다. 예를 들면 고등학생이 밤 2~3시에 잠을 자고, 학교에 가기 위해서 아침 6~7시에 깨면 오전 중에는 졸림이 계속된다. 때로는 학교에 늦어 학교 가기를 거부하기도 하고, 지각하지 않더라도 수업시간에 학습능력이 떨어지기 때문에 학업 부적응을 초래하기도 한다.

청소년기는 자기 신체적 결함이나 신체 외모에 대해 집착하거나 과장되게 생각하고 공상에 빠지는 수가 많다. 신체적 외모에 관해서 청소년들이 정상적으로 관심을 갖는 것과 달리, 심한 고민이나 기능에 지장을 줄 정도로 지나치게

시간을 소비하는 걱정은 추모장애(醜貌障礙, body dysmorphic disorder)를 시사한다. 가장 흔한 것은 얼굴에 가상 혹은 약간의 결함, 혹은 신체 모양이나 크기에 과도하게 집착한다. 예를 들면, '코가 삐뚤어졌다, 얼굴 모양이 양쪽이 다르기 때문에 교정해야 한다, 유방의 한 쪽이 처져서 고민이다' 등이다. 경과는 비교적 지속적으로 계속되지만 증상의 정도는 심해지기도 하고 약해지기도 한다. 이런 사람은 자신이 잘못되었다고 지각하기 때문에 반복해서 불필요한 성형 수술을 계속 요구한다. 그렇지만 이같은 수술로 교정되어 호전되는 경우는 거의 없다. 물론 이 질병의 발생 빈도는 매우 적지만 정상적으로도 청소년기에 신체에 대한 관심과 집착과 관련한 문제는 발달 단계의 특성상 많이 발생한다.

3. 성인기 정신 병리의 조기 발현

청소년기는 주요 성인기 정신 질환이 시작하는 시기이기도 하다. 따라서 이들에 관한 이해도 필수적이다. 각종 성인기 정신 질환이 광범위하게 포함될 수 있지만, 그 중 정신분열병, 기분장애, 인격장애, 신경증 질환, 그리고 기질성 정신 질환을 논의한다.

(1) 정신분열병(精神分裂病, Schizophrenia)

발병은 청소년기에 접어들면서 증가하여 17~20세에 정점을 이룬다. 사춘기 이전에 발병하는 경우를 아동기 정신분열병이라고 따로 부르듯이 아동기 발병은 매우 적다. 남녀의 발병이 다소 차이가 있는데 대개 여성이 남성에 비해 늦게 발병한다. 이들의 특징은 망상(妄想, delusion), 환각(幻覺, hallucination), 사고(思考)의 붕괴와 같은 양성 증상과 무감동(無感動, apathy), 위축(withdrawal) 등의 음성 증상을 보이면서 대인 관계를 피하거나, 학업 및 기타 작업 수행이 어려워지거나, 점점 고립된 상태를 보인다. 따라서 중고등학교 연령의 청소년에서 납득할 수 있는 명백한 이유가 없으면서 학업 성취도가 저하하거나 고립되는 경우에 반드시 이 병을 의심하여야 한다. 왜냐하면 최근에는 과거와 달리 정신분열병을 조기에 발견하여 적극적인 치료를 하게 되면 놀라운 정도의 회복을 보이기 때문이다. 그렇지만 2~3년 이상 만성화 경과를 밝게 되면 회복율은 급격히 저하한다.

(2) 기분장애

(氣分障礙, Mood disorder, Affective disorder)

기분 장애는 과거 조울증(manic depressive illness, MDI), 정동장애(affective disorder) 등으로 불렸는데, 최근 양극성 장애(bipolar disorder)와 단극성 우울증(major depressive disorder, MDD)으로 구분한다. 양극성 장애는 한 환자에게서 때로는 조증(manic episode) 때로는 울증(depressive episode)이 교대로 혹은 불규칙하게 반복되는 재발성 병을 말한다. 단극성 우울증은 흔히 주요 우울증이라고도 불리는데, 양극성 장애와 달리 우울증만이 반복되는 재발성 병이다. 이들은 정신분열병보다는 좀 더 후기에 발병하지만 중기 청소년기를 지나면서 시작할 수 있고, 성인의 그것과 비슷한 양상을 보인다.

(3) 인격장애(人格障礙, Personality disorder)

인격 장애는 정의(定義)상으로는 만 18세 이후에 진단하도록 규정하고 있기 때문에 대다수의 청소년에게는 해당되지 않는다. 그렇지만 단서 조항으로 인격 장애가 그 이전에도 뚜렷한 경우에는 진단할 수 있다고 하였으며, 또한 성인기에서 이 진단을 내리기 위해서는 청소년기부터 지속적으로 이같은 인격 장애의 행동 양식을 보여야 하기 때문에 이같은 인격 장애의 유형이나 특성을 이해할 필요가 있다. 인격 장애는 현재 3가지 범주로 구분하는데 정신병형 유형(A군)에 편집성, 분열성, 분열형을 포함한다. B군에는 히스테리성, 경계성, 반사회성, 자기애성을 포함하고, C군에는 회피성, 강박성, 의존성 인격장애를 포함한다.

(4) 신경성 질환

불안 장애, 신체형 장애, 전환 및 해리 장애 등이 대개 성인기 중반 이후에 발병한다. 하지만 그 중 일부는 청소년기부터 조기 발병하는 경우도 적지 않다. 그렇지만 이들도 발병하면 성인과 같은 양상을 보인다.

(5) 기질성 정신 질환

청소년기에 발병하는 기질성 정신 질환은 대개 사고(accidents)와 관련한 뇌손상 후유증, 약물 남용이나 복용에 따른 후유증이 대부분이다. 특히 청소년기는 교통사고를 포함한 각종 사고에 의한 뇌손상이 많기 때문에 이들 후유증에 의한 기질성 정신질환이 앞으로 더욱 증가할 것이다.

청소년기에 많은 약물 남용은 주로 본드나 부탄가스와 같은 흡입제, 러미라(혹은 루비킹, dextromethrophan) 등이 과거에 문제가 되었으나 최근에는 거의 사라진 것으로 보인다. 국내에서 코카인, 환각제(LSD, PCP), 아편류, 암페타민(필로폰)은 대개 청년기 혹은 중년기 이후에 문제가 되는 약물들이기 때문에 청소년기에는 널리 남용되지는 않는다. 요즘 해의 유행이 많아지고 외국인과의 접촉이 늘면서 신종 마약류의 유입과 사용이 청소년에게 일부 나타나고 있다.

이같은 성인기 정신 질환은 대개 중년기 혹은 청년기에 문제가 시작하기 때문에 청소년기에는 커다란 문제로 간주되지 않지만 오래 전에 시행된 김광일 등(8)의 조사에서도 보여주다시피 이미 고등학교 학생에서도 비교적 적지 않은 숫자가 이미 발병했거나 발병이 의심되기 때문에 결코 간과해서는 안 된다.

청소년기 정신장애의 진단 및 평가

청소년의 정신장애를 평가하기 위해서 그들의 정서, 인지, 신체, 및 행동의 기능 상태를 파악하여야 하고, 청소년, 학교 및 청소년이 속한 사회나 문화적 배경 하에서 평가되어야 한다. 이런 맥락 속에서 파악된 증상이나 진단, 문제점은 우선순위에 따라 그 중요도를 파악한 후, 적절한 설명 가능한 평가자의 실행가능성에 따라 이에 합당한 치료 계획을 설정한다.

1. 청소년의 진단-평가 방법

청소년을 진단-평가하는 데 다양한 방법이 이용된다. 가장 중요한 것은 부모 및 청소년을 직접 면담하고 진찰하는 방법이다. 그 외에 여러 가지 다양한 방식들이 이용되는데, 두 번째 방법으로 부모, 교사, 혹은 청소년 자신이 직접 평가하는 평가 척도를 이용하는 방법이 있다. 세 번째 방법으로 가정 방문, 학교생활 관찰법, 홈비디오 자료 이용법 등 직접 관찰법이 있다. 네 번째는, 다양한 종류의 심리검사를 시행하기도 한다. 다섯 번째, 보다 정교하게 시행되는 뇌파검사와 같은 신경생리기능검사, 뇌전산화단층촬영(Brain CT

scan), MRI 등 뇌영상검사를 포함하는 의학적 혹은 실험실 검사법 이외에도 혈액검사, 염색체검사, 대사이상검사, 호르몬검사 등도 포함한다.

2. 면담법 및 면담에서의 특수한 경우

(1) 면담

장애를 진단 평가하는 데 가장 중요한 방법인 임상면담은 크게 병력 청취와 정신상태검사(이하 MSE)로 나뉜다. 임상면담은 임상가에게 청소년과 관련한 자세한 부분까지 임상적 단서를 찾을 수 있는 기회를 제공하지만, 때로는 임상가 사이에 일치되지 못하는 수도 있어 객관화하거나 정량화하기 어렵다는 단점도 있다. 따라서 신뢰할 수 있는 면담을 수행하기 위해서는 앞에서 언급한 임상가로서의 전문적인 요건을 갖추기 위한 교육 및 훈련이 요구된다.

대부분의 임상면담은 부모, 그 가운데서도 대개 어머니와 먼저 면담을 시행하게 된다. 특히 청소년의 연령이 어릴수록 부모를 먼저 면담하게 되는데, 부모를 먼저 만날 것인지, 청소년을 먼저 면담할 것인지를 선택하여야 한다. 간혹 함께 면담을 수행하기도 하지만, 대부분의 경우 각각 별도의 면담시간을 갖는 것이 바람직하다. 때로는 전 가족이 함께 면담을 하는 수도 있다.

병력청취 이외에 정신상태검사, 그 밖의 자료검토(교사 보고서, 성적표, 과거 진료기록 등), 부모 및 가족과의 면담 및 평가, 질문지나 평가 척도의 활용, 심리검사 및 검사실검사 등이 시행되고, 마지막으로 이들을 종합하여 진단 및 평가의 종합을 거쳐, 치료 및 대책을 수립한다.

(2) 면담에서의 특수한 예들

청소년의 평가에서 가족과 관련한 사항을 평가하는 것은 매우 중요하다. 여기에는 우선 가계도(家系圖, genogram)를 통해 가족의 구조와 관계를 평가한다. 보통 3대를 포함시키는데, 단순히 가족구조만을 평가하는 것이 아니라, 그들 가족 구성원들 사이의 관계까지를 살펴보아야 한다. 물론 부모와의 관계가 가장 중요하지만, 형제, 기타 동거 가족, 밀접한 연관을 갖는 비동거가족들과의 관계를 파악한다. 가족의 구조 및 관계와 함께 가족기능을 포함한 다양한 측면을 평가하여야 한다.

가족 못지않게 청소년에게 중요한 것은 학교(학원 등 포함) 관련 사항과 또래 관계의 파악이 매우 중요하다. 학교의 출결석 사항, 학업 성취도, 교사와의 관계, 호-불호 교과목, 특별활동 수행 등에 대한 평가가 상세하게 이루어져야 한다. 이와 함께 학교에서 급우들과의 관계, 따돌림/폭력 여부, 용돈 사용, 학교 이후 시간 보내는 형태, 여가 및 놀이 형태 등도 평가에 포함시켜야 한다. 이성교제도 반드시 포함시켜야 한다.

가족관계와 함께 청소년이 어떤 경로를 따라 커왔는지를 파악한다. 원하던 임신이었는지, 원하던 아이였는지, 임신 및 출산시 부모의 태도 및 심리상태, 주 양육자 및 양육 환경, 각 발달단계의 발달이정표 도달 여부(예: 돌에 걸기 시작했는지 등) 등을 자세히 평가하여야 한다.

3. 척도 및 질문지 사용

(1) 전반적 평가척도

흔히 광대역 평가척도(broad-band rating scales)라고도 부르는데, 청소년의 문제행동이나 정서 상태를 전반적으로 평가하는 데 이용된다. 가장 널리 사용되는 것이 아동행동조사표(Child Behavior Checklists, CBCL)가 있다. 112 문항의 임상척도와 사회성 척도로 구성되며, 4~18세 청소년을 대상으로 부모가 평가하는 것이 가장 기본형이고, 이외에 교사용(CBCL-TRF), 청소년자기보고형(CBCL-YSR, Youth Self Report) 등이 있다. 이외에 34문항 청소년문제행동선별검사(Adolescent Problem-behavior Screening Test, APST), 26문항의 아동문제행동선별검사(Child Problem-behavior Screening Questionnaire, CPSQ)는 CBCL, YSR 등과 달리 보다 간편하고, 민감도가 높으며, 발달장애와 학습장애, 기타 정신장애를 포함하는 장점이 있고, 항목이 간편하여 선별검사로 유용하다(9). 그 외에 간이정신진단검사(SCL-90-R)와 같은 척도도 있으며, 다면적인 성격검사(MMPI)가 널리 사용되지만 이는 정신장애의 진단적 검사가 아니라 성격 특성을 파악하는 척도이다.

(2) 특정 질환에 대한 척도

여기에는 특정 장애 혹은 질환에 대해 구체적으로 평가하기 위해 각 영역 별로 구분되어 있어 흔히 협대역평가척도

(narrow-band rating scales)로 부른다. 즉 우울척도, 불안 척도, 강박 및 틱 척도, 행동장애척도, 발달장애(지폐중)척도, 식사장애척도 등 다양한 영역 별로 수 많은 척도가 사용되고 있다.

4. 기타 진단-평가 방법

정신장애 청소년에게 사용되는 심리검사는 주요 사용 목적에 따라 인지, 성격, 발달검사 등으로 구분하고, 자극 특성에 따라 객관적 및 투사적 검사, 그리고 시행 대상에 따라 개인 및 집단검사로 구분한다. 영역 별로 ① 인지발달 및 지능검사, ② 시각-운동 통합능력검사, ③ 학업성취도검사, ④ 성격발달 및 성격구조검사, ⑤ 주제통각검사, ⑥ 정신병리 및 진단검사, ⑦ 신경심리검사가 등이 있다.

청소년기 정신장애의 의학적 원인을 규명하기 위해 주로 시행하는 검사실검사는 매우 다양하다. 항목 별로 보면 ① 호르몬검사, ② 혈청검사 및 뇌척수액검사, ③ 신경전달물질, 대사물 및 효소 측정, ④ 중금속 및 독성검사, ⑤ 염색체 및 유전자검사 등이 있고, 각 항목 별로 수 많은 검사가 포함된다. 이들은 각 장애 영역에 따라 필요에 의해 시행된다.

정신장애는 뇌구조 및 기능과 밀접한 연관을 갖기 때문에 구조적 뇌영상검사(Brain CT scan, Brain MRI, SPECT/PET 등), 뇌기능검사(fMRI, EEG/qEEG, ERP, polysomnography 등)가 시행된다.

청소년기 정신장애의 치료

1. 치료의 목표

정신장애를 앓는 청소년을 치료함에 있어서 단순히 장애 증상을 완화하는 것뿐 아니라, 정서 및 행동상의 기능 수준 증진, 기능 수행 결함의 교정, 정상 발달을 저해하는 요인들을 제거하는 것이 치료의 목표가 된다.

이러한 목표를 달성하기 위해 몇 가지 원칙이 있다(10). 즉, 첫째, 치료에 앞서서 철저하고 포괄적인 평가가 중요한데 이때 단순히 진단명 뿐 아니라 청소년의 발달 수준 및 발달 과정의 성취 여부를 평가하고, 덧붙여 학교, 사회, 가정 내에서의 청소년의 역할이나 상호 관계, 영향들을 평가하여

야 한다. 둘째, 청소년의 문제는 선천적인 요인과 환경적인 요인을 모두 포함하는 생물·심리·사회적 관점에서 포괄적인 접근이 이루어져야만 한다. 예를 들어 주의력결핍·과잉행동장애(ADHD)가 유전적 혹은 발달학적 요인에 의해 기인한다고 하더라도 부모의 양육, 환경적인 요인이 매우 중요하게 작용한다. 치료에 있어서도 단순히 약물 투여가 아닌 부모 상담, 정신치료, 인지-행동치료, 교육적 접근 등이 필요하다. 셋째, 치료에 있어서 다방면 전문가의 팀 접근이 필요하다. 즉, 소아청소년과의사, 정신과의사, 심리학자, 사회사업가, 간호사, 영양사, 교사, 언어치료사 등이 서로 도움을 필요로 하는 수가 적지 않고, 또 도움이 아니라 이들 간의 협력과 상호 보완적인 접근이 유용하다. 마지막으로 단순히 부모를 포함한 가족들이 수동적인 위치 혹은 질병의 원인제공자가 아니라 또 다른 치료자 혹은 치료의 보조자로 협력하여야 한다. 따라서 청소년의 치료에서 의사는 다른 분야의 전문가와 협력할 뿐만 아니라 부모, 가족과도 치료적 동맹관계를 맺고, 이들이 치료에 적극 개입하도록 노력하여야 한다.

2. 약물치료(Pharmacotherapy)

약물치료를 시행할 때 그것을 “어떻게 시행하는가?” 하는 것이 매우 중요하다. 따라서 의사는 정신 질환을 앓는 청소년에게 약물치료를 시행할 때 다음과 같은 항목을 고려하고 처방한다(11). 즉, ① 적응증, ② 치료효능, ③ 치료 작용의 기전, ④ 약물의 화학적 특성, ⑤ 약역동학, ⑥ 용량 및 용법, ⑦ 여러 제제 및 제형들, ⑧ 가격, ⑨ 식약청 지침, ⑩ 부작용, ⑪ 부작용을 줄이기 위한 주의, ⑫ 특정 부작용에 대한 대책, ⑬ 독성작용, ⑭ 금단 효과, ⑮ 약물상호작용, ⑯ 진단검사소견에 대한 영향, ⑰ 초기 의학적 평가, ⑱ 의학적 추적 방법, ⑲ 금기사항, ⑳ 자살 목적 혹은 과용량 복용시 위험성, ㉑ 남용 가능성, ㉒ 치료 기간, ㉓ 듣지 않을 때 사용할 대체 약물 등이다.

최근 소아 및 청소년 정신장애에 대한 약물치료가 예전에 비해 주목받고 있고, 그 비중이 높아지고는 있지만 아직도 여러 문제점을 가지고 있다. 그것은 대개 청소년 및 청소년들이 발달 과정에 있기 때문에 발생하는 문제이거나 이들을

Table 3. Classification of psychotropic drugs by effect

category	specific drugs
stimulants	methylphenidate (MPH-IR, Concerta [®] , Metadate-CD [®]), d-amphetamine*
Antipsychotics	haloperidol, risperidone, olanzapine, etc
Antidepressants	TCAs (imipramine), SSRIs (Prozac [®] , etc), SNRIs(Venlafaxine [®] , etc)
Anxiolytics	lorazepam, diazepam, alprazolam, Stilnox [®]
Mood stabilizer	lithium, carbamazepine, valproic acid, Lamictal [®]
Not classified	desmopresin, naltrexone, atomoxetine,

*Not available in Korea

대상으로 하는 연구가 부족한 것에서 기인하는 것이 많다. 그것에 대해 지적되는 것으로 ① 약물의 안정성과 효과, 부작용이 체계적으로 입증되어있지 않다, ② 발달에 영향을 미칠 것으로 추측되거나 장기 추적 연구가 부족하다, ③ 성인과의 반응에 차이가 있을 것이라는 체계적인 결과가 부족하다, ④ 소아정신 질환의 진단 및 분류가 아직 체계적이지 못하다, ⑤ 전통적으로 환경적인 요인이 중요시되어 약물치료가 간과되어왔다는 점이다(12).

이런 문제점에도 불구하고 최근 정신장애 청소년의 치료에 약물이 널리 처방되고 그 효능이 인정되면서 사용이 점차 늘고 있다(13). Table 3에는 청소년 정신장애를 치료하기 위해 사용하는 약물을 효능 별로 구별하여 제시하였으며, Table 4에는 각 장애 별로 약물치료가 적용되는 경우(14)와 사용 약물에 대해 정리하여 제시하였다.

3. 약물치료 이외의 방법들

(Non-pharmacological Therapies)

(1) 정신치료(Psychotherapy)

청소년의 우울증, 자살감 결여, 대인관계의 갈등과 같은 문제를 나타낼 때 개인정신치료가 필요하다. 정신치료는 암시(suggestion), 안심시키기(reassurance), 지지(support), 환기(ventilation), 제반응(abreaction), 충고 및 지도(advice & guidance), 설득(persuasion) 등의 지지적 중재기법을 위주로 하는 지지정신치료와 전이(transference), 해석(interpretation), 저항(resistance), 역전이(countertransference)의 정신분석적 정신치료로 대별할 수 있다. 청소년의 정신치료에서 주의할 점은 이들이 자발적으로 치료를 받으려고 하는 동기가 매우 부족하다는 점이다. 따

라서 치료 초기에 청소년과의 치료적 관계를 수립하는 것이 매우 중요하고, 그들의 발달학적 특성을 이해하는 것이 필요하다. 치료과정에서 이들과 치료 목표, 치료과정, 비밀보장, 행동화(acting-out)에 대

한 제한 등이 조심스럽게 다루어져야 한다(15). 대부분의 경우 정신분석적 정신치료와 같은 고전적인 치료보다는 지지적 정신치료가 유용하다.

(2) 인지-행동요법(Cognitive-behavioral therapy)

행동치료, 인지치료, 혹은 인지행동치료가 서로 결합하여 혹은 단독으로 사용된다. 청소년의 내면적 갈등에 초점을 맞추는 정신치료와 달리 구체적인 목표 행동 혹은 행동과 관련한 인지에 초점을 맞춘다. 행동치료는 공포증, 불안장애 등에서 사용하는 체계적 탈감작법, 긍정적 및 부정적 강화에 기반하여 문제행동을 줄이고, 바람직한 적응행동을 늘리는 조작적 조건기법 등이 있다. 그 외에 사회학습이론 등에 근거하여 모델링, 역할극기법, 문제해결 등이 있다. 일부 정신장애(예: 자살, 우울, 불안장애 등)에서 약물치료와 대등한 효과를 보이기도 한다.

(3) 교육적 중재(Educational intervention)

정신장애를 앓는 많은 청소년이 학습부진, 등교거부, 학교 부적응을 동반하고, 또한 그들이 병원을 찾는 가장 흔한 이유이기도 하다. 또한 청소년이 학교에서 보내는 시간이 많기 때문에 이에 대한 이해와 중재가 중요하다. 구체적으로 교사 혹은 학교 당국과의 협력이나 정보교환 등이 필요한데 진단 및 평가과정을 포함하여 치료 방법이나 과정, 회복이나 재활 과정 등 다양한 단계에서 교육적 중재가 필요하다. 이들 청소년을 담당하는 의사는 소견서, 전화, 상호방문, 청소년 본인이나 부모 등을 통한 간접적 의사소통 등을 통해 교사들과 이들의 진단, 평가, 치료에 대해 협력하여야 한다.

(4) 부모 및 가족 상담

(Parental counseling & Family therapy)

부모상담, 훈련, 교육(parental counseling, training,

Table 4. Psychopharmacotherapy for DSM-IV diagnoses

Diagnosis	Target symptoms	Medications
Developmental Disorders		
Mental retardation (MR)	aggression, self - injurious behavior	propranolol, clonidine clonazepam, lithium opiate antagonist, antipsychotics
Autism	self - injurious behavior aggression, hyperactivity	similar to MR
Behavioral Disorders		
ADHD	hyperactivity, impulsive inattention	stimulants, atomoxetine clonidine, SSRIs, bupropion,
Conduct disorder	aggression, irritability self - injurious behavior	stimulants, antipsychotics similar to MR
Emotional Disorders		
GAD	overanxious	benzodiazepines, buspirone diphenhydramine, SSRIs,
Panic disorder	panic	sertraline, paroxetine, alprazolam, clonazepam, TCAs
Obsessive-compulsive disorder		clomipramine, SSRIs
Mood Disorders		
MDD	depressive mood, etc.	Antidepressants lithium augmentation
Bipolar disorder	irritability, anger elated mood	lithium, valproic acid carbamazepine, risperidone
Tic Disorder		
Tourette's disorder	motor and vocal tic	haloperidol, pimozide, clonidine, desipramine
Others		
Schizophrenia		antipsychotics
Enuresis		DDAVP, imipramine
Sleepwalking disorder		diazepam, imipramine

ADHD: attention deficit-hyperactivity disorder, GAD: generalized anxiety disorder, MDD: major depressive disorder, TCAs: tricyclic antidepressants, SSRIs: selective serotonin reuptake inhibitors, DDAVP: desmopressin (14)

education) 등 다양한 이름으로 시행되는데, Sigmund Freud에 의해 말에 대한 공포증을 호소하는 Little Hans 사례에서 부모를 통한 간접적 치료를 시행한 Filial therapy에서 유래하였다(16). 부모상담의 필요성은 ① 가족 역기능적 관계, ② 의사소통 결함, ③ 발달단계 이행에서 부모 별거/이혼 등 변화, ④ 가족내 다른 형제도 문제가 있을 때, ⑤ 청소년의 치료에 대한 저항 및 동기 부족의 경우에 시행한다. 부모상담의 다른 유형으로 교육적 접근(부모교육)이 있는데, 주로 부모훈련(혹은 지도, 작업, 참여 등)이 있고, 여기서는 주로 정상발달에 대한 교육, 자녀의 행동이나 증상의 의미 이해, 적절한 대화법, 보다 나은 훈육법, 지역내 가용자원

정보제공, 환경조절 방법 등을 포함한다. 이에 반해 치료적 접근으로는 부모상담(혹은 치료, 가족치료 등)이 있고, 이 치료에서는 ① 괴로운 감정을 풀어놓도록 한다, ② 적절한 정보 제공 및 교육, ③ 안심시키기, ④ 문제와 그 원인에 대한 명확한 설명, ⑤ 문제 해결에 대한 부모의 방식 우선 수용, ⑥ 치료에 대한 구체적인 조언, ⑦ 주변과의 문제에 대한 조언, ⑧ 기타 사항에 대한 논의를 포함한다. 부모뿐 아니라 가족 구성원 전체가 관여될 경우에는 가족치료(family therapy)를 시행한다.

(5) 기타 방법들(Controversial therapies)

한 가지 사례로 ADHD 치료에서 첨가제가 포함되지 않

은 특수한 식이요법으로 웨인골드 식이(Feingold diet) 등이 있는데, 일부 제한된 아동에서 확실히 일치하지 않는 적은 효과를 보일 뿐이다. 그 외에 다양한 정신장애 청소년의 치료에서 비타민 요법, 저당분 요법, 미네랄 요법, 감각통합 훈련, 뉴로피이드백(neurofeedback), 한약 복용, 특수 체육, 예술 요법 등 다양한 방법들이 적용되고 있으나 아직 과학적으로 입증되어 있지 않아 권고할 만하지 않다.

요약 및 결론

청소년기는 흔히 “질풍과 노도”의 시기라고 하여 청소년들이 겪는 정서 및 행동상의 문제를 당연히 거치는 과정으로 간주해온 경향이 있다. 이미 앞에서 논의한 바와 같이 영유아기부터 아동기를 거쳐 계속되어 온 문제가 청소년기를 지나면서 새로운 문제가 발생하거나, 청소년기 특유의 발달 과제와 맞물려 더욱 어려워지는 경우도 있다. 성인기에 흔히 발병하는 정신장애가 청소년기에 조기발병하는 경우도 적지 않다. 따라서 청소년이 겪는 많은 문제들이 사실은 상당한 정도의 심각성을 갖는 정신장애임에도 불구하고 청소년기에 거치는 통과역례나 대수롭지 않은 일시적 일탈로 간주하여 무시해서는 안된다.

청소년기에 앓는 정신장애는 정체성의 문제, 정서장애, 행동장애, 신체 및 생리기능장애, 그리고 성인기 정신장애의 조기발병으로 구분할 수 있다. 이에 대한 개별 정신장애에 대한 개괄과 함께 이들을 명확하게 진단하고 평가할 수 있는 기본원리를 이해하는 것이 필요하다. 이와 함께 정신장애를 앓는 청소년의 치료, 그 가운데 특히 약물치료의 원칙과 정신장애에 사용하는 영역별 치료약물, 적응증과 함께 다양한 비약물적 치료에 대한 이해도 필요하다.

의사가 정신장애를 앓는 청소년과 부모를 치료함에 있어 중요한 것은 단지 병의원에서의 치료만이 아니라, 교사를 포함한 지역사회의 많은 사람들이 관여되고 의사는 이러한 다학제적 접근에서 중심적인 역할을 적절하게 수행할 것인가 하는 점이다. 이러한 역할을 충실히 하기 위해서 관련된 사람과 적절한 의사소통은 물론 연계와 협력을 할 수 있는 역량을 갖추어야만 한다.

참고문헌

- Mash EJ, Dozois DJA. Child psychopathology: A developmental-systemic perspective. IN: Mash EJ, Barkley RA, ed. Child Psychopathology, 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2003: 3-71.
- 안동현, 유한익. 학생정신건강검진. IN: 이종국(편). 학생건강검진 개선안보고서. 보건복지가족부. 2009
- Remschmidt H, Belfer M. Mental health care for children and adolescents worldwide: A review. World Psychiatry 2005; 4: 147-153.
- 안동현, 김윤영, 장혜진, 강화연. 2003년도 전국정신보건센터 아동청소년정신보건사업-연구조사. 서울: 한양대학교 정신건강연구소
- Volkmar FR, Lord C, Klin A, Schultz R, Cook EH. Autism and the pervasive developmental disorders. IN: Martin A, Volkmar FR, ed. Lewis's child and adolescent psychiatry, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007: 383-400.
- Skodol AE, Shaffer D, Gurland B. Psychopathology Across the Life Cycle. IN: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, ed. Psychiatry. Philadelphia: WB Saunders, 1997: 449-476.
- 김영택, 이현주, 김윤정, 정성혜, 최정화, 조혜민, 박주영, 이연경, 김성우, 조영기. 제3차(2007년) 청소년건강행태온라인조사통계. 서울: 질병관리본부
- 김광일, 원호택, 김이영, 김명정. 고등학교 재학생의 정신건강 실태조사(I). 개인집중 조사에 의한 소견. 정신건강연구 1984; 1: 1-40.
- 안동현, 김현정, 현미나, 김윤영, 이혜숙, 남동현, 김상원. 2008 학생정신건강검진 시범운영사업 결과 및 추진방안연구. 서울: 한국교육개발원, 2008.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. J Am Acad child Adolesc Psychiatr 1997; 36: 4-20.
- Popper CW. Introduction: Therapeutic empiricism and therapeutic basics. J Child Adolesc Psychopharmacology 1990; 1: 3-5.
- 조수철. 소아정신약물학. 서울: 서울대학교출판부, 1995
- 안동현. 소아청소년 약물치료의 기본원칙. IN: 이홍식(편). Clinical Neuropsychopharmacology. 서울: (주)엠엘커뮤니케이션, 2009: 533-544.
- Green WH. Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996
- 이영식, 송동호. 소아청소년기에 특징적인 정신장애들. IN: 대한신경정신의학회(편). 신경정신의학, 2판, 서울: 중앙문화사, 2005: 543-596.
- 신지용. 부모교육, 부모상담, 사이버상담. IN: 홍강의(편). 소아정신의학. 서울: 중앙문화사, 2005: 654-667.


 Peer Reviewers' Commentary

이 논문은 청소년에서 발생하는 전반적인 정신적인 문제들을 포괄적이고 균형있게 다루었다. 특히 정신 질환을 증상학적으로 분류하는 체계인 국제질병분류와 미국정신의학회 질병분류 체계를 넘어서 사회적인 이슈가 되는 정신건강 문제를 포함시키고, 발달학적 측면에서 청소년 정신 질환들을 기술한 점은 괄목할 만하다. 필자의 기술 대로 청소년의 정신건강 문제는 개인 차원에서 행동과 정서의 발달을 포함하여 사회교육적 환경과의 균형감을 가지고 소아기부터 청소년기를 지나 성인기에 이르는 생애 전반적인 고찰과 접근이 이루어져야 한다. 청소년기는 이 과정에서 중추적인 교량에 해당되는 시기이므로 이들의 정신건강 문제는 좀 더 심도있게 다루어져야 한다.

[정리: 편집위원회]

바로 잡습니다.

대한의사협회지 2009년 7월호(제52권 제7호) 특집 「전신성 홍반성 루푸스」 중 p.652의 7. 심장 침범 내용을 아래와 같이 바로 잡습니다.

- 아 래 -

심낭염의 전형적인 임상증상은 기침, 앞으로 굽힘 등의 동작에 의해 악화되는 ……

→ 심낭염의 전형적인 임상증상은 기침으로 악화되고, 앞으로 굽힘 등의 동작에 의해 완화되는 ……