

# 청소년 이상행동

집필 : 오 경 자  
안 동 현  
김 병 석  
금 명 자  
신 민 섭



## 기획 및 편집인

기획책임 구분용

김혜숙

기 획 박성수

공운정

임은미

함영훈

편집책임 김혜숙

편 집 임은미

함영훈

양미진

편집보조 이인화



# 발 간 사

청소년 상담은 성인 상담이나 아동 상담과 다른 독특성을 지닌 분야입니다. 그럼에도 불구하고 청소년 상담의 독특성을 체계적으로 연구하여 체계적으로 이론화하고 실천적으로 적용하고자 하는 노력은 아직도 미흡합니다. 이는 우리 나라 뿐만 아니라 전 세계적으로 공통된 현실이기도 합니다.

청소년대화의광장은 청소년상담 전문기관으로서, 이러한 현실을 극복해야 할 책임을 느껴서 청소년상담의 이론과 실천 분야에 관한 열 권의 책자를 1996년에 펴낸 바 있습니다. 그 책자들은 원래 청소년 상담원 전문 연수를 위한 교재로 개발된 것이었으나, 교육 훈련이나 연구에 공히 유익한 자료로 활용되고 있습니다. 올해에는 1996년에 개발되었던 청소년 발달상담, 청소년 학업상담, 청소년 진로상담, 청소년 성격상담, 청소년 비행상담, 청소년 약물상담, 청소년 개인상담, 청소년 가족상담, 청소년 집단상담 및 청소년상담 수퍼비전의 열 권에 이어, 청소년 상담을 위해 큰 유익이 될 수 있는 다섯 권의 교재를 새로이 개발하였습니다.

이번에 청소년 상담의 발전을 위하여 새로이 개발된 다섯 권의 교재와 저자들은 다음과 같습니다 :

1. 청소년 상담원리 : 박성수, 김혜숙, 이숙영, 김창대, 유성경
2. 청소년 상담 보조전략 : 김재은, 이성진, 채규만, 구본용, 오익수, 김동일
3. 청소년 단기상담 : 박재황, 박경애, 권석만, 유정이, 강신덕
4. 청소년 이상행동 : 오경자, 안동현, 김병석, 금명자, 신민섭
5. 청소년 위기상담 : 이소우, 김용태, 김진숙, 반신환, 조성호

이상 다섯 권의 책자를 집필하느라 노고를 아끼지 않으신 저자분들께 깊은 감사와 존경을 표합니다. 이 일은 청소년 상담을 위한 정열과 희생의 정신이 없이는 가능치 않은 일임

을 저희가 알고 있기에 더욱 감사하고 존경을 표하는 바입니다. 이 다섯 권의 책자가 훌륭한 모습으로 나오기까지에는 김혜숙 박사님을 비롯한 전문연수부의 임은미, 함영훈, 양미진 선생님들과 이인화 씨의 정성과 헌신이 있었습니다. 이 일이 이루어질 수 있도록 정책 결정과 예산 배정의 과정에서 수고하신 문화체육부 관계자 및 재정경제원 관계자 여러분들의 노고에 대해 이 자리를 빌어서 감사의 뜻을 표합니다.

이 다섯 권의 책자들을 많은 분들이 읽고 익혀서 청소년의 힘찬 성장을 위해 활용한다면, 수고하신 모든 분들의 땀과 눈물이 기쁨으로 결실을 맺으리라 기대합니다. 감사합니다.

1997. 12.

원장 朴性洙

# 서 문

이상행동은 주로 병원장면에서 성인을 대상으로 다루어져 왔다. 그러나 DSM-III부터 어린이와 청소년을 위한 진단명과 분류법이 명시되어 있는 것으로 보아 청소년의 이상행동은 1980년 이후부터 관심을 받기 시작한 것으로 보인다. 청소년의 이상행동이 특히 관심을 받지 못한 데는 나름대로 몇 가지 이유가 있다. 우선 청소년이라는 발달과정을 아동과 함께 취급해 왔기 때문이다. 또한 아동에게 관심을 가질 만큼 물질과 문화가 풍요롭지 않았던 시대였으며, 청소년기를 「질풍노도의 시기」로 보고 이상행동이 나타나도 ‘그러다가 곧 나아지겠지’, ‘사춘기에는 그럴 수도 있지’라고 간과해 왔기 때문이다. 실제로 DSM-III부터 진단명으로 나타난 청소년기의 「정체감장애(identity disorder)」는 7가지 진단준거 중 2가지 이상일 때 심각한 상태라고 하였지만, 조사에 의하면 대개의 청소년들은 2가지 이상의 준거에서 고통을 겪고 있다고 호소한다. 그렇다고 이들 전부를 「정체감 이상」이라는 진단명을 붙일 수는 없다. 오히려 발달과정의 과도기적 특성이라고 이해하는 것이 더 바람직하다. 그러나 이런 식으로 하다보면 개입을 요구하는 청소년들을 간과할 수도 있다.

청소년의 이상행동이 관심 받지 못한 또 다른 이유는 청소년에게 「이상」이라는 말을 붙여서 오히려 낙인이나 짙은 부작용을 일으키지는 않을까하는 방어적 무관심이 작용한 것 같다.

그러나 청소년들이 보이는 이상행동은 보다 조기에 적합한 방법으로 다루어져야 하며, 만일 그렇지 않으면 상황이 더 어렵게 된다. 즉 문제가 심화되어 청소년들은 다양한 생활 영역에 적응하지 못하여 인생의 실패자로 전락하게 되고, 이런 실패자를 가진 사회는 그만큼 병든 사회가 된다. 또한 이로 인한 경제적 손실은 더욱 심각할 것이다.

청소년기의 이상행동은 발달 과정별로 구분되므로, 전단계의 연장선상이며 다음 단계의 조기 발현으로 보는 시각도 필요하다. 그러나 청소년기 자체의 독특성으로 보는 시각도 요구되며, 청소년의 이상행동은 약물치료를 병행하는 병원치료, 인간관계를 주로 하는 심리치료와 상담 등 그 개입 방법의 다양성과 융통성이 필요하다.

본서는 다양한 조망과 융통성 있는 접근 방법으로 저술되었다. 내용은 3부로 구성되어 있다. I부는 「청소년 이상행동의 개관」으로 일반적 이상행동과 청소년 이상행동의 진단, 평가를 다루었고, II부는 「청소년 이상행동의 이해」이며 마지막으로 III부는 「청소년 이상행동의 유형」으로 우리나라 청소년들에게 많이 나타나고 사회문제를 일으키는 중요한 이상행동들을 보다 구체적으로 다루어 일선에 있는 전문가들에게 도움이 되도록 하였다.

본서는 다양한 영역에서 일해 온 다섯명의 전문가들이 모여 저술하였다. 각자가 공통된 일을 하고는 있지만 그 접근방법이 다르기 때문에 본 저서에는 다양하고 융통성 있는 시각이 포함되어 있다. 또한 각 영역별로 그 내용을 가장 잘 설명할 수 있는 사람이 썼다는 것이 이 책이 갖는 가장 큰 장점일 것이다.

# 목 차

## 제 I 부 청소년 이상행동의 개관

<b>제1장 이상행동의 정의</b> .....	3
1. 정상과 이상의 판단기준 .....	5
2. 청소년기의 발달적 특성 .....	11
3. 청소년 이상행동진단의 발달적 기준 .....	14
<b>제2장 청소년 이상행동의 빈도와 양상</b> .....	19
1. 청소년기의 방황과 갈등 .....	21
2. 청소년기 문제행동의 빈도와 임상적 의미 .....	24
3. 청소년기의 주요 심리장애의 유병율 .....	27
4. 청소년기 적응문제의 지속성 .....	30
<b>제3장 진단과 평가</b> .....	37
1. 진단의 유용성과 문제점 .....	39
2. 청소년 이상행동의 진단분류체계 .....	41
3. 이상행동의 평가방법 .....	45

## 제 II 부 청소년기 이상행동의 이해

<b>제4장 아동기 문제의 연장으로서 청소년기에 보일 수 있는 문제들</b> ...	59
1. 정인지체 .....	61
2. 자폐 장애 .....	66

3. 의사소통 장애 ..... 73  
 4. 특수 학습장애 ..... 79  
 5. 주의력 결핍 과잉운동 장애 ..... 88

**제5장 청소년기 문제** ..... 97  
 1. 청소년의 정체성 문제 ..... 99  
 2. 정서이상 ..... 118  
 3. 행동장애 ..... 138  
 4. 신체 기능관련 이상 ..... 146

**제6장 성인기 문제의 조기 발견** ..... 167  
 1. 성격장애 ..... 169  
 2. 주요 정신질환 ..... 196  
 3. 약물 관련 장애 ..... 209

제Ⅲ부 청소년기 이상행동의 유형

**제7장 청소년의 성문제** ..... 227  
 1. 일반적 성문제 유형 ..... 229  
 2. 청소년 성문제 유형 ..... 235  
 3. 청소년 성문제의 원인과 대처 ..... 238

**제8장 폭력** ..... 241  
 1. 청소년 폭력의 원인 ..... 243  
 2. 청소년 폭력의 의미 ..... 251  
 3. 청소년 폭력 상담 ..... 262

**제9장 부모-자녀 갈등과 가출** ..... 267  
 1. 부모-자녀 갈등의 유형 ..... 269

2. 부모-자녀 갈등의 발생 과정과 특징 .....	273
3. 부모-자녀 갈등의 원인 .....	278
4. 부모-자녀 갈등과 가출 .....	283
<b>제10장 청소년의 전자오락 중독증 .....</b>	<b>291</b>
1. 전자오락 중독증에 빠진 청소년의 특징 .....	294
2. 청소년 오락병의 원인 .....	296
3. 예방 및 대처방안 .....	297
<b>제11장 청소년 자살 .....</b>	<b>301</b>
1. 자살 이유에서의 발달적 차이 .....	304
2. 청소년 자살의 원인 .....	305
3. 청소년기 자아정체감 혼란과 자살 .....	306
4. 경계선 성격장애 .....	307
5. 자기로부터의 도피과정으로서 청소년 자살 .....	308
6. 평가방법 .....	309
7. 치료적 개입 .....	313
<b>제12장 청소년 약물문제 .....</b>	<b>317</b>
1. 청소년 약물남용의 증상 .....	320
2. 청소년 약물남용의 경로 .....	325
3. 청소년 약물남용의 진단과 평가 .....	329
4. 청소년 약물남용의 대책 .....	333
<b>참고문헌 .....</b>	<b>341</b>

## 표 목 차

<표 I-1> 연령단계에 따른 문제행동의 임상적 의미 평가 .....	16
<표 I-2> 12-17세 일반 청소년집단에서의 고빈도 문제 행동 ; K-CBCL과 K-YSR의 문항별 빈도 .....	25
<표 I-3> 일반 청소년집단의 심리장애 유병률 .....	28
<표 I-4> 청소년기 심리장애의 성별 유병률 .....	29
<표 I-5> 아동 청소년기 심리장애 유병률과 지속성 조사를 위한 대표적 종단 연구들 .....	34
<표 I-6> 한국과 미국의 청소년 문제행동증후군 척도 .....	43
<표 I-7> 진단에 사용되는 행동관찰 및 증상의 주요유형 .....	46
<표 I-8> MMPI의 10개 임상척도의 내용 .....	50
<표 I-9> 우울증 평정척도 CES-D에 포함된 문항의 예 .....	51
<표 I-10> 문장완성검사서 사용되는 문항의 예 .....	53
<표 II-1> 학습장애 진단준거와 하위 유형 .....	80
<표 II-2> 정체감의 발달 수준 .....	104
<표 II-3> DSM-IV 주요 우울증 진단 기준 .....	122
<표 II-4> 우울증 치료의 일반적 원칙과 지침들 .....	124
<표 II-5> 강박신경증의 특징적 증상들 .....	130
<표 II-6>品行장애의 원인에 기여하는 관련 요인들 .....	140
<표 II-7> 부모 보고에 따른 ODD와 CD증상들의 평균 발병 연령 .....	145
<표 II-8> 섭식관련 장애의 공통점과 차이점 .....	148
<표 II-9> 대식증의 DSM-IV 진단 기준 .....	149
<표 II-10> 대식증에 대한 인지-행동 요법의 핵심 구성 요소 .....	151
<표 II-11> 틱장애 치료의 원인 .....	165
<표 II-12> 정신분열증의 장기추적 연구 .....	202
<표 II-13> 양극성 정서장애 치료에서 교육시켜야 할 기본적 사항들 .....	208
<표 III- 1> 부모-자녀 갈등의 심화과정 .....	278

## 그림 목 차

<그림 I-1>	CBCL 행동평가척도를 통해 평가된 profile .....	44
<그림 I-2>	Wechsler 지능검사의 profile 예 .....	49
<그림 I-3>	Rorschach 잉크반점검사의 예 .....	52
<그림 I-4>	TAT 검사에서 사용되는 그림의 예 .....	53
<그림 I-5>	그림검사의 한 예 .....	54
<그림 II-1>	청소년 약물 남용의 다변인-과정적 모델 .....	327



제 I 부

청소년 이상행동의  
개관

제 I 부는 청소년 이상행동에 대한 개괄적인 이해를 돕는 내용들로 구성되어 있다. 제 1 장에서는 정상과 이상의 판단기준, 청소년기의 발달적 특성, 청소년 이상행동 진단의 발달적 기준을 통해 「청소년 이상행동의 정의」를 알아본다. 제 2 장에서는 청소년기의 방황과 갈등, 청소년 문제행동의 빈도와 임상적 의미, 청소년기 주요 심리장애의 유병율, 청소년기 적응문제의 지속성 등을 살펴봄으로써 청소년 이상행동의 빈도와 양상을 알아본다. 제 3 장에서는 청소년 이상행동에 대한 전문적 진단을 돕기 위해 진단의 유용성과 문제점을 논의한 다음 청소년 이상행동의 분류체계를 소개하고 이상행동의 평가방법을 기술하였다.

## 이상행동의 정의

1. 정상과 이상의 판단기준
2. 청소년기의 발달적 특성
3. 청소년기 이상행동진단의 발달적 기준



대부분의 사람들은 자신의 심리상태나 행동이 과연 정상인가, 어떤 문제가 있는 것이 아닌가 하는 의문을 가질 때가 있다. 정상과 이상의 판단은 경우에 따라서는 쉽게 내릴 수도 있으나 명확한 판단이 어려울 때도 적지 않다. 특히 성장과정에 있는 청소년들의 경우 심리적, 신체적인 변화가 큰 폭으로 일어나고 성격이나 적응방식 또한 유동적이므로 이들의 행동을 정상적인 발달과정에서 경험될 수 있는 문제와 정상범주를 벗어나는 이상행동으로 나누어 구분하는 것은 쉬운 일이 아니다. 그러나 청소년들 중에 적응의 심각한 어려움을 경험하는 경우들이 상당수 있고, 이들에게 적절한 조치를 취하지 않고 방치할 경우 심각한 정신병리로 진행될 가능성이 있으므로, 이들의 행동을 정상범주에 속하는 것과 정상범주를 벗어나는 이상행동으로 정확히 구별하여 판단하는 것은 매우 중요한 일이다. 이 장에서는 사람들이 흔히 행동의 정상 이상을 구분하는데 사용하는 판단기준들을 살펴보고 청소년기와 같은 성장기에 나타나는 문제행동들의 임상적 의미를 판단하는데 활용할 수 있는 기준들을 알아보기로 한다.

## 1. 정상과 이상의 판단기준

고등학교에 재학중인 P군은 새로 사귄 친구들과 어울려 학교를 결석하고 오락실 등에 출입하다가 부모에게 알려져 크게 야단을 맞은 뒤 가출하였다. P군은 집에서 갖고 나온 돈이 떨어지자 학교 근처 전자상가에서 물건을 훔치다가 잡혀 소년법원에 송치되었다.

K군은 고2에 재학중인 남학생으로서 학교생활에 재미가 없고 집안에서도 침울하게 지내며 매사에 의욕이 없다고 했다. 제일 큰 걱정거리는 공부를 해도 별로 성적이 오르지 않고 시험지만 받으면 생각이 나지 않고 기억력도 많이 떨어졌다고 하였다. 공부할 때도 밤늦게까지 책상에 앉아 있기는 하나 그냥 멍한 상태로 공부가 전혀 머리에 들어오지 않았다.

여고 2학년에 재학중인 A양은 지방학교에서 서울로 전학온 뒤 성적이 떨어지고 공부가 안되었다. 가끔 잠도 안오고 공부시간에 앉아 있으면 괜히 선생님이 자신을 뚫어지게 보는 것 같고 자신의 마음을 다 알고 있는 것 같았다. 누군가 일부러 자신의 공부를 방해하는 것 같고 학급 친구와 선생님이 짜고 그러는 것 같기도 했다. 학교 게시판에 간첩자수에 대한 포스터가 붙어 있는 것을 보고 자신이 간첩으로 오인당하는 느낌을 받고 그 후로는 집으로 오는 귀가 길에도 혹시 형사들이 미행하는 것이 아닌가 하는 생각이 들었다. 차츰 불안해지고 잠이 안오고 학교에 가기도 두렵고 외출하기도 두려웠으며 식욕도 없어졌다. A는 고통을 극복해 보려고 교회에 가게 되었는데 기도중에 100일동안 금식하라는 하나님의 말씀을 듣고 금식에 들어가게 되었다.

위에 제시된 세 사례들은 모두 정상을 벗어난 이상행동의 예를 보여주고 있다. 그러나 이들 사례들은 각기 서로 다른 특징들을 보이고 있어서 모두에게 공통적으로 적용될 수 있는 기준을 들기는 쉽지 않은 일이다. P군의 경우는 그 행동이 학교나 사회의 규범과 질서를 깨뜨리고 있어 문제가 되고 있고 이러한 행동을 지속할 경우 사회에서 살아가는데 어려움이 있을 것으로 예상된다. K군은 학교나 집에서 말썽을 일으키는 행동문제가 있는 것은 아니지만, 본인이 심리적으로 고통스러울 뿐 아니라 현재의 심리상태가 학교 공부에 상당한 지장을 주는 것이 문제라고 할 수 있다. A양의 경우는 그 생각의 내용이나 행동이 상식의 범위를 벗어나 있고 현실판단력에 근본적으로 문제가 있는 것으로 보인다. 이와 같이 이상행동은 다양한 형태로 나타나기 때문에 행동의 정상여부를 판단하는 데에는 적용의 여러 가지 측면을 반영하는 다양한 기준들이 쓰이게 된다.

### 1.1 사회적 규범으로부터의 이탈

어느 사회이고 대다수의 구성원들이 수용하는 행동의 규범이 있고,

그 사회에서 보편적으로 통용되는 행동의 규범에서 벗어나는 행동은 이상행동으로 간주될 가능성이 높다. 예컨대 장례식에서 큰 소리로 웃고 떠들거나, 콧노래를 부른다면 그 사람은 주위 사람들로부터 이상하게 여기는 눈총을 받게 될 것이다. 동성애자가 대부분의 사회에서 문제시 되는 것도 사회적 규범으로부터의 이탈된 행동이기 때문이다. 여성이 남성처럼 행동하는 것이나 남성이 여성처럼 행동하는 것도 문제시 되는 것도 이와 비슷한 맥락에서 생각할 수 있다.

행동에 대한 **사회적 규범**은 시대에 따라 그리고 사회에 따라 달라질 수 있으므로 한 사회에서 이상으로 규정되는 행동이 다른 사회에서는 정상으로 간주되는 경우도 있을 수 있다. 예컨대 위에 언급된 동성애의 경우, 시대에 따라 이상으로 간주되기도 하고 정상으로 간주되는 때가 있었다. 또한 동일한 사회에서도 연령에 따라 적용되는 행동의 규범이 달라질 수 있다. 대다수의 사회에서는 청소년들에게 보다 엄격한 규범을 적용하는 경향이 있어 성인에게는 용납되는 행동도 청소년들의 경우는 문제시하기도 한다. 흡연, 음주, 성행위 등은 성인에게 있어서는 문제시되지 않지만 청소년들의 경우에는 일탈행동으로 보는 좋은 예들이다. 이와 같이 동일한 행동에 대하여 성인에게는 허용되지만 청소년들에게는 문제시하여 제재를 가하는 이중적인 기준을 적용하는 것에 대하여 청소년들이 반발하는 근거가 되기도 한다.

사회적 규범을 깨뜨리는 행동은 사회로부터 여러 가지 제재를 받게 되고, 사회에서 성공적으로 적응하는데 장애물이 되는 것은 분명한 사실이므로, 사회적 규범이 행동의 정상여부를 판단하는 중요한 기준의 하나가 되는 것은 당연한 일이다. 그러나 사회적 규범을 깨뜨리는 행동이라고 해서 반드시 이상행동이라고 규정짓는 것은 불합리하다는 견해도 있다. 경우에 따라서는 기존의 사회적 규범에 부합되는 행동보다는 이를 과감히 깨뜨리는 행동이 사회의 발전을 위해서 보다 더 바람직할 수가 있기 때문이다.

## 1.2 심리적 고통

정서적 불안감, 우울 등 개인의 심리적 고통은 심리상태의 이상여부를 판단하는 중요한 기준이 될 수 있다. 개인이 경험하게 되는 심리적 불편감은 장기적으로 지속되는 만성적인 문제인 경우도 있고 갑작스럽게 생기는 경우도 있을 수 있다. 그리고 경우에 따라서는 본인이 구체적으로 무엇 때문에 불편한 지를 모르는 막연한 불안감으로 경험될 수 있다. 병원이나 상담소 등의 전문기관의 도움을 구하는 사람들은 대부분 주관적으로 경험되는 심리적 고통이나 불편감으로 인하여 전문기관을 찾게 되므로 본인이 주관적으로 느끼는 심리적 불편감은 정상을 벗어난 심리상태를 판단하는 준거가 될 수 있다.

불안, 우울 등의 심리적 불편감은 그 자체로서 해결되어야 할 문제일 뿐만 아니라 그 정도가 심할 경우 학업이나 대인관계, 사회활동 등을 제대로 해내기가 어려워지게 되므로 이를 이상행동의 한 준거로 삼는 것은 당연한 일이다. 그러나 모든 이상행동에 심리적 고통이 따르는 것이 아니고 심리적 고통이 있다고 해서 모두 이상심리로 간주할 수는 없다는 점에서 심리적 불편감을 이상행동을 판단하는 절대적 기준으로 삼기는 어렵다. 예를 들어, 정신병 증상이 심한 사람들 중 환자 자신은 전혀 심리적 고통을 인식하지 못하는 경우도 있고, 가까운 사람을 잃었을 때 누구나 심한 심리적 고통을 느끼지만 이것은 자연스러운 반응이고 그 자체를 이상심리라고 볼 수는 없을 것이다. 다만 그 정도가 특히 심하다던가 혹은 상당기간이 지났는데도 이를 극복하지 못한다면 이를 문제로 볼 수는 있을 것이다.

## 1.3 통계적 기준

행동의 정상여부를 판단하는데 실질적으로 매우 중요한 역할을 하는 것은 통계적 기준이다. 누구나 어느 정도의 심리적 고통을 경험할 때가 있고, 사회적 규범에서 벗어나는 행동을 하기도 한다. 따라서 행동

이나 심리상태에서의 정상과 이상은 질적으로 다른 상태라기보다는 단지 정도의 차이를 반영하는 것일 수가 있다. 이러한 관점에서는 심리적 고통이나 일탈행동의 유무보다는 그 빈도나 정도, 그리고 지속성을 고려하여 그 수준이 보통 사람들이 일반적으로 보이는 수준, 즉 평균적 수치를 벗어날 때 이상으로 분류하게 된다. 예를 들어 수줍음이 심하여 다른 사람과 어울리기를 꺼려하는 경우, 그 심각도가 같은 또래의 다른 사람들에 비하여 어느 정도인가에 따라서 평균 정도를 상당히 벗어났을 때 이상으로 판단하게 된다.

통계적 기준은 정상과 이상을 구분하는 명확한 기준을 제시해 준다는 점에서 사회적 규범이나 심리적 고통 등 위에 언급된 다른 기준들보다 객관적이라고 볼 수 있다. 그러나 구체적으로 평균 수준에서 어느 정도 이탈되었을 때 이상으로 분류하는가의 문제는 여전히 남게 된다. 지능의 경우 지능검사에서의 수행이 같은 연령층의 평균수행으로부터 표준편차의 2배 이상 낮게 나타났을 때 정신지체로 판정하여 이상으로 분류하고 있고, 지능 이외의 성격적 특성이나 정서 행동문제의 경우 각 특성을 측정하는 평가도구에서 극단 5%, 혹은 10%를 절단점으로 임의적으로 정하여 그 이상 혹은 이하의 점수를 이상으로 간주하는 경우가 많으나 이러한 기준의 타당성에는 논란의 여지가 있다.

또한 평균에서 이탈되어 있다고 해서 무조건 이상으로 볼 수 없는 경우도 있다. 예컨대 지능과 같이 사회적으로 바람직하다고 보는 특성의 경우 지능이 극히 우수한 경우를 이상심리로 보지는 않고 낮은 경우에만 이상행동의 범주에 포함시키게 된다. 반면 내향적 성격특성의 경우에는 일반적으로 극히 높은 내향성을 문제시하게 된다. 이와 같이 특성에 따라 어느 방향의 이탈을 이상으로 간주하는가가 달라지기 때문에 이를 결정하기 위해서는 통계적 기준 이외의 다른 기준이 필요하게 된다.

## 1.4 적응의 효율성

행동의 이상여부를 판단하는데 아주 중요한 기준은 적응성, 즉 자신이

처한 환경에 효과적으로 대처해 나가는데 저해요인이 되는가 여부이다. 위에 제시된 사회적 규범으로부터의 이탈과 심리적 불편감은 궁극적으로는 적응에의 저해요인이 된다는 점에서 문제시 된다고 볼 수 있다. 즉 사회적 규범에서 이탈된 행동은 자신이 처한 환경에서 수용되고 성공적으로 적응해 나가는데 문제를 제기하게 되고 불안, 우울 등의 심리적 불편감 또한 일이나 학업, 그리고 다른 사람들과 원만한 인간관계를 이루는데 지장을 주게 되므로 적응에 문제를 일으키게 된다. 그러므로 어떠한 행동이나 성격특성이 정상인가 이상인가를 판단하는 궁극적인 기준은 '그 사람의 현재 혹은 미래의 적응에 문제를 일으키는가'라고 할 수 있다. 이러한 관점에서 본다면 다소 심리적 고통이 있거나 혹은 바람직하지 못한 행동을 보이더라도 이것이 그 사람이 생활해 나가고 자신의 목표를 추구해 나가는데 크게 문제가 되지 않는다면 이를 굳이 이상행동으로 볼 필요가 없을 것이다. 예컨대, 시험을 앞두고 불안해하는 학생의 경우, 만약 시험불안이 있다 하더라도, 이것이 비슷한 상황에서 남들이 느끼는 정도를 크게 벗어나지 않는다면, 혹은 시험에 대하여 불안해 하더라도 실제 학업수행에는 큰 지장이 없고, 기타 학교 생활이나 가정 생활에 문제를 일으키지 않는다면 크게 문제시 할 필요가 없다고 할 수 있다.

심리학자를 비롯한 정신건강전문가들은 정신건강을 평가할 때 위의 여러 가지 기준을 종합적으로 고려하고 아울러 그 사람의 성격기능을 전반적으로 살펴보게 된다. 현실을 정확하게 파악할 수 있는 능력, 자신의 능력 및 동기에 대한 통찰력, 자신의 행동을 스스로 조절할 수 있는 자제력, 자신을 있는 그대로 받아들일 수 있고 타인과 원만한 인간관계를 맺을 수 있는 능력, 그리고 자신의 에너지를 생산적인 활동으로 전환시키는 능력 등이 건강한 성격기능의 특징으로 제시되고 있다. 이와 같은 건강한 성격기능이 잘 발달되어 있는 경우에는 부분적으로 정상을 벗어난 행동적 특징을 보이는 경우라도 그것이 전체적인 적응에 미치는 영향이 비교적 적을 것이고, 위에 언급된 기준에 비추어 이상행동으로 분류될 문제가 많지 않더라도 전반적인 성격기능이 매우 취약할 때에는 적응에 심각한 어려움을 일으킬 확률이 높게 된다.

## 2. 청소년기의 발달적 특성

청소년기는 흔히 심리적 격동기라고 일컬어진다. 인간의 성장과정에서 영유아기를 제외하고는 신체발달이나 인지 정서발달 등 여러 영역에서 청소년기만큼 큰 변화를 가져오는 시기는 없을 것이다. 또한 청소년기는 부모에게 의지하여 보살핌을 받는 어린아이의 위치에서 사회에서 한 몫을 하는 성인의 위치로 변화하는 시기가 된다. 이와 같이 중요한 신체적 심리적 사회적 변화가 큰 폭으로 한꺼번에 일어나게 됨으로써 청소년기에는 이에 적응하는 과정에서 정신적 스트레스가 높아지게 되고 여러 가지 부적응의 증상이 나타나게 된다. 따라서 청소년기에 나타날 수 있는 여러 가지 적응의 문제를 이해하기 위해서는 청소년기의 발달적 특성과 이들이 감당해야 하는 발달과제들을 살펴볼 필요가 있다.

### 2.1 청소년기의 신체적 변화

사춘기의 시작과 함께 청소년들에게는 신체적으로 큰 변화가 일어나게 되고 이러한 신체적인 변화는 청소년들의 심리적 변화를 촉발시키는 자극이 된다. 우선 사춘기에 다다르기 2년전 쯤부터 분비되는 성호르몬의 영향으로 인하여 남녀 청소년 모두 신장과 체중의 급속한 성장이 일어나게 되는 성장급등의 시기를 맞게 된다. 이러한 성장급등기는 우리 나라 청소년들의 경우 남자는 약 만13세, 여자는 이보다 2년 정도 빠른 만11세경에 일어나게 되어 이 시기에는 모든 근육과 골격의 급성장이 일어나게 된다. 이와 같은 신체 외부의 급성장과 함께 성호르몬 분비의 시작으로 인한 내부 성기관의 성숙과 이차 성징이 출현하게 되어, 남자의 경우 13-14세가 되면 성숙된 정자가 소변에서 관찰되거나 사정(ejaculation)이 가능해지고, 여자의 경우는 12세 경에 첫월경이 시작되며 이와 함께 가슴의 변화 등이 뚜렷하게 나타나게 된다.

청소년기에 일어나는 **신체적 변화**와 함께 청소년들은 자신의 신체상

에서 큰 변화를 경험하게 된다. 아동에서 성인의 신체 변화, 그리고 특히 성적 성숙에 따른 신체적 변화는 청소년들에게 긍정적인 감정과 함께 불안감을 유발시키게 된다. 대다수의 청소년들은 자신의 몸에 높은 관심을 가지고 타인과 비교하기도 하고, 또한 자신의 몸의 정상여부에 대하여 걱정을 하기도 한다. 또한 성장호르몬과 성호르몬의 증가는 성적 충동을 증가시키고 아울러 공격충동을 향진시키게 되므로 많은 청소년들이 이로 인한 내적 갈등을 경험하게 된다.

## 2.2 청소년기의 인지적 특성

청소년기에는 큰 폭의 신체적 변화와 함께 인지적으로도 매우 중요한 변화를 겪게 된다. 청소년기는 출생 후 빠르게 진행되어 온 인지력의 성장이 그 최고치에 접근하는 시기로 17세의 정신능력을 기준으로 했을 때 출생후 4세까지 50%가 발달하고 4세에서 8세까지 30%가, 그리고 8세에서 17세까지 나머지 20%가 발달하는 것으로 추정되고 있다 (Bloom, 1964). 따라서 청소년기는 양적 측면에서 지적능력이 크게 도약하는 시기라고 할 수 있다.

인지능력의 질적 측면에서도 청소년기는 매우 중요한 변화가 나타나는 시기이다. Piaget의 인지발달단계의 마지막 단계인 **형식적 조작기**는 대체로 11세에서 15세사이의 초기 청소년기에 시작되는 것으로 이전에 구체적 사실과 사물의 속성에만 의존하여 사고하던 아동들이 청소년기에 들어서면서 점차 **추상적 사고**를 할 수 있게 된다. 이에 따라 청소년들은 현실을 떠나 순전히 가상적인 것에 대하여 생각할 수 있게 되어, 이들의 세계가 구체적인 현실을 넘어서 과거와 미래로, 그리고 자신이 실제로 경험해보지 못한 상상의 세계로까지 확장될 수 있게 된다.

인지능력의 성숙과 함께 청소년들은 자신의 내적 세계에도 많은 관심을 갖게 되고 자신에 대한 타인들의 생각이나 판단에 관심을 가지게 된다. 청소년들에게서 흔히 관찰되는 자기자신에 대한 몰입, 자신을 특별한 존재로 여기고 자기자신의 감정에 특별한 의미를 부여하는 경향,

에서 큰 변화를 경험하게 된다. 아동에서 성인의 신체 변화, 그리고 타인의 시각을 지나치게 의식하는 자의식, 그리고 근거없는 자기비하나 혹은 자기찬양 등은 자기자신의 생각과 느낌에 대하여 지나치게 몰두하는 자기중심적 사고경향을 반영하는 것으로 볼 수 있다. 예를 들어, 자기 자신은 자기의 용모와 신체에 많은 관심을 가지고 몰두할 수 있지만 타인은 별로 관심을 가지지 않을 수도 있다는 것을 잘 이해하지 못하고 지나친 자의식을 가질 수 있다. 이러한 자아중심적 사고는 특히 10대 초반의 청소년들에게서 특히 두드러지며 점차 인지적으로 성숙되어감에 따라 사라지게 된다. 청소년들에게서 흔히 관찰되는 지나친 자의식과 이로 인한 정서적 불안정등은 청소년기의 인지적 특성으로 볼 때 쉽게 이해될 수 있다.

### 2.3 청소년기의 심리사회적 발달

청소년기에는 신체적, 인지적 성숙과 함께 이들이 인간관계를 맺는 방식, 그리고 사회속에서의 역할 및 위치에도 중요한 변화가 일어나게 된다. 우선 부모-자녀 관계에서도 이제까지 일방적으로 의존하는 형태의 관계에서 벗어나 정서적으로 독립을 하려는 시도가 시작되게 된다. 청소년기 초반이나 중반에 부모와 자녀간에 사소한 일로 갈등이 생기고 자녀가 부모의 사소한 간섭에도 “반항”하는 것은 바로 이러한 부모로부터 정서적 독립을 추구하는 행동으로 볼 수 있다. 이러한 과정에서 청소년들은 과거에 가졌던 부모와의 갈등이나 부모와의 관계에서의 문제점이 되살아나 감정적으로 격해지기도 한다. 이와 같이 부모로부터 정서적 거리를 두고 부모의 영향력으로부터 벗어나려는 시도와 함께 청소년들에게는 또래집단이 매우 중요한 영향력을 행사하게 된다. 이와 함께 자기 또래집단으로부터 소외되지 않을까하는 두려움과 불안으로 인하여 행동 및 사고방식, 심지어는 복장 등에서 또래집단과 똑같이 하려고 노력하기도 한다. 이와 같은 주요한 대인관계에서의 변화로 인하여 청소년들은 부모와의 관계에서 갈등을 일으키기 쉽고, 이 과정에서

일부는 심각한 심리적 갈등을 경험하게 된다.

청소년기의 중요한 발달과제중의 하나는 **자아정체감의 형성**이다 (Erikson, 1959). 자아정체감은 “대인관계, 역할, 목표, 가치 및 이념등에 있어서 자기가 지니는 고유성에 대한 자각과 이에 부합되는 자기통합성과 일관성을 견지해 나가려는 의식, 무의식의 노력”이라고 정의될 수 있다 (이춘재 외, 1988). 다시 말해서 다른 사람과 구별되는 독특한 존재로서의 자신을 의식하고 이에 일관되는 방식으로 행동하고자 노력하는 것이 곧 자아정체감의 핵심이 된다. 자아정체감의 형성을 위해서 청소년들은 “나는 어떤 존재인가,” “나는 어떤 능력을 가졌는가?” “나는 어떤 삶의 목표를 지향하는 것일까” 등 이전에는 별로 생각해보지 않았던 문제들에 대하여 진지한 고민을 하는 과정을 거치게 된다.

자아정체감의 형성은 청소년기에 누구나 거쳐가게 되는 성장의 한 과정으로써 많은 청소년들이 이 과정에서 어느 정도의 갈등과 방황을 경험하게 된다. 만일 끝내 자신의 존재와 자신이 추구해 나갈 가치에 대한 확신이 서지 않을 때, 청소년들은 **정체감의 위기**를 경험하게 된다.

### 3. 청소년기 이상행동진단의 발달적 기준

청소년기는 심리적 성숙과 함께 여러 가지 변화가 일어나는 시기이므로 정상범주에 속하는 행동과 정상범주를 벗어나는 이상행동을 구별하여 진단하는 것은 더욱 큰 어려움을 수반한다. 청소년들에게 심리적 부적응의 증상이 나타날 때 증상 자체만 보아서는 이것이 일시적인 현상인지 아니면 좀더 심각한 정신병리의 시작인지 구별하기가 어려울 때가 많다. 일반적으로 성인에게서는 심각한 정신병리의 표징으로 알려져 있는 증상들도 소위 정상적으로 기능하는 청소년들에게 나타나는 경우가 있다. 반면 겉으로 두드러지게 나타나는 증상은 별로 심각하지 않은 듯 했던 문제가 실상은 심각한 정신병리의 시작인 경우도 볼 수 있다. 따라서 청소년기의 이상행동의 정확한 의미를 판단하기 위해서는 **발달적 맥락**을 고려하지 않을 수 없다.

### 3.1 연령부합성의 원칙(age-appropriateness)

성장과정에서 모든 아동 청소년들이 부딪치게 되는 발달과제들이 있다. 예컨대 학령기 이전의 유아들은 부모로부터 떨어지는 것을 배워야 하고, 초등학교 입학과 더불어 학교에 적응하는 것을, 그리고 청소년 초기에는 자기 신체에 일어나는 여러 가지 변화들에 익숙해져야 되고 자아정체감의 형성 또한 중요한 과제가 된다. 이러한 발달의 과제들은 필연적으로 스트레스를 동반하게 되고, 특별한 문제가 없이 정상적으로 성장하는 아동 청소년들에게도 부담을 주게 된다.

Weiner(1982)는 각 연령단계의 발달과제에 대하여 보편적으로 나타나는 대처방식을 곧 정상행동으로 정의하면서 동일한 연령의 또래집단에서는 찾아보기 드문 행동방식이나 혹은 이전 단계의 대처방식이 이미 그 효용성이 소진되었는데도 불구하고 남아있는 경우는 정신병리의 징표일 가능성이 있다고 하였다. 이러한 견해는 행동의 정상여부를 판단하는 것은 기본적으로 정상적인 발달과정의 이해를 토대로 하여야 되며 각 발달단계에서 예측되는 행동, 각 연령단계에 부합되는 행동이 정상과 이상을 구분하는 기준이 될 수 있다고 가정하고 있다. 이와 같은 **연령부합성의 원칙**에 의하면 동일한 행동도 연령단계에 따라서 정상으로 분류될 수도 있고 이상행동으로 분류될 수도 있으며, 얼마나 심각한 정신병리를 의미하는가도 달라질 수 있게 된다.

Lessing, Beiser, Krause, Dolinko와 Zagorin(1973)은 임상이 45명에게 여러 가지 문제행동의 정신병리적 심각성을 연령단계별로 평정하도록 한 결과 연령단계에 따라서 동일한 문제도 다른 평가를 받고 있어 연령부합성이 이상과 정상을 구분하는 기준이 될 수 있다는 입장을 뒷받침해 주고 있다. 예컨대 야뇨증, 과잉운동증, 성적체감의 혼란을 나타내는 행동 등은 8세이하의 아동들에게는 경미한 문제로 볼 수 있으나 그 이후의 청소년들에게 동일한 문제가 나타날 때에는 보다 심각한 문제를 의미하는 것으로 보아야 한다는 것이다.

제 1장  
이상행동의  
정의

<표 1-1> 연령단계에 따른 문제행동의 임상적 의미 평가

문제행동	연 령 (세)			
	6-8	9-11	12-15	16-18
약물 _____	.....	.....	.....	.....
충동적: 생각없이 행동 _____	.....	.....	.....	.....
자기 잘못에 대해 남의 탓을 함 _____	.....	.....	.....	.....
동물이나 사람에 대한 공포 _____	.....	.....	.....	.....
부모로부터 격리되었을 때 불안 _____	.....	.....	.....	.....
혼자 있기 두려워 함 _____	.....	.....	.....	.....
주의집중력이 부족 _____	.....	.....	.....	.....
사소한 일로 잘 운다 _____	.....	.....	.....	.....
과잉운동 _____	.....	.....	.....	.....
이상한 얼굴표정, 자세 _____	.....	.....	.....	.....
손가락을 빨다, _____	.....	.....	.....	.....
좌절을 참지 못한다 _____	.....	.....	.....	.....
웃입는 것이나 노는 것이 반대 성 같다 _____	.....	.....	.....	.....
반대 성이 되고 싶다고 한다 _____	.....	.....	.....	.....
부모와 같은 침대에서 자려고 한다 _____	.....	.....	.....	.....
야뇨증 _____	.....	.....	.....	.....
분노발작 _____	.....	.....	.....	.....
성기를 남앞에 노출 _____	.....	.....	.....	.....
폭력으로 위협 _____	.....	.....	.....	.....
동물을 잔인하게 괴롭힌다 _____	.....	.....	.....	.....
낮에 오줌을 싼다 _____	.....	.....	.....	.....

- ..... 경미한 정신 병리
- ..... 중등도 정신병리
- ..... 심한 정신병리

출처: Lessing등 (1973).

### 3.2 장래의 부적응과의 관련성

청소년들의 행동을 정상과 이상으로 구분하려고 하는 목적은 궁극적으로는 장래 적응문제가 있을 청소년들을 미리 선별하여 도움을 주고자 하는 것이다. 따라서 일정 시기가 지나면 저절로 없어지고 이후의 부적응과 관련이 없는 문제라면 이상행동으로 진단할 필요가 없겠지만 이후의 부적응과 밀접한 관계가 있는 문제라면 특별히 관심을 갖고 치료를 받도록 하여야 할 것이다.

구체적으로 어떠한 행동들이 **장래의 부적응**을 예측해 줄 수 있는가는 장기종단연구를 통하여 밝혀져야 할 문제이다. 일반적으로 증상의 수효, 증상의 지속기간, 그리고 증상이 나타나는 영역 등이 문제의 심각성을 판단하는데 유용한 지침이 되는 것으로 알려져 있다. 즉 증상이 한 두 가지에 국한되지 않고 여러가지일 때, 증상이 시간이 지나고 상황이 바뀌어도 지속될 때, 그리고 불안, 우울 등의 단순한 정서적 증상 이외에 학습능력이 현저히 저하된다든지, 반항적 행동, 음주, 가출, 약물남용, 비행 등의 행동문제까지 복합적으로 나타나는 경우는 보다 심각한 문제로 보아야 할 것이다.

#### 〈연 습 문 제〉

1. 자신이 잘 알고 있는 「문제청소년」과 주위에서 아무 문제 없는 것으로 보는 같은 나이 또래의 소위 「정상청소년」을 행동, 동기, 생각 등에서 비교하여 공통점과 차이점을 알아 보시오.
2. 청소년기의 중요한 발달적 특징들을 기술하고, 이러한 특징들이 청소년기의 심리적 적응에 미치는 영향을 생각해 보시오.
3. 연구자료들에 의하면 청소년집단에서의 적응문제빈도가 성인의 경우와 크게 다르지 않음에도 불구하고 많은 사람들이 청소년기를 정서적

---

제 1장  
이상행동의  
정의

으로 불안정하고 적응문제가 많이 나타나는 시기로 인식하고 있는 까닭은 무엇일까?

4. 입시제도 등 우리 나라의 독특한 사회문화적 상황이 우리 나라 청소년들의 심리사회적 발달과 심리적 적응에 어떠한 영향을 미칠지 생각해보시오.
5. 어린 아동에게는 큰 문제가 되지 않으나 청소년들에게 나타났을 때에는 심각한 문제가 되는 문제행동에는 어떠한 것들이 있는지 생각해보시오.
6. 청소년기에 적응문제가 있는 경우, 성인이 된 후에까지 문제가 지속될 가능성은 얼마나 되리라고 생각하는가? 청소년기에 많은 문제가 있었지만 성장하면서 이를 극복한 경우와 청소년기의 문제가 지속적인 적응문제로 이어진 사례들을 생각해보면서, 그 차이점들을 논의하여 보시오.

## 청소년 이상행동의 빈도와 양상

1. 청소년기의 방향과 갈등
2. 청소년기 문제행동의 빈도와 임상적 의미
3. 청소년기 주요심리장애의 유병율
4. 청소년기 적응문제의 지속성



청소년기는 신체적, 심리사회적으로 큰 변화를 겪게 되는 시기로 이로 인하여 어느 정도의 정서 불안정을 경험하게 되는 것은 예측할 수 있는 일이다. 청소년기를 격정적이고 예측할 수 없는 행동이 나타나는 “격동의 시기”로 보는 견해는 바로 이러한 관점에서 출발한 것이다. 그러나 과연 청소년들의 방황과 갈등은 얼마나 보편적인 현상인가? 청소년기의 갈등과 방황은 모든 청소년들이 반드시 통과하여야 할 성장 단계인가? 청소년기의 방황과 갈등이 정상적인 청소년들도 반드시 거쳐 나가야 하는 성장의 한 단계라면 그 과정에서 어느 정도의 적응문제를 보이더라도 이를 심각한 정신병리의 시작으로 볼 필요는 없을 것이다.

청소년들을 대상으로 하는 역학연구결과에 의하면 이들이 불안, 우울 등의 경미한 부적응 증상들을 보이는 경우는 비교적 흔하지만 정신과적 진단이 가능한 정도의 비교적 심각한 심리장애의 빈도는 20% 내외로 성인집단과 비슷한 수준을 보이는 것으로 나타나고 있다(Weiner, 1982). 그러나 다른 한편으로 일반청소년들을 대상으로 문제행동의 빈도를 조사한 연구 결과에 의하면 소위 “정상”으로 분류되는 일반 청소년들간에도 여러 가지 문제행동들이 나타나는 것으로 보고되고 있다. 따라서 청소년들의 경우 문제행동이 있다고 해서 바로 심각한 적응의 문제가 있는 것으로 판단하기는 어렵게 된다. 이 장에서는 청소년기에 흔히 나타나는 문제행동의 유형들을 살펴보고, 아울러 정상과 이상집단을 구별하여 진단할 수 있는 기준을 알아보고자 한다. 또한 이러한 문제행동의 수준을 떠나 심리장애의 진단의 수준에서 청소년기에 흔히 진단되는 심리장애의 유형을 알아보고 청소년기의 적응문제가 장기적인 적응문제로 지속될 가능성에 대한 논의와 함께 지속적인 적응문제와 관련되는 변인들을 살펴보고자 한다.

## 1. 청소년기의 방황과 갈등

정신분석가로서는 최초로 청소년의 행동에 많은 관심을 보였던 Freud

(1936, 1958)는 청소년기에는 본질적으로 평온하게 진행되어오던 성장 과정이 흔들리게 된다고 보고 이러한 청소년기의 특성상 성인들이라면 정신병리의 증상으로 간주될 수 있는 부적응적 생각, 느낌이나 행동들도 청소년들의 경우에는 정상적인 반응으로 간주될 수 있다는 견해를 보였다. Erikson(1959, 1968)이 자아정체감 형성을 청소년기의 주요한 발달과제로 본 것도 이와 비슷한 맥락에서 이해할 수 있다. 자아정체감 형성은 곧 자신의 인격, 신념, 그리고 삶의 목표 등을 정의해 나가는 과정으로, 이 발달과제를 성공적으로 완수하기 위해서는 불확실성을 견디어 나가면서 수년간 자기 자신과 주위 여건들, 그리고 자신이 가지고 있는 여러 가지 가능성을 검토해 나가는 과정이 필요하다. 따라서 개인에 따라 정도의 차이는 있겠지만 청소년들은 누구나 정체감 위기를 겪게 되어 있으므로 심리적 갈등과 방황은 정상적인 반응으로 볼 수 있다는 것이다.

그렇다면 과연 청소년기의 심리적 갈등과 방황을 어떻게 해석할 것인가? Anna Freud나 Erik Erikson이 주장하는 바와 같이 청소년기의 갈등과 방황은 이들이 부딪치고 있는 발달과제에 대한 정상적 반응으로 시간이 지나면 대부분 저절로 해결 될 것으로 보는 것이 옳은가? 일반 청소년들을 대상으로 조사된 바에 의하면 청소년기의 심리적 혼란과 방황은 보편적인 현상으로 보기는 어려움을 시사하고 있다. 일반 청소년들의 적응상태를 조사한 연구의 대표적인 예로 Offer등 (1969)의 “정상청소년 연구(Normal Adolescent Project)”에서는 73명의 남자 청소년들을 8년간 추적 연구하였는데 연구 대상이 된 청소년들 중 대다수가 14세부터 22세 사이의 추적연구기간 중 심리적 부적응의 단서를 보이지 않았다. 상당수는 청소년에서 성인으로 가는 전환기를 별 문제없이 지내고 있었고, 약 21%에 해당하는 소수만이 심리적인 갈등과 행동문제를 보였다. Offer의 연구 이외에도 여러 연구에서 청소년기의 갈등은 일반적인 현상이라기 보다는 예외적인 현상임이 밝혀졌고 청소년기의 방황과 갈등이 성인으로의 성숙과정에서 필수적인 것은 아님을 보여주었다 (Grinker, Grinker & Timberlake, 1962; Hamburg, Coelho, & Adams, 1974; Oldham, 1978; Weiner, 1977).

미국에서 수행된 청소년기의 자아정체감 위기에 대한 연구들도 비슷한 결론에 도달했음을 보고하고 있다. 즉 청소년들이 자신의 가치관과 인생 목표, 진로 등을 결정하는 과정에서 미래의 불확실성으로 인하여 불안감을 경험하게 되는 것은 사실이지만 대부분의 경우 “정체감 위기”라고 부를만한 부적응적인 상태를 경험하게 되는 것은 아니었고 자아상에서의 불안정성이 나타난다면 이는 주로 신체의 변화가 두드러지게 나타나는 초기 청소년기에 국한되는 경향이 있었다(Simmons, Rosenberg, & Rosenberg, 1973).

청소년기의 방황과 갈등, 그리고 자아정체감 위기가 보편적인 현상이 아닐 가능성이 크다는 서구의 연구자료들이 우리 나라 청소년들의 경우에도 적용될 수 있을까? 서봉연(1975, 1979)의 연구에 의하면 우리나라의 청소년들은 서독의 청소년들에 비하여 전반적으로 자아정체감의 수준이 낮았을 뿐 아니라, 지속적으로 자아정체감 수준이 증가하는 서독의 청소년들과는 달리 14-15세경 일시적으로 자아정체감의 수준이 저하되는 경향을 보여 자아정체감의 발달과정에서 서구의 청소년들보다 더 많은 갈등을 경험할 가능성이 있음을 시사하였다. 우리 나라 청소년들이 서구의 청소년들에 비하여 자아정체감과 관련하여 위기를 경험하는 빈도가 높다면 이는 우리나라의 교육제도, 부모자녀관계 등을 비롯한 여러 가지 사회문화적인 상황으로 인한 것으로 생각해 볼 수 있다.

청소년기의 갈등과 방황은 과연 심각한 적응문제로 연결되는가? 청소년들중에 몇 %가 실제로 심리적 적응문제를 경험하는가? 그리고 청소년기의 적응문제는 그 이후의 적응과 어느 정도의 관련성이 있는가? 이러한 문제들은 청소년기의 갈등과 방황에 어떠한 의미를 부여할 것인가와 밀접한 관련이 있다. 일반 청소년들을 대상으로 적응상태를 조사한 연구결과들에 의하면 불안, 우울 등의 증상을 보고하는 청소년들은 상당히 많으나 실제로 심각한 적응문제를 보이는 것으로 진단되는 경우는 20%내외로 추정되고 있다. 예를 들어 Rutter등의 Isle of Wight 연구의 결과에 의하면 무선적으로 표집된 14-15세 사이의 청소년 200명중 약 50%가 불안, 우울 등의 증상을 보고하였으나 정신과적

면담결과 16.3%만이 심각한 정신장애를 보이는 것으로 진단되었고 (Rutter, Graham, Chadwick, & Yule, 1976), 서구의 청소년들을 대상으로 한 다른 연구들에서도 상당히 심각한 수준의 적응문제를 보이는 집단은 일반 청소년들의 약 20%정도로 추정됨을 보고하고 있다 (Weiner, 1982). 이에 비하여 김광일 등(1983)이 서울시내 고등학교 2학년생을 대상으로 조사한 결과에 의하면 31%정도가 상담교사의 도움이 필요하다고 생각되는 정도의 심리적 장애를 보인 학생이었고, 경계선 상태에 있는 학생이 23%, 그리고 전체의 46%가 정신적으로 건강한 것으로 평가되었다. 김광일 등의 연구에서 쓰인 기준은 위에 제시된 미국의 연구자료들과 정확히 일치하지 않으므로 단순한 비교는 어렵지만, 우리 나라 청소년들중 적응문제를 보이는 것으로 판정된 비율이 서구의 것보다 약간 높은 것으로 보인다.

이상과 같은 연구결과들을 종합해 볼 때, 청소년기에 어느 정도의 갈등과 방황을 경험하거나 일시적인 정서불안정을 보이는 경우는 드물지 않지만 상당히 심각한 적응문제에까지 이르는 청소년은 전체의 20% 내외에 국한되어 있다. 따라서 청소년들의 적응문제를 보일 때 이를 단순히 성장의 한 과정으로 생각하여 대수롭지않게 보는 것은 지나치게 안이한 태도일 수 있다. 청소년들의 적응문제는 본인과 가족의 여러 가지 정신적 고통과 부담을 줄 뿐만 아니라 문제가 지속될 경우 이들이 장래에 자신의 잠재력을 충분히 개발할 수 있는 가능성을 제한시키게 되므로 특별한 관심을 가지고 보살펴 줄 필요가 있다.

## 2. 청소년기 문제행동의 빈도와 임상적 의미

청소년들을 대상으로 문제행동의 빈도를 조사한 연구들은 소위 적응 문제가 없는 것으로 간주되는 일반 청소년 집단에서도 여러 가지 문제 행동이나 부적응 증상들이 상당한 빈도로 나타나고 있음을 보고하고 있다. 예컨대 Berkeley 대학에서 수행된 장기종단연구에서 248명의

일반 아동들을 18개월에서 14세까지 조사한 바에 의하면 이들 남녀 아동의 1/3 이상이 야뇨증, 악몽, 과잉운동증, 거짓말, 과민성, 공포증, 기분의 변화, 지나친 수줍음 등의 다양한 문제를 보였다(MacFarlene, Allen, & Honzik, 1954). Rutter 등(1976)의 Isle of Wight 연구에서도 무선표집된 일반 청소년들의 약 50% 정도가 우울이나 불안 등의 증상을 보고하였다. 또한 Masterson (1967)은 12세에서 18세 사이의 청소년 중 정신과에서 치료받은 사례 101명과 소위 정상으로 간주되는 비환자군 101명을 면담을 통하여 평가한 결과, 비환자군에서도 20%정도가 학교나 대인관계에서의 수행을 심각하게 저해하는 심리적 증상이 있었고, 63%가 불안 우울 등의 증상을 간혹 경험하는 것으로 나타났다고 보고하였다.

<표 1-2> 12-17세 일반 청소년집단에서의 고빈도  
문제행동: K-CBCL과 K-YSR의 문항별 빈도

CBCL 문항 (부모보고)	보고빈도	YSR문항 (자기보고)	보고빈도
주의집중문제	60.5%	주의집중문제	72.3%
고집세고 시무룩	62.7%	감정과 기분급변	65.6%
관심요구	50.2%	고집세고 시무룩	65.3%
말다툼	49.2%	공상	65.3%
학교공부부진	48.6%	피곤하다고 느낌	63.4%
피곤해 함	48.3%	학교성적부진	63.4%
샘을 냄	47.4%	걱정이 많음	61.7%
혼자있기 좋아함	45.5%	수줍어하고 소심	60.5%
수줍어하고 소심	44.0%	성미가 급함	57.9%
감정과 기분 급변	42.3%	샘을 냄	57.5%

그렇다면 구체적으로 어떠한 문제행동들이 청소년 집단에서 빈번하게 나타나는가? 12세부터 17세 사이의 우리 나라 일반 청소년들을 대상으로 하여 부모평정척도인 CBCL(Child Behavior Checklist)과 자기보고형식의 YSR(Youth Self Report)을 통하여 다양한 문제행동들의 빈도를 조사한 결과 상당수의 청소년들이 여러가지 문제행동을 보이는

것으로 보고되었다(오경자, 이해련, 홍강의, 하은혜, 1997).

<표 I-2>에 제시된 바와 같이 전반적으로 부모가 보고한 문제행동들과 본인이 스스로 문제라고 보고한 문제행동들이 매우 비슷했으나 부모의 보고보다 청소년들의 자기보고에서 문제행동의 빈도가 높게 나타나는 경향이 있었다. 이는 청소년들이 부모들보다도 더 자신의 문제를 민감하게 인식하고 있는 경우가 많은 것으로 해석할 수 있다. 높은 빈도로 보고된 문제행동의 구체적인 내용을 검토해보면 “주의집중문제”, “학습부진” 등 학업과 관련된 문제들과 “감정과 기분의 급변”, “고집세고 시무룩”, “샘을 냄”, “수줍어하고 소심함” 등 대인관계 상황에서 청소년들이 흔히 보이는 행동들이 포함되어 있다.

심리장애로 진단된 임상집단이 아닌 일반 청소년집단에서 여러 가지 문제행동이 빈도 높게 나타나는 것은 우리나라의 자료에서 뿐만 아니라 미국을 비롯한 서구문화권에서도 일관적으로 얻어지는 결과이다. 그리고 이러한 경향은 부모들이 평가한 자료에서 뿐만 아니라 청소년들 자신의 자기보고나 임상가들이 직접 면담한 자료에서도 보고되고 있다. 이와 같이 여러 문화권에서 다양한 방법으로 조사한 결과들이 일관적으로 일반 청소년들간에도 소위 “문제행동”들이 상당한 빈도로 보고되고 있다는 사실은 한두 가지 문제행동들을 보이는 것은 청소년들간에 상당히 보편적으로 나타나는 현상으로 이를 심각한 정신 병리의 시작으로 볼 필요는 없음을 말해주고 있다. 일반청소년들에게서 높은 빈도로 보고되고 있는 문제행동들은 대부분 우리가 주변에서 흔히 관찰할 수 있는 문제들, 바람직하다고는 볼 수 없으나 그 자체가 심각한 정신 병리를 의미하는 것으로는 볼 수 없는 문제들이다. 이러한 경미한 문제들도 효과적인 적응에 걸림돌이 될 수 있음은 틀림없는 사실이지만, 다른 심각한 부적응의 징후가 없이 그 문제만이 단독으로 관찰될 때에는 심각한 정신병리를 의미할 가능성은 적다고 볼 수 있다.

청소년들간에 어느정도의 문제행동은 보편적으로 나타나고 있고 문제행동을 보이는 것 자체가 곧 심각한 심리적 부적응을 의미하는 것으로 해석될 수 없다면 이는 청소년의 이상행동을 진단하는데 상당한 문제를 제기한다. 구체적으로 어떠한 기준을 적용하여 정상범주에 속하는

경우들과 정상범주를 벗어난 심각한 정신병리의 시작을 의미하는 경우들을 구분하여 판단할 것인가?

일반 정상집단과 정신과 진료기관에 내원한 임상집단을 비교하여 분석한 자료들에 의하면 두 집단은 우선 문제행동의 수효와 심각도를 동시에 반영하는 총문제행동수치에서 현저한 차이를 보이고 있다 (Achenbach, 1991; 오경자, 이혜련, 1990). 다시 말해서 일반정상집단의 청소년들도 문제행동을 보이기는 하지만 그 수효나 심각도에서 임상집단과는 차이가 있어서 결과적으로 문제행동의 수효나 심각도는 일반 정상집단과 보다 심각한 부적응을 의미하는 임상집단을 구별하는 기준이 될 수 있다. 예를 들어 “늘 완벽해야 된다”고 믿는 아동의 경우, 완벽주의 성향만이 문제가 되고 그 이외의 문제는 별로 없다면, 성장과 함께 그 문제는 저절로 해소될 가능성이 있다고 할 수 있다. 그러나 동일한 문제가 높은 불안 수준, 우울, 또래관계의 문제 등 다양한 문제들과 함께 나타나는 경우, 이미 그 시점에서 여러 가지 부적응적 측면이 나타나고 있으므로 그대로 두었을 경우 저절로 해결될 가능성보다는 보다 심각한 부적응을 초래할 가능성이 더 높다고 판단할 수 있다. 따라서 여러 가지의 문제들을 함께 보이는 경우에는 보다 신중하게 평가를 해 볼 필요가 있다.

### 3. 청소년기의 주요 심리장애의 유병률

위에 제시된 각 문제행동들은 심리장애의 증상이 될 수는 있으나 그 자체가 바로 심리장애를 의미하는 것은 아니다. 그렇다면 청소년들 중 실제로 정신과적 진단이 내려질 수 있는 심리장애의 유병률은 어느 정도이며 청소년기에 나타나는 심리장애의 유형에는 어떠한 것들이 있는가?

미국을 비롯한 서구의 여러 나라들에서 일반청소년들을 대상으로 실시된 역학연구 결과에 의하면 체계적인 면담결과 정신과적 진단이

제 2 장  
 청소년 이상행동의  
 빈도와 양상

내려지는 비율은 15% - 26% 정도로 보고되고 있다(Rutter et al, 1976; Cohen, Cohen & Brook, 1993; Essler et al, 1990; Costello et al, 1988). 국내의 유사한 연구로 김광일, 원호택, 김이영, 김병정(1983)은 서울시내의 일반고등학교 학생들을 대상으로 적응문제의 빈도를 조사한 결과 31%가 상담교사등 전문가의 도움이 필요한 것으로 판단되었고 23%가 경계선 상태로, 그리고 나머지 46%가 정신적으로 건강한 것으로 평가되어 서구의 자료보다 부적응을 보이는 집단의 비율이 약간 높은 편으로 보고되었다.

<표 1-3> 일반 청소년집단의 심리장애 유병률

연 구	피 험 자	정신장애유병률
Hudgens, 1974	110명 12-19세 비정신과환자	23%
Kysar 등, 1969	77명 무선표집 대학1학년생	22.1%
Leslie, 1974	150명 무선표집 13-14세	17.2%
Masterson, 1967	101명 무선표집 12-18세	20%
Offer & Offer, 1975	73명의 "전형적" 남자고등학생	21%
Rimmer 등, 1978	153명 무선표집 대학2학년생	15.3%
Rutter 등, 1976	200명 무선표집 14-15명	16.3%
Smith 등, 1963	86명 무선표집된 18-20세 대학생	12%

출처: Weiner (1982)

이상과 같은 심리장애의 유병률은 성인을 대상으로 한 조사결과와 비슷한 수준으로, 전체적인 유병율에서는 청소년집단이 성인과 크게 다르지 않음을 알 수 있다. 그러나 청소년기의 발달적 특성이 성인과 다르기 때문에 진단되는 심리장애의 구체적 내용은 상당히 달라질

가능성이 있다. Tasman등(1996)은 청소년기의 심리장애를 자아정체감 문제, 정서장애, 행동장애, 그리고 자아상 및 신체기능장애의 네 가지 영역으로 정리하여 제시하고 있다. 첫째, 자아정체감 정립은 청소년기의 핵심발달과제로 이 문제가 원만히 해결되지 않는 경우는 우울증이나 불안장애 등의 정서장애, 혹은 성인기의 행동장애나 성격장애와 관련될 수 있다. 둘째, 청소년기에 가장 빈번히 관찰되는 정서장애는 우울증으로 남자 청소년보다는 여자 청소년에서 특히 흔히 나타난다. 그밖에 공황장애, 대인불안 그리고 강박장애도 청소년기에 나타나는 불안장애의 유형들이다. 셋째, 행동장애로는 약물남용, 특히 알콜문제와 품행장애가 청소년기에 빈번하게 관찰되는 문제이다. 마지막으로 자아상과 신체기능의 이상의 영역에서는 청소년기에 특히 두드러지는 문제로 최소한의 체중유지도 거부하고 뚱뚱해지는 것에 대하여 극도의 두려움을 보이는 신경성거식증, 폭식과 함께 체중증가를 피하려고 하제, 이뇨제등의 남용과 구토등을 시도하는 신경성폭식증이 나타나며, 자신의 외모의 사소한 문제에 지나치게 집착하는 신체이형장애등을 들 수 있다.

<표 1-4> 청소년기 심리장애의 성별 유병률

문제의 유형	장 애	유병률 추정치	성별비교	
정서장애	기분장애	주요우울장애 양극성장애	5-10% 불명	남<녀 남=녀
	불안장애	공황장애	1% 미만	남<녀
대인불안		1-2%	남<녀	
강박장애		1-2%	남>녀	
행동장애	물질사용장애	알콜 중독	10%이상	남>녀
		약물남용	5-10%	남>녀
Disruptive		품행장애	10%이상	남>녀
		병적 도박	1%미만	남>녀
		발모광(trichotillomania)	1-2%	남<녀
자아상 및 신체기능	섭식	신경성거식증 신경성폭식증	1%미만 2-5%	남<녀 남<녀
	수면	기면증	1%미만	남=녀
신체형장애	신체이형장애	불명	남=녀	

## 4. 청소년기 적응문제의 지속성

청소년기의 이상행동을 진단하는데 고려해야 될 중요한 사안은 특별한 조치가 없이도 성장과 함께 저절로 극복되는 문제들과 지속적으로 문제를 일으킬 가능성이 높은 문제를 구분하는 일이다. 특별한 조치가 없이도 저절로 해결될 수 있는 문제라면 불필요하게 개입함으로써 도리어 자아존중감의 손상을 가져올 수도 있고, 부정적인 낙인을 얻게 되는 결과가 되어 장기적으로는 도리어 역효과를 가져올 수 있으므로 신중히 대처할 필요가 있을 것이다. 반면 그대로 두었을 때 장기적으로 심각한 부적응의 원인이 될 가능성이 높은데도 불구하고 문제의 심각성을 과소평가하여 적절한 치료를 하지 않을 경우 이 또한 심각한 문제가 아닐 수 없다. 따라서 심리적 부적응의 지속성과 가변성의 문제는 이론적으로 뿐만 아니라 실제 임상현장에서 청소년들을 진단하는데 매우 중요한 기준이 된다.

청소년기는 특히 심리적으로 많은 변화가 있고 이에 따라 정서적으로 매우 불안정한 시기로 흔히 알려져 있다. 따라서 청소년기의 부적응 양상은 성장과정의 일부로 나타날 수 있는 일시적인 현상으로, 심각한 정신병리를 의미하는 것으로 볼 수 없다는 견해가 여러 임상가들에 의해 제기되어 왔다(Winnicott, 1971; Shapiro, 1973). 그러나 일반 청소년들을 대상으로 조사된 자료들에 의하면 청소년기의 정서적 부적응은 보편적이라기보다는 예외적인 현상으로 대다수의 청소년들은 이 시기의 발달과제에 잘 대처하고 있음을 시사하고 있다(Offer & Offer, 1975; Weiner & Del Gaudio, 1976). 일반 청소년집단에 대한 심리장애 역학조사에서도 전체의 약 20% 내외가 정신과 진단이 해당되는 것으로 집계되어 다른 연령층에 비하여 크게 벗어나지 않는 수치를 보이고 있다(Rutter et al., 1976; Offer & Offer, 1975).

그리고 몇몇 장기종단연구들은 심리적 적응 수준이 그 이후의 적응 수준을 잘 예측함을 보고하고 있어, 청소년기의 부적응 양상이 일시적인 과도기 현상이라기 보다는 보다 지속적인 적응의 문제로 볼 필요가

있음을 시사하고 있다.

성장기 부적응 양상의 지속성을 조사하기 위하여 실시된 장기종단 연구결과에 의하면 대부분 아동기-초기 청소년기에 진단된 심리장애들은 그 후 수년간 상당한 수준의 지속성을 유지하는 것으로 보고하고 있다. 구체적으로 1차 평가시기에 정신과적 진단을 받은 집단에서 수년 후 다시 평가하였을 때 역시 정신과적 진단을 받게 된 경우는 약 50% 이상으로 보고되어 있다.

심리적 부적응의 지속성의 정도는 문제의 유형에 따라서 달라져서, 10세-11세에 정신과적 진단을 받은 집단 중 4년 후에 다시 정신과적 진단을 받은 경우는 정서장애집단은 46%, 정서장애와 행동장애의 혼합형으로 진단받은 집단은 58%, 그리고 품행장애로 진단받은 집단은 75%로, 정서장애보다는 행동장애가 지속되는 경향이 더 높았다 (Graham & Rutter, 1973).

심리적 부적응은 또한 성별에 따라서도 차이를 보여 전반적으로 남아가 여아보다 부적응의 양상이 지속될 확률이 높은 것으로 드러났다 (Graham & Rutter, 1973). 여아의 경우 11세에 불안 혹은 우울 등의 정서장애로 진단받은 아동들은 4년 후 15세가 되었을 때 정서장애로 진단받을 확률이 일반 아동보다 6.2배나 되었으나, 행동장애의 경우에는 그러한 지속성의 증거가 나타나지 않았다. 반대로 남아의 경우에는 11세 평가에서 품행장애, 반항장애, 주의집중장애 등의 행동장애로 진단된 경우에는 일반 아동보다 청소년기에 행동장애로 진단받을 확률이 4.2배나 되었으나, 정서장애의 경우에는 그러한 지속성은 나타나지 않았다. 반면 아동기에 정서장애로 진단받았던 남아들이 청소년기에는 행동장애로 진단될 확률은 일반 집단의 5.8배나 되어 남아의 경우에는 아동기의 부적응 양상이 그 유형에 관계없이 청소년기에서는 행동장애로 표현될 가능성이 높은 것으로 해석될 수 있다.

임상집단이 아닌 일반 정상청소년을 대상으로 한 장기종단연구의 한 예로서 Vaillant(1978)는 일반대학생 268명을 35년간 추적하여 조사함으로써 청소년기의 심리적 적응양상과 성인이 되었을 때의 적응양상간의 관련성에 대한 매우 귀중한 자료를 제시하였다. 이 연구 자료에서

대학생 본인들이 보고한 자신의 고등학교 시절의 적응수준은 성인이 되었을 때의 적응수준과 유의한 관련이 있음이 발견되어 청소년기의 심리적 부적응은 성인기의 부적응으로 이어질 가능성이 높음을 시사하였다. 또 다른 종단연구의 예로 Bachman, O'Malley와 Johnston(1979)는 청소년기에서 성인기로 가는 전환기에 해당하는 8년간의 변화와 안정성에 대한 자료를 보고하였다. Bachman 등(1979)은 고등학교 1학년 남학생 1628명을 선정하여 이들이 만23세가 될 때까지 추적 조사를 한 결과 청소년기가 정서적으로 불안정한 시기로 흔히 알려져 있는 것과는 달리 태도, 성취목표 그리고 자아개념 등에서 상당한 안정성과 지속성이 발견되었음을 보고하였다. 그리고 위의 두 연구들 이외에도 청소년에서 성인으로 넘어가는 전환기에서의 심리적 적응의 지속성을 조사한 다른 여러 연구들에서도 심리적 적응수준에서의 **안정성과 지속성**이 관찰된 것으로 보아(Offer & Offer, 1975; Grinker & Werble, 1974), 이러한 경향은 보편적인 것으로 받아들여지고 있다.

일반 소위 “정상” 청소년 집단을 대상으로 한 여러 연구들에서 얻어진 안정성과 지속성의 경향은 심리적 부적응을 이미 보이고 있는 청소년들을 대상으로 하는 연구에서도 보고되어 있다. 예를 들어 Masterson(1967)은 청소년 정신과환자들을 5년간 추적 조사한 결과 이들 중 62%가 중등도 내지는 심각한 적응기능의 장애를 보였다고 보고하면서 청소년기의 부적응 증상들을 단순히 일시적인 문제로 간과해서는 안된다고 지적하였다. 또한 Weiner와 Del Gaudio(1976)는 Rochester와 New York에서 2년의 기간 중 정신과 진료소, 병원, 그리고 개인진료 시설 등을 방문한 기록이 있는 12세에서 18세 사이의 청소년 1334명을 10년간 추적 조사한 결과, 일단 한번 진료가 종료된 후 54.2%가 다시 정신과 진료기관을 찾은 것으로 드러났다. 이러한 자료는 일단 청소년기의 심리적 부적응이 정상적인 성장과정에서 일어날 수 있는 일시적인 현상으로 보기는 어렵다는 입장을 뒷받침해 주고 있다. 또한 구체적인 부적응의 양상에서도 지속성이 있어 첫 번 진료 때와 다시 진료기관을 찾았을 때의 진단이 일치하는 비율이 상당히 높았다. 구체적으로 정신분열병 진단의 경우 72.2%의 일치율로, 성인 정신분열병 환자들의

진단일치율 추정치 82.1%(Babigan, Gardner, Miles & Romano, 1965)보다는 낮으나 상당한 수준의 진단의 안정성을 보였다. 보다 경미한 장애인 신경증이나 성격장애 등에 있어서도 성인의 경우 71.3%의 진단일치율이 추정되는데 비하여 이들 청소년집단의 경우 52.7%의 일치율로 정신분열병보다는 낮으나 이 또한 어느 정도의 연속성이 있음을 시사하고 있다.

그 이외에도 여러 연구들이 청소년 정신과 환자들이 성인이 된 후에도 정신병리의 위험성이 높은 것으로 보고하고 있다. 예컨대 정신과에 입원한 경력이 있는 청소년들은 물론 상당수는 기능이 호전되기는 하지만 일반 집단에 비할 때 성인기의 심리적 부적응의 확률이 높은것은 사실이며 청소년기의 적응 수준이 성인이 되었을 때의 적응수준의 좋은 지표로 알려져 있다(Welner, Welner & Fishman, 1979). 근래의 여러 역학 연구에서 수집된 주요 심리장애의 발병연령 자료 또한 심리적 부적응의 지속성을 뒷받침해주고 있다. 정신장애 역학연구에 참여한 미국 내의 18세 이상 성인 20,000명을 대상으로 진단된 장애의 증상이 처음 나타난 연령을 조사한 바에 의하면 상당수가 청소년기 혹은 그 이전의 아동기에 증상이 시작된 것으로 보고하였다(Costello & Angold, 1995). 조사된 주요 심리장애 7가지중 발병연령 중앙치가 10대인 것은 양극성장애(19세), 공포증(13세), 물질의존(18세)의 세 가지였다. 이는 앞서 언급된 종단연구로부터의 자료와는 다른 각도에서 심리장애의 지속성을 뒷받침해주는 강력한 증거가 되고 있다. 앞으로 Dunedin연구, New York 장기종단연구 등이 진행됨에 따라 보다 확실한 증거가 제시되겠으나 지금까지의 종단연구결과 및 앞서 언급된 주요심리장애의 증상출현시기 등에 대한 자료들로 미루어 볼 때 청소년기의 부적응양상이 성인기로 이어질 가능성은 높다고 볼 수 있다.

제 2장  
정소년 이상행동의  
빈도와 양상

<표 1-5> 아동 청소년기 심리장애 유병율과 지속성 조사를 위한 대표적 종단연구

연구장소 및 주요 출처	1차평가지 표집크기	평가 연령 (w1:1차평가 w2:2차평가)	평가 방법	유 병 율	지 속 성 (2차평가지 진단자 중 1차평가 진단자비율)
Isle of Wight 영국 Rutter 등 (1973)	2193	w1 10~11세 w2 14~15세	임상면접 (ICD)	w1 6.8% w2 21.0%	60%
Dunedin New Zealand Anderson 등 (1987)	1661	w1 11세 w2 15세	DISC (DSM)	w1 17.6% w2 19.6%	42%
New York주 미국 Cohen 등(1993)	776	w1 9~18세 w2 11~20세	DISC (DSM)	w1 17.6% w2 15.8%	23%~56%
Manheim 독일 Essler 등(1990)	399	w1 8세 w2 13세	임상면접 (ICD)	w1 16.2% w2 16.2%	51%
London 영국 Richman 등 (1982)	702	w1 3세 w2 8세	임상면접 (ICD)	w1 22.3% w2 25.5%	56%
Pennsylvania주 미국 Costello 등 (1988)	789	w1 7~11세 w2 12~18세	DISC (DSM)	w1 22% w2 26.6%	61%

출처: Costello & Anglod(1995)

주: 1차평가지와 2차평가지의 표집수는 동일하지 않음.

---

## 〈연 습 문 제〉

### 4. 청소년기 적응문제의 지속성

1. 청소년기의 여러 문제행동들이 소위 일반 정상 청소년집단에서도 상당한 빈도로 나타나고 있다. 예컨대, “주의집중문제”는 전체 일반청소년들 72.5%가 스스로 문제가 된다고 답하였다. 이와같이 빈번하게 나타나는 문제의 경우 그 문제만이 단독으로 보고되었을 때, 심각한 부적응을 의미하는 것으로 해석하기는 곤란하다고 할 수 있다. 그렇다면 정상과 이상을 구별하는 기준은 어디에다 두어야 할 것인가?
2. 청소년기의 적응문제가 대부분 성장과 함께 극복이 되는 일시적인 현상이라는 견해와 그중 상당수가 지속적인 부적응문제를 보이게 된다는 견해가 함께 제시되고 있다. 청소년기에 문제가 많았으나 성장과 함께 잘 극복된 사례와 청소년기의 문제가 지속적인 부적응으로 이어진 사례를 각자 하나씩 생각해내서 서로 함께 이야기해보자. 두 가지 사례의 차이점은 무엇일까?
3. 우울 불안 등의 정서문제는 여자청소년들에게 좀 더 빈번하게 나타나고, 비행등의 행동장애는 주로 남자청소년들에게 보다 빈번하게 나타난다. 이와 같은 성차이가 나타나는 이유는 어디에 있는지 생각해보자.
4. 정서문제보다는 비행등의 품행장애가 더 지속적인 문제가 될 가능성이 높다고 보고되고 있는데, 그 원인은 무엇일까?



## 진단과 평가

1. 진단의 유용성과 문제점
2. 청소년 이상행동의 분류체계
3. 이상행동의 평가방법



이상행동을 잘 이해하고 이에 효과적으로 대처하기 위해서는 무엇보다도 이를 정확히 평가하고 진단하는 것이 필요하다. 진단은 관찰되는 이상행동을 기술하고 이에 적절한 조치를 취하기 위하여 분류하는 작업이라고 정의한다면 평가는 이와 같은 진단작업을 위하여 정보를 수집하고 현상을 평가하는 과정이라고 할 수 있다.

학문의 발전을 위해서는 현상을 정확하게 분류하는 작업이 필수적이다. 식물학, 동물학 등 자연과학의 여러 분야, 그리고 사회과학에서도 분류는 가장 기본적인 과정으로 간혹 그 타당성에 대한 논란이 벌어지는 경우는 있지만 대체로 큰 문제는 없이 진행된다. 그러나 사람이 분류의 대상이 되는 경우에는 여러 사람들이 경각심을 갖게 된다. 특히 이상행동을 분류의 기준으로 할 때에는 그 이점과 문제점은 열띤 논쟁의 초점이 되어 왔다.

이 장에서는 심리적 부적응 증상을 보이는 사람들을 분류 진단하는데 대해 제기되는 문제점과 그 유용성에 대하여 알아보고, 현재 사용되고 있는 이상행동의 진단분류체계들을 살펴보고자 한다. 그리고 보다 신뢰로운 진단을 위한 정보를 수집하는 여러 가지 평가방법들을 살펴보고자 한다.

## 1. 진단의 유용성과 문제점

적응문제로 인하여 정신의료기관이나 기타 전문기관을 찾게 되면 처음 거치게 되는 과정이 진단이다. 우리가 몸에 이상이 있어 전문의료기관을 찾았을 때 진단을 받는 것은 당연한 절차로 대부분의 사람들이 효과적인 치료를 위하여 반드시 필요한 것으로 쉽게 받아들인다. 그러나 심리적 적응에서의 문제에 대하여서는 진단에 대한 상당한 거부감을 표시하는 사람들이 상당히 많고 이에 따라 그 필요성 혹은 유용성에 대하여 의문이 제기되어 왔다.

인본주의 심리학의 주요 인물이며, 내담자중심 심리치료방법의 창시자

인 Carl Rogers는 부적응을 다루는데 있어서 진단은 도움이 되기보다는 도리어 부정적인 영향을 미칠수 있다고 주장하면서 진단의 유용성에 의문을 제기하였다. Rogers가 제기한 문제점은 진단의 과정 자체가 전문가에게 초점을 두기 때문에 환자 혹은 내담자들은 필연적으로 현재 문제가 되고 있는 상황을 이해하고 이를 극복하는 책임이 자신에게 있다고 보기보다는 치료자에게 있는 것으로 생각하게 되기 쉽다는 것이다 (Rogers, 1951). 또한 진단은 사람들을 특정 기준에 맞추어 분류하는 것이므로 개인의 독특성을 부인하고 타인에게 판단을 내리게 된다는 점에서 인본주의 가치관과 상치된다. 이러한 관점에서는 이상행동의 진단은 치료자의 필요성에 의해서 사람을 기계적으로 인위적인 분류체계에 억지로 맞추는 과정에 불과하므로 의미가 없다고 본다.

이상행동의 진단에 대한 부정적 견해는 상당부분 진단의 **부정적 낙인효과**에 대한 우려에 토대를 두고 있다. 즉 심리장애의 진단을 받게 되면 그 사람을 다른 사람들과 다르게 취급하게 되고 그 사람을 부정적 선입관을 가지고 대하게 되어 행동을 더욱 부정적으로 해석하게 되는 등 진단을 하지 않은 경우보다 문제를 악화시키는 결과를 가져올 가능성이 있다는 것이다. 또한 심리장애의 진단을 받았다는 사실이 알려지게 되는 경우 취업이나 진학에서 불이익을 받거나 혹은 그 사람의 기본인권이 침해될 수 있다는 가능성을 우려하는 사람들도 있다.

진단이 위에서 언급된 여러 가지 부작용의 가능성이 있는 것은 사실이다. 그러나 진단은 문제를 정확히 파악하여 가장 적절한 치료방안을 찾는 데 도움이 되는 것 또한 틀림없는 사실이다. 즉 어떠한 문제에는 어떠한 치료방안이 가장 효과적이라는 여러 사람들의 누적된 임상경험을 체계화 한 것이 **진단분류체계**라고 할 때, 이를 사용하여 문제를 진단함으로써 그 풍부한 자료들을 활용할 수 있게 되는 것이다. 다만 진단을 통하여 이와 같은 도움을 받기 위해서는 타당하고 신뢰로운 진단을 할 수 있어야 할 것이다. 그동안 심리장애의 진단을 위한 분류체계가 많은 발전을 하였고 진단을 위한 정보수집의 방법 또한 정교화되어 진단의 신뢰도가 많이 향상되었으나 아직까지 미진한 부분이 많이 남아 있어 심리장애의 진단을 내릴 때에는 신중을 기할 필요가 있다.

특히 성장기의 아동이나 청소년들의 적응문제를 진단할 때에는 이들의 성격이나 행동방식이 아직 형성되어가는 과정이라는 점을 감안하여 단정적인 진단을 내리는 것은 특히 신중을 기하여야 할 것이다. 또한 또래나 주위의 사람들의 부정적인 선입견으로부터 이들을 보호하기 위하여 가능한한 진단이 주위에 알려지지 않도록 배려할 필요가 있을 것이다.

## 2. 청소년 이상행동의 진단분류체계

이상행동의 진단이 부정적 낙인의 가능성 등 여러 가지 문제점이 있음에도 불구하고 그 필요성이 인정되는 것은 진단을 통하여 문제를 정확히 이해하고 적절한 치료를 계획하는데 도움을 받을 수 있다고 믿기 때문이다. 이와 같은 진단의 유용성은 진단분류체계의 신뢰성과 타당성에 달려 있으므로 이상행동의 신뢰롭고 타당한 분류를 가능하게 해주는 진단분류체계는 매우 중요한 문제가 된다.

이상행동의 진단은 단순히 증상에 따라서 특정진단명을 부여하는 작업에 국한되는 것이 아니라 문제를 보이는 사람의 종합적인 이해를 가능하게 해 주는 틀을 제시할 수 있어야 한다. 따라서 진단과정에서는 문제가 되는 증상의 내용을 확인하는 것 뿐 아니라 그 문제가 생기게 된 배경, 그리고 그 사람의 전반적인 성격이나 적응상태가 함께 평가되어야 한다. 예컨대 문제가 심각해지는 계기가 된 최근의 경험, 성장배경, 가정환경, 가족 및 친구와의 관계, 현재의 문제 이외에 다른 적응상의 문제는 없는지, 그리고 그 사람이 문제를 극복하는데 도움이 될 수 있는 능력이나 자산 등은 문제를 이해하고 적절한 치료계획을 세우는데 매우 중요하므로 진단과정에서 함께 평가되어야 할 것이다.

### 2.1 임상적 접근의 진단분류체계

현재까지 이상행동의 분류체계는 주로 정신과 의사, 심리학자 등 정신

건강관련 전문가들이 다양한 문제들을 호소하는 환자들의 행동이나 증상들을 관찰한 결과를 토대로 유사한 양상을 보이는 문제들을 장애로 묶는 방식으로 구성되었다. 미국정신의학회에서 발간하는 **정신장애진단통계편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM)**은 이러한 임상적 방법으로 구성된 진단분류체계의 대표적인 예로 1952년에 초판이 발간된 이래 지금까지 4번 개정되어 현재는 제 4판 (DSM-IV)이 전 세계적으로 사용되고 있다(American Psychiatric Association, 1952, 1968, 1980, 1987, 1994).

DSM 체계에서는 초기에는 아동 및 청소년기의 정신장애에 대한 관심이 상대적으로 부족하여 초기의 진단분류체계에서는 성인과 특별히 구별하기보다는 대부분 성인들을 진단하기 위한 진단범주들을 아동 청소년들에게도 적용하도록 되어 있었다. 그러나 점차 발달단계에 따라 심리적 부적응이 표현되는 양상이 달라질 수 있음이 강조되기 시작하면서 아동 청소년기의 정신장애들을 진단하기 위한 진단범주들이 별도로 제시되기 시작하여 1980년에 출판된 제 3판인 DSM-III 부터는 아동 청소년기에 처음 나타나는 정신장애들을 별도로 제시하고 있으며 가장 최근에 출판된 제 4판에서는 40개를 넘는 진단범주가 아동 청소년기 부분에 포함되어 있다.

## 2.2 통계적 분석에 의하여 도출된 진단체계

전문가의 임상적 경험에 의하여 구성된 DSM 등의 진단분류체계에 대한 대안으로서 문제행동이나 부적응의 증상의 관찰자료 혹은 평정자료를 체계적으로 수집하여 이를 요인분석 등의 방법을 활용하여 통계적으로 분석하여 밝혀낸 양상의 유형을 토대로 문제행동을 진단 분류하는 방안들이 제시되었다. 이는 소수의 전문가들의 임상적 인상이나 혹은 기억에 의존하는 것보다는 보다 많은 사람들의 관찰 혹은 평가에 의하여 부적응 행동의 양상을 분류하는 것이 바람직하리라는 가정에 토대를 두고 있다. 이러한 통계적 분석에 의하여 진단분류체계를

마련하려는 시도는 성인의 경우보다 아동 청소년들의 적응문제에 대하여 보다 활발하게 시도되었다.

이러한 시도의 대표적인 예로 Achenbach와 Edelbrock(1983)은 일련의 연구들을 통하여 아동 청소년들의 문제행동의 분류체계를 만들고자 하였다. 구체적으로 Achenbach는 부모로 하여금 자녀들이 보이는 여러 가지 문제행동의 관찰여부와 정도를 CBCL (Child Behavior Checklist)를 통하여 평정하게 한 후 그 자료를 요인분석하여 각 연령 단계에 따른 증후군 척도를 구성하였다. 국내에서 적응문제로 인하여 정신과에 내원한 남녀 청소년들의 CBCL 자료를 요인분석하여 얻어진 증후군 척도들은 아래와 같다.

<표1-6> 한국과 미국의 청소년 문제행동증후군 척도

미국청소년		한국청소년	
남 아	여 아	남 아	여 아
Somatic Complaints	Anxious-Obsessive	정신증	신체증상
Schizoid	Somatic Complaints	불안	정신증
Uncommunicative	Schizoid	신체증상	불안
Immature	Depressive-Withdrawal	사회적 위축	사회적 위축
Hostile-Withdrawal	Immature-Hyperactive	우울	우울
Delinquent	Delinquent	정신분열성	비행
Aggressive	Aggressive	미성숙	호전적
Hyperactive	Cruel	공격성	공격성
		비행	반항
		과잉활동	비만

출처 : Achenbach(1983)  
오경자 이해련 (1991)

Achenbach 등(1983)은 위와 같은 증후군 요인들을 재차 요인분석한 결과, 여러 가지 요인들이 **과소통제(undercontrolled)**와 **과잉통제(overcontrolled)**의 두 개의 상위요인으로 묶일 수 있다고 하였다. 이 두 요인은 그 동안의 여러 연구에서 일관성 있게 얻어진 요인들로 (Achenbach, 1978; Quay, 1979), 과소통제 요인은 일반적으로 “행동장애”라고 불리우는 문제로, 과잉통제 요인은 “정서장애”라고 불리우는 문제

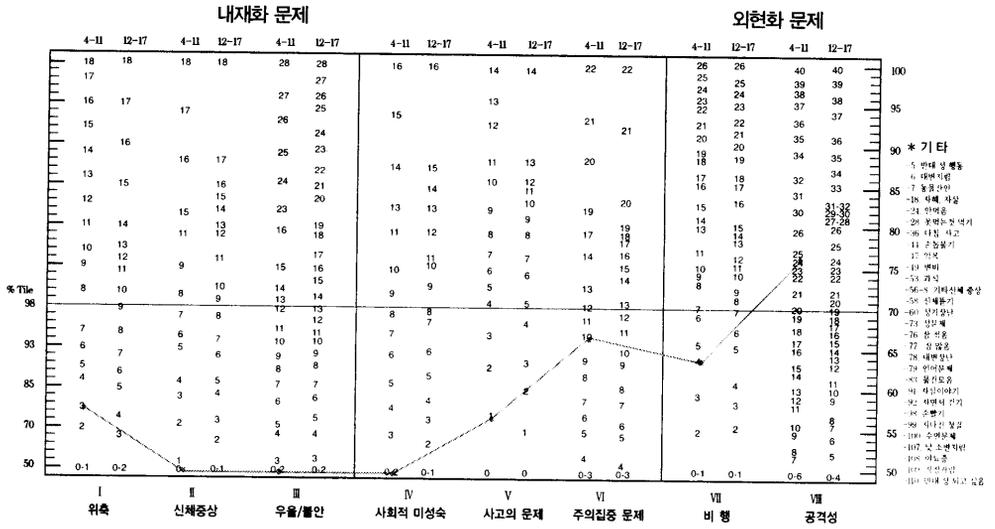
제3장  
진단과 평가

들과 유사한 성격으로 해석될 수 있다.

통계적 방법에 의하여 구성된 이상행동의 분류체계는 임상현장에서 실제적으로 환자들을 진단하는데 사용되기보다는 환자들의 증상을 보다 체계적으로 기술하는데 많이 활용되고 있으며 임상연구에서 널리 활용되고 있다. DSM진단체계에서는 증상에 따라 어느 특정진단명을 부여받게 되는데 비하여 Achenbach등(1983)이 제시한 통계적 방법에 의한 진단분류체계에서는 이상행동의 다양한 측면에서의 정도를 표준화 기준을 이용하여 제시함으로써 각각의 성향을 서로 비교하여 판단할 수 있게끔 되어 있다.

따라서 임상적 방법에 의한 진단분류체계와 통계적 방법에 의한 진단분류체계는 서로 대치되는 개념이라기보다는 상호보완적으로 사용될 수 있을 것이다.

<그림 1-1> CBCL 행동평가척도를 통해 평가된 profile



### 3. 이상행동의 평가방법

### 3. 이상행동의 평가방법

이상행동의 평가는 여러 측면에서 정보를 수집하고 이를 통합하는 종합적인 과정이 된다. 진단은 이러한 평가의 과정을 통하여 수집된 자료를 토대로 내려지는 것이므로 진단의 신뢰성과 타당성은 평가의 신뢰성과 타당성과 밀접한 관계가 있다.

적응의 문제를 지닌 청소년이 전문인의 평가를 받게 될 즈음에는 대부분의 경우 이미 문제가 여러 영역에서 보이게 된다. 이러한 문제를 정확히 이해하기 위해서는 다양한 평가방법을 통한 보다 포괄적이고 종합적인 평가가 필요하게 된다. 일반적으로 이상행동의 평가는 면담, 행동관찰, 그리고 심리검사의 방법을 통하여 이루어진다. 이 세가지 평가방법은 서로 다른 특성을 가지고 있어 상호보완적인 성격을 지닌다. 따라서 정확한 진단을 위해서는 가능한한 여러 평가방법을 사용하는 것이 바람직하다.

#### 3.1 면담

면담은 이상행동의 평가에서 가장 보편적으로 쓰이는 방법이다. 면담은 그 목적에 따라 부응적인 행동과 사고의 변화를 위한 **치료적 면담**과 문제의 평가를 위한 **평가면담**의 두 가지로 나누어 생각할 수 있다. 평가면담의 주요 목적은 문제의 정확한 파악을 토대로 치료전략을 세우는 것이므로 이에 필요한 정보를 충분히 얻을 수 있도록 하는 것이 중요하다. 구체적으로 면담을 통하여 어떠한 내용의 정보를 얻려고 하는가는 이론적 입장에 따라서 달라지게 되지만 일반적으로 현재 문제가 되고 있는 증상의 내용과 정도, 가정환경, 가족사항, 발달력, 학교생활에의 적응, 친구와의 관계, 가족간의 관계등 전반적인 적응상태 등을 전반적으로 파악하게 된다. 평가면담에서 주로 관심을 갖고 파악해야 되는 문제들을 간략히 요약하면 아래와 같다.

- 1) 내담자의 인적사항 및 전문기관에 도움을 청하게 된 경위

---

제3장  
진단과 평가

- 2) 현재 내담자의 사고내용 및 감정상태
- 3) 가정환경 성장배경 및 발달력
- 4) 내담자의 현재 심리상태 (사고능력, 언어표현, 판단력, 협조적 태도, 대인관계기술 등)
- 5) 내담자의 취약성과 강점

구체적으로 <표 I-7>에 제시되어 있는 바와 같은 정보들은 이상행동을 진단하는데 중요하므로 면담을 통해서 가능한한 정확하게 파악해 보도록 해야한다.

<표 I-7> 진단에 사용되는 행동관찰 및 증상의 주요유형

---

불안수준(주관적 경험)  
행동  
인지기능(주의집중력, 기억력)  
식사행동(과식, 식욕감소)  
에너지 수준  
기분(우울감, 조증)  
운동 및 활동수준(과잉활동, 무기력, 초조)  
직업(학업)적응, 사회기능  
지각기능의 이상  
외모, 차림새  
성격특징  
신체증상  
수면(불면, 과다수면)  
언어표현양식  
사고의 내용

---

면담을 통한 정보의 파악은 주로 내담자가 스스로 말로 표현하거나 혹은 면접자의 질문에 대한 답을 통해서 얻게 되지만 내담자의 행동이나 목소리, 태도, 외모나 차림새 등을 관찰함으로써 많은 정보를 얻을 수 있다. 경우에 따라서는 내담자가 말하는 내용에는 실제와는 다른 왜곡된 정보가 많이 섞여 있을 수 있으므로 이를 액면 그대로 받아들이기

보다는 그밖의 다양한 정보도 함께 고려하여 판단을 할 필요가 있다.

면담은 청소년 본인과 이루어질 수도 있고 부모 혹은 가까운 가족을 대상으로 할 수도 있다. 청소년은 어린 아동들과는 달리 자신의 문제에 대하여 자각하고 있는 경우가 많고 이를 언어적으로 전달할 수 있는 능력도 있으므로 본인의 생각이나 상태에 대하여서는 비교적 신뢰로운 정보를 제공할 수 있다. 그러나 청소년들이 면접자를 부모의 입장과 더 가깝다고 판단할 경우 매우 비협조적인 태도를 취할 수도 있으므로 이들의 신뢰감을 얻도록 노력하는 것이 필요하다.

청소년들의 문제는 대부분 가족과 분리해서 생각할 수 없는 경우가 대다수이므로 부모를 비롯한 가족의 견해를 듣는 것이 도움이 된다. 특히 부모와의 면담은 문제의 시작과 진행되어온 과정에 대하여 상세한 정보를 얻을 수 있을 뿐 아니라 현재의 상태 등에 대하여서도 본인과는 다른 관점에서 관찰된 정보를 제공할 수 있으므로 매우 중요한 부분이 된다. 또한 부모는 본인이 의식하지 못하거나 혹은 인정하고 싶어하지 않는 여러 가지 문제를 알려줄 수 있으므로 부모와의 면담은 가능한 한 평가에 포함되도록 하는 것이 좋다.

### 3.2 심리검사

진단과정에서 면담과 함께 중요한 역할을 하는 것은 심리검사이다. 심리검사는 기본적으로 면담보다 구조화된 자료수집 방법으로, 동일한 내용의 과제를 여러 사람에게 실시하여 그 결과를 많은 사람들의 수행 결과에 토대를 둔 표준화 기준에 비교하여 해석할 수 있으므로 면담방법을 보완할 수 있는 평가방법이다.

면담에서는 내담자가 자유롭게 자신의 경험을 말로 표현하는 것이 허용되는데 비하여 심리검사에서는 정해진 방식에 따라 자신을 표현하도록 되어 있다. 이와 같이 심리검사에서는 내담자의 반응을 담아내는 틀이 표준화되어 있기 때문에 그 결과에서의 개인차이를 해석하는 것이 용이해진다는 이점이 있다. 또한 사지선다형 객관식 시험이 논술식

시험보다 채점결과를 수량화하기 쉽듯이 면담에서 자유롭게 질문하고 대답한 반응보다는 표준화된 심리검사의 결과를 수량화하여 비교하기가 쉽다. 따라서 심리검사는 보다 자유로운 상황에서 관찰된 행동이나 면담의 결과를 보완해주는 중요한 정보로 활용될 수 있다.

심리검사는 주로 인지기능과 성격기능의 두 가지 영역을 평가하게 된다.

### 3.2.1 인지기능의 평가

인지기능의 평가는 적응의 문제가 어떠한 영역의 것이든 간에 문제를 보이는 청소년을 종합적으로 이해하고 적절한 대처방안을 마련하는데 매우 중요한 정보를 제공한다. 동일한 문제를 보이는 경우라도 지능의 수준에 따라 효과적인 치료방법이 달라질 수가 있고 예후 또한 달라질 수 있다. 인지기능의 평가는 일반적인 지적 잠재력을 측정하는 지능검사와 특정영역에서의 능력을 측정하는 적성검사, 그리고 학업성취도를 평가하는 검사로 나누어 생각할 수 있다. 그중 이상행동을 평가하는데 가장 널리 사용되고 있는 검사는 지능검사이다.

지능검사는 집단으로 실시하는 **집단지능검사**와 **개인지능검사**가 다양하게 개발되어 사용되고 있다. 집단지능검사는 다수를 동시에 평가할 수 있다는 점에서 매우 경제적인 평가방법이나 그 신뢰성이나 타당성에서 개인지능검사에 비하여 떨어진다. 개인지능검사로 국내에서 가장 많이 쓰이고 있는 것은 **Wechsler 개인지능검사**(Wechsler, 1955)로 국내에서는 16세 미만에는 **KEDI-WISC**(한국교육개발원, 1987)로, 그 이후는 성인용 지능검사인 **K-WAIS**(임상심리학회, 1992)를 사용하여 지능을 평가하게 된다. 그밖에 최근에는 **K-ABC**(Kaufman & Kaufman, 1983) 등 정보처리이론에 토대를 둔 새로운 지능검사들이 개발되고 있다.

인지기능의 평가가 진단에 직접적으로 반영되는 것은 정신지체이다. 즉 표준화된 지능지수가 70미만일 경우 정신지체의 진단이 내려진다. 그러나 그 이외의 문제에서도 지능의 수준에 따라 환경에 효율적

### 3. 이상행동의 평가방법

으로 대응할 수 있는 정도가 달라지기 때문에 전반적인 인지평가는 진단에 필요한 정보가 된다. 근래에 개발된 여러 지능검사들은 전체적인 지능의 수준 뿐 아니라 각 영역별로 지적 잠재력의 평가를 함으로써 영역간 지적능력의 비교가 가능하도록 구성되어 있다. 예컨대, Wechsler지능검사는 언어영역에서의 지적 잠재력을 평가하는 언어성 지능지수와 언어가 개입되지 않는 지적과제에서의 능력을 평가하는 동작성 지능지수를 별도로 산출할 수 있도록 구성되어 있다.

지능검사를 통한 지능의 평가에서 논란의 대상이 되는 것은 과연 지능지수가 어떠한 의미로 해석될 수 있는가 하는 문제이다. 흔히 사람들은 지능지수가 변하지 않는 선천적으로 타고난 개인의 지적 잠재력을 말해주는 것으로 받아들이는 경향이 있지만, 실제로 지능지수는 전적으로 선천적 능력에 의해서 결정된다기보다는 성장과정에서의 경험에 따라 상당히 달라질 수 있다. 특히 성장과정에 있는 청소년들의 경우 지능지수는 상당한 가변성이 있게 되므로 이들의 지능수준을 고정된 것으로 간주해서는 안될 것이다.

환 산 점 수 산 출 표													
환 산 점 수	원 점 수											환 산 점 수	
	언어성검사						동작성검사						
	기본지식문제	숫자의유기	어휘문제	산수문제	이해문제	공통성문제	빠진곳찾기	차례맞추기	토막짜기	모양맞추기	바꿔쓰기		
19	-	28	68-70	23	32	26-28	-	-	-	41	-	19	
18	-	27	65-67	22	30-31	25	20	-	51	40	-	18	
17	-	-	61-64	21	29	24	-	-	49-50	39	93	17	
16	29	26	56-60	20	27-28	23	19	20	48	38	88-92	16	
15	28	24-25	53-55	18-19	26	22	-	19	46-47	36-37	81-87	15	
14	27	22-23	50-52	17	24-25	21	18	18	44-45	35	76-80	14	
13	25-26	20-21	46-49	15-16	22-23	19-20	17	17	40-43	34	71-75	13	
12	23-24	18-19	42-45	14	21	17-18	16	16	37-39	32-33	66-70	12	
11	19-22	16-17	37-41	12-13	18-20	16	15	14-15	32-36	30-31	60-65	11	
10	15-18	14-15	31-36	11	16-17	13-15	14	12-13	27-31	26-29	53-59	10	
9	11-14	12-13	25-30	9-10	13-15	11-12	11-13	9-11	22-26	23-25	43-52	9	
8	8-10	10-11	18-24	8	10-12	9-10	9-10	7-9	17-21	19-22	33-42	8	
7	6-7	8-9	13-17	7	8-9	7-8	6-8	4-6	12-16	14-18	26-32	7	
6	4-5	7	10-12	6	6-7	5-6	4-5	3	7-11	10-13	18-25	6	
5	2-3	5-6	6-9	5	5	2-4	2-3	2-6	7-9	13-17	5	5	
4	1	4	4-5	4	4	1	1	1	5-6	8-12	4	4	
3	0	2-3	3	3	3	0	0	0	0	4	5-7	3	3
2	-	0-1	2	1-2	2	-	-	-	-	1-3	1-4	2	2
1	-	-	0-1	0	0-1	-	-	-	-	0	0	1	1

(언어성검사)	원점수	환산점수
기본지식문제	16	10
숫자의유기	19	12
어휘문제	38	11
산수문제	10	9
이해문제	23	13
공통성문제	17	12
언어성 환산점수의 합계		67
(동작성검사)		
빠진곳찾기	9	8
차례맞추기	2	5
토막짜기	44	14
모양맞추기	37	15
바꿔쓰기	48	9
동작성 환산점수의 합계		51
환산점수		10
언어성검사	67	98
동작성검사	51	88
전체 검사	118	94

<그림 1-2> Wechsler 지능검사의 profile 예

### 3.2.2 성격기능의 평가

성격을 객관적으로 평가하는 여러 가지 심리검사들은 이상행동의 진단에서도 유용하게 쓰일 수 있다. 성격검사는 그 구체적 내용에 따라 1)본인이 스스로 자신의 성격특징에 대하여 그 해당여부를 답하도록 하는 자기보고식 성격검사, 2)본인이나 혹은 가족, 교사, 친구 등 그 사람을 잘 아는 주위의 사람들로 하여금 행동특징이나 성향에 대하여 평정하도록 하는 평정척도, 그리고 3)투사법 성격검사 등으로 나눌 수 있다.

자기보고식 성격검사는 가장 손쉽게 사용할 수 있는 성격평가방법으로 **다면적 인성검사(MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory)**가 그 대표적인 예이다. MMPI는 원래 여러 가지 심리장애 집단을 변별진단하기 위한 도구로 개발된 심리검사로 우울증, 편집증 등을 포함한 10개의 임상척도를 통하여 여러 가지 정신병리 및 성격성향을 측정할 수 있도록 구성되어 있다. 국내에서도 MMPI가 번역과 표준화과정을 거쳐서 널리 사용되고 있다(김영환, 김재환, 김종술, 노명래, 염태호, 오상우, 1989).

<표 1-8> MMPI의 10개 임상척도의 내용

- 건강염려증(Hypochondriasis: Hs)
- 우울(Depression: D)
- 히스테리(Hysteria: Hy)
- 반사회성(Psychopathic Deviate: Pd)
- 남성특성-여성특성(Masculinity-Femininity: Mf)
- 편집증(Paranoia: Pa)
- 강박증(Psychosathenia: Pt)
- 정신분열증(Schizophrenia: Sc)
- 경조증(Hypomania: Ma)
- 내향성(Social Introversion: Si)

성격을 평가하는데 가장 널리 활용되는 방법 중 하나가 평정척도이다. 평정척도에서는 평가하고자 하는 성격특성이나 행동을 제시하고

그 정도를 표시하도록 한다. 예를 들어, “수줍어하는 편입니까?”라는 질문에 “전혀 아니다”에서부터 “매우”까지의 다양한 정도를 포함하는 평정척도에 표시를 하도록 하는 것이다. 평정척도는 본인 이외에 가족, 친구 등을 대상으로 정보를 얻는 데도 쉽게 사용될 수 있다. Achenbach와 Edelbrock(1983)이 개발한 Child Behavior Checklist를 한국판으로 번안한 K-CBCL(오경자, 이혜련, 홍강의, 하은혜, 1997)은 부모로 하여금 자녀의 행동을 평가하도록 한 평정척도의 예이다.

<표 1-9> 우울증 평정척도 CES-D에 포함된 문항의 예

	전혀 없었다	한두번 있었다	많이 있었다	매일 있었다
1. 평상시에는 아무렇지도 않던 일들을 가지고도 귀찮게 느껴진다.	1.....	2.....	3.....	4.....
5. 내가 하고자 하는 일에 마음을 집중시키기가 어려웠다.	1.....	2.....	3.....	4.....
7. 내가 하고자 하는 일 모두가 어렵게 느껴졌다.	1.....	2.....	3.....	4.....
9. 내 인생은 실패였다고 생각한다.	1.....	2.....	3.....	4.....
19. 주위사람들이 나를 싫어한다는 생각이 들었다	1.....	2.....	3.....	4.....

출처: CES-D(Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale)  
(Radloff, 1977;신승철, 김만권, 윤관수, 김진학, 이명선, 문수재, 이민선, 유계준, 1991)

투사법 성격검사는 성격평가방법 중에서 가장 전문성이 많이 요구되는 방법이다. 앞서 언급된 자기보고식 성격검사나 평정척도에서는 명확히 기술된 행동이나 성격특성에 대하여 “네”, “아니오”의 두 가지 중 택하거나 혹은 성향의 정도를 표시하도록 되어 있으므로 보다 자유로운 반응이 제한될 수 밖에 없다. 또한 반응하는 사람이 의식하고 있는 내용 이상의 것을 얻어낼 수 없으며 본인이 의도적으로 숨기려고 하거나 왜곡하려고 할 경우 이를 밝혀낼 도리가 없다는 한계점이 있다. 투사법 성격검사에서는 애매모호한 자극을 제시하고 이에 대하여 반응하

제3장  
진단과 평가

도록 한 후 그 반응을 분석하므로써 그 사람의 성격을 보다 깊이 있게 그리고 포괄적으로 평가할 수 있으리라고 가정한다. 아울러 그 검사가 의미하는 바를 일반 사람들은 쉽게 알기 어려우므로 의도적으로 검사의 결과를 왜곡하기가 쉽지 않다는 장점이 있다. 투사법 성격검사의 대표적인 예로는 잉크반점에 대하여 자유연상을 유도한 후 이를 분석하는 Rorschach 잉크반점검사(Rorschach, 1942)와 여러 가지 상황에 처해 있는 인물들이 그려져 있는 그림을 제시하고 각각의 상황에 대한 이야기를 하도록 하는 TAT 주제통각검사(Murray, 1943)등이 있다.





<그림 1-4> TAT 검사에서 사용되는 그림의 예

Rorschach 잉크반점검사와 TAT주제통각검사의 두 가지 예 이외에 투사법을 사용하여 성격을 평가하는 방법에는 사람, 가족, 집, 나무 등을 자유롭게 그리도록 하여 그 사람의 자아상, 가족에 대한 느낌등을 알아보는 방법, 문장의 시작을 제시한 후 이에 이어서 문장을 끝내게 하는 말을 쓰도록 하는 문장완성검사 등이 있다.

<표 1-10> 문장완성검사에서 사용되는 문항의 예

내가 가장 행복한 때는 _____
내가 가장 좋아하는 사람은 _____
나를 가장 화나게 하는 것은 _____
내가 만일 먼 외딴 곳에 혼자 살게 된다면 _____ 와 같이 살고 싶다.

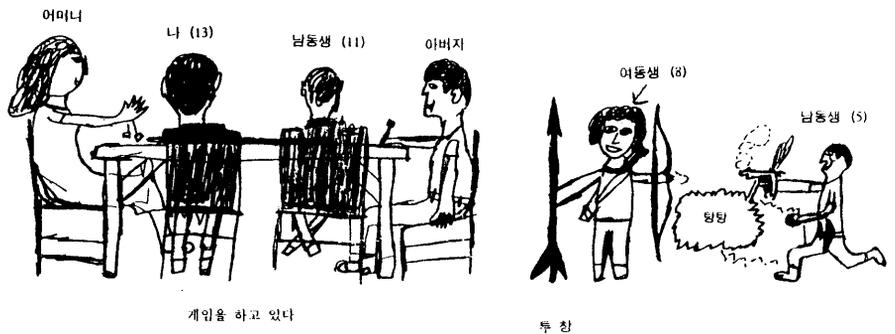
제3장  
진단과 평가

투사법검사는 그 검사자극 자체가 비교적 새롭고 흥미를 유발할 수 있으므로 잘 활용하면 성격의 깊은 측면을 엿볼 수 있는 좋은 자료를 얻을 수 있다. 특히 검사자에게 자신의 마음을 쉽게 열지 않거나 혹은 위장을 하려고 하는 경우, 투사법검사가 유용하게 사용될 수 있다. 그러나 검사에서 얻은 반응을 해석하는데 객관적인 준거가 충분히 체계화 되어 있지 않은 경우도 있으므로 투사법성격검사를 잘 활용하기 위해서는 검사자의 풍부한 임상경험이 필요하다.

3.2.3 행동평가

행동의 관찰은 면담이나 심리검사 등 다른 방법으로 얻은 정보를 확인하고 또한 다른 방법에서는 나타나지 않았던 측면을 알아볼 수 있는 중요한 평가방법이다. 행동의 평가는 행동수정을 전제로 하고 이를 위한 정보를 수집하기 위하여 진행되는 경우가 많다. 그러한 경우 다음과 같은 사항들이 포함되어야 한다.

- 1) 문제가 되고 있는 행동이 구체적으로 무엇이며 그 빈도는 어느 정도인가?
- 2) 누가 문제행동과 관련되는 사람들인가(예, 배우자, 부모 등)?
- 3) 어떤 상황에서 주로 문제행동이 나타나는가?



<그림 1-5> 그림검사의 한 예

출처: 장연집 (1994)

- 4) 문제행동이 유지되는데 기여하는 강화요인은 무엇인가?
- 5) 문제가 형성되는 과정은 어떠한가?
- 6) 내담자의 강점과 취약점은 무엇인가?
- 7) 문제행동과 관련이 있는 상황은 얼마나 수정이 가능하며, 가능한 수정방법은 무엇인가?

예를 들어, 자주 싸우고 다투는 행동이 문제로 제기되었다고 할 때, 구체적으로 그 대상이 누구이고, 주로 어떤 상황에서 문제가 발생하며 (가정, 학교, 어머니와 함께 있을 때 등), 문제가 발생하였을 때, 주위의 사람들이 어떻게 반응하는가 등 문제발생을 중심으로 다양한 정보를 함께 관찰하였을 때, 그 문제행동을 정확히 이해하여 이를 수정할 수 있는 방안을 강구할 수 있게 된다.

### 〈연 습 문 제〉

1. 이상행동을 진단함으로써 인하여 여러 가지 부정적 영향이 있을 수 있다. 반면 진단을 함으로써 얻을 수 있는 여러 가지 잇점도 있다. 이상행동진단의 장단점을 비교해 보자.
2. 이상행동 진단에서 비롯될 수 있는 부정적 영향을 최소화할 수 있는 방안들을 생각해 보자.
3. 부모와 청소년을 각각 면담한 결과 문제에 대하여 서로 아주 다른 시각을 가지고 있는 것이 발견되기도 한다. 그러한 경우 어느 쪽의 견해에 더 비중을 두는 것이 좋다고 생각하는가?



## 제 Ⅱ 부

# 청소년기 이상행동의 이해

제II부는 청소년기 특유의 이상행동을 이해하는 데 도움을 주기 위해 청소년 이상행동을 세 가지로 분류하여 소개하였다. 우선 제 4 장에서는 아동기 문제의 연장으로서 청소년기에 보일 수 있는 문제들의 대표적인 것으로 정신지체, 자폐장애, 의사소통 장애, 특수 학습장애, 주의력 결핍 과잉 운동장애를 살펴보았다. 두 번째로 제 5 장에서는 청소년기에 특유하게 발생하는 대표적인 문제들인 청소년의 정체성 문제, 정서 이상 문제, 행동장애, 신체 기능관련 이상 등에 대하여 논의하였다. 마지막으로 제 6 장에서는 성인기 문제의 조짐으로 나타나는 청소년 이상행동으로서 성격장애, 주요 정신질환, 약물관련 장애에 대하여 살펴 보았다.

# 아동기 문제의 연장으로서 청소년기에 보일 수 있는 문제들

1. 정신 지체
2. 자폐 장애
3. 의사소통 장애
4. 특수 학습장애
5. 주의력 결핍 과잉운동 장애



본 장에서는 아동기에만 일시적으로 보이는 문제가 아니라 청소년기나 성인기까지 지속될 수 있는 제반 아동기 발달 장애에 대해 고찰하고자 한다. 그러한 아동기 발달 장애들이 연령의 증가에 따른 어떠한 발달적 경과를 보이며, 특히 각 발달단계에서 요구되는 발달과제를 성취하는데 어떠한 어려움을 초래할 수 있는지를 살펴봄으로써, 이와 같은 문제를 가진 청소년들에 대한 이해를 넓히고, 이후 발생할 수 있는 문제를 예방하기 위한 적절한 치료적 개입을 제공하는데 도움이 되자 하는 것이 이 장의 목적이다.

## 1. 정신 지체

### 1.1 정의 및 진단준거

**정신 지체(mental retardation)**는 지적 능력의 현저한 지체와 **적응 행동(adaptive behavior)**상에서의 결함을 보이는 발달 장애이다. 정신지체는 표준화된 지능검사에서 **70이하의 지능지수**를 보이고, 의사소통, 자조 능력, 가정내에서의 생활, 사회성 및 대인관계, 학습능력, 그리고 일, 여가, 건강 등 자기-관리 영역을 포함한 적응 기능상에서 적어도 두 가지 영역에서 결함을 보이며, 이러한 장애가 **18세** 이전에 시작되었을 경우에 진단될 수 있다. 정신지체는 인지 기능의 장애 정도에 따라 경도(mild: 지능지수 50-55에서 70), 중등도(moderate: 35-40에서 50-55), 중증(severe: 20-25에서 35-40), 그리고 극심한 수준(profound: 20-25이하)으로 세분된다.

### 1.2 원인 및 역학

정신 지체의 원인은 크게 생물학적 요인과 심리-사회적인 요인으로 나누어 생각해 볼 수 있다. 정신지체 아동의 약 5%에서 단일 유전자

제 4 장  
이동기 문제의 연장으로  
정소년기에 보일 수 있는  
문제들

이상(tuberous sclerosis)이나 염색체 이상(다운 증후군, 깨지기 쉬운 X 증후군), 생래적 대사장애(Tay-Sach 병) 등이 관련되어 있으며, 약 30%에서 산모의 알콜섭취나 감염, 영양실조, 염색체 돌연변이 등 임신 중 태내 이상이 관련되어 있다. 또한 약 15%가 출산시 외상이나 저산소증, 영아기나 유아기의 감염, 외상, 중독에 기인되어 정신지체를 보인다. 심리-사회적 요인으로는 초기 열악한 양육 환경과 사회적, 언어적 자극의 결핍을 들 수 있다. 환경적 요인과 관련된 정신지체를 문화-가족성 정신지체(cultural-familial retardation)라 하며, 환경적 요인과 자폐증과 같은 장애에 기인된 정신지체가 약 15-20%를 차지한다. 정신지체의 유병률은 약 1%이며(DSM-IV, 1994), 사회경제적 수준이 낮은 집단에서 유병률이 더 높고, 성비는 1.6:1로 남자가 여자보다 다소 많은 편이다(대한신경신학회, 1997).

### 1.3 전형적인 특성들: 1차적, 2차적 문제들

정신지체 아동이나 청소년들이 보이는 주된 문제는 사고기능의 발달 지체와 사회적 적응행동의 결함이며, 때때로 신체 발달이 미숙한 경우도 있다. 정신지체 아동은 사고기능의 지체에 수반된 의사소통 능력의 부족으로 인해 언어적인 표현을 통해 자신의 욕구나 정서, 생각을 나타내기보다는 이를 충동적이고 공격적인 행동으로 표출할 수 있다. 사회적 상황에서 잘 대처하지 못하고, 자신의 권리나 기회가 부인되는 경우에도 적절하게 반응하지 못하며, 신체적, 성적인 학대를 받기도 한다. 경도나 중등도의 정신 지체아들은 학업이나 사회적 상황에서 반복되는 좌절과 실패 경험으로 인해 부정적인 자아상과 낮은 자존감을 보일 수 있다. 좌절에 대한 인내력이 부족하고 대인관계에서 의존적, 수동적이며, 경직된 문제해결 방식을 보이는 것이 정신지체 아동이나 청소년들이 자주 보이는 특성이다.

## 1.4 공존 병리

선행연구 결과들에 따르면 정신지체에서 정신과적 장애의 공존 병리는 일반 전집의 약 4배에 이른다. Rutter 등의 연구(1970)에서 부모나 교사의 평가에 따르면 정신 지체아의 30-40 %가 정서 장애나 행동장애를 가지고 있는 것으로 보고되었고, Jacobson(1982)의 연구에서도 약 47.7%가 정서나 행동문제를 가진 것으로 나타났다. 가장 빈번히 동반되는 정신과적 장애는 주의력결핍 과잉운동 장애, 기분 장애, 상동적 운동 장애, 자폐 장애이며, 정신지체가 심할수록 간질 등의 신경학적 문제가 나타날 가능성도 많다.

## 1.5 발달적 경과

발달적 경과는 정신지체의 원인과 심한 정도에 따라 달라진다. 증상이 심하거나 다운 증후군 같은 경우에는 발달 초기에 정신지체가 확인될 수 있는 반면, 경도의 정신지체나 원인이 확실치 않은 경우에는 어려서 대개 발달이 늦는다고만 생각되다가 초등학교 입학후 학업 적응의 어려움으로 인해 발견되는 경우가 많다. 각 정신지체 수준별로 발달적 경과를 살펴보면 다음과 같다.

### 1.5.1 정신지체, 경도

「**교육가능한(educable)**」 수준으로 분류되며, 전체 정신 지체자의 약 80%를 차지한다. 학교 입학 전에는 약간 이해력이 떨어진다고 여겨지다가 초등학교 입학후 발견되는 경우가 많다. 심대 후반이 되면 약 초등학교 6학년 정도의 학업기술을 습득할 수 있고, 일반적으로 자립에 필요한 최소한의 사회적, 직업적 기술을 습득하는 것이 가능하다. 경도의 정신지체는 적절한 훈련을 통해 적응기술을 발달시킬 수 있으며, 대개 성인기에 비숙련의 직업을 가질 수 있고 결혼 생활을 유지하며, 독립적인 생활을 영위할 수 있다. 환경적 박탈로 인해 초래된 경도의

제 4 장  
아동기 문제의 연장  
으로서 청소년기에  
보일 수 있는  
문제들

정신지체의 경우, 조기에 발견하고 적절한 치료, 교육적 개입이 주어진다면 사회적으로 적응가능한 성인으로 성장할 수 있다.

1.5.2 정신지체, 중등도(moderate)

「**훈련가능한(trainable)**」 수준으로 분류되며, 정신지체의 약 12%를 차지한다. 교육은 초등학교 1-2학년 수준 이상을 도달하기 어렵고, 훈련 프로그램을 통해 약 2학년 수준의 사회적, 직업적 기술 습득이 가능하다. 다른 사람의 지도하에 지역 사회내에서 적절한 적응이 가능하다.

1.5.3 정신지체, 중증(severe)

중증의 정신지체는 전체 정신지체의 7%정도이며, 초기 아동기에는 언어습득이 어려우나, 학령기에는 말을 어느 정도 할 수 있게 된다. 그러나 기본적인 자조 능력만 습득할 수 있을 뿐 정상적인 사회생활이나 직업 수행은 불가능하다. 특별히 보호가 필요한 장애인 없다면, 가족이나 확대가정내에서는 적응할 수 있다.

1.5.4 정신지체, 극심한 수준(profound)

극심한 정신지체는 약 1%로, 발달 초기에 감각 운동 기능에 상당한 장애가 있으며, 독립적으로는 기능할 수 없으므로, 반드시 지속적인 감독과 보호가 필요하고, 시설에 수용되어 있는 경우가 많다.

1.6 감별진단

불안이나 우울 등, **정서적 요인**으로 인해 지능검사상 자신의 실제 능력보다 낮게 평가되어 정신지체로 진단되는 경우가 간혹 있으며, 읽기, 쓰기 등 특정 영역에서 발달 지체를 보이는 **학습 장애** 아동과의 감별진단도 중요하다. 정신지체 아동이 의사소통이나, 사회적 상호작용의 어려움, 상동적 행동을 보이는 경우, **전반적 발달장애**와 구분하기

어려울 때가 있다. 그러나 정신지체 아동은 제반 발달이 늦을 뿐이지 전반적 발달장애 아동들처럼 사회적 상호작용이나 언어적, 비언어적 의사소통 능력에서 근본적으로 질적인 결함을 보이지는 않는다. 얼굴이 무표정하고 사고장애를 보이는 **정신분열증** 청소년들을 정신지체로 오인할 수도 있으며, 두뇌의 **기질적 장애**와의 감별진단도 필요하다(이정균, 1994)

## 1.7 평가

표준화된 지능 검사와 사회 적응행동 검사를 통해 정신지체의 유무와 심한 정도를 평가할 수 있다. 대표적인 표준화된 개별 지능검사는 **웍슬러 지능검사**-성인용, 아동용(WAIS, WISC), Stanford-Binet 검사 등이며, 국내에서는 이에 대한 번역판인 K-WAIS, KEDI-WISC, 고대-비네 검사가 이용되고 있다. 사회 적응행동 검사로는 **바인랜드 적응행동 검사**(Vineland Adaptive Behavior Scales)가 주로 사용되고 있는데 국내에서는 역시 이의 번역판인 사회성숙도 검사가 실시되고 있다. 정규 지능검사를 실시 불가능할 때 인물화 검사(Draw A Person Test)가 인지 발달 수준 및 적응상태를 측정하기 위해 사용될 수 있으며, 기질적 문제를 확인하기 위한 screening 도구로는 Bender Gestalt Test가 널리 사용된다.

## 1.8 치료

정신지체 아동이나 청소년들의 적응을 도와주기 위해서는 적응 기술 훈련, 사회 기술 훈련, 직업 훈련 등을 포함한 총괄적인 프로그램을 통한 교육이 선행되어야 한다. 이때 의사소통 능력의 증진 및 전반적인 삶의 질을 높이는데 각별한 주의를 기울여야 한다. 또한 정신 지체가 겪는 적응상의 다양한 어려움과 불안, 분노, 우울과 같은 부정적인 정서에 대해서는 심리치료적 개입이 필요하다. 행동 치료는 적절한 사회

제 4장  
이동기 문제의 연장  
으로서 청소년기에  
보일 수 있는  
문제들

적 행동을 발달시키고 공격적이고 파괴적인 행동을 변화시키고 통제하는데 유용하며, 지시를 이해하고 따를 수 있다면, 잘못된 신념을 수정하거나 자기 지시 훈련(self-instructional training)과 함께 긴장 이완 훈련을 실시하는 인지 치료가 도움이 될 수 있다. 경기, 과잉운동, 주의력 결핍, 상동증(stereotypy), 공격적인 행동, 자해적인 행동, 정서 불안, 충동적인 행동 등의 심한 행동문제나 정신과적 장애를 보일 때는 약물치료가 필요하다.

## 2. 자폐 장애

### 2.1 정의 및 진단준거

자폐 장애(**autistic disorder**)는 의사소통 능력의 장애, 사회적 관계형성 능력에서의 극심한 결함, 특이하거나 제한된 흥미를 핵심적인 증상으로 보이는 복잡한 발달장애이다(DSM-IV, 1994). Kanner(1943)가 처음으로 유아자폐증(infantile autism) 아동 11명의 사례를 발표하여 아동기 정신병과는 별개의 독립적인 장애로서 자폐증의 진단준거 확립과 개념적 이해에 진전이 이루어지는 계기가 마련되었다. 그러나 그후에도 계속 아동기 정신병적 증상과 자폐증에 대한 개념적 혼란 및 많은 논쟁이 있어 왔으며(홍강의, 1993), 1980년에 이르러서야 비로소 미국정신의학회에서 **전반적 발달장애**(Pervasive Developmental Disorder: PDD)라는 공식 명칭하에 자폐증의 진단준거를 확립하게 되었으며(DSM-III, 1980), 현행 진단준거(DSM-IV, 1994)에는 전반적 발달장애 범주하에 자폐 장애, 아스퍼거 장애(Asperger's Disorder), 레트 장애(Rett's Disorder), 아동기 붕괴성 장애(Childhood Disintegrative Disorder), 비전형 전반적 발달장애(PDD NOS)가 포함되어 있다.

## 2.2 원인 및 역학

자폐 장애는 많은 이질성이 있기 때문에 어느 한가지 원인으로 모든 임상 증상을 설명하기 불가능하다. 과거에는 자폐 장애의 원인론에서 모자간의 상호작용의 문제, 특히 모의 양육 방식의 문제를 주된 원인으로 보아 환경적, 심리적인 요인에 관심이 집중된 적도 있으나 (Bettlheim, 1967), 최근에는 자폐장애의 원인론에서 **신경-생물학적 요인**을 중요시 여기는 추세이다. 자폐 장애에서 "깨지기 쉬운 X 증후군"(fragile X syndrome)을 포함한 염색체 구조의 이상과 높은 빈도의 경련성 질환이 동반되며, 도파민이나 세로토닌 같은 신경전달 물질이 관련되어 있음을 보고한 많은 선행연구 결과들(Gillberg, 1988; Le Couteur 등, 1988; Warren 등, 1986)은 자폐 장애가 두뇌 발달상의 장애와 생화학적 요인에 기인된 인지적 결함과 관련되어 있을 가능성을 강력하게 시사해 주었다. 그럼에도 불구하고 아직 이를 입증하기에 충분한 어떤 특정한 중추신경계의 장애나 생화학적 요인이 결정적으로 발견된 바는 없다(조수철 등, 1991).

전형적인 자폐 장애는 10000명의 아동 중 2-4명인 것으로 보고되었으나(Gillberg 등, 1990), 전반적 발달장애와 자폐증상을 보이는 정신지체 아동을 포함하면 약 10000명중 10-20명으로 추정되고 있다(Wing 등, 1979; Gillberg 등, 1986). 과거에는 사회경제수준이 높은 가정에서 자폐장애의 유병률이 높은 것으로 보고되었으나, 최근 연구결과에 따르면, 모든 사회경제 계층에서 고루 발생하는 것으로 나타났으며, 성비는 남녀 비율이 약 3-5 : 1로 남아가 여아에 비해 상당히 높은 편이다 (Zahner & Paul, 1987).

## 2.3 전형적인 특성들: 1차적, 2차적 문제

자폐 장애 아동이 결함을 보이는 대표적인 영역은 의사소통, 사회성, 그리고 행동 영역이다.

### 2.3.1 의사소통의 장애

자폐 장애 아동은 언어적이거나 비언어적인 의사소통에 심한 결함을 보인다. 유아 초기부터 웅얼이나 얼굴 표정, 몸짓 등을 통해 의사소통하려는 의도를 보이지 않으며, 언어 발달의 심한 지체를 보인다. 설령 언어가 시작된다 할 지라도 무의미하게 「엄마」나 「아빠」를 되풀이하는 정도이고 의사소통을 위해 이를 사용하지 못한다. 자폐 아동은 말을 한다 하더라도 자기가 듣거나 읽었던 문장을 앵무새처럼 반복하거나 상동적인 언어를 사용하기 때문에 대인관계에서의 의사소통에 어려움이 많다. 억양과 소리의 고저가 비정상적이고 단조로우며, 인칭대명사의 사용에 큰 혼란이 있어서, “나”와 “너”와 같은 개념의 혼동을 보이며, 언어 표현뿐만 아니라 언어를 이해하는데도 심한 결함이 있어 추상적이거나 상징적인 말이나 유머 등을 이해하지 못한다.

### 2.3.2 사회적 능력의 결함

사회적 행동상의 결함이 자폐장애의 가장 핵심적인 증상이며, 이는 유아 초기부터 나타난다. 눈맞춤이 어렵고, 엄마나 다른 사람들이 쳐다보거나 안아주려고 할 때 안기려는 행동을 보이지 않으며, 이름을 불러도 마치 들리지 않는 것처럼 고개를 전혀 돌리지 않고 사회적 미소도 전혀 보이지 않는다. 엄마에서 매달린다거나, 엄마와 떨어질 때 정상 아동들에게서 흔히 관찰되는 분리 불안이나 낯가림을 보이지 않는 경우가 많다.

### 2.3.3 비정상적, 상동적 행동

자폐 아동들은 비정상적이고 특이하며, 상동적인 행동 특성들을 보인다. 흥미가 매우 제한되어 있고, 몇 가지 행동이나 활동을 반복적으로 되풀이하는 모습을 보인다. 손을 부채처럼 펴서 팔락거린다거나 한 자리에서 빙빙 돌거나 발끝으로 걷는 등 상동적인 행동을 보이고, 특정한 물건에 집착하며, 그것을 상징적이거나 기능적으로 가지고 놀기보다는 그 물건의 일부나 물리적 특성에만 집착한다. 예를 들면, 자동차를

굴리고 놀기보다는 바퀴에 집착하여 그것만을 계속 돌린다든가 장난감 전화기를 가지고 전화 거는 시늉을 하기보다는 수화기 윗면의 매끄러운 부분을 계속 손으로 문지르는 행동을 반복하기도 한다. 환경내의 조그마한 변화나 활동의 변화도 견디지 못하여 방에 놓여 있던 물건이 다른 위치에 있게 되거나 늘 다니던 길이 아니라 다른 길로 가게 되면 극심한 불안이나 분노 반응을 보이게 된다.

### 2.3.4 지능 및 인지 능력상의 결함

자폐 아동의 약 70%이상이 정신지체의 지능수준에 해당된다. **고기능 자폐**(high functioning autism) 아동의 경우 지능이 경계선에서 그 이상의 수준에 해당되는 경우가 있으나, 그러한 아동도 역시 언어성 지능은 정신지체 수준이며, 동작성 지능에서 높은 점수를 보이기 때문에 전체지능이 경계선수준 이상이 되는 경우가 많다. 일반적으로 자폐 아동은 여러 인지 기능의 발달상에 심한 불균형을 보인다. 즉, 언어적 이해와 개념형성 능력 및 추상적 사고력, 그리고 사회적인 판단력과 대처 능력은 매우 심하게 지체된 반면, 단순 암기력이나 시-공간적 구성 능력에서는 상대적으로 매우 양호한 수행을 보이는 것이 흔히 보이는 인지적 특성이다(신민섭, 1995).

## 2.4 발달적 경과

자폐 증상들은 유아기 때부터 보이지만, 적절한 교육과 치료가 조속히 제공될 경우 연령이 증가하면서 사회성이나 언어 능력에서 상당한 발달이 이루어진다. 그러나 핵심적인 증상들은 청소년기와 그 이후에도 계속 유지되는 특성을 보인다. 자폐 아동이 아동기, 청소년기, 성인기를 거쳐 어떤 변화를 보이는가를 살펴보면 다음과 같다(홍강의, 1993).

### 2.4.1 아동기

학령기가 되면 자폐 아동도 사회적 행동이 나타나기 시작하고, 부모

제4장  
아동기 문제의 연장  
으로서 청소년기에  
보일 수 있는  
문제를

에 대해서도 애착 행동을 보이게 된다. 그러나 자폐 아동이 보이는 애착 행동은 자신의 필요성이나 욕구에 따라 부분적이고 자기중심적으로 이루어지며, 또래들에 대해 어느 정도 관심이 생겨 그 옆에서 놀기는 하지만 참여하지는 못한다. 약 반수 아동은 언어 발달이 진전되어 적합한 언어사용도 늘고 사회성 발달과 병행하여 의사소통도 비교적 적절하게 이루어진다. 따라서 일부 아동은 정규 학교에 다니기도 하지만 대다수의 아동들은 특수학교에 다니게 된다.

#### 2.4.2 청소년기

청소년기는 자폐 아동들도 사춘기 변화와 더불어 많은 변화를 보인다. 일부 아동들은 상당히 호전되기도 하지만 약 10-35% 아동은 청소년기의 신체적, 심리적 변화에 대처하지 못하고 심각하거나 퇴행된 문제행동을 보인다. 청소년기에 가장 문제가 되는 부적절한 행동은 여러 사람 앞에서 자위 행위나 성기를 노출하는 행위이다. 또한 행동적으로 더욱 괴이해지고 괴성을 지르는 경우가 많다. 20-30%가 청소년 초기에 경련을 보이는 경우가 많은데(Rutter 1970; Deykin & McMahon 1979), 경련성 발작의 빈도는 지능이 낮을수록 더 심하다.

#### 2.4.3 성인기

국내에서는 아직 자폐 아동에 대한 장기 추적연구가 이루어지지 않은 실정이다. 외국의 연구결과에 따르면(Rutter 1970), 약 15-20%가 고용되어 일을 하고 있다고 하나, 여전히 타인에 대한 공감능력과 사회적 상황에서의 대처능력은 결여되어 있어 친구나 이성관계는 힘든 상태이며, 어른이 되어도 여전히 자조능력과 일상생활 영위 능력이 그들의 지능수준보다 낮은 경향이 있다. 자폐아동 71명을 성인초기까지 추적한 일본에서 이루어진 연구(Kobayashi, 1991)에 따르면 약 40%정도가 청소년기에 좋은 진전을 보였고, 43명은 고용되어 일을 한다는 양호한 결과를 보고하였다. 그러나 일반적으로 약 2/3은 일생동안 다른 사람의 도움을 받거나 수용시설에서 지내야 하며, 전체의 약 1-2%만 독립적인

## 2.5 감별진단

아스퍼거 장애, 레트 장애, 아동기 붕괴성 장애 등은 모두 전반적 발달장애 범주에 속하는 것으로 자폐 장애와 유사한 문제를 보인다. 정신지체나 의사소통 장애 아동의 경우에도 자폐아와 유사한 증상을 보일 때가 종종 있다. 그러나 정신지체 아동의 경우에는 전반적인 발달이 지체되어 언어나 사회적 기능 모두가 떨어지지만 자폐아에게서 나타나는 일탈된 특성을 보이지는 않는 것이 주된 차이점이라 할 수 있다. 의사소통 장애의 경우, 언어적 문제로 인해 이차적으로 사회적 능력의 결함이 초래될 수 있으나, 비언어적 의사소통이나 사회적 능력에 근본적인 결함이 있지는 않으며, 자폐 장애에서 보이는 흥미의 폭이 매우 제한되고 상동적인 행동이나 특정 물건에 대한 집착 등을 보이지 않는 것이 주된 차이점이다. 열악한 환경적인 조건으로 인해 초기 애착형성에 근본적인 문제가 있어 야기되는 **반응성 애착 장애**는 환경적인 요건이 좋아지면 증상이 호전된다는 점이 자폐 장애와는 구분되는 중요한 차이점이다. **아스퍼거 장애**가 자폐 장애 스펙트럼에 속하는 장애인지, 아니면 자폐 장애와는 독립적인 장애인지에 대해서는 많은 논쟁이 있어 왔다. 아스퍼거장애 아동들은 자폐장애아와는 달리 정규 초등학교와 중, 고등학교에 다니는 경우가 많으나, 사회성 발달에 근본적인 결함이 있어 교우관계 형성 및 사회적 부적응 문제로 청소년기에 상담기관을 방문하게 되는 경우가 종종 있으므로, 아스퍼거 장애의 특성에 대해 간략하게 살펴보면 다음과 같다.

아스퍼거 장애는 Asperger(1944)가 처음 기술한 증후군으로, 사회성과 대인관계에서 근본적인 결함을 보인다는 점에서는 자폐 장애와 유사하나, 일반적으로 지능과 언어능력의 발달은 비교적 정상범위에 속하는 경우가 많다. 사회적 단서에 둔감하고 다른 사람의 생각이나 마음을 이해하는 능력상에 결함을 보이며, 흥미나 관심이 극도로 제한되어

제 4장  
이동기 문제의 연장  
으로서 청소년기에  
보일 수 있는  
문제를

특이한 지식(지하철이나 버스 노선, 기차 시간표, 곤충, 숫자, 별, 공룡 등)이나 활동에 과도하게 집착하는 특성을 보인다. 아스퍼거 장애 아동들은 다른 아동에게 전혀 관심을 보이지 않거나, 설령 관심을 보인다고 해도 자신이 집착을 보이는 특이한 관심이나 제한된 흥미를 가지고 일방적으로 반응하기 때문에 상보적이거나 정서적인 교류 및 의사소통에 어려움이 많다.

## 2.6 평가

자폐 장애를 진단, 평가하는 방법은 크게 “부모나 교사의 보고에 의한 평정척도”, “직접적인 행동 관찰 방법”, “아동에 대한 직접적인 평가 방법”으로 구분된다. 자폐아동에게 개별적으로 표준화된 검사를 실시하여 평가하는 방법은 아동의 인지적, 정서적, 사회적 능력에서의 강점과 약점 영역, 자폐 증상의 유무 및 심한 정도를 정확히 평가할 수 있다는 장점이 있으나, 연령이 매우 어리거나 지능이 낮은 경우 검사실시가 어려운 경우가 많으며, 이때는 행동관찰이나 부모와의 면담을 통한 평정척도를 사용하여 정확한 진단과 치료에 필요한 정보를 얻을 수 있다(안동현, 1996). 평정척도로는 “한국판 아동기 자폐증 평정척도(김태련, 박량규, 1995; 신민섭과 김윤희, 1997)가 국내에서 널리 사용되고 있다. 심한 정신지체가 수반되지 않은 자폐 장애 아동들은 일반적으로 한국판 아동용 웨슬러 지능검사(KEDI-WISC에서 동작성 지능에 비해 언어성 지능에서 현저한 지체를 보이며, 특히 언어적 개념형성 능력(공통성 문제)과 사회적 능력과 관련된 소검사(차폐 맞추기, 이해 문제)에서 극심하게 지체된 수행을 보이는 반면, 우반구가 담당하는 공간적이고 총체적인 처리과정(spatial holistic processing)이 요구되는 토막짜기와 모양 맞추기, 그리고 단순하고 기계적인 암기력과 관련된 숫자 문제에서 상대적으로 우수한 수행을 보이는 등 제반 인지능력의 발달상에 매우 불균형적인 특성을 보인다(신민섭, 1995; Kaufman 1985). 이러한 WISC 소검사 수행 특성이 자폐 장애와 아스퍼거 장애, 의사소통

---

장애, 정신지체를 감별 진단하는데 매우 유용하다.

## 2.7 치료

자폐 장애 아동의 치료와 교육은 자폐장애의 원인을 무엇으로 보느냐에 따라 변화되어 왔다. 과거 자폐장애의 원인론으로 모자간의 상호작용의 문제를 중요시하였던 시기에는 놀이 치료와 가족 치료가 최선의 치료법으로 간주된 바 있다(Bettelheim, 1967; Selvini-Palazzoli, 1980). 그러나 자폐 장애는 광범위한 영역에서 발달 지체와 결함을 보이는 전반적 발달장애이므로 유아 초기에 자폐 장애를 조기에 발견하여 사회성, 의사소통 능력 및 인지능력의 발달을 증진시키기 위한 다발적인 통합치료가 지속적으로 이루어져야 하며, 자폐아 가족에 대한 교육 및 가족의 고통을 도와주는 것도 매우 중요하다(홍강의 1993). 여러 가지 부적응적이거나 상동적인 행동을 감소시키고 언어 능력 및 인지능력의 발달을 돕는다는 행동 수정이 매우 효과적이며(Lovaas, 1987), 경련성 질환이 동반된 경우에는 항경련제와 같은 약물치료가 반드시 수반되어야 한다.

## 3. 의사소통 장애

### 3.1 정의 및 진단준거

의사소통 장애(communication disorder)는 일반적으로 지능이나 언어 능력이 요구되지 않는 비언어적인 능력과 자기관리 능력은 비교적 적절한 편이나, 언어 능력에서 발달지체 및 어려움을 보이는 경우를 말한다. DSM-IV에 따르면, 의사소통 장애에는 “표현 언어장애”(expressive language disorder), “혼재성 수용-표현 언어 장애”(mixed receptive-expressive language disorder), “음성학적 장

에”(phonological disoredr), “말더듬”(stuttering)이 포함된다. 혼재성 수용-표현 언어장애는 언어 이해와 표현 능력 모두가 지체된 반면, 표현 언어장애는 언어적 이해는 적절하나, 언어 표현능력만 지체된 경우를 말한다. 음성학적 장애는 아동의 연령에서 발달적으로 기대되는 언어음을 적절히 발음하지 못할 때 진단되며, 말더듬은 정상적인 수준의 말더듬을 넘어서 눈에 떨 정도로 자주 심하게 같은 단어나 음절을 반복하고, “음음음” 등의 중모음을 말하는 사이 계속해서 하고, 말을 멈추거나 더듬는 경우를 말한다.

의사소통 장애는 이러한 장애가 직업적 성취나 사회적 의사소통을 방해하고, 만일 정신 지체, 운동성언어결함, 감각성 언어결함, 또는 환경적 박탈이 있는 경우라 할 지라도 이러한 문제에 수반될 수 있는 정도를 초과해서 심한 정도로 문제를 보일 때 진단될 수 있다.

### 3.2 원인 및 역학

태아기때 약물, 술과 같은 물질에 노출되었을 경우, 이후에 의사소통 장애를 보일 가능성이 높다. 이러한 생물학적 요인뿐만 아니라, 양육의 질이나 학대받은 경험 등도 사회적 상호작용상에 심각한 문제를 야기시키므로, 언어 발달에 어려움을 초래할 수 있다(Culp 등, 1991). 부모로부터 학대받거나 무시당한 경험외에 사회경제적 수준이 낮은 가정에서 가족 규모가 크고 출생순위가 뒤질 경우, 언어 발달의 중요한 단계 동안에 요구되는 청각적·언어적 자극의 박탈로 인해 의사소통 능력의 발달에 문제가 초래될 수 있다.

말을 더듬게 되는 이유는 아동마다 다양한데, 어린 아동은 문장을 구성하는 능력이 미숙하고 말을 사회적 상황에서 사용하는데 매우 미숙하기 때문에 말을 더듬는 경우가 많다. 말더듬의 주요 원인으로는 말하는데 필요한 미세 언어근육을 조절하는 능력이 미숙한 점을 들 수 있다. 이러한 기질적 요인 외에 정서적 불안이나 긴장 등 심리적 요인도 간과할 수 없다. 간혹 흥내내다 말을 더듬게 되거나 앓을까 걱정하는

경우가 있는데, 외국 연구 결과에 따르면 그런 경우는 드물다고 한다 (신문자, 이금주, 1988). 따라서 말더듬은 생물학적 취약성, 환경적인 요구와 기대, 개인의 기질적 특성 등 복합적인 요인의 상호작용에 기인된 것으로 가장 잘 설명될 수 있다. 의사소통 장애는 여아보다 남아에게서 더 높은 빈도로 나타나며, 아동기에 유병률은 표현 언어장애가 3-5%, 혼재성 수용-표현 언어장애가 3%이며, 음성학적 장애는 8세 이하의 약 10%, 그 이후는 약 5%의 유병률을 보인다. 말더듬은 1% 정도이며, 연령이 증가될수록 감소되는 추세를 보인다(DSM-IV, 1994).

### 3.3 전형적인 특징들

#### 3.3.1 표현성 언어 장애/ 혼재성 수용-표현 언어 장애

표현 언어 장애 아동들이 보이는 전형적인 특징으로는 구사할 수 있는 말과 어휘의 범위가 제한되고 새로운 단어의 학습이 어려우며, 어휘를 잘못 사용하거나, 어순의 사용이 부적절한 점을 들 수 있다. 혼재성 수용-표현 언어 장애를 표현 언어 장애와 구분하는데 가장 핵심이 되는 증상은 단어나 문장 이해에서의 근본적인 결함이다. 혼재성 수용-표현 언어 장애 아동은 감각적인 정보 처리 과정에 결함이 있어 언어적 지시에 적절한 반응을 보이지 못하며, 특히 측두엽 청각과정의 결함과 관련된 경우가 빈번하다.

#### 3.3.2 음성학적 장애(구음 장애)

음성학적 장애 아동은 발달적으로 기대되는 말소리를 발음하지 못하고 의미가 다른 음을 구분하는데 어려움을 보인다. 잘못된 음으로 발음하고, 한음을 다른 음으로 바꾸어 내거나, 특정한 음을 생략하는 등의 증상을 보이며 혀짧은 소리가 특히 많다. 우리 나라 아동은 “ㅅ, ㅆ, ㅎ, ㅂ, ㄷ, ㄱ” 등의 발음을 못하는 경우가 많다(신경정신의학, 1997).

#### 3.3.3 말더듬

말더듬 아동은 같은 말과 음절을 반복하고 한 단어를 길게 말하며,

제 4장  
이동기 문제의 연장  
으로서 청소년기에  
보일 수 있는  
문제를

말을 머뭇거리고, 말을 할 때 턱과 얼굴 근육이 떨리고 긴장하거나 고통스러워하는 정서가 얼굴 표정으로 나타나게 된다. 주로 2~7세 사이에서 말더듬이 시작되며, 3~4세에 가장 많이 보인다. 말더듬은 발달과정에서 흔히 나타날 수 있는 현상이나, 아동기이후에도 계속 보이는 만성적인 말더듬은 상황에 따라 그 심각도가 달라지며 대화하려는 압력이 있을 때 더욱 증상이 심해진다(신문자와 이금주, 1988).

### 3.3.4 의사소통 장애의 이차적 문제

의사소통 장애 아동들은 언어적인 문제로 인해 또래들과 어울리기 힘들고, 또래들이 따돌리기도 하므로 혼자 놀게 되는 경우가 많아 사회적 능력의 발달에 어려움이 초래될 수 있다. 또한 의사소통 문제로 인해 사회적 상황에서 위축되고, 자신감이 저하된다. 특히, 말을 더듬는 아동은 말을 해야되는 상황에서 매우 불안해지므로, 그러한 상황에서 말하기를 회피하고 더욱 위축된 행동을 보이게 된다. 말더듬으로 인해 놀림을 받거나 지적을 당하게 되면, 더욱 위축되고 불안해지며 자존심이 저하되어, 더욱 말더듬 증상이 더욱 악화되는 악순환을 보일 수 있다.

## 3.4 공존 병리

의사소통 장애 아동중에는 정신 지체, 청각 손상, 정신과적 질환을 함께 보이는 경우가 많다. 정신 지체 아동의 반이상이 정신연령에서 기대되는 것보다 낮은 수준의 언어 능력을 획득하며(Miller & Champion, 1984), 청각 손상이 있을 경우, 청각 신호내의 언어 정보에 접근하는 능력이 부족하므로 언어 획득이 지체되고 이러한 지체는 조음이나 수용/ 표현 언어와 구어 및 문어에 모두 영향을 미치게 된다(Quigley 등, 1977). 표현/ 수용 언어 장애에는 음성학적 장애와 학습 문제가 흔히 동반되며, 주의력 결핍과 과잉운동 문제의 위험율이 증가된다(Cantwell 등, 1979; Tallal, 1988). 또한 어린 시절 의사소통장애

가 있었던 아동중에 이후에 읽기나, 쓰기 등 학습 문제를 보일 위험이 높다. 학습장애 아동의 약 90%가 언어 발달 장애가 있는 것으로 보고 되었다(Gibbs & Cooper, 1989). 말더듬는 사람에게 음성학적 장애와 표현 언어장애가 동반된 경우가 많다. 의사소통 문제가 가장 일관적으로 관련된 정신과적 진단은 자폐증과 전반적 발달장애이다. 이외에 품행 장애 아동이나 주의력 결핍 과잉운동 장애 아동의 일부가 언어적 어려움을 가지는 것으로 나타났다(Prizant 등, 1990).

### 3.5 발달적 경과

표현/혼재성 수용-표현 언어 장애는 연령에 따라 양상이 달라져 경미하거나 중등도의 손상을 가진 아동일 경우, 취학 연령이 될 무렵이면 현저하게 보였던 언어적 결함은 보이지 않게 되나(Paul, 1993; Scarborough & Dobrich, 1990; Tallal, 1988), 혼재성 수용-표현 언어 장애 아동은 표현 언어 장애 아동보다 발달적 경과가 더 느리게 진행되며, 예후도 더 나쁜 편이다. 또한 학령기 동안에 표현 언어장애 아동들은 단어를 인출하거나 단어를 찾는데 어려움을 보여 정확한 단어(예: 의자) 대신에 그와 관련되는 단어(책상)를 대거나 기능적인 의미로 기술하기도 하며, 모호한 용어(물건)를 사용하거나 자기가 만들어낸 은어를 사용하기도 한다. 음성학적 장애는 몇 개의 발음에만 국한된 경우에는 저절로 호전되는 경우가 많으나, 8세경까지 호전되지 않으면, 저절로 좋아지는 경우는 드물다. 말더듬은 연령이 증가함에 따라 호전되어, 청소년기에는 말더듬의 유병률이 다소 감소되는 추세를 보인다.

### 3.6 감별 진단

의사소통 장애가 있는 경우 청각 문제, 정신 지체, 전반적 발달 장애, 선택적 함구증(selective mutism)을 감별 진단할 필요가 있다. 청각적 문제가 있는지는 청각 검사를 통해 확인할 수 있다. 정신 지체 아동은

제 4장  
아동기 문제의 연장  
으로서 청소년기에  
보일 수 있는  
문제를

언어외에 전반적 발달이 늦으며, 자폐 장애 아동은 언어적인 것외에 비언어적인 의사소통, 사회성 발달에 심한 결함을 보인다. 자폐 장애인 경우 언어적으로든 비언어적으로든, 어떤 수단을 통해 메시지를 전달하려는 동기와 능력이 심각하게 손상되어 있다는 점이 의사소통 장애와 구분되는 특성이다. 선택적 함구증은 집에서는 부모나 형제와 정상적으로 말을 할 수 있음에도 불구하고 학교나 집밖에서는 전혀 말을 하지 않는 경우이다.

선택적 함구증 아동의 침묵은 말을 하지 못해서라기 보다는 말하기를 거부하는 점이 의사소통 장애와 다르다. 선택적 함구증이 어떤 유형의 의사소통 문제와 관련된 경우가 있기는 하나, 심한 의사소통의 문제는 없는 편이다(Cantwell & Baker, 1985; Kolvin & Fundudis, 1981).

### 3.7 평가

표준화된 언어 검사 및 지능 검사를 통해 제반 언어적 능력의 발달과 비언어적 지적 능력에 대한 평가가 필요하다. 만일 아동이 2개 국어가 사용되는 환경에서 성장하였다면 아동의 문화적, 언어적 배경을 고려하여, 그에 적절한 검사를 사용하여 평가해야 한다.

### 3.8 치료

의사소통 장애에 수반되어 교육적 문제나 정신과적 문제가 나타날 수 있으므로 언어 문제 극복 및 교육을 위해 언어 치료, 사회 기술 훈련, 심리치료가 필요하다. 언어 치료에서는 조작적 조건형성과 같은 행동치료 절차를 사용하기도 하며, 풍부한 의사소통 환경을 만들어 간접적인 언어 자극이나 우연한 학습 기회를 갖도록 하는 아동-중심적인 접근이 이용되기도 한다. 말더듬 아동의 경우에는 연령이 어려서 정상적으로 보일 수 있는 말더듬은 용납하고, 받아들여주는게 아동에게 긴장이나 심리적 부담을 주지 않을 수 있다. 말더듬는 것을 지적하거나

감정적으로 반응하면, 말을 멈추거나 정확하게 말하려고 노력하다 더 더듬을 수 있다. 부모 상담을 통하여 아동의 문제를 이해시키고, 집에서 말더듬을 변화시킬 수 있는 절차에 대한 교육을 제공하는 것도 효과적일 수 있다. 부모가 초조해하거나 서두르지 말고 아이 말을 들어주는 것이 중요함을 주시시키고, 하루에 5분씩 아이와 느린 속도로 서로 말을 주고받으며 말하는 연습하는 것도 도움이 될 수 있다(신문자와 이금주, 1988). 그러나 말더듬 증상이 심하여 말하는 것을 불안해하고 두려워하여, 사회적 상황을 회피하려한다면 전문적 치료를 받는 것이 바람직하다(Van Riper, 1973).

## 4. 특수 학습장애

### 4.1 정의 및 진단준거

「학습 장애」는 Kirk(1962)에 의해 처음으로 사용된 용어로서, “듣기, 말하기, 읽기, 쓰기, 추론, 혹은 수학적 능력의 습득과 사용에서 주된 어려움을 보이는 이질적인 장애 집단을 나타내며, 이는 중추신경계의 장애에 기인된 것으로 가정된다”(Hammill, 1990). 학습 장애는 넓은 의미로는 정신지체, 뇌손상이나 정서적 문제등을 포함한 어떠한 요인에 의해서건 학습에 어려움을 보이는 경우를 모두 포함할 수 있으나, 좁은 의미로는 “정상 지능을 가진 아동이 학업적 기술을 학습하는데 실패한 경우”를 말한다. 보통 학습 장애라고 할 때는 협의의 개념을 의미하는 경우가 많으며, 학업 실패가 낮은 지능에 기인된 「학습 지진」이나 우울, 불안 등 정서적 문제에 기인되어 학습에 어려움을 보이는 「학습 부진」과 구분하기 위해 이를 「특수 학습 장애」라고도 한다(Sattler, 1992). 학습 장애는 1987년 미국 정신의학 진단편람에서 공식적인 소아정신과적 장애로 인정되었는데, 그 진단준거와 하위유형은 다음 <표Ⅱ-1>과 같다.

제 4 장  
아동기 문제의 연장  
으로서 청소년기에  
보일 수 있는  
문제들

<표 11-1> 학습 장애 진단준거와 하위 유형

유형	진단준거(DSM-IV, 1994)
읽기장애	① 개별검사로 평가된 읽기 정확성이나 독해능력이 아동의 연령, 지능, 그리고 학년에서 기대되는 수준보다 현저히 낮음. ② 준거 ①이 읽기 능력이 요구되는 학업 성취나 일상 생활의 활동을 방해함. ③ 만일 감각 기관의 결함이 있다 하더라도, 일반적으로 그것과 관련된 것 이상으로 읽기에 어려움을 보임.
쓰기 장애	① 개별 검사로 평가된 쓰기 능력이 아동의 연령, 지능, 그리고 학년에서 기대되는 수준보다 현저히 낮음. ② 준거 ①이 쓰기 능력이 요구되는 학업 성취나 일상 생활의 활동을 방해함. ③ 만일 감각 기관의 결함이 있다 하더라도, 일반적으로 그것과 관련된 것 이상으로 쓰기에 어려움을 보임.
산수 장애	① 개별 검사로 평가된 산수 능력이 아동의 연령, 지능, 그리고 학년에서 기대되는 수준보다 현저히 낮음. ② 준거 ①이 산수 능력이 요구되는 학업 성취나 일상 생활의 활동을 방해함. ③ 만일 감각 기관의 결함이 있다 하더라도, 일반적으로 그것과 관련된 것 이상으로 산수에 어려움을 보임.

읽기, 쓰기, 산수 능력 평가치가 아동의 연령이나 지능, 학년에서 기대되는 수준보다 과연 얼마나 낮아야 학습 장애라고 할 수 있는지에 대한 기준은 여러 가지가 있으나, 일반적으로 적용되는 기준은 보통수준의 지능을 가진 아동이 특정 학업영역(예; 읽기, 쓰기, 산수 등)에서 보통수준 이하의 성취를 보이거나, 적어도 하나의 학업 영역에서 연령이나 학년에서 기대되는 수준보다 2년 이하의 부진한 성취를 보이는 경우 학습 장애가 의심될 수 있다.

#### 4.2 원인 및 역학

학습 장애의 원인으로 신경학적 장애나 뇌기능 장애, 유전적 요인이

주로 관련되어 있는 것으로 연구되어 왔다. 학습 장애가 신경학적 장애와 관련되었을 가능성을 시사하는 많은 연구들은 두뇌의 구조적 장애, 비정상적 대뇌 편측화, 그리고 유전적 요인들에 관한 연구들로 요약될 수 있다. 학습 장애 아동들 중에는 뇌성 마비, 간질, 신경 체계의 감염, 그리고 뇌손상을 받은 경우가 많으며, 읽기, 쓰기 장애아와 그들의 어머니의 알콜 남용 및 신경학적 문제가 연관이 있다는 결과는 학습 장애의 기저에 신경 체계의 장애가 관련되어 있음을 시사해준다(Taylor, 1989). 특히, 학습 장애가 두뇌의 직접적인 구조적 손상이 아니더라도 대뇌 피질의 기능 장애와 관련되어 있다는 가설은 뇌파(EEG)와 평균 유발전위(average evoked potential; AEP) 연구들에서 비롯된 것으로, 다양한 학습 장애 아동에게서 높은 빈도의 비정상적 뇌파가 관찰되었다(Kolb & Whishan, 1990).

학습 장애가 비정상적인 피질 편측화(abnormal cerebral lateralization)와 관련되어 있을 가능성은 난독증(dyslexia) 환자를 대상으로 한 연구들에서 일관성있게 시사되었다. Orton(1937)에 따르면, 난독증 아동들은 좌반구 기능의 결함으로 인하여 좌반구가 우반구에 대해 우세한 기능을 하지 못하기 때문에 생기며, Witelson(1990)은 난독증이 우반구의 공간적 처리과정에서 우세한 기능과 좌반구의 언어 기능에서의 우세한 기능이 결여된 결과로 나타난다고 보았다. 난독증 환자가 정상인에 비해 좌뇌의 어떤 부위가 우뇌 부위보다 더 크지 않으며, 두뇌의 특정 영역에서 잘 조직화되지 않은 뇌전기 활동을 보이고, 비정상적인 세포 구조를 가지고 있음을 보여준 CT, EEG 소견들(Kolb & Whishan, 1990)이 그러한 주장을 뒷받침해준다. Geschwind와 Galaburda(1985), 그리고 Galaburda 등(1985)은 난독증 환자 대뇌 측두엽의 언어와 관련된 영역에서 비정상적인 대칭적 양상을 발견하였다. 즉, 그 영역은 좌측이 우측보다 더 큰 것이 정상적인 비대칭성인데, 난독증 환자들은 이러한 비대칭성이 감소되어 있거나 역으로 우측이 좌측보다 큰 양상을 보이는 것으로 나타났다. 그러나 시-공간적 통합 능력의 장애를 현저하게 보이는 학습장애 아동의 경우에는 우반구의 기능장애와 관련된 경우가 많다(Rourke, 1995).

제 4장  
아동기 문제의 연장  
으로서 청소년기에  
보일 수 있는  
문제들

쌍생아 연구에서, 이란성 쌍생아의 경우 학습 장애의 일치율이 31% 인데 비해 일란성 쌍생아의 경우에는 70%로 나타나 읽기 장애가 유전됨을 시사해주었으며(DeFries 등 1987), 난독증 환자의 부모, 형제 중 난독증의 빈도가 34%인 것으로 나타났다(Rutter, 1978).

미국의 경우, 학령기 아동의 약 5-15%가 학습 장애를 가지며, 남아와 여아의 비율이 5:1로 남아에서 학습장애가 더 많은 것으로 보고되었다. 우리 나라에서는 학습 장애의 유병률에 대해 체계적으로 조사된 바는 없으며, 이영식과 홍강의(1985)가 서울 시내 초등학교 3-4학년 아동 1154명을 대상으로 조사한 결과에 따르면, 약 3.8%가 읽기 장애를 보이는 것으로 나타났다.

### 4.3 전형적인 특성들

학습 장애 아동들이 가장 보편적으로 결함을 보이는 학습 영역은 읽기, 쓰기, 철자, 산수이며, 대개는 한, 두 영역에서만 문제를 보이지만 종종 여러 영역에서 결함을 함께 보일 수도 있다. 학습장애 아동들의 근본적으로 결함을 보이는 특성은 다음과 같다.

#### 4.3.1 인지적 문제

##### 1) 주의력 결핍

학습 장애 아동중에는 주의집중에 어려움이 있는 아동이 많다. 학습 장애 아동이 주의력결핍 과잉운동 장애 아동과 유사한 주의력의 문제를 보인다는 것을 나타내주는 많은 연구결과들이 제시되어왔으며, 최근에는 학습 장애와 주의력결핍 과잉운동 장애의 공존병리에 대한 연구에 많은 관심이 집중되고 있다(Wicks-Nelson & Israel, 1991).

##### 2) 지각-운동적 문제(Perceptual-Motor Problems)

일부 학습 장애 아동들은 지각적 정보 처리에 결함이 있어 한 단어

와 다른 단어의 소리를 구별하거나, 문자간의 차이를 지각하는데 어려움이 있으며, 시각-운동 협응 능력, 지각 속도상에 결함을 보인다. 이때 보이는 학습의 어려움은 우반구의 공간-지각 능력상의 장애와 관련된 것으로 생각된다.

### 3) 기억, 인지적 책략 및 집행 기능(Executive Functions)

읽기 장애 아동은 정상 아동보다 단어 목록의 학습시 의미에 의해 단어를 군집화하거나 암송, 정교화와 같은 기억 책략을 더 적게, 그리고 비효율적으로 사용하는 것으로 보고되었다(Pressley & Levin, 1987). 또한 읽기 장애 아동이 단어와 관련된 음을 기억하는데 어려움이 있는 것으로 나타났다(Mann & Brady, 1988). 기억력의 문제 외에 학습 장애 아동들은 인지적 책략을 실행하는데도 결함이 있어, 특정 과제가 무엇을 요구하는지를 파악하여 어떤 책략을 적절히 사용해야 할지를 알지 못해 학습에 어려움을 보이기도 한다(Pressley & Levin, 1987).

### 4) 언어적 결함(Language Deficits)

언어 능력의 결함이 학습 장애 아동에게서 빈번히 관찰된다.

Gibbs와 Cooper(1989)의 연구 결과, 학습장애 아동의 약 90%가 언어발달 장애가 있었으며, 여아보다 남아가 많고, 수용 언어 장애보다는 표현 언어 장애가 더 빈번한 것으로 나타났다.

#### 4.3.2 사회적, 동기적, 정서적 문제

학습 장애 아동은 상술한 인지적 결함외에도 여러 가지 정서적이고 사회적인 적응에 많은 어려움을 보인다. 특히 학습 장애의 치료에 있어서는 사회적이고 동기적인 요인이 더욱 중요하다.

#### 1) 사회적 문제

학습 장애 아동들은 사회적 상황을 잘못 이해하거나 사회적 문제해결

제 4장  
이동기 문제의 연장  
으로서 청소년기에  
보일 수 있는  
문제들

능력이 부족하며, 다른 사람의 입장을 조망하는 능력과 감정을 이해하는 데 어려움을 보이기도 한다(Bryan & Bryan, 1990). 그러나 학습 장애 아동들이 다 사회적 능력에 결함이 있는 것은 아니며, 아동이 사회적 상황에서 얼마나 능력있게 행동하는 지는 상황적 요인에 의해 더 좌우된다고 할 수 있다(Gresham & Elliott, 1989).

## 2) 동기적, 정서적 문제

또래, 교사, 부모들이 학습장애 아동들에게 부정적인 태도를 취하거나 거부하는 경향이 있는 것으로 보고되었다(Gresham & Elliott, 1989). 부모나 교사의 칭찬이나 비난은 아동의 자기-지각과 동기에 중요한 영향을 주게 되는데, 많은 학습 장애 아동들은 **학업 실패와 낮은 동기간의 악순환**을 보이게 된다. 학업 실패로 인하여 학습 장애 아동들은 그들의 지적 능력에 의심을 갖게 되고 잘하려고 노력하는 것이 아무 소용없다고 믿게 되며, 그 결과 문제가 조금만 어려워져도 쉽게 포기하게 되어, 이것이 무능력감을 더욱 강화하게 된다. 이런 악순환 결과, 학습 장애 아동들은 성공에 대한 낮은 기대를 가지게 되며, 실패의 원인을 자신이 능력 없는 탓으로 돌리고 자신이 성취한 것마저도 자신의 능력보다는 운이나 과제가 쉬웠기 때문이라고 생각하게 된다(Licht & Kistner, 1986).

학습 장애 아동들은 이차적으로 자신감과 동기의 저하, 우울감 등을 보이게 되는 경우가 많은데 이러한 정서적 요인이 학습에 더욱 부정적인 영향을 줄 수 있으며, 학업 실패 및 그에 따른 좌절로 인해 청소년기로 갈수록 비행을 보일 위험도 매우 높은 것으로 보고되었다(Brier, 1989).

## 4.4 공존 병리

학습 장애 아동의 약 40-60%가 주의력결핍 과잉운동 장애를 함께 보인다(Ingersoll & Goldstein, 1993). 학습 장애와 정서 장애 집단이

상당히 중복되어 두 집단을 구분하기 어렵다는 연구 보고가 있는데 (Kauffman, 1980; Fuller & Ellis, 1983), 특히 우울증이 동반되는 경우가 많다.

또한 뚜렛 장애 아동과 청소년의 약 60%가 학습 장애가 있는 것으로 나타났다(Hagin & Kuler, 1988). Rourke(1988)의 연구에 따르면, 학습 장애 아동의 약 50%는 비교적 잘 적응하나, 25%는 우울, 사회적 철수, 불안 등 **내면화된 문제**를 보이며, 15%는 과잉활동, 품행 문제 등 **외형화된 문제**를 보이고, 약 10%는 **신체화 증상**을 보이는 것으로 나타났다. 학업 성취에 대한 압력과 스트레스가 특히 많은 우리 사회에서 학습 장애 아동들이 여러 가지 심리 장애를 보일 가능성이 더욱 높으리라 생각된다. 또한 경계선이나 경도의 정신 지체가 있다하더라도, 그러한 지능수준에서 예상될 수 있는 수준보다 더 심한 학습문제를 보일 때는 학습 장애가 함께 진단될 수 있다.

#### 4.5 발달적 경과

학습 장애는 대개 일생동안 지속되므로, 학습 장애 아동은 학습 장애가 있는 청소년, 성인이 될 가능성이 매우 높다. 조기에 발견해서 적절한 치료적 개입이 이루어지지 않으면 일반적으로 예후가 나쁘며(Silver, 1996), 청소년기로 갈수록 이차적으로 우울증, 품행 장애 등 정신과적 문제를 보일 위험이 높아진다. 치료 계획은 각 발달 단계에서 요구되는 능력에 맞추어져야하며, 무엇보다도 학습 장애 위험이 높은 학령전기 아동에 대한 초기 개입이 이후의 학업 실패를 예방하는데 가장 효과적이다. 예후는 아동기동안에 보인 학습 장애의 심각성, 부모의 사회-경제 수준, 신경학적 장애의 유, 무에 좌우된다고 볼 수 있는데, 지능과 사회-경제적 수준이 높은 경우 예후가 가장 좋다(Rutter 등, 1986).

#### 4.6 감별 진단

학습 장애 아동이 주의집중 문제를 함께 보이는 경우에, 학습 장애가

제 4장  
아동기 문제의 연장  
으로서 청소년기에  
보일 수 있는  
문제를

주된 문제이고 주의산만한 행동은 부차적인 문제인지, 아니면 주의력결핍 장애가 더 핵심적인 문제인지, 혹은 두 장애를 함께 공존 병리로 보이는지를 감별 진단하는 것이 적절한 치료법을 선택하는데 매우 중요하다. 또한 학습 장애는 비교적 정상 범위의 지능을 가진 아동이 특정 학업 영역에서 장애를 보이는 것을 말하므로, 학습 장애 진단을 위해서는 정신지체 여부와 정서적 문제나 품행 장애에 기인된 학습 부진인지를 감별 진단해야 할 필요가 있다.

#### 4.7 평가

학습 장애를 정확히 진단하고, 이에 대한 적절한 치료 및 교육 프로그램을 계획하기 위해서는 학습 장애에 관련된 여러 요인들- 신경-생리학적 요인, 인지적 요인, 현재의 학업 수행 수준, 정서적 문제, 환경적 요인 등-에 대한 체계적인 평가가 선행되어야 한다. 특히, 학습 장애에 대한 최선의 치료 방법을 모색하기 위해서는 아동이 보이는 여러 영역에서의 결함외에 현재의 문제를 극복하는데 사용될 수 있는 자산(resource)이 무엇인지를 파악하는 것이 중요하다.

학습 장애 아동은 학업 수행에서 어려움을 보이므로, 학습 부진의 정도가 아동의 생활 연령이나 학년에서 기대되는 학업 수행 수준에 비해 얼마나 심각한 지를 평가하는 것이 중요하다. “기초 학습능력 검사”(한국 교육 개발원, 1989)가 학업 성취를 평가하기 위해 가장 많이 사용된다.

학습 장애 아동의 인지 기능 평가에 가장 널리 사용되고 있는 검사가 Wechsler 아동용 지능 검사(KEDI-WISC)이다. KEDI-WISC에서 산출된 전체지능 지수와 아동의 학업성취 수준을 비교하여 학습 장애의 여부와 심한 정도를 판단하는 것이 가능하다. 또한 언어성-동작성 지능의 차이와 KEDI-WISC 소검사들간의 수행 수준을 비교함으로써 아동의 인지 기능의 강점과 약점을 파악할 수 있다. 학습 장애 아동의 약 1/3에서 언어성 지능이 동작성 지능보다 낮은 경향이 있으며, 이는

언어 기능의 결함이 학습 장애와 관련되어 있다는 견해와 일치되는 결과이다. 그러나 지각-운동적 문제가 핵심적인 비언어적 학습 장애 아동들은 동작성 지능이 언어성 지능보다 낮은 경향이 있다(Pennington, 1991). 특히, 읽기 장애의 경우에는 소검사 프로파일에서 **ACID 패턴**을 보인다. 즉, 산수문제(A: Arithmetic), 기호쓰기(C: Coding), 상식문제(I: Information), 숫자문제(D: Digit Span) 소검사에서 저조한 수행을 보인다(Sattler, 1982). 국내 연구(이영식 홍강의, 1985; 고승희, 신민섭, 홍강의, 1996; 장은진, 신민섭, 1996)에서도 읽기 장애를 보이는 아동들이 언어성 지능이 동작성 지능에 비해 낮으며, 산수 < 숫자 < 상식 < 기호쓰기 순으로 저조한 수행(ACID 패턴)을 보이는 것으로 나타났다.

주의집중의 문제를 함께 보이는 경우에, Wechsler 지능 검사의 주의 산만성 요인(산수, 숫자, 기호쓰기 소검사)에서의 저조한 수행을 통해 주의 집중의 어려움이 어느 정도인지를 평가할 수 있으나(Kauffman, 1980), 보다 표준화된 주의력 검사로는 컴퓨터를 사용하여 실시하는 시각적 연속 수행 검사인 TOVA(Test of the Variables of Attention; Dupuy & Greenberg, 1993)가 널리 사용되고 있다.

Bender-Gestalt 검사(Bender, 1938), 한국판 아동용 Luria-Nebraska 신경심리 검사(신민섭, 1994), Wechsler Memory Scale(1945), Frostig 시-지각 발달 검사(특수 교육, 1982), 좌-우 변별 검사(Belmont & Birch, 1965), Wisconsin 카드 분류 검사(Grant & Berg, 1948) 등을 사용하여 신경학적 문제나 뇌손상에 기인된 지각-운동적 장애, 읽기, 쓰기, 산수, 기억 능력, 집행 기능(executive function) 등 여러 가지 인지적 영역에서의 장애를 평가할 수 있다.

학습 장애 아동이나 청소년들이 학습 문제에 부차적으로 보이는 정서적, 행동적 문제들은 Rorschach, 주제 통각 검사(TAT), 집-나무-사람 검사(HTP), 운동성 가족화 검사(KFD), 운동성 학교 검사(Kinetic School Drawing), 다면적 인성 검사(MMPI) 등을 통해 평가할 수 있다. 또한 적절한 치료 계획을 세우기 위해서는 환경적 요인을 이해하는 것이 중요하므로, 가정과 학교의 교육 환경, 학업 성취에 대한 부모의 기대 수준, 학습 문제에 대한 부모의 태도 등에 대한 평가가 이루어져야 한다.

## 4.8 치료

학습 장애의 여부, 유형, 심한 정도를 정확히 평가하기 위해 다양한 심리학적 검사를 실시한 후에 아동이 주된 어려움을 보이는 영역에 따라 적절한 **개별 치료 프로그램**을 구성하여 1:1 교육을 통해 아동이 학습 장애와 관련하여 보일 수 있는 여러 가지 어려운 점을 보완하고 극복하도록 도와주는 것이 필요하다. 예를 들어, 지각-운동적 결함이 있는 아동에게는 시-지각적 훈련 프로그램을 실시하고, 적절한 학습 전략을 사용하지 못하는 아동에게는 인지적 전략과 실행능력을 향상시키는 방법을 개별적으로 교육하고 훈련시킬 수 있다.

이와 같은 개별 교육적 치료외에도 학년이나 연령이 비슷한 학습 장애 아동들을 집단으로 치료, 교육함으로써 집단원간의 교류를 통해 아동들이 자기 문제에 대한 이해가 증가될 수 있고 상호 지지적인 관계를 통해 사회적 문제해결 능력과 자신감이 증가되며, 학습에 대한 동기도 더욱 증가될 수 있다. 부모들에게는 자녀의 부진한 학업성취의 원인과 자녀가 겪을 수 있는 심리적 어려움에 대해 상담하고 교육하는 시간을 마련함으로써 학습 장애에 대한 이해의 부족으로 인해 야기되었던 여러 가지 부모-자녀 관계의 어려움을 해결할 수 있도록 도와주며, 아동의 낮은 자존심과 자신감을 높여줄 수 있도록 부모에게 효율적이고 지지적인 자녀 양육기술을 습득할 수 있는 기회를 제공하는 것도 중요하다.

# 5. 주의력 결핍 과잉운동 장애

## 5.1 정의 및 진단준거

주의력결핍 과잉운동 장애(AD/HD)는 **부주의, 충동성, 과잉활동성**을 주 증상으로 하는 아동기의 대표적인 장애이다. 아동이 아래 제시된

“주의력결핍” 문항중 6개 이상이나, “과잉운동-충동성” 문항중에서 6개 이상을 지난 6개월동안 지속적으로 보였을 경우 AD/HD가 의심된다 (DSM-IV, 1994).

### 5.1.1 주의력결핍

- 학교 수업이나 일, 혹은 다른 활동을 할 때, 주의집중을 하지 못하고 부주의해서 자주 실수한다.
- 과제나 놀이를 할 때 지속적으로 주의집중하는데 자주 어려움이 있다. 다른 사람이 앞에서 말할 때 잘 귀기울여 듣지 않는 것처럼 보인다.
- 한 장소에서 끝까지 지시에 따라서 하던 일을 끝마치지 못한다.  
(학교 활동, 집안일, 숙제 등)
- 과제나 활동을 체계적으로 하는데 어려움이 있다.
- 지속적인 정신적 노력을 필요로 하는 과제를 하기를 회피하고 싫어하거나 안하겠다고 저항한다.
- 과제나 활동을 하는데 필요한 것들(장난감, 숙제, 연필, 등)을 자주 잃어버린다.
- 외부 자극에 의해 쉽게 주의분산된다.
- 일상적인 활동에서 자주 부주의하다.

### 5.1.2 과잉운동-충동성

- 가만히 앉아 있지를 못하고 손발을 계속 움직이거나 몸을 꿈틀거린다.
- 수업시간이나 가만히 앉아 있어야하는 상황에서 자리에서 일어나 돌아다닌다.
- 상황에 맞지 않게 과도하게 뛰어다니거나 기어오른다.
- 조용히 하는 놀이나 오락 활동에 참여하는데 자주 어려움이 있다.
- 마치 모터가 달려서 돌진하는 것처럼 계속적으로 움직인다.
- 말을 너무 많이 한다.

제 4장  
이동기 문제의 연장으로  
서 청소년기에  
보일 수 있는  
문제를

- 질문을 끝까지 듣지 않고 대답해버린다.
- 자주 자기 순서를 기다리지 못한다.
- 자주 다른 사람을 방해하고 간섭한다(대화나 게임하는데 불쑥 끼어듦).

## 5.2 원인 및 역학

AD/HD는 주의집중력과 관련된 뇌기능상의 미세한 장애에 기인된 경우가 많다. 주의력 장애에 대한 초기의 연구들에서는 이를 뇌손상이나 미소 대뇌기능 장애의 결과로 보았으며, 이후에 제기된 생화학적 이론들은 신경전달물질인 도파민(dopamin) 기능상의 결함이 주의력장애와 관련된 것으로 보고 있다(Wender, 1978; Cook 등, 1995). 또 다른 견해는 망상 활성 체계의 저각성(underarousal)을 주된 원인으로 보는 것인데, 주의력장애 아동들은 망상 활성체계의 각성수준의 저하로 인해 운동과 감각 기능에서 통제력의 부족을 나타낸다고 설명하고 있다(Satterfield 등, 1972). 또 다른 원인론은 AD/HD가 주의 과정의 통제에 관여하는 전두엽의 기능장애나 미성숙과 관련되어 있으리라는 이론이다(Castllanos 등, 1994). 그러나 AD/HD의 원인론에 대한 선행 연구 결과들은 서로 상충되는 것이 많으며, 어느 한 이론에 대한 결정적인 증거는 없는 실정이다. AD/HD의 원인론에서 생물학적 요인이 중요한 역할을 하지만, 증상의 심각성, 이후에 보이게 되는 2차적 문제의 유형, 예후 등에서는 환경적 요인이 매우 밀접하게 관련되어 있다(Weiss & Hechtman, 1986).

학령기 아동의 약 3-15%가 이런 문제를 보이는 것으로 추정되며, 남아 대 여아의 비율이 3:1로 남아가 여아보다 많은 실정이다(DSM-IV, 1994). 또한 Brown과 Spencer(1996)의 연구에 따르면, 아동만이 아니라 성인의 3-4%가 AD/HD 문제를 갖는 것으로 나타났다. AD/HD가 낮은 사회-경제 수준에서 많다는 보고도 있었으나 (Campbell, 1986; Rutter, 1989), 최근에 이루어진 연구에 따르면, SES, 아동의 IQ와는

---

무관한 것으로 나타났다(Wicks-Nelson & Israel, 1992; Brown, 1996).

### 5.3 AD/HD 아동의 전형적인 특성

AD/HD아동들이 보이는 1차적, 2차적 행동적 특성은 다음과 같다 (Barkley, 1990; Wicks-Nelson & Israel, 1991).

#### 5.3.1 AD/HD의 1차적 문제

AD/HD 아동들은 주의력에 근본적인 결함이 있어, 외부 자극에 의해 쉽게 주의가 분산되고, 과제수행시 부적절한 자극을 무시하고 필요한 자극에만 선택적으로 주의집중하지 못하며, 주의력을 한동안 지속 시키는데도 어려움을 보이고 쉽게 지루해하는 행동을 보인다. 또한 매우 과잉활동적이어서 한시도 가만히 앉아 있지 못하고 활동수준이 과도하게 높으며, 무모하고 위험한 행동을 하기도 하며, 문제해결시 비계획적이고 잘 조직되지 않은 방식으로 행동한다. 말을 과도하게 많이 하고, 자기 차례가 아닌데도 불쑥 나서거나 순서를 지키지 않으며, 다른 사람을 방해하기도 한다. 충동적인 성향으로 인해 생각보다 행동이 앞서며, 행동을 억제하는데 어려움이 있어 결과를 고려하지 않고 행동하는 면이 많고, 성급하게 결정을 내리거나 문제를 다 읽기도 전에 대답하여 실수를 많이 범하게 된다.

#### 5.3.2 AD/HD 아동의 이차적 문제

AD/HD아동들은 주의산만한 문제로 인해 학업 성취에서 매우 기복이 심하고, 자신의 능력을 충분히 발휘하지 못하여 약 90%의 아동이 학습 부진을 보인다. 충동적이고 자기중심적이며, 행동을 억제하는데 어려움이 있고 좌절에 대한 인내력이 부족하여 규칙을 위반하거나 공격적인 행동을 보이기도 하며, 또래나 다른 사람들로 부터 거부당하는 경우가 많다. 정서적으로 불안정하고 분노를 폭발적으로 표현하며, 다른 사람의 부정적인 평가로 인해 내적으로는 우울하고 낮은 자존감을 보인다.

## 5.4 공존 병리

Ingersoll과 Goldstein(1993)의 연구 결과에 따르면 AD/HD 아동의 약 30%가 학습 장애를 동반하는 것으로 나타났다. Cantwell(1986)의 조사에 따르면 표집된 AD/HD 남아들중 75%에서 학습문제를 보였으며, 뉴질랜드에서 이루어진 연구에서는 AD/HD아동의 80%가 다양한 학습문제를 가진 것으로 나타났다. 거짓말, 도벽, 비행, 공격적 행동 등 품행 장애나 적대적 반항 장애(Oppositional Defiant Disorder)가 수반되는 경우도 많다. 불안 장애나 우울증을 함께 보이는 경우도 흔한데, AD/HD아동의 약 25%가 불안 장애 진단준거에 부합되며(Last 등 1987; Anderson 등, 1987), 약 40%의 아동이 우울증을 보이는 것으로 나타났다(Biederman 등, 1992).

AD/HD 청소년은 높은 에너지와 과도한 활동 수준 때문에 조증(manic state)처럼 보일 수 있는데, 간혹 두 장애가 공존하는 경우가 있다. 91명의 조울증 청소년을 대상으로 한 Biederman 등의 연구(1992)에 따르면 그들의 91%가 어린 시절 AD/HD가 있었던 것으로 나타났다.

## 5.5 발달적 경과

AD/HD는 주의력과 학업 성취에서의 결함을 포함한 사회적 행동과 자기-통제력(self control)의 발달적 장애로 간주될 수 있으며, 유아기나 초기 아동기에 시작하여 청소년기, 성인기까지 진행되는 장기적인 경과를 보인다(Wicks-Nelson & Israel, 1991). 청소년기가 되면 약 25%에서 과잉활동성이 감소되기는 하나 사회적, 학업적 문제는 지속된다. 청소년기에 이르러 정서적 문제가 증가되어, 우울증이나 낮은 자존심을 보이며, 약물 남용 등 품행문제를 보이게 되는 경우가 많다. 성인기가 되면 약 1/3-1/2가 정상적인 생활을 하나, 약 50%에서는 증상이 여전히 지속된다(Quinn, 1994). AD/HD 증상이 성인기까지 다른 형태로

계속 지속된다는 추적연구 결과도 있다. 일반적으로 청소년기와 성인기의 예후는 공격성, 지능, SES, 열악한 가정 환경, 또래관계 문제, 정서적 불안정성, 그리고 부모의 정신병리와 관련이 깊다(Dulcan, 1989; Whalen & Henker, 1985; Dinklage & Barkley, 1992).

## 5.6 성인기 AD/HD

최근 국내외에서 AD/HD 성인에 대한 관심이 증가되는 추세이다. AD/HD가 의심되는 성인의 행동들은 다음과 같다(Hallowell, 1994).

- 일의 성취가 부진하다.
- 일을 체계적으로 하는데 어려움이 있다.
- 오랫동안 근무 태만이 지속되어 왔고, 일을 시작하기가 어렵다.
- 여러 가지 일을 한꺼번에 벌려놓고 끝까지 지속하지 못한다.
- 결과를 생각하지 않고 떠오르는 생각을 말하는 경향이 있다.
- 자극 추구하는 성향이 높다.
- 권태로움을 견디지 못한다.
- 쉽게 주의분산되고, 잘 잊어버리고, 물건을 제자리에 두지 못한다.
- 때때로 창조적이고 기발한 생각을 하고, 머리가 좋다.
- 좌절에 대한 인내력이 부족하고 즉각적인 욕구만족 경향이 있다.
- 말이나 행동이 충동적이다.
- 정서적으로 불안정감을 느낀다.
- 감정의 기복이 심하다.
- 침착하지 못하고 들떠있다.
- 술, 마약이나 도박, 구매, 일 등에 중독되는 경향이 있다.
- 만성적으로 자존감이 낮다.
- 자신에 대한 관찰이 부정확하다.
- 가족력상 조울증이나 우울증, 약물남용, 충동조절 장애의 병력이 있다. 아동기에 AD/HD 진단을 받았던 병력이 있다.

## 5.7 감별 진단

주의산만한 행동을 보인다고 다 주의력결핍 과잉운동 장애는 아니라고 할 수 있다. 아동들은 불안하거나 우울할 때도 정서적 문제가 안절부절하거나 한 과제에 집중을 잘하지 못하는 행동으로 표현되므로 주의산만하게 보일 수 있다. 또한 지능이 낮거나 언어 발달이 늦은 경우, 혹은 품행 장애나 적대적 반항 장애와 같은 행동 장애 아동들도 주의산만하고 충동적이며, 과잉활동적인 양상을 보인다(홍강의, 김종훈, 신민섭, 안동현, 1996). 따라서 주의력 검사를 포함한 다양한 심리검사와 면접, 행동관찰을 통해 아동의 문제를 정확히 진단 평가하는 것이 적절한 치료 계획을 세우기 위해 반드시 필요하다.

## 5.8 평가

AD/HD 아동들이 보이는 주의력의 문제, 인지적, 행동적 충동성, 과잉활동성 및 그에 수반된 대인관계 문제의 심각성 등은 개별적인 표준화된 검사와, 부모나 교사 평정척도, 전산화된 주의력 검사, 그리고 신경심리 검사를 통해 평가할 수 있다.

ADHD 아동들은 KEDI-WISC의 “주의산만성” 요인(산수, 숫자, 기호쓰기 소검사)에서 저조한 수행을 보이며(Kaufman, 1979), 차례맞추기와 이해 문제에서도 낮은 수행을 보이는 경향이 있는데, 이는 그들이 보이는 또래 관계에서의 어려움과 충동적인 문제 해결 방식을 반영한다. 주의력 문제를 측정하는 전산화된 검사로는 연속수행검사(CPT)와 TOVA가 있고, 인지적 충동성을 평가하는데는 “같은 그림 찾기 검사”(MFFT: Kagan, 1966)가 유용하다. AD/HD의 원인론에서 전두엽의 기능 장애가 관련된 것으로 알려져 있으므로, 전두엽의 기능인 실행기능(executive function)과 행동 및 충동 조절 능력을 평가하기 위한 대표적인 신경심리 검사로는 스트룹 단어-색채 연합 검사 Stroop Word-Color Association Test; Stroop, 1935), 위스콘신 카드분류 검사

(Wisconsin Card Sorting Test: Grant & Berg, 1948)가 있다. 부모나 교사 평정척도로는 코너스 부모/교사용 평정 척도(Conners Rating Scale)와 학교/가정 환경 척도 (Barkley, 1981, 1987)가 임상 진단이나 치료효과 평가, 연구를 위해 가장 많이 사용되고 있다.

## 5.9 치료

AD/HD 아동들을 효과적으로 치료하고 도와주기 위해서는 약물 치료, 인지-행동 치료, 놀이 치료, 심리 치료, 부모 교육 등 다양한 치료 방법이 적용될 수 있다. 일반적으로 주의력결핍 장애에는 **약물 치료**가 효과적이지만, 주의산만한 아동들이 보이는 여러 가지 습관화된 행동 문제나 충동적인 문제 해결 방식을 변화시키고 바람직한 행동이나 자기-조절 능력을 학습시키는데는 제한이 있다. 특히, 주의산만한 아동들이 학년이 올라감에 따라 학업이나 또래관계 형성의 어려움과 부모나 교사로부터의 부정적인 평가나 처벌에 기인되어 보이게되는 낮은 자존감과 자신감의 부족, 내적인 우울감이나 좌절감과 같은 정서적 문제, 그리고 학습 부진을 변화시키기 위해서는 아동에 대한 **인지-행동 치료**와 **부모 교육**이 수반되어야 한다(신민섭 등, 1995). 약물 치료와 인지-행동 치료 및 부모나 교사에 대한 교육을 병행하는 것이 최선의 치료 방법이라 할 수 있다.

### 〈연 습 문 제〉

1. 정신지체(MR)의 정의와 수준을 장애의 치료 및 교육 목표와 관계지어 생각해 보자.
2. MR의 원인론을 유전적, 생물학적, 심리-사회적 요인별로 생각해 보자.
3. 자폐장애 아동이 주된 결함을 보이는 문제는 무엇인가? 또한 이러한 결함에서 자폐장애 아동이 아스퍼거장애, 의사소통장애 아동과 어떻게

제 4장  
아동기 문제의 연장  
으로서 청소년기에  
보일 수 있는  
문제를

구분될 수 있는가?

4. 자폐 아동이 연령이 증가하면서 보이게되는 발달적 경과에 대해 논하시오.
5. 자폐 장애아의 치료와 교육에서 행동치료가 왜 중요한가?
6. 표현 언어 장애와 혼재형 수용-표현 언어 장애의 차이점은 무엇인가?
7. 말더듬 아동이나 청소년들이 정서적, 사회적 문제를 생각해 보자.
8. 선택적 함구증과 의사소통 장애는 어떻게 다른가?
9. 학습장애(LD)의 정의 및 유형, 진단 준거를 설명하시오.
10. 학습 장애 아동들이 근본적으로 결함을 보이는 인지적 특성을 쓰시오.
11. 학습 장애 아동들이 보이게 되는 사회적, 동기적인 문제는 무엇인가?
12. LD와 우울증, 주의력결핍 장애와의 공존병리에 대해 논하시오.
13. AD/HD의 원인론에서 생물학적 요인(뇌기능장애, 신경-생화학적 요인)이 매우 중요하다. 이를 약물치료(중추신경흥분제)가 효과적인 점과 관련하여 생각해보시오.
14. AD/HD 아동들이 보이는 증상들의 발달적 경과를 논하시오.
15. AD/HD 아동들이 이차적으로 정서적 문제를 보이게 되는데 기여하는 심리-사회적 요인에 대해 생각해보시오.
16. AD/HD의 치료에서 약물과 부모교육, 인지-행동치료를 병행했을 때 가장 효과적인 이유를 설명하시오.

## 청소년기 문제

1. 청소년의 정체성 문제
2. 정서이상
3. 행동장애
4. 신체 기능관련 이상



## 1. 청소년의 정체성 문제

이번 장에서는 흔히 사용하는 개념이면서도 실제로는 이해하기가 쉽지 않은 「정체감」의 의미, 발달과정과 수준, 그리고 건강과 불건강을 살펴보고자 한다. 특히, 청소년기에 생길 수 있는 정체감의 문제를 비교적 자세하게 논의할 것이다. 그리고 마지막으로 DSM-IV에서 다루고 있는 정체감의 문제를 소개할 것이다.

### 1.1 정체감의 의미

정체감이란 성장하는 동안 개인이 사회의 영향을 받은 결과로 자신의 여러 가지 측면에 대하여 지니고 있는 태도를 말한다. 정체감을 사회와 개인의 상호작용의 결과라고 볼 때, 개인의 정체감은 개인과 사회의 교차로이다(Josselson, 1994). 정체감을 형성해 가는 과정에서 개인은 사회에 영향을 미치고 사회는 또한 개인에게 영향을 미친다. 정체감에 근거하여 개인은 자기의 경험을 지속하고 통합하며, 동시에 사회생활에서 개인이 상대방에 대하여 가지게 되는 의미를 창조한다. 즉, 정체감의 형성과정은 개인이 한 사회의 구성원으로서 자기의 모습을 선언해 가는 과정이라고 할 수 있다.

정체감으로 말미암아 개인은 삶의 방향을 지니게 되고, 이상적이라고 생각하는 일에 헌신을 할 수도 있게 된다. 정체감에는 성역할, 개인적 이상, 자기가 속한 집단의 기준, 자아개념 뿐만 아니라, 여러 가지 역할에 대한 이미지들이 통합적으로 포함되어 있다. 이렇게 정체감은 우리에게 방향감을 주고 우리를 어떤 일에 헌신하도록 이끌며, 우리가 어릴 때 부터 우리 자신과 부모, 일, 종교 그리고 친구에 대하여 매일 조금씩 조금씩 배워가면서 형성된다.

### 1.2 정체감의 발달

인간은 청소년기에 이르러 「세상」이라는 지각된 현실 속에서 자기

제 5장  
청소년기 문제

의 위치를 발견해야 한다. 아동에서 청소년으로 성장하는 동안 청소년들은 사회가 그들에게 더 많은 것을 기대한다는 것을 알게 되고 그러면서 자아정체감의 형성을 위한 노력이 시작 된다. 그러나 정체감이 청소년기에만 형성되는 것이 아니라 청소년기에 정체감에 대한 관심이 의식 되고 더욱 강렬해지는 것이다. 이는 청소년기에 신체의 변화, 성욕의 발현, 그리고 자기와 타인에 대한 관심이 증가되는 것과 관계가 있다. 이런 요인들에 의해 청소년들은 더욱 성숙한 형태의 경쟁, 성취, 능력들을 갖추어야 한다. 이와 같은 요구 때문에 청소년들은 사회에서의 자기 역할에 대하여 더 많이 생각할 수 밖에 없다. 즉, 다른 사람들이 자기의 행동을 어떻게 볼 것인지 그리고 새롭게 습득한 역할과 기술이 미래에 유용할 지에 대해서 회의를 하게 되기도 한다.

Erikson(1959)은 이러한 시기를 「심리사회적 유예기간(Psychosocial moratorium)」이라고 했다. 이것에 대해서는 뒤에 설명하겠지만 간단히 설명하면 이 시기동안 청소년들은 여러 가지 역할에 대하여 자유롭게 실험을 하면서 아동으로서의 자기와 현재의 자기 사이의 갭을 메우고, 자아개념과 사회가 자기를 인식하는 것 사이의 갈등을 조절하게 됨으로써 정체감을 형성하게 된다.

정체감은 출생 직후부터 발달한다. 처음에 유아는 본능적이라고 할 수 있는 「유쾌하다」 혹은 「불쾌하다」 정도의 원시적인 정서적 반응을 하면서 어머니 또는 어머니의 역할을 하는 사람과 상호작용을 하고 자신과 타인에 대한 태도를 형성한다. 이 태도가 정체감의 기초가 되며, 「자기 지식(self knowledge)」이라고도 한다(Josselson, 1994; Guitano & Liotti, 1983). 자기지식은 우리가 언어화 하기가 어려울 정도로 자동적이며 감정적인 요소가 강하다. 그래서 자기지식은 암묵적인 앎(tacit knowledge)이다(Guitano & Liotti, 1983). 이것이 성장하여 자신의 인지체계를 구성하게 되고, 자기에 대한 정의도 그 속에 포함된다. 그러나 정체감은 인지적인 요소로만 구성되어 있다고 할 수 없다. 우리는 자신에 대하여 어떤 감정을 느낀다. 이것은 자아 정체성에 인지적 요소 뿐만 아니라 감정적 요소도 포함되어 있음을 말해준다.

### 1.3 정체감의 위기

정체감은 그 사람이 아동기 초기에 어떤 경험을 했는 지에 따라 핵심 부분이 정해진다. 즉, 정체감의 핵심적 요소는 그 사람이 전혀 생소한 삶에 적응해 가면서 성취한 성격의 기본 구조라고 할 수 있다. 정체감이 형성되는 과정은 자기 이미지와 개인의 이상적 모습을 검증하고, 선택하고, 통합하는 역동적인 과정이며 그 산물이다. 그러나 청소년기에 이르러 전체적이고 통합적인 정체감을 얻기 위해서 인간은 필연적으로 정체감 위기를 경험하게 된다. 우선 이 정체감 위기란 정상적인 발달의 한 부분이다. Allport(1964)에 의하면, 위기란...짧은 시간 내에 관점의 심각한 변화를 요구하는 정서적, 정신적 스트레스 상황이다. 이런 관점의 변화로 말미암아 성격의 구조가 바뀌는 일이 종종 있다. 위기로 인한 관점의 변화로 인해 삶에 대하여 진보적이 되기도 하고 퇴행적이 되기도 한다. 정의에 의하여 위기를 겪고 있는 사람은 변화하지 않을 수 없다. 그는 아동기의 자신을 변화시키든지 아니면 보다 성인이 되어야 한다. 혹은 적응 정도가 낮은 수준으로 후퇴해야 한다(p. 235).

이런 위기의 시기에 있는 청소년들에게는 활기가 없어진다. 즉, 이전의 관심들은 더 이상 미래의 일과 관련이 없어 보이게 된다. 이때 청소년들은 많은 일을 결정해야 한다. 진로, 진학, 결혼, 이상을 결정해야 하기 때문에 자주 불안해하고 그로부터 겪는 긴장을 해소하려 한다.

그 결과로 대부분의 청소년들은 성격 변화를 겪는다. 즉, 정체감의 위기를 맞아 여러 가지 해결책을 구하면서 스스로 정체감의 발달을 촉진시킨다. 성공적인 대부분의 청소년들은 적극적으로 자기를 규정하여 그것을 자기의 성격에 통합시킨다. 그러나 어떤 청소년들에게는 이 상황이 지나친 부담이 된다. 이런 청소년들은 퇴행적 행동, 무감동, 혹은 의지의 마비를 경험한다. 그 결과 그들은 역할의 혼란을 경험하게 된다(Erikson, 1959). 이들은 심리사회적으로 자기를 규정하지 못하며 모든 의사결정을 위협적이고 갈등적으로 받아들인다. 청소년들이 의사결정을 할 수 없을 때 그들은 항상 소외감을 느낀다. 이와 더불어 수치감,

저하된 자긍심, 개인적 부적절감을 느끼고, 다른 사람들이 자기를 조종한다는 느낌을 갖게 된다.

어떤 청소년들은 정체감 위기를 더욱 더 불건강하게 해결한다. 비행소년들이 이들이다. Erikson(1959)은 비행 청소년들은 부정적 정체성을 지니고 있다고 설명한다. 비행 청소년들은 범죄자 등의 반사회적인 사람들과 자신을 동일시하려고 한다. 이런 청소년들의 부모는 진정한 관계를 맺기보다는 사회적인 지위에 대하여 깊은 관심을 가진 사람들이며 사회적 우월이라는 가면을 더 선호하는 사람들이다. 이런 부모들은 지나치게 힘에 의존하기 때문에 자녀에게 자율권을 부여하지 못한다. 이런 부모들은 자녀들을 지나치게 통제하거나 과잉보호하는 등 부적절한 방식으로 자녀들을 사랑하며 부부관계에 대해 불만족스러워하고 계속적으로 불평을 한다. 자기의 자식을 소유물처럼 취급하여 마치 남들이 빼앗아 가기라도 하는 것처럼 질투어린 경계를 하는 한편, 자식들의 존재가 중요하다는 것을 알리기 위해 그들에게 애걸을 한다.

#### 1.4 정체감 발달을 촉진시키는 요소들

비록 생애 초기에 부모와의 상호작용이 효율적인 정체감의 형성을 촉진하거나 저해하긴 하지만, 이것이 자아 정체감이 발달하는데 유일한 결정요인은 아니다. 대상관계이론가들은 다른 이론가들보다 어릴 때의 영향을 결정적으로 보는 편이지만 그들조차도 변화가능성은 부정하지 않았다(Westen,1989). 정체감 이론의 발전에 가장 큰 영향을 미친 Erikson(1959)도 어린 시절 부모와의 동일시를 정체감 형성의 핵심적인 과정으로 보았지만 그것을 정체감 형성의 전부로 보지는 않았다. 이미 잘 알려진대로 그는 정체감 발달 과정을 여러 개의 점진적 단계로 보았다.

아동초기에 경험하는 어머니와 자녀간의 만족스러운 상호관계는 타인을 사랑하는 태도를 발달시킨다. 그러나 아동의 성장이 가속됨에 따라 자녀는 점점 독립적이 되어 보다 자율적으로 어머니와 상호작용을

한다. 이것을 어머니와 자기의 **변별**이라고 한다. 그 결과 이제 자녀는 사랑받을 뿐 아니라 다른 사람을 사랑할 수도 있게 된다. 그렇더라도 이 시기의 중요한 애착 대상은 어머니이다.

Erikson(1959)은 아동기의 성공적인 동일시, 즉 **성공적인 정체감** 형성의 기초를 확립하는 일은 아동이 자기의 경험과 특히 가족내에서 위계적 사회구조를 보여주는 모델 인물들과의 경험을 통합할 수 있을 때 이루어진다고 설명하였다. 어머니는 대개 감정표현을 잘하며 양육을 담당하는 사람이라는 점을 고려할 때, 아동은 어머니와의 상호작용을 통하여 **정체감의 감정적 측면**을 형성한다. 반면에 아버지는 **정체감의 사회적 측면**과 일에 관련된 측면을 형성하는데 영향을 미친다. 그러나 현대에 와서 어머니들이 직업활동과 사회활동을 보다 활발하게 하고 있다는 점을 고려하면 이와 같은 Erikson의 도식은 수정되어야 할 것이다. 그럼에도 불구하고 부모가 어떤 역할을 하든지 아동이 부모와의 상호작용을 통하여 정체감을 형성해 가는 과정에서 감정적 그리고 사회적 영향을 받는다는 것은 여전히 인정될 수 있다. Erikson(1959)은 부모는 또 다른 방식으로 정체감의 발달에 영향을 미친다고 설명한다. 그에 의하면, 부모가 자녀들과 긍정적이고 보상적인 관계를 유지하면 아동은 부모와 건강한 동일시를 이룬다.

한편, 남성이나 여성이나 자기의 성에 알맞는 신체적 이미지를 지니고, 청소년기에 성숙하는 신체의 변화를 잘 수용하면 **정체감의 성적인면**이 건강하게 발달한다. 더욱이 청소년기에 보다 풍부한 문화적인 경험을 하면서 다른 사람이 자기를 어떻게 받아들이는 지를 이해할 수 있게 된다. 다시 말하여 여러 가지 종족적인 전통을 경험함으로써 문화유산이 자기를 통하여 계승되는 것을 인식할 수 있다.

부모와 상호작용이나 사회문화적 경험을 통하여 아동의 정체감을 발달시킨다는 것을 확인하면서 우리가 집고 넘어가야 하는 분명한 사실은 생애 초기의 경험은 아동의 사회적 기술을 발달시킴으로써 후에 긍정적인 경험을 유발하고 자신감과 안정감을 형성한다는 것이다. 이것은 White(1960)가 말한 **유능감의 발달**을 의미한다. **건강한 성격의 본질적 요소**는 자신이 세상을 효과적으로 다룰 수 있다는 느낌이다.

이 유능감의 발달에 중요한 실제적 요소는 아동과 청소년 모두에게 공통적으로 중요한 놀이활동이다. 놀이활동은 방향감, 선택하는 능력, 다른 사람들과 효과적으로 상호작용하는 능력, 그리고 인내심을 기르는데 결정적으로 중요한 기능을 한다. 이런 의미에서 청소년의 능력, 기술, 한계에서 반영되는 유능감은 정체감 발달을 이해하는데 아주 본질적인 요소이다.

### 1.5 정체감의 발달수준

Marcia(1966)는 「위기」와 「헌신」의 두 개념을 중심으로 정체감의 발달 수준을 확인한 바 있다. 여기서 그는 위기를 청소년이 여러 가지 의미있는 대안 중에서 선택하는 기간으로, 그리고 헌신을 청소년이 보여주는 개인적 투자의 정도로 규정했다. 따라서 위기의 상태는 해답을 구하는 시기로, 그리고 헌신의 상태란 행동을 유발시키는 의미있는 선택으로 이해된다.

Marcia가 분류한 4가지 정체감의 발달 상태는 정체감 혼미(identity diffusion), 저당(identity foreclosure), 유예(identity moratorium), 그리고 정체감 성취(identity achievement)이다. 이 네 가지 정체감의 발달 수준을 위기와 헌신의 유무로 구별하면 다음과 같다.

<표 II-2> 정체감의 발달수준(Marcia, 1966)

정체감 수준	과거나 현재의 위기	헌 신
혼미	무	무
저당	무	유
유예	유	무
성취	유	유

<표 II-2>에서 보듯이 정체감 혼미상태에서는 과거부터 현재까지 직업적, 정치적, 종교적 문제들의 여러 가지 대안에 대해서 고민한 적이

없는 경우이며 또한 어떤 특정한 일 또는 가치에 헌신한 적도 없다.

**정체감 저당**의 수준은 과거나 현재에 자기에게 주어진 가치나 역할에 대하여 회의를 한 적이 없으며 오직 그것을 충실히 실천하는 상태이다. 부모들에게 주입 받은 직업적, 정치적, 종교적 가치들을 의심 없이 받아들여 마치 자기 것인 양 생각하고 그것들을 실천하고 있는 상태이다. 한편, **정체감 유예** 수준은 과거나 현재에 여러 가지 역할과 가치를 실험해 왔지만 어느 한 가지에도 헌신하지 않는 상태이다. 마지막으로 **정체감 성취**의 수준은 과거부터 현재까지 직업적, 정치적, 종교적 문제에 대한 여러 가지 대안들을 실험하고 선택해 왔으며, 어떤 가치나 역할 혹은 일을 헌신적으로 실천하고 있는 상태이다. 다음에는 이 네 가지 정체감 발달 수준 각각의 심리적 특징과 특징적인 사회적 행동을 살펴본다.

### 1.5.1 정체감 혼미

정체감 혼미 수준에 있는 청소년들은 주로 **거부적이고 무관심한** 가족에서 성장한다. 이혼이나 기타의 사유로 아버지가 없는 경우가 많으며, 아버지가 있더라도 자녀들을 격려하기보다는 부정적으로 다룬다. 따라서 이들은 자기에 대한 일정한 태도를 형성하기에 충분한 정서적 지원의 결핍을 느껴 자신보다는 타인의 반응에 더 민감할 수밖에 없게 된다. 인간관계에서 불안하며 분노를 충동적으로 터뜨리는 일이 많다. 이런 청소년들은 불안을 통제하기 위하여 방어기제를 사용한다. 이중 어떤 청소년들은 감각을 고양시키고 즉각적인 감각을 추구하기 때문에 강렬하고 충동적인 경험을 함으로써 **불안을 회피**한다. 거친 파티, 마약 복용, 고속 질주 등을 통하여 정체감 혼미와 관련된 불안을 느끼지 않으려고 한다. 다른 청소년들은 또래 집단을 전전하면서 소속감을 얻으려 한다. 또 다른 청소년들은 유행을 심하게 쫓아다니기도 한다.

이들은 열등감, 소외감, 그리고 양가감정으로 인한 **의사결정능력**의 부재를 경험하는 일이 많으며, 육체적, 도덕적, 윤리적, 개인적, 그리고 사회적 자아개념이 빈약하다. 또한 이들은 **장의존성**이 높아서 상황에

쉽게 흔들린다(Schenkel, 1975). 한편, **장독립성**은 건강하고 분명한 정체감과 관련이 높다. 장독립성이 강한 청소년들은 환경을 분류하고 분석할 수 있다. 정체감이 혼미된 청소년들은 인지적 변별력이 낮아 도덕적 추론을 잘 하지 못하며, 성역할 경향에서도 혼란되어 있으며, 생애 초기의 심리사회적 위기의 해결, 인지 발달, 미래 지각, 통제 의 소재(locus of control), 그리고 자아 기능의 발달에서 낮은 수준을 보인다. 정서적인 측면에서 이들을 살펴보면 긴장과 불안, 죄의식과 불안정감을 느끼며, 대인관계에서 의심과 질투를 잘 느낀다. 정체감이 혼미된 청소년들은 대인관계 상황에서 주의 집중을 효과적으로 하지 못하는 경향이 있고, 환경을 상당한 정도로 통제할 필요성을 느끼며, 주위 사람들이나 환경에서 일어나는 일들이 자기들의 에너지와 주의를 요구하는 것으로 지각한다(Adams, Ryan, Hoffman, Dobson, & Nielson, 1985; Read, Adams, & Dobson, 1984). 이와 관련하여 그들은 사회적 상황에서 협동 능력이 떨어지고, 다른 사람을 통제, 조종하는 경향이 있으며 기만적이다.

전체적으로 볼 때, 정체감이 혼미된 청소년들은 인지적 복잡성이나 정서적 발달, 혹은 일반적인 발달에서 보통의 청소년들보다 미성숙하다. 내면적으로 황량하고 다른 사람들을 사랑하는 능력이 결여되어 있다. 스트레스에 대하여 이들은 사회적으로 철수를 하거나 타인을 조종하거나, 혹은 맹목적으로 순종함으로써 대처한다. 그 결과 이들에게는 같은 성이든 아니든 친구나 연인, 혹은 배우자가 없는 것이 보통이다. 이장에서 설명한 이들의 특징은 성격장애자들과 비슷하기 때문에 상담 장면에서 이들을 평가할 때는 성격장애의 유무를 확인해 볼 필요가 있다. 실제 성격장애는 자기나 타인에 대한 일관되고 통합된 표상, 즉 독립된 자아정체감이 결여될 때 발생하기 때문에 이들이 성격장애로 진단될 가능성은 대단히 높다. 성격장애에 대해서는 다음 장에서 자세히 다루게 된다.

### 1.5.2 정체감 저당

정체감을 추구할 권리를 저당 잡힌 청소년들은 자기 스스로 자기의

정체를 확립하는 노력을 하기보다는 주로 부모에게서 영향을 받은 가치관과 태도를 그대로 따른다. 그 결과 이들은 권위를 가진 사람들의 가치를 인정하여 순종하고, 강한 지도력과 권위에 대한 존경을 미덕으로 삼는다. 한마디로 이들은 **규범지향적**인 사람들이다. 따라서 이들은 사회적 인정 욕구가 크며, 자기에게 중요한 사람들과는 대단히 의존적인 관계를 유지한다. 그러나 이들은 정체감 혼미를 경험하는 청소년들처럼 상당히 충동적이다. 즉, 이들에게는 충동을 억압하거나 부정하는 능력이 결여되어 있는 것이 보통이다(Donovan, 1975). 그것은 이들의 가치관이 경직되어 있어서 자기와 다른 가치에 직면할 때 이들이 쉽게 좌절을 경험하는 경향과 관련이 있다. 그러나 평상시에는 조용하고, 질서 있게, 그리고 근면한 생활 태도를 추구한다.

이들은 주로 **자녀 중심적인 가정**에서 성장한다. 이들이 부모가 되면 가정을 중시하고 사랑 어린 가정 생활을 영위한다(Donovan, 1975). 부모가 이런 사람이면 가정에 관심과 애정을 쏟는다 해도 그 때문에 청소년 자녀들의 **자율적 성장**을 허용하지 않는 것이 보통이다. 즉, 그 부모들은 자녀들과의 경계를 무시하고 간섭이 심하고 자녀들을 소유물처럼 취급한다. 그 결과 자녀들은 성적 혹은 공격적 충동을 억압한다. 그래서 **정체감** 저당의 상태에 있는 청소년들은 조심스럽고 다른 사람에게 의존한다. 그들은 열심히 일하며, 말이 많고 건설적이지만 창의적 지도력을 발휘하지 못한다. 전체적으로 보아 이들은 사회 생활에서 미숙한 편이고 그리 적응적인 편은 아니다.

### 1.5.3 정체감 유예

**정체감 유예**는 네 가지 정체감 발달 수준 중에서 가장 불안함을 많이 겪는 유형이다(Marcia, 1980). 그러나 이들은 자기 존중감을 유지하며, 도덕적 추론과 자아 발달의 수준은 상당히 높다. 자기 지시적이면서도 여러 가지 대안적 가치에 개방적이다. 이런 청소년들에게서 문제가 되는 것은 **분명하게 규정된 목표와 가치가 결여되어 있다**는 점이지만 이 문제를 극복하기 위하여 이들은 대단히 적극적으로 탐색 활동을 한다.

상당히 자의식이 강하며, 자기의 감정을 명확하고 깊이있게 기술할 수 있다(Donovan, 1975). 이들은 스스로 대인관계의 요구를 처리할 수 있다고 믿고 있으며, 정체감이 확정되지 않은 상태에서도 자신의 생각, 지각, 그리고 목표에 대하여 편안하게 생각한다(Read et al., 1984; Adams et al., 1985). 또한 다양한 정보를 수집하며 그것을 바탕으로 의사결정을 한다.

이런 청소년들은 다른 정체감 발달 수준에 있는 청소년들보다 상당히 적극적이고 사회적이다. 그리고 정서적으로도 반응이 적절하며, 다른 사람에 대한 애정을 표현할 수 있는 능력이 있기 때문에 친밀한 대인관계를 맺을 수 있으며 동료들에 대해서 성숙한 영향력을 행사할 수 있고, 설득을 할 수도 있다. 또한 정체감이 혼란된 사람들과는 달리 친구들의 바람직하지 않는 영향을 견디거나 극복할 수 있다. 이들은 개인적인 헌신거리를 발견하고 추구해야 하는 과업으로 인해 심리적인 압력을 받고 있지만 다른 사람들과 편안하게 지낼 수 있고, 사회적으로 기술적이며 효율적이다.

#### 1.5.4 정체감 성취

정체감이 성취된 청소년들은 네 가지 정체감 발달 수준 중에서 가장 복잡적, 적응적인 성격을 지니고 있다. 이들은 칭찬을 잘하며, 통제를 최소한으로 하고 자녀들과 **안전한 애착관계**를 형성하고 유지하는 부모 밑에서 성장한다. 자녀들의 **정체감 성취**를 촉진하는데 반드시 아버지가 필요한 것은 아니다. 어머니가 개방적이고 지지적으로 자녀의 직업적 정체감 발달을 후원한다면 아버지가 없는 가정에서도 자녀의 정체감 성취가 이뤄질 수 있다(Crossman, Shea, & Adams, 1980).

이들의 자아는 가장 발달되어 있고, 도덕적 추론 능력을 가지고 있으며, 자아존중감이 가장 높다(Adams & Shea, 1979). 그리고 인지적으로는 **반성적** 혹은 **분석적 사고**를 할 수 있다. 이들은 미래지향적이며 미래를 위해 현재 상황을 조직할 수 있다.

학교에서의 성취도도 다른 정체감 발달 수준에서 보다 높으며, 학교

경험을 만족스럽게 평가한다. 정체감을 성취한 청소년들은 규율의 준수가 심하게 요구되는 스트레스 상황에서도 견뎌낼 수 있다. 이와 같은 능력으로 인해 성취를 위해서 이들은 순응적 행동을 할 수 있다.

일반적으로 이들은 질서 있게 살고, 적극적이며, 자기지시적인 생활을 한다. 이들은 개인과 사회의 요구를 조화시킬 수 있으며, 자신감이 있고, 안전감을 느끼며, 심리적으로 통합되어 있고, 사회적인 기술이 구비되어 있다. 또한 심리적으로 다양한 면을 갖추고 있으며, 정서적으로 성숙하고, 자아발달의 수준은 높다(예, Ginsburg & Orlofsky, 1981; Josselson, 1984).

깊고 지속적인 교우관계를 맺을 수 있으며, 이성관계에서도 헌신을 할 수 있다. 집착이 아닌 건강한 친밀의 정도에 있어서 정체감을 성취한 청소년들과 아닌 청소년들간에는 의미있는 차이가 있다. 정체감 성취로 말미암아 자신에 대한 다양하고도 안정된 개념 혹은 이미지를 바탕으로 타인과의 차이를 변별하며 또 그것을 견딜 수 있는 능력을 갖추고 있기 때문이다. 이들의 자아는 효율적일 뿐 아니라 잘 분화되어 있고 복잡하다. 이들과 다른 수준의 정체성을 지닌 사람과의 궁극적 차이는 바로 이점이다. 다른 정체감 수준의 사람들을 성격장애와 관련이 있다고 짐작할 때 정체감 성취를 한 사람들을 정상인으로 분류할 수 있다.

## 1.6 정체감과 정신건강

앞에서도 말했듯이 정체감은 사회의 영향을 받아 형성된다. 이것을 구체적으로 살펴보면 어릴 때는 어머니와 아버지 그리고 형제, 커 가면서는 선생님, 친구, 동료, 상사, 아내 등 여러 사람과의 관계에서 그 사람들이 자신을 대하는 방식을 어떻게 지각하는지에 따라 정체감이 긍정적으로 되기도 하고 부정적으로 되기도 한다. 혹은 빈곤해지기도 하고 풍부해지기도 한다. 대체로 건강하고 성숙한 사람들의 정체감은 긍정성이 우세하면서도 부정성이 포함되어 있고 내용이 다양하고 풍부하다.

그리고 그것들이 전체로서 하나의 체제를 이루고 있다. 정체성이 정립된 청소년은 자기를 다른 사람과 구별되는 독립된 인간으로 생각하며 일관된 자기 이미지를 가지고 있다. 청소년들은 의식적으로 혹은 무의식적으로 정체감을 찾기 위하여 여러 가지 역할을 시험하면서 진정한 자기를 발견해 보려고 한다.

그러나 불건강한 자아정체성의 특징은 흔히 정체감 혼미와 관련되어 있다. 긍정정보다는 부정성이 우세하고 내용이 빈곤하다. 그러므로 그런 청소년들은 불확실하거나 좌절적인 경험을 하면 쉽게 우울해지거나 불안해지는 경향이 있다. 또한 자기에 대한 여러 가지 태도가 하나의 전체로서 통합되어 있지 않기 때문에 모순적인 모습들을 자주 보인다. 가령, 거만하면서도 소심한가 하면, 탐욕스러우면서도 자기 부정적이다. 현재와 과거, 그리고 미래를 생각할 때에도 일시적이지만 연속된 태도를 보이지 못한다. 공허감이 심하고, 진실됨이 결여되어 있다. 성역할에서도 혼란된 모습을 보이기도 한다. 정체성의 혼란을 보이는 청소년들은 지나칠 정도로 자기에 대해 관심의 초점을 두는 경향과 지나친 자의식을 보인다(Adams & Markstrom, 1987; Adams, Abraham, & Markstrom, 1989). 즉, 자기에 대한 태도가 혼란되어 있는 청소년들은 타인과 자신을 자주 비교하며 자기중심적인 해석을 하고 타인의 반응에 대해 지나치게 민감하다.

지금까지는 정체감의 발달 수준과 관련된 청소년의 문제를 논의해 보았다. 지금부터는 정신의학에서 분류된 정체감의 문제들을 기술해 보기로 한다. 정신의학의 진단체계인 DSM-IV (1994) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Illnesses, 4th edition)에서는 정체성의 문제를 정신병적 정체성장애, 해리적 정체성장애(300.14 Dissociative Identity Disorder, DSM-III-R까지는 다인 성격 장애라고 불렀다), 정체성 문제(313.82 Identity problem), 그리고 청소년이나 성인의 성역할 혼란을 기술하고 있는 성 정체성 장애(302.6 Gender Identity Disorder in Children; 302.6 Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified; 302.85 Gender Identity Disorders in Adolescents or Adults)로 분류하여 설명하고 있다. DSM-IV을 기술적

분류체계라고 할 때, 역동적인 입장에서 성격장애를 이해하면 이것들은 모두 정체성의 혼란이 중심적인 문제들이라고 할 수 있다. 이에 대한 보다 자세한 설명은 성격장애를 설명할 때 제공될 것이다. DSM-IV는 또한 이 장애가 사회적 혹은 직업적 생활 영역에서 임상적으로 중요한 고통이나 손상을 초래해야 한다는 것을 명시함으로써 동성연애를 수용하고 있는 변화된 사회적 모습을 반영하고 있다. 그 결과 미국에서는 자기들이 동성연애자라고 고백하는 많은 사람들 중에서 많은 수가 이 기준의 적용을 받지 않게 되었다. 여기서는 동성애 문제인 성정체성 장애와 청소년들에게는 관찰하기 어려운 문제지만 우리의 호기심을 불러 일으키는 해리적 정체성 장애를 설명한다.

### 1.6.1 성 정체성 장애(Gender Identity Disorders)

성 정체성(gender identity)이란 자기가 남자인지 혹은 여자인지에 대한 내적감정이다(Maxman, & Ward, 1995). 한편, 성 역할은 개인이 타인이나 혹은 자기에게 남자로 지각되고 싶은지, 혹은 여자로 지각되고 싶은지를 의미한다. 성역할(gender role)에는 외모, 성적 행동 등이 포함된다. 성적 경향성(sexual orientation)은 동성이나 이성의 상대방에 대한 개인의 기호를 말한다. DSM-IV(1994)에서는 성정체성 장애를 다음과 같이 정의하고 있다.

강하고 지속적인 반대 성과의 동일시....이 장애는 자기는 반대 성의 감정과 반응을 가지고 있다는 확신으로 반대 성을 가진 사람이 되고 싶다는 욕구로 나타난다....그리고 자신의 성에 대하여 지속적인 불편감 혹은 그 성의 역할을 부적절하게 느낀다

그러므로 성 정체성 장애는 자기의 해부학적 성을 불편하게 느껴 자신의 성기를 없애고 반대의 성으로 살고 싶어하는 것을 말한다. 성 정체성 장애를 가지고 있는 사람들은 보통 성전환 수술을 받고 싶어한다. 이 문제는 아동기나 청소년기에도 진단될 수 있다. 이들의 가족들은 이들 자녀가 어릴 때부터 반대의 성을 가진 사람이 되고 싶어 했다는 것을 기억한다. 이런 일은 3살 난 어린 자녀에게서 관찰될 수도 있다.

반대의 성과 동일시를 보이는 이들의 행동은 부모나 친척, 그리고 당사자들조차도 혼란스럽게 한다. 이들이 성장해 갈때 주위의 사람들은 이들을 경멸하는 것이 보통이다. 이 학대로 말미암아 이들은 성격장애자들이 보이는 증상들인 자살 시도, 반사회적 행동, 자해(특히 성기) 등을 보이는 일이 많다. 성인이 되면 그들은 반대의 성에 속하고 싶어하는데 일부는 성전환 수술을 받지만 많은 사람들이 수술을 받지 않아도 직장 동료나 친구들조차 그들의 해부학적 성을 모른다. 그러나 이들이 항상 반대 성의 의복을 입는 것은 아니다. 이들은 성적인 친밀을 추구하지 않는 편이다. 즉, 많은 성정체성 환자들이 결혼을 하지 않는다.

결혼을 하는 경우에는 결혼 생활은 보통 실패한다. 자기들이 반대의 성에 속한다고 생각하여 동성연애를 선호하기 때문이다. 약물치료와 상담이 효과가 있는 경우는 드물다. 그러나 상담은 이 환자들의 정서적인 문제를 경감시킬 수 있다.

인간의 성 정체감 장애의 원인은 알려져 있지 않다. 그러나 동물은 임신기간에 호르몬의 균형을 파괴함으로써 이 문제를 야기할 수 있다. 참고로 아들러의 심리사회적이론을 아래에 소개한다. 일단 성 정체감 장애를 지닌 사람이 성 전환을 원하면 전문가들은 그들이 성 전환 가능성을 재평가 받도록 해주어야 한다. 여자로의 성전환이 남자로의 성전환보다는 기술적, 생리적으로 성공 가능성이 낮다. 성전환을 한 사람들이 후회하는 일은 별로 없다. 인간의 성정체감 장애의 원인은 알려져 있지 않다. 그러나 동물은 임신기간에 호르몬의 균형을 파괴함으로써 이 문제를 야기할 수 있다고 알려져 있다. 상담자에게 유익한 개념들이라고 생각되는 아들러의 심리사회적 이론을 소개한다. 일반적인 상담원칙으로서 상담자 자신이 동성연애에 대한 윤리적 갈등이 있으면 이들을 조력하는 과정에서 빠져야 한다.

### 1.6.2 Adler의 동성연애(성정체감 장애) 이론

Adler는 동성애가 심리적인 문제라고 믿는다. 그는 대중들이 동성애에 대하여 민감하게 반응하는 것은 사람들이 자기들의 동성애적 경향

을 억압하기 때문이 아니라고 했다. 아들러는 동성연애자들은 어릴 때부터 자신의 신체가 정상적인 성생활을 하기에는 부적합하다고 결정했기 때문에 부적절한 교육이나 관습적인 성역할을 습득하지 못해 **성역할에서 미숙한** 사람들이라고 보았다. 그래서 아들러는 동성연애를 심각한 실망과 염세적 절망감의 표현으로 보았다(Ansbacher & Ansbacher, 1978). 아들러는 또한 역사적으로 여성의 해방이 있을 때 마다 동성애적 경향도 증가했다고 말했다. 이와 관련하여 불안전감을 느끼는 남성들이 자신들과 여성들과의 거리를 더 멀리 두어 오직 남성의 세계에 자신들을 제한시킨다고 보았다.

아들러는 동성애가 발생하는 이유도 설명하고 있다. 아들러에 따르면 동성연애자들은 신경증적인 사람들이다. 즉, 그들은 다른 신경증적인 사람들과 마찬가지로 잘못된 방식으로 삶을 사는 사람들이다. 그들은 **타인에 대한 우월성을 추구하는** 과정에서 협동보다는 경쟁을 주로 하며, 사회적 관심이 결여되어 있기 때문에 지역사회에 공헌을 하는 일이 드물다. 또한 그들은 의존적이며 자기 행동에 대하여 책임을 지지 않는다. 평소보다 더 용기가 필요한 상황에서 그들은 자존감에 위협을 받고, 또한 자기의 허구적인 우월의 목표에도 위협을 받는다. 신경증적인 사람들은 실패에 대한 구실을 만들기 위하여 **자기를 무력화시키는 증상을 만드는** 것이 보통이다. 단적으로 그들은 미래를 향하여 적극적으로 나아가는 태도가 결여되어 있다.

이처럼 아들러는 동성연애를 사랑이라는 도전으로부터 철수하기 위해서 만들어진 증상으로 이해한다. 동성연애자들은 어릴 때부터 이 증상을 통하여 자신을 훈련함으로써 성장했을 때 심리성적 장애가 발생하는 것을 방지하려 한다. 이와 더불어 그 자신의 **기관열등성** 이론을 동성애에 적용하기도 했다. 어떤 남자들은 자기의 성기가 너무 작다고 상상함으로써 열등감을 발달시킨다. 일반적으로 말하면 정상적으로 생기는 열등감이 지나치게 되면 신경증적 생활태도가 생기고 친밀과 애정 관계를 피하게 된다. 아들러의 입장에서 볼 때 동성연애는 이성간의 친밀과 애정이라는 위협을 피하기 위해 발달하는 방어적수단이다.

흥미롭게도 아들러는 양육과정과 동성연애의 발달을 구체적으로 연관

지었다. 그에 의하면 과잉보호, 혹은 방치하는 양육방법이 동성애의 발생과 중요한 관련이 있다고 하였다. 익애를 받는 어린 자녀는 모든 것들을 쉽게 얻고 다른 사람들이 자기를 위하여 봉사하도록 만든다. 부모들은 그들이 바라는 모든 것을 재빨리 제공해 주기 때문에 그들은 성인이 되었을 때에도 자신을 돌볼 줄 모르는 사람이 된다. 그들은 성장 과정에서 다른 사람을 돌보는 기회를 가지지 못하였고 도전으로 가득 찬 삶을 책임지지 않는다.

한편, 돌보아지지 않은 자녀들은 소속감과 애정을 받았다는 느낌을 가져 보지 못하고 자라난다. 아무도 그들을 성인의 세계로 인도해 주지 않는다. 따라서 그들은 성인으로서 편안한 느낌을 가지기가 어렵고 성인으로서의 책임감 있는 행동을 할 용기가 부족하다. 이들은 다른 사람들에 대한 느낌을 알아차리는 능력을 발달시키지 못한다. 다른 사람들의 사랑을 받는다는 것을 알기도 어렵고 다른 사람을 어떻게 사랑해야 하는지를 모른다. 동성애는 이런 어려움을 피하기 위하여 자신을 숨기는 행동이다.

아들러는 우리가 어릴 때 사랑과 결혼에 대하여 교육을 제대로 받지 못하기 때문에 사랑과 결혼에 대하여 가장 준비가 덜 되어 있다는 점을 동성연애의 또 다른 이유로 들었다. 이 문제를 극복하기 위하여 아들러는 특히 **남녀간의 평등을 강조하는 결혼 준비 교육**을 제안하였다. 그러나 아들러의 이론의 한계는 **남자들의 동성애적 경향을 설명하지**만 여성의 동성애에 대해서는 적절하게 설명하지 못한다는 점이다.

### 1.6.3 해리적 정체성 장애(Dissociative Identity Disorder)

해리 상태는 친밀한 정보, 정서, 혹은 정신적 기능이 의식으로부터 분리된 상태를 의미한다. 다시 말하면, 해리가 일어나면 선택적으로 어떤 정신의 내용이 의식에서 제외되지만 운동이나 감각적 효과는 계속적으로 발휘된다. 그러나 모든 해리 상태가 병적인 것은 아니다. 실제로 우리는 적응을 위하여 많은 것을 잊는다. 우리의 의식 상태는 항상 바뀐다. 명상에서 수면으로, 그리고 일로, 그리고는 백일몽으로 바뀐다.

해리는 어떤 것을 뚫어지게 바라볼 때, 강렬한 기도를 할 때, 종교적 부흥회에서, 치유의 행사에서, 혹은 최면 중에 일어난다. 심지어는 강의를 하는 중에 혹은 책을 읽을 때에도 일어난다. 대부분의 해리는 사회 심리적 자극으로 유발된다.

해리적 정체성 장애는 DSM-III-R에서는 다중성격 장애(Multiple Personality Disorder)라고 명명되었었다. 이 장애의 가장 중요한 특징은 적어도 두 가지 이상의 정체의 존재이다. 상황에 따라 그 중 한가지 정체가 우세하다. 각 정체는 독립적인 이름과 기억, 행동 방식, 정서적 특징, 사회관계, 직업의 역사, 정신적/신체적 장애를 가지고 있고, 심리 검사에서의 반응도 다르다. 심지어는 뇌의 혈류의 속도와 같은 생리적 현상조차도 달라진다. 예를 들어 3가지 정체를 지닌 한 환자는 하루에 식사를 아홉번 하였다. 그러나 각 정체는 복잡하고 통합된 존재이다. 환자 자신은 자신의 여러 가지 모습을 자기 정체의 다양한 측면으로 보기 때문에 이 문제로 괴로워하지 않는다. 이 문제를 가진 사람들에게서 관찰된 평균 정체의 숫자는 8개에서 13개지만, 50개 이상의 정체가 보고된 적도 있다(Maxman & Ward, 1995).

해리적 정체 장애는 갑자기 일어나고 돌연히 사라진다. 해리 경험은 많은 사람들에게 공통적이지만 나이가 들어갈수록 줄어든다. 정체간의 변화 또한 갑자기 일어나는 것이 보통이다. 보통 스트레스가 그 원인이 된다. 인격의 변화를 관찰하는 사람은 무서움을 느낀다. 그것은 마치 새로운 사람이 환자의 몸과 정신을 떠맡게 된 것처럼 보인다. 옷, 말투, 눈빛, 얼굴 표정이 현격하게 변하여 이전의 인격을 알아볼 수 없을 정도이다.

가장 우세한 정체 혹은 인격(주인격)이 다른 인격들(2차적 인격)을 알지 못하는 것이 보통이다. 그러나 2차적 인격들은 주인격을 알고 있다. 2차적 인격들은 서로의 요소를 조금씩 띠고 있다. 각 인격들은 서로 대화를 하며, 서로 보호하고, 다른 인격들이 관찰하는 동안 한 인격이 행동을 하기도 한다. 소심하고 부끄러워하는 주인격은 강력하고 무서운 마녀와 사회사업가의 2중적 인격들을 가지고 있는 경우도 있다. 2차적 인격들은 주인격과 성이나 종족, 나이가 다를 수 있다.

이 문제를 확인하기가 쉽지 않기 때문에 치료자들은 자기들이 해리적 정체성 장애를 치료하고 있다는 것을 인식하지 못하는 경우가 많다. 어떤 정신과 의사는 치료를 시작한지 7년이나 지난 후에야 그 환자가 해리적 정체성 장애 환자라는 것을 인식한 경우도 있다. 그런 환자들은 자기가 해리적 정체성 장애로 고통을 받고 있기 때문에 치료를 받으러 왔다고 고백하지 않는다. 그들은 많은 경우 우울증 때문에 치료를 받으러 온다. 그러나 그 외에도 불안증, 수면 장애 등 다양한 문제로 치료를 받으러 온다. 이 환자들이 해리적 정체성 장애로 인식되는 것은 어떤 기억이 상실되어 있거나, 시간을 왜곡하고, 미국 문화에서는 「나」 대신 「우리」를 쓰며, 기억하지 못하는 물건구입 등이 관찰될 때이다. 이들을 보다 신뢰롭게 평가하기 위하여 약 반시간 동안 자유롭게 자기 생각을 써 보라고 하면 다른 인격이 나타나는 경우가 있다. 다른 인격들은 대체로 전체 상담 기간이 대략 반쯤 지났을 때 나타나는 경향이 있다(Harvard, 1985). 치료를 받는 과정에서 이들은 여러 가지 어려움을 불평한다. 예를 들어 갑자기 어지럽다고 하거나, 주차한 곳을 찾을 수 없다고 하거나, 어느 옷을 사야 할지 도저히 결정을 내릴 수 없다고 하거나, 혹은 다른 사람이 분명히 목격한 행동을 부인한다. Putnam과 그의 동료들(1986)은 치료의 시작 후 해리성 정체장애가 진단되는데 걸리는 시간은 평균 6년이라고 말한다. 그들의 증상도 다양해서 약 80%의 환자들은 여러 가지 진단명을 소유하고 있는 것이 보통이다(Kluft, 1985).

여러 가지 정체성이 한 평생 계속 출현하는 경우도 자주 있다. 이런 경우는 문제가 더욱 악화되는 경우이다. 이런 환자들은 자주 우울증에 걸리고, 약물을 남용하며, 자해를 하고, 자살을 시도한다, 또한 이들은 정신병적 증상을 보이기도 하고 긴장으로 두통을 앓고, 공포증을 보이며, 건강염려증에 시달리는 일이 빈번하다. 정신병적 상태가 되었을 때 들리는 환청은 많은 경우 다른 인격의 정체성이 말하는 것이다. 환청과 더불어 다른 종류의 사고장애가 갑작스런 기분의 변화와 함께 자주 나타난다. 실제로 해리적 정체성 장애의 가장 뚜렷한 증상은 우울증이다. 해리적 정체장애가 심할수록 자해나 자살 미수가 빈번하다. 이들의

문제는 경계선 성격장애의 증상과 유사한데 실제 해리적 정체성 장애 환자의 약 70%가 **경계선 성격장애**로 진단되기도 한다(Horevitz & Braun, 1984).

해리적 정체성 장애는 여성에게 더욱 빈번하여 모든 사례의 70%에서 90%가 여성 환자들이다. 발병 원인으로는 성격장애와 정체성 문제가 그렇듯이 어린 시절의 반복된 성적 혹은 **신체적 학대나 정신적 외상**을 들고 있다. Putnam과 그의 동료들(1986)은 조사한 사례의 97%에서 심각한 성적 혹은 신체적 학대가 반복된 역사를 가지고 있었음을 보고하였다. 해리적 정체성 장애는 이들에게서 학대를 극복하는 거의 유일한 방법으로 이해되고 있다.

발병은 보통 아동기 초기에 일어나서 대부분 만성적으로 진행된다. 진행과정에서 환자는 고통을 극복하는데 필요한 만큼의 제 2인격을 만들어 낸다. 2차 인격들의 이름은 대개 그 기능에 맞추어 붙여(Kluft, 1985). 대부분의 해리적 정체성 장애는 후기 청소년기나 중년의 초기에 진단된다. 50세 이후에는 대부분 기능적 신축성이 주인격을 가장 오래 보인다. 어떤 인격들은 자발적으로 통합되기도 한다. 치료의 목표는 물론 인격의 통합이다. 최근에는 여러 가지 치료법이 개발되어 이 문제에 대한 치료를 이전보다 훨씬 낙관적으로 생각하고 있다. 그러나 치료 기간은 일반적으로 길고, 환자는 요구적이라서 치료자는 상당히 고통스러운 과정을 겪는다. 처음의 목표는 관계를 수립하는 것이고, 중간 목표는 환자의 기능과 잠재적 능력을 최적화하는 것이며, 최종목표는 모든 인격을 하나의 인격으로 통합하는 것이다. 그러나 적당할 정도로 갈등 없이 여러 인격들간의 협동적인 관계를 이루게 하는 정도가 유일한 현실적인 목표인 환자들이 많다.

## 2. 정서이상

### 2.1 우울증

#### 2.1.1 정의 및 진단 준거

**우울(depression)**은 병(우울장애)이기도 하고, 증상(우울증)이기도 하다. 또한 그 어느 것도 아닌 일반적인 상태(우울, 우울한 기분)로도 쓰인다. 흔히 **슬픔(sadness)**이나 불행감(unhappiness)도 비슷한 개념으로 쓰이지만, 이것은 일시적인 슬픈 기분과 상태를 말하며, 분명한 이유와 대상이 있고, 지나치게 병적으로 지속되지 않는다. 예를 들어, 가족의 갑작스런 죽음에 대해 슬퍼하는 것은 자연스런 심리 반응이라고 할 수 있다. 그렇지만 슬픔이 몇 달을 계속하는 경우는 드물며, 슬프기는 하지만 제대로 잠을 자지 못하고, 먹지를 못하고, 자기 할 일을 하지 못하는 경우도 드물다. 슬픔과 불행감으로 자살을 생각하거나 시도하는 경우는 더욱 드물다.

아직 **우울과 슬픔**을 구분하는 명확한 기준은 없지만, 이같이 슬프고 우울한 기분에 덧붙여 비관적이고 부정적인 생각이 동반되는지, 불면, 식욕 감퇴, 피곤함, 성욕 및 의욕 감퇴 등의 생리적 혹은 행동적 변화가 동반하는지, 그리고 이같은 상태가 일시적인 것이 아니라 상당 기간 지속하는지 여부를 고려한다. 따라서 우울증은 슬픔이나 일시적인 우울한 기분과 달리 명확한 질병 단위로 존재한다. 우울증은 사실 의학에서 가장 오래된 명백한 질병 단위이며, 다른 질병이나 상태에 동반하여 증상으로 우울증이 존재하기도 한다(Garber & Kashani, 1996).

과거의 아동은 미성숙한 초자아와 성격 구조로 인해 우울증이 생길 수 없다는 생각에서 아동기나 청소년기의 우울증에 대해 부정하였으나, 점차 이 질병이 이 시기에도 존재함이 알려지게 되었고, 결국 유럽소아정신의학자 연합(The Union of European Pedopsychiatrists, 1971), 미국 국립정신보건원(NIMH, 1975, USA)에서 아동기 우울증을 주요 연구과제로 선정하기에 이르렀다.

질병으로의 우울증은 신경성-정신병, 반응성-내인성, 일차성-이차성, 단극성-양극성 등 많은 개념들이 혼란스럽게 있어 왔기 때문에 매우 복잡하다. 이들을 간략히 개괄하며 최근에 정리된 최신 견해들은 다음과 같다.

1) **신경성-정신병 우울증** : **정신병적 우울증**은 흔히 내인성 우울증, 심한 우울증, 환청이나 망상을 동반한 우울증과 동일한 것으로 사용되어 왔다. 이에 반해 **신경성 우울증**은 반응성, 성격적, 만성, 비내인성, 가벼운, 망상이나 환각을 동반하지 않는 우울증으로 불려 왔다. 아직도 물론 이 개념과 용어가 혼히 사용되고 있기는 하지만 **신경성 우울증**은 모호하고 너무 광범위하게 쓰이고 있기 때문에 최근에는 **경우울증(혹은 기분부전장애, dysthymic disorder, DD)**이라고 명명되면서, 반드시 **신경성**이거나 **성격적**인 우울은 아니고, 단지 **만성** 경과와 **덜 심한 우울증**이라는 의미로만 사용되고 있다. **정신병적 우울증**은 **주요우울증(major depressive disorder, MDD)**이라는 포괄적인 병명으로 통일하여, 그 중에서 **정신병적 증상**을 갖는 **심한 우울증**으로 구분한다.

2) **반응성-내인성 우울증** : **내인성 우울증**이란 생물학적 원인에 의해서 생활 사건이나 정신적 갈등과 무관하게 발병하는 **우울증**이라는 개념이다. 최근 우울증을 악화시키는 유발 요인의 존재 여부와는 관계 없이 체중 감소, 불면, 운동 저하, 죄책감 증상이 나타날 때 사용하며, **주요 우울증(MDD)**에서는 **멜랑코리 형태(melancholic subtype)**로 구분한다. 이에 반해 **반응성 우울증**이란 환자에게 **스트레스**를 주는 생활 사건에 따르는 **우울증**이라는 의미로 쓰였다. 그렇지만 그 후의 많은 연구들에서 **사업 실패, 실연, 진학 좌절** 등의 **스트레스 사건**과 **우울증**, 또 **사건의 심각도와 우울증 정도** 사이의 **관련성**이 예전에 생각했던 것보다 적다는 견해들이 제기되어 최근에는 이같은 개념이 퇴조되고 있다.

3) **일차성-이차성 우울증** : **일차성**이란 다른 정신 질환이나 신체 질환과 관련이 없는 **순수한 우울증**을 뜻하며, **이차성**이란 **불안증, 정신분열병, 알콜 중독, 성격 장애** 등 다른 정신 질환이나 혹은 **신체 질환**에

병발하는 우울증을 일컫는다. 이러한 구분이 연구자들에 의해 제기되기 시작하면서 임상에서도 유용한 개념으로 사용되고 있지만, 아직 치료반응도나 원인에서의 차이 등을 구별 짓지는 못하고 있다.

4) 단극성-양극성 우울증 : 현재 가장 분명한 구분으로 인정받고 있는 것이 바로 단극성-양극성의 이분법이다. 조증 삽화(manic episode)가 있는 우울증(흔히 조울증의 우울증)과 없는 우울증이 서로 다르다는 견해가 Leonhard(1957)에 의해 제기된 이후 수많은 연구가 진행되어, 현재 이들은 별개의 경과나 특성을 갖는 다른 질병으로 인정되고 있다. 그 증거들로는 유전 요인, 인구사회적 변인, 질병 경과, 생물학적 소견들, 증상, 치료에 대한 반응들에서 분명한 차이를 보이고 있다. 물론 아직 두 우울증의 차이가 양극성에서 좀 더 뚜렷한 유전적 경향을 보이는 것 이외에 두드러진 차이를 밝히지는 못했지만 앞으로 이 두 가지 형태의 우울증의 차이가 명확해질 것으로 기대된다.

### 2.1.2 전형적인 특성들

주요우울증(major depressive disorder; MDD)이란 진단명은 1980년 미국정신의학회에서 새롭게 규정하기 시작한 것으로, 앞에서 언급된 과거의 정신병적 우울, 갱년기 우울, 내인성 우울, 단극성 우울 등을 모두 포함한다고 생각하면 된다. 이것은 대개 한번 발병하면 일단은 호전되나, 그 후에 재발하는 경향이 높다. 나중에 우울신경증(경우울증)과 겹치기도 하지만, 주요우울증은 양극성 장애(과거의 조울증)와 달리 조증을 동반하지 않는다. 따라서 우울증이 처음 발병했을 때는 이것이 주요우울증인지, 양극성 장애의 우울 상태인지 구별할 수가 없다. 그것은 과거 병력, 가족력, 앞으로의 경과를 보는 수밖에 없다.

주요우울증은 다음의 특징적인 증상을 갖는다<표Ⅱ-3>. 이들 중에서 가장 기본적인 증상은 우울한 기분(depressive mood)인데, 슬프고 울적하고 비관적이다. 불유쾌한 기분도 있을 수 있고, 청소년들에게는 예민하고 짜증스럽기도 하다. 또한 정상적으로 즐거워야 할 때도 즐거움을 느끼지 못한다. 두 번째로 주요한 증상으로는 식욕이나 수면과

같은 생리 기능(psychophysiological function)과 관련된 것들이다. 입맛이 없기 때문에 먹지를 못하고 체중이 감소하는 수가 많다. 드물지만 억지로 먹어서 체중 감소가 별로 없는 수도 있고, 반대로 너무 지나치게 먹어서 체중이 느는 수도 있다. 우울증에서는 불면증이 예외 없이 동반하는데, 잠들기가 어렵고, 잠이 들더라도 중간에 자주 깨며, 새벽에 일찍 잠이 깨서 뒤척이는 수가 많다. 이 환자들에서 수면검사를 해보면 여러 가지 이상 소견이 발견되는 수가 많다. 식욕에서와 마찬가지로 수면에서도 우울증에서 보통 나타나는 증상과 반대로, 항상 피곤해서 계속 눕고만 싶고 잠이 많아졌다는 경우도 있다. 운동이나 활동도 저하된다. 자꾸 처지거나, 혹은 지나치게 안전부절못하여 객관적 관찰이 가능하다. 정신운동 저하(psychomotor retardation)라는 증상이 있는데, 아무에게도 말을 건네지 않고 몇시간씩 가만히 앉아 있거나 허공을 바라보고 있기도 한다. 대화를 한다고 해도 귀찮다는 듯이 겨우 몇 마디만 하고, 내용도 빈약하고, 말소리도 느릿느릿하다. 그러나 반대로 안전부절못하여 매우 신경질적이 되고, 심하게 짜증을 내기도 한다. 특히 청소년들은 이같은 증상이 심하여 우울증보다는 오히려 다른 증상으로 오인되는 경우가 있다. 심하면 한자리에 오래 있지를 못하며 서성대기도 한다. 이같이 운동기능이 저하하면서 의욕도 떨어지고 에너지도 감소되어 쉽게 피곤함을 느끼기 때문에 우울증 초기에 이런 문제로 상담을 많이 온다. 마지막으로 생각과 사고의 저하와 장애를 초래한다. “나는 더 이상 쓸모가 없다”, “나는 아무 것도 할 수가 없다. 내가 살아서 가족들에게 짐만 된다” “모든 것이 내 잘못으로 나는 정말 죄가 많다” 등의 무가치한 생각, 죄책감이 가장 흔하다. 자신감이 없기 때문에 일을 피하게 되고, 학교나 직장을 그만두려고 하기도 한다. 실제로 집중력이 떨어지고, 생각이 저하되며, 기억력도 감소된다. 따라서 평소 잘하던 것도 수행 능력이 떨어진다. 극단적인 경우가 바로 죽음과 자살에 집착하는 것으로 “차라리 내가 없어지는 것이 모든 사람을 위한 길이다”라고 하면서 자살을 생각하거나, 심지어 실행에 옮기기도 한다. 물론 그렇다고 해서 자살하는 사람들 모두가 우울증에 의한 것은 아니다.

- 1) 거의 매일, 하루종일 우울한 기분이다.
- 2) 흥미, 즐거움, 활동이 뚜렷하게 떨어져 있다.
- 3) 체중이 줄고, 식욕저하가 심하다(반대로 체중 증가, 식욕항진의 경우도 있다).
- 4) 거의 매일 불면증이 있다(반대로 지나치게 잠을 많이 자는 수도 있다).
- 5) 안절부절못하거나, 혹은 반대로 거의 꼼짝하지 않는다.
- 6) 피곤하고, 기운이 없다.
- 7) 허무한 마음, 지나친 죄책감에 시달린다.
- 8) 생각이 잘 나지 않고, 집중이 어렵고, 결정을 잘 못 내린다.
- 9) 계속해서 죽는 생각에 사로잡히거나, 자살 생각 혹은 시도를 한다.

더 심한 경우에는 “너 같은 놈은 차라리 죽어버려라”와 같은 환청이 나타나거나, “나는 몹쓸 병에 걸렸다. 내가 과거에 큰 죄를 저질러 그것을 회개해야 한다”와 같은 죄책감이나 허무감이 주제가 되는 망상까지도 나타날 수 있다. 청소년들에서는 이같은 일종의 정신병적 상태(특히 환청)가 약 절반(40-70%)까지도 나타난다고 한다. 그 외에 분리 불안, 공포증, 여기저기 아프다고 하는 신체 증상 호소, 일탈 행동들이 청소년기 우울증에서 흔히 나타날 수 있다.

### 2.1.3 공존 병리

우울증 아동 및 청소년의 40-70%에서 공존병리를 가지며, 적어도 20-50%는 2개 이상의 병리를 보인다. 가장 흔히 나타나는 것으로는 경우우울증(DD)과 불안장애(합쳐서 30-80%), 파탄장애(10-80%), 물질 남용(20-30%) 순이다. 일반적으로 공존병리는 재발 위험도, 삽화의 지속기간, 자살 시도, 기능 회복의 예후, 치료에 대한 반응, 정신건강 서비스의 활용도에 영향을 준다.

소위 <이중 우울증(MDD + DD)>은 단독의 우울증보다 증상이 더 심하고, 더 오랫동안 지속하며, 공존 병리가 많고, 자살율이 높고, 또한 기능 장애가 많다. 마찬가지로 우울증과 불안증이 공존할 때도 증상이 비슷하다. 우울증과 품행장애와의 공존 병리에 대해서는 근본적으로

DSM-IV 과 ICD-10 에 차이가 없으나, 그 처리에 있어서 보는 시각이 틀리기 때문에 전자에서는 공존 질병으로, 후자에서는 <우울품행장애 (depressive conduct disorder)>라는 진단을 내린다. 어떻게 진단하든지 이 둘이 공존할 때는 단기 예후가 불량하고, 정서 장애의 가족력이 낮고, 성인기 범죄의 빈도가 높고, 자살 시도가 많고, 가족간의 비난 수준이 높고, 위약(placebo)에 대해 잘 반응하는 소견으로 단순한 우울 증과는 다르다고 하는 주장들이 제기되고 있다.

#### 2.1.4 발달 경과

임상 증상에서 몇가지 발달상 차이를 보인다. 내인성/멜랑코리, 정신병, 자살시도, 자살시도의 치명률, 기능장애는 연령이 높아짐에 따라 증가한다. 반대로 분리불안, 공포, 신체증상, 행동문제는 오히려 아동기에 더 자주 관찰된다. 그 외에 아동기에는 우울증이 남녀에서 비슷한 정도로 발생하는데, 청소년기가 되면 성인과 비슷하게 남녀비가 약 2:1이 된다.

아동 및 청소년기 주요우울증의 평균 지속기간은 약 7-9개월로 알려져 있다. 이들 중 90% 정도는 1.5 내지 2년이 지나면 호전되고, 약 6-10%만이 지속한다. 재발의 위험성이 높는데, 2년까지 40%, 5년까지 70%가 재발한다. 청소년기에서 성인기로 이행한 후에 재발률은 대략 60-70%로 추정되는데, 이것은 단극성 우울증을 지닌 성인의 5년후 재발률인 70%와 거의 일치하고 있다. 그 외에 우울증 청소년의 20-40%가 초기 발병후 5년 이내에 양극성 장애로 발전된다. 조기 발병인 경우 우울증은 만성 경과를 밟는데, 평균 지속기간은 약 4년이며, 주요우울증(70%), 양극성장애(13%), 물질남용(15%)의 위험을 갖는다.

우울증 삽화기간 중 이들은 학업수행, 대인관계의 손상을 초래하는데, 이것은 우울증에 특징적인 것은 아니다. 이 외에도 자살 위험성, 타살 사고, 흡연, 음주 및 기타 물질 남용의 위험도가 증가한다.

#### 2.1.5 진단 및 감별

우울증의 진단에서 중요한 것은 우울 증상의 평가는 물론 다른 공존

병리 여부, 연관된 사회심리 및 학업 수행의 평가가 이루어져야 한다는 것이다. 덧붙여 의학적 진찰과 검사도 시행되어야 한다. 진단은 DSM-IV, ICD-10의 진단 지침과 기준을 적용하는데 몇가지 표준화된 면담이 개발되어 있다.

그외에 Beck Depression Inventory(BDI), Children's Depression Inventory(CDI) 등의 평가척도들이 개발되어 사용되고 있다. 그러나 이 척도들의 타당도가 낮기 때문에, 우울증 진단에는 사용되지 못하고, 우울증의 선별, 우울 증상의 심각도 평가, 호전 정도의 평가에서만 사용된다. 그 외의 진단평가에 대해서는 신민섭과 김민경(1994)이 발표한 논문을 참조하기 바란다. 또한 우울증을 진단하기 위해 특별히 사용되는 생물학적 검사는 아직 개발되어 있지 못하다.

### 2.1.6 치료

청소년기 우울증은 본질적으로 성인기와 동일하거나 매우 유사하다. 따라서 치료도 이에 준하여 시행되지만, 인지기능의 미숙, 내분비계통의 발달 미숙, 학교나 부모의 역할이 중요한 점 등 몇가지 치료에서의 고려 사항이 있다. 치료는 일차적으로 앞에서 언급한 대로 정확한 진단과 포괄적인 평가가 선행되어야 한다. 특히 자살 사고와 위험도에 대한 평가, 증상의 악화를 초래할 수 있는 심리사회적 스트레스원에 대해서 주의를 기울여야 한다. 일반적인 치료 외에 약물 치료, 정신 및 인지행동치료, 가족치료 등이 요구된다. 심한 경우에는 입원을 필요로 하기도 한다.

#### <표 11-4> 우울증 치료의 일반적 원칙과 지침들

1. 초기 면담에 희망적이고 낙관적인 태도로 임한다.
  - ① 우울증상의 심각도를 평가한다.
  - ② 심리적 근원이나 갈등은 깊이 탐색하지 않는다.
  - ③ 자살위험도는 초기에, 그리고 자주 정기적으로 평가한다.
2. 심리-사회적 스트레스원이 있는지 평가한다.
  - 스트레스 평가 및 대처방식에는 개인적 및 문화적 차이를 고려한다.

3. 정신치료, 특히 인지행동치료를 시행한다.
  - 환자들은 부정적이거나 자기비하적인 태도를 취하기 쉬우므로 이를 교정하도록 한다.
4. 중등도 이상의 심각도를 갖는 경우에는 생물학적 치료를 우선한다.
  - ① 심하거나, 자살위험도가 높을 경우에는 즉시 입원을 권유한다.
  - ② 약물 치료의 경우도, 1주에 2회, 10-15분 정도의 방문을 유지하고 지지를 해야 한다.
  - ③ 첫 발병 이후 적어도 16-20주는 치료를 해야 한다.
5. 입원을 필요로 하는 경우(입원 적응증)
  - ① 자살을 기도했거나, 자살의 위험도가 높을 때
  - ② 증상 - 불면증, 초조감, 절망감, 감정 변화, 식욕 저하, 망상 및 환각 등 - 이 심할 때
  - ③ 일을 포기하거나, 직장(혹은 학교)을 그만둘 정도로 기능상실이 있을 때
  - ④ 환자 자신이 치료를 거부하거나, 치료에 협조하지 않을 때
  - ⑤ 신체적 합병증이 있거나, 신체적으로 지나치게 허약해 졌을 때
6. 우울증의 예방 전략
  - ① 가능한 규칙적인 일상생활(수면, 운동, 식사 등)을 매일 지속적으로 유지한다.
  - ② 평소 가장 즐기는 활동에 참여하여 대인관계를 계속 유지한다.
  - ③ 힘든 일, 마음속의 생각을 신뢰할 수 있는 가족, 친구와 자주 상의한다.
  - ④ 과도한 음주 및 습관성 약물, 수면(낮잠 등)을 피한다.
  - ⑤ 의욕 저하, 우울한 기분이 2주 이상 지속되면 곧바로 전문가의 도움을 받는다.

무엇보다도 예방이 중요하지만, 일단 우울증이 시작되면 그 증상의 심각도에 따라 어떤 치료가 우선해야 할 것인지를 결정한다. 우선 식사, 수면 등 기본적인 생리 기능의 유지에서 시작하는데, 초기에는 가급적 환자의 내재된 갈등이나 감정을 파헤치는 것은 피한다. 상담은 정해진 시간에, 자주, 너무 길지 않은 시간 동안 하는 것이 좋고, 심하지 않을 때는 가능한 정상 생활을 유지하도록 하는 것이 좋다. 만일 증상이 심해지면 약물 투여를 해야 하고, 입원이 필요한지, 자살의 위험도가 높아지는 않았는지 자세히 평가하여야 한다. 회복기에 자살의

위험이 더 높아지기 때문에 잘 감시해야 하며, 충분히 회복되기 전에 너무 빨리 평소에 하던 업무에 너무 빨리 복귀하는 것은 피하도록 한다. 즉, 어느 정도 회복하더라도 급하게 병전에 하던 업무 전부를 하지 않도록 권유한다.

Birmaher 등(1996)에 의하면, 약물치료는 우울증에서 매우 중요한데, 흔히 전통적으로 사용해오던 **삼환계 항우울제(tricyclic antidepressants; TCAs)**를 사용한다. 아동 및 청소년기 우울증에서 이 약물 치료의 효과는 개방 연구(open trials)에서는 60-80% 효능이 있다고 보고되지만, 이중맹검법(controlled double-blind trials)에 의한 연구에서는 위약(placebo)과 효능에 있어서 차이가 확인되지 않았다. 성인 우울증에서는 분명한 효과가 입증되어 있음에도 불구하고 이같이 차이가 없는 이유는 여러 가지로 추정되는데 이론 연구 방법의 문제를 포함하여, 청소년기 우울증의 특징까지 앞으로 좀 더 규명되어야 할 과제이다. 그외에 제 2세대 항우울제, 모노아민 산화효소 억제제(MAOI) 등 새로운 약물들이 개발, 사용되어 왔으나 아동 및 청소년기 우울증에서는 거의 연구되지 않았고, 몇몇 연구에서도 그 결과가 미흡하다. 최근에 **선택적 세로토닌 재흡수 억제제(selective serotonin reuptake inhibitors; SSRIs)**에 속하는 몇가지 항우울제가 개발되어 우수한 효능, 매우 적은 부작용, 광범위한 적응증으로 각광을 받고 있다. 이에 따라 우울증을 포함한 다양한 경우에 청소년 환자들에게 사용되는데, 개방 연구에서 70-90%, 이중맹검법에서 56%의 호전을 보여 위약(33%)에 비해 우수한 효능을 보이는 것으로 연구되었다. 아직 충분한 자료가 부족하기는 하지만, 삼환계 항우울제에 비해 장점이 많고, 효능도 높은 것으로 연구되고 있기 때문에 앞으로 많은 기대를 모으고 있다.

우울증의 정신치료는 최근에 **인지행동요법(cognitive-behavioral therapy; CBT)**이 가장 효과적이라는 견해가 우세하다. 인지치료는 자신과 세계에 대한 부정적, 소극적 태도를 버리고 긍정적, 적극적 태도를 갖게 하는 것으로, 심리적 고통, 증상에 수반되는 역기능적 사고의 직접적 수정을 통하여 증상을 완화시킨다. 우울증은 자신의 과거, 현재는 물론 미래에 대한 부정적 견해를 갖는 것으로 Beck은 이를

우울증의 인지왜곡의 삼요소(cognitive triad)라고 명명하였다. 대개 12-16주 기간 동안 약 15-25회의 면접을 시행하는데, 각 면접 전에 환자와 치료자는 우선적인 문제에 대한 아젠다(agenda)를 만들고 정신교육적 접근을 시도한다. 치료자는 환자가 자기 문제를 대처할 수 있도록 이해를 시키는 안내자 역할을 하며 환자 스스로가 문제해결을 숙제 등을 통하여 풀어나가도록 돕는다. 이와 함께 환자 스스로의 행동을 통하여 만족과 보상을 얻는 방법과 우울증에 이르도록 한 행동 양상을 교정하는 행동치료적 방법을 습득하도록 한다. 드물지만 역동적 정신치료에서는 아동기의 상실과 연관된 심리적 갈등을 해결하는데 중점을 두어 시행하기도 하지만 적극적으로 추천되지는 않는다.

우울증은 잦은 재발을 특징으로 하는 질병이다. 따라서 예방과 호전 후 재발 방지가 중요하기 때문에 유지치료(maintenance treatment)가 요구된다. 특히 기분장애의 가족력을 가질 때, 우울 삽화의 조기 발병(20세 이전), 증상이 아주 심할 때는 주의를 요한다. 이와 함께 아동 및 청소년, 부모를 포함한 가족, 교사, 그리고 지역사회에 우울증의 조기 발병과 예방, 유지에 대해 교육하는 것이 필수적이다.

## 2.2 불안 장애

### 2.2.1 정의 및 진단 준거

아동 및 청소년에서 불안장애는 가장 흔한 정신질환으로 인식되고 있다. 일시적인 공포(fear)나 불안(anxiety)은 정상적인 발달 과정 중에 흔히 나타나는 것이지만, 불안 장애(anxiety disorder)란 지나친 공포와 걱정(excessive fears and worries), 기대불안(anticipatory anxiety), 전반적 각성(generalized vigilance), 공황 발작(panic attacks)을 갖는 질병군을 말하며, 학교 생활이나 대인 관계에서 상당한 기능 장애를 일으킨다.

최근에 아동과 청소년들의 불안 장애는 성인기의 불안 장애와 연관되어 관심이 되고 있는데, 과거 DSM-III(1980), DSM-III-R(1987)에서

이 시기의 불안 장애를 성인기와 구분하여 분리불안장애(separation anxiety disorder; SAD), 과잉불안장애(overanxious disorder; OAD), 회피장애(avoidant disorder; AD)를 진단할 수 있도록 하였다가 DSM-IV(1994)에 와서는 이들을 맨 처음의 것만 별도로 내 버려두고, 두 번째는 성인기의 범불안장애(generalized anxiety disorder; GAD)로, 마지막은 사회공포증(social phobia)으로 포함시켰다. 그 외에 성인기 불안 장애에 속하는 것으로 분류된 공포장애(phobic disorder), 공황장애(panic disorder), 강박장애(obsessive-compulsive disorder; OCD), 외상후 스트레스 장애(posttraumatic atress disorder; PTSD) 등은 아동 및 청소년기에 그대로 적용하여 진단내리도록 하고 있다.

과거 20여년에 걸쳐 많은 연구자들이 이 방면에 대해 연구를 해왔음에도 불구하고 아직 성인기에 비해 많은 부분에서 부족한데, 그 이유로 아동 및 청소년기 불안 장애의 특징에서 기인하는 몇가지로 다음과 같은 것들을 들 수 있다. 첫째, 불안 장애는 이 시기에 가장 흔하고, 정신보건 서비스를 이용하는 가장 중요한 이유임에도 불구하고, 기관에 의뢰되는 비율은 그 중에 약 20%에도 못 미치는 실정이다. 이러한 상황이 가장 커다란 이유로 추정되는 것으로는 내면화 증상은 부모나 교사의 관심을 덜 받고, 제대로 인지되지 못한다는 것이다. 반대로 외면화 증상, 예를 들면 주의산만, 비행, 반항, 공격성 등은 비교적 쉽게 상담이 의뢰된다. 둘째, 불안 증상이 병적인지, 발달 과정에서 나타날 수 있는 정상적인 것인지를 구별하는 객관적이고 명확한 기준이 부족하다. 몇몇 객관적인 측정 도구가 개발되어 있지만 객관적으로 구별지어 주는 데는 한계가 있고, 이같은 점으로 해서 불안이 제대로 인지되지 못하고 있다. 셋째, 불안은 학업수행, 대인관계 등 여러 가지 발달 영역에 걸쳐 널리 악영향을 끼치고 있지만, 많은 다른 공존 질병과 함께 수반되어 나타나기 때문에 불안 장애의 직접적인 영향을 연구하기는 매우 어렵다. 이같은 점들이 아직 아동기 및 청소년기 불안 장애의 연구를 어렵게 하고 있는 중요한 요인들이다(Albano et al., 1996). 다음에 불안장애의 몇가지 - 분리불안장애, 사회공포증, 강박장애, 특정공포증, 범불안장애, 공황장애, 외상후 스트레스장애(posttraumatic stress disorder; PTSD)에 대해

간략히 살펴보기로 한다.

### 2.2.2 전형적인 특성들

1) **분리불안장애** - 아동(혹은 청소년)이 집이나 혹은 애착대상으로부터 분리되는 것에 대해 지나치게 불안해하거나 두려워하는 것이 핵심 증상이다. 이같은 불안 증상은 연령과 발달 수준에 비해 부적절한 것으로 간주될 정도이며, 분리가 예상되거나 발생하는 경우 반복되는 괴로움, 분리 상황의 회피, 주요 영역에서 기능 장애가 나타난다. 애착대상을 잃을지도 모른다는 두려움으로 알 수 있는 인지 왜곡이 있고, 악몽이 반복되기도 한다. 이것에 수반되어 회피 행동이 나타나는 데, 학교가기를 기피하거나, 아침에 늦장을 부리거나, 부모와 떨어지는 외출이나, 따로 잠자기를 싫어하고, 부모를 졸졸 따라다니기도 한다. 불안한 것으로 해서 다양한 신체 증상 - 복통, 두통, 오심 및 구토가 나타나기도 한다. DSM-IV에서는 이같은 8개 증상 중 적어도 3가지 이상이 4주 이상 지속되면, 사회나 학교 생활에 중대한 지장을 주는 문제가 발생할 경우에 진단하도록 지침을 주고 있다.

2) **사회공포증** - 당황함이 일어날 것을 두려워하는 상황에 대해 지속적이고, 심한 두려움을 갖는 것이 핵심적인 증상이다. 이같은 상황에 노출되면, 환자는 거의 공황에 가까운 정도의 심한 불안감을 경험하기 때문에 가능한 그런 상황을 피하려고 하거나, 심한 고통 속에서 참을 수 밖에 없다. 청소년들은 친구들 몇몇은 사귄 수 있지만, 단체 활동에는 끼기를 싫어하고, 부모나 친구들한테는 수줍음이 많고 조용한 아이로 간주된다. 학교에서는, 발표를 두려워하고, 질문을 잘 하지 않으며, 단체 모임, 체육 활동, 소풍 등 여러 활동을 두려워한다. 흔히 교사들에게는 “혼자 지내는 아이”로 묘사되고, 학교 생활뿐 아니라, 가족들과도 어려움을 갖는 수가 많다. 많은 경우, 자율 신경 항진, 신체 증상, 부정적 자아상 등을 갖는다. 10세 이전의 아동들에서는 진단이 매우 적은데 비해, 청소년기에는 비교적 진단이 높다.

3) **강박장애** - 핵심 증상은 환자에게 심각한 고통을 주거나, 장시간 지속되거나(적어도 하루에 한시간 이상), 학교나 사회 생활을 방해할 정도의 반복적인 **강박 생각(obsession)**이나 **강박 행동(compulsion)**을 보인다. 강박 생각이란 자아 이질적이며, 침습하는, 대부분은 쓸데없는 생각과 행동이라는 것을 아는 반복적이고 지속적인 생각, 이미지, 충동으로 정의된다. 강박 행동은 생각에 반응하여 행해지는 반복적이고, 목적지향적인 행동으로 손씻기, 계산하기, 점검하기 등과 같은 행동이 흔하며, 강박 생각에 수반되는 불유쾌한 감정을 완화시키는 기능을 한다. 청소년들에게 흔한 강박 생각 및 행동은 다음과 같은 것들이 있다. 이들 중 50-60% 정도가 심각한 기능 장애를 초래하며, 어린 연령일수록 강박 사고가 없는 행동이 흔하고, 나이가 들수록 강박 행동 없이 생각만 갖는 수가 많다.

<표 11-5> 강박신경증의 특징적 증상들

흔한 강박 생각	흔한 강박 행동
더러운 것이 묻거나 옮는다	(손)씻기
자신 혹은 타인이 다친다	반복하기
공격적인 내용	점검하기
성에 관한 내용	만지기
양심적/신앙적 내용	계산하기
숨겨진 생각들	서열/배열하기
좌우 대칭이 되어야 한다	저장하기
말하기, 물어보기, 고백하기	기도하기

(출처 : March & Leonard, 1996)

4) **특정공포증(specific phobia)** - 과거에 **단순공포증(simple phobia)**이라고 불렀는데, 사회적인 상황과 공황발작에 대한 두려움을 제외한 특정 대상이나 상황에 대한 심하고, 지속적인 두려움을 갖는 것이 핵심이다. 정상적인 공포와 구별이 명확하지는 않지만, 공포 반응이 지나거나, 상황에 비추어 정도가 심하며 의지에 관계없이 발생하고, 회피하게 되고, 시간이 지남에도 불구하고 지속되며, 부적응적일 때, 병적인

것으로 간주한다는 제안을 내놓기도 하였다(Silverman & Rabin, 1993). 아동기에 흔한 공포 대상으로는 높은 곳, 어둠, 천둥과 같은 큰 소리, 주사, 곤충, 개, 기타 작은 동물들이 있고, 학령기에 도달하면 다치는 것, 학교 관련 사항들, 주위로부터의 비난이나 인정받지 못하는 것 등이 포함되고, 청소년기에 이르면 성에 관한 것, 죽음, 주위로부터의 인정, 자아정체성에 관한 사항들에 대해 공포심을 갖는다. 이런 것이 심해지면 가정이나 사회에서 일상 생활을 영위하는데 어려움을 초래하기도 하고, 때로는 피하기가 어려울 때는 반항하거나 공격적인 행동을 보이기도 한다.

5) **범불안장애(과잉불안장애)** - 필수적인 증상으로는 여러 가지 사건이나 활동에 대해 지나치게, 조절할 수 없는 불안과 걱정을 갖는 것이다. 전에는 아동기의 과잉불안장애를 별도로 진단하였으나, DSM-IV에서는 이것을 성인기의 범불안장애에 포함시켰다.

6) **공황장애** - 최근까지만 해도 공황장애는 성인에게만 발생하고, 아동기에는 발생하지 않는 것으로 알려져 왔으며 청소년기에는 아주 드물게 발생한다고 생각되어 왔다. 그렇지만 연구가 진행되면서 청소년들에게도 드물지 않게 발생한다는 것이 알려지게 되었다. 공황 장애는 예측하지 못하는 공황 발작을 경험하고, 발작에 대한 공포나 발작과 관련된 행동 변화가 있을 때 진단 내려진다. 공황발작은 수분간 심한 공포심과 함께 가슴이 심하게 뛰고, 땀이 나고, 떨리고, 숨이 막히고, 목이 조이는 느낌, 가슴이 불편하거나 아프고, 토할 것 같고, 어지럽고, 자기 몸이 변하는 것 같고, 미칠 것 같거나, 죽을 것 같은 공포, 몸이 오싹하거나 뜨거운 열감을 느끼는 등의 신체 증상을 동반한다. 이것은 최근에 관심을 갖게 되었기 때문에 아직 임상적으로는 많이 보고되지 않았으나, 한 연구에서 보면 청소년들의 40-60% 정도가 이런 공황 발작을 경험했을 정도로 흔하다. 이것이 심할 때는 공황 발작시 탈출하기가 어렵거나 곤란한 상황, 도움이 쉽지 않은 장소를 두려워하는

광장공포증(agoraphobia)을 동반한다. 따라서 이런 청소년들은 영화관, 백화점, 운동장, 지하철, 집에 혼자 있는 것을 피하고, 심지어는 버스 타기를 싫어하기 때문에 학교가기를 거부하는 수도 있다.

### 7) 외상 후 스트레스장애(posttraumatic stress disorder; PTSD)

: 직접적으로 죽음이나 손상의 위협 혹은 실제 경험을 할 정도의 극심한 스트레스(예, 유괴사건, 폭력, 강간이나 살인의 목격, 학대, 심각한 사고나 손상, 심각한 질병, 자동차 사고, 심각한 재난, 전쟁 등)에 노출되어 극심한 두려움, 절망감, 공포심(아동인 경우에는 대신 왜해된 혹은 안전부절하는 행동으로 대신 나타날 수 있다)을 보인 이후 다음과 같은 특징적인 증상들을 나타낸다. 첫째, 스트레스 사건을 계속 자기도 모르게 회상하거나 악몽을 꾸고, 마치 그 사건이 다시 일어난 것 같은 행동을 하거나 놀라는 등의 증상이 지속적으로 나타난다. 둘째, 사건과 관련된 생각, 느낌, 화제를 피하려고 하거나, 사건을 회상시킬 수 있는 장소나 사람 등을 피하거나 중요한 활동에 관심을 잃어버리거나 빠지는 등 사건과 연관된 자극을 피하고 일반적인 반응이 마비되는 증상을 보인다. 셋째, 잠들기가 어렵거나, 자주 화를 터뜨리거나, 깜짝깜짝 놀라는 등 각성도의 증가가 나타난다.

### 2.2.3 공존 병리

분리불안장애에서는 분리와 관련된 불안만 나타나는 것이 아니라 특정 대상에 대한 공포 - (귀신, 동물, 곤충, 어둠 등) - 가 다양하게 나타난다. 또한 약 1/3에서 과잉불안장애를, 또 1/3에서 우울장애를 동반한다. 이같이 분리불안장애에서는 다양한 불안 및 우울 증상을 동반한다.

강박장애에서는 우울증이 매우 흔하게 동반한다. 그 외에 다른 불안 장애들(특정 공포, 과잉불안, 분리불안)도 자주 동반하며, 가장 특징적으로 뚜렛(Tourette) 장애를 동반하는데, 강박증의 약 5-7%에서, 뚜렛 장애의 35-50%에서 강박증을 동반한다. 그 외에 흔히 강박신경증 범주에 속하는 질환(obsessive-compulsive spectrum disorder)이

라는 개념에 포함되는 발모광(trichotillomania), 신체이형장애(body dysmorphic disorder), 습관성 질환(habit disorder; 손톱깨물기) 등이 있는데 공존하는 경우는 비록 많지 않지만, 드물지도 않다.

특정공포증에서 비행기타기를 두려워하여 여행을 제한받는다면, 무대에 서기가 두려워 활동의 제한을 받는 수가 있다. 그렇지만 다른 동반 장애에 비해 그 정도는 비교적 덜한 것이 보통이고, 흔히 특정공포증에 광장공포증을 동반한 공황장애가 병발하는 수가 가장 많다.

사회공포증은 남의 비판에 대해 지나치게 과민하고, 자기 주장을 잘 하지 못하고, 자긍심이 낮고, 열등감이 높다. 시험보는 것을 매우 두려워하는 수도 많은데, 이런 청소년들은 특히 학교에서 지장을 많이 받기 때문에 학업수행이 떨어진다. 심한 경우에는 학교가기를 거부하는 수도 있고, 집단에 전혀 참여하지 않고, 친구 사귀기가 힘들고, 바깥 활동을 기피한다. 공황장애, 광장공포증, 강박증, 기분장애, 약물남용, 신체화장애 등이 동반되거나 뒤따라오기도 한다.

범불안장애는 기분장애(특히 주요우울증, 기분저하증)와 잘 병발한다. 그 외에 다른 여러 가지 불안장애와 약물남용을 수반하기도 한다. 공황장애도 주요우울증이 잘 동반되는데, 그 비율은 50-65%에 까지 이른다. 그리고 술이나 안정제를 통해서 증상이 완화되는 것으로 생각하기 때문에 약물남용이 병발하기 쉽고, 그 외에 다른 불안장애, 그 중에서도 특히 광장공포증을 동반한다.

#### 2.2.4 발달 경과

분리불안장애는 연령에 따라 다양한 양상을 나타낸다. 아주 어린 연령의 아이는 분리에 대한 특정한 공포를 표현하지 못하는 수도 있다. 나이가 들어감에 따라 걱정이나 공포는 종종 특별한 위험에 국한되는 수가 있고, 분리에 대한 예기불안은 아동기 중반에 나타난다. 청소년기가 되면, 특히 남자의 경우 분리불안에 대해 부정하는 수가 있다. 나이가 더 들게 되면 환경변화(예, 이사, 결혼 등)를 헤쳐나가는데 어려움을 겪을 수도 있고, 자녀나 배우자에 대해 지나치게 걱정하고 혹시 이별하게

될 때 지나치게 불편함을 호소한다. 대개 어떤 생활사건(친척이나 애완동물의 죽음, 질병, 입학이나 전학, 이사 등)후에 발생하는 수가 많다. 대개 학령 전기에 발병하지만, 18세 이전 어느 때라도 발병할 수 있으며 좋아졌다 나빠졌다 하는데, 대개는 오랜 기간 지속된다.

특정공포증(specific phobia)의 평균 발병연령은 형태에 따라 아주 다르다. 대중교통, 엘리베이터, 터널 등을 두려워하는 상황형(situational type)은 발병연령에서 2중 분포를 나타내는데, 아동기와 20대 중반에 2번의 최고점을 갖는다. 이에 비해 고소공포증(height phobia)과 같은 형태는 대개 아동기에 시작된다. 그 외에 동물이나 기타 공포증도 비슷하다. 이들 공포증에 선행하는 요인들로 다락에 갇힌 경험과 같은 외상 경험, 갑작스런 공황발작, 타인이 외상을 당하는 것을 목격, 주위로부터 받은 정보 등이 있다. 만일 공포증이 성인기까지 지속한다면 거의 회복되지 않는다(약 20%만이 호전된다).

강박증은 보통 청소년기나 성인기 초기에 시작하는데, 남자가 다소 먼저 발병한다. 남자는 평균 6-15세 사이에, 여자는 20-29세 사이에 발병한다. 대개 서서히 생기는데, 일단 발병하고 나면, 만성적으로 호전과 악화를 반복한다. 스트레스를 받으면 증상이 악화되는데, 약 5%는 평소에는 멀쩡하다가 증상을 나타내기도 하고, 약 15%는 직업상 혹은 사회기능 수행에서 점차 저하된다.

사회공포증은 10대 중반에 시작하는데, 종종 어렸을 때 수줍어하거나 남앞에 나서기를 기피한 적이 있을 수 있다. 발병은 스트레스를 받거나 혹은 모욕을 당한 후에 갑자기 발생하기도 하고, 혹은 서서히 생기기도 한다. 사회공포증은 대개 일생 동안 계속되는데, 증상이 심해지거나 약해지기도 하고, 스트레스에 따라 사회생활에 지장을 받기도 한다. 여자 만나기를 두려워하던 사람이 결혼 후에 사회공포증이 사라졌다가 부인 사망 후 다시 나타나거나, 혹은 직장에서 승진하여 부하 직원들 앞에 나서서 이야기해야 하는 상황에서 나타나는 수도 있다.

공황장애는 대개 청소년후기에서 30대 중반에 잘 발병하는데, 간혹 아동기나 45세 이후에 발병하기도 한다. 광장공포증이 잘 동반되는데, 흔히 공황발작이 발생한 1년 이내에 발병한다. 이 둘의 관계는 매우 다양한데,

만성 경과를 치료한 연구에서 30%는 호전되고, 40%-50%는 호전되지  
만 증상이 남아 있고, 나머지 20%-30%는 비슷하거나 오히려 악화되  
었다.

외상 후 스트레스장애(PTSD)는 어느 연령에서도 발병이 가능하고,  
대개 외상 후 첫 3개월 이내에 시작한다. 물론 때로는 수개월 혹은 수  
년이 지나 발병하는 수도 있다. 처음 외상 직후에는 급성스트레스 장애  
에 해당하는 증상을 일으키는데, 이때는 재경험, 회피, 과도한 각성 등  
의 증상이 두드러진다. 증상의 지속기간은 다양하지만 대략 1/2정도는  
3개월 이내에 회복하고, 나머지는 1년이상 지속되는 수도 많다. 외상에  
노출된 정도, 기간, 근접성이 얼마나 이런 증상을 일으키는가를 결정짓  
는데 중요한 요소가 된다. 그 외에 사회적 지지, 가족 역동, 아동기 경  
험, 성격적 요소, 이미 선행하는 정신질환 유무가 이 장애 발병에 주요  
변수로 작용한다. 그렇지만 스트레스가 극심할 경우에는 이러한 선행조  
건이 없더라도 발병할 수 있다.

### 2.2.5 진단 및 감별

불안장애는 대개 원인, 불안의 대상 및 임상 특징에 따라 앞에서 구  
분한 것과 같이 몇가지로 구분된다. 따라서 불안이 주 증상으로 나타날  
때, 그 원인, 불안의 대상 및 임상 양상에 따라 구분할 수 있어야 한다.  
그리고 나서, 다른 유사한 증상을 가져올 수 있는 질병이나 원인들을  
감별한다. 그리고 몇가지 경우에는 불안 증상을 가져올 수 있는 신체  
질병도 구별할 수 있어야 한다. 이것은 의학적인 것이어서 간략히 소개  
만 하지만, 내분비질환(예, 갑상선기능항진증 및 기능저하증, 저혈당증  
등), 심혈관계질환(예, 심부전증, 부정맥 등), 호흡기질환(예, 만성폐색성  
폐질환, 폐렴 등), 대사 이상(예, 비타민결핍증 등), 신경계질환(예, 암,  
뇌염 등)에서 나타날 수 있다. 그 외에도 여러 가지 물질이나 약물의  
중독상태(술, 암페타민, 카페인, 마리화나, 코카인, 환각제, 흡입제 등)나  
금단상태(술, 코카인, 안정제 등)에서도 올 수 있고, 일상적인 복용상태  
(진통제, 기침약, 인슐린, 갑상선약, 피임약, 항히스타민제, 스테로이드

제제, 고혈압 치료제, 항경련제, 기타 항정신성 약물들)에서도 나타날 수 있기 때문에 이러한 가능성도 염두에 둘 필요가 있다. 특히 청소년들에게서는 약물과 관련된 불안 증상이 숨겨질 수도 있다.

분리불안장애는 집이나 애착대상으로부터의 분리나 분리에 대한 예기로 불안해하기 때문에 상황이 국한되어 있다. 따라서 다른 범불안장애나 특정공포증과 구별을 할 필요가 있다. 그리고 청소년기에는 광장공포증을 동반하는 공황장애, 혹은 사회공포증이 발병할 수 있으므로 이들과 감별할 필요가 있다.

가장 구별이 어려운 것이 광장공포증을 동반한 공황장애(panic disorder with agoraphobia), 특정공포증의 상황형(specific phobia, situational type), 사회공포증(social phobia)에 대한 구별이다. 우선 사회 공포증의 공포나 두려움의 대상은 사회적인 상황에서만 나타나고 예측할 수 없는 공황발작을 동반하지 않는다는 점이다. 그리고 공황장애와 특정공포증의 상황형을 구별하는 것은 공황발작과 특정 상황의 회피증상 중 어느 것이 선행하는 가 하는 점이 관건이 된다. 물론 임상에서 구별이 매우 어려운 경우도 있다.

강박증도 그 증상이 뚜렷한 경우에는 진단이 어렵지 않지만, 때로 진단이나 감별 진단이 어려운 때가 있다. 우울증이 심하거나, 범불안장애에서 불안이 매우 심할 때, 사회공포증에서의 특정공포증과도 감별이 어려울 때가 있다. 강박 사고가 현실판단력을 상실하고, 망상수준으로 발전했을 때는 오히려 망상장애(delusional disorder)로 진단하는 것이 바람직하다. 그러나 경우에 따라, 좀 더 괴이하거나 비현실적일 때는 정신분열증도 생각할 수 있다. 병에 대한 공포만으로 국한될 때는 강박증보다는 오히려 건강염려증(hypochondriasis)으로 체형이나 외모에만 집착할 때는 신체이형장애(body dysmorphic disorder)로 진단한다. 그 외에도 강박증세를 나타내는 질환은 많은데, 예를 들면 발모광(trichotillomania), 성도착(sexual deviation), 병적 도박(pathological gambling), 알코올이나 약물 의존(dependence), 신경성 식욕부진(anorexia nervosa) 등 여러 경우에서 관찰된다. 이같은 질환이 아닌 강박성격장애도 있는데, 이때는 두드러진 강박 사고나 행동 대신에

정리정돈, 완벽에 집착하며, 이 성격장애는 반드시 성인기 초기에 시작해야만 한다.

외상 후 스트레스장애는 적응장애(adjustment disorder)와 구별하여야 한다. PTSD에서는 스트레스가 반드시 극심해야 하는데 반해, 적응장애에서의 스트레스는 반드시 극심한 것이 아니다(예를 들면, 배우자의 가출, 실직, 청소년에서는 입시 실패, 실연 등). 또한 후자에서는 증상이 특징적이지 않고 심하지 않다.

### 2.2.6 치료

불안장애의 치료는 다른 경우에도 비슷하지만 다양한 치료 접근이 요구된다. 여기에는 불안장애에 관해 부모와 청소년에게 시행하는 교육 및 개별 상담, 교사들과의 상담이나 자문, 행동요법, 정신분석적 정신치료, 가족요법, 약물치료 등이 모두 포함된다.

먼저, 행동치료(behavioral therapy) 혹은 인지-행동치료(cognitive-behavioral therapy: CBT)는 노출(exposure)과 같은 행동요법의 원리에 대항하는 자기표현(coping self-statement)과 같은 인지치료의 원리를 포함한다. 특히 분리불안장애(“학교공포증”)에서 학교가기를 두려워할 때 체계적 둔감화(systematic desensitization)을 위주로 하는 행동요법은 좋은 치료 결과를 보고하고 있다. 그 외에 특정공포증은 모형화(modeling), 체계적 둔감화, 인지-행동요법을 이용하여 호전을 보였다. 최근에 공황장애에서도 집단을 상대로 하는 인지-행동요법이 시행되어 좋은 결과들을 많이 보고하고 있다.

정신역동적 정신치료도 시행되는데, 주로 기저에 위치하는 두려움과 불안에 초점을 맞추어 접근한다. 주로 아동으로 하여금 분리(separation), 자율성(autonomy), 자긍심(self-esteem), 연령에 적합한 행동(age-appropriate behavior)을 수행해 나감으로써 호전되도록 한다. 이때 부모들도 함께 상담하여 안심시키고, 청소년이 좀 더 독립적이 되도록 도와줄 수 있다.

약물치료는 다양하게 시도되고 있지만, 실제 엄격하게 시행된 연구

결과는 부족하다. 흔히 사용되는 것으로 삼환계 항우울제(TCAs), 벤조디아제핀(benzodiazepines)계열의 항불안제, 최근에 선택적 세로토닌 재흡수 차단제(selective serotonin reuptake inhibitor; SSRIs)등과, 그 외에 몇가지 약제들이 있다. 그러나 약물치료는 포괄적이고 다양한 치료 전략의 일부분으로 간주되어야만 한다. 특히 심한 증상을 갖는 경우에 빠른 증상 완화를 가져온다.

### 3. 행동장애

#### 3.1 품행 장애

##### 3.1.1 정의 및 진단 준거

품행장애는 사회적 용어로는 **일탈 행동(misbehavior, deviant behavior)**, 법률적 정의로는 **청소년 비행(juvenile delinquency)**에 해당된다. 국내에서는 14세 이상 20세 미만에서 형법 법령에 저촉되는 행위를 했을 때 **범죄행위**, 12세 이상 14세 미만은 **촉법행위**, 범죄는 아니지만 범죄를 저지를 우려가 있다고 인정되는 행위를 **우범행위**로 규정하여 청소년 비행을 다루고 있다.

정신과 진단 범주로 품행장애는 개인의 정신 건강 차원에서 적절한 치료 계획 수립이 목표가 된다. 가장 주된 핵심 증상은 “사회적으로 용납되지 않는 행동을 지속하는 것”이다. 가정이나 가족에만 국한될 수도 있고 학교나 사회까지 확대되기도 한다. 비행을 나타낼 수도 있고, 폭력이나 공격성을 동반할 수도 있다. 또한 다양한 대인관계의 형태 속에서 나타날 수도 있고, 발생 연령에 따른 차이도 있다. 이같은 핵심 증상 외에 몇가지 특징적인 행위를 나타내는 데, 대개 네 가지로 나눌 수 있다. 첫째, 타인이나 동물에게 신체적인 해를 입히거나 위협하는 공격 행동 둘째, 재산상의 손실을 초래하는 비공격적 행동 셋째, 속임수나 절도 넷째, 심각한 수준의 규칙 위반이다.

품행 장애(conduct disorder)의 유형은 학자들마다 여러가지로 구분되어 왔다. 최근 단독 공격형, 집단형, 미분화형(DSM-III-R, 1987)의 구분, 아동기 발병과 청소년기 발병(DSM-IV, 1994), 가정내 국한형, 비사회화형, 사회화형, 적대적 반항장애와 과잉행동 품행장애, 우울성 품행장애까지를 포함하는 국제질병분류(ICD-10, 1992) 등 몇가지가 아직 혼용되고 있다. 그 만큼 행실 장애는 개념, 진단 범위, 유형 분류 등에서 아직 논란이 계속되고 있다.

### 3.1.2. 전형적인 특성들

품행장애의 빈도는 미국의 경우 면담을 통해서 얻어진 것으로는 일반 인구에서 약 1.5-3.4% 정도로 알려져 있으며, 경찰에 체포된 비율은 훨씬 더 높다. 국내에서는 정확히 알려진 것이 없지만, 참고로 미성년자 풍기사범은 약 17만 건이며, 소년범죄자는 약 10만 5천명으로 이들을 합치면 10-20세 인구 대비 약 4%를 차지한다(청소년백서, 1991). 남녀비를 보면 남아가 대략 3.2:1에서 5:1로 높은 것으로 알려져 있다(AACAP, 1997). 그 외에 부모가 반사회적 인격장애, 알콜 의존이 있을 때, 가족의 사회경제적 수준이 낮을 때 그 빈도가 높다.

최근 미국정신의학회의 DSM-IV(1994)분류에 의한 아동기발병형과 청소년기발병형의 구분을 보면 전자가 훨씬 더 성인기의 반사회적 인격장애로 이행할 가능성이 높다. 또한 이들은 증상에 있어서도 싸움질, 뺑뺑이, 조기약물복용, 도둑질, 가출, 공격적 행동이 훨씬 더 많다. 후기 발병형은 전자에 비해 덜하며, 비행에 빠져드는 것도 덜하다.

품행장애의 특징은 아니지만 품행장애는 타인에 대한 공감능력 혹은 배려의 결여, 불명확한 사회적 상황에서 타인의 의도를 잘못 지각하거나, 죄책감 결여, 자긍심 저하 등이 흔하게 나타난다. 또한 참을성이 적기 때문에 충동조절이 잘 되지 않고, 자극에 민감하고, 분노 발작이 잘 나타난다. 충동적인 성행동, 약물남용, 흡연과 같은 모험을 즐기는 행동이 조기에 발생하고, 자살에 대한 생각이나 시도도 매우 높다. 그리고 학교에서도 사회적 수행이나 학업 수행에 지장을 받는다.

### 3.1.3 공존 병리와 다양한 원인들

원인은 <표 II-6> 에서와 같이 매우 다양하게 제시되어 있으며, 품행장애는 다양한 원인에 의해 초래되는 최종 증상이다. 단지 가정파탄(broken home)이 중요한 것이 아니라 가정불화(family discord)가 중요하고, 특히 “적절하게 적응해 나가는데 필요한 훈육이나 정서 제공의 결여”가 가장 중요한 위험 요소이다. 어느 한 요인으로 품행장애의 50%이상을 설명할 수 없으며, 다 합쳐도 70%이상을 설명하지 못한다. 이같은 많은 위험요소를 갖는 아동들 중 품행장애를 갖지 않는 건강한(resilient) 경우가 많다.

<표 II-6> 품행장애의 원인에 기여하는 관련 요인들

1. 유전적 요인  
반사회적 인격장애, 약물 남용, 기분장애, 과잉행동증, 정신분열증, 학습장애 기질(까다로운) 유전적 소인
2. 생물학적 요인  
대뇌손상 : 간질(측두엽), 과잉행동증, 두뇌손상, 남성호르몬(테스토스테론, testosterone)
3. 정신장애 및 질환  
정신지체 및 경계선 지능 정신병, 과잉행동증, 기분장애, 학습장애
4. 내적 심리 갈등  
초자아 손상(defective superego, superego lacunae)  
욕구 좌절-공격 가설(John Dallard, 1939)  
사회 학습 이론
5. 사회학 이론들  
사회구조론 : 문화전달, 아노미 현상, 차별 기회  
사회과정론 : 차별연관론(EH Sutherland), drift theory(Matza & Sykes, 1957)  
사회반응론 : 낙인론(labeling theory), 갈등론(conflict theory)
6. 가족 및 부모의 역할  
가정 불화(family discord)  
부모의 성격장애, 알콜 중독  
가정내 폭력, 아동 학대  
부모의 거부, 유기, 부적절한 양육, 감독 및 한계설정

이같은 여러 가지 요인들이 관여되기 때문에 매우 다양한 공존 병리를 수반한다. 임상적으로 가장 흔한 것은 주의집중장애(attention - deficit hyperactivity disorder)인데, 이것은 매우 높은 비율로 병발한다. 이와 함께 적대적 반항장애(oppositional defiant disorder) 자주 병발 혹은 선행되는데, 이것이 품행장애와 별도의 질병인지 혹은 품행장애에 선행하는 것인지에 대해서는 아직도 논란이 많다.

내향성 장애 중에서는 기분장애와 불안장애가 병발하는 율이 높다. 그리고 여자에게서는 경계선 인격장애, 남자에게서는 정신지체와 특정 발달장애가 동반되는 수가 많다. 또한 앞에서도 언급했듯이 대뇌손상, 간질이 일반 인구에 비해 높은 비율로 발생하는데, 특히 아동기발병형에서 더 높다.

#### 3.1.4 진단 및 감별 진단

품행장애를 진단하기 위해서는 다른 아동, 청소년기 정신장애보다도 더욱 철저한 평가가 시행되어야 한다. 평가시에도 언어 표현력 부족, 조정하려는 자기 방어적 태도, 의사를 포함한 전문가 혹은 성인과의 대화에 익숙하지 못한 점등 때문에 대화로서의 면담이 쉽지 않다. 때로는 일탈 행동이나 문제를 숨기기도 하고, 일관되지 못하거나 적개심을 표현하기도 한다. 그러므로 여러 간접적인 방법으로 정보를 보충할 필요가 있다.

위의 <표 II-6> 에서도 제시한 것과 같이 다양한 원인이나 연관된 요인들이 많기 때문에 다른 동반된 정신 장애나 질환 여부, 신경학적 상태, 지능, 학습능력, 사회적 기술, 가족력, 학교 및 교우 관계, 기타 사회생활 적응이나 문제 등을 평가하여야 한다.

#### 3.1.5 치료

품행장애의 치료는 여러 형태에서 시행된다. 즉 법적인 처리, 가족들의 대책, 사회적 지지, 행동 수정법, 약물 투여, 그 외의 여러가지 정신과 치료 등 여러 방법이 있다. 장소도 가정, 학교, 수용시설, 병원, 특별한

기관 등 다양하다. 어떠한 형태나 장소에서 치료가 시행되든지 앞에서 언급된 다양한 원인과 연관 요인들을 일차적으로 평가, 진단하는 것을 소홀히 해서는 안된다. 또한 어느 한가지 방법이 행실 장애 청소년 치료에 결정적일 수도 있겠지만, 아직까지 대부분의 경우 여러가지 치료적 접근이 광범위하게 요구된다.

가장 중요한 것은 “안전하고 안락하게 포용할 수 있는 환경을 제공하기 위한 적절한 체계(structure)와 효과적인 한계설정(limit setting)의 확립”이다. 만일 치료가 가정에서 이루어진다면 부모 상담 등을 통하여 적절하게 감독하고 한계를 설정할 수 있도록 전문가나 주변의 협조를 동원한다.

1) 약물치료 : 여러가지 정신과 약물이 사용되고 있다. 일부에서 우울 품행장애(depressive conduct disorder)라고 불리는 경우, 항우울제를 사용하면 우울증세는 물론 품행장애 증상도 호전되보이기도 한다. 충동적 공격 행동이 심한 경우, 특히 기분이 불안정하고 짜증이 동반된 경우에는 리튬(lithium)을 투여하기도 한다. 만일 이때 뇌파이상을 동반할 때는 리튬보다 항경련제(carbamazepine)를 사용하기도 한다. 또한 기질적 원인이 의심되면서, 심한 분노 발작과 충동적 공격성을 갖는 경우에는 베타차단제(beta-adrenergic blocker)인 프로프라놀롤(propranolol)과 같은 약물이 효과를 보인다. 과잉행동증이 동반될 때는 각성제를 사용하고, 그 외에 공격행동, 적개심, 부정적 행동, 폭발 행동을 감소시키기 위해 항정신병약을 투여할 수도 있다.

2) 정신치료 및 기타 : 전통적인 정신분석적 정신치료는 별 효과가 없는 것으로 되어 있지만, 최근에 인지-행동적 문제해결형 정신치료는 제한적이지만 효과를 보인다. 사회기술훈련과 같은 행동치료적 접근도 유용하다. 또한 가족의 역기능적 관계를 호전시키는데 가족치료가 필요하기도 하다. 그리고 문제 행동을 수정하고 효과적인 한계설정과 긍정적 강화에 대해 부모상담 혹은 부모 교육이 도움을 줄 수 있다.

집단치료, 특히 기숙 혹은 입원치료와 같이 집단을 대상으로 할 때는

이 방법이 이용된다. 이때 집단 형성을 허용하고, 이를 통한 긍정적인 변화와 사회화 기술의 증진을 도모한다. 또한 학교와도 긴밀히 협력하여 행동관리, 개인 상담이나 교육적 배려 등을 통하여 변화를 유도한다. 이때 의사는 자문 역할을 담당하면서, 여러 다학제적 접근에서 주도적 역할을 해야 한다.

3) 법적 처리 : 국내에서는 소년비행(소년법), 불량행위소년(미성년자보호법), 요보호아동(아동복지법)등의 규정에 따라 범죄뿐 아니라 우범청소년은 처벌보다는 선도 위주로 처리하고 있다. 담당주체는 경찰(소년경찰 지도담당, 수사전담), 검찰, 법원(가정법원, 지방법원 소년부 지원 혹은 소년부)등이고, 교정기관으로 소년감별소, 보호관찰소, 소년원 및 소년교도소, 그외 위탁 보호시설 및 복지기관들이 있다(청소년백서, 1991).

이들 비행청소년들은 경찰이나 검찰에 의해 일차적으로 처리되며, 그외는 소년감별소에서 평가된 후, 소년법원의 판결에 따라 선고유예, 집행유예, 실형선고, 보호처분(1-7호)등을 받는다. 보호처분 1호는 보호자 혹은 자원지도자에게 감독을 맡기고 일반사회에 복귀시키는 것이고, 2-3호는 일정기간 보호관찰관의 감독하에 있는 것이며, 4호는 보호 혹은 복지시설에 위탁, 일정기간 수용하여 치료후 복귀시키는 것이고, 5호는 병원이나 요양소에, 6-7호는 소년원에 수용시키는 것이다.

## 3.2 적대적 반항 장애

### 3.2.1 정의 및 진단 준거

적대적 반항장애(oppositional defiant disorder; ODD)한 뚜렷하게 반항적이고, 불복종적이고, 도발적인 행동을 보이지만, 규칙을 어기거나 혹은 타인의 권리를 침해하는 반사회적 행동이나 공격적 행동이 두드러지지 않는 특징을 갖는다. 일부 학자들은 품행장애와 질적으로 다른 질병이 아니고 품행장애의 경한 형태로 간주하기도 한다. 따라서

국제질병분류(ICD-10, 1992)에서는 품행장애의 한 아형으로 분류하지만, 미국정신의학회는 품행장애와 별개로 분류하고 있다(DSM-IV, 1994).

### 3.2.2 전형적인 특성들

품행장애와 달리 타인의 권리에 대해 중대한 침해가 없으면서, 따지고 말 안듣는 행동이 특징적이다. 뻔뻔하고, 부정적이고, 도발적이다. 이같은 행동은 특히 교사와 부모를 향하는 수가 많고, 또래관계에서도 나타나지만 강도가 작다.

이들은 논쟁에서 자기 학대적 태도를 취한다. 즉 부모와의 논쟁에서 지거나 자존심이 손상될 때는 오히려 자기가 원하는 것을 기꺼이 포기해 버린다(예, “그래 그러면 내가 안 사면 그만이지”). 경한 정도의 수동-공격적이거나 비열한 행동을 하기도 하지만, 때로는 지나치게 순종적이거나 완벽하게 행동하기도 한다.

앞에서도 논의한 바와 같이 질병으로의 개념이 아직 확립되어 있지 못하기 때문에 그 빈도에서 약 2-20%까지 매우 다르게 보고된다. 여자에 비해 남자에서 2-3배가 많고, 과잉행동이 흔히 동반된다. 원인적으로 유전적, 신경학적, 기질적 요인도 관여되지만 현재로는 심리사회적 기전이 중요한 것으로 알려져 있다. 즉 부적절한 훈육, 충동 조절상의 문제를 갖고 있는 부모의 역할 모델에 따른 아동이 동일시하거나, 부모의 부재(unavailability)등이 중요하다.

### 3.2.3 공존 병리

남자아이인 경우, 까다로운 기질과 활동량이 부산한 아이에게서 더 문제가 되기 쉽다. 학교에 들어가서는 자긍심이 낮고, 기분변화가 심하고, 참을성이 적고, 욕을 잘하고, 술이나 담배, 그외의 불법 약물에 다른 아이들보다 쉽게 접한다. 부모, 교사, 또래들과도 문제를 일으킨다. 양육자가 자주 바뀌거나, 아이를 심하게 다루거나 관심을 제대로 쏟지 않거나, 일관되게 다루지 못하는 가정에서 훨씬 발생률이 높다.

ADHD가 가장 잘 병발하며, 그외에 학습장애나 의사소통장애(언어 장애)가 관련된다.

### 3.2.4 발달 경과

아래 그림을 다시 표로 나타낸 것으로 부모 보고에 따른 ODD와 CD 증상들의 평균 발병 연령을 살펴보면 다음 표와 같다. 이것은 바로 반항적이고 적대적인 행동들이 교정되거나 치료되지 않았을 때 아동에게 끼칠 미래의 부정적인 결과들의 중요한 잠재 영향들을 시사하고 있다.

<표 11-7> 부모 보고에 따른 ODD와 CD증상들의 평균 발병 연령

평균연령	적대성(D)	공격성(B)	재산침해(A)	신분위배(C)
4.0(세)	고집세다			
5.0	벌컾 화낸다			
6.0	반항, 시비건다			
	짜증, 욕한다	악의, 싸움		
6.5	남괴롭힘	동물을 해침	거짓말	
7.0	분노	위협, 잔인	파괴적행위	
7.5		공격행위	훔친다	
8.0			방화	
8.5				무단결석
9.0				욕설
10.0				가출
상한평균	6.0세	6.75세	7.25세	9.0세

(출처 : 안동현, 김세실(1997) : 말 안듣는 아이, pp 55)

적대적 반항장애를 가진 아동들 중 대략 20-25%는 3년이 지나면 더 이상은 장애를 보이지만, 52%이상은 이 기간이 지나도 계속해서 이러한 양상을 보인다. 이같이 계속해서 반항장애를 나타내는 아동들 중 약 절반가량(처음 전체 ODD 아동의 25%)이 3년의 추적기간내에品行장

어로 이행할 것이라고 한다. 그림에서도 여러 가지 영역의 문제 행동을 보여주지만, 그것들이 <표2-2>에서와 같이 그 증상의 발생 연령을 보면 더욱 잘 알 수 있다. 적대적인 행동과는 신체적 공격성, 재산 침해, 신분위배와 같은 이후의 단계들과는 관계에는 일종의 발달적 관계를 갖는다.

### 3.2.5 진단 및 감별진단

적대적이고 반항적인 행동은 대부분이 부모나 교사의 권유에 의해 내원하게 된다. 아동들은 스스로는 잘못이 없고 타인(부모, 성인, 또래)의 탓으로 돌린다. 진단에서 가장 중요한 것은 지속적이라는 것이다. 정상적으로 “공포의 2살”이라는 말이 있듯이 2-3세의 걸음마기 아동들과 청소년들에게서는 반항적 행동이 나타난다. 만일 이 시기라도 이같은 행동이 6개월 이상 지속적일 때는 진단내릴 수 있다.

그 외에 품행장애나 기분장애와의 감별이 중요하고, 과잉행동장애의 동반 여부, 정신지체, 경계선 지능, 학습장애의 동반 여부 등의 감별이 중요하다.

### 3.2.6 치료

긍정적 강화, 효과적으로 지시하기, “타임아웃(time out)”, 토큰제(token economy)와 같은 행동수정기법을 가르치는 부모상담이 중요하다. 전통적인 개인 및 가족정신치료는 일차적인 문제에는 도움이 되지 못한다.

## 4. 신체 기능관련 이상

### 4.1 섭식 장애

#### 4.1.1 청소년기의 섭식 및 신체에 대한 중요성

청소년기(adolescence)는 사춘기(puberty)변화로 시작하는데, 사춘기

변화는 신체적, 심리적으로 아동기에서 성인기로 이행하는 시기로 급격한 변화를 겪는다. 신체적으로는 **이차 성징의 출현, 신체 급등(growth spurt)**의 두 가지 변화가 있으며, 심리적으로는 이같은 신체 변화에 대해 적응, 부모로부터의 심리적 독립, 자아 정체감(ego identity)의 확립 등의 발달 과제를 갖는다(홍강의, 1995). 따라서 이들에게 식사 행태, 신체 변화는 매우 예민하고 중요한 관심사가 될 뿐 아니라, 이와 관련하여 많은 문제가 발생한다. 체중 및 비만의 문제와 관련하여 **다이어트나 살 빼기, 정반대의 과식(overeating) 및 폭식(binge eating)**의 문제가 있다. 불규칙한 식사 습관이나 지나친 인스턴트 식품의 섭취 등도 문제가 될 수 있다.

청소년기의 이러한 특징과 함께 최근 한국 사회의 급격한 경제 발전으로 인한 식생활의 개선과 생활이 서구화되면서 영양 결핍의 문제보다는 오히려 과체중, 비만이 문제로 대두되고 있다. 서울 시내 여중고등학생 1,000여명을 대상으로 홍은경 등(1995)의 조사에 의하면 전체 대상 학생들의 85.1%가 자기 체중에 만족하지 못한다고 하였는데, 특히 적정 체중(체질량지수: **body mass index**, 20-25 kg/m<sup>2</sup>)을 유지하는 학생 중에서 98%, 마른 학생(체질량지수 20kg/m<sup>2</sup> 이하)의 66.3%가 자신이 체중이 많이 나간다고 생각하였다. 더욱이 전체 응답자의 절반 가까운 42.4%가 체중 관리를 하고 있는 것으로 답하고 있었다. 이것은 청소년들에게서 체중과 관련된 몸매, 식사 행태의 문제가 얼마나 중요한 관심사인가를 간접적으로 시사하고 있다. 그 외에 서울 및 양평 지역의 남녀 중고등학생 2,500여명을 조사한 최준호 등(1996)의 조사에서도 서울 5.4%, 양평 5%로 상당히 많은 청소년들이 심각한 섭식 행태(**섭식태도 검사: Eating Attitude Test-26**, 상 고위험도인 20점 이상)를 보여주고 있었다. 따라서 앞으로 비만이나 섭식 문제를 접근함에 있어서 이들 청소년들의 발달과정에서 부딪치는 신체적, 심리적, 사회적 문제들과 관련하여 이 문제를 비중 있게 다루어야 할 것이다.

#### 4.1.2 대식증(bulimia nervosa)

**대식증(bulimia)**은 영어에서 어원적으로 “소같이 먹는(canine 혹은

제5장  
청소년기 문제

ox hunger)”이란 뜻을 지니는데, 예를 들면 과거 로마제국 말기에 귀족들이 잔치를 벌이면서, 토한 후 위를 비우고 나서 다시 먹고 하는 ‘Roman vomitorium’ 현상, 그 후 이와 비슷한 개념의 ‘bulimia emetica’등이 있었지만 최근까지도 대개 다른 질병의 한 증상으로 취급되었을 뿐이다. 1975년 미국정신의학회의 정신질환 진단 분류 개정안(DSM-III draft)에서 겨우 독립된 질병 단위로 등장하였다.

현재는 신경성 식욕부진(anorexia nervosa)과 함께 이들을 묶어서 섭식 장애(eating disorder: 식사, 식이, 식음 장애 등 다양하게 번역되어 아직 용어가 통일되어 있지 않다)로 분류하고 있는데 두 질환 모두 환자들이 자신의 몸매와 체중에 집착하며, 음식 섭취를 조절하는데 어려움을 겪는다는 공통점을 갖는다. 그렇지만 이 둘은 전혀 다른 배경으로 의학계에서 관심을 갖게 되었고, 비록 상당히 많은 환자들이 공통되는 증상을 갖는 점도 있지만, 또 서로 다른 특징을 갖는다. 신경성 식욕 부진은 “최소한의 정상 체중의 유지를 거부하는 것”이 특징인데 비해, 대식증은 “반복되는 폭식(binge eating)과 이에 따른 부적절한 보상 행동(purging)-즉, 구토 유발, 이노제나 하제의 사용, 단식 및 다이어트, 지나친 운동-”이 특징이다. 대식증 환자에서는 반복적인 폭식과 보상 행동 유무가 중요하고, 저체중이나 기타 신경성 식욕부진의 특징은 문제가 되지 않는다. 섭식 장애의 공통점과 차이점을 <표 II-8>에 정리하였다.

<표 II-8> 섭식 관련 장애의 공통점과 차이점

특징	신경성 식욕 부진	대식증	충동적 폭식	비만
1. 체중	저체중 (정상의 20% 미만)	다양함	정상-비만	과체중 (정상의 20%이상)
2. 신체상 왜곡	있다	있다	없다	없다
3. 폭식	간헐적	특징적	특징적	간혹
4. 식사후 불안	있다	있다	없다	없다
5. 폭식에 대한 심리적 영향	있다	있다	있다	있다
6. 체중 조절 방법	극심한 단식	보상 행동	잡은 식사 제한	잡은 식사 제한
7. 정신 병리 유무	심하다	중등도-심함	중등도	정상-중등도

이같이 대식증은 최근에 이르러서야 독립된 질병 단위로 인정을 받고 있고, <표 II-8>에 제시된 것과 같은 진단 기준이 마련되었다(APA, 1994). 대식증의 원인에 대해서는 아직 명확하지 않다. 날씬함을 추구하는 사회적 가치 기준의 변화에 따른다는 설, 굶은 것에 대한 신체적·심리적 결과로 폭식을 초래하고 보상 행동을 함으로써 폭식후의 불안감과 스트레스를 완화시킨다는 설, 엔도르핀 생산 증가에 의한다는 설, 가족내의 부적응과 정신적 갈등에 의한다는 설 등 아직 논의가 분분하다.

그 발생 빈도도 명확하지 않은데 미국에서의 예를 들면 청소년기 및 청년기 여성의 약 1% - 4% 정도로 추정되고, 환자의 대부분이 여성이다. 횡문화적으로 최근에 섭식 장애의 빈도가 점차 증가하고 있는 것을 보여주는데, 무엇보다 일본에서의 급격한 증가가 보고되고 있다(Weiss, 1995). 그 외에 유럽 여러 나라, 혹은 아프리카, 아시아 각국 등에서는 아직 두드러지지 않지만, Fairburn에 의하면(1996) 최근 스페인, 체코 및 헝가리 등 민주화를 겪는 유럽 국가들에서 거식증을 포함한 대부분의 섭식 장애가 급격히 증가하고 있다고 보고하였다.

<표 II-9> 대식증의 DSM-IV 진단기준(APA, 1994)

- A. 반복적인 폭식 삽화 - 폭식(binge eating)이란 다음의 두 가지 조건을 충족한다.
- (1) 뚜렷한 기간(대략 2 시간)내에 평균보다 훨씬 많은 양의 음식을 먹는다
  - (2) 삽화중 먹는 것을 자제할 수 없다
- B. 체중 증가를 막기 위한, 반복적으로 부적절한 보상 행동 - 예; 구토 유발, 이뇨제나 하제의 오용, 단식, 지나친 운동 등
- C. 폭식과 부적절한 보상 행동이, 평균 1주일에 2번 이상, 3개월 이상 지속한다
- D. 체형(body shape)과 체중에 의해 자기 평가가 영향을 받는다.
- \* 정화형(purging type)/비정화형(nonpurging type)으로 구분한다.

제 5장  
정소년기 문제

섭식 장애는 여러 가지 신체적 합병증을 초래하는데 신경성 식욕 부진에서는 체중 감소와 관련한 전신적인 합병증을 초래하는데 비해, 대식증에서는 주로 폭식과 보상 행동에 관련된 합병증을 초래한다. 예를 들면 폭식과 관련하여 급격한 위확장에 의해 쇼크를 초래할 수 있고, 구토 유발에 의해 식도 파열, 탈수, 대사성 알칼로시스, 전해질 부족, 허약, 탈진, 부정맥, 치아 에나멜 부식과 충치가 초래되며, 침샘 확장, 혈중 아밀라제 증가, 구토제 사용에 의한 저혈압, 빈맥, 심전도 이상, 간효소 증가 등이 초래된다(Halmi, 1995).

대식증을 포함한 섭식 장애는 먼저 충분한 평가를 거쳐야 한다 (APA, 1993). 섭식 장애 검사(Eating Disorders Examination)와 같은 반구조화된 면담도구를 이용하거나, 그외에 섭식 장애 질문지(Eating disorders Questionnaire), 섭식 장애 진단적 조사(Diagnostic Survey for Eating Disorders), 스텐포드 섭식 장애 질문지(Stanford Eating Disorders Questionnaire), 섭식 장애 도구(Eating Disorders Inventory)등의 질문지를 이용하여 초기 평가를 시행한다. 이같은 초기 평가 후 섭식 장애와 관련된 증상들 - 체중, 월경, 식습관, 약물 사용을 포함한 보상 행동, 신체 상(body image), 기호 음식 등을 평가한다. 이것과 함께 정신과 병력 여부, 신체 건강, 가족 사항을 평가한다.

치료는 외래 통원 치료와 입원 치료로 나누어 시행하는 데 자살의 가능성, 심각한 알코올 혹은 약물 남용, 심각한 신체 합병증 혹은 정신과 병력을 동반한 경우에는 입원 치료를 우선으로 한다. 치료가 결정되면 영양 상담, 인지-행동 요법, 그외 행동 요법 혹은 정신 요법, 가족 요법, 및 약물 요법을 필요에 따라 처방한다. 대식증 치료에서 가장 중요하게 간주되는 인지-행동 요법의 원리를 간단히 소개하면 <표 II-10>과 같다. 이 치료법은 외래 치료로 대개 약 5개월 정도가 소요되며, 전체는 3단계로 총 19 회이다(Faiburn et al, 1993).

- 1 단계(주 2 회로 4주간 : 인지-행동 요법의 원리 설명, 안정적이고 규칙적인 식생활 획득)
  - ① 식사시간에 발생하는 모든 것을 기록, 이때 생각 및 감정도 기록한다.
  - ② 폭식에 대신하여, 규칙적인 식사 형태를 갖도록 한다.
  - ③ 폭식 하고자 하는 갈망에 대해 저항할 수 있는 대체 행동을 사용한다.
  - ④ 음식, 식사, 체형, 및 체중에 관하여 교육을 받는다.
- 2 단계(주 1 회로 8주간 : 1단계 과정 지속 + 식사 행동 문제를 야기하는 환자의 인지적 왜곡 수정)
  - ① 잘 안먹는 음식을 먹도록 하고, 여러 가지 형태의 엄격한 다이어트를 점차 줄여나간다.
  - ② 폭식을 유발하는 문제들을 다루는 기술을 습득, 발전시킨다
  - ③ 왜곡된 인지 구조를 인식하고 변화시킨다.
  - ④ 폭식의 근원과 가족 및 사회의 역할을 이해한다.
- 3 단계(2주에 한 번씩 6주 : 치료 효과 유지를 목표)
  - ① 현실적 기대를 포함한 장래 계획
  - ② 재발 예방 계획

약물 요법을 보면 1984년 미국 하버드 대학의 Harrison 과 James의 <New Hope for Binge Eating> 이라는 저서에서 항우울제의 사용이 유용하다는 보고후 이에 관해 많은 관심이 집중되었다. 결과는 폭식의 빈도를 평균 50-60%까지 감소시키고, 이와 함께 구토 및 음식에 대한 집착도 감소시켰다. 마지막으로 이 약물의 효과는 환자의 우울 상태와 관계없이 나타났다. 그러나 그 이후 약물 치료의 제한점이 점차 대두됨에 따라 최근에는 명백하게 우울 증상이 동반되거나, 인지-행동 요법이 실패한 경우에 사용할 것을 권고하고 있다. 대개 삼환계 항우울제나 단가아민 효소억제제(MAOI)는 항우울제로 사용할 때와 비슷한 용량을 사용하고, 프록세틴(fluoxetine)은 약 60mg/d 를 사용한다. 그외에 다른 요법들은 환자의 상태에 따라 시행 여부를 결정한다. 예후는 아직 장기적인 것은 알려져 있지 않고 대략 50% 이상에서 호전을 보이는 것으로 보고되고 있다.

#### 4.1.3 신경성 식욕부진(anorexia nervosa)

체형이나 신체상(body image)에 대한 왜곡으로 인해 체중이 정상에 미달임에도 불구하고 체중 증가에 대한 극도의 두려움, 자신의 신체(체중, 크기, 체형)에 대한 왜곡된 생각, 여성의 경우 3개월 이상 연속된 무월경이 나타난다. 신경성 식욕부진은 연령과 신장을 기준으로 정상 혹은 기대 체중보다 적어도 85% 이하의 저체중을 특징으로 한다. DSM-IV(1994)에서는 체중 조절방식에 따라 음식을 먹지 않으려는 단식형(restricting type)과 폭식후 구토, 하제 사용 등을 사용하는 폭식/정화형(binge eating/purging type)으로 구분한다.

미국의 경우, 빈도는 대략 일반 인구의 0.1%-0.7% 정도로 추정하지만, 사춘기 소녀에서는 0.5-1.0%, 특히 학생군에서는 약 1%로 다소 높게 발생한다. 증상류층에 많고, 여성에서 호발하여 90%이상이 여성이다. 대개는 10-30세 사이에 발병하는데, 13-4세와 17-8세에 가장 높은 빈도를 보인다. 과거에는 증상류층의 백인 여성들에 국한된 병으로 생각해 왔으나 최근의 연구에 의하면 여러 지역, 여러 종족, 다양한 계층에서 보고되고 있다.

대부분의 다른 정신질환들과 마찬가지로 명확한 원인은 밝혀져 있지 않지만, 생물학적 요인으로는 대뇌의 시상하부(hypothalamus)에 위치하는 내분비계의 이상과 관련이 높은 것으로 논의되고 있다. 가족력으로 우울증, 강박증 등의 발병비율이 높아 서로 관련성에 대해 추정되기도 한다. 심리적 요인으로는 사춘기의 신체적 변화에 의해 증가된 성적 및 사회적 욕구와 독립심에 대한 긴장으로부터 유래되는 일종의 회피 반응으로 보기도 한다. 또한 역동적으로 부모와의 갈등관계에 대한 죄책감이 음식섭취에 대한 거부를 유발한다는 주장도 있다. 사회적 요인으로는 날씬한 모습, 젊음, 운동을 강조하는 사회적 분위기에 의해 유발되거나 악화되기도 한다. 특히 무용수, 경마기수, 운동선수들처럼 체중 조절이 요구되는 집단에서 발병할 위험도가 높아진다.

이들은 체중이 심하게 감소하기 때문에 이와 관련하여 전신 쇠약, 심장기능의 약화, 위장관 장애, 무월경 및 호르몬 이상, 신생아들에게서

보는 것과 같은 솜털 출현 및 부종, 백혈구 감소 및 빈혈, 골다공증 등과 같은 신체 증상이 나타난다. 그러나 이러한 체중감소와 전신쇠약에도 불구하고 의도적이고 강박적으로 활동하여, 일을 중단하는 경우는 매우 드물다. 심리적으로나 행동 이상으로 강박행동, 불안, 우울증상이 흔하고, 성격 특성으로 고지식하고 완벽주의를 고집하며 신경증적 경향이 높다. 그 외에 자살시도, 자해, 도벽, 약물남용 등의 충동적 행동을 수반하기도 하고, 성에 관해서 미숙하고, 성에 관한 흥미도 적고, 발달도 늦다.

우울증, 신체화장애, 정신분열증, 대식증 등과의 감별이 필요하지만 특징적인 경우에는 쉽게 구별할 수 있다. 그 외에 신체질환으로 심한 체중감소를 가져오는 여러 가지 질병들을 감별하여야 한다. 그러나 이들에게서는 신경성 식욕부진에서 볼 수 있는 것과 같은 특징적인 신체상에 대한 왜곡과 음식과 체중 증가에 대한 두려움이 없다.

치료는 우선 환자로 하여금 자발적으로 치료 프로그램에 참여하도록 하는 것이 급선무이다. 이러한 노력과 함께 첫째는 체중 증가를 촉진하고, 영양의 균형을 회복시키는 것에 힘을 기울여야 한다. 환자가 치료에 대해 저항하거나, 체중 감소가 심하거나, 의학적인 합병증을 갖거나, 외래 치료로 호전되지 않을 때는 지체없이 강제로라도 입원시켜 치료를 하여야 한다. 경과는 다양하여 자연 회복되기도 하고, 회복과 재발을 반복하다가 악화하여 사망하기도 한다. 현재까지 사망률은 5-18%로 보고된다. 전반적으로 예후는 좋지 않다.

#### 4.1.4 비만

**비만(obesity)**은 여러 가지로 측정, 정의, 분류되기 때문에 그 논의는 매우 광범위하다. 조주상 등(1995)의 국내 문헌에서도 보고하듯이, 일부 비만 환자에게서 심리적 요인이 관여하고 그들의 치료에서도 심리적 요인을 고려해야 하기 때문에 관심을 가질 필요성이 있다. 또한 최준호 등(1996)의 조사에서 특히 남학생의 경우 비만도와 식이 습관의 이상이 밀접한 관련을 갖는 것은 비만 환자의 잘못된 식사 습관이

비만의 큰 영향을 미침을 시사하고 있다. Stunkard(1992)는 비만 환자에서 발견되는 두 가지 형태의 잘못된 식습관을 제시하는데 약 5%가 대식증을, 약 10%는 밤에 먹는 습관(night-eating syndrome)으로 저녁에 많이 먹고, 잠 못자고, 아침에 안 먹는 특징을 갖는다고 하였다. 이같은 형태의 식사 형태를 동반한 비만 환자는 치료에 더욱 어려움을 겪고, 예후도 불량하다고 알려져 있기 때문에 이같은 식사 행태의 동반 유무를 평가하고 이해하는 것은 중요하다.

비만의 치료 및 예방에는 전통적으로 식사 요법, 운동 요법, 그 외에 수술과 약물 요법이 시행되어 왔다. 비만 치료의 일차적인 목표가 체중 감소이므로 열량 섭취의 감소와 에너지 소비를 증가하는 것을 기본으로 하고 있다(비만연구회, 1995). 따라서 식사 요법의 저열량, 초저열량 식사 등 다양한 프로그램이 수행되어 일부 효과를 보고 있다. 운동 요법에서 또한 여러 가지 프로그램들이 개발되어 좋은 효과가 나타나고 있다. 그러나 일부 연구에서 지적되는 것과 같이 체중 감량에 성공한 환자들 중 90%가 2년 내에 이전 체중으로 되돌아간다고 하는 것과 같이 감량된 체중을 지속적으로 유지하는 것은 매우 힘들다. 이것은 이들 식사 및 운동 요법이 비교적 단기간의 효과는 입증되고 있지만 장기간 유지되지 못한다는 점이 반복하여 지적하고 있는 것이다. 따라서 연구자들은 환자들의 행동을 어떻게 변화시키고 그 변화를 유지할 수 있는가 하는 면에 관심을 돌리게 되었다. 여기에 덧붙여 비만 환자들이 심리적으로 불안정하다, 혹은 스트레스를 많이 받는다는 원인론들이 꾸준히 대두하였다. 이 방면의 초기 연구가들은 이같은 심리적, 정신적 변화와 체중의 변화가 관련될 수 있고, 그것이 체중 변화라는 객관적 지표로 나타난다는 것에 착안하기 시작하기 시작했다. 그리하여 1970년대 이후 비만 치료에 행동수정기법들이 대두하기 시작하였고, 여기에 덧붙여 환자 개인에 국한하는 것이 아니라 그 가족 및 집단으로 확산하여 적용하기에 이르렀다. 이 초기 연구들에서 주목할 것으로는 행동수정 요법의 기본 기법인 자가-측정법과 자극 조절과 같은 방법이 비만 치료에 도입되었다는 것과 심리학과 정신의학자들의 참여로 심리적인 변화, 집단 및 가족이 참여하는 것의 중요성들이 강조되었다는 것이다

(대한비만학회, 1995).

비만 치료에 있어서의 행동 요법은 1:1로도 가능하지만 흔히 10여명 정도의 집단으로 시행되는데, 프로그램의 내용이나 종류에 따라 다르지만 흔히 매주 1시간 반 - 2시간 정도씩 12 - 20 주 정도 시행한다. 물론 여기에 소개한 내용은 성인을 대상으로 한 것이어서 청소년들에게 바로 적용하기는 무리가 따르는 점이 있지만, 그 구성 요소들을 차례로 살펴보면 다음과 같다.

- 1) 기본적인 자료를 수집하고, 그 기본 자료를 토대로 목표를 설정하고 변화를 평가하기 위한 자가-측정(self-monitoring)으로 환자는 언제, 어디서, 무엇을, 누구와 어떻게 먹었는지 상세히 기록한다. 이것은 식사뿐 아니라, 운동, 영양, 사회적 관계 등도 모두 포함한다. 흔히 일지(diary)나 그래프 등을 이용한다.
- 2) 비만 환자의 섭식 행동이 식사시간, 분위기, 음식이 눈에 띄는가 여부 등이 매우 중요한 외적 자극이 된다는 관찰에 근거하여 치료에서 음식에 대한 노출을 줄이고, 식사와 관련된 자극을 줄이기 위한 다양한 방법을 환자에게 가르치는 자극 조절(stimulus control)이 있다.
- 3) 강화(reinforcement) : 강화 기법이란 쉽게 말하자면 일종 상벌 제도와 비슷하다. 체중 감소에 대해 긍정적인 강화(상)와 부정적인 강화(벌)의 균형을 통해서 체중 감량을 적극 유도하는 행동 수정 한 기법이다.
- 4) 영양(nutrition) 및 운동(exercise)도 행동 요법적 원리에 근거하여 함께 프로그램 속에 포함시켜 수행한다.
- 5) 많은 연구들이 가족, 파트너, 친구, 동료와 같은 사회적 지지(social support)가 중요함을 지적한다. 따라서 행동 수정요법의 강화 요소로 이들을 이용할 수 있다.
- 6) 인식의 변화(cognitive change) : 최근에 인지 요법(cognitive therapy)이 의학의 여러 분야에 소개되면서 비만 치료에도 유용하게 쓰이고 있다. 과거의 '어느 정도는 살 썬다' 든지 '우량아 선발대회' 와 같이 비만을 장려하는 듯한 관점에 대한 인식의

변화를 갖지 않으면 환자에게서나 사회적 지지를 얻기가 힘들다. 또한 비만의 위험 요소, 체중 감소 및 치료에 대한 가능성 등에 대한 인식이 치료의 성패에 매우 중요한 요소가 되기 때문에 이들의 인식 변화(brain washing)가 필요하다.

## 4.2 신체형 장애

### 4.2.1 정의 및 진단 준거

신체 질환 모두는 심리적인 측면을, 모든 정신 질환은 생물학적 요인을 가지고 있다. 신체(soma, body)와 정신(psyche, mind)의 연계는 확실하게 관련이 있지만 매우 복잡하고, 아직 완전히 밝혀져 있지 못하다. 여기 DSM-IV(APA, 1994)에서 사용하는 **신체형 장애(somatoform disorders)**는 “신경학적으로 혹은 일반적인 신체 질환에 의해 설명되지 않는 신체 증상을 나타내는 질환들”이라는 특징이 있다. 이 진단 체계 속에는 다음과 같은 7개의 진단명을 포함하고 있다.

1) **전환장애(conversion disorder)** : 신경학적 질환을 의심하게 하는 감각이나 운동 기능의 상실이 나타나는데, 그 원인이 심리적 갈등이나 스트레스에서 기인한다. 흔히 팔다리의 마비, 감각 소실, 운동조절장애, 눈이 안보임, 경련 등이 흔하다.

2) **통증장애(pain disorder)** : 전에는 신경성 통증장애(DSM-III), 신체형 통증장애(DSM-III-R)로 불려졌던 것으로, 신체적 원인에 의하지 않거나 신체적 원인으로 설명되지 않을 정도의 강도로 나타나는 통증이다. 예전에 아동들에서 발생하는 설명되지 않는 통증(예를 들면, 재발성 두통, 복통, 흉통 등)을 전환장애로 구분하였는데, 아직 어느 것으로 구분하는가 하는 문제는 확실치 않다.

3) **신체화장애(somatization disorder)** : 반복적인 의학적 평가를

해봐도 신체적인 원인이 밝혀지지 않으나 반복적이고, 다양한 신체 증상이 만성적으로 나타나는 질병이다. 증상 호소가 보통 극적이고, 과장되고, 때로는 성적인 요소를 내포하기도 한다. 대개 청소년기 혹은 성인기 초기에서부터 시작하는데 사춘기 이전에 나타나는 수도 있다.

4) **건강염려증(hypochondriasis)** : 의학적으로 설명을 해줌에도 불구하고 자신이 심각한 병에 걸려 있다는 공포에 집착한다. 어떤 나이에서도 발병할 수 있지만 대개는 성인기 초기이다. 흔히 불안, 우울, 강박적이고 자기애적인 성향과 관련되기도 한다.

5) **신체이형장애(body dysmorphic disorder)** : 정상적으로 보이는 개인이 자신이 못 생겼다고 하는 생각에 사로잡히는 경우이다. 많은 청소년들은 자신의 신체에 대한 관심을 갖게 되는데, 자기 몸이나 외모에 대해 걱정하고 때로는 회의하게 된다. 따라서 청소년들에게서 이러한 진단을 내리기는 매우 어렵다.

6) **미분화 신체형장애(undifferentiated somatoform disorder)** : 신체화장애의 진단기준을 충족하지 않는 의학적으로 설명되지 않는 만성적이고, 다양한 증상을 갖는 경우에 해당한다.

7) **따로 분류되지 않은 신체형장애(somatoform disorder not otherwise specified)**

#### 4.2.2 전형적인 특성들

가장 전형적인 두 가지를 예로 들면 먼저 전환장애가 있다. 신체 질병과 비슷한 여러 가지 증상이 나타날 수 있는데, 흔히 팔다리에 기운이 없다, 마비가 온다, 말을 못한다, 걸음을 못 걷는다하는 운동 기능의 이상이 온다. 또한 감각 기능의 상실이나 이상도 가져올 수 있는데, 한 쪽 혹은 양쪽 눈이 안 보인다, 귀가 안 들린다, 시야가 좁아졌다, 감각

이 없다 등의 증상이 나타난다. 통증(흔히 두통, 복통)도 나타나는데 단독으로 혹은 다른 전환 증세를 동반하여 나타난다. 만일 통증만 나타난다면 통증장애로 진단내린다. 그밖에 빈도는 적지만, 간질과 비슷한 **가성경련(pseudoseizure)**, 구토나 딸꾹질, 전체 사지의 마비나 강직 등도 나타날 수 있다. 대부분의 증상은 갑자기 발생하는 데 뚜렷한 심리 사회적 스트레스 후에 발생하는 수가 많다. 그것은 종종 성적인 의미를 내포한 경우가 많고 가족 갈등이나 의사 소통의 곤란함에서 기인하는 경우도 있다. 이들은 이런 증상에 대해 걱정하는 태도를 보이지 않는 수가 많은데(**증상무관심; la belle indifference**), 이것이 결정적이지는 않다.

두번째로 신체화장애가 있는데, 여러 가지 설명되지 않는 신체 증상이 오랫동안 지속하는 것이 특징이다. 여자에게 많은데, 종종 히스테리 성격, 물질 남용, 우울증, 자살 행동과 연관된다. 대개 청소년기에 시작하는데, 보고에 의하면 20%정도가 사춘기 이전에 발병한다고 하였다. 아동 및 청소년기에 신체 증상이 매우 흔한데, 이 진단의 기준 때문에 실제로 이 질병의 진단을 받는 경우는 거의 없다.

#### 4.2.3 공존 병리

전환장애에서는 피암시성이 높기 때문에 어떤 외부자극에 의해 증상이 쉽게 변형되거나 혹은 호전될 수 있다. 전환장애환자들은 치료 경과 중에 의존성을 보이고 환자 역할을 즐기려 하기 때문에 주의해야 하고, 다른 신체 증상의 호소도 흔히 나타난다. 그 외에 해리장애, 주요우울증, 인격장애(히스테리성, 반사회성, 의존성) 등을 동반하는 수도 많다.

신체화장애 환자들도 많은 공존 병리를 갖는데, 불안과 우울이 두드러져서 정신과 상담을 오는 수가 많다. 충동적이고, 반사회적 행동, 자살 위협이나 시도, 결혼 불화가 심하고 특히 성격문제를 갖는 경우에 삶이 매우 혼란스럽다. 또한 약을 많이 처방받다 보면 약물 남용이나 약물 의존에 빠지는 수도 많고, 전환장애와 비슷하게 주요우울증, 공황장애, 약물과 관련된 정신질환이 흔하다. 그 외에 히스테리성, 경계성, 반사회성

---

인격장애가 자주 동반된다.

#### 4.2.4 발달 경과

전환장애는 10세 이전에는 보통 걸음걸이 이상이나 경련으로 국한되어 나타난다. 그리고 전환장애는 도시보다는 농촌지역, 소득이 낮은 계층, 의학이나 심리적인 개념에 대한 지식이 부족한 계층에서 더 자주 발병하며, 약 2:1에서 심하면 10:1의 비율로 여성에게서 많다. 그리고 남자의 경우에는 반사회적 인격장애와 연관되는 수가 많다.

아동기에 신체 증상과 통증 표현은 발달 경과를 따르고 처음에는 단일 증상에서 시작한다. 사춘기 이전의 아동들은 정서적인 고통을 신체적인 감각으로 경험한다. **반복적인 복통(recurrent abdominal pain: RAP)**과 뒤이어 따라오는 두통은 사춘기 이전의 아동들에서 가장 흔한 신체 증상으로 학령기 아동과 청소년들의 약 10-30% 정도가 일주일에 한 번 정도 호소하는 것으로 알려져 있다. 팔다리 통증, 근육통, 피곤함, 그 외의 신경학적 증상들이 연령증가에 따라 증가한다. 일부에서는 신체화 증상을 지속적인 경과, 만성 이환기간, 조기발병 등으로 하여 인격장애와 밀접한 관련을 갖는다고 주장하고 있다.

#### 4.2.5 진단 및 감별

전환장애는 오래전부터 의학에서 많은 관심을 끌어오던 질병이고, 증상도 여러 가지 신체질환에서 올 수 있는 다양한 형태로 나타나기 때문에 진단이 매우 어렵다. 따라서 개별적인 신체질환의 특성과 합당한 지를 잘 판단하여 진단하여야만 한다. 그리고 가장 중요한 것이 **피병(malingering)**과의 구별인데, 전환장애에서는 소위 “**이차이득(secondary gain)**”이 있기는 하지만, 증상발현에서의 의식적인 고의성과 명백한 현실적 이득 추구(예로, 보상금, 책임회피, 형사처벌감면, 약물획득 등)가 없다.

신체화장애도 감별진단이 매우 어렵다. 이것도 호소하는 증상에 따라 유사한 증상을 가져올 수 있는 가능성이 있는 신체질환을 모두 감별

하여야만 한다. 그뿐 아니라 불안장애, 통증장애, 우울장애 등 각종 정신질환과도 감별하여야 하고, 또한 이들이 수반되어 있는지 여부도 평가하여야 한다.

#### 4.2.6 치료

나타나는 증상이 우선 신체적인 것이기 때문에 일차적으로 의사의 진찰을 받아야 한다. 여기 속하는 신체형장애의 성공적인 치료 여부는 초기 진찰 및 평가, 진단, 우선적인 처치가 어떻게 선행되는가와 더불어 심리적인 치료가 잘 이루어지는가에 달려 있다.

우선은 철저한 병력 청취와 함께 신체검사, 정신상태검사가 시행되어야 하고, 신체적인 것과 함께 심리적인 원인을 찾는 것이 중요하다는 것을 인식시켜야 한다. 비록 심리적인 요인이 원인으로 추정되더라도 선부르게 결론지어서는 안된다. 신체적인 것과 심리적인 것이 서로 어떻게 영향을 미치는지, 예를 들면 증상 발현과 환경에서의 스트레스(예, 이사, 학업저하, 부모들의 불화 등)와의 연관성에 대해 지적해 주는 식이어야 한다. 만일 심리적인 치료를 시행하는 도중에도 신체증상이 계속된다면 정기적으로 의사의 검진을 받도록 하는 것도 권고할 수 있다.

신체형장애의 치료에서는 모든 수단을 다 동원해야 한다. 개인정신치료에서는 청소년이 무의식적 갈등(예, 전환장애에서 의존 욕구나 외디푸스 갈등)에 대한 통찰을 얻도록 도와주고, 심리적인 요소가 증상의 발현과 지속에 어떻게 영향을 주는지 이해할 수 있도록 도와주어야 한다. 이때 중요한 것이 증상을 강화할 수 있는 이차 이득을 알아내고, 그것을 차단하는 것이 필수적이다.

그 외에 이들은 수줍고, 나서기를 싫어하는 수가 많기 때문에 자기 감정을 잘 표현하지 못한다. 따라서 자긍심을 높이고, 자기주장을 할 수 있도록 격려하고, 괴로움을 신체증상이 아닌 다른 경로를 통해서 표현하도록 가르치는 것이 필요하다. 부모상담과 가족치료가 반드시 포함되어야 하는데, 가족 역동이 신체화를 부추긴다는 것(예, 부모는 아이가 아프다고 해야 관심을 보이고, 그렇지 않으면 공부안하느냐고만

하는 방식)을 깨닫도록 해야 하고, 좀 더 건강한 상호작용과 의사소통의 방법을 할 수 있도록 하여야 한다. 때로는 집단치료, 입원치료가 필요한 경우도 있다.

#### 4.2.7 집단전환장애(group conversion disorder; mass hysteria)

드물지만 청소년들에게서는 특히 눈길을 끄는 현상이다. 매우 가까운 집단 내의 사람들에게서 특별한 의학적 이유 없이 신체증상이 발생한다. 이 신체증상은 전염성을 갖는데, 흔한 것으로 오심(속울렁거림), 복통, 두통, 가려움증, 어지러움증, 호흡곤란, 졸도 등이다. 흔히 학교, 공장, 운동 경기, 음악회(rock concert)와 같은 곳에서 잘 일어난다. 과거 중세 유럽에서 일어났던 “춤추는 무도병”(Tarantism)이 집단전환장애로 추정되고 있다.

청소년기 소녀들에게서 흔하고, 종종 선행하는 신체적 혹은 심리적 스트레스 사건이 있기도 하다. 신체적인 것으로는 고열, 탈진, 피로 등이 있고 심리적인 것으로는 도덕심 저하, 정치적 긴장, 최근의 상실이나 이별 등이다. 전염은 이러한 현상을 보거나 혹은 듣거나 하는 것으로 일어나며, 대개 빠르게 전파되고 호전된다. 종종 처음 발병되는 환자가 집단 내에서 중요한 위치를 차지하는 수가 있고, 대개 집단의 응집력이 강한 것이 보통이다. 집단 외의 사람이 전염되는 경우는 매우 드물다.

이때는 다음과 같은 조치를 취하는 것이 권고된다.

- 1) 빠른 시간 내에 현상을 파악한다.
- 2) 주위 환경에 대해 지나치게 철저한 조사를 금한다.
- 3) 책임자가 원인에 대해 설명하여 집단의 불안을 감소시킨다.
- 4) 증상이 있는 환자들을 집단의 나머지로부터 차단시킨다.
- 5) 이차 이득을 차단한다.
- 6) 증상을 고착시킬 수 있는 자극(예, 신문기자)을 차단한다. 이러한 조치들로 인하여 증상을 일으킨 모두를 빠른 시간 안에 회복시킬 수 있다.

## 4.3 틱 장애

### 4.3.1 정의 및 진단 준거

틱(tic)이란 반복적으로, 빠르게, 갑작스럽게, 조절할 수 없게 근육을 움직이거나 소리를 내는 것으로 얼굴, 손, 다리 등 몸의 어떤 부위에서도 생길 수 있다. 틱 중에서 몸을 움직이는 것을 **운동틱(motor tic)**, 소리를 내거나 음, 단어 혹은 문장 등을 반복하는 것을 **음성틱(vocal tic)**이라고 부른다. 틱은 자기도 어쩔 수 없이 일어나지만, 잠시 동안은 의지로 멈출 수 있기도 하고, 스트레스가 높아지면 심해지고, 다른 활동에 몰두하면 약화되기도 한다. 잠이 들면 거의 나타나지 않는다. 대부분의 틱은 초기에는 심하지 않기 때문에 자기 스스로나 주위에서도 잘 알지 못하지만, 심해지면 자주, 심하게 나타나 생활하는데 많은 지장을 주기도 한다. 운동 및 음성틱을 단순형(simple), 복합형(complex)으로 구분하기도 하는데 그 기준은 명확치 않다. 단순 운동틱 중에서 흔한 것으로 눈감박임, 목 젖히기, 어깨들썩이기, 얼굴찌그리기, 기침하기가 있다. 흔한 음성틱으로는 헛기침, 툭툭거림, 쿵쿵거림, 콧바람내기, 큰기침하기 등이 있다. 복합 운동틱으로 흔한 것은 얼굴 움직이기, 몸치장하기, 펼쩍뛰기, 만지기, 발구르기, 냄새맡기가 있고, 복합 음성틱으로는 단어나 문맥에 어긋나는 글귀의 반복, 욕설증(coprolalia, 주로 외설적인 말), 동어반복증(palialalia), 반향어증(echolalia) 등이 있다.

DSM-IV(APA, 1994)에서는 틱 장애를 증상의 지속 기간, 틱의 다양함, 발병 연령에 의해 다음의 4가지 형태로 구분한다. **일시적 틱 장애(transient tic disorder)**는 적어도 4주 이상 지속하지만 12개월을 넘지 않는 운동과 혹은 음성틱을 갖는 경우에 진단한다. **만성 운동 혹은 음성틱장애(chronic motor or vocal tic disorder)**와 **뚜렛장애(tourette's disorder)**는 12개월 이상 지속하는 경우인데, 후자인 경우에는 여러 종류의 운동틱과 함께 적어도 한가지 이상의 음성틱을 동시에 가져야만 한다. 달리 구별되지 않는 틱장애(tic disorder not otherwise specified)는 4주 이상 지속하지 않거나, 18세 이상의 연령

---

에서 처음 발병하였거나, 오직 한가지 운동틱과 오직 한가지 음성틱만을 갖는 희귀한 경우에 한한다.

#### 4. 신체 기능관련 이상

##### 4.3.2 전형적인 특성들

뚜렷장애는 인종이나 지역에 관계없이 광범위하게 발생한다. 발생 빈도는 인구 10,000 명당 4-5명 정도로 발생하는데, 여자에 비해 남자에게서 1.5-3배 가량 더 많이 발생하며, 발병 연령은 18세 이전이다. 핵심적인 증상으로는 여러 가지 운동틱과 함께 한가지 이상의 음성틱을 갖는 것으로 동시에 나타날 수도 있고, 시기를 달리하여 나타날 수도 있다. 틱은 하루에도 여러 번 나타나는데, 대개 수년간에 걸쳐서 지속한다. 이같은 증상으로 해서 사회적으로, 직업상, 혹은 그외의 여러 영역에서 기능장애를 초래하거나 심하게 고통을 받는다. 틱의 발생 부위, 숫자, 빈도, 복잡성, 심각도는 시간에 따라 변하는데 흔히 머리에서 시작하여 신체 다른 부위로 퍼져 나간다. 음성틱은 위에서 언급한 여러 가지가 일어나는 데, 그 중에서도 욕설증은 환자의 약 10%에서 동반된다. 복잡형 운동틱도 흔한데, 만지기, 주저앉기, 다리 구부리기, 이상한 걸음 등도 나타난다. 약 절반에서는 한가지 틱이 일시적으로 몰아서 나타나는 수가 많은데 가장 흔하게 눈깜빡임이 나타난다. 그 외에 얼굴이나 신체의 다른 부위에 틱이 나타나는데, 혀내밀기, 주저앉기, 코 킁킁 거림, 한쪽 발로 뛰기, 헛기침, 말더듬기, 말 우물거림 등이 나타난다.

##### 4.3.3 공존 병리

가장 흔한 것이 **강박 사고 및 행동(obsession & compulsion)**이다. 과다활동, 주의산만, 충동적 행동도 비교적 흔하다. 이들은 현재 유전적으로 연관이 있는 것으로 알려져 있다. 그 외에 사회적으로 편치 않는 감정, 수치심, 우울한 기분이 잘 수반되며, 대인관계에서 틱을 갖고 있다는 것으로 해서 다른 사람들로 부터 배척당하거나 혹은 불안하기 때문에 사회적, 학업상, 직업상 기능 저하를 초래할 수 있다. 아주 심한 경우에는 일기, 쓰기와 같은 일상 생활에서의 문제도 가질 수가

있고, 드물지만 신체 손상 - 머리 찢기나 눈을 때림으로 망막박탈로 해서 실명, 무릎굽히거나 목젓힘 등으로 해서 정형외과적 문제, 피부 손상 - 을 유발하는 수도 있다.

#### 4.3.4 발달 경과

빠르면 2살에도 발생하는 수가 있지만, 대개 아동기나 초기 청소년기에 발병하는데 발병연령의 중앙값은 7세경이다. 병의 경과는 일생을 지속하지만 대부분은 청소년기와 성인기를 지나면서 증상의 심각도, 빈도, 다양성이 줄어들어 호전된다. 일부는 보통 성인기 초기에 완전히 없어지기도 한다.

#### 4.3.5 진단 및 감별

헌팅톤씨 무도병, 뇌손상 후유증, 다발성 경화증 등을 포함한 여러 가지 신경학적 질환과 감별이 필요하다. 그 외에 항정신병약물의 장기 투여후 나타나는 이상 행동, 무도병, 근육강대성 운동 등 여러 신체 질환에서 나타나는 이상 행동과 구별이 필요하다. 또한 상등운동증, 전반적 발달장애에서 나타나는 이상 행동과의 구별이 중요하고, 강박증에서의 강박 행동과도 구별하여야 한다. 이때는 행동이 매우 복잡하고, 강박 생각에 따른 행동이거나 혹은 정해진 규칙에 따라 일어난다. 그런 반면에 틱장애에서 일어나는 행동은 덜 복잡하고, 강박 생각에서 유래하는 불안감을 줄이기 위해서 일어나지 않는다. 그리고 틱장애는 각각 나타나는 기간, 발병 연령, 틱의 다양함에 따라 4가지 형태로 구분하여 진단한다.

평가에서는 틱이 나타나는 위치, 빈도, 강도, 발병시기, 경과, 수반되는 정신 현상, 자긍심에 미치는 영향, 학교나 직업적 수행 능력에 대한 영향, 신체손상 여부, 강박 생각과 사고, 정서적 문제들, 가족 및 또래와의 관계, 생활 사건, 가족 병력, 과거 병력을 모두 수집하여야 한다. 그리고 철저한 신체 및 신경학 진찰, 검사가 시행되어야 한다. 객관적인 평가도구로는 부모나 환자 스스로가 평가할 수 있는 Yale Tourette Syndrome

Sympton List(revised; Cohen et al, 1984)가 있고, 그 외에 임상가가 관찰하여 평가하는 Tourette Syndrome Global Scale(Harcherick et al. 1984), Tourette Syndrome Severity Scale(Shapiro & Shapiro, 1984)등이 있다.

#### 4.3.6 치료

<표 II-11> 틱장애 치료의 원인

1. 환자와 가족에게 틱장애에 대해 교육시킨다
2. 공존 질병 여부를 밝힌다
3. 임상적으로 문제가 되는 것들의 우선 순위를 정한다
4. 약물, 심리, 재활치료를 이용하여 문제가 되는 것을 치료한다
5. 그 외에 다양한 사회심리적 방법을 통하여 적용시킨다

틱장애에 대한 교육을 통해서 일부러, 의도적으로 유발되는 것이 아니라는 것을 인식시키는 것이 필요하고, 대부분은 성인이 되면 호전되며, 정신분열병이나 치매와 같은 심각한 질병과는 관련이 없다는 것으로 안심을 시킨다. 이와 함께 틱의 유전성, 신경생물학적인 것과 심리적인 면을 설명해 주고, 학교 교사와 긴밀한 협조가 필요함을 알려주어야 한다. 왜냐하면 학업 수행이나 대인관계에서 여러 가지 문제들이 발생하기 때문이다.

틱 자체가 객관적으로 측정하기 쉽기 때문에 많은 행동치료적 접근이 이루어졌는데 어느 일정 기간동안 틱을 자발적으로 수행하게끔 하는 “역설적 접근(massive negative practice)”, 틱을 하지 않을 경우 보상해 주는 “강화계획 및 관리(contingency management)”, 근육 이완, 심호흡, 시각적인 이미지, 말의 반복과 같은 “이완훈련(relaxation training)”, 틱을 매일 기록하게 하는 “자기관찰법(self-monitoring)”과 틱을 하는 근육에 반대되는 근육에 힘을 주고 인지적 방법과 이완방법을 함께 훈련하는 “습관 역전(habit reversal)” 등 다양한 방법들이 있다(Werry & Wollersheim, 1989).

약물치료는 틱증상을 완화시키는 가장 좋은 방법이지만, 틱을 완전히

없애지 못하는 수도 많다. 할로페리돌(haloperidol)이 약 30여년 이상 사용되어 왔으며 가장 효과적인 것으로 알려져 있다. 그 외에 몇가지 약물들(주로 미국에서 fluphenazine, pimozide; 유럽에서 sulpiride, tiapride)이 사용되어 그 효능을 인정받고 있다. 주의력 결핍-과다활동 장애(ADHD)를 동반할 때는 다른 약물로 클로니딘 등(clonidine, guanfacine)이 처방된다.

### 〈연습문제〉

1. 우울(depression)과 슬픔(sadness)을 어떻게 구별하는가?
2. 우울증 치료의 원칙과 예방전략에 대해서 설명하시오.
3. 여러 가지 형태의 불안장애를 제시하고, 전형적인 특징들을 설명하시오.
4. 품행장애의 공존 병리와 다양한 관련 요인들을 제시하시오.
5. 품행장애와 적대적 반항장애와의 관련성에 대해 논의하시오.
6. 청소년에게 식사장애가 왜 중요한지 여부와 식사장애가 무엇인지를 설명하시오.
7. 전환장애의 발생원인을 설명하고, 피병과는 어떻게 다른지 설명하시오.
8. 집단전환장애에 대해서 설명하시오.
9. 틱이 무엇인지, 그리고 틱장애의 치료 원칙은?
10. 소위 “정신병적(psychotic)”이란 것을 설명하시오.
11. 정신분열증의 특징과 치료원칙을 제시하시오.
12. 정서장애중에서 양극성장애의 특징과 경과에 대해 설명하시오.

## 성인기 문제의 조기 발견

1. 성격장애
2. 주요 정신질환
3. 약물 관련 장애



# 1. 성격장애(Personality Disorders)

## 1.1 성격장애의 의미

성격이란 사고, 감정, 그리고 행동의 지속적 형태이며, 성격으로 인해 서 개인은 다양한 사회적 상황에서 일관된 방식으로 환경과 자기 자신에게 관계하게 된다. 여기서 사고, 감정, 행동의 일관된 특징을 우리는 **성격의 양식(personality style)**이라고 부른다. 가령, 질서정연함, 융통성 없음, 검약함, 정서적 빈곤 등이 한 사람에게 일관되게 관찰될 때, 우리는 그것을 **강박적 성격** 혹은 **강박적 성격양식**이라고 부른다. 대체로 성격의 양식은 우리의 적응에 유익한 방식으로 형성, 유지, 변화된다. 그러나 개인의 성격양식이 적응을 위해 변화해야 할 때도 융통성 있게 변화하지 않고, 부적응적이어서 직업 생활이나 사회 생활에서 기능을 발휘할 수 없거나 혹은 주관적으로 고통을 겪게 될 때 우리는 그것을 **성격장애**라고 부른다.

정확히 말한다면 성격장애라는 용어는 의학적 용어이다. 즉 DSM-IV (APA, 1994)의 두번째의 진단축에서 열거하는 문제이다. Millon 등 성격장애의 진단기준을 확립한 정신병리학자들은 신체적 질병에 대한 **면역력**에 비유하여 성격을 심리적 문제에 대한 면역력이라고 설명한다. 이런 의미에서 성격장애란 심리적 면역 기능이 약화되었거나 파괴되었다는 뜻으로 이해할 수 있다. 따라서 성격장애란 개인이 자신이나 환경(주로 타인)에 관계 맺고, 그것을 지각하고, 생각하는 방식이 일관되게 부정적이라는 것을 의미한다. 이것은 그 사람의 대인관계에서 가장 뚜렷한 부정적 기능으로 나타난다. 성격장애의 증상은 보통 청소년기에서 인식되기 시작하여 평생 동안 지속된다. DSM-IV에서는 성격장애가 있는 사람은 초기에 그 증상이 나타나는 것으로 정의되어 있다.

성격장애는 흔히 두 가지 방식으로 이해된다. 첫째는 DSM-IV에서와 같이 **기술적인(descriptive)** 방식으로 이해하는 것이고 두 번째는 대 상관계이론에서 설명하는 것처럼 **역동적인(dynamic)** 방식으로 이해하

는 것이다. 기술적인 이해를 위해서는 DSM-IV를 참조하기 때문에 여기서는 DSM-IV의 준거를 소개하는 대신에 있는 10가지 중 9가지의 성격장애의 각각에 대하여 대인관계의 특징과 인지적 특징을 소개하고, 역동적인 이해를 위해서는 대상관계이론의 설명을 소개한다.

## 1.2 성격장애의 기술적 이해

### 1.2.1 회피적 성격 장애(Avoidant Personality Disorder)

**회피적 성격 장애자의** 특징은 다른 사람과 가까이 지내고, 자기의 지적 및 직업적 가능성을 발휘하면서 살고 싶어하지만 마음을 다치고, 거부되고, 실패할 것을 두려워 한다. 그 결과, 그들은 우선 뒤로 물러서 있고 관계 맺는 것을 회피한다.

이들이 가진 신념은 “나는 무가치하고 사랑받을 수 없다”에서 출발한다. 이러한 핵심 신념은 “만일 사람들이 나에게 가까이 오면 그들은 나의 「진정한」 모습을 발견하고 나를 거부할 것이다. 그리고 그것은 끔찍한 일이다.”라는 **조건적인 신념**으로 발전한다. 그리하여 ‘위험한 일에 끼여드는 것보다는 가만히 있는 것이 상책이다’ 혹은 ‘어떤 일이 있어도 불쾌한 상황은 피해야만 한다’라는 자기 지시를 하게 된다.

회피 성격장애가 있는 사람은 상황에 대처할 때 평가받을 수 있는 상황을 피하는 전략을 사용한다. 그들은 주저하며 다른 사람의 주의집중을 피한다. 다른 사람들은 모두 비판적이며 냉담하다고 보고 자신을 사회에 적합하지 못한 무능력한 사람으로 지각한다. 따라서, 일을 할 때도 그들은 실패와 타인에 대한 두려움 때문에 책임을 지거나 발전하려는 노력을 하지 않는다.

이들이 경험하는 **주요 감정**은 불안과 슬픔이며 사회적 상황에 대한 두려움을 가지고 있다. 그들은 자기 내부에 집중하며 계속해서 느낌을 살피기 때문에 자신이 느끼는 불안과 슬픔에 매우 민감하다. 그러면서도, 이 불쾌함을 확인하기를 싫어하기 때문에 ‘**인지적 회피**’라는 기제를 사용하여 실패나 거부의 위험이 있을 만한 상황에는 전혀 관여하려

하지 않는다.

- (1) 자기에 대한 견해: 사회적으로 무력하고 학문적으로나 사회적으로 무능하다.
- (2) 타인에 대한 견해: 타인들은 비판적이고, 무관심하고, 야비하다.
- (3) 신념: '나는 좋은 사람이 아니고, 가치없고, 사랑받을 만한 사람이 아니다' '나는 불쾌한 감정을 견디지 못한다. 따라서 사람들이 내게 다가와 나의 진면목을 보면 나를 싫어할 것이다. 그것은 견디기가 어렵다' '내가 새로운 일을 시작하여 성공하지 못하면, 끔찍한 일이 일어난다' '위험한 일은 아예 관계를 하지 않는 것이 최상책이다' '무슨 일이 있더라도 불쾌한 상황은 피해야 한다' '나에게 어떤 불쾌한 생각이나 느낌이 들면, 딱 생각을 하거나 술이나 마약을 사용해서 깨끗이 지워 버려야 한다' 등.

### 1.2.2 의존적 성격 장애(Dependent Personality Disorder)

회피적 성격 장애자는 자신을 무력한 사람으로 본다. 따라서 자신에게 생존과 행복을 제공할 수 있는 강한 사람에게 속하려고 하는 동기를 강하게 가지고 있다. 이런 경우 의존적 성격 장애로 분류한다. 이들은 "내가 살아 남으려면 강한 사람에게 의지해야 한다"라는 신념을 갖는다.

의존적 성격 장애의 핵심적 신념은 '나는 무능력하다' 혹은 '나는 항상 혼자이다'로 정의할 수 있다. 그 뒤를 잇는 조건화된 신념은 '사랑받지 못한다면 나는 불행할 것이다' '나는 누군가 강한 사람의 곁에 있을 때만 제대로 활동할 수 있다' 등이다. 그리하여 그들은 '아침을 해서라도 사람들과 가까이 있어야 한다' 혹은 '돌보는 사람을 화나게 해서 안된다'와 같은 자기지시를 하게 된다. 사람들과 의존적 관계를 형성하고 상대방을 기쁘게 하거나 달래기 위해서 많은 노력을 하게 된다.

자신이 충분히 의존할 수 있다고 지각하는 한 이들은 꽤 적응을 잘 한다. 반면에 관계가 조금이라도 긴장된다고 생각될 때는 의존적 관계가 무너지는 것에 대한 강한 불안을 경험한다. 실제로 의존 대상이 떠날

때는 우울에 빠질 수도 있다.

- (1) 자기에 대한 견해: 욕심 많고, 약하며, 무기력하고, 무능한 사람으로 지각한다.
- (2) 타인에 대한 견해: 자기를 보살피는 강한 사람을 이상화하여 보살피 주고, 지지해 주고, 유능한 사람으로 본다. 이런 사람에게 의지를 할 수 있는 한 의존적 성격장애자는 훌륭하게 기능을 발휘할 수 있다.
- (3) 신념: 이들은 '나는 생존하기 위하여 특히 강한 사람이 필요하다'고 믿는다. 그런 타인이 자기를 돌보아 주어야 행복해질 수 있다고 믿는다. 그래서 그들로부터 지속적이고 변하지 않는 지지와 격려를 받는 것이 필수적이라고 믿는다. 이들의 신념은 '나는 그 사람이 없으면 살 수가 없어요' 또는 '내가 사랑받지 못한다면 결코 행복해질 수 없을 것입니다'는 식으로 표현된다.

### 1.2.3 수동적-공격적 성격 장애(Passive-Aggressive Personality Disorder)

수동-공격 장애가 있는 사람들은 권위 있는 인물이 자신을 인정해 주고 지지해 주기를 강력히 바란다. 동시에 자신의 자율성을 유지하려는 강한 바람을 가지고 있다. 한편으로는 수동적이고 순종함으로써 관계를 유지하고 다른 한편으로는 자율성 상실에 대한 두려움 때문에 상대방에게 반대하는 태도를 취한다. 이들은 다른 사람들을 명령하고 지배하는 존재로 보면서 인정과 수용을 제공하는 존재로 본다.

이들의 행동양식은 겉으로는 권위인물에게 순종하는 듯이 보이지만 숨겨진 반항적인 태도를 가지고 있어서 규칙을 피하거나 속이는 일을 한다. 결국, 일을 제시간에 끝내지 않거나 수업에 빠지는 등의 행동을 통하여 자기 파괴적인 행동을 하게 된다.

이들은 '나를 돌보고 지지해 줄 권위적 인물이 필요하다'와 '나는 다른 사람에게 통제 당하는 것을 견딜 수 없다'라는 신념 사이에서 갈등한다. 조건화된 신념은 '내가 규칙을 따른다면 행동의 자유를 잃을 것

이다'로 표현된다. 그리하여 타인이 기대하는 행동을 겉으로는 받아들이는 것 같지만 실제로는 행하지 않음으로써 자신의 반항을 나타낸다. 이 반항과 관련된 분노와 그 밑에 숨어 있는 예상되는 보복에 대한 불안이 주된 감정으로 교대로 일어난다.

- (1) 자기에 대한 견해: 자기를 스스로 충분한 사람이지만 다른 사람의 침해에는 취약한 사람으로 지각한다.
- (2) 다른 사람에 대한 견해: 권위적 인물을 간섭하고, 요구적이고, 방해하며, 통제하고, 지배적인 인물로 보는 동시에 인정하고, 수용하고, 돌보아 줄 수 있는 사람으로 본다.
- (3) 신념: 다른 사람에게 통제를 받는 것은 참을 수 없는 일이라고 믿는다. 혹은 '일은 내 식으로 해야 한다' '내가 한 모든 일을 보면 나는 인정받을 만하다' 등이 그 예이다. 그들의 갈등은 신념 속에서도 표현된다. '나를 돌보아 주고 지지할 권위자가 필요하다'와 '나는 내 정체성을 보호할 필요가 있다'는 신념이 동시에 존재한다. 따라서 '만약 내가 규칙을 따르면, 내 행동의 자유를 잃고 만다'는 믿음을 가질 수밖에 없다.

#### 1.2.4 강박적 성격 장애(Obsessive-Compulsive Personality Disorder)

**강박적 성격 장애**자들의 특징은 통제와 당위의 행동이다. 그들은 수단이 곧 목적이 될 정도로 수단을 **정당화**한다. 따라서 그들에게 질서는 신의 속성이다.

- (1) 자기에 대한 견해: 자신을 자기와 타인을 책임지는 사람으로 지각한다. 일이 잘 되려면 자신에게 의존해야 한다고 믿고 **자기의 완전주의적 양심**에도 책임을 져야 한다고 믿는다. 자신의 이미지는 그럼에도 불구하고 당위의 원칙을 벗어날 수 없는 어쩔 수 없는 인물로 지각한다. 그들의 마음 깊은 곳에서는 자기가 무력하기 때문에 압도당할까 두려워한다. 그러므로 그들이 체제를 지나치게 강조하는 것은 실은 지각된 결점과 무력감에 대한 보상이다.

(2) 타인에 대한 견해: 다른 사람들이 너무 조심성이 없고, 책임감이 없고, 자기만 생각하고, 무능하다고 본다. 이런 타인 지각을 바탕으로 자기의 약점을 보강하기 위해서 타인들에게 당위의 원칙을 마음대로 적용한다.

(3) 신념: 심한 강박신경증에서는 자신에 대한 부정적 신념이 관찰된다. 가령, '나는 압도될 수 있다', '나는 기본적으로 질서가 없다', '내가 살아남기 위해서는 질서, 체제, 규칙 같은 것이 필요하다' 따라서 '만약 내게 체제가 없다면, 모든 것은 엉망이 될 것이다', '어떤 결점이나 결함도 일을 송두리째 망치게 될 것이다', '누구든 가장 높은 수준에서 일을 하지 않으면, 실패하게 될 것이다', '만약 내가 이 일에서 실패하면, 나는 인간으로서 실패자가 될 것이다'

강박신경증을 가진 사람은 또한 당위적 신념으로 가득차 있다. '나는 통제되어 있어야 한다', '나는 도덕적으로 옳아야 한다', '나는 내 식으로 일을 해야 한다', '미래의 실수를 방지하기 위해서 비판받아야 한다' 등이 그 예이다. 또한 이들은 자동적인 생각으로 상대방과 자신에 대한 비난적인 의문을 가지고 있다 '왜 사람들은 일을 바르게 할 수 없을까?', '왜 나는 항상 실수를 할까?'

### 1.2.5 망상적 성격 장애(Paranoid Personality Disorder)

망상적 성격 장애의 가장 주요한 특징은 의심 혹은 불신이다. 일반적으로 어떤 상황에서는 의심을 해야 하지만 망상적 성격 장애자들은 거의 모든 상황에서 의심을 한다. 이들은 자신은 옳은데 다른 사람들에게 부당한 대우를 받는다고 생각한다. 세상 사람들 모두가 거짓되고 속임수를 쓰는 것으로 지각한다. 자신을 해치기 위하여 사람들이 비밀 조식을 결성한다고 생각할 수도 있다.

핵심적인 신념들로는 '나는 다른 사람에게 상처받기 쉽다' '사람들은 거짓투성이다' 등이 있다. 조건화된 신념들로는 '주의하지 않으면 사람들은 나를 속이거나 학대할 것이다' 혹은 '친절한 사람은 나를 이용하려고 하는 사람이다' 등이 있다. 이들은 '누구도 믿지 말라', '경계하라',

‘숨겨진 의도를 알아채라’ 등의 자기 지시적 신념을 지니고 과도하게 주의하고 항상 경계 상태에 있게 된다. 조그만 단서만 있어도 자신이 적이라고 믿고 있던 사람들이 감추어진 의도를 겉으로 드러낸 것으로 생각하고 적대감을 일으키게 된다. 망상적 성격 장애에 포함된 중요한 정서는 있을 지도 모르는 학대에 대한 분노이지만 때로는 지각된 위협감으로 인해 계속되는 불안을 경험할 수도 있다.

- (1) 자기에 대한 견해: 자기를 올바르게지만 타인들에게 제대로 취급을 받지 못한다고 생각한다.
- (2) 타인에 대한 견해: 사악하고, 기만적이며, 은밀히 조종한다. 그래서 자기를 방해하고, 무시하고 차별 대우를 한다. 그것도 순수하다는 가면 하에 은밀하게 그런다.
- (3) 신념: ‘나는 다른 사람에게 취약하다’, ‘다른 사람들은 믿을 수가 없다’, ‘그들의 동기가 의심스럽다’, ‘그들은 나를 해치기 위해서 아니면 나를 깎아내리기 위해서 거기 있는 것이다’, 따라서 ‘만약 내가 조심하지 않으면, 나를 조종하고, 학대할 것이며, 이용할 것이다’, ‘만약, 사람들이 친절하게 행동한다면, 나를 이용하기 위한 것이다’, ‘만약 사람들이 거리를 두면, 그것은 그들이 친절하지 않다는 증거이다’, 그러므로 ‘조심해야 한다’, ‘아무도 신뢰하지 마라’, ‘숨겨진 동기를 찾아라’

### 1.2.6 반사회적 성격 장애(Antisocial Personality Disorder)

반사회적 성격은 여러 가지 형태를 띤다. 음모 꾸미기, 조종하기, 착취하기, 공격하기 등, 그 행동적 표현은 다양하다. 일반적으로 반사회적 성격 장애를 가진 사람들은 자신을 외롭고 자율적이고 강한 사람으로 지각한다. 때로는 사회가 자신을 학대하고 잘못 취급하였으니 자신도 다른 사람을 희생시키는 것이 정당하다고 생각한다. 이들은 ‘먼저 공격하지 않으면 내가 공격당한다’는 핵심 신념을 가지고 있으며 ‘사람들은 겁쟁이고 나는 착취할 자격이 있다’고 생각한다.

반사회적인 성격 장애를 가진 사람들은 자신이 규칙을 깰 자격이 있다

고 믿는다. 다른 사람을 속이거나 공격하지 않고서는 무엇을 얻는 방법을 알지 못한다. 다른 사람들을 공개적으로 공격하고, 약탈한다. 반사회적 성격 장애의 하위 유형인 사기꾼들은 다른 사람들을 교묘하게 속이거나 유혹해서 착취한다. 때때로 이들은 자신이 원하는 것을 다른 사람이 가지고 있는 것을 불공평하다고 생각하고 이에 분노감을 갖는다.

- (1) 자기에 대한 견해: 일반적으로 자신들을 자율적이고 강인한 개인주의자로 본다. 어떤 사람들은 자기를 사회로부터 확대받은 자로 믿는다. 그래서 타인들을 해치는 것을 정당하게 생각한다. 또 다른 종류의 반사회적 성격 장애자들은 단순히 약탈자의 역할을 하는데 그들은 세상을 약육강식의 원리로 이해하고, 사회 규범을 위반하는 것이 정상이며 심지어는 바람직하다고 믿는다.
- (2) 타인에 대한 견해: '착취적이기 때문에, 보복으로 착취를 받아 마땅하다' 혹은 '약하고 취약하다. 그래서 희생되어 마땅하다'.
- (3) 신념: '나는 나 스스로를 돌보아야 한다', '공격하는 사람이 되어야 한다. 그렇지 않으면 당한다', '다른 사람들은 어리석다' 혹은 '다른 사람들이 착취적이기 때문에 그 대가로 내가 그들을 착취할 자격이 있다', '규칙이란 가진 자를 보호하기 위하여 임의로 만들어졌기 때문에 나는 그것을 위반할 수 있다', '만약 내가 주위의 사람들을 조종하고, 착취하고, 혹은 공격하지 않으면, 내가 얻을 만한 것들을 결코 얻지 못할 것이다', '선수를 쳐야 한다. 그렇지 않으면 그가 나를 칠 것이다', '자, 이제 네가 당할 차례다', '받아라, 너는 그래야 마땅하다'.

### 1.2.7 자애적 성격 장애(Narcissistic Personality Disorder)

자애적 성격 장애자들의 주요한 특징은 자기를 지나치게 높이는 것이다. 요즈음 사회에 유행하고 있는 단어로 「공주병」, 「왕자병」이 있다. 자기애적 성격을 가진 사람들이 여기에 속한다. 바로 자신이 특별하고 독특해서 각별한 호의와 월등한 대접을 받을 자격이 있다고 생각하는 공주병, 왕자병 환자라고 할 수 있다. 그들은 자신들이 특별히 더

고상하며 추앙받을 자격이 있으므로 보통사람들은 자신을 칭송해야 한다고 믿는다.

핵심적인 **자기애적 신념**은 ‘나는 특별한 사람이기 때문에 특전을 받을 자격이 있다’ 혹은 ‘나는 다른 사람보다 우월하고 사람들은 그것을 알아야 한다’이다. 그래서 이들은 자신의 우월성을 과장하여 나타내려는 경향을 갖는다. 자신의 우월한 이미지를 계속 강화하기 위하여 영광, 부, 지위 및 특권을 추구한다. 자신의 목적을 이루기 위해 같은 우월성을 주장하는 사람들과 경쟁을 하며 때로는 속임수도 쓴다.

모든 것이 나를 위해 이루어져야 한다고 믿기 때문에 자기애적 성격 장애를 가진 사람들은 자신을 예외적으로 인정해 주지 않거나 특별 취급을 하지 않는다고 느낄 때 심한 분노를 느낀다. 자신이 의지하고 있던 높은 위치에서 추락했다고 생각되면 우울을 경험하기도 한다.

- (1) 자기에 대한 견해: 자기들을 거의 왕자나 공주처럼 특별한 사람으로 본다. 자기들은 대중들보다 위에 있다고 믿는다. 따라서 자기들은 특혜와 특별대우를 받을 자격이 있다고 믿는다. 그들은 다른 사람들을 지배하는 규칙을 넘어 존재한다고 믿는다.
- (2) 타인들에 대한 견해: 다른 사람들은 자기들에 비해 열등하다. 이런 차이는 오직 자기들의 위치나 특권의식과 비교해서 상대적으로 생긴 태도이다. 자기들의 우월성을 보존하기 위해 다른 사람들이 자기들을 우러러보아야 한다고 믿는다.
- (3) 신념: ‘나는 특별하기 때문에, 나는 예외로서 특별대우를 받아야 한다’, ‘내가 다른 사람들 보다 우수하다는 것을 다른 사람들은 반드시 인정해야 한다’, ‘나는 규칙 위에 존재한다’, ‘따라서 다른 사람이 나의 특별한 지위를 인정하지 않으면 그들은 반드시 처벌을 받아야 한다’, ‘내가 나의 특별한 지위를 유지하려면, 반드시 다른 사람이 나를 섬겨야 한다’

### 1.2.8 히스테리적 성격 장애(Histrionic Personality Disorder)

히스테리적 성격 장애자의 특징은 다른 사람들을 사로잡기 위해 모든

상황을 감정적으로 또는 애정적으로 만드는 경향이다. 이 목적을 위하여 그들은 대단히 표현적이고 그 표현들은 대체로 과장되어 있다.

히스테리적 성격을 나타내는 핵심 용어는 **표현성**이다. 이들은 모든 상황을 감정적이고 낭만적으로 만들려는 경향이 있으며, 다른 사람들에게 감명을 주거나 그들을 사로잡으려고 한다. 히스테리적 성격장애자들은 다른 사람들의 관심을 받고 애정을 이끌어낼 수 있다고 생각할 때는 매우 호의적이며, 자신이 집단의 중심이 되고 그 밖의 다른 사람들이 훌륭한 청중 노릇을 할 때 사람들과 강한 동맹관계를 맺는다. 즉 지속적으로 칭찬을 받을 때에만 자존심이 유지된다.

히스테리적 성격 장애를 가진 사람들은 '나는 근본적으로 매력이 없다' 혹은 '내가 행복하려면 나를 칭찬해 주는 사람이 필요하다'라는 핵심 신념을 가진다. 이를 보상하기 위하여 '나는 매우 사랑스럽고 유쾌한 사람이다', '나는 칭찬받을 자격이 있다'는 신념을 발달시킨다. 이들이 가진 조건적인 신념에는 '내가 사람들을 매혹시키지 못한다면, 나는 아무 것도 아니다', '내가 사람들을 즐겁게 해주지 못하면 그들은 나를 버릴 것이다' 등이 포함된다.

이들은 사람들을 자신에게 묶어 두기 위해 극적이고 노골적으로 감정을 나타낸다. 그러나 자신이 얻고자 하는 바를 얻지 못했을 때는 불평을 하며 화를 낸다. 다시 말해 좌절에 대한 내성이 낮으며, 자기 뜻대로 사람들을 조종하기 위하여 혹은 자신을 화나게 하는 사람을 벌주기 위하여 울거나 비난하거나 심지어는 자살시도를 하기도 한다. 이들의 자살시도는 충동적이기는 하지만 심각하고 때로는 치명적이다. 다른 사람과 잘 어울릴 때는 명랑하고 기분이 고조되나, 관심을 받지 못한다고 생각될 때는 곧바로 분노나 슬픔으로 감정의 변화가 온다.

(1) 자기에 대한 견해: 매혹적이고, 인상적이기 때문에 주의를 끌 만하다.

(2) 타인들에 대한 견해: 다른 사람으로부터 관심과 환대, 그리고 애정을 받을 수 있는 한 그들을 우호적으로 본다. 히스테리적 성격장애자들은 다른 사람과 제휴하려고 하지만, 이는 자기들이 주의의 초점이 되고 다른 사람들은 자기에게 주의를 집중하는 관객이

될 때에 한한다.

자애적 성격 장애자들과 달리, 히스테리적 성격 장애자들은 순간 순간의 상호작용에 대단히 몰입되어 있고, 그들의 자존감은 끊임없이 상대방에게 찬사나 인정을 받아야 유지된다.

- (3) 신념: 핵심적 신념은 자기에 대한 견해와는 반대이다. '나는 근본적으로 매력이 없다' 혹은 '내가 행복하기 위해서는 다른 사람들이 나를 흠모해야 한다' 따라서 긍정적 어투의 자기 개념의 표현은 부정적인 자기에 대한 신념을 보상하기 위한 것이다. 이런 보상적 신념으로는 '나는 사랑스럽고, 남을 즐겁게 하며, 다른 사람들의 흥미를 유발하는 사람이다', '나는 남들의 흥미를 받을 만하다', '저기 있는 사람들은 나를 흠모하고 내가 명하는 것을 하기 위하여 있다', '사람들은 나의 당연한 상을 거부할 아무런 권리가 없다'

따라서 '내가 사람들을 사로잡지 못하면, 나는 아무 것도 아니다', '만약 내가 사람들을 즐겁게 하지 않으면, 그들은 나를 외면할 것이다', '내게 반응을 하지 않는다면, 그들은 형편없는 놈들이다', 또는 '나는 내 감정에 따라서 행동할 수 있다'고 믿고 자기의 감정에 따라 사태를 극적으로 다룬다. 따라서 '내가 화가 날 땐, 다른 사람을 벌해야 된다는 증거이다', '내가 슬픔을 느낄 때, 울어야 마땅하다', '좌절되고 절망을 느낄 때는 자살시도로 그 어려움을 표현해야 한다고 생각한다'. 이들은 좌절에 인내하지 못하며, 울거나 신체적 혹은 언어적 공격을 하거나 자살시도를 함으로써 자기가 원하는 것을 성취하거나 자기의 감정을 상하게 한 사람을 처벌한다.

### 1.2.9 분열형 성격 장애(Schizoid Personality Disorder)

**분열형 성격 장애자들의** 특징은 「소외」이다. 이들은 자율성을 유지하기 위해서 사람과의 친밀감을 포기하고, 사람들에 대한 무관심(detachment)을 유지한다. 즉, 친밀감을 희생하고 고립을 택한다. 그들은 집단에 속하기 보다는 스스로 결정하며 혼자서 활동하므로 다른 사람

들을 방해물로 보고 사람들과 거리를 두고 싶어한다.

그들의 핵심 개념은 '다른 사람과 가까운 관계를 맺는 것은 이득이 없고, 귀찮은 일이다', '사람들이 나를 방해하지 않는다면 나는 일을 더 잘 할 수 있다' 등이다. 그리하여 '사람들과 거리를 유지하고 어디에도 소속하지 말라'는 자기 지시적 신념을 발전시킨다.

**분열적 성격 장애자들은** 정서적 표현을 거의 하지 않는다. 다만, 밀접한 접촉이 요구될 때는 심한 불안을 느끼고, 사람들과 거리를 유지하고 있을 때는 약한 슬픔을 경험하는 정도이다.

이상에서 각 성격 장애가 어떤 신념을 가지고 있고, 그들의 주된 감정과 행동전략은 어떻게 다른 지를 살펴 보았다. 각각의 성격장애는 특정 측면에서 **과장된 역기능성**을 보이며, 이를 잘 이해할 때, 치료적 전략을 제대로 세울 수 있다. 그러나, 실제로 특정 성격장애자들의 대부분은 다른 장애의 행동, 태도와 다음과 같이 중복될 수 있음을 명심할 필요가 있다.

- (1) 자기에 대한 견해: 자신을 충분한 개인주의자로 본다. 그들은 독립성과 고독한 삶을 높이 평가하며, 집단에 속하기 보다는 혼자서 결정하고 실천한다.
- (2) 다른 사람들에 대한 견해: 간섭꾼이고 침해자로 본다. 다른 사람이 가까이 다가올 때, 그것을 자기 영역에 침입하고자 하는 것으로 여긴다.
- (3) 신념: '나는 근본적으로 홀로 사는 사람이다', '다른 사람들과 가까이 지내는 것은 좋은 일이 아니고 오히려 복잡하기만 하다. 왜냐하면 그들은 내 행동의 자유를 간섭하기 때문이다', '다른 사람들에게 방해를 받지 않으면 나는 일을 더 잘한다' 따라서 '만약 내가 사람들과 너무 가깝게 되면, 그들은 나를 꼼짝 못하게 할 것이다' 그러므로 '너무 가까워지지 마라', '거리를 유지하라', '연루되지 마라'는 등의 신념을 갖게 된다.

### 1.3 성격장애의 역동적 이해

성격장애는 기술적으로는 구별이 가능하나 **역동적인 성격 구조**는 매우 유사하다. 성격장애의 역동적 이해는 대상관계이론으로 가장 잘 설명된다. 왜냐하면, **대상관계이론**은 성격장애의 원인과 치료법을 제시하기 위해서 발달되었으며, 상담을 할 때 내담자들이 자신의 성격문제를 제시하는 일이 많으므로 대상관계이론과 성격장애를 역동적 방식으로 이해하는 것이 필요하다. 인지이론이나 현실치료 혹은 내담자중심치료에 익숙한 상담자들이 성격문제의 이해와 치료를 위한 또 다른 도구로써 사용할 수 있다.

대상관계이론은 많은 상담 교과서에서 정신분석의 한 유파인 것처럼 소개된다. 무의식과 역동적인 면을 다룬다는 면에 있어서는 같은 맥을 취하고 있지만 이론의 핵심인 인간의 기본적인 동기와 지향하는 해결 문제는 다르다. 대상관계이론은 충동이나 생리적 욕구를 인정하지만(예, Hartmann,1939; Klein,1952; Jacobson,1964; Kernberg, 1966), 성욕의 충족이 인간 행동의 기본적인 동기라고는 보지 않는다. 즉, 인간의 성장 과정 중 대인관계의 추구를 중시하고, 그것을 **성격 형성의 핵심적 과정**으로 취급한다(예, Klein,1952; Fairbairn,1954; Kernberg,1966).

따라서 대상관계이론은 **이드(id)**보다도 **자아(ego)**의 기능에 주로 관심을 지닌다. 이러한 관점은 후에 다른 대상관계이론가들에게 이론적인 기초를 제공하기도 한 Hartmann(1939)에 의하여 분명해 졌다. 특히 Mahler, Kernberg, Masterson 등은 대상관계 이론가로서 임상가들에게 **대상표상(Object representations)**이 형성되는 기제의 근본을 인간의 생래적인 적응력으로 정당화할 수 있도록 했고, 보다 구체적으로는 자아(ego)의 적응적 조직 기능이 성격 형성의 원동력이란 이론적 배경을 제공했다. 간단히 말해서 대상관계이론에서는 **생래적 적응력**을 기반으로 대인관계를 통하여 계발되는 **자아의 조직기능**에 의해서 대상표상이 형성되고 조직되며, 이것이 **성격의 기본단위**이다.

대상관계이론가들에 의하면 성격장애는 불안이나 우울을 주증상으로

하는 종래의 신경증 환자들 보다 성격 조직이 발달하지 못한 상태를 뜻한다(Blanck & Blanck, 1968, 1986). 성격장애의 중요한 증상적 특징은 정체감 결여, 타인에 대한 지나친 관심, 주장성 결여, 변덕스런 감정 등으로 나타난다. 따라서 성격문제는 대체로 대인관계 문제이다. 대상관계이론이 대인관계의 경험을 성격형성의 핵심으로 설명하기 때문에 대상관계이론을 적용하는 상담은 내담자의 문제를 인간관계적 측면에서 파악한다. 그리고 상담의 목표를 성격의 성장에 둔다.

대상관계이론은 이론가에 따라 용어와 개념 체계가 다소 다르기 때문에 이론을 통합적으로 소개하는 일은 아주 어렵고 방대한 작업이다(Greenberg & Mitchell, 1983). 본문에서는 대상관계이론들 중 직접적으로 성격문제 원인과 치료를 설명하는 Mahler, Kernberg, 그리고 Masterson의 이론과 필자의 성격문제의 상담에 관한 제한된 경험을 통하여 성격문제에 대한 상담기법을 논하고자 한다.

### 1.3.1 대상관계이론(Object Relations Theories)

「대상관계(Object Relations)」란 말은 본래 Freud에 의해서 만들어졌다(Greenberg & Michell, 1983). 그는 본능적 충동을 만족시키기 위하여 개인이 선택하는 대상을 기술하기 위해 대상관계라는 말을 사용하였다(Horner, 1979). 즉, 개인의 본능적 충동을 만족시키는 사람이나 물건의 내적 이미지를 대상관계라고 했다. 아동이 성장하게 되면 어머니가 없더라도 어머니를 상상함으로써 욕구를 만족시킬 수 있다. 이렇게 Freud는 상상하는 일이 가능해짐으로써 자아가 성장하게 된다는 사실을 이해하였으나 내면화된 이미지가 개인의 성격을 구성한다는 생각은 하지 못했다.

현대의 대상관계이론 관점에서 보면 어머니와의 관계에서 일어나는 상호작용을 통해 아동은 자기와 어머니의 이미지를 내면화 한다. 이 정신적인 표상(mental representations)이 아동의 인간관계를 조정, 통제하고 미래의 인간관계를 안내하는 기능을 한다. 일반적으로 성격이란 지속적으로 인간의 지각과 행동을 결정하는 마음의 중추로 알려져 있다.

그러므로 이 정신적 표상이 인간 성격을 구성하고 있다고 볼 수 있다. 대상관계이론이란 성격이론으로서 자기표상(self representations)과 어머니로 대표되는 타인표상(object representations)간의 관계의 특질에 대한 설명 체계라고 요약될 수 있다(Horner, 1979; Blanck & Blanck, 1986).

필자가 보기에 성격문제의 상담에 특히 유용한 대상관계 이론은 Mahler, Kernberg, 그리고 Masterson의 이론이다. Mahler의 이론은 Masterson 이론의 핵심이며, 다른 두 사람의 이론은 성격장애환자들의 치료경험을 통해서 발전되었다.

### (1) Mahler

Mahler(Mahler, 1952; Mahler, Pine, & Bergman, 1975)는 아동이 부모와 맺는 관계의 성질을 기준으로, 인간의 발달단계를 자폐적(autistic), 공생적(symbiotic), 그리고 분리-개인화(separation-individuation) 단계로 구분하였다. 자폐적 단계에 있는 아동은 어머니를 의식하지 못하며, 생리적 긴장 즉, 배고픔을 줄이기 위해 오직 생리적 반사에 의해 어머니의 젖을 찾는다. 이때 근본적 목표는 생리적 평형을 유지하는 것이다. 공생적 단계에서 유아는 자기의 욕구를 만족시키는 어떤 사람의 존재를 희미하게 인지하기 시작한다. 물론 아직 엄마를 자기와 분리된 존재로 지각하는 것이 아니라, 마치 자기의 부분인 것처럼 지각한다.

이렇게 엄마와 자기가 하나라는 느낌은 정상적인 발달을 위해 아주 중요하다(Blanck & Blanck, 1979, 1986). 엄마와 하나라는 느낌은 유아가 기본적인 만족감을 얻는 대상관계를 형성할 수 있게 하고, 이 만족감을 경험해야 평생동안 자기 신뢰, 자기 존중감을 발달시킬 수 있게 된다. 만약 이 공생적 만족감을 얻지 못하면 아동은 대상의 세계에 진입하기가 어렵고, 아동기나 그 뒤에 정신병을 얻게 되기도 한다(Blanck & Blanck, 1986).

성격장애를 이해하는데 직접적인 관련이 있는 발달 단계가 마지막 단계인 분리-개인화(separation-individuation)의 단계이다. 이 단계는 5~6개월부터 시작하여 2살 반 경까지 지속된다. 이 단계 동안

아동은 “외인공포”(stranger anxiety)와 “분리불안”(separation anxiety)을 경험하며(Spitz, 1965), 또한 자신감을 발달시킨다. 이 때의 자신감은 공생관계가 주는 만족감, 혼자 움직일 수 있는 근육의 발달, 그리고 지각, 기억의 발달 등에 기인하는 것으로, 미래의 자존감(self-esteem), 모험에 대한 의지가 발달하는 기초가 된다(Blanck & Blanck, 1974). 이 때 어머니가 독립적 탐구행위를 지나치게 강요하면 아동은 어머니의 애정을 상실할 지 모른다는 두려움을 갖게 된다. 이 기간의 과제는 어머니에 대한 항상적 이미지(object constancy)를 형성하는 일이다.

그러나 이와 같은 단계는 순조롭게 이루어지지 않는다. 아동과 어머니는 모두 발달상의 위기를 극복해야 한다. 아동은 말을 어느 정도 할 수 있고 걸어서 주위 환경을 활발하게 탐색할 수 있으므로 어머니는 아동이 자기에게 덜 의존할 것으로 지각하는 경향이 있다. 그러나 아동의 입장에서는 갈등이 생기는데 즉, 어머니로부터 멀리 떨어지고 싶은 한편, 증가되는 어머니와의 분리의식 때문에 어머니로부터 안전과 지지에 대한 더 큰 욕구를 느끼게 된다. 이 갈등은 아동이 어머니에게 매달리거나 과도한 요구를 하는 행동과 자기과신 혹은 전능감을 번갈아 보이는 행동으로 표현된다. 이 현상을 좀 더 개념적으로 표현하면 이 시기의 아동은 어머니를 필요로 하는 한편 어머니의 영향으로 자기의 정체성을 잃게 될까 두려워 한다. 이러한 현상으로 어머니는 더 큰 부담을 느끼게 된다. 만약 어머니가 자율적이거나 독립적이지 못하면 아동에게 심각한 정신병리를 일으킬 수 있다. 즉 이런 어머니는 아동을 지속적으로 좌절시킴으로써 아동이 정서적으로 서로 다른 어머니에 대한 경험을 통합적으로 내면화 시키지 못할 가능성이 많다.

Mahler는 이 현상을 「재접근 위기(rapprochement crisis)」라고 부른다. 재접근 위기를 무사히 통과하지 못하면 어머니에 대한 항상적 이미지를 형성하지 못하고, 또한 자기정체를 형성하지 못하게 된다. 이는 성격에 결정적인 영향을 주어 이후 대인 지각이 부정 일변도가 되어 대인관계를 중심으로 하는 사회 생활에 중대한 결함을 초래하고, 공감능력의 결함, 주장성 결여, 광장공포, 만성적 우울, 충동통제의 결여 등의 심각한 증상을 유발시킨다.

아동이 성공적으로 이 단계를 통과하면 좌절시키는 어머니와 만족시키는 어머니가 같은 사람임을 인식하게 된다. 즉, 아동은 어머니의 갈등적인 이미지를 통합하여 그때 그때의 욕구 충족에 관계없이 어머니에 대한 항상적인 이미지를 형성한다. 이 항상적 이미지는 정신적으로 건강한 적응능력의 발달과 깊은 관계가 있다. 가령, 우울증 환자와 비우울증 환자는 이런 통합적 이미지를 회상하는 능력에서 차이가 있다(예, Arnow & Harrison, 1992). 정서적으로 상반된 이미지의 통합은 Kernberg에게서 훨씬 구체적으로 묘사된다.

## (2) Kernberg

Kernberg는 주로 **경계선 성격조직**에 대하여 설명한다. 그러나 그가 말하는 경계선 성격조직(borderline personality organizations)이란 정신의학적인 진단용어인 경계선 성격장애와 같은 말이 아니다. 많은 성격장애들이 이 성격조직에 포함된다. Kernberg가 말하는 「경계선(borderline)」이란 용어는 **성격구조의 유형인 동시에 성격의 기능 수준을 나타내는** 말이다.

Kernberg의 이론은 생후 초기의 대인관계 경험이 내면화되는 과정과 이것이 성격의 여러 수준으로 조직되는 과정을 설명한다. Kernberg는 성격장애와 같은 심한 정신병리가 결핍되거나 왜곡된 대상관계, 즉 내면화된 인간관계 때문에 생긴다고 말한다(Kernberg, 1966).

Kernberg의 이론적 핵심은 대인관계의 「**내면화(internalization)**」과정이다. 이것은 자아의 방어적 기능과 원시적인 정서(primitive affects)의 상호작용에 의해서 이루어 진다. 그는 발달적으로 수준이 다른 3가지 내면화 과정을 설명하고 있는데, **내사(introjection)**, **확인(identification)**, 그리고 **자아 정체(ego identity)**가 그것이다. 이것들은 내면화 과정인 동시에 조직된 대상표상의 구조이기도 하다. 말하자면 조직된 자기와 타인의 이미지이다. 그러나 이것들이 항상 발달적으로 다른 시기에 일어나는 것은 아니다. 상호작용의 특질, 아동의 생애적 역량 등에 따라 같은 단계에서도 함께 존재하기도 한다.

내사는 가장 초기의 내면화 과정이다. 이것은 Hartmann(1939)이 생  
래적 자아장치(inborn ego apparatuses)라고 일컫는 원시적인 지각과  
기억능력에 의해서 이루어진다. 내사란 단순히 주로 어머니를 의미하는  
환경과의 상호작용에 대한 기억 흔적을 의미한다. 즉, 내사란 직접적이  
고 꾸며지지 않은 대인관계의 정서적 특질을 반영하는 단순한 기억이  
다. 이 기억은 3가지 요소-대상의 이미지, 대상과 관련된 자기의 이미  
지, 그리고 그 둘을 연결하는 정서-로 구성되어 있다. 이 정서적 특질  
이란 아동과 어머니의 상호작용의 결과, 아동이 자기와 어머니에 대해  
경험한 느낌을 말한다. 간단히 말해서, 내사란 정서에 의해서 결정되는  
자기와 어머니에 대한 단순한 기억일 뿐이다.

내사로 형성된 이미지들은 정서적 특질에 의하여 점차로 안정된 구  
조를 이루게 된다(Cashdan, 1988). 다시 말해, 유사한 정서적 특질을 지  
닌 내면화된 대인관계 경험들은 같은 종류로 통합되는 경향이 있다. 그  
결과, 긍정적 내사들과 부정적 내사들은 따로 분리된다. Kernberg는 이  
것을 정상적 과정으로서 원시적 분열(primitive splitting)이라고 한다.  
이 때의 분열은 두 가지의 서로 다른 정서적인 경험을 통합하는 능력  
이 아직 발달하지 않았기 때문에 생긴다(Jacobson, 1964). 즉, 정서적으  
로 혼동을 주는 경험들을 식별하고 범주화하는 인지적 능력이 아직 발  
달하지 않았기 때문에 생긴다. 뿐만 아니라, 자기와 어머니의 이미지를  
변별하는 인지적 능력도 아직 발달되지 않았다. 그러므로 내사에는 정  
서적으로 혼합된 희미한 기억 만이 있을 뿐이다. 내사 단계에서도 부모  
나 다른 환경적 요소가 지속적이고 심각하게 아동의 욕구를 좌절시키  
면 원시적 분열이 병리적으로 고정되어, 이후에 경계선 성격장애와 같  
은 만성적 부적응을 유발하는 성격장애를 초래할 수 있다(Kernberg,  
1986).

아동이 지각과 기억 등의 성장에 힘입어 어머니가 자기에게 하는 일,  
즉 어머니의 역할을 인식할 수 있게 되면 내면화의 과정은 확인  
(identification)의 단계로 접어든다. 이 때 아동은 자기가 어머니와의 관  
계에서 어떤 기능을 하고 있는지도 인식하게 된다. 이러한 변화는 생후  
10개월 정도에서 두번째 해 말까지 계속된다. 관계에서 서로의 역할에

대한 기능을 인식하게 됨에 따라 아동은 이제 자기와 타인의 이미지를 **변별**하는 일을 더 잘 하게 된다. 즉 이제는 관계 속의 각자의 역할에 의해서 그 사람의 이미지를 내면화할 수 있게 된다. 그 결과, 확인 단계에서 대상표상의 정서적 요소는 더욱 분화되어 아동은 보다 광범위한 정서들을 인지하게 되고, 동시에 조절할 수 있다. 이제 대상표상의 정서적 요소가 성숙함에 따라 이전 단계에서 대인관계의 경험이 원시적 감정에 의하여 조직됨으로써 일어났던 원시적 분열의 경향은 감소하게 된다.

이 단계의 내면화 과정을 요약하면, 자기와 타인의 표상이 더욱 뚜렷하게 분화되는 한편 각 표상 내의 정서적 요소도 더욱 다양하고 포괄적이 된다. 이는 뒤에서 다시 설명하겠지만 대상표상의 두 가지 구조적 특징인 **변별과 통합의 과정**이 성숙됨을 의미한다. 이 성숙의 과정은 그 다음 단계인 **자아정체**(ego identity, Mahler식으로는 대상항상성)의 성취를 위한 예비과정이 된다.

자아정체의 단계에서 아동은 내사와 확인의 표상들을 통합하는 능력을 지니게 된다. 이 단계로의 성숙은 생래적인 기능의 발달, 즉 자아가 여러 가지 경험을 통합할 수 있는 기능을 지니게 됨으로써 가능해진다(Nunberg, 1955). 그 결과, 긍정적이고 부정적인 내사와 확인의 표상이 통합되어 다양한 가치와 기능을 지닌 일정한 **자기표상**과 **타인표상**을 형성하게 된다. 이 통합으로 인해 자기의 여러 특성들이 이제는 「나」라는 표상에 통합되어, 「수용되는 나」 그리고 「수용할 수 없는 나」로 지각 된다. 그리고 후자는 분열되는 대신 자기 정체성을 유지하기 위해 억압된다. 따라서 **자아통합**이 이루어진 사람들은 보통 수용할 수 있는 자기 만을 의식한다고 할 수 있다. Kernberg는 일단 「**자기 정체**」가 형성되기만 하면 심한 성격장애에 대해서는 면역을 가지게 된다고 믿었다.

부정적이고 긍정적 이미지들이 통합되기 위해 고려해야 하는 중요한 조건이 있다. 즉 타인의 이미지든 자기의 이미지든 **긍정적인 이미지**가 더 우세할 때 통합이 일어난다는 점이다(Blanck & Blanck, 1986). 그러므로 이렇게 통합된 자기나 타인의 표상은 스트레스를 주는 좌절 상황

에서 긍정적인 감정을 유발하는 이미지를 상상함으로써 그 사람을 위로하고 극복할 수 있는 용기를 주기도 한다(Arnou & Harrison, 1992). 이러한 통합된 긍정적인 이미지를 기억할 수 있다는 것은 적응에 매우 중요하다. 가령, 가장 심각한 성격장애로 알려져 있는 경계선 성격장애로 고통 받고 있는 사람들은 스트레스를 받을 때 이러한 이미지를 기억할 수 없다. 뿐만 아니라 경계선 성격장애 환자들은 자기와 타인에 대한 부정적인 이미지가 우세하기 때문에 타인의 행동을 악의에 찬 것으로 해석함으로써 타인에 대하여 불안과 분노로 반응한다(김병석, 1995). 이러한 태도로 인하여 경계선 성격장애자들은 타인들을 불쾌하게 만들기 때문에 계속해서 대인관계가 불안정해지고 빈곤해진다. 이들의 전형적인 인간관계의 특징은 자기중심적이고 자기와 타인에 대해 부정적인 관점과 그로 인한 부정적인 감정이다.

### (3) Masterson

Masterson(1989)은 오랜 기간 다루기 힘든 청소년의 문제에 대한 그의 경험과 Mahler의 발달적 대상관계이론을 통합하여 그의 대상관계이론을 발전시켰다. 그는 먼저 **정상적인 자기(self)**의 발달에 관한 전반적인 관점을 제시하였다. 그에 의하면, 아동은 대상관계의 발달적 단계를 거쳐 자기와 타인의 일정한 이미지를 성취한다(Masterson, 1981). 다른 대상관계 이론가들처럼 그는 이 이미지 때문에 아동은 일생 동안 일정한 방식으로 여러 종류의 사람들과 관계를 맺을 수 있다고 말한다.

특히 Masterson은 **경계선 성격(borderline personality)**의 발달에 관해서 설명하였는데, 그는 Mahler가 말한 **재접근 위기(rapprochement crisis)** 동안 어머니와 아동의 관계가 불건강할 때 경계선 성격이 생긴다고 주장한다. 재접근 시기에는 자기에 대한 과대망상적 이미지가 축소되고, 이때 어머니가 스스로 불안하여 아동의 분리적-독립적 욕구를 인식할 수 없다면 아동은 어머니에 대해 더욱 불안해지고 자기의 독립적인 행동을 자율적으로 추구할 수 없게 된다. 다시 말하면, 아동이 불안해 하면서 독립적 행동을 추구하는 이 시기에 어머니의 애정적 지원이 없을 경우 아동은 딜레마에 놓이게 된다(Masterson, 1981). 즉, 아동은

엄마와 떨어진다는 것을 엄마를 잃는 것으로, 어머니와 함께 있다는 것은 자기가 없어지는 것으로 느낀다. 이것은 아동이 엄마와 분리되는 것을 어머니의 정서적 지원이 철회되는 것으로서 느껴, 철회하는 어머니의 부분으로 내면화한다. 한편, 아동은 자기가 달라 붙거나 의존할 때, 어머니가 자기를 좋아하는 것을 알고, 그러한 어머니의 모습을 어머니의 보상적인 부분으로 내면화한다.

Masterson은 전자를 **철회적 대상관계의 부분 단위**(the Withdrawing Object-Relations Part-Unit, WORU), 그리고 후자를 **보상적 대상관계의 부분 단위**(the Rewarding Object-Relations Part-Unit, RORU)라고 부른다. **자기표상**도 이들 부분 대상표상에 따라 분열된다. 철회적 부분 대상 이미지(WORU)에 대하여 자기는 좌절되고 사랑받지 못하며 화난 이미지로 지각되며, 보상적 부분 대상 이미지(RORU)에 대해서는 사랑받고 수용되지만 무기력한 자기로 지각 된다.

이런 부분적인 자기 및 타인의 이미지가 결합하여 성격장애적 부적응 행동을 초래 한다. Masterson은 이 부적응적 행동을 「**경계선 3요소**」(borderline triad)(Masterson, 1981, 1990)의 한 요소인 **저항**으로 개념화했다. 그는 **재접근 단계**에서 아동의 분리-개인화의 노력은 우울을 초래하고, 우울은 다시 저항을 유발하는 것으로 경계선 성격장애의 부적응 행동의 발달을 설명했다. 저항은 이 우울을 극복하기 위한 것이다.

저항은 병리적으로 분열된 자기와 대상의 이미지 사이의 연합에 의해서 두 가지 형태로 나타난다. 먼저 내면화된 저항은 RORU에 대한 저항으로써 사랑받고 수용되지만 무기력한 자기로 대응한다. 이것은 어머니가 오직 수동적이고 말 잘듣는 아동의 행동만을 보상할 때 일어난다. 이런 어머니에 대해 아동은 삼켜지는 것과 같이 느끼고, 자율적인 행동을 하지 못한다. 이 때 아동은 적응을 위하여 한동안 RORU를 외부환경에 투사하여 어머니에 대해 집착하고 말을 잘 듣기만 한다. 다음으로 외재화한 저항은 WORU를 외부환경의 주요한 인물에 투사할 때 일어나는 두려움을 말한다. 아동은 투사된 WORU로 타인을 처벌하고 공격하는 사람으로 혹은 자기를 거부하는 사람으로 왜곡하여 지각한다.

이 때 아동은 그들에게 무감정하게 되거나 동떨어져 있게 된다. 또 다른 형태의 외재화된 저항은 좌절되고 사랑받지 못하고 화난 자기의 이미지를 투사하여 자신이 비판적이고 적대적인 타인의 역할을 하는 것이다. 실제에 있어서 이 두 가지 저항이 번갈아 나타나는 것이 흔히 관찰된다.

이 때 WORU와 RORU는 **내면화된 이미지**, 즉 **대상관계**라는 것을 상기하자. 그리고 이 저항은 비록 현상적으로는 부적응적이지만 아동이 어머니와의 애정을 유지하지 위한 나름의 **적응을 위한 노력**임을 알아야 한다. 어머니의 부분 이미지인 WORU와 RORU는 둘 다 아동에게 두려움을 준다. 전자는 어머니가 자기를 버리는 두려움, 후자는 자기의 자율성을 잃는다는 두려움을 준다. 이 둘에 공통적인 정서는 우울이다. Masterson은 이 우울을 「버림받는 것에 대한 우울(Abandonment Depression)」이라고 말한다. 그러므로 연합이란 어머니가 자기를 버린다는 두려움에 대한, 그리고 자기를 잃는 것에 대한 저항이고 이 과정은 부적응적이다. 중요한 사항은 이 과정이 내면화된 이미지에 의해 진행됨으로 부적응은 만성적이고 따라서 성격장애이다.

이 저항을 나타내는 전형적인 부적응 집단은 경계선 성격장애자들이다. 그러나 정도를 달리하여 상담실을 찾는 많은 내담자들에게서 이러한 현상은 쉽게 관찰되고 있다. 이 저항의 결과로 연합이 일어날 때마다 자기의 이미지가 분열되기 때문에 개인화의 발달이 저하될 수 밖에 없다. 따라서 성격장애자는 **집착 행동**과 **공격적인 행동**을 반복하거나 맥락에 관계없이 무관심한 반응을 보일 뿐이다.

#### 1.4 성격장애의 상담

**대상관계이론**을 통해서 이해되는 성격장애는 아동이 자기를 다른 사람과 분화하지 못하고 자기의 고유한 정체를 형성하지 못하며, 타인을 시공에 걸쳐 항상적으로 지각하지 못하는 현상이다. Johnson(1979)은 모든 성격장애를 Mahler의 도식에 따라 “**공생적 관계**”의 대상표상으로

이해했다. 그는 자기와 타인을 분리하지 못하여 개인화를 성취하지 못하면 성격장애가 생긴다고 말한다. 성격장애는 이렇게 자기와 타인의 표상이 분열되어 있기 때문에 사고, 감정, 행동의 영역에서 부적응적 현상이 만성적으로 나타나고, 이는 특히 대인관계의 문제를 통해서 외부에서 쉽게 관찰된다. 따라서 이들에 대한 상담의 초점은 자기와 타인 표상을 통합하여 분리와 개인화를 촉진하는 것이다.

상담실을 찾아오는 많은 내담자들이 성격장애의 특징을 보인다. 예를 들면, 지속적으로 간섭을 하지 않을 수 없는 어머니 혹은 아버지, 자식이 말을 듣지 않을 때 충동적으로 화를 내거나 냉랭해지는 부모, 만성적인 부부싸움을 하면서도 배우자를 비난만 하는 부부, 자살시도의 경험이 있는 우울한 두 아들의 어머니, 친구의 대수롭지도 않은 말에 화를 잘 내는 청소년, 집안 식구들이 자기가 잘 못되기를 바란다든 동성연애자, 어머니에게 자기를 충분히 돌보지 않는다고 비난만 하고 몸이 아프다고 학교를 가지 않는 고3 우등생, 남의 눈을 쳐다보지 못하는 대학 1년생, 자기의 준비물을 30분 이상 거둬 확인하는 대학생, 이미 결혼한 옛 애인의 주위를 맴도는 30대 여인, 아들이 마음에 들지 않아 노심초사하고 때로 화를 퍼붓는 40대 초반의 어머니(아들은 여자들의 팬티를 훔쳐서 숨기는 고교생), 자기의 감정이나 소망을 표현할 수 없는 내담자 등 많은 내담자들이 부정적 혹은 망상적 사고, 충동적 행동, 쉽게 변하는 감정, 아주 낮은 자존감, 정체 혼미 등으로 고통을 받고 있다. 이런 내담자들을 상담하는 방법은 여러 가지가 있겠지만 필자는 여기서 대상관계이론에 따른 접근을 소개하면서 그것이 다른 방법과 어떻게 관련되는지를 설명하려고 한다.

DSM-IV(1994)는 여러 가지 성격장애의 유형을 열거하고, 각 유형에 따른 진단 규정을 제공하고 있다. 여기서 사용되는 성격장애란 말은 부적응적 성격조직이란 의미서 여러 가지 성격장애의 기본적 성격구조를 나타내는 말이다. 다시 말하면 대상표상이 분열을 이루고 있는 상태 즉, Mahler의 입장에서는 분리-개인화가 되어 있지 않고, Kernberg의 입장에서는 대상표상의 정서적 통합이 이루어지지 않았고, Masterson의 입장에서는 대상이 WORU와 RORU로 분리되어 있는 상태를 의미

한다. 이러한 분열상태에서는 요구의 억압이 안되고 욕구와 관련된 자기가 분열된다(Westen,1989). 그 까닭으로 정신분석에서 전이가 일어나지 않고, 인지-행동적 기법이나 현실요법의 인지적, 행동적 처방이 효과가 없거나 미미하게 된다. 따라서 성격장애를 치료하기 위해서는 무엇보다도 분열된 대상표상을 통합해야 한다.

#### 1.4.1 문제의 개념화

어떤 문제를 상담할 때 먼저 문제를 이해해야 한다. 특히 성격장애는 문제에 대한 인식이 우선적으로 이루어져야 한다. 접수면접을 통하여 중점적으로 얻어야 할 정보는 내담자가 자기와 타인을 기술하는 방식, 타인의 행동에 대한 지각 혹은 해석 양식, 타인의 감정에 대한 공감능력, 내담자 행동의 충동성 여부, 감정의 변화 양상, 과거의 자살시도 경험, 인간관계의 범위와 지속기간 등이다. 이런 영역의 정보가 자기와 타인에 대한 부정적 지각, 부정적 감정을 현저하게 나타내고, 동시에 대인관계의 범위가 좁거나 빈약하다면 이는 성격장애를 강하게 시사하는 증거이다. 자녀들을 상담소에 데리고 오는 부모의 경우도 성격장애나 성격장애적 특징이 관찰되는 경우가 많다.

그런 부모들은 자녀들이 어릴 때부터 지나친 통제를 해 온 것이 보통이다. 자녀들을 일정한 틀 혹은 지나치게 높은 기대에 맞추기 위해 그들을 부정적으로 혹은 비판적으로 대해 왔음을 현재 그들이 자녀를 대하는 태도에서 쉽게 관찰할 수 있다. 그들은 자녀들을 그 때까지 이해하지 못하고, 자식과 대화를 하지 않으려 하며, 그들에게 간혹 분노를 폭발하고 혹독하게 비난한다. 그들은 독선적이며, 감정의 범위가 좁다. 이와 같은 부모들은 자기 스스로 독립적이고 자율적이 되기가 어렵고 자녀와 공생적인 관계에서 안정을 느낀다고 할 수 있다. 자녀와 함께 밤을 새는 고 3 수험생의 부모에게도 유사한 현상을 관찰할 수 있을 것 같다.

상대방에 대한 부정적 태도와 감정은 대상관계이론에 의거해 볼 때, 분열된 대상표상이 그 원인이 된다. 이는 정도가 심한 경우, 상대의 행동

에 대한 망상적 해석이 원인이 되는 것으로 간주되기도 한다. 또한 이러한 부정적인 태도는 그들에게 지속적으로 분노, 우울, 불안을 일으키고, 지속적인 좌절의 경험과 더불어 충동적인 분노의 원인이 된다. 일단 분노를 터뜨리면 상당한 카타르시스가 되기까지 조절하기가 어렵다. 한편, 평상시에 그들은 대인관계에서 자주 분노를 느끼지만 상대방의 처벌을 두려워 해 표현을 하지 못하며, 유사한 현상으로써 의사결정을 쉽게 하지 못한다.

#### 1.4.2 상담의 목표

상담의 목표는 비교적 구체적이고 관찰 가능한 행동으로 설정 한다. 이 목표는 분열된 자기와 타인의 표상을 통합하는 일로 수립된다. 즉, 그것들의 분열로 인해 일어나는 행동적인 문제가 감소되는 것을 목표 달성의 증거로 본다. 가령, 대인관계에서 간섭, 통제하는 경향이 줄어든다, 자식이나 배우자들을 보다 긍정적으로 기술할 수 있다, 의사결정을 보다 자율적으로 하는 일이 잦아진다, 자기의 불안한 감정을 터뜨리는 대신에 견디는 일이 많아진다, 분노를 폭발하는 일의 빈도나 강도가 줄어든다 등의 관찰가능한 목표들을 수립할 수 있다.

#### 1.4.3 상담방법

여기에서는 대상관계이론가들이 제시하는 방법보다도 필자가 경험한 것을 주로 요약 정리해 보고자 한다.

경험적으로 볼 때, 상담소에서 만나는 문제들의 대부분을 성격문제로 개념화할 수도 있을 것 같지만, 여기에서 논의한 것처럼 비교적 뚜렷한 성격문제를 상담할 때는 무엇보다도 내담자들을 존중하고 그들의 힘을 믿는 것이 필요하다. 그렇지 않을 경우, 그들의 거친 감정적 표현이나 조종(manipulations)에 지배되어 그들을 과잉보호 하거나 그들이 부정적으로 표현하는 대상을 함께 비난하게 된다. 그들은 부적응적이지만 지금까지 어려움을 나름대로 견뎌온 사람들이다. 동시에 그들에게서 느껴지는 부정적인 감정을 상담자가 먼저 극복할 필요가 있다. Kernberg가

말하듯이 상담자는 자신의 대상표상을 통합하여야 한다. 그러므로 내담자에게서 느껴지는 부정적인 측면들이 그들의 부분인 것을 상기해야 한다.

이러한 태도는 상담자가 내담자에 대해 편안한 태도로 그들이 표현하는 감정에 대해 인정, 혹은 공감을 할 수 있게 한다. 공감한다는 것은 이들에게 특별한 의미를 띤다. 그들은 대항상성을 형성하는 시기 이전이나 이후에 부모(주로 어머니)로부터 자신의 경험의 정당성을 인정받지 못했기 때문에 자신의 가치를 느낄 수 없었던 사람들이다. 즉, 자신에 대한 부정적인 표상이 우세한 사람들이다. 그들의 감정이 부적응적이고 불합리하다 할지라도 그들이 겪고 있는 것이므로 부정하거나 외면해서는 안된다. 다시 말해 감정에는 옳고 그른 것이 없다. 이들은 자신의 감정을 존중받을 권리가 있다. 반복적인 자살 시도자의 성공적인 치료로 이름이 난 워싱턴대학의 Linehan(1993)은 경험의 타당화(validation)를 제공하는 것이 그들의 치료에 가장 중요한 요소라고 주장한다. 여기서 공감이란 타당화이다.

공감 만큼이나 중요한 것은 그들의 행동과 사고를 긍정적으로 대하고 동시에 긍정적인 의미를 밝혀주는 것이다. 예를 들면, 자살 시도의 행동도 그들 나름의 적응 행동으로 혹은 용기있는 행동이라고 말해 주는 것이다. 물론 자살시도의 위험이 있는 상황에서는 그럴 수 없으나 일단 그 위험이 지나고 나면, 그것은 치료적으로 의미있는 개입일 수 있다. 그러나 이들에게는 긍정적 의미를 보여주고, 그들의 고통을 공감해 주는 한편 그것이 자기에게 해로운 결과를 가져옴을 상기시켜 줌으로써 그들로 하여금 저항 없이 그들의 파괴적인 행동을 직면하도록 해야 한다.

또 다른 예는 남편을 한결 같이 비난하는 부인에게 불평하는 고통을 공감해 주는 한편 “그럴 때 남편도 당신에 대하여 좋은 감정을 가지기가 어려울 것 같다”고 이야기한다. 이런 이야기들은 상담자가 공평한 입장에서 자기를 알아주고 자기를 도와주려고 한다는 것을 전달할 수 있을 때 효과가 있다. 공감과 내담자의 독립적 인격에 대한 존중의 태도가 있다면 내담자가 배우자에게 미치는 영향을 상담자가 느끼는

그대로 직면하는 일도 효과적이다. 예를 들어, 위의 부인에게 상담자는 당연하다는 듯이 “부부 사이는 서로 위해 주고 격려하는 부분이 있기 마련인데 당신이 말하는 대로라면 당신은 물론 남편도 여간 당신을 견디기가 힘들지 않았을 것 같습니다.”라고 말한다. 자기에 대한 비난일 수도 있는 이 반응을 내담자는 미리 알고 있었다는 듯이, “그럴 거예요. 사실 알고 보면 헤어지기를 두려워한 사람은 남편이 아니라 내 자신이었던 것 같아요.”라고 말한다. 이후 그 부인은 남편을 일방적으로 매도하지 않았고, 오히려 남편의 좋은 점을 보다 쉽게 말할 수 있었다.

만일 그들과 논쟁을 벌이거나 비난하는 말을 한다면 그것은 내담자의 고통을 상기시키고 그들로 하여금 상담자에게 수동적이 되게 하거나 분노를 일으키게 한다. 그들은 정확한 지각이든 또는 왜곡된/망상적 지각이든 타인들에게서 비난이나 버림을 받은 사람들이다. 이러한 일은 그들의 분열된 **대상표상**을 더욱 고착시키는 결과를 가져옴으로써 오히려 그들에게 해가 된다. 그들에게는 자기의 분노, 실수 등을 감싸주는 사람이 필요하다. 물론 대상항상성의 발달을 촉진하거나 WORU 혹은 RORU가 분열된 자기표상과 연합함으로써 불필요한 저항이 일어나는 것을 막기 위해서다. 그들의 만성적 우울과 불안을 고려할 때, 그들은 자신과 타인에 대해 안도감을 느낄 필요가 있다. 이런 이유에서 상담자로서 그들의 장점과 좋은 점을 경험하게 하고 그들의 실수에 대해서는 수용하는 일이 필요하다.

어떤 식의 개입을 하든 그들에게는 Kernberg가 말한 대로 자기가 남과 달라도 된다는 것, 자기는 지금까지 느껴 온 부족하고 못한 점에다 강인하고 끈질긴 문제해결의지 등 긍정적인 요소들을 충분히 가지고 있으므로 굳이 다른 사람들을 불안하게 느끼거나 사랑받으려고 애쓸 필요가 없다는 것을 느끼도록 도와주어야 한다. 이런 방법들은 효과가 있어서 망상이나 심한 폭력적 공격성이 있지 않다면, 성격문제를 지닌 사람들과의 상담은 의외로 단기상담으로 끝나는 경우가 많다.

## 2. 주요 정신질환

### 2.1 정신분열증 및 그와 유사한 질환들

#### 2.1.1 정의 및 진단 준거

“정신병적(psychotic)”이라고 하는 것은 매우 다양한 의미로 사용되어 왔다. 가장 좁은 범위로는 망상 혹은 두드러진 환각, 병식을 갖지 못한 환각에 국한하여 사용된다. 조금 더 범위를 넓혀 잡으면 개인이 환각이 이상하다는 것을 인식하고 일어나는 환각과 그 외에 정신분열증에서 흔히 나타나는 증상들(와해된 언어, 뚜렷하게 와해된 혹은 긴장형 행동)을 포함한다. 이같은 좁은 의미와 달리 과거 진단체계(DSM-II, ICD-9)에서는 “정신병적”이라는 용어를 정신질환에 의해 “일상생활을 영위하는데 요구되는 능력에 뚜렷이 방해가 되는 장애를 초래하는(impairment that grossly interferes with the capacity to meet ordinary demands of life)” 것으로 넓게 적용을 하였다. 또한 개념적으로 “자아경계선의 상실(loss of ego boundary)”, “현실 판단력의 뚜렷한 장애(gross impairment in reality testing)” 등으로 정의하였다. 이렇게 넓은 범위의 정신병적 정의는 지나친 진단상의 혼란을 가져왔고, 최근에는 앞의 두 가지 범위에 국한하여 사용하려는 경향이다.

정신분열증 및 그와 유사한 정신병에는 다음의 몇가지가 포함되는데, 그 중 몇가지는 청소년기에는 거의 발병하지 않는 유형도 있기 때문에 간단한 정의와 개념만을 설명하고 대부분은 정신분열증만을 설명한다.

1) 정신분열증(schizophrenia)은 적어도 1달 이상 다음과 같은 활동기 증상(망상, 환각, 와해된 언어, 심하게 와해된 행동이나 긴장증적 행동, 음성증상) 중 2가지 이상을 포함하여, 6개월 이상 지속하는 정신질환으로 5가지 아형(망상형, 와해형, 긴장형, 미분화형, 잔재형)으로 구분된다. 그렇지만 청소년기 환자들에서는 이 구분이 어렵고, 성인과 같이 안정적이지 못한 수가 많다.

2) **정신분열형장애(schizophreniform disorder)**는 기간을 제외하고는(적어도 1개월에서 최대 6개월 이하) 정신분열증과 증상에서는 동일하고, 기능 저하를 초래하지 않는 질병이다.

3) **정신분열-정동장애(schizoaffective disorder)**는 조증 삽화(manic episode)와 함께 정신분열증 활동기 증상이 함께 나타나는데, 뚜렷한 기분관련 증상이 없음에도 불구하고 적어도 2주 이상의 망상이나 환각 증상이 선행하거나 혹은 따라오는 경우를 말한다.

4) **망상장애(delusional disorder)**는 괴상하지 않은 망상을 제외하고, 정신분열증의 다른 활동기 증상을 최소 1개월 이상 지속한다. 이것은 대개 성인기 중반 이후에 발병하기 때문에 청소년기에는 해당하지 않는다. 이중의 가장 흔한 형태가 소위 “의처증(혹은 의부증)”이다.

5) **급성정신병적장애(brief psychotic disorder)**는 1개월 미만의 짧은 기간 동안 정신병적 증상을 갖는 경우이며 완전히 회복되는 경우이다. 출산후 나타나거나, 혹은 심한 스트레스에 노출된 이후 발병하는 수가 있고, 때로는 정신지체 청소년에서 발병하는 수도 있다.

6) **공유정신병(shared psychotic disorder)**은 이미 비슷한 내용의 망상을 갖고 있는 사람의 영향을 받아 발생하는 정신병을 말한다. 대개 부모 중 한사람이거나 형제 중 한사람이 이미 발병하여 정신병적 증상을 갖고 있는데, 그 사람의 영향을 받아 비슷한 내용의 망상을 갖게 된다. 사회적으로 혹은 지역적으로 고립되어 있을 경우에 이러한 가능성이 더욱 높아진다.

7) 일반적인 신체 질환이나 약물 혹은 정신활성물질에 의해 유발되는 정신병적 장애, 그 외에 어떤 특정한 범주에 속하지 않는 기타 정신병적 장애가 있다. 그 중에서도 **약물에 의해 유발되는 정신병적 장애**가 청소년기에 높은 비율로 발생하는데, 암페타민, 마리화나, 각종 환각제,

흡입제 등에 의해서 급성중독상태에서 정신의 혼란, 지남력 상실, 불안, 초조, 지각 및 판단 장애를 초래할 수 있다.

### 2.1.2 전형적인 특성들

1) 사고(thought) 장애 : 사고 기능에는 기억, 지각, 정보의 통합과 분류와 같은 여러 가지가 포함되는데, 그 중에서도 정신분열증에서는 일차적으로 사고의 형태와 내용에 장애가 나타나는 특징이 있다. 사고 내용(content)의 이상은 현실과 상상 혹은 가상을 구분하지 못하는데, 심하지 않을 때는 지나치게 건강에 대한 염려나 추모에 대한 생각으로 나타나기도 한다. 또는 다른 사람들이 자신에 대해 생각하거나 이야기 하는 것에 대해 지나치게 예민하고 혹은 집착하는 수도 있다. 좀 더 심해지면, 관계 사고나 망상(delusion), 심지어는 환각(hallucination)과 같은 지각 이상도 나타나는데 이것은 정신분열증의 핵심증상으로 간주된다. 이러한 관계 사고나 망상이 심할 때는 누구든지 이상하다는 것을 느낄 수 있고 분명하지만, 심하지 않을 때는 청소년기에 예민해지면 그럴 수도 있겠다고 무시해 버릴 수도 있다. 환각은 존재 여부가 망상과는 달리 좀 더 분명한데, 대개는 청각과 시각으로 나타난다. 후각이나 촉각 등도 나타날 수는 있지만 정신분열증에서는 드물고, 만일 이러한 환각이 나타난다면 신체 질환이나 약물에 의해 유발된 정신병적 장애를 우선 생각하여야 한다. 환청은 대개 한두명 혹은 여러 사람이 환자에 대해 지시하거나 코멘트하는 것(commanding hallucination)이 가장 특징적이다. 그 외에 언론이나 방송 매체를 통하여 어떤 메시지를 받고 있다거나, 누군가가 자신의 머릿속에 어떤 생각을 집어넣고 있거나 나를 조종하고 있다고 생각하거나(thought insertion; 사고 주입), 여러 사람들이 내 생각을 읽고 있거나 모두 알고 있다고 생각하거나(thought broadcasting), 주위 사람들이 어떤 이유로 나에게 대해 수군거린다는 등 여러 가지 사고 장애를 갖는다. 이런 증상으로 인하여 다른 사람에게 갑자기 화를 내거나, 시비를 걸거나, 사이가 멀어지기도 한다. 사고 형태(form) 장애는 대화시 초점을 잃는 정도에서부터 무슨 말인지 전혀

알아들을 수 없는 횡설수설까지 여러 가지 형태를 가질 수 있다. 초기에는 대개 다소 부적절한 대답을 하거나, 비논리적이거나 불합리한, 혹은 앞 뒤 말이 연결이 잘 안되거나 하는 수가 많다. 증상이 심해지면 전혀 엉뚱한 동문서답을 하거나, 대화를 하다가 갑자기 중단되거나 전혀 앞뒤가 맞지 않는 말을 하거나, 혹은 전혀 말이 안되는 횡설수설에다가 의미없는 말을 한다. 또는 전혀 새로운 의미의 신조어(neologism)를 만들어 내기도 한다.

2) **기분과 정동(mood & affect)** : 정신분열증은 기분이나 정동의 변화가 일차적이지는 않다. 왜냐하면 근본적으로 이것은 기분장애 등 다른 질병에서 나타나는 것이기 때문이다. 그렇지만 사고 장애에 수반하여 나타날 수 있다. 특히 청소년기 정신분열증에서 더 나타나는 경향으로, 감정의 둔화나 무감각이 일어나기도 하고, 혹은 심한 불안감과 짜증이 나타나기도 한다. 때로는 친구의 죽음을 이야기하면서 미소짓는 식의 부적절한 기분이나, 한 사람에 대해 사랑과 증오의 두 가지 감정을 동시에 나타내는 양가 감정을 보이기도 한다.

3) **사회기능의 상실과 그 외의 증상들** : 정신분열증에서는 학업 수행이나 사회 활동, 대인 관계 수행의 상실이 반드시 수반된다. 점차로 혹은 급격히 또래들로부터 멀어지고, 학교 생활이나 가족들과의 거리도 멀어져서 결국은 고립된다. 이같은 기능 상실은 일부분 이들의 사회적 부적합에서 기인하는데, 주위 시선이나 유행, 환경 변화에 신속하게 대응하지 못하기 때문이다. 세수나 목욕을 게을리하거나, 옷차림이 괴상하거나 혹은 부적절하기도 하고, 때로는 위생 상태가 불량해지기도 한다. 그 외에 청소년들에게 이유가 설명되지 않는 신체 증상의 호소가 많다.

4) 정신분열증은 일반 인구에서 대략 0.3% 정도의 발생 빈도를 갖는다. 이러한 발생 빈도는 시대 변천이나 지역간 격차가 거의 없는 것으로 알려져 있으며, 그 외에 사회 계층이나 개인의 지능 수준, 학력 등의

영향도 거의 받지 않는다. 그리고 정신분열증은 약 60% 이상이 25세 이전에 발병하며, 일부에서 호전되어 완쾌되는 수도 있지만 대부분 일생을 지속한다.

### 2.1.3 공존 병리

정신분열증을 앓는 환자들은 가끔 부적절하게 웃거나 뜻 모를 미소를 짓는 수가 있다. 관심이나 즐거움을 상실하여 감정이 메말라버린 것 같은 무쾌감증(anhedonia), 우울이나 불안, 분노의 형태로 나타나는 불유쾌한 기분 등도 흔하다. 낮에 자고 밤에 깨어 활동하는 수면 이상, 어떤 이상한 생각에 사로잡혀 음식을 거부하는 식사 형태의 이상, 몸을 꾸부정하게 하고 있거나 꼼짝하지 않는 행동 이상도 나타난다. 어떤 내적인 자극이나 생각에 사로잡혀 제대로 집중하지 못하기 때문에 마치 인지기능의 저하와 같이 보이기도 하지만, 근본적으로 정신분열증에서 인지기능은 정상적으로 유지되는 것이 보통이다. 가장 문제되는 것은 **병식(insight)**이 없는 것인데, 이런 경우 치료에 순응하지 않기 때문에 예후가 불량해진다.

자살이 정신분열증의 경과 중에 매우 중요한데, 약 10% 정도가 자살로 생을 마감하는 것으로 알려져 있으며, 위험 요소로 남자, 30세 미만, 우울증 동반, 무직, 최근에 정신병원에서 퇴원한 것 등이 중요하다. 그리고 “일반인구에 비해 이들이 난폭행동이 더 자주 일어나는가?” 하는 문제에 대해서는 논란이 많이 있어 왔지만 아직 확실치 않다. 최근 그러나 국내 조사연구에서는 난폭행동이 더 많지는 않지만 폭력 행위의 심각도는 더 큰 것으로 조사되었다.

이들에게서 약물남용(특히 니코틴중독을 포함하여)이 매우 잘 동반되며, 성격장애(정신분열성, 정신분열형, 편집성)가 발병 전에 선행하는 수가 많다. 이것이 단순히 정신분열증에 선행하는 것인지, 혹은 별개의 것인지 여부는 아직 명확하지 않다.

## 2.1.4 발달 경과

사춘기 이전(즉, 13세 이전)에 발병하는 정신분열증은 매우 적다. 그런 경우는 아주 조기발병군(very-early-onset schizophrenia, VEOS)이라고 명명하여 별도로 취급할 정도로 드물다. 이때는 환청이 흔하고, 덜 체계적인 망상이 나타난다. 청소년기 후반기가 되면 인지 기능의 발달과 병행하여 성인과 거의 같은 증상이 나타난다. 그렇지만 다른 정신질환의 발병도 증가하기 때문에 감별진단이 어려워진다. 기분장애에서도 환각이나 망상이 나타나는 비율이 높고, 그 외에 약물 사용을 포함한 불안정한 증상이 두드러지기 때문이다.

최근에는 정신분열증의 임상 증상을 **양성 증상(positive symptoms)**과 **음성 증상(negative symptoms)**으로 구분한다. 양성 증상은 환각, 망상, 왜해진 언어와 행동을 말하면, 음성 증상은 대개 위축(withdrawal), 감정 둔화(blunting of affect), 언어의 빈곤(poverty of speech and content), 비사교성(asociality), 무기력(anhedonia), 의욕저하(avolition) 등을 말한다. 이러한 음성 증상은 질병 경과의 후기에 더 많이 나타나며, 좀 더 만성적인 경과를 밟는 경향이 있다. 후기 발병군보다는 조기 발병군에서 더 많이 나타나며, 정신분열증의 경과에 선행하는 조건, 즉 대뇌의 전두엽 이상과 관련이 있는 것으로 추정되고 있다. 이 증상들로 인해 정신분열증 환자들이 사회 기능을 회복하는데 어려움이 초래되는 것으로 판단되며, 양성 증상에 비해 항정신병 약물에 대한 반응도 낮다.

예후를 보면 조기 발병, 병전 적응수준이 낮은 것, 음성 증상의 존재, 남성 등은 예후가 불량한 것과 밀접한 관련을 갖는다. 정신분열증의 장기 추적에 의한 결과를 보면 <표 II-12>과 같다. 그리고 경과 중에 자살의 위험도가 높기 때문에 주의해야 하는데, 전체 정신분열증 환자의 약 1/4이 자살을 시도하고, 결국 8-10%가 자살로 생을 마감한다.

<표 11-12> 정신분열증의 장기추적 연구

연 구	지 역	기간(년)	환자 수	회복율(%)
DeSisto 등, 1992	Maine	36	117	45
Harding 등, 1987	Vermont	32	82	67
Tsuang 등, 1979	Iowa	35	186	46
Huber 등, 1982	Bonn	22	502	57
Ciampi 등, 1982	Lausanne	37	289	53
Bleuler, 1987	Zurich	23	208	53

(출처 : Pinals DA, Breier A, 1997, pp 951)

### 2.1.5 진단 및 감별

일단 정신분열증으로 의심이 되면 기질성 정신질환의 가능성을 배제해야만 한다. 특히 급성기 증상으로 정신이 혼란되어 있거나 심하게 안절부절못할 때는 더 주의깊게 살펴보아야만 한다. 두뇌 손상에 의한 것, 뇌염이나 그 외의 감염성 질병, 간질, 약물에 의한 것인지 여부를 감별하기 위해 의식의 혼탁 여부, 열이 있는지 여부, 대뇌의 국소 병변에 의한 증상이 있는지 여부를 찾는다. 일단 이것이 배제되면, 정신분열증과 유사한 증상을 나타낼 수 있는 다른 정신질환과 구별하여야 한다. 특히 심한 불안 장애, 강박증, 우울증, 품행장애와 구별한다. 그리고 나면, 앞에서 언급한 정신분열증과 유사한 정신병적 장애를 진단 기준에 따라 감별하도록 한다. 만일 이같은 과정을 통하여 진단이 되면, 정신분열증의 아형을 구분하고, 병전 적응, 사회 기능 상실 정도, 기타 치료나 예후에 기여하는 요인들에 대한 평가가 이루어져야 한다.

진단에서 현재까지 결정적인 검사실 검사나 심리 검사는 존재하지 않는다. 가장 결정적인 것은 철저하고 명확한 병력 청취와 임상 면담에 의해서만 내려질 수 있다. 따라서 임상가는 정신분열증의 임상 특징과 특징적인 증상들에 대해 익숙하여야만 한다. 청소년 정신분열증 환자들을 처음 면담할 때는 부모를 동반하는 것이 좋은 수가 많은데, 그들이 정신병 증세로 인하여 임상가와 단 둘이 만나는 것을 감당하기 어려워 대화하기가 힘들 수 있다. 둘째는 의심이 심해서 부모와 임상가가 별도로

만나는 것을 감당하기 어려워 할 수 있다. 셋째는 부모가 환자의 입을 통해서 구체적인 병의 특징적인 증상들을 확인하도록 하는 계기를 마련해 줄 수 있다. 신체검사나 신경학적 진찰은 감별 진단에는 필요하지만, 정신분열증 자체의 진단에는 도움이 되지 않는다. 그렇지만 동반된 문제나 기타 손상 등을 확인하기 위해 반드시 시행하여야 한다. 검사실 검사로 일반 검사에서는 특별히 이상 소견이 있지는 않지만, 위생 상태가 불량하고 정상적인 대화가 불가능하여 신체 질병이 확인되지 못하는 수가 있기 때문에 진단의 기본 과정에 포함시켜야 한다. 그 외에 뇌파검사(EEG), 두뇌전산화단층촬영(Brian CT Scan), 두뇌자기공명영상술(MRI) 등 뇌구조나 기능의 이상 여부를 측정하는 검사들은 감별 진단이나 연관 요인을 위하여 시행하기도 한다. 심리검사는 미네소타 다면적 인성검사(MMPI)를 포함한 객관적 검사, 지능검사(K-WISC), 주제통각검사(TAT)나 로르샤하검사(Rorschch Test) 등 여러 가지가 시행되는데, 정신분열증의 사고 장애에 특징적인 소견들을 보여준다. 그렇지만 이 검사에서 특징적인 소견이 보여졌다고 하여 단정적으로 정신분열증을 진단내려서는 안된다.

### 2.1.6 치료

초기에 진단하여, 적절한 치료를 빨리 받도록 하는 것이 예후를 좋게 하고 만성화 경과로 이행되는 것을 예방하는 가장 중요한 것임을 명심하여야 한다. 이것이 청소년들에서는 더욱 더 중요한데 병전의 기능 수준으로 회복시키는 것도 필요하지만, 덧붙여 정상적인 발달 과정에서 이탈하지 않도록 하는 것도 필요하기 때문이다. 따라서 기능 회복과 더 이상의 붕괴 예방이 목표가 되고, 이것을 달성하기 위해서 약물치료와 병행하는 정신사회적 접근이 필수적이다.

치료를 시작할 때 우선 환자, 가족과의 협력이 필요하다. 정신분열증의 청소년들은 자기 병에 대한 인식(병식, insight)이 부족하고, 타인에 대한 의심이나 피해 의식이 많고 자신이 혼돈되고 불안정하다는 것을 받아들이기 어렵기 때문에 자발적으로 치료에 참여하는 것이 힘들 때가

많다. 부모들도 이같이 자녀들의 병을 받아들이기가 어렵고, 또한 병에 대한 이해 부족으로 치료를 지연하는 수가 많다. 따라서 치료를 시작하는데 있어서 이러한 점에 많은 주의와 노력을 기울여야 한다. 만일 자신이나 남을 해칠 위험이 있거나, 아주 뚜렷한 활동기 증상을 가지고 있거나, 전혀 치료를 받아들이지 못하거나, 약물 투여와 그 조절을 필요로 할 경우에는 할 수 없이 응급으로 강제 입원을 시켜야만 한다. 최근에 제정된 **정신보건법**에서는 환자 스스로의 결정에 의해 입원하는 **자의입원** 외에도 가족의 동의에 의한 **강제입원(동의입원)**, 응급상황에서 임시로 입원시키는 **응급입원**, 정신질환의 존재 유무나 상태의 판별을 위한 **평가입원**, 가족의 동의가 없더라도 위험한 경우에 강제로 입원을 시키는 **시·도지사에 의한 입원** 등의 규정이 있다.

약물치료는 현재 정신분열증의 치료에 있어서 반드시 필요한 것으로 인정되고 있다. 그렇지만 청소년기 환자들은 약을 복용하는 것에 대해 자신의 자율성에 대한 위협으로 간주하는 경향이 높기 때문에 이에 대한 세심한 주의가 필요하다. 1950년대 초부터 **클로르프로마진(chlorpromazine)**을 시작으로 여러 가지 약제가 사용되어 그 효능을 인정받아 왔는데, 최근에 소위 비정형 항정신병약물이라는 새로운 약제 - **클로자핀(clozapine)**, **리스페리돈(risperidone)**, **올란자핀(olanzapine)** - 등이 개발되어 그동안 문제가 되어 왔던 부작용들을 획기적으로 감소시켰을 뿐 아니라, 음성증상의 개선에도 탁월한 효능을 발휘하여 정신분열증의 약물치료에 획기적인 전기를 마련하고 있다. 물론 이들이 청소년기 정신분열증의 치료에 대한 구체적인 효능은 연구의 제한점으로 성인에 비해 매우 부족한 형편이다. 하지만 성인에 대한 많은 연구 결과들이 축적되어 가고 있음으로 해서 청소년기에도 사용이 가능해지고 있다. 일단 호전이 되고 나면 가능한 적은 용량으로 약을 줄여서 유지를 해야 한다. 얼마나 긴 기간동안 유지를 해야 하는지에 관해서는 명확한 기준은 없지만 대략 첫 발병인 경우 적어도 1년, 재발한 경우에는 적어도 5년을 복용해야 한다. 약을 끊을 때가 되면 점차로 약을 줄여서 재발하는지 여부를 신중하게 살펴본 후에 약을 중단한다.

정신사회적 치료접근에서 가장 중요한 것은 안정되고 지속적인 치료

관계를 유지하는 것이다. 이러한 관계를 통해서, 자신과 타인에 대해 보다 현실적인 것을 성취하기 위해 자신에 대한 객관적 관찰, 판단, 이성적인 생각을 할 수 있도록 도와주어야 한다. 회복기에 있는 청소년들에게는 집단치료가 매우 유용하다. 다른 사람으로부터 지지도 받을 수 있고, 타인과의 교류 경험도 가질 수 있고, 고립되어 있다는 느낌을 경감시켜 줄 수 있기 때문이다. 학교나 직업 적응도 매우 중요한데, 만일 병을 오래 앓았다면 적절한 선택을 하도록 도와주는 것이 필요하다. 만일 급성기 증상이 잘 호전되어 치료가 조기에 종결되거나 기능 수준의 회복이 빨랐다면 별 문제가 없겠지만, 서서히 만성화된 경과를 밟았거나 회복이 늦어질 경우에는 지나치게 높은 기대 수준을 조정할 필요가 있다. 이러한 기대가 좌절될 때는 추가로 스트레스를 유발하게 된다. 그렇지만 이런 조치들이 비록 현실적인 선택은 될 수 있을지 모르지만, 환자나 가족들에게는 희망과 꿈을 포기하는 것으로 받아들여질 수도 있기 때문에 매우 조심스러운 접근이 필요하다. 이러한 여러 가지 치료와 함께 가족들을 지지하는 것도 필요하다. 이는 정신분열증의 회복에 있어 가족들의 협력이나 가족들의 감정 상태, 병리 여부, 갈등 수준이 상당한 영향을 미치기 때문이다.

## 2.2 정서장애(양극성장애)

### 2.2.1 정의 및 진단 준거

우울증과 마찬가지로 아동기 및 청소년기 양극성장애(bipolar disorder)에 대한 인식과 연구는 비교적 최근의 일이다. 과거에 조증(mania)은 우울증에 대한 방어로 간주되어 왔었기 때문에, 아동기에는 초자아의 기능이 발달되지 못하여 우울증이 발생하지 못하고 따라서 조증도 일어나지 않는다는 생각하였다. 그렇지만 최근에 현상학적 연구가 진행되면서 성인기 양극성장애의 발병이 아동기와 청소년기까지 거슬러 올라간다는 것과 실제로 그 시기에서 발병하는 환자들이 관찰되면서 이에 대한 관심이 높아지고 있다.

20세기초 Kraepelin이 처음으로 Manic-Depressive Insanity(MDI)라고 명명하면서 기분의 고양(elevation in mood), 자신감 증가나 과대망상, 잠을 안자는 것, 말이 많아짐, 생각이 끊이지 않음, 주의산만, 활동이 많아짐 등의 증상 등이 특징적으로 나타남이 보고되었다. 양극성장애란 이같은 조증과 우울증이 한 개인에게서 일정한 혹은 불규칙한 간격을 두고 발병하는 병을 말한다. 이에 비해 주요우울증은 조증삽화의 발병 없이 우울삽화만 나타난다. 정서장애(mood disorder)란 이같이 양극성장애와 주요우울증(major depressive disorder; MDD)을 대표로 하는 기분의 변화를 가져오는 정신질환을 포괄하는 범주로, 이외에도 순환성정서장애(cyclothymic disorder), 기분저하증(dysthymic disorder)이 포함된다. 하지만 여기서는 생략하기로 한다.

### 2.2.2 전형적인 특성들

성인인구에서 일생동안의 발병빈도(lifetime prevalence)는 1.0%이다. 14-15세 청소년들에서 조사된 것을 보면 시점유병율(point prevalence)이 0.7%로 조사되었다(Kashani et al, 1987).

성인기 연구를 보면 약 20%정도는 20세 이전에 증상이 발현한 것으로 되어 있고, 대개 15세에서 20세 사이에 발병한다. 사춘기 이전의 증상 발현은 매우 적는데, 그 이유는 여러 가지로 추정되고 있다.

조증이 심하게 되면 진단하는 데 어려움은 없다. 그렇지만 발달 수준이나 연령에 따라 증상 발현이 다소 다르게 나타나기 때문에 실제 임상에서 진단이 정확하게 내려지기는 매우 힘들다. 나이가 어릴수록 더 자극에 예민하고, 감정변화가 심하며, 우울증과 마찬가지로 인지발달의 수준에 따라 조증에서도 사고기능과 관련된 증상이 다르게 나타날 수 있다.

이같은 기분과 관련된 증상뿐 아니라 다른 증상이 더 두드러지게 나타날 수도 있는데, 신경성 식욕부진, 학교공포증, ADHD, 품행장애같은 진단으로 오해되기도 한다. 그리고 또한 이들에게서 환각과 같은 정신병적 증상이 두드러지게 나타나 정신분열증으로 오진되는 수도 많아,

---

장기추적조사에 의하면 약 1/2정도가 처음에 정신분열증으로 진단받기도 하였다고 한다.

## 2 주요 정신질환

### 2.2.3 공존 병리

특히 공존하는 병리는 두드러지지 않지만, 성인에게는 도박, 반사회적 행동(난폭 행동, 싸움질, 난잡한 성행위 등)이 동반되는 수가 있고, 청소년들에게서도 비행, 약물 남용, 학교부적응 등이 수반되는 수가 많다.

### 2.2.4 발달 경과

앞에서 살펴본 바와 같이 20세 이전 발병이 약 20%정도이지만, 평균 발병 연령은 20대 초반이다. 물론 50대 이후에 발병하는 수도 있다. 대개 증상은 갑자기 발병하여 며칠사이에 점점 심해지는데, 흔히 어떤 스트레스를 받은 후에 잘 생긴다. 조증삽화는 보통 수 주에서 수 개월간 지속되는데(보통 4-13개월) 우울증보다는 지속기간이 대체적으로 짧다. 청소년기에 발병하는 경우에는 정신병적 증상을 갖는 수가 더 많고, 그 외에 무단결석, 반사회적 행동, 약물 남용 등을 수반하는 수가 많다.

### 2.2.5 진단 및 감별

진단은 앞에서 언급한 기분 변화가 적어도 1주일 이상 지속하면 쉽게 내려질 수 있지만, 그외에 다른 증상으로 나타나거나 수반될 때는 매우 어렵다.

여러 가지 것들과 감별해야만 하는데, 신체질환, 약물에 의해 유발된 기분변화가 흔하기 때문에 반드시 살펴보아야 한다. 그외에 ADHD, 품행장애 등과 구별하기 위해 경과를 증상을 주의깊게 살펴보고, 때로는 정신분열증과의 감별도 쉽지 않을 때가 많다.

### 2.2.6 치료

양극성장애의 치료는 기본적으로 의학적 치료가 우선된다. 제일 먼저,

제 6 장  
성인기 문제의  
조기 발견

조증이나 우울삽화의 증상완화를 목표로 하는 급성기치료와 회복후 증상의 재발을 막는 유지치료로 나눌 수 있다. 그리고 이때 사용하는 방법에 따라 물리적 치료와 정신치료로 구분하고, 특히 급성기치료는 입원치료와 외래치료로 구분할 수 있다.

급성기치료는 대부분 입원치료, 약물투여를 위주로 하는 물리적 치료가 우선이다. 이때는 주로 증상완화, 부작용의 처리, 기능이나 경제적 손실의 최소화, 질병에 대한 교육 등이 주목적이 되는데, 사용되는 약물은 리튬(lithium), 항우울제, 항경련제(anticonvulsants), 전기충격요법(electroconvulsive therapy; ECT), 항정신병약 등이 주로 사용된다.

유지요법에 대해서는 몇가지 비판도 있지만 양극성장애가 대부분 재발이 많기 때문에 상당기간 유지치료를 받는다. 그리고 이같은 급성기, 물리적인 치료뿐 아니라 이들의 기능적 예후를 높이기 위해서 정신치료와 질병에 대한 교육(psyoeducation)이 환자뿐 아니라 가족들에게도 시행되어야 하는데, 이때 포함되어야 할 사항은 <표 II-13>와 같다.

<표 II-13> 양극성 정서장애 치료에서 교육시켜야 할 기본적 사항들

기본 원리

1. 교육은 교육적인, 문화적인, 동기적인 요소에 목표를 맞춘다.
2. 질병에 관한 일반적인 내용과 그 개인에 구체적으로 어떻게 영향을 주는지 모두를 포함한다.
3. 낙인을 찍는 것과 미신적인 것을 타파할 수 있도록 특별한 주의를 기울인다.
4. 투병해 나가는데 있어서 환자와 가족의 역할이 중요함을 강조한다.

교육 내용

1. 생물학적 기초(1) : 유전 요인(특히 가임연령에 있을 때)
2. 생물학적 기초(2) : 현재 원인론으로 설명되고 있는 대뇌 기 전
3. 경과와 예후(1) : 빈도
4. 경과와 예후(2) : 병이 재발하는 형태와 그 유형
5. 경과와 예후(3) : 재발하는데 기여하는 요인들
6. 경과와 예후(4) : 공존 질병과 합병증

### 3. 약물 관련 장애

#### 3.1 개요

미국에서 가장 심각한 사회문제는 아마 폭력과 약물중독일 것이다. 이러한 문제는 성인뿐만 아니라 청소년들의 경우도 마찬가지이다. 우리나라에서 폭력과 약물중독의 문제는 비행 청소년들의 가장 심각한 문제가 되어가고 있다. 청소년들의 약물문제는 대체로 등교 거부, 따돌림, 폭력, 가출, 절도와 같은 다른 비행과도 밀접한 관련이 있으며, 그 중심에는 역기능적 가족 문제가 있다. 약물을 대체로 심리적 고통을 회피하는 수단으로 이해되고 있으며, 많은 경우 비행의 부산물이지만 단지 호기심으로 시작하여 중독으로 발전하는 경우도 있다. 미국에서는 78%의 약물중독 환자가 다른 정신과적 질환을 동시에 갖고 있다(Maxman.& Ward, 1995). 가장 흔한 이 중 진단은 반사회적 성격장애, 공포증, 심리성적 기능장애, 주요 우울증, 경우울증(Dysthymia)을 포함한다(청소년 대화의광장, 1996, pp. 76-77에는 약물 사용 및 남용 청소년의 합병증 비교표와 청소년 약물 사용 및 남용과 비행과의 관계표, 그리고 약물 남용이 가족들의 심리에 끼친 부정적 영향에 대해 참조하기 바란다).

약물중독의 중심에 있는 가족의 문제는 대체로 부부관계의 문제와 양육의 문제로 요약될 수 있다. 전자의 문제로서는 부모가 만성적으로 불화에 시달리거나 아버지나 드물게는 어머니가 알코올이나 다른 약물 중독인 경우, 부모나 이혼을 했거나 별거 혹은 사별한 경우 등이 열거되고 있고, 후자의 경우에는 지나친 간섭, 신체적, 언어적, 혹은 성적 학대, 과잉보호, 무관심 혹은 방기 등이 열거되고 있다. 부적절한 양육이 문제가 될 때, 부모 또한 성격적 취약성을 가지고 있는 것을 관찰할 수 있다. 그들은 자식과의 심리적인 독립이 발달하지 않아 자식을 마치 소유물처럼 취급하거나 자식이 자기의 기대에 맞지 않을 때 쉽게 좌절하여 분노하거나 우울해 한다. 이러한 부모에게 있어서 자식의 약물 사용의 문제는 심각한 심리적 타격이 된다(청소년 대화의광장, 1996, p. 77).

어떤 이유로 중독이 되었던 약물중독자들은 보통 성격구조가 취약하다. 앞에서 설명한 정체성 장애 혹은 성격장애를 지니고 있는 사람들은 다른 사람들에게 의존적이거나 아예 관계를 맺지 않는 일이 많고, 자존감이 낮으며, 분노의 조절이 되지 않는 경우가 흔하다. 유사한 일이지만 그들은 대체로 타인들의 평가에 대단히 민감하여 부정적인 평가를 받을 때 혹은 다른 일로 자기가 원하거나 기대하는 일이 좌절되었을 때 약물을 사용하여 심리적 고통을 견디는 경향이 있다.

미국의 경우 약물중독자들 중에는 18세 이상 24세 이하의 남자들이 제일 많다(Maxman.& Watd, 1995). 우리나라의 경우에 전반적인 약물 사용은 알 수 없지만 초등학교 6학년부터 고 3의 나이에 이르기까지 학생이든 아니든 청소년들의 약물사용의 정도는 심각한 것으로 알려져 있다(문화체육부, 1966). 우리나라는 술과 담배에 관한 한 청소년들에게 아주 불리한 환경이라고 할 수 있다. 상당히 많은 성인남자가 술과 담배에 중독되어 있다고 해도 지나친 말이 아닐 정도로 우리 사회에서 술과 담배는 생활 양식의 중요한 부분이 되어 있다. 여자들 중에 술과 담배를 사용하는 사람들도 상당수 되는 것으로 알려져 있다. 이런 상황에서 청소년들은 쉽게 술과 담배에 노출되고 중독될 수 있다. 가장 심각한 문제는 우리나라에서는 술과 담배가 대인관계의 가장 중요한 매개가 되어 왔다는 점이다. 청소년들은 이것을 모방하여 술과 담배로 성인의 표식을 함으로써 동료들에게 소속감과 우월감을 얻는다. 술과 담배는 그들에게 있어 유능함 혹은 성숙함의 표시가 되기도 한다는 점을 생각할 때, 술 담배는 약물이기 이전에 문화적인 문제이기도 함을 인식할 수 있다. 말하자면 청소년들의 술과 담배의 문제는 비행의 문제이기도 하지만 사회가 공인하는 생활양식이라는데 심각성이 더해진다. 따라서 이 문제를 해결하기 위해서는 상담적, 의학적 접근 방법에 더하여 문화의 변화 혹은 생활 양식의 변화가 요구된다고 생각된다.

약물중독의 심각성을 이해하기 위하여 “사용”, “남용”, 그리고 “의존” 등의 개념을 이해하는 것이 필요하다. DSM-IV에서는 약물사용이 문제가 되는 경우는 인지적, 행동적, 그리고 생리적 증상이 나타남에도 불구하고, 사용자가 그것을 통제할 능력이 없을 때임을 분명히 하고 있

다. 즉, 약물사용으로 사용자의 기능이 분명하게 영향을 받지 않는, 단지 기분이나 행동을 바꾸기 위한 단순한 사용은 약물 남용이라고 진단되지 않는다.

#### 약물중독과 관련된 용어의 정의

**취한 상태(intoxication):** 약물을 복용하는 동안 또는 복용한 직후에 나타나는 가역적인 각 약물 특유의 증상으로 지각, 각성, 수면, 주의, 판단, 정서, 운동기능에 장애를 준다. 취한 상태가 문제 즉, 장애가 되는 것은 약물 복용 당시나 직후에 임상적으로 중요한 부적응적 행동의 변화(예: 모든 사람과 싸우는 것, 도랑으로 차를 모는 것 등)나 심리적 변화(예: 옷다가 운다든지 혹은 식당에서 계산을 할 수가 없는 것)가 일어났을 때이다. 모든 약물은 복용 중이나 후에 특유의 증상을 야기시킨다.

**금단증상(withdrawal):** 약물을 만성적으로 사용하다가 갑자기 끊게 되었거나 아주 줄었을 때 나타나는 각 약물 특유의 증상으로 안절부절, 두려움, 불안, 화를 쉽게 낸, 불면증, 주의집중장애 등이 있다. 이것이 임상적으로 의미있는 고통이나 기능저하를 초래하면 장애가 된다. 그러나 모든 약물이 금단증상을 일으키지는 않는다.

**내성(tolerance):** 취함과 금단 증상에 포함되는 현상으로 같은 효과를 얻기 위해 약의 용량을 증가시키는 것, 혹은 같은 용량을 사용했을 때 효과가 현저하게 떨어지는 현상을 말하며, 이는 신체가 약에 적응한 결과이다. 일반적으로 어떤 약에 대한 내성이 클수록 금단증상은 더 심각하며, 취하기 위해서 더 많은 양이 필요하다.

**의존(dependence):** 의존과 다음의 남용은 약물사용의 결과를 설명하는 개념이다. 약물의존이란 약물을 계속적으로 그리고 비의학적인 목적으로 사용하여 사용자에게 해를 초래하거나 타인에게 해를 주는 행동을 야기할 때를 지칭하며, 심리적 그리고 신체적 의존 모두 혹은 그 중 한가지를 보일 수 있다. 심리적 의존은 약물을 강박적으로 사용하는 것, 계획한 것보다 더 오래 사용하는 것, 강렬한 갈망, 약물사용을 줄이는데 실패하는 것, 약물을 구입하는데 집착하는 것으로 나타나며, 이런 행동을 할 때에는 심리적, 직업적, 사회적, 의학적, 재정적인 결과를 고려할 수 없는 것이 특징이다. 한편, 신체적 혹은 생리적 의존은 신체적 금단 현상을 회피하기 위해 약물을 반복적으로 사용하는 것, 같은 효과를 얻기 위해 더 많은 용량을 사용하는 것으로 나타난다.

**남용(abuse):** 실제로 약물의존을 일으키지 않고 약물을 사용하여 심각한 손상이나 고통을 초래하는 것을 말한다. 남용으로 야기되는 문제로는 자동차 사고, 직장에서의 감봉 혹은 강등 또는 해고, 이혼, 자녀 양육권 상실, 체포, 친구의 상실 등이 있다. 약물을 남용하는 사람들은 보통 약물사용의 문제를 심각하게 받아들이지 않는다. 그들은 흔히 다음과 같이 말한다. “몇번 음주단속에 걸린 적은 있어요. 술을 먹고 싸워서 몇 바늘 꿰매느라 응급실에도 몇 번 갔지요. 그리고 구치소에서 하룻밤을 보내기도 했구요. 그러나 나는 알코올 중독자는 아닙니다. 나는 언제나 내가 원하는 때에 술을 끊을 수 있습니다. 그리고 나는 단 한 번도 금단증상을 시험해 보지 않았습니니다.”

## 3.2 흔히 사용되는 약물의 종류

청소년들이 흔히 사용하는 약물의 종류와 각 약물의 특징은 청소년 대화의광장(1996)에서 이미 출간한 “청소년 약물상담”에 상세하게 소개되어 있기 때문에 여기서는 술, 담배, 마리화나 세 가지만 간단히 소개한다. 나머지는 “청소년 약물상담”이나 다른 자료를 참조하기 바란다.

### 3.2.1 알콜 중독

알콜 중독자들은 매일 술을 마실 필요를 느낀다. 완전히 술을 끊거나 특정 시간 동안만 술을 마시려고 반복적으로 노력했음에도 불구하고 술을 끊을 수 없다. 알콜 중독이 심해지면 지남력을 잃어버린다. 정상적인 사회생활을 할 수 없게 되고 술을 끊으려고 할 때 심한 금단 증상을 경험하게 된다.

### 3.2.2 니코틴 흡연

어떤 사람들에게는 흡연은 긴장을 푸는데 수반되는 필수적이고 유쾌한 활동이다. 또, 어떤 사람들에게는 흡연이 성취지향적인 사회에서 도전적인 상황에 대처하는 데 필요한 보조 수단이다. 장기적으로 담배를 피우는 경우에는 폐암, 기종, 후두암 및 식도암, 그리고 많은 심장혈관

계통의 질병들이 유발되거나 악화된다.

흡연하는 사람들의 대부분은 **흡연**이 자신의 건강에 해롭다는 것을 잘 알고 있다. 그럼에도 불구하고 자살행동이라고 간주될 수 있을 행위를 계속한다. 최근 10대 청소년들 사이에서 흡연이 급증하고 있다. 점차로 더 어린 나이에 흡연을 시작하고 있다는 사실은 문제의 심각성을 더해준다.

### 3.2.3 마리화나

마리화나를 피울 때는 시간 감각이 왜곡된다. 10분이 마치 한 시간인 것처럼 느껴지기도 하고 반대로 긴 시간이 아주 짧게 느껴지기도 한다. 흡연하는 사람은 기분이 들떠 있는 상태를 경험하는 동시에 자신의 상태를 바라보는 관찰자의 역할을 할 수도 있다.

외부 자극에 대한 감수성이 높아진다. 색감이 더욱 밝고, 풍부하게 느껴지고, 전에는 느끼지 못했던 감정들에 대한 가치를 느끼고 또한 음악에 대한 감상력이 높아지기도 한다.

## 3.3 DSM-IV에 포함되어 있는 약물관련 장애

### 3.3.1 약물의존

DSM-IV에서는 약물의 병적 사용을 두 가지 범주 즉, **약물의존**과 **약물남용**으로 나누고 있다. 어떤 약물을 사용하든 12개월 이내에 다음의 7가지 증상 중 적어도 3가지 이상이 관찰되면 **의존**으로 진단한다.

1) 내성, 다음의 둘 중 하나 이상으로 규정된다.

① 취한 상태나 바라는 효과를 얻기 위하여 약물의 양을 현저하게 증가시킬 필요성

② 약물을 같은 양을 계속 사용했을 때 효과가 현저하게 줄어드는 것

2) 금단증상, 다음의 둘 중 하나 이상으로 나타난다.

① 해당 약물에 특징적인 금단증상(각 약물로부터의 금단증상의 기준 A와 B를 참조하라)

제 6장  
성인기 문제의  
조기 발견

- ② 금단증상을 감소시키거나 회피하기 위하여 같거나(혹은 아주 관련있는 약물을 복용함
- 3) 그 사람이 의도한 것보다 더 많은 용량 혹은 더 오랫동안 약물을 복용한다.
- 4) 지속적인 욕구가 있거나 약물을 줄이거나 통제하는데 한 번 이상 실패한 일이 있다.
- 5) 약물을 얻는데, 사용하는데(예, 줄담배), 또는 약물의 효과로부터 회복되는데 아주 많은 시간을 소비한다(예: 여러 의사를 방문하거나 장거리 운전을 한다).
- 6) 약물사용으로 중요한 사회적, 직업적, 오락 활동이 포기되거나 줄어들는다.
- 7) 약물 때문에 계속적 혹은 반복적으로 사회적, 심리적, 혹은 신체적 문제가 야기되었거나 악화되어 왔다는 것을 알고 있음에도 불구하고 약물사용이 지속된다(예: 코케인 때문에 생기는 우울증을 알면서 현재 코케인을 계속 사용하는 것, 혹은 술 때문에 위궤양이 더욱 악화되었다는 것을 알면서 계속 술을 마시는 것)(American Psychiatric Association, 1994, p. 180).

3.3.2 약물남용

- 1) 약물을 사용하는 부적응적 패턴 때문에 임상적으로 의미있는 손상이나 고통을 야기시킨다. 12개월 이내에 다음 증상 중 한가지 이상이 나타난다.
  - ① 반복적인 약물사용으로 직장에서, 학교에서, 혹은 집에서 중요한 역할의무를 다하지 못한다(예, 반복되는 결석, 정학, 퇴학, 자녀 양육이나 가사를 소홀히 함)
  - ② 육체적으로 위험한 상황에서 반복되는 약물사용(예, 약물사용으로 기능이 손상된 때에 자동차를 운전하거나 기계를 조작함)
  - ③ 약물과 관련되어 법률적인 문제를 반복적으로 일으킴(약물과 관련된 범법 행위로 체포되는 일이 여러번 있음)

- 
- ④ 지속적이거나 반복적으로 사회적 혹은 대인관계 상의 문제가 일어나거나 악화됨에도 약물을 계속적으로 사용함(예: 중독에 대하여 배우자와 다투거나 육체적으로 싸우는 것).

### 3. 약물 관련 장애

- 2) 증상들이 약물의존의 진단기준을 만족시키지 않을 것

## 3.4 청소년 약물중독

### 3.4.1 개요

우리나라 청소년들의 약물사용은 꾸준히 증가하는 추세에 있다(청소년대화의광장, 1996). 약물사용은 전형적으로 청소년기에서 시작된다. 미국의 경우에는 약 300만 명의 청소년들이 문제가 될 정도로 술을 마시며, 그중 약 40만 명 정도는 치료가 필요한 상태로 추정되고 있다. 약물중독의 위험성이 가장 큰 때는 18세와 22세 사이에 가장 크다. 코케인을 제외한 약물사용은 25세를 고비로 줄어든다. 그 이유는 결혼과 직장생활이 주는 성인으로서의 책임감과 의무감이 발달하기 때문이다. 15세 이전에 약물을 시작한 사람들은 만성적으로 중독에 시달리는 경향이 있다. 그리고 청소년들은 발달적 특징 때문에 청소년들의 약물중독을 치료하기 위해서는 성인 약물중독자와는 다른 독특한 치료 방법이 요구된다. 다음에서 먼저 청소년들의 약물중독이 어떻게 발달하는지를 살펴본다. 그리고는 이 문제에 대한 이론적 설명을 소개해 볼 것이다. 마지막으로 청소년 약물중독자들을 치료하는 방법에 대하여 알아볼 것이다.

### 3.4.2 청소년 약물중독의 발달 과정

청소년들의 약물중독은 일정한 과정을 거치며 발달한다. 처음에는 실험적 혹은 오락적인 목적으로 술이나 담배를 태우는 것이 보통이다. 그런 청소년들 중에서 심한 경우는 마리화나나 코케인이나 크랙의 사용으로 옮겨감으로써 약물의 종류를 다양화하거나 중독의 정도를 심화시

킨다. 대체로 마리화나를 사용하기 이전에는 불법마약을 사용하는 일이 흔하지는 않다. 일단 코케인을 사용하기 시작한 청소년들은 아편이나 환각제를 사용으로 약물사용의 문제가 심화되는 일이 흔하다.

실험이나 오락을 목적으로 약물을 사용하는 동안에는 약물은 행복감이나 쾌락을 추구하며, 약물사용을 나쁘게 생각하지 않는 경향이 있다. 그러나 점점 규칙적으로 약물을 사용하게 됨에 따라 내성과 갈망이 증가되어 약물을 매일 사용하게 된다. 이 단계에서는 여러 가지 약물을 함께 사용하는 일이 흔하다. 그런 가운데 생활의 기능은 점점 저하되고, 약물을 사용하는 이유도 변하게 된다. 이전처럼 쾌락을 위해서 약물을 사용하는 대신에 이제는 불쾌한 금단증상을 피하게 위하여 사용하게 된다. 약물을 규칙적으로 사용하는 단계에서는 심리적 뿐만 아니라 신체적인 의존증상이 생기게 된다. 이 단계에서 약물을 끊으면 금단증상이 생기게 된다. 그러나 여기서 주의할 것은 당연한 말이지만 약물을 사용하기 시작한 모든 청소년들이 이상의 약물중독 순서대로 중독되어 가는 것이 아니란 점이다. 실제 술을 마시거나 다른 약물을 사용하는 사람들의 대부분이 강박적으로 약물을 사용해야 할 정도로 중독이 되지 않으며, 통제력을 잃어버리지 않는다.

### 3.4.3 약물중독의 위험요인

위험요인은 다섯 가지의 범주로 구분될 수 있다; 1) 인지와 태도, 2) 성격, 3) 생물학적 혹은 유전적, 4) 행동적, 5) 사회환경적 요인

#### 1) 인지, 태도의 요인

약물을 사용하는 청소년들은 약물사용의 부정적 결과에 대해서 잘 알지 못하는 편이며, 약물에 대한 태도에서도 사용하지 않는 청소년들에 비해 덜 부정적이다. 여기에 더하여 그들은 약물의 사용이 정상적이며, 대부분의 사람들이 하는 행동이라고 믿는 경향이 있다.

## 2) 성격의 문제

약물문제를 이해하거나 다룰 때 성격문제는 종종 간과되거나 소홀히 취급되는 경향이 있다. 그러나 약물사용이 고통으로부터 회피동기에서 시작한다는 점을 생각할 때 약물중독자가 환경적 자극을 해석하고 느끼는 방식과의 관련을 고려하지 않는다는 것은 오히려 이상한 일이라고 해야 할 것이다.

약물 사용자의 성격특성은 낮은 자기 주장성, 낮은 자기효능감, 낮은 자기자신감, 낮은 사회적 자신감, 그리고 외적 통제 경향과 관련되어 왔다. 그밖에 약물중독자는 불안경향이나 강박적 경향이 높은 편이며, 반항적이고, 성급하게 어른이 되려고 하며, 사회적 인정 욕구가 강하다. 그리고 그들은 쉽게 불만스러워하며, 염세적이고 사회적 가치를 외면하거나 부정하는 경향이 있다.

이렇게 관찰되는 약물중독자의 여러 가지 성격적 특징에도 불구하고 약물중독자의 성격은 워낙 다양하여 약물중독자에 대한 일정한 성격적 패턴이 있는 것은 아니다. 약물중독자를 정신병리와 연관을 짓는 일이 흔하지만 반드시 그런 것은 아니다. 성인의 경우에는 약물중독자가 정신병리를 가지고 있는 경우가 많지만 청소년의 경우에는 약물사용이 평소 그 청소년의 사회생활에서 얼마나 유리된 현상인가에 달려 있다. 좀 더 구체적으로 말하면 미국의 경우 약물 사용자 5명중 1명 꼴로 정신병리를 가지고 있다. 특히 15세 전에 약물을 사용하기 시작한 청소년은 정신병리를 발달시킬 가능성이 크다.

## 3) 행동적/사회적/환경적 문제

약물사용과 반사회적 행동, 낮은 학업성취와는 상관이 있다. 청소년의 약물사용은 가족과 친구의 행동이나 태도와 같은 사회적 영향으로 예언되는 일이 가장 많다. 가령, 부모의 양육행동, 부모의 약물사용, 약물에 대한 수용적 태도, 그리고 부모와 청소년 자녀의 관계 등이 강력한 예언 변인이다. 우리나라에서는 친구의 영향 그리고 부모와 청소년과의 관계가 가장 중요한 예언 변인이 아닌가 생각된다. 동서양을 막론하고 친구의 영향은 가장 강력한데, 특히 약물을 처음 사용하는 일은

친구의 영향을 가장 많이 받는다. 환경에서 생각해 볼 수 있는 위험요인으로는 낮은 사회경제적 지위 혹은 결핍이 자주 보고된다.

성인이 되어 약물사용을 중지하게 되는 요인들을 살펴보면 청소년의 약물사용과 부정적인 관계를 가지고 있는 변인들과 같다는 것이 흥미로운 일이다. 구체적으로 보면, 낮은 수준의 일탈, 약물사용에 대한 보다 부정적인 태도, 약물을 사용하는 친구들의 숫자가 적은 것 등을 들 수 있다. 일반적으로 말해 심리적인 목적보다는 사회적인 목적으로 약물을 사용한 경우에 약물사용을 포기할 수 있는 가능성이 높다.

#### 4) 생물학적/유전적 요인

아직도 약물사용을 시작하고 계속하는데 **유전적 요인**과 **생물학적 요인**이 미치는 영향에 대해 별로 알려진 것이 없다. 그러나 이 요인들이 대단히 중요한 결정인자라는 추측은 할 수 있다. 예로 약물중독자의 자녀들이 불법적 약물을 사용할 가능성이 약물을 사용하지 않는 부모들의 자녀보다 훨씬 높다. 쌍둥이와 입양아 연구보고서들은 알코올 사용과 남용이 적어도 어느 정도는 유전적임을 보여준다. 일란성 쌍둥이를 다른 장소에서 키웠을 때도 유사한 유전가능성이 보고되었다. 그러나 유전적 경향이란 항상 환경적 요인들과 상호작용을 하기 때문에 유전자가 약물사용과 남용에 대한 취약성을 결정한다는 정도로 이해해야 한다.

중독이란 면에서는 청소년이나 성인이 다를 바가 없다. 즉, 그들은 모두 약물을 강박적으로 사용하고, 통제력을 상실했으며, 부정적인 결과에도 불구하고 약물을 계속 사용한다. 그러나 청소년 약물중독자와 성인 약물중독자간에는 중요한 차이점이 있다. 청소년들은 자기들의 삶에 대한 통제력이 부족하고 아직 뚜렷한 정체감을 확립하지 못한 사람들이다. 따라서 그들은 자기가 문제를 가지고 있다는 것을 인식하지 못하는 경우가 많다. 그 증거로서 청소년들은 스스로 도움을 청하는 일이 드물고 부모나 학교, 혹은 법원을 통해 치료를 받게 되는 것이 보통이다. 성인들이 문제를 가지기 전에 어느 정도 독립적인 기능을 하게 되는 것과는 반대로 청소년들은 약물중독의 결과로 또래보다도 발달이

뒤지게 된다. 상담이나 의학적 치료를 받을 때쯤에 그들은 또래들 보다 많이 뒤쳐져 있다. 이런 이유로 청소년들을 치료할 때 재활을 생각한다는 것은 불합리한 일이다. 즉, 그들은 약물중독 이전의 기능이 따로 없어 회복할 것도 없다. 그러므로 그들을 치료함에 있어서 기준은 정상적인 발달을 촉진시키는 것이다.

#### 3.4.4 이론적 이해

##### 1) 사회학습이론

개인이 상위 수준의 역할 모델이 하는 행동을 관찰하는 과정을 통하여 행동을 학습한다는 이론이다. 청소년들의 역할 모델에는 부모, 형제, 또래, 선배, 대중매체의 인물들이 포함되고, 동료와 선배는 특히 높은 수준의 역할 모델이다. 물질 사용에 관련된 기대감은 학습된 것이며 실제 경험보다도 더 강력하다. 이런 기대는 부모의 영향으로 형성되는 일이 가장 흔하다. 부모가 술을 습관적으로 마시는 것은 청소년의 음주에 영향을 미친다. 그들은 술을 마시는 것이 사회생활을 수월하게 한다는 믿음을 쉽게 가지는 경향이 있다. 대중매체도 이런 면에서 강력한 영향을 미친다. 청소년들은 성인사회에 자기들을 맞추려고 대단한 노력을 하기 때문에 그들은 쉽게 술과 담배 광고의 표적이 된다. 말하자면, 광고를 통하여 청소년들은 술이나 담배를 사용하는 것과 행복하고, 섹시하고, 멋있으며, 남자답다는 것을 쉽게 연관시킨다.

##### 2) 문제행동이론

문제 행동이란 집단이나 사회적으로 규정되고 집단이나 문화에 의하여 문제로 인지되는 행동들을 말한다. 예를 들어 음주는 우리 성인사회에서는 수용되는 행동이지만 아동이나 청소년 사이에서는 인정되지 않는다. 청소년들의 문제 행동에는 흡연, 음주, 다른 약물의 사용, 조속한 성적 행동과 임신, 비행, 그리고 폭력이 주류를 이룬다.

문제 행동 이론에 의하면 약물중독이란 청소년들에게 기능적인 것이고 심지어는 개인적인 목표를 달성하는데 도움이 되기도 한다. 예를 들어

약물을 사용함으로써 또래집단과의 제휴가 가능해지고, 또한 또래에 의한 수용되기도 한다. 다른 예로서 약물은 불안을 회피하기 위한 수단으로도 사용되며, 실패나 절망감, 혹은 지루함을 극복하는 수단으로서 사용되기도 한다. 청소년들은 성에 집착되어 있고, 성에 대하여 불안해하는 일이 많다. 그래서 술이나 다른 약물이 성에 대한 불안을 극복하게 해주고 성적 경험을 고양시켜 주기도 한다. 또 청소년들은 성인들의 행동인 술을 마시거나 담배를 피우면서 혹은 다른 약물을 사용하면서 자기들이 어른인 것처럼 느끼기도 한다.

청소년들이 만약 미래의 자기 삶이 유망하다면 보다 건강한 삶을 사는 경향이 있고, 자기의 미래가 제한되어 있다고 느끼는 청소년들은 약물을 사용할 위험성이 높다.

### 3.5.5 청소년 약물문제의 치료

일반적으로 치료를 받으러 오는 청소년들의 약물중독은 심각한 상태이고 술이나 약물을 매일 사용하는 정도인 것이 보통이다. 이 청소년들은 대개 많은 부정적인 일들을 경험하였고 학교나 가정에서도 제구실을 제대로 못하는 사람들이다. 이제 청소년들은 60년대나 70년대의 청소년들보다 더 어린 나이에 약물을 시작하고 있다. 현재 청소년 중독자들을 위해서 어느 때보다 다양한 치료방법들이 개발되어 있다. 청소년 약물중독의 치료법은 대략 6가지로 나눌 수 있다 이하에서는 해독(detoxification), 메타돈 유지법, 입원치료, 치료공동체, 외래치료, 자기보조법의 6가지 치료법의 각각에 대하여 소개하겠다. 해독과 메타돈 유지법은 생물학적 방법이고 치료공동체와 외래 치료는 약물남용에 포함된 대인관계와 개인적 요인을 다루는 방법들이다. 치료의 일반적 원칙은 약물중독 문제부터 먼저 다루고 그 다음 정신병리를 다루는 것이다.

#### 1) 해독

약물을 해독하는 목적은 약물남용을 중단시키고 의학적 지지와 감독을 통해 약물남용으로부터 심리적, 사회적으로 안전하게 철수시키기 위한 것이다. 현재 해독은 장기 상담, 지지, 집단치료를 포함한 보다 포괄

---

적인 치료접근 중에서 유용한 첫 단계로 인식되고 있다.

### 3. 약물 관련 장애

#### 2) 메타돈 유지법

남용되는 약물인 아편을 같은 종류의 아편인 메타돈으로 대치함으로써 적절한 용량으로 도취감을 감소시키지 않으면서 다른 아편의 사용을 예방하는 방법이다. 메타돈은 24시간에서 36시간 동안 지속되며 약물중독자가 안정된 삶을 살고 불법 약물을 구하는 짐에서 벗어나게 한다.

#### 3) 치료 공동체

서로 돕고 자립하는 철학에 기초한 치료법으로 치료된 약물중독자들에 의하여 프로그램이 진행되는 것이 보통이다. 이는 전문가들이 물질남용자를 도울 수 있다 하더라도 같은 경험을 지니고 있었던 사람이 진행할 때 저항이 최소화되기 때문이다. 이 접근법은 반사회적이거나 비행청소년 집단에 유용하다. 왜냐하면 청소년기는 발달단계상 또래에 의해 크게 좌우되는 시기이기 때문에 동료들로 구성된 치료환경이 가장 효과적일 수 있기 때문이다.

#### 4) 외래환자 프로그램

약물중독 청소년 10명중 8명은 외래치료를 받는다. 이것들은 다음의 네 가지 범주로 나뉘어진다.

- ▶ 약물사용을 줄이기 위한 약물남용 상담
- ▶ 치료공동체나 지역사회 거주 프로그램을 거친 후의 효과 유지 혹은 재생 프로그램
- ▶ 구조화된 낮 병원
- ▶ 가족치료

청소년 약물중독자들이 외래 프로그램에 참여하기 위해서는 심각한 의학적 혹은 정신과적 문제가 없어야 하고, 치료 참가에 대한 동기가 높고 협조적이어야 한다. 그들은 참가하기 이전에 약물검사에 응해야

하고, 가족이 함께 참여할 수 있어야 한다. 외래 프로그램은 여러 가지 치료법을 제공한다. 행동치료, 최면, 바이오피이드백, 그리고 전화상담, 응급실, 의뢰 서비스 등의 위기 개입 프로그램이 제공된다.

### 5) 자조집단

자조집단의 원형은 익명의 알코올 중독자 집단(Alcoholics Anonymous; AA)이며, 치료공동체, 입원, 외래환자 프로그램을 포함한 많은 약물 프로그램이 AA의 12단계 프로그램에 기초하고 있다. 그러나 많은 약물중독 프로그램이 청소년들에게는 적합하지 않다. 자조집단은 개인의 자발적인 참여를 필요로 하는데 반해 청소년들은 대체로 자발적이지 않다. 또한 지금-여기라는 시간적 경향 때문에 청소년들은 자기들의 약물 중독이 장기적이고 만성적인 문제임을 깨닫기가 어렵다. 이 방법이 청소년에게 적용되기 위해서는 청소년들에게 적합한 형태로 수정되어야 한다.

### 6) 입원환자 프로그램

입원환자 프로그램은 의사, 약물상담자, 심리학자 등으로 구성된 팀에 의해 운영되며, 비용이 많이 들고, 고도로 구조화된 치료를 제공한다. 입원치료라고 해도 약물치료에만 국한되어 있지는 않다. 여러 가지 교육적 프로그램이나 가족치료, 개인, 집단상담 등이 제공된다.

### 3.5.6. 재발

약물남용은 대체로 만성적인 문제이다. 화학적으로 약물에 의존된 사람들은 약물을 다시 사용하기가 쉽다. 성인의 경우에는 부정적인 금단 증상 때문에 재발하는 경향이 있는 반면, 청소년들은 또래의 압력으로 재발하는 경우가 빈번하다. 특히 청소년들은 약물의 사용이 사회적 상호작용을 돕는다고 생각하는 일이 많아 치료하기가 힘들다.

## 〈연습문제〉

1. 성격장애를 대상관계이론으로 설명해보시오.

---

2. 각 성격장애의 인지적 특징을 서술하시오.

### 3. 약물 관련 장애

3. 경계선 성격장애자와 회피적 성격장애자, 히스테리성 성격장애자가 상담과정에서 상담자에게 보일 수 있는 행동을 비교 설명하시오.

4. 약물중독의 발달과정을 설명하시오.

5. 약물중독의 위험요인을 인지/태도, 성격, 사회적/환경적 요인으로 구분하여 설명하시오.

6. 약물중독을 사회학습이론과 문제 행동이론으로 설명하시오.



## 제 Ⅲ 부

# 청소년기 이상행동의 유형

제 III 부는 청소년의 이상행동을 청소년기에 두드러지게 드러나는 여러 가지 증상들을 중심으로 알아보았다. 제 7 장에서는 청소년의 성문제를 일반적 성문제 유형과 비교하여 알아보고, 청소년 성문제의 원인을 논의한 후 청소년 성문제에 대한 대처방안을 소개하였다. 제 8 장에서는 청소년 폭력의 원인과 의미를 살펴보고, 폭력 청소년을 상담하는 방법을 논의하였다. 제 9 장에서는 청소년기에 심화되는 부모-자녀관계의 문제를 부모-자녀 갈등의 유형, 부모-자녀 갈등의 발생과정과 특징, 부모-자녀 갈등의 원인, 그리고 부모-자녀 갈등과 청소년 가출과의 관련성 등의 측면에서 논의하였다. 제 10 장에서는 청소년 전자오락의 문제를 전자오락 중독증에 빠진 청소년의 특성과 전자오락 중독증의 원인, 그리고 청소년 전자오락에 대한 예방 및 대처방안을 중심으로 논의하였다. 제 11 장에서는 청소년 자살에 대한 이해를 넓히고 대처방안을 수립하기 위해 청소년 자살의 원인을 청소년기에 나타나는 다양한 문제들과 관련지어 알아보고, 청소년 자살 가능성을 측정하는 다양한 측정 도구를 소개하며, 자살 가능성이 있는 청소년들에 대한 치료적 개입방법들을 논의하였다. 제 12 장에서는 청소년 약물남용의 증상과 약물남용의 경로, 진단 및 평가방법을 알아본 후 청소년 약물남용에 대한 대처방안들을 소개하였다.

## 청소년의 성문제

1. 일반적 성문제 유형
2. 청소년 성문제 유형
3. 청소년 성문제의 원인과 대처



이상행동에서 어느 것도 단순하거나 명쾌하게 말할 수 있는 것은 없다. 그 중에서도 성과 관련된 문제는 이상과 정상을 구분하기 어렵고, 청소년들의 성문제는 이것이 성문제인지 아닌지조차 구분하기 어렵다. 내담자나 환자가 호소한 성적 문제는 그가 살고 있는 시대와 지역의 문화에 따라 때로는 정상으로 때로는 비정상으로 낙인되고, 당사자는 어려움에서 벗어나기도 하고 갇혀있기도 한다. 또한 성이라는 것이 매우 당연하고 자연스러운 것이지만, 은밀하게 치부되는 것이기에 성적 어려움은 과장되거나 다른 삶의 문제가 성적 문제로 표현되기도 한다. 그러나 대개는 있는 어려움도 은폐 또는 무시되는 영역이다.

특히 청소년의 성문제는 위에서 지적한 것처럼 과장되거나 치환되거나 은폐될 가능성이 크다. 청소년에게 있어서 어느 것도 안정된 것은 없다. 오히려 그러한 불안정성을 어른들은 과정이라느니 기회라느니 하면서 더욱 큰 요구와 간섭을 청소년들에게 한다. 그러나 정작 청소년 자신은 혼란과 두려움을 경험한다. 청소년을 이해하고자 할 때, 우선 소개되는 영역이 2차 성징의 변화이다. 눈이나 입, 소화기관들은 갓난아기 때의 기능과 청소년기의 기능이 동일하다. 그러나 성기관들은 그 전에 발휘하지 않던 기능과 현상을 새롭게 시작하기 때문에 적응을 요구한다. 성기능과 성역할 적응에 연유한 스트레스와 다른 기능 변화에 대한 적응 스트레스가 겹쳐서 청소년들은 누구 하나 예외 없이 성적 어려움을 가지고 있다고 하겠다. 여기에서는 청소년들이 호소하는 성과 관련된 문제의 유형들을 살펴보고, 문제 발생과정을 비롯한 여러 가지 특징과 그에 대한 이해 및 상담 접근을 다루겠다.

## 1. 일반적 성문제 유형

어떤 목적을 가지고 있든, 대상이 청소년이든 아동이든 성인이든 상관없이 익명성이 가장 큰 장점인 전화상담을 통해서 가장 많이 의뢰되는 문제는 성과 관련된 문제들이다. 때로는 성문제 상담은 장난전화로

처리되기도 하고, 기괴한 장난전화 자체가 문제로 평가되기도 한다. 호소내용들을 보면 단순한 성지식을 묻는 문제에서부터 자위문제, 근친상간이나 반복적 성폭행의 문제, 상담자의 목소리를 이용한 성희롱 등 다양하다.

DSM-IV에서는 크게 **성장애**(sexual disorder)와 **성기능장애**(sexual dysfunctions)로 분류한다.

## 1.1 성장애

성장애에는 **성정체감장애**(gender identity disorder)와 **성도착증**(paraphilias)이 포함된다.

### 1.1.1 성정체감 장애 - 성전환증

**성정체감**이란 자신이 어느 쪽 성에 속해 있는가를 알고 그것에 알맞다고 합의된 행동을 할 수 있는 것을 말하는 것으로, **성정체감 장애**는 자기가 타고난 생물학적 성에 대해 불쾌감과 부적절감을 느껴서 반대되는 성과 관련된 행동을 할 때 진단된다. 전형적인 **성정체감 장애**에는 **성전환증**이 포함된다.

성전환증은 비교적 성장 초기에서부터 나타난다. 현재의 성으로 살아가는 것을 혐오하며 그대로 살아가는 것에 대해 절망감이나 우울감을 경험하고 경우에 따라서는 자살을 시도하기도 한다. 상당수의 성전환증 환자들은 사춘기에 접어들면서 이성의 옷차림으로 자신의 생물학적인 성정체를 은폐하려는 시도를 하게 된다. 나중에 설명하게 될 **의상도착증**은 이성의 옷을 입어서 성적인 흥분을 추구하지만 이들은 단지 자신이 원하는 성의 정체감을 유지하기 위해서 이성의 옷을 입는다.

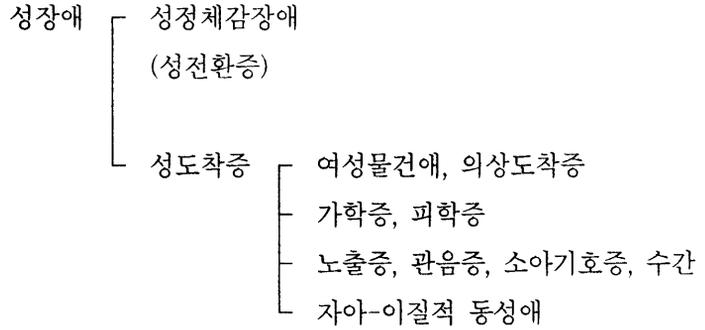
남자 성전환증 환자들은 대부분 사춘기 이전에 주로 여자들과 놀고 여자처럼 행동하며 인형을 가지고 놀기를 좋아하고 뜨개질을 하거나 설거지를 돕는 행동을 선호한다. 사춘기가 되면 거의 완벽하게 여자처럼 행동하며 사회에서도 자신을 여자로 취급해 주기를 원한다.

### 1.1.2 성도착증

성도착증은 변태성욕이라고도 한다. 성적 흥분을 경험하기 위해 유별나고 괴이한 상상과 행동을 하는 경우를 말한다. 이러한 상상과 행동은 환자의 의도와는 관계없이 계속해서 되풀이되는 경향이 있다. 변태적 성행동은 네 가지 유형으로 구분된다. 하나는 비인간 대상에 대해 성적 흥분이 일어나거나 선호하는 것으로 여성물건애(fetishism)나 의상도착증(transvestism)이 이에 포함된다. 두번째는 괴로움과 굴욕감이 있어야 성적 흥분을 경험하거나 선호하는 것으로 가학증(sadism)과 피학증(masochism)이 포함된다. 다음으로 자신의 성기나 자위하는 것을 낯선 사람이나 누군가에게 보일 때 성적 흥분을 경험하는 노출증(exhibitionism), 여자들이 벗고 있는 모습이나 성행위하는 것을 들여다보는 것에 집착하는 관음증(voyeurism), 성행위를 스스로 원하거나 거부할 수 있는 능력이 없는 어린아이들을 대상으로 성적으로 흥분하는 소아기호증(pedophilia), 동물을 대상으로 성행동을 하는 수간(zoophilia) 등이 하나의 유형으로 묶인다.

마지막 한가지 유형은 동성애(homosexuality)로, 몇 년 전까지만 하더라도 동성애가 성도착증에 속하였으나 이제는 더 이상 장애로 분류되지 않는다. 다만 자아-이질적(ego-dystonic) 동성애만이 치료자에게 관심의 대상이 된다. 자아-이질적 동성애란 이성간의 관계를 원하지만 어쩔 수 없이 동성애를 하게 되거나 동성애 때문에 주관적인 괴로움을 경험하는 경우를 일컫는다. 즉 자신의 의지와는 상반되게 동성애에 집착하는 것이다. 이들은 우울증이나 불안감, 수치심과 죄책감을 호소하며 소외된 생활을 하기도 한다. 이들은 애정관계에 문제를 보이며 동성애에 끌리는 것을 수치스러워 하지만 이성을 대하면 성적으로 흥분하지 않기 때문에 고통스러워한다. 반면 자아-동질적(ego-syntonic) 동성애자는 동성애 때문에 괴로움을 겪거나 그것을 바꾸려는 의지가 없다. 이들은 자신의 성행동에 만족하고 있으며 사랑과 일을 효과적으로 수행하고 있다.

<성장애 분류>



## 1.2 성기능 장애

성기능이 정상적으로 발휘되기 위해서는 성적인 욕구가 있어야 하고 이에 따른 성적인 흥분과 극치감을 경험할 수 있어야 한다. 이 세 가지 중 어느 하나에 장애가 있을 때 **성기능 장애**가 생긴다. 또한 세 가지 기능에는 문제가 없으나 성교와 관련하여 지속적인 성기의 통증을 경험하는 **성교통증**도 이에 포함된다.

### 1.2.1 성욕구 장애

**성욕구 장애**에는 **성욕 감퇴 장애**(hypoactive sexual desire disorder)와 **성적 혐오장애**(sexual aversion disorder)가 있다.

성욕감퇴장애는 성적인 공상을 하지 않거나 성적 욕망이 부족하거나 전혀 없는 경우로, 성적 욕구가 생길 수 있는 적절한 상황인데도 성적 욕구가 일어나지 않는 것을 말한다. 아직 분명하게 알려진 것은 아니나 종교적 신념, 마음에 없는 사람과의 성교 시도, 통제 상실의 두려움이나 임신의 두려움, 그리고 강간이나 어릴 때 성적으로 학대받은 경험이 있는 사람들에게서 나타난다.

성적 혐오장애는 지속적으로 이성과의 성기 접촉을 혐오하고 적극적으로 회피한다. 이들은 성행위에 직면하여 불안, 두려움, 혐오감을 나타

낸다. 경우에 따라서는 모든 성적 자극을 혐오하는 반응을 하여 대인관계에 어려움을 보이기도 한다.

### 1.2.2 성흥분 장애

성흥분 장애에는 성교 불능증(male erectile disorder)과 불감증(female sexual arousal disorder)이 포함된다.

불감증은 주로 여성에게 나타나는 것으로 성교나 성적 자극에 흥미를 느끼지 못하여, 성적 흥분 시에 나타나는 생리적 반응이 동반되지 않는 것을 말한다. 따라서 성행위과정에서 방관자가 되어, 자신에게 성적 문제가 있음을 알고 상대가 어떻게 생각할까 걱정한다. 주로 여성에게 나타나며 부부관계의 갈등으로 비약되기도 한다.

성교불감증은 남자의 발기장애를 이르는 말로서, 성적인 욕구는 있으나 발기가 되지 않거나 성행위가 끝날 때까지 발기를 만족스럽게 유지할 수 없는 경우이다. 이런 문제를 가진 남자들은 어느 문화권에서건 굴욕감과 좌절감을 경험한다. 가치감을 상실하게 되고 삶의 의욕을 잃어 우울증에 빠지기도 한다.

### 1.2.3 절정감 장애

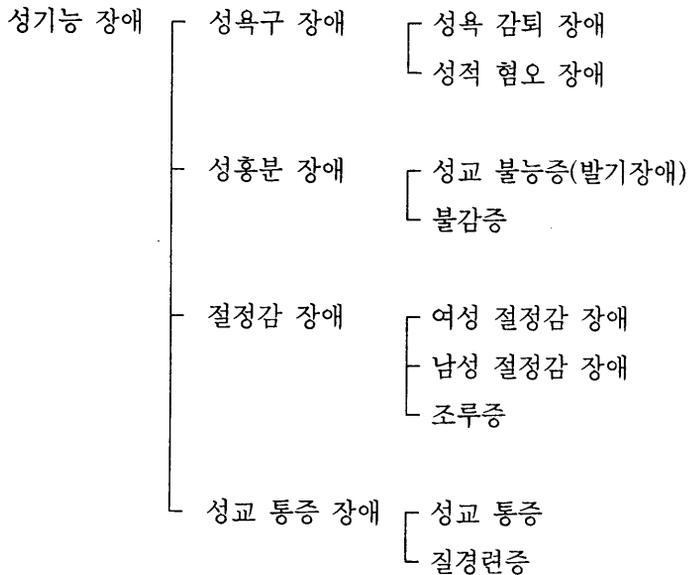
성절정감 장애에는 여성 절정감 장애(female orgasmic disorder), 남성 절정감 장애 그리고 조루증(premature ejaculation)이 포함된다.

여성 절정감 장애는 충분한 성적 자극과 흥분이 있는데도 절정감을 경험하지 못하는 것으로, 많은 경우 성교시 쾌감은 경험한다. 남성 절정감 장애(delayed ejaculation)는 극치감이 동반되는 사정이 지연되는 경우를 말한다. 조루증(premature ejaculation)은 성적인 자극을 받아들임경을 질에 삽입하자마자 사정하기 때문에 극치감을 경험할 때까지 발기상태를 유지하지 못하는 것이 반복적으로 일어나는 것을 말한다. 남성들의 성문제에 흔한 것으로 불안과 관련되어 있다고 본다.

### 1.2.4 성교 통증 장애(sexual pain disorder)

이에는 남녀 모두에서 성교 직전, 중, 후에 지속적으로 성기에 통증을 느끼는 성교 통증과 정상적인 질임에도 불구하고 남자 성기가 삽입되었을 때 질 입구가 굳게 닫혀 성교가 불가능한 질경련증이 포함된다.

#### <성기능 장애의 분류>



특히 성기능 장애는 일차적 장애와 이차적 장애로 나누어 볼 수 있는데, 일차적 장애는 처음부터 기능에 문제가 있었기 때문에 정상적 성기능을 경험해 본 적이 없는 경우를 말한다. 한편 이차적 장애는 처음에는 문제가 없었으나 어느 때부터인지 관련된 성기능이 제대로 되지 않는 경우를 말한다. 일차적 장애는 호르몬 이상이나 성기관의 이상, 과도한 약물의 문제가 개입되는 경우가 많고, 어릴 때 외상이나 사춘기의 급격한 변화가 있을 때 불건강하고 비건강하게 형성된 성의식에 기인한다. 이차적 장애는 대상에 따라, 상황에 따라 나타나기도 한다. 어떤 성 상대하고는 성기능에 장애가 생기지만 다른 대상에게서는 정상

적으로 기능이 이루어지거나, 혼자서 자위를 할 때는 극치감을 경험하지만 남자와 성행위를 할 때에는 극치감을 경험하지 못하는 것이 상황 특이적 이차적 장애에 속한다.

## 2. 청소년 성문제 유형

위에서 다룬 성장애와 성기능 장애는 정상적으로 발달한 성인에게 붙여지는 성과 관련된 진단명들이다. 청소년들에서도 비슷한 진단명을 붙일 수 있는 문제를 호소하는 경우도 있지만, 이런 경우 성인이고자 하는 발달욕구가 과장되거나 지나친 것의 표현이거나, 자신의 부적절감을 성문제로 비약시켜 괴기하게 보이려는 의도가 내재되어 있는 경우가 많다. 대체적으로 성장애로 성적체감 장애와 성도착 중에서 여성 물건애와 의상 도착증을 호소한다. 그러나 청소년들에게 문제가 되는 성문제를 성관련 일탈행동들로 구체적으로 살펴보면 음란 비디오, 잡지, 만화를 상습적으로 보는 것, 어릴 때나 잘 아는 사람에게서 성폭행당한 것 혹은 성폭행한 것, 근친상간의 문제, 실제 상습적 성행위, 잦은 혼숙 경험, 가출하여 동거하는 문제, 임신, 동성연애 등이 포함된다. 이런 것들은 청소년들로 하여금 정상적이고 건전한 성 정체감 발달을 방해하거나 이차적 성기능 장애를 일으킬 여지를 마련하기 때문에 더욱 문제가 된다.

청소년대화의광장(1995, 1996)에서 개발한 청소년 문제유형분류체계에서 밝히는 성문제들은 다음과 같다. 이들 문제유형들은 전국의 청소년들과 부모, 교사 2,200여명의 면접조사와 설문조사를 통해 정리된 결과이고, 청소년들에는 학생, 근로자, 비행청소년들이 포함되었다.

### 2.1 성지식의 부족

성교육의 부재 또는 부실로 이하여 성에 대한 지식이 없거나 잘못된

성지식을 가지고 있는 경우로, 성기나 성기능, 성역할 등을 확인하려는 것로부터 잘못된 지식, 때문에 두려워하며 혼자 고민하는 것까지의 여러행동들이 이에 해당한다. “자위를 많이 하면 나중에 아이를 낳지 못하나요?”, “피가 계속해서 나오는데 죽는 병 아닌가요?”, “초경을 한 지 2달이 지났는데 아직 생리를 하지 않는데 병에 걸린게 아닌가요?” 등이 그 예이다. 공개적 강의나 수업이 부족하거나 주변의 정보 지지체계가 없어서 단순한 궁금증이 고민으로 심화되기도 한다.

때때로 청소년들은 자신의 고민을 친구나 형제의 문제로 가장하여 확인하려고 한다. “제 문제는 아닌데요, 제 친구가요, 한쪽 유방이 더 커서요, 양쪽이 짝짝이라고 그러는데요. 그건 왜 그래요?” 하는 식이다.

## 2.2 성에 대한 지나친 관심

청소년기에 가질 수 있는 정상적이고 건전한 관심의 수준을 넘어서서 성에 대하여 지나친 관심을 갖고 그로 인해 잘못된 충동과 욕구를 느끼는 경우를 이른다. 여자의 신체 하나하나를 알려고 하는 과도한 호기심을 보이거나 야한 옷차림의 여자를 보면 성행동 충동을 느끼는 등 적거나 무관한 단서를 성행동이나 자극으로 관련시킨다. 마치 성도착증의 증상처럼 보인다.

## 2.3 성에 대한 관심의 저하 및 부족

성에 대한 정상적인 수준의 관심이 없거나 저하되는 경우를 말한다. 자신의 신체나 성기능의 변화에 행동적 및 정서적 반응을 보이지 않거나 이성에 무관심하다. 마치 성기능 장애 중 성욕 감퇴 장애처럼 보인다.

## 2.4 성에 대한 건전한 관심과 호기심의 부정

성에 대하여 청소년기에 가질 수 있는 자연스럽게 건전한 관심과 호기심

임에도 불구하고 스스로 받아들이지 못해 고민하는 경우나 성과 관련된 생각조차도 불순하게 여겨 혐오스럽게 행동한다. 마치 성기능 장애 중 성적 혐오 장애처럼 보인다.

## 2.5 성정체감의 혼란

자신이 타고난 성에 대하여 확실하고 뚜렷한 정체감을 가지지 못하거나 성역할에 대해 혼란을 겪는 경우를 말한다. 남학생이 화장을 하거나 귀걸이와 같은 액세서리를 하는 것, 여학생이 머리를 짧게 하고 구두와 옷을 남자처럼 입어 구분하기 어렵게 하는 등의 외적 혼란을 비롯하여 좀 더 남자답지 못할까, 좀 더 여자답지 못할까로 고민하는 것도 포함된다. 성장애의 성전환증처럼 보인다.

## 2.6 자위행위로 인한 갈등

자위행위를 너무 많이 하거나 자위행위에 관련해 죄책감을 느껴 갈등하는 경우를 말한다. 자위행위 결과에 대한 염려, 자기통제력의 상실을 주로 호소한다.

## 2.7 성에 대한 잘못된 가치관

성에 대하여 잘못된 가치관을 지니고 있는 경우를 말한다. '혼전순결은 구시대적 사고방식이다', '꼭 한사람과 사귄 필요는 없다' 등이 포함된다.

## 2.8 순결문제로 인한 고민

순결을 잃고 난 후 고민하는 것으로, 어릴 적 성폭행당한 것과 현재의 성행위로 인한 두려움이 포함된다.

### 3. 청소년 성문제의 원인과 대처

성인의 성문제 원인은 크게 신체적 원인, 심리적 원인으로 나누어 볼 수 있다. 신체적 원인에는 상해, 성기관의 이상, 호르몬의 불균형, 염증 등과 과도한 술이나 약물에 의한 것이 포함된다. 심리적 원인은 정신분석적 접근으로 보려는 정서적 원인, 학습된 이상행동의 일종으로 보는 행동적 원인, 및 성과 성행동에 대한 생각에 의해 장애가 발생하는 것으로 보는 인지적 원인으로 나눈다. 그러나 청소년의 성문제는 성인의 것과 다르다. 청소년의 다른 문제들처럼 성문제의 원인은 발달적 특성과 가정적 원인, 학교와 사회환경적인 원인들로 나누어 볼 수 있다. 즉 청소년의 성문제는 그것이 1차적인 것보다는 2차적인 것이 더 많다. 부모를 비롯한 기성세대에 대한 노골적 반항으로 혹은 내면의 갈등을 견디지 못하여 성문제를 나타내기도 하며 또한 원할한 대인관계를 가지지 못해 혼자 있는 시간이 길 때 기괴한 성문제를 호소하기도 한다. 또한 발달적 특성인 증가된 상상과 공상이 청소년을 위협하기도 한다.

그러므로 청소년 성문제에 대한 대처는 성인에서처럼 성전환수술이나 약물, 입원치료가 아니라 성문제의 발달 경로에 있는 문제들을 찾아 교정하는 데 관건이 있다. 원인에 대한 충분한 이해가 예방과 대처의 방향을 잡게 한다.

#### 3.1 발달적 원인

청소년기는 성호르몬의 변화로 여러 가지 성적 변화가 생긴다. 신체적, 생리적 변화는 정신적, 심리적 변화를 야기한다. 이 시기에는 인지 능력과 도덕성의 발달도 질적으로 변화하는 시기이다. 청소년기는 성인의 역할이 유보된 상태로서 아동기와 사이에서 자아정체의 위기를 경험하는 시기이기도 하다. 따라서 심리적이고 발달적인 갈등을 경험하는 불안정한 시기라고 할 수 있다. 이러한 위기의 시기에 성적인 충동을

---

적절히 통제할 수 있는 능력이 뒤따르지 못할 경우, 성적인 욕구는 건전한 방향으로 분출되지 못하고 다양한 성문제를 낳을 수 있다.

### 3. 청소년 성문제의 원인과 대처

## 3.2 가정적 원인

가정은 자녀에게 정서를 표현하는 방법을 배우고 자기를 통제할 수 있는 능력을 키울 기회를 제공하는 교육의 장이며, 부모의 성역할을 통해 적절한 성의식을 학습할 수 있는 기회를 마련하는 곳이다. 그러나 부모가 부모로서의 역할을 제대로 수행하지 못하는 가정, 자신의 정서를 적절하게 표현하는 교육을 제공해 주지 못하는 가정에서는 청소년들이 올바른 성의식을 가질 수 없는 것이 당연하며, 이들이 학교에서 조차 적절한 성교육을 받지 못할 경우, 청소년기에 급증하는 성적 욕구는 무분별하게 발산될 수 있으며 이는 성문제를 일으킨다.

## 3.3 학교 및 사회환경적 원인

우리 사회는 이중적 성문화를 가지고 있다. 성이란 부끄러운 것이기에 멀리하고 피해야 한다는 생각과 통제불가능한 본능이라서 성에 탐닉한다는 이중적 생각이 혼재하는 문화이다. 성을 금기시할 때는 성에 대한 호기심이나 신체적 변화에 대한 관심조차도 억제한다. 그러나 어른들의 생활에서는 성이 허용되고 은밀히 탐닉하는 것으로 청소년들에게는 비추인다. 청소년들은 부모나 어른들이 있는 곳에서는 성에 대해 관심이 없는 것처럼 행동하나, 그들의 시선을 피해 다른 경로로 성적 호기심을 충족해가고 이것이 성적 탐닉, 방종으로까지 이어진다. 청소년들이 포르노잡지나 테이프에 대한 관심이 지나쳐 집착하는 경우가 이에 해당한다고 하겠다.

또한 자본주의 사회에서 성은 하나의 상품으로서의 가치를 지닌다. 청소년들이 즐겨보는 스포츠 신문, 청소년 잡지, 만화, 비디오 등에서 등장하는 성은 상당히 왜곡되고 과장된 방식으로 묘사되어 있기 때문에

제 7장  
청소년의 성문제

청소년들에게 잘못된 성의식을 심어줄 수 성폭력에 대해서도 별다른 죄의식을 느끼지 못하게 한다. 또한 성의 상품화는 남성중심의 성문화를 양성한다. 여성은 성적 대상일 뿐이고, 인격적인 존재로 여겨지지 않는다. 이러한 문화는 청소년으로 하여금 성적 비행을 야기하기 쉽다.

또다른 원인으로 가정이나 학교에서 성교육이 적절하게 이루어지지 않고 있는 점을 들 수 있다. 현재 학교에서 이루어지는 성교육은 임신 과정을 간단하게 설명하는 수준일 뿐이며 성에 대한 올바른 인식을 심어주고 성에 대한 자정 능력을 키워주지 못하는 실정이다. 더불어 적절한 인성교육을 제공하지 못하는 입시위주의 현 교육체제는 성문제의 근본적 원인을 제공한다고 할 수 있다.

이렇게 사회의 규범이 성에 대해 이중적 태도를 가지고 있고, 성교육이 부족하여 적절하게 자신의 성적 관심을 풀어내지 못하는 상황에서 입시와 인간관계의 갈등이 심화될 때, 그러한 어려움은 영똥하게 성적 문제로 비화되기 쉽다.

〈연 습 문 제〉

1. 성인들이 보이는 성문제와 청소년들이 보이는 성문제를 비교하시오.
2. 청소년에게 성문제가 발생하는 원인과 과정을 설명하시오.
3. 청소년의 성교육에 포함되어야 할 내용들을 열거하시오.

## 제 8 장

---

# 폭 력

1. 청소년 폭력의 원인
2. 청소년 폭력의 의미
3. 청소년 폭력 상담



여기서는 폭력에 대하여 논의하기 전에 비행의 이해에 관한 일반적 이론과 전반적인 상담방법을 먼저 소개하고 난 뒤에 폭력에 대한 논의를 하게 될 것이다.

## 1. 청소년 폭력의 원인

청소년들의 비행은 많은 경우 청소년기에 고유한 발달적 특징들과 관련되어 있다. 그러나 청소년기에 고유한 특징들의 발달은 유전적 혹은 생리적 요인뿐만 아니라 출생 후부터 시작된 가정적, 사회적 영향 아래에서 이루어진다. 따라서 청소년 비행의 문제들은 전생애 발달을 고려하여 생리적, 심리적, 사회적 영향이 종합적으로 이해되어야 한다.

### 1.1 생물학적 이해

생리적 혹은 기질적 차이가 비행의 발달에 미치는 영향에 대해서는 여러 가지 견해가 있지만 대부분 상반된 연구 결과를 제시함으로써 생리적 결함이 비행의 원인이라는 뚜렷한 견해는 아직 존재하지 않는다. 가령 한 때 비행의 원인으로 알려진 **XY염색체** 이론도 상반된 연구 결과로 인하여 현재는 더 이상 주장되지 않는다. 또한 특정 비행을 대상으로 특정의 기질적 원인을 확인하는 일은 거의 불가능하다.

비행의 생물학적 원인을 연구하는 방법은 가계 혹은 혈통 연구와 쌍둥이 연구, 체형론, 양자 연구, 그리고 신경호르몬 연구 등이 있다. Lange는 일찍이 1928년에 30명의 쌍둥이 재소자들을 연구하였다. 13명의 일란성 쌍둥이 중 10명의 쌍둥이 형제가 역시 교도소에 복역하였고, 나머지 17명의 이란성 쌍둥이의 형제들은 오직 2명만 교도소에 복역하였음을 보고함으로써 범죄의 유전적 기초를 제시하였다. 그러나 최근 쌍둥이에 대한 검사가 더 정교해짐에 따라 일란성과 이란성 쌍둥이의 범죄율의 차이가 줄어들고 있을 뿐만 아니라 다른 연구자들은 일란성

쌍둥이들이 이란성 쌍둥이에 비해 보다 유사한 환경에서 양육될 수 있다는 점을 지적하기도 한다(Goldstein, 1990). 범죄자의 **가계 연구**로는 일찍이 1916년에 이루어진 Goddard의 Kallikak가족의 가계 연구가 있다. 여기서 Goddard는 나약한 마음이 유전적이고 실제로 범죄를 저지르는 때의 50%는 나약한 마음이 원인이 되었다고 주장했다. 그 후에 이루어진 연구도 유사한 결론을 보여주었지만 Nietzel(1979)은 가계 연구가 신뢰할 수 없다고 주장하면서, 그 이유로 출생 기록과 법원 기록의 낮은 신뢰성을 들었다. 그는 또한 어떤 가계에서 전승되는 것이 유전적 소인인지 혹은 심리사회적 소인인지를 정확히 파악할 수 없음을 지적하였다.

비행 연구에서 일찍이 시작된 **체형 연구**는 아주 흥미롭다. 이탈리아의 의사였던 Lombroso(1911)는 범법자들과 비범법자들의 신체적 특징이 다르다고 주장하였다. 그는 비행자들의 신체적 조건은 원시시대에는 보다 적응적인 형태였음을 주목하였다. 예로 그는 큰 귀, 경사진 어깨, 짧은 다리, 평발 등을 예로 들었다. Lombroso는 또한 심리적 특징에서도 범법자와 비범법자는 서로 다르다고 주장하였다. 전자는 후자에 비하여 고통에 둔감하고, 게으르며, 수치심이 없고, 잔인하고 충동적인 행동을 하는 경향이 있어서 원시적인 적응에는 더욱 유리하다고 설명했다. 그는 흥미롭게도 이런 특징들에 의해 범법자의 종류도 구별할 수 있다고 주장하기도 했다. 그에 의하면 성범죄자들은 입술이 두껍고, 살인자들은 경사가 크게 진 이마를 가지고 있다는 것이다.

이와 유사한 주장으로 William Sheldon의 **체형론**이 있다. 그는 근육질이고 뼈가 크며, 가슴이 넓고, 배가 긴 체형이 비행과 가장 관계가 깊다고 주장한 바 있지만 이 주장들은 그다지 신뢰로운 것은 아니다. 비행의 유전적 영향에 대하여 설득력 있는 결과를 보여주는 연구로서는 **양자 연구**가 있다. 이 연구들은 출생 후 수일이나 수주 후에 입적한 양자들과 그 가정의 자연적 자녀들의 범죄율과 비행률을 비교한다. 이 때 중요한 변인들은 입양된 가정의 부모들은 범죄나 비행의 경력이 전혀 없고 입양된 자녀들의 친부모들은 범죄의 기록이 있다는 차이이다. 따라서 이 연구들의 설계는 대체로 양육과 유전의 상대적 영향을

알아보기에 적합한 것으로 보인다.

그러나 이것도 엄격히 말하면 내적 타당도에서 문제가 있다. 즉, 물리적 환경이 유사하다고 해도 양육의 중요한 변인인 심리적 환경, 다시 말해서 양부모와 입양아들의 관계가 양부모들이 그들의 친자식과 맺는 관계와 질적으로 동일한 지에 대해서 보증이 되지 않는다. 또한 지능이나 외모의 차이, 혹은 입양된 당사자가 범죄 경력이 있는 자기들의 친부모에 대해 갖고 있는 지각의 영향이 어떤 것이었는 지에 대해서도 정확한 정보가 없다. 그러므로 비록 이 연구들의 결과가 일반적으로 유전의 영향을 강하게 시사한다 하더라도 일반화를 하는 데는 한계가 있다.

비행의 생물학적 연구에 있어서 유망해 보이는 또 다른 방법은 신경호르몬을 조사하는 것이다. Ellis(1987)는 3가지 신경학적 견해를 소개하고 있다. 첫째, 비행자들은 각성의 수준이 달라서 조건화되기 어렵고, 고통을 더 잘 견디며, 보다 높은 수준의 자극을 추구하는 경향이 있다. 둘째, 경련이론(seizuring theory)으로서 간질이 일반인보다는 비행자에게서 더 자주 발견된다는 관찰과 함께 뇌의 발작은 스트레스나 음주 하에서 발생하는 일이 많다는 사실을 주목한다. 여기에서 발작이 범죄행동의 원인이 될 수 있다고 추론한다. 셋째, 양 반구의 기능적 관계가 비행의 소인이 될 수 있다. 이와 관련된 몇몇 연구들은 범죄인들 중에는 왼손잡이 남자가 많다는 것을 보고하고 있다. Ellis는 이런 비행에 대한 신경학적 관점은 신경체계가 높은 수준의 테스토스테론에 노출되는 것이 비행과 관련이 있다고 보았다. 즉, 뇌가 테스토스테론에 노출되면 각성에 대한 전반적 반응성이 낮아지고, 또한 발작 가능성이 높아진다. 이 이론은 사춘기 동안 테스토스테론의 수준이 높아지고 이 때쯤 비행의 빈도가 높아지는 현상과 관련지을 수 있다.

기질적 이론들이 비행의 원인을 설명하기에는 제한점이 많지만 그렇다고 기질적인 원인을 완전히 부정하는 일도 마찬가지로 불가능하다. 왜냐하면 비행의 치료를 위하여 약물의 사용이 불가피한 경우도 있고 약물이 어느 정도 효과를 보이는 경우는 얼마든지 있기 때문이다. 기질적 원인의 평가는 심리검사뿐만 아니라 여러 가지 기술적 검사를 거쳐야

한다. 뇌의 손상과 같은 기질적 원인이 뚜렷이 판명된 경우에는 대개 약물치료가 필수적이다. 그러나 그런 경우에도 상담은 여전히 유용하다. 이 때 상담의 과제는 충동이나 분노의 조절, 인간관계의 기술이나 대화기법의 교육, 감정의 표현, 현실적 목표의 설정과 실천 등이 포함된다.

## 1.2 심리학적 이해

심리적 영향을 고려할 때, 가장 중요한 요인은 부모의 양육태도이다. 부모의 양육태도는 자기와 타인, 그리고 세계에 대한 태도를 형성시킬 뿐만 아니라 감정이나 분노의 통제 능력에 심각한 영향을 미친다. 따라서 다른 조건이 같다고 하더라도 양육방식의 차이에 따라 개인이 일어나 대인관계에서 발생하는 자극을 어떻게 해석하며, 그것과 관련하여 어떤 감정을 얼마나 심하게 경험하고, 동시에 얼마나 통제할 수 있는지가 달라진다. 문제가 되는 양육태도는 과잉 통제, 과잉 보호, 그리고 무관심이 특징을 이룬다. 비행 청소년들의 가정 배경을 보면 이런 양육태도를 지닌 부모를 어렵지 않게 발견할 수 있다.

부모의 바람직하지 못한 양육 행동은 자녀의 부정적 자기지각과 타인 지각, 충동성, 공격적 혹은 폭력적 태도의 형성에 영향을 미친다. 양육 방식과 비행과의 관련성은 심리학자들 뿐만 아니라 사회학자들에게 비행을 설명하는 중요한 이론적 근거가 된다. 특히 사회적 통제 이론가들은 이러한 양육과정의 문제가 가장 중요한 사회적 유대(social bond)인 부모-자식간의 관계의 약화를 초래함으로써 대부분의 비행의 원인이 되는 것으로 설명한다(Nye, 1958).

따라서 건강한 양육 과정을 통하여 부모와 안전하고 지지적인 관계를 형성하는 것이 비행을 예방하기 위한 가장 효율적 방법이라고 말할 수 있다. 반면에 불건강한 양육으로 인해 부모와의 관계가 약화되면 비행 친구와의 애착행동이 강해져 비행을 저지를 가능성이 높아진다(유혜경, 1986; Hirschi, 1969). 양육 행동의 문제가 심각한 경우 어릴 때

주의 결핍 및 과잉 행동 장애(ADHD, Attention deficit Hyperactivity Disorder), 행동 장애(Conduct disorder), 반항적 거부 장애(Oppositional Defiant Disorder) 등을 유발하고, 이런 문제들은 청소년기와 성인기에 걸쳐 반사회적 성격 장애(Antisocial Personality Disorder), 경계선 성격 장애(Borderline Personality Disorder)로 발전할 수 있으며, 심한 경우에는 정신병을 유발함으로써 폭력을 비롯한 비행 행동의 원인을 제공하게 된다.

개인의 문제가 비행의 원인이라는 견해는 여러 학파에서 제각기 다르게 주장되어 왔다. Freud(1961)는 죽음의 본능이 거둬진 좌절을 경험함으로써 공격적 행동으로 표현된다고 주장하며 자아와 초자아의 발달이 불충분할 때 반사회적 충동이 비행으로 나타난다고 설명 한다. 보다 구체적으로 표현 하면 비행은 무의식적인 근친상간적 소망과 이에 대한 처벌을 받으려는 강박적인 욕구에서 발생한다. 양육과정에서의 좌절을 공격성 발달의 중요한 원인이 되며, 이는 욕구충족의 지연과 현실법칙의 발달을 저해함으로써 일차 과정에 의한 충동적 행동을 조장함으로써 비행을 유발시킨다.

Alexander와 Healy(1935)는 범죄인들에게서 요구를 연기하는 능력이 결여되어 있음을 관찰하였다. 그리고 비행을 자녀가 부모의 사랑과 관심을 얻으려는 대리적 수단이거나 부모가 자식의 비행을 은근히 조장함으로써 자기의 본능적 요구를 대리 만족하려는 것으로 이해할 수도 있다. 한편, Binder(1987)는 비행자들이 아이들처럼 쾌락원칙에 따라 행동하기 때문에 좌절을 견디거나 욕구만족을 지연시키는 능력이 결여되어 있는데, 이는 초기의 부적절한 양육의 결과로 자아의 발달이 장애를 받았기 때문이라고 설명하였다. 전반적으로 비행이나 범죄의 정신분석적 이론들은 생애 초기의 양육의 특질이 비행의 발달에 미치는 영향을 설명하고 있는데 최근에 이르러 대상관계이론의 발전은 이에 대한 보다 구체적인 설명을 제공하고 있다.

그 외에 주목할 일은 부모의 폭력적 행동이나 목적을 달성하는 방법을 모방적으로 학습하는 경우이다(Bandura, 1973). 부모가 훈육이나 다른 문제 상황의 해결을 위하여 폭력 행동이나 다른 범법 행동을 빈번

하게 한다면 자녀가 이를 관찰함으로써 학습할 수 있고, 그 결과 자녀들이 비행을 저지를 가능성이 커진다.

### 1.3 비행자들의 성격적 특징

대상관계이론은 생애의 최초 2년 반 내지 3년 이내의 부적절한 양육이 비행에 미치는 영향을 분열된 자기와 타인의 표상, 반복된 좌절에 의한 충동성과 과도한 공격성, 그리고 공감능력의 미발달로 인한 성격적 병리로 설명하고 있다. 또한 경계선 성격조직에 해당하는 사람을 치료하기에 가장 어려운 성격병질자로 분류하고 여기에 경계선 성격장애, 자애적 성격장애, 반사회적 성격장애 등을 포함시켰다.

이들중 반사회적 성격장애는 흔히 비행 및 범죄자의 성격적 특성으로 간주되어 왔다. 지금까지 연구되어 온 비행자들의 성격적 특징을 살펴보면 이들은 비행을 저지르지 않는 적응적인 사람들에 비해 더욱 주장적이고, 충동적이며, 외향적이고 자애적이며, 권위에 대하여 양가적이고, 분노를 잘 느끼며, 의심이 많다. 또한 지시에 따르기가 어렵고, 불안 수준이 낮으며, 비협조적이고, 보다 독립적이며, 인습을 따르기가 어렵고, 강박적이다(Conger & Miller, 1966). 이런 성격 특징 때문에 비행자들은 더욱 자기 중심적이며 대인관계가 돌발적으로 시작되거나 중단되는 경향이 있다. 그러나 부끄러움을 잘 느끼지 않아 대담하다(Taylor & Watt, 1977). 그렇다고 해도 그들의 과잉행동에 비해 무책임하고 생산성이 낮고, 소외되어 있으며(Megaree & Bohn, 1979), 감각 추구의 경향이 강하고 외부 통제에 더 잘 반응한다(Quay, 1965). 이러한 성격적 특징 때문에 이들은 사회도덕적 추리력이 약하여 대인관계의 문제 해결이나 역할 수용 그리고 공감능력이 뒤떨어 진다.

비행자들의 성격적 특성의 타당성을 입증하는 연구들은 피험자들의 사회 경제적 지위, 지능, 문화적 배경 등을 통제한다. 이런 엄격한 연구들의 80% 이상이 위와 같은 비행자들의 성격적 특성을 지지하였다. 이와 같은 연구들은 청소년 범죄의 성격적 뿌리를 이해하는데 중요한 도움을 준다.

비행에 대한 **사회적 영향**이란 가정을 포함하여 청소년이 살고 있는 지역사회와 경제적, 사회적, 문화적 특징들이 비행의 발생에 미치는 영향을 말한다. 가정, 폭력을 묵인하거나 권장하는 사회적 풍토에서는 폭력이 더 빈번히 발생하고, 성인들 간에 질서가 혼란되어 있거나 목적 달성을 위한 수단을 무분별하게 선택하는 사회일수록 비행이 더 빈번하게 발생한다는 것은 쉽게 짐작할 수 있는 일이다.

양육취장의 문제와 비행과의 직접적인 관계가 아닌 가정과 사회가 청소년을 지나치게 통제하는 데서 비행이 유발되기도 한다. 즉, 청소년들은 지나치게 억압을 받고 있다고 느끼지만 어떻게 할 수 없다는 무력감을 느낄 때 흥분을 추구하여 비행이나 범죄를 시도하는 경향이 있다. 이는 우리나라의 많은 청소년들이 공부에 압박감을 심하게 받고 있다는 점에서 청소년들 비행을 설명하는데 시사점이 많은 이론이다. 김준호 등(1990)은 공부에 대한 압박감이 비행에 미치는 영향을 밝힌 연구에서 공부에 대한 압박감을 느끼는 사람 중에서 공부에 대해 고민을 하지 않은 사람들이 비행을 저지르는 경향이 높다고 밝혔다. 그들은 공부에 대한 압박감이 비행을 일으키는 행로를 모형화하였다.

부모의 기대 만큼 공부를 못하는 청소년일 경우, 제일 먼저 심리적 부담을 느끼게 된다. 즉, 공부를 못해 부모로부터 인정을 받지 못하면 부모로부터 유라될 뿐만 아니라 장래에 대한 희망도 포기하게 되어 더욱 더 공부를 등한시 할 가능성도 높아진다. 그 결과 차기들과 비슷한 처지에 놓인 친구들이나 이미 비행을 저지른 친구들과 어울려 다니면서 사소한 비행에서 시작하여 중한 비행으로 발전하게 된다.

이는 앞에서 언급한 비행에 관한 **통제이론**의 한 예이다. **통제이론**은 비행을 저지르지 않는 사람들을 연구함으로써 비행자들을 설명한다. 이 이론에 의하면 청소년들이 비행을 하지 않는 이유는 사회와의 유대(Social bond) 때문이다(Hirschi, 1969). **사회적 유대**는 직접적인 사회적 통제와 내적인 통제로부터 발달한다. 그리고 이 사회적 유대는 다른

사람과의 애착관계, 조직적인 사회에 대한 참여, 전통적 활동에의 참여, 공통적인 가치체계에 대한 신뢰 등으로부터 나온다. 따라서 통제이론은 부모와의 정서적 유대, 학교에서의 성공, 학교활동에의 참가, 교육적 혹은 직업적인 높은 포부, 전통적 기준의 도덕적 타당성에 대한 믿음과 같은 사회적 유대에 의해 청소년들이 통제될 때, 청소년 비행이 줄어들게 될 것임을 시사한다.

이밖에 비행에 대한 사회학적 접근은 경제적 포부와 기회의 격차로 인한 긴장, 좌절, 박탈감, 불만족을 해소하는 방법이 비행이라고 설명하기도 하고(예, Cohen, 1955; Cloward & Ohlin, 1960), 폭력에 대하여 허용적인 사회적 규범, 법률적 제도의 미비와 규칙을 준수하지 않는 태도 등, 명확한 지침이 없는 사회적 행동 양식의 만연하기 때문에 비행이 발생한다고 설명하기도 한다. 그러한 사회에서는 문제 일으키기, 강하고 잔인한 흥분, 교활함 등이 장려된다. 따라서 청소년들이 동료나 선배의 기대를 주관적으로 지각하여 기대에 맞추기 위해 비행을 저지르는 일을 습관화한다.(Johnson, 1974)

근래 증가되고 포악해지는 청소년 비행이나 범죄는 우리나라 사회의 부정적 변동과 관계가 있다. 우리 사회는 규칙이 없는 편이다. 즉, 어떤 행동을 할 때 그 결과가 쉽게 예측되지 않는다는 점에서 우리 사회는 불안정한 면을 지닌 사회이다. 기회주의적 행동이 자주 일어나고, 목적을 달성하기 위해 수단과 방법을 가리지 않는 사람이 적지 않다. 예로, 규제하는 법률이 있어도 여전히 청소년들에게 술, 담배, 처방이 안된 마약성 약품 등을 팔고, 또한 청소년들을 주점이나 다방에 취업시킴으로써 많은 문제를 야기하는 현실을 들 수 있다. 뿐만 아니라 마스크에서도 영향을 고려하지 않고 시청률과 인기를 위주로 자극적이고 감각적인 그리고 금전 만능적인 프로그램들을 마구 방영하고 있다. 또한 일확천금을 노려 부동산 투기가 만연되어 온 사회의 현실도 청소년들로 하여금 비행을 통해 보상을 받을 수 있다는 태도를 조장할 수 있다.

이상은 사회심리학에서 하위문화이론으로 설명된다. 이러한 현상은 또한 차별접촉이론(Differential Association Theory)에 의해 보다 구체적으로 설명된다. Sutherland 등(Sutherland, 1937; Sutherland &

Cressey, 1974)은 비행이 다른 사회적 행동의 학습과정과 유사한 학습된 행동이라고 규정하고, 또래의 영향을 강조하였다. 즉, 범죄율이 높은 학교에서나 지역사회에서 사는 청소년들은 그렇지 않은 청소년들보다 비행을 저지를 가능성이 높고(Rutter & Giller, 1983), 비행 친구를 가지고 있다고 인정하는 남자 청소년이 그렇지 않다고 말하는 남자 청소년들보다 비행을 고백하는 일이 더 빈번하다(Johnson, 1979; Voss, 1963). Johnson의 연구 결과는 비행친구, 비행에 대한 가치관, 학교에 대한 애착, 학교 성적, 부모의 사랑, 부모에 대한 애착, 직업적 기대, 지각된 체포 위험 중 비행과 가장 관련이 높은 변인은 비행 친구라고 밝히고 있다. 차별접촉이론은 비록 비행자의 성격 변인을 간과하고 있으며, 범죄행동의 상황적 결정요인을 분명히 하지 않고 있다는 비판을 받고 있지만 청소년들의 비행에 영향을 미치는 또래 친구들의 변수를 강조한다는 점에서 비행청소년의 상담과 지도에 구체적인 시사점을 준다.

## 2. 청소년 폭력의 의미

폭력이란 좁은 의미로 보면 자기나 타인에게 해를 입히기 위하여 힘이나 무력을 사용하는 것이라고 정의될 수 있다. 이 정의는 육체적인 피해를 우선적으로 강조하지만, 실제로 폭력은 보다 다양한 방법으로 행사되고 그 심리적인 영향이 보다 더 심각한 경우가 있다. 이러한 경우를 고려하면 폭력이란 보다 넓은 의미로 정의될 필요가 있다. 그러므로 폭력의 광의적 정의는 자기나 타인에게 해를 입히기 위하여 힘, 무력, 언어적 공격, 혹은 집단적 소외(따돌림) 등의 다양한 수단을 사용하여 심리적 혹은 육체적 피해를 입히는 것을 의미한다. 최근 몇년간 학교 주변에서 청소년들에 의해 점점 심각하게 일어나는 폭력 피해로 인하여 학부모, 교사, 카운슬러들은 물론, 이 문제와 관련된 분야의 학자들, 정부 관계 부처의 공무원들은 깊은 불안과 무기력을 동시에 경험하고 있다.

많은 사람들에 의하여 이 심각한 사태의 완화나 근절을 위한 연구와 실천이 거듭되어 왔지만 실효성 있고 만족할 만한 이론과 대책이 수립되지 않고 있다. 이러한 어려움은 미국에서도 그리 다르지 않은 것 같다. 최근에 미국에서 발간된 폭력의 대책을 다룬 논문들에서도 폭력행동의 해결 가능성에 대한 신념을 촉구하는 감정적인 호소가 논문의 주조를 이루고 있으며, 지금까지의 방법이 근본적으로 효과를 보이지 않고 교도소의 재소자 숫자만 증가시켜 왔음을 지적하고 있다(예, Millstein, Petersen, & Nightingale, 1993; Mercy, Rosenberg, Powell, Broome, & Roper, 1993; Rosenberg, 1992). 이처럼 청소년들의 폭력적인 행동은 이해하기도 쉽지 않고 그 대책 수립 또한 간단하지 않다.

현재 공격적인 젊은이들의 폭력 행동은 많은 사람들을 근심과 두려움에 떨게 하고 있다. 직접적으로 피해를 당한 학생들과 그들의 부모들은 말할 것도 없거니와 상당히 많은 학생들이 학교를 다니는 동안 어떤 종류의 폭력적인 피해를 당할지 모른다고 불안해 하고, 많은 부모들은 학교 안에서나 밖에서 자녀들의 안전에 대해 불안을 느낀다. 이제는 젊은 청소년들이 저지르는 폭력과 그 피해는 대부분의 부모들에게 더 이상 강건너 불도 아니고, 일부 못된 아이들이나 재수 없는 아이들이 휘두르고 당하는 예외적인 불상사가 아니다.

이렇게 심각할 정도로 우리의 생활을 어지럽히고 우리 아이들의 학교생활의 안팎에서 안전감을 파괴하고 있는 청소년들의 폭력행동은 우리 사회에서는 사라져야 한다. 적어도 그것은 통제 가능한 범위 내에 있어야 한다. 그러므로 지금 우리가 이 폭력의 현실에 아무리 압도되어 있다 해도 우리 역시 이 문제를 해결해야 한다는 확고한 의무감, 그리고 해결할 수 있다는 믿음을 가지고 모든 사람의 지혜를 모아서 이에 대처해 나가야 한다. 우리가 현재 폭력의 문제를 건잡을 수 없는 것으로 느끼고 있다는 점을 상기한다면, 감정적인 부르짖음에 불과한 것이 아니라 해도, 폭력문제를 해결하겠다는 신념은 폭력문제를 해결하는 과정에서 가장 중요한 요소일 것이다.

그러나 어떤 문제도 단시일 안에 해결되는 법이 거의 없다. 비록 해결할 수 있다는 신념을 굳게 가진다 해도, 만약 실적과 과시, 혹은

과욕으로 이 복잡한 문제를 단시일에 해결하려 한다면, 십중팔구 우리는 다시 무력감에 빠지고 말게 될 것이다. 단기계획의 효과는 그것이 가장 성공적일 때라도 장기적인 계획 속에서 실행되지 않는다면 오직 단기에만 효과가 있을 뿐이다. 따라서 이 폭력문제의 이해와 해결이 복잡한 만큼 그 노력도 장기와 단기에 걸쳐 다각도에서 체계적이고도 지속적으로 이루어져야 한다.

청소년들의 폭력행동을 해결하기 위해서 먼저 그것이 형성되는 원인 혹은 과정을 이해할 필요가 있다. 지금까지 청소년들의 폭력행동이 발생하는 과정을 논의할 때 몇가지 관련된 변인들이 고려되어 왔다. 다시 말해서 가정 변인으로서, 부모-자식간의 관계와 가정의 사회경제적 지위, 사회적 변인으로서 사회적 가치의 혼란, 청소년의 하위문화와 성적 위주의 학교교육, 그리고 유전적 혹은 생물학적 변인들이 흔히 고려되었다. 이중 가정 변인이 가장 중요한 요인으로 간주된다. 왜냐하면, 다른 변인들이 열악하다고 해도 가정 변인에 의해 예방과 치유가 가능하지만, 반대로 가정 변인이 열악할 경우에는 다른 변인이 아무리 우호적이라도 비행행동의 예방과 교정이 쉽지 않기 때문이다.

이러한 변인들은 서로 관련되어 있다. 변인들은 대략 세 가지 방식으로 관련되어 있는 것 같다. 이 세 가지 방식은 다음과 같이 일종의 가설적 형태로 진술된다. 첫째, 폭력행동은 생물학적 변인이나 가정 변인의 우세한 영향으로 발생하고 사회적인 변인은 오직 촉발 기능을 할 뿐이다. 둘째, 폭력행동은 생물학적 변인이나 가정변인의 영향과 더불어 사회적인 변인들의 영향에 의해서 발생된다. 셋째, 폭력행동은 주로 사회적인 변인에 의해서 형성되며, 생물학적 혹은 가정변인의 영향은 미미하다.

이하에서는 폭력행동의 원인 혹은 발생과정을 이해하기 위하여 이러한 세 가지 종류의 변인들의 상호관계를 현재 우리 사회의 실정에서 논의한 후, 그것을 바탕으로 청소년 폭력문제의 대책방안을 제시해 보려고 한다.

## 2.1 폭력행동의 원인에 관한 세 가지 가설적 유형

(1) 폭력행동은 생물학적 원인으로 발생하거나 혹은 부적절한 양육 행동에 의한 성격장애의 결과이다.

충동적인 폭력행동을 생물학적으로 설명할 때, XYY염색체, 뇌의 변연계(Limbic System)의 기능장애, 혹은 뇌전달 물질의 불균형 등을 가설적인 원인들로 여겨 왔다. 교도소에 수감된 재소자들 중 XYY 염색체를 가진 사람들이 많다는 연구(예, Fox, 1971)가 있으며, 연쇄 살인자가 XYY염색체를 보유하고 있었다는 보고 등이 염색체와 폭력행동과의 상관관계를 설명하고 있다(Rosenberg, 1988). 한편, 다른 연구들은 정상인과 폭력자들 사이에서 변연계가 흥분되는 역치를 비교하여 폭력자들의 변연계가 정상인보다 쉽게 흥분된다는 것을 보고하기도 하였다(Cowdry & Gardner, 1988; Siever, Insel, & Uhde, 1983). 충동성과 관련된 뇌전달물질로는 노어에피네프린과 세로토닌이 있다. 두뇌 속에 있는 이 두가지 생화학 물질은 정신분열증이나 우울증 등 많은 정신과 질환의 생리적 기전과 관련되어 있는 것으로 알려져 있다. 또한 이 두가지 신경전달물질은 각각 감정상태를 일으키고, 억제하는 기능과 관련되어 있는 것으로 알려져 있다. 이 두 가지 물질이 함께 감정조절에 관여할 때, 양적으로 불균형하면 폭력과 같은 충동적인 행동을 하게 된다. 만약 노어에피네프린의 수준이 정상보다 높고, 세로토닌의 수준이 현저하게 낮으면 충동적인 감정을 조절하는 능력에 문제가 생긴다(Cawdry & Gardner, 1988).

이와 같이 선천적 혹은 생리적인 공격적 성향이 폭력행동으로 표현된다면 이러한 사람들은 미미한 자극에 의해서도 폭력적인 비행자가 될 수 있다. 그러므로 그들을 조기에 발견하여 의학적 조치를 취하는 것이 그들의 폭력 가능성을 예방하는 유일한 방법이다. 만약 이러한 사람들이 발견되지 않고, 폭력적 갈등해결방법이 쉽게 정당화되는 공격적 분위기가 만연한 사회구조 속에 살게 된다면 이들은 심각한 인명과 상해의 피해를 야기시킬 것이다.

한편, 폭력행동의 원인으로 가정변인의 영향은 폭력에 관한 연구에서나 실제적인 논의에서 많이 다루어져 왔다. 여기에 속하는 주요한 변인들로서는 부모의 부재, 가정의 사회-경제적 지위, 부부의 결혼만족도, 부모-자식 간의 애착행동, 놀이와 친구관계의 자율성과 독립성, 협상과정의 미발달, 훈육의 유형과 정도 등(고성애, 1995; 박성수 외, 1995), 그리고 첫 몇해 동안 부모의 양육행동이다.

가정 변인 중 부모의 자녀양육행동에 초점을 두어 그 영향을 도식적으로 설명하기도 한다. 가정에서의 비효율적인 양육이 아동의 무절제한 행동을 초래하고, 그것은 다시 학업의 실패나 친구로부터 소외를 야기하며, 그 결과 그 아동이 비행집단에 속하게 될 가능성이 커진다는 것이다. 또한 일단 비행집단에 소속되면 비행행동을 저지를 수 있는 기회가 많아지고, 동시에 비행의존적 해결방식을 쉽게 합리화하는 경향이 있다고 보았다. 이 도식적 설명은 비행을 총괄적으로 설명하고 있지만, 폭력행동에도 적용될 수 있을 것이다. 이 도식에서 보면, Patterson은 가정, 특히 부모의 비효율적 양육방식이 폭력행동의 씨앗이라고 설명하고 있다.

부모의 양육방식이 폭력과 관련되어 있다는 관점은 일반인과 전문가 모두에 의해서 주장되어 왔다. 학교나 상담장면에서 폭력적 문제학생이나 내담자들은 흔히 초기의 양육과정에서 부모로부터 거부되었거나 과잉보호 혹은 과잉간섭을 받은 자녀들이다. 상담실제의 경험에 비추어 볼 때, 이들 부모들은 자녀들의 요구와 감정상태를 지속적으로 무시하는 경향이 있다. 폭력적이고 충동적이며 상습적인 자살미수자들의 치료로 유명한 Linehan(1987, 1993)은, 이러한 부모들의 무관심, 무시, 혹은 외면을 가장 중요한 원인으로 간주하였다.

비효율적인 양육과정으로 초래되는 공격성은 대상관계이론에 의해서 설득력 있게 설명될 수 있다. 대상관계이론은 2살 반이나 3살 이전에 일어나는 부모와 자녀, 특히 어머니와 자녀 간의 관계에서 인간의 성격적 틀이 형성된다고 주장한다. 그 관계에서의 경험들은 아동에게 어머니와 자기에 대한 이미지로서 기억 속에 저장되기 시작한다. 이 이미지들은 경험이 초래하는 감정적인 성격에 따라 조직됨으로서 대상표상으로

발달시키고, 이것이 우리 성격의 기본구조를 이룬다는 내용을 이론의 골격으로 삼는다. 이 때 성격이란 우리의 경험과 행동을 선택하는 원리로서 기능을 한다. 그리고 **대상표상**에는 **자기표상**(self-representations)과 **타인표상**(representations of others)이 있다.

대상관계이론에서 폭력은 대상표상의 발달 수준 또는 특질에 의해서 설명될 수 있다. 만약 이들 대상표상의 내용이 자기와 타인의 부정적인 측면으로 가득차 있으면 있을 수록 사고과정을 부적응적이며, 감정은 부정과 긍정의 극단으로 급격히 변화하고, 공격적 행동이 통제하기 어려울 정도로 충동적이고 강렬하다. 이러한 특징은 대체로 경계선 성격 장애와 반사회적 성격장애를 지닌 사람들에게서 흔히 관찰된다. 좀 더 구체적으로 설명하면, 갓 태어난 아이에게는 어머니가 세상의 전부이고 어머니가 관계에서 보여주는 모습에 따라 자기와 타인의 이미지가 형성되는데, 이 이미지는 초보적인 정서를 매개로 조직된다. 따라서 만족스런 양육을 제공하는 어머니는 아이를 기분 좋게 만들고, 그 결과 긍정적이고 수용적인 자기와 타인의 이미지가 형성된다.

자기와 타인에 대한 좋은 이미지들은 좋은 이미지대로, 나쁜 이미지는 나쁜 이미지대로 조직되어 체계적인 자기와 타인에 대한 표상을 이룬다. 이 과정에서 건전한 양육이 이루어지면 이 표상의 긍정적 및 부정적 측면은 긍정적인 측면이 우세한 가운데 하나의 통합된 구조를 이룬다. 이와 같이 통합된 자기와 타인의 표상이 형성됨으로써 자기와 타인에 대한 일관된 지각이 가능해진다. 이 일관된 지각은 우리의 일생 동안 매우 중요한 기능을 한다. 요약적으로 설명하면, 이 일관된 지각에 의해서 자기와 타인에 관한 경험이 극단적이거나, 부분적이지 않으며, 좌절 상황에서도 긍정적이고 지지적인 정서가 발동된다. 따라서 공격적 행동을 할 가능성이 적게 된다.

그러나 불행하게도 외면과 무시, 또는 처벌로 양육을 하는 어머니는 부정적인 정서에 의해서 표상들이 형성되고 조직됨으로써 자기와 타인에 대한 표상이 주로 부정적인 모습들로 구성되고, 그로 인해 그 아동은 자기와 타인에 관한 경험 중 부정적인 측면만을 지각하게 된다. 그 결과로 지속적인 좌절로 축적되어 온 파괴적인 공격성이 쉽게 발동

되고(Kernberg, 1966), 일단 그것이 충동적으로 발동되면 이에 대한 통제력이 매우 약하기 때문에 분노를 조절할 가능성이 희박하다. 실제로 이들은 대인관계나 지속적인 인내를 필요로 하는 일에서 아주 쉽게 좌절되며, 그로 인한 분노는 반복적으로 되풀이되는 반면, 경험을 통하여 그 통제나 지구력을 학습하기가 아주 어렵다. 이런 사람들은 일정한 자기정체감이 없기 때문에 자해행위를 하거나 마약이나 술을 마심으로써 자기를 느끼려고 중독되기도 한다.

한편, 자아심리학자인 Hartmann(1958)도 양육과정과 파괴적 공격성과의 관계를 보다 이론적으로 설명한 바 있다. Hartmann은 Freud의 본능적인 이드의 파괴적인 측면과 유사한 선천적인 공격적 에너지를 상정하고, 이 생래적인 공격성이 나이에 적절한 좌절을 경험하게함으로써 목적 지향적인 에너지로 전환된다고 생각하였다. 이 과정을 그는 공격적 에너지의 **중성화 과정**이라고 하였다. 이 가정에 따르면, 초기양육 과정에서 아이의 요구에 대한 외면, 거부, 무관심, 혹은 지나친 간섭 등이 지속적이며 심각한 정도이거나 혹은 정반대로 과잉보호를 하면 생래적인 공격성이 중성화되지 않아 충동적, 공격적이 될 수 있고, 좌절에 대한 인내력이 결여된다.

이러한 입장에서 보았을 때, 폭력을 포함한 비행청소년들은 심각성 정도에서 차이는 있지만 그들의 근본적인 문제가 성격적 구조의 문제, 즉 성격장애의 행동적 표현임을 알 수 있다. 성격장애적인 소인 때문에 이들은 대체로 어릴 때부터 학교에서나 동네에서 자주 친구들과 싸우고, 단체생활에서 비협조적이고, 어른들에게 반항적이며 말썽꾸러기로 성장한다. 실제로 폭력문제를 지닌 내담자들이 어릴 때부터 행동장애를 보인 경우가 많다는 것은 자주 관찰되는 일이다.

그러므로, 사회적 혹은 환경적 원인들은 대상관계나 자아심리학적 입장에서 볼 때 사회적인 변인, 즉 가난, 탈선을 조장하는 유흥장, 입시 중심의 학교사회, 자기중심적이고, 지나치게 경쟁적인 사회분위기, 탈선 친구들, 어른들의 폭력의 모방 등 지금까지 폭력이나 청소년 비행의 원인으로 간주되어 온 변인들은 폭력의 일차적인 원인이라고 볼 수 없다. 그것들은 기껏해야 폭력을 폭발하게 하는 기능을 할 뿐이며, 결국 폭력

행동을 하게 되는 근본적인 원인은 부적응적인 대상표상에 기인하는 성격적인 결함이다. 따라서 같은 사회적 자극이라도 성격적 결함이 심하지 않은 사람에게는 폭력을 촉발시키지 못하게 된다.

(2) 폭력행동은 양육행동의 결함과 **사회-환경적 요인**의 상승적 작용의 결과로 발생한다.

폭력적인 경향을 형성하는데 이러한 **사회적-환경적인** 변인들이 가정적 원인과 함께 작용하는 경우를 생각해 볼 수 있다. 앞에서 논의한 성격구조의 근본적인 결함이 형성될 정도는 아니더라도 가정에서의 불만 요인이 학교사회를 비롯한 사회-경제적 요인과 상승적으로 작용하여 폭력행동을 야기시키는 경우, 그 원인이 선천적이거나 성격장애인 경우와 구별하여 이해하고 대처해야 한다.

가정의 불만 요인들로서 부모들의 지속적인 불화, 가난, 부모들의 몰이해나 지나친 간섭 등을 생각해 볼 수 있다. 이런 불만을 가진 아이들은 성장과정에서 일어나는 일들로부터 느끼는 심리적 압박감을 가정에서 해소할 수가 없다. 뿐만 아니라 가정에 대한 소속감과 안전감의 결여로 학업 또는 교우관계에서 부적응적이 되기가 쉽다. 청소년들은 학교생활을 하는 동안, 자신의 성적, 자신의 인기, 교우관계, 교사와의 관계 등 여러 가지 이유로 불안과 스트레스를 경험하는 일이 많다. 이런 일들은 모두 자신의 가치에 위협을 느끼게 하는 일들이기 때문이다. 이와 같은 위기를 극복하는데 중요한 요인은 물론 자기자신에 대한 존중감이다.

그러나 대부분의 청소년들은 자아정체감을 형성해 가는 과정이므로 어느 정도는 불안을 느끼고 불안정해질 수가 있다. 따라서 청소년들에게는 이해와 지지를 해주는 부모, 형제, 친구들이 필요하다. 부모와의 애착관계가 건전한 청소년은 여러 가지 이유로 자기의 가치가 불안정할 때 자기에게 애정과 관심을 보이는 부모에게서 자기의 존중감을 확인하고, 신뢰할 수 있는 부모와 문제를 함께 나눔으로써 심리적인 압박감을 해소할 수 있다. 뿐만 아니라 부모는 의논의 대상이 되어주고, 자기존중감의 손상을 일으킨 근원적인 문제를 해결하는 방안을 제시해

주기도 한다.

이때 청소년은 소속감과 자기존중감을 회복하고, 실제 문제의 해결을 위해 노력을 하게 됨으로써 문제상황에 대한 인식과 문제해결의 안목과 기술을 학습하게 된다. 그 결과로 자신감과 성공의 경험을 축적할 수 있는 기회를 가지게 된다. 이렇게 볼 때 부모의 입장에서 단순한 애착만이 청소년 자녀의 위기를 극복시키고, 성장을 도와줄 수 있게 하는 것은 아니다. 자녀의 어려움을 인식하고, 이해하는 태도와 그것들을 전달하는 능력이나 기술이 필요하며, 문제를 함께 해결해가는 데 필요한 지식과 대화의 기술 또한 필요하다.

이런 점에서 부모교육은 유아를 양육하는 과정 뿐만 아니라 청소년기의 자녀들을 건전하게 도울 수 있는 태도, 지식, 기술에도 그 초점을 두어야 한다. 한편, 부모나 형제로부터 이와 같은 조력과 지지를 얻을 수 없는 청소년에게는 친구의 존재가 자존감의 회복과 적응의 기술을 획득하는 데 중요한 요인이다. 그러므로 청소년들에게 있어서 친구의 역할은 단순히 놀이의 대상 이상의 의미가 있는 것이다. 이런 경우 친구와의 애착은 청소년의 적응 방식을 결정하는 강력한 효력을 발휘한다. 그러므로 친구와의 애착이 부정적인 기능을 할 때, 부모나 교사들이 이와 같은 교우관계를 변화시키기 어렵다.

앞에서 언급한 적응과 발달 과제들을 부모나 친구를 통해 적응적으로 해결하지 못한 청소년들은 자기존중감이 심각하게 불안정해지고 계속되는 교우관계, 학업성적 등으로부터 오는 압박감에 대처하기가 점점 더 어려워진다. 이렇게 자기존중감이 낮아진 청소년들은 흔히 학업성적이 저조하고, 종종 가난으로 인해 의상이나 또래활동 등에서 다른 급우들과 보조를 맞추지 못하여 동료 급우로부터 쉽게 소외되는 경향이 있다. 이들 중 신체적으로 강인하거나 공격적인 사람들은 부적응적으로 육체적인 힘을 사용하여 자기의 열등한 위치를 보상하려고 한다.

그 결과 그들이 소외나 열등감을 느낄 때 대처하는 방식은 폭력적인 위협이나 폭행이다. 이들 중 육체적인 힘이나 다른 어떤 자기 스스로의 대처방안이 없는 청소년의 경우, 폭력적인 급우들의 폭행이나, 놀림, 또는 따돌림의 대상이 된다.

이들은 학교 가기를 싫어하고 한편 두려워한다. 부모, 형제, 선생님 조차 도움이 되지 못한다. 그들은 앞서 유사한 곤혹을 치른 또래나 선배들에 의해 소속감이나 구원의 제안을 받는 경우가 많다. 그들은 유사한 이유로 학교에서 소외되어 오면서 이미 폭력적이 된 다른 청소년들과 동맹적 친구관계를 맺거나 폭력집단의 일원이 된다. 앞서 말한 이유로 무력하고 소외된 청소년들은 이러한 부적응적 또래집단에 애착하게 되고 소속감을 느끼게 된다.

그 결과로 이들은 앞서 언급한 Patterson 등의 모형에 의해서 설명되는 과정으로 폭력행동을 학습하게 된다. 그들은 이제 피해자의 입장에서 가해자의 입장이 되어 집단의 힘에 의존하여 자존감을 회복하기 위해 노력하고, 때로는 그들에게 소속감을 표현하는 노력으로 폭력을 행사하게 된다. 상담실을 방문한 가출 경험이 있는 청소년들 중 이 경우에 해당하는 청소년들이 상당 수 있다. 이들의 부모들은 이미 자녀들과 심리적으로 단절을 느끼고 자녀들의 행동을 이해하지 못하며, 문제의 자녀들은 부모들이 자기들을 이해해 주기를 기대하지도, 허용하지도 않는다. 이들은 흔히 술, 담배, 마약, 성행위를 즐기며, 노래방이나 비디오 방같은 곳을 집단적으로 출입하고, 그러한 활동에 필요한 경비를 충당하기 위해 협박과 폭행을 수단으로 다른 청소년들로부터 금품을 갈취하게 된다. 따라서, 폭력을 비롯한 비행 일반의 형성과 지속에는 비행 청소년과의 관계가 결정적인 역할을 한다는 종래의 관찰들은 타당하며, 이는 특히 청소년 후기에 비행을 시작한 사람에게 더욱 적용된다(노성호, 1994).

(3) 폭력행동은 주로 사회-환경적 요인에 의해서 발생한다.

이 유형의 폭력 원인은 반드시 청소년에게 해당되는 것만은 아니다. 흔히 그리고 쉽게 행해지는 부모와 교사들의 체벌, 남편들의 아내에 대한 폭력, 남자에인의 여자에인에 대한 폭력 등은 사회적인 허용 혹은 묵인에 의해서 지속되는 현상이다. 우리나라 사회는 지위가 높거나, 나이가 많은 사람, 또는 남자들의 폭력사용을 어느 정도 정당화해주는 경향이 있다. 이는 전통적인 유교사회의 잔재인 것으로 이해된다. 이번

설문조사의 결과는 이 원인으로 발생하는 폭력이 가장 많은 사람들에게 행해지고 있음을 나타내주었다. 그 심각도와 빈도는 이번 조사에서 밝힐 수 없었지만 가장 많은 사람이 교사와 부모에게 맞는다고 응답했는데, 1,607명의 응답자 중 31.8%의 학생들이 교사에게, 10.1%가 아버지에게, 15.1%가 어머니에게 맞았다고 응답했다. 이 불합리한 전통의 피해는 신체적 상해 이상으로 심각하다. 이 불합리한 폭력에 대한 관용은 폭력을 당하는 사람과 폭력을 행하는 사람 모두에게 심각한 심리적 피해를 준다.

이런 종류의 폭행은 폭행자가 바로 교사와 부모와 같은 「의미있는 타자」라는 면에서 심각한 심리적 피해를 입힐 수 있다. 즉, 심리적 위축, 자기존중감의 상실 등은 이러한 폭행이 의미있는 타자에 의해 저질러졌을 때 있을 수 있는 심각한 심리적 피해라고 할 수 있다. 실제로 이와 같은 체벌의 성질을 지닌 폭력은 친구, 선배, 불량배 등에 의해 저질러지는 폭력과는 그 피해의 심각도, 폭력자의 동기, 심리적 영향에서 구별된다. 그러므로 후자를 악성 폭력, 전자를 양성 폭력이라고 볼 수는 없다. 왜냐하면, 이런 종류의 폭력이 장기간 지속될 때 야기되는 심리적 위축, 부정적인 자아개념과 같은 부정적인 영향은 경우에 따라서 빈도가 낮은 악성 폭력의 피해보다 더 심각해질 수도 있기 때문이다.

가령 실제 상담사례에서 부모나 교사에게 지속적으로 부정적 평가나 체벌을 받은 청소년이 심한 강박적인 행동을 보이고, 의사결정 과정이 매우 지리하여, 그로 인해 자기가 원하는 일들을 추구하기 어려운 경우가 종종 있다. 이런 폭행의 영향을 모방학습의 효과와 관련하여 고려해 볼 때, 관습적으로 허용된 폭행을 다름으로써 우리사회의 청소년 폭력을 줄이고 예방할 수 있는 가능성은 얼마든지 있다.

사회적 묵인 혹은 분위기에 의해서 행해지는 폭행은 관습 보다 현대 사회의 변화된 모습과 더욱 연관이 있다. 현대의 청소년들은 영화나 TV 등과 같은 매스컴의 영향으로 폭력에 유래 없이 노출되어 있다. 뿐만 아니라, 현재 우리의 가정과 학교교육에서는 갈등을 자기 편의나 이익을 정당화하는 방향으로 해결하려고 하고, 타협이나 상호존중의 원리

에 입각하여 갈등을 합리적으로 해결하는 기술에 대한 강조가 결여되어 있다. 또한 우리 사회는 물질의 소유와 각종 쾌락의 수단들이 엄격한 제한 없이 청소년들에게 허용되며, 청소년들 자신은 그러한 물건의 소유나 쾌락의 경험을 자신의 능력 혹은 매력의 척도로 인식하고 있는 것 같다. 값비싼 의류, 유행가를 담은 CD, 노래방이나 비디오방 출입 등 청소년으로서는 비용이 많이 드는 것들을 경쟁적으로 얻으려고 한다. 즉, 청소년들은 이와 같은 것들이 자기의 자존심을 지켜주는 것이라고 생각하여 이에 필요한 돈을 구하는 일을 정당한 것으로 여기게 된다.

### 3. 청소년 폭력 상담

비행 청소년에게 적절한 상담방법을 고안하기 위해서는 지금까지 살펴 본 비행의 원인에 대한 이론적 이해 외에 비행의 종류를 살펴보는 것이 필요하다. 비행은 네 가지로 나눌 수 있다.

첫째, 환경적 스트레스 때문에 건강한 청소년이 비행을 하는 것.

둘째, 급격한 성장에 대한 반응으로 비행을 저지르게 되는 것.

셋째, 신경증적 비행.

넷째, 충동 통제와 초자아 기능의 불균형으로 일어나는 진정한 비행.

여기서 첫번째는 환경적 요인, 두번째는 청소년의 발달 특징, 세번째와 네번째의 비행은 성격적 요인과 관계가 깊다. 비행 상담을 고안하는 일에도 이론적, 상황적 고려가 함께 혹은 변별적으로 이루어져야 한다. 비행 상담은 특히 두번째와 세번째, 그리고 네번째 유형의 비행자들을 위한 것이라고 할 수 있다. 그러나 사회적 상황의 변화를 위한 조치는 상담의 효과를 보증하기 위한 필요조건임을 간과해서는 안된다. 다음에 각 이론들에서 시사되는 비행의 예방과 치유책들을 살펴본다. 그러나 비행의 원인이 종합적이듯 예방과 치유 또한 여러 가지 측면의 방법들을 종합하고 통합한 것이어야 한다.

우선 상담이 효과를 거두기 위해서는 사회적인 상황의 통제가 필요하다. 법과 질서의 확립을 통하여 사회를 공평하고 안정되고 신뢰로운 사회를 만들어야 한다. 이는 빈부의 격차로 좌절을 겪는 청소년들의 숫자를 줄이고(긴장 이론), 비행을 통하여 보상을 받을 수 있다는 기대를 줄이거나 제거해야 하며(하위문화이론), 가정의 질서를 회복하고 청소년들에게 다양한 활동을 제공하여 청소년들을 통제하며(통제 이론), 교우관계를 감독하고 조정함으로써 비행을 통한 일치감이나 소속감을 느끼는 일을 방지해야 한다(차별접촉이론).

효과적인 상담 활동을 위하여 개인 상담, 집단 상담, 가족 상담의 여러 가지 형태가 필요에 따라 적절히 적용되어야 한다. 그러나 개인상담이나 집단 상담의 효과에 대한 연구는 대체로 부정적이다(Goldstein, 1990). 개인상담이나 집단 상담의 효과를 증진시키기 위해서는 내담자의 문제, 상담 방법, 그리고 상담자에 대한 내용적·방법적 일관성이 재고되어야 한다는 주장이 제기되고 있다. 뿐만 아니라 예방적 상담과 재활적 상담도 함께 고려되어야 한다(Martin, Sechrest, & Redner, 1981). **재활 상담**이란 비행 내담자가 비행을 통한 욕구만족을 일삼는 생활양식을 포기하고, 보다 적응적으로 자신을 통제하고 자신의 목표를 추구하며, 자신과 타인을 해치지 않는 삶을 살아갈 수 있도록 돕는 과정을 말한다.

다양한 상담 양식 중에서 앞으로 발전시킬 필요가 있는 것은 소위 「인간망 상담」이다. **인간망 상담**은 문제가 되는 비행 청소년들과 관계를 맺고 있는 여러 종류의 사람들을 활용하고 그들과 함께 문제를 해결하고 재활을 도와주는 상담방법으로써 최근 청소년대화의광장에서 개발되고 있는 특히 비행 청소년을 위한 새로운 상담방법이다. 그러나 미국에서는 이미 오래 전부터 활용되어 왔다. 또 다른 유용한 접근 방법은 비행 청소년 자녀들을 가진 여러 가족들을 한꺼번에 상담하는 **다가족 상담방법**이다. 이것은 여러 가족이 한꺼번에 모여 아버지들이나 어머니들이 먼저 집단 상담을 하는 동안 나머지 사람들은 관찰과 질문을 한다. 그리고 그 다음에 여러 가족의 비행청소년들이 집단상담을 시작한다. 마찬가지로 나머지 사람들은 관찰을 한다. 한 회기의 총 시간

은 2시간 가량이다. 이 방법은 여러 가족의 경험과 지혜, 그리고 지지를 활용할 수 있을 뿐 아니라 비행청소년들과 부모들이 서로의 입장을 비교적 편안하게 나눌 수 있다는 장점이 있다.

현재 미국에서는 비행청소년들의 문제를 해결하기 위한 다양한 수준의 프로그램을 운영하고 있다. 가정에서, 학교에서, 지역사회에서, 그리고 각 전문기관에서 각 단위의 특성과 자원을 적절히 활용하여 치료, 예방, 그리고 재활을 위한 프로그램을 운영하고 있다.

마지막으로 공통적인 상담의 과제를 살펴보면 다음과 같다.

- (1) 자기 존중감 고양
- (2) 분노 조절 기능 향상
- (3) 사회적 기술 향상
- (4) 공감 능력 향상
- (5) 가정환경, 특히 부모와 형제 관계, 혹은 부부관계 조정, 부모 교육
- (6) 사회적 지지체제 확립
- (7) 레크리에이션 활동 안내
- (8) 직업 훈련
- (9) 교우관계 조절
- (10) 위기 대처방법 교육
- (11) 술, 담배, 기타 약물문제 해결
- (12) 모방대상과 결연
- (13) 의사와 협력
- (14) 학습 조력
- (15) 자기 중심성 극복 혹은 타인의 관점 이해

비행청소년들을 상담할 때의 일반적인 원리를 살펴보면 먼저 그들과의 관계 형성을 위하여 무조건적 존중, 수용과 공감을 실천해야 한다. 대체로 비행청소년들은 가족과 학교에서 실패하고 소외된 사람들이다. 따라서 자기와 타인에 대하여 부정적으로 지각하고 느끼기 때문에 관계 형성을 하기가 어렵다. 이러한 비행청소년들을 대할 때에는 그들이 보이는 문제가 그들 나름대로 힘든 문제를 해결하기 위한 몸부림이란 점을 이해하는 동시에 보통 사람들이 겪지 않은 고통을 겪어 왔다는

점을 인정할 필요가 있다. 비행청소년들은 상담자로부터 충분한 존중을 받을 때 그들이 가진 현재의 문제를 잘못된 적응의 방식으로 쉽게 받아들인다, 그리고 그들의 장점을 파악하기가 쉽다.

상담의 과정에서 가정의 문제를 해결해야 할 때가 많다. 그들의 반응을 부모와의 갈등을 해결하려는 시도로 이해하는 것이 상담 실제에서 유용한 방법이다. 가령 Dreikurs는 아동 및 청소년들의 비행이 부모와의 관계 조정을 위한 네 가지 목적을 달성하려는 의도에서 행사되는 것으로 이해하였다. 첫째는 부모의 관심을 획득하는 것이고, 둘째는 부모와의 관계에서 힘을 장악하는 것이고, 셋째는 부모에게 복수하려는 것이며, 넷째는 스스로 부적절하게 행동하거나 무능해짐으로써 부모의 기대를 좌절시키는 것을 말한다. 상담에서 이러한 관점을 적용하는 것은 곧 부모와 자식의 관계상의 문제를 조정하는 일을 상담의 주요 과제로 삼는다는 뜻이다.

상담의 양식이 다변화함에 따라 부모와의 관계 뿐만 아니라 내담자에게 여러 가지 실제적 도움을 제공하는 일도 상담의 중요한 과제로 고려될 것으로 전망된다. 가령, 직업훈련, 경제적 자원의 발견, 건전한 또래 집단의 소개, 레크리에이션 활동의 제공, 그리고 앞에서 언급한 비행청소년들과 관련된 여러 인사들을 활용하는 사회적 지지 체계의 확립 등 그들의 실제 생활에 필요한 요소들을 상담의 전체 계획 속에서 체계적으로 제공하는 일들이 전통적인 개인상담이나 집단 상담보다 효율적일 수 있다.

마지막으로 덧붙이고 싶은 필자의 생각은 현재까지 청소년 비행 상담에서 그들의 성격적 측면이 다소간 소홀히 다루어져 왔다는 것이다. 외부의 환경적 요소가 비행의 발생에 미치는 영향은 당사자인 비행청소년들이 그 상황을 어떻게 지각하고 느끼느냐에 더 깊이 관련되어 있다. 그러므로 상담에서 중요한 요소는 그들이 자기, 타인 그리고 세상에 대하여 느끼고 생각하는 체계이다. 성격은 인지적 요소 뿐만 아니라 정서적 요소가 함께 연합되어 있는 개념이다.

1. 폭력의 발생원인을 사회통제이론으로 설명하고, 이 이론을 폭력상  
담과 예방에 적용할 수 있는 방식을 논의하시오.
2. 지나친 통제와 간섭을 주로하는 어머니가 자녀의 폭력행동을 조장  
할 수 있다. 그 이유를 설명하시오.
3. 폭력 행동을 유발하는 사회적 상황의 영향을 설명하시오.

## 부모-자녀 갈등과 가출

1. 부모-자녀 갈등의 유형
2. 부모-자녀 갈등의 발생 과정과 특징
3. 부모-자녀 갈등의 원인
4. 부모-자녀 갈등과 가출



옛날 이몽룡이 춘향이와 놀기 위해, 한 밤중에 집을 몰래 빠져나오고, 한양에는 안 가겠다고 할 때, 그 부모의 심정이 어땠을까? 급기야는 어사가 되어서조차도 기생의 딸년과 결혼한다는 말을 들었을 때 그 부모의 심정이 또한 어땠을까? 성경의 탕자 비유에서 둘째 아들이 자기 분깃을 팔아 달라고 했을 때, 그 아버지가 순순히 팔아 주었을까? 아마도 그 아들은 아버지의 속을 지속적으로 썩여 왔을 것이고 빈번히 부딪치다 급기야는 집을 나가겠다고 선언했을 것이다.

부모-자녀 갈등은 어느 시대이고, 어느 지역에든 상관없이 존재하는 삶의 자연스럽고 당연한 현상일 것이다. 그러기에 많은 학자들은 부모-자녀 갈등을 정상적인 것으로 보아야 한다고 강조한다. 그러나 중간 정도의 갈등을 겪고 쉽게 평형 상태로 회복될 수 있는 관계는 건강한 부모-자녀 관계이지만 건강하지 못한 부모-자녀 관계는 이러한 갈등이 생긴 이후에 평형 상태로 환원되지 못하고 지속적으로 갈등 상태에 놓여 있게 된다.

약 3년 전에 우리를 경악하게 했던 부모 살인 사건들은 부모-자녀 갈등을 안이하게만 생각할 수 없음을 단적으로 보여준다. TV만 본다고 혼내던 어머니가 중 2 아들(15세)이 휘두른 야구 방망이에 무참히 죽었던 일, 미국 유학 중 도박으로 잃어버린 빚을 갚고 영원히 부모의 간섭을 피하기 위해서 부자인 부모를 죽이고 방화까지 했던 25세의 미국 유학생, 두 자녀를 기르고 안정된 직업과 물질적으로 풍요로운 환경에서 살던 43세의 가정이 72세의 아버지를 계획적으로 살해한 사건 등이 그것이다. 이 사건들은 자녀가 부모를 죽였다는 이유로 우리에게 큰 충격을 주었지만, 부모에 의해서 죽어 가는 자녀는 1년에 100여건으로 훨씬 숫자가 많다. 이러한 사건들은 건강하지 못한 부모-자녀 관계를 나타내며, 적극적 해결 없이는 이러한 갈등이 나이에 상관없이 계속되고 심화됨을 보여준다.

## 1. 부모-자녀 갈등의 유형

개의 호소로 분류하였다. 여기에 정리한 호소 내용들은 청소년들 편에서 나온 것들이다.

### 1.1 부모의 소홀, 무관심, 거리감

부모와 대화가 결핍되어 있거나 부모의 무관심과 소홀로 인하여 부모 자녀간에 거리감이 발생하는 경우를 이른다. '부모님에 대한 애정이 없어진다', '아버지와 대화가 없고 식사할 때 불편하다', '가족과 함께 어울리기 싫어한다', '부모님의 애정 결핍이 불만이다', '부모님이 날 미워해서 고민이다', '부모님이 나를 믿지 않는다' 등이 속한다.

### 1.2 의사소통이 안됨

부모-자녀간의 세대 차이, 가치관 차이, 의견 차이 등으로 인해 의사소통이 제대로 되지 않는 경우를 말한다. '부모님은 보수적이고 나는 개방적이라 대화가 안된다', '부모님과 대화가 안 통한다', '부모님이 신세대의 가치관을 몰라 나에게 간섭하는 것이 싫다', '부모님과 너무나 대화가 되지 않아 가정보다 친구를 찾는다', '부모와 세대차가 심해 대화가 단절되고 비밀이 생긴다', '부모님과 의견의 불일치로 인한 갈등이 있다' 등이 여기에 속한다.

### 1.3 지나친 관심과 개입

부모가 자녀에게 지나치게 관심을 가지고 잔소리와 과잉보호를 하는 등의 개입을 하는 경우를 이른다. '부모님이 방에 들어오셔서 책이나 공책을 뒤적이신다', '간섭이 너무 심한 것 같다', '침에서 잘해주는 것은 없으면서 잔소리는 더럽게 한다', '친구에게 전화가 왔을 때 엄마가 없다고 한다', '부모님이 나를 마마보이처럼 키운다', '부모님이 너무 요구하는 게 많아서 싫다', '부모님이 몰래 방을 뒤지는 게 싫다' 등이 청소년들이 하는 호소들이다.

## 1.4 차별과 비교로 인한 갈등

부모가 자녀를 다른 형제들과 차별적으로 대우하거나 혹은 다른 형제들과 또는 친구들과 비교하여 문제가 발생하는 경우를 이른다. ‘언니, 오빠 행동은 자유로운데 나의 행동만은 억압한다’, ‘엄마가 나보다 오빠와 동생을 편애한다’, ‘아버지가 동생과 비교하며 나는 공장에 가야 한다고 한다’, ‘초등학교 동창과 비교하는 엄마가 너무 싫다’, ‘부모님이 친구와 비교할 때면 책상 앞에 앉기조차 싫어진다’ 등이 이에 포함된다.

## 1.5 부모에 대한 무서움

부모가 권위적이고 엄격하여 자녀들이 부모를 무서워하는 경우를 이른다. ‘나는 이런저런 것을 하고 싶은데 부모가 무서워서 하지 못하는 경우가 있다’, ‘부모님의 감시 속에서 너무 시달린다’, ‘엄마가 너무 엄격하다’, ‘부모님을 두려워한다’ 등이 포함된다.

## 1.6 부모의 체벌, 구타, 학대

부모가 자녀를 체벌하거나 구타, 학대하여 발생하는 문제를 이른다. ‘성적 때문에 부모님이 벌을 주신다’, ‘집을 나가라거나 채찍으로 때리신다’, ‘엄마가 아이를 너무 심하게 때려 온몸이 멍투성이가 된 것을 본 적이 있다’, ‘부모님에게 맞았다’, ‘늦게 귀가하면 부모님에게 맞을까봐 걱정된다’, ‘부모님이 자주 때린다’, ‘아버지는 술만 먹으면 때린다’ 등이 여기에 속하는 호소들이다.

## 1.7 부모와 함께 있는 시간이 적어서 발생하는 문제

부모와 자녀가 함께 있을 수 있는 절대적인 시간이 부족하여 발생하는

문제를 이른다. ‘어머니가 일 다니지 않고 집에 계셨으면 좋겠다’, ‘부모님이 자주 집에 오셨으면 좋겠다’, ‘부모가 맞벌이하는 경우 자식에게 신경 쓸 여유가 없다’, ‘부모님이 가게 가서 혼자서 밥 차려 먹어야 할 때 외롭다’, ‘가족들과 떨어져 있어, 보고 싶어도 못 본다’, ‘일이 너무 힘들고 외로울 때 모든 것을 그만두고 엄마랑 살았으면 좋겠다’ 등이 속한다.

### 1.8 결손가정에서의 부적응

부모의 이혼이나 편부모 등 결손가정 상태를 적응하지 못해서 발생하는 문제를 이른다.

‘계모가 아버지에게 나의 행동을 이른다’, ‘엄마가 없어 속옷 등의 문제는 아빠에게 말할 수 없어 아빠가 밉다’, ‘부모님이 이혼하셔서 집에 들어가기 싫고 모든 것에 흥미가 없다’, ‘할머님과 두 동생이 건강하게 잘 지냈으면 하는 걱정이 있다’, ‘엄마가 재혼을 했는데 엄마와 살고 싶다’, ‘부모님이 안 계시고, 형제들이 무관심하여, 가정이 원만하지 않다’ 등이 청소년들이 직접 하는 호소들이다.

### 1.9 문제 부모로 인해 발생하는 문제

문제가 있는 부모, 즉 부모의 불화, 술주정 등으로 인해 발생하는 문제를 이른다. ‘아버지의 노름’, ‘아버지의 술주정’, ‘부모님이 심하게 싸울 때 집에 들어가기 싫다’, ‘아버지가 술을 매일 먹고 집안을 때려 부실려고 해서 걱정이다’, ‘부부 싸움으로 엄마가 집을 나갈까봐 걱정이다’, ‘아빠가 술을 먹은 뒤 엄마에게 폭력으로 대할까 걱정이다’ 등이 속한다.

### 1.10 부모 능력 부족으로 인한 열등감

부모의 현실적인 능력의 부족으로 인해 자녀가 열등감을 갖는 경우를

이른다. '부모의 직업이 다른 사람과 비교해서 창피하다고 느껴진다', '친구의 아버지와 자신의 아버지를 비교한다', '내 삶! 왜 가난한 집구석에서 태어났나' 등이 속한다.

### 1.11 부모에 대한 반항/반감/무시

부모에게 대들고 반항하고 부모를 무시하는 경우를 이른다. '가끔 이유 없는 반항을 한다', '대들기를 좋아하고 신경질을 자주 부린다', '반항이 너무 심하다', '부모를 무시하는 경향이 있다' 등이 속한다.

### 1.12 부모에 대한 의존

자녀가 부모에게 지나치게 의존하여 발생하는 문제를 이른다. '자신이 해야 할 일을 부모에게 의탁한다', '모든 문제를 부모에게 너무 의존하여 독립심이 없다' 등이 이에 포함된다.

## 2. 부모-자녀 갈등의 발생 과정과 특징

Gothard(1997)는 부모와 자녀간의 갈등이 발생하고 심화되는 과정을 상호작용하는 순환과정으로 설명하고 있다. 청소년들이 보이는 행동들은 비슷비슷한 것 같지만 그 내면에 있는 주요 갈등에 따라 달라지고 단계적으로 진행된다.

### 2.1 부모-자녀 갈등의 심화 과정

일에 매우 바쁜 한 아버지가 아들과 주말에 낚시를 가기로 약속을 하였다. 떨 듯이 기쁜 아들은 그 날부터 낚시 갈 준비를 하기 시작하였다.

뉘시도구도 챙기고 용돈을 털어 뉘시밥도 준비하고 친구들에게 자랑도 하고, 그 전날에는 입고 갈 옷도 챙겨놓고 다음날이 밝기만 바라고 있었다. 옛날 소풍가기 전날을 상상하면 그 때의 심정을 짐작할 수 있다. 바로 그 날이 밝았다. 아이는 일찍 일어나 옷입고 뉘시갈 준비를 서둘러 했다. 그 때 전화벨이 울렸고 아빠를 찾는 전화였다. 아빠는 약물중독프로그램 진행자였는데 다른 도시의 약물중독프로그램을 두사람이 진행하도록 되어 있었으나 그 중 한 명이 아파서 나올 수가 없었고, 아버지가 그 자리를 메워 줄 것을 요구하는 전화였다. 아버지는 곧 허락하고는 프로그램이 진행되는 다른 도시로 떠났다. 아이는 자기 방에서 하루 종일 쳐박혀 아버지를 기다렸다. 저녁 때 아버지는 돌아오셨고 같이 저녁을 먹는 식탁에서 아이는 아버지 얼굴을 쳐다보지 않았고 말을 하지 않았다. 부모는 '아이가 실망하여 그러겠지'하면서도 '그럴 수도 있는 것이지'하면서 지나쳤다. 그러니까 아버지가 아이에게 미안하다는 진심어린 사과 없이 그렇게 하루가 지나가게 되었다.

이 에피소드는 특정 소년의 이야기이지만 우리 주변의 많은 부모-자녀들 사이에서 쉽게 이루어지는 마음에 상처를 입는 과정의 한 예이다. 마음에 상처를 받았어도 그 상처가 바로 이야기되고 다루어지면 쉽게 해결될 수 있지만, 대개의 경우는 그냥 내버려두어 갈등의 발단이 된다. 이러한 사건들이 자주 발생하고 또한 발생시 잘 다루어지지 않으면 갈등이 심화된다.

### 2.1.1 상처받은 영혼 - 대화 단절 - 무시

자녀가 마음에 상처를 받으면 우선 아이는 말이 줄어든다. 대화가 줄어들고 눈 마주치는 일이 줄어든다. 그러나 부모는 '그럴 수도 있지'하면서 대수롭지 않게 넘긴다. 이런 상태가 지속되면 아이의 마음에서 부모에 대한 애정이 줄어들거나 없어지게 되어 냉랭해지고 아이 자신을 가족으로부터 소외시킨다.

### 2.1.2 애정의 상실- 감사의 소실 - 옛날과 비교

이렇게 소외된 감정은 감사하지 않는 행동으로 나타난다. 부모가 애써서 마련한 여러 가지 것들에 대해 전혀 감사해 하지 않는다. 아이들은 ‘당신들이 내게 해주는 이런 것은 내가 받은 상처와 맞먹는다. 그러니까 나는 당신들의 노력으로 인한 먹을 것, 입을 것, 잘 것, 공부할 것 등등의 대가를 내 마음의 상처로 치렀으니까 그것들에 대해 전혀 감사할 이유가 없다’라고 생각한다. 아이들은 부모의 모든 돌봄을 당연한 것으로 여긴다. 그러면 부모는 아이들이 감사해 하지 않는 행동을 보고 아이들에게 “우리들이 자랄 때는 이렇게 좋은 음식이 어디 있었는 줄 아느냐, 우리는 공부할 형편이 못되어 못했지만 너희는 우리가 애쓴 결과로 이렇게 호강한다”라는 식으로 옛날 이야기를 끌어오며 자신들이 자랄 때와 지금의 아이들을 곧잘 비교하여 나무란다. 그러면 아이들은 부모의 권위의식에 신물을 느끼고 무시하려 한다.

### 2.1.3 권위의 거부 - 고집 부림 - 잔소리

부모의 권위를 무시하고 싶으나 노골적으로 드러낼 수 없을 때 아이들은 고집을 부린다. “싫어요”, “안 먹어요”, “신경쓰지 마세요” 등등 완곡하게 부모의 속을 건드린다. 주로 사보타지 형태인데 늦게 일어나거나 집안 모임이나 행사에 참여하지 않고 귀찮아하고 자신의 의무와 역할을 게을리한다. 그러면 부모는 잔소리를 많이 하게 된다. 일어나라는 소리도 여러번 하게 되고, “왜 안하느냐”는 소리도 여러 번 하게 된다. 그러면 아이는 마음 속으로 ‘어른들만 마음이 있어요? 나는 나예요. 나도 생각이 있다구요, 내 인생은 내가 사는 거예요’라고 저항하며 자신의 권위를 주장하기 시작한다.

### 2.1.4 자신의 권위 주장 - 노골적 반항 - 규제와 요구

자신의 권위에 관심을 갖게 되고 이를 표현하면서 아이는 부모에게 대놓고 자기 주장을 하고 따지고 반항한다. “이 문제는 내 문제이니 내 생각대로 할래요”, “상관하지 마세요. 내 마음이에요” 등등으로 자기를

주장한다. 그러면 부모는 자기의 권위 안으로 아이가 들어오지 않으니까 권위를 드러내는 명령과 요구를 더욱 거세게 하게 된다. “몇시까지 들어와라”, “아빠 말대로 해”, “네가 알면 얼마나 알아! 다 경험한 사람의 말을 들어라” 등등. 이쯤되면 집안은 시끄러워지고 아이문제가 부부간의 문제로 번져나가고, 아이는 슬슬 밖으로 걸돌게 된다. 부모에게 반항하는 자신의 모습에 대해 두려워 하고 자기를 그렇게 만든 부모를 탓하면서 두려움, 분노의 마음을 갖는다.

#### 2.1.5 반항의 합리화 - 나쁜 친구의 사귄 - 조사, 심문

자녀는 부모에 대한 두려움과 분노와 같은 무거운 심정을 완화하려고 합리화를 시작하는데, 자기와 비슷한 경험을 하고 있는 친구를 만나고 같이 지내면서 ‘나만 그러느냐, 내 친구 누구도 그러는데’하면서 마음을 달랜다. 부모는 아이가 집밖으로 돌면 부모는 사귀는 친구에 대해 관심을 갖으면서 “뭐하는 아이냐?” “누구집 아이냐?” “공부는 얼마큼 하나?” “뭐하고 놀았느냐?” 등등 마치 수사관처럼 조사하고 심문한다. 아이는 더 이상 집에 붙어 있기 싫어하고 밖으로 나가 부모가 싫어하는 일만 풀라서 하게 된다. 그 일이라는 것이 방종적인 행동들과 의무와 책임의 회피들이다. 그저 감각적이고 쾌락적인 일에만 탐닉하게 된다.

#### 2.1.6 감각적 만족의 추구 - 방어 - 저주와 묵인

아이의 찰나적 쾌락에 탐닉하고 좀 귀찮고 힘든 일은 전혀 하지 않으려 한다. 이 때 친구들과 함께 노래방에 가서 늦게까지 실컷 놀고 귀가가 늦어지거나 아예 의도하지 않은 가출을 하게 된다. 노래방이나 어두운 곳에서 술이나 담배를 즐기고, 더 진행된다면 본드나 가스 등의 약물에 손을 댈다. 남녀가 함께 몰려다니면서 성 문제도 발생한다. 그러면서 “뭐가 나빠요? 나는 재미있고 즐거운데... 내가 좋으면 되는 것이 아니에요?”, “나만 그러나요? 다른 애들도 다 이래요”하면서 자기의 감각적 방종을 방어한다. 그러면 부모는 자녀에 대해 “못된 놈”이라며

배신감과 분노를 느끼며 자신의 팔자를 탓한다. 아니면 아주 포기하고 무시해버리는 지경에 이른다.

### 2.1.7 죄의식 - 타인 비난 - 자기 방어

아이들은 겉으로는 자신의 행동에 대해 합리화하고 방어하는 모습을 보이지만 마음 속으로는 자신들이 저지른 일들에 대해 죄책감을 심하게 경험한다. 감각적 만족을 위한 행동들이 대개는 마약이나 성적 탈선, 비행 등의 심각한 일탈행동이기 때문이다. 마음에 죄책감을 느끼는 사람들은 자신에 대해서뿐 아니라 타인의 위선, 비도덕성 등에 대해서도 매우 예민해진다. 부모를 비롯한 주위 사람들과 사회를 원망하고 비난하게 되는데, 이러한 비난 행위에 대해 부모는 '나는 할 수 있는 만큼 다 했다', '더 이상 어쩔 수 없다' 등의 자기 방어를 한다.

### 2.1.8 자살 충동 - 우울이나 흥분 - 절망

이 정도 되었을 때 아이들은 더 이상 버틸 수 있는 힘이 없고 거의 무기력 상태에 이르는데, 모든 것을 잊어버리고 세상에서 없어졌으면 하고 생각하거나 천재지변이나 마술 같은 힘으로 모든 것을 지워버리고 새롭게 태어나고 싶어한다. 다시 말해 자살 충동이나 우울을 심하게 경험한다. 때로는 마약에 탐닉하거나 헛된 생각이나 사이비 종교에 몰입하기도 한다. 이러한 자녀의 상태에 대해 부모는 말할 수 없는 비참함을 느끼면서 절망한다.

이상의 과정을 표로 요약하면 다음과 같다. 이 과정은 부모와 자녀 사이에 흔히 있는 실망과 노여움의 일상적인 사건이 어떻게 상호작용하면서 심화되어 가는 지를 잘 보여준다.

<표 III-1> 부모-자녀 갈등의 심화 과정>

청소년의 내적 갈등	청소년의 외적 태도	부모, 교사의 반응
상처(영혼) 받음	대화 단절(말이 줄어듦)	합리화(대수롭지 않음)
↓	↓	↓
애정이 없어짐	감사가 없음	옛날과 비교
↓	↓	↓
권위의 거부	고집 부림	잔소리
↓	↓	↓
자신의 권위의식	노골적 반항	규제 및 요구
↓	↓	↓
반항의 합리화	나쁜 친구를 사귀	FBI처럼 조사
↓	↓	↓
감각적 만족 추구	향락에 대한 방어	저주, 묵인
↓	↓	↓
죄의식	타인 비난	방어
↓	↓	↓
자살 충동	우울이나 흥분	절망

### 3. 부모-자녀 갈등의 원인

모든 갈등에는 나름대로 부수적 이득이 있기 마련이다. 특히 부모와 자녀 간의 갈등은 우리 문화에 부모에 대한 공경과 순종, 효 등의 가치관이 자리잡고 있기 때문에 다른 인간관계에서의 갈등보다 더욱 괴롭고 힘이 든다. 그럼에도 불구하고 이러한 것들이 유지되는 까닭은 그 갈등 속에 서로 양보할 수 없는 중요한 발달 과제가 담겨 있고 '가족인데...', '부모 자식간인데...' 하는 기대에서 비롯된 의사소통의 문제가 있기 때문이다.

#### 3.1 자율성 획득을 위한 자녀의 반항

부모-자녀 갈등에 대한 많은 연구들은 부모-자녀간의 세대차라든지 인지 양식의 차이가 갈등의 원인이라고 보고하지만 실제 갈등의 현상은 매우 사소한 곳에서 발견된다. 아침마다 소리질러 자녀를 깨워야만

하는 엄마와 왜 더 일찍 안 깨웠냐고 짜증내는 아들, 더러운 옷을 입은 채 씻지도 않고 식탁에 와 앉은 아들과 이를 나무라는 엄마, 밤에도 몇 시간씩 전화통을 붙잡고 있는 딸과 네가 전화세 낼거냐고 소리지르는 엄마.

이처럼 일상생활 속에서 부모-자녀 갈등은 쉽게 일어난다. Montemayor (1982)는 옷 입는 것, 위생, 친구 사귀는 것과 같은 사소한 일들이 부모-자녀간 갈등의 주된 소재이라고 하였다. Noller와 Callan(1991)는 갈등이 가족의 일상적인 규칙과 일상적인 가정 생활에서 일어나기 때문에 자녀들이 아버지보다는 어머니와 더 잦은 갈등을 겪는다고 보고하였다. 자녀가 권위적인 아버지(30%)보다는 권위적인 어머니(40%)에게 더 반항한다는 보고(Balswick & Balswick, 1991)는 이러한 갈등이 생활 현장에서 일어나는 것이고, 아버지보다는 어머니와 더 오랫동안 같은 시간과 공간 내에 있음을 의미한다고 하겠다. 정경아(1992)도 부모-자녀간의 갈등을 친구와의 전화 통화, 귀가 시간, 취침 및 기상 시간, 옷차림이나 머리 모양, 방청소, 주말 시간 사용, 용돈 사용, 숙제나 학교 성적, 집안 일 돕기와 참여, TV 시청 및 라디오 청취, 형제자매 관계, 성급한 행동, 건강이나 청결 등 14개의 일상적 생활 사건으로 평가하였다. 생활 규칙은 자율성과 밀접하게 관련되어 있다. 자율성은 Erikson(1963)에 의하면 2-3세에 발달하기 시작하는 것으로 자기 자신에 대해 스스로 통제력을 발휘할 수 있다고 지각하는 정도를 의미한다. 즉 혼자서 밥을 먹을 수 있고, 혼자서 옷을 입을 수 있으며, 자신이 원할 때 배설할 수 있다고 지각할 때 자율성이 획득되었다고 볼 수 있다. 이러한 자율성이 청소년기에 이르러 새롭게 부각되는데 전보다 더 확장된 영역에서 이루어진다. 청소년들은 다음의 세 가지 영역에서 자율성을 획득하고자 한다. 첫째는 **행동적 자율성**으로 금전 관리, 옷차림과 머리 모양, 취침/기상 시간을 자율적으로 정하고 행동하려고 한다. 둘째는 **정서적 자율성**으로, 청소년들은 부모와 점점 더 거리감을 느끼고 같이 있으려 하지도 않으며 또래들과 더 강한 정서적 애착을 형성한다. 청소년대화의광장의 조사에 의하면 마음을 열고 대화한 대상이 누구냐는 질문에 조사대상 청소년의 58.7%가 동성 친구라고 답했고

부모라고 답한 경우는 15% 정도에 불과하였다. 셋째는 가치 자율성으로 부모의 가치관과는 구별되는 독자적인 태도와 신념을 갖는 것을 말한다. 학업 목표, 직업 목표, 결혼과 같은 문제에 이러한 가치 자율성이 반영된다. 자율성 획득의 이러한 세 가지 영역 중 행동적 자율성이 비교적 이른 시기에 나타나며 정서적 자율성과 가치 자율성은 보다 지연되는 경향이 있다. 청소년들이 자율성을 추구하는 과정에서 과감하게 행동과 태도를 변화시킴으로써 이에 따라 부모-자녀 갈등이 나타나게 되는 것이다.

Noller와 Callan(1991)은 청소년이 반항행동을 하는 것에 대한 직접적인 원인은 부모에 대해 부정적인 감정을 가지고 있고 또한 부모에 대한 존경심이 부족하기 때문인데, 이것은 너무 엄격하거나 일관성 없는 훈육의 결과라고 하였다. 또 Balswick과 Balswick(1991)은 매우 엄격한 경우(29%)보다 매우 허용적일 때(45%) 청소년들이 더 반항한다고 보고 하였다.

청소년이 자율성을 획득하는 과정에서 부모가 취하는 태도에 따라 청소년의 반항의 정도가 달라지는데 엄격성과 허용성이 반반일 때보다 일관성 있을 때 그 정도가 약화된다.

### 3.2 서로 다른 발달 단계에 속해 있는 부모와 자녀

Erikson에 따르면 청소년기의 발달적 과제는 정체감 형성이고 그의 부모들의 과제는 왕성한 생산성이다. 따라서 자녀들은 부모하고는 다른 자신을 확인하고자 노력하며, 이에 반해 부모는 그들의 생산성 영역에 자녀의 양육이 중요한 위치를 차지하고 있기 때문에 결과적으로 이들 사이에 갈등이 발생한다. 중고등학교에 다니는 아이들의 연령이 14-18세라면 이들의 부모들은 적어도 40대 이상이다. 결혼하여 수많은 새로운 경험들을 겪으면서 이제야 삶에 대해 무엇인가 알 것 같고 또 비교적 생활의 모든 영역이 안정되어졌다고 느끼지만, 반면 이제는 육체적 조건도 전하고는 사뭇 다르고, 젊은 시절 역시 다시는 돌아오지

않는다는 것을 깨닫게 된다. 다만 수많은 어려운 경험들과 젊음의 대가로 주어진 자녀들을 보면서 자위하는 시기가 바로 이 40대이다. 이들이 자녀들에게 통제력을 발휘하는 것은 지극히 자연스러우며 자녀가 이에 순종해야 하는 것 역시 당연한 것으로 지각한다. 그러나 청소년이 되어 버린 자녀들의 인생 과제는 통제력을 벗어나 자율성을 획득하고 부모와 분리되는 것이다. 부모에게 있어서 자녀는 “내” 자녀이지만, 자녀에게 있어서 부모는 이상적 부모상에 근거해서 객관적으로 평가해야 할 대상이 된다.

### 3.3 악순환되는 부모-자녀간 의사 소통

어떤 관계에서든지 **의사 소통**은 핵심적인 부분이다. 서로의 생활 과제나, 가치가 달라도 제대로 된 의사 소통에 의해 갈등이 어느 정도 감소될 수 있다. 의사 소통이 왜곡되지 않으려면 관계를 맺는 사람들이 서로 적극적으로 노력하는 것이 필요하다. 의사 소통이란 언어적인 통로로만 소통되는 것이 아니며, 비언어적인 부분이 관계에 훨씬 더 많은 영향을 미친다. 또한 말의 표면에 드러나는 내용이나 정보보다는 그 말에 깔려 있는 의도나 심정이 상대방에게 더 많은 영향을 미치기 마련이다. 그러나 비언어적인 전달과 이면의 내용들은 분명하지 않으며, 듣는 자의 이해하려는 노력이 없이는 제대로 이해되기 어렵다.

가정의 갈등을 설명할 수 있는 이유들은 매우 많다. 산업 및 경쟁 사회, 물질주의의 팽배, 인간관계의 와해와 같은 가정 밖의 사회적 요인들, 가족 각 개인들의 미숙한 특성들, 그리고 가족 구조적 요인 등을 들 수 있지만, 이러한 요인들은 언어생활에 의해 악순환된다. 일전에 있었던 패륜 사건에서 예를 들면, 아들이 본가를 떠나 가족이 있는 미국으로 가려고 하자, 아버지는 아들이 가지 않기를 바랬지만 “가든지 말든지 마음대로 하라”고 소리를 질렀고, 이에 아들은 본때를 보이듯이 미국으로 떠나 버린다. 결국 아버지-아들 사이는 더욱 악화될 뿐이었다. 또 아들에게 현실의 냉혹함과 철저함을 가르치기 위해 “100원어치

일을 하면 100원을 주고 1000원어치 일을 하면 1000원을 준다”고 말한 아버지를 아들은 모든 것을 돈으로 환산하는 수전노로 해석하였고 아버지는 그러한 아들에 대한 실망과 노여움을 “그 따위로 하려면 호적을 파 가라”고 소리지르는 것으로 표현하는 등으로 이러한 악순환적인 의사소통 과정을 통해 아버지와 그 아들의 관계는 결국 살부라는 결과로 연결되었다.

청소년대화의광장의 조사(1994)에 따르면, 약 30%의 청소년들에게 부모가 주된 대화의 상대라고 하지만, 그 중 약 40% 정도만이 “부모님이 내 말을 열심히 들으시고 마음을 잘 이해해 주신다”고 하였고 60%는 “내 말은 들으시지만 내 마음은 이해하시지 못하거나, 아예 듣지도 않으시고 부모님 하시고 싶으신 말씀만 하신다” 또는 “말하고 나면 관계가 더 나빠진다”고 하였다.

이상에서 부모-자녀 갈등이 보편적인 것이 청소년 자녀들의 자율성 확립 과제와 이에 반해 그들과는 다른 인생 과제에 당면하고 있는 부모, 그리고 인간관계에 존재하는 일반적 의사 소통의 문제 등에서 나온다는 것을 확인하였다. 이들 세 가지 특성들은 각각 개별적인 것이라기 보다는 서로 연결되어 있어, 부모-자녀 갈등의 필연성과 정상성을 뒷받침해 준다.

모든 건강한 청소년들은 행동적으로, 정서적으로, 가치적으로 자율성을 확립함으로써 부모가 사주거나 지정해 준 옷이나 머리 모양과 다르게 취하게 된다. 가족의 생활 리듬을 따르기보다는 자신의 생활 리듬을 고집한다. 가족의 모임이나 행사에 참석하지 않기를 선호하고 친구들과 어울리고 싶어한다. 참하고 수더분한 여성을 촌스럽다고 부모 앞에서 이야기한다. 그러나 이들의 자율성 표현은 깊이가 있기보다는 “전시적 기능”에 중점을 두고 있는 것 같다. 무엇도 분명하지 않다고 느끼는 이 시기에, 기존의 옷차림이나 생활 규칙을 그대로 따른다면 청소년은 자신의 자율성 과제를 소홀히 다루는 것이 되어 버린다. 그러므로, 이들의 자율성 표현은 오랫동안 지켜 온 인습적인 것과는 다른, “튀는” 것들로 이루어져 있다. 때로는 객관적으로 아름답지도 않고 기능적이지도 않으며, 게으르고, 낭비적이고, 거칠다. 구구한 역사 속에서 살아남아

온 인습들에 비추어 보면 그들의 행태는 당연히 잘못된 것들이다. 그러나 그들에게는 어른들의 눈에 어떻게 비추어나 보다는 단지 다르다는 면이 더 중요하다. 이 때 자녀의 양육이 중요한 인생 과제인 부모들은 인습과 다른 행태를 보이는 자녀를 잘못 키 가고 있다고 지각하게 되고 이를 교정하려는 시도를 하게 된다. 대개의 부모들은 인생의 황금기인 30대를 가족을 위해 헌신한다. 그러나 헌신한 그 결과가 밖으로 나돌고 제멋대로 하려고만 하는 자녀로 나타날 때, 얼마나 당황이 되겠는가? 부모들은 아이에게 달래도 보고 협박도 해보고 때려도 보면서, 안 해본 것 없이 별별 것들을 다 해보게 된다. 이 과정에서 격한 심정으로 아이의 이야기보다는 자신의 생각이나 방향을 주장하게 되고 아이들처럼 억지를 쓰게 된다. 속마음보다는 말과 행동이 훨씬 거칠고 변덕스러워 권위의 상실을 자초한다. 상실된 권위 의식을 느낀 부모는 더 힘을 사용하려 하고 그럴수록 자녀는 더욱 자신을 주장하게 되는 악순환 고리로 연결된다.

## 4. 부모-자녀 갈등과 기출

기출이란 정신적 갈등을 해결하거나 생활 목표를 달성하기 위해 가족을 떠나 안주의 장소를 구하려는 일종의 도피 행위이다. 한편 기출은 자유를 구하려는 필연적인 생산과정 혹은 자립과 자아의 최초 이정표를 세우기 위한 수단으로서 긍정적인 의미를 갖는 것으로 규정되기도 한다. 그러나 청소년들의 비행과 연관되어지는 기출이 자유와 독립의 추구라는 긍정적인 면보다는 사회 질서의 파괴, 가족의 해체, 및 범죄 등의 부정적인 면을 더 많이 내포하고 있다는 점은 무시할 수 없는 사실이다. 청소년 기출은 '자신 및 자신을 둘러싼 주위 환경에 대한 불만이나 갈등에서 비롯된 문제점에 대한 반발이나 해결을 위해 보호자의 승인 없이 최소한 하루 밤 이상 무단으로 집을 나가 돌아오지 않는 충동적 혹은 계획적 행위'라고 정의할 수 있다.

한편 모든 가출이 다 똑같은 의미를 갖는 것이 아니라, 그 원인, 과정, 및 결과에 따라 그것의 사회적 의미가 달라지므로 이에 따라 가출을 크게 다음과 같은 네 가지 유형으로 분류할 수 있다. 그것은 **시위성 가출**, **도피성 가출**, **추출성 가출** 그리고 **우발성 가출**이다. 시위성 가출이란 흔히 우리가 상식적으로 생각할 수 있는 것으로 가족원들로부터 관심을 끌어내는 것을 위주로 하는 것이며 상대적으로 온건하고 제한적인 성격을 띤다. 도피성 가출은 긴장 유발적인 가정 전체로부터의 탈출이나 거부를 지향하는 것으로, 시위성 가출에 비해 더 전면적이고 적극적인 것이라고 말할 수 있다. 추출성 가출은 자기 스스로 집에서 나오는 형식을 취해 가출을 하게 된 경우를 말한다.

그러나 청소년들에게서 흔히 발생하는 가출은 우발성 가출이다. 울퉁화가 나서 집을 나와 배회하다가 그만 시간이 늦어버리거나 혹은 친구와 어울리다가 그만 귀가 시간을 맞추지 못하고는 부모님에게 꾸중들을 것이 염려되어 아예 집에 안들어가게 되면서 의도하지 않은 가출을 하게 되는 경우를 말한다. 부모와 말다툼을 하여 바람이나 쏘이겠다는 심정으로 나와 돌아다니다가 시간이 늦어져 밤11시나 12시 정도가 되면, 청소년들은 늦은 것 때문에 부모님에게 꾸중을 더 심하게 듣게 될 것에 집에 들어가기가 더 주저되고, 그러한 두려움과 또한편 호기심으로 번민하다 친구집, 아파트 계단이나 지하실, 공원 등에서 밤을 지내게 된다. 이 때 대개의 경우 어떤 형태로든 -잠혀 들어가든, 제 발로 들어가든- 집에 다시 들어가게 된다. 그 후 청소년은 가출을 시위용으로 쓰게 되기도 하고, 그 사건으로 인해 집밖의 생활에 관심을 가지게 되기도 하며, 혹은 집안 갈등이 심화되면 가출을 도피성으로 사용하게 될 수도 있다.

다시 말해 우발성 가출은 1차성 가출이 되고, 그것은 그 가출 사건을 어떻게 다루었느냐에 따라 이후 시위성, 도피성, 추출성의 2차 가출로 연결된다. 즉 1차 가출에서 2차 가출로의 반복은 1차 가출 후의 처리를 어떻게 다루었느냐에 달려 있다. 우발성 가출은 청소년들이 자신의 감정을 조절하지 못하거나 시간 관리를 못하여 생기는 일이다. 그러나 부모들은 이 일에 대해 매우 걱정하는 등 과잉 반응하여 일을 더 악화시

킨다. 그들에게 필요한 것은 그들의 감정을 이해하고 배려하면서 시간 조절 능력을 학습할 수 있도록 배려하는 것임에도 불구하고 부모들이 우발성 가출을 반항성, 충동성, 비행성으로 해석하여 갈등이 심화되고, 결국 시위성 또는 도피성 가출로 전환되어 해결의 가능성이 악화된다. 또한 가출은 무슨 목적을 가지고 하였든, 아이들에게 새롭지만 유해한 환경에 접촉할 기회를 아무런 통제 없이 내어 주는 셈이 된다. 가출이 비행으로 인도하는 필요충분 조건은 아니라 할지라도 비행을 매개하는 촉매제로서의 기능은 충분히 하고 있다고 볼 수 있다.

#### 4.1 청소년 가출의 원인

청소년의 가출은 개인적 요인, 유해환경 문제, 친구 문제, 학교생활의 부적응, 가정에 대한 불만 등 여러 가지 요인들이 복합적으로 작용하는 경우가 많다. 부모-자녀의 갈등 과정에서 살펴보았듯이 부모에게 대한 자신의 권위를 주장하여 노골적으로 반항하게 되면, 청소년 내부에서는 자신의 행동에 대한 정당성을 요구하게 된다. 이 때 정당성을 타당화해 주는 집단이 비슷한 문제를 가지고 있는 **또래 집단**이다. 일단 또래집단이 형성되면 우발성 가출의 가능성이 증가한다.

가출을 그 기간이나 횟수에 따라 **단순 충동 가출**과 **상습 가출**로 나누어 그 원인을 살펴보면 다음과 같다. 단순 충동 가출은 시험 지옥과 부모의 간섭으로부터의 도피가 주된 원인이고, 불량 친구의 선동으로 가출 유혹을 받는 경우가 많다. 가출이 일시적인 상황이 아니라 일상생활의 하나가 되어 버린 상습 가출은 앞서 언급한 여러 요인이 중복되어 얽혀 있는 경우가 많다. 따라서 가출의 원인은 가출에 대한 접근 방법에 따라 정리할 수 있다. 이상을 종합하여 가출의 원인을 개인적 요인, 가정적 요인, 사회적 요인의 세 가지로 구분하여 살펴보겠다.

##### 4.1.1 개인적 요인

비행의 원인을 개인에게서 찾는 개인 지향주의적 이론의 근거는 범죄

자 혹은 비행자가 개인적 성향에서 일반인과 여러 가지로 엄연히 다르다고 보는 데 있다. 즉 비행자 혹은 가출자에게는 일반인과는 구분되는 심리적, 정신적 이상 혹은 부정적인 태도 등이 존재한다는 것이다. 따라서 비행이나 범죄에 대한 연구는 가변적이고 동적인 인간의 행동 지각과 선택 과정을 집중 탐구할 필요가 있으며 보완적으로 정적인 범인성 환경을 통제하는 것이 부차적인 전략이 될 수 있다고 본다. 이는 1차적 책임이 자신의 행동 선택에 있으며, 2차적인 책임이 사회의 상황에 있음을 의미하는 것이다.

이와 관련하여 정우식(1986)은 유아 시절 사랑과 헌신으로 봉사하여야 할 부모들이 일관되지 못한 훈육 태도라든가, 자녀에 대한 무관심 등을 보여줄 때 아이들이 겪게 되는 인격 장애적 스트레스는 점진적으로 심화된다고 보았다. 이와 같은 스트레스의 결과로서 아이들은 특정한 유형의 심리적, 행위적 태도와 행동 특성을 지니게 되며, 더 나아가 자신의 미성숙한 기준과 판단으로 어떤 행위를 허용하고 어떤 행위는 해서는 안 된다든가 혹은 무엇을 옳고 무엇을 그르다는 등의 가치 판단을 하게 되는 것이다. 가정을 이탈하는 아이들의 성격상의 징후를 다음과 같은 용어로 설명할 수 있다. 즉 방일성, 의지 부정성, 유약성, 충동성, 흥분성, 경조성, 우울성, 편집성, 자아 강력성, 자아 유연성, 괴리성 등이 그것이다. 따라서 이들 가출 청소년이 불리한 상황적 요인에서 정상적인 성격이나 자아감을 가진 아이들처럼 비행이나 가출로 유도되지 않도록 불리한 상황적 요인에 냉정하고 긍정적으로 대처하지 못하고, 충동을 억제하지 못한다는 것이다.

#### 4.1.2 가정적 요인

청소년 가출에 대한 가정적 요인이란 가족의 결함을 지칭하며, 이러한 가족의 결함은 다시 크게 구조적 결함과 기능적 결함으로 나뉘어진다. 구조적 결함은 우리가 흔히 말하는 결손가정을 가리키는 것으로 사별이나 이혼 혹은 그 밖의 사연으로 인해 부모 중의 한 분 또는 두 분 다 안 계시는 분열 상태나 아예 결혼의 경험이 없는 편부모의 상황은

아이들로 하여금 심리적 불안감을 느끼게 함으로써 학교생활에서도 실패하게 만들 것이라고 추정할 수 있다. 가출 청소년의 반 정도가 결손 가정 출신이며, 가출 청소년과 비가출 청소년의 결손 가정 정도를 비교했을 때, 가출 청소년의 48%가 결손가정 출신인데 반해 비교 집단인 비가출 아동의 경우에는 단지 18%만이 결손 가정 출신인 것으로 보아 가출이 부분적으로 가족의 구조적 결함에서 발생하고 있음을 알 수 있다.

가족의 기능적 결함이란 가족이 물리적으로 정상 가족이든 결손가정이든 간에 정상적인 가족이라면 당연히 지녀야 할 기능을 제대로 발휘하지 못하는 경우를 말한다. 가족의 기능을 분류하여 보면 크게 1)부부간의 관계, 2)형제간의 관계, 3)부모 자식간의 관계의 세 가지로 분류해 볼 수 있다.

#### 4.1.3 사회적 요인

아이들은 성장하면서 필연적으로 가족 이외의 사회 환경과 접촉하게 되고 그 안에서 규율을 습득하고 훈련을 받게 된다. 이러한 가족 이외의 사회 환경들 중에서 아이들이 가장 먼저 접하게 되는 것은 사회적 적응력을 육성시켜 주고 개인적 욕구 충족시켜 주는 학교이다. 학교는 개인이 학습 과정을 통해 새로운 규율과 규범을 획득하는 제2의 사회화 장으로서, 학교생활은 새로운 사회 공동체의 성원으로 행동하면서 자신에 대한 객관적인 평가와 주관적인 평가를 얻을 수 있는 곳이다. 또한 이해와 인정을 받고 싶어하는 아이들에게 가장 큰 만족을 제공할 수 있는 곳이기도 한다. 그런데 부모나 사회로부터 끊임없이 공부에 대한 압력을 받으면서 이러한 주위의 열망이나 기대에 부응하지 못할 때, 아이들은 심리적 부담이나 부적응 혹은 아노미 상태를 경험하게 되고 이에 따라 부모나 주위의 통제로부터 벗어나 다른 유대 관계를 맺고자 하며 결국 이러한 시도가 아이들로 하여금 가출이나 비행으로 빠지도록 한다.

가출을 일으키는 여러 요인 가운데 하나는 **또래의 영향**이다. 가출의

원인을 조사한 연구들 사이에 다소 차이가 있기는 하지만, 청소년 선도 위원회에서 조사한 자료에 의하면 불량 친구가 가출의 원인이었다는 대답이 전체의 반 가량으로 큰 비중을 차지한다. 특히 청소년 후기의 자아 정체감 확립 시기에 청소년들은 가정으로부터 벗어나 자유로운 상태에서 타인과 유대를 맺는데 이때 친구가 가장 손쉽게 부담 없는 준거 집단이자 행동의 모델이 된다. 이렇게 자아 정체감을 확립하는 과정에서 모든 타인이 교제나 사회적 상호작용의 대상이 되는 것은 아니며 이를 바탕으로 친구가 될 수 있는 기준이 마련된다.

다른 중요한 사회적 원인은 청소년 즉 미성년자의 산업체 기용과 관련된 문제이다. 전에는 일단 집을 나가면 먹고 자고 하는 것이 어려웠기 때문에 가출을 하고 싶더라도 실행하기에는 어려움이 많았다. 그러나 근래에는 청소년을 기용하여 운영하는 산업체가 많아졌다. 그들에 대한 책임보다는 값싼 노동력이라는 잇점때문에 일단 채용하여 잠자리와 음식을 제공하는 것이다. 또한 청소년들은 비슷한 또래가 모여있는 그러한 공간이 간섭하고 갈등하는 가정보다는 훨씬 자유롭다고 느낀다. 이러한 사회적 여건이 우발성 가출을 상습적이고 반복적인 가출로 그리고 영구적 가출로 연결시키는데 한 요인으로 작용한다. 또한 사회가 청소년에 대한 인식과 후생복지적 인식이 부족한 점이 이를 강화한다.

## 4.2 청소년 가출의 대책

가출 행동을 다루는 문제는 쉽지 않다. 왜냐하면 가출 행동 자체는 일시적이지만 그러한 행동으로 표출되기까지는 장시간에 걸쳐 누적된 여러 교육 환경의 복합적인 영향에 의하여 발생한 교육 병리이기 때문이다. 그리고 가출 행동을 어떻게 정의하느냐 혹은 가출이 어떤 이유로 이루어졌으며 그 경로는 어떠한가에 따라 가출에 대한 대책이나 치료 방법이 달라질 수 있기 때문이다. 그 이유가 가정의 갈등문제가 표출된 형태라면 가정적 개입이 이루어져야 하며, 가출의 원인이 또래와 사회적 영향이라면 집단적 접근이 이루어져야 할 것이다. 또한 사회 전반적 체제와 성인들의 책임의식이 강화되지 않으면 안될 것이다.

---

### 〈연 습 문 제〉

#### 4. 부모-자녀 갈등과 기출

1. 청소년들이 호소하는 부모-자녀 갈등의 종류를 열거하시오.
2. 청소년들이 부모와의 관계에서 갈등이 심화되는 과정을 설명하시오.
3. 청소년 기출의 유형과 특성을 설명하시오.



## 청소년의 전자오락 중독증

1. 전자오락 중독증에 빠진 청소년의 특성
2. 청소년 오락병의 원인
3. 예방 및 대처방안



다는 사실보다는 ‘왜’ 오락에 빠졌는가 하는 동기를 이해하는 것이 중요하다. 오락 중독을 이해하는 데 있어 오락 중독이라는 하나의 현상을 무조건 없애야 할 것으로 보기보다는 이것을 하나의 신호로서, 즉 부모와 주위환경에 대한 경고로서 받아들여서 반성할 기회로 삼는 것이 현명할 것 같다. 부모와 주위환경은 아이의 중독성에 일말의 책임이 있지만, 또한 동시에 아이들에게 치유적인 영향을 미칠 수 있는 매우 중요한 존재이다. 부모들은 아이 양육에 관한 지식을 배우고 이를 실천함으로써 아이에게 준상담자의 역할을 훌륭히 할 수 있는 하나의 자원이다.

이를 위하여 부모는 자녀와의 대화의 길을 계속적으로 열어 놓아야 한다. 오락이 나쁜 것만이 아니고 잘 즐기면 청소년들이 다른 생활을 하는 데 도움이 될 수 있다는 사실을 주지하여, 오락을 무조건 하지 말라고 반대만 하는 입장에서 오락을 ‘적절하게’ 할 수 있도록 인도하는 입장으로 전환하는 것이 필요하다.

### 3.2 학교·사회적 차원

먼저 청소년들이 취미 생활로 이용할 수 있는 여가 활동 공간을 다양화시킬 필요가 있다. 오락실을 찾는 아이들의 대부분은 싼값으로 시간을 보낼 마땅한 장소가 없기 때문에 온다. 따라서 비용을 많이 들이지 않고 건강한 놀이를 즐길 있는 공원이나 운동장 등의 시설을 만들어 청소년들의 취미 생활을 다양화시켜야 한다.

다음으로 오락뿐만 아니라 청소년들이 일상 생활에서 성취감을 느낄 수 있는 분야를 많이 마련해 주는 것이 시급하다. 부모나 청소년 지도자들은 각 청소년들마다 자신이 흥미를 갖고 잘 할 수 있는 분야를 찾아서 어느 방면으로든 직업적으로 성공할 수 있도록 뒷바라지를 하는 자세를 가져야 할 것이다.

마지막으로 건전하게 오락을 활성화시킬 수 있는 적극적인 대처 방안들이 다양하게 제시되어야 한다. 우선, 좋은 컴퓨터 오락 프로그램이나 게임기 개발이 이루어져야 하며, 선정적이거나 폭력적이거나 지나

문제는 전자오락이 상습화될 경우이다. 즉 '전자오락 중독증'이라는 꼬리표가 붙여질 경우이다. 심리적으로 중독(addiction)에서 가장 중요한 요소는 '충동을 억제하지 못한다(loss of control)인데, 전자오락을 끊으려 해도 끊을 수 없다는 것이다. 전자오락에의 탐닉으로 인해서 학업을 소홀히 한다든지, 오락비용을 마련하기 위해 지속적으로 물건을 훔친다든지, 거짓말을 한다든지 하는 경우는 정신 의학에서 취급하는 병적 도박(pathological gambling)과 흡사하다고 안동현(1993)은 지적하였다.

## 1. 전자오락 중독증에 빠진 청소년의 특성

전자오락에 깊이 빠져 있는 아이들에 대한 면접 조사(강신덕과 최은영, 1993)와 상담 사례(김순진, 1993)를 통해 유추된 사실들에 따르면, 전자오락 중독증은 다음과 같은 특성을 가지고 있는 것으로 보고되었다.

첫째, 전자오락은 가상을 현실화한다는 점이다. 즉 전자오락에서는 자신이 직접 오락 속의 주인공을 움직이기 때문에 주인공과 자신이 일치되는 경험을 할 수 있다. 이러한 경험은 프로그램이 세련화되고 게임 기기가 개선됨에 따라 점차 현실감을 더해 준다. 이러한 현실감 있는 상황에서 치고박고 하면서 아이들은 자신들의 공격성과 분노를 표출할 수 있게 된다. 따라서, 여기에서의 느낌은 대단한 성취감이나 커다란 비참함으로 느껴지게 된다.

둘째, 연령에 따라 오락에 탐닉하는 이유는 조금씩 다른 것으로 나타났다. 즉, 초등학생과 중학생의 경우 오락 자체의 재미를 추구하는 것이 주된 이유인 반면, 고등학생의 경우는 오락 자체의 재미보다는 현실을 직시하고 그에 대한 준비를 하기 힘든 상황에서 단순한 도피처로 선택하는 경우가 더욱 많았다.

셋째, 초등학생의 경우는 친구들과 마땅히 놀만한 장소도 부족하고 친구와 원만한 관계를 이루는 것이 어려운 상황에서 오락에 몰두하게

되고, 그럼으로써 외로움과 좌절감을 달래는 경향이 있었고, 중고등학생의 경우에는 또래 집단끼리 모여서 오락실에 다니는 경향인 것을 보였다.

넷째, 초등학생과 중학생의 경우에는 오락이 개인적인 유희의 수단인 동시에 친구 관계를 맺는 방식으로서 기능하고 있다. 즉 오락은 친구들과 함께 하는 것이 아니고 각기 자신의 오락기 앞에서 개인적으로 빠져든다는 점에서 개인적인 행위이지만 오락을 얼마나 잘하는가 하는 것이 그 나이 또래 아이들에게 내세울 만한 일이기도 하다는 점에서 사회적인 행위이기도 하다.

다섯째, 전자오락에 깊이 빠져 있는 아이들은 공통적으로 내성적이고 자기표현을 적절히 하지 못하는 특성을 가지고 있다. 따라서, 이렇게 잘 표현되지 못하는 자신의 마음에 만족을 줄만한 무엇인가를 찾다가 전자오락을 접하면서 혼자만의 세계에서 채워지지 않았던 부분에 만족을 찾게 되는 것으로 추정된다. 이렇게 전자오락이 주는 만족감이 직접적인 대인 관계에서 오는 만족감을 상회하는 패턴이 반복되면서, 전자오락은 이들에게 단순한 놀이의 차원을 넘어서 습관화된다. 그러면서 오락과 관련된 상황 조절 능력을 잃어버리게 되고, 이 때문에 일상생활 및 학교 생활에 지장을 받게 되고 이런 것들이 쌓이게 되면 자신의 생활에 적응하기 어려워지면서 원하지 않지만 다시 오락의 세계로 돌아가는 악순환을 반복하게 된다.

이상의 특성을 분석하면 오락중독의 문제를 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 상습성의 문제이다. 전자오락을 생각할 때 가장 문제삼는 것이 이 상습성인데, 이로 인해 오락 행동뿐만 아니라, 도벽, 거짓말, 강도, 학업 부진 등의 기타 문제들이 따라오게 된다. 돈이 필요하기 때문에 돈을 훔치거나 시간조절을 못하여 부모에게 거짓말을 수시로 한다. 시간을 오락에 쓰기 때문에 학업부진은 당연한 결과일 것이다.

둘째, 대인 관계의 고립화가 초래될 수 있다. 전자오락은 오락의 세계 속에서 자신이 주인공이 되어 얼마든지 기계와 관계를 맺을 수 있으므로 실제 또래들과 다른 놀이와 대화를 통해 관계맺는 것을 방해할

수 있다. 뿐만 아니라 오락이 이미 상습화된 상태에서는 오락 이외의 다른 활동에 시간을 활용할 수 없으므로 친구들을 만나는 시간 자체를 갖기가 어려워진다. 따라서 이런 학생들은 대인 관계가 서툴어지고 오락 이외의 친구 세계에서 고립되어 간다.

셋째, 오락 프로그램의 내용 면에서의 폭력성과 외설성은 자극에 민감한 청소년들의 폭력적, 성적 상상을 증가시킬 뿐만 아니라 이를 행동으로 옮기는 확률을 높일 것으로 추측된다.

## 2. 청소년 오락병의 원인

### 2.1 심리적 원인

전자오락에 심취하게 되는 과정을 살펴보면, 처음에는 친구들과 어울리다 보니, 혹은 단순히 적절한 놀거리가 없어서 전자오락에 접하다 보니 어느새 전자오락에 빠지게 되는 경우가 많다. 그러나 고학년에 가서 전자오락 중독증이 나타나게 되는 경우는 학업 스트레스를 회피하기 위해 혹은 가족 내의 문제나 개인적인 문제로부터 도피하는 수단으로 오락에 빠지게 되는 경우가 많다.

전자오락은 현실에서는 이루어질 수 없는 많은 일들을 가능하게 한다. 현실에서는 표현되지 못하는 공격성이나 분노가 게임을 통해서 표현될 수 있고, 현실에서는 얻을 수 없는 힘을 가상의 공간에서는 얻을 수 있다. 이와 같은 환상 세계의 체험은 여러 가지 복잡한 현실적인 문제들을 잠시나마 잊을 수 있게 하며, 현실과의 간격을 더욱 멀어지게 한다. 따라서 현실에서 왜소한 자아를 가진 사람일수록 가상의 게임 공간에 매력을 느끼며, 거기에서 자신이 현실에서는 경험해 보지 못했던 성공감이나 만족감을 얻게 된다. 전자오락에 빠지면 빠질수록 현실에서 해결해야 하는 일들은 더욱 어렵게 되고, 전자게임에서 성공감을 얻은 이는 다시 가상의 공간에 자신을 맡긴다.

## 2.2 가정적 원인

가족 역동적인 측면에서 보면, 전자오락에 빠지는 청소년들의 가정은 상당수가 부모 자식 간에 대화가 없거나, 부모간의 불화가 심하다(박경애, 1993). 부모에게서 자신이 수용되고 인정되는 경험이 부족한 아이들은 자신이 몰입할 수 있는 다른 대상을 찾게 된다. 그 몰입 대상은 또래 친구가 되기도 하고, 전자오락과 같이 가상의 세계가 되기도 한다.

또한 부모가 자녀 교육에 대한 의식이 부족한 경우에도 전자오락에 빠질 수 있다. 저학년의 경우 적절한 놀이거리를 찾지 못하여 전자오락에 빠지게 되는 경우가 많은데, 부모들이 이에 대하여 적절하게 교육적인 다른 유희 수단을 마련해 주거나, 오락 충동을 적절히 조절할 수 있도록 지도하지 못하는 경우 저학년때의 무분별한 오락 습관이 그대로 오락중독으로 이어질 수 있다.

## 2.3 사회적 원인

전자오락중독은 운동이나 클럽활동, 각종 취미 활동 등 여가시간을 적절히 활용할 수 있는 유희수단이 사회적으로 충분히 마련되지 않았기 때문에 발생한다고 볼 수 있다. 또한 입시위주의 교육도 전자오락중독의 한 원인으로 볼 수 있다. 청소년들이 오락을 하게 되는 이유는 '오락을 통해서 성취감을 맛보기 때문'이라는 것이다. 사회와 학교는 전자오락과 같은 가상 공간에서의 성취감이 아니라 일상적인 자신들의 삶 속에서 성취감을 느낄 수 있는 체험이 부족하기 때문에 청소년들이 더욱 전자오락에 탐닉하게 되는 것이다.

# 3. 예방 및 대처방안

## 3.1 가정적 차원

오락 중독을 보이는 청소년을 이해하기 위해서는, 단지 '오락'에 빠졌

다는 사실보다는 ‘왜’ 오락에 빠졌는가 하는 동기를 이해하는 것이 중요하다. 오락 중독을 이해하는 데 있어 오락 중독이라는 하나의 현상을 무조건 없애야 할 것으로 보기보다는 이것을 하나의 신호로서, 즉 부모와 주위환경에 대한 경고로서 받아들여서 반성할 기회로 삼는 것이 현명할 것 같다. 부모와 주위환경은 아이의 중독성에 일말의 책임이 있지만, 또한 동시에 아이들에게 치유적인 영향을 미칠 수 있는 매우 중요한 존재이다. 부모들은 아이 양육에 관한 지식을 배우고 이를 실천함으로써 아이에게 준상담자의 역할을 훌륭히 할 수 있는 하나의 자원이다.

이를 위하여 부모는 자녀와의 대화의 길을 계속적으로 열어 놓아야 한다. 오락이 나쁜 것만이 아니고 잘 즐기면 청소년들이 다른 생활을 하는 데 도움이 될 수 있다는 사실을 주지하여, 오락을 무조건 하지 말라고 반대만 하는 입장에서 오락을 ‘적절하게’ 할 수 있도록 인도하는 입장으로 전환하는 것이 필요하다.

### 3.2 학교·사회적 차원

먼저 청소년들이 취미 생활로 이용할 수 있는 여가 활동 공간을 다양화시킬 필요가 있다. 오락실을 찾는 아이들의 대부분은 싼값으로 시간을 보낼 마땅한 장소가 없기 때문에 온다. 따라서 비용을 많이 들이지 않고 건강한 놀이를 즐길 있는 공원이나 운동장 등의 시설을 만들어 청소년들의 취미 생활을 다양화시켜야 한다.

다음으로 오락뿐만 아니라 청소년들이 일상 생활에서 성취감을 느낄 수 있는 분야를 많이 마련해 주는 것이 시급하다. 부모나 청소년 지도자들은 각 청소년들마다 자신이 흥미를 갖고 잘 할 수 있는 분야를 찾아서 어느 방면으로든 직업적으로 성공할 수 있도록 뒷바라지를 하는 자세를 가져야 할 것이다.

마지막으로 건전하게 오락을 활성화시킬 수 있는 적극적인 대처 방안들이 다양하게 제시되어야 한다. 우선, 좋은 컴퓨터 오락 프로그램이나 게임기 개발이 이루어져야 하며, 선정적이거나 폭력적이거나 지나

---

치게 현실과 유리되는 프로그램의 경우, 사회적으로 적절히 제재를 가하는 제도를 마련함으로써 청소년들을 유해한 게임 프로그램으로부터 보호해야 한다.

### 〈연 습 문 제〉

1. 청소년 오락중독이 야기하는 문제에는 어떤 것이 있는지 기술하시오.
2. 청소년 오락중독에 대한 대처방향과 방법을 기술하시오.



## 청소년 자살

1. 자살 이유에서의 발달적 차이
2. 청소년 자살의 원인
3. 청소년기 자아정체감 혼란과 자살
4. 경계선 성격장애
5. 자기로부터의 도피과정으로서 청소년 자살
6. 평가방법
7. 치료적 개입



청소년기에는 신체적, 정서적, 심리적으로 큰 폭의 변화를 경험하게 되므로, 심리적으로 매우 불안정하고 부적응 행동을 보일 가능성이 높은 시기이다. 청소년기에 우울 장애, 사회 공포증, 약물 남용, 비행, 그리고 자살 시도 등 제반 심리 장애의 빈도가 급격히 증가된다는 사실은 청소년기가 심리 장애를 보일 취약성이 매우 높은 시기임을 입증해 주고 있다. 청소년들이 보이는 많은 부적응 행동 중에서 자살 시도는 그 방법이 성공적이기만 하다면 결코 돌이킬 수 없는 결과를 초래할 뿐만 아니라 그러한 행동이 가족들이나 주변 사람들에게 미치는 파급 효과가 매우 크다는 점을 감안할 때, 무엇보다도 청소년 정신건강 관련 종사자들이 자살 위험이 높은 청소년들을 미리 파악하고 청소년 자살을 예방하기 위한 다각적인 대책 마련에 관심을 가지는 것이 매우 중요하리라 생각된다.

국내외에서 청소년 자살의 빈도가 점차 증가되는 추세이며, 대학입시에 따른 중압감과 좌절, 가정, 경제적 문제 등으로 자살한 청소년들에 대한 기사들이 끊임없이 신문이나 매스컴에 보도되고 있다. 원호택의 연구(1987)에 따르면 학업성적과 관련된 좌절로 인해 자살한 경우가 청소년 자살의 31%를 차지하는 것으로 보고된 바 있으며, 신 민섭(1993)의 조사 결과에 의하면 우리나라 일반 청소년들의 약 18.7%가 자살 시도한 경험이 있다고 보고하였다. 물론 자살 시도를 한 적이 있다고 대답한 청소년들이 얼마나 심각하게, 그리고 어떤 방법으로 자살 시도를 했는지는 1:1 면접을 하지 않았으므로, 자세히 알 수는 없으나, 이는 다소 놀라운 결과로, 정상 청소년들중에도 자살 행동을 보일 위험이 상당히 높음을 객관적으로 나타내주는 것이라 할 수 있다. 자살은 예방 이외에는 그 어떤 치료법도 아무 소용이 없으므로, 자살 위험이 있는 청소년을 미리 파악하여 적절한 도움을 제공하는 것이 가장 중요하고 시급한 일이라 생각되는 바, 본고에서는 먼저 청소년 자살의 원인을 살펴 보고, 다음으로는 자살 위험을 평가하는 방법, 치료적 접근 방법에 대해 고찰해 보고자 한다.

## 1. 자살 이유에서의 발달적 차이

청소년들이 보이는 자살 이유와 심리적 기제는 성인과 다를 수 있으며, 이는 여러 경험적 연구를 통해 입증되었다. 자살에 대한 객관적인 연구는 자살을 정신 질환의 한 표현으로 간주하여, 여러 정신과적인 장애와 자살간의 관계를 살펴본 정신의학적, 혹은 심리학적 접근에서 시작되었다(Hendin, 1982). 자살 행위와 관련된 정신 병리는 정신분열증과 같이 심각한 정신병적 장애에서부터 우울증, 급성 적응 장애, 성격 장애, 약물 남용 및 알콜 중독에 이르기까지 광범위하다(Murphy, 1986). 그 중 우울증이 청소년에서 성인, 노인을 포함한 다양한 연령층에서 보이는 자살 생각 및 자살 시도와 가장 일반적으로 연관된 심리 장애로 간주되어 왔고(White, 1989), 우울증이 단일 요인으로는 자살과 관련된 가장 중요한 위험 요인이라는 사실이 여러 연구에서 입증되었다(Klerman, 1987). 특히, 우울증의 여러 증상들중에서도 **절망(hopelessness)**이 자살을 이해하는데 가장 중요한 심리적인 구인(psychological construct)인 것으로 보고되었는데, 절망이란 “미래에 대한 부정적인 생각, 즉 자신이나 어느 누구도 불행이나 고통을 변화시키기 위하여 아무 것도 할 수 없고 아무 것도 이루어지지 않을 것이라는 신념”이다(White, 1989; Brent 등, 1986).

Beck(1967)이 성인 우울증 환자들을 대상으로 연구한 결과, 우울감보다는 절망적 생각이 자살 생각 및 자살 시도와 가장 밀접히 연관되어 있음이 입증되었으며, 이러한 Beck의 연구 결과는 후속 연구들에서 일관성있게 지지되었다(Cole, 1988; Emery, Steer, & Beck, 1981; Minkoff, Bergman, & Beck, 1973; Petrie & Chamberlain, 1983; Weissman, Beck, & Kovacs, 1979; Wetzell, Margulies, Davis, & Karum, 1980).

그러나 Beck의 이론에 따르면 절망이 우울증의 대표적인 증상이므로 우울증 환자 집단에서는 절망이 자살을 예측하는데 있어 핵심적인 위험 요인이라 할 수 있으나, 우울증 외의 다른 정신과 장애 집단이나

청소년들이 보이는 자살 행위를 설명하는데는 불충분하거나 적절하지 않을 가능성이 많다. 자살에 대한 장기적인 스트레스 모델에 따르면 절망을 우울증과 같은 만성적인 정신 병리에 뿌리를 두고 있는 장기적인 위험 요인으로 간주할 수 있으나, 청소년들이 보이는 자살 행위에는 장기적인 위험 요인보다는 단기적인 위험 요인이 더 개입되어 있을 가능성이 많다. 단기적인 위험 요인으로는 특정한 정신 병리에 기인된 것이라기 보다는 갑작스런 상실 경험이나 실패와 같은 심리-사회적인 스트레스(pscho-social stress)나 충동성을 들 수 있다.

청소년들이 자살 생각이나 자살 시도를 하는 이유가 성인들과는 다를 수 있음을 경험적으로 연구한 결과들은 다음과 같다. Asarnow, Carlson, 그리고 Guthrie (1987)는 청소년들을 대상으로 우울-절망-자살 생각간의 관계를 검증하였다. 그 결과, 우울 요인이 절망 요인보다 자살 생각과 더 관련이 있는 것으로 나타났으며, 고등학생을 대상으로 한 Cole(1989)의 연구에서도 이와 동일한 결과를 얻었다. 신민섭 등(1990)도 청소년 집단에서는 절망보다는 우울 요인이 자살 생각과 더 강하게 연관되어 있다는 결과를 얻었다. 이러한 결과는 자살 생각을 하게 하는 요인들에서 성인과 청소년들간에 본질적인 차이가 있을 가능성을 시사해주는 결과이다. 청소년들은 그 시기의 정서적, 심리적 특성으로 인하여 미래에 대한 비관적 인지보다는 우울한 기분이나 충동성 등 정서적인 요인이 자살 행위에서 더 중요한 역할을 할 것으로 생각된다. 신민섭 등(1991)의 연구에서 청소년들이 자살 생각을 행동으로 옮기는데 충동성이 촉발 요인으로 작용하는 것으로 나타났다.

## 2. 청소년 자살의 원인

자살이나 자살 시도는 14세 이전에는 극히 드문 현상이지만 청소년기에 이르면 자살 시도가 급격히 증가되는 경향이 있다. 실제 죽음을 초래하는 치명적 자살율은 성인기로 갈수록 증가하나, 자살 시도율이

가장 높은 시기는 청소년기이다(Fremouw 등, 1990). 청소년기에 자살 시도가 급격히 증가하는 이유에 대해 Sheidman(1987)은 청소년들의 자살 행위는 정신 질환의 표현으로 보기는 어렵다는 견해를 제시하였고, 청소년기 특유의 심리적 특성이 이들의 자살행동과 관련이 있다고 주장하였다. Glaser(1981)의 조사에 의하면 청소년 자살자 중에서 임상적으로 진단될 수 있는 우울증이 관여된 경우는 10%미만이며, 충동성이나 남을 조종하려는 의도, 또는 자신을 부당하게 취급했다고 생각하는 가족이나 친구들에 대한 보복 등이 중요한 동기로 작용하는 것으로 나타났다. 청소년 자살 시도의 대다수가 사전에 계획된 것이 아니었다는 연구결과(Brent, 1987)와 폭발적이고 공격적인 행동을 보이는 청소년들이 자살 행위를 보일 위험성이 크다는 Williams 등(1977)의 연구결과는 청소년 자살의 상당 부분이 스트레스, 상실, 좌절 등의 고통스러운 경험에 대한 대처 능력이 미숙한 상태에서 일어나는 충동적 행동의 결과일 가능성을 시사해주었다. Miller(1984)는 자살을 “자멸적 침식”(suicidal erosion)이라는 용어로 기술하였는데, 이때 침식되는 것은 분노, 스트레스, 상실, 좌절에 대한 대처 능력이며, 이러한 과정은 대체로 장기적이고 점진적으로 진행되나, 청소년들은 단기간에 자멸적 침식이 일어날 수 있다고 보았다.

### 3. 청소년기 자아정체감 혼란과 자살

청소년기 고유의 어떠한 발달적 특성이 청소년들의 높은 자살 시도를 설명할 수 있을까? 청소년들의 심리적 불안정 및 자살 행동과 관련된 청소년기 특유의 심리적 특성을 설명할 때 빼놓을 수 없는 개념이 자아정체감 형성과 관련된 문제이다. 자아정체감의 형성과정에서는 불확실성속에서 자신의 과거와 현재를 감안하여 미래의 계획을 세우고, 삶의 의미와 세계관을 확립하기 위한 노력이 필요하므로, 많은 경우에 심리적 방황과 갈등을 경험하게 된다. 청소년들은 자아정체감 형성과정

에서 부모나 권위적인 대상에 대해 갈등을 느끼고 반항적인 행동을 보이게 되는데, 이는 청소년들이 자기만의 독특한 자아감(unique of self)을 확립하는데 필수 불가결한 과정이라 할 수 있다. 이런 측면에서 볼 때 어느 정도의 “정체감 위기”(identity crisis)는 청소년 발달의 정상적인 현상으로 간주될 수 있다(Meissner, 1984).

그러나 Offer(1969)는 청소년기에 자아정체감 형성과정에서 야기되는 심리적 혼란과 혼돈의 정도와 심각성은 청소년들이 자신의 욕구와 정서를 조절하는 능력에 달려 있다고 보았다. 즉, 청소년들이 심한 혼란 없이 청소년기의 발달과업을 성공적으로 수행하느냐, 그렇지 못하느냐는 내적인 욕구와 갈등을 잘 견디고 대처하는 자아 강도(ego strength)에 의해 좌우된다고 할 수 있다. 이전의 성격 발달 과정이 순조롭게 진행되어 자아 기능이 성숙된 청소년의 경우에는 정체감 형성과정을 큰 어려움없이 감당할 수 있으나, 그렇지 못한 경우에는 심각한 심리적 혼란에 빠지거나 경우에 따라서는 만성적인 심리 장애로까지 발전될 가능성이 크다고 볼 수 있다. 청소년기에 빈도가 증가하는 우울, 비행, 약물남용, 그리고 자살시도 등의 심리적 부적응 행동들은 좌절을 견디는 자아의 기능이 미성숙한 청소년들이 자아정체감 형성과정에서 느끼는 내적, 외적 갈등에 적절히 대처하지 못하고 나름대로 고통스러운 심리 상태에서 즉각적으로 벗어나고자 하는 욕구에서 보이게 된 현실도피적이고 부적응적인 시도라고도 볼 수 있다.

## 4. 경계선 성격장애

청소년기 자아정체감의 혼란과 가장 밀접한 관계가 있는 정신 장애는 경계선 성격장애(borderline personality disorder)이다. 경계선 성격장애가 의심되는 청소년들은 대인 관계와 자아정체감 형성에서 근본적인 문제를 보이며, 강한 적개심과 분노를 통제하는데 어려움이 있고, 가정이나 학교상황에서 여러가지 충동적이고 부적응적인 행동을

보인다. 자아정체감의 장애는 자아상(self-image), 성에 대한 태도, 장기적인 목표, 직업 선택 등을 포함한 삶의 여러 가지 문제에 대한 확신의 결여로 표현되며, 이는 만성적인 공허감이나 권태감으로 경험되기도 한다. 때때로 자아정체감에서의 정신 병리가 반사회적인 성격 특성의 형태로 표출되기도 하며, 죄책감과 책임감이 결여된 듯한 행동을 보이기도 하고, 자신의 행동이 어떠한 결과를 초래할 것인가에 대한 고려없이 즉각적인 욕구 충족을 무모하게 추구하기도 한다. 불안, 우울감을 경험하고 도벽, 약물이나 알콜 남용, 무분별한 성적인 방종 행위 등을 보이게 되며, 자살 시도는 경계선 성격 장애에서 빈번히 관찰된다(Kernberg, 1979; DSM-IV, 1994).

## 5. 자기로부터의 도피과정으로서 청소년 자살

Baumeister(1991)는 자살을 “자기로부터의 도피(escaping from the self)”, 즉 “자기와 관련된 고통스런 감정과 생각으로부터 도피하기 위한 수단”으로 개념화하였다. 이러한 개념에 입각해서 그는 자살에 이르는 인과 과정을 일련의 정신적 도피(mental escape) 과정으로 설명하였는데, 이러한 Baumeister의 개념화가 청소년들의 자살 행동을 이해하는데 매우 적합한 이론적 모델이라 생각된다.

그의 이론에 따르면 개인이 이루고자 하는 기대 수준은 높는데 비해 현실적인 상태는 그에 미치지 못할 때, 기대와 현실간에 괴리가 생기게 되고, 기대와 현실간의 괴리가 생긴 이유를 자신의 탓으로 돌려서 자기 비난과 부정적인 자기-평가를 하게 된다. 그 결과, 주의의 초점이 자기 자신에게 돌려져서 고통스런 자기 자각이 더욱 첨예화되고 자신에 대해 더욱 부정적인 평가를 하게되며, 자신에 대한 부정적인 정서 상태가 초래된다. 개인은 이러한 고통스런 생각과 감정을 없애줄 수 있는 강력한 수단을 갈구하게 되어, “인지적 몰락(cognitive deconstruction)” 상태가 유발된다. 인지적 몰락이란 정신기능의 협소화(mental narrowing)

로서 모든 사상에 대해 의미를 부여하기를 거부하고 모든 것을 피상적, 무가치적으로 지각하고 해석하는 정신상태를 말한다. 이러한 상태는 자살을 저지하는 여러가지 내적 억제력(예를 들면, 행복한 미래에 대한 기대, 자기에, 가족에 대한 책임감, 타인의 비난에 대한 두려움 등)을 약화시키는 기제가 되어, 결국 부정적으로 인식된 자신과 부정적 감정으로부터 탈출하려는 수단으로서 자살과 같은 극단적이고 자기 파괴적인 선택을 하게 된다.

청소년들이 보이는 자살 행동은 상술한 Baumeister의 이론에 입각하면 다음과 같이 이해될 수 있다. 청소년기는 자기-자각 능력이 급증하는데 비해 자기도취적 욕구가 높으므로 자신이 바라는 이상적인 자아상과 현실간에 괴리가 커질 가능성이 높다. 따라서 기대와 현실간에 큰 차이가 있게되고, 그러한 괴리로 인하여 야기되는 우울감과 부정적인 자기-평가로부터 도피하고자 하는 충동이 강해지게 된다. 또한 청소년기는 본능적 충동이 강해지는 시기인데 비해, 자신의 감정이나 행동에 대한 통제 및 대처능력이 아직 미숙하므로, 좌절 경험에 따른 고통스런 심리 상태에서 즉각적으로 벗어나고자하는 욕구가 강렬해져서, 인지적 몰락 상태가 초래될 위험이 많으므로, 충동적으로 자살 행동을 보일 가능성이 높다고 볼 수 있다.

## 6. 평가 방법

청소년들이 겪고 있는 심리적 어려움과 내적 갈등, 충동 조절 능력, 대처 기술 외에 우울증이나 성격 장애 등 보다 심각한 정신병리를 정확하게 평가하기 위해서는 Rorschach, TAT와 같은 투사법 검사, MMPI와 우울 척도, 자살생각 척도 등을 포함한 객관적 검사, 그리고 면담을 통한 체계적인 진단평가가 요구된다. 본고에서는 자살 행동을 보일 위험성이 높은 청소년들을 screening하는데 데 간편하게 사용할 수 있는 자기-보고형 척도에 대해서 살펴보고자 한다.

## 6.1 Beck 우울 척도(Beck Depression Inventory, 1961, 1978: BDI)

BDI는 우울증의 인지적, 정서적, 신체적, 그리고 행동적 증상들을 평가하기 위해 개발된 21문항으로 이루어진 척도이다. 각 문항은 증상의 심한 정도에 따라 0점에서 3점으로 채점되므로, 총점의 범위는 0점에서 63점까지이다. BDI의 우울증 진단분할점(cut-off score)은 정상 집단인 경우에는 22점, 임상 집단은 16점으로 산출되었다(신민섭 등, 1993).

문항 예)

0. 나는 슬프지 않다. ( )
1. 나는 슬프다. ( )
2. 나는 항상 슬프고 기운을 낼 수 없다.( )
3. 나는 너무나 슬프고 불행해서 도저히 견딜 수 없다.( )

## 6.2 Beck 절망 척도(Beck Hopelessness Scale, 1974: BHOP)

BHOP는 미래에 대한 부정적이고 비관적인 생각을 측정하고자 제작된 20문항으로 이루어진 “예 - 아니오”로 대답하는 이분 척도로, 총점의 범위는 0점에서 20점이다. 신민섭 등(1990)이 번안하여 신뢰도, 타당도를 검증하였다.

문항 예)

1. 나는 내 미래에 대해서 희망적이고 의욕적이다.
2. 내 생활을 더 좋아하도록 할 수 없으므로 차라리 포기하는 것이 나을 것 같다.
3. 일이 잘 안될 때에는 항상 이렇지는 않을 것이라고 생각하면 도움이 된다.

### 6.3 Kazdin 아동용 절망 척도(Kazdin Hopelessness Scale for Children, 1986: KHSC)

KHSC는 아동의 미래에 대한 부정적인 기대나 절망을 측정하기 위해 개발된 17문항으로 이루어진 이분 척도로, 총점의 범위는 0점에서 17점이다. 신민섭 등(1990)이 번안하여 신뢰도, 타당도를 검증하였다.

문항 예)

1. 어른이 되면 모든 일이 더 잘되고 좋아질 것같기 때문에 나는 어른이 되고 싶다.
2. 나는 운이 없다. 성인이 되어서도 마찬가지일 것이다.
3. 앞으로 나에게는 나쁜 일만 있을 것이다.

### 6.4 Beck 자살 생각 척도(Scale for Suicidal Ideation, 1979: SSI)

SSI는 면접을 통하여 임상가가 평정하는 19문항으로 이루어진 3점 척도로 평정하는 검사이다. 신민섭 등(1990)이 자기-보고형 질문지로 변형시켜 신뢰도, 타당도를 검증하였으며, 총점의 범위는 0점에서 38점이다.

문항 예)

1. 살고 싶은 소망은 ? ( )
  0. 보통 혹은 많이 있다.
  1. 약간 있다.
  2. 전혀 없다.
  
2. 죽고 싶은 소망은 ? ( )
  0. 전혀 없다.
  1. 약간 있다.
  2. 보통 혹은 많이 있다.

## 6.5 Reynolds 자살 생각 척도(Suicidal Ideation Questionnaire, 1987: SIQ)

SIQ는 많은 청소년들이 우울하지는 않지만 자살 생각을 보인다는 관찰로부터 제작된 척도로, 자살 생각을 측정하는 30문항으로 이루어져 있다. 각 문항에 대해 “전혀 생각한 적 없다”(0점)에서 “거의 매일 생각한다”(6점)까지 7점 척도로 평정하도록 되어있으므로 총점의 범위는 0점에서 180점이다. 신민섭(1992)이 번안하여 신뢰도, 타당도를 검증하였다.

문항 예)

1. 내가 살아있지 않는 편이 차라리 나올 것이라고 생각했다.
2. 죽음에 대해 생각했다.
3. 내가 죽어버리면 모든 문제가 해결될 것이라고 생각했다.

## 6.6 살아야하는 이유 척도(Reasons for Living Inventory: Linehan 등, 1983)

살아야하는 이유 척도는 자살 생각이 들 때 이를 행동으로 옮기지 않는데 중요한 요인들을 측정하기 위해 Linehan 등이 개발한 48문항으로 이루어진 이분 척도이다. 6가지 하위척도- “생존 및 대처 신념”, “가족에 대한 책임”, “자식과 관련된 걱정”, “자살에 대한 두려움”, “사회적 비난에 대한 두려움”, “반 도덕적 행동에 대한 두려움” -로 구성되어 있으며, 신민섭 등(1990)이 번안하여 신뢰도, 타당도를 검증하였다.

문항 예)

1. 나는 내 자신의 삶에 대해서 깊은 애착을 가진다.
2. 나는 내 문제에 대한 해결책을 찾을 수 있다고 믿는다.
3. 내가 자살하고 나면 내 가족들이 심한 고통과 죄책감을 느낄 것이다.
4. 나는 살고싶은 욕구가 있다.

---

## 6.7 자기-도피 척도(Scale for Escape from the Self, 1993: SES)

## 7. 치료적 개입

SES는 청소년들의 자살 충동과 위험을 평가하기 위해 신민섭(1992)이 Baumeister의 이론에 입각해서 제작한 후 신뢰도, 타당도를 검증한 척도로, 인지적 몰락 상태의 특성을 나타내는 71문항으로 구성되어있다. 각 문항에 대해서 “예-아니오”로 대답하도록 되어있으므로, 총점의 범위는 0점에서 71점이다.

문항 예)

1. 요즈음 생활이 한없이 권태롭다.
2. 이 시점에서 삶을 끝마치고 싶다.
3. 과거에 대한 기억들은 모두 불쾌한 것들(죄책감, 수치심, 불만족 등)이다.

## 7. 치료적 개입

인지적으로 미성숙하고 정서적으로 취약성이 높은 시기에 놓여있는 청소년들은 일시적으로 주어지는 스트레스나 심리적 고통으로부터 즉각적으로 벗어나기 위한 수단으로 충동적으로 자살 시도할 위험이 많다. 특히, 과잉교육열과 학력을 중시하는 우리 사회에서는 청소년들에게 더 많은 것을 성취하도록 요구하고, 건전한 여가활동을 가질 시간이 제한되며, 스트레스를 가중시킬 요소들이 많은 편이다. 한번 자살시도한 청소년들은 이후에도 어려움에 직면시 자살을 시도할 위험성이 높으므로, 만일 청소년들이 관심을 얻기 위해, 혹은 심리적 고통에 대한 도움을 청하는 수단(cry for help)으로 자살 시도를 보이는 경우이라도 이를 간과하지 말고 부모나 교사들이 따뜻한 관심과 정서적 지지를 제공한 후, 점차 자신의 감정과 행동에 대한 충동 조절 능력과 대처 능력을 습득하도록 지도해 주어야 할 것이다. 또한 자살 시도를 한 청소년

들은 사회적 대처 행동에 어려움이 있는 경우가 많으므로, 따뜻하고 수용적이며 비판단적인 분위기하에서 여러 가지 대안적인 행동 패턴을 학습하도록 도와주는 것이 필요하다(Hick, 1990). 또한 자신의 부정적 측면에 대한 자기-자각이 증가되는 것을 방지하고 자신의 긍정적인 측면에 주의를 돌릴 수 있도록 하기 위해서는 인지치료적 접근이 도움이 될 것으로 생각된다. 인지적 재구조화(cognitive reconstruction)를 통해 자신의 부정적 측면에 대해 자기-자각이 침해화되는 것을 방지할 수 있으며, 그에 따라 우울이나 불안, 분노 등 부정적 정서도 감소될 수 있다. 청소년들이 특정한 정신 병리나 미래에 대한 뿌리깊은 절망에 의해 자살 시도를 하기보다는 상황적 요인이나 충동성에 의해 더 영향을 받을 수 있다는 점은 청소년들에게 조속한 치료적 개입을 제공할 경우, 오히려 성인들보다 치료 효과가 좋을 수 시사할 수 있다. 그러나 심한 우울증이나 경계선 성격장애 등 심각한 정신병리가 의심되는 경우에는 전문적인 치료가 요구된다.

치료적 접근에서 무엇보다도 중요한 것은 예방적인 차원에서 학교나 상담 장면에서 다각적인 집단 치료 프로그램을 개발하고 실시하는 일이라 할 수 있다. 청소년들이 스트레스 상황이나 당면한 과제에 잘 대처해나가고 그러한 상황에서 충동적으로 극단적인 행동을 취하기 보다는 융통성있게 다양한 문제해결 전략을 고안해낼 수 있도록 돕기 위해서는 스트레스 대응 훈련이나, 원만한 친구 관계 및 대인관계 형성을 도와주는 사회성 훈련, 자기-주장 훈련 등이 도움이 되리라 생각된다.

### 〈연 습 문 제〉

1. 청소년들의 자살 이유가 성인과 다른 주된 원인은 어디에 있는가?
2. 일반적으로 자살 행동과 가장 밀접한 정신장애는 무엇인가?
3. 청소년들이 보이는 자살 및 부적응 행동과 높은 관련이 있는 청소년기의 중요한 발달과제는 무엇인가?

---

4. 자아정체감 혼란이 핵심적인 증상인 경계선 성격장애의 특성을 기술하시오.

7. 치료적 개입

5. 자살시도한 청소년들을 돕는데 인지-치료적 방법이 효과적일 수 있는 이유를 생각해보자.



## 청소년 약물문제

1. 청소년 약물남용의 증상
2. 청소년 약물남용의 경로
3. 청소년 약물남용의 진단과 평가
4. 청소년 약물남용의 대책



약물남용은 향정신성 약물의 비의학적 사용을 의미한다. 향정신성 약물이란 정신에 작용하는 약물을 말하는데, 정신 과정은 뇌, 즉 중추신경계에서 이루어지므로 결국 이러한 중추신경계에 작용하는 약물을 의미한다. 또 약물의 비의학적 사용이란 약물을 의학적 목적과는 상관 없이 사용하는 것을 말한다. 예를 들면 통증이 없는 데도 도취감을 얻기 위해서 몰핀을 사용하는 경우이다. 이를 정리하면 약물 남용이란 감정·인지·행동에 인위적인 변화를 일으키고자 향정신성 약물(마약류), 즉 중추신경계에 작용하는 약물을 비의학적으로 그리고 불법적으로 사용하는 것을 말한다.

남용되는 약물은 습관성(habituaton), 중독성(addiction), 금단현상(abstinence syndrome)이 있다. 습관성은 정신적 의존을, 중독성은 육체적 의존을 말하며 금단증상은 육체적으로 의존된 상태에서 그 약물 사용을 중단하면 신체적 고통을 경험하게 되는 현상을 이른다. 정신적 의존의 대표적 약물로 담배(니코틴)를 들 수 있는데, 담배를 상당기간 피우다가 중단하면 흡연자의 생각이 담배로 가득 차 있게 된다. 이때 흡연자의 정신은 담배에 정신적으로 의존되어 있다고 한다. 중독성 약물 중 대표적 약물로 아편을 들 수 있는데, 아편을 지속적으로 상당기간 사용하면 아편에 의존된 상태가 되고, 사용을 중단하면 눈물과 콧물, 침을 질질 흘리고 오한과 발한이 나고 경련과 혼수상태에도 이르며 심한 경우에는 사망하게 된다. 이 상태가 바로 사용자의 육체가 아편에 의존된 상태이고 중독되었다고 말하게 된다.

약물을 남용하면 결과적으로 두 가지 어려움에 처하게 되는데, 하나는 의학적 문제이고 다른 하나는 사회적인 문제이다. 의학적 문제란 약물을 계속 사용함으로써 그 약물이 가지고 있는 독성과 부작용이 나타나고, 불결한 주사기 사용으로 합병증, 예를 들면 간염, 피부염, 폐농양, 정맥염, AIDS감염 등이 나타나며, 과량 사용시 사망에 이르게 됨을 가리킨다. 사회적인 문제는 약물에 의하여 정상적인 판단을 할 수 없을 때 보이는 폭력과 사고, 그리고 약물을 구하기 위하여 절도, 강도행각을 벌이거나 기본적인 생활을 영위하지 못하여 자신 뿐 아니라 자신이 속한 가정, 학교, 친구관계, 지역사회에 어려움을 끼치는 것 등 그 파급

효과가 매우 크고 다양하다.  
여기에서는 청소년 약물남용의 증상과 경로 및 대책을 다룬다.

## 1. 청소년 약물남용의 증상

모든 질병이 그렇듯이 병의 조기 발견이 최적의 경과를 약속한다. 약물도 마찬가지이다. 특히 약물 문제는 일단 발생하면 해결이 어려운 만큼 중독이 깊어지기 전에 약물 문제를 발견하면 문제 해결이 훨씬 쉽고 당사자에게도 큰 혜택이다. 조기 발견의 첫걸음은 우리 자녀들이 알코올이나 담배, 약물을 사용하지는 않는 지에 대한 주의와 관심에서 시작한다. 부모님이 술이나 담배 및 약물을 사용하는 경우에는 청소년 약물 사용이 더 높은 비율로 발생하기에 더 큰 관심과 관찰이 요구된다.

### 1.1 약물 사용이 의심되는 청소년의 행동과 태도

청소년이 점진적으로 혹은 별안간 학교를 빠지거나 숙제를 안해오는 등의 일상생활 리듬의 붕괴가 있을 때에는 약물 아니고도 깊은 관심이 요망된다. 다음에 청소년의 약물 사용 징후를 열거하였다. 이들 행위들은 약물 사용의 부작용과 약물을 구하려는 집착행동들이다.

- 학교에 자주 빠지고 숙제를 잘 안해온다.
- 집에서의 생활방식의 변화가 온다.
- 신체적 쇠약감을 호소한다.
- 남의 눈치를 자주 살핀다.
- 검은 눈동자가 동그랗게 커져 있거나, 작아져서 풀려 있다.
- 친구에게 자주 돈을 빌리거나 부모에게 많은 돈을 요구한다.
- 집에 있는 물건을 내다 팔거나 돈을 훔친다.
- 방문을 자주 닫아걸고 방에서 잘 나오지 않는다.

## 1.2 약물 남용 청소년의 행동과 태도

약물 남용자는 외모가 졸린 듯하고 멍청해 보이고 눈물, 콧물을 흘리고, 식욕감퇴로 여위었으며 몸에 주사자국이 있다. 그러나 약물이 나타내는 반응은 예측이 불가능하다. 다음에는 약물 중독 청소년들이 보이는 행동과 태도를 정리한 것이다.

- 식사를 거르는 등 일상생활에 무관심해지거나 침울해진다.
- 무의식적 근육의 떨림과 갈증이 자주 있다.
- 일의 수행이나 집중력에 심각한 손실을 보인다.
- 등교, 작업이나 수업의 질이 떨어지고 준법성에 갑작스런 변화가 일어난다.
- 비정상적으로 화를 내거나 감정이 폭발한다.
- 책임을 회피하는 경향을 보인다.
- 외모가 보기 싫게 변한다.
- 동공의 축소나 확대를 감추기 위해 적절하지 못한 장소나 시간에도 색안경을 쓴다.
- 주사자국을 감추기 위해 소매가 긴 옷을 계속 입고 다닌다.
- 부모나 친구에게 평소와 다르게 자주 돈을 빌린다.
- 약물을 숨기기 위해 창고, 옷장, 지하실과 같은 이상한 장소에 이 유 없이 자주 드나든다.
- 개인위생에 무관심하다.
- 변덕스럽거나 우울해한다.
- 멍청한 상태로 허공을 쳐다본다.
- 이성에 대한 관심이 적어지거나 아주 없다.
- 사소한 일에 쓸데없이 자주 웃는다.
- 담배나 알코올성 음료들의 사용이 증가한다.

### 1.3 한국형 청소년 약물중독 선별검사표

김경빈(1996)은 미리 작성한 질문지를 청소년 1,411명에게 실시하여 그 결과 125명의 약물 중독 및 약물 사용 학생들을 발견하였고, 이들과 비사용 학생들의 반응을 비교 종합하여 나온 6개 부분 70문항으로 구성된 청소년 약물 사용 고위험군 선별 검사표를 만들은 바 있다. 6개 부분에는 개인 및 주변환경, 친구, 학교 및 개인 생활, 성격 및 가치관, 부모님 술 문제 걱정, 심리 및 건강상의 문제, 집안 내력이나 부모님 특징들이 속한다. 또한 김경빈(1996)은 한국형 약물중독 선별 검사표 2형(Korean Adolescent Drug Addiction Screening Test 2; KOADAST-2)을 개발하여, 이것을 가지고 약물과 관련된 문제로 약물중독치료센터에 입원했었던 남자 약물중독 청소년의 95.2%와 여자 약물중독 청소년의 88.9%를 약물 중독으로 판정함으로써 약물중독 진단 기준표로서의 타당성을 인정받고 있다. 검사에 속한 문항내용은 다음과 같다.

- ① 약물을 조절해서 사용하려 하지만 잘 안된다.
- ② 예전보다 약물의 사용량이 많이 늘어났다.
- ③ 주변에서 약을 끊으라고 하지만, 그 말이 마음에 와 닿지 않고 반발심만 생기며 마음과 머리 속에서도 약 생각이 잘 지워지지 않고 약 생각이 자주 떠오른다.
- ④ 약물을 하고 싶은 충동이 일어나면 거의 참을 수가 없다.
- ⑤ 약물을 일단 사용하기 시작하면 계속적으로 하게 된다.
- ⑥ 정신적 고통을 잊기 위해 사용한다.
- ⑦ 최근에 약물 사용 중의 일을 기억하지 못하는 경우가 몇번 있다.
- ⑧ 혼자 사용하는 것을 좋아한다.
- ⑨ 약물 사용 전후에 때로 자살 충동을 느낀다.
- ⑩ 내가 불쌍하다는 생각이 자주 든다.
- ⑪ 약물로 인해 친구가 떨어져 나갔다.

- ⑫ 약물로 인해 가정에 문제가 일어나고 있으며, 내가 나가게 되거나 가족들이 나를 나가라고 한다.

## 1.4 청소년 약물남용의 증상

증상들은 사용하는 약물의 종류, 사용 방법, 사용자의 환경과 심리상태에 따라 달라진다. 예를 들면 아편계열의 마약은 단 한시라도 약물을 사용하지 않을 경우 심한 금단증상 때문에 도저히 견딜 수 없는 고통에 시달릴 것을 예상하지만, 1970년대 이후 과학의 발달로 개발된 LSD, 코카인, 본드나 신나 등은 금단증상은 별로 없으면서 인간을 심하게 황폐화시킨다. 약물남용의 주요 증상에는 중독, 내성, 합병증이 포함된다.

### 1.4.1 중독

알코올과 약물의 중독을 판단하는 데 있어 일단 기분의 변화를 목적으로 술이나 약물을 사용한다는 전제조건이 충족되어야 한다. 그리고 중독을 가능하는 가장 중요한 증상은 조절 능력의 상실이다. 약물 사용을 스스로 조절하지 못할 때 나타나는 3가지 증상은 집착, 강박적 사용, 재발이다.

- 물질 획득에 대한 집착: 약물에 중독되면 자기가 필요한 물질을 확보하기 위해 자신이 해야만 하는 중요한 책임도, 개인적 즐거움도, 기타 중요한 대인관계도 포기하거나 미룬다. 그래서 중요한 사회적, 직업적, 취미 활동의 시간이 줄어들거나 포기되어 간다.
- 강박적 사용: 후유증의 고통과 그에 대한 불안감에도 불구하고 약물을 계속 사용하는 것을 의미한다. 처음에 의도했던 양보다 더 많은 양과 시간을 소모하거나, 그래서 오랜 시간동안 약기운에 젖어 있게 되어, 약기운이 있는 채 직장에 출근하거나 가정일을 하는

것, 식구들이 반대함에도 불구하고 사용하는 것이 포함된다.

- 재발: 약을 끊거나 조절해서 사용하고자 하는 지속적인 열망이 있지만 성공하지 못하고 있는 상태를 말한다.

#### 1.4.2 내성

**내성**이란 알코올이나 약물이 우리 몸 안에 체류함에 따라 인체조직이 그에 걸맞는 적응과정을 밟아가는 약물학적 개념이다. 내성이란 동일한 효과를 얻기 위해서 약용량이 점점 증가하거나 고정된 용량으로는 그 효과가 자꾸 떨어져가는 것을 말한다.

내성의 문제는 동일한 효과를 얻기 위해 약용량을 증가시켜 가지만 치사량은 고정되어 있다는 점이다. 그 전과 동일한 기분을 얻기 위하여 조금 더 많은 약을 복용하였는데 그 약이 치사량이었다면 의도하지 않은 채 자살을 하게 된다는 것이다. 약물을 상습적으로 복용하는 연예인들이 어느 날 아침에 주검으로 발견되었다 하여 자살이나 타살이냐의 논란이 있다면, 내성의 문제를 꼭 잡고 넘어가야 하는 이유가 여기에 있다.

#### 1.4.3 합병증

청소년의 약물 남용은 비행, 대인 폭력을 일으키고, 가족들의 걱정과 가정의 갈등을 유발한다. 청소년 약물 사용은 우울이나 자살과 같은 정신과적 문제와 주사기를 통한 감염 등의 의학적 문제를 야기한다. 이러한 문제는 **합병증**이라고 할 수 있지만, 질병으로 분류되지 않는 사회경제적인 문제가 더 큰 부작용으로 부각된다. 여기서는 정신과적 합병증, 의학적 합병증 및 사회·경제에 미치는 영향으로 구분해서 보겠다.

1) **정신과적 합병증**: 중독자들의 생활은 모든 것을 급격히 상실해가는 과정이기 때문에 상실로 인한 우울증이 뒤따른다. 자살이란 우울의 한 증상이고 약물 중독자들은 자살을 자주 생각한다. 그 외에 내성과

치사랑의 관계로 인한 의도하지 않은 자살도 가능하다. 우울과 비슷한 기전으로 불안발작이 오게 된다. 불안발작이나 공황발작이 오면 매사가 불안해져 안절부절못하고 한자리에 계속해서 있을 수도 없고 곧 심장이 멎거나 호흡이 정지될 것만 같아 아무 일도 할 수 없게 된다. 때로는 약기운이 없는 데도 저절로 환각상태에 들어가 당사자 자신이 몹시 놀라는 경우도 있다. 이를 **플래시백**이라고 한다. 히로뽕이나 코카인은 정신분열증과 유사한 증상을 일으키는 데 피해망상이 대표적 정신병적 증상이다.

2) **의학적 합병증**: 우선 면역기능에 장애가 초래되어 사소한 염증이 크게 퍼지고 회복이 늦어지기도 한다. 무엇보다도 불결한 주사기 바늘의 사용으로 인해 간염이나 AIDS의 감염이 초래되기도 한다. 흡입식 약물을 사용할 때에는 호흡기 질환이 동반될 수도 있다.

3) **사회·경제적 영향**: 약물사용 없이 비행에 가담한 청소년이 34% 임에 불구하고 약물남용 청소년의 25%가 비행에 가담하여 문제를 일으켰다(주왕기 등, 1996). 약물남용 청소년의 가정은 그 역기능이 심화되고 가족관계가 악화되었으며 친구와의 관계도 악화되었다고 보고한다. 청소년 약물 남용에 따른 경제적 손실은 의료비용, 사고비용과 같은 직접비용과 결석비용, 구속비용과 같은 간접비용을 합하면 7조 5천억에 이르는 것으로 집계되었다.

## 2. 청소년 약물남용의 경로

약물을 사용하는 청소년들은 대부분이 약물의 효과를 긍정적으로 보고 있다(Cross & Kleinhesselink, 1980). 청소년들이 약물을 사용했을 때 단기적으로 얻는 결과는 부정적 정서의 완화, 또래집단에서의 소속감, 신비경험, 그리고 권위와 규율에의 도전으로 요약할 수 있다. 약물

사용의 초기 단계에서는 또래집단에게 자신을 '겉쟁이'로 보이는 것이 싫어서 시작하기 때문에 약물 사용은 또래집단에 대한 소속감을 주고 자존감을 유지시켜 주는 역할을 한다. 일단 약물의 효과를 경험한 청소년들은 불안, 우울, 권태감 등의 부정적인 정서를 해소하고자 하는 대처방식의 일환으로 약물을 사용한다. 또 약물을 사용하면 부정적 정서에서 벗어날 수 있을 뿐만 아니라 지각적으로 예민해지고 다양한 환상을 경험한다. 때로는 자신의 힘이 세진 것 같기도 하고 독립성을 확보한 것 같기도 하다. 그러나 약물의 효과가 사라지면 이들은 무기력한 존재가 될 뿐이다. 그래서 약물을 지속적으로 복용하게 되는 것이다.

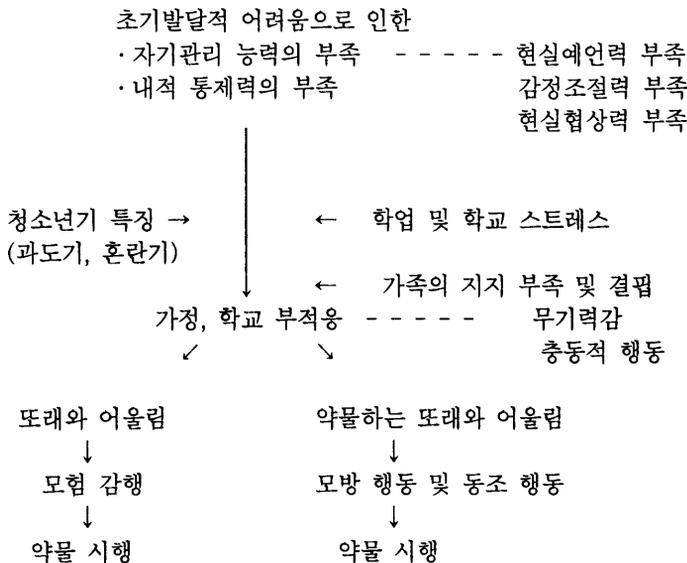
약물사용에 충동을 느끼거나 실제 약물을 사용하는 청소년들의 사회·환경적인 특성들은 여러 차례의 실태조사(심소야자 외, 1987; 김성이 외, 1991; 차경수 외, 1993)에 의해 밝혀진 바 있으나 심리사회적인 특성에 관한 연구는 미비하다. 청소년 범죄와 관련하여 Hynan과 Grugs(1986)는 충동성이나 또래집단의 압력에 대한 민감성이 주요 영향을 미친다고 하였다. 원호택(1991)은 비행청소년들이 문제상황에 직면하면 정서적 대처와 사회적 지지를 통해 해결하는 경향성이 높으며 반면 문제해결적 접근방법을 통한 해결 능력은 낮다고 하였다. Loadbeater, Hellner, Allen 및 Aber(1989)는 약물 사용, 범죄, 가출, 성행동 등의 문제행동을 일으킨 청소년들을 대상으로 대인협상전략을 평가하였는데 문제행동과 대인협상전략 간에는 부정 상관이 있다고 보고하였다.

금명자 등(1995)은 전국 46개교 2000여명의 청소년들을 대상으로 설문 조사하여 약물 사용에 대한 충동과 사용 경험의 비율, 그리고 이들이 가지고 있는 심리사회적 특성을 정리하였다. 약물 사용의 충동을 경험한 청소년들과 약물을 한번이라도 사용해 본 적이 있는 청소년들은 각각 약 15%였다. 이들이 보이는 특성은 몇가지로 요약할 수 있었다.

첫째로 자기관리 능력이 부족하고 여러 가지 문제의 원인을 외적으로 돌리려는 등 내적 통제력이 부족함을 볼 수 있다. 따라서 분노에 대한 감정조절이 어렵고 현실을 왜곡하여 바로 보지 못하거나 운명은 내편이 아니라는 식으로 보다 비관적이다. 둘째로 충동적인 행동과

무기력감이 일반 청소년보다 훨씬 높다. 이것은 청소년기의 학업 및 학교 스트레스의 증가에 비해 부모와 가족의 관심과 지지가 부족하여 가정과 학교에서 잘 적응하지 못하고 따라서 생활에 의욕을 찾지 못하여 매사에 느끼는 짜증스러움을 충동적인 행동으로 대처하고 있다는 것으로 이해할 수 있겠다. 셋째는 가정이나 학교에서 부적응을 초래한 청소년들이 그러한 불만족에 대해 심리적으로 보상받기 위하여 또래집단과 어울리게 되면서 약물을 사용하게 된다. 이 경우 또래 중에 약물을 하는 친구가 있을 때 그와 어울리거나 그를 모방하는 행동으로 약물을 사용할 수 있다. 다른 한 경로는 모인 또래 중에 아무도 약물을 하는 사람이 없더라도 모여진 또래는 모험을 감행하는 위험감수 현상으로서 약물을 시도하게 되기도 한다. 그러나 이들 또래를 통한 대처는 일시적인 동질그룹일 뿐이고 진정한 인간관계가 형성되는 것은 아니라는 것이 조사에 의해 밝혀졌다.

질문조사와 문헌조사를 통해 금명자 등(1995)은 청소년 약물남용의 경로를 정리하였고 **다변인-과정적 모델**이라 명명하였다.



<그림 II-1> 청소년 약물남용의 다변인-과정적 모델  
(금명자 외, 1995)

청소년 약물남용의 다변인-과정적 모델은 다음과 같은 변인들이 역사적 시간을 가지고 위계적으로 서로 상호작용한다는 특징을 가지고 있다.

첫째로, 이들 약물남용 청소년들은 자기감정의 인식이 잘 이루어지지 않아 감정 통제가 어렵고 현실예언력이나 협상능력이 부족한 점 등 내적 통제력과 자기관리 능력이 부족하다. 둘째로, 개인 내적 어려움을 가지고 있는 청소년들이 이에 대한 대안을 마련하기 전에 청소년기라는 발달적 특성과 과제로 인한 독특한 심리사회적 환경에 처하게 된다. 이러한 환경은 건강한 청소년들에게도 위기 상황이며, 대개의 청소년들은 심리적 안정감이 부족하여 생활에서 생긴 주변의 문제들에 대해 합리적으로 접근하는 것을 어려워한다. 또한 자극에 약하다. 셋째, 이 시기의 청소년들은 중학교에 진학하게 되고 초등학교 때보다 훨씬 어려운 학업 내용, 강도 있게 밀어닥치는 학습 스트레스에 쫓기게 된다. 초등학교 시절에는 다른 것으로 자존심을 메울 수 있었지만 중학교에서는 무엇보다도 성적으로 자신이 평가된다는 사실을 인식하게 된다. 학업 평균과 학교 전체 등수와 반 석차가 적혀 있는 성적표가 나오게 되면 청소년 자신도 객관적으로 자신을 보게 되고 더 나아가 '더 크면 알아서 하겠지'하고 막연하게 기대하고 있던 부모가 자녀의 객관적 실력을 알게 되면서 학업 스트레스를 가중시킨다. 넷째, 더 나아가 학업성취도가 그 사람을 평가하는 중요한 척도인 가족 및 사회분위기 속에서 심리적 지지나 존중적 배려는 거의 없고 오히려 '중학생이 되었으니 네가 알아서 하라'는 식의 귀찮은 책임전가만 커지게 된다. 이 때 부모 자신들의 발달적 과제와 맞물려 가정 내의 심리적 갈등은 더욱 증폭된다. 이러한 자연적인 개인적 스트레스 상황에서 실제적으로 학교나 가정생활에서 부적응 행동이나 사건이 계속적으로 일어날 때, 많은 청소년들은 아무 것도 성의껏 하려고 들지 않는 우울 증상이나 충동적 행동으로 반응한다. 그러면 적절한 문제해결능력이 부족한 이들 청소년들에게 가정의 지지는 더욱 줄어들고 학업 스트레스는 더욱 가중되는 등의 악순환의 고리가 계속된다. 다섯째, 이와 같은 악순환의 고리에 있는 청소년들은 집밖으로 나가 또래와 어울리게 된다. 마침 어울리는 또래

중에 약물을 하는 아이가 있게 되면 자존심의 자극과 어울림의 조건으로 약물을 같이 복용하기를 강요받거나 도전받게 된다. 또한 인지행동적 모방의 기전으로도 약물복용이 이루어진다. 또래의 영향 중 다른 경로는 건강한 또래끼리 어울렸다고 하더라도 모이면 위협하고 바람직하지 않은 집단 행동들을 감행해 보는 모험심이 생기게 되는 위험감행(risk taking) 과정이다. 이 때 감행해 보는 것 중의 하나가 약물 복용이다. 술이나 담배를 호기심에서 시작하더라도 이러한 혼란이 지속될 경우 더 강한 약물로의 전환이 이루어진다.

### 3. 청소년 약물남용의 진단과 평가

청소년 약물남용은 무엇보다 예방이 절실한 영역이다. 예방을 위해서는 남용의 가능성이 높은 집단의 특성을 잘 구분해 내고, 이들을 잘 평가하는 과정이 선행되어야 한다. 앞 절에서 설명한 약물 남용의 경로는 바로 취약한 청소년들의 변인들을 과정적으로 정리한 것이다. 청소년들은 약물남용에 취약하다. 부모로부터의 독립 주장과 분리 위기로 인한 지지 부족과 자아정체감 형성과 정체감의 위기로 혼란스럽고 심리사회적 발달로 자기 세계로 도피할 수 있는 능력이 생겼기 때문이다. 특히 취약한 청소년들의 특징을 살펴보면 그것은 생물학적·유전적 요인, 개인적 성격과 대처자원, 심리사회적 환경요인으로 나누어질 수 있다. 그리고 약물남용을 예측하는 네 개의 범주로는 부모의 영향, 또래 영향, 신념과 가치, 그리고 또래 집단의 활동을 들 수 있다.

청소년 약물 사용의 예방이나 치료적 개입에 있어 무엇보다 그 **평가와 진단**이 중요하다. 우선 청소년이 약물을 사용한 경험이 있다고 해서 그런 청소년들이 모두 약물남용 **위험집단**에 속하게 되는 것은 아니다. 대부분의 청소년들이 호기심에서 혹은 재미 삼아 약물을 사용해 보지만 그들 중 대다수는 약물 남용 수준으로 진행되지 않고 스스로 약물의 사용을 중지한다. 다른 하나는 약물 남용 위험집단 혹은 약물남용

자로 분류가 된 경우라도 각 청소년에 맞는 적절한 예방 프로그램 혹은 치료프로그램을 선정해서 사용해야 한다. 약물을 사용하는 이유, 개인적 특성, 사회환경적 특성 등이 개인마다 다르고 복잡하기 때문이다.

### 3.1 청소년 약물 남용의 진단시 주의점

#### 3.1.1 일차적 약물남용과 이차적 약물남용의 구분

약물 남용이 일차적으로 이루어졌나 아니면 이차적으로 이루어졌나가 평가되어야 한다. 일차적 약물남용이란 약물의 사용이 가족이나 또래, 심리적 문제 등과 같은 관련된 요인들의 영향을 받지 않고 먼저 일어난 경우를 말한다. 이차적 약물남용이란 가족이나 학교 부적응, 친구 문제 등의 관련요인들의 영향으로 인해 약물을 사용하게 되는 경우를 말한다. 일차적 약물사용은 혼자서 약물에 손을 대게 되는 과정으로 우울의 기제와 비슷하여 정신분석학 혹은 대상관계이론 등으로 설명할 수 있으나, 청소년들의 경우 대개가 이차적 약물남용일 때가 많다.

#### 3.1.2 약물남용과 관련된 이중 진단

약물남용과 관련하여 청소년에게 있을 수 있는 정신과적 장애의 유형이나 그 심각성을 알아 보고 이것이 약물 남용 이전부터 있었던 문제인지, 아니면 약물 남용 이후에 생긴 문제인지를 확인해야 한다. 예를 들면 우울증, 품행장애, 주의결핍-과잉 활동 장애, 자살 등은 약물 남용과 수반하는 것들로, 우울하여 그에 따른 회피와 도피수단으로 약물에 손을 댈 수도 있고 약물 남용의 결과를 인식하여 무력감에 빠져서 우울과 자살을 경험할 수도 있다. 품행장애로 절도, 폭행, 가출과 더불어 약물을 사용하는 비행이 나타나기도 하지만 약물 복용시 환각상태에서 비행이 이루어지기도 한다.

#### 3.1.3 약물 사용에 대한 강한 부인과 저항

청소년들의 약물 사용에 대한 강한 부인 체계를 특별히 조심해야 한다.

청소년의 경우, 약물을 비롯한 가출, 폭력 등의 비행이나 행동장애로 인해 부모나 학교, 청소년 보호관찰 또는 감별소 등에 의해 상담자에게 강제적으로 의뢰된다. 이렇게 의뢰된 청소년들은 부인, 거짓말, 남의 탓 하기, 약물 문제의 축소화, 은폐 등의 형태로 상당한 저항을 보인다.

### 3.1.4 복합적 약물 사용의 진단

성인에 비해 청소년들은 여러 가지 약물을 동시에 사용하는 복합적인 약물사용이 많고, 사용하는 약물의 종류나 빈도, 사용량을 잘 알지 못하기 때문에 약물 남용이나 의존의 정도를 정확하게 평가하기가 어렵다. 따라서 다양한 진단체계와 검사를 통한 정확한 진단이 더욱 요구된다.

## 3.2 약물 사용의 평가

약물 사용에 관한 정보를 통해 상담자는 청소년의 약물 남용 또는 의존의 정도, 내성이나 금단증상의 유무, 약물남용의 원인, 약물 사용을 중단하려는 노력의 정도, 약물 사용 중단을 방해하는 요인들을 파악할 수 있다. 이에 필요한 항목들을 아래에 살펴본다.

- 약물의 종류
- 중다 약물 사용의 여부
- 약물 사용 기간
- 약물 사용 빈도와 사용량
- 약물 사용 상황에 따른 평가
- 처음 사용하게 된 상황과 과정
- 약물을 자주 사용하는 상황
- 약물을 사용하는 방식
  - 개인 또는 집단
- 약물 사용 동기 평가
  - 실험적 사용, 사회-오락적 사용, 상황적 사용, 심화된 사용, 강박적 사용

- 약물 사용에 따른 결과 평가
  - 급성적 효과 혹은 만성적 효과
  - 화학적 효과, 신체적 효과, 심리적 건강에 미치는 효과, 행동 기능에 미치는 효과, 사회적 기능에 미치는 효과, 대인관계 환경에 미치는 효과

### 3.3 개인적 특성의 평가

약물 사용의 경로에서 다루었듯이 청소년의 성격이나 지적 능력, 문제해결능력 등 약물에 반응하는 개인적 특성에 대한 평가가 이루어져야 한다.

- 성격 특성 - 공격성, 충동성, 반사회성
- 인지적 특성
- 신체적 특성
- 정서적 상태 - 정서적 안정성, 내면 인식 능력, 감정 조절 능력, 정체감 발달의 단계, 정체감의 통합성, 정서적 자율성, 인식과 만족도
- 사회성 상태 - 타인에 대한 민감성, 타인에 대한 배려성, 가치와 행동의 자율성, 책임성, 사회적 관계의 조정 능력, 주도성
- 생활문제 대처방식 - 문제 해결 능력, 인지 과정의 현실성과 합리성, 비합리적 사고, 관점 채택의 융통성
- 여가활동의 유형
- 약물과 관련된 비행의 유무

### 3.4 환경적 특성의 평가

환경적 요소의 평가는 성인에 비해 청소년 약물 남용자에 있어 결정적 역할을 한다.

- 가족 환경 - 물리적 환경, 가족의 구성과 기능, 부모의 교육적 역할, 확대가족과의 관계, 부모의 약물 사용 여부, 부모나 가족의 정신

과적 질환 여부,

- 학교 적응 - 학업 성적, 학습 태도
- 또래 집단 - 준거 또래 집단의 특성, 소속 또래집단의 특성, 또래 집단의 행동규범
- 사회적 지지 체계 - 가족, 학교, 또래 집단

## 4. 청소년 약물남용의 대책

청소년의 약물남용에 대한 대처는 개인상담, 집단상담, 가족상담, 입원 치료, 부모와 청소년에 대한 교육으로 나누어 살필 수 있다. 모든 대처는 크게 두 가지 목표를 갖는다. 첫째는 구체적인 행동적 목표로서, 사용하는 약물의 양과 빈도를 의미 있게 감소시키거나 약물의 사용을 중단하는 것이다. 둘째는 청소년이 약물에 의존하지 않은 생활을 하기 위해서 문제해결 능력이나 갈등대처방식 등의 심리사회적 능력을 발전시키도록 돕는 것이다.

### 4.1 청소년 약물남용자의 개인상담

여느 상담이 그렇듯이 약물남용 청소년의 상담도 역시 단계적으로 진행되며, 각 단계별로 과제가 있다. White(1988)는 약물 치료의 세 단계를 주장하였고 단계별로 포함되는 내용을 구별하였다. 1단계에는 치료에 대한 저항을 직면시키기, 동기 확립, 앞으로의 개인적 성장과 약물 사용에 대한 목표 설정 등이 포함된다. 2단계는 약물 남용의 원인이자 결과인 대인관계에서의 갈등, 및 개인 내적 갈등을 철저히 해결하는 것을 포함한다. 심리교육적 학습 경험이 이 단계에서 심리사회적 역량을 개선하는 데 활용된다. 3단계는 추수단계로서 치료에서 얻은 소득을 유지하고 약물 남용 재발을 방지하기 위한 계획을 발전시키고 실행하는 것 등으로 구성된다. 가족의 참여가 권장된다.

약물 상담의 과정을 초기, 중기, 후기로 나누어 볼 때, 각 단계별 중요한 상담 과제는 다음과 같다.

#### 4.1.1 상담 초기

- 상담자와 내담자 간의 협력 관계 조성
  - 내담자와 신뢰롭고 안전한 상담관계 형성
  - 내담자에게 상담의 필요성을 인식시킴, 치료에 대한 저항의 극복 및 동기의 형성
- 상담의 구조화 및 동기 조성
  - 상담진행 과정과 내용, 상담자의 역할, 내담자의 책임 등을 알기 쉽게 설명
  - 문제 해결 및 변화에 대해 내담자가 희망을 갖게 함
- 약물 문제의 진단과 평가
  - 내담자에 대한 포괄적이고 체계적인 진단과 평가
  - \* 약물 문제의 심화 정도에 따라 적절한 의료기관으로 의뢰
- 상담 목표의 수립
  - 구체적인 상담 목표의 수립
  - 단기 목표와 장기 목표 간의 현실적인 수행 계획의 수립

#### 4.1.2 상담 중기

- 상담목표의 세분화
  - 약물사용과 관련된 다양한 문제의 탐색 및 인식
- 목표 달성을 위한 행동의 계획 및 실천
  - 약물사용 중단을 위한 실천 행동의 계획
  - 약물사용 중단을 위한 행동의 실천
  - 약물관련 문제나 갈등에 대한 해결능력 또는 대처방식의 학습
  - 약물사용과 연관된 심리적 장애에 대한 치료적 개입

#### 4.1.3 상담 후기

- 상담 목표의 달성도에 대한 평가
  - 약물 사용을 대체하는 새로운 행동의 강화
  - 약물 사용에 대한 이해와 학습의 적용 및 강화
- 상담 종결을 위한 내담자의 준비
  - 남아 있는 문제에 대한 평가와 해결 모색
  - 변화의 효과를 지속시키기 위한 사회적 지지체계의 구성

## 4.2 청소년 약물남용자의 집단상담

일반적으로 약물을 사용하는 청소년들을 치료하는데 있어서 집단상담이 다른 어떤 상담방법보다도 효과가 있다고 알려져 있다. 약물을 사용하는 청소년들에게 또래의 의미가 보다 크기 때문이다. 지금까지 약물남용 청소년에 대한 사회 단체들의 개입은 대부분이 집단적 접근을 사용해 왔다고 하여도 과언이 아니다. 그러나 집단적 개입의 효과는 집단상담자가 청소년들이 사용하는 약물의 종류, 약물사용의 정도, 집단에 참여자들의 자아강도와 기능, 그리고 각 구성원의 심리사회적 환경에 대한 바른 이해를 가지고 질 높은 집단 운영을 해 나갈 때에만 가능한 일이다(Bratton & Forrest, 1985).

### 4.2.1 집단 상담 프로그램의 특성과 종류

우리나라의 청소년 사회복지 단체들에서는 약물남용 청소년들을 대상으로 꾸준히 치료 및 적응 프로그램들을 운영해 오고 있다. 주로 약물 남용의 초기이거나 약물 남용의 위기에 처해 있는 청소년을 대상으로 하는 프로그램이 진행되고 있는 실정이며, 유해 화학 물질관리법 위반으로 구속되어 보호관찰 처분과 함께 수강명령을 받은 청소년을 보호관찰소로 위탁하여 이루어지고 있다. 이들을 위해 적용되는 프로그램들은 약물 남용 청소년의 특성을 고려하여 구성된 것들이다.

약물남용 청소년들은 앞 절에서 살펴보았듯이 자기 관리 능력과 내적

통제 능력의 부족, 문제해결능력의 부족과 발달과제로 인한 생활 스트레스의 가중에 기인한 나쁜 또래의 영향 혹은 집단역동의 영향으로 인해 약물에 입문하게 된다. 그래서 대부분의 프로그램들은 약물의 폐해를 인식하고 회복에 대해 동기화시키며 부족한 특성을 강화하는 내용으로 구성되어 있다. 문제는 프로그램의 하위내용들이 약물사용 청소년만의 특성을 활용한 것들이기보다는 일반 청소년의 심성수련용 내용들이기 때문에 보다 약물사용청소년들에게 고유하고 강력한 프로그램의 개발이 시급히 요구된다.

앞으로 개발할 프로그램은 집단적 접근 외에 그러한 청소년의 지지관계망을 확립하는 것이 요구된다. 현재 우리나라에서는 면목사회복지관, 서울 YMCA 동대문지회, 서울 시립 동부아동상담소, 태화장안 사회복지관, 약물오남용 예방 전화상담소 등에서 약물 남용 청소년들을 위한 프로그램들이 진행되고 있다. 청소년대화의광장에서도 약물남용의 위기에 처해 있는 청소년들을 위한 프로그램(금명자 외, 1995)과 약물남용에 빠져있는 청소년들을 위한 프로그램(이숙영 외, 1996)들이 개발되었다. 다음은 집단 프로그램을 적용할 때 먼저 고려해야 할 내용들을 정리한 것들이다.

### 1) 약물의 종류에 따른 이해

약물남용 위험 청소년들을 집단에서 만나 보면 사용하는 약물이 각기 다양함을 볼 수 있다. 이것은 우선적으로 체질의 영향을 받는 것으로 이해될 수 있고, 그 외에도 각 약물의 종류에 따라 약물사용의 동기 와 환경, 경험하는 바 등이 다를 수 있다.

약물을 분류하는데 있어 미국에서 흔히 사용되는 방식은 **약한 약(soft-core drug)**과 **강한 약(hard-core drug)**의 구분이다(Bratton & Forrest, 1985). 약한 약이란 약물의 효력이 그렇게 세지 않은 약으로 여기에는 대마초, 암페타민, 알코올 등이 포함된다. 강한 약이란 약물의 효력이 비교적 센 약으로 이에 는 헤로인, 코카인, LSD같은 약물이 포함된다. 여기에서 중요한 점은 약한 약이나 강한 약이나에 따라서 약물사용자들의 약물사용 이유가 다르며 따라서 상담방식에 있어서도 두 집

단 간에 차이를 두는 것이 효과적이라는 사실이다. 흔히 알려진 바에 의하면 약한 약을 사용하는 사람들이 집단 상담으로 다루어질 때 가장 효과를 보는 집단이다. 반면 강한 약을 사용하는 사람들은 개별 상담을 하는 것이 더 효과적인 것으로 알려져 있다. 또, 강한 약을 사용하는 집단이 약한 약을 사용하는 집단보다 일반적으로 더 큰 심리사회적 어려움을 가지고 있다.

## 2) 약물 사용의 정도

일반적으로 집단 상담은 약물 사용이 병적으로 일어나지 않는 상태에서 효과가 크다고 알려져 있다(Rachman, 1975). Rachman(1975)에 따르면 약물을 사용하는 이유에 따라 약물 사용의 정도를 짐작할 수 있다. 약물을 사용하는 이유는 호기심과 습관성으로 대별되며 호기심으로 약물을 사용하는 경우가 습관성으로 약물을 사용하는 경우보다 약물 사용의 정도가 약하고 병적 성격이 약한 것으로 알려진다.

## 3) 자아강도

약물 남용 위험 청소년들은 각기 다른 **인성 발달과 자아 강도**를 가지고 있으며 이것은 이들을 집단 상담하는 데 있어 고려해야 할 매우 중요한 변인이 된다. 약물남용 위험 청소년들을 집단 상담으로 다루는 상담자들 중 청소년의 심리 문제(신경증, 경계선, 정신증 등)를 다루어 본 경험이 없거나 다룰 의사가 없는 경우가 많다. 이러한 경우 깊은 성격 문제를 가진 청소년이 집단 구성원으로 참여하고 있다면 그 집단은 집단 과정에서 커다란 장애에 부딪히게 된다.

## 4) 심리사회적 환경

약물남용 위험 청소년을 집단으로 다루는 상담자가 관심을 가져야 할 또 하나는 집단 구성원 각자가 지닌 다양한 심리 사회적 환경이다. 청소년들은 크게 두 가지의 집단 유대를 갖는데, 그 하나는 가족이며 다른 하나는 또래이다.

부정적이고 도전적이며 병적인 또래 집단과 계속적으로 만나는 것은

청소년들이 자신을 변화시키는데 있어 매우 심각한 장애물이다(Erikson, 1959). 이들 중에는 이미 약물 중독에 빠진 친구들도 있어서 집단 상담이 거의 효과를 보지 못할 때가 많다. 하지만 이 경우에도 청소년 자신이 자기가 속한 또래 집단의 부정적 영향으로부터 벗어날 동기가 있다면 집단 상담이 효과를 볼 수 있다.

#### 5) 동질적인 집단 구성에서 파생될 수 있는 문제

일반적으로 약물남용 집단상담은 그 집단구성에 있어 상당히 동질적인 편이다. 약물이라는 공통의 문제로 인해 형성된 구성원들은 집단의 결집력과 상호작용, 약물 사용에 대한 강력한 이해 및 지지, 약물중단에 대한 강화 등의 측면에서 상당한 강점을 갖고 있다. 반면, 청소년들의 경우, 또래의 즉각성과 충동성에 쉽게 영향을 받기 때문에 약물중단에 대한 부정적 강화의 위협과 재발의 가능성을 염두에 두어야 한다. 따라서 집단 상담자는 집단의 역동과 아울러 작은 변화나 움직임 등에도 항상 주의를 기울여야 한다는 점을 유의하도록 한다.

### 4.3 청소년 약물남용자의 부모를 위한 대처

중독이라고 하는 현상은 만성적으로 진행되는 매우 다루기 어려운 문제이기 때문에, 중독 환자의 가족들은 문제를 너무 단순하게 보지 말고, 침착하게 장기간의 대비책을 세워야 한다. 특히 자녀들의 약물 사용 습관이 약물 남용의 수준에까지 도달한 경우에는, 이 문제가 간단히 끝날 문제가 아니며, 장기화할 가능성이 높다는 것을 인식하고, 부모들은 다음과 같은 방법을 통해 자녀들이 약물 문제에서 벗어날 수 있도록 도와준다. 그 하나가 가족상담의 방법이고 그 외에 그들 가족들이 실천해야 할 항목들을 기술하였다.

#### 4.3.1 약물남용 청소년 가족의 상담

가족상담의 접근은 워낙 다양하기 때문에 약물 남용 청소년의 가족을

상담하는 과정과 방법도 일률적이지 않다. 따라서 다음에 소개되는 상담의 과정은 가능한 많은 접근 중 가장 일반적인 가족 상담의 원리들을 토대로 하여 구성한 것이며 상담시 하나의 지침으로 삼아주기 바란다. 약물을 사용하는 청소년의 가족을 실제로 만나다 보면 각 가족마다의 특수성이 다를 수 있고 상담자는 그러한 특수성에 가족 상담의 원리를 접목시켜 그 가족에 가장 알맞은 가족 상담의 과정을 택해야 하는 것이다.

<약물 남용 청소년 가족상담의 과정>

- 1단계: 약물 사용 청소년 가족의 이해
- 2단계: 문제 정의와 상담합의
- 3단계: 약물 사용 중지를 위한 자원의 동원
- 4단계: 위기의 극복과 안정
- 5단계: 가족 구조의 재조직과 성장
- 6단계: 상담 종결

4.3.2 약물남용 청소년 가족이 실천해야 할 내용들

- 약물 문제를 잘 알고 기꺼이 도와주려는 사회적 지지 체계의 형성
- 현재의 생활에 최선을 다하기
- 약물 문제를 경험한 사람들과의 긴밀한 접촉
- 해결 방법의 탐색 및 적극적인 실천
- 약물 중독에 대한 정확한 이해
- 부모 내면의 힘과 인내의 중요성
- 부모 스스로 자신에 대한 존중과 자존감의 유지
- 부모가 자신의 삶에 대해 책임감 있는 태도를 갖고 노력할 것
- 중독 문제에 대해 긍정적이고 현실적인 기대를 가질 것
- 약물 없는 건전한 삶의 실천
- 자녀의 분노나 두려움을 초래하는 상황의 방지
- 자녀의 약물 사용에 대한 철저한 점검
- 적극적으로 주변의 협조 구하기

1. 청소년이 약물남용에 이르는 경로를 설명하시오.
2. 청소년 약물남용을 진단할 때 주의 할 점들을 기술하시오.
3. 약물남용 청소년을 개인상담할 때 단계별 과제들을 열거하시오.
4. 약물남용 청소년의 부모와 가족이 실천해야 할 과제들에는 어떤 것들이 포함되는지 설명하시오.

- 강신덕, 최은영 (1993). <오락하는 아이들의 세계 - 참여관찰 연구, 청소년과 전자오락>. 청소년상담문제 연구보고서 4. 청소년대화의광장
- 고승희, 신민섭, 홍강의(1996). <KEDI-WISC와 TOVA를 이용한 소아 정신과장애별 주의력 문제와 인지적 특성에 관한 연구>. 임상심리학회 96 하계학술대회 발표논문.
- 구본용, 황순길, 김원중, 구혜영, 임은미 (1993). <청소년의 삶, 고민과 대화>. 청소년상담문제연구보고서 1. 청소년대화의광장
- 금명자, 이향립, 권혁수 (1995). <약물남용청소년상담 프로그램 I>. 청소년상담연구, 22. 청소년대화의광장
- 김경빈 (1996). 청소년약물중독 선별 검사표 (미간행)
- 김광일, 원호택, 김이영, 김명정 (1983). <고등학교 재학생의 정신 건강 실태조사 I>. 정신건강연구, 1집, 1-39.
- 김병석 (1995). *The differences in cognitive complexity and affect-tone of object representations reflected in the early childhood memories between borderline personality disordered and normal subject*. Florida State University, Unpublished doctoral dissertation.
- 김성이 외 (1991). 청소년약물남용실태조사. 체육청소년부
- 김소야자 외 (1987). 청소년약물남용실태와 예방. 체육부
- 김순진 (1993). <상담사례연구: 청소년과 전자오락>. 청소년상담문제 연구보고서 4, 청소년대화의광장
- 김영환, 김재환, 김중술, 노명래, 염태호, 오상우(1989). 다면성 인성검사 실시요강. 서울:한국가이던스.
- 김준호, 김순형 (1995). 가정환경과 청소년비행 (연구보고서 92-31). 서울: 한국형사정책 연구원.
- 김창대, 이명우 (1995). <청소년문제유형분류체계 II - 호소문제 및 문제환경의 분류>, 청소년상담연구 17, 청소년대화의광장

---

참고문헌

- 노성호 (1994). 한국의 청소년 비행화에 관한 연구, 형사정책연구 18, 한국형사정책연구원.
- 대한비만학회 (1996). 임상비만학. 서울 : 도서출판 고려의학.
- 대한신경정신의학회 (1997). 신경정신과학. 서울: 하나의학사.
- 대한일차의료학회 비만연구회 (1996). 비만학 이론과 실제. 서울 : 도서출판 한국의학.
- 박경애 (1993). <전자오락 실태조사 및 해석. 청소년과 전자오락>. 청소년상담문제 연구보고서 4. 청소년대화의광장
- 박성수, 구분용, 김순진, 송종용, 최은영(1995). 청소년상담문제 연구보고서 10 :빛나간 아이들의 세계, 청소년대화의광장.
- 서봉연 (1975). <자아정체감에 관한 심리학적 일연구>. 경북대 대학원 박사학위 논문.
- 서봉연 (1979).<한국과 서독 청소년의 identity 발달에 관한 비교 연구>. 사회연구, 제 2집.
- 신문자, 이금주 (1988). 말더듬 아동의 부모를 위하여. 서울: 하나의학사.
- 신민섭 (1992). <자살 기제에 대한 실증적 연구>. 연세대학교 박사학위 청구논문.
- 신민섭 (1995). <소아정신과 장애 아동의 신경심리학적 평가>. 수면-정신생리, 2(2), 115-128.
- 신민섭 (1995). <주의력결핍 과잉운동장애 아동에서 약물 단독 치료와 부모훈련 병합치료의 효과 비교>. 소아·청소년 정신의학, 6(1), 65~73.
- 신민섭, 김민경 (1994). <아동기 우울증의 평가>. 대한소아청소년정신의학회 춘계학술대회 초록집, 11~34.
- 신민섭, 김윤희 (1997). <한국형 자폐증 평정척도의 표준화 연구: 신뢰도, 타당도 및 진단분할점 산출>. 97 한국심리학회 연차 학술대회 발표논문.
- 신민섭, 김중술, 박광배 (1993). <Beck 우울척도의 분할점과 분류 오류>. 한국심리학회지 임상, 12(1), 71-81.

- 신민섭, 박광배, 오경자 (1991). <우울증과 충동성이 청소년들의 자살 행위에 미치는 영향>. 한국심리학회지 임상, 10(1), 286-297.
- 신민섭, 박광배, 오경자, 김중술 (1990). <고등학생의 자살 성향에 관한 연구 : 우울-절망-자살간의 구조적 관계에 관한 분석>. 한국심리학회지 임상, 9(1), 1-19.
- 신민섭, 소준현, 홍강의 (1996). <청소년의 자아상과 사회적 민감성간의 관계에 대한 연구 : 자아상-우울-불안-사회적 민감성간의 구조적 관계 분석>. 소아·청소년 정신의학, 7(1), 61-67.
- 신승철, 김만권, 윤관수, 김진학, 이명선, 문수재, 이민준, 유계준 (1991). 한국에서의 Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)의 사용. 신경정신의학
- 안동현 (1993). <전자오락과 정신건강, 청소년과 전자오락>. 청소년상담문제연구보고서 4. 청소년대화의광장
- 안동현 (1996). <자폐 아동의 진단과 평가 : CARS를 중심으로>. 1996년도 자폐학회 하계연수회 발표논문.
- 안동현, 김세실 역 (1997). 말 안 듣는 아이-임상가를 위한 평가 및 부모훈련 교재. 서울 : 하나의학사.
- 오경자, 이혜련 (1990). <아동 청소년 문제행동 평가척도 개발을 위한 예비연구>. 신경정신의학, 29(2), 452~462.
- 오경자, 이혜련, 홍강의, 하은혜 (1997). 한국판 CBCL 행동평가 척도. 서울: 중앙적성출판사.
- 오경자, 이혜련 (1990). 한국판 CBCL의 개발 및 표준화를 위한 연구. 한국학술진흥재단지원 자유공모과제 연구보고서.
- 오경자, 이혜련, 홍강의, 하은혜 (1997). K-CBCL 아동 청소년 행동평가 척도. 서울: 중앙적성출판사.
- 오병훈 (1996). <우울증은 치료될 수 있는 병인가> *Psychiatry in Clinical Practice*, 1(1), 21~27.
- 원호택 (1987). <한국인의 자살에 관한 심리-사회적 이해>. 한국심리학회 심포지움 발표논문.

- 원호택 (1991). 청소년범죄행동 유발요인에 대한 심리학적 연구. 한국형 사정책연구소.
- 원호택 (1997). 이상심리학. 법문사.
- 이영식, 홍강의 (1985). <한글 독해력 장애 아동에 관한 예비적 연구: 국민학교 3-4학년을 대상으로>. 신경정신의학, 24, 103-110.
- 이정균 (1994). 정신의학. 3정신판. 서울: 일조각.
- 이춘재 외 (1988). 청년심리학. 중앙적성출판사.
- 임상심리학회 (1992). K-WAIS 실시요강. 서울: 한국가이던스.
- 장연집 역 (1994). 아동이 그린 가족화 분석 : 동작성 가족화에 나타난 활동내용, 스타일 상징의 해석. 서울: 교문사.
- 장은진, 신민섭 (1996). <주의력결핍 과잉운동장애아와 학습장애아의 인지적 결함에 대한 비교연구>. 정신병리학, 5(1), 46~62.
- 정경아 (1992). <사춘기 발달과 부모·자녀관계에 관한 연구>. 연세대학교 대학원 교육학과 석사학위논문 미발표
- 정우식 (1986). 청소년문제, 그 실상과 대책. 서울 : 삼성출판사
- 조수철, 서유천, 김현식 (1991). <유아자폐증의 혈장 Dopamine b-Hydroxlyase의 활성도의 개체발생적인 특성과 정신병리와의 상호관계에 대한 연구>. 소아·청소년 정신의학, 2(1) 76-86.
- 조주상, 한덕임, 박혜순 (1995). <비만환자에서의 우울 성향>. 가정의학 회지, 16, 239~245.
- 주왕기 외 (1996). 청소년약물상담. 청소년대화의광장
- 차경수 외 (1993). 청소년약물남용실태와 대책연구. 문화체육부.
- 청소년대화의광장 (1996). 청소년 약물상담. 서울: 청소년대화의광장.
- 체육청소년부 (1984). 청소년백서. 서울 : 체육청소년부
- 체육청소년부 (1991). 청소년백서. 서울 : 체육청소년부
- 최준호, 안동현, 최보울 등(1996). <서울, 양평 두 지역의 일부 중고등학교 학생의 식이행태에 관한 역학적 연구>. 1996년도 대한신경정신의학회 추계학술대회초록집, 102.
- 한국교육개발원 (1987). KEDI-WISC 검사요강. 서울: 민족문화문고 간행회

- 홍강의 (1993). <자폐 장애 : 자폐 장애의 본질과 개념변천에 관한 고찰>. 소아·청소년 정신의학, 4(1), 3-26.
- 홍강의(1995). 청소년의 성장 발달. 이부영 편, 의학개론(III), 65-69. 서울 : 서울대학교 출판부.
- 홍강의, 김종훈, 신민섭, 안동현 (1996). <주의산만과잉운동을 주 소아정신과를 방문한 아동의 진단분류와 평가>. 소아·청소년 정신의학, 7(2), 190-202.
- 홍강의, 최진숙, 신민섭, 안윤옥, 황용승 (1993). <자폐증 아동에 있어서 Carbamazepine의 치료효과 평가>. 소아·청소년 정신의학, 2(1), 87-96.
- 홍은경, 박영선, 신영선 등(1995). <일부 도시 여중고생들의 신체상에 대한 인지와 체중조절 행태>. 가정의학협회지, 16(별책), 201.
- AACAP (1997). Practice parameters for assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(suppl), 122-139.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4~18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology : A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
- Adams, E. H., & Dozel, N. J. (1985). Cocaine use in America: Introduction and overview. In N. J. Kozel & E. H. Adams(Eds.),

- Cocaine use in America: Epidemiological and clinical perspectives* 1-7. (NIDA research monograph No. 61, #ADM 85-1414). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Adams, G. R., & Markstrom, C. M. (in press). Developmental issues in adolescent psychiatry. In G. Hsu & M. Hersen (Eds.), *Recent developments in adolescent psychiatry*. New York: Wiley.
- Adams, G. R., & Shea, J. (1979). The relationship between identity status, locus of control, and ego development. *Journal of Youth and Adolescence*, 8, 81-89.
- Adams, G. R., Abraham, K., Markstrom, C. (1987). The association between identity development, self-consciousness, and self-focusing during middle and late adolescence. *Developmental Psychology*, 23, 292-297.
- Adams, G. R., Ryan, J. H., Hoffman, J.J., Dobson, W. R., & Nielsen, E. C.(1985). Ego identity status, conformity behavior and personality in late adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1091-1104.
- Aebuthnot, J., & Gordon, D. A. (1987). Personality. In H. C. Quay (Ed.), *Handbook of juvenile delinquency*. New York: Wiley.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1996). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash, & R. A. Barkley (eds.), *Childhood Psychopathology*, 196-241. New York: The Guilford Press.
- Alexander, F., & Healy, W. (1935). *Roots of crime*. New York: Knopf.
- Amerian Psychiatric Association. (1994). DSM-IV: Diagnostic Statistical Manual of Mental Illnesses (4th ed.). Washington, D. C.: APA
- American Psychiatric Association (1952, 1968, 1980, 1987, 1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(1st ed., 2nd

- 
- ed., 3rd ed., 3rd rev. ed., 4th ed.). Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.) Revised*. Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association (1982). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.) Revised*. Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: APA
- Ansbacher, H., & Ansbacher, R. (Eds.). (1978). *Alfred Adler: Cooperation between the sexes : Writings on women, love and marriage, sexuality and its disorders*. New York: Anchor Books, Doubleday & Co.
- Arnou, D., & Harrison, R. H. (1991). Affect in early memories of borderline patients. *Journal of Personality Assessment*, 56, 75-83.
- Asarnow, J., Carson, G., & Guthrie, D. (1987). Coping strategy, self-perception, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 361-366.
- Asperger, H. (1944). Die 'Autistischen Psychopathen', Kindesalter. *Archives of Psychiatry*, 117, 76~136.
- Babigan, H. M., Gardner, E. A., Miles, H. C., & Romano, J. (1965). Diagnostic consistency and change in a follow-up study of 1215 patients. *American Journal of Psychiatry*, 121, 895~901.
- Bachman, J. G., O'Malley, P. M., & Johnson, J. (1979). *Adolescence to adulthood : Change and stability in the lives of young men*. Ann Arbor: Institute for Social Research.
- Balswick, J. O., & Balswick, J. K. (1991). *The family : A christian*

- perspective on the contemporary home*. Grand Rapid: Baker Book House.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder : a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford.
- Bauer, M. (1997). Bipolar disorders. In A. Tasman, J. Kay, & J. A. Lieberman (eds.), *Psychiatry*, 966-989. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Baumeister, R. F. (1991). *Escaping the self*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Cause and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Bender, L. (1947). Childhood schizophrenia: Clinical study of one hundred schizophrenic children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 17-40.
- Benton, A. (1964). Developmental aphasia and brain damage. *Cortex*, 1, 40-52.
- Bernstein, G. A. et al. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1110-1119.
- Bethelheim, B. (1967). *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self*. New York: Free.
- Biederman, J., Faraone, S. V., & Lapey, K. (1992). Comorbidity of diagnosis in attention deficit hyperactivity disorder. In G. Weiss (ed.), *Child and adolescent psychiatric clinics of North America : Attention deficit hyperactivity disorder*, 395-360.
- Binder, A. (1987). An historical and theoretical introduction. In H. C. Quay (ed.), *Handbook of juvenile delinquency*. New York: Wiley.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., & Williamson, D. E., et al. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10

- 
- years: Part I. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-1439.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., et al. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(12), 1575-1583.
- Bishop, D. (1992). Language development after focal brain damage. In D. Bishop, & K. Mogford (eds.), *Language development in exceptional circumstances*, 203-219.
- Blanck, G., & Blanck, R. (1979). *Ego psychology II: Psychoanalytic developmental psychology*. New York: Columbia University Press.
- Blanck, G., & Blanck, R. (1974). *Ego psychology: Theory and practice*. New York: Columbia University Press.
- Blanck, G., & Blanck, R. (1986). *Beyond ego psychology: developmental object relations theory*. New York: Columbia University Press.
- Bloom, B. (1964). *Stability and change in human characteristics*. New York: Wiley.
- Bratter, T. E., & Forrest, G. G. (1985). *Alcoholism and substance abuse*. N. Y. : The Free press.
- Bregman, J. D., & Harris, J. C. (1995). Mental retardation. In H. J. Kaplan, & B. J. Sadock (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (6th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Brent, D. A. (1987). Correlates of medical lethality of suicide attempts in child and adolescent. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 26, 87-89.
- Brent, D. A., Kalas, R., & Edelbrock, C., et al. (1986). Psychopathology and its relationship to suicidal ideation in childhood and adolescence. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 25, 666-673.

---

참고문헌

- Brier, N. (1989). The relationship between learning disability and delinquency: A review and reappraisal. *Journal of Learning Disabilities, 22*, 546-553.
- Brown, T. E. (1996). *Attention deficit disorders and comorbidity in children, adolescent, and adults*. Washington, DC: American Psychological Press.
- Brown, T. E., & Spencer, T. J. (1996). *Child and adolescent ADD*. New York: American Psychiatric Association.
- Bryan, T., & Bryan, J. (1990). Social factors in learning disabilities: An overview. In H. L. Swanson, & B. Keogh (Eds.), *Learning disabilities : Theoretical and research issues*. Erlbaum.
- Burns, R. C. & Kaufman, S. H. (1970). *Actions, styles, and symbols in kinetic family drawings : An introduction to understanding through kinetic drawings*. New York: John Wiley & Sons.
- Campbell, S. B. (1985). Hyperactivity in preschooler : correlates and prognostic implications. *Clinical Psychol Review, 5*, 405-428.
- Cantwell, D., & Barker, L. (1985). Psychiatric and learning disorders in children with speech and language disorders: A descriptive analysis. *Advanced Learning Behavioral Disabilities, 4*, 29~47.
- Cantwell, D., Barker, L., & Mattison, R. (1979). The prevalence of psychiatric disorder in children with speech and language disorders : An epidemiologic study. *Journal of American Academy of Child Psychiaty, 18*, 450~461.
- Cantwell, D. P., & Carlson, G. A. (1979). Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 137*, 445-449.
- Cashdan, S. (1988). *Object relations therapy: Using the relationships*. New York: W. W. Norton & Company.
- Castellanos, F. A., & Rapoport, J. L. (1992). Etiology of attention deficit hyperactivity disorders. *Child and Adolescent Psychiatric*

- Clinics of North America*, 1(2), 373~384.
- Cawdry, R. W., Gardner, D. L.(1988). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: Alprazolam, Cabamazepine, Trifluoperazine, and Tranylcypromine. *Archives of General Psychiatry*, 45, 111-119.
- Chiles, J. A., Miller, M. L., & Cox, G. B. (1980). Depression in an adolescent delinquent population. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1179-1184.
- Christiansen, K. O. (1977). A review of studies of criminality among twin. In S. A. Mednick & K. O. Christiansen (Eds.), *Biosocial bases of criminal behavior*. New York: Wiley.
- Cloward, R. A., & Ohlin, L. E. (1960). *Delinquency and opportunity: A theory of delinquent gangs*. New York: Free Press.
- Cobb, N. J. (1992). *Adolescence: Continuity, change, and diversity*. CA: Mayfield.
- Cohen, A. K. (1955). *Delinquency boys: The culture of the gang*. Glenceo, IL: Free Press.
- Cohen, P., Cohen, J., & Brook, J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: 2. Persistence of disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 869-877.
- Cole, D. A. (1988). Hopelessness, social desirability, depression, and parasuicide in two college samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 131-136.
- Conger, J. J., & Miller, W. C. (1966). *Personality, social class, and delinquency*. New York: Wiley.
- Cook, E. H. Jr., Stein, M. A., Krasowski, M. D., Cox, N. J., Olkon, D. M., Kieffer, J. E., & Leventhal, B. L. (1995). Association of attention deficit disorder and the dopamine transporter gene. *American Journal of Human Genetics*, 56(4), 993-998.
- Costello, E. J., & Angold, A. (1995). Developmental epistemology. In D.

- Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology, Vol.1: Theory and Methods*, 23-56. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Burns, B. J., Dulcan, M. K., Brent, D., & Janiszewski, S. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care : Prevalence and risk factors. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1107~1116.
- Craighead, W. E. (1991). Cognitive factors and classification issues in adolescent depression. *Journal of Youth and Adolscnt*, 20(2), 311-326.
- Creak, M., Cameron, K., & Cowel, B. (1961). Schizophrenic syndrome in childhood. *British Journal of Medicine*, 2, 889-890.
- Cross, H. J., & Kleinhesselink, R. R. (1980). Psychological perspectives on drugs and youth. In J. F. Adams (Ed.), *Understanding adolescence : Current developments in adolescent psychology* (4th. ed). Boston : Allyn & Bacon.
- Crossman, S. M., Shea, J. A., & Adams, G. R. (1980). Effects of parental divorce during early childhood on ego development and identity formation of college students. *Journal of Divorce*, 3, 263-272.
- DeFries, J. C., Fulker, D. W., & LaBuda, M. C. (1987). Reading disability in twins: Evidence for genetic etiology. *Nature*, 329, 537-539.
- Deysln, E., & MacMahon, B. (1979). The incidence of seizures among children with autistic symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 126, 1301~1312.
- Donovan, J. M. (1975a). Identity status and interpersonal style. *Journal of Youth and Adolescence*, 4, 37-56.
- Dreikurs, R. (1964). *Children: The challenge*. New York: Horthorn Books, Inc.

- Dugdale, J. L., & Parke, P. D. (1970). The effects of inconsistent punishment on aggression in children. *Developmental Psychology*, 2, 403- 411.
- Dupey, T. R., & Greenberg, L. M. (1993). *TOVA manual*. Los Angeles: U.A.D.
- Eikson, E. H. (1959). The problems of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 56-121.
- Eyisenon, J. (1972). *Aphasia in children*. New York: Harper & Row.
- Ellis, L. (1987). Neurohormonal bases of varying tendencies to learn delinquent and criminal behavior. In C. J. Braukmann, E. K. Glueck, & E. T. Glueck, *Unraveling juvenile delinquency*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Emery, G. D., Steer, R. A., & Beck, A. T. (1981). Depression, hopelessness, and suicide intent among heroin addicts. *International Journal of Addictions*, 16, 425-429.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity : Youth and crisis*. New York : W. W. Norton & company.
- Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of American Psychoanalyst Association*, 4, 56-122.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and life styles: Selected papers* (Psychological Issues Monograph Series I, No. 1). New York: International Universities Press.
- Erikson, E. H. (1959). The problems of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 56-121.
- Esser, G., Schmidt, M. H., Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school age children--results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 31, 243~263.
- Fairbairn, W. R. D. (1954). *An Object relations theory of the personality*. New York: Basic Books.

- Fairburn, C. G. (1996). 한양대학교 신경정신과 Eating Disorder Workshop.
- Fox, R. G.(1971). The XYY offender : A modern myth? *Journal of Criminal Law, Criminology and Policy Science*, 62, 1-63.
- Fremouw, W. J., De Perozel, M., & Ellis, T. E. (1990). *Suicide risk assessment and response guidelines*. New York: Pergamon.
- Freud, A. (1936). *The ego and mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.
- Freud, A. (1958). Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 255-278.
- Freud, A. (1969). Adolescence as developmental disturbance. In G. Caplan & S. Lebovici (eds.), *Adolescence : Psychological Perspectives*. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1917/1955). A childhood memories and concealing memories. In A. A. Brill(Trans.), *Psychopathology of everyday life*. London: Hogarth Press. (Original work published 1917)
- Galaburda, A. M., Sherman, G. F., & Rosen, G. D., et al. (1985). Developmental dyslexia : Four consecutive patients with cortical abnormalities. *Annual Neurol*, 18, 222~233.
- Garber, J., & Kashani, J. H. (1996). Development of the symptom of depression. In M. Lewis (ed.), *Child and adolescent psychiatry : A comprehensive textbook* (2nd ed.), 301-315. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Geschwind, N., & Galaburda, A. M. (1985). *Cerebral lateralization*. Cambridge: MIT.
- Gibbs, D. P., & Cooper, E. B. (1989). Prevalence of communication disorders in students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 60-63.
- Gillberg, C. (1988). The neurobiology of infantile autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 257-266.

- Gillberg, C. (1990). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 99-119.
- Ginsburg, S. D., & Orlofsky, J. L. (1981). Ego-identity status, ego-development and locus of control in college women. *Journal of Youth and Adolescence*, 10, 297-307.
- Ginsburg, S. D., & Orlofsky, J. L. (1981). Ego-identity status, ego development and locus of control in college women. *Journal of Youth and Adolescence*, 10, 297-307.
- Glaser, K. (1981). Psychopathologic patterns in depressed adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 35, 368-382.
- Goddard, H. H. (1916). *The Kallikak family : A study in the heredity of feeble-mindedness*. New York: Macmillan.
- Goldstein, A. P. (1990). *Delinquents on delinquency*. Champaign, IL: Research Press.
- Gossett, J. T., Barnhart, D., Lewis, J. M., & Phillips, V. A. (1977). Follow-up of adolescents treated in a psychiatric hospital. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1037~1042.
- Gothard, B. (1977). 품성개발세미나, IOBL.
- Graham, P., & Rutter, M. (1973). Psychiatric disorders in the young adolescent : A follow-up study. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 66, 1226~1229.
- Graham, P., & Rutter, M. (1973). Perceptions of maladjustment in clinic-referred children. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 277~281.
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1989). Social skills deficits as a primary learning disability. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 120-124.
- Grinker, R. R., & Werble, B.(1974). Mentally healthy young

- males(homoclitcs) fourteen years later. *Archives of General Psychiatry*, 6, 405~453.
- Grinker, R. R., Grinker, R. R. Jr., & Timberlaken, J. (1962). A Study of mentally heathy young males(homolites). *Archives of General Psychiatry*, 6, 405-453
- Guitano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford
- Hagin, R. A., & Kugler, J. (1988). School problems associated with Tourette's syndrome. In D. J. Cohen, R. D. Bruun, & J. F. Leckman (ed.), *Tourette's syndrome and Tic disorders*. New York: Wiley.
- Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (1994). *Driven to distraction*. New York: Pantheon Books.
- Halmi, K. A. (1995). Eating disorder: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, and obesity. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott (eds.), *American psychiatric press's textbook of psychiatry*, (2nd ed.), pp. 857-874. Washington D.C: American Psychiatric Press, Inc.
- Ham, R. (1990). *Therapy of stuttering : Preschool through adolescence*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hamburg, D. A., Coelho, G. V., & Adams, J. E. (1974). Coping and adaptation: Steps toward a synthesis of biological and social adaptation. In G. V. Coelho, D. A. Hamburg, & J. E. Adams (Eds.), *Coping and adaptation*. New York : Basic Books.
- Hammill, D. D. (1990). On defining learning disability : an emerging concensus. *Journal of Learning Disabilities*, 23(2), 74-84.
- Harrison & James (1984). *New hope for binge eating*. Harvard Univ.
- Hartmann, H. (1939). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press.

- 
- Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: Interpersonal Universities Press.
- Harvard Medical School Mental Health Letter. (1985). *Multiple personality, 1*, 1-6, April.
- Hendin, H. (1982). *Suicide in America*. New York: Norton.
- Hick, B. B. (1990). *Youth suicide: A comprehensive manual for prevention intervention*. Baltimore: National Educational Services.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Horevitz, R., & Braun, B. (1984). Are multiple personalities borderline? *Psychiatric Clinics of North America, 7*, 69-88.
- Horevitz, R., & Braun, B. (1984). Are multiple personalities borderline? *Psychiatric Clinics of North America, 7*, 69-88.
- Horner, A. J. (1979). *Object relations and the developmental therapy*. New York: Jason Aronson.
- Hynan, D. J., & Grush, J. E. (1986). Effect to impulsivity, depression, provocation, and time on aggressive behavior. *Journal of Research in personality, 20*, 158~171
- Ingersoll, B. D., & Goldstein, S. (1993). *Attention deficit disorder and learning disabilities*. New York: Doubleday.
- Jacobsen, J. W. (1982). Problem behavior and psychiatric impairment within a developmentally disabled population : Behavior frequency. *Applied Research Mental Retardation, 3*, 121-139.
- Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. New York: International Universities Press.
- Johnson, R. E. (1979). *Juvenile delinquency and its origin*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Johnson, S. M. (1991). *The symbolic character*. New York: W. W. Norton & Company.

- Josselson, R. (1994). The theory of identity development and the question of intervention. In S. L. Archer (Ed.), *Interventions for adolescent identity development*. London: Sage.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kashani, J. H., Carlson, G. A., Beck, N. C., et al (1987). Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 931-934
- Kaufman, A. S (1979). *Intelligence testing with the WISC-R*. New York: John Wiley.
- Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (1983). *Kaufman assessment battery for children : Interpretive manual*. Circle Pines, NM: American Guidance Service.
- Kernberg, O. (1966). Structural derivatives of relationships. *International Journal of Psychoanalysis*, 47, 236-253.
- Kernberg, O. (1980). Internal world and external reality. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1979). Psychoanalytic with borderline adolescents. *Adolescent Psychiatry*, 7, 294-321.
- Kirk, S. A., & Bateman (1962). Diagnosis and remediation of learning disability. *Exceptional Children*, 29, 73~78.
- Klein, M. (1952). Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. In M. Klein (Ed.), (1975). *Envy and gratitude and other works, 1949-1963*. New York: Delacorte Press.
- Klerman, G. (1987). Clinical epidemiology of suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 33-38.
- Kluft, R. (1985). The natural history of multiple personality disorder : A study of thirty-three cases. In R. Kluft (ed.), *Childhood*

- 
- antecedents of multiple personality*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Kluft, R. (1985). The natural history of multiple personality disorder: A study of thirty-three cases. In R. Kluft(Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Kobayaslin, R., Murata, T., & Yoshinaga, K. (1991). A Follow up study of 201 children with autism in Kynshu & Yamaguchi areas *Journal of Autism Developmental Disorders*, 21, 395~411.
- Kolb, B., & Whishan, I. (1990). *Fundamental of Human Neuropsychology* (3rd ed.). New York: W. H. Freeman & Company
- Kolvin, T., & Fundudis, T. (1981). Elective mute children : psychological development and background factors. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 22, 219-232.
- Kovacs, M. (1981). Rating scale to assess depression in school-aged Children. *Acta Paedopsychiatr*, 46, 305-315.
- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1977). *Depression in childhood : Diagnosis, treatment, and conceptual models*. New York: Raven.
- Krantz, H. (1936). *Lebensschicksale krimineller zwillinge.(Life patterns of criminal twins)*. Berlin: Springer-Verlag.
- Lange, J. (1928). *Crime as destiny*. London: Gorge Allen & Unwin.
- Lapouse, R., & Monk, M. (1958). An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health*, 48, 1134~1144.
- Last, C. G., Strauss, C. C., & Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *Journal of Nervous Mental Disorder*, 175, 726~730.
- Le Couteur, A., Trygstad, O., Evered, C., Gillberg, C., & Rutter, M. (1988). Infantile autism and urinary excretion of peptide and

- protein-associated peptide complexes. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 18, 181-190.
- Leonhard, K. (1957). *Auftelung der endogenen Psychosen* (2nd ed.). Berlin Germany: Akademik Verlag.
- Lessing, E. E., Beiser, H., Krause, M., Dolinko, O., & Zagorin, S. W. (1973). Differentiating children's symptoms checklist items on the basis of judged severity of psychopathology. *Genetic Psychology Monographs*, 88, 329-350.
- Licht, B. G., & Kistner, J. A. (1986). Motivational problems of learning disabled children : Individual differences and their implications for treatment. In J. K. Togerson & B. Y. L. Wong (Eds.), *Psychological and educational perspectives on learning disabilities*. NY: Academic Press.
- Linehan, M. (1987). Dialectic behavioral therapy for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 261-276.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Loadbeater, B.J., Hellner, I., Allen, J. P., & Aber, J. L. (1989). Assessment of interpersonal negotiation strategies in youth engaged in problem behaviors. *Developmental psychology*, 25, 465-472.
- Lombroso, C. (1911). *Crime, its causes and remedies*. Boston: Littel, Brown.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal education and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- MacFarlane, J. W., Allen, L., & Honzik, M. P. (1954). *A developmental study of the behavior problems of normal children*. Berkeley: University of California Press.
- Mahler, M. S. (1952). On child psychosis and schizophrenia: Autistic

- and symbiotic infantile psychosis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 286-305.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Mann, V. A., Brady, S. (1988). Reading disability : The role of language deficiencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 811-816.
- March, J. S. & Leonard, H. L. (1996). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(10), 1265-1273.
- Marcia, J. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
- Martin, S. E. (1971). Reflections on the early adolescent in school. In J. Kagan & R. Coles (eds.), *Twelve to sixteen : Early adolescence*. New York: Norton.
- Martin, S. E., Sechrest, L. B., & Redner, R. (1981). *New directions in the rehabilitation of criminal offenders*. Washington, DC: National Academy.
- Masterson, J. F. (1967). The symptomatic adolescent five years later: He didn't grow out of it. *American Journal of Psychiatry*, 123, 1338-1345.
- Masterson, J. F. (1981). *The narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Masterson, J. F. (1989). Prologue: Evolution. In J. F. Masterson, & R. Klein (Eds.), *Psychotherapy of the disorders of the self: The Masterson approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Masterson, J. F. (1990). Psychotherapy of borderline and narcissistic disorders: Establishing a therapeutic alliance (A developmental,

- self, and object relations approach). *Journal of Personality Disorders*, 4, 192-191.
- Maxman J. S., & Ward, N. G. (1995). *Essential psychopathology and its treatment* (2nd ed.). New York: W. W. Norton & company.
- Megaree, E. I., & Bohn, M. Jr. (1979). *Classifying criminal offenders: A new system based on MMPI*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Meissner, W. W. (1984). *The borderline spectrum differential diagnosis and developmental issues*. New York: Jackson Aronson, Inc.
- Mercy, J. A., Rosenberg, M. L., Powell, K. E., Broome, C. V., & Roper, W. L. (1993). Public health policy for preventing violence, *Health Affairs, Winter*, 7-29.
- Merton, R. K. (1957). *Social theory and social structure*. New York: Free Press.
- Miller, A. (1984). *Thou shalt not be aware : Society's betrayal of the child*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Miller, J. (1975). Suicide and adolescence. *Adolscence*, 10, 13-23.
- Miller, J., & Chaman, R. (1984). Disorders of communication : Investigating the development of mentally retarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 536-545.
- Millstein, S. G., Petersen, A. G., & Nightingale, E. O. (1993). *Promoting the health of adolescents : New directions for the twenty first century*, N.Y.: Oxford University Press.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130, 455-459.
- Montemayor, R. (1982). The Relationship between parent-adolescent conflict and the amount of time adolescents spend alone and with parents and peers. *Child Development*, 53, 1512-1519.

- 
- Murphy, G. E. (1986). Suicide in Alcoholism. In R. A. Baltimore (ed.), *Suicide*. Williams & Wilkins.
- Murray, H. A. (1942). *Thematic apperception Test: Pictures and manual*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nemzer, E. D. (1996). Somatiform disorders. In M. Lewis (Eds.), *Child and adolescent psychiatry : A comprehensive textbook*. (2nd ed.), 693-702. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Nietzel, M. T. (1979). *Crime and its modification*. New York: Pergamon.
- Noller & Callan (1991). *The adolescent in the family*. Routledge.
- Nye, F. I. (1958). *Family relationships and delinquent behavior*. New York: Wiley.
- Offer, D. (1969). *The psychological world of the teen-ager*. New York: Basic Books.
- Offer, D., & Offer, J. B. (1975). *From teenage to young manhood : A psychological study*. New York: Basic Books.
- Offer, D., Ostrov, E., Howard, K., & Atkinson, R. (1990). Normality and adolescence. *Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 377-388.
- Oldham, D. G. (1978). Adolescent turmoil : A myth revisited. In S. C. Feinstein & P. L. Giovacchini (Eds.), *Adolescent psychiatry*. Vol VI. Chicago: University of Chicago Press.
- Orton, S. (1937). *Reading, writing and speech problems in children*. New York: Norton.
- Paul, R. (1993). Parents of development in late talkers: Preschool years. *Journal of Child Communication Disorder*, 15, 7-14.
- Paul, R. (1996). Disorders of communication. In M. Lewis (ed.), *Child and adolescent psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Pennington, B. F. (1991). *Diagnosing learning disorders: A neuropsychological framework*. New York: Guilford Press.

- Petrie, K., Chamberlain, K. (1983). Hopelessness, and social desirability as moderater variables in predicting suicidal behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 485-487.
- Pinals, D. A., & Breier, A. (1997). Schizophrenia. In A. Tasman, J. Kay, J. A. Lieberman (Eds.), *Psychiatry, 927-965*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Prizant, B., Audet, L., & Burke, G., et al. (1990). Communication disorders and emotional/behavioral disorders in children and adolescents. *Journal of Speech and Hear Research, 55*, 179-192.
- Putnam, F., Guroff, J., & Silberman, E. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder : Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry, 47*, 285-293.
- Quay, H. C. (1965). Psychopathic personality as pathological stimulation-seeking. *American Journal of Psychiatry, 122*, 180-183.
- Quay, H. C. (1979). Classification. In H. C. Quay & J. S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood*, (2nd ed.) New York: Wiley.
- Quigley, S., Power, D., & Steinkamp, M. (1997). The language structure of deaf children. *Volta Rev, 79*, 73-84.
- Quinn, P. O. (1994). *ADD and the college student*. NY: Magination Press.
- Rachman, A. W. (1975). *Identity group psychotherapy with adolescents*. Springfield III.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Read, D., Adams, G.R., & Dobson, W. R. (1984). Ego-identity status, personality, and social influence style. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 169-177.

- Redl, F. (1945). The psychology of gang formation and the treatment of juvenile delinquents. In *Psychoanalytic study of the child*(Vol. 1). New York: International Universities Press.
- Reynold, W. M. (1987). *Suicidal ideation questionnaire : Professional manual*. Psychological Assessment Resources, Inc.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rorschach, H. (1942). *Psychodiagnostic : Methodik und ergebnisse wahrnehmungs-dianostischen experiments* (2nd ed.). New York: Grune & Stratton.
- Rosenberg, M. L.(1992). Violence in America : A public health approach. *Atlanta Medicine*, 66, 35-36.
- Rosenberg, M. L.(1995). Violence in America; An integrated approach to understanding and prevention. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 6-2, 102-112.
- Rouke, B. P. (1995). Introduction : The NLD syndrome and the whiter matter model. In B. P. Rouke (eds.), *Syndromes of nonverbal learning disabilities*. NY: The Guildford Press.
- Rourke, B. P. (1988). Socioemotional disturbances of learning disabled children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 801~810.
- Rutter, M. (1970). *Neuropsychiatric study in childhood*. London: Spastics International Medical Publications and Heinemann.
- Rutter, M. (1978). Prevalence and type of dyslexia. In A. Benton (Ed.), *Dyslexia : An appraisal of current knowledge*. New York: Oxford University Press.
- Rutter, M., & Giller, H. (1983). *Juvenile delinquency : Trends and perspectives*. New York: Guilford.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O. F. D., & Yule, W. (1973). Adolescent turmoil: Fact or fiction? *Journal of Child Psychiatry*

*and Psychology, 17, 35-56.*

- Rutter, M., Izard, C. E., & Read, P. B. (1986). *Depression in young people : Developmental and clinical perspective*. NY: Guilford Press.
- Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Whitmore, K.(1976). Isle of Wight studies, 1964~1974. *Psychological Medicine, 38, 226~230.*
- Rutter, M., Tuma, A. H., & Lann, I. S. (1988). *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. NY: Guilford Press.
- Rutter, P. B., Young, G. C., & Stang, J. D., et al. (1986). Adult outcomes of childhood central processing deficiencies. In I. Grand & K. M. Adams (eds.), *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorders : Clinical methods and empirical findings*. New York: Oxford University Press.
- Satterfield, J. H., Cantwell, D. P., Lesser, L. I., & Podosin, R. L. (1972). Physiological studies of the hyperactive child. *American Journal of Psychiatry, 128, 1418-1424.*
- Sattler, J. M. (1992). *Assessment of children*. San Diego, JM: Sattler Publisher.
- Scarborough, H., & Dorich, W. (1990). Development of children with early language delay. *Journal of Speech Hear Disord, 33, 60-83.*
- Schenkel, S. (1975). Relationship among ego identity status, field-independence, and traditional femininity. *Journal of Youth and Adolescence, 4, 73-82.*
- Seluni-Palzzoli, M., Boscolo, L., Cecchim, G., & Prata, G. (1980). Paradox and counter paradox, Milan, Giangiacono Feltrinelli Editore quoted from Gillberg (1990) Autism and PDD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31, 99~119.*
- Shapiro, S. H.(1973). Vicissitudes of adolescence. In S.L. Copel(Ed.), *Behavior pathology of childhood and adolescence*. New York: Basic Books.

- 
- Shave, D., Shave, B. (1989). *Early adolescent and the search for self : A developmental perspective*. NY: New York Publisher.
- Shneidman, E. S. (1987). At the point of no return. *Psychology Today*, 3, 55-58
- Silrer, L. B. (1996). A story of the comorbidity between a continuum of neurological based disorders and learning disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Silverman, W. K., & Rabin, B. (1993). Simple phobias. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 603-622
- Simmons, R. G., Rosenberg, F., & Rosenberg, M. (1973). Disturbance in the self-image at adolescence. *American Sociological Review*, 38, 553-568.
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of life*. New York: International Universities Press.
- Stunkard, A. J. (1992). Obesity. In R. Michels, et al. (Eds.), *Psychiatry*, New York: Lippincott Co.
- Sue, D. & Sue, S. (1990). *Understanding abnormal behavior*. (3rd ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Sutherland, E. H. (1937). *Principles of criminology* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Sutherland, E. H., & Cressey, D. R. (1974) *Criminology*. New York: Lippincott.
- Tallal, P. (1988). Developmental language disorders. In J. F. Kavanagh, & T. J. Truss, Jr. (eds.), *Learning Disabilities : Proceeding of the national conference*, 181-272. Parkton, MD: York Press.
- Tangnay, D. E., & Russell, A. T. (1991). Mental retardation. In Melvin Lewis (ed.), *Child and adolescent psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.

- Tasman, A., Kay, J., & Lieberman, J. A. (1996). *Psychiatry. Vol 1*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Taylor, H. G. (1989). Learning disabilities. In E. J. Mash, & R. A. Barkley (eds.), *Treatment of childhood disorders*. New York: Guilford Press.
- Taylor, T., & Watt, D. C. (1977). The relation of deviant symptoms and behaviour in normal population to subsequent delinquency and maladjustment. *Psychological Medicine*, 7, 163-169.
- Vaillant, G. E. (1978). Natural history of male psychological health : IV. Correlates of successful marriage and fatherhood. *American Journal of Psychiatry*, 135, 653-659.
- Van Riper, C. (1973). *the Treatment of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Volmar, F. R. (1996). Childhood and adolescent psychosis : A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 843-851.
- Voss, H. L. (1963). Ethnic differentials in delinquency in Honolulu. *Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science*, 54, 322-327.
- Warren, R. P., Margaretten, N. C., Pace, N. C., & Foster, A. (1986). Immune abnormalities in patients with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 16, 189-197.
- Wechsler, D. (1955). *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale*. New York: Psychological Corporation.
- Weiner, A. S. (1977). Cognitive and socioemotional development in adolescence. *Journal of Pediatric Psychology*, 2, 87-92.
- Weiner, I. B. (1992). *Child and adolescent psychopathology*. NY: John Wiley & Son.
- Weiner, I. B., & Del Gaudio, A. C. (1976). Psychopathology in adolescence : An epidemiological study. *Archives of General*

- 
- Psychiatry*, 36, 698~700.
- Weiss, G., & Hechtman (1986). *Hyperactive children grown up*. NY: Guilford.
- Weiss, M. G. (1995). Eating disorders and disordered eating in different cultures. *Psychiatric Clinics of North America*, 18, 537-553
- Weissman, A. N., Beck, A. T., & Koracs, M. (1979). Drug abuse, hopelessness, suicidal behavior. *International Journal of the Addictions*, 14, 451-464.
- Welner, A., Welner, Z., & Fishman, R. (1979). Psychiatric adolescent inpatients: Eight-to-ten-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36, 187~193.
- Wender, P. H. (1978). The diagnosis and treatment of adult minimal brain dysfunction. In R. S. Lipman (Ed), *Proceedings of the National Institute of Mental Health Workshop on the hyperactive behavior syndrome*. Washington, DC: Government printing office.
- Werry, J. S., & Wollersheim, J. P. (1989). Behavior therapy with children and adolescents : A twenty year overview. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 1-18.
- Westen, D. (1989). Are "primitive" object relations really preoedipal? *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 331-345.
- Wetzel, R. D., Margulies, T., Davis, R., & Karum, E. (1980). Hopelessness, depression, and suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 159-160.
- White, J. L. (1989). *The troubled adolescent*. New York : Pergamin Press
- White, R. W. (1960). Competence and the psychosexual stages of development. In M. Jones (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*(Vol. 8). Lincoln: University of Nebraska Press.

---

참고문헌

- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (1991). *Behavior disorders of childhood* (2nd ed.). NJ: Prentice Hall.
- Williams, C. L., Sale, I. M., & Wignall, A. L. (1977). Correlate of impulsive suicide behavior. *Journal of Psychiatry*, 85, 323-325. Aust. N.Z.
- Wing, L. (1979). Aspergers syndrome : A clinical account. *Psychl. Med.*, 11, 31-43.
- Winnicott, D. W. (1971). Adolescence : Struggling through the doldrums. In S. C. Feinstein, P. L. Giovacchini & A. A. Miller (Eds.), *Adolescent Psychiatry, Vol. 1*. New York: Basic Books.
- Witelson. (1990). *Fundamentals of human neurology*. New York: W. H. Freeman and Company.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*. Geneva: WHO.
- Zahner, G. E. P., & Pauls (1987). Epidemiological surveys of autism. In P. J. Cohen & A. M. Donnellan (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, 199~210. New York: John Wiley & Sons.

## 집필진 약력(가나다순)

**금명자** 서울대학교 간호대학 간호학 학사  
서울대학교 대학원 심리학과 석사  
(상담심리학 전공)  
서울대학교 대학원 심리학과 박사  
(상담심리학 전공)  
전) 서울대 학생생활연구소 상담원  
현) 청소년대화의광장 상담조교수

**김병석** 서울대학교 사범대학 교육학 학사  
서울대학교 대학원 교육학 석사  
Univ. of Florida 상담심리학 박사  
전) Atlantic Mental Health Center 심리학자  
현) 청소년대화의광장 상담조교수

**신민섭** 서울대학교 가정대학 가정관리학 학사  
서울대학교 대학원 심리학과 석사  
연세대학교 대학원 심리학과 박사  
(임상심리학 전공)  
전) 서울대병원 소아청소년 정신과 임상심리  
전문가  
현) 서울의대 정신과학교실 소아 청소년  
정신분과 조교수

**안동현** 서울대학교 의과대학 의학 학사  
서울대학교 의과대학원 의학 석사  
서울대학교 의과대학원 의학 박사  
전) 한림대학교 의과대학 정신과 교수  
현) 한양대학교 의과대학 정신과 교수  
대한신경정신의학회 집행위원  
한국 아동학대예방협회 이사

**오경자** 서울대학교 영어영문학과 학사  
미국 Iowa주립대학 대학원 석사  
미국 Harvard대학 대학원 심리학 박사  
현) 연세대학교 심리학과 교수(아동 청소년  
임상심리학 전공)

## 청소년 이상행동

<비매 품>

1997년 12월 27일 인쇄  
1997년 12월 30일 발행

발행인 **박 성洙**  
발행처 **청소년대화의광장**  
주 소 서울 중구 신당6동 292-61  
(홍진빌딩내)  
전 화 253-3811~6  
FAX 253-3817~8  
인쇄처 **아름기획**

본 기관의 사전승인 없이 내용의 일부 혹은 전부를 전재할 수 없음  
ISBN 89-8234-084-X-93370

