

청소년기의 적응장애

정 우 승
(복음병원 정신과장)

1. 소 개

사람이 살다 보면 때때로 불운한 일을 당하는 경우가 있다. 이러한 일이 스트레스 요인(stressor)이 되어 사람들은 스트레스를 겪게 된다. 이 때 대개 사람들은 각종 방어기전(Defense mechanism)을 동원하여 이를 소화(여기에 적응)해 나가지만 일부 사람들은 이러한 불운(스트레스 요인)에 대하여 정신병적 증상까지는 나타내지 않으면서도 과도하게 병적으로 반응하는 경우가 있다. 이러한 반응을 적응장애(Adjustment disorder)라고 한다. 일부 책에서는 이를 조정반응이라고도 하나 이것은 잘못된 번역이다. 적응장애는 여러 연령층에서 나타날 수 있는데 여러가지 사회적 경험이 많고 다양한 방어기전을 활용할 수 있는 성인 보다는 청소년기에서 그 양상이 심하게 나타난다. 청소년기는 발달도상에 있는 시기이므로 심리적 방어의 발달도 아직 충분치 않아 급격한 스트레스 요인이 닥칠 경우 그에 대한 반응이 더욱 심하게 병적으로 나타날 수 있다. 이런 적응장애를 보는 임상 의사들은 거부와 낙담을 동시에 느낀다. 많은 수의 정신과 의사들은 적응장애를 잠정적 진단으로 본다. 이러한 생각의 배후에는 너무 성급하게 주요 정신병(major psychosis)이라는 낙인을 찍지 않으려는 배려가 있다. 이런 진단기준이 실제로 유용함에도 불구하고 적응장애에 대한 체계적 연구는 무척 드물다.

2. 정의 및 진단기준

진단분류의 기준으로 자주 이용되는 DSM-III-R의 진단기준은 표 1과 같다.

[표 1] 적응장애의 진단기준

1. 단수 혹은 복수의 확인 가능한 스트레스 요인이 출현한 후 3개월 내에 반응이 나타나야 한다.
2. 부적절한 반응이 다음과 같은 특징을 보인다.
 - 1) 직업(학업)기능 혹은 일상적 사회활동이나 타인과의 관계에서 장애를 보인다.
 - 2) 스트레스에 대하여 정상적 혹은 기대될 수 있는 반응보다 과도하다.
3. 장애는 스트레스에 의한 과도반응에 의한 예이거나 다른 정신질환의 악화 또는 재발이 아니어야 한다.
4. 부적응 반응이 6개월 이상 지속되지 않아야 한다.
5. 장애는 기타 정신질환의 진단 범주에 해당되어서는 안되며 단순 애도반응을 반영하지 않아야 한다.

또한 DSM-III-R에서는 스트레스 요인에 대해서도 언급을 하였다. 즉, 스트레스 요인은 이혼처럼 단독일 수도 있고 사업이 안되며 결혼생활에 문제가 있을 때와 같이 동시에 올 수도 있다. 또한 계절마다 사업상 위기가 오는 등 반복적인 경우가 있고 만성병을 앓고 있는 것과 같이 지속적인 스트레스 요인이 있다. 이러한 스트레스 요인은 가족단위로 나타날 수도 있으며 개인에

계만(예를 들어 질병에 대한 심리적 반응에서 처럼)을 수도 있다. 간혹 자연재해, 인종폭동과 같이 집단 혹은 사회적 단위로 나타날 수도 있다. 특정 발달단계, 즉 학교에 입학하거나, 결혼, 자식 낳기, 실직, 정년직 등등의 사건이 있을 때 스트레스 요인이 같이 나타날 수 있다고 한다.

3. 빈도와 역학

적응장애는 상당히 흔한 질병이라고 많은 사람들이 생각하지만 실제로 이를 뒷받침할 수 있는 연구는 드물다(Popkin, 1989). 한 보고에서 정신과 입원환자의 5%가 적응장애 환자이며 이 가운데 59%가 청소년이라고 하였다. 이들 청소년에서 스트레스 요인이 1년 이상 지속된 경우가 59%에 달했다. 이는 성인의 경우 36% 보다 무척 높은 수치이다.

성인의 경우 여자 환자가 2/3를 차지하지만 청소년기에는 남녀의 비가 거의 동일하다.

외래환자까지 포함해서 통계를 내면 입원비율은 청소년에서 월등하게 높다. 다시 말해서 입원시에 청소년의 질병정도가 심하다는 것을 의미한다.

성인이 주로 우울증상을 보이는데 대하여 청소년은 행동장애를 보인다.

청소년기 적응장애의 유발요인을 보면 학교문제가 60%, 부모의 냉대가 20%, 약물문제가 26%, 결혼 가정이 25%라고 한다(Fard 등, 1979).

적응장애에서 행동장애를 보이는 경우 예후가 불량한 것으로 알려져 있다.

자문조정 정신의학직 견지에서 보면 신체적 질병으로 입원한 환자의 9%가 적응장애를 보인다고 한다(Popkin 등, 1984). 이 경우는 연령에 따른 차이가 없으며 대개 우울증상을 보인다.

4. 원 인

적응장애는 한 가지 혹은 그 이상의 스트레스 요인에 의하여 유발된다. 그러나 적응장애의 증상의 정도는 스트레스 요인의 강도와 비례하지 않는다(Newman, 1976). 미국 정신의학회에서

퍼 낸 DSM-III-R에서는 다음과 같이 주의를 환기하고 있다.

“...취약한 사람들은 아주 가벼운 스트레스 요인에 의해서도 아주 심한 증상을 일으킨다. 반면에 다른 사람들은 심하고 지속적인 스트레스 요인에 대해서도 아주 가벼운 반응만 보인다...” 따라서 적응장애를 구성하는 세 가지 요소를 고려해야 한다.

첫째, 병전 성격이다. 이는 도전에 대응하는 개인의 선천적, 후천적 능력의 차이를 설명해 준다. 어려움, 고난이 닦혔을 때 퇴행하는 사람, 웃어 넘기는 사람, 불안에 떠는 사람, 운동능력을 상실하는 사람 등등이 있을 것이다. 각각의 양상은 개인이 외부세계를 파악하고 관계를 맺는 양식을 반영한다. 스트레스 요인이 달라진다고 해도 개인의 대응전략은 '예측 가능하다.

둘째, 스트레스 요인 자체와 그 스트레스 요인이 개인에게 미치는 영향을 고려해야 한다. 스트레스가 현저하게 큰 경우 행동으로 감당하지 못하는(behavioral decompensation) 것은 필연적이다. 문제가 되는 것은 개인이 얼마나 오래 버티느냐 하는 것이다. 스트레스 요인의 형태와 그에 대한 지각이 개인의 반응을 좌우한다. 이때 개인이 스트레스 요인을 보는 관점이 반응을 다양하게 한다. 또한 비슷한 스트레스 요인에 대한 과거의 경험도 반응을 체색한다.

셋째, 스트레스 요인에 대한 반응에서 스스로의 장애나 곤란을 개인이 깨닫는 경우를 고려해야 한다. 개인은 자기 자신이 적응을 못한다는 것을 깨닫고 나서 다양한 반응(비탄, 불안 등)을 보인다. 이 때문에 악순환이 초래될 수 있다. 개인이 능인 환경도 중요역할을 한다. 스트레스 요인을 줄여 주는 지지적인(supportive) 환경에 놓이게 되면 적응이 개선된다.

정신분석적 입장에서는 인간이 후일 스트레스에 반응하는데 있어서 어머니와 양육환경의 중요성을 강조했다. 특히 중요한 것은 Winnicott의 'Good enough mother'인데 이는 영아의 요구에 잘 적응하고 충분한 지원을 하면 성장하는 어린이가 스트레스 요인에 잘 적응할 수 있다는 것이다.

성격장애가 같이 있거나 신체적 장애가 있을 경우 적응 경험에 약하다. 영아기에 부모를 잃었을 경우 역시 취약하다.

5. 분류와 임상증상

적응장애의 임상양상은 아주 다양하다. 최근에는 적응장애의 아형(subtype)을 9 가지로 분류한다. 이 진단아형은 각각 임상증상을 중심으로 정해진 것이다.

1) 우울 기분을 보이는 적응장애

성인에서 가장 흔히 보이는 형이다. 주로 우울증상을 보이거나 주요 우울증에서 나타나는 증상보다는 가볍다. 대개는 후유증없이 회복이 되나 극히 드물지만 우울증으로 이행하는 경우도 있다고 한다.

신체적 질병을 앓고 있는 환자에게서 우울 기분을 보이는 적응장애가 나타나는 경우 그것이 질병에 대한 심리적 반응인지, 질병에 의하여 기질적으로 나타날 것인지, 과거의 기분장애가 재발-악화된 것인지를 생각해야 할 것이다.

2) 불안 기분을 보이는 적응장애

불안이 주로 나타나는 형태이나 임상적으로 이 진단이 적용되는 경우는 드물다.

3) 혼합된 정서양상을 보이는 적응장애

불안과 우울이 동시에 나타나는 형이라고 하나 일부 청소년 적응장애에만 적용할 수 있다.

4) 행동의 장애를 보이는 적응장애

타인의 권리를 침해하거나 연령에 합당한 사회적 기준이나 규범을 침해하는 행동을 보인다. 주로 청소년 적응장애에서 문제가 되며 반사회적 성격장애와 구별해야 한다.

행동장애의 예로는 무단결석, 도둑질, 싸움, 무모한 행위 등등이 있다.

5) 정서와 행동의 혼합된 장애를 보이는 적응장애

정서장애나 행동장애를 함께 보인다고 하나

진단상의 근거는 박약하다.

6) 직업 혹은 학업역제를 보이는 적응장애

이 경우 시험에 관련된 불안을 보이며 보고서를 쓰고 준비하고 예술활동을 하는 등의 활동을 못한다. 또한 일이나 학업에 집중을 하지 못하며 의식적인 노력에도 불구하고 수업이나 일을 피하게 되며 일이나 학업을 생각하지 않을 때에는 장애가 나타나지 않는다는 특징을 보인다.

7) 신체증상을 호소하는 적응장애

두통, 요통, 피로 등등 각종 신체증상을 보인다.

8) 퇴행을 보이는 적응장애

특징적인 우울 혹은 불안 기분없이 퇴행을 보이는 적응장애이다.

9) 기타 상세하지 않은 적응장애

잠정적 기준이다. 예를 들면 신체적 질병이 있을 때 과도하게 반응하여 지나친 부정(denial)과 비협조를 보이는 경우가 여기에 해당될 수 있다.

6. 질병상태와 적응장애

청소년기에서 질병이나 장애는 엄청난 스트레스를 일으킨다. 질병 때문에 입원하는 경우 집을 떠난다는 것과 내과적 혹은 외과적 처치 등에 의해서 스트레스를 받게 되며 의료직원의 무시나 무관심, 부모의 무능력이나 기꺼워하지 않음 때문에 청소년은 자신의 짧은 지식으로 스트레스를 해결하려고 하고 그 결과 청소년기의 환자들은 급성질병에 대하여 퇴행, 우울증 등을 보이며 만성 질병이나 신체 부자유에 대하여 신체상(body image)의 심각한 손상을 받게 된다(Kim, 1989).

실제의 연구에서 Aisenberg(1973)는 심도자법을 시술받은 환자의 50%에서 행동과 심리의 변화를 보였다고 했으나 Goldston과 Gamble(1969)는 심장 페이스 메이커를 삽입한 환아에

서 정신병리적 반응이 전혀 없었다는 것을 발견했다. 이들 환아와 부모에게서는 행동지향적이며 의도에 대하여 긍정적 태도를 갖고 있으며 질병과 치료수기에 대한 정보를 구하고 얻어 냈으며 질병주변의 감정과 그 영향을 부정했다는 세 가지 요소가 발견되었다. 결론적으로 질병에 관련된 감정을 부정하면 질병의 한계 내에서 정상적으로 기능하고 치료에 협조하는데 도움이 된다고 하며 반대로 질병의 실상이나 치료에 대한 필요가 부정될 때 환아는 적응을 못하고 자기파괴적이 될 수도 있다는 것이다.

청소년기 환자가 질병에 적응하는데 세 가지 요소가 작용한다. 즉, 질병의 성상(nature), 청소년의 적응능력, 부모-자식 관계의 질이다(Chess, 1986). 청소년기 환자를 치료하고 간호할 때 부모의 심리에 유의하여야 한다. 부모들은 자식의 병을 부정하며, 이를 믿지 않고 부모 자신이 책망받지 않을까 두려워 한다. 또한 의료진과 경쟁의식을 갖고 대하며 병원측이 자기 자식을 잘 못 다루지 않을까 전전긍긍하며 부모 자신의 죄책감을 병원에 투사해서 병원측을 비난하고 괴롭히므로(조두영, 1986) 이에 대비하여야 한다. 의료진의 대책은 다음과 같이 요약할 수 있다.

- ① 부모에게 질병의 상황과 앞으로의 조치에 대하여 설명해 주어 오해를 없애야 한다.
- ② 부모를 힐책하지 말아야 한다.
- ③ 부모의 신임을 얻어야 한다.
- ④ 청소년이 알아 들을 수 있는 용어를 써서 치료와 관련된 여러가지 사항을 미리 예고하여야 한다.
- ⑤ 어머니 혹은 어머니 대역을 환자곁에 있게 한다(조두영, 1986).

7. 감별진단

감별해야 할 것 중 중요한 것은 단순애도 반응과 의상 후 스트레스 장애이다. 단순애도 반응도 일시적으로 직업 및 사회적 기능에 장애를 주지만 장애는 일반적으로 기대할 수 있는 범위 내에 있다.

의상 후 스트레스 장애에서는 심리적으로 심

한 상처를 주는 사건이나 정상적 인간 경험의 한계를 벗어나는 사건 후에 증상이 나타난다. 따라서 이러한 증상을 일으키는 스트레스 요인은 평균적인 인간에서 모두 증상을 일으킬 수 있다. 이는 강간이나 상해와 같이 단독으로 겪거나 전쟁과 같이 집단으로 겪기도 한다. 집단적 재난(홍수, 비행기 추락, 포로수용수...)도 스트레스 요인으로 작용한다. 이러한 스트레스 요인은 심리적 요소와 함께 신경계에 손상을 주는 물리적 요소를 함께 가지고 있다. 스트레스 요인은 그 원인이 인간에 의한 것(예: 강간)일 때가 자연 혹은 기타 기계적인 것(예: 홍수)일 때보다 더욱 심하고 오래 간다.

8. 예 후

적응장애의 전반적 예후는 적절하게 치료를 받으면 양호하다. 대개의 환자는 3개월 내에 이전의 기능을 회복한다. 청소년은 성인보다 회복에 시간이 많이 걸린다. 사춘기에 적응장애를 겪는 청소년은 후일 기분장애나 항정신성 물질의 남용을 보이는 경우가 많다. 5년간 추적조사를 해 본 결과 성인의 29%에서, 청소년 적응장애의 56%에서 정신적 장애를 보인다고 한다(Fard 등, 1978).

9. 치 료

대개의 성인들은 직관적으로 아동의 고통을 해결하는데 도움을 줄 수 있다. 이때 의사는 병을 진단하고 부모와 상담을 해 주는 것이 좋다. 그러나 만약 부모가 환자의 불안을 감내하지 못하거나 도움을 주지 못 할 때도 환자 개인을 치료해야 한다(Chess, 1986). 치료의 원칙은 정신치료이다. 유사한 스트레스를 겪은 환자끼리 집단정신 치료를 하는 것도 도움이 된다. 개인 정신치료는 환자에 있어서 스트레스의 의미를 파악할 기회를 주며 그 결과 어린 시절의 상처를 재작업해 나갈 수 있게 한다. 치료가 잘 되면 환자는 병전 보다 더욱 강해질 수 있다.

적응장애를 치료하는 경우 이차적 이득의 문

제를 고려해야 한다. 질병역할(sick role)은 환자를 책임과 의무로부터 해방시켜 주기도 한다. 때로 치료자의 관심, 이해, 공감 등이 모두 증상을 강화시키기도 한다. 일단 이차적 이득이 성립되면 치료는 무척 어려워진다.

불안을 보이는 적응장애의 경우 항불안제가 도움이 되며 우울기분을 보이는 경우 삼환계 항우울제가 도움이 된다. 그러나 약물로만 적응장애를 치료할 수는 없다.

행동의 장애를 보이는 적응장애의 경우 학교, 경찰에서 문제를 일으킬 수 있다. 이때 치료자는 환자의 행동의 결과로부터 그들을 구해 내려고 하지 않는 것이 좋다. 그러한 친절은 사회적으로 용납되지 않는 긴장완화책을 강화시켜 주기만 할 뿐이며 병식이 생기거나 정서적으로 성장할 기회를 없애게 된다.

스트레스 요인이 명백하기 때문에 정신치료는 불필요하며 적응장애는 자연적으로 낫는다는 주장도 있다. 그러나 그러한 주장은 수많은 사람에게 동일한 스트레스 요인이 가해져도 동일한 증상이 나타나지는 않으며 그 증상이 병적반응이라는 사실을 퇴색시킨 것이다. 정신치료는, 스트레스가 가역적이거나 시간이 제한된 것이라면 적응을 잘 할 수 있도록 도와주고, 만약 스트레스가 다시 재개되는 경우에는 예방적 대책의 역할을 할 수 있다.

참 고 문 헌

1. 조두영(1985), 임상행동과학, 서울 ; 일조각, pp. 79-82.
2. Aisenberg, R.B., Wolff, P.H. Rosenthal, D.(1973). Psychological impacts of cardiac catheterization. *Pediatrics* 51 : 1051-1059.
3. American Psychiatric Association(1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. revised. Washington DC ; American Psychiatric press.
4. Andreasen, N. and Wasck, P.(1980). Adjustment disorders in adolescents and adults. *Arch Gen Psychiat* 37 : 1166-1170.
5. Chess, S. and Hassibi, M.(1986). *Principles and Practice of Child Psychiatry*, 2nd ed. New York ; Plenum Press, pp. 215-220.
6. Fard, F., Hudgens, R.W., Welner, A.(1978). Undiagnosed Psychiatric illness in adolescents : A Prospective and seven-year follow-up. *Arch Gen Psychiat* 35 : 279-282.
7. Galdston, R. and Gamble, W.J.(1969). On borrowed time : observations on children with implanted pacemakers and their families. *Am J Psychiat* 126 : 104-108.
8. Kim, S.P.(1989). Children's reactions to illness, hospitalization, and surgery. In : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. eds 5th ed. vol. 2, Baltimore ; Williams Wilkins, pp. 1970-1974.
9. Newman, C.J.(1976). Children of disaster : Clinical observations at Buffalo Creek. *Am J Psychiat* 133 : 306-312.
10. Popkin, M.K., Mackenzie, T.B., Callis, A.L.(1984). Psychiatric consultation to geriatric medically ill inpatients in a university hospital. *Arch Gen Psychiat* 41 : 703-707.
11. Popkin, M.K.(1989). Adjustment disorder. In : *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. eds 5th ed. vol. 2, Baltimore ; Williams Wilkins, pp. 1141-1145.