

정신의학 분야에서의 청소년연구 동향과 과제

이 길 홍*

- I. 머리말
- II. 문제 제기
- III. 청소년들의 심리행동 특성
- IV. 주요 청소년 정신장애의 연구
- V. 청소년 비행 및 정신장애의 예방과 치료대책
- VI. 청소년 정신의학 분야에서의 연구과제

되는 입시 스트레스 증후군이나 자살 그리고 악물남용 등 사회학적 문제점을 살펴보았다. 그리고 한국 사회에서 청소년 문제를 예방 및 치유하기 위한 대책에 관해 알아 보았고, 끝으로 향후 정신의학 분야에서의 연구 과제 및 동향에 대해 언급하였다.

I. 머리말

현재 우리 사회에서 청소년 문제가 날로 심각해지고 있고 향후 더욱 악화될 전망이다. 이것은 누구나 느끼는 주지의 사실이다. 따라서 본고에서는 사회 문제화되고 있는 청소년 문제를 정신의학적 관점에서 종합 고찰하기 위해 1975년 이래 필자가 수행한 연구 결과와 국내외 문헌을 토대로 하여 우선 우리 사회가 안고 있는 청소년 문제에 대해 언급하였고, 다음으로 청소년 심리를 알아보기 위해 이들의 정상 발달 과정을 알아 보았으며, 또한 최근 문제시

II. 문제 제기

청소년들의 음주 흡연 환각제 및 흡입제 등 무절제한 약물 남용이나, 무단가출 무단결석 폭행 강도 강간 등 비행, 그리고 과열 입시 경쟁의 부산물로 유행병처럼 늘어가는 입시병이나 자살 등 청소년기 정신장애들이 오늘날 한국 사회에서 중요한 사회 문제로 대두된 것은 비행 청소년 이나 정신장애 청소년의 수효가 매년 증가하고 저연령화되며 문제의 심각도 면에서 심해지고 집단화 경향을 보여주며 입시

* 중앙대학교 의과대학 교수

스트레스와 연관이 깊고 도시형 문제 행동이 많아진데서 그 원인을 찾을 수 있지만 그밖에도 다음과 같은 다양한 사회 심리적 변화에서 그 원인을 찾을 수 있다.

첫째, 유아 사망율이 감소되고 사춘기라고 불리워지는 2차 성장 발현시기가 저연령화 된 반면에 고학력 풍조로 사회 경제적 자립 연령이 고연령화되면서 실제 청소년기가 12~24세로 늘어남에 따라 청소년 문제도 양적으로 증가하였다.

둘째, 핵가족화 이혼 별거에 따른 결손가정 증가, 모친 취업율 증가로 인한 가족내 상호 이해중심적인 의사소통 결여로 인해 청소년들의 환경적 좌절감이 증가하였다.

셋째, 성인 위주로 제작된 대중매체를 통해 어릴 때부터 성적 공격적 장면이 노출되어 물질성취 지향적이고 욕구충족중심적인 사회 풍토에 접하면서 초자아 형성과정에 결함이 생겨 청소년의 자제력이 약화되고 욕구 불만이 가중됨에 따라 기성 사회에 대한 반발심이 증가하면서 무절제한 약물 선호 현상이나 충동적인 자살 성범죄 폭행 등 다양한 반사회적 문제 행동을 자행하는 청소년이 증가하였다.

넷째, 한국 사회에 만연된 부모들의 과잉교육열이나 일류 집착증으로 인해 정서 교육이 포함된 전인 교육 보다는 지식 위주의 교육 풍토가 조성되었다. 이로 인해 동급생간의 심한 경쟁의식이 심화되어 속칭 중3병이나 고3병 대입병 재수병 등으로 불리워지는 입시 스트레스 증후군으로 고통받는 수험생들이 증가하였다. 이들의 대부분은 입시 부담을 적절히 해소시키지 못할 때 학습장애나 학교내 부적응증을 보이고 심하면 등교거부나 교외에서 비행 행동을 저지르는 경우가 많다. 따라서 한국 사회에서

과열 입시가 청소년 문제에 끼치는 병폐가 크다고 하겠다.

다섯째, 외국 문물의 무절제한 유입과 물질만능 주의가 팽대됨에 따라 그간 지켜오던 전통적 윤리 규범이나 가치관이 붕괴되어서 과열된 사회 분위기는 청소년 비행과 연관이 깊다고 하겠다. 이상으로 청소년 문제의 저변에 깔려 있는 가정 학교 사회 전반적인 문제에 대해 살펴보았는데 이러한 복합적 요인이 상승 작용을 일으켜 오늘날 다양한 청소년 문제를 야기했다고 생각된다.

III. 청소년들의 심리 행동 특성

청소년 문제에 대한 접근에 있어 유의할 점은 청소년들이 처한 입장과 심리 상태를 어른의 입장이 아닌 그들의 세계속에서 파악하는 것이 중요하다. 따라서 청소년들을 올바르게 지도하기 위해선 이들의 심리 행동 변화에 대해 알아둘 필요가 있겠다.

첫째, 사춘기에 접어들면서 급속한 신체 성장이 일어나고 초경이 나타나며 여자로서의 2차적 성적 변화가 생기고 성적 요구도 생기게 된다. 이러한 신체적 변화에 대해 대응하지 못하면 신체적 열등감이나 죄책감에 빠지기 쉽다.

둘째, 청소년기는 성인으로 이해되는 과도기로서 몸은 성인에 가깝지만 아직 아동기의 잔재가 남아있는 시기이다. 따라서 부모로부터 독립하기위해 반항도 하고 어른 취급을 해달라고 요구하지만 내면에는 아동기적 의존적 욕구가 많아 주위 사람에게 요구가 많고 불평이 많은 시기이다.

셋째, 청소년기에 접어들면 논리적 사고나

추상적 사고가 가능해져서 자기 나름대로 외부 세계를 보는 관점이 생긴다. 이러한 논리적 사고가 극단에 흐르면 기성세대의 가치관이나 사회 규범을 인정하지 않고 행동하려 하거나 사고의 극단성을 보여 사상적 종교나 피변논리에 빠지거나 아예 현실로부터 도피하여 허무주의에 빠지고 몽상이나 약물남용으로 도피하기 쉬운 취약 시기이다.

넷째, 청소년들의 행동 특성을 분석해 보면 성인에 비해 행동 예상이 곤란 *unpredictability* 하고 욕구 좌절에 대한 역치가 낮아 행동화 경향이 심하다. 그리고 자제력이 부족해 충동적 자살이나 폭력을 저지르기 쉽다. 또한 청소년들은 자신의 우울 뿐만 분노의 감정을 직접 말로 표현하기 보다는 신체적 증상 호소나 청소년 비행 및 정신장애 성문판 비행 등의 의곡된 방법 *masked* 으로 표현하기 때문에 주위에서 세심하게 관심을 갖지 않으면 그저 아이가 반항하는 것으로 오인하여 병세를 악화시킬 수 있다.

다섯째, 청소년 비행 특성을 보면 대개 집단적으로 일어나는 경우가 많다. 이는 어린 시절엔 믿음의 대상이 부모였으나 청소년기가 되면서 권위적인 부모로부터 독립하여 힘이 센 선배나 친구에게 의존하기 때문에 집단적 행동이 많다고 볼 수 있다. 그러나 이러한 집단적 행동이 잘못 이끌어 질 때는 집단 비행으로 나타나기 때문에 주위를 기울여야 한다. 개인적으로 양순했던 청소년이라 해도 집단적으로 뭉치면 군중심리로 인해 과격한 성인 모방 행동을 할 수 있기 때문이다. 또한 청소년들은 확고한 자기 주체의식이 형성되어 있지 않고 흔들리기 쉬운 인생의 방황기이기 때문에 주위 동료의 영향을 받을 때 친구의 비행성 문제 행동들이 유행병처럼 전염되기 쉽다.

여섯째, 청소년들은 정서적 격동이 심하기 때문에 단일 문제 행동만을 저지르는 것이 아니라 다양한 복합적인 문제를 연쇄적으로 일으키는 경우가 많다. 예를 들면 약물을 남용할 경우에 음주 흡연 성적 문제행동 가출 무단결석 비행 행동들을 함께 자행할 우려가 있음을 명심해야 한다.

이상 기술한 청소년 심리는 정도의 차이는 있지만 청소년기 동안에 누구나 겪게되는 정상 발달 과정이기 때문에 청소년들의 행동 문제에 대해 오해와 편견을 갖지 말고 인내심을 갖고 성장과정을 지켜 보면서 청소년들이 밝고 명랑하게 성장할 수 있도록 특별한 관심과 다각적인 배려를 해야겠다.

IV. 주요 청소년 정신장애 연구

1. 입시 스트레스 증후군

입시 스트레스 증후군 *school entrance test stress syndrome*이란 소위 중3병, 고3병 등 진학을 앞둔 수험생이 심리적 압박감으로 인해 생기는 복합적 증후군으로 이미 1980년부터 필자를 비롯한 정신과의사에 의해 자연 발생적으로 명명되게 되었다. 주로 두통 시력장애 위장장애 현기증 등의 신체적 증상을 호소하고 불면증이나 자극과민으로 인해 사소한 자극에 흥분을 잘하고 파괴적으로 되는 증상을 보여준다. 보다 심한 경우 의욕상실, 식욕부진 극도의 무력감을 나타내 학교를 조기에 포기하거나 극심할 경우 정서적 혼돈상태에 빠져 정신병적 증세를 보여주기도 한다. 넓게 원인적 측면에서 보면 청소년가출 청소년비행 약물남용 자살문제도 이러한 입시스트레스를 적절히 해소 못할

때 학생들이 보이는 반동적 행동으로 나타내는 경우도 상당한 예가 있다고 여겨진다.

본 병원의 경우 신경정신과 입원환자 가운데 청소년의 비율이 13.7%나(81년 1월~87년9월 중앙대 부속 용산병원 및 필동병원)되는 것은 미국 국립 주립 정신병원에서의 청소년 입원 비율이 5.9%라는 보고와 비교할 때 엄청나게 많은 것이고 이중 입시병 청소년들의 비율은 85~86년에 42.1%였던 것이 87년 78.3%로 급격히 증가 추세이다. 이들에 대해 분석한 결과 입시스트레스 증후군에 빠지기 쉬운 학생은 지나치게 꼼꼼하고 세심하여 완벽성을 추구하는 강박적 성향 *obsessive character* 이 높고 '내성적 소심형'의 경우도 입시스트레스를 외부로 적절히 해소하지 못해 잘 생긴다. 부모가 자신이 이루지 못한 공부에 대한 한을 자녀를 통해 풀려는 '과잉기대' '과잉보상형부모'들의 자녀인 경우도 잘 생긴다. 또한 자만심에 빠져 자신의 능력에 힘겨운 일류대학 일류학과만을 추구하는 '일류집착증'이나 장래의 진로 선택에 있어 자신과 부모간 갈등이 심해 적성에 맞지 않는 대학에 입학 후 후회와 번민 속에 휴학과 재수를 반복하는 경우에도 입시병에 빠지기 쉽다. 입시병의 유형과 이에 대한 처방을 잠시 언급하면 다음과 같다. ① 탈진형이란 자신의 능력이나 체력을 적절히 안배하지 못하고 무리하게 몰아치기식 공부를 하며 때로는 각성제까지 남용하면서 극도의 탈진상태로 병원에 오게되는 경우이다. 이들에 대한 처방으로는 충분한 휴식과 수면리듬의 정상화를 꾀하고 자신의 능력과 무리한 계획을 수정하는 것이다. ② 절망형이란 계속된 성적 부진에 의해 사기가 저하되고 자신의 능력에 심한 회의를 느껴 자포자기 상태에 빠져 극도의 무력감과 우울증으로 입원하게 되는

경우이다. 처방은 단기간의 항우울제 처방 및 지지적 정신치료로 극도의 절망감에서 벗어나게 하며 부모는 자식을 비난하는 태도에서 단점보다는 장점을 찾아 칭찬해주고 잠재능력을 키워주는 것이다. ③ 권태형이란 단조롭고 반복되는 입시준비 생활에서 오는 일종의 무력증이다. 대개 겪는 흔한 유형이며 처방은 신선한 자극으로 주말여행이나 영화감상등을 통해 해소하거나 가족과 친지들과 열띤 논쟁으로 후련하게 스트레스를 푸는 것이다. ④ 공허형이란 평소 자기가 좋아하던 것을 입시를 위해 포기해야 하는 데서 오는 공허감으로 '공부는 해서 무얼하나?' '일류대학에 가서 무얼하나?' 등 공부에 대한 회의와 공허감에 빠지는 경우이다. 처방은 가족과의 대화나 세심한 주위사람들의 관심 배려로 해결될 수 있으나 심한 경우 주체성 혼동 *identity confusion* 차원에서 정신과 전문의와의 면담을 요한다. ⑤ 불안 초조형이란 과도한 심리적 부담으로 인해 시험공포증에 시달리는 경우인데 마음만 급해 우왕좌왕하고 시험중 막상 아는 것까지 틀려버리는 악순환을 겪게된다. 처방은 과도한 심리적 불안의 원인을 찾아 과도한 심리적 부담 요인을 줄여 주어야 하며 심할 경우 단기간 항불안제 투여가 도움이 된다.

2. 청소년 자살

청소년이란 '가랑잎이 바람에 구르는 것만 보아도 까르르 웃는다'는 인생에서 가장 꿈에 가득차 있고 발달한 시기이다. 시험성적을 비판하거나 부모들의 꾸중에 대한 반발감으로 중고생들이 아파트에서 투신한다거나 학교에서 목을 맨다든지 하는 기사가 연일 보도되어 보는 우리로 하여금 가슴을 아프게 하며 학부모들을

가슴조이게 한다. 특히 성적비관으로 인한 자살이 전체 자살사건의 90% 이상을 차지하고 있어 큰 사회문제로 제기됨에 따라 전면적 입시제도 개선이나 사회의 고학력 우대 풍토의 쇄신이 필요하다는 의견이 대두되고 있다. 학생자살을 방지하기 위한 참교육 실천 방안에 대한 방안모색이나 시험 횡수 축소, 성적 석차 공개 철폐 등의 대책이 마련됐지만 시행상의 애로로 인해 실효를 못 거두고 있다. 일반적으로 청소년기란 자살이 급증하는 시기로 미국의 Pfeffer et als(1983)보고에 따르면 자살에 의한 사인이 5~14세 경에는 7위를 차지하다가, 15~24세에 이르면 급증하여 전체 사인의 3위가 된다 하였다.

필자가 수년전 중고등 학생을 대상으로 한 설문조사에서 1천4백명 중 21.5%에서 일시적 자살 충동을 느꼈고 5.1%에서 실제 자살을 시도한 경험이 있다고 응답하여 청소년 자살 우려의 심각성을 보여주었다. 일반적으로 자살은 우울 상태에서 일어난다. 자신의 기대 수준과 현실과의 격차가 심해 비판하여 자살할 수도 있고 양심과의 갈등으로 혹은 과중한 의무 책임감으로 인해 모든 잘못된 것을 자기 탓으로 돌려 자살하게 된다. 정신분석학적으로 좀 더 깊이 자살 내면 심리를 보면 자신을 버린 대상에 대한 복수심이 깔려있고 현실의 번뇌에서 벗어나 먼저 간 애착대상과 재회하고자 하는 심리, 이 세상 보다 더 나은 세상에 가려는 영적 재생심리가 내재되어 있다. 청소년 자살의 특징은 성인과 달리 우울한 상태에서 자살을 시도한다기 보다는 부모나 교사의 처벌이 두려워 예견되는 처벌사항을 단지 피하려고 자살을 시도하거나 어른들의 비난에 대한 보복심 혹은 자기 요구사항을 관철하기 위해 자살시도

라는 표현방법을 택하는 경향이 높다. 또한 자신이 남보다 키가 작다든지 못생겼다든지 부모의 사소한 꾸중이라든지 어른들이 충분히 납득할 이유가 안되는 사소한 일들이 곧바로 충동적으로 자살로 이어지기 때문에 자살의 증후군을 파악하기가 쉽지 않다. 따라서 청소년들의 자살 위험 증후를 사전에 파악한다는 것이 중요하다. ① 자녀의 행동이나 성격이 갑자기 변하여 이유없이 사소한 부모 지시에 평소와 달리 흥분하여 반항하거나 명랑하던 아이가 반대로 혼자 자기방에 처박혀 주위 가족들과 대화를 기피하고 침울하게 지낼 경우, ② 뚜렷한 이유없이 갑작스럽게 놀란다든지 안절부절 못하고 식사를 거부하고 밤에 잠을 못이루고 뒤척일 경우, ③ 일기장에 죽고싶다 혹은 죽음에 관한 내용에 대해 자주 언급한다든지 친구나 주위 사람에게 죽고 싶다는 표현을 직접 할 경우, ④ 과거 자살을 시도한 적이 있으며 가족 중 실제 자살을 시도한 경험이 있는 경우, ⑤ 성격이 충동적이고 폭발적이어서 자기 파괴적 행동을 자주 보이는 경우, 대표적인 자살위험 증후라고 할 수 있겠다. 이상의 경우에 해당할 시 자녀가 심한 위기에 처해 있음을 인지하고 해결방안을 모색해야 한다. 사전이 터진 뒤에야 죽기전 남긴 유서를 통해 '책이 무섭다', '시험이 없는 나라에서 살고 싶다', '성적을 부모에게 속여 죄송하다'는 등의 그간 자녀가 겪은 심적 고통을 이해해 봐야 이미 때가 늦은 것이다.

자살방지를 위한 구체적 해결방안으로는 첫째, 부모가 자녀에게 '죽어버려라', '나가서 들어오지 마라', '아무개는 1등하는데 그정도 밖에 못하느냐' 등의 자극적 비난은 바로 자살 충동으로 연결될 수 있으므로 절대 삼가해야 하

며 부모의 과잉기대로 인한 자녀의 부담을 줄여 주어야 하고 되도록 칭찬을 많이하여 사기를 높여주어야 한다.

둘째, 자녀의 가정내 태도에 이상이 관찰될 경우 학교교사와 접촉하여 가능한 예상 원인을 파악해야 하고 가족결속에 문제가 있다면 솔직담백한 대화를 통해 자녀가 무엇을 고민하고 있는지 파악해야 하며 때로는 자녀가 자신의 부모에 대한 불안을 솔직히 털어놓을 수 있는 기회를 만들어 주어야 하며 부모는 자녀의 불만을 일단 인정하고 수용하는 태도를 보여야 한다.

셋째, 자녀가 슬럼프에 빠져 무기력한 경우 가족전체가 여행이나 외출을 통해 가족 분위기를 변화시키는 방법도 때로는 효과적이다.

넷째, 이상의 가족내 시도가 별 진전이 없을 경우 자녀의 선배, 친구 등의 사회적 지지체제를 동원해야 하며 이상의 노력으로 전혀 해결의 실마리가 안 보일 경우 정신과 전문의를 통한 치료를 요한다. 자살 예방에 있어 무엇보다도 중요한 것은 청소년들이 겪고있는 심적갈등을 그들의 입장에서 그들의 처지에서 공감해주고 같이 해결해 주려는 자세라 하겠으며 가장 위험한 자살의 유발요인은 대화단절이나 청소년들의 심리를 전혀 이해못하고 일방적 비난을 하는 것이라 하겠다.

3. 약물남용

최근 청소년들간의 약물 남용율은 증가추세에 있으며, 발달 과정에 있는 청소년들의 약물남용은 신체 및 정신 건강에 지대한 악영향을 주고 더 나아가 사회적 병폐를 낳게하는 계기가 될 수도 있다. 1960년대 이후 약물남용문제는 더욱 심각해지기 시작하였고 산업화, 공업

화의 물결속에서 남용되는 약물의 종류도 다양하고 각종 약물을 혼합병용하는 양상이 두드러지고 있다(이길홍 등, 1985). 남용되는 약물의 종류로는 신경안정제 수면제 각성제 환각제 마약 및 본드 등의 공업약품등이며 심지어는 러미나 코데인 등 감기약에 이른다(이길홍 등, 1985). 청소년기는 약물남용이나 의존에 상당히 취약한 시기라고 생각하는데 그 이유는 다음과 같다.

첫째, 청소년기는 기분변화가 심하고 우울반응이 많고 둘째, 성인이 되기위한 준비과정으로 사회적 민감도가 매우 높은 시기이며 셋째, 독립성을 찾고 주체성을 확립키위해 투쟁하며 동시에 외로움과 고달픔을 많이 느끼는 시기이므로 약물에 의존하는 취약성을 갖는 시기라고 볼 수 있다. 청소년들의 약물남용에 대한 연구결과는 학자들에따라 다양하다. Plant(1975)와 Kosviner et al(1973)은 많은 청소년들이 약물에 노출되어도 실제로 비행이나 기타 정신 사회적 장애와는 거의 상관성이 없고 대체로 호기심과 실험적으로 약물을 사용한다고 피력하고 있다. 반면 많은 연구자들은 이와 반대의견을 제시하고 있다(Shearn & Fitzgibbons 1972; Chinlund, 1974; 국무총리 기획조정실 1980; 민병근 등 1981; 이길홍 등 1985). 국무총리기획조정실(1980)보고에 의하면 매년 청소년들의 비행 및 범죄가 증가 추세에 있고, 질적인 면에서도 조폭화, 흉악화, 저연령화의 경향을 보이는 것도 청소년들의 약물남용이 한 요인이 될 수 있는 가능성을 시사하고 있다. Chinlund(1974)는 청소년들의 약물남용이 중요한 사회적 문제로 등장한 몇 가지 요인을 지적하고 있는데, 즉 약물남용 청소년의 숫적 증가추세, 연소화, 약물비용과 비행 범죄와의 밀접한 상관관계 등이

다. 특히 비행청소년에서의 약물남용은 일반청소년에서의 약물남용보다 훨씬 높다는 보고 (Shearn & Fitzgibbons 1972)가 있고, 이러한 약물남용으로 인하여 청소년들이 비행을 자행하게 되는 촉매적인 역할을 할 수 있다는 점을 고려할 때 더욱 심각한 사회문제로 대두되고 있는 것이다. 약물남용의 치료는 매우 복잡하고 다요소적인 면이 많다고 본다. 따라서 약물사용의 합병증, 약물복용 중단시 금단 증상의 치료, 약물 의존에 대한 치료 및 약물 남용을 예방키 위한 대책적 교육 프로그램의 개발이 필요할 것으로 생각된다.

1) 약물 남용의 조기발견 방안

약물 남용시 청소년들의 행동 및 태도변화는 다양하다. 우선 ①학교 출석률이 나쁘고 학교 숙제등을 소홀히 한다. ②집에서의 생활 양식이 변화한다. ③신체적 쇠약성을 호소한다. ④약물 남용자는 대개 약물을 소지하고 있는 때가 많고 남의 눈치를 보는 태도가 많다. ⑤노동자를 보면 동공이 확대되거나 축소되어 있다. ⑥약물을 구입키 위해 친구들에게 돈을 자주 빌리거나 부모에게 용돈을 많이 요구한다. ⑦때로 학교 급우나 집에서 돈을 훔치거나 물건을 내다 판다. ⑧약물 복용을 위해 음침하거나 밀폐된 장소를 찾고 자기방을 잠가 놓고 잘 나오지 않는다.

위와 같은 양상을 보여주면 청소년들의 행동 및 태도에 변화가 온 것으로 생각하고 약물남용을 하고 있지는 않은지 주의를 요한다.

2) 약물 사용의 합병증 치료

약물 남용으로 인한 합병증은 상당히 많다. 약물복용상태하에서 청소년들은 협동력의 결

여, 자제력 상실 및 난폭한 행동을 자행할 수 있다. 특히 알코올이나 바비탈계 약물을 복용했을 때에는 더욱 행동적 변화가 심할 수 있다. 때로는 여러가지 사고로 사망할 수도 있고 불결한 주사기를 사용하여 B형 간염이나 농양 및 패혈증을 초래할 수도 있다. 따라서 이런 경우는 약물 중독 상태에서 해독되도록하고 합병증을 치료해야 한다.

3) 금단 증상의 치료

청소년들에서 마약중독은 드물지만 마약계 약물을 남용하여 약물복용 중단시 금단 증상이 발생되면 성인에서와 마찬가지로 메사돈 대치요법을 택하는 것도 한 방법일 수 있다. 양페타민이나 코카인과 같은 약물 남용시 약물 복용을 중단할 때 발생하는 금단 증상은 우선 심리적 현상과 연관되므로 재안심 *reassurance* 과 용기를 주도록하는 것이 중요하다. 때로 benzodiazepine계나 phenothiazine계 약물을 단 기간 투여해서 진정시키는 것도 유용할 때가 있다.

4) 약물의존의 치료

청소년들이 어떤 약물에 의존성이 생기면 의존성에 대한 치료는 물론이고 재활요법이 요구된다.

5) 약물남용의 동기별 치료책

위에 기술한 치료내용을 염두에 두고 부모, 교사와 협력해서 지지적 요법을 해나가는 것도 바람직하다. 그 기법을 약물남용 유형별에 따라 설명해 보면 다음과 같다.

① 모험 추구형 청소년들은 자신들의 모험탐구를 약물에 의지하기 보다는 실제로 모험심을

발휘할 수 있는 등산, 집단생활 여행 및 스포츠 활동에 참여케 하여 해소시킬 수도 있다.

② 평화 추구형 청소년들은 정서적으로 고통 받아 평온한 마음을 지니기 위해 약물을 찾으므로 부모나 신뢰받는 교사들이 그들에게서 정서적으로 불안정한 이유를 알아내어 안심시켜 주고 용기를 북돋아 주도록 한다.

③ 교우관계 유지형 청소년들은 친구들을 필요로 하기 때문에 집단에 가입하여 약물을 남용하므로 그 동료집단 전체를 치료대상으로 해야 한다. 예컨대 청소년 집단회의 부모-청소년 자녀 집단모임, 청소년-교사집단 모임 및 청소년-의료 전문가 집단의 모임 등을 통해서 건설적인 교우관계를 형성시켜 주는 것이 필요하다.

④ 힘 추구 청소년들은 소년-소녀단원활동 프로그램에 의해서 협동심 공동성취감을 맛 보게 하여 약물에 의한 힘의 추구가 잘못된 것임을 깨닫게 하는 것이 중요하다.

⑤ 미적 추구형 청소년들은 예술가나 음악가(교사도 포함)등이 청소년들의 미적 추구를 격려하고 실질적인 잠재력 개발에 힘써 약물 사용에 의한 미적 추구의 잘못을 인식시키는 것이 필요하다.

⑥ 성적 추구형 청소년들은 성적 주체성 확립시 호기심 많은 성적 분야를 한정시켜 철저한 성교육을 실시시킴이 바람직하다.

⑦ 초월 명상 추구형 청소년들은 교회에서 종교적 활동을 통해 건전한 정신과 기쁨을 갖게 해 줄 수도 있다.

마지막으로 청소년들의 약물 남용에 대한 예방책이 중요하다. 예방을 위해서는 청소년 문제에 관심있는 임상가, 정신과 의사, 부모 및 교사들은 청소년들의 특성을 이해하여 그들의

변화 과정을 세밀히 관찰하고, 그들과 장벽없는 솔직한 의사소통의 기회를 많이 마련하여 청소년들이 자신들의 알력을 약물 남용에 의해 해결하기 보다는 주위의 중요 인물과 의논하고 건설적인 방향으로 나갈 수 있도록 인도하는 것이 좋은 예방책이 될 수 있다.

4. 유아 및 소아기에 발병한 정신장애

가정밖의 작은 사회에 난생 처음 참여하는 아동들은 그 사회 자체가 충격이다. 또 넓은 교육장으로 올라가는 아동들도 뜻밖의 정서 장애라는 함정에 빠질 수 있다. 이러한 급격한 변화는 아동들의 정신적 리듬을 혼란에 빠뜨려 학습 장애나 별난 짓을 하게 하는 원인이 되기도 한다. 아동들의 정신 장애에는 어떤 것이 있으며 그 대책은 무엇인지 알아 본다.

유아 및 소아기에 발병하여 청소년기까지 지속되는 정신장애를 보면 크게 주의력 결핍 장애, Tic장애, 행동 수행장애, 섭식 장애, 매료 장애, 수면 장애 등이 있다. 이를 구체적으로 기술하면 다음과 같다.

① 주의력 결핍 장애 : 과거엔 과잉 행동 증후군으로 지칭되는 질환으로 5~7세 사이의 하류 계층 남아에서 흔히 보는 증세지만 사춘기까지 지속되는 경우가 많다. 증상은 주의력이 산만해서 일을 끝맺지 못하고, 매사에 충동적이기 때문에 한 일에 몰두를 못하고, 부산을 떨고 과잉행동을 하기 때문에 정서적으로 난폭하고 불안정하며 흔히 학습장애나 발달장애가 동반된다.

② 상동성 운동 장애(Tic장애) : Tic이란 뚜렷한 목적없이 갑자기 연속적으로 움직이는 운동장애로서 흔히 눈을 깜박거리거나 안면 근육이나 머리 어깨 팔 다리를 움직거리고 이상

한 소리를 지르는 소리 틱을 보여 주기도 한다. 보통 6~7세 남아에서 흔하고 학령기 소아의 12~24%에서 볼 수 있는 흔한 증세이다. 이는 1년내에 끝나는 일시적 틱과 1년 이상 지속되는 틱 그리고 만성 틱 증세에 부가해서 소리 틱과 외설적인 욕을 하는 증세가 복합된 뚜레장애로 구분할 수 있다.

③ 행동 수행 장애 : 지속적으로 타인의 권리를 무시하고 타인에게 해를 끼치는 행동 장애로서 사춘기 이전에는 타인과의 유대 관계를 맺지 못하는 비사회성 행동 장애를 보이고 사춘기 이후엔 사회화성 비행 행동을 흔히 범한다. 그러나 최근 분류에선 단독 비행과 집단 비행으로 구분되고 있다.

④ 섭식 장애 : 소아 및 청소년기의 비만증이나 신경성 식욕부진증 편식 과식증 등 섭식 장애는 건강에 해를 줄뿐 아니라 성격 형성에도 큰 영향을 미친다. 특히 과식증과 비만증의 경우엔 신체상을 의곡시켜 충동적이고 내향적인 성격을 갖게되며, 신경성 식욕 부진증에선 기분 장애를 일으키고 신체적 열등감으로인해 부정적인 자아 형성을 하게 하는 계기가 되기 때문에 조기에 적절한 지도를 해주어야 한다.

⑤ 유뇨증 : 5~6세 아동에선 월 2회 이상 소변을 가리지 못할 때 유뇨증이라고 한다. 남아에서 겨울에 흔히 일어나는 유뇨증은 일종의 발달 장애로서 2차적으로 심리적 갈등을 느끼며 자신감이 결여되어 있고 우울하며 친구들과 잘 어울리지 못하고 학교 성적이 떨어진다.

⑥ 수면장애 : 성인기 불면증이 소아에서 나타난 경우는 많지 않고 흔히 야경증이나 악몽 몽유병 이갈이 등이 흔하다. 그러나 이들 수면 장애는 바리움 5mg~15mg정도로 호전이 되고 청소년기가 지나면 대개 소실되기 때문에 큰

문제는 안된다.

5. 청소년기에 발병한 정신장애

청소년기에 발병하는 정신장애를 보면 불안 장애 공포 장애 강박 장애 우울장애 양극성 기분 장애 정신병적 장애 등으로 대별할 수 있다.

1) 불안 장애

불안은 압박한 위협에 대한 예고이며 또한 무의식적으로 억압된 것이 의식화 하는데 대한 위협을 예고하는 위험신호이다. 그러나 청소년들의 불안은 대개 낮은 사람이나 상황에 대한 불안이나 부모로부터의 분리 개별화 과정에서 파생된 격리 불안 반응이기 때문에 성인과 달리 유발 원인이 있는 경우가 많다. 그래서 불안이 고착되기 이전에 주위에서 도와 주면 빨리 회복되는 경향이 있다. 대부분 무서운 경험을 한 이후 악몽과 더불어 불안을 느끼는 경우가 많고 부모자녀 관계에 문제가 있거나 자신의 신체 장애에 대한 두려움이나 죄책감으로인해 불안 초조해진 경우가 많으므로 주위 인물들이 대화를 통해 부담감을 덜어주는 것이 좋다. 그리고 입시를 앞두고 불안의 생리적 증상인 두통이나 근육 동통을 호소하는 경우엔 긴장 완화책을 마련해 주면서 아울러 항불안 약물을 주면 좋은 효과를 볼 수 있다. 또한 과잉 불안 반응의 경우엔 신체적 의존성이 없고 약물 남용 위험성이 적은 항히스타민계 약물을 쓰는 것이 안전하다. 청소년기 불안 장애는 크게 과잉 불안 반응, 회피 반응, 격리 불안 및 등교거부증 등으로 나타날 수 있다. 이를 구체적으로 보면 다음과 같다.

① 과잉 불안 반응 : 대개 가족들의 과잉기대

로 인해 민감해진 아동들에서 많이 생기며, 특히 학업 성적에 대한 관심이 많고 타인의 인정을 받으려는 욕구가 강해서 타인 앞에 나서거나 발표를 할 때 극심해진다. 불면 소화불량 두통 식욕부진 심계항진 흥부 압박감 등이 동반되기 때문에 신체질환으로 오인되기 쉽다.

② 회피 반응 : 가족 이외의 낯선 사람을 피하고 두려워하는 증세로서 여아에 많고 소심하고 겁이 많아서 사회 활동도 피하고 친구도 잘 사귀지 못한다.

③ 격리 불안 장애 : 애착의 대상인 부모나 가족으로부터 격리되는데 대한 불안으로 흔히 환자는 가족들에게 큰 사고가 생기거나 갑자기 죽을지도 모른다고 두려워 한다. 그래서 혼자 자지 않으려 하고 집을 떠나 캠핑 가거나 여행가는 것을 피하고 심하면 학교도 가지 않으려는 학교 공포증을 보여 주기도 한다.

④ 등교 거부증 : 학교 가기를 꺼려하고 거부하는 증세지만 실제에 있어선 말로 표현하지 않고 복통 두통 구토 등 신체 호소를 통해 표현하기 때문에 등한히 하기 쉽다. 이들은 대개 부모와의 이별 불안이 심하며 악몽에 시달리고 있어 특히 어둠이나 죽음에 대한 공포가 극심하다. 이러한 등교 거부 청소년들을 치료하기 위해선 우선 동기적 요인을 찾아 응어리를 풀어 주어야 하며 그후에 공황장애의 치료 원칙에 따라 삼환계 항우울제와 항불안제를 병용하는 것이 바람직하다. 그래도 효과가 없을 때는 행동 수정을 통한 행동 요법을 해주어야 한다. 한번 결석을 하면 싫은 일이나 사람을 피할 수 있기 때문에, 적 강화가 생기고 결석후 부모의 사랑과 관심을 얻기 때문에 긍정적 강화가 생겨 학교 공포증이 고질화 되기 때문이다. 그래서 학교 복귀 계획을 부모와 교사 그리고 급

우들과 함께 작성하여 공동 작업을 펼쳐야 한다. 등교시 동반자가 있는 것이 좋고 적어도 6주일 이상 이러한 시도를 해야 하며 특히 시험기간이나 주말 주초엔 각별히 신경을 써야 한다.

2) 조증 및 우울증

청소년기엔 정서적 동요가 심해 일정 기간 지속되는 우울 정동은 볼 수 없으나 일시적으로 반복되는 우울 증세는 흔히 볼 수 있다. 그리고 성인과는 달리 우울한 기분을 직접 호소하기 보다는 가면 우울증 *masked depression* 의 형태로 표현하기 때문에 임상가들이 오인하기 쉽다. 이를 발달 단계별로 살펴보면 다음과 같다.

① 사춘기 이전엔 밀에 깔린 우울증은 은폐되어 슬픈 표정만 짓고 신체 호소가 많은 것이 상례이며, ②사춘기에 접어들면 마치 슬럼프에 빠진 것처럼 권태감이나 초조감을 보이고 학업 성적이 저하되며 가출이나 등교 거부등 도피 성향을 보인다. 그러다가 ③중기 청소년기가 되면 자신의 우울 감정을 털어내기 위해 반항적이고 공격적인 행동을 하고 뜻대로 안되면 화감에 자살도 시도 한다. ④후기 청소년기 아동들은 성인처럼 우울 감정을 느끼지만 너무 괴롭기 때문에 우울증을 부정하고 직각적인 쾌락과 만족을 추구하기 위해 술이나 약물에 탐닉하고 성적으로 난잡한 행동에 몰두하는 경향이 있다. 발병 동기를 보면 성인과는 달리 부모의 이혼 심신장애 이혼 별거 및 사망등 부모 문제로 발병하는 경우가 많고, 부모에게 의지하던 아동기를 청산하고 분리 개별화되어 청소년기로 이행되는데 대한 공허감이나 타고난 취약점으로 인해 생긴 절망감 그리고 반복되는

패배 의식으로 인해 자포자기 상태에 빠져 발병하는 경향이 있다. 따라서 청소년기 우울증을 치료하기 위해선 우선 우울증의 발병 동기를 분석하여 부모의 위협 인자를 제거하고 상실에 대한 대리체를 찾아주어 대리 충족의 기회를 마련해 주어야 한다. 그리고 가정 적응을 도와주고 친구 관계를 개선해주고 아울러 학습능력을 향상 시켜주기 위한 방안을 강구해 주어야 한다. 성인과 달리 항우울제의 효과는 크기 않지만 imipramine이나 amitriptyline을 10~15mg부터 시작하여 200mg까지 증량하면 6주 이내에 60%에서 증상이 호전된다. 호전될 때의 반응을 보면 우선 학업 성적이 좋아지고 부모 자녀 관계가 호전되며 나중에 우울 감정이 완화된다. 그러나 형제 관계엔 큰 변화가 없고 행동장애는 계속 지속되는 것이 상례로 되어 있다. 한편 청소년기 조증의 임상 양상을 보면 7세 이전엔 드물고 성인에 비해 충동적 경향이 강하며 수면이 불규칙하고 분노 발작이나 과잉 운동을 보이며 정신병적 증상이 많이 나타나고 생각보다 행동이 앞서고 가족력에서 가족들이 양극성 장애를 앓고 있는 경우가 많았다. 그리고 소아 및 청소년들은 신장 배설속도가 빨라 많은 양의 항조증 약물을 투여해도 부작용이 적어서 조증 치료에 좋은 효과를 보여주고 있다.

3) 청소년기 정신병

청소년기에 볼 수 있는 정신병 중에서 가장 많은 것은 정신분열증이지만 그 밖에도 실연이나 부모 사망후 급성적으로 단기 반응성 정신병이 생길 수도 있고, 정신 활성물질을 과용할 때 약원성 기질성 뇌증후군이나 독성 뇌증후군을 볼 수 있다. 그리고 유아성 자폐증이나 소

아기 발병 전반적 발달 장애가 청소년기까지 지속되는 경우도 있다. 청소년기 정신 분열증의 특성을 보면 성인과는 달리 삼화성으로 나타나거나 일과성인 경우가 많고 단편적으로 증세를 보여주고 있기 때문에 초기엔 청소년의 일시적인 혼돈 상태로 오인하기 쉽다. 그리고 발병 양상을 볼 때도 성인과 달리 남아들은 자기중심적이고 거부적인 반항적 행동을 보여주고 여아들은 위축되고 철퇴적인 양상을 보여줌으로서 무심히 지나치기 쉽다. 그래서 부모의 보호의식과 주위 인물의 무관심 속에 방치되었다가 추후에 극심한 정신병으로 판명되어 후회하는 경우를 임상에서 흔히 볼 수 있다. 따라서 정신분열증의 초기증세를 알아둘 필요가 있겠다. 청소년기에 호발하는 정신분열증의 전구 증상을 보면 대인관계를 피하려하고 학교에서 괴짜로 불리우는 경우가 많으며 자신의 몸차림에 관심이 없고 은유적인 말을 잘하며 엉뚱한 생각에 사로잡혀 있는 경우가 많다. 그리고 타인의 시선을 의식해서 주위를 살피고 착각을 잘하며 사회적 관계를 무시하고 공상 세계로 철퇴하는 경향이 있다. 이들은 대개 발병 이전부터 심리적 취약점이 있고 고집이 세며 민감하고 주의가 산만하여 유모에 감각이 없고 일상 생활을 하는데 어려움이 많다.

청소년들의 정신분열증을 치료하기 위해선 더 악화되기 이전에 신속히 입원시켜 종합 검진을 한 후에 진정 작용이 적은 고가 약물을 투여하여 행동장애와 인지 기능을 호전시키고 집중력을 강화시켜 정신 기능을 복구시킨 후에 붕괴된 가족 관계를 재조정해주어 부모와의 병적인 공생관계를 청산하고 분리 개별화되어 주체성을 확립 하도록 도와주는 것이 좋다.

V. 청소년 비행 및 정신장애의 예방과 치료 대책

청소년 비행 및 정신 장애 청소년의 선도 방안을 모색하기 위해선 우선 일반인들이 갖고 있는 청소년 비행 및 정신 장애에 대한 그릇된 지식과 오해를 불식시켜 올바른 지도 방안을 마련해야 한다. 그리고 청소년 비행 및 정신장애의 위험 증후를 사전에 파악하여 단계별 접근 방안을 통해 예방 프로그램을 수립해야 한다. 청소년비행 및 정신장애의 예방프로그램은 다음과 같이 3단계로 구분할 수 있다.

1차 예방 단계에선 청소년 비행 및 정신장애의 발생율을 감소시키는 방안을 강구해야 한다. 청소년 비행 및 정신장애 억제 방안을 강구하고 동시에 과감히 유발 요인을 제거시키기 위한 방안을 마련해야 한다. 이 단계가 자원 봉사자들의 활동 영역이다.

2차 예방 단계에서 청소년 비행 및 정신장애자를 조기에 발견하여 조기에 치료해야 한다. 청소년 비행 및 정신장애의 위험 증후를 인지하고, 자아 개념을 정립하도록 도와주어야 하며, 자제력을 강화시키고 가족 친구 등과의 인간 관계를 개선할 필요가 있다. 이 단계에서 자원 봉사자들은 문제 청소년을 조기 발견하여 치료 및 상담 기관으로 신속히 이송해야 한다. 2차 예방 단계에서 반드시 알아야 할 청소년 비행 및 정신장애의 위험 증후를 보면 다음과 같다.

①학교성적 저하, ②가족과의 접촉 기피, ③부정적 성격 변화(의욕상실 정서적 불안정 불안 우울) ④신체적 변화(기침 총혈 감정진조 장발 퇴폐적 의상) ⑤비행 행동(집 물건 훔치기, 가출,

무단결석, 상점물건 훔치기, 사고) ⑥교우 관계의 변화(과거 친구와 안어울리고 낯선 친구와 어울림)

3차 예방 단계에선 비행 및 정신장애로 인한 기능 상실을 예방하고 재활계획을 수립하여 악순환을 차단해야 한다. 청소년기 발달 과업 수행상의 문제점을 파악하여 적응력을 향상시키고 연령에 합당한 프로그램을 개발하여 저항감 없이 청소년 비행 예방교육에 참여하도록 유도한다. 이 단계에서 자원 봉사대원들이 소년원이나 전문 치료기관을 직접 방문하여 퇴원한 청소년들이 안전하게 지역사회로 복귀하도록 도와줄 수 있다.

청소년 비행 및 정신장애 청소년을 선도 및 치료하기 위해선 우선 단일 기법을 통한 접근 보다는 활용할 수 있는 모든 치료 기법을 사용하는 포괄적인 치료를 하는 것이 효과적이다. 그리고 개인적 특성에 맞게 치료 계획을 세워야 하며 과거에 효과적이었던 치료 기법 등을 활용하는 것이 좋다.

청소년 비행 및 정신장애 청소년의 잠재 능력과 한계점을 파악하여 사려깊게 돌보며 신중하고 흔들리지 않는 확고한 마음 가짐을 갖고 정서적 고통을 극복하도록 격려해야 한다. 그리고 청소년 비행 및 정신장애자들이 흔히 사용하는 부정의 방어 기제를 제거시켜 자신의 문제를 올바르게 직시하도록 도와주어야 한다. 또한 불쾌감 분노 죄책감 불안 우울증을 다스리고 자존심을 고양시킬 수 있는 대안을 마련해 주어야 한다. 가령 환자가 급성 증상을 보이면 우선 응급 위기 개입 치료를 시행해야 하며, 그후에 정동장애 및 인격장애 등 수반된 정신병리를 조사하여 근본 치료를 해주고, 실직 무주택자 등 사회 능력이 무력한 경우엔 사회적 직업적 재활 대책도 함께 수립해 주어야

한다.

청소년 비행 및 정신장애 청소년을 치료하기 위한 치료 기법을 구체적으로 살펴보면 정신 치료, 집단 치료, 가족 요법, 정신 사회적 치료 및 입원 격리 치료 등으로 세분할 수 있다.

첫째, 정신치료; 적극적으로 관심을 갖고 깊은 이해를 하는 지지정신 치료 필요, 지나친 낙관과 비관을 모두 피해야 하며 재발 가능성을 항상 염두에 두어야 한다. 청소년 문제의 기저에 깔린 동기를 파악하여 개선해주고 희망을 고취시켜야 한다.

둘째, 집단치료; 집단 분위기나 원칙에 관해 세심한 주의를 기울여야 한다. 6명 이내 청소년을 대상으로 주 2회 매회 60~90분씩 실시하는 것이 좋다. 치료자 주관 하에, 동성애 자위 호칭 가정 및 학교 문제 등을 취급하는 것이 효과적이다.

셋째, 가족치료; 가족 그림 사진 분석 비데오를 통한 가족 치료 다원 가족치료 보호자가 중개 역할을 하는 매개체 치료등이 있다.

넷째, 청소년 상담원 치료; 청소년에게 의미 있는 타인은 동료 집단이기 때문에 숙련된 청소년 상담원이 부모나 교사보다 더 효과적이다.

다섯째, 정신 사회적 치료; 비행 및 정신장애자의 치료에 있어 과거 치료 경험이 있는 선배들의 도움이 효과적이며 특히 단주 동맹이나 마약 중단 동맹 모임 등 집단 모임을 통한 접근이 큰 도움을 줄 수 있다. 그리고 비행 및 정신장애의 문제점에 대한 시청각 매체를 활용한 교육 계몽과 정신극이나 사회극을 통해 선도 계몽하는 것도 좋은 치료 기법이다. 그밖에 정부 산업체 구세군 등 종교단체에서 시행하는 교육적 직업적 영적 인간적 접근도 도움을 줄

수 있다. 그리고 정부의 교육 행정 담당 부서에서 모범 청소년상 정립을 위한 연구 계획을 추진하고 청소년 인격 지도 프로그램을 개발하여 청소년의 교육을 담당할 실무자인 교사들 대상으로 정신 위생 간담회를 갖고 학교에서도 학부모 교사간 격의 없는 대화를 나누기 위한 부모 교실 등을 운영하는 것이 장기적 안목에서 볼 때 가장 효율적인 청소년 지도 방안이 될 수 있다.

여섯째, 입원 격리 및 수용을 통한 치료가 가장 시급한 치료 기법이 될 수 있다. 이때 청소년 비행 및 정신장애자의 입원 치료 기준을 보면 다음과 같다. 가벼운 상담만으로 효과가 없거나 전문 병원의 외래 치료만으로 치료 안 될 때, 세심한 내과적 정신과적 치료가 필요할 때, 치명적인 부수 증상이 있을 때, 치료를 위한 환경 개선이 어렵고 주위에 악화 요인이 있을 때, 환자가 자신의 문제에 대해 통찰력이 없거나 치료하려는 동기가 없을 때 또는 과거에 외래 치료안으로 실패했던 과거력이 있을 때는 우선 입원 격리 조치를 단행 하는 것이 안전하다.

VI. 청소년 정신의학 분야에서의 연구 과제

한국적 사회 문화 풍토 속에서 앞으로 청소년에 관한 정신의학 분야에서의 연구 과제 및 연구 방향을 요약해 보면 다음과 같다.

첫째, 청소년 정신 장애에 대한 대단위 역학 연구가 수행되어야 한다. 과거에 정신 질환에 관한 전국적인 역학 연구가 시행된 바 있으나 대개 성인 인구에 대한 연구에 국한될 뿐 청소년층에 대한 언급은 없는 실정이다. 따라서 청

소년 정신장애의 예방 및 치료 대책을 수립하기 위한 정책 결정에 앞서 청소년을 대상으로 한 보다 체계적인 역학 통계 자료 수집이 보건 정책 수립에 있어 필수적이라고 하겠다.

둘째, 청소년에 관한 통계 연구가 주로 입원한 정신장애자나 소년원에 수용된 비행 청소년에 관한 연구와 같은 단편적이고 수평적인 연구에 그친 경향이 있다. 따라서 청소년의 심리 발달과정에 관한 가설 설정에 있어 무리가 뒤따르고 있다. 이를 보완하기 위해선 미국에서 Offer부부 등이 시행한 것과 같이 성장 과정 동안 수년간 계속 추적 조사를 시행하는 종단적 연구가 시행될 필요가 있다.

셋째, 미처 소화 흡수할 수 없을 정도로 격변하는 현대 사회 문화 풍토속에서 앞으로 입시병이나 청소년 비행 자살 및 약물 남용율이 증가할 것으로 전망되기 때문에 이에 대한 체계적인 예방 및 선도 지침을 설정하기 위한 심층 연구가 필요하다. 그리고 아울러 청소년에게 누가 어떤 방식으로 어떻게 비행 청소년을 선도하고 성교육이나 약물 예방 교육을 시키는 것이 효과적인가에 대한 포괄적인 연구가 필요하다.

넷째, 다양한 청소년 선도 및 치료 기법 개발과 아울러 이러한 기법 적용상의 문제점을 개선하기 위한 지속적인 연구가 시행되어야 하며 이러한 제반 연구에 대한 집중적인 연구 자원 및 연구비 지급이 선행되어야 하겠다.

다섯째, 청소년 문제 해결을 위해선 어느 한 분야에서의 연구만으로 실효를 거둘 수 없기 때문에 정신의학 인접 분야인 교육계 심리학계 사회학계 보건행정계 및 법조계 등 유관 학계와의 유기적 협동 체계를 구축하여 연구가 수행되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 이길홍·민병근(1976), 한국 청소년의 담배 흡연율, 31-51, 서울, 중앙대학교 의과대학 신경정신과학 교실.
- 이길홍·민병근(1976), 한국 청소년 담배 흡연양상, 53-80, 서울, 중앙대학교 의과대학 신경정신과학 교실.
- 이길홍·민병근(1976), 한국 청소년의 대마초 흡연 발생 빈도, 81-90, 서울, 중앙대학교 의과대학 신경정신과학 교실.
- 이길홍·민병근(1977), 한국 청소년 습관성 음주자의 역학적 조사 연구, 한국의과학, 9, 4: 35-55.
- 이길홍·민병근·(1978), 한국 청소년의 의식구조와 행동양식, 중앙대학교 영신 아카데미 연구원 한국 청소년 문제 연구소, 69-74.
- 이길홍·민병근(1979), 한국 청소년의 음주 빈도 및 음주 양상에 관한 사회 정신의학적 연구, 중대 논문집, 23: 421-476.
- 이길홍(1980), 청소년 비행의 약물 상관 변인 분석, 한국의과학, 17, 2: 130-170.
- 이길홍·민병근(1982), 재수생의 정신 건강, 오늘의 청소년, 6: 11-16
- 이길홍(1983), 집착제 본드 흡입으로 입원한 청소년 정신장애자 2례 치험 보고, 한국의과학, 15, 3: 214-226.
- 이길홍·김현수·민병근(1983), 근로 청소년의 산업 재해와 음주 양상과의 상호관계에 관한 산업 정신의학적 연구, 한국의과학, 15, 1: 1-18.
- 이길홍(1983), 비행 청소년의 범죄 양상과 음

- 주와의 상호 관계에 관한 연구, 중앙의대지, 8, 3, 279-287.
- 이길홍(1984), 청소년기 입원 정신 장애자의 현황 및 치료 지침, 정신의학보, 8, 12 : 401-411.
- 이길홍·영식·민병근(1984), 비행 청소년의 담배 흡연 상관 변인 분석, 신경정신의학, 23, 3 : 274-288.
- 이길홍·박두병·민병근(1984), 학생 청소년의 음주 양상과 공격성과의 상호 관계, 중앙의대지, 9, 4 : 583-603.
- 이길홍(1985), 청소년 정신장애의 임상 양상 및 치료지침, 고려의대 신경 정신과 동문회보, 2, 2 : 2-10.
- 이길홍(1985), 청소년 비행의 약물 상관 변인 분석, 한국의과학, 17, 2 : 130-147.
- 이길홍(1986), 학생 청소년과 비행 청소년의 자살 양상에 관한 사회 정신 의학적 연구, 한국의과학, 18, 1 : 20-29.
- 이길홍·이근철·민병근(1987), 알코올 음주가 비행에 미치는 영향 분석, 신경정신의학, 26, 2 : 334-348.
- 이길홍(1988), 입시 스트레스 증후군에 관한 정신의학적 연구, 신경 정신의학, 27, 2 : 441-463
- 이길홍(1989), 청소년의 사회적 불안과 자살, 대한의학협회지, 32, 9 : 944-950.
- 이정균 등(1986), 한국 정신 장애의 역학적 조사 연구, 서울의대 정신의학, 11, 1 : 142-161.
- 세계보건기구(1982), 10대청소년의 흡연 실태 조사, 일간 스포츠, 1982년 5월 13일. 일본 동경 소년 감별소(1974), 청소년의 약물 남용 실태와 금후의 동향. 과학 경찰연구소, 15 : 62-70.
- MBC Radio(1988), 고교생의 의식 구조, 한국 문화 방송 주식 회사.
- 한국 소비자연맹(1986) 전국 중고 대학생 흡연 실태 조사, 월간 소비자, 7-8.
- AcKer R.L.(1973), *Deviant Behavior*, Belmont, California, Wadsworth Publishing Co.
- Conger J.J. and Peterson A.C.(1981), *Adolescent and Youth*, Harper & Row, New York. 643-692.
- Erikson E.H.(1958), *Identity Youth and Crisis*, New York, Norton Co.
- Freud A.(1958), *Adolescence in the Psychoanalytic Study of the Child*, New York, International University Press, 13: 255-278.
- Johnston L.D. et als(1982), *Student Drug Use in America, 1975-1981*. US Dept of Health & Human Services, Washington DC.
- Levitt F.(1974), *Drugs and Behavior*, WB Saunders, Philadelphia.
- National Commission on Marihuana and Drug Abuse(1973), *Drug use in america: Problem in Perspective(2nd report)*. Washington DC, US Government Printing Office.
- Offer B. and Offer J.B.(1975), *From Teenage to Young Manhood*. New York, Basic Books.
- Pfeffer C.R. Plutchi K.R., Mizruchi M.S. (1983), *Suicidal and Assaultive Behavior in Chidren, Classification, Measurement and Interpretations*, Amer J. Psychiatry, 140: 154-157.

- Piaget J. and Inhelder B.(1969), *The Psychology of the Child*, New York, Basic Books.
- Shearn C.R. and Fitzgibbons (1972), *Patterns of Drug Use in a Population of Youthful Psychiatric Patterns*, AM J Psychiat, 128: 1381-1387.
- Siegrist J.(1964) *Teenage Alcoholism, a Problem?*, Milwaukee, Presented at the Annual Forum of the National Council on Alcoholism, April 23.
- United States Public Health Service(1964), *Smoking and Health*, Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Service(Publication No. 1103). Washington DC.
- West D.J. and Farrington D.P.(1977), *The Delinquent Way of Life*, London, Heinemann Educational Books Ltd, 44-46.