동의신경정신과 학회지 제21권 제4호(2010년 12월)
J. of Oriental Neuropsychiatry 2010;21(4):219-231

정신병리를 가진 청소년의 등교거부 사례보고

허은정, 이상언*, 류희영

춘천한방병원 한방신경정신과, 원광대학교 한의과대학 한방신경정신과 교실*

A Research of School Refusal on Adolescent with Psychiatric Disorders

Eun-Jung Heo, Sang-Eon Lee*, Heui-Yeong Lyu

Dept. of Oriental Neuropsychiatry, Chun-Cheon Oriental Medical Hospital
Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Won-Kwang University*

Abstract

Objectives :

School refusal is usually considered as individual's behavioral problem. These days, however, the adolescents' school refusal needs some kind of medical approaches because it is related to mental disorder of the adolescents. Due to too much pressure and stress from the competition between classmates and from good performance in school, the number of adolescents who refuse to go to school is increasing. Despite this circumstance, school refusal is neither regarded as a single independent disorder nor endorsed as an officially classified disease, which makes difficult to conduct research on this issue and to establish standardized treatment for it. In addition, there is a lack of research on this topic, especially in oriental medicine, so there is no a case report or study on school refusal. This study is trying to comment on school refusal from the perspective of oriental medicine.

Methods :

We tried to examine the effect of oriental medicine treatment for school refusal with four adolescent cases. The patients commonly have at least more than one mental disorder (including depression disorder, anxiety disorder, and anorexia nervosa), have some problem with the relationship with their family, in particular with mother, do not have father or not be loved by their father, and have irregular eating habits. Thus, we diagnosed them as qi transforming into fire (氣鬱化火,) spleen-stomach deficiency cold(脾胃虛寒,) and heart blood deficiency(心血虛) due to stress from the family issues and unhealthy eating habits. The patients received supportive therapy, family therapy, etc among many oriental mental treatments and their progress had been observed through hospitalization and outpatient treatment.

Results :

All four cases were reported positive progress on their symptoms and started coming back to school. We also examined whether they were well fitting into the school while they received outpatient treatment, and the results show that all four patients continue to settle down in normal school life.

Conclusions :

This study closely reviewed the mental disorder of school refusal cases and showed that the Oriental medical treatment was effective in helping the patients come back to school. More future research is required to better treatment for school refusal cases in oriental medicine.

Key Words :

School refusal, School avoidance, Psychiatric disorders, Adolescent

투고 : 2010. 10. 28. 수정 : 2010. 12. 4. 채택 : 2010. 12. 6.
교신저자 : 류희영, 강원도 춘천시 석사동 166번지 춘천한방병원 한방신경정신과
Tel) 033-260-7100, Fax) 033-260-7400, E-mail) yellown19@hanmail.net

Ⅰ. 서 론

청소년의 등교거부는 흔히 개인의 행동문제로 여겨지는 경우가 많지만 청소년기에 발하는 여러 정신질환들과의 관련성이 있으므로 의학적인 접근이 필요한 증상이다. 우리나라 교육환경은 입시위주의 획일적인 형태이므로 등교거부에 더욱 취약하다. 2009년도 교육통계연보[1]에 따르면 질병, 가사, 품행, 부적응 및 기타 사유로 인한 학업 중단자는 인문계 고등학교 16,145명(1.09%), 전문계 고등학교 18,305명(3.81%)으로 2004년 이후 계속 증가추세에 있으며 학교 생활 부적응으로 인한 중단 사유가 가장 많은 부분을 차지했다. 청소년의 정신질환은 증상이 모호하고 쉽게 감별되지 않아 학교부적응 등의 형태로 나타날 가능성이 크므로 이와 같은 증가추세는 결코 간과할 수 있는 점이 아니다.

19세기 초부터 영미를 중심으로 의무교육을 법적으로 규정하기 시작하였고[2], 우리나라에서는 1952년 '교육법 시행령' 공포를 시작으로 지속적으로 확대 시행되어 오늘날의 의무교육제도에 이르렀다. 이처럼 우리나라에서 의무교육이 본격적으로 시행된 것은 반세기 정도이므로 이와 관련된 등교거부에 대한 연구는 부족한 실정이며 한의학 서적에서도 언급된 바가 없다.

1932년 Broadwin[3]이 공포감과 불안 증상을 보이는 강박 신경증의 일환으로 등교거부를 처음 기술한 이후 여러 가지 원인이 제시되어왔다. Hersov[4]는 정신병리적 이유로 등교하지 않는 것을 등교거부(school refusal)라고 정의하였고, Atkinson 등[5]은 학교보다는 가정 내의 요인을 중시하여 과도한 모자간의 애착으로 인해 가정의 안전함을 떠나는 것을 두려워하는 것을 등교거부의 원인으로 보았다. 최근에는 정신과적 원인이 제시되었는데 특히 DSM-Ⅳ의 분리불안장애, 사회공포증, 범불안장애, 회피 장애, 공황장애가 없는 광장공포증, 신체화 장애, 외상 후 스트레스장애, 주요우울장애와 관련이 있다고 하였다[6].

등교거부의 문제는 의학적, 교육적, 사회적인 문제를 가지고 있으므로 다각적인 접근이 필요하며, 환아가 학교에 가지 않는 기간이 길어질수록 학교에 적응하지 못하는 악순환이 심해지므로 정신과적 응급상황으로 보아야 한다[2]. 등교거부는 정신과 의사를 포함한 전문가 집단, 가족, 학교 등의 노력을 통해 상황이 호전되는 경우가 많으므로, 한방정신과 영역에서 등교거부 환아의 정신적인 문제에 대해 진단하고 치료를 병행해야 할 사회적인 책임이 있다고 하겠다. 그러나 등교거부는 단일 질환도 아니고 공식 진단으로 분류된 상태가 아니기 때문에 역학적 연구가 쉽지 않고, 또한 한의계에서는 등교거부에 대한 보고를 찾아볼 수 없어 한방치료를 통한 학교복귀에 대한 연구가 부족한 실정이다. 이에 저자는 등교거부에 대한 한방정신과적인 관점을 논하고 향후 발전방향을 모색하기 위해 본원 한방신경정신과에서 치료받고 학교생활에 복귀한 청소년 4례를 보고하는 바이다.

Ⅱ. 증 례

1. 증례 1

1) 환자

남자 / 16세

2) 주소

(1) 식욕부진, 음식거부

(2) 무기력, 무감동

(3) 등교거부

3) 발병일

첫 번째 입원 약 20일전부터 등교거부

4) 정신과적 과거력

별무

5) 개인력 및 가족력

환아의 부모님 사이가 몹시 안 좋아서 종종 이혼을 생각한다고 함. 맞벌이 부부지만 아버지는 가족의 경제적인 부분을 전혀 책임지고 있지 않고 어머니의 월급으로 가족이 생활함. 아버지가 강압적이고 신경질적으로 환아를 심하게 통제함. 환자 출생 후 3개월만 육아휴직으로 어머니가 돌봐준 후로는 아이를 돌봐주는 사람에게 맡김. 가족의 식사 시간은 불규칙하며 주로 인스턴트 위주로 먹음. 가족 간의 유대감 거의 없음.

6) 현병력

16세의 마른 체형의 남환으로 평소 밀가루, 인스턴트 등의 음식 편식해옴. 입원 2년 전부터 아버지의 지나친 방과 후 감시로 인해 학교생활 등에서 고립이 시작됨. 입원 20일 전 학교 친구들과의 다툼 이후 식욕부진, 식사거부, 우울감 등의 증상 생겨 굶다시피 하며 등교거부 시작하였고, 자신의 얼굴이 못생겨서 식사를 안 하겠다고 하며 성형수술을 해야 학교를 가겠다고 하며 집안에서 나오지 않고 어머니 곁에서 떨어지려 하지 않아 20XX년 X월 X일 OO한방병원 한방신경정신과 내원하여 입원함.

7) 초진소견

(1) 望診 : 全身皮膚乾燥, 눈동자가 불안하고 초조해보이며 눈을 마주치지 않음. 舌質乾燥, 舌尖紅.

(2) 聞診 : 어머니와 대화시 음성이 낮고 조용함.

(3) 問診 : 의사의 질문에 대답하지 않음.

(4) 切診 : 臍下動悸, 腹壁無力, 脈浮數.

(5) 혈액검사, 소변검사, 심전도, 흉부엑스레이, 두부 CT 검사상 별무이상

8) 진단 및 변증

범불안장애, 신경성 식욕부진증

/ 氣鬱化火, 心血虛, 脾胃虛寒

9) 치료

(1) 한약치료

加減蓼蘇飮(蓼蘇飮 去 人蔘 加 旱蓮草 甘松香 預知子 龍眼肉 등)으로 淸熱, 祛痰, 安神시킴. 하루 세 번 입원기간동안 동일한 처방 사용하였으며 외래 통원 치료 기간 동안은 증상의 변화에 따라 일부 약재의 가감이 있었음. 입원 중 불안 증상이 심해지면 牛黃抱龍丸을 투여함.

(2) 침치료

脾胃기능 정상화 및 安神, 解鬱 등을 위하여 양측 八邪穴 및 足厥陰肝經, 足少陽膽經의 경혈에 1일 2회 시침하였으며, 통원치료 기간에는 1일 1회 시침함.

(3) 한방정신요법

초기에는 환아가 어머니와 잠시도 떨어지지 않으려 하여 어머니와의 단독 상담이 어려웠음. 어머니와의 짧은 면담으로 환아의 상태를 파악한 후 의료진과 환아 사이의 라뽀 형성을 위해 같은 공간에 있는 시간을 늘리는 것부터 시작함. 입원 중반 이후부터는 10~15분 정도 환아와의 대화가 가능하게 되었고, 어머니와도 단독 상담을 시행할 수 있어서 어머니의 양육태도 등을

지속적으로 점검함. 환아와는 주로 지지요법 등을 사용하였고, 어머니와는 가족 내 문제점을 집중해서 이야기하고 개선점을 논의함.

10) 치료경과

입원 당시 어머니 이외의 사람과는 대화를 전혀 하지 않았고 식사를 거부함. 성형수술을 어서 해야 한다고 어머니에게 고집을 부렸으며, 특히 의료진을 불신하였고, 어머니 이외의 타인과 눈을 절대 마주치지 않음. 어머니와 잠시도 떨어져 있지 않으려 하여 직장에 어머니가 휴직계를 냄. 입원 치료 일주일 후 서서히 어머니와 떨어져 있는 시간이 늘어나며 어머니가 외출을 다녀와도 많이 불안해하지 않았으나 여전히 어머니에 대한 의존이 심함. 입원치료 29일째 퇴원 당시에는 의료진 및 타인과도 비교적 정상적인 대화가 가능하며 규칙적인 식사가 가능해짐. 퇴원해서 다시 학업을 시작하는 것에 대해 긍정적으로 생각함.

이후 8개월간의 통원치료를 시행함. 통원 2개월째에는 새로운 학교생활이 무척 즐겁다고 하였으며 6개월째에는 친구들과 함께 여행갈 계획을 세우고 보충수업 등도 충실하게 수행함.

통원 8개월이 지난 이후 다시 식사거부 증상이 시작됨. 증상 시작 한 달 전부터 아버지와 인스턴트 위주로 식사를 했다고 함. 다시 등교거부 및 타인과 떨어져 고립되어 생활하는 증상이 나타나 15일간의 입원치료를 시행함. 입원 기간 내내 식사량이 거의 전무할 정도로 식사를 거부함. 또한 입원 기간 동안 거의 매일 무단외출을 하여 주변의 산 등으로 들어가 혼자 있으려고 함. 보호자와의 상담 후 정상적인 입원치료 불가하다 사료되어 통원치료를 하면서 가족 상담치료를 병행하기로 함. 다시 증상이 심해진 시기는 인스턴트 음식을 매일 먹으며 식사가 불규칙해진 시점과 어머니의 복직시기와 일치함. 따라서 어머니와의 비정상적인 애착관계를 끊어야 한다고 교육하고 어머니를 통해 환아를 변화시키기로 함. 약 한 달에 걸쳐 어머니가 환자에게 평소와 달리 엄격하게 대했으며 더 이상 어머니가 환아의 문제를 다 해결해 줄 수 있지 않다는 사실을 주지시킴. 초기에는 환아의 반항이 심하여 자퇴를 고려하기도 하였으나 한 달여의 시간이 경과한 후 환아의 상태가 진정되기 시작했으며 다시 등교하기 시작함. 그 후 4개월간 통원치료를 시행하였으며 학교생활에 점점 적응해감.

2. 증례 2

1) 환자

남자 / 14세

2) 주소

(1) 우울감
(2) 鼻塞
(3) 등교거부

3) 발병일

내원 한 달 전

4) 정신과적 과거력

별무

5) 개인력 및 가족력

유아기 시절 아버지를 여의고 편모슬하에서 성장함. 어머니가 경제활동을 하며 환아를 세세하게 챙겨주지 못함. 환아는 어머니가 경제적인 활동을 하는 것에 굉장한 부담감을 가지며 자신이 태어난 사실을 부정하고 싶어함. 어머니에게 늘 미안함을 느끼면서도 불만도 많은 양가감정

을 가짐.

6) 현병력

14세 보통 체격의 남환으로 평소 식사습관 불규칙하며 단 음식, 밀가루 음식, 육식 위주로 식사함. 입원 치료 한 달 전부터 우울감, 불안, 짜증 등의 증상 보이며 전학을 가고 싶다고 등교거부 시작하여 20XX년 X월 X일 본원 한방신경정신과 내원하여 입원함.

7) 초진소견

(1) 望診 : 顔面皮膚陰黃色, 눈의 초점이 흐려져 있음, 舌苔白.
(2) 聞診 : 음성에 짜증이 묻어나고 반항적인 어조임.
(3) 問診 : 鼻塞, 우울감.
(4) 切診 : 腹壁無力하며 골반 양측으로 腸下垂가 촉진됨. 脈浮緊.
(5) 혈액검사, 소변검사, 심전도검사, 흉부엑스레이 검사상 별무이상.

8) 진단 및 변증

주요우울장애 / 心血虛, 小腸氣滯

9) 치료

(1) 한약치료

加減蓼蘇飮(蓼蘇飮 去 人蔘 加 甘松香, 預知子, 龍眼肉, 蒼耳子, 生鐵落 등)으로 淸熱, 開竅, 去痰, 鎭靜시킴. 하루 세 번 투여하고 입원기간동안 동일한 처방 사용함.

(2) 침치료

小腸기능 정상화 및 安神, 開竅, 養心 등을 위하여 양측 八邪穴 및 足厥陰肝經, 足少陽膽經, 手少陰心經 등의 경혈에 1일 2회 시침함.

(3) 한방정신요법

초기에 환아는 무기력하고 의료진에 대해 반항감이 심하여 대화를 이어나가기가 어려워 주로 어머니와 상담이 이루어짐. 환아의 대략적인 상황을 파악하고 어머니를 통해 설문지 등의 검사를 시행함. 환아가 전학을 요구하면서도 어머니에게 부담을 주었다는 죄책감을 가지고 있었으므로 마음속에 울체된 것을 어머니와의 대화로 풀어나갈 수 있도록 지도함.

10) 치료경과

입원 당시부터 매우 반항적이고 치료에 협조는 하나 불만을 그대로 표출함. 의료진에게 적대적이며 대화를 잘 하지 않음. 입원 치료 초기에는 병원 생활을 몹시 지겨워하였으며 매사에 불만이 많고 의욕이 없었음. 11일간 입원치료 후 퇴원 당시에는 비교적 의료진과도 정상적인 대화를 하였으며 치료에도 순응하며 전반적인 환아의 몸 상태가 좋아짐에 따라 기분도 좋아보임. 현재의 학교생활을 싫어하고 전학을 가고 싶은 마음을 표현하였으나 학교에 계속 다니기로 함.

퇴원 이후 환아가 통원치료는 받지 않고 자택에서 한약 치료를 유지하면서 어머니가 지속적으로 내원함. 퇴원 한 달 이후 학교에 정상적으로 다니고 있다고 함.

3. 증례 3

1) 환자

여자 / 16세

2) 주소

(1) 嘔吐, 嘔逆 등의 증상으로 식욕저하

(2) 眩暈, 기력저하
(3) 등교거부

3) 발병일

내원 3년 전부터 기숙생활을 시작하며 식욕저하가 서서히 시작되다가 한 달 전에 15일간 합숙 훈련 후부터 증상이 더 심해짐.

4) 정신과적 과거력

본원 내원 일주일전 XX신경정신과 내원하여 식사장애 의심 진단받고 약물치료 받음.

5) 개인력 및 가족력

환아는 아버지를 어려워하고 어머니에게는 반항을 심하게 하는 특성을 보임. 환아가 중학교에 입학할 때 진로를 체육으로 정하면서 집을 떠나 기숙사 생활을 시작했는데 새로운 생활에 적응하기 힘들어서 그 때부터 서서히 식욕이 떨어지고 식사 시 간헐적으로 구역, 구토가 나타나기 시작했다고 하며 각종 검사상 신체적인 이상은 없었다고 함. 환아가 많이 힘들어하며 진로를 바꾸고 싶어했지만 부모님은 공부에는 희망이 없다고 생각하고 계속 체육에 전념하도록 강요했는데 이 과정에서 강압적인 분위기로 인해 부모님과의 사이가 몹시 소원해짐. 이후 고등학교에 진학하면서 1년간 체중이 12 kg 감소할 정도로 식사를 못하고 운동도 더 이상 할 수 없는 지경에 이르렀지만 여전히 부모님과의 의견 차이를 좁히지 못하여 가족 간의 불화가 극심해짐.

6) 현병력

현 16세 여환으로 소음인형의 아주 마른 체형의 여환으로 3년 전 체육계로 진로를 바꾸고 기숙사 생활을 시작한 후부터 스트레스로 인해 음식을 대하면 구토, 구역으로 인해 식사를 못했다고 하며, 처음에는 본인이 식사를 거부해서 먹지 않았지만 현재는 스스로 먹으려 해도 상기 증상이 나타나서 식사를 못한다고 함. 고등학교에 들어간 후 1년간 12 kg의 체중감소로 늘 어지럽고 기운이 없는 상태였으며, 내원 한 달 전부터 증상이 더 심해졌고, 내원 일주일 전부터 등교를 거부하여 XX병원 신경정신과 내원하여 식사장애 의심 진단받고 일주일간 투약 중 한방치료 원하여 본원 입원함.

7) 초진소견

(1) 望診 : 全身蒼白, 顔面陰黃色, 舌淡, 舌苔白, 口脣乾燥.
(2) 聞診 : 목소리에 기운이 없음.
(3) 問診 : 전신 무력감, 추위를 많이 타며 우울하고 짜증이 많이 난다고 함.
(4) 切診 : 臍下動悸가 심함, 腹壁緊張되 脈微細.
(5) 혈액검사, 소변검사, 흉부엑스레이, 심전도 검사상 별무 이상.

8) 진단 및 변증

신경성 식욕부진증 / 脾胃虛寒, 心血虛

9) 치료

(1) 한약치료

加減蔘蘇飮(蔘蘇飮 去 人蔘 加 橘核, 甘松香, 預知子, 龍眼肉, 蓮子肉, 旱蓮草, 川楝子 등)으로 消食, 開竅, 去痰, 解鬱시킴. 하루 세 번 입원기간동안 동일한 처방 사용하였으며 외래 통원 치료 기간 동안 증상의 변화에 따라 약재를 加減함.

(2) 침치료

小腸, 脾胃기능 정상화 및 安神, 解鬱 등을 위하여 양측 八邪穴 및 足厥陰肝經, 足少陽膽經, 手少陰心經 등의 경혈에 1일 2회 시침하였으며, 통원치료 기간 동안은 1일 1회 시침함.

(3) 한방정신요법

초기 입원시부터 환아가 적극적으로 치료에 임하여 식사일기를 성실하게 작성하고 의료진과의 상담도 즐겁게 임함. 환아 스스로 어머니와의 대화를 원했으며 의료진과 함께 입원 기간 동안 총 5회 상담을 시행함. 처음에는 어머니와 의견 차이가 커서 가족 상담에 어려움이 있었으나 퇴원 즈음에는 어느 정도 가족 간의 마음이 전달되고 서로 이해를 하고 있었음. 통원 치료 시에도 환아 스스로 몸 상태에 대해서 점검하고 있었으며 본인이 원하는 바를 성취하기 위해 노력하는 모습을 보여 지속적인 지지요법을 사용함.

10) 치료경과

병원 입원 직후 식사가 급격하게 안정되고 오히려 식욕이 항진되는 증상이 나타남. 입원 3일째까지는 구역감이 지속되었으나 이후로는 증상이 사라지고 식사일기도 착실하게 작성하며 먹은 음식에 대한 제거행동 나타나지 않음. 입원 일주일째 되던 날 환자 스스로 어머니와의 대화 중재를 요청하여 입원 10일째 되던 날 가족 상담을 하였으나 서로의 의견차이만 확실해질 뿐 대화가 전혀 이루어지지 않고 감정만 격앙됨. 그 후 지속적으로 상담을 실시하여 어머니와의 대화가 조금씩 진전이 되었고 퇴원 후 일단 학교를 다니면서 진로에 대해서 더 자세히 생각해보자고 함. 33일간 입원 치료 후 퇴원시에는 체중이 3 kg 증가하였고 현훈, 기력저하 등의 증세 호전됨.

그 후 7개월간 통원치료를 실시하였고 식사에 더 이상 문제가 나타나지 않았음. 가족과 지속적으로 상의 후 학교를 전학가서 진로를 바꾸기로 결정하여 환자가 무척 만족해하며 학교생활을 함.

4. 증례 4

1) 환자

여자 / 16세

2) 주소

(1) 우울감
(2) 부정교합으로 턱관절 통증
(3) 등교거부

3) 발병일

본원 내원 한 달 전.

4) 정신과적 과거력

본원 입원 한 달 전에 우울감 등의 증상으로 XX대학병원 정신과 외래 내원하여 심리치료 권유 받았으나 거부함.

5) 개인력 및 가족력

편모슬하에서 환아의 어머니가 경제활동을 하며 3남매를 키웠는데 첫째인 환아가 동생들을 돌봄. 어머니의 경제활동으로 인해 아이들은 보살핌을 거의 받지 못하고 인스턴트 위주의 식사를 불규칙하게 해왔으며, 아이들에게 일어난 세세한 일들을 어머니가 정확히 파악하고 있지 못함. 환아는 유아 때부터 나타난 부정교합으로 인한 외모문제로 인해 의기소침하며 내성적인 성격을 가짐.

6) 현병력

현 16세 마른 체형의 소음인형 여환으로 유아기부터 턱관절의 부정교합이 심했는데 2년 전 치아 교정 시작한 이후로 턱이 우측으로 더 편향되는 증상으로 스트레스를 심하게 받고 대인관계에 자신감이 없어졌다고 하며 내원 한 달 전부터 극심한 우울감을 호소하며 등교거부 하던 중 본원 내원하여 입원함.

7) 초진소견

(1) 望診 : 하악 우측 편위, 全身皮膚乾燥, 舌淡, 舌苔白, 口脣乾燥.
(2) 聞診 : 音聲氐微
(3) 問診 : 우울감 호소, 手足冷.
(4) 切診 : 腹壁無力, 脈緊弦.
(5) 혈액검사, 소변검사, 흉부엑스레이, 심전도 검사상 별무 이상.

8) 진단 및 변증

주요 우울장애 / 小腸氣滯, 心血虛

9) 치료

(1) 한약치료

加減蓼蘇飮(蓼蘇飮 去 人蔘 加 橘核, 甘松香, 預知子, 玄胡索, 龍葵, 旱蓮草, 川楝子 등)으로 止痛, 安神, 去痰, 解鬱시킴. 하루 세 번 입원기간동안 동일한 처방 사용함.

(2) 침치료

小腸기능 정상화 및 止痛, 安神, 解鬱 등을 위하여 양측 八邪穴 및 足厥陰肝經, 足少陽膽經, 足陽明胃經 등의 경혈에 1일 2회 시침함.

(3) 한방정신요법

초기에 환아는 온순한듯 보였으나 치료에는 협조적이지 않아 상담시 대화가 거의 없는 편이었음. 어머니가 경제적인 활동을 하여 병원에 내원할 시간이 나지 않아 입원 기간동안 2회 상담하였고 환아에 대해 모르고 있는 점이 많아 어려움이 많았음. 입원 중반에 제반 증상은 호전되었으나 여전히 학교생활에 대해서는 대화를 피하려고만 하여 빠른 복귀가 힘들 것으로 예상되었음. 입원 3주차까지 지속적으로 지지요법을 시행하였으며 적극적이진 않지만 학교 복귀에 대해 인정하게 되어 퇴원 후 학업생활을 시작하기로 함.

10) 치료경과

처음 입원 시 턱관절 문제를 심각하게 생각하고 대화시 눈을 마주치지 않으려고 함. 아직 성장 중에 있으며 치과치료 중이니 장기간 동안 살펴보아야 한다고 환아와 어머니께 설명드렸으나 환아는 크게 반응 없음. 각 치료 과정에는 순응하지만 적극적으로 참여하는 점도 없었고 관심을 보이지 않았으며 늘 조용하게 병실에서 생활함. 어머니가 바쁜 까닭으로 입원 치료 기간동안 2회만 상담할 수 있었고 나머지는 환아와 이루어짐. 입원 2주가 지나자 점점 적극적으로 대화하게 되었으나 아직 학교생활에 대해서는 난감해하며 학교로 돌아갈 생각을 안 함. 24일간 입원 치료 후 퇴원시 학교에 바로 나갈 것이라고 약속으로 하였으나 어머니는 환아의 말을 믿지 않음. 퇴원 후 한 번 외래로 방문하였으며 학교생활은 지속되는 상태였음.

Ⅲ. 고 찰

등교거부는 다양한 정신질환에 수반되는 증상으로 받아들여지고 있으며 DSM-Ⅳ에서는 등교

거부를 분리불안 장애의 진단 기준의 하나로 넣고 있으나 단일 질환으로 보고 있지는 않다. 기존의 진단분류 체계를 통한 접근 방식으로는 등교거부의 진단과 예후를 연결시키는 자료들이 부족하고 아직까지 적절한 치료지침이 확립되지 못한 상태이다.

Berg 등[7]은 등교 거부를 무단 결석과 다르게 보고 4가지 특징을 제시했는데, 첫째, 학교 가기 힘들어하고 자주 오랜 기간 결석하는 것, 둘째, 학교 가게 되는 상황이 오면 심한 감정적 동요를 보이며 피하려고 하는 것, 셋째, 등교 시간이 지난 후에 부모님이 아는 상황에서도 집에 남아 있으려고 하는 것, 넷째, 반사회적 행동을 보이지 않는 것이다. 또한 등교거부는 단일한 임상적인 증상으로 보기보다는 행동의 측면으로 보고 행동 장애나 정서장애로 설명되기도 한다[8].

등교 거부의 원인은 모자간의 분리 불안으로 설명하기도 하고, 학교 내에서 일어나는 상황에 대한 공포반응으로 설명한 학설도 있었으나, 최근은 환아에게 동반된 정신병리와의 관계에 대해 논의되고 있다[2]. 등교 거부의 원인은 여러 가지가 있을 수 있으나, 정신 병리적인 측면에서 보면 문제가 없는 아이에 비해 정신과 질환에 이환된 확률이 세 배 높았다[8]. 등교거부 환아들은 흔히 우울증과 불안장애를 가지고 있다고 하였는데[9], 우울증 환아는 모든 활동에 대한 흥미를 잃고 집중력이 떨어져 학교를 가지 못하게 되고, 분리불안장애 환아는 애착상대로부터의 분리에 대해 과도한 불안을 보이며 등교를 거부하게 된다고 하였다. 청소년기에 나타나는 정신과적 질환들을 이해하려면 아동기로부터 이어지는 경험과 행동 및 정서의 문제들, 청소년기의 고유한 신체적, 심리적 발달상황, 부모와의 관계, 사회문화적으로 부여되는 책임과 부담 등의 다양한 측면을 고려하여야 한다.

또한 등교 거부를 보인 환아들이 성인에 이르러서도 정신과적인 문제를 가질 확률이 높다는 보고도 있으며[10], 불안 장애나 우울증을 가진 성인의 반 이상이 어린 시절에 등교 거부를 경험한다고 한다[11].

일반적으로 환아의 연령이 증가할수록 심한 정신 병리를 가지거나 예후도 좋지 않은 것으로 보고되며[5], 또한 등교 거부의 기간이 길어질수록 치료가 힘들어지며 예후가 좋지 않다. 청소년기에 발생했거나, 만성적이거나, 심한 우울증상을 가지거나, 지적 능력이 낮을 때 좋지 않은 예후를 가지며[5], 가정 내 불화나 편부모 가정인 경우 등교거부의 확률이 높아지는 경향을 보인다고 한다[12].

등교거부는 1932년 Broadwin[3]이 처음 기술한 이후로 등교 거부의 정의와 진단 기준이 시대에 따라 변화해왔다. King 등[13]은 1995년 학령기 아동의 1~2%가 이환된다고 보고하였고, 최근에는 5%정도 이환되며 청소년기 이전에는 드물고 그 이후로 발생률이 늘어나는 경향이 있다고 보고되고 있다[14].

2005년 서울시에서 2,672명의 소아청소년(초등 1,645명, 중등 649명, 고등 378명)을 대상으로 정신질환의 유병율을 조사하였는데[15], 전체 대상 인원 중 최소 1가지 이상의 정신 질환을 가지고 있는 소아청소년의 비율이 26%를 차지했다. 그 중 등교거부의 주요한 원인으로 지목되는 불안장애, 우울증은 각각 23%와 7.4%로 나타나 간과할 수는 없는 수치임을 확인할 수 있다. 그러나 이들 문제를 가진 소아청소년 중 70% 이상이 적절한 치료를 받지 못하고 있다고 하므로[16] 의료계의 적극적인 개입이 필요한 시점이다.

등교거부를 보이는 환아의 평가를 위해서는 우선 정확한 검사를 통해 신체적 증상에 대한 기질적 원인을 파악해야 한다. 또한 이들의 발병

초기에 다른 증상은 두드러지지 않고, 이유없이 성적의 저하나 학교 부적응 증상이 나타날 수 있으므로 진단 과정에서 주의 깊게 살펴보아야 한다. 이어 정신과의사는 환아의 등교 거부 행위에 관련된 감정적, 인지적, 행동의 기능을 파악해야 하며, 선생님을 포함한 학교 관계자와의 치료적 접근을 위한 만남, 부모와의 면담, 환아와의 임상적 면담 등을 시행하게 된다. 이러한 일반적인 정보를 모은 후에 등교 거부의 성질에 초점을 맞추어 환아에게 거부감을 일으키는 환경을 알아내야 한다[2].

특히 부모 자녀간 상호 관계를 살펴보는 것이 중요하며, 부모의 양가감정, 의사소통의 유형을 파악하는 것이 중요하다[17]. 부모와의 분리 시 학교 공포증을 가지는 환아와 부모와의 관계를 살펴보면 부모도 역시 분리에 대한 불안을 가지고 있다고 하며, 특히 그 어머니들은 남편으로부터 정서적 지지를 못 받는 것으로 나타났다[17].

등교 거부는 결과를 예측할 수 있는 지표가 부족하고 어떤 치료가 어떤 유형의 환아에게 적합한지를 예측하기 어려워 치료 적용이 어렵다[2]. 등교 거부의 주요 치료목적은 가능한 한 빨리 학교에 복귀시키는 것과 이에 동반된 정신과적 문제를 해결해 주는 것이다[2]. 상담 요법에서는 행동학적, 인지적 측면 등의 다각적인 접근을 통해 회피요인을 찾아내어 불안을 줄여주고, 학교에 대한 긍정적인 강화를 심어주어 등교에 대한 동기를 부여해야 한다. 또한 학교에 돌아가서 생기는 다양한 스트레스 요인에 대해 대처하는 능력을 길러주어야 한다. 이 과정에서 가족 치료는 아주 중요한 요소인데, 등교 거부 환아의 가족 역동을 살피고 각 가정에 맞는 치료를 시행해야 한다. 이를 위해서는 부모와 일정간격으로 접촉하는 것이 필요하다[6]. 또한 Berg 등[14]은 우울 등의 증상이나 가족 붕괴가 심해 역기능이 관찰될 때에는 학교 복귀 이전에 낮병동이나 입원 치료를 권고하였다. 서양의학에서는 등교거부가 우울이나 분리 불안과 관련있을 때에 항불안제의 사용이 가능하다고는 하였으나 치료 효과를 입증하는 연구가 부족하여 권고되고 있지는 않다[11].

한의학계에서는 등교거부에 대한 연구나 보고가 전무한 실정이며, 이러한 증상에 대한 지침이나 치료방법이 확립된 것이 없어 앞으로 많은 연구가 필요한 분야이다. 저자는 4개의 증례를 통해 한방치료의 시행 및 효과를 분석하고 앞으로의 발전방향을 모색하고자 하였다.

등교거부를 주소로 하는 청소년 4례에서 공통적으로 나타난 사항은 첫째, 환아가 1개 이상의 정신과적인 질환에 이환되어 있다는 점, 둘째, 환아는 가족 내 구성원과 갈등이 있었는데 그것은 특히 어머니와의 관계에서 발생된 문제라는 것, 셋째, 환아의 아버지가 잘못된 양육방식을 가지고 있거나 아버지의 부재가 있었다는 것, 넷째, 식습관이 불규칙하여 인스턴트, 밀가루, 육류 등을 편식하고 있었다는 것이다.

상기 증례들에서 나타난 정신과적 질환은 우울장애, 불안장애, 신경성 식욕부진증 등으로 이는 등교 거부의 주요한 원인들로 지적된 정신과적 질환들이다. 우울장애는 한의학에서의 울증과 상응하는 것으로 이의 주요 병인은 情志內傷으로 七情傷이 오래되어 肝氣鬱結, 脾失建運, 痰氣鬱結, 心失所養 등을 초래하여[18] 무의욕증, 전신 소력감 등의 증상을 나타내고 이는 등교거부의 주요 원인이 된다. 불안장애는 驚悸, 怔忡과 상응되는 것으로 心膽虛怯, 心血虧損, 心氣不足 등으로 인해 불안을 느끼는 것을 억제할 수 없는 것으로[18] 등교거부 환아의 경우 불안증상으로 인해 어머니와 떨어질 수 없는 경우가 많다. 등교 거부 환아에서 나타나는 신경성 식욕부진증은 스트레스로 유발된 心身證과 유사한 것으로

情志不和로 인해 氣鬱化火, 肝火犯胃, 思慮傷脾을 초래하여[18] 嘔逆, 嘔吐, 嘈雜, 吞酸 등의 증상을 나타내는 것이다.

이와 같은 질환들에서 공통적으로 나타나는 병리현상은 정지불화로 인해 오장육부에 기능저하를 초래하여 담이 형성된다는 것이며 이는 痰氣鬱滯, 痰鬱化火하여 상기의 증상들을 유발시키고 결국 心血虛를 초래하여 증세를 악화시키게 된다. 따라서 등교거부 환아들의 치료 과정에서 化痰開竅, 利氣解鬱, 益氣建脾를 가장 중점적으로 보고 심장기능의 정상화를 목표로 하였다. 투약방은 환아의 상태에 따라서 각기 다르게 투여하였으나, 기본적으로 痰을 제거하여 安神시키고, 氣鬱化火된 열을 내리고, 氣氣鬱滯된 것으로 소통시키는 것을 주요 작용으로 삼았다. 시침은 解鬱, 小腸기능정상화, 脾胃기능정상화 등을 위해 足厥陰肝經, 足陽明胃經, 足少陽膽經 등의 경혈을 선용하였다.

부모-자녀 관계는 자녀들의 사회 심리적 적응에 영향을 미치는데 주로 부모의 돌봄 수준이 자녀들의 우울, 불안과 자아존중감에 영향을 준다고 하며, 특히 자아존중감에 있어서 가장 중요한 요소는 성장하는 아이에게 쏟는 부모의 관심과 수용의 정도라고 하였다. 또한 근래에는 자녀양육에서 아버지 개입의 필요성이 증가하고 있는데, 안정적인 애착을 형성한 아버지가 심리적 안녕감과 자아존중감, 사회성 등의 발달에 긍정적인 영향을 제공한다고 하였다[19]. 본 증례의 환아들은 경제적인 활동을 하는 편모 혹은 맞벌이로 바쁜 어머니 아래서 유아기부터 충분한 보살핌을 받지 못하고 성장했고, 아버지의 부재 혹은 강압적이고 무관심한 아버지로 인해 정서적인 지지를 받지 못하였다. 환아들은 유아기부터 어머니와의 바람직한 애착 관계를 형성하지 못하여 불안한 상태에서 유년기를 보내게 되며, 또한 가족 내 다른 식구들과의 관계도 어긋나 七情傷으로 인한 氣機鬱滯가 지속되었다. 부모-자식관계에서의 어려움은 환아에게 불안을 가진 자기(anxiety-laden self)를 형성하게 하고 여러 정신질환의 원인이 될 수 있다.

따라서 환아 및 가족을 대상으로 한 상담요법에서는 가족 내에서의 문제점 특히 어머니와 환아와의 문제 파악 및 관계 개선을 목표로 하였다. 대부분의 청소년 환아의 임상 면담은 어머니와 먼저 실시하게 되고, 청소년의 연령이 어릴수록 부모를 먼저 만나게 되는 경우가 많다. 본 증례들에서도 마찬가지로 어머니와의 면담이 선행되어 환아의 문제점을 파악하고 환아와의 상담을 실시하였다.

환아와의 면담은 입원시에는 주로 지지요법을 기반으로 한 至言高論療法이 사용되었고, 통원치료시에는 至言高論療法과 驚者平之療法을 함께 시행하였다. 대화를 통해 환아의 스트레스를 차근차근 풀어가고자 하였고, 청소년기에 있는 환아들은 본인의 마음을 비교적 솔직하고 정확하게 파악하여 상담시 특별한 어려움은 없었으나, 등교 문제에 다가가면 대부분 민감한 반응을 보였는데 시일이 지나도 쉽게 해소되지 않는 경우에는 驚者平之療法을 사용하여 학교에 가는 행동을 상상하여 차차 적응을 하도록 하였다. 어머니와의 면담은 좀 더 어렵게 진행되었는데, 환아의 증상에 대해 과도하게 죄책감을 가지거나 반대로 환아의 마음을 전혀 이해하지 않으려고 하여 설득에 어려움이 있었으며, 경제활동으로 인해 따로 시간을 내기 힘든 것이 치료에 장애가 되었다. 치료가 진행됨에 따라서 어머니 및 다른 가족 구성원들이 환아뿐만 아니라 가족이 모두 얼마간의 책임을 가지고 있으며, 함께 변화해야 한다는 사실을 인정하게 되었고, 가족 관계가 개선되는 속도가 증가할 수록 환아의 등교가 빨라

졌다.

본 증례의 환아들은 불규칙한 식생활과 인스턴트 음식을 탐닉하는 증상을 가지고 있었는데, 이들이 즐겨먹은 음식들은 영양이 불균형할 뿐만 아니라 다량의 식품첨가물 및 유해성분이 함유된 것들이 대부분이었다. 이는 小腸기능실조 및 脾胃기능실조를 야기하여 痰을 형성하고 脾胃虛寒, 小腸氣滯 등을 유발하게 된다. 이러한 상태가 오래 지속되면 心血虛가 초래되어 정신이 온전하지 못하게 되고, 또한 痰이 經絡을 막고 心竅를 혼란시켜 정신기능의 장애를 유발하게 된다. 또한 식생활과 청소년의 정서장애에 관한 연구에서는 최근 소아청소년의 정신과적 질환이 늘어난 이유로 설탕과 인산염의 과잉섭취, 식이섬유 섭취의 감소, 비타민, 미네랄 등의 미량영양소의 부족을 들었다[20]. 따라서 입원기간 동안 환아의 식습관을 대대적으로 교정하고, 어머니에게 바른 식습관의 중요성을 교육하고 주지시키는 과정을 거쳤다.

본 증례에서는 한의학계에서 보고된 바 없는 등교거부에 대해 살펴보고, 이의 현황과 앞으로의 개선 방향을 논하고자 하였다. 등교거부는 무단결석과는 달리 청소년 비행과는 관계가 없고, 정신적인 질환이 병용되는 경우가 많아 반드시 의학적인 치료가 필요한 증상이다. 그러나 등교거부는 환아의 인격적인 문제로 인한 것이라는 사회적인 편견으로 인해 환아가 신속한 도움을 받지 못하는 경우가 많고, 소아청소년기의 정신적 문제에 대한 사회적 인식이 낮아 적절한 치료를 받지 못하는 경우가 많은 실정이다. 또한 등교거부의 치료는 정신과의사, 학교 선생님, 가족 등의 참여를 필요로 하며, 증상에 대한 포괄적인 상황 파악 및 다각적인 원인 분석이 필요하다. 이러한 과정 안에서 한방정신요법을 포함한 한방치료가 유의성 있는 효과를 보였으므로 증례를 모아 보고하였다. 앞으로 추가적인 연구를 통해 등교거부의 한의학적인 진단 및 치료방법이 체계화 되어야 할 것이다. 또한 등교 거부가 환아에게 미치는 영향을 연구한다면 향후 성인기의 정신과적 문제를 예방하는 데도 기여를 할 것으로 생각된다.

Ⅳ. 결 론

본 증례에서는 등교 거부를 주소증으로 내원한 청소년 환아들의 정신적인 질환을 파악하고, 한방정신요법을 포함한 한방치료를 통하여 학교에 복귀한 예를 보고하였다. 본 증례의 환아들은 공통적으로 1개 이상의 정신과적 질환을 가지고 있었으며, 가족 내 특히 어머니와의 관계에서 어려움을 겪고 있었으며, 잘못된 식습관으로 인해 유발된 정서적인 문제가 의심되었다. 따라서 개개인의 상황에 맞는 한방치료를 시행하였으며 비교적 빠른 시일 내에 증상이 호전되어 등교할 수 있었다.

등교거부는 다양한 원인을 가지고 있으며, 등교거부의 기간이 늘어날 수록 학교 생활이 점점 힘들어지므로 신속하게 대처해야 할 증상이다. 따라서 유사한 증상을 호소하는 환아들이 내원할 경우 등교 거부의 원인을 조속히 파악하고, 증상을 유지시키는 변수들을 찾아내어 적합한 치료를 시행해야 한다.

현재 한의학계에서는 등교거부에 관한 연구가 부족한 실정이므로 앞으로 더 많은 관련 보고가 이루어져야 할 것이며, 나아가 등교거부가 미치는 개인적, 사회적인 영향을 연구한다면 한방정신과의 영역이 더 넓어질 수 있을 것으로 사료된다.

참고문헌

1. 교육과학기술부. 교육통계연보(2009). 서울:교육과학기술부. 2009:367-80.
2. 강원섭, 반건호. School refusal : behavioral or psychopathologic?. 대한의사협회지. 2005; 21(1):20-30.
3. Broadwin IT. A contribution to the study of truancy. J Am Orthopsychiatry. 1932;2:253-9.
4. Hersov L. Persistentnon-attendance at school. J Child Psychol Psychiat. 1960;1:130-6.
5. Atkinson L, Quarrington B, Cyr JJ. School refusal : the heterogeneity of a concept. J Am Orthopsychiatry. 1985;55:83-101.
6. Berg I. School avoidance, school phobia, and truancy. In:Child and adolescent psychiatry. 2th ed. Baltimore:Williams & Wilins. 1996: 1104-10.
7. Berg I, Nichols K, Pitchard C. School phobia-its classification and relationship to dependency. J Child Psychopsychiatry. 1969;10:123-41.
8. Egger HL, Costello EJ, Angold A. School refusal and psychiatric disorders : a communicative study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003;42:797-807.
9. Bernstein GA, Hektner JM, Borchardt CM, McMillan MH. Treatment of school refusal : one-year follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40:206-13.
10. Bernstein GA, Massie ED, Thuras PD, Perwien AR, Borchardt CM, Crosby RD. Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997; 36:661-8.
11. Elliott JG. Practitioner review : school refusal : issues of conceptualization, assessment, and treatment. J Child Psychiatry. 1999;40: 1001-12.
12. Bernstein GA, Garfinkel BD, Borchardt CM. Comparative studies of pharmacotherapy for school refusal. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990;29:773-81.
13. King NJ, Bernstein GA. School refusal in children and adolescents : a review of the past 10 years. J Am Acad Child adolesc Psychiatry. 2001;40:197-205.
14. Berg I. Absence from school and mental health. Br J Psychiatry. 1992;161:154-66.
15. 안동현, 유한익. 학생정신건강검진 : 학생건강검진 개선안보고서. 서울:보건복지가족부. 2009.
16. 안동현, 김윤영, 장혜진, 강화연. 2003년도 전국정신보건센터 아동청소년정신보건사업-연구조사. 서울:한양대학교 정신건강연구소. 2003.
17. Eisenberg L. School phobia : a study in the communication of anxiety. Am J Psychiatry. 1957;114:712-8.
18. 전국한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신과학. 파주:집문당. 2007:227-34, 256-60, 532-4.
19. Mack JE. Self-esteem and its development. New york:international university press. 1983: 1-42.
20. Hiroshi Oosawa. SHOKUGENSEI SHOKOGUN. Tokyo:Brain Shuppan Co. 1986:24-7.