

## 소아-청소년기 불안 장애

서울대학교 의과대학 정신과학교실(소아-청소년 정신과)

김 봉 년

### 서 론

소아-청소년기에 발생하는 불안장애는 몇 가지 특성에서 성인기에 발생하는 불안장애와 구분점을 가진다. 첫째, 특정시기에 불안문제를 가지는 아동의 대부분이 성인으로 성장하는 동안 불안문제가 사라지는 경우가 많다는 점이다. 불안장애에 대한 유병률 연구에서도 초등학교-중학생-고등학생으로 갈수록 전체 불안장애의 유병률은 현저하게 낮아지는 현상을 관찰할 수 있다. 둘째, 소아불안장애 중 병적 불안으로 규정할 수 있는 경우도 정상불안의 내용을 담고 있으며, 그 내용만 가지고는 정상불안과 병적불안을 구분할 수 없다는 점이다. 질적인 차이가 아닌 양적 차이의 문제라는 점이다. 셋째, 소아의 불안장애는 불안장애의 다양한 유형들이 혼재되어 나타나는 경우가 많다는 점이다. 넷째, 치료에 있어서도 항불안제 등의 약물사용은 2차적이거나, 최후의 선택이 되는 경우가 많고, 환경조절, 부모-자녀관계 문제의 회복, 행동치료 등이 일차적인 경우가 많다.

그러므로, 아동-청소년기에 불안문제를 가지고 올 경우, 이를 반드시 병적 불안으로 보고 치료의 대상으로 삼아야 할 필요성에 대해서 좀 더 세심하게 살펴보아야 한다.

아동-청소년기는 또한 신체적으로나 정신적으로 매우 왕성한 성장-발달을 보이는 시기이기도 하다. 인지적인 면, 정서조절의 면, 사회적 기술의 측면에서도 왕성한 발달을 보이기 때문에 매우 역동적인 시기이다. 아동-청소년의 불안문제를 다룰 때 이러한 시기에 따른 발달학적 특성을 고려하는 것이 매우 중요하다. 발달학적인 관점에서 초기 6개월간은 생존관련 불안에 직면하며, 10개월부터는 타인에 대한 불안이 생기면서, 이인 불안이 정상적으로 발생하고, 18개월 이후에는 자신을 돌보아주는 일차양육자의 사랑을 잃어버릴까 두려워하는 불안과 더불어 이별불안이 주로 나타난다. 만 3세 이후에는 인지적으로 일차양육자에 대한 표상을 완전히 내면화하고, 동시에 죄책감과 같은 고차원적인 정서상태를 경험할 수 있을 정도로 성숙해진다. 프로이트는 이 시기에 부모 중 동성의 부모와 경쟁하고, 이 경쟁관계에서 심한 불안을 느낀다고 얘기하였는데, 이것이 바로 거세불안이다. 그러나 최근에는 이를 보다 넓은 범위로 이해하여, 신체손상에 대한 불안으로 일반화하여 설명하고 있다. 즉 이 시기에는 작은 신체 손상에도 몹시 불안해할 수 있는 시기라는 것이다. 학령기 전기인 5세에서 7세 사이부터는 내면화된 양심의 거울이 말을 하는 시기이다. 이에 따라, 자신의 양심에 비추어 잘못된 것이 없었는가 하는 초자아 불안이 나타나게 되는데, 이것이 잘 해결되지 않으면, 자아감 손상이나, 우울감으로 발전한다고 되어있다.

만 7세 이후 학교에 들어감에 따라서, 인지능력, 사회적 기술 등에 대한 환경적 요구가 크게 늘어난다. 이는 필연적으로 수행불안을 가져와, 자신이 제대로 기능할 수 있는가에 대한 불안이 생기게 된

책임저자 : 김봉년, 서울시 종로구 연건동 28  
 서울대학교 의과대학 정신과학교실(소아-청소년 정신과)  
 우편번호: 110-744  
 Tel: +82-2-2072-3647, Fax: +82-2-747-5774  
 E-mail: kbn1@snu.ac.kr

다. 또한 이때부터는 또래 경쟁이 본격화되는 시기로, 또래사이에서의 우정도 배우지만, 동시에 또래에 비해 자신이 뒤처지지 않을까하는 두려움과 불안이 자연스럽게 증폭되는 시기이기도 하다.

이와 같이 아동기에는 생존의 문제부터 사랑하는 대상을 잃어버릴까 두려워하는 부분의 외전 상황에 대한 불안-공포로부터 점차적으로 양심의 문제와 사회적 인정에 대한 스트레스와 같은 내면화된 개념적-인지적 불안으로 옮겨가게 된다.

또한 아동기 시기는 아동을 보살피는 부모-어른 관계에서 심각한 스트레스인 외상과 학대를 받을 수 있는 시기이다. 학대의 개념은 그 아동이 속한 특정 사회가 어떤 양육/훈육 방식을 올바른 것으로 보느냐에 따라 큰 차이를 보인다. 예를 들면, 아프가니스탄 탈레반의 회교 원리주의자들은 여아들에게는 교육의 모든 기회를 박탈하였는데, 그 시기 아프가니스탄에서 이러한 훈육 방식은 사회적 가치와 종교적 원칙에 부응하는 올바른 것이었다. 하지만, 보편적 기준, 국제사회의 기준으로 볼 때 그것은 명백한 방임이요 학대였다고 할 수 있다.

학대와 방임에 대한 정의를 위해서 의학적 관점, 사회학적인 관점, 법적인 관점, 생태학적인 관점 등 다양한 접근법으로 이해하고 있는데, 결국 아동학대란 아동을 둘러싼 부모, 환경의 삼자간 상호작용에 의해 나타나는 산물로, 아동의 발달과정에 부정적인 영향을 미치는 외상(trauma)이며, 아동의 발달 단계에 따라 다양한 정신병리적 현상을 일으킬 수 있는 사건이라는 발달학적-생태학적-통합적 관점이 가장 포괄적인 개념정의라고 생각된다.

신체적인 학대는 18세 미만의 소아-청소년이 자신의 안녕을 책임진 성인으로부터 신체적으로 상처를 입거나 아동의 건강이 손상되고 위협 받는 것을 말하는 것으로 사고에 의하지 않은 경우이고, 대부분 합리적이지 않은 지나치고 잔인한 처벌에 의한 것이다. 여기에는 화상, 물기, 자르기, 비틀기 등이 포함된다. 정서적 학대는 대개 신체학대, 성학대에 수반되어 나타나는 경우가 많고, 지속적인 언어폭력, 예측할 수 없고 고통을 주는 반응, 지속적인 부정적 감정반응, 이중구속적 의사소통 등 아동의 정서적 불안정을 초래할 수 있는 일련의 행위를 지칭한다. 학대가 “주어서는 안될 고통을 주는 적극적인 행위”라면, 방임은 “마땅히 주어야할 것을 주지 않

면서 고통을 주는 소극적 행위”라고 할 수 있다. 신체적 방임은 아동의 신체적 건강유지를 위해서 마땅히 제공받아야할 여러 가지 요소들(음식, 휴식처, 의학적 접근)을 주지 않는 행위를 말하는 것이고, 정서적 방임은 아동의 정서적 욕구에 반응을 하지 않고, 적절한 지지를 하지 않는 상태를 말하는 것이며, 교육적 방임은 지속적 무단결석 허용, 특수교육적 필요에 대한 무관심 등과 같이 교육적 혜택을 누리지 못하도록 하는 행위이다.

## 본 론

아이들은 부모로부터의 분리, 학교 시험, 새로운 것을 직면하는 것 등의 환경적 변화에서 불안해한다. 발달시기에 경험하는 적절한 불안은 정상적인 것이다. 학령전기 아이들이 어둠이나, 거미 같은 것들을 두려워하는 것은 매우 흔할 수 있으나, 이러한 공포는 오랫동안 지속되지 않는 경우가 대부분이고, 정상적인 범위에서 경험하는 경우가 많다. 그러나 과도한 불안을 가진 아이들은 일상생활(학업, 또래관계 등)이나 건강한 자아발달에 부정적인 영향을 줄 만큼 지속적이며, 심한 불안을 경험한다. 이러한 불안에 대한 정확한 원인이 밝혀지지 않았으나 외적 스트레스와 내적 기질적 요인의 결합으로 발생하는 것으로 연구되고 있다. 불안 장애의 원인적 요소로는, • 다른 사람으로부터 불안한 행동들을 배우는 것, • 민감하고, 부끄러워하는 경향, • 불안 장애의 가족력, • 선천적인 아이의 기질 등이 있다. 불안한 소아는 다음과 같은 특징적인 양상을 보이며, 이런 모습을 보일 때는 스트레스와 불안장애를 생각해 보아야 한다. • 자신 또는 부모님의 안전에 대한 지속되는 공포, • 등교 거부, • 잦은 위통과 다른 신체적 증상들을 호소, • 부모와 떨어질 경우 공포 상태를 경험하거나, 짜증이 생길 때, • 낯선 사람들과 이야기 하거나 만나는 것을 힘들어 함, • 일어나지 않은 일에 대하여 과도하게 걱정, • 새로운 것을 시도하기 위해 많은 주변의 지지가 필요할 때, • 청결, 손씻기에 열중, • 편안하게 수면을 취하는 것에 어려움 등이다. 또한 언어적인 표현 능력에 제한이 많은 아동기에는 불안의 결과로 다양한 신체적 증상들을 호소할 수 있는데, 예를 들면 • 좌불안석, • 땀이 많이 나고, 손발

이 차고 끈적끈적한 것, • 가슴 두근거림, • 근긴장감과 두통, • 수면 장애, • 신체적 원인이 없는 통증과 아픔 등이다.

이런 불안 장애는 다시 몇 가지 특성에 따라 분류될 수 있으며, 이러한 분류는 치료와 예후를 결정하는 데에 도움을 줄 수 있으므로 중요하다.

### 1. 전반적 불안 장애의 양상과 치료

생활의 거의 모든 측면과 미래에 대한 잦은 불안은 호소할 때 전반적 불안장애를 생각해야 한다. 이 경우 아동은 걱정과 불안을 조절하는 데 어려움을 겪고 있는 것이다. 다음과 같은 증상이 복합적으로 나타난다. • 학교와 스포츠 활동에 대한 과도한 걱정, • 근 긴장감, • 수면 문제, • 집중력 장애, • 짜증 등이다.

이 장애가 계속될 때에는 만성적인 긴장감으로 인해, 피로가 쉽게 오고, 성적이 떨어지고, 자주 신체적인 고통을 호소하나 검사상에서는 모두 정상으로 나온다. 치료법은 다양한 방법이 동원되어야 하는데, 부모의 과도한 불안여부를 확인하고, 부모의 불안이 아동에게 전달될 경우에는 가족치료를 해주는 것이다. 지나친 기대 설정을 통해 아동을 긴장시키지 않도록 하는 부모교육도 필수적이다. 증상이 매우 심할 때는 보조적으로 diazepam을 소량 투여한다.

### 2. 분리 불안 장애

일반적으로 아이들은 학교나 유치원에 등교하는 것을 좋아한다. 그러나 몇몇 아이들에서는 학교 유치원이 공포를 유발할 수도 있다. 부모들은 자녀들이 자주 아프다고 하고, 너무 지나치게 집에 있기를 좋아하는 것에 대해서 관심을 가져야 한다. 이 아이들은 학교를 가야 할 때에 자주 소화장애(복통)나 두통을 호소한다. 대개는 부모가 아이들과 함께 학교에 가거나, 집에 있는 것을 허락했을 때, 이러한 증상들은 마법처럼 사라지는 것이 특징이다. 극단적인 경우, 아이들은 학교 가는 것을 완전히 거부할 수도 있다. 학교 가는 것을 거절하는 아이들은 가까운 사람들의 죽음, 가족으로부터의 분리, 중요한 인생의 변화 같은 충격적인 사건들의 결과로 나타날 수 있다. 분리 불안 장애를 겪는 아이들은 다음과 같은 양상을 보인다. • 혼자 남겨질 때 떨

어지지 않으려 함, • 가족이나 친구들에게 나쁜 일이 벌어질 수 있다고 걱정, • 부모나 가족이 돌아오지 않을지도 모른다고 두려워함, • 혼자서 잠을 자거나, 침대에 가는 것을 무서워함, • 학교 가는 것을 거부하는 것 등이다.

부모관계에서 모-아간에 공생관계가 있는 경우, 부모교육과 병행한 놀이치료를 시도할 수 있다. 또한 긴장이완술, 체계적 탈감작과 같은 행동치료를 시행하여 도움을 주는 경우도 있다. 지속적으로 학교 거부가 나타날 때는 약물치료와 병행하는 경우가 많다. 이때는 항우울제 계열의 약물을 일차적으로 사용하고, 보조적으로 항불안제를 사용할 수 있다.

### 3. 강박증

대부분의 아이들은 자신만의 비밀스러운 걱정거리나, 의심 또는 기묘한 습관을 가지고 있다. 예를 들면, 6-7세의 어린 아이들은 길에서 금을 밟지 않고 걷는 것 같은 게임을 하기도 한다. 그러나 몇몇 아이는 이러한 느낌/걱정/습관에 생활이 지배당할 만큼 강하게 영향을 받는데, 이러한 아이들은 강박장애를 가지고 있지 않은지 의심을 해보아야 한다. 대부분의 아동들은 성인처럼 강박적인 사고나 행동을 자연스럽게 받아들이고, 여기에 저항하지 않는다. 피할 수 없는 느낌들을 다루기 위해, 아이들은 어떤 행동이나 생각들을 반복할 수도 있다. 예를 들면, 손씻기 등에서, 강박증을 가진 아이들은 청결에 사로잡히게 될 수 있고, 손을 몇십분 동안 반복해서 씻는다.

성인기의 강박장애는 일차적인 치료방법이 노출-반응억제법을 기초로 한 인지-행동치료이지만, 소아-청소년기에는 대부분 본인이 거의 피로움을 느끼지 않고, 치료동기가 없기 때문에 시도하기 힘들다. 일차약물로서 대개 세로토닌 재흡수차단제를 사용하며, 이 약물에 대한 치료효과는 50-75% 정도로 비교적 양호한 편이다. 이에 동반하여, 부모교육과 병행한 행동치료를 시킬 수 있다.

### 4. 공황장애

소아-청소년에서의 공황발작과 공황장애는 매우 드문 편이지만, 스트레스에 민감한 아동들은 어른들과 마찬가지로 공황 장애를 경험한다. 공황장애를 갖는 아동은 다양한 신체적 증상과 더불어 예측

할 수 없는 공포와 죽음에 대한 불안의 느낌을 반복해서 경험한다. 특징적인 증상으로는, • 빠른 맥박, • 호흡 곤란, • 발한/호한, • 몸을 땀, • 위 또는 가슴의 통증, • 어지러움 등이 심한 심리적 공포반응과 함께 동반된다. 일단 공황 발작이 끝나면, 아이는 또 다른 발작에 대하여 공포를 지속적으로 느끼고, 이러한 공포로 인해, 예를 들면 밖에 나가거나, 부모를 떠나는 등의 공황 발작을 유발 할 수 있는 행동들을 피하려고 한다. 성인의 공황장애와 마찬가지로 약물치료와 병행한 행동요법으로 치료한다.

### 5. 공포장애

공포장애는 특정한 상황이나 대상을 두려워하여 미리 예견되는 상황에서 벗어나거나 접근하지 않으려는 상태를 말한다. 가장 흔한 예는 벌레, 개 등을 무서워하는 동물공포, 높은 곳에 못가는 고소공포, 특정소리를 무서워하는 소리공포, 좁은 공간을 두려워하는 폐쇄 공포증 등이다. 그러나 성인과 비교할 때, 소아-청소년은 공포대상에 대한 호기심을 많이 동반하거나, 생리반응-인지반응-행동반응이 일치하지 않는 경우가 많다.

공포장애의 다른 유형은 좀 더 나이든 아동이나 청소년에서 흔한 사회적 상황에 대한 사회공포증이다. 남 앞에서 말하기 등 타인의 응시나 주시에 대한 심한 공포감을 갖는 경우로, 수행불안으로 이어져, 수행 능력의 심각한 손상을 가져올 수 있다. 또한 대인관계에서의 손상도 매우 흔히 나타난다. 어린 아동의 경우에는 이러한 사회공포가 선택적 합구증으로 나타나기도 하는데, 엄마-아빠 이외의 어른에게는 일체 대화를 회피하는 경우가 그 예이다.

공포장애의 치료는 일차적으로 체계적 탈감작을 사용하는 행동치료이다. 이와 병행하여, 긴장이완술, 보상기전을 이용한 토론포법을 함께 사용한다. 그러나 선택적 합구증을 포함한 사회공포증에는 선택적 세로토닌재흡수차단제와 같은 약물치료를 병행하여야 하는 경우도 많이 있다.

### 6. 외상후 스트레스 장애

외상을 심하게 받은 아동들은, 다양한 휴유증을 경험한다. 단기간에 나타나는 휴유증으로는 수면장애, 가해자와 유사한 특성(남성, 검은 옷...)에 대한

공포와 회피반응, 신체화 증상 등이 있을 수 있다. 가족내 성학대를 받은 여성 피해자중의 65%가 내향화 심리사회적 휴유증, 즉 수면 및 식이장애, 공포, 우울, 죄책감, 분노 등의 증상을 경험하는 것으로 보고되었고, 이러한 증상이 해결이 안 되고 지속될 때, 보다 심한 형태의 외상후 스트레스 장애(PTSD)로 발전될 수 있으며, 소아의 경우 어른보다 더 심각한 증상을 경험하는 것으로 알려져 있다. PTSD는 외상적인 사건에 대한 반복적이면서도 침습적인 생각이 특히 조용할 때나 잠을 자려고 할 때 나타나며, 사건을 상기시키는 작은 단서에도 사건의 기억이 분명하게 떠오르고, 그림/놀이/이야기 속에 외상의 기억이 재활성화되어 재경험되면서, 불안공포회피반응과 더불어 과각성상태에 빠지는 장애를 말하는데, 이러한 양상은 성인과 유사하다. 소아에서는 이에 더불어, 각 증상군별로 특이한 증상들이 나타나는데, 예를 들어, 재경험 증상들에는, 외상후 놀이, 외상놀이재현, 악몽, 양적으로 질적으로 현격하게 감소된 놀이양상 등이 있으며, 회피증상에는 사회적인 위축, 제한된 정감, 언어와 대소변 가리기 같은 이미 획득한 발달적 과제의 상실 등이 있을 수 있다. 또한 과각성 증상으로 야경증, 집중력감소, 과도한 경계심, 놀람 반응의 과장 등이 나타날 수 있고, 몇몇 증상들이 새롭게 나타날 수가 있는데, 그것은 새롭게 나타난 공격성, 이별불안, 대소변을 볼 때 부모와 같이 있으려는 경향, 어둠에 대한 과도한 두려움 등이다.

이러한 외상후 스트레스 장애에 대해서는 통합적인 치료가 필요한데, 부모교육, 놀이치료, 약물치료 등이 함께 시행되는 때가 가장 많다. 또한 청소년기에는 특정 외상에 대한 외상특이적 인지행동치료가 매우 효과적이다.

### 7. 불안 장애와 흔히 동반되는 다른 장애들

소아-청소년 불안장애는 여러 가지 형태의 다른 공존장애를 갖는 것이 특징이다 아래에 기술된 장애들은 그 중에서도 특히 공존 위험성이 높은 장애들로서, 불안장애 아동-청소년이 왔을 때 반드시 함께 고려해서 평가해야 할 내용들이다.

#### 1) 해리 및 히스테리(전환) 반응

소아에서 보이는 해리의 초기 증상은 과도한 환상과 백일몽이 대표적이고, 건망증, 수면시 몽유증

이 나타날 수 있다. 환상 중에는 상상속의 친구(imaginary companion)이 있을 수 있는데, 비슷한 나이 또래에 비해 과도한 경우, 또는 과거에 그런 것이 별로 없었는데, 새롭게 나타나는 경우 등이 있다. 또한 부인, 격리, 분리(splitting)의 역동기제에 의한 전환반응이 다른 아동에 비해서 많이 발견되는데, 소아기에 보이는 히스테리성 경련도 이중 하나이다.

**2) 우울장애**

아동들도 성인처럼 간간히 슬픔을 느끼고, 우울해진다. 그러나 “임상적” 우울증은 다르다. 단순한 정상적인 슬픔이라는 감정 이상의 것일 수 있다. 우울증은 질병이며, 자살, 자해, 심각한 자아감 손상 등의 장기적 후유증을 예방하기 위해, 초기 치료는 무척 중요하다. 소아기에 우울증을 유발하는 것은 스트레스요인이 중요하다. 특히, •가족의 붕괴, 지속되는 괴롭힘 등의 힘든 경험, •환경의 변화: 예를 들면, 가정 또는 학교의 변화, 부모의 이혼, 질병, 가족 내 수입의 상실, •나이가 들수록 아이들에게 영향을 미칠 수 있는 개인적 변화와 어떻게 친구들이 그들을 바라보는 지를 더 알게 되는 것, 이는 낮은 자존감이나, 실패감을 느끼게 할 수 있음, •스트레스를 받거나 우울한 부모들이 아동기 우울증 발병에 영향을 미칠 수 있는 요인으로 알려져 있다. 그러나 전혀 이유를 알 수 없는 경우나, 실제 이유없이 반복적으로 발생하는 내인성 우울증도 있다. 아동기 우울증은 특히 가족력이 중요한 것으로 되어 있고, 스트레스 외에 아이 자신이 가지고 태어난 기질과 기분성향도 중요하다.

우울증으로 고통 받는 아동들은 그 표현양상이 어른들과는 차이가 있다. 아동들은 지속적인 우울감보다는, 변덕스러운 기분과 짜증이 대표적인 양상인 경우가 많다 또한, 스스로 감정을 언어로 표현하지 못하므로, 행동화하는 경향이 높다. 만약 다음과 같은 아동기 우울증의 징후가 지속될 경우, 반드시 우울증을 의심하고, 소아정신과 전문의의 도움을 받는 것이 좋다. •적어도 2주 이상 지속적으로 기분이 저하될 때, •집중력의 저하, •절망감-기대할 어떤 것도 남아있지 않은 것 같은 느낌, •활력의 부족과 스스로를 잘 챙기지 못함, •이유 없이 눈물을 흘림, •너무 많은 혹은 적은 수면 및 식사, •가족이나 친구들과 함께 있는 것을 좋아하지 않음, •두통이나 위통의 호소, •학교생활의 변

화-즐거이지 못하고, 학업 성취의 저하, •우울한 주제, 음악, 책들에 집중, •변덕스러워 보임, 심술을 낼 수도 있고, 때로는 부적절하게 행동, •시간을 혼동하고, 일상적인 활동들을 잊어버림 등이다.

아동기인 자녀가 위와 같은 우울증 양상을 보일 때 부모들의 역할도 중요하다. 부모가 할 수 있는 역할은 다음과 같다. 자녀의 감정을 심각하게 받아들이고, 솔직히 이야기 할 수 있도록 격려하고, 아이가 긍정적으로 생각할 수 있도록 격려하며, 사려 깊게 들어주고, 도움을 제공하고, 아이가 좋아할 수 있는 일들을 함께 하면서 시간을 보내는 것 등이다. 임상적 우울증은 대개 부모의 도움만으로는 해결되지 않으므로, 추가적인 도움(놀이치료/약물치료 등)을 받도록 하는 것이 좋다.

**3) 정신신체증상 및 신체화 장애**

불안 장애를 가진 아동의 1/3에서 신체화장애가 동반된다. 신체화 장애는 아무런 신체적 의학적 이상이 없음에도 불구하고, 다양한 형태의 신체증상을 호소하는 것이다. 가장 흔한 형태는 반복적 복통과 두통이다.

**결 론**

본고에서는 아동-청소년기의 불안의 발달학적인 측면과 성인불안장애와의 구별점, 그리고, 각각의 불안장애에 대한 소개와 치료요점을 정리하였다. 그리고 마지막으로 불안장애와 혼하게 동반되는 해리장애, 신체화장애, 우울장애에 대해 요약하였다. 대개 아동자신의 정서적-기질적 취약성과 스트레스가 결합할 때 다양한 불안장애, 신체화장애, 우울장애로 이어진다. 서두에 언급한대로, 아동기 불안장애는 발달과정에서 일시적으로 나타나는 경우가 많고, 심한 문제를 보이더라도 내적 탄성(resilience)를 가지고, 약간의 도움으로 회복되는 예도 많이 있으므로 크게 걱정할 필요가 없는 경우가 많다. 그러나 반복적이고, 심한 스트레스와 결부된 장기적인 불안장애는 뇌 발달 문제를 포함한, 장기적이고, 다양한 정신과적 후유증을 가질 수 있음도 유의해야 한다. 아동기의 불안장애는 간과되기 쉬우나, 발달적으로도 매우 취약할 수 있는 시기이므로, 세심한 평가와 도움을 필요로 하는 시기라는 점을 이해해야 할 것이다.

참 고 문 헌

- Hart J, Gunnar M, Cicchetti D: Salivary cortisol in maltreated children. *Development and Psychopathology* 1989; 7: 11-6.
- Hart J, Gunnar M, Cicchetti D: Altered neuroendocrine activity in maltreated children related to symptoms of depression. *Development and Psychopathology* 1989; 8: 201-4.
- De Bellis MD, Chrousos GP, Dorn LD, Burke L, Helmers K, Kling MA, Trickett PK, Putnam FW: Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *J Clin Endocrinol Metab* 1994; 78: 249-55.
- Carlson M, Earls F: Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 807: 419-28.
- Bremner JD: Neuroimaging of childhood trauma. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2002; 7: 104-12.