

신체질환이 있는 소아청소년의 정신신체의학적 관리-총론

이 문 수 · 조 숙 행[†]

Psychosomatic Management of Medically Ill Children and Adolescents

Moon-Soo Lee, M.D., Sook-Haeng Joe, M.D.[†]

국문초록

소아청소년에서의 정신신체의학은 자문조정 정신의학이라고도 불리며 신체적 질환이 있는 소아청소년에서의 정신건강 서비스를 제공하는 것으로, 정신과에서는 정신사회학적 질병모델에 익숙한 반면 타과 의료진의 경우 생의학적 질병모델에 입각하여 접근하기 때문에 원활한 의사소통을 통한 타과 의료진과의 협업 체계 구축이 중요하다. 신체질환이 있는 소아청소년의 정신과적 문제에 대해서는 개별 질환에 초점을 맞추고 의학적·심리적·정신과적 인자들의 상호작용과 그 영향을 밝히는 범주적 접근법과 질병에 걸렸다는 사실로 인하여 스트레스를 경험하는 아동 자체에 대한 접근에 주안점을 두는 비범주적 접근법으로 나눌 수 있다. 이러한 신체질환이 있는 소아청소년의 치료에 그들의 발달단계에 맞는 고유한 치료기법의 적용이 필요하다. 비약물학적인 치료의 경우 경험적으로 입증된 치료(empirically supportive therapy)들을 구분하려는 시도도 이루어지고 있다.

중심 단어 : 자문조정정신의학 · 소아청소년 · 정신사회적 모델 · 생의학적 모델.

서론

소아청소년 정신신체의학(pediatric psychosomatic medicine, 이하 pediatric PM)은 소아청소년 자문조정 정신의학(pediatric consultation-liaison psychiatry)이라고도 불린다. 이는 소아청소년 정신의학의 하나의 세부분야로서, 신체적 질환이 있는 소아청소년에서 정신건강서비스를 제공하는 것이다.¹⁾ 정신신체의학적 관리나 치료적 개입이 평가와 별개로 이루어질 수 없기 때문에 평가를 시작하는 순간부터 임상가는 이미 그 환아에 대한 전반적인 관리를 시작하고 있다고 보아야 할 것이다.²⁾ 소아청소년에서의 정신신체의학적 접근은 기본적으로 소아청소년 정신과적인 이해를 바탕으로 하여, 나아가 자문조정 정신의학적인 접근을 요한다. 실제 신체적인 질환이 있는 아동의 자문조정을 주로 다루다

보면, 소아청소년 정신신체의학은 여러 과가 함께 진료를 하는 종합병원에서 특히 입원한 아동을 상대로 주로 적용된다. 입원한 환아들에서 정신신체의학적 자문이 행하여 지는 비율은 연구에 따라서, 1~14% 선에 달하는 것으로 보고되고 있다.³⁾ 소아청소년에게 효과적으로 정신신체의학적 접근을 하기 위해서는 일반적인 소아청소년의 발달, 이 연령 대의 정신병리, 심리적 및 정신과적 치료, 그리고 각기 다양한 의료 직군과의 협업을 통한 자문에 대한 지식들이 포괄적으로 필요하다.⁴⁾ 소아청소년 정신과 자문이 이루어지는 틀은 5가지 모델로 정리할 수 있고, 이 5가지 모델은 서로 공존이 가능하다.⁵⁾ 1) 응급 반응 모델(emergency response model) : 응급한 요구에 맞추어서 행하여지는 서비스 2) 예기 모델(anticipatory model) : 아동에게 힘든 술기나 시술이 예정되어 있을 때 사전에 평가하여 그들이 이를 잘 받을 수 있도록 제공되는 서비스 3) 환자 발견 모델(case finding model) : 정신과적 증세로 도움을 받을 수 있는 아동과 가족들을 조기에 발견하여 치료를 제공하는 서비스 4) 교육과 훈련 모델(education and training model) : 회의와 토론을 통하여 타과에 자문을 제공하는 서비스 5)

고려대학교 의과대학 구로병원 신경정신과학교실
Department of Psychiatry, College of Medicine, Korea University,
Guro Hospital, Seoul, Korea

[†]Corresponding author

지속적인 협업 모델(the continuity and collaborative care model) : 지속적이고 동시에 타과 및 정신과적 치료가 이루어지는 서비스.

정신신체자문을 담당하는 의사는 다양한 공존 신체 질환이 있는 환자들에서의 정신과적 질환의 진단과 치료를 담당하게 된다. 따라서, “모든 연령대의 환자”와 “각기 특수한 치료 환경하에 있는 환자”를 다룰 수 있어야 하기 때문에 일반적인 성인 정신신체자문과 더불어 소아청소년 정신신체의학 분야에 대한 추가적인 훈련 과정이 필요하다.⁶⁾ 본고에서는 소아청소년 자문조정을 담당하게 되는 의사들이 실제 임상에서 부딪히는 문제들과 그에 대한 기본적인 접근법들을 소개하려고 한다.

본 론

1. 소아청소년 정신신체의학의 특성

소아청소년과 성인의 자문조정정신의학에 공통적으로 고려되는 일반적인 사항들을 먼저 설명하고, 소아청소년들을 대상으로 하는 자문조정의 경우에만 적용되는 별도의 고려사항을 논의할 것이다.

1) 일반적인 정신신체의학적 측면에서의 특성

성인에도 해당이 되는 일반적인 자문조정정신의학의 기본적인 전제는 취약한 대상에 대한 조기 진단과 치료적 개입을 통해서, 사전에 문제를 최소화 한다는 예방적인 태도를 갖는 것이다.²⁾ 신체질환을 가진 각 환아들은 동시에 그 질환으로 인해 심리적인 영향을 받게 된다. 예를 들어 소아과에 입원한 아동들에서 많은 심리적 문제점들이 보고되고 있다.⁷⁾ 오늘날에 들어서서 당뇨와 같은 만성적이고 장기간 치료가 필요한 질환들의 중요성이 커지면서 이러한 질환에 의한 심리적 영향의 중요성도 점차 더욱 부각되고 있다. 또한, 정서적인 문제들은 흔히 소아청소년의 신체질환 유발에 상당한 역할을 하고, 신체질환의 적절한 치료를 어렵게 만들 수 있다.

2) 소아청소년에 고유한 특성

소아청소년들의 경우 이들을 둘러싸고 있는 생물학적, 심리적, 사회적 및 발달적 변수들이 포괄적으로 고려되어야 한다. 성인에서도 환경적인 요인들이 중요하나 소아청소년의 경우 이들에게 영향을 미치는 가족 및 보호자나 또래들과의 관계가 더욱 중요하다. 따라서 이러한 변수들을 통합적으로 설명하기 위한 생물정신사회학적 접근이 유용하다. 이 중 Bronfenbrenner의 모델⁸⁾을 Kazak 등⁹⁾이 수정하여 만든 신체질환이 있는 아동의 사회-생태학적 질병 모델이 대표적이다(Fig. 1). 전체 중앙에는 환아가 위치하고, 이 환

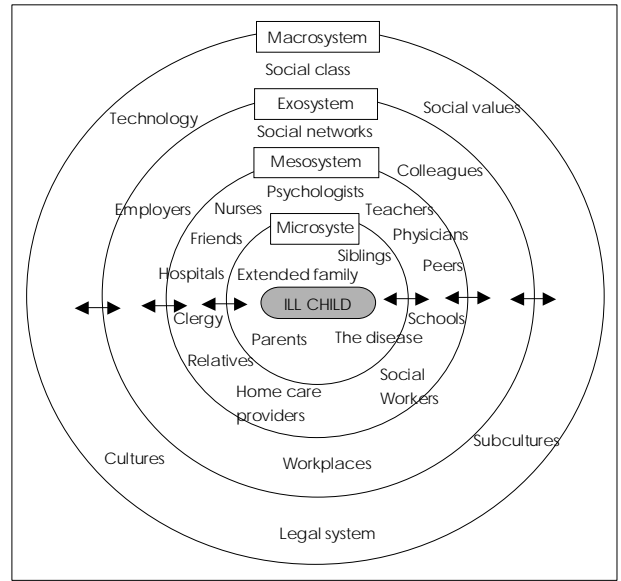


Fig. 1. A social-ecological model of children with pediatric illness.⁹⁾

아를 중심으로 개인의 내적 요소에서 더 큰 외적인 요소에 이르기까지 여러 다층적인 주변 환경들이 겹겹이 싸고 있다. 이 주변환경은 점차 확장되어서 사회, 문화, 의기술과 같은 거대한 외부의 거시체계(macrosystem)까지 포함된다. 여기에서 중요한 점은 환자의 기능상태와 적응에 영향을 미치는 다층구조의 인자들이 서로 영향을 주고 받는다는 것이다.¹⁰⁾ 이렇게 양방향으로 서로 영향을 주고 받는다는 것은 임상적으로 중요하다. 또한, 신체질환이 있는 소아 환자의 가족들에게도 동시에 정신사회적인 문제들이 커질 가능성이 증가하게 된다. 일부 연구에 따르면, 아픈 아동의 가족에서 정신사회적인 문제들이 증가하였고,¹¹⁾ 아동의 구토나 복통과 같은 증상은 가족 사이에 발생한 갈등의 표현으로 일어날 수도 있다.¹²⁾ 환아에 쏠리는 관심으로 인하여 상대적으로 소외를 받는 형제자매들의 정신건강도 다루어져야 한다. 이런 측면에서 만성 질환을 진단받은 아동의 건강한 형제들의 행동, 사회성 및 학습 기능에서 장애가 보고된 바 있다.²⁾ 또한 병원 입원에 대해 환아는 가족이나 또래친구들과 떨어져 혼자 지내야 하는 상황으로 인한 두려움과 통증을 수반하는 시술들이 행해질 수 있다는 불안감을 느끼게 된다. 이 때 환아 뿐만 아니라 전체 가족들도 질병과 입원에 관련된 두려움과 불확실함에 부딪히게 된다.

물론 성인도 항상 변화를 보이기 는 하지만, 현재 계속적으로 성장을 하고 있는 단계에 있는 아동이 역동성과 변화의 폭에서 더 크다고 할 수 있다. 각각의 발달 단계는 그 단계에 필요한 과업, 대처 기전과 연령에 맞는 행동 패턴들을 갖는다.¹³⁾ 따라서, 아동의 연령에 따른 인지과 정서의 발달이 감안되어야 한다.²⁾

치료진은 환자의 퇴행 문제, 가족들의 불안을 경험하게

되는데, 이러한 정서 문제를 다루는 훈련을 받지 않았을 경우에는 과도한 개입을 하거나 반대로 지나치게 정서적인 거리를 두는 등 부적절한 태도를 취할 수 있다.

소아청소년을 평가하고 치료를 할 때에는 성인 환자에 대한 접근과 구분되는 기법들(가족 치료, 상담, 그룹 치료, 최면, 자기 암시, 개별적인 정신치료, 놀이 치료 등)이 동원되는데, 환자의 신체질환 상태에 따라 이러한 기법들의 사용이 어려워지는 경우도 생긴다. 또한, 입원 환경은 외래 환경과 상당히 차이가 있고, 입원기간도 제한되어 있어 이러한 치료 기법들을 적용할 때 많은 어려움이 있을 수 있다.²⁾

2. 소아청소년 정신의학의 적용에서의 어려움

1) 정신과 의사 내부에서의 어려움들

정신과 의사가 소아청소년 정신과 자문을 할 때 어려움을 겪을 수 있다. 많은 소아청소년 정신과 의사들이 외래 환경 위주로 진료를 하면서, 상대적으로 입원 병실이 있는 종합병원에서 소아과 의사들과 함께 근무할 기회가 적다.¹⁴⁾ 특히 복잡한 신체적 질환이 있는 아동들을 대할 때에는 이러한 점이 두드러진다. 생의학적 모델(biomedical model)보다 정신사회적 치료 모델(psychosocial model)에 익숙한 일반적인 소아청소년정신과 의사는 고도로 분화되어서 친숙하지 않은 새로운 치료방법들의 등장과 빠른 약물학적인 발전으로 인해 복잡하고 집중적인 내과적 질환을 가진 환아들을 다룰 때 불편함을 느끼게 된다. 별도의 소아청소년 정신과 의사가 없는 상황에서는 일반적인 정신신체의학을 전공한 정신과 의사라도 타과에서 아동의 정신과적인 문제에 대해 자문의뢰를 하는 경우 어려움을 겪을 수 있다.⁶⁾

2) 타과 치료 진들과의 어려움

의료진이 겪는 어려움에는 정신과 내부에서만 아니라 정신과와 타과 의료진 간에 일어날 수 있는 문제도 있다. 아동청소년 환아들의 진료를 주로 맡는 소아청소년과와의 경우에도 이론적 배경, 훈련, 문화 등이 정신과와는 달라 일어날 수 있는 어려움이 있을 수 있다. 임상적인 측면에서 정신과적 치료는 통합적인 생물정신사회적 모델(biopsychosocial model)을 따라가게 되는 반면에 소아청소년과의 경우에는 철저하게 생의학적 모델(biomedical model) 쪽에 집중하는 의학적 질병관을 갖게 된다.¹⁰⁾ 이렇게 임상적 기본틀이 다른 소아청소년과와 정신과가 자문조정이라는 접점에서 맞부딪히게 되면 적절한 사전조율과 의사교환이 이루어지지 않는 경우에는 여러 가지 다양한 문제가 생기게 된다. 소아과 의료진은 정신과에 자문을 내기는 하였으나 시간이 많이 걸리고, 단시간 내에 결과가 나지 않는 것에 대해서 불만을 가질 수 있다. 반대로 정신과의 입장에서 환아나 부모에게 정신과 진료의 필요성에 대한

사전 고지가 충분히 되지 않은 상태에서 만나게 되는 경우도 있으며, 환아-의료진 간의 사적인 대화 내용의 비밀보장을 통한 비밀유지(confidentiality)가 이루어지지 못하는 경우가 있을 수 있어 진료에 불편함 및 어려움을 느끼기가 쉽다. 소아청소년과와 정신과에서는 문제 해결에서의 진행 속도가 다른 것은 환아에 대한 접근이나 문제 해결 방식의 근본적인 차이로부터 기인한다는 점을 인식하는 것이 필요하다.¹⁵⁾ 또한 환아와 가족에 대한 인상 및 불안, 정서적 문제의 정도에 대해서도 각 의료진 간에 인식에 차이가 있을 수 있으므로 타과 의사와의 상호교류를 늘려서 이해를 증진시키는 것이 중요하다. 따라서 대안으로 자문의뢰과(주로 소아청소년과) 치료진과의 모임을 정기적으로 갖는 것이 도움이 될 수 있다. 특히 상대방 의료진과는 꼭 구두로 의사소통을 하고 환아에 대해서 상대방 의료진이 갖고 있는 생각이 어떠한 지를 들여보아야 한다. 이와 같은 모임을 통한 구두 의사교환이 상호작용이 배제된 문서로만 이루어지는 의사소통에서 일어날 수 있는 의견 불일치 문제를 줄일 수 있다.²⁾ 의사소통이 잘 이루어지지 않을 경우, 자문을 의뢰한 소아청소년과 의사 입장에서는 소아청소년 정신과 자문이 도움이 된다는 생각을 가지기 어렵게 되고 이것은 소아청소년 정신과 자문의 유용성에 의문을 갖게 할 수도 있다. 또한 환아와 그 가족들의 정서적인 문제들을 다룰 때도 치료진 내부에서 각기 의견이 갈릴 수 있게 된다. 정신과의 특성 상 타과와 차이가 있어 문제의 해결에 시간이 더 필요할 수 있다는 점을 전달하는 것이 필요하나, 의뢰한 주치의사에게 답신을 주기까지의 시간을 줄이는 것은 일차적으로 중요하다. 자문에 대한 한 보고에 따르면, 99%가 자문의뢰가 된 다음에 24시간 이내에 환자와 접촉을 하고 의뢰를 한 의료진에게 답신을 보내는 것으로 보고되었다.¹⁶⁾

초기에 답신이 주어진 이후에도 지속적인 의견 교환을 통해서 각 치료팀 간에 서로 교육이 이루어져야 하며, 정신과 자문의는 환아 뿐만 아니라 의뢰를 하여온 타과의사에 대하여서도 교육이 필요함을 감안하여야 한다. 훈련을 통하여 취득하게 된 정신과 의사의 심리적 마음자세(psychological mindedness)를 당연히 타과 의사도 갖고 있을 것이라고 간주하여버리고 타과의사에 대한 교육을 간과할 수 있다. 역으로 타과의 최신 지견을 얻을 기회가 적은 소아청소년 정신과 의사도 환아가 가지고 있는 의학적 질환에 대한 지식이 필요하고, 이러한 부분들을 얻기에는 구두로 이루어지는 의사교환이 가장 효율적이다.

의무기록을 할 때, 타과의 의료진에게는 가급적 심리학적인 용어를 사용하기 보다는 구체적이고 간결하게 설명을 하는 것이 좋다. 기존 국내의 연구에서도 타과 의사가 자문을 의뢰하지 않는 이유로 자문의 결과가 애매모호하고 비현실

적이며 실제 환자 처리에 도움이 안 된다고 하며 자문의 유용성에 회의를 표시하였다는 점을 제시한 바가 있어서,¹⁷⁾ 타과 의사가 받아들이기 쉽게 자문 결과를 회신하여 주는 것은 중요하다.

3. 소아청소년 자문조정이 의뢰되어지는 문제들과 실제 제공되는 의료 서비스 현황

소아청소년과 병동에서 담당의에 의하여 정신과 자문이 의뢰되는 아동들의 경우 그렇지 않은 경우에 비하여 더 많은 내현화(internalizing) 및 외현화(externalizing) 문제들을 갖고 있을 수 있다.¹⁸⁾ 어떠한 문제점들에 대하여 자문의뢰가 이루어지는 지에 대한 기존의 국내 연구를 보면 환자의 증상이 기질적인지, 정신적인지에 대한 평가의뢰가 가장 많았으며, 현재의 신체질병 이외의 환자의 전반적 발달 지연, 학습장애, 성격행동문제, 환아가 치료에 비협조적이어서 다루기 힘든 경우의 순이었다.¹⁹⁾ 최근에 국내에서 있었던 다른 연구에서는 환아가 정신과에 의뢰되는 주된 이유들이 정신과적 평가(31.1%), 우울(11.6%), 그리고 불안(11.3%)으로 보고되었다.²⁰⁾ 근래 들어서는 점차 만성적인 질환을 갖고 있는 아동들의 생존율이 올라가면서 이러한 아동들에 대한 정신과적 접근법의 필요성이 더 커지고 있다.²¹⁾

그러나, 타과 의사들의 경우 정신과 문제가 있는데도 이를 인식하지 못하거나, 인식한 경우에서도 정신과 자문의 필요가 없다고 생각하거나, 자문을 해 보아야겠다는 데까지 생각이 미친 소수에서도 다시 여러 가지 요인으로 인해 소극적인 태도를 갖게 되기 쉽다.¹⁷⁾ 따라서, 적절한 자문을 의뢰하도록 하기 위하여서는 타과 의사에 대한 교육이 필요

하다. 외국의 경우에서 자문이 주로 의뢰되는 경우를 Table 1에 제시하였고, 소아청소년 정신과에서 자문을 통하여 타과에 대하여 제공되는 실제 서비스들의 종류들에 대해서 외국에서 조사하여 보고한 바를 Table 2에 제공빈도와 함께 제시하였다.¹⁶⁾ 정신과적 약물 치료, 소아청소년정신과 외래로의 환자 의뢰, 정신과 병동으로의 전원 등이 92%로 가장 많이 제공되는 서비스로 답변되고 있다. 대조적으로 그룹치료는 이러한 서비스를 제공하는 곳이 9%에 불과할 정도로 적은데, 수시로 입퇴원이 잦은 입원환경의 영향이 있을 것으로 생각된다.

4. 소아청소년 정신과 자문조정 정신의학의 2가지 접근법

1) 질병-지향적(Disease-oriented)인 범주적(Categorical) 접근법

각각의 신체 질환에서 의학적, 심리적, 그리고 정신과적 인자들이 어떻게 상호작용하여 영향을 미치는가를 밝히기 위한 광범위한 연구가 행해져 왔다. 이러한 상호작용이 두드러지는 대표적인 만성 질환에는 천식, 당뇨, 암 등의 질환이 있고 기타 HIV 감염, 장기 이식, 간질, 만성 피로 증후군 등이 있다.

신체 질환마다 각기 다른 정신과적 질환들과 연관되는 경향이 있다는 보고들이 있다.천식 환자의 경우 정도가 심할 경우에 불안 장애와 연관성이 높으나 상대적으로는 정동장애와는 연관이 되지 않았다고 보고되었다.²²⁾ 아동의 정신 건강상태는 천식으로 인한 이환률과 관련이 높아서, 유의한 행동상의 문제가 있는 아동들은 추적 치료 기간 동안에 쌽쌽거림(wheezing)을 보이는 날 수가 유의하게 더 많았으며 더 빈약한 기능 상태를 보였다.²³⁾

Table 1. Frequency of major referral questions¹⁶⁾

Variable	Frequency (%)			
	High	Medium	Low	
Adjustment to illness	Depression	67	30	2
	Anxiety	60	36	4
	Posttraumatic stress disorder	17	61	22
Parental adjustment to illness	21	50	30	
Differential diagnosis of somatoform disorder	29	62	9	
Request for medication-evaluation on patient	36	56	9	
Request for medication-evaluation on parent	0	23	77	
Nonadherence with treatment	20	77	4	
Delirium	9	27	64	
Disruptive behavior	21	57	23	
Suicide assessment	65	23	12	
Pain management	21	37	42	
Procedural anxiety	12	46	42	
Protocol evaluation : pre-transplant assessment	10	27	63	
Request for psychology testing	3	52	21	
Disposition and referral	28	51	21	

Table 2. Services offered by programs¹⁶⁾

Service	%
Diagnostic evaluation only	89
Individual psychotherapy	83
Family therapy	66
Group therapy	9
Psychiatric medications	92
Behavioral modification	77
Hypnosis/guided imagery/relaxation	53
Preparation for painful procedures	64
Referral for outpatient treatment	92
Transfer to psychiatric facility	92
Referral to medical-psychiatry program	28
Psychological testing	32
Psychoeducation	
Patient	68
Parent	55
Staff	52
Liaison	89

한 연구에 따르면, 인슐린의존당뇨병 (Insulin-dependent diabetes mellitus, IDDM) 환자의 경우 정신질환의 이환률이 증가되었고, 이 중 주요 우울증과 범불안장애의 빈도가 높았으며, 특히 인슐린의존당뇨병 발병 후 첫 1년 이내에 발생률이 가장 높았다.²⁴⁾ IDDM 환자에서 당뇨와 관련된 재입원의 위험성에 대한 연구결과를 보면, IDDM 발병 시의 외현화 증상들이 많을수록, 사회경제적 상태가 낮을수록, IDDM 발병 연령이 어릴수록, 대사 조절이 잘 안될 때 상승하는 glycosylated hemoglobin의 수치가 높을수록 유의하게 초기 재입원 위험성을 높이는데, 이중에서 외현화 증상과 대사 조절의 경우는 변화를 시킬 수 있는 부분이므로, 이 인자들의 관리를 통하여 초기 입원이 예방 가능할 것으로 예측되었다.²⁵⁾

암이 있는 환아들의 경우 각기 다양한 질환 특성과 관련하여 서로 상이한 환자 군들을 구성하게 된다. 백혈병의 경우 소아청소년에서 가장 흔하면서 많은 관심을 받는 암질환이다.¹⁵⁾ 소아기 급성 림프모구성 백혈병(acute lymphoblastic leukemia)의 생존자에서 두개내 방사선치료를 항암제 치료에 병합하여 받은 경우에, 항암제 치료만 받은 군에 비하여 유의하게 떨어지는 학습 성취도를 보이고, 자신의 신체에 대한 자아상(self-image)이 부정적이었으며, 더 큰 심리적인 스트레스를 받고 있었다고 한다.²⁶⁾ 암이 있는 환아들에서 일반 학생들 및 정신과 입원 치료를 받는 환아 대조군들과 우울정도를 children's depression index를 사용하여 비교하였을 때, 오히려 우울 정도가 다른 비교군보다 더 적은 것으로 보고되기도 하였다. 이 결과에 대해서는 암이 있는 환아들이 대처 기전으로 부정을 사용하는 가설이 제시되기도 하였다.²⁷⁾ 현재 항암치료를 받고

Table 3. Target symptom approach in pediatric consultation¹⁾

Target symptom	Medication considerations
Agitation	Atypical antipsychotic agent
	Typical antipsychotic agent
	Benzodiazepine
	Diphenhydramine (younger children)
Anxiety	Benzodiazepine
	Antidepressant
	Buspirone
	Gabapentin
Delirium	Clonidine
	Antipsychotic agent
Depression	Selective serotonin reuptake inhibitors
	Norepinephrine selective reuptake inhibitors
	Stimulant
Fatigue	Stimulant
	Selective serotonin reuptake inhibitors
	Modafinil
Insomnia	Diphenhydramine
	Benzodiazepine
	Trazodone
	Hypnotics (e.g., zolpidem or zaleplon)
	Amitriptyline
	Mirtazapine
	Tricyclic antidepressants
Pain	Norepinephrine selective reuptake inhibitors (e.g., duloxetine)
	Analgesic
	Anticonvulsant
	Atypical antipsychotic agent
Psychosis	Benzodiazepine
	Atypical antipsychotic agent
Withdrawal	Benzodiazepine
	Clonidine

있는 환아들을 정상 대조군과 비교한 결과, 또래 관계, 정서적인 안녕 상태 및 행동 문제들에서 유의한 차이가 없었다는 다른 환자-대조군 보고도 있다.²⁸⁾

2) 비범주적인 접근법

점차 소아청소년기의 만성 질환에 대한 연구의 초점이 질병의 유형에서 환아 자체로 옮겨가는 움직임이 있다. 이 접근법에서는 개별 질환에 대한 특정 인자들 때문이 아니라, 질병에 걸렸다는 사실로 인하여 스트레스를 경험하는 아동 자체에 대한 접근에 주안점을 두게 된다. 이 질병 모델에서는 정신사회적 적응을 특정 만성 질병의 결과로서가 아니라 각기 다른 질병들과 스트레스, 대응기전간의 상호작용 모델(transactional model)로 이해한다.²⁹⁾ 따라서, 같은 유형의 질병일지라도, 발병 연령, 증상의 유형과 정도, 치료 방법, 예상 생존 기간과 같은 환아와 가족들에게 주어진 다양한 스트레스들과 과업들에 따라서 기능과 심리적 적응 등에서 중요한 차이점들이 있을 수 있다.³⁰⁾

5. 약물학적 치료

소아청소년 정신과 자문의는 타과 담당의로부터 약물의 부작용 여부, 가능한 다른 정신과 약물과의 상호작용에 대한 질의 및 실제 증상에 대한 정신과적 약물치료를 의뢰 받을 수 있다. 정신약물학적 중재는 신체질환이 있는 소아환자에서 중요한 부분을 차지한다. 일반 정신과 자문의 경우 35%에서 약물처방이 주어지는 것으로 보고된 바 있다.³¹⁾ 많은 신체 증상들이 정신과적 증상들을 유발하거나 악화시키고, 어떤 신체질환의 경우 처음에는 정신과적 증상인 것처럼 나타난다. 또한 많은 신체 질환을 치료하는 데에 사용되는 약물들이 정신과적 증상들과 관련(스테로이드제가 유발하는 정신병, 기관지확장제로 인한 불안증상 등)이 되므로, 자문의는 진단 및 증상별 각 정신약물학적인 중재기법에 대해서만 아니라 다른 신체질환들을 치료하기 위한 약물들이 정신에 미치는 영향에 대해서도 알고 있어야

한다.⁴⁾ 소아청소년을 다루는 실제 임상에서는 특정 진단이 붙은 질병을 목표로 하기 보다는 다양한 임상 증상범주들에 대한 약물 처방이 필요한 경우들이 있을 수 있다. 이러한 증상 범주들에 대해서 자문의가 고려할 수 있는 처방들을 Table 3에 제시하였다.

6. 비약물학적인 치료-경험적으로 입증된 치료(Empirically supported treatments, EST)

각각의 질환들에 대해서 어떠한 심리학적 접근법이 효과가 있는지에 대해서 다양한 방법으로 연구보고가 출판되어 왔다.³²⁾ 이에 따라, 경험적으로 타당성이 있다고 입증된 비약물학적인 치료법들의 개발을 촉진하고 보급하려는 목적에서 기존의 각 연구들의 규모 및 숫자와 결과들에 비추어서 각 치료법의 성과를 판단하고 그에 따라서 경험적으로 입증된 치료로 구분하려는 시도가 있었다.³³⁾ 여러 그룹에서 이러한 시도가 있었으며, 각 그룹에서 사용한 기준들은

Table 4. Psychosocial treatments for children^{33,35)}

Problem/ disorder	Treatments efficacy			
	Well-established	Probably efficacious	Promising	Further research Needed to Determine Efficacy
ADHD	Behavioral parent training Behavior modification in classroom	Cognitive-behavior therapy		
Anxiety	None	Cognitive-behavior therapy Cognitive-behavior therapy+ Family anxiety management		
Autism	None	Contingency management		
Depression	None	Behavioral self-control therapy Cognitive-behavioral coping skills		
Enuresis	Behavior modification			
Encopresis	Behavior modification			
OCD	None	Exposure/response prevention		
Oppositional Defiant Disorder/ Conduct Disorder	Behavioral parent training Functional family therapy Multisystemic therapy Videotape modeling	Anger control training with stress inoculation Anger coping therapy Assertiveness training Cognitive-behavior therapy Delinquency prevention program Parent-child interaction therapy Problem-solving skills training Rational-emotive therapy Time out plus signal seat treatment		
Phobias	Graduated exposure Participant modeling Reinforced practice	Imaginal desensitization In vivo desensitization Live modeling Filmed modeling Cognitive-behavior therapy		
Asthma	Frontalis EMG biofeedback	Relaxation (for those with emotional triggers)	Family Therapy	
Diabetes				Psychoanalysis, Social skills Training, stress Management
Cancer- Chemotherapy Side Effects	Imagery with suggestion	Distraction with relaxation	Video Games	

Note : Anxiety=Generalized anxiety disorder, separation anxiety disorder, social phobia. OCD : obsessive compulsive disorder

일부 작은 차이점은 있으나 전반적으로 유사하다.³⁴⁾ 이에 따라서 각 치료법은 well established/probably efficacious treatment/promising intervention 등으로 구분이 된다. 경험적으로 입증된 치료들의 목록이 Table 4에 제시되어 있다.^{33,35)} 그러나, 이러한 움직임에 대하여 기존의 EST들에 대한 연구들이 문화적인 영향을 고려하지 않았기 때문에 다양한 문화권에서는 그 타당성이 떨어진다는 비판도 동시에 존재하고 있다.³⁶⁾

결 론

정신과 자체 내의 소아청소년의 자문조정 분야에 대한 보다 큰 관심이 필요하며, 정신과와 타과 사이에서 기본적으로 존재하게 되는 질병 모델의 차이에서 올 수 있는 임상적인 문제들은 원활한 의사교환을 통하여 해결될 수 있다. 또한 이러한 점을 통하여 타과 의사들의 소아청소년의 정신과 자문에 대한 긍정적인 태도와 함께 필요성을 인식하게 할 수 있다. 자문의는 각 증상에 대한 정신약물학적인 증재기법에 대해서만 아니라 다른 신체질환들을 치료하기 위한 약물들의 정신에 미치는 영향에 대해서도 알고 있어야 한다. 최근에는 비약물적인 치료법에서도 기존의 연구들을 종합하여 경험적으로 입증되는 치료들을 구분하려는 움직임이 있으나, 이러한 기법들의 분류에 대한 타당도에 대해서는 이견이 있을 수 있음을 인식하여야 한다.

REFERENCES

- (1) Shaw RJ, DeMaso DR. Clinical manual of pediatric psychosomatic medicine: American Psychiatric publishing;2006.
- (2) Ortiz P. General principles in child liaison consultation service: A literature review. Eur Child Adolesc Psychiatry 1997;6:1-6.
- (3) Shugart MA. Child psychiatry consultations to pediatric inpatients: A literature review. Gen Hosp Psychiatry 1991;13:325-336.
- (4) Bronheim HE, Fulop G, Kunkel EJ, Muskin PR, Schindler BA, Yates WR, Shaw R, Steiner H, Stern TA, Stoudemire A. The academy of psychosomatic medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. The academy of psychosomatic medicine. Psychosomatics 1998;39:S8-30.
- (5) Lewis M, King RA. Consultation-liaison in pediatrics (child and adolescent psychiatric clinics of north america). Philadelphia: Saunders;1994.
- (6) Pao M, Ballard ED, Raza H, Rosenstein DL. Pediatric psychosomatic medicine: An annotated bibliography. Psychosomatics 2007;48:195-204.
- (7) Olson RA, Holden EW, Friedman A, Faust J, Kenning M, Mason PJ. Psychological consultation in a children's hospital: An evaluation of services. J Pediatr Psychol 1988;13:479-492.
- (8) Bronfenbrenner U. The ecology of human development-experiments by nature and design. Harvard University Press;1979.

- (9) Kazak AE, Rourke MT, Crump TA. Families and other systems in pediatric psychology. In: Roberts MC, ed. Handbook of pediatric psychology. Third ed;2003. p.159-175.
- (10) Campbell JM, Cardona L. The consultation and liaison processes to pediatrics. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2007.
- (11) Palfrey JS, Walker DK, Butler JA, Singer JD. Patterns of response in families of chronically disabled children: An assessment in five metropolitan school districts. Am J Orthopsychiatry 1989;59:94-104.
- (12) Dunger DB, Pritchard J, Hensman S, Leonard JV, Lask B, Wolff OH. The investigation of atypical psychosomatic illness. A team approach to diagnosis. Clin Pediatr (Phila) 1986;25:341-344.
- (13) Greenberg LW, Rice HW. A pediatric-child-psychiatry liaison program in a community hospital. J Med Educ 1980;55:112-119.
- (14) Kim WJ. Child and adolescent psychiatry workforce: A critical shortage and national challenge. Acad Psychiatry 2003;27:277-282.
- (15) Knapp PK, Harris ES. Consultation-liaison in child psychiatry: A review of the past 10 years. Part i: Clinical findings. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37:17-25.
- (16) Shaw RJ, Wamboldt M, Bursch B, Stuber M. Practice patterns in pediatric consultation-liaison psychiatry: A national survey. Psychosomatics 2006;47:43-49.
- (17) Byoun WT, Kim JH, Je YM, Chung YI, Kim JC, Park JM. A study for advancement of psychiatric consultation-liaison activity. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1986;25:81-91.
- (18) Carter BD, Kronenberger WG, Baker J, Grimes LM, Crabtree VM, Smith C, McGraw K. Inpatient pediatric consultation-liaison: A case-controlled study. J Pediatr Psychol 2003;28:423-432.
- (19) Lee YS, Hong KE. Psychiatric consultation in a children's hospital. Korean J Child & Adol Psychiatr 1990;1:108-116.
- (20) Kim YR, Hong SD, Lee SS, Lim SH, Park JH. A clinical study of child and adolescent psychiatric consultation in a general hospital Korean J Child & Adol Psychiatr 2005;16:72-78.
- (21) Canning EH. Mental disorders in chronically ill children: Case identification and parent-child discrepancy. Psychosom Med 1994;56:104-108.
- (22) Ortega AN, Huertas SE, Canino G, Ramirez R, Rubio-Stipec M. Childhood asthma, chronic illness, and psychiatric disorders. J Nerv Ment Dis 2002;190:275-281.
- (23) Weil CM, Wade SL, Bauman LJ, Lynn H, Mitchell H, Lavigne J. The relationship between psychosocial factors and asthma morbidity in inner-city children with asthma. Pediatrics 1999; 104:1274-1280.
- (24) Kovacs M, Goldston D, Obrosky DS, Bonar LK. Psychiatric disorders in youths with iddm: Rates and risk factors. Diabetes Care 1997;20:36-44.
- (25) Charron-Prochownik D, Kovacs M, Obrosky DS, Stiffler L. Biomedical and psychosocial predictors of early rehospitalization among children with insulin-dependent diabetes mellitus: A longitudinal study. Diabet Med 1994;11:372-377.
- (26) Hill JM, Kornblith AB, Jones D, Freeman A, Holland JF, Glicksman AS, Boyett JM, Lenherr B, Brecher ML, Dubow R, Kong F, Maurer H, Holland JC. A comparative study of the

- long term psychosocial functioning of childhood acute lymphoblastic leukemia survivors treated by intrathecal methotrexate with or without cranial radiation. *Cancer* 1998;82:208-218.
- (27) Worchel FF, Nolan BF, Willson VL, Purser JS, Copeland DR, Pfefferbaum B. Assessment of depression in children with cancer. *J Pediatr Psychol* 1988;13:101-112.
- (28) Noll RB, Gartstein MA, Vannatta K, Correll J, Bukowski WM, Davies WH. Social, emotional, and behavioral functioning of children with cancer. *Pediatrics* 1999;103:71-78.
- (29) Stein RE, Jessop DJ. What diagnosis does not tell: The case for a noncategorical approach to chronic illness in childhood. *Soc Sci Med* 1989;29:769-778.
- (30) Schmidt S, Petersen C, Bullinger M. Coping with chronic disease from the perspective of children and adolescents—a conceptual framework and its implications for participation. *Child Care Health Dev* 2003;29:63-75.
- (31) Fulop G, Strain JJ. Psychiatric emergencies in the general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 1986;8:425-431.
- (32) Knapp PK, Harris ES. Consultation-liaison in child psychiatry: A review of the past 10 years. Part ii: Research on treatment approaches and outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:139-146.
- (33) Ollendick TH, King NJ. Empirically supported treatments for children and adolescents: Advances toward evidence-based practice. In: Barrett PM, Ollendick TH, eds. *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*;2003.
- (34) Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annu Rev Psychol* 2001;52:685-716.
- (35) McQuaid EL, Nassau JH. Empirically supported treatments of disease-related symptoms in pediatric psychology: Asthma, diabetes, and cancer. *J Pediatr Psychol* 1999;24:305-328.
- (36) Clay DL, Mordhorst MJ, Lehn L. Empirically supported treatments in pediatric psychology: Where is the diversity? *J Pediatr Psychol* 2002;27:325-337.

— ABSTRACT ————— *Korean J Psychosomatic Medicine* 16(1) : 17-24, 2008 —

Psychosomatic Management of Medically Ill Children and Adolescents

Moon-Soo Lee, M.D., Sook-Haeng Joe, M.D.

Department of Psychiatry, College of Medicine, Korea University, Guro Hospital, Seoul, Korea

24

P psychosomatic medicine is also known as consultation-liaison psychiatry. Pediatric consultation-liaison psychiatry is composed of all consultation, liaison, diagnostic, therapeutic support and research activities carried out by psychiatrists and other mental professionals in pediatric ward to provide mental health services to physically ill pediatric patients. As the differences in the basic concepts of disease models between psychiatry (psychosocial model) and pediatrics (biomedical model) exist, active communication between the child psychiatrist and pediatric medical staffs is required. Although the general guidelines are similar, there are specific considerations for consultation in children and adolescents. Much work is still needed to identify empirically supported treatments which are effective for managing a board range of psychosocial difficulties in children and adolescents.

KEY WORDS : Consultation-liaison psychiatry · Child · Psychosocial model · Biomedical model.
