

한국 소아청소년정신과 의사의 전문적 치료 현황

정경희¹⁾ · 안동현²⁾ · 김정유³⁾ · 김현정⁴⁾ · 방양원¹⁾

계요의료재단 계요병원 정신건강의학과,¹⁾ 한양대학교 의과대학 한양대학교병원 정신건강의학교실,²⁾
마음과 마음 정신과의원,³⁾ 한양대학교 정신건강연구소⁴⁾

A Practice Patterns of Child and Adolescent Psychiatrists in South Korea

Kyung-Hi Jung, M.D.¹⁾, Dong-Hyun Ahn, M.D., Ph.D.²⁾, Jeong-Yu Kim, M.D.³⁾,
Hyoum-Jeong Kim, M.D.⁴⁾, and Yang-Won Bang, M.D.¹⁾

¹⁾Department of Psychiatry, Keyo Medical Foundation Keyo Hospital, Uiwang, Korea

²⁾Department of Psychiatry, Hanyang University Seoul Hospital, Hanyang University College of Medicine, Seoul, Korea

³⁾Maum to Maum Clinic, Seoul, Korea

⁴⁾Institute of Mental Health, Hanyang University, Seoul, Korea

Objectives : The aim of this study is to assess the career paths and practice patterns of child and adolescent psychiatrists in South Korea.

Methods : A survey on demographic data, work environment, opinion on fellowship training program, and current practice patterns was conducted in 76/223 (34.0%) of all child and adolescent psychiatrists (N=223) were from 1980 to 2008. The survey data from the responders were analyzed.

Results : More than half of those surveyed were women. The mean age of survey participants was 40.8 years; most were married, and lived in the Seoul National Capital Area. In general, the responders were very satisfied with their work. They worked in private practice, public sector, group practice, and as consultants. Up to 87% of the patients treated were children and adolescents. The most common treatment modalities were medication and parent psychoeducation. Social skills training and play therapy were applied mainly for children aged 4 to 12 years old. Cognitive behavioral therapy and counseling were preferred in adolescents.

Conclusion : The current study used a database approach in order to define current practice patterns. These data may be helpful in consideration of future training programs, workforce issues in child and adolescent psychiatry in South Korea, and also in collaboration with other mental health providers.

KEY WORDS : Child and Adolescent Psychiatrist · Fellowship Training · Practice Patterns.

서 론

우리나라에서 소아청소년정신의학이 정신의학에서 독립적인 분야로 탄생하게 된 것은 1980년 서울대학교에서 전임의 수련과정을 시작하여 소아정신과 분과전문의를 국내에 배출하면서였다. 1986년에 대한소아청소년정신의학회가 정식으로 출범하였고, 1996년에 대한소아청소년정신과 수련심사위

접수완료 : 2013년 11월 4일 / 수정완료 : 2014년 2월 4일

심사완료 : 2014년 2월 6일

Address for correspondence: Dong-Hyun Ahn, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Hanyang University Seoul Hospital, Hanyang University College of Medicine, 222 Wangsimni-ro, Seongdong-gu, Seoul 133-792, Korea

Tel : +82.2-2290-8425, Fax : +82.2-2298-2055

E-mail : ahndh@hanyang.ac.kr

원회가 발족되어 한국 소아청소년정신과 분과 전문의제도도 수립되었다.¹⁾ 이후 소아정신과 전임의 수련 병원이 증가하여 2013년 7월 현재, 16개 대학병원에서 수련프로그램이 운영되고 있고, 소아청소년정신과 분과 전문의는 189명, 부가수련 중인 전문의(1년 정규수련을 마치고 학회 프로그램에 의해서 추가 수련중인 전문의)는 100여 명이며, 2013년 수련중인 전임의는 30명(1년차 20명, 2년차 10명)이다. 배출된 소아청소년정신과 분과 전문의들은 개업을 하거나 대학이나 종합병원, 정신병원의 소아청소년정신과나 분과 설치의 책임자로서 전국적으로 활동하고 있다.

현재 우리나라에는 소아청소년의 정신건강에 대한 서비스 요구가 점차 증가되고 있다. 소아청소년의 정신건강에 대한 과거 연구에서 보면, 한국아동의 10% 이상이 정서-행동문제

를 가지고 있는 것으로 알려졌다.^{2,3)} 또한 2005년 '서울시 소아청소년 정신장애 유병률 조사' 결과, 주의력결핍 과잉행동장애(attention-deficit hyperactivity disorder, ADHD), 적대적 반항장애, 품행장애를 포함하는 행동장애 25.71%, 불안장애 23.02%, 틱 장애 3.89%, 기분장애 1.95%로 정신장애로 진단되는 소아청소년이 1/4 수준으로 나타났다.⁴⁾ 실제로 10대 청소년 자살은 2006년에는 10만 명당 3.5명이었으나, 2011년에는 5.5명으로 빠르게 증가하였고,^{5,6)} 집단 따돌림 유병률과 관련된 정신병리 현상이 점차 증가하고 있다.⁷⁾ 그러나 이러한 높은 유병률에도 불구하고 정신과적인 문제를 갖고 있는 소아청소년이 실제로 적절한 평가와 치료적 서비스를 받는 경우는 상당히 적은 것이 현실이다.

소아청소년정신과 의사들은 많은 소아청소년과 그 가족의 정신건강에 대한 예방, 평가, 진단 및 치료를 하는 정신건강 서비스를 제공하는 데 있어서 매우 중요한 역할을 한다. 소아정신과 의사는 진료실에서 직접 환자를 치료하는 것뿐만 아니라 학교나 지역사회 정신보건 기관 또는 아동관련 정신건강 기관에 자문과 지원 등 다양한 역할을 하도록 요구되고 있다. 소아청소년정신과 의사들은 소아정신건강분야에서 고도의 행정과 지도자 역할을 하도록 기대가 커지고 있는 실정이다.⁸⁾ 소아청소년정신과 뿐만 아니라 지역사회 정신보건 기관, 아동관련 비의료기관들, 일차의료기관들도 소아청소년 정신건강에 관여가 되고 발달되어 가고 있으므로 다른 분야들과의 관계에서 소아청소년정신과 의사의 역할 모델 정립을 필요로 하고 있다.

우리나라의 소아청소년정신과가 양적으로 질적으로 많은 발달을 해왔으나 그동안 소아청소년정신과 의사의 인력, 진료 현황, 소아청소년정신과 수련에 대한 의견을 조명하는 체계적 조사가 없었다. 이 연구는 소아청소년정신과 의사 인구의 특성, 진료양식, 현재 일자리를 선택하게 한 우선순위, 일에 대한 만족도, 비의사 전문가(paramedical profession)와의 치료적 관계나 역할, 소아청소년정신과 수련현황과 당면과제에 중점을 두었다.

방 법

1. 대 상

연구자들은 소아청소년정신과 의사들의 전문적 활동과 교육경험에 부합하는 주제를 평가하도록 설문도구를 개발하였다. 설문지 질문은 1) 인구통계학적 정보 및 근무 환경, 2) 소아청소년 전임의 수련 경험, 3) 임상적 진료 현황에 관한 사항으로 세 부분으로 나뉘어 있다.

설문지는 분과 전문의제도가 시작한 이후부터 2008년까지

국내에서 소아청소년정신과 전임의 수련 프로그램을 수료한 소아정신과 의사 223명에게 전자메일 및 우편물로 보내졌다.

2. 방법과 절차

설문지 조사는 모두 3차례에 걸쳐 이루어졌는데, 기간은 2008년 11월부터 2009년 11월 사이에 이루어졌다.

최종적으로 회신은 76명이었고 응답률은 34.0%였다. 반송된 이유로는 발송 목록에 있는 주소와 메일주소가 정확하지 않은 것이 많았고, 일부는 본인이 소아정신과 전임의 과정을 수료하지 않았던 사유 등이 포함되었다.

조사 설문지는 강제선택(forced choice)과 수치자료(numeric data) 모두를 포함하였다. 설문지는 지역, 나이, 성에 대한 인구통계학적 자료를 조사하였다. 그리고 주당 근무하는 시간, 근무형태, 치료하는 환자의 나이, 직장 선택시 고려사항, 직업 만족도에 대하여 조사하였다. 소아청소년 전임의 수련에 대한 질문은 수련기간, 부가수련에 필요한 내용, 전임의 1년차 정원에 대한 의견이 포함되었다. 또한 소아정신과 전문의 자격취득 이후 연수교육, 전임의 수련, 소아청소년정신과의 당면과제에 대한 개방형 질문을 제시하였다. 그리고 치료하는 환자의 질환군의 분포 및 진단명, 검사항목, 시행하는 활동과 치료항목, 치료 담당자, 그리고 선호하는 약물에 대한 질문이 포함되었다. 모든 자료에 대하여 평균과 퍼센트를 포함하는 기술통계분석을 시행하였다.

결 과

1. 소아청소년정신과 의사들의 인구사회학적 특성 및 근무형태

조사대상자들의 연령범위는 32세에서 58세였으며 평균 연령은 40.8세였다. 총 76명의 대상자 중 여성 44명(57.9%), 남성 32명(42.1%)으로 여성 비율이 높았고, 대부분(92.1%)이 기혼자였다.

현재 근무지의 지역(우편주소에 따른)을 보면, 서울시 42.1%와 경기도 23.7%, 인천광역시 3.9%로 전체 응답자의 약 2/3(69.7%)가 수도권에 편중되어 있었다(Fig. 1). 대상자의 대부분(98.7%)은 전임(full-time)으로 진료하고 있었으며, 주중 평균 근무시간은 45.6시간이었다. 근무형태를 보면 병원의 소유주인 경우가 56.8%(N=42), 봉직의 43.2%(N=32)였고 휴직자는 응답자 중에 없었다.

소아청소년 전임의 수련 후 근무처를 변경한 적이 있는 경우가 51.4%였고, 근무처 변경 횟수는 1회 57.9%, 2회 15.8%, 3회 18.4%, 4회 이상 7.9%였다. 근무처 변경 원인은 개업 21.5%, 개인사정 7.7%, 교직 3.1%, 연수 및 파견 근무 3.1%, 소아 진료 근무처로 변경 3.1% 순이었다.

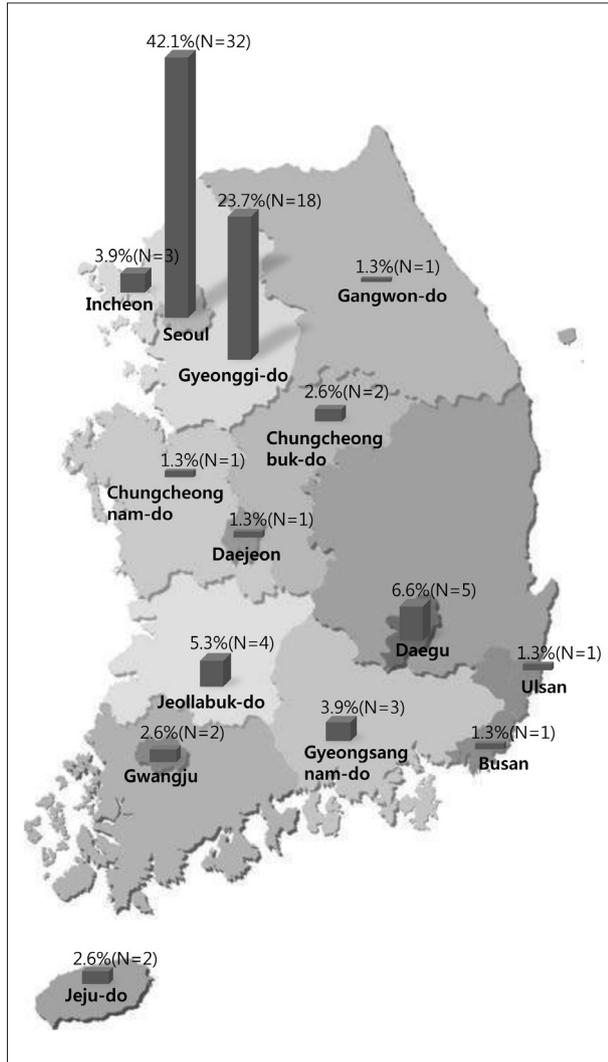


Fig. 1. Area distributions of child & adolescent psychiatrists in South Korea (N=76)

근무처는 개원의원 57.9%, 대학병원 28.9%, 그리고 종합병원과 정신과전문병원 각각 6.6%였다. 개원의원에 근무하는 응답자의 경우 의원당 개원의사가 평균 1.1 ± 0.8 명(소아정신과 의사 0.9 ± 0.6 명, 일반정신과 의사 0.3 ± 0.5 명)이었고, 입원실이 있는 경우는 10.5%였다.

병, 의원에서 근무하는 비의사(paramedical profession)를 보면, 간호사, 간호조무사, 사회복지사 및 아동청소년 상담사는 풀타임(full-time) 근무자 비율이 더 높았다. 놀이치료사 및 언어치료사는 파트타임(part-time) 근무자 비율이 더 높았으며, 임상심리사 및 특수교사는 풀타임 근무자와 파트타임 근무자 비율이 비슷하였다.

진료하는 환자의 대부분은 소아 및 청소년이었다(87%), 그중 73%는 7-17세였다. 환자의 18%가 성인이었다.

현재 근무형태에 대한 만족도를 6점 척도로 측정했는데, 1

점은 '매우 불만족'에서 6점은 '매우 만족'을 나타내었다. 응답자들은 현재의 근무에 대체적으로 만족하는 것으로 보였는데, 5점 44.7%로 가장 많이 선택하였고, 4, 5, 6점이 전체의 81.6%를 차지하였다. 현재 직장을 선택하게 된 요인에 대한 우선순위를 보면, 가장 많이 선택한 것은 '근무시간 및 생활방식'(평균 순위 1.94)이었고, '직장에 대한 만족도'(평균 순위 1.96)가 비슷한 수준이었다. 응답자들은 다음으로 '지역선호도'(평균 순위 2.90), '경제적 수입'(평균 순위 3.00)을 선택하였다. 직장 선호 요인의 '기타'에 대한 의견으로는 강의 및 연구 가능, 자율적이고 계획대로 치료 시행 가능, 육아, 자아실현 가능 등이 있었다.

2. 소아청소년정신과 전임의 수련내용과 제도 및 소아정신과 의사의 역할

소아청소년정신과 전임의 수련과정에 대한 만족도를 상중하로 나누어 선택하도록 하였다. 만족도는 상 68.5%, 중 31.5%였고, 만족하지 못한다고 한 대상자는 없었다. 응답자들의 소아청소년정신과 전문의 취득 여부를 보면, 전임의 수련 후 전문의 취득을 한 경우 34.2%, 1년 전임의 수련 후 부가수련 중인 경우 28.9%, 1년 전임의 수련 후 부가수련을 마친 대상자 19.7%, 2년 수련을 마친 대상자 14.5%, 1년 전임의 수련 후 부가수련을 받지 않은 경우 18.4% 순이었다.

현재 매년 15-20명 정도 수련 받고 있는 전임의 1년차 정원에 대하여, '현재 수준이 적당하다'는 의견이 50.7%로 가장 많았으며, '앞으로 줄여나가야 한다' 38.7%, '당분간 정원을 늘려야 한다' 6.7%, '기타' 4.0% 순이었으며, 기타항목에 대한 의견을 보면 '전체 정신과 의사 중 1/3이 소아정신과 전공이 될 것으로 예상된다', '지역별 다양화, 수련조건이 갖추어진 병원에서 수련하는 것이 중요하다' 등이 있었다(Fig. 2). 전임의 수련기간에 대하여 수련기간이 2년이 더 적당하다는 의견이 57.3%로 1년 수련과정 후 부가수련을 병행하는 것에 찬성하는 의견 42.7%보다 높았다. 1년 전임의 수련 후 필요한 부가수련에 대하여 케이스 슈퍼비전 86.8%, 교육세미나 발표 77.6%라고 하였다.

소아청소년정신과 전문의 자격취득 이후 연수교육이나 재교육에 대한 개방형 질문에서, 연수교육이 필요하다는 의견이 대부분이었다. 연수교육 내용은 가족치료, 그룹치료, 부부치료, 그리고 새로운 치료기법 이론에 대한 요청이 있었다. 또 지속의학교육(Continuing Medical Education) 필요, 홈페이지를 이용한 사이버 온라인교육, 각 지역별 모임활성화, 개업의를 위한 시간 배정 등의 의견이 있었다. 기타 전임의 수련에 대한 개방형 질문에서, 전임의 정원과 관련하여 각 대학수련의 적절성 검토 필요, 지방에서 전임의 수련의 필요, 세

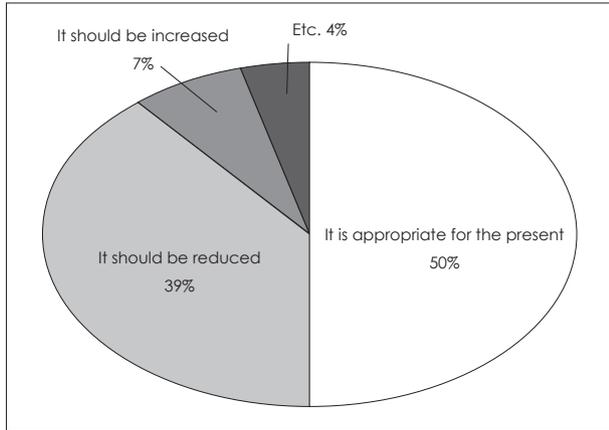


Fig. 2. Views of the number of regular trainees in child and adolescent psychiatry (N=75)

부전문의 시험도입 등이 있었다. 또한 수련 내용에 관련하여 일반 양육관련 수련, 정신치료나 개인놀이치료 경험, 문헌고찰이나 증례토론을 더 활발히 하는 것이 필요하다는 의견이 있었다.

소아청소년정신과의 앞으로 가장 당면한 과제에 대한 개방형 질문에서, 지역사회 소아청소년 정신건강에 대한 홍보교육, ADHD와 다른 질병에 대한 체계적인 전문가 양성, 연관된 타과나 아동관련 비의료기관들과의 상생 및 차별화에 대한 요구, 소아정신과 의사의 역할 모델정립의 중요성, 보험가입에 대한 학회차원의 공동대응이 필요함, 의료수가의 현실화 등의 의견이 있었다.

3. 소아청소년정신과의 치료형태

1) 근무하는 곳의 치료형태

근무하는 곳의 치료형태에 대한 질문에는 '외래+부설기관(센터, 연구소 등)' 48.0%, '외래+소아청소년 입원가능' 32.0%, '외래만' 12.0%, '외래+부설기관+소아청소년 입원가능' 8.0% 순이었다. 하루 진료하는 소아청소년 환자수는 병의원은 평균 19.6±12.1명, 센터 및 연구소 등 부설기관은 9.5±11.9명이었다.

2) 소아청소년대상 진료 중 질환군의 분포

소아청소년대상 진료 중 질환군의 분포는 행동장애(ADHD, 반항장애, 행실장애) 46.6%, 정서장애(분리불안장애, 기타 불안장애, 신체형장애) 21.8%, 발달장애(지적장애, 전반적 발달장애, 특정발달장애) 14.2%, 기타장애(틱/뚜렛장애, 정신병, 적응장애, 기질성 정신질환, 약물남용 등) 11.8%, 생리기능장애(수면장애, 배설장애, 식사장애) 6.0% 순이었다. 진료시에 각 군에 속하는 장애 중 가장 흔하게 진단되는 질환명은, 발달장애 중에는 전반적 발달장애 65.3%, 지적장애 20.8%, 언

어장애 13.9% 순이었다. 행동장애 중 흔하게 진단되는 질환명은 ADHD 89.0%, 품행장애 8.2%, 반항장애 2.7% 순이었다. 정서장애 중 흔하게 진단되는 질환명은 불안장애 51.4%, 우울장애 43.1% 순이었다. 생리기능장애 중 흔하게 진단되는 질환명은 배설장애 81.0%, 수면장애 9.5%, 식이장애 7.9% 순이었다.

3) 소아청소년 진료시 검사 및 활동

소아청소년 진료시 처방하는 검사항목을 보면, 심리검사(발달검사 포함)는 전체 응답자가 시행을 하고 있었다(100.0%). 또한 뇌파 관련 검사 45.3%, 혈액 및 모발검사 42.7%, 영상학적 검사 28.0%, 수면검사 9.3% 순으로 시행하였다. 현재 시행하고 있는 활동을 보면, 개별 외래치료 97.3%, 정신보건센터 및 교육청 등 지역사회 부분 65.3%, 교육활동 54.7%, 가족 및 집단 상담 등의 집단부분 44.0%, 자문 41.3%, 연구 36.0%, 입원환자 치료 34.7%, 방송출연 26.7%, 경영관련 22.7%, 낮병원 프로그램 8.0%, 법률자문 6.7%, 정책관련 5.3% 순이었다. 또한 응답자가 처방 이외에 현재 직접 시행하는 치료 항목을 보면, 부모교육 78.7%, 놀이치료 49.3%, 인지행동치료 48.0%, 사회기술훈련 18.9%, 뉴로피드백 10.7%, 언어치료 7.9%, 학습치료 7.9%, 운동치료 5.3%, 예술치료 3.9% 순이었다. 기타의견에 가족치료 3.9%, 안구운동민감소실 및 재처리요법 2.6%, 청소년 집단 분석치료 1.3%가 있었다.

4) 비의사 치료 담당자

각 항목의 치료를 시행하는 비의사 치료 담당자를 보면, 부모교육은 놀이치료사 21.3%, 기타 21.3%, 임상심리사 20.0%에서 시행하였다. 사회기술훈련은 임상심리사 25.3%, 놀이치료사 25.3%, 사회복지사 20.0% 순이었다. 놀이치료는 놀이치료사가 가장 많이 시행하였고(56.6%), 언어치료는 언어치료사가 대부분 시행하였다(80.0%). 인지행동치료는 특수교사 13.3%, 놀이치료사 10.7%, 기타 7.9% 순이었다. 예술치료는 기타 파트에서 가장 많이 시행하였다(21.3%). 운동치료, 뉴로피드백 또한 기타 파트에서 가장 많이 시행하였다(22.7%). 학습치료는 특수교사 28.0%, 임상심리사 9.3% 순이었다.

5) 각 질환에서 처방하는 치료 항목

소아청소년정신의학 진료영역에서 중요하고 흔하게 진단되는 ADHD, 기분장애(우울장애 포함), 불안장애, 자폐성장애, 행실 및 반항장애, 틱 장애에 대해 11개의 치료 항목을 제시하였다. 각 치료 항목은 약물치료, 부모교육, 사회기술훈련, 놀이치료, 언어치료, 인지행동치료, 예술치료(미술, 음악 등), 운동치료(감각통합 등), 뉴로피드백, 학습치료, 비의사 전문가

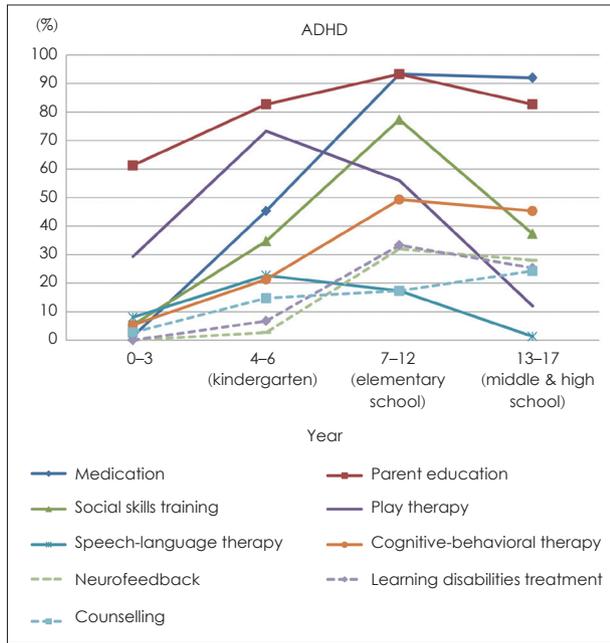


Fig. 3. Usually applied treatment modalities in treating children with ADHD (N=75). ADHD : attention-deficit hyperactivity disorder

에 의한 상담(개별, 집단)이었다. 환자의 연령을 4군으로 나누어서(0-3세, 4-6세 유치원, 7-12세 초등학교, 13-17세 중고등학교) 군에 따라 대상자들이 주로 처방하는 치료 항목을 모두 체크하도록 요구하였다.

응답자들이 각 질환에서 주로 시행하는 치료항목은 약물치료와 부모교육이었다. 그리고 7세 이후에 약물처방이 급격히 높아지는 경향을 보였다. 소아청소년 진료의 절반을 차지하는 ADHD 진단에 대한 응답자들의 치료 처방에 대하여 그림을 제시하였다(Fig. 3).

ADHD 질환에 대하여 초등학교 및 중고등학교 연령에서 약물치료는 응답자들의 90% 이상에서 시행하였고, 4-6세군에 대해서는 응답자의 45.3%가 약물치료를 시행한다고 하였다. 초등학교 연령에서 사회기술훈련 77.3%, 놀이치료 56.0%로 시행하는 응답자가 많았으나, 중고등학교 연령에서 사회기술훈련 37.3%, 놀이치료 12.0%로 감소되었다. 반면 ADHD의 인지행동치료는 다른 질환보다 초등학교 연령에서도 응답자의 49.3%로 많이 시행하고 있었는데, 중고등학교 연령에서도 45.3%로 지속적으로 유지되는 경향을 보였다. 뉴로피드백은 초등학교 연령에서 응답자의 24%, 중고등학교 연령에서 응답자의 21%가 시행하였다. 학습치료는 초등학교 연령에서 응답자의 25%, 중고등학교 연령에서 응답자의 19%가 시행하였다. 초등학교 연령에서 예술치료 12%, 운동치료 11%로 시행하였다.

기분장애와 불안장애에 대하여 놀이치료는 초등학교 연령에서 기분장애 72.0%, 불안장애 68.0%의 높은 비율로 시행되다가 중고등학교 연령에서 기분장애 17.3%, 불안장애 1.7%

로 급격히 감소되는 경향을 보였다. 반면 중고등학교 연령에서 인지행동치료는 기분장애 41.3%, 불안장애 32.4%로 증가하였고 비의사에 의한 상담도 기분장애 24.0%, 불안장애 21.3%로 증가되었다.

자폐장애에 대해서는 응답자들은 약물치료를 다른 질환에 비해 상대적으로 저연령에서부터 많이 처방을 하였고(0-3세 8.0%, 유치원 연령 56.0%), 초등학교 및 중고등학교 연령에서도 응답자의 약 80%가 처방하였다. 사회기술훈련을 초등학교 48.0%, 중고등학교 42.7%로 비슷한 수준으로 시행하였다. 0-3세 저연령에서 놀이치료 34.7%, 언어치료 40.0%, 운동치료 25.3%로 다른 질환보다 상대적으로 많이 시행하였다.

행실장애 및 반항장애에 대해서 응답자들은 사회기술훈련을 많이 시행하였는데, 유치원 34.7%, 초등학교 53.3%, 중고등학교 41.3%로 청소년 시기까지 지속적으로 시행하는 경향을 보였다. 인지행동치료는 초등학교 연령에 대해서는 응답자의 33.7%, 중고등학교 연령은 37.3%로 시행이 증가하였다. 그리고 비의사에 의한 개별 및 집단 상담을 7-17세군에 대하여 응답자의 18.7%가 시행한다고 하였다.

틱 장애는 약물치료를 유치원 연령에서 응답자의 36.0%, 초등학교와 중고등학교 연령에서 응답자의 92.0%가 시행하였다. 응답자들은 놀이치료를 유치원과 초등학교 연령에서 반수이상에서 시행하였다. 인지행동치료는 초등학교 연령에서 14%, 중고등학교 연령에서 20%가 시행하였다.

6) 치료시 선호하는 약물

ADHD 치료제 사용시 선호하는 약물은 콘서타 66.2%, 메타데이트 27.0%, 페니드 4.1%, 스트라테라 1.4%, '선호약이 없다' 1.4% 순이었다.

항우울제 사용시 선호하는 약물은 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) 93.2%, 부프로피온 4.1%, 삼환계 항우울제(tricyclic antidepressant, TCA) 1.4%, 벤라팍신 1.4% 순이었다. 또 SSRI 혹은 TCA 선택시 가장 선호하는 약물에 대하여 플루옥세틴 67.6%, 시탈로프람 14.7%, 파록세틴 7.4%, 서트랄린 4.4% 순이었다.

기분조절제 사용시 선호하는 약물은 발프로에이트 53명(73.6%), 리튬 10명(13.9%), 라모트리진 4명(5.6%), 카바마제핀 4명(5.6%), 기타에 토피라메이트 2명(2.6%) 순이었다.

항정신병약물 사용시 가장 선호하는 약물은 리스페리돈 58명(76.3%), 아리피프라졸 11명(14.5%), 할로페리돌 3명(3.9%), 울란자핀 2명(2.6%) 순이었다.

7) 기타 진료형태

지난 한 달간 입원을 의뢰한 소아청소년 환자의 수는 평균

3.1±3.5명이었고, 입원을 의뢰한 최우선 진단명 2가지는 품행장애, 조울병 순이었다.

소아청소년 환자의 초진시 소요되는 시간(보호자 면담을 포함, 비의사에 의한 예진 제외) 0-3세 평균 31.2분(±12.8), 4-6세 평균 34.5분(±10.1), 7-12세 평균 35.7분(±10.4), 13-17세 평균 38.2분(±12.5), 18세 이상 평균 33.1분(±12.0)이었다.

고 찰

본 연구는 국내에서 소아청소년정신과 의사가 배출된 이후 진료 형태 및 유형, 비의사와 치료적 관계, 그리고 소아청소년 수련 현황과 당면과제에 대하여 최초로 시행된 것이다.

현재 근무처를 선택하게 된 요인에 대하여 지역 선호도는 낮은 우선순위를 차지하긴 했지만 응답자의 2/3가 수도권에 거주하고 있어서 지역별 불균형이 심각한 것으로 나타났다. 우리나라에서 정신건강서비스가 필요한 소아청소년은 10-25% 정도로 다양하게 제시되고 있으며,^{2,3)} 이에 비하여 배출된 소아청소년정신과 의사는 부족한 상황이다. 이러한 소아청소년정신과 의사의 부족은 지역별 불균형 문제로 인해 지방에서는 더 심각하다고 할 수 있다. 또한 빈곤지역에 거주하는 경우 소아청소년의 정신장애가 발생할 위험이 더 높다고 알려져 있어서^{9,10)} 지방이나 빈곤지역에 소아청소년정신과 의사의 부족은 소아청소년의 정신건강서비스를 다룰 때에 중요한 문제가 될 수 있다. Stubbe와 Thomas¹¹⁾는 지방에 소아청소년정신과 의사의 극심한 부족에 대한 대안으로 인센티브를 높이고 수련 수료자를 수련 지역으로부터 이동하도록 동기 부여가 필요하며, 지방에 소아청소년정신과 수련프로그램 실행이 중요하다고 제시하였다. 우리나라에서도 그동안 서울 지역 중심으로 소아정신과 수련이 이루어지다가 수년 전부터 부산대, 경북대, 제주대, 전북대학교병원에서 수련 프로그램이 시작되어서 향후 지방에서 소아청소년들의 정신건강서비스에 대한 접근성이 더 나아질 것으로 기대된다.

본 연구에서 소아청소년정신과 분과 전임의 수련기간에 대하여 1년제보다 2년제가 더 적당하다고 응답하였다. 대한소아청소년정신학회에서는 찬반양론이 있지만 전임의 수련기간을 2년제가 적합하다고 제시하고 있다. 본 연구의 응답자들은 개방형 질문에서 전임의 수련 후 연수교육이 지속적으로 필요하다고 하였고, 전임의 수련기간 동안 각종 질환에 대한 충분한 경험, 일반양육관련, 놀이치료, 학습장애에 대한 경험이 더 필요하다는 의견을 제시하였다. 최근에 소아청소년정신과의사들의 수련 경험에 대한 연구에서 수련기간 중 인지행동치료, 복합적 정신약물치료, 복합적인 발달장애 치료, 경영과 리더십 분야에 대한 경험이 더 필요하다고 하였으며

숙련된 임상가에 의한 지도감독이 임상적 경험과 업무에 결정적인 영향을 준다고 보고하였다.¹²⁾ 또한 수련의에게 정신건강서비스 체계 내에서 활동과 자문, 다학제적 팀으로서 접근에 대한 교육 및 갈등해소, 문제해결, 경영, 리더십의 주제가 슈퍼비전과 세미나의 초점이 되어야 한다고 제안하였다.⁸⁾ 미국소아청소년정신과학회(American Academy of Child and Adolescent Psychiatry)에서는 온라인 홈페이지를 이용하여 소아정신과 수련의뿐만 아니라 레지던트들이 임상적 연구자료에 쉽게 접근하도록 자료와 수련을 제공한다고 하였다. 또한 홈페이지를 통하여 소아청소년정신과 의사는 아니지만 다른 전문가들을 위한 것, 부모와 10대를 위한 것 등 다른 수준의 정보를 제공하고 자문의 기회도 후원을 하여 인터넷을 통하여 가족과 지역사회를 교육하는 것이 예방과 정신건강관리에 도움을 준다고 하였다.¹³⁾

본 연구에서 전임의 정원에 대하여 응답자의 절반이 현재 수준이 적당하다고 하였다. 미국에서는 지난 30여 년간 정신장애가 있는 소아청소년에게 적절한 정신건강서비스를 지원하는 의사의 연령이 증가하는 문제를 제기하였으나,¹⁴⁻¹⁶⁾ 우리나라에서는 정신과 전공의 수련을 마친 젊은 정신과의사들의 소아청소년정신과 분과 전임의 수련 지원이 지속되는 추세를 보이고 있어 미국과는 다른 양상을 보인다고 할 수 있겠다. 우리나라는 소아청소년정신과 의사의 지역 간 불균형 문제와 아동정신건강에 대한 관심이 증가됨에 따라, 특히 자살, 학교폭력, 인터넷 중독 등 사회적 이슈에 따라 소아청소년정신과 의사의 사회적 문제에 관여하는 역할에 대한 고민이 필요하다. 이는 본 연구의 개방형 질문에서도 필요성 제기가 많이 되었던 바다.

본 연구에서 소아청소년정신과 의사는 복합적인 치료 환경에서 다양한 서비스를 시행하고 있었다. 근무처는 개원의원이 약 60%에 해당하였고 부설기관을 통해 다양한 치료서비스를 제공하고 있었다. 또한 정신보건센터 및 교육청과 연계된 지역사회참여, 자문, 방송출연 등의 활동에도 참여를 하고 있었다. 각 병원에서 소아청소년정신과 의사가 약물처방 외에도 부모교육, 놀이치료, 인지행동치료 등의 치료서비스를 직접 시행하고 있었고, 다양한 보조의료인들이 병원에서 소아청소년 진료에 함께 진료를 하고 있는 것을 알 수 있었다.

소아청소년의 정신과 치료는 생물정신사회적·발달학적인 통합적 접근을 해야하며, 소아가 가족, 학교, 지역사회 및 일차의료 기관 내에서 기능하고 살아간다는 특성을 고려해야 한다. 소아청소년정신과 의사는 생물학적인 약물치료 이외에도 소아에게 필요한 정신사회적 치료를 시행하며 관련된 인접 전문가들과 팀을 이루게 되고, 다른 기관들과 협력이 필요

하게 된다. 소아청소년정신과 의사가 과거에는 주로 개인 진료실에서 개별적으로 환자치료를 해왔으나 점차 정신건강서비스 체계 안에서 팀 구성원으로서 역할과 정체성의 변화가 요구되어져 간다.⁸⁾

우리나라의 급격한 사회적 변화와 가족기능의 약화와 가족의 붕괴, 대중매체의 소아청소년의 정신건강에 대한 관심의 증폭으로 인해 소아청소년 정신건강서비스를 찾는 요구는 매우 증가했다. 소아청소년 정신과뿐만 아니라 인접 분야들도 그동안 괄목할 만한 성장을 하였다. 그러나 타 전문가들과의 협조적이고 통합적인 팀 접근보다는 각 분야의 정체성을 내세우고 특정한 치료를 고집하고 있는 경우도 있다. 또한 아동관련 기관들이 우후죽순으로 생기자 보니 서비스가 필요한 소아와 그 가족들이 통합적인 치료를 받지 못하고 치료기관들을 이곳 저곳 전전하는 경향도 발생하며 치료에 적절한 도움을 못 받고 있는 것이 현실이다. 소아청소년정신과 의사와 인접 분야의 전문가들은 환자치료에 있어서 최선의 진료를 통해 환자의 정신적 문제가 호전되도록 하는 공통적인 일차적 목표를 가지고 있다. 소아청소년정신과 의사는 다학제적인 여러 전문가들을 팀으로 구성하여 임상활동을 수행할 수 있는 유리한 입장에 있다. 이러한 팀에서 정신과 전문의는 지도자, 조정자, 통합자 역할을 할 수 있어야 할 것이며, 인접 전문가들의 전문성을 존중하고 협력하는 태도로서의 접근이 중요할 것이다.^{1,17)}

소아정신과는 오래전부터 일차의료기관, 학교, 청소년사법관련기관, 지역사회 서비스로 자문을 해왔으며, 이를 통하여 소아정신과가 종종 정신건강체계 내에서 일할 수 있게 하였고 다른 전문 분야들의 관점들을 전달해주었다. 정서 행동문제가 심각한 소아청소년일수록 여러 분야의 정신건강서비스가 필요하므로 자문은 중요한 치료적 확장이 될 수 있다. 소아청소년정신과 의사는 일반적인 외래 치료로부터 학교나 지역사회에 기반을 둔 서비스나 거주치료 및 입원치료까지 연속적인 치료 양식의 범위를 전반적으로 이해하고 소아의 목표 증상을 잘 평가하여 개입하고 자문을 하는 것이 필요하다.^{18,19)} 앞으로 소아청소년의 정신질환에 대한 진료에서 소아과 의사와의 역할 조정에 대한 논의가 필요할 것이다.²⁰⁾

본 연구의 약물치료 결과를 보면 소아청소년에 대한 정신과 약물 사용이 6세 이전에도 상당히 높다는 것을 보여주었다. 이는 최근의 연구에서도 문제 제기가 되었던 바다.²¹⁾ 소아청소년에 대한 약물처방에 대하여 미국 식품의약국(US Food and Drug Administration)의 기준은 항우울제와 청소년 자살에 대한 관심 등으로 전문성이 더 필요함을 조명하고 있어,^{22,23)} 향후 약물치료에 대하여 인가되지 않은 사용(off-label use)에 대한 지침과 연구가 지속적으로 필요할 것이다.

본 연구에서 각 질환에 대한 치료 형태를 보면, 주치료는 약물치료와 부모교육이었다. 그리고 초등학교 입학 전과 초등학교 연령에서 부모교육과 놀이치료를 시행하는 비율이 높았는데 청소년 연령에서 인지행동치료 및 보조의료인에 의한 상담이 증가하는 경향을 보였다. March 등²⁴⁾은 환자를 진료할 때 치료방법을 결정하고 적용하는 데 있어서 다학제적인 팀 접근과 증거중심 약물치료와 정신사회적 복합치료를 하도록 권고하였다.

소아청소년정신과 의사는 정신적으로 아픈 소아에게 의학적, 신경학적, 발달학적, 심리적, 양자적 관계, 가족적, 사회적, 그리고 행동적 요소를 함께 전달할 수 있는 위치에 있는 유일한 의학적 전문가이다. 최근에 소아청소년 환자가 늘어나게 되면서 사회사업가나 보조치료자가 정신사회적 치료와 사례관리를 담당하고 소아청소년정신과 의사는 일차적으로 약물치료의 역할로 밀려나고 있다는 우려가 제기되고 있다. 비록 소아청소년정신과 의사는 필수적인 약물처방을 가장 잘 제공하지만 진료의 분열은 환자와 가족에게 최선이 될 수 없다.²⁵⁾ 환자에 대한 치료계획을 세울 때 증상의 선행적, 촉진적, 그리고 지속적 요소와 증상의 의미와 영향을 넓은 시각으로 이해하지 못한다면 이른 시기의 처방이나 부적절한 약물처방을 하는 경향이 커질 것이다. 소아청소년정신과 의사는 생물정신사회적-발달학적인 통합적인 시각을 가지고 치료에 접근해야 하며 소아청소년의 발달에 있어서 장애가 되는 증상에 초점을 두고 신중하게 치료적 개입을 해야 할 것이다.

본 연구에서 소아청소년정신과 의사는 그들의 직업에 대하여 매우 만족해하였다. 현재의 의학적 분위기의 부정적 측면 들인 보험과 수가문제, 소아정신과 치료에 대한 낙인, 소아정신과의 접근성 등의 문제제기에도 불구하고 소아청소년정신과 의사들은 그들의 직업에 대하여 전반적으로 만족해하였다. 이전 미국의 연구에서는 소아청소년정신과 의사가 관리의료제도(managed care), 보험회사, 서류정리 등에 업무시간을 과도하게 소비하며 서비스가 필요한 소아치료에 필요한 시간이 부족하다고 하였고, 정신치료 및 약물치료 등의 치료적 기술을 다양하게 사용할 수 있기를 원한다고 하였고 이러한 어려움이 임상현장에서 좌절의 요소가 됨을 언급하였다.¹¹⁾ 본 연구에서 개방형 질문에서 보험, 군대문제, 비의료기관들과의 관계 등에 대한 개선이 필요함을 제기하였다.

21세기에 의학적 전문 분야로서 소아청소년정신과는 미래에 대한 사회의 요구와 필요를 주의 깊게 평가하고 반응하여 전문적인 성장과 발달을 하여 소아청소년과 그들의 가족에게 필요한 서비스를 창출하여야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 설문지 조사의 응답자가 절반 이하였기 때문에 표본의 대표성 문제가 있다. 또한 개방형 질문에

서 많은 의견을 제시한 응답자의 의견이 전체 의견으로 여겨질 수 있을 것으로 보여진다. 그러나 이러한 한계점에도 불구하고 이 연구는 우리나라에서는 소아청소년정신과 의사의 근무형태, 수련현황 및 제도, 치료형태에 대하여 처음으로 다른 것으로 향후 소아청소년정신과의 수련방향, 인력문제, 타 전문가들과의 관계에서 소아청소년정신과 의사의 정체성 및 전문성에 대한 고민을 다루는 데 도움이 될 것이다.

결론

한국의 소아청소년정신과는 지난 30여 년간 많은 발전을 이루어왔다. 또한 급변하는 사회, 가정, 학교 환경 속에서 소아청소년의 정신건강서비스에 대한 요구가 증가되며 소아청소년정신과 의사에 대한 다양한 역할이 요구되고 있다. 이에 소아청소년정신과 의사는 병의원에서의 진료뿐만 아니라 부모, 학교, 지역사회 센터, 종교기관, 일차의료기관 등 여러 시스템과 협력을 통해 최선의 치료를 하는 것이 필요할 것이다. 우리나라에서는 소아청소년정신과 의사의 지역적 불균형 분포로 인한 접근성 문제, 정신과 치료를 받는 데 있어서 경제적 장벽, 낙인찍힘, 보험 및 군대 등의 현실적 장벽으로 인해 적절한 정신과치료를 받지 못하는 경우가 있으므로 이에 대한 해결을 위해서도 노력을 해야 할 것이다.

중심 단어: 소아청소년정신과 의사 · 전임의 수련 · 진료형태.

References

- 1) Hong KE. Korean child and adolescent psychiatry-a review of the past, the present and the future. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;14:139-149.
- 2) Hong KE. An epidemiological survey of behavior problems in Korean elementary school children (I). *Seoul J Psychiatry* 1985;9:48-63.
- 3) Min SK, Oh KJ, Kim HJ, Lee H, Shin YJ, Lee KY, et al. Model development of school mental health service: 2 model development of school mental health service in Korean urban communities. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1997;36:826-840.
- 4) Cho SC, Go BJ, Kim BN, Kim JW, Shin MS, Yoo HI, et al. The 2005 Seoul child and adolescent mental health survey. Seoul: Seoul Child and Adolescent Mental Health Center;2006.
- 5) Statistics Korea. 2006 Annual Report on the Cause of Death Statistics. Daejeon: Statistics Korea;2006.
- 6) Statistics Korea. 2011 Annual Report on the Cause of Death Statistics. Daejeon: Statistics Korea;2011.
- 7) Kwon SJ, Park TW, Park SH, Yang JC, Chung YC, Chung SK. Prevalence of school bullying and related psychopathology in children and adolescents. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;23:143-153.
- 8) McCarthy M, Abenojar J, Anders TF. Child and adolescent psychiatry for the future: challenges and opportunities. *Psychiatr Clin North Am* 2009;32:213-226.
- 9) Hubbard WK. Estimation methodology for children with a serious emotional disturbance (SED). *Fed Req* 1997;62:52139.
- 10) Ahn DH, Jung SA, Kim SH, Song WJ, Lee MS. Mental health of elementary and middle school students, and related familial-social factors in health promoting school. *J Korean Soc School Health* 2008;21:1-12.
- 11) Stubbe DE, Thomas WJ. A survey of early-career child and adolescent psychiatrists: professional activities and perceptions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:123-130.
- 12) Stubbe DE. Preparation for practice: child and adolescent psychiatry graduates' assessment of training experiences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:131-139.
- 13) Hendren RL. Casting a wide net to nurture mentally healthy children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:123-128.
- 14) Thomas CR, Holzer CE 3rd. The continuing shortage of child and adolescent psychiatrists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1023-1031.
- 15) Kim WJ; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Task Force on Workforce Needs. Child and adolescent psychiatry workforce: a critical shortage and national challenge. *Acad Psychiatry* 2003;27:277-282.
- 16) Beresin EV. Child and adolescent psychiatry residency training: current issues and controversies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1339-1348.
- 17) Sarvet BD, Wegner L. Developing effective child psychiatry collaboration with primary care: leadership and management strategies. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2010;19:139-148.
- 18) Winters NC, Pumariga A; Work Group on Community Child and Adolescent Psychiatry; Work Group on Quality Issues. Practice parameter on child and adolescent mental health care in community systems of care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:284-299.
- 19) Zachik AA, Naylor MW, Klaehn RL. Child and adolescent psychiatry leadership in public mental health, child welfare, and developmental disabilities agencies. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2010;19:47-61.
- 20) Heneghan A, Garner AS, Storer-Isner A, Kortepeter K, Stein RE, Horwitz SM. Pediatricians' role in providing mental health care for children and adolescents: do pediatricians and child and adolescent psychiatrists agree? *J Dev Behav Pediatr* 2008;29:262-269.
- 21) Zito JM, Tobi H, de Jong-van den Berg LT, Fegert JM, Safer DJ, Janhsen K, et al. Antidepressant prevalence for youths: a multi-national comparison. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2006;15:793-798.
- 22) March J, Mullen K, Stallings P, Erhardt D, Conners C. Organizing an anxiety disorders clinic. In: March J, editor. *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford;1995. p.420-435.
- 23) Bridge JA, Salary CB, Birmaher B, Asare AG, Brent DA. The risks and benefits of antidepressant treatment for youth depression. *Ann Med* 2005;37:404-412.
- 24) March JS, Szatmari P, Bukstein O, Chrisman A, Kondo D, Hamilton JD, et al. AACAP 2005 Research Forum: speeding the adoption of evidence-based practice in pediatric psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1098-1110.
- 25) Gabbard GO, Kay J. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *Am J Psychiatry* 2001;158:1956-1963.