

# 아동기 정서장애

박 성 숙\*

## 序 論

아동의 정신과적 장애를 크게 나눈다면 자신을 지나치게 조절하는 상태—불안이나 위축을 보이는—와 외적으로 나타나는, 자신을 조절 못하는 상태—주의 부족, 과잉운동, 공격적 행동—의 두 가지로 볼 수 있다. 정서장애는 이 가운데 전자에 해당된다.<sup>1)</sup>

열등감, 지나친 자아의식, 사회적 위축, 수줍음, 불안, 공포, 과민, 우울, 자신감의 부족 등으로 학교를 포함한 일상생활이 힘들고 정서·감정의 조절 및 발달에 문제가 생기는 장애를 정서장애라고 한다. 정상 아동이 성장 도중 한 부분으로서 겪는 경한 정서문제가 아니고 그 아동의 지능, 사회적 문화여건으로는 이해되기 어려운 정도의 정서증상이면서 이로 인해 사회적 기능에 지장이 있다는 면이 정상과 다른 점이다.

우리나라에서는 소아정신과를 찾은 아동 및 청소년의 약 5%가 정서장애 이었다.<sup>2), 3)</sup> 영국의 경우 작은 도시에서는 일반 아동의 약 2.5%가 정서장애이었으며 큰 도시에서는 더 많았다. 초기와 중기 아동에서는 정서장애의 남녀 비율이 1:1이지만 청소년기에 들어서면서는 여자가 더 많아지는 성인양상으로 바뀌어 간다. 또한 정신과를 방문하게 된 이유 중 가장 많은 것은 신체증상으로 김의 보고에 의하면 32.9%이었고,<sup>3)</sup> 홍의 보고로는 두번째로 많았는데 전체 主訴의 약 12

%이었다.<sup>2)</sup>

정서장애를 1980년 이전에는 신경증(노이로제, neurosis)이라고 하였는데 이는 정신분석학적 입장에서 본 것으로 아동이 자기의 환경에서 아주 중요한 인물과의 사이에 일어난 의식적인 갈등이 억압되어 비록 의식세계에서는 잊게 되지만 무의식에서는 해결되지 않은 채 계속 적극적인 갈등으로 남는(이를 신경증적 갈등, neurotic conflict이라고 함) 상태라고 생각되어 신경증이라고 하였다. 그러나 신경증 모두가 신경증적 갈등 때문에만 오는 것이 아니기 때문에 1980년 이후는 정서장애(emotional disorder)라고 부른다.<sup>4), 5)</sup>

정서장애는 그 증상의 특정한 양상(specific pattern)에 따라 몇가지 장애로 나눌 수 있는데 불안장애, 우울장애, 전환장애, 공포장애, 그리고 강박장애이다. 그러나 아동에서는 특정한 양상으로 구분되기 보다는 그 증상이 다양하게 섞여서 미분화된 형태의 정서장애가 많다. 이것은 홍등<sup>6)</sup>의 연구에서도 볼 수 있는데 90명의 불안장애 아동에서 36가지의 다른 종류의 정서장애 진단이 같이 내려졌다.

그리고 아동의 정서장애는 성인의 그것과는 거의 연속성이 없는 것으로 보고되고 있다.<sup>5)</sup>

불안장애(anxiety disorders)<sup>4), 5), 10)</sup>

‘불안’이라는 말은 원래 ‘고통을 일으킨다’ 또는

\* 박성숙신경정신과의원  
서울대학교 의과대학 소아정신과

‘질식시키다(strangulation)’는 뜻을 가진 ‘angere’라는 라틴어에서 시작되었다. 질식할 때 동반되는 무력감(어찌할 도리가 없는 상태)이야말로 불안의 精髓라고 할 수 있다.

불안의 상태를 이해하기 위해서는 불안하지 않은 상태, 즉 안정된 상태가 정상 아동에서 어떻게 형성되는가를 살펴보는 것이 중요하다.

불안의 반대는 ‘기본적 안정감(basic trust)’이라 할 수 있는데 이는 유아기에 어머니와 깊은 애착의 관계를 형성함으로써 그 애착의 대상에 대한 기본적인 신뢰감이 이루어지는데서 시작하며 이러한 애착의 대상으로부터 떨어질까 두려워 하는 것이 분리불안(separation anxiety)이다. 분리불안은 인간을 포함한 모든 영장류의 사회적 본능이라고 할 수 있다. 따라서 아동과 모든 인간에 있어서 기본적인 불안은 분리불안이라고 할 수 있고<sup>7)</sup>, <sup>8)</sup> 아동기 이후에 오는 불안도 이와 밀접히 관련되며 그 변화된 형태라고 할 수가 있다.

아동이 발달해 감에 따라 애착의 대상(유아에게는 어머니)을 잃을까 하는 두려움은 어머니의 사랑을 잃을까 하는 두려움으로 바뀌고 또 어머니의 사랑을 잃는 것은 자기자신의 나쁜 생각이나 나쁜 충동 때문일지도 모른다는 상상으로 인하여 자기자신의 공상이나 충동 등 내적인 갈등이 불안의 원인으로 작용할 수 있다.

불안은 매일 생활에서 일어나는 현상이다. 그리고 지나친 불안상태는 실제로 모든 정서장애에서 그 단독으로 혹은 우울증상과 함께 볼 수 있다.<sup>9)</sup>

정서장애 중에서 증상의 양태가 주로 ‘지나친 불안’인 경우를 ‘불안장애’라고 한다. 병적인 불안이라고 해도 이것은 모든 사람들이 경험하는 매일의 정상적인 불안과 질적으로 다른 것이 아니고 양적으로 다를 뿐이며 그 회수, 심한 정도, 그리고 지속성 때문에 그 개인이 자기의 평소 적응력으로는 감당키 어려울 뿐이다. 또한 불안은 여러가지 차원을 가진, 즉 주관적, 인지적(불확실, 걱정, 비관적인 생각, 불행한 일이 생길 것이라는 생각 등), 행동적(안절부절, 신경질적 행동 등) 및 생리적(심계항진, 과호흡, 수면장애, 복통, 嘔, 실금 등) 측면을 지니는 정서반응군이다.<sup>5)</sup>

최근 아동기에서만 주로 보이는 불안장애를 미

국정신의학회 발간 DSM-III-R<sup>4)</sup>(Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders)에서는 분리불안장애(separation anxiety disorder), 과잉불안장애(overanxious disorder), 회피불안장애(avoidant disorder)의 세가지로 나누었다. 그러나 성인에서 많이 보는 일반불안장애(generalized anxiety disorder)―특정한 상황과는 관련없이 전반적으로 지속적으로 불안을 느끼는―형태로도 많이 온다.

분리불안장애(Separation Anxiety Disorder)<sup>4)</sup>, <sup>5)</sup>, <sup>1)</sup>란 아동이 애착을 느끼는 인물(대개 부모, 특히 어머니)이나 집, 그의 자기가 친숙한 환경으로부터 분리되는데 대해서 심한 불안반응을 보이는 장애이다. 특별히 학교에 등교할 때 부모와 떨어지지 못해 학교에 가지 않으려 하는 경우를 학교 공포증(school phobia)이라고 불렀으나 사실은 병명이 잘못된 것이고 아동이 어머니와 떨어지지 못하여 학교가기를 거부하는 전형적인 심한 분리불안장애의 하나이다.<sup>4)</sup>

분리불안장애 상태의 아동은 격리될 상황이 예기되거나 닳치면, 벌벌 떨고 공황상태(panic state)까지도 갈 수 있다. 자기가 없는 사이에 부모가 다치면 어쩌나, 자기에겐 끔찍한 일이 일어나지 않을까 두려워하며 유괴, 고문, 살해 같은 불행한 일들이 상상된다. 집을 떠나 여행하는 것, 친구집에 가서 자는 것, 심부름, 캠프 가는 것을 피하고 심하면 학교에도 가지 않으려 한다. 집에서도 혼자 있지 못하며 어머니를 그림자처럼 쫓아다닌다. 그뿐 아니라 격리될 상황이 예기되면 복통, 두통, 오심, 구토, 빈색, 현훈, 기절 같은 신체증상이 흔히 오며 징징운다. 억지로 학교에 보내놓으면 교문, 교실에 들어가지 않으려하며 엄마보고 싶다고 울며 다니고 조퇴시켜 달라고 조르거나 집으로 계속 전화라도 하는 등 안절부절한다.

일반아동의 분리불안장애에 대한 정확한 통계 보고는 없지만 드물지는 않다. 서울대학교병원 소아정신과 외래환자의 2.5%가 분리불안장애에 있었고<sup>2)</sup> 불안장애아동 중 10%가 분리불안장애로 조사되었다.<sup>6)</sup> 남아와 여아 공통 비슷한 율로 발생되며 학령전기부터 증상이 시작될 수 있는데,

학교공포증은 11~12세에 가장 흔히 시작된다.

분리 불안장애 아동은 흔히 발달력상 전체적 발달의 지연이나 언어발달에 장애가 있는 경우가 많다. 즉 생물학적 취약성을 가진 아동들은 과잉 보호를 받는 경우가 많은데 이렇게 생물학적인 취약성과 이로 인한 부모의 과잉보호는 이들이 부모로부터의 분리개별화되는 과정을 지연시킴으로써 중기 이후의 아동기 까지도 부모로부터의 분리가 매우 어려운 것으로 보여진다.<sup>6)</sup>

또 가족구조가 긴밀하고 매우 돌보는 분위기인 집안의 아동에게 오기 쉽다.

그 뿐 아니라 부모의 부부관계가 나빠서 부모가 불화하고 싸움이 잦을 때 아동들은 부모가 도망가지 않을까 혹은 자기들을 버리지 않을까 하는 분리불안을 갖게 된다.

가족이 아프거나 이사, 새 학교로의 전학, 입학, 친척의 죽음에 있는 후도 분리불안장애가 오는 경우가 많다.

한편 학교선생님이 지나치게 엄격하거나 조그마한 실수도 인정치 않는 듯한 분위기를 주면, 보통 이상으로 양심적이며 남을 기쁘게 하려고 하고 순종하는 경향을 보이는 아동들은 미리 위축되고 자신없어하며 어머니와 떨어지면 자기에게 큰 일이 날 것 같은 불안이 생긴다.

회피불안장애(Avoidant Disorder of Childhood or Adolescence)는, 애정을 받고 싶어 하고 자기를 받아들여 주기를 분명히 원하며, 가족과의 관계는 만족스러우면서도 낯선 사람을 만나게 되면 지나치게 움츠러들어 사회적인 활동(집밖의 생활)이나 사람과의 접촉을 피하는 장애이다.

상대가 낯설은 사람일 때는 어른이건 동년배이건 접촉을 못하고 만족스런 관계를 맺지 못하여 지나치게 움츠러 든다. 특히 동년배를 사귀는데 큰 방해를 받는다. 낯설은 사람과는 오래 같이 있어도 계속 관계를 피하며 익숙해지는데 까지 시간이 오래 걸린다. 가족과는 잘 지내나 흔히 어머니에게 징징 우는 소리를 하고 매달리며 요구가 많다. 수줍어서 속삭이는 소리로 말하며 사람의 뒤나 가구 뒤에 숨어 나타나려하지 않는다. 또한 얼굴이 빨개지고 말을 못하고 쉽게 당황한다.

말을 못하는 것처럼 보여도 지적 장애나 의사소통에 기본적인 어려움이 있는 것은 아니다. 강제로 사회적인 참여를 하도록 압력을 넣으면 눈물을 흘리며 불안해하고 거부한다.

자연히 학교생활에서도 위축되어 있고 안색이 창백하며 하루종일 맛도 안하고 친구들과 함께 도시락도 활발히 즐겁게 먹지 못한다.

청소년기에 와서는 精神性的 發達(psy-chosexual development)이 늦어지는데 이는 동년배와의 관계형성이나 적절한 청소년 활동이 어렵기 때문이다. 때로는 너무 위축되고 부끄럼을 많이 타서 학습에 까지 지장이 생긴다. 이런 아동은 아주 지지적인 조건에서만 진정한 능력을 발휘할 수 있다.

또 지나치게 완벽주의적이고 자기를 비난하는 경향이 심하므로 경쟁적인 활동에 참여하려면 더욱 움츠러든다.

이 장애는 그리 흔하지 않으며 여아에게 많다. 우리나라의 보고로는 서울대학교병원 소아정신과에 내원한 불안장애아동의 2-7%이었다.<sup>6)</sup>

회피불안장애의 원인적 요소로는 첫째, 이 장애가 생기기 쉬운 소리를 가지고 태어난다. 둘째, 특히 부모가 아동의 수줍음이나 위축되는 것을 허용하고 지지하는 경우이다. 셋째, 부모가 이 아동처럼 수줍고 위축되어 있으면서 아동을 억압, 지배하거나 끊임없이 아동을 어린애 취급하고 가치를 인정치 않는 가운데서 생활해 갈 때 회피불안장애가 올 수 있는 성격이 형성된다. 넷째 무서운 상실의 경험이나 성적으로 상처(sexual trauma)를 받은 일이 있을 때 올 수 있으며 다섯째, 류마치스열, 정형외과질환 같은 만성적 의학적인 문제로 또래와 어울리지 못하여 나이에 맞는 사회적 기능을 배우지 못한 경우도 이 장애를 일으키기 쉽다. 그외 외국에서 자라거나 자주 이사를 다녀도 또래와 지내는 사회적 기술을 배우지 못하여 이 장애가 온다.

과잉불안장애(Overanxious Disorder)<sup>9), 10)</sup>는 특별한 상황이나 대상에 국한되지 않은 여러가지 다양한 공포나 걱정을 가지고 있다. 시험을 못보면 어쩌나, 다치지 않을까, 친구와 잘 놀 수 있을까,

약속을 못 지키면 어쩌나 등 가까운 장래의 일과 자신이 해낼 수 있는지에 대한 걱정을 주 증상으로 한다. 자기가 한 일을 다른 사람들이 어떻게 생각할까를 주로 걱정하며 가끔 불안에서 오는 신체증상으로 목에 뒹가 걸린 것 같고 숨이 차고 구역질이 나거나 어지러움 등이 있어 학교에서는 양호실을 찾기도 한다. 잠들기가 어렵고 늘 긴장되어 있다. 자신의 학과성적 등 자신의 성공과 타인으로 부터의 안정과 비판에 민감하다. 따라서 나이보다 조숙해 보이고 완벽주의적이며 자신이 하는 일에 대해 자주 회의한다. 불안하여 안절부절하거나 손톱을 물어 뜯거나 머리를 잡아당기는 행동을 보일 수 있고 그래서 산만해 보이기도 한다.

이 장애는 상당히 흔하다. 서울대학교 소아정신과를 내원한 불안장애아동의 34%가 과잉불안장애이다. 그리고 남아에서 더 많다.

원인적 요스로는 낫 아이에서, 가족수가 적은 핵가족에서, 비교적 상류층의 아동에서 많다. 무엇보다 아동이 적절히 잘 하고 있음에도 불구하고 항상 더욱 유능하게 하는 것에 관심이 많은 집안에서 자라난 아동에게 많다.

좀 더 깊이 심리적 측면을 볼 때 과잉불안장애 아동이 불안한 것은 부모에 대한 애정의 불확신으로 인하여 부모의 인정을 받고 부모의 사랑을 계속 받기 위해서는 부모가 원하는 대로 모든 면에 있어서 잘 해야 하고 특히 성적에서도 우수해야 한다는, 아동자신이 판단한 사랑의 조건 때문에 이들은 지속적으로 공부나 혹은 다른 성적에 매우 민감하며 이와같은 것들이 이루어지지 않으면 불안해진다고 할 수 있다.<sup>6)</sup>

## 불안장애의 치료

치료목표는 아동의 불안과 두려움의 근거를 확실히 하고 이를 해결하는데 있다.

### 1. 아동 개인에 대한 개인정신치료

아동 자신이 할 수 있다는 자신감과 자율성을 높여주며 증상의 무의식적 의미를 정서적으로 깨닫는 과정을 돕는다.

### 2. 행동요법

이해해주는 어른의 보호하에 불안을 가져오는 상황에 대하여 점진적인 접촉을 한다.

### 3. 부모상담 및 부모교육

부모는 아동이 일관성 있고 지지적인 사랑을 원함을 이해하여야 하며 중요한 생활변천(입원, 이사, 전학 등)이 있을 때는 아동의 마음을 미리 준비시킨다.

### 4. 부모치료

어머니 자신이 아동에 대해 지나치게 불안해하거나 어머니 개인에게 문제가 있을 때는 어머니도 개인정신치료를 따로 받는다.

### 5. 약물요법

1) 학교공포증 같이 심한 격리불안장애가 계속되면 성인에서는 항우울제로 쓰는 이미프라민을 사용하는데 대개 사용 6주 후에 그 효과를 70-80%에서 볼 수 있다.<sup>9)</sup>

2) 부수되는 수면장애에 대하여는 diphenhydramine(Benadryl) 등을 쓴다.

3) 항 불안약물 중에서는 특히 진정시키는 역할이 큰 벤조디아제핀 약물이 도움된다. 회피불안장애에서는 일시적으로 회피하는 행동을 극복하도록, 불안을 더는데 쓸 수 있으나 이런 약물은 수동성이나 위축을 강화하므로 오래 쓰지 않는다.

### 6. 신체에 대한 진찰

신체증상 때문에 지나치게 몸을 걱정하므로 한번은 완전한 의학적 진찰을 한다. 이상이 없으면 치료시간에 신체증상을 불안과 동격의 증상으로 간주하고 의논한다.

### 7. 학교공포증 아동

우선 학교에 가게 하는 것이 급선무이다. 아니면 영영 학교를 못다니는 수가 있다. 어머니가 데려다 주고 지켜있어 주거나 양호실에서 수업시간 내내 있게해서라도 학교에 가고 학교내에 있어야 한다.

## 전환장애(Conversion Disorder)<sup>5), 11)</sup>

### 1. 정의

감각기관이나 수의운동의 극적인 기능변화나 상실을 주 증상으로 하는 정서장애로서 겉으로는 신경과적 질환 같으나 신체적인 질병 없이 심리적 갈등이나 욕구를 표현하는 증상이다.

이는 인위적으로 일어나는 것이 아니고 무의식적 과정으로 일어나기 때문에 환자 자신은 적어도 증상이 있는 때는 그것이 심리적 원인임을 모르고 있는 것이 특징이다.

### 2. 증상

주 증상은 사지의 기능 상실, 보행장애, 시력장애, 청력장애 그리고 동통이다. 정서증상은 불안상태 때보다 적다.

모든 신체적 질병을 다 모방할 수 있다는 점, 심리적 발병메커니즘이 뚜렷한 점, 급작스럽게 생기고 극적으로 심해서 주위 사람들에게 전시효과가 큰 증상을 선택한다는 점, 기능상실이 위주가 된다는 점, 주위사람이 있으면 심해진다는 점, 암시에 의해 잘 생기고 또 잘 해소된다는 그런 특징들이 있다.

구체적 증상으로는 ① 異狀운동, ② 사지마비, ③ 히스테리성 경련, ④ 히스테리성 실성증(hysterical aphonia) ⑤ 히스테리성 감각이상, ⑥ 히스테리성 귀머거리, ⑦ 히스테리성 실명 또는 약시(hysterical amblyopia) 등이다.

전환장애아동은 이러한 극적인 증상을 나타냄으로써 여러가지 심리적 이득을 얻게 되는데 극적인 증상 자체를 자기의 내적 긴장을 푸는 1차성 이득(primary gain), 그런 극적 증상으로 주위 사람들의 관심을 끌고 자기의 욕구를 성취하는데 유리하도록 혹은 체면손상을 회복하도록, 주의 사람들을 조정하거나 불리한 상황을 피하는 계기가 되는 2차성 이득(secondary gain)이 그 예이다. 학교에서는 친구들이 부축하여 집까지 데려다 주고, 문병을 와주며, 담임 선생님은 조퇴를 시켜주거나, 숙제를 해오지 않도록 하고, 힘든 운동이나 청소를 안시키는 등 관심과 배려를 받을

수 있다. 전환증상 형성에 이와 같은 심리적 동기가 있기 때문에 환자자신을 겉으로는 그 증상을 걱정하는 체하나 실은 이상할 정도로 증상에 대해 걱정을 하지 않는 무관심(la belle indifference)을 나타낸다.

### 3. 역학

전환장애는 흔치는 않다. Robin 및 Goodyer는 의뢰 환자의 약 1~2%가 전환장애라고 하였고<sup>12)</sup>,<sup>13)</sup> 우리나라에서는 15세 이하 정신과 환자의 2.1%<sup>2)</sup>, 6) 18세 이하 정신과 환자의 6.1%가<sup>3)</sup> 전환장애라고 보고 되고 있다. 사춘기 이전에는 유병률에서 성별 차이가 없으나 청소년기에 들어서면 여아에서 단연 많으며, 또한 청소년기 전보다 3배 가량 증가한다.<sup>12)</sup>

### 4. 경과 및 예후

급작스럽게 발생했다가 치료를 안 받아도 짧은 기간 뒤에 급작스럽게 해소되는 것이 보통이나 오래 계속되는 경우도 있다.

속히 증상이 회복된다고 하더라도 생활 도중 어느때라도 자주 재발하며 정확한 재발율을 알 수는 없으나 환경의 자극에 따라 재발이 자극되는 것이 통례이다.

### 5. 합병증

이 증상을 가지고는 정상 활동을 못한다. 오래 계속되면 근육위축, 관절경질이 올 수 있으며 특히 의존적일 경우 만성 병자역할(chronic sick role)을 하게 된다.

불필요한 진단절차를 되풀이해서 밟는 때가 많다. 경우에 따라서는 불필요한 수술을 시행하게 된다. 이로 인해 가정의 경제 부담이 가중된다.

### 6. 원인적 요소, 유발요인 및 증상형성 과정

부모와 아동 사이의 의존적 관계에 어떤 위협이 가해질 경우이거나 가족내에 스트레스가 있는 시기에 사소한 외상이나 질환이 일어남으로써 증

상이 고착된다.<sup>14)</sup> 예를 들면 부부싸움으로, 특히 아들이 밀착되어 있는 어머니에 대해 신체적 공격을 동반한 경우 아동의 의존적 관계에 직접적인 위협이된다.<sup>15)</sup>

전환증상은 비언어성 의사소통의 한 종류로서 일어나며,<sup>16)</sup> 가족내에서 병자역할을 하게 되어 올 수도 있다.<sup>17)</sup> 한편 증상은 의식적, 무의식적으로 학습된 행동일 수 있으며 가족내에 종종 전환장애가 있어 질환의 모델 노릇을 하고 환아는 이를 모방, 학습하여 신체적 장애가 자신이 조절할 수 없는 정서적 고통을 다루는데 강력한 무기라는 것을 재빨리 배운다.<sup>18)</sup>

성적인 스트레스 즉 부적절한 성적자극이나 접촉이 있을 때 유발될 수 있다.

전환장애에서 쓰이는 특징적인 정신기제는 자기의 갈등을, 주의사람들이 자기를 잘 대해주지 않는 탓이라고 생각하며 불량하는 投射(projec-tion), 자기마음의 갈등을 신체의 기능상실로 표현하는 전환증상 형성 과정에서 자기와 가까웠던 사람의 신체증상을 모방하고 주위 사람의 암시에 증상이 유발되는 同一觀(identification)가 특징적인 정신기제이다.

## 7. 감별진단

신체적 질환과의 감별이 가장 중요하다. Caplan에 의하면 전환장애로 진단 받은 환아를 4-11년간 추적한 결과 46%에서 주소와 관련된 신체질환을 발견하였다고 하였다. 그는 이러한 오진을 하게되는 가장 흔한 원인은 증상이 흔치 않은 과장한 것이었으며 서서히 시작하는데다 긍정적(positive)인 신체질환의 sign의 없고 뚜렷한 정서적 유발인자가 있었기 때문이라고 하였다. 전환장애는 신체질환에 비해 증상이 더 급작스럽게 일어났었고 가족내에 전환증상이 더 흔한 점이 달랐다고 보고하였다.<sup>5)</sup>

## 9. 치료<sup>15)</sup>

1) 전환장애의 치료에는 2차성 이득을 차단하는 것이 중요하다. 전환장애아는 의사에게 자기증상을 과장하여 주의를 끌려고 하므로 처음에

철저한 신체진찰을 한 뒤 일단 전환장애가 진단된 다음에는 더 이상 신체진찰에 응하지 않는다.

환자증상이 주위의 자극이나 주위 사람과의 관계에서 악화되는 경우는 입원시킨다. 2차성 이득만 차단해도 증상이 즉시 극적으로 완화되는 것이 통례이다.

2) 구조화된 치료적 환경(structured therapeutic milieu)에서 치료자와 관계를 맺음으로써 의존적 부모-아동 관계에서 벗어나 자율성을 실현하도록 돕는다.

3) 행동요법(behavior therapy)으로 증상 자체를 빨리 소실시킨다.

4) 가족치료를 하여 가족이 주는 2차적 이득을 막고 부모상담, 부부치료를 한다.

5) 개인정신요법(혹은 놀이요법)을 계속하여 환아가 갈등을 표현하고 해결하도록 도와 증상 소실 이후의 재발을 막아 주고 건강한 발달을 해나가도록 돕는다.

## 우울장애(Depressive Disorder)<sup>19)</sup>

### 1. 정의

많은 아동들이 슬프다거나 불행하다는 감정을 경험한다. 이는 대개 현실적인 실망이나 스트레스가 있을 때 반응하는 일시적인 상태를 정상아동은 이런 상황에 곧 적응하고 보통 상태로 돌아간다.

그러나 어떤 아동은 유전적 소인이나 아주 어려서의 경험으로 인하여 스트레스상황에 더 쉽게, 더 오래 슬픈 기분으로 반응한다. 그래서 상황이 좋아진 다음까지도 지속적으로 우울하다. 이 지속되는 情動(affect) 변화 때문에 집과 학교에서 아동의 인간관계 형성과, 매일의 생활을 방해할때 우울장애라고 한다.<sup>5)</sup>

일부 연구자들은 아동에서 정서발달이 성인과 같은 수준에 못 미쳐 자신의 감정을 표현할 수가 없으므로 복통, 식욕 감퇴, 두통, 분실금, 뇨실금 등 신체증상과 파잉운동, 공격성, 비행, 건강염려, 학습장애 등 행동문제가 우울한 감정 대신 나타난다고 주장하고 이를 우울을 반영하는 증상으로

간주하여 등위우울증(depressive equivalent) 또는 은폐된 우울증(masked depression)이라고 하였다.

아동기에서도 성인에서 처럼 조울장애(manic depressive disorder)와 같은 심한 主要 우울장애(major depressive disorder)가 올 수 있으나 여기서는 과거에는 우울신경증으로 명명 했던 感情不全障礙(dysthymic disorder)에 대해서만 기술하기로 한다.

## 2. 증상

우울하면서 일상활동에 흥미나 쾌락을 심히 잃는다. 잠을 못자거나 아니면 너무 자고 항상 부적합한 느낌을 경험하며 자부심이 낮아 지고 자책한다.

성적이 떨어지고 집단이나 학교에서 기능이 떨어지며 친구들과 잘 지내지 못한다. 주의집중력이 감퇴되고 사고력도 떨어지며 지나치게 분노하거나 과민반응을 보인다. 칭찬에 대해서도 적절한 기쁨을 나타내지 못하며 말 수가 적고 침체되며 불안정하다. 장래에 대한 걱정을 많이 하고 과거에 대하여 후회를 자주 하며 쉽게 운다. 죽음, 자살에 대해 반복해서 생각한다. 가장 흔한 신체증상으로는 수면장애, 식욕부진, 혹은 식욕과다, 변비, 소화불량, 체중감소, 피곤, 두통이다. 우리나라에서는 '몸이 허하다', '심장이 약하다', '위장이 나쁘다' 식의 호소가 많다.<sup>11)</sup> 그리고 성인과는 달리 소아·청소년에서는 우울증 때 분리불안(separation anxiety)과 행동장애(conduct disorder)를 보인다.<sup>12)</sup> 아동의 약 5%에서 분리불안을 보이고 나이트 청소년에서는 일반적 불안이 공황상태까지 이르는 일이 흔하다.

우울장애가 있으면 행동장애(남의 전리를 무시하고 공격적인 행동을 함)가 나오기 쉬운데 인간관계에서 부정적으로 반응하므로 친구관계, 가족관계, 학교에서의 학습태도 및 행동이 나빠진다. 또 공부는 아주 머리가 좋고 학습태도가 이미 잘 이루어진 학생이라면 우울이 심하지 않을 때에 한해서(우울이 심하면 그렇지 못함) 시간과 노력을 많이 들여서야 겨우 해낸다.

이와같은 우울증 증상 때문에 학교에서는 아프다고, 허약하다고 양호실을 찾거나 부정적 행동,

학습에의 집중의 어려움 및 부정적, 부적절한 태도 때문에 선생님이나 교우들에게 오해 받고 야단 맞는 일이 있을 수 있다.

## 3. 역학

비교적 흔하다. 청소년으로 갈수록 더 많은데 우리나라 보고로는 1971~1973년 사이 카톨릭의 대부분 성모병원 소아·청소년 정신과 환자(18세 이하)의 약 22.7%가 우울신경증이었고<sup>3)</sup> 1979~1980년 사이 서울대학교 소아병원 소아정신과 환자(15세 이하)의 4.7%가 우울증이였다.<sup>2)</sup> 아동에서 남녀의 빈도 차이는 없다. 영국에서는 10세 아동의 약 1.7%가 主要 우울장애(major depressive disorder) 및 感情不全障礙(dysthymic disorder, depressive neurosis)이다.<sup>5)</sup>

## 4. 경과 및 예후

학령전기 부터 서서히 시작하는 것이 보통이다. 만성으로 재발을 잘한다. 적절히 치료하지 않으면 상당한 어려움과 합병증을 가져온다. 즉 학습장애, 정신사회적 발달의 결함, 자살, 약물 및 알코올 남용, 행동장애 등이다. 우울장애의 유전적 요인은 나이가 어릴수록 더 많이 나타나므로 아동시기에 심하지 않은 정동장애(affective disorder)라도 있으면 장래 좀 더 심한 우울장애가 올 수 있음을 예시하는 것이다.

## 5. 원인

1) 유전적 요소 : 가족내에 우울장애가 있는 경향이 있다. 우울장애가 시작되는 연령이 낮을수록 그 가계내에 우울장애가 생길 위험률이 높다. 그리고 여러세대에 걸쳐서 또 여러 가족의 재발이 잦은 우울장애를 보일 경우 자손이 걸릴 확률이 높고 더 어린 나이부터 시작하기 쉽다. 또한 가계내에 심한 우울장애가 있을수록 그 자손에서도 심한 우울장애가 온다.

2) 환경적 요소 : 부모, 친구, 형제들과의 관계에 결함이 있는데 이것이 원인적 요소라기 보다는 오히려 우울증상에서 오는 2차적인 정신사

회적 장애 때문에 오는 것으로 보인다. 왜냐하면 우울기간이 길수록 이 결합이 깊고 우울증상이 좋아지면서 이 결합이 회복되기 때문이다.

3) 신경전달물질 : 조울병이 있는 아동 및 청소년에게는 조울병이 있는 성인과 비슷한 신경 전달 기능의 변화가 있다. 感情不全障礙(dysthymic disorder, 우울성 신경증)을 오래 추적하다 보면 주요 정동장애(mayor affective disorder, 조울장애 포함)로 발전하는 것으로 봐서 이러한 특징적 신경전달장애 소견의 가능성이 있으나 아직 연구가 부족한 상태이다.

## 6. 치료

1) 정신요법 : 심하게 우울할 때는 이 방법은 우울증상을 치료하는데 크게 효과가 없다. 심한 우울장애가 회복되었는데도 대인관계가 좋아지지 않을때 한다.

2) 약물요법 : 사춘기 이전 아동의 우울에 삼환계 항우울제(예 : 이미프라민)가 효과 있다는 확증은 없으나 사춘기 이전 아동이라도 주요 우울장애(mayor depressive disorder)에는 효과가 있다.

3) 추적 : 무엇보다도 우울증에 있는 아동은 장애 자주 재발하고 또 더 심한 정동장애(affective disorder)를 가져올 수 있으므로 환아 및 그 가족과 오랜동안 관계를 가지며 추적해야한다. 환아에게도 정직하게 예후에 대해 설명한다.

## 參 考 文 獻

- 1) Achenbach, T. M., Edelbrock, C. S. : Manual for child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Department of Psychiatry, University of Vermont, 1983.
- 2) 홍강의 : Developing Psychiatry in Korea. 신경정신의학, 12 : 183-193, 1982.
- 3) 김행숙 : 소아 및 청소년 정신과 환자의 임상적 고찰. 카톨릭대학의학부 논문집, 1974, 28 : 277-291.
- 4) American Psychiatric Association : Diaghnostic and statistical Manual of mental Disorders(3rd

Edition-Revised), 1987.

- 5) Rutter, M., Hersov, L. : Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell Scientific Publications, 1985, PP. 368, 377-378, 373-374.
- 6) 홍강의, 이상수 : 불안장애 아동의 임상적 특성. 서울醫大 精神醫學報, 8 : 364-365, 1984.
- 7) Bowlby, J., Seperation : Anxiety and Anger. Baric Books, New York, 1973, PP. 288-310.
- 8) Breger, L. : From Enstinct to Identity, Frentice Hall, New Jersey, 1973, PP. 199-210.
- 9) Greenbery, L. M., Stephens, J. H. : Use of drugs in Special Syndromes ; Enuresis, Tics, School Refusal, and Anorexia Nervosa, Pharmacology in Childhood Adolescence, Edited by Terry M. Wiener, Basic Books, Inc., 1977, PP. 210-202.
- 10) Kaplan, H. L., Sadock, B, J, : Comprehensive Textbook of psychiatry, Vol. II, 4th Edition. Williamo and Wilkins, Baltimore/London, 1985, PP. 1746-1753, 1850-1861.
- 11) 李定均 : 精神醫學. 一潮閣, 1981, PP. 261-266.
- 12) Robin, E., O'Neal, P. : Clinical Features of Hysteria in Children with a Note on Progrers. Nerv. Child, 10 : 246-271.
- 13) Goodyeen, L. : Hysterical Conversion Reactions in Childhood. J. Child. Psychol. Psychiat., 22 : 179-188.
- 14) Rock, N. L. : Conversion Reactions in Childhood. A Clinical Study of Childhood Neurosis. J. Am. Acad. Child Psychol., 10 : 65-78., 1971.
- 15) 광영숙, 총강의 : 히스테리성 마비 아동 5례의 입원치료. 서울醫大精神醫學報 11(1) : 60-75, 1986.
- 16) Chodoff, P. : The Diagnosis of Hysteria, An Overview. Amer. J. Psychiatr., 131 : 1073-1078, 1974.
- 17) Kendell, R. : A New Look at Hystennr. Medicine., 30 : 1780-1783, 1974.
- 18) Fred R. V., Joan P., Melvin L. : Conversion Reactions in Childhood and Adolescence. J. Am. Acad. Child Psychiatr., 23(4) : 424-430, 1984.