

청소년기의 정신 질환

Psychiatric Disorders in Adolescence

조 수 철 · 김 재 원 | 서울의대 신경정신과 | Soo-Churl Cho, MD · Jae-Won Kim, MD

Department of Neuropsychiatry, Seoul National University College of Medicine

E-mail : soochurl@snu.ac.kr

J Korean Med Assoc 2008; 51(2): 176 - 186

Abstract

This article provides an overview of the major psychiatric disorders in the adolescence. Attention and disruptive behavior disorders, mood disorders, anxiety disorders, alcohol and substance use disorders, and schizophrenia are the main diagnostic categories of adolescent psychiatric disorders. Attention and disruptive behavior disorders include attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. Mood disorders include depressive disorder and bipolar disorder, and anxiety disorders include obsessive compulsive disorder, social phobia, and posttraumatic stress disorder. Eating disorders and tic disorders are described in the category of other disorders. This article discusses the demographic and clinical characteristics of the aforementioned disorders, focusing on the adolescent-specific clinical characteristics and the possible co-morbid conditions of each disorder. Diagnostic and evaluative points of each disorder for clinicians are also highlighted.

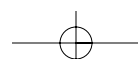
Keywords : Psychiatric Disorder; Adolescence

핵심용어 : 정신 질환; 청소년기

서론

청소년기는 아동기의 발달을 기반으로 청소년으로서의 심리적 및 신체적 성장을 이루고 성인기로의 이행을 준비하는 시기이다. 이 시기의 주요한 심리적 발달과제는 자신의 부모로부터 독립하여 자아를 정립하고 사회에서 수행해야 할 자신의 역할에 대해 계획하며 자신의 정체성이 무엇인가에 대하여 찾아나가는 자아정체성(ego-identity)의 수립으로 요약될 수 있다. 발달(development)을 한 개체가 태어날 때부터 주어진 신체적, 생물학적 요인과 그 개체가 처해 있는 환경으로부터의 경험적 요인이 상호 작용하여 나타나는 인지·심리·행동의 기능적 구조화(functional

organization) 과정으로 정의내릴 때(1), 아동기의 경험과 발달에서 습득된 능력들은 청소년기로 이어지며 아동기의 발달과제를 잘 이룬 청소년은 자신들의 발달과제를 무난히 치를 가능성이 높다고 할 수 있겠다. 반면 아동기의 해소되지 않은 갈등이나 외상 경험, 문제 행동이나 정서 등은 청소년기와 성인기에도 영향을 미칠 것임이 분명하다(2). 이렇듯 청소년기에 나타나는 정신건강 문제와 정신과적 질환들을 이해하는 데 있어서는 아동기로부터 이어지는 경험과 각종 행동/정서 문제들, 청소년기의 고유한 신체적·심리적 발달, 부모로부터의 독립과 사회·문화적으로 부여되는 책임과 그에 따르는 부담 등의 다양한 측면들을 같이 고려하여야 한다. 본 의학강좌에서 필자는 청소년기의 주요 정신 질



환을 행동장애(주의력결핍과잉행동장애, 반항 장애, 품행 장애), 기분 장애(우울증, 조울병), 불안 장애(강박 장애, 사회공포증 등), 알코올 및 약물 중독, 정신분열병 그리고 기타 장애(섭식 장애, 틱 장애 등)의 범주로 구분하고 각각의 질환에서 청소년기에 나타나는 특징적인 임상 양상들을 중심으로 기술해 보도록 하겠다.

행동 장애

1. 주의력결핍과잉행동장애

주의력결핍과잉행동장애(attention deficit hyperactivity disorder, ADHD)는 주의력 결핍과 과잉행동 그리고 충동성을 주된 증상으로 보이는 장애이다. 미국정신의학회(DSM-IV) 진단 기준에서는 학령기 아동의 3~5% 정도가 이 질환을 앓고 있는 것으로 제시하고 있고(3), 2005년에 서울대병원과 서울시 소아청소년 광역정신보건센터에서 서울시 아동청소년을 대상으로 시행한 역학조사에서도 확정 진단에 해당하는 아동청소년의 비율이 4.6% 정도로 보고된 바 있다(4). ADHD는 소아청소년기의 가장 흔한 행동장애로 그 자체로서 뿐만 아니라 많은 동반 질환과 함께 지속적인 장애(障害)를 보인다는 점에서 임상가의 주목을 받고 있다(5). 적대적 반항 장애나 품행 장애가 같이 있는 경우에는 청소년기의 반사회적 행동, 비행, 범죄 등의 가능성이 높아진다고 알려져 있다(6). 이 외에도 ADHD의 일부군이 알코올을 비롯한 약물 남용 및 의존으로 이행한다는 연구 보고들도 나오고 있다(5, 7).

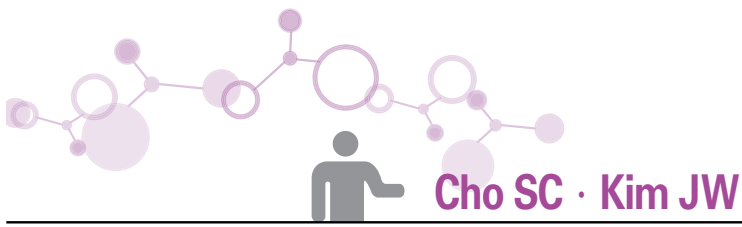
Biederman 등(8)의 추적관찰 연구에 따르면 대략 60% 정도의 ADHD 아동들에서 청소년기를 지나 성인기까지 주요 증상들이 지속된다고 보고되고 있다. ADHD의 임상 양상은 시간이 지남에 따라 변화하는 것으로 알려져 있다(9). 과잉행동은 점차적으로 감소하지만 완전히 소실되는 것은 아니고 청소년기에 들어서면서부터는 안절부절못함(restlessness)의 증상으로 변형된다. 충동성의 경우도 나이가 들면서 약간 감소하는 것으로 알려져 있으나 청소년기의 경우에는 사춘기에 수반되는 신체적(호르몬) 변화와 연관되어 오히려 강화되는 것으로 보고되고 있다. 청소년기

ADHD의 충동성은 등교 거부 등의 학교 적응 문제, 각종 비행 및 공격적 행동, 알코올 및 약물 남용 등과 깊이 연관된다. 주의력 결핍 증상은 앞서 언급한 2가지 범주의 증상들에 비해 성인기에 이르기까지 지속되는데, 이는 청소년기에 있어서는 학업 성취의 어려움, 조직화 및 체계화 능력의 부족, 시간 관리 능력의 부재, 친구 관계의 지속적인 유지의 어려움 등으로 표현된다. 또한 이러한 문제들은 자아 존중감이 나 자기가치감의 저하와 연관되어 청소년기의 정체성 확립에 있어서도 심각한 어려움을 초래하게 된다.

일부 전술한 바와 같이 ADHD에는 여러 가지 공존질환이 동반될 수 있고 이러한 질환들의 공존 여부에 따라 임상 증상의 심각도나 질환의 예후가 다양하게 나타날 수 있다는 것을 유념하여야 하는데(10), 가장 높은 비율(30~50% 정도)로 동반되는 적대적 반항 장애나 품행 장애 이외에도 불안 장애나 기분 장애, 학습 장애, 틱 장애 등이 공존할 수 있으며 각각의 경우에 따라 ADHD에 대한 치료 이외에도 해당 질환들에 대한 치료 계획도 같이 세워져야 할 것이다.

2. 적대적 반항 장애 및 품행 장애

적대적 반항 장애(oppositional defiant disorder, ODD)는 부모나 교사 등 권위를 인정하여야 하는 대상에 대하여 지속적으로 반항적, 도전적 행동을 보이는 것이 주된 증상인 장애인데, 기본적인 사회적 규칙을 위반하거나 타인의 권리를 침범하는 비사회적인 행동은 보이지 않는다는 특징을 지닌다(11). 대개 학령 전기에 증상들이 시작되며 처음에는 가정에만 국한되나 시간이 경과되면서 그 범위가 확대되어 학교에서도 반항적이거나 도전적인 행동이 나타난다. 이들은 학교의 규칙에 잘 따르지 않으며 교사의 지시나 요구에 대하여 능동적으로 도전하거나 거절하고, 교사들과 논쟁을 일삼는다. 품행 장애(conduct disorder, CD)는 ODD와 달리 지속적으로 다른 사람의 권리를 침범하며 자신의 연령에서 지켜야 할 사회적인 규범을 어기는 행동을 특징적으로 나타내는 장애이다(11). 청소년기의 CD는 잦은 정학이나 퇴학 등의 학교 적응 문제, 성행위·음주·흡연·약물 남용 등의 이른 노출과 연관된다. 또한 다른 사람들의 권리나 감정 상태에 대하여 고려하지 않고 자신의 잘못된 행동



에 대하여 죄의식을 잘 느끼지 못하는 특성들로 인하여 반복적인 거짓말, 도벽, 기물 파손 등을 보이기도 한다. DSM-IV 진단 기준에서는 발병 연령이 10세 이전인 소아기 발병형과 10세 이후인 청소년기 발병형으로 구분하고 있다(3). 소아기 발병형의 경우品行 문제가 지속되는 경우가 많으며 청소년기 발병형보다 성인기에 반사회적 인격 장애로 이행될 위험성이 높은 것으로 알려져 있다(12). CD와 ODD가 서로 독립적인 질환인지의 여부에 대해서는 지속적으로 논란이 있어왔으나, DSM-IV 진단기준에서는 두 질환을 서로 독립적인 것으로 기술하고 있다. 하지만 ODD를 CD의 가벼운 형태로 생각하는 경향은 두 장애를 같이 진단내리지 못하게 한 것에서 엿볼 수 있다.

기분 장애

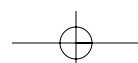
1. 우울증

미국의 경우 약 1~2%의 아동과 3~8%의 청소년이 우울증을 앓고 있는 것으로 보고되고 있다(13, 14). 부모용 면접 도구를 사용한 국내의 조사에서는 아동청소년의 0.86%(주요 우울증이나 기분부전증으로 확정 진단된 경우)로 외국에 매우 낮은 비율로 보고되고 있다(4). 한편 같은 조사에서 자가 보고식 우울 척도를 통하여 평가한 결과에서는 7.37%에 해당하는 소아청소년들이 임상적으로 유의미한 우울 증상을 지니는 것으로 나타난 바 있다. 이와 관련하여 한 연구(15)에서는 국내의 부모들이 외국의 부모들과 비교하였을 때 자녀의 우울이나 불안과 같은 정서 상태에 대해서는 잘 인식하지 못하는 반면 공격성이나 충동성과 같은 외현화된 행동 문제들에 대하여 상대적으로 더 관심을 가진다고 보고하고 있는데, 이는 임상 현장에서 아동청소년의 우울증을 평가하는 데 있어서 유념해야 할 사항으로 생각된다. 여성에서 남성에 비해 3대 1의 비율로 높게 나타나는, 성인의 우울증과 유사한 성별 분포는 청소년기부터 나타나는 것으로 알려져 있다(16). 청소년기에는 아동기에서 주로 보이던 우울한 외양과 신체적 호소의 빈도가 감소하고 무감동증(anhedonia), 일중의 기복(diurnal variation), 희망없음(hopelessness), 정신운동 속도의 저하(psychomotor

retardation), 그리고 망상(delusion) 등과 같은 증상들로 대치된다(17). Ryan 등(18)은 이 외에도 과수면(hypersomnia), 체중 변화, 약물 남용이 청소년기에 더 증가한다고 보고하였다. 자살 사고(suicidal ideation)의 강도는 아동기나 청소년기나 별로 차이가 없으나 청소년의 경우 자살 시도에 있어서 보다 치명적인 방법을 사용하는 것으로 알려져 있다. 임상 현장에서 자주 접하는 우울증 청소년의 주소(chief complaint)는 비행이나 공격성과 같은 행동 문제인 경우가 많고 이 때문에 우울증이 잘 발견되지 않는 경우가 종종 있다. 청소년들이 우울해지면 친구에 대한 관심이 저하되고 친구들과의 관계를 지루해하는 것과 함께 사회적으로 철회(social withdrawal)되는 모습으로 진행되는 경우가 자주 관찰된다(19). 집중력의 저하, 피곤감 등과 연관되어 나타나는 학업 성취의 어려움과 성적 저하 등도 청소년기 우울증에서 나타날 수 있는 중요한 증상 중의 하나이다. 이 외에도 무분별한 성행위나 약물 남용과 같은 자기 파괴적인 행동들도 종종 관찰되는데, 이 역시 우울증에 대한 임상가의 평가를 혼동시키는 요인으로 작용하게 된다. 청소년기 우울증에 동반되었던 자존감의 저하나 사회 기술의 결함과 같은 문제들은 우울증에서 회복된 후에도 상당기간 지속되는 것으로 알려져 있기에 유지 치료 및 추적 관찰에 있어서 주의를 요한다(20).

2. 조울병

최근 10여년 동안 양극성 정동 장애(조울병) 전반에 대해서 그 중에서도 특히 조기 발병(early-onset) 양극성 장애에 대한 관심이 증가되어 왔다. 성인 조울병 환자 사례들의 임상 양상과 인구학적 특성을 분석한 한 연구(21)에서는 조울병의 첫 삽화가 17세 이전에 나타나고 약 20%는 10~14세 사이에 첫 삽화의 과거력이 있다고 보고한 바 있다. 조기 발병 양극성 장애 1,000명을 대상으로 한 다른 연구(22)에서는 18세 이후 발병은 35%, 13~18세 사이의 발병(early-onset)은 37%, 13세 미만에 발병(very early onset)한 경우는 28%인 것으로 제시하였다. 이렇게 많은 임상가와 연구자들이 조울병의 상당수에서 소아청소년기에 발병한다는 것에 동의하지만, 이 시기에 발병한 조울병을 적절히 진단



하고 치료하는 데에는 어려운 점이 있는 것이 사실이다.

청소년기의 조울병을 진단하기 어려운 것은 그 임상 양상이 전형적인 성인의 조울병과 다른 형태로 나타나기 때문이다. 소아청소년기 조증에 대한 7개의 현상학적 연구에 대한 최근의 meta-analysis에서는 11가지의 조증 증상에 대한 비율을 제시하였다(23). 에너지의 상승(increased energy)과 주의산만성(distractibility)이 가장 흔하게 관찰되는 증상이었고 성욕의 항진(hypersexuality)은 가장 적은 빈도로 관찰되었다. 기분의 상승/고조(euphoria/elation)나 자극과민성(irritability)은 연구에 따라 상당한 차이를 보였다. 정신병적 증상은 42% 정도로 소아청소년기 조증에 흔히 동반되는 것으로 보고되었다. 이러한 증상들은 ADHD와 같은 다른 청소년기 정신 질환들에서도 자주 관찰되기에 진단에 있어서 혼동을 가중시킨다. 또한 청소년기 조울병의 상당수가 우울 삽화로 시작되는 경우가 많고, 80% 이상에서 전형적인 삽화가 아닌 급속 순환형(rapid cycling type)이나 혼합형(mixed type)으로 나타나기에 평가 및 감별 진단은 까다로울 수 밖에 없겠다.

앞서 언급한 것처럼 비록 연구들 사이에 차이가 나기는 하지만, 그래도 자극과민성이 청소년기 조울병을 진단하는데 있어서 민감한 지표로 생각된다. 자극과민성은 부정적인 사건에 대한 반응에 대하여 분노감을 경험하는 역치가 낮은 것으로 특징지어지는 정서 상태로 정의된다(24). 요약하자면 기분의 상승보다는 자극과민성이나 예측할 수 없는 불안정한 정동이 더 흔하고 과대사고(grandiosity)나 환각과 같은 정신병적 증상이 자주 동반되는 것이 성인기와 다른 비전형적인 임상 특성이라고 할 수 있겠다.

불안 장애

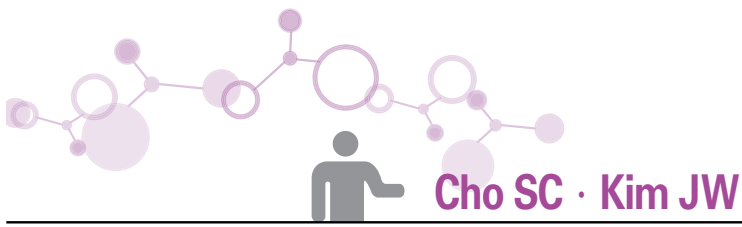
1. 강박 장애

강박 장애는 강박사고와 강박행동으로 특징지어지는 질환이다. 강박사고는 한 개인에 있어서 의미가 없거나 또는 불필요한 것으로 인식되는 사고나 이미지, 충동들이 자신의 의사와는 관계없이 의식 내로 들어와 그 결과로 기능적인 장애나 불편을 유발하는 것으로 정의된다(11). 한편 강박행

동은 강박사고에서 비롯된 어떤 생각이나 충동을 피하기 위한 일환으로 특정 의식이나 규칙에 따라 행동을 하는 것을 지칭하며 이는 기능적인 장애를 초래하게 된다. Swedo 등(25)의 연구에서는 47명의 남아와 23명의 여아를 추적 관찰하였는데 강박 장애의 평균 발병 연령은 10세인 것으로 나타났다. 남아에서는 사춘기 전 발병(9세 정도), 여아에서는 사춘기 무렵의 발병(11세 정도)이 많은 것으로 제시되었다. 청소년기 강박 장애의 임상 양상은 성인기의 증상과 유사한 것으로 보고되고 있다(26). 앞서 언급한 Swedo 등(25)의 연구에서는 청결하게 하는 행동(손씻기, 샤워하기 등)이 가장 흔한 것으로 나타났으며 반복하는 행동(어구를 반복하여 말하거나 읽는 것을 반복하는 등)이나 반복적으로 확인하는 행동(문이나 창문이 잠겼는지 계속 확인하는 등)의 빈도가 그 다음으로 높은 것으로 나타났다. 이 외에도 숫자를 세는 행동, 정리하고 배열하는 행동, 물건을 모으는 행동(hoarding) 등이 비교적 흔하게 관찰되었다. 강박 증상이 심하지 않거나 특히 자신의 증상을 숨기려고 하는 경우에는 부모나 치료자가 이를 인지하기가 쉽지 않다. 강박 장애를 시사하는 증상들로는 숙제를 하는 데 불필요하게 너무 오랜 시간이 걸린다는지, 종이에 구멍이 생길 정도로 과도하게 지우는 것을 반복한다는지, 갑자기 세탁물이 많아지거나 화장실의 변기가 막힐 정도로 휴지 사용이 많아지는 경우 등이 대표적인 예가 될 수 있겠다. 이 외에도 잠자기 전 의식(bedtime ritual)이 너무 길거나, 부모 등의 어른으로부터 과도한 확신(reassurance)을 얻으려고 하거나, 특정한 어구를 가족들로 하여금 반복할 것을 요구하고 필요없는 물건들을 계속 모으고 쌓아놓는 것 등도 강박 장애를 의심할 수 있는 증상들이다(27).

2. 기타 불안 장애

불안 장애의 영역에는 사회공포증, 특정공포증, 분리불안 장애, 공황 장애, 범불안 장애, 외상후스트레스장애 등 다양한 질환들이 속해 있지만 여기서는 이 중 사회공포증과 외상후스트레스장애를 중심으로 기술하기로 하겠다. 사회공포증은 아동청소년의 1% 정도에서 경험하는 것으로 알려져 있으며 국내의 한 조사(4)에서도 불안 장애 중 아동기에



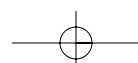
더 호발하는 특정 공포증이나 분리불안 장애를 제외하고는 강박 장애 다음으로 빈도가 높은(확정 진단된 경우가 0.19%) 것으로 나타난 바 있다. 사회공포증은 낯선 사람을 만나는 등의 사회적 상황에 대하여 지속적인 두려움을 느끼는 것을 특징으로 하는 질환으로 이러한 두려움은 심한 불안감을 야기하게 된다(28). 사회공포증을 지닌 청소년은 다른 사람들의 주의를 자신에게 집중되는 상황을 못 견뎌 하며 다른 사람들이 항상 자신의 잘못된 점을 찾으려 하고 자신에 대하여 이상하고 매력적이지 못하며 바보 같다고 생각할 것이라고 여긴다. 신체 증상도 흔한데 심박수의 증가, 발한, 안면 홍조, 진전, 머리가 몽롱해짐 등이 이에 포함된다. 이러한 증상들이 심할 경우에는 공황 발작과 감별이 어려운 경우도 있다. 이들은 다른 사람이 자신의 불안에 수반되는 신체 증상들에 대해 눈치를 챌까봐 전전긍긍하며 이 때문에 더 실수를 하거나 당황하게 되기도 한다(29). 청소년 사회공포증 환자들이 흔하게 두려워하는 상황들은 공공장소에서의 발표, 청소년 연합 모임 등의 사회적인 행사의 참석, 부모나 교사와 같은 권위적인 대상과의 접촉 등이며 심지어는 낯선 사람에게 말을 걸거나 길을 묻는 것에 있어서도 심한 불안감을 느낀다. 공공장소에서 식사를 하거나 글을 쓰는 일, 공공화장실을 이용하는 일 등을 힘들어하기도 한다. 이러한 측면에서 이 질환을 사회공포증이라는 명칭 대신 사회불안장애(social anxiety disorder)로 언급하자는 것이 최근의 추세이다(30). 외상후스트레스장애는 극심한 외상성 스트레스 사건에 노출된 후 심각한 고통이나 장애를 초래하는 특징적인 증상들이 1개월 이상 나타날 때에 진단을 내릴 수 있으며 3개월을 기준으로 급성과 만성으로 구분한다(3). 스트레스 사건에 노출된 후 6개월 이후에 증상이 나타나는 늦은 발병형도 있다. 청소년들이 경험할 수 있는 외상적 사건들은 자연재해(홍수, 태풍 등), 사고(교통사고, 화재, 인재 등), 범죄 및 학교 폭력, 부모나 친구의 자살, 성폭력 및 학대 등이 대표적인 예가 될 수 있겠다. 외상후스트레스장애의 전형적인 증상은 사건에 대한 재경험, 사건과 관련된 자극에 대한 지속적인 회피와 일반적인 반응의 둔화, 각성(arousal) 상태의 증가와 연관된 다양한 증상들로 요약될 수 있다. 하지만 외상 사건에 대한 반응은 연령에 따라 다

를 수 있다는 것을 반드시 인지하여야 한다. 청소년의 경우에는 두통이나 다른 신체 증상, 우울증, 학업의 저하, 공격적인 행동, 위축되고 고립됨, 친구 집단의 변화, 무책임한 행동이나 비행 등이 전형적인 반응들이다. 학습이나 기억에도 영향을 미쳐 최근에 습득된 지식에 대해 기억을 못하겠다고 보고하거나 새로운 기술을 습득하는 것을 어려워하는 경우도 종종 있다. 외상후스트레스장애가 청소년의 이후 발달에 어떠한 영향을 미치는지에 대해서는 아직도 논란이 있는데, 적절한 개입을 통하여 회복과 보상이 가능하다고 보는 의견도 있는 반면 치유될 수 없고(Incurable) 오래 지속되는 상처를 남긴다는 의견도 있는 실정이다(31).

알코올 및 약물 중독

청소년기는 그 어느 시기보다 알코올이나 마약 등의 약물들에 노출되기 쉬운 시기이다. 이들 약물들을 사용하는 청소년들은 음주 후의 운전, 무분별한 성행위, 비행이나 폭력 등의 다양한 문제 행동들에 연관될 가능성이 높고 이로 인한 각종 사고나 사망의 위험성 또한 높아지는 것이 사실이다. 운전 면허증을 법적으로 취득할 수 없는 우리나라 같은 경우에는 문제가 적지만, 외국의 경우 한 조사에 따르면 13%의 고등학생이 음주 운전의 경험이 있고 이를 제외한 33%가 음주 운전자의 차를 타본 경험이 있는 것으로 보고되고 있다(32). 그리고 청소년기 사망 원인 중 80% 정도가 살인, 자살 그리고 각종 상해에 기인하는데, 이 중 반수 이상이 음주와 연관되는 것으로 제시되고 있다(33).

고등학생 31,000명을 대상으로 한 최근의 한 연구(34)에서는 이들 중 15%가 약물 남용의 진단 기준에 해당하고 7%가 약물 의존으로 진단내릴 수 있는 것으로 보고된 바 있다. 반면 알코올, 니코틴, 마리화나, 기타 약물로 분류하여 조사한 국내의 한 연구(4)에서는 알코올이나 니코틴 남용 혹은 의존으로 진단된 경우가 총 0.15%로 외국의 경우에 비해 지극히 낮은 비율로 나타났다. 같은 연구에서 마리화나나 기타 약물에 대하여 보고한 사례는 없었다. 물론 국내의 청소년들이 음주나 흡연 이외의 마약과 같은 약물들에 노출되는 비율은 외국에 비해 적을 것으로 생각되나 알코올이나 니코



틴의 사용에 대하여 실제보다 적게 보고하였을 가능성은 충분히 있는 것으로 생각된다. 청소년 약물 중독 중 적게는 40%, 많게는 90%가 동반된 다른 정신과적 질환이 있는 것으로 보고되는데, 그 중에서 특히 ADHD, 품행 장애, 불안 장애, 기분 장애 등이 많이 동반되는 것으로 알려져 있다(35). ADHD가 동반된 알코올 의존군과 그렇지 않은 군 사이의 유전적 및 임상적 특성을 비교한 국내의 한 연구(36)에서도 아동기의 ADHD가 청소년기 및 성인기 알코올 문제의 이른 발병 및 알코올 관련 증상의 심각도, 반사회적 행동 문제의 빈도 등에 영향을 미친다는 결과를 제시한 바 있다. 이렇듯 임상가는 약물 문제를 지닌 청소년을 다루는 데 있어서 약물 자체에 대한 문제 뿐만 아니라 정신과적 공존 질환에 대하여 반드시 평가를 하고 이에 대한 치료적 개입도 같이 시행하여야 하겠다.

정신분열병

아동청소년기에 발병하는 정신분열병에 대한 일련의 연구들에서는 9세 이전의 발병이 매우 드문 것으로 보고하고 있다(37, 38). 이 중 덴마크에서 312명의 청소년을 대상으로 시행한 Thomsen (38)의 연구에서는 13세 이전 발병이 4명에 불과한 것으로 나타난 바 있다. 성인기 정신분열병에 대한 연구들에서는 남성에서의 발병 연령이 여성에 비해 5년 정도 빠른 것으로 비교적 일관되게 보고하고 있다(39).

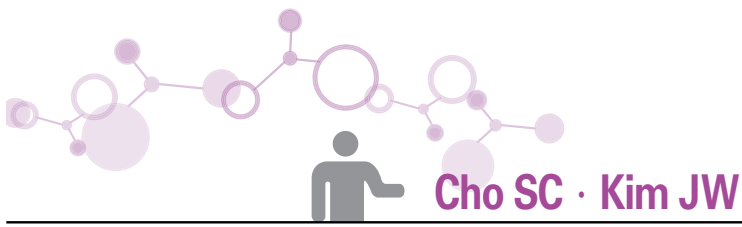
청소년기 정신분열병의 현상학적 특성들은 성인기 정신분열병과 유사한 것으로 알려져 있다. 성인기 정신분열병과 마찬가지로 양성 증상(환각, 망상, 사고 장애)과 음성 증상(정서의 둔마, 무의지, 무언증 등)으로 구분된다(40). 환각은 가장 흔한 양성 증상으로 80% 정도의 환자에서 경험한다고 보고되고 있다(37). 환각 중에서는 환청이 가장 흔하게 보고되며(50% 정도), 환시도 30% 정도에서 나타나고 환촉을 보고하는 예들도 있는 것으로 제시된다(41). 망상 중에서는 피해 망상과 신체 망상이 가장 흔한 것으로 알려져 있고 사고의 통제(thought control)나 종교 망상은 적은 것으로 보고되고 있다(37). 어린 나이에 비해서는 나이가 들수록 망상이 체계화되고 복잡해지는 경향이 있다. 사고 장애에서는

비논리적 사고(illogical thinking)나 연상의 이완(loose associations)이 정상 아동청소년으로부터 정신분열병 환자들을 신뢰도 있게 감별하는 것으로 제시되고 있는데(42) 한편 Caplan 등(43)이 정신분열병, ADHD 그리고 정상 아동청소년들을 대상으로 인지 기능을 평가한 연구에서는 사고 장애가 정신분열병 환자들에게 특이한 소견이 아니며 의사소통 기술 발달의 결함을 반영하는 것일 뿐이라고 해석한 바 있다. 청소년기 정신분열병 환자들의 인지 기능의 결함은 청소년기의 인지적 발달이나 학습과 관련하여 더 주목을 받고 있는데 정신분열병의 발병 후에 지능지수(IQ)가 병전에 비해 떨어지는 것으로 알려져 있으며(44), 이는 기존에 취득된 기능의 저하보다는 새로운 정보와 기술을 습득하는 능력의 어려움에서 더 기인하는 것으로 생각되고 있다.

기타 장애

1. 섭식 장애

섭식 장애는 신경성 식욕부전증(anorexia nervosa)과 신경성 대식증(bulimia nervosa)으로 크게 나뉜다. 신경성 식욕부전증의 평생 유병률은 0.5% 정도로 제시되고 있으며(45), 90~95% 정도의 환자가 여성인 것으로 보고되고 있다(46). 사춘기 이전의 발병은 드문 것으로 알려져 있으며 주 발병 연령은 13~14세 그리고 17~18세로 이봉 분포(bimodal peak)의 양상을 보인다(47). 이들은 최소한의 정상적인 체중을 유지하기를 거부하며 체중 미달인 상태에서도 체중의 증가나 비만에 대한 공포심을 지니고 있다. 자기 자신에 대한 유능감이나 가치감의 저하가 이들 환자들의 기저 심리에 자리잡고 있는 것으로 생각되며 체중 감량에 성공하는 것은 성취감이나 자신감의 경험을 제공한다. 강박 증상이 동반되는 경우가 많고 기존에 강박 증상이 있는 경우라면 신경성 식욕부전증과 함께 악화되는 경향이 있다. 청결에 대한 강박사고나 행동, 강박적인 학업 수행 등이 흔히 관찰된다. 완벽주의적인 성향은 제한(restricting type)의 신경성 식욕부전증 환자에서 더 많이 볼 수 있다. 청소년 신경성 식욕부전증 환자는 정신성적 발달에 있어서 지연을 보이는 경우가 많고 자연히 성적인 관심도 적게 보이는 경향이



있다. 앞서 언급한 제한형의 환자보다 폭식형(binge-eating purging type)에서 충동성, 약물 사용 장애, 인격 장애, 기분의 불안정성, 자살 경향 등이 동반되는 경우가 많고 내과적인 합병증에도 더 이환되는 것으로 보고되고 있다(45). 신경성 대식증은 1~4% 정도의 평생 유병률을 지니며 신경성 식욕부전증과 마찬가지로 90~95% 정도의 환자가 여성이다(46). 주 발병 연령은 신경성 식욕부전증보다는 늦은 것으로 보고되고 대개 후기 청소년기나 초기 성인기에 나타나는 것으로 제시되고 있다(45). 이들에게는 반복적인 폭식의 에피소드가 있으며 체중 증가를 막기 위하여 스스로 유도하는 구토, 하제나 이뇨제의 남용, 관장, 단식 혹은 과다한 운동 등 부적절한 보상 행동을 보인다. 이들 환자의 1/4이나 1/3에서는 신경성 식욕부전증의 과거력을 지닌다. 신경성 대식증 환자의 다수에서 우울 증상이 관찰되며 이외에도 대인 관계나 자기 개념의 문제와 함께 충동적인 행동이나 높은 수준의 불안이나 강박 성향을 보이기도 한다. 알코올 및 약물 남용은 이 질환에 흔하게 동반되는 문제이기도 하다. 폭식형의 신경성 식욕부전증 환자와 마찬가지로 신경성 대식증 환자도 치아 문제, 식도 파열, 대사성 알칼리증, 심부정맥, 신기능 저하, 간질 등과 같은 다양한 내과적 문제에 이환될 수 있기에 치료에 있어서 주의를 요한다(48).

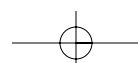
2. 틱 장애

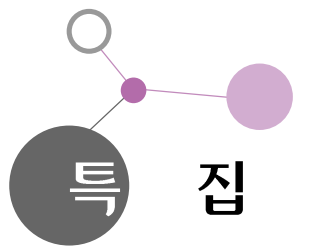
틱은 갑작스럽고 반복적이며 목적이 없는, 상동적인 근육의 움직임 또는 소리냄으로 정의된다(11). 대부분 불수의적(Involuntary)으로 나타나며 저항하거나 억누를 수 없는(Irresistible) 충동에 대한 반응으로 발현된다(49). 틱 증상은 스스로 노력하면 일시적으로 억제될 수 있는 측면이 있으며 스트레스 등의 환경적 영향에 따라 하루 중에도 그 빈도의 변화가 있고 수 주나 수 개월의 경과에 걸쳐 증상의 기복(wax And wane)이 있는 것이 특징적이다. DSM-IV 진단 기준에서는 틱 장애를 일과성 틱 장애(transient tic disorder), 만성 운동성 또는 음성 틱 장애(chronic motor or vocal tic disorder), 뚜렛 장애(tourette's disorder) 등으로 분류하고 있다(3). 뚜렛 장애는 다발성의 운동틱과 한 가지 이상의 음성틱이 질병의 경과 중에 나타나며 1년 이상의

지속기간과 이 기간 동안 틱이 나타나지 않는 기간이 3개월을 초과해서는 안된다는 기준을 충족시켜야 진단을 내릴 수 있다. 일과성 틱의 경우 학령기 아동청소년 중 남자에서 18%, 여자에서 11% 정도로 매우 흔하게 보고되고 있으며 남녀의 비율은 대다수의 연구들에서 2:1 정도로 제시되고 있다(50, 51). 뚜렛 장애의 유병률은 10,000명 중 5~10명 정도(0.05~0.1%)로 보고되고 있으며(50), 국내의 역학 연구에서는 전체 틱 장애의 유병률을 1.99%로 보고하고 있다(4). 전형적인 틱 증상의 경과는 5~7세경에 눈 깜박임 등으로 얼굴 부위에 나타나는 단순 운동틱이 시작되어 점차적으로 얼굴 부위에서 상지, 하지들로 진행되는 과정을 겪으며(rostrocaudal progression), 음성틱은 운동틱이 나타난 시점으로부터 몇년 후인 8~15세경에 나타나는 것으로 보고되고 있다(52). Peterson 등(53)의 추적 관찰 연구에 따르면 10세 이전에는 틱 증상의 유병률이 17.7%로 관찰되었던 것에 비해 같은 연구 대상군에서 청소년기에는 틱 증상이 2~3% 정도로 그 유병률이 감소되는 것으로 나타난 바 있다. 이렇듯 틱 증상의 빈도와 심각도는 청소년기에 들어서면서부터 20대 초반까지 지속적으로 감소하는 것으로 보고된다(52, 54). 한편 틱 장애에 ADHD나 강박 장애와 같은 정신과적 공존 질환이 동반되는 경우에는 후기 청소년기나 초기 성인기까지 틱 증상이 지속될 확률이 더 높아지는 것으로 알려져 있다.

결론

이상에서 청소년기의 정신 질환들에 대하여 그 특징적인 임상 양상을 중심으로 고찰해 보았다. 서론에서도 언급하였듯이 청소년기의 정신 질환을 이해하는 데 있어서는 아동기의 각종 경험과 발달학적 문제들 그리고 청소년기의 고유한 신체적·심리적 발달까지 같이 고려하여야 하기에 숙련된 임상가라고 하더라도 진단이나 평가가 어려운 경우가 자주 발생하게 된다. 또한 청소년기의 정신 질환들 중에는 성인기 정신 질환의 전형적인 증상들을 보이기도 하는 비전형적인 양상을 보이는 질환들이 많기에 치료자는 각각의 질환들에서 나타나는 특징적인 임상 양상들에 대해 반드시 숙

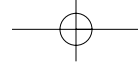




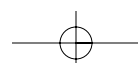
지하고 있어야 하겠다. 마지막으로 본론에서도 몇 번 강조되었지만, 청소년기의 정신 질환들은 여러 형태의 조합으로 공존하는 경우가 많고 이러한 공존 여부에 따라 임상 증상의 심각도나 질환의 예후에 미치는 영향도 다양하게 나타날 수 있기 때문에 임상가는 정확한 평가 및 진단 과정을 통하여 개개인의 청소년에 맞는 치료적 접근을 시행할 수 있도록 노력하여야 할 것이다.

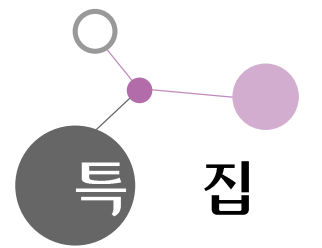
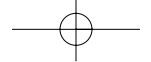
참고문헌

1. Crain WC. The Theories of Development. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1983.
2. Rutter M. Pathways from childhood to adult life. J Child Psychol Psychiatry 1989; 30: 23-51.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1994.
4. Seoul Children & Adolescent Metropolitan Mental Health Center. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Seoul, Korea. Seoul: Seoul Children & Adolescent Metropolitan Mental Health Center, 2005.
5. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspectives. J Clin Psychiatry 1998; 59: S4-S15.
6. Nolan EE, Gadow KD, Sprafkin J. Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in school children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40: 241-249.
7. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Annu Rev Med 2002; 53: 113-131.
8. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. Am J Psychiatry 2000; 157: 816-818.
9. Kessler RC, Lenard AA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, Greenhill LL, Jaeger S, Secnik K, Spencer T, Bedirhan Ustun T, Zaslavsky AM. Patterns and predictors of attention deficit hyperactivity disorder persistence in adulthood: results from the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry 2005; 57: 1442-1451.
10. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. Am J Psychiatry 1991; 148: 564-577.
11. Cho SC. Concept of Child Psychiatric Disorders. Seoul: Seoul National University Press, 2000.
12. Soderstrom H, Sjodin AK, Carlstedt A, Forsman A. Adult psychopathic personality with childhood-onset hyperactivity and conduct disorder: a central problem constellation in forensic psychiatry. Psychiatry Res 2004; 121: 271-280.
13. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. Clinical Psychology Review 1998; 18: 765-794.
14. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 837-844.
15. Ha EH, Lee SJ, Oh KJ, Hong KE. Parent-adolescent agreement in the assessment of behavior problems of adolescents: comparison of factor structures of K-CBCL and YSR. Korean J Child Adolesc Psychiatry 1998; 9: 3-12.
16. Reinherz HZ, Giaconia RM, Pakiz B, Silverman AB, Frost AK, Lefkowitz ES. Psychosocial risks for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. J Am Acad Child Psychiatry 1993; 32: 1155-1163.
17. Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. Am J Psychiatry 1988; 145: 1222-1225.
18. Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrosini P, Rabinovich H, Robinson D, Nelson B, Iyengar S, Twomey J. The clinical picture of major depression in children and adolescents. Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 854-861.
19. Goodyer IM, Wright C, Altham PM. Recent friendships in anxious and depressed school age children. Psychol Med 1989; 19: 165-174.
20. Rao U, Ryan ND, Birmaher B, Dahl RE, Williamson DE, Kaufman J, Rao R, Nelson B. Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34: 566-578.
21. Kupfer DJ, Frank E, Grochocinski VJ, Cluss PA, Houck PR, Stapf DA. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. J Clin Psychiatry 2002; 63: 120-125.
22. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, Bowden CL, Sachs GS, Nierenberg AA; STEP-BD Investigators. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). Biol Psychiatry 2004; 55: 875-881.
23. Kowatch RA, Youngstrom EA, Danielyan A, Findling RL. Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. Bipolar



- Disord 2005; 7: 483-496.
24. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 430-437.
 25. Swedo S, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 335-341.
 26. Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 19-27.
 27. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: S27-45.
 28. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
 29. Biedel DC, Turner SM, Morris TL. Psychopathology of childhood social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 643-650.
 30. Liebowitz MR, Heimberg RG, Fresco DM. Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name? *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 191-192.
 31. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 10-20.
 32. Levy S, Vaughan BL, Knight JR. Office-based intervention for adolescent substance abuse. *Pediatr Clin North Am* 2002; 49: 329-343.
 33. Rogers PD, Adger H Jr. Alcohol and adolescents. *Adolesc Med* 1993; 4: 295-304.
 34. Harrison PA, Fullerson JA, Beebe TJ. DSM-IV substance use disorder criteria for adolescents: a critical examination based on a statewide school survey. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 486-492.
 35. Jaffe SL. Adolescent substance abuse and dual disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1996; 5: 1-261.
 36. Kim JW, Park CS, Hwang JW, Shin MS, Hong KE, Cho SC, Kim BN. Clinical and genetic characteristics of Korean male alcoholics with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Alcohol Alcohol* 2006; 41: 407-411.
 37. Russell AT, Bott L, Sammons C. The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 399-407.
 38. Thomsen PS. Schizophrenia with childhood and adolescent onset: a nationwide register-based study. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 187-193.
 39. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: S4-S23.
 40. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1-63.
 41. Spencer EK, Campbell M. Children with schizophrenia: diagnosis, phenomenology, and pharmacotherapy. *Schizophr Bull* 1994; 20: 713-725.
 42. Caplan R, Perdue S, Tanguay PE, Fish B. Formal thought disorder in childhood-onset schizophrenia and schizotypal personality disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31: 169-177.
 43. Caplan R, Guthrie D, Tang B, Nuechterlein KH, Asarnow RE. Thought disorder in attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 965-972.
 44. Bedwell JS, Keller B, Smith AK, Hamburger S, Kumra S, Rapoport JL. Why does postpsychotic IQ decline in childhood-onset schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1996-1997.
 45. American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1-39.
 46. Hoek HW. Distribution of eating disorders. In: *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. Fairburn CG, Brownell KD, eds. New York: Guildford Press, 2002: 233-237.
 47. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 383-396.
 48. Mehler PS, Andersen AE. Eating disorders: A guide to medical card and complications. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999.
 49. Leckman JF, King RA, Cohen DJ. Tics and tic disorders. In: *Tourette's Syndrome - Tics, Obsessions, Compulsions: Developmental Psychopathology and Clinical Care*. Leckman JF, Cohen DJ, eds. New York: Wiley, 1999: 23-42.
 50. Scahill L, Tanneer C, Dure L. The epidemiology of tics and Tourette syndrome in children and adolescents. In: *Tourette Syndrome and Associated Disorders*. Cohen DJ, Jankovic J, Goetz C, eds. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001: 261-271.





51. Snider LA, Seligman LD, Ketchen BR, Levitt SJ, Bates LR, Garvey MA, Swedo SE. Tics and problem behaviors in school children: prevalence, characterization, and associations. Pediatrics 2002; 110: 331-336.
52. Leckman JF, Zhang H, Vitale A, Lahnin F, Lynch K, Bondi C, Kim YS, Peterson BS. Course of tic severity in Tourette syndrome: the first two decades. Pediatrics 1998; 102: 14-19.
53. Peterson BS, Pine DS, Cohen P, Brook JS. Prospective, longi-

tudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit hyperactivity disorders in an epidemiological sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40: 685-695.

54. Bloch MH, Peterson BS, Scahill L, Otko J, Katsoyich L, Zhang H, Leckman JF. Adulthood outcome of tic and obsessive-compulsive symptom severity in children with Tourette syndrome. Arch Pediatr Adolesc Med 2006; 160: 65-69.

자율학습 2008년 1월호 (만성 골반통의 치료) 정답

1. ①

2. ②

3. ④

4. ①

5. ①

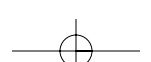
6. ③

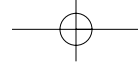
7. ④

8. ①

9. ①

10. ④





Peer Reviewer Commentary

천 근 아 (관동의대 소아청소년정신과)

본 논문은 청소년기라는 심리적, 신체적으로 다양하고 복합적인 변화를 거치는 발달 시기에 나타나는 정신 장애의 임상 양상을 광범위하면서도 구체적이고 특징적으로 기술하였다는 점에서 의의가 있다. 아동기에 주로 발병하여 청소년기를 거치면서 임상 양상이 변화되는 질환들, 즉 주의력결핍 과잉행동 장애 등과 성인기 초기에 주로 발병하는 정신 장애인 정신분열병이나 조울병의 청소년기의 전구 증상 및 초기 징후에 대한 기술이 잘 나타나 있다. 특히 청소년기의品行 장애와 알코올 및 약물중독 관련 문제와, 자살과 연관성이 높은 우울 및 조울병의 청소년기 모습은 최근 사회적인 이슈와도 맞물려 있어 매우 유용한 자료가 될 것으로 생각한다. 다만, 청소년기의 성 정체성과 관련된 정신 장애(동성애 및 성적 정체성 장애)와 청소년 자살만을 별도로 중점적으로 다룬 부분이 있었다면 청소년기의 정신적인 문제를 포괄적으로 조명한 논문이 될 수 있을 것으로 생각한다.

유 한 익 (울산의대 정신과)

본 논문은 최근 사회적인 관심이 증가되고 있으며 수 많은 의학논문이 발표되고 있는 청소년기의 정신 질환에 대한 개괄적인 소개와 임상적으로 중요한 질환에 대해 구체적인 정보를 제공하고 있다. 필자가 밝힌 대로 많은 청소년들이 정신과적 문제로 인해 가정, 학교, 또래 관계에서 어려움을 겪고 있음에도 불구하고 적절한 진단과 치료가 이루어지지 않는 경우가 많다. 부모와 교사를 비롯한 일반인들이 청소년기의 정신 질환 양상에 대해 잘 모르고 있고 심지어 의사들조차 정확한 정보가 부족한 실정이다. 사회적인 편견과 지나친 학력 및 성취 위주의 사회 분위기, 건전한 청소년 문화의 부재도 적잖은 걸림돌이다. 필자의 주장 대로 청소년기의 정신 질환을 진단하고 치료할 수 있는 전문 인력의 지도 및 훈련이 중요하며 특히 청소년기 발달에 대한 이해, 공존 질환에 대한 폭넓은 접근이 강조되어야 한다.

