

소화기 증상을 보이는 소아 정신신체 질환에 대한 정신과적 고찰

¹울산대학교 의과대학 서울아산병원 소아청소년병원 정신과,
²한양대학교 의과대학 한양대학교병원 정신과

유 한 익 · 백 경 원

Psychiatric Considerations on Pediatric Psychosomatic Disorders with Gastrointestinal Symptoms

Hanik K. Yoo, M.D., Ph.D.¹, Kyoung-won Paik, M.D.²

¹Department of Psychiatry, College of Medicine, University of Ulsan, Children's Hospital, Asan Medical Center,
²Department of Psychiatry, College of Medicine, University of Hanyang,
Hanyang University Medical Center, Seoul, Korea

Gastrointestinal (GI) symptoms in children and adolescents are influenced by diverse psychiatric components such as psychosocial stresses, familial environment, school-related situations, and comorbid psychiatric conditions. Absolutely psychiatric symptoms of pediatric patients are also affected by problems of GI system. Lots of symptoms including anorexia, dyspepsia, nausea and so on are commonly originated from either GI or psychiatric causes or both. Sometimes the negative interactions between GI and psychiatric problems aggravate the severity and eventually decline the functions of children and adolescents with GI symptoms. We summarized the common GI and psychiatric conditions which have GI and psychiatric associations. To a clinician who manages pediatric GI disorders, psychiatric considerations can be beneficial to understand the clinical manifestations of patients and to find the way to relieve them. This short and somewhat superficial review may help to have a bird's-eye view on this topic. [Korean J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 12(Suppl 1): 85~92]

Key Words: Pediatric psychosomatic disorders, Gastrointestinal symptom, CVS, IBS, FAP

서 론

소아의 신체적 증상 및 질환은 대부분 생리학적 기전만으로는 충분히 설명되지 않고, 전체 혹은 부분적으로 심리사회적 요인의 영향을 받는다. 또한, 정신과 질환으로 인해 이차적으로 신체적 변화가 생기거나 신체적

접수 : 2009년 10월 31일, 승인 : 2009년 11월 6일
책임저자 : 유한익, 138-736, 서울시 송파구 풍납2동 388-1
울산대학교 의과대학 서울아산병원 소아청소년병원 정신과
Tel: 02-3436-9964, Fax: 02-485-8381
E-mail: hiyoo@amc.seoul.kr

질환이 야기될 수도 있다. 대표적인 예로 신경성식욕부진증과 같은 식사장애가 있다. 이처럼 신체 질환과 정신과적 질환은 상호 영향을 주고 받으며 연령에 적합한 인지적, 심리적 발달에 부정적인 영향과 기능의 저하를 유발한다^{1,2)}.

더욱이 소아의 신체 질환은 그 가족 구성원에게도 영향을 미치는데, 부모는 건강한 자녀를 상실했다는 것에 대해 충격을 받거나 부정, 슬픔 혹은 분노 등의 애도 반응을 갖게 된다³⁾. 자녀의 의학적 상태를 수용하고 치료를 포함한 향후 계획에 참여하지만, 때로는 자녀의 임상 양상에 대해 과민해지면서 실제보다 더 연약하게 자녀를 바라보고 나이가 더 어린 아이 취급을 하기도 한다⁴⁾. 대부분의 형제들은 별다른 영향을 받지 않지만 일부의 경우에는 부모의 관심이 환자에게 집중됨에 따라 상대적으로 방임될 수 있으며 우울, 불안 증상과 사회적 고립이 약간 증가되고 또래와의 활동이 줄어들며 인지적 발달이 낮다는 보고도 있다^{5,6)}. 이처럼 정신신체적 증상을 보이는 소아청소년기 질환은 소아 자신의 정신사회적 발달 및 일상생활의 기능에 지장을 주면서 가족 구성원의 정서 및 일상생활에도 영향을 주어 사회적 부담으로까지 이어질 수 있다⁷⁾.

본 고찰에서는 특히 소화기 증상을 보이는 소아청소년

년기 질환에 대한 정신과적 관점 및 치료에 대해 간략하게 살펴보고자 한다.

본 론

1. 주기성 구토 증후군(Cyclic vomiting syndrome: CVS)

주기성 구토 증후군란 반복적, 발작적으로 심한 오심과 구토가 발생하는 질환으로서 증상이 전혀 없는 기간과 아울러 나타나는 것이 특징적이다. 소아 인구의 약 2% 정도에서 나타나며, 일반적으로 5세 이전에 발생한다⁸⁾. 원인으로 유전적 요소, 편두통과의 연관성, 자율신경 조절 이상, 심리적 요인이 있는데, 이 중 자율신경 조절 이상 및 심리적 측면이 정신과적 관점과 밀접하게 연관되어 있다⁹⁾. CVS에서 나타나는 증상은 학교 시험이나 가족 갈등과 같은 스트레스 혹은 특정 사회적 상황에 대한 예기 불안 등이 촉발 요소가 되어 corticotrophin releasing factor (CRF)를 분비시키고, 이로 인해 미주 뇌간 수용체가 자극되어 위 정체 혹은 구토를 유발하는 것으로 알려져 있다^{10,11)}.

CVS에 대한 정신과적 치료로는, 우선 유발인자가 될 만한 스트레스 상황을 확인해서 피하도록 하는 한편 (Table 1)¹²⁾, 한 달에 한 번 이상 빈도로 증상이 있는 경우에는 항경련제(phenobarbitone, carbamazepine, valproate, topiramate) 혹은 amitriptyline을 예방적 목적으로

Table 1. 주기성 구토 증후군에서의 생활양식 변화¹²⁾

1~2달 혹은 1~2 주기 동안 생활양식 변화
일부러 자의로 하는 것이 아니라는 것과 자연적인 경과를 미리 설명해서 안심시키기
유발 원인 회피
촉발 가능성이 있는 요인을 확인하면서 “구토 일지” 작성
식사를 거르지 않도록 하기
자극이 되는 생활 사건을 확인
좋은 수면 위생을 유지
초콜렛, 치즈, monosodium glutamate, antigenic foods와 같은 유발 음식 회피
과도한 에너지 소모 회피
공복으로 유발되는 삽화를 피하기 위해 supplemental carbohydrate 공급
과일 주스, 기타 sugar 함유 음료 마시도록
식사 사이, 격한 활동, 취침 시에 간단한 간식 먹도록
편두통에 대해 생활양식 중재
규칙적인 유산소 운동(과도한 운동은 피하도록)
규칙적인 식사 일정(건너뛰지 않도록)

Modified from Ref. 12.

Table 2. 주기적 구토, 오심에 대한 약물 치료¹¹⁾

Prophylaxis	
Propranolol	10 mg/day given in two doses
Cyproheptadine	0.3 mg/kg/day given in 1~2 doses
Erythromycin	20 mg/kg/day given in 2~4 doses
Pizotifen	0.5~1.0 mg at night
Sumatriptan*	Oral 25~50 mg, intranasal 10 mg, or subcutaneously 3-6 mg
Carbamazepine	5~10 mg/kg/day given in two doses
Amitriptyline	5~25 mg at night
Hospital based management	
Glucose 10%	≤Maintenance fluid volume IV
Ondansetron	0.3~0.4 mg/kg and then 0.1 mg/kg/hour IV
Omeprazole	1 mg/kg/day IV given in two doses
Lorazepam	0.05~0.1 mg/kg IV 2~4 times per day
Chlorpromazine	0.15~0.3 mg/kg IV 2~3 times per day

*어린 소아에서는 효과가 검증되지 않음.

사용할 수 있다. 특히 현재 증상이 있는 경우에는 증상을 완화시키고 급성 합병증을 막기 위해 심리적 스트레스를 완화시키며 탈수를 막는 것이 매우 중요하다 (Table 2)¹¹⁾. 한편 구토 자체가 소화기 계통이 아니라 뇌에서 기인한다고 보며 수면, 특히 조도를 낮춘 자극이 없는 조용한 방에서 수면을 취하도록 하는 것이 도움이 된다는 주장도 있다¹³⁾. 증상이 있는 동안의 약물치료로는 항구토제 효과가 있는 chlorpromazine과 lorazepam과 같은 진정제를 병합하여 사용하는 것이 항구토제 단독 사용보다 오심을 치료에 더 효과적이라는 보고가 있다⁸⁾. 또한, 예측 불가능하고 설명하기 어려운 CVS 증상으로 인해 발생하는 좌절감을 적절히 다스릴 수 있도록 가족 구성원을 지지해 주는 것이 중요하다¹⁴⁾. 치료자는 질환이 소실될 때까지 지속적으로 치료를 하여야 하며, 증상이 소실되면 가능한 한 빨리 학교 및 일상 생활에 복귀하도록 해야 하고, 삽화 사이의 전반적인 생활이 적절한 지를 확인해야 한다¹⁵⁾.

CVS는 어린 나이에 발생할수록 만성화 되는 경향이 있다. 성인기 CVS의 경우 기분 장애, 불안 장애, 물질 남용이 공존하는 경우가 70%에 달한다고 보고된 바 있다¹⁶⁾. 또한 CVS 증상은 편두통, 간질 등과 같은 뇌병변 질환 외에도 불안 상태, 가장성장애, 폭식증 등과 같은 정신과적 질환에서 보일 수 있으므로 감별이 필요하다¹⁷⁾. 주요 우울증이나 전환장애에서도 구토 증상을 보일 수 있는데, 주요우울증에서는 구토를 불규칙적으로 하거나 식후에 하는 경우가 많으며, 전환장애에서는 대개 지속적인 구토 양상을 보인다. 또한, 심리적 갈등 상황에서 비롯되는 심인성 구토의 경우, 여성에서 보다 흔하며 소아 때부터 가족 내 갈등을 겪어온 과거력과 관

련이 있다¹⁸⁾.

2. 과민성 대장 증후군(Irritable bowel syndrome: IBS)

배변 빈도가 하루에 4회 이상 혹은 한 주에 2회 이하이고, 딱딱하거나 설사 형태의 변을 보이면서 원활한 배변이 이루어지지 않고, 점액이 나오거나 복부 팽만감 등이 동반되면 임상적으로 IBS 진단을 내릴 수 있다. 역학적으로 서구에서는 중학생의 6% 및 고등학생의 14% (Rome I criteria 기준), 또한 1차 진료 소아과의사가 보는 소아(평균 52개월)의 0.2%, 3차 병원을 방문하는 4~18세 소아청소년의 22~45% (이상 Rome II criteria)에서 IBS가 보고된 바 있다. IBS의 원인으로는 유전적 소인이나 내장 과민성(visceral hypersensitivity) 외에, 정신과적으로 초기의 스트레스 사건이나 비효율적인 스트레스 대처 기전이 증상 발현에 복합적으로 관여하며, IBS 소아 및 그들의 부모에서 불안, 우울이 자주 동반된다¹⁹⁾. 질병 행동이 사회적으로 학습되는 것이 IBS 발병에 기여한다는 주장도 있다²⁰⁾. 한편 염증성 장 질환(Inflammatory bowel disease)는 60%에서 불안, 우울이 관찰되었으며, 공포증, 분리 불안, 강박 증상 및 행동 문제가 높은 비율로 나타난다고 보고된 바 있다²¹⁾. 또한 스트레스가 증가하는 시기에 증상이 재발한다는 보고도 있다²²⁾. 따라서 임상적 평가를 할 때 증상을 촉발했을 가능성이 있는 사건이나 정신사회적 요인을 확인하는 과정을 포함하는 것이 꼭 필요하다.

정신과적 측면에서의 치료는 증상으로 인한 고통에 대해 설명을 해 주고 안심시켜 주는 것이 매우 중요하다²³⁾. 이외에 일부 항우울제와 세로토닌계 약물이 도움

Table 3. 과민성 대장 증후군의 행동 치료²⁵⁾

1. 이완 요법(relaxation therapy): 스트레스가 자율신경계를 자극하고 IBS 증상을 악화한다는 가설에 근거해 긴장을 완화하고 이완하는 방법을 배운다.
2. Biofeedback: 직장이 팽창하는 감각을 익히고, biofeedback tools을 이용하여 배변습관을 조절하도록 배운다.
3. 최면 치료(hypnotherapy): 최면치료가 이완 상태를 지속시키고, 위의 운동성과 장의 평활근 수축에 긍정적인 영향을 준다는 가설에 근거한 것임.
4. 인지 치료(cognitive therapy): 스트레스 사건에 대한 환자의 학습된 반응이 IBS 증상을 악화시킨다는 가설에 근거한 것임. 인지 치료를 통해, 환자는 IBS 증상에 대한 책임을 갖고 스트레스 사건을 확인한 다음 이에 대한 해결책을 적극적으로 찾도록 배운다.
5. 정신 치료(psychotherapy): IBS 증상이 외상적인 생활 사건이 발현된 것이라는 가설에 근거한다. 정신 치료는 생활 사건과, 사건과 IBS 증상 사이의 연관성에 대한 통찰력을 제공한다. 이러한 통찰을 통해, 환자는 IBS 증상이 장기적으로 해결되는 것을 경험할 수 있다.

Modified from Ref. 25.

이 될 수 있다. 삼환계 항우울제의 경우 전반적인 IBS 증상 호전에 있어서는 위약보다 효과적이지 않지만, 복부 통증은 호전시키는 것으로 나타났다²⁴⁾. 또한, 행동 치료로서 이완 치료, biofeedback, 최면 치료, 인지 치료, 정신 치료 등을 시도해 볼 수 있다(Table 3)²⁵⁾.

3. 기능성 복통(Functional abdominal pain: FAP)

염증, 대사성 질환이나 종양, 해부학적 원인이 없으며, 다른 기능성 소화기 질환의 진단 기준에 부합하지 않는 삼화성 혹은 지속성 복통을 보이면서, 일상생활에 지장을 주거나 두통이나 사지의 통증, 수면 장애와 같은 신체적 증상을 보이는 것이 FAP의 특징적인 소견이다. 역학적으로 소화기 클리닉에 내원하는 4~18세 환자의 0~7.5%에서 나타난다. FAP를 겪는 소아 및 그들의 부모에서 불안, 우울, 기타 다른 신체적 증상 호소가 보고되는 것으로 보아, FAP 역시 심리적 요인과의 연관성이 시사된다^{26,27)}.

따라서 임상적 평가를 실시할 때에는 환아 및 부모의 특성을 주의 깊게 살피고 특히 부모의 불안 수준을 잘 살펴야 한다. 곧, 촉발인자가 되었을 사건 혹은 정신사회적 요인을 확인하여 치료적 측면에서도 이에 대한 접근을 하는 것이 중요하다.

치료에 있어서는 원인이 된 스트레스 인자를 제거하도록 하고, 뇌-내장 상호작용(brain-gut interaction)에 동반되는 기전에 대한 설명을 통해 안심을 시키는 것이 도움이 된다^{23,28)}. 만성 복통을 호소해 온 평균 연령 12.1

±4.9세의 환아 18명에게 연상 및 점진적 이완 요법을 포함한 인지행동치료를 시행한 경우 89%에서 복통의 빈도 및 강도가 호전되었고, 아울러 학교 결석 일수와 병원 방문 횟수가 줄고 사회적 활동이 늘었다는 보고가 있다²⁹⁾. 또한, 재발성 복통을 보이는 7~18세의 환아 25명에게 citalopram으로 12주 개방 연구를 시행한 결과, 84%에서 호전 반응을 보였다는 보고가 있었으므로 향후 이에 대한 체계적인 연구를 통해 치료제로서의 가능성을 확인하는 것이 도움이 될 것이다³⁰⁾.

4. 비만과 식이 장애

비만한 소아청소년은 똥똥하다는 이유로 부모나 친구로부터 놀림이나 따돌림 등을 받는 일이 흔하므로 정신과적 증상을 수반할 수 있다. 또한, 극도로 비만한 소아청소년의 경우 모든 일상생활이 불가능하기 때문에 좋지 않은 결과를 초래할 위험이 높아진다. 최근 규칙적인 신체적 활동이 청소년과 젊은 성인의 일부 정신 질환의 위험을 실제로 낮출 수 있다는 보고가 있는데, 이는 극도로 비만한 경우 신체적 활동량이 줄어들면서 정신 질환에 더 취약해질 수 있다는 것을 시사하는 것이다^{31,32)}. 비만한 소아는 과체중에 맞춘 식이 조절을 하다가 폭식증과 같은 식이 장애가 발생하기 쉽다. 또한, 비만 자체가 직접적으로 중추신경계를 통해서나 혹은 간접적으로 사회적 낙인이나 내과적 합병증을 겪게 되면서 정신적 안녕에 부정적인 영향을 줄 수 있다³²⁾. 예를 들어, 체중과 관련된 놀림은 청소년에서 과체중/비만과

Table 4. 근거 중심 치료 지침에서 유래된 소아청소년 비만 치료의 원칙⁴²⁾

치료 원칙	근거가 된 인터넷 출처
치료는 부모가 가까이 생활 양식에 변화를 주려는 준비가 되었을 때에 시작되어야 한다.	Evidence-based review & management guidance (Scotland); SIGN 69 www.sign.ac.uk
치료는 가족에 기반을 두어야 하며, 최소 1명의 부모를 포함시켜야 한다.	English guidelines NICE 43 (2006) www.nice.org.uk/guidance/CG43/guidance
식이, 신체 활동성, 장시간 운동 없이 줄곧 앉아만 있는 행동에 대한 생활 양식 변화를 목표로 하여야 한다.	USA Expert committee report on management (Barlow 2007) www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/supplement_4/S164
어떤 치료 프로그램이든, 행동 변화 기법이 구성 요소에 포함되어야 한다.	Evidence-based review & management guidance (Australia); www.obesityguidelines.gov.au
시간이 지나면서 키는 성장하고 체질량지수는 감소하도록 하는 체중 유지를 목표로 하면, 대부분의 환자가 받아들인다.	Review of systemic reviews (Canada); www.caphc.org/partnerships/obesity.html
7세 이상의 소아는, 체중 감량이 한 달에 0.5 kg을 넘지 않도록 권한다.	Cochrane reviews of prevention and treatment (Summerbell et al); www.nelh.nhs.uk

Modified from Ref. 42.

자살 사고 간의 관계에 있어 주요 매개인자로 작용하는 것으로 나타나서, 놀림을 받은 소녀의 경우 자살 사고가 2배 가량 많은 것으로 보고되었다³³⁾. 또 다른 연구에서는 체중에 대한 괴롭힘으로 인해 자존감 및 신체 이미지가 저하되고, 우울 증상들이 높게 나타나는 것으로 나타났다³⁴⁾.

한편, 환경적 영향이나 정신과적 문제로 인해 비만 및 식이 장애가 발생할 수도 있다. 예를 들어 자녀를 아주 열심히 돌보고 있다는 부모의 무의식적, 자기애적 욕구 충족 때문에 비만한 자녀가 생긴다는 것이 제시된 바 있고³⁵⁾, 부모가 완벽주의적 혹은 강박적이거나 부모가 하제를 사용하거나 혹은 제한적 식이 행동을 보이는 경우에 자녀가 부모의 행동을 모방하면서 식이 장애를 보인다는 주장도 있다³⁶⁻³⁸⁾. 또한 신체적 또는 성 학대 등의 생활사건 역시 식이 장애의 원인이 될 수 있다. 최근에는 소아청소년기의 우울 증상들이 향후 체중 증가 및 비만의 예측인자가 될 수 있다는 보고도 있다³⁹⁻⁴¹⁾. 이처럼 체중 조절과 관련된 복잡한 경로는 수면, 기분, 불안, 인지를 포함한 다른 생리 및 심리 체계들과 복잡하게 연결되어 있으므로, 비만 소아청소년을 치료할 때는 에너지 섭취와 소비에 영향을 미치는 심리적/정신과적 변수들을 세밀하게 살펴보는 것이 필요하다³²⁾.

소아 비만치료의 시작은 부모가 소아의 생활양식에 변화를 줄 의지가 있을 때에 가능하다. 가족을 동참시키고 생활 습관과 행동 변화를 유발하는 등의 체중 조절 원칙이 반드시 포함되어야 하며(Table 4)⁴²⁾, 치료자는 비만이 만성적인 상태이므로 가족 전체가 지속적인 노력을 가해야 성공적으로 치료된다는 것을 유념하여야 한다. 따라서 지속적으로 환아 및 가족에게 긍정적인 태도를 보이며 체중 조절에 대한 동기를 갖도록 격려해야 한다⁴³⁾. 체중 조절 프로그램이 어느 정도의 횟수와 기간이어야 효과적인지는 아직 명확하지 않지만, 체계적으로 검토해 봤을 때 매주 1~2번 정도의 잦은 빈도로 12개월까지 장기간으로 모니터링을 하는 경우 즉 치료 강도가 높을수록 체중 조절에 영향을 크게 주는 것으로 알려져 있다^{44,45)}.

5. 소아정신과 질환에서의 소화기 증상

1) 우울 및 불안장애: 우울장애의 경우 입맛이나 체중의 변화가 진단 기준에 포함되어 있다. 특히 소아청

소년의 경우 내재된 우울한 기분을 복통과 같은 신체 증상 호소, 과민함, 학교 문제 등의 양상으로 나타내는 경향이 있다⁴⁶⁾. 소아는 자율신경계와 심혈관계의 생리적 반응 역치가 낮고 인지적인 발달의 한계가 있기 때문에, 신체 증상과 불안한 감정을 스스로 구분해서 알아차리기 어렵다⁴⁷⁾. 따라서 신체 증상에 대한 호소를 하면서 불안한 상황을 회피하는 행동 양식을 보일 가능성이 높다⁴⁸⁾. 실제로 학교 상황에 대한 불안 혹은 부모로부터의 분리불안으로 인해 등교를 거부하는 소아의 경우, 가장 흔한 신체적 호소가 소화기 계통과 자율 신경 계통이며, 불안 및 우울의 정도가 신체적 증상의 심각도를 유의하게 예견하는 것으로 나타났다⁴⁹⁾. 또한, 신체 증상이 심할수록 학교를 결석하는 경우가 많은 것으로 나타났는데, 이러한 회피 행동은 일시적인 스트레스 및 불안 경감을 일으켜 부정적 강화가 일어나게 만든다. 이런 패턴이 반복되면 소아청소년기 발달 과제인 사회 기술 습득에 지장을 주게 되고, 적절한 사회 기술의 부족은 더욱 지속적인 사회적 불안을 증가시켜 불안이 더욱 악화 혹은 유지되는 악순환을 초래한다⁵⁰⁾.

2) 신체화 장애(somatization disorder) 및 신체형 장애(somatoform disorder): 신체화 장애는 의학적 검사 상 뚜렷한 원인 없이 일반적인 의학적 상태로 설명이 되지 않는 4군데 이상의 통증, 2가지의 소화기 증상(오심, 구토, 복부 팽만감, 설사 등), 1가지의 생식계통 증상 및 1가지의 가성 신경학적 증상이 30세 이전부터 나타나는 질환이다. 이 질환은 심리적 스트레스를 신체 증상의 형태로 표현하는 것이며, 이러한 신체 증상들에 대해 의학적 도움을 찾아다니는 경향을 보인다. 불안 및 우울과 같은 정서 반응의 영향으로 증상이 시작되거나 영속될 수 있으며, 환자는 의식적 혹은 무의식적으로 신체화 양상을 보이면서 심리적 이득을 얻고자 한다. 신체형 장애는 미분화 신체형 장애, 신체형 통증 장애, 전환 장애, 건강염려증 등이 있는데, 정신사회적 요인이 주 원인이다. 내적인 불만이나 갈등이 일반적인 정신 방어기제로 해소되지 않을 때, 누적된 정신적 갈등이 검사 상 규명되지 않는 여러 신체적 증상을 유발하는 것으로 알려져 있다. 특히 소아청소년의 경우에는 상대적으로 스트레스 상황이나 감정을 해결하기에는 정신적으로 미숙한 측면이 있고 외부적인 자원을 이용하는 데도 한계가 있으므로 내재된 갈등을 신체적 증상

으로 표현하기가 쉽다^{51,52}).

3) 정신과 약물 관련: 소아기 정신분열병, 틱장애, 파탄적행동장애 등에 사용되는 항정신병약물(antipsychotics)의 경우, 항콜린성 효과(anticholinergic effects)로 인해 장 운동성이 느려지고 흡수에 영향을 끼쳐 변비가 생길 수 있다. 또한, 우울증 및 불안 장애 등에 쓰이는 선택적세로토닌수용체억제제(selective serotonin receptor inhibitor)의 경우 장 운동성을 항진시켜 설사를 일으킬 수 있으며, 비스테로이드성항염증제와 같이 복용할 경우 장출혈의 위험성이 있으므로 유의해야 한다^{53,54}.

결 론

소아 및 청소년이 호소하는 신체적 증상이 소아과적인 검사 상 뚜렷한 원인이 밝혀지지 않으면서 지속되면, 치료진과 부모 입장에서는 답답함과 무력감을 느낄 수 있다. 더욱이 상당한 고통을 유발할 수 있는 침습적인 검사를 반복적으로 시행하게 되면, 환자 및 가족의 심리적 부담이 더 커질 수 있다. 이런 과정이 반복되면서 가족 구성원 사이의 의견 불일치와 소아의 비협조 등으로 인해 가족 갈등이 악화되기도 한다⁵⁵. 특히 질환이 만성적으로 되면 학업이나 또래 관계, 신체적 변화에 대한 적응, 정체성 확립 및 심리적 독립, 사고 발달과 같은 소아청소년기 발달 과제를 획득하는데 지장을 초래할 수 있다⁵⁶⁻⁵⁸.

따라서 소아가 설명하기 어려운 신체 증상을 지속적으로 호소하는 경우에는 단순히 소아과적 평가만 시행할 것이 아니라, 스트레스 상황과 내재된 정서 상태와 같은 정신사회적 요인을 감안하여 평가할 필요가 있다. 관련 설문지 및 심리적 평가척도, 그리고 소아청소년정신과 의사와의 협진을 통한 다양한 접근 및 치료를 실시하는 것이 중요하다^{59,60}. 특히 소아의 경우 가족의 경제적, 정신과적 문제 등으로 인해 치료순응도가 떨어질 수 있고, 청소년의 경우 권위에 대한 반발심 때문에 치료를 거부할 수 있다는 점을 유의해야 한다^{61,62}.

결론적으로 소아청소년기 소화기 증상을 치료하는 임상가가 환자와 가족의 심리사회적 측면에 대한 보다 깊은 이해를 통해 진실된 마음(Genuineness)으로 수용(Acceptance), 공감(Empathy)을 하면서 치료적 관계를 공고히 확립하고, 아울러 적절한 정신과적 접근 방법을

적용할 수 있다면 소화기 증상의 치료 효과는 물론 치료 순응도와 치료 만족도 향상에 적잖은 도움이 될 것이다⁴³.

참 고 문 헌

- 1) Work HH. The "menace of psychiatry" revisited: the evolving relationship between pediatrics and child psychiatry. *Psychosomatics* 1989;30:86-93.
- 2) Gitlin DF, Levenson JL, Lyketsos CG. Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. *Acad Psychiatry* 2004;28:4-11.
- 3) Sholevar GP, Sahar C. Medical family therapy. In: Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB, editors. *Textbook of family and couples therapy: clinical applications*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2003;747-67.
- 4) Rudolph KD, Dennig MD, Weisz JR. Determinants and consequences of children's coping in the medical setting: conceptualization, review, and critique. *Psychol Bull* 1995;118:328-57.
- 5) Breslau N, Prabucki K. Siblings of disabled children: Effects of chronic stress in the family. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1040-6.
- 6) Sharpe D, Rossiter L. Siblings of children with a chronic illness: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol* 2002;27: 699-710.
- 7) Geist R, Grdisa V, Otley A. Psychosocial issues in the child with chronic conditions. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2003;17:141-52.
- 8) Li BU, Balint JP. Cyclic vomiting syndrome: evolution in our understanding of a brain-gut disorder. *Adv Pediatr* 2000;47:117-60.
- 9) Chelimsky TC, Chelimsky GG. Autonomic abnormalities in cyclic vomiting syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007;44:326-30.
- 10) Tache Y. Cyclic vomiting syndrome: the corticotropin-releasing-factor hypothesis. *Dig Dis Sci* 1999;44(8 Suppl): 79S-86S.
- 11) Forbes D, Fairbrother S. Cyclic nausea and vomiting in childhood. *Aust Fam Physician* 2008;37:33-6.
- 12) Li BU, Lefevre F, Chelimsky GG, Boles RG, Nelson SP, Lewis DW, et al. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition consensus statement on the diagnosis and management of cyclic vomiting syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;47: 379-93.
- 13) Fleisher DR. Cyclic vomiting syndrome. In: Hyman PE,

- DiLorenzo C, editors. Pediatric gastrointestinal motility. New York, NY: Academic Professional Information Services. 1994:89-103.
- 14) Bullard J, Page NE. Cyclic vomiting syndrome: a disease in disguise. *Pediatr Nurs* 2005;31:27-9.
 - 15) Chow S, Goldman RD. Treating children's cyclic vomiting. *Can Fam Physician* 2007;53:417-9.
 - 16) Fleisher DR, Gornowicz B, Adams K, Burch R, Feldman EJ. Cyclic Vomiting Syndrome in 41 adults: the illness, the patients, and problems of management. *BMC Med*; 3:20.
 - 17) Forbes D. Differential diagnosis of cyclic vomiting syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1995;21(1 Suppl): 11S-14S.
 - 18) Muraoka M, Mine K, Matsumoto K, Nakai Y, Nakagawa T. Psychogenic vomiting: the relation between patterns of vomiting and psychiatric diagnoses. *Gut* 1990;31:526-8.
 - 19) Faure C, Wieckowska A. Somatic referral of visceral sensations and rectal sensory threshold for pain in children with functional gastrointestinal disorders. *J Pediatr* 2007;150:66-71.
 - 20) Varni JW, Lane MM, Burwinkle TM, Fontaine EN, Youssef NN, Schwimmer JB, et al. Health-related quality of life in pediatric patients with irritable bowel syndrome: a comparative analysis. *J Dev Behav Pediatr* 2006;27:451-8.
 - 21) Bennett DS. Depression among children with chronic medical problems: a meta-analysis. *J Pediatr Psychol* 1994;19:149-69.
 - 22) Creed F, Ratcliffe J, Fernandes L, Palmer S, Rigby C, Tomenson B, et al. Outcome in severe irritable bowel syndrome with and without accompanying depressive, panic and neurasthenic disorders. *Br J Psychiatry* 2005;186:507-15.
 - 23) Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD003014.
 - 24) Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Pharmacological interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD003017.
 - 25) Brandt LJ, Bjorkman D, Fennerty MB, Locke GR, Olden K, Peterson W, et al. Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol* 2002;97(11 Suppl):7S-26S.
 - 26) Campo JV, Bridge J, Lucas A, Savorelli S, Walker L, Di Lorenzo C, et al. Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:131-7.
 - 27) Walker LS, Smith CA, Garber J, Claar RL. Appraisal and coping with daily stressors by pediatric patients with chronic abdominal pain. *J Pediatr Psychol* 2007;32: 206-16.
 - 28) Duarte MA, Penna FJ, Andrade EM, Cancela CS, Neto JC, Barbosa TF. Treatment of nonorganic recurrent abdominal pain: cognitive-behavioral family intervention. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;43:59-64.
 - 29) Youssef NN, Rosh JR, Loughran M, Schuckalo SG, Cotter AN, Verga BG, et al. Treatment of functional abdominal pain in childhood with cognitive behavioral strategies. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;39:192-6.
 - 30) Campo JV, Perel J, Lucas A, Bridge J, Ehmann M, Kalas C, et al. Citalopram treatment of pediatric recurrent abdominal pain and comorbid internalizing disorders: an exploratory study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:1234-42.
 - 31) Strohle A, Hofler M, Pfister H, Muller AG, Hoyer J, Wittchen HU, et al. Physical activity and prevalence and incidence of mental disorders in adolescents and young adults. *Psychol Med* 2007;37:1657-66.
 - 32) Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B. Psychological and psychiatric aspects of pediatric obesity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18:49-65.
 - 33) Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M. Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157: 733-8.
 - 34) Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Haines J, Wall M. Weight-teasing and emotional well-being in adolescents: longitudinal findings from Project EAT. *J Adolesc Health* 2006;38:675-83.
 - 35) Bruch H. Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books, Inc. 1973.
 - 36) Russell GFM, Treasure J, Eisler I. Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children: their recognition and management. *Psychol Med* 1998;28:93-108.
 - 37) Franzen U, Gerlinghoff M. Parenting by patients with eating disorders: experiences with a mother-child group. *Eat Disord* 1997;5:5-14.
 - 38) Timini S, Robinson P. Disturbances in children of patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev* 1996;4:183-8.
 - 39) Pine DS, Goldstein RB, Wolk S, Weissman MM. The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics* 2001;107:1049-56.
 - 40) Goodman E, Whitaker RC. A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics* 2002;110:497-504.

- 41) Richardson LP, Davis R, Poulton R, McCauley E, Moffitt TE, Caspi A, et al. A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:739-45.
- 42) Stewart L, Reilly JJ, Hughes AR. Evidence-based behavioral treatment of obesity in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18:189-98.
- 43) Stewart L, Houghton J, Hughes AR, Pearson D, Reilly JJ. Dietetic management of pediatric overweight: development and description of a practical and evidence-based behavioral approach. *J Am Diet Assoc* 2005;105:1810-15.
- 44) Savoye M, Shaw M, Dziura J, Tamborlane WV, Rose P, Guandalini C, et al. Effects of a weight management program on body composition and metabolic parameters in overweight children: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007;297:2697-704.
- 45) Golley RK, Magarey AM, Baur LA, Steinbeck KS, Daniels LA. Twelve-month effectiveness of a parent-led, family-focused weight-management program for prepubertal children: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2007;119:517-25.
- 46) Renouf AG, Kovacs M, Mukerji P. Relationship of depressive, conduct, and comorbid disorders and social functioning in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:998-1004.
- 47) Southam-Gerow MA, Kendall PC. A preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders. *J Clin Child Psychol* 2000;29:319-27.
- 48) Biedel DC, Turner SM. Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia. Washington, DC: American Psychological Association. 1998.
- 49) Bernstein GA, Massie ED, Thuras PD, Perwien AR, Borchardt CM, Crosby RD. Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:661-8.
- 50) Kashdan TB, Herbert JD. Social anxiety disorder in childhood and adolescence: current status and future directions. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001;4:37-61.
- 51) Campo JV, Fritsch SL. Somatization in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1223-35.
- 52) Fritz GK, Fritsch S, Hagino O. Somatoform disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1329-38.
- 53) Beliles KE, Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB. Psychopharmacokinetics in the medically ill, in *Psychiatric Care of the Medical Patient*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press, 2000b:272-394.
- 54) Brown TM, Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB. Psychopharmacology in the medical patient, in *Psychiatric Care of the Medical Patient*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press, 2000:272-394.
- 55) LeBlanc LA, Goldsmith T, Patel DR. Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 2003;50:859-78.
- 56) Northam EA. Psychosocial impact of chronic illness in children. *J Paediatr Child Health* 1997;33:369-72.
- 57) Abraham A, Silber TJ, Lyon M. Psychosocial aspects of chronic illness in adolescence. *Indian J Pediatr* 1999; 66:447-53.
- 58) American Academy of Pediatrics Committee on Children With Disabilities and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Psychosocial risks of chronic health conditions in childhood and adolescence. *Pediatrics* 1993;92:876-8.
- 59) King RA. Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(10 Suppl):4S-20S.
- 60) Spirito A, Fritz GK. Psychological interventions for pediatric patients, in *child and mental health consultation in hospitals, schools, and courts*. Edited by Fritz GK, Mattison RE, Nurcombe B, et al. Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 1993:67-90.
- 61) Bernal P, Estroff DB, Abouardham JF, Murphy M, Keller A, Jellinek MS. Psychosocial morbidity: the economic burden in a pediatric health maintenance organization sample. *Arch Pediatr Adolesc Med*;154:261-6.
- 62) La Greca AM. Issues in adherence with pediatric regimens. *J Pediatr Psychol* 1990;15:423-36.