

소아기 우울증

— 소아기 우울증의 개관과 발달학적 측면 —

DEPRESSION IN CHILDREN

— AN OVERVIEW AND THE DEVELOPMENTAL PERSPECTIVES ON
CHILDREN IN DEPRESSION —

강 경 미*

Kyung-Mi Kang, M.D.*

요 약 : 소아기 우울증은 1980년 DSM-III에서 이를 공식적으로 인정하기까지 많은 임상보고에도 불구하고 논란의 대상이 되어 왔었다. 이는 과거 정신분석학적 영향으로 인한 것이기도 하지만 다른 한편으로는 소아의 발달학적 측면을 고려하지 못한 결과이기도 하였다. 즉 소아는 시간과 정도(time & degree)에 대한 감각이 다르고 자신의 감정을 언어로 표현하는데 한계가 있으며, 정상적으로 정서가 알고 불안하다. 뿐만 아니라 학령기전까지는 현실판단력이 부족하고 자기중심적이어서 논리적 사고과정을 통해서 심리적 고통으로부터 벗어날 수 없기 때문에 부인(denial)을 주된 방어기전으로 사용하여 우울증상은 대체로 일시적이기가 쉽다. 그러나 점차 나이가 들어 후기 아동기가 되면 내적 경험에 대하여 숙고하는 능력이 생기고 정서조절면에서도 상호작용에 의한 의존상태에서 벗어나서 개인 내적인 조절단계로 이행하므로 성인의 우울증과 비슷한 임상양상을 보이게 된다.

지금까지, 소아기 우울증의 원인이 밝혀지지 않았고, 이것이 성인기 우울증과 상관관계가 있는지의 여부, 그리고 이것이 성격형성에는 어떤 영향을 주는지에 대해서는 여전히 논쟁점으로 남아 있으나, 소아기 우울증이 상당히 오랜 기간후에도 지속되었다는 일부 보고를 고려한다면 이에 대한 조기 인식은 예방이라는 차원에서 큰 의미가 있을 것으로 생각된다.

본고에서는 소아기 우울증의 개관과 발달적 관점에서 소아기의 우울증상을 살펴 봄으로써 이에 대한 이해를 높이고자 하였다.

중심 단어 : 소아기 우울증 · 발달학적 관점 · 조기 인식 · 예방.

서 론

19세기 중반부터 소아기 우울증이 보고되었고 그 이후에도 이에 대한 관심은 꾸준히 있어 왔으나 개념적인 차이로 인하여 1960년대 중반까지만 하여도 그 존재 여부조차도 논쟁의 쟁점이 되었다. 이후 정서장애와 소아정신의학에 대한 관심이 고조되면서 자연히 소아기 우울증에 대한 관심 또한 높아져서

이에 대한 연구들이 많이 되었고 그 결과 현재는 성인과 같은 진단기준을 쓰게 되었으며 소아에게서 우울증의 존재는 명백한 것으로 받아들여지고 있다. 그러나 실제 임상에서는 많은 문제들과 부딪히게 된다. 여기서는 소아기 우울증에 대한 이해를 돕고 이를 실제 임상에 적용하여 이의 조기 인식을 도모하고자 그의 역사적 배경, 역학, 진단기준, 분류, 발달학적 관점에서 본 임상양상, 공존질환, 경과에 대하여 검토

*고대 의료원 구로병원 정신과 Department of Psychiatry, Korea University, Guro Hospital, Seoul

하려 한다.

역사적 배경

소아의 우울증(melancholia)은 19세기 중반부터 보고되었다. Abraham(1912년)은 우울증(melancholia)와 비통(grief)은 사랑하는 대상의 상실에 대한 반응이라는 공통점이 있으나 후자는 정상적 반응인데 반해 전자는 사랑하는 대상에 대한 분노하고 적대감을 가진 결과 죄책감이 생기는 차이가 있다고 하였다. Freud도 이에 대해 언급하면서 우울증(melancholia)은 비통과는 다르게 자기 존중감(self-regard)의 장애가 있다고 하였다. M.Klein은 생후 6개월경부터 분열과정(slitting process)이 차차 감소하면서 현실을 인지하기 시작하고 한 사물에도 여러 면이 있음을 깨닫게 되며 이런 정신적 통합(mental union)의 결과 양가감정이 생기고 유아는 우울상태(depressive position)에 빠진다고 하였다. Bowlby는 소아기에 사회적, 감정적 관계에 문제가 없으면 정상적 애착관계 형성이 가능한데 어느 시기엔가 경험한 분리(separation)나 상실(loss)에 의해 이것이 방해받으면 불안정 애착(anxious attachment)를 형성하는데 이는 단지 앞의 두 경우뿐 아니고 양육자와의 관계에 따스함(warmth)이나 일관성(consistency)이 결여된 경우에도 생길 수 있음을 강조하였다. Anna Freud와 Burlingham도 3세 이전에 부모와 분리되어 심한 비통반응을 보인 증례를 보고한 바 있고, 또한 Spitz도 생후 6개월이 지나 어머니상과 분리된 결과 위축되고, 활동성이 줄어드는 등의 양상을 보이는 의존성 우울증(Anaclitic depression)을 기술한 바 있다. 1952년에는 “The Nervous Child”에서 소아의 조울증을 특별 주제로 다루었고, 1954년에는 “Publication of American Psychopathological Association on depression”에서도 소아 우울증에 대한 심도깊은 논의가 있었으며, Bierman(1958), Harrington과 Hassan(1958)등은 증례보고를 하기도 하였다. 한편 1960년대에 들어서서는 소아기 우울증이 정신분석학적으로 볼때 있을 수 있는가, 행동상의 장애의 양상을 띠는 가면성 우울증(masking depression)의 존재가 타당함에 대한 논쟁점이 대두된 바도 있었다. 이에 Finch(1960)과 Rie(1966)는 사춘기 이전에는 제대로 내재화된 상위자아가 없기 때문에 소아에게는 우울증이 없다고 주장하였다고, Toolan

(1962)은 소아의 우울감에 대한 표현은 발달과정의 영향을 받는다고 하며 우울 등가증(depressive equivalents)을 명명하기도 하였으며, Glaser(1967)는 비행, 공포, 학업부진 및 정신신체적 증상을 가진 군을 가면성 우울증(Masked depression)이라고 명명한 바 있다. 1971년 8월 Stockholm에서 열린 “Congress of Union of European Pedopsychiatrist”에서 소아·청소년의 우울증에 대하여 토의한 결과 이들에게서도 우울증은 실제로 존재할 뿐아니라 이 연령의 정신질환 중 상당한 부분을 차지한다는 결론을 내렸다. 그 외에도 1975년에는 NIMH에서 소아기 우울증에 대한 학회가 열렸고, Poznanski와 Zrull(1970)은 우울증을 보이는 소아의 부모에게 우울증의 빈도가 높음을 보고하였으며 1976년에는 소아기 우울증에 대한 종적 연구결과를 발표하였다. 이후 다른 연구자들에 의하여 소아의 우울증이 발달과정 중 일시적으로 존재하는 현상이 아니고 분명한 임상적 증후군으로 보아야 한다는 주장이 지속되었다. 이런 결과 1980년에는 DSM-III 및 RDC에서 소아우울증을 공식적으로 인정하기에 이르렀다. 이렇게 소아기 우울증의 존재가 확인되면서 이에 대한 관심이 더욱 높아져 많은 연구가 계속되었으며 이는 현재에도 계속되고 있다.

정의 및 진단

우울증(depression)이라는 용어에는 대개 최소한 세 가지 의미를 가지고 있는 것으로 본다. 첫번째는 상황에 미루어 볼때 적절한 정서상태 또는 기분으로서의 의미가 있고, 두번째는 다른 정신과적 질환의 일부로서, 즉 증상의 한 구성 요소로서의 지속적이고 병적인 기분상태의 의미가 있으며, 마지막으로 하나의 임상증후군으로서의 우울기분이 있을 수 있다. 그리고 대개 우울증은 다음의 주요한 양상들을 포함하는데, 첫째는 정동적 요소(affective component), 두번째는 인지적 요소(cognitive component), 세번째는 동기적 요소(motivational component) 그리고 마지막으로 생리생물적(vegetative), 그리고 정신운동성의 장애(psychomotor disturbance)가 그것들이다. 소아기 우울증을 공식 인정된 DSM-III에서는 우울증의 필수증상은 유아, 소아 청소년, 그리고 성인이 모두 같지만 그의 부수증상은 좀 차이가 있는 것으로 보았다. 즉 사춘기 이전의 아동들은 분리불안이 있을

수 있고 매달림, 학교 공포나(자신 또는 부모의) 죽음에 대한 두려움을 보일 수 있음을 명시하였고, 청소년기에는 반사회적 행동, 가출, 그리고 누구도 자신을 이해하고 인정하지 못한다는 생각, 안절부절, 불평불만, 공격성등을 보일 수 있으며 가족의 일에 무관심하고 협조적이지 않거나 사회활동의 철회, 학업부진, 외모에 무관심하고 거절에 민감하거나 약물남용의 병력이 있을 수 있다고 하였다 그 외에도 소아기 우울증의 진단을 위하여 사용된 진단기준으로는 Poznanski, Weinberg등에 의하여 고안된 척도들이 있다. 이들의 판별력에 대한 연구는 많지는 않으나 일부되어 있고, 우리나라에서도 강봉선(1987) 등이 NIMH-DISP & NIMH-DISC(Diagnostic interview schedule for child & parent)를 사용한 판별력 연구가 있었는데, 학령기 아동이 저학력이나 고학력 모두에서 흥미상실이 높은 판별력을 보인 반면 우울정서는 판별력이 떨어졌다고 보고한 바 있다.

역 학

소아기 우울증의 역학은 개념의 모호성과 방법론적 문제 때문에 신빙성 있는 자료가 많지 않다. 1980년대

까지 연구된 역학조사는 Table 1에 정리하였다.

먼저 학령전기의 경우를 살펴보면 일반인구의 0.3%, 소아 발달병동(Child development unit)의 0.9%를 kashani & Carlson(1987)과 Kashani등(1984, 1986)이 보고한 바 있고, 학령기는 Fleming과 Offord(1990)가 사춘기이전 아동의 3%이하에서 우울을 보였다고 보고하였다. 보다 최근의 연구로 Anderson(1987)등이 뉴질랜드에서 11세 소아를 대상으로 조사한 바에 의하면, 주우울장애와 불쾌기분장애가 1.8%이고, 이중 80%는 집중력장애와 불안장애 또는 행동장애의 진단 기준에도 부합되었다고 보고하였다. 마지막으로 청소년기 우울증에 대한 역학조사는 비교적 많은 편으로 Albert와 Beck(1975)이 11~15세 사이의 학생 63명을 대상으로 한 연구를 살펴보면 50%가 자기 혐오, 불만족을 보였고, 29~49%가 실패감, 죄책감, 사회적 위축, 자해, 비판 및 슬픔을 보였으며 이들중 1/3이 성인과 같은 정도의 우울기분에 부합되었는데 이것이 진짜 우울증이나, 아니면 같은 나이 또래에서 볼 수 있는 발달상의 문제나 하는 의문을 제기하기도 하였다. Rutter등(1970, 1981)이 10~11세 아동을 대상으로 한 화이트 섬(Isle of Wight)연구에서는 13%가 우울기분을 보였고 9%가 우울한 내용에 집착

Table 1. Studies of epidemiology of depression in children

Investigators	Year	Country	Number of Children	Percent Depressed	Population
Ling and associates(39)	1970	United states	25	40	Patients on a neurological ward
Rutter and associates(40)	1970	United kingdom	2,199	1.4/1,000	General population(but not designed for depression only)
Nissen(40)	1971	Germany	6,000	1.8	Inpatients
Meierhofer(42)	1972	Switzerland	400	25	Children in residential nurseries
Bauersfeld(43)	1972	Switzerland	400	13.7	School psychiatric center patients
Cebiroglu and associates(44)	1972	Turkey	10,000	.8	Psychiatric clinical patient
McConville and associates(45)	1973	Canada	141	53	Psychiatric inpatient
Weinberg and associates(46)	1973	United states	72	58	Educational diagnostic center outpatients
Pearce(7)	1977	United kingdom	547	23	Psychiatric inpatients
Pett(4)	1978	United states	73	59	Psychiatric inpatients
Kashani and simonds(2)	1979	United states	103	1.9	Randomly selected children in a general population

하였으며, 부모나 선생님의 설문조사상 10~12%가 매우 불행하게 보였다고 보고하였다. 또 이들 대상을 14~15세때 재평가한 결과 청소년의 40%가 불행과 우울의 느낌을, 20%는 자기떨시를, 7~8%는 자살하고 싶은 느낌이 있었음을 보고하였다(Rutter, 1986 a).

종합적으로는 대체로 나이가 들어감에 따라 우울증의 유병률은 증가하였고, 사춘기이전은 소녀보다 소년에서 우울증이 더 많았으며 사춘기 이후에는 성인과 마찬가지로 여자에게서 더 빈번하다(Fleming & Offord, 1990 ; Rutter, 1986a). 또한 우울증을 앓고 있는 부모의 아이들에 대한 연구들도 있었는데 이를 살펴보면 부모에게 우울증이 없는 경우보다 있는 경우가 우울증 빈도가 더 높았고 발병도 더 이른 경향을 보인다(Klerman, 1988).

분 류

소아기 우울증의 연구에서 한 또 하나의 노력은 발달단계, 증상의 정도 및 원인에 따라 우울증을 분류하고자 한 것이다. Glaser(1967)는 유아나 초기 아동기의 우울증은 박탈(deprivation)에 대한 반응으로 결과적으로는 발달의 지연을 초래할 수 있고, 후기 아동기나 청소년은 비행, 반항, 무단결석 및 가출의 양상을 보인다고 하였다. Cytryn과 Mcknew(1972)는 가면성 우울증(masked depression)과 급성 우울증 및 만성 우울증으로 구분하였는데, 가면성 우울증은 심각한 가족내의 병리와 관련이 있었고 급성 우울증은 주로 이전에는 적응이 좋았던 아동에서 발생하는 경향이 있으며, 상대적으로 가족내의 병리는 적었고, 만성 우울증의 경우는 부모도 만성적 우울상태이고 아이도 병전 적응기능이 불량했음을 보고하였다. 1980년 DSM-III에서는 주정서장애, 기타 정서장애 및 비정형 정서장애로 구분한 바 있고, 1994년에 개정된 DSM-IV에서는 주우울장애(초발, 재발), 불쾌기분장애, 기타 우울장애로 분류하였고, ICD-10에서는 우울증적 삽화(경미, 중등도, 심한 정도), 반복적 우울 삽화 및 불쾌기분장애로 우울증을 분류하고 있다.

소아의 발달학적 관점

소아는 성인에 비해 발달학적으로 하위단계에 있

으므로 소아의 우울증은 성인의 그것과 다른 양상을 보일 수 있다고 가정할 수 있다. 우선 소아는 언어적 능력의 한계로 자신의 감정을 표현하는데 한계가 있고, 인지기능이나 사회화도 성인과는 다르며, 이 때문에, 소아기 우울증의 증상은 성인의 증상양상과는 다르다는 보고들이 많다. 그러므로 성인과 소아의 발달상의 차이에 대한 검토는 중요한데, 첫째는 시간과 정도(time & degree)에 대한 감각의 차이를 들 수 있다. 소아는 자신이 재미있다고 생각하는 것은 끝없이 계속하려 하는 반면 실망 또한 쉽게 잊지 못하고 계속되는 경향이 있다. 그러나 정작 미래(오랜 시간이 지나면 변할 수도 있다는)와 같은 시간적 개념에 대하여서는 알지 못할 수 있다. 두번째 차이는 자신의 감정이나 불편함을 언어로 표현하는데 한계가 있어서 이를 신체적 호소나 행동으로 표현하기 쉽다는 것이고 세번째는 정서가 불안정하고 감정이 쉽게 드러나는 특성이 있다는 것이다. 네번째는 현실 판단력이 부족하여 주로 부정과 무관심, 책임회피의 방법을 쓰고 자기중심적이어서 현실적 사건을 구분하여 처리하지 못 한다. 마지막으로 다섯번째는 후기 아동기에 가서나 죄책감을 느낄 수 있어 그 이전까지는 뭔가 나쁜 일이 있을 때 자신을 비난하기 보다는 환경을 탓하는 경향이 많다. 한편 Cowan(1982)은 인지발달과 정서발달면에서 우울증상을 조명하였는데 이에 의하면 출생후 2세까지의 감각운동기 동안은 주로 반사적이고 기본적인 정서의 표현이 대부분이고, 2~4세경은 쾌락과 불쾌라는 정서가 분화된다. 4세 경에는 수치심과 창피에 대한 정서도 출현하여 더욱 복잡한 정서가 전언어적 혹은 언어적 수준에서 표현이 되며 정서체계는 여전히 배고픔 같은 신체적 사건에 의하여 쉽게 영향받고 비록 대부분이 자기중심적인 수준이기는 하나 나누어 공유하는 것(sharing)에 대한 능력이 출현한다. 또한 이 시기는 정서상태의 변화가 심하고 상황의 한 가지 측면에만 초점을 두어서 모두 좋거나 혹은 모두 나쁘게 보는 경우가 많고 자아에 대한 상징적 표상이 있기는 하나 추상적인 수준에는 이르지 못하며 변동이 심하여 일차원적이고 개인 특유의 세부적인 특징에 초점을 맞추는 경향이 있다. 직관적 사고시기인 4~7세경에는 정서체감이 형성되고 개체가 시간과 상황이 바뀌어도 그 주체는 변하지 않는다는 동일성 개념이 획득된다. 개인적 정서는 더욱 복잡해지나 비교적 안정된 유형을 보이고 수치

심, 굴욕감, 더 나아가서는 죄책감과 내면화된 두려움도 존재하며, 이전보다 더욱 잘 짜여진 감정이입이나 나누어 공유하는 능력뿐 아니라 슬픔과 상실에 대한 능력도 발달되고 성적 차이에 의한 정서도 새로이 시작된다. 구체적 조작기 동안에는 수량, 수, 시간에 대한 보존개념과 가역성등의 논리적 개념에 대한 정신적 표상도 가능해진다. 자기중심성이 줄어 다른 사람의 조망(perspective)도 짐작할 수 있게되고 공감능력도 발달한다. 뿐만 아니라 자신을 평가하는데 있어서도 하나 이상의 관점을 취할 수 있게 되어 자아의 부정적 측면을 인식가능하게 된다. 마지막으로 청소년기에는 모든 논리의 가능성을 고려하여 가설 검증을 할 수 있는 능력과 미래를 바라볼 수 있는 능력이 발달하여 상황에 대한 부정적인 기대감, 비판주의, 무능력감, 심한 좌절감 및 죄책감을 경험하게 된다. Piaget은 청소년기의 특징인 정서적 몰입은 형식적 조작기의 여러가지 논리적 조작능력을 필요로 한다고 지적한 바 있다.

이와는 좀 다른 관점에서 Cole과 Kaslow(1988)는 우울증을 정서조절능력의 발달과 관련지어 설명하였는데 이를 살펴보면, 유아기에는 자신을 돌아보아주고 대신해주는 부모에게 전적으로 의존하기 때문에 부모의 정서상태가 매우 중요하며 따라서 어머니와 유아간의 애착관계가 정서조절과 밀접한 관련을 맺어 애착관계의 상실은 분노와 무감각한 태도 및 사회적 철퇴양상으로 나타날 수 있다. 학령전기에는 여전히 성인에게 의존적이기는 하지만 상황의 선행요인과 결과에 대해 지각할 수 있는 능력이 생기기 시작하면서 제한적이거나 스스로 자신의 정서적 경험을 극복하기 위한 책략을 획득하게 된다. 그러나 아직 자기중심적인 경향으로 인해 상실경험을 했을때 자신의 행동이 이에 영향을 미쳤을 것이라는 결론을 내리고는 상실과 관련된 부정적 감정을 쉽게 자아와 연결시키게 된다. 또한 이 시기는 논리적인 사고과정을 통해서도 심리적 고통상태로 부터 벗어나지 못하여 부인(denial)을 주된 방어기제로 사용하고 이로 인해 이 시기의 우울증상은 대체로 지속적이라기 보다는 일시적인 경우가 많다. 6~12세경에는 내적 경험에 대해 숙고하는 능력이 발달되고 이에 따라 자기탐사(self-monitoring), 자기평가(self-evaluation) 및 자기보상(self-reinforcement)이 가능해져서 정서조절 능력이 더욱 증진되며 정서 조절의 측면에서 보면 상호작용에 의한

의존상태에서 벗어나서 개인 내적인 조절단계로 이행하는 시기라고 할 수 있다. 6~8세의 아동에는 지속적인 슬픔, 격리불안, 신체적 불편감호소 및 수면·식욕의 장애를 보이는데 주로 주의를 끌려는 행동이 특징적이다. 반면 8세 이후에는 자존심의 저하, 죄책감, 자기비하적 사고가 두드러지고, 자성능력과 추론능력이 발달하여 우울증상의 양상은 성인과 비슷해진다. 지금까지는 소아의 발달학적 특성을 여러 방면에서 살펴보았는데, 앞으로는 이런 특성으로 인하여 실제로 각 단계에서 임상증상이 어떻게 나타나는지 살펴보겠다.

발달단계별 임상양상

1. 유아기 우울증

Bowlby등은 유아가 어머니와 분리되었을 때의 반응을 세 단계로 설명하였는데 처음에는 저항(protest)하다가 다음에는 절망(despair)하며 그때까지도 어머니가 돌아 오지 않으면 분리(detachment)되어 급기야는 발달지연의 증후를 나타낼 수 있고, 이런 반응은 반드시 실제적인 상실이나 분리가 아닌 어머니-아이관계상 문제가 있을 때도 있을 수 있다고 하였다. 즉 양육자가 자주 바뀌거나 적절한 조치를 취해주지 못하고 애정어린 손길로 돌보아주지 못할때 유아기 무표정, 사회적 철퇴 및 활동성의 감소를 보이는 경우도 있다. 이런 양상을 Spitz는 의존성 우울증(Anaclitic depression)이라고 명명하였고 그 외에도 반응성 애착장애(Reactive attachment disorder), 초기유아의 일차성 애착장애(Primary attachment failure of early infant), 병원증(Hospitalism) 또는 성장중단(Failure of thrive)등으로 표현된 바 있다.

2. 학령전기 우울증

이 시기의 우울증도 흔치는 않으나 보고되고 있다. 이때는 주로 슬픈 표정이나 이에 대한 언어상의 표현, 무가치감, 수면 또는 식욕장애, 피곤감, 자해, 짜증, 무표정, 반항적 행동 및 두통, 복통등의 신체적 호소등으로 나타난다. Kashani(1986)등에 의하면 DSM-III-R 진단기준에는 맞지 않으나 부모나 유치원 선생님의 의하여 지각되는 경우도 상당수 있음을 보고하였다. 이런 많은 경우는 부모의 학대나 무관심등의 스트레스가 많은 생활사건과도 관련이 많은 것으로 보고하였다.

3. 중기 아동기

나이가 들어 사춘기에 가까와질수록 우울증상이 더 많아지고 성인의 증상과 비슷해지며, 그 증상도 다양해지는 경향이 있다. 이 시기에는 슬픔, 위축, 맥 없음, 절망, 수동성, 흥미상실, 지루함의 호소, 말없음 등의 증상을 볼 수 있고 정신병적 증상을 가진 우울증이 있는 성인과 같이 허무망상, 신체적 망상, 자기책망과 환각도 드물지 않게 보인다. 또한 심한 우울증상을 가진 경우에는 식욕감퇴, 과식이나 수면장애, 의욕감퇴 등의 생리생물적 증상(vegetative symptom)도 볼 수 있고 두통, 동통, 어지러움, 피곤함같은 신체적 호소도 있으며, 자살사고나 자살시도도 있을 수 있다. 그외에도 사고(accidents)가 많거나 학업부진, 친구관계의 감소, 백일몽, 집중력 장애, 충동조절의 곤란, 도둑질이나 공격성의 증가, 초기 불면증 및 활동량의 증가 또는 감소의 증상양상을 보일 수도 있다.

4. 청소년기 우울증

이 시기는 성인의 양상과 비슷해져서 죄책감, 자기비하, 창피함이 많고 과다수면이나 체중변화 등의 생리생물적(vegetative symptom)등이 있고 술이나 약물을 사용하기도 한다. 또 이 시기는 다른 시기에 비해 상대적으로 자살시도가 많고 그 성공률도 높으며 그 외에도 지겨움, 안절부절이나 자극을 찾아다니는(stimulation seeking) 양상이 있을 수도 있다.

진단적으로 고려하여야 할 점

1. 행동장애와의 관계

앞에서도 설명했듯이 과거에는 특별히 우울기분은 보이지 않으나 행동상의 문제를 보이는 경우 이를 우울 등가증(depressive equivalents)으로 명명한 바 있고 ICD-10 진단기준에서도 행동과 감정의 혼합장애(Mixed disorders of conduct and emotions), 또는 우울증적 행동장애(Depressive conduct disorders)등으로 명명하고 있다. 이는 이 두 장애가 공존하는 경우가 많음을 암시하며 실제 임상에서 어느 것이 먼저인지 구별하기가 쉽지 않으나 공존하는 경우를 드물지 않게 볼 수 있다. Puig-Antich(1982)는 DSM-III 진단기준상 주우울장애의 진단기준에 맞는 사춘기 이전의 소년들중 1/3이 행동장애의 기준에도 부합되

었다고 보고한 바 있고 이런 경우 Imipramine의 투여로 우울증상의 호전과 함께 행동문제도 없어지는 것으로 보고하였다. 그러나 이와는 반대로 우울증상은 호전이 되었음에도 불구하고 행동장애는 지속되었다는 보고도 있다. Richard(1991)등은 행동장애가 공존하는 우울증 환자군과 행동장애가 없는 우울증 환자군을 비교한 결과, 행동장애가 있는 우울증 환자군이 행동장애가 없는 우울증 환자군보다 단기 결과가 나쁘고 성인이 되었을 때 범죄의 가능성이 더 높았다고 하면서 행동장애가 있는 우울증 환자군의 예후는(우울증상이 없는) 행동장애군의 예후와 비슷하다고 보고한 바 있어 우울증과 행동장애에 대한 더 많은 연구가 있어야 할 것으로 보인다.

2. 인격과의 관계

Akiskal(1983)등은 인격유형이 우울증상의 표현양상에 영향을 주는 것도 사실이지만 마찬가지로 우울증도 역시 아동의 인격이나 동료와의 관계에 영향을 줄 수 있다고 하였다. Korenblum(1988)등도 인격장애의 여러 증상들은 사실상 기분(mood)에 의하여 좌우되어 우울증이 호전되면서 인격장애의 양상도 호전을 보인다고 하였다.

그러나 소아의 우울증이 이들의 인격형성에 어떤 영향을 주는가에 대해서는 아직 논란의 여지가 많아 앞으로 이에 대한 연구가 더 필요할 것으로 보인다.

3. 불안과의 관계

소아에서 우울과 불안은 함께 있을 수 있다. 그리고 부모가 우울증이나 불안장애를 가진 경우에는 우울증상이 있는 아동에게서 불안장애가 발병할 가능성이 그렇지 않은 경우보다 더 높다고 하고(Weissman, 1984b), Kendler(1987)등에 의하면 주위 스트레스에 대한 민감성(Sensitivity)은 유전적인 요인에 의하여 결정되고, 결과적인 정신병리(psychopathology)는 비 유전적인 요인에 의하여 결정되는 것으로 보인다고 주장한 바 있다. Anthony(1975b)와 Gaensbauer(1984)등은 우울증이 있는 환자의 아이들에 대한 연구에서 정서장애가 있는 어머니의 아이들은 정서장애뿐 아니라 다른 정신병리가 있을 가능성도 높운데, 그 가능한 이유로는 유전적 위험요인, 부모-자식관계의 장애, 그리고 가정내의 스트레스의 증가와 관련있다고 설명하였다. Emde(1986)등은 이의 기전을 다음의 세 가지로 설명하였다. 첫째는 부모를 동일시하는 오염

(Contagion)과 두번째는 부모에게 감정 효용도 (Emotional availability)가 결여되어 있다는 점, 세번째는 부모가 투사적 동일시(Projective identification)을 통하여 아이를 거부 또는 비하하기 때문이라고 설명하였다.

소아기 우울증의 운명

소아기 우울증이 성인의 그것과 어떤 관계에 있는가, 즉 이것이 성인기까지 지속이 되는 것인가 하는 문제는 여전히 논쟁점으로 남아 있다. Poznanski(1976)등의 연구에 의하면 4~11세 때 우울증의 진단을 받은 군을 청소년기와 성인기까지 추적한 결과 50%가 여전히 임상적으로 우울한 증상을 보였고 나머지는 다른 형태의 정신병리를 보였다고 보고하였다. Kovacs(1984a, 1984b)등도 각각 우울증, 불쾌기분장애 및 적응장애로 진단받은 학령기 아동을 전향적으로 조사한 결과, 우울증으로 진단받은 군은 그 경과가 더 오래간 반면 우울기분을 가진 적응장애군은 90%가 9개월내에 회복되었고, 불쾌기분장애의 진단을 받은 군은 7년후에야 90%가 회복되는 만성경과를 밟았으며 우울증은 90%가 회복되는데 일년 반이 걸렸다고 보고하였다. 또한 재발도 우울증군과 불쾌기분장애군에서 더 많아서 우울증은 7년내에 40%가 재발하였고 불쾌기분장애는 69%가 나중에 심한 우울증으로 발전하였다고 한다. Apter(1982)도 12명을 대상으로 한 추적 조사에서 7명이 우울증이 계속되었다고 보고하였다. 마지막으로 zeitlin(1986)은 그의 연구 결과를 토대로, 언뜻 보기에는 소아기 우울증과 성인의 그것과는 연관관계가 없는 것 같으나 우울증상에 근거를 둔 비교 진단상으로 보면 소아기 우울증의 84%가 성인기의 우울증을 위한 진단기준에 부합되었다고 보고하였다.

이상을 종합해 볼때 소아기 우울증은 단순히 발달과정중 일시적으로 보이는 현상이 아니며, 다수에서는 성인까지 지속될 가능성이 있으므로 이에 대한 더 많은 연구가 있어야 할 것으로 보인다.

References

강봉선·김경희·노경선·(1987) : 학령기 아동에 있어서의 우울과 불안증상. *중앙의학* 52 : 12. pp755-763
 김은정·오경자(1992) : 발달학적 관점에서 본 아동 및

청소년기 우울증상. *소아·청소년 정신의학* 3 : pp 177-127
 조수철·최진숙(1989) : 소아·청소년의 우울장애. *신경정신의학* 28 : pp422-436
 Akiskal HS, Hirschfeld R.M.A & Yerevanian BI(1983) : The relationship of personality to affective disorders. *Archives of General Psychiatry* 40 : 801-810
 Albert N & Beck AT(1975) : Incidence of depression in early adolescence : A preliminary study. *Journal of Youth and Adolescence* 4 : 301-307
 Anderson JC, Williams S, McGee R & Silva PA(1987) : DSM-III disorders in preadolescent children : Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry* 44 : 67-76
 Anthony EJ(1975b) : The influence of a manic-depressive environment on the developing child. In EJ Anthony & T. Benedek(Eds.), *Depression and human existence*(pp279-315). Boston : Little, Brown.
 American Psychiatric Association(1980) : DSM-III : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington, DC : APA
 American Psychiatric Association(1994) : DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4rd ed. Washington, DC : APA
 Apter A, Borengasser MA, Hamovit J, Bartko JJ, Cytryn L & McKnew DH(1982) : A four-year follow-up of depressed children. *Journal of Preventive Psychiatry* 1 : 331-335
 Bierman JS, Silverstein AB, Inesinger JE(1958) : Depression in a six-year-old boy with acute poliomyelitis. *Psychoanal Study child* 13 : 430-450
 Cole PM, Kaslow NJ(1988) : Interactional and Cognitive Strategies for Affect Regulation : Developmental Perspectives on Childhood Depression : SB Allet(Eds). *Cognitive process in Depression*. NY London. Guilford Press.
 Cowan PA(1982) : The Relationship between Emotional and Cognitive Development. Cicchetti D, Hesse P (Eds). *New Directions for Child Development : Emotional Development*, No 16. San Fransisco : Jossey-Bass
 Cytryn L, McKnew DH Jr(1972) : Proposed classification of childhood depression. *Am J Psychiatry* 129 : 149-155
 Emde RN, Harmon RJ & Good WV(1986) : Depressive feelings in children : A transactional model for research. In M Rutter CE. Izard & PB Read(Eds.), *Depression in young people : Developmental and clinical perspectives*(pp135-160). New York : Guil-

- ford.
- Fleming JE & Offord DR(1990)** : Epidemiology of childhood depressive disorders. A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29 : 571-580
- Gaensbauer TJ, Harmon RJ, Cytryn L & McKnew DH (1984)** : Social and affective development in infants with a manic-depressive parent. *American Journal of Psychiatry* 141 : 223-229
- Glaser K(1967)** : Masked depression in children and adolescents. *Am J Psychother* 21 : 565-574
- Harrington M, Hassan J(1958)** : Depression in girls during latency. *Br J Med Psychol* 31 : 43-50
- Kashani JH & Carlson GA(1987)** : Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry* 144 : 348-350
- Kashani JH, Holcomb WR & Orvaschel H(1986)** : Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *American Journal of Psychiatry* 143 : 1138-1143
- Kashani JH, Husain A, Shekim WO, Hodges KK, Crytryn L & McKnew DH(1981b)** : Current perspectives on childhood depression : An overview. *American Journal of Psychiatry* 138 : 143-153
- Kashani JH, Ray JS & Carlson GA(1984)** : Depression and depressive-like states in preschool-age children in a child development unit. *American Journal of Psychiatry* 141 : 1397-1402
- Kendler KS, Heath AC, Martin NG & Eaves LJ(1987)** : Symptoms of anxiety and symptoms of depression. Same genes, different environment ? *Archives of General Psychiatry* 44 : 451-457
- Klerman GL(1988)** : The current age of youthful melancholia. Evidence for increase in depression among adolescents and young adults. *British Journal of Psychiatry* 152 : 4-14
- Korenblum M, Marton P, Kutcher S, Stein B, Kennedy B & Pakes J(1988, October)** : Personality dysfunction in depressed adolescents : State or trait ? Poster presented at the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting, Seattle, WA
- Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak MA, Paulauskas SL & Finkelstein R(1984a)** : Depressive disorders in childhood. *Archives of General Psychiatry* 41 : 229-237
- Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak MA, Paulauskas SL, Pollock M & Finkelstein R(1984b)** : Depressive disorder in childhood : II. A longitudinal study of the risk of a subsequent major depression. *Archives of General Psychiatry* 41 : 643-649
- Poznanski E, Zrull JP(1970)** : Childhood depression : Clinical characteristics of overtly depressed children. *Arch Gen Psychiatry* 23 : 8-15
- Poznanski EO, Krahenbuhl V & Zrull JP(1976)** : Childhood depression : A longitudinal perspective. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 15 : 491-501
- Puig-Antich J(1982)** : Major depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 21 : 118-128
- Richard Harrington, Hazel Fudge, Etal(1991)** : Adult Outcomes of childhood and Adolescent Depression : II. Links with Antisocial disorders. *J of American Academy of Child and adolescent Psychiatry* 30 : 434-439
- Rie HE(1966)** : Depression in childhood : A survey of some pertinent contributions. *J Am Acad Child Psychiatry* 5 : 653-689
- Robert AK, Joseph DN(1991)** : Pathways of Growth. A Wiley-interscience Publication. NY pp158-209
- Rutter M(1986a)** : The developmental psychopathology of depression : Issues and perspectives. In M Rutter, CE. Izard & PB Read(Eds), *Depression in young people : Developmental and clinical perspectives*(pp 3-30). New York : Guilford.
- Toolan JM(1962)** : Depression in children and adolescents. *Am J Orthopsychiatry* 32 : 404-414
- World Health Organization(1992)** : ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, WHO, Geneva
- Weissman MM, Leckman, JF, Merikangas KR, Gammon GD & Prusoff BA(1984b)** : Depression and anxiety disorders in parents and children. *Archives of General Psychiatry* 41 : 845-852
- Zeitlin H(1986)** : The natural history of psychiatric disorder in children. New York : Oxford University Press.

DEPRESSION IN CHILDREN
— AN OVERVIEW AND THE DEVELOPMENTAL PERSPECTIVES ON
CHILDREN IN DEPRESSION —

Kyung-Mi Kang, M.D.

Department of Psychiatry, Korea University, Guro Hospital, Seoul

Childhood depression was not officially accepted as a separate diagnosis until 20–25 years ago.

Although DSM-III-R criteria gave us a starting point and are gaining acceptance as a useful tool for diagnosing childhood depression recently, many professionals feel that additional modifications are needed to better reflect the developmental aspects of children. And because children are relatively poor in expressing their moods or feelings due to weak reality sense and/or cognitive and linguistic limitations, the author too carefully suggest that developmental perspectives of children should be considered in diagnosing childhood depression.

Little is known about the extent to which childhood depression precedes adult depression and persists into adult life and about the impact of it on the personality formation. Some evidences that childhood depressive symptoms can be quite enduring make it important to make an early diagnosis and treatment.

KEY WORDS : Childhood depression · Developmental perspectives · Early diagnosis.