

## 소아·청소년 우울장애의 치료

### TREATMENT OF CHILD AND ADOLESCENT DEPRESSIVE DISORDERS

김 자 성\*

Ja-Sung Kim, M.D.\*

**요 약 :** 소아·청소년기에 나타나는 우울장애는 복잡한 임상양상을 나타낸다. 이 장애의 역학, 임상 양상, 원인 등에 대하여 더욱 많은 논문들이 발표가 되고 이해가 되고 있으나, 치료에 대한 것은 아직 잘 확립되지 않았다. 많은 수의 논문들에서 소아·청소년기의 우울장애는 성인과는 다르게 치료를 해야 한다는 발표를 하고 있다. 이 논문에서는 이 질환에 대하여 가능한 다양한 치료 방법에 대하여 검토를 하였으며, 임상가들을 위하여 체계적인 접근방식을 제공하였다. 또한 우울증의 치료지침을 제시하였다. 결론적으로 소아·청소년기의 우울장애의 치료를 성공적으로 하기 위하여는 포괄적이고 전체적인 접근 방식을 필요로 한다. 또한 우울증을 가진 개개인의 아동과 그의 가족들이 필요로 하는 치료방식이 서로 다르기 때문에 임상가는 가능하면 여러가지의 다양한 치료방식에 익숙해야 한다.

**중심 단어 :** 치료·우울장애·소아·청소년.

#### 서 론

소아 우울증의 이해에는 다양한 이론적인 입장이 있고 거기에 따른 치료적인 입장도 중요성을 두는 점들이 서로 다르다. 환자에 따라 어떤 이론적인 틀로써 더 잘 이해되는 경우가 있을 것이고 임상가의 수련 배경에 따라 어떤 치료적 접근을 더 선호할 수 있겠으나 기본적으로는 생물학적-사회, 심리적인 접근(bio-psychosocial approach)을 하여야 한다는 점이다. 이는 현재 이해되고 있는 우울증의 이해가 단순한 하나의 접근으로 포괄될 수 없는 다양한 측면이 있는 때문으로 이해하면 될 것이다. 이것은 개인, 가족, 그룹 치료같은 정신치료적 접근과 약물사용 등 생물학적인 접근, 그리고 학교 셋팅 등 주요한 환경 평가와 개입, 대인관계적인 기술의 평가와 훈련 등 모든 것들을 고려해야 한다는 뜻이다. 다음으로 중

요한 사항은 치료 셋팅에 관한 것인데, 즉 자살 위험이 높은지 여부와, 가족적인 안정, 기능수준 정도에 따라 입원치료를 할 것인지 외래에서 치료할 것인지 등을 정하는 것을 의미한다. 이런 전반적인 것들을 염두에 두고 그 각각에 대해 간략히 검토해 본다.

#### 본 론

##### 1. 정신치료적 접근

다양한 이론적인 배경에 따라 다양한 접근법이 있는데 가장 중요한 것은 치료자의 배경과 환자나 그 가족의 인지, 정서적 발달 정도가 반드시 고려되어야 할 것이다. 정신치료적인 접근법을 일람해 보면 다음 표와 같다(표 1).

##### 1) 개인 정신치료

치료자의 이론적인 배경, 훈련 배경에 따라 어떤

\*단국대학교 의과대학 정신과학교실 Department of Psychiatry, Dankuk University, School of Medicine, Chonan

표 1.

- 
- (1) Individual psychotherapy
    1. Play therapy
    2. Insight-oriented therapies
  - (2) Behavioral therapy
  - (3) Life stress model
  - (4) Cognitive psychotherapy
  - (5) Other therapies
    1. Group therapy
    2. Parent training
    3. Remedial education
    4. Out-of-home placement
- 

증상이 가장 중심적인 초점이 될지가 결정된다. 증후군 전체에 초점을 맞추기보다는 우울 증상군들에 초점을 두는데 치료자의 주요한 역할은 아동의 자기 능력에 대한 지각을 평가하고 만일 자기 능력이 부족하다는 아이의 평가가 사실적이면 거기에 맞춰 사회적 능력을 높여 주기위한 대인관계 기술 훈련을 시킨다. 만일 아동의 지각이 왜곡된 것이라면 자신에 대한 왜곡된 지각에 초점을 맞춰 현실감각을 높여준다.

(1) 놀이 치료

놀이 치료는 아이와의 비언어적인 의사소통의 통로가 된다. 또한 근육 운동을 통한 긴장 방출적인 의미도 있고 놀이를 통해 감정을 표현할 수 있는 감정 배출의 창구도 된다. 또는 치료자는 아이에게 건강한 동일시할 수 있는 모델이 되어줄 수 있다.

(2) 통찰 치료

적응증은 비정신병적인 우울증으로 내적 갈등으로 인한 행동적 문제들을 가진 경우로, 적어도 평균적인 지능을 갖고 추상적 조작적 사고(formal operational thinking)가 가능한 경우에 유용하다. 과정은 초기의 지지적인 시기에서 공감적 관계로 점차 나아가고 환자가 자신을 관찰하는 시기를 거쳐 전이관계가 중요한 시기로 점차 옮겨가게 된다. 청소년 환자의 경우는 치료자가 더욱 융통성이 있고 적극적이고 솔직하고 개인적인 질문에 대답해 줄 수 있는 등 보다 융통성 있는 접근을 요구한다. 여기서 청소년 우울증을 몇 개의 부류로 분류한 Zaslou(1992)의 견해를 대표적인 두 가지에 대해 다른 접근 방식을 소개하면 다음과 같다. 즉 의존성 우울증(Anaclitic depression)의 경우

대상 항상성(object constancy)에 이르지 못한, 외디푸스 전기에 고착된 경우 대상에 대한 굶주림, 지나친 의존심, 불안하고 무력한 모습, 욕구 충족적인 대상과의 관계 등의 모습을 보이는데 치료자와의 애착형성이 중심적인 과제가 된다. 다른 것으로는 초자아 우울증(Superego depression)은 대상관계가 좀 더 진전된 단계로 죄책감, 자기 비난, 지나친 도덕적인 경향, 강박적이고 완전주의적인 태도 등을 보이고 그러므로 초자아에 대한 작업이 중요하고 자기파괴적인 악순환의 고리를 끊어 주는 것, 고통을 덜어주는 것, 자존심을 다시 세워 주는 것 등이 중요한 작업이 될 것이다.

2) Behavioral Therapy

여기서는 대인 관계적인 기술에 초점이 주어지는데 긍정적인 강화에 의존한다.

3) Life stress Model

여기서의 중점은 생활 스트레스를 해결하는 것, 또는 받아 들이도록 하는 것 등이 포함된다. 부모의 이혼에 따른 우울증을 지닌 아동의 경우 부모의 결정을 받아 들이도록 하는 것 등이다.

4) Cognitive Psychotherapy

여기서는 치료자가 환자의 주요한 인지적 왜곡, 즉 자아, 세계, 미래에 대한 인지적인 왜곡에 직면해서 그것을 교정하는 과정을 의미한다. 적극적이고 시간 제한적인 방식이다. 증상의 호전을 통해 우울증적 신념들이 호전케 되는 과정을 밟는다.

잇점은 융통성이고 치료자가 선생의 역할, 의논상 대자, 역할 모델, 전문가 등의 다양한 역할을 하게 된다. 정도의 우울증적인 청소년에게 좋다. 구체적인 기법들은 10점 척도, 슬픈, 행복한 얼굴모습 찾기, 생각을 말로 하기 등이 있다. 이 방법은 청소년 전기에는 적용시키기가 어렵고, 정상 지능, 추상적 조작 능력이 요구되고, 심한 우울증에는 효과가 제한된다는 등의 제한점이 있다.

5) 기타 치료

(1) 집단 치료

대인관계 기술 습득, 안전한 환경에서 감정을 표현하도록 돕는 것 등을 포함하고 정력적인 공감적 치료자를 필요로 한다.

## (2) Parent training

이것은 특이한 행동 문제들을 보다 잘 다룰 수 있도록 부모를 교육하는 것과 아동과 나이에 적합한 의사 소통 방식을 터득하도록 돕는 것을 의미한다.

## (3) Remedial Education

선생님들과 또래들과 보다 잘 소통하게 하는 것을 의미한다. 책, 필기 등에 의한 수동적 학습보다는 말이나 활동을 통한 적극적 학습이 더욱 장려된다. 우울증이 좋아지면서 학업성취도가 증가한다.

## (4) Out-of-home Placement

경우에 따라서는 집을 떠나서 잠시 있게 하는 방식 등이 필요하다.

## 2. 약물치료

### 1) 특 징

현재까지 우울증 아동에 대한 치료 연구는 주로 약물치료에 대한 것이다. 우울한 아동의 약물치료는 아직 이중맹검 위약 대조연구(double-blind, placebo-controlled studies)로 확립되어 있지 못한 상태이다(Ambrosini et al 1993). 약물 혈중농도와 텍사메타존 억제 검사를 사용하면 약물치료에 반응하는 군을 더 잘 알 수 있을 것이라는 제안이 있다(Ryan ND 1990).

### (1) 사춘기 전기 아동군

7개의 연구가 Ambrosini등(1993)에 의하여 검토가 되었다. 3개는 비 대조 연구(open studies)이고, 4개는 이중맹검 연구(double-blind placebo controlled studies)였다. 전체적인 TCA에의 반응 비율은 비대조 연구에서는 60~70%(평균 64%)를 보이고 이중맹검 연구에서는 이보다 낮은 31~75%(평균 44%)를 보였다. 전체적으로는 항우울제를 복용한 100명 중 54%에서 회복을 보였다. 위약 반응은 연구에 따라 0~68% 달해 전체적으로 위약군 53명중 38%에서 호전을 보였다. 비대조 연구에서 투약받은 군이 이중맹검에 의한 투약군이나 위약군보다 반응이 좋았다( $p=0.02$ ).

### (2) 청소년 군

8개의 연구가 보고(Ambrosini et al 1993)되었는데, 4개는 비통제 연구이고 4개는 이중맹 위약 통제 연구인데 전체적인 TCA 반응 비통제 연구에서는 29~79%로 평균 47%였고 이중맹 연구에서는 평균 8~71

%로 평균 55를 보여 전체적으로 162명 중 80명이 반응하여 49%가 항우울제에 반응을 보였다. 거기에 비해 위약군은 21~63%의 반응으로 평균 위약군 66명중 42%가 위약만으로 반응을 보여, 사춘기 전기 아동의 경우보다 항우울제반응 비율이 떨어지는 것으로 나타났다. 삼환계 항우울제의 반응이 떨어지는 이유에 대해서는 호르몬의 환경이 다르기 때문이라는 설명, 신경전달물질 계통이 아직 덜 성숙해서 그렇다는 설명과 약물 역동학, 약물동력학이 다르다는 이유 등으로 설명을 시도한다(조수철 1991). 이와 같은 상황을 감안할 때 어린이들의 우울증 치료의 실제적인 전략은(Ambrosini et al 1993) 다음과 같다. 즉 우울한 아동이 비약물적인 치료에 반응을 았으면서 학교나 사회, 가정 생활에서 기능적으로 떨어져 있는 경우에 항우울제 적용이 타당하다고 보겠다.

### 2) 추천 가이드(Sylvester 1993)

#### (1) 삼환계 항우울제(TCA)

TCA의 경우 시작은 하루에 kg당 1.5mg(1.5mg/kg/day)을 추천하고, 그 후에 매 3일 간격으로 1.0 to 1.5mg/kg/day을 추가로 올린다. 초기 용량과 올리는 용량으로는 하루 25mg/day을 쓰면 독성도 적고, 환자도 더욱 편안하게 느낀다. 총용량 범위는 desipramine, imipramine, amitriptyline의 경우에 5mg/kg/day까지를 FDA는 권장한다. Nortriptyline은 하루 2.0 mg/kg/day이다. 목표 혈중농도는 imipramine이나 amitriptyline의 경우 150~200ng/ml이고, nortriptyline의 경우는 75~150ng/ml이다. 부작용과 주의점은 TCA들이 가진 심장전도상 이상을 초래할 수 있는 것에 대한 것이다. 그러므로 투약전에 ECG, BP, PR 등을 측정해 놓고 용량 조절 중에 적어도 두번 검사하는 것과 집에서는 맥박을 점검하도록 하는 것이 바람직하다.

#### (2) Lithium

TCA만으로 반응이 없는 소아기 우울증의 증강요법으로 리튬을 쓸 수 있다(Ryan 1988; Strober 1990).

#### (3) MAOI

좀 나이드 아동의 경우 비특이적인 증상들이 두드러질 때 써 볼 수 있다.

(4) SSRI(Fluoxetine, Sertraline)

상대적으로 안전한 약물들로 부작용의 종류에서 TCA보다 유리한 편이다(Jain 1992). 흔한 부작용들은 소화기관 이상, 경조증적 행동들(자극 과민성, 불면증, 실업이 웃는 것, 무쾌하게 끼어들기, 과운동성 등)은 용량에 비례하는 것같고 그럴 경우 용량을 감량하므로 없앨 수 있다. 그러나 위약보다 나은 것이 증명되어 있지 않고 정보가 매우 제한되어 있다(Simeon 1990). Sertraline은 fluoxetine보다 반감기가 더욱 짧고(2~4일 : 1일), 수면 방해 효과는 적다(Cole 1992).

References

曹洙哲(1991) : 發達學的 藥力學과 藥動學. 대한정신약물학회지 2-1 : 158-171

Ambrosini PJ, Bianche MD, Ravinovich H, et al(1993) : Antidepressant nt treatments in children and adolescents : I. Affective disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32 : 1-6

Bartels MG, Varley CK, Mitsell JC, et al(1991) : Pediatric cardiovascular effects of imipramine and desipramine. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 30 : 100-108

Cole JO(1992) : New directions in antidepressant therapy : A review of sertraline, a unique serotonin reuptake inhibitor. J Clin Psychiatry 53 : 333-340

Geller B, Cooper T, Graham D, et al(1992) : Pharamacokinetically designed double-blind placebo-controlled study of nortriptyline in 6-12 years-olds with major depressive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 31 : 34-44

Jain U, Birmacher B, Garcia M, et al(1992) : Fluoxetine in children and adolescents with mood disorders : A chart review of efficacy and adversive effects. J of Child and Adolesc Psychopharmacology 2 : 259-265

Riddle M(1991) : Pharmacokinetics in children and adolescents. In Lewis M(ed) : Child and Adolescent Psychiatry. Baltimore, Williams & Wilkins, pp767-769

Riddle MA, King RA, Harding MT, et al(1990/1991) : Behavioral side effects of fluoxetine in children and adolescents. J of Child and Adolesc Psychopharmacology 1 : 193-198

Ryan ND(1992) : The pharmacologic treatment of child and adolescent depression. In Shaffer D(ed) : The Psychiatr Clin of North Am, 15, 1, Mar, pp29-40

Ryan ND(1990) : Heterocyclic antidepressants in children and adolescents. J of Child and Adolescent Psychopharmacology 1 : 21-31

Ryan ND, Meyer V, Dachille S, et al(1988) : Lithium antidepressant augmentation in TCA-refractory depression in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 27 : 371-376

Simeon JG, Dinicola VF, Ferguson BH, et al(1990) : Adolescent depression : A placebo-controlled fluoxetine treatment study and follow-up. Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry 14 : 971-975

Strover M, Reeman R, Rigali J, Schmidt S, Diamond R (1992) : The pharmacoterapy of depressive illness in adolescence : II. Effects of lithium augmentation in nonresponders to imipramine. J Am Acad Adolesc Psychiatry 31 : 16-20

Sylvester C(1993) : Psychopharmacology of disorders in children. In Dunner DL(ed) : The Psychiatr Clin of Nor Am, 16, 4, Dec, pp779-791

Weller EB, Weller RA(1991) : Mood disorders. In Lewis M(ed) : Child and Adolescent Psychiatry Baltimore, Williams & Wilkins, pp659-664

Zaslow S(1992) : Depressed adolescents. In O'brien JD, et al(ed) : Psychotherapies with Children and Adolescents. Washington. Am Psych Press pp209-230

## TREATMENT OF CHILD AND ADOLESCENT DEPRESSIVE DISORDERS

Ja-Sung Kim, M.D.\*

*Department of Psychiatry, Dankuk University, School of Medicine, Chonan*

Child and adolescent depressive disorders are complex clinical problems. Although our knowledge of the epidemiology, clinical manifestation and etiology of child and adolescent depressive disorder has grown enormously, less has been established concerning effective managements for this disorder. Some articles suggest that children and adolescents may require significant modification of adult treatment. This article reviews the range of available therapies for the condition and provides a systematic approach for the clinician. And guidelines for management of depression have been described. In conclusion, approaches to the treatment of this disorder must be comprehensive and broad-based to be successful. And practitioners should be encouraged to become skilled in as many treatment as possible, because the needs of individual children and adolescents with depressive disorder and their families can vary greatly.

**KEY WORD :** Treatment · Depressive disorder · Child · Adolescents.