

## 소아 및 청소년의 신체형장애

김 승 태\*

### Somatoform Disorders of Children and Adolescents

Seungtai P. Kim, M.D., Ph.D.\*

— ABSTRACT ————— *Korean J Psychosomatic Medicine* 4(2) : 277-285, 1996 —

**S**omatoform disorders do occur among children and adolescents. Among the seven disorders under the grouping of somatoform disorders of DSM-IV, three disorders, namely somatization disorder, pain disorder and conversion disorder are seen relatively more often than one can expect in childhood and adolescence. Pain disorders are more prevalent among children before adolescence, whereas conversion disorder and somatoform disorder are seen more often during adolescence and early adulthood. Diagnoses of somatoform disorders should not be made by the process of exclusion, but based on positive findings that positive evidence that normal functioning is possible and that a positive history of psychosocial stress and or intrapsychic conflict exists. Treatment strategy should be mindful of including collaboration with primary care health professionals and family therapy staff in addition to all the basic treatment modalities essential for the treatment of children and adolescents.

**KEY WORDS** : Somatoform disorders · Somatization disorder · Conversion disorder · Pain disorder · Childhood and adolescence.

### 서 론

DSM-IV에 의한 소아와 청소년의 신체형 장애의 정의는 성인신체형 장애에서와 마찬가지로 "일반신체병과 같은 신체의 증상이 나타나며 일반신체병이나 약물 및 기타 정신질환(예컨대 공황장애)에 원인이 있는 것이 아니다. 자기 유발이나 피병에서처럼 이러한 신체증상들이 의도적 또는 자기 의사에 의해 유발된 것이 아니며 또한

심리적 요소에 영향받은 의학적 병상태 즉, 정신신체질환에서와는 다르게 이러한 신체증상을 진단할 수 있는 여하한 내과적 질환으로도 설명할 수가 없다"는 것으로 정의된다.

### 신체형장애의 분류 및 빈도

성인에서와 같이 소아청소년의 신체형 장애도 7가지의 유형으로 분류된다. 즉, 신체화장애(Somatization Disorder), 미분화형 신체형장애(Undifferentiated Somatoform Disorder), 전환장애(Conversion Disorder), 통증장애(Pain Disorder), 건강염려증(Hypochondria-

\*성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 신경정신과학교실  
*Department of Neuropsychiatry, Sungkyunkwan University, College of Medicine, Samsung Medical Center, Seoul, Korea*

sis), 신체이형장애(Body Dysmorphic Disorder), 달리 분류되지 않은 신체형 장애(Somatiform Disorder Not otherwise Specified) 등이다.

이들중 사춘기나 그 전에 발병하는 형으로는 신체화장애, 전환장애, 통증장애, 신체이형장애인데 특히 신체화장애와 전환장애는 사춘기에 빈도가 높으며, 두통이나 복통을 흔히 호소하는 통증장애는 학령기 아동들, 특히 초등학교 연령기에 흔하다. 신체화장애는 초등학교 저학년에서 고등학교나 대학교 초기까지 볼 수 있는 형이나 빈도는 적다.

평생유병율은 신체화장애의 경우 여자에서 2% 남성에서 0.2%로 남여의 비가 약 1 : 5~10로 단연 여성에게서 빈도가 높은 것을 보는데 대개 25세 이전에 첫 증상을 보인다. 전환장애의 일생유병율도 인구 10만명당 11~300인데 외래 초진환자의 약 1~3%를 차지하며, 남녀성비는 1 : 2에서 1 : 10의 범위로 보고되었다. 전환장애는 사춘기 중기나 20대에 가장 발병빈도가 높다.

통증장애는 모든 연령에 걸쳐 흔히 발생하는데 남녀의 발생빈도 비율은 거의 같다. 성인의 경우 요통이 직장과 관련된 불구원인중 약 15%를 차지하는 반면 나이가 어린 유치원이나 초등학교 저학년 아동에서는 복통, 그리고 초등학교 3~5학년이나 중학교 저학년 연령에서는 두통이 가장 흔한 통증장애의 주스로 보고된다.

신체이형장애는 대부분의 경우 사춘기에 시작되는데 평생 유병율은 약 0.5%이고 남녀 각각에서의 성비는 같다.

아래에서 청소년기에 가장 빈도가 높고 임상적으로 중요한 전환장애와 신체화장애에 관한 고찰을 한다.

## 전환장애

청소년 전환장애의 기본양상도 성인에서와 같이 신경과적 또는 일반 내과적 질환처럼 보이는 수의운동이나 감각기능에 영향을 주는 증상이나 또는 기능결손인데 심리적인 요인이 이들 증상이나 기능결손과 관련되어 있고, 이들 증상의 시작에 정신적인 스트레스 유발인자에 의해서이거나 갈등후에 생기는 것이 관찰된다.

### 1. 발병율

청소년기 특히, 사춘기의 전환장애의 정확한 발병율을 결정하는 것은 매우 어려운데 그 이유는, 첫째로 과거에 청소년기의 전환장애에 대한 정의나 진단기준에 있어서

정신과 전문의가 아닌 내과, 가정의학 및 기타 임상과의 사들 사이에서 의견들이 엇갈렸고, 둘째로 전환장애의 초기증상들은 대부분의 경우 일차 시술처 즉, 내과나 소아과 또는 가정의학과 외래에서 볼 수 있으며, 셋째로 전환장애 증상이 흔히 정신과적 평가나 치료 없이도 어느 기간후에 자연히 없어진다는 등이다. 따라서, 정신과 외래에 진찰받으러 온 아동이나 청소년 전환장애 환자들은 대부분이 보다 만성화된 전환장애라고 볼 수 있다.

소아청소년들의 전환장애 발병율이 연구보고에 따라 큰 차이가 있는데 소아정신과 외래클리닉 환자의 1.3~5%라는 보고가(Goodyer 1981; Herman과 Simonds 1975; Proctor 1958)있는 반면 정신과 자문을 받는 소아과 입원환자들중 4~22%(Herman과 Simonds 1975; Maloney 1980; Siegel과 Barthel 1986)라는 높은 발병률의 보고도 있다.

### 2. 나이와 성별과 기타 사회문화적 특징

전환장애는 전원농어촌 지방에서, 사회경제 수준이 낮은 가정에서, 그리고 의학과 인간심리에 관한 지식수준이 비교적 낮은 사람들에게서 더 흔히 볼 수 있다. 전환장애의 증상은 어떠한 정신적인 고통과 어려움을 알아주고 받아들여 줄 수 있는 그 특정지역의 문화적인 이념이나 관습을 대개 반영한다.

10살아래 아동에서의 전환장애 증상은 흔히 보행장애나 간질발작 증상으로 국한된다. 학령전기 즉, 만 4~5살 아동에게 심리적인 원인에 의한 신체기능의 변화로 오는 증상으로 복통이나 구토를 볼 수 있다(Prugh 1983). 5살아래의 아동들에게서는 전환장애의 감각운동 증상들이 아주 드물다(Goodyer 1981; Volkmar등 1984). 반면에 어린아동에게서보다 사춘기에서 훨씬 더 흔히 전환장애를 볼 수 있고(Prazar 1987; Rutter와 Hersov 1985), 남자에서보다 여자에서 빈도가 높는데 2 : 1에서 10 : 1의 남녀대 빈도가 보고되고 있다. 여자환자에서 전환장애의 감각운동 증상은 몸의 오른쪽에서보다 왼쪽에서 더 흔히 나타난다. 전환장애의 증상을 보여주는 여자환자에서 향후에 완전한 임상증상을 갖춘 신체형 장애로 진전할 가능성이 높는데 남자전환장애 환자에서는 이러한 진전가능성이 거의 없다.

다수의 사춘기전 아동들의 임상연구결과는 이 나이 또래에서는 전환반응 발생빈도에서 남녀 성차가 없다고 보고하였는데(Caplan 1983; Stevens 1986) 반해 다른

연구보고에서는 여자아동에서 빈도가 높다고 보고되었다(Goodyer 1981 : Volkmar 등, 1984).

전환장애와 사회경제 및 교육수준과의 관계에 관한 최근 조사결과는 비교적 여지껏 알려진 결과들과 거의같은 소견으로 주로 교육이나 사회경제 수준이 낮은 인구군, 예컨대 전원농어촌지방 주민들, 이민군 등에서 발생빈도가 높다고 보고하는 반면(Nemzer 1991), Prazar(1987)는 비록 지능이나 사회세련도가 낮은 인구군에서 생리학적으로 설명하기가 더 어렵고 더 이상한 증상을 보일수는 있어도 전환장애와 환자나 가정의 사회경제 수준사이의 상관관계는 없다고 주장하였다.

### 3. 임상양상과 경과

아동 청소년기의 전환장애 증상들은 거의 여하한 신체 장애나 질환들의 증상들과도 유사하게 나타날 수 있다.

#### 1) 운동기능의 변화나 상실

사지의 근육의 약화, 사지의 마비(단마비, 양측마비, 반신불수 등), 안검하수증(ptosis), 발성불능증(aphonia), 틱크증(경련증, tics), 진전(떨림, tremor), 보행장애 등의 증상을 볼 수 있으며, 한쪽이나 사지중 하나의 운동장애 증상이 있을 경우 대부분 좌측성으로 나타난다. 환자는 이러한 운동기능의 상실때문에 넘어지거나 자신이 다치는 경우는 거의 없다. 모든 가능한 수의 운동 근육장애 때문에 올 수 있는 질환이나 질병의 증상이 모두 나타날 수 있다.

#### 2) 감각기능의 변화나 상실

일측성 또는 양측성, 실명 또는 청력상실, 시야제한(동굴시야), "양말-장갑" 무감각증, 기타 감각이상 등 다양한 감각기관의 이상감각이나 감각상실의 증상들을 보여준다.

#### 3) 진기한 증후군들

- 난치의 기침, 재채기, 딸국질이나 되풀이되는 구토
- 가발작 또는 히스테리성 발작은 소발작, 대발작 또는 정신운동발작(Psychomotor Seizure)을 방불케 한다.
- 대발작으로 보이는 발작도중에 성교를 하는 것과 같이 골반을 밀어 흔드는 운동을 보이는 경우 심인성요인에 의한 전환장애의 증상을 보였다는 다수의 보고가 있다(Goodwin 등 1979 : Gross 1979 : Looft 1970).

4) 많은 경우에 전환장애의 증상들이 기질성 신체질환의 결과이거나 또는 기질성 신체질환과 함께 동시에

나타나는 경우가 있다. 이러한 경우에 대부분의 경우에서 기질성 질환이나 손상이 전환장애 증상발현에 앞서 이미 있었을 경우를 흔히 본다.

**증례 1 :** 어느 초등학교 1학년 아이가 어깨관절을 가볍게 다쳤을 경우 몇 년뒤에 이 어깨관절을 전혀 못쓰게 되는 경우

**증례 2 :** 진단이 확인된 어느형의 간질을 가진 환자가 심인성 가간질(pseudoseizure)증상을 동시에 보이는 경우

5) 전환장애 초기에는 눈에 띄는 병리적인 소견이나 외관상의 이상이 보이지 않지만, 전환장애의 증상(예컨대 근육마비등)이 장기화하면 비사용근위축, 골광물체 거증이나, 경축(Contractures)증의 해부병리적인 변화나 이에 따르는 사실상의 병이 생기게 된다. 이외에도 만성전환장애에서는 여러가지 많은 진단용검사, 강한 독성이 있는 약물의 치료적시도나 불필요한 외과수술 등에 의한 의인성(醫因性) 문제들이 일어날 수 있는 위험이 높다.

6) 아동들에서의 전환장애의 증상은 흔히 심한 심리 사회성 스트레스, 특히 성적인 성격의 심리적인 스트레스나 상처후에 생긴다. 아동전환장애의 거의 모든 예에서 가정안의 갈등이나 불화, 가족들간의 상호이해와 대화의 결여에 기인하는 것을 본다(Maloney 1980).

7) 아동들의 전환장애에서 소위 "히스테리성 무관심(La belle indifference)"증상은 일관성있게 나타나지 않으며 이것이 아동기 전환장애 진단에서의 필요불가결한 특징적인 증상은 아니다. 아동기에 전환장애가 생길 수 있는 취약성들로는 학습장애나 기타 학교에서의 문제(Silver 1982), 성폭행 특히 근친상간에 의한 성폭행(Goodwin 등 1979 : Gross 1979), 전환장애 발병전에 이미 있었던 신체적·심리적 문제들, 발병전에 지나치게 고분고분하게 말을 잘 듣고 지나치게 완벽 주의적인 결벽증 증세를 보였던 아동들(Leslie 1988) 등을 들 수 있다.

8) 엄격한 기준과 자세한 임상관찰에 의하면 아동 청소년기에서의 전환장애는 절대로 단독증후군으로 나타나지 않고 다른 정신과 장애 즉 적응장애, 분리장애, 우울증, 정신병, 기질성정신증후군 등의 증상들중 한 군으로 나타난다.

## 신체화장애(Somatization Disorder)

신체화장애는 만성증후군으로서 다수의 의학적으로 설명할 수 없는 신체주소들을 호소한다. 이 장애환자의 대부분이 여성이며, 히스테리성 인격장애, 약물남용, 우울증, 자살행동, 반사회적 행동이나 대인관계 문제들과 관련이 있다.

대부분의 경우 이 장애는 사춘기에 시작을 하지만 아동기와 사춘기 모두에서 다함께 볼 수 있다. Briquet는 자기가 임상시술에서 관찰한 신체화장애 환자들의 약 20%에서 사춘기 이전에 이 장애가 시작하였다고 보고 하였다(Mai와 Mersky 1980).

이 장애의 진단에 관한 논란이 있어 왔지만, 사춘기 전기에서의 진단의 신빙성과 효율성은 최근에 와서야 지지를 받고 있다. 즉 Livingston과 Martin-Connici(1985)는 10세와 12세 사이의 아동 5명을 DSM-III 기준에 의하여 신체화장애의 진단을 내릴 수 있었다. 이 5명 모두가 소아과 병동 입원환자였고, 반사회적행동, 히스테리성의 극적인 그리고 성적으로 유혹적인 행동을 하는 등의 현저한 행동문제들을 동시에 갖고 있다.

심리적 갈등을 신체증상으로 나타내는 사춘기 아동들이 그 증상들이 신체화 장애로 진단을 내릴 정도로 심하지 않은 경우이라도 이들은 부정적인 자기 자아상(Self-image)을 갖는 경향이 있고(Garrick등 1988), 또한 자세한 과거력 조사에서 대부분의 경우에 스트레스가 많았던 인생경험이나, 과거에 아주 고통스러웠던 일들이 있었다는 것을 찾아낼 수 있다.(Robinson등 1988).

### 1. 유병률

많은 임상연구와 역학보고들은 신체화장애가 폭넓은 유병률의 차이들을 보고하였는데, 평생유병률은 여자에서 0.2~2%이고 남자에서는 0.2%이하라고 본다. 이러한 유병률의 차이는 진단을 하는 사람의 견해에 크게 좌우되는데 의사가 아닌 면담자인 경우 유병률이 의사면담자에서 보다 훨씬 낮은 경향이 있다.

### 2. 임상양상과 경과

신체화 장애는 만성질환으로 진행하면서 증상의 기복이 있으며 완쾌하는 경우는 아주 드물다. 이 장애의 환자들은 거의 매년 의학적으로 설명되지 않는 신체증상 호소때문에 내과나 외과진찰 및 여러 가지 많은 진단검사

를 받는다. 대부분의 경우 사춘기에서 처음으로 발병증세가 나타나는데 25세까지는 거의 모두가 확진이 된다. 여성의 경우 월경불순이 가장 초기의 증상이 될 수도 있으며, 대개 부분불화등 결혼문제가 성증상(Sexual Symptoms, 예컨대 성에의 무관심, 월경불순, 월경출혈과 다, 임신중 심한 지속성구토증, 발기부전, 조루증 등)과 관계가 있다고 본다. 이들 환자들 중 특히 여성환자의 10~20%가 사춘기내의 여성친척이 신체화 장애를 앓은 적이 있는 것을 본다.

신체화 장애가 아닌 정상 사춘기 아동들을 조사한 중단임상연구(Orr, 1986)에 의하면 이들중 약 40%가 자주 자기의 건강에 대한 걱정을 하며, 약 20%에서 "언제나"자기의 건강을 걱정하고 있다고 한다. 이들중 여아가 남아보다 더 건강걱정을 하지만 소아·청소년기에서는 다발성 만성 신체증상 호소는 그리 흔하지 않았으나 만성신체증상 호소는 13세에 최고빈도를 보였다. 또한 다발성 신체증상 호소를 한 사춘기 아동들은 불안초조, 저하된 자신감, 가정안의 갈등, 건강문제, 비만 등을 동시에 갖고 있었다. 이 임상연구에서 한가지 흥미로운 소견은 과성취 사춘기 소녀들이 만성신체화 장애의 호소를 하는 경향이 있었다는 것이다.

Morrison(1989)과 Rimsza(1988) 등의 연구는 신체화 장애가 아동기의 성폭행과 관계가 있다고 보고하였다.

아동 및 청소년기의 신체화 장애는 이들의 학업과 사회기능에 아래와 같은 막대한 지장을 초래한다. 즉,

- (1) 잦은 결석으로 과외활동에 지장을 준다.
- (2) 또래들과의 교우관계를 유지하는데 어려움이 있다.
- (3) 나이에 걸맞은 발달과제들을 성취하는데 어려움이 있다.
- (4) 이러한 아동들은 수많은 불필요한 입원, 진단검사, 각종 약물치료 시도나 심한 경우 불필요한 외과수술 등을 받아야 한다.
- (5) 결국 이 아동들은 부모에게 지나치게 의존하게 되며 아주 낮은 자기상을 갖게 된다.

## 전환장애와 신체화 장애의 원인 및 발병기전

대개 5가지의 학술적인 견해들 즉, 생물학적 요인들, 학습이론, 정신역동학, 감정과 의사표현 및 전달, 가족제통 모델로 전환장애의 원인과 발병에 관한 설명을 한다.

## 1. 생물학적 요인(Biological factors)

많은 학자들이 신체형장애가 유전적 요소에 의한다고 본다. 입양아들을 상대한 연구에서 신체화장애가 특히 여성혈육 4촌이내의 가까운 친척들중에서 일반인구에서 보다 5배내지 10배나 더 많은 유병율을 보여주었다. 또한 유전적인 요소가 신체화 장애와 반사회적 행동이나 주의력결-핍과활동성장애와의 상관관계가 있다고 보고되었다(Cantwell 1972).

신체화장애는 다수의 신경정보처리기능의 장애, 예컨대 낮은 통증역치(pain threshold), 언어소통장애, 특히 산만성이나 충동성 때문에 오는 정보처리장애나 반복 자극에 대한 습관반응설정실패 등과 관계가 있다는 연구 보고도 있다(Clouinger 1986).

## 2. 학습이론(Learning theory)

학습이론 학자들은 신체형장애, 특히 아동청소년기의 전환장애나 신체화장애가 일종의 학습된 행동장애라고 본다. 외상이나 내과적 질환이 있는 아동은 금방 환자역할을 하는데에 따라오는 이득(예컨대 학교를 안가도 된다거나, 부모님의 특별한 주의를 받는다는 등)에 대해 배우게 되고 이를 즐기기 때문에 회복하는 것을 꺼리게 된다. 또한 이런 아동의 동생은 형이 부모님한테 받는 특별대접과 특별한관심 때문에 은연중에 형의 환자의 역할을 증상과 함께 배우게 된다. 다수의 임상연구에서 가족중의 어느 한사람이 사실상의 신체질환이 있어서 앓고 있는 경우, 즉 병자의 역할모범(role model)이 있을 경우, 다른 가족들중 특히 아동 청소년들중에 신체형 장애의 유병율이 높다고 보고하였다(Kriechman 1987; Maloney 1980).

## 3. 정신역동학(Psychodynamics)

정신분석에서의 정신역동학적 학설에 의하면 “무의식적인 정신내갈등(unconscious intrapsychic conflicts), 소원 또는 요구가 신체증상으로 전환되어 나타나는 것”이 신체형장애라고 설명한다. 더 나아가서 이렇게 생긴 증상은 갈등의 어느면을 상징적으로 표현하며, 동시에 한편으로는 이러한 갈등을 의식중에 환자가 알지 못하게 하여서 환자를 보호하는 이중의 기능을 갖고 있다고 한다. 대부분의 소아청소년의 신체형장애의 경우 이들에게서 신경증성 경향이 높은 것을 본다.

## 4. 감정과 의사전달 및 표현

이 관점에서는 신체증상을 자신의 감정표현에 어려움

이 있는 사람들의 일종의 신체언어(body language)의 한 형태로 본다. 특히 10세 이하의 아동들은 그들의 정신신체 발달단계에서 아직도 추상적인 생각을 할 수 있는 능력이 발달되어 있지않고, 오히려 구체적인 사고방식과 제한된 어휘구사 능력 때문에 자신들의 심리적인 어려움들을 신체증상으로 표현한다고 볼 수 있다.

아동들의 부모에 의지하는 의존상태에서 노골적인 갈등의 의사표현이 부모나 자기를 보살펴주는 사람들에게 거부당할 것이 두려워서, 이들이 보다 가려진 형태의 신체증상으로의 의사를 표현한다고도 볼 수 있다.

이런 아동들중에서 간혹 지나치게 완벽주의적이고, 양심적이고, 학업에서 늘 높은 점수를 받고, 동시에 늘 피곤하고 지쳐있는 아이들을 볼 수 있는데, 이러한 아동들은 마음속으로 “나는 도저히 더 이상 견딜 수 없다”는 압도된 부담감을 늘 갖고 있다. 따라서 감정의 표현을 저지하는 가정에서는 아동들이 신체증상으로 발전하는 것을 어른들이 은연중에 조장내지는 격려하는 것이라고 설명한다. 신체형 장애는 우울증이나 불안증과 같이 정신질환으로서의 오명으로 남게 될 가능성이 있는데, 따라서 보다쉽게 신체질환이 받아들여지는 문화사회에서 발병율이 높다.

## 5. 가족계통 학설(Family systems theory)

Minuchin등(1975)은 최초로 정신신체 질환의 발병기전을 설명하기 위해 가족계통 학설을 제안하였다. 이 학설에 의하면 아동과 그 아동의 질환은 상호간의 작용(reciprocal interactions)이 일어나고 있는 가정안의 연계망의 배경상황안에서 보아야 한다. 따라서, 어느 특정한 가족간의 상호작용 양상이 신체형 증상을 이미 보이는 아동의 증상의 신체화하는 과정을 유발시키거나 또는 이미 생긴 신체증상을 지속시킨다고 본다. 반면에 병적인 가족상호 관계가 있는 가정에서는 아동의 신체증상이 가족사이의 항상성(恒常性, homeostasis)을 유지하는데에 중요한 역할을 한다. 이 가족계통학설 모형에 의하면 심리적 증상을 신체화하는 아동이 있는 가정은 전형적으로 4가지의 행동교류의 양상(transactional pattern)을 사용한다. 즉 망획 또는 그물에 걸리게 함(enmeshment), 과보호(overprotection), 경직(rigidity), 갈등해소결여(lack of conflict resolution)등이다. 망획은 가족 모두의 문제들이 서로 얽히고 설켜서 무엇이 누구의 문제이며 어떻게 생겼는지를 종잡을 수 없는 상태

와 또한 서로 각자의 의존욕구 때문에 얽혀서 의지하는 등의 혼란하고 복잡한 상태이다. 과보호는 흔히 이러한 가정의 부모가 신체화 증상을 보이는 아동들에게 보이는 반사적이고 습관화된 태도이며, 경직은 부모나 자란 아이들이 누구도 자신의 그릇되고 비적응적인 태도나 습관을 바꾸어 개선하려고 도우려는 외부의 영향이나 치료개입에 굳게 저항하는 태도나 경향이다. 끝으로 이러한 가정은 늘 갈등의 해소를 향한 이해, 노력 또는 바람이 없는 것을 본다.

## 6. 환경적, 사회적 영향

사회환경과 문화요인들이 신체화하려는 경향이나 신체화증상선택에 있어서 중요한 역할을 한다. 인간의 심리적 및 정서적 요구에 관한 이해수준이나 숙련도가 낮은 문화권일수록 감추어진 불안초조나 우울증의 표현이 신체증상으로 나타난다. 정신건강봉사나 정신과 외래시설은 없지만 신체증상을 치료할 수 있는 의료시설이 있는 농어촌 등 시골에서 특히 신체형장애의 증상을 흔히 볼 수 있다. 또한 권위주의적이고 종교적으로 기본교조주의적인 문화사회에서 특히 성적인 억압과 생각과 느낌의 자유스러운 표현이 억제되고 있는 경우 신체형장애의 증상의 발현빈도가 높다.

## 신체형 장애의 진단

이 장애들의 진단에서 가장 중요하고 유의해야 할 사항은 신체형장애가 아닌 병들의 진단을 제거함으로써 신체형장애라는 진단에 도달하는 것은 절대 금물이고, 반드시 긍정적인 소견을 찾아내어 이 소견에 근거를 두고 진단에 도달해야 한다. 이중 두가지 중요한 긍정적인 소견은

- (1) 이 환자가 정상적으로 기능을 할 수 있다는 확실하고 긍정적인 증거
  - (2) 정신사회적 스트레스 또는 정신내부갈등의 확실한 과거력 등이다
- 신체형장애에 아래와 같은 검사들을 시행할 수 있다

### 1. 생물학적 검사

- (1) 신경과적 검사를 포함한 신체검사
- (2) Amytal면접 : 성인환자에서 광범위하게 사용되어 왔지만, 아동청소년 신체형 장애 진단에 효과적이라는 보고가 있다(Weller 등 1985)
- (3) 전환장애성 간질진단에는 video-electroenceph-

alographic monitoring이 매우 도움이 된다.

## 2. 심리학적 검사

(1) 선별예비검사로서 Child Behavior Checklist (CBL), Diagnostic Interview for Children and Adolescents(DICA)와 Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) 등이 있다.

(2) 인격유형윤곽검사에 MMPI나 Personality Inventory for Children(PIC)를 쓸 수 있다.

(3) 투사검사에 10세 이상인 아동과 청소년들에게는 TAT를 3~10세 아동들에게는 CAT를 사용한다.

(4) 여러 가지 신경심리학적 검사를 해야 할 경우가 생기는데 TOVA는 주의력결핍이나 과활동성이나 학습장애가 의심되는 경우 사용되며, Bender Gestalt Test나 기타 전산화된 검사를 사용하여 기질성 기능장애 진단에 사용한다.

## 감별진단

기질성장애, 기타 정신과장애들과 함께 나타날 경우 신체형장애의 정확한 진단은 아주 어렵다. 감별진단에 유의해야 할 몇 가지 질환이나 질환군들을 고찰해 본다.

### 1. 진정한 신체질환

때로 기질성 장애나 질환의 증상들의 변화나 심도의 기복이 초기에는 정신신체 질환의 증상인 것처럼 보일 수가 있는데 자세한 검사, 특히 전기생리학적 검사들이 확진에 필요하다. 이러한 감별진단에 유의해야 할 질환들은 아동청소년기의 temporal lobe epilepsy, hemiplegic migraine이며, multiple sclerosis는 이 나이에 아주 보기 드물다.

### 2. 정동장애

모든 우울증의 경우 대부분의 환자들이 신체증상을 호소한다. 또 조증환자에게서도 간혹 기질성을 의심하게 되는 증상을 보이는데 특히 사춘기 중반기에 시작하는 양극성 정동장애의 경우 조심스러운 관찰, 병력수집이 감별진단에 아주 중요하다.

3. 불안장애 특히 어린아동들의 분리불안장애에서 여러 가지 형태의 신체증상을 호소하게 되는데 두통, 복통, 심하면 오심구토 등이 부모나 돌봐주는 사람과의 분리가능성에 대한 공포때문에 유발될 수 있다. 대부분의 경우에

서 이러한 증상들의 발현과 불안을 유발시키는 환경여건과의 상관관계를 찾아냄으로서 진단을 확실하게 내릴 수 있다.

#### 4. 께 병

어떤 특정한 자신에게 이익을 주거나 불편을 피할 수 있다는 분명하게 찾아낼 수 있는 목표를 달성하기 위해서 의식적으로 병이나 불구의 증상이나 징후를 만들어 내는 것으로 정의된다. 어른의 께병에서 반사회적 인격장애를 흔히 보는 반면에, 아동에서의 께병증 가장 흔한 학교기께증등은 다수의 문제와 연관될 수 있는데 그중 몇 가지 중요한 것중에 가정안의 갈등, 부모님 특히 어머니의 신체질환, 형제간의 맞겨름, 경쟁 등을 들 수 있다.

#### 5. 인위성 장애(Factitious disorder)

환자의 역할을 유지하기 위해서 신체질환의 증상이나 징후를 의도적으로 조작해 내는것으로 정의된다. 대부분의 경우에 20대 전후인 청년기 초기에 발병하는데 사춘기에서도 증례들이 보고되었다(Reich등 1977).

위임에 의한 인위성장애(Factitious Disorder by proxy 또는 Munchausen by proxy)는 드물지만 아주 심각한 인위성장애로서 자기 대신 다른사람, 대부분의 경우 부모가 자기의 어린 자식을 자기 대신에 인위적으로 증상이나 징후를 보이게 하여 자기의 숨은 환자의 역할을 하고 싶은 욕구를 제 3자를 통해서 충족시키는 경우이다.

## 치 료

#### 1. 일차진료과의 치료접근

대부분의 소아청소년 신체형장애 환자들은 내과 의사, 가정의학과 의사나 소아과 의사를 처음 찾게된다. 이들을 진료하는 일차진료과 의사들은 이 장애환자들의 진단 및 치료관리의 일선에서 아주 중요한 역할을 하게 된다. 초진때의 철저한 신체검사와 정신상태감정을 끝내고 소견에 따른 신체형장애가 확실하게 되면 신체화 심리면간에 균형잡힌 접근으로 환자에게 거부감이나 수치감을 주지 않도록 조심스럽게 환자치료를 다루어야 한다. 환자에게 안도감을 주면서 암시기법을 동시에 사용한다. 약물치료는 가능한한 피하면서 물리요법이나 운동치방을 내는 것이 신체형장애 환자들에게 아주 바람직한 치료처방이라고 본다. 이러한 운동이나 물리요법 처방은 환자의 신체증상을 사실이 아니라고 정면으로 도전하여 무시

하거나 모멸을 주는 것을 피하면서 환자에게 자기의 체면을 유지하면서 신체증상이나 징후들을 포기하는 명예로운 길을 제공하는 것이다.

#### 2. 정신과 치료

정신과 의사를 찾아온 신체형장애 환자치료에서 가장 중요한 사항중에 하나는 이 환자의 진단, 감별진단과 계속되는 환자치료에 관여하는 모든과의 의사들과 치료사들과 긴밀한 연계와 협력체계를 유지하는 것이다.

전형적인 개인정신치료가 대부분의 경우 도움이 되는데 아동과 청소년 정신치료에서의 우선과제중의 하나는 환자에게 자기의 생각이나 느낌을 옹고 정확하게 말로 표현하는 것을 교육시키는 것이고, 동시에 신체증상 발전기전에 관해 각자 연령에 적절하게 이해할 수 있도록 도와주는 것이다. 10세전의 아동들에게는 행동인지적인 접근이 효과적이고, 사춘기나 청년기 전기의 연령환자들에게는 정신역동학적 접근이 가능하며 행동인지 접근을 동시에 사용하는 것이 효과적이다.

집단치료와 가족치료가 소아청소년 신체형장애 치료에서 아주 중요한 보조치료 수단이 된다. 모든 환자에서 가족상황의 상세한 파악이 절대로 필요하며 가족치료는 대부분의 경우에 진단, 치료효과를 증진시키며 아동청소년 치료접근에서 필수불가결한 부분이라고 본다.

## 예 후

일차진료과 전문의들을 찾아온 대부분의 잠정성 전환장애 아동.청소년들의 예후는 일반적으로 양호하다. 사춘기전 아동들, 특히 여아의 경우에 전환장애가 오래 계속될 경우에 신체화 장애로 진전할 가능성이 높다.

신체화장애로 사춘기전 아동 입원환자들의 장기 후속 임상연구에 의하면 약 3분의 2의 아동들에게서 성인에서처럼 현저한 신체장애나 불구로 진전한다고 보고하였다(Robins와 O'Neil 1953). 아동기나 사춘기의 신체화장애는 대부분의 경우에서 증상의 심도에 기복이 많으며 흔히 만성화하여 성인형으로 되는 경향이 있는데, 이러한 경과중에 불필요한 외과적 수술이나 기타 진단이나 치료처치 등을 받을 위험률이 높아진다.

## 결 론

소아 청소년기에서도 신체형장애가 어른에서와 같이

발생한다. 이중 전환장애, 신체화장애와 통증장애가 이 연령군에서 비교적 흔히보는 신체형장애의 유형들이다. 증상발현뒤 조기에 치료개입을 하지 않을 경우 만성화하여 불필요한 진단 및 수술을 포함한 치료적 개입에 의한 부작용이나 사실상의 신체장애나 영구적인 불구를 초래할 가능성이 높다. 진단의 원칙은 신체질환을 제거함으로써 진단에 도달하는 것이 아니고 확실한 근거와 정신적인 요인의 존재와 발현된 증상상호간의 합리적인 관계의 확립에 의하며, 치료는 환자치료에 관여하는 모든과의 전문의와 치료자들과의 긴밀한 연계와 협조를 유지하며 신체와 정신건강의 균형유지에 유념하여야 한다.

중심 단어 : 신체형 장애 · 신체화 장애 · 전환 장애 · 통증장애 · 소아 및 청소년.

## REFERENCES

- Cantwell DP(1972) : Psychiatric illness in the families of hyperactive children. Arch Gen Psychiatry 27 : 414-417
- Caplan HL(1983) : Hysterical "conversion" symptoms in childhood. Dissertation, University of London. Cited in : Levine MD, Carey WB, Crocker AC et al : Developmental-Behavioral Pediatrics. Philadelphia. WB Saunders
- Cloninger CR(1986) : Somatoform and dissociative disorders. In : Winokur G, Clayton P(eds), The Medical Basis of Psychiatry. Philadelphia, WB Saunders, pp123-151
- Garrick T, Ostrov E, Offer D(1988) : Physical symptoms and self-image in a group of normal adolescents. Psychosomatics 29 : 73-80
- Goodwin J, Simms M, Bergman R(1979) : Hysterical seizures : A sequel to incest. Am J Orthopsychiatry 49 : 698-703
- Goodyer I(1981) : Hysterical conversion reactions in childhood. J Child Psychol Psychiatry 22 : 179-188
- Gross M(1979) : Incestuous rape : A cause for hysterical seizures in four adolescent girls. Am J Orthopsychiatry 49 : 704-708
- Herman RM, Simonds JF(1975) : Incidence of conversion symptoms in children evaluated psychiatrically. Mo Med 72 : 597-604
- Kriechman A(1987) : Siblings with somatoform disorder in childhood and adolescence. J Am Acad Child Psychiatry 26 : 226-231
- Leslie SA(1988) : Diagnosis and treatment of hysterical conversion reactions. Arch Dis Child 63 : 506-511
- Livingston R, Martin-Connici C(1985) : Multiple somatic complaints and possible somatization disorder in prepubertal children. J Am Acad Child Adol Psychiatry 24 : 603-607
- Looft DH(1970) : Psychophysiological and conversion reactions in children. J Am Acad Child Adol Psychiatry 9 : 318-331
- Mai FM, Mersky H(1980) : Briquet's Treatise on Hysteria. Arch Gen Psychiatry 37 : 1401-1405
- Maloney MJ(1980) : Diagnosing hysterical conversion reactions in children. J Pediatr 97 : 1016-1020
- Minuchin S, Baker L, Rosman BL, et al(1975) : A conceptual model of psychosomatic illness in children. Arch Gen Psychiatry 32 : 1031-1038
- Morrison JR(1989) : Childhood sexual histories of women with somatization disorder. Am J Psychiatry 146 : 239-241
- Nemzer ED(1991) : Somatoform Disorders In : Lewis M(ed), Child and Adolescent Psychiatry-A Comprehensive Textbook. Baltimore, Williams & Wilkins, pp697-707
- Orr D(1986) : Adolescence, stress and psychosomatic issues. J Adolesc Health Care 7(suppl) : 97s-108s
- Prazar G(1987) : Conversion reactions in adolescents. Pediatr Rev 8 : 279-286
- Proctor JT(1958) : Hysteria in childhood. Am J Orthopsychiatry 28 : 394-406
- Prugh DG(1983) : The Psychosocial Aspects of Pediatrics. Philadelphia, Lea & Febiger, pp 41-44
- Reich P, Lazarus JM, Kelly MJ, et al(1977) : Factitious feculent urine in an adolescent boy. JAMA 238 : 420-421
- Rimsza ME, Berg RA, Locke C(1988) : Sexual abuse : somatic and emotional reactions. Child Abuse Negl 12 : 201-208
- Robins E, O'Neil P(1953) : Clinical features of hysteria in children. Nerv Child 10 : 246-271
- Robinson DP, Green Jw, Walker LS(1988) : Functional somatic complaints in adolescents : Relationship to negative life events, self-concept, and family



- characteristics. *J Pediatr* 113 : 588-593
- Rutter M, Hersov L(1985) : *Child and Adolescent Psychiatry : Modern Approaches*(2nd ed). Oxford, Blackwell Scientific Publications, pp373-375
- Sieger M, Barthel RP(1986) : Conversion disorders on a child psychiatry consultation service. *Psychosomatics* 27 : 201-204
- Silver LB(1982) : Conversion disorder with pseudoseizures in adolescence : A stress reaction to unrecognized and untreated learning disabilities. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 21 : 508-512
- Stevens H(1986) : Is it organic or is functional, is it hysteria or malingering? *Neuropsychiatry* 9 : 241-254
- Volkmar FR, Poll J, Lewis M(1984) : Conversion reactions in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 23 : 424-430
- Weller EB, Well RA, Fristad MA(1985) : Use of sodium amytal interviews in prepubertal children : Indications, procedure and clinical utility. *J Am Acad child Adol Psychiatry* 24 : 747-749