

◆ 증 례

다양한 정신질환에 의한 자해성 구강손상과 치료

이혜원 · 이호설 · 손흥규 · 최형준 · 이제호*

연세대학교 치과대학 소아치과학교실

Abstract

SELF-INJURIOUS BEHAVIORS DUE TO VARIOUS MENTAL DISORDERS: ORAL MANIFESTATION AND THE TREATMENT

Haewon Lee, Hyo-Seol, Lee, Heung-Kyu Son, Hyung-Jun Choi, Jae-Ho Lee*
Department of Pediatric Dentistry, Yonsei University College of Dentistry, Seoul, Korea

Behavioral problems could be easily observed in patients with various mental disorders, and may be inevitable. Self-injurious behavior(SIB) can be defined as a deliberate or subconscious alteration or destruction of one's body without conscious suicidal intent. SIB frequently involves oral tissues and could vary from a trifling injury to damages that could lead to further disabilities. The cases presented in this report discuss oral SIB due to Tic disorder and ADHD and their treatments. Clinicians should be well aware of the possibility of oral SIB in various mental disorders as well as the diverse depths of such behaviors accordingly. Moreover, different treatment modalities should be prioritized according to the causative mental disorders. [J Korean Dis Oral Health Vol.9, No.1: 39-41, Jun 2013]

Key words : Self-injurious behavior, Tic disorder, ADHD, Oral SIB

I. 서 론

자해 행위란 자살 의도 없이 자신의 신체 일부에 무의식적 또는 고의적으로 해를 가하는 것으로 그 원인으로는 유전성 질환, 감염성 질환, 선천적 기형 그리고 정신질환이 알려져 있다¹⁾. 이 중 정신질환으로 인한 자해 행위는 주로 과도한 즉흥성과 과잉행동양상, 고도의 반복적 행위 등으로 인해 나타나게 된다²⁾. 이에 대한 자세한 병인론에 대해서는 생물학

적 또는 심리행동학적으로 구분되어 설명될 수 있다¹⁾. 먼저 생물학적 병인론에 의한 자해 행위는 신경전달물질 경로의 이상 또는 호르몬 불균형으로 설명되거나 통증에 대한 반응으로 생각되고 있다¹⁾. 반면 심리행동학적 측면에서 자해 행위는 주의를 집중시키거나, 불쾌하거나 스트레스를 받는 상황을 모면하기 위한 의사소통의 수단으로 보고 있다¹⁾.

자해 행위는 미세한 손상에서부터 불구를 유발할 수 있는 손상까지 다양하게 나타나는데, 머리 및 몸 때리기, 피부 절단 혹은 손가락 깨물기 등의 형태로 나타나며 눈, 성기 및 구강 내 자해행위를 포함한다^{1,3)}. 자해성 구강손상은 정신장애 환자의 83%에서 관찰되며 그 중 불과 입술 깨물기가 63%로 가장 흔한 형태라고 보고되고 있다²⁾. 이번 연구에서는 경련성 장애와 주의력결핍 및 우울증에 따른 자해에 의

교신저자: **이 제 호**
120-752 서울특별시 서대문구 신촌동 134
연세대학교 치과대학 소아치과학교실
Tel: 02-2228-3173, Fax: 02-392-7420
E-mail: leejh@yuhs.ac

한 구강 내 손상을 다룬 2가지 case를 살펴봄에 이와 같은 자해행위 조절법에 대해 알아보도록 한다.

Ⅱ. 증 례

1. Case 1

경련성 질환을 가진 13세 여환이 이가 3개 빠지고 잇몸이 아프며 흔들리는 이가 있다는 주소로 내원하였다. 이 환아는 3개월 전 상악전치부를 손으로 만지고 혀를 깨물어 #12,11,21 치아가 탈락된 상태였으며 #22는 2도 동요도, 하악 4전치의 1도 동요도가 관찰되는 상태였다. 환아의 과거 치과적 병력으로 상악 전치부 동요도로 인한 레진 스플린트치료 시 반복적 행동으로 인해 손으로 레진을 제거하였던 경험이 있었기 때문에 하악 전치부 동요도 감소를 위한 레진강선 스플린트는 예후가 좋지 않을 것으로 판단되었다. 환아와 보호자는 심미적인 것에 스트레스를 많이 느끼는 상태로 심미적 개선을 위한 상악 가철성장치 제작을 우선 계획하였으며, 환아 주치의와 상의 하에 자해행위 조절을 위한 약물치료를 고려해보기로 결정하였다. 하지만 보호자는 가철성 장치에 대해 경제적인 부담을 표현하였고 추후 내원하지 않았다.

2. Case 2

주의력 결핍 및 우울증 등의 정신과 문제를 가진 11세 남환이 혀 아래쪽이 헐었다는 주소로 내원하였으며 1년 전부터 화가 나면 혀를 깨무는 습관이 있다고 하였다. 구강검진 결과 환아는 외상성 궤양으로 진단되었다. 내원 당일 혀의 외상성 궤양에 대한 생리 식염수 및 베타딘 소독과 항생제 및 진통, 소염제 처방 후 추적 관찰을 계획하였으며, 환아로 하여금 사회성치료를 받을 것을 권유하였다. 1달 후 치료경과 관찰 시 환아는 행동치료를 주기적으로 받고 있는 중이었으며, 구강검사 결과 추가 자해성 손상의 흔적은 없었으며 손상부위는 특이할 만한 합병증 없이 잘 치유되는 상태였다.

Ⅲ. 고 찰

경련(Tic)은 아이들에서 흔히 관찰될 수 있는 근육의 비정상적 움직임으로, 급작스럽고 반복적인 불수의성 동작 또는 발성으로 나타난다⁴⁾. 이러한 증상은 주로 눈 또는 얼굴과 관련되어 쉽게 나타나지만 신체 모든 근육에서 나타날 수 있다^{4,5)}. 소아에서 나타나는 경련 증상은 대부분 일시적이며 이러한 증상은 정상적 발육을 하는 아동에서도 나타날 수 있다고 보고되고 있다⁴⁾. 경련성 장애를 지닌 아동에서의 자해 행위는 경련의 심도와 연관 지을 수 있으며 이러한 자해 행위는 불안감의 증가와 함께 악화되거나 경미한 경우 자발적으로 억제 가능하기도 하다⁵⁾.

경련성 장애 환자에서 자해행위로 인한 구강손상의 유형률은 정확히 밝혀지지는 않았으나 턱관절 장애나 혀나 입술 등의 구강손상은 만성 경련성 환자에서 빈번히 보고되고 있으며, 드물지 않게 이번 case 1의 환자와 같이 만성 경련성 장애로 인한 치아의 발거 또한 보고된 적이 있다⁴⁾. 이번 case 1의 환자에서는 무치악 부위에 대한 보철에 앞서 치아 상실의 원인인 반복적 행동에 대한 치료가 선행되어야 한다. Tic장애로 인한 행동문제의 경우 약물치료가 가장 효과적인 치료방법으로 알려져 있다^{1,5)}. 이는 신경전달 물질의 적절한 차단이 주 목적으로, dopaminergic, opiate, serotonin 전구물질 등이 주로 사용되며 치료용량에서 상당한 정도의 진정작용을 보이므로 신중히 사용하여야 한다^{3,5)}.

주의력 결핍 과잉행동 장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD)는 아동기에 흔히 나타나는 장애로 주의력 부족, 과다활동 및 충동성을 특징으로 갖는 신경행동학적 또는 정신적 장애를 일컫는다⁶⁾. 특히 아이들에서 이러한 ADHD는 그 증상이 더욱 심하게 나타나기 쉬우며 간혹 우울증과 동반되어 나타나는 ADHD의 경우 자해성 행동장애가 나타나기 쉽다^{7,8)}.

Case 2의 ADHD 및 우울증으로 인한 자해성 습관이 있는 환자의 경우, 행동치료를 자해행위의 조절과 추가적 손상을 방지할 수 있었다. 행동치료의 경우 조절법이 어렵고 오랜 시간이 요구되어 증후군과 같은 유전적 요인에 의한 과격한 자해행위를 보이는 환자에서는 적용이 불가능하나,



Fig. 1. Avulsion of maxillary incisors.



Fig. 2. Traumatic ulcer of tongue.

본 환자와 같이 자해행위의 정도가 심하거나 지속적이지 않은 경우에 우선적으로 시도해 볼 수 있을 것이다⁹⁾. 하지만 자해행위의 재발 가능성에 대해 충분히 인지하고, 정기적인 검진과 경과관찰이 필요할 것이다⁹⁾.

이외에도 자해성 구강손상의 치료법으로는 신체속박술, 구강장치의 사용 및 외과적 수술 등이 있다³⁾. 신체속박술은 대개 손으로 인한 자해 행위의 방지에 쓰이며 그 정도가 심하지 않은 경우에 추천되고 있다. 이러한 방법은 시간과 노력에 비해 효과가 좋지 못한 경우가 많으며 자해 행위의 정도가 심한 환자에서는 효과가 없기 때문에 다소 경미한 자해성 손상이 관찰되는 경우에 한해서 적용할 수 있다.

구강장치는 soft mouth guard 또는 전치부를 개교시키는 교합 거상판 등이 사용될 수 있다¹⁰⁾. 이러한 장치는 치아에 의한 연조직의 손상을 방지하기 위해 교합면과 조직을 분리시켜야 하며, 구강위생 관리가 용이하고, 하악 운동을 허용할 수 있도록 설계되어야 한다^{10,11)}. 무엇보다 환자에게 불편 및 위험요소 없이 쉽게 적용할 수 있어야 한다^{10,11)}. 장치를 이용한 자해성 구강손상의 치료는 소아 치과 영역에서 조절할 수 있는 가장 적절한 방법으로 치아를 그대로 유지하면서 자해 행동의 감소와 조직보호라는 두 가지 기능을 극시 얻을 수 있다는 장점이 있다¹²⁾. 반면, 환자 협조도에 의존하기 때문에 신경-정신학적 문제를 동반하는 환자의 경우 성공률이 높지 않다는 것이 가장 큰 단점이다¹²⁾.

외과적 수술은 매우 공격적이고 파괴적인 방법으로 자해를 직접 야기하는 해당 치아를 모두 발거하거나 maxillary/mandibular osteotomy 같은 악교정 수술을 통해 개방교합을 인위적으로 만드는 수술 등이 포함된다^{3,13)}. 이는 자해행위를 완전하게 차단할 수 있는 유일한 방법이지만 여러 가지 보존적인 술식이 모두 실패하는 경우에 한해서 조심스럽게 선택해야 할 것이다.

Ⅳ. 요약

이와 같은 정신질환에 따른 자해성 구강손상의 경우 원인 질환에 따라 다양한 정도와 양상의 구강손상을 발견할 수 있으며 그에 따른 치료방법 또한 그에 맞게 적용되어야 한다. 이러한 치료방법의 선택은 임상증상과 세심한 평가 후 선택되어야 하며, 이들 중 행동조절법이나 구강 내 장치의 사용과 같은 보존적 치료를 시도해 본 이후, 보다 침습적인 신체속박술이나 약물치료 그리고 외과적 수술이나 발치 등을 적용하는 것이 효과적일 것이다.

참고문헌

1. Romer M, Dougherty NJ: Oral self-injurious behaviors in patients with developmental disabilities.

Dent Clin North Am 53(2):339-350, x-xi, 2009.

2. Lucavechi T, Barberia E, Maroto M, et al.: Self-injurious behavior in a patient with mental retardation: review of the literature and a case report. Quintessence Int 38(7):e393-398, 2007.

3. Goldberg EM, Ferguson F: Treatment modalities for self-injurious behaviors observed in the special-needs patient: 2 case reports. Pediatr Dent 32(7):481-485, 2010.

4. Leksell E, Edvardson S: A case of Tourette syndrome presenting with oral self-injurious behaviour. International Journal of Paediatric Dentistry 15(5):370-374, 2005.

5. Fornaro M, Maremmanni AG, Colicchio MG, et al.: A case of severe oral self-injurious Tourette's syndrome alleviated by pregabalin. Gen Hosp Psychiatry 34(3):321 e321-324, 2012.

6. Altun C, Guven G, Akgun OM, et al.: Dental injuries and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. Spec Care Dentist 32(5):184-189, 2012.

7. Carlsson V, Hakeberg M, Blomkvist K, et al.: Attention deficit hyperactivity disorder and dental anxiety in adults: relationship with oral health. Eur J Oral Sci 121(3 Pt 2):258-263, 2013.

8. Hurtig T, Taanila A, Moilanen I, et al.: Suicidal and self-harm behaviour associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder—a study in the Northern Finland Birth Cohort 1986. Nord J Psychiatry 66(5):320-328, 2012.

9. Romer M, Dougherty N, Fruchter M: Alternative therapies in the treatment of oral self-injurious behavior: a case report. Special Care in Dentistry 18(2):66-69, 1998.

10. Romero M, Vicente A, Bravo LA: Prevention of habitual cheek biting: a case report. Spec Care Dentist 25(4):214-216, 2005.

11. Kumar P, Bhojraj N: Successful prevention of oral self-mutilation using a lip guard: a case report. Spec Care Dentist 31(3):114-118, 2011.

12. Hanson GE, Ogle RG, Giron L: A tongue stent for prevention of oral trauma in the comatose patient. Crit Care Med 3(5):200-203, 1975.

13. Arhakis A, Topouzelis N, Kotsiomi E, et al.: Effective treatment of self-injurious oral trauma in Lesch-Nyhan syndrome: a case report. Dent Traumatol 26(6):496-500, 2010.