



소아우울증의 모든 것

저자 **김성철**

영남대학교 임상약학대학원 겸임교수

약학정보원 학술자문위원

개요

우울증은 가장 흔한 신경정신과적인 병의 하나로서 사람이 살아가면서 일상의 삶에 대하여 흥미를 느끼지 못하고 절망하는, 즉 사는 맛을 느끼지 못하는 병이라고 할 수 있다. 실제로 인구의 15%에서 일생에 한번은 우울증에 걸릴 정도로 흔하고 특히 여자가 남자보다 2배나 더 많이 걸린다.

우울증은 하나의 특정된 질병이 아니고, 큰 범주 안에는 주요우울증, 기분부전증, 우울 성격장애, 조울증, 적응장애 등 다양한 질환이 존재한다. 또한 주요우울증 내에서도 정신병적인 증상이 동반되는 경우, 수면과다, 과식 등의 비전형적인 증상이 우세한 경우, 멜랑콜리한 양상이 두드러진 경우, 계절적인 양상을 보이는 경우, 출산 후 우울증이 발병한 경우, 만성화된 경우 등 다양하다. 이런 우울증이 소아에서도 가끔 발생하는데 이러한 소아에서 발생하는 우울증을 소아우울증이라고 한다.

요즘 아이들은 여러 스트레스로 괴로워한다. 학업 스트레스, 친구 문제, 진로 문제 등 어찌면 어른들보다 더한 고통을 겪고 있다. 이런 환경 속에서 최근 어린이들 사이에서도 우울증이 많이 나타나고 있다.

우울감은 우리가 살아가면서 좌절하거나 인생에서 중요한 상실을 경험할 때에 느끼게 되는 슬픈 감정 중의 하나이다. 소아나 청소년도 성인과 마찬가지로 우울한 기분을 느낄 수 있다. 이러한 우울감은 대개 일시적이기 때문에 비교적 빠른 시일 내에 사라지지만, 우울증이라는 질병으로 진행된다면, 오래 지속되고 혼자 힘으로 벗어나기가 어렵다. 따라서 소아나 청소년의 우울증을 조기에 발견하고 적시에 치료하는 것이 중요하다고 할 수 있다.

키워드

우울증, 기분조절장애, 우울증 치료의 비약물적 요법

소아의 기분 조절 장애의 종류

소아 및 청소년의 정신 건강 장애의 종류에는 성인의 경우와 동일하다. 즉 소아와 청소년의 불안 장애, 광장공포증, 범불안장애(GAD), 공황 장애, 분리 불안 장애, 사회 불안 장애, 양극성 장애 (조울병), 행위 장애, 우울증과 기분 조절부전 장애, 비자살성 자해, 강박 장애(OCD) 및 관련 장애, 반항성 장애, 급성 및 외상 후 스트레스 장애, 조현병, 신체 증상 및 관련 장애, 자살 행동 등이 있다.

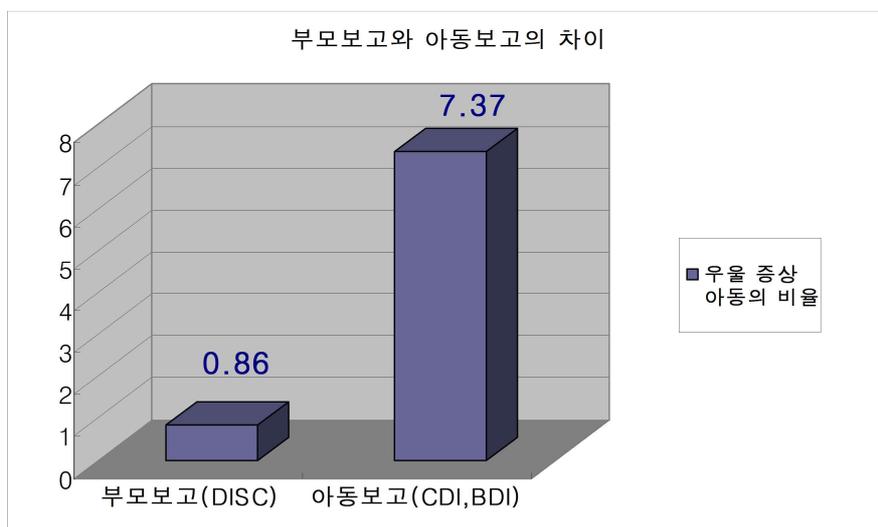
소아 청소년의 우울증의 역학적 조사

1. 우울증의 조사

사춘기 이전의 우울증은 흔하지는 않다. 이것은 절대 소아에서 우울증이 없다는 말은 아니다. 조그만 것들이 무슨 우울증이나 하는 어른도 많지만, 그것은 절대 틀린 생각이다. 학령 전기에서부터 사춘기까지 존재 하는데, 그 빈도는 확실하지 않고 학령기 아동의 4~5%이하가 우울증을 경험한다. 우울증은 소아의 2%, 청소년의 5%에서 발생하는 것으로 알려져 있다.

우울 관련 장애에 대하여 2005년에 6세에서 17세 사이의 소아 청소년을 대상으로 서울대학교병원과 서울시 소아청소년광역정신보건센터 조사한 우리나라의 실태는 부모의 설문지 조사와 아동 자가 보고형 조사를 실시하였는데 차이가 많이 나타났다.

부모의 보고형 검사의 경우 우울관련장애 약 2%(주요 우울장애 0.52%, 기분부전장애 0.34%, 조울증 1.09%) 였으나, 아동 자가보고형 검사의 경우 우울증 7.37%로 나타났다.



우울증을 초래하는 주요 원인으로는 학업부진, 대인관계 갈등, 학교부적응, 청소년 비행 등 행동문제, 술, 담배, 인터넷중독 등이었고 사회경제적 수준도 영향을 미치는 것으로 조사되었다.

성인의 우울증과의 차이점은 성인의 우울증은 우울한 기분이 많지만, 소아청소년은 짜증스러운 기분(40%)을 많이 보고되어있으며, 기분을 “행동화”로 나타낸다. 즉, 반항적이고 적대적인 행동으로 나타내는데, 반항의 이유가 우울한 기분 때문일 수도 있다.

자주 표현하는 것은 지루하고, 귀찮고, 의욕이 없고, 재미가 없고, 피곤하다라고 말하는 것이 전체의 50~70%를 차지하는 것으로 조사되었다.

2. 소아 청소년의 우울증과 자살 시도

우울증을 가진 소아청소년의 70%에서 자살사고를 갖거나 36%에서 자살을 시도한 경험을 갖고 있다. 예전에 시도했던 경험이 있는 아이는 더 많이 시도하는 것으로 알려지고 있다.

청소년의 자살 심리는 다음과 같은 5가지의 유형으로 나뉜다.

- 1) 입시부담, 학내 폭력, 부모처벌 공포 등의 어려운 상황을 피하기 위한 회피심리,
- 2) 부모·선생님 이성친구에 대한 강한 분노 감정으로 인한 보복심리,
- 3) 못한 자기 징벌성의 자기 처벌 심리,
- 4) 욕구좌절 시 성질을 자제하지 못하고 흥분하는 충동적인 자해심리,
- 5) 대인관계 상실 시 죽은 친구나 부모를 저승에서 만나기 위한 재결합 심리 등이 우울증으로 유발되거나, 악화시키는 데 중요한 요인으로 작용한다.

소아와 청소년의 우울증과 기분 조절부전 장애

1. 우울증의 정의

우울증에는 슬픈 감정 특히 소아와 청소년의 경우는 과민성 또는 활동에 대한 흥미 상실이 포함된다. 주요 우울증에서 이러한 증상은 2주 이상 지속되어 일상 생활에 방해가 되거나 상당한 고통을 유발할 수 있다. 증상은 최근의 상실이나 기타 슬픈 사건 후에 나타날 수 있지만 그러한 특정 사건에 비해 과도하게 나타나거나, 적절한 시간이 지나도 지속될 수 있다. 기분 조절부전 장애에는 지속적인 과민성이 포함되고 통제를 크게 벗어나는 행동이 자주 나타난다.

- 신체적 장애, 생활 경험 및 유전이 우울증의 원인이 될 수 있다.
- 소아와 청소년에게 우울증이 있다면 슬프고, 무관심하고, 둔하거나 지나치게 활동적일 수 있고, 짜증을 낼 수 있다.
- 소아에게 파괴적 기분 조절부전 장애가 있다면 성질이 자주 극심하게 분출되고, 성질이 분출되지 않는 기간에는 짜증을 내고 화를 낸다.

2. 원인들

어린이에게서 우울증이 생기는 주된 원인에 대해 전문가들은 스트레스나 주변 상황 변화 등 환경적인 요인 뿐만 아니라 생물학적 원인, 유전적인 원인 등이 복합적으로 작용한다.



먼저 우울증에 대한 가족력이 매우 중요하다. 우울증이 있었던 부모에게서 태어난 자녀가 우울증을 앓게 될 확률은 정상인에 비해 3배나 높다. 일란성 쌍생아에서는 그 일치율이 70%나 된다. 이러한 소견들은 우울 장애가 유전성이 있는 질환이라는 것을 뒷받침한다.

둘째로 현재까지 우울증의 원인은 확실하게 밝혀져 있지 않지만, 뇌 내의 신경 전달 물질의 이상이 연관됐을 개연성이 높다. 즉 ‘세로토닌’이라는 물질이 부족하면 수면장애와 짜증 및 불안을 일으키게 되고, ‘노르에피네프린’이라는 물질은 의식의 각성상태, 피로감, 우울감 등에 영향을 미친다는 연구들이 있다.

마지막으로 가족 환경이 우울증에 어떠한 영향을 미칠 것인가에 대한 연구도 많이 진행되어 왔다. 심리적으로 불안하거나 우울한 부모는 아이의 요구를 일관되게 응해줄 수가 없다. 죽음이나 이혼으로 인한 부모의 상실은 자녀에게 매우 고통스러운 경험이고, 부모나 형제 자매 또는 아동 자신의 장기적인 신체적 질환으로 경험하는 스트레스도 우울증을 유발하는 매우 중요한 요소이다. 부모로부터 심리적 또는 신체적인 학대를 받거나 성적 학대를 경험하는 아동들은 특히 우울증에 취약하다. 청소년기보다는 특히 소아기에서 불안정한 가정 환경이 우울증 발현에 더욱 기여 하는 것으로 알려져 있다. 또 다른 원인으로 갑상선 기능 부전이나 약물 남용 같은 또 다른 장애가 원인이 되기도 한다. 최근 지속적인 우울증을 앓는 소수의 청소년들은 뇌와 척수를 둘러싸는 체액(뇌척수액)에서 엽산의 농도가 낮다고 확인되었다.

3. 소아우울증의 증상

어린이들은 우울증에 걸려도 어른처럼 표현하지를 못한다. 우울증의 대표적 증상이라면 슬픔, 무력감, 심한 죄책감, 식욕의 변화, 죽음이나 자살에 대한 반복적인 생각, 절망감, 피로감, 집중력의 저하, 수면형태의 변화 등을 꼽을 수 있다. 아동들은 자신이 느끼는 이러한 기분을 정확하게 표현하지 못한다. 특히 소아들은 “자존감”, “죄책감” 그리고 “집중력” 등에 대한 개념이 부족하기 때문에 자신의 기분과 느낌을 적절히 표현하지 못하고 행동으로 나타내는 경우가 많다. 예를 들어 이전에 비해 예민하거나 쉽게 짜증을 내고 인내심

이 없어지는 등의 모습을 생각하면 된다.

- 비애감 또는 성마름
- 좋아하던 활동에 흥미를 잃음
- 친구와 사회적 상황에서 단절
- 모든 일을 즐길 수 없음
- 거절당하고 사랑받지 못하거나 무가치하다는 느낌
- 피곤해하거나 활기가 전혀 없음
- 잘 자지 못하고 악몽이 있거나 잠을 너무 많이 잠
- 자신을 탓함
- 입맛과 체중을 잃음
- 생각하고, 집중하고, 결정하는데 문제가 있음
- 죽음과/또는 자살에 대해 생각함
- 귀중한 소유물을 나누어 줌
- 새로운 신체 증상을 하소연함
- 학업 성적이 떨어짐



(자료 : 서울 삼성병원)

4. 각 우울장애의 특징

1) 주요 우울 장애

주요 우울 장애가 있는 소아들에게는 2주 이상 지속되는 우울증 에피소드가 있다.

일반적으로 소아는 감당할 수 없는 비애, 성마름, 자기 상실감 및 죄의식을 느낀다. 운동을 하고, 텔레비전을 보며, 비디오 게임을 하고, 친구와 노는 것과 같은 일반적으로 즐거움을 주는 활동에 흥미를 잃어 버린다. 심한 지루함을 털어 놓는다. 이러한 많은 소아들이 복통이나 두통 같은 신체적 문제를 하소연한다.

입맛이 늘어나거나 줄어 들어 종종 체중에 상당한 변화가 발생한다. 성장기 소아들은 예상된 대로 체중이 증가하지 않을 수 있다.

보통 수면 장애가 있다. 불면증, 과다 수면 또는 악몽을 자주 꿀 수 있다.

우울증이 있는 소아는 종종 활기가 없거나 신체적으로 활동적이지 않다. 그러나, 특히 일부 어린 소아들에게는 과잉 활동과 공격적인 행위와 같이 겉으로 보기에 모순되는 증상이 나타난다. 이 소아들은 슬픔보다 짜증이 더 많은 것처럼 보일 수 있다.

일반적인 증상은 생각하고 집중하는 능력을 방해하며 학업이 괴로워지는 것이다. 친구를 잃을 수 있다. 소아에게 자살에 대한 생각과 환상이 있을 수 있고 자살 시도까지 할 수 있다.

치료를 받지 않는 경우에도, 주요 우울 장애를 앓고 있는 소아는 6개월 ~ 12개월 내에 호전될 수 있다. 그러나 장애는 종종 재발하고, 특히 첫 번째 에피소드가 중증이었거나, 소아가 어려서 발생한 경우 재발할 수 있다.

2) 파괴적 기분 조절부전 장애

소아에게 파괴적 기분 조절부전 장애가 있다면 오랫동안 대부분의 시간에 짜증을 내고, 통제를 벗어나는 행동을 하는 경우가 빈번하다. 기분을 자주, 극심하게 분출하며 그러한 상황이 가져다 주는 이익에 비해 그 강도가 훨씬 심하고 훨씬 오랫동안 기분을 분출한다. 이와 같이 분노가 폭발하는 동안 재산을 파괴하거나 타인의 신체에 상해를 입힐 수 있다. 분노를 분출하지 않을 때 소아들은 거의 매일 하루 중 대부분의 시간에 짜증을 내거나 화를 낸다. 이 장애는 보통 6세 ~ 10세에 시작된다.

이러한 소아들의 다수가 다음과 같은 다른 장애를 가지고 있다.

- 반항성 장애
- 주의력 결핍/과잉행동 장애(ADHD)
- 불안 장애

이 소아들이 성인이 되면, 우울증에 걸리거나 불안 장애가 나타날 수 있다.

이 소아들은 경우에 따라 통제를 벗어나는 것으로 보이므로, 의사들은 종종 양극성 장애가 있다고 진단하지만 의사들은 이 장애가 양극성 장애에 해당되지 않음을 인지하고 있다.

3) 지속성 우울 장애

이 장애는 주요 우울 장애와 유사하나, 증상이 보통 그 만큼 격렬하지 않고 1년 이상 동안 지속된다.

진단

- 인터뷰 또는 체계적인 설문지
- 증상의 다른 원인들을 확인하기 위한 검사

우울증을 진단하기 위해 의사는 소아이나 청소년과의 상담과 부모와 선생님에게서 얻은 정보를 포함한 몇 가지 출처의 정보에 의존하고, 때때로 의사는 불행한 상황에 대한 정상적인 반응과 우울증을 구분하는데 도움이 되는 체계적인 설문지를 사용한다.

의사들은 소아나 청소년에게 다음 중 하나나 두 가지가 모두 해당되면 우울증을 진단한다.

- 슬프거나 예민한 감정
- 거의 모든 활동의 흥미를 잃음(종종 지루함으로 표현)

그리고 소아들은 동일한 2주 기간에 거의 매일 하루 중 대부분에 이러한 증상이 있었어야 하고 식욕과 체중 감소와 수면 문제와 같은 다른 우울증의 증상도 있어야 한다.

의사는 가족이나 사회적 스트레스가 우울증을 촉진했는지 알려고 노력한다. 또한 의사는 자살에 대한 생각과 언급을 포함한 자살 행동에 관하여 자세히 질문하고, 갑상선 이상이나 약물 남용과 같은 신체적 장애가 증상의 원인인지 확인하기 위해 여러 가지 검사를 시행 할 수 있다.

청소년에게 지속적이며 일반적인 치료에 반응하지 않는 우울증이 있다면 의사들은 뇌척수액에 엽산 결핍이 있는지 확인하기 위해 척수 천자를 시행할 수 있다.

치료

우울 장애의 치료는 증상의 중증도에 따라 달라진다. 자살 사고를 가진 모든 소아는 정신 보건 의료인이 긴밀하게 감독해야 한다. 자살 위험이 충분히 높다면, 안전을 위해 단기 입원치료가 필요하다.

많은 청소년의 경우 정신요법과 약물의 병용이 이를 개별적으로 사용하는 것보다 더 효과적이다. 그러나 유아들의 경우, 치료가 보다 덜 명확하다. 정신요법만을 먼저 시도할 수 있으며, 필요한 경우에만 약물을 사용한다. 개별 정신요법, 집단 요법, 및 가족 요법이 유익할 수 있다.

1. 비약물 요법

우울증을 앓는 소아나 청소년에 대한 정신과적 치료는 매우 중요하다. 향후 아동이 계속해서 효과적으로 공부하고 원만한 대인관계를 맺기 위해서는 정신과적인 도움이 반드시 필요하다.

어린이의 우울증은 빨리 발견해서 치료할수록 아이의 성장에 도움을 줄 수 있다. 아이에게 조금이라도 이상 징후가 발견된다면, 주저하지 말고 검사를 받아야 한다. 소아 우울증 치료에는 아이를 보듬어 줄 수 있는 가족과 주변 사람들의 관심과 사랑이 중요하다.

아이의 우울증을 치료하는데 부모님이 부담스러워 하고 주저한다면 그 느낌은 그대로 아이들에게 전달되어 효과적인 치료 결과를 기대할 수 없다는 점을 유의하여야 한다.

어린이 우울증 치료는 아이에게 편안함 느낌과 환경을 만들어 주는 데서 시작한다. 우리 아이의 기분은 건강한지, 행복감을 느끼고 있는지, 우울증인데도 애써 외면하고 무시하고 있는 건 아닌지 돌아보고 아이의 정신 건강에도 관심을 기울여야 한다. 치료를 통해 아동은 자신의 느낌이나 감정을 적절히 표현하는 방법을 배우고 우울감이나 환경으로부터 오는 스트레스에 올바르게 대처하는 방법을 배운다.

2. 약물요법

소아청소년 우울증의 역사가 짧은 만큼 약물 치료의 역사도 성인에 비하여 짧고, 여러 가지 연구상의 방법론적인 문제로 인해 약물 치료에 관한 객관적 평가가 분명하지 않았었다. 그리고 성인기 우울증에서 분명한 효과를 보이는 삼환계 항우울제(tricyclic antidepressant, TCA)계통의 약물이 소아청소년 우울증에서는 위약에 비해 뚜렷한 효과가 없다는 연구가 나온 이후, 약물에 대한 연구가 위축되었던 것이 사실이다. 그러나 최근 선택적 serotonin 재흡수 억제제(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI), Mirtazapine, Venlafaxine 등 새로운 약물의 등장 이후 위약을 능가하는 효과가 보고되는 등, 약물 치료에 대한 새로운 가능성이 제기되어, 연구도 활발해지고 있는 실정이다. 소아-청소년기 우울증에서의 약물 반응이 성인기 우울증과 다른 이유는 주로 약물과 관련된 변수들의 발달학적인 차이 때문이라고 생각되는 데, 약역학적으로는 흡수되는 과정, 간의 크기, 신장에서의 배설속도, 지방질의 분포상태 등 주요한 변수가 소아와 성인이 큰 차이를 보이는 것이 대표적이라 할 수 있다. 일반적으로 소아인 경우에 성인과 동일한 효과를 얻기 위해서는 단위 체중당 더 많은 imipramine이 필요하며, 부작용으로는 특히 심장계에 대한 부작용의 위험성이 큰 것으로 보고되고 있다. 약동학적인 면에서 보면, 신경전달계의 약물에 대한 반응 양상도 나이에 따라서 차이가 있음을 보고하고 있는데, Rao 등의 연구에서, scopolamine을 5명의 청소년과 7명의 성인에게 투여한 결과 REM 수면을 억제하는 정도가 청소년기에는 성인기에 비해 상당히 미미했다는 점을 들면서 아세틸 콜린계의 반응성에 차이가 있음을 증명하였다.

표. 항우울제 분류

Classical (first-generation)	New (second-generation)	Newer (third-generation)
		Serotonin reuptake enhancer Tianeptine
	SSRIs Fluoxetine Fluvoxamine Paroxetine Citalopram Sertraline	
TCA's Tertiary amines Imipramine Amitriptyline Secondary amines Desipramine Nortriptyline	Newer TCA's Dothiepin Doxepin Lofepramine	
	Heterocyclics Bicyclics Trazodone Tetracyclics Mianserine	SARIs (newer SSRIs) Nefazodone NaSSAs Mirtazapine
		SNRI Venlafaxine
	Selective NRI Reboxetine	NDRI Bupropion
MAOIs Phenelzine	RIMAs Moclobemide	

(자료 : 소아·청소년정신의학 제14권 제1호 2003)

항우울제의 약리 작용에서 노르에피네프린이 중요하다는 사실이 먼저 알려졌지만 이어서 세로토닌의 중요성이 알려지면서 세로토닌 계에 선택적으로 작용하는 약제들이 개발되었고 그 중 fluoxetine(Prozac), fluvoxamine(Luvox), paroxetine(Paxil, Seroxat), citalopram(Celexa, Cipramil), sertraline(Zoloft)의 다섯 가지가 중요한 자리를 차지하게 되었다. 이들 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)는 소아청소년 우울장애에 치료효과가 뚜렷하다. 그밖에 강박장애, 공포장애, 공황장애, 충동 조절장애 등에 대한 효과도 알려졌다.

또 선택적 노르에피네프린 재흡수 차단제(selective noradrenergic reuptake inhibitor, selective NRI)인 reboxetine은 항우울제 외에도 주의력결핍장애, 알츠하이머병이나 정신분열병에서 나타나는 주의력과 기억력 장애를 호전시키는 효과도 기대된다. 한편 이전의 단가아민산화효소 억제제가 MAO A와 MAO B에 비가역적으로 작용하여 위험한 부작용을 초래하는데 비하여 MAO A를 가역적으로 억제하는 reversible inhibitors of MAO A (RIMA)로 moclobemide가 개발되었다. SSRI와 selective NRI의 특성을 살펴보면 다음과 같다.

1) SSRI

현재 임상적으로 유용한 SSRI는 fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, citalopram, sertraline 등 다섯 가지이다. 이들은 모두 같은 약력학적 기전을 가졌다고 볼 수 있겠지만 자세히 살펴보면 다섯 가지 SSRI 각각의 특성이 다르다. 예를 들어 citalopram은 세로토닌 재흡수 억제 작용만을 가진 반면 fluoxetine은 5HT_{2C} 수용체 작용, 노르에피네프린 재흡수 억제 작용, CYP2D6, 3A4 억제 작용 등이 있다. 즉, SSRI 부류에 속하지만 약제에 따라 작용과 부작용 양상의 특징들이 다르기 때문에 임상적인 용도도 각자 다르다고 할 수 있다.

2) Selective NRI(Selective norepinephrine reuptake inhibitors)

이 종류는 norepinephrine의 선택적 재흡수 억제제로 reboxetine(Edronax, Vestral)이 대표적인 약물이다. 그 밖에 실험 약물 1555U88과 atomoxetine(성분명 tomoxetine에서 바뀜) 등이 있다. atomoxetine(**Steratta**)은 주의력결핍 과잉행동장애 치료제로 시험 사용되고 있으며 항우울제로서의 유용성도 기대된다. 제 3 세대에는 노르에피네프린계와 세로토닌계의 선택적 작용을 함께 가지고 있는 약제들이 다양하게 개발되었다. 이러한 새로운 항우울제에는 venlafaxine, mirtazapine, nefazodone, tianeptine 등이 있다. 이들의 약력학적 특징은 두 가지 이상의 신경전달물질계에 작용하거나, 한 가지 신경전달물질계에 두 가지 이상의 방식으로 작용한다는 점이다. 그 때문에 단일 작용을 가진 선택적 약물에 비하여 상승효과를 기대할 수 있다. 하지만, 각각의 신경전달 물질계의 수용체나 전달체에 선택적으로 작용하고, histaminergic, muscarinic 등 여러 신경전달물질계에 작용이 없거나 매우 적어 고전적 항우울제에 비하여 부작용이 적다는 장점이 있다.

3) SNRI(Dual serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors)

venlafaxine(Effexor)이 임상에서 사용되고 있는 대표적인 SNRI이며 그 외에도 milnacipran(Ixel), duloxetine, sibutramine(Reductil), tramadol 등이 여기에 속한다.

4) NaSSA(Dual serotonin and norepinephrine actions via alpha 2 antagonism)

mirtazapine(Remeron)이 대표적이고 이전부터 사용하고 있던 mianserin, setipitilene 등이 이 부류에 속한다.

5) SARIs(Serotonin 2A antagonists/reuptake inhibitors)

nefazodone(Serzone)이 대표적이고 이전부터 사용하고 있던 trazodone이 비슷한 작용기전을 가지고 있다.

6) Serotonin reuptake enhancers

대표적인 약물이 tianeptine(Stablon)이 속한다.

7) NDRI(Norepinephrine and dopamine reuptake inhibitors)

bupropion이 대표적인데 항우울제로서 뿐만 아니라 흡연 금단 증상 치료제로 사용된다. 이 종류에 속하는 약물은 amineptine(Survector), brasofensine, modafanil (Provigil)이다. 이 중 brasofensine은 Parkinson's

disease 치료로, modafanil은 narcolepsy 치료제로 등록되었다.

8) 기타

뇌척수액에서 엽산 결핍이 확인되면 류코보린(폴리닌산)을 사용한 치료가 도움이 될 수 있다.

결론

소아의 우울증도 성인 또는 부모의 입장에서 보면 매우 이해하기가 어려운 질환이다. 특히 소아에게도 우울증이 생긴다는 것 자체가 이해하기 어려운 것이다. 그러나 현대 생활을 하는데 있어서는 소아 청소년들도 성인과 유사한 우울증상을 나타낼 수 있다. 그러므로 소아 청소년의 우울증상을 잘 이해하고 우선은 비 약물요법을 시행하고 이것이 부족하면 약물요법을 병행하여야 한다. 성인에서와 같이 소아에서도 우울증이 종종 재발한다. 소아와 청소년들은 증상이 사라진 후 최소 1년 동안 치료를 받아야 한다. 소아에게 두 개 이상의 주요 우울증 에피소드가 있었다면 무기한으로 치료를 받아야 한다.

약사 Point

1. 소아 우울증은 성인의 경우보다 좀더 복잡한 원인으로 야기될 수 있다. 그러므로 소아 우울증의 병태 생리를 이해하는 것이 매우 중요하다.
2. 소아 우울증은 환경적인 요인이 매우 중요하므로 비 약물 요법에 대한 지식의 숙지가 요구된다.
3. 부득이 약물 요법을 시행하면 각 약물에 대한 작용 부작용에 대하여 숙지하여야 한다.
4. 소아 우울증으로 인한 자살 경향이 높아지므로 이에 대한 지식의 함양이 매우 중요하다.

참고문헌

1. 정유숙 : 서울 삼성병원 정신의학과
2. Josephine Elia, MD, Professor of Psychiatry and Human Behavior, Professor of Pediatrics, Sidney Kimmel Medical College of Thomas Jefferson University; Attending Physician, Nemours/A.I. duPont Hospital for Children
3. 김성철 : 정신과 질환 치료제의 복용지도 가이드라인(2014)
4. 김 봉 년·조 수 철 : “소아-청소년기 우울증의 치료전략”(서울대학교 의과대학 서울대학교병원 소아·청소년정신과) : 대한정신약물학회지 : 제11권 제3호 2000
5. 서울 삼성병원 정신신경과
6. 소아청소년 우울증 약물학적 치료지침: 항우울제의 효과와 선택 : 송후림 외(가톨릭대학교 의과대학 여의도성모병원 정신건강의학교실) : 대한정신약물학회지 2014;25(4):175-185