

심인성 어지러움

단국대학교 의과대학 정신과학교실
이경규

Psychogenic Vertigo

Kyung-Kyu Lee, M.D.

Department of Psychiatry, Medical College, Dankook University, Cheonan, Korea

서론

어지러움을 호소하는 환자들 중 모든 신경과와 이과 검사에서는 이상소견이 없지만 정신과적 진찰에서는 이상이 있는 경우가 많다. 대개 이러한 경우에는 심인성 어지러움(psychogenic dizziness)이란 진단을 붙이게 되는데, 일반적으로 정신과적 문제로 인하여 어지러움이 일어나는 경우를 의미한다. 대부분에서 진성 어지러움이 아닌 멍하거나 어찝하다는 등의 여러 가지 어지러움을 호소하나 신경이학적 검사소견은 정상이다.

심인성 어지러움이란 용어는 정신과적(psychiatric), 기능성(functional), 정신생리성 어지러움(psychophysiologic dizziness) 등과 혼용되고 있으며, 정의와 진단기준에 대해 많은 논의가 있지만 일치된 견해는 없다.¹⁾

심인성 어지러움의 발병에 있어서 공황장애와 우울증 및 신체형장애 환자들의 건강염려증적인 과도한 관심이 중요한 역할을 한다고도 하며,²⁾ 인격장애도 중요한 소인으로 작용을 한다.³⁾ Brandt³⁾는 공포성 체위성 어지러움(phobic postural vertigo) 환자 모두가 인격장애를 갖고 있다고 하면서 강박성, 자기애적, 회피성 인격장애 환자의 순서로 나타난다고 하였다. 강박적인 성격의 사람은 기질적인 원인이 있는 경우에 정신질환이 발병하기 쉬우며 기저의 기질적 원인이 있

지만 증상이 발현하지 않고 있던 경우에도 정신과적 문제로 신경증적 증상을 유발하거나 기존의 신경증적 증상을 악화시킬 수도 있다.

심인성 어지러움의 유병률은 심인성 어지러움을 정의하는 범주에 따라 다양하지만 전체적으로 심인성 어지러움의 유병률에 관한 여러 보고들을 종합하면 어지러움 환자 중 9~48%를 차지한다고 한다.⁴⁻⁸⁾ 그러나 빈도가 낮게 나타난 연구에서는 심인성 어지러움에 대한 협의의 정의를 적용한 것이므로 좀 더 폭넓은 정의를 적용한다면 어지러움 환자 중 대개 2~3명 중 한 명이 심인성 어지러움 환자인 것으로 판단된다.

공황장애와 폐쇄공포증 환자에서 동적자세검사의 이상이 관찰되었다.^{9,10)} 폐쇄공포증에서는 sway-referenced에서 평형감소를 보였으며, 공황장애에서는 평형검사에서 많은 이상 소견을 보였는데¹¹⁾ 특히 전정기능장애가 높은 비율로 보고되고 있다.¹²⁻¹⁵⁾ 불안이 어지러움과 같이 나타나는 수가 많으며, 이런 경우에는 예후가 나쁘다고 한다.¹⁶⁾

평형과 정신과적 질환과의 관련성에 대해서는 첫째 정신과적 질환에 의한 어지러움, 둘째 정신과적 질환과 평형장애의 동시 발현, 셋째 평형장애 증상의 해결에 문제가 있는 경우, 넷째 신체정신 및 정신신체 관련성이란 심리적 설명, 그리고 마지막으로 신경학적 관련성으로 설명할 수 있다.¹⁶⁾

상기와 같이 기질적으로는 이상소견을 보이지 않지만 어지러움을 호소하는 많은 환자들이 있다. 이러한 환자들에게 기질적 이상이 없다고 하여 더 이상 치료 방법이 없다고 하는 것보다는 환자의 증상을 이해하고 해결할 수 있도록 도움을 줄 수 있다면 환자

• 교신저자 : 이 경 규
330-714 충남 천안시 안서동 산27
단국대학교 의과대학 정신과학교실
Tel: 041-550-3948, Fax: 041-561-3007
E-mail: kykylee@chol.com

들의 고통을 경감시킬 수 있을 뿐만이 아니라 삶의 질도 향상시킬 수 있을 것이다. 어지러움에 대하여 정신과적으로 여러 가지 측면을 다룰 수 있겠지만, 본 논문에서는 정신과적 질환에 의해 나타나는 어지러움을 중심으로 알아보고자 한다.

본 론

심인성 어지러움에 대해 원인 및 진단, 심인성 어지러움과 관련된 정신과적 질환 그리고 치료의 세 부분으로 나누어 살펴보기로 한다.

1. 원인 및 진단

정신질환과 신체증상간의 기능적으로 관련된 기관 중에서 전정기관이 제일 가능성이 높다고 보는데, 그 이유는 첫째 사람의 신체상의 내적 표상(internal representation)에서 전정기관과 신체의 가속이 중요하다는 것이고, 둘째 정신과 환자들에서 전정기능의 이상이 많다는 것이다. 또한 전정기능 이상은 성격적으로 취약성이 있는 사람에게 정신과적 장애를 일으킬 수 있다.

현재 공황장애 환자와 전정기능 이상이 같이 나타나는 것에 대하여 정신신체적, 신체정신적 혹은 신경학적 연결(neurologic linkages)에 의한 것이라고 한다.¹⁷⁾ 최근에는 공황장애와 전정기관 기능의 이상 간의 관련성에 대하여 신경해부학적, 신경생리학적 증거들이 나타나고 있는데, 특히 노르아드레날린계와 세로토닌계의 이상과 관련되어 있다.¹⁸⁻²⁰⁾

Moore와 Atkinson,²¹⁾ Drachman과 Hart,²²⁾ Nedzelski 등²³⁾의 진단기준에 의거하여 현재 일반적으로 널리 인정되는 심인성 어지러움의 진단기준은 다음과 같다. ① 어지러움이 진성 어지러움의 특징을 가지지 않고, ② 과호흡으로 어지러움이 유발되며, ③ 정신과적 증상들이 어지러움에 선행하며, ④ 불안하거나 공포 상태에 있는 사람에서 유발되는 경우이다. 하지만 이런 견해는 다음과 같은 이유로 비판받고 있다. 첫째, 증상으로서의 어지러움이 정신과적 질환과 신경이과적 질환을 신뢰할 만큼 구별할 수 있는 현상이 아니다.²⁴⁾ 둘째, 응급실에서 어지러움 환자의 평가도구의 일부로 어지러움 유발검사로 과호흡을 시켰을 때 내과적 진단을 가진 101명 중 21명이 양성이었다고 보

고되었다.²⁵⁾ 셋째, 어지러움의 발현 이전에 정신과적 증상이 선행된다는 기준은 정신과 환자는 신경이과학적 질환에 저항성이 있을 것이라는 틀린 얘기를 전제로 한다는 점이며, 마지막으로 불안이나 공황장애를 가진 환자에게 심인성이란 진단을 내리는 과정은 기질성 어지러움 환자 모두가 불안장애를 갖고 있지 않은 경우에만 정당화 될 수 있는데 실제로는 그렇지 않다는 것이다.¹¹⁾

이러한 문제점을 해결하기 위하여 Furman과 Jacob¹¹⁾은 정신과적 어지러움이란 용어의 사용을 엄격하게 적용하는 새로운 정의를 제시하였는데 이는 다음과 같다. 첫째, 어지러움이 정신과적 증상군(psychiatric symptom cluster)의 다른 증상들과 같이 나타나고 전정기능 이상과 관련이 없어야 한다. 둘째, psychogenic overlay의 현상과 혼동하지 말아야 하고, 신경이과적 어지러움의 경우엔 어지러움의 핵심증상이 있으며 정신과적 요인들은 단지 이와 관련된 병적 행동을 증폭시킨다. 그리고 psychogenic overlay가 어지러움을 유의하게 증가시키는 경우와 어지러움보다는 정신과적 증상이 현저한 경우에는 정신과 자문이나 전과가 도움이 된다.

심인성 어지러움의 진단적 접근은 주로 환자의 증상의 기술에 의존한다. 객관적으로 증상을 동반할 만한 신경이학적 소견이 없거나 미약한 경우에는 환자의 대인관계 양상과 질 및 증상이 나타날 당시의 생활 상태를 알아보아야 한다. 정신과 환자가 기질성 어지러움 증후군(organic vertigo syndrome)을 보일 수 있고, 역으로 기질성 어지러움 증후군을 앓고 있는 환자가 이차적으로 정신과적 문제가 나타날 수도 있으므로 신경이과와 정신과 두 영역 모두에 대한 상당한 이해가 필요하다.

현재 심인성 어지러움의 진단에 도움이 된다고 인정되는 검사도구로는 Basic Symptom Inventory-53 (BSI-53)과 PRIME-MD PHQ 등이 있다.²⁶⁻²⁸⁾

2. 심인성 어지러움과 관련된 정신과적 질환

심인성 어지러움의 가능성을 높게 시사하는 정신과적 장애들의 종류와 각 질환의 특징적인 증상 및 어지러움의 특성을 살펴보면 다음과 같다.

1) 공황장애(panic disorder)

공황장애는 불안장애의 일종으로, 이유 없이 삽화적으로 갑자기 불안이 극도로 심해지며 숨이 막히거나 심장이 두근대고 죽을 것만 같은 극단적인 공포 증세를 보이는 상태이다. 이런 불안상태가 대개 1시간 이내의 기간 동안 지속되며 대개 주 2회 정도 나타난다. 주 증상은 강한 공포, 곧 죽지 않을까 하는 불안이다.

이와 동반하여 호흡곤란, 심계항진, 흉부통증, 흉부 불쾌감, 질실감, 혹은 숨이 답답한 느낌, 현기증, 어지러움 내지 휘청거리는 느낌, 자거나 주위가 달라진 것 같은 비현실감, 손발이 저리는 감각이상이나 몸의 떨림과 진전, 때로는 돌발적인 열감이나 냉감, 땀흘림 등이 나타난다. 동시에 실신하거나 죽거나 또는 미치거나 어떤 사고를 저지르지 않을까 하는 공포 등이 엄습한다. 과호흡으로 인해 호흡성 alkalosis가 오고, 그로 인한 신체증상도 나타난다. 이런 공황발작이 오게 되면 환자는 다급한 나머지 응급실을 찾게 된다. 진찰 시 같은 말을 되풀이하고, 더듬거나 몹시 당황하는 행동을 보인다. 그러나 제반 검사 상 정상으로 나타나게 되어서 “신경성 혹은 노이로제니까 걱정말고 푹 쉬라”는 얘기를 들은 후 귀가하게 되지만 이러한 공황발작이 다시 나타나 또 다시 응급실을 방문하게 되며, 결국에는 환자들이 검사가 잘못된 것이 아닌가 혹은 오진을 한 것이 아닌가 하여 여러 병원을 전전하면서 검사를 받게 되나 정확한 진단과 치료가 되지 않는 악순환이 나타나는 경우도 있다.

발작이 없는 시기에는 그런 일이 또 생기지 않을까 하는 예기불안(anticipatory anxiety)이 있다. 이어서 ‘죽을병이 아닌가’하는 등의 건강염려증(hypochondriasis)이 생기고 발작이 일어났던 장소나 상황과 유사한 장소와 상황을 피하려는 회피행동(avoidance behavior)을 나타낸다. 그리고 자신이 쓰러져도 도와줄 사람이 없는 것이 두려워서 외출이나 혼자 있는 것을 피하거나, 외출할 때는 누구와 꼭 동행하려 하는 등의 광장공포증(agoraphobia)도 생긴다.

이 질환에서 나타나는 어지러움은 giddy, unsteady sensation, progressive presyncopal lightheadedness로 나타난다.²⁹⁾ 그러나 이러한 어지러움은 대개 주된 증상인 심장이 멎거나 숨이 막혀 죽을 것 같다는 느낌 및 이와 관련된 자율신경계의 항진 증상에 동반되어 나타나므로 이에 대해 자세한 문진을 해보면 쉽게 감별

진단할 수 있다.

2) 광장공포증(agoraphobia)

집을 떠나거나 넓은 공간 혹은 대중적인 장소에 가기를 두려워하는 환자들로 어지러움, 자세 불균형과 함께 과도한 불안을 호소한다. 우울증을 동반할 수도 있다.

이 질환에서의 어지러움의 특징은 보통 몸을 움직이는 착각(illusory body motion)을 느끼는 것으로 표현하며 몇 초, 몇 시간 내지 며칠간 지속된다. 많은 경우 지속적인 흔들리는 느낌, 앉거나 설 때에 넘어질 것 같은 공포 혹은 주위가 움직이거나 자신의 몸이 움직이는 느낌을 호소한다. 광장이나 주위에 물체가 없는 길, 언덕 밑의 길을 운전할 때에는 차가 옆으로 쓰러지거나 또는 옆으로 도는 느낌을 경험하기도 한다.³⁰⁾

3) 불안장애(anxiety disorder)

공황장애 및 공포장애를 포함하는 불안을 주소로 하는 장애로, 범불안장애(generalized anxiety disorder), 강박장애(강박증, 강박신경증, obsessive-compulsive disorder), 외상후 스트레스장애(post-traumatic disorder) 등이 포함한다. 공포증은 사회공포증(공공장소나 사회적 상황에서 다른 사람에게 관찰되거나 모욕적이 되는 것 또는 당황하게 되는 것을 두려워해서 회피반응을 보이는 공포장애)과 특정대상에 따라 생기는 특정 공포증(예; 동물공포, 고소공포, 협소공포, 질환공포, 불결공포 죽음공포 등)으로 나뉜다. 강박장애에서는 어지러움을 호소하는 경우가 별로 없다.

불안장애에서의 어지러움의 특성은 명확하지 않은 어지러움과 자세 불균형, 혹은 서있거나 앉아 있을 때 일초 가량 지속되는 짧은 어지러움 발작을 호소한다. 때로 강한 몸동작에 의해 시작되거나, 죽음에 대한 공포나 과도한 불안과 관련된 사회적 사건 혹은 스트레스를 받는 상황(stimulus situation)에서 악화된다.

4) 우울증(depression)

전체인구에서 우울증의 평생 유병률은 15%이며, 남성은 10%이지만 여성은 20~25%로 여성에서 잘 나타나는 매우 흔한 정신과적 장애로 환자의 15%가 자살로 생을 끝낸다고 알려져 있을 정도로 위험한 질환의 하나이다.

우울증의 증상은 정서적으로 우울하며 슬픈 느낌을 가지며, 환자는 자신감이 없고 삶의 의욕이 없고 피곤해하고 일하기를 싫어하며 혼자만 있으려 하고 평소 해오던 일을 수행하는 데 어려움을 느낀다. 생활의 재미나 즐거움을 느낄 수가 없고 매사를 짐이 되는 듯 여기며 평소 해오던 직업을 포기하려고 한다. 사고는 몇몇 주제에 국한되며 질문에 대한 답변이 매우 느리며 가능한 한 최대한 압축하여 대답한다. 많은 경우 미래의 실패에 대한 불안, 거절, 보복에 대한 우려 때문에 무슨 일이든 결정을 못하고 우유부단해진다. 신체증상이 현저하게 나타나 체중감소, 식욕부진, 소화장애, 변비, 가슴 답답함, 두통, 수면장애, 쇠약상태 등을 호소한다. 건강염려증이 생기고 자신은 신체장애 때문에 우울하다고 믿는다. 가면성 우울증(가면우울, masked depression)에서는 전형적인 우울 증상은 나타나지 않고 신체증상으로만 표현될 수도 있다. 이는 우울 증상이 연령층에 따라 다른 모습으로 나타날 수도 있기 때문에 우울한 기분을 감추기 위한 가면이라는 뜻에서 가면성 우울증이라고 한다. 건강염려증적인 과도한 집착(hypochondriacal preoccupation)이 기저의 우울증을 겉으로 나타나지 않게 할 수도 있다. 즉, 우울증은 우울하다는 감정의 장애로서만 나타나는 것이 아니고 화병, 산후우울증, 고3병, 대4병, 주부우울증, 빈 등지 증후군, 계절성 우울증, 중년기 우울증, 가면성 우울증 및 IMF 증후군 같이 여러 가지 다양한 형태로 나타날 수도 있다.

우울증 환자들은 흔히 명확하지 않은 어쩔어쩔함(lightheadedness) 혹은 어지러움을 호소하며, 집중력의 장애와 사고흐름의 저하를 호소한다. 숙련된 정신과 의사가 아니더라도 자세한 문진을 통하여 이들 우울증 환자에서의 특징적인 우울 증상을 확인할 수 있는 경우가 많으므로 가면성 우울증의 경우를 제외하면 감별진단은 어렵지 않다.

5) 신체형 장애(somatoform disorder)

신체형 장애는 정신적 원인이 신체증상의 형태로 발병하게 된 경우를 의미한다. 이 장애는 의학적(신체적) 상태나 약물남용 또는 다른 정신장애로 충분히 설명되지 않으며, 상당한 정도로 환자를 고통스럽게 하고, 사회적, 직업적 및 기타 기능들을 방해한다. 내적 불만이나 갈등이 일상적인 정신방어기제로 해소되

지 않을 때, 누적된 정신적 갈등이 신체증상으로 전환되어 표현된다. 또한 증상을 통해 심리적이거나 실제적인 이차적 이득(secondary gain)을 얻으려는 무의식적인 동기도 볼 수 있다. 따라서 이 장애는 일반적인 의학적 치료에 의해 잘 호전되지 않는다.

이들은 정신과 진료보다는 일차 진료체계에 먼저 내원하는 경우가 보통이다. 환자들은 장애의 원인을 신체적인 것으로 보는 경우가 많아 불필요한 검사를 많이 하는 경향이 있다. 환자들의 의사에 대한 과도한 기대나 불신 때문에 환자-의사 관계가 원만하지 못해 치료가 중단되는 경우가 많다. 따라서 여러 의사 및 병원들을 순례(doctor and hospital shopping)하는 경우가 많다. 이 장애에는 감정표현불능증(alexithymia)이란 개념이 많이 적용되는데, 이 개념은 자신의 감정을 말로 잘 표현하지 못하지만 신체 증상으로는 감정이 잘 표현되므로 신체형 장애가 잘 나타난다는 것이다.

나타나는 특징에 따라 ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th revision)³¹⁾에서는 신체형 장애를 신체화장애, 미분화형 신체형장애, 건강염려증성장애, 신체형 자율신경계 기능장애, 지속성 신체형 동통장애, 기타 신체형 장애, 그리고 비특정 신체형 장애로 구분하고 있다. DSM-IV (Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition)³²⁾에서는 신체화장애, 전환장애, 신체형 통증장애, 건강염려증, 신체추형장애, 미분화 신체형장애 및 기타 신체형 장애로 구분한다.

신체형 장애 중에서 신체화장애, 미분화 신체형 장애 및 기타 신체형 장애 등에서 어지러움을 호소하는 경우가 많다. 어지러움의 호소에 일관성이 없으며 애매모호하고, 다른 여러 가지 증상을 동반하고 있으면서 어지러움은 단지 이들 여러 신체증상들 중의 하나인 경우가 많다. 그리고 이 환자들의 신체증상은 다양하고, 심리적 갈등이 있는 상황에 악화되며, 오랜 기간 동안 여러 가지 신체증상이 나타난 과거력을 가지고 있으면서, 자신의 병력을 자세하게 이야기한다는 것 등이 감별진단에 도움이 된다.

6) 신체형 체위 공포성 어지러움

(somatoform phobic postural vertigo)

이는 광장공포증이나 고소공포증과 구별할 수 있는 공간에 대한 가성-광장공포증 증후군(pseudo-

agoraphobic syndrome)으로 정의되어진다. 대개 불안을 동반한 체위성 불안정성(postural imbalance)이나 짧은 어지러움 발작을 동반하며, 강박적 인격장애나 히스테리성 성격장애를 가진 환자들에서 검사 상 특별한 이상이 없이 보행 시나 기립 시 짧게 느끼는 주관적인 어지러움, 회복과 악화가 반복되는 불안정감(unsteadiness)을 호소하는 경우로 정서적인 스트레스나 기질적인 전정기능장애 후에 빈발한다.

7) 히스테리아(hysteria)

이는 과거에 주로 사용하던 진단명으로 DSM-IV의 진단기준에서는 전환장애란 진단명으로 신체형장애의 하나로 분류되고 있지만, ICD-10의 진단기준에서는 해리(전환)장애[dissociative (conversion) disorder]의 진단군에 속하게 되어 양 진단기준 간에 차이가 있는 질환이다. 그러나 현재까지도 정신과 임상영역에서는 자주 사용하고 있는 진단명이다. 강박적 인격장애 등 여러 가지 인격장애에서 나타날 수 있는 질환이다.

임상양상은 수의적 근육운동 및 감각기관의 갑작스러운 기능변화로 인한 장애가 나타난다. 가장 많은 것은 마비, 시력상실 그리고 함구증이다. 여러 형태의 가성신경학적 증상이 나타날 수도 있으며, 전환장애 특유의 기분 좋은 무관심을 볼 수 있다.

이 질환에서 나타나는 어지러움은 때로 기괴하고 psychogenic astasia abasia와 동반되며 과도한 노출과 극화(dramatism)를 보이는 성격 등의 특징으로 쉽게 인지된다. 환자들이 어지러움을 호소하기는 하지만 대개 전환장애 특유의 다른 증상을 동반하고 있으므로 쉽게 감별 진단할 수 있다. 그리고 히스테리성 증상을 보이는 환자의 상당수에서 기저에 기질적인 장애가 있는 것으로 알려져 이들 환자에서 보이는 히스테리성 모습이 기저의 전정기능장애를 반영하는 것일 수도 있다.

8) 외상후 어지러움(post-traumatic vertigo)

뇌진탕후 증후군(postconcussional syndrome)의 증상의 하나로 나타난다. 이 증후군은 뇌 외상(대개 의식 소실이 있을 만큼 심한 경우) 후에 일어나며, 다양한 증상들이 있는데 두통과 어지러움(대개 진성 어지러움의 양상은 없다)이 가장 빈번한 증상이며, 피로, 자극과민성, 집중곤란, 정신적 업무수행의 곤란, 기억장

애, 불면증, 그리고 스트레스, 정서적 흥분, 혹은 알코올에 대한 내성의 감소 등의 증상도 나타난다. 또한 여러 가지 정신과적 증상, 시력의 이상 등을 호소하며 이석기관의 이상과 유사한 증상을 보인다. 이러한 증상은 자존심의 저하와 영구적인 뇌 손상이 오지 않을까 하는 공포감에서 오는 우울감이나 불안을 동반한다. 이러한 감정은 본래의 증상들을 강화하며 악순환의 결과를 낳는다. 어떤 환자는 건강염려증이 되어 진단과 치료를 찾아 나서고 영구적인 병자역할을 하게 된다.

3. 치료

심인성 어지러움 환자의 일반적인 치료는 기질성 질환에 대한 공포를 줄일 수 있는 정신치료적 접근과 행동치료 및 단기간 항불안제나 항우울제를 투여함으로써 효과를 볼 수 있으며, 현저한 정신과적 장애가 주된 원인인 경우에는 집중적인 정신과적인 치료가 필요하다. 정신과적 장애가 주가 되고 어지러움이 정신과적 장애의 증상의 하나로 나타나는 경우에는 기저의 정신과적 장애를 치료해야 하며, 신체증상보다는 정신과적 증상에 초점을 맞추어 접근하면서 어지러움에 대해서는 지지적이고 설득과 안심을 제공하면서 기저의 심리적인 갈등을 이해 및 공감을 하면서 이를 해소할 수 있는 접근이 도움이 된다.

Clark과 Swartz³³⁾는 만성 어지러움을 겪고 있는 환자에게 첫째, 원인과 결과를 나타내는 질환(disease) 그 자체, 둘째 현재에도 영향을 미치고 있는 과거사 등을 포함하는 생활사(life story), 셋째 신체감수성(susceptibility)과 인격특성(personality trait)을 포함하는 dimension, 그리고 내적 동기와 외적 환경의 영향을 포함하는 행동(behavior) 등 이 모든 분야를 다루는 체계적이고 포괄적인 치료가 중요하다고 하였다.

전술한 정신과 질환들의 각각의 치료에 관해 간략히 살펴보면 다음과 같다.

1) 공황장애

공황장애는 공포증, 건강염려증, 우울증 등 다른 정신질환으로 이행하기 쉽고 치료가 늦을수록 완치가 어려워므로 초기에 치료를 받아야 한다. 치료는 항우울제나 항불안제를 투약하는 약물요법과 정신사회적 치료를 사용한다. 약물을 투여하면서 이 질환에 대해

정확히 알려주고 자신감을 회복할 수 있도록 도와주는 지지적인 방법을 병용하여도 상당수의 환자에게 효과가 있다.

정신사회적 치료 방법으로 환자상태에 따라 분석적 내지 지지적 치료, 가족치료, 행동치료 및 인지치료 등이 단독으로 또는 약물치료와 같이 종합적으로 사용된다. 특히 기저에 성격적인 문제가 있는 경우에는 분석적 정신치료가 도움이 되는데, 이 경우에는 환자가 불안의 무의식적 의미, 회피행동의 상징성, 억압, 이차이득에 대해 이해하도록 초점을 맞춘다. 행동치료는 실제노출기법을 사용하는데 광장공포증에 효과적이다. 인지치료는 환자가 가지고 있는 불안이 계속 일어나게 만드는 비적응적인 사고내용을 찾아내어 그러한 잘못된 관념이나 기식을 수정하여 적응적인 사고로 대체해주는 것이다. 즉, 자신의 상태를 정확히 알고 대응책을 찾도록 도와주는 방법이다. 그리고 몇 명의 환자가 같이 치료를 받으면서 다른 환자의 모습을 객관적으로 볼 수 있도록 하는 집단치료를 사용하기도 한다.

약물치료는 주로 항불안제와 항우울제를 사용한다. 급성발작 시에는 benzodiazepine계 항불안제를 정맥 또는 근육 주사한다. 주된 치료약물로는 삼환계 항우울제, MAO 억제제, 선택적 세로토닌 재흡수 억제제(SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) 등을 사용한다. 그 외 mirtazapine, venlafaxine등을 사용할 수도 있다. 치료초기에는 공황장애에 탁월한 효과를 보이는 것으로 알려져 있는 benzodiazepine계 항불안제인 alprazolam, clonazepam, 혹은 lorazepam 등을 단기간 투여한다. 그러나 이 경우에도 주 치료약물인 항우울제를 같이 투여하는 것이 효과적이며, 효과가 나타나면 점차로 항불안제를 감량하면서 항우울제를 주 치료제로 사용하여 궁극적으로는 항우울제만을 사용하는 것이 좋다. 항우울제는 투여 2~4주 가량 지나야 효과가 나타나며, 회복 후에도 8~12개월 유지치료를 한 후에 서서히 감량한다. 예기불안에는 benzodiazepine이 효과적이다.

2) 광장공포증

공황발작이 있는 광장공포증에서는 공황발작을 봉쇄하는 치료가 우선되어야 한다. 광장공포증에는 행동치료와 인지치료가 효과적이며, 정신치료를 적용할

수도 있다. 공황발작이 없는 광장공포증에서도 항불안제를 사용할 수 있다. 이때는 benzodiazepine계 항불안제가 효과적이고, 불안이 호전된 상황에서 노출행동치료와 인지치료를 병용하면 전체적인 증상제거의 효과가 나타난다.

3) 불안장애

공황장애와 광장공포증을 제외한 불안장애 중에서 어지러움을 잘 일으킬 수 있는 질환으로는 공포증, 범불안장애, 외상후 스트레스장애 등이 있다.

공포증의 치료는 일시적인 증상완화 목적으로 benzodiazepine계 항불안제를 공포상황에 노출되기 전에 미리 투약하여 예기불안을 감소시켜 주는데, 이는 행동요법의 보조수단으로 활용된다. 가장 잘 알려진 치료법은 행동치료이며 인지치료도 효과가 있다고 알려져 있다. 때로는 정신분석치료, 지지치료, 가족치료를 적용하기도 하고 최면술, 근육이완법, biofeedback 등을 사용할 수도 있다.

범불안장애의 치료는 환자 자신이 신체질환을 의심하기 때문에 우선 신체질환이 없음을 확인해 주는 것이 중요하다. 약물치료에서는 benzodiazepine계 항불안제가 일차 선택 약이다. 최소량으로 시작하여 효과를 볼 때까지 증량해 나간다. 2~6주간 사용하고 1~2주간에 걸쳐 점감한다. 필요할 때만 복용한다든가 일정 기간 동안만 복용하는 방법도 좋다. 남용을 피하기 위하여 buspirone이나 삼환계 항우울제, 항히스타민제를 사용할 수 있으며 최근에는 SSRI계의 항우울제가 상당한 효과가 있다고 알려져 있다. 불안의 말초 증상을 감소시키기 위하여 beta-adrenergic blocker들을 사용할 수도 있다. 분석적 정신치료나 지지적 정신치료를 시행할 수 있으며, 행동치료와 인지치료를 적용할 수도 있다.

외상후 스트레스장애는 생명을 위협하는 분명한 외상 또는 스트레스가 있을 후 수반되는 정신증세가 특징이다. 외상적 사건의 재경험, 회피행동과 일반적 반응의 둔화, 과민증상이 일 개월 이상 지속적으로 나타나는 경우에 진단할 수 있다. 치료에 있어서 초기에 조기 발견하여 적절한 약물 및 단기정신치료를 실시하여 초기에 업무에 임하도록 하는 것이 좋다. 심한 경우에는 입원하여 지지적 정신치료 및 사회복귀를 위한 재활치료를 시도해야 한다. 약물치료로는 삼환

계 항우울제가 좋으며 용량은 우울증 치료 때와 같으며 치료기간은 최소 8주간이다. 그 외 SSRI, MAO 억제제, 항경련제, colnidine과 propranolol도 효과가 있다고 알려져 있다. 환자가 걱정을 보이면 단기간 항정신병 약물을 사용할 수도 있다. 정신사회적 치료는 단기간 사용하며 위기개입(crisis intervention)기법이 사용된다. 행동치료, 인지치료, 최면술 등도 사용된다.

4) 우울증

우울증은 1년 정도 치료하면 80~90%의 환자가 치료된다. 우울증의 치료에는 약물치료와 정신치료의 중요한 두 가지 치료방법이 있다. 경우에 따라 약물치료나 정신 치료 중 한 가지방법으로 충분할 수도 있고 어떤 경우에는 병합치료가 필요하다.

약물치료로는 항우울제를 주로 사용하는데, 항우울제에는 여러 가지 종류가 있으며 중독성이나 흥분성은 없다. 일반적으로 2~4주가 지난 후에 효과가 나타난다. 공존하는 내과적 문제를 알아보아야 하며, 용량을 결정하고 잠재적인 약물 상호작용을 최소화하기 위해 현재 투약 중인 약물을 파악하게 된다. 종종 환자들은 여러 약을 같이 먹는 것이 필요할 수도 있으며 효과적인 약을 찾기 전에 용량을 조절할 필요도 있다. 그러므로 약물용량과 부작용을 조절하기 위해 의사를 지속적으로 정기적으로 만나서 상의하는 것이 필요하며, 의사가 약의 중단을 권고할 때까지 투약을 지속하는 것이 중요하다. 증상이 완전히 관해된 후에도 최소 6개월간의 유지요법이 필요하며 이후 점차로 감량하여 약을 중단하도록 한다. 가끔 우울증 환자들에게 기분안정제(mood stabilizer)를 사용하기도 하는데, 여기에는 lithium이나 항전간제(antiepileptic agent; carbamazepine, valproate, lamotrigine 등), clonazepam, 그리고 propranolol이나 atenolol 등이 포함된다. 이 약물들은 기분의 굴곡을 정상화 시켜주는 작용을 하며, 양극성 우울증 환자가 기분변화가 있을 때 이를 안정시키기 위해서 사용하고 때로는 항우울제 단독으로 반응이 없는 경우에 항우울제와 같이 사용될 수 있다. 우울증상에 불안이 빈번하게 동반되기 때문에 항불안제를 항우울제와 같이 사용한다. 필요에 따라 항정신병 약물, 갑상선 제제 등도 사용할 수 있다.

정신치료는 질병의 이차적 장애 방지, 역동적 용인의 해결, 의사소통능력의 증가, 긴장감소, 대인관계의

와 사회 적응을 위해 정신치료가 필요하다. 가벼운 우울증에서 효과적으로 적용할 수 있다. 정신분석적 정신치료, 인지치료, 대인관계치료, 가족치료 등이 사용된다.

5) 신체형 장애

여러 가지 신체형장애에 속하는 장애들의 치료에 있어서는 의사 한 사람이 주로 책임지고 정기적으로 일관성 있게 치료하는 것이 좋다. 특히 검사나 진찰을 환자의 요구에 따라 반복하는 것은 피하는 것이 좋다. 의사는 신체증상이 감정표현의 하나라는 것을 잘 이해해야 하며 신체질환이라는 것을 시인해서도 안되며 신체증상을 무시해서도 안된다. 우선적으로 증상 완화를 이루고 난 후에 정신치료적 접근을 한다. 치유(cure)보다는 돌봄(care), 치료(treatment)보다는 관리(management)한다는 개념을 가지고 환자를 돌봐야 한다. 일반적인 지침은 다음과 같다. ① 설명을 충분히 잘 할 것, ② 정기적으로 진찰할 것, ③ 기분과 불안 모두를 치료할 것, ④ 약물의 병용을 최소화할 것, ⑤ 적응증이 된다면 특수치료도 이용할 것, ⑥ 증상을 악화시키는 사회역동을 변화시킬 것, ⑦ 역전이의 부정적인 반응을 인지하고 조절할 것 등이다. 약물치료 즉 항불안제, 항우울제 등으로 치료를 시도할 수 있다.

6) 신체형 공포성 체위성 어지러움

환자들은 기질적 질환에 대한 공포가 심하므로 세밀한 신경학적 검사를 우선 시행한 후에 환자들의 공포를 줄이는 치료방법이 주가 되고 공포반응을 유발시키는 원인과 요인들에 대해 자세한 설명을 하는 것도 도움이 된다. 환자의 공포를 유발시키는 상황에 반복적으로 노출시키는 행동치료의 일종인 자가-탈감작법(self-desensitization)이 효과적이다. 기저의 인격장애가 문제가 된다면 정신치료가 도움이 되며, 환자의 증상에 따라 항정신성 약물을 투여할 수도 있다.

7) 히스테리아

신체형장애의 일반적인 지침을 따르는 것이 중요하며, 철저한 신체검사를 한 후 재검사를 허용해 주지 말고, 불필요한 투약들 될 수 있는 대로 제한하면서 이차적 이득의 만족을 차단해야 한다. 약물치료로는 주로 benzodiazepine계 약물로 증세 자체를 완화시키

며 필요에 따라 약물유도수면요법도 병행한다. 정신 치료는 돌보는 태도로서 권위를 가지고 시행하는 지지적 정신치료가 효과적이며 때로는 분석적 정신치료도 시행할 수 있다.

8) 외상후 어지러움

시간이 경과함에 따라 현저하고 지속적인 증상의 감소를 보인다. 수상 후 2일경 73%에서 3개월경에는 24%로 감소하며, 1년이 경과한 후에는 1% 미만의 환자가 증상을 호소한다.

두부외상 후의 행동 상의 합병증은 복합적이므로 여러 분야의 접근을 필요로 한다. 물질남용을 치료해야 하며, 항정신성 약물을 사용하는 경우에는 조심스럽게 사용하여야 한다. 환자의 증상에 따라 대증요법으로 항정신성 약물을 사용한다. 행동치료, 인지치료 정신치료가 효과적이다.

결 론

Furman과 Jacob¹⁾은 정신과적 치료가 도움이 되는 경우를 자신들의 새롭고 좁은 정의에 적합하거나, 동반된 정신과적 문제에 의하여 어지러움이 매우 심하게 증폭되거나, 혹은 어지러움보다는 다른 정신과적 증상을 나타내는 환자들에게 이러한 증상이 사회기능이나 삶의 질을 저하시킬 정도인 경우에 정신과적 치료를 권할 것을 제안하고 있다. 즉, 이는 정신과적 질환이 아닌 경우에는 대해 우선 신경이과적으로 집중적인 치료가 더 필요하다고 제안하는 것으로 생각된다.

그러나 동양인 특히 우리나라 사람들은 자신의 심리적인 증상을 호소하기보다는 이차적으로 나타나는 신체증상에 예민하고 이에 집착하는 경향이 매우 높은 것으로 알려져 있다. 실제 내과 계열에서 치료받는 수많은 환자들도 기저의 정신과적 질환을 간과하고 상당기간 치료를 받다가 정신과에서 치료받게 되는 경우가 많은데, 이는 초기에 진단과 치료를 담당하는 의사가 관심을 기울이면 정신과적 질환에 대한 감별진단이 가능할 것으로 생각되며, 심인성 어지러움 환자에게서도 같이 적용될 수 있을 것이다.

어지러움 환자에 대해 일차적으로 이비인후과나 신경과에서 검사 및 진단을 실시 후, 기질적인 문제가

나타나지 않거나 기질적인 문제가 있을지라도 다른 정신과적 증상이 상당히 동반되고 있는 경우에는 정신과 자문이나 전과를 통하여 정신과적 치료를 적용함으로써, 심인성 어지러움 환자들에게 높은 치료성공률을 보일 수 있고 결과적으로 전체 어지러움 환자의 치료에서도 좋은 결과를 보일 수 있을 것이다. 환자에 대한 포괄적인 공식화와 적절한 치료계획을 세우는 체계적인 접근이 성공적인 귀결과 회복을 이룰 수 있을 것이다.³³⁾ 어지러움 환자의 치료에 있어서 한 분야만의 접근이 아니라 여러 분야에서 환자의 증상에 맞게 접근하는 환자중심의 치료적 접근이 이루어져야 할 것이다.

REFERENCES

- 1) Furman JM, Jacob RG. *Psychiatric dizziness. Neurology* 1997;48:1161-6.
- 2) Barsky AJ III. *Patients who amplify bodily sensations. Ann Intern Med* 1979;91:63-70.
- 3) Brandt T. *Vertigo: its multisensory syndromes. London: Springer Verlag; 1991 p.291-306.*
- 4) Kirk C, Saunders M. *Primary psychiatric illness in a neurological out-patient department in north east England. Acta Psychiat Scand.* 1977;56:294-302.
- 5) Kroenke K, Lucas CA, Rosenberg ML, Scherokman B, Herbers JE, Wehrle PA. *Causes of persistent dizziness-a prospective study of 100 patients in ambulatory care. Annals of Internal Medicine* 1992;117:898-904.
- 6) Lee KK, Lee JY, Kim HW, Lee JY, Paik KC, Kim JI. *Psychiatric symptoms manifested in patients with psychogenic dizziness. J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1999;38:956-65.
- 7) Bath AP, Walsh RM, Ranalli P, Tyndel F, Bance ML, Mai R, et al. *Experience from a multidisciplinary 'dizziness' clinic. Am J Otol* 2000;21:92-7.
- 8) Eckhardt-Henn A, Breuer P, Thomalske C, Hoffman SO, Hopf HC. *Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. J Anx Dis* 2003;17:369-88.
- 9) Jacob RG, Redfern MS, Furman JM. *Optic flow-induced sway in anxiety disorders associated with space and motion discomfort. J Anx Dis* 1995;9:411-25.
- 10) Yardley L, Britton J, Lear S, Bird J, Luxon L. *Relationship between balance system function and agoraphobic avoidance. Behav Res Ther* 1995;33:435-9.
- 11) Jacob RG, Furman JM, Durrant JD Turner SM. *Surface*

- dependence; A balance control strategy in panic disorder with agoraphobia. *Psychosom Med* 1997;59:323-30.
- 12) Jacob RG, Moller MB, Turner SM, Wall III C. Otoneurological examination of panic disorder and agoraphobia with panic attacks: a pilot study. *Am J Psychiatry* 1985;142:715-20.
 - 13) Jacob RG, Lilienfeld SO, Furman JM. Space and motion phobia in panic disorder with vestibular dysfunction: Further clinical observation and description of space and motion phobic stimuli. *J Anx Dis* 1989;3:117-30.
 - 14) Hoffman DL, O'Leary DP, Munjack DJ. Autorotation test abnormalities of the horizontal and vertical vestibulo-ocular reflexes in panic disorder. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;110:259-69.
 - 15) Sklare DA, Stein MB, Pikus AM, Uhde TW. Disequilibrium and audiovestibular function in panic disorder: symptom profiles and test findings. *Biol Psychiatry* 1989;25 suppl 1:A185
 - 16) Jacob RG, Furman JM. Psychiatric consequences of vestibular dysfunction. *Curr Opin Neurol* 2001;14:41-6.
 - 17) Jacob RG. Panic disorder and the vestibular system. *Psychiatr Clin North Am* 1988;11:361-74.
 - 18) Klein DF. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:306-17.
 - 19) Morris JS, Fritch CD, Perret DI, Rowland D, Young AW, Calder AJ, et al. A differential neural response in the human amygdala to fearful and happy facial expression. *Nature* 1996;383:812-5.
 - 20) Yates BJ, Goto T, Kennan L, Bolton PS. Responses of caudal medullary raphe neurons to natural vestibular stimulation. *J Neurophysiol* 1993;70:938-46.
 - 21) Moore BE, Atkinson M. Psychogenic vertigo. *Arch Otolaryngol* 1958;67:347-53.
 - 22) Drachman DA, Hart CW. An approach to the dizzy patient. *Neurology* 1972;22:323-34.
 - 23) Nedzelski JM, Barber HO, McIlmoyl L. Diagnoses in a dizziness unit. *J Otolaryngol* 1986;15:101-4.
 - 24) Clark MR, Sullivan MD, Fischl M, Katon WJ, Russo JE, Dobie RA, et al. Symptoms as a clue to otologic and psychiatric diagnosis in patients with dizziness. *J Psychosom Res* 1994;38:461-70.
 - 25) Herr RD, Zun L, Mathews JJ. A directed approach to the dizzy patient. *Ann Emerg Med* 1989;18:664-72.
 - 26) Derogatis LR, Melisaratos N. The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine* 1983;13:595-605.
 - 27) Ruckenstein MJ, Staab JP. The basic symptom inventory-53 and its use in the management of patients with psychogenic dizziness. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;125:533-6.
 - 28) Persoons P, Luyckx MA, Desloovere C, Vandenberghe J, Fischler B. Anxiety and mood disorders in otorhinolaryngology outpatients presenting with dizziness: Validation of the self-administered PRIME-MD Patient Health Questionnaire and epidemiology. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25:316-23.
 - 29) Ballenger JC. Biologic aspect of panic disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143:516-8.
 - 30) Page NGR, Gresty MA. Motorist's vestibular disorientation syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985;48:729-35.
 - 31) World Health Organization. *International Classification of Diseases, 10th revision*. Geneva, World Health Organization. 1992.
 - 32) American Psychiatric Association. *Diagnosics and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition*. Washington DC, American Psychiatric Association. 1994
 - 33) Clark MR, Swartz KL. A conceptual structure and methodology for the systematic approach to the evaluation and treatment of patients with chronic dizziness. *J Anx Dis* 2001;15:95-106.