



노인 정신질환 분류

이 동 우* | 인제대학교 의과대학 상계백병원 정신과

Classification of psychiatric disorders of the elderly

Dong-Woo Lee*

Department of Psychiatry, Inje University Sanggye Paik Hospital, Inje University College of Medicine, Seoul, Korea

*Corresponding author: Dong-Woo Lee, E-mail: dwlee@paik.ac.kr

Received October 11, 2010 Accepted October 26, 2010

Abstract

Mental disorders in the elderly people are one of the main health problems of Korea due to the rapid aging of the population. Knowledge about the classification of mental disorders in the elderly people is required for the proper clinical treatment of the mentally ill elderly people. The two most important psychiatric classification systems are the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders text revision (DSM-IV-TR) developed by American Psychiatric Association and the International Classification of Diseases developed by the World Health Organization. These two classification systems are based on the clinical features. Specified diagnostic criteria which describe the clinical features are provided for each specific mental disorder. The DSM-IV-TR lists 365 disorders in 17 sections, which will briefly be described in this article. The diagnostic criteria of the some common and important mental disorders of the elderly people will be described in detail.

Keywords: Mental disorders; Aged; Classification; Diagnostic criteria

서 론

우리나라는 최근 급속한 인구의 고령화를 경험하면서 노인의 건강문제 또한 급증하고 있다. 노인 정신질환 또한 증가일로에 있으나 정신질환에 대한 편견과 비전형적 임상 양상으로 인해 치료가 필요한 환자의 일부만이 치료를 받고 있는 실정이다. 따라서 고령화사회를 맞아 노인들의 건강관리를 위해서는 임상가들이 노인 정신질환의 진단분류체계에 대한 충분한 지식을 가지고 진료에 임해야 한다.

정신질환의 진단분류는 신체질환의 진단분류와는 다른

특성을 가지고 있다. 즉 신체질환의 진단분류는 주로 원인에 따라 이루어지고 진단의학적 검사를 비롯한 검사 소견의 도움을 많이 받을 수 있는 반면, 정신질환의 진단분류는 주로 환자의 증상에 따라 분류가 이루어지고 객관적인 검사보다도 병력청취, 신체검사, 정신상태검사 등의 임상 술기에 더 많이 의존한다.

따라서 올바른 정신의학적 진단분류를 위해서는 정신의학적 진단분류체계에 대한 올바른 지식을 바탕으로, 적절한 수련을 통해 습득된 병력청취 및 면담기술이 발휘되어야 한다. 또한 노인 정신질환의 진단분류에서는 노인 특유의 비

Table 1. DSM-IV classification of mental disorders [3]

Disorders usually first diagnosed in infancy childhood, or adolescence
Delirium, dementia, and amnesic and other cognitive disorders
Mental disorders due to a general medical condition not elsewhere classified
Substance-related disorders
Schizophrenia and other psychotic disorders
Mood disorders
Anxiety disorders
Somatoform disorders
Factitious disorders
Dissociative disorders
Sexual and gender identity disorders
Eating disorders
Sleep disorders
Impulse-control disorders not elsewhere classified
Adjustment disorders
Personality disorders
Other conditions that may be a focus of clinical attention
Additional codes

Table 2. ICD-10 classification of mental disorders

F00 to F09 Organic, including symptomatic, mental disorders
F10 to F19 Mental and behavioral disorders due to psycho-active substance use
F20 to F29 Schizophrenia and schizotypal and delusional disorders
F30 to F39 Mood (affective) disorders
F40 to F48 Neurotic stress-related and somatoform disorders
F50 to F59 Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors
F60 to F69 Disorders of adult personality and behavior
F70 to F79 Mental retardation
F80 to F89 Disorders of psychological development
F90 to F98 Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

전형적인 임상양상에 대한 임상적인 경험과 지식도 요구된다. 본 논문에서는 정신질환의 진단분류체계와 그 특성을 간단히 소개한 후 노인환자의 임상 실재에서 자주 문제가 되는 치매, 섭망, 우울증의 분류체계에 대해 상술하도록 하겠다.

노인 정신질환의 진단분류

정신질환의 진단분류체계의 목적은 첫째, 하나의 정신과적 진단과 다른 진단을 구분하여 임상이가 가장 적절한 치료를 제공할 수 있게 하는 것이며, 둘째, 보건 의료 전문가들 사

이에 공통된 언어를 제공하는 것이다. 현재 가장 널리 쓰이고 있는 정신질환의 진단분류체계는 미국세계정신의학회 협회가 편찬한 정신장애의 진단 및 통계 편람 제4판의 개정판(Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV, 4th edition; DSM-IV-TR)[3]과 세계보건기구가 편찬한 국제질병분류 제10판(International classification of diseases, 10th edition; ICD-10)이다.

DSM-IV-TR과 ICD-10은 모든 기준들이 완벽하게 일치하지는 않으나 서로 호환 가능하게 구성되어 있으며, 다음과 같은 특징을 공유하고 있다. 첫째, 기술적인 접근법을 취한다는 것이다. 질병의 원인에 관한 이론적 가설을 배제하며 주로 임상양상에 관한 기술을 통해 정신질환을 정의한다. 둘째, 각각의 정신질환에 대해 특이적인 진단기준을 제시한다는 것이다. 각 정신질환의 특이적인 임상양상들의 목록을 제시한 후 이러한 양상들 중 몇 가지 이상을 만족해야만 진단을 내릴 수 있도록 함으로써 진단의 신뢰도를 높일 수 있도록 하고 있다.

DSM-IV-TR에는 365개의 질환이 17개의 장에 포함되어 있으며(Table 1) 추가 연구를 위해 제안된 몇몇의 진단기준이 부록으로 포함되어 있다. 각 질환에 대한 토론, 역학, 병태, 진단, 동반이환, 감별진단, 임상양상, 치료를 포함하는 내용이 세부적으로 설명되어 있다. ICD-10에는 개별 질환들이 10개의 장에 포함되어 있는데(Table 2), DSM-IV-TR 체계의 모든 질환들이 ICD-10에 포함되어 있다.

노인 정신질환의 분류 또한 기본적으로 이러한 체계를 따른다. 다만 성인기에 비해 노년기에서는 섭망, 치매를 비롯한 일부 질환들이 보다 높은 유병률을 보이고, 우울증의 경

Table 3. Diagnostic criteria of delirium

Disturbance of consciousness (i.e., reduced clarity of awareness of the environment) with reduced ability to focus, sustain, or shift attention
A change in cognition (such as memory deficit, disorientation, language disturbance) or the development of a perceptual disturbance that is not better accounted for by a preexisting, established, or evolving dementia
The disturbance develops over a short period of time (usually hours to days) and tends to fluctuate during the course of the day
There is evidence from the history, physical examination, or laboratory findings that the disturbance is caused by the direct physiological consequences of a general medical condition

우와 같이 성인기와는 달리 비전형적 임상 증상들이 보다 두드러지게 나타나는 차이가 있다.

1. 유아기, 소아기, 청소년기에 흔히 처음으로 진단되는 장애

이 장의 질병들은 현상적인 특성에서의 공통성 보다는 유아기 및 소아청소년기에 처음 진단되는 발병 시기의 공통성으로 인해 함께 분류되었다. 지적장애, 광범위성 발달장애(과거에는 자폐증으로 불리던 질환), 주의력결핍 과잉행동장애, 틱장애 등이 대표적인 것으로, 이런 질환이 노년기에 나타나는 경우는 매우 드물다.

2. 섬망, 치매, 기억상실장애 및 기타 인지장애

이 장애에 포함되는 주요 질환은 병전의 기능 수준에 비해 기억력을 비롯한 인지기능에 임상적으로 의미 있는 결손이 있는 상태이다. 섬망은 노인의학의 임상경험이 충분하지 않은 의료진에 의해 흔히 치매로 오인된다. 그러나 섬망은 의식 수준의 급성적인 저하와 더불어 인지기능의 전반적 저하를 보인다는 점에 유의하면 치매와의 감별이 가능하다. 즉, 섬망의 핵심적 증상은 주의력감퇴 및 의식장애이며, 질병경과상 이러한 양상이 수일간에 걸쳐 급격히 발생하고 기복이 심하다는 특징이 있다. 인지기능의 저하 또한 단기간에 광범위한 장애를 보이고 심한 기복을 보이므로, 상대적으로 오랜 기간에 걸쳐 인지기능의 저하가 진행되는 치매와는 차이가 있다. 진단 기준은 Table 3와 같다.

치매는 라틴어의 'demens'에서 유래한 말로서 '정신이

Table 4. Diagnostic criteria of dementia of the Alzheimer's type

A. The development of multiple cognitive deficits manifested by both
A1. Memory impairment (impaired ability to learn new information or to recall previously learned information)
A2. One (or more) of the following cognitive disturbances: aphasia (language disturbance) apraxia (impaired ability to carry out motor activities despite intact motor function) agnosia (failure to recognize or identify objects despite intact sensory function) disturbance in executive functioning (i.e., planning, organizing, sequencing, abstracting)
B. The cognitive deficits in Criteria A1 and A2 each cause significant impairment in social or occupational functioning and represent a significant decline from a previous level of functioning
C. The course is characterized by gradual onset and continuing cognitive decline
D. The cognitive deficits in Criteria A1 and A2 are not due to any of the following: other central nervous system conditions that cause progressive deficits in memory and cognition (e.g., cerebrovascular disease, Parkinson's disease, Huntington's disease, subdural hematoma, normal-pressure hydrocephalus, brain tumor) systemic conditions that are known to cause dementia (e.g., hypothyroidism, vitamin B12 or folic acid deficiency, niacin deficiency, hypercalcemia, neurosyphilis, HIV infection) substance-induced conditions
E. The deficits do not occur exclusively during the course of a delirium
F. The disturbance is not better accounted for by another Axis I disorder (e.g., major depressive disorder, schizophrenia)

없어진 것'이란 의미를 가지고 있으며 인지기능장애가 핵심적인 증상이지만, 이러한 인지기능장애가 섬망에 비해 상대적으로 긴 기간에 걸쳐 진행되고, 섬망과 달리 질병 초기에는 정상적인 의식 수준을 보인다. DSM-IV-TR에서는 치매의 진단을 위해서 기억력장애(amnesia)가 필수적으로 존재하면서 실어증(aphasia), 실행증(apraxia), 실인증(agnosia), 관리기능장애(exective dysfunction) 중 한 가지 이상이 동반되기를 요구하고 있다. Table 4에 치매의 원인질환 중 가장 높은 빈도를 차지하는 알츠하이머병의 진단기준을 제시하였다. 이 장에서 기술되는 질병들은 과거에는 기질성정신장애의 일부로 분류되었으나, DSM-IV-TR에서는 기질성정신장애라는 용어가 더 이상 사용되지 않는다. 일부 질병을 "기질성"이라 지칭하는 것이 다른 질병들은 생물학적 요인과 무관하다는 잘못된 인상을 줄 수 있기 때문이다.

Table 5. Major depressive episode

A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning: at least one of the symptoms is either 1) depressed mood or 2) loss of interest or pleasure

Note: Do not include symptoms that are clearly due to a general medical condition, or mood-incongruent delusions or hallucinations

(1) Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad or empty) or observation made by others (e.g., appears tearful). Note: In children and adolescents, can be irritable mood

(2) Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation made by others)

(3) Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. Note: In children, consider failure to make expected weight gains.

(4) Insomnia or hypersomnia nearly every day

(5) Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down)

(6) Fatigue or loss of energy nearly every day

(7) Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick)

(8) Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others)

(9) Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide

B. The symptoms do not meet criteria for a mixed episode

C. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning

D. The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition (e.g., hypothyroidism)

E. The symptoms are not better accounted for by bereavement, i.e., after the loss of a loved one, the symptoms persist for longer than 2 months or are characterized by marked functional impairment, morbid preoccupation with worthlessness, suicidal ideation, psychotic symptoms, or psychomotor retardation

3. 다른 곳에 분류되지 않는 일반적인 의학적 상태로 인한 정신장애

다른 곳에 분류되지 않는 일반적인 의학적 상태로 인한 정신장애는 섬망, 치매, 기억상실장애, 정신병적 장애, 기

분장애, 불안장애, 성기능 부전, 수면장애, 긴장형장애, 인격변화의 10가지 장애를 포함한다.

4. 물질관련 장애

DSM-IV-TR에서 물질관련 장애는 의존, 남용, 의존(섬망을 동반하는/동반하지 않는), 금단(섬망을 동반하는/동반하지 않는), 치매, 기억상실장애, 정신증적장애, 기분장애, 불안, 성기능부전, 수면장애를 포함한다. 장애를 일으키는 원인이 되는 물질로는 알코올, 암페타민, 카페인, 마리화나, 코카인을 비롯한 11가지의 물질들이 포함되어 있다.

5. 정신분열병과 기타 정신증적 장애

이 장에서는 임상적으로 특징적인 정신증적 증상을 가지고 있는 8가지의 특정한 장애가 포함되며 이는, 정신분열병, 정신분열형장애, 분열정동장애, 망상성장애, 단기 정신증적 장애, 공유 정신증적 장애, 일반적인 의학적 상태로 인한 정신증적 장애, 물질로 유발된 정신증적 장애, 달리 분류되지 않는 정신증적 장애이다. 이 장에서 분류된 장애들은 감별진단을 하기위한 분류이고, 여기에 포함된 질병들이 병인학적으로 연결되어 있다는 것을 의미하지는 않는다.

6. 기분장애

기분장애에는 주요 우울장애, 양극성장애 I, 양극성장애 II, 기분부전장애, 일반적인 의학적 상태 혹은 물질로 유발된 기분장애 등의 장애들이 포함된다. 이러한 기분장애 중 임상 현장에서 흔히 접하게 되는 주요 우울장애의 진단 기준은 Table 5와 같다. 그러나 노년기 우울증의 경우는 비전형적인 증상들이 두드러지게 나타나는 경우가 많다. 즉, 전형적인 우울감의 호소가 적고 신체적 증상의 호소가 흔하며 수면장애, 불안증상이 두드러지게 나타나는 경우가 많다. 따라서 임상가들은 평소에 주요 우울증의 진단기준을 숙지하고 이러한 증상의 존재 여부를 정신의학적 면담을 통해 확인할 수 있어야 한다.

7. 불안장애

불안장애에는 불안을 주된 임상 증상으로 보이는 10가

지의 특정한 장애들이 포함된다. 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 강박장애, 외상 후 스트레스장애, 급성 스트레스장애, 범불안장애, 물질로 유발된 불안장애, 일반적인 의학적 상태로 인한 불안장애 등이 여기에 포함되는 질병들이다.

8. 신체형 장애

신체형 장애의 공통적 특징은 일반적인 의학적 상태를 시사하는 신체적 증상이 나타나는 것이지만 이 신체증상이 충분히 설명되지 않는 것이다. 신체화 장애, 감별 불능 신체형 장애, 전환장애, 동통장애, 건강염려증, 신체변형장애 등이 있다.

9. 허위성 장애

허위성 장애는 환자역할을 맡기 위해 신체적인 혹은 심리적인 증상을 의도적으로 만들어 내는 것이다. 허위성 장애는 거짓된 증상을 호소하는 피병과 감별해야 한다. 허위성 장애는 주된 증상에 따라 주로 심리적인 징후와 증상이 있는 것, 신체적인 징후와 증상이 있는 것, 심리적 그리고 신체적 징후와 증상이 함께 있는 것 세 가지의 아형으로 나뉜다.

10. 해리성 장애

해리성 장애의 필수 증상은 일반적으로 통합적인 기능의 식, 기억, 정체감, 환경에 대한 지각에서 붕괴가 일어나는 것을 특징으로 하며 해리성 기억상실, 해리성 둔주, 해리성 정체감장애, 이인성 장애 등이 있다.

11. 성적 장애 및 성 정체감장애

성적 장애는 성기능장애, 성도착증, 성주체성장애로 크게 세 가지로 분류된다. 성기능장애는 성적 흥분의 장애나 정신생리적 수행의 장애를 포함한다. 성도착증은 문화적으로 부적절한 양상의 성적 흥분을 의미한다. 성주체성장애는 자신의 생물학적 성에 만족하지 못한 결과 반대의 성이 되고 싶은 욕구를 가진 상태이다.

12. 수면장애

수면장애는 먼저 추정되는 원인에 따라 일차성 수면장애,

다른 정신장애로 인한 장애, 일반적인 의학적 상태로 인한 수면장애, 물질로 유발된 수면장애로 분류된다. 일차성 수면장애는 그 양상에 따라 다시 일차성 불면증, 일차성 수면과다증, 수면발작증, 호흡 관련 수면장애, 일주기 리듬 수면장애 및 3가지 수면 관련장애(악몽장애, 수면 중 경악장애, 수면 중 보행장애)로 분류된다.

13. 다른 곳에 분류되지 않는 충동조절장애

충동조절장애의 핵심적인 임상양상은 자신 혹은 타인에게 해가 될 수 있는 행위를 하려는 충동을 이겨내지 못하는 것이다. 이 장애 분류된 장애에 이환된 개인은 행위가 이루어지기 전에 긴장감이 고조되었다가 행위가 이루어진 후 안도감을 경험한다. 간헐적 폭발성장애, 병적 도벽, 병적 방화, 발모광 등이 있다.

14. 적응장애

적응장애는 개인의 스트레스에 대한 반응이 정상적 범위를 넘어설 때 혹은 증상이 개인의 기능에 심각한 장애를 초래할 때 진단된다. 적응장애는 주요 증상 특징에 따라 여러 아형으로 구분되는데, 우울기분, 불안, 불안과 우울이 섞인 것, 품행장애, 감정 및 품행장애가 있는 것, 불특정형 등이다.

15. 인격장애

인격은 청소년기 혹은 초기 성인기부터 오랜 시간 지속되어 나타나는 한 개인과 타인간의 상호작용 속에 나타나는 특징적인 패턴으로서, 개인이 자기 자신을 어떻게 생각하는지, 어떻게 타인과 관계를 맺는지, 어떻게 외부사건을 해석하고 처리하는지, 그리고 이런 상황에서 어떻게 감정적으로 반응하는지를 포함한다. 이러한 인격양상이 경직되고 탄력적이지 못하며 심각한 고통이나 기능장애를 야기한다면 DSM-IV-TR에서 인격장애로 진단될 수 있다.

결 론

노인에서의 정신질환은 성인기의 경우에 비해 상대적인

빈도에 차이가 있을 뿐, 기본적으로 동일한 진단분류체계를 따른다. 정신질환의 진단분류체계는 기본적으로 병인론적인 접근보다는 증상과 징후에 대한 기술적인 접근을 취하는 특성이 있다. 따라서 노인 정신질환의 진료에 임하는 임상가는 정신과질환의 진단분류체계 전반에 대한 지식과 각 질환별로 제시된 진단기준에 대한 지식을 습득해야 한다.

노인 정신질환의 진단을 더욱 어렵게 하는 것은 비전형적인 임상양상이 드물지 않게 나타나고 이러한 비전형적인 임상양상으로 인해 감별진단의 어려움 또한 발생한다는 것이다. 환자와 가족이 호소하는 증상이나 표면적으로 드러난

증상에 경도된 채 전체적인 임상양상을 파악하지 못하면 잘못된 진단분류로 인해 환자의 임상경과에 악영향을 줄 수 있는 것이다. 따라서 임상가는 각 질환의 진단기준을 숙지한 상태에서 진료에 임할 필요가 있다.

핵심용어: 노인 정신질환; 진단기준; 분류

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. 943 p.



Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 고령화 사회에서 점차 유병률이 높아지고 있는 노인 정신질환의 분류체계에 대해 체계적으로 소개하고 있다. 정신질환의 분류체계는 아직 원인론적이지 아니라 증상의 기술적인 방식을 따르고 있으나 최근 소화기기능성 장애의 분류 등에서도 이를 사용하는 등 뇌질환의 분류체계로서 합리성을 가지고 있다. 다만 성인과 노인이 구분된 분류체계는 아직 제시되고 있지 않은 상태로 노인의 특성을 반영한 진단체계의 필요성이 제시될 필요가 있다.

[정리: 편집위원회]