



노인 정신질환 정신사회적 치료

유 승 호* | 건국대학교 의학전문대학원 건국대학교병원 정신과학교실

Psychosocial treatment of psychiatric disorders of the elderly

Seung-Ho Ryu, MD*

Department of Psychiatry, Konkuk University Medical Center, Konkuk University School of Medicine, Seoul, Korea

*Corresponding author: Seung-Ho Ryu, E-mail: shryu@kku.ac.kr

Received October 11, 2010 Accepted October 26, 2010

Abstract

Interest in psychosocial treatment as non-pharmacologic treatment in the elderly has been increasing, and this treatment has become an important therapeutic approach for the following common psychiatric disorders: depressive disorder, anxiety disorder, some psychological conditions, and some cognitive disorders. Some examples of the psychosocial treatments frequently used with older people with psychiatric disorders are cognitive behavior therapy, interpersonal therapy, individual psychotherapy, reality orientation, validation therapy, reminiscence therapy, and cognitive training. Those treatment options should be used carefully in light of individual needs and optimal objectives for the elderly and their caregivers. It is crucial for the clinician to understand the characteristics and clinical applications of each psychosocial treatment for the elderly in particular. Further studies are needed to demonstrate the feasibility and effectiveness of old and new psychosocial treatment modalities for older people with psychiatric disorders. Psychosocial treatments are very important with or without pharmacological treatment in the elderly with psychiatric problems. Clinician should become familiar with various psychosocial treatments.

Keywords: Non-pharmacologic treatment; Psychosocial treatment; Aged; Psychiatric disorders

서론

노인에서 발생하는 정신질환에 대한 비약물치료로 시도할 수 있는 정신사회적 치료는 질병에 따라 단독으로 시행되거나 여러 가지가 동시에 시행될 수 있다. 이러한 치료는 약물치료에 우선하여 실시될 수 있고 동시에 또는

보조적으로 시행되기도 한다. 노인에서 발생하는 정신질환이 다양하고 복합적이어서 약물치료를 포함해서 정신사회적 치료는 각 질환에 따라 개별화된 방식으로 적용이 되어야 할 것이다. 정신사회적 치료가 적용되는 상황은 증상이 가벼운 질환에서 약물치료의 대체방법으로 시행될 수 있다. 또한 우울장애와 같은 질환에서는 흔히 약물치료에 병합하

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Table 1. Psychosocial treatments used with elderly

Treatment modalities	Applications
Cognitive behavior therapy	Depression, anxiety disorders, distress of dementia caregiver
Interpersonal therapy	Depression, anxiety disorders
Individual psychotherapy : supportive and dynamic	Many conditions as in younger adults with some limitations and barrier
Cognitive stimulation	Dementia, other cognitive disorders, normal aging/cognition or emotion and behavior
Cognitive rehabilitation	
Cognitive training	
Reality orientation	
Validation therapy	
Reminiscence therapy	
Rife review	
Multisensory stimulation and exercise	

여 정신사회적 치료가 시도된다. 치매와 같은 질환에서 인지기능을 호전시키기 위해 약물과 병용하여 시행하거나 다양한 행동문제를 치료하는데 흔히 약물치료에 우선하여 시도된다. 정신사회적 치료는 노인을 돌보는 상황에서 보호자의 부담 및 스트레스를 관리하기 위해 시도되기도 한다. 또한 뚜렷한 정신질환뿐 아니라 노화와 관련된 다양한 심리적 문제들을 다루는데 사용된다[1].

노인 정신질환에서 흔히 사용되는 약물치료는 젊은 성인과 달리 다양한 제약이 존재한다. 약동학(pharmacokinetics)과 약역학(pharmacodynamics)의 변화뿐 아니라 다양한 내과적 질환의 동반과 약물의 복용 등의 문제로 적극적인 약물치료가 어려운 경우가 많다. 따라서 정신사회적 치료의 적절한 사용은 치료 자체로서의 효과뿐 아니라 노인에서 치료로 인한 다양한 부작용을 감소시키고 노인이나 보호자의 삶의 질을 증가시키는 역할을 한다. 노인에서 흔히 사용되는 정신사회적 치료는 치매와 같이 노인에서 특이하게 적용되는 치료로부터 우울증이나 다른 신경증적 질환에서와 같이 젊은 성인부터 노인에게 적용되는 치료까지 다양하다. 노인에서 흔히 사용되는 정신사회적 치료법과 적용이 Table 1에 기술되었다. 본 특집의 정신사회적 치료 부분에서는 각 질환에서 어떠한 정신사회적 치료가 적용되는지를 간단하게 기술하고 각각의 정신사회적 치료기법들을 기술하고자 한다.

노인에서의 정신사회적 치료의 적용

1. 우울증 및 기타 정신질환

우울증의 치료에서 노인도 젊은 성인에서와 마찬가지로 항우울제 투약에 잘 견디며 치료효과도 좋다[2]. 따라서 일부 가벼운 우울증을 제외하고는 대부분 약물치료가 우선시 된다. 그러나 약물치료의 경우 선택적 세로토닌 재흡수 억제제와 같이 효과와 부작용 측면에서 우수한 새로운 약물들이 등장했음에도 노인에서는 동반질환이 많고 약물상호작용 등의 문제로 약물치료를 쉽게 적용하기 어려울 수 있다. 우울증에서의 정신사회적 치료는 노인에서도 흔히 약물과 병합할 때 더욱 큰 효과를 보일 수 있다[3]. 다른 정신질환으로 불안장애 등 신경증적 장애, 정신병적 장애, 양극성 장애, 물질관련 장애 등이 있는데, 대부분 젊은 성인에서의 치료의 연장 측면에서 접근한다. 따라서 약물치료와 함께 이들 질환들에서 인지행동치료, 대인관계치료, 개인정신치료 등 다양한 정신사회적 치료를 시행할 수 있다.

2. 치매성 질환

노인에서 우울증과 함께 흔하고 문제가 되는 질환으로 치매가 있다. 다양한 원인으로 인해 치매가 발생하지만, 많은 치매에서 약물치료는 물론 정신사회적 치료로 상태의 호전 및 진행의 중단을 기대하기 어렵다. 치매환자에서 정신사회

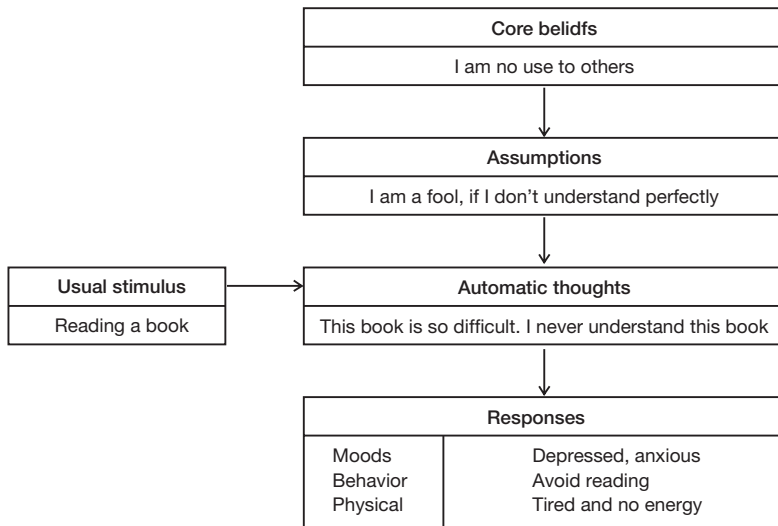


Figure 1. Cognitive distortion and emotional response.

적 치료는 인지재활치료와 같이 남아 있는 기능을 극대화하거나 일시적인 기능수준의 호전을 가져올 수 있지만, 질병의 진행상태에 따라 개별화된 목표를 가지고 적용되어야 한다[4]. 치매에서는 다양한 정신사회적 요법들은 행동문제 그리고 보호자의 삶의 질의 증가 등에 효과적인 것으로 보인다[5]. 그런데 뇌의 퇴행성변화가 이미 진행된 치매 상태에서는 정신사회적 치료로 대뇌기능의 변화를 기대하기는 어렵지만, 노인에서도 대뇌의 가소성과 보존의 가능성이 있어, 치매가 진행되기 전에 예방과 인지기능의 증진을 위해 기억훈련 등과 같은 인지기반 치료에 대한 관심이 증가하고 있다[6]. 또한 치매의 경우 환자를 조호하는 보호자들의 스트레스나 부담이 크기 때문에 보호자를 위한 치료적 접근이 필요하다.

3. 노화와 관련된 심리적 문제들

노인에서는 신체적인 노화와 더불어 사회적으로 다양한 상실을 경험하게 된다. 은퇴, 가족들과 주변 지인들과의 이별 등 다양한 상실과 스트레스 그리고 죽음에 직면하게 된다. 삶을 성공적으로 살았든 실패했든 다양한 심리적인 문제를 가지게 된다. 따라서 이러한 심리적인 문제를 다루는 정신사회적 치료가 시도될 수 있다.

노인에서의 정신사회적 치료에서 고려해야 할 점

노인에서 정신사회적 치료를 시행하는데 젊은 성인과 달리 많은 어려움이 있을 수 있다. 대다수 노인들은 거동이 가능하여 치료를 받기 위해 병원을 쉽게 방문할 수 있지만, 일부 노인들은 거동이 불편하여 병원에 내원하는데 특별한 문제가 발생한다. 이러한 문제를 해결하기 위해 독서요법이 제시되기도 하였다[7]. 또한 최근에 관심이 증가하고 있는 인터넷이나 전화를 통한 원격진료시스템이 도움을 줄 가능성이 있다[8]. 그러나 정신사회적 치

료의 특성상 이러한 방법의 사용은 직접 만나서 시행하는 것에 비해 어려움이 크다. 또한 노인에서는 감각과 인지능력의 상태에 대한 고려가 필요하다. 청각, 시각 등 감각의 저하를 고려해서 이를 어느 정도 교정할 수 있는 도구를 사용해야 한다. 노인에서 발생할 수 있는 인지저하를 고려해야 하는데, 정신사회적 치료를 하는데 인지저하문제가 영향을 미칠 수 있다. 예를 들면 관리기능(executive function)의 저하가 범불안장애의 인지행동치료의 효과에 영향을 미친다고 한다[9].

노인에서의 정신사회적 치료기법들

1. 인지행동치료(Cognitive behavioral therapy)

1970년대 이후로 인지행동치료가 다양한 정신질환의 비약물치료로 많은 관심을 받아왔다. 행동치료와 인지심리학에 기초하여 인지행동치료는 행동패턴에 집중하여 의식적인 사고과정에도 초점을 맞춘다. Beck 등[10,11]이 우울증의 치료를 위해 적용한 이후로 불안장애의 주요치료로 자리잡고 있으며 현재는 적어도 젊은 성인에서는 주요 비약물적 정신사회적 치료로 간주된다. 인지행동치료의 주요 개념은 환자의 정서적인 상태가 환자 자신과 주위환경에 대한 정보

Table 2. The structure and process of interpersonal psychotherapy

Sessions	Structure	Process
1-2	Initial sessions	Interpersonal formulation Diagnosis Contract for therapy Interpersonal inventory
3-12	Middle sessions	Grief and loss, interpersonal disputes, role transition, interpersonal deficits Interpersonal work, specific techniques
13-14	Sessions for conclusion	Separation responses Review of progress Contingency planning
> 15	Sessions for maintenance	Contract for maintenance Relapse prevention

를 처리하는 방식에 의해 긍정적 혹은 부정적으로 나타나는 것이다(Figure 1). 즉, 환자의 본인과 주변에 대한 왜곡된 정보와 인식이 기분과 행동에 영향을 주고, 우울증 환자를 관찰한 결과 특징적인 부정적 자동사고가 있다고 가정하는 것이다. 이러한 부정적인 태도는 노인에서는 특히 노년기에 나타나는 부정적인 생활사나 빈곤한 사회환경에 의해서 현실적으로 나타날 수 있다. 특히 노년기에 발생하는 다양한 상실과 관련된 문제와 노화에 대한 일반적 부정적인 인식이 이러한 인지적 왜곡과 믿음을 강화하여 우울한 기분을 유발하기 쉽다는 것이다[12]. 따라서, 노인에서 인지행동치료는 환자의 사고패턴에 대한 정보와 은퇴, 질병, 관계의 문제 등 우울증을 유발할 수 있는 정보와 함께 진행되어야 한다[13].

인지행동치료는 보통 짧게 진행되는데, 통상적으로 16회기를 넘지 않는다. 횟수는 증상의 심한 정도나 주변상황에 따라 조정될 수 있다. 인지행동치료는 인지전략으로 분위기를 전환시키며 사고의 빈도를 측정하고 행동전략으로 실제 활동을 일기 등을 통해 모니터링 한다. 이러한 활동을 통해 활동의 저하가 우울증상을 악화시키는 것을 알게 하고, 자신에 대한 부정적 평가를 교정할 수 있도록 해준다. 또한 단계적으로 과제를 제시하여 이를 통해 행동의 변화를 가져오도록 한다. 인지행동전략으로 부정적인 자동사고를 알아내고 부정적 사고에 대해 의문을 제기하고 행동으로서 평가한다. 이러한 전략을 통해 부정적으로 도식화된 인지적 오류를

바꾸고 훈련을 반복적으로 함으로써 변화된 틀을 얻어 부정적인 감정을 해결하게 된다[14].

인지행동치료는 우울증의 치료에서 효과적인 것으로 보고되고 있으며 항우울제와 동등한 효과를 지닌다는 연구결과가 있고 항우울제와 병합투여했을 때 심한 우울증이나 만성적인 우울증에 효과적이라고 한다. 노인에서의 연구는 방법론적인 문제로 확실한 결론을 내리기는 어렵지만 많은 연구들이 효과를 보고하고 있다[15]. 또한

불안을 일으키는 인지적 왜곡과 악화에 대한 이론들을 고려할 때 불안장애도 인지행동치료가 효과적일 것으로 보인다[11,16].

2. 대인관계치료(Interpersonal psychotherapy)

대인관계치료는 항우울제의 치료반응을 비교하기 위한 위약개념으로 시도되었지만 대표적인 정신사회적 치료로 특히 우울장애에서 효과적으로 사용되고 있다[17]. 대인관계치료는 모든 연령에서 위약보다 우울증의 급성기치료에 효과적이라고 하는데 장기간의 유지요법이 재발방지에 효과가 있다고도 한다[18,19]. 그러나 많은 연구들에서 대인관계치료는 단독보다는 약물과 같이 병용했을 때 보다 강력한 효과를 나타낸다고 한다. 대인관계치료는 노인우울증에서 많은 연구가 진행되었는데, 노인에서 우울증의 치료에 효과적이며 역시 약물과 병합하여 시행하였을 때 효과적인데 젊은 성인에 비해 재발방지 효과 등이 큰 것으로 보고되었다[3,20,21]. 대인관계치료는 우울증 이외에 외상 후 스트레스장애, 사회공포증과 같은 불안장애에도 적용되고 있다[22].

대인관계치료는 환자의 외부세계에서의 관계를 다룬다. 우울증의 경우 생물학적인 요인이 중요하지만, 우울증은 대인관계의 문제가 있을 경우 발생하기 쉽고 또한 우울증이 대인관계에 미치는 영향도 크기 때문에 환자의 대인관계 문제를 기반으로 해서 접근한다. 이러한 이유로 대인관계치료

는 특히 노인에서 유용할 가능성이 높다[23]. 대인관계치료에서는 초기경험, 충족되지 않은 애착, 사회적 압력, 대인관계 네트워크의 붕괴 등에 초점을 맞춰 평가를 하고 치료의 적합성 여부를 판단하여 치료를 시작한다. 대인관계치료의 구조 및 과정을 Table 2에 제시하였는데 4가지 중요한 치료적 관심은 애도와 상실, 대인관계 역할의 논의, 역할의 변화, 대인관계의 결손 등이다. 대인관계치료는 우울증에서 유지치료로 보다 장기간 지속될 수 있는데, 이 경우에는 가끔 만나게 된다. 대인관계치료는 개인치료뿐만 아니라 집단치료적 방식으로도 효과적인 것으로 보인다[24].

3. 개인정신치료(Individual psychotherapy)

노인에 대한 개인정신치료는 프로이트가 정신분석의 적용증으로 노인을 배제시켰고 노인들이 변화에 대한 동기가 부족하고 치료에 잘 반응하지 않을 것이라는 편견이 있었기 때문에 젊은 성인에 비해 관심을 받지 못했던 실정이다[25]. 그러나 평균수명과 노인인구의 증가와 더불어 교육수준 및 생활수준의 증가로 건강하고 행복한 생명의 연장이 강조되고 임상 의사들의 개인정신치료에 대한 태도의 변화가 있어 최근에는 관심이 증가하고 있는 추세이다[26]. 개인정신치료는 크게 지지적 정신치료와 역동적 정신치료로 나눌 수 있다.

(1) 지지적 정신치료(Supportive psychotherapy)

정신과 임상에서 가장 흔히 사용되는 정신치료법은 지지적 정신치료다. 지지적 정신치료는 다양한 정신질환에서 기본적으로 사용된다. 임상 실재에서 의사의 적극적인 개입이 요구되는 접근법으로 안심시키기, 암시, 환기, 설득, 충고, 설명, 위로, 지도, 격려, 교육, 중재 등의 기법이 사용된다. 환자를 바라보는 기본적인 태도와 인격이 지지적 정신치료에 미치는 영향이 크기 때문에 지지적 정신치료는 경우에 따라서는 분석적 정신치료보다 힘들고 어려운 치료가 될 수 있다.

노인의 경우 인지기능 및 신체기능이 젊은 성인에 비해 다소 떨어지고, 심리적으로 상실 등 새로운 스트레스에 직면하는 상황이어서 지지적 정신치료가 더욱 중요할 수 있다. 노인에서의 우울증은 가벼운 우울증이 흔하기 때문에

약물치료를 시작하기에 앞서 지지적 정신치료와 사회적 중재 등으로 문제가 해결될 수 있다. 치매성질환의 경우 인지 기능이나 일상생활활동의 기능면에서의 향상에 초점을 맞추는 경향이 있지만, 환자의 인지기능이나 인격의 완전한 와해가 일어나기 전까지는 환자에 대한 지지적 정신치료가 환자의 기능이나 삶의 질의 향상을 가져올 수 있다.

노인에서 지지적 정신치료를 하는데 젊은 성인에서와 달리 유의할 점은 의사소통과 관련된 요인들을 고려하는 것이다. 청력이나 시력의 저하, 인지기능의 나이에 따른 변화, 교육수준, 과거의 다양한 경험 등이 의사소통을 하는데 장애요인이 될 수 있기 때문이다. 가능한 치료자는 대화 시 천천히 분명하게 말을 해야 한다. 지시사항을 적어줄 수도 있고 언어적 표현 외에 비언어적 표현을 통해 의사소통을 강화시켜야 한다. 면담 시 의사가 나이가 어린 경우가 대부분이기 때문에 예의, 태도 등을 조심해야 한다. 직접적인 판단이나 충고를 하는 경우 조심해야 하고 환자의 견해를 항상 물어보는 것이 좋다. 가족과 같이 있을 때 환자와 우선적으로 면담을 하고 환자에게 가능한 모든 자율권을 주고 가족들에게는 환자에게 실질적인 지지를 제공하도록 요청하는 것이 중요하다. 기본적으로 치료자는 지지적이며 부드럽고 온화하며 염려하는 듯한 태도, 자상한 태도를 지속적으로 보여야 한다[27].

(2) 역동적 정신치료(Dynamic psychotherapy)

역동적 정신치료는 분석적(analytic) 정신치료, 심층적(intensive) 정신치료 혹은 통찰(insight oriented) 정신치료라고도 한다. 즉, 개인적으로 통찰에 이르는 과정을 끌어내는 정신치료다. 노인에서 굳이 개인적 통찰을 이룰 필요가 있느냐는 인식과 그러한 상태에 이를 수 있느냐는 의구심이 오랫동안 노인에서의 역동적 정신치료에 대한 무관심으로 이어졌다. 그러나 노인으로 지내는 기간이 길어지고 오히려 노인이 통찰과 더불어 변화를 추구하는 능력이 더 클 수 있다는 관점으로 노인에서의 역동적 정신치료에 대한 관심이 증가하고 있다[25].

역동정신치료는 환자 스스로 자신의 내면, 심리상태에 대해 알고자 하는 동기에 의해 치료적 접근이 시작된다. 그러나 치료의 특성상 진행과정에서 치료에 대한 저항이 젊은

성인과 비슷한 양상으로 나타난다. 노인에서는 역동적 정신 치료를 하는데 고려할 점은 다음과 같다. 노인에서 보이는 완고함과 경직성이 저항을 강화시키는 듯이 보이나 노인이 라고 해서 젊은 사람보다 저항이 크지 않다고 한다. 노인의 젊은 치료자에 대한 전이반응을 고려해야 하며 치료자의 역 전이가 특히 문제가 된다[28].

4. 인지 기반 치료 및 기타(Cognition based treatments and others)

노인에서 대표적인 정신과적 질환인 우울증과 신경증적 장애 그리고 다양한 심리적인 문제에 적용할 수 있는 심리적 치료기법 들 외에 노인에서 흔한 질환인 치매 및 인지장애와 관련된 치료법들에 대해 알아야 한다. 치매와 같은 질환은 대부분 점진적인 인지기능의 지속적인 저하와 동반된 정신행동증상 그리고 기능의 저하 등의 문제를 가지고 있다. 치료자는 각각의 상태에 대한 여러 정신사회적 치료의 적용과 한계를 잘 고려해야 한다. 각각의 치료는 인지증상에 초점을 맞추기도 하고 정서적인 면에 강점을 가지기도 한다.

치매에서 남아있는 인지기능을 최대한 보유하고 그 사용을 극대화시키기 위한 인지재활치료적인 접근이 있으며 인지자극, 기억훈련과 같은 특정한 인지기능의 훈련 등이 시행될 수 있다. 현실지향은 이러한 인지기반 치료로 대표적인 경우이다. 이러한 인지기반 치료법들은 인지자극(cognitive stimulation), 인지훈련, 인지재활 등 다양한 방법이 개념상 특별하게 구분되지 않고 서로 혼용되어 기술되기도 한다[29]. 또한 보다 정서적인 측면에 초점을 맞춘 인정치료나 회상치료 그리고 다감각 자극치료 등이 다양하게 시도될 수 있다. 어떠한 방식이든지 치료는 환자의 상태 및 치료목표에 따라 개별화되고 효율적인 방식으로 적용되어야 하며 환자와 가족에게 실질적인 도움을 주고 삶의 질을 향상시키는 쪽으로 진행되어야 한다.

(1) 인지훈련(Cognitive training)

초기 치매환자에서 특정한 인지기능의 훈련을 통한 인지기능의 증진을 목적으로 표준화된 방식을 가지고 수기 혹은 전산화된 형태로 시행되는 치료법이다. 치매 및 인지장애에

서 초기치료, 진행의 방지 혹은 예방 등을 목적으로 지속적으로 시행되고 연구되고 있는 치료법이다[30]. 다양한 형태의 치료방법이 있으며 기억력 등 특정 인지영역이 포함된다. 개별적으로 진행되거나 집단치료 형식으로 진행되기도 하고 가족들에 의해 가정에서 시행되기도 한다.

기억훈련의 경우 기억력이라는 제한된 인지영역을 포함하여 기억력 증진을 위한 훈련이다. 메모장과 같은 기억보조도구를 이용하거나 암기법 또는 학습법을 향상시키는 훈련을 받는다. 인지훈련의 효과적인 적용을 위해서는 환자의 수준에 대한 정확한 사전평가가 필수적이다. 치매환자에서의 효과는 연구마다 다른데, 특히 장기간에 걸친 효과에 대한 근거가 부족하다[31]. 인지훈련은 초기치매 등 인지장애의 치료보다는 오히려 단독 혹은 운동이나 식이요법 등 다양한 다른 방식과 결합하여 인지기능의 노화를 예방하는데 초점이 맞춰지고 있다[32].

(2) 인지재활(Cognitive rehabilitation)

인지재활치료는 치매환자나 가족들에 의해 인지된 매일의 생활에서의 실제적인 어려움에 초점을 맞추는 치료법이다. 치매환자에서 인지훈련의 한계와 보다 실제적인 도움이라는 측면 때문에 인지재활치료의 중요성이 증가하고 있다. 신경심리학, 인지 심리학, 학습이론 등이 재활이라는 틀에 병합되어 개인과 주위를 둘러싼 사회체계를 고려하여 손상보다는 장애와 핸디캡에 초점을 맞추어 가능한 기능을 최대화하는데 목표를 둔다. 개념상 인지훈련과 구별하여 기술하나 실제로는 인지재활을 위해 기억훈련과 같은 인지훈련, 현실지향, 작업치료 등이 인지재활을 위해 동원된다. 인지재활이 초기치매에서 기능의 증진을 위해 많은 도움을 주는 것으로 보이나 그 근거는 제한적이며 환자의 상태에 따라 주의 깊게 사용할 것이 권고된다[29].

(3) 현실지향(Reality orientation)

현실지향치료는 치매환자에서 남아있는 능력을 가능한 오래 보유하고 인지기능의 감퇴를 지연시키며 저하된 능력을 최대한 강화시키는데 목적을 둔다. 이러한 치료는 인지자극을 통한 인지재활의 측면을 강조한다.

치료는 집단치료의 형식으로 진행되며 환자의 인지적 측면에 초점을 맞추어서 오늘의 날짜와 날씨, 뉴스 등에 대해

다루게 된다. 인지적 능력을 강조하는 활동을 시행하고 주의력을 끌어내기 위해 음악이나 친밀한 분위기를 조성할 수 있다. 환자의 수준에 따라 다양한 집단을 나누어 적용시킨다. 공식적인 치료세션 외에도 항상 현실지향적인 환경을 제공함으로써 지속적으로 환경에 대한 환자의 인식능력을 증진시킨다. 현실지향은 치매환자의 인지 및 일상생활에서의 기능을 유의하게 호전시키는 것으로 보이거나 연구에 따라 다른 결과를 보이기도 한다. 또한 현실지향의 일률적인 적용은 인지적 손상의 정도에 따라 환자에게 좌절과 분노를 유발할 가능성이 있기 때문에 보다 주의 깊게 그리고 개별화된 방식으로 접근되어야 할 것이다[33].

(4) 인정치료(Validation therapy)

인정치료는 치매환자에서 보이는 인지기능의 저하보다는 환자의 주관적 감정에 초점을 맞추어 이를 인정해주고 표현을 격려하는 치료이다. 이 치료에서는 치매환자가 보이는 일상생활에서의 어려움이 인지기능 손상으로 발생하기 보다는 객관적 현실로부터 주관적 현실로 퇴보한 상태로 가정하여 환자의 기능저하로 인한 혼란스러운 말과 행동에 심리적인 의미를 부여하여 그 감정을 파악하려고 하고 그 감정을 인정하는 접근법을 가진다[34]. 즉, 환자의 현재 상태를 공감하고 비판하지 않는 자세로 경청함으로써, 환자의 존엄성의 유지하고 증상을 완화시키고자 한다.

집단치료적 방식으로 진행되며 한번에 1시간 정도이고 가능한 모임 횟수는 많을수록 좋다. 시작 시 음악을 이용하고 대화주제는 자유롭게 정하여 내용보다는 거기에 담긴 감정에 초점을 두며, 현재의 감정과 과거의 사건 사이의 연관성을 인정해주는 방식으로 진행한다. 인정치료에 대한 연구결과에 따른 증거는 부족하다.

(5) 회상치료(Reminiscence therapy)

회상치료는 환자의 과거 활동이나 사건 또는 경험에 대해 이야기하면서 진행되는 치료법이다. 과거의 기억을 돕기 위해 사진이나 평소 잘 사용하던 물건, 또는 친숙한 사물이나 음악을 이용한다. 회상치료는 정신치료적 측면이 있어 과거를 돌아보며 통합된 느낌을 촉진시킨다. 인지적으로는 초기 치매환자들은 최근 기억은 손상되었으나 과거 기억은 대부분 보존되었다는 것에 초점을 맞추어 진행한다.

치료방법은 흔히 집단적 방식을 취한다. 집단치료 방식은 사회적 관계를 증진시킬 수 있고, 환자들 사이에 상호작용으로 과거의 중요한 일을 기억해내는데 유용하며 상호간의 이해와 공감을 촉진시키게 된다. 보통 1회에 30분씩, 일주에 2-5회, 전체 4-5주 동안 시행한다. 효과에 대한 연구들은 인지기능 및 일상생활동작에 대한 결과는 미흡하지만 우울증상을 개선하는데 효과가 있다고 한다[35].

회상치료의 다른 방식으로 생애회고(life review)가 있는데 회상치료에 비해 보다 분석적 접근을 하고 집단보다는 개인치료로 시행하며 불안을 야기하는 기억에 대해서도 다루어주는 통찰지향적 접근을 한다[36].

(6) 다감각자극(Multisensory stimulation) 및 신체활동(physical exercise)

다감각 자극은 치매환자에게 다양한 자극을 줌으로써 치료효과를 기대하는 치료법이다. 제공되는 자극으로는 시시각각 변하는 불빛을 이용한 시각자극, 허브나 꽃 향기 등을 이용한 후각자극, 음악을 이용한 청각자극, 촉감 좋은 직물을 이용한 촉각자극 등이 있는데, 이러한 자극을 단독으로 혹은 함께 적용한다. 다감각자극을 이용한 대부분의 연구결과들은 치매환자에서 행동 및 정서증상이 호전된다고 보고하였다[37].

신체활동 및 운동은 치매환자뿐 아니라 우울증 등 다른 정신과적 질환에서도 보조적인 요법으로 유용하다. 특히 유산소운동이 뇌의 가소성과 관련되어 인지기능에 긍정적인 영향을 미친다고 한다[38].

결론

노인의 정신질환에서 정신사회적 치료는 젊은 성인에서와 마찬가지로 약물치료와 함께 중요한 치료법이다. 정신사회적 치료는 단독으로 시도되기도 하고 흔히 약물요법과 함께 시행되기도 한다. 많은 정신질환에서 젊은 성인에서와 거의 같은 방식으로 적용되기도 하지만 노인이라는 특성 때문에 효과 및 방식에서 다소 차이를 보일 수 있다. 특히, 치매와 같이 노년기에 발생하는 특별 상황과 관련되어 젊은 성인과는 다른 다양한 정신사회적 치료가 시도된다. 임상

사는 노년기 정신질환에서 사용되는 다양한 정신사회적 치료법들의 의미, 개별적인 내용, 그리고 적합한 적용의 범위를 알아야 하고 임상실제에서 적절하게 사용할 수 있어야 한다.

핵심용어: 비약물치료; 정신사회적 치료; 노인; 정신과적 장애

REFERENCES

1. Wilkinson P. Psychological treatments: introduction. In: Jacoby R, Oppenheimer C, Denning T, Thomas A, editors. Oxford textbook of old age psychiatry. New York: Oxford University Press; 2008. p. 241-246.
2. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365: 1961-1970.
3. Reynolds CF 3rd, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumdar S, Houck PR, Dew MA, Stack JA, Pollock BG, Kupfer DJ. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 1999; 281: 39-45.
4. Jacquemin A. Strategy and methods of cognitive rehabilitation in patients with Alzheimer's disease or other dementia. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2009; 7: 265-273.
5. Ayalon L, Gum AM, Feliciano L, Arian PA. Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a systematic review. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2182-2188.
6. Smith GE, Housen P, Yaffe K, Ruff R, Kennison RF, Mahncke HW, Zelinski EM. A cognitive training program based on principles of brain plasticity: results from the Improvement in Memory with Plasticity-based Adaptive Cognitive Training (IMPACT) study. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 594-603.
7. Smith NM, Floyd MR, Scogin F, Jamison CS. Three-year follow-up of bibliotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 324-327.
8. Ransom D, Heckman TG, Anderson T, Garske J, Holroyd K, Basta T. Telephone-delivered, interpersonal psychotherapy for HIV-infected rural persons with depression: a pilot trial. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 871-877.
9. Mohlman J, Gorman JM. The role of executive functioning in CBT: a pilot study with anxious older adults. *Behav Res Ther* 2005; 43: 447-465.
10. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
11. Beck AT, Rush AJ. A cognitive model of anxiety formation and anxiety resolution. *Issues Ment Health Nurs* 1985; 7: 349-365.
12. James IA, Kendell K, Reichelt FK. Conceptualizations of depression in older people: the interaction of positive and negative beliefs. *Behav Cogn Psychother* 1999; 27: 285-290.
13. Thompson LW. Cognitive-behavioral therapy and treatment for late-life depression. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 Suppl 5: 29-37.
14. Fennell M, Bennett-Levy J, Westbrook D. Depression. In: Bennett-Levy J, Burtler G, Fennell M, Hackmann A, Mueller M, Westbrook D, editors. Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 205-222.
15. Wilkinson P. Cognitive therapy with elderly people. *Age Ageing* 1997; 26: 53-58.
16. Nordhus IH, Pallesen S. Psychological treatment of late-life anxiety: an empirical review. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 643-651.
17. Stuart S, Robertson M. Interpersonal psychotherapy: a clinician's guide. London: Arnold; 2003.
18. Miller MD, Frank E, Cornes C, Houck PR, Reynolds CF 3rd. The value of maintenance interpersonal psychotherapy (IPT) in older adults with different IPT foci. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11: 97-102.
19. Grutter T, Huchzermeier C, Aldenhoff J. Interpersonal psychotherapy (IPT) of depression: an overview of the psychiatric historical background and clinical practice of IPT. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002; 70: 155-163.
20. Carreira K, Miller MD, Frank E, Houck PR, Morse JQ, Dew MA, Butters MA, Reynolds CF 3rd. A controlled evaluation of monthly maintenance interpersonal psychotherapy in late-life depression with varying levels of cognitive function. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 1110-1113.
21. Miller MD, Cornes C, Frank E, Ehrenpreis L, Silberman R, Schlernitzauer MA, Tracey B, Richards V, Wolfson L, Zaltman J, Bensasi S, Reynolds CF 3rd. Interpersonal psychotherapy for late-life depression: past, present, and future. *J Psychother Pract Res* 2001; 10: 231-238.
22. Robertson M, Rushton PJ, Bartrum D, Ray R. Group-based interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder: theoretical and clinical aspects. *Int J Group Psychother* 2004; 54: 145-175.
23. Sholomskas AJ, Chevron ES, Prusoff BA, Berry C. Short-term interpersonal therapy (IPT) with the depressed elderly: case reports and discussion. *Am J Psychother* 1983; 37: 552-566.
24. Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdelli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, Speelman L, Ndogoni L, Weissman M. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289: 3117-3124.
25. Garner J. Psychotherapies and older adults. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37: 537-548.
26. Cohen GD. Perspectives on psychotherapy with the elderly. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 347-350.
27. Lee B. Individual psychotherapy in the elderly. In: Korean Association for Geriatric Psychiatry, editor. Geriatric psychiatry. Seoul: Jungang Publisher; 2004. p. 333-338.

28. Garner J. Psychological treatments: psychodynamic psychotherapy. In: Jacoby R, Oppenheimer C, Denning T, Thomas A, editors. Oxford textbook of old age psychiatry. New York: Oxford University Press; 2008. p. 275-283.
29. Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev 2003; (4): CD003260.
30. Wilson BA. Cognitive rehabilitation for brain injured adults. In: Deelman BG, Saan RJ, van Zomeren AH, editors. Traumatic brain injury: clinical, social and rehabilitation aspects. Amsterdam: Swets and Zeitlinger; 1990. p.126.
31. Davis RN, Massman PJ, Doody RS. Cognitive intervention in Alzheimer disease: a randomized placebo-controlled study. Alzheimer Dis Assoc Disord 2001; 15: 1-9.
32. Lustig C, Shah P, Seidler R, Reuter-Lorenz PA. Aging, training, and the brain: a review and future directions. Neuropsychol Rev 2009; 19: 504-522.
33. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life: American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 1997; 154(5 Suppl): 1-39.
34. Feil NW. Group therapy in a home for the aged. Gerontologist 1967; 7: 192-195.
35. Scogin F, McElreath L. Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: a quantitative review. J Consult Clin Psychol 1994; 62: 69-74.
36. Haight BK, Burnside I. Reminiscence and life review: explaining the differences. Arch Psychiatr Nurs 1993; 7: 91-98.
37. Baker R, Dowling, Z, Wareing LA, Dawson J, Assey J. Snoezelen: its long-term and short-term effects on older people with dementia. Br J Occup Ther 1997; 60: 213-218.
38. Erickson KI, Colcombe SJ, Wadhwa R, Bherer L, Peterson MS, Scalf PE, Kim JS, Alvarado M, Kramer AF. Training-induced plasticity in older adults: effects of training on hemispheric asymmetry. Neurobiol Aging 2007; 28: 272-283.



Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 노인 정신질환의 비약물치료 중 특히 정신사회적 치료에 대하여 거의 모든 치료 기법을 나열하여 소개하였다. 노인에서 대부분의 환자들이 3-4개의 동반 질환을 갖고 있는 상황에서 대부분이 약물치료에만 의존하고 있는 상태이다. 비약물치료 중 정신사회적 치료에 대하여 다룬 점은 목적이나 시기적으로 적절하다고 생각하며, 그동안 정신질환의 치료에 먼저 약물치료에만 관심을 가졌으나 노인에서 먼저 비약물치료를 고려하므로 약물에 의한 부작용 등이 줄어들 것으로 생각한다. 치료기법 등을 거의 망라하여 나열하였으나 임상실제에서 사용할 수 있는 사례를 통한 치료대상과 방법에 대한 구체적 내용이 추가되었으면 한다.

[정리: 편집위원회]