

## 조현정동장애와 정신증적 양상을 동반한 기분장애를 어떻게 구별할 수 있나?

전북대학교병원 정신과 및 임상의학연구소,<sup>1</sup> 전북대학교 의과대학 정신과학교실 및 의과학연구소,<sup>2</sup>

인산의료재단 마음사랑병원<sup>3</sup>

박철현<sup>1</sup> · 박태원<sup>1,2</sup> · 양종철<sup>2</sup> · 오근영<sup>1</sup> · 김형태<sup>3</sup> · 은홍배<sup>3</sup> · 황광표<sup>2</sup> · 정영철<sup>1,2</sup>

### How Can We Differentiate Schizoaffective Disorder from Mood Disorder with Psychotic Feature?

Chul-Hyun Park, MD<sup>1</sup>, Tae-Won Park, MD, PhD<sup>1,2</sup>, Jong-Chul Yang, MD, PhD<sup>1,2</sup>, Keun-Young Oh, MD<sup>1</sup>, Hyeong-Tai Kim, MD<sup>3</sup>, Hong-Bae Eun, MD, PhD<sup>3</sup>, Guang-Biao Huang, MD<sup>2</sup> and Young-Chul Chung, MD, PhD<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Chonbuk National University Hospital & Research Institute of Clinical Medicine, Jeonju,

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, Chonbuk National University Medical School and Institute for Medical Science, Jeonju,

<sup>3</sup>Maemsarang Hospital, In-san Medical Foundation, Wanju, Korea

Difficulties surrounding the classification of mixed psychotic and mood symptoms continue to plague psychiatric nosology. Since schizoaffective disorder was first defined in the literature, it has raised a considerable controversy regarding its clinical distinction from schizophrenia and mood disorder, especially mood disorder with psychotic feature. Recently, it seems that more people are diagnosed as mood disorder with psychotic feature rather than schizoaffective disorder when they are showing concurrent psychotic and mood symptoms. This may be due to unwillingness to make severe diagnosis at first and aggressive trend to expand the diagnostic criteria for bipolar disorder. Over-diagnosis of mood disorder with psychotic feature would expose the patients to unnecessary mood stabilizer. Therefore, it is critical to make exact diagnosis based on current diagnostic criteria and other relevant study findings. We conducted in-depth review into diagnostic criteria of DSM and ICD-10 for schizoaffective disorder and mood disorder with psychotic feature and other related studies comparing clinical features between the two disorders. As a result, important points helpful in differentiating the two disorders are highlighted and future suggestions are described. (Korean J Schizophr Res 2012;15:13-19)

**Key Words :** Schizoaffective disorder · Mood disorder with psychotic feature · Differential diagnosis.

## 서 론

조현정동장애라는 진단은 정신증적 증상과 함께 현저한 우울증상 또는 조증증상을 같이 나타내는 환자에게 적용되고 있으며 1933년 Jacob Kasanin이 “Acute Schizoaffective psychosis”, 즉 조현정동장애의 개념을 발표한 후 지금까지 사용되고 있다. Kasanin<sup>1)</sup>은 조현정동장애 환자군의 특성에 대하여 조현병 환자군과 비교하여 비교적 병전 사회 적응도가 좋

으며, 사회적으로 덜 위축되거나 덜 수동적이고, 질병의 유병기간이 짧고, 비교적 좋은 예후를 나타낸다고 하였다. 이러한 개념의 조현정동장애는 현재 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV<sup>2)</sup> 및 International Classification of Diseases (ICD)-10<sup>3)</sup> 진단체계에서 독자적인 진단기준을 가진 진단명으로 사용되고 있다.

하지만 이러한 진단체계상 질병 고유의 진단기준이 존재함에도 불구하고 임상실제에서 조현정동장애의 진단을 내릴 시에는 환자의 증상을 단면적으로 보았을 때 정신증적 증상과 기분증상이 같이 나타나기 때문에 정신증적 양상을 동반한 기분장애와의 감별이 매우 어렵다. 감별이 어려울 때 증상의 발생 순서, 정신증적 증상의 특징적 내용, 기분증상의 심각도 정도 등을 세밀하게 평가하도록 되어 있지만 초발 환자의 경우 조현정동장애와 같은 위중한 진단명보다는 정신증적 양

Received: October 25, 2011 / Revised: November 14, 2011

Accepted: November 16, 2011

Address for correspondence: Young-Chul Chung, Department of Psychiatry, Chonbuk National University Medical School, Keumam-dong 634-18, Jeonju 561-712, Korea

Tel: 063-250-2185, Fax: 063-275-3175

E-mail: chungyc@chonbuk.ac.kr

상을 동반한 정동장애로 잠정적 진단을 내리려는 경향이 있는 것 같다. 이와 관련하여 최근의 양극성장애범주의 개념 확장도 정신증적 증상과 조증 증상이 동시에 있을 때 조현정동장애보다는 정신증적 양상을 동반한 양극성장애로 진단을 보다 많이 내리는데 영향을 주고 있는 것으로 보인다. 몇몇 학자들은 조현정동장애의 진단기준 수정을 요구하거나, 모라토리움 선언 또는 심지어 조현정동장애가 없다고 주장하기도 한다.<sup>4-6)</sup> 그러나 최근 양극성장애로 진단받은 환자를 다시 Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)<sup>7)</sup>로 진단명을 확인하였을 때 과소 진단은 21.9%, 과잉 진단이 32.6%이었고<sup>8)</sup> 과거 양극성장애로 진단받은 20.7%의 환자 중 12.9%만이 확실한 양극성장애가 있는 것으로 확인되는<sup>9)</sup> 등 양극성장애의 과진단 논란도 제기되고 있음을 주목할 필요가 있다. 환자들이 나타내는 두 증상 중 기분증상은 비교적 평가가 쉬운 편이나 정신증적 증상은 환자들이 낙인에 대한 두려움 때문에 숨기거나, 증상 발생 시점이 오래되거나 인지기능의 결핍으로 잘 기술하지 못하는 경우가 많다. 따라서 정신증적 양상의 기간은 실제보다 과소평가되고, 조현정동장애로 진단을 받아야 할 많은 환자들이 정신증적 양상이 동반된 기분장애 또는 조현병으로 진단을 받을 수 있다.<sup>10)</sup> Angst 등<sup>11)</sup>은 조현정동장애 및 양극성장애는 각각의 질병 삽화 사이에 항정신병약물과 기분조절제인 lithium을 주로 사용한다고 보고하였다. 만약 조현정동장애로 진단받아야 할 환자가 정신증적 양상을 동반한 양극성장애로 진단을 받아 유지치료를 한다면 유지약물로 항정신병약물이 아닌 기분조절제를 투여 받을 것이고 이는 조현정동장애의 재발 방지에 나쁜 영향을 미칠 것이며 불필요한 기분조절제에 대한 장기 노출로 인해 환자들의 건강에 심각한 위험을 일으킬 수 있겠다. 또한 조현정동장애는 현재 “조현병과 기타 정신증적 장애” 범주에 포함되어 있는 질환으로서, 조현병 범주에 있는 질환 중 비교적 치료 효과와 예후가 좋은 질환이다.<sup>12)</sup> 여러 외부 환경 때문에 조현정동장애의 진단이 점점 잊혀져 가고 정신증적 양상이 있는 기분장애의 과잉 진단이 많아진다면 조현병 범주 질환의 전체적인 예후는 더욱 나빠지고 결국 정신병은 불치의 질환으로 인식될 것이다. 따라서 두 질환의 정확한 감별 진단은 정신병리 현상에 대한 정확한 평가 및 진단 그 자체뿐 아니라 유지약물의 올바른 선택과 이로 인한 증상 재발의 방지 그리고 정신병도 충분히 회복이 가능한 질병임을 알리는데 매우 중요한 역할을 할 것이다. 본고에서는 조현정동장애와 정신증적 양상을 동반한 기분장애의 감별 진단에 있어 중요한 진단기준의 비교, 임상 양상의 차이, 기타 연구 결과들을 기술하고 향후 좀 더 연구되고 합의를 이루어야 하는 제안점들을 논하

고자 한다.

## 방 법

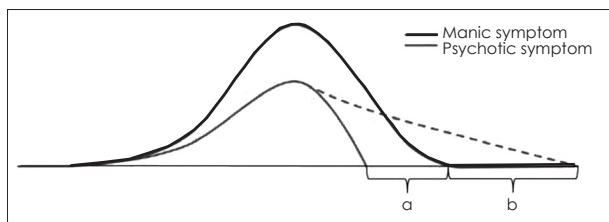
관련된 문헌을 찾기 위해 Pubmed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)에서 조현정동장애(schizoaffective, schizoaffective), 양극성장애(bipolar disorder) 등을 핵심단어로 사용하여 검색하였다. Pubmed상에서 schizoaffective로 검색 시 3,512, schizo-affective로 검색 시 291, bipolar disorder 검색 시 30,788개의 논문이 검색되었고, bipolar disorder with psychotic feature로 검색했을 경우 47개의 논문이 검색되었다. 이 중 각 논문의 초록과 본문의 내용을 참고하여 본고의 목적에 부합하는 총 54편의 논문을 선택하였다. 논문의 검색은 2010년 3월까지 이루어졌다.

## 결과 및 고찰

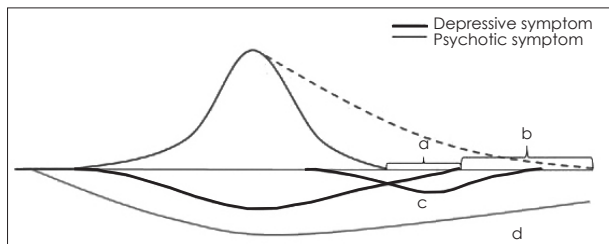
### 두 질환의 감별진단에 도움이 되는 중요 내용 및 제안점

#### DSM과 ICD 진단 기준의 검토 및 비교 그리고 제안점

DSM과 ICD의 진단기준 그리고 SCID-I의 사용자 지침서<sup>13)</sup>를 종합해볼 때 두 질환의 감별진단에 있어 가장 중요한 점은 다음과 같다. 첫째, 증상의 단면적 관찰보다는 질환의 전체적인 경과를 살펴야 한다. DSM-IV에서는 현재 기분증상이 없이 정신증적 증상이 적어도 2주 이상 지속될 때 조현정동장애로 진단될 수 있음을 강조한다. 반면 ICD-10에서는 “적어도 수일 이내”로 애매하게 기술되어 있다. 아무튼, 초기에 정신증적 증상과 기분증상이 동시에 존재하다가 후반부에 기분증상은 약화되거나 소실되면서 정신증적 증상은 계속 지속이 되면 조현정동장애로 진단해야 한다는 것이다(그림 1과 2). 그러나 후반부에 우울증 삽화가 새로 생겨 정신증적 증상과 같이 계속 유지된다면 조현병의 정신증후 우울성 장애(post-schizophrenic depression)으로 봐야 하므로 주의를 요한다. 처음부터 후반부까지 기분증상과 정신증적 증상이 계속 같이 간다면 감별진단을 하기 보다는 두 질환이 공존한다고 볼 수 있으나 이런 경우는 매우 드물 것이다. 초반부에 정신증적 증상이 현저히 있다가 나중에 기분증상이 동반된 후 정신증적 증상보다 먼저 약화되거나 소실된다면 정신증적 양상이 있는 기분장애와 가장 감별이 쉬운 것이나 이 경우는 기분증상의 기간이 지나치게 짧을 경우 조현병과의 감별진단이 중요해진다. 또한 초기에 우울증상이 상당기간 나오면서 나중에 정신증적 증상이 나온 경우도 조현정동



**Fig. 1.** Longitudinal course of schizoaffective disorder, bipolar type and bipolar disorder with psychotic features. a. Bipolar disorder with psychotic features, b. Schizoaffective disorder, bipolar type.



**Fig. 2.** Longitudinal course of schizoaffective disorder, depressive type, major depressive disorder with psychotic features, postschizophrenic depression and schizophrenia. a. Major depressive disorder with psychotic features, b. Schizoaffective disorder, depressive type, c. Postschizophrenic depression, d. Negative symptoms.

장애와 조현병과의 감별이 중요한데 조현정동장애에 있어 우울증상은 단지 감소된 흥미나 즐거움뿐 아니라 우울한 기분을 반드시 포함시키고 있음을 주지하는 것이 중요하다. 이는 흥미의 상실로만 판단할 경우 이것이 우울증 삽화의 일부인지 조현병의 의욕상실이나 무쾌감증인지 구분하는 것이 불가능하다는 점이 반영된 것으로 볼 수 있다.<sup>13)</sup> 하지만 이러한 종단적 경과에 관련된 기준에도 불구하고 증상의 발생 순서를 환자가 정확히 기억하기가 어렵고 정신증적 증상은 환자가 숨길 수 있는 경향이 있음을 항상 기억하여야 한다. 둘째, 정신증적 양상이 있는 기분장애의 진단은 기분증상이 해당 기분장애의 진단기준을 충족할 뿐만 아니라 그 심각도가 심한 경우에 내려질 수 있도록 제한하고 있다는 사실이다. 심한 심각도에 해당되는 DSM-IV의 정의는 자신이나 타인에게 해를 끼치는 것으로부터 개인을 보호하기 위해 거의 지속적인 감독이 요구되는 경우이다. 즉 정신증적 양상이 있는 기분장애는 정신증적 증상이 먼저 나타나고 나중에 기분증상이 나올 수 없으며 기분증상이 나온 경우라도 그 기분증상이 최고 정점에 도달했을 때 정신증적 증상이 겹치는 식으로 나옴에 한하여 진단할 수 있다는 것이다. 그런데 최근 기분장애의(특히 양극성장애) 진단범주의 확장으로 기분장애의 심각도를 고려하지 않는 것은 물론 경조증이나 역치하 조증이 있으면서 정신증적 양상이 있는 경우 다른 진단을 고려치 않고 정신증적 양상이 있는 기분장애로 과진단하는 경향이 있음이 지

적되어야 하겠다.

향후 두 질환의 보다 정확한 감별진단을 위해 더 보완이 필요한 부분은 진단기준에 명시된 용어들의 모호한 정의이다. 예를 들어 DSM-IV상 조현정동장애의 진단기준 C는 기분삽화의 진단 기준을 충족시키는 증상들이 활성기와 잔류기를 포함한 전체 장애기간 가운데 '상당기간' 존재해야 한다고 되어있다. Sadock과 Sadock<sup>14)</sup>은 일반적으로 대부분의 임상가들이 전체 질병기간 중 기분증상이 15~20%를 차지할 때 상당기간으로 간주한다고 기술하였고 SCID-I 지침서<sup>13)</sup>에는 기분증상이 전체 질병기간 중 10% 이하로 짧게 차지할 때는 조현병 진단을 내리는 것이 타당하다고 언급되어 있다. 물론 이러한 지침이 기분증상을 짧게 동반하는 조현병과의 감별진단을 위해 제시되고 있지만 질병의 전체 기간을 무엇으로 보느냐에 따라 기분증상이 차지하게 되는 기간이 달라지는 문제가 있다. 즉 질병의 발생 시점부터 현재까지로 보면 만성 환자의 경우 조현정동장애의 기준을 충족하는 환자는 거의 없을 것이다. 반면 만성 환자라도 명확한 삽화 양상을 보이는 경우 그 기간만을 전체기간으로 본다면 조현정동장애의 진단이 보다 많아질 것이다. 또한 정신증적 양상이 있는 기분장애의 경우 정신증적 양상이 전체 질병기간 중 어느 정도를 차지해야 하는지에 대한 세부 기준이 없음도 같이 지적되어야 한다. 다른 한가지는 정신증적 양상에 대한 정확한 정의의 부재이다. DSM-IV 및 ICD-10 상에서는 정신증적 양상이 기분과 조화된 것뿐 아니라 조화되지 않은 것도 나올 수 있다는 것 외에는 정신증적 증상의 심각도나 지속기간 등에 대한 세밀한 언급이 전혀 없다. 우울증상을 동반한 적응장애의 경우 그 우울증상이 2주 이상 지속되면서 주요우울장애의 진단기준을 충족하면 적응장애라는 진단명은 없어지고 주요우울장애가 되듯이 기분장애에 동반된 정신증적 양상이 1개월 이상 지속이 되면 그때는 기분장애에 부수적으로 나온 증상으로 취급하지 말고 독립적인 진단명을 내리든지 아니면 조현정동장애를 고려하는 식의 추가 언급이 필요하다고 본다. 이러한 주장의 가장 근본적인 배경에는 정신과적 증상의 위계원칙(hierarchy principle)<sup>15)</sup>이 있다. 위계원칙이란 가장 위중한 증상인 정신증적 증상이 있을 때에는 그 아래 수준의 증상인 우울, 불안, 신체 증상들이 다 나올 수 있지만 그 반대 즉 우울증상이 있는 사람에게서 그보다 높은 수준인 정신증적 증상이 나올 수는 없으며 만약 나온다면 그 사람은 우울이 아니라 정신증 상태라는 것이다. 이러한 개념은 오래 전 Bleuler가 자신의 저서에서<sup>16)</sup> "모든 조울증상은 조현병에서 나타날 수 있지만 조울병에서는 특징적인 분열병 증상이 나타나지 않는다"고 한 것으로까지 거슬러 올라간다. 정신증적



증상의 심각도에 대한 기술이 구체적으로 없기 때문에 우울 증상이 있으면서 약한 정신증적 증상(attenuated psychotic symptoms)을 보이는 경우도 정신증적 양상이 있는 기분장애로 진단을 내릴 수 있는 소지가 있으나 이런 경우는 우울장애와 달리 분류되지 않는 정신병적 장애가 공존하거나 아니면 정신증 고위험자(subjects at risk for psychosis)로 보는 것이 타당할 것이다. 따라서 정신증적 양상의 심각도 및 지속기간 등에 대해 구체적인 기준이 마련될 수 있는 추가연구 및 합의과정이 필요해 보인다.

## 두 질병의 임상 양상의 차이 및 논의점

임상 양상의 차이에 있어서 조현정동장애를 기분장애와 비교한 문헌은 많이 있었지만 정신증적 양상이 있는 기분장애와 직접 비교한 논문은 매우 적었다. 저자들은 정신증적 증상의 세부적 특징이 두 군간 차이가 있는지 가장 큰 관심이 있었으나 기이함이나 슈나이더의 1급 증상의 존재 유무에 있어 두 군간 유의한 차이는 없었다는 보고 한편만이 존재하였다.<sup>17)</sup> 기분장애에 있어서 정신증적 양상이 동반되는 경우는 47~75%이며 발병 연령이 늦을수록 그 빈도는 줄어든다.<sup>18)</sup> 이와 같이 양극성 장애에서 정신증적 증상의 동반률은 비교적 높지만 이중 기분과 조화되지 않는 정신증적 증상의 동반률은 9%(기분과 조화되는 정신증적 증상은 33.4%)<sup>19)</sup> 또는 16.5%(기분과 조화되는 정신증적 증상은 28%)<sup>20)</sup>로 낮게 보고된다. 다른 한편으로 기분장애로 첫 입원한 환자를 조사한 경우는 기분과 부조화된 정신증적 증상의 비율이 기분과 조화된 정신증적 증상의 비율보다 높은 것으로 보고되긴<sup>21)</sup> 하지만 조현정동장애와 정신증적 양상이 있는 기분장애를 직접 비교한 논문에서는 기분과 조화되지 않는 정신증적 증상의 빈도는 훨씬 전자에서 후자보다 많은 것으로 보고된다.<sup>22,23)</sup> 또한 기분과 조화되지 않는 정신증적 양상이 있는 기분장애 환자를 장기 관찰하였을 때 61명 중 30명이 조현병 또는 조현정동장애로 진단이 바뀌었고,<sup>24)</sup> 84명의 정신증적 양상이 있는 기분장애 환자를 장기 관찰하였을 때 이중 16명이 비정동 정신병(nonaffective psychosis)으로 진단이 바뀌었는데 그 중 15명이 처음에 기분과 조화되지 않는 정신증적 증상을 보이는 환자였다.<sup>21)</sup> 따라서 기분과 조화되지 않는 정신증적 증상이 있을 때 종적인 임상정보가 부족하여 조현정동장애와 정신증적 양상이 있는 기분장애와의 감별이 어려운 경우에는 후자보다는 전자를 먼저 고려하는 것이 타당해 보인다.

정신증적 증상 외의 임상 양상을 비교한 연구에서는 조현정동장애가 정신증적 양상이 있는 기분장애 환자와 비교하여 유의하게 심한 음성 증상을 나타낸다는 보고가 2편 존재

한다.<sup>17,25)</sup> 그러나 위 두 연구는 조현정동장애 환자가 어느 세 부 아형에 해당되는지를 밝히고 있지 않기 때문에 임상적으로 크게 유의한 정보로 보기는 어렵다. 병식을 조사한 연구에서는 조현정동장애 환자를 정신증적 양상이 있는 주요우울장애 환자와 비교하였을 때 유의한 차이가 없음을 보고한 한편의 논문이 존재한다.<sup>26)</sup> 인지기능적인 측면에서 스트룹 간섭 검사를 시행하였을 때 조현정동장애 환자에서는 인지 기능 저하가 나타났지만 정신증적 양상이 있는 양극성 장애 환자에서는 이러한 소견이 관찰되지 않았고<sup>27)</sup> Trail making test를 시행하였을 때 조현정동장애는 조현병과 유사한 저하를 나타내었고, 정신증적 양상이 있는 양극성 장애는 정신증적 양상이 없는 양극성 장애와 비슷한 결과를 나타내었다.<sup>28)</sup> 이러한 결과들은 조현정동장애가 정신증적 양상이 있는 양극성 장애보다 조현병과 더 많은 유사점이 있음을 시사한다. 향후 두 질환의 김별진단을 위해 연구할만한 가치가 있는 것으로 보이는 부분은 기분의 불안정성(mood-instability)과 주관적 이상경험이다. Azorin 등<sup>19)</sup>은 1,090명의 정신증적 양상이 있는 조증 환자를 분석한 결과 기분 불안정성 또는 불쾌불안정성(dysphoric instability)이 기분과 조화되지 않는 정신증적 증상과 밀접한 관련이 있음을 보고하였다. Parnas 등<sup>29)</sup>은 당혹감, 자아-인식의 어려움과 같은 주관적 이상경험이 정신병적 양극성질환보다는 조현병에서 유의하게 많이 나타남을 보고하였다. 따라서 위의 영역에 대해 두 질환 간에 차이가 있는지 살펴볼 필요가 있겠다.

## 두 질환에 대한 기타 연구의 주요 결과

### 진단적 신뢰성 및 안정성

Maj 등<sup>30)</sup>은 조현정동장애, 조증, 또는 주요우울장애의 진단을 받은 150명의 환자를 두 명의 정신과 의사가 독립적으로 평가를 한 후 Cohen's kappa 분석을 하였는데 조현정동장애가 다른 질환에 비해 가장 낮은 평가자간 신뢰도를 나타내었다. 저자는 이러한 결과의 이유로 조현정동장애의 진단 기준들의 모호성을 지적하였고 특히 진단기준 A인 “조현병의 진단기준 A를 충족하는 증상이 있어야 한다”는 부분에 이러한 증상들이 우울이나 기분의 고조와는 관련이 없다는 내용이 추가로 명확히 들어가야 함을 주장하였다. Farone 등<sup>31)</sup>은 역시 조현정동장애의 진단기준은 높은 특이도를 가졌지만 낮은 예민도로 인하여 진단의 정확성이 떨어진다고 하였다. 정신증적 양상이 있는 기분장애의 진단 신뢰성에 대해 연구한 결과는 찾을 수 없었다. 조현정동장애의 진단적 안정성을 살펴본 연구를 보면 a) 첫 입원 시 조현정동장애로 진단받은 33명

의 환자 중 12명(36.4%)만이 2년 뒤에 동일 진단을 유지하였고<sup>32)</sup>; b) 최소 5년 동안 분열양극성장애로 치료 받은 61명의 환자를 후향적으로 조사하였을 때 24명(39.3%)의 환자가 치료 기간 중 진단이 바뀌지 않았으며<sup>33)</sup>; 그리고 c) ICD-10의 기준에 의해 조현정동장애로 진단받고 대학병원에서 퇴원한 59명을 병원 의무기록과 추가 항목들을 포함하는 operational checklist를 사용하여 재평가를 하였을 때 6명(10.2%)만이 ICD-10상의 조현정동장애의 진단기준에 합당하였고 DSM-IV상의 조현정동장애의 진단기준에 맞는 환자는 아무도 없었다.<sup>6)</sup> 반면 정신증적 양상이 있는 기분장애로 진단받은 환자군을 30개월 동안 추적 관찰 하였을 때 똑 같은 진단을 받는 경우는 67%이었고,<sup>34)</sup> 31명의 초발 정신증적 양상이 있는 기분장애 환자를 4년간 전향적 추적관찰을 하였을 때 25명(80.6%)이 동일 진단을 유지하였다.<sup>35)</sup> 위 결과는 조현정동장애의 진단적 안정성이 정신증적 양상이 있는 기분장애에 비해 상대적으로 낮음을 가리키며 이런 결과를 근거로 일부 연구자들은 조현정동장애라는 진단명에 대해 모라토리움을 주장하기까지 한다. 그러나 조현정동장애의 진단적 안정성을 보고한 2 연구는<sup>6,33)</sup> 모두 후향적 연구라는 제한점이 있으며 위에 언급한 세 연구 모두 조현정동장애의 세부 아형을 언급하지 않았다. 또한 정신증적 양상이 있는 기분장애의 진단적 안정성을 보고한 연구에서 모두 정신증적 증상과 기분증상과의 조화성에 대한 구체적 언급이 없었다. 만약 기분과 조화되지 않는 정신증적 양상이 있는 기분장애 환자만을 추적 조사하였다면 다른 결과가 나왔을 것이다. 따라서 이러한 제한점 범위 내에서 위 결과들을 해석해야 한다.

#### 발병연령, 성별 및 역학

발병 연령에 있어 조현정동장애를 정신증적 양상을 동반한 기분장애와 직접적으로 비교한 연구는 없었기 때문에 기분장애와 비교한 연구를 통해 추정할 수 밖에 없다. 조현정동장애, 양극성 장애, 그리고 조현병을 비교한 대부분의 연구들에서는 세 군간에 유의한 차이를 보고하고 있지 않지만,<sup>17,36,37)</sup> 일부는 양극성장애가 조현병 또는 조현정동장애와 비교 시 발병 연령이 유의하게 높음을 보고하였다.<sup>38)</sup> Marneros 등<sup>39)</sup>은 조현정동장애 환자군이 25세~35세 사이에 발병하며 전체적인 발병연령은 조현병과 양극성 장애의 중간임을 보고하였다. 조현병은 남자에서 발병이 많지만 조현정동장애와 양극성장애는 여자에서 발병이 많다.<sup>14,39,40)</sup> Cohen<sup>41)</sup>은 조현정동장애가 남성보다 여성에서 발병이 많은 이유를 여성이 남성에 비해 기분조절에 어려움을 겪기 때문이라고 보고하였다. 반면 정신증적 양상이 있는 양극성 장애와 정신증적 양상

이 있는 우울장애에서는 남녀의 차이가 없는 것으로 보고된다.<sup>42,43)</sup>

조현정동장애의 유병율은 0.2~1% 사이로 보고되고 있으나<sup>44,45)</sup> 정신증적 양상이 있는 기분장애의 유병률을 조사한 연구는 찾을 수 없었다. 양극성장애의 유병율은 그동안 1% 이내로 알려져 있었지만 최근 연구들에 의하면 3~5%로 보고되고 있어<sup>14,46,47)</sup> 이중 반정도가 정신증상 양상을 동반한다고 가정하면 정신증적 양상이 있는 양극성장애의 유병률은 조현정동장애보다 높을 것으로 추정된다.

#### 가족력 및 유전

조현정동장애 환자들의 가족 중에는 많은 수의 양극성 장애, 또는 조현병 환자가 존재했고,<sup>48-50)</sup> 조현정동장애 환자의 가족에서 기분장애의 발병확률은 조현병의 경우와 비교하여 동등하거나 높았고, 기분장애의 가족과 비교하여 동등하거나 낮다고 보고된다.<sup>51)</sup> 유전 연구에 있어서 조현정동장애를 정신증적 양상이 있는 기분장애와 직접 비교한 논문은 없었으며, 대부분 조현병과 통합하여 연구가 이루어 졌다. 최근의 환자군을 세분화한 연구에서 'disrupted schizophrenia'라고도 불리 우는 DISC1 유전자의 intron1/exon2 공유 단상형 (common haplotype) 감소와, exon 9의 증가가 조현정동장애 환자군에서 보고되었다.<sup>52)</sup>

## 결론

본고에서는 두 질환의 감별 진단을 위해 종적인 증상의 경과 관찰과 기분장애의 증상이 심한 상태에 있을 때 정신증적 증상이 동반되는 경우에 한해 정신증적 양상이 있는 기분장애의 진단이 내려질 수 있는 점들을 특히 강조하였다. 이는 감별 진단을 위하여 과거 의무기록을 포함한 증상의 과거력에 대한 면밀한 검토, 나타나는 증상에 대한 신중한 기록, 정확한 감별을 위한 DSM-IV TR과 ICD-10 진단체계 내에서 진단의 고려, 그리고 시간을 들여 진단에 대하여 재평가해야 함을 강조한 Kane<sup>53)</sup>의 견해와 일치한다. 그러나 다른 임상적 요인 즉 발병 연령, 성별, 역학, 가족력 및 유전 등에 관련된 것은 그 연구의 수가 매우 적고 결과 역시 명확하지 못하여 아직 두 질환의 감별 진단에 있어 크게 유용한 정보를 제공하지 못하는 것으로 보인다. 향후 두 질환의 좀 더 정확한 감별 진단을 위해 현재 갖고 있는 DSM-IV 및 ICD-10의 진단 기준의 모호성이 보완되어야 하지만 보다 근본적인 논점은 조현정동장애라는 질환을 어떻게 바라보느냐에 있는 것 같다. 조현정동장애를 바라보는 시각은 조현병 또는 기분장애의 한

형태로, 독립적 질환으로, 매우 이질적인 상태를 보이는 복합적 질환으로, 또는 질환 자체가 시간 경과에 따라 달라질 수 있다는 견해까지 매우 다양하다. 마지막 견해는 Marneros 등<sup>54)</sup>이 조현정동장애, 기분장애, 조현병 환자를 최소 10년 이상 장기간 추적 관찰한 결과 순수하게 기분장애로 시작된 환자가 나중에 조현정동장애로 그리고 조현정동장애 환자가 기분장애로 진단이 바뀔 수 있음을 보고한 결과에 의해 일부만 지지되어진다. 이러한 입장은 정신과적 증상의 위계원칙과도 관련된 것으로 조현정동장애 환자를 적극적으로 치료하면 나중에 그보다 한 단계 낮은 정신증적 양상이 있는 기분장애가 나타날 수 있음을 의미한다. 한가지 제안점은 특히 초발의 경우 두 질환을 구별하기가 더 어려울 수 있으므로 이러한 경우는 ICD-10의 조현병 증상이 있는 급성 다형성 정신병적 장애(acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia)의 진단을 잠정적으로 사용하는 것도 진단의 혼란이나 안정성 문제를 줄이는 방법이 될 수 있겠다. 요약하면 많은 논란에도 불구하고 유지 치료기에 불필요한 기분조절제나 항정신병약물의 노출을 막기 위해 최선을 다하여 두 질환의 정확한 감별진단을 위해 노력해야 하며 특히 최근의 양극성장애의 진단기준의 확장 경향에 영향을 받지 않고 객관적으로 정신병리를 세밀하게 평가하고 이에 따른 진단을 내리는 것이 중요하겠다.

**중심 단어 :** 조현정동장애 · 정신증적 양상이 있는 기분장애 · 감별진단.

## REFERENCES

- 1) Kasanin K. The acute schizoaffective psychoses. *Am J Psychiatry* 1933;90:97-126.
- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, edn 4. Washington, DC:American Psychiatric Association;1994.
- 3) World Health Organization. International Classification of Disease, edn 10. Clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization;1992.
- 4) Heckers S. Is schizoaffective disorder a useful diagnosis? *Curr Psychiatry Rep* 2009;11:332-337.
- 5) Lake CR, Nathaniel H. Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease - there is no schizoaffective disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:365-379.
- 6) Vollmer-Larsen A, Jacobsen TB, Hemmingsen R, Parnas J. Schizoaffective disorder - the reliability of its clinical diagnostic use. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:402-407.
- 7) First M, Spitzer RL, Gibbon M, William JB. Structured clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York;1998.
- 8) Hirschfeld RM, Cass AR, Holt DC, Carlson CA. Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic. *J Am Board Fam Pract* 2005;18:233-239.
- 9) Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D. Is Bipolar Disorder Overdiagnosed? *J Clin Psychiatry* 2008;69:935-940.
- 10) Marneros A, Aiskal H. The overlap of affective and schizophrenic spectra. Cambridge university press;2007.
- 11) Angst J, Felder W, Lohmeyer B. Course of schizoaffective psychoses: Results of a follow-up study. *Schizophr Bull* 1980;6:579-585.
- 12) Fowler RC, McCabe MS, Cadoret RJ, Winokur G. Symptom differences in schizophrenia with good and poor prognosis. *Am J Psychiatry* 1972;123:1239-1243.
- 13) Han OS, Hong JP. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders, Research Version;2000.
- 14) Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical neuroscience. 10th edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- 15) Foulds GA, Bedford A. Hierarchy of classes of personal illness. *Psychol Med* 1975;5:181-192.
- 16) Bleuler E, Brill AA. Textbook of Psychiatry. 4th Ed. New York, NY: Macmillan Publishing Co Inc;1924.
- 17) Pini S, Queiroz VD, Dell'Osso L, Abelli M, Mastrocinque C, Sactoni M, et al. Cross-sectional similarities and differences between schizophrenia, schizoaffective disorder and mania or mixed mania with mood-incongruent psychotic features. *Eur Psychiatry* 2004; 19:8-14.
- 18) Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. New York, Oxford University Press;1990.
- 19) Azorin JM, Akiskal H, Hantouche E. The mood-intability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania:validation in a French National Study of 1090 patients. *J Affective Disord* 2006;96:215-223.
- 20) Black DW, Nasrallah A. Hallucinations and delusions in 1,715 patients with unipolar and bipolar affective disorders. *Psychopathology* 1989;22:28-34.
- 21) Fennig S, Bromet EJ, Karant MT, Ram R, Jandorf L. Mood-congruent versus mood-incongruent psychotic symptoms in first-admission patients with affective disorder. *J Affective Disord* 1996;37:23-29.
- 22) Peralta V, Cuesta MJ. Exploring the borders of the schizoaffective spectrum:a categorical and dimensional approach. *J Affective Disord* 2008;108:71-86.
- 23) Winokur G, Scharfetter C, Angst J. The diagnostic value in assessing mood congruence in delusions and hallucinations and their relationship to the affective state. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 1985; 234:299-302.
- 24) Kantor SJ, Glassman AH. Delusional depression:natural history and response to treatment. *Br J Psychiatry* 1977;131:351-360.
- 25) Reichenberg A, Harvey PD, Bowie CR, Moitabai R, Rabinowitz J, Heaton RK, et al. Neuropsychological Function and Dysfunction in Schizophrenia and Psychotic Affective Disorders. *Schizophr Bull* 2009;35:1022-1029.
- 26) Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:826-836.
- 27) Fleck DE, DelBello MP, Zimmerman ME, Getz GE, Shear PK, Strakowski SM. Selective attention in schizoaffective disorder: pilot data. *Schizophr Res* 2004;68:109-110.
- 28) Szoke A, Meary A, Trandafir A, Bellivier F, Roy I, Schurhoff F, et al. Executive deficits in psychotic and bipolar disorders e Implications for our understanding of schizoaffective disorder. *Eur Psychiatry* 2008;23:20-25.
- 29) Parnas J, Handest P, Saebye D, Jansson L. Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:126-133.
- 30) Maj M, Pirozzi R, Formicola AM, Bartoli L, Bucci P. Reliability and validity of the DSM-IV diagnostic category of schizoaffective disorder:Preliminary data. *J Affect Disord* 2000;7:95-98.
- 31) Faraone SV, Blehar M, Pepple J, Moldin SO, Norton J, Nurnberger JJ, et al. Diagnostic accuracy and confusability analyses:an appli-



- cation to the Diagnostic Interview for Genetic Studies. *Psychol Med* 1996;26:401-410.
- 32) Schwartz JE, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Carlson G, Craig T, Galambos N, *et al.* Congruence of Diagnoses 2 Years After a First-Admission Diagnosis of Psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:593-600.
  - 33) Nardi AE, Nascimento I, Freire RC, De-Melo-Neto VL, Valença AM, Dib M, *et al.* Demographic and clinical features of schizoaffective (schizobipolar) disorder-A 5-year retrospective study. Support for a bipolar spectrum disorder. *J Affect Disord* 2005;89:201-206.
  - 34) Veen ND, Seltén JS, Schols D, Laan W, Hoek HW, Tweel IVD, *et al.* Diagnostic stability in a Dutch psychosis incidence cohort. *Br J Psychiatry* 2004;185:460-464.
  - 35) Whitty P, Clarke M, McTigue O, Browne S, Kamali M, Larkin C, *et al.* Diagnostic Stability Four Years After a First Episode of Psychosis. *Psychiatr Serv* 2005;56:1084-1088.
  - 36) Benabarre A, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Reinares M, Gastó C. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. *Eur Psychiatry* 2001;16:167-172.
  - 37) Dell'Osso L, Akiskal HS, Freer P, Barberi M, Placidi GF, Cassano GB. Psychotic and nonpsychotic bipolar mixed states: comparisons with manic and schizoaffective disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;240:218-222.
  - 38) Evans JD, Heaton RK, Paulsen JS, McAdams LA, Heaton SC, Jeste DV. Schizoaffective disorder: A form of schizophrenia or affective disorder? *J Clin Psychiatry* 1999;60:874-882.
  - 39) Marneros A, Deister A, Rohde A. Psychopathological and social status of patients with affective, schizophrenic and schizoaffective disorders after long-term course. *Acta Psychiatr Scand* 1990;80:352-358.
  - 40) Lenz G, Simhandl C, Thau K, Berner P, Gabriel E. Temporal Stability of Diagnostic Criteria for Functional Psychoses Results from the Vienna Follow-Up Study. *Psychopathology* 1991;24:328-335.
  - 41) Cohen LS. Gender-Specific Considerations in the Treatment of Mood Disorders in Women Across the Life Cycle. *J Clin Psychiatry* 2003;64:18-29.
  - 42) Ohayon MM, Schatzberg AF. Prevalence of Depressive Episodes with Psychotic Features in the General Population. *Am J Psychiatry* 2002;159:1855-1861.
  - 43) Tohen M, Hennen J, Zarate CM, Baldessarini RJ, Strakowski SM, Stoll AL, *et al.* Two-Year Syndromal and Functional Recovery in 219 Cases of First-Episode Major Affective Disorder With Psychotic Features. *Am J Psychiatry* 2000;157:220.
  - 44) Marneros A. The schizoaffective phenomenon: the state of the art. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003;108:29-33.
  - 45) Scully PJ, Owens JM, Kinsella A, Waddington JL. Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder within an epidemiologically complete, homogeneous population in rural Ireland: small area variation in rate. *Schizophr Res* 2004;67:143-155.
  - 46) Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, *et al.* Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1205-1215.
  - 47) Szádóczkya E, Papp ZS, Vitraic J, Rihmer Z, Füredia J. The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary: Results from a national epidemiologic survey. *J Affect Disord* 1998;50:153-162.
  - 48) Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ, Dibble E, Leckman JF, Sceery W, *et al.* A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1157-1167.
  - 49) Gershon ES, DeLisi LE, Hamovit J, Nurnberger JI, Maxwell ME, Schreiber J, *et al.* A controlled family study of chronic psychoses. Schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:328-336.
  - 50) Maier W, Lichtermann D, Minges J, Hallmayer J, Heun R, Benkert O, *et al.* Continuity and discontinuity of affective disorders and schizophrenia. Results of a controlled family study. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:871-883.
  - 51) Cheniaux E, Landeira-Fernandez J, Telles LL, Lessa JLM, Dias A, Duncan T, *et al.* Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders. *J Affect Disord* 2008;106:290-297.
  - 52) Hodgkinson CA, Goldman D, Jaeger J, Persaud S, Kane JM, Lipsky RH, *et al.* Disrupted in Schizophrenia 1 (DISC1): Association with Schizophrenia, Schizoaffective Disorder, and Bipolar Disorder. *Am J Hum Genet* 2004;75:862-872.
  - 53) Kane JM. Strategies for making an accurate differential diagnosis of schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry* 2010;71:4-7.
  - 54) Marneros A, Deister A, Rohde A. Stability of Diagnoses in Affective, Schizoaffective and Schizophrenic Disorders: Cross-sectional Versus Longitudinal Diagnosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1991;241:187-192.