

REVIEW ARTICLE

**J Korean
Neuropsychiatr Assoc**
2015;54(4):365-398
Print ISSN 1015-4817
Online ISSN 2289-0963
www.jknpa.org

조현병의 역사적 고찰

서울대학교병원 정신건강의학과,¹ 서울대학교 의과대학 정신과학교실,²
서울대학교병원 의생명연구원³

박 종 석¹ · 강 응 구^{1,2,3}

History of Schizophrenia

Jong Suk Park, MD¹ and Ung Gu Kang, MD, PhD^{1,2,3}

¹Department of Neuropsychiatry, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

²Department of Psychiatry and Behavioral Science, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

³Clinical Research Institute, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

Fundamental difficulties in psychiatric nosology lie in the most basic fact that it deals with subjective states of the human mind. Modern instrumental diagnostic classification systems, which amount to lists of symptom inventories, could not provide accurate concepts of psychiatric disorders. This is also true for schizophrenia, a representative mental disorder. Kraepelin's dementia praecox was a collection of controversially proposed diseases, which had some critical similarities in their clinical features, i.e., the course and outcome. Despite initial debates on the adequacy of this concept, dementia praecox was recognized as a disease entity quite early, so that the concept of dementia praecox or schizophrenia proliferated, became diversified, and was then altered. We can now find large discrepancies between Kraepelin's dementia praecox and today's schizophrenia. However, the myth of disease entity was seldom challenged and psychiatrists today implicitly believe that they are dealing with what Kraepelin had proposed. In order to navigate this impasse, we thought that historical studies on the concept of dementia praecox and underlying taxonomic principles established by 19th century alienists including Kraepelin would shed some light. The aim of this article is to comprehensively review the history of concepts of dementia praecox or schizophrenia, and to question critically how much today's schizophrenia has received the conceptual inheritance from original concepts. Through this process, we expect to attain a renewed understanding of schizophrenia.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2015;54(4):365-398

KEY WORDS Schizophrenia · Dementia praecox · Deterioration · DSM · Nosology.

Received June 30, 2015
Revised August 4, 2015
Accepted August 6, 2015

Address for correspondence

Ung Gu Kang, MD, PhD
Department of Psychiatry and
Behavioral Science,
Seoul National University
College of Medicine, 101 Daehak-ro,
Jongno-gu, Seoul 03080, Korea
Tel +82-2-2072-2296
Fax +82-2-744-7241
E-mail kangug@snu.ac.kr

서 론

인간의 주관적 정신상태를 다룬다는 가장 기본적인 이유 때문에 정신과 질병분류학(nosology)은 다른 신체질환의 분류학에 비해 명확치 않은 점이 많다. 대표적 정신질환인 조현병에 대해서도 마찬가지다. 증상 목록을 나열하는 데 그치는 현대의 도구적 진단분류체계는 질병에 대한 개념을 제시하지 못하며, 개념이 없기 때문에 불명확함과 혼란은 더 커진다. 질병의 개념을 이해하기 위해서 역사를 알아야 한다. Dementia praecox(이하 DP)에 대한 크레펠린(Emil Kraepelin, 1856~1926)의 개념이 역사적 유물이 아니라 현대의 조현병 개념에도 반영된 것이라 본다면, 이 병을 이해하기 위해서는 경험적 자료보다는 과거의 개념과 분류학 원칙(taxonomic principle)을 연구하는 것이 더 중요할 수 있다.¹⁾

우울증의 경우 우울증상이 주된 양상인 임상적 상태들을 어떻게 분류하고 구분하는가가 질병분류학의 핵심과제였다면,²⁾ DP의 경우에는 “DP를 구성하는 고전적 증후군들이 과연 질병단위(disease entity)로서 성립하는가?”라는 문제부터 대두된다. 즉 우울증의 경우는 “어떤 우울증인가?”의 문제라면 DP의 경우는 “이것을 따로 병이라 할 것인가 아니면 비특이적 증상집합에 불과한 것으로 볼 것인가?”의 문제이다. 여러 황폐화(deteriorating) 정신질환들이 변성(dégénérescence) 과정에 의한다는 19세기의 관점은, 질병단위로 제안되었던 다양한 임상상태들의 특이성을 잘 인정하지 않았다. 이런 가운데 크레펠린은 몇 가지 잠정적 질병들을 주로 황폐화라는 결과의 공통점에 의거해서 DP라는 병명으로 통합하였다. 이 개념은 널리 지지를 받았고, DP는 질병단위로 인정받았으며, 이것이 오늘날의 조현병 개념의 출발점이 되었

다고 본다. 이후 블로일러(Eugen Bleuler, 1857~1939)는 이 병을 새롭게 개념화하여 schizophrenia라는 병명을 제안하였다. 여기까지가 조현병의 표준적인 역사다. 그로부터 100년이 지난 오늘, DSM-5에 정의된 조현병이라는 구성체(construct)가 질병단위로 타당한지에 대한 논란은 더 이상 없다. 이렇게 된 이유로는 역사를 통해 개념이 발전되었다거나 결정적인 연구 결과로 가설이 검증되었다기보다는 여러가지 역사적 사정으로 이 문제를 잊어버리게 되었다는 것이 더 타당해 보인다. 해결되지 않은 문제가 잊혀져 버림으로써 해결된 것으로 착각하게 되는 경우는 우울증에 대해서도 지적된 바 있다.²⁾ 이 논문은 오늘의 조현병의 개념을 이해하기 위해 과거의 역사를 추적하여 잊혀진 문제들을 살펴보려 한다.

잘 알려져 있듯이 세 가지 질병이 크레펠린의 DP에 편입되었다. 그런데 편입 과정은 각 질병마다 다른 역사를 갖는다. 이 논문은 각각의 질병들의 역사를 살펴보고 이것이 크레펠린에 의해 DP로 통합되는 과정을 추적하려 한다. 이후의 변화에 대한 논의도 간략하게 할 것이다. 그런데 논의를 하기 전 주의할 점은, 흔히 사용되는 정신병리학 용어들이 100여년 전과 오늘날 의미가 다르다는 사실이다. 따라서 먼저 몇 가지 중요한 용어들에 대한 당시의 개념부터 살펴보는 것이 필요하다. “Dementia” praecox가 오늘의 개념으로는 치매라 할 수 없고, 당시도 DP가 노인성 치매와 다른 것임을 알고 있었음에도 불구하고 dementia라 명명된 것은 이런 용법의 변화로 이해할 수 있을 것이다. 아울러 질병단위로 정립된 정신과 질환의 모범적 사례인 뇌 매독(진행마비)의 역사를 간단히 살펴봄으로써 조현병 이해를 위한 통찰을 얻고자 한다.

방 법

이 논문은 역사적 고찰을 통하여 DP라는 질병의 개념에 대한 이해가 어떻게 변화되어 왔는지를 추적하여, 오늘날의 조현병에 대한 이해를 얻기 위해 기획되었다.

19세기 후반 독일어권을 중심으로 한 정신병의 진단분류학 논의를 고찰의 출발점으로 삼았으나 이의 개념적 배경이 되는 이전 시대의 프랑스어권 논의도 일부 참고하였다. 초기에 비특이적인 증상의 집합체에 지나지 않았던 개념들이 질병단위로 제기되는 과정과, 이런 논란이 많은 질병단위들을 또 한 번 논란이 많은 방법으로 묶어 크레펠린이 질환단위로서의 DP를 주장하기까지의 과정을 설명하였다. 이후 크레펠린 자신의 개념 변화 및 블로일러의 새로운 개념화에 대해 살펴 보았다. 도구적으로 정의된 조현병의 변화는 DSM-III의 기반이 된 선행 시스템들에서 시작해서 DSM-5까지의 변화 추이로서 기술하였다. 마지막으로 오늘날 우리

가 알고 있는 조현병의 개념과 과거의 DP를 몇 가지 관점에서 비교하였다. 이러한 비교를 통해 과거와 현재 개념상의 불일치가 있을 수 있음을 기술하였고 그 과정에서 일어나는 새로운 논란에 대해서도 일부 제시하였다. 주된 참고문헌으로는 크레펠린 교과서의 6판³⁾과 8판,⁴⁾ 블로일러의 Dementia praecox or the group of schizophrenias 1950년판⁵⁾ 영어 번역본을 참조했고, 다양한 역사적 문헌들은 History of Psychiatry 잡지가 주된 원천이 되었다. 이 잡지에 실린 논문들은 역사적 문헌들에 대한 해석뿐만 아니라 프랑스어 및 독일어 원문의 영어 번역을 싣고 있어서 큰 도움이 되었다. 원문을 확인하기 어려운 고전 문헌들에 대해서는 2차 인용의 방법을 사용하였다. 증례를 제시함에 있어서는 중요한 부분을 발췌, 요약하여 인용하는 방식을 사용하였고 불필요한 부분은 생략하였다. 대상인 질병을 지칭하는 용어로는 역사적 맥락에 따라 DP 또는 schizophrenia를 사용하였으며 schizophrenia의 우리말 번역인 조현병은 도구화된 진단체계에 따르는 현재의 질환을 지칭할 때 사용하였다. 인명은, 자주 인용되는 중요한 인물에 대해서는 한글로 쓰고 처음 등장할 때 원어 이름을 괄호로 표시하였으나, 다른 학자들의 이름은 그냥 원어로 표기하였다.

본 론

용어의 정의

Dégénérescence

근대 정신의학에서 정신병 개념의 역사를 알기 위해서는 dégénérescence(변성, 變性)를 이해해야 한다. 모렐(Bénédict Augustin Morel, 1809~1873)이 Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine (1857)⁶⁾에서 제시한 변성이라는 개념은 19세기 독일 및 프랑스 정신의학에 큰 영향을 미쳤다. 변성은 정신기능이 쇠퇴하는 심한 정신질환을 기술하는 데 사용되었는데 그 의미는 오늘날의 퇴행성(degenerative) 질환에서 퇴행이 의미하는 것과는 달랐다. 모렐의 변성은 다소 종교적인 관점으로, 인간의 원형(type primitif)에서 신체적, 정신적, 지적, 도덕적으로 벗어나 있는 상태를 의미하였다. 변성은 또한 엄격하게 유전적인 현상으로, 변성에 의한 정신질환은 한 가계에서 대를 이어가며 점점 황폐화되어가는 연쇄로 진행하고 결국 후손을 남기지 못함으로써 종료된다. 모렐은 여섯 종류의 변성과 관계된 정신질환을 기술하였는데 이 중 네 가지는 유전적 영향 없이 새로 발생하지만, 다음단계인 유전성 광증(folies héréditaires)은 여기서 유전되어 발생한다. 마지막은 종말

단계인 치매이다. 즉 변성은 변이형질의 유전이라는 의미가 있다.^{7,8)} 크레펠린도 모델의 변성 개념에 동조하였다. 그는 변성의 첫 단계가 되는 알코올과 매독을 관리할 것을 주장하였고, 개인 및 가계가 아닌 독일 국민 전체 단위의 변성이 진행되는 것을 막기 위한 “중독 위생(rassenhygiene)”을 주장하였다. 그는 변성을 유전자 수준보다는 사회-심리적 수준에서 일어나는 현상이라고 보았던 것이다.⁹⁾ 블로일러는 schizophrenia에서의 변성 현상을 다르게 정의하였다. 당시까지 변성이라는 용어는 다음과 같이 다양한 의미로 사용되었다.

- 1) 모델 원래 의미의, 대를 거치면서 더 심해지는 질병
- 2) 가계력이 있는 질병, 그러나 이런 소인이 발병의 전제조건은 아님
- 3) 선천적 또는 매우 어려서 얻은 뇌 결함이 질병이 생기는 배경이 되는 경우
- 4) 개인의 질병이 황폐화하는 경과를 밟는 경우

블로일러는 당시의 많은 학자들처럼 schizophrenia를 변성 질환이라 보았지만, 한 가계에서 대를 거치며 더 심해지는 경우는 실제로 별로 없음을 관찰하였다. 따라서 그는 schizophrenia에서의 변성을 모델의 원래 개념과 다르게 정의하였다. 넓게 보자면 변성은 유전적 소인과 비슷한 의미로 정신질환의 가계력이 있는 경우인데, schizophrenia의 경우 가계력이 있는 환자와 없는 환자 간에 임상양상이 다르지 않으며, 유전적 소인이 있는 개인은 안 그런 사람보다 쉽게 발병하겠지만 소인이 발병을 위한 전제조건은 아니었다. 또한 schizophrenia에서 기질성 병력이 흔한 것은 아니었으므로, schizophrenia가 변성질환이라는 것은 4)의 의미에서였다. 즉 변성은 유전성보다는 황폐화라는 결과의 특성에 의거해 부여된 속성이었다.⁵⁾

변성의 개념은 이후에도 학자와 시기에 따라 조금씩 다른 의미를 갖게 되었는데, 유전성에 대한 함축이 줄어들면서 넓은 의미의 내인성에 가까운 의미가 되었으며¹⁰⁾ 내인성이라는 용어가 자리잡은 이후에는 더 이상 흔히 사용되지 않게 되었다. 현대에는 변성과 황폐화는 거의 같은 의미로 사용되지만, 이후에 이 논문에서 언급되는 변성은 대개 1) 또는 2)의 개념이다.

Dementia

라틴어 De-mens(마음 없음)를 어원으로 하는 dementia라는 용어는 기원전 50년 Lucretius가 사용한 바 있는데, 당시의 의미는 “제정신이 아님”을 뜻했다. 이후 정신사회적 무능력 상태를 지칭하는 용어는 매우 다양하였지만 dementia라는 용어가 사용되지는 않았다. 그러다가 17~18세기에 이 용어가 널리 사용되기 시작하였는데, “상상력과 판단의 소멸”

이라는 의미였다. Mania(급성 흥분상태에 대한 통칭)나 delirium(오늘날의 의미와 비슷함)과는 구분되며, 비가역적인 상태를 의미하지는 않았다. 오늘날 개념의 치매와 비슷한 상태는 18세기 Cullen이 amentia라 하였으나, 두 용어가 혼동되어 쓰이기도 하였다. 19세기 말까지 dementia 용어가 의미하는 임상상태는 학자마다 서로 달랐다.¹¹⁾

모델의 démence는 광증 환자의 말기에 쇠퇴한 상태를 의미하였다. 뇌의 활기 상실로 지능의 전반적 장애를 보이며, 뇌 무게가 줄어든다고도 하였다. 특이적 질병이라기보다는 다른 광증들의 말기 상태로 광증이 항상 dementia를 선행한다고 보았다. 변성 개념에 부합하는 것이다. 모델이 *Traité des maladies mentales*(1860)¹²⁾에서 démence précoce라는 용어로 기술한 것도 젊은이에게 나타나는 광증의 결과인 심한 인지손상과 정신사회적 무능 상태였다. 모델이 제시한 증례는 Georget가 stupidité라 부르던 상태와 비슷하였다. 그의 증례는 종교적 몰두, 망상, 환각, 흥분, 전신적 근육 수축을 보이는 젊은 남자로서, 수개월간 혼미(stupor)상태에 있었고, 어색한 자세를 유지했으며 질문에 대답하지 않고, 소대변 실금, 동작의 시작에 자발성 없음, 자동 행동 등을 보였다.¹¹⁾ 이 증례는 catatonia를 연상시킨다. 결국 모델의 démence précoce에서의 dementia는 만성 정신병 환자들의 황폐화에 의한 무능 상태, 오늘날 개념으로 심한 음성증상을 의미한다. 크레펠린의 DP에서의 dementia도 이런 개념으로 이해해야 할 것이다. 블로일러가 DP라는 용어에 반대하여 schizophrenia를 제창한 것은 당시의 개념으로도 이 병 상태는 진성 dementia는 아니었기 때문이다.⁵⁾ 물론 크레펠린이 교과서 2판부터 기재하고 있는 노년기 dementia는 오늘날 치매의 개념과 가깝다.

Deterioration

크레펠린의 DP는 deterioration(황폐화)되는 정신병을 의미한다. 이때 황폐화는 인지적 퇴행보다는 사회생활 능력의 퇴행을 의미한다. 블로일러는 직업을 가지고 자신을 돌볼 수 있는가를 황폐화의 기준으로 삼았다.⁵⁾ 이 경우 망상에도 불구하고 직업생활을 할 수 있는 망상형 환자(크레펠린 8판의 paranoid dementia mitis)는 황폐화되지 않은 것이다. 반면 환각, 망상이나 사고장애가 심하지 않더라도 격리, 위축 등 증상으로 타인과의 접촉이 안 되는 경우는 황폐화된 것으로 간주된다. 뚜렷한 양성증상 없이 음성증상이 주된 상태인 단순형(schizophrenia simplex 또는 simple deterioration)을 DP의 일종으로 보는 것^{4,5)}도 이 병이 결국 hebephrenia와 같은 황폐화로 귀결되기 때문이었다.

Hebephrenia는 황폐화되는 질환의 대표격이다. 헤커(Ewald Hecker, 1843~1909)가 기술한 7예의 hebephrenia 중 1

예에서만 회복이 있었고, 나머지는 황폐화되었다.^{13,14)} 이 중 몇 예를 통해 당시의 황폐화가 어떤 상태를 의미했는지 엿볼 수 있다.

증례 1 : 남자. 20세에 멜랑콜리아 첫 증상 발생. 수개월 내에 공격성, 분노발작, 바보같은 행동, 비협조성 등 발생. 입원 후 4년간 큰 변화 없으나 행실이 약간 좋아지고 협조성 생겨서 간단한 작업 가능

증례 2 : 여자. 20세에 자존심의 큰 상처를 겪은 뒤 갑자기 이상행동, 허황된 이야기 및 피해망상 발생. 정동의 극단적 변화. 입원 2년 뒤 위축되어 바느질에 몰두. 나이에 비해 어린애 같고 바보 같고 제한적 관심만 가짐. 사고와 표현이 가끔 혼란, 간헐적 흥분

증례 3 : 남자. 청소년기부터 멜랑콜리아 경향. 17세에 어릿광대 같은 행동. 이후 직업능력 상실. 10년 뒤 초조, 이상행동 및 알아들을 수 없는 말 등으로 급성 악화되어 입원. 이후 수개월 호전과 1~2개월간 악화 상태를 반복. 호전기에는 일반인의 눈에는 정상으로 보일 정도

증례 4 : 남자. 학창시절 낮은 성취도, 고졸 후 수년 뒤 직업능력 상실. 23세에 이상행동 발생. 이후 수개월간 흥미와 관심 감소, 혼란 및 지리멸렬. 입원 4년 뒤 자신의 과거에 대해 정확하게 이야기 가능하였지만 이해하기 어려운 문구 등을 섞어서 꿈꾸듯 말함. 이상행동 지속

이상은 황폐화되는 전형적 증례들로 초기 급성기 증상과 관계 없이 직업적 무능화 및 이상행동이 나타난다. 경과 중 급성기 증상은 약화되지만 생활능력은 전반적으로 큰 변화가 없이 지속된다. 이상행동 및 비논리적 언어는 간헐적으로 나타나며, 직업적으로는 무능하지만 단순작업은 가능하고, 어떤 환자에서는 주기성을 지니며 악화-호전되는데, 호전시에는 정신병리가 뚜렷하게 관찰되지 않을 정도가 되기도 한다. 오늘날의 용어로 말하자면 상당한 정도의 음성증상이 지속되고 양성증상은 간헐적으로 나타나기도 하는 상태이지만 일상생활과 자기관리를 하기 어려울 정도로 심한 퇴행은 아니다. 헤커의 증례보다 더 심한 황폐화는 다라즈키비치(Leon Daraszkiewicz, 1866~1931)의 증례들에서 보인다.

Disorganization

헤커가 hebephrenia의 증상적 특징으로 본 일관성 없고 비논리적인 사고장애와 탈억제, 목적 없고 기괴한 행동들은 오늘날 혼란 증후군(disorganization syndrome)으로 불린다. 조현병 증상을 요인분석 하면 양성증상 및 음성증상 외에도 혼란이 독립적으로 그룹화되는 3요소 모델이 구성된다.¹⁵⁾ 혼란은 경과가 아닌 정신병리적 개념으로 단면적 정신병리를 요인분석해서 만들어진 구성체이다. 그러나 DSM-IV는 조

현병의 혼란형(disorganized type)을 과거의 hebephrenia와 비슷한 개념으로 보고 있다. 그런데 hebephrenia는 황폐화라는 결과에 의해 특징지워진 병이다. 따라서 오늘날의 조현병의 혼란형 아형과 DP의 hebephrenic 아형 간의 관계는 명확하지 않다. 블로일러는 사고의 혼란과 기괴한 행동을 hebephrenic 아형의 특징이라기보다는 schizophrenia의 전반적 특징으로 기술하고 있다. Hebephrenia는 이 증상이 초기부터 드러나는 것이 특징이지만, 편집성(paranoid) 정신병도 질병이 진행되면서 믿음의 내용이 아닌 사고과정 자체의 비합리성이 드러나고, catatonia의 급성기 증상 자체는 혼란된 행동이다.⁵⁾

Hebephrenia

칼바움 이전

Hebephrenia 양상의 정신병에 대한 첫 기술은 에스퀴롤(Jean-Étienne Dominique Esquirol, 1772~1840) 및 모렐에 의한 다. 모렐은 변성(유전성) 광증의 한 형태를 *démence précoce*라 명명하였다.¹²⁾ 그는 이 병에서 *dementia*로 빨리 진행되는 경과를 강조하였다. 발병 전에는 재능이 많고 조숙한 사람들이었지만 “모든 정신기능이 신속하게 멈추고, 초기에 *dementia*가 되는 것은 이 젊은이가 정신적 능력의 한계에 도달했음을 보여준다”고 하였다[Kraam과 Phillips(2012)에서 재인용].^{16,17)}

칼바움

그러나 hebephrenia의 개념을 처음 제시한 사람은 칼바움(Karl Ludwig Kahlbaum, 1828~1899)이다. *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen*(1863)¹⁸⁾에서 칼바움은 전반적 발달과정상, 단계적인 생리적 변화에 따라 발생하는 모든 종류의 정신질환이라는 의미의 *paraphrenia*를 제안하였다. 발병 연령에 따라 *paraphrenia*는 *paraphrenia senilis*와 *paraphrenia hebetica*(*pubertatis, adolescens*) 또는 hebephrenia로 나뉘었다(Hebe는 로마 신화에서 Juno의 딸로 젊음의 여신). 즉 hebephrenia를 정의하는 양상은 조기 발병으로, 칼바움은 hebephrenia가 일견 정상적인 어린 시절 이후 사춘기 과정에 의해 일어나며 대개 뚜렷한 정신의 약화를 가져온다고 하였으나 자세한 증상학은 기술하지 않았다.^{17,19)}

베르니케(Carl Wernicke, 1848~1905)도 조기 발병에 대해 hebephrenia라는 용어를 사용하였지만, 병리의 범위에 대한 칼바움과 베르니케의 이론적 입장은 매우 달라서 베르니케는 정신적 변이(deviation)의 넓은 범위를 정신병으로 보았는데 비해 칼바움의 hebephrenia는 전 인격의 변화로 부분적

정신장애나 행동장애가 아니었다.¹⁹⁾

헤커

필리츠(Görlitz) 수용소에서 칼바움의 동료로 일하던 헤커는 1871년 발표한 논문²⁰⁾에서 hebephrenia에 대해 구체적인 개념을 기술하고 증례들을 보고 하였다.^{13,14)} Hebephrenia는 수용소 환자 500명 중 14명에서 보이는 드물지 않은 질환이었다. 논문은 부분 회복되는 1예를 포함한 총 7증례를 소개하고 있는데, 각 증례에는 환자의 배경, 경과, 행동 및 증상 등이 기술되어 있으며 말미에 환자가 작성한 편지가 수록되어 있어서 환자의 사고장애를 이해하는 데 좋은 자료가 된다. 각 증례는 저자의 주석으로 끝난다. 이 논문에서 그는 hebephrenia를 매우 특이적이고 예상 가능한 경과 및 증상학을 갖는 질병으로 제안하고자 하였다. 헤커가 제시한 hebephrenia의 기본 특성은 1) 사춘기 말기(18~22세)에 발병, 2) 몇 가지의 연속적 혹은 변화하는 경과, 3) 정신의 악화까지 빠른 진행, 4) 특이한 형태의 최종 광증이며 그 징후는 첫 단계부터 보임 등이었다.¹⁹⁾ 병인에 대해서는 소인(소아 초기부터의 가벼운 정신능력 제한) 및 유인(정서적 스트레스, 분노와 비탄 등)을 구분하였는데 후자는 그리 중요하지 않다고 보았다. 즉 일차적으로 사춘기라는 생물학적 발달단계의 변이와 관계된 내인성 질환이며, 사춘기 격동(puberty turmoil)은 원인이라기보다는 발현에 영향을 미치는 요소로 보았다. 경과는 특징적인 3단계로, 초기의 멜랑콜리아(진성 멜랑콜리아와 달리 정동의 깊이가 없고, 기분 고양과 뒤섞임), 이후의 조증성 고양(어리석은 행동이 혼함), 최종적으로 매우 특별한 형태의 dementia로 심한 인지장애는 아니며 일반인은 잘 몰라보거나 심지어 피뻘이라 볼 수도 있다고 하였다. 기술된 증례들은, 만성화된 뒤 수용소 내에서 큰 문제 없이 단순한 일상적인 생활을 하다가 특정 상황에서 이상행동이 드러나는 행태를 보인다. 증상학적으로는 사고형태 장애(formal thought disorder)가 특히 진단적으로 중요하며 거의 질병특유적(pathognomonic)이라 하였다. 간헐적인 분노폭발이 있고 환각도 가끔 있으며 고착된 망상은 흔하지 않다.^{13,19)} Hebephrenia에 특징적인 사고형태 장애로 헤커가 제시한 것은 다음과 같은 것들이 있다.

- 문법 구성에서 자주 벗어남
- 접속 문장을 특징적으로 무시
- 사고를 간략하게 결론지을 수 없음
- 대화 중 특정 어구와 형태 및 특정 주제에 끝까지 집착하는 경향
- 이상한 용어(jargon), 방언, 외국어, 잘못 연결된 용어 등을 사용

- 과장된 음조, 시적 어법, 공허하고 거친 문장들의 연속적 흐름

헤커는 이런 기술을 통해 증상학과 경과로 정의되는 hebephrenia를 질병단위로 수립하고자 하였으나, 변성 이론가들을 중심으로 한 다른 학자들은 이것을 독립적인 질병이라기 보다는 기존의 다른 변성 질환에 포함시키는 경우가 많았다.¹⁷⁾

헤커의 증례 1 요약³⁾

야네르트 박사의 기록에 의거한 입원 전 병력

테오도르 K 20세, 남자. ... 가족내 정신병력 없음. 아버지가 없어서 다소 방만한 훈육. 고집 세고 열정적 소년, 지적 능력은 보통, 자주 아팠고 신체 발달이 지체, 약하고 짜증 많음. 고등학교 10학년까지 다니고 큰 와인샵의 견습으로 들어가서 도제 기간 중 폭음. 작년 여름 퇴직한 후 ... 일자리에 대해 비판적 고민.

1월 : 멜랑콜리아성의 첫 증상. 조용하고 위축되고 앞을 뚫어지게 보고 혼잣말 하고 이유 없이 웃음.

2월 : ... 가상의 적들을 방어하기 위해 칼을 갈고 소파 밑에 도끼를 감춤. 밤에 일어나서 이웃의 창문을 깨고 통제불능 행동하여 결박됨. ...

입원 전 : 바보짓(silliness)이 증가. 어린애와 사랑에 빠져서 밤중에 그 집 문간에 셔츠만 입고 앉아 있음.

시립병원 : 밤에 안자고 돌아다니며 바보짓. 머리를 침대 다리 아래 넣고 등으로 침대를 들어올림. 매우 비협조적, 제멋대로, 완고함, 짜증, 항상 반대하려는 경향. 말과 몸짓 손짓은 자주 고양되고, 드물게는 멜랑콜리성 불쾌와 교대됨. 지각 이상은 시사되지 않음.

4월 29일 필리츠 입원시 정신상태

키 5피트 1인치, 마르고 영양부족, 두부 기형 없음, 창백한 얼굴, 표정 없고 멍청함. 연파랑의 큰눈, 질문자를 공허한 표정으로 응시하거나 뒷 천장을 봄. 양쪽 동공 같은 크기. 자신의 성격과 배경에 대해 정확하게 이야기하나 중간에 바보같은 말귀 삽입, 동기 없는 갑작스런 외침, 발구름, 팔과 손동작 어색하고 빗나감. 소위 'naughty years' 청소년 같음.

입원경과

혼잣말 많이 하고, 활동이나 대화에 참여 않으며, 다양한 바보짓 ... 한 눈 감거나 머리를 뒤로 젖히고 맴돌기. 폴로 눈을 비비고 모든 질문에 대해 “눈 때문에”라고 대답(이상은 5월의 기록). 이후 비슷한 양상. 잘 못 자고, 3시에 깨어 소리내고 침대에 엎드려 머리맡에 머리를 부딪히고, 의자에 앉아

등받이에 등을 부딪히고 ... 왜 그러는지 물어보면 자신이 얼어붙는다고 이야기함. 가끔 “지지지!” 소리치고, 코에 코담배를 집어넣고 배고파서라고 함 ... 어느날 회진 중 “원장님, 나는 어제 하루 종일 울었는데, 코담배가 있었으면 좋겠다, 음식이 앓다” ... 다른 환자를 희롱하고 자극하다가 심하게 말다툼 하거나 싸우기도 함. 한동안은 자신이 50년 전에 결혼했다고 하면서도 자기 나이는 제대로 말함. 어떤 때는 입원 중 결혼했다고 함.

결 과

환자 상태는 4년간 변화 없지만 전반적으로 약간 행실은 좋아지고 말을 잘 들어서 간단한 일 가능해짐.

편 지

(생략)

증례에 대한 헤커의 주석(완역)

이 증례는 증상과 경과에서 hebephrenia의 고전적 예이다. Hebephrenia는 항상 사춘기 발달 뒤에 발생한다. 발병일을 알 수 있는 모든 예에서 18~22세 사이이다. 이 시기는 정상적으로 사춘기의 “심리적 갭신과 자아의 변환”(Griesinger)이 거의 완료되는 시점이다. 이 심리과정은 몇 가지 특별한 증상들을 동반하는데, 변환기에 일시적이어야 할 증상들이 병적 과정에 의해 과장되게 나타나서 지속되고 뚜렷한 말기 상태에 이르게 되면 hebephrenic dementia가 된다.

사춘기가 시작되면서 다양한 어두운 상상이 젊은이들의 영혼 속에서 깨어난다. 이 상상들은 그동안 느껴보지 못했던 감정에 의해 유발되고, 기존의 것들과 갈등을 일으키면서 이상한 혼란을 일으킨다. 새로운 창조적 자아는 낯은 것에 적극적으로 침투하려 하나 기존의 형태로는 그럴 여지를 찾지 못한다. 신체와 영혼은 서툰 몸짓으로 뻘어나서 새로운 느낌과 생각에 적응하려 한다. 맞지 않는 소아기의 신발을 신고 있는 낯은 자아는 쫓겨나는 것에 저항하고, 싸움이 시작된다. 사고와 느낌의 이상한 대조(confrontation)는 개인의 전체적 본성과 행동을 통해 나타나는데, 십대 청소년에게 전형적인 것으로 알려져 있다. 이 시기는 가장 두드러진 대조가 서로 접촉하고, 서로의 옆에 또는 균형 없이 순서적으로 나타난다. 열광적인 심각함과 괴짜스런 생각, 조숙한 대화와 어리석고 즐겁고 경망스런 농담이 결합된다. 친근한 느낌과 조악하고 투박한 분노가 함께 나타난다. 형식이 구조를 얻고 새로운 내용에 적응하여 공고화되기 전에는 내용이 불명확해 보인다. 사고, 말, 운동 및 행위에서 소아 또는 성인의 내-외적으로 정밀하고 확실하고 한정적인 형태가 없어진다. 특

정한 내-외적 산만함이 보인다. 경충한 사람이 팔다리로 뒤흔어야 할지 몰라 어색하게 빈둥거리며 어떤 통제 불가능한 충동 때문에 다양한 바보 같은 행위를 한다. 처음에는 마음도 새롭게 깨어난 생각, 감각, 경향성을 위해 적당한 목적을 찾지 못하고 이 정제되지 않은 금의 가치를 모른 채 낭비한다. 서서히 18~19세 사이에 어떤 수렴과 집중이 일어나서 아직 가볍고 약하지만, 형태가 공고화되기 시작한다.

이 시기에 hebephrenia가 일어나며, 그 주된 효과는 공고화되고 있는 형태를 파괴하고 아직까지도 쉽게 부서지는 영혼의 내용을 흩어놓는다. 이렇게 해서 내용의 가장 소중한 부분이 상실된다. 질병 과정은 정신 발달을 제한하고 특별한 형태의 광증을 만든다. 이것은 전술한 발달기의 죽은 요소들만을 포함하고 있다. 싸움은 종료되지만 싸움의 요소들은 전투가 진행 중인 것처럼 그자리에 얼어붙어 있다. 이렇게 종료되는 질병과정은 질병 첫 단계부터 그림자를 드리우고 있는 것이다. 전형적인 결과인 dementia외에도 조기 발병이 hebephrenia의 특징이다.

다수의 증례는 뚜렷한 멜랑콜리아 증상으로 시작된다. 처음에는 정의할 수 없는 불분명한 슬픔과 우울감으로 나타나서 점차 심하지만 대개는 변화하는 망상으로 공고화된다. 정서적 삶의 거의 모든 측면이 차례로 우울감과 동반될 수 있으며, 이 멜랑콜리아는 후회하는 자책이나 경박한 애정 욕구, 궁극적으로 피해와 조종 망상으로 발전한다. 그러나 이 느낌은 심하게 피상적이어서 진성 dysthymia에서 보는 고뇌의 다양한 표현과는 매우 다르다. 환자는 우울감을 가지고 의도적으로 장난치는 것처럼 보이고, 초기부터 슬픈 기분은 즐거운 기분과 대조된다. 무서운 고뇌, 자신에게 닥친 불운, 자신의 죄악에 대한 후회, 자신이 직면한 박해에 대해 강박적으로 호소하는 것과는 별도로 환자는 흔히 웃거나 농담하려는 충동을 억제할 수 없다. 이외에도 기괴한 활동 욕구가 증가하는데, 이것은 강한 분노 발작으로 상승될 수 있지만 대개는 의미 없고 목적 없고 바보같은 행위, 방랑하려는 경향 등이며, 이런 사람은 환자로 여겨지지 않으면서 장기간 세계를 돌아다니기도 한다. 이런 독특성 때문에, 꺾병으로 간주될 위험이 있다. 이들이 의도적으로 바보같이 행위하고 말하는 것으로 보이기 때문이다. 이런 이유로 이것은 법 정신의학에서 중요하다(법원에서 정상으로 판정받은 증례 생략). 이런 증례를 평가하는 데 어려움은 핵심적 장애가 사고 형태라는 데 있다.

뚜렷한 망상은 드물게만 보인다. 기괴한 생각은 일어나지만 잠시 스쳐가므로 고착된 망상과 구분된다. 예컨대 증례 환자가 결혼한지 50년 되었다고 말할 때, 그가 말하는 방식 자체부터가 그것이 다른 사람을 즐겁게 하기 위해 꾸며낸 것

이거나 어린애 상상 같은 바보스런 생각이라는 인상을 준다 [칼바움의 작화증(confabulation)]. 어떤 환자에서는 피해망상이나 조종망상의 흔적이 멜랑콜리아 단계의 잔재물로 남는다. 그러나 그 내용은 대개 객관적 상황을 명칭하고 무비판적으로, 어린애처럼 파악하는 것에 불과해서 과학적 주제와 토론에 몰두하려는 경향과 이상한 대조를 이룬다. 그 결과는 바보 같고 조숙한 재잘거림이다. 이것은 반만 소화된 지식의 조각들과 고립되고 개인적인 체험을 일반화하려는 경향들로 구성된다. 이 환자들은 “나(I)” 대신에 “사람은(one)”이라는 대명사를 즐긴다.

특히 중요한 것은 환자의 말과 글에 보이는 사고형태 장애다. 편지와 그에 대한 환자의 설명은 객관성 있는 것으로 증례의 평가에 매우 중요하다. 이 장애는 주로 다음 특징을 갖는다: 처음에는 논리적인 문장구조로부터 특이하게 벗어나는 것이 눈에 띈다. 필자는 반복적으로 구조를 바꾸지만 사고의 흐름은 잃지 않고, 긴 문장을 만드는 데 선택적으로 집중한다. 문장을 연결하는 데 특이한 부주의가 있고, 사고를 간략한 형태로 요약하는 게 불가능하다. 적절한 구조와 구둑점 없이 사고과정이 돌아가다가 독특한 마침표가 나온다. 사고과정에서 심한 왜곡이나 간극이 드문 이런 스타일은 다른 정신병(치매기의 진행마비)에서의 글쓰기와 확실히 구분된다. 이외에도 상상이나 사고 비약이 심하지 않은 환자는 선택한 주제, 특히 특정 표현형태에 집착하려는 경향이 있다. 반면, 환자는 외부 감각이나 기괴한 정신적 도약을 통해 일어나는 생각을 억제하거나 순서를 부여하는 능력이 없다. 문장을 만드는 데의 심한 부주의성과는 별도로, 세련되지 않은 표현양식, 특히 방언에 무모하게 집착하는 것이 말과 글에서 특이적이다. 전반적으로 말하고 글쓰는 자연스런 방법에서 벗어나는 경향이 있어서, 말을 위장하고, 외국어, 전문용어를 쓴다. 외래어에 대한 선호도 흔한데, 쓰더라도 환자의 교육 수준에 맞지 않게 잘못 사용하거나 특이하게 왜곡해서 사용한다. 더 놀라운 것은 감정적으로 자극 받지 않았더라도, 교양인이라면 피할 무례하고 저속한 단어를 즐겨 사용한다는 것이다. 환자의 전체적인 말과 표현이 교육 수준보다 낮아지면서도 감정적 기술(記述), 시적(詩的)인 것을 과장하고 선호하는 경향이 있어서, 결과로 공허하고 과장된 문구가 되는 것이다.

위에 언급된 증상들이 모든 환자에게 모두 일률적으로 나타나지는 않는다. 그러나 개별 증례의 차이점에도 불구하고, 경과의 독특함은 항상 명백하다. 특히 특정한 바보같은 형태의 dementia가 어려서 발생한 경우, hebephrenia라고 안전하게 간주할 수 있다. Hebephrenic dementia가 표현되는 양상의 특징은 각 증상이 심한 정도와 어느 정도 관계된다. 어

떤 환자에서는 바보 같은 행위는 나름 존중 받지만 매우 기묘한 조숙한 행위와의 경계선에 있고, 다른 환자에서는 증상이 낮 나간 정도의 백치 때문에 가려지거나 억제된다. 그러나 전반적으로 백치의 가장 심한 단계, 진행마비에서 보이는 정신적 밑바닥은 드물고, 어떤 수준의 정신 붕괴에 오래 머무는 경우가 더 특징적이다. 드물지 않게 백치 단계에서도 중간에 흥분상태가 나타난다. 이것은 흔히 외부적 원인(성적인 흥분, 자위나 월경), 구심성 신경의 자극(치통 등)에 의한 다. 가끔 주기적 환각(주로 환청)이 동반된다. 환각은 다양한 정신질환에서 흔한 증상이므로, 질병에 특별한 색채를 주지만 hebephrenia에서 특징적인 의미는 없다.

칼바움의 heboidophrenia^{21,22)}

헤커와 공동 작업으로 hebephrenia를 발표한 뒤 칼바움은 hebephrenia의 가벼운 형태로 heboidophrenia를 제창하였다. Hebetic 연속체에서 hebephrenia와 heboidophrenia는 각각 심하고 가벼운 형태에 속한다. Hebephrenia가 항상 dementia로 가는 것이 아니라는 견해는 DP의 경계를 설정하는 데 매우 중요한 조건이 된다. 가벼운 hebetic 상태는 오래 전부터 의사와 교사들한테 알려져 있었고 도덕 광증(moral insanity), 정신지체, 멜랑콜리아, 조증, 편집증 등 다양한 질환의 변이형으로 생각되어 왔으나 칼바움은 이런 질환들은 이 상태와 다르며, 이 상태는 hebephrenia의 가벼운 형태로 보아야 한다고 하였다. 그러나 나중에 hebephrenia와 관계 있는 가벼운 형태로 제시된 단순형(simplex) schizophrenia^{4,5)}와는 다른 개념이다.

이 병은 소아청소년기에 시작되며 마음과 인격에 전반적으로 영향을 준다는 측면에서 hebephrenia 계통에 속하며 가장 감별이 필요한 것은 도덕 광증이다[넓게 정의된 도덕 광증은 멜랑콜리아 등 부분 광증(partial insanity) 전반을 의미하지만, 좁은 의미로는 도덕적 일탈만을 증상으로 보이는 부분 광증임]. 그런데 heboidophrenia는 황폐화의 경과를 밟지 않는 완치 가능한 상태이다. 증상적으로도 덜 격정적인 경과와 기분변화를 보이며 망상, 지능장애 및 혼돈 등은 거의 없어서 피상적 관찰자에게는 버릇없는 청년으로 보인다. 사고장애는 뚜렷하지는 않지만 사고의 독특성은 흔히 보인다. 특징적인 것은 도덕적 일탈을 증상으로 가진다는 점으로, 공격성, 권위에 대한 반항, 속임수, 좀도둑질 등이 나타난다. 이 상태를 단순한 기질(temperament)이나 훈육의 부족에 의한 문제로 보지 않고 질병으로 보는 이유로 칼바움은 가족력에 정신과적 질환이 다수 나타나며, 발달 지연 및 소아기 뇌질환의 징후가 있는 경우가 많다는 점을 들고 있다. 훈육의 잘못도 원인일 수는 있지만, 원래부터 이 아이들

은 키우기 힘든 애들이었다고 본다. 칼바움은 다음과 같은 증례를 기술하고 있다.

유복한 가정의 4형제 중 막내인 15세 소년은 시 박람회에서 빵집 진열대의 케이크를 가져간 것 때문에 교사에게 붙잡혔다. 여섯 살 때 집에서 어머니 간식을 훔친 적 있고, 11세 때는 기숙학교에서 다른 학생의 간식을 가져가서 퇴학당했다. 그는 정기적 용돈을 받음에도 불구하고 간식과 돈을 자주 훔쳤다(100회 이상). 무용병이 있었고, 야뇨증이 15세까지 있었으며, 가출하기도 하였다. 부모는 모두 “신경의 질환”이 있었다.

위 사건으로 학교에서 쫓겨난 뒤 입원하였다. 7년간의 학교 교육 동안 훈육을 위해 기숙학교에 보내진 적이 여러 번 있었다. 병원에서 매우 어려운 증례였다. 재능이 있었지만 무관심(apaty)과 15분 이상 집중할 수 없는 것 때문에 공부하려 하지 않았다. 주된 문제는 거만하고 거짓말 하고 속이는 것, 지속적인 불복종, 권위에 저항 등이었다. 환아의 훈육을 위한 시도는 모두 실패했다. 반항적 성질이었지만 잘 울었으며 보름 무렵에 반항성이 증가하는 경향이 관찰되었다. 1.5년 뒤 안정되었고 퇴원하였다. 회복여부는 모르지만 가능성 있다고 보며, 진행성 황폐화는 없었다.

이 증례에 대해 칼바움이 긴 주석을 붙이지 않았지만, 가법더라도 hebephrenia의 핵심적 증상들이 있다고 보았다. 오늘날 소아정신과 진단학적으로 보면 주의력결핍 과잉행동장애(attention deficit hyperactivity disorder), 반항성 저항장애(oppositional defiant disorder), 품행장애(conduct disorder) 등이 복합된 증례일 수도 있겠다. 이들 질환은 지속될 수는 있지만 변성 정신병이 되거나 황폐화되지는 않는 질환들이다.

다라즈키비치의 hebephrenia

다라즈키비치는 도르파트(Dorpat) 수용소에서 크레펠린의 후학으로, hebephrenia를 포함하는 크레펠린의 DP 개념형성에 영향을 주었다. 그는 심한 hebephrenia를 주제로 한 1892년 학위논문에서 질병단위로서의 hebephrenia를 강력하게 옹호하였다.²³⁾ 다양한 질환에서 발견되는 단면적 임상상으로서 특정 경과와 관계없는 조증 및 멜랑콜리아와 달리, hebephrenia는 진행마치처럼 특정 경과와 결과를 예측하게 한다고 하였다. 병인을 모르고, 질병의 경계를 뚜렷하게 그을 수는 없고, 전형적 증례가 드물며, 다른 질병으로의 전환도 가능하고, 발병 연령도 감별을 위해 특이적이지 않다는 점에서는 질병단위로 받아들이기 주저하게 되지만, 말기의 특징적 양상에 의거해 hebephrenia를 일차성 dementia로 본다면 이차성 dementia들과는 구분되는 병으로 이해하게 되

리라 기대하였다. 다라즈키비치는 멜랑콜리아-조증 단계를 거치는 것은 필수적이 아니며 마지막 단계의 특징만으로 hebephrenia를 진단 가능하다고 하였다. 다라즈키비치가 기술한 증례 중에는 단순하고 빠른 경과를 거쳐 심한 dementia로 종결되는, 헤커의 증례보다 심한 환자들이 많은데, 헤커 증례와 자신 증례와의 차이는 본질이 아닌 정도의 차이이며 이 차이는 환자의 사회적 계급의 차이에 기인한다고 보았다. 이런 기술로서 hebephrenia의 개념은 매우 심하게 황폐화되는 증례까지 포함하는 것으로 확장되었다.¹⁷⁾ 다라즈키비치가 정의한 hebephrenia는 다음의 특징을 갖는다.

- 치료가 불가능한 원발성 청소년기 dementia
- 유전적 소인 및 어린 시절의 뇌 외상 등이 발병에 기여
- 정신적 삶이 황폐화되어서 발병 전보다 낮은 수준으로 귀결(가벼운 경우 쉬운 작업 가능, 심한 경우 완전 무능력)
- 초기에 진행하지만 수개월~수년 내에 안정상태에 이르는 경과
- 주의력이 심하게 지장 받지만 다른 기능은 잘 보존됨(구조적으로 행동하고 말하고 생각하지 못하는 것이나 기억장애는 주의력 부족 때문임)

급성기 증상은 발병 초기뿐만 아니라 만성기에 이른 뒤에 나타나기도 하며, 반대로 초기 급성기 증상 없이 만성화하기도 한다. 심하지 않은 경우 회복되기도 하지만 결함이 있고, 재발도 흔하며, 완전한 관해는 불가능하다.¹⁷⁾

Hebephrenia에 대한 논란들

이러한 임상적 기술에도 불구하고 hebephrenia의 범위와 특히 이것을 독립적 질병단위로 볼 것인지에 대해서는 논란이 있었다. 당시 유행했던 변성(유전 및 소인)에 의한 정신병은 다양한 상태들을 포함하고 있는 비특이적 개념이었으므로, hebephrenia를 이런 변성 정신병의 일종으로 보게 되면 질병단위로서의 특이성을 인정할 수 없게 된다. Rineker는 hebephrenia를 비특이적인 일차성 광증이거나 조울증의 일종으로 보았다(나중에는 질환단위로서의 hebephrenia를 인정하였음). Schüle는 hebephrenia에 대한 헤커의 정밀한 기술을 인정하였으나 독립적 질환이라기보다는 정신병이 사춘기라는 특별한 연령에 발병하면서 특징적이 된 것(Pubertätsirresein)이라 보았다. 그는 catatonia도 hebephrenia와 비슷하다고 보았고, catatonia를 긴장 신경증(tension neurosis)을 동반한 hebephrenia라 불렀다. Kraft-Ebing 역시 hebephrenia를 독립적 질환이 아닌 변성 정신병의 일종으로 보았으나, 이 상태는 사춘기 조울증에 동반되기도 하므로 항상 예후가 나쁜 것만은 아니라고 하였다. Sterz는 hebephrenia가 어떤 연령대에서도 발생하며, 가족력이 강한 변성 질

환이라 보았다. 그에 따르면, 변성의 정도에 따라 급성기 후 관해, 취약상태 유지, 무체계적 증상 복합체 지속 등 다양한 경과를 가진다고 하였다.¹⁷⁾

그러나 변성 이론가들 중에 hebephrenia의 특이성을 인정한 학자들도 있었다. Fink는 hebephrenia가 변성과 관계된 질환이라 보았지만, 헤커의 질병단위 개념에 동조하여 다른 변성 정신병과 hebephrenia의 차이를 지적하였다. Hebephrenia는 일차성 광증과 달리 망상적 사고가 덜 공고화 되었으며, 조울증과 달리 관해가 없고 dementia 징후가 조기부터 보인다는 것이다. 도덕 광증은 경과가 진행하지 않는다는 점에서 hebephrenia와 다르다. 그러나 칼바움의 개념화한 catatonia의 운동증상은 hebephrenia에서도 나타나므로, hebephrenia와 catatonia는 비슷한 병이라 보았다. Serbsky도 hebephrenia가 변성 질환이지만 사춘기 급성 발병, 에피소드를 거치면서 결함이 증가하여 조만간 dementia가 되어 종결되는 경과의 특이성이 있다고 인정하였다.¹⁷⁾

이 문제에 대한 현대적 접근법은 유전학적 방법을 적용하였다. 혼란형(disorganized) 조현병이 hebephrenia와 같은 것인지 분명치 않음은 차치하고, 혼란형 아형이 조현병 내에서 다른 아형과 구분되는지에 대한 유전학적 연구의 결과들은 일치하지 않는다. Kendler 등은 조현병의 유전성이 아형별 차이가 없다고 하여 혼란형의 독자적 지위를 인정하지 않는 입장인 데 반해,²⁴⁾ Fenton과 McGlashan은 hebephrenic의 친척에서 hebephrenic 유병률 증가를 보고하여 독립적 질환일 가능성을 제시하는 데 가깝다.²⁵⁾

크레펠린의 DP와 hebephrenia

크레펠린은 교과서 초판(1883)에서 외적 및 내적 병인(소인, predispositions)에 의한 정신병으로 헤커와 칼바움의 hebephrenia를 언급하였다. 그 특징은 “깊이 없는 정서상태의 변화, 기괴하고 판타지 같은 망상, 이상하고 예측불능하고 정동적인 행위 및 최종 dementia 단계까지 빠른 진행”이었다. 2판(1887) 및 3판(1889)은 hebephrenia에 대한 초판의 정의를 이어받는다.¹⁷⁾

4판(1893)에서는 정신병에 대한 개념이 많이 바뀌어서 젊은이에 발생하는 전형적 정신병으로 DP와 catatonia를 제시하였다. 이 두 질환은 dementia paranoias(D para)와 함께 정신적 변성에 의한 병으로 간주되었다. 4판의 DP는 젊은이(15~23세)에서 아급성으로 발생하는 독특한 정신 취약성이며, 편지에서 잘 나타나는 사고형태 장애가 중요 증상이었다. 경과상 대개 30대 중후반에 말기에 이르며 이때 일부는 병전 능력보다 떨어진 상태에서 어느 정도 독립적 기능이 가능하지만, 심한 경우는 완전한 dementia(Blödsinn ; stupi-

ty)에 이른다. 멜랑콜리아 단계로 시작해서 대개 조증 단계를 거쳐 dementia에 이르지만 정동 증상이 나타나는 다른 정신병과는 다르다고 하였다. DP에 대한 이런 기술은 헤커의 hebephrenia와 매우 유사하다. 잠정적으로, 그는 DP라는 용어는 두드러지지 않는 경과를 거쳐 가벼운 dementia(Schwachsinn ; weak-mindedness)에 이르는 경우에 국한해서 사용하고, 흥분을 동반하며 더 나쁜 경과를 갖는 경우는 hebephrenia라는 용어를 사용할 것을 제안하였다.¹⁷⁾ 이 경우 DP는 헤커의 hebephrenia 및 칼바움의 heboidophrenia에 가깝고, 크레펠린의 hebephrenia는 헤커가 제시한 전형적인 예보다 더 심한 증례들도 포함하는, 다라즈키비치의 개념에 가까운 것으로 볼 수 있다.

5판(1896)에서는 DP와 더 심한 상태인 hebephrenia가 구분되지 않고 모두 DP에 포함되었다. 따라서 헤커의 hebephrenia는 정신생활의 발달 징지였지만 크레펠린의 DP는 발병 전 상태보다 더 퇴행하는 것까지도 포함하는 다라즈키비치의 개념이 되었다. 황폐화되는 정신병에는 일차성 catatonia 및 dementia paranoies도 포함되었고, 이들과 DP 간의 유사성이 지적되었지만, 아직 한 질환으로 묶지는 않았다.^{5,17)}

6판(1899)에서, 5판의 DP(hebephrenia), catatonia 및 D para 등의 황폐화 정신병을 묶어서 DP로 재명명하였다(그러나 hebephrenia라는 용어는 hebephrenic DP라는 뜻으로 여전히 사용하였음).³⁾ 오늘날 우리가 “크레펠린의 DP”라고 알고 있는 것은 여기서 기원한다. 크레펠린의 DP에 가장 먼저 포함된 질환은 hebephrenia이므로 이것이 DP의 원형(prototype)이라 할 수 있다. 그러나 증상적 특이성의 면에서 hebephrenia의 특징인 사고형태 장애는 catatonic 아형의 운동증상이나 paranoid 아형의 체계적 망상보다는 특이도가 떨어지므로, hebephrenic 아형은 가장 특징이 없는 아형의 DP가 된다.⁵⁾

Simple deterioration 또는 schizophrenia simplex

1890년대 후반~20세기 첫 10년간 젊은이의 정신병에 대한 문헌들은 크레펠린의 DP 및 hebephrenia 개념이 널리 퍼졌음을 보여준다. 그러면서 hebephrenia가 포함하는 정신병의 범위는 더 넓어지게 되었고, 단순형과 hebephrenia가 같은 병이라는 견해가 나타났다. Sommer는 hebephrenia의 증상적 특징(정동 증상 및 행동 증상들)이 없는 단순 황폐화(simple deterioration)의 예후가 hebephrenia와 비슷하므로 이들을 같은 질환으로 보았다.⁵⁾ Scholz는 hebephrenia를 1) apathetic dementia : 단순하고 서서히 진행되는 정신기능의 황폐화, 무감동증 및 의욕의 상실과 2) agitated dementia : 정신활동의 지리멸렬(incoherence)로 나누었는데, 역시 급

성기 증상 없는 단순 황폐화도 hebephrenia의 일종으로 본 것이다.¹⁷⁾ Mayer-Gross 역시 hebephrenia를 생산적 증상(양성증상)이 없는 병이라 정의하고, 단순형과 hebephrenia를 구분할 수 없다고 하였다. 슈나이더(Kurt Schneider, 1887~1967)도 hebephrenia를 조기 발병하는 단순형으로 간주하였다.¹⁹⁾ 크레펠린 8판도 단순형을 hebephrenia의 일종으로 간주하고 있다.⁴⁾

블로일러의 hebephrenic schizophrenia

블로일러는 크레펠린 6판의 DP에 동의하였고 DP에 대해 schizophrenia라는 새로운 명칭을 만들었다. Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien(1911)⁵⁾에서 그는 schizophrenia의 아형으로 크레펠린의 세 가지와 단순형을 제시하였다. 그런데 블로일러의 schizophrenia에서 사고 형태의 장애는 모든 아형을 아우르는 기본증상이므로 hebephrenia에 특이적이지 않고, hebephrenia에 황폐화 경과가 필수적이지 아니라고 함으로써 hebephrenia는 기본증상보다는 다양한 보조증상만이 두드러지는 아형, 특이성이 떨어지는 잔류적 진단이 되었다. 따라서 hebephrenia는 흔하지만 임상적으로는 중요한 가벼운 증례들도 포함하게 되었다.¹⁹⁾ 그러나 블로일러는 다른 학자들과는 달리 단순형을 hebephrenia와 별도의 것으로 보았다.¹⁷⁾ 한편 블로일러는 hebephrenic 아형이 사춘기 직후 흔하지만 이것이 필수적은 아니라 하였으므로, 그의 hebephrenia는 헤커나 다라즈키비치-크레펠린의 hebephrenia와 일치하는 것은 아니었다.

베르니케-클라이스트-레온하르트 학파의 hebephrenia

베르니케의 후학인 클라이스트(Karl Kleist, 1879~1960)는 hebephrenic 아형에 대해 비논리적 사고 및 정동장애가 다른 아형과 구분을 위해 중요하다고 하였다. 레온하르트(Karl Leonhard, 1904~1988)는 클라이스트의 업적을 계승하여 크레펠린의 예후 원칙과 베르니케의 증상학적 원칙을 결합하였다. 클라이스트와 레온하르트가 제시한 hebephrenia는 예후에 있어서 점진적 발병, 만성적 경과와 안정적인 잔류상태를 갖는 병이며, 증상학적으로는 뇌의 특정한 시스템 장애에 의해 특징적으로 손상된 정동과 주도성(initiative)이 나타나는 병이다.^{19,26)} 이전의 학자들에 비해 hebephrenia의 특이성을 강조하고 있다.

이 hebephrenia의 개념을 이해하기 위해서는 먼저 레온하르트의 감정에 대한 논의를 이해해야 한다. 레온하르트는 두 가지의 감정(Gefühl; emotion)을 구분한다. 직접 또는 비매개성 감정(unmittelbare Gefühl)은 실제 일어나는 상황이나 사건에 묶여있다. 감각성 감정(Sinnesgefühle) 또는 욕동성

감정(Triebgefühle)이다. 이런 감정의 강도는 자극의 감정적 요소와 직접 관계되며, 자극이 제시되는 단기간만 지속된다. 이와 대조적으로 간접 또는 매개성 감정(mittelbare Gefühl)은 예상되는 상황이나 사건에 동반되는 것으로, 현재 상황과는 관계없지만 지적 판단에 따라 현재 혹은 미래와 관계를 가질 수 있다. 따라서 판단적 감정(Urteilsgefühle)이다. 예상되는 사건의 감정적 성질은 긍정적일 수도 부정적일 수도 있는데, 이 사건에 대한 지적 판단은 대개 불확실하며, 이 불확실성은 긍정적인 가능성에 대한 즐거운 기대와 부정적 가능성에 대한 걱정스런 기대 사이를 요동하면서 매개성 감정들을 강화시킨다. 이것이 일상적 정서생활의 기본원칙이다. 따라서 매개성 감정은 개인의 정서적 깊이의 진정한 표현이 되며, 이렇게 고양된 매개성 감정은 미래지향적 의지를 형성한다. 이런 고양된 의지는 순간적인 이해관계를 초월한 주관적인 기대의 체감이 된다. 의지는 내적 긴장을 표상하며, 이 긴장은 자신의 계획과 선호에 따라 상황에 개입하는 행위를 하려는 의도를 반영한다. 이 행위는 실제 행위 또는 “주어진 혹은 예상되는 상황에 특정 방향으로 영향을 미칠 가능성을 생각하는” 정신활동으로 나타난다. 따라서 매개성 감정은 인간 행위 및 지적 활동을 근본적으로 결정한다.²⁶⁾

그런데 hebephrenia에 특이적 정동장애는 매개성 감정의 상실에서 기원한다. 매개성 감정의 장애는 비특이적으로 보이는 hebephrenia의 주요 증상들을 일관적으로 설명할 수 있는 핵심병리이다. 매개성 감정의 장애는 미래지향적 “의지의 긴장(tension of will)”의 결여로 나타난다. 그러나 자극에 즉시 반응하는 비매개성 감정은 영향 받지 않는다. 주제 조직화의 혼란, 사고 연쇄의 논리적 순서 혼란이라는 의미로 의 사고형태 장애는 hebephrenia에서 나타나지 않는다. 단순히 지적 활동의 전반적 감소로 인한 사고의 부족만 있을 뿐이다. Hebephrenia는 특정한 정신적 기능 시스템 부전에 의해 생기기 때문에, 레온하르트는 hebephrenia를 systematic schizophrenia에 포함시켰다.²⁶⁾

오늘날의 hebephrenia

19세기 말 문헌들에서 주목해야 할 것 중 하나는 입원 환자 중 hebephrenia가 차지하는 비율이다. 헤커는 14/500, Schüle는 2/600, Sterz는 12/1000, Kraft-Ebing은 5/2000 등으로 다양하게 보고하여¹⁷⁾ 0.25%부터 2.8%까지 10배 이상 차이가 나는데, hebephrenia를 첫 주장한 헤커에서도 입원 환자 중 2.8%밖에 차지하지 않으므로 흔하지는 않은 병이었다. 크레펠린 교과서 8판(1913)에 의하면 일반적 입원예의 10%가 DP이며, 입원이 꼭 필요한 환자들만 모인 병원에서는 29%가 DP라 하였다.⁴⁾ 평균해서 DP를 입원 환자의 20%로

잡으면, DP 중 hebephrenia의 비율은 1.3~14% 정도가 된다. 이로부터 한 세기 뒤의 문헌에서는 조현병 중 hebephrenia의 개념을 물려받은 혼란형 아형이 네덜란드에서는 12.6%,²⁷⁾ 일본에서는 23~68%²⁸⁾로 많이 증가한다. 한편 독일과 노르웨이에서 1948~1952 입원 환자와 1965~1969 입원환자를 비교하였을 때 진단적 추세는 catatonic 아형의 감소, hebephrenic(disorganized) 아형의 큰 감소, paranoid 아형의 증가, 비 고전적 아형의 큰 증가를 보여서 앞의 증가 추세와 반대가 된다. 환자군의 특징이 십여 년의 기간 중 특별히 바뀌지는 않았을 것이므로 이런 진단적 변화는 환자를 아형 분류하는 경향의 변화에 기인할 수도 있다.²⁹⁾ 즉, 조현병의 혼란형 아형을 진단하는 경향이 감소하였음에도 불구하고, 오늘날 혼란형 아형의 병동내 유병률이 과거 hebephrenia의 병동내 유병률보다 높다는 사실은 오늘날의 혼란형 조현병이 100년 전의 hebephrenia와 본질 또는 포함하는 범위 측면에서 다른 질환임을 시사한다.

헤커는 hebephrenia의 초기에 이미 진단이 가능하며 사고 장애가 특징적이라고 하였지만, hebephrenia를 정의하는 핵심 개념은 황폐화, 시간이 지나면서 진행되는 의지의 약화였다. 따라서 진단은 한 시점에서의 환자의 주관적 체험이나 정신병리 양상보다는 만성화된 이후의 상태를 추적해야만 내릴 수 있다. 그러나 현재의 진단체계는 결과가 아닌 단면적 임상상을 중요시 한다. DSM-IV 조현병 아형도 증상에 따른 분류이며, 결과의 특징을 의미하는 hebephrenic이라는 용어가 아닌 정신병리의 특징을 나타내는 disorganized라는 용어가 선호되고 있다. DSM-IV 혼란형의 진단기준은 1) disorganized speech, 2) disorganized behavior, 3) flat or inappropriate affect가 모두 존재하며 catatonic 기준을 만족하지 않을 것이다.³⁰⁾ 전반적 설명에는 조기발병, 나쁜 경과를 언급하고 있지만 진단기준에 포함되어 있지 않다. 말의 흐름, 행위, 정동에서 이상이 두드러지고 catatonia가 아니라면 혼란형으로 진단하는 것이다. 이런 기준은 고전적 hebephrenia보다 넓은 범위의 환자가 혼란형 조현병에 포함되게 할 것이다. 따라서 개념적으로도 오늘날의 혼란형 조현병은 고전적인 hebephrenia와는 다른 것이라 보는 것이 타당하다. 심지어 20세기 중반에는 hebephrenia가 특정 경과를 밟는 질환이 아니라 조현병 환자가 장기 재원함으로써 퇴행하여 생긴 이차적인 상태라는 주장도 나타났다.³¹⁾

DSM-5에서 조현병 아형의 구분이 사라지면서, hebephrenia의 특징은 진단적 지침으로서의 가치를 상실하게 되었다. 그러나 오늘날에도 Kendler 등은 hebephrenia가 단순한 역사적 유물이 아니라, 현재 진행형으로 일찍 발생하고, 음성증상이 심하고 황폐화되는 조현병의 전형이라 주장하기

도 한다.³²⁾

요 약

칼바움과 헤커는 어린 나이에 발병해서 멜랑콜리아 및 조증 단계를 거쳐 인격 황폐화에 이르는 질환에 대해 체계적 기술을 하면서 hebephrenia라는 명칭을 사용하였고, 이를 독립적인 질병단위로 제시하였다. 그러나 정신질환을 변성의 관점에서 보던 시대적 분위기는 이 질병을 변성에 의한 정신병의 일종으로 보아 독립성을 인정하지 않는 분위기였다. 크레펠린은 hebephrenia에 대해 초기 교과서부터 언급하였으며, 교과서 4판에는 DP라는 병명으로 hebephrenia를 등재하였고 이를 변성에 의한 질환의 일종으로 보았다. 크레펠린의 교과서 6판은 황폐화라는 공통적 경과를 밟는 다른 변성 정신병들과 DP를 통합하여 넓어진 개념의 DP가 제창되었고, 이것이 오늘날 조현병의 모태로 받아들여지게 되었다. 조기발병, 사고 흐름 및 행동 이상, 황폐화를 거치는 hebephrenia의 임상상은 DP의 원형이라 할 수 있지만, 그 때문에 hebephrenia는 DP의 아형들 중 가장 특이도가 떨어지는 형태이며, 크레펠린은 단순형 DP를 약화된 형태의 hebephrenia로 보았다. 그러나 헤커-다라즈키비치-크레펠린이 기술한 hebephrenia 또는 hebephrenic 아형의 DP와 현대 조현병의 혼란형 또는 와해증후군이 같은 상태를 의미하는 것은 아니다.

Catatonia

칼바움 이전

정신능력이 갑자기 심하게 손상되는 일과성 정신병으로, 피넬(Philippe Pinel, 1745~1826)에 의해 idiotisme accidentel, 에스퀴롤에 의해 démence aiguë, George와 Baillarger에 의해 stupidité라고 제안된 병이 있었다. Baillarger에 의하면, 이 병은 혼미 상태에서 망상이 발생하지만 그 내용은 회복된 후에야 알 수 있고, 고정된 시선, 굳어진 표정, 무관심, 함구증, 놀라서 얼어붙음(frozen astonishment) 등 stupidité(“어리석음”의 뜻도 있지만 “짓궂은 장난”의 뜻도 있음)의 바보 같은 행위가 나타난다. 기본적으로는 운동증상을 동반한 멜랑콜리아의 일종으로 보아서 mélancholie avec stupeur, melancholia attonita(astonished melancholy)라 하였다.^{33,34)}

칼바움

칼바움이 1874년 catatonia라는 명칭으로 제안한 질환은 melancholia attonita와 부합하는 질환이었다. 이 병은 주로 멜랑콜리아 단계(및 이후 조증 단계도 가능)를 거쳐서 나타나지

만 단순한 멜랑콜리아는 아니며, 비정상적 운동성(motility)이 핵심이 된다. 멜랑콜리아 환자에서 “놀람(astonishment)”이 발생하면 “칼바움의 경계”를 넘어서 catatonia가 된다는 것이다.³³⁾ 칼바움이 기술한 melancholia attonita의 증상은 주로 운동성 감소로 볼 수 있는 말 없음, 완전한 침묵, 부동 자세, 몰두한듯한 표정, 허공에 고정된 시선, 의지의 완전한 상실, 감각자극에 반응 없음 등이다. 심한 경우 강경증(catalepsy) 및 납굴증(waxy flexibility)을 보이지만, 분명하면서도 심하지 않은 경우도 있다. 간질양(epileptoid) 또는 무도병양(choreoathetoid)의 긴장-간대성(tonic-clonic) 경련, 상동증적(stereotypic) 운동과 자세 등 운동성이 증가하는 경우도 있다. 이들은 깊은 정신적 고통을 받는 것처럼 보이며 심한 “놀람” 뒤에 얼어붙는데, 이 놀람이 운동성 장애의 배후가 된다.³³⁾ 공포에 의해 얼어붙는 반응과 비슷하다고 본 것 같다.

칼바움의 catatonia 증후군은 두 단계가 있다. 첫 단계인 놀람상태(status attonitus)는 경직된 부동, 놀란 얼굴 및 고정된 시선(또는 눈감음), 눈깜빡임 없음, 톱니바퀴 경직(cog-wheel rigidity) 등 운동성 저하가 주된 양상이다. 두 번째 단계인 엄밀한 의미의 catatonia(catatonia sensu strictu)는 질병이 진행된 뒤에 나타나는 심한 운동기능 장애로 반복(진전 및 테타니), 강경증(catalepsy, 다른 사람이 만들어준 자세를 유지), 저항(oppositionism), 과다한 피부 분비 등으로 나타난다. 입도 굳게 닫고(trismus) 손은 주먹 쥘다. 이와 함께 말반복증(verbigeration)도 나타날 수 있다. Status attonitus는 대개 catatonia sensu strictu 단계로 진행하지만, 어떤 환자는 회복되거나 경과가 정지한다. 회복된 수년 뒤 다시 전격적으로 catatonia가 오기도 하고 그 뒤에 제스처와 움직임이 적은 상태가 수개월~수년간 지속되기도 한다.^{33,35)} 모든 환자가 황폐화되는 것은 아니지만 관해된 뒤에 재발도 가능하다고 하였다.

Catatonia의 질병분류학적 위치

프랑스어권에서는 catatonia를 혼미나 멜랑콜리아의 일종으로 보았지만 칼바움은 운동성의 장애를 기본적인 병리로 보았다. 경련성 발작 또는 다른 연속성(spasmodic) 상태가 동반되므로 간질과 비슷하다고 보았다. 오늘날 개념으로 측두엽 간질은 운동성 장애를 포함하는 정신병적 상태를 일으킬 수 있음을 상기할 필요가 있다. 근육의 긴장상태가 보이므로, 이를 긴장성 광증(madness of tension) 또는 긴장증성 광증(catatonic vesany)이라 하였다.³⁵⁾ 독일어권 학자들은 이 입장을 지지하여 클라이스트와 레온하르트는 catatonia를 운동성 정신병(motility psychosis)인 akinetic motility psychosis에 해당하는 것으로 보았다.³⁶⁾ 이 병은 파킨슨병 양상을

가지고 있으며 외측 도파민성 활성의 감소와 관계된다고 주장하였다. 배측 선조체(dorsal striatum) 및 관련된 신경질의 불활성화는 내측 도파민성 입력을 받는 변연계 중추를 탈억제하여 status attonitus는 catatonia sensu strictu로 진행한다.³³⁾

칼바움은 catatonia를 진행마비처럼 독립적인 질병단위로 정립하려 하였다. 특정 신체(근육) 증상이 특정 정신적 현상에 동반되는 상태로서 이런 근육 증상은 catatonia를 독립적 질병으로서 개념화하는 데 중요한 역할을 한다고 하였다.³⁷⁾ 그러나 많은 사람들은 전형적인 증례가 차라리 예외적이며, 기존의 분류 체계상 질병단위로 인정받고 있던 다른 질환들에서 catatonia에 해당하는 증상들이 나타난다는 사실 때문에 catatonia를 독립적 질병으로 인정하지 않고 단지 다양한 질병에 동반될 수 있는 증상복합체로만 보았다.⁵⁾ 칼바움이 제안한, 경과를 포함한 다양한 임상상에 대한 고려는 없어지고 증상학만이 남은 것이다. 증상학적 catatonia를 독립적 질환으로 보지 않는 것은 오늘날 DSM-5도 취하는 입장이다. 결국 catatonia는 질병단위로 인정받지 못한 채로 DP의 한 아형이 되었다. 단, catatonia를 DP에 포함시킨 크레펠린은 catatonic 질환 중 DP의 경과를 따르는 경우만을 catatonic 아형의 DP로 간주함으로써⁴⁾ 증상학과 경과를 같이 고려하였다.

Dementia praecox와 catatonia

크레펠린 교과서에서 catatonia는 4판에 처음 등장한다. 그는 칼바움의 개념에 따르는 증례들을 수집하였는데, 이 증례들에 대해 변성 과정에 의한 dementia가 되려는 경향이 있다고 기술하였다. 교과서 5판에서 크레펠린은 칼바움의 견해를 따라 catatonia를 질병단위로 보았고, DP(이 판에서는 hebephrenia와 가까운 개념임) 및 D para와 함께 dementia에 이르는 대사성(metabolic) 장애에 소속시켰다. Schizophrenia로 이어지는 DP의 개념을 처음 제시한 교과서 6판에서 catatonia는 hebephrenia나 D para와 함께 DP의 기본적인 발현 양상으로 간주되었다. 시작하는 증상은 다양하지만 결과인 dementia 상태가 매우 비슷하고 젊은 시절에 발병하기 때문이었다. 그는 catatonic 증상들이 DP의 진단을 확립하는 데 특별한 중요성이 있다고 하였다.³⁾ 이후 크레펠린은 교과서 8판에서 DP를 catatonia를 포함하는 8개 아형으로 나누었지만 이 아형들은 진행되면 다른 아형과 구분할 수 없으므로 결국은 한 가지 병이라 보았다.^{4,37)} 그러나 그가 블로일러를 비판하면서 아형에 대한 구분이 부족했다고 주장하듯이,³⁸⁾ 크레펠린은 여전히 아형 간의 구분에 임상적 의미를 부여하고 있었다. 크레펠린에게, DP의 catatonic 아형을 정의하는 지속적 운동장애는 오늘날 지속적 음성증상이 조현병

의 결핍 증후군(deficit syndrome)을 정의하게 하는 것과 같은 맥락으로 볼 수 있다.³⁹⁾ Catatonic DP는 catatonic 증상을 갖는 정신질환 중 경과에 특이성이 있는 경우에 한정되는 것이었지만⁴⁾ 증상의 측면에서도 크레펠린은 DP의 catatonic 증상은 조울증의 catatonic 증상과 질적인 차이가 있다고 보았으므로⁴⁰⁾ 경과와 임상양상 모두 크레펠린의 catatonic DP를 규정하는 것이었다. 이 기준에 따라 크레펠린은 칼바움 증례의 다수가 DP에 속한다고 보았다.⁴⁾ Catatonia(의 적어도 일부)를 DP 또는 schizophrenia에 포함시키는 입장은 후학들에 의해서 계승되었다. 블로일러는 schizophrenia 증상의 기저에 정신역동적 콤플렉스가 있음을 주장하였는데(블로일러는 C. G. Jung의 제자임), catatonic 환자의 운동증상도 정신역동적으로 해석하여 운동의 정지는 불쾌한 기억에 대한 방어로써, 행위로 전치(displace)하여 현실을 차단하는 것이라 하였다.⁵⁾ Mayer-Gross도 크레펠린 입장을 지지하여 schizophrenia는 과거 급성 섬망(delirium acutum)이라 불리던 급성 흥분상태, 즉 catatonia로 시작하기도 한다고 하였다.³⁷⁾

Catatonia와 조현병의 관계를 인정하지 않는 주장들

크레펠린의 원래 의도와는 다르게 DSM-IV까지 정신과 분류체계는 관습적으로 catatonia 증후군을 곧 조현병의 일종으로 보았다.³⁷⁾ 그러나 catatonic 증상들이 다른 질병에서도 나타난다는 오래 전부터 알려진 사실과 함께 catatonic 증후군에 대한 정의가 시대에 따라 달라지면서, catatonic schizophrenia의 개념 자체가 비판받는 상황이 되어버렸다. Schüle와 Urstein은 catatonia가 매독 및 다른 감염성 질환, 중독, 우울증, 조증, 섬망 등에서도 나타나는 증후군이므로 DP의 한 아형으로 분류하는 것은 잘못이라 하였다.³⁷⁾ Taylor와 Abrams는 catatonia가 조현정보다는 기분장애에 흔하므로 조현병의 아형만으로 보면 안된다고 하였다.⁴¹⁾ Lange도 catatonia가 DP보다는 조울증에 더 흔하다고 주장하였다. 베르니케 학파처럼 catatonia를 운동질환으로 보려는 견해도 있었다.³⁷⁾ 이들의 주장을 종합하면 catatonia는 다양한 질환에서 보이는 비특이적 증후군이므로⁴²⁾ DP라는 질환의 한 독립적 아형일 수 없다는 것이다.

이런 문제는 경과가 아닌 증상으로 catatonia를 정의하게 되면서 개념 자체가 변한 것과 관계된다. 증상학적으로만 정의하면 catatonia는 제법 흔한 증후군이다. 20세기 중반에는 catatonia 증상이 정신과 입원 환자의 절반 이상에서 보이며, 황폐화 되는 경우는 일부이고 대개는 좋은 결과를 가진다는 주장도 나타났다.⁴³⁾ 더 나아가 오늘날 catatonia가 거의 사라진 것은⁴⁴⁾ 황폐화되는 심한 증례들이 줄어들었다는 것이며, 증상 체크리스트로 구성된 도구를 사용하여 평가하면 정신

과 입원(조현병이 아닌 전체 환자)의 8%에서 catatonic 증후군이 나타난다는 보고도 있었다.⁴⁵⁾ 한 용어가 표상하는 개념이 암묵적으로 크게 바뀌어 후대에 혼란을 일으키는 경우는 정신병리학의 다른 영역에서도 찾아볼 수 있다.²⁾ 물론 19세기 말의 환자군들과 오늘날의 환자군이 실제로 달랐을 가능성도 있다.⁴⁶⁾ 이에 대해서는 뒤에 언급할 것이다. 오늘날은 catatonia를 다양한 질환에서 동반되는 증상복합체로 취급하는 것이 대세가 되었고, 이는 DSM-5에 반영되어⁴⁷⁾ catatonia는 질병이기도 하고 증상복합체이기도 한 어정쩡한 위치를 갖게 되었다. 물론 경과를 고려한 질병단위인 칼바움과 크레펠린의 catatonia와 DSM-5의 catatonia 증후군은 같은 것이 아니다.

Catatonia와 정신병의 관계에 대한 이론적 관점

Catatonia는 본질적으로 운동계 활성화와 관계된 증후군이지만 정신병과 잘 동반된다는 것이 임상적 관찰을 통해 알려져 있다. 개념적인 입장에서는 catatonia와 정신병 간의 관계가 정신운동성(psychomotor)의 측면에서 논의된 바 있다. 야스퍼스(Karl Jaspers, 1883~1969)에 의하면 정신운동 현상이란 일차적으로 뇌 운동계의 기능, 즉 신경학적(neurologic) 기능이면서 운동계가 아닌 정신적(psychic) 과정에 의한 것인데, catatonic 증상과 징후는 이런 정신운동성 현상에 속한다. 이런 관점에서 보면, 진정한 정신운동성 장애인 catatonia는 schizophrenic 정신병에서 보이는 운동장애에 국한된다. 히스테리성이나 우울성의 혼미는 운동장애로 보이지만 일차적인 정신운동성 현상이 아니라 심리적 표현양식의 하나이므로 catatonia라 부를 수 없다.⁴⁸⁾ 비슷하게 베르니케 학파도 질적으로 비정상적인 정신운동성 현상만 catatonic으로 본다[Ungvari(2010)⁴⁰⁾에서 재인용].⁴⁹⁾ 슈나이더 역시 급성 정신병에 동반된 일시적 운동증상은 진단적으로 catatonic이라 할 수 없다고 보았다[Ungvari(2010)⁴⁰⁾에서 재인용].⁵⁰⁾ 이들의 견해에 의하면 진정한 정신운동성 장애인 진성 catatonia는, 정신병 질병 과정의 직접적인 결과로 나타나는 운동장애이므로 그것만으로도 정신병으로 볼 수 있다는 것이다. 물론 그 정신병이 곧 조현병은 아닐 수도 있을 것이다.

Catatonia와 cycloid psychosis

베르니케-클라이스트-레온하르트 학파는 정신병을 Phasic Psychoses/Cycloid Psychoses/Unsystematic Schizophrenias/Systematic Schizophrenias로 나누는데²⁶⁾ phasic psychosis는 조울증과, systematic schizophrenia는 DP와 가까운 개념이다. 이 사이에 두 가지 중간형이 있다. 이 학파는 catatonia의 핵심을 정신운동성 장애로 보았는데, 정신운동

성은 정동과 밀접한 관계가 있고 정신병의 핵심적 표현양식이기도 하므로 catatonia는 정신병 분류체계 내 몇 군데 편입되었다. 예컨대 과잉운동성(hyperkinetic) catatonia는 cycloid psychoses의 일종인 hyperkinetic-akinetic motility psychosis에 속하는 것으로 간주될 수 있다.³⁶⁾ 또한 주기적(periodic) catatonia는 unsystematic schizophrenia의 일종에 속해 있으며, 체계적(systematic) catatonia는 systematic schizophrenia의 일종으로 보았다.^{26,51)} 즉 정신운동성 정신병으로서의 catatonia는 조울증에 가까운 것부터 순수 schizophrenia까지 걸쳐서 분포한다고 본 것이다.

Catatonia와 정동

칼바움은 운동증상이 catatonia의 특징이지만, catatonia에서 운동성과 정동은 분리 불가능하다고 보았다. 칼바움은 catatonia의 일차 및 이차 증상군을 구분했다. 일차 증상은 조증/멜랑콜리아 단계에 보이는 정동 및 운동증상으로, 질병 과정이 발달하는 중에 나타나므로 정동과 운동성의 밀접한 관계를 보여준다. 이차 증상은 심한 사고장애 및 결합상태가 동반된 광증으로서 질병과정이 절정에 도달한 이후에 일어난다.³⁴⁾ 정동증상과 운동증상은 catatonia가 발달해 가는 과정을 일차적으로 보여주는 것으로 밀접한 관련이 있지만 정신병적 증상은 운동증상을 일으키는 병리과정의 직접적 결과가 아니다. 따라서 멜랑콜리아 상태에서 catatonic 양상이 발전하거나 조증 상태에서 비정상적 운동을 보이는 등 정동 증상과 운동증상이 밀접하게 연관되는 경우에는 긴 경과를 보지 않아도 catatonia가 진단 가능하다고 하였다[Peralta (1997)³⁴⁾에서 재인용].³⁵⁾

Catatonic 증후군의 다양성

Catatonic 증상의 다양성은 일찍이 크레펠린과 블로일러부터 지적되어 왔다.⁴⁰⁾ 블로일러는 만성 catatonia에 대해 “초기 증상은 정상으로도 보일 수 있는 행동의 독특함인데, 서서히 빈도가 늘어난다 ... 급성기에 흥분상태가 있었는지와 관계없이 만성 catatonic 상태는 비슷하다. 환자들은 일종의 지속적 혼미 상태로 앉아있고, 거부증은 있을 수도 있고 없을 수도 있다. 대다수는 외부 세계에 완전히 무관심하면서 일시적인 자발적 흥분을 보인다”라고 기술하여⁵⁾ 함구증, 거부증, 상동증, 강경증, 납굴증, 말반복증을 보이는 긴장성 광증으로서의 칼바움 catatonia³⁵⁾와는 많이 다르다. 후대의 연구에서도 만성 조현병 환자의 catatonic 증상은 급성기 catatonia와 달리 상동증, 매너리즘, 자동증 및 기괴한 자세 등이 많고, 고정, 함구증 및 식물기능(vegetative) 증상은 적다.⁵²⁻⁵⁴⁾ 급성기 혼미가 만성화 되면서 상동증으로 변하는데, 임상가

들은 흔히 catatonia라면 급성 혼미 상태 또는 흥분상태를 떠올리지만 실제 많은 환자들은 그렇게 극적이지 않은 상동증 및 매너리즘만을 보인다는 점이 중요하다.⁵⁵⁾

치료적 반응면에서도 catatonic 증후군 간에 차이가 있다. catatonic 아형의 조현병은 다른 질환의 catatonic 증상보다 벤조디아제핀에 대한 반응이 떨어진다.^{56,57)} 조현병 아형으로서의 catatonia는 다른 종류의 catatonia와 병태생리적 기전에서 다를 수 있음을 시사한다. 나아가 정신병 과정에 기인한 정신운동성 증상만이 진정한 catatonia라는 야스퍼스의 개념이 타당할 수도 있음을 보여준다.

Catatonia 변이형

Hyperkinetic catatonia

칼바움이 기술한 catatonia는 멜랑콜리아로 시작하지만 조증 단계를 거치기도 하는 질환이었다. 그런데 베르니케의 견해로 정동은 운동성과 독립적인 것이 아니며 정동에는 운동성 및 활동이 필수 요소다. 따라서 베르니케 학파는 정동 정신병(조울증)이 양극성이듯이, catatonia도 운동감소 증후군 외에 운동과다 변이형도 있다고 보았다[Godar(1995)³³⁾에서 재인용].⁵⁸⁾ 이런 catatonia는 학파의 분류체계상 cycloid psychosis의 한 형태로 볼 수 있다.³⁶⁾ 크레펠린의 catatonic DP도 칼바움의 melancholia attonita뿐만 아니라 hyperkinetic catatonia도 포함한다. 또한 칼바움도 catatonia 환자가 갑자기 나타내는 흥분-과잉행동을 기술하고 있다.

Hypobulic levels

크레치머(Ernst Kretschmer, 1888~1964)는 catatonia를 의지력의 장애로 보고 hypobulic levels라는 용어를 사용하여 기술하였다. 이것은 저항(oppositionism), 반복, 강경증, 히스테리 현상, 충동성 및 발작(convulsions) 등의 복합체이다. 여기서 간헐적으로 공격성, 과활성, 거부증(negativism)이 갑자기 나타날 수 있는데 이는 hypobulic demon이라 하였다[Godar(1995)³³⁾에서 재인용].⁵⁹⁾

Malignant catatonia

젊은 나이(18~26세)에 발병하여 급격하게 함구증, 경직 및 혼미 또는 심한 흥분상태가 되며, 발열 및 심한 자율신경계 실조가 동반되어 사망에 이르기까지 하는 질병이 기술되었다. 이 병은 치명적일 수 있으므로 tödliche Katatonie(malignant 또는 lethal catatonia)라 명명되었다[Fink(2010)³⁷⁾에서 재인용].⁶⁰⁾ 이 병은 운동계 증상을 갖지만 칼바움-크레펠린의 catatonia와는 다른 질환으로 보인다.

약물에 의한 catatonia

Malignant catatonia와 비슷한 증례들은 후대에도 보고되고 있는데 정신약물학 시대 이후 항정신병 약물(neuroleptic malignant syndrome), 세로토닌 항진 약물(serotonin syndrome) 등 약물 유발성으로도 나타난다고 보며⁶¹⁾ 이들이 벤조디아제핀이나 전기경련치료로 회복되는 것은⁶²⁾ 이들이 뚜렷하게 구분 가능한 특정 임상상태임을 시사한다.

Catatonia와 hebephrenia

Hebephrenia도 멜랑콜리아-조증을 거쳐서 황폐화에 이르는 병이며 바보짓(stupidité)에 해당하는 운동증상을 가지므로,¹³⁾ catatonia를 hebephrenia의 일부로 보는 견해도 있었다. 예컨대 Schüle는 catatonia를 긴장 신경증(tension neurosis)을 동반하는 hebephrenia라 기술한 바 있다.⁵⁾ 그러나 증상이 아닌 경과의 측면에서 보면, catatonia는 일시적 경과 후 회복되기도 하므로 나쁜 결과가 특징인 hebephrenia와 다르다. 칼바움은 catatonia는 멜랑콜리아, 조증, 혼미, 혼돈, dementia의 순서를 밟아가나 경과상 최종을 제외한 어느 단계든 건너뛰거나 완치될 수도 있다고 하였다. 따라서 그는 catatonia를 hebephrenia와 다른 질환으로 보았다[Goldar (1995)³³⁾에서 재인용].³⁵⁾ 그러나 catatonia가 증상면에서 독특성이 있다고 하더라도 황폐화되는 경우라면 hebephrenia로 진단할 수도 있다. 경과로서 정의된 DP의 원형은 hebephrenia이며 크레펠린의 DP에 가장 먼저 편입된 임상상도 hebephrenia였다.⁶³⁾ Hebephrenia는 DP의 다른 아형에 비해 진단적 특이도가 떨어지므로, 다른 아형을 포함하는 관계가 성립될 수도 있다. Catatonia가 이전부터 질병단위라기보다는 특정 질병에 동반되는 증상복합체로 간주된 것도 hebephrenia와 catatonia의 경계를 불명확하게 보도록 하였을 것이다. 증상 측면에서도 hebephrenia의 바보짓과 catatonia의 긴장증/흥분은 구분이 어려울 수도 있다. 따라서 크레펠린이 두 질환을 한 가지 병의 다른 아형으로 위치시킨 것은 타협적 결론일 수도 있다.

고전적 catatonia 환자들의 정체

칼바움은 catatonia가 전형적인 증상 발달 및 경과를 밟으며 혼미 단계에서 전형적 운동증상을 가지므로 질병단위로 볼 수 있다고 하였다.^{34,37)} 그러나 Berrios에 의하면 칼바움의 26명의 환자 중 11명은 신경학적 징후가 있었고, 9명은 뇌전증 환자였다. 병인적으로 두 명은 결핵과 뇌 매독이었고, 한 명은 섭망이 동반된 복막염이었으며, 한 명은 결론을 내리기에 증례가 너무 짧다. 칼바움 증례를 요인분석하면 기질성(신경학적) 환자와 정신병적 우울증의 둘로 나눌 수 있다. 8

명만이 회복되었고, 8명은 죽거나 만성화되었으며, 10명은 추적 경과가 보고되어 있지 않다.¹¹⁾ 상당수에서 catatonic 증후군이 기질성 질환의 증상으로 나타난 것으로 볼 수 있다. 기질성 질환에서 catatonia가 나타남은 오래 전부터 알려져 있었고, 이런 관점은 오늘날까지 이어져 DSM-5에서 어떤 catatonia는 신체질환에 의한 2차성 정신질환으로 간주된다.⁴⁷⁾ 한편 칼바움의 catatonia 환자 중에는 가역적인 경우도 있으므로, 뇌 손상에 의한 비가역적 기질성, 가역적 병변에 의한 가역적 기질성, 기질성 뇌 이상을 발견할 수 없지만 dementia가 되는 형, 기질성 이상도 없고 회복되는 형의 다양한 종류가 섞여있다고 볼 수 있다.

크레펠린이 추적한 catatonic DP 환자들은 칼바움 catatonia 환자들보다는 다소 안좋은 경과를 보여준다. 4~7년간 추적한 63예에서는 24명만 관해되었고 이 중 14명은 단기간 내 재발하였다. 나머지 10명 중 9명은 가벼운 장애가 남은 상태였다[Ungvari(2010)⁴⁰⁾에서 재인용].⁶⁴⁾ 칼바움 환자군 26명 중 최소한 8명(30%)이 회복되었던 데 비해 크레펠린 환자군 63명 중 관해가 1예뿐이고 가벼운 장애를 회복으로 포함해도 16%에 불과하다. 동시대의 두 사람이 전혀 다른 환자군을 접한 것이 아니라면, 크레펠린의 catatonic DP는 칼바움 catatonia 환자 중 예후가 안좋은 쪽을 선택적으로 포함하는 것인데, 그의 DP 정의에 부합하는 것이라 할 수 있다.

현대의 catatonia

오늘날의 분류체제에서 사라져버린 hebephrenia와는 달리 catatonia는 현재도 분류학상의 위치를 견지하고 있으며, 이에 대한 현대의 연구들도 수행되고 있다. 고전적 catatonia는 주기성이 있고, 다른 정신병적 증상을 가질 수 있고, 관해기가 있을 수 있으며, 어떤 경우에는 황폐화하는 schizophrenia와 동반될 수도 있는 상태를 의미하였다. 그러나 도구적으로 정의되는 현대의 catatonic 증후군은 이전의 catatonia와 다르다. 그런데 catatonia에 대한 현대의 정의는 연구자마다 서로 다르며 몇 가지 살펴보면 아래와 같다.

Lohr와 Wisniewski의 catatonia는 강경증, 양성증상[positivism ; 자동 복종(automatic obedience) 및 따라가기(mitgehen, 검사자가 환자의 사지를 움직이면 환자 스스로 그에 순응해서 움직임) 등]과 거부증(negativism) 등이 주요 요소이며, 부동, 흥분, 위축(섭식 거부 등) 등은 포함하지 않는다.⁶⁵⁾ Rosebush 등의 catatonia는 운동감소 관련 증상을 포함하였으나 흥분 및 양성증상, 양가성향(ambitendency)은 포함하지 않는다.⁶⁶⁾ Rogers는 catatonia 증상을 추체외로 증상의 일종이라 생각하며, 맞버티기(gegenhalten), 따라가기, 상동증, 매너리즘, 반향행위(echopraxia), 기괴한 걸음, 운율

없는(aprosodic) 말, 흥분, 거부증, 지나친 복중, 반복, 시각자극에 대한 지나치고 무분별한 반응(hypermorphosis) 등의 증상을 포함시켰다.⁶⁷⁾ Northoff는 운동감소, 운동과다, 정동증상 및 행동변화를 catatonia의 4요소로 보았다.⁶⁸⁾ Braunig 등의 catatonia 평정 척도는 의지의 비정상적 피암시성(따라가기 및 반향 현상 포함)을 증상군의 하나로 제시하였다.⁶⁹⁾ Peralta 등은 감별적 가치가 높은 11개의 증상으로 진단 도구를 만들었는데(표 1), 역치를 3개로 하면 민감도 100%, 특이도 99%라 하였다.⁴⁵⁾ 요인 분석 및 잠재군 분석들은 대상군 및 방법에 따라 catatonia를 구성하는 다양한 요인들을 추출한다. 표 2에 제시된 세 가지 대표적 연구는 4~6 요인을 제시하는데 이들 중 일부는 서로 일치하며 어떤 것은 한 연구에서의 한 요인이 다른 연구에서는 두 개로 나뉘어지기도 한다.^{45,52,53)} 이들을 종합해보면 운동감소, 운동과잉, 거부증, 매너리즘, 자동증의 다섯 요인이 있는데, 이 항목들은 DSM-IV catatonia 진단기준 항목과 일치한다. DSM-IV에서 catatonic 아형의 조현병 진단을 위해서는 이 중 2가지가 만족되어야 한다.³⁰⁾ 같은 매뉴얼에서 일반적 의학적 조건에 의한 catatonic 장애의 진단기준도 이와 비슷하다. DSM-5는 catatonic disorder의 임상양상으로 12항목을 제시하는데, 이

항목은 DSM-IV의 다섯 요인에 속한 개별 항목들을 풀어쓴 것이다.⁴⁷⁾ 진단을 위해서는 이 중 세 가지 이상이 요구된다.

DSM-5에서 catatonia 진단기준의 변화보다 더 중요한 것은 catatonia를 조현병의 일종으로 간주하지 않고 그 자체로서 진단하게 한 것이다. 그러나 이 catatonia는 질병단위가 아니라 다른 질병에서 나타나는 특정 임상상에 불과하다. 즉 일차성의 catatonia는 인정하지 않고, catatonia 증후군은 다른 정신-신체질환에 의해 유발되는 상태로만 보는 것이다. 그러나 정신운동성 증상은 정신병 기본적인 증상의 한 차원으로 간주되므로⁴⁰⁾ 조현병에서 독립한 catatonia는 여전히 조현병과 같은 장애에 애매하게 속하게 되었다. Catatonic 조현병의 문제는, 조현병의 아형 구분이 없어짐으로써 해결되었다. 이제 catatonic 증상을 보이는 조현병은 조현병이라는 선행 질환과 catatonia라는 현재 상태의 두 가지 진단코드를 가지게 되었다. Catatonia에 대한 이런 애매한 입장은 “질병을 어떻게 개념적으로 분류할 것인가”보다는 “특정 치료법(전기경련요법 등)이 도움이 되는 상태를 쉽게 구분해야 한다”라는 실용적 측면과 관계된다고 볼 수도 있다. Catatonia 독립의 강력한 지지자인 Fink는 급성 catatonia의 탁월한 치료법인 전기경련요법 연구에 몰두했던 학자였다.

Table 1. Symptoms comprising catatonia⁴⁵⁾

Symptom item	Explanation
Immobility/stupor	Extreme passivity, marked hypokinesia
Mutism	Mutism, inaudible whisper
Negativism	Resistance to instructions, contrary comportment to those asked
Oppositionism	Gegenhalten (resistance to passive movement which increases with the force exerted)
Posturing	Spontaneously odd postures
Catalepsy	Retaining limb positions passively imposed during examination, waxy flexibility
Automatic obedience	Exaggerated co-operation to instructed movements
Echo phenomena	Movements, mimic and speech of the examiner are copied with modification and amplifications
Rigidity	Increased muscular tone
Verbigeration	Continuous and directionless repetition of single words or phrases
Withdrawal/refusal to eat or drink	Turning away from examiner, no eye contact, refusal to take food or drink when offered

Table 2. Factor structure of catatonic symptoms

Factors	Ungvari ⁵³⁾	Peralta ⁴⁵⁾	Kruger ⁵²⁾	DSM-IV ³⁰⁾ /5 ⁴⁷⁾ †
Hypokinetic	Negative/ withdrawn	Motor poverty	Disturbance of volition/catalepsy	(1) Catalepsy, waxy flexibility*, stupor*
Hyperkinetic	Agitated/resistive	Agitation	Catatonic excitement	(2) Excessive motor activity*
Negativistic		Negativistic	Catatonic inhibition	(3) Negativism*, mutism*
Manneristic	Repetitive/echo	Stereotypy/ mannerisms	Abnormal involuntary movements/mannerisms	(4) Posturing*, stereotypy, mannerism, grimacing
Automatic	Automatic	Proskinetik/ dyskinetic		(5) Echolalia, echopraxia

ICD-10 criteria also includes rigidity, command automatism and perseveration. * : Item included in the criteria of ICD-10 catatonic schizophrenia, † : In DSM-5, individual items are counted (total 12 items). ICD : Implantable cardioverter-defibrillator

ICD-10의 catatonia 진단 가이드라인⁴⁴⁾은 동시대 DSM-IV보다 구조화가 덜되어 있다. 기질성 긴장성 장애(organic catatonic disorder)의 경우 운동성의 양적 증감만을 기준으로 보고 있어서 함구증, 거부증, 자세이상, 강경증, 납굴증 등이 모두 운동감소(혼미) 한 항목 속에 들어가 있다. 그러나 시간적 변화에 대한 고려가 있어서 운동 감소-과다가 교대됨을 중요한 특성으로 보고 있다. 조현병 catatonic 아형 가이드라인은 증상에 대해 더 세분화 되어있으나 요인별 구분 없이 DSM-5처럼 증상 나열에 그치고 있다.

이런 다양한 개념과 척도들에서 문제가 되는 것은 개념의 명확성이 부족하다는 것이다. Lohr와 Wisniewski는 대개의 연구자들이 뚜렷한 정의 없이 catatonia를 잘 정의되고 분명한 증후군으로 가정한다는 점을 지적한다.⁶⁵⁾ 그들은 현재의 catatonia가 임상 증후군으로 잘 정의되지 않았기 때문에, 다양한 증례보고에 기술된 다양한 catatonia에 대한 기술들이 같은 임상상태에 대한 기술인지 의심스럽다고 본다. 즉 catatonia가 증상적으로도 어떤 것인가에 대한 합의는 아직 이루어지지 않았다고 볼 수 있으며, 각각 증상 항목에 대한 정의조차도 서로 다르다.⁵⁹⁾

Catatonic 조현병은 현대에 사라졌는가?

ICD-10은 왜인지 모르지만 조현병의 catatonic 아형이 산업화된 국가에서는 요사이 드물다고 하였다.⁴⁴⁾ 정신과 환자에서 catatonia에 대한 인식은 늘어나고 있지만 최근 문명국에서 catatonic 아형의 조현병은 거의 없다. 그 이유에 대해서는 몇 가지 가설이 있다. 한 가지는 진단적인 편향에 의한 것이라는 것이다. 다양한 증후군으로 구성된 역사적 개념의 catatonia를 무시하고 심한 정신운동성 장애가 두드러진 급성 catatonia만 찾으려 하기 때문에 못 찾게 된다는 것이다. 정신의학이 대화 가능한 환자에만 관심을 가지게 되면서, 대화의 내용으로 잘 찾아내지 못하는 만성 catatonic 증상이 무시된다.^{40,70,71)} 더 많은 catatonic 징후를 포함하는 진단체계를 사용할수록 조현병을 catatonic 아형으로 진단하는 비율이 높아진다.⁷²⁾ 조현병만이 아닌 전체 정신과 입원 환자의 8%에서 catatonic 증상을 찾을 수 있었다는 보고도 있다.⁴⁵⁾ 그러나 도구적으로 측정된 catatonia는 칼바움 및 크레펠린의 catatonia와 다르므로, 오늘날 조현병 환자에서 도구적으로 측정하는 catatonic 증상이 어떤 의미가 있는지는 분명치 않다. 두 번째로는 환자군의 특성이 시간이 지나면서 실제 바뀐 것일 가능성도 있다. 수십 년 이상의 시간간격을 둔 인구집단에 정신병리적 특성에 차이가 있는지를 측정하는 것은 어려운 작업이지만, 정신의학사에서 실제 차이가 증명된 경우도 분명히 있다.⁴⁶⁾ 특히 catatonia의 운동증상은 신경학적 또는 기질성 병

태생리를 시사하는데, 수십 년간의 사회환경 변화는 뇌에 영향을 미치는 질병들의 역학에 변화를 가져올 수도 있을 것이다. 이 문제는 뒤에 다시 논할 것이다.

요 약

칼바움의 catatonia는 특징적 운동증상을 중심으로 정의되었으며, 예후는 다양한 질환이었다. 그런데 크레펠린은 catatonia 증상을 보이는 환자 중 일부, 예후가 나쁜 그룹을 DP에 포함시켰다. 그러나 시간이 지나면서 예후가 나쁘다는 개념에 중점이 덜 가해지면서, catatonic 증상이 있는 환자들을 예후와 관계 없이 조현병으로 보게 되었다. 따라서 현재의 catatonic 아형 조현병은 catatonic DP의 원래 정의와 관계 없는 질환일 수도 있다. 크레펠린의 원래 개념과 catatonia가 질병 자체보다는 다양한 질병에 나타나는 증상 복합체에 불과하다는 당시 다수의 견해를 참조하면 예후가 좋은 catatonia는 DP가 아닌 다른 질병, 또는 특정 질병단위의 임상상을 수식하는 특정자(specifier) 정도로 분류하는 것이 옳았다. 그러나 오늘날 진단기준에 의해 정의된 catatonia는 DP가 아닐뿐더러, 칼바움이 보고한 정신운동성과 정동이 주된 정신병과도 같은 것으로도 볼 수 없다. 칼바움 catatonia 환자의 일부는 당시의 개념으로도 오늘날의 개념으로도 DP 또는 조현병일 것이지만, 칼바움 증후군은 레온하르트 분류체계상 특정한 질환에 소속시킬 수 없다.³⁴⁾ DSM-5는 catatonia를 명시적으로 정의하며 조현병과는 다른 것으로 보지만, 그렇다고 catatonia가 독립적 질병으로 인정받고 있는 것도 아니다.

편집성 정신병(Paranoid psychoses)

편집성 정신병의 진단분류상 문제

망상은 오래전부터 정신병의 중심적 증상으로 간주되어 왔지만⁷³⁾ “잘못된 믿음을 갖는 병”으로서 정의된 paranoia는 1818년 Heinroth에 의해 처음 기술되었다.⁷⁴⁾ Hebephrenia와 catatonia가 처음 제안되었을 때 일반적 광증이 사춘기라는 상황에서 발현하는 현상 또는 다양한 질병에 동반될 수 있는 증상복합체로 간주되어 이들을 독립적 질병으로서 정립하는 데 어려움이 있었던 것과는 대조적으로, 망상을 주된 증상으로 갖는 편집성 정신병은 일차성 질병으로서의 지위를 19세기 전반부터 인정받았다. 에스퀴롤을 중심으로 한 프랑스 학자들은 논리적 이성의 손상이 없는 정신질환들을 monomania라고 불렀는데, 다양한 망상성 질환들이 여기에 포함되었으며 망상의 종류에 따라 질병이 분류되었다. Magnan은 망상성 monomania들을 묶어서 한 가지 질병으로 보았지

만, 이 병을 유전성이 있고 황폐화되는 변성(degenerative) 질환으로 보지는 않았다. 크레치머도 paranoia를 취약한 성격 배경을 가진 사람에서 스트레스에 대한 반응으로 나타나는 질환으로 보았다.⁷⁵⁾ 황폐화되는 정신병보다는 신경증에 가까운 개념이다. 그러나 19세기 후반 독일에서는 망상이 주증상인 모든 기능적 정신병을 포함하도록 paranoia의 범위가 넓어져서 황폐화되는 변성 질환도 paranoia의 개념에 포함되었다.⁷⁴⁾ 그러다가 schizophrenia의 개념이 정립된 이후에는 오히려 모든 망상성 질환을 schizophrenia로 보려는 경향이 나타났으며 따라서 paranoia 진단은 매우 드물게만 내려지게 되었다. 결국 망상이 주증상인 정신병들을 어떻게 구분해서 질병단위로서의 지위를 부여하느냐가 편집성 정신병 진단분류의 핵심적 문제가 되었다. 망상의 체계성, 강도, 환각 등 동반되는 다른 정신증상, 황폐화 여부 등이 주된 감별점으로 등장한다. 이런 변화는 크레펠린의 교과서 개정의 과정에도 나타나 있다.

칼바움

칼바움은 편집성 정신병이 다양한 결과를 보임을 알고 있었다. 그는 지능의 장애가 없고 황폐화되지 않으며 고정된 망상이 있는 병을 diastrophia라 하였고, 이것을 만성적 황폐화되는 주요 정신병인 vesania typical과 구분하였다. 전자는 이후의 paranoia와 비슷한 개념이며 후자는 망상형 조현병과 비슷한 것이라 볼 수 있다.⁷³⁾

크레펠린의 Dementia paranoides

D para는 크레펠린 교과서 5판에 처음 등재된다. 여기서 D para는 잠정적인 용어로, “급격하게 비합리적이고 일관성 없는 피해망상과 과대망상이 일어나는 일군의 환자들로, 가벼운 초조로 시작해서 영구적 혼란상태로 급격하게 진행되는 경향이 있다. 다양한 기괴한 망상을 가지며 거의 항상 환각을 동반한다. 망상은 잘 조직화되지 않고 자주 바뀐다. 수개월 뒤 이 질환은 사고장애가 두드러지는 dementia 및 인격과 정동의 붕괴로 귀결된다”라고 기술되어 있다.⁷⁶⁾ 이 병은 황폐화 경과를 밟는 병으로, 분류상 DP(hebephrenia) 및 catatonia와 같이 dementia에 이르는 대사성 장애 카테고리 묶여있으나, 이 카테고리 내 개별 질병들은 독립적인 것으로 간주되었다.¹⁷⁾ 그러나 6판에서 DP의 개념이 확장되어 D para는 catatonia와 함께 DP에 포함되었다. 이 전통에서 출발하여 망상장애(delusional disorder)를 제외한 만성 망상 증후군들이 오늘날의 조현병에 속하게 되었다. 5판에서 크레펠린은 D para의 다음과 같은 증례를 제시한다.

젊은 장교, 첫 증상이 나타난 수개월 뒤, 의사가 그의 머리

를 자르고, 몸을 열고, 장을 떼내고, 그에게 말의 다리를 붙였다고 확신하게 되었다. 밤에는 악마의 증기가 그의 방에 들어오고, 그의 피가 뿜히며 주사를 맞는다. ... 신경은 찢어지고, 직장이 찢리고, 근육이 몸에서 떨어져 나간다. 사람들이 그의 마음을 읽을 수 있고, 그의 얼굴을 변형시키고 몰래 사진 찍는다. 그에게 마법이 행해지며 음식에 독이 들어있고 ... [Kendler and Tsuang(1981)⁷⁶⁾에서 재인용].⁶³⁾

증례에서 보듯, 이 질환의 주된 증상은 물론 망상이지만, 주목할 것은 실현 가능성이 명백하게 없는 상당히 기괴한 망상이 비체계적으로 다양하게 나타나며, 이의 불합리성을 인식하지 못할 정도로 인지적 붕괴가 온다는 것이다.

Paranoia

편집성 정신병의 또 다른 큰 카테고리인 paranoia는 크레펠린 교과서 6판에 제시되었다. “paranoia는 만성 진행성의 정신병으로 ... 안정적으로 발달하는 망상 시스템이 서서히 발생하는 것이 특징이며, 심한 정신적 황폐화나 의식의 혼란, 사고의 비일관성은 없다”고 하여 5판의 D para(6판에서 DP로 흡수됨)와는 다른 질환으로 분류되었다. 그는 DP와 paranoia 간의 차이에 대해 “DP 망상은 매우 환상적, 합리성과 관계없이 변화, 시스템적이지 않고, 과거에 겪은 사건들과 조화가 깨지며 paranoia 망상은 실제 사건의 병적 해석에 국한되며, 일관된 전체로 짜맞춰지고, 최근의 사건을 포함하면서 점점 확장되고, 반대되는 증거도 받아들여서 설명한다”라 하였다. Paranoia에서 환청은 흔하지만 두드러지는 경우는 드물다고 하였다.³⁾ 그러나 크레펠린이 8판에서 paraphrenia를 새로 제시할 때는 환각이 없는 경우만을 paranoia로 재정의하였고, paranoia의 일부는 완치(급성 paranoia)된다고 하였다. 단 완치되더라도 망상을 가지려는 경향 자체는 영구적이므로 만성질환으로 보았다.⁷⁶⁾ 크레펠린도 편집성 정신병이 황폐화되는 형태와 그렇지 않은 형태가 있음을 명확히 구분한 것이다. 그러나 처음에는 황폐화의 징후가 없던 환자들 중 상당수가 시간이 지나면서 황폐화된다는 것을 많은 학자들이 관찰한 뒤로 paranoia의 개념은 도전을 받기도 하였다.⁷⁴⁾

Paranoid DP

6판의 paranoid DP는 두 그룹으로 나눌 수 있는데 하나는 5판에서 D para로 기술되던 환자들이다. 이들은 일관성 상실, 비현실적 망상과 환각을 가지며 빨리 황폐화하는 것이 특징이다. 이에 비해 두 번째 그룹에서 망상은 다소 조직화되어 있으며, dementia로의 진행은 수년이 걸릴 수도 있다. 따라서 5판의 D para보다 천천히 진행되는 경우도 포함된다. 이들은 초기에는 다양한 망상으로 시작되지만 수개월~수년

에 걸쳐 비편집성(non-paranoid) DP에서 보이는 뚜렷한 사고장애 및 정동 황폐화가 보인다고 하였다.³⁾ 그런데 만성 편집성 정신병들을 모두 DP로 보려는 경향에 대해, 동시대 학자들 중 많은 사람이 이번에는 편집성 정신병의 다수가 황폐화되지 않는다는 비판을 제기하였다. 크레펠린도 편집성 DP는 만성 편집성 정신병의 40% 정도라 하였다. 8판에서는 편집성 DP의 심한 형태(gravis)와 경한 형태(mitis)를 명시적으로 구분하였다. 후자는 dementia라는 질환명이 달려 있지만 성격 에너지(character energy)의 일부 상실이 있을 뿐 황폐화되지 않고 직업을 가질 수도 있다. 그러나 paranoid DP는 DP 아형 중 가장 예후가 나빠서 회복되는 예가 없다고 하였다.⁴⁾

Paraphrenia

아울러 8판에서는 환상적이고 기괴한 망상이 대개 환각과 동반되지만 심한 사고장애나 인격 황폐화가 없는 질환을 paraphrenia라는 이름으로 새로 제시하였다. Paraphrenia의 한 아형인 paraphrenia systematica가 DP와 구분되는 점은 정서 및 의욕의 장애가 매우 가볍고, 내적 단일성의 상실은 특정한 지적 능력에 국한되어 있다는 점이다. 망상의 내용은 편집성 DP와 비슷하지만 망상 관련 태도의 차이가 있어서 paraphrenia의 망상은 구체적인 정교화, 감정반응의 생생함과 열정, 의욕장애 없음, 행동에서 분별력과 합리성이 보존됨 등의 특징이 있다.⁴⁾ 그러면서 paranoia에 대한 개념이 바뀌어서 paranoia는 진성 환각이 없는 경우로 국한했다.⁴⁾ 따라서 paraphrenia는 DP와 paranoia의 중간단계에 해당하는 개념으로 볼 수 있다. 그러나 Mayer는 크레펠린 paraphrenia를 1~15년 추적한 결과 38%가 사고장애 및 인격 황폐화를 보인다고 하였다[Kendler와 Tsuang(1981)⁷⁶⁾에서 재인용].⁷⁷⁾ 즉 상당수 환자는 느리지만 편집성 DP처럼 황폐화된다는 것이다. 크레펠린도 이 병이 DP와 같은 것이지만 인격이 더 성숙한 뒤에 발병함으로써 조기 발병한 경우와 임상상이 다른 것이라 볼 수 있다고 하였다.

Presenile delusional insanity

8판에서 크레펠린은 또 하나의 편집성 정신병을 기술하는데, 55세 이후에 발병하며, presenile delusional insanity라 불렀다. 이 질환은 갱년기 멜랑콜리아(involutional melancholia) 및 노년기 치매(senile dementia)와 함께 성년 후기 발생하는 정신병군에 분류되었다. 성년 후기 초발하는 주요 정신병(및 정신병적 기분장애)을 별도의 질환으로 분류한 것은 DSM-I의 입장이기도 하다.⁷⁸⁾ 이 병은 기질성 증상은 없고, 망상은 잘 체계화되지 않으며, 대개 환상적이다. 환각은 흔하지 않다. 이 병은 발병연령이 늦고, 진행된 경우에도 지리멸

렬이나 심한 정신적 황폐화가 없는 점에서 DP와 다르다.⁷⁶⁾

크레펠린 개념의 변화 요약

크레펠린 5판의 D para는 심하면서 빠르게 황폐화되는 질병을 의미하였다. 그러나 6판의 편집성 DP는 망상이 약간 조직화되면서 경과가 느린 경우도 포함하였는데 이 경우도 결국 황폐화하는 경과를 밟는다. 항상 나쁜 결과가 아니라는 주장을 고려하여 7판 및 8판에서는 편집성 DP 중 심한 황폐화에 이르지 않는 경우(mitis)를 별도로 구분하였고, 8판에서는 사고장애가 거의 없고 황폐화되지 않는 경우를 paraphrenia로 독립시켰다. 그러면서 paraphrenia를 paranoia와 구분하기 위해 환청이 없는 경우만을 paranoia로 명명하였고, 이 중 일부는 완치가 가능하다고 하였다. 따라서 8판 체계 하에서는 paranoid dementia gravis > paranoid dementia mitis > paraphrenia > paranoia의 진단적 서열이 도입되었으며 이 중 황폐화의 경과를 밟는 첫 두 가지를 DP에 소속시켰다. DP에 포함되지 않는 paraphrenia 중에는 경과를 더 관찰하면 결국 DP에 포함시켜야 할 경우도 있을 것이다. 따라서 8판의 편집성 DP는 5판의 D para보다는 진행이 느리고 결과가 가벼운 예까지도 포함하게 된다(표 3). 경과 개념이 사라진 오늘날의 진단체계에서는 paraphrenia의 전부가 조현병에 포함된다고 봐야 한다.

반응성 정신병

편집성 정신병에 대한 크레펠린의 개념은 현대에까지 영향을 미치지만, 그가 대상으로 한 질환은 유발요인이 없는 내인성 정신병이었다. 다른 저자들은 반응성 정신병에 대해 기술하고 있다. 크레치머는 다수의 편집성 정신병이 취약한 성격 배경하에서 스트레스에 의한 반응으로 생기며 이들의 망상 발전은 이해할 수 있는 수준이며, 경과를 좋다고 하였다.⁷⁹⁾ 이것은 내인성에 속하는 DP와 구분되는 개념이지만 오늘날의 조현병의 진단에서는 급성기의 지속기간만이 문제가 될 뿐, 이런 문제들은 구분되지 않는다.

편집성 정신병과 조현병

후대의 연구에 의하면 paraphrenia 및 paranoia 모두 가족력상 조현병이 많았다.⁷⁶⁾ 이는 정신병리적 측면만이 아니라 유전적 또는 병인론적으로도 이들 질환 간에 관계가 깊음을 보여주고 편집성 정신병들이 어떤 스펙트럼을 형성함을 시사한다. 여기서 어디까지를 DP에 편입시킬지를 결정하는 것이 문제가 된다. 크레펠린의 DP는 만성기에 스스로를 돌보면서 기본적 직업적 기능을 할 수 있는 수준까지도 포함된다. 따라서 황폐화의 양상이 두드러지지 않는다고 DP의

Table 3. Characteristics of paranoid psychoses by Kraepelin [modified from Kendler and Tsuang (1981)⁷⁶⁾]

	D para	DP para	DP para	Paraphrenia	Paranoia*	Paranoia*
Version of textbook	5	6	7 & 8	8	6	8
Bizarreness	+	+	+	+	-	-
Systematization	-	-/somewhat	-/somewhat	Somewhat	+	+
Hallucination	+	+	+	+	+/-	-
Thought disorder	Severe	Severe	Severe/mild	Mild/no	No	No
Outcome (deterioration)	Dementia	Dementia	Dementia/mild loss of character energy	Mild/no	No	No/some case curable
Course	Rapid (months)	Rapid or slow (years)	Rapid or slow	Slow	Slow	Slow/sometimes acute
Remark		DP=hebe+cata +D para	Gravis vs. mitis (V8)	Systematica, expansiva, confabulans, phantastica		

* : Delusional disorder in current diagnostic system. D para : Dementia paranoides, DP : Dementia praecox, DP para : Paranoid dementia praecox (paranoid dementia), hebe : Hebeephrenia, cata : Catatonia

진단을 배제할 수는 없다. 편집성 정신병 스펙트럼의 다양성 때문에, 이들을 schizophrenia에 포함시켜 hebephrenia와 같은 병으로 간주하는 것에 대해 이의를 제기한 학자도 있다. Henderson과 Gillespie는 모든 편집 상태를 schizophrenia 그룹에서 떼어내자고 하였다.⁷⁹⁾ 그렇게 되면 기능적 정신병은 paranoid, affective, schizophrenic(non-paranoid)의 세 군이 될 것이다. 이후 Tsuang과 Winokur⁸⁰⁾를 포함한 일부 학자들도 조현병을 편집성과 비편집성(주로 hebephrenic : catatonic이 독립적 아형으로 인정받지 못하는 것은 앞 참조)으로 구분할 것을 주장하였다. 기존의 아형 구분이 증상은 달라도 경과가 비슷해서 같은 질환이라는 것을 강조하는 것이었다면, 새 견해는 한 이름으로 묶여 있지만 경과가 다른 병이므로 구분해야 한다는 관점이다. Tsuang과 Winokur는 두 군을 구분하는 기준을 제시하였는데, 양 군을 구분하는 요소는 증상학적 특성(와해, 정동 이상, 기괴한 행동 및 운동계 증상)도 있지만, 가장 먼저 제시되는 것은 인구학적 특성으로 hebephrenic은 발병연령이 어리고(25세 전), 미혼 또는 실업, 조현병의 가족력 있음 등의 특성을 갖는다고 하였다. 증상적으로는 편집성 쪽의 증상이 전반적으로 더 가볍지만 체계화된 망상이 있어야 한다고 하고 있다(표 4).⁸⁰⁾ 편집성을 구분하는 것은 증상적 특성보다는 늦게 발병해서 덜 황폐화되는 경과가 핵심이다. 그런데 크레펠린도 편집성 DP가 늦게 발병한다고 하였으나, 편집성은 다른 아형과 달리 중간에 관해에 도달하지 않고 계속 진행하므로 예후가 오히려 나쁜 쪽이라고 보고 있다.⁴⁾ 그렇다면 Tsuang과 Winokur의 편집성 조현병은 크레펠린 분류로는 DP보다는 paraphrenia에 가까운 질환이 될 수도 있다. 이 시기에 가족력,⁸¹⁾ 병전 적응,⁸²⁾ 신경학적 특성,⁸³⁾ 신경인지적 특성,⁸⁴⁾ 약물 반응,⁸⁵⁾ 임상경과⁸⁶⁾ 등 다양한 측면에서 두 타입을 구분하고

자 하는 연구들이 있어 왔으나 오늘날은 이 구분은 주목받지 못하고 있고, DSM-5에서는 아형 구분을 아예 폐지해 버렸다.

DSM 체계에서 편집성 조현병

다양한 경과를 갖는 편집성 정신병 중 조현병에 포함되는 범위는 조금씩 변해왔다. 그런데 어디까지를 포함시키느냐에 따라 예후를 포함한 질병의 특성이 많이 달라질 수 있다.

DSM-I(1952)⁷⁸⁾의 schizophrenic 반응(역동정신의학 시대에 발행된 DSM-I은 원발성 질환들도 모두 반응으로 간주하였다)은 황폐화를 명시하고 있지 않으므로 크레펠린의 정의보다 범위가 넓어졌고 따라서 편집성 정신병의 다수가 schizophrenic 반응에 문제 없이 포함되었다. 편집성은 “자폐적이고 비현실적 사고가 특징이며, 그 내용은 주로 피해망상/과대망상, 관계관념으로 구성되고, 환각이 흔하다”고 기술되었다. 편집성 정신병 중 schizophrenic 반응과 구분된 paranoid 반응은 “지속적 망상이 있으나 환각은 없으며, 감정 반응이나 행동은 사고내용과 부합하며 지능은 잘 보존되는” paranoia 및 그보다 논리성과 체계화가 덜하지만 schizophrenic 반응의 기괴함과 황폐화가 없는 paranoid state를 포함한다. Schizophrenia와 이들 상태를 구분하는 일차적 지표는 환청의 존재여부이다. 따라서 paranoid state는 이전의 paraphrenia 중 환각은 없는 경우가 된다. 한편 DSM-I에 등재된 involutional psychotic reaction은 schizophrenia와는 별개의 정신병으로, 크레펠린의 presenile delusional insanity를 포함한다.

DSM-II(1968)⁸⁷⁾에서는 편집성 조현병에 대해 피해/과대망상이 특징이며, 흔히 환각과 동반되고, 일반적으로 hebephrenic이나 catatonic 타입의 심한 인격 와해는 없다고 하였다. 경과가 나쁘다는 조건을 제외한 것이므로 편집성 조현

Table 4. Paranoid vs. non-paranoid (hebephrenic) schizophrenia [modified from Tsuang and Winokor (1974)⁸⁰⁾]

	Hebephrenic	Paranoid
Age of onset and sociofamilial data		
Onset	<25 y	>25 y
Marriage or employment	-	+
Family history of schizophrenia	+	-
Disorganized thought	+	- or mild
Affective changes		
Inappropriate or flat affect	+	- or mild
Behavioral symptoms		
Bizarre behavior, hebephrenic/catatonic traits	+	- or mild
Extensive, well-organized delusions or hallucinations	*	+

* : Criterion not applied

병의 범위는 전판보다 넓어졌다고 할 수 있다. 그러나 조현병 이외의 편집성 정신병들을 포괄하는 paranoid state에는 환각이 있는 경우도 포함되어, 환각은 있지만 조현병이 아닌 경우도 생기게 되었다.

DSM-III(1980)⁸⁸⁾에서 도구적 진단기준이 포함되면서, 다른 아형의 조현병과 같이 망상성 정신병도 6개월 이상, 병전 기능수준으로부터의 황폐화(영구적일 필요는 없음) 등이 만족되어야 조현병에 포함되게 되었다. 발병연령은 45세 이전으로 한정시켰다. 따라서 조현병으로 간주되는 범위가 이전 판보다 좁아졌으며 특정한 정신병리보다는 조기 발병해서 경과가 나쁜 병이 DP라는 크레펠린 시기의 견해를 담게 되었다. 편집성 정신병 중 조현병에 해당하지 않는 것은 편집성 장애(paranoid disorder)로 분류하는데, 망상의 종류는 피해망상과 질투망상에 국한되며(다른 기괴한 망상은 조현병을 진단하게 하는데, 슈나이더의 영향을 받은 것임), 망상에 부합하는 정동과 행위가 특징이며 환청이 있을 수도 있다. 조현병과 편집성 장애의 감별이 황폐화 경과가 아닌 증상에 의거하게 됨으로써 이전의 개념과 대조를 이룬다.

DSM-III-R(1987)⁸⁹⁾에서는 전판의 45세 이전 발병이라는 기준이 제외되었다. 편집성 장애는 망상장애(delusional disorder)라는 새로운 이름을 얻었으며, 기괴하지 않은 망상을 모두 포함시켰고, 망상 영역 이외에 뚜렷한 이상이 없다고 함으로써 paranoia는 황폐화되지 않는다는 개념을 도입하였다. DSM-IV는 기본적으로 큰 개념상의 변화가 없다. DSM-5는 이전판까지 슈나이더 일급증상에 진단적 우선권을 주던 것을 폐지함으로써, 조현병으로 진단되는 범위가 조금 좁아지게 되었다. 그러나 DSM 체계에서 편집성 정신병을 어디부터 조현병으로 볼 것인가에 대한 큰 틀은 DSM-III-R에서 결정되어 오늘날까지 오는 것이라 볼 수 있다.

편집성 조현병의 진단적 안정성

편집성 반응성 정신병(paranoid reactive psychosis)이라는

넓은 범위의 환자를 5년 이상 추적한 결과 36%가 분명한 조현병의 황폐화를 보였다.⁹⁰⁾ 편집성 조현병의 50%에서 10년 추적 결과 비편집성으로 진단이 바뀐다고 보고되었다.⁹¹⁾ Tsuang 등(1981)도 30~40년 추적 결과 41%의 편집성 조현병이 비편집성으로 바뀐다고 하였다.⁹²⁾ 즉 편집성 정신병은 덜 황폐화된다고 생각되고 있지만, 실제로는 황폐화되는 경과를 밟는다는 것이다. 그러나 Kendler에 의하면 좁게 정의된 환각이 없는 paranoia는 넓게 정의된 편집성 정신병과 달리, 3~22%만이 조현병으로 진행하므로 진단적 안정성이 있다.⁹³⁾ 잘 정의하면 황폐화되지 않는 편집성 정신병을 조현병으로부터 구분할 수 있다는 것인데, 크레펠린 교과서 8판의 paranoia는 이들을 위한 진단일 수 있겠다.

요 약

편집성 정신병과 조현병의 관계에 대해 종합하면 네 가지 견해가 있다. 1) 모든 편집성 정신병은 조현병의 일종이다. 2) 모든 편집성 정신병은 소수의 고전적인 paranoia를 제외하고 모두 조현병이다. 3) 편집성 정신병 중 황폐화하는 것만이 조현병이다. 이 경우 망상은 기괴하고 단편적이며, 지리멸렬 및 인격 황폐화가 항상 동반된다. 물론 황폐화 정도가 항상 심한 것만은 아니다(크레펠린의 견해). 4) 모든 편집성 정신병은 비편집형 조현병과는 다른 것이다(Tsuang 및 Winokur의 견해). 이는 편집성 정신병 스펙트럼의 어느 부분까지를 조현병으로 볼 것인가라는 차원적 문제 및 다양한 예후 스펙트럼을 갖는 상태를 황폐화를 특징으로 하는 질병의 일종으로 볼 수 있는가라는 카테고리적 문제와 관계된다.

크레펠린의 dementia praecox

크레펠린 교과서 6판(1899)

크레펠린 DP의 원형은 hebephrenia였다. 크레펠린 교과서 4판부터 등장하는 DP는 5판까지는 hebephrenia와 유사

한 개념이었지만, 6판에서 기존의 DP(hebephrenia), catatonia 및 dementia paranoid 등 황폐화/변성 정신병을 묶어서 DP로 재명명 하였다.¹⁷⁾ 이들을 하나로 묶은 것은 특정 시점에서 관찰되는 정신병리학적 유사성이 아니라 1) 장기적 예후가 안 좋다는 면에서 공통적이며 진행된 증례에서는 각각을 구분하기 어렵고, 2) 경과 중 한 질환이 다른 쪽으로 전환되기도 한다는 사실 때문이었다.^{19,37)} 이후에도 이 기본적인 틀은 유지되었고 정신의학계의 표준적 이론이 되어 현재의 도구적 진단체계에까지 영향을 미치고 있다.

크레펠린 6판의 DP는 유전성보다는 신체에 기인한 자가 중독성 장애였다. 어느 쪽이건 이 병은 환경 자극에 대한 반응이 아닌 내인성 질환이라는 의미이다. 예후에 대해서는 hebephrenic이 가장 나빠서 75%가 심한 dementia이며, catatonic 징후를 가진 환자는 59%에서 그렇다. 그는 특정 징후가 불치성의 징표라 하였는데, 여기에는 정서적 둔마, 정동이 없는 광범위한 망상, 상동증, 짧은 기간의 불쾌 혹은 들뜸이 반복되는 것, 정동 조절이 돌아옴 없이 거부증(negativism) 또는 들뜸이 없어지는 것 등이라 하였다.³⁾

DP개념의 판에 따른 변화

6판의 hebephrenic DP를 의미하는 4판의 DP는 매우 심하지는 않은 황폐로 귀결되는 헤커의 hebephrenia만을 포함하였던 것에 비해 5판의 DP/6판의 hebephrenic DP는 심한 퇴행까지 포함하는 다라즈키비치의 hebephrenia까지도 포함하고 있다.¹⁷⁾

Catatonia가 6판에서 DP에 포함될 때, 크레펠린은 이것이 칼바움에 의해 기술되었으며 독립적 질병과정으로 간주되던 것이라고 적시하고 있다. 그러나 크레펠린 시대부터 이미 catatonic 증상이 다른 정신질환 및 신체질환에서도 나타나고 알려져 있었으므로, 8판에서는 종적 관찰을 통한 지속성이 있는, 즉 경과 기준으로 DP에 해당하는 catatonia만을 DP로 한정하였다.⁴⁾ 물론 크레펠린은 칼바움 증례의 다수는 이런 기준에서 DP에 속한다고 보았으나⁴⁰⁾ 실제로는 칼바움의 catatonic 중 황폐화 과정을 밟는 일부, catatonia sensu strictu만이 크레펠린 8판의 catatonic DP에 해당한다고 볼 수 있을 것이다.³⁷⁾

편집성 정신병에 대한 이전 크레펠린의 분류는 심한 형태인 D para와 경한 형태인 paranoia가 있었는데 이 중 6판의 DP에 포함된 것은 이전의 D para에 가깝다. Paranoid DP와 D para는 둘 다 결국 황폐화하는 병이기 때문이다. 그러나 8판에서 크레펠린은 paranoid DP를 gravis 및 mitis형으로 나누었다.^{4,76)} 후자는 직업을 가질 수 있을 정도의 능력이므로 황폐화된다는 6판의 DP 기준에 맞지 않을 수도 있다. 블로

일러는 이런 경우를 완치된 것으로 보았다.⁵⁾ 그러나 paranoia보다는 심하지만 DP처럼 황폐화에는 이르지 않는 증례들에 대해서는 paraphrenia라고 따로 분류함으로써 황폐화는 여전히 DP를 구분하는 핵심적 요소로 되었다.

7판 이후 DP 개념은 거의 변하지 않았으나 DP를 다른 상태와 구분짓는 경계선을 어디까지로 할지에 대해서는 입장 변화가 있는 것 같다. 6판에서 언급한 예후에 대한 비판적인 판단은 후대에 심지어 오늘날까지도 논란거리가 되고 있는데³⁸⁾ 개정판을 내면서 과거의 입장에서 바뀐 것은 DP에 속하면서도 완치되거나 장기간 정지되는 경우도 있다는 것이다.⁵⁾ 한편 6판에서 DP의 세 아형을 제시한 이후 다른 학자들이 제기한 다양한 아형들을 추가하여서 8판의 DP는 8개의 아형을 갖게 되었다.⁴⁾ 한 아형 중에는 아-아형이 있는 경우도 있어서 실제로는 더 많다. 이 중에는 원래의 3개 아형에서부터 파생된 것으로 볼 수 있는 것도 있다. 예컨대 8판에서 추가된 단순형(simple deterioration)은 hebephrenia와 관계 깊은 병이다(표 5).⁴⁾

DP의 최종 결과

크레펠린은 8판에서 DP의 최종 결과에 대해서 8가지로 분류하였다(표 6). 특정 아형이 특정 형태의 결과로 진행하는 것이 명확하지는 않으나 어느 정도의 경향성은 있다고 보며, 급성기 증상의 잔재가 만성화된 뒤에 남아있기도 하다고 기술하고 있다. 결과들은 크게 황폐화가 심하지 않은 weak-mindedness(Schwachsinn)와 심한 황폐화인 dementia(Blödsinn)를 구분하고 있으며 각각은 몇 개의 아형으로 나뉜다. 이 중 simple weak-mindedness는 실질적인 회복으로 볼 수 있는 것이다(표 6).

블로일러 및 이후의 전개

블로일러의 schizophrenia와 크레펠린의 DP

크레펠린이 주장한 DP는 기본적으로는 황폐화되는 정신병이었지만, 블로일러 자신의 연구 결과로는 퇴원 환자의 상당수가 안정적으로 사는 등 황폐화가 일률적인 귀결은 아니며, 아형을 포함하여 예후를 예측할 수 있는 인자는 발견할 수 없었다. 따라서 예후에 따른 개념 정립은 적절치 않으며 질병을 정의하는 다른 기준이 필요하였다. 블로일러는 결과가 아닌 신체적-심리적 질병과정을 통해 이 병을 재정의하려 하였다.⁵⁾ 블로일러는 schizophrenia의 증상 형성과 관련하여 콤플렉스의 영향을 논하고 있으며, 이 병이 자아장애라는 현상학적 관점⁹⁴⁾도 제기한다. 그 결과 schizophrenia의 증상 중 질병 과정의 직접 산물인 일차(primary) 증상과 다른

Table 5. Subtypes of dementia praecox per Kraepelin's textbook, 8th edition⁴⁾

1	Dementia simplex (simple insidious dementia, schizophrenia simplex)	Related to hebephrenia
2	Silly dementia (hebephrenia)	
3	Simple depressive dementia	
4	Delusional depressive dementia	Related to paranoid
5	Agitated dementias	Related to catatonia
	Circular dementia	
	Agitated dementia	
	Periodic dementia	
6	Catatonia	
	(excitement)	
	(stupor)	
7	Paranoid dementias	
	Paranoid dementia gravis	
	Paranoid dementia mitis	
8	Confusional speech dementia	Peculiar subtype

요인에 영향을 받아 나타나는 이차(secondary) 증상을 구분하게 되었고, 병인이 밝혀져 있지 않은 시점에서는 일차 증상이 이 병을 정의하는 요소라고 보았다. 이 일차 증상은 연상(association)의 장애였다[질병 과정의 직접 산물인지 여부에 따라 일차/이차로 구분한 것과는 별개로, 블로일러는 모든 환자에서 증상이 보이는지 여부에 따라 증상을 기본(fundamental)/보조(accessory)로 구분하기도 하였다. 환각이나 망상 등 오늘날 정신병을 대표하는 증상들은 보조 증상에 속한다].⁹⁵⁾ 그는 질병 과정의 직접 결과에 의해 병을 정의함으로써 예후로써 정의하는 것의 한계를 넘었다고 생각했다. 블로일러는 크레펠린이 명명한 병과 자신이 정립한 병이 같은 것이라고 생각했으며 크레펠린의 잘못된 개념이 아니라 진성 치매(dementia)가 아닌 병에 dementia라는 이름을 붙인 것이고, 자신은 같은 병을 다른 차원에서 새롭게 정의하면서 거기에 맞는 schizophrenia란 이름을 제시한다고 하였다.³⁸⁾

시간이 지나면서 DP와 schizophrenia는 같은 질병인 것으로 여겨지게 되었다. 그리하여 크레펠린의 DP가 나쁜 예후만 강조했다는 비판을, 그에 대한 비판에서 출발한 블로일러의 schizophrenia도 받게 되었다. 그러나 블로일러의 schizophrenia가 크레펠린의 DP보다 넓은 개념으로 더 많은 상태들을 포함한다고 보는 것이 당대부터 정신병리학자들의 의견이다.⁹⁶⁾ 그러나 서로 다른 차원에서 관찰한 것을 같은 현상에 대한 것으로 볼 수 있는지는 불분명하다. 한 가지 과정이라고 하더라도 그 과정이 진행한 결과는 다양할 수 있으며 역으로 다양한 과정이 한 가지 결과를 낳기도 하기 때문이다. 따라서 다양성이 항상 문제가 되는데, 책 제목에서 알 수 있듯이 블로일러 자신도 schizophrenia를 단일 질환이 아닌 질병군으로 보고 있었다.

Table 6. Outcome of dementia praecox per Kraepelin's textbook, 8th edition⁴⁾

Type	Characteristics
Weak-mindedness	
Simple	Mild decrease of volition
Hallucinatory	Not meaningful hallucination
Paranoid	Weak persistent delusion
Dementia	
Drivelling	Moderate decrease of volition
Dull	Severe decrease of volition
Silly	Hebephrenia-like silly behavior
Manneristic	Catatonia-like mannerism
Negativistic	Catatonia-like negativism

블로일러가 기술한 schizophrenia 그룹들

블로일러는 schizophrenia의 아형들을 네 개로 구분하였는데 이 구분은 임상적 필요에 의한 조악한 구분이며, 이들은 서로 다른 질병들이 아니라 한 질환을 증상양상에 따라 나눈 것이라 하였다. 이것은 폐결핵을 발열성/비발열성, 각혈성/비각혈성, 아밀로이드증 동반/비동반 등으로 분류하는 것과 비슷하며 따라서 병이 경과하면서 아형이 바뀌기도 한다고 보았다. 아형들 간 진단적 우선순위는 catatonic > paranoid > hebephrenic > simple이다. 각 아형에 대한 아래의 기술은 그의 Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien(1911)의 영역본에서 발췌한 것이다.⁵⁾ 각 군에 대한 자세한 기술 내용은 크레펠린이 기술한 것과 큰 차이는 없다.

Paranoid Group

환자에게는 모든 것이 전과 달라 보이며 완전히 무관한 사건들을 자신과 관계 짓는다. 초기에는 확신이 없어서 스스로

“정말 그런가”라고 묻지만, 점차/갑자기 관계망상에 완전한 확신을 갖는다.

증례 : 학생들이 그를 뒤쫓아온다. ... 그들이 그를 모욕하는게 분명하다. ... 점점 더 많은 사람들이 다양한 종류의 신호와 암시 등으로 그가 한 나쁜 행실들을 알고 있다고 한다. 신문조차도 그에 대한 어떤 암시를 보도한다. 목사의 설교는 그를 향한다. ... 음모가 있어서 그들은 그에게 피해를 주기 위해 열심히 노력한다. 어느 날 그는 그들이 그에 대해 어떻게 이야기하는지 듣는다. 그러다가 그들이 직접 그에게 말을 한다. 그를 나쁜 이름으로 부르고, 욕하고 비난한다. 다른 환자도 나타난다. 특히 신체 감각이다. 결국 환자는 공격적이 되어 그의 가해자들을 향한다.... (입원 후) 시간이 지나면, 조금 사교적이 되고 약간의 일도 할 수 있게 되며 결국 망상에는 본질적 개선이 없이 조용해진 상태로 퇴원한다. 퇴원 후 잠시 동안은 자신을 유지할 수 있지만 ... 이전의 흥분과 분노 폭발이 반복되고 재입원한다. 결국 장기 입원하게 된다. ... 점차 조용해지지만, 자신의 피해사고뿐만 아니라 다른(현실적) 일도 수행할 추진력을 잃어버린 상태이다 ... 나날을 무관심하고 게으르게 산다.

이들 중 다수는 예전에 paranoia로 불리웠던 환자들로서 콤플렉스와 관계없는 부분에서는 지능의 결함을 발견할 수 없지만 부주의, 판단력 저하, 혼란 등이 문제가 된다. 그러나 지적 능력이 뛰어나면서도 말도 안되는 망상을 갖기도 한다. 소송광도 이 그룹에 포함된다. 간헐적으로 환각성 흥분이 있어서 심한 혼돈과 지남력 상실이 동반되기도 한다. 급성 악화기 및 만성기에 catatonic 증상이 보이기도 한다. 경과는다양하지만 악화, 완화를 반복하는 경우가 많고, 좋을 때는 정상에 접근한다. 망상이 고착되어도 업무능력은 완전할 수도 있다. 정동의 황폐화가 심하지는 않지만 어느 정도는 있어서 만성기에는 망상에 따라 행동할 에너지가 없어진다.

Catatonia

가장 전형적인 경우는 일반적인 schizophrenic 흥분(혼미, 강경증, 과다활동 등)이 돌발적으로 나타나는 것이다. 이후 조용한 시기들이 오면서 반수 이상의 환자가 호전된다. 환자는 일을 조금 할 수 있고, 환각은 줄어들거나 없어지며, 망상적 사고는 어느 정도 교정되고, 결함과 흥터가 남는 회복이 된다. 일부 증상, 특히 catatonic 증상은 회복 뒤에도 남아있다. 예후가 좋은 경우에도 자주 급성 재발이 나타나는데 재발 시 이전과 비슷하지만, 각 재발 후에 황폐화는 점점 심화된다.

Catatonia는 만성 paranoid에서 시작하기도 한다. 망상이나 환각 때문에 paranoia 진단으로 입원하지만 곧 망상과 직접 관계 없는 행위가 나타나다가 결국 catatonia가 된다. 만성

catatonia는 대개 질환 말기에 보이지만 예외적으로 처음부터 보일 수도 있다. 만성 catatonia의 초기 증상은 일반인들도 할 수 있는 특이한 행위들이며 천천히 빈도가 늘어난다. 만성 catatonic 환자들은 일종의 지속적 혼미 상태로 앉아있고, 거부증(negativism)은 있을 수도 없을 수도 있다. 어떤 환자는 병원이 자신을 완전히 돌보도록 내버려둔다. 어떤 환자는 활성 거부증 때문에 흥분하고 폭력적이다. 대다수는 외부세계에 완전히 무관심하면서 자발적으로 일시적인 흥분을 보인다.

Hebephrenia

이 그룹에서 황폐화가 가장 두드러지지만 심하지 않은 증례도 다수 있다. 칼바움과 헤커의 hebephrenia는 황폐화가 사춘기 초기에 신속하게 나타나는 것으로 다양한 정동 증상을 동반하며, 미성숙하고 유치한 것이 특징이지만 다른 아형에서도 이런 증상이 보일 수 있다. 이 그룹에 특이적 증상은 없다. 환각과 불합리한 망상, catatonic 증상 등이 임상상을 복잡하게 하지만, 이들이 지배적이지는 않다. 나중에 황폐화되는 모든 급성 정신병은 catatonic 및 paranoid 특성이 없으면 hebephrenia에 속한다고 봐야 한다. Hebephrenia는 아래와 같이 정의된다. 15~25세 사이 발병이 많지만 나이는 중요한 기준이 아니다.

1) 급격하게 발병하는 비 catatonia성[멜랑콜리아성, 조증성, amented(인지능력 저하), twilight(자발적 행위는 가능하지만 의식은 혼탁하며, 의식회복 후 그 행위를 기억 못함)] 상태로서 만성 paranoid 또는 catatonic으로 되지 않는 것

2) 보조증상을 보이지만 임상양상을 완전히 주도하지 않는 모든 만성 증례

급성 정신병 후에 황폐화되는 경우는 물론 황폐화 발생 이후에 급성기 증상이 나타나는 경우도 있다. 지속적으로 만성적 경과를 가질 수도 있다. 이전에 신경쇠약이나 히스테리로 간주했던 환자들, 크레펠린의 건강염려증성 황폐(hypochondriacal deterioration) 등은 hebephrenia에 속한다. 정신적-신체적 무능함의 느낌이 이들의 임상상을 지배하며, 이들은 다양한 병리적 감각 때문에 모든 활동을 포기한다. 감정은 둔마되고, 주의력은 느려지지만 환청이나 깨끗한 망상체계는 없다.

Schizophrenia simplex

환자는 단순히 정동적, 지적으로 약해진다. 의지는 힘을 잃고, 일하거나 자신을 돌보는 능력이 줄어든다. 멍청해 보이고, 결국 심한 dementia가 된다. 이들은 정신병질(psychopathy), 변성, 도덕 광증, 알코올리즘, 심지어 정상으로까지 간

주된다. 이 아형에는 기본증상은 있지만 보조증상은 없다. 초기부터 이 상태를 의심할 수 있는 경우도 있지만, 대개 수년 뒤에야 확진이 된다. 즉 다수의 환자에서 정신질환을 인지하게 하는 증상은 충분히 뚜렷하지 않다. 크레펠린은 이런 상태를 hebephrenia의 일종으로 취급하였다.

병원에 잘 오지 않기에 입원 환경에서는 보기 힘들지만 병원 밖에서는 다른 형태만큼 흔하다. 하류사회에서 이들은 일용노동자, 떠돌이 행상, 하인 등으로 산다. 상류사회에서 가장 흔한 경우는 불행하게 사는 주부로서, 같이 지내기 힘들고 항상 잔소리하지만, 자기 할 일은 못한다. 대개의 환자들이 도를 넘지 않게 행동하므로 가족들은 병으로 인지하지 못하고 환자로 인한 곤란함을 참아낸다. 세계 구원자, 개혁자, 철학자, 작가 및 예술가, 다양한 괴짜 중에는 이 환자가 다수 있는데, 이들이 다 황폐화되는 것은 아니다.

증례 1 : 스위스 출신으로 국적을 바꿔서 독일 군대 하급장교로 복무한 뒤, 사진사 조수, 순회 외판원 등을 함. ... 40세에 결혼하였으나 점점 더 무능력-무관심해져서 결국 일을 그만둠. 아내 사망 뒤에 자녀들의 장래에 대해 걱정하지 않았고 집이나 술집에서 지냈는데 술에 빠져들지는 않음. 52세에 첫 입원함. 이 증례에서 schizophrenia를 시사하는 것은 특별한 이유 없이 직업을 그만두고 국적을 바꿨다는 것이며, 무능력해지고 황폐화되는 것은 매우 서서히 이루어졌음.

증례 2 : 유능한 학생이었던 신입 교사. ... 8년 만에 작은 마을에서 일자리를 얻었지만, 6개월 만에 무능을 이유로 해고됨. 일자리가 주어져도 아무 이유 없이 통고나 다른 사람에 대한 배려 없이 갑자기 그만둠. ... 스스로에게 책임이 있다는 것을 인지하지 못하였고, 결국 정부기관에 자신의 권리를 요구하며 농성. 45세에 입원했을 때 완전히 무관심하고 일하지 않았으나, 자신은 부지런하고 능력 있으므로 교직이 주어져야 한다고 주장만 함.

크레치머와 붐케의 원인론

크레치머는 schizophrenic 체질에 대해 논하면서 정상과 schizophrenia 간에 연속선을 가질 수도 있다고 주장한다. 즉 schizophrenia가 별도의 병적 과정에 의해 발생하는 것이 아니라 특정한 체질적 상태에 의한다는 것이다. 붐케(Oswald Bumke, 1877~1950)는 이에 반대하여 schizophrenia는 정상과정의 연장이 아닌 분명한 질병과정에 의하며 이 과정은 기본적으로 기질성(organic)이라고 보았다.⁹⁶⁾ 그런데 Bonhoeffer의 외인성 반응형(exogenous reaction type) 주장처럼 기질성 질환의 증상이 원인과 큰 관계가 없다면, schizophrenia 증상을 일으키는 기질성 원인을 특정하기는 어려울 것이며, 이렇게 되면 schizophrenia라는 병을 원인에 의해

정의하기 어려워진다. 붐케는 그러나 크레펠린의 개념을 일부 수용하여, 이런 정신병적 증상을 일으키는 기질성 과정 중 충분히 심한 증상을 일으키며 가역적이지 않은 경우를 schizophrenia로 간주할 수 있다고 하여서⁹⁶⁾ 결국은 병인이 아닌 증상과 경과에 의한 정의를 하고 있다.

현대의 조현병

조현병에 대한 개념과 이론이 전혀 발견적(heuristic) 가치가 없다는 비판론 때문인지 20세기 들어서는 개념보다는 정신병리의 기술에 주목하게 되었다. 20세기 중반 이후에는 질병의 개념 또는 본질이 무엇이나에 대한 질문은 없어지고 병은 이미 주어진 것으로 가정하게 되었다. 그렇다면 문제는 이미 있는 이 정답을 실제 환자에서 어떻게 찾느냐 하는 것이 되었고 결국 진단적 도구를 사용하여 정의하는 방법을 취하게 되었다. 이 도구적 진단기준들은 단순히 기술적이지만, 기본적 개념 없이는 기술도 불가능하므로 결국 개념적 요소를 포함하고 있다. 따라서 이런 체계들에서도 개념적 요소를 추출해 낼 수는 있다.

슈나이더의 일급 증상

슈나이더가 제시한 일급증상(first-rank symptom)은 조현병을 다른 병과 감별하는 데 도움이 되는 정신병리에 대한 기술적인 것으로, 비이론적인 구성체였다.⁹⁷⁾ 그러나 현상학적 입장에서 보면 이들의 이론적 공통점을 발견할 수 있다. 예컨대 가청사고(audible thoughts)는 자신의 사고가 자신이 아닌 외부에 소속된다는 자기 소유감(sense of ownership)의 문제이며, 논쟁하고 토론하는 목소리 및 자신의 행위에 대해 논평하는 목소리는 자신의 내적 사고를 자신이 아닌 다른 사람이 행하는 것으로 체험하는 자기 수행감(sense of agency)의 문제로 볼 수 있다. 신체 수동체험, 사고 퇴축 및 영향받음 체험 또한 자기 수행감의 문제이며, 사고 방송은 자기 소유감의 문제로 볼 수 있다. 즉 슈나이더가 조현병에 특이적이라 본 증상들 중 망상지각을 제외한 다른 항목들은 전부 자아체험의 장애와 관계가 있다. 현상학적 정신병리학자들은 이런 자아체험의 문제를 조현병의 핵심적 병리로 간주한다.^{94,98)} 슈나이더 자신이 현상학적 입장을 취한 것은 아니지만, 그의 기술정신병리학은 현상학적 해석을 통해서 조현병을 정의하는 새로운 시각을 제공해 주고 있다.

슈나이더의 또다른 일급증상인 망상지각은 이급증상인 일차성 망상과 대조된다. 망상지각은 정상적인 체험 후 그것을 해석하는 과정에서 생기는 이상에 의해 발생하는 망상으로, 체험적 배경이 없이 기본상태에 좌우되는 정동장애의 일차성 망상과는 다르며, 조현병에 특이적이다.⁹⁷⁾

요약하면 슈나이더가 개념지는 조현병의 단면적-증상적 양상은 일차적으로 자아체험의 장애 및 지각된 자료를 자신의 환경에 맞춰 해석하는 능력의 독특한 장애를 포함한다. 경과에 대한 언급은 없다. 블로일러의 출발점이 크레펠린이 기술한 나쁜 결과에 이르는 병의 병리과정을 다소 이론적으로 설명하려 한 것임에 비해 슈나이더의 출발점은 그 과정을 거쳐 나타나는 정신병리현상의 특징을 단순 기술한 것이다. 슈나이더의 입장은 “기괴함”에 진단적 가중치를 주는 DSM-III부터 DSM-IV까지의 진단체계에 반영되었다. DSM-5에서는 이에 대한 강조가 더 이상 적용되지 않는다.

Gabriel Langfeldt criteria⁹⁹⁾

증상적 기준은 일차적 망상 및 만성 환각, hebephrenic 유형의 경우 정서적 둔마, 자주성 결여 및 독특한 행동, catatonic 유형의 경우 안절부절못함과 혼미 등을 기준으로 제시한다. 이외에 이인증-탈현실증을 주 증상으로 본다. 경과에 대한 고려가 있어서 5년 이상의 관찰기간을 요구한다(표 7).

New Heaven Schizophrenia Index¹⁰⁰⁾

망상 및 관계관념, 환각, 사고장애 및 이인증-탈현실증, 정동장애, 혼란, catatonic 행동 등의 정신병리를 조현병을 진단하게 하는 증상군으로 보고 있다. 그러나 각각의 정신병리는 매우 세분되어 있으며 예컨대 환청이라도 종류에 따라 진단적 가치를 다르게 보고 있다. 또한 기준을 도구화하는 데도 다소 복잡한 채점기준을 가지고 있다(표 7).

Carpenter의 Flexible system¹⁰⁰⁾

12개 항목은 망상, 환각, 사고장애, 정동증상을 포괄하는 조현병의 증상, 병의 직접 증상이라기보다는 치료진과의 관계에서 보이는 문제들, 그리고 정동장애와 감별을 위한 항목들이 포함된다. 이렇게 다양한 배경을 가진 항목들은 진단 형성에 모두 같은 가치를 가지고 참여한다. 차단점(cutoff)은 필요에 따라 유연하게 결정할 수 있다. 인구학적 요인 및 경과에 대한 고려는 없다. 이 기준은 Present State Examination (PSE)에 채용되었다(표 7).

Research Diagnostic Criteria(RDC)¹⁰¹⁾

증상 기준으로는 슈나이더 일급 증상에 속하는 망상 또는 환청, 기타 망상 및 환청, 사고형태 장애, 제한된 정동 등을 꼽고 있으며 기질성 질환 및 정동장애를 배제하도록 한다. 기간을 제시하는데, 전주기 및 잔류기를 포함하여 2주를 제시하나 각 항목의 기준은 1개월 이상 증상의 존재를 요구한다. 1개월 이상 지속되며 특히 일급증상을 보이는 경우를 조

현병으로 보는 것이다. 이 기준은 DSM-III에 영향을 주었다(표 7).

St. Louis Criteria¹⁰²⁾

기분장애 및 기질성(약물)을 제외하고, 6개월 이상 유병기간을 요구하며, 환자의 인구학적 기준(미혼, 40세 이하 발병) 및 기능장애를 기준에 포함시켰다. 증상적으로는 환각 및 망상, 의사소통이 어려운 사고장애를 들고 있는데, 정동 및 운동증상을 배제하여 상대적으로 부족하다. 정신병적 증상보다는 황폐화되는 경과 및 기능장애를 중요시하는 것으로 크레펠린의 원 개념을 찾아볼 수 있다(표 7).

현대 진단체계가 시사하는 것

이상을 종합하면, 망상, 환각, 사고장애 등 증상을 많은 기준에서 중요시하는데, 일부 기준은 슈나이더 영향을 받았다. 그러나 경과에 대해서는 어떤 기준은 고려하지 않으며 어떤 기준은 만성성 및 황폐화를 개념에 포함시키고 있다. 현재의 DSM 기준은 황폐화를 포함시키고 있으나 이 황폐화는 비가역적인 것이 아닌 급성기의 가역적 기능장애일 수도 있다. 따라서 크레펠린의 초기 개념에서는 벗어나 있다. 각 기준이 포함하는 자세한 내용은 생략하지만, 조망을 통해서 알게 되는 것은 처음 개념 형성될 때의 DP 또는 schizophrenia와 이들 기준에 의한 조현병은 다른 것이라는 사실이다.

DSM 체계의 배경에 있는 인식론적 입장은 신실증주의(neopositivism)이다.¹⁰³⁾ 신실증주의는 잘 정의되고 관찰 가능한 사실들 간의 논리적 연관관계를 통해서 지식체계를 쌓아나가는, “바닥으로부터(bottom-up)” 방식의 인식론이다. DSM-III의 구호였던 비이론적(atheoretical) 접근법은 이를 대변한다. 그러나 정신현상에 대한 도구적 정의가 적절치 않다는 반론들은 새로운 인식론적 입장들과 함께 정신과 진단 분류학의 신실증주의적 접근법에 문제가 있음을 제기한다. 진단은 추상적 개념이며, 증상은 관찰되는 사실이고, 진단기준은 두 가지 사이를 매칭시키는 도구가 되어야 한다. 이렇게 관찰되는 사실에 의거하면 개념을 창출해 낼 것으로 가정되고 있다. 그런데 정신과 진단시스템에는 Popper가 요구하는 좋은 과학적 가설이 가져야 할 “반론가능성”이 결여되어 있다.¹⁰⁴⁾ 이는 도구적 진단이 실제로는 개념이 아닌 통계적 데이터에 불과하기 때문이다. 자체 폐쇄적인 통계적 행동 데이터만으로는 이론이나 가설을 만들어내기 어렵고 이 상태에서 학문의 발전은 제한된다.

실제적으로는, 역사적 관점이나 개념을 이해할 필요가 없이 오늘날 우리가 조현병이라고 정의내린 것에 집중해서 이것이 실재한다고 가정하고, 여기에 맞는 환자를 찾아나가는

Table 7. Some diagnostic criteria for schizophrenia

Category	Items	St. Louis ¹⁰²⁾	RDC ¹⁰¹⁾	Flexible/PSE ¹⁰⁰⁾	New Heaven ¹⁰⁰⁾	Gabriel Langfeldt ⁹⁹⁾	DSM-5 ⁴⁷⁾
Time course		6 mo	2 wk/1 mo	-	-	5 y	6 mo
Demographic	Marriage	Never	-	-	-	-	-
	Onset age	<40 y	-	-	-	-	-
Family history		+for schizophrenia	-	-	-	-	-
Function	Pre-morbid	Poor premorbid adjustment	-	-	-	-	-
	Post-morbid	No return to premorbid level	-	-	-	-	Functional decline (can be reversible)
Symptoms	Delusions	Delusions	Various delusions	Widespread/bizarre/nihilistic delusions	Delusions/paranoid ideation	Primary delusion	+
	Hallucinations	Hallucinations	Various hallucinations	Thought aloud	Hallucinations	Chronic hallucination	+
	Thought disorder	Communication difficulty due to illogicality	Marked thought disorders	Incoherent speech	(Formal thought disorders)	-	+
	Schneider FRS		Various FRS	Thought aloud			
	Affect		Blunted or inappropriate affect	Restricted affect	Inappropriate affect	Emotional blunting (hebe)	Negative symptoms
	Motor behavior				Catatonic behaviors	Peculiar behavior (hebe)	Disorganized/catatonic behavior
	Others			Poor insight	Deperson/dereal	Restlessness/stupor (cata)	
				Poor rapport	Thought blocking	Deperson/dereal	
				Unreliable information	Confusion	Lack of initiative	
Operationalized		+	+	+	+	-	+

FRS : First-rank symptoms, hebe : Hebephrenia, cata : Catatonia, deperson : Depersonalization, dereal : Derealization, RDC : Research Diagnostic Criteria, PSE : Present State Examination

것이 가장 효율적인 방법일 수도 있다. 이런 암묵적인 가정 하에 오늘날의 임상진료와 연구가 이루어지고 있지만, 일관된 개념이 없는 이질적 집합체에서 일관된 어떤 것을 찾아내는 것은 뚜렷한 개념하에서 하는 작업보다 어렵다. 오늘날 도구적으로 정의된 조현병은 만성 정신병(환각, 망상, 와해된 행동, 긴장증 행동으로 정의되는) 중 더 특이적 질환(DSM-5 진단기준 D, E, F)을 배제하고 남은 잔류적 카테고리가 된다.

정신과 증상학(semiology)은 증상을 찾아내는 방법이 아니라 찾아낸 것을 정당화하는 기술이라는 주장을 주목할 필요가 있다. 이를 위해 해야 할 것은 환자의 주관적 체험, 행동, 발언에서 이해가능한 구조(intelligible structure)를 구성하는 것이다. 그런데 이해할 수 있으려면 이론적 내지 개념적 배경이 필요하다. 즉 기술적 및 통계적으로 조현병의 정신병리학을 구성한다고는 하지만, 진단을 위한 정신병리학은 내과학에서의 징후를 찾아내는 것과는 기본적으로 다르며, 어떤 종류의 해석이 필요할 수밖에 없다는 것이다.¹⁰⁵⁾ 이런 해석을 제공하는 틀은 블로일러 식의 접근법에서 찾아볼 수 있었지만, 도구적 방법론이 우월해지면서 더 이상 발전하지 못하였다. 환자의 주관적 체험에서 구조를 발견하기 위한 오늘날의 정신병리학적 접근법으로 현상학을 들 수 있다. 현상학의 “bracketing”이란 단순하게 주어진 믿음을 떨쳐버리고 본질의 특성에 접근하는 것이다.^{94,98)} 물론 이 입장을 실제로 어떻게 적용할 것인가는 명확치 않다. 오늘날의 신실증주의적 학계에서는 현상학적 연구마저 기술정신병리학으로 환원시켜 통계적 처리에 의존해야 될 수도 있다.

조현병 스펙트럼

일찍이 크레펠린이 hebephrenia와 단순형을 같은 질환으로 간주한 것은 오늘날의 스펙트럼 개념과 유사한 데가 있다. DSM-III는 조현병 및 편집장애(paranoid disorder)가 아닌 경우에 한해 편집성 인격장애(paranoid personality disorder)를 진단하도록 하여 이들 질환을 구분하지만, 이들 질환간의 관계는 불명확하며 핵심적 양상의 공통점이 있다고 본다. 분열형 인격장애(schizotypal personality disorder)에 대해서는 조현병과의 유전적 관계 및 임상적 관계(잔류형 조현병과의 유사성) 등을 지적한다.⁸⁸⁾ 따라서 DSM-III은 명시적이지는 않더라도, 조현병의 스펙트럼 개념을 가지고 있다.

DSM-5는 최근의 흐름을 따라 차원적 개념을 많이 담고 있다. 다축 체계를 포기하면서 제2축에 속하던 분열형 인격장애는 분열형 장애(schizotypal disorder) 또는 분열형 인격장애가 되어 정신병 챕터인 조현병 스펙트럼 및 기타 정신병적 장애(schizophrenia spectrum and other psychotic dis-

order)에 소속되었다. 이 챕터는 분열형 장애를 필두로 망상장애(delusional disorder), 단기 정신병적 장애(brief psychotic disorder), 정신분열형 장애(schizophreniform disorder), 조현병을 순서대로 기술하고 있다. 명시적이지는 않지만 증상 또는 경과 면에서 질병의 심각도에 따른 스펙트럼 개념을 가지고 있다.⁴⁷⁾ 한편 DSM-5의 섹션 III에서 더 연구가 필요한 조건으로 약화된 정신병 증후군(attenuated psychosis syndrome)을 도입하였다.⁴⁷⁾ 이 개념은 이전부터 조기정신병을 연구하는 연구자들에 의해 강력하게 주장되고 있다.¹⁰⁶⁾ 그런데 이 상태에 대한 명칭은 약화된 조현병이 아니라 약화된 “정신병” 증후군이다. 이 상태를 조현병의 약화된 형태가 아닌 정신병이라는 비특이적 증후군의 한 형태로 보는 것이다. 실제적으로는 만성화되어 예후가 나쁜 상태인 조현병이 되기 전에 조기 발견하여 치료함으로써 임상적 효용성이 있다고 주장되는 등^{106,107)} 조기정신병이 만성화되면 조현병이 될 것이라는 암묵적 전제가 있다고 보인다. 그러나 조현병이 아닌 비특이적 정신병으로 이 상태를 정의한다는 사실 자체가 특이적 질병으로서의 고전적 schizophrenia에 대한 개념이 더 얽어졌음을 의미하는 것일 수도 있다.

스펙트럼 혹은 차원적 개념은 절단점에 의해 진단이 성립하거나 하지 않는 카테고리적 분류의 문제점에 대한 대안으로 1980년대부터 제시되었으며, 이후 이 개념에 기반해서 많은 연구들이 이루어졌다. 특히 스펙트럼 개념은 유전학적 연구와 함께 발전되었다. 처음에는 환자의 친척에서 보이는 정신병적이라고 할 수는 없지만 정상도 아닌 표현형들에 대한 관심에서 시작되었다.¹⁰⁸⁾ 유전학적 연구는 병의 궁극적 원인에 대한 연구다. 원인에 의해 동정되는 것이 질병의 가장 궁극적인 정의라고 본다면, 조현병이라는 단일 질환이 있는데, 발현 양상은 스펙트럼선상에 늘어놓을 만큼 양적으로 다양할 수 있다는 가설이 그 기반에 있다고 볼 수 있다. 물론 이 가설이 타당한지는 검증되지 않은 상태이다.

DP를 포함하는 변성질환이 유전성 질환이라는 전제는 19세기 초 모델의 주장에서도 있었고, DP 환자의 가족에서 보이는 이상은 크레펠린도 기술하고 있다.⁴⁾ 유전성에 대한 이런 주장은 과학적 방법론에 의한 것은 아니지만 개념상으로는 명확하였고, 이 명확한 개념을 오늘날의 조현병도 받아들이 유전학적 연구를 하게 되는 것이다. 그러나 유전학적 연구를 통해 증상에 의거한 도구적 진단의 한계가 명백해졌고, 이는 증상이 아닌, 조금 더 병인에 가까운 표현형이라 가정되는 내적표현형(endophenotype) 및 스펙트럼상의 정량적 형질(quantitative trait)에 대한 관심으로 이어졌다. 처음 주목 받은 것이 주의력이고¹⁰⁹⁾ 이후 다양한 신경인지적 또는 뇌영상 연구들이 뒤따랐지만 조현병에 대한 새로운 이해를 가져

을 정도로 성공적인 것은 없다. 조현병을 인지기능장애 등으로 새롭게 정의하더라도 신실증주의적 인식론 하에서는 새로운 개념보다는 또 하나의 도구적 정의가 될 뿐이기 때문이다. 더구나 새롭게 정의할수록 그 정의는 원래의 고전적 개념에서 점점 멀어져가게 된다.

기질성 뇌증으로서의 조현병

Dementia praecox 대 뇌증(encephalopathy)

오늘날 환자들은 헤커나 크레펠린이 기술하였던 과거의 환자에 비해 악성경과를 밟는 경우가 드물다. 치료의 영향도 있을 수 있지만, 당시의 환자와 오늘날의 환자는 다른 병을 가졌을 가능성이 있다. 과거의 DP 중에는 당시에 유행하였던 기질성 질환(주로 감염이나 감염관련 자가면역질환)이 있었으리라는 추정도 있다.¹¹⁰⁾ 환자들의 병인이 시대에 따라 달라졌다면, 이것이 DP에 대한 고전적 개념과 오늘날 조현병 개념 사이의 차이를 만들어 낸 궁극적 원인일 수도 있다. 또한 과거의 DP뿐만 아니라 현재의 조현병 중에도 진단되지 않은 기질성 질환이 있을 가능성도 있다.

Encephalitis lethargica(von Economo 병)

Constantin von Economo에 의해 1917년 첫 기술되었다.¹¹¹⁾ 이 병은 1915~1926년 사이에 세계적인 유행이 있는 후로는 산발적 예만 보고되고 있다.¹¹²⁾ 이 병은 급성기 발열, 인후통, 두통, 기면, 복시 등으로 시작되며 이후 안구운동발작(oculogyric crisis) 등의 운동장애와 경련이 나타난다. 정신증상으로 수면 역전, 정신병, catatonia 또는 무동성 함구증(akinetic mutism) 상태가 된다. 급성기 사망예를 부검하면 뇌의 전반적 염증성 병변이 관찰된다. 생존자는 급성기 후 또는 더 늦게 파킨슨병이 되기도 하며, 독립적 생활이 불가능한 심한 지적 능력 저하가 있을 수 있다.¹¹³⁾

크레펠린 및 블로일러의 증례 기술과 von Economo의 증례 기술 사이에 공통점이 지적된다. 연축성(spasmodic) 현상들, 잔떨림(fasciculation), 섬유성 구축(fibrillary contraction), 무도병양(choreic) 운동, 단일수축(twitch), 이상 보행, 운동 실조 등으로 기술된 다양한 운동장애가 공통적이며, 기면, 피지선 과다분비, 동공 이상 등도 두 기술 모두에서 보고된다. 그런데 이런 증상은 오늘날 조현병의 증상 기술에서는 볼 수 없는 것들이다. 크레펠린이 기술한 DP 환자의 상당수에서 경련이 동반되었으나 오늘날 조현병 환자에서 경련은 흔하지 않다. 이런 사실은 오늘날 조현병과 달리 19세기 말~20세기 초에 DP 또는 schizophrenia로 기술된 황폐화 정신병 중에는 뇌염 환자들이 섞여 있었을 가능성을 시사한다.^{4,110)}

von Economo 당시에는 병인을 알아낼 수 없었지만 최근 연구에서는 기저핵 뉴런에 대한 자가 면역반응이 시사된다. 환자의 일부에서 발병 전 연쇄상구균성 인후염이 있었는데, 소아에서 나타나는 시데남 무도병(Sydenham's chorea) 및 연쇄구균 감염과 관련된 소아기 자가면역성 신경정신 질환(pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection, PANDAS)과 비슷한 반응일 수 있다.¹¹⁴⁾ 인플루엔자 바이러스의 특정 타입이(H5N1) 기저핵의 자가면역 손상을 일으킬 수 있으므로 바이러스 감염에 대한 반응일 가능성도 배제할 수 없다.¹¹⁵⁾

오늘날의 만성 정신병적 기질성 뇌장애

오늘날에도 뇌의 감염증 혹은 면역반응 등이 정신병적 상태를 일으킴이 알려져 있다. 급성기 헤르페스성 뇌염(Herpes simplex encephalitis)에서 정신병과 유사한 증상이 나타나며¹¹⁶⁾ 후유증으로 황폐화와 인격 변화가 나타난다. 만성 조현병으로 여겨지던 경우가 실제로 헤르페스성 뇌염일 수도 있고^{117,118)} Herpes simplex의 잠복성 감염시에도 조현병 비슷한 인지기능장애를 보인다는 연구들도 있다.^{119,120)} 이런 사실들에 근거해서 조현병 자체에 대해서도 감염성 병인론이 현재까지 주장되기도 한다.¹²¹⁾

자가면역성 뇌염도 조현병 비슷한 양상의 증상을 보인다고 알려져 있다. 대표적인 예가 NMDA 수용체(NMDAR1) 뇌염으로, 주로 난소 기형종(teratoma)에 동반되는 부종양성(paraneoplastic) 자가면역질환으로 알려져 있지만, 종양과 관계 없이 남자에게 발생하는 경우가 더 흔하다. 환각, 인격 변화 등의 정신증상 외에 경련, 언어장애 등 신경학적 증상 및 뇌파 이상 등이 보인다. 또한 자율신경계 실조가 특이적이다.¹²²⁾ 이 자가항체 양성 반응인 비율이 조현병 환자에서 증가하였다.^{123,124)} 자가면역은 이전 감염에 대한 반응으로 나타날 수도 있으므로 감염이론과 배타적인 가설은 아니라 할 수 있다.

생물정신의학이 발달할수록 조현병 환자의 일부에서 이런 기질성 원인들이 더 밝혀질 수도 있을 것이지만 새로 동정되는 원인은 환자의 소수와만 관계될 것이며 이렇게 될수록 조현병은 원인적으로 매우 이질적인 집합체가 될 것이다. 조현병을 하나로 묶는 증상적 유사성은 증상들이 다양한 병리과정의 최종 공통 경로 또는 손상된 뇌가 보이는 비특이적 반응에 의한 것이기 때문이라 할 수 있을 것이다. 내인성 정신병이라 간주되었지만 실제로는 Bonhoeffer가 주장한 “외인성 반응형”의 일종일 수 있는 것이다. 실제로 현재 조현병은 더 특이적 질환을 배제한 만성 정신병일 뿐이다.

뇌 매독의 동정 과정과 시사점

질병분류학의 역사는 질병 개념의 역사이다. 역사가 현재의 정신의학에서 중요한 이유는 질환들의 개념적 정의가 어렵다는 정신의학의 태생적 한계 때문이다. 이 한계는 정신의학이 인간의 행동, 더 나아가 주관적 체험을 대상으로 삼는다는 사실에 근거한다. 현상을 정의하기 위해서는 측정이 필요한데, 주관적 체험에 대한 측정은 신체계측과 일관성 및 정밀도 면에서 비교할 수 없다. 그래서 대체 지표(surrogate marker)의 필요성이 논의되고 있다. 주관적 체험 또는 행동과 관련도가 높으면서 신체계측의 방법으로 측정할 수 있는 지표가 있다면 정신과 질병분류학에 확실한 발전이 있을 것이다. 그러나 신체계측 지표가 신체질환에서 거두었던 만큼의 성공을 정신질환에서 거두기는 어려워 보인다. 표상하는 것과 표상되는 것이 다른 차원의 현상이기 때문이다. 그런데 정신의학 질병분류에서 이런 방법이 성공적이었던 예가 한 가지 있다. 그것은 진행마비(general paresis, 이하 GP, general paralysis of the insane, dementia paralytica)라 불리었던 뇌 매독이다. 이 병은 일정한 임상양상을 갖는 정신병으로 정의되었지만, 결국 *Treponema pallidum* 감염에 의한 만성적 뇌수막염이라는 것이 밝혀짐으로써 신체계측으로 정의되는 병이 되었다. GP가 질병으로 동정되고 원인이 규명되는 과정을 살펴보는 것은 조현병에 대해 같은 작업을 하기 위해 참고가 될 것이다. GP는 증후군으로서의 특이성이 잘 알려져 있었기 때문에, 원인이 밝혀지기 이전에도 헤커가 hebephrenia의 질병개념을 논할 때¹³⁾ 및 블로일러가 schizophrenia의 질병개념을 논할 때⁵⁾ 모델 질환으로 고려하였던 병이다. 아래의 간단한 요약은 주로 Pearce의 종설에 따른 것이다.¹²⁵⁾

진행마비의 역사

마비성 질환(paralytic affection)에 기인한 광증은 John Haslam에 의해 1798년 첫 기술되었다. 이 기술에는 정신병적 증상 외에, 급성의 발병양상, 신경학적 증상, 인지적 증상, 경과 등이 포함되어 있으며 일부 뇌 부검소견도 기술되어 있다. 임상적 증후군으로서 동정할 수 있을 정도의 기술이었지만, 여기에 특정 질환명을 붙이지는 않았다.¹²⁵⁾

Antony Bayle은 1822년 마비 및 치매가 나타나는 질환의 정신적, 신경학적 증상 및 경과를 기술하고 질병 단계를 구분하였고, 만성 거미막염(chronic arachnitis)이라는 부검소견을 통해 마비의 원인이 광증이라는 기존의 이론에 도전하였다. 그는 마비가 신체 및 정신증상을 동반하는 복잡하지만 뚜렷한 질환의 한 측면이며, 그 질환의 원인은 거미막염이라고 본 것이다. 뇌 질환이 정신질환을 일으킨다는 주장은 피

넬이나 에스퀴롤 등의 견해를 뒤집는 것이었다. 그러나 Calmeil은 마비는 뇌병변으로 설명될 수 있지만 뇌병변보다 선행하는 정신증상은 뇌병변을 원인으로 볼 수 없다고 하였다. Binswanger도 1894년 GP는 뇌의 염증이 아닌 뇌의 기능적(비기질적) 탈진에 의한다고 하였다.¹²⁵⁾

1850년대에 Esmarch와 Jessen 등에 의해 미만성 만성 수막염(diffuse chronic periencephalitis)과 매독 간의 관계가 환자 병력을 통해 제시되기 시작하였지만 잘 받아들여지지 않았다. 그러다가 1913년 Noguchi와 Moore에 의해 *T. pallidum*이 환자의 뇌에서 증명되면서 모든 논란이 종식되었다.¹²⁵⁾ 신체적 지표에 대한 원인이 규명되고 결국은 원인과 정신증상 사이의 관계가 증명되었다.

요약해보면 이 병은 1798년에 첫 임상적 기술이 이루어진 뒤 임상 양상의 특이성에 근거해서 곧 질병단위로 받아들여졌다. 당시부터 부검소견도 밝혀져 있었다. 1820년대에는 정신증상과 신경병리 소견 간의 연관성이 논란이 되기 시작하였다. 둘 중 무엇이 선행 원인인지에 대한 논란이 있었지만(이 논란은 기질성 정신질환이 존재하는가에 대한 당시의 더 광범위한 논란과 관련된 것임) 밀접한 관계가 있다는 사실 자체는 확립되었다. 1850년대부터는 신경병리의 원인에 대한 논의가 시작되었고, 결국 1913년에 병인을 직접 동정함으로써 원인-병리-증상학으로 이어지는 GP의 정체에 대해 확실한 결론이 나왔다. 1) 증례 보고, 2) 임상 증후군 동정, 3) 병리소견 및 병리-임상 관계 파악, 4) 병리의 원인 발견의 과정을 거쳐서 질병이 동정된 것이다.

조현병과 관련된 시사점

조현병을 포함한 비기질성 질환에 대한 현재의 이해를 GP의 역사에 비추어 보았을 때 어느 단계에 있는지 살펴볼 필요가 있다. 현대의 첨단 연구는 3) 단계에 이른 것처럼 보인다. 조직병리적 소견은 아니지만, 해부학적-기능적 뇌영상 또는 실험동물에 대한 조작 등을 통해 증상과 관계지을 수 있는 뇌병변을 찾으려는 연구가 이루어지고 있다. 원인 유전자를 규명하려는 유전학적 연구는 4) 단계에 해당한다고 볼 수도 있다. 그러나 이 과정들은 단계적으로 진행되어야 한다. 1)은 “탐구의 대상으로 삼으려는 현상이 존재하는가”의 문제이고, 다음 단계인 2)는 “그 대상을 어떻게 정의하는가”로서, “정의된 대상의 정체가 결국 무엇이며 무엇에 의한 것인가” 하는 3) 및 4) 단계는 앞선 두 단계가 해결되어야 진행할 수 있다. GP를 동정하는 과정은 과정들을 순서적으로 밟았다. 그런데 조현병의 경우 아직 2) 단계의 문제가 확립되지 않았다. 예컨대 같은 영어권인 미국과 영국은 1970년대까지 조현병에 대해 다른 개념을 가지고 있었다.¹²⁶⁾ 시간적

으로도 정신과 진단체계는 주기적으로 바뀌고 있다. 정신병리학과 정신의학사 연구를 통해 얻으려는 것은 바로 이런 개념에 대한 지식이다. 지표를 찾는 것이 3) 단계인데, 지표는 무언가를 표상하는 것이므로, 표상될 무엇이 확실하지 않다면 표상하는 것은 의미가 없다. GP의 경우는 2) 단계 수립과 동시에 3)의 근거가 되는 특이적 부검소견이 있었다.

물론 개념의 역사를 고려할 필요 없이 현재 도구적으로 진단되는 것을 2) 단계, 병에 대한 정의로 보는 것이 3) 단계를 시작하기 위한 유일한 방법일 수도 있다. 도구적 진단체계는 이런 목적하에 도입된 것이다. 미국 매뉴얼의 명칭은 진단과 통계 매뉴얼(diagnosis and statistical manual)이다. 그런데 도구화가 이루어진 DSM-III이 도입된지 35년이 지난 현재까지 3) 단계의 과제들이 특별한 성과를 거두지 못한 것을 보면, 도구적 진단을 통한 2) 단계에 대한 접근법이 생산적이지 않은 것이었을 가능성이 있다. 100여 년 전에 기술되기 시작한 특이적 정신증후군이었던 DP와 schizophrenia는 도구화를 거치면서 특이성이 사라졌고 오늘날 조현병은 비특이적 증상들(블로일러의 보조증상)의 집합으로 볼 수도 있다.

결 론

이상에서 19세기 말~20세기 초를 거치면서 DP의 개념이 정립되고 이것이 오늘날의 조현병으로 되어가는 과정을 추적하였다. 이 과정에서 알게 된 것은 크레펠린의 DP가 오늘날 도구적으로 정의된 조현병과는 다른 차원의 질병이라는 점이다. 단순히 진단기준이나 질병에 포함시키는 범위의 문제가 아니라 질병을 어떻게 정의하는가 하는 점 자체가 다르기 때문에 차원이 다르다고 할 수 있다.

한 임상 증후군은 1) 특이적인 증상 양상, 2) 진행 과정, 3) 발병연령 등 부가적 요소, 4) 결과의 특이도 등에 의거해서 독립적인 질환으로 동정되는데, 광증은 주로 환자가 장기 재원하는 수용소 환경에서 연구되었기에 황폐화로 귀결되는 증례들이 선택적으로 더 많이 관찰되었을 것이다. 황폐화라는 공통점은 크레펠린 6판의 DP를 정립하게 된 가장 중요한 관점이 되었다. 증상의 특이성, 경과, 발병 연령 등도 면밀히 관찰되고 기술되기는 하였지만 보조적인 요인들이었다. 크레펠린은 DP 내에서 이런 요인들에 의해 아형을 구분하였지만, 이들 간의 차이에 대해 큰 의미를 부여한 것은 아니었다. 그러나 결과에 의해 질병을 정의하는 것은 좋은 방법은 아니다. 최종 결과는 몇 종류 되지 않기 때문이다. 또한 같은 질병이라도 그 심각도 및 결과는 다양할 수 있기 때문이다. 그러나 크레펠린의 시대에는 분류를 위한 기준으로 다른 믿을

만한 것이 없었다.

수용소에서 오랜 시간을 보낸 환자들의 경우 황폐화는 명확하게 관찰되는 현상이지만, 첫 입원 환자에서 진단은 황폐화라는 결과를 확인하기 이전에 내려져야 하는 것이었다. 따라서 진단을 위한 다른 지표가 필요하게 되었는데, 증상적 특징들에 의거해서는 결과를 잘 예측할 수 없었다. 이렇게 증상으로 정의되는 병과 결과로써 정의되는 병 사이에 괴리가 생겼는데 블로일러는 증상의 배후에 있는 기본적 병리과정이라는 새로운 개념을 추구함으로써 이 괴리를 줄이려고 하였다. 그러나 블로일러의 바람과는 달리, 크레펠린의 DP와 블로일러의 schizophrenia는 같지 않은 현상을 다른 측면에서 바라본 구성체들이 되었다.³⁸⁾ 그럼에도 불구하고 정신의 학계는 DP와 schizophrenia의 관계에 대해 암묵적으로 같은 것이라고 가정하여 버렸다. 이후로도 이 정체가 확실치 않은 질병에 대한 개념은 변화하였지만 변화의 과정은 비슷한 혼란을 포함하고 있었다. 학자들은 병에 대해 새로운 정의를 내렸지만, 그들이 새로 정의한 대상이 이전과 같은 것인지에 대한 검토는 부족했다. 도구적 진단체계가 등장한 1980년대 부터는 이 병을 주로 증상적 측면에서 정의하려 하였고, 그 결과 2요소 모델,¹²⁷⁾ 3요소 모델¹⁵⁾ 등 단면적 증상에 따라 이해하려 하였다. 진단적 도구는 아니지만 PANSS 등의 도구는 이런 개념적 경향을 강력하게 보여준다. 이런 접근법은 결국 이 병이 특이적 시작, 경과, 결과를 갖는 병이라는 개념을 포기하게 하였다.¹⁹⁾ 가장 최근의 DSM-5 진단체계도 역시 단면적 증상학에 의존하고 있다. 이렇듯 오늘날의 조현병과 크레펠린의 DP가 다르다는 것은 분명하지만, 얼마나 다르고 얼마나 같은 것인지에 대한 정확한 이해는 불가능하다. 이 혼란과 오류를 아래와 같이 수학적으로 묘사할 수 있을 것이다.

- 1) 정신병 증상들은 a, b, \dots 가 있다.
- 2) 정신병 결과들은 x, y, \dots 가 있다.
- 3) 한 증례는 증상과 결과의 조합이다. $A=\{a, x\}$, $B=\{b, x\}$, $C=\{a, y\}$, $D=\{b, y\}$ 식이다.
- 4) 크레펠린은 질병의 분류에서 결과를 중요시 하였다. 환자 A와 B는 x 라는 결과를 공유하므로 $A=B$ 라 간주하였다. 이것이 DP였다(크레펠린의 한계).
- 5) 증상에 초점을 맞춘 관찰자들은 $a \in A$, $b \in B$ 라는 것을 알고 있었는데 전 단계의 전통 4)를 받아들여 $A=B$ 로 보았기 때문에, $a=b$ 라고 하게 되었다.
- 6) 또한 $a \in A$ 이고 $a \in C$ 이므로 $A=C$ 가 되고, $b \in B$ 이고 $b \in D$ 이므로 $B=D$ 가 된다(도구적 진단체계의 오류).
- 7) 4)와 6)에서 $A=B=C=D$ 가 된다. 즉 모든 정신병(a 나 b 가 나타나는 상태)은 결과(x 나 y)에 관계 없이 조현병이 되는 것이다.

이 과정에 있는 논리적 오류는 명백하다. 일부 구성원소가 같으면 두 집합을 같은 것으로 보는 오류 4) 및 6)은 크레펠린과 현대 질병분류학의 기본적 한계를 보여준다. 그러나 이런 문제가 무시됨으로써 오늘의 조현병은 다른 질환을 배제하고 남는 만성 정신병 전부를 의미하게 되었다.

한편, 이렇게 조현병에 속하는 임상상태가 많아진 것과 대조적으로, 과거의 정의에 의하면 DP에 속한다고 진단되어야 할 환자들 중 일부는, 오늘날의 정신병적 증상에 의존하는 도구적 진단기준에 맞추어지지 않아 결국 “진단적 쓰레기통”에 집어넣게 되는 경우도 있다. 고전적 schizophrenia가 비특이적 정신병이 아닌 다른 질환이라면, 정신병이 아닌 조현병(non-psychotic schizophrenia)도 있을 수 있다. 이런 환자들 이야말로 100년 전 우리 선배들이 열심히 관찰하고 기술하였던 환자들이라는 것을 잊어서는 안된다.

중심 단어 : 조현병 · 조발성 치매 · 황폐화 · 정신질환 진단 및 통계편람 · 질병분류학.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- Weber MM, Engstrom EJ. Kraepelin's 'diagnostic cards': the confluence of clinical research and preconceived categories. *Hist Psychiatry* 1997;8(31 Pt 3):375-385.
- Kang U, Kim H. A historical consideration of psychiatric diagnostic systems: focusing on the concept of depression. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2014;53:259-292.
- Kraepelin E, Diefendorf AR. *Clinical psychiatry: a textbook for students and physicians*. London: Macmillan;1902.
- Kraepelin E, Barclay RM. *Dementia praecox and paraphrenia*. Edinburgh: Robert E. Krieger Publishing Company;1919.
- Bleuler E. *Dementia praecox; or, the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press;1950.
- Morel BA. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*: Atlas [A thesis on physical, intellectual and moral degeneration of human kind]. Paris: J.B. Baillière;1857.
- Liégeois A. Hidden philosophy and theology in Morel's theory of degeneration and nosology. *Hist Psychiatry* 1991;2:419-427.
- Dowbiggin I. Back to the future: Valentin Magnan, French psychiatry, and the classification of mental diseases, 1885-1925. *Soc Hist Med* 1996;9:383-408.
- Engstrom EJ. 'On the question of degeneration' by Emil Kraepelin (1908). *Hist Psychiatry* 2007;18(71 Pt 3):389-404.
- Beer MD. The endogenous psychoses: a conceptual history. *Hist Psychiatry* 1996;7:1-29.
- Berrios GE. *The history of mental symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press;1996.
- Morel BA. *Traité des maladies mentales* [A thesis on mental diseases]. Paris: Masson;1860.
- Hecker E, Kraam A. 'Hebephrenia. A contribution to clinical psychiatry' by Dr. Ewald Hecker in Grolitz. 1871. *Hist Psychiatry* 2009;20(77 Pt 1):87-106.
- Hecker E, Kraam A. 'Hebephrenia. A contribution to clinical psychiatry' by Dr. Ewald Hecker in Grolitz 1871. (part II). *Hist Psychiatry* 2009;20:233-248.
- Liddle PF. The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. *Br J Psychiatry* 1987;151:145-151.
- Pichot P. [The history of German psychiatry from the viewpoint of French psychiatrists]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1992;60:317-328.
- Kraam A, Phillips P. Hebephrenia: a conceptual history. *Hist Psychiatry* 2012;23:87-403.
- Kahlbaum KL. *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen* [The Grouping of Psychiatric Diseases and the Classification of Mental Disturbances]. Danzig: Kafemann;1863.
- Jabs BE, Verdager MF, Pfuhlmann B, Bartsch AJ, Beckmann H. The concept of hebephrenia over the course of time with particular reference to the Wernicke-Kleist-Leonhard School. *World J Biol Psychiatry* 2002;3:200-206.
- Hecker E. *Die Hebephrenie: ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie* [Hebephrenia: a contribution to clinical psychiatry]. Arch Pathol Anat Klin Med 1871;52:394-429.
- Kahlbaum K. On Heboidophrenia. *Hist Psychiatry* 2002;13:201-208.
- Kahlbaum K, Berrios GE, Kraam A. On Heboidophrenia. *Hist Psychiatry* 2002;13:197-201.
- Daraszkievicz L. Über Hebephrenie, Insbesondere Deren Schwere Form: Inaugural-Dissertation [On hebephrenia, especially its severe form. Inaugural dissertation]. Dorpat: Dr. v. H. Laakmann;1892.
- Kendler KS, Gruenberg AM, Tsuang MT. A family study of the subtypes of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1988;145:57-62.
- Fenton WS, McGlashan TH. Natural history of schizophrenia subtypes. I. Longitudinal study of paranoid, hebephrenic, and undifferentiated schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:969-977.
- Leonhard K. *Classification of endogenous psychoses and their differential etiology*. 2nd ed. New York: Springer;1999.
- Beratis S, Gabriel J, Hoidas S. Gender differences in the frequency of schizophrenic subtypes in unselected hospitalized patients. *Schizophr Res* 1997;23:239-244.
- Inoue S. Hebephrenia as the most prevalent subtype of schizophrenia in Japan. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993;47:505-514.
- Donald AG, Pressley LC, Pitts WM Jr. Changes in the clinical picture of schizophrenia. *South Med J* 1976;69:1406-1409.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;2000.
- Brill NQ, Glass JF. Hebephrenic Schizophrenic Reactions. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:545-551.
- Kendler KS, Karkowski LM, Walsh D. The structure of psychosis: latent class analysis of probands from the Roscommon Family Study. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:492-499.
- Starkstein SE, Goldar JC, Hodgkiss A. Karl Ludwig Kahlbaum's concept of catatonia. *Hist Psychiatry* 1995;6(22 Pt 2):201-207.
- Peralta V, Cuesta MJ, Serrano JF, Mata I. The Kahlbaum syndrome: a study of its clinical validity, nosological status, and relationship with schizophrenia and mood disorder. *Compr Psychiatry* 1997;38:61-67.
- Kahlbaum KL. *Catatonia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1973.
- Neumärker KJ. Leonhard and the classification of psychomotor psychoses in childhood and adolescence. *Psychopathology* 1990;23:243-252.
- Fink M, Shorter E, Taylor MA. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature. *Schizophr Bull* 2010;36:314-320.
- Maatz A, Hoff P. The birth of schizophrenia or a very modern Bleuler: a close reading of Eugen Bleuler's 'Die Prognose der Dementia praecox' and a re-consideration of his contribution to psychiatry. *Hist Psychiatry* 2014;25:431-440.

- 39) Carpenter WT Jr, Arango C, Buchanan RW, Kirkpatrick B. Deficit psychopathology and a paradigm shift in schizophrenia research. *Biol Psychiatry* 1999;46:352-360.
- 40) Ungvari GS, Caroff SN, Gerevich J. The catatonia conundrum: evidence of psychomotor phenomena as a symptom dimension in psychotic disorders. *Schizophr Bull* 2010;36:231-238.
- 41) Taylor MA, Abrams R. Catatonia. Prevalence and importance in the manic phase of manic-depressive illness. *Arch Gen Psychiatry* 1977;34:1223-1225.
- 42) Gelenberg AJ. The catatonic syndrome. *Lancet* 1976;1:1339-1341.
- 43) Pauleikhoff B. [Catatonia (1868-1968)]. *Fortschr Neurol Psychiatr Grenzgeb* 1969;37:461-496.
- 44) World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization;1993.
- 45) Peralta V, Cuesta MJ. Motor features in psychotic disorders. I. Factor structure and clinical correlates. *Schizophr Res* 2001;47:107-116.
- 46) Healy D. Psychiatric 'diseases' in history. *Hist Psychiatry* 2014;25:450-458.
- 47) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing;2013.
- 48) Jaspers K. General Psychopathology. Manchester: Manchester University Press;1963.
- 49) Kleist K. Gehirmpathologie. Gehirmpathologie [Brain pathology]. Leipzig: Barth;1934.
- 50) Schneider K. Über Wesen und Bedeutung katatonischer Symptome [On the existence and meaning of catatonic symptoms]. *Zeitschrift für die gesamte Neurol und Psychiatr* 1914;22:486-505.
- 51) Pfuhlmann B, Stöber G. The different conceptions of catatonia: historical overview and critical discussion. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251 Suppl 1:14-17.
- 52) Krüger S, Bagby RM, Höffler J, Bräunig P. Factor analysis of the catatonia rating scale and catatonic symptom distribution across four diagnostic groups. *Compr Psychiatry* 2003;44:472-482.
- 53) Ungvari GS, Goggins W, Leung SK, Gerevich J. Schizophrenia with prominent catatonic features ('catatonic schizophrenia'). II. Factor analysis of the catatonic syndrome. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007;31:462-468.
- 54) Peralta V, Cuesta MJ. Negative parkinsonian, depressive and catatonic symptoms in schizophrenia: a conflict of paradigms revisited. *Schizophr Res* 1999;40:245-253.
- 55) Carroll BT, Kirkhart R, Ahuja N, Soovere I, Lauterbach EC, Dhossche D, et al. Katatonia: a new conceptual understanding of catatonia and a new rating scale. *Psychiatry (Edmont)* 2008;5:42-50.
- 56) Lee JW, Schwartz DL, Hallmayer J. Catatonia in a psychiatric intensive care facility: incidence and response to benzodiazepines. *Ann Clin Psychiatry* 2000;12:89-96.
- 57) Ungvari GS, Leung CM, Wong MK, Lau J. Benzodiazepines in the treatment of catatonic syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:285-288.
- 58) Kleist K. Über zyklische, paranoide und epileptische Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen [On cycloid, paranoid and epileptoid psychoses and on the question of degenerative psychoses]. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1928;23:3-37.
- 59) Kretschmer E. Die Willensapparate der Hysterischen [The apparatus of will in hysteria]. *Z Neur* 1920;54:251-280.
- 60) Stauder KH. Die tödliche Katatonie. *Arch Psych Nervenkr* 1934;102:614-634.
- 61) Fink M, Taylor MA. Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment. Cambridge: Cambridge University Press;2003.
- 62) Mann SC, Caroff SN, Bleier HR, Welz WK, Kling MA, Hayashida M. Lethal catatonia. *Am J Psychiatry* 1986;143:1374-1381.
- 63) Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte [Psychiatry: A Textbook for Students and Doctors]. 5th ed. Leipzig: Barth;1896.
- 64) Kraepelin E. Über Remissionen bei Katatonie [On the remission of catatonia]. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin* 1896;52:1126-1127.
- 65) Lohr JB, Wisniewski AA. Movement Disorders: A Neuropsychiatric Approach. New York: Guilford;1987.
- 66) Rosebush PI, Hildebrand AM, Furlong BG, Mazurek MF. Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient population: frequency, clinical presentation, and response to lorazepam. *J Clin Psychiatry* 1990;51:357-362.
- 67) Rogers D. Motor disorder. In: Rogers D, editor. *Psychiatry Towards a Neurological Psychiatry*. New York: John Wiley & Sons;1993.
- 68) Northoff G, Koch A, Wenke J, Eckert J, Böker H, Pflug B, et al. Catatonia as a psychomotor syndrome: a rating scale and extrapyramidal motor symptoms. *Mov Disord* 1999;14:404-416.
- 69) Bräunig P, Krüger S, Shugar G, Höffler J, Börner I. The catatonia rating scale I--development, reliability, and use. *Compr Psychiatry* 2000;41:147-158.
- 70) Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia: re-awakening to a forgotten disorder. *Mov Disord* 1999;14:395-397.
- 71) Rao NP, Kasal V, Mutalik NR, Behere RV, Venkatasubramanian G, Varambally S, et al. Has Kahlbaum syndrome disappeared or is it underdiagnosed? Reexamining the nosology of catatonia. *J ECT* 2012;28:62-63.
- 72) Stompe T, Ritter K, Schanda H. Catatonia as a subtype of schizophrenia. *Psychiatr Ann* 2007;37:31-36.
- 73) Noll R. The Encyclopedia of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. New York: Facts on File;2007.
- 74) Dowbiggin I. Delusional diagnosis? The history of paranoia as a disease concept in the modern era. *Hist Psychiatry* 2000;11(41 Pt 1):37-69.
- 75) Kendler KS. Delusional disorder: clinical section. In: Berrios GE, Porter R, editors. *A History of Clinical Psychiatry. The origin and history of psychiatric disorders*. London: Athlone Press;1995. p.360-371.
- 76) Kendler KS, Tsuang MT. Nosology of paranoid schizophrenia and other paranoid psychoses. *Schizophr Bull* 1981;7:594-610.
- 77) Mayer W. Über paraphrene psychosen [On paraphrenic psychoses]. *Z Ges Neurol Psychiatry* 1921;71:187-206.
- 78) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;1952.
- 79) Gillespie RD, Henderson DK. A Text-Book of Psychiatry for Students and Practitioners. 6th ed. London: Oxford University Press;1944.
- 80) Tsuang MT, Winokur G. Criteria for subtyping schizophrenia. Clinical differentiation of hebephrenic and paranoid schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:43-47.
- 81) Tsuang MT, Fowler RC, Cadoret RJ, Monnelly E. Schizophrenia among first-degree relatives of paranoid and nonparanoid schizophrenics. *Compr Psychiatry* 1974;15:295-302.
- 82) Goldstein MJ, Held JM, Cromwell RL. Premorbid adjustment and paranoid-nonparanoid status in schizophrenia. *Psychol Bull* 1968;70:382-386.
- 83) Nasrallah HA, McCalley-Whitters M, Kuperman S. Neurological differences between paranoid and nonparanoid schizophrenia: part I. sensory-motor lateralization. *J Clin Psychiatry* 1982;43:305-306.
- 84) Silverman J. Perceptual control of stimulus intensity in paranoid and nonparanoid schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1964;139:545-549.
- 85) Rappaport M, Silverman J, Hopkins HK, Hall K. Phenothiazine effects on auditory signal detection in paranoid and nonparanoid schizophrenics. *Science* 1971;174:723-725.
- 86) Strauss ME, Sirotkin RA, Grisell J. Length of hospitalization and rate of readmission of paranoid and nonparanoid schizophrenics. *J Consult Clin Psychol* 1974;42:105-110.
- 87) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;1994.

- al of Mental Disorders. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;1968.
- 88) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;1980.
- 89) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association;1987.
- 90) Noreik K. Follow-up and classification of functional psychoses with special reference to reactive psychoses. Oslo: Universitetsforlaget; 1970.
- 91) Depue RA, Woodburn L. Disappearance of paranoid symptoms with chronicity. *J Abnorm Psychol* 1975;84:84-86.
- 92) Tsuang MT, Woolson RF, Winokur G, Crowe RR. Stability of psychiatric diagnosis. Schizophrenia and affective disorders followed up over a 30- to 40-year period. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:535-539.
- 93) Kendler KS. The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder). A review. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:699-706.
- 94) Parnas J. A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011;37:1121-1130.
- 95) Peralta V, Cuesta MJ. Eugen Bleuler and the schizophrenias: 100 years after. *Schizophr Bull* 2011;37:1118-1120.
- 96) Bumke O. The dissolution of dementia praecox. *Hist Psychiatry* 1993; 4:129-139.
- 97) Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. 14th ed. Stuttgart: Thieme; 1992.
- 98) Paek MJ, Kang UG. Phenomenological Psychopathology. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2011;50:97-115.
- 99) World Psychiatric Association. *Diagnostic Criteria for Schizophrenic and Affective Psychoses*. Washington, DC: American Psychiatric Press;1983.
- 100) Endicott J, Nee J, Fleiss J, Cohen J, Williams JB, Simon R. Diagnostic criteria for schizophrenia: reliabilities and agreement between systems. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:884-849.
- 101) Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:773-782.
- 102) Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26:57-63.
- 103) Aragona M. Neopositivism and the DSM psychiatric classification. An epistemological history. Part 1: Theoretical comparison. *Hist Psychiatry* 2013;24:166-179.
- 104) Aragona M. Neopositivism and the DSM psychiatric classification. An epistemological history. Part 2: Historical pathways, epistemological developments and present-day needs. *Hist Psychiatry* 2013;24: 415-426.
- 105) Rejón Altable C, Denning DT. Psychopathology beyond semiology. An essay on the inner workings of psychopathology. *Hist Psychiatry* 2013;24:46-61.
- 106) Amminger GP, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Alvarez-Jimenez M, Herrman H, et al. Outcome in early-onset schizophrenia revisited: findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study. *Schizophr Res* 2011;131:112-119.
- 107) Tsuang MT, Van Os J, Tandon R, Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, et al. Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophr Res* 2013; 150:31-35.
- 108) Faraone SV, Kremen WS, Lyons MJ, Pepple JR, Seidman LJ, Tsuang MT. Diagnostic accuracy and linkage analysis: how useful are schizophrenia spectrum phenotypes? *Am J Psychiatry* 1995;152: 1286-1290.
- 109) Cornblatt BA, Malhotra AK. Impaired attention as an endophenotype for molecular genetic studies of schizophrenia. *Am J Med Genet* 2001;105:11-15.
- 110) Boyle M. *Schizophrenia: a Scientific Delusion?* 2nd ed. London: Routledge;2002.
- 111) von Economo, K. Encephalitis lethargica. *Wiener Klinische Wochenschrift* 1917;30:581-585.
- 112) Reid AH, McCall S, Henry JM, Taubenberger JK. Experimenting on the past: the enigma of von Economo's encephalitis lethargica. *J Neuropathol Exp Neurol* 2001;60:663-670.
- 113) Howard RS, Lees AJ. Encephalitis lethargica. A report of four recent cases. *Brain* 1987;110(Pt 1):19-33.
- 114) Dale RC, Church AJ, Surtees RA, Lees AJ, Adcock JE, Harding B, et al. Encephalitis lethargica syndrome: 20 new cases and evidence of basal ganglia autoimmunity. *Brain* 2004;127(Pt 1):21-33.
- 115) Maurizi CP. Influenza caused epidemic encephalitis (encephalitis lethargica): the circumstantial evidence and a challenge to the non-believers. *Med Hypotheses* 2010;74:798-801.
- 116) Steadman P. Herpes simplex mimicking functional psychosis. *Biol Psychiatry* 1992;32:211-212.
- 117) Schlitt M, Lakeman FD, Whitley RJ. Psychosis and herpes simplex encephalitis. *South Med J* 1985;78:1347-1350.
- 118) Prasad KM, Eack SM, Goradia D, Pancholi KM, Keshavan MS, Yolken RH, et al. Progressive gray matter loss and changes in cognitive functioning associated with exposure to herpes simplex virus 1 in schizophrenia: a longitudinal study. *Am J Psychiatry* 2011;168: 822-830.
- 119) Watson AM, Prasad KM, Klei L, Wood JA, Yolken RH, Gur RC, et al. Persistent infection with neurotropic herpes viruses and cognitive impairment. *Psychol Med* 2013;43:1023-1031.
- 120) Thomas P, Bhatia T, Gauba D, Wood J, Long C, Prasad K, et al. Exposure to herpes simplex virus, type 1 and reduced cognitive function. *J Psychiatr Res* 2013;47:1680-1685.
- 121) Brown AS. Further evidence of infectious insults in the pathogenesis and pathophysiology of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2011; 168:764-766.
- 122) Lazar-Molnar E, Tebo AE. Autoimmune NMDA receptor encephalitis. *Clin Chim Acta* 2015;438:90-97.
- 123) Steiner J, Walter M, Glanz W, Sarnyai Z, Bernstein HG, Vielhaber S, et al. Increased prevalence of diverse N-methyl-D-aspartate glutamate receptor antibodies in patients with an initial diagnosis of schizophrenia: specific relevance of IgG NR1a antibodies for distinction from N-methyl-D-aspartate glutamate receptor encephalitis. *JAMA Psychiatry* 2013;70:271-278.
- 124) Tsutsui K, Kanbayashi T, Tanaka K, Boku S, Ito W, Tokunaga J, et al. Anti-NMDA-receptor antibody detected in encephalitis, schizophrenia, and narcolepsy with psychotic features. *BMC Psychiatry* 2012;12:37.
- 125) Pearce JM. Brain disease leading to mental illness: a concept initiated by the discovery of general paralysis of the insane. *Eur Neurol* 2012;67:272-278.
- 126) Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ, Copeland JR, Sharpe L, Gurland BJ. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry* 1971;25:123-130.
- 127) Crow TJ. The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull* 1985;11:471-486.