

## Alzheimer병의 정신사회적 치료

연세대학교 의과대학 정신과학교실, 연세의대 광주세브란스정신병원

오 병 훈

## Psychosocial Intervention of Alzheimer's Disease

Byoung Hoon Oh, M.D.

*Department of Psychiatry, Kwangju Severance Psychiatric Hospital  
Yonsei University College of Medicine, Kwangju, Korea*

### -Abstract-

Alzheimer's disease(AD) is the most typical progressive and irreversible dementia syndrome characterized by loss of intellectual capacity in many domains, altered behavior, inability to care for oneself, and ultimately neurologic abnormalities.

But, unfortunately, the exact cause of AD is still unknown and there is no definite treatment for AD. In the treatment of AD, the focus is limited to relief of cognitive and behavioral symptoms. Among treatment modalities of AD, biomedical intervention is focused on organic cause, individual pathology and cognitive symptomatology. But, both biomedical and psychosocial factors must be well integrated for the effective management of AD.

However, recently, little attention has been given to the psychosocial implications of AD. Psychosocial intervention is much helpful in maintaining human interaction and personal identity. Through the psychosocial intervention, behavior problems might be understood as evidence of premorbid coping styles, searches for security, or activity patterns associated with previous work roles.

Psychosocial intervention is mainly composed of psychotherapy, day care, nursing home, case management and social care. Comprehensive understanding of various psychosocial issues and psychosocial services is very important for successful psychosocial intervention.

So, to understand and treat AD, all biopsychosocial factors must be examined and simultaneously psychosocial intervention must be considered for patients and family members and other caregivers.

**Key Words :** Alzheimer's disease, Psychosocial intervention

### 서 론

Alzheimer병(AD)은 대표적인 신경정신 질환으로 중추신경계 피질이나 대뇌기지핵 혹은 시상 등

을 포함한 괴질하 구조물이 일시적·영구적인 손상이 발생함으로써 사회적 기능이나 직업 활동 및 일상생활 유지 등에 현저한 곤란을 초래할 정도의 기억력 장애, 언어 장애, 인식장애, 실행 장애를 포

합한 주요 신경인지기능 장애 증상과 망상, 환각, 우울증을 포함한 다양한 행동 및 정신 증상을 동반하는 질병군을 말한다(Mckhann *et al.*, 1984; Lazarus *et al.*, 1985; Raskind & Peskind, 1994).

치매의 유병률은 65세 이상의 노인들을 대상으로 했을 때 약 5~10% 되는 것으로 보고되고 있다. 치매의 원인 질환으로는 70~80가지가 알려져 있지만 그 중에서 AD는 가장 흔히 발생되는 치매로 약 50%를 차지하고 있고, 뇌출증 후에 발생하는 혈관성 치매는 10~15% 그리고 AD와 혈관성 치매가 동시에 발생하는 경우는 약 10%인 것으로 알려져 있다(Chenoweth & Spencer, 1986; Coons, 1991; Heston, 1997). 치매의 치료적 관점에서는 치료가 가능한 치매는 태사성 장애, 약물이나 중금속으로 인한 독성 상태, 영양결핍, 수두증, 뇌종양, 감염성 질환, 뇌혈종 등으로 인한 경우를 제외하고는 현재까지는 대부분의 치매가 비가역적이라는데 문제가 있다(Lazarus *et al.*, 1985; Schneider & Tariot, 1994). 대부분의 치매가 발생 원인과 병태생리가 아직도 완전히 밝혀지지 않고 있기 때문에 치료의 관심이 현재까지는 원인적인 치료보다는 관리의 차원에 중점이 주어져 왔다. 한편, 현재까지 알려진 치매의 의학적 치료는 약물 치료와 정신사회적 치료로 크게 두가지로 대별되며 그 중 대표적인 약물치료는 인지기능의 호전과 다양한 문제행동의 치료로 나누어진다(박종한, 1992; Katzman, 1986; Schneider, 1996). 정신사회적 치료는 인지기능의 저하 및 다양한 문제 행동의 출현으로 인한 환자 및 가족의 정신적 및 사회적 문제들을 이해하고 돋는 치료로서 현재까지 약물적 치료에 한계가 있기 때문에 정신사회적 치료는 치매의 치료에 필수적이며 정신사회적 치료의 궁극적인 목표는 치매 환자의 주체성을 유지시켜 질적 삶의 유지 및 지속을 가능하게 하며 올바른 가족 관계와 사회생활을 영위하도록 하는데 있다(Takman, 1992; Tariot, 1994). 이러한 치매의 정신사회적 치료의 서비스 영역으로는 counsellng, casework, group work, protective services, crisis intervention, day care services 및 rehabilitation이 있으며 주된 실제적인 서비스로는 'homemaker services, home maintenance services, transportation services, case manage-

ment services 및 information-referral services' 가 있다(Bergman *et al.*, 1978; Weiner, 1996; APA, 1997).

현재까지 알려진 치매 치료의 접근은 환자 및 가족의 인권이 중요시 되는 가운데 주체성의 확립을 통한 삶의 유지에 두어 왔다(Schneider & Sabin, 1991; Culter *et al.*, 1994). 물론 최근 의학의 발달로 약물 치료에 중점이 주어져 왔던 것은 사실이지만 약물 치료의 부작용으로 인한 제한점 및 대부분의 치매가 만성화 및 이로 인한 각종의 문제점 때문에 정신사회적 치료에도 비중이 두어져 왔던 것도 사실이다. 즉 AD의 치료는 환자는 물론 가족 및 사회 복지의 전반적인 차원에서 이루어져야 한다(Lipkin & Faude, 1987). 이러한 정신사회적 치료의 범주를 살펴보면 다음과 같다.

## 정신사회적 프로그램

AD의 올바른 정신사회적 치료를 위해서는 환자에 대한 정확한 진단이 우선되어야 한다. 정확한 진단에는 환자의 신경인지기능 정도 및 환자를 돌볼수 있는 가족들의 능력을 고려하여 현실적인 목표를 세워야 한다(Katz, 1983; Hildick-Smith, 1984). 치매 환자에게 적용할 수 있는 정신사회적 프로그램에는 정신치료 프로그램(Table 1)외에 보건, 의료 측면의 서비스, 간호 측면의 서비스, 사회 복지 측면의 서비스 등으로 나눌 수 있으며 대표적인 서비스 내용을 간략히 소개하면 다음과 같다(Beck & Haecock, 1988; Mace & Rabins, 1991; Johansson & Gustafson, 1996)(Table 2).

### 1. 정신치료 프로그램

치매 환자의 정신치료는 가능한 한 현실적인 문제 해결을 중심으로 한 직접적이며 지지적 방법을택하는 것을 원칙으로 한다. 그러나 중요한 것은 환자의 기본적인 자존심을 유지시키도록 힘써야 한다. 아울러 치료 환경은 환자의 인격을 존중하도록 하여금 소속감과 긍정적인 사회관계를 형성하도록 하여야 한다(Barberger-Gateau *et al.*, 1992; Alexopoulos, 1996).

### 2. 보건·의료 서비스

Table 1. 치매 환자의 치료시 고려해야 할 심리적 측면

1. 주위 환경에 민감하기 때문에 적절한 자극을 유지시킨다.
2. 개인적 필요와 대처 능력에 걸맞는 자율성에 따라 행동해 볼 수 있도록 일정표를 계획하여 도와준다.
3. 불안을 줄여 주어, 약해진 자아가 기능을 잘하도록 한다.
4. 의사의 감정이 환자에게 전달되어, 환자 자신이 존중되고 있다는 느낌이 들도록 한다.
5. 일상 생활에서 해야 할 것들을 복잡하지 않고 단순하게 해준다.
6. 남아있는 기능을 발휘하도록 하며, 새로 무엇을 배우도록 강요하지 않는다.
7. 규칙적인 텔레비전 시청이나 신문을 보도록 하여 외부 세계의 정보를 받아들이고 현실감을 유지하도록 한다.
8. 가정을 치료의 한 단위로 보아, 가정의 항상성과 평형이 유지되도록 한다.
9. 보호자가 갖고 있는 죄책감과 수치심에 대해 토론한다.

Table 2. Therapeutic services and five core services

- |                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| · Counselling         | · Homemaker services            |
| · Case work           | · Home maintenance services     |
| · Group work          | · Transportation services       |
| · Protective services | · Case management services      |
| · Crisis intervention | · Information-referral services |
| · Day care services   |                                 |
| · Rehabilitation      |                                 |

치매 환자에 대한 평가와 진단 및 환자 관리, 상담, 재활 치료, 약물 치료, 입원 치료에 이르기까지 광범위한 서비스를 제공하는 것을 말한다. 치매가 진행되면서 건강 서비스에 대한 범위가 넓어져 이를 조정하는 업무나 사례 관리가 필요하게 되면 가정이나 기타 건강 전문가들과 폭넓게 연계하여 서비스를 제공하여야 한다(Cotrell & Schulz, 1993).

### 3. 주간 프로그램

환자가 주간에 다양한 신체 및 정신 건강 서비스를 제공받으며 저녁에는 귀가하게 되는 치료 형태를 말한다. 즉, 치매 환자들을 대상으로 적당한 자극, 일상 생활 재구성, 지도 감독, 사회화, 식사, 오락 등의 기회를 제공하는 서비스이다(Table 3). 환자는 주간을 이용하여 프로그램에 참여하기 때문에 가족은 휴식 서비스의 기회를 제공받을 수

있는 장점을 지니고 있다. 이 프로그램은 심한 초조성 행동 장애나 신체 질환을 갖고 있는 AD 환자, 뇌졸중 환자, 혹은 Parkinson병 증상이 악화된 환자에게 유용한 것으로 알려져 있다. 이를 환자들을 위해 물리 치료, 언어 치료 및 기타 신경인지 기능 재활 훈련을 실시할 수도 있다(Hildick-Smith, 1984; Reisberg *et al.*, 1987).

### 4. 위기 관리 서비스

환자 생활하면서 일상 생활을 관리할 수 없는 환자들을 주 대상으로 하며 위기 관리 서비스팀은 사회사업가, 간호사 및 의사로 구성된다. 환자를 거처에서 직접 볼 수 있기 때문에 환경 평가를 확실히 할 수 있고 환자가 필요로 하는 도움의 종류를 정확히 파악할 수 있는 장점을 지니고 있다. 만약 환자를 위한 적절한 사회 지지망을 구할 수 없

Table 3 Day hospital : time-limited, intensive restorative services

Goal :	<ul style="list-style-type: none"> <li>· to keep individuals out of institution</li> <li>· to provide social contact</li> <li>· to make financial burden light</li> <li>· to provide nutritional program</li> <li>· to provide transportation</li> </ul>
Programs :	<ul style="list-style-type: none"> <li>therapeutic recreational programs</li> <li>social services</li> <li>medical examination</li> <li>occupational and physical therapy</li> </ul>

Table 4. 부양 부담 경감을 위한 간접적 개입 전략

· 일반인을 대상으로 한 개입	치매에 대한 홍보를 강화하여 일반인의 치매에 대한 인식 개선
· 치매 노인을 대상으로 한 개입	치매 센터 또는 치매 전문 의료 기관의 확대 설치 치매 노인을 위한 주간 보호 센터 및 단기 보호 센터 설치
	노인 복지 시설 입소 자격과 관련된 법적 제한 조항 개정 치매 노인을 위한 다양한 유형의 노인 요양 시설 설치
· 가정 간호사 제도의 확대 실시	
· 치매 가족을 대상으로 한 개입	치매 노인과 가족을 위한 유료 가정 봉사원(home helper) 제도의 실시 치매 노인 주 부양자를 위한 휴양 서비스 실시

는 상황에서 환자의 상태의 악화가 우려되는 경우라면 질병의 초기라도 위기 관리 서비스에 의뢰할 수 있다.

##### 5. 가족 휴식을 위한 탁노 프로그램

지역사회내에 거주하면서 일상 생활에 대해 가족이나 친지의 도움을 필요로 하는 치매 환자를 대상으로 하며 가족의 휴가, 질병, 갑작스러운 일로 인하여 가족들이 환자를 돌볼 수 없는 상황이 발생했을 때 일시적으로 환자의 치료와 보호를 시설에 위탁하는 제도이다. 일반적으로 간호 서비스, 음식 제공, 오락 활동 및 치료 서비스 등이 제공된다(Lipkin & Faude, 1987; APA, 1997). 참고적으로 치매가족들의 부양부담 경감을 위한 개입

전략이 Table 4에 기술되어 있다.

##### 6. 가정 방문 간호사

가정 방문 간호사가 환자의 숙소를 직접 방문하여 투약 및 신체간호 등 치료에 직접적인 도움을 주는 경우를 말한다. 아울러 가정 의료 관리에 대한 책임을 지며 어떤 지역에서는 환자의 주거 시설 및 환경 평가를 담당하기도 한다.

## 고찰

치매는 노인 정신질환의 대표적인 질환으로 우리나라에서는 소위 '노망'으로 불려져 왔다. 특히 AD는 모든 치매의 약 50%를 차지하며 만성적으

로 진행하여 악화되는 질환으로서 가족에게 주는 부담과 고통 때문에 현재 사회적으로 많은 문제를 야기하고 있는 실정이다.

지금까지 AD 병의 위험요인으로 알려진 대표적인 것으로는 연령, 성별, 교육수준, 가족력, 출생시부모 연령, 두부 외상, 우울증의 과거력, 음주 등을 들 수 있다. 또한 고혈압, 심장 질환, 당뇨병, 흡연 및 고지혈증 등의 과거 병력은 뇌혈관 질환뿐 아니라 혈관성 치매의 위험 요인으로 알려져 왔다. AD의 치료는 대부분 비가역적이고 명확한 병인이 밝혀져 있지 않아 원인적 치료가 힘든 경우가 대부분이다. 따라서 AD의 치료는 약물치료 외에 심리, 인지, 행동, 작업, 재활 치료 등의 의학적 치료는 물론 지속적인 간호, 가족 치료와 아울러 사회 복지 차원에서 종합적으로 다루어져야 한다. 현재 정신 사회적 치료 측면에서 우리 나라 상황 및 발전방향을 살펴보겠다(오병훈, 1995). 치매 노인과 가족들을 위한 사회 복지 서비스 욕구는 가족중 주 부양자들을 대상으로 한 조사에서 구체적으로 볼 때 치매 탁노소, 가정 봉사 서비스, 가정 간호 서비스, 상담전화, 목욕 서비스, 가족모임 지도 등의 순으로 복지 서비스를 요구하고 있으나 현재 이것들을 위해서 정부가 지원하는 재가 노인 서비스나 시설 보호 상태는 너무도 미흡하다. 재가 노인 서비스는 1995년 현재 전국에 23개의 재가 노인 복지 기관과 서울에 있는 남부노인종합복지관, 북부노인종합복지관 등에서 치매나 중풍 노인들을 위한 가정 봉사원을 파견하고 주간보호 프로그램을 실시하고 있으며, 상담 전화와 치매 가족 모임을 도와주는 기관으로는 청암복지재단이 있다. 치매 노인을 위한 전문 병원으로는 인천 은혜 병원, 이천 성안드레아 병원, 연세의대 광주 세브란스 정신 병원, 축령 복음 병원, 가락 신경 정신 병원 정도이며 요양 기관으로는 순애원, 서예 요양원, 효도원 등이 있다. 그 밖에 서울시에서는 1995년 현재 노원구 상계동에 치매 노인 전문 요양원을 건립하여 운영 중에 있고, 보건복지부에서는 앞으로 1998년까지는 전국에 20여 개의 치매 노인 전문 요양 시설을 확충하겠다는 계획을 세우고 있다. 그러므로 향후 장기적이고 효율적인 치료 발전을 위해서는 사회 복지 차원에서의 서비스와 전달 체계 뿐만 아니라, 의학적인 차원에서 치매의 원인 규

명 및 약물 개발 등에 적극적인 연구 지원 및 초기 발견 치료 나아가 예방에 중점을 두어야 할 것이다. 현재의 모든 상황과 예견을 고려한, 즉 우리의 현실에 적합한 치매 사업의 기본 개념은 의료와 복지뿐만 아니라 문화적 측면에서도 깊이 고찰되어야 하며, 이를 통해서 치매를 예방하고 치료하는 것을 궁극적인 목표로 삼아야 한다. 아울러 그 기본 방향은 가족 중심 다원 진료 체계의 구축, 지역 사회 치료 공동체의 실현 및 공동체 복지 차원의 사업 추진 등으로 요약해 볼 수 있으며, 이를 위한 치매사업의 방안은 보건 의료측면, 간호 측면 및 사회 복지 측면으로 구체화되어야 할 것이다. 그 중에서 특히 AD의 정신 사회적 치료와 유관한 사회 복지 측면에서 볼 때, 지역사회 공동체 복지 차원에서 치매 노인이 속한 지역사회내의 자원봉사자들이 가정이나 시설, 특히 주간 치매센터에서 환자의 보호 및 재활을 돋우는데 참여할 수 있도록 유도하는 방안이 중요할 것이다. 특히 같은 지역사회내에서 지역 주민들이 주축이 되어 치매 노인을 위한 자원봉사 활동이 이루어진다면 경로사상이 균간이 되는 우리의 문화적 풍토에서 짚은 세대에 상당한 사회교육적인 영향을 줄 수 있다고 보기 때문이다. 그러나 가족 중심 다원 치료 체계를 구축하려면 지역사회내에서 치매 가정과 각 치매 시설, 특히 주간 치매 센터를 연결하는 운송 서비스가 이루어져야 한다고 생각된다. 치매 노인은 대부분의 경우 대중 교통 수단을 이용하기가 불가능하기 때문에 반드시 보호 운송을 필요로 한다. 따라서 이를 위한 치매 통신망의 체계를 균간으로 한 체계적인 운송 서비스의 개발이 요청된다.

아울러 가족이 치매 노인을 돌보는데 부담을 경감시키기 위한 방안으로 치매 노인 가정에서 일할 자원 봉사 인력을 조달하는 방안을 고려하고, 지역사회별로 가족을 위한 휴식 프로그램(respite program)이나 지지 모임(support group)을 만들도록 지원하여야 될 것이다. 또 가족을 대상으로 환자 보호에 필요한 훈련을 위해 가족 농반 단기 입원 시설을 만들어 현장실습을 실시하며, 치매에 관한 정보 제공 및 대중 홍보를 목적으로 한 치매 지식 테이터베이스 서비스 및 치매 시설의 현황 정보 서비스 등을 개발하여야 될 것이다. 나아가

환자를 위한 서비스 체계의 구축 및 운영에 있어서 정부의 법적인 지원이 요구된다. 주 치매 치료 및 사업에 필요로 하는 세도적인 사항들 및 재정적인 지원을 현행 의료보험 제도나 노인 긴강법에 반영하여 치매 환자를 위한 제반 서비스에 필요한 행정적인 지원체계를 구축해 주는 것이 필요할 것이다.

## 결 론

이상에서 치매, 그 중에서도 가장 중요시되는 원발성 퇴행성 치매인 AD병(Alzheimer's disease)을 중심으로 하여 치매의 정신 사회적 치료를 살펴보았다. 또한 치매 치료의 일반적인 관리 원칙은 차례를 피하고 수용적 태도로써 지속적이 고 일관성 있는 치료가 필요함을 제시하였다. 나아가 올바른 치매 관리를 위해서는 생물학적 원인의 이해는 물론 후천적으로 정상적인 노화 과정의 이해가 필요하다. 그러나 치매의 증상을 진단하고 치료하는 과정은 매우 복합적인 작업으로 정신적, 정서적 두자를 많이 요하는 것이기 때문에 환자의 올바른 관리를 위해서는 우리 나라의 사회·문화적 여건까지도 참작해야 될 것이다. 치매 노인들을 위해서는 단순한 의료적 차원은 물론 복지 차원에 이르기까지 포괄적인 관리 대책이 수립되어야 할 것이다. 또 체계적이고 지속적인 관리를 위해서는 치료방법 뜻지않게 전문인, 간호사, 자원봉사자를 비롯한 치매 관련 인력양성이 필요하며, 지역사회 치료공동체의 협조가 필요할 것이다.

종합적으로 볼 때, 치매 환자의 관리는 치매란 반드시 치료되어야 할 질병이라는 개념에서부터 출발하여 초기 발진, 초기 치료의 중요성이 강조되어야 할 것이다. 아울러 이를 위해서는 의료, 복지 및 문화의 측면에서 치매의 관리를 단순한 보호 차원이 아닌 질적인 삶의 회복을 치료 대상으로 삼는 의식의 전환이 이루어져야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

박종환 : 치매의 원인과 치료. 대한정신약물학회

지 1992; 3: 33-42.

오명훈 : 한국노인정신질환의 현황 및 치료모델.

- 대한의사협회지 1995; 38: 1516-1523.  
 American Psychiatric Association : *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer's Disease and Other Dementia of Later Life* 1997, pp 15-63.  
 Alexopoulos GS : The Treatment of Depressed Demented Patients. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 14-20.  
 Barberger-Gateau P, Commenges D, Garnon M : Instrumental activites of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 1129-1134.  
 Beck C, Heacock P : Nursing interventions for patients with Alzheimer's disease. *Nurs Clin North Am* 1988; 23: 95-124.  
 Bergmann K, Foster EM, Justice AW : Management of the demented elderly in the community. *Br J Psychiatry* 1978; 132: 441-449.  
 Chenoweth B, Spencer B : Dementia : The experience of family caregivers. *Gerontologist* 1986; 26: 267-272.  
 Coons D. H. : *Specialized Dementia Care Units*, Johns Hopkins, 1991, pp 7-82.  
 Cotrell V, Schulz R : The perspective of the patient with Alzheimer's disease : a neglected dimension of dementia research. *Gerontologist* 1993; 33: 205-211.  
 Cutler NR, Stamek JJ, Vevoff AE : *Alzheimer's Disease*. Wiley, 1994, pp 37-56.  
 Heston LL : *Progress in Alzheimer's disease and similar conditions*. American Psychiatric Press, 1997, pp 233-244.  
 Hildick-Smith M : Geriatric day hospitals - changing emphasis in costs. *Age and Ageing* 1984; 13: 95-100.  
 Johansson A, Gustafson L : Psychiatric Symptoms in Patients with dementia treated in a psychogeriatric day hospital. *International Psychogeriatrics* 1996; 8: 645-658.  
 Katzman R : Medical progress. *Alzheimer's*

- disease. *N Engl J Med.* 1986; 314: 964-973.
- Katz S : Assessing self-maintenance : Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 721-727.
- Lazarus LW, Davis JM, Dysken MW : Geriatric depression : a guide to successful therapy. *Geriatrics* 1985; 40: 43-53.
- Lipkin LV, Faude KF : Dementia-educating the caregiver. *J of Gerontological Nursing* 1987; 13: 23-27.
- Mace NL, Rabins PY : The 36-Hour Day. *The Johns Hopkins University Press*, 1991, pp 147-156.
- McKhann G, Drachman D, Folstein M : Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the hospices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34: 939-944.
- Raskind MA, Peskind ER : Neurobiologic bases of noncognitive behavioral problems in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1994; 8: 54-60.
- Reisberg B, Borenstein J, Saloh SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A : Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987; 48: 9-15.
- Schneider LS : New therapeutic approaches to Alzheimer's disease, *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 30-36.
- Schneider LS, Sabin PB : Non-neuroleptic medication in the management of agitation in Alzheimer's disease and other dementia: a selective review. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991; 6: 691-708.
- Schneider LS, Tariot PN : Emerging drugs for Alzheimer's disease: mechanisms of action and prospects for cognitive enhancing medications. *Med Clin North Am* 1994; 78: 911-934.
- Takman A : Nonpharmacologic treatment of behavioral symptoms. *Acta Neurol Scand* 1992; 139(suppl):81-83.
- Tariot PN : Alzheimer's disease: An overview. *Alzheimer's Disease and Assoc Disorders* 1994; 8: 4-11.
- Weiner MF : *The Dementias, Diagnosis, Management, and Research*, 2nd ed, American Psychiatric Press 1996, pp 139-173.