

45세 이후에 초발한 망상성 정신병의 특징(Ⅱ)*

계명대학교 의과대학 정신의학교실

정 철 호

==Abstract==

The Characteristics of the Paranoid Psychoses Beginning after Age of 45(Ⅱ); Is It Valid to Exclude So-Called Late Paraphrenia from Schizophrenia in DSM-III ?

Chul Ho Jung, MD

Department of Psychiatry, Keimyung University
School of Medicine, Taegu, Korea

Some clinical characteristics of 40 late-onset paranoid psychotic patients were compared with those of schizophrenics.

There were some similarities between the two groups in terms of sex ratio, clinical symptom characteristics, length of stay in hospital, response to treatment, marital status, education level and occupation.

In contrast, age at onset and on admission, duration of illness, frequency of admission, adaptive functioning and numbers of children were different between two groups. These differences, however, may be explained by different age at the first breakdown of each psychotic group.

These results suggest that the late-onset paranoid psychoses may be a subtype of schizophrenic disorder.

서 론

망상은 정신장애 이외에도 주정 및 약물중독, 감염 및 대사장애 등에서 흔히 볼 수 있고, 정신장애 중에서는 정신분열병에서만 특이한 것이 아니라 망상성장애, 주요정동장애, 정신지체 및 기질성정신장애 등에서도 나타날 수 있다(Cavenar와 Brodie 1983).

기능성정신장애 중에서도 45세 이후에 망상을 주증상으로 초발했을 때는 DSM-III 진단기준에 의하면 단일진단으로 분류하기에는 곤란하다. DSM-III에서는 DSM-II보다 정신분열병의 개념을 좁혀서(Mukherjee 1983) 현상학적인 관점에서의 진단기준—

45세 이전에 발병, 급성기에 특이한 망상, 환각, 사고장애 등의 정신증상의 존재, 기능의 황폐화, 6개월 이상의 이병기간, 완전한 정동증상이 없고, 기질적 뇌중후군이나 정신지체가 없을 것—을 제시하였다(American Psychiatric Association 1980). 따라서 망상이 체계적이고 논리적이며 이를 설명할 수 있는 기질적원인이나 감정장애가 없을 때는 망상장애로 분류될 수 있겠다. 그러나 망상이 체계적이지 못하거나 저명한 환각이 있을 때는 초발연령의 제한으로 정신분열병에 속할 수가 없고 비정형성정신병으로 분류될 수 밖에 없는 실정이다.

유럽의 정신의학계에서는 중년기 이후에 초발하는 망상성정신병군을 일치된 진단기준없이 '후기망상증(late paraphrenia)'으로 분류하고 있는 경향이

* 본 논문은 1986년도 계명대학교 울중연구비 및 동산의료원 조사연구비로 이루어졌음

다. 대체적으로 후기망상증이란 망상을 주증상으로 하는 정신병이 60세 이후에 초발하고, 환각은 있을 수도 있고 없을 경우도 있으며, 이러한 정신병리를 설명할 수 있는 기질적장애나 현저한 감정장애가 없는 경우에 적용되고 있다. 이 진단명은 Kraepelin (1919)이 처음 사용하였으며, 이들이 독립된 질병인지 아니면 정신분열병의 한 유형인지에 대해서는 아직까지 논란이 많다(Batchelor 1964, Bridge와 Wyatt 1980^{a,b}, Fish 1960, Grahame 1982, Grahame 1984, Kay 1972, Kay와 Roth 1963).

Post (1966)는 이를 '노인의 지속적 피해망상상태(Persistent persecutory of the elderly)'로 부르면서 임상적특징에 따라 '단순 망상성 정신병(Simple paranoid psychosis)' '정신분열병양질병(Schizophrenia-like illness)' 및 망상성정신분열병상태(Paranoid schizophrenic states)로 구분하였고, Jørgensen과 Jørgensen(1985)은 노인의 망상성정신병을 정신분열병, 망상상태(paranoid state), 반응성정신병 및 기타정신병으로 재분류하여서 후기망상증군의 이질성을 시사하고 있다.

국내에서는 전진숙등(1985)이 45세이후에 초발한 편집증후군과 정신분열병군을 비교연구한 결과, 전자는 정신분열병과는 다르며 비정형성정신병이라기 보다는 망상장애의 범주에 포함시킬 것을 제의 했으며, 정 등(1986)은 이들 군을 후기망상증 혹은 후기정신분열병의 새로운 진단범주로 분류하는 것이 적절한 것이라고 했다. 이들 집단에 대한 국내 연구가 미약한 상태이고, 이들을 독립된 질병으로 분류할 것인지 아니면 정신분열병의 한 유형으로 분류하는 것이 더 타당할 것인지를 검토하고자 본 연구를 실시하였다.

재료 및 방법

1981년 1월부터 1985년 7월까지 계명대학교 의과대학 정신과에 입원한 45세이상 환자의 병력지를 조사하여 후기망상증기준에 부합되는 40명과 비교군으로서는 DSM-III 진단기준에 의해 입원당시 연령이 45세이상인 정신분열병 18명을 대상으로 선정하였다.

후기망상증의 포함기준은 주증상인 망상이 2주이상 지속되는 경우와 이들 증상이 45세이후에 초발한 경우로 하였다. 후기망상증의 제외기준은 상기 정신병리를 설명할 수 있는 현저한 감정장애가 있는 경우와 상기 정신병리와 원인으로 관계가 있

을 것으로 생각되는 기질적 소견이 있는 경우로 하였다.

저자는 이들의 성별분포, 초발 및 입원당시의 연령, 임상증상, 이병기간, 입원빈도, 입원기간, 치료성과, DSM-III의 Axis I, III, V 진단, 결혼생활, 교육정도 및 직업등을 정신분열병과 비교하였으며, 그 결과를 Chi-square 또는 t-test로 유의성을 검정하였다.

결 과

1. 성별 분포

후기망상증군에서는 남녀 각각 20명으로 남녀비는 1:1이었고, 정신분열병군에서는 남자가 7명(38.9%), 여자가 11명(61.1%)으로서 남녀비는 1:1.57이었다. 그러나 양 군은 통계적으로는 유의적 차이가 없었다(Table 1).

Table 1. Distribution of patients according to sex*

Sex	Late paraphrenia		Schizophrenia	
	No.	%	No.	%
Male	20	50	7	38.9
Female	20	50	11	61.1
Total	40	100	18	100
Male to female ratio	1:1		1:1.57	

* Nonsignificance between late paraphrenia and schizophrenia

2. 초발 및 입원당시 연령

초발 연령은 후기망상증군이 평균 52.2±6.5세(45-78세), 정신분열병군이 평균 37.3±6.6세(18

Table 2. Age of patients

Age	Late paraphrenia	Schizophrenia
Age at onset		
Mean±S. D. *	52.2±6.5	37.3±6.6
Range	45-78	18-44
Age on admission		
Mean±S. D. **	54.2±7.2	49.2±5.1
Range	45-78	45-60

* p<0.001

** p<0.01

—44세)로서 유의적 차를 인정할 수 있었다 ($p < 0.001$) (Table 2).

입원 당시 연령은 후기망상증군이 평균 54.2 ± 7.2 세(45—78세), 정신분열병군이 평균 49.2 ± 5.1 세(45—60세)로서 양군의 차이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.01$) (Table 2).

3. 임상 증상

망상은 후기망상증군에서는 진단 기준상 모든 환자에게 있었으며, 내용별로는 피해 망상이 대부분인 30명(75%)에서 있었고, 그 외에 부정 망상(32.5%), 관제망상(17.5%), 과대 망상(15%), 종교 망상(12.5%), 신체 망상(7.5%), 조경 망상(7.5%)

의 순이었다. 정신분열병군에서도 피해망상이 8명(44.4%)으로 가장 많았고, 그 외 관제 망상 및 과대 망상이 각각 6명(33.3%), 종교망상(22.2%), 조경 망상(22.2%), 부정 망상(16.7%), 신체 망상(16.7%)등의 순이었다.

환각은 후기망상증군에서는 22명(55%)에서 확인되었으며 환청이 19명(47.5%), 환시가 9명(22.5%)이었다. 정신분열병군에서의 환각은 12명(66.7%)에서 확인되었으며 환청이 12명(66.7%), 환시가 2명(11.1%)이었다.

행동 장애는 양군의 모든 환자에서 확인되었으며 공격적이고 난폭한 경우가 후기망상증군에서는 32명(80%), 정신분열병군에서는 16명(88.9%)로서 양

Table 3. Clinical symptoms*

Clinical symptoms	Late paraphrenia		Schizophrenia	
	No.	%	No.	%
Delusion	40	100	16	88.9
Persecution	30	75	8	44.4
Infidelity	13	32.5	3	16.7
Reference	7	17.5	6	33.3
Grandiosity	6	15	6	33.3
Religion	5	12.5	4	22.2
Somatic	3	7.5	3	16.7
Control	3	7.5	4	22.2
Others	6	15	4	22.2
Hallucination	22	55	12	66.7
Auditory	19	47.5	12	66.7
Visual	9	22.5	2	11.1
Behavior	40	100	18	100
Excited	32	80	16	88.9
Insomniac	25	62.5	11	61.1
Withdrawn	8	20	2	11.1
Suicidal attempt	4	10	1	5.6
Regressed	1	2.5	2	11.1

* Nonsignificance between late paraphrenia and schizophrenia

Table 4. Duration of illness*

Duration	Late paraphrenia		Schizophrenia	
	No.	%	No.	%
2 Wks-6 Ms	17	42.5	0	0
6 Ms-2 Yrs	13	32.5	2	11.1
2 Yrs-5 Yrs	7	17.5	1	5.6
5 Yrs-10 Yrs	2	5	8	44.4
≥ 10 Yrs	1	2.5	7	38.9

* $p < 0.005$

군 모두 가장 많았다. 그 외 불면, 위축, 자살 시도 및 퇴행적 행동 등이 있었다(Table 3).

4. 이병 기간

후기망상증군은 2주—6개월미만이 17명(42.5%)으로 가장 많았고, 그 다음으로는 6개월—2년미만이 13명(32.5%)이어서 2년미만이 대부분(75%)을 차지하였다. 그 외에는 2년—5년(17.5%), 5년—10년, 10년이상(2.5%)의 순이었다.

정신분열병군에서는 5년—10년미만이 8명(44.4%)으로 가장 많았고, 10년이상이 7명(38.9%)으로 그 다음을 차지하여 5년이상이 대부분(83.3%)이었다. 그 외에는 6개월—2년미만(11.1%), 2년—5년미만(5.6%)의 순이었다. 이들 양 군 간의 차이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.005$)(Table 4).

5. 입원 빈도

후기망상증군에서는 모두 2회이하의 입원 경우였고 초입원이 거의 대부분인 36명(90%)이었다.

정신분열병군에서는 3회 입원한 경우가 7명(38.9%)으로 가장 많았고, 4회이상 입원한 경우가 6명(33.3%)을 차지하였으며 그 외에 1회 3명(16.7%), 2회 2명(11.1%)의 순이었다.

이들 양 군은 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다($p < 0.005$) (Table 5).

Table 5. Frequency of admission*

Frequency of admission	Late paraphrenia		Schizophrenia	
	No.	%	No.	%
1	36	90	3	16.7
2	4	10	2	11.1
3	0	0	7	38.9
≥ 4	0	0	6	33.3

* $p < 0.005$

6. 입원 기간

후기망상증군은 평균 30.6 ± 20.9 일(2—95일)간, 정신분열병군은 34.3 ± 29.0 일(3—120일)간 입원했

Table 6. Length of stay in hospital*

Hospital days	Late paraphrenia	Schizophrenia
Mean \pm S. D.	30.6 ± 20.9	34.3 ± 29.0
Range	2—95	3—120

* Nonsignificance between late paraphrenia and schizophrenia

으며, 이들은 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 6).

7. 치료 성과

모든 환자에서 항정신병제가 사용되었으며, 그의 항우울제, ECT, 항불안제, Lithium 이 소수에서 사용되어졌다.

후기망상증군에서는 급성증상이 호전된 경우가 34명(85%)이었고, 이들중 13명(32.5%)에서 병식을 갖게 되었다.

정신분열병군에서는 급성 증상이 호전된 경우가 13명(72.2%)이었고, 3명(16.7%)에서 병식을 얻게 되었다 (Table 7).

8. DSM-III의 Axis I 진단

후기망상증군을 DSM-III의 Axis I 진단으로 재분류하였을 때 비정형성정신병이 29명(72.5%), 망상 성장애가 11명(27.5%)으로 나타났다(Table 8).

9. DSM-III의 Axis III 진단

이들이 갖고 있는 다양한 신체 질환 중 특히 후기망상증에서 흔히 언급되고 있는 난청과 시각장애는 후기망상증군에서는 각각 4명(10%), 2명(5%)에서 확인되었으나 정신분열병군에서는 한명도 없었다(Table 9).

10. DSM-III의 Axis V 진단

양 군에서 모두 적응 장애가 없는 'Superior'와 'Very good'은 한명도 없었다. 후기 망상증군에서는 'Fair'가 13명(32.5%)으로 가장 많았고, 'Poor' (27.5%), 'Good'(25%), 'Very poor'(12.5%), 'Grossly impaired'(2.5%)의 순이어서, 사회생활 및 직장생활에 심한 장애를 나타낸다고 여겨지는 'Poor' 및 그 보다 심한 경우가 17(42.5%)명을 차지하였다. 반면 정신분열병 군에서는 'Poor'가 8명(44.4%)으로 가장 많았고 다음이 'Very poor' (38.8%)였으며, 그 외에는 각각 1명씩(5.6%)으로 나타나서 'Poor'를 포함한 심한 적응장애가 대부분인 16명(88.8%)에서 나타났다. 이들은 통계적으로 유의하였다($p < 0.05$) (Table 10).

11. 결혼 생활

결혼 상태는 양군의 모든 환자들은 결혼을 했으며, 재혼을 포함한 기혼이 후기망상증군에서는 33명(82.5%), 정신분열병군은 14명(77.8%)으로서 대부분을 차지하였다(Table 11).

Table 7. Response to treatment*

Response to treatment	Late paraphrenia		Schizophrenia	
	No.	%	No.	%
Improved	34	85	13	72.2
with insight gaining	13	32.5	3	16.7
without insight gaining	21	52.5	10	55.5
Not improved	6	15	5	27.8

* Nonsignificance between late paraphrenia and schizophrenia

Table 8. Axis I diagnoses of DSM-III

Clinical diagnoses	Late paraphrenia		Schizophrenia	
	No.	%	No.	%
Atypical psychosis	29	72.5	0	0
Paranoid disorder	11	27.5	0	0
Schizophrenia	0	0	18	100
Total	40	100	18	100

Table 9. Axis III diagnoses of DSM-III

Physical disorders and conditions	Late paraphrenia		Schizophrenia	
	No.	%	No.	%
Respiratory	6	15	4	22.2
Cardiovascular	5	12.5	1	5.6
Hearing loss	4	10	0	0
Visual loss	2	5	0	0
Orthopedic	1	2.5	4	22.2
Endocrine	1	2.5	2	11.1
Gastrointestinal	2	5	0	0
Hepatic	2	5	0	0
Others	6	15	3	16.7

Table 10. Axis V diagnoses of DSM-III (Highest level of adaptive functioning past year)*

Adaptive functioning	Late paraphrenia		Schizophrenia	
	No.	%	No.	%
Superior	0	0	0	0
Very good	0	0	0	0
Good	10	25	1	5.6
Fair	13	32.5	1	5.6
Poor	11	27.5	8	44.4
Very poor	5	12.5	7	38.8
Grossly impaired	1	2.5	1	5.6
Total	40	100	18	100

* $p < 0.05$

Table 11. Marital life

Marital life	Late paraphrenia		Schizophrenia	
	No.	%	No.	%
Marital status*				
Married	27	67.5	12	66.7
Remarried	6	15	2	11.1
Divorced/Separated/Bereaved	7	17.5	4	22.2
Numbers of children**				
Mean±S. D.	4.9±1.7		3.3±2.0	
Range	2—9		0—7	

* Nonsignificance between late paraphrenia and schizophrenia

** $p < 0.01$

Table 12. Education level of subjects*

Education level	Late paraphrenia		Schizophrenia	
	No.	%	No.	%
None	13	32.5	2	11.1
Primary	20	50	10	55.5
Middle	3	7.5	3	16.7
High	2	5	2	11.1
College	2	5	1	5.6
Total	40	100	18	100

* Nonsignificance between late paraphrenia and schizophrenia

Table 13. Occupation of subjects*

Occupation	Late paraphrenia		Schizophrenia	
	No.	%	No.	%
None	13	32.5	7	38.8
Housewife	15	37.5	8	44.4
Labour	5	12.5	1	5.6
Agriculture	5	12.5	1	5.6
Marketing	2	5	0	0
Teacher	0	0	1	5.6
Total	40	100	18	100

* Nonsignificance between late paraphrenia and schizophrenia

자녀수는 후기망상증군이 평균 4.9±1.7명(2—9명)으로 정신분열병군의 평균 3.3±2.0명(0—7명)보다 많았고 이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.01$) (Table 11).

12. 교육 정도

양 군에서 공히 중퇴를 포함한 국민학교 졸업이 후기망상증군 20명(50%), 정신분열병군 10명(55.5

%)으로 가장 많았다. 그 외에 후기망상증군은 무학(32.5%), 중학교(7.5%), 고등학교(5%), 대학교(5%)의 순이었으며, 정신분열병군에서는 중학교(16.7%), 무학(11.1%), 고등학교(11.1%), 대학교(5.6%)의 순으로 나타났다(Table 12).

13. 직업 상태

후기망상증군은 가정주부(37.5%), 무직(32.5%)

노동(12.5%), 농업(12.5%), 상업(5%)의 순이었고, 정신분열병군에서는 가정주부(44.4%), 부직(38.8%), 노동, 농업 및 교사가 각각 1명(5.6%)으로 확인되었다(Table 13).

고 찰

최근 20여년동안 미국에서 정신과적 분류체계에 관심이 쏠리면서 특히 정신분열병과 다른 정신병적 장애사이의 차이가 중요하게 되었다(Mukherjee 1983). 그러나 Kety(1980)가 지적한 바와 같이 정신분열병의 증후는 가변성이 크고 필수적양상을 변하며, 일차적으로는 그 경계의 설정에 따라 변할 수 있다. 또한 정신분열병과 후기망상증의 구분은 Kraepelin(1919)이 그 증후군을 분명히 규정지은 이후부터 계속되었으나 아직까지도 양자간의 관계에 대해서는 분명한 구분이 의심스러운 형편이다. 어쨌든 DSM-III에서는 정신분열병의 개념이 좁혀져서 과거에 이에 속했던 여러진단명들이 제외되었으며 특히 저자의 조사대상인 늦게 발병하고 정신분열병과 유사한 후기망상증은 이에서 제외되어 망상장애 혹은 비정형성정신병으로 진단된다(Fox 1981). 이번 조사에는 후기망상증을 45세이후에 초발한 정신병으로서 망상을 주증상으로하고, 환각은 있을수도 있고 없을 경우도 있으며 이들 증상을 설명할 수 있는 기질적 원인이나 뚜렷한 감정장애가 없는 경우로 정의하였다.

대부분의 외국인구들에서는 노인정신과 입원환자 중 약 10%가 후기망상증환자로서 상당수를 차지하며 평균수명의 연장에 따라 증가할 가능성이 있으므로 후기망상증에 대한 연구가 중요하다고 강조하였다(Kay 1959, Kay 와 Roth 1961, Post 1966, Rett-erstöl 1966, Roth 1955).

후기망상증의 남녀비에 대한 외국의 선행연구들에서는 여자가 약 80%(63.6—95.7%)를 차지한다고 하였고(Fish 1960, Grahame 1984, Herbert 와 Jacobson 1967, Kay 와 Roth 1961) 이들 성별의 차이에 대해서는 아직까지 잘 설명이 되어지지 않고 있다(Grahame 1984). 이는 본 조사결과와는 판이하게 달랐으나 국내의 전 등(1985)과 정 등(1986)의 45세이후에 초발한 망상성정신병군에서는 남녀비가 거의 같다고 하였다. 외국과의 이러한 차이는 외국인구에서는 대개 60세이상을 대상으로 하였으므로 이들 대상간의 연령차이에 의한 것이거나 혹은 동·서양간에 각각 다른 빈도를 나타낸다고도

생각할 수 있겠다. 정신분열병의 발생율은 남녀 차이는 없으나(American Psychiatric Association 1983, Hare 1982, Helzer 1985, Sederer 1985) 입원환자에서는 다소 차이가 있을 수가 있다고 한다(이 1981, Babigian 1975).

조발인형에서는 후기망상증군은 평균 52.2세(45—78세)로 대부분이 40대 내지 50대였으며 대부분의 외국인구들은 60세이상을 대상으로하여 저점 비교하기는 곤란하다. 그러나 Fish(1960)는 Bleuler가 조사한 40세이후의 후기정신분열병환자 126명을 분석하였는데 거의 대부분이 40대 내지 50대였다고 하여 이번 조사결과와 유사하였다. 정신분열병의 초발연령은 대개 청소년기와 초기성인기로 일차되어져왔다. 그러나 Babigian(1975)은 남자가 15—24세, 여자는 25—34세에서 가장 높은 발병율을 보인다고 하였고, Lindelius(1970)와 Noreik 과 Ødegård(1967)는 조발인형을 평균 30세전후로 발표하여 보고자에 따라 상당한 차이를 나타내고 있다. 저자의 조사에서는 조발연령이 평균 37.3세(18—44세)로 상당히 높게 확인되었다. 이는 정신분열병이 지시되 발병하는 경우가 허다하여 조발인형을 알아내는데 어려움이 많으므로(Hare 1982) 특히 후향성연구(retrospective study)에서는 전구기증상(prodromal symptom)을 조발연령으로 인식하지 못했을 수도 있겠고, 혹은 조기발병의 정신분열병환자는 이미 만성화되어 경제적인 이유나 환자에 대한 가족의 비판적인 관념등으로 종합병원에 입원한 경우가 적었다고 생각할 수도 있겠다.

Jørgensen 과 Jørgensen(1985)은 망상증에는 피해망상이 제일 많았고, 망상상태의 피해망상이 77%로써 정신분열병의 46%보다 많다고 하였으며, 약 반수에서 환각이 확인되어 이번 조사결과와 유사하였다.

Herbert 와 Jacobson(1967)은 45명의 후기망상증 입원환자들에서 공격적이고 난폭한 행동이 가장 많이 나타났다고 하여 이번 조사와 거의 일치하였다. 이러한 행동장애가 후기망상증의 특징일 수도 있겠으나, 이 보다는 오히려 상기 행동들이 주위의 눈에 잘 띄일 뿐만 아니라 가정이나 사회에서 많은 문제를 야기하므로 입원의 가능성이 높은 것이라고 생각함이 다당하겠다.

이병기간은 후기망상증군의 2년미만과(75%), 정신분열병군의 2년이상이(88.9%) 대부분을 차지하였고, 입원빈도는 후기망상증군에서 90%가 초입원이었고, 정신분열병군의 83.3%가 2회 이상 입원한

경우에서 다른 연구들과 유사하였다(전 등 1985, Jörgensen과 Jörgensen 1985). 이들 양군간의 차이는 병자체의 특징으로 볼 수도 있겠으나, 한편으로는 초발연령의 차이로 인해 후자는 이병기간이 길어서 입원빈도가 높아졌다고 생각할 수도 있겠다. 입원기간은 정신의학의 발달과 최근의 약물 등 효과적인 치료 및 지역사회내에서 치료하려는 경향으로 점차 짧아지는 추세이며(Kolb 1982), 이번 조사에서는 두집단 공히 30여일의 입원기간으로 별로 차이는 없었다.

초창기 연구들에서는 후기망상증이 치매로 진행되는 경우는 적으나 대부분 만성경과를 밟으며 예후는 불량하다고 하였다. 그러나 Post(1966)는 '노인의 지속적 피해망상상태(Persistent persecutory state of the elderly)' 환자 71명을 항정신병약물로 치료하여 91.5%에서 완전 또는 부분적으로 회복이 되었고, 32.4%에서 병식이 생겼으며, 급성증상 호전후 항정신병약물로 유지치료를 지속한 21명중 85.7%에서 정신병적 증상이 소실되었다고 하였다. Jörgensen과 Jörgensen(1985)은 60세이상 초입된 망상성정신병환자를 5-15년간 추적조사한 결과 망상상태 및 반응성정신병환자 94명중 완전회복은 27.7%, 불완전회복까지 포함시키면 92.6%에서 회복되었다고하여 초창기 연구들과는 판이하게 다르다. 따라서 항정신병약물은 후기망상증에서도 정신분열병에서처럼 상당한 치료효과가 있으며, 특히 치료초기에는 현저하다. 그러므로 좋은 의사와 환자관계를 형성하고 의사는 환자에게 비판적이기 보다는 증상적 접근을 하며, 고립을 감소시키고 치료에 대한 확신을 주어서 지속적인 유지치료를 했을때 좋은 치료반응을 보인다고 하였다(Berger와 Zarit 1978, Bridge와 Wyatt 1980⁴⁾, Ciompi 1980, Grahame 1982, Kay 등 1976, Post 1966). 저자의 조사에서도 급성증상이 호전된 경우가 후기망상증군에서 85%, 병식이 생긴 경우는 32.5%였다. 정신분열군에서는 72.2%의 급성증상 호전과 16.7%에서 병식을 갖게 되었다. 이들 양군에서 호전되지 않은 환자의 반수는 항정신병약물의 치료효과를 기대하기 어려운 2주전에 조기퇴원을 하였다.

다수의 연구가들이 후기망상증은 임상증상이 유사한 이질성집단이라고 하였다. (Fish 1960, Herbert와 Jacobson 1967, Jörgensen과 Jörgensen 1985, Kay 1963, Leuchter와 Spar 1985, Post 1966). 이번 조사대상인 후기망상증군에서도 DSM-III에 의한 최종진단은 비정형성정신병이 29명(72.5%), 망

상장애가 11명(27.5%)이었다. 이들 두 집단이 같은 병인지 아니면 다른 병인지에 대해서는 가족병력, 임상증상 및 치료성과 등에 대한 연구가 따로 되어져야겠다. 동시에 정신분열병과 임상증상이 유사한 비정형성정신병은 초발연령의 제한으로 정신분열병에 속할 수가 없어서 DSM-III의 정신분열병 진단기준에 다소 불합리한 면이 있는 것 같다.

청각 및 시각등의 감각장애는 후기망상증의 원인적 요인으로서 자주 언급되어왔으며 특히 청각장애에 대한 연구가 많이 행하여졌다(Christenson과 Blazer 1984, Cooper 1976, Eastwood 등 1981, 1985). Cooper 등 (1974, 1976)은 노인 입원환자연구에서 후기망상증에서의 청각 및 시각장애가 현저히 빈번했다고 보고 하였고, 다른문헌들에서도 후기망상증의 청각장애 빈도는 약 40%에 이른다고 했다(Herbert와 Jacobson 1967, Kay 등 1976). 저자의 조사에서는 청각장애 10%, 시각장애 5%로 확인되어 이들 외국의 선행연구들과는 큰 차이를 나타내었다. 이는 조사대상간의 연령차이에 의해서도 생겨날 수 있겠으며, 또한 Kay와 Roth(1961)의 후향성연구(retrospective study)에서는 청각장애 16%, 시각장애 9%로 보고하여 대부분의 전향성연구(prospective study)와는 큰 차이가 나므로 연구방법의 차이때문일 수도 있겠다. 다른 한편 Herbst와 Humphrey(1980)는 노인정신병환자들에 있어서 청각 및 시각의 장애는 환자의 주관적인 호소에 따라 실제장애빈도보다 과장되게 나타날 수 있다고 하여, 청각장애가 후기망상증의 중요한 원인이된다는 주장들이 재고되어야 할 필요성도 있을 것이다. 이번 조사에서는 후기망상증에서와는 달리 정신분열군에서 청각 및 시각장애가 확인된 경우는 없었다.

최근 미국에서 행해진 노인 정신건강에 관한 한역학적조사에서는 범피해적사고(generalized persecutory idea)를 가진 것으로 확인된 40명의 환자들중 약 절반에서 일상생활의 장애를 관찰할 수 있었다고 한다(Christenson과 Blazer 1984). 저자의 최근 1년간의 사회적응도에 대한 조사에서는 모든 환자에서 정도의 차이는 있으나 장애가 있었다. 후기망상증에서는 비교적 약한 장애정도인 'Good'과 'Fair'가 반이상을 차지하였으나 정신분열병군에서는 'Poor'보다 심한 적응장애가 대부분(88.8%)이었다. 이러한 양군간의 차이는 인격이 성숙된 이후 늦게 발병하는 후기망상증에서는 조기발병된 정신분열병과는 달리 인격의 황폐화가 일어나지 않고 비교적 일상생활에도 잘 적응한다(Bridge와 Wyatt

1980^{a,b}, Lehmann과 Cancro 1985, Roth 1955, Strömngren 1982)고 하여 각 질병사의 특성으로도 볼 수 있겠으나, 다른 한편으로는 후기망상증은 조발연령이 낮고 이병기간이 짧기 때문에 심한 적응장애가 적은 것으로 나타났다고 생각할 수도 있겠다.

Berger와 Zarit(1978)들은 사회적으로도 후기망상증의 한 원인적 요소가 된다고 하였고 이에 따르는 불안정에 대한 심한 우려움이 이상성격을 형성하여 망상을 쉽게 일으킬 요소가 된다고 했다(Bridge와 Wyatt 1980^a, Christenson과 Blazer 1984, Herbert와 Jacobson 1967, Kay 1963, Sjögren 1964). 후기망상증환자의 결혼상태와 자녀수에 대한 연구로는 Jörgensen과 Jörgensen(1985)의 보고에 따르면 결혼율이 70.8%였으며, 60.4%까지는 혼자산다고 했고, Kay(1963)는 연구당시 여자들의 평균 자녀수가 3.8명인데 반해 여자 후기망상증에서는 1.2명이라고 발표하였으며, 대부분의 다른 유럽 선형연구들에서도 후기망상증환자는 자녀수가 적고, 결혼율이 낮고 만혼 경향이며, 혼자사는 사람들이 많다는데 견해를 같이 하고있다. 그러나 장기 특징들은 국내의 건 등(1985)과 이번 조사결과와는 판이하게 다르다. 이는 양지역간의 결혼이나 자녀에 대한 가치관의 차이나, 부모나 노인을 공경하는 우리라의 문화와 개인적인 유럽문화와의 차이로 볼 수도 있겠다. 그러나 우리나라에서도 최근에는 산업사회의 발달에 따라 대가족제도의 붕괴가 증가하여 노인들이 점차 가족과 사회로부터 소외되어가고 있다는 사실을 고려해 볼 때 앞으로는 외국의 경우처럼 사회적 고립이 후기망상증의 한 원인적요소로 부각될 가능성도 생각해볼 수 있겠다. 한편 지자가 조사한 모든 환자들이 가족과 함께 살고 있다는 점을 고려해볼 때 사회적으로도 후기망상증의 원인이 된다는 이론 역시 재고해 볼 여지가 있겠다.

이상에서 45세이후의 후기망상증을 몇가지 측면에서 정신분열병과 비교하였고 다른 학자들의 연구와도 비교 고찰하였다. 그러나 대부분의 외국연구에서는 60세이상을 대상으로 삼았기 때문에 비교에는 한계점이 많았다.

요 약

지자는 1981년 1월부터 1986년 7월까지 계명대학교 의과대학 정신과에 입원한 환자로서 45세이후에 조발한 후기망상증환자 40명과 18명의 정신분열병 환자를 조사하였던바 후기망상증군과 정신분열병군

간에 통계적으로 유의한 차이가 없는 인자로는 남녀비, 입성증상, 입원기간, 치료성과, 결혼상태, 교육수준 및 직업상 이었다.

후기망상증군과 정신분열병군 사이에 통계적으로 유의한 차이가 있는 인자로는 조발연령, 입원당시 연령, 이병기간, 입원빈도, 사회적응도 및 자녀수 등이었다.

그러나 이러한 대부분의 차이는 정신분열병군의 조발연령이 후기망상증군보다 빠른 것과 밀접한 관련이 있을 것으로 생각된다. 따라서 정신분열병의 조발연령 제한만 있다면 후기망상증군은 정신분열병에 속할 수 있기 때문에 이들을 후기정신분열병군의 전원으로 정신분열병의 범주에 포함시키는 것이 더 적합한 것으로 생각된다.

참 고 문 헌

- 이경균: 정신의학, 서울, 일조각, 1985, p 145.
 전진숙, 상한일, 이성주: 45세 이후에 조발한 편집증후군의 특징. 대한신경정신의학회지 1985; 24: 111—123.
 정철호, 박용환, 하재창: 45세 이후에 조발한 망상성정신병의 특징. 최신의학지 1986; 3: 57—62.
 American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, ed 3. Washington, American Psychiatric Association, 1980, pp 28—31, 181—203.
 Babigian HM: Schizophrenia: Epidemiology, in Kaplan III, Sadock BJ(eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed 4. Baltimore, Williams and Wilkins, 1985, pp 644—645.
 Batchelor IRC: The diagnosis of schizophrenia. *Proc Ro Soc Med* 1964; 57: 11—13.
 Berger KS, Zarit S: Late-life paranoid states; Assessment and treatment. *Am J Orthopsychiatry* 1978; 48: 528—537.
 Bridge TP, Wyatt RJ^a: Paraphrenia; Paranoid states of late life. I. European research. *J Am Geriatr Soc* 1980; 28: 193—200.
 Bridge TP, Wyatt RJ^a: Paraphrenia; Paranoid states of late life, II. American research. *J Am Geriatr Soc* 1980; 28: 201—205.
 Cavenar JO, Brodie HKH: *Signs and Symptoms in Psychiatry*. Philadelphia, JB Lippincott, 1983, pp 467—477.

- Christenson R, Blazer D: Epidemiology of persecutory ideation in an elderly population in the community. *Am J Psychiatry* 1984 ; 141 : 1088—1091.
- Ciampi L: The natural history of schizophrenia in the long term. *Br J Psychiatry* 1980 ; 136 : 413—420.
- Cooper AF: Deafness and psychiatric illness. *Br J Psychiatry* 1976 ; 129 : 216—226.
- Cooper AF, Curry AR: The pathology of deafness in the paranoid and affective psychoses of later life. *J Psychosom Res* 1976 ; 20:97—105.
- Cooper AF, Cury AR, Kay DWK, Garside RF, Roth M: Hearing loss in paranoid and affective psychoses of the elderly. *Lancet* 1974 ; 2 : 851—854.
- Cooper AF, Garside RF, Kay DWK: A Comparison of deaf and non-deaf patients with paranoid and affective psychoses. *Br J Psychiatry* 1976 ; 129 : 532—538.
- Cooper AF, Porter R: Visual acuity and ocular pathology in the paranoid and affective psychoses of later life. *J Psychosom Res* 1976 ; 20 : 107—114.
- Eastwood MR, Corbin SL, Reed M: Hearing impairment and paraphrenia. *J Otolaryngol* 1981 ; 10 : 306—308.
- Eastwood MR, Corbin SL, Reed M, Nobbs H, Kedward HB: Acquired hearing loss and psychiatric illness: An estimate of prevalence and co-morbidity in a geriatric setting. *Br J Psychiatry* 1985 ; 147 : 552—556.
- Fish F: Senile schizophrenia. *J Ment Sci* 1960 ; 106 : 938—946.
- Fox HA: The DSM-III concept of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1981 ; 138 : 60—63.
- Grahame PS: Late paraphrenia. *Br J Hosp Med* 1982 ; i : 522—528.
- Grahame PS: Schizophrenia in old age (Late paraphrenia). *Br J Psychiatry* 1984 ; 145 : 493—495.
- Hare E: Epidemiology of schizophrenia, in Wing JK, Wing L (eds): *Handbook of Psychiatry* 3, *Psychoses of uncertain aetiology*, New York, Cambridge University Press, 1982, pp 42—48.
- Helzer JE: Schizophrenia: Epidemiology, in Michels R, Cavenar JO, Brodie HK, Cooper AM, Guze SB, Judd LL, Klerman GL, Solnit AJ(eds): *Psychiatry* 1. Pennsylvania, Lippincott Co, 1985, Chap 53, pp 18—19, Chap 54, p 13.
- Herbst KG, Humphrey C: Hearing impairment and mental state in the elderly living at home. *Br Med J* 1980 ; 281 : 903—905.
- Herbert ME, Jacobson S: Late paraphrenia. *Br J Psychiatry* 1967 ; 113 : 461—469.
- Jørgensen P, Jørgensen M: Paranoid psychosis in the elderly; A follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1985 ; 72 : 358—363.
- Kay DWK: Observations on the natural history and genetics of old age psychoses. *Proc Ro Soc Med* 1959 ; 52 : 791.
- Kay DWK: Late paraphrenia and its bearing on the aetiology of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1963 ; 39 : 159—169.
- Kay DWK: Schizophrenia and schizophrenia-like states in the elderly. *Br J Hosp Med* 1972 ; ii : 369—376.
- Kay DWK, Cooper AF, Garside RF, Roth M: The differentiation of paranoid from affective psychoses by patients' premorbid characteristics. *Br J Psychiatry* 1976 ; 129 : 207—215.
- Kay DWK, Roth M: Environmental and hereditary factors in the schizophrenias of old age (Late paraphrenia) and their bearing on the general problem of causation in schizophrenia. *J Ment Sci* 1961 ; 107 : 649—685.
- Kay DWK, Roth M: *Schizophrenias of old age, Process of aging; Social and Psychological perspectives*. Richard H Williams, Clark Tibbitts and Wilma Donahue, New York, Atherton Press, 1963, pp 402—448.
- Ketty SS: The syndrome of schizophrenia: unresolved questions and opportunities for research. *Br J Psychiatry* 1980 ; 136 : 421—

- 436.
- Kolb LC, Brodie HKH: *Modern Clinical Psychiatry*, ed 10. Philadelphia, WB Saunders Co, 1982, p 348.
- Kraepelin E: *Dementia praecox and paraphrenia*. Barclay RM (trans). Edinburgh, S Livingstone, 1919.
- Lehmann HE, Cancro R: Schizophrenia: Clinical features, in Kaplan HI, Sadock BJ (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed 4. Baltimore, Williams and Wilkins, 1985, p 697.
- Leuchter AF, Spar JE: The late-onset psychoses. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173: 488—494.
- Lindelius R: A study of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1970; (Suppl) 216.
- Mukherjee S: Reducing American diagnosis of schizophrenia: will the DSM III suffice? *Br J Psychiatry* 1983; 142: 414—418.
- Noreik K, Ødegard Ø: Age of onset of schizophrenia in relation to socio-economic factors. *Br J Soc Psychiat* 1976, 1: 243—249.
- Post F: *Persistent persecutory states of the elderly*, Oxford, Pergamon Press, 1966.
- Retterstøl N: Paranoid psychoses; The stability of nosological categories illustrated by a personal follow-up investigation. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 553—562.
- Roth M: The natural history of mental disorder in old age. *J Ment Sci* 1955; 101: 281—301.
- Sederer LI: *Inpatient Psychiatry, Diagnosis and Treatment*, ed 2. Baltimore, Williams and Wilkins, 1985, pp 57—58.
- Sjögren H: Paraphrenic, melancholic, and psychoneurotic states in the presenile-senile period of life. *Acta Psychiatr Scand* 1964; (Suppl) 176.
- Strömberg E: Subclassification of schizophrenia, in Wing JK, Wing L(eds): *Handbook of Psychiatry 3, Psychoses of uncertain aetiology*, New York, Cambridge University Press, 1982, p 18.