

나는, 정신장애인 ♡

건강주치의입니다



장애인 건강주치의  
정신적 장애 응대 매뉴얼







나는, 정신장애인 ♡

건강주치의입니다



장애인 건강주치의  
정신적 장애 응대 매뉴얼



## I. 정신장애 이해하기

1. 정신장애의 분류 .....	8
2. 장애인현황 .....	9
3. 정신건강 현황 .....	11
4. 정신장애 종류별 주요 원인 질환 .....	12

## II. 조현병

1. 조현병 이해하기 .....	16
2. 조현병의 임상 양상 .....	18
3. 조현병과 공존할 수 있는 질환 .....	20
4. 조현병 환자와 소통하기 .....	22

## III. 양극성 정동장애

1. 양극성 정동장애 이해하기 .....	28
2. 양극성 정동장애의 임상 양상 .....	30
3. 치료 방법- 치료약물의 상호작용 .....	32

## IV. 재발성 우울장애

1. 재발성 우울장애 이해하기 .....	36
2. 재발성 우울장애의 역학적인 특성 .....	38
3. 재발성 우울장애의 임상 양상 .....	41
4. 경과 및 예후 .....	46
5. 우울증 환자가 해야 할 일 .....	48
6. 우울증 환자를 위해 가족과 치료가 해야 할 일 .....	49

## V. 조현정동장애

1. 조현정동장애 이해하기 .....	52
2. 조현정동장애의 임상 양상 .....	53
3. 경과 및 예후 .....	53

## VI. 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애

1. 기질성 정신장애 이해하기 .....	56
2. 기질성 정신장애의 종류 .....	56
3. 치료 .....	57

## VII. 강박장애

1. 강박장애 이해하기 .....	60
2. 강박장애의 임상 양상 .....	61
3. 경과 및 예후 .....	63

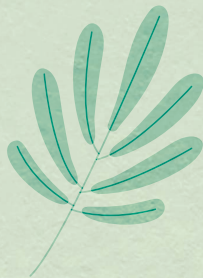
## VIII. 투렛장애

1. 투렛장애 이해하기 .....	66
2. 일반적인 치료원칙 .....	68
3. 경과 및 예후 .....	69

## IX. 기면증

1. 기면증 이해하기 .....	72
2. 기면증의 임상 양상(4대 증상) .....	74
3. 진단 .....	75
4. 경과 및 예후 .....	75

나, 정기정애인  
간주치의입니다





I

정신장애

이해하기

장애인 건강주치의  
정신적 장애 응대 매뉴얼

## I

## 정신장애 이해하기

## 1. 정신장애의 분류

우리나라 장애인복지법 시행령에 따르면 장애는 크게 신체적 장애와 정신적 장애로 구분되며, 이중 정신적 장애는 발달장애와 정신장애로 구분됩니다. 발달장애는 지적장애와 자폐성장애를 포함합니다. 정신장애란, 정신질환으로 발생하는 장애를 말하며 정신장애인은 다음의 8가지 정신질환에 따른 감정조절, 행동, 사고기능 및 능력의 장애로 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람을 의미합니다.

(출처 : 장애인복지법 시행령 별표1. 장애의 종류 및 기준에 따른 장애인)

- ✓ 조현병
- ✓ 양극성 정동장애
- ✓ 재발성 우울장애
- ✓ 조현정동장애
- ✓ 지속적인 치료에도 호전되지 않는 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애
- ✓ 지속적인 치료에도 호전되지 않는 강박장애
- ✓ 지속적인 치료에도 호전되지 않는 투렛장애
- ✓ 지속적인 치료에도 호전되지 않는 기면증

## 2. 장애인현황

보건복지부에서 2019년 등록장애인의 연령별, 장애 유형별, 성별, 장애 정도별 등 주요 지표별 『2019년도 등록장애인 현황』을 발표하였습니다. 2019년 말 기준 등록장애인은 261만 8,000명(전체 인구 대비 5.1%)으로 나타났습니다.



**| 연령별 |** 70대(58만 2000명, 22.2%), 60대(58만 4,000명, 22.3%)에서 등록 장애인 수가 가장 많으며, 전체 인구 대비 장애인등록 비율도 60대 이상(60대 9.3%, 70대 16.2%, 80대 21.6%)에서 높게 나타났습니다.

**| 성별 |** 남성 등록장애인의 비율(151만 명, 57.8%)은 여성(110만 명, 42.2%)보다 높았습니다.

**| 장애 유형별 |** 15개 장애 유형 분석 결과, 지체(122만 3,000명, 46.7%), 청각(37만 7,000명, 14.4%), 시각(25만 3,000명, 9.7%), 뇌병변(25만 2,000명, 9.6%) 순으로 비율이 높았으며, 가장 낮은 유형은 뇌전증(7,000명, 0.2%), 심장(5,000명, 0.2%), 안면(3,000명, 0.1%) 장애 순으로 나타났습니다.

**| 장애 정도별 |** 심한 장애로 등록된 장애인은 98만 명(37.6%), 심하지 않은 장애로 등록된 장애인은 163만 명(62.4%)입니다.

**| 지역별 |** 지역별로는 경기도 등록장애인 수가 56만 명(21.4%)으로 가장 많았으며, 세종이 1만 2,000명(0.5%)으로 가장 적게 나타났습니다.

표 1. 주요 지표별 등록장애인 현황(2019년 말 기준)

(단위: 천 명, %)

성별			연령별			장애유형별			장애정도별			시도별		
구분	인원	비율	구분	인원	비율	구분	인원	비율	구분	인원	비율	구분	인원	비율
합계			2,618(100)											
남성	1,513	57.8	0~9세	31	1.2	지체	1,223	46.7	심한 장애	985	37.6	서울	395	15.1
				시각	253	9.7	부산	175				6.7		
			10~19세	60	2.3	청각	377	14.4				대구	125	4.8
				20~29세	96	3.7	언어	21				0.8	인천	145
			30~39세		129	4.9	지적	213				8.1	광주	70
				40~49세	253	9.7	뇌병변	252				9.6	대전	73
			50~59세		476	18.2	자폐성	29				1.1	울산	51
				60~64세	309	11.8	정신	103				4.0	세종	12
			65~69세		275	10.5	신장	92				3.5	경기	560
				70~79세	582	22.2	심장	5				0.2	강원	101
80세~	407	15.5	호흡기		12	0.5	충북	98	3.7					
	여성	1,105	42.2	50~59세	476	18.2	간	13	0.5	심하지 않은 장애	1,633	62.4	충남	134
60~64세					309	11.8	안면	3	0.1				전북	132
				65~69세	275	10.5	장루·요루	15	0.6				전남	142
70~79세					582	22.2	뇌전증	7	0.2				경북	181
				80세~	407	15.5							경남	188
													제주	36

(출처: 장애인현황 통계정보보고서, 2020.12 보건복지부)



### 3. 정신건강 현황



**| 평생 유병률 |** 국가 정신질환 실태 조사에 따르면 정신질환의 평생 유병률<sup>\*</sup>은 25.4%로 18세 이상 우리 국민의 25.4%는 평생 중 한 번 이상 17가지 정신질환 중 한 가지 이상을 경험하고 있는 것으로 나타났습니다. 남녀별로는 남자 28.8%, 여자 21.9%로 남자의 평생 유병률이 여자의 약 1.3배이며 평생 유병률이 높은 순서대로 주요 정신질환군을 열거하면, 알코올사용장애가 12.2%, 불안장애가 9.3%, 니코틴사용장애가 6.0%, 기분장애가 5.3%(주요우울장애 5.0%), 조현병 스펙트럼장애가 0.5%, 약물사용장애가 0.2%였습니다.

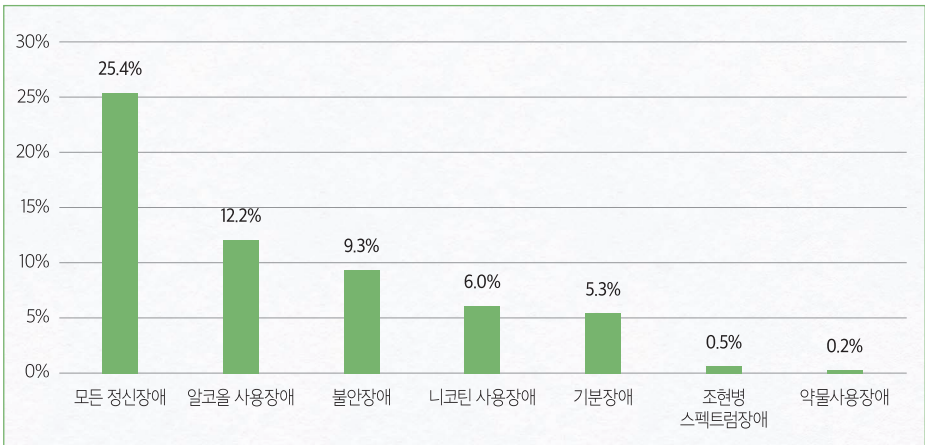


그림 1. 정신질환 평생 유병률

(출처: 2016년도 정신질환실태조사 2017. 보건복지부)

<sup>\*</sup> 평생 유병률이란, 한 가지 이상의 정신질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율을 말합니다.

## 4. 정신장애 종류별 주요 원인 질환

정신장애의 정도에 따른 원인 질환 및 장애 상태는 아래의 표와 같습니다. 다음의 기준은 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정 기준의 6항목 중 3항목 이상에서 얼마만큼의 도움이 필요한지에 따릅니다.



| 능력장애 측정기준 | 능력장애 측정기준 항목은 다음과 같습니다.

- ✓ 적절한 음식 섭취
- ✓ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지
- ✓ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계
- ✓ 규칙적인 통원, 약물복용
- ✓ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위
- ✓ 대중교통이나 일반 공공시설의 이용 등

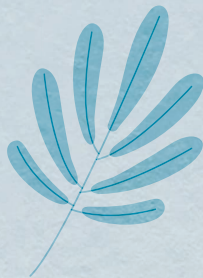


표 2. 정신장애의 정도에 따른 원인 질환 및 장애상태

장애정도	원인 질환 및 장애상태
장애의 정도가 심한 장애인	조현병으로 전적인/많은/간헐적 도움이 필요한 사람
	양극성 정동장애로 전적인/많은/간헐적 도움이 필요한 사람
	재발성 우울장애로 전적인/많은/간헐적 도움이 필요한 사람
	조현정동장애로 전적인/많은/간헐적 도움이 필요한 사람
	뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애로 전적인/많은/간헐적 도움이 필요한 사람
장애의 정도가 심하지 않은 장애인	조현병으로 경미한 도움이 필요한 사람
	양극성 정동장애로 경미한 도움이 필요한 사람
	재발성 우울장애로 경미한 도움이 필요한 사람
	조현정동장애로 경미한 도움이 필요한 사람
	강박장애로 수시로 도움이 필요한 사람
	투렛장애로 수시로 도움이 필요한 사람
	기면증으로 수시로 도움이 필요한 사람

(출처 : 장애정도판정기준, 보건복지부 고시 제2021-109호)

나를, 정서장애인  
건강주치의입니다





# II

## 조현병

장애인 건강주치의  
정신적 장애 응대 매뉴얼

# II

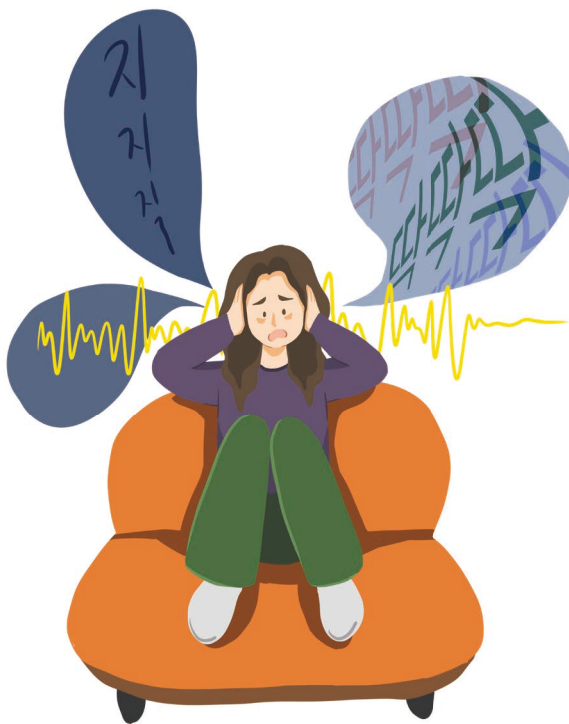
## 조현병

### 1. 조현병 이해하기



**| 개념 |** 조현병(schizophrenia)은 대표적인 중증 정신질환으로 인지, 감정, 지각, 사고, 행동의 변화를 포함하여 다양한 증상과 징후를 가집니다. 대개 25세 이전에 발병하여 평생 유지되며 개인의 모든 사회 활동에 영향을 미칩니다. 조현병은 아직 그 본질이 충분히 밝혀지지 않았으며 다양한 병인으로 인하여 발생하는 여러 종류의 질환일 가능성이 높고, 임상 양상, 치료반응 및 경과 역시 매우 다양합니다.

**| 역학 |** 조현병의 평생 유병률은 약 1%로 100명 중 한 명꼴로 발병하는 비교적 흔한 질병입니다. 우리나라 역학 연구에서는 0.4~0.7%로 보고되고 있습니다. 남녀 간 유병률은 비슷하지만, 긴 이환 기간과 음성증상을 중점으로 진단한 역학 연구에서는 남성의 유병률이 더 높게 보고되고 있습니다.



## 2. 조현병의 임상 양상

### 2-1. 양성증상

정신병적 증상 영역은 전형적인 정신병적 증상인 환각과 망상을 의미합니다. 이 두 가지 증상을 보이는 환자는 자신과 외부 세계 간의 경계가 상실되어 혼란에 빠지며, 자신의 사고와 지각과 실제 세계에서 관찰되는 것 사이를 구별할 수 없게 됩니다.



**| 환각 |** 자극이 없는데도 마치 있는 것처럼 지각하는 것으로, 질적으로 실제 지각과 비슷합니다. 조현병 환자들이 경험할 수 있는 환각은 다음과 같으며 여러 가지 환각이 함께 나타나기도 합니다.

- ✓ 환청(auditory)
- ✓ 환시(visual)
- ✓ 환촉(tactile)
- ✓ 환미(gustatory)
- ✓ 환후(olfactory hallucination)

**| 망상 |** 망상(delusion)이란 사고에 장애가 생긴 것으로, 그 사람의 교육적, 문화적 배경을 고려하더라도 사실이 아닌 것을 사실이라고 확신하는 것을 말합니다. 조현병에서 보이는 망상은 그 내용에 따라 피해망상(persecutory), 관계망상(reference), 신체망상(somatic), 종교망상(religious), 허무망상(nihilistic), 성적 망상(sexual delusion) 등 다양하며 이 중 피해망상이 가장 흔합니다.

| 와해증상 | 와해증상 영역(disorganization dimension)에는 와해된 언어, 와해된 행동과 괴이한 행동, 그리고 정동 불일치 등이 포함됩니다.

## 2-2. 음성증상

정상적으로 나타나는 정신기능이 결핍된 것을 의미하며 조현병에서는 감퇴된 정서 표현과 무의욕증의 두 가지 음성증상이 특히 뚜렷하게 나타납니다. 음성증상이 있는 조현병 환자들은 매사에 무관심하고 아무 일도 하지 않으려 하기 때문에, 게으르거나 나태한 사람으로 오해를 받을 수 있습니다.



- ✓ 정동둔마(affective flattening or blunting)
- ✓ 무의욕증(avolition)
- ✓ 무쾌감증(anhedonia)
- ✓ 무언증(alogia)
- ✓ 주의력 손상(attention impairment)

### 3. 조현병과 공존할 수 있는 질환



**| 비만 |** 조현병 환자들은 비슷한 연령대와 성별의 일반 인구집단보다 체질량지수가 높아 비만이 되기 쉽습니다. 이는 영양학적 불균형, 활동량의 감소와 더불어 일부는 항정신병 약물의 영향 때문으로 여겨지고 있습니다. 항정신병 약물 중 특히 올란자핀(olanzapine)과 클로자핀(clozapine)은 다른 약물에 비해 체중 증가 및 대사증후군(metabolic syndrome)과 관련성이 높습니다. 체중 증가는 심혈관 질환의 이환율 및 사망률의 증가, 당뇨병의 증가, 고지질혈증이나 폐쇄성 수면무호흡증과 같은 비만 관련 질환의 증가에 기여 할 수 있습니다.

**| 당뇨병 |** 조현병은 제2형 당뇨병의 위험성 증가와 연관이 있습니다. 조현병 환자는 일반 인구집단보다 당뇨병 유병률이 2~4배 높으며 대략 15~18%의 조현병 환자들이 제2형 당뇨병을 앓고 있는 것으로 추정됩니다.

**| 심혈관 질환 |** 조현병 환자는 일반 인구집단보다 심혈관질환에 의한 조기 사망의 위험성이 더 높아 심혈관질환은 조현병 환자의 주요 사망 원인 중 하나입니다. 다수의 항정신병 약물이 심장 전기생리(cardiac electrophysiology)에 직접적인 영향을 미치며 비만, 흡연율의 증가, 당뇨, 고지질혈증, 활동량이 적은 생활양식 등이 모두 독립적으로 심혈관 질환 이환율과 사망률을 증가시킵니다.

**| 감염성 질환 |** 조현병 환자는 일반 인구집단보다 HIV 감염과 간염이 더 흔하며 개발도상국에서 조현병 환자의 주요 사망 원인입니다. 조현병 환자의 HIV 감염 유병률은 3%, C형 간염 유병률은 8.5%로 일반 인구집단보다 각각 8배, 3.5배 더 높습니다.

**| 호흡기 질환 |** 조현병 환자는 일반 인구집단보다 만성폐쇄폐질환이 흔하며 천식으로 이어질 가능성도 2배 높은 것으로 보고되고 있습니다. 그 원인으로는 일반 인구집단보다 2배 높은 흡연율이 명백한 기여 인자로 여겨지며, 복부 지방의 증가로 인한 횡격막 운동의 제한이 만성폐쇄폐질환 위험성을 증가시킨다는 가설이 있습니다.

**| 류마티스관절염 |** 조현병 환자가 류마티스 관절염을 가질 확률은 일반 인구집단보다 약 1/3 정도 낮습니다. 그 이유에 대해 트립토판(tryptophan) 대사 이상, 프로스타글란딘(prostaglandin) 결핍, 코티코스테로이드(corticosteroid) 불균형, 정신사회적 및 유전적 요인의 차이 등 다양한 해석이 있지만, 이러한 연관성에 대한 임상적 의미는 아직 밝혀지지 않았습니다.

## 4. 조현병 환자와 소통하기



| 소통의 자세 | 조현병 환자와 함께 있을 때의 행동 요령은 다음과 같습니다.

- ✓ 행동이나 말을 이해할 수 없을지라도 인간으로서 존중한다.
- ✓ 최대한 도와주고, 허용적이며 긍정적인 태도를 취한다.
- ✓ 조용하고 명료하며 직접적으로 간단히 말한다.
- ✓ 모두가 편하게 할 수 있는 일상적인 대화 또는 활동에 참여시킨다.
- ✓ 아주 잘 알거나 그런 상황에 익숙하다는 확신이 없는 한 신체접촉이나 농담을 삼간다.
- ✓ 환자의 삶에 대해 많은 질문을 하지 않는다.
- ✓ 요청하지 않는 한 조언을 하지 않는다.
- ✓ 망상적인 사고를 일으킬 수 있으므로 종교, 정치 등 기타 정서적 반응을 일으킬 수 있는 주제에 대해 깊은 토론을 피한다.
- ✓ 허용할 수 없는 행동을 한다면, 해도 좋은 행동과 해서는 안 되는 일을 구체적으로 차분히 알려준다.



| 소통 방법 | 조현병 환자가 증상을 보일 때 소통 방법은 다음과 같습니다.

- ✓ 현실을 혼동할 때는 단순하고 직접적으로 말한다.
- ✓ 집중을 힘들어 할 때는 짧게 말하고 반복한다.
- ✓ 자극에 예민할 때는 자극을 줄이고 토론을 강요하지 않는다.
- ✓ 판단력에 장애가 있을 때는 합리적인 토론을 기대해서는 안 된다.
- ✓ 자신의 증상으로 인해 내면세계에 사로잡히는 경우 먼저 주의를 환기시키는 것이 좋다.
- ✓ 안전부절못하는 경우 초조함을 빨리 알아차리고 안전한 환경을 만드는 것이 좋다.
- ✓ 부적절하게 감정의 변화를 보이더라도 환자의 말과 행동을 개인적인 것으로 받아들이지 않는 것이 좋다.
- ✓ 다른 사람의 감정에 공감하지 못하더라도 증상으로 인정해야 한다.
- ✓ 심하게 위축되어 있으면 편안하게 말을 걸어 대화를 먼저 시작해보는 것이 좋다.
- ✓ 망상적인 내용을 이야기하더라도 옳고 그름에 대해 논쟁하지 말아야 한다.
- ✓ 공포스러워 하더라도 차분함을 유지하며 진정시킨다.
- ✓ 불안한 태도를 보이면 포용적인 태도를 취하는 것이 좋다.
- ✓ 자존감이 낮은 경우 긍정적인 태도로 환자를 존중한다.

| 환각 증상이 있는 환자의 행동 | 환자가 다음의 행동을 보이면 환각을 경험하고 있을 가능성이 큼니다.

- ✓ 누군가와 대화를 나누고 있는 것처럼 또는 누군가의 질문 또는 말에 감정 섞인 대답을 하는 것처럼 혼잣말하는 경우
- ✓ 뚜렷한 이유 없이 웃거나 미소를 짓거나 찡그리는 경우
- ✓ 낮이 나간 듯 또는 뭔가에 마음을 빼앗긴 듯 보이는 경우
- ✓ 대화나 일에 집중하기 어려워하는 경우
- ✓ 주위 사람이 보지 못하는 것을 보는 것 같은 경우

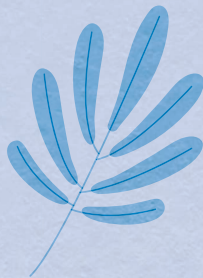
| 행동 시 주의사항 | 환자가 환각 증상을 보이는 경우 다음과 같은 행동은 주의해야 합니다.

- ✓ 환자 또는 경험을 조롱하지 말아야 한다.
- ✓ 충격을 받거나 심각한 일이 생긴 듯한 행동을 보이지 말아야 한다.
- ✓ 환각은 현실이 아니라고 말하거나 대수롭지 않게 무시 또는 폄하하지 말아야 한다.
- ✓ 환각의 내용 또는 그런 소리를 듣는 이유에 대해 긴 논쟁을 벌이지 말아야 한다.

| 망상에 대응하기 | 망상에 대해서는 다음과 같이 대응하는 것이 좋습니다.

- ✓ 어느 정도 든 망상의 자세한 내용에 대해 묻거나 토론을 벌이지 않는다.
- ✓ 망상에서 빠져나오도록 확신을 주려고 하거나 논쟁을 벌여선 안 된다.
- ✓ 구체적으로 묻지 않는 한 그런 생각이 터무니없다거나 망상에 불과 하다거나 사실이 아니라고 말하지 않는다. 또한, 물어보더라도 매우 조심스럽게 의견을 말해야 한다.
- ✓ 환자가 흥분한 상태가 아니라면 존중하는 태도로 차분히 중립적으로 귀를 기울여야 하며 망상적이 아닌 말에는 모두 대답해야 한다.
- ✓ 망상에 관해 이야기하는 경우 망상적인 내용을 피해 대화를 이끌어야 하며 분명하면서도 비판적이지 않은 태도로 다른 얘기를 나누자는 의사를 표시한다.

나를, 잠시잠깐  
가장추천드립니다



# III

양극성

정동장애

장애인 건강주치의  
정신적 장애 응대 매뉴얼

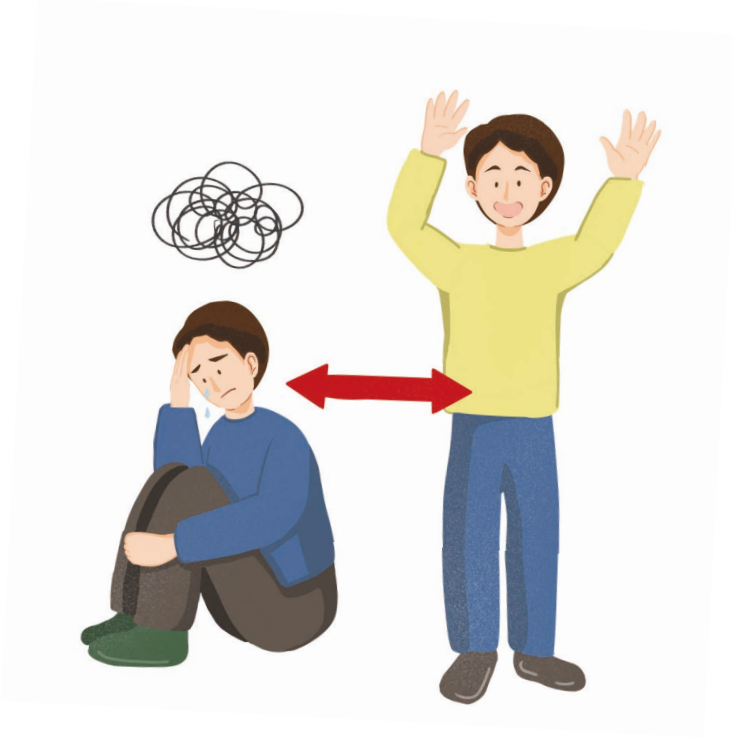
# III

## 양극성 정동장애

### 1. 양극성 정동장애 이해하기

**| 개념 |** 기분이 들뜬 상태인 조증과 우울한 기분이 지속되는 우울증이 번갈아가며 반복적으로 나타나는 정신장애로 조울증이라고 부릅니다.

**| 역학 |** 양극성 정동장애의 유병률은 일반적으로 0.6~2.5%로 성별의 차이는 없습니다. 하지만 연구자에 따라서 양극성 정동장애의 유병률을 3~6.5%까지도 보고하고 있습니다. 또한, 조증 삽화는 남성에서, 우울 삽화는 여성에서 더 흔하게 나타납니다. 남성에서 첫 삽화는 조증 삽화가 더 많고, 여성의 경우는 주요 우울 삽화가 더 많으며 주로 20대에 발병합니다.



## 2. 양극성 정동장애의 임상 양상

### 2-1. 조증 증상



**| 전통적인 증상 |** 전통적인 유쾌성 조증(euphoric mania)의 증상은 명백합니다. 즉 고양된 기분과 함께 과대성, 빠른 정신운동 속도, 아이디어의 쇄도, 주의산만, 그리고 수면 욕구 감소 등이 나타납니다. 조증 환자는 위트가 있고, 행동이 대범하며, 농담을 좋아합니다. 하지만, 조증 삽화의 증상은 환자에 따라 개인차가 있으며, 동일한 환자에게서도 시간에 따라 차이가 있습니다. 따라서 조증 환자는 사람들에게 활기를 불어넣기도 하지만 짜증나게 할 수도 있습니다. 이러한 감정 교류 방식은 조증에서 매우 특징적입니다.

**| 조증의 기분 |** 조증의 기분은 변하기 쉬워서 신뢰할 수가 없습니다. 갑자기 눈물을 흘리는 경우가 있지만 계속해서 울지는 않습니다. 또한 많은 조증 환자의 경우 기분이 너무 좋은 상태를 보이다가도 굉장히 신경질적으로 변하기도 하며 기분이 바뀔 때 매우 적대적으로 변할 수도 있습니다. 즉 불안정한 기분과 적대감은 조증에서 흔히 나타나는 임상증상입니다. 조증의 기분은 평균적으로 과민한(irritable) 기분이 가장 많고(71%), 그다음으로 유쾌한 기분(63%) 또는 대범한 기분(60%), 불안정한 기분(49%), 우울한 기분(46%)순으로 나타납니다.



## 2-2. 우울증 증상



**| 일반적 특징 |** 양극성 우울증기에는 일반적으로 정신운동지연 (psychomotor retardation)이 특징적으로 나타납니다. 양극성 우울증은 발병과 시작이 급작스럽게 일어나기도 하고, 수 주에 걸쳐 서서히 발병할 수도 있습니다. 이러한 우울증은 회복되어 증상이 없어지거나 조증으로 직접 전환될 수도 있습니다. 양극성 정동장애의 우울증 상태는 사고와 언어의 속도, 기력, 식욕, 체중, 성욕, 즐거움을 느끼는 능력 등 보통 정서와 행동의 거의 모든 면에서 지연되거나 감소하는 특징이 있습니다.

**| 정신운동 속도 |** 우울증 기간에는 정신운동 속도가 현저하게 느려져서, 환자들은 “두뇌 회전이 잘 안 되고, 머리가 멍하고 느려서 멍청해졌다.”, “정신집중이 잘되지 않는다.”, “기억력이 심하게 나빠졌다.”라고 말합니다.

**| 활동과 행동속도 |** 양극성 우울증에서는 활동이나 행동이 느려집니다. 이와 함께 피로감, 활동 감소, 대인관계 위축, 의욕 감퇴, 현저한 수면 변화(주로 불면이나 일부 과다수면), 식욕 변화(대부분 식욕감퇴나 일부 식욕과다), 체중 변화(감소 또는 일부 증가) 등이 특징적으로 나타납니다. 이런 상태의 환자들은 흔히 “내 몸이 너무 처지고 늘어져서 땅속으로 들어가는 듯하다.”, “힘이 없다.”, “피곤 하다.”라고 호소합니다.

### 3. 치료방법 - 치료약물(기분안정제, mood stabilizers)의 상호작용



| 리튬, lithium | 리튬의 배설을 촉진시켜 혈중농도를 감소시키는 약물로는 아세트졸아미드, 아미노필린, 유레아, 만니톨 등이 있습니다. 이노제와 비스테로이드성 소염제는 리튬의 혈중농도를 증가시킬 수 있으며 안지오텐신 전환효소 억제제 (angiotensin converting enzyme inhibitor)와의 병용 투여 또한 리튬의 혈중농도를 증가시킵니다.

| 발프로에이트, valproic acid | 아스피린, 제산제, 플루오세틴, 토피라 메이트는 발프로에이트의 혈중농도를 증가시킵니다.

| 카바마제핀, carbamazepine | 카바마제핀은 항정신병약물, 벤조디아제핀, 발프로에이트, 티아가빈, 토피라메이트의 혈중 농도를 감소시킵니다. 리튬과의 병용 투여는 신경독성 작용의 위험성을 증가시키며 다른 항경련제들과 병용 시에는 갑상선 기능의 변화를 초래할 수 있습니다.

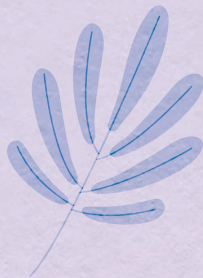
\* 대표적 이노제로는 '티아자이드'가 있습니다.

\* 대표적 비스테로이드성 소염제로는 '이부프로펜'이 있습니다.

**| 라모트리진, lamotrigine |** 발프로에이트는 라모트리진의 혈중농도를 증가시키고 또한, 발진 등의 발생이 증가합니다. 효소 유도성 항경련제들과 병용 투여 시 라모트리진의 혈중농도가 감소하며 리튬, 옥스카르바제핀, 비전형 항정신병 약물 및 항우울제들과 병용 투여 시에는 약물 상호작용의 위험성이 적어집니다.

**| 토피라메이트, topiramate |** 효소 유도성 항경련제와 병용 투여 시 토피라메이트의 혈중농도는 감소합니다. 토피라메이트는 페니토인과 발프로에이트의 대사를 촉진합니다. 토피라메이트와 발프로에이트의 병용 투여 시 고암모니아혈증 발생 사례가 있습니다. 토피라메이트는 항당뇨병 약물인 메트포르민(metformin)의 혈중농도를 증가시킵니다. 또한, 탄산탈수효소억제제와 상호작용이 있어 신장 결석 발생의 위험성이 증가하고 경구 피임약의 효과를 억제합니다.

나, 잠시잠자면  
가장추운이입니다



IV

재발성  
우울장애

장애인 건강주치의  
정신적 장애 응대 매뉴얼

## IV

## 재발성 우울장애

## 1. 재발성 우울장애 이해하기

**| 우울의 개념 |** 우울이라는 단어는 우리가 주변에서 흔히 접할 수 있는 일시적인 기분의 저하에서부터 일상의 큰 지장을 초래하거나 자살에 이르게 할 수도 있는 심각한 질환에까지 광범위하게 사용됩니다. 사실 즐거운 일이 있을 때, 즐거워하고 슬픈 일이 있을 때 슬퍼하는 것은 자연스러운 일이며, 건강한 것입니다. 어떤 자극에 의하여, 이전보다 혹은 사회 통념상 다른 사람들의 반응에 비하여 지나치게 우울하다면 기분을 조절하는 데 문제가 있다고 생각해볼 수 있습니다. 또한 특별히 슬퍼해야 할 일이 없는데도 불구하고 자신의 생활에 지장을 줄 만큼 부적절하게 우울하다면 기분을 경험하고 표현하는 데 장애가 있을 수 있습니다.

| 기분의 개념 | 기분이라는 단어에는 일시적인 불행감<sup>✱</sup>과 관련된 의미를 내포하고 있습니다. 여기에는 실연을 당한 후 며칠간 느끼는 슬픈 감정이나 취직에 실패하고 느끼는 좌절감, 화가 나거나 슬픈 일에 대한 정상적인 간혹 비정상적인 감정적 반응이 포함되지만, 우울장애는 이러한 단순한 기분 변화뿐만 아니라 신체적 및 정신적, 행동적인 변화나 어려움이 더 지속적이고 심한 경우를 의미합니다.



✱ 일시적인 불행감이란, 짧은 순간이나 수 시간 혹은 3~4일 정도까지도 지속될 수 있는 불행감을 말합니다.

## 2. 재발성 우울장애의 역학적인 특성



**| 일반적인 유병률 |** 주요우울장애는 비교적 흔한 정신장애입니다. 일반적으로 서구권에서는 남자의 경우 5~10%, 여자의 경우 10~25% 정도가 일생에 한 번 이상 주요우울장애에 걸리는 것으로 알려져 있습니다. 최근 조사에서 주요우울장애의 평생 유병률은 4.4~30% 정도로 보고되며, 서구 문화권을 통틀어 약 16%의 평생 유병률을 보입니다. 한국에서는 일반적으로 성인의 평생 유병률은 3.3~5.6%, 시점유병률은 2% 안팎으로 파악되고 있습니다.

**| 연령별 차이 |** 재발성 주요우울장애는 평균발병연령이 30~35세 사이이며, 단일삽화의 주요우울장애는 조금 더 늦게 발병합니다. 유전적 소인은 연령이 낮을수록 줄고, 사회적 스트레스는 젊은 사람에게 더 큰 위험요인이 됩니다. 반면, 나이가 들수록, 고립된 생활, 대인 접촉의 감소, 신체 질환, 장애 등이 우울장애의 주요 위험요인이 됩니다. 조기에 발병하는 우울장애(early-onset depression)는 여성의 비율이 더 높으며 나이가 들어도 재발의 가능성은 줄지 않는데, 이는 주요우울장애가 흔히 재발하는 질병이기 때문입니다.



| 성별 차이 | 주요우울장애는 시대, 사회, 민족, 문화에 상관없이 비슷한 정도로 발생합니다. 하지만, 여자에서 2배 정도 많이 발생합니다. 여자에서 더 많이 발생하는 이유에는 많은 의견이 있을 수 있으나 산후 우울장애, 갱년기 우울장애, 월경 전 불쾌감 장애 등에서 알 수 있듯이 여성호르몬이 영향을 미칠 것으로 생각합니다. 이와 함께 여성에서 스트레스에 대한 민감도의 증가, 부적응적인 대처전략의 선택, 다양한 사회적 역할과 여성이 우울 증상발현 이전에 불안 장애가 더 많기 때문에 이 불안 증상이 우울장애를 발현시키는 데 중요한 역할을 하게 되어 여성에게서 높다는 것이 개략적인 설명입니다. 이외에도 문화마다 조금씩은 다르지만, 여성이 사회 문화적 스트레스가 더 많고, 해소할 방법이 제한적이기 때문이라는 의견도 있습니다. 즉, 생물학적·정신사회학적 변인의 복잡한 상호 작용으로 인한 차이라는 것이 핵심적인 이유입니다. 한편 남성들은 우울 증상을 여러 가지 이유로 덜 표현하거나, 알코올과 같은 물질의 사용이 우울 증상을 가릴 수 있기 때문일 수도 있습니다.

| 자살과의 관련성 | 주요우울장애는 자살과 밀접한 관련이 있습니다. 일반적으로 자살기도자의 70%는 정신장애를 가지고 있으며, 그중 70%는 주요우울장애 환자인 것으로 추정하고 있습니다. 주요우울삽화 기간에는 항상 자살에 대한 가능성을 염두에 두어야 합니다. 자살의 위험 요소는 다양하며 남성, 미혼 혹은 이혼, 독거 상태, 현저한 무 망감을 가지고 있는 경우 등은 자살 성공의 위험도를 높이는 요소입니다.



### 3. 재발성 우울장애의 임상 양상

#### 3-1. 기분 증상

주요우울장애의 가장 핵심적인 증상은 기분의 부정적인 변화입니다. 우울감이 대표적인 예이나 우울장애에서의 기분 변화는 단순한 우울감으로 나타나지 않는 경우도 많으며 고통스러운 기억의 회상, 불쾌한 사건에 대한 감수성의 증가, 즐거운 사건에 대한 감수성의 감소, 무쾌감증(anhedonia), 무감동(apathy), 감정적 둔마 등의 형태로 나타나기도 합니다.



**| 우울감 |** 우울감은 지속되는 감정적 상태로 부정적 정동의 각성을 의미하며 불행감, 괴로움, 슬픔, 낙담, 공허감 등의 형태로 표현되기도 합니다. 우울감은 매우 고통스러운 감정으로 극심한 신체적 통증보다 더욱 고통스럽게 느껴질 수도 있습니다. 정상 감정반응과 다른 특징은 죽고 싶은 생각이 들거나, 자신을 고통으로부터 편하게 해줄 방법을 찾게 할 정도로 고통의 정도가 극심하다는 것입니다. 또한 슬픈 감정 및 이와 관련된 느낌은 개인의 일상 전반에 파고들어 사회적 수행 능력에 영향을 주고 우울감은 장기간 지속되어 환자에게 불변의 감정적 상태라는 느낌이 들게 합니다. 우울감은 저절로 발생하기도 하며 만약 스트레스 상황에 의하여 촉발되는 경우라도 결국에는 저절로 더욱 심해져 스트레스 사건과는 분리되어 존재하게 되며, 타당한 논리적 설득과 격려로도 호전되지 않습니다.

| 기타 기분증상 | 우울감 이외의 기분 증상으로는 무감동, 흥미나 즐거움의 상실 등이 있습니다. 우울장애환자는 고통스러운 감정에 대한 지각의 증가와 함께 정상적인 감정을 경험하는 능력의 저하가 동반됩니다. 또한 환자들은 이전에 즐거움을 느꼈던 활동에서 흥미, 즐거움 등의 감정을 느끼지 못하며 감정을 표현하는 능력이 저하되어 일부 환자들은 ‘울 수도 없다.’라는 표현을 합니다. 즉 우울감이 호전되면 울 수 있게 된다는 역설적 상황이 나타납니다.



### 3-2. 사고 및 인지증상



| 우울사고의 핵심적인 특징 | 모든 부분에 대한 환자의 관점이 극단적으로 부정적이라는 것입니다. 환자가 느끼는 자책감에는 타당성과 균형감이 없지만 모든 일을 자기 자신의 책임으로 돌리는 모습을 보입니다.

| 인지 증상 | 집중력과 주의력 저하, 부정적 사고, 죄책감, 자살사고 등이 우울장애에서 흔하게 나타나는 인지 증상입니다. 인지적 관점에서 우울장애 환자는 자신, 세상, 그리고 미래에 대한 부정적 평가를 하는 것을 특징으로 하며 이를 우울장애의 인지삼제(cognitive triad) 라고 합니다. 우울장애 환자는 이러한 왜곡된 사고로 인해 상실감, 낮은 자존감과 자신감, 자책감, 죄책감, 무력감, 무망감 등을 갖게 되고, 증상이 악화되면 반복적인 자살사고까지 생길 수 있습니다.

| 망상 | 우울장애 환자에게는 자신이 재산을 모두 잃었거나 이 때문에 가족이 어렵다는 빈곤망상, 암이나 후천성 면역결핍증과 같은 질환에 걸렸다는 질병 망상, 신체의 일부가 상실되었다는 허무망상 등이 나타나기도 하며, 드물게는 세상이 곧 멸망할것이 라는 망상에 사로 잡혀 가족의 도덕적 - 신체적 파괴를 막기 위하여 가족을 살해하고 자신도 자살하는 경우도 있습니다.

✓ 한편 환자들은 사고가 둔해지고 생각이 떠오르지 않고 이해력이 저하되는 증상을 경험하기도 합니다.

### 3-3. 정신운동증상(psychomotor symptoms)

정신운동증상은 관찰하기 용이하고 객관적으로 평가할 수 있다는 점에서 우울장애 증상의 평가에 중요한 부분입니다. 정신운동증상은 신체활동 및 정신적, 감정적 활성의 변화로 나타나며 정신운동초조와 정신운동지체로 구분할 수 있습니다.



**| 정신운동초조 |** 정신운동활동의 과잉 상태이며, 흔히 불안, 자극과민성 등이 동반되며 우울장애에서 흔합니다. 말이 빨라지거나, 안절부절못하며, 머리카락을 잡아당기는 등의 형태로 나타나 관찰하기는 쉬우나 우울장애에 특이한 증상은 아닙니다.

**| 정신운동지체 |** 정신운동활동의 저하 상태이며, 비교적 우울장애의 특이한 증상으로, 신체 움직임의 속도 저하, 자발적인 운동의 중단, 가면과 같은 표정, 구부정한 자세와 아래를 향하는 시선, 자극에 대한 반응시간의 지체, 말소리 크기의 감소 및 말을 멈추는 시간의 증가 등으로 나타납니다. 또한 사소한 일에도 큰 노력이 필요할 정도의 극도의 피로감, 마치 시간이 멈추거나 천천히 흐르는 듯한 주관적인 느낌, 주의력과 기억력의 저하, 불쾌한 주제에 대한 반복적이고 고통스러운 생각의 반추 등도 정신운동지체의 증상입니다. 노인에게서 정신운동지체가 심한 경우 기억력 저하, 지남력장애, 혼동 등을 경험하는데, 이는 가성치매(pseudodementia)의 형태로 나타날 수 있습니다.

### 3-4. 수면, 식욕, 성욕

수면, 식욕, 성욕은 우울장애에서 나타나는 가장 흔한 생물학적인 증상이며 우울 장애의 중증도를 나타내는 지표와 같은 역할을 합니다.



**| 식욕부진 및 체중감소 |** 우울장애 환자에서 가장 일관된 신체 증상으로 흔히 식욕이 감퇴되고 많은 경우 억지로 먹어야 한다고 느낍니다.

**| 수면장애 |** 우울장애의 주요증상 중 하나입니다. 우울장애 환자는 흔히 야간수면 중 각성으로 괴로워하는데, 특히 새벽에 자주 깨며 얇은 수면으로 인해 우울로 인한 고통을 온종일 지속적으로 경험하게 됩니다.

**| 성욕 감퇴 |** 성욕 감퇴는 우울장애를 겪는 남녀 모두에게서 나타납니다. 일부 여성 우울장애 환자는 월경이 일시적으로 중단될 수도 있습니다. 하지만, 소수의 환자에게는 성욕과 성적 활동이 강박적으로 증가하기도 합니다.

## 4. 경과 및 예후



| 경과 | 약 50%의 환자들이 40세 이전에 발병하며 가족력이 있는 경우 발병 연령이 낮아지는 경향이 있습니다. 일반적으로 우울장애는 급성질환으로, 시간이 경과 함에 따라 자연스럽게 호전되며, 평균 6개월에서 9개월이 지나면 완전히 회복되는 질병이라고 생각하는 것이 전통적인 관점이었습니다. 그러나 실제 임상에서는 이런 전통적인 관점과는 다른 환자가 매우 많으며, 완전히 회복하는 데 많은 시간이 걸리거나, 완전히 회복하지 못하고 잔류 증상이 지속되어 만성화되는 과정을 밟는 경우가 흔합니다. 주요우울장애의 경과는 다음과 같은 특징이 있습니다.

- ✓ 주요우울장애는 흔하게 재발하는 질환으로 주요우울장애로 치료를 받으러 오는 사람 중 50~85%가 최소한 1회 이상의 재발을 경험한다.
- ✓ 주요우울장애의 삽화가 반복될수록 재발의 위험은 증가하고, 회복하여 지내는 관해기는 짧아진다. 주요우울장애 환자에 대한 10년 추적조사 연구에 따르면 삽화마다 재발의 확률은 16%씩 증가하며 삽화 사이의 기간은 점점 짧아지는 것으로 알려져 있다.



**| 예후 |** 대부분의 주요우울장애는 완전 회복되지만, 일부에 있어서는 경도의 우울 증상이 남아서 만성화되기도 하고 재발이 반복되는 경우도 많으므로 주요우울장애의 예후가 아주 좋다고만 할 수 없습니다. 평생동안 약 85%의 환자가 만성화되는 것으로 보이고, 1년 관해율은 약 40%입니다. 연구에 따라 다르지만, 일반적으로 60~70%에서 재발하는 것으로 보입니다.

**| 자살률 |** 주요우울장애는 다른 신체 질환의 치명률을 높이기도 하지만, 자살률도 높은 주요정신질환입니다. 실제 자살사망자의 90% 이상이 정신질환과 관련이 있으며, 그중에서도 기분장애가 50% 이상을 차지합니다. 우울장애 환자의 약 15%가 자살로 생을 마감하는 것으로 알려졌는데 이는 일반 인구의 30배에 달하는 수치입니다. 우울장애 환자는 특징적인 부정적 사고의 영향으로 무가치감, 미래에 대한 부정적 전망, 현재의 나쁜 상황이 바뀌지 않을 것이라는 생각과 우울증의 고통에서 자신을 구원할 수 있는 것은 아무것도 없다는 생각 때문에 자살을 시도합니다.

## 5. 우울증 환자가 해야 할 일



우울증 환자가 해야 할 일은 다음과 같습니다.

- ✓ 우울증은 자신이 약해서 생긴 병이 아니다. 따라서 전문적인 도움을 받아야 한다.
- ✓ 항우울제의 치료 효과는 수주에서 수개월이 소요되기 때문에 치료 시작 후 갑자기 좋아질 것으로 기대하지 않는다.
- ✓ 우울 증상이 있는 시기에 내린 결정은 회복 후 후회할 수 있기 때문에 중대한 의사 결정은 병이 나은 후로 연기한다.
- ✓ 다른 사람들과 함께 지내도록 노력한다.
- ✓ 기분을 좋게 만드는 활동에 참여한다.



## 6. 우울증 환자를 위해 가족과 치료가 해야 할 일



우울증 환자를 위해 가족과 치료가 해야 할 일은 다음과 같습니다.

- ✓ 시간을 가지고 격려하며 도와주면 분명히 낫는 병임을 명심한다.
- ✓ 증상에 대해 비난하지 않는다.
- ✓ 환자의 어려움을 충분히 들어주고 이해, 공감을 하되 선부른 충고는 하지 않는다. 도움이 된다고 생각하고 말한 충고가 환자에게는 또 다른 부담이 될 수 있기 때문이다. 예를 들면, 여행을 가라고 한다든지, 마음을 단단하게 먹으라고 한다든지 하는 말은 오히려 환자를 힘들게 할 수 있다.
- ✓ 여러 가지 활동에 참여를 권하되 조금하게 강요하지 않는다. 단, 환자가 원치 않으면 절대 권유하지 말아야 한다.
- ✓ 자살에 대해 말하는 것은 반드시 의사에게 알린다.
- ✓ 치료를 받도록 적극적으로 권유하고, 약을 잘 먹도록 도와야 한다.

나를, 잠시잠자게  
7월 7일 주치의입니다



V

조현정동

장애

장애인 건강주치의  
정신적 장애 응대 매뉴얼

## V

## 조현정동장애

## 1. 조현정동장애 이해하기

| 개념 | 조현병과 기분장애의 양쪽 증상을 함께 가지고 있는 질환입니다.

| 역학 | 조현정동장애의 평생 유병률은 조현병보다 낮은 0.3~0.8%로 보고됩니다. 양극형 조현정동장애의 남녀 유병률은 비슷하나 우울형 조현정동장애는 여성에서 두 배 정도 높습니다. 또한, 양극형 조현정동장애의 발병은 초기 성인기에 흔한 반면, 우울형 조현정동장애는 더 나이 든 성인에서 발병하는 편입니다. 조현병에서처럼 여성의 발병 시기가 남성보다 늦습니다.

---

## 2. 조현정동장애의 임상 양상

조현정동장애로 진단되는 환자는 우선 조현병의 진단기준에 해당하는 망상, 환각, 괴상한 행동, 음성증상 등을 가지고 있고, 정신병적 증상과 함께 조증 삽화 및 주요우울삽화의 진단기준에 부합하는 증상이 있어야 합니다. 특히, 조현병의 음성증상과의 감별을 위해 조현정동장애의 우울형은 주요우울장애의 기준을 모두 만족해야 합니다. 조현정동장애에서는 직업 기능의 손상이 자주 나타나지만 이러한 직업 기능의 손상은 조현병의 경우와는 달리 진단기준에 포함되어 있지는 않습니다. 더불어 대인관계 위축, 자기관리의 어려움 등 음성증상도 조현병보다 심하지 않고, 덜 지속적이며, 병식의 결함도 상대적으로 심하지 않습니다.

---

## 3. 경과 및 예후

조현정동장애의 진단은 정신병적 증상이 있는 환자에서 주요 기분 삽화를 만족하는 증상이 전체 질병 기간(활성기 및 잔류기)의 대부분 동안 존재해야 하므로, 질병의 경과에 따라 기분 증상 없이 정신병적 증상만 나타나는 기간이 길어지면 진단이 바뀔 수 있습니다. 이러한 질병의 특성상 조현정동장애의 경과나 예후는 다양하게 보고됩니다. 조현정동장애의 예후는 전반적으로 조현병보다는 다소 양호하지만 기분장애의 예후보다는 불량합니다. 조현정동장애 환자의 신경인지기능장애나 직업 기능 손상 또한 양극성 장애 환자보다 심합니다. 조현정동장애 환자를 장기간 추적 관찰한 결과 질병의 예후가 정신병적 증상을 동반한 기분장애 보다 조현병의 경과와 더 유사한 것으로 나타났습니다. 조현정동장애 환자 중에서는 기분 증상이 주가 되는 환자보다 정신병적 증상이 주가 되는 환자가 더 나쁜 경과를 보이는 것으로 보고됩니다.

나, 정시정애인  
가장추위의입이다





VI

뇌의 신경학적  
손상으로 인한  
기질성  
정신장애

장애인 건강주치의  
정신적 장애 응대 매뉴얼

# VI

## 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애

### 1. 기질성 정신장애 이해하기

| 개념 | 뇌졸중, 사고로 인한 뇌손상과 같은 신체질환에 의한 뇌기능 이상을 원인으로 하는 정신질환을 의미합니다.

### 2. 기질성 정신장애의 종류

| 기질성 정신병적 장애 | 일반적으로 신체장애에 의해 인지기능 저하 없이 환각과 망상 등 정신병적 증상을 보이는 경우로 설명됩니다. 정신병적 장애를 가진 환자에 대한 평가에서 뇌종양, 물질 또는 코티졸과 같은 약물의 복용 등 의학적 상태가 정신병적 증상을 초래했을 가능성이 있는지 고려되어야 합니다.

**| 기질성 기분장애 |** 의학적 상태로 인한 직접적인 생리적 결과에 의해 기분 변화가 생기는 경우를 말합니다. 이차성 기분장애로도 알려져 있으며 수면 곤란, 식욕저하, 피로와 같은 우울증의 증상을 보입니다. 또한, 우울증에서 발견되는 심리증상, 신체증상이 동반됩니다.

**| 기질성 불안장애 |** 많은 의학적 질환이 불안과 관련되어 있습니다. 불안은 신체 질환의 직접적 생리적 결과에 의해 발생하게 됩니다. 기질성 불안장애는 공황발작, 전반적 불안, 다른 스트레스 징후 등을 증상으로 하며 공황장애 증상이 가장 흔하게 발생합니다.

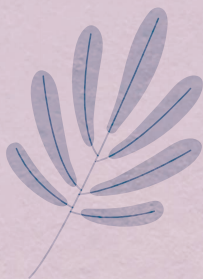
**| 기질성 성격장애 |** 뇌손상 이후 이전과 확연히 비교되는 성격의 변화가 특징적이며, 진단을 위해서는 반드시 성격 변화 시점에서 선행되는 뇌의 신경학적 손상이 확인되어야 합니다. 감정 및 충동조절의 장애가 특징적이며 전두엽증후군의 경우 무관심과 무감동이 흔합니다.

### 3. 치료

기저질환의 진단과 치료가 우선이고 가장 중요합니다. 증상에 따라서 항정신병약물, 항우울제, 항불안제 등의 약물치료가 필요합니다.

나를, 잠시잠가다

가장추운겨울이다



# VII

## 강박장애

장애인 건강주치의  
정신적 장애 응대 매뉴얼

## VII

## 강박장애

## 1. 강박장애 이해하기



**| 개념 |** 강박장애는 강박사고와 강박행동을 특징으로 합니다. 강박사고(obsession)는 반복적, 자아 비동조적, 침습적이며 말이 안 되고, 불쾌한 사고로 정의됩니다. 강박행동(compulsion)은 미래의 사건이나 상황을 예방하기 위한 목적을 지닌, 어떤 규칙을 따르거나 상동적인 방식으로 행해지는 행위로 정의됩니다.

**| 역학 |** 평생 유병률은 약 2~3%로 비교적 흔한 질환입니다. 성비는 유사합니다. 남자가 여자보다 일찍 발병하지만, 나이가 들어가며 남녀의 유병률은 같아집니다. 발병연령은 남녀 모두 10대에 최고점을 이루며, 20대가 다음을 이룹니다. 단, 여성의 경우는 10대와 20대 후반의 쌍봉선을 이룹니다. 국내에서는 75% 이상이 30세 이전에 발병하며 학력, 지능이 높은 경향이 많습니다.

## 2. 강박장애의 임상 양상

강박장애의 전형적인 증상은 강박사고와 강박행동입니다.



**| 강박사고 |** 오염이 되었을지도 모른다는 걱정과 같은 ‘사고(thought)’, 끔찍한 장면과 같은 ‘영상(images)’, 또는 누군가에게 해를 끼칠 것 같은 ‘충동(urges)’으로 나타납니다. 반복적, 지속적이고, 즐겁거나 자발적으로 경험되는 것이 아닌 침습적이고 원치 않은 내용으로서 상당한 불안이나 고통을 초래하는 특성을 지닙니다. 강박사고를 경험하면, 이를 무시하거나 억제하려고 노력하거나, 다른 생각이나 행동(강박행동)을 통해 이를 중화시키려고 합니다.

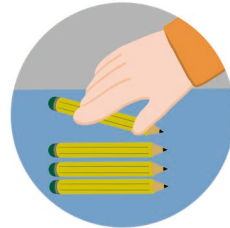
**| 흔한 강박사고 |** 강박사고 중에는 오염에 대한 공포와 더불어 공격적 사고가 가장 흔하며 약 절반 이상의 환자들에게서 관찰됩니다. 공격적 사고에는 내가 친구를 칼로 찌르지 않을까, 도둑질을 하지 않을까 하는 등의 공격적 충동을 행동화하지 않을까 하는 우려가 포함됩니다.

다음으로 흔한 강박사고로는 ‘물건들이 가지런히 놓여 있어야만 한다.’, ‘손글씨가 반듯해야 한다.’는 집착을 포함하는 대칭과 질서의 강박사고와, ‘병에 걸렸을지도 모른다.’, ‘신체 일부가 추하게 생겼다.’라는 등의 신체적 강박사고가 있습니다. 또한, 성적, 종교적 강박사고가 그다음으로 흔한데, 여기에는 금기시된 성적 충동, 신성 모독을 하지 않을까 하는 걱정 등이 포함됩니다.

**| 강박행동 |** 강박사고에 대한 반응으로서 그렇게 행동해야만 안심을 얻게 되는 행위 또는 정신적 활동을 말합니다. 예를 들면, 더러운 물질에 손이 오염되었을지도 모른다는 걱정이 유발하는 불쾌한 느낌은 손을 씻어야만 완화될 수 있는데, 오염되었을지도 모른다는 것이 강박사고이고, 불안을 완화시키기 위해 씻는 행동은 강박행동에 해당됩니다.

**| 흔한 강박행동 |** 강박행동 중 절반 이상의 환자들에게서 관찰되는 흔한 것은 확인, 반복, 세척입니다. 확인 강박행동의 전형적인 예는 가스 불 잠그기, 전기 스위치 끄기, 문단속 등인데, 지난 시간을 반추하며 내가 공격적이거나 위험한 행동을 하지 않았음을 확인하는 것도 포함됩니다. 완벽하게 이해하고 기억하기 위해서 반복해서 읽기와 쓰기, 일상 행동을 온전한 느낌이 들 때까지 여러 번 반복하기 등이 반복 강박행동입니다.

다음으로는 숫자세기와 정리 정돈 강박행동이 흔한데, 대표적인 예는 바닥 타일의 개수 세기, 길거리 간판의 개수 세기, 손을 씻은 횟수 세기, 책장의 책을 일렬로 정렬 하기 등이 있습니다.





### 3. 경과 및 예후

점진적 발병이 흔하며 다수에서는 발병에 앞서 인생사적 사건을 경험합니다. 출산이나 승진과 같은 책임감의 증가, 그리고 상실은 강박 증상을 촉발하는 환경적 요인의 예가 됩니다. 다수의 환자는 범불안이나 짜증, 우울, 우유부단, 공포증, 신체불안 등의 전구증상을 경험합니다.

발병으로부터 치료개시 시점까지는 평균 7년 이상 상당한 기간이 소요되며 치료 없이 회복되는 경우는 40년 후 20%에 불과하여 치료를 받지 않으면 대부분 만성적인 경과를 보입니다. 또한, 일부에서는 삽화성 경과를 보이고, 점차 악화되는 경우도 있습니다.

대부분의 환자들은 장기간 경과 후에도 유의한 강박 증상을 지니고 있고 시간이 경과하면서 예전의 증상이 소실되고 새로운 증상이 출현하는 증상의 변화를 경험합니다. 하지만 증상이 달라지더라도 동일한 증상 차원에서 나타나는 경우가 흔합니다.

어린 발병 연령, 심한 강박 증상, 병식의 부족, 공존 질환이 동반되는 경우 치료반응과 예후가 불량하며 질환의 경과 중 약 50%의 환자들에게 자살사고, 약 25%의 환자들에게 자살기도가 관찰됩니다. 동반된 기분장애는 자살의 위험을 높입니다.

나를, 잠시잠깐  
가장추천드립니다



VIII

# 투렛장애

장애인 건강주치의  
정신적 장애 응대 매뉴얼

## VIII

## 투렛장애

## 1. 투렛장애 이해하기



| 개념 | 틱장애의 일종으로, 틱은 갑작스럽고 빠르며 반복적, 상동적인 행동을 하는 질환입니다.

| 역학 | 평생유병률은 약 1%로 동반 장애의 진단이 흔합니다. 병원에 내원하지 않은 투렛장애 40~60%는 주의력결핍 과잉행동장애(ADHD), 10~80%는 강박장애를 동반하고 있습니다. 병원에 내원한 투렛장애 30%는 불안장애, 10~75%는 주요우울장애를 가지고 있습니다.

| 진단 | 18세 이전에 발병하여 여러 가지 운동 틱과 한 가지 이상의 음성 틱이 질병 경과 중 나타나고, 처음 틱이 나타난 시점부터 1년 이상 지속됩니다.



## 2. 일반적인 치료 원칙



**| 관찰 |** 치료에 가장 기본적인 것은 관찰하는 것입니다. 의사, 환자, 부모, 선생님들은 어떤 증상들이 있으며 시간과 상황에 따라서 어떻게 변하는지, 또한 아동이 자신의 증상을 줄이기 위하여 어떤 전략을 쓰는지 아는 것은 많은 도움이 됩니다. 관찰은 가장 뚜렷한 틱에 대하여 언제 변하는지 아동이 그 증상에 저항하기 위하여 어떤 노력을 하는지 등을 간단히 기록해 놓는 일기 같은 형식을 가질 수 있습니다. 자기 조절(self-monitoring)이라고 하는 더 엄격한 행동치료 접근법은 특정 기간 증상들을 자세히 관찰하는 것이 중요합니다. 관찰하는 그 자체만으로 증상에 대하여 더 잘 알게 해주며 더 좋은 대처 방법들로 증상을 줄여주는 데 강력한 효과를 가질 수 있습니다. 그러나 상황에 따라서는 관찰로 인하여 환아들에게 자신의 증상에 대하여 기억을 회상하게 함으로써 오히려 틱을 악화시키는 역효과를 불러일으킬 수도 있습니다.

**| 초기 치료의 초점 |** 초기에 치료의 초점은 환자와 가족에게 정확한 정보를 제공해서 문제를 이해하도록 도와주는 것입니다. 이런 과정에는 환자와 가족들이 틱장애의 원인, 증상의 본질 등에 대하여 알고 있는 것들을 들어주고 틀린 점이 있다면 고쳐주고 향후 병의 경과들에 대하여 교육해 주는 것이 포함됩니다.

**| 교육과 치료의 목표 |** 교육의 목표는 병의 미래에 대한 공포를 줄여주고, 가족 구성원들 간에 상호 비방하는 것을 줄여 가족 응집력을 강화함으로써 환아의 증상으로부터 야기되는 여러 문제의 해결을 도와주는 것입니다. 또한, 치료의 목표는 틱 증상의 제거가 아니라 증상의 완화입니다.

### 3. 경과 및 예후

틱장애의 전형적인 발병 연령은 소아와 초기 청소년기입니다. 발병이 가장 많이 일어나는 연령은 4~7세이며, 증상은 주로 아동기 후반이나 초기 청소년기에 제일 심합니다. 청소년기 후반이나 성인이 되면서 85%에서 틱 증상이 완화되어 성인기가 되면 틱은 일반적으로 경한 증상만 남아있게 됩니다. 한편, 소아에서 보이는 틱 증상의 심각도보다는 ADHD, 강박장애, 충동조절장애 등과 같이 동반되는 정신의학적 문제가 틱장애 환자의 예후에 더 큰 영향을 미치는 것으로 알려져 있습니다. 따라서 틱장애에 동반되는 정신의학적 문제의 평가와 치료가 소아 환자의 임상 경과와 예후에 있어 무엇보다 중요합니다.

나, 잠시잠자면  
가장추운이입니다





# IX 기면증

장애인 건강주치의  
정신적 장애 응대 매뉴얼

# IX

## 기면증

### 1. 기면증 이해하기



**| 개념 |** 기면증은 낮 시간 동안 졸리움을 호소하는 질환 중 가장 대표적인 질환으로 졸리움(narco)과 발작(Iepsey)의 합성어이며 기면증의 가장 특징적인 증상인 주간 졸리움과 탈력발작이 병명에 함축되어 있습니다. 피곤(fatigue), 피로(tiredness), 졸리움(sleepiness)은 동의어로 혼동되어 사용되기도 하지만 졸리움은 피곤 혹은 피로와는 다르며 잠으로 빠져드는 경향 혹은 각성을 유지하기 힘든 상태로 정의할 수 있습니다. 졸리움은 불충분한 야간수면, 수면 조절 중추의 신경학적 이상, 야간수면 분절, 혹은 개인의 일주기 리듬 등과 연관되는데 기면증은 수면 조절 중추의 신경학적 이상의 관점에서 설명할 수 있습니다.

| 역학 | 미국을 포함한 서양에서 유병률은 0.013~0.067%로 보고되고 있으며 가장 높은 유병률을 보고한 국가는 일본으로 0.16%입니다. 국내에서는 청소년을 대상으로 역학 연구가 진행된 바 있으며 탈력발작이 없는 기면증 유병률은 0.053%, 탈력발작이 동반된 경우에는 0.015%입니다. 기면증 발병은 2개의 봉우리를 보이는데 대부분 15~25세 사이에 발병하고 흔하지 않지만 35~45세 사이에 기면증이 발병하기도 합니다.



## 2. 기면증의 임상 양상(4대 증상)



| 수면발작, sleep attack | 주체할 수 없이 쏟아지는 잠 혹은 과도한 졸림으로, TV시청과 같은 단조로운 상황이나 앉아 있을 때 호발합니다.

| 탈력발작, cataplexy | 웃거나 놀라는 것과 같은 강한 정서적 자극에 의해 촉발되어 의식의 변화 없이 근육의 힘이 빠지는 현상입니다.

| 수면마비, sleep paralysis | 가위눌림이라고도 하며, 잠들기 전 혹은 잠에서 깨어날 때 의식은 깨어 있지만, 근육에 힘이 빠져 몸을 움직일 수 없는 상태입니다.

| 입면/출면 환각, hypnagogic/hypnopompic hallucination | 잠이 들면서 혹은 잠에서 깨어나면서 환시 혹은 환청을 경험합니다.

### 3. 진단



수면발작이 하루에 반복적으로 나타나고 3개월 동안 일주일에 3회 이상 발생합니다. 또한, 다음 중 한 가지 이상이 있을 때 진단할 수 있습니다.

- ✓ 탈력발작이 1개월에 수 차례 발생
- ✓ 뇌척수액 하이포크레틴 감소
- ✓ 수면다원검사, 수면잠복기반복검사에서 sleep onset REM(SOREM) 소견<sup>✖</sup>

### 4. 경과 및 예후

탈력발작이 있는 기면증은 관해가 되는 경우가 거의 없는 만성 질환으로 생각됩니다. 주간 졸리움과 탈력발작은 중추신경자극제와 항우울제를 통해 만족스럽게 조절할 수 있지만, 투약 없이 증상의 호전을 기대하기는 어렵습니다. 반면 탈력발작이 없는 기면증의 경우 진단을 받고 나서 5년이 지난 후에 약 1/3 정도에서 증상이 호전되어 투약 없이 주간 졸리움을 견딜 수 있다는 연구 결과들이 보고되고 있습니다.

✖ sleep onset REM (SOREM) 소견이란, non REM 수면이 거의 없는 상태에서 곧바로 REM 수면이 출현하는 소견을 말합니다.

## 참고문헌

- 김현수, 송후림 등. 핵심정신의학. 경기도 파주시:군자출판사:2019.
- 대한신경정신의학회 편. 신경정신의학. 제3판. 서울:아이엠이즈컴퍼니:2017.
- 보건복지부. 2021년 장애등록심사 관련 법령 및 규정집. 2021.
- 보건복지부. 장애인현황 통계정보보고서. 2021.
- 보건복지부. 2016년도 정신질환실태조사. 2017.
- 이부영. 국제질병분류 제10판 ICD-10 정신 및 행태장애. 서울:일조각:1994.
- APA. 정신질환의 진단 및 통계편람 제5판 DSM-5. 서울:학지사:2015.





장애인의 건강수치  
정신적 장애 응대 매뉴얼  
정신장애편

---

발행일 2021년 12월

발행처 보건복지부 국립재활원

발행인 국립재활원장

집필진 한양대학교병원 노성원

기획 김동아, 안은미, 서희옥

주소 서울특별시 강북구 삼각산로 58

전화 02-901-1307

디자인 (사)장애인유권자연맹

---

관리번호: D-16-21-02

발간등록번호: 11-1352297-000570-01

국제표준간행물번호(ISBN): 978-89-6810-450-3 (93510)

사전 승인 없이 책 내용의 무단복제를 금하며 본 책자는 국립재활원 홈페이지([www.nrc.go.kr](http://www.nrc.go.kr))  
'중앙장애인보건의료센터 → 알림마당 → 사업지원자료실'에서 확인할 수 있습니다.







장애인 건강주치의  
정신적 장애 응대 매뉴얼

발 간 등 록 번 호

11-1352297-000570-01

