

대학병원에서 노인정신건강 클리닉의 1년 경험*

전진숙¹, 송혜란², 오병훈³ / 고신의대 신경정신과, 고신의대 산업의학과², 연세의대 정신과³

One-year experience of geriatric mental health clinic in a university hospital*

Jin-Sook Cheon, M.D.¹, Hae-Ran Song, M.D.², Byoung-Hoon Oh, M.D.³ /
Dept. of Neuropsychiatry, Kosin University, School of Medicine, Pusan¹
Dept. of Occupational and Environmental Medicine, Kosin University, School of Medicine, Pusan²
Dept. of Psychiatry, Yonsei University, College of Medicine, Seoul³

Background : The history of memory disorders clinic began about 20 years ago. In Korea, the specialist clinic in psychogeriatric area steps into the beginning stage, though the first geriatric mental health clinic started since 1995. Practical information including settings and purposes, diagnoses and assessments, interventions, research and brain banks by reviewing articles and clinical experiences is provided for those who are interested in the memory clinics.

Methods : A clinical data collected from one-year experience(from June 1st, 2001 to May 31st, 2002) in the 'Dementia · Geriatric Mental Health Clinic' established to the Department of Neuropsychiatry, Kosin University Gospel Hospital were analyzed.

Results :

- 1) The seasonal distribution was not different according to referral route such as admission, outpatient, emergency room. Sex distribution was not different between geriatric patients with age over 60 and patients with age below 59 who were referred from admission or emergency room. While males were more prevalent among outpatients with age below 59, females were more among outpatients with age over 60($p=0.000$).

- 2) The frequency of geriatric patients visited to the 'Dementia?Geriatric Mental Health Clinic' according to psychiatric diagnoses was depression(31.3%), Alzheimer's disease(26.2%), somatoform disorder(19.7%), vascular dementia(10.6%), anxiety disorder(3.6%), sleep disorder(3.3%) and alcohol-related disorder(2.7%) in order.
- 3) The age distribution of geriatric patients visited to the 'Dementia?Geriatric Mental Health Clinic' according to psychiatric diagnoses revealed that depression was most prevalent among patients with age under 65, while dementia among patients with age over 65($p=0.000$). Otherwise, sleep disorder was prevalent among young-old patients(65~74 yrs old), while alcohol-related disorder, somatoform disorder, anxiety disorder was prevalent among presenile age(60~64 yrs old).
- 4) There was no significant difference in the seasonal distribution according to psychiatric diagnoses for the aged psychiatric patients who had visited 'Dementia?Geriatric Mental Health Clinic'. However, there was significant difference in sex distribution. That is, Alzheimer's disease and depression could be found more in females, while vascular dementia in males($p=0.000$). Otherwise, alcohol-related disorder and sleep disorder was more prevalent in males, while somatoform disorder and anxiety disorder in females.

Conclusion : A specialized clinical system for the aged psychiatric patients might be needed, because of their age-specific unique features somewhat different from other age groups.

Key Words : 'Dementia · Geriatric Mental Health Clinic' Setting · Assessment · Intervention · Research · Brain banks

교신저자 : 전진숙, 부산광역시 서구 암남동 34번지 * 고신대학교 의학부 연구비 일부지원

서론

기억장애클리닉은 1980년대 초반 심리학자인 Thomas Crook에 의해서 미국에서 맨처음 개설되었고, 영국에서는 이보다 조금 늦게 노인의학자인 Norman Exton-Smith에 의해서 기억장애클리닉이 개설되었다.¹⁾ 호주에서는 1988년에 '국립노화 및 노인의학연구소'와 '멜번의대 정신과'가 공동으로 기억장애클리닉을 개설하였다.²⁾ 한국에서는 1994년 노인정신의학회가 창립하면서 "노인정신건강클리닉" 및 기억장애클리닉이 외래환자를 중심으로 개설되기 시작하였으며, 이후 국내에서 노인정신의학에의 관심과 더불어 이러한 계통의 특수클리닉이 조금씩 늘고 있다. 그러나 아직은 노인정신의학 분야에서 특수클리닉의 운영은 활발하지 못하고, 시작단계로 봄이 적합할 것이다.

저자는 2000년 6월 1일부터 2000년 8월 31일 까지 호주 멜번의대의 노인정신의학과에 특수클리닉을 개설하기 위해 단기연수를 다녀온 후, 고신대학교 복음병원 신경정신과 내에서 2001년 3월 초부터 지금까지 "치매 · 노인정신건강클리닉"을 운영하고 있다.

이 연구는 2001년 6월 초부터 2002년 5월 말까지 1년 동안, 저자가 담당하고 있는 “치매·노인정신건강크리닉”에 내원한 60세 이상의 노인환자들에 대한 자료를 분석해 봄으로써, 노인정신의학 분야의 특수크리닉에 관심을 갖고 있는 회원들에게 정보를 제공하고, 장차 이를 개설하는데 실제로 도움이 되기를 바라는 마음에서 시도되었다.

대상 및 방법

2001년 6월 초부터 2002년 5월 말까지 고신대학교 복음병원 신경정신과내 ‘치매·노인정신건강크리닉’에 내원한 60세 이상의 노인 환자를 연구 대상으로 선택하였다. 고신대학교 복음병원 ‘치매·노인정신건강크리닉’은 2001년 3월 초에 신경정신과 외래에 개설되었으며, 정신과 폐쇄병동 내에 6병상의 노인병실도 입원실로 마련하였다.

구성원은 신경정신과 전문의 1인, 정신과 2년차 전공의 1인, 정신전문간호사 1인, 임상심리사 1인이 전담하고 있으며, 경우에 따라서는 재활의학과, 신경과, 내과(당뇨병, 고혈압, 심장병), 비뇨기과(노실금), 신경외과(뇌출혈), 정형외과(골다공증, 오십견, 퇴행성골관절염) 등 타과 전문의 및 전공의들의 진료 지원을 원활히 받고 있다. 연구 대상군의 연인원은 664명으로서, 남성 253명(38.1%), 여성 411명(61.9%)이었다(Table 6).

이들의 연령범위는 60~82세(여성 60~80세, 남성 60~82세)이었다. 60~64세(초로기) 범위의 환자는 262명(39.5%), 65~74세(young-old) 범위는 324명(48.8%), 75세 이상(old-old)은 78명(11.7%)이었다(Table 4).

치료 경로별로 비교해 보면, 정신과 입원 환자의 12.9%(325명중 42명), 정신과 외래 환자의 27.1%(2454명중 664명), 응급실 내원 정신과 환자의 6.0%(298명중 18명)가 60세 이상의 노인 환자였으며(Table 1), 타과에 입원 치료중 ‘치매·노인정신건강크리닉’에 자문이 의뢰된 노인 환자들에 대한 자료는 자료수집상의 문제로 제외시켰다. ‘치매·노인정신건강크리닉’에 등록된 환자의 OCS에 입력된 정보를 수집하여, SPSS 10. for Windows를 사용하여 통계 처리 하였다.

치료경로별, 계절별, 연령별, 성별, 정신과적 진단별 노인 환자수와 백분율의 차이는 Pearson Chi-Square 검정으로 통계적 유의성이 검토되었으며, 통계적 유의수준은 $p < 0.05$ 로 정하였다. 치료경로는 입원, 외래, 응급실로 나누었으며, 계절은 봄(3, 4, 5월), 여름(6, 7, 8월), 가을(9, 10, 11월), 겨울(12, 1, 2월)로 나누었고, 정신과적 진단명은 DSM-IV에 의거하여 분류하였다.

결과

1. 치료경로에 따른 노인 정신과 환자의 성별 계절별 분포

입원($p=0.622$), 외래($p=0.107$), 응급실($p=0.330$) 등 치료경로에 따른 노인환자의 내원 빈도는 봄, 여름, 가을, 겨울 등 계절별 분포에 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 1).

Table 2와 같이 입원($p=0.452$)이나 응급실($p=0.755$)에 내원한 60세 이상의 노인환자는 59세 이하의 환자와 성별 분포에 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 그러나 외래에 내원한 59세 이하의 환자는 남성(55.1%)이 여성(44.9%)보다 유의하게 많은 반면에, 60세 이상의 노인 환자는 통계적으로 유의하게 여성(61.3%)이 남성(38.7%)보다 더 많았다($p=0.000$).

Table 1. Seasonal distribution of geriatric patients with age over 60 according to referral route.

	Spring	Summer	Autumn	Winter	Total
Admission¹					
Under 59(Yr)	88(31.1)	63(22.3)	64(22.6)	68(24.0)	283(100.0)
Over 60(Yr)	12(28.6)	12(28.6)	11(26.2)	7(16.6)	42(100.0)
Total	100(30.7)	75(23.1)	75(23.1)	75(23.1)	325(100.0)
Out-Patient Clinic²					
Under 59(Yr)	494(27.6)	474(26.5)	378(21.1)	444(24.8)	1790(100.0)
Over 60(Yr)	163(24.5)	160(24.1)	163(24.5)	178(26.9)	664(100.0)
Total	657(26.9)	634(25.8)	541(22.0)	622(25.3)	2454(100.0)
Emergency Room³					
Under 59(Yr)	81(28.9)	77(27.5)	59(21.1)	63(22.5)	280(100.0)
Over 60(Yr)	5(27.7)	3(16.7)	7(38.9)	3(16.7)	18(100.0)
Total	86(29.0)	80(26.8)	66(22.1)	66(22.1)	298(100.0)

These data represent No(%)

¹P=0.622 by Pearson Chi-Square ²P=0.107 by Pearson Chi-Square ³P=0.330 by Pearson Chi-Square

Table 2. Sex distribution of geriatric patients with age over 60 according to referral route.

	Male	Female	Total
Admission¹			
Age under 59(Yr)	124(43.8)	159(56.2)	283(100.0)
Age over 60(Yr)	21(50.0)	21(50.0)	42(100.0)
Total	145(44.6)	180(55.4)	325(100.0)
Out-patient clinic²			
Age under 59(Yr)	986(55.1)	804(44.9)	1,790(100.0)
Age over 60(Yr)	257(38.7)	407(61.3)	664(100.0)
Total	1,243(50.7)	1,211(49.3)	2,454(100.0)
Emergency room³			
Age under 59(Yr)	166(59.3)	114(40.7)	280(100.0)
Age over 60(Yr)	10(55.6)	8(44.4)	18(100.0)
Total	176(59.1)	122(40.9)	298(100.0)

These data represent No(%)

¹P=0.452 by Pearson Chi-Square ²P=0.000 by Pearson Chi-Square ³P=0.755 by Pearson Chi-Square

2. 정신과적 진단명에 따른 ‘치매·노인정신건강클리닉’ 내원 환자의 빈도

‘치매·노인정신건강클리닉’에 내원한 노인환자의 정신과적 진단명에 따른 빈도는 우울장애(31.3%), 알츠하이머병(26.2%), 신체형장애(19.7%), 혈관성치매(10.6%), 불안장애(3.6%), 수면장애(3.3%), 알코올성장애(2.7%) 순이었다(Table 3).

Table 3. Distribution of geriatric patients with age over 60 according to psychiatric diagnoses.

	No (%)
Dementias	255(38.5)
Alzheimer' s D.	174(26.2)
Vascular D.	70(10.6)
Other D.	11(1.7)
Mood disorders	214(32.2)
Depression	208(31.3)
Bipolar disorder	6(0.9)
Alcohol-related disorder	18(2.7)
Somatoform disorder	131(19.7)
Anxiety disorder	24(3.6)
Sleep disorder	22(3.3)
Total	664(100.0)

These data respresent No(%)

3. 정신과적 진단명에 따른 ‘치매·노인정신건강클리닉’ 내원 환자의 연령별, 계절별, 성별 분포

Table 4와 같이 ‘치매·노인정신건강클리닉’에 내원한 노인환자의 정신과적 진단에 따른 연령별 분포는 65세 미만에는 우울장애(52.9%)가, 그 이후는 치매(80.8%)가 유의하게 많았다($p=0.000$). 한편, 수면장애(68.2%)는 65~74세(young-old)에 가장 많은 반면, 알코올성장애(72.2%), 신체형장애(50.4%), 불안장애(66.7%)는 60~64세(초로기)에 가장 많은 경향을 보였다.

‘치매·노인정신건강클리닉’에 내원한 노인환자의 정신과적 진단에 따른 계절별 분포는 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 5).

그러나 Table 6과 같이 성별 분포는 유의한 차이가 있었다. 즉, 알츠하이머병(63.8%)과 우울장애(76.0%)는 여성에서, 혈관성 치매(70.0%)는 남성에서 유의하게 많았다($p=0.000$). 또한, 알코올성장애(77.8%)와 수면장애(59.1%)는 남성에서, 신체형장애(61.1%)와 불안장애(83.3%)는 여성에서 조금 더 많은 경향을 보였다.

Table 4. Age distribution of geriatric patients with age over 60 according to psychiatric diagnoses.

	Age 60-64(Yr)	Age 65-74(Yr)	Age over 75(Yr)	Total
Dementias ¹	49(19.2)	150(58.8)	56(22.0)	255(100.0)
Alzheimer' s D.	28(16.1)	90(51.7)	56(32.2)	174(100.0)
Vascular D.	16(22.9)	54(77.1)	0(0.0)	70(100.0)
Other D.	5(45.5)	6(54.5)	0(0.0)	11(100.0)
Mood disorders ²	111(51.9)	94(43.9)	9(4.2)	214(100.0)
Depression	110(52.9)	94(45.2)	4(1.9)	208(100.0)
Bipolar disorder	1(16.7)	0(0.0)	5(83.3)	6(100.0)
Alcohol-related disorder	13(72.2)	5(27.8)	0(0.0)	18(100.0)
Somatoform disorder	66(50.4)	57(43.5)	8(6.1)	131(100.0)
Anxiety disorder	16(66.7)	3(12.5)	5(20.8)	24(100.0)
Sleep disorder	7(31.8)	15(68.2)	0(0.0)	22(100.0)
Total	262(39.5)	324(48.8)	78(11.7)	664(100.0)

These data represent No(%)

¹P=0.000 by Pearson Chi-Square ²P=0.000 by Pearson Chi-Square

Table 5. Seasonal distribution of geriatric patients with age over 60 according to psychiatric diagnoses.

	Spring	Summer	Autumn	Winter	Total
Dementias ¹	61(23.9)	65(25.5)	63(24.7)	66(25.9)	255(100.0)
Alzheimer' s D.	40(23.0)	45(25.9)	42(24.1)	47(27.0)	174(100.0)
Vascular D.	21(30.0)	15(21.4)	15(21.4)	19(27.2)	70(100.0)
Other D.	0(0.0)	5(45.5)	6(54.5)	0(0.0)	11(100.0)
Mood disorders ²	62(29.0)	41(19.1)	52(24.3)	59(27.6)	214(100.0)
Depression	60(28.8)	41(19.7)	52(25.0)	55(26.4)	208(100.0)
Bipolar disorder	2(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	4(66.7)	6(100.0)
Alcohol-related disorder	5(27.8)	3(16.7)	4(22.2)	6(33.3)	18(100.0)
Somatoform disorder	25(19.1)	43(32.8)	29(22.1)	34(26.0)	131(100.0)
Anxiety disorder	2(8.3)	4(16.7)	7(29.2)	11(45.8)	24(100.0)
Sleep disorder	9(40.9)	2(9.1)	5(22.7)	6(27.3)	22(100.0)
Total	164(24.7)	158(23.8)	160(24.1)	182(27.4)	664(100.0)

These data represent No(%)

¹P=0.674 by Pearson Chi-Square ²P=0.105 by Pearson Chi-Square

Table 6. Sex distribution of geriatric patients with age over 60 according to psychiatric diagnoses.

	Male	Female	Total
Dementias ¹	115(45.1)	140(54.9)	255(100.0)
Alzheimers D.	63(36.2)	111(63.8)	174(100.0)
Vascular D.	49(70.0)	21(30.0)	70(100.0)
Other D.	3(27.3)	8(72.7)	11(100.0)
Mood disorders ²	56(26.2)	158(73.8)	214(100.0)
Depression	50(24.0)	158(76.0)	208(100.0)
Bipolar disorder	6(100.0)	0(0.0)	6(100.0)
Alcohol-related disorder	14(77.8)	4(22.2)	18(100.0)
Somatiform disorder	51(38.9)	80(61.1)	131(100.0)
Anxiety disorder	4(16.7)	20(83.3)	24(100.0)
Sleep disorder	13(59.1)	9(40.9)	22(100.0)
Total	253(38.1)	411(61.9)	664(100.0)

These data represent No(%)

¹P=0.000 by Pearson Chi-Square ²P=0.000 by Pearson Chi-Square

고찰

기억장애클리닉을 이용하는 환자는 Table 7과 같이 50세 이상된 환자, 조기치매 환자, 경한 인지장애 환자, 우울증이나 불안장애 관계된 dysphoric dysmnesia 환자, 동년배에 비해서 기억이 떨어지지 않지만 치매가 될 것을 두려워하는 “worried well” 환자이다.¹⁾

기억장애클리닉의 목적은 기억장애를 지닌 환자와 그 가족들에게 평가와 치료를 조언하고, 병원에서 인지장애에 대한 전문적 지식을 제공하며, 치매환자에게 정당한 연구프로젝트에 참여할 기회를 주는 것이다.²⁾ 기억장애클리닉은 포괄적인 내과적 평가, 신경학적 자문, 정신과적 자문, 사회심리학적 면담, 진단적 검사, 신경심리학적 검사를 제공할 수 있다. 전문적인 임상적 진단 외에도 교육, 지원과 적절한 기관으로의 연계나 의뢰를 제공해 줄 수가 있다.

기억장애클리닉의 구성원은 노인정신의학자, 노인의학자, 신경학자, 내과 의사, 가정의, 신경심리학자, 심리학자, 전문간호사, 간호사, 사회사업가, 작업치료사, 언어치료사 등 여러 분야의 multidisciplinary team으로 구성되는 것이 효과적이다.

기억장애클리닉의 기본적인 설비로는 Table 8과 같이 환자와 가족의 운송수단, 하나의 대기실이 있는 두 개 이상의 진료실, 신체검사용 간이침대, 혈압 측정용 장비, 신경학적 검사용 장비, scan을 위한 view box, 신경심리학적 검사용 장비, 전산용 장비 등이 필요하다.³⁾

Table 7. People seen at memory clinics.¹⁾

- Usually patients aged over 50 years
- Patients with early dementia(with insight and without behavioral problems)
- Patients with milder cognitive impairment, without obvious pathology (e.g. age-associated memory impairment; memory impairment associated with substance abuse, epilepsy, cerebral vascular insufficiency, transient global amnesia, brain injury, unstable diabetes)
- Patients with dysphoric dysmnnesia(related to depression, anxiety and stress)
- The 'worried well' , who appear to have quite as good a memory as their peers but are fearful of becoming demented

Table 8. Basic facilities for a memory clinic.³⁾

- Transport for patients and carers
- Two or more consultation rooms with a waiting area
- Examination couch
- Equipment for measuring blood pressure
- Equipment for neurological exmination
- Viewing box for scans
- Equipment for neuropsychological testing including computers for computerized batteries of tests
- Database

문진은 의학적 평가에서 가장 중요한 부분이다. 가능하면 독립적인 정보제공자와 말하는 것이 필요하다. 환자의 기억장애 호소와 정보제공자의 견해 간에 이견과 일치되는 점이 중요하다. 의뢰의 이유도 잘 알아야하며, 언제 문제가 제일 먼저 관찰되었는지 기록하고, 후속적인 증상과 기간 및 기억장애의 진행을 기록한다.^{4, 5)} 문진에서 알아 보아야할 것은 학력, 직업, 결혼, 자녀, 은퇴, 내과 및 정신과적 병력, 알코올과 담배 등의 소모를 포함하는 최근의 생활양식, 가족과 이웃, 활동과 흥미, 걱정과 스트레스, 그리고 초발연령과 치매의 진행에 영향을 미치는 요인, 도시와 시골의 차이 등이다.^{6, 7, 8)} Reinblatt와 Gold는⁹⁾ 치매가 의심되는 환자에서 시초의 진단과 최종 진단간의 상관성은 62% 정도이며, 이는 의사의 임상적 평가가 치매의 진단에 충분하고, 의사의 시초 진단은 검사로 확인된 최종진단과 잘 일치된다고 보고하였다. Massoud 등¹⁰⁾은 기억장애클리닉에서 진찰한 환자 중 알츠하이머치매의 임상적 진단의 감수성은 98%이고 특이성은 84%인 반면, 지역사회에서는 전자가 92%, 후자가 79%로서 양군간에 통계적으로 유의한 차이가 없다고 보고하였다.

정신상태검사상 난청¹¹⁾, 급성 혼동, 분노, 과민, 불안, 우울, 정신증, 초조, 공격심, 성적탈억제, 방황 등을 관찰해야한다. 신경학적 검사상 안저검사, 시야검사, 원시적 반사, 국소신경학적 증후, 사지근육의 근긴장도, 운동

완서(bradykinesia)와 진전(tremor), 보행 등을 평가한다. Devanand 등¹²⁾은 후각의 결함도 알츠하이머병의 조기 진단적 지표가 될 수 있다고 제시하였다.

혈액검사로는 전혈검사, 적혈구침전율, urea와 전해질검사, 간기능검사, 칼슘과 인, 혈청 비타민 B12와 엽산, C-반응성 단백질을 측정한다. 신경영상검사의 주된 목적은 뇌종양, 만성 경막하 혈종, 뇌경색, 뇌수종 등 두개 내 병리를 배제하는 것이다. 신경영상검사는 특히 혼합형 치매의 진단에 가치가 있다.¹³⁾ 이외에도 뇌파검사, 신경전도검사, 뇌척수액검사, 편도생검, 뇌생검이 있다.

치매를 선별하기 위한 접근법에는 인지검사, 정보제공자의 보고, 임상환경에서 신경시각적 평가 등 3가지가 있으며,¹⁴⁾ 최근에는 전화를 사용하는 컴퓨터-자동화된 치매선별도구도 개발되었다.¹⁵⁾ 여러 평가도구를 사용해서 인지능력과 비인지능력을 평가한다. 심리학적 평가의 목적은 인지결함의 유무를 결정하고, 그러한 결함의 성질과 범위를 측정하며, 진단과 치료에 도움을 얻고, 미래의 평가에 기저선을 얻기 위함이다.¹⁶⁾ 검사도구의 선택에 영향을 미치는 요소는 대상군에게 너무 쉽거나 어렵지 않으며, 연령과 문화적으로 적합하고, 인지기능의 분리된 평가가 가능한 검사, 위험-이득의 분석이 가능한 검사 등이다. 검사도구의 핵심적 요소는 지능, 기억, 언어, 집행기능, 지각, 편향성의 감지 등이다. 대개의 기억장애클리닉에서는 여러 신경심리학적 검사들을 포괄적으로 사용한다.

기억장애클리닉에 내원하는 환자의 23.0%가 잠재적으로 가역적인 치매를 지녔으나 이중 3.6%만이 치료 결과 치매가 호전 또는 관해되었다.¹⁷⁾ 치매와 감별을 요하는 진단으로는 정상노화, 우울증, 정신분열병, 노년기 망상증 및 Ganser 증후군 같은 정신과적 증후군, 섬망, Wernicke-Korsakoff 증후군 같은 기억상실증후군, 뇌혈관장애, 진행성 실어증/실행증 및 Diogenes 증후군 등이 있다(Table 9).^{18~25)}

Table 9. Summary of condition often misdiagnosed as dementia.¹⁸⁾

Main Categories	Subcategories
Normal aging	Benign and malignant senescent forgetfulness
	Age-associated memory impairment
	Aging-associated cognitive decline
Psychiatric syndromes	Pseudodementia
	Depression
	Schizophrenia
	Late paraphrenia
	Ganser syndrome
Delirium	
Amnestic syndrome	Wernicke-Korsakoff syndrome
Conditions in which progression to dementia is uncertain	Cerebrovascular accidents
	Progressive prosopagnosia
	Progressive apraxia
	Progressive agnosia
	Progressive aphasia
	Senile breakdown(Diogenes syndrome)

내과적 치료는 환자와 가족에게 치매라는 진단을 알려주는 것으로부터 시작된다. 치매의 진단을 통보하는 것은 서두르지 않고 지혜롭고 센스있게 행해져야 하며, 환자 개인의 사정에 맞춰서 다뤄져야 한다.²⁶⁾

Maguire 등²⁷⁾은 100명의 가족원에게 설문을 한 결과, 가족의 대부분(83%)은 환자에게 치매라는 진단을 알려 주길 원치 않았고, 그러나 가족의 대부분(71%)은 환자의 진단을 알기 원했으며, 예측적인 검사를 받기 원하는 가족은 75%였다.

Maguire 등²⁸⁾은 후속적인 확대 연구에서 기억장애클리닉에 알츠하이머병 환자와 동행한 140 가족원에게 환자에게 자신의 병을 가르쳐 주길 원하는지 물었더니, 이들 중 20.7%는 원했으나 79.3%는 원하지 않았다. 그러나 만약 가족원 자신이 알츠하이머병에 걸렸다면 74.3%는 자신의 진단을 알기 원했고 25.7%는 원하지 않았으며, 자신에게 진단을 말해주기 원하는 이유는 개인의 자율성과 미래의 관리를 위한 계획을 세울 수 있기 때문이었다.

환자에게 진단을 고지하길 원치 않는 주된 이유는 그들에게 불안과 우울을 촉진할 것이 두려웠기 때문이다. 그러나 가족원들이 환자에게 알츠하이머병이란 진단을 말해주는 것은 중요한 실제적인 이점이 있다. 즉, 진단에 대한 정보는 환자로 하여금 인지상실이 더욱 진행되기 전에 건강관리와 재정정책 계획에 관한 중요한 결정에 참여할 기회를 제공해 준다.²⁹⁾

기억력 호전을 위한 치료에는 대표적으로 donepezil, rivastigmine, galantamine 등의 cholinesterase inhibitor가 사용되고 있고, 이들의 흔한 부작용은 구역, 구토, 설사, 복통, 식욕부진, 불면이다.²⁶⁾

유전검사의 가치는 제한적이며, 따라서 조심스런 선별과 동의서, 검사 전후의 상담 등을 통해 특수 센터에서만 시행되어야 한다. 현재 임상적으로 시행되는 진단적 유전검사로 Huntington, Prion, Presenilin-1, Presenilin-2, APP, Tau, Notch 3이 있다.^{30, 31, 32)} 또한 간병인은 신체적, 심리적 또는 정서적, 사회적 및 재정적 문제를 많이 경험하므로 이러한 caregiver burden^{33, 34)}을 수시로 평가하여 적절히 중재해 줄 필요가 있다.

심리적 중재는 주로 재활 분야로 이뤄지며, 이러한 재활적 중재는 치료적 접근과 인지적 접근으로 나뉜다.³⁵⁾

동의서는 환자와 주된 간병인에게서 동시에 받는 것이 좋으며, 연구의 목적과 성질, 참가자의 기여, 연구 중에도 임상적 진료는 차질이 없고, 원하면 연구에서 언제든지 빠질 수 있음을 설명한다.³⁶⁾

알츠하이머병의 사후부검상 확진율은 90%를 초과하는 것으로 알려졌다.³⁷⁾ 뇌은행은 구미에서 1970년대부터 시작되었다.

뇌기증은 의사에게는 죽기 전에 내렸던 진단을 확인하고, 진단적 검사와 새로운 치료법을 평가하고, 새로운 질환을 발견하고 정의 내리며, 의학적 연구에 기여하고, 가족원에게 위안을 주며, 질병관리의 질을 측정할 기회를 부여한다.³⁸⁾ 가족에게도 뇌기증은 여러 이득을 제공한다.

사후부검의 허락은 법적, 윤리적, 행정적 형식을 사전에 마련하고, 진단이 내려진 직후에 환자와 가족에게서 미리 받아두는 것이 좋으며, 특히 환자에게서 받는 것이 더욱 좋다. 사후부검 결과는 가족에게 즉시 알려준다 (Table 10).

Table 10. Benefits of brain donation.³⁸⁾

For Clinicians	<ul style="list-style-type: none"> · Confirmation, clarification and correction of antemortem diagnosis · Evaluation of diagnostic tests · Evaluation of new treatments · Discovery and definition of new diseases · Contribution to medical research and enhancement of research opportunities · Reassurance of family members · Opportunity for monitoring and documenting quality of care
For Families	<ul style="list-style-type: none"> · Comfort from knowing cause of death · Reassurance that all care was given · 'Good' coming from sadness and suffering, helping to alleviate guilt · Discovery of hereditary disease · Advancement of medical knowledge

요 약

연구배경 : 기억장애클리닉은 세계적으로 20여년 전에 시작되었다. 한국에서는 1995년에 개시되어 노인정신의 학 분야의 특수클리닉은 시작 단계에 불과하다. 최근에 이에 관한 관심의 증가와 더불어 이론적 기초를 제공하기 위해서 치매클리닉의 구성과 목적, 치매클리닉의 업무(진단과 평가, 치료, 연구, 뇌기증) 등에 대한 문헌을 고찰하고, 실제적인 임상 경험의 검토를 통해서 문제점을 제시하고자 한다.

방 법 : 2001년 6월 초부터 2002년 5월 말까지 고신대학교 복음병원 신경정신과에 개설 '치매?노인정신건강 클리닉'에서 1년간 진료한 자료를 정리 분석하여 참고가 되도록 하였다.

결 과 :

- 1) 입원, 외래, 응급실 등 치료경로에 따른 노인환자의 내원 빈도는 계절별 분포의 차이가 없었다. 입원이나 응급실에 내원한 60세 이상의 노인환자는 59세 이하의 환자와 성별 분포의 차이가 없었다. 외래에 내원한 59세 이하의 환자는 남성이 유의하게 많은 반면에, 60세 이상의 노인 환자는 통계적으로 유의하게 여성이 더 많았다($p=0.000$).
- 2) '치매·노인정신건강클리닉'에 내원한 노인환자의 정신과적 진단명에 따른 빈도는 우울장애(31.3%), 알츠하이머병(26.2%), 신체형장애(19.7%), 혈관성치매(10.6%), 불안장애(3.6%), 수면장애(3.3%), 알코올성장애(2.7%) 순이었다.
- 3) '치매·노인정신건강클리닉'에 내원한 노인환자의 정신과적 진단에 따른 연령별 분포는 65세 미만에는 우울장애가, 그 이후는 치매가 유의하게 많았다($p=0.000$). 한편, 수면장애는 65~74세(young-old)에 가장 많은 반면, 알코올성장애, 신체형장애, 불안장애는 60~64세(초로기)에 가장 많은 경향을 보였다.

- 4) '치매·노인정신건강클리닉'에 내원한 노인환자의 정신과적 진단에 따른 계절별 분포는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 그러나 성별 분포는 유의한 차이가 있었다. 즉, 알츠하이머병과 우울장애는 여성에서, 혈관성 치매는 남성에서 유의하게 많았다($p=0.000$). 또한, 알코올성장애와 수면장애는 남성에서, 신체형장애와 불안장애는 여성에서 조금 더 많은 경향을 보였다.

결론 : 노인환자는 성인 환자와 다른 임상적 특징을 지니므로, 노인의 특성에 맞는 개별화된 진료체제가 필요하다.

중심단어 : '치매·노인정신건강클리닉' · 구성 · 평가 · 치료 · 연구 · 뇌기증

참고문헌

1. Pitt B. The history of memory clinics. In : The Memory Clinic Guide, Ed by Walker Z, Butler R, London, Martin Dunitz, 2001:1~4
2. Ames D, Flicker L, Helme RD. A memory clinic at a geriatric hospital: rationale, routine and results from the first 100 patients. Med J Aust 1992;156:618~622
3. Hassiotis A, Walker Z. Setting up a memory clinic. In : The Memory Clinic Guide, Ed by Walker Z, Butler R, London, Martin Dunitz, 2001 : 5~9
4. Sano M, Devanand DP, Richards M, Miller LW, Marder K, Bell K, Dooneief G, Bylsma FW, Lafleche G, Albert M, Folstein M, Stern Y. A standardized technique for establishing onset and duration of symptoms of Alzheimer's disease. Arch Neurol 1995 ; 52 : 961~966
5. Daly E, Zaitchik D, Copeland M, Schmahmann J, Gunther J, Albert M. Predicting conversion to Alzheimer disease using standardized clinical information. Arch Neurol 2000 ; 57 : 675~680
6. Bowler JV, Munoz DG, Merskey H, Hachinski V. Factors affecting the age of onset and rate of progression of Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1998b ; 65 : 184~190
7. Butler R. Medical assessment. In : The Memory Clinic Guide, Ed by Walker Z, Butler R, London, Martin Dunitz, 2001 : 11~17
8. Wackerbarth SB, Johnson MMS, Markesbery WR, Smith CD. Urban-rural differences in a memory disorders clinical population. J Am Geriatr Soc 2001;49:647~650
9. Reinblatt SP, Gold S. Accuracy of the clinical diagnosis of dementia in a memory clinic: P163. J Am Geriatr Soc 1997 ; 45 : S51
10. Massoud F, Devi G, Stern Y, Lawton A, Goldman JE, Liu Y, Chin SS, Mayeux R. A clinicopathological comparison of community-based and clinic-based cohorts of patients with dementia. Arch Neurol 1999 ; 56 : 1368~1373
11. Gold M, Lightfoot LA, Hnath-Chisolm T. Hearing loss in a memory disorders clinic: a specially vulnerable population. Arch Neurol 1996 ; 53 : 922~928
12. Devanand DP, Michaels-Marston KS, Liu X, Pelton GH, Padilla M, Marder K, Bell K, Stern Y, Mayeux R. Olfactory deficits in patients with mild cognitive impairment predict Alzheimer's disease at follow-up. Am J Psychiatry 2000;157:1399~1405
13. Massoud F, Devi G, Moroney JT, Stern Y, Lawton A, Bell K, Marder K, Mayeux R. The role of routine laboratory studies and neuroimaging in the diagnosis of dementia: a clinicopathological study. J Am Geriatr Soc 2000 ; 48:1204~1210
14. Mulligan R, Mackinnon A, Jorm AF, Giannakopoulos P, Michel J-P. A comparison of alternative methods of screening for dementia in clinical settings. Arch Neurol 1996 ; 53 : 532~536

15. Mundt JC, Ferber KL, Rizzo M, Greist JH. Computer-automated dementia screening using a touch-tone telephone. *Arch Intern Med* 2001 ; 161 : 2481~2487
16. Davies S. Psychometric assessment. In : *The Memory Clinic Guide*, Ed by Walker Z, Butler R, London, Martin Dunitz, 2001 : 19~23
17. Freter S, Bergman H, Gold S, Chertkow H, Clarfield AM. Prevalence of potentially reversible dementias and actual reversibility in a memory clinic cohort. *Can Med Assoc J* 1998 ; 159 : 657~662
18. McLoughlin DM, Levy R. The differential diagnosis of dementia. *Acta Neurol Scand* 1996 ; Suppl 93(Suppl 165) : 92~100
19. Reyes-Ortiz CA, Mulligan T. A case of Diogenes syndrome. *J Am Geriatr Soc* 1996 ; 44 : 1486
20. Reifler BV. Diogenes syndrome: of omelettes and souffles. *J Am Geriatr Soc* 1996 ; 44 : 1484~1485
21. Keeley J, Keeley V, Keeley J. Possible missed diagnosis of syillogomania. *Brit Med J* 1996 ; 312(7029) : 513
22. Pitt B, Yousef G. Depressive pseudodementia. *Curr Opin Psychiatry* 1997 ; 318~321
23. Snowdon J. Squalor syndrome. *J Am Geriatr Soc* 1997 ; 45 : 1539~1540
24. Williams H, Clarke R, Fashola Y, Holt G. Diogenes' syndrome in patients with intellectual disability: 'a rose by any other name' *J Intellect Disabil Res* 1998 ; 42 : 316~320
25. Halliday G, Banerjee S, Philpot M, Macdonald A. Community study of people who live in squalor. *Lancet* 2000 ; 355(9207) : 882~886
26. Upadhyaya A. Medical interventions. In : *The Memory Clinic Guide*, Ed by Walker Z, Butler R, London, Martin Dunitz, 2001 : 25~29
27. Maguire CP, Kirby M, Coen R, Coakley D, Lawlor BA, O' Neill D. Family member's attitudes toward telling the patient with Alzheimer's disease their diagnosis. *Brit Med J* 1996a ; 313(7056) : 529~530
28. Maguire CP, Kirby M, Coen R, Lawlor BA, Coakley D, O' Neill D. Family Members' explanations why patients with Alzheimer's disease should or should not be told their diagnosis : A15. *J Am Geriatr Soc* 1996b ; 44 : S4
29. Meyers BS. Telling patients they have Alzheimer's disease: important for planning their future, and no evidence of ill effects. *Brit Med J* 1997 ; 314(7077) : 321~322
30. Anwar N, Lovestone S, Cheetham ME, Levy R, Powell JF. Apolipoprotein E-epsilon 4 allele and Alzheimer's disease. *Lancet* 1993 ; 342(8882) : 1308~1309
31. Growdon JH, Locascio JJ, Corkin S, Gomez-Isla T, Hyman BT. Apolipoprotein E genotype does not influence rates of cognitive decline in Alzheimer's disease. *Neurology* 1996 ; 47 : 444~448
32. Harvey RJ, Fox NC, Rossor MN. Diagnostic genetic testing. In : *Dementia Handbook*, London, Martin Dunitz, 1999 : 45~47
33. Goode KT, Haley WE, Roth DL, Ford GR. Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model. *Health Psychol* 1998 ; 17 : 190~198
34. McKeith IG, Cummings JL, Lovestone S, Harvey RJ, Wilkinson DG. Caregiver burden. In : *Outcome Measures in Alzheimer's Disease*, London, Martin Dunitz, 1999 : 63~71
35. Chester-Jones M. Psychological interventions. In : *The Memory Clinic Guide*, Ed by Walker Z, Butler R, London, Martin Dunitz, 2001 : 31~35
36. Katona C, Livingston G. Research. In : *The Memory Clinic Guide*, Ed by Walker Z, Butler R, London, Martin Dunitz, 2001 : 37~42
37. Bowler JV, Munoz DG, Merskey H, Hachinski V. Fallacies in the pathological confirmation of the diagnosis of Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998a ; 18~24
38. Shaw K, Stevens T. Ending it well. In : *The Memory Clinic Guide*, Ed by Walker Z, Butler R, London, Martin Dunitz, 2001 : 43~47