

## 치매의 행동심리증상

김상윤

서울대학교 의과대학 신경과학교실  
분당서울대학교병원 뇌신경센터

### Address for correspondence

SangYun Kim, M.D.  
Clinical Neuroscience Center, Seoul National  
University Bundang Hospital, 300 Gumi-dong,  
Bundang-gu, Seongnam 463-707, Korea  
Tel: +82-31-787-7462  
Fax: +82-31-719-6815  
E-mail: neuroksy@snu.ac.kr

## Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

SangYun Kim, M.D.

Department of Neurology, Seoul National University College of Medicine  
Clinical Neuroscience Center, Seoul National University Bundang Hospital, Korea

Dementia is a syndrome characterized by cognitive and non-cognitive symptoms. Recently the importance of non-cognitive symptoms has become increasingly recognized. Behavioural and psychological symptoms in dementia (BPSD) is the collective term which grouped many variable, troublesome non-cognitive symptoms. It is important that the nature of the term is clearly understood. The fine definitions and their exact frequencies are also needed. The key symptoms include agitation (describing a cluster of related symptoms including anxiety, irritability and motor restlessness, often leading to many diverse behavioural symptoms), psychosis (referring to hallucinations, usually visual; delusions, which are usually simple ideas pertaining to theft or being talked about; delusional misidentification, which includes the Capgras delusion as well as misidentification of television and mirror images) and mood disorders (mainly depression and anxiety); other symptoms which can be important include sexual disinhibition, eating problems and abnormal vocalizations.

**Key Words:** BPSD, Dementia

## 서론

치매는 인지기능의 장애와 비인지성 증상으로 나타나는 증후군이다. 최근까지도 치매의 인지기능 장애에 대해서만 관심이 집중되어 있었으나, 최근 십수 년 사이에 비인지성 증상들에 대한 중요성이 부각되어 많은 연구가 진행되고 있다. International Psychogeriatric Association은 치매환자에서 나타나는 이러한 비인지성 증상들을 'behavioural and psychological symptoms in dementia' 또는 BPSD란 약자로 총칭하기로 하였다 [1]. 치매환자들에게서 나타나는 이런 행동심리증상은 매우 흔하고, 중요한 증상이며, 보호자들에게는 가장 부담이 되는 증상으로 밝혀졌다. 또 가족들이 환자를 병원에 데려오거나, 입원시키는 가장 큰 이유의 하나임이 알려지면서 BPSD는 매우 중요한 연구 과제가 되었다.

BPSD에 속하는 증상들을 나열하고, 정의해서, 분류하는 것에는 아직도 많은 이견과 부족함이 있어, 보다 많은 연구의 결과가 필요하다. 각 증상들의 정의도 연구자들마다 차이가 있고, 분류도 모두 다르지만, BPSD에 속하는 증상들을 나누어보면, agitation (anxiety, irritability, motor restlessness 등을 포함하는 일련의 증상군으로 pacing, wandering, aggression, shouting,

night-time disturbance 등의 증상으로 나타나게 된다.), psychosis (hallucination, delusions, delusional misidentification으로 구분), mood disorders (주로 depression, anxiety, hypomania 등이 포함), 기타 증상들(sexual disinhibition, eating problems, abnormal vocalization 등이 포함)로 나눌 수 있다.

BPSD는 매우 흔하게 나타나는 증상들이고, 모든 BPSD가 적극적인 치료가 필요한 것은 아니나, 환자에게서 나타나는 증상들을 잘 관찰하여 현재 환자에게 BPSD가 있는지, 있으면, 어떤 종류의 BPSD고, 어떤 증상군에 속하며, 가능한 원인은 무엇 인지를 생각해보고, 적절한 처치를 해줄 수 있어야 한다.

### 1. 정신병증상(psychosis)

정신병증상의 발현은 픽병이나 헌팅톤병과 같은 초로치매(presenile)에서도 나타나지만, 후기발병(late-onset)의 치매 질환들, 즉, 알츠하이머병, 혈관성치매, 루이체치매 등에서도 흔하게 나타난다.

Burns 등[2]은 치매 환자들에게서 나타나는 정신병증상을 망상(delusion), 환각(hallucinations), 망상적 착오(delusional misidentification)의 세 가지로 구분하였는데, 이러한 분류가 환

자의 증상을 올바르게 파악하는데 많은 도움이 되고 있다[3]. 망상은 잘못된 내용에 대한 비정상적이고 주관적인 생각에 의해 형성된, 확고한 생각이나 믿음으로 정의된다. 망상이라고 하려면 적어도 1주일 이상의 간격으로 두 번 이상 반복되어야 하는데, 이는 작화증(confabulation)이나 섬망(delirium)과의 구별을 위한 것이다[2]. 환각은 실제적인 자극이 없이 느끼는 지각(perception)으로 환자 자신이 직접적으로 표현하거나 보호자를 통해 간접적으로 환자가 환각을 경험한 것이 이야기 되어야 하며, 환자의 행동으로 환각의 유무를 유추해서는 안된다[4]. 망상적 착오로는 사람, 보통 환자와 밀접하게 관계된 사람이나, 물건 또는 주변 환경이 똑같은 사기꾼이나 꾸며진 내용으로 대치되었다는 Capgras 증후군, TV나 사진 속의 사람이 현실에서도 존재하는 것처럼 생각하는 시각적 자극에 대한 망상적 착오증, 거울 속에 비친 자기 모습을 다른 사람으로 생각하는 것과 같은 거울상의 망상적 착오증, 낯선 사람이 집에 같이 살고 있거나 와있다고 믿는 phantom border delusion 등이 포함된다[4, 5].

망상, 환각, 망상적 착오는 기능적 정신병들에서도 나타나지만, 치매질환에서 나타나는 경우와는 몇 가지 차이점이 있다. 치매 환자들에게서 가장 흔하게 나타나는 망상들인 거울에 비친 자기 모습을 다른 사람으로 생각하거나 TV를 보고 실제상황으로 오인하는 망상적 착오는 기질적 질환에서만 관찰된다. 또 치매 환자들에게서 가장 흔한 형태의 환각은 환시(visual hallucination)이지만, 기능적 정신병에서는 환청(auditory hallucination)이 더 흔하게 나타난다. 망상의 대부분은 그 내용이 비교적 간단하나, 복잡하고, 자세한 내용의 망상은 기능적 정신병에서는 매우 드물고, 주로 치매의 초기에 환자들에게서 가끔 나타난다.

망상 등의 정신증상은 매우 다양하게 나타나는데, delusions of reference (다른 사람들이 자신에 대한 이야기를 한다고 생각하는 것), delusions of theft or possessions being hidden, delusions of strangers in the house, visual hallucinations of strangers, delusions of persecution, 2nd person auditory hallucinations, visual hallucinations of animals or insects, visual hallucinations of relatives in the house, delusional misidentification of television, visual hallucinations of children, delusions of relatives in the house, delusional misidentification of mirror image, delusions of abandonment, Capgras delusions, simple auditory hallucinations, delusional jealousy, delusional belief that one's house is not one's home 등으로 나타난다[4].

## 2. 우울증(depression)

우울증과 치매는 노인들에게서 모두 흔하게 나타나는 증상으로 이 두 가지가 함께 나타나는 경우는 흔하다. 일반적으로 65세 이상의 노인들의 5-10% 정도가 치매 증상이 있는 것으로 알려져 있고, 주요 우울증의 유병률이 1-3%인데 비해, 알츠하

이머병 환자들의 약 10-20%가 우울증을 앓고 있는 것으로 알려져 있다[2]. 혈관성 치매의 환자들은 우울증이 같이 동반될 가능성이 훨씬 높다[6]. 우울증에 대한 자세한 내용은 이 책의 다른 제목에서 다루어질 것이기 때문에 몇 가지 내용에 대해서만 언급하고자한다.

### 1) 가성치매(pseudodementia)

가성 치매는 치매 없이 우울증만으로도 인지기능의 저하가 올 수 있다는 사실을 상기 시켜주는 중요한 임상 용어로 현재도 널리 쓰이고 있다[7, 8]. 하지만 우울증에서 나타나는 인지기능의 장애는 그 자체가 실질적인 인지기능의 장애로 '가성'의 의미가 맞지 않다[9-11]. 우울증에서 회복되면 인지기능 장애가 없어지는 것이 가성치매의 특징으로 이야기되지만, 항상 그렇지는 않다. 우울증이 회복되면서 인지기능이 정상으로 회복되기도 하지만, 많은 사람들은 우울증의 좋아져서 인지기능의 개선이 나타나도 일부 인지기능의 장애도 계속되는 경우도 많다[9, 11]. 또 가성치매라는 용어는 우울증과 치매 사이의 이분법을 나타내나, 사실 많은 경우 이 둘의 관계가 복잡하여 확실하게 나뉘지 않는 경우도 많다. 또 우울증 자체가 치매의 독립적인 위험요소로 이야기되고[12] 우울증으로 진단받은 환자들을 장기간 관찰해보면 우울증이 지속되는 동안 인지기능이 점차 감소하는 것을 관찰할 수 있어 가성치매로 환자를 진단하는 것 자체가 결국은 이 환자가 실질적인 치매로 발전할 수 있는 높은 위험군이라는 것을 의미하기도 한다[13]. 이런 의미로 요즘은 depression induced cognitive impairment (DICI), 또는 depression-related cognitive impairment로 이야기되기도 한다[14].

### 2) 뇌졸중 후 우울증(post-stroke depression)과 혈관성 우울증(vascular depression)

최근에 많은 관심을 모으고 있는 분야로, 한번 또는 반복되는 뇌혈관질환을 겪은 환자들에게서 뇌졸중 후 우울증과 혈관성 우울증이 나타나는데, 뇌졸중 후 우울증은 급성 혈관성 장애 후에 오는 것이고, 혈관성 치매는 만성 허혈성 병변에 의해 발생하는 우울증을 의미한다. 이들 증상은 비교적 흔하고 임상에서 나타나는 상태에 대한 적절한 용어로 생각되어 많은 연구가 진행되고 있다[15, 16].

### 3) 경조증(hypomania)

경조증은 기분이 극단적으로 올라간 상태를 의미하는데 치매 환자에서는 우울증에 비해 매우 드물게 나타난다. 경조증을 나타내는 치매 환자들이 보고 되기는 하지만, 일반적으로 매우 드물고 발생률이 1-2% 정도로 생각된다[17, 18].

## 3. 배회(wandering)와 안절부절증(restlessness)

배회는 임상적으로도 사용되는 용어지만, 여러 가지 행동 증

상을 포괄적으로 의미하는 서술적인 의미의 단어로도 사용된다. 아직 용어의 정확한 정의는 없고, 연구마다 나름대로의 정의를 사용하고 있지만, 'a tendency to move about in either the seemingly aimless or disorientated fashion or in pursuit of an indefinable or unobtainable goal'라는 정의가 유용할 듯하다[19]. 배회의 개념도 아직 확실하게 정의되지 않았지만, 초조(agitation)도 개념의 모호함이 있다.

배회 증상은 돌보미들을 힘들게 하는 증상으로[20] 가족들이 환자를 데리고 병원을 오게 되는, 또 치매환자가 병원에 입원하게 되는 중요한 증상 중 하나이다[21, 22]. Ballard 등에 의하면 알츠하이머병 환자들이 혈관성 치매 환자들 보다 집 밖에서 길을 잃어버리기 쉽고, 배회와 인지기능 장애의 정도와는 관계가 없다고 보고하였다[23].

최근에 배회의 증상들에 대한 구분이 시도되었는데, 증상을 나타내는 용어로는 checking/trailing, pottering, aimless walking, walking with inappropriate purpose, walking with appropriate purpose but inappropriate frequency, excessive activity, night-time walking, needs to be brought back home attempts to leave home 등이 있다[24]. Hope 등[25]은 알츠하이머병과 혈관성 치매 환자들에서 나타나는 배회 증상을 크게 (1) reduced walking, (2) wandering, (3) abnormal walking around로 3가지로 나누고, (2) wandering을 trying to leave home: being brought back home으로 구분하고 (3) abnormal walking around 항목도 checking/trailing: increased aimless walking; pottering; inappropriate or over-appropriate walking의 4가지로 구분하였다.

Sundowning이란 용어는 밤에 혼동이나 초조감이 더 심해지고, 배회가 더 많아지는 환자를 기술할 때 사용되는 용어로, 사실 치매 환자에게서만 나타나는 현상은 아니다. 파킨슨병 환자에서도 sundowning 효과가 나타난다[26]. 이 현상의 기전은 아직 확실하지 않으나, 일몰 현상과 관계있거나[27], 단지 간호사의 근무교대, 약물의 효과, 24시간 주기리듬 등이 이야기되고 있다.

#### 4. 공격성(aggression)

공격성은 치매 환자들에게서 흔하게 나타나는 문제로 보호자들이 도움을 청하는 가장 흔한 이유의 하나이며[28], 환자에게 약을 많이 투여하게 되는 이유이기도 한다. 공격성은 매우 중요한 행동심리 증상의 하나이나, 아직 그 원인과 치료 방법에 대해서는 알려진 것이 적다. 공격성은 인지기능의 장애에 의한 이차적인 행동의 변화이기 때문에 특별한 관심을 가질 필요가 없다는[29] 설명과, 공격성은 성격변화가 밖으로 표현된 행동으로 설명하기도 한다[30]. Cohen-Mansfield 등[31]은 physically non-aggressive behaviour, verbally non-aggressive behaviours, physically aggressive behaviours, verbally aggressive beha-

viours의 4가지로 분류하였다.

#### 5. 기타 치매의 행동심리증상

그 밖에 치매 환자에서 자주 나타나는 행동심리증상으로는 abnormal vocalization, eating disorders, sexual disinhibition, anxiety 등이 있다.

#### 참고문헌

1. Finkel SI, Costa de Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Journal of Psychogeriatrics* 1996; 8: 497-500.
2. Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry* 1990; 157: 72-96.
3. Ballard C, Bannister C, Graham C, Oyebode F, Wilcock G. Associations of psychotic symptoms in dementia sufferers. *British Journal of Psychiatry* 1995; 167: 537-40.
4. Ballard CG, O'Brien J, James I, Swann A. Dementia: management of behavioural and psychological symptoms. 1st ed. New York: Oxford, 2001; 17-35.
5. Ballard CG, Saad K, Patel A, Gahir M, Solis M, Coope B, Wilcock G. The prevalence and phenomenology of psychotic symptoms in dementia sufferers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1995; 10: 477-85.
6. Newman SC. The prevalence of depression in Alzheimer's disease and vascular dementia in a population sample. *Journal of Affective disorders* 1999; 52: 169-76.
7. McAllister TW. Overview: pseudodementia. *American Journal of Psychiatry* 1983; 156: 66-71.
8. Wells CE. Pseudodementia. *American Journal of Psychiatry* 1979; 136: 895-900.
9. Abas MA, Sahakian BJ, Levy R. Neuropsychological deficits and CT scan changes in elderly depressives. *Psychological Medicine* 1990; 20: 507-20.
10. Beats BC, Sahakian BJ, Levy R. Cognitive performance in tests sensitive to frontal lobe dysfunction in the elderly depressed. *Psychological Medicine* 1996; 26: 591-603.
11. Dahabra S, Ashton CH, Bahrainian M, Britton PG, Ferrier IN, McAllister VA, et al. Structural and functional abnormalities in elderly patients clinically recovered from early-and late-onset depression *Biological Psychiatry* 1998; 44: 4-46.
12. Jorm AF, Van Duijn CM, Chandra V, Fratiglioni L, Graves AB, Heyman A, et al. Psychiatric history and related exposures as risk factors for Alzheimer's disease: a collaborative re-analysis of case-control studies. EURODEM. *International Journal of Epidemiology* 1991; 20: 43-7.

13. Kral VA, Emery OB. Long-term follow-up of depressive pseudodementia of aged. *Canadian Journal of Psychiatry* 1999; 34: 445-6.
14. Rabins PV, Black BS, Roca R. Effectiveness of a nurse-based outreach program for identifying and treating psychiatric illness in the elderly. *Year book of psychiatry and applied mental health* 2002; 2002: 216-7.
15. Provinciali L, Coccia M. Post-stroke and vascular depression: a critical review. *Neurol Sci* 2002; 22: 417-28.
16. Carod-Artal J, Egidio JA, Gonzalez JL, de Seijas EV. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke. Experience of a stroke unit. *Stroke* 2000; 31: 2995-3000.
17. Burns A, Jacob R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. (IV): Disorders of behaviour. *British Journal of Psychiatry* 1990; 175: 86-94.
18. Lyketsos CG, Corazzini K, Steele C. Mania in Alzheimer's disease. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1995; 7: 350-2.
19. Snyder LH, Ruppriecht P, Pyrek J, Brekhuis S, Moss T. Wandering. *Gerontologist* 1978; 18: 272-80.
20. Rabins P, Mace M, Lucas M. The impact of dementia on the family. *Journal of the American Medical Association* 1982; 248: 333-5.
21. Margo JL, Robinson JR, Corea S. Referrals to a psychiatric service from old people's home. *British Journal of Psychiatry* 1980; 136: 396-401.
22. Sanford J. Tolerance of disability in elderly dependants by supporters at home: its significance for hospital practice. *British Medical Journal* 1975; iii: 471-4.
23. Ballard CG, Mohen RNC, Bannister C, handy S, Patel A. Wandering in dementia sufferers. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1991; 6: 611-4.
24. Hope RA, Fairburn CG. The nature of wandering in dementia: a community based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1990; 5: 239-45.
25. Hope RA, Tilling KM, Gedling K, Keen JM, cooper SD. The structure of wandering in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1994; 9: 149-55.
26. Bliwise DL. What is sundowning? *Journal of the American Geriatrics Society* 1994; 44: 1009-11.
27. Bliwise DL, Bevier WC, Bliwise NG, Edgar DM, Dement WC. Systematic 24-hour behavioural observations of sleep wakefulness in a skilled care nursing facility. *Psychological Aging* 1990; 5: 16-24.
28. Reisberg B, Brenstein J, Franssen E, Shulman E, Steinberg G, Ferris SH. Remedial behavioural symptomatology in Alzheimer's disease. *Hospital and Community Psychiatry* 1986; 37: 1190-201.
29. Fairburn CG, Hope RA. Changes in behaviour in dementia: a neglected research area. *British Journal of Psychiatry* 1988; 152: 406-7.
30. Dian L, Cummings JL, Petry S, Hill MA. Personality alterations in multi-infarct dementia. *Psychosomatics* 1990; 4: 415-9.
31. Cohen-Mansfield J, Marx MS, Werner P. Agitation in elderly persons: an integrative report of findings in a nursing home. *International Psychogeriatrics* 1992; 4 (Suppl 4): 221-40.