

치매 - 인간정신의 비극적 추락

62세 된 중학교 교장선생님인 K씨는 2년 전부터 서서히 시작된 기억장애로 병원을 찾게 되었다. 처음에는 나이가 들어 건망증 증상이 심해지는 정도로 생각했으나 점차 생활 전반에 걸쳐 광범위하게 기억장애가 진행되어 직장 및 사회생활에 커다란 지장을 받게 되었다. 병원을 찾을 무렵 K씨는 자기 집과 직장의 전화번호를 제외하곤 다른 전화번호는 전혀 기억할 수 없었고 가끔씩 찾아가던 자식들의 집도 이제는 혼자서 찾아갈 수 없을 정도라고 했다.

K씨는 15년 전에 치매로 돌아가신 어머니처럼 자신도 치매에 걸린 것이 아닌가 불안해하고 있었으며 정확한 진단을 받기 위해 가족들과 함께 병원에 내원하였다. 외래에서 시행한 정신상태 검사결과 K씨는 상당히 심각한 정도의 기억장애를 보이고 있었으며 집중력이나 판단력에도 가벼운 장애를 보이고 있었다. 자신의 병에 대한 불안감과 우울감을 호소했으며 최근 들어서는 자기 물건들을 어디다 두었는지 제대로 못 찾게 되면서 주위사람들이 자기 물건을 훔치거나 숨기고 있다는 의심이 들 때가 자주 있다고 했다. 가족들에 의하면 6개월 전부터는 성격도 조금씩 변해서 과거의 온화하고 융통성 있는 성격에서 점차 완고하고 이기적인 성격으로 바뀌는 것 같다고 했

다. 내원시 시행한 뇌 자기공명영상(MRI) 소견에서는 대뇌 피질의 위축과 뇌실의 확장이 관찰되었으며 각종 이학적 검사 및 신경학적 검사상 특이한 소견은 관찰되지 않았다. K씨는 알츠하이머병 치매로 추정되어 가족들과 함께 질병의 경과 및 예후에 대해 상세한 설명을 들었으며 바로 통원치료를 시작하였다.

치매란 지능이 완전히 발달한 성인기 이후에 신경세포의 점진적인 변성으로 인해 의식의 장애 없이 병전의 지식 수준에 비해 전반적인 인지기능이나 정서, 성격 등에 장애를 보이게 되는 증후군을 이른다. 치매에서 손상을 보이는 인지기능에는 지능, 학습능력, 기억력, 문제해결 능력, 지남력, 주의집중력, 판단력 등이 포함된다. 이러한 장애로 인해 직업 수행이나 사회활동, 그리고 타인과의 관계를 유지하는데 지장을 초래할 때 임상적으로 치매를 의심할 수 있다.

유전적 요인 큰 영향

치매는 연령의 증가에 따라 그 발병률이 비례해서 올라가는 것으로 알려져 있다. 미국의 통계에 의하면 65세 이상의 노인 중 5%가 중증의 치매증상을 보이며 80세 이상에서는 약 20%가 중증 치매증상을 보인다고 한다. 우리나라에서는 아직까지 정확한 통계

가 나와 있지 않지만 이와 큰 차이를 보이지는 않을 것이라 추정되며, 최근 전체 인구의 평균연령이 증가하면서 치매환자가 급격히 증가하여 심각한 사회문제로 대두되고 있다.

치매의 원인은 여러 가지가 있을 수 있지만 우리나라에서는 위에서 기술된 사례와 같이 알츠하이머병 치매가 가장 많으며 그 다음으로는 혈관성 치매가 많이 보고된다. 그밖에 알코올 중독으로 오는 알코올성 치매, 파킨슨씨 병 같은 신경질환에 동반되는 치매, 뇌손상을 입은 후 나타나는 치매 등도 임상에서 비교적 흔히 볼 수 있다. 임상에서 가장 흔히 보고되는 알츠하이머병 치매의 경우 발병원인이 아직까지 정확하게 밝혀지진 않지만 유전적인 요인이 큰 영향을 미친다고 알려져 있다.

즉 알츠하이머병 치매환자의 약 40%에서 가족력상 동일한 질병을 지닌 가족이나 친척이 있으며, 일란성 쌍둥이에서 어느 한쪽이 알츠하이머병 치매를 보이는 경우 다른 쌍둥이에서도 같은 질병이 발생할 가능성이 약 43%에 이른다. 현재 이 병의 원인 유전자로 주목받고 있는 것 중의 하나는 21번 염색체의 長腕(long arm)에 있는 아밀로이드 전구 단백질 유전자로써 이 유전자의 일부에 유전적 돌연변이가 일어나서 뇌세포 중에 이상단백

치매는 나이들면서 기억장애나 정서장애 그리고 성격장애 등을 보이는 증후군을 말한다. 일반적으로 치매는 불치병으로 알려져 있지만 영구적인 뇌손상이 일어나기 전에만 치료를 시작하면 완치까지도 기대할 수 있다. 우선 치매환자에게서 발생하기 쉬운 각종 내과적 합병증을 예방해주고 서서히 진행되는 인격변화로 인해 환자와 가족 모두가 겪게 되는 당혹감과 좌절감에 대해 정서적 지지가 필요하다.

질의 침착을 가져오는 것으로 추정된다.

치매의 임상양상은 환자에 따라 다양하지만 대개 다음과 같은 과정을 밟는다고 알려져 있다. 치매 초기에 환자는 특히 정신적 수행능력의 유지가 힘들며 새롭거나 복잡한 과제의 해결에 어려움을 보이고 쉬 피로를 느낀다. 기억장애는 알츠하이머병 치매와 같은 대뇌 피질을 침범하는 치매의 초기에 가장 두드러지게 나타나는 증상이다. 치매 초기에는 기억력 장애가 비교적 가볍고 주로 최근의 사건을 잘 기억하지 못하는 양상으로 시작되며 치매가 진행됨에 따라 기억장애가 악화되어 나중에는 먼 과거의 기억까지 손상되게 된다. 또한 언어능력에도 장애가 와서 모호하고 부정확한 어휘를 구사하거나 물건의 정확한 이름을 지칭하는데 어려움을 보이기도 한다. 또한 병전의 성격이 지나치게 과장되거나 극적으로 변해서 주위 가족들을 힘들게 만들기도 한다. 특히 폭발적이고 자극에 대해 과민반응을 잘 보이며 편집성 망상이나 환각 증상을 경험하기도 한다. 또한 쉽게 우울해지고 불안해하며 각종 신경학적 이상소견들이 동반되기 쉽다.

치매의 일반적 경과는 50~60대에 처음 증상이 시작되며 5~10년간에 걸쳐 서서히 증상이 악화되어 결국에는

여러 가지 의학적 합병증으로 인해 죽음에 이른다. 치매의 심한 정도와 경과에는 환자의 병전 지능, 교육 정도, 발병 양상, 다른 정신병리의 존재 유무에 따라 차이를 보인다. 일반적으로 치매는 불치병으로 알려져 있지만 사실 10~15%의 영구적인 뇌손상이 일어나기 전에만 치료를 시작하면 완치까지도 기대할 수 있다. 예를 들어 갑상선 기능저하증이나 정상압 수두증, 뇌종양, 비타민 결핍 등으로 인해 유발된 치매의 경우 치료시기만 놓치지 않으면 완치까지도 기대할 수 있다. 따라서 정확한 진단을 위해 각종 이학적, 신경학적 검사들이 필수적이며 뇌 자기공명영상술(MRI)과 신경인지기능검사 등이 많은 도움이 될 수 있다.

영양섭취와 규칙적 운동들

치매환자에 대한 일반적인 치료원칙은 지지적인 의학적 치료, 환자와 가족에 대한 정서적 지지, 파괴적이고 충동적인 증상을 조절하기 위한 약물 치료 등 거의 모든 유형의 다양한 치료가 필요하다. 우선 치매환자에서 발생하기 쉬운 각종 내과적 합병증(감염성 질환, 욕창, 심폐기능 이상 등)을 예방해주고 서서히 진행되는 인격변화로 인해 환자와 가족 모두가 겪게 되는 당혹감과 좌절감에 대해 정서적 지

지가 필요하게 된다. 그리고 자극이 적은 익숙한 환경에 환자가 거주하도록 하고 적절한 영양 섭취와 규칙적인 운동을 유지시켜 주는 것도 중요하다. 치매환자에서 기억력 장애를 완화시켜 줄 수 있는 약물들로는 타크린, 도네페질, 실레질린, 비타민 E 등이 있으며 특히 최근에 개발되어 시판되고 있는 도네페질 같은 약물은 부작용은 별로 없으면서 치매 초기의 기억력 장애를 치료하는데 좋은 효과를 보인다.

하지만 이들 약물들은 결국 치매환자의 뇌신경계에서 일어나는 신경세포의 변성 그 자체를 막아주는 것은 아니고 단지 변성이 일어나는 진행 속도를 느리게 해줄 뿐이라는 한계점이 있다. 그밖에도 치매환자에서 흔히 동반되는 망상, 환각과 같은 정신병적 증상이나 불안, 초조증상, 불면증, 우울증 같은 증상들을 치료하기 위해 각종 정신과적 약물들이 필요할 수 있다. 또한 혈관성 치매와 같이 뇌혈관계의 이상이 원인이 되는 경우에는 고혈압이나 고지혈증, 비만, 심장질환, 당뇨, 흡연 같은 위험요인들을 막아줘야 하고, 알코올성 치매 같은 경우에는 비타민 B 결핍을 보충해주고 알코올 섭취를 못하게 해주는 것이 필요하다. ㉞

柳凡熙

〈성균관대이대 교수/삼성서울병원 정신과〉