

3

기분장애



DSM-5에서는 유전학, 증상과 관련된 문제들을 고려할 때, 양극성장애를 기분장애와 조현병을 이어주는 가교로 볼 수 있다는 점에 주목한다. 그래서 DSM-5는 양극성장애와 우울장애를 서로 매우 관계가 깊은 두 장으로 구분하였다. 하지만 기분장애를 가능한 명확하고 간명하게 설명하고자, 이 책에서는 그 둘을 다시 묶게 되었다.

기분장애의 빠른 진단 지침

DSM-5는 기분과 관련된 정신과적 문제들을 진단하는 데에 세 가지 기준 세트를 사용하는데, 이는 (1) 기분 삽화, (2) 기분장애, (3) 더욱 최근 삽화와 재발 경과를 서술하는 명시자이다. 이 빠른 진단지침에서는 이들을 각각 다룰 것이다. 좀 더 세부적인 논의는 각 항목 뒤에 쓰인 쪽수에서 확인할 수 있다.

기분 삽화

쉽게 말하면, 기분 삽화는 환자가 비정상적으로 행복하거나 비정상적으로 슬픔을 느끼는 때를 일컫는다. 기분 삽화는 진단코드를 붙일 수 있는 여러 기분장애를 구성하는 데 필요한 요소이다. 기분장애(기분장애의 대부분의 유형은 아닐지라도)를 가진 대다수의 환자들은 주요우울 삽화, 조증 삽화, 경조증 삽화 세 가지 중 하나 혹은 그 이상의 삽화를 경험한다. 추가적인 정보가 없을 때 이 기분 삽화들만으로는 임상적인 진단 분류를 할 수 없다.

주요우울 삽화. 적어도 2주 동안, 환자는 우울한 기분을 느끼고(혹은 생활을 즐기지 못하고), 식사 및 수면 감소, 죄책감, 활력저하, 집중력의 감소, 죽음에 대한 생각과 관련된 문제를 겪는다(101쪽).

조증 삽화. 적어도 1주 동안, 환자는 고양된(혹은 때로 짜증만 보이는) 기분을 느끼고, 과장되고 말이 많고, 활동이 과다하고 주의산만해질 수 있다. 잘못된 판단으로 인해 중요한 사회적 혹은 직업적 손상이 초래될 수 있다. 때로는 입원조치가 취해져야 한다(105쪽).

경조증 삽화. 조증 삽화와 거의 비슷하지만 더욱 짧고 덜 심각하다. 입원이 필요하지는 않다(109쪽).

기분장애

기분장애는 비정상적인 기분에 기인하는 질병 유형이다. 기분장애를 가지고 있는 거의 모든 환자들은 특정 시점에 우울증을 경험하지만, 어떤 이들은 고조된 기분(highs of mood) 또한 경험한다. 모든 경우가 그런 것은 아니지만, 많은 기분장애는 기분 삽화에 근거하여 진단된다. 기분장애를 가지고 있는 대부분의 환자들은 아래에 나열되어 있는, 진단 분류를 할 수 있는 범주 중 하나에 해당한다.

우울장애

주요우울장애. 환자들은 조증이나 경조증 삽화를 겪은 적이 없고, 하나 이상의 주요우울 삽화를 경험한다. 주요 우울장애는 재발성 삽화 또는 단일 삽화 중 하나로 구분된다(112쪽).

지속성 우울장애(기분저하증). 고조되는 시기는 없으나, 전형적인 주요우울장애보다 훨씬 오래 지속된다. (비록 만성 주요우울증이 이 범주에 속하게 되었으나) 이러한 우울증은 대개 주요우울 삽화로 불릴 만큼 심각하지는 않다(130쪽).

파괴적 기분조절부전장애. 아동이 빈번하고 심각한 분노폭발을 보이고, 분노폭발 삽화 사이에 부정적인 기분을 경험한다(141쪽).

월경전불쾌감장애. 월경 며칠 전, 여성은 우울증과 불안 증상을 경험한다(138쪽).

다른 의학적 상태로 인한 우울장애. 다양한 의학적이고 신경학적인 상태가 우울증상을 유발할 수 있다. 이는 상기된 어떤 상태의 진단기준에 부합할 필요는 없다(147쪽).

물질/약물치료로 유발된 우울장애. 알코올이나 다른 약물(중독 혹은 금단)이 우울증상을 유발할 수 있다. 이는 상기된 어떤 상태의 진단기준에 부합할 필요는 없다(143쪽).

달리 명시된, 혹은 명시되지 않는 우울장애. 환자가 상기된 우울 진단이나 우울증이 특징인 다른 진단기준을 충족시키지 않는 우울증상을 보일 때 이 범주를 이용하라(164쪽).

양극성 및 관련 장애

대략 25%의 기분장애 환자들은 조증 혹은 경조증 삽화를 경험한다. 이들의 대다수는 우울증 삽화 또한 경험한다. 기분이 고양되고 저하되는 정도와 기간에 따라 양극성장애 유형이 결정된다.

제 I 형 양극성장애. 적어도 하나의 조증 삽화가 있어야 한다. 대부분의 제 I 형 양극성장애 환자들은 주요우울 삽화 또한 경험한다(119쪽).

제 II 형 양극성장애. 이 진단에는 적어도 하나의 경조증 삽화와 적어도 하나의 주요우울 삽화가 필요하다(126쪽).

순환성장애. 환자들은 반복적인 기분변동(mood swings)을 경험하지만, 그중 어떤 것도 주요우울 삽화나 조증 삽화로 불릴 만큼 심각하지 않다(134쪽).

물질/약물치료로 유발된 양극성장애. 알코올이나 다른 약물(중독 혹은 금단)이 조증 혹은 경조증 증상을 유발할 수 있다. 이는 상기된 어떠한 상태의 진단기준에 부합할 필요는 없다(143쪽).

다른 의학적 상태로 인한 양극성장애. 다양한 의학적이고 신경학적인 상태가 조증 혹은 경조증 증상을 유발할

수 있다. 이는 상기된 어떠한 상태의 진단기준에 부합할 필요는 없다(147쪽).

달리 명시된, 혹은 명시되지 않는 양극성장애. 환자가 상기된 양극성 진단의 기준을 충족시키지 않는 양극성 증상을 보일 때 이 범주를 이용하라(163, 164쪽).

우울증상과 조증증상의 기타 원인

조현정동장애. 조현정동장애에서 조현병을 시사하는 증상은 주요우울 삽화 혹은 조증 삽화와 공존한다(76쪽).

행동장애를 동반한 주요 및 경도 신경인지장애. 행동장애 세분점(qualifier)은 주요 및 경도 신경인지장애의 진단에 붙여 부호화할 수 있다(524쪽). 물론 기분 증상에서도 온전하지 않은 행동을 보일 수는 있지만, DSM-5에서는 우울증을 동반한 인지장애를 이러한 방법으로 명시한다.

우울감을 동반한 적응장애. 우울한 기분이 생활 스트레스에 적응하는 한 가지 방법인 경우 이 진단이 내려진다.

성격장애. 불쾌한 기분은 주로 경계선 성격장애의 진단기준으로 언급된다(585쪽). 한편 우울한 기분은 흔히 회피성, 의존성, 연극성 성격장애에 동반된다.

단순 사별(uncomplicated bereavement). 친척이나 친구의 죽음에 대한 슬픔은 자연스러운 경험이다. 단순 애도는 특정한 스트레스원에 대한 정상적인 반응이기 때문에, 장애가 아닌 Z코드[V코드]로 다시 분류된다. 638쪽을 보라.

기타 장애. 우울증은 조현병, 섭식장애, 신체증상장애, 성기능부전 및 성별 불쾌감 등 다른 많은 정신질환에 동반될 수 있다. 기분 증상은 불안장애(특히 공황장애와 공포증), 강박장애, 외상후 스트레스장애 환자에게도 나타날 수 있다.

명시자

두 가지 특징적인 기술이 많은 기분 삽화와 기분장애에 적용될 수 있다.

현재 혹은 가장 최근의 삽화를 기술하는 명시자

아래의 기술은 가장 최근의 주요우울 삽화의 특징을 설명하는 데 도움이 된다. 처음 두 가지를 제외한 나머지 조건은 조증 삽화에도 적용될 수 있다. (151쪽에 심각도와 관해에 대한 명시자를 기록해 두었음을 기억하라.)

비전형적 양상 동반. 이 경우에 우울한 환자들은 많이 먹고 체중이 증가하며, 과도하게 잠을 자고, 느릿느릿하거나 마비된 듯한 느낌을 받는다. 이들은 거절에 과도하게 민감하다(153, 154쪽).

멜랑콜리아 양상 동반. 이 용어는 심각한 우울증의 '전형적인' 증상인 주요우울 삽화에 해당한다. 멜랑콜리아 양상을 동반한 환자들은 일찍 일어나고, 하루 중 늦은 시간보다 아침에 기분이 더 나쁘다. 그들은 식욕을 잃고 체중이 빠지며, 죄책감을 느끼고, 행동이 느려지거나 초조해하며, 대개는 좋아할 만한 일이 생길 때도 기분이 더 나아지지 않는다(154쪽).

불안증 동반. 이 경우에 환자들은 불안, 긴장, 초조함, 걱정 혹은 기분 삽화에 동반되는 두려움 등의 증상을 보인다(152쪽).

긴장증 동반. 이 경우에 환자들은 운동 과잉 혹은 활동정지의 양상을 보인다. 긴장성 증상은 주요우울 삽화와 조증 삽화에 적용될 수 있다(89쪽).

혼재성 양상 동반. 이 경우에 환자들은 조증 삽화, 경조증 삽화, 주요우울 삽화에서 조증증상과 우울증상이 혼재되어 나타나기도 한다(155쪽).

유산기 발병 동반. 조증 삽화, 경조증 삽화, 혹은 주요우울 삽화(혹은 단기 정신병적 장애)가 임신기나 아이를

낳은 지 한 달 이내의 여성에게서 발생할 수 있다(157쪽).

정신병적 양상 동반. 조증 삽화와 주요우울 삽화는 기분과 일치하거나 일치하지 않는 망상을 동반할 수 있다.(158쪽)

재발 삽화의 경과를 기술하는 명시자

이 명시자는 개별 삽화의 유형뿐만 아니라 기분장애의 전반적인 경과를 기술한다.

급속 순환성 동반. 1년 이내에 환자는 적어도 4개의 주요우울 삽화, 조증 삽화, 혹은 경조증 삽화의 진단기준을 충족시키는 삽화(조합된 형태로든)를 경험한다(159쪽).

계절성 동반. 이 경우 환자는 가을이나 겨울과 같이 한 해의 특정한 시점에 주기적으로 어려움을 겪는다(160쪽).

기분 삽화의 소개

기분은 우리가 삶을 바라보는 방식에 영향을 미치는 지속적인 감정을 일컫는다. 성인 여성의 20%와 성인 남성의 10% 정도가 살아가는 동안 한 번 정도 기분의 이상을 경험하기 때문에, 이러한 때를 알아차리는 것은 매우 중요하다. 기분장애의 유병률은 남녀 모두에게서 증가하는 추세이며, 정신건강 현장에서 환자의 절반 이상을 차지한다. 기분장애는 인종과 사회경제적 지위를 불문하고 발병할 수 있으나, 미혼인 사람과 연인이 없는 사람들에게 더욱 흔히 보인다. 또한 기분장애는 비슷한 문제를 가진 친척이 있을 경우 발병할 가능성이 더 높다.

기분장애는 진단과 세분점, 심각도 수준이 다양하다. 복잡해 보이긴 하나, 몇 가지 주요한 원리로 축약될 수 있다.

수년 전에는 기분장애가 정동장애로 불렸다. 아직도 많은 임상가들은 이런 오래된 용어를 사용하고 있으며, 이는 계절성 정동장애라는 이름에도 자리잡고 있다. 그런데 정동이라는 용어는 단순한 환자의 감정 상태 이상의 것을 포함한다는 것에 주목하라. 정동은 환자가 어떻게 느끼는 것처럼 보이는가를 포괄하는 개념으로, 환자의 얼굴표정, 자세, 눈맞춤, 눈물 글썽거림과 같은 신체적인 단서를 통해 드러난다. 때로는 불명확해 보이는 개념인 정동 대신에 환자가 실제로 경험하는 기분을 강조하기 위하여 기분이라는 용어를 사용하게 되었다.

이 장에서는 세 가지 종류의 기분 삽화를 기술할 것이다. 기분장애의 각 장에서 이를 잘 보여주는 사례를 찾아볼 수 있다.

주요우울 삽화

주요우울 삽화는 기분장애를 구성하는 요소 중 하나이지만, 부호화할 수 있는 진단은 아니다. 주요우울 삽화는 환자들이 도움을 요청하는 가장 흔한 문제 중 하나이므로 당신은 이를 자주 사용하게 될 것이다. 환자의 전체 병력과 정신상태검사 결과를 고려한 후에 신중하게 적용할 필요가 있다(물론 모든 명칭과 모든 진단을 사용함에 있어 신중해야 한다). 여기서 이 같은 주의점을 언급하는 것은, 몇몇 임상가들이 실제로 근거에 대해 고려하지 않고 반사적으로 주요우울 삽화 진단을 사용하는 경향이 있기 때문이다. 한 번 진단을 부여하게 되면, 너무 자주 그 진단을 자동적으로 내리게 된다.

주요우울 삽화는 다섯 가지 주요한 필요요건을 충족시켜야 한다. (1) 우울한 기분(또는 흥미나 즐거움의 감소)이 (2) 최소한의 기간 동안 나타나고 (3) 요구되는 개수의 증상이 동반되며 (4) 고통이나 장애를 가져오고 (5) 나열된 배제요인에 해당하지 않아야 한다.

기분의 특성

우울증은 보통 정상보다 저조한 기분으로 경험된다. 환자들은 이를 ‘행복하지 않은’, ‘낙담한’, ‘상심한’, ‘울적한’, 혹은 슬픔을 표현하는 다른 많은 용어들로 묘사하기도 한다. 몇 가지 쟁점들이 우울증을 인식하는 것을 방해할 수 있다.

- 모든 환자들이 자신들이 느끼는 것에 대하여 인지하거나 정확하게 묘사할 수 있는 것은 아니다.
- 다른 문화적 배경을 가지고 있는 임상가와 환자는 문제가 우울증이라는 것에 동의하지 못할 수 있다.
- 우울증에서 보이는 증상은 환자마다 매우 다를 수 있다. 어떤 환자는 행동이 느려지고 울 수도 있고, 또 다른 환자는 웃으면서 무언가 잘못되었다는 것을 부인할 것이다. 어떤 환자는 너무 많이 자거나 먹고, 또 다른 환자들은 불면증과 거식증을 호소한다.
- 몇몇 환자들은 실제로 우울을 느끼지 않으며, 그보다는 성생활을 포함한 일상 활동에서 즐거움이 상실되거나 흥미가 감소하는 형태로 우울증을 경험한다.
- 진단에 중요한 것은, 삽화가 환자의 평소 기능 수준으로부터 현저한 변화를 보여야 한다는 것이다. 만약 환자가 이를 알아차리지 못한다면(어떤 이들은 문제가 너무 심해서 주의를 기울이지 않거나 자신을 돌보는 데 무관심하다), 가족 또는 친구들이 변화가 있음을 보고할 수 있다.

기간

환자는 거의 매일, 하루의 대부분, 적어도 2주 동안 기분 문제를 보여야 한다. 주요우울 삽화가 우리 대부분이 가끔 느끼는 일시적인 ‘기분저하(down)’와 다르다는 것을 확실히 하기 위하여 이것이 필수 요건으로 포함되었다.

증상

위에서 언급된 2주의 기간 동안, 환자는 아래의 고딕체로 된 증상 중 적어도 5개를 가지고 있어야 한다. 다섯 가지 증상은 우울한 기분 또는 즐거움의 상실을 포함해야 하며, 증상은 모두 그 사람이 이전보다 더욱 낮은 수준으로 수행하고 있다는 것을 나타내야 한다. 우울한 기분은 따로 설명이 필요 없을 것이고, 즐거움의 상실은 우울한 환자에게서 거의 일반적으로 나타난다. 이러한 증상은 환자 자신이나 타인에 의해 보고될 때 인정될 수 있다.

많은 환자들은 식욕을 잃고 체중이 감소한다. 환자의 3/4 이상이 수면과 관련된 문제를 보고한다. 일반적으로 그들은 동이 트기 전 매우 일찍 일어난다. 하지만 어떤 환자들은 평상시보다 더욱 많이 먹고 더 많이 자는데, 이런 사람들 중 대부분은 비전형적 양상 명시자에 해당된다(153쪽).

우울한 환자들은 대개 피로감을 호소하는데, 이를 피곤함이나 활력 부족으로 표현하기도 한다. 말이나 신체적인 움직임이 느려질 수도 있고, 때때로 질문에 답하거나 행동을 시작하기 전에 현저하게 정지(pause) 상태를 보이기도 한다. 이를 정신운동성 지체라고 부른다. 말을 매우 조용하게 하며, 때로는 들리지 않을 정도이다. 어떤 환자들은 직접적인 질문에 대답하는 것 외에는 완전히 말하는 것을 중단해버린다. 극단적일 때는 완전히 침묵해버리기도 한다.

다른 쪽으로 극단적일 경우, 어떤 우울한 환자들은 매우 불안하고 초조해지기도 한다. 초조(agitation)는 손을 비틀거나 왔다갔다 하거나 또는 움직이지 않고는 가만히 앉아 있을 수 없는 형태로 나타날 수 있다. 우울한 환자들은 자신을 객관적으로 평가하는 능력이 급격히 저하되어, 이는 낮은 자존감 또는 죄책감으로 나타난다. 어떤 환자들은 (실제로 그러하거나 그렇게 느껴지는) 주의집중의 어려움이 너무 심하여 때로 치매로 오진단될 수도 있다. 죽음에 대한 생각, 죽음에 대한 소망, 그리고 자살사고는 모든 우울증 증상 중에서 가장 심각한 증상인데, 이는 환자들이 그런 사고들을 성공적으로 행동에 옮길 수 있는 실제적인 위험성이 있기 때문이다.

DSM-5에서 증상이 주요우울 삽화로 간주되기 위해서는 위의 열거된 행동이 거의 매일 나타나야 한다. 하지만 죽음이나 자살에 대한 생각은 반복적으로 보이기만 하면 충족된다. 자살시도나 구체적인 자살계획은 한 번만 있어도 주요우울 삽화를 충족시킬 수 있다.

일반적으로 환자가 이러한 형태에 더욱 가깝게 닮을수록, 주요우울 삽화 진단이 더욱 신뢰로워

진다. 그러나 우울증 환자들은 DSM-5 기준에 열거된 것 이외에도 많은 증상을 보일 수 있다는 점을 주의해야 한다. 여기에는 한바탕 울어대는 것, 공포증, 강박 사고와 강박 행동이 포함될 수 있다. 환자들은 무망감, 무력감, 또는 무가치감에 빠져 있을 수 있다. 불안 증상, 특히 공황발작과 같은(167쪽 참조) 증상이 두드러져서, 임상가로 하여금 기저에 있는 우울증을 보지 못하게 할 수 있다.

많은 환자들이 우울해졌을 때 술을 더 마신다(때로는 더 적게). 이는 감별진단을 어렵게 할 수 있다. 우울증과 음주 중 어떤 것이 먼저 치료되어야 하는가? (힌트: 대개의 경우는 동시에 발생한다.)

소수의 환자들은 현실과의 접촉을 상실하고 망상이나 환각을 경험한다. 이러한 정신병적 양상은 기분과 일치할 수도 있고(예: 우울한 한 남성이 큰 죄책감을 느껴서 그가 어떤 끔찍한 죄를 저질렀다고 생각하는 것), 기분과 일치하지 않을 수도 있다(FBI에 쫓기고 있다고 생각하는 우울한 남자가 경험하는 것은 우울증 환자의 전형적인 주제가 아니다). 브라이언 머피의 사례(113쪽)는 그 일례이다.

주요우울 삽화 진단을 내릴 때 증상으로 포함시키지 말아야 되는 세 가지 상황이 있다.

1. 증상이 다른 의학적 상태에 의해 완전히 설명된다. 예를 들어, 큰 수술로 회복 중인 한 환자의 경우 피로증을 우울증상으로 고려하지 않아야 하는데, 이런 상황에서는 피로함이 예상 가능한 것이기 때문이다.
2. 증상이 기분과 일치하지 않는 망상 또는 환각으로 인한 결과이다. 예를 들어, 밤새도록 깨어 있게 만드는 환청으로 인한 불면증은 우울증상으로 고려하지 않는다.
3. 환자가 너무 우울해서 책임을 다하지 못한 것으로 인해 죄책감이나 무가치감을 경험한다. 이런 감정은 우울증에 너무 일반적이므로 진단적 중요성을 지니기 어렵다. 이보다는 타당성이 있는 범위를 벗어난 죄책감이 있는지 탐색하라. 극단적인 예로, 자신의 사악함이 911비극을 초래했다고 믿는 여성의 예를 들 수 있다.

손상

이 삽화는 물리적인 고통 혹은 환자의 직무(혹은 학업) 수행, 사회생활(위축이나 불화)이나 성생활과 같은 다른 기능 영역에서의 손상을 야기할 만큼 심각해야 한다. 정신질환의 다양한 결과 중에 직무에 미치는 영향은 탐지하기 가장 어려운 것일 수 있다. 아마도 생계를 꾸려가는 것이 매우 중요하므로 대부분의 사람들이 고용에 위협이 될 수 있는 증상을 숨기기 위해 매우 노력하기 때문일 것이다.

배제 기준

증상의 심각도나 기간과 관계 없이, 증상을 야기할 수 있는 임상적으로 중요한 물질 사용 혹은 일반적인 의학적 장애의 경우에는 주요우울 삽화로 진단을 내려서는 안 된다.

주요우울 삽화의 핵심 특징

환자들은 매우 우울하다. 대부분은 슬프고, 낙심하며, 우울하거나 이와 비슷한 감정을 느낀다. 하지만 몇몇 환자들은 그들이 한때 좋아했던 거의 모든 활동에 대한 흥미를 잃었을 뿐이라고 주장할 것이다. 모든 환자들이 그 외의 다양한 증상을 인정한다. 예를 들면, 피로감, 주의집중의 어려움, 무가치감이나 죄책감, 죽음에 대한 동경이나 자살 생각과 같은 다양한 증상이다. 게다가 수면, 식욕/체중, 정신운동성 활동 등의 세 가지 증상의 영역들은 정상보다 증가하거나 감소한다. (각각의 경우, 일반적으로는 식욕의 경우에서처럼 정상보다 식욕이 감소하지만, 몇몇 '이례적인' 환자들은 식욕 증가를 경험한다.)

놓치기 쉬운 주의사항

또한 어린이나 청소년들은 우울한 기분을 보이지 않고, 과민하거나 짜증스러운 기분만을 보이기도 한다.

그들

- 기간(거의 매일의 대부분, 2주 이상)
- 고통 혹은 장애(직업적/학업적, 사회적, 혹은 개인적 손상)
- 감별진단(물질사용장애 및 신체질환)

부호화 시 주의점

부호화하지 말 것 : 주요우울 삽화는 진단을 내릴 수 있는 질병이 아니며, 주요우울장애, 제I형 양극성장애, 제II형 양극성장애를 구성하는 요소이다. 이는 지속성 우울장애(기분저하장애)에서 나타날 수도 있다. 그러나 어떤 명시자 부호는 주요우울 삽화에 부여할 수 있다. 물론 이는 실제 기분장애 진단을 내리기로 결정한 후에만 덧붙일 수 있다. 앞으로 차차 명확해질 것이니 안심하라.

최신 연구 결과에서 사랑하는 이의 죽음이나 상실 후의 우울증이 다른 스트레스원을 겪은 후의 우울증(혹은 선행요인이 없는)과 많이 다르지 않다는 것으로 밝혀져, DSM-IV에서 사용된 애도 배제요인은 DSM-5에서 찾아볼 수 없게 되었다. 이러한 변화, 더 정확히 말하면 이 항목을 제거하는 것에 가슴을 치며 안타까워하는 사람이 많다. 어떤 사람들은 이로 인하여 전후 사정이 증상을 이해 가능하게 할 때도 환자들을 기분장애 진단을 받는 위험에 처하게 한다고 주장한다. 우리가 정신질환이 있다고 여기는 사람의 수가 상당히 증가하는 결과를 낳게 될 것이다.

저자는 이러한 상황을 조금 다르게 본다. 우리 임상가들이 진단과 치료를 함에 있어 인위적인 장벽이 낮아졌다는 생각이다. 하지만 여느 다른 자유와 마찬가지로, 우리는 이를 남용하지 말아야 한다. 전체 상황을 평가해야 하며, 특히 증상의 심각도, 기분장애의 과거력, 촉발 요인으로 추정되는 것(사별 및 다른 형태의 상실)의 시기와 심각도, 그리고 증후군의 경과(점점 악화되는가 호전되는가?)를 평가해야 한다. 또한 자주 재평가를 시행하라.

다음 사례들에 주요우울 삽화의 예시를 포함시켰다. 브라이언 머피(113쪽), 엘리자베스 잭스(121쪽), 위노나 피스크(124쪽), 아이리스 맥마스터(127쪽), 노아 샌더스(132쪽), 살 카모치(316쪽), 그리고 에일린 파르미터(117쪽). 또한 제20장 '환자와 진단'에도 몇몇 예들이 있으며, 이는 직접 찾아보아야 한다.

조증 삽화

기분장애의 두 번째 '구성요소'인 조증 삽화는 최소 150년 동안 인지되어 왔다. 조증증상의 대표적인 세 가지 요소는 팽창된 자존감, 운동활동의 증가, 그리고 말을 해야 할 것 같은 압박감으로 구성되어 있다. 이런 증상은 명백하고 때로는 아주 별나기 때문에 조증 삽화가 과잉진단되는 일은 흔하지 않다. 하지만 때로 조증 삽화에서 보이는 정신병적 증상은 너무 화려하기 때문에 임상가들은 이를 조현병으로 오진단할 수도 있다. DSM-III 기준을 통해 임상가들이 양극성 장애에 대해 더욱 인식하게 되었던 1980년대 이후로 이렇게 오진단하는 경향은 감소하고 있다. 1970년에 양극성장애에 리튬치료를 도입하게 된 것도 진단을 촉진시키는 데 일조했다.

조증 삽화는 주요우울 삽화보다 훨씬 드물며, 전체 성인의 약 1%에서 보인다. 조증은 남성과 여성에게서 거의 동일한 비율로 보인다.

조증 삽화로 진단하기 위해 보여야 하는 특징은 주요우울 삽화에서의 특징과 동일하다. (1) 기분의 상태가 (2) 요구되는 기간 동안 존재하고 (3) 요구되는 개수의 증상이 있어야 하며 (4) 상당한 정도의 장애를 야기하고 (5) 열거된 배제요인에 해당하지 않는다.

기분의 특성

비교적 경미한 증상을 가진 어떤 환자들은 즐거운 기분만을 느낀다. 잘난 체하는 재미있는 유머는 꽤 전염성이 있으며, 다른 사람들로 하여금 같이 웃게 만들기도 한다. 하지만 조증이 악화되

면 이러한 유머는 즐겁지도 않은 수준이 되어서, 결국 모든 이들이 불편해진다. 몇몇 환자들은 오직 과민한 기분만 느끼며, 때때로 ‘다행감(euphoria)’과 과민함이 함께 존재하기도 한다.

기간

환자는 적어도 일주일 동안 증상을 보여야 한다. 이 기간 요건은 조증 삽화를 경조증 삽화와 감별하는 데 도움을 준다.

증상

기분의 변화(다행감 또는 과민함)에 더하여, 환자는 일주일의 기간 동안 활력 혹은 활동 수준의 증가를 보여야 한다. 이러한 변화와 함께, 아래에 나열된 고딕체의 증상 중 적어도 3개의 증상이 같은 기간 동안 상당한 정도로 나타나야 한다. (만약 환자의 비정상적인 기분이 단지 과민한 것뿐이라면, 즉 어떠한 다행감의 요소가 없다면, 활동 수준의 증가 외에 네 가지 증상이 요구된다는 점을 주의하라.)

대부분의 환자에게서 나타나는 팽창된 자존감은 망상 수준이 될 정도로 과대해질 수 있다. 그러면 환자들은 자신이 대통령에게 조언하고 세계의 기아 문제를 해결할 수 있다고 믿으며, 더불어 심리치료를 하고 그들이 현재 환자로 있는 그 의료시설을 운영하는 등의 많은 일상적인 일을 할 수도 있다고 믿는다. 이런 망상이 행복한 기분과 일치하기 때문에 이를 기분과 일치하는 망상이라고 부른다.

조증 환자들은 전형적으로 적은 수면에도 숙면을 취한 것 같은 느낌을 갖는다고 보고한다. 수면 시간을 낭비로 보며, 그들은 오히려 많은 일들을 계속해나가기를 선호한다. 조증의 경도 형태에서, 이러한 과잉 활동은 목표지향적이고 유용할 수 있다. 중등도 증상만 있는 조증 환자들은 하루 20시간 동안 정말 많은 것을 성취해낼 수 있다. 하지만 그들이 점점 더 활동적으로 되면서, 초조함이 뒤따르고, 결코 완성할 수 없는 많은 프로젝트들을 시작하게 된다. 이쯤 되면 그들은 합리적이고 달성 가능한 것이 무엇인지에 대한 판단력을 잃게 된다. 그들은 위험한 사업이나 무분별한 성적관계, 그리고 의심스러운 종교적 또는 정치적 활동에 몰두하게 된다.

조증 환자들은 자신의 말을 들어줄 수 있는 누군가에게 자신의 생각과 계획 그리고 일에 대해 말하고 싶은 강한 욕구를 가지며, 그들은 큰 목소리로 열렬하게 이를 설명하기 때문에 그 말을 중단시키기가 어렵다. 조증의 말은 종종 빠르며 말을 해야 하는 압박을 느끼게 하는 것 같은데, 마치 막혀 있던 너무 많은 단어들이 매우 작은 통로를 통해 쏟아져 나오려고 하는 것과 같다. 나온 말들은 소위 사고의 비약이라고 불리는 것을 보여주는데, 이는 하나의 생각이 정말 미미한 논리적

관련성만을 지닌 다른 사고를 촉발시키는 것을 나타낸다. 그 결과, 환자는 대화(또는 긴 혼잣말)가 시작됐던 주제에서 벗어나 관련이 없는 주제에 대해 이야기한다. 조증 환자는 또한 다른 사람들은 무시할만한 관련성이 없는 소리나 움직임에 의해 쉽게 주의가 산만해진다.

어떤 조증 환자들은 병식을 가지고 치료를 받으러 오지만, 환자들은 무언가 잘못되고 있다는 사실을 부인할 것이다. 그들은 이렇게 잘 느끼고 생산적인 사람이 결코 병에 걸릴 리 없다고 합리화한다. 그러므로 조증 행동이 자연스럽게 끝나거나, 아니면 환자가 입원 또는 수감되기 전까지 조증 행동은 계속된다.

DSM-5 기준에서 특별히 언급되지 않은 몇몇 증상 또한 주의할 가치가 있다.

1. 많은 환자들이 단기우울증을 보이며, 심지어 급성 조증 삽화 기간 동안에도 단기 우울증을 보일 수 있다. 이런 ‘극소우울증(microdepressions)’은 비교적 흔하다. 이와 관련된 증상에 따라 ‘혼재성 양상 동반’ 명시자가 적절한지 알 수 있다.
2. 환자들은 고도 조증 삽화에 수반되는 통제되지 않는 불편한 기분을 완화해보려는 시도의 일환으로 물질(특히 알코올)을 사용할 수 있다. 종종 물질 사용이 일시적으로 기분 삽화의 증상을 모호하게 할 수 있다. 물질 사용이 먼저인지 조증의 발생이 먼저인지 혼란스러울 경우, 보통은 정보제공자의 도움을 받아 이 문제를 해결할 수 있다.
3. 조증 삽화 동안 가끔 긴장증이 발생하기도 하는데, 이러한 삽화는 때로 조현병과 유사해 보일 때가 있다. 하지만 (정보 제공자로부터 얻어진) 급성발병 및 완전 회복을 했던 이전 삽화에 대한 과거력을 고려하면, 진단을 명확하게 하는 데 도움이 될 것이다. 이 경우 ‘긴장증 동반’ 명시자가 붙게 될 것이다(89쪽).

우울증에 대한 치료를 시작한 후 발생한 삽화는 어떠한가? 그 삽화는 자연발생적인 조증이나 경조증의 증거로 충분히 고려되어야 하는가? DSM-5에서 조증이나 경조증 삽화의 증거로 간주되기 위해서는, 전체 기준(초조나 과민함과 같은 2개의 증상이 아니라)이 존재하고, 그 증상이 치료에서 기대되는 생리적 효과보다 더욱 오래 지속되어야 한다. 이러한 언급은 아래의 가능성을 멋지게 마무리짓는다. DSM-IV에서는 치료에 의해 유발된 조증 삽화가 제 I 형 양극성장애 진단으로 고려될 수 없다고 딱 잘라서 기술했던 반면, DSM-III-R에서는 제 I 형 양극성장애로 고려될 수 있다는 암시를 주었다. 한편 DSM-III에서는 이러한 사항 전반에 대해 아무런 언급을 하지 않았다.

DSM을 계승한 저자들은 “어리석게도 일관성을 부여하려 드는 것은 편협한 사람들의 헛된 망상이다.”라는 에머슨(Emerson)의 유명한 경구를 떠올렸을지도 모른다.

손상

조증 삽화는 일반적으로 환자와 주위 사람들의 삶에 많은 문제를 초래한다. 처음에는 증가된 활력과 들이는 노력의 증가로 인해 직장에서 (또는 학교에서) 생산성이 향상될 수 있으나, 조증이 악화됨에 따라 환자는 점점 주의집중하는 데 어려움을 겪는다. 논쟁으로 인해 우정에 큰 타격을 입을 수 있다. 복잡한 성적 관계는 질병이나 이혼, 원치 않은 임신을 야기할 수 있다. 삽화가 사라졌을 때도 죄책감과 비난이 뒤에 남게 된다.

배제 기준

조증 삽화의 배제기준은 주요우울 삽화와 같다. 갑상선기능항진증(hyperthyroidism)과 같은 일반적인 의학적 상태는 과잉행동을 초래할 수 있다. 특정 향정신성 물질을 오용하는 환자들(특히 암페타민) 말이나 행동의 속도가 빨라지는 것처럼 보일 수 있으며, 또한 강하고 강력하며, 다행감 같은 느낌을 보고할 수 있다.

조증 삽화의 핵심 특징

고통스러운 조증을 겪는 환자들은 대부분 명백해 보인다. 환자들은 다행감(때로는 과민한 상태만 있기도 하지만)을 느낀다. 그들의 증가된 활력과 부산한 활동을 무시하기가 어려울 것이다. 그들은 매우 많은 계획을 세우지만, 그중 실행 가능한 것은 거의 없다(그들은 매우 산만하다). 그들은 이야기하고 웃는데, 종종 매우 빠르게 이야기하며 사고의 비약이 나타나기도 한다. 그들은 평소보다 잠을 적게 자지만(‘많이 자는 것은 시간 낭비’), 어찌되었건 기분이 좋다. 웅대성은 때때로 매우 과장되어서, 자신이 고위층의 인물(왕족이나 록 가수)이라고 믿거나 초인적인 힘을 지녔다고 믿는 등 정신병적 양상을 보이기도 한다. 판단력이 저하되고(현명하지 못하게 지출하고 분별없는 성적 모험에 빠지기도 한다) 기능이 손상되어, 흔히 자신이나 타인을 보호하기 위해 강제적인 입원조치가 취해질 수 있다.

놓치기 쉬운 주의사항

그들

- 기간(거의 매일의 대부분, 1주 이상)
- 고통 혹은 장애(직업적/학업적, 사회적, 혹은 개인적 손상)
- 감별진단(물질사용장애 및 신체질환, 조현정동장애, 신경인지장애, 경조증 삽화, 순환성장애)

부호화 시 주의점

조증 삽화는 부호를 붙일 수 있는 질병이 아니라, 제 I형 양극성장애를 구성하는 요소이다.

엘리자베스 잭스는 조증 삽화를 가지고 있었다. 그녀의 이야기는 121쪽에서 시작한다. 위노나 피스크(124쪽)의 예도 있다. 제20장의 환자력에서 다른 사례들을 찾아보라.

경조증 삽화

경조증 삽화는 기분장애의 마지막 ‘구성요소’이다. 조증 삽화와 거의 똑같은 증상으로 이루어져 있는 이 삽화는 조증 삽화의 축소판이다. 치료받지 않고 있는, 경조증 삽화를 가진 몇몇 환자들은 나중에 조증이 될 수 있다. 그러나 특히 제 II 형 양극성장애를 가진 많은 환자들은 경조증 삽화를 반복해서 겪는다. 경조증 삽화는 하나의 진단으로 부호화하지 않으며, 제 II 형 양극성장애의 구성요소가 된다. 또한 환자가 이미 실제 조증을 경험한 적이 있다면, 진단은 제 I 형 양극성장애, 현재 경조증 삽화 동반이 된다. 경조증 삽화는 (1) 기분의 상태가 (2) 요구되는 기간 동안 존재하고 (3) 요구되는 개수의 증상이 나타나며 (4) 상당한 정도의 장애를 야기하고 (5) 열거된 배제요인에 해당하지 않는다. 표 3.1은 조증 삽화와 경조증 삽화의 특징을 비교하여 보여준다.

기분의 특성

경조증 삽화에서의 기분의 특성은 보통 다행감이며, 기분이 과민해질 수는 있지만 보통 조증 삽화에서 보이는 통제할 수 없는 특성은 없다. 설명이 어떻든, 이 삽화는 환자의 우울하지 않은 보통 기분과는 분명하게 다르다.

기간

환자는 적어도 4일 동안 증상을 겪어야 한다. 이는 조증 삽화의 필수 기간보다는 조금 짧다.

증상

조증 삽화에서와 마찬가지로 기분(다행감 또는 과민함)의 변화뿐 아니라 활력이나 활동 수준이 증가해야 한다. 다시 한 번 말하지만 4일 동안만이다. 이 4일 동안 같은 목록에서 적어도 3개의 증상을 상당한 수준으로 보여야 한다(그리고 인식할 만큼의 변화를 보여야 한다). 만약 환자의 비정상적인 기분이 오직 과민함뿐이고 고양됨이 없다면 4개의 증상이 필요하다. 치료에 의해 촉발된 경조증 삽화는 치료로 기대되는 생리적인 효과보다 더 길게 유지될 때 제 II 형 양극성장애의 증상으로 제시될 수 있다.

경조증 환자의 수면시간은 짧고 활동 수준은 증가하며, 때로는 초조해지는 시기를 보인다. 초조함의 정도가 조증 삽화일 때보다는 낮으나, 경조증 환자들이 역시 통제할 수 없다는 느낌과 불편감

▶▶ 표 3.1 조증과 경조증 삽화의 비교

	조증 삽화	경조증 삽화
기간	일주일 이상	4일 이상
기분	비정상적이고 지속적으로 고양되고, 과민하고, 팽창된	
활동/활력	지속적으로 증가된	
	조증 삽화	경조증 삽화
평소의 행동과 다른 증상	응대성, ↓수면욕, ↑수다스러움, 사고 비약 혹은 사고가 연달아 일어남, 주의산만(자신이나 타인의 보고), 초조함 혹은 ↑ 목표 지향적 활동, 판단력 저하 중 3개 이상 ^a	
심각도	정신병적 양상, 입원, 직업적, 사회적, 개인적 기능 손상을 초래	평소의 기능으로부터 명백히 변화하고, 타인이 이러한 변화를 알아차리고, 정신병, 입원 혹은 손상이 없음
기타	물질/약물치료로 유발된 증상 배제 적절하다면 혼재성 양상 동반 ^b	

a 비정상적인 기분이 과민함으로만 나타날 때는 4개 이상

b 조증 삽화와 경조증 삽화 모두 혼재성 양상 동반 명시자를 가질 수 있다.

을 경험할 수 있다. 판단력이 저하되어, 재정이나 직업적 또는 사회 생활에서 곤란한 결과가 초래될 수 있다. 말이 빨라지고 말의 압박을 받게 되며, 사고가 연달아 일어나거나 사고 비약이 나타날 수 있다. 쉽게 주의산만해지는 것은 경조증 삽화의 양상 중 하나이다. 자존감이 고양되지만 결코 매우 웅대해져서 망상 수준에 이르지 않는 않으며, 경조증 환자는 절대 정신병적 양상을 보이지 않는다.

DSM-5 기준뿐 아니라 경조증 삽화에서도 조증 삽화에서처럼 물질 사용이 흔하다는 점에 주의하라.

손상

조증 삽화를 충족시키지 않으면서, 손상은 어느 정도까지 심해질 수 있을까? 이는 어느 정도는 임상가의 판단에 달려 있다. 흥청망청 소비하기와 무분별한 성적 행동과 같은 판단력 저하는 조증 또는 경조증 삽화 모두에서 발생할 수 있으나, 정의에 따르면 엄밀하게는 조증인 환자에게만 심각한 손상이 나타난다. 만약 행동이 매우 극단적이어서 입원이 필요하거나 정신병적 증상이 명백할 경우, 그 환자는 더 이상 경조증으로 간주될 수 없으며, 진단을 변경해야 한다.

배제 기준

배제요인 역시 조증 삽화의 배제요인과 같다. 감상선기능항진증과 같은 일반적인 의학적 상태가 과잉행동을 야기할 수 있다. 특정 물질을 오용한 환자들(특히 암페타민)은 말이나 행동의 속도가 빨라지는 것처럼 보일 수 있으며, 또한 강하고 강력해진 느낌, 다행감을 보고할 수 있다.

경조증 삽화의 핵심 특징

경조증은 ‘가벼운 조증’이다. 조증과 같은 증상이 나타나지만, 결코 조증만큼 강렬한 수준으로 나타나지는 않는다. 환자들은 다행감이나 과민함을 느끼고 높은 활력과 활동수준을 보인다. 그들은 매우 많은 계획을 세우며, 다소 산만하긴 해도 때로는 이를 실제로 실행에 옮기기도 한다. 사고가 연달아서 일어나는 것을 반영하듯 말을 많이 하고, 사고의 비약이 일어나기도 한다. 판단력(성관계와 지출)이 손상될 수도 있지만, 그들 자신이나 타인을 보호하기 위해 입원조치가 취해져야 할 정도는 아니다. 때때로 환자들은 웅대성을 느끼고 자만해지지만, 이런 특징들이 결코 망상의 수준에 이르지 않는다. 이들에게서 변화된 점을 인지할 수 있지만 기능을 손상시키는 정도는 아니며, 때로는 그들이 실제로 꽤 많은 것들을 처리하기도 한다.

놓치기 쉬운 주의사항

그들

- 기간(거의 매일의 대부분, 4일 이상)
- 고통 혹은 장애(직업적/학업적, 사회적, 혹은 개인적 기능이 특별히 손상되지는 않음)
- 감별진단(물질사용장애 및 신체질환, 기타 양극성장애)

부호화 시 주의점

다음의 경우 명시할 것 : **혼재성 양상 동반**

심각도 부호는 없다.

경조증 삽화는 진단내려질 수 있는 질병이 아니며, 제 I 형 양극성장애와 제 II 형 양극성장애의 구성 요소이다.

기분 삽화에 기반한 기분장애

지금부터는 저자가 설명하는 방식이 DSM-5 및 이 장 초반의 빠른 진단지침 둘 다와 다소 다를 것이다. 먼저 기분 삽화의 ‘구성요소’를 사용하는 기분장애—주요우울장애, 제 I 형 양극성장애, 제 II 형 양극성장애—에 대해 논의할 것이다. 그 후 이 삽화들을 결정적으로 포함하지는 않는 장

애를 다룰 것이다.

주요우울장애

하나 이상의 주요우울 삽화를 경험하고, 조증이나 경조증 증상을 경험한 적이 없는 환자는 주요 우울장애(major depressive disorder, MDD)를 가지고 있다고 말한다. 전체 인구의 약 7%에서 보이는 흔한 상태로, 여성에게서 대략 2 : 1로 더 많이 나타난다. 주요우울장애는 대개 20대 중후반에 발생하기 시작하지만, 아동기부터 노년기에 이르기까지 생의 어느 시기에서도 발생할 수 있다. 발병은 급작스러울 수도 있고 점진적일 수도 있다. 평균적으로 삽화가 6개월에서 9개월 정도 지속되지만, 그 범위는 몇 주에서 몇 년간에 걸쳐 다양할 수 있다. 대개 발병 몇 달 내에 회복되지만, 이 또한 매우 다양할 수 있다. 성격장애나 더욱 심각한 증상(특히 정신병적 양상)을 보이는 환자는 완전 회복되는 경우가 더욱 드물다. 주요우울장애는 유전성이 매우 강하다. 부모, 형제는 일반인에 비하여 몇 배나 높은 위험성을 지닌다.

어떤 환자들은 전 생애에 걸쳐 단 한 번의 삽화만 경험하기도 한다. 그리고 그들은 (놀랄 것 없이) 주요우울장애, 단일 삽화로 진단받는다. 하지만 한 번의 주요우울 삽화를 경험한 환자의 대략 반 정도는 다른 삽화를 경험한다. 이들이 두 번째 삽화(이는 첫 번째 삽화와 적어도 두 달의 시간 차가 있어야 한다)를 경험하는 순간, 주요우울장애, 재발성으로 진단을 바꾸어야 한다.

재발성 진단을 부여받은 환자들은 그 누구라도 이전 삽화와 다음 삽화 사이의 우울증상이 꽤 비슷하게 남아 있다. 이러한 환자들은 거의 4년마다 삽화를 경험하는데, 나이가 들수록 삽화의 빈도가 증가한다는 증거가 있다. 우울증 삽화를 많이 경험하는 것은 자살시도와 자살의 가능성을 매우 증가시킨다. 당연히 재발성 삽화를 경험하는 환자들이 단발성 삽화를 경험하는 환자에 비하여 증상으로 인한 기능손상을 경험할 확률이 더 크다. 가장 심각한 결과 중 하나가 자살로서 주요우울장애 환자의 약 4%가 자살한다.

주요우울장애 환자 중 약 25%가 조증 삽화나 경조증 삽화를 경험하고, 그로 인해 진단은 양극성장애(제I형 또는 제II형)로 바뀌게 된다. 이에 대해서는 추후에 더 논의하겠다.

주요우울장애, {단일 삽화}{재발성}의 핵심 특징

환자는 하나 혹은 그 이상의 주요우울 삽화를 경험하고, 조증이나 경조증 삽화가 자발적으로 발생한 적이 없다.

농치기 쉬운 주의사항

삽화들을 구분된 것으로 간주하기 위해서는 증상이 없는 기간이 두 달 혹은 그 이상 존재해야 한다.

그들

- 감별진단(물질사용장애 및 신체질환, 기타 기분장애, 정상적인 비탄과 슬픔, 조현정동장애)

부호화 시 주의점

삽화의 유형과 심각도에 관하여, 표 3.2의 진단부호 번호를 찾아보라. 적용가능하다면, 표 3.3에서 명시자를 선택하라. 이 장의 끝부분(161, 162쪽)에 표를 제시하고 논의하였다.

브라이언 머피

브라이언 머피는 아버지로부터 작은 사업체를 물려받아서 크게 성장시켰다. 몇 년 후 그는 사업체를 다 팔아버리고, 대부분의 돈을 투자하는 데 사용했고, 나머지 돈으로는 캘리포니아 북부에 있는 작은 아몬드 농장을 샀다. 그는 거의 모든 농장의 일들을 혼자서 트랙터를 가지고 처리했다. 몇 년 동안 농장은 수백 달러를 벌었으나, 브라이언이 지적하는 대로, 실제로 별 수익을 얻지는 못했다. 만약 그가 10센트도 벌지 못했다 하더라도, 그는 일을 계속하고 건강한 것에 충분히 만족했을 것이다.

브라이언이 55세가 되었을 때, 늘 정상적이던 그의 기분이 우울해지기 시작했다. 농장 일들은 점점 짐처럼 느껴졌고, 그의 트랙터는 헛간에서 꺼내지지 않은 채 놓여 있었다.

기분이 우울해지면서 신체 기능도 악화되는 것 같았다. 계속 피곤하긴 했지만, 밤 9시에 잠이 들었던 그가 지속적으로 새벽 2시나 3시에 잠이 깨었다. 강박적인 걱정 때문에 해가 뜨기 전까지 계속 깨어 있었다. 그는 아침에 가장 기분이 좋지 않았다. ‘빌어먹을 하루를 또 견뎌야 한다’는 생각에 압도당하는 것 같았다. 그가 ‘농장 일을 할 수 없게’ 되어 저축한 돈을 가지고 살아야 할 경우 돈을 얼마나 가지고 있을지 알아보려고 잡지 위에 계산을 하면서 빈둥거리기도, 저녁에는 보통 기분이 다소 나아졌다. 식욕은 달아나버렸다. 체중을 재본 적은 없지만, 몇 달 전에 입었던 것보다 허리띠 구멍을 2칸이나 줄여야 했다.

“브라이언은 흥미를 잃은 것 같아 보였어요.” 브라이언이 병원에 입원한 날에 그의 아내인 레이첼이 말했다. “그는 더 이상 어떤 것도 즐거워하지 않아요. 그는 빈둥거리고 빛이 생기는 것에 대해 걱정만 하며 시간을 보내요. 우리는 신용카드로 몇백 달러 쓰긴 했지만, 매달 이를 지불하고 있어요!”

2주 전부터, 브라이언은 자신의 건강에 대해 곰곰이 생각하기 시작했다. “처음에는 혈압에 대

해 걱정했어요.” 아내가 말했다. “하루에도 몇 번씩 혈압을 재달라고 했어요. 전 지금도 시간제 간호사로 일하고 있거든요. 그는 수차례 자신이 뇌졸중이라고 생각했어요. 어제는 자신의 심장이 멈춰가고 있다고 확신하기 시작했어요. 그는 일어나, 맥박을 느끼면서, 방 주변을 걷고, 잠깐 쉬었다가 머리를 발 밑으로 내려두고, ‘심장이 계속 뛰게 하기 위해’ 할 수 있는 모든 것을 했어요. 그래서 제가 그를 여기에 데려 와야겠다고 결심했지요.”

“우리는 농장을 팔아야 할 거예요.” 브라이언이 정신건강의학과 임상가를 만났을 때 내뱉은 첫 마디였다. 브라이언은 옷을 캐주얼하게 입고 있었고, 구김이 가 있었다. 이마에 눈에 띄는 걱정 주름이 있었으며, 계속해서 자신의 맥박을 느끼고 있었다. 면담 중 여러 번, 그는 가만히 앉아 있지 못하는 것 같았다. 그는 자신이 앉아 있던 침대에서 일어나 창문쪽으로 걸어갔다. 그의 말은 느렸으나 조리 있었다. 그는 주로 가난에 시달리는 기분과 농장이 경매에 넘어갈 것 같은 두려움에 대해 이야기했다. 그는 환각에 대해 부인했으나, 피곤하고 ‘가망이 없는—더 이상 어떤 것도 좋지 않음’ 기분을 느낀다고 인정했다. 그의 지남력은 온전했고, 정보가 풍부했고, 간이정신상태 검사에서 만점인 30점을 받았다. 우울하다는 점을 인정했으나, 죽음에 대해 생각하고 있다는 점은 부인했다. 다소 망설이긴 했지만, 그는 치료가 필요하다는 것을 인정했다.

레이첼은 관대한 장애인정책과 투자, 그리고 예전 회사로부터 얻은 연금 덕분에 그가 건강할 때보다 더 많은 수입이 있다는 점을 지적했다.

“하지만 여전히 우린 농장을 팔아야 해.”라고 브라이언이 대답했다.



브라이언 머피의 평가

불행히도 임상가들(몇몇 정신건강 전문가들을 포함하여)은 우울증 환자를 평가할 때, 흔히 두 종류의 실수를 한다.

먼저, 우리는 때로 환자의 불안, 알코올 사용 혹은 정신병적 증상에 너무 집중하고 우울증이나 기분저하증(dysthymia)의 근본적인 증상을 무시한다. 여기 저자가 수련이였을 때부터 뼈아픈 경험(모두 저자의 경험인건 아니지만)을 통해 만들어낸 일생의 규칙이 있다. 새로운 환자의 주 호소가 다른 것일지라도 모든 새로운 환자에게서 기분장애를 찾아보라.

두 번째로, 현재 나타나는 우울 증상 혹은 조증 증상은 쉽게 인지할 수 있고, 심지어 극적이기도 하다. 바로 이 부분 때문에 그 기저의 알코올사용장애 혹은 다른 장애(좋은 예로 신경인지장애와 신체증상장애를 들 수 있다)의 존재 유무를 알아차리기 힘들 수 있다. 이는 첫 번째 규칙의 정반대이지만 마치 거울처럼 똑같이 중요한 반대 규칙을 시사한다. 절대 기분장애가 환자의 유일한 문제라고 가정하지 말라.

먼저, 현재의(그리고 이전의) 기분 삽화를 확인해보자. 브라이언 머피는 2주 이상 기분이 우울했다(진단기준 A). 열거된 주요우울 삽화 증상 중(DSM-5에서는 5개가 요구된다), 그는 적어도 여섯 가지 증상을 가지고 있었다—저조한 기분(A1), 흥미의 상실(A2), 피로감(A6), 불면(A4), 낮은 자존감(A7), 식욕 상실(A3), 그리고 초조함(A5). (저조한 기분이나 흥미의 상실은 진단에 필수적 요소라는 점에 주의하라. 브라이언은 둘 다 갖추고 있었다.) 그는 기능이 매우 심각하게 손상되어(B) 입원을 해야 했다. 신체검사와 임상검사 결과를 가지고 있지는 않으나, 일화에서 다른 의학적 상태(예를 들어, 췌장암) 혹은 물질 사용을 시사하는 기록을 찾아볼 수 없다(C). 하지만 임상가는 브라이언과 아내 모두에게 이에 대해 확실하게 질문할 필요가 있었다. 우울한 사람들은 종종 평소보다 음주를 많이 한다. 그는 명백하게 매우 우울했고, 정상시의 모습과 달랐다. 그는 **주요우울 삽화**의 진단기준을 분명하게 만족시켰다.

다음으로, 브라이언은 어떤 유형의 기분장애에 해당하는가? 조증 삽화나 경조증 삽화가 없었으므로(E), **제 I형 양극성장애나 제 II형 양극성장애**는 배제된다. 빈곤에 대한 망상이 정신병적 장애(조현정동장애와 같은)를 시사할 수 있으나, 정신병적 증상이 너무 적고, 기분과 망상의 시기로 볼 때 정신병적 장애는 아니다(D). 그는 망상을 보이고 있지만 조현병에 해당하는 추가적인 진단기준 A를 만족시키지 않는다. 그의 기분증상은 단기 정신병적 장애와 망상장애를 배제시킨다. 그러므로 그는 **주요우울장애**의 필요요건을 충족시켰다.

주요우울장애에는 단일 삽화와 재발성 등 두 하위유형이 있다. 브라이언 머피가 나중에 다른 우울증 삽화를 경험할 수 있긴 하지만, 아직까지는 하나의 삽화만 있었다.

브라이언 머피의 우울증에 대해 진단하고 추가적으로 기술하기 위해 표 3.2를 보자. 그의 경우는 주요우울장애 아래 단일 삽화 열에 해당될 것이다. 그리고 망상적이기 때문에 정신병적 양상 동반으로 진단한다.

하지만 잠깐 멈춰 그가 정신병을 보인 적이 없었다고 가정해보자. 그렇다면 심각도를 어떻게 매길 것인가? 그가 자살시도를 한 적이 없다는 사실에도 불구하고(그는 죽음을 원하지 않았고, 오히려 두려워하였다), 그는 대부분의 필수 증상을 보였고, 우울증으로 인해 삶이 매우 손상되었다. 그것이 저자가 그를 매우 심하게 우울하다고 평가한 이유이다(하지만 기억하라, 진단부호 번호는 이미 결정되었다).

이제 다른 명시자들을 살펴볼 것인데, 명시자들은 이 장의 끝부분(152쪽)에서 다시 논의할 것이다. 브라이언은 조증증상이 없었으므로 **혼재성 양상 동반**을 배제한다. 빈곤해서 농장을 팔아야 할 것이라는 그의 망상은 기분과 일치했는데, 즉 혼한 우울증의 인지적 주제와 일치하는 것이었다. (한편 심장이 멈출지도 모른다는 생각과 맥박 체크는 망상적인 것은 아닌 것 같다. 이는 그가 건강

상태에 대해 느끼는 압도적인 불안을 나타내는 것으로 보인다.) 지금까지 그의 진단에 부가한 용어는 주요우울장애, 단일 삽화, 고도, 기분과 일치하는 정신병적 양상 동반이다.

하지만 더 있으니 잠깐 기다려라. 긴장증 양상을 시사하는 움직임의 이상은 없었고, 그의 우울 증은 비전형적 양상(예를 들어, 식욕의 증가나 과도한 수면)을 보이지도 않았다. 당연히 그는 주산기 발병을 충족시키지도 않는다. 하지만 그의 아내는 그가 ‘더 이상 어떤 것도 즐기지’ 않는다고 불평했는데, 이는 그가 멜랑콜리아 양상을 충족시킬 수 있음을 시사한다. 그는 면담 시에 초조해 했고(현저한 정신운동성 지체 또한 이 진단기준을 충족시킨다), 체중이 상당히 감소했다. 그는 아침에 자주 일찍 일어나게 된다고 보고했다[말기 불면증(terminal insomnia)]. 면담자는 우울증 삽화가 그의 부모님께서 돌아가셨을 때 느꼈던 것과 질적으로 다른지 질문하지 않았지만, 저자는 다를 것이라고 확신한다. 그래서 멜랑콜리아 양상 동반을 추가할 것이다.

새로운 명시자인 불안증이 생기기 이전에 이 사례를 기술한 것이지만, 브라이언 머피는 이 명시자도 충족시킬 것으로 생각된다. 그는 불안하고 긴장되어 보였고, 두드러지게 초조해보였다. 게다가 그는 끔찍한 어떤 일—아마도 재난적인 건강 문제—이 발생할 것 같은 두려움을 경험하고 있는 듯했다. 집중력 문제에 대해서는 언급되지 않았지만, 그는 불안증 동반 명시자에서 요구되는 증상 중 적어도 3개의 증상을 중등도 수준에서 경험하고 있었다. 이 명시자는 예후에 대한 중요성을 가지고 있는데, 치료하지 않는 경우에 좋지 않은 결과(자살에 이를 수 있는)가 일어날 가능성이 있음이 시사된다.

고도의 우울증을 경험하는 어떤 환자들은 공황장애, 범불안장애, 혹은 기타 불안장애에 전형적인 증상도 많이 보고한다. 그러한 경우 2개의 진단이 내려질 수 있다. 대개 기분장애가 주 진단으로 먼저 기술된다. 제4장에서 기술된 장애의 진단기준을 만족시키지 못한 불안증상은 불안증 명시자의 증거로서 추가적으로 평가될 수 있다.

당연히 브라이언은 급속 순환성 혹은 계절성에 해당되지 않는다. 하나의 삽화만 있는 경우 그러한 패턴이 나타나지 않을 것이다. 저자는 그에게 GAF 점수를 51점 주었고, 그의 최종 진단은 다음과 같이 내려졌다.

한 명의 환자에게 진단을 내리는 데 많은 다양한 진단기준 세트를 사용하는 것은 매우 쉽지 않을 것으로 보이지만, 한 걸음씩 차례대로 밟아나가는 것은 매우 논리적이고 (요령을 알게 되면) 꽤 빠른 과정이다. 이와 같은 기본적인 방법이 우울증의 모든 예에 적용되어야 한다. (당연히 여러본은 우울증과 조증과 각 장애에 대한 전형적인 기술을 사용하는 것이 훨씬 간편할 것이라고 주장할지도 모른다. 하지만 다시 한 번 어떤 증상 세트에 대해서도 물질 사용과 신체적 요인의 가능성을 고려해야 함을 항상 기억하라.)