



Jan 1995

대한노인정신의학회보

The Newsletter of
Korean Association for Geriatric Psychiatry

발행처: 대한노인정신의학회 152-060 서울시 구로구 구로동 80 고려대학교 의과대학 부속 구로병원 정신과 TEL: 864-5111 (교) 276 FAX: 852-1937
발행인: 곽 동 일/편집인: 오 병 훈/등록번호 제3-253호/인쇄인: 김 영 길/인쇄처: 중앙문화 인쇄출판사 TEL: 717-5511(대) FAX: 703-2906

권 두 언

대한노인정신의학회의 무궁한 발전을 기원하며...

유 계 준 (대한신경정신의학회장)

최근 노인에 대한 관심이 크게 증가하고 있습니다. 이는 단순히 우리나라 뿐만 아니라 전세계적인 현상일 것 입니다. 여기에는 전반적인 생활향상, 의학의 발달, 영양공급상태의 호전으로 말미암은 평균수명의 향상에 원인이 있을 것 입니다. 그러나 전반적인 고령인구의 증가는 국가와 사회발전에 새로운 부담을 안겨주고 있습니다. 즉 의료보호, 생활보호, 복지연금제도의 확충, 전통적 가족제도의 약화 내지는 붕괴, 고령근로자에 대한 취업 및 연수교육, 장년 퇴직연령의 상향조정 등 개인, 가족 차원의 부담 뿐만 아니라 국가적인 차원의 문제를 야기시키고 있습니다. 또한 노인에게는 노화의 현상으로 인한 신체적, 정신적인 질병의 가능성이 높아졌으며 특히 그 중에서도 노인성치매, 노인성우울증 및 이로 인해 파생되는 문제는 환자 자신은 물론 가정, 사회적인 문제로 인식되고 있습니다. 현재 우리 나라의 65세 이상의 노인인구는 전체인구의 5.5%에 불과하지만 2000년대 초에는 7%에 달할 것으로 예상되고 있습니다.

한편 미국, 유럽, 일본은 이미 12~15%를 상회하고 있기 때문에 노인 문제는 국가정책상 중요한 부분으로 반영되고 있으며, 이들 선진국에서도 진작 노인문제 대비책을 마련하지 못한 정책상의 실수를 깊이 반성하고 있다고 합니다. 이런 점에서 볼 때, '대한노인정신의학회'의 창립은 매우 고무적이며 뜻깊은 일이 아닐 수 없습니다.

사실상 세계의 선진국들은 노인정신의학의 중요성을 깊이 인식하여 노인정신질환의 연구에 대한 지원을 대폭적으로 늘리고 있고 한 예로 미국의 경우 특히 Alzheimer씨 병(알츠하이머 치매)에 대해서는 연방정부에서까지 연구를 독려하고 있습니다. 이에반해 국내의 노인정신질환에 대한 연구는 몇년전까지만 해도 이분야를 연구하는 정신의학자가 많지 않아 학회를 결성할 여건이 성숙되지 않았던 실정이었습니다. 그러나 최근에는 그 수가 상당히 늘어 연구력을 집결하면 좋은 결과가 기대될 수 있는 분위기가 조성되어 오던 중이었습니다. 또한 노인정신질환에 대한 인식도 점차 높아져 이들 연구하고자 하는 젊은 정신과의사의 수도 늘어나고 있던 중이었습니다.

이제 다소 늦은 감은 있지만 우리나라에도 노인정신질환 분야의 연구력을 집중시키고 정보교환의 장이 되는 노인정신질환을 위한 전문적인 학회가 창립되었습니다.

대한노인정신의학회는 회원의 권익을 보호하고 회원 개개인의 의사를 정부나 타 단체에 대변, 홍보하고 연구력을 향상시켜 복지국가 발전의 밑거름이 되어야 하였습니다. 아울러 '대한신경정신의학회'는 이러한 시대적 요청에 부응해서 새로이 창립한 '대한노인정신의학회'가 지향하고 있는 노인정신의학 분야의 체계적인 연구, 기존의 대한노인병학회, 대한노년학회, 대한노화학회, 한국치매 협회와의 상호 유기적인 협조체제, 노인정신과 전문의사 양성을 위한 교육수련제도의 마련, 일반인을 대상으로 하는 교육계몽사업, 나아가 정부의 노인정책수립과정에서의 적극적인 참여 등에서 노인정신의학회의 전문성이 발휘되도록 협조를 아끼지 않을 것입니다.

끝으로 한국의 노인을 위한 대한노인정신의학회의 무궁한 발전을 기대합니다.

大韓老人精神醫學會 任員陣(1995)

	TEL	FAX
會 長 : 郭 東 日(고 려 대)	02)864-5111	852-1937
副會長 : 申 石 澈(충 남 대)	042)253-6831	253-3287
李 正 浩(인 제 대)	02)938-0100	938-4109
監 事 : 鄭 聖 德(영 남 대)	053)623-8001	628-8046
李 亨 榮(전 남 대)	062)220-6146	225-2351
總務部 : 鄭 寅 果(고 려 대)	02)864-5111	852-1937
崔 仁 根(한 립 대)	02)633-9111	677-9095
崔 鍾 赫(서 울 국 립)	02)457-0905	458-0731
金 隆 喜(용 인 정 신)	0331)281-8251	281-8268
學術部 : 趙 孟 濟(서 울 대)	02)760-3155	745-8998
金 昌 鉉(국 립 의)	02)265-9131	277-6589
金 乘 賢(고 려 대)	02)920-5111	927-2836
李 康 燮(안 양 정 신)	0343) 55-3338	52-4110
企劃部 : 吳 秉 勳(연 세 대)	0347) 61-1890	64-8662
奇 栢 錫(중 앙 대)	02)260-2254	279-8474
韓 一 宇(용 인 정 신)	0331)281-8251	281-8268
李 義 相(연 세 대)	0347) 61-1890	64-8662

— 대한노인정신의학회 임원진은 대한신경정신의학회의 회원으로서 책임을 준수하고
 ‘노인에게 꿈과 미래’를 가져다 줄 수 있도록 최선을 다 하겠습니다.—

대한노인정신의학회 심볼마크와 로고도입

‘대한노인정신의학회’는 대한신경정신의학회내에 시대적요청에 따라 사명감을 가지고 새롭게 출발한 연구학회로 노인인 대한 인격적인 존엄성과 애정을 가지고 발전하고자 한다.

심볼마크는 노년시기인 정점에서 사람이 서로 ‘협력하여 선을 이루게 하는’ 통합과정과, 정신을 나타내는 뇌의 형태를 사랑의 이미지인 곡선으로 부드럽게 표현하였다. 전체적으로는 학회의 단결과 발전을 지향하는 안정적 기반형태를 이루고 있다.

제작 : 김 경 중

(홍대미대교수, 디자인 Camp 대표)



대한노인정신의학회 '95년도 춘계학술대회

- 일 시 : 1995. 4. 28(금) 오후 2시-6시
- 장 소 : 고려대학교 인촌기념관

주 제 : 알쯔하이머씨 병

제 1 부 특 강

14:00-14:45 SPECT 와 PET 소견

이명철 (서울의대 핵의학)

15:45-15:30 유전학적 연구의 최신지견

서유현 (서울의대 약리학)

— 휴 식 —

좌 장 : 신 석 철

제 2 부 주제발표

15:50-16:15 분류 및 역학

박종한 (계명의대)

16:15-16:40 진단과 예후

이정호 (인제의대)

16:40-17:05 약물학적 치료

우행원 (이화의대)

17:05-17:30 정신사회적 치료

오병훈 (연세의대)

종 합 토 론

대한노인정신의학회 '95년도 노인정신건강 강좌

- 일 시 : 1995. 4. 28(금) 오전 10시-12시
- 장 소 : 고려대학교 인촌기념관

10:00-10:50 치매의 증상과 치료

조맹제 (서울대)

11:00-11:50 치매환자의 관리

김용희 (용인정신병원)

질의문답

• 총무부 소식 •

1. 1994년 11월 18일 대한 노인정신의학회 추계학술대회가 고려대학교 인촌기념관 3층 회의실에서 열렸습니다. 학술대회에는 100명이 참석하였고, 노인환자에서 신경심리검사의 임상적용에 대한 특강과 노인환자의 정신상태의 평가에 대해서 4개의 연제가 발표되었습니다.
학술대회가 끝나고 인촌기념관 연회실에서 저녁식사가 있었는데, 진행비는 Smithkline Beecham에서 후원해 주셨습니다. 또한 이날의 학술대회 책자는 Bayer-Korea에서 후원해 주셨습니다.
2. 1994년 12월 1일 한국치매협회 창립 대회 및 기념 심포지움이 서울대학교 지하 A강당에서 열렸습니다. 이날 기념 심포지움에 본회 광동일 회장께서 좌장을 맡으셨습니다. 본회에서는 치매협회에 이정호, 기백석, 오병훈 회원이 준비 위원으로 참여하였습니다.
3. 1994년 12월 29일 대한 노인정신의학회 평의원 망년회가 타워호텔 한국관에서 열렸습니다. 이날 진행비는 광동일 회장께서 보조해 주셨습니다.
4. 1995년 1월 1일 신라호텔에서 긴급 회장단회의가 열렸습니다. 이 자리에서는 춘계학술대회 준비 작업을 진행하기로 의견을 모았습니다.
5. 1995년 대한 노인정신의학회 사업 계획은 다음과 같습니다.
 - 1) 대한 신경정신의학회의 연구학회로 정식 가입
 - 2) 국제 노인정신의학회 가입
 - 3) 일반시민을 위한 노인정신건강 강좌

• 대한노인정신의학회 평의원 •

1994년 11월 추계학술대회 직후 인촌 기념관에서 임원회의가 열렸습니다. 여기에서 학술대회에 대한 평가가 있었고, 1995년 10월 호주에서 열리는 세계 노인정신의학회 학술대회에 대한 안내가 있었고, 1994년 12월 1일 발족 예정인 한국치매협회와의 협력관계설정에 관한 논의가 있었습니다.
또한 이 자리에서 평의원회와 월례집담회를 정례화하기로 하였고, 또한 회계 연도는 2년으로 하기로 하였습니다. 그리고 기타 세부 사항은 담당부서에서 정하기로 하였습니다.

• 학술부 소식 •

7th IPA Congress가 호주에서 시드니에서 10월 29일부터 11월 3일까지 개최됩니다. 회원여러분의 적극적인 관심과 참여 있으시기 바랍니다. 아래의 IPA회장의 초청장을 소개합니다.

On behalf of IPA would like to invite all health care professionals and scientists within the field of psychogeriatric medicine from all over the world to the 7th Congress of the international Psychogeriatric Association in Sydney, Australia, October 29-November 3, 1995

Every IPA congress-as well as our workshops-are great events. The thrill of coming to the exciting continent of Australia will enhance this.

The scientific programme promises to be very successful with symposia, free papers, debates and

updates. Clinical issues in geriatric psychiatry and geriatric medicine, the psychological aspects of service delivery, multi-disciplinary cross-cultural matters and caring for carers will be dealt with. In addition, the programme will address the positive aspects of aging and the strong and powerful spirit in aged persons.

IPA's leadership in the field is needed now more than ever. Besides the medical issues there are marked moral and ethical aspects in the handling of psychogeriatric patients. Generally speaking, they belong to the more disadvantaged proportion of the society. We should treat these patients equally compared to other patients younger ones and patients with somatic disease.

The international Psychogeriatric Association has had remarkable achievements during its relatively short history. The Sydney congress will add to this. It should substantially stimulate research and education, enhance contacts between researchers and professionals, involve governmental and international bodies, and promote international and multi-disciplinary collaboration. Young professionals from all related disciplines should be encouraged to participate actively in psychogeriatric medicine.

Please join us at the 7th IPA Congress, the first one in the southern hemisphere, in the beautiful cosmopolitan city of Sydney in the fascinating island continent of Australia !

Bertil Steen

President of the IPA

International Psychogeriatric Association 3127 Greenleaf Avenue Wilmette, IL 60091, USA ☎ 708-966-0063

• 국제학회 소식 안내 •

5th Asia/Oceania Regional Congress of Gerontology 19~23 Novemver 1995 Hong Kong Hong Kong Convention & Exhibition Centre

Theme : Total Care of the Elderly —A Multidisciplinary Approach Congress Format includes keynote sessions, plenary sessions, free paper presentations, invited symposia, sponsored lunch symposia, round-table discussions, poster sessions, allied exhibition, local field visits and post-congress study tours.

Deadline or submission of abstracts is **10 February 1995**

For further information, please contact the Congress Secretariat :

Gardiner-Caldwell Communications Ltd.

2403, Tung Wai Communications Ltd.

109~111 Gloucester Road, Wanchai, Hong Kong

Tel : (852)519~3083

Fax : (852)519~8072

• 제 2 회 월례집담회 •

1

한국 노인들을 위한 사회복지 및 치료 프로그램의 현황과
향후 노인 복지정책 개발 방향

한 일 우(용인정신병원)

현행 한국 노인 복지정책은 1991년 2월 21일 제정된 ‘노인 복지법 시행령’에 기술된 노인 복지 시설과 여가시설에 관한 세부사항에 의한다. 지적되어야 할 사항으로 시행령의 기본 골격이 모든 노인들을 저소득층 일반 인구와 같은 정도로 취급하므로 노인의 다양한 욕구를 충족시킬 수 있는 program의 개발이 제한될 수 밖에 없으며 제한된 program이나마 조직적으로 운영할 수 있는 주체마저도 모호한 상태, 즉 중앙 정부에는 보사부 산하의 가정복지국에서 노인복지를 다루고 있고 지방자치단체에는 이러한 업무를 전담한 부서조차도 결성되어 있지 않아 체계적이고 일관성있는 노인 복지를 생각할 수 없는 상황이다. 1993년 사회보장 예산 중 노인복지 서비스 예산이 차지하는 비율은 3.4%(1993년 전체 인구중 60세 이상이 차지하는 비율은 8.4%이며 2000년에는 10%, 2020년에는 20% 추정)이며 국가예산에서 차지하는 비율은 0.22%에 불과하다. 노인복지 예산 중 시설보호에 투입된 정도는 11.8%에 불과하며 나머지 일반 노인 복지에 투입된 예산의 52.7%가 노인 교통비 지원에 사용되었으므로 노인인구의 다양한 욕구 충족을 통한 생활의 질을 향상시키기에는 극히 미흡한 수준이다.

향후 노인복지 정책 수립에 있어서의 방향으로 첫째 노인복지에 관한 전담기구를 설치하여 노인복지와 관련된 타 부서와의 원만하고 일관성 있는 정책 조정과 협조가 이루어 질 수 있도록 되어야 하며, 둘째로 앞으로 가장 많은 비율을 차지할 것으로 예상되는 독립세대의 중산층 노인환자들을 대상으로 한 정책개발을 하므로써 그들의 사회적 경험과 지식을 바탕으로 노인 조직의 자생력을 유도하는 것이 바람직하다. 셋째로 노인들이 필요로 하는 신체적 혹은 정신적 욕구, 자기 유지 욕구, 사회활동에 관한 욕구를 각 기능의 정도에 따라 분류하여 다양한 program을 개발하고 실제로 노인생활의 질을 높일 수 있도록 유도해야 한다. 넷째로 노인 소득 보장을 위한 program의 개발이 필요하다. 다섯째로 노인 의료비 문제가 사회복지분야에서 중요한 문제로 대두되므로 현재 실시 중인 단순한 노령복지 연금제도의 기능을 확장시켜 의료 연금 기능을 부가하거나 금융기관의 노후연금이나 노후 연금신탁 상품에 지원 기능도 부여하여 적절한 치료를 받을 수 있도록 해야 한다.

2

노인을 위한 사회환경적 service 및 치료 program

김 융 희(용인정신병원)

노인을 위한 사회 환경적 service의 목적은 노인들 각자의 삶의 질을 증진시키고 노인의 기능 상태에 맞는 도움과 보호를 제공하여 시설(institution)에 가지 않고 지역사회에 남아 있게 하거나 가야만 하는 시기를 늦추는데 있다. 우리나라는 정신과 영역에서 DSM-IV를 진단에 적용시키고 치료방식 또한 미국의 영향을 받아 왔으므로 미국에서 제공되는 program을 살펴 우리 실정에 맞는 program개발에 참고 자료로 삼고자 소개한다. 미국의 community service는 노인에게 필요한 정보제공과 공적(무료), 사적(유료) 조직을 통해 의료 시설을 이용하거나 다양한 법적 조치를 취하여 노인들 자신과 사회를 위한 case management를 하고 있다. 지역사회의 치료방법으로서 (1) Geriatric day care(3 models ; social model, active treatment model, maintenance model) (2) Respite care(temporary relief for caregivers) (3) Home health care (4) Home care (nonmedical service) (5) Seniors centers (6) Social network intervention and mutual aid(self-help) groups (7) Mental health crisis intervention services (hospital based or tied to community mental health centers) (8) Psychiatric vocational rehabilitation 등이 있고 기타 residential program(long-term care facilities, specially designed housing for elderly, alternate housing) 과 Nutritional services, Transportation & escort services, Adult education, 그리고 Volunteer & employment program들이 있다.

• 제 3 회 월례집담회 •

MOOD DISORDER IN ELDERLY

기 백 석(중앙의대)

1. DEPRESSIVE DISORDER IN ELDERLY

INCIDENCE

— Elderly community의 약 15%가 우울 증상들을 호소하며, 이 중 1~2%는 주요 우울증으로 진단된다. 그러나 hospital, long-term-care facility에 있는 old person의 경우에는 10~20%가 주요 우울증으로 진단된다.

ETIOLOGY AND RISK FACTOR

- Hereditary predisposition is less likely
- Biological factor : Poor regulation of H-P-A,
 - : Disruption of sleep cycle and other circadian rhythm
- Medical cause : Deficiency state, Drugs and medication, Endocrine disorder, Infections, Malignancy

nancy, Metaboilc disorders, Neurologic disorder, Trauma

—Psychological factor : Demoralization and despair, Adverse life experience

—나이 그 자체는 우울증 발생의 위험 요소가 아니다.

• SYMPTOM AND SIGN

—젊은 성인에 비해 reduced energy and concentration, sleep problem(insomnia), decreased appetite, weight loss, somatic complaints, extreme fatigue를 더 호소한다.

—Depressed mood는 명백하나 자발적 호소는 아니며, 무가치감이나 죄책감은 적은 편이다.

—인지 성취 검사에 어려움이 있으며, 지속적인 무감동증, 정신병 증상을 나타내기가 더 쉽다.

—노인 환자들은 특히 major depressive disorder with melancholic feature에 특히 취약하다.

—노인은 우울한 증상을 “mask”하는 경향이 있으므로, careful interview가 중요하다.

—Pseudodementia

• LABORATORY WORK-UP OF THE DEPRESSED ELDERLY

—Routine : CBC, U/A, T3, T4, FTI, TSH, VDRL, VB12, Folate, Na, K, Cl, BUN, Cr, Ca, Glucose, ECG

—Elective : DST, Polysomnography, MRI or CT, CSF assay, TRH stimulating test

• TREATMENT

—Guideline 1) 자세한 병력을 청취한다.

2) 치료 시작 전에 정확한 진단을 내린다.

3) 환자가 협조를 잘 하지 않을 경우, 그 원인을 알아본다.

4) 연령 자체가 항정신성약물 사용의 제한점은 아니다.

5) 처음에는 소량으로 시작한다.

6) 사용 약물의 약리 작용을 충분히 파악한다.

7) 정기적으로 혈중 농도를 점검한다.

8) Polypharmacy를 피한다.

9) 사용 약물의 부작용을 잘 관찰한다.

10) 환자의 주위 환경을 안정시킨다.

—TCA, MAOI, SSRI, Maprotiline, Bupropion, Trazodone, ECT, Cognitive and behavioral therapy, Family therapy

2. MANIA IN ELDERLY

• INCIDENCE

—Late-onset mania의 발생율은 아직 알려져 있지 않으며, life-time prevalence는 약 1%이다.

• ETIOLOGY AND PATHOPHYSIOLOGY

1) Hereditary factor : low rate of affective disorder among their relatives

2) High rate of recent disruptive life events

3) Medical and neurological disorders, drugs used to treat these disorders, drug abuse

4) Antidepressant pharmacotherapy(different tissue response)

- 5) Coarse brain diseases, particularly in men
- 6) MRI abnormalities
- 7) Cerebrovascular disease and focal brain lesion, particularly right-side lesion
- 8) Abnormalities in central neurotransmitter(catecholamine, acetylcholine) function

• *PSYCHOPATHOLOGY*

젊은 성인들의 증상들과 유사하나 relatively mild 하다.
 Elevated, expansive, irritable mood, often not infectious.
 More dysphoric mood, decreased need for sleep, distractability,
 Impulsivity, excessive alcohol intake, hostile and paranoid behavior,
 Less often typical flight of ideas,
 Negative association between psychotic symptoms and late age at onset
 Mood-congruent psychotic features are older at onset, cognitive dysfunction

• *DIAGNOSIS & NOSOLOGY*

- 1) 현재의 집단 분류 체계는 late age에 발병한 조증 상태를 따로 분류하지 않는다.
- 2) Late onset에 발병한 조증 상태는 heterogenous group이다.

• *TREATMENT*

- Lithium : drug of choice
- Side effect of lithium : acute toxic symptom이 .5mEq/L 이하의 plasma level에서도 발생 가능하다.
- Frequent serum monitoring이 중요하다.

• JOURNAL 요약 •

Age-Associated Memory Loss : Initial Neuropsychological and Cerebral Metabolic Findings of a Longitudinal study

Gary W. Small, Anna Okonek, Mark A. Mandelkern, Asenath La Rue, Linda Chang, Ali Khonsary, James R. Ropchan, and William H. Blahd
 (International Psychogeriatrics. Vol. 6, No. 1, pp.23~44, 1994)

김 승 현(고려의대)

• 연구목적

노화과정 중에 일어나는 경미한 기억력의 장애를 예전에는 'benign senescent forgetfulness'라는 용어로 기술하였지만 최근에는 AAMI(age-associated memory impairment)라 칭하고 그에 대한 기준을 NIMH Work Group에서 제시하고 있다. 노화가 기억력에 미치는 영향에 대한 연구들은 많았지만 대부분 일정치 않은 결과를 보고하고 있으며, 주로 최근기억(recent memory)의 장애가

다른 유형의 기억장애보다 현저하다는 보고들이 있다. AAMI를 호소하는 대부분의 환자들은 자신들의 기억장애가 치매로 진행하지는 않을까 근심하게 되며, 특히 알츠하이머 치매의 가족력이 있는 경우에 그러한 걱정이 더욱 크기 마련이다. 본 연구는 AAMI의 진단기준에 충족되고 직계가족 중에 알츠하이머 치매 환자가 있는 대상군과 가족력상 알츠하이머 치매가 전혀 없는 대상군들에게 신경심리학적검사와 PET를 이용하여 두 군들 사이에 어떠한 차이가 발견되는지 조사하였다. 원래의 연구목적은 치매로 발전할 가능성이 있는 위험집단에서 만약 치매가 일어나게 되면 어떠한 검사방법에 초기부터 예민하게 이상반응을 보이는지 조사하고 치매가 진행하면서 이러한 이상반응이 어떻게 변하는지 조사하기 위한 것이다.

• 연구대상 및 방법

AAMI의 진단기준에 충족되는 43명 중에서 29명은 직계가족 중에 알츠하이머 치매 환자가 있는 군(familial group)이었고, 14명은 가족들 중에 알츠하이머 치매 환자가 없는 군(nonfamilial group)으로 선별되었다. 대상환자 모두 신체적이나 정신적으로 다른 질병이 없었고, 어떠한 약물도 복용하지 않는 대상들만을 선택하였다. 대상군들에게 PET를 시행한 후 3주 이내에 Mini-Mental State Examination(MMSE), WAIS, Boston Naming Test-Revised, Benton Visual Retention Test(Form A), Logical Memory and Associate Learning Subtest from the Wechsler Memory Scale, Buschke-Fuld Selective Reminding Test, incidental recall of Digit Symbol pairs으로 구성된 신경심리검사를 하였다. 또한 64-item Memory Functioning Questionnaire(MFQ), 17-item Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Profile of Mood States(POMS)도 함께 실시하였다.

• 연구결과

- 1) 전체 대상환자의 MMSE 평균점수는 28.7 ± 1.1 이었고 familial군과 nonfamilial군 사이에 의미있는 차이는 없었고, WAIS의 verbal IQ 점수에서 familial군의 120.8 ± 11.5 보다 nonfamilial군이 129.6 ± 13.0 으로 유의한 차이를 보인것 이외에 다른 신경심리검사도구에서는 양군사이에 유의한 차이를 보이지 않았다.
- 2) PET를 이용한 cerebral glucose metabolic ratio의 측정에서 nonfamilial군보다 familial 군에서 유의하게 낮았던 부위는 left basal ganglia, right basal ganglia, left thalamus, right thalamus, occipital lobe의 asymmetry score였으며, right parietal에서는 familial군보다 nonfamilial군에서 유의하게 낮았다.
- 3) cerebral metabolic ratio와 신경심리검사 점수들 간의 상관관계를 조사하면, left와 right parietal ratio와 Buschke-Fuld Selective Reminding Test의 long-term storage score사이에 유의한 역상관관계를 보였고, right frontal ratio와 Rey-Osterrieth Complex Figure Test의 delayed recall 사이에 유의한 상관관계를 나타내었다. 또한 left와 right의 frontal metabolic ratio와 MFQ의 Mnemonic usage score사이에 유의한 상관관계를 보였다.

• 요약

Familial군과 nonfamilial군 사이의 cerebral metabolic ratio의 차이는 저자들의 예상보다 현저하지 않았으나 familial군에서 가장 두드러진 차이를 보인 뇌의 부위는 thalamus였고, 대부분의 알츠하이머 치매환자에서 나타나는 현저한 parietal과 temporal lobe의 hypometabolism이 AAMI집단에서는 관찰되지 않았다. 또한 본 연구에서는 객관적인 신경심리학적 검사 도구보다 주관적인 기억장애 평가척도에서 흥미있는 결과들을 보였다. MFQ(Memory Functioning Questionnaire)에서 기억하는데 도움을 줄 수 있는 도구들을 덜 빈번하게 사용하는 집단에서 frontal metabolic ratio가 높았다는

결과를 보였는데 이는 frontal lobe의 기능 이상이 있는 경우 이에 대한 보상적인 노력으로 mnemonic usage에 더욱 의존하게 됨을 암시한다.

본 연구보다 대상집단의 숫자를 늘리고 계속 추적관찰을 함으로써 신경심리검사도구와 PET에서는 이상반응을 보이지만 임상적인 관찰에서는 현저한 치매증상을 보이지 않는 preclinical state를 발견할 수 있을 것으로 예상되며, 이러한 집단은 향후 진보된 치매의 치료방법을 적용하는 최우선의 대상이 될 것이다. 또한 새로운 치료방법을 적용하고 치료결과를 적절하게 평가할 수 있는 이상적인 검사도구의 개발에 본 연구가 도움이 될 것으로 추측된다.

Negative Symptoms in Late-Life Schizophrenia

M. Jackuelyn Harris, M.D., Lou Ann McAdams, Ph. D., Shelly C. Heaton, B.A.
(The American Journal of Geriatric Psychiatry. Vol.2, No.1, pp9~20, 1994)

이 준 노(국립의료원)

정신분열증의 음성증상(negative or deficit symptoms)은 affective blunting, asociality, alogia, avolition, attentional impairment 등의 증상들을 포함하는데, 여기서 ‘음성’이라는 말은 ‘반응결여(absence of reaction or failure of response)’의 의미로 사용된다. 병태생리적으로 정신분열증의 음성증상은 poor premorbid adjustment, male gender, early onset age, cognitive tests상의 poor performance, 많은 수의 structural brain abnormality 등과 연관된다고 보고되고 있다. 또, 비록 clozapine을 포함한 비전형 항정신병약물들이 음성증상치료에 새로운 가능성을 제시하고 있지만 전통적인 항정신병약물들에는 반응을 덜 보이며, 현저한 음성증상은 일반적으로 불량한 예후와 관련된다고 보고되고 있다. 문헌 상으로는 정신분열증환자에 대한 수많은 연구에도 불구하고, 노인정신과적 견해로 본 음성증상에 대한 체계적 연구가 없었다는 것이 문제로서, 예를 들어 음성증상들의 평가에 대한 타당도나 음성증상에 대한 노령이나 만성화의 영향 등에 대해 알려진 바가 없다. 이 연구의 목적은 노인 정신분열증환자에서 음성증상의 평가에 대한 타당도(validity)를 조사하고 인구학적, 다른 임상적, 신경심리학적 변수들과 개개인의 음성증상들 사이의 관계를 평가하기 위한 것이다.

- 가설 1. 정신분열증 환자들은 NC(normal control)보다 더 많은 음성증상들을 가진다.
2. 45세 이전에 발병한 EOS(early onset schizophrenia)환자는 45세 이후에 발병(전구증상 포함)한 LOS(late onset schizophrenia)환자보다 더 많은 음성증상을 가진다(나이 절단점은 LOS에 대한 DSM-III-R기준에 따름).
3. 각 음성증상들은 인지장애의 전반적 정도 및 총체적 척도들과 정(positive)의 상관관계에 있다.

• 연구방법

평가 당시 적절하게 안정상태에 있는 DSM-III-R 진단기준에 맞는 64명의 정신분열증 외래환자(EOS 39, LOS 25)를 선택하고, 나이, 교육, 인종을 비슷하게 맞춘 35명의 NC군을 대상으로 인구학적, 사회경제적 데이터를 모은 후 신경학적, 의학적 병력을 얻었으며, 신체검사가 시행되었고 적절한 검사평가가 시행되었다. 모든환자는 brain MRI 혹은 CT로서 뇌의 구조적 병변으로 인한 정신병이 배제되었다. 모든 대상자들에게 SCID(the Structured Clinical Interview for DSM-III-R),

BPRS(the Brief Psychiatric Rating Scale), SAPS(the Scale for the Assessment of Positive Symptoms), SANS(the Scale for the Assessment of Negative Symptoms), HAM-D(the Hamilton Depression Rating Scale), AIMS(a modification of the Abnormal Involuntary Movement Scale)-total AIMS score 및 EPS score, MMSE(Mini Mental Status Examination), DRS(Dementia Rating Scale) 등이 수행되었다 (BPRS negative symptom subscale로는 emotional withdrawal, blunted affect, motor retardation 등이 포함됨).

신경심리적 평가(Neuropsychological assessment)로는 모든 대상자가 comprehensive neuropsychological evaluation(expanded Halstead-Reitan battery에 포함됨)을 수행하였고, 그외에 WAIS-R(the Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised,) WCST(the standard Wisconsin Card-Sorting Test), CVLT(the California Verbal Learning Test), Digit Vigilance Test, the Boston Naming Test, the Grooved Pegboard Test, the Story and Figure Memory Test 등이 수행되었다. 연령, 교육, 인종의 개인차를 교정하기 위해 각 battery에 대한 결과를 demographically corrected T-scores로서 교정하였다. 각 Testing은 환자가 정신과적, 내과적, 약리학적으로 적어도 일개월 이상 안정된 후 수행하였다. 39명의 EOS중 34명, LOS 25명 중 22명이 항정신병약물을 복용하고 있었고, 14명의 EOS, 8명의 LOS환자가 benztropine mesylate를 4mg/day이하로 복용하고 있었다.

Kruskal-Wallis analysis of variance(ANOVA)로서 세군(EOS, LOS, LC)간의 각 변수들이 비교되었고, Mann-Whitney paired comparisons이 수행되었으며, Chi-square tests로서 각군의 categorical variable들이 비교되었다. SANS의 subscale에 대한 타당도는 kappa statistic으로 계산하였고, SANS Total Score와 다른 변수들사이에서는 Pearson's correlations가 계산되었다. SANS Total 을 예측하기 위해 multiple stepwise regression analysis가 수행되었다. 각군의 증상들은 ANOVA를 사용하여 비교하였다. 개개인의 음성증상의 존재유무를 분별할 수 있는 변수를 발견하기 위해 discriminant function analysis를 사용하였다.

• 결 과

노인 정신분열증 환자들에서 음성증상들은 의미가 있었고, 중등도의 내적 일치율을 보였다. EOS, LOS, NC군 간에 교육 및 연령은 차이가 없었지만 EOS군보다 LOS, NC군에서 여성이 더 많았다. EOS와 LOS군 사이에 발병연령 및 기간의 명백한 차이가 있었다. EOS군의 subtype은 미분화형이 41%, 망상형이 36%, 기타 24%였고, LOS군은 망상형이 76%, 미분화형이 24%였으며, 두군 다 긴장형이나 혼란형은 없었다. 세군의 Kruskal-Wallis comparison에서 모든 정신병리점수(BPRS, SAPS, SANS, HAM-D)는 유의한 차이가 있었지만 EOS와 LOS사이의 post hoc comparison은 이들 모든 변수들에 대해 비슷하였다. NC군은 EOS군과 attentional impairment를 제외한 SANS의 negative symptom subscale 각각에서 유의한 차이를 보였다. NC군은 LOS군과 affective blunting, alogia, attentional impairment 등을 제외한 영역에서 유의한 차이를 보였다. EOS군과 LOS군은 alogia와 anhedonia/asociality가 비슷했지만 EOS군에서 더 높은 점수를 보인 affective blunting과 avolition/apathy에서는 차이를 보였다. 항정신병약물의 용량과 AIMS Total에서처럼 몇가지 정신병리적 변수(BPRS, SAPS, HAM-D)및 신경심리학적 변수(DRS, CVLT, Pegboard)와 SANS Total 사이에는 의미있는 연관을 보였다. BPRS-Neg, 남성 및 SAPS item 중 bizarre behavior와 정상관관계의 조합이 affective flattening을 다른 어떤 한가지 예측인자보다도 더 잘 예측하였다. BPRS-Neg와 정상관관계 및 Pegboard non-dominant T-score와 역상관관계의 조합이 avolition/apathy를 잘 예측하였다. BPRS-Neg와 정상관관계 및 male gender와 역상관관계의 조합이 anhedonia/asociality를 잘 예측하였다. MMSE 점수가 single predictor로서 attentional impairment를 잘 예측하였다.

• 고찰

Alogia와 anhedonia/asociality는 거의 대부분의 정신분열증 환자에게 흔히 있는 증상으로 병태 생리를 반영하는 것으로 볼 수 있는데 이를 “core”음성증상이라고 제시할 수 있겠다. Alogia는 특히 정신분열증 환자에서 인지장애에서 주로 문제시 되는 학습에서의 결손과 관계되는 것이 발견되었다. 이 연구에서 alogia 혹은 anhedonia/asociality와 정신분열증의 기간 혹은 total BPRS나 HAM-D score사이에는 어떤 연관도 없었다. 그러므로 본 연구는 이 두가지 음성증상이 core nature와 관계된다고 가정할 수 있겠다.

Affective blunting과 avolition/apathy는 LOS군보다 EOS군에서 더 심한것을 발견했는데, 이것은 아마도 LOS군은 paranoid type이 많고 EOS군은 undifferentiated type이 많은 점을 들 수 있겠고, 또 다른 면은 발병이 빠르며, 병전적응이 나쁘고, 남성에게 더 관계가 많음을 들 수 있겠다. Affective blunting과 avolition/apathy는 서로 높은 상관관계를 가지며, 젊은 정신분열증 환자에서 신경심리적 장애와 상관관계가 높았다. EOS군이 LOS군보다 더 심한 음성증상을 보인것은 이들 증상들이 EOS군의 전체경과에 걸쳐 존재하든지, 치료가 지속되면서 만성화가 증가하면서 발생되거나 악화된 것일지 모른다. SANS score가 질환의 기간에 상관관계가 없다는 사실은 EOS군이 이들 음성증상을 원래 가지고 있었던 것으로 생각되는데, 즉, 오래 지속되고 예후가 더 나쁘며, 뇌기능 이상이나 병변과 관계된 “defect” schizophrenia의 존재를 반영하는 것이다.

Attentional impairment는 본 연구에서 정신분열증의 두군에서 극히 적은 장애만 보였는데 이는 항정신병약물에 의한 치료효과 때문인 것으로 생각된다. 이 증상은 아마도 질환에 특이적(disease-specific)이라기 보다는 단계 특이적(stage-specific)현상으로서, 심하거나 치료받지 않은 단계에 한정되고, 양성증상에 이차적으로 생기는 증상일지도 모른다.

본 연구는 항정신병약물로 치료받는 노인 정신분열증 환자들에서 음성증상들의 “three-factor model”을 다음과 같이 제시한다. : 1) “Core” symptoms(alogia, anhedonia/asociality) : 2) “defect” symptoms(affective blunting, avolition/asociality) : 3) “incidental” negative symptoms(i.e., attentional impairment).

• 기획부 •

노인정책, 상담정보, 교육 및 행사정보를 알려드립니다. 회원 여러분에게 참고 되시기 바랍니다.

□ 정책에 관한 정보

1. 노후소득보장제도의 확립

- 1995년까지는 농어민에게, 2000년대 초까지는 전국민을 대상으로 한 연금지급을 실현할 예정.
- 1996년까지는 모든 저소득계층 노인에게 노령수당을 지급할 계획이며 국민연금에 본격적으로 개시되는 2012년에 맞춰 노령연금을 받을 자격이 안되는 분에게는 노령부조(무각출연금)를 확대, 발전시킬 계획

2. 노인건강관리법 제정

- 장년기부터 체계적인 건강관리를 할 수 있는 건강진단, 보건 교육 등 보건 예방사업을 강화.

- 가정의 외병노인을 위한 방문진료 및 가정간호 서비스 제도를 신설.
- 장기요양치료가 필요한 노인을 위해서는 전문요양시설을 도입할 계획.
- 노인의료비를 개인과 국가가 공동으로 대처할 수 있는 방안을 도모.
- 노인건강증진을 위한 전담 연구기구를 설치할 계획.

3. 유료노인복지시설 등 노인관련산업 육성

- 중산층 이상의 노인을 위한 양로원, 요양원, 복지주택, 노인아파트 등 다양한 형태의 유료시설을 개발.
- 노인복지시설의 운영주체를 사회복지법인 등 비영리법인에서 개인, 기업으로 확대하여 민간 참여의 제약요인을 완화(1993년 12월 27일 노인복지법 개정, 1994년 8월 25일 시행 규칙 개정으로 확정됨)
- 시설비 용자제도 및 세제우대 등 제도적 지원방안을 통하여 민간참여를 촉진.
- 선진제도를 연구하고 관련 전시회를 개최하는 등 노인관련산업의 건전한 육성을 추구.

4. 장기정책과제

- 노인의 취업기회를 확대하기 위하여 노인고용비율을 상향조정(3%→5%)하고 의무조항으로 추진. 또한 노인에게 적합한 직종을 보다 많이 개발하고, 정년을 60세로 연장.
- 유급가정봉사원, 노인병 간호인력 등 노인복지 전문인력을 체계적으로 훈련, 양성.
- 노인복지, 노인보건, 의료정책 개발을 위한 연구기능을 강화.
- 노인복지사업의 전달체계를 강화하여 중앙 및 지방행정부서에 인력을 보강하거나 전담부서를 정할 계획.

□ 상담정보

1. 법률 상담

• 한국 노인의 전화(무료 상담)

대 상 : 법률문제가 있는 노인과 그 가족

시 간 : 매주(월) 오전 10시~12시

문 의 : (02) 722-8007, 723-8007

• 대한법률구조공단

시 간 : 오전 9시~오후 5시

장 소 : 서부지청

문 의 : (02) 771-2300(교환 4675)

788-6000

2. 일반건강상담

• 한국 노인의 전화(무료 상담)

대 상 : 건강문제가 있는 노인

시 간 : 매주(금) 오전 10시~12시

문 의 : (02) 722-8007, 723-8007

• 불광 박애의원(무료 진료)

대 상 : 60세 이상 노인, 영세민, 불우청소년 등

문 의 : (02) 353-0360/1

3. 치매상담

• 치매상담전화

내 용 : 치매상담, 치매환자를 위한 임상간호용품에 대한 정보제공
시 간 : 매주(화, 금)
문 의 : (02) 396-9008

4. 재혼상담

• 원앙노후생활연구원

문 의 : (02) 921-1500, 960-0130/1
회원이 되면 자율적으로 프로그램(레크레이션, 운동)에 참여
매주(토) 오후 2~6시에 모임.

• 가톨릭 결혼상담소

문 의 : (02)
시 간 : 평일 오전 10시~오후 4시
토요일 오전 10시-12시

□ 교육 및 행사 정보

1. 서울 YWCA 강남 청소년 회관

주 제 : 청춘학당(노인 글쓰기 교실)
시 간 : 매주(월) 오후 2시
대 상 : 60세 이상
문 의(02) 544-9725

2. 서대문 종합사회복지관

주 제 : 노인 한글반
시 간 : 매주(화, 목, 금)
오전 10~11시 30분
비 용 : 3개월 과정 21,000원
문 의 : (02) 375-5

• 편집 위원회 소식 •

1995년 1월 12일 신라호텔에서 편집위원회가 열렸으며, 이 자리에서 Newsletter의 편집방향 및 기사구성에 대한 토의가 있었습니다.

• 편집 위원회의 주 •

한국 보건 사회 연구원의 보고에 따르면 우리 나라만 60세 이상 인구는 4백 3만 6천 명인데 이중 자녀와 떨어져 살고 있는 노인은 전체의 41.0%로 배우자 없이 홀몸인 경우가 11.9%, 부부 노인은 29.1%이다. 6년전인 1988년 당시의 24.7%에 비하면 엄청난 급증 추세이다.

자녀와 동거하는 노인 비율은 53.8%로 장남 동거 노인이 31.4%, 장남 이외 자녀와 동거하는 노인이 22.4%로 비장남 부양 비율도 증가 추세를 보였다.

별거 노인들의 자녀 접촉 빈도는 상당히 낮은 편이어서 39.5%만이 3개월에 한번 이상 자녀들과 만나고 있으며 이중 주 1회 이상 자주 만나는 노인은 31.3%였다.

한편 자녀와 동거하기를 바라는 노인은 1980년 조사 당시 83.3%보다 낮아진 47.2%에 불과해 자녀 의존적 경향이 현저하게 사라져 가고 있음을 입증하고 있다.

(자료제공 : 한국보건사회연구원 1995. 1.)

• 회원동정 •

한강성심병원 최인근 회원은 1995년 1월부터 1996년 1월까지 1년간 예정으로 미국 Vanderbilt University School of Medicine에서 Memory Disorders와 Alcoholism의 Psychopharmacology분야를 연수할 예정입니다.

주 소 : Division of Alcohol and Substance Abuse (Director,
Peter R. Martin M.D.)
Department of Psychiatry
Vanderbilt University School of Medicine
Nashville, Tennessee 37232-2647
Fax : 1-615-343-8639

2. 용인정신병원 한일우 회원은 1995년 1월부터 1996년 1월까지 1년 예정으로 "A Study of Late-onset Schizophrenia using Proton Magnetic Resonance Spectroscopy"와 "A Clinical Study of Alzheimer's Disease in Korean-speaking Patients"에 대한 연구활동과 치매환자의 임상에 관한 자료수집차 미국 L.A. 소재 University of Southern California의 노인 정신과로 가게 되었습니다.

주 소 : Division of Geriatric Psychiatry
University of Southern California
School of Medicine
1337 San Pablo Street, Los Angeles
CA 99033

대한노인정신의학회 회원명단 (1995년 1월 1일 현재)

성명	주 소	우편번호	전화번호
강병조	대구시 중구 삼덕동 2가 335 경북대학병원 정신과	700-412	(053)420-3752
강봉선	강원도 원주시 입산동 206-5 강봉선신경정신과의원	220-050	(0371)44-3884
강홍조	충북 청주시 신봉동 146-7 충북재활원	366-111	(0431)62-7415
고대관	서울 중구 저동 2가 85 서울백병원 정신과	100-032	(02)270-0069
고효진	대전시 중구 대흥동 520-2 대전성모병원 정신과	310-012	(042)252-9331
곽동일	서울 구로구 구로동 80 고려의대안암병원 정신과	152-050	(02)864-5111
곽태삼	경남 진주시 대안동 9-7 곽태삼신경정신과의원	660-140	(0591)43-8875
권기현	서울 서대문구 홍제3동 299-3 권기현신경정신과	120-093	(02)738-6621
기백석	서울 중구 필동2가 82-1 중앙의대부속 필동병원 정신과	260-254	(02)260-2172
김갑중	대전시 대덕구 대화동 40-68 한일병원	306-020	(042)625-3001
김경식	서울시 관악구 신림 8동 1655-21 김경식신경정신과의원	151-018	(02)854-2131
김광식	서울 상동구 중곡동 166-17	133-220	(02)467-2325
김광윤	강원도 김천시 옥천동 220-4 김신경정신과의원	210-090	(0391)648-2152
김규대	경북 칠곡시 중앙동 244-17 김규대신경정신과의원	744-020	(0581)52-1072
김도훈	경기도 광주군·읍 탄벌리 696-6 연세의료원 광주세브란스병원	464-800	(0347)61-1890
김문중	서울시 서대문구 신촌동 134 신촌세브란병원 가정의학과	120-749	(02)361-5114
김삼국	인천시 서구 삼곡동 잔27-2 인천신경정신병원	404-190	(032)524-8833
김상덕	부산시 동래구 명장동 105-51 영진의원	607-111	(051)322-1751
김승기	경북 영주시 영주4동 328-13 김승기정신과의원	705-037	(0572)635-3890
김승현	서울 성북구 안암동 5가 126-1 고대부속안암병원 정신과	136-075	(02)920-5815
김영현	서울 양천구 목동 911-1 여하의대 목동병원 정신과	158-050	(02)
김용구	경기도 의왕시 왕곡동 280-1 안양제료병원	437-020	(0343)55-3533
김유광	서울시 마포구 서교동 972-9 김유광신경정신과의원	121-210	(02)322-0082
김용희	경기도 용인군 구갈면 상하리 4 용인정신병원	449-910	(0335)281-8251
김인	서울 성북구 안암동 3가 126-1 고대의대안암병원 정신과	136-075	(02)920-5815
김임	전북 전주시 완산구 중화산동 1가 300 예수병원	560-250	(0652)80-0114
김준홍	부산시 중구 대청동 4가 12번지 메리놀병원신경정신과	600-094	(051)461-2335
김관형	서울 강남구 도곡동 146-92 동세브란스병원 정신과	135-270	(02)3450-2382
김상진	서울시 동작구 노량진2동 230-21	156-052	(02)815-0353
김창현	서울 중구 을지로6가 18-9 국립의료원 신경정신과	100-196	(02)260-7292
김현식	서울시 은평구 종암동 316 사회정신병원	122-010	(02)303-9111
김현우	충남 천안시 안성동 산29 단국대의대부속병원 정신과	330-714	(0471)550-3929
김호경	경기도 수원시 팔달로2가 67 김신경정신과의원	440-022	(0331)252-2149
노만희	서울시 용산구 한남동 657-59 백제병원	140-210	(02)793-0945
유미경	경기도 이천시 마장면 표고리 115 청안드레아신경정신병원	330-714	(0336)636-8200
유성훈	충남 논산시 논산읍 차암리 21-14 백제병원	320-830	(0461)33-2191
목희원	경남 김해군 진영읍 신동리 330-4 진영한신병원	623-800	(0525)43-3000
박정후	충남 공주군 반포면 봉곡리 산1 범무부치료감호소	315-920	(0416)857-2609
박노대	서울 동대문구 신선동 91-262 박신경정신과의원	130-110	(02)923-7610
박동열	부산시 해운대구 중1동 808-3 해운대성심병원	612-011	(051)743-5555
박동철	경기도 안양시 안양 5동 622-221 박동철신경정신과의원	430-810	(0343)44-3083
박민철	전북 이리시 동산동 144-23 광의대부속제2병원	570-060	(0653)52-9111
박수봉	경기도 용인군 구갈면 상하리 4 용인정신병원	449-910	(0335)281-8251
박인옥	경기도 광명시 현산4동 483-7 현산병원 고려신경정신과의원	423-014	617-7575
박정수	서울시 성동구 중곡1동 165-5 동화신경정신과	135-221	(02)466-7654
박종철	서울 송파구 세종로 157-1 박종철신경정신과	110-050	(02)735-0987
박종환	대구 중구 동산동 제법대의대부속 동산병원 정신과	700-310	(053)250-7818
박주형	서울 중구 을지로4가 161-5 덕유B/D202호 박주형신경정신과의원	100-194	(02)273-3722
박준형	전남 순천시 중앙동 61-69 박준형신경정신과의원	540-210	(0661)51-1053
박창산	서울 상동구 화양동 27-2 건국대의대부속병원 정신과	133-130	(02)450-9558
반건호	대구 서구 화남동 34 고신의의료원 정신과	602-702	(051)
방년영	대구 중구 삼성동 40 방년영신경정신과의원	700-200	(053)23-6610
사승인	경기도 의정부시·2동 491-9 우진B/D 3층 사승인신경정신과	480-012	(0351)871-6256
서원비	인천시 남구 주안4동 453-18 서원비신경정신과의원	402-204	(032)432-9911
신상진	경기 남양주군 소동면 화방리 174	473-850	(0346)591-6661
신석권	대전시 중구 대서동 640 충남대병원 정신과	301-940	(042)220-7287
신재경	서울 동대문구 청암리동 46 청암리정신병원	138-010	(02)965-1171
신형기	전남 하동군 고남면 제천리 366-3 새중앙병원 정신과	667-920	(0595)83-7000
심상호	경기도 의정부시 의정부1동 172-22 고려신경정신과의원	480-010	(0351)43-7847
인병주	부산시 중구 대동 202-4 청약약국	421-160	(052)674-7409
인광호	서울 동대문구 제기2동 142-3 한양학신경정신과의원	130-062	(02)928-7878
양병화	서울 성동구 세강동 17 한양대학병원 정신과	133-792	(02)293-2111
양창준	서울시 용산구 한남동 657-59 백제병원	140-210	(02)793-0245
연규일	서울시 종로구 6가 70 이대부속병원신경정신과	110-126	(02)760-5086
연병길	서울 강동구 길동 445 길동정신병원 정신과	134-701	(02)224-2268
오강삼	서울시 종로구 평동 108 고려병원	110-102	(02)739-3211
오기성	서울 성북구 삼선동5가 291-1 오기성신경정신과의원	136-045	(02)923-3237

성명	주소	우편번호	전화번호
오병훈	경기도 광주군 · 읍 탄벌리 696-6 연세의료원 광주세브란스정신병원	464-800	(0347)65-1698
오석환	서울시 서초구 반포본동 반포아파트 54-501	137-040	(02)599-8486
왕성근	대전시 중구 대성동 640 충남대병원 정신과	301-840	(042)220-7278
우정훈	부산시 동구 좌천동 68-11 봉생병원	601-050	(051)646-9955
우형원	서울 종로구 종로6가 70번지 이화대학병원 정신과	110-126	(02)760-5138
유계준	경기도 광주군 · 읍 탄벌리 696-6 연세의료원 광주세브란스정신병원	464-800	(0347)61-1890
유완상	충북 청주시 문화동 106-4 유완상신경정신과의원	360-030	(0431)52-7895
윤원철	전북 군산시 중앙로1가 9-4 윤원철정신과의원	573-041	(0654)446-9618
윤애리	경기도 안산시 위곡동 845 보성플라자 3층 유정신과의원	425-130	(0345)453-7575
은배	전북 전주시 덕진구 금암동 산2-20 전북대학병원 정신과	560-180	(0652)250-1396
이경근	서울 성동구 중곡동 30-1 국립서울정신병원	133-220	(02)457-0905
이경섭	경기도 의왕시 왕곡동 280-1 인양계요병원	437-020	(0348)55-3333
이근우	서울 종로구 종로6가 70 이화대학병원 정신과	110-126	(02)760-5138
이동수	부산시 북구 화정동 164 부산대남병원	616-020	(051)324-2227
이민주	서울 성북구 안암동 5가 126-1 고려의대안암병원 정신과	136-705	(02)920-5815
이병관	전북 전주시 완산구 중앙동 1가 11 성보신경정신과의원	560-010	(0551)83-7373
이성문	경남 마산시 회원구 합성동 722-5 이중옥신경정신과의원	630-520	(0551)55-6688
이성연	서울 종로구 평동 164 서울척척사병원 정신과	110-102	(02)398-9700
이성열	전북 이리시 동산동 144-23 원광의대부속병원 정신과	570-060	(0653)840-6019
이성민	충북 옥천군 옥천읍 금구리 3구 112-37 이성민신경정신과	373-800	(0475)33-5435
이성일	서울 영등포구 대림1동 548 김남식신병원 정신과	150-071	(02)833-3781
이영호	서울시 중구 서동2가 85 서울백병원 정신과	100-032	(02)446-9618
이인표	서울시 중구 중대2동 185 가락신경정신과의원	138-172	(02)425-2045
이정영	부산시 북구 화정동 산62번지 산대남병원	616-020	(051)324-2227
이정환	경기도 의왕시 왕곡동 280-1 계요병원 정신과	437-020	(0343)35-3333
이정호	서울 노원구 상계7동 761-1 연세의료원대부속계백병원 정신과	139-207	(02)938-0100
이종섭	충북 충주시 교현동 620-5 전국의대부속병원 정신과	780-060	(0441)845-2501
이종욱	경남 마산시 회원구 합성동 722-5 이중옥신경정신과의원	630-520	(0551)55-6688
이종원	부산시 북구 화정동 산62 부산시립정신병원	610-020	(051)324-2227
이종경	서울시 성동구 중곡3동 30-1 국립서울정신병원	133-220	(02)457-0905
이현제	서울 종로구 종로1가 17번지 북경빌딩 2층 이현제신경정신과의원	110-121	(02)735-7557
이영석	서울 강남구 도곡동 146-92 영동세브란스병원 정신과	135-270	(02)3450-2381
이형영	광주시 동구 학동 8 전남대학병원 정신과	501-757	(062)227-0011
이희상	경기도 광주군 · 읍 탄벌리 696-6 연세의료원 광주세브란스정신병원	464-800	(0347)61-1890
임희진	충북 음성군 성곡면 귀성리 음성정신병원	369-840	(0446)78-4111
임권정	서울 종로구 종로6가 70 이화대학병원 정신과	110-126	(02)760-5210
전진숙	부산시 서구 압남동 34번지 고신의료원신경정신과	602-030	(051)240-6245
정다환	수원시 팔달구 팔달로 2가 129-5 장려화신경정신과	440-022	(0331)47-0555
정성환	전북 전주시 덕진구 금암동 2-20 전북대학병원 정신과	560-182	(0652)250-1894
정성덕	대구시 남구 대명동 317-1 영남대병원 정신과	705-030	(053)620-3230
정인기	서울 성동구 중곡3동 30-1 국립서울정신병원	133-223	(02)457-0905
정인파	서울 구로구 구로동 80 고려의대구로병원 정신과	152-050	(02)864-5111
조두영	서울 종로구 연건동 28 서울대학병원 정신과	110-744	(02)760-2455
조맹배	서울 종로구 연건동 28 서울대학병원 정신과	110-744	(02)760-2455
조남숙	충남 공주군 반포면 봉곡리 산1 법무부 치료감호소	315-920	(0416)837-2601
조완남	서울 종로구 세종로 1가 137 박종철신경정신과의원	110-050	(02)735-0987
최문식	서울 동대문구 청량리동 46번지 청량리정신병원	130-010	(02)965-1173
최영	광주시 동구 학동 8번지 전남대병원 정신과	501-190	(062)227-0011
최인근	서울시 영등포구 영등포동 94-200 한강정신병원 정신과	150-030	(02)633-9111
최정옥	부산시 부산진구 알정1동 산45-1 동의의료원 정신과	614-054	(051)867-5101
최종혁	서울 성동구 중곡동 30-1 국립서울정신병원	133-223	(02)457-0905
최승원	경기도 오산시 오산동 603-11 용산빌딩3층 최승원 신경정신과	447-010	(0339)73-9966
한상권	경북 구미시 공단동 순천향대 구미병원 정신과	730-370	(0546)463-7051
한상업	서울 종로구 평창동 244-25 한상업신경정신과의원	110-012	(02)732-2662
한신호	서울 용산구 한남동 657-58 전향대학병원 정신과	140-743	(02)794-719~8
한인우	경기도 용인군 구성면 상리리 4 용인정신병원	449-910	(0335)281-8251
한장하	서울 동대문구 제기2동 142-3 한장하신경정신과의원	130-062	(02)928-7878
홍인부	경남 마산시 중앙동 5가 4-247 마산정보병원	631-423	(0551)43-3311
황인화	경기도 양평군 용문면 565 보건소	476-840	(0336)72-4518
황의근	전북 전주시 덕진구 금암동 2-20 전북대학병원 정신과	560-182	(0652)250-1397

총무부 온라인 계좌번호

예금주: 김 용 희

국민은행: 083-01-0268-337

* 회원명단에서 누락된 회원께서는 연락바랍니다.

Tel) 02)457-0905 교환 551 최 종 혁

0347) 61-1890 교환 112 이 희 상



대한노인정신의학회 추계학술대회

• 일시 : 1994년 11월 18일(금) • 장소 : 고려대학교 인촌기념관