

□ After about one month he was moved to the Sungdong detention House, where he was put into a solitary cell. Whenever his parents saw him over intercepting glass, he, who was tied with cords, was under the close guards of 3 - 4 policemen. His parents implored several times in vain to the prosecutor of the Public Security Section of the Northern Branch of the Seoul District Public Prosecutors Office and to the highest ranked officers of the Sungdong Detention House to send Moon to a mental hospital, and heard only their replies saying "I understand."

□ Therefore his parents appealed to the lawyer Kim, Sang-chul, the then chairperson of the Human Right Committee of the Korean Bar Association. Being flinched with the lawyer's protest, the prosecutor cornered Moon's parents to not make any more appeal to the Human Right Committee. When Moon's parents protested to the police, "Is it right to prolong the investigation to the one who surrendered himself? You must set him free or send him to a hospital!", a plainclothes man replied, "Because of the Kundae (or Kunkook University) incident, the decision is delayed. Moon, Kook-jin is out of luck." (About half a month later after Moon's self-surrender, the large-scaled Sit-in Demonstration in the Kunkook University was staged, and a number of dissident students were detained also in the ChungKyung.)

In the meantime Moon was taken by the police to a mental hospital, where a psychiatrist let him lie down on a bed naked and shook Moon's genital organ several times. Then the psychiatrist, saying that no abnormality was found, sent him back to the Detention House. At that time Moon thought that the doctor would cut off his genital organ, according to him.

After repeated appeals by the lawyers of the Human Right Committee to the public prosecutor, Moon, Kook-jin, together with Kim, Nakk-hyon, a plainclothes man in charge of him, was sent by police car to the National Mental Hospital located at Choongkok-dong, eastern part of Seoul. Moon, Kook-jin shouted all the way at that time.

□ By the way, before the police sent Moon to the hospital, the public prosecutor had asked for a memorandum of Moon's parents that they would not raise any row nor make any protest about this matter, and let the police send him to hospital after receipt of the memorandum.

It was about 2 months later after his self-surrender that Moon was hospitalized at the government expenses in the National Mental Hospital to be under care of a psychiatrist, Choi, Yong-sung. The psychiatrist Choi, saying that he had graduated from the Seoul National University and that

he was Moon's senior graduate of the Choong-ang Middle School, treated Moon kindly. After asking Moon's life history to his parents, Choi said, "It seems that he fell sick due to a feeling of uneasiness during escape." However he kept silence when Moon's parents said, "The police aggravated the disease to the extreme by the protracted investigation to the sick one."

□ When Youn, Yon-ok, who became his wife later, met Moon, Kook-jin for the first time around September of 1987, Moon looked pretty anxious and could not stay long at a place. The next day Moon, asking Youn to bring a dissidents' sing-along book to him, said, "I will show you once my life in hospital." (At those days Moon attended the National Mental Hospital, Choongkok-dong every day, where he received treatment through situation dramas, recreation programs, and so on.) Therefore Youn visited the hospital the next day only to find him rehospitalized due to sudden deterioration of the disease. There Youn met Choi, Yong-sung, the psychiatrist in charge, for the first time, who said that she might help a lot Moon recover from the disease by giving him comforts in many ways. Choi revealed his frank mind to her by saying: that Moon, Kook-jin was a man of mild disposition and of rich susceptibility with a very brilliant brain of over I.Q. 130, that, if not for the disease, Moon could have done a fair contribution to society with his excellent talent of writing, and that his heart was much hurt with Moon's misfortune.

□ Moon's mental disease recurred once or twice every year since then. Just before he was rehospitalized in 1989, he showed up at his desk in a publishing company where he worked at those days without sleeping a wink for two whole days and nights. In the nights, he sat up at his desk looking at into his watch, became wild with the lapse of time, walked up and down the room pit-a-pat, and disturbed with windows widely open his 7 months pregnant wife's sleep, asking her to talk the nights away.

About one week before his rehospitalization in 1990, Moon called up his wife from his office to seek a divorce. When his wife asked him the reason for divorce at the night, he retorted upon her, saying, "You are reporting all my movements to the PBNS or former the KCIA." She took him to a silent cafe, and appealed with tears, saying, "It is I who love you more than any other in the world. For what would I report your movements to the PBNS?" At her sincere appeal said he, rolling his eyes and with a perplexed look, that he would cancel his request for divorce.

Thereafter he requested to change the phone number, reiterating that his phone was bugged. He could not stay long at a place with anxiety, for he



thought he was shadowed by the gumshoes. With serious aggravation of his disease was Moon rehospitalized in the Koryo University Hospital at the very next day after he wrung the neck of his wife in a night. His wife only in underwears had to seek refuge from his strangle together with her 7 month old daughter. Even in the hospital Moon was nervous for a while, asking repeatedly, "Isn't it the HQNP?"

□ Though the police had called on Moon's couple to their new addresses for a while whenever they moved their residence after their marriage, they did not visited the couple for the last 3 years (albeit they might have made roundabout inquiries through the owners of their rented room). By the way, Hong, Se-kyun, a plainclothes man of the 2nd Public Safety Section of the Chungkyung, called on Moon, Kook-jin on April, 21, 1993, and said as if the police had been in moral debt to Moon: "How are you getting along these days? Though Kim, Nakk-hyon is still working in the Chungkyung, I came here for him for he thought it would be somewhat awkward of him to have a face-to-face meeting with you." When Moon, bottling up his hostility, said, "I fell sick while I was wanted and while was under the investigation of the National Security Council or the junta of 1980", the dick went back leaving a few words behind, saying: "Don't be pessimistic. You may do the movement. Ah, how easier, how easier I feel now! I wanted to meet you once." Moon, Kook-jin could not sleep a wink for two whole days and nights after the dick's visit.

## Chronological Record of 60 Days of Moon Kuk-Jin's Case

- From the day of detention at Chong-ryang-ri Police Station to the first day of mental disorder (Oct. 12, 1986 ~ Feb. 28, 1987) -

\* 40 days under the custody of the Anti-Communism Section of Chong-ryang-ri Police Station (Oct. 12 ~ Nov. 22)

After he had surrendered himself to the police, he was interrogated for three days without sleep. In this Anti-communism Section, there were two rooms for investigation, one for interrogation and one for over-night rest for policemen. The police was keen to learn from him 1) Where Mr. Baek Won-dam was, 2) Where the other members of the organization were, 3) the location of the house that he used to live in Buchon. He told them the locations of 3 meeting flats, while keeping secret another flat. But, obviously, the investigator knew the location of the fourth and asked a leading question "Isn't it near here?". He later said he had never written any statement during the period.

\* Incomprehensible incidents during the interrogation

After the initial three-day investigation, Moon was forced to sit calm on a chair without being given a single question. During this period:

- Policemen came to him from time to time carrying or putting an oil can in front of him while throwing some frightening words at him, even though the oil stove was at a distance from him.
- They also placed a video monitor in front of him and played weird videos.
- A department chief came to him and ordered his men "Go make a few sticks 30 centimeters long", "Go tell his mother ...", etc in a frightening tone.

Moon said there had been other incidents that he could not have understood, but that he could not any more recall. Anyhow, these unusual incidents appeared highly intriguing to Moon and he became more and more terrified under such a situation.

When one day Moon angrily protested to one of his investigator, Kim Nag-hyun, that he could not stand such psychological pressure anymore, the policemen around him were surprised at his abrupt reaction. Three days after this incident, his parents came to



see him into the investigation room with a roasted chicken. Then, seeing the chicken, Moon yelled like a crazy man "Did you bring that to see me tortured like a roasted chicken?". Though he also said something else, his parents, too old, could not remember.

\* During the Solidary Confinement in the Police Detention Cell - One week later.

At the end of November, Moon's parents brought in thick underwear for Moon. Seeing him not wearing them afterwards, they asked why.

The answer was Moon had not received them because the police officer in charge had lost them. Moon's parents had to bring another pair in for their son. It was then Moon began to twist his body and spill meaningless words during the interviews with his parents. Though such behavior did not appear very serious at this stage, it did leave an impression to the people who saw him.

In the detention cell, Moon started to drink his own urine and pretend to be Lenin or Mao, with his arms folded, as if he were keeping watch on policemen at the cell. He was heard to utter "That is a good guy, and that is not a good one.", "After the revolution, that guy should take (such and such) a position". Some police officers who witnessed this behavior, reacted "This guy is pretending to be crazy on purpose" and kicked him with their shoes on.

\* Medical Inspection at Kyung-Hee Hospital - 15 days later.

After about 15 days under such condition, he was sent to a hospital with Kim Nag-hyun by an order of the Department Chief. The doctor held him lie down all naked and inspected his eyes and penis. After such a simple check, the doctor concluded there was nothing wrong with him and sent him back to the police station. During the medical inspection, Moon later said he thought that the doctor was trying to cut his eyes and penis out in order to demand his ideological conversion, and that even though he could not physically resist such an attempt, he would never convert. He said that was why he had lied down without resisting at all. Witnessing Moon's reaction during the medical inspection, Kim Nag-hyun wet his eyes, turned around and wept.

Afterwards, the police told Moon's parents about the inspection and asked them if there had been any mental disorder in his families or relatives.

Later, when Moon's parents protested to the police "Why do you keep so long a person who surrendered himself? Is it not time to let him out?", a police officer answered "His case is being delayed because another big case broke out (Kun-kuk Univ. Incident, Oct. 28)" and commented that Moon was quite unlucky. Actually, in about 10 days of Moon's surrender, 3 or 4 students were taken into the police station everyday.

\* The Last Five Days in the Detention Cell - until Nov. 22.

After he had spent about a month with investigators, he stayed alone in a solitary cell in the police station for 5 days. During this period, he did not show any abnormal behavior except some uneasiness.

(Until this date, he was wearing his own clothes.)

\* In Solitary Cell of Seong-Dong Detention Center (Nov. 22 ~ Dec. 20)

After he was sent to the Detention Center and clothed with the prisoner's uniform, his conditions grew rapidly worse and he began to have fits. He tried to break the window bars and threw his own excrement to the cell corridor. The authority had him move from the solitary cell to another cell, where, staying with other inmates, he poured water onto blankets and started shouting every night to do what he called 'Broadcasting of Democracy'. During one of these fits, he was taken out of the cell by 4 riot guards after being kicked severely and then sent to the lunatic asylum inside the Center.

\* In the Lunatic Asylum of the Detention Center - for 10 days

He was consistently kicked by a prison guard wearing army boots.

During the ten days, he was all tied up and confined to a solitary cell. During his interviews with his parents, they saw three or four guards had to grab and keep his son tight.

\* In the Punishment Cell - for 4 days

Afterwards, he was put into a punishment cell (a solitary cell by the size of 3.3 m<sup>2</sup>), where he had to stay all tied up and put with a dark



hood over his entire head. Lying crouched on the floor, he spent the whole 4 days weeping in that condition.

\* Back to the (Normal) Solidary Cell in the Detention Center

While he was back to the normal cell, an officer of the Center called Moon's parents to tell them about Moon's breaking a mirror.

Moon's parents and brother immediately rushed to the Center, only to see Moon coming into the interview room yelling madly, all naked and showing off his penis.

As his parents insisted and pleaded to the prosecutor in charge and top officials of the Detention Center to send Moon to a psychiatric hospital, all they heard was an answer "I see". Afterwards, the parents went to a lawyer Kim Sang-chol, the then head of the Human Rights Committee of the Korean Bar Association. Kim called and upset the prosecutor, who demanded Moon's parents to never call the Human Rights Committee again. Finally, it was only after the lawyer Kim had called the prosecutor several times more that Moon was officially sent to the National Psychiatric Hospital in Choong-kok Dong on Dec. 12, under the presence of his parents and police officers. During the transfer, Moon continued to shout madly.

\* Hospitalization in the National Psychiatric Hospital (Dec. 12, 1986 ~ Feb. 28, 1987)

During this period, he was under the prosecutor's direction, and therefore he was officially hospitalized by the prosecutor's order at the state's cost. Another ordinary prisoner from the Chong-ryang-ri Police Station was also being treated in the same hospital for the same symptoms.

\* Released by Suspended Prosecution

After the treatment, Moon was released. 2 police officers were sent by the prosecutor to hand in a document to the hospital authority. At the same time, the parents were demanded by the prosecutor to write a note that they would not raise this incident public or cause trouble. Moon was released after this note was written and given to the police officers. It is now presumed that this prosecution was suspended.

- The police investigator in charge, Kim Nag-hyun died of cancer inmid-August, 1993. The police officer in charge of Moon while he waswanted, Kim Soo-il is now working in the Seoul Metropolitan PoliceBoard.



OK

## Monthly "Ma 1" (93.9)

In the insanity ward of Kuro K.U. hospital a clean-out handsome man is now hospitalized. He is a man in his mid thirties with a regular face. He whispered to his wife. "Did anyone tail you? Have KCIA member visited our home? Always watch out those guys."

Mun Kuk Jin("KJ") is, 34 years old, to be exact. He was separated from his wife and 4 year-old daughter and hospitalized in this ward. Yun Yeon ok, 33 years old, faced with her husband's absurd asking, had nothing to say and just looked his face absent-mindedly. When the visiting time was over she left the hospital, fighting back the welling tears. She supported herself against the wall and said: "I'm so sad and angry. KJ did not say any bad things about others and he didn't rage without obvious reasons. But once hospitalized he lost control of his calm self and tries to quarrel with those around him. This is because of his mental illness. Who made hem insane?" KJ hospitalized 5 times in the past. The first sign of insanity was shown in Oct. 1986. When he was arrested in Chung ryang ri police office on the charge of breaking National Security Law. Before arrest he had been noticed by police as the ringleader of 'Boim-Dasan incident'. His room in the boardinghouse was searched thoroughly and his parents' small clothes shop was surrounded by 10 police men who watched whether KJ appeared at that shop. However he surrendered himself to police by his own will and his parents persuaded him to do so. After 3 days from the arrest he broke down with neurosis and showed a sign of insanity. "We think he is mad. Will you visit police office?" His parents hurriedly went to the police and bought a fried chicken on the way. However KJ cried "You brought a fried chicken. Do you want me to be tortured like a fried chicken?" However KJ was interrogated by police continuously regardless of his ill-health. The detectives were so engrossed with rouding up of KJ's colleagues(a special promotion was expected if they succeed), they did not pay any attention to the caring of KJ's mental illness and only asked his colleague's whereabouts. KJ drank his urine and took off all his clothes while being interrogated. He also cried. "I'm not a communist." The police was totally indiffernt to his physical condition and hit him ruthlessly saying "don't play crazy." After one month arrest in Chung ryang ri police office he was transferred to single cell of Sundong

penitentiary. His mother, Kim Yeo ok(61 years old) said: "If an immediate cure had been available at that time my son would not have reached such status and this makes my heart break into pieces." His parents appealed in tears to prosecutors and lawyers and their answer was nonchalant 'wait'. One of the detectives who had sympathized with KJ's situation said: "You are so unlucky. Now Kun Kook university incident(Kun-kook university students protested against Government in end of Oct. 1986 barricading in one building of that school) is top priority. You have no other choice but to wait."

"Before transfer to Sundong penitentiary, police took KJ to Joongkokdong national mental hospital. The purpose was to get an advice from a psychiatrist. Even a child can know that KJ is mad and requires a cure. But the doctor said 'no problem'. The police may want an escape clause in case KJ's mental status turns worse or just need a cursory check from the doctor for formality sake. KJ returned to the police office without getting any medical help."

KJ's mother said,

However his condition did not get better at Sungdong penitentiary and he eventually transferred to Joongkok national mental hospital on 12 December. Already one month and half passed from day when first sign of madness was shown.

Why did he get insane ?

The story goes back to october of 1980. When State Protection Committee of New Army Power was powerful enough to do anything at their will. K.J was a sophomore of philosophy dept, Yonsei Univ at the time. He was arrested at the bed of his home in the early morning by the detective of Sodaemoon police office. The charge was that he organized a student protest in the midst of frozen situation just after Kwangju civil uprising. One of his friends blowed that he was one of student leaders in unlawful activity (The tell-tale is now working as a member of KCIA). Aterwards KJ testified that he was hit ruthlessly by wooden stake or baseed bat with some coverings envelopping his naked body. At that time the police cajoled freshman or sophomore into telling the name of ringleaders of students protest activity in exchange of setting them free. KJ did not inform against anyone and his resistance was followed by more of physical flogging. The 1980 was a lawless year



and police tortured him in every way. They made KJ lie with his face covered with a towel and pour a lot of water into his nose. He drank it all and lost consciousness on the point of death.

His friend Kwak Yong Jin who was also arrested at the same time testified that: "He was shaking badly with fear and sickness."

KJ was sentenced to one year imprisonment with two year reprieve on the groundless charge that he violated National Security Law and the concrete violation charge was that he read a social science borrowed from university library. This cruel violence was inflicted upon an innocent soul in the name of law and nobody cared. After released from prison he resumed student protest movement. But his friends agreed in one voice to the fact that a conspicuous change happened to KJ.

Kwon Jin Sun(34) one of student movement activators told that "Before the arrest KJ was very silent and reserved." However after prison, he was quite talkative at drinking party. He said a bull and cock story very frequently. His control over himself was so slack. He teased his friends, sometimes squeezing and hitting. His diary testified that: "I would rather stop student movement than be an informer for police." Maybe he felt a strong pride on the fact that he did not inform his friends while under arrest and severely tortured.

Kim Myung Kyo(33), KJ's friend from the days after release from first imprisonment, said that:

"KJ was boastful that he did not inform against any of his friends and that kind of man is a real leader of student movement. He was real proud of that fact."

At the end of Chun Doo-hwan regime the police again tried every effort to arrest him on the charge of involvement with anti-government organization. As is well known Chun regime was the worst case of military dictatorship in Korea. Human rights was easily disregarded. KJ as a conscientious protestor fought a dubious battle and imprisoned second time even though he surrendered himself to police office at his own will. And to make the matter worse he broke down with the neurosis and turned insane, this time. Doctor Kim Byunghoo, director of Yonhi psycho clinic, said.

"If the patient is a idealistic or conscientious type of personality he is easily susceptible to mental disease due to psychological terror and fear."

And His family...

The pain and sorrow of KJ's family members are real hard to describe. And his wife Yun Yeon ok's pain is driving us to tears.

"KJ was my guide, teacher, and kind brother when I was attending a small academic circle under his direction. He was very careful to the very details and had a sharp analytic ability. Because of that he commanded respects from his friends. Because I participated in that circle I was also followed by the police and, in the process, heard that he turned insane. But I didn't pay much attention to it. In my impression he was a very, very strong man.....In 1987 when he was released from the second imprisonment and frequented outpatient department of Jungkok National Mental Hospital I met him again. Even though his condition was poor at that time I did not doubt that he would get over the mental illness soon."

Mr. Choi Yong-Sung, doctor in charge of KJ, said:

"KJ did mention your name frequently. And he is real lucky to meet you again. You are such a help to his recuperation and it will speed up his recovery of mental stability."

Yunok said:

"Upon hearing that story I was quite willing to help him and KJ recovered rapidly since then. In the process we felt close each other and fell in love eventually. Faced with the problem of marrying him I was much worried. However a small cry in my mind continuously whispered to me. 'Dont be a coward. We will overcome this situation together.' So we married on 10 September 1988 and visited Kwangju on our honeymoon trip. In that trip we went to MangWol Dong Cemetry as a firm reminder to us that there are a lot of democratic fighters who dedicated even their lives to the recovery of human rights. Our marriage life was not so smooth but he was very keen to get over the mental illness and we enjoyed marital happiness. But it was a brief one.

Yun still remembers KJ's singing of 'Song of May' at Mangwol-dong Cemetry and KJ's tearful glance. KJ's insanity recurred in autumn 1989 when Yun was seven months proceeding in pregnancy. He suffered two days of insomnia and then fell ill. Yun said:

"KJ needs an absolute rest and should avoid excitement. Hoever in order to support the family he cannot stop working as an editor at a publishing house(DongSuh publishing co) and some intermittent dosage of tranquilizers were no much help to him. The first sign



of insanity comes with extreme suspicion of oppression. He told me that some guys from police and KCIA eavesdrop his telephone conversation. He sometimes cried to me that I were also a member of KCIA."

His disease recurred every year and the peace of the family was broken suddenly each time. Yun sometimes had to flee from home in order to prevent the enfant daughter from seeing KJ's terrible situation.

"Whenever his condition improves KJ weeps and said: 'I am so sorry to leave you to this painful situation. I am ashamed to leave the whole burden of child caring, hospital cost, and livelihood to your small shoulder.' In the past I wept so frequently that my eyes always remain swollen. I do not want an easy life and do not envy others' happy home. Just want KJ to be a normal man without the pain of recurring mental disease and continue his study on social science related topics.

#### KJ's life, our life

KJ wrote two books "an essay on anti-imperialism and anti-fascism"(1988) and "The lack of revolutionay theory"(1990) while undergoing the repeated process of hospitalization and discharge. He hospitalized six times so far and every time his will to survive was very strong. Even the doctors in charge were surprised.

However as the disease recurred every year the recovery time took longer than the previous one. And that drove Yun to bottomless despair. At the time of 5th hospitalization she almost decided never to return to KJ's home. But her strong spiritual unity with KJ intervened.

In the meantime an event took place to provide Yun with a chance to see KJ's problem in its true perspective. On 13 June 1993, "a festival in commemoration of democratic fighters" hosted by human rights group was held in Kynghiee Univ. campus. KJ and Yun attended that festival. In that night KJ wept through the night and said:

"I am a living death. Please wipe out the spiritual pain in my chest. How shall I go on living like this?"

That night Yun came to realize that KJ's problem is not limited to an unlucky individual. She decided to make public KJ's case and let the general public decide who is responsible to KJ's case.

Yun said: " I alone can't cure KJ of his mental illness. The real



pain for me is to watch an innocent soul slowly destroyed by brutal outside force. My landlord, upon knowing who KJ is, asked me to vacate the room. Our neighbor's children avoid playing with my daughter. I do not blame them. I just want our good neighbors to know that such total destruction was actually inflicted by police and government disguised as lawful authorities. I indict all those bloody hands in the name of justice."

However Yun has her own fear. She did not want KJ's insanity to be known publicly. This may give a shock to KJ. But she firmly believes in KJ's courage and judgement.

Yun consider raising a legal proceeding with those inflictors. Those include the men who informed KJ police on groundless charge, interrogators of Chungryangri police office, security guard of Sungdong penitentiary. Yun's family want those inflictors to apologize publicly. Otherwise Yun can not trust their words that they just followed the order from above.

The sad story of KJ's case was reported on Hangyure newspaper on 20 July 1993. A lot of people called her to encourage her movement and Yun was much impressed.

KJ's study circle friends, university alumni, and acquaintances(YongSan highschool alumni, Chungam church christians, those involved with 'Boim-Dasan incident'), upon reading the newspaper article, try to help KJ. They set up a committee, 'the committee to clarify unlawful torture of KJ'(the office of this committee is located in Yonsei Univ.) in order to help KJ in every way and prepare a legal proceeding to find out who is responsible to KJ's case and prosecute those involved in this bloody job.

Park Lai-gun(33, secretary general of Korea Democratic Patriots Family Committee), a member of this committee said:

"Through the KJ case, I realized that it is urgent to gather and classify the various cases like that of KJ inflicted under military regime and indict those criminal forces."

Another friend of KJ said:

"KJ fought a dubious battle by himself in those bleak days. Now is our turn to relieve his pain and provide some material help for his livelihood. The current government should care about these suffered people like KJ. Otherwise the government can not be free from the unfortunate past. How can the government achieve national harmony and unity when it turns a cold shoulder to them? We should care and help them."

This is a true reminder of our future attitude to the democratic  
protestors who suffered brutally from military regime's bloody  
hands.



## <보충자료>

### 1. 한국에서의 고문후유증 실태

한국은 지난 30년 동안 군사정권에 의해 통치되던 반인권국가로 악명이 국제사회에 높았습니다. 지난해에 김영삼 정권이 들어서서 사회의 많은 부분에 변화가 있지만, 아직은 불충분하며, 특히 인권 분야에서는 큰 변화를 찾을 수 없습니다. 지난해에도 김삼석씨등에 대한 고문 문제가 계속 문제가 되었고, 현 정권은 유엔고문방지협약에의 가입을 국제사회에 천명하였으나 다시금 이 약속을 지키지 않았습니다. 김영삼 정권의 인권정책은 현상적으로 인권이 개선된 것처럼 보이게 만드는 교묘한 수법으로 전환되고 있습니다. 고문에 관한 문제도 마찬가지입니다.

지난 군사정권 아래서 자행되었던 고문은 주로 양심수들에 대한 용공조작과 조직사건의 창출을 위한 것이었습니다. 고문의 형태는 잠안재우기, 물고문, 전기고문, 무지박지한 폭행, 독방감금등 폭력적인 것이었고, 심리적인 협박과 폭언이 병행되었습니다. 이로 인해 고 박종철 열사는 사망하였고, 김근태, 권인숙씨와 같은 고문피해자들의 문제가 사회문제화된 적도 있습니다. 이런 고문은 경찰서, 각 정보기관의 지하 조사실, 감옥등에서 가해졌고, 비밀 안가에서 몇십일씩 억류되어 자행된 경우도 많이 있습니다.

또한, 일반 시민들도 경찰과 정보기관에 끌려가 예사로 고문과 가혹행위를 당해야 했습니다.

한국에서는 군사정권 아래서 고문 기술자로 악명을 떨친 이근안에 대한 검거를 위해 민간단체들이 노력하고 있으나, 아직도 그의 행방은 찾을 수 없고, 많은 사람들이 구정권 비호세력이 그를 보호하고 있다고 믿고 있습니다.

이런 고문을 당한 사람들은 누구나 정신적인 불안정을 보이고 있습니다. 공포감, 심리적 불안감은 고문을 당했던 사람이라면 누구나 갖는 증세입니다. 이런 고문 피해자들이 이런 공포감을 극복하지 못하면 지극히 폭력적인 형태의 고문후유증의 보여주게 됩니다. 극단적인 우울증, 정신착란, 폭행, 자살기도등의 후유증을 앓게되지만, 이들에 대한 적절한 정신적, 육체적 치료가 전무한 형편입니다.

하지만, 현 정권과 한국사회에서는 이런 고문후유증에 대해 국제사회에서 인정하는 어떤 국제대책도 세우지 않고 있습니다. 가령, 고문 사실에 대한 조사, 고문 가해자에 대한 처벌, 고문 피해자에 대한 생활 대책 마련, 고문 피해자의 치료와 사회복귀를 위한 대책등 어느 것 하나 관심을 두지 않고 있으며, 따라서 이들 피해자들은 가족의 능력에 따라서 치료를 받거나 치료를 포기하고 생을 마감하는 악순환이 거듭되고 있습니다.

### 2. 문국진씨의 재판과 활동이 가지는 중요한 의의

지난해 하반기에 서서히 사회문제화되고 있는 문국진씨의 경우는 이런 고문의 관행과 고문후유증에 대한 방치에 일대 경종을 울리는 중요한 사건입니다.

그 이유는 문국진씨의 경우에 한국에서는 법적으로 정확히 인정되지 않고 있는 고문후유증의 문제를 정식으로 제기하였다는 데 있습니다. 문국진씨를 치료한 의사는 그의 병명을 정확히 고문후유증으로 의사소견을 써 주었고, 이를 바탕으로 국가에 배상을 요구하는 재판을 제기하기에 이른 것입니다. 이는 한국에서는 유일무이한 사례입니다. 그전에 이런 식의 재판을 진행한 경우는 몇 번 있었으나, 번번히 실패하거나 중도에서 좌절되기가 일수였습니다.

여기서 잠시 문국진씨의 사례를 살펴보면, 문국진씨는 연세대학교 철학과 2학년에 재학중인 1980년 학교 도서관에서 빌린 책이 국가보안법상의 이적표현물로 적발되어 구속되어 모



진 고문을 당했으며, 1986년 3월 당시 국가기관에 의해 이적단체로 적발되어 구성원들이 구속 또는 수배된 '보임다산사건'으로 인해 전국에 지명수배되어 7개월의 도피생활 중에 청량리형찰서에 부모님과 함께 자수하였으나, 60일간의 억류생활 동안 잘 안재우기, 구타, 세뇌 공작, 온몸이 묶인 채로 독방에 감금당하는 등의 고문을 당하던 중 급기야는 정신이상 증세를 보여 국립정신병원에 옮겨졌습니다.

그는 그후 형집행정지로 석방이 되어 1년 결혼을 하여 처와 딸이 있으나, 해마다 정신질환이 재발되고 갈수록 상태는 악화일로에 있었습니다. 그러다 1993. 6. 26. 정신질환이 재발되어 고대부속병원에 입원하였고, 이에 가족들은 더 이상 가족들만이 이 문제를 감당하기에는 너무도 한계가 두려하다는 인식하에 이를 사회적으로 제기하기에 이르렀습니다.

문국진씨의 처 윤연옥씨는 남편의 문제를 각 언론사에 알리고, 대학 동창생들을 중심으로 이 문제에 대한 대책을 협의해 나가게 했으며, 각 인권단체의 협조를 구해 나갔습니다. 그러다가 백승헌 변호사를 중심으로 한 변호인단이 구성되었고, 1993. 10. 13.에는 '문국진과 함께 하는 모임'을 만들어 법정투쟁의 지원, 문국진씨의 치료와 사회복귀를 위한 사업, 가족 생계 지원등을 하도록 하였습니다. 문국진과 함께 하는 모임은 고 박종철씨의 부친인 박정기씨가 대표를 맡고 있으며, 인권운동사랑방 대표인 서준식씨, 김근태씨의 처인 인재근씨, 연세민주동문회 회장인 최민화씨, 문국진씨 부부가 다니고 있는 교회의 목사인 최의팔 목사를 부대표로 하고, 총무, 회계, 홍보등의 사업부서를 두고 있으며, 2명의 상근실무간사가 있습니다. 또한, 사무실은 인권운동사랑방에 두는 등 인권운동사랑방의 도움을 직간접적으로 받고 있습니다.

문국진씨는 1993년 6월에 입원한 이후 94년 2월 현재 고대병원에 계속 입원 치료중이며, 앞으로도 한동안 입원치료를 받아야 합니다. 그러나, 이번의 치료가 끝난다고 하여 그가 완치되어 정상적인 사회생활을 하리라고는 아무도 생각하지 않고 있습니다. 어느 순간 고문에 대한 기억을 떠올리면 다시 그는 고문의 고통을 이겨내지 못하고 발병할 것이 거의 자명하기 때문입니다.

따라서, 문국진씨의 재판에서 승리하고 문국진과 함께 하는 모임에서 추진하는 다음과 같은 사업들이 성공적으로 이루어지는 것은 한국의 인권현실에서 선례를 남긴다는 점과 이로 인해 고문의 근절과 고문 문제에 대한 사회적 경각심을 높이고 고문후유증에 대한 사회적 제도를 정착시키는 계기가 된다는 점에서 매우 중요합니다.

### 3. 그간의 사업

앞에서 얘기한 대로 문국진과 함께 하는 모임(이하 모임)은 지난 1993. 10. 13. 에 결성되었습니다.

모임은 결성되면서 다음과 같은 사업들을 할 것을 결의하였습니다.

- ① 문국진씨의 사회복귀를 위한 제반의 노력
- ② 문국진씨의 사건 소송의 승리를 위한 지원사업
- ③ 문국진씨의 치료와 가족의 생활보조사업
- ④ 고문 피해자와 후유증에 대한 조사사업
- ⑤ 고문 피해 신고 상담
- ⑥ 고문 및 고문후유증의 심각성을 제기하고, 고문의 근절과 후유증의 치료를 위한 사업
- ⑦ 회보, 자료집 발간 등의 홍보사업
- ⑧ 국내외 인권단체와의 연대사업

이런 취지를 갖고 출발한 모임은 지금까지 다음과 같은 일들을 하였습니다.

- ① 소송의 제기와 지원-위에서 말한대로 변호인단이 1993년 10월 15일 국가를 상대로 한 손

1988

고

어

정신과  
기대할 수  
있음



<예산서>

1. 지금까지의 치료비

1986년부터 1992년까지의 치료비: 약 550만원

1993년부터 1993년 6월 25일까지의 치료비: 약 380만원

1993년 6.26. -1993년 12.31.: 약 670만원

총합계: 1600만원

\* 이중 가족들이 약 500만원을 치료비로 갖고 1,100만원이 부채로 고스란히 남아 있습니다.

2. 1993년 12월까지 모임에서 모금한 액수와 지출액수

모금액: 약 1,600만원

지출내역: ①가족들의 부채로 남아 있는 1,100만원중 800만원을 모임에서 지출하여 변제  
토록 하였음.

② 재판 비용중에서 인지대금 100만원을 모임에서 지급하였음.

③ 신체감정비 200만원을 모임에서 지급하였음.

④ 가족 생계보조비로 3개월간 매월 60만원씩 180만원을 지급하였음.

⑤ 상근활동비로 3개월간 30만원씩 180만원을 지급하였음.

⑥ 각종 자료집의 발간과 행사비로 110만원을 지출하였음.

⑦ 현재(94년 1월) 잔액은 30만원이 남은 상태임

3. 향후 2년간 지출 예상액(94년 1월부터 95년 12월까지)

① 치료비: 매월 평균 100만원씩 2,400만원

② 재판비용: 600만원

③ 가족생계비: 매월 100만원씩 2,400만원

④ 상근간사 활동비: 1인당 매월 50만원씩 2,400만원

⑤ 자료 수집과 자료집 발간을 위한 활동: 약 500만원

⑥ 행사비: 약 1,000만원

⑦ 가족 부채 변제액: 300만원

총지출예상액: 약 9,600만원

4. 국내 모금계획: 현재 국내 모금은 어느 정도 바닥에 달했고, 매월 약 100만원씩 이상은  
모금하기 힘들다는 판단임.

따라서 2년간의 활동비용중 앞으로 2,400만원을 국내에서 모금할 수 있  
다고 판단되나 부족분 7,200만원 정도를 국제단체에 협조 요청함.

(물론 약 2년후에 재판에서 승소하여 상당 부분 배상이 된다면 문제는  
한결 수월하지만, 그것은 아직 전례가 없기 때문에 불투명한 상태임)

김민환

1. 수입

문구전나 함께 하는 모임에서 모금된 금액

1993. 10. 13 ~ 1994. 1. 31 : 1천 600 만원

문구전 가족 치료비 지출

500 만원

총수입액 2천 100 만원

2. 지출

지출된 것 ① 치료비 1986 ~ 1992 : 약 550 만원

1993 ~ 1993. 6. 25 : 약 380 만원

1993. 6. 26 ~ 1993. 12. 31 : 670 만원

치료비 총액 1,600 만원 中

가족이 낸 치료비 500 만원

'모임'에서 800 만원 지출

② 재판비용 중 인거대금(20% 조세비상 징수액에 따른) 100 만원

③ 신채감정비 200 만원

④ 가족 생계보조비 3개월간 60만씩 180만원 지출

⑤ 가로집 발간나 행사비 110 만원

⑥ 2차 상환잔등비 3개월간 30만씩 180 만원

총 지출액 2천 700 만원

\* 현재 (1994. 12월 말) 모금 잔액 30 만원

향후 2년간 지출 예상액 (1994. 1 ~ 1995. 12)

① 치료비 : 매월 평균 100만씩 2,400 만원

② 변호사 수수료 = 600 만원

③ 가족 생계비 : 매월 100만씩 2,400 만원

④ 2차 상환잔사 환등비 : 1인당 매월 50만씩 2,400 만원

⑤ 가로수집나 가로집 발간을 위한 환등 : 약 500 만원

⑥ 행사비 : 약 1,000 만원

⑦ 가족 부채 변제액 : 300 만원

총 지출 예상액 약 9,600 만원

3. 예상되는 3년 모금액 : 매월 100만씩 2,400 만원

부족분 7,200 만원 정도를 3개월에 1회씩 모금함.

\* 약 2년 후 재판이서 승사하여 상당 부분 비상이 된다면 문제는 관여  
수용자지만, 그것은 아직 전제가 없기 때문에 불투명한 상태임.



# 93-20572 신체감정서

사건번호 : 93가합76915

피감정인 : 성 명 : 문 국 진

생년월일 : 1960년 3월 16일

주 소 : 서울

환자의 병록번호 : 2543171

감정인은 1993년 12월 6일 서울민사지방법원 제 13부로부터 93가합76915호 사건에 대해 아래사항을 감정하여 서면제출하라는 촉탁을 받고 1993년 12월 27일부터 1994년 1월 12일까지 연세대학교 의과대학 부속 세브란스병원 정신과에 입원시킨후 피감정인에 대한 신경정신과적 진찰 및 필요한 타과의 진찰 및 검사를 통해 다음과 같이 감정함.

### 1. 주된 호소 (현증세)

- 1) 피해망상, 과대망상
- 2) 정서적 불안정
- 3) 비논리적 사고
- 4) 기괴한 행동
- 5) 불면증

### 2. 현병력

1) 진술된 자료에 의하면 피감정인은 1986년 10월 12일 구속이전까지는 별다른 정신과적 문제는 없었다 한다. 병전성격은 내성적이고 자존심이 강한성격으로 사람들과 잘 어울리는 편이었다함.

2) 피감정인은 1986년 3월부터 다산-보임사건으로 수배받았다가 동년 10월 12일 경찰에 자수하였다 한다. 피감정인의 진술에 의하면 자수후 경찰서에서 3일간 잠을 자지 못하고 심문을 받았다 한다. 이후로는 경찰이 심문을 하지 않고 위협적인 말을 하거나 석유통을 들고 왔다갔다하는 등의 위협을 가했으며 이상한 내용의 비디오를 보여주었다 한다. 또한 옆방에서 부모들의 비명소리가 들렸으며 피감정인은 이러한 상황이 몹시 공포스러웠다 한다. 피감정인은 이러한 심리적 압박을 주는 수사는 싫다고 거세게 항의하였다 한다. 자수후 3일만에 가족과 면회하였는데 가지고간 통담을 보곤 '나를 통담같이 고문하려고 하느냐'며 화를 냈다 한다.

3) 이후에도 동년 11월말경에는 면회시 몸을 비비꼬는 등 이상한 행동을 하고 알아듣지 못할 이야기를 중얼거렸다 한다. 구치소에서도 자신이 배설한 오줌 등





을 먹고 밤마다 큰 소리로 민주방송을 하였다 한다. 자신을 모택동, 레닌으로 여기고 팔짱을 끼고는 주변의 경찰과 전경을 보고 '이놈은 괜찮은 놈, 저놈은 안좋은 놈, 혁명이 되면 어떤 자리에 앉혀야 겠다'라는 생각을 하였다 한다. 이과정에서 경찰은 피감정인이 미친척한다며 구타하였다 한다.

4) 이러한 상태로 보름쯤 경과한 후 경희대병원에서 검진을 받았는데 피감정인은 의사의 검진행동이 자신의 눈알을 빼고 사지와 성기를 자른 후 버릴 것이라는 느낌이었다 한다. 동년 12월 12일 국립정신병원에 입원하여 양극성 정동장애 및 정신분열형 장애 의심하에 2개월간 입원치료받았다 한다.

5) 이후 1987년에 미행당한다는 피해망상으로 1개월간 입원하였고 1989년에도 자신은 세계를 구원하기위해서 혁명의 세계에서 왔다는 과대망상과 비정상적인 행동을 보여 1개월간 입원치료받았다 한다. 이후에도 1990년에는 집에 누군가 왔다가지 않았나 의심하고 부인이 외도를 하고 자신을 감시한다며 불안해하는 증세를 보였으며 갑자기 부인의 목을 조르는 행동을 보여 11월에 고려대학병원에 입원치료받았다 한다. 이후 개인병원에서 약을 타다먹으며 지냈고 1993년에는 약을 거르고 쉽게 흥분하며 화를내고 딸을 때려죽이겠다는 공격적인 행동보여 고려대학부속병원에서 입원치료받았고 9월에 퇴원하였다 한다. 퇴원후에도 부모님의 가게에 나가서 부산��고 화를 내는 등의 행동을 보여 다시 고려대학병원에 입원하여 치료중 감정위해 1993년 12월 27일 본원 정신과에 입원하였다.

### 3. 가족력 및 개인력

피감정인은 1960년 3월 16일 서울에서 2남중 차남으로 출생하였으며 성장발달상 이상소견은 없었다 한다. 학교성적은 우수하였으며 친구들과의 사이도 원만하였다 한다. 교회활동을 열심히 하여 초등부 회장도 하였다 한다.

중학교때부터 성적이 떨어졌고 나쁜 친구들과 어울리기도 하였으나 교회생활과 집에서는 착실한 모습을 보였다 한다. 고등학교 3학년때 대학을 가야겠다는 생각에 공부를 열심히 하여 연세대학교 철학과에 입학하였고 1학년때 이념씨클에 가입하였다 한다.

이곳에서 혁명이론에 몰두하였고 2학년때부터는 지하씨클활동을 하였다 한다. 1980년에는 시위를 준비하다 보안법위반으로 구속되었는데 피감정인의 진술에 의하면 당시 치안본부 대공과에서 구타와 물고문을 당했다 하며 이후 풀려나서는 술을 많이 마시고 주사가 심해졌다 한다. 이후 학교를 휴학하고 취직하였고 노동운동을 하려는 학생들에게 학습을 시켜주는 역할을 하였다 한다. 이후 1982년에는 출판사를 만들어 사회과학서적을 출판하였으며 의욕적인 생활을 하였다 한다.

1985년 다산기획의 연구원으로 학생들을 교육시켰으며 이때 현재의 부인과 처음 만났다 한다. 1986년 다산-보임 사건으로 3월부터 수배를 받았으며 숨어지냈으나 동년 10월경부터는 수배망이 좁혀진다고 불안해 하고 말수가 적어졌다 한다. 1988년에는 현재의 부인과 결혼을 하였고 1녀를 두었다 한다.

### 4. 신체증상 및 검사소견

- 1) 혈압, 맥박, 체온, 호흡 : 정상범위
- 2) 일반 신체이학적 검사 : 정상범위
- 3) 혈액 화학검사 및 혈청 매독 검사 : 정상범위
- 4) 소변검사 : 정상범위



- 5) 흉부 엑스선 검사 : 활동성 폐결핵소견
- 7) 뇌파검사 : 정상범위
- 8) 뇌전산단층촬영 : 정상범위
- 9) 심전도검사 : 정상범위

## 5. 정신과적 현증상 및 검사

### 1) 태도 및 행동

피감정인은 보호자와 함께 걸어서 저항없이 입원하였다. 큰 키에 약간 마른 체격이었다. 나이에 적당한 얼굴이었으며 미남이었다. 수수한 옷차림이었으며 입원후 병실침대에 앉아서 보호자들과 이야기하였으며 치료자의 안내에 잘 협조하였다. 면담에 협조적이었으며 어린이같은 모습이 있었고 성실하게 대답하였으나 한참 생각한 후에 대답하여 말을 더듬는 듯 보였다. 비정상적인 움직임이나 보행 장애는 관찰되지 않았다. 입원후 수면장애가 계속 있었고 입원 10일경부터 점차 긴장된 모습을 보이고 대화에 장애가 있을 정도로 연상의 이완이 있었다. 또한 비둘기모이를 준다며 병실에 대변을 보고 손으로 휴지통에 담아놓는 등 기괴한 행동이 관찰되었다. 사소한 일에도 쉽게 화를 내었으며 다른 환자들의 물건을 가져가기도 하고 장난스러운 모습이었다. 자신의 사물을 침대위에 늘어놓는 등의 비정상적인 행동과 담배불로 자신의 손가락을 지지는 행동을 보였다.

### 2) 언어와 사고

입원초기에는 언어와 사고에 비정상적인 부분을 관찰할 수 없었다 그러나 입원 10일경부터는 말수가 줄었으며 속도는 느리고 낮은 목소리였고 반응시간이 길었다. 비논리적이었고 부적절하였으며 사고의 흐름상 우원증과 사고의 이탈이 있었고 연상의 이완과 사고의 차단이 심하였다. 특별히 집착해있는 사고내용은 없었으며 자신이 위대한 인물이라는 과대망상과 자신의 생각이 빠져나간다는 기괴한 망상이 관찰되었다. 자살사고 및 타살사고는 관찰되지 않았다.

### 3) 감정반응

상태가 나빠지면서부터 감정은 약간 즐거운듯 보였고 감정표현은 상황에 부적절한 경우가 있었으며 전반적으로는 둔마되었다.

### 4) 지적능력

- 의식 및 지남력 : 의식은 명료하였고 지남력은 정상이었다.
- 기억력 : 장애가 없었다.
- 계산능력 : 장애가 없었다.
- 주의 집중력 : 장애가 있었다.
- 판단력 : 사회적 판단력에 장애가 있었다.
- 추상적 사고 : 장애가 없었다.
- 일반 상식 : 장애가 없었다.
- 통찰력 : 피상적인 지적 통찰력을 가지고 있었다.

## 6. 심리학적 검사소견

피감정인은 간혹 멍한 표정으로 웃기도 했으나 비교적 표정이 없었고 반응속



도가 매우 느렸다. 질문하면 즉각적으로 대답하지 못하고 눈을감고 한참 생각하느라 오랜시간이 걸렸고 적절한 표현을 생각해 내느라 애쓰는 모습을 보이는 등 사고의 차단이 있었다. 검사에 집중하지 못하고 담배피우고싶다는 등의 이유로 검사실밖으로 나가려 하였고 이를 제지하면 화를 내기도 하여 전체검사는 5회에 걸쳐 겨우 마칠 수 있었다.

지능검사결과 현재지능은 '정신지체와의 경계선수준(전체지능 79, 언어성지능 78, 동작성지능79)'으로 나타났는데 전반적으로 검사에 집중하지 못하는 태도와 함께 지적 잠재력을 추측해 볼 수 있는 토막짜기의 수행이 최우수수준에 해당하는 점을 고려할 때 지적 잠재력은 우수수준이상은 될 것으로 기대된다. 이에 따라 오랫동안 습득되어 자동적으로 인출되는 단편적인 지식, 표현력 등을 제외하고는 전반적인 인지기능상의 상당한 비효율성이 시사되고 있다. 환자의 언어적 개념형성능력 및 추상적 개념형성능력 등이 정신지체수준으로 저하되어있으며 특히 사고양상이 매우 경직된 상태이다. 또한 지각적 조직 및 통합능력, 지각적 예민성, 정신운동속도 등도 정신지체와의 경계선수준으로 저하되어있어 현실적인 요구에 부응하여 과제를 수행하거나 대화를 하는 것이 매우 어려운 상태이다.

사고의 측면에서 구조화된 상황인 지능검사에서도 지각적 왜곡과 함께 사고의 차단을 나타내고 연상의 이완이 심하여 논리적 설명에 어려움을 보이며(예: '누설하다 -> 이렇게 오줌누는거 아니예요? 편하게 누워서 반쯤 누워서, 설, 허설자니까 대화하고 음악과 적당한 휴식', '옷을 빨아서 입는 이유 -> 깨끗이 빨아가지고요 햇빛에 다 말려서 햇빛의 정기를 수건에, 런닝에 끼워서 옷에, 봄에 그걸 입으면 산뜻해지거든요') 비구조화된 상황인 Rorschach에서도 지각적 왜곡이 심하고(IV '갓을 쓴 사람', IX '두마리의 사람들') 지각대상을 비논리적으로 연결하여 설명하는 경향이 심하며(VI 갓을 쓴 요가하는 사람, 흡수에 건강을 위해서 이불이 흠이죠) 두가지 대상이 융합되거나 부적절한 개념을 사용하는 등(V 박쥐하고 나비하고 잡종이네, 새로운 생물이죠, 두마리의 사람) 논리적 사고의 장애 및 현실검증력의 장애가 시사된다.

사고내용면에서 문장완성검사에서는 특별히 집착하는 내용이나 피해적인 망상은 드러나고 있지 않으나, 강한 정서적 자극이 제시되는 투사검사에서는 걸리지 않은 성적 기관에 대한 반응과 표현들이 많았으며 이러한 성적인 내용과 연관해서는 현실적인 판단이나 대화가 더욱 어려운 상태로 보인다.

정서적인 면에서 검사태도상 감정표현이 없었는데, 검사상 드러나는 것은 감정의 통합에서 심한 장애를 나타내어 상황에 맞는 적절한 감정반응을 하기가 매우 어려운 상태이다. 특히 자신의 원초적 충동에 대한 통제력이 상실되어 성적인 내용이 전혀 걸리지 않고 나타나는 등 전반적으로 매우 퇴행된 모습을 보이고 있다.

이상과 같이 환자는 현재 비구조화된 상황 뿐만 아니라 구조화된 상황에서도 연상의 이완이 심하고 사고의 차단을 나타내는 등 논리적 사고의 장애 및 현실검증력의 장애가 시사되어 정신분열증이라 볼 수 있고, 현재 지각양상이나 사고내용상 특별히 편집증적 주제들은 드러나고 있지 않으며, 정서적 통합의 심한 어려움과 함께 기본적인 충동의 통제력이 상실되어 있는 상태이다. 또한 전반적인 인지능이 매우 저하되어 있고 사고양상이 매우 경직되어있고 퇴행된 모습 등은 상당히 만성적인 상태를 반영하고 있다.

## 7. 감정사항



피감정인의 부상에 관하여

1. 부상의 부위 및 정도  
: 위의 현병력에 기술하였음.
2. 그동안의 치료내용 및 경과  
: 위의 현병력에 기술하였음.
3. 현재의 자각적 증상의 유무 및 있다면 그 내용과 정도  
: 위의 현병력에 기술하였음.
4. 현재의 타각적 증세의 유무 및 있다면 내용과 정도  
: 위의 현병력에 기술하였음.
5. 현재의 병적증상이 위 일자의 사고로 인한 것인지 여부  
: 현재의 병적증상은 정신분열증의 소견으로 간주됨. 피감정인의 발병이 당시 받았다는 고문에 의한 것인지는 단정할 수 없음. 그러나 일반적으로 정신분열증의 원인에 관한 학설은 매우 많지만 아직 뚜렷한 원인으로 밝혀진 것은 없으며, 현재 지배적인 견해는 정신분열증이 여러 원인적인 요인들이 복합적으로 작용하여 발병하는 것으로 알려져 있음. 즉 정신분열증은 병적소인이 있는 사람이 스트레스를 받을 때 발병한다는 학설이 지배적이므로 당시 받은 스트레스의 영향이 있었을 것으로는 사료됨(참조: 민성길(1990): 최신정신의학, 일조각, pp152-167).
6. 위 증상의 원인이 되는 기왕증 또는 신체적 소인이 있었는지 여부, 그 내용 및 정도(기여비율을 %로 표시)  
: 피감정인과 보호자의 진술에 의하면 기왕증은 없었던 것으로 사료됨. 5항에서 언급한대로 일반적으로 정신분열증은 병적소인이 있는 사람이 스트레스를 받았을 때 발병한다는 학설이 지배적이긴 하나, 본 피감정인이 신체적 소인이 있었는 지는 판단할 수 없음.
7. 치료종결 여부, 향후치료가 필요하다면 그 치료의 내용과 치료시기 및 기간, 치료비 예상액.  
: 정신분열증의 특징 및 피감정인의 발병일시 및 경과를 보아 치료가 종결되지 않았음. 향후 부정장기간 입원 및 외래에서의 약물치료 및 정신치료, 추적검사가 필요할 것으로 사료됨. 또한 이 병의 예후는 개인차가 심하므로 그 치료기간을 예측하기 불가능하나, 현재까지 환자의 경과를 볼 때 호전과 재발이 반복되는 만성화과정을 밟을 가능성이 높다고 사료됨(참조: 민성길(1990): 최신정신의학, 일조각, pp152-167).

향후 2년간 최소소요 치료비 예상액(일반수가로 계산시)

-----  
치료비(지지요법 및 가족요법): 230,000원 x 52주 x 2 = 2,392,000원  
투약비 7,250원 x 730일 = 5,292,500원  
검사료

뇌전산화 단층촬영	280,000원 x 2회 =	560,000원
뇌파검사	50,000원 x 4회 =	200,000원
기타 임상병리검사 및 방사선검사	100,000원 x 4회 =	400,000원
임상심리검사	100,000원 x 2회 =	200,000원

---

합계 9,044,500원

8. 치료종결 후(향후치료 포함) 피감정인에게 후유증이 남게 될 것인지 여부

가. 어떠한 후유증이(구체적으로) 남게되는지, 그리고 그 후유증을 객관적으로 증명할 수 있는 지 여부

: 정신분열증의 만성화과정을 밟을 것으로 사료되며, 그 후유증은 심리검사 등을 통해 객관적으로 판단할 수 있음.

나. 그것이 영구적인지, 개선가능한 것인지, 개선가능하다면 그 소요기간 및 개선정도.

: 만성화과정을 밟을 것으로 사료됨.

다. 이로인하여 신체장애가 예상되는지(신체장애라 함은 치료종결로 그런 증상이 고정되었거나 향후치료를 한다 하더라도 영구적으로 개선불가능한 후유증이란 점을 고려할 것)와 그 장애내용(운동장애, 기능장애가 있는 경우 이를 구체적으로 표시할 것).

: 만성화과정중 재발시에는 신체장애가 예상됨.

라. 위 신체장애가 맥브라이드 노동능력상실평가표(맥브라이드 테이블 14, 15, 1963년판)와 국가배상법시행령 별표2 노동력상실률표의 각 어느항목에 해당하는지. 만일 적절한 해당항목이 없을 경우 준용항목, 또는 어느항목의 몇%정도에 해당하는 것으로 봄이 상당한지를 표시.

: 정신분열증의 만성화진행과정중 호전기에는 맥브라이드 테이블 14, 15, 1963년판 VIII-B-1, 국가배상법시행령 별표2의 제 11급에, 재발기에는 VIII-B-5, 제 3급을 준용할 수 있다고 사료됨.

마. 피감정인이 왼손잡이인지 또는 오른손잡이인지(팔이나 손에 장애가 있을 경우에 한함).

: 오른손잡이임.

바. 피감정인이 직업에 계속 종사할 수 있는지의 여부, 그 직업에 있어서의 노동능력 상실정도(%로 표시).

: 만성화과정중 호전기에는 출판사직원으로 종사할 수 있을 것으로 사료되며 이때의 노동능력의 상실정도는 약 20%로 사료됨. 재발기에는 직업에 종사할 수 없을 것으로 사료되며 노동능력의 상실정



도는 100%로 추정됨

사. 피감정인이 일반 도시 또는 농촌일용노동자로 종사하는 경우 그 노동능력의 상실정도(%로 표시).

: 호전기에는 약 20%의 노동능력상실이 재발기에는 약 100%의 노동능력상실이 있을 것으로 추정됨

아. McBride 기준에 의하는 경우 피감정인의 연령, Major Minor를 고려한 노동능력상실정도의 수정치(%로 표시)

: 해당사항 없음.

9. 개호인이 필요한지 여부. 필요하다면 1)개호내용(음식물섭취, 착탈의, 대소변, 체위변경 등)과 2)개호내용에 비추어 의료전문가의 개호가 필요한지, 또는 보통성인남녀의 개호로 족한지의 여부(의료전문가가 필요하다면 그 비용)  
: 재발기에는 정신과입원이 필요하며, 증상이 고정된 상태가 아니므로 개호인은 필요치 않을 것으로 사료됨.

10. 피감정인이 휠체어, 의족 등 보조구나 의치 등이 필요하다면 그 필요기간, 소요개수, 개당가격, 수명과 그 보조구의 사용으로 개선될 수 있는 거동의 정도 및 착용훈련이 필요한 경우에는 그 훈련기간.

: 보조구는 필요치 않음.

11. 위 후유증이 피감정인의 평균수명에 영향이 있는 지, 있다면 예상되는 단축기간 및 그 근거자료.

: 평균수명에는 영향이 없을 것으로 사료됨.

12. 기타 참고사항.

첨부: 참고문헌 복사본

1994년 1월 25일  
연세대학교 의과대학 세브란스병원  
정신과 진료의 (55개호): 남궁



## 제 12장 정신분열증 Schizophrenia

### I 개념과 분류

정신분열증(精神分裂症)의 개념에 대하여는 학자들 사이에 많은 이견이 있다. 현재로서는 정신분열증이란 뇌의 기질적 이상은 없는 상태에서 사고(思考) *thought*, 정동(情動) *affect*, 지각 *perception*, 행동 *behavior* 등 인격의 여러 측면에 와해를 초래하는 뇌기능장애라는 것이 일반적인 견해이다. 또한 이 병이 단일 질환이 아닌 하나의 증후군 *syndrome*이라는 학설이 유력하다. 즉 여러가지 심리적·생물학적 원인에 의해, 서로 다른 형태로 발병이 되고, 임상경과도 다양하나 종합상태는 거의 비슷해 보인다.

오늘날의 정신분열증과 유사한 정신병의 기록은 고대 문헌에서도 찾아 볼 수 있으나 하나의 독립된 질환으로서 기술되기 시작한 것은 19세기 이후부터이다. 1860년 프랑스의 B. A. Morel은 *dementia precoce*(早發性癡呆)라는 용어를 사용하여 어린 나이에 발병하여 급격히 바보처럼 되어버리는 정신병을 기술하였다. 이어서 독일의 K. L. Kahlbaum(1868)은 흥분이나 혼수 상태를 특징으로 하는 긴장증(緊張症) *'katatonie* 을, E. Hecker(1870)는 감정둔마와 의욕상실을 주로 보이는 파과증(破瓜症) *hebephrenia* 을 기술하였다.

1896년 E. Kraepelin은 긴장증과 파과증에 망상치매(妄想癡呆) *dementia paranoides* 를 추가하여 이 3가지가 모두 조발성치매의 아형이며 그 공통적인 특징은 외적인 원인요인이

발견되지 않고 청소년기에 발병하며 결국은 완격의 황폐화로 끝나는 것이라고 주장하였다. 1911년 스위스의 E. Bleuler는 소위 조발성치매가 반드시 불치의 병은 아니며, 병의 경과나 예후보다는 인격의 통합이 와해되고 관념연합이 이완, 해체되는 분열현상을 중시해야 한다고 주장하고 이 병을 정신분열증 *schizophrenia* 이라고 고쳐 부를 것을 제안하였다. 그는 조발성치매의 세 가지 아형에 단순형(單純型)을 추가하여 이 네 가지(단순형, 긴장형, 망상형, 파과형)를 정신분열증의 아형으로 삼았다. 그는 또한 정신분열증이 기질적 요소와 심리적 요소로 구성된 증후군이며 따라서 치료적 관계와 정신치료가 중요함을 강조하였다.

A. Meyer는 정신분열증이 병이라기보다는 지속적인 적응부전의 결과로서 생기는 습관의 와해이며 어려운 상황에 잘못 반응하기 때문에 생기는 것으로 보고 이를 정신분열반응 *schizophrenic reaction* 이라 하였다.

1939년 Langfeldt는 이제까지 외적인 요인이 없이 발병되는 것으로 생각되어 왔던 정신분열증을 과정성(過程性) 정신분열증 *process schizophrenia* 이라고 부르고, 이에 반해서 감정적인 손상을 야기하는 외부 사건에 반응하여 발병하는 경우도 있음을 지적하고 이를 반응성 정신분열증 *reactive schizophrenia*, 혹은 정신분열형 정신병 *schizophreniform psychosis* 이라고 명명하였다. 또한 1943년 Kasanin은 정신분열증과 조울증 증상들을 동시에 나타내는 분열정동성 정신병(分裂情動性精神病) *schizoaffective psychosis* 을, 1949년



Hoch와 Polatin은 가신경중성 정신분열증 pseudoneurotic schizophrenia을 정신분열증의 아형으로 제창하였는데, 이는 이후 경계형 borderline으로 그리고 DSM-III에 이르러 분열형 인격장애 schizotypal personality disorder로 병명이 변화하였다. Leonhard는 비전형적 정신분열증후군 atypical schizophrenic syndromes이라는 용어로서 위의 유사한 질병들을 진정한 정신분열증과는 구분하려 하였다.

한편 Szasz와 Laing 등 소위 반정신의학(反精神醫學) antipsychiatry 운동의 제창자들은 정신분열증이 정신과 의사들이 만들어낸 신화 myth에 불과하며 정신과 진단은 사회적인 낙인 혹은 인권을 박탈하는 행위일 수도 있다고 주장하였다. 이들의 이러한 극단적인 주장은 당시 미국사회에서 정신분열증의 진단이 남발되고 있음에 대한 반성으로서 주목을 받았으나 현재로서는 정신분열증의 실재를 부정할 수는 없다는 것이 일반적인 견해이다.

1980년에 제정된 DSM-III에서는 정신분열증에 대해 이전보다 매우 엄격한 진단기술을 두어 진단이 남용되는 것을 막고 진단의 타당도를 높여 하였고, 이러한 입장은 최근의 DSM-III-R에서도 그대로 유지되고 있다.

이상 살펴본 바와 같이 정신분열증의 개념은 시대와 사회, 그리고 문화적 배경에 따라 많은 변천을 겪어 왔으며 아직까지도 확고한 개념이 정립되지 못한 실정이다.

정신분열증의 진단과 치료에 있어 중요한 것은 이 병이 빈도가 비교적 높고(인구의 약 1%), 젊어서 발병하며, 경과가 만성적이고 파괴적인 수가 많고, 또한 사회적 편견 때문에 환자가 버림받고 적절히 치료받지 못한다는 것이다.

☆분 류

현재로서는 정신분열증의 분류는 임상증상

을 기준으로 할 수밖에 없다. ICD-9에서는 Bleuler의 4가지 기본 아형을 포함하여 급성정신분열증 acute schizophrenic episode, 잠재형 latent 정신분열증, 잔류형 residual 정신분열증, 분열정동형 schizoaffective 정신분열증 등을 구분하고 있다.

DSM-III에서는 단순형을 분열형 인격장애로 분류하여 제외시키고 다섯가지 유형으로만 구분하고 있다. 즉 파과형에 해당하는 혼란형 disorganized, 긴장형 catatonic, 망상형 paranoid, 미분화형 undifferentiated 그리고 잔류형이 그것이다. 또한 분열정동형은 정신분열증으로부터 독립시켜 분열정동장애 schizoaffective disorder라고 명명하였다. 1987년에 개정된 DSM-III-R도 DSM-III의 분류체계를 그대로 따르고 있다.

II 역 학

정신분열증의 평생유병률 lifetime prevalence은 전세계적으로 전인구의 1% 정도이다. 우리나라에서의 조사는 약 0.5% 이하로 나타나고 있다. 일정기간 동안 발생하는 새 환자의 비율인 발생빈도 incidence는 전연령층에서 인구 1,000명당 0.3~1.2(전체적으로 1.0)이다.

발병률이 가장 높은 연령층은 남자의 경우 15~24세, 여자는 25~34세이다. 최근 드물지만 (45세) 이후에 발병하는 소위 late onset schizophrenia도 보고되고 있다. 발병률의 남녀 차이는 거의 없으나 우리나라의 경우 입원환자는 남자가 많은 경향을 보이고 있다.

Hollingshead와 Redlich의 연구(1958)에 의하면 일반적으로 낮은 사회경제적 계층에서 정신분열증이 많은 것으로 나타났다. 이는 원인이라기보다 결과로서 병 때문에 환자들이 사회경제적으로 실패하여 낮은 계층으로 몰락하기 때문으로 볼 수 있다. 이를 하향이동가설 downward drift hypothesis이라고 한다.



문화적 차이는 발생빈도에는 별 영향이 없고 단지 질병의 양상에 영향을 주는 것으로 생각된다. 과거에 비해 긴장형은 감소되고 망상형이 증가하며, 망상의 내용도 종교적이고 원시적인 것에서 현실적이고 건조한 것으로 바뀌고 있다. 아프리카 지역에는 서구보다 혼란형(파괴형)이 많다고 한다.

우리나라의 역학조사를 살펴보면 1984년 서울의대에서 시행한 조사결과 우리나라 성인의 정신분열증 평생유병률은 0.40% 정도이며 1985년 연세의대에서 강화지역을 대상으로 한 역학조사에서는 농촌지역의 유병률이 0.12%로 나타났다. 현재까지 발표된 우리나라의 역학조사들은 그 결과에 있어 서로 상당한 차이를 보이고 있는데 이는 조사방법상의 차이가 있기 때문으로 추정된다.

### III 원 인

정신분열증의 원인에 관한 학설은 매우 많지만 뚜렷한 원인으로 밝혀진 것은 아직 없다. 그 이유는 이 병의 개념이 확실히 규정되어 있지 않고, 여러 가능한 원인들의 개별적 영향력을 측정하기가 쉽지 않으며, 병의 진행과정에서 나타나는 변화들을 원인으로 착각하는 경향이 있기 때문이다.

현재 지배적인 견해는 정신분열증은 여러 원인적 요인들이 복합적으로 작용하여 발병하는 중후군 내지 복합질병이라는 것이다. 대체로 어떤 개인이 특별한 취약성 vulnerability 을 가지고 있어, 어떤 환경적 스트레스를 받으면 정신병이 발병한다고 본다. 이를 stress-diathesis model 이라 한다. 따라서 정신분열증의 원인에 대해, 유전적·생물학적 및 사회심리학적 연구 모두 필요한 것이다.

#### 1. 생물학적 원인

##### (1) 유 전

유전적 요인이 정신분열증의 발병에 관여

되어 있을 것이라는 많은 연구 결과들이 있다. 이러한 연구들은 주로 환자 친족들간의 이환율 조사, 쌍둥이연구, 양자연구 등을 통해 이루어진다.

가족연구 내지 친족연구들을 보면 일반인들의 정신분열증 이환위험률 morbid risk 은 0.3~2.8%인데 비해 환자의 부모는 0.2~12%, 동기간에는 3~14%, 부모 중 한사람이 정신분열증일 경우 그 자녀들 중에는 8~18%의 이환위험률을 보이며, 양친이 모두 환자일 경우 그 자녀들의 이환위험률은 15~55%로 보고되고 있다(표 2-1 참조). 쌍둥이연구에서는 쌍둥이 중 한명이 환자일 경우 다른 한쪽에게 정신분열증이 나타날 수 있는 일치율 concordance rate 이 일란성의 경우 69~86%였고, 이란성은 2~17%였다. 양자 연구를 보면 일반적으로 환자와 혈연관계에 있는 친족들에게서 환자와 유전적으로 무관한 가족들보다 높은 이환율을 보였다.

정신분열증의 발병에 유전적 요인이 적어도 부분적으로는 관여한다는 데 대하여는 전적으로 인정되고 있다. 그러나 그 유전양식 mode of inheritance 에는 여러 학설이 주장되고 있다. 이는 크게 하나의 유전인자의 이상으로 정신분열증이 생긴다는 단일유전인자설 monogenic theory 과 여러 비정상 유전인자들이 서로 조합하여 정신분열증의 다양한 증상들을 일으킨다는 다인자설 polygenic theory 로 나눌 수 있는데 정신분열증의 경우 다인자설이 보다 유력하다. 최근에는 정신분열증의 유전지표 genetic marker 를 찾아내려는 연구들이 활발히 진행중이다. Somoth eye pursuit movement (tracking) 의 장애가 정신분열증 환자에 있고 가족에게서도 발견되고 있으나 그 의미는 아직 불확실하다.

여러 연구에 의하면 정신분열증의 원인에 유전적 요인 nature 뿐 아니라 환경적 요인 nurture 도 중요하다는 것을 유의해야 한다.

##### (2) 생화학적 원인

알려진 모든 신경전달물질에 관련하여, 정



신분열증의 원인에 대한 생화학적 가설 중 도파민 가설 dopamine theory 이 가장 지배적이다. 도파민 가설은 항정신병 약물의 치료 효과를 근거로 제기되었는 바, 정신분열증은 도파민 활동이 과잉상태라는 것이다. 이 이론을 뒷받침하는 증거들은 ①도파민 차단제 특히 D<sub>2</sub> 수용체에 결합하는 항정신병 약물들이 정신분열증을 호전시키는 점, 또 ②도파민 생성 효소인 tyrosine hydroxylase를 차단하는 α-methyl-paratyrosine(AMPT)이 항정신병 약물의 효과를 강화시키는 점, 그리고 ③뇌에서 도파민 전달을 강화시키는 amphetamine 이나 cocaine 이 정신분열증과 유사한 증상을 야기한다는 점 등을 들 수 있다. 이에 대한 반론으로는 이들 약물이 정신분열증 외 모든 정신병적 상태에 효과 있다는 점, 뇌척수액내의 도파민 대사물질인 homovanillic acid (HVA)의 수준이 정상이라는 점, 정신분열증과 파킨슨씨병이 공존하는 경우도 있다는 점, 항정신병 약물을 투여하여 도파민 수용체가 차단된 후에도 상당 시간이 지나야 증상이 호전된다는 점 등이 있다. 정신분열증과 관련된다고 생각하는 도파민 경로는 mesocortical tract와 mesolimbic tract 이다.

그 외 메틸기이전 transmethylation 설이 있다. 많은 환각제가 메틸화합물이라는 점에 착안하여, 신경전달물질의 형성과정에서 메틸기 대사에 이상이 생겨 정신병을 일으키는 물질들이 생산된다는 주장이 있다. 즉 강력한 환각제인 mescaline은 dopamine이 O-methylation된 것이며, 역시 dopamine의 메틸화 화합물인 3,4-dimethoxyphenylethylamine(DMPEA)을 동물에 부여할 경우 긴장행동 catatonic behavior 이 관찰된다. Pollin 등은 메틸기이전을 증가시키는 (methyl donor) methionine을 투여한 결과 정상인에게서는 이상이 없었으나 정신분열증 환자군에서는 증상이 악화됨을 관찰하여 이 가설을 뒷받침하였다.

Kety는 dopamine과 norepinephrine의 불균형설을 제안하였는데 이는 noradrenergic nerve ending에서 dopamine을 norepinephrine으로 변화시키는, dopamine-β-hydroxylase(DBH)가 감소하여 상대적으로 dopamine이 증가하고, norepinephrine이 감소하여 정신분열증이 생긴다는 주장이다. 반대로 CSF에서 MHPG가 증가되어 있는 것을 근거로 정신분열증이 norepinephrine 활동이 증가된 상태라는 연구도 있다.

한편 dopamine 기능증가의 한 결과인 GABA 기능의 감퇴도 하나의 기능성으로 연구되고 있다. 수용체 receptor에 관련하여, 많은 연구들은 정신분열증 환자의 기저신경절과 변연계에서 D<sub>2</sub> receptor가 증가되어 있다고 하였다.

(3) 기 타

대뇌 기능에 관련하여 많은 연구가 있다. 출산시의 두부손상과 어릴 때의 두부손상이 발병과 연관되는 것 같다.

뇌단층촬영에서 10~50%의 환자들이 측뇌실의 확대를 보이고 10~35%에서 대뇌피질의 위축 cortical atrophy 을 나타내었다. 이는 신경세포의 감소와 관계되는 것 같다. 피질 위축은 특히 음성 증상, 신경정신과적 증후, 항정신병 약물에 의한 추체외로증상의 발생, 자살시도 등과 관련된다고 한다. PET 연구에서도 전두엽의 기능감퇴가 발견된다.

EEG나 유발전위 연구에서 정상뇌파보다 감수성이 증가되고 극파와 서파가 많은 점등 간질형 상태를 보이는 수가 많으며 특히 좌반구의 장애가 시사되고 있다.

언어, 손잡이, 기타 신경심리학적 검사들과 PET를 통한 연구들은 정신분열증이 전두엽 특히 좌반구의 기능장애임을 시사하고 있다. 최근 인구추적운동 pursuit eye movement의 장애도 연구되어지고 있다.

정신면역학적으로 정신분열증이 virus 감염에 의한다는 이론과 뇌에 대한 자가면역질환 autoimmune disease 이라는 연구가 있다.



출생시 신체적 기형이 많다는 점, virus 감염 가능성이 높은 제절에 태어난 사람에 박병이 많다는 점, 입원에도 계절성이 있다는 점, 신경병리학적 이상 등이 그 근거가 된다. 기타 환자에서 비전형적 임파구가 발견되고 natural killer cell 이 감소하며 immunoglobulin 들의 농도에 변화가 있는 점도 면역장애의 가능성을 시사한다.

정신 내분비학적으로 소수의 환자에서 prolactin 의 감소, growth hormone 의 기능 감퇴 등이 발견되고 있다.

정신분열증에 있어 과민성 hypervigilance 이 른은 신경생리적 연구로 입증되고 있다.

대체로 이들 연구들은 정신분열증이 전두엽과 변연계 장애 특히 좌반구장애임을 시사하고 있다. 또한 시상하부와 시상이 정신분열증의 감각장애, 면역계 장애, 내분비계 장애와 관련되는 것 같다.

## 2. 발달적 및 심리학적 원인

신경증에 비해 정신분열증 환자의 인격은 훨씬 광범위하게 전반적으로 퇴행되어 있다고 본다. 특히 정신성발달 psychosexual development 단계상 제1단계인 영아기, 즉 Freud 의 용어로는 구순기 oral stage, 또는 전생식기 pregenital stage 에 인격수준이 고착되어 있어, 살아가면서 감당하기 어려운 스트레스에 부딪히게 되면 쉽게 그 단계로 퇴행해 버린다. S. Arieti 는 정신분열증이란 비정상적인 상황을 다루는 비정상적인 방법이라고 보고 환자는 유아기로 퇴행하여 어릴 때 사용하던 방어기제를 주로 사용하는 특수한 반응을 하게 된다고 하였다.

Hartmann 은 환자의 자아기능에 있어, 아동기의 발달 및 성숙과정, 의사소통 과정에서 심한 갈등과 조절할 수 없는 공격성으로 인하여 정상적인 자아기능의 발전이 불가능해지고 그 결과 지각과 사고, 대인관계 등의 장애가 초래된다고 보았다. 이때의 공격성은 의존적 성격을 가진 사람이 이별(분리)

separation 의 위협을 받거나 목표달성이 불가능해질 때 폭발하게 된다.

M. Klein 은 망상형 정신분열증 환자들이, 정상적인 유아가 생후 6개월 때 자기가 의지하고 있는 어머니에 대해 느끼는 불안, 불만족, 적대감 그리고 섭취 incorporation 와 투사 등 방어기전을 사용하는 심리적 갈등과 유사한 특징을 보인다고 하였다.

H. S. Sullivan 은 정신분열증이 정신 내부의 갈등 intrapsychic conflict 보다는 인간관계 interpersonal relationship 의 장애로 일어난다고 주장하였고 정신분열증 환자는 어머니의 불안을 물려 받는다고 하였다. 즉 어머니에게 우울이나 불안이 심할 경우 육아과정에 결함이 생기고 아이에게 감정적 자극을 주어 장차 신뢰성있고 자기통제를 할 줄 아는 자율적인 자아의 태도를 발전시키지 못한다는 것이다.

이후 많은 학자들이 환자의 초기 인간관계, 특히 모자관계에 관심을 갖고 연구하였다. M. Mahler 는 소위 분리-개체화 과정 separation-individuation process 의 이론에서 어머니는 아이에게 있어 욕구충족과 안전감의 근원이지만 점차 어머니로부터 분화하여 독립된 개체로서 성장해 간다고 주장하였다. 그러나 정신분열증 환자는 이러한 분화에 실패하여 미분화 상태로 남기 때문에 장차 정신분열증에 걸릴 위험성이 커진다고 하였다.

한편 G. Bateson 은 정신분열증 환자의 가족내의 의사소통 방식을 연구하여 이중구속 double-bind transaction 이라는 개념을 제시했다. 이는 아이에게 서로 상이한 언어적 의사소통 verbal communication 과 비언어적 의사소통 non-verbal communication 이 동시에 부과되는 상황, 즉 말과 행동이 서로 다른 상황을 말한다(예를 들어, 싸우지 ~~말라~~라고 하고서는 매맞고 오면 한심한 듯 쳐다 본다). 이때 아이는 이러지도 저러지도 못하는 갈등에 빠져 마비, 분노, 불안, 절망에 빠지고 그 자신도 장차 분명한 의사소통과 사회적 판별능력을



획득하지 못해 결국 정신분열증이 된다는 것이다.

환자들의 병전성격은 크게 분열성 schizoid 성격과 폭풍성 stormy 성격으로 구분되는데, 전자의 경우는 대상관계를 회피하고 사람들로 부터 멀리 떨어져 있으려 하며, 후자인 경우는 가능한 모든 성격방어를 사용하므로 극단적인 복종, 공격성, 분열성 사이를 왔다갔다 하며 위기의 연속인 삶에서 가능한 해결책을 찾으려 애를 쓴다.

Pavlov(1920)는 정신분열증이 유전이나, 생후의 손상에 의해 쇠약해진 신경계가 과도한 자극을 받음으로써 생기는 전반적인 억제 내지는 만성적 최면상태라고 하였다. 현재 행동주의 학자들의 정신분열증에 대한 견해는 초기경험의 강화양상에 장애가 있어서 나타나는 '학습된 적응부전'이 만성적으로 지속되는 상태라는 것이다.

3. 사회문화적 및 인류학적 원인

정신분열증의 발병에 관련된 가장 중요한 사회문화적 변수는 사회경제적 상태 socio-economic status이다. 대부분의 연구에서 최하위계층에서 정신분열증의 발병률이 가장 높은 것으로 나타났다. 이는 이 계층의 사람들에게 스트레스가 많기 때문으로 볼 수 있는 바, 이를 사회적 원인 가설 social causation hypothesis 이라 한다. 이는 병의 결과로 가난해졌다는 하향 이동가설 downward drift hypothesis 과 대조된다.

이 밖에도 인종문제, 이민, 도시화 등 여러 사회적 요인의 발병과의 관계가 연구되고 있다. 대체로 이민자들에게 발병이 많고, 도시에 많으며, 선진국과 교류가 늘어나고 있는 제3세계 국가들에서 유병률이 증가하고 있다. 또한 사회가 정신질환을 어떻게 보는가에 따라, 또한 사회적 지지체계 social support system, 의사소통의 복잡성 등에 따라 발병에 영향이 주어진다고 생각된다.

4. 위험요인 risk factor

정신분열증의 위험요인으로 알려진 것은 다음과 같다. ① 가족 중 정신분열증 환자가 있을 경우, ② 난산 등 출생시 뇌손상이 있을 경우, ③ 인격의 성숙이나 발달과정에 문제가 있을 때, ④ 문제있는 부모에게 양육되었을 때, ⑤ 혈소판의 MAO-B 저활성, ⑥ eye pursuit movement 의 이상, ⑦ 환각제, 정신자극제 복용, ⑧ 측두엽 간질, Huntington 병, 열산결핍증 등의 과거력이 있을 때 등이다.

IV 임상양상

1. 증 상

Eugen Bleuler는 정신분열증에 있어 사고의 분열 split을 주된 증상으로 보고 그 원발성 증상 primary symptoms으로 연상장애 loosening of association, 양가감정 ambivalence, 정동장애 disturbance of affect, 자폐증 autism을 들고 이를 정신분열증의 (4A)라고 불렀다. 그 밖의 망상이나 환각, 지각중상 등은 원발성 증상의 2차적 secondary 혹은 보조증상 accessory symptoms으로 보았다. 여기서 원발성증상은 아직 알 수 없는 신체적 병적 과정과 직접 관련된 증상을 말하며, 이차적 증상이란 일차적 증상과 심리적 요인이 결합해서 생긴 증상이다. 그의 아들인 Manfred Bleuler는 정신분열증 환자의 비현실적 사고 dereistic thinking, 환각 또는 괴이한 상징성 bizarre symbolism 등 거의 모든 증상이 정상인의 백일몽이나 꿈에서도 찾아볼 수 있음을 지적하고 환자의 체험내용 그 자체가 병적이라기보다는 환자가 내부세계 internal world와 외부세계 external world를 구별하지 못하는 것이 정신분열증의 가장 중요한 특징이라고 하였다.

K. Schneider는 정신분열증의 진단기준이 되는 증상 pathognomonic symptoms으로 서로 ① 다루는 내용의 환청, ② 자기의 행동을 일일이



지적하고 지시하는 화청 ③ 자기 몸에 어떤 영향력이 미치고 있다는 경험 *somatic passivity experiences*, 사고의 철퇴 *thought withdrawal*, 사고확산 *diffusion of thought*, ④ 외부의 어떤 힘에 의해 자신이 영향을 받고 조종된다는 망상관념, 그리고 정상적인 지각과정에 대해 이해불가능한 망상적 해석을 하는 망상지각 ① *delusional perception* 등을 들고 이들을 정신분열증의 1급 증상 *first-rank symptoms* 이라 하였다.

정신분열증의 5 가지 중요한 특징을 들면 다음과 같다.

① 상징성 *symbolism*

정신분열증의 특징적인 증상인 괴상한 행동·생각·언어에는 환자 나름대로의 상징화 과정이 내포되어 있기 때문에 심층분석을 거쳐야만 이해할 수 있는 것이다.

② 민감성 *sensitivity*

정신분열증 환자는 태어날 때부터 다른 사람들보다 훨씬 민감하여 외부자극에 노출될 때 그 자극을 제대로 처리하지 못해 압도당하곤 한다. 정신분열증의 흔한 증상 중의 하나인 철퇴 *withdrawal* 나 자폐증도 지나친 자극이 들어오는 것을 방어하려는 시도로 볼 수 있다.

③ 사회적 철퇴 *social withdrawal*

다른 사람으로 하여금 감정적 거리감 *emotional distance* 을 느끼게 하거나 남들과 어떤 관계를 성립시킬 수 있는 능력이 결핍되어 있다(그림 12-1).

④ 자아경계의 상실 *loss of ego boundary*

자아경계의 상실은 다른 사람들의 마음을 읽을 수 있다든지 또는 다른 사람들의 생각에 의해서 조종되고 있다는 망상에서 볼 수 있다. 이렇게 해서 생긴 현실과의 접촉상실 *loss of contact with reality* 이 모든 정신병의 핵심적인 증상으로 되는 것이다. 어떤 환자에게서는 성적 주체성(性的主體性) *gender identity* 의 혼란도 있다.

⑤ 가변성 *variability*



그림 12-1. 정신분열증에서 보는 철퇴

환자가 예측불허한 변덕을 보인다는 것이다. 어떤 때는 합리적인 간단한 대화조차 할 수 없다가도 30 분도 못되어 친척에게 근사한 잘 작문된 편지를 쓸 수도 있는 것이다.

정신분열증에서 흔히 볼 수 있는 증상들을 종류별로 살펴보면 다음과 같다.

(1) 사고의 장애

정신분열증에서의 사고장애는 크게 사고과정 *thought process* 의 장애와 사고내용 *thought content* 의 장애로 나누어 볼 수 있다.

사고과정에서는 연상작용의 해이 *loosening of association* 가 일어나 언어에서 논리적인 연결이 되지 않고, 자꾸 주제에서 벗어나 결론에 도달하기까지 많은 시간이 걸리는 사고의 우원증 *circumstantiality* 을 보이며 심하면 지리멸렬 *incoherence* ④ 되기도 한다. 또 사고진행속도 지체 *retardation of thought*, 사고의 진행이 갑자기 멈춰버리는 차단 *thought blocking* 도 볼 수 있다.

사고 내용에 있어서는 누군가 자신에게 생

intellectual impairment X



각을 집어넣는다는 사고주입 thought insertion, 자신의 생각이 전파되어 모든 사람이 알게 된다는 사고전파 thought broadcasting, TV에서 내 얘기를 한다, 누군가 나를 미행한다, 나를 죽이려 한다는 등의 관계망상, 피해망상 등이 흔히 나타나며, 그 밖에도 과대망상, 허무망상 등 다양한 망상을 보인다.

정신분열증 환자의 사고는 매우 기이하게 보이지만 무의식에 존재하는 강한 감정적 갈등들이 상징적으로 표현된 것이다. 이러한 특징적 사고를 Bleuler는 내폐적(內閉的) 사고 derelistic thinking, Storch는 원발(原發)사고 primary process thinking, Arieti는 고논리적(古論理的) 사고 paleologic thinking라고 불렀다. Von Domarus는 정상인이 주어부(主語部)를 중심으로 사고하는 데 반해 정신분열증 환자들은 술어부(術語部)만 같으면 주어부도 같은 것으로 단정한다는 소위 Von Domarus 법칙을 제시하였다. 즉 '성모 마리아는 처녀이다. 나는 처녀이다. 그러므로 나는 성모마리아다'라는 식의 논리전개를 한다는 것이다. Goldstein은 정신분열증 환자의 사고는 추상적 abstract 사고나 일반화 능력이

결여된 구체적 사고 concrete thinking를 특징으로 한다고 하였다. Cameron은 본질적인 것과 비본질적인 것을 구별하지 못하고 지엽말단적인 것들까지 모두, 사고체계에 포함시키는 과잉포함 overinclusiveness을 특징으로 보았다.

(2) 정동의 장애

정신분열증 환자는 흔히 부적합한 감정 표현 inappropriate affect 과 정서의 둔마 emotional bluntness를 보인다. 심한 경우에는 자신이나 외부의 사건에 대해 무관심하고 감정 표현을 전혀 하지 않는 무감동 apathy 상태가 되기도 한다. 이들의 감정은 일관성이 없으며 감정표현에 깊이와 초점이 결여되어 있기 때문에 다른 사람들과 정서적 유대관계를 맺기 어렵다.

(3) 지각의 장애

정신분열증의 발병 초기부터 다양한 지각 이상이 나타난다. 자신을 포함하여 주변의 모든 사물들이 이상하게 변형되어 보이고 빛을 내뿜거나 윤곽이 지나치게 뚜렷해 보이기도 하며 소리의 강도도 전과는 달리 들린다(그림 12-2). 시간이 매우 빨리 지나가고 주



그림 12-2. 정신분열증 환자가 착각 속에서 거울에 비친 왜곡된 자아상 self-image 을 보고 있다(영화 "정신분열증 환자의 세계"에서).

par ment k  
X



적이다. 때로는 지남력의 장애 *disorientation* 와 기억력의 저하 등을 보이기도 하지만 이는 주의 *attention* 가 산만하거나 외부에 대한 무관심 때문으로 생각되며 영구적·근본적 지능장애는 없다.

#### (6) 기타 증상

정신약물학자들이 흔히 사용하는 용어로서 양성 증상 *positive symptom* 과 음성 증상 *negative symptom* 이란 말이 있다. 양성 증상에는 망상, 환각, 관계망상 및 초조감 등이 포함되고, 음성 증상에는 감정둔마, 자폐증, 사회적 격리, 철퇴 및 자발성의 감소 등이 포함된다. 항정신성 약물은 양성 증상에 더 잘 반응하는 것으로 알려져 있다.

전구증상 *prodromal symptom* 과 잔류증상 *residual symptom* 도 관찰된다. 이들은 DSM-III-R의 진단기준에 나열되어 있다. 정신분열증이 만성화하면 망상, 환각 그리고 급격한 감정반응은 점차 소실되고 다 타버린 재같이 무감각한 상태가 되며 잔류증상과 신경학적 증후가 뚜렷해진다.

자살은 정신분열증 환자에 있어서 반드시 염두에 두어야 할 위험이다. 일반적으로 조울정신병에서 자살 위험성은 더 높지만 실제로 자살해 버리는 확률은 정신분열증에서 더 높다. 어떤 조사보고에 의하면 20년간 추적 조사했을 때 정신분열증의 50%가 자살시도 하고 10%에서 자살에 성공하였다고 한다. 이렇게 자살률이 높기도 하지만 더욱 위험한 까닭은 자살하리라는 짐새를 가족이나 치료자들이 전혀 알 수 없다는 데 있다. 자살과 관련하여 정신분열증 환자의 약 1%에서는 극적인 자해행위를 나타내기도 한다. 예를 들면 자기 눈을 파낸다든지 성기를 절단할 수도 있다. 이러한 양상을 Van Gogh syndrome 이라 부른다. 그 동기는 자신에게 심한 신체적 결함이 있다고 확신하는 불구공포 망상 *dysmorphophobic delusion* 이나 다른 복합적인 무의식적 동기 때문이다.

정신분열증 특유의 신체증상이 있는 것은

아니다. 그러나 초기에는 두통, 어깨의 류마티스성 동통, 요통, 허약감, 소화불량 등의 다양한 신체증상이 나타나 신경쇠약증으로 치료받거나 건강염려증이나 피병으로 간주되기도 한다. 전체적으로 정신분열증 환자들은 병에 잘 걸리고, 사망률도 또한 높다. 급성위의 모든 움직임이 너무 빠르게 느껴지기도 한다. 이러한 착각 *illusion* 현상은 병적 과정으로 일어난 현실왜곡의 결과로 생각된다.

환각 *hallucination* 도 흔히 경험되는데 정신분열증에서의 환각의 특징은 주로 환청 *auditory hallucination* 이 많고 특히 사람의 말소리인 경우가 대부분이다. 그 내용은 대개 불쾌한 것이어서 야유, 욕설이 많고 행동을 일일이 지적하거나 지시하는 경우도 있다.

#### (4) 충동조절, 의욕 및 행동의 장애

정신분열증 환자들이 나타내는 변덕스럽고 충동적인 행동들은 양가감정 *ambivalence* 때문이다. 정상인의 경우에는 서로 모순되는 두가지 충동이 있을 경우 상황에 따라 어느 하나가 억압되거나 타협이 이루어지지만 정신분열증에서는 이러한 능력이 상실되어, 일관성 없는 급격한 행동변화가 나타난다.

또한 의지의 약화로 우유부단하고 능동성, 자발성이 없으며 어떤 목표를 끈기있게 추구하지 못하게 된다. 때로는 자신의 고집을 굽히지 않고 다른 사람의 지시를 따르지 않는 거부증 *negativism* 을 보이기도 하는데 이는 갈등과 불안을 야기하는 현실에 직면하지 않으려 하기 때문이며 적대감의 표현, 혹은 유아기로 퇴행한 결과로 해석할 수도 있다.

이와는 반대로 피압시성 *suggestibility* 이 병적으로 증가하여 말이나 행동을 자동적으로 흉내내는 반향언어, *echolalia*, 반향행동 *echopraxia* 을 보이는 경우도 있다. 또 동일한 행동을 반복하는 상동행동 *stereotyped behavior*, 동일한 자세·언어·옷차림을 그대로 유지하려는 현기증 *mannerism* 도 관찰된다.

#### (5) 지적 능력의 장애

정신분열증에서는 의식의 장애가 없거나



정신분열증 환자들은 autonomic triad 라고 해서 동공산대, 땀이 축축한 손과 상당한 정도의 빈맥이라는 3가지 자율신경계의 증상을 보이기도 한다. 그러한 경우에 수축기혈압도 10~20mmHg 정도 상승하며 가장 깊은 수면인 제 4 단계 수면이 감소된다.

Praecox feeling 이란 의사가 환자에 대해 감정적 거리감 emotional distance 이 느껴지게 되어 공감적인 관계 empathetic rapport 가 일어나지 않는 것을 말한다.

2. 임상유형

(1) 단순형 simple type

DSM-III-R에서는 이를 분열형 인격장애 schizotypal personality disorder 로 분류하고 있다.

증상은 장기간에 걸쳐 서서히 나타나며 성격이 점차 변하여 외부에 대한 관심이 없어지고 게을러지며 대인관계를 기피하게 된다. 사회적인 관습이나 일상적인 책무를 이유없이 무시하여 직장이나 학교를 가지 않고, 주부의 경우는 집안일을 하지 않는다. 괴상한 신체증상을 호소하고 의욕이 없어지며 의존적, 충동적으로 된다. 병이 진행되면서 인격의 황폐화가 심해지며 결국은 가정이나 사회로부터도 버림받아 전락한 삶을 사는 경우가 많다.

(2) 혼란형 disorganized type

파괴형 hebephrenic type 이라고도 한다. 대개 25세 이전, 특히 사춘기 전후에 서서히 발병하며 때로는 아급성으로 발병하기도 한다.

사고와 감정의 혼란, 인격의 황폐화와 퇴행이 가장 심한 유형이다. 행동은 원시적이고 충동적이며, 의미 없는 웃음이나 얼굴 찡그림 등이 특징이다. 환각을 흔히 보이며 맞선 그 내용이 다양하고 수시로 변하며 기이하다. 연상작용의 와해가 두드러져서 지리멸렬한 사고, 신어증(新語症) neologism, word salad 등이 나타난다. 초기에는 정동반응이

매우 부적절하고 예측할 수 없으며, 충동적이고 공격적이지만 점차 감정의 둔마, 사회적 철퇴와 자폐적 양상, 퇴행이 심해진다.

(3) 긴장형 catatonic type 며칠 동안 15~25세 사이에 호발하며 대개 정신적 외상 psychic trauma 후 급성으로 발병한다.

극심한 정신운동장애 psychomotor disturbance 를 특징으로 하면 혼미 stupor 와 흥분 excitement 상태가 단독으로 또는 교대로 나타난다. 혼미상태가 더 흔하며, 이때는 일시적인 운동중단에서부터 장시간의 부동상태에 이르는 다양한 긴장증상을 보인다. 거절증 negativism, 강직 rigidity, 자동복종증 automatic obedience, 납굴증 waxy flexibility, 상동증 stereotypy, 반향언어 echolalia, 반향행동 echopraxia 등의 증상이 나타난다. 흥분상태에서는 강한 긴장을 보이고, 잠시도 쉬지 않고 안절부절하며 난폭한 행동을 하기도 한다. 심하면 잠도 자지 않고 식사도 거부하여 급기야는 탈진하여 사망하는 수도 있다.

(4) 망상형 paranoid type

다른 유형들보다 늦게, 30대 전후에 발병하는 경우가 많다. 상대적으로 현대화된 사회에서 교육을 많이 받은 층에 호발한다. 망상이 가장 특징적인 증상이며 주로 관계망상, 피해망상, 과대망상이 많으나 진감염려성 망상, 우울망상, 애정망상 등도 나타난다. 망상이 체계화되어 있는 경우가 많다. 때로는 망상을 숨기거나, 건전한 인격부분과는 격리시켜 유지하는 경우도 있다. 환청이 흔히 동반되며 망상으로 인하여 사람을 기피하고 의심하며, 과다히 긴장되어 있고, 적대적·방어적 혹은 공격적인 태도를 취하게 된다. 다른 유형에 비해 지능의 저하나 인격의 황폐화가 비교적 적으며 만성적인 경과를 취한다.

(5) 미분화형 undifferentiated type

이는 특징적인 정신분열증의 증상이 있으나 전형적인 유형으로 분류할 수 없는 경우를 말한다.



(6) 기 타

분열정동형 schizoaffective type 은 정신분열증의 증상과 정동장애의 증상이 공존하고 있는 경우를 말한다(제 15 장 참조). 이것이 정신분열증이나 정동장애의 한 변형인지, 독립된 별개 질환인지, 혹은 두 질병의 혼합형인지 등의 여부는 아직 확실하지 않다. 일반적으로 정신분열증보다는 예후가 좋고 갑자기 발병하여 빨리 회복되고, 기능의 저하가 별로 없으며, lithium에 잘 반응하고 가족력상 정신분열증보다는 정동장애가 많다고 한다.

잠재형 latent type 은 DSM-III-R에서는 분열형 schizotypal 인격장애로 분류된다(제 19 장 인격장애 참조). 망상이나 환각 등 전형적인 정신분열증의 증상은 없으나 사회적으로 철퇴되어 있고 괴팍하고 감정의 기복이 심하며 범불안 pananxiety, 범공포 pan-fear와 같은 여러가지 신경증적 증상을 보인다. 학자에 따라 이를 가신경증적 정신분열증 pseudo-neurotic schizophrenia (Hoch, 1949), 경계선 상태 borderline state (Knight, 1953), 보행 정신분열증 ambulatory schizophrenia (Zilboorg, 1941) 등으로 불렀다.

잔류형 residual type 은 정신분열증에서 회복되었으나 사회적 철퇴, 감정의 둔마 및 부적절성, 다소 괴이한 행동, 연상작용의 이완 등이 남아 있는 경우를 말한다.

기타 특수형태로 childhood schizophrenia, 45세 이후 발병의 late onset schizophrenia, process schizophrenia 등이 있다. 프랑스에서 사용하는 Bouffée delirante(acute delusional psychosis)는 DSM-III-R의 정신분열형장애와 유사하다. Oneroid state는 환자가 꿈속에 있는 듯한 느낌이 특징인데 비전형적 정신병에 해당된다.

V 진단 단

1. 진단 단

DSM-III-R 진단기준	정신분열증
----------------	-------

A. 활성기 active phase에 특징적인 정신병 증상들의 존재: (1), (2), (3)항 중 어느 것이 적어도 일주일 이상 있어야 한다(증상이 성공적으로 치료되지 않고 있는 한).

(1) 다음 중 두 가지

- (a) 망상
- (b) 현저한 환각(며칠간-하루종일 혹은 수주일간 매주 몇차례씩 나타나야 하며, 각 환각 경험은 잠시 동안만 나타나서는 안 된다).
- (c) 지리멸렬(혹은)심한 역사의 이와
- (d) 기작성 행동
- (e) 둔화된 혹은 전반적으로 부정적인 정동

(2) 괴이한 망상들(환자가 속한 문화권에서는 전혀 신빙성이 없는 것으로 간주되는 현상들을 포함, 예컨대 사고전파, 죽은 사람에 의해 조종된다는 망상)

(3) 현저한 환각(1)(b)에서 정의된 것과 같다)-우울이나 고양과는 명백한 관련이 없는 내용의 목소리, 혹은 환자의 행동이나 사고에 대해 계속 언급하는 목소리, 혹은 두사람 이상이 서로 대화하는 목소리

B. 장애의 경과중 일(사회관계, 개인관리)등의 영역에서의 기능이 발병전 최고의 수준보다 현저히 저하됨(아동기나 청소년기에 발병한 경우에는 기대되었던 사회발달수준에 이르지 못함).

C. 분열정동장애와 정신병적 양상을 동반한 기분장애가 배제되어야 함. 예컨대, 주요우울증이나 조중증후군이 이 병의 활성기에 존재하였다면, 기분중후군의 총기간이 이 병의 활성기 및 잔류기의 총기간에 비해 짧아야 함.

D. 질병의 지속적인 정후가 최소 6개월 이상이어야 함. 6개월 기간에는 정신분열증의 특징적인 정신병적 증상들(A의 증상들)이 있는 활성기(최소 일주일, 혹은 증상들이 성공적으로 치료되었을 경우에는 그 이하)가 포함되어야 하며, 아래에서 정의된 전구 혹은 잔류기는 있을 수도 없을 수도 있다.

전구기: 질병의 활동기 이전에 기분의 장애나 물질사용장애 때문이 아닌, 기능의 분명한 장애가 나타날 때, 다음에 열거한 증상 중 최소한 두 가지가 포함된다.

잔류기: 활동기 이후 기분의 장애나 물질사용장애 때문이 아니면서 다음에 열거한 증상 중 최소한 두 가지가 지속된다.



전구 혹은 잔류증상들

- (1) 심한 사회적 고립 혹은 철회
  - (2) 봉급생활자, 학생 혹은 주부로서의 역할 수행에 심한 장애
  - (3) 현저히 기이한 행동(예, 쓰레기를 모음, 공공장소에서 혼잣말하기, 음식 비축)
  - (4) 개인위생이나 몸차림에 현저한 장애
  - (5) 둔마된 혹은 부정적한 정동
  - (6) 지엽적인, 막연한, 과도히 혼색된 또는 우회적인 언어 혹은 언어의 빈곤, 또는 언어의 내용 빈곤
  - (7) 행동에 영향을 주고 문화적 기준에 맞지 않는 괴상한 믿음, 혹은 마술적 사고, 예컨대 초월성, 천리안, 텔레파시, 육감, 다른 사람들도 내 느낌을 느낄 수 있다는 생각, overvalued idea, 관계망상 등
  - (8) 특이한 지각 경험, 예컨대 빈번한 착각, 실존하지 않는 힘이나 사람의 존재를 느낌
  - (9) 자발성, 흥미, 에너지의 현저한 결여
- E. 기질적 요인이 장애를 시작, 유지시키는 경우에는 진단을 내릴 수 없다.
- F. 자폐장애의 병력이 있을 경우에는, 현격한 망상이나 환각이 또한 존재할 경우에만 정신분열증의 중복진단이 가능하다.

2. 감별진단

우선 기질적 정신장애와 감별해야 한다. 따라서 완전한 신경학적 진찰 검사가 요구된다. 특히 약물중독, 측두엽간질, 뇌종양, 뇌혈관장애, 외상 등에서 조심해야 한다.

비전형적 정신병, 단기반응성 정신병, 분열정동형장애, 정신분열형장애, 분열형 인격장애들은 증상이 비슷하고 공통적이므로 진단기준에 따라 감별해야 한다.

급성 정신분열증에서 히스테리증상이 흔히 나타난다. 또는 명백한 정신분열증적 증상이 나타나기 전 며칠 또는 몇개월간 심한 긴장이나 불안이 선행될 수도 있다. 또한 급성기에는 불안이나 우울증이 더 뚜렷할 때도 있고 강박증상도 흔하게 동반되어 불안장애, 강박장애 등과 혼동될 수도 있다.

조울정신병의 조증과 긴장형 정신분열증과의 감별진단이 어려울 때가 있다. 그러나 조증의 행동이나 언어는 주의산만하고 주위환

경의 지배를 많이 받지만 긴장형 정신분열증의 언동은 예측할 수 없고 무의미하여 이해하기 어렵고 언어 내용도 지리멸렬하다.

망상형(또는 편집형) 정신분열증과 편집장애와의 감별진단이 문제되는데, 망상형 정신분열증의 증상 역시 편집장애와 마찬가지로 피해망상 및 과대망상이 주증상이지만, 그 밖에도 정신분열증의 진단기준에 부합되는 제 증상을 쉽게 볼 수 있다.

청소년기에 발병하는 정신장애는 정신분열증이 아닌데도 불구하고 양양(昂揚) exaltation, 추상적 사고에 대한 강한 집착, 예측불가한 기분의 변화, 백일몽, 내성화 introspection 및 수줍음과 같은 정신분열증적 특징을 나타낼 수 있기 때문에 정신분열증으로 오진되는 수가 있다.

기타 조기유아자폐증, 인위성 장애, 뇌병 등과도 감별해야 한다.

3. 임상심리검사

로르샤하 검사 Rorschach test, 주제통각검사 TAT, 인물화검사, MMPI 등 성격검사, 웨슬러지능검사 WAIS 등의 심리검사 소견은 이상하고 괴이한 지각반응이나 개념형성 장애를 나타냄으로써 정신분열증 진단에 도움이 된다. WAIS상에서는 각 소검사간의 점수분포가 고르지 못하고 어느 한 소검사의 점수가 극단적으로 높거나 낮은 것 uneven scattering of test scores 이 특징이다.

VI 경과 및 예후

발병은 급성, 아급성 그리고 점진적인 만성 등 다양하다. 초기에 전구증상(진단기준 참조)이 나오고, 다음 명백한 증상이 나타난다. 발병 후 회복하는 수도 있고 회복과 재발이 반복되기도 하고, 지속적 만성화 과정을 밟기도 한다.

정신분열증의 예후를 판정하는데 도움이 되는 몇가지 기억할 만한 요인이 있다. 예후



가 좋은 경우는 발병이 급성일수록, 발병할 만한 원인적 사건이 있을 때, 발병 전에 직업상이나 성생활면에서나 사회적으로 적응이 잘 이뤄지고 있었을 때, 결혼생활이 잘 영위되고 주위에 살고 있는 사람들과 대이관계가 좋아 감정적으로 따뜻하고 자연스런 유대관계를 맺고 있었을 때, 긴장이나 우울증을 함께 보이는 경우 등이다. 그러나 예후가 나쁜 경우에는 발병 연령이 어릴 때, 감정적인 철회나 무관심한 감정반응을 보일 때, 발병 후 2~3년 후에도 호전이 없을 때, 감정내에 긴장감이 고조되어 있을 때 등이다.

환관형(파과형)과 단순형이 예후가 나쁘고 긴장형이 좋은 편이다.

퇴원 후 약물유지요법을 잘 지키지 않는 환자는 재발하기 쉽다. 재발할수록 인격의 황폐화 위험성이 높아진다. 그러나 지능의 황폐화까지는 오지 않는 것으로 알려져 있다. 만성 정신분열증이라고 해서 치료를 포기해서는 안 된다. 왜냐하면 장기간에 걸쳐 서서히 회복되는 경우도 있기 때문이다.

정신분열증 환자의 최종적인 결과 final outcome는 완전하고 영구적인 회복 full and permanent recovery에서부터 경감상태 remission, 안정된 만성화 및 종말상태로의 황폐화 등 다양하다.

## VII 치료

정신분열증의 치료는 다른 정신장애의 치료에서와 마찬가지로 정신치료와 약물치료 둘로 크게 나눌 수 있다. 그 각각에 대해서는 본서의 제 33, 34 장에서 상세히 다루겠거니와, 본장에서는 정신분열증 치료에서의 독특한 점 몇 가지만 언급하고자 한다.

우선 치료 목표부터 설정해야 한다. 치료는 가능한 가장 신속해야 하고 그러면서도 값이 비싸지 않고 효과적이어야 한다. 바로 그 방법이 근래에는 정신약물요법이 되겠다. 그러나 환자의 인격변화를 목표로 한 여러가

지 정신치료 방법들이 있어 단독으로 혹은 약물치료와 병행해서 사용되고 있다. 환자의 사회복귀와 재발을 방지하기 위한 의사의 노력뿐 아니라 가족과 사회의 도움을 받을 수 있도록 모두 노력하여야 한다(제 4 장 사회와 정신의학 참조).

### 1. 입원치료

진단, 일관성 있는 약물치료, 환자의 자해 및 타인에 대한 난폭행동으로부터의 보호, 기본생활적 욕구(식사, 의복 등)에 대한 제공을 위해 입원이 필요하다. 약물치료는 특히 중요한데, 이로써 입원실내 환경이 안정되었고 또 입원기간도 줄어들었다.

입원함으로써, 약물치료 이외에도 일정한 정신치료, 집단치료, 치료적 공동체와 환경요법, 행동치료, 오락치료, 재활치료 등이 종합적으로 시행될 수 있다(제 33 장 정신치료 부분 참조).

### 2. 개인 정신치료

신경증 환자와는 달리, 정신병 환자의 전이 transference는 현실적으로 상당히 왜곡되어 있거나 환자 자신과 외부세계와의 사이에 분화가 되어 있지 않기 때문에, 근본적으로 치료관계의 형성에 한계가 있어 정통적인 정신분석치료가 어렵다는 것이 일반적인 견해이다.

치료관계의 형성을 위해 우선 치료자와 환자간의 인간관계가 선행되어야 한다. 따라서 어떤 때는 그러한 관계형성을 위해 치료자가 적극적으로 행동한다. 정신분열증 환자와 함께 병실내에서 식사를 한다든지 그냥 환자 곁에 말 없이 앉아 있던지 환자의 생일을 기억해 주기도 하며, 언제든지 전화를 걸어도 좋도록 하여 치료자가 환자를 이해하고 싶고 또 그렇게 하려고 한다는 뜻을 전해 줄 수 있도록 한다. Manfred Bleuler가 지적했듯이 올바른 치료적 태도는 환자를 형제처럼 받아들이는 것이다.



간혹 환자들이 치료자를 화나게 하고 당황하게도 만들며, 치료자로 하여금 희망이 없다고 생각되게 하거나 적절한 치료자가 못된다고 생각하게 하는 등의 역전이 countertransference를 일으키는 수가 있다. 때로는 환자가 치료자를 욕하기도 하고 은근히 유혹할 수도 있으며 그 반대로 난폭한 행동을 보일 수도 있어 치료자로 하여금 환자와 밀접한 치료관계 형성을 곤란하게 만들어 버리는 경우도 있다. 이러한 역전이는 오히려 치료가 잘 이루어질 수 있도록 건설적으로 활용되어야 한다.

일단 치료적인 관계가 형성되면 특별한 기교가 필요치 않다고 주장하는 학자도 있지만 Bleuler는 세가지 중요한 원칙을 제시하고 있다. 즉 건강한 채로 남아 있는 환자의 자아에 계속해서 조용히 호소해 가며 환자 자신의 책임감을 강조해 가야 하고, 둘째 자폐적인 환자에게 갑작스런 해석을 해준다던지 의의로 퇴원을 하게 해서 자폐적인 세계로부터 빠져 나오도록 흔들어 줄 만한 충격을 준다는 것이며, 셋째 원칙은 주어진 상황을 극적으로 이용하여 환자의 관심을 끌어내는 것이다. 이러한 자질은 정신분열증 환자를 성공적으로 치료하는 많은 치료자들의 공통된 점이라고 한다. 이미 오래전부터 강조되어 온 원칙이지만 요즘에도 재강조될 만한 가치가 있다고 생각된다.

3. 집단치료

집단치료는 대인관계에서의 문제점 발견과 그 개선, 특히 실생활에 대한 계획수립에 효과적이다. 그 밖에도 사회적 및 직업상의 역할이라든지 약물복용과 그 부작용 및 병실활동 등에 관한 의논과 교육이 함께 이루어질 수 있게 된다.

4. 가족치료

정신분열증의 치료에 가족의 역할이 매우 중요하다는 것은 이미 잘 알려진 사실이다.

질병 자체가 가정내의 심각한 문제와 대개 동반되어 나타나기 때문이다. 어떤 치료자들은 정신분열증을 환자 한사람의 병만으로 보지 않고 그 가족 전체의 질병으로 보기도 한다. 따라서 환자가 입원중이든 퇴원해서 통원치료중이든 가족이나 그 밖의 중요한 인물들을 적극적으로 치료에 참여시키는 일이 필수적일 수밖에 없다.

5. 약물치료

정신분열증의 치료에 있어서 약물이 실질적인 가치가 대단하다는 것은 여러모로 증명되어 있다. 특히 그 증상을 경감시키는 데에는 결정적인 역할을 하고 있지만 약물요법이 치료의 전부가 될 수는 없다. 지속적 효과와 사회적 적응을 위해서는 정신치료가 필요하다.

의사는 몇가지 항정신병 약물에 대해서 잘 알고 익숙해져 있어야 한다. 지침으로는 우선 치료해야 할 목표증상 target symptoms을 잘 파악하고, 둘째 이전치료에서 효과 있었던 약물을 고려하고, 셋째 적정량을 최소한 4-6주간 투여한 후 효과가 없으면 변경하는 것을 고려해야 하며, 넷째 여러가지 약물을 한꺼번에 투여하는 polypharmacy를 가급적 이면 피하도록 한다. 왜냐하면 각각의 약물에 의한 부작용의 위험으로부터 환자를 보호해야 되겠고, 또한 그 약물들의 상호작용에 의한 잘 알려지지 않은 부작용을 방지해야 하기 때문이다. 다섯째 증세가 회복하더라도 재발방지를 위해 유지요법이 꼭 필요하다(항정신병 약물에 대해서는 제 34장에서 자세히 설명되고 있다).

5이 142강 free 400 500

6. 행동치료

환자들이 보이는 괴이하고 병적인 행동을 감소시키고, 대화를 촉진하며 잘 적응된 정상적인 사회적 행동을 증가시키기 위해서 행동요법이 필요할 수 있다. 그 기술로는 token economy와 사회적 기술훈련 social



skill training 등이 있다. 입원환자, 통원가료 중인 환자 모두에게 매우 유용하며, 특히 환자와 그 가족들간의 부정적인 상호관계의 개선이나 생산적인 방향으로 행동을 교정해 가는 데 있어서는 가장 기대되는 치료방법일 수 있다.

## 7. 기타 치료

전기경련요법 *electroconvulsive therapy (ECT)* 이 있으며 또한 매우 드물게 시행되지만, 신경외과적 수술치치를 하는 정신외과 *psychosurgery* 가 있다. 이들 치료방법에 대해서는 제 34 장에서 다시 소개될 것이다.

## ◇참고문헌◇

- 김경희·민성길(1978) : 「정신분열증의 신체증상에 관한 연구」, 『연세의대논문집』 11 : 135~141
- 김용식·최진숙·이정균(1987) : 「정신분열병의 5년 추적조사」, 『신경정신의학』 26 : 702~715
- 김종주 등(1985) : 「만성정신질환의 현황 및 문제점—정신질환시설 수용자를 대상으로」, 『신경정신의학』 24(부록) : 15~22
- 민성길·오병훈(1990) : Hemispheric asymmetry in visual recognition of Hangeul words in normal subjects, schizophrenic and depressive patients, Presented at the 17th CINP Congress, Kyoto.
- 백인호·이철·김종은(1988) : Platelet MAO in schizophrenics : Relationship to symptomatology and neuroleptics. Biol Psychiatry 23 : 89~93.
- 양병환·박용철·정하승(1989) : 「정신분열병 환자의 혈소판막과 <sup>3</sup>H-Spiperone 결합에 관한 연구」, 『신경정신의학』 28 : 773~780
- 우종인·이종균·김용철·김규태·서유현·박찬웅(1987) : 「정신분열병 환자와 정상인의 혈청 dopamine- $\beta$ -hydroxylase 활성도와 가열불활성화에 관한 연구」, 『서울의대정신의학』 12 : 1~13
- 임동수·김광일(1981) : 「Schneider 의 일급증상에 관한 연구」, 『신경정신의학』 20 : 225~233
- Aldrich CK (1966) : *An introduction to dynamic psychiatry*. McGraw Hill Book Co, New York
- American Psychiatric Association(1987) : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed-revised, Washington DC
- Andreasen NC(1986) : *Schizophrenia. Annual Review Vol 5*. American Psychiatric Press, Washington DC
- Arieti S(1974) : *Interpretation of schizophrenia*. 2nd ed, Basic Books, New York
- Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J (1956) : *Toward theory of schizophrenia*. Behav Sci 1 : 251~264
- Bleuler M(1965) : *Conception of schizophrenia within the last fifty years and today*. Int J Psychiatry 1 : 501
- Chapman J(1966) : *The early symptoms of schizophrenia*. Br J Psychiatry 112 : 225~251
- Davis JM(1975) : *Overview : Maintenance therapy in psychiatry I—Schizophrenia*. Am J Psychiatry 132 : 1237
- Dunham HW(1971) : *Sociocultural studies of schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry 21 : 206~214
- Goldstein K(1946) : *Methodological approach to the study of schizophrenia*. In Language and Thought in Schizophrenia, Kasanin JS ed, University of California Press, Berkeley
- Hoch PH, Polatin P(1949) : *Pseudoneurotic forms of schizophrenia*. Psychiatr Q 23 : 248~276
- Hollingshead AB, Redlich FC(1958) : *Social class and mental illness. A community study*. John Wiley & Sons Inc, New York
- Holzman PS, Kringlen E, Levy DL, Proctor LR



- Haberman SJ, Yasillo NJ(1977) : *Abnormal pursuit eye movements in schizophrenia : Evidence for a genetic indicator.* Arch Gen Psychiatry 34 : 802
- Kallmann FJ(1950) : *The genetics of psychosis.* Am J Hum Genet 2 : 385
- Kety SS, Rosenthal D, Wender PH, Schulsinger F(1971) : *Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics.* Am J Psychiatry 128 : 302
- Mahler MS, Furer M(1960) : *Observations on research regarding the "symbiotic syndrome" of infantile psychosis.* Psychoanal Q 29 : 317
- Schneider K(1957) : *Primare und sekundare Symptome bei Schizophrenie.* Fortschr Neurol Psychiatry 25 : 487
- Searles HF(1967) : *The schizophrenic individual's experience of his world.* Psychiatry 30 : 119~131
- Sullivan HS(1953) : *The interpersonal theory of psychiatry.* WW Norton, New York
- Szasz TS(1957) : *The problem of psychiatric nosology.* Am J Psychiatry 114 : 405~413
- Tsuang MT, Winokur G(1974) : *Criteria for subtyping schizophrenia.* Arch Gen Psychiatry 31 : 43~47
- Wise CD, Stein L(1973) : *Dopamine-hydroxylase deficits in the brains of schizophrenic patients.* Science 181 : 344~347
- Zilboorg G, Henry GW(1941) : *A history of medical psychology.* WW Norton, New York