

지역사회 정신보건시설 내 환자의 정신병리 증상과 병식에 관한 연구

안 호 자¹⁾ · 김 현 미²⁾

서 론

연구의 필요성

정신분열병은 정신질환의 대표적 질환이라 할 수 있으며, 정신분열병 환자는 정신과 입원 환자와 지역사회 정신보건시설 이용자의 50% 이상을 차지하고 있다(Cho et al., 2003; Suh et al., 2005). 이들은 인지, 정서, 행동, 지각 등 다양한 영역에서 장애를 경험할 뿐만 아니라 다른 정신질환에 비해 병식의 결여가 가장 흔하고 심한 특징을 가지고 있다(Weiler, Fleisher, & McArthur, 2000). 병식이 결여된 환자들은 자신의 질병 과정과 관련된 특이한 경험들을 병의 증상으로 인정하지 않기 때문에 치료에 비순응적으로 되어 약물치료를 거부하는 경향이 있고, 이로 인해 1년 이내에 재입원하는 비율이 약 60~70%에 이른다(Droulout, Liraud, & Verdoux, 2003). 병의 재발과 재입원의 반복은 정신분열병의 만성화를 초래하게 되며, 이러한 과정은 환자들이 지역사회에 적응하는 것을 더욱 어렵게 만든다.

정신분열병 환자의 정신병리 증상과 병식에 대한 선행 연구들을 살펴보면, Carroll 등(1999)과 Weiler 등(2000), Yen 등(2001)은 정신분열병의 대표적인 병리 증상으로는 양성 증상과 음성 증상이 있는데 망상과 환각 같은 양성 증상에 대한 환자의 신념이 강하면 병식을 획득하는 것이 더 어렵다고 하였다. 그러나 일단 병식을 갖게 되면 망상과 환각에 대한 조절 능력이 생겨 양성증상이 호전될 수 있다고 보고하였다. 따라서 병식 획득은 정신분열병 환자의 치료 효과를 결정하는

데 중요한 요인이 된다고 볼 수 있다.

한편 Cho 등(2003)은 지역사회에 거주하고 있는 만성정신질환자의 요구도 조사에서 대부분의 정신분열병 환자들은 자기관리 능력, 대인관계 유지 능력, 일상생활 대처 능력이 저하되어 있고, 사회·환경적인 스트레스에 대처하는 기술이 결여되어 있으며 무직 상태로 정부의 지원을 받거나 고령의 부모에게 의존하고 있는 실정이라고 보고하였다. 또한 치료 요구도가 높은 대상자들이 요구도가 낮은 대상자들에 비해 수입 요구, 사회적 관계 요구, 신체적 건강 요구, 일상생활 기술 요구 등이 유의하게 높았고, 병식이 있는 환자들이 없는 환자들에 비해 더욱 적극적으로 사회에 적응하고자 한다고 보고하였다. 따라서 정신분열병의 재발을 방지하고 환자들이 치료에 잘 순응하게 하여 지역사회에서 자신의 기능 수준에서 효과적으로 적응할 수 있도록 하기 위해서는 자신의 정신병리 증상에 대한 병식을 획득하도록 도와주는 것이 필요하다.

우리나라의 경우 1995년에 정신보건법이 제정되면서 지역사회에 거주하고 있는 정신질환자 관리에 대한 법적 근거가 마련되었고, 그때까지 정신병원이나 요양원에 장기간 수용되어 왔던 만성정신질환자들이 지역사회로 복귀하여 지역주민으로 생활하면서 재활 치료를 받을 수 있게 되었다. 1999년부터는 지역사회 정신보건사업이 본격화되어 국가의 지원을 받아 정신질환자가 지역사회에서 적응할 수 있도록 돕는 시설들이 생겨나기 시작했다. 그리하여 2005년 말 현재 기초 자치단체의 53%가 정신보건센터를 설치하였고, 그 중 75.2%가 주간 재활 프로그램을 운영하고 있고 지역사회 정신보건기관에서 등록·관리하고 있는 정신질환자는 총 49,371명으로 추정되고

주요어 : 지역사회 정신보건시설, 정신병리, 병식

1) 서대구 대동병원 간호사, 대구산업정보대학 간호학 교수, 2) 대구한의대학교 간호학과 교수(교신저자 E-mail: hyunmi@dhu.ac.kr)

투고일: 2006년 11월 10일 심사완료일: 2006년 12월 5일

있다(Korean Association for Psychosocial Rehabilitation, 2006).

정신보건센터나 사회복지시설을 이용하는 대상자들의 수가 증가하면서 이러한 시설에서 제공되고 있는 주간치료 서비스의 효과에 대한 연구들이 이루어졌는데, 일례로 Lee 등(1998)은 주간치료를 받는 대상자들은 외래로 통원 치료하는 환자들에 비해 재입원 기간이 짧고 사회적 적응도가 높으며 삶의 질이 더 향상되었다고 보고하였다. 지역사회 정신보건시설을 이용하는 대상자들이 이러한 치료 효과를 지속할 수 있도록 하기 위해서는 이들 기관에서 대상자 중심의 지속적이고 포괄적인 정신사회 재활 프로그램을 개발하는 것이 필요하다. 그리고 이러한 프로그램을 개발하기 위해서는, 먼저 대상자들의 정신병리 증상과 병식 정도에 대한 정확한 이해가 선행되어야 한다고 생각된다.

따라서 연구자들은 지역사회 정신보건시설을 이용하고 있는 정신분열병 환자의 정신병리 증상과 병식 실태를 조사하여 대상자들에 대한 정확한 이해를 높임으로써 향후 이들 기관에서 대상자 중심의 정신사회 재활 프로그램을 개발할 때 필요한 기초 자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

연구 목적

본 연구의 목적은 대구시내에 소재한 5개 정신보건시설을 이용하는 정신분열병 환자의 정신병리 증상과 병식 실태를 파악하고, 그 관계를 조사하기 위한 것으로서, 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 지역사회 정신보건시설을 이용하는 정신분열병 환자의 정신병리 증상 정도를 파악한다.
- 지역사회 정신보건시설을 이용하는 정신분열병 환자의 병식 정도를 파악한다.
- 지역사회 정신보건시설을 이용하는 정신분열병 환자의 일반적인 특성에 따른 정신병리 증상과 병식 정도의 차이를 알아본다.
- 지역사회 정신보건시설을 이용하는 정신분열병 환자의 정신병리 증상과 병식 정도 간의 상관관계를 파악한다.

용어 정의

● 정신병리 증상

정신분열병 환자들이 경험하는 병적인 증상으로서, 양성증상과 음성증상, 일반 정신병리 증상으로 구성된다. 양성증상은 망상, 환각, 흥분, 과대성, 적개심 등이며, 음성증상은 둔마된 정서, 감정적 위축, 언어의 빈곤, 상동적 사고 등을 말하고, 기타 불안, 죄책감, 긴장, 운동지체, 지남력 및 주의력 장애, 판단과 병식의 결여 등은 일반 정신병리 증상을 의미한다

(Kay, Fiszbein, & Opler, 1987). 본 연구에서는 Kay 등(1987)가 개발한 양성·음성 증후군 척도(Positive and Negative Syndrome Scale : PANSS)를 Lee 등(2001)이 번역한 도구로 측정된 점수를 말한다.

● 병 식

현재 자신이 병에 걸려 있다는 것을 깨닫고, 병에 따른 사회적 결과와 치료의 필요성을 이해하는 것이다(Greenfeld, Strauss, Bowers, & Mandelkern, 1989). 본 연구에서는 Amador 등(1993)이 고안한 병식평가척도(Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder : SUMD)를 Park과 Song(1997)이 번역한 도구로 측정된 점수를 말한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 지역사회 정신보건시설을 이용하는 정신분열병 환자의 정신병리 증상과 병식 실태를 파악하고, 그 상관관계를 조사하기 위한 서술적 조사연구이다.

연구 대상

연구 대상자는 D시에 소재한 1개 정신보건센터와 4개 사회복지시설에 등록하여 관리를 받고 있는 회원 114명으로서, 다음과 같은 기준에 의해 선정하였다.

- 정신과 의사에 의해 정신분열병으로 진단 받은 자
- 시설을 이용한 지 1년 미만인 자

자료수집방법

자료 수집은 연구의 목적을 설명하고 해당 기관과 대상자의 동의를 얻어 이루어졌다. SUMD는 지역사회 정신보건시설에 근무하는 정신보건간호사에게 측정 방법을 교육한 후 직접 측정하게 하였고, PANSS는 임상심리사가 평가한 자료를 그대로 분석에 활용하였다.

연구기간은 2002년 8월 1일부터 2004년 7월 30일까지 약 2년간이었다.

연구 도구

- 양성·음성 증후군 척도 (Positive and Negative Syndrome Scale : PANSS)
Kay 등(1987)이 개발한 양성·음성증후군 척도를 Lee 등

(2001)이 번역한 도구로, 전체 30개의 문항으로 구성되어 있다. 그 중 양성 증상(positive symptom) 척도가 7개 문항, 음성 증상(negative symptom) 척도가 7개 문항, 일반 정신병리(general symptom) 척도가 16 문항이며, 각 문항과 관련하여 “증상이 없음”인 경우에는 1점에서부터 “증상이 최고로 심함”인 경우에는 7점까지 주도록 되어 있다. 점수가 높을수록 증상이 심함을 의미한다. 개발 당시 Cronbach α 로 검정한 신뢰도 계수는 양성척도가 .89, 음성척도가 .82, 일반 정신병리 척도가 .77이었고, 본 연구에서의 신뢰도는 양성척도 .90, 음성척도 .97, 일반 정신병리 척도 .83이었다.

● 병식 평가 척도(Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder: SUMD)

Amador 등(1993)이 개발하고 Park과 Song(1997)이 번역한 척도로, 환자와의 면담을 통해 병식 획득 정도를 측정하는 것이다. 총 9문항으로 된 척도이며, 정신질환에 대한 인식 1문항, 약물효과에 대한 인식 1문항, 정신질환의 사회적 결과에 대한 인식 1문항, 양성증상에 대한 인식 3문항, 음성증상에 대한 인식 3문항으로 구성되어 있다. 각 문항에 대해 “증상이 없음”인 경우에는 0점, “증상을 알아차림”인 경우에는 1점, “어느 정도 알아차림”인 경우에는 2점, “심하게 알아차리지 못함”일 때는 3점을 주도록 되어 있으며, 점수가 높을수록 병식이 낫다는 것을 의미한다. 개발 당시 이 척도의 신뢰도는 Cronbach $\alpha = .94$ 이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach $\alpha = .84$ 이었다.

자료수집

연구의 목적을 설명하고 해당 기관의 동의를 얻은 뒤, PANSS는 정신보건시설에 근무하는 정신보건간호사에게 측정 방법을 교육한 후 측정하게 하였고, SUMD는 임상심리사가 평가한 자료를 그대로 분석에 활용하였다.

자료분석방법

수집된 자료는 SPSS/WIN 11.5 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.
- 대상자의 정신병리 증상과 병식 정도는 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 정신병리 증상과 병식 정도의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하고, Duncan test로 사후검정을 하였다.
- 정신병리 증상과 병식 간의 상관관계는 Pearson Correlation

Coefficient로 분석하였다.

연구 결과

대상자의 일반적 특성

성별은 남자가 70.2%로 여자에 비해 더 많았고, 연령 별 분포에서는 20-29세가 36.8%, 30-39세가 43.0%, 40세 이상이 20.2%이었다. 결혼 상태는 미혼인 경우가 86%로 대부분을 차지하였고, 교육 정도는 고등학교 졸업이 54.4%, 대학 졸업이 36.0%이었다. 발병 연령은 20-29세가 70.2%로 가장 많았고, 그 다음이 19세 이전 15.8%, 30세 이상14.0%의 순이었다. 유병 기간은 3년 미만인 경우가 24.6%, 3-5년이 14.9%, 6-9년인 경우가 22.8%, 그리고 10년 이상인 경우가 37.7%이었다. 병원 입원횟수는 1회가 25.4%, 2회와 3회 입원이 각각 18.4%이었으며, 4회가 13.2%, 5회 이상이 24.6%로 나타났다<Table 1>.

<Table 1> The general characteristics of the subject (N=114)

Characteristics	Category	N	%
Sex	Male	80	70.2
	Female	34	29.8
Age(yrs)	20-29	42	36.8
	30-39	49	43.0
	Above 40	23	20.2
Marital status	Married	6	5.3
	Unmarried	98	86.0
	Divorced, widowed	10	8.7
Education	Below middle school	11	9.6
	High school	62	54.4
	College and university	41	36.0
Age of onset (yrs)	10-19	18	15.8
	20-29	80	70.2
	Above 30	16	14.0
Duration of illness (yrs)	Below 3	28	24.6
	3-5	17	14.9
	6-9	26	22.8
	Above 10	43	37.7
Numbers of hospitalizations	1	29	25.4
	2	21	18.4
	3	21	18.4
	4	15	13.2
	Above 5	28	24.6

대상자의 정신병리 증상과 병식 정도

정신병리 증상 중 양성증상은 평균 12.64±3.80점, 음성증상은 평균 32.00±5.36점, 일반 정신병리 증상은 평균 30.50±6.24점이었다. 병식 평가에서는 평균 점수가 11.81±5.09점으로 나타났다<Table 2>.

<Table 2> The mean score of PANSS and SUMD (N=114)

Variables		Mean	SD
PANSS	Positive symptom	12.64	3.80
	Negative symptom	32.00	5.36
	General symptom	30.50	6.24
SUMD		11.81	5.09

일반적인 특성에 따른 정신병리 증상과 병식 정도의 차이

일반적인 특성에 따른 정신병리 증상 정도와 병식 정도의 차이를 분석한 결과, 발병 연령에 따라 정신병리 증상 중 음성증상에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 사후 검증을 위하여 Duncan 방법으로 분석한 결과, 10-19세에 발병한 대상자가 20-29세나 30세 이후에 발병한 대상자에 비해 유의하게 높은 점수를 보였다. 그 외, 다른 특성과 관련해서는 모두 유의한 관계가 없는 것으로 나타났다<Table 3, Table 4>.

정신병리 증상과 병식 간의 상관관계

정신병리 증상의 양성 증상과 일반 정신병리 증상($r=.572$, $p=.000$), 음성 증상과 일반 정신병리 증상($r=.262$, $p=.029$) 간에는 유의한 정적 상관관계가 있었다. 그러나 병식과 정신병리

<Table 4> SUMD according to general characteristics (N=114)

Characteristics	Category	SUMD		
		M±SD	t or F	p
Sex	Male	11.45±5.27	-.107	.289
	Female	12.58±4.67		
Age (yrs)	20-29	11.71±5.53	.020	.980
	30-39	11.92±5.31		
	Above 40	11.74±3.85		
Marital status	Married	11.00±2.96	.097	.908
	Unmarried	11.92±5.26		
	Divorced, Widowed	11.85±5.00		
Education	Below middle School	13.45±3.42	.942	.393
	High School	12.03±4.93		
	College and university	11.18±5.63		
Age of onset (yrs)	10-19	13.39±3.68	1.032	.360
	20-29	11.50±5.16		
	Above 30	11.56±6.04		
Duration of illness (yrs)	Below 3	11.57±6.62	.659	.579
	3-5	11.35±5.35		
	6-9	11.08±4.48		
	Above 10	12.73±4.23		
Numbers of hospitalization	1	12.10±5.66	.632	.641
	2	11.71±5.61		
	3	12.29±4.36		
	4	10.07±5.26		
	Above 5	12.50±4.25		

<Table 3> PANSS according to general characteristics (N=114)

Characteristics	Category	Positive symptom			Negative symptom			General symptom			
		M±SD	t or F	p	M±SD	t or F	p	Duncan	M±SD	t or F	p
Sex	Male	12.39±3.56	-1.059	.656	15.25±5.31	.373	.711		30.31±6.27	-.493	.624
	Female	13.50±4.49			14.72±4.91				31.17±6.45		
Age(yrs)	20-29	12.93±4.07	.130	.879	15.39±5.19	.024	.976		30.82±6.01	.061	.940
	30-39	12.47±3.82			15.44±5.90				30.31±6.37		
	Above 40	12.40±3.27			15.00±5.77				30.20±7.05		
Marital status	Married	14.37±3.46	1.046	.375	15.60±5.03	1.646	.762		29.80±6.38	.879	.573
	Unmarried	12.33±3.71			15.36±5.64				30.39±6.19		
	Divorced, widowed	14.12±4.09			15.62±5.71				30.24±6.05		
Education	Below middle school	15.00±6.08	1.523	.226	19.00±6.81	2.787	.069		33.57±6.29	.942	.395
	High School	12.34±3.21			15.66±5.64				30.20±6.28		
	College and university	12.45±3.90			13.64±4.34				30.09±6.16		
Age of onset (yrs)	10-19	12.00±5.33	.534	.589	20.70±7.27	6.297	.003**	A	31.30±7.39	.225	.799
	20-29	12.94±3.67			14.44±4.75				30.18±6.08		
	Above 30	11.80±2.74			14.60±4.60				31.30±6.36		
Duration of illness(yrs)	Below 3	12.11±3.14	.397	.756	13.78±4.05	.729	.539		29.11±5.53	.929	.432
	3-5	11.75±4.43			14.75±3.50				29.63±3.66		
	6-9	13.12±4.66			16.06±6.18				32.47±7.24		
	Above 10	12.96±3.62			16.04±6.48				30.19±6.59		
Numbers of hospitalization	1	12.37±3.22	.393	.813	15.84±6.05	.219	.927		29.84±6.19	.472	.756
	2	12.50±4.14			15.00±6.73				29.40±7.25		
	3	12.09±3.99			14.82±4.90				29.82±5.06		
	4	14.00±3.97			16.40±5.17				32.20±4.39		
	Above 5	12.79±4.21			14.68±5.40				31.58±7.37		

**p<.01

증상의 하위 척도 간에는 유의한 상관관계가 없었다<Table 5>.

<Table 5> Correlations between PANSS and SUMD
(N=114)

Variables	Positive symptom	Negative symptom	General symptom
Negative symptom	.121 (.320)		
General symptom	.572** (.000)	.262* (.029)	
SUMD	.167 (.166)	.203 (.092)	.160 (.186)

논 의

우리나라의 지역사회 정신보건 관련 사업은 선진국에 비해 40~50년 정도 늦기는 했지만, 1995년 정신보건법 제정을 시초로 하여 1999년부터 본격화 되어서 현재까지 빠른 변화를 보여 왔다. 2005년 현재 234개의 시·군·구 중 기본형과 모델형을 합쳐 정신보건센터를 운영하고 있는 곳은 총 219개로, 이 중 159개소에서 주간재활 프로그램을 실시하고 있다. 그 외 사회복지시설 81개소와 낮 병원 77개소에서도 주간재활 프로그램을 운영하고 있으며, 이러한 시설을 이용하는 대상자 수가 일 평균 6천명 이상인 것으로 보고되고 있다(Suh et al., 2005).

보건복지부는 2010년까지 시·군·구별로 정신보건센터를 하나씩 설립하여 234개 이상으로 확대하고 인력과 예산 지원도 대폭 늘릴 예정이라고 발표한 바 있다. 이렇게 될 경우, 지역사회 정신보건시설의 역할이 더욱 확대되면서 이들 시설 내에서의 정신장애인 관리에 더 큰 비중이 실리게 될 것이다. 그러므로 지역사회 정신보건시설들은 등록된 정신장애인들에게 지속적이고 포괄적인 서비스를 제공하여 대상자들의 삶의 질을 증진시킬 수 있도록 하기 위해 전문 인력을 확보하고 보다 질적인 정신사회 재활프로그램을 개발할 필요가 있다. 정신사회 재활프로그램은 정신장애인들이 지역사회에 오래 머물 수 있도록 항정신병 약물에 대한 이해를 높이고 지역사회에 잘 적응하도록 돕는 소비자 중심의 프로그램이 되어야 하며, 이를 위해서는 대상자에 대한 정확한 이해와 파악이 우선 되어야 한다. 대상자에 대한 이해는 대상자의 정신병리 증상에 대한 이해를 포함해야 하고, 그 증상에 대한 치료 효과를 높이기 위해서는 대상자들이 병식을 획득할 수 있도록 하는 접근이 필요하다.

이러한 맥락에서 본 연구는 지역사회 정신보건시설에 등록되어 주간재활 프로그램을 받고 있는 정신분열병 환자들을 대상으로 정신병리 증상과 병식 정도를 파악하여 대상자들에 대한 정확한 이해를 높임으로써 향후 이들 기관에서 보다 포

괄적이고 질적인 정신사회 재활 프로그램을 개발할 때 필요한 기초 자료를 제공하고자 시도되었다.

본 연구의 대상자들 중 남자가 70%이상이고, 연령별로는 20대에서 40대 사이가 약 80%이상이었으며, 대부분이 미혼이었다. 이는 2005년도 보건복지부 보고에서 지역사회 정신보건 시설에서 재활프로그램을 받고 있는 대상자의 대부분은 정신분열병으로 진단받은 환자들이며, 남자이고, 40대이며, 미혼이라고 기술한 것과 비슷한 결과이다. 정신분열병이 30대 이전에 발병한 경우가 70% 이상이었으며, 유병 기간이 3년 이상인 경우가 약 75%였으며, 이중 10년 이상인 대상자도 38%나 되었다. 또한 1회 이상 입원한 경험이 있는 대상자가 약 75%를 차지하였는데, 이는 지역사회 정신보건시설이 만성질환자 관리의 중심 장소임을 뒷받침 하는 결과라고 볼 수 있다.

본 연구의 대상자들의 정신병리 증상 중 양성증상은 평균 12.64점, 음성증상은 평균 32.00점, 일반 정신병리 증상은 평균 30.50점으로 나타났는데, 동일한 배점 상에서 양성증상 보다 음성증상의 점수가 높아 상대적으로 음성증상이 심함을 알 수 있었다. Kim, Seol, Paik과 Kim(2004)의 연구에서는 입원환자를 대상으로 정신병리 검사를 실시한 결과 양성증상이 19.16점, 음성증상이 21.76점, 일반 정신병리가 39.18점으로 나타났다. 이를 본 연구결과와 비교했을 때 양성증상과 일반적인 정신병리 증상은 입원환자가 심하고 음성증상은 지역사회 거주 환자가 더 심함을 알 수 있다. 이는 음성증상은 양성증상 보다도 약물에 잘 반응하지 않으며 만성적이고 인지적인 손상이 심해 병원 중심의 치료보다는 지역사회 중심의 정신사회 재활치료를 통해 효과적인 접근이 가능하다는 Nakano, Terao, Iwata, Hasako와 Nakamura(2004)과 Smith 등(2004)의 견해를 다시 한 번 돌아보게 하는 연구결과이다. 음성증상은 장기간 동안 언어적 빈곤, 둔마된 정서, 무쾌감증 등(Kay et al., 1987)으로 사회적 지지체계의 결여와 정신장애인이라는 낙인에 대항하여 대상자 나름대로 살아남기 위한 적응반응 중 하나로 볼 수 있으며, 이는 항정신병 약물에 대한 효과가 적고 심한 인지적인 손상을 초래(Armdt, Andreasen, Flaum, Miller, & Nopoulos, 1995)하므로 지역사회 재활 프로그램을 통한 지속적인 관리가 필요하다고 언급하였다. 따라서 지역사회 정신보건시설에서는 만성 정신분열병 환자의 음성 증상을 효율적으로 관리할 수 있는 프로그램을 개발하여 운영할 필요가 있다.

병식 평가에서는 평균 점수가 11.81점으로, Kim 등(2004)이 입원환자를 대상으로 한 연구결과에서 보고한 병식평가 점수인 16.08점 보다 낮아 지역사회에 거주하고 있는 대상자들이 입원환자에 비해 자신의 병에 대한 인식이 높음을 알 수 있었다. Baier와 Murray(1999), Lysaker, Bryson과 Bell(2002)은 병식이 있는 대상자들이 병식이 없는 대상자들에 비해 직업

재활을 포함한 재활 프로그램에 더 적극적으로 참여한다고 하였으며, Droulout 등(2003)은 병식이 결여된 환자는 자신이 정신질환을 가지고 있다는 인식의 결여로 인해 약물치료에 순응하지 않아 재발과 재입원을 반복하게 됨을 강조한 점을 볼 때 병식의 중요성은 결코 간과할 수 없는 것이라 할 수 있다.

대상자의 일반적인 특성에 따른 정신병리 증상 정도와 병식 정도의 차이를 분석한 결과에서는 발병 연령에 따라 정신병리 증상 중 음성증상에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 그러나 집단의 크기가 같지 않아 타당한 결과로 보기는 어렵다고 판단된다. 그 밖의 다른 특성과 관련해서는 정신병리 증상과 병식 정도에 모두 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다는데, 이는 정신분열병 환자를 대상으로 한 Schwartz (1998)의 연구에서 일반적 특성과 정신병리적 증상, 병식 간에는 유의한 상관관계가 없는 것으로 보고한 것과 유사한 결과이다.

본 연구에서는 정신병리 중 양성 증상과 일반 정신병리 증상($r=.572, p=.000$), 음성 증상과 일반 정신병리 증상($r=.262, p=.029$) 간에 유의한 정적 상관관계가 있었다. 이는 일반적인 정신병리 증상에는 불안, 우울, 신체적 관심, 인지 및 행동 장애 등이 포함되는데, 대개 양성 증상은 이 중에서 불안, 우울, 행동장애 등과 관련이 있으며, 음성증상은 우울, 인지장애, 신체적 관심 등과 밀접한 관련이 있는 것으로 보고 되고(Korean Neuropsychiatric Association, 2005) 있는 것과 유사한 결과이다. 한편, 양성 증상과 음성 증상 간에는 유의한 상관관계가 나타나지 않았는데, 이는 일반적으로 양성 증상과 음성 증상은 정신분열병 환자에게 가장 흔한 증상으로서 상호배타적으로 공존하고 있다는 Carpenter와 Buchanan(1989)의 주장을 뒷받침하는 것이다. 양성 증상은 음성 증상 보다 항정신병 약물에 잘 반응하고 덜 고정적이지만, 음성 증상은 퇴원 이후에도 장기간에 걸쳐 서서히 호전을 보이며 지속적으로 나타나므로 지역사회에 거주하고 있는 정신분열병 환자들을 관리할 때는 음성 증상과 일반적인 정신병리 간의 상관성을 고려할 필요가 있다(Arndt et al., 1995).

한편, 병식과 정신병리 증상의 하위 척도 간에는 유의한 상관관계가 나타나지 않았다. 그러나 선행연구에서 Weiler 등(2000)과 Yen 등(2001)은 정신병리 증상 중 양성 증상이 뚜렷할수록 병식을 갖기가 어렵다고 하였고, Mintz, Dobson과 Romney(2003)는 정신병리 증상이 강할수록 병식이 낮다고 보고하였다. 그러나 An(2006)은 정신병리 증상과 병식의 상관관계에 대해서는 상충된 의견이 많고 분명한 일치를 보이지 않고 있음을 언급하면서 정신병리 증상이 호전된다고 해서 병식을 획득하는 것은 아니지만 병식을 획득하게 되면 정신병리 증상이 호전되는 경향이 있다고 하였다. 따라서 정신병리

증상과 병식 정도 간의 관계에 대해서는 앞으로 더 연구가 이루어져야 하며, 단순히 이들 간의 상관관계를 분석하기 보다는 병식 지향 프로그램을 적용한 후 병식 획득이 정신병리 증상의 호전과 관련이 있는지에 대한 적극적인 연구를 하는 것이 더 의미 있으리라고 본다.

결론 및 제언

본 연구는 지역사회 정신보건시설을 이용하고 있는 정신분열병 환자의 정신병리 증상과 병식 정도를 파악하고, 그 관계를 조사한 서술적 조사연구이다. 연구 대상자는 정신분열병으로 진단받고 2002년 8월 1일부터 2004년 7월 30일까지 대구시에 소재한 1개 정신보건센터와 4개 사회복지시설에 등록되어 관리를 받고 있는 환자 114명으로서, 이러한 시설을 이용한 기간이 1년 미만인 사람들이었다. 연구도구로는 Kay 등(1987)이 개발한 양성·음성증후군 척도(PANSS)를 Lee 등(2001)이 번역한 것과, Amador 등(1993)이 개발한 병식 평가 척도(SUMD)를 Park과 Song(1998)이 번역한 것을 사용하였다.

자료 수집은, 연구의 목적을 설명하고 해당 기관의 동의를 얻어 이루어졌으며, PANSS는 정신보건시설에 근무하는 정신보건간호사에게 측정 방법을 교육한 후 측정하게 하였고, SUMD는 임상심리사가 평가한 자료를 그대로 분석에 활용하였다.

수집된 자료는 SPSS/WIN 11.5 프로그램을 이용하여 일반적 특성은 실수와 백분율로 산출하였고, 대상자의 정신병리 증상과 병식 정도는 평균과 표준편차로 분석하였으며, 대상자의 일반적 특성에 따른 정신병리 증상과 병식 정도의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하고, Duncan test로 사후검정을 하였다. 그리고 정신병리 증상과 병식 간의 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 정신병리 증상 중 양성증상은 평균 12.64±3.80점, 음성증상은 평균 32.00±5.36점, 일반 정신병리 증상은 평균 30.50±6.24점이었다. 병식 평가에서의 평균 점수는 11.81±5.09점이었다.
- 대상자의 일반적인 특성에 따른 정신병리 증상 정도와 병식 정도의 차이를 분석한 결과, 발병 연령에 따라 정신병리 증상 중 음성증상에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F=6.297, p=.003$). 사후 검정을 위하여 Duncan 방법으로 분석한 결과, 10-19세에 발병한 대상자가 20-29세나 30세 이후에 발병한 대상자에 비해 유의하게 높은 점수를 보였다. 그 외, 다른 특성과 관련해서는 모두 유의한 관계가 없는 것으로 나타났다.
- 대상자의 정신병리 증상 중 양성 증상과 일반 정신병리 증

상($r=.572, p=.000$), 음성 증상과 일반 정신병리 증상($r=.262, p=.029$) 간에는 유의한 정적 상관관계가 있었다. 그러나 병식과 정신병리 증상의 하위 척도 간에는 유의한 상관관계가 없었다.

이상의 결과를 통해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

- 지역사회 정신보건시설을 이용하는 정신분열병 환자들은 병원에 입원한 환자들에 비해 음성 증상을 많이 가지고 있으므로, 이러한 증상을 지속적으로 관리하여 대상자들의 사회적 적응을 도와줄 수 있는 재활 프로그램이 필요하다.
- 정신병리 증상과 병식 정도 간의 관계에 대한 추후 연구가 필요하며, 단순히 이들 간의 상관관계를 분석하기 보다는 병식 지향 프로그램을 적용한 후 병식 획득이 정신병리 증상의 호전과 관련이 있는가를 분석할 필요가 있다.

References

- An, H. J. (2006). *The Effects of Insight-oriented Nursing Program on the Development of Insight, Positive and Negative syndromes and Depression in Schizophrenic Patients*. Unpublished doctoral dissertation, The Kyungpook National University, Daegu.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*, 150(6), 873-879.
- Arndt, S., Andreasen, N. S., Flaum, M., Miller, D., & Nopoulos, P. (1995). A longitudinal study of symptom dimensions in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 352-360.
- Baier, M., & Murray, R. L. (1999). A descriptive study of insight into illness reported by persons with schizophrenia. *J Psychotic Nurs Ment Health Serv*, 37(1), 14-21.
- Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I., Owens, D. G., & Johnstone, E. C. (1999). Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res*, 35(3), 247-253.
- Cho, S. J., Kim, Y. I., Cho, M. J., Suh, T. W., Park, K. S., Bae, J. N., Shin, C. J., Chi, K. W., Hahm, B. J., & Chung, I. W. (2003). Need Assessment of the Chronic Mentally Ill with Low Income Living in the Community. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 42(6), 771-781.
- Droulout, T., Liraud, F., & Verdoux, H. (2003). Relationships between insight and Medication adherence in subjects with psychosis. *Encephale*, 29(5), 430-437.
- Greenfeld, D., Strauss, J. S., Bowers, M. B., & Mandelkern, M. (1989). Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr Bull*, 15(2), 245-252.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale(PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13, 261-275.
- Kim, C. H., Jayathilake, K., & Meltzer, H. Y. (2003). Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res*, 60(1), 71-80.
- Korean Association for Psychosocial Rehabilitation (2006). The achievement and prospect of Korean mental rehabilitation programs. *Data selection of autumnal Scholarship Symposium*.
- Korean Neuropsychiatric Association (2005). Textbook of neuropsychiatry. Seoul: JMC.
- Lee, J. S., Lee, P. S., Yang, K. S., & Kim, H. J. (1998). Effect of Community Mental Health Rehabilitation Program on the Quality of Life of Chronic Mental Illness Patients. *J Korea Acad Psych Mental Health Nurs*, 6(2), 161-169.
- Lee, J. S., Ahn, Y. M., Shin, H. K., An, S. K., Joo, Y. H., Kim, S. H., Yoon, D. J., Jho, K. H., Koo, Y. J., Lee, J. Y., Cho, I. H., Park, Y. H., Kim, K. S., & Kim, Y. S. (2001). Reliability and Validity of the Korean version of the Positive and Negative Syndrome Scale. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 40(6), 1090-1105.
- Lysaker, P. H., Bryson, G. J., & Bell, M. D. (2002). Insight and work performance in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 190(3), 142-146.
- Mintz, A., Dobson, K., & Romney, D. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*, 61(1), 75-88.
- Nakano, H., Terao, T., Iwata, N., Hasako, R., & Nakamura, J. (2004). Symptomatological and cognitive predictors of insight in chronic schizophrenia. *Psychiatry Res*, 127(1), 65-72.
- Park, J. D., & Song, J. Y. (1997). Personality Characteristics and Insight Acquisition in Schizophrenia. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 36(5), 804-811.
- Schwartz, R. C. (1998). Insight and illness in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 39(5), 249-54.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Huppert, J. D., Silverstein, S. M., Anthony, D. T., & McClough, J. F. (2004). Insight and recovery from psychosis in chronic schizophrenia and schizoaffective disorder patients. *J Psychiatr Res*, 38(2), 169-176.
- Suh, T. W., Cho, M. J., Kim, Y. H., Kim, J. H., Gwak, Y. S., Kim, G. G., Mun, Y. H., Bae, A., Yang, S., Cho, H. S., Lee, S. Y., Lee, J. Y., & Kim, D. H. (2005). 2005' Central mental health care-supporting organization. *Ministry of Health and Welfare*.
- Weiler, M. A., Fleisher, M. H., & McArthur, C. D. (2000). Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders. *Schizophr Res*, 45(1-2), 29-36.
- Yen, C. F., Yeh, M. L., Chen, C. S., & Chung, H. H. (2001). Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Compr Psychiatry*, 43(6), 443-447.

A Study on the Pathological Syndromes and the Insights of the Patients in the Community Mental Health Centers

An, Hyo Ja¹⁾ · Kim, Hyeon Mi²⁾

1) Nurse, SeoDaegu Daedong Hospital, Adjunct Professor, Daegu Polytechnic College

2) Professor, Department of Nursing, Daegu Haany University

Purpose: This study is a descriptive research in which the pathological syndromes of the schizophrenic patients in the community mental health centers, the degrees of the insights, and the correlations between them were examined. **Method:** The subjects included 114 SPR pt. people who were enrolled in community mental health centers located in D City. The research was conducted during the period from Aug. 1st, 2002 to Jul. 30th, 2004. The instruments were PANSS developed by Kay(1987) and SUMD developed by Amador(1993). **Results:** Among the pathological syndromes, positives ones were 12.64 ± 3.80 on the average, negative ones were 32.00 ± 5.36 , and general pathological syndromes were 30.50 ± 6.24 . In the evaluation of the insights, the mean score was 11.81 ± 5.09 . There were some significant correlations between positive syndromes and general pathological ones ($r=.572$, $p=.000$), and negative syndromes and general pathological ones ($r=.262$, $p=.029$), while there was no significant correlation between the insights and the sub-measures of general pathological syndromes. **Conclusion:** Therefore, the schizophrenic patients taking advantage of the community mental health centers have more negative syndromes than those in hospitalized, and rehabilitation programs are needed to help them continuously. And the further study of the correlations between the pathological syndromes and the degrees of the insights are required, and still, it should be analyzed what effects the insight acquirement brings about to the improvements of the pathological syndromes after the application of the insight-oriented programs.

Key words : Community Mental Health Centers, Pathological Syndromes, Insights

• Address reprint requests to : Kim, Hyeon Mi

Department of Nursing, Daegu Haany University

165, Sang-dong, Suseon-gu, Daegu 706-060, Korea

Tel: 82-53-770-2281 Fax: 82-53-770-2286 E-mail: hyunmi@dhu.ac.kr