

외상 후 스트레스 장애 동반 여부에 따른 정신분열병 환자의 임상증상과 치료효과의 비교 : 1년간의 전향적 추적연구

박성중 · 김남희[†] · 정재열 · 이선이

Comorbidity of Posttraumatic Stress Disorder and Its Effect on Treatment Outcomes in Patients with Schizophrenia : One-Year Prospective Follow-Up Study

Sung-Jong Park, M.D., Nam Hee Kim, M.D.,[†] Jae-Yeol Jeong, M.D., Sunny Lee, M.D.

ABSTRACT

Objectives : The aims of this study were to assess a) the prevalence of trauma and posttraumatic stress disorder(PTSD) in schizophrenic patients and b) the differences in symptomatology and outcome after 1year treatment between those with and without PTSD.

Methods : Twenty eight schizophrenia and schizoaffective disorder patients completed the Positive and Negative Syndrome Scale(PANSS), Life Stressor Checklist-Revised(LSCL-R), Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS), Dissociative Experiences Scale(DES), Hamilton Psychiatry Rating Scale for Depression(HAM-D), and Rosenberg Self-Esteem Scale(RSE).

Results : Twenty six patients(92.9%) had at least one trauma in their life time. Eleven patients(39.3%) were diagnosed with PTSD. PTSD group had significantly higher scores on HAM-D and DES but lower scores on RSE. PTSD group also had significantly lower score in the baseline PANSS Negative score. Higher CAPS scores were significantly correlated with lower baseline PANSS Negative score and greater change after 1year of PANSS Negative score.

Conclusion : These results showed that the prevalences of trauma and PTSD are high in schizophrenic patients and suggested that PTSD and trauma-related symptoms affected the symptomatology and treatment outcome. More research is warranted to better understand the effects of PTSD in schizophrenic patients.

KEY WORDS : Schizophrenia · Posttraumatic stress disorder · Trauma · Prevalence · Outcome.

서 론

정신분열병과 분열정동장애를 포함하는 정신분열병

스펙트럼 장애(schizophrenia spectrum disorder)¹⁾ 환자에서 질환의 양상과 외상적 사건 경험 사이의 관련성은 최근 주목 받고 있는 주제이다. 정신분열병 환자들은

서울특별시 은평병원 정신과 Department of Psychiatry, Seoul Metropolitan Eunpyeong Hospital, Seoul, Korea

[†]교신저자 : 김남희, 122-913 서울 은평구 백련산길 93

전화) (02) 300-8228, 전송) (02) 300-8255, E-mail) nadianam@gmail.com

외상적 사건 경험에 대한 노출 빈도가 대조군보다 더 높은 것으로 나타났고,²⁾³⁾ 환청, 망상 등의 정신병적 증상을 보이는 정신증(psychosis) 환자를 대상으로 한 연구에서도 같은 결과가 나타났다.⁴⁾ 정신분열병 환자에서 아동기 성학대의 비율은 여자에서 30~60%, 남자에서 25~30%,⁵⁾ 양극성 장애 환자에서 아동기 외상은 45~68%이며, 성적 외상은 15~21%, 신체 외상은 21~28%로 나타났다.⁶⁻⁸⁾ 우리나라의 정신분열병 환자를 대상으로 한 연구에서도 65.6%가 적어도 한 번 이상의 외상을 경험했고, 아동기 성학대는 9.8%, 아동기 신체학대는 34.4%로 나타났다.⁹⁾ 그리고 정신분열병 환자들은 일반 인구에 비해 외상후 스트레스 장애(posttraumatic stress disorder, 이하 PTSD)의 유병률도 높는데, 일반 인구에서는 8~9%¹⁰⁾의 PTSD 유병률을 보인 반면, 정신분열병 환자에서는 17%¹¹⁾가 PTSD로 진단되기도 했다. 이처럼 정신증 환자들에 있어서 외상적 사건 경험과 PTSD 유병률이 높은 것을 관찰할 수 있으며, 따라서 외상력이 정신증 발생의 유발인자가 된다고 하는 연구도 있다.³⁾¹²⁾

또한, 외상적 사건 경험이 있는 정신분열병 스펙트럼 장애 환자들은 그렇지 않은 환자에 비해 질병이 더 심각하고, 기능과 적응 수준이 더 불량하다는 경향이 발견되면서, 외상력이 더 심한 증상을 예측할 수 있는 인자가 될 수 있다는 보고도 있다.¹¹⁾¹³⁾ 구체적으로는 외상력이 있는 환자군에서 양성 증상과 인지기능 저하가 더 심하게 나타났다¹³⁾¹⁴⁾ 해리증상¹⁵⁾¹⁶⁾과 회피증상¹⁷⁾도 많이 경험했다. 또한, 우울증상¹⁸⁾과 불안증상¹²⁾도 높게 나타나며 조기발병, 물질남용, 자살기도가 많이 발견되는 특징도 보였고,¹³⁾ 정신사회적 기능 장애⁵⁾¹⁹⁾와 직업 기능의 장애⁵⁾도 관찰되었다. 우리나라에서는 대학병원에 입원한 61명의 정신분열병 환자를 대상으로 한 연구가 있으며, 외상 경험시 상태불안, 편집증, 불안, 공포증, 대인관계 예민성, 정신병 증상 등이 유의하게 높았다고 보고하였다.⁹⁾ 그리고 정신분열병 환자들 가운데 PTSD를 동시에 진단받은 군은 그렇지 않은 군에 비해 신체 건강의 저하, 낮은 자존감, 주관적 삶의 질 감소,²⁰⁾ 인지기능 저하²¹⁾ 등을 보인다는 연구가 있었고, Assion 등²²⁾에 의하면 양극성 장애 환자들 중에서 현재 PTSD가 아닌 일생 PTSD를 진단 받았던 군에서도 알코올 의존과 가정폭력, 방임이 많았다는 결과가 있었다. 따라서 외상에 따른 PTSD의 진단은 정신분열병과 양극성 장애 등의 정신질환에 광범위한 영향을 미친다고 유추할 수 있다. 그러나 아직까

지 정신분열병 스펙트럼 장애에서 외상 관련 증상이 얼마나 흔하며, 외상력만이 아니라 PTSD 진단에 따른 임상양상이나 치료 경과의 차이가 어떤지는 잘 알려져 있지 않다. 이에 본 연구는 정신분열병과 분열정동장애를 포함하는 정신분열병 스펙트럼 환자를 대상으로 구조화된 면담도구를 통하여 PTSD 진단을 조사하였다. 또한 정신질환과 관련된 외상까지 포함하여, 주관적인 외상 영향의 심각도까지 측정하는 자세한 외상력을 조사하였고, 이를 바탕으로 PTSD 진단 여부에 따른 임상증상과 1년 치료 추적 후 증상 변화의 차이도 평가하였다.

본 연구는 첫째, 정신분열병 스펙트럼 장애 환자들은 외상과 PTSD의 높은 유병률을 보일 것이고, 둘째, PTSD 진단군은 아닌 군에 비해 임상증상의 차이를 보일 것이며, 1년간의 치료 후 호전 정도도 다를 것이라는 가설 아래 진행하였다.

방 법

1. 연구대상

2006년 6월에서 2007년 6월까지 서울특별시 은평병원에 입원한 환자 중에서 한국판 SCID-I 연구용판(Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, research version)²³⁾으로 정신분열병, 분열정동 장애로 확진된 환자를 대상으로 했다. 정신분열병 증상과 외상력 조사에 모두 동의한 28명의 환자가 연구에 참여했다. 참여자들은 본 연구에 대한 사전 서면 동의(written informed consent) 과정을 거쳤으며, 계획과 사전 동의 과정은 병원 임상연구 윤리위원회의 승인을 거쳤다. 연구 참여 기준은 1) SCID-I를 통해 정신분열병, 분열정동 장애로 확진된 환자 2) 만 18세 이상, 60세 미만의 성인으로 하였고, 배제 기준은 1) 정신지체, 2) 기질성 뇌 질환, 3) 신경학적 이상, 4) 활동적 약물 남용, 5) 초등학교 졸업 미만의 학력, 6) 기타 신체적, 심리적 조건에 의해 설문지 작성이 어려운 환자였다. 최종 28명의 환자에 대한 일반적인 특징은 표 1에 기술되었다.

2. 과정 및 도구

조사와 평가는 정신과 전공의 2명, 연구간호사 2명에 의해 수행되었다. 대상 환자들은 입원한지 2주가 경과한 후에 의무기록과 환자 면담을 통해 사회인구학적 배경과 임상력을 조사했고, 양성 및 음성 증후군 척도(Pos-

itive and Negative Syndrome Scale, 이하 PANSS), 진단적 임상 인상(Clinical Global Impression Scale, 이하 CGI), 해밀턴 우울척도(Hamilton Psychiatry Rating Scale for Depression, 이하 HAM-D)를 측정했다. 또한 외상 관련 평가를 위해 일생 스트레스 체크리스트(Life Stressor Checklist Revised, 이하 LSCL-R), 임상가를 위한 PTSD 척도(Clinician administered PTSD Scale, 이하 CAPS), 해리경험척도(Dissociative Experiences Scale-Korean Version, 이하 DES), Rosenberg의 자존감척도(Rosenberg Self-Esteem Scale, 이하 RSE)를 측정했다. 이후 12개월 동안 인위적 개입 없이 임상가의 재량에 따라 치료가 이루어졌고, 12개월이 되는 시점에 28명의 모든 환자들을 추적하여 PANSS, CGI, HAM-D를 다시 조사하였다. 연구에 참여한 2명의 전과의와 연구간호사는 면담 도구들과 척도에 대한 충분한 교육을 받았고, 비디오 촬영을 통해 평가자 간의 신뢰도를 높이기 위한 과정을 거쳤지만, 평가자 간의 신뢰도를 측정하지는 못했다.

1) 양성 및 음성 증후군 척도(PANSS)

정신분열병 환자의 정신병리척도로써 반구조화된 정신과적 면담으로 시행한다. 평가항목은 30개로 구성되며 양성 증후군 척도(7개), 음성 증후군 척도(7개), 일반 정신병리 척도(16개)로 이루어져 있고, 각각의 항목에 대해 1점(없음)에서 7점(최고도의 정신병적 상태)까지 점수로 평가한다. 본 연구에서는 Yi 등²⁴⁾이 번역한 ‘한국판 양성 및 음성증후군 척도’를 사용했다. 한국어판의 신뢰도(평가자 간, 검사-재검사 신뢰도, 내적 일치도)는 각 하위 척도별로 $r=0.73\sim 0.95$ 였으며, 타당도(준거, 변별, 요인)도 모두 우수한 것으로 알려졌다.

2) 임상가를 위한 PTSD척도(CAPS)

CAPS는 PTSD와 관련된 17개의 증상과 8개의 관련 특성을 평가하기 위해 구성된 자기보고형 임상 면접으로 Blake 등²⁵⁾에 의해 개발되었다. CAPS는 PTSD 평가에서 가장 잘 알려진 도구이며, DSM-IV PTSD의 기준 A인 심각한 외상 사건 조사, 재경험, 회피, 과각성에 대한 증상 조사, 부수증상, 기타 증상에 대한 척도로 이루어져 있다. 그리고 각 항목에 대해 지난 한 달 동안의 현재(present)와 일생(lifetime) 동안의 빈도와 심각도를 0~4의 점수로 평가해 현재 PTSD와 일생 PTSD를 진단할

수 있도록 되어 있다. 본 연구에서는 Lee 등²⁶⁾이 개발한 ‘임상가를 위한 외상후 스트레스 장애척도’를 사용했으며 지난 한 달 동안과 일생 동안의 증상을 나누어 각 항목당 빈도와 심각도의 점수의 합이 4점 이상이 되는 경우에 해당 증상이 존재하는 것으로 간주했고, CAPS 총점이 45점 이상인 경우를 PTSD로 진단하였다. 한국어판의 신뢰도는 Cronbach α 계수 0.95이며 $r=0.89$ 로 유의미하게 나타났고, 타당도에 있어서도 유의미한 것으로 알려졌다.

3) 일생 스트레스 체크리스트(LSCL-R)

LSCL-R은 정신적 외상과 스트레스 상황을 평가하기 위해 Wolfe 등²⁷⁾이 개발한 자가보고식 척도이다. 문항은 자연재해, 심한 사고의 경험과 목격, 감옥에 수감, 부모나 자신의 이혼과 별거, 심각한 경제적 곤란, 심각한 정신질환 혹은 육체질환, 아동기 학대와 방임, 유산이나 낙태, 가까운 사람의 갑작스런 사망, 가정폭력, 강도, 17세 이전과 이후의 신체적 폭행과 학대, 성적 모욕감을 주는 행동, 17세 이전과 이후의 강제적인 성적 접촉과 성기 삽입 등의 다양한 사건에 대해 30가지의 항목으로, ‘그렇다’, ‘아니다’의 형식으로 대답하도록 되어 있다. 또한 사건의 발생시기와 지속기간, PTSD 진단의 A항목인 ‘죽음의 위협’과 ‘극심한 공포’의 유무, 사건이 미치는 영향의 빈도와 심각도를 1점(전혀 없음)에서 5점(극도로 심함)으로 평가하도록 되어 있다.

4) 해리경험척도(DES)

DES는 해리증상의 존재여부와 그 정도를 측정하기 위해서 Bernstein 등²⁸⁾에 의해 개발된 28문항으로 구성된 자기보고형 검사이다. 각각의 문항들은 정상적이거나 병적인 기억상실, 이인증, 둘 이상의 인격으로 나누어지는 느낌, 환청, 통증의 둔화 등의 경험에 대한 빈도를 측정한다. 본 연구에서는 Park 등²⁹⁾이 번안하고 표준화한 ‘한국판 해리경험척도’를 사용했다. 한국어판의 신뢰도는 시간적 경과에 따른 안정성이 있고, 검사-재검사 점수들의 상관관계도 유의하였으며, 내적 일치도 역시 Cronbach α 계수가 0.94, 보정한 문항 대 전체 점수간 상관 계수는 0.41~0.70으로 우수한 편이었다.²⁹⁾

5) 해밀턴 우울척도(HAM-D)

HAM-D는 임상가가 질문과 관찰을 통해서 환자의 우울증의 심각도를 진단하기 위해 고안된 척도이다. HAM-

D는 우울증으로 진단된 성인 환자에게 적용되는데, 우울한 기분, 죄책감, 자살, 불면증, 일과 활동, 불안, 신체증상, 병식 등에 관하여 0~2점 혹은 0~4점의 점수로 평가한다. 본 연구에서는 Yi 등³⁰⁾이 번안하고 표준화한 '한국판 개정 해밀턴 우울 평가척도'를 사용했으며, 문항간 내적 일치도는 0.76이며, 평가자 간의 신뢰도는 0.94로 높았다.

6) Rosenberg의 자아존중감척도(RSE)

RSE는 개인의 전반적인 자아존중감을 측정하기 위해 Rosenberg³¹⁾가 개발한 평가도구이다. RSE는 자아존중의 정도를 긍정적인 문항 5개, 부정적인 문항 5개, 총 10문항으로 측정하고 있다. 긍정적인 문항에서는 1점(거의 그렇지 않다)에서 4점(항상 그렇다)으로 이루어져 있으며, 부정적인 문항에서는 반대로 처리하여 총 점수는 10점에서 40점의 분포를 가지며, 점수가 높을수록 자아존중감이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서는 Jon³²⁾이 번안한 척도를 사용했으며, 신뢰도는 Cronbach α 계수 0.79였다.

3. 자료 분석 방법

연속 변수에 대해서는 정규분포를 따르고 있는지 검증 후에 통계분석이 시행되었다. PTSD군과 non-PTSD군 간의 비교는 카이검정과 독립표본 T검정을 사용하였고, CAPS 점수와 다른 증상 척도와의 상관관계를 알기 위해 피어슨 상관분석을 시행하였다. 통계적 유의수준은 양방향 $p < 0.05$ 로 규정하였다. 분석은 통계 패키지인 SPSS 12.0(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 이용하였다.

결 과

1. 환자들의 일반적 특징

연구에 참여한 28명 환자들의 일반적인 특성은 표 1에 기술되어 있다. 평균 나이는 38.9세였고, 여자가 약간 더 많았으며(53.6%), 전체 환자의 67.9%가 결혼을 한 적이 없었고, 17.9%가 이혼하거나 헤어진 상태였다. 고졸 이상의 학력이 가장 많았으며(46.4%), 많은 환자들이 직업이 없었다(67.9%). 진단은 정신분열병이 대부분이었고(92.9%), 분열정동 장애가 소수 있었다(7.1%). 발병연령은 평균 26세, 유병기간은 평균 123.2개월(10.3년), 평균 입원횟수는 5.1회, 입원기간은 11개월이었다. 연구 시작 시점에서 전체 환자의 평균 점수는 PANSS가 총

79.9점이었고 양성 증상 소척도 22.5점, 음성 증상 소척도 19점, 일반 정신병리 소척도 38.4점, CGI-S는 4.4, HAM-D는 7.5점, RSE는 24.9점이었다.

2. 외상적 사건 유형률

전체 환자들 중에서 평생 동안 적어도 한 번의 외상을 경험한 환자는 92.9%(26/28)로 대부분의 환자들은 일생에 적어도 한 번 외상적 사건을 경험한 것으로 나타났다. 그 중에서 PTSD A 항목을 만족하는 심각한 외상은 53.6%(15/28)로, 전체 환자의 반수 이상에서 심각한 외상을 경험했던 것으로 조사되었다. 외상의 항목으로는 정신질환과 관련된 외상이 64.3%(18/28), 가까운 사람의 갑작스런 사망 39.3%(11/28), 아동기 방임 21.4%(6/28), 신체적 폭행과 학대 32.1%(9/28), 성적 폭행과 학대 25%(7/28), 부모의 이혼과 별거 17.9%(5/28), 자연재해 17.9%(5/28)이었다. 전체 환자 중에 외상 경험 횟수는 1~2개 35.7%(10/28), 3~4개 14.3%(4/28), 5~6개 25%(7/28), 7개 이상이 17.9%(5/28)인 것으로 나타났다.

3. PTSD 유형률

PTSD 진단은 임상적 관찰과 CAPS에 의해 내려졌다. 현재 PTSD와 일생 PTSD를 나누어서 조사하였고, CAPS 점수는 표 1에 기술되어 있다. 전체 환자 중 현재 PTSD로 진단할 수 있는 환자는 2명(7.1%)이었고, 일생 PTSD로 진단할 수 있는 환자는 11명(39.3%)이었다. 따라서 과거 PTSD를 경험했던 11명의 환자 중 9명은 현재 회복되었고, 2명만이 PTSD가 지속되고 있었다.

4. PTSD 유무에 따른 초기 증상과 1년 치료 후 증상 호전 변화 비교

현재와 일생 PTSD 진단군($n=11$)과 아닌 군($n=17$)으로 나누어 비교하였고 표 1에 기술되었다. 우선 양쪽 군 사이에 나이, 성별, 결혼 여부, 교육수준, 직업, 진단은 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다. PTSD군은 발병연령이 더 어리고 유병기간, 입원기간이 더 길었으며, 입원횟수가 더 많았지만 통계적으로 유의미하지는 않았다. 그리고 PANSS에서 PTSD군은 음성 증상 소척도($p=0.013$)가 유의미하게 더 낮게 나왔고, 양성 증상, 일반 정신병리 소척도, CGI-S는 더 높게 나왔지만 유의미하지 않았다. HAM-D($p=0.041$)와 DES($p=0.007$),

Table 1. Comparison of patients with and without PTSD

Characteristics	Entire sample (n=28)	Non-PTSD group (n=17)	PTSD group (n=11)	Comparison between groups		
				t	χ^2	p
Age (years)	38.9(11.9)	39.41 (10.6)	38.09 (14.2)	-0.3		0.781
Sex					0.1	1.000
Male	13(46.4%)	8(47.1%)	5(45.5%)			
Female	15(53.6%)	9(52.9%)	6(54.5%)			
Marital status					0.15	1.000
Never married	19(67.9%)	12(70.6%)	7(63.6%)			
Married	9(14.3%)	5(29.4%)	4(36.4%)			
Education					2.2	0.337
Less than high school	8(28.6%)	6(35.3%)	2(18.2)			
High school graduates	13(46.4%)	6(35.5%)	7(63.6%)			
College or above	7(25%)	5(29.4%)	2(18.2%)			
Employment					1.0	0.596
Unemployed	19(67.9%)	11(64.7%)	8(72.7%)			
Employed	5(17.9%)	4(23.5%)	1(9.1%)			
Student or housewife	4(14.3%)	2(11.8%)	2(18.2%)			
Diagnosis					1.4	0.505
Schizophrenia	26(92.9%)	15(88.2%)	11(100%)			
Schizoaffective disorder	2(7.1%)	2(11.8%)	0(0%)			
Time of onset (years)	26.0(6.0)	25.7(6.8)	26.6(5.0)	-0.4		0.727
Duration of illness (months)	123.2(85.0)	130.6(76.8)	111.8(99.5)	0.6		0.578
Number of admission	5.1(5.0)	5.5(4.9)	4.6(5.4)	0.5		0.622
Duration of admission (months)	11.0(15.9)	12.8(19.0)	8.4(9.4)	0.7		0.484
PANSS (baseline)						
Positive	22.5(6.0)	21.0(6.7)	23.9(4.5)	-1.2		0.226
Negative	19.0(5.7)	20.9(6.0)	16.0(3.7)	2.7		0.013
General	38.4(8.2)	37.1(9.0)	41.2(6.3)	-1.3		0.207
Total	79.9(14.6)	79.1(17.5)	81.1(9.0)	-0.3		0.734
PANSS (change)						
Positive	-4.8(7.5)	-3.5(7.4)	-6.7(7.5)	1.1		0.277
Negative	-1(6.3)	-2.5(6.9)	1.2(4.6)	-1.5		0.134
General	-4.8(11)	-3.3(10.7)	-6.7(11.5)	0.8		0.429
Total	-10.4(20.1)	-9.2(20.7)	-12.3(20.1)	-0.4		0.699
CGI-S						
Baseline	4.4(0.8)	4.2(0.9)	4.6(0.7)	-1.3		0.219
Change	-0.9(0.9)	-0.8(0.8)	-1.2(1.0)	1.2		0.259
CAPS (present)						
Re-experience	2.9(4.3)	1.7(4.3)	4.7(3.7)	-2.0		0.061
Avoidance	6.8(7.4)	2.6(4.5)	13.4(6.1)	-5.4		<0.001
Hyperarousal	3.6(4.5)	0.7(1.2)	8.1(4.0)	-5.9		<0.001
Total	13.3(14.1)	4.9(8.5)	26.2(10.9)	-5.5		<0.001
CAPS (life)						
Re-experience	11.4(10.8)	6.8(9.0)	18.6(9.7)	-3.3		0.003

Table 1. Continued

Characteristics	Entire sample (n=28)	Non-PTSD group (n=17)	PTSD group (n=11)	Comparison between groups		
				t	χ^2	p
		Mean(SD) or n(%)				
Avoidance	18(16.3)	8.4(11.3)	32.9(10.7)	-5.7		<0.001
Hyperarousal	11.1(11.5)	4.8(6.8)	20.7(10.7)	-4.8		<0.001
Total	40.9(36.2)	20.5(26.1)	72.3(25.9)	-5.1		<0.001
DES	11.6(12.2)	5.9(6.3)	20.5(14.1)	-3.2		0.007
HAM-D						
Baseline	7.5(4.3)	6.2(3.7)	9.6(4.6)	-2.1		0.041
Change	-2.9(6.2)	-2.1(4.6)	-4.2(8.2)	0.9		0.388
RSE	24.9(6.2)	27.2(6.4)	21.4(4.0)	2.7		0.012

DES : Dissociative Experiences Scale, HAM-D : Hamilton Psychiatry Rating Scale for Depression, RSE : Roesnberg Self-Esreem Scale

RSE(p=0.012)에서는 PTSD군이 더 우울하고, 해리 양상이 더 심하며, 자아존중감이 더 낮은 것으로 유의미하게 나타났다. 1년 후의 조사에서 PTSD를 경험한 군은 음성 증상은 덜 호전되는 반면 양성 증상과 일반 정신병리는 더 호전되는 양상이 나타났으나, 통계적으로 유의미한 차이를 보이지는 않았다.

5. CAPS, PANSS, HAM-D, CGI-S 점수의 상관관계

CAPS의 회피(현재), 과각성(현재, 일생), 총 점수(현재, 일생)가 PANSS baseline 음성 증상과 음의 상관관계를 보였고, 1년 치료 후 음성 증상의 호전 정도와는 양의 상관관계를 보였다. 그 외의 CAPS 점수와 PANSS 양성 증상, 일반 정신병리와의 유의미한 상관관계는 관찰되지 않았다. 이에 비해 HAM-D 점수는 PANSS baseline 양성 증상, 일반 정신병리, 총 점수와 양의 상관관계를 보였고, 호전 정도와는 음의 상관관계를 보였다. 즉 우울 점수가 높을수록 PANSS 양성 증상과 일반 정신병리는 높았으며, 호전 정도는 더 떨어졌다. 구체적인 점수는 표 2에 기술되었다.

고 찰

이번 연구는 정신분열병과 분열정동 장애를 포함한 정신분열병 스펙트럼 장애 환자 28명에 대해 외상적 사건 경험과 현재 PTSD, 일생 PTSD를 조사했다. 그 결과 92.9%가 적어도 한 가지 이상의 외상을 경험했고, 53.6%가 PTSD A항목을 만족시키는 심각한 외상을 경험했다. 본 연구에서 92.9%의 외상 경험률은 Mueser 등³³⁾이 중

증 정신질환 환자를 대상으로 조사한 연구의 98%보다는 낮은 수치이지만, Conus 등³⁴⁾이 초발 정신증 환자를 대상으로 조사한 83%, 우리나라 일반인을 대상으로 한 연구³⁵⁾의 79%, 유병기간이 4.5년인 대학병원 정신분열병 환자를 대상으로 한 연구⁹⁾의 66%보다 매우 높은 수치이다. 이런 결과는 10년 이상의 유병기간을 보이는 본 연구의 환자들이 일반인과 유병기간이 짧은 환자에 비해 외상적 사건에 많이 노출되었음을 나타내며, 따라서 정신질환의 이환과 유병기간이 외상과 관계 있음을 시사한다. 외상적 사건의 구체적인 항목을 살펴보면, 가장 많았던 항목은 정신질환과 관련된 외상(64.3%) 이었는데, 특히 병원의 강제 입원과 관련된 외상과 정신질환으로 인해 생기는 사회적 기능저하를 외상의 원인으로 많이 꼽은 반면 정신병 증상 자체로 인한 외상 보고는 적었다. 이는 McGorry 등³⁶⁾이 정신증 환자에서 PTSD 증상이 흔하며, 이 증상은 정신병 증상 자체보다는 입원과 더 관련된다는 연구의 결과와 일치한다. 반면, Kim 등⁹⁾이 우리나라 정신분열병 환자를 대상으로 한 연구에서 정신병 증상의 주관적 경험에 의한 외상이 5%, 강제입원에 의한 외상이 0%라는 결과와는 차이를 보인다. 이는 입원횟수가 많고(5.1회) 유병기간이 긴(10.3년) 비교적 만성 환자를 대상으로 한 본 연구와는 달리, Kim 등⁹⁾의 연구가 대학병원에서 상대적으로 적은 입원횟수(1.0회)와 짧은 유병기간(4.5년)의 환자를 대상으로 행해졌다는 점때문일 것으로 보인다. 따라서 유병기간과 입원횟수가 늘어날수록 정신질환의 증상자체보다는 이후 치료나 적응 과정과 관련된 외상적 사건 경험이 늘어간다는 것을 확인할 수 있다.

PTSD의 유병률은 이전 연구들에서도 조사가 되었는데

Table 2. Correlations between CAPS, PANSS, HAM-D and CGI-S score

		Re-experience		Avoidance		Hyperarousal		CAPS total score		HAM-D		
		Present	Life	Present	Life	Present	Life	Present	Life	Baseline	Change	
PANSS (baseline)	Positive	r	-0.04	-0.02	0.06	0.03	0.07	0.01	0.04	0.00	0.47*	0.30
		p	0.83	0.94	0.78	0.88	0.73	0.95	0.85	0.99	0.01	0.12
	Negative	r	-0.35	-0.52	-0.32	-0.50*	-0.40*	-0.61*	-0.40*	-0.58*	-0.13	0.19
		p	0.07	0.00	0.09	0.01	0.04	0.00	0.03	0.00	0.50	0.34
	General	r	-0.12	-0.16	0.04	0.05	0.10	-0.05	0.02	-0.05	0.69*	-0.49*
		p	0.54	0.43	0.83	0.82	0.61	0.79	0.93	0.81	0.00	0.01
Total	r	-0.22	-0.30	-0.08	-0.16	-0.07	-0.26	-0.13	-0.25	0.53*	-0.33	
	p	0.26	0.12	0.69	0.42	0.72	0.18	0.50	0.20	0.00	0.09	
PANSS (change)	Positive	r	0.16	0.07	0.01	-0.12	-0.02	-0.15	0.05	-0.06	-0.56*	0.62*
		p	0.43	0.73	0.98	0.54	0.94	0.46	0.82	0.74	0.00	0.00
	Negative	r	-0.01	0.28	0.25	0.39*	0.15	0.39*	0.18	0.39*	0.00	0.06
		p	0.95	0.14	0.20	0.04	0.43	0.04	0.37	0.04	0.99	0.74
	General	r	0.15	0.17	-0.03	-0.11	-0.01	-0.04	0.03	0.00	-0.76*	0.80*
		p	0.46	0.38	0.90	0.56	0.96	0.85	0.89	0.98	0.00	0.00
Total	r	0.13	0.21	0.06	0.01	0.04	0.05	0.08	0.09	-0.63*	0.69*	
	p	0.50	0.29	0.75	0.96	0.86	0.82	0.67	0.65	0.00	0.00	
CGI-S	Baseline	r	-0.15	-0.12	0.03	0.07	0.15	0.07	0.02	0.01	0.51*	-0.39*
		p	0.44	0.55	0.88	0.73	0.44	0.71	0.93	0.97	0.01	0.04
	Change	r	0.15	0.15	0.05	-0.10	-0.13	-0.17	0.03	-0.04	-0.52*	0.59*
		p	0.44	0.46	0.80	0.60	0.50	0.38	0.88	0.83	0.00	0.00

* : p value<0.05. CAPS : Clinician Administered PTSD Scale, HAN-D : Hamilton Psychiatry Rating Scale for Depression, PANSS : Positive and Negative Syndrome Scale, CGI-S : Clinical Global Impression Scale-Severity

데, Fan 등¹¹⁾이 정신분열병 환자 87명을 대상으로 한 연구에서는 17%, Howgego 등³⁷⁾이 중증 정신질환 환자를 대상으로 한 연구에서는 33.3%가 PTSD로 진단되었고, 우리나라에서 Kim 등⁹⁾이 정신분열병 환자 61명을 대상으로 한 연구에서 2%가 현재 PTSD로 진단되기도 했다. 본 연구에서는 현재 PTSD로 진단될 수 있는 환자는 7.1%(2명)이었고, 이는 우리나라에서 행해진 연구⁹⁾보다는 높은 수치였지만, 서양의 연구들¹¹⁾³⁷⁾보다는 대체로 낮은 수치이다. 이와 같은 차이의 원인은 첫째, 면담도구인 CAPS를 사용하여 엄격한 기준을 적용한 점, 둘째, 서양의 연구와 달리 노출자나 물질 남용자를 배제한 점, 셋째, 문화적 차이로 인해 자신의 외상경험의 설문에 응답하는 경향이 다른 점, 넷째, 유병기간과 입원횟수 등의 대상 환자의 특징이 다른 점 등을 가정할 수 있다.

본 연구에서는 현재 PTSD뿐만 아니라 일생 PTSD도 조사되었다. 일생 PTSD 유병률은 39.3%(11/28)이었는데, 이들 중 9명은 PTSD에서 회복되었고, 2명만이 현재에도 PTSD가 유지되고 있었다. 그러나 일생 PTSD를

경험한 군은 경험하지 않은 군에 비해서 HAM-D(p=0.041), DES(p=0.008), RSE(p=0.04)에서 유의미한 차이를 보이고, 현재 CAPS 점수에서도 현저한 차이(평균 총점 차=21.3, p<0.001)를 보여 일생 PTSD를 기준으로 PTSD군과 non-PTSD군을 나누어 증상의 경과를 비교하는 것은 의미 있다고 할 수 있다.

PTSD 진단 여부에 따른 PANSS 점수 차이를 보면, PTSD군에서 치료 전 PANSS 음성 증상 점수가 유의하게 낮게 나왔으며, 양성 증상과 일반 정신병리, 총 점수는 높게 나왔으나 유의한 차이를 보이지는 않았다. 이는 비록 단면적 연구이기는 하지만 Fan 등¹¹⁾이 PTSD군에서 PANSS 양성 증상과 일반 정신병리 점수는 유의미하게 높은 반면 음성 증상 점수는 유의미한 차이를 보이지 않는 결과와 차이를 보이나, 이 연구에서도 유의미하지는 않지만 PTSD군에서 음성 증상 점수가 더 낮은 양상이 있었다.

1년 치료 후 추적 조사된 결과에서 PTSD군은 non-PTSD군에 비해 PANSS 음성 증상 점수는 덜 호전되

는 양상(평균치=3.7)을 보였고, PANSS 양성 증상, 일반정신병리, 총 점수는 오히려 더 호전되는 양상을 보였으나 유의미한 차이를 발견할 수 없었기 때문에 이 결과만을 가지고 PTSD의 진단이 정신분열병 스펙트럼 장애의 경과에 영향을 준다는 결론은 내릴 수 없다. 이전 연구에서 성학대의 외상력이 있는 경우 4개월의 치료 추적시 환청과 양성 증상, 불안증상이 더 높다⁵⁾는 보고가 있지만, 저자들이 아는 한 PTSD 진단 유무에 따른 정신분열병 증상의 호전 정도를 전향적으로 추적 비교한 연구는 없다. 따라서 결과를 비교하고 의미를 찾기 위해서는 향후 이에 대한 더 많은 연구들이 진행되어야 한다. 또, 한 연구에서는 어린 시절 학대를 경험한 환자들의 경우 치료에 대한 순응도가 떨어지고 자살 시도율이 높다고 보고하였으나,³⁴⁾ 본 연구에서는 치료가 유지된 환자만을 대상으로 하여 결과 비교에 한계가 있다.

CAPS, PANSS, HAM-D, CGI-S 점수 상관관계의 결과에서 CAPS 회피(일생)와 과각성(현재, 일생), 총점(현재, 일생)이 증가함에 따라 PANSS 음성 증상 점수(치료 전)가 유의미하게 감소하는 것을 관찰할 수 있다. 또한 CAPS 회피(일생), 과각성(일생), 총점(일생)이 클수록 1년 치료 이후의 음성 증상의 호전이 유의미하게 증가하는 것을 볼 수 있다. 따라서 외상적 사건 경험에 의한 회피와 과각성 등의 불안증상이 정신분열병 스펙트럼 장애 환자들의 음성 증상 표현에 영향을 주었을 가능성을 생각해볼 수 있다. 이는 Meyer 등³⁸⁾의 연구에서 CAPS 총점이 증가할수록 PANSS 양성 증상 점수가 유의미하게 증가하지만, 음성 증상에는 유의미한 상관관계가 없었던 결과와 차이를 보인다. 그리고 다른 연구들에서 외상력이 있으면 양성 증상이 더 심하게 나타나고, 음성 증상은 유의미한 변화가 없었던 결과들¹⁹⁾²¹⁾과 대조를 이루나 PTSD증상과 직접 비교한 연구가 아니어서 비교에 한계가 있다. 따라서 본 연구는 PTSD증상과 PANSS 점수 관계를 직접 비교하였고, CAPS 점수와 음성 증상 점수와의 관계를 이전과 다르게 보고하고 있다는 점에서 의미 있다고 하겠다. 그리고 HAM-D(baseline, change)와 PANSS(present, change), CGI-S는 많은 항목에서 유의미한 상관관계를 보였는데, 이로써 우울증이 정신분열병 스펙트럼 장애의 다양한 증상과 치료 후의 경과에 유의미한 영향을 미친다는 것을 알 수 있다.

본 논문의 한계점은 28명이라는 적은 환자 수와 한 곳의 병원에서만 수행되었다는 점에서 결과를 일반화하기 어

렵다는 것, 치료가 유지되고 스스로 동의한 환자에 한해서만 외상력 조사가 이루어졌기 때문에 선택오류가 있을 수 있는 것, 연구자 간의 신뢰도 조사가 이루어지지 않은 것을 들 수 있다. 또한 임상가의 재량에 따라 치료를 한 자연관찰 추적연구이기 때문에 항정신병약물의 종류, 약물 용량의 증가성, 항우울제 사용 여부 등의 변수를 통제할 수 없었고, 심리사회적 상황 등 치료 결과에 영향을 미칠 수 있는 여러 변수들을 고려할 수 없었던 점도 한계점이라 할 수 있다. 그러나 정신분열병과 분열정동 장애를 포함한 정신분열병 스펙트럼 장애 환자들 중 상당수가 외상 경험과 PTSD증상을 가지고 있음을 보여주며, 처음으로 1년 치료 추적 경과에 따른 PTSD증상과 정신분열병 스펙트럼 장애 환자의 증상변화의 관계를 연구한 것, 실제 임상 상황과 유사한 환경에서 연구가 이루어졌다는 점은 의미 있다고 하겠다. 이후 좀 더 많은 환자를 대상으로, 다양한 센터에서 좀 더 긴 기간의 추적연구가 수행된다면 외상적 사건 경험과 정신분열병 스펙트럼 장애의 관계를 좀 더 명확하게 이해하고 더욱 효과적인 치료적 접근에 도움이 될 것이다.

결론

이상의 고찰에서 알 수 있듯이 정신분열병 스펙트럼 장애 환자들은 일반인들에 비해 외상 사건을 훨씬 많이 경험(92.9%)하고 있으며, PTSD A항목에 해당하는 심각한 외상도 53.6%가 경험하고 있다. 때문에 현재 PTSD로 진단되거나(7.1%) 과거에 PTSD를 경험한 환자(39.3%)가 많았다. 이렇게 정신분열병 스펙트럼 장애가 있으면서 동시에 PTSD를 진단받은 환자는 그렇지 않은 환자에 비해 우울감이 더 심하고, 해리증상이 더 많으며, 자존감이 유의미하게 낮았다. 반면 음성 증상은 치료 시작 전에도 낮았으며, 1년 후의 추적조사에서 PTSD증상이 심할수록 PANSS 음성 증상이 더 회복되는 경향이 있었다. 이는 PTSD증상이 정신분열병 스펙트럼 장애의 음성 증상 표현에 영향을 줄 수 있음을 시사한다. 그리고 정신분열병 스펙트럼 장애의 증상들은 우울증상과 밀접한 관련이 있음을 관찰할 수 있었다. 향후 이러한 정신분열병 스펙트럼 장애 환자들의 외상과 PTSD에 대한 정신의학적인 관심과 연구가 지속적으로 이루어져야 하며, 이는 정신분열병 스펙트럼 장애 환자의 정확한 평가와 효과적 치료에 중요한 자료가 될 것이다.

중심 단어 : 정신분열병 · 외상 후 스트레스 장애 · 외상 ·
유병률 · 치료결과.

참고문헌

1. Lysaker PH, Davis LW, Gattton MJ, Herman SM. Associations of anxiety-related symptoms with reported history of childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1279-1284.
2. Gearon JS, Kaltman SI, Brown C, Bellaack AS. Traumatic life events and PTSD among women with substance use disorders and schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2003;54:523-528.
3. Resnick SG, Bond GR, Mueser KT. Trauma and post-traumatic stress disorder in people with schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 2003;112:415-423.
4. Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, et al. Psychosis, victimization and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry* 2004;185:220-226.
5. Lysaker PH, Beattie NL, Strasburger AM, Davis LW. Reported history of child sexual abuse in schizophrenia: associations with heightened symptom levels and poorer participations over four months in vocational rehabilitation. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:790-795.
6. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2005;186:121-125.
7. Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, Naz B. Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the Suffolk county mental health project. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:380-383.
8. Neria Y, Bromet EJ, Sievers S, Lavelle J, Fochtmann LJ. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:246-251.
9. Kim D, Choi SK, Lee GW, Lee K, Nam J. Prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder among inpatients with schizophrenia. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2006;45:214-221.
10. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55: 626-632.
11. Fan X, Henderson DC, Nguyen DD, Cather C, Freudenreich O, Evins AE, et al. Posttraumatic stress disorder, cognitive function and quality of life in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2008;159:140-146.
12. Spauwen J, Krabbendam L, Lieb R, Wittchen HV, van Os J. Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: relationship with psychosis proneness. *Br J Psychiatry* 2006;188:527-533.
13. Ross CA, Anderson G, Clark P. Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:489-491.
14. Lysaker PH, Meyer P, Evans JD, Marks KA. Neurocognitive and symptom correlates of self-reported childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2001;13:89-92.
15. Schäfer I, Harfst T, Aderhold V, Briken P, Lehmann M, Moritz S, et al. Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:135-138.
16. Vogel M, Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ. The role of trauma and PTSD-related symptoms for dissociation and psychopathological distress in inpatients with schizophrenia. *Psychopathology* 2006;39:236-242.
17. Harrison CL, Fowler D. Negative symptoms, trauma, and autobiographical memory: an investigation of individuals recovering from psychosis. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:745-753.
18. Scheller-Gilkey G, Thomas SM, Woolwine BJ, Miller AH. Increased early life stress and depressive symptoms in patients with comorbid substance abuse and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002;28:223-231.
19. Spence W, Mulholland C, Lynch G, McHugh S, Dempster M, Shannon C. Rates of childhood trauma in a sample of patients with schizophrenia as compared with a sample of patients with nonpsychotic psychiatric diagnoses. *J Trauma Dissociation* 2006;7:7-22.
20. Calhoun PS, Bosworth HB, Stechuchak KA, Strauss J, Butterfield MI. The impact of posttraumatic stress disorder on quality of life and health service utilization among veterans who have schizophrenia. *Trauma Stress* 2006;19:393-397.
21. Mueser KT, Essock SM, Haines M, Wolfe R, Xie H. Posttraumatic stress disorder, supported employment, and outcomes in people with severe mental illness. *CNS Spectr* 2004;9:913-925.
22. Assion HJ, Brune N, Schmidt N, Aubel T, Edel MA, Basilowski M, et al. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in bipolar disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*;2009.
23. Hahn OS, Ahn JH, Song SH, Cho MJ, Kim JK, Bae JN, et al. Development of Korean Version of Structured Clinical Interview Schedule for DSM-IV Axis I Disorder: Interrater Reliability. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2000;39:362-372.
24. Yi JS, Ahn YM, Shin HK, An SK, Joo YH, Kim SH, et al. Reliability and Validity of the Korean Version of the Positive and Negative Syndrome Scale. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:1090-1105.
25. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress*

- 1995;8:75-90.
26. Lee BY, Kim Y, Yi SM, Eun HJ, Kim DI, Kim JY. A Reliability and Validity Study of A Clinician Administered PTSD Scale. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1999;38:514-522.
 27. Wolfe J, Kimerling R. Gender issues in the assessment of Posttraumatic Stress Disorder: Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford;1997. p.192-238.
 28. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174:727-735.
 29. Park JM, Choe BM, Kim MJ, Hahn HM, Yoo SY, Kim SH, et al. Standardization of Dissociative Experiences Scale - Korean Version. *Kor J Psychopathol* 1995; 4:105-125.
 30. Yi JS, Bae SO, Ahn YM, Park DB, Noh KS, Shin HK, et al. Validity and Reliability of the Korean Version of the Hamilton Depression Rating Scale(K-HDRS). *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2005;44:456-465.
 31. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University;1965.
 32. Jon BJ. Self-esteem: a test of its measurability. *Yonsei Journal* 1974;11:107-130.
 33. Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher C, Vivader R, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:493-499.
 34. Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, McGorry PD, Lambert M. Pretreatment and Outcome Correlates of Sexual and Physical Trauma in an Epidemiological Cohort of First-Episode Psychosis Patients. *Schizophr Bull*;2009.
 35. Eun HJ, Lee SM, Kim TH. The epidemiological study of posttraumatic stress disorder in an urban area. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:581-591.
 36. McGorry PD, Chanen A, McCarthy E, Van Riel R, McKenzie D, Singh BS. Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis. An unrecognized postpsychotic syndrome. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:253-258.
 37. Howgęgo IM, Owen C, Meldrum L, Yellowlees P, Dark F, Parslow R. Posttraumatic stress disorder: an exploratory study examining rates of trauma and PTSD and its effect on client outcomes in community mental health. *BMC Psychiatry* 2005;26:5-21.
 38. Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Aijälä A, Helenius H. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:343-352.