

강박장애 및 아임상형 강박장애의 평생 유병률과 병발성

울산대학교 의과대학 정신과학교실,¹ 축령복음병원,² 서울대학교 의과대학 정신과학교실,³
서울대학교 의과대학 보라매병원 정신과학교실,⁴ 김포한별정신병원,⁵ 가천의과대학 정신과학교실,⁶
강원대학교 의과대학 정신과학교실,⁷ 인제대학교 의과대학 정신과학교실,⁸ 인하대학교 의과대학 정신과학교실⁹

홍진표¹ · 이동은² · 함봉진³ · 이준영⁴ · 서동우⁵
조성진⁶ · 박종익⁷ · 이동우⁸ · 배재남⁹ · 박수빈¹ · 조맹제³

Lifetime Prevalence and Comorbidity in Obsessive-Compulsive Disorder and Subclinical Obsessive-Compulsive Disorder in Korea

Jin Pyo Hong, MD¹, Dong Eun Lee, MD², Bong-Jin Hahm, MD³, Jun-Young Lee, MD⁴,
Tongwoo Suh, MD⁵, Seong-Jin Cho, MD⁶, Jong-Ik Park, MD⁷, Dong-Woo Lee, MD⁸,
Jae-Nam Bae, MD⁹, Su-Bin Park, MD¹ and Maeng Je Cho, MD³

Department of Psychiatry¹, College of Medicine, Asan Medical Center, Ulsan University, Seoul,
Chook Ryoung Evangelical Hospital², Namyangju, Department of Psychiatry³, Seoul National University College of Medicine, Seoul,
Department of Psychiatry⁴, Seoul National University College of Medicine, Borame Hospital, Seoul,
Gimpo Hanbyul Mental Hospital⁵, Gimpo, Department of Psychiatry⁶, Gachon University of Medicine and Science, Incheon,
Department of Psychiatry⁷, Kangwon National University School of Medicine, Chuncheon,
Department of Psychiatry⁸, College of Medicine, Inje University Sanggye Paik Hospital, Seoul,
Department of Psychiatry⁹, College of Medicine, Inha University, Incheon, Korea

ABSTRACT

Background : In spite of the worldwide relevance of obsessive-compulsive disorder (OCD), there are considerable differences in prevalence, sex ratio, comorbidity patterns, and sociodemographic correlates. Data on subclinical OCD have been sparse to date.

Methods : Data stemmed from the Korea Epidemiologic Catchment Area (KECA) study which had been carried out from April to December 2001. Korean versions of DSM-IV adapted Composite International Diagnostic Interview were administered to a representative sample of 6275 persons aged 18-64 living in the community. DSM-IV based criteria for subclinical OCD were applied.

Results : The lifetime prevalence rates for OCD and subclinical OCD were 0.8% and 6.6%, respectively. In both OCD and subclinical OCD, the rates for males and females were not statistically different. OCD was demonstrated to be associated with depressive disorder, bipolar disorder, social phobia, generalized anxiety disorder, and alcohol and nicotine dependence. Additionally, subclinical OCD was associated with posttraumatic stress and somatoform disorders. Comorbidity rates in subclinical OCD were lower than those in OCD.

Conclusions : The lifetime prevalence rate for OCD was less than 1% in the Korean general population. Age distribution and comorbidity patterns suggest that subclinical OCD represents a broad and heterogeneous syndrome and not simply a milder form of OCD. (Anxiety and Mood 2009;5(1):29-35)

KEY WORDS : Obsessive-compulsive disorder (OCD) · Subclinical obsessive-compulsive disorder (OCD) · Prevalence · Comorbidity.

접수일 : 2009년 4월 7일 / 수정일 : 2009년 4월 12일
게재확정일 : 2009년 4월 13일

Address for correspondence

Maeng Je Cho, M.D., Department of Psychiatry, Seoul National University, College of Medicine, 101 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 110-744, Korea
Tel : +82.2-2072-3155, Fax : +82.2-485-8381, E-mail : mjcho@snu.ac.kr

서론

강박장애는 불안과 연관된 반복적인 강박적 사고와 행동으로 일상생활에 심한 장애를 초래하는 불안장애의 하나이다. 1980년대 이후 여러 나라의 역학 연구를 통하여 이전에 생각했던 것보다 비교적 흔한 질환이라는 사실이 밝혀지고 강박장애에 효과적인 치료법들이 나오므로 인하여 강박장애에 대한 사회적 관심이 높아졌다.

강박장애의 평생 유병률은 외국의 역학 연구에서 일반인구에서 약 0.5~3% 정도로 알려져 있다. 미국, 캐나다, 영국에서는 비교적 높은 유병율을 보이는 반면 기타 유럽 지역에서는 낮은 유병율을 보고하고 있지만,¹⁻⁵ 아시아 국가에서는 대만⁶을 제외하고는 강박장애 유병률 보고가 없는 실정이다.

강박장애는 다른 정신질환과도 높은 병발성이 보고되고 있어서, 강박장애 환자에서 일반인에 비해 주요 우울장애와 여러 불안장애 유병률이 높다고 알려져 있다. 또한 Hollander 등⁷은 견강염려증, 식이장애, 신체추형장애, 뚜렛 증후군, 충동장애 등의 정신질환들이 증상이 심한 강박장애 환자들에게 자주 나타나는 것을 발견하였으며, 더 나아가 이들 질환들의 임상 증상 발현과 발병연령, 가족력, 세로토닌과 전두엽 관련성 등에서 강박장애와 비슷하다고 하여 이를 강박장애 스펙트럼 장애라고 하였다. 이후 이들 질환과 강박장애와의 병발성이 역학 연구에서 하나의 주제로 제기되었는데, 아직 이들 질환과의 병발성에 대한 연구는 충분하지 않다.

그런데 강박장애에서 보이는 강박사고 및 강박행동은 정신과 질환이 없는 일반인에서도 비교적 흔한 증상으로 알려져 있으며,⁸ 강박장애 환자의 가족에서도 강박장애의 진단에 해당될 정도는 아니지만 강박사고와 강박행동이 일반 인구보다 더 자주 나타난다는 것도 밝혀졌다.⁹ Lenane 등¹⁰은 이처럼 정신과 진단상 강박장애에 해당할 정도는 아니지만 강박사고나 강박행동을 증상을 가진 사람에 대해 아임상형 강박장애라는 개념을 도입하였다. 이후 아임상형 강박장애는 강박장애 질환의 특질을 밝히는데 도움이 될 수 있다고 생각하여 여러 역학 및 임상 연구에서 하나의 주제로 다루어져 왔다. 아임상형 강박장애에 관한 임상연구를 보면 이들은 강박장애 환자와 유사한 신경심리검사 소견과 성격적 특성을 보인다고 알려져 있다.

아임상형 강박장애의 역학연구는 별로 없는 가운데 외국 보고에 의하면 2~26%의 큰 편차의 평생유병률을 보고하고 있어서,^{3,11,12} 아임상형 강박장애의 유병률 자료가 부족한 실정이다. 또한 아임상형 강박장애가 있는 사람에서 강박장애와 유사하게 타 정신질환의 병발성이 높은 것으로 보고되고 있는데,^{3,11} 기존 연구의 경우 연구대상자의 수가 적어

서 강박장애와 아임상형 강박장애 사이에 병발성의 비교가 어렵다는 한계를 갖고 있다.

국내에서는 이정균¹³과 이호영¹⁴에 의한 역학 연구에서 강박장애의 평생유병률에 대한 보고가 있었으나 DSM-III진단 기준을 적용하였고, 특정 지역을 대상으로 한 연구라는 한계가 있고, 아임상형 강박장애에 대해서는 보고된 바가 없다.

본 연구의 목적은 첫째, 국내 전국적인 표본에서 강박장애 및 아임상형 강박장애의 유병률을 살펴보고, 둘째, 강박장애와 아임상형 강박장애의 특성을 관련 인자와 병발성의 관점에서 비교하였다.

연구방법

(1) 대상자

본 연구는 2001년 4월부터 12월까지 실시된 Korea Epidemiologic Catchment Area (KECA) 역학 연구의 일부이다.¹⁵ KECA연구에서는 전국의 10개 조사 지역에서 만 18세부터 65세까지 성인을 대상으로 다단계집락추출법(multi-

Table 1. Sociodemographic Distribution of The Korean Epidemiologic Catchment Area (KECA) Sample

Characteristics	N	KECA, % (SE)	
		Unweighted (N=6,275)	Weighted (N=6,275)
Age, years			
18-29	1248	19.9 (0.9)	30.6 (1.8)
30-39	1819	29.0 (1.7)	26.3 (2.3)
40-49	1433	22.8 (0.8)	22.9 (1.2)
50-59	972	15.5 (1.0)	13.5 (1.4)
60-64	803	12.8 (1.1)	6.8 (0.7)
Sex			
Male	2751	43.8 (1.2)	49.3 (1.9)
Female	3524	56.2 (1.2)	50.7 (1.9)
Employment status			
Employed	3534	57.0 (1.2)	57.0 (1.6)
Unemployed	650	10.5 (0.8)	11.0 (1.4)
Not in the labor force	2013	32.5 (1.2)	32.0 (1.7)
Marital status			
Married/cohabitating	4573	72.9 (1.7)	67.2 (2.9)
Divorced/separated/widowed	493	7.9 (0.9)	5.8 (1.3)
Never married	1204	19.2 (1.1)	27.0 (2.0)
Income (Ten thousands Won)			
0-50	916	16.5 (1.9)	10.8 (2.5)
51-150	2357	42.5 (2.1)	33.9 (2.9)
151-	2264	40.9 (2.2)	55.4 (3.2)
Urbanicity			
Metropolitan	3042	48.5 (3.4)	78.8 (1.8)
Rural	1511	51.5 (6.0)	21.2 (3.0)

stage cluster sampling)을 이용하여 표본을 추출하였다. 행정구역 상 시, 군, 구 단위로 된 10개 조사지역에서 일차 추출단위로 각 지역에 따라 3~6개의 읍, 면, 동을 선정하였다. 이어 이차추출단위로 일차추출된 각 읍, 면, 동에서 1~6개의 통, 리, 단지를 선정하였다. 총 54개의 일차추출단위와 136개의 이차추출단위가 선정되었다. 이차추출단위에서 전수 또는 추출에 의해 조사대상 가구를 선정하였고 각 가구에서 조사대상자 기준에 적합한 가구원 중 한 명을 무작위로 선택하여 조사대상자로 선정하였다. 만성 정신병원과 수용시설에 있는 정신과 환자는 표본추출 과정에서 제외하였다. 총 대상자는 7,867명이었으며 이중 설문에 응답한 최종 연구 대상자는 6,275명이었다(Table 1).

대상자 면담은 조사대상자에게 본 연구의 취지와 내용 그리고 방문할 일자와 시간에 대한 설명이 담긴 편지를 조사일 주일 전에 받아볼 수 있도록 발송하였다. 방문하기 전에 전화로 시간을 약속하고 외출 등의 이유로 면담을 못한 경우 나중에 다시 약속을 정하여 방문하도록 하였다. 가정방문을 원하지 않는 조사대상자는 정신보건센터로 나오게 하여 면담을 하였다. 조사대상자를 만나지 못한 경우 해당 지역에서 조사를 완료할 때까지 3회 이상 방문하고 전체 지역을 완료한 이후 1회 더 방문하도록 하였다. 응답률은 79.8%였다. 자세한 연구 방법론은 조맹제 등¹⁶에 의해 보고되었다.

(2) 검사도구

정신장애 진단도구로 조맹제 등이 번역한 한국어판 Composite International Diagnostic Interview (K-CIDI)¹⁷을 사용하였다. K-CIDI는 CIDI core version 2.1을 한국어판으로 번역하여 표준화된 진단 도구이며 일반인이 교육을 받고 적용할 수 있는 구조화된 도구이다. K-CIDI는 423개의 기본문항과 일부 기본문항에 대한 탐색질문 문항으로 이루어져 있으며 진단도구 외에 CIDI에 추가하여 사용할 수 있도록 개발된 모듈 중에서 사회인구학적 특성 모듈, 의료서비스이용실태 모듈, 질환과 연관된 장애 모듈 99문항을 추가하였다.

정신과 진단은 K-CIDI의 문항들로부터 진단 알고리즘

을 이용하여 DSM-IV 진단18을 산출하였다. 질병의 기질적인 원인이 있는 경우와 진단의 위계적인 법칙에 어긋난 경우 진단을 배제하였다. 아임상형 강박장애의 진단은 DSM-IV 기준의 일부를 이용하여 내려졌다. CIDI의 강박장애 부분은 강박사고 및 강박행동의 특성에 대한 기본 질문으로 시작하여 각 진단 기준을 묻고 기준에 해당되지 않는 경우 바로 다음 장애로 건너 뛰도록 구성되어 있다. 이런 한계로 인하여 본 연구에서는 아임상형 강박장애의 정의를 DSM-IV 진단 기준상 A 기준에는 해당되나 모든 강박장애 기준에는 해당되지 않는 경우로 정의하였다. 즉 강박장애 기준 A의 (1)~(4)를 충족하는 강박 사고 또는 기준 A의 (1)~(2)를 충족하는 강박행동이 있으나 강박장애 기준 B~E 중의 어느 하나 이상을 충족하지 못하는 경우로 정의하였다.

(3) 자료분석

일반인구와 표본 사이의 성과 연령분포의 차이를 교정하기 위하여 2000년 전국 인구분포를 기준으로 가중치를 계산하여 분석에 이용하였다. 유병률 및 표준편차(Standard Errors : SE)를 구하기 위해 교차분석을 실시하였다. 유병률과 사회인구학적 변수들과의 관계를 분석하기 위해 강박장애 유무를 종속변인으로 여러 사회인구학적 변수들을 독립변인으로 한 개의 모델로 로지스틱 회귀분석을 실시하여 각 변인별 교차비(odds ratio : OR)와 95% 신뢰구간(95% Confidence Interval : CI)을 산출하였다. 강박장애 및 아임상형 강박장애에 흔하게 병발하는 정신장애를 알기 위하여 강박장애 유무를 종속변인으로 각각의 정신장애를 독립변인으로, 연령과 성별을 공변인으로 보정하는 로지스틱 회귀분석을 실시하여 각 정신장애별로 교차비와 95% 신뢰구간을 산출하였다. 위의 통계분석은 SUDAAN 프로그램을 사용하였다.¹⁹ 통계적 유의성은 양측검정으로 $p < 0.05$ 이하로 정하였다.

결 과

(1) 강박장애의 유병률

전체 KECA 군에서 K-CIDI/DSM-IV에 대한 강박장애

Table 2. Lifetime Prevalence (SE) of Obsessive-Compulsive Disorder and Subclinical OCD by Age and Sex

Age (years)	OCD			Subclinical OCD		
	Males % (SE)	Females % (SE)	Total % (SE)	Males % (SE)	Females % (SE)	Total % (SE)
18-29	0.3 (0.2)	0.4 (0.2)	0.3 (0.2)	10.5 (2.3)	9.5 (2.3)	10.0 (2.0)
30-39	1.1 (0.6)	2.4 (1.1)	1.7 (0.6)	4.3 (0.8)	6.9 (1.0)	5.6 (0.6)
40-49	0.4 (0.2)	0.7 (0.4)	0.6 (0.3)	3.6 (1.1)	5.2 (1.6)	4.4 (0.9)
50-64	0.8 (0.7)	0.7 (0.4)	0.8 (0.4)	3.9 (1.3)	6.2 (1.2)	5.1 (0.8)
Total	0.6 (0.2)	1.0 (0.3)	0.8 (0.1)	6.0 (0.9)	7.1 (1.0)	6.6 (0.7)

SE : Standard errors

Table 3. Multivariate Sociodemographic Correlates for Lifetime Obsessive-Compulsive Disorder and Subclinical OCD in the Weighted Sample

Correlates	OCD, odds ratio (95% CI) (N=50)	Subclinical OCD, odds ratio (95% CI) (N=279)
Age, y		
18-29	1.0	1.0
30-39	8.4 (2.8-25.4)	0.5 (0.3-0.9)
40-49	2.9 (0.4-19.8)	0.5 (0.2-0.9)
50-64	3.6 (0.7-19.9)	0.7 (0.3-1.4)
Gender		
Male	1.0	1.0
Female	1.5 (0.5-4.3)	1.1 (0.8-1.6)
Employment status		
Employed	1.0	1.0
Unemployed	1.2 (0.4-3.5)	1.1 (0.6-1.9)
Not in the labor force	1.3 (0.5-3.8)	1.4 (1.0-2.0)
Marital status		
Married/cohabitating	1.0	1.0
Divorced/separated/widowed	2.9 (0.6-14.2)	0.5 (0.2-1.0)*
Never married	2.8 (0.7-12.2)	1.0 (0.6-1.6)
Income (Ten thousands Won)		
0-50	0.68 (0.2-2.3)	0.7 (0.3-1.9)
51-150	0.59 (0.2-1.6)	0.7 (0.4-1.02)
301-	1.0	1.0
Urbanicity		
Metropolitan	1.0	1.0
Other urban*	1.2 (0.5-2.9)	0.7 (0.5-1.1)

* : p<0.05. 2-sided test

의 평생 유병률은 0.8%였다. 아임상형 강박장애의 유병률은 6.6%로 강박장애에 비하여 8배 가량 높았다. 성별로 보면 강박장애는 남성에서 0.6%, 여성에서 1.0%로, 아임상형 강박장애는 남성에서 6.1%, 여성에서 7.0%로 여성에서 약간 높은 편이었다. 강박장애의 유병률을 연령군별로 보면 30~39세군에서 1.7%로 가장 높은 반면 18~29세군에서 0.3%로 가장 낮았다. 그에 비하여 아임상형 강박장애는 18~29세군에서 10.0%로 가장 높았고 그 후에는 약 5%로 일정한 양상을 보였다(Table 2).

(2) 강박장애의 관련요인들

사회인구학적 변인들 중 강박장애와 관련된 요인으로 30~39세군(OR=8.4, p<0.05)이 18~29세군보다 유의하게 높았다. 성별의 경우 여성이 남성보다 유병률이 50% 높았으나 통계적으로 유의한 수준이 아니었다. 그 외 직업, 소득, 거주지 등은 유병률과 관련성이 없었다. 아임상형 강박장애의 경우와 관련된 요인으로는 18~29세군이 30~39세군

Table 4. Odds ratios of risk for comorbid disorders of OCD (N=50) and Subclinical OCD (N=324) compared with non affected subjects after adjusted for age and sex

	OCD		Subclinical OCD	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Major depressive disorder	5.7*	1.7-19.0	2.7*	1.7-4.0
Bipolar disorder	18.9*	2.6-137.1	1.7	0.3-10.4
Alcohol dependence	2.6*	1.10-6.2	1.8*	1.2-2.8
Panic disorder	-	-	0.6	0.1-3.8
Agoraphobia	-	-	2.3	0.6-9.0
GAD	8.0*	3.9-16.4	2.0	0.8-5.3
Specific phobia	4.4*	2.3-8.6	1.8*	1.0-3.3
PTSD	3.4	0.9-13.2	5.1*	2.1-12.5
Social phobia	14.0*	1.9-101.7	3.9	0.7-21.0
Eating disorder	-	-	0.2	0.0-1.9
Somatoform disorder	-	-	3.1*	1.0-9.3
Tobacco use disorder	3.6*	1.1-12.6	2.0*	1.1-3.7

* : p<0.05, 2-sided test. GAD : general anxiety disorder, PTSD: posttraumatic stress disorder

(OR=0.5)이나 40~49세군(OR=0.4)보다 높았고, 비경제 인력(OR=1.4)이 직업인보다 높았다(Table 3).

(3) 강박장애의 병발 정신장애

강박장애와 병발성이 유의하게 높은 질환으로 양극성장애(OR=18.9), 특정공포증(OR=4.4), 사회공포증(OR=14.0), 범불안장애(OR=8.0), 주요우울장애(OR=5.7), 담배사용장애(OR=3.6) 등이 관찰되었다. 아임상형 강박장애는 주요우울장애(OR=2.7), 특정공포증(OR=1.8), 알코올 사용장애(OR=1.8), 담배사용장애 (OR=2.0), 외상후 스트레스 장애(OR=5.1), 신체형 장애(OR=3.1)와 통계적으로 높은 병발성을 보였으나 그 정도는 강박장애에 비하여 낮은 편이었다(Table 4).

고 찰

과거에 강박장애는 비교적 드문 병으로 알려져 있었지만 미국의 Epidemiologic Catchment Area(ECA)연구를 통하여 강박장애가 드문 병이 아님이 알려졌다. 하지만 임상에서 강박장애 환자가 그다지 많지 않은 점으로 미루어 강박장애의 유병률이 미국 ECA 연구 결과처럼 2% 정도나 되는 지에 대해서는 의문의 여지가 있었다. 본 연구에서 우리나라의 강박장애의 평생 유병률은 0.8%로 나타났는데 이는 미국의 ECA연구에서 진단의 배제기준을 적용한 평생 유병률 1.7%,¹ 영국의1.2%² 보다는 약간 낮고, 스위스 쥘리히 연구의 1.0%,³ 네덜란드의 0.9%,⁵ 독일의 0.5%⁴와 비슷한

결과를 보였다. 정신과 역학 연구에서 평생 유병률을 조사할 때 진단의 위계에 따른 배제 기준을 적용하는가에 따라 유병률에는 차이가 생긴다. 다시 말해 DSM-IV 진단의 배제 기준을 적용하였을 때 정신분열병, 주요우울증, 기질성 정신장애, 뚜렛증후군 등의 질환과 관련된 강박 증상을 제외하므로 그 유병률은 낮아지게 된다. 강박장애의 진단의 배제 기준을 적용하지 않을 경우 미국의 ECA 연구에서는 2.5%,¹ 캐나다에서는 3.0%,²⁰ 호주에서는 2.2%²¹의 높은 유병률을 보고하고 있다. 본 연구 결과는 강박장애의 배제기준을 적용할 경우 유럽 국가의 강박장애 유병률과 비슷하고 미국의 유병률보다 낮은 경향을 보인다. 이런 차이에 대하여 측정도구의 차이, 아임상형의 존재, 성별 조사 인구 차이, 민족성 등으로 설명하기도 하나, 실제로 환경적 스트레스 차이로 인해 강박장애의 유병률이 다를 수 있다는 점도 지적되고 있다.⁵

아임상형 강박장애의 평생유병률은 6.6%로 나타났는데 이는 스위스 Angst 등의 연구³의 5.9%, 독일 Grabe 등의 연구⁴에서의 2%와 비교하여 높은 경향을 보인다. Stein 등¹²은 전화 면담을 통한 역학 연구에서 강박사고와 강박행동을 경험한 비율이 일반 인구에서 약 23~26%정도로까지 높게 보고하였다. 이런 차이는 아임상형 강박장애 조작적 정의의 차이로 설명될 수 있다. Angst 등³의 연구에서는 아임상형 강박장애의 정의를 반복적인 강박사고나 강박행동이 있고 강박증상으로 인해 일상생활에 지장이 있고, 장애가 있는 경우 정의하였고, Grabe 등⁴의 연구에서는 강박사고나 강박행동과 함께 기타 기준 1개를 충족하고, 강박장애 이외의 다른 I축 장애나 약물 및 일반적 의학적 상태로 생긴 것이 아닌 경우로 정의하였다. Stein 등¹²의 연구는 진단의 배제 기준이 적용되지 않은 단순히 강박사고와 강박행동을 경험한 비율이다. 본 연구에서는 강박장애의 A기준을 충족하지만 기타 기준은 충족시키지 못하는 경우이므로 Angst 등³나 Grabe 등⁴의 기준보다 조금 넓은 기준이다.

강박장애와 관련된 인자를 보면, 남녀비에서 여성이 강박장애에서 1.7배, 아임상형 강박장애에서 1.2배 높지만 통계적으로 차이가 없었는데 이는 기존 대부분 연구 결과와 일치되고 있다. 대부분의 불안장애가 남성보다 여성에서 더 흔한 것으로 알려져 있는데 비해 강박장애는 예외적인 것으로 알려져 있다. 하지만 본 연구 결과는 통계적으로 유의하지는 않지만 여성이 1.7배 높았고, 미국의 Karno 등¹의 연구에서도 여성에서 비율이 높았으며, 일부 연구²¹에서는 통계적으로 유의하게 여성에서의 더 높은 유병률을 보고하고 있어서 표본크기가 충분할 경우 여성에서 더 높을 가능성을 보여주고 있다.

연령군별로 강박장애 평생 유병률을 비교하면 30~39세 군에서 1.7%로 가장 높은 반면 18~29세군에서 0.3%로 가장 낮았으며 40세 이상의 군에서는 비교적 일정하게 30~39세군 보다 낮은 경향을 보였다. 이런 경향은 미국 ECA 연구를 비롯한 여러 역학 연구에서 비슷하게 나타나는 현상으로, 30~39세군에서 높은 유병률을 보이는 것은 연령이 증가할수록 증상의 위험이 일정하게 증가하는 경향이 있으며, 40세 이상에서는 코호트 효과 또는 증상 경험에 대한 망각으로 유병률이 줄어든다고 설명된다.²¹ 그에 반하여 아임상형 강박장애는 18~29세군에서 특징적으로 가장 높았고 그 후에는 약 5%로 일정한 양상을 보였다. 가장 젊은 연령층에서 강박증상이 흔한 이유는 강박증상이 10대 정상인에서 흔히 경험되다가 나이가 들면서 호전되는 경향이 있다는 점, 강박장애 환자에서 10대 후반이 호발연령인 점에서 강박성향은 10대 후반 30대 초반에서 혼함을 말해준다. 30대 이후의 강박증상의 감소는 과거의 경한 강박 증상 경험을 나이가 들면서 망각해서 생긴 현상으로 보인다.

강박장애와 다른 정신질환과의 병발성을 보면 주요우울장애와 양극성장애, 특정공포증, 사회공포증, 범불안장애와 같은 불안장애, 알코올사용장애와 담배사용장애가 높은 것으로 나타났다. 외국의 역학 연구의 결과를 보면 주요우울증, 사회공포증, 특정공포증, 범불안장애, 공황장애가 강박장애와 병발성이 높은 것으로 보고되고 있다.²² 이러한 정신질환 이외에도 연구에 따라 서로 다른 질환과의 병발성들이 보고 되었다. Rasmussen 등²³은 식이장애, 뚜렛증후군, 정신분열병과도 병발성을 보인다고 하였으며, Grabe 등¹¹의 연구에서는 강박장애 여성군에서 양극성장애와 통증장애, 외상후 스트레스 장애, 식이장애와의 병발성을 보였다. 본 연구에서 아임상형 강박장애는 주요우울장애, 특정공포증, 알코올사용장애, 담배사용장애와 병발성이 높게 나타났으나 그 정도는 약하였다. 아임상형 강박장애는 강박장애와는 달리 외상후 스트레스 장애와 신체형 장애에서도 높은 병발성을 보였으며, 양극성장애, 사회공포증, 범불안장애와의 관련성은 뚜렷하지 않았다.

아임상형 강박장애와 강박장애의 관계에서 아임상형 강박장애가 강박장애의 경한 양상인지, 아니면 여러 요인들로 인한 증후군으로 나타나는 현상인지는 본 연구의 관심사이다. 외국의 임상연구에서는 아임상형 강박증상을 보이는 사람에게서 공간 정보처리능력,^{24,25} 일상생활 관련 기억력 장애²⁶ 등에 장애가 있다고 보고되었고, 웨슬러 기억력검사²⁵나 위스콘신 카드소팅 검사 같은 신경인지검사에서 강박장애 환자와 유사한 장애를 보인다고 하였다.²⁶ 또한 성격적으로도 아임상형 강박증상을 보이는 사람들은 강박장애 환자와 같이 위

험을 더 두려워하고, 완벽주의적이며, 죄의식을 갖는다고 한다.²⁷ 이러한 임상 연구들은 아임상형 강박장애와 강박장애가 정신병리적으로 동일한 양상을 가진다는 것을 시사하는 것이나, 이에 반하는 임상 연구들도 보고되었다. Mataix-cols 등²⁸의 연구에서 아임상형 강박장애는 강박장애와 달리 위스콘신 카드소팅 검사, 성격 검사 결과가 일반인과의 차이가 없었으며, Insel 등²⁹은 강박장애 환자조차도 특정한 신경인지 장애를 발견하지 못하여 이 장애가 강박장애를 가진 환자의 특징적 양상이 아닐 수 있음을 보고하였다. 또한 Grabe 등⁴의 역학 연구에서는 아임상형 강박장애와 강박장애는 연령과 병발성 등 여러 임상 변인에서 차이를 보였다. 본 연구에서도 병발성에 일부 공통점이 있으나 연령 분포가 다르고, 병발성의 정도와 양상에서의 차이를 볼 때 아임상형 강박장애가 강박장애의 단순한 경한 양상이기보다는 여러 요인이나 질환과 관련된 증후군으로 보는 것이 타당하다고 생각된다. 본 연구에서 아임상형 강박장애의 정의가 강박사나 강박행동이 있는 경우에 포함되므로 정신적 외상에 대한 반복적 반추나 신체증상에 대한 집착, 반복적 우울사고 등을 보이는 경우 등이 모두 아임상형 강박장애에 포함되었을 것으로 생각된다.

본 연구의 제한점은 먼저 조사대상자 선정 시 지역사회에서만 대상자를 추출하였기 때문에 입원 환자가 포함되어 있지 않다는 점이다. 그러나 심한 정신질환과 병발한 상태에서 입원치료를 받는 일부를 제외하고는 강박장애는 주로 외래를 통한 치료가 위주이기 때문에 이에 의한 영향을 적을 것으로 생각된다. 두 번째는 이러한 역학 연구의 근본적인 방법론적 한계로부터 기인하는 것으로 정신과 지식이 없는 일반인에 의해 설문 면담이 이루어진다는 점이다. 단기간 정신과 질환과 면담 방법에 대한 교육이 이루어지지만 이는 정신과 질환에 대한 전체적인 이해에 많은 한계가 있을 수 밖에 없다. 강박장애에 적용되는 진단의 위계에 따른 질환 유무에 대한 판단, 타 질환에서 나타나는 부정적 사고의 반추를 명확한 강박 사고와 행동과 구분 등에서 오류가 발생할 수 있다.

결 론

본 연구는 우리나라에서 전국적인 표본 추출을 통하여 강박장애와 아임상형 강박장애의 유형률과 병발성을 살펴본 최초의 연구이다. 강박장애의 평생 유형률은 외국의 연구와 비슷하거나 약간 낮은 경향을 보였다. 아임상형 강박장애는 강박장애에 비하여 약 8배 정도 많은 것으로 나타났다. 강박장애에서 주로 병발하는 정신질환은 기분장애와 불안장애로 나타났다. 아임상형 강박장애의 병발성도 비

슷한 경향을 보였고 그 동반이환 정도는 강박장애에 비해 낮았다. 아임상형 강박장애는 단순한 강박 장애의 경한 형태이기보다는 여러 원인으로부터 기인한 증후군일 것으로 생각된다.

중심 단어 : 강박장애 · 아임상형 강박장애 · 유형률 · 병발성.

REFERENCES

1. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1094-1099.
2. Jenkins R. Psychiatry and the Health of the Nation: the view from the Department of Health. *Br J Hosp Med* 1996;56:155-158.
3. Angst J. Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1993;8 (Suppl 1) :21-25.
4. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, et al. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000;250:262-268.
5. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:587-595.
6. Hwu HG, Yeh EK, Chang LY. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:136-147.
7. Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry* 1996;57 (Suppl 8) :3-6.
8. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978;16:233-248.
9. Pauls DL, Alsobrook JP, 2nd, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:76-84.
10. Lenane MC, Swedo SE, Leonard H, Pauls DL, Sceery W, Rapoport JL. Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:407-412.
11. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, et al. Lifetime-comorbidity of obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in Northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251:130-135.
12. Stein MB, Forde DR, Anderson G, Walker JR. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry* 1997;154:1120-1226.
13. Lee CK, Kwak YS, Rhee H, Kim YS, Han JH, Choi JO, et al. The nationwide epidemiological study of mental disorders in Korea. *J Korean Med Sci* 1987;2:19-34.
14. Lee HY, Nahm KK, Lee MH, Min SK, Kim SY, Song DH. Et al. Kanghai-do Psychiatric Epidemiologic Study (II) -Life-time prevalence of Major Mental Illnesses. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1989; 28:984-998.
15. Ministry of Health and Welfare. The Epidemiological Survey of Psychiatric Illnesses in Korea:2001.
16. Cho MJ, Hahm BJ, Kim JK, Park KK, Chung EK, Suh TW, et al. Koran Epidemiologic Catchment Area Study for Psychiatric Disorders: Prevalence of Specific Psychiatric Disorders. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;43:470-480.
17. Cho MJ, Hahm BJ, Suh DW, Hong JP, Bae JN, Kim JK, et al. Development of a Korean Version of the Composite International Diagnostic Interview (K-CIDI). *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2002; 41:123-137.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washinton DC, American Psychiatric As-

- sociation;1994.
19. Research Triangle Institute: SUDAAN user's manual, release 8.0. In: Research Triangle Institute, Research Triangle Park, NC, USA:2000.
 20. Bland RC, Newman SC, Orn H. Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 1988;338:57-63.
 21. Oakley-Browne MA, Joyce PR, Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR. Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, Part II: Six month and other period prevalences of specific psychiatric disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 1989;23:327-340.
 22. Tukul R, Polat A, Ozdemir O, Aksut D, Turksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2002;43:204-209.
 23. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15:743-758.
 24. Frost RO, Lahart CM, Dugas KM, Sher KJ. Information processing among non-clinical compulsives. *Behav Res Ther* 1988;26:275-277.
 25. Sher KJ, Mann B, Frost RO. Cognitive dysfunction in compulsive checkers: further explorations. *Behav Res Ther* 1984;22:493-502.
 26. Sher KJ, Frost RO, Otto R. Cognitive deficits in compulsive checkers: an exploratory study. *Behav Res Ther* 1983;21:357-363.
 27. Frost RO, Steketee G, Cohn L, Griess K. Personality traits in subclinical and non-obsessive-compulsive volunteers and their parents. *Behav Res Ther* 1994;32:47-56.
 28. Mataix-Cols D, Junque C, Vallejo J, Sanchez-Turet M, Verger K, Barrios M. Hemispheric functional imbalance in a sub-clinical obsessive-compulsive sample assessed by the Continuous Performance Test, Identical Pairs version. *Psychiatry Res* 1997;72:115-126.
 29. Insel TR, Donnelly EF, Lalakea ML, Alterman IS, Murphy DL. Neurological and neuropsychological studies of patients with obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 1983;18:741-751.