

안정화된 만성 조현병 환자에서 강박장애 증상이 삶의 질에 미치는 영향

보훈공단 중앙보훈병원 정신건강의학과,¹ 연세대학교 의과대학 정신과학교실,² 연세대학교 의과대학 의학행동과학연구소³
문정윤¹ · 강석훈¹ · 석정호^{2,3} · 김찬형^{2,3} · 김태용¹ · 최진희¹ · 소형석¹

Impact of Comorbid Obsessive Compulsive Symptoms on Quality of Life in Stable Patients with Chronic Schizophrenia

Jung Yoon Moon, MD¹, Sukhoon Kang, MD¹, Jung-Ho Seok, MD, PhD^{2,3}, Chan-Hyoung Kim, MD, PhD^{2,3},
Tae Yong Kim, MD, PhD¹, Jin Hee Choi, MD¹ and Hyong Seok So, MD¹

Department of Psychiatry¹, Veterans Health Service Medical Center, Seoul,
Departments of Psychiatry², Yonsei University College of Medicine, Seoul,
Institute of Behavior Science in Medicine³, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

ABSTRACT

Objective : This study aimed to evaluate the relationship between comorbid obsessive compulsive disorder (OCD) and quality of life in stable patients with schizophrenia.

Methods : We interviewed 162 symptom-stable inpatients who have been on a constant dose of antipsychotics for at least 3 months prior and diagnosed as chronic schizophrenia. Subsequently, patients were classified according to the existence of OCD as evaluated using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV). Further, all clinical and demographic data were collected and evaluated. To investigate potential interrelationships, the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Korea-Positive and Negative Symptom Scale (K-PANSS), Korean Modification of the Scale to Measure Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment (KmSWN) and Korean Version Quality of Life Scale (K-QOLS) were performed. Independent t-test and Chi-square test were used to compare groups and regression analysis was done to assess the relationship between the Y-BOCS and quality of life.

Results : Schizophrenia patients with OCD showed significantly earlier onset of schizophrenia, more severe psychiatric symptoms and lower quality of life, compared to those without comorbid OCD. OCD might be associated with lower quality of life in schizophrenia.

Conclusion : Schizophrenia patients with OCD showed lower quality of life than those without OCD. In the treatment for schizophrenia, evaluation of OCD might be needed to improve their quality of life and social function. (Anxiety and Mood 2017;13(2):141-147)

KEY WORDS : Chronic schizophrenia · Obsessive compulsive-disorder · Quality of life.

서 론

조현병 환자에서 강박증상을 보일 경우, 강박사고를 망상이나 사고장애와 구분하는 것과 강박행동을 조현병으로 인한 상동증이나 이상행동과 구분하는 것은 어렵다고 보고되

었으나,¹ 정신장애의 진단 및 통계 편람 4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV, 이하 DSM-IV) 진단 기준과 구조화된 임상학적 면담(Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders, 이하 SCID-I)을 적용한 연구에서는 본격적으로 조현병 환자의 정신병적 증상과 구별되는 강박증상을 평가하기 시작하였다.² 이후 연구결과에 따르면 조현병에서 나타나는 강박증상이 단순한 만성 질병에 의한 것이거나, 입원치료 또는 약물치료로 인한 것이 아니고 서로 밀접한 연관성을 지닌 각기 다른 질환으로 생각되고 있다.³ 최근 연구에 따르면 강박증상을 동반하지 않은 조현병 환자보다 강박증상을 동반한 조현병 환자들은 단순 조현병 환자보다

Received : September 7, 2017 / Revised : October 10, 2017

Accepted : October 20, 2017

Address for correspondence

Suk-Hoon Kang, M.D., Department of Psychiatry, Veterans Health Service Medical Center, 61 Jinhwangdoro-gil, Gandong-gu, Seoul 05368, Korea
Tel : +82-2-2225-1330, Fax : +82-2-477-6190
E-mail : sleepkang@bohun.or.kr

낮은 발병연령, 긴 입원기간, 낮은 직업 및 사회적 기능, 심한 정신병리를 갖는 것으로 나타났다.^{4,5} 수년전 강박증상이 조현병 환자에서 인격의 붕괴를 지연시키거나, 정신증 호전에 도움이 된다는 연구 결과도 있었으나, 이후의 다른 연구들을 살펴보면 일반적으로는 조현병 환자에서 강박증상의 동반은 나쁜 예후 인자로 작용한다고 판단된다.⁴⁻⁶ 조현병에서의 강박증상은 그 증상의 내용, 심각도, 질병의 경과에 있어서 일반적인 강박장애와 유사하게 보이지만, 조현병의 증상이 심해질수록, 강박증상도 역시 심해지고, 환자의 예후를 악화시킨다고 보고되기 때문에 단순 조현병 환자의 치료보다 더욱 적극적인 치료가 요구된다.^{1,6}

최근 조현병 환자에서의 치료는 단순한 증상 호전을 넘어서, 환자 개개인의 삶의 만족도 향상을 우선으로 하고 있다.⁷ 하지만, 조현병 환자에서 강박증 동반은 환자에게 또 다른 정신적 고통을 주며, 만성적인 경과를 통해 삶의 만족도를 떨어뜨린다. 일반적으로 조현병과 강박장애 환자는 건강 대조군보다 삶의 질이 떨어진다고 알려져 있다.⁸ WHO의 삶의 질 설문지를 이용한 연구에 따르면 강박장애와 조현병 환자의 삶의 질이 일반 인구와 비교해서 낮다고 보고하고 있으며,⁹ 강박장애 환자는 사회적 관계, 정신적 행복감, 전반적 삶의 질 평가에 있어서 조현병 환자보다 점수가 더욱 낮다고 보고하고 있다. 그러나 다른 연구에서는 강박장애 환자와 조현병 환자가 정신 건강 분야에서는 동일 정도의 삶의 질을 가진다고 보고했다.¹⁰ 강박장애는 우울증, 심각한 집착/강박 증상, 사회적 지지 결여, 심각한 약물 부작용, 동반되는 기분 증상, 낮은 사회적 지위 등의 요소로 인해서 삶의 질이 떨어진다고 보고된다.^{11,12} 한편 강박장애를 동반한 조현병 환자들은 가족과 사회관계 유지에 심각한 장애, 학업 및 직업적 기능 저하, 자존감 저하, 자살사고 및 자살충동 등의 문제를 동반한다고 알려져 있다.^{13,14} 이러한 심각성에도 불구하고 국내에서 강박장애가 동반된 조현병 환자들의 증상에 따른 삶의 질에 대한 평가는 아직 체계적으로 보고되지 않았다. 따라서 본 연구는 강박증상의 동반 여부와 조현병 환자의 삶의 질 사이의 관계에 대해 확인하고자 하였다.

대상 및 방법

연구대상

본 연구는 2010년 7월 1일부터 2015년 6월 30일까지 중앙보훈병원 정신건강의학과 입원 환자 중 DSM-IV의 조현병 진단기준을 만족하는 18세 이상 65세 이하의 환자들을 대상으로 하였다. 연구 대상군은 급성기 증상 치료 이후, 최근 3개월 이상 약물의 용량 변경 없이 일정하게 유지하였으며, 스스로 야외산책 및 외박요법 등을 적절히 수행 할 수 있는 자들

로 구성되었다. 조현병과 강박장애 이외의 정신질환이 동반된 경우는 제외하였으며, 또한 간질, 두부외상, 뇌성마비 등의 간헐적, 지속적인 치료가 필요한 경우, 조절되지 않는 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 간기능장애, 신장기능장애 등 심각한 내과적 질환이 있는 경우, 알코올을 포함한 약물 중독 및 남용의 병력이 있는 환자, 정신지체, 발달 지연, 학습 장애가 동반된 경우도 연구 대상에서 제외하였다. 총 162명의 조현병 환자가 연구에 포함되었다. 본 연구는 중앙보훈병원임상시험 심사위원회의 승인과 환자 및 보호자들의 동의서를 받아 진행되었다.

연구방법

162명의 환자를 대상으로 DSM-IV 진단 기준에 따라 강박장애를 동반한 환자군(이하 환자군)과 강박장애를 동반하지 않은 환자군(이하 대조군)으로 구분하였다.¹⁵ 모든 연구 대상군은 의무기록을 통해서, 기본 신상 정보와 동반 질환, 내과 및 정신과적 과거력, 발병시점, 조현병의 유병기간, 처방 받고 있는 비정형 항정신병제(atypical antipsychotics) 약물 등을 조사하였다. 한가지 이상의 비정형 항정신병제를 중복 처방 받은 환자에서는 사용한 각각의 약물을 모두 조사하였다. 임상 증상 평가에서는 정신적 증상의 심각도를 평가하기 위하여 한국판 양성 및 음성 증후군 척도(Korean Version of the Positive and Negative Symptom Scale, 이하 K-PANSS),¹⁶ 전반적 임상 인상 척도-심각도(Clinical Global Impression Scale-severity, 이하 CGI-S),¹⁷ 강박증상을 평가하기 위하여 예일 브라운 강박 척도(Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, 이하 Y-BOCS),¹⁸ 대상자의 주관적인 삶의 질을 평가하기 위하여 한국어판 항정신병 약물치료 하에서 주관적 안녕감을 평가하는 자가평정척도(Korean Modification of the Scale to Measure Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment, 이하 KmSWN),¹⁹ 객관적인 삶의 질 평가를 위하여 한국어판 Heinrichs 삶의 질 척도(Korean Version Quality of Life Scale, 이하 K-QOLS),²⁰를 2인의 정신건강의학과 의사가 평가하였다. 평가자간의 신뢰도를 위해서 사전에 평가자간 평정과정을 진행하였다. 연구에 사용한 평가척도와 통계 분석은 다음과 같다.

임상증상 평가척도

전반적 임상 인상 지수-심각도(Clinical Global Impression Scale-severity, 이하 CGI-S)

CGI-S는 진단에 관계없이 정신질환의 심각도를 평가자가 총괄적으로 평가하는 척도이다. 1점(정상)부터 7점(최고도)까지 7단계로 구성된 단일 항목 척도로 특정 정신질환 정신증상

평가척도의 신뢰도와 타당도에 대해 잘 알고 있는 임상가라면 타당하게 평가할 수 있다

예일 브라운 강박 척도 (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, 이하 Y-BOCS)

총 10개의 항목으로 구성되어 있고 1~5 항목은 강박사고에 쓰는 시간, 강박사고 때문에 받는 방해, 고통, 강박사고에 대한 저항, 강박사고 조절 정도 등 강박사고에 관련된 기능 이상을 측정한다. 6~10 항목은 강박행동으로 때문에 받는 방해, 고통, 강박행동에 대한 저항, 강박행동을 조절할 수 있는 정도 등 강박행동으로 인한 장애를 평가한다. 숙련된 평가자가 반구조화된 면담을 통해 평가하게 되어 있고 각각의 항목은 그 심한 정도에 따라 0점(없음)에서 4점(극심) 사이의 점수로 평정한다.

한국판 양성 및 음성 증후군 척도(Korean Version of the Positive and Negative Symptom Scale, 이하 K-PANSS)

Kay 등이 조현병 증상 평가를 위하여 개발한 도구로 타당도와 신뢰도가 검증되어 조현병 연구에 널리 쓰이고 있다. 국내에서는 이중서 등이 한국판 PANSS 표준화 연구를 수행하였다.

한국어판 항정신병 약물 치료 하에서 주관적 안녕감을 평가하는 자가평정척도(Korean Modification of the Scale to Measure Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment, 이하 KmSWN)

환자들의 주관적인 삶의 질 측정은 Naber 등에 의해 고안된 항정신병 약물을 복용중인 조현병 환자의 주관적 안녕감을 측정하는 자기 평정 척도(a self rating scale to measure subjective well-being under neuroleptic treatment, SWN)를 윤진상 등이 국내에서 표준화한 척도로,¹⁹ 정서조절(emotional regulation), 자기통제(self-control), 정신기능(mental functioning), 사회적 조화(social integration), 신체기능(physical functioning)의 5개 하위요인으로 구성되어 있다.

한국어판 Heinrichs 삶의 질 척도(Korean Version Quality of Life Scale, 이하 K-QOLS)

환자들의 객관적인 삶의 질 측정은 Heinrichs 등에 의해 고안된 삶의 질 척도(Quality of Life Scale, QLS)를 송옥 등이 국내 표준화한 것으로 반구조화된 면담으로 평가되며,²¹ 모두 21개 항목으로 구성되고 4개의 하위 척도로 나눌 수 있다. 하위 척도는 1) 정신내적 요소(intrapsychic foundation), 2) 대인관계(interpersonal relations), 3) 직업과 관련된 항목

(instrumental role), 4) 일상용품과 일상활동(common object and activities) 항목으로 구성되어 있다. 21개 항목 각각은 0에서 6점까지 7점수단계로 평가하게 되어 있으며, 0과 1은 심한(severe) 기능장애를 의미한다.

자료분석

나이, 조현병 발병연령, 입원기간, 조현병 유병기간, BMI 등은 독립표본 T 검정(Independent t-test)을 사용하여 비교하였으며, 모든 결과는 평균과 표준편차로 표시하였다. 성별, 학력, 결혼상태, 사회경제상태 등은 카이제곱 검정(Chi-square test)을 사용하여 비교 분석하였다. 두 군의 CGI-S, Y-BOCS, K-PANSS, KmSWN, K-QOLS 등은 독립표본 T 검정을 사용하여 비교하였다. 비정형 항정신병제가 강박장애에 미치는 영향을 평가하기 위해서 환자군이 처방 받은 각각의 비정형 항정신병제에 대하여 카이제곱 검정 및 Fisher의 직접확률법(Fisher's Exact test)을 사용하여 비교 분석하였다. 강박증상이 조현병 환자의 증상 및 삶의 질에 어떤 관계가 있는지 평가하기 위하여 KmSWN과 K-QOLS를 종속변수로 하고 Y-BOCS와 K-PANSS를 등을 독립변수로 하여 회귀분석(multiple regression analysis)을 하였다. 통계 분석의 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였으며, 모든 통계 분석은 SPSS 21.0 for Windows 를 사용하여 시행하였다.

결 과

인구학적 자료 비교

전체 162명의 만성 조현병 환자 중 18.5%(30/162)에서 강박장애가 동반되었다. 성별, 연령, 입원기간, 유병기간, 학력, 결혼상태, 사회경제정도, BMI 등에서 두 군간 유의한 차이가 없었다. 하지만, 조현병의 발병시점에서는 비환자군과 비교하여 환자군이 통계적으로 유의하게 조기에 발병하였다($t = -3.42$, $p = 0.001$)(Table 1).

비정형 항정신병제 사용 비교

비정형 항정신병제 사용에 따른 강박장애 동반 유무를 비교하였으나, 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 2).

임상증상 평가척도 비교

대조군에 비해서 환자군에서 CGI-S($t = 4.96$, $p < 0.001$), Y-BOCS($t = 21.91$, $p < 0.001$), K-PANSS 일반정신병리 소척도($t = 6.82$, $p < 0.001$), 총 점수($t = 3.27$, $p < 0.01$) 등에서 통계적으로 유의하게 높았으나, K-PANSS 양성증후군 소척도 및 음성증후군 소척도 등에서는 두 군간에 유의한 차이가 없었다(Ta-

Table 1. Comparison of the demographic and clinical characteristics between schizophrenia patients with and without obsessive compulsive disorder

	SPR with OCD (n=30)	SPR without OCD (n=132)	t/ χ^2	p
Sex				
Male (%)	20 (66.7%)	65 (49.2%)	2.98	0.06
Female (%)	10 (33.3%)	67 (50.8%)		
Age (year)	41.8±7.0	44.2±8.6	-1.62	0.11
Age of onset (years)*	21.9±5.1	25.6±5.9	-3.42	0.00
Duration of admission (days)	109.6±43.9	95.5±42.8	1.60	0.12
Duration of illness (years)	20.6±8.2	18.7±7.6	1.17	0.25
Number of hospitalization (times)	10.9±5.9	10.0±5.6	0.75	0.46
Education				
Elementary school	2 (6.7%)	11 (8.3%)	9.57	0.05
Middle school	6 (20.0%)	20 (15.2%)		
High school	16 (53.3%)	80 (60.6%)		
College	4 (13.3%)	21 (15.9%)		
Graduate school	2 (6.7%)	0 (0.0%)		
Marital status				
Unmarried (%)	27 (90.0%)	98 (74.2%)	3.778	0.44
Married (%)	1 (3.3%)	13 (9.8%)		
Divorced (%)	0 (0.0%)	3 (2.3%)		
Remarried (%)	2 (6.7%)	16 (12.1%)		
Widowed (%)	0 (0.0%)	2 (1.5%)		

Data are presented as mean±standard deviation. * : p<0.05. SPR : Schizophrenia, OCD : Obsessive Compulsive Disorder

Table 2. Comparison of patients taken atypical antipsychotics between schizophrenia patients with and without obsessive compulsive disorder

	SPR with OCD (n=30)	SPR without OCD (n=132)	χ^2	p
Amisulpride	4 (13.3%)	21 (15.9%)	0.12	1.00
Aripiprazole	3 (10.0%)	18 (13.6%)	0.29	0.77
Clozapine	2 (6.7%)	15 (11.4%)	0.57	0.74
Olanzapine	9 (30.0%)	28 (21.2%)	1.07	0.30
Quetiapine	10 (33.3%)	47 (35.6%)	0.06	0.81
Risperidone	10 (33.3%)	51 (38.6%)	0.29	0.59

Chi-square test and Fisher's Exact test was done for statistical analysis. The total number of cases in the table was larger than the total number of the patient because the patients who have taken two or more antipsychotics were counted as the number of medications. SPR : Schizophrenia, OCD : Obsessive Compulsive Disorder

ble 3). 삶의 질에서는 환자군이 대조군보다 주관적($t=-2.86, p<0.01$) 및 객관적($t=-8.53, p<0.01$) 평가 모두에서 만족도가 떨어지는 것으로 나타났다(Table 3).

강박증상과 삶의 질의 연관성

발병나이, 이환기간, 강박장애를 평가한 Y-BOCS 점수, 정신증상을 평가한 PANSS 항목을 객관적, 주관적 삶의 질과 관련하여 각각 연관성 평가를 시행하였고, 이 중 강박장애가 만성 조현병 환자의 낮은 삶의 질과 유의한 연관성이 있는 요소로 평가되었다($\beta=-0.22, p=0.04$)(Table 4).

고 찰

본 연구는 만성조현병 환자 중에서 최근 3개월 이상 항정신병제의 용량 변동 없이 유지 치료를 지속하였고, 야외산책 및 외박요법 등을 적절히 수행 할 수 있는, 증상의 변동 없이 안정화 된 환자 162명을 대상으로 시행하였다. 연구에 참여한 조현병 환자 중에 강박장애를 동반한 유병률은 18.5%이었다. 일반인구를 대상으로 시행한 다양한 연구에서 강박장애의 평생 유병률은 0.8~2.4% 로 보고된다.²² 이런 유병률에 비해서 조현병 환자들은 0~31.7%의 유병률을 보고하는 바,²³ 일반인구에 비해서 상대적으로 높은 비율이라고 할 수 있다. 항정신병제는 일부 환자에서 강박증상을 야기한다는 증례

Table 3. Comparison of clinical rating scale scores between schizophrenia patients with and without obsessive compulsive disorder

Variable	SPR with OCD (n=30)	SPR without OCD (n=132)	Statistics	
	Mean±SD	Mean±SD	t	p
CGI-S [†]	4.2±0.6	3.6±0.7	4.96	<0.01
Y-BOCS total [†]	13.7±3.2	0.6±1.1	21.91	<0.01
Obsessions [†]	7.7±2.0	0.3±0.7	20.24	<0.01
Compulsions [†]	6.4±2.8	0.3±0.6	11.75	<0.01
K-PANSS-positive symptoms	18.1±3.7	16.9±5.3	1.47	0.15
K-PANSS-negative symptoms	16.8±5.6	15.7±6.0	0.85	0.40
K-PANSS-general psychopathology [†]	40.7±5.4	32.5±8.1	6.82	<0.01
K-PANSS-total*	75.0±11.9	65.1±15.4	3.27	<0.01
KmSWN*	54.6±11.9	62.9±21.9	-2.86	<0.01
K-QOLS [†]	54.4±74.3	63.2±7.7	-8.53	<0.01

Independent t-test was done for statistical analysis. Data are presented as mean±standard deviation. * : p<0.05, † : p<0.001. SPR : Schizophrenia, OCD : Obsessive Compulsive Disorder, Y-BOCS : Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, K-PANSS : Korean Version of the Positive and Negative Symptom Scale, KmSWN : Korean Modification of the Scale to Measure Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment, K-QOLS : Korean Version Quality of Life Scale

Table 4. Relationship of quality of life with other clinical rating scales

	KmSWN		K-QOLS	
	Adjusted R ² =0.15		Adjusted R ² =0.11	
	β standardized coefficient	p-value	β standardized coefficient	p-value
Age of onset (years)	-0.04	0.66	-0.16	0.08
Duration of illness (years)	-0.10	0.28	0.11	0.25
Y-BOCS score	-0.20	0.09	-0.22	0.04
K-PANSS-positive symptoms	0.11	0.33	-0.10	0.38
K-PANSS-negative symptoms	-0.02	0.83	0.06	0.55
K-PANSS-general psychopathology	0.23	0.07	0.15	0.24

KmSWN : Korean Modification of the Scale to Measure Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment, K-QOLS : Korean Version Quality of Life Scale, Y-BOCS : Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, K-PANSS : Korean Version of the Positive and Negative Symptom Scale

가 보고되고 있다. 각 항정신병제가 강박증상을 야기한다는 연구 결과는 자주 보고 되고 있으며, 특히 클로자핀은 상대적으로 많은 수의 강박증상 유발 사례가 보고되고 있다. 일일 최대 클로자핀 150 mg 을 투여 받은 2명의 조현병 환자가 약물 사용 8~12주 후부터 강박증상을 나타냈으며,²⁴ 일일 클로자핀 400 mg 이상 용량을 복용한 49명의 조현병 환자 중에서 5명(10.2%)이 새롭게 강박증상이 나타났거나, 기존의 강박증상이 악화되었다.²⁵ 국내에서도 클로자핀 사용이 후 강박증상의 출현 비율이 41.7%로 보고되었다.²⁶ 본 연구에서 강박장애를 동반한 환자군 30명 중 2명이 클로자핀을 사용하였는데, 한 명은 400 mg 다른 한 명은 200 mg을 사용하였다. 이들 모두 강박증상의 발병시점은 클로자핀 사용보다 선행되었다. 연구 대상군이 처방 받은 모든 비정형 항정신병제를 비교 분석한 결과에서는 양 군간의 사용 약물의 차이는 없었다. 다만, 기존 연구에서 아리피프라졸의 병합치료가 강박증상을 개선한다는 보고가 있는 바,²⁷ 환자군의 샘플수가 적다는 점에서 반드시 추후 연구에서 큰 샘플 사이즈를 대상으로 재

평가가 필요할 것이다.

강박증상과 정신병리에 대한 연관성 평가는 다양하게 이루어져 왔지만, 아직까지 일치된 연구 결과는 없다. 강박장애를 동반하는 조현병 환자에서 양성증상보다 오히려 음성증상이 더 많다는 보고가 있지만,^{2,13} 양성증상과 음성증상의 차이가 없다는 보고도 있다.²³ 강박장애와 조현병은 전두엽(prefrontal lobe)-피질하(subcortex) 회로(circuit)의 기능이상이라는 공통되는 기본 병태생리를 가지고 있는 것으로 본다.²³ 이는 발달학적으로 조현병과 강박장애가 유사한 발병 기전을 가지고 있다는 점을 시사한다. 이러한 생물학적 기전을 바탕으로 강박사고와 망상은 간혹 구별하기 어려운 경우가 많다. 표현하는 증상의 내용, 그에 대한 확신 정도, 병식(insight), 평가자의 주관성 및 증상에 대한 예민도에 따라서 좌우될 수 있다.²⁸ 본 연구결과에서는 환자군과 대조군에서 망상을 포함하는 양성증상과 음성증상의 차이가 관찰되지 않았다. 다만, PANSS의 전체점수에서는 환자군이 유의하게 높게 나타났으며, 일반정신병리 점수도 유의한 차이를 보였다. 일반병리에서는 불안감,

충동조절장애, 우울감 등의 강박장애에서 흔히 나타나는 요소들이 다수 포함되어 있다. 연구결과로 전부 설명하기는 어려우나, 강박장애가 동반된 조현병 환자의 경우, 정신적 초조감과 불안증상이 좀 더 흔하게 나타나 활동 범위를 제한하고, 이와 더불어 이상사고와 충동성이 증가하여, 결국 심각한 사회 부적응을 야기할 수도 있을 것으로 판단된다.^{23,29,30}

단순 조현병만을 앓고 있는 환자보다 강박장애의 동반은 더욱 심한 정신병적 임상증상과 사회적 기능의 저하를 가져와 삶의 만족도를 떨어뜨린다. 국내의 연구를 종합해보면, PANSS 평가를 통한 양성증상, 일반정신병리, 총 점수 등이 객관적 삶의 질을 평가하는 K-QOLS와 상관관계가 있었다.³¹⁻³³ 주관적 삶의 질 평가에 있어서는 주관적 안녕감을 평가하는 KmSWM와 PANSS의 일반정신병리가 상관관계가 있다고 제시되었지만,^{32,33} 주관적 삶의 질과 정신병리와의 관계에 있어서는 상반되는 견해가 많았다.³⁴ 본 연구에서는 K-QOLS와 KmSWM 점수 상 대조군과 비교하여 환자군에서 유의하게 저하된 객관적 및 주관적 삶의 질을 보고하였다. 또한 강박증상이 있을수록 객관적 및 주관적 삶의 질이 떨어지는 관계를 보여주었다. 연구에 따르면 조현병 환자에서 강박사고(obsession)는 삶의 질에 영향을 주지 않지만, 반복적인 청소와 같은 강박행동(compulsion)이 삶의 질을 떨어뜨렸다.^{11,35} 강박행동이 다른 사람들에 의해 의식될 수 있고, 조현병 환자에서 관찰되는 기이한 행동과 유사한 영향을 가진다는 사실이 이것에 영향을 미칠 수 있을 것이다. 연구에 따르면 객관적 삶의 질은 정신병리의 증상의 심각도가 가장 큰 영향을 주는 것으로 알려져 있으며, 주관적 삶의 질은 사회적 갈등, 가족의 적응력, 결속력 등의 주관적 지각이 가장 중요한 것으로 보고되었다.¹⁴ 실제로 본 결과에서 제시하지 않았지만, 객관적 삶의 질은 PANSS 점수와 유의한 상관성이 나타났다. 따라서 CGI-S 점수 상 임상증상의 심각도가 높고, K-PANSS 점수 상 일반정신병리와 총점수가 유의하게 높았던 환자군에서 객관적 및 주관적 삶의 질이 저하될 수 있을 것이다.

본 연구의 제한점으로 우선 일 병원에서 장기간 입원 치료 받은 안정적인 환자를 대상으로 하였기 때문에 전체 조현병 환자군을 대표할 수는 없을 것이다. 이는 조현병 환자에서 강박장애의 비율은 연구 대상군의 선택과 평가 조건에 따라 다양한 유병률을 나타내기 때문이다. 또한 장기간 추적관찰 연구가 아닌 단면적 연구이기 때문에 각 장애의 발병시기에 따른 증상 정도의 차이가 존재하고, 환자들에 따라 각각 사용 약물의 차이가 존재하기 때문에 결과를 일반화할 수 없다. 한편 강박장애 진단을 엄격하게 적용하였지만, 강박장애가 아니 강박증상만 보이는 군을 추가하여 세분화된 기준으로 평가하였다면, 강박증상과 정신병리 및 사회적 기능의 연관성

에 대하여 더 정확한 평가가 이루어졌을 것이다. 그럼에도 불구하고, 이번 연구는 국내에서 입원한 안정화 된 만성 조현병 환자를 대상으로 정신건강의학과 의사가 직접 대면 면담을 통해서 조현병 환자에서 강박장애가 그들의 삶의 질에 어떤 영향을 주는지를 평가하였는데 그 의의가 있다. 향후 더 많은 대상자수를 확보하여 통계적 검증력을 높이고, 장기적 추적 관찰을 통하여 약물치료에 따른 강박증상 및 정신병리의 변화와 삶의 질을 평가할 필요가 있겠다.

결론

입원치료 받고 있는 만성조현병 환자 중에서 3개월 이상 약물의 변화 없이 안정적으로 지내는 환자 162명을 대상으로 구조화된 면담도구와 표준화된 임상심리 평가를 사용하여 강박장애의 유병률 및 강박증상의 정도와 정신병리, 객관적 및 주관적 삶의 질 등의 관계를 알아보았다. 조현병 환자에서 강박장애가 동반된 경우 대조군과 비교하여 K-PANSS 일반병리 척도와 총 점수가 유의하게 높았으며, 객관적 및 주관적 삶의 질 저하와 유의한 연관성이 나타났다. 따라서 조현병 환자의 치료에 있어서 삶의 질 향상을 위해서 반드시 증상 평가 시 강박장애의 동반 여부를 확인하는 것이 필요하며, 적극적으로 강박증상을 치료해야 할 것이다.

중심 단어: 만성조현병·강박장애·삶의 질.

REFERENCES

1. Fenton WS, McGlashan TH. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986; 143:437-441.
2. Lysaker PH, Bryson GJ, Marks KA, Greig TC, Bell MD. Association of obsessions and compulsions in schizophrenia with neurocognition and negative symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002;14:449-453.
3. Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A. Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1998-2000.
4. Lysaker PH, Lancaster RS, Nees MA, Davis LW. Patterns of obsessive-compulsive symptoms and social function in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2004;125:139-146.
5. Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ, Costa PT Jr, Riddle MA, Liang KY, et al. Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 2000;177:457-462.
6. Berman I, Kalinowski A, Berman SM, Lengua J, Green AI. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1995;36:6-10.
7. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162: 1171-1178.
8. Sibrava NJ, Boisseau CL, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA. Prevalence and clinical characteristics of mental rituals in a longitudinal clinical sample of obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2011;28:892-898.
9. Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive dis-

- order. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:662-668.
10. Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousoño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2001;16:239-245.
 11. Albert U, Maina G, Bogetto F, Chiarle A, Mataix-Cols D. Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2010;51:193-200.
 12. Hou SY, Yen CF, Huang MF, Wang PW, Yeh YC. Quality of life and its correlates in patients with obsessive-compulsive disorder. *Kaohsiung J Med Sci* 2010;26:397-407.
 13. Hwang MY, Morgan JE, Losconzcy MF. Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia: a pilot study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12:91-94.
 14. Kim KJ, Seol JH, Paik YS, Kim JH. The relationship between quality of life and psychosocial characteristics in patients with schizophrenia. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2004;38:1447-1458.
 15. Han OS, Hong JP. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I Research Version: Hana Medical Publishing Company;2000.
 16. Yi J, Ahn Y, Shin H, An S, Joo Y, Kim S, et al. Reliability and Validity of the Korean Version of the Positive and Negative Syndrome Scale. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:1090-1105.
 17. Guy W. Clinical global impression. National Institute of Mental Health 1976. p.217-221.
 18. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006-1011.
 19. Yoon JS, Kook SH, Lee HY, Lee C, Paik IH. The Development of a Korean Modification of the Scale to Measure Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment (KmSWN). *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2000;39:978-998.
 20. Song W, Choi YH, Kim HS, Huh SY, Ko YT, Chang AK, et al. The Korean Version of Heinrichs Quality of Life Scale (K-QOLS): A Reliability and a Validity Study. *Kor J Psychopathol* 1999;8:86-97.
 21. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT Jr. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984;10:388-398.
 22. Drubach DA. Obsessive-compulsive disorder. *Continuum (Minneapolis Minn)* 2015;21:783-788.
 23. Temmingh H, Stein DJ. Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. *CNS Drugs* 2015;29:819-832.
 24. Patil VJ. Development of transient obsessive-compulsive symptoms during treatment with clozapine. *Am J Psychiatry* 1992;149:272.
 25. Baker RW, Chengappa KN, Baird JW, Steingard S, Christ MA, Schooler NR. Emergence of obsessive compulsive symptoms during treatment with clozapine. *J Clin Psychiatry* 1992;53:439-442.
 26. Lee JY, Roh MS, Kim YS, Kang UG. A Study of Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia-A Preliminary Study-. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:1132-1139.
 27. Englisch S, Esslinger C, Inta D, Weinbrenner A, Peus V, Gutschalk A, et al. Clozapine-induced obsessive-compulsive syndromes improve in combination with aripiprazole. *Clin Neuropharmacol* 2009;32:227-229.
 28. Kim C, Nam YY, Koo M, Cheon K, Suh H, Song D, et al. Clinical Profiles of Obsessive Compulsive Symptoms in Schizophrenic Patients. *Kor J Psychopharmacol* 2003;14:292-298.
 29. Apter A, Horesh N, Gothelf D, Zalsman G, Erlich Z, Soreni N, et al. Depression and suicidal behavior in adolescent inpatients with obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord* 2003;75:181-189.
 30. Owashi T, Ota A, Otsubo T, Susa Y, Kamijima K. Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive symptoms in Japanese inpatients with chronic schizophrenia-a possible schizophrenic subtype. *Psychiatry Res* 2010;179:241-246.
 31. Galletly CA, Clark CR, McFarlane AC, Weber DL. Relationships between changes in symptom ratings, neurophysiological test performance and quality of life in schizophrenic patients treated with clozapine. *Psychiatry Res* 1997;72:161-166.
 32. Heslegrave RJ, Awad AG, Voruganti LN. The influence of neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 1997;22:235-243.
 33. Suh HS, Kim CH, Lee HS, Jung YC, Choi YH, Huh SY, et al. Quality of Life and Psychopathology in Patients with Schizophrenia: Subjective and Objective Assessment. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:1122-1131.
 34. Lehman A. A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning* 1988;11:51-62.
 35. Fontenelle JM, Santana Lda S, Lessa Lda R, Victoria MS, Mendlovicz MV, Fontenelle LF. [The concept of insight in patients with obsessive-compulsive disorder]. *Rev Bras Psiquiatr* 2010;32:77-82.