

## 정신분열병에 영향을 미치는 사회적 위험요인들 (Social Risk Factors)

김 창 곤\*

### I. 서론

우리나라는 1997년 정신보건법을 제정하고, 이 법에 의해, 같은 해부터 2000년 9월, 현재까지 약 340명의 정신보건사회복지사를 배출했고, 일본은 1997년 정신보건복지사법을 제정하고, 국가고시를 통해, 1999년과 2000년, 두 해 동안 6,919명의 정신보건복지사들에게 자격증을 부여했다. 양국 모두 최근까지 사회사업의 전문화에 심혈을 기울여오고 있다.

최근까지 국내에서 시행한 의료사회사업가들의 직무수행에 있어서, "심리사회적 문제해결직무"는 1978년, 1985년, 1997년에 시행한 연구에서 모두 최우선 순위로 보고되고 있다. 일본과 한국에서 1992년과 1997년에 각각 직무표준화를 위한 연구가 시행되었으나, 표준사정도구들은 거의 개발되지 않은 것으로 사려된다(김창곤a,1999).

따라서, 임상에서 사회사업가가 정신과에 상근하면서 시행하는 의료보험요양급여기준 의 제8장 정신요법료 중, 개인력 검사, 사회조사, 사회사업지도, 가정방문 등에 대해 표준화된 양식을 아직 마련하지 못한 실정이다. 한편, 한국정신보건사회사업학회의 2000년도 수련지침서 중, 심리사회적 사정 양식(한국정신보건사회사업학회, 2000)에 대해서조차 Supervisor간에 이견을 보이고 있다.

DSM-III와 DSM-III-R의 축 4로는 사회사업가가 필요한 체계적인 심리사회적인 사정이 불가

---

\* 전주대학교 강사

능했었다. DSM-IV의 편집자는 환경속의 개인(PIE) 전문위원회로부터 산출된 정보를 가지고, 축 4를 수정했다. 그 제목은 “심리사회적 스트레스”에서 “심리사회적 및 환경적 문제들”로 바뀌게 되었다.

PIE의 체계는 개인의 발전을 추구하면서 개인의 인생에서 발생한 문제와 인간과 환경간의 조화로운 균형을 추구하는 것을 목표로 하고 있다.

그러나, PIE가 사회사업가의 고유한 업무를 표준화된 서술을 위한 도구로는 유용하다고 볼 수 있으나, 클라이언트의 문제를 설명하고, 원인을 분석하는 것을 개별사회사업가의 몫으로 남겨놓았다는 점은 적어도 협의진단 등의 다학제간 팀에 속한 정신의료사회사업가들에게는 고스란히 현실적 과제로 남아있다(김창곤b, 1999).

따라서, 본 고에서는 정신분열병과 사회적 위험요인들과의 관계를 문헌고찰을 통해 알아봄으로써, 임상에서의 심리사회적 사정 및 개인력 검사, 사회조사 등에 있어서, 정신분열병에 영향을 미치는 사회적 위험요인들에 대한 설명과 원인분석의 토대를 정리해 보고자 한다.

## II. 본론

### 1. 위험요인(Social Risk Factor)의 개념

질병요인에 관여하는 요인은 질병소질요인, 상황적 요인, 질병촉진요인, 강화요인의 4 가지 형태로 구분할 수 있다. 이들 모두는 특정 질병을 일으키는 데 필요조건을 만족하기는 하지만, 충분조건이 되는 경우는 매우 드물다.

“위험요인(Risk Factor)”이라는 용어는 질병발생의 위험도를 높이는 데 관여하는 요인으로 그러나 질병이 일어나는 충분원인은 아니다. 이러한 위험요인의 개념은 실제적인 질병예방사업에서는 아주 유용하다. 어떤 위험요인(예:흡연)은 다수의 질병과 관련이 있으며, 어떤 질환(예: 허혈성 심질환)은 수 개의 위험요인과 관여하고 있다. 역학연구를 통하여 질병발생에 관여하는 개개의 요인의 상대적인 비중을 파악하게 되고, 또한 그 요인을 제거하는 경우, 해당질병의 감소효과를 추정하기도 한다(WHO, 안윤옥 등 역, 1996)

사회적인 요인과 경제적인 요인은 국민들의 건강상태와 건강서비스전달에 의미있는 영향을 미친다. Kaplan 과 Sadock(1996)은 사회적인 요인을 생활방식, 연령, 사회경제적 상태(Socioeconomic Status), 빈곤, 성별, 종족, 환경 등을 말하며, 여기서 사회경제적 상태는 단지 수

입만을 의미하는 것이 아니라, 교육, 직업, 생활방식 등을 포함한다(김창곤, 1998).

## 2. 질병의 원인 (Causes of Disease)

어떤 사건이나 현상은 일정한 인과관계를 가지고 연속적으로 일어나고 있다. 원인이란 개념은 철학에서 특히 과학이론에서 다루어져 왔다. 역학에서는 질병발생의 원인을 규명하여, 궁극적으로 예방하기 위한 목적으로 질병의 원인들이 연구되고 있다. 그러므로 만약 질병발생이 개인적으로나 환경적으로 특별한 특성을 가지고 있는 사람들에게서보다 그렇지 않은 사람에게서 더 낮게 발생한다면, 인과관계가 있다고 말할 수 있다.(Anders Ahlbom & Staffan Norell, 서인선 노병의 역, 1998)

질병의 원인의 역학적 개념을 질병발생의 다인설과 생태학적 모델(Ecologic Models)로 나눌 수 있다.

### 1) 질병발생의 다인설

질병발생의 다인설에서 질병의 발생원인을 크게 환경요인과 숙주요인으로 나눌 수 있는데, 환경요인은 생물학적 환경, 사회적 환경 및 물리적 환경으로 나눌 수 있다. 이 중, 사회적 환경에는 직업, 경제적 상태, 관습, 도시화 정도, 의료보장제도, 의료시설, 천재지변 등이 있다(박중구, 1999). 田中平三(2000)은 사회적 환경요인을 ①인구밀도, 이주 등, ②직업, 직종 ③종교, 풍습, 관습, 혼인상태 등, ④ 거주, 교통 등, ⑤의료기관, 복지기관 등, ⑥교육, ⑦ 수입(교육, 경제적 상태), ⑧영양상태 등, ⑨전쟁, 자연재해 등, ⑩정치체제, ⑪도시, 농촌, 어촌, 산촌, ⑫가정 등으로 분류하고 있다.

한편, 숙주요인(Host Factors)으로는 유전적 요인과 과거의 환경폭로결과 및 성격을 들 수 있다.

### 2) 생태학적 모형

질병은 어느 한 요인에 의해서만 발생하는 것이 아니고, 여러 요인들의 복합적 작용으로 발생한다. 즉, 질병이란 인간을 포함한 생태계 각 구성요소들간의 상호작용 결과로 인간에게 나타나는 한 현상이라는 개념이 생태학적 모형이다.

이 요인들이 평소에는 서로간에 평형상태를 유지하지만, 평형이 깨어지면, 질병이 발생하게

되는데, 만약 한 요인에 해로운 변화가 있더라도 다른 요인들이 이 영향을 보상할 수 있으면, 평형이 유지되고, 질병도 발생하지 않으나, 보상능력이 낮으면, 조그만 변화에도 질병이 발생한다. 예로는 질병을 일으키지 않는 세균이라도 면역력이 저하된 사람에게는 질병을 일으키므로 청장년층보다는 유년층과 노년층의 질병발생률이 높은 것을 들 수 있다.

질병발생의 다인설에 입각한 생태학적 모형은 질병의 예방과 관리 원칙을 수립하는 데 중요한 역할을 한다. 즉 질병을 예방하는데 가장 이상적인 방법은 먼저 질병 발생의 요인을 모두 찾아내는 데 있을 것이다. 그러나 실제적으로는 질병을 예방하는 데는 많은 요인들 중 일부만 알아도 별 장애가 되지 않는다. 특히 직접적인 원인보다는 간접적인 원인에 대한 지식이 더 큰 도움이 되는 경우도 많다. 예를 들면, 전염성 소화기 질환은 원인균보다는 파리, 모기 등 매개충을 관리하는 것이 더 효과적이다(박종구, 1999).

### 3. 정신분열병의 원인

정신분열병의 원인의 규명에서 가장 중요한 문제는 이 장애가 단일한 원인에 의한 “단일질환”가설, 여러 원인에 의하여 발생할 수 있지만, 이들 원인이 최종 공통경로가 정신분열병이라고 지칭되는 특정한 중후군으로 표현된다는 “복합질환”가설, 그리고 정신분열병의 다양한 증상은 서로 다른 병태생리학적 과정에 의하여 나타나며, 한 환자가 하나 이상의 질병과정을 가질 수 있고, 각각의 질병과정은 정신분열병에서 관찰되는 임상적 이질성을 구성한다는 “다영역 정신병리학”가설 등이 있는데, 어느 쪽이 옳은 지는 현재로서 알 수 없다. 다만 현재의 진단 기준에 의한 정신분열병이 단일 질환은 아닐 것이라는 주장이 지배적이다(대한신경정신의학회, 1999).

정신분열병의 원인규명을 위해서는 유전적·생물학적 및 사회심리학적 연구 모두가 필요하다. 최근 뇌영상화기술의 발달, 비전형적 항정신병 약물의 개발, 음성증상의 개념 수립과 발달, 그리고 병의 경과와 예후에 영향을 미치는 사회심리적 요인에 대한 연구들이 정신분열병의 이해를 크게 증진시키고 있다(민성길 외, 1999).

### 4. 정신분열병의 사회적 요인에 관한 이론들

사회적 영향이나 요인이 정신분열병의 발병과 연관된다는 이론은 ‘Grand Theory’와 ‘Arousal Theory’의 두 가지로 크게 나눌 수 있다.

'Grand Theory'는 사회적 영향, 요인, 충격이 정신분열병을 직접 일으키는 원인이 된다는 것이고, 'Arousal Theory'는 'Grand Theory'와는 반대되는 이론으로서, 사회적 요인과 환경은 하나의 스트레스로서 이미 존재하는 질병의 잠재성을 자극은 하지만, 그 자체가 정신분열병을 일으키는 특별한 원인은 아니라고 보는 것이다.

즉 이것은 이미 존재하는 생물학적 경향과 잠재성이 환자에게 미리 있었다는 가정을 하고 있다. (김채원,1996).

사회문화적 요인이 정신분열병의 발병에 기인한다는 주장이 있었다. 현재로서는 이들 문화 및 사회적 요인이 정신분열병의 직접적인 원인인자라고 생각하지는 않는 것이 일반적 견해이다(대한신경정신의학회, 1999).

## 5. 정신분열병에 영향을 미치는 사회적 위험요인들(Social Risk Factors)

위험요인이란 개체가 정신분열병으로 발전될 가능성을 높게 만드는 선천적 혹은 후천적인 특성들의 집합을 의미한다(김채원 외,1996).

위험요인의 분류는 두 가지 측면에서 이루어지는 데, 첫째는 사회인구학적 요인, 유발요인, 체질적 요인(predisposing factors) 등으로 구분하는 방법이고, 둘째는 가변성 요인(mutable factors)과 불변성 등으로 분류하는 방법이 있다(한진희,1990).

이러한 위험요인을 이해하는 데 있어서 몇 가지 주의가 필요하다. 그것은 첫째, 어느 지역의 높은 유병률 수치가 곧 높은 발생율을 의미하는 것은 아니며(prevalence= incidence X duration 의 등식을 상기하라), 둘째, 유병률 자체로서 만든 다른 교란요인들을 통제할 수 없고, 셋째, 어떤 변인이 위험요인으로 지목되었다고 해서 이것이 곧 정신분열병의 발병과 관련되었다고 할 수 없으며(즉, 위험요인이라 '원인' 자체라기보다는 '연관성(association)을 의미하는 것이며), 넷째, 정신분열병이란 원인적으로 이질적인(etilogically heterogenous)집합체로서 많은 위험요인을 갖는다는 점이다(Karno & Norquist, 1989).

여기서는 사회적 위험요인으로서 (1) 연령과 성, (2) 결혼상태,(3) 인종, (4) 사회경제적 상태(교육과 직업), (5) 도시화 및 산업화, (7) 생활사건 들에 국한하여 대해 알아보기로 하겠다.

### 1) 연령(Age)과 성(Sex)

정신분열병은 전형적으로 성인 초기에 호발한다고 알려져 있으며, 초발연령의 위험군은

15-45세로 평가된다(한진희, 1990). 첫번째 정신병적 삽화(first psychotic episode)가 발병하는 중간연령(median age)은 남자의 경우, 15세에서 25세, 여자의 경우는 25세에서 35세로, 남자가 일찍 발병한다. 이는 남성과 여성간의 생물학적 차이들이 발병시기를 결정한다는 데 중요한 요인으로 작용할 수 있음을 시사하는 것이다.

발병연령은 대부분 사춘기에서 30대 이전까지의 연령에서 첫 발병하며, 10세 이전이나 50세 이후의 발병은 극히 드물다(대한신경정신의학회, 1999). 그러나 5세 아동에서 나타난 기록도 있다(Beitchman, 1985).

Häfner등(1992)은 60세까지의 누적 발병율을 평가한 정신분열병의 평생위험도를 발표했는데, 이에 의하면, 남성과 여성의 평생위험도가 같다고 했다. WHO의 Determinants of Outcome 연구 결과에서도 같은 결과가 나왔다.

평균적으로 정신분열병의 발병시기는 남성이 여성보다 상당히 이른 것으로 알려져 있으며, 여성이 평생 유병율이 보다 높다는 보고는 연구방법론상에 문제점이 있는 것으로 알려져 있다. 한국에서도 전체 유병율을 비교했을 때, 남성이 여성에 비해서 보다 높은 것으로 나타났으며, 나이가 들어감에 따라서 남녀가 공히 감소하는 것으로 보고되었다(이정균, 1991).

입원환자에 대한 국내의 한 연구에서는 정신분열병환자 103명 중, 남녀 모두에서 20대에서 많았고(47.6%), 평균연령은 31.7세이고, 남녀 성비는 1: 0.9였다(안주홍, 1999). 그러나 이러한 연구결과는 병원의 특성이 유동적인 변인으로 작용할 것으로 생각된다.

국내 병·의원에 입원한 2,140명의 정신분열병 환자에 대한 연구결과에 따르면, 연령은 30세를 전후로 높을수록 정신병원에, 낮을수록 대학 및 종합병원에 많이 입원하고 있고, 이는 국내 대학병원(오석환 등, 1973, 민병근 등, 1975, 김광일 등, 1982)에서 발표한 20대에서 가장 높은 입원율(42%, 43.4%, 48.3%)를 보이는 것과 일치한다(정인원, 박문희, 이정균, 1985).

한편, 국내에서 병·의원 및 정신요양시설과 무허가 기도원 등에 입소한 정신질환자 1,151명을 대상으로 한 연구보고에 의하면, 남자가 63.2%로 여자의 36.8%에 비해 유의미한 분포를 나타냈다. 연령분포는 20~29세가 15.2%, 30~39세가 30.4%, 40~49세가 32.5% 등의 분포를 보여(서동우 등, 1999), 전술한 연구결과에 비해, 높은 차이를 보이는데 이것은 대상군이 정신분열병환자와 정신분열병환자를 포함한 정신질환자로 다르고, 대학병원과 대형전문정신병원, 만성정신분열병환자 등이 수용된 정신요양원 및 기도원 등의 특성이 다르기 때문으로 파악된다.

또한 같은 연구에 따르면, 정신분열병을 포함한 정신의료기관에 입원한 33,647명의 환자들 중, 30~39세가 29.8%, 40~49세가 27.8%, 50~59세가 15.7%, 20~29세가 13.8%의 순으로 나타났다.

이러한 역학적 연구로서 귀감이 될만한 일본의 한 연구는 일 대학병원 신경정신과에 20년간

(1969년~1988년) 내원한 정신질환환자의 추이에 대한 연구로서, 그 결과에 의하면, 남자 9,042명(53.5%), 여자 7,874명(46.5%)이며, 연령은 20~29세가 266명(23.0%), 10-19세가 258명(22.3%), 30~39세가 186명(16.1%)의 순으로 분포를 보이고 있다. 10대의 입원율이 우리 나라에 비해 높은 분포를 보이긴 하지만, 대상이 정신질환자 전체이기 때문에 정신분열병에 대한 성비와 연령 특성을 비교하기에는 무리가 있다고 생각된다.

## 2) 결혼상태(Marital Status)

정신분열병의 발병시점에서 일반인구에서 기대되는 것보다 더 많은 수가 미혼의 상태라는 사실이 반복되어 확인되어 왔다. 이는 선택효과(selection effect)를 의미하는 것으로 정신분열병으로 발병하는 사람은 결혼을 하기도 어렵고 결혼을 유지하기도 어려웠을 것이다(이정태, 2000).

Eaton(1975)은 8개의 연구결과를 토대로 독신자는 기혼자에 비해 평균 3.0-4.7의 상대 위험도(relative risk)를 갖는다고 하였다. 그 위험도는 미혼, 기혼, 별거가 배우자의 사망으로 인한 독신의 경우보다 더 높게 나타나고 있는데, 이러한 경향은 국내의 연구에서도 확인되고 있다.

정인원 등(1985)은 결혼상태는 미혼자와 기혼자가 대학병원이나 개인의원에 많았고, 혼자 사는 사람은 정신병원이나 종합병원에 많았다고 보고하고 있으며, 이러한 결과는 미혼자가 각각 57.5%와 58.4%로 입원율이 높았던 대학병원(오석환 등, 1973, 민병근 등 1975)의 결과와도 일치한다.

103명의 정신분열병 환자를 대상으로 한 연구결과에 따르면, 결혼상태가 남자에서는 미혼이 92.6%, 여자에서는 동거나 기혼이 42.9%로 가장 많은 분포를 보였다(안주홍, 1999).

정신분열병을 포함한 정신질환자 1,151명을 대상으로한 최근의 연구보고(서동우 등, 1999)에 의하면, 결혼상태는 미혼이 59.9%, 기혼이 16.9%, 이혼이 15.6%, 사별이 3.4%, 별거가 3.3%, 동거가 1.0%의 분포를 보이고 있다.

정신보건법의 제정을 전후하여 첩예의 관심이 되고 있는 정신분열병 환자의 재활의 일환으로, 1999년 보건복지부가 시행한 정신요양시설 평가 시 두 개의 시설에서 발견된, 짝짓기(결혼 후 살림) 프로그램(김창곤, 2000)은 정신분열병 환자들의 결혼에 대한 과제에 대해 일말의 가능성을 열어보이고 있다.

결혼 결손이 정신분열병의 한 위험요인임은 분명하나, 이는 원인적 요소라기보다는 그 결과로 이해하는 것이 타당할 것이다(한진희, 1990).

### 3) 인종(Race)

인종간의 실제 유병율(혹은 발생율)의 차이를 규명하려면, 서로 다른 종족과 문화권간에 표준적 진단도구를 이용한 역학조사가 동시에 이루어져야 한다. 현재로서는 이러한 인종간 유병율의 차이가 인정되고 있는 것은 세계보건기구(WHO)에서 시행한 정신분열병의 국제예비연구 자료로서 Ireland 지역주민들과 Yugoslavia의 Istria반도지역주민들에서 나타난 상대적으로 높은 정신분열병의 유병율이 지적된다(한진희, 1990).

Jablensky와 Sartorius(1975)는 14개국에서 발표된 22개의 연구를 종합한 결과, 스웨덴 북부에서 높은 유병율(10.8/1,000)을 보인다는 Bøök의 연구결과와 미국의 Hutterite지역에서 낮은 유병율(1.1/1,000)을 보인다는 Eaton과 Weil의 연구결과를 제외하고는 전세계적으로 매우 비슷한 유병율을 보인다고 보고했다. 이는 NIMH의 ECA연구에서도 확인되었다. 크로아티아(Corroatia), 아일랜드(Ireland) 지역과 캐나다(Canada)의 가톨릭신자들, 남부인도의 타밀족 사이에서 비교적 유병율이 높고, 미국의 Old Order Amish, 타이완(Twiwan)의 원주민, 그리고 가나(Ghana)의 흑인종들은 낮은 것으로 보고되었다. 그러나 각각의 지역에서 연구수행사용 진단 방법이 타당도 검증에서 차이점이 있는 것으로 나타났다. WHO에서 수행한 연구에서는 진단기준을 조정한 결과, 유사한 문화를 가진 곳에서는 발병율이 유사한 것으로 보고했다(김채원 외, 1996).

미국의 초창기 연구에서는 백인보다 미국계 아프리카 인종이 정신분열병의 유병율이 더 높다는 보고가 있었으나, 이 결과는 흑인에 대해서 과잉진단을 하게 만든 편견 때문인 것으로 밝혀졌다(Mukherjee등, 1983).

미국과 영국의 횡국가(cross-national)연구에서는 종족과 진단간에 연관관계가 없는 것으로 나타났다(Simon 등,1973). 더우기, ECA연구에서도 정신분열병과 정신분열형 장애의 유병율도 종족간에 큰 차이가 없는 것으로 나타났다(김채원, 1996).

중국 연변에서 조선족과 한족사이의 정신분열병의 유병율을 비교한 결과, 조선족이 보다 높았는데, 험난한 조선민족 역사에서 영향을 받았을 것으로 보는 연구결과도 있다(이동근 등, 1994).

### 4) 사회경제적 상태(Socioeconomic Status)

여기서 사회계층과 정신장애에 대한 가설에는 몇 가지가 있다. 이동가설(drift hypothesis)은 정신질환으로 인하여, 환자들이 사회적 계급이 낮은 계급으로 점차 이동하게 된다는 가설이다. 동시에 사회적인 부담을 덜어보고자 익명(anonymity)과 격리(isolation)가 가능한 도심으로 몰



려들게 된다는 분리가설(segregation hypothesis)도 대두되었다. 여기에는 두 가지 이론이 제시되는 데, 첫째, 사회원인가설(social causation theory)은 낮은 사회경제적 수준이 정신질환을 일으키는 원인이 된다는 가설이며, 둘째, 사회선택이동가설(social selection-drift theory)은 정신질환에 걸렸기 때문에 더 낮은 사회경제적 수준으로 이동하게 된다는 가설이다(김채원 외, 1996). 많은 학자들의 보고에 의하면 정신분열병의 발병의 원인이 되는 사회적 인자가 존재한다는 증거는 없으며, 병 때문에 사회적 수준의 저하가 생기는 것으로 결론 내려지고 있다(Karno & Norquist, 1989).

정신분열병과 사회경제적 상태와의 관계에서 대해서는 도심구조와 질병분포에 관한 Faris & Dunham(1939)의 연구 및 사회계층별 정신장애빈도에 관한 Hollingshead & Redlich(1958)의 고전적 연구들이 기원을 이룬다.

정신분열병이 낮은 사회적 계층에서 2-3배 호발한다는 사실은 여러 연구에서 확인되었으나(Dohrenwend 1969; Eaton 1974), 이것이 원인적 역할을 수행하는 지 그 결과를 반영하는 지에 관한 사회원인론(Social Causation), 사회선택론(social selection)간의 이론적 대립이 계속되어왔다(한진희, 1990).

사회원인론으로서의 양육설(breeder hypothesis)은 원래 Faris & Dunham 자신이 주장한 것으로 낮은 사회경제상태에서는 가용한 사회경제자원의 부족과 높은 스트레스량, 조악한 환경 및 작업조건, 감염 기타 영양적 문제와 출산과 관련된 문제 등이 정신분열병을 일으키는 데 기여한다는 견해인데, 한 동안은 다른 연구자들의 이론적 뒷받침을 받기도 했지만, 최근 환자들의 사회계층간 이동이나 세대간 추적연구에서 정신분열병 환자들이 지위향상(upward mobility)능력에 결함을 드러내고, 즉, 하향이동하는(downward drift) 일반적 성향이 밝혀짐에 따라 사회선택-표류이론(social selection-drift theory)이 강세를 보이고 있다(Goldberg & Morrison, 1963; Helzer 1985)고 생각되는 데, 이 점은 Dunham(1976) 자신도 부분적으로 인정했었다(한진희, 1990).

사회선택 혹은 추락가설, 특히 세대간 이동을 지지하는 강력한 증거가 있다. 잘 짜여진 연구에서 Goldberg & Morrison은 상당히 의미 있는 증거를 찾아내었다. 대상은 England와 Wales에서 정신병원에 입원한 353명의 남자들로 정신분열병의 진단을 받았고, 입원당시 25세에서 34세 사이에 있었으며, 따라서 과거에 정신적으로 직업훈련을 받았었다. 그러므로 이들은 당연히 직업을 가졌어야 했다. 저자들은 환자들의 입원당시와 현재의 사회적 계층을 비교하고, 동시에 그들의 부친의 현재의 사회적 계층과 환자들 출생 당시의 것을 비교하였다. 환자들은 5단계 사회적 계층에 속해있는 경우가 많았음을 확인되었다. 그러나 그들의 부친들의 사회적 계층분포는 일반인

구와 동일하였음이 밝혀졌다. 결국 저자들은 사회계층의 하향이동이 있었다고 결론지었다.

New York에서 Turner & Wagenfeld는 정신분열병이 발병한 환자들은 사회계층상 상위로 이동하는 일이 적다는 사실에 주목하였다. 어느 연구에서도 낮은 사회계층일수록 정신분열병으로 잘못 진단되는 일이 많다는 시각을 지지하는 증거는 없었다. 이런 소견들은 선택/추락가설(selection/drift hypothesis)을 강하게 지지하고 있다(이정태, 2000).

앞서 언급한 바처럼, 사회적 요인은 생활방식, 연령, 사회경제적 상태(Socioeconomic Staus), 빈곤, 성별, 종족, 환경 등을 말하며, 여기서 사회경제적 상태는 단지 수입만을 의미하는 것이 아니라, 교육, 직업, 생활방식 등을 포함한다.

따라서 여기서는 사회경제적 상태를 교육 및 직업으로 나누어 국내의 연구들에 대해 알아보기로 하겠다.

### (1) 교육

정인원 등(1985)의 연구결과에 의하면, 정신분열병 환자의 교육수준이 높을수록 대학병원이나 개인의원에 많았고, 정신병원에 많아, 대학병원에서 고졸이상의 학력자가 가장 많았던 보고(오석환 등, 1973, 민병근 등, 1975, 김광일 등, 1989)와 일치한다(정인원 등, 1985).

국내 일 국립정신병원에서는 정신분열병 환자의 남녀 모두에서, 고등학교 중퇴나 졸업이 가장 많은(52.4%)분포를 보였다(안주홍, 1998).

한편, 최근의 정신질환자를 대상으로 한 연구결과는 병·의원 및 요양시설과 기도원에 수용된 1,151명중, 재학, 중퇴, 졸업을 포함하여, 고등학교가 38.5%, 초등학교가 20.8%, 전문대 및 대학이 17.8%, 중학교가 17.4% 등의 분포를 보였다(서동우 등, 1999).

### (2) 직업

정인원 등에 의하면, 정신분열병 환자의 직업이 기술직은 개인의원에, 무기술직은 정신병원에, 기타직은 대학병원이나 종합병원에 많았으며, 준기술직과 무직은 병원별 차이를 보이지 않았다(정인원 등, 1985)

한 국립정신병원에서는 남자에서는 무직이 83.3%, 여자는 주부가 46.9%로 가장 많았다(안주홍, 1999).

또한 정신질환자를 대상으로 한 연구에서 직업을 가지지 않았던 비율은 28.5%였으며, 나머지 71.5%는 직업에 종사했던 경험을 가지고 있었다. 생산직에 종사했던 경험이 30.1%로 가장 높았

으며, 다음이 판매/서비스직으로 24.4%의 분포를 보였다(서동우 등,1999).

### 5) 도시화(Urbanization) 및 산업화(Industrialization)

도시와 시골지역에서의 유병율이 종래의 연구들은 대체로 도시환경이 시골보다 정신분열병의 유병율을 높인다고 하였다. 그 이유는 도시는 변화가 빠르게 진행되고 사회적 와해현상이 뚜렷한 반면에 시골지역은 보다 안정되어 있고, 사회기능이 통합되어 있기 때문이다. 일부 아프리카 지역과 아시아 및 몇몇 태평양 도시지방의 원주민들을 대상으로 한 연구에 의하면, 서구 문명화가 덜 진행된 지역일수록 정신분열병의 유병율은 낮고, 경과도 양호하다는 것이다 (Jablensky & Sartorius 1975; Rin & Lin, 1982; Torrey 등, 1974).

Cooper와 Sartorius(1977)은 저개발국가의 가족제도가 정신분열병에 유익한 환경을 제공하며, 산업화가 진행될수록 정신분열병 환자가 쉽게 식별되고, 사망률도 낮아지게 되며, 개인의 역할분담이 가중되어 길으로 잘 드러나게 된다고 가정했다. 그러나 단순히 도시와 시골의 유병율에 차이가 있는가하는 문제는 관련된 요인이 많아, 큰 의미는 없을 것으로 생각되며, 자료해석에 주의를 요한다(한진희, 1990)

현대화가 되어가면서 유아 사망율이 줄어들고, 가족도 핵가족화 되어 환자노출이 보다 분명해져서 이와 같은 보고가 가능할 수 있지만, ECA역학 연구에서는 도시-농촌간의 유병율 차이를 검증하는데 실패했으며, 국내연구에서는 급작스런 활동인구의 도시유입으로 시골지역의 유병율이 오히려 높아진 경우(이정균 등, 1986)도 있기 때문이다(김채원, 1996).

### 6) 생활사건

생활사건과 정신분열병에 대해서는 Tennant(1985)가 전반적인 고찰을 시도하였다. 그는 1)생활사건들이 정신분열병 환자들의 입원을 야기할 수 있다. 2) 사건들은 정신분열병의 정서적 혹은 신경증적 증상과 관련이 있을 것이다. 3) 생활사건과 재발을 야기하는 감정표현들 사이에 어떤 연관이 있을 것이라는 결론을 이끌어 내었다. 그는 부정적 사건이 정신분열병의 발생을 야기한다는 증거는 확실치 않으며, 단지 Brown & Birley(1968)의 연구만이 이를 뒷받침할 만한 방법적 강점을 가지고 있었던 유일한 연구였다고 하였다. 이 연구에서는 정신분열병 발생 3일 내에 독립적인 생활사건이 있었던 것으로 보아 원인적인 효과가 있을 것이라고 추정하고 있었다. Leff 등(1983)은 이미 정신분열병으로 진단을 받았고, 높은 감정표현을 하는 가정의 환자에

게서 생활사건들이 재발에 기여한다고 보고하였다(이정태, 2000).

### Ⅲ. 결론 및 제언

이상에서 정신분열병에 영향을 미치는 사회적 위험요인들로서 연령과 성, 결혼상태, 인종, 사회경제적 상태, 도시와 산업화, 생활사건 등에 관해 고찰해 본 결론은 다음과 같다.

첫째, 정신분열병의 발병연령은 남성이 여성보다 상당히 이르고, 이것은 남성과 여성간의 생물학적차이들이 발병시기를 결정한다는 데 중요한 요인으로 작용할 수 있음을 시사해주고 있으며, 남성과 여성의 평생 유병율은 유사하다.

둘째, 정신분열병의 결혼상태와의 관계에 있어서 결혼 결손이 정신분열병의 한 위험요인임에는 틀림이 없으나, 이것은 원인적 요소라기 보다는 그 결과로 이해하는 것이 타당할 것이다.

셋째, 정신분열병은 인종에 관련하여 유사한 문화를 가진 곳에서는 발병율이 유사하며, 전세계적으로 인종과 진단간에 매우 유사한 발병율을 보이고 있지만, 중국 연변의 조선족과 한족간의 유병율은 조선족이 보다 높은 결과를 보여, 험난한 조선민족역사의 영향을 시사해 주고 있다.

넷째, 정신분열병이 낮은 사회경제적 계층에서 2-3배 호발한다는 사실이 여러 연구에서 확인되어 왔으나, 사회원인론과 사회선택론간의 이론적 대립이 지속되어져 오고 있는 가운데, 최근 환자들이 지위향상능력에 결함을 드러내고, 하향이동하는 일반적 성향이 밝혀짐에 따라 사회선택이론이 강력히 지지되고 있다.

다섯째, 정신분열병에 대해, 도시환경이 시골보다 더 유병율을 높인다고 종래의 연구들에서 보고해왔으나, 단순히 도시와 시골의 유병율에 차이가 있는가하는 문제는 관련된 요인이 많아 큰 의미는 없으며, 국내의 연구에서처럼 급작스런 활동인구의 도시유입으로 시골지역의 유병율이 오히려 높아진 경우도 있기 때문에, 자료해석에 주의가 요구된다.

여섯째, 정신분열병과 생활사건간의 관계에 있어서, 생활사건들이 정신분열병 환자의 입원을 야기할 수 있고, 정신분열병의 정서적 혹은 신경증적 증상과 관련이 있으며, 생활사건과 감정표현들 사이에 어떤 연관이 있을 것이라는 설이 있다.

여기까지의 결론은 사소한 시작에 불과하다. 임상에서 환자나 클라이언트에게 뭔가를 해주려는 의지는 사회사업가 뿐 만 아니라 누구나 가질 수 있지만, 이론적 토대와 경험적 현장실험연구결과 등을 근거로 보다 효율적이고 효과적, 실질적인 도움은 전문적인 자질에서 비롯된다고 사려된다. 이러한 전문성을 갖추려면 사회사업의 영역에서도 기초임상연구가 활발히 토대

를 다져야 하리라 생각한다. 따라서, 우리 나라에서도 사회사업의 영역에서 PIE의 번역작업은 물론, 임상적응에 대한 연구와, 역학 및 사회의학, 사회정신의학 등 관련분야에 대한 관심이 요구된다. 또한 일본의 사회복지사 시험과목(의료일반 등)에서도 보여주듯이, 탄탄한 임상에서의 전문성을 갖추기 위해서는 무엇보다도 대학의 사회복지(사업)학부 및 대학원 교과과정에서 임상총론 및 의료사회학 등 관련 기초과목의 이수가 선결되어야 하리라 생각된다.

## 참고문헌

- 김창곤(1998). 암과 사회경제적 요인간의 관련성에 관한 일 연구. 한국사회복지학회 춘계 학술대회자료집.
- 김창곤(1999). 호스피스환자의 심리사회적 사정. 한국사회복지학회 춘계학술대회자료집.
- 김창곤b(1999). 정신의료사회사업실무를 위한 심리사회적 사정. 한국정신보건사회사업학회 춘계학술대회자료집.
- 김창곤(2000). 정신요양시설의 운영실태에 관한 일 고찰 -전라·인천지역을 중심으로-. 한국사회복지학회 춘계학술대회 자료집.
- 김채원 외(1996). 정신분열증. 서울: 중앙문화 진수출판사.
- 대한신경정신의학회(1999). 신경정신과학. 서울: 하나의학사.
- 민병길 외(1999). 최신정신의학(제4개정판). 서울: 일조각.
- 박종구(1999). 현대역학. 서울: 연세대학교 출판부.
- 서동우 등(1999). 전국 정신보건시설의 정신건강 프로그램 및 재원환자의 정신건강실태조사. 한국보건사회연구원·보건복지부.
- 안주홍(1999). 일 정신병원에 입원한 정신분열병 환자에 대한 사회인구학적 및 임상적 특징. 조선대학교 대학원 석사학위청구논문.
- 이정태(2000). 정신질환에 영향을 미치는 사회적 요인들. 사회정신의학. 5:(1).
- 이호영, 신승철, 이동근(1994). 연변 조선족 사회정신의학 연구. 서울: 토담.
- 정인원, 박문희, 이정균(1985). 정신분열병 입원환자의 병원군별 사회경제적 특성에 관한 역학적 연구. 서울의대정신의학 10:(3).
- 한국정신보건사회사업학회(2000). 2000년도 정신보건사회복지사 수련지침서.

한진희(1990). 정신분열증의 역학, 신경정신의학 29; (1).

牟礼 利子, 福迫 博, 山畑 良藏(1989). 鹿兒島大學醫學部附屬病院 神經精神科における 20年間 (昭和44~63年)の 新來患者の 追移. 九州神經精神醫學. 35:(1).

田中平三(전갑열 외 공역, 2000). 역학입문연습. 서울: 계축문화사.

Anders Ahlbom & Staffan Norell(서인선, 노병의 역; 1998). Introduction to Modern Epidemiology(최신 역학입문). 서울: 대학서림.

Karno M, Norquist GS(1989). Schizophrenia: Epidemiology. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry (5th ed.) edited by Kaplan HI, Sadock BJ, Baltimore, Williams & Wilkins.

WHO(안윤옥, 유근영, 박병주 역, 1996). 보건역학입문(Basic epidemiology), Geneva.