

정신분열병의 감정표현 불능증과 관련된 임상 및 증상 요인

이경하* · 김대호*[†] · 노성원* · 남정현*

Clinical and Symptomatic Correlates of Alexithymia in Schizophrenia

Kyungha Lee, M.D.,* Daeho Kim, M.D., Ph.D.,*[†]
Sungwon Roh, M.D., Ph.D.,* Jeong Hyun Nam, M.D., Ph.D.*

국문초록

연구목적 :

이 연구는 정신분열병 입원환자를 대상으로 감정표현 불능증과 임상변인 및 정신분열병의 연관 관계를 조사하고자 시행되었다.

방 법 :

두 대학병원 정신과 입원 시설에서 1년간 연속적인 수집을 통해 58명의 성인 정신분열병 환자가 이 연구에 참여하였다. 환자들에게 감정표현 불능증 척도(Toronto Alexithymia Scale, TAS), 양성 및 음성 증상 척도(Positive and Negative Symptom Scale, PANSS), 간이정신진단검사(Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R)를 시행하였다.

결 과 :

그 결과 TAS 총점은 SCL-90-R의 모든 하위 척도와 정적 상관 관계를 보였으며, 기존의 연구 결과와는 달리 PANSS의 양성증상, 음성증상, 일반 정신병리 척도 점수와는 유의한 상관이 없었다. 또한 '주관적 감각과 감정 경험의 혼동' 요인과 '감정 표현의 곤란' 요인은 SCL의 증상 척도와 유의하게 정적 상관하였으나, '공상의 빈곤'은 일부 하위척도와 부정 상관, '외부 지향적 사고'는 상관관계가 없었다. 다중회귀분석 결과는 SCL-90-R의 전체심도지수(GSI)가 감정표현 불능증의 28.2%를 설명하는 것으로 나타났다.

결 론 :

이 결과 및 객관적, 주관적 검사의 소견의 차이는 정신분열병의 감정표현 불능증이 두 가지 구성체, 즉 '감정 표현과 소통의 장애(상대적 요인)'과 '외부 지향적 사고(특성적 요인)'로 구성됨을 시사한다. 향후 정신분열병 환자를 대상으로 한 TAS의 구성 타당도 연구가 필요하다.

중심 단어 : 정신분열병 · 감정표현 불능증 · 증상학 · 토론토 감정표현불능증 척도.

서 론

감정표현 불능증(alexithymia)은 일종의 감정 조절 장

애로서 자신의 감정상태를 깨닫지 못하고 이를 표현하지 못하는 상태를 말한다.¹⁻³⁾ 1970년대 초부터 알려지기 시작한 이 개념은 처음에는 정신신체장애의 특성

*한양대학교 의과대학 신경정신과학교실 및 정신건강연구소

Department of Neuropsychiatry, College of Medicine and Institute of Mental Health, Hanyang University, Seoul, Korea

[†]Corresponding author

및 역동정신치료에 반응하지 않는 환자들의 특징으로 소개되었으나, 이후 여러 신체 및 정신과 질환과의 관련성이 제기 되었다.²⁻⁴⁾ 예를 들어 정신신체장애를 제외한 정신과 질환 만 예를 들어도 우울장애,⁵⁾ 섭식 장애,^{6,7)} 외상후 스트레스 장애,^{8,9)} 신체형 장애,¹⁰⁾ 공황 장애,¹¹⁾ 물질남용¹²⁾ 등에서 감정표현 불능증의 중요성이 제시된 바 있다.

초기 감정표현 불능증 연구는 그 타당도와 일반화하는데 문제가 있었는데, 그 이유는 당시 사용된 측정 도구들이 신뢰도와 타당도에 문제가 있다는 사실이 나중에 알려졌기 때문이다. 또한 감정표현 불능증이란 구성체가 무엇인지에 대해서도 확립되지 않은 상태였다. 그러나 지난 10 여년간 감정표현 불능증의 구성체에 대한 연구들이 축적되고, 특히 객관적인 측정 도구, 특히 토론토 감정표현 불능증 척도(Toronto Alexithymia Scale, 이하 TAS)¹³⁾의 개발에 힘입어 현재는 여러 질환에서 감정표현 불능증이 연구되고, 또한 그 개념에 대한 이해도 다 방면에서 이루어지고 있다.¹⁴⁾

Nemiah 등¹⁵⁾은 초창기에 감정표현 불능증을 소개하면서 감정표현 불능증이 4가지로 구성되어 있다고 정의하였다. 즉, 1) 주관적인 느낌을 확인하고 기술하는 데 어려움, 2) 감정적 항진의 느낌과 신체 감각을 구별하지 못 하는 것, 3) 제한된 상상력, 4) 외부 지향적 인지 스타일 등이었다. 최근에 와서는 감정표현 불능증 개념을 인지 처리와 감정 조절의 결핍(deficit)을 반영하는 것으로 보는 이론³⁾이 주를 이루는데, 감정반응계의 인지-경험적 부분과 감정의 대인관계적 측면의 조절 수준 이 두 가지의 결핍으로 본다.

이러한 측면으로 볼 때 감정표현 불능증은 정신분열병의 정동 증상과 현상학적으로 유사한 점이 있다. 정신분열병의 감정 장애는 핵심 병리로 알려졌는데 이들은 부정적 감정의 해석에 장애가 있을 뿐만 아니라^{16,17)} 감정표현에도 장애가 있다고 알려졌다.¹⁶⁾ 더욱이 Ciompi는 정동 논리 개념을 제안하여 정신분열병이 인지장애라기 보다는 기본적으로 정동장애라고 주장하였다.¹⁹⁾ 따라서, 정신분열병의 감정표현 불능증 연구는 정신분열병 정신병리를 이해하는데 단서를 제공할 가능성이 있다.

실제 지난 10년 사이에 유럽에서 정신분열병과 감정표현 불능증사이의 연관성을 주장한 연구가 5편 발행되었다.²⁰⁻²⁴⁾ 첫 연구는 이태리의 Stanghellini와 Ricca²⁰⁾가 20명의 정신분열병 외래 환자를 대상으로 감정표현

불능증이 비편집형 정신분열병의 특성을 반영하는 것으로 기술했고, 둘째는 프랑스의 Nkam 등²¹⁾이 29명의 환자를 대상으로 감정표현불능증이 음성형 정신분열병의 음성 및 우울증상과 상관함을 밝혔다.

같은 연구자들은 또한 25명의 정신분열병 환자를 결핍성(deficit)과 비결핍성(non-deficit)으로 나누어 감정표현 불능증 증상을 연구하였는데, 결핍성으로 분류된 환자들에게 감정표현 불능 특성이 더 많았고, 비결핍성 환자들은 불안, 우울 증상과 TAS점수가 상관하는 결과를 보였다.²²⁾ 즉, 이들 연구들이 시사하는 바는 정신분열병의 감정표현 불능증이 음성형, 비편집형, 결핍성으로 불리우는 정신분열병 아형의 특성(trait) 또한 비결핍성 환자의 상태 표시자일 가능성을 제기한 것이다.

그러나 이들 연구는 군집 수가 적고, 단순한 상관 관계를 본 기술적 연구이기 때문에 이 결과가 시사하는 바를 일반화하기 힘든 단점이 있다. 이들 연구외에 정상인과 정신분열병 환자를 비교해서 환자군에서 감정표현 불능증 점수가 높다는 보고가 있는데, 특히 감정 확인 장애, 감정 소통 장애의 하위척도가 유의하게 높다고 보고했다.²³⁾

최근 한 연구²⁴⁾는 정신분열병의 감정표현 불능증이 이전에 생각하던 것 같지 그렇게 단순하지 않다고 이질적이며 복잡한 구조로 이루어짐을 시사했다. 이 연구는 76명의 만성 정신분열병 환자를 대상으로 TAS와 기타 증상 척도를 시행하였는데, 4가지 요인구조가 확인되었고 이 요인들이 시사하는 바는 정신분열병의 감정표현 불능증이 상태, 특성적인 성질을 다 가지며 주관적, 대인적 장애를 모두 포함한다는 점이었다.

이렇게 정신분열병의 감정표현 불능증에 대해서는 현재까지 일치된 소견이 없고, 연구 자체도 극히 적은 편이다. 물론 유럽을 제외한 타문화권의 연구도 아직 소개되지 않고 있다. 이 연구에서는 한국 정신분열병 환자들의 양성 증상, 음성 증상, 일반정신병리 증상 평가와 함께, 자기 보고식 검사를 시행하여, 이것이 감정표현 불능증과 어떠한 관계가 있는가를 알아 보았다.

방 법

1. 연구대상

최종 58명의 DSM-IV의 제 1 축 장애의 구조화된 임

상적 면담(SCID-I : Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, research version)^{25,26)}으로 확진된 정신분열병의 환자가 이 연구에 참여하였다. 이 환자들은 2003년 1월부터 12월까지 한양대학교 서울병원과 구리병원 신경정신과 병동에 입원한 환자들이었고, 선착순으로 연속적인 수집(consecutive sampling)을 통해 모집되었다. 연구의 참여 기준은 1) SCID-I에 의해 정신분열병으로 진단된 경우, 2) 만 18세 이상, 60세 미만의 성인, 3) 입원 기간이 2주 이상인 경우, 4) MMSE(Mini-Mental Status Examination)²⁷⁾ 점수가 26점 이상인 경우였다. 배제 기준은 1) 정신 지체, 2) 기질성 뇌 질환 및 신경학적 이상, 3) 약물 남용, 4) 고졸 미만의 학력, 5) 신체적 조건에 의하여 설문지 작성이 불가능한 환자였다. 총 72명의 환자가 상기 기준을 만족하였으나, 사전 서면 동의(written informed consent) 과정에서 11명의 환자가 연구 참여를 거절하였다(15.3%). 추가로 3명은 설문지를 제대로 작성하지 않아 제외되었다. 최종적으로 58명의 환자(구리 병원 32명, 서울 병원 26명)가 이 연구에 참여하였다. 이 연구의 계획과 사전 동의 과정은 병원임상연구 위원회의 승인을 거쳤다.

최종 58명의 환자에 대한 일반적 특성은 Table 1에 기술되어 있다. 환자 구성은 여자가 조금 더 많았으며(51.7%), 대부분은 고졸 이상의 학력(84.5%), 미혼(77.6%)이었다. 1/3 정도(31.0%)가 고용된 상태였다. 종교는 없는 경우가 가장 많았다(43.1%). 환자의 나이는 평균 30.5세(19~48)였으며(SD=7.4), 유병기간이 평균 4.4년이었으나(SD=2.7), 48.3%는 발병한 지 2년 이내였다. 또한 전체 환자의 과반수가 첫 입원이었다(n=30, 51.7%). 따라서, 이 연구에 참여한 정신분열병 환자는 비교적 유병기간이 짧고, 젊고, 만성화되지 않은 환자군이라 하겠다.

2. 연구 과정 및 도구

연구에 참여를 동의한 환자는 입원 2주에서 4주 사이에 두 명의 정신과 전공의가 각 병원에서 양성 및 음성 증후군 척도(PANSS)^{28,29)}를 시행하였고, 동시에 토론토 감정표현 불능증 척도¹³⁾와 간이정신진단검사(Symptom Checklist-90-Revised, 이하 SCL-90-R)^{30,31)}를 시행하였다. 또한 환자의 의무기록을 통하여 사회인구학적 배경, 임상력과 항정신병 약물에 대한 정

Table 1. General description of the subjects (N=58)

Characteristics	Subjects (N=58)		
	Mean	SD	95% CI
Age (years)	30.5	7.43	28.55-32.45
Monthly household Income*	2392	1445	2018-2765
Duration of illness (years)	4.5	4.9	3.3-5.8
Number of admission	1.0	1.6	0.6-1.4
CPZ equivalence (mg)	888.6	471.61	763-1013
	n (%)		
Hospital			
Guri	32	(55.2)	
Seoul	26	(44.8)	
Sex			
Men	28	(48.3)	
Women	30	(51.7)	
Education			
Less than high school	9	(15.5)	
High school graduates	29	(50.0)	
College or above	20	(34.5)	
Religion			
Western	22	(37.9)	
Eastern	11	(19.0)	
None	25	(43.1)	
Marital status			
Not married	45	(77.6)	
Married	13	(22.4)	
Employment			
Employed	18	(31.0)	
Unemployed	24	(41.4)	
Student or housewife	16	(27.6)	

* : thousand Won, CPZ : Chlorpromazine
95% CI : 95% Confidence Interval for Mean

보를 얻었다. 항정신병 약물의 용량은 chlorpromazine equivalent(이하 CPZ 등가)로 변환하였다.

1) 양성 및 음성 증후군 척도(PANSS)

Kay 등²⁸⁾이 개발한 정신분열병 환자의 정신병리 척도로서 30 내지 40분간의 반구조화된 정신과적 면담으로 구성되어 있다. 평가자는 30개의 증상 각각에 대하여 평가하는데 양성증후군 척도, 음성증후군 척도, 종합지표 및 일반정신병리 척도 등에 따라 구분된 점수를 산출하기도 한다. 한국어판의 신뢰도(평가자간, 검사-재검사 신뢰도)는 각 하위 척도 별로 r=.73~.95 정도였으며, 타당도(준거, 변별, 요인)도 모두 우수한

것으로 알려졌다.²⁹⁾

이 연구에서 PANSS를 시행한 두 명의 정신과 전공의의 검사자간 신뢰도를 측정하기 위해 척도 교육 후 비디오 증례 1예를 보고 각자 PANSS를 평가하였다. 그 결과 각 항목 점수간의 피어슨 상관계수가 .86, Cohen's kappa가 .45로 나타나 중등도의 신뢰도를 보였다.

2) 토론토 감정표현 불능증 척도(Toronto Alexithymia Scale, TAS)

TAS는 Taylor 등¹³⁾이 개발한 26개의 문항으로 구성된 자기보고형 검사이다. 최근에는 20항목의 TAS도 개발되어 쓰이고 있다.³⁰⁾ 이 척도는 환자나 일반인의 감정표현 불능증 구조를 측정하여, 정량화하고 선별하는 측정 도구이며, 이 연구는 한국판 26항목 Toronto 감정표현 불능증 척도를 사용했다.³¹⁾ 한국판의 검사-재검사 신뢰도는 $r=.84$, 내적 일치도(Cronbach's α)가 .75, 반분 신뢰도 계수가 .79로 비교적 우수하였다. 각 문항에 대한 요인분석도 이루어졌는데, 4가지 요인 구조 즉, 요인 1은 '주관적 감각과 감정경험의 혼동', 요인 2는 '감정표현의 곤란', 요인 3은 '공상의 빈곤', 요인 4는 '외부 지향적 사고'로 규정된다.³¹⁾

3) 간이정신진단검사(SCL-90-R)

총 90개의 문항, 9개의 증상차원으로 이루어진 자기보고형 검사로서, 환자의 증상을 포괄적으로 평가할 수 있는 유용한 도구이다. SCL-90-R은 Derogatis 등³²⁾이 1976년에 완성하였으며, 한국판 표준화는 김재환과 김광일³³⁾에 의해 이루어졌다.

9개의 하위척도는 신체화, 강박증, 대인예민성, 우울, 불안, 적대감, 공포불안, 편집증, 정신증이며 3개의 전체 지표가 있는데 전체심도지수(Global Severity Index, 이하 GSI), 표출증상합계(Positive Symptom Total), 표출증상심도지수(Positive Symptom Distress Index) 등이다. 각 하위척도별로 채점된 점수는 일반 성인 남녀 기준표에 따라 T 점수로 변환하여 분석하였다.

3. 자료 분석

이 연구에 사용된 각 척도 점수가 정규 분포하는가를 검증하기 위하여 Kolmogorov-Smirnov Test with Lilliefors correction을 시행하였고 그 결과 TAS의 총점 및 기타 척도 점수가 모두 정규분포 하였다. TAS 총점, PANSS의 총점과 하위 척도 점수, SCL-90-R

의 하위척도 점수, 사회인구학적 및 임상 변인을 대상으로 Pearson correlation을 시행하였다. 그리고 TAS 점수를 종속변인, 이와 유의한 상관관계에 있는 변수를 독립변인으로 다중 회귀분석(Stepwise multiple regression analysis)을 시행하였다. 통계 프로그램은 SPSS 11.0 for Windows를 사용하였고, 통계적 유의 수준은 쌍방향 $p<.05$ 로 정하였다.

결 과

1. TAS 총점의 상관분석

TAS 총점, 즉 감정표현 불능증 점수의 평균은 71.3점이었고 중앙값은 73.5이었다(최저 43~최대 93점). 감정표현 불능증과 인구학적 변인 사이에는 유의한 상관관계가 없었고, 임상 변인 중 CPZ 등가만이 유의한 정적 상관을 보였다($r=.328$, $p=.013$). 유병기간, 입원 횟수, 검사를 시행한 시기 등은 상관이 없었다.

증상학적 변인으로는 객관적 평가인 PANSS의 총점 및 하위 척도와 TAS 점수는 유의미한 상관을 보이지 않았다(Table 2). 그러나 주관적 검사인 SCL-90-R의 하위척도와는 모두 유의한 정적 상관관계에 있었다. 증상 하위 척도 9개는 모두 $r=.266\sim.545$ 사이의 유의미한 정적 상관관계에 있었고($p<.05$), 3개의 전체지수와의 유의미한 상관($r=.417\sim.531$, $p<.05$)을 보였는데, 그 중 불안(Anxiety) 하위척도와 GSI에서 가장 높은 정적 상관을 나타냈다(anxiety $r=.545$, GSI $r=.531$, 각 $p<.05$).

2. TAS의 하부 요인 점수의 상관분석

한진희 등³¹⁾이 제시한 한국판 TAS 26문항의 4개의 하위 요인으로 나누어 각 요인별 점수를 상관분석하였다. 네 가지 요인은 '주관적 감각과 감정경험의 혼동(F1)', '감정표현의 곤란(F2)', '공상의 빈곤(F3)', '외부 지향적 사고(F4)'이다. PANSS의 총점 및 하위 척도와는 일반정신병리 하위척도와 TAS의 F1사이에 유의한 상관($r=.277$, $p=.039$)만이 관찰되었다(Table 2).

SCL-90-R의 하위 척도와 관련을 보면, F1와 F2는 SCL의 모든 하위 척도 점수와 정적 상관하였고, F3인 '공상의 빈곤'은 SCL-90-R의 하위 척도 중 신체화, 적대심 및 정신증을 제외한 나머지 모두에서 유의미한 부적 상관($r=-.411\sim-.278$, $p<.05$)을 보였다.

Table 2. Correlation among scores of TAS and subscales of SCL-90-R

	TAS	F1	F2	F3	F4	PANSS	PS	NS	GP	SOM	OC	IS	DEP	ANX	HOS	PHO	PAR	PSY	GSI	PSDI			
F1	.769**																						
F2	.799**	.781**																					
F3	.162	-.187	-.191																				
F4	.419**	.077	.346**	-.087																			
PANSS	.149	.193	.112	.100	-.160																		
PS	.065	.137	.044	.028	-.139	.711**																	
NS	.123	.031	.125	.137	-.031	.779**	.273*																
GP	.177	.277*	.113	.061	-.185	.930**	.590**	.602**															
SOM	.409**	.429**	.384**	-.042	.125	.087	.103	-.023	.114														
OC	.401**	.512**	.608**	-.365**	.219	.076	.070	.009	.099	.624**													
IS	.401**	.485**	.567**	-.411**	.259	.070	.132	-.044	.104	.496**	.822**												
DEP	.532**	.602**	.663**	-.321*	.238	.032	.049	-.081	.097	.629**	.851**	.785**											
ANX	.545**	.675**	.624**	-.299*	.236	.164	.194	-.054	.252	.585**	.773**	.786**	.815**										
HOS	.481**	.579**	.504**	-.158	.176	.132	.129	-.008	.190	.677**	.710**	.662**	.740**	.751**									
PHO	.433**	.532**	.540**	-.311*	.258	.247	.192	.123	.282*	.470**	.703**	.758**	.716**	.772**	.707**								
PAR	.266*	.412**	.380**	-.330*	.014	.129	.313*	-.044	.111	.391**	.570**	.708**	.552**	.571**	.541**	.588**							
PSY	.517**	.648**	.615**	-.224	.037	.141	.218	-.025	.179	.500**	.689**	.673**	.780**	.777**	.676**	.690**	.646**						
GSI	.531**	.628**	.664**	-.310*	.173	.122	.205	-.028	.144	.669**	.883**	.870**	.901**	.856**	.817**	.810**	.764**	.841**					
PSDI	.417**	.513**	.579**	-.278*	.192	.205	.210	.031	.250	.499**	.824**	.779**	.848**	.802**	.705**	.784**	.579**	.774**	.866**				
PST	.512**	.639**	.591**	-.352**	.124	.057	.081	-.065	.116	.702**	.742**	.759**	.773**	.785**	.704**	.648**	.691**	.727**	.839**	.556**			

* : p<.05, ** : p<.01

TAS : Toronto Alexithymia Scale, F1 : ability to describe feeling, F2 : ability to communicate feelings to other people, F3 : daydreaming, F4 : externally oriented thinking, PANSS : Positive and Negative Syndrome Scale, PS : Positive Syndrome, NS : Negative Syndrome, GP : General Psychopathology, SCL-90-R : Symptom Checklist-90-Revised, SOM : Somatization, OC : Obsessive-Compulsive, IS : Interpersonal Sensitivity, DEP : Depression, ANX : Anxiety, HOS : Hostility, PHO : Phobic Anxiety, PAR : Paranoid Ideation, PSY : Psychoticism, GSI : Global Severity Index, PSDI : Positive Symptom Distress Index, PST : Positive Symptom Total

Table 3. Stepwise multiple regression model predicting TAS score in schizophrenia

	B	Coefficient (β)	Standard error	t	p	95% CI for B
Global severity index	.536	.531	.115	4.651	<.001	.305-.767

R² : .282, Adjusted R² : .269, R² change : .282. Excluded variable : CPZ equivalenc

F4인 외부 지향적 사고는 어느 하위 척도와도 상관하지 않았다(Table 2).

3. 다중 회귀분석

감정표현 불능증을 가장 잘 설명해 줄 수 있는 변인을 살펴보기 위해, TAS 총점을 종속 변인으로 삼고, 상관 분석에서 유의했던 변인을 설명 변인으로 지정하였다. SCL-90-R은 모든 하위 척도 점수가 유의미한 정적 상관이 있었으므로 대표로 전체 지수인 GSI와 CPZ 등가를 설명변인으로 분석하였다. 그 결과 CPZ등가는 제외되고, GSI만이 감정표현 불능증의 28.2%를 설명하였다($\beta=.531$; 95% CI=.305-.767 ; $t=4.65$; $p<0.01$; $R^2=.282$) (Table 3).

고 찰

이 연구는 정신분열병 환자를 대상으로 감정표현 불능증과 각종 임상 요인 및 증상 변인과의 관계를 알고자 시행되었다. 그 결과 객관적 검사인 PANSS의 양성 증상, 음성 증상, 일반 정신 병리와의 상관이 없었고, 자기보고식 검사인 SCL-90-R의 하위 척도들과 CPZ 등가와 상관이 있었다.

Nkam 등²¹⁾은 음성 정신분열병 환자가 양성이나 미분화형 환자보다 Beth Israel Questionnaire로 측정된 감정표현불능증 점수가 높으며, 특히 PANSS의 둔마된 정동, 언어빈곤과 상관한다는 보고를 했다. 같은 저자들의 또 다른 연구²²⁾는 TAS를 사용하였는데 결핍성 환자는 감정표현 불능증이 더 많고(특성적 요인), 비결핍성 환자는 음성 증상 및 불안, 우울 증상과 관련된 것(상태적 요인)으로 파악했다. 우리의 연구는 정신분열병을 음성 및 양성 아형으로 나누어 비교하지는 않았지만, PANSS로 측정한 정신분열병 증상인 양성, 음성 증상 및 일반병리증상과는 아무런 상관이 없었다. 아마도 기존 연구와 차이점은 이 연구에 참여한 정신분열병 환자가 유병기간이 짧고, 급성기 상태에서 시행하였기 때문에 결핍성, 음성 증상 위주의 환자가 적게 반영될 가능성이 있다.

반면 주관적 평가인 SCL-90-R의 하위 척도 모두와 상관이 있었는데, 이는 겉으로 표현되는 관찰 양상과 주관적인 환자의 느낌이 불일치함을 나타낸다. 따라서 이는 주관적 경험의 표현 혹은 타인에게 감정 소통하는 것의 문제임을 시사하는 소견이다.

항정신병 약물 용량의 간접적 지표인 CPZ 등가는 감정표현불능증 점수와 정적 상관이 있었는데 SCL-90-R의 점수를 통제한 결과 통계적 유의성이 사라졌으므로, 감정표현불능증에 직접 관련이 없으며 증상의 심각도를 단순 반영한 것이라 판단된다.

앞에서 언급한 주관적 감정 표현이나 감정 소통의 문제임을 확인하기 위하여 감정표현 불능증 척도의 하위별로 고찰을 해보면 이러한 설명이 더 설득력을 갖는다. 주관적 감각과 감정 경험의 혼동(F1)과 감정 표현의 곤란(F2)의 두 가지 하위척도만이 SCL-90-R의 하위척도들과 정적 상관이 있으며, 특히 F2는 객관적 평가와는 상관이 없었고, F1만이 PANSS의 일반정신병리와 상관이 있었다. 이 소견은 결국 부정적 감정을 외부로 표현하거나 의사소통하는 것의 장애를 뜻한다.^{13,31)}

공상의 빈곤(F3)은 somatization, hostility 및 psychoticism과는 상관이 없고, 그외의 하위척도와는 부정적 상관을 보였다. 오히려 공상의 빈곤과 주관적 증상 수준은 역비례한다는 점이다. F3은 TAS 총점과 상관이 없는 점을 고려할 때 정신분열병 환자의 감정표현 불능증을 구성하는 한 요인으로 문제가 있을 수도 있음을 시사했다. 따라서 향후 정신분열병 환자를 대상으로 한 감정표현불능 연구시 고려해야 될 점이다. 외부 지향적 사고(F4)는 유의한 상관 관계가 없었지만 TAS 총점과는 상관하였다.

이러한 결과로 미루어 볼 때 정신분열병의 감정표현 불능증은 주관적 감정을 확인하고 표현하는 상태적 측면(주관적 증상 수준과 연관)과 내적 경험 보다는 외부적 사건에 집중하는 특성적 사고 경향(증상 수준과 상관 없음)을 반영한다고 결론지을 수 있겠다.

이 연구의 한계점은 첫째, 비교적 유병기간이 짧고 대학병원 입원환자를 대상으로 하였기 때문에 이 연구

의 결과를 모든 정신분열병을 대상으로 일반화하는데 제한이 있을 수 있다. 둘째는 SCL-90-R은 자기 보고식 검사이고, PANSS는 객관적 검사이므로 이 두가지 검사사이의 신뢰도 문제를 생각해 볼 수 있다. 실제 PANSS의 하위 척도인 일반 정신병리와 SCL-90-R 임상척도간의 통계적으로 유의한 상관관계가 없었다. 물론 이것을 주관적 호소와 객관적 표출의 차이로 이 연구는 해석했다. 셋째는 이 연구는 26항목의 TAS(Toronto Alexithymia Scale)를 사용하였는데, 20항목의 TAS가 타당도를 비롯한 정신측정학 성질면에서 우수하다는 것이 알려졌다.³⁴⁾ 또한 우수한 신뢰도와 타당도가 입증된 한국판 20항목 Toronto 감정표현 불능증 척도(TAS-20K : Korean Version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale)³⁵⁾가 개발되었으므로, 향후 이 척도를 이용하여 정신분열병 환자를 대상으로 한 추후의 연구가 필요할 것으로 생각된다. 넷째, 이 연구는 군집수가 적어 TAS의 요인 분석을 시행하지 못하였고, 한진희 등³¹⁾이 보고한 대학생을 대상으로 한 요인 구조를 사용하였다. 이를 정신분열병 환자에게 적용하는데 무리가 있을 수 있음을 밝혀준다.

마지막으로 회귀분석 결과 상 GSI가 감정표현 불능증의 28.2%만을 설명하고 있으므로 정신분열병의 감정표현 불능증을 구성하는 임상적, 사회적 요인들이 존재할 것으로 보이며, 향후에 이러한 부분에 대한 추가 연구가 필요할 것이다.

REFERENCES

- (1) Sineofos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973;22:255-262.
- (2) Taylor GJ. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *Am J Psychiatry* 1984;141:725-732.
- (3) Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of Affective Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge, Cambridge University Press; 1997.
- (4) Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 2000;45:134-142.
- (5) Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? *Compr Psychiatry* 1991;32:387-394.
- (6) Schmidt U, Jiwany A, Treasure J. A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Compr Psychiatry* 1993;34:54-58.
- (7) Cochrane CE, Brewerton TD, Wilson DB, Hodges EL. Alexithymia in the eating disorders. *Int J Eat Disord* 1993;14:219-222.
- (8) Hyer L, Woods MG, Summers MN, Boudedwyns P, Harrison WR. Alexithymia among Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1990;51:243-247.
- (9) Yehuda R, Steiner A, Kahana B, Binder-Brynes K, Southwick SM, Zelman S, Giller EL. Alexithymia in Holocaust survivors with and without PTSD. *J Trauma Stress* 1997;10:93-100.
- (10) Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *J Psychosom Res* 2004;57:239-247.
- (11) Marchesi C, Fonto S, Balista C, Cimmimo C, Maggini C. Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question. *Psychother Psychosom* 2005;74:56-60.
- (12) Giannini AJ. Alexithymia, affective disorders and substance abuse: possible cross-relationships. *Psychol Rep* 1996;78:1389-1390.
- (13) Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 1985;44:191-199.
- (14) Taylor GL. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 2000;45:134-142.
- (15) Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE. Alexithymia: a review of the psychosomatic disorders. In: *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. Vol 3. Ed by Hill OW, London, Butterworths;1976. p.430-439.
- (16) Bellak AS, Mueser KT, Wade J, Sayers S, Morrison RL. The ability of schizophrenics to perceive and cope with negative affect. *Br J Psychiatry* 1992;160:473-480.
- (17) Mueser KT, Doonan R, Penn DL, Blanchard JJ, Bellack AS, Nishith P, DeLeon J. Emotion recognition and social competence in chronic schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1996;105:271-275.
- (18) Kring AM, Kerr SL, Smith DA, Neale JM. Flat affect in schizophrenia does not reflect diminished subjective experience of emotion. *J Abnorm Psychol* 1993;102:507-517.
- (19) Ciompi L. Affect logic: An integrative model of the psyche and its relations to schizophrenia. *Br J Psychiatry*

- Suppl 1994;23:51-55.
- (20) Stanghellini G, Rieca V. Alexithymia and schizophrenias. *Psychopathology* 1995;28:263-272.
- (21) Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S, Petit M. Negative symptoms, depression, anxiety and alexithymia in DSM III-R schizophrenic patients. *Encephale* 1997;23:267-272.
- (22) Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S, Petit M. Alexithymia in negative symptom and non-negative symptom schizophrenia. *Encephale* 1997;23:358-363.
- (23) Cedro A, Kokoszka A, Popiel A. Alexithymia in schizophrenia: an exploratory study. *Psychol Rep* 2001;89:95-98.
- (24) Maggini C, Raballo A. Alexithymia and schizophrenic psychopathology. *Acta Bio medical Ateneo Parmense* 2004;75:40-49.
- (25) First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams BW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, research version. New York, Biometric Research; 1996.
- (26) 한오수, 홍진표. SCID-I(연구용판). 서울, 하나의학사;2000.
- (27) 박종환, 권용철. 노인용 한국판 *Mini-Mental Status Examination (MMSE-K)*의 표준화 연구. *신경정신의학* 1989;28:125-135.
- (28) Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-276.
- (29) 이중서, 안용민, 신현균, 안석균, 주연호, 김승현, 윤도준, 조경형, 구영진, 이지연, 조인희, 박영환, 김광수, 김용식. 한국판 양성 및 음성증후군 척도의 신뢰도와 타당도. *신경정신의학* 2002;40:1090-1105.
- (30) Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994;38:23-32.
- (31) 한진희, 이성필, 이수정, 도규영, 홍승철, 김은혜, 김광수, 유태열. 한국어판 Alexithymia 척도의 개발에 관한 연구. *정신신체의학* 1995;3:147-158.
- (32) Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 1976;128:280-289.
- (33) 김재환, 김광일. 간이정신진단검사(SCL-90-R)의 한국판 표준화연구 III. *정신건강연구* 1984;2:278-311.
- (34) Kooiman CG, Spinhoven P, Trijsburg RW. The assessment of alexithymia A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res* 2002;53:1083-1090.
- (35) 이양현, 임효덕, 이종영. 한국판 20항목 Toronto 감정표현불능증 척도(TAS-20K)의 개발과 타당도. *신경정신의학* 1996;35:888-899.

Clinical and Symptomatic Correlates of Alexithymia in Schizophrenia

Kyungha Lee, M.D., Daeho Kim, M.D., Ph.D.,
Sungwon Roh M.D., Ph.D., Jeong Hyun Nam M.D., Ph.D.
*Department of Neuropsychiatry, College of Medicine and Institute of Mental Health,
Hanyang University, Seoul, Korea*

Objectives : This study looked at the symptoms of alexithymia in schizophrenia and their association with clinical variables and schizophrenic symptomatology.

Methods : Consecutive fifty eight inpatients with DSM-IV diagnoses of schizophrenia completed 26 item version of Toronto Alexithymia Scale(TAS), Symptom Checklist-90-Revised(SCL-90-R), and Positive and Negative Syndrome Scale(PANSS).

Results : Authors did not find any correlation between scores of PANSS and TAS. However, all the subscale scores of SCL-90-R were significantly correlated with total score of TAS. Also, 'difficulty identifying and deistinguishing between feelings and bodily sensations' and 'difficulty describing feelings' significantly correlated with SCL-90-R subscale scores. 'Reduced daydreaming' had mixed findings and 'externally oriented thinking' did not correlate. Multiple regression model included Global Severity Index of SCL-90-R accounting 28.2% of variance for TAS scores.

Conclusion : These findings together with discrepancy in results between objective and subjective tests suggest that alexithymia in schizophrenia may have two constructs ; 'difficulty to describe and communicate feelings(state)' and 'externally oriented thinking(trait)'. Authors suggest further study needs to confirm construct validity of TAS in this population.

KEY WORDS : Schizophrenia · Alexithymia · Symptomatology · Toronto Alexithymia Scale.
