

안정화된 만성 정신분열병 환자에서 강박장애 동반과 사회적 기능

국립춘천병원 정신과,¹ 연세대학교 의과대학 정신과학교실,² 연세대학교 의과대학 의학행동과학연구소³
강석훈¹ · 석정호^{2,3} · 김찬형^{2,3} · 김윤중¹ · 김형주¹ · 최종혁¹

Comorbid Obsessive Compulsive Disorder and Social Function in Stable Patients with Chronic Schizophrenia

Suk-Hoon Kang, MD¹, Jung-Ho Seok, MD, PhD^{2,3}, Chan-Hyung Kim, MD, PhD^{2,3},
Yoon-Joong Kim, MD¹, Hyoung-Ju Kim, MD¹ and Jong-Hyuck Choi, MD¹

Department of Psychiatry¹, Chuncheon National Hospital, Chuncheon, 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 investigate the prevalence of obsessive-compulsive disorder (OCD) in schizophrenia, and the relationship among OCD, severity of psychopathology, and social function in stable patients with chronic schizophrenia.

Methods : We interviewed 138 symptom-stable inpatients who had been on a constant dose of antipsychotics for at least 1 month prior and diagnosed as chronic schizophrenia. Subsequently, patients were classified according to the existence of OCD as investigated using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Further, all clinical and demographic data was investigated. To investigate potential interrelationships, the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Korea-Positive and Negative Symptom Scale (K-PANSS), and the Korean Personal and Social Performance (K-PSP) were used. An independent t-test and Chi-square test were used to compare groups and a Pearson's correlation coefficient was used to assess the relationship between the Y-BOCS and other clinical rating scales.

Results : The prevalence of OCD in schizophrenia patients was 18.1%. Patients with schizophrenia and OCD exhibited significantly earlier onset of schizophrenia, more severe psychiatric symptoms, and lower personal and social performance ability as compared to those without OCD. There was no significant relationship among Y-BOCS, K-PANSS, and K-PSP.

Conclusion : We found that comorbid OCD was relatively more frequent in patients with schizophrenia. An investigation involving larger samples of schizophrenia patients with OCD with respect to social function and thus, the effect on quality of life is required. (Anxiety and Mood 2011;7(1):40-47)

KEY WORDS : Chronic schizophrenia · Obsessive compulsive-disorder · Social function.

서론

과거에는 정신분열병 환자에 있어서 강박증상의 동반은 인격의 붕괴를 지연시키거나, 정신증상의 관해에 긍정적인 영향을 주는 것으로 보고되었다.¹ Tibbo 등²은 강박장애를 동반한

정신분열병 환자들이 강박장애를 동반하지 않은 정신분열병 환자와 비교하여 음성증상이 적게 나타났으며, 전반적인 기능 평가(Global Assessment of Functioning, 이하 GAF) 점수는 높게 나타났다고 보고하였다. 그러나, 최근 다수의 연구에서는, 강박증상을 동반하지 않은 정신분열병

Received : March 16, 2011 / Revised : April 8, 2011 / Accepted : April 18, 2011

Address for correspondence

Chan-Hyung Kim, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Severance Mental Health Hospital, Yonsei University College of Medicine, 696-6 Tanbul-dong, Gwangju 460-100, Korea

Tel : +82-31-760-9530, Fax : +82-31-764-8662, E-mail : spr88@yuhs.ac

본 논문의 일부 결과는 2010년 11월 12일 개최된 대한불안학회 추계학술대회에서 발표되었음.

환자보다 강박증상을 동반한 정신분열병 환자에서 낮은 발병연령, 긴 입원기간, 낮은 직업 및 사회적 기능, 심한 정신병리를 보고하였다.³⁻⁵ 따라서 정신분열병 환자에서 강박증상의 동반은 나쁜 예후 인자로 작용한다고 판단된다.³⁻⁵

정신분열병 환자에서 강박증상을 보일 경우, 강박사고를 망상이나 사고장애와 구분하는 것과 강박행동을 정신분열병으로 인한 상동증이나 이상행동과 구분하는 것은 어렵다고 보고되었다.⁶ 1980년도 정신장애의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 이하 DSM) 제3판에서는 연구학적 측면을 중시하였기 때문에 제1축의 강박장애 진단 이외에 뚜렛 증후군이나 정신분열병 등과 같은 공존진단을 허용하지 않았다. 하지만, 제3판의 수정판에서는 임상학적 현상을 의미 있게 평가하기 시작하면서 강박장애와 기타 정신장애를 동시에 진단할 수 있도록 바뀌었고,⁷ DSM-IV 진단 기준과 구조화된 임상학적 면담(Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders 이하 SCID-I)^{8,9}을 적용한 연구에서는 본격적으로 정신분열병 환자의 정신병적 증상과 구별되는 강박증상을 평가하기 시작하였다.^{5,10} 연구자들은 정신분열병에서 나타나는 강박증상이 단순한 만성 질병에 의한 것이거나, 입원치료 또는 약물치료로 인한 것이 아니고 서로 밀접한 연관성을 지닌 각기 다른 질환이라고 주장하였다.¹⁰ 정신분열병에서의 강박증상은 그 증상의 내용, 심각도, 질병의 경과에 있어서 일반적인 강박장애와 유사하게 보이지만, 정신분열병의 증상이 심해질수록, 강박증상도 역시 심해지고, 환자의 예후를 악화시킨다고 보고되기 때문에 단순 정신분열병 환자의 치료보다 더욱 적극적인 치료가 요구된다.^{3,6}

최근 정신분열병 환자에서의 치료는 단순한 증상 호전을 넘어서, 모든 생활 영역에서 기능 회복을 목표로 하고 있다.¹¹⁻¹³ 정신분열병 환자에서 강박장애의 동반은 많은 시간적 낭비와 고통을 주며, 만성적인 경과를 통해 직업 및 사회적 기능에 상당한 장애를 야기한다. 연구에 따르면 강박장애를 동반한 정신분열병 환자들은 가족과 사회관계 유지에 심각한 장애, 학업 및 직업적 기능 저하, 자존감 저하, 자살사고 및 자살충동 등의 문제를 동반한다고 보고되었다.¹⁴⁻¹⁶

이와 같이 정신분열병에서 강박장애의 동반 비율은 0~59.2% 등으로 다양하게 보고되었다. 그 이유는 강박증상 및 강박장애에 대한 연구 기준이 동일하지 않았고, 연구 대상군의 속성과 정신병리의 심각도 등이 각 연구마다 달랐기 때문이라고 판단된다.¹⁷⁻¹⁹ 또한 국내에서 강박장애가 동반된 정신분열병 환자들의 증상에 따른 사회적 기능에 대한 평가는 아직 체계적으로 보고되지 않았다. 따라서 본 연구는 현재 정신병원에서 입원 치료 중인 안정화된 만성 정신

분열병 환자를 대상으로 강박장애의 동반 비율과 강박증상이 정신분열병 환자의 사회적 기능에 미치는 영향을 평가하고, 정신분열병에 있어서 강박장애 치료에 대한 중요성을 고찰하고자 하였다.

대상 및 방법

연구대상

본 연구는 2010년 7월 1일부터 2010년 8월 30일까지 국립춘천병원 정신과 입원 환자 중 DSM-IV의 정신분열병 진단 기준을 만족하는 18세 이상 65세 이하의 환자들을 대상으로 하였다. 연구 대상군은 급성기 증상 치료 이후, 최근 1개월 이상 약물의 용량 변경 없이 일정하게 유지하였으며, 작업 요법 및 원예, 작물 요법 등을 참석하여 적절히 수행할 수 있는 자들로 정신분열병과 강박장애 이외의 DSM-IV의 제1축 질환이 동반된 경우는 제외하였다. 또한 간질, 두부외상, 뇌성마비 등의 간헐적, 지속적인 치료가 필요한 경우, 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 138명의 정신분열병 환자가 연구에 포함되었다. 본 연구는 국립춘천병원 임상시험 심사위원회의 승인을 받고 진행하였다.

연구방법

138명의 환자를 대상으로 한오수와 홍진표가 번역한 한국어판 SCID를 이용하여 강박장애를 동반한 환자군(이하 강박군)과 강박장애를 동반하지 않은 환자군(이하 비강박군)으로 구분하였다.⁹ 모든 연구 대상군은 의무기록을 통해서, 기본 신상 정보와 동반 질환, 내과 및 정신과적 과거력, 발병 시점, 정신분열병의 유병기간, 처방 받고 있는 비정형 항정신병제(atypical antipsychotics) 약물 등을 조사하였다. 한가지 이상의 비정형 항정신병제를 중복 처방 받는 환자에서는 사용한 각각의 약물을 모두 조사하였다. 임상증상 평가에서는 정신적 증상의 심각도를 평가하기 위하여 한국판 양성 및 음성 증후군 척도(Korean Version of the Positive and Negative Symptom Scale, 이하 K-PANSS),²⁰ 전반적 임상 인상 척도-심각도(Clinical Global Impression Scale-severity, 이하 CGI-S),²¹ 강박증상을 평가하기 위하여 예일브라운 강박 척도(Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, 이하 Y-BOCS),²² 환자의 개인적 및 사회적 기능 평가를 위하여 한국판 Personal and Social Performance 척도(이하 K-PSP)²³ 등을 사용하였으며, 1인의 정신과 의사가 평가하였다.

연구에 사용한 평가척도와 통계 분석은 다음과 같다.

임상증상 평가척도

전반적 임상 인상 지수-심각도(Clinical Global Impression Scale-severity, 이하 CGI-S)²¹

CGI-S는 진단에 관계없이 정신질환의 심각도를 평가자가 총괄적으로 평가하는 척도이다. 1점(정상)부터 7점(최고도)까지 7단계로 구성된 단일 항목 척도로 특정 정신질환 정신증상평가척도의 신뢰도와 타당도에 대해 잘 알고 있는 임상가라면 타당하게 평가할 수 있다

예일 브라운 강박 척도(Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, 이하 Y-BOCS)²²

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. 본 연구에서는 영문판을 사용하였다.

한국판 양성 및 음성 증후군 척도(Korean Version of the Positive and Negative Symptom Scale, 이하 K-PANSS)²⁰

Kay 등²⁴이 정신분열병 증상 평가를 위하여 개발한 도구로 타당도와 신뢰도가 검증되어 정신분열병 연구에 널리 쓰이고 있다. 국내에서는 이중서 등²⁰이 한국판 PANSS 표준화 연구를 수행하였다.

한국판 Personal and Social Performance 척도(이하 K-PSP)²³

PSP 척도는 기능 영역을 네 부분 1) 사회적으로 유용한 활동, 2) 개인적 및 사회적 인간 관계, 3) 자기 관리, 4) 불안-공격적 행동으로 분류하여 각 영역을 6점 척도로 평가한 후 이 평가를 종합하여 전체 기능 수준을 결정하는 것으로 Morosini²⁵에 의해서 개발되었으며, 국내에서는 이정구 등²³에 의해서 번안 되어 신뢰도와 타당도가 검증되었다. 전체 기능 수준 평가는 GAF 점수와 유사하게 10점 단위 간격으로 제시되며 총 100점 만점으로 평가한다.

자료분석

나이, 정신분열병 발병연령, 입원기간, 정신분열병 유병기간, BMI 등은 독립표본 T 검정(Independent t-test)을 사용하여 비교하였으며, 모든 결과는 평균±표준편차로 표시하였다. 성별, 학력, 결혼상태, 사회경제상태 등은 카이제곱 검정(Chi-square test)을 사용하여 비교 분석하였다. 두 군의 CGI-S, Y-BOCS, K-PANSS, K-PSP 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 정신분열병 환자의 증상 및 삶의 질에 어떤 관계가 있는지 평가하기 위하여 강박장애를 동반한 환자군에서 Y-BOCS와 K-PANSS, K-PSP 등을 피어슨 상관관계수(Pearson's correlation coefficient)를 사용하여 상관 분석하였다. 통계 분석의 유의수준은 p<0.05로 하였으며, 모든 통계 분석은 SPSS 12.0 for Windows 를 사용하여 시행하였다.

결 과

인구학적 자료 비교

전체 138명의 만성 정신분열병 환자 중 18.1%(25명)에서 강박장애가 동반되었다. 성별, 연령, 입원기간, 유병기간, 학력, 결혼상태, 사회경제정도, BMI 등에서 두 군간 유의한 차이가 없었다. 하지만, 정신분열병의 발병시점에서는 비강박군과 비교하여 강박군에서 통계적으로 유의하게 조기에 발병하였다(p=0.007)(Table 1).

임상증상 평가척도 비교

비강박군에 비해서 강박군에서 CGI-S, Y-BOCS, K-PANSS 일반정신병리 소척도, 총 점수 등에서 통계적으로 유의하게 높았으며, PSP에서는 유의하게 낮았다. 그러나 K-PANSS 양성증후군 소척도 및 음성증후군 소척도 등에서는 두 군간에 유의한 차이가 없었다(Table 2).

비정형 항정신병제 사용 비교

비정형 항정신병제 사용에 따른 강박장애 동반 유무를 비교하였으나, 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 3).

강박증상과 사회적 기능의 상관관계

강박증상과 정신분열병의 주요 임상증상, 발병시점, 유병기간, PSP 등의 관계를 분석한 결과 유의한 상관관계가 관

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

	SPR with OCD (n=25)	SPR without OCD (n=113)	t/ χ^2	p
Sex				
Male (%)	16 (64.0%)	55 (48.7%)	1.925	0.165
Female (%)	9 (36.0%)	58 (51.3%)		
Age (year)	42.1 ± 7.4	44.1 ± 8.7	-1.078	0.283
Age of onset (years)*	22.0 ± 5.1	25.7 ± 6.1	-2.762	0.007
Duration of admission (days)	106.4 ± 43.9	95.9 ± 42.2	1.121	0.264
Duration of illness (years)	20.0 ± 7.6	18.5 ± 7.7	0.887	0.377
Number of hospitalization (times)	10.6 ± 5.9	9.7 ± 5.6	0.705	0.482
Education				
Elementary school	2 (8.0%)	10 (8.8%)	9.495	0.050
Middle school	5 (20.0%)	19 (16.8%)		
High school	13 (52.0%)	67 (59.4%)		
College	3 (12.0%)	17 (15.0%)		
Grade school	2 (8.0%)	0 (0.0%)		
Marital status				
Unmarried (%)	23 (92.0%)	85 (75.2%)	3.532	0.473
Married (%)	1 (4.0%)	11 (9.7%)		
Divorced (%)	1 (4.0%)	13 (11.5%)		
Remarried (%)	0 (0.0%)	2 (1.8%)		
Widowed (%)	0 (0.0%)	2 (1.8%)		

Data are presented as mean ± standard deviation. * : p < 0.05, ** : p < 0.001. SPR : Schizophrenia, OCD : Obsessive Compulsive Disorder

Table 2. Comparison of clinical rating scale scores between schizophrenia patients with and without obsessive compulsive disorder

Variable	SPR with OCD (N=25)	SPR without OCD (N=113)	Statistics	
	Mean ± SD	Mean ± SD	T	p value
CGI-S**	4.2 ± 0.6	3.6 ± 0.6	4.888	<0.001
Y-BOCS total**	14.1 ± 3.4	0.8 ± 0.9	20.320	<0.001
Obsessions**	7.8 ± 2.1	0.4 ± 0.5	18.380	<0.001
Compulsions**	6.7 ± 3.0	0.4 ± 0.4	11.251	<0.001
K-PANSS-positive symptoms	18.1 ± 3.6	16.7 ± 5.4	1.607	0.215
K-PANSS-negative symptoms	16.2 ± 5.4	15.5 ± 6.0	0.578	0.564
K-PANSS-general psychopathology**	40.4 ± 5.4	32.1 ± 8.1	6.340	<0.001
K-PANSS-total*	74.2 ± 11.5	64.3 ± 15.9	-3.614	0.001
PSP**	33.3 ± 4.0	45.1 ± 6.5	-8.741	<0.001

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, PSP : Personal and Social Performance

Table 3. Comparison of patients taken atypical antipsychotics between schizophrenia patients with and without obsessive compulsive disorder

	SPR with OCD (n=25)	SPR without OCD (n=113)	χ^2	p
Amisulpride	4 (12.5%)	18 (11.8%)	2.477	0.790
Aripiprazole	2 (6.3%)	13 (8.6%)		
Clozapine	1 (3.1%)	13 (8.6%)		
Olanzapine	8 (25.0%)	23 (15.1%)		
Quetiapine	8 (25.0%)	40 (26.3%)		
Risperidone	9 (28.1%)	45 (29.6%)		

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

Table 4. Correlation between Y-BOCS and other clinical rating scales

	Y-BOCS		
	Obsessive score	Compulsive score	Total score
Age of onset (years)	-.117	.087	-.048
Duration of illness (years)	.100	-.012	.001
K-PANSS-positive symptoms	.049	.007	-.011
K-PANSS-negative symptoms	.002	.073	.062
K-PANSS-general psychopathology	.098	.104	.061
K-PANSS-total	.054	.093	.059
PSP	.019	-.135	-.137

Pearson's correlation coefficients were presented. Y-BOCS : Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, K-PANSS : Korean Version of the Positive and Negative Symptom Scale, PSP : Personal and Social Performance

찰되지 않았다(Table 4).

고 찰

본 연구는 국립춘천병원에 입원한 만성 정신분열병 환자 중에서 최근 1개월 이상 항정신병제의 용량 변동 없이 유지 치료를 지속하였고, 작업요법 및 원예, 작물재배 등에 참여 하여 적절히 수행 할 수 있는 증상의 변동 없이 안정화 된 환자 138명을 대상으로 시행하였다. 정신분열병과 동시에 강박 장애를 동반한 유병률은 18.1% 이었다. 외국 역학 연구에 따르면, 일반인구에서 강박장애의 평생 유병률은 1.2~2.4%로 보고되었으며,²⁶ 국내 역학 연구에서는 0.8%로 보고되었다.²⁷ 정신분열병 환자를 대상으로 시행한 외국 연구에서는 0~31.7%의 유병률을 보고하였고,^{17,28} 국내 연구에서는 16.1~28.2%로 보고하는 바,^{15,29} 정신분열병 환자에서 강박 장애의 유병률이 상대적으로 높다고 할 수 있다. 본 연구에서는 강박장애 진단을 엄격히 적용하였지만, 강박증상을 보이는 대상군을 따로 구분하여 평가에 포함하였다면 유병률은 더욱 증가하였을 것이다.³⁰

과거 정신분열병 환자에서 강박장애의 공존에 대한 평가는 다양하게 이루어져 왔다. 국내 대학병원에서 외래치료를 받는 정신분열병 환자를 대상으로, 구조적 면담 기법을 사용한 2003년도 연구에서는 28.2%인 반면,¹⁵ 2008년도에 연구에서는 16.1%로 낮게 평가 되었다.²⁹ 외국 연구를 살펴보면, 입원치료를 받는 92명의 만성 정신분열병 환자를 대상으로 시행한 연구에서는 14.1%,³⁰ 21명의 정신분열병 환자를 15년간 장기 추적 관찰한 연구에서는 12.9%,⁶ 안정화된 환자를 대상으로 구조화된 면담기법을 사용한 연구에서는 29% 등으로 역시 다양하였다. 31 본 연구 결과는 Otha 등이 안정화된 만성 정신분열병 환자를 대상으로 보고한 18.3%와 유사하였다.³² 이렇게 본 연구와 유사한 조건하에서도 연구마다 다양한 유병률의 분포를 보이는 주요 이유는 연구 대상군의

선택과 진단 평가의 방법적 차이로 판단된다. 우리 연구는 평균 18.80±7.69년의 유병기간과 9.84±5.62 회수를 반복 입원한 만성 정신분열병 환자들 중 최소 1개월 이상 정신약 물용량의 변동 없이 유지하고, 원내 작업요법, 원예, 작물 재 배 등의 기능적 활동 수행이 가능한 비교적 증상이 안정화된 대상군을 정신과 의사가 구조화된 면담기법을 사용하여 평가하였다. 따라서 외래 환자를 대상으로 시행한 기존의 국내 연구와 차이가 있었으며, 구조화된 면담 기법을 사용하지 않은 외국 연구와도 결과에서 차이가 있었다. 연구 대상과 평가 방법뿐 만 아니라, 최근에는 치료받는 항정신병제 등의 약물에 따른 요인, 대상 환자군에 따른 정신적 증상의 심각도, 정신분열병과 강박장애의 발병 시점, 강박 증상과 망상을 포함한 정신분열병에서 나타나는 다양한 정신병리와의 연관성 등에 따라 유병률은 차이를 보일 수 있을 것이다.

비정형 항정신병제는 새로운 정신분열병의 치료제로 주목을 받았으나, 최근 일부 환자에서 강박증상을 야기한다는 증례가 보고되고 있다.³³ 흔히 처방되는 주요 비정형 항정신병제는 리스페리돈(risperidone), 올란자핀(olanzapine), 퀴티아핀(quetiapine), 아리피프라졸(aripiprazole), 아미 설프라이드(amisulpride), 클로자핀(clozapine) 등이 있으며, 이중 클로자핀은 상대적으로 많은 수의 강박증상 유발 사례가 보고되고 있다. Patil 등³⁴은 일일 최대 클로자핀 150 mg을 투여 받은 2명의 정신분열병 환자가 약물 사용 8~12 주 후부터 강박증상을 나타냈다고 보고하였으며, Baker 등³⁵은 일일 클로자핀 400 mg 이상 용량을 복용한 49명의 정신분열병 환자 중에서 5명(10.2%)이 새롭게 강박증상이 나타났거나, 기존의 강박증상이 악화되었다고 보고하였다. 국내 연구에서는 이준영 등³⁶이 클로자핀 사용이 후 강박증상의 출현 비율이 41.7%로 높게 평가 되었다고 보고하였으며, 이명지 등²⁹의 연구에서는 통계적 유의성을 확인하지는 못하였지만, 강박장애가 동반된 정신분열병 환자 18명 중 6명이 클로자핀을 복용하였다고 보고하였다.

본 연구에서 강박장애를 동반한 환자군 25명 중 1명 만이 클로자핀 400 mg을 사용하였으며, 강박장애의 발병시점은 클로자핀 사용이 전이었지만, 클로자핀 사용이 후 강박증상이 악화되어 감량하였던 과거력을 가지고 있었다. 연구 대상군이 처방 받은 모든 비정형 항정신병제를 비교 분석한 결과에서도 통계적 유의성은 없었다는 점에서 우리 연구에서는 약물에 의한 강박장애 유병율의 영향은 없는 것으로 판단된다. 그러나 본 연구의 1명 사례가 클로자핀이 강박장애를 악화시킨다는 연구 보고와 일치하였고,³⁵ 클로자핀 사용에 따른 강박증상이 아리피프라졸의 병합치료로 개선되었다는 연구 보고가 있고,³⁷ 통계적 유의성을 논의 하기에는 강박장애를 동반한 환자군 수가 적다는 점은 추후 연구에서 반드시 고려해야 할 조건일 것이다.

약물에 의한 강박장애 유발 가능성과 달리, Hwang 등³⁸은 망상적 강박증상을 보이는 정신분열병 환자를, 강박장애에서 시작된 정신분열병, 정신분열병 발병 중에 추가적으로 새롭게 시작된 강박증상을 동반하는 정신분열병, 일시적으로 강박증상을 동반하는 정신분열병 등 강박증상의 발생 시점에 따라 세가지 형태로 구분 지었다. 강박증상에서 시작되는 정신분열병의 경우에는 강박증상이 심해져 환자의 병식에 따라 강박증상이 망상으로 진행된다고 생각되었으며, 이는 정신분열병 단독 질환과 달리 더욱 치료하기 어려운 정신병적 강박장애로 평가하였다. 실제로 46명의 환자를 대상으로 시행한 연구에서 양성증상과 강박증상이 유의한 상관관계를 보고되었고,³⁹ 만성 정신분열병 입원 환자 97명을 대상으로 시행한 최근 연구에서도 강박증상과 정신병의 양성증상, 음성증상 사이에 유의한 상관관계가 있다고 보고되었다.³⁰

뚜렛증후군, 주의력결핍 과잉행동장애 등을 포함 강박장애와 정신분열병은 전두엽(prefrontal lobe)-피질하(subcortex) 회로(circuit)의 기능이상이라는 공통되는 기본 병태생리를 가지고 있다.⁴⁰ 이는 발달학적으로 정신분열병과 강박장애가 유사한 발병 기전을 가지고 있다는 점을 시사한다. 이러한 생물학적 공통점을 근거로, 강박사고와 망상은 구별하기 어려운 경우가 많다.⁴¹ 환자가 증상을 표현하고 망상에 대한 확신 정도, 환자의 병식(insight), 평가자의 증상 평가에 대한 예민도 등에 따라서 평가 정도가 틀려질 수도 있다.¹⁵ 지금까지 강박증상과 정신병리 대한 연관성 평가는 다양하게 이루어져 왔지만, 아직까지 일치된 연구 결과는 없다. 강박장애를 동반하는 정신분열병 환자에서 양성증상보다 오히려 음성증상이 더 많다는 보고가 있지만,^{14,42} 양성증상과 음성증상의 차이가 없다는 보고도 있으며, 이는 본 연구의 결과와도 일치되는 소견이었다.^{43,44} 우리 연구에서는 K-PANSS 일반정신병리 소척도와 총 점수가 강박군에서 유의하게 높았으

며, 사회적 기능을 평가하는 PSP 점수상 대조군과 비교하여 통계적으로 유의하게 낮았다. 아마도 정신분열병 환자에서 강박장애가 동반 되었을 경우, 정신적 초조감과 불안증상이 좀 더 흔하게 동반되어 활동 범위를 제한하고, 이와 더불어 이상사고와 충동성이 증가하여, 결국 심각한 사회 부적응을 야기하는 것으로 판단된다.^{30,45,46} 우리 연구뿐만 아니라 Poyurovsky 등의 여러 임상연구에서도 강박증상과 정신병적 임상증상에 대한 의미 있는 상관성을 찾지는 못했지만, 이들 연구에서도 강박증상과 정신병리의 중요성을 강조하고 있으며, 정신병리가 사회적 기능에 영향을 준다는 주장이 논의되었다.^{44,47} 또한, 정신병적 강박장애를 지지하는 다양한 연구에서도 강박증상과 정신병적 임상증상 및 그에 따른 사회적 기능과의 상관성을 보고하고 있기 때문이다.¹⁰

본 연구의 제한점은 첫째, 일 병원에서 장기간 입원 치료 받은 안정적인 환자를 대상으로 하였기 때문에 전체 정신분열병 환자군을 대표할 수 없다. 이는 정신분열병 환자에서 강박장애의 비율은 연구 대상군의 선택과 평가 조건에 따라 다양한 유병률을 나타내기 때문이다. 둘째, 만성 입원환자를 대상으로 하였기 때문에, 사회적 기능을 평가하는데 있어서는 일부 제한이 있을 것으로 판단된다. 셋째, 우리 연구가 장기간 추적관찰 연구가 아닌 단면적 연구이기 때문에 각 장애의 발병시기에 따른 증상 정도의 차이가 존재하고, 환자들이 따라 각각 사용약물의 차이가 존재하기 때문에 결과를 일반화할 수 없다. 넷째, 우리 연구에서는 강박장애 진단을 엄격하게 적용하였지만, 강박장애가 아니 강박증상만 보이는 군을 추가하여 세분화된 기준으로 평가하였다면, 강박증상과 정신병리 및 사회적 기능의 연관성에 대하여 더 정확한 평가가 이루어졌을 것이다. 그럼에도 불구하고, 이번 연구는 국내에서 입원한 안정화 된 만성 정신분열병 환자를 대상으로 정신과 의사가 직접 대면 면담을 통해서 강박증상과 사회적 기능 등을 평가하였는데 그 의의가 있다. 향후 더 많은 강박장애 동반 환자수를 확보하여 통계적 검정력을 높이고, 장기적 추적 관찰을 통하여 약물치료에 따른 강박증상 및 정신병리의 변화와 삶의 질을 평가할 필요가 있겠다.

결 론

입원치료 받고 있는 만성정신분열병 환자 중에서 1개월 이상 약물의 변화 없이 안정적으로 지내는 환자 138명을 대상으로 구조화된 면담도구와 표준화된 임상심리 평가를 사용하여 강박장애의 유병률 및 강박증상의 정도와 정신병리, 사회적 기능, 객관적 및 주관적 삶의 질 등의 관계를 알아

보았다. 강박장애의 유병률은 18.1%이었고 강박장애를 동반한 환자군이 대조군과 비교하여 K-PANSS 일반병리 척도와 총 점수가 유의하게 높았으며, 낮은 사회적 기능을 보였다. 그러나, 강박장애 동반 환자군에서 강박증상과 정신병리 및 환자의 사회적 기능에서 유의한 상관관계는 없었다. 따라서 강박장애가 동반된 정신분열병 환자의 치료가 더욱 적극적으로 시행하여야 할 것이며, 향후 더 많은 강박장애 동반 환자군의 확보와 장기간의 추적 관찰을 통해서 정신 약물 치료에 따른 사회적 기능과 더 나아가 삶의 질에 대한 평가가 필요할 것이다.

중심 단어 : 만성분열병 · 강박장애 · 사회적 기능.

REFERENCES

1. Rosen I. The clinical significance of obsessions in schizophrenia. *J Ment Sci* 1957;103:773-785.
2. Tibbo P, Kroetsch M, Chue P, Warneke L. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2000;34:139-146.
3. Berman I, Kalinowski A, Berman SM, Lengua J, Green AI. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1995;36:6-10.
4. 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.
5. Lysaker PH, Lancaster RS, Nees MA, Davis LW. Patterns of obsessive-compulsive symptoms and social function in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2004;125:139-146.
6. Fenton WS, McGlashan TH. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986; 143:437-441.
7. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46: 335-341.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington, D.C.: American Psychiatric Association;2000.
9. 한오수, 홍진표. DSM-IV의 제 1축 장애의 구조화된 임상적 면담. SCID-I 연구용 판. 하나의학사.
10. Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A. Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999;156:1998-2000.
11. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1171-1178.
12. Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits-Christoph P. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:320-331.
13. Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157:669-682.
14. 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.
15. 김찬형, 남윤영, 구민성, 천근아, 서호석, 송동호 등. 강박증상이 동반된 정신분열병 환자의 임상적 특성. *Kor J Psychopharmacol* 2003;14:292-298.
16. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15: 743-758.
17. Tibbo P, Swainson J, Chue P, LeMelledo JM. Prevalence and relationship to delusions and hallucinations of anxiety disorders in

- schizophrenia. *Depress Anxiety* 2003;17:65-72.
18. Bland RC, Newman SC, Orn H. Schizophrenia: lifetime co-morbidity in a community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:383-391.
19. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35:383-402.
20. 이중서, 안용민, 신현균, 안석균, 주연호, 김승현 등. 한국판 양성 및 음성증후군 척도(Positive and Negative Syndrome Scale)의 신뢰도와 타당도. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:1090-1105.
21. Guy W. Clinical global impression National Institute of Mental Health;1976. p.217-221.
22. 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.
23. 이정구, 석정호, 이준영, 이경욱, 광경현, 권준수 등. 한국판 Personal and Social Performance 척도(K-PSP)의 표준화 연구. *Korean J Psychopharmacol* 2006;17:497-506.
24. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-276.
25. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:323-329.
26. 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.
27. 국립서울정신병원, 서울대의대정신과. 정신질환실태 역학 조사; 2001. p.68.
28. Meghani SR, Penick EC, Nickel EJ. Schizophrenia patients with and without OCD. Paper presented at: 151st Annual Meeting of the American Psychiatric Association;1998.
29. 이명지, 전지석, 신용범, 강민희, 이정섭, 배재남 등. 정신분열병 환자에서의 강박증상에 관한 연구: 발생 빈도, 임상 특성 및 삶의 질. *Korean J Schizophr Res* 2008;11:26-30.
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.
31. Cassano GB, Pini S, Saettoni M, Rucci P, Dell’Osso L. Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry* 1998;59:60-68.
32. Ohta M, Kokai M, Morita Y. Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003;57:67-74.
33. Lykouras L, Zervas IM, Gournellis R, Malliori M, Rabavilas A. Olanzapine and obsessive-compulsive symptoms. *Eur Neuropsychopharmacol* 2000;10:385-387.
34. Patil VJ. Development of transient obsessive-compulsive symptoms during treatment with clozapine. *Am J Psychiatry* 1992;149:272.
35. 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.
36. 이준영, 노명선, 김용성, 강웅구. 정신분열병 환자에서 강박증상의 연구. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:1132-1139.
37. 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.
38. Hawng MY, Losonczy MF. schizophrenia with obsessive-compulsive features. *Medscape Mental Health* 1997;2:7.
39. Lysaker PH, Marks KA, Picone JB, Rollins AL, Fastenau PS, Bond GR. Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia: clinical and neurocognitive correlates. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:78-83.
40. Bradshaw JL, Sheppard DM. The neurodevelopmental frontostriatal disorders: evolutionary adaptiveness and anomalous lateralization.

- Brain Lang 2000;73:297-320.
41. Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry* 1993;54:373-379.
 42. 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.
 43. Kruger S, Braunig P, Hoffler J, Shugar G, Borner I, Langkrar J. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia and significance of motor symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12:16-24.
 44. Poyurovsky M, Bergman J, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in elderly schizophrenia patients. *J Psychiatr Res* 2006;40:189-191.
 45. 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.
 46. Craig T, Kakumanu S. Chronic fatigue syndrome: evaluation and treatment. *Am Fam Physician* 2002;65:1083-1090.
 47. Poyurovsky M, Hramenkov S, Isakov V, Rauchverger B, Modai I, Schneidman M, et al. Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry Res* 2001;102:49-57.