

PAI를 통해 본 관해기 시기의 정신분열병 환자의 심리적 특성

김 나 라 남 회 정 홍 경 수 김 지 혜[†]

고려대학교 심리학과

성균관대학교 의과대학

정신분열병 환자의 집단 중 급성 정신증적 증상을 경험하는 시기가 지난 후 경증에서 중등도 상태의 증상에서 호전을 보이는 군은 정신분열병 환자 중 약 3분의 2에 해당하는 매우 중요한 집단이다. 이들이 급성 정신증적 증상을 경험하는 시기가 지나고 나서, 어느 정도 증상의 호전이 있을 때 다양한 심리적 불편감을 경험하게 된다고 한다. 본 연구는 관해기 시기의 정신분열병 환자 30명과 정상대조군 60명을 대상으로 이들이 경험하는 정서적 불편감 및 심리적 특성에 대해 성격평가 질문지(Personality Assessment Inventory; PAI, Morey, 1991)를 사용하여 살펴보았다. 또한 환자가 급성기에 경험하는 정신증적 증상에 따라, 환청을 경험할 보고하는 환청군과 환청을 보고하지 않은 비환청군으로 환자 집단을 구분하고, 이들이 각 집단이 관해기 시기에 경험하는 심리적 특성을 알아보고자 하였다. 그 결과, 관해기 환자들은 대조군에 비해 망상, 신체적 호소, 우울, 불안, 약물문제를 더 많이 보고하고 있으며, 높은 비지지와 낮은 온정성, 지배성을 보고하고 있는 것으로 나타났다. 급성기에 환청증상을 경험한 환자들이 비환청군에 비해 신체적 호소를 더 많이 하는 경향이 있으며, 비환청군은 우울, 불안과 같은 심리적 불편감을 호소하고, 사회적 상황에서의 위축감을 더 높게 보고하고 있었다. 이와 관련하여, 환자집단이 대인관계에서 대조군에 비해 위축되어 있고, 주변 사람들의 지지에 대한 만족감을 경험하지 못하고 있는 것으로 여겨지며, 급성 정신증 시기에 환청을 경험했던 환자와 환청을 경험하지 않았던 환자들은 관해기 시기에도 서로 다른 심리적 특성을 가지고 있을 뿐만 아니라 기질적으로 다른 집단일 가능성이 있을 것으로 보인다.

주요어 : 정신분열병, 관해기, 환청, PAI

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 김지혜 / 삼성서울병원 정신과 / 서울특별시 강남구 일원동 50번지
Tel : 02-3410-0931 / Fax : 02-3410-0050 / E-mail : jihaekim@skku.edu

정신분열병에 이환된 집단 중 매우 적은 비율의 환자만이 잔류적 손상이 없이 한 개의 삽화만을 가지는 것으로 알려졌다. 이들을 제외한 약 30%의 환자는 하나 혹은 몇 개의 급성 양성 증상들의 삽화를 가지면서 적은 잔류적 증상을 가지거나, 거의 잔류적 손상이 없는 좋은 경과를 가지는 것으로 보고되고 있다. 나머지 약 30%는 급성질환의 첫 삽화 이후 증상의 진행이 심해지지 않는 않지만 중등도(moderate) 정도의 안정적인 손상을 보인다고 한다. 그리고 불행히도, 환자의 3분의 1은 손상이 지속적이고, 진행되고, 증가되며, 발병 초기 상태로 돌아가지 못한다고 한다. 이런 사람들은 만성적인 상태로 병원에 남아있는 경향이 있고, 부랑자가 되거나 감옥에 수감되기도 한다고 알려졌다(Harding, 1988). 이렇듯이 경증(mild)에서 중등도(moderate) 상태의 증상의 호전을 보이는 환자 집단은 정신분열병 환자 중 약 3분의 2에 해당한다. 이 집단은 정신과적 장면에서 대다수를 차지하는 매우 중요한 집단이라고 할 수 있겠다.

정신분열병 환자들이 급성 정신증적 증상을 경험하는 시기가 지난 후 어느 정도 증상의 호전이 있을 때 우울, 불안 등을 경험하게 된다는 보고가 있다. Pallanti, Quercioli와 Hollander(2004)는 임상적으로 관해 혹은 부분 관해시기의 환자 80명을 대상으로 사회공포증의 공병율을 조사한 연구에서 이들 중 36.3%에 해당하는 29명이 사회공포증을 함께 호소하고 있다고 보고하였다. 연구자들은 이것을 이시기 환자들이 사회적 적응에 더 큰 노력을 기울이게 되고, 사회적인 기대가 증가되는 것을 반영하는 것이라고 설명하였다(Pallanti et al., 2004).

정신분열병 환자들이 우울 증상을 경험하는

것에 대해서도 많은 연구들에서 관심을 가져왔다. 높게는 75%, 낮게는 7%의 환자가 우울 증상을 경험한다고 보고되고 있으며, 이러한 연구들을 모두 고려하였을 때 적어도 환자의 약 25%가 우울 증상을 경험한다고 한다(Conley, 2009; Mandel, Severe, Schooler, Glenberge, & Mieske, 1982; McGlashan, & Carpenter, 1976; Siris, 1991; Siris, 2000). 특히 급성 정신증 증상에서 벗어난 환자들이 우울 증상을 경험하게 되는 비율이 높다고 보고되고 있다(Bartels & Drake, 1988; Siris, Strahan, Mandeli, Cooper, & Casey, 1988). Vergheze, John, Rajkumar, Richard, Sethi와 Trivedi(1989)는 정신분열병 환자 386명을 대상으로 한 2년간 추적연구에서 이들 중 66%가 관해 되었으며, 환자들이 보이는 우울 증상, 위험한 행동 그리고 초초함(agitation)은 더 안 좋은 예후와 관련되었다고 밝히고 있다. 이렇듯 환자가 경험하는 정서적 불편감이 나쁜 예후, 높은 재발율, 그리고 자살과 관련된다고 알려져 왔으며(Carl, Chadi, & Shilpa, 2010; Fenton, 2000; Hafner, Loffer, Maurer, Hambrecht, & an der Heiden, 1999; Maurizio, David, Alessandro, Marco, Fulvia, Paolo et al., 2009; Sands & Harrow, 1999), 이에 환자들이 호소하는 다양한 정서적 불편감에 대해 관심을 가져야 할 필요가 있다. 특히, 임상현장에서 자주 접하게 되는 이 경증에서 중등도의 증상의 호전을 보이는 관해기 시기의 정신분열병 환자의 심리적 특성을 분석해본다면, 이들 환자 집단에 대한 이해의 질을 높이고 효과적인 개입 및 치료의 질을 향상시키는데 도움이 될 수 있을 것이다.

Lieberman과 동료들(1993)은 초기 삽화 혹은 급성 정신분열병을 경험한 집단을 대상으로 증상으로부터 관해를 Clinical Global Impression

Scale(이하 CGI; Guy, 1976)의 점수가 3이하인 것으로 정의 하였다. 본 연구에서도 이 정의를 따라 CGI 점수가 3점 이하인 정신분열병 환자를 관해 시기의 환자로 정의하고 이들의 심리적 특성을 알아보고자 한다.

이에 더하여, 급성 정신증 시기에 환자가 경험하는 증상에 따라 환자를 구분하여 이들이 각각 관해기에 보이는 심리적 특성을 살펴보고자 한다. 환청은 주요 정신증상의 하나로 알려졌으며, 특히 정신분열병 환자에서 흔하게 나타나고 있다(Goodwin, Alderson, & Rosenthal, 1971). 환청은 환자들에게 잠재적으로 고통감을 일으킬 뿐만 아니라, 임상적으로 매우 중요한 증상이다. Barnes, Curson, Liddle와 Patel(1989)이 만성 정신분열병 환자 193명중에서 우울감을 호소하는 25명(13%)을 대상으로 한 연구에서 우울 집단이 비우울 집단보다 심각한 자살사고와 환청에서 차이를 나타내었다고 보고하고 있다. 이처럼 환자가 경험하는 환청증상은 환자의 정서적 불편감 및 환자의 치료적 예후와도 관련이 있을 것으로 여겨진다. 국내에서는 이승환(2004) 등이 충분한 기간 항정신병약물을 사용하였음에도 불구하고 지속되는 환청을 가지고 있는 만성적인 환청 환자 30명을 대상으로 임상양상과 신경인지기능에서의 차이를 연구 하였다. 이 연구에서 환청군이 비환청군보다 신경인지 기능검사에서 오류수나 오반응이 의미 있게 더 많은 것으로 나타나고 있으며, 치료 저항성 환청환자가 비환청환자보다 전두엽기능을 반영하는 인지기능의 결함이 특히 심하다고 보고하고 있다. 그러나 환자군의 임상양상에서 환청을 가진 환자들의 상당수가 환청에 대처하는 것이 힘든 것으로 나타났으나, 장기간의 적응으로 인한 심한 고통을 느끼지 않는 것으로 보고하였다.

그러나 이승환(2004) 등의 연구에서와 같이 양성증상 평가 척도(Scale for the Assessment of Positive Symptoms; SAPS), 음성증상 평가 척도(Scale for the Assessment of Negative Symptoms; SANS)를 사용하여 환자군의 정신병리의 심각도 및 환청유무를 판별하고, Beck의 우울증 평가 척도를(Beck Depression Inventory; BDI)사용하여 환자의 우울증의 유무를 파악하는 것으로는 환자의 다양한 심리적 특성을 종합적으로 살펴보기에는 한계가 있었다.

우울, 불안과 같은 정서적인 면과 더불어, 사고장애, 정신병적 경험과 같은 정신과적 증상을 평정하고, 수검자의 대인관계 유형을 하나의 설문지를 통해 복합적으로 살펴본다면, 환자의 다양한 심리적 특성을 종합적으로 평가하고 이해하는데 도움이 될 것으로 생각된다. 이에 본 연구에서도 환자 집단을 급성 정신증 시기에 환청 경험을 보고한 집단과 그렇지 않은 집단으로 나누어 분석하고 이들이 관해시기에 심리적 특성에서 어떠한 차이를 보이는지 살펴보고자 한다. 또한 본 연구에서는 관해기 시기의 환자들이 경험하는 다양한 심리적 특성 및 심리적 불편감을 다면적으로 평가하기 위해서 성격평가 질문지(Personality Assessment Inventory; PAI, Morey, 1991)를 사용하고자 한다.

방 법

연구대상

환자군은 삼성서울병원 정신과에서 입원치료, 낮병원 치료 및 외래 진료를 받고 있는 환자들 중 DSM-IV진단기준(American Psychiatric

Association, 1994)에 근거하여 정신분열병으로 진단된 환자 30명을 선정하였다. 전반적 임상 개선 척도(Clinical Global Impression; 이하 CGI, Guy, 1976)를 통해 환자의 치료 경과를 추가적으로 평가하고, CGI 점수가 3점 이하인 환자를 선별하였다. 수도권에 거주하고 있는 성인 60명을 대조군으로 모집하였다. 이 대조군과 환자군에게 실시한 PAI를 분석하였으며, 수검자의 인구통계학적 특성은 표 1에 제시하였다.

표 1. 인구통계학적 자료

	대조군 (n=60)	환자군 (n=30)	t, U
	M	M	
나이	27.92(4.77)	28.07(5.36)	-1.35
성별			
남	23(38.3%)	15(50.0%)	
여	37(61.7%)	15(50.0%)	795.00
학력			
중졸이하	1(1.7%)	-	
고졸이하	-	3(10%)	826.50
대재이상	59(98.3%)	27(90%)	
결혼			
기혼	12(20%)	-	756.00*
이혼	-	1(3.3%)	
미혼	48(80%)	29(96.7%)	
직업			
무직	3(5.0%)	11(36.7%)	
학생	14(23.3%)	13(43.3%)	
주부	1(1.7%)	-	380.50***
직업있음	42(70.0%)	6(20.0%)	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

면접 및 진단과정

환자의 선정을 위한 면접은 정신과 전문의와 5년 이상의 정신과 임상 경험을 지닌 정신보건 전문 간호사가 구조화된 면접도구인 Diagnostic Interview for Genetic Studies-Korean(이하 DIGS-K; 주은정, 2003)을 사용하여 실시하였다. 이 진단적 면접 자료와 의무기록을 종합하여 2명의 정신과 의사가 DSM-IV에 근거하여 정신분열병환자로 진단되고, CGI 점수가 3점 이하인 관해기 시기의 환자 30명을 선별하였다. 환자 면접시 Global Assessment of Functioning Scale(이하 GAF; American Psychiatric Association, 1994)을 평가하였다. 이들 중 급성 정신증 시기에 환청을 경험하지 않았다고 보고한 환자가 14명이었으며, 환청을 경험한 환자가 16명이었다. 대조군은 연구자가 선별질문지를 통해 정신과적 장애 유무와 알코올, 흡연 등 물질 사용력 등을 평가하고, 이에 해당되지 않는 경우에 연구에만 대조군으로 선정하였다.

측정도구

성격평가 질문지(Personality Assessment Inventory: PAI, Morey, 1991)

Morey(1991)가 개발하였으며, 한국에서 김영환, 김지혜, 오상우, 임영란, 홍상황(2001)이 표준화한 성격평가질문지(PAI)를 사용하였다. 이 검사는 총 22가지 척도로 구성되어 있으며, 4개의 타당도 척도, 11개의 임상척도, 5개의 치료고려척도, 2개의 대인관계 척도 되어있다. 수검태도를 평가하기 위한 타당도 척도에는 비밀관성(ICN), 저빈도(INF), 부정적 인상(NIM), 긍정적 인상(PIM) 등 4개의 척도가 있다. 여러

가지 임상적 문제와 진단집단을 측정하고 평가하기 위한 11개 임상 척도는 신체적호소(SOM), 불안(ANX), 불안관련장애(ARD), 우울(DEP), 조증(MAN), 망상(PAR), 정신분열병(SCZ), 경계선 특징(BOR), 반사회적 특징(ANT), 알코올문제(ALC), 약물문제(DGR)로 구성되어 있다. 치료에서 중요하게 고려해야할 사항을 평가하기 위한 5개의 치료고려 척도에는 공격성(AGG), 자살관념(SUI), 스트레스(STR), 비지지(NON), 치료거부(RXR)가 있다. 2개의 대인관계 척도는 지배성(DOM), 온정성(WRM)으로 구성되어 있다. 22개의 척도 중 10개의 척도는 복잡한 임상적 구성개념을 측정하고 해석하기 위한 하위척도를 포함하고 있다. 표준화 연구결과(김영환 등, 2001) 이 검사의 내적 합치도는 비일관성(ICN)과 저빈도(INF) 척도를 제외한 나머지 척도는 .60~.88, 전체 22개 척도의 중앙치는 대학생과 성인의 경우 각각 .77, .76이었고, 검사-재검사 신뢰도는 비일관성(ICN)과 저빈도(INF) 척도를 제외하고 .77~.91 범위로 비교적 양호한 편이었다.

전반적 임상 개선 척도(Clinical Global Impression Scale: CGI, Guy, 1976)

전반적 임상 개선 척도(CGI)는 표준화된 측정도구로 임상가가 병의 심각도, 시간에 따른 변화, 그리고 치료 효과를 평가하도록 고안되었다. 병의 심각도 및 치료 효과 측정과 관련하여 정신과에서 사용하고 있는 간략한 측정도구들 중 가장 널리 사용되고 있는 도구이다. 국내에서 타당도와 신뢰도 연구가 이루어 졌으며(김진용, 강시현, 김수정, 광경현, 김창윤, 2007), 이 척도는 숙련된 평가자들이 환자의 전반적인 심각도를 평가하도록 고안되었다. 7점 척도이며, 1(normal, not an ill), 2

(borderline mentally ill), 3(mildly ill), 4(moderately ill), 5(markedly ill), 6(severely ill), 7(most extremely ill)로 평가하게 된다.

자료분석

타당도 척도, 임상척도, 치료고려척도, 및 대인관계 척도에서 대조군과 환자군으로 나누어 두 집단간 평균점수의 차이가 있는지를 알아보기 위해 *t*-test를 실시하였다. 또한 대조군, 환청 경험이 있는 환자군, 환청 경험이 없는 환자군으로 나누어 척도의 평균점수 차이가 있는지를 알아보기 위해 다변량분석(MANOVA)을 실시하고, 집단간 유의미한 차이를 드러낸 개별척도들에 대해서는 *Scheffe* 사후검증($p < .05$)을 통해 구체적으로 집단간 차이의 양상을 살펴보았다. 본 연구의 모든 자료는 SPSS 17.0을 이용하여 분석하였다.

결 과

인구통계학적 자료 및 임상특성 자료

환자군은 39명으로 남자가 20명 여자가 19명이었고, 대조군은 총 60명으로 남자가 23명 여자가 37명이었으며, 두 집단 간의 유의한 통계적 차이는 없었다. 그밖에 연령, 학력에서 대조군과 환자군 간의 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다(표 1). 그러나 결혼 상태와 직업상태에서는 집단간 차이가 유의한 것으로 나타났다, 각각 $U=756.00$ $p < .05$, $U=380.50$ $p < .001$. 환자군보다 대조군에서 기혼자의 비율이 높았으며, 환자군보다 대조군에서 직업이 있는 참가자의 비율이 높게 나타났다.

표 2. 환자군의 임상적 특성 자료

	환자군(n=30)	
	M	SD
CGI	2.17	.54
GAF-Current	33.27	6.20
GAF-Worst	53.80	12.19
발병나이	23.44	5.01
입원횟수	2.12	2.05
진단	N	
Paranoid Type	30(100%)	
	무	유
환청	14(46.67%)	16(53.33%)
망상	.	30(100%)
자살시도	26(86.7%)	4(13.3%)

대조군과 환자군의 자세한 인구통계학적 자료는 표 1에 제시하였다.

정신분열병 환자군의 평균 CGI 점수는 2.17이었으며, 환자군이 가장 기능이 좋지 않았을 때의 전반적 기능 평가점수(Global Assessment of Functioning:GAF) 평균은 33.27이었고, 환자군의 연구 참여 당시 GAF 점수는 53.80이었다. 환자군의 평균 발병나이는 23.44세였고, 평균 입원횟수는 2.12회였다. 환자군 30명이 편집형 정신분열병환자였으며, 환자군의 자세한 임상적 특성은 표 2에 제시하였다.

대조군과 환자군의 평균프로파일 비교

환자군은 대조군과 타당도 척도에서는 저빈도 척도에서 유의한 차이를 보였다, $t=-3.29$, $p<.001$. 임상척도에서 유의한 차이가 나타난 척도들을 살펴보면, 환자군과 대조군은 11개

임상척도 중 5개 임상척도에서 차이가 나고 있었다. 차이가 나타난 척도를 자세히 살펴보면, 환자군이 대조군보다 신체적 호소, 우울, 망상, 약물문제를 더 많이 보고하고 있는 것으로 나타났으며, 각각 $t=-2.89$, $p<.001$, $t=-2.55$, $p<.01$, $t=-2.05$, $p<.05$, $t=-5.21$, $p<.001$, 조증척도는 대조군이 더 높게 나타나고 있다, $t=3.84$, $p<.001$.

치료에 관심이 되는 5개 척도에서는, 비지지척도에서 환자군이 대조군보다 더 높은 것으로 나타났으며, $t=-2.01$, $p<.05$, 2개의 대인관계 척도에서는 온정성척도와 지배성척도 모두 통계적으로 유의한 차이가 환자군과 대조군간에 나타나고 있다, 각각 $t=4.21$, $p<.001$, $t=4.75$, $p<.001$. 더 자세한 내용은 표 3에 제시하였다.

환자군과 대조군이 각 임상척도내 하위척도에서 보이는 차이를 살펴보면, 12개 하위척도에서 통계적으로 유의한 차이가 나타나고 있다. 신체적 호소 척도 중 전환척도와 건강염려 척도에서 유의한 차이가 나타나고 있으며, 각각 $t=-2.18$, $p<.01$, $t=-5.80$, $p<.001$, 불안척도에서는 정서불안에서만 차이가 나타나고 있다, $t=-2.47$, $p<.01$. 불안관련장애척도의 하위척도에서는 강박증에서 대조군이 환자군보다 높게 나타났으며, $t=1.98$, $p<.01$, 공포증척도에서 환자군이 더 높게 나타났다, $t=-2.12$, $p<.05$. 우울 척도에서는 인지적 우울척도에서 환자군이 더 높게 나타나고 있다, $t=-2.94$, $p<.01$. 조증척도의 3개의 하위척도 모두에서 차이가 나타나고 있으며, 활동수준, 과대성, 초조성 척도에서 대조군이 더 높게 나타나고 있다, 각각 $t=2.23$, $p<.05$, $t=4.72$, $p<.001$, $t=2.55$, $p<.01$. 망상척도에서는 피해망상척도에서 환자집단이 더 높게 보고하고 있으며, $t=-2.62$, $p<.01$,

표 3. 대조군과 환자군의 척도 T점수의 평균, 표준편차 및 *t*값

	대조군			환자군			<i>t</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	
비일관성(ICN)	41.40 (10.38)	26	62	44.43 (10.56)	30	74	-1.25
저 빈도(INF)	43.87 (6.65)	26	62	49.17 (12.28)	34	90	-3.29***
부정적인상(NIM)	52.02 (10.68)	36	80	55.93 (14.87)	36	89	-.70
긍정적인상(PIM)	45.08 (11.32)	22	71	45.87 (13.72)	0	69	-.707
신체적호소(SOM)	47.97 (9.26)	34	79	55.03 (12.14)	42	81	-2.89***
불안(ANX)	51.17 (12.88)	25	86	55.97 (13.63)	34	86	-1.23
불안관련장애(ARD)	53.07 (13.25)	29	85	57.33 (13.62)	32	91	-1.05
우울(DEF)	49.33 (10.94)	33	77	56.20 (13.88)	38	92	-2.55**
조증(MAN)	54.00 (12.96)	29	92	45.50 (8.22)	28	67	3.84***
망상(PAR)	48.05 (10.81)	25	80	53.97 (17.31)	30	105	-2.05*
정신분열병(SCZ)	42.77 (10.43)	26	68	47.63 (11.60)	31	71	-1.72
경계선적 특징(BOR)	51.10 (9.88)	34	73	51.20 (11.01)	34	80	.07
반사회적 특징(ANT)	50.30 (9.82)	33	72	50.57 (10.98)	34	75	-.08
알코올문제(ALC)	47.65 (8.82)	41	63	45.40 (6.31)	39	63	.91
약물문제(DRG)	45.53 (6.23)	39	85	53.77 (12.83)	41	92	-5.21***
공격성(AGG)	50.10 (10.48)	31	80	46.73 (7.99)	31	62	1.40
자살관념(SUI)	52.22 (14.61)	38	100	53.20 (12.44)	38	81	-.13
스트레스(STR)	53.98 (9.65)	34	73	55.80 (11.39)	34	83	-.62
비지지(NON)	48.18 (12.54)	29	83	53.03 (10.44)	34	80	-2.01*
치료거부(RXR)	55.00 (0.00)	55	55	55.17 (.91)	55	60	-1.24
지배성(DOM)	53.43 (13.00)	0	86	43.40 (10.26)	20	61	4.21***
온정성(WRM)	55.88 (10.99)	23	81	45.20 (11.57)	0	64	4.75***

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

정신분열병척도에서는 사회적 위축척도에서 환자군이 대조군보다 높게 보고하고 있다, $t = -4.12$, $p < .001$. 반사회적특징척도에서는 반사회적행동척도에서 환자군이 높은 것으로

나타났다, $t = -2.24$, $p < .05$. 치료에 관심이 되는 척도 중 유일하게 하위척도가 있는 공격성척도에서는 신체적 공격척도에서 환자군보다 대조군이 더 높은 것으로 나타나고 있다,

표 4. 대조군과 환자군의 하위척도의 T점수의 평균, 표준편차 및 t값

	대조군		환자군		t
	M	SD	M	SD	
신체적 호소(SOM)					
전환(SOM-C)	47.62	8.12	52.49	14.07	-2.18**
신체화(SOM-S)	49.08	10.54	49.85	9.78	-3.62
건강염려(SOM-H)	46.53	10.16	59.74	12.32	-5.80***
불안(ANX)					
인지적불안(ANX-C)	52.87	14.04	53.26	12.94	-.14
정서적불안(ANX-A)	50.28	11.30	56.44	13.23	-2.47**
생리적불안(ANX-P)	50.18	11.54	51.44	10.92	-.54
불안관련 장애(ARD)					
강박증(ARD-O)	52.55	11.46	48.26	8.90	1.98*
공포증(ARD-P)	49.65	13.09	55.51	14.02	-2.12*
의상적 스트레스(ARD-T)	54.55	13.16	59.54	15.66	-1.71
우울(DEP)					
인지적 우울(DEP-C)	49.43	10.02	55.92	11.80	-2.94**
정서적우울(DEP-A)	50.83	12.45	55.64	13.57	-1.81
생리적우울(DEP-P)	47.88	10.76	52.00	11.12	-1.84
조증(MAN)					
활동수준(MAN-A)	52.52	12.74	47.33	8.79	2.23*
과대성(MAN-G)	55.30	11.79	44.97	8.56	4.72***
초조성(MAN-I)	52.18	12.16	46.59	7.74	2.55**
망상(PAR)					
과경계(PAR-H)	49.63	12.08	52.92	13.28	-1.27
피해망상(PAR-P)	49.55	9.95	57.21	19.01	-2.62**
원한(PAR-R)	45.42	10.50	49.46	12.07	-1.76
정신분열병(SCZ)					
정신병적경험(SCZ-P)	29.15	1.30	28.97	.16	.84
사회적위축(SCZ-S)	48.83	11.71	59.15	12.85	-4.12***
사고장애(SCZ-T)	52.42	13.22	51.41	14.52	.36
경계선특징(BOR)					
정서적불안정(BOR-A)	50.53	10.44	49.67	10.86	.40
정체성문제(BOR-I)	53.60	10.65	53.26	12.75	.15
부정적관계(BOR-N)	54.60	11.03	53.62	11.80	.42
자기손상(BOR-S)	49.50	9.51	51.13	9.27	-.84
반사회적 특징(ANT)					
반사회적행동(ANT-A)	47.42	8.17	51.69	10.76	-2.24*
자기중심성(ANT-E)	50.58	8.74	52.85	11.48	-1.11
자극추구(ANT-S)	51.53	13.19	46.77	9.20	1.97
공격성(AGG)					
공격적태도(AGG-A)	48.37	11.21	48.82	9.08	-.21
언어적공격(AGG-V)	48.63	11.32	46.95	8.91	.79
신체적공격(AGG-P)	52.82	9.64	47.49	7.83	2.89*

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

$t=2.89$, $p<.05$. 그 밖에 더 자세한 내용은 표 4에 제시하였다.

청을 경험을 보고하지 않은 환자군의 평균 프로파일 비교

대조군, 환청 경험을 보고한 환자군 그리고 환청 경험을 보고하지 않은 환자군을 증상에 따라 환청을 경험한 집단

표 5. 대조군, 환청 경험 있는 환자군 및 환청 경험 없는 환자군의 척도 T점수의 평균, 표준편차 및 F 값

	대조군(n=60) ^a		환청경험 없음(n=14) ^b		환청경험 있음(n=16) ^c		F	Scheffe
	M	SD	M	SD	M	SD		
비일관성(ICN)	41.40	10.38	43.21	10.97	45.50	10.42	1.02	
저빈도(INF)	43.87	6.65	52.50	13.77	46.25	10.38	5.55**	a<b
부정적인상(NIM)	52.02	10.68	56.86	15.80	55.13	14.49	1.09	
긍정적인상(PIM)	45.08	11.32	42.21	17.34	49.06	8.93	1.25	
신체적호소(SOM)	47.97	9.26	50.64	10.45	58.88	12.53	7.42**	a<c
불안(ANX)	51.17	12.88	56.86	16.82	55.19	10.62	1.38	
불안관련장애(ARD)	53.07	13.25	58.86	17.25	56.00	9.85	1.18	
우울(DEP)	49.33	10.94	57.21	16.79	55.31	11.25	3.34	
조증(MAN)	54.00	12.96	43.71	8.06	47.06	8.28	5.65*	a>b
망상(PAR)	48.05	10.81	55.57	16.32	52.56	18.54	2.15	
정신분열병(SCZ)	42.77	10.43	47.71	12.90	47.56	10.76	2.00	
경계선적 특징(BOR)	51.10	9.88	51.29	12.74	51.13	9.67	.00	
반사회적 특징(ANT)	50.30	9.82	49.21	11.58	51.75	10.65	.24	
알코올문제(ALC)	47.65	8.83	45.64	7.00	45.19	5.87	.79	
약물문제(DRG)	45.53	6.23	50.36	10.29	56.75	14.36	10.70*	a<c
공격성(AGG)	50.10	10.48	45.00	9.68	48.25	6.07	1.61	
자살관념(SUI)	52.22	14.61	52.14	11.37	54.13	13.60	.12	
스트레스(STR)	53.98	9.65	57.71	14.57	54.13	7.76	.77	
비지지(NON)	48.18	12.54	56.07	11.01	50.38	9.47	2.54	
치료거부(RXR)	55.00	.00	55.36	1.34	55.00	.00	2.83	
지배성(DOM)	53.43	13.00	42.57	12.83	44.13	7.74	6.79*	a>b, a>c
온정성(WRM)	55.88	10.99	44.64	14.03	45.69	9.36	9.06*	a>b, a>c

주. a=대조군, b=환청경험없는환자군 c=환청경험있는환자군 * $p<.05$. ** $p<.01$. *** $p<.001$.

표 6. 대조군, 환청 경험 있는 환자군, 환청 경험 없는 환자군의 하위척도의 T점수의 평균, 표준편차 및 F값

	대조군(n=60) ^a		환청경험없음(n=14) ^b		환청경험있음(n=16) ^c			
	M	SD	M	SD	M	SD	F	Scheffe
신체적 호소(SOM)								
전환(SOM-C)	47.62	8.12	46.36	9.51	60.00	15.57	10.57***	a<c, b<c
신체화(SOM-S)	49.08	10.54	48.21	10.07	52.50	10.95	.80	
건강염려(SOM-H)	46.53	10.16	58.00	13.87	62.38	9.98	17.05***	a<b, a<c
불안(ANX)								
인지적불안(ANX-C)	52.87	14.04	57.14	16.29	52.88	10.35	.56	
정서적불안(ANX-A)	50.28	11.30	58.00	16.33	57.44	10.86	3.76	
생리적불안(ANX-P)	50.18	11.54	51.79	12.41	52.94	10.53	.41	
불안관련 장애(ARD)								
강박증(ARD-O)	52.55	11.46	48.79	6.58	50.38	9.54	.85	
공포증(ARD-P)	49.65	13.09	59.86	19.24	52.69	9.97	3.18 [*]	a<b
외상적 스트레스(ARD-T)	54.55	13.16	60.50	18.62	61.13	11.13	2.08	
우울(DEP)								
인지적우울(DEP-C)	49.43	10.02	58.57	14.91	55.19	11.47	4.68 [*]	a<b
정서적우울(DEP-A)	50.83	12.45	59.07	17.61	54.88	10.93	2.48	
생리적우울(DEP-P)	47.88	10.76	50.79	13.57	52.75	10.70	1.35	
조증(MAN)								
활동수준(MAN-A)	52.52	12.74	46.57	9.28	48.13	7.26	2.05	
과대성(MAN-G)	55.30	11.79	42.71	7.68	47.25	8.76	9.55***	a>b, a>c
초조성(MAN-I)	52.18	12.16	46.71	6.91	48.19	6.68	1.98	
망상(PAR)								
과경계(PAR-H)	49.63	12.08	54.29	12.31	52.81	13.98	1.02	
피해망상(PAR-P)	49.55	9.95	58.64	19.30	56.31	22.65	3.01	
원한(PAR-R)	45.42	10.50	51.07	12.53	48.25	11.56	1.66	
정신분열병(SCZ)								
정신병적경험(SCZ-P)	29.15	1.30	29.15	1.30	28.97	.16	.31	
사회적위축(SCZ-S)	48.83	11.71	61.93	15.33	57.07	12.56	8.30 [*]	a<b, a<c
사고장애(SCZ-T)	52.42	13.22	52.42	13.22	51.41	14.52	.20	
경계선특징(BOR)								
정서적불안정(BOR-A)	50.53	10.44	48.79	11.56	50.81	11.30	.17	
정체성문제(BOR-I)	53.60	10.65	58.21	15.75	52.69	8.29	1.13	
부정적관계(BOR-N)	54.60	11.03	54.14	11.82	54.94	13.32	.02	
자기손상(BOR-S)	49.50	9.51	48.29	8.84	51.81	9.43	.58	
반사회적 특징(ANT)								
반사회적행동(ANT-A)	47.42	8.17	50.29	8.32	50.94	11.65	1.33	
자기중심성(ANT-E)	50.58	8.74	53.00	13.93	54.88	10.31	1.31	
자극추구(ANT-S)	51.53	13.19	45.29	10.95	48.63	9.04	1.61	
공격성(AGG)								
공격적태도(AGG-A)	48.37	11.21	47.36	10.05	47.94	8.72	.05	
언어적공격(AGG-V)	48.63	11.32	43.93	11.01	49.75	7.02	1.34	
신체적공격(AGG-P)	52.82	9.64	46.50	9.50	48.25	6.27	3.62	

주. a=대조군, b=환청경험없는환자군 c=환청경험있는환자군 ° $p<.05$. ** $p<.01$. *** $p<.001$.

과 경험하지 않은 집단으로 구별하여, 대조군, 환청 경험 없는 환자군, 환청 경험 있는 환자군의 세 집단을 비교하였다. 세 집단의 *F*점수 비교표는 표 5와 표 6에 제시하였다.

임상척도에서 집단간 차이가 나타난 척도를 먼저 살펴보면, 신체적 호소, 약물 문제척도에서는 환청 경험이 있는 환자군이 대조군 보다 높은 점수가 나타나고 있다. 조증 척도에서는 환청 경험이 없는 환자군이 대조군에 비해 낮은 점수를 보이고 있다.

치료에 관심이 되는 5개(공격성, 자살관념, 스트레스, 비지지, 치료거부)척도에서는 집단간 차이가 유의한 것으로 나타나지 않았다.

대인관계 척도인 온정성척도와 지배성 척도에서는 모두 대조군이 환청 경험이 없는 환자군과 환청 경험이 있는 환자군 보다 높은 점수를 보이는 것으로 나타났다.

타당도 척도에서는 저빈도 척도에서 환청 경험이 없는 환자군에서 대조군보다 높은 점수가 나타나고 있다. 더 자세한 내용은 표 5에 제시하였다.

세 집단간 각 임상척도 내 학위척도에서 보이는 차이를 살펴보면, 표 6에 제시하고 있듯이, 공포증과 인지적 우울 척도에서는 대조군과 환청 경험이 없는 환자군에서의 차이만 유의한 것으로 나타났으며, 대조군보다 환청 경험이 없는 환자군이 이 두 척도에서 높은 점수를 보고하고 있다.

대조군과 환청 경험이 없는 환자군간의 차이와 대조군과 환청 경험이 있는 환자군간의 차이가 함께 유의하게 나타난 척도로는 건강 염려척도, 과대성 척도, 사회적 위축 척도가 해당되었다. 두 환자군이 대조군에 비해 건강 염려 척도와 사회적 위축척도에서 높은 점수를 보였으며, 과대성 척도에서는 두 환자군이

대조군보다 낮은 점수를 보였으며, 두 환자군 사이에는 유의한 차이가 나타나지 않았다.

환청 경험이 있는 환자군이 대조군과 환청 경험이 없는 환자군에서 모두 차이가 유의하게 나타난 척도는 전환 척도로 나타났다. 전환 척도에서 환청 경험이 있는 환자군은 환청 경험이 없는 환자군보다 높은 점수를 보였으며, 환청 경험이 있는 환자군은 전환척도에서 대조군보다 높은 점수를 보였다.

논 의

본 연구는 정신분열병으로 진단받은 관해기 환자들을 대상으로 이들이 관해기 시기에 경험하는 정서적 불편감 및 심리적 특성에 대해 살펴보고자 하였다. 관해기 환자들은 대조군에 비해 망상, 신체적 호소, 우울, 불안, 약물 문제를 더 많이 보고하고 있는 것으로 나타났다. 먼저 망상 척도에서 환자집단이 대조군에 비해 높은 점수를 보이고 있는 것은 환자 집단이 편집증형으로 구성되어 있는 것이 반영된 결과로 보인다. 또, 관해기 환자들은 자신들의 비일상적인 신체적 증상 및 건강에 대한 관심과 걱정을 대조군보다 더 높게 보고하고 있으며, 우울감, 불안감 등 정서적 불편감에 대한 호소도 대조군에 비해 높게 보고하고 있었다. 이는 선행 연구들에서 보고되는 결과와 일치하는 결과이다(McGlashan & Carpenter, 1976; Pallantin et al., 2004; Penn et al., 1994; Siris, 2000). 특히, 주로 현저한 사회적 공포증과 관련된 문항으로 구성된 PAI의 공포증 척도의 상승은 관해기 환자들이 사회공포증과 공병율이 높다는 Pallantin(2004) 등의 이전 연구에서의 보고를 지지하는 결과라고 할 수 있

겠다. 약물문제 척도에서도 대조군에 비해 높게 보고하고 있는 것으로 나타났으며, 이는 환자 집단이 정신과 약물을 복용하고 있는 것과 관련하여 정신과 약물에 의존하게 되는 것에 대한 걱정을 반영하고 있는 것으로 여겨진다. 조증 척도에서 환자군이 정상집단에 비해 낮게 나타난 것은 환자 집단이 에너지 수준 및 스스로에 대한 자신감이 대조군에 비해 저하되어 있는 상태를 반영하는 결과로 보인다.

임상척도 이외에 치료에 관심이 되는 5개 척도에서는 중, 비지지척도에서 환자집단이 정상집단보다 더 높은 것으로 나타났으며, 2개의 대인관계 척도에서는, 온정성척도와 지배성척도에서 환자집단이 정상집단보다 낮게 보고하고 있는 것으로 나타났다. 이는 환자집단이 대인관계에서 대조군에 비해 위축되어 있고, 주변 사람들의 지지에 대한 만족감을 경험하지 못하고 있다고 보고하고 있는 것으로 여겨진다. 환자의 주변으로부터의 지지가 환자의 사회적 적응, 회복 및 삶의 만족과 높게 관련되어 있다는 일련의 보고들(김나라, 2004; 김연수, 1995; 이상균, 1992)을 고려해볼 때 관해기 환자가 보고하고 있는 지지에 대한 부족 및 사회적 위축에 대한 호소에 임상가들이 보다 많은 관심을 기울여야할 필요가 있겠다.

정신분열병 환자를 급성 시기에 환청 증상을 경험한 환자들과, 환청 증상을 경험한 적이 없다고 보고한 환자들을 구별하여 보았을 때, 환청을 경험한 적이 있는 환자군이 신체적 호소를 더 많이 하는 경향이 있으며, 환청 경험이 없는 환자들은 우울, 불안과 같은 심리적 불편감을 호소하고, 사회적 상황에서의 위축감을 더 높게 보고하고 있다. Guillem, Pampoulva, Stip, Lalonde와 Todorov(2005)가 40명

의 정신분열병 환자를 대상으로 한 연구에서 특질 불안과 환청사이의 직접적 관련성은 나타나지 않았으나, 특질 불안은 기대적 망상 그리고 상태 불안과 일차적으로 관련된 것으로 나타났다. 이는 망상이 귀인 편향과 같이, 위협적인 정보로 주의가 편향되는 과정이 작용되는 것으로 생각될 수 있고, 이러한 처리과정에서의 편향은 특질 불안 개념의 정의의 한 부분을 차지하는 것과 관련 될 수 있다고 한다(Spieberger, 1966; Spieberger et al., 1970). Morrison 등(1995)은 환청은 통제에 대한 어떤 침입적인 사고나 신념의 충돌로 야기되는 ‘인지적 불협화음’을 줄인다고 한다. 이에 Guillem 등(2005)은 지속적인 망상은 특질 불안과 관련되나, 보다 일시적인 성질의 환청이 상태불안과 관련될 것으로 제안하고 있다. 본 연구에서 환청 경험은 없으나, 지속적인 망상을 경험하고 있는 관해기의 환자들이 불안감을 환청을 경험했던 환자들보다 더 높게 보고하고 있는 것도 이와 같은 맥락으로 이해될 수 있을 것으로 생각된다. 다시 말해, 환청을 경험한 환자 들은 환청을 경험하는 동안에는 불안을 경험할 수 있으나, 환청이 사라진 뒤에는 오히려 불안감을 덜 경험할 수 있을 것으로 여겨진다. 그러나 환청 경험 없이 지속적으로 망상을 가지고 있는 환자들은 위협적인 정보에 계속 주의가 편향되어 불안감에 대한 호소도 지속적일 가능성이 있을 것으로 생각된다. 특히 이들이 관해시기에 들어서면서, 사회적 상황에 노출되는 경우가 이전 보다 많아지게 되고, 또한 환자 주변의 요구들이 늘어나면서 환자들이 사회적 상황에서의 불안감을 더 높게 경험할 수 있을 것으로 보인다. 또한 정신분열병 환자들이 흔히 경험하는 환청은 전두엽 영역에서 망상과는 다른 부위가 관련된다

는 연구가 있으며, 환자들 환청을 경험하는 집단과 그렇지 않은 집단과 이질적인 집단일 가능성이 있다(박동연 등, 2005; Cho et al., 2004). 이처럼 급성 정신증 시기에 환청을 경험 했던 환자들과 환청을 경험하지 않았던 환자들은 관해기 시기에도 서로 다른 심리적 특성을 가지고 있을 뿐만 아니라, 기질적으로 불안이나 우울에 대한 호소가 더 높은 집단일 가능성이 있을 수도 있다. 그러나 본 연구에서 이를 입증하는 데는 제한이 있으며, 향후 이에 대한 연구가 필요할 것이다.

본 연구는 적은 수의 환자를 대상으로 한 연구로 일반화에 제한점이 있을 수 있으며, 환자들이 면접상황에서 자신의 증상을 가장하였을 가능성을 완전히 배제하기는 힘들기 때문에, 환자 집단을 환청 여부와 같이 증상에 따라 나누었을 때 각 집단이 동질한지에 대해서 확인하는데 어려움이 있다. 또한 본 연구에서는 PAI타당성 척도인 비일관성(ICN), 저빈도(INF), 부정적 인상(NIM), 긍정적 인상(PIM) 척도에서 T점수가 각각 73점, 75점, 92점, 68점 이상인 자료도 결과 분석에 포함하였던 점은 연구 결과 해석의 적용에 제한이 되는 것으로 사료된다. 이후 연구에서는 기준점수를 넘는 결과를 배제하고 보다 정밀한 설계를 하여 본 연구 결과에 대한 타당성이 보장될 필요가 있겠다. 그럼에도 불구하고 이질적인 정신분열병 환자 집단을 환청을 경험한 집단과 그렇지 않은 집단으로 구분하여 이들이 보이는 정서적 및 심리적 반응을 살펴본 본 연구는 향후 정신분열병의 치료와 연구에 필요한 밑거름이 될 것으로 기대된다.

참고문헌

- 김나라 (2004). 정신분열병의 회복에 관한 연구. 고려대학교대학원 석사학위 논문.
- 김연수 (1995). 정신장애인의 삶의 만족도와 사회적 지지에 관한 연구. 이화여자대학교대학원 석사학위 논문.
- 김영환, 김지혜, 오상우, 임영란, 홍상환 (2001). PAI 표준화 연구: 신뢰도와 타당도. 한국심리학회지: 임상, 20(2), 311-329.
- 김진용, 강시현, 김수정, 광경현, 김창윤 (2007). 정신증 환자의 증상과 기능에 대한 간략형 평가 척도의 타당도 및 신뢰도. 신경정신의학, 46(5), 492-498.
- 박동연, 이유상, 조은영, 조승희, 장용이, 전현옥, 장수연, 윤세창, 김종원, 홍경수 (2005). 정신분열병과 Neuregulin 1 유전자의 연합연구. 신경정신의학, 44(3), 287-294.
- 이상균 (1992). 정신건강에 대한 지역사회기반의 사회사업실천에 관한 연구. 서울대학교대학원 석사학위 논문.
- 이승환, 최병훈, 송형석, 정영조, 서광운 (2004). 치료저항성 환청을 지닌 정신분열병 환자의 임상특성 및 신경인지기능. 신경정신의학, 43(3), 288-295.
- 주은정 (2003). DIGS-K의 개발과 활용. *Schizophrenia Clinics*, 6(1), 19-23.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Barnes, T. R. E., Liddle, P. F., Curson, D. A., & Patel, M. (1989). Negative symptoms, tardive dyskinesia and depression in chronic

- schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 155, 99-103
- Bartels, S. J., & Drake, R. E. (1988). Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 467-483.
- Baynes, D., Mulholland, C., Cooper, S. J., Montgomery, R. C., MacFlynn, G., Lynch, G., Kelly, C., & King, D. J. (2000). Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophrenia Research*, 45, 47-56.
- Carl, I. C., Chadi, G. A., & Shilpa, D. (2010). Suicide attempts and associated factors in older adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 119, 253-257.
- Cho, E. Y., Lee, Y. S., Choi, K. S., Jang, Y. L., Cho, S. H., Jeun, H. O., Kim, J. W., & Hong, K. S. (2004). Suggestive evidence for linkage of schizophrenia to chromosome 8p21-12 in multiplex Korean families. *Psychiatry Investigation*, 1, 61-67.
- Conley, R. R. (2009). The burden of depressive symptoms in people with schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(4), 853-861.
- Fenton, W. S. (2000). Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 30, 34-49.
- Glazer, W., Prusoff, B., John, K., & Williams, D. (1981). Depression and social adjustment among chronic schizophrenic outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 712-717.
- Goodwin, D. W., Alderson, P., & Rosenthal, R. (1971). Clinical significance of hallucination in psychiatric disorders: A study of 116 hallucinatory patients. *Archives of General Psychiatry*, 24, 76-80.
- Guillem, F., Pampoulova, T., Stip, E., Lalonde, P., & Todorov, C. (2005). The Relationships between symptom dimensions and dysphoria in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 75, 83-96.
- Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment for Psychopharmacology, Revised Edition*. Rockville, MD: NIMH Publication.
- Hafner, H., Löffler, W., Maurer K., Hambrecht, M., & an der Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 105-118.
- Harding, C. M. (1988). Course types in schizophrenia: An analysis of European and American studies. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 633-643.
- Lieberman, J., Jody, D., Geisler, S., Alvir, J., Loebel, A., Szymanski, S., Woerner, M., & Borenstein, M. (1993). Time course and biological correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 50, 390-376.
- Mandel, M. R., Severe, J. B., Schooler N, R., Gelenberg, A. J., & Mieske, M. (1982). Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic-treated schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 39, 197-203.
- Maurizio, P., David, L., Alessandro, G., Marco, I.,

- Fulvia, C., Paolo, I., Eleonora, D. P., Roberto, T., & Paolo, G. (2009). Completed suicide in schizophrenia: Evidence from a case-control study. *Psychiatry Research* 167 (2009) 251 - 257.
- McGlashan, T. H., & Carpenter, W. T. Jr. (1976). Post-psychotic depression in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 33, 231-239.
- Morey, L. C. (1991) *The Personality Assessment Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morrison, A. P., Haddock, G., & Tarrier, N. (1995) Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265-280.
- Pallanti, S., Quercioli, L., & Hollander, E. (2004). Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *American Journal of Psychiatry*, 161, 53-58.
- Penn, D. L., Hope, D. A., Spaulding, W. D., & Kucera, J. (1994). Social anxiety in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 11, 277-284.
- Sands, J. R., & Harrow, M. (1999). Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 157-171.
- Siris, S. G. (1991). Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-IV. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 75-98.
- Siris, S. G. (2000). Depression in Schizophrenia: Perspective in the era of 'atypical' antipsychotic agents. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1379-1389.
- Siris, S. G., Strahan, A., Mandeli, J., Cooper, T. B., & Casey, E. (1988). Fluphenazine decanoate dose and severity of depression in patients with post-psychotic depression. *Schizophrenia Research*, 1, 31-35.
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press,
- Spielberger, C. D. Gosuch R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-evaluation Questionnaire)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Verghese, A., John, J. K., Rajkumar, S., Richard, J., Sethi, B. B., & Trivedi, J. K. (1989). Factors associated with the course and outcome of schizophrenia in India. Results of a two-year multicentre follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 154, 499-503.
- 원고접수일 : 2010. 10. 26.
1차 수정 원고접수일 : 2011. 1. 31.
게재결정일 : 2011. 2. 22.

Psychological Characteristics in Remission State Schizophrenia Patients as Measured with The Personality Assessment Inventory

Nara Kim

Heejung Nam

Kyungsue Hong

Ji-Hae Kim

Department of Psychology
Korea University

Department of Psychiatry
Samsung Medical Center

During the remission period, a lot of schizophrenia patients still suffer from various psychological problems which may affect outcomes. This study intended not only to investigate psychological issues of schizophrenia patients who were in remission state, but also to divide patients into their acute symptoms. Thirty remission state patients with a DSM-IV diagnosis of schizophrenia were assessed for various psychological issues and characteristics using the Personality Assessment Inventory (PAI). Patients who had experienced auditory hallucinations complained of only somatic problems. However, non-hallucinating patients had more psychosocial problems, such as depression and anxiety, and felt the blocked from social relationships. Our data suggested that patients who had experienced auditory hallucinations and those who had never experienced them during the acute phase of their illness may have different psychological characteristics after their acute symptoms subside. The limitations of this study and suggested directions for future research were discussed.

Key words : Schizophrenia, Remission, Auditory Hallucination, PAI