

정신분열병 환자에서 병식 수준과 첫 입원에 대한 기억 왜곡의 관계

연세대학교 의과대학 정신과학교실,¹ 의학행동과학연구소²

최슬기¹ · 박일호² · 김재진^{1,2}

Relationship between the Level of Insight and Memory Distortion about the First Admission in Patients with Schizophrenia

Sulkee Choi, MD¹, Il-Ho Park, MD² and Jae-Jin Kim, MD, PhD^{1,2}

¹Department of Psychiatry, ²Institute of Behavioral Science in Medicine, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

Objectives : This study aimed to test the hypothesis that the level of current insight in patients with schizophrenia may affect autobiographical memory about their previous psychiatric history.

Methods : 28 patients with schizophrenia were interviewed with a newly designed questionnaire to report their memories about symptoms and situations during the first psychiatric admission. The subjects' memory reports were compared with their medical records. The error ratio was compared between the good and poor insight groups.

Results : The poor insight group demonstrated less true responses and more miss responses to the question about the existence of delusion, and more miss responses to the questions about the details of the hallucination than the good insight group. The insight level was correlated with miss ratio of the responses to questions about details of delusion.

Conclusion : These results suggest that poor current insight in patients with schizophrenia may be related to larger distortion of autobiographical memories about certain symptoms of theirs. (J Korean Neuropsychiatr Assoc 2008;47(5):503-511)

KEY WORDS : Memory distortion · Autobiographical memory · Insight · Schizophrenia.

서론

정신과 영역에서 병식이란 자신의 정신역동과 비적응적 행동 증상에 대한 의식적인 인식과 이해를 일컫는다.¹⁾ 과거, 정신병적 장애에서 병식을 규정할 때는, 병식이 “있다 혹은 없다”는 식으로 범주화하였으며, 병식의 부재는 정신분열병에 있어서 공통된 특징으로 알려져 있다.²⁾ 자서전적 기억이란, 삽화적 기억 중, 특히 자신의 개인적 경험에 초점을 맞춘 것으로 구체적이고, 장기적으로 유지되는, 자기-체계(self-system)에 중요한 의미를 갖는 기억이다.^{3,4)} 한편, 사람들이 자신의 과거를 회상할 때에는 현재의 자신에 대한 믿음에 따라 기억이 왜곡되기도 한다.⁵⁾ 이로부터 현재 자신의 정신장애에 대한 믿음인 병식이, 환자들의 자서전적 기억에 영향을 끼칠 것이라고 예상할 수 있다.

전통적인 기억에 대한 연구는 저장소로서의 개념으로, 제공한 정보 중 회상이나 재인해 내는 정보의 비율을 계산하는 양적 연구가 주를 이루었다. 그러나 기억은 양뿐 아니라 정보의 내용이라는 요소도 있으며, 실생활에서의 기억에서는 이러한 내용적 요소와 관련된 정확도(accuracy)도 문제가 된다. 내용적인 면에 관심을 두는 일치도-지향(correspondence-oriented) 연구에서는 기억정보의 누락뿐 아니라, 일어나지 않은 일을 잘못 회상하거나 재인하는 경우[예. 오기억(false memory), 작화증], 다른 사물이나 사건에 속하는 특징이나 구성요소를 잘못 재결합하는 경우(예. 출처 혼동, 오정보 효과(misinformation effect), 기억된 정보의 왜곡(예. 평준화, 뚜렷하게 하기), 초기 기억(metamemory) 오류 등이 포함된다.⁴⁾ 최근 실험적 상황이 아닌 실생활 기억에 대한 연구로서 자서전적 기억에 대한 연구가 진행되고 있으나, 이는 주로 일반적 기억량이나 기억장애를 가진 기질적 정신장애를 대상으로 한 기억의 신경심리학적, 인지적 메커니즘에 대한 연구이다. 저자들이 알기로는 자서전적 기억의 자기체계와의 관련성을 고려하여, 병식과의 관계를 연구한 예는 아직 없었다.

접수일자 : 2008년 7월 26일 / 심사완료 : 2008년 9월 17일

Address for correspondence

Jae-Jin Kim, M.D., Ph.D. Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, 612 Eonju-ro, Gangnam-gu, Seoul 135-720, Korea

Tel : +82.2-2019-3341, Fax : +82.2-3462-4304

E-mail : jaejkim@yonsei.ac.kr

이에 본 연구에서는 만성 정신분열병 환자에서 현재 병식 수준이 자서전적 기억에 대하여 어떠한 양상으로 영향을 미치는지 알아보려고 하였다. 자서전적 기억의 대상은 첫 입원에 대한 기억이었으며, 이를 위하여 본 연구팀에서 독자적으로 개발한 면담질문지를 이용하였다. 본 연구의 면담질문지는 발병 후 첫 입원 당시의 상황, 증상에 대한 질문으로 이루어져 있으며, 기억의 정확도를 측정하기 위하여 누락만이 아니라, 일어나지 않은 일의 회상이나 구체적 세부사항의 왜곡을 점수화하여 첫 입원에 대한 기억의 왜곡 정도를 측정하였다. 본 연구의 가설은 자신의 현재 상태에 대한 병식이 낮은 환자일수록 첫 입원 당시의 증상에 대한 기억이 더 왜곡된다는 것이었다.

대상 및 방법

대 상

본 연구는 2007년 7월부터 2008년 1월까지 ○○병원과 ○○병원 정신과 외래에서 추적 진료 중인 환자들 중, DSM-IV⁶⁾ 진단 체계에 근거하여 정신분열병으로 진단 받은 환자들로서 이 두 병원 중 한 곳에서 첫 입원치료를 받은 환자를 대상으로 하였다. 첫 입원 후 외래 추적 치료를 시작한 지 1년 이상이 되었고, 항정신병약물을 복용 중인 환자로 임상적으로 안정된 상태의 환자들을 선정한 결과, 총 29명의 정신분열병 환자들이 모집되었는데, 인터뷰 후 확인 결과 첫 입원 기록이 분실된 1명의 환자는 분석에서 제외되었다. 피험자 모두에게 연구과정 전체에 대하여 설명하고 서면동의를 받은 후에 연구를 진행하였다. 본 연구는 ○○병원 임상시험심사위원회의 승인에 시행규정에 맞추어 수행되었다.

현재 병식의 측정

각 환자의 병식은 축약형 Scale to assess Unawareness of Mental disorder (이하 SUMD)⁷⁾를 이용하여 측정하였다. 축약형 SUMD는 환자 자신의 정신장애에 대한 인식(일반적인 의미에서 자신에게 정신장애가 있다고 믿는가), 정신장애의 결과에 대한 인식(자신이 직업을 갖지 못하거나, 집이나 거주지에서 쫓겨나거나, 입원하게 되는 이유가 무엇이라고 믿는가), 약물의 효과에 대한 인식(약물로 인해 자신의 증상 정도가 감소되었다고 믿는가)을 묻는 3개의 일반항목(general item)과 환각, 망상 등 증상에 대한 인식을 묻는 6개의 증상항목으로 이루어져 있다. SUMD를 처음 고안한 Amador 등은 증상에 대한 인식을 묻는 항목은 0~5점 사이로 채점하는 SAPS와 SANS

에서 3점 이상의 명확한 증상을 보일 때에만 측정한다. 본 연구에서는 1~7점 사이로 채점하는 PANSS⁸⁾ 점수를 기준으로 하였으므로, 증상 해당 항목이 각각 4점 이상인 경우 SUMD의 증상항목을 측정하도록 하였다.

분석에는 증상과 관련한 항목은 이용하지 않았고, 일반항목(SUMD 1, 2, 3)과 그 합(SUMDg)만을 사용하였다. 여기서 인식함의 경우 1점, 부분적 인식의 경우를 2점, 매우 인식하지 못하는 경우를 3점으로 채점하여 병식이 나쁠수록 점수가 증가되도록 채점하였다.

첫 입원에 대한 기억 왜곡의 정도 측정

환자들의 첫 입원에 대한 기억 왜곡 정도를 평가하기 위해 Autobiographical Memory Interview for First Admission (이하 AMI-FA)을 자체적으로 고안 제작하였다. 기존의 autobiographical memory interview를 참고하여 첫 입원 당시의 상황에 대한 삽화적 기억을 측정하는 항목을 만들고,¹⁰⁾ SCID-PANSS¹¹⁾의 문항과 기존의 환청 질문지들에서 본 연구의 목적에 맞는 항목들을 변형하여 증상에 대한 기억을 묻는 항목들을 제작하였다.^{12,13)} AMI-FA는 입원 당시 상황에 대한 삽화적 기억을 측정하기 위한 질문 8문항, 환자의 증상에 대한 자유 회상 질문 1문항, 환청에 대한 질문 7문항, 망상에 대한 질문 19문항, 그 외 와해된 언어와 행동, 음성증상, 공격적 행동과 자살 및 자해시도에 대한 질문 11문항으로 구성되었으며, 면담자가 직접 면담하면서 질문하도록 고안되었다(부록 참조). 면담은 1명의 정신과 전공의에 의해 시행되었다.

면담 후 첫 입원 당시의 입원기록을 기준으로 하여 증상의 유무에 대한 환자 대답의 사실 여부에 대해 채점하였다. 채점은 신호분석이론과 기존의 기억에 대한 연구를 참고로 하여,¹⁴⁻¹⁷⁾ 의무기록에 1) 기록된 것을 있었다고 하는 경우(이하 Hit), 2) 없었던 것을 없었다고 하는 경우(이하 Correct Rejection), 3) 있었던 사실을 없었다고 하는 경우(이하 Miss), 4) 기록상 일어나지 않은 일을 있었다고 잘못 회상하거나 재인하는 경우(이하 False Alarm), 5) 기억 못함/모름(이하 Not knowing) 등으로 구분하였다. 환청, 망상, 와해증상, 음성증상, 행동이상 등 각 증상 차원별로 구분하여 환자가 대답한 전체 문항수에 대한 각 응답결과의 비율을 계산하였다. 이 중 Hit와 Correct Rejection의 비율을 합하여 True 점수를 부과하였다. 첫 번째 질문인 첫 입원 당시의 주증상에 대한 질문은 개방형 질문으로("첫 입원 당시 어떤 증상으로 입원하셨습니까?"), 환자가 의무기록상의 주요 증상 중 얼마만큼의 비율을 Hit 또는 Miss 하는지와, 환자의 대답

중 몇 가지가 False Alarm인지의 비율을 계산하였다. 증상의 내용에 대한 구체적인 질문에 왜곡된 대답을 할 경우에는 대답 중 Miss와 False Alarm에 해당한다고 구분할 수 있는 것은 각각에 부분점수를 주었고, 그렇게 구분하여 채점할 수 없는 경우에는 왜곡(이하 Dis) 점수를 따로 추가로 부과하였다. 실제 채점 시 왜곡 점수의 부과가 추가로 필요한 경우는 망상의 구체적 내용에 대한 질문에 한정되었다.

입원 당시의 상황과 관련된 삽화적 기억에 대한 질문(입원 시간, 장소, 함께한 사람 등)은 문항별로 내용의 의무기록과의 일치도에 따라 0~1점 사이의 점수를 부과하고, 점수의 총합을 환자의 응답수로 나눈 비율을 점수화하였다.

외래에서의 면담 시 모든 환자에서 Positive and negative syndrome scale(이하 PANSS)를 이용하여 정신병적 증상의 정도를 측정하였고, 기본지식, 숫자의우기, 빠진 곳 찾기 등 3항목으로 구성된 단축형 Korean-Wechsler Adult Intelligence Scale(이하 K-WAIS)를 시행하여 지능을 측정하였다. 참가자 중 2명에 대하여는 지능을 측정하지 못하였다.

통계 분석

연구의 목적을 위해 환자들을 SUMDg값을 기준으로 병식양호 집단(good insight group)과 병식불량 집단(poor insight group)으로 구분하였다. 연구대상자 28명의 SUMDg는 평균이 5.39였으며, 이를 기준으로 SUMDg값이 6이상인 경우 병식불량 집단으로 구분하였다.¹⁸⁾

SUMD 결과에 따라 두 집단으로 나누어, 증상에 대한 개방형 질문에 대한 대답의 hit, FA의 비율에 대해서 t test를 시행하였다. 환청이 있었는지 여부, 망상이 있었는지 여부를 묻는 질문(D1, H1)에 대해서는 χ^2 test를 시행하였다. 환청, 망상, 왜곡된 언어, 행동, 정동, 음성증상, 공격적 행동 및 자살, 자해 시도 등 증상 차원별로 비율이나 빈도로 계산된 점수차이를 Mann-Whitney U test를 사용하여 확인하였다. 증상 항목 중 일부는 SUMD 일반항목의 합인 SUMDg 점수에 따라 대답의 비율에 차이가 있는지 회귀분석을 시행하였다. 통계처리는 SPSS 13.00을 이용하였고, 통계적 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였다.

결 과

연구 대상자의 인구학적 특성 및 PANSS, SUMD 결과

연구대상자 중 남자는 15명, 여자는 13명이었으며 평균연령은 36.2세(SD 8.51)였다. 평균 교육 연수는 13.6년(SD 2.59)이었다. 평균 2.7회(SD 2.05) 입원한 경력이 있었으며, 첫 입원 후 평균 6.5년(SD 4.19)이 지난 상태였다.

병식양호 집단(good insight group)과 병식불량 집단(poor insight group) 간에 입원 횟수와 첫 입원 후 경과된 시간에는 차이가 없었다. PANSS에서는 G값, SUMD 1, 2, 3이 두 집단 간에 차이를 보였다. 인구학적 특성과 PANSS, SUMD 등의 임상특성의 평균은 표 1에 정리하였다.

Table 1. Demographic and clinical characteristics of the subjects

	N	Good insight group* (n=14)	Poor insight group† (n=15)	t/ χ^2	p
Gender (M/F)	28	9/5	6/ 8	1.292	0.256
Age (Years)	28	36.36	36.00	0.109	0.914
Education (Years)	28	13.50	13.64	-0.143	0.887
Occupational status (Y/N)	27	4/9	3/11	0.306	0.678
Number of admission	28	2.79	2.64	0.181	0.858
Duration of illness (years)	28	6.64	6.43	0.133	0.895
K-WAIS	26	108.9 (n=13)	101.0 (n=14)	1.607	0.121
PANSS					
Positive	27	9.50	10.0	0.356	0.724
Negative	27	12.07	14.54	-1.260	0.219
General	27	20.29	23.62	-2.983	0.006
Insight (SUMD score)					
SUMD1	28	0.143	2.357	-6.224	<0.001
SUMD2	28	1.786	2.357	-3.570	0.046
SUMD3	28	1.214	1.929	-3.570	0.001
SUMDg	28	4.143	6.643	-7.372	<0.001

* : SUMDg score <3, † : SUMDg score \geq 3. K-WAIS : Korean-Wechsler Adult Intelligence Scale, PANSS : Positive and Negative Syndrome Scale, SUMD : Scale to assess Unawareness of Mental disorder, SUMDg : Sum of SUMD 1, 2, 3

병식에 따른 기억 왜곡의 차이

입원시 증상에 대한 자유회상

입원시 증상에 대해 자유회상을 하게 한 질문에서 입원의 이유가 되었던 주요 증상 중 환자가 맞춘 비율(Symptom hit ratio=Hit 대답의 수/있었던 증상 전체)은 병식양호 집단과 병식불량 집단 사이에 차이가 없는 것으로 나타났다. 환자가 대답한 증상의 총 수 중 없었던 것을 이야기한 비율(Symptom false alarm ratio=False Alarm 대답의 수/환자가 이야기한 증상 전체)을 비교한 결과에서도 둘 사이에는 차이가 없는 것으로 나타났다(표 2).

환청과 망상의 유무에 대한 질문

환청이 있었는지, 망상이 있었는지에 대한 한 문항에 대한 대답만을 비교하였을 때 각 집단에서 True, False Alarm, Miss로 대답한 빈도가 차이가 있는지를 확인한 결과, 환청에서는 차이가 없었고(Pearson $\chi^2=2.043$, Fisher's exact=1.915, p=0.596), 망상에 대해서는 두 집단 사이에 통계적으로 유의한 차이를 보였다(Pearson $\chi^2=9.358$, Fisher's exact=8.798, p=0.005) (표 3).

환청과 망상의 내용에 대한 질문

환청과 망상의 내용에 대한 질문에서, 환자가 응답한 전

체 문항 중, True, False Alarm, Miss의 비율을 두 집단 사이에 비교한 결과, 환청에서 통계적으로 유의하게, 병식불량 집단에서의 Miss 비율이 더 높게 나타났다(p=0.019, 표 4). 각 망상에 대한 세부질문에 대한 대답 중 False Alarm의 비율과 내용상의 부가적 왜곡(Dis)의 비율은 병식에 따른 차이를 보이지 않았다.

구체적 내용에 대한 True, False Alarm, Miss의 비율이 SUMDg값에 의해 영향을 받는지를 회귀분석한 결과, 환청과 망상의 구체적 내용에 대한 질문에 대한 Miss의 비율이 SUMDg값이 증가함에 따라 증가하는 경향을 보였다(환청 : $R^2=0.154$, p=0.039, 망상 : $R^2=0.218$, p=0.012) (그림 1).

입원시의 주변 상황에 대한 질문

입원 당시 상황에 대한 8개의 질문에 대한 기억의 정확도를 병식양호 집단과 병식불량 집단 사이에 비교한 결과 두 집단 간의 차이가 없었다. 상황에 대한 질문에 대해 '모름'으로 대답한 경우도 두 집단 간에 차이가 없었다.

고 찰

저자들은 본 연구를 통하여 안정화된 정신분열병 환자에서 자서전적 기억, 특히 자신의 발병과 관련된 기억의 정

Table 2. Ratio of answers to open question about symptoms

Sx	Good insight group (n=13)		Poor insight group (n=15)	
	Mean		t	p
Sx hit ratio	0.439 ± 0.240		0.422	0.677
Sx FA ratio	0.429 ± 0.514		1.202	0.240

Sx : Symptom, Sx hit ratio : Number of correct (hit) answers to the open question about symptoms/total number of chief problems at admission, Sx FA ratio : Number of False Alarm errors to the open question about symptoms/total number that the subject answered

Table 3. Frequency of answers to about the existence of hallucination and delusion

	Good Insight group (n=14)		Poor insight group (n=14)		Pearson χ^2	Fisher's exact	p
	Frequency						
H1	n=14		n=14		2.043	1.915	0.596
True	12		11				
FA	1		0				
Miss	1		3				
Not knowing	0		0				
D1	n=12		n=15		9.358	8.798	0.005
True	11		6				
FA	0		0				
Miss	1		7				
Not knowing	0		2				

H1 : Response to the question about the existence of hallucination, D1 : Response to the question about the existence of delusion, True : Number of subjects who answered correctly (hit or correct rejection), FA : Number of subjects who answered "Yes" while hallucination or delusion did not exist at first admission, Miss : Number of subjects who answered "No" while hallucination or delusion existed at first admission, Not knowing : Number of subjects who answered "I don't know." Or "I don't remember"

Table 4. Difference in rank or mean of answer ratio to content of hallucination and delusion

	Good insight group (n=14)	Poor insight group (n=14)	Mann-Whitney U	p
Hallucination				
	Rank			
True ratio	17.18	11.82	60.50	0.085
FA ratio	13.93	15.07	90	0.743
Miss ratio	10.86	18.14	47	0.019
Delusion				
True ratio	15.36	13.64	86	0.603
FA ratio	15.14	13.86	89	0.701
Miss ratio	12.57	16.43	71	0.227

True ratio : Number of hit and correct rejection /total number of questions that the subject answered, FA ratio : Number of questions to what the subject answered "Yes" while the content did not exist or the subject answered something that did not exist at the first admission/total number of questions that the subject answered, Miss ratio : Number of questions to what subject answered "No" while the content existed or the subject missed details of the symptom/total number of questions that the subject answered. FA : False alarm

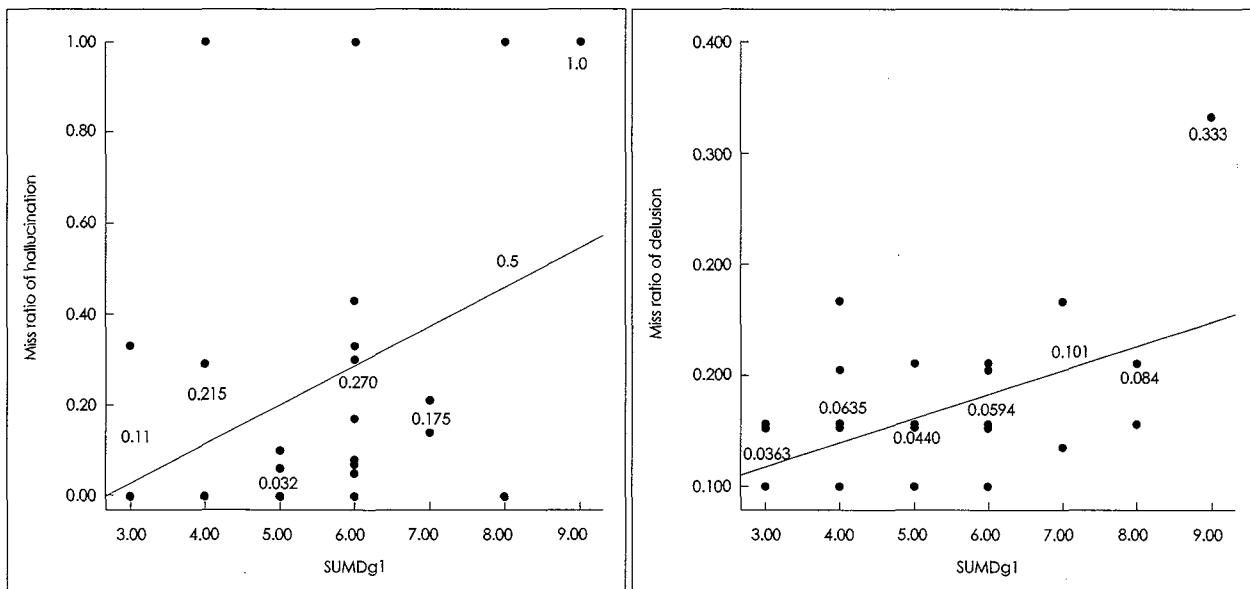


Fig. 1. Regression analysis of miss ratio of hallucination and delusion by insight score. Miss ratio of answers about content of hallucination and delusion increased as SUMDg score increased (hallucination : $R^2=0.154$, $p=0.039$, delusion : $R^2=0.218$, $p=0.012$). SUMD : Scale to assess Unawareness of Mental Disorder, SUMDg : Sum of SUMD general items (SUMD 1, 2, 3).

확도가 환자의 현재 자신에 대한 신념 중의 하나인 현재 병식에 따라 차이를 나타내는가를 확인하고자 하였다. 결과 분석을 위하여 연구대상자들을 병식양호 집단과 병식 불량 집단으로 분류하였는데, 이 과정에서 SUMD의 일반 항목만을 분석의 대상으로 하였다. 이는 연구대상자 대부분이 정신병적 증상이 뚜렷하지 않은 안정기에 있어, PANSS score 4점 이상인 경우가 P1(망상) 2명, P3(환각경험) 2명, N1(정동 둔마) 6명, N4(무쾌감, 비사회성) 5명 등으로 소수에 지나지 않아 증상에 대한 인식항목은 통계적 의미를 다루기 어렵다고 판단되었기 때문이었다. SUMD는 연구의 목적에 따라 각 척도 항목들 또는 요약 항목들이 서로 독립적으로 사용될 수 있도록 고안된 척도이며,⁸⁾ 한국판 SUMD에서 세 가지 일반항목의 합도 그 신

뢰도와 타당도가 검증된 바 있으므로,¹⁹⁾ SUMD의 일반항목 각각 및 일반항목의 합만을 분석의 대상으로 하여도 무리가 없을 것으로 판단하였다.

연구 결과, 입원 당시의 실제 주변상황에 대한 기억의 정확도에는 병식양호 집단과 병식불량 집단 간에 차이가 없었으나, 병식양호 집단의 환자들이 망상이 있었는지를 더 잘 기억하였으며, 환청의 구체적 내용에 대해서 더 정확한 기억을 가지고 있었다. 본 연구에서 분석에 사용된 병식은 정신장애의 존재 및 그것이 미치는 영향, 약물 치료의 유용성과 같은 일반적 병식 항목이며, 현재 상태에 대해 서만 평가하였다. 기존에 SUMD의 개발자가 밝힌 바와 같이, 일반적 병식은 증상에 대한 인식과는 독립적인 양상을 보일 수 있고, 보다 전반적인 정신장애에 대한 인

식을 직접적으로 반영한다고 할 수 있다. 따라서 이 결과는 현재의 일반적 병식이 과거 특정 시기의 자신의 증상에 대한 구체적 기억이 왜곡되는 것과 관련 있다는 것을 보여준다. 최근 들어 대부분의 연구자들은 병식을 다차원적인 개념으로 정의하고 있으며, 자기에 대한 개념의 하위범주로 이해하고 있다.^{20,21)} 본 연구에서는 병식이 자기 체계의 형성에 중요한 자서전적 기억과 관계가 있음을 밝힘으로써 이러한 자기 개념으로서의 병식의 의의를 보여준다고 할 수 있다.

정신분열병 환자에서 병식은 자신-정신장애가 있는 자신-에 대한 이해이므로, 발병 과정에 대한 기억이 병식에 의해 영향을 받을 것으로 예상하고 당시의 주변상황에 대한 기억과 병식과의 관계도 분석하였으나, 병식이 낮아도 주변상황에 대한 기억이 더 왜곡되지는 않았다. 이를 통해 환자의 현재 병식 유무는 정신장애 자체에 대한 내용의 기억에만 영향을 미치고, 당시의 객관적 상황에 대한 기억까지 왜곡시키지는 않는다고 생각할 수 있다.

본 연구에서 망상의 유무에 대해 묻는 질문은 “입원 당시 다른 사람은 부인하는 자신만의 믿음이나 신념이 있었느냐?”였고, 이 질문에 대해 사실과 같게 대답하는 사람은 병식 양호 집단에, 망상이 있었는데 그 존재를 부인하는 Miss 오류를 범하는 사람은 병식 불량 집단에 많았다. 망상의 구체적 내용에 대한 질문은 “당시 누군가가 당신을 해치거나 죽일지도 모른다는 생각이 있었는가?”나 “그 사람은 누구였는가?”와 같은 질문이었다. 망상의 유무에 관한 질문은 내용에 대한 질문과는 달리, “다른 사람이 어떤 상황에 대해 자신의 생각과 다른 믿음을 갖고 있음”에 대해서 이는, “다른 사람의 관점”을 이해하는가가 포함되어 있다. 병식이란, 다른 사람의 관점에서 자신의 정신 장애에 대해 이해하는 과정을 포함하는 것이므로,²⁰⁾ 그러한 관점에 대한 이해를 포함하는 이 질문에는 병식 수준에 따라 다른 대답을 했을 것으로 여겨진다. 이는 병식이 마음읽기(theory of mind) 능력과 관계 있다는 기존 연구의 결과와도 일치한다.¹⁸⁾ 환청은 또한 경험할 당시, 외부의 것으로 경험되나, 망상은 자신의 생각이므로, 자기체계, 자기에 대한 개념과 관련성이 더 긴밀할 것으로 예상된다. 따라서 망상의 유무에 대한 질문이 현재 병식에 의한 영향을 더 받는 것이라고 추정할 수 있다.

연구 결과, 환청과 망상에 대한 질문 전체에 대한 대답에서 정확한 답(True)을 한 경우나 False Alarm으로 답한 경우는 병식에 따른 차이를 보이지 않았으나, 환청에 대한 질문들에 대해 Miss하는 답은 병식에 따른 차이를 보였다. 환청에 대한 질문은 들린 소리의 종류, 소리

가 말하는 대상, 말하는 사람이 누구였는지, 지시하거나 비판하는 것이었는지 등의 내용, 소리에 대한 감정을 묻는 질문으로 보기 중에 해당하는 것을 고르는 재인 문항이었다. 내용상의 왜곡은 Miss나 False Alarm으로 부분점수를 매겨 여기에 포함되도록 하였다. 결과에서 병식과 관계 있었던 기억 왜곡은 Miss 오류로, 이 경우는 “기억하지 못한다”라고 대답한 경우와는 구분되는 것이다. 본 연구에서 두 가지를 모두 누락으로 간주하지 않고 구분한 것은, “증상이 없었다.”라고 존재를 부인하는 것과, 증상의 유무를 “기억 못한다.”라고 인식하는 것은 초기어의 차이로 볼 수 있기 때문이다. 즉, “기억 못함”으로 보고 하는 것은 기억의 정확도를 높이기 위해 택하는 전략이고,²²⁾ 자신이 기억 못함을 인식하지 못하고 증상의 존재를 부인하는 것은 기억 왜곡의 한 가지인 초기어 오류로 간주할 수 있기 때문이었다. 망상에서도 병식 점수와 상관관계를 보인 것은 있었던 증상을 없었다고 하는 경우였다. 환자들의 기억 중, 첫 번째 입원이 아닌 그 후의 입원에서 보였던 증상을 첫 입원 때의 증상이라고 하거나, 기록에 없었던 일을 있었다고 하는 왜곡을 보이는 경우가 있기는 하였지만, 실제로 병식과 유의미한 관계가 있었던 오류는 증상 자체나 관련된 세부내용을 없었다고 하는 오류들이었다. 이는 정신장애의 존재 및 그 결과, 치료의 필요성을 인정하지 않는 현재 상태에 대한 병식이 “병이 있는 자신”을 구성하는 자신의 역사에서 발병에 해당하는 부분을 지운 채로 기억을 구성하는 데 영향을 미쳤을 것이라고 추측하게 한다.

본 연구에서 사용한 AMI-FA는 본 연구진에서 자체 개발한 것으로서, 채점의 채점자간, 검사-재검사 신뢰도를 확인하지 못한 것은 본 연구의 한계점이다. 또한 환자의 과거 증상을 후향적으로 확인하였기 때문에, 채점 과정에서 대상 환자의 의무기록상 확인하기 어려운 경우가 있었다. 이러한 면은 환자의 연구 참가 시에 사건의 내용과 시간, 공간적 맥락들을 기록하고, 일정한 기간 후 전향적으로 그에 대한 기억을 확인하는 방식으로 보완될 수 있을 것으로 보인다. 기존의 연구 중 자서전적 기억이 형성될 당시의 실제 상황을 객관적으로 확인할 수 있는 경우는 일기나 섬광기억의 실제 상황에 관련된 문헌을 확인하는 것, 주변인의 증언을 이용하는 방법 등이 있었다.^{4,16,23)} 본 연구에서와 같이 의무기록은 기억이 형성될 당시의 상황에 대한 정확성과 진실성을 객관적으로 확인하려고 할 때 또 하나의 중요한 자료로 활용될 수 있을 것이라 생각된다.

첫 기록을 대상 병원에서 찾을 수 있는 환자로 대상자가 한정되어 있어, 연구대상자의 수가 적었다는 것도 본

연구의 한계점으로 지적될 수 있다. 그림 1에서 회귀분석을 통해 보인 병식과 망상 내용에 대한 기억의 왜곡의 관계에서 각 병식 점수별로 왜곡 점수가 흩어져 있는데, 좀 더 쉽게 확인할 수 있는 기억자료를 개발하여 대상환자의 수를 늘린다면, 이러한 자료의 통계적 검증력을 더욱 증가시킬 수 있을 것으로 생각된다.

결 론

외래 추적 중인 정신분열병 환자에서 일부 첫 입원 당시의 증상에 대한 기억이 현재 병식이 불량한 집단에서 병식양호 집단에 비해 더 왜곡되어 있었고, 입원 당시의 주변 상황에 대한 기억은 양 집단에서 차이가 없었다. 이 결과는 현재 병식이 발병 과정에 대한 기억 중에서도 특히 환자 자신의 정신장애를 구성하는, 증상에 대한 기억에 영향을 미침을 시사한다. 본 연구에서, 병식의 수준이 낮은 경우 망상의 존재나 환청의 구체적인 내용 등 있었던 증상을 없었던 것으로 기억하는 오류가 많았던 것은, 자신의 정신장애에 대한 인식 수준이 낮은 것이 주로 정신장애와 관련된 내용을 부인하는 방향으로 기억을 왜곡시키기 때문으로 추측할 수 있다. 본 연구는 정신과 환자에서 의무기록과 면담을 이용하여 자서전적 기억과 자기 개념 사이의 관계를 연구할 수 있는 한 방법을 제시하였으며, 향후 이를 이용한 전향적 연구를 통해 기억과 현재의 신념의 관계에 대해 더 깊은 연구가 진행될 수 있을 것이다.

중심 단어 : 기억왜곡 · 자서전적 기억 · 병식 · 정신분열병.

REFERENCES

- 1) Yager J, Gitlin MJ. Clinical Manifestations of Psychiatric Disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- 2) Jung DH, Song JY, Yum TH, Yoon DJ, Bahn GH, Kim JW. Insight and Psychopathology in Schizophrenics. J Korean Neuropsychiatr Assoc 1998;37:1013-1022.
- 3) Kopelman MD, Wilson BA, Baddeley AD. The autobiographical memory interview: a new assessment of autobiographical and personal semantic memory in amnesic patients. J Clin Exp Neuropsychol 1989; 11:724-744.
- 4) Koriat A, Goldsmith M, Pansky A. Toward a psychology of memory accuracy. Annu Rev Psychol 2000;51:481-537.
- 5) Conway MA, Pleydell-Pearce CW. The Construction of autobiographical memories in the self-memory system. Psychological Review 2000;107:261-288.
- 6) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;2000.
- 7) Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Arch Gen Psychiatry 1994;51:826-836.
- 8) Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. Am J Psychiatry 1993;150: 873-879.
- 9) Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987;13:261-276.
- 10) Piolino P, Desgranges B, Benali K, Eustache F. Episodic and semantic remote autobiographical memory in ageing. Memory 2002;10:239-257.
- 11) Kay SR, Opler LA, Spitzer RL, Williams JB, Fiszbein A, Gorelick A. SCID-PANSS: two-tier diagnostic system for psychotic disorders. Compr Psychiatry 1991;32:355-361.
- 12) Hayashi N, Igarashi Y, Suda K, Nakagawa S. Phenomenological features of auditory hallucinations and their symptomatological relevance. Psychiatry Clin Neurosci 2004;58:651-659.
- 13) Stephane M, Pellizzer G, Roberts S, McClannahan K. Computerized binary scale of auditory speech hallucinations (cbSASH). Schizophr Res 2006;88:73-81.
- 14) Abdi H. Signal Detection Theory. In: Salkind NJ, ed. Encyclopedia of Measurement and Statistics: Thousand Oaks (CA): Sage 2007.p. pp. 886-889.
- 15) Bahrick HP, Hall LK, Da Costa LA. Fifty years of memory of college grades: accuracy and distortions. Emotion 2008;8:13-22.
- 16) Coluccia E, Bianco C, Brandimonte MA. Dissociating veridicality, consistency, and confidence in autobiographical and event memories for the Columbia shuttle disaster. Memory 2006;14:452-470.
- 17) Lee TM, Chan MW, Chan CC, Gao J, Wang K, Chen EY. Prose memory deficits associated with schizophrenia. Schizophr Res 2006;81: 199-209.
- 18) Bora E, Sehitoğlu G, Aslier M, Atabay I, Veznedaroglu B. Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia: is poor insight a mentalizing deficit? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2007;257: 104-111.
- 19) Song JY, Kim KT, Lee SK, Kim SH, Noh SK, Kim JW, et al. Reliability and validity of the Korean Version of the scale to assessment unawareness of mental disorder. J Korean Neuropsychiatr assoc 2006;45:307-315.
- 20) Markova IS, Berrios GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. Br J Psychiatry 1992;160:850-860.
- 21) Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophr Bull 2000;26:193-200.
- 22) Koriat A, Goldsmith M. Monitoring and control processes in the strategic regulation of memory accuracy. Psychol Rev 1996;103:490-517.
- 23) Piolino P, Desgranges B, Belliard S, Matuszewski V, Lalevee C, De la Sayette V, et al. Autobiographical memory and autoegetic consciousness: triple dissociation in neurodegenerative diseases. Brain 2003;126:2203-2219.

□ 부 록 □

첫 입원에 대한 자서전적 기억 면담
Autobiographical memory interview for first admission

**참고사항 : 각 질문에 대한 응답문항은 생략되었음.

증 상

- 1. 당시 입원의 이유가 되었던 증상은 무엇이었습니까?

환 정

- 1. 입원 시 자신에게만 들리는 소리를 경험하였습니까?
- 2. 그 소리는 다음 중 어떤 종류의 소리였습니까?
- 3. 그 목소리가 말하는 소리였다면 어떤 목소리였나요?
- 4. 이러한 소리는 누구를 향한 소리였습니까?
- 5. 이러한 소리는 자신에게 어느 정도로 위급한 내용이었습니까?
- 6. 이러한 소리를 듣기가 거부하였습니까?

망 상

- 1. 첫 입원 당시 다른 사람은 부정하는 자신만의 신념이나 믿음이 있었습니까?

■ 첫 입원 당시 있었던 신념/믿음의 내용은 다음 중 어떤 것이었습니까?

- 2. 다른 사람이 나를 해치거나 죽이려고 한다는 생각
 - 그 다른 사람들은 어떤 사람들이라고 생각했습니까?
- 3. 다른 사람이 나를 감시한다는 생각(예. 미행, 도청, 몰래 카메라 등)
 - 그 다른 사람들은 어떤 사람들이라고 생각했습니까?
- 4. 다른 사람들이 뒤에서 나를 욕하거나 헐뜯는다는 생각
 - 그 다른 사람들은 어떤 사람들이라고 생각했습니까?
- 5. 나는 다른 사람에게 없는 특별한 재주나 능력을 가지고 있다는 생각
 - 이런 생각이 있었다면, 그 재주의 구체적인 내용은 어떤 것입니까?
- 6. 신과 특별한 관계라는 생각
 - 신과 어떤 관계라고 생각했습니까?
- 7. 다른 사람들이 다 알만 한 유명인과 특별한 관계라는 생각
 - 그 사람은 누구이고, 어떤 관계라고 생각했습니까?
- 8. 매우 부자라는 생각
- 9. 다른 사람보다 뛰어난 지적 능력을 가지고 있다는 생각
- 10. TV나 라디오, 인터넷에 내 이야기가 나온다는 생각
- 11. 내 것이 아닌 생각이 다른 존재에 의해 내 머릿 속이나 마음에서 빠져나간다는 생각
 - 이런 생각이 있었다면, 그 존재는 누구 또는 무엇이라고 생각했습니까?
- 12. 내 것이 아닌 생각이 다른 존재에 의해 내 머릿 속으로 들어온다는 생각
 - 이런 생각이 있었다면, 그 존재는 누구 또는 무엇이라고 생각했습니까?
- 13. 다른 존재에 의해서 내 생각이 조종된다는 생각
 - 이런 생각이 있었다면, 그 존재는 누구 또는 무엇이라고 생각했습니까?

14. 내 생각이 다른 사람들에게 방송처럼 다 전파된다는 생각
 - 이런 생각을 했다면 그 구체적인 방법은 무엇이라고 생각했습니까?
15. 배우자가 바람을 피운다는 생각
16. 유명인이나 나와 현재는 관계없는 다른 사람이 나와 사랑에 빠졌다는 생각
 - 그 다른 사람은 어떤 사람이라고 생각했습니까?
17. 내 신체 기능에 이상이 생겼다는 생각
 - 구체적으로 어떤 부위에 어떤 이상이 생겼다고 생각했나요?
18. 위의 신념으로 인해 특별한 조치를 취하는 행동을 하신 적이 있습니까?
19. 이러한 믿음이나 신념이 거북하였습니까?

외해증상(Disorganized symptoms)

1. 입원 시 다른 사람이 나의 말을 이해하는 것을 어려워한다고 느끼셨습니까?
2. 입원 당시 마음 상태와는 다른 표정을 짓게 되지는 않았습니까?
3. 입원 당시 귀하의 행동을 다른 사람들이 이해하기 힘들어한 적이 있습니까? 있었다면 어떤 행동이었습니까?

■ 음성증상

4. 입원 당시 나의 기분을 다른 사람들이 잘 알아보았습니까?
5. 평소보다 말이 없어졌습니까?
6. 이전에는 즐거웠을 활동을 하는 것이 힘들어졌습니까?

■ 긴장형 증상(Catatonic symptoms)

7. 혼수상태이거나 아무 움직임이 없었거나, 같은 움직임을 반복하지는 않았습니까?

■ 자해 또는 공격적 행동

8. 위의 증상 외에 당시 입원의 이유는 무엇이라고 생각하십니까?
9. 당시 타인에 대해 공격적인 행동을 했을 경우, 그 대상은 누구였습니까?
10. 당시 자해 행동을 하셨다면 어떤 방법이었습니까?
11. 당시 자살시도를 하셨다면 어떤 방법이었습니까?

입원 당시의 주변상황

1. 처음 입원한 날짜와 퇴원한 날짜가 언제입니까?
2. 첫 입원 당시 몇 층에 입원했습니까?
3. 입원 시 하루 중 시간은 몇 시 정도되었습니까?
4. 당시 주치의는 누구였습니까?
5. 당시 담당의는 누구였습니까?
6. 당시 함께 왔던 보호자는 누구였습니까?
7. 첫 입원은 자의 입원이었나요?
8. 첫 입원 때의 주 치료약은 무엇이었나요?