높은 양가감정을 보이는 정신분열병 환자의 증상 특성

연세대학교 의과대학 정신과학교실,[1] 의학행동과학연구소[2]
석정호[1,2] · 전우택[1,2] · 홍지수[1] · 이유진[1] · 전종희[2] · 안석균[1,2] · 김재진[1,2] · 이홍식[1,2]

Symptom Characteristics of Highly Ambivalent Patients with Schizophrenia

Jeong Ho Seok, MD[1,2], Woo Taek Jeon, MD, PhD[1,2], Ji Soo Hong, MD[1], Yu Jin Lee, MD[1], Jong Hee Jeon, MA[2], Suk Kyoon An, MD, PhD[1,2], Jae-Jin Kim, MD, PhD[1,2] and Hong Shick Lee, MD, PhD[1,2]
Department of Psychiatry,[1] Yonsei University College of Medicine, Seoul, Institute of Behavioral Science in Medicine,[2] Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

Objectives : The purpose of this study was to find the difference of the level of ambivalence between patients with schizophrenia and normal controls, and relationship between the level of ambivalence and other clinical characteristics in patients with schizophrenia.
Methods : 50 patients with schizophrenia and 50 normal controls were recruited. We compared the ambivalence score between two groups using the Korean version of Schizotypal ambivalence scale. We measured positive and negative symptom scale score, Beck depression inventory score and investigated duration, subtypes of schizophrenia. The patients were divided into two groups according to ambivalence scale score and the clinical symptoms were compared between the highly ambivalent and the less ambivalent group.
Results : Ambivalence scale score in the patient group was higher than those of the control group. The highly ambivalent group showed significantly greater positive symptom score than less ambivalent group. However, no significant differences in other symptoms including depressive symptom were found.
Conclusions : This study supports the hypothesis that ambivalence may be the primary symptom of schizophrenia not associated with depressive symptom. And also, this study suggests that ambivalence may be associated with positive symptom. (Schizophrenia Clinics 2004;7:73-80)

KEY WORDS : Schizophrenia · Ambivalence · Primary symptom · Positive symptom · Schizotypal ambivalence scale.

서 론

양가감정(ambivalence)은 일상생활의 정상적인 현상 중의 하나로 여겨지는 것이 보통이지만, 이 단어는 Bleuler가 정신분열병(schizophrenia)이란 용어와 함께 처음으로 명명한 용어로서 정신분열병 환자들의 대부분에서 관찰되는 핵심증상들 중의 한 가지로 우리에게 소개되기 시작하였다. 인간이 대상에 대한 평가를 하고 개념화할 때 모든 대상에 내재되어 있는 양면성을 통합하여 개념화하는 것이 정상적인 과정인데 정신분열병 환자들은 연상의 이완으로 인하여 이러한 통합과정에 장애가 존재하는 것이다. 따라서, 한가지 대상을 접할 때 대립되는 감정(예 : 한 사람에 대한 사랑과 미움)이 동시에 느껴지고 이러한 감정의 통합을 이루지 못해 양가감정이 생기는 것으로 설명했다.[1)] 이처럼 초기에는 양가감정을 연상의 이완에 따른 이차적인 증상으로 설명하면서 정신분열병의 핵심증상들 중의 하나로 생각하였다.

Freud는 정신분열병의 특징인 유아기로의 퇴행이 정신성적 발달단계의 매우 이른 시기에 정상적으로 존재하는 양가감정[2)]을 다시 일깨우는 것이라 주장했다. Freud는 양가감정이란 서로 대립적인 충족(cathexis)을 추구하는 본능인 생과 사의 본능(life and death instinct)이 같은 사람에게 동시에 집중되는 상황에서 경험하게 되는 상황이라고 하면서 이는 사람을 대상으로 할 때에만 경험할 수 있는 감정이라고 했다. Freud는 이처럼 양가감정을 인간관계 속에서 정상적이고 기대할 수 있는 심리상태의 하나

Address for correspondence : Jae-Jin Kim, Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, Severance Mental Health Hospital, 696-6 Tanbul-dong, Gwangju 464-100, Korea
Tel : 031-760-9402, Fax : 031-761-7582
E-mail : jaejkim@yonsei.ac.kr
본 연구는 보건복지부 보건의료기술진흥사업의 지원에 의하여 이루어진 것임(03-PJ1-PG3-20500-0048).

라고 언급하였고 이러한 대립되는 감정이 매우 강렬하면서 똑같은 강도로 동시에 존재할 때만이 병적이라고 언급했다.[3] 또한, 우울증 환자에서는 양가적 대상관계가 내재화되어 죄책감과 무가치감이 유발되고 우울감에 이르게 된다고 하였으며[4] 양가감정은 불안증상의 근원이 되는 요소 중의 하나로 주장되기도 하였다.[5,6] 이처럼 양가감정이 가지는 의미가 다양하고 넓어지게 되었으며 Schneider의 일급증상이론에서 양가감정이 일급증상에 포함되지 않게 되면서[7] 정신분열병 환자에서 관찰되는 정신병리로서의 양가감정에 대한 연구자들의 관심이 점차적으로 줄어들게 되었다.

그러던 중 정신분열병의 일급증상분류에 대한 반론이 제기되고 Meehl, Chapman 등의 연구자들에 의해 정신병의 발현 가능성이 높은 유전적 소인에 대한 연구가 활발해지면서 정신분열병의 유전적 소인(schizotaxia)에 대한 발현양상(schizotypy)의 핵심요소 중의 하나로서 양가감정이 주장되면서 이에 대한 관심이 다시 높아지게 되었다.[8-10] Meehl은 스트레스-소인 모델(stress-diathesis model)에서 정신분열병의 발병위험이 높은 사람들을 특정한 행동특성을 통해 확인할 수 있다고 가정했으며, 이러한 특성중의 하나가 일상적인 범위를 넘어선 강렬한 정도의 양가감정이라고 했다. Meehl은 정신분열병의 양가감정을 정의하면서 Bleuler의 정의를 받아들였지만 정상적인 양가감정 상황과의 구별을 위해 '강렬한'이라는 형용사를 사용했고 이를 연구하는 방법으로 심리측정(psychometric) 방법이 이상적일 수 있다고 제안했다.[11]

그러나, 이러한 제안에도 불구하고 양가감정을 측정하는데 있어서의 여러 가지 내재적 문제-측정을 받고 있는 사람이 자신의 양가감정을 인식할 수 있는가, 행동측정시 측정된 행동이 확실히 양가감정을 반영하는가 등-를 갖고 있어 정신분열병과 양가감정간의 관련연구가 활발하게 이루어지지 못했다.[12,13]

위와 같은 배경으로 정신분열병에서의 일상적인 범위를 넘어선 강렬한 정도의 양가감정을 탐지할 수 있는 질문항목을 개발하려는 연구가 진행되었다. 이 연구를 통해 우울증 환자군과 정신분열병 환자군에서 높은 양가감정을 보이는 것을 확인할 수 있는 고도 양가감정척도(the Intense Ambivalence Scale, IAS)가 개발되었지만 이 척도를 이용한 연구에서는 우울증 환자군이 가장 높은 양가감정 점수를 보여서 정신분열병에서의 양가감정을 반영하는 특이성이 떨어졌다. 또한, 이 연구에서는 양가감정에 대한 질문의 반응항목에 있어서도 질환에 따른 차이가 있음을 발견할 수 있었다.[14] 그리하여, 정신분열병 환자에서 특히 높은 반응을 보인 항목들을 조합하고 보완하여 정신분열형 양가감정 척도(the Schizotypal Ambivalence Scale)를 개발하게 되었다.[15] 이 척도를 이용한 10년간의 추적연구에서 높은 양가감정 점수를 보인 대상자의 경우 정신증적 질환의 발병률이 유의하게 증가함을 관찰할 수 있었다.[16]

양가감정을 조사하기 위해서는 다른 정서에 대한 연구에서와 마찬가지로 연구대상과의 면담을 통한 관찰자의 의견을 종합하는 방법, 혹은 자기보고식 검사의 종합, 이 밖에 행동을 관찰하거나 측정하는 방법 등으로 양가감정의 유무와 정도를 측정해 볼 수 있을 것이다.

이러한 방법들 중에서 자기보고식 검사는 연구대상이 자신의 감정을 인식할 수 있다는 가정이 필요하나, 이러한 가정 하에서 양가감정에 대한 조사과정이나 측정기준 등은 동일하게 유지할 수 있으며 비교적 간단한 방법으로 측정할 수 있다는 장점이 있다. 면담을 통한 관찰자의 의견은 면담과정이나 측정기준에 있어 관찰자들 간의 변이가 있을 수 있고 동일한 관찰자에서도 면담시점에 따른 차이가 발생할 수 있는 한계가 있으나 양가감정에 관한 지식이나 인식정도가 높아 측정의 타당도를 높일 수 있는 장점이 있다. 행동을 관찰하거나 측정하는 방법을 사용하기 위해서는 양가감정 측정에 적합한 실험방법이 있어야 하는데 기존의 방법이 없다면 새로운 조건을 구상해야 하고 그 실험의 타당도와 신뢰도를 확인하는 절차가 필요할 것이다.

이번 연구에서는 양가감정에 관한 기초적 실험을 통해 추가적 실험을 계획하는 차원에서 비교적 간단하고 조사과정을 동일하게 적용할 수 있는 자기보고식 검사방법을 채택하였다. 양가감정 측정을 위한 자기보고 설문항목은 타당도와 신뢰도가 검증된 외국문헌의 양가감정 척도를 국내 문화와 실정에 맞게 번역하여 신뢰도와 타당도를 확인한 한국판 정신분열형 양가감정 척도(the Korean version of Schizotypal Ambivalence Scale, K-SAS)[17]를 사용하였다. 이 조사에서는 위에서 언급한 바와 같이 연구대상자가 자신의 양가감정을 인식할 수 있을 것이라는 가정만 성립된다면 비교적 객관적이고 정확한 양가감정 측정이 가능할 수 있다고 생각하였다.

한국판 정신분열형 양가감정 척도를 이용하여 정상대조군과 정신분열병 환자군의 양가감정이 다르다는 것을 객관적으로 측정할 수 있게 되면 양가감정에 대한 행동적 측정방법을 개발하는 과정에서 개발된 행동적 측정방법이 양가감정을 반영하는 것인지 한층 더 객관적인 검토과정을 거칠 수 있게 되어 향후 양가감정에 대한 본질을 밝히

고 기전을 연구하는데 큰 도움이 될 수 있을 것이다. 이전의 연구결과들에 따르면 정신분열형 양가감정 척도를 사용하여 양가감정을 측정했을 때 정신분열병 환자군은 대조군에 비해 높은 양가감정 점수를 보였으며 국내에서는 이번에 개발된 한국판 정신분열형 양가감정 척도를 정신분열병 환자에게 적용하여 질환에 특이적으로 적용할 수 있는 타당성을 갖는지 확인해 볼 필요가 있다.

따라서, 이번 연구의 목적은 첫째로 개발된 한국판 정신분열형 양가감정 척도의 질병특이적인 타당도를 확인해보고자 국내 정신분열병 환자의 양가감정 정도를 측정하고 정상대조군과의 비교 및 우울증상과의 상관성을 조사해 봄으로써 이 척도가 국내 정신분열병 환자의 양가감정 측정에 있어서도 유용한 도구인지 검증해보았으며, 둘째로 정신분열병 환자군 내에서 양가감정 점수가 높은 군과 낮은 군을 분류하여 양성증상 및 음성증상, 일반정신병리, 우울증상, 유병기간, 임상유형, 가족력 등의 임상적 소견을 비교해봄으로써 높은 양가감정을 보고하는 정신분열병 환자들의 임상적 특성을 규명해보는 것이다.

연구대상 및 방법

연구대상

본 연구에서는 연구 대상자를 정신분열병 환자군, 정상 대조군으로 분류하였다. 정신분열병 환자군은 2003년 5월부터 2003년 9월까지 세브란스 정신건강병원에서 정신질환 진단을 위한 통계편람-IV판(Diagnostic and Statistical Manual-IV, DSM-IV)[18]의 진단기준에 의거 정신과 전문의에 의해 정신분열병으로 진단받고 입원치료나 외래치료를 받고 있으며 고졸이상의 학력을 지닌 19세에서 50세 사이 연령층의 남녀환자 50명을 대상으로 하였다. 정신분열병 환자군의 경우 다른 정신과적 질환, 신경과적 질환, 정신지체, 주요 신체질환을 동반한 경우 연구대상에서 제외하였다. 정상 대조군은 정신질환의 과거력이 없고 현재 내과적 혹은 정신과적 질환을 갖고 있지 않으며 환자군과 같은 학력과 연령범위에 포함되는 남녀 50명을 대상으로 하였다.

양가감정 및 증상평가

연구대상의 양가감정 평가는 1986년 Raulin ML이 개발한 정신분열형 양가감정 척도의 한국판(K-SAS) 부록을 이용하여 양가감정 점수를 측정하여 평가하였다. 척도는 모두 19개의 질문항목으로 구성되어 있으며 각각의 항목에 ‘ 예 ’ 혹은 ‘ 아니오 ’로 표시하도록 되어 있다. 모든 연구대상자는 실내에서 ‘ 이 척도는 여러분의 양가감정 측정을 위한 것입니다. 각 항목을 주의깊게 읽으신 후 자신에게 해당되면 예로 해당되지 않으면 아니오로 표시하여 주십시오 ’라는 연구원의 설명을 들은 후 척도설문지의 각 문항을 읽고 ‘ 예 ’ 혹은 ‘ 아니오 ’에 표시하도록 하고 연구원이 연구대상자의 응답과정을 관찰하였다. 척도에 응답하는 시간에 제한은 두지 않았다. 척도점수의 합산은 예를 1점으로 아니오를 0점으로 계산하여 19항목을 합한 점수를 양가감정 점수로 하였다. 정신분열병 환자군의 증상에 대한 평가는 정신분열병 양성 및 음성 증상척도(Positive And Negative Syndrome Scale, PANSS)[19]를 이용하여 정신과 전문의 1인과 전공의 1인이 증상을 평가하였다. 정신분열병 환자의 우울증상에 대한 평가는 우울증상에 대한 자기보고식 검사인 벡-우울증상척도(Beck Depression Inventory, BDI)[20]를 이용하여 평가하였다.

분 석

정신분열병 환자군, 정상 대조군의 각 군을 독립변수로, 정신분열형 양가감정 척도 점수를 종속변수로 하여 두 군간의 양가감정 점수를 비교하였다. 양성 및 음성 증상척도에서 양성척도 점수의 합에서 음성척도 점수의 합을 뺀 복합척도 점수에 따라 양성증상 우세군과 음성증상 우세군으로 나누어 두 군 간의 양가감정 점수를 비교하였으며, 정신질환의 가족력 유무에 따라 두 군으로 나누어 양가감정 점수를 비교하였다. 또한, 정신분열병 환자군을 양가감정 점수가 높은 군(10점 이상인 군)과 낮은 군(5점 이하인 군)으로 나누어 임상적 특성에 대해 비교하였다. 환자군 내에서의 분류는 정상대조군의 양가감정 척도 평균수준인 5점을 기준으로 이 수준이하의 양가감정 점수를 보인 군과 이 수준의 두 배 이상으로 정상대조군과 뚜렷이 구별되는 높은 양가감정을 보이는 군으로 비교해보기 위하여 위와 같이 분류하였다. 연구대상군의 연령, 정신분열병 환자의 유병기간, 양성 및 음성증후군 척도 점수, 벡-우울증상 척도점수, 성별, 가족력 유무, 정신분열병의 임상유형 등의 임상적 특성과 양가감정 점수간의 상관관계도 분석하였다. 정신분열병 환자군과 정상 대조군에서 문항별 긍정반응을 보인 빈도를 분석하여 두 군 사이에 긍정반응 빈도의 차이를 보이는 항목을 조사하였다. 통계처리는 SPSS 9.0 for windows를 이용하였다. 정신분열병 환자군과 정상 대조군간 양가감정 점수 비교와 정신분열병 환자군 내에서 양성증상 우세군과 음성증상 우세군, 가족력이 있는 군과 없는 군, 우울증상이 있는 군과 없는 군 사이의 양가감정 점수 비교, 양가감정점수가 높은 군과 낮

은 군의 임상적 특성의 비교를 위해서는 독립표본 T-검정법을 이용하였다. 연구대상군의 연령, 정신분열병 환자의 유병기간, 양성 및 음성증후군 척도 점수, 벡-우울증상 척도점수, 성별, 가족력 유무 등의 임상적 특성과 양가감정 점수간의 관계분석을 위해서는 상관관계 분석법을 이용하였다. 두 군간 항목별 긍정반응빈도의 차이에 대한 비교는 χ^2 분석법을 이용하였다. 모든 유의수준은 0.05 미만으로 하였다.

결 과

환자군과 대조군 간의 인구사회학적 특성 및 양가감정 비교

전체 연구대상 100명의 사회 인구학적 특성 및 임상특성은 표 1과 같다. 두 군간의 성별분포, 나이, 교육수준은 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 두 군 간의 양가감정 점수 측정결과 표 1에 제시된 것과 같이 정신분열병 환자군에서 정상 대조군에 비해 양가감정척도 점수가 통계적으로 유의하게 높았다(환자군 : 7.62±4.30, 대조군 : 4.98±3.82, t=3.246, p=0.002).

Table 1. Socioepidemiologic data and Schizotypal ambivalence scale score

	Healthy controls	Schizophrenia	χ^2/t	p
Sex (M/F)	30/20	29/21	0.000	1.000
Age (year)	30.1 ±9.2	29.5 ±6.8	0.346	.730
Education (year)	13.4 ±1.6	13.0 ±1.6	1.099	.274
KSAS†	4.98±3.82	7.62±4.30	3.246*	.002

* : p<0.05, †KSAS : sum of the Korean Schizotypal Ambivalence Scale

정신분열병 환자군 내에서의 비교

정신분열병 환자군 내에서 양성증상 우세군과 음성증상 우세군 간, 가족력 유·무에 따른 양가감정 점수의 차이는 유의하지 않았으나 임상유형에 따른 분류에서 미분화형이 편집형에 비해 유의하게 높은 양가감정 점수를 보였다(미분화형 : 9.43±4.15, 편집형 : 6.28±4.21, t=2.542, p=0.015). 정신분열형 양가감정 척도점수에 따라 상대적으로 10점 이상의 높은 양가감정을 보인 군과 5점 이하의 낮은 양가감정을 보인 환자 군 사이의 임상 특성에 대한 비교결과는 표 2에 제시된 바와 같이 높은 양가감정을 보고한 환자군의 경우 통계적으로 유의하게 높은 양성증상 점수를 보였으며 다른 임상적 특성에는 유의한 차이가 존재하지 않았다. 정신분열병의 임상적 특성과 양가감정 점수와의 상관관계 분석에서 유병기간, 양성 및 음성 증

Table 2. Clinical characteristics of patients with schizophrenia according to ambivalence scale score

Clinical profile	Group		t	p
	KSAS≤5 (n=18)	KSAS≥10 (n=18)		
PANSS-P*	16.22± 6.22	20.78± 5.46	2.336	.026
PANSS-N	18.17± 5.60	21.33± 6.94	1.507	.141
PANSS-G	34.39±10.62	41.83±14.77	1.736	.092
BDI	10.31± 6.61	13.60± 7.95	1.142	.265
Age (year)	29.3 ± 6.6	26.4 ± 5.8	-1.401	.170
EDU_Y (year)	13.2 ± 1.8	12.5 ± 1.1	-1.307	.201
D_ILL (month)	65.1 ±44.4	72.4 ±46.2	0.489	.628

* : p<0.05, KSAS : sum of the Korean Schizotypal Ambivalence Scale, BDI : Beck depression inventory, PANSS_P : sum of positive symptom domain of PANSS, PANSS-N : sum of negative symptom domain of PANSS, PANSS-G : sum of general psychopathology domain of PANSS, EDU_Y : education year, D_ILL : duration of illness

Table 3. Relationship between the ambivalence and the clinical characteristics

	KSAS (n=100)	AGE (n=100)	D_ILL (n=50)	PANSS-P (n=50)	PANSS-N (n=50)	PANSS-G (n=50)	BDI (n=38)
KSAS	1	-0.237*	-0.014	0.249	0.178	0.156	0.25
(n=100)	.	0.018	0.926	0.082	0.216	0.278	0.13
AGE	-0.237*	1	0.612†	0.005	-0.162	-0.132	0.056
(n=100)	0.018	.	<0.001	0.970	0.262	0.362	0.736
D_ILL	-0.014	0.612†	1	-0.089	0.086	-0.037	0.144
(n=50)	0.926	<0.001	.	0.541	0.552	0.801	0.388
PANSS-P	0.249	0.005	-0.089	1	0.275	0.678†	0.217
(n=50)	0.082	0.97	0.541	.	0.053	<0.001	0.191
PANSS-N	0.178	-0.162	0.086	0.275	1	0.584†	0.16
(n=50)	0.216	0.262	0.552	0.053	.	<0.001	0.338
PANSS-G	0.156	-0.132	-0.037	0.678†	0.584†	1	0.067
(n=50)	0.278	0.362	0.801	<0.001	<0.001	.	0.689
BDI	0.250	0.056	0.144	0.217	0.16	0.067	1
(n=38)	0.130	0.736	0.388	0.191	0.338	0.689	.

* : p<0.05, † : p<0.01, KSAS : sum of the Korean Schizotypal Ambivalence Scale, BDI : Beck depression inventory, PANSS_P : sum of positive symptom domain of PANSS, PANSS-N : sum of negative symptom domain of PANSS, PANSS-G : sum of general psychopathology domain of PANSS, EDU_Y : education year, D_ILL : duration of illness

Table 4. Frequency of positive response of each schizotypal ambivalence scale questionnaire

No.	Control (n=50)	Schizophrenia (n=50)	χ^2	p
1*	10 (20.0)	20 (40.0)	3.857	.050
2	7 (14.0)	12 (24.0)	1.040	.308
3	13 (26.0)	19 (38.0)	1.149	.284
4	13 (26.0)	20 (40.0)	1.628	.202
5	21 (42.0)	22 (44.9)	0.008	.930
6	8 (16.0)	15 (30.0)	0.154	.153
7	26 (52.0)	27 (54.0)	0.000	1.000
8*	12 (24.0)	23 (46.0)	4.396	.036
9	12 (24.0)	20 (40.0)	2.252	.133
10	22 (44.0)	24 (48.0)	0.040	.841
11	16 (32.0)	16 (32.0)	0.000	1.000
12*	5 (10.0)	16 (32.0)	6.028	.014
13	11 (22.0)	17 (34.0)	1.240	.265
14	9 (18.0)	16 (32.0)	1.920	.166
15	12 (24.0)	16 (32.7)	0.537	.464
16*	9 (18.0)	23 (46.0)	7.767	.005
17	20 (40.0)	20 (40.0)	0.000	1.000
18*	6 (12.0)	16 (32.0)	4.720	.030
19*	17 (34.0)	28 (56.0)	4.040	.044

* : $p<0.05$, Numbers in parentheses means percentage of endorsement

후군 척도점수, 벡-우울증상 척도점수와 양가감정 척도 점수 사이에는 유의한 상관관계가 존재하지 않았다. 다만, 연구대상의 연령과 양가감정척도 점수 사이에는 유의한 음의 상관관계가 존재했다(표 3). 이번 연구에서 양가감정 척도의 내적 일관성에 대한 신뢰도 계수(Crohnbach's α)는 0.8209였으며, 정신분열병 환자군이 정상 대조군에 비해 긍정반응빈도에 있어 통계학적으로 유의한 차이를 보이는 항목이 존재하였다. 그 항목은 표 4에 제시한 것과 같이 1번, 8번, 12번, 16번, 18번, 19번 항목이었다.

고 찰

이번 연구를 통해 저자는 정신분열병의 주요 증상 중의 하나로 알려진 양가감정을 객관적으로 측정해보고 높은 양가감정을 보이는 정신분열병 환자의 임상적 특성을 조사해보고자 하였다.

그 결과, 정신분열병 환자군이 대조군에 비해 자기보고식 검사에서 높은 양가감정을 보고하고 있음을 보여주고 있으며, 이는 정신분열형 양가감정 척도를 개발한 외국에서의 연구결과[14]와 부합하는 결과이다. 정신분열병 환자들이 양가적 상황을 느끼고 있는가에 대한 질문에서 정상 대조군에 비해 높은 긍정반응을 보였다는 점은 정신분열병 환자가 다양한 사회적 상황에서 경험하게 되는 양가감정을 스스로 인식하고 있으며 정상인에 비해 자신이나 대상에 대한 양가감정을 더 많이 경험하고 있다는 것을 시사한다. 앞에서 검토해 본 것처럼 심한 양가감정을 경험하게 되는 정신과적 장애로 다음과 같은 것들이 있다. 첫째, 정신분열병 환자는 연상의 이완으로 인하여 자신의 정체성이나 가치관, 사랑 등의 다양한 사회적 상황 및 개념을 통합하는데 어려움이 있으며, 이에 따른 이차적 증상으로 양가감정을 자주 경험하게 된다는 주장이 있다. 둘째, 우울증상에 의한 양가감정의 증가를 생각해 볼 수 있다. 이전의 연구결과에서도 우울증이 있는 환자들은 정신분열병 환자들보다 더 높은 양가감정을 보고하였다는 연구결과가 있었다. 이 밖에도 경계성 인격장애 환자와 같은 성격형성 및 대인관계의 결손이 있는 사람들에게서도 분리 방어기제 등을 통해 대상에 대하여 양가감정과 유사한 감정을 갖고 행동하는 특성이 관찰된다는 보고가 있다.[21,22]

이러한 점들을 고려할 때 정신분열병 환자의 양가감정을 우울증 환자에서의 양가감정과 구별할 수 있어야 했는데 정신분열형 양가감정 척도의 개발과정에서 우울증 환자보다 정신분열병 환자에 특이적인 척도항목을 선택하는 절차가 있었기에 이번 연구에서 우울증 환자를 비교군으로 선정할 필요는 없다고 생각했다. 다만, 이번 연구를 통해 정신분열병 환자에게서 관찰된 높은 양가감정척도 점수가 우울증상과 관련성이 있는지 정신분열병의 다른 정신병리와 관련이 있는지를 분석해 보려는 시도가 필요했다. 이를 위해 이번 연구에 참여한 정신분열병 환자들에 대하여 자기보고식 우울증상 평가 척도를 시행해 본 결과 우울증상의 정도와 양가감정 척도 점수 사이에는 유의한 상관관계가 존재하지 않았다. 따라서, 이번 연구에서 대조군에 비해 높게 나타난 정신분열병 환자의 양가감정 점수는 우울증상과 관련된 것이라기보다는 정신분열병의 고유한 정신병리와 관련된 것으로 설명하는 것이 더 타당할 것이다. 정신분열병의 양가감정과 경계성 인격장애의 분리 방어기제는 이전의 연구자들도 유사점이 있다고 기술하고 있는데, 이들의 차이점과 유사점에 대해서는 이번 연구에서 다루지 못했고 향후 비교연구가 필요한 부분이다.

양가감정은 정상인에게도 상황에 따라 존재할 수 있는 감정이며 Meehl 등이 일상적인 범위를 넘어선 강렬한 정도의 양가감정을 정신분열병에서의 정신병리로 보았듯, 양가감정은 환청, 망상 등과 같이 증상의 유무를 평가해야 하는 정신병리라기 보다는 그 감정의 정도를 평가해야 하는 특성이 있는 정신병리이다. 따라서, 이번 연구에서는 정신분열병 환자들을 높은 양가감정을 보이는 군과 정상

인 수준의 양가감정을 보이는 군으로 분류하여 임상적 특성을 비교해 봄으로써 높은 양가감정을 보이는 정신분열병 환자군의 임상적 특성을 규명해 보고자 하였다. 그 결과, 높은 양가감정을 보이는 정신분열병 환자들은 낮은 양가감정을 보이는 환자들에 비해 높은 양성증상 점수를 보였다. 정신분열병의 양성 및 음성 증후군 척도와의 상관관계에서도 통계적으로 유의하진 않았지만 양성 증후군 척도 점수가 양가감정과 가장 높은 상관성을 보이고 있었다. 정신분열병에서의 높은 양가감정은 정상인에게서 관찰되기 힘든 면을 보이고 있다는 점에서 양성증상으로서의 측면이 강하다고 할 수 있을 것인데, 높은 양가감정을 보인 정신분열병 환자들이 양성증상 척도의 점수가 높았다는 것을 이를 뒷받침하는 결과라고 할 수 있을 것이다.

이전의 연구결과들에 의하면 양성 및 음성 증후군 척도는 비교적 안정성을 갖고 있는 다섯 가지 구성요소로 구분될 수 있으며 이렇게 구분하는 것이 정신분열병의 다양한 임상적 측면들을 설명하는데 유용하다는 주장들이 있다.[23-25] 그 다섯 가지 구성요소는 양성(positive), 음성(negative), 흥분(excitation), 우울(depression), 인지(cognition)의 측면(dimension) 등이며 ‘개념의 와해(conceptual disorganization)’증상은 양성 측면이나 인지 측면에 속한다는 보고가 있다.[26] E. Bleuler의 주장처럼 정신분열병 환자의 양가감정은 연상의 이완과 같은 ‘개념의 와해’와 관련이 있을 가능성이 있으며 위의 연구결과들과 E. Bleuler의 주장을 고려해 볼 때 높은 양가감정을 보이는 정신분열병 환자들은 ‘개념의 와해’를 포함한 양성증상의 측면이 높게 관찰된 결과와 일치하는 것으로 생각할 수 있다.

한편, 문항별 긍정 반응률의 비교결과를 통해 정신분열병 환자군에서 보이는 양가감정의 특성을 살펴볼 수 있었다. 즉, 정신분열병 환자들은 상대방과 친밀해질수록 부정적 감정도 함께 느끼며 양가감정을 갖게 되는 경우가 정상인보다 많아서 애정관계나 인간관계형성에 어려움이 있을 가능성이 있다. 또한, 정신분열병 환자들은 정상인에 비해 어떤 일을 시작하기 힘들거나 일을 완료하고 나서도 성취감을 느끼기 어려운 경우가 더 많은 것으로 추측해 볼 수 있다.

이번 연구결과, 정상대조군과 정신분열증 환자군 모두에서 연령이 증가할수록 양가감정 점수가 유의하게 감소하는 음의 상관관계를 보인 것은 후기 청소년기 혹은 초기 성인기와 같은 연령이 연구대상에 포함되어 있기 때문으로 생각해 볼 수 있다. 인격발달과정에 있어 후기 청소년기에서 초기 성인기에 이르러 자율성과 정체감 등이 형성되어가면서 부모로부터 독립하는 과정의 일부인 2차 개별화 과정(the second individuation process)[27]에 있는 경우 인격성숙과 발달과정에서 자신의 정체감 형성, 대상관계, 가치관 형성 등이 고정화되지 않는 단계에 있어 양가감정이 증가되어 있을 수 있다.[28] 따라서, 이러한 요인이 연령에 따라 양가감정 점수의 유의한 차이가 존재하게 된 이유일 수 있다. 심리적 발달측면에서 본다면 이번 연구에서 높은 양가감정을 보인 정신분열병 환자들은 인격발달의 미숙함이나 퇴행으로 인하여 정상인의 후기 청소년기, 초기 성인기 등과 같이 양가감정이 증가된 상황에 있는 것으로 생각해 볼 수 있다.

이번 연구의 한계점으로는 다음과 같은 것들이 있다. 첫째, 자기보고식 검사의 한계이다. 자기 보고식 검사는 연구대상자가 자신의 문제를 인식하고 있다는 전제가 필요하고 또한, 그 문제를 솔직하게 보고해야 하는데 이번 연구결과에서 보면 편집형 정신분열병 환자의 경우 미분화형에 비해 유의하게 낮은 양가감정을 보고하고 있었는데 이는 편집형 정신분열병 환자들의 방어적 태도와 병식의 부족으로 인할 가능성이 있다. 이와 같이 연구대상자 특히 환자가 자신의 감정상태에 대해 솔직하게 보고했는지를 객관적으로 증명할 방법은 없다. 따라서, 이러한 점을 보완할 수 있는 방법이 필요하며 행동적 측정방법을 통한 연구와 정신과 전문의의 정신과적 면담을 통한 평가 등을 함께 진행해서 환자의 주관적 보고와 객관적 행동측정 및 관찰이 상관성이 있는지를 비교해 보는 것이 한 가지 해결방안이 될 수 있을 것이다.

둘째, 설문항목에 대한 이해 및 설문 수행능력의 차이가 있을 수 있다는 점이다. 이전의 연구들에서 정신분열병 환자군이 연속적 주의력이나 실행기능 등의 인지기능에 있어서 대조군에 비해 저하된 수행능력을 보인다는 보고들이 있다.[29] 이번 연구가 설문조사형식을 통한 연구이므로 연구대상자들의 설문항목에 대한 이해도와 수행능력이 비슷해야 연구결과에 대한 비교가 가능할 것이다. 이를 위해 본 연구에서는 고졸이상의 학력소지자로 연구대상을 제한했고 학력수준의 차이가 유의하지 않았던 점으로 미루어 두 군 간에 설문항목에 대한 이해와 수행능력의 정도에는 차이가 없을 것이라고 가정한 상태에서 연구를 진행했다.

셋째, 연구대상 환자군의 다양성이다. 정신분열병은 같은 진단을 받았다 할지라도 다양한 임상유형이 존재하며 증상과 경과도 매우 다양하다. 이번 연구에서는 입원 및 외래를 통해 다양한 유형의 정신분열병 환자를 연구대상으로 모집하였으나 세부적으로 유형을 나누어 양가감정

의 정도를 비교하기에는 연구대상의 수가 부족했다. 향후 연구에서는 급성기 환자와 만성기 환자, 약물치료에 따른 활성증상이 존재하는 시기와 증상관해기 등에 따른 비교와 같이 양가감정의 변화를 정신분열병의 임상유형에 따라 좀 더 세분하여 관찰해 볼 필요가 있다.

따라서, 앞으로의 정신분열병의 양가감정에 대한 연구에서는 자기보고식 검사의 한계점을 보완할 수 있는 실험방법을 함께 설계하고 연구대상의 임상적 다양성을 최대한 고려한다면 정신분열병 환자의 양가감정과 임상적 특성과의 관련성을 좀 더 객관적이며 심도 있게 탐색하는 연구를 진행할 수 있을 것이다.

결 론

이번 연구에서는 한국판 정신분열형 양가감정 척도를 이용하여 정신분열병 환자와 정상 대조군 간 양가감정 척도 점수의 차이를 비교하고 항목별 긍정반응의 빈도차이를 비교하였으며, 높은 양가감정을 보이는 정신분열병 환자의 증상특성을 조사해 보았다.

연구 결과 첫째, 정신분열병 환자군은 정상 대조군에 비해 높은 양가감정을 보고하고 있으며 항목별 긍정반응의 빈도에 있어서도 차이가 나는 항목이 존재했다. 둘째, 높은 양가감정을 보이는 정신분열병 환자들은 낮은 양가감정을 보이는 정신분열병 환자에 비해 높은 양성증상 점수를 보이고 있었으며, 우울증상 등 다른 임상증상은 유의한 차이를 보이지 않았다.

이상의 결과는 앞으로 추가적인 보완연구가 진행되어야 할 필요가 있지만 정신분열병 환자에서 높아진 양가감정이 우울증상과는 독립적인 고유의 정신병리일 가능성을 지지하며 양성증상 및 대인관계에서의 부적응 등의 정신병리와 관련성이 있을 가능성을 시사한다.

중심 단어 : 정신분열병 · 양가감정 · 정신분열형 양가감정 척도.

REFERENCES

1) Bleuler E. The fundamental symptoms. In Bleuler E, Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. New York: International University Press;1950(Original work published 1911).
2) Fenichel O. The psychoanalytic theory of neurosis. New York: Norton;1945.
3) Freud S. The Dynamics of Transference. In J. Strachey (Ed.), The Standard Edition of the Complete Psychological Works (Vol. 12). London: Hogarth Press;1958(Original work published 1912).
4) Blatt S, Shichman S. Two Primary configurations of psychopathology. Psychoanal Contemp Thought 1983;6:187-254.
5) Akthar S, Byrne JP. The concept of splitting and its clinical relevance. Am J Psychiatry 1983;140:1013-1016.
6) Juni S. The use of splitting in the analysis of childhood schizophrenia. Am J Psychoanal 1980;40:85-88.
7) Schneider K. Clinical psychopathology. New York: Grune & Stratton; 1959.
8) Chapman LJ, Chapman JP, Miller EN. Reliabilities and intercorrelations of eight measures of proneness to psychosis. J Consult Clin Psychol 1982;50:187-195.
9) Meehl PE. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. Am Psychol 1962; 17:827-838.
10) Meehl PE. Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. J Personal Disord 1990;4:1-99.
11) Meehl PE. Manual for use with checklist of schizotypic signs. Minneapolis: University of Minnesota Medical School, Psychiatric Research Unit.;1964.
12) Raulin ML, Brenner V. Ambivalence (Chap. 7). In: Costello CG, editor. Symptoms of schizophrenia. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1993.
13) Andreason N, Akiskal H. The specificity of Bleulerian and Schneiderian symptoms: A critical reevaluation. Psychiatr Clin North Am 1983;6:41-54.
14) Raulin ML. Development of a scale to measure intense ambivalence. J Consult Clin Psychol 1984;52:63-72.
15) Raulin ML. Schizotypal Ambivalence Scale: A modification of the Intense Ambivalence Scale. Available from Raulin ML, Psychology Department, SUNY Buffalo, Buffalo, NY 14260;1986.
16) Kwapil TR, Mann MC, Raulin ML. Psychometric properties and concurrent validity of the Schizotypal Ambivalence Scale. J Nerv Ment Dis 2002;190:290-295.
17) 이유진, 석정호, 전종희, 안석균, 김재진, 이홍식. 한국판 정신분열형 양가감정 척도 (K-SAS)의 개발. 신경정신의학. 2004 출판중.
18) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;1994.
19) Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. Schizophr Bull 1987;13:261-276.
20) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-571.
21) Kernberg O. Borderline personality organization. J Am Psychoanal Assoc 1967;15:641-685.
22) Gunderson J, Singer M. Defining borderline patients: An overview. Am J Psychiatry 1975;132:1-10.
23) Kay SR, Sevy S. Pyramidal model of schizophrenia. Schizophr Bull 1990;16:537-545.
24) Dollfus S, Petit M. Principal-component analysis of PANSS and SAPS-SANS in schizophrenia. Eur J Psychiatry 1991;6:251-259.
25) Lindenmayer JP, Hyman RB, Grochowski S. Five factor model of schizophrenia: initial validation. J Nerv Ment Dis 1994b;182:631-638.
26) Lançon C, Auquier P, Nayt G, Reine G. Stability of the five-factor structure of the Positive and Negative Syndrome Scale. Schizophr Res 2000;42:231-239.
27) Boles SA. A model of parental representations, second individuation, and psychological adjustment in late adolescence. J Clin Psychol 1999;55:497-512.
28) Teuwsen E. Autonomy and separation dynamics of students. Psychother Psychosom Med Psychol 1990;40:432-440.
29) Mohamed S, Paulsen JS, O'Leary D, Arndt S, Andreasen NC. Generalized cognitive deficits in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1999;56:749-754.

□부　　록□

한국판 정신분열형 양가감정 척도
(the Korean version of Schizotypal Ambivalence Scale, K-SAS)

1. 평소 즐겨하던 활동조차 싫어한다고 느낄 때가 흔히 있다.
2. 내 생각과 느낌은 항상 모순되는 것 같다.
3. 인간으로서 내 가치에 대한 느낌이 계속해서 오락가락 하고 있다.
4. 어떤 일을 하고 싶은 마음과 하기 싫은 마음이 동시에 드는 경우가 아주 흔하다.
5. 어떤 결정을 내리려고 할 때 이 쪽과 저 쪽 사이에서 심하게 갈팡질팡 할 것 같다.
6. 주위 사람들이 계속해서 변하기 때문에 나의 느낌이 어떤지 알기가 불가능하다.
7. 항상 내 자신에 대해 매우 자신 있어 하면서도 동시에 매우 자신 없어 하는 것 같다.
8. 하고 싶은 것을 결정하기가 항상 어려운 것 같다.
9. 대부분의 사람들은 나보다 쉽게 자기 자신의 감정에 대해 아는 것 같다.
10. 사랑과 미움은 동반되는 경향이 있다.
11. 사랑은 절대로 아주 오래 지속되지 않는 것 같다.
12. 사람들과 가까워지면 가까워질수록 그들의 결점에 점점 더 짜증이 난다.
13. 누구나 사랑하는 사람에 대해서 숨겨진 원망을 많이 갖고 있다.
14. 애정이 분노로 바뀌는 일이 흔하다고 느껴왔다.
15. 사랑을 경험할 때면 언제나 상당한 좌절감이 동반 되었다.
16. 누군가를 사랑하게 되면 미움도 끼어들어 방해가 될 거라고 생각한다.
17. 부끄러움 때문에 다른 사람들의 칭찬을 받아들이기가 종종 어렵다.
18. 오래 동안 해오던 일을 끝마칠 때면 대체로 회의가 든다.
19. 내 진정한 관심사가 무엇인지 확신할 수 있게 될지 모르겠다.