

안정화된 만성정신분열병 환자에서
강박장애 동반과 삶의 질

연세대학교 대학원

의 학 과

강 석 훈

안정화된 만성정신분열병 환자에서
강박장애 동반과 삶의 질

지도교수 김 찬 형

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2010년 12월

연세대학교 대학원

의 학 과

강 석 훈

강석훈 의 석사 학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 대학원

2010년 12월

감사의 글

논문을 마치기까지 많은 가르침과 아낌없이 격려해 주신 김찬형 교수님께 깊은 감사의 말씀을 드립니다. 바쁘신 와중에도 항상 배려해주신 석정호, 김정훈 교수님께도 특별히 감사를 드립니다.

또한, 논문 작성을 지원해 주시고 토의해 주신 김태용, 전찬민, 서재원, 예병석, 김형주 선생님께 감사드립니다. 전공의 김윤중, 구우람, 엄세준 선생님이 바쁜 일정 중에도 논문을 위한 자료 정리에 큰 도움을 주었습니다.

항상 저를 신뢰하고 지지해주시는 부모님과, 제가 최선을 다할 수 있도록 배려해 주었던 국립춘천병원 식구들에게도 감사한 마음을 전합니다.

저자 씀

<차례>

국문 요약	1
I. 서론	2
II. 재료 및 방법	4
1. 연구대상	4
2. 연구방법	4
가. 임상증상 평가척도 비교	9
나. 자료분석	6
III. 결과	8
1. 인구학적 자료비교	8
2. 임상증상 평가척도 비교	9
3. 비정형 항정신병제 사용비교	10
4. 강박증상과 삶의 질 상관관계	10
IV. 고찰	12
V. 결론	16
참고문헌	17
Abstract	23

표 차례

표 1. Comparison of the demographic and clinical characteristics between schizophrenia patients with and without obsessive compulsive disorder	10
표 2. Comparison of clinical rating scale scores between schizophrenia patients with and without obsessive compulsive disorder	11
표 3. Comparison of patients taken atypical antipsychotics between schizophrenia patients with and without obsessive compulsive disorder	12
표 4. Correlation between Y-BOCS and other rating scales	13

국문요약

안정화된 만성 정신분열병 환자에서 강박장애 동반과 삶의 질

강박증상은 정신분열병에서 흔하게 동반되는 정신병리이다. 본 연구의 목적은 일 병원의 안정화된 만성 정신분열병 환자를 대상으로 강박장애의 동반 유병률을 알아 보고 강박장애가 정신분열병 환자의 증상과 삶의 질에 관련성이 있는지 평가하고자 하였다. 138명의 안정화된 만성 정신분열병 환자를 대상으로 정신과 의사가 정신장애의 진단 및 통계 편람 제4판을 이용한 구조화된 면담을 통해서 강박장애 동반 여부를 평가하였다. 정신분열병의 증상 평가는 한국판 양성 및 음성 증후군 척도, 전반적 임상 인상 척도-심각도를 평가하였다. 강박증상 평가는 Yale Brown 강박 척도를 시행하였다. 삶의 질 평가는 한국어판 Heinrichs 삶의 질 척도와 한국어판 항정신병 약물치료 하에서 주관적 안녕감을 평가하는 자가평정척도를 시행하였다. 사회적 기능의 평가는 한국판 Personal and Social Performance 척도를 시행하였다. 평가 결과, 강박장애의 동반 유병률은 18.1% 이었다. 강박장애를 동반한 환자군에서 그렇지 않은 대조군과 비교하여 정신분열병이 더 조기에 발병하였으며, 더욱 심각한 정신병리를 보였고, 사회수행기능이 떨어졌으며, 더 낮은 객관적 삶의 질과 주관적 삶의 질을 보여주었다. 그러나 강박증상과 기타 임상심리 평가 척도에서 통계적으로 유의한 상관관계도 관찰되지 않았다. 이번 연구에서 저자는 입원한 안정화 된 만성 정신분열병 환자를 대상으로 구조적 면담기법을 사용하여 강박장애가 정신분열병에서 흔하게 동반하는 질환임을 확인하였다. 향후 더 많은 강박장애를 동반한 정신분열병 환자군을 대상으로 장기간의 추적 관찰을 통하여 강박장애가 정신분열병 환자의 병 경과와 삶의 질에 어떠한 영향을 주는지 살펴보아야 할 것이다.

핵심되는 말 : 만성 정신분열병, 강박장애, 삶의 질

안정화된 만성 정신분열병 환자에서 강박장애 동반과 삶의 질

<지도교수 김찬형>

연세대학교 대학원 의학과

강 석 훈

I. 서론

과거 정신분열병 환자에 있어서 강박증상의 동반은 인격의 붕괴를 지연시키거나, 정신증상의 관해에 긍정적인 영향을 주는 것으로 보고되었다.¹ Tibbo 등은 강박장애를 동반한 정신분열병 환자들이 강박장애를 동반하지 않은 정신분열병 환자들과 비교하여 음성증상이 적게 나타났으며, 전반적인 기능 평가(Global Assessment of Functioning, 이하 GAF) 점수는 높게 나타났다고 보고하였다.² 그러나, 최근 다수의 연구에서는, 강박증상을 동반하지 않은 정신분열병 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, 이하

SCID)⁸⁻⁹을 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 회복과 삶의 질 향상을 목표로 하고 있다.¹¹⁻¹³ 삶의 질은 개인의 주관적 안녕과 만족을 바탕으로 자기 관리를 포함한 일상생활 기능의 향상과 주변 환경의 물질 및 사회적 지지를 포괄적으로 포함한다.¹⁴ 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, 우울증, 자살사고 및 자살충동 등의 문제를 동반하면서 낮은 삶의 질을 경험한다고 보고되었다.¹⁵⁻¹⁹

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.²⁰⁻²² 또한 국내에서 강박장애가 동반된 정신분열병 환자들의 증상에 따른 삶의 질에 대한 평가는 아직 체계적으로 보고되지 않았다. 따라서 본 연구는 현재 정신병원에서 입원 치료 중인 안정화된 만성 정신분열병 환자를 대상으로 강박장애의 동반 비율과 강박증상이 정신분열병 환자의 삶의 질과 사회적 기능에 미치는 영향을 평가하고, 정신분열병에 있어서 강박장애 치료에 대한 중요성을 고찰하고자 하였다.

II. 재료 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 2010년 7월 1일부터 2010년 8월 30일까지 국립춘천병원 정신과 입원 환자 중 DSM-IV의 정신분열병 진단기준을 만족하는 18세 이상 65세 이하의 환자들을 대상으로 하였다. 연구 대상군은 최근 1개월 이상 급격한 약물의 용량 변경 없이 일정하게 유지하는 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.

2. 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, 발병시점, 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),²³ 전반적 임상 인상 척도-심각도(Clinical Global Impression Scale-severity, 이하 CGI-S),²⁴ 강박증상을 평가하기 위하여 예일 브라운 강박 척도(Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, 이하 Y-BOCS),²⁵ 환자의 객관적인 삶의 질 평가를 위하여 한국어판 Heinrichs 삶의 질 척도(Korean Version Quality of Life Scale, 이하 K-QOLS),²⁶ 주관적인 삶의 질 평가하기 위하여 한국어판 항정신병 약물치료 하에서 주관적 안녕감을 평가하는 자가평정척도(Korean Modification of the Scale to Measure Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment, 이하 KmSWN),²⁷ 환자의 사회적 기능평가를 위하여 한국판 Personal and Social Performance 척도(이하 K-PSP)²⁸ 등을 사용하였으며, 1인의 정신과 의사가 평가하였다.

연구에 사용한 평가척도와 통계 분석은 다음과 같다.

가. 임상증상 평가척도

- (1) 전반적 임상 인상 지수-심각도(Clinical Global Impression Scale-severity, 이하 CGI-S)²⁴

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

- (2) 예일 브라운 강박 척도 (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, 이하 Y-BOCS)²⁵

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.

- (3) 한국판 양성 및 음성 증후군 척도(Korean Version of the Positive and Negative Symptom Scale, 이하 K-PANSS)²³

Kay 등이 정신분열병 증상 평가를 위하여 개발한 도구로 타당도와 신뢰도가 검증되어 정신분열병 연구에 널리 쓰이고 있다.²⁹ 국내에서는 이중서 등이 한국판 PANSS 표준화 연구를 수행하였다.²³

- (4) 한국판 Personal and Social Performance 척도(이하 K-PSP)²⁸

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 Morosini에 의해서 개발되었으며,³⁰ 국내에서는 이정구 등에 의해서 번안되었다. 전체 기능 수준 평가는 GAF 점수와 유사하게 10점 단위 간격으

로 제시되며 총 100점 만점으로 평가한다.

- (5) 한국어판 항정신병 약물 치료 하에서 주관적 안녕감을 평가하는 자가평정척도 (Korean Modification of the Scale to Measure Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment, 이하 KmSWN)²⁷

환자들의 주관적인 삶의 질 측정은 Naber 등에 의해 고안된 항정신병 약물을 복용중인 정신분열병 환자의 주관적 안녕감을 측정하는 자기 평정 척도(a self rating scale to measure subjective well-being under neuroleptic treatment : SWN)를 윤진상 등이 국내에서 표준화한 척도로 정서조절(emotional regulation), 자기통제(self-control), 정신기능(mental functioning), 사회적 조화(social integration), 신체기능(physical functioning)의 5개 하위요인으로 구성되어 있다.^{27,31}

- (6) 한국어판 Heinrichs 삶의 질 척도(Korean Version Quality of Life Scale, 이하 K-QOLS)²⁶

환자들의 객관적인 삶의 질 측정은 Heinrichs 등에 의해 고안된 삶의 질 척도(Quality of Life Scale:QLS)를 송옥 등이 국내 표준화한 것으로 반구조화된 면담으로 평가되며,³² 모두 21개 항목으로 구성되고 4개의 하위 척도로 나눌 수 있다. 하위 척도는 1) 정신내적 요소(intrapsychic foundation), 2) 대인관계(interpersonal relations), 3) 직업과 관련된 항목(instrumental role), 4) 일상용품과 일상활동(common object and activities) 항목으로 구성되어 있다. 21개 항목 각각은 0에서 6점까지 7점수단계로 평가하게 되어 있으며, 0과 1은 심한(severe) 기능장애를 의미한다.

나. 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, KmSWN, K-QOLS 등은 독립표본 T 검정을 사용하여 비교하였다. 비정형 항정신병제가 강박장애에 미치는 영향을 평가하기 위해서 환자

군이 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-QOLS, KmSWN, K-PSP 등을 피어슨 상관관계계수(Pearson's correlation coefficient)를 사용하여 상관 분석하였다. 통계 분석의 유의수준은 $p < 0.05$ 로 하였으며, 모든 통계 분석은 SPSS 12.0 for Windows 를 사용하여 시행하였다.

Ⅲ. 결과

1. 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. 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%)		
Social economic state				

High (%)	4 (16.0%)	10 (8.8%)	1.197	0.550
Middle (%)	6 (24.0%)	32 (28.4%)		
Low (%)	15 (60.0%)	71 (62.8%)		
BMI((kg/m ²))	24.4 ± 3.3	24.3 ± 4.5	0.045	0.946

* p<0.05, **p<0.001

Data are presented as mean±standard deviation.

Abbreviations) SPR, Schizophrenia; OCD, Obsessive Compulsive Disorder; BMI, Body Mass Index

2. 임상증상 평가척도 비교

비강박군에 비해서 강박군에서 CGI-S, Y-BOCS, K-PANSS 일반정신병리 소척도, 총 점수 등에서 통계적으로 유의하게 높았으며, PSP, KmSWN, K-QOLS 등에서는 유의하게 낮았다. 그러나 K-PANSS 양성증후군 소척도 및 음성증후군 소척도 등에서는 두 군간에 유의한 차이가 없었다.

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

Variable	SPR with OCD	SPR without OCD	Statistics	
	(N=25) Mean ± SD	(N=113) 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
KmSWN*	55.2 ± 11.9	62.3 ± 21.1	-2.298	0.025
K-QOLS**	53.8 ± 6.3	61.88 ± 9.6	-5.194	<0.001

* p<0.05, **p<0.001

Independent t-test was done for statistical analysis.

Data are presented as mean±standard deviation.

Abbreviations) SPR, Schizophrenia; OCD, Obsessive Compulsive Disorder; Y-BOSC,

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; K-PANSS, Korean Version of the Positive and Negative Symptom Scale; PSP, Personal and Social Performance; KmSWN, Korean Modification of the Scale to Measure Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment; K-QOLS, Korean Version Quality of Life Scale

3. 비정형 항정신병제 사용 비교

비정형 항정신병제 사용에 따른 강박장애 동반 유무를 비교하였으나, 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

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.

Abbreviations) SPR, Schizophrenia; OCD, Obsessive Compulsive Disorder

4. 강박증상과 삶의 질의 상관관계

강박증상과 정신분열병의 주요 임상증상, 발병시점, 유병기간, PSP, KmSWN, K-QOLS 등과의 관계를 분석한 결과 유의한 상관관계가 관찰되지 않았다.

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

	Y-BOCS		Total score
	Obsessive score	Compulsive 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
KmSWN	-.295	-.013	-.249
K-QOLS	-.288	-.081	-.293

Pearson' s correlation coefficients were presented.

Abbreviations) Y-BOSC, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; K-PANSS, Korean Version of the Positive and Negative Symptom Scale; PSP, Personal and Social Performance; KmSWN, Korean Modification of the Scale to Measure Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment; K-QOLS, Korean Version Quality of Life Scale

IV. 고찰

본 연구는 국립춘천병원에 입원한 만성 정신분열병 환자 중에서 최근 1개월 이상 항정신병제의 용량 변동 없이 유지 치료를 지속한 환자 138명을 대상으로 시행하였다. 정신분열병과 동시에 강박장애를 동반한 유병률은 18.1% 이었다. 외국 역학 연구에 따르면, 일반인구에서 강박장애의 평생 유병률은 1.2~2.4% 로 보고되었으며,³³ 국내 역학 연구에서는 0.8% 로 보고되었다.³⁴ 정신분열병 환자를 대상으로 시행한 외국 연구에서는 0~31.7% 의 유병률을 보고하였고,^{20,35} 국내 연구에서는 16.1~28.2% 로 보고하는 바,^{16,36} 정신분열병 환자에서 강박장애의 유병률이 상대적으로 높다고 할 수 있다. 본 연구에서는 강박장애 진단을 엄격히 적용하였지만, 강박증상을 보이는 대상군을 따로 구분하여 평가에 포함하였다면 유병률은 더욱 증가하였을 것이다.³⁷

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,¹⁶ 2008년도에 연구에서는 16.1% 로 낮게 평가 되었다.³⁶ 외국 연구를 살펴보면, 입원치료를 받는 92명의 만성 정신분열병 환자를 대상으로 시행한 연구에서는 14.1%,³⁷ 21명의 정신분열병 환자를 15년간 장기 추적 관찰한 연구에서는 12.9%,⁶ 안정화된 환자를 대상으로 구조화된 면담기법을 사용한 연구에서는 29% 등으로 역시 다양하였다. 우리 연구 결과는 Otha 등이 안정화된 만성 정신분열병 환자를 대상으로 보고한 18.3% 와 유사하였다.³⁸ 이렇게 본 연구와 유사한 조건 하에서도 연구마다 다양한 유병률의 분포를 보이는 주요 이유는 연구 대상군의 선택과 진단 평가의 방법적 차이로 판단된다. 우리 연구는 평균 18.80 ± 7.69 년의 유병기간과 9.84 ± 5.62 횟수를 반복 입원한 만성 정신분열병 환자들 중 최소 1개월 이상 정신약물용량의 변동 없이 유지하고 있는 안정화된 대상군을 정신과 의사가 구조화된 면담 기법을 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 망상 증상의 구분 등에 따라 유병률은 차이를 보일 수 있을 것이다.

비정형 항정신병제는 새로운 정신분열병의 치료제로 주목을 받았으나, 최근 일부 환자에서 강박증상을 야기한다는 증례가 보고되고 있다.³⁹

흔히 처방되는 주요 비정형 항정신병제는 리스페리돈(risperidone), 올란자핀(olanzapine), 퀴티아핀(quetiapine), 아리피프라졸(aripiprazole), 아미설프라이드(amisulpride), 클로자핀(clozapine) 등이 있으며, 이중 클로자핀은 상대적으로 많은 수의 강박증상 유발 사례가 보고되고 있다. Patil 등은 일일 최대 클로자핀 150mg 을 투여 받은 2명의 정신분열병 환자가 약물 사용 8~12주 후부터 강박증상을 나타냈다고 보고하였으며,⁴⁰ Baker 등은 일일 클로자핀 400mg 이상 용량을 복용한 49명의 정신분열병 환자 중에서 5명(10.2%)이 새롭게 강박증상이 나타났거나, 기존의 강박증상이 악화되었다고 보고하였다.⁴¹ 국내 연구에서는 이준영 등이 클로자핀 사용이 후 강박증상의 출현 비율이 41.7%로 높게 평가 되었다고 보고하였으며,⁴² 이명지 등의 연구에서는 통계적 유의성을 확인하지는 못하였지만, 강박장애가 동반된 정신분열병 환자 18명 중 6명이 클로자핀을 복용하였다고 보고하였다.³⁶

본 연구에서 강박장애를 동반한 환자군 25명 중 1명 만이 클로자핀 400mg 을 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,⁴¹ 클로자핀 사용에 따른 강박증상이 아리피프라졸의 병합치료로 개선되었다는 연구 보고가 있고,⁴³ 통계적 유의성을 논의 하기에는 강박장애를 동반한 환자군 수가 적다는 점은 추후 연구에서 반드시 고려해야 할 조건일 것이다.

약물에 의한 강박장애 유발 가능성과 달리, Hwang 등은 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.⁴⁴ 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,⁴⁵ 만성 정신분열병 입원 환자 97명을 대상으로 시행한 최근 연구에서도 강박증상과 정신병

의 양성증상, 음성증상 사이에 유의한 상관관계가 있다고 보고되었다.³⁷

정신분열병 환자에서 강박증상과 정신병리에 대한 연관성 평가는 다양하게 이루어져 왔지만, 아직까지 일치된 연구 결과는 없다. 강박장애를 동반하는 정신분열병 환자에서 양성증상보다 오히려 음성증상이 더 많다는 보고가 있지만,^{15,46} 양성증상과 음성증상의 차이가 없다는 보고도 있으며, 이는 본 연구의 결과와도 일치되는 소견이었다.⁴⁷⁻⁴⁸ 우리 연구에서는 K-PANSS 일반정신병리 소척도와 총 점수가 강박군에서 유의하게 높았으며, 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.^{37,49-50} 우리 연구뿐만 아니라 Poyurovsky 등의 여러 임상연구에서도 강박증상과 정신병적 임상증상에 대한 의미 있는 상관성을 찾지는 못했지만 이들 연구에서도 강박증상과 정신병리의 중요성을 강조하고 있으며, 정신병적 강박장애를 지지하는 다양한 연구에서는 강박증상과 정신병적 임상증상과의 상관성을 보고하고 있기 때문이다.^{10,48,51}

단순 정신분열병만을 앓고 있는 환자보다 강박장애 동반은 더욱 심한 정신병적 임상증상과 저하된 사회적 기능으로 삶의 만족도를 떨어뜨린다. 국내외 연구를 종합해보면, PANSS 평가를 통한 양성증상, 일반정신병리, 총 점수 등이 객관적 삶의 질을 평가하는 K-QOLS와 상관관계가 있었다.⁵²⁻⁵⁴ 그러나, 주관적 삶의 질 평가에 있어서는 주관적 안녕감을 평가하는 KmSWM와 PANSS의 일반정신병리가 상관관계가 있다고 제시되었지만,⁵³⁻⁵⁴ 주관적 삶의 질과 정신병리와의 관계에 있어서는 상반되는 견해가 많았다.⁵⁵ 본 연구에서는 K-QOLS와 KmSWM 점수 상 비강박군과 비교하여 강박군에서 유의하게 저하된 객관적 및 주관적 삶의 질을 보고하였지만, 강박장애와 객관적 및 주관적 삶의 질에 있어서 유의한 상관성은 없었다. 연구에 따르면 객관적 삶의 질은 정신병리의 증상의 심각도가 가장 큰 영향을 주었으며, 주관적 삶의 질은 사회적 갈등, 가족의 적응력, 결속력 등의 주관적 지각이 가장 중요하였다.⁵⁶ 따라서 CGI-S 점수 상 임상증상의 심각도가 높고, K-PANSS 점수 상 일반정신병리와 총점수가 유의하게 높았던 강박군에서 객관적 및 주관적 삶의 질이 저하되었을 것이다. 하지만, 강박장애를 동반한 환자군의 수가 25명으로 소수이기 때문에 강박장애와 삶의 질에 대한 통계적 검증력을 가지는데 있어서도 한계가 있을 수 있다.^{36,42}

본 연구의 제한점은 첫째, 일 병원에서 장기간 입원 치료받은 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, 우리 연구가 장기간 추적관찰 연구가 아닌 단면적 연구이기 때문에 각 장애의 발병시기에 따른 증상 정도의 차이가 존재하고, 환자들에 따라 각각 사용약물의 차이가 존재하기 때문에 결과를 일반화할 수 없다. 셋째, 우리 연구에서는 강박장애 진단을 엄격하게 적용하였지만, 강박장애가 아니 강박증상만 보이는 군을 추가하여 세분화된 기준으로 평가하였다면, 강박증상과 정신병리 및 삶의 질의 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 사회적 기능의 평가뿐만 아니라 객관적 및 주관적 삶의 질을 평가하였다는데 그 의의가 있다. 향후 더 많은 강박장애 동반 환자수를 확보하여 통계적 검증력을 높이고, 장기적 추적 관찰을 통하여 약물치료에 따른 강박증상 및 정신병리의 변화와 삶의 질을 평가할 필요가 있겠다.

V. 결론

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 알아보았다. 강박장애의 유병률은 18.11% 이었고 강박장애를 동반한 환자군이 대조군과 비교하여 K-PANSS 일반병리 척도와 총 점수가 유의하게 높았으며, 낮은 사회적 기능, 저하된 객관적 및 주관적 삶의 질을 보였다. 그러나, 강박장애 동반 환자군에서 강박증상과 정신병리 및 환자의 삶의 질과 유의한 상관관계는 없었다. 따라서 강박장애가 동반된 정신분열병의 환자의 치료가 더욱 적극적으로 시행하여야 할 것이며, 향후 더 많은 강박장애 동반 환자군의 확보와 장기간의 추적 관찰을 통해서 정신약물 치료에 따른 삶의 질에 대한 평가가 필요할 것이다.

참고문헌

1. Rosen I. The clinical significance of obsessions in schizophrenia. *J Ment Sci* 1957;103:773-85.
2. Tibbo P, Kroetsch M, Chue P, Warneke L. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2000;34:139-46.
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;177:457-62.
5. Lysaker PH, Lancaster RS, Nees MA, Davis LW. Patterns of obsessive-compulsive symptoms and social function in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2004;125:139-46.
6. Fenton WS, McGlashan TH. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986;143:437-41.
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;46:335-41.
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;162:1171-8.
12. Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits-Christoph P. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:320-31.
13. Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2000;157:669-82.
14. Lochner C, Mogotsi M, du Toit PL, Kaminer D, Niehaus DJ, Stein DJ. Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic

- disorder. *Psychopathology* 2003;36:255-62.
15. Hwang MY, Morgan JE, Losconzcy MF. Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia: a pilot study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12:91-4.
 16. 김찬형, 남윤영, 구민성, 천근아, 서호석, 송동호, et al. 강박증상이 동반된 정신분열병 환자의 임상적 특성. *Kor J Psychopharmacol* 2003;14:292-8.
 17. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992;15:743-58.
 18. Health care reform for Americans with severe mental illnesses: report of the National Advisory Mental Health Council. *Am J Psychiatry* 1993;150:1447-65.
 19. Cassin SE, Richter MA, Zhang KA, Rector NA. Quality of life in treatment-seeking patients with obsessive-compulsive disorder with and without major depressive disorder. *Can J Psychiatry* 2009;54:460-7.
 20. 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.
 21. Bland RC, Newman SC, Orn H. Schizophrenia: lifetime co-morbidity in a community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:383-91.
 22. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35:383-402.
 23. 이중서, 안용민, 신현균, 안석균, 주연호, 김승현, et al. 한국판 양성 및 음성증후군 척도(Positive and Negative Syndrome Scale)의 신뢰도와 타당도. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:1090-105.
 24. Guy W. Clinical global impression In: Rockville, editor. *IECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*: National Institute of Mental Health 1976. p.217-21.
 25. 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;46:1006-11.
 26. 송옥, 최영희, 김한석, 허시영, 고영택, 장안기, et al. 한국어판 Heinrichs 삶의 질 척도의 개발. *Korean J Psychopathology* 1999;8:86-97.
 27. 윤진상, 국승희, 이형영, 철 이, 백인호. 항정신병 약물치료하에서 주관적 안녕감을 평가 하는 한국형 척도의 개발. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2000;39:987-98.
 28. 이정구, 석정호, 이준영, 이경욱, 광경현, 권준수, et al. 한국판

- Personal and Social Performance 척도(K-PSP)의 표준화 연구. Korean J Psychopharmacol 2006;17:497-506.
29. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987;13:261-76.
 30. 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;101:323-9.
 31. Naber D, Walther A, Kircher T, Hayek D, Holzbach R. Subjective effects of neuroleptics predict compliance. In: gaebel W, awad R, Heidelberg, Springer, editors. Prediction of Neuroleptic Treatment Outcome in Schizophrenia Concepts and Methods; 1994. p.85-98.
 32. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT, Jr. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. Schizophr Bull 1984;10:388-98.
 33. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Arch Gen Psychiatry 1988;45:1094-9.
 34. 국립서울정신병원, 서울대의대정신과. 정신질환실태 역학 조사. 2001. p.68.
 35. Meghani SR, Penick EC, Nickel EJ. Schizophrenia patients with and without OCD. Paper presented at: 151st Annual Meeting of the American Psychiatric Association. 1998.
 36. 이명지, 전지석, 신용범, 강민희, 이정섭, 배재남, et al. 정신분열병 환자에서의 강박증상에 관한 연구 : 발생 빈도, 임상 특성 및 삶의 질. Korean J Schizophr Res 2008;11:26-30.
 37. 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.
 38. Ohta M, Kokai M, Morita Y. Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia. Psychiatry Clin Neurosci 2003;57:67-74.
 39. Lykouras L, Zervas IM, Gournellis R, Malliori M, Rabavilas A. Olanzapine and obsessive-compulsive symptoms. Eur Neuropsychopharmacol 2000;10:385-7.
 40. Patil VJ. Development of transient obsessive-compulsive symptoms during treatment with clozapine. Am J Psychiatry 1992;149:272.
 41. 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;53:439-42.
42. 이준영, 노명선, 김용성, 강웅구. 정신분열병 환자에서 강박증상의 연구. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:1132-9.
 43. 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;32:227-9.
 44. Hawng MY, Losonczy MF. schizophrenia with obsessive-compulsive features. *Medscape Mental Health* 1997;2:7.
 45. 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.
 46. 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;14:449-53.
 47. 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.
 48. Poyurovsky M, Bergman J, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in elderly schizophrenia patients. *J Psychiatr Res* 2006;40:189-91.
 49. 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;75:181-9.
 50. Craig T, Kakumanu S. Chronic fatigue syndrome: evaluation and treatment. *Am Fam Physician* 2002;65:1083-90.
 51. 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.
 52. Galletly CA, Clark CR, McFarlane AC, Weber DL. Relationships between changes in symptom ratings, neurophysiological test performance and quality of life in schizophrenic patients treated with clozapine. *Psychiatry Res* 1997;72:161-6.
 53. Heslegrave RJ, Awad AG, Voruganti LN. The influence of neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 1997;22:235-43.
 54. 서호식, 김찬형, 이홍식, 정영철, 최영희, 허시영, et al. 정신분열병 환자의 삶의 질과 정신병리 : 주관 및 객관적 평가. *J Korean*

- Neuropsychiatr Assoc 2001;40:1122-31.
55. Lehman A. A quality of life. Interview for the chronically mentally ill. . In: 1 EPP, editor.: 1988.
 56. Kim KJ, Seol JH, Paik YS, Kim JH. The relationship between quality of life and psychosocial characteristics in patients with schizophrenia. J Korean Neuropsychiatr Assoc 2004;38:1447-58.

Abstract

Comorbid obsessive compulsive disorder and quality of life
in stable patients with chronic schizophrenia

Suk Hoon Kang

*Department of Medicine
The Graduate School, Yonsei University*

(Directed by Professor Chan Hyung Kim)

Objectives : Schizophrenic patients exhibiting obsessive-compulsive symptoms are often clinically encountered in psychiatric departments. This study aimed to evaluate the prevalence of obsessive-compulsive disorder (OCD) in schizophrenia, and the relationship among OCD, severity of psychopathology and quality of life in stable patients with chronic schizophrenia.

Methods : We interviewed 138 symptomatically stable inpatients on a constant dose of antipsychotics for at least 1 month, diagnosed as chronic schizophrenia and classified patients according to the existence of OCD evaluated by the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (SCID). And we evaluated the clinical and demographic data. To investigate the interrelationship, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), Korea-Positive and Negative Symptom Scale (K-PANSS), Korean Personal and Social Performance (K-PSP), Korean Version Quality of Life Scale (K-QOLS), Korean Modification of the Scale to Measure Subjective Well-Being under Neuroleptic Treatment (KmSWN) were

applied. Independent t-test, Chi-square test were used to compare groups and Pearson's correlation coefficient was used to assess the relationship between Y-BOCS and other clinical rating scales.

Results : The prevalence of OCD in schizophrenia patients was 18.1%. Patients with schizophrenia and obsessive-compulsive disorder exhibited significantly earlier onset of schizophrenia, more severe psychiatric symptoms, lower personal and social performance ability, and lower objective quality of life and subjective quality of life than those without OCD. But there is no significant relationship among Y-BOCS, K-PANSS, K-PSP, K-QOLS and KmSWM.

Conclusion : We find that comorbid OCD is relatively more frequent in patients with schizophrenia. In stable patients with chronic schizophrenia, comorbid OCD is related with early onset of schizophrenia, more severe psychotic symptoms, degradation of objective quality of life and lower social function, but do not have a significant correlation. So, we need to investigate larger schizophrenia with OCD for quality of life in long-term follow-up

Key Words : chronic schizophrenia, obsessive compulsive-disorder, quality of life