

조현병 외래환자의 주인의식에 미치는 요인

동아대학교 의과대학 정신건강의학과교실,¹ 아이공감 정신건강의학과의원²

김준기¹ · 안지영² · 김철권¹

Factors Affecting the Empowerment Experienced by Outpatients with Schizophrenia

Jun Gee Kim, MD¹, Jee Young Ahn, MD², and Chul Kwon Kim, MD, PhD¹

¹Department of Psychiatry, College of Medicine, Dong-A University, Busan,

²Igonggam Psychiatric Clinic, Busan, Korea

Objectives : To identify various factors that might affect the empowerment of outpatients with schizophrenia.

Methods : Of patients who had been receiving outpatient treatments at the department of psychiatry in Dong-A university hospital, 116 patients with a DSM-IV-TR diagnosis of stable schizophrenia were enrolled in this study. The empowerment, psychiatric symptoms, social functions, insight, family attitude, social support and self-esteem were assessed through an interview or self-report measures. Overall, multiple regression analyses were performed in consideration of 11 factors (age, sex, level of education, age of onset, frequency of hospitalization, symptoms, social functions, insight, family attitude, social support, self-esteem) as explanatory variables for the empowerment.

Results : Multiple regression analyses using a backward elimination revealed that the following four factors were found to be significant explanatory variables for the empowerment: age of onset, social functions, family attitude and self-esteem. A coefficient of determination for these four explanatory variables was 0.65.

Conclusion : In conclusion, the results showed that four factors, such as age of onset, social functions, family attitude and self-esteem, were found to be significant explanatory variables for the empowerment of outpatients with schizophrenia. Since these four variables accounted for 65% of total empowerment, however, further studies in a larger group of patients are warranted to identify other potential factors for the empowerment. (Korean J Schizophr Res 2018;21:59-66)

Key Words : Schizophrenia · Empowerment · Social functions · Family attitude · Self-esteem.

서 론

정신건강의학과 영역에서 주인의식(empowerment) 개념은 그 역사가 길지 않기에 국내에서는 아직 생소하다. 주인의식은 회복(recovery) 개념과 밀접한 관련이 있기 때문에 정신과학 영역에서 주인의식이 관심의 대상이 된 이유를 알기 위해서는 먼저 치료결과(outcome)에 대한 이해가 필요하다.

전통적으로 정신과학에서 치료결과는 증상의 호전, 즉 관해(remission)를 가장 중시해왔다. 특히 조현병과 같은 만성 정신질환에서 증상의 관해 개념은 오랫동안 핵심 치료결과

로 받아들여졌다. 조현병에서 관해되었다는 것은 핵심 증상과 징후가 행동에 더 이상 유의한 영향을 미치지 않을 정도로 좋아졌음을 의미한다. 조작적인 정의는 양성 및 음성증상 척도(Positive and Negative Syndrome Scale : PANSS)나 간이정신병리척도(Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)에서 6개월 이상 특정 주요증상이 경한 상태를 유지하는 것이다.¹⁾ 현재까지 조현병에서 치료결과로 삼은 지표들은 증상의 관해 외에도 사회에서의 대인관계와 직업기능,²⁾ 삶에 대한 만족도,³⁾ 결혼, 주거, 직업상태,⁴⁾ 전반적 기능척도 점수,⁵⁾ 사회기능 수준⁶⁾ 등과 같이 다양하다. 그럼에도 불구하고 조현병을 앓고 있는 환자에서 정신병리 점수⁷⁻⁹⁾는 치료결과의 가장 중요한 지표로 받아들여져 왔다.

전통적으로 조현병 환자는 정신병적 증상 때문에 사회에서 생산적인 일을 할 수 없고 그에 따라 만족스러운 삶을 살기 어렵다고 간주되어왔다. 그러나 정신병적 증상이 있어도

Received: April 10, 2018 / Revised: May 10, 2018

Accepted: June 24, 2018

Address for correspondence: Chul Kwon Kim, Department of Psychiatry, College of Medicine, Dong-A University, 26 Daesingongwon-ro, Seo-gu, Busan 49201, Korea

Tel: 051-240-5467, Fax: 051-253-3542

E-mail: kimck@dau.ac.kr

만족스러운 삶이 가능하다는 결과¹⁰⁾가 보고되고, 또 조현병을 앓았던 환자들의 자가 진술에 기초하여 정신병적 증상이 있어도 생산적이고 만족스러운 삶을 살 수 있다는 가능성이 제기^{11,12)}되면서 증상의 관해를 치료목표로 잡는 것이 타당한지에 대한 의문이 제기되었다. 그에 따라 조현병과 같은 만성 정신질환을 앓고 있는 환자에서 치료목표를 증상의 관해가 아닌 사회기능 회복으로 삼아야 한다는 회복 개념이 생겨났다.

회복은 병의 증상 외에도 사회기능과 직업기능까지 포함하여 포괄적으로 보기 때문에 증상의 관해 개념보다 더 장기간의 평가 기간이 필요하다.¹⁾ 회복에 대한 조작적 정의는 증상의 관해 외에도 인지기능과 정신사회기능이 포함되어야 한다.¹³⁾ 환자들이 흔히 말하는 회복의 주관적인 정의는 정신질환의 파국적인 결과를 넘어 성장하면서 삶의 새로운 의미와 목적을 세우는 것이다.¹⁴⁾ 이러한 회복 개념은 정신건강의학과에서 점점 더 중요한 개념으로 자리 잡고 있으며¹⁵⁾ 회복에 기초한 치료전략을 세우는 것이 만성 경과를 밟는 조현병 환자에서 더 중요시되고 있다.¹⁶⁾

그런데 조현병과 같은 만성 정신질환자의 회복에 큰 영향을 미치는 요인 중의 하나가 삶에 대한 환자의 주인의식이라는 사실이 보고되면서부터 정신과학에서도 이 개념에 주목하게 되었다. 실제로 주인의식은 환자의 회복에 필요한 특성 중의 하나이며¹⁰⁾ 사회기술, 사회적 지지, 약물치료 등과 함께 회복 과정에서 중요한 역할을 할 가능성이 크다.^{17,18)}

주인의식은 본래 정치적, 사회적 운동 차원에서 시작된 개념으로^{19,20)} 인종차별이나 성차별을 극복하기 위한 목적으로 시작되었다.^{21,22)} 그러다가 그 대상이 신체장애자들²³⁾과 만성 신체질환을 앓는 환자들²⁴⁾로 확대되었고 나아가 조현병과 같은 만성 정신질환을 앓는 환자들로 확장되었다. 조현병과 같은 만성 정신질환을 앓는 환자들은 악화와 호전을 반복하고 사회로부터 배척당하고 무력하기 때문에 주인의식 개념은 환자의 회복 개념에서 중요한 위치를 차지하게 되었다.²⁵⁻²⁷⁾

주인의식은 정치·사회 운동으로 시작된 개념이기 때문에 단일 개념이라기보다는 여러 영역이 혼합된 복합적인 개념이다.²⁸⁾ 따라서 전문가마다 그것에 대한 정의가 다르다. 주인의식에 대해 Rappaport²⁹⁾는 개인이 자신의 능력있음을 느끼고 공공영역에서 기꺼이 행동하려는 욕망이나 의지라고 하였고, Segal 등³⁰⁾은 자신의 삶을 스스로 통제하고 사회조직과 기관에 영향을 끼치는 것이라고 하였으며, Rogers 등³¹⁾은 결정을 내리는 힘, 자기주장, 혼자자 아니라는 느낌, 집단의 일원이라는 느낌, 권리를 갖고 있다는 것을 이해하기, 성장과 변화는 스스로 시작해야 하며 계속 지속된다는 것, 자신에 대한 긍정적인 이미지를 가지고 낙인을 극복하는 것 등으로 정의하였다.

현재까지 정신과학에서 주인의식에 대해서는 일부 연구 결과들만 보고되고 있다. 항우울제를 복용하고 외래에서 치료하는 조현병 환자들은 주인의식을 더 가지고,³²⁾ 환자가 증상과 기능면에서 호전이 클수록 주관적으로 주인의식을 더 느끼며,³³⁾ 주인의식을 가진 환자들은 사회적응을 잘하고 부정적인 환경에서도 긍정적인 태도를 지니며,³⁴⁾ 조현병의 치료결과에 긍정적인 영향을 끼친다³⁵⁾고 한다.

본 연구 목적은 외래로 다니고 있는 조현병 환자에서 어떤 요인들이 주인의식에 영향을 미치는지를 알아보기 위한 것이다. 구체적으로 증상이 안정된 조현병 외래환자들을 대상으로 주인의식에 영향을 미칠 것으로 생각되는 다양한 요인들을 선택한 후에 그것들이 어느 정도 영향을 미치는 지를 조사하기 위한 것이다. 구체적으로 환자의 성별, 나이, 교육수준 등의 사회 인구학적 요인과 발병연령, 입원횟수, 증상, 사회기능, 병식, 가족태도, 사회적 지지, 자존감 등과 같은 임상 요인들을 모두 포함하여 주인의식에 미치는 영향을 알아보고자 한다.

방 법

연구 대상

DSM-IV-TR 진단기준³⁶⁾에 의거하여 조현병으로 진단된 환자들로 동아대학교병원 정신건강의학과에서 통원치료를 받고 있는 환자 116명을 대상으로 하였다. 본 연구는 동아대학교병원 기관윤리심의기구의 승인을 받았으며, 모든 참여자에게 본 연구에 대한 설명을 한 후 연구 참여 동의서를 받았다.

대상 환자들은 모두 외래로 치료를 받고 있는 조현병 환자들로, 연구의 의미를 충분히 이해하고 검사에 협조할 수 있는 환자들로 하였다. 배제 기준은 경련성 질환, 정신지체, 혹은 기질성 뇌질환의 병력이 있거나 의심이 되는 환자, 나이가 20세부터 60세 사이에 속하지 않는 환자, 그리고 알코올이나 물질사용장애 환자 등이다.

본 연구에 참여한 조현병 환자군에서 평균 나이는 37.7세, 남자가 63명(54.3%), 교육년수는 12.4년, 첫 발병연령은 23.3세, 입원횟수는 2.9회였다. 환자군에서 양성 및 음성증상 증후군으로 평가한 증상의 정도는 평균 61.6점으로 경한 상태를 보였다. 본 연구에 참여한 환자군의 인구학적 및 임상적 요인은 표 1과 같다.

평가 척도

주인의식

주인의식이란 자신이 삶의 주인이라는 의식을 가지는 것으

Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of the patients with schizophrenia

	Schizophrenia (N=116)
	Mean (SD)
Age (years)	37.7 (8.4)
Education (years)	12.4 (2.2)
Age of onset (years)	23.3 (6.2)
Number of hospitalization	2.9 (3.4)
Consumer constructed empowerment scale (28-112)	64.9 (7.7)
Positive and Negative Syndrome Scale	
Total (30-210)	61.6 (17.3)
Positive symptoms (7-49)	13.5 (5.4)
Negative symptoms (7-49)	15.9 (5.8)
General symptoms (16-112)	32.3 (9.1)
Social functioning scale	
Total (418-942.5)	715.4 (70.1)
Social engagement/withdrawal (57.5-133)	100.7 (11.5)
Interpersonal communication (55-145)	104.2 (16.8)
Independence-performance (53-131)	103.2 (18.4)
Independence-competence (49-123)	100.8 (17.8)
Recreation (57-145)	100.9 (17.1)
Prosocial (65-143)	101.4 (18.8)
Employment/occupation (81.5-122.5)	104.1 (9.9)
Self-appraisal of illness questionnaire (17-68)	38.8 (6.2)
Family attitude scale (0-120)	53.5 (20.9)
Perceived social support (12-84)	48.6 (14.1)
Rosenberg self-esteem scale (10-40)	25.1 (7.2)
	N (%)
Sex (Male/ Female)	63 (54.3)/ 53 (45.7)

로 본 연구에서는 Rogers 등³¹⁾이 개발한 주인의식 척도(consumer constructed empowerment scale)을 사용하였다. 이 척도는 정신보건서비스를 이용하는 사람들의 주인의식을 알아보기 위해 개발된 것으로 28개 문항으로 구성되어 있다. 채점은 ① 정말 그렇다, ② 그렇다, ③ 아니다, ④ 전혀 아니다의 4점 척도로 점수를 매긴다. 문항 4, 7, 8, 10, 16, 17, 21, 22, 23은 역채점한다. 점수가 낮을수록 주인의식이 높은 것으로 해석한다.

정신병리

정신병리는 한국판 양성 및 음성증후군 척도³⁷⁾를 사용하였다. 이 척도는 총 30개 항목으로 구성되어 있는데, 이 중 7개 항목은 양성증상을, 7개 항목은 음성증상을, 그리고 나머지 16개 항목은 전반적인 정신 병리에 대한 것이다. 평가는 1점에서 7점까지의 기준에 따라 점수화하며, 점수가 높을수록

정신병리 상태가 심한 것으로 판단한다. 본 연구에서는 환자의 담당사가 평가하였다.

사회기능

사회기능은 한국판 사회기능척도³⁸⁾를 사용하였다. 이 척도는 조현병을 앓고 있는 환자가 지역사회에서 생활하는데 필요한 기능들을 세부적으로 평가하기 위한 목적으로 개발된 것이다. 이 척도는 사회참여/철수(social engagement/withdrawal), 대인관계에서의 의사소통(interpersonal communication), 부차적 사회활동(prosocial), 레크리에이션(recreation), 독립성-능력(independence-competence), 독립성-수행(independence-performance), 취업/직업(employment/occupation) 등 7개 영역으로 구성되어 있다. 7개 영역에서 얻어진 각 점수는 비중 면에서 차이가 있기 때문에 평균 100점, 표준편차 15점의 T 변환을 통해 표준점수화 하였다. 따라서 최종적으로 채점할 때는 채점표에 먼저 얻어진 원점수를 기록하고 그 다음에는 채점표의 뒷부분에 첨부되어 있는 변환표를 이용하여 표준점수로 변환한다. 사회기능척도는 환자용과 가족용으로 구성되어 있는데, 환자와 가족 간의 점수가 일치하지 않는 경우에는 주관적인 내용의 문항인 경우는 환자용 평가점수를, 객관적인 내용의 문항인 경우에는 가족용 평가점수를 우선으로 하였다. 점수가 높을수록 사회기능이 좋은 것으로 해석한다.

병 식

병식은 병에 대한 자가 평가 질문지(self-appraisal of illness questionnaire)³⁹⁾를 이용하여 평가하였다. 이 척도는 정신건강의학과 치료를 받고 있는 환자들이 자신의 병에 대해 어떻게 생각하는지 그 태도를 알아보기 위한 척도다. 이 척도는 17개 문항으로 구성되어 있으며 요인분석 결과 치료의 필요성, 걱정, 예후 등의 3가지 요인으로 나누어진다. 각 문항은 ①점에서 ④점으로 채점하여 문항 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 17은 역채점한다. 점수가 낮을수록 병식이 있는 것으로 해석한다.

가족태도

환자에 대한 가족의 태도는 가족태도척도(family attitude scale)⁴⁰⁾를 이용하여 평가하였다. 이 척도는 Camberwell가족면담척도⁴⁸⁾에 기초하여 만들어진 척도다. Camberwell가족면담척도는 환자에 대한 비판, 적개심, 정서적 과잉개입과 같은 가족구성원의 표현되는 감정(expressed emotion)을 측정하기 위해 만들어진 척도로 민감도와 타당도가 뛰어나지

만 면담을 통해 평가하기 때문에 시행하는데 시간과 노력이 많이 든다. 따라서 이런 단점을 보완하여 자가보고 방식으로 가족 내 감정적 분위기를 평가하는 위해 만들어진 척도가 30문항으로 된 가족태도척도이다. 이 척도는 조현병을 앓고 있는 환자의 병이나 가정생활에 대해 가족 구성원이 얼마나 허용적이고 이해를 잘 하는지, 반대로 얼마나 비판적이고 적대적인지를 알아보기 위한 것이다. 각 문항의 평가는 5점 척도로 구성되어 있으며 0은 '전혀 아니다'이고 4는 '항상 그렇다'이다. 이 척도에서 1번, 9번, 12번, 15번, 16번, 20번, 21번, 24번, 28번, 30번 문항은 역채점한다. 점수가 높을수록 환자에 대해 부정적인 태도가 심한 것으로 해석한다.

사회적 지지

가족의 사회적 지지 정도는 다면적 사회지지지각척도(multidimensional scale of perceived social support)⁴¹⁾를 이용하여 평가하였다. 12개 문항으로 구성된 이 척도는 가족 구성원, 친구, 중요한 타인으로부터 사회적 지지를 얼마나 많이 받는지 그 정도를 평가한다. 각 문항은 7점 척도로 구성되어 있는데 ①은 '전혀 그렇지 않다'이고 ⑦은 '정말로 그렇다'로 평가한다. 점수가 높을수록 사회적 지지를 많이 받는 것으로 해석한다.

자존감

자존감은 Rosenberg⁴²⁾가 개발한 척도를 사용하였다. 이 척도는 10개의 문항으로 구성되어 있으며 ① 정말 그렇다 ② 그렇다 ③ 아니다 ④ 전혀 아니다의 4점 척도로 평가한다. 문항 3, 5, 8, 9, 10은 역채점한다. 점수가 낮을수록 자존감이 높은 것으로 해석한다.

자료 분석

모든 통계분석은 IBM SPSS Statistics for Windows, version 24.0 (Armonk, NY : IBM Corp. released 2016)을 사용하였고 유의수준은 $p < 0.05$ (양측검증)로 하였다. 자료 분석은 먼저 변수들에 대한 기술 통계학적 개요를 제시하고 그 다음에 Pearson 이변량 상관계수를 이용하여 설명 변수들과 주인의식 척도 점수간의 상관성을 검증하였다.

설명변수 전체에 대한 모형의 유의성 검정을 실시한 후 다중공선성(multicollinearity)의 검토와 변수선택을 하였다. 구체적으로 환자의 나이, 성별, 학력, 발병연령, 입원횟수, 증상, 사회기능, 병식, 가족태도, 사회적 지지, 자존감 등 11개 요인을 주인의식에 대한 설명변수로 고려하여 분산분석을 실시하였다. 설명변수들 간 다중공선성의 문제를 해결하기 위해

후진제거법(backward elimination)을 이용하여 변수선택을 실시한 후 다중회귀분석을 실시하였다.

결 과

주인의식 척도 점수와 설명변수와의 상관관계

주인의식 점수와 유의한 상관관계를 보인 설명변수로는 나이($r = -0.22$, $p < 0.05$), 발병연령($r = -0.28$, $p < 0.01$), 일반증상($r = 0.19$, $p < 0.05$), 사회기능 총점($r = -0.45$, $p < 0.001$), 병식($r = -0.35$, $p < 0.001$), 가족태도($r = 0.61$, $p < 0.001$), 사회적 지지($r = -0.56$, $p < 0.001$), 자존감($r = 0.71$, $p < 0.001$)등이다(표 2).

주인의식에 대한 다중회귀분석

후진제거법을 이용하여 변수선택을 실시한 후 다중회귀분석을 시행한 결과 발병연령, 사회기능, 자존감, 가족태도의 4개 요인이 환자가 지각하는 주인의식을 유의하게 설명하는 것으

Table 2. Correlations between patients' characteristics and scores of the empowerment scale (N=116)

Variable	Correlation with empowerment scale score
Socioeconomic status	
Age	-0.22*
Gender	0.03
Years of education	0.15
Clinical characteristics	
Age of onset	-0.28†
Number of hospitalization	0.02
Positive and negative syndrome scale	
Total	0.17
Positive symptoms	0.08
Negative symptoms	0.14
General symptoms	0.19*
Social Functioning Scale	
Total	-0.45‡
Social engagement/withdrawal	-0.32‡
Interpersonal communication	-0.33‡
Independence-performance	-0.20*
Independence-competence	-0.42‡
Recreation	-0.25†
Prosocial	-0.28†
Employment/occupation	-0.19*
Self-appraisal of illness questionnaire	-0.35‡
Family attitude scale	0.61‡
Perceived social support	-0.56‡
Rosenberg self-esteem scale	0.71‡

* : $p < 0.05$, † : $p < 0.01$, ‡ : $p < 0.001$

Table 3. Multiple regression of the empowerment of patients with stable schizophrenia (backward elimination)

Model	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients	t value	p
	B	Standard error	β		
(constant)	71.86	8.24		8.72	<0.001
Age of onset	-0.22	0.09	-0.18	-2.61	<0.05
Social functioning	-0.03	0.01	-0.23	-2.90	<0.01
Self-esteem	0.12	0.04	0.32	2.96	<0.01
Family attitude	0.39	0.13	0.35	2.93	<0.01

R=0.81, R²=0.65, Corrected R²=0.63

로 나타났다. 선택된 4개의 설명변수에 의한 결정계수는 0.65였다(표 3).

고 찰

조현병 외래환자들을 대상으로 그들이 경험하는 주인의식에 영향을 미칠 것으로 생각되는 변수들 중에서 후진제거법을 이용하여 변수선택을 실시한 후 다중회귀분석을 시행한 결과 발병연령, 사회기능, 가족태도, 자존감의 4개 변수가 환자가 지각하는 주인의식의 65%를 설명하였다. 구체적으로 조현병 외래환자에서 발병연령이 늦을수록, 사회기능이 좋을수록, 자존감이 높을수록, 가족태도가 긍정적일수록 주인의식을 더 많이 지각하는 것으로 나타났다. 반면 환자의 나이, 성별, 학력, 입원횟수, 증상, 병식 등은 주인의식을 설명하는 주요 변수는 아닌 것으로 나타났다.

발병연령이 늦을수록 주인의식이 높았는데 이것은 조현병을 앓고 있는 환자에서 발병 연령이 어릴수록 예후가 나빠다는 사실⁴³⁾과 연관지어 생각할 수 있다. 조현병을 앓고 있는 환자에서 발병 연령이 어릴수록 문제행동을 더 많이 보이고, 사회적으로 고립되며, 사회기술을 습득하는 기회가 줄어들기 때문에 환자를 돌보는 가족들의 부담은 그만큼 증가한다.⁴⁴⁾ 주인의식은 내면적으로 스스로 자신의 삶을 통제할 수 있다는 생각으로 사회생활과 대인관계에서 발생한다. 따라서 사회적으로 고립되고 사회기술 습득이 적을수록 주인의식이 덜 개발된다고 생각할 수 있다.

본 연구에서 사회기능이 좋을수록 주인의식은 높았다. 사회기능 척도를 구성하는 7개 소척도 중에서 독립성-수행(independence-competence) 소척도 점수가 주인의식 점수와 상관계수가 가장 높았는데($r=-0.42$) 이것은 주인의식이란 개인의 수행능력(competence)이라는 정의²⁹⁾와 일치한다. Grandón 등⁴⁵⁾은 본 연구에서와 동일한 사회기능척도를 사용하여 사회기능이 가족부담에 미치는 영향을 조사한 결과 사회기능척도 중 독립성-수행 소척도가 가족부담의 예측변수라고 하였다. 이것은 사회기능 중에서 환자가 독립적으로

활동하고 자신의 일을 잘 수행하는 것이 가족 부담을 가장 줄이는 것이라고 해석할 수 있다. 환자가 이런 능력을 가지고 있으면 가족과의 갈등은 줄어들고 그만큼 가족 구성원으로부터 지지를 받을 가능성이 높다. 본 연구결과는 주인의식의 주요 예측인자가 독립생활 기술이라는 선행 연구결과⁴⁶⁾와 일치한다. Drapalski 등⁴⁷⁾은 본 연구에서 사용한 것과 같은 척도로 평가한 사회기능 점수가 조현병 환자가 주관적으로 느끼는 회복감과 상관계수가 비교적 높다($r=0.36$)고 하였는데, 이것은 조현병에서 환자가 주인의식을 느끼는 것과 자신이 회복되었다고 지각하는 것 사이에는 공통점과 연관성이 많음을 시사한다.

환자에 대한 가족태도가 긍정적일수록 환자가 느끼는 주인의식은 높았다. 본 연구에서 표 3에 제시된 4개 편회귀계수 중에서 가족태도는 베타(β)값이 0.35로 가장 높았다. 베타 값은 목적변수인 주인의식을 설명하는데 있어 공헌도를 나타내는 값으로, 본 연구에서 가족태도는 선택된 4개 변수 중에서 주인의식을 예측하는데 가장 중요한 변수로 나타났다. 환자에게 가족은 가장 가까운 사람이며 가족의 지지는 사회적 지지의 가장 기본적인 요소이다. 실제로 환자가 사회생활에서 부딪치는 어려움을 극복하도록 긍정적인 지지와 힘을 실어주는 역할은 국내 의료 환경에서는 가족이 가장 많이 제공할 수 있다. 따라서 주인의식의 주요 예측인자가 사회적 지지⁴⁶⁾이며 조현병과 같은 심한 정신질환을 앓고 있는 환자에서 부정적 혹은 긍정적 사회적 지지는 삶의 질과 직결된다는 연구결과⁴⁹⁾를 고려해 볼 때, 지역사회지지 체계가 미약한 국내에서는 환자에 대한 가족의 태도가 사회적 지지를 대신할 수 있음을 시사한다. 본 연구에서는 다면적 사회지지 지각척도를 이용하여 사회적 지지도 평가하였는데 이 척도는 가족 구성원으로부터 받는 지지 4문항, 친구 4문항, 중요한 타인 4문항 등 총 12개 문항으로 구성되어 있다. 그리고 주인의식-가족태도 간의 상관계수가 $r=0.61$ ($p<0.001$), 주인의식-사회적 지지는 $r=-0.56$ ($p<0.001$), 가족태도-사회적 지지는 $r=0.65$ ($p<0.001$)였다. 본 연구에서 사회적 지지가 아닌 가족태도가 주인의식을 설명하는 유의한 변수로 선택된 이유는 가족태

도와 사회적 지지라는 두 변수가 서로 독립적이지 않은 다중 공선성을 보였기 때문에 해석된다. 환자가 문제행동을 보이면 가족은 부정적인 감정표현을 많이 하게 되고 이런 가족의 태도는 다시 환자에게 부정적으로 작용하여 환자를 위축시키거나 더 과잉행동을 하게 되는 악순환을 일으킨다.⁵⁰⁾ 그런 과정을 통해 환자에 대한 가족의 부정적인 감정표현은 환자 스스로 자신에 대한 통제감에 회의를 느끼게 만들어 주인의식을 감소시킨다고 생각할 수 있다.

본 연구에서 주인의식 척도 점수와 자존감 척도 점수간의 상관관계는 $r=0.71$ ($p<0.001$)로 가장 높았는데 그것은 두 척도 문항의 내용 간에 공통점이 많음을 시사한다. 실제로 본 연구에서 사용한 28개 문항의 주인의식 평가 척도와 10개 문항의 자존감 평가척도를 비교해보면, 자존감 평가 척도 문항의 대부분이 주인의식 평가척도 문항에 포함되어 있음을 알 수 있다. 자존감 척도 문항들은 자신에 대해 훌륭한, 쓸모있는, 좋은 점이 있는, 능력 있는, 자랑할 만한, 긍정적인, 만족하는, 존중하는 등으로 구성되어 있는데, 이러한 특성은 모두 주인의식을 구성하는 핵심 요인 중 하나인 자신에 대한 긍정성을 의미한다.

조현병 환자에서 자존감은 스스로 지각하는 낙인과 밀접한 관계가 있다. 낙인은 부정적인 사건의 양보라는 자기 개념에 의해 더 많은 영향을 받고,⁵¹⁾ 어떤 사건을 통해 자신에게 부정적인 고정관념을 만들어 자신을 평가절하하면 그만큼 사회적 낙인을 더 많이 경험하게 된다.⁵²⁾ 따라서 자존감이 낮은 사람일수록 사회적 낙인을 더 많이 경험한다.⁵³⁾ 일반인에 비하여 조현병 환자에서 자존감이 낮은 이유는 사회적 낙인과 가족 내의 부정적 상호작용 때문이며 이런 낮은 자존감은 훈련을 통해 향상시킬 수 있다고 한다.⁵⁴⁾ 이 훈련의 핵심 내용은 스스로 자신을 표현하고 자신의 일에 책임을 지는 것, 즉 주인의식을 기르는 것이다.⁵⁴⁾ 그래서 조현병 환자에서 주인의식을 훈련시키면 낙인과 음성증상에 저항할 힘이 생긴다고 한다.⁵⁵⁾

초발나이, 사회기능, 자존감, 가족태도의 4개의 독립 변수가 주인의식 설명력에 각각 얼마나 기여하는지를 알아보기 위하여 회귀분석에서 주인의식을 종속변수로 설정한 후에 4개 독립 변수 중 한 변수를 빼고 동일한 회귀분석을 하여 R^2 변화량을 보았다. 그 결과 가족태도를 뺐을 경우 R^2 변화량은 0.048, 즉 4.8% 감소하였고, 사회기능을 뺐을 때는 0.032, 자존감을 뺐을 때는 0.029, 발병나이를 뺐을 때는 0.023였다. 따라서 본 연구에서는 가족태도가 조현병 환자의 주인의식에 대한 설명력이 가장 높았다.

본 연구에서 증상은 주인의식을 설명하는 주요 변수는 아

닌 것으로 나타났는데, 이것은 연구 대상이 된 조현병 환자의 증상이 경미하기 때문에(PANSS 총점이 61.6점) 증상의 영향이 미미했기 때문으로 해석할 수 있다.

끝으로 본 연구의 한계는 대학병원 외래로 다니고 있는 조현병 환자들 중에서 증상의 상태가 경미한 환자들을 대상으로 하였기 때문에 증상의 심한 정도가 주인의식에 미치는 영향을 측정하지 못한 점이다. 또 발병나이, 사회기능, 자존감, 가족태도의 4개 변수가 주인의식의 65%만 설명한 점이다. 만성 정신질환을 앓고 있는 환자에서 삶에 대한 희망⁵⁶⁾과 신체 건강상태⁵⁷⁾ 등은 주인의식과 회복 개념에 많은 영향을 끼친다고 보고되기 때문에 이러한 변수들을 포함시켜 조사하는 후속연구가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구의 의미는 조현병 환자의 회복에 있어 중요한 구성요소인 주인의식에 영향을 미칠 수 있는 여러 설명변수들을 찾아보았다는 점이다. 그리고 조현병 치료에서 회복 개념의 중요성이 증가하기 때문에 환자를 치료할 때 주인의식도 치료 결과의 한 가지 주요 지표로 설정하는 것이 필요하다.

결론

본 연구는 조현병 환자의 주인의식에 영향을 미칠 수 있는 여러 변수들을 선택하여 다중회귀분석을 통해 그 설명변수를 찾아내기 위한 것이다. 정신건강의학과에서 통원치료를 받고 있는 조현병 환자 116명을 대상으로 면담 혹은 자가보고 방식으로 주인의식, 증상, 사회기능, 병식, 가족태도, 사회적 지지, 자존감 등을 평가하였다. 자료 분석은 환자의 나이, 성별, 학력, 발병연령, 입원횟수, 증상, 사회기능, 병식, 가족태도, 사회적 지지, 자존감 등 11개 요인을 주인의식에 대한 설명변수로 고려하여 다중회귀분석을 실시하였다. 그 결과 발병연령, 사회기능, 자존감, 가족태도 등의 4개 변수가 조현병 환자가 경험하는 주인의식의 주요 설명변수로 나타났다. 그러나 4개 변수가 전체 주인의식의 65%만 설명하기 때문에 주인의식에 영향을 미칠 수 있는 더 많은 변수들을 포함시켜 더 많은 수의 환자를 대상으로 하는 후속연구가 필요할 것으로 생각된다.

중심 단어: 조현병 · 주인의식 · 사회기능 · 자존감 · 가족태도.

REFERENCES

- 1) Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005;162:441-449.
- 2) Hawk AB, Carpenter WT Jr, Strauss JS. Diagnostic criteria and five-year outcome in schizophrenia. A report from the international

- al pilot study of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:343-347.
- 3) Carpenter WT, Bartko JJ, Strauss JS, Hawk AB. Signs and symptoms as predictors of outcome: A report from the international pilot study of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1978;135:940-944.
- 4) Tsuang MT, Woolson RF, Fleming JA. Long-term outcome of major psychoses. I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1295-1301.
- 5) Harrison G, Croudace T, Mason P, Glazebrook C, Medley I. Predicting the long-term outcome of schizophrenia. *Psychol Med* 1996;26:697-705.
- 6) Siegel SJ, Irani F, Brensinger CM, Kohler CG, Bilker WB, Ragland JD, *et al.* Prognostic variables at intake and long-term level of function in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163:433-441.
- 7) Torgalsboen AK, Rund BR. "Full recovery" from schizophrenia in the long term: A ten-year follow-up of eight former schizophrenic patients. *Psychiatry* 1998;61:20-34.
- 8) Launonen E, Miettinen J, Veijola J, Karhu M, Jones PB, Isohanni M. Outcome and its predictors in schizophrenia within the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Eur Psychiatry* 2007;22:129-136.
- 9) Bachmann S, Bottmer C, Schroder J. One-year outcome and its prediction in first-episode schizophrenia-a naturalistic study. *Psychopathology* 2008;41:115-123.
- 10) Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull* 2006;32:432-442.
- 11) Mead S, Copeland ME. What recovery means to us: consumers' perspectives. *Community Ment Health J* 2000;36:315-328.
- 12) Deegan PE. Recovery as a self-directed process of healing and transformation. *Occup Ther Ment Health* 2002;17:5-21.
- 13) Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2002;14:256-272.
- 14) Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabil J* 1993;16:11-23.
- 15) Schrank B, Slade M. Recovery in psychiatry. *Psychiatr Bull* 2007;31:321-325.
- 16) Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008;17:128-137.
- 17) Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:586-594.
- 18) Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-452.
- 19) Braithwaite R, Bianchi C, Taylors S. Ethnographic approach to community organization and health empowerment. *Health Educ Q* 1994;21:407-416.
- 20) Beeker C, Guenther-grey C, Raj A. Community empowerment paradigm drift and the primary prevention of HIV/AIDS. *Soc Sc Med* 1998;46:831-842.
- 21) Gutierrez L. Working with women of color: An empowerment perspective. *Soc Work* 1990;35:149-153.
- 22) Kubiak SP, Siefert K, Boyd CJ. Empowerment and public policy: An exploration of the implications of Section 115 of the personal responsibility and work opportunity Act. *Am J Community Psychol* 2004;32:127-143.
- 23) Fawcett S, White G, Balcazar F, Suarez-Ballcazar Y. A contextual-behavioral model of empowerment: Case studies involving people with physical disabilities. *Am J Psychol* 1994;22:471-495.
- 24) Andrews GJ. Private complementary medicine and older people: Service use and user empowerment. *Ageing Soc* 2002;22:343-368.
- 25) Young AS, Forquer SL, Tran A, Atarzynski M, Shatkin J. Identifying clinical competencies that support rehabilitation and empowerment in individuals with severe mental illness. *J Behav Health Serv Res* 2000;27:321-333.
- 26) Stromwall LK, Hurdle D. Psychiatric rehabilitation: An empowerment-based approach to mental health services. *Health Soc Work* 2003;28:206-213.
- 27) Flemming Cottrell RP, Langzett M. Identifying dimensions of empowerment in consumers of psychiatric services. *Occup Ther Ment Health* 2005;21:13-38.
- 28) Schulz AJ. Empowerment as multi-level construct: Perceived control at the individual, organizational and community levels. *Health Educ Res* 1995;10:309-327.
- 29) Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol* 1987;15:121-148.
- 30) Segal SP, Silverman C, Temkin T. Measuring empowerment in client-run self-help agencies. *Community Ment Health J* 1995;31:215-227.
- 31) Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv* 1997;48:1042-1047.
- 32) Kilian R, Lindenbach I, Lobig U, Uhle M, Petscheleit A, Angermeyer MC. Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: A qualitative and quantitative analysis. *Soc Sci Med* 2003;57:1127-1142.
- 33) Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: A concept in search of research. *Psychiatr Serv* 2005;56:735-742.
- 34) Yamada S, Suzuki K. Application of empowerment scale to patients with schizophrenia: Japanese experience. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007;61:594-601.
- 35) McCabe R, Saidi M, Priebe S. Patient-reported outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry Supplement* 2007;50:s21-s28.
- 36) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR.* 4th ed. Washington DC, American Psychiatric Association;2000.
- 37) Yi JS, Ahn YM, Shin HK, An SK, Joo YH, Kim SH, *et al.* Reliability and validity of the Korean version of the positive and negative syndrome scale. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:1090-1105.
- 38) Kim CK, Lee JA. Development of the Korean version of the social functioning scale in the schizophrenics: A study on the reliability and validity. *Korean J Biol Psychiatry* 2009;16:76-111.
- 39) Marks KA, Fastenau PS, Lysaker PH, Bond GR. Self-appraisal of illness questionnaire (SAIQ): Relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;45:203-211.
- 40) Kavanagh DJ, O'Halloran P, Manicavasagar V, Clark D, Piatkowska O, Tennant C, *et al.* The family attitude scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Res* 1997;70:185-195.
- 41) Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. The multidimensional scale of perceived social support: A confirmation study. *J Clin Psychol* 1991;47:756-761.
- 42) Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image.* Princeton, New Jersey: Princeton University Press;1965. p.125-136.
- 43) Clemmensen L, Vernal DL, Steinhausen HC. A systematic review of the long-term outcome of early onset schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2012;12:150.
- 44) Gibbons J, Horn S, Powell J, Gibbons J. Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH Unit. *Br J Psychiatry* 1984;144:70-77.
- 45) Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Res* 2008;158:335-343.
- 46) Jana AK, Ram D, Praharaj SK. Empowerment and its associations

- in schizophrenia: a cross-sectional study. *Community Ment Health J* 2014;50:697-701.
- 47) Drapalski AL, Medoff D, Dixon L, Bellack A. The reliability and validity of the Maryland assessment of recovery in serious mental illness scale. *Psychiatry Res* 2016;239:259-264.
 - 48) Vaughn C, Leff JP. The measurement of expressed emotion in families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol* 1976;15:157-165.
 - 49) Yanos PT, Rosenfield S, Horwitz AV. Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Ment Health J* 2001;37:405-419.
 - 50) King S, Ricard N, Rochon V, Steiger H and Nelis S. Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia patients. *Psychiatry Res* 2003;117:211-222.
 - 51) Markowitz FE. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behav* 1998;34:335-347.
 - 52) Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract* 1998;5:202-222.
 - 53) Staring AB, Van der Gaag M, Van den Berge M, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2009;115:363-369.
 - 54) Borrás L, Boucherie M, Mohr S, Lecomte T, Perroud N, Huguelet P. Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *Eur Psychiatry* 2009;24:307-316.
 - 55) Campellone TR, Caponigro JM, Kring AM. The power to resist: the relationship between power, stigma, and negative symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2014;215:280-285.
 - 56) Whitley R, Drake RE. Recovery: a dimensional approach. *Psychiatr Serv* 2010;61:1248-1250.
 - 57) Roe D, Mashiach-Eizenberg M, Lysaker PH. The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophr Res* 2011;131:133-138.