

조현병 외래환자에서 낙인을 많이 느끼는 군과 적게 느끼는 군에서의 임상 요인 비교

동아대학교 의과대학 정신건강의학교실

한 정 현 · 김 철 권

Comparisons of the Clinical Variables between High and Low Self-Stigma Group in the Outpatients with Schizophrenia

Jung Hyun Han, MD and Chul Kwon Kim, MD, PhD

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

Objectives : The purpose of this research was to investigate the differences of clinical variables between high and low self-stigma group in the outpatients with schizophrenia.

Methods : 209 schizophrenic outpatients were assigned to high self stigma group (n=76) and low self stigma group (n=133) based on the scores of perceived stigma, and compared age, sex, education, age of onset, duration of illness, number of hospitalization, symptom, social functioning, insight, self-esteem, empowerment between two groups.

Results : 1) The high self-stigma group had significantly lower age of onset, higher duration of illness and number of hospitalizations compared to the low self-stigma group. 2) In the PANSS, the high self-stigma group showed significantly higher score in the total score and general symptoms compared to the low self-stigma group. No significant difference was found in the positive symptoms and negative symptoms between two groups. 3) The high self-stigma group had significantly lower empowerment and self-esteem compared to the low self-stigma group. 4) The high self-stigma group had significantly higher insight compared to the low self-stigma group.

Conclusion : Self-stigma in patients with schizophrenia directly reduces self-esteem and empowerment, and may cause depression and a lower quality of life. Therefore, identifying self-stigma and its degree is one of the important factors for good outcome. (Korean J Schizophr Res 2018;21:28-36)

Key Words : Self-stigma · Internalized stigma · Schizophrenia · Social functioning · Insight · Self-esteem · Empowerment.

서 론

정신질환자에 대한 낙인과 차별은 전 세계 모든 사회에서 존재한다.¹⁾ 정신질환을 앓고 있는 환자에 대한 낙인은 크게 사회적(social), 구조적(structural), 내재화(internalized) 낙인으로 나눌 수 있다.²⁾ 사회적 낙인은 대중 낙인(public stigma)으로도 불리어지는데, 이것은 큰 사회집단이 낙인찍힌 소집단에 대해 고정관념을 가지고 부정적인 행동을 하는 현상을

말한다. 구조적 낙인은 제도적 낙인으로도 불리어지는데 이것은 민간기관이나 공공기관에서 규칙, 정책, 절차 등을 통해 정신질환자의 권리와 기회를 제한하는 것을 말한다. 내재화 낙인(internalized stigma)은 자기낙인(self-stigma) 혹은 느껴지는 낙인(felt stigma)으로도 불리어지는데, 이것은 환자가 정신질환에 대한 사회의 고정관념에 동의하고, 그 고정관념이 자신에게도 해당된다는 사실을 인정함으로써 자신이 가진 사회구성원이라는 것을 믿는 과정을 말한다.²⁾

정신질환에 대한 낙인은 정신과 환자와 가족들이 자주 경험하는 심각한 문제로 특히 조현병을 앓고 있는 환자에서 가장 흔히 나타난다.³⁾ 조현병을 앓고 있는 환자는 친구와 이웃으로부터 소외당하고 일할 기회를 제한당하며 거부감과 고립감을 경험한다.⁴⁾ 이로 인해 환자는 어려운 일이 있어도 도움

Received: December 23, 2017 / Revised: March 8, 2018

Accepted: March 13, 2018

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

Tel: 051-240-5467, Fax: 051-253-3452

E-mail: kimck@dau.ac.kr

받지 않으려 하며 우울과 분노감이 증가한다.⁵⁾ 환자는 자신에 대한 편견과 차별을 자신과 동일시하여 자존감과 자기 효능성이 떨어진다.⁶⁾ 환자는 사회의 여러 영역에서 차별받고 이것은 사회생활 위축과 단절을 초래한다.⁷⁾ 조현병을 앓고 있는 환자 뿐 아니라 가족도 병에 대한 편견과 낙인으로 자존감이 상실되고 직장 생활과 대인관계에서 많은 어려움을 겪는다.⁸⁾

조현병 환자에 대해 일반 대중이 가지는 낙인, 즉 사회적 낙인에 대한 연구는 가장 역사가 깊으며 그 결과는 국내외에 많이 보고되었다. 구체적으로 농촌 주민,⁹⁾ 도시 주민,¹⁰⁾ 지역 사회 지도자,¹¹⁾ 가족,¹²⁾ 의대생과 간호학생,¹³⁾ 전문가¹⁴⁾들을 대상으로 다양한 조사가 시행되었으며, 대상에 관계없이 모두 조현병 환자에 대해 부정적 인식과 태도를 보인다고 한다. 반면 구조적 낙인이나 내재화 낙인에 대한 연구는 1990년대 들어와 조현병 환자의 회복 개념이 중시되면서 본격화되기 시작했다. 이중 내재화 낙인이 조현병 환자에서 주인의식(empowerment), 자존감(self-esteem), 자기 효능성(self-efficacy)과 직접적인 연관성이 있다는 사실이 보고됨으로써 많은 연구가 진행되고 있다.

내재화 낙인 또는 자기낙인을 형성하는 과정은 다음과 같다. 자신에 대한 낙인을 내면에 형성하기 위해서는 먼저 대부분의 사람들이 정신질환자에 대해 가지고 있는 고정관념(stereotypes)을 알아차린 후에 그것을 인정하고 동의해야 한다. 고정관념이란 사회 구성원이면 누구나 학습된 정형화된 지식을 말한다.¹⁵⁾ 정신질환자에 대한 흔한 고정관념은 위험하고 무능력하고 쓸모없는 인간이라는 것이다. 그 다음에는 고정관념을 자신에게 적용하여 자신도 그런 인간에 해당된다고 동의할 때 자기낙인이 생긴다. 자기낙인이 형성되면 사람들의 거부감이 두려워 사회생활을 피하게 되고 그것은 고립과 실직으로 이어진다. 자기낙인이 심할수록 환자는 자신을 평가절하하고, 수치심을 가지며, 대인관계를 피하고, 위축된 사회생활을 하게 된다.¹⁶⁾

그러나 모든 정신질환자가 자기낙인을 형성하는 것은 아니다. 낙인집단에 속한 개인이 사회적 불이익을 받을 때 어떤 사람은 그것이 타당하다고 생각하는 반면 어떤 사람은 그것이 부당하다고 생각한다.^{17,18)} 사람마다 받아들이는 것이 다른 이유는 공정성 이론 개념으로 설명할 수 있다.¹⁹⁾ 예를 들면 정신질환자는 무능하기 때문에 일을 잘 할 수 없을 것이라는 일반 사람들의 고정관념이 타당하다고 지각하면 자신이 취직을 못하는 것이 공정하다고 생각하기 때문에 부정적인 결과도 당연하게 받아들인다. 공정성 이론을 자신에게 적용하면, 정신질환에 대한 부정적인 반응을 당연한 것으로 보는 사람은 그만큼 낙인을 덜 자각하게 되고 그러면 정신질환에 대한 부

정적인 고정관념에 그만큼 더 동의하게 된다. 정신질환을 앓고 있는 사람이 고정관념에 동의하고, 그것을 자신에게 적용시키면 자기낙인이 형성된다. 그러나 고정관념에 동의하지 않고 그것을 자신에게 적용시키지 않으면 오히려 주인의식을 가지고 병과 싸워 나가게 된다.

자기낙인에 대해서는 많은 연구결과가 보고되고 있다. 가장 체계적이고 광범위한 연구는 2010년에 Livingston과 Boyd가 시행한 메타분석²⁰⁾으로 자기낙인과 여러 요인과의 상관성을 전반적으로 보여주고 있다. 조현병 환자를 대상으로 한 낙인 연구에서 가장 일관성 있게 보고되는 결과는 자존감과 주인의식의 감소로, 자존감이 낮을수록²¹⁻²⁵⁾ 주인의식이 낮을수록^{21,22,26)} 자기낙인은 심해진다. 그리고 자존감을 상실할수록 병으로부터 회복되는데 많은 어려움을 겪게 된다.²⁷⁻³³⁾

조현병 환자에서 자기낙인에 대한 선행연구들은 모두 상관계수를 이용하여 낙인과 여러 요인과의 상관관계를 조사한 것이다.²⁰⁾ 상관관계를 알아보는 연구는 전반적인 양상을 알아보는 면에서는 도움 되지만 연구마다 상관계수 수치가 다양하기 때문에 그 결과에 대한 해석이 쉽지 않다. 이런 이유로 본 연구에서는 조현병 외래환자에서 낙인을 많이 느끼는 군(고 낙인군)과 적게 느끼는 군(저 낙인군)으로 나누어 두 군을 비교하고자 한다. 본 연구 목적은 조현병을 앓고 있는 외래환자들을 대상으로 고 낙인군과 저 낙인군으로 나누어 두 군간에 임상적으로 어떤 차이가 있는지를 알아보는 것이다. 비교 요인은 인구학적 요인(나이, 성별, 학력)과 임상요인(발병나이, 유병기간, 입원 횟수, 증상, 사회기능, 병식, 자존감, 주인의식)이다. 또 고 낙인군과 저 낙인군은 낙인 경험 면에서 어떤 차이가 있는지도 알아보고자 한다.

방 법

연구 대상

DSM-IV 진단 기준³⁴⁾에 의거하여 조현병으로 진단된 환자들이 동아대학교병원 정신건강의학과에서 외래 치료를 받고 있는 209명을 대상으로 하였다. 본 연구는 동아대학교병원 기관윤리심의기구의 승인을 얻은 후 진행되었으며, 모든 참여자에게 본 연구에 대해 설명하고 연구 참여 동의서를 받았다. 대상 환자는 모두 외래로 통원치료를 다니고 있는 증상이 안정된 조현병 환자들이다. 선정기준은 의무기록지를 통해 평가 전 최소 12주 동안 증상이 악화되었다는 기록이 없고, 평가 전 최소 12주 동안 복용하고 있는 정신건강의학과 약물의 용량에 변화가 없으며, 평가 절차에 협조할 수 있는 환자로 하였다. 배제기준은 경련성 질환, 기질성 뇌병변의 병력이 있거

나 의심되는 환자, 정신지체, 20세 미만과 60세 이상의 연령대에 속하는 환자, 알코올이나 약물 의존 환자는 제외되었다. 참여 환자의 사회 특성과 임상 특성으로는 나이, 성별, 학력, 발병나이, 유병기간, 입원 횟수 등을 조사하였다. 대상 환자의 사회 인구학적 요인과 임상요인은 표 1에 제시되어 있다.

평가 척도

자기낙인

조현병 환자가 스스로 경험하는 낙인과 차별을 평가하기 위해 Wahl이 개발한 자가보고 형식의 한국판 낙인경험 척도³⁵⁾를 사용하였다. 원 척도는 낙인 경험에 대한 9개의 문항과 차별에 대한 12개의 문항 등 총 21개 문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 한국판 낙인경험 척도에서 낙인경험에 대한 9개의 문항만 선택하여 사용하였다. 이중 낙인 문항 8(사람들은 내가 정신과 환자라는 사실을 알아도 나를 공평하게 대우해 준다)과 낙인 문항 9(내가 정신과 환자라는 사실을 알게 된 친구들은 나를 도와주고 이해해준다)는 역으로 계산한다.

모든 문항의 점수는 ① 전혀 아니다, ② 거의 아니다, ③ 약간 그렇다, ④ 자주 그렇다, ⑤ 아주 자주 그렇다로 평가하였고 점수가 높을수록 낙인이 심한 것으로 해석한다.

정신병리

정신병리는 한국판 양성 및 음성증상 증후군 척도(positive and negative syndrome scale : PANSS)³⁶⁾로 평가하였다. 이 척도는 총 30개의 항목으로 구성되어 있으며, 양성 증상군 척도 7개, 음성 증상군 척도 7개, 일반 정신병리 척도 16개로 이루어져 있다. 평가는 1점(없음)에서 7점(최고도의 정신병적 상태)까지 점수화한다. 점수가 높을수록 정신병리 상태가 심한 것으로 해석한다. 정신병리의 측정은 담당의사가 시행하였다.

사회기능

사회기능은 조현병을 앓고 있는 환자가 지역사회에서 생활하는데 필요한 기능을 세부적으로 평가하기 위한 목적으로 개발된 한국판 사회기능척도(social functioning scale)³⁷⁾를 사용하였다. 이 척도는 사회참여/철수(social engagement/withdrawal), 대인관계에서의 의사소통(interpersonal communication) 부차적 사회활동(prosocial), 레크레이션(recreation), 독립성-능력(independence-competence), 독립성-수행(independence-performance), 취업/직업(employment/occupation)등 7개 영역으로 구성된다. 7개의 영역에서 얻어진 각 점수는 비중 면에서 차이가 있어 평균 100점, 표준편

차 15점의 T전환을 통해 표준 점수화한다. 따라서 최종적으로 채점을 할 때에는 채점표에서 얻어진 원점수를 기록하고 그 다음에는 채점표의 뒷부분에 첨부되어 있는 전환표를 이용하여 표준점수로 환산한다. 사회기능척도는 환자용, 가족용, 채점용의 3가지로 구성되어 있으며, 본 연구에서는 사회기능 척도는 환자와 가족들이 자가보고 하도록 하였다. 점수가 높을수록 사회기능이 좋은 것으로 해석한다.

병 식

병식 평가는 병에 대한 자기평가 질문지(self-appraisal of illness questionnaire)³⁸⁾를 이용하였다. 질문지는 17개 문항으로 구성되어 있고 ① 정말 그렇다, ② 그렇다, ③ 아니다, ④ 전혀 아니다의 4점 척도로 평가하며 문항 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 17은 역으로 계산한다. 점수가 높을수록 병식이 낮은 것으로 해석한다.

주인의식

주인의식이란 말 그대로 스스로 삶의 주인이라는 의식으로 환자가 치료의 객체가 아니고 치료 과정의 주체라는 의식을 가지는데 대한 평가로 환자가 얼마나 질환을 회복하고자 하는지를 보여 준다. 본 연구에서는 Rogers 등³⁹⁾이 개발한 주인의식 척도(consumer constructed empowerment scale)를 사용하였다 이 척도는 28개 문항으로 구성되어 있으며 ① 정말 그렇다, ② 그렇다, ③ 아니다, ④ 전혀 아니다의 4점 척도로 평가하며 문항 4, 7, 8, 10, 16, 17, 21, 22, 23은 역으로 계산한다. 점수가 높을수록 주인의식이 낮은 것으로 해석한다.

자존감

자존감은 Rogenberg⁴⁰⁾가 개발한 자존감 척도(self-esteem scale)을 사용하여 측정하였다. 이 도구는 5개 긍정문항과 5개 부정문항의 총 10문항으로 구성된 자기보고 척도로 자신에 대해 어떤 태도를 가지고 있는지를 평가한다. ① 정말 그렇다, ② 그렇다, ③ 아니다, ④ 전혀 아니다의 4점 척도로 평가하며 문항 3, 5, 8, 9, 10은 역으로 계산한다. 점수가 높을수록 자존감이 낮은 것으로 해석한다.

자료 분석

본 연구의 모든 통계분석은 SPSS를 이용하여 분석하였다. 두 환자군에서의 변수 비교는 독립표본 t-검정(independent t-test)을 이용하였다. 성별은 카이제곱검정(Chi-square test)을 이용하였다. 통계학적 유의수준은 0.05로 설정하였다. 낙인을 많이 느끼는 군과 적게 느끼는 군의 분류는 한국판 낙

인경험 척도 문항에서 수신자조작곡선을 통해 각각의 낙인 경험에 대한 ROC 곡선을 분석하였다(그림 1). 이 분석을 통해 낙인을 많이 느끼는 군과 적게 느끼는 군을 분류할 수 있는 값 3.5를 도출하였다. 기준값 3.5를 기준으로 점수가 높은 군을 고 낙인군으로, 점수가 낮은 군을 저 낙인군으로 설정하였다.

결 과

고 낙인군과 저 낙인군에서 인구학적 임상 요인 비교(표 1)

고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 발병나이($t=-2.98$, $p=0.003$)가 유의하게 낮았고, 유병기간($t=3.52$, $p=0.001$)과 입원 횟수($t=2.83$, $p=0.005$)는 유의하게 높았다.

고 낙인군과 저 낙인군에서 정신병리, 사회기능, 주인의식, 자존감, 병식 비교(표 1)

1) PANSS에서 고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 총 점수

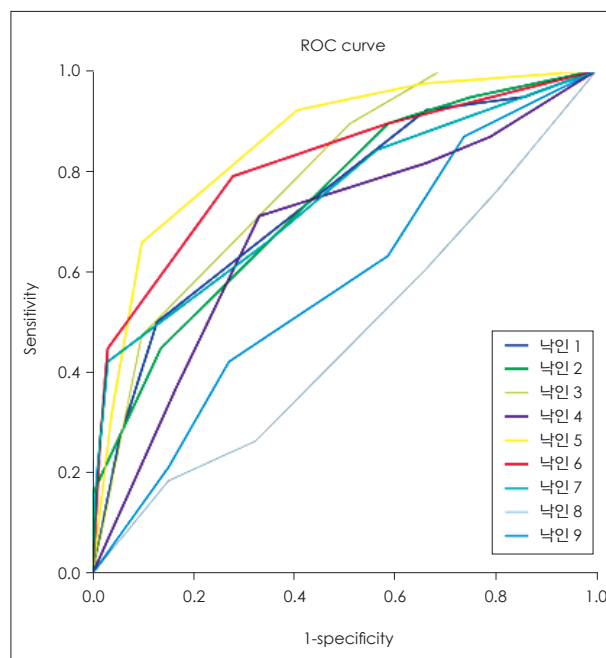


Fig. 1. ROC curve of 9 items of stigma scale.

Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of the low and high self-stigma group in the patient with schizophrenia

	Total (N=209)		Low stigma (N=133)		High stigma (N=76)		t	p
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
Age (years)	38.67	8.01	38.08	8.47	39.70	7.05	1.40	0.16
Onset age (years)			24.43	6.82	21.74	5.11	-2.98	0.003
Duration of illness (years)	14.55	8.59	12.80	8.56	17.68	7.80	3.52	0.001
Education (years)	12.81	2.09	12.84	2.26	12.76	1.81	-0.26	0.79
Number of hospitalization	3.17	3.5	2.63	3.05	4.05	4.01	2.83	0.005
Positive and negative syndrome scale								
Total	62.39	17.35	59.87	15.74	66.74	19.17	2.73	0.007
Positive	13.58	5.25	13.17	4.73	14.29	6.02	1.44	0.15
Negative	16.15	5.99	15.75	6.18	16.84	5.61	1.22	0.22
General	32.66	9.19	30.94	8.08	35.62	10.24	3.56	<0.001
Social function scale								
Total	717.48	68.85	720.38	70.32	712.42	66.36	-0.80	0.42
Social engagement/ Withdrawal			101.35	10.40	99.49	13.16	-1.12	0.26
Interpersonal communication			104.76	15.19	103.97	18.59	-0.33	0.74
Indenpendence-performance			103.41	17.86	102.03	17.56	-0.54	0.58
Indenpendence-competence			101.70	18.25	100.96	13.36	-0.30	0.75
Recreation			102.05	17.89	100.13	16.38	-0.76	0.44
Prosocial			103.02	17.69	102.22	19.05	-0.30	0.76
Employment/Occupation			104.09	11.19	103.62	10.44	-0.30	0.76
Consumer constructed empowerment scale	65.33	7.74	64.28	7.75	67.18	7.41	2.64	0.009
Rosenberg self-esteem scale	23.52	4.23	22.89	4.12	24.62	4.22	2.89	0.004
Self-appraisal of illness questionnaire	38.83	6.04	39.65	5.82	37.39	6.19	-2.62	0.009
	N		N		N		χ^2	p
Sex (male/female)	122/87		75/58		47/29		0.59	0.47
	(58.4%/41.6%)							

($t=2.73$, $p=0.007$)와 일반증상($t=3.56$, $p<0.001$)에서 유의하게 높았지만 양성증상과 음성증상에서는 유의한 차이를 보이지 않았다.

2) 사회기능에서 고 낙인군과 저 낙인군간에는 총점과 각 세부영역 모두에서 유의한 차이를 보이지 않았다.

3) 고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 주인의식 점수($t=2.64$, $p=0.009$)와 자존감 점수($t=2.89$, $p=0.004$)가 유의하게 높았다. 이는 고 낙인군이 저 낙인군에 비하여 주인의식과 자존감이 유의하게 낮음을 의미한다.

4) 병식에서는 고 낙인군이 저 낙인군에 비하여 총 점수($t=-2.62$, $p=0.009$)가 유의하게 낮았다. 이는 고 낙인군이 저 낙인군에 비하여 병식이 유의하게 있음을 의미한다.

고 낙인군과 저 낙인군에서 PANSS 일반증상 비교(표 2)

고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 신체적 관심($t=2.38$, $p=0.01$), 불안($t=3.76$, $p<0.001$), 죄책감($t=2.13$, $p=0.03$), 우울($t=4.85$, $p<0.001$), 능동적 사회적 회피($t=5.67$, $p<0.001$)에서 유의하게 높았고, 반면 판단과 병식 결여($t=-4.49$, $p<0.001$)에서는 유의하게 낮았다.

고 낙인군과 저 낙인군에서 낙인경험 문항 비교(표 3)

낙인 경험에 대한 9개 문항에서 고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 역으로 계산하는 낙인 문항 8(사람들은 내가 정신과 환자라는 사실을 알아도 나를 공평하게 대우해 준다)과 낙

인 문항 9(내가 정신과 환자라는 사실을 알게 된 친구들은 나를 도와주고 이해해준다)를 제외한 나머지 7개 문항에서 모두 유의하게($p<0.001$) 높았다.

고 찰

외래 치료를 받고 있는 증상이 안정된 조현병 환자들을 대상으로 자신이 경험하는 낙인 수준에 따라 고 낙인군과 저 낙인군으로 분류한 후 두 군 간에 인구학적 요인과 임상적 요인을 비교하였다. 그 결과 고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 발병 연령이 유의하게 낮았고, 유병기간이 길었으며, 입원횟수가 많았다. 또 고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 PANSS의 16개 일반증상 중 6개 증상에서 유의한 차이를 보였고, 주인의식과 자존감은 낮았지만 병식은 더 있었다. 반면 사회기능은 두 군에서 유의한 차이를 보이지 않았다.

본 연구에서 고 낙인군이 저 낙인군에 비하여 발병 연령이 유의하게 낮았는데, 이 결과는 조현병 환자에서 발병연령이 낮을수록 낙인을 더 많이 지각한다는 연구⁴⁰⁾와 일치한다. 자기 낙인은 자신이 얼마나 무능력하고 쓸모없는 인간인지를 내재화하는 것이기 때문에 발병 연령이 어릴수록 대인관계와 사회생활 기회가 적어지며 이는 자연스럽게 자신에 대한 부정적인 평가로 이어질 가능성이 높다. 고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 유병기간이 길었는데, 이 역시 발병연령과 연관 지어 해석할 수 있다. 조현병 환자에서 유병기간이 길수록 환자

Table 2. Comparison of general psychopathology scale scores of the PANSS between low and high self-stigma group in the patient with schizophrenia

	Low stigma (N=133)	High stigma (N=76)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD		
G1. Somatic concern	1.92±0.77	2.22±0.44	2.38	0.01
G2. Anxiety	2.26±0.68	2.70±0.98	3.76	<0.001
G3. Guilt feelings	2.27±0.78	2.54±0.11	2.13	0.03
G4. Tension	2.49±0.64	2.47±0.84	-0.14	0.89
G5. Mannerisms/posturing	1.92±0.93	1.95±0.91	0.22	0.83
G6. Depression	2.19±0.82	2.75±0.76	4.85	<0.001
G7. Motor retardation	1.81±0.79	1.91±0.95	0.77	0.44
G8. Uncooperativeness	1.83±0.81	1.93±0.88	0.78	0.44
G9. Unusual thought content	2.10±0.66	2.24±0.63	1.49	0.14
G10. Disorientation	1.18±0.44	1.17±0.47	-0.14	0.89
G11. Poor attention	2.05±0.88	2.07±0.96	0.16	0.88
G12. Lack of judgment/ insight	2.71±0.71	2.16±0.78	-4.49	<0.001
G13. Disturbance of volition	2.25±0.89	2.24±0.91	-0.08	0.93
G14. Poor impulse control	2.17±0.86	2.24±0.86	0.52	0.61
G15. Preoccupation	2.18±0.74	2.24±0.83	0.51	0.61
G16. Active social avoidance	2.29±0.79	2.95±0.82	5.67	<0.001

t : independent t-test, PANSS :Positive and Negative Syndrome Scale

Table 3. Comparison of the perceived stigma scores between low and high self-stigma group in the patient with schizophrenia

	Low stigma (N=133)	High stigma (N=76)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD		
1. I have worried that others will view me unfavorably because I am a psychiatric patient.	2.70±0.99	3.63±1.07	6.38	<0.001
2. I have been in situations where I have heard others say unfavorable or offensive things about psychiatric patients and their illnesses.	2.47±1.01	3.45±0.99	6.72	<0.001
3. I have seen or read things in the mass media (e.g., television, movies, books) about psychiatric patients and their illnesses that I find hurtful or offensive.	2.32±1.06	3.47±0.82	8.14	<0.001
4. I have avoided telling others outside my immediate family that I am a psychiatric patient.	2.95±1.35	3.76±1.36	4.21	<0.001
5. I have been treated as less competent by others when they learned I am a psychiatric patient.	2.20±1.09	3.87±1.01	10.91	<0.001
6. I have been shunned or avoided when it was revealed that I am a psychiatric patient.	1.91±0.93	3.39±1.28	9.69	<0.001
7. I have been advised to lower my expectations in life because I am a psychiatric patient.	1.95±0.96	3.11±1.34	7.24	<0.001
8. I have been treated fairly by others who know I am a psychiatric patient.	2.94±1.31	2.94±1.31	0.65	0.52
9. Friends who learned I am a psychiatric patient have been supportive and understanding.	2.74±1.37	3.13±1.37	1.98	0.05

t : independent t-test

는 병을 앓는 상태에서 사회생활을 할 기회가 많아지고 그 결과 사회적 낙인을 경험할 가능성도 증가하게 된다. 또 유병기간이 길수록 환자는 자신이 앓고 있는 병이 낮기 어렵고 만성적인 과정을 밟는다는 사실을 자각함으로써⁴²⁾ 자기낙인을 형성할 가능성이 증가한다. 고 낙인군이 저 낙인군에 비하여 입원 횟수도 유의하게 많았는데, 조현병에서는 입원 그 자체가 낙인을 찍는 딱지 역할을 한다⁴³⁾는 점을 고려할 때 입원횟수 증가는 자기낙인 형성을 심화시킨다고 해석할 수 있다. 조현병 환자에서 내재화 낙인과 여러 요인과의 상관성에 대한 메타분석에서 사회 인구학적 요인은 낙인과 유의한 상관성을 일관성 있게 보여주지 못했는데, 성별에 대한 38편의 논문 중 31편에서, 나이는 35편의 논문 중 24편에서, 교육수준에서는 27편의 논문 중 22편에서, 유의한 상관성이 없다고 한다.²⁰⁾ 본 연구에서도 고 낙인군과 저 낙인군간에 나이, 성별, 교육수준에서는 차이를 보이지 않았다.

고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 PANSS 전체 점수와 일반증상 점수는 유의하게 높았지만 양성증상과 음성증상에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 두 군에서 PANSS 전체 점수에서의 유의한 차이는 일반증상 점수에서의 차이 때문으로 해석된다. PANSS 일반증상에 대한 추가분석 결과 고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 일반증상 16개 항목 중 6개 항목에서 유의한 차이를 보였다. 구체적으로 신체적 관심, 불안,

죄책감, 우울, 능동적 사회적 회피에서 유의하게 높았지만 판단과 병식 결여에서는 유의하게 낮았다. 고 낙인군이 저 낙인군에 비하여 유의한 차이를 보인 일반증상들은 크게 보아 불안과 우울증상이다. 신체적 관심과 능동적 사회적 회피는 불안증상에 포함시킬 수 있고 죄책감은 우울증상 범주에 넣을 수 있다. 또 고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 판단력과 병식이 더 있는 것으로 나타났는데, 이 결과는 병식 평가척도를 사용하여 따로 평가한 본 연구 결과와도 일치된다. 본 연구결과는 조현병 환자에서 낙인을 많이 지각하는 환자는 불안과 우울 수준이 높으며 반대로 병식은 더 있는 것으로 나타났다. 이것은 병에 대한 병식이 있을수록 외부로부터 낙인을 더 민감하게 경험하고 그것은 불안과 우울을 초래한다고도 해석할 수 있다. 그러나 불안, 우울, 병식, 낙인 중 어느 요인이 가장 선행하는지는 본 연구와 같은 횡단면적 연구로는 규명할 수 없으며 추적연구가 필요하다.

본 연구에서 고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 자존감과 주인의식이 낮았는데 이것은 자기낙인 개념이 자존감 및 주인의식과 밀접한 연관성이 있음을 보여준다. 자존감과 주인의식이 낮아지는 이유는 조현병에 대한 사회적 편견과 고정관념이 옳다고 인정하고 자신도 당연히 그런 고정관념을 받을 만한 대상이라는 점을 받아들이기 때문이다. 낙인을 내면화하면 자연스럽게 자신이 실패자라고 간주하게 되고 그 결과

자존감과 주인의식이 감소하게 된다.^{29,44)} 구체적으로 조현병 환자가 사회적 편견과 낙인에 대해 고립과 위축을 선택하면 자신을 평가절하하게 되고 그것은 자존감 감소로 이어지고 나아가 주인의식 저하로 연결되어 결국은 우울증과 삶의 질 저하를 초래하게 된다.²⁶⁾ 내재화 낙인과 자존감 및 주인의식과의 상관성에 대한 메타분석에서 자존감은 34편의 논문 중 30편에서 모두 음성 연관성을 보였고, 주인의식은 12편 논문 중 11편에서 모두 음성 연관성을 보였다.²⁰⁾

흥미로운 사실은 본 연구에서 자기낙인이 높은 군이 낮은 군에 비하여 병식이 더 있다는 것이다. 병식은 자신이 정신질환을 앓고 있다는 사실을 아는 것으로, 일반적으로 병식이 없으면 치료 순응도가 낮고,⁴⁵⁾ 사회기능이 떨어지며,⁴⁶⁾ 치료결과도 나쁘다.⁴⁷⁾ 그렇지만 병식이 있으면 있을수록 우울은 심해지고,⁴⁸⁾ 자존감은 감소되며,⁴⁹⁾ 행복감과 삶의 질이 떨어진다.⁵⁰⁾ 이는 연구결과도 일관성 있게 보고된다. 이러한 모순되는 결과는 조현병 환자가 병을 인정함으로써 받는 충격은 병의 의미를 어떻게 받아들이는가에 따라 달라지기 때문이다.⁵¹⁾ 만약 조현병을 더 이상 사회 역할을 할 수 없음을 의미하는 것으로 받아들인다면 병식이 있을수록 절망감과 의욕상실을 느끼게 된다. 반대로 조현병의 의미를 보다 긍정적으로 받아들인다면 병식이 생길수록 병을 도전으로 받아들여 극복하려는 노력을 하게 된다.

사회기능은 고 낙인군과 저 낙인군에서 유의한 차이를 보이지 않았다. 사회기능과 자기낙인과의 상관성에 대한 연구 결과는 상반된다. 메타연구에서는 8편 논문 중 4편에서는 상관성이 있지만 4편에서는 상관성이 없다고 보고된다.²⁰⁾ 사회기능과 자기낙인과의 상관성에 대한 연구결과가 일치하지 않는 이유는 사회기능이 병식과 마찬가지로 모순적인 역할을 하기 때문으로 생각된다. 즉 사회기능이 좋아 사회접촉을 많이 하는 환자 일수록 병식이 있는 환자 경우와 마찬가지로 자기낙인을 더 많이 경험할 가능성이 높다. 그렇지만 사회기능이 나빠 사회생활을 못할 때도 다른 사람과 비교하여 자신의 무능력을 내면화하여 자기낙인을 느낄 가능성이 증가된다.

고 낙인군과 저 낙인군간에 9개 문항으로 구성된 자기낙인 척도에서 어떤 문항에서 유의한 차이가 있는 지를 알아보았는데 문항 8(사람들은 내가 정신과 환자라는 사실을 알아도 나를 공평하게 대우해 준다)와 문항 9(내가 정신과 환자라는 사실을 알게 된 친구들은 나를 도와주고 이해해준다)를 제외한 나머지 7개 문항에서 모두 고낙인 군이 저 낙인군에 비하여 유의하게 높았다. 문항 8과 문항 9는 9개 문항들 중에서 유일하게 역으로 계산하는 문항이다. 이 두 영역에서 고 낙인군과 저 낙인군간에 차이가 없었다는 결과는, 낙인을 적게 경

험하는 저 낙인군에 속하는 환자들이 역시 주위 사람들로부터 우호적인 반응을 경험하는 경우가 많지 않음을 시사한다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 자가보고 형식의 낙인척도 점수만 가지고 자기낙인을 많이 느끼는 군과 적게 느끼는 군으로 나누는 점이다. 추후에는 자기낙인을 평가하는 척도를 두 가지 사용하여 그 결과를 종합하여 두 군으로 나누는 것이 더 타당한 방법이라고 생각된다. 둘째, 증상이 안정된 조현병 환자들을 대상으로 하였기에 본 연구 결과를 증상이 심한 조현병 환자들의 자기낙인에 대한 결과로 일반화하기 어렵다. 셋째, 자기낙인에 영향을 미칠 수 있는 가족 지지나 사회 지지와 같은 사회적 요인을 조사하지 않은 점이다. 넷째, 자기낙인 정도에 영향을 미치는 여러 임상 요인들이 성향(trait)의 존속이냐 아니면 상태(state)의 존속이냐 하는 문제를 규명하기 위해서는 본 연구와 같은 횡단면적 연구가 아닌 종적 추적 연구가 추후에 필요하다.

그럼에도 불구하고 자기낙인을 많이 지각하는 군과 적게 지각하는 군으로 나누어 두 군 간에 인구학적 요인과 다양한 임상 요인을 서로 비교한 것은 자기낙인 연구에 적지 않은 의미가 있다고 생각된다.

결론

본 연구 목적은 조현병을 앓고 있는 외래환자들을 대상으로 낙인을 많이 느끼는 군과 적게 느끼는 군으로 나누어 두 군 간에 임상적으로 어떤 차이가 있는지를 알아보는 것이다.

연구 방법은 대학병원 정신과에서 외래치료를 받고 있는 증상이 안정된 조현병 환자 209명을 대상으로 스스로 지각하는 낙인 수준에 따라 고 낙인군(76명)과 저 낙인군(133명)으로 분류한 후 두 군 간에 나이, 성별, 학력, 발병나이, 유병기간, 입원 횟수, 증상, 사회기능, 병식, 자존감, 주인의식을 비교하였다.

그 결과 고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 발병연령이 유의하게 낮았고, 유병기간이 길었으며, 입원횟수가 많았다. 고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 주인의식과 자존감이 낮았지만 병식은 더 있었다.

PANSS로 측정한 정신병리에서 고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 전체 점수와 일반증상 점수가 유의하게 높았지만 양성증상과 음성증상에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 고 낙인군은 저 낙인군에 비하여 16개의 일반증상 중에서 신체적 관심, 불안, 죄책감, 우울, 능동적 사회적 회피에서 유의하게 높았고, 반면 판단과 병식 결여에서는 유의하게 낮았다.

조현병 환자에서 자기낙인은 직접적으로 자존감과 주인의

식을 떨어뜨리고 이차적으로 우울증과 삶의 질 저하를 초래한다. 따라서 자기낙인 여부와 그 정도를 파악하는 것은 좋은 치료결과를 얻기 위해 고려해야 할 중요한 사항 중의 하나이다.

중심 단어: 자기낙인 · 내재화 낙인 · 조현병 · 증상 · 사회기능 · 병식 · 자존감 · 주인의식.

REFERENCES

- 1) Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Group IS. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;373:408-415.
- 2) Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Appl Prev Psychol* 2005; 11:179-190.
- 3) Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2004;184:176-181.
- 4) Birchwood M, Trower P, Brunet K, Gilbert P, Iqbal Z, Jackson C. Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behav Res Ther* 2007;45:1025-1037.
- 5) Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:51-54.
- 6) Vrbova K, Prasko J, Holubova M, Kamaradova D, Ociskova M, Marackova M, *et al*. Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:3011-3020.
- 7) Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27:363-385.
- 8) Wahl OF, Harman CR. Family views of stigma. *Schizophr Bull* 1989; 15:131.
- 9) Bentz WK, Edgerton JW. Consensus on attitudes toward mental illness: Between leaders and the general public in a rural community. *Arch Gen Psychiatry* 1970;22:468-473.
- 10) Jung S, Kang B, Lee G. Changes in attitude towards people with mental illness in P-city, S. Korea: a comparison between the years 2000 and 2010. *Asia Pac J Soc Work* 2017;27:83-95.
- 11) Park YC, Kim KI. Community leaders attitude toward mental illness. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1983;22:218-223.
- 12) Kim CK, Kim JW, Seo JM, Lee GZ, Kim GJ, Byun WT. Family burden of schizophrenics in the primary caregivers and siblings. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2000;39:113-127.
- 13) Chung KF. Changing the attitudes of Hong Kong medical students toward people with mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:766-768.
- 14) Yang OK. Social stigma on people with mental disorder. *Korean J Soc Welf* 1998;35.
- 15) Hilton J, von Hippel W. Stereotypes. *Annu Rev Psychol* 1996;47: 237-271.
- 16) Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract* 1998;5:201-222.
- 17) Jetten J, Spears R, Hogg MA, Manstead ASR. Discrimination constrained and justified: Variable effects of group variability and in-group identification. *J Exp Soc Psychol* 2000;36:329-356.
- 18) Miller CE, Jackson P, Mueller J, Schersing C. Some social psychological effects of group decision rules. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52:325-332.
- 19) Crocker J, Major B. Reactions to stigma: the moderating roles of justifications. In: Zanna MP, Olson JM. *The Psychology of Prejudice: The Ontario Symposium Vol 7*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum;1994. p.289-314.
- 20) Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010;71:2150-2161.
- 21) Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003;121:31-49.
- 22) Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull* 2007;33:1312-1318.
- 23) Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007;33: 192-199.
- 24) Lysaker PH, Tsai J, Yanos P, Roe D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; 98:194-200.
- 25) Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 2008;59:1437-1442.
- 26) Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007;150:71-80.
- 27) Link BG, Mirotznik J, Cullen FT. The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided?. *J Health Soc Behav* 1991;32:302-320.
- 28) Rosenfield S. Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *Am Sociol Rev* 1997; 62:660-672.
- 29) Markowitz FE. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behav* 1998;39:335-347.
- 30) Wright ER, Gronfein WP, Owens TJ. Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *J Health Soc Behav* 2000;41:68-90.
- 31) Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatr Serv* 2001;52: 1621-1626.
- 32) Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salahi J, Struening EL. Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaption of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatr Serv* 2001;52:1627-1632.
- 33) Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient-related severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatr Serv* 2001; 52:1615-1620.
- 34) American Psychiatric Association. *The diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 4th ed, Washington DC, American Psychiatric Press;1994.
- 35) Kim YS, Cheon KA, Kim BN, Chang SA, Yoo HJ, Kim JW, *et al*. The reliability and validity of kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia-present and lifetime version-Korean version (K-SADS-PL-K). *Yonsei Med J* 2004;45:81-89.
- 36) Yi JS, Ahn YM, Shin HK, An SK, Joo YH, Yoon DJ, *et al*. Reliability and validity of the Korean version of the Positive and Negative Syndrome Scale. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:1090-1105.
- 37) 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.
- 38) 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.

- 39) 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.
- 40) Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press;1965. p.125-136.
- 41) Phillips MR, Pearson V, Li F, Xu M, Yang L. Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *Br J Psychiatry* 2002;181:488-493.
- 42) Goldin CS. Stigma, biomedical efficacy, and institutional control. *Soc Sci Med* 1990;30:895-900.
- 43) Karidi MV, Stefanis CN, Theleritis C, Tzedaki M, Rabavilas AD, Stefanis NC. Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2010;51: 19-30.
- 44) Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev* 1987;52:96-112.
- 45) Cuffel BJ, Alford J, Fischer EP, Owen RR. Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment compliance. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:653-659.
- 46) Lysaker PH, Bell MD, Bryson GJ, Kaplan EZ. Psychosocial function and insight in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:432-436.
- 47) Schwartz RC. The relationship between insight, illness and treatment outcome in schizophrenia. *Psychiatr Q* 1998;69:1-22.
- 48) Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003;61:75-88.
- 49) Warner R, Taylor D, Powers M, Hyman R. Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: effects on functioning. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59:389-409.
- 50) Hasson-Ohayon II, Kravetz S, Roe D, David AS, Weiser M. Insight into psychosis and quality of life. *Compr Psychiatry* 2006;265-269.
- 51) Roe D, Kravetz S. Different ways of being aware of and acknowledging a psychiatric disability. A multifunctional narrative approach to insight into mental disorder. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:417-424.