

약물저항성 조현병 환자에서 인지행동치료의 효과

축령복음병원 정신건강의학과,¹ 사회복귀시설 늘푸른 집²

이동은¹ · 이화정¹ · 윤옥심¹ · 최인영¹ · 조정배¹ · 강광주² · 문난영² · 박성혁¹

The Effect of Cognitive Behavioral Therapy in Drug-Resistant Patients with Schizophrenia

Dong Eun Lee, MD, PhD¹, Hwa Jung Lee¹, Ok Sim Yoon¹,
In Young Choi¹, Jung Bae Jo¹, Kwang Ju Kang, MA²
Nan Young Moon² and Sung Hyouk Park, MD, PhD¹

¹Department of Psychiatry, Chookryoung Evangelical Hospital, Namyangju, Korea

²Halfway House Neulpureun-jip, Seoul, Korea

Objectives Cognitive behavioral therapy of schizophrenia has been developed as a psychological therapy for drug resistant patients with schizophrenia. However, there are some controversial issues regarding the size and mode of the therapeutic effect. The aim of this study is to compare the effect of cognitive behavioral therapy with supportive therapy after treatment.

Methods Patients with drug resistant schizophrenia were randomly allocated, and stratified according to two mental health institutes to two different therapy groups. We used four assessment scales to evaluate residual symptoms of patients in detail. Patients were assessed twice by a blind rater, at baseline and after treatment.

Results No significant differences in the change of PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) scores were observed between the cognitive behavioral therapy and supportive therapy groups at one month after treatment. There was no significant difference in change of K-PSYRATS (Korean-Psychotic Symptom Rating Scale)-Delusion score, however, a trend toward significance in K-PSYRATS - Hallucination was observed between the two groups. In the aspect of insight, a significant difference in the change of SDMD-K (The Scale to assessment Unawareness of Mental Disorder-Korean version) score was observed between the two groups after treatment.

Conclusion Despite remarkable development of pharmacotherapy for schizophrenia, many patients still suffer from residual symptoms. Findings of this study showed that cognitive behavioral therapy can improve the insight of patients and reduce the severity of residual positive symptoms, especially hallucination. Cognitive behavioral therapy should be practiced effectively in the psychiatric clinic and community mental health system.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2013;52:26-32

KEY WORDS Schizophrenia · Cognitive behavioral therapy · Drug resistant patient · K-PSYRATS (Korean-Psychotic Symptom Rating Scale) · SUMD-K (The Scale to assessment Unawareness of Mental Disorder-Korean version)

Received May 24, 2012
Revised October 11, 2012
Accepted November 28, 2012

Address for correspondence
Dong-Eun Lee, MD, PhD
Department of Psychiatry,
Chookryoung Evangelical Hospital,
174 Oebang-ri, Sudong-myeon,
Namyangju 472-853, Korea
Tel +82-31-592-6661
Fax +82-31-592-6755
E-mail abraxas2@hanmail.net

서 론

조현병의 정신병적 증상은 약물 치료 이외의 정신치료가 매우 어렵거나 불가능하다고 생각되어 왔다. 그리고 조현병에 대한 정신분석적 정신치료는 효과가 없거나 심지어 증상의 악화를 가져올 수 있어,¹⁾ 치료자는 지지적이고 중립적인 태도로 이러한 증상에 대처해야 한다고 주장되었다. 그러나 실제로는 이와 좀 다른 점이 있는데, 1980년대 이루어진 한 연구를 보면 약 2년간의 정신분석적 정신치료를 통하여 환자

들의 인지 기능과 자아 기능의 호전을 보인 것으로 나타나, 이후 정신치료의 가능성을 보이기도 하였다.²⁾

조현병 인지행동치료는 약물저항성 만성 환자에 대한 심리치료적 증재로 영국의 정신과 의사와 임상심리학자를 중심으로 하여 1990년대부터 본격적으로 연구가 시작되었다.^{3,4)} 처음에 약물저항성 조현병 환자의 정신치료에 적용되어 양성 증상의 호전에 효과가 있음이 알려졌다. 잔류 증상이 남아 있는 환자들에게 인지행동치료를 시행하여 환자들의 정신병적 증상을 악화 또는 소거시킬 수 있음을 보고한

것이다. 이후 정신병적 증상 발병 초기 환자에 대해서도 적용되었는데 급성 정신병적 증상 상태에서 약물 치료와 더불어 적극적인 인지행동치료로 급성 증상의 호전 기간을 줄일 수 있다는 연구 결과들도 발표되었다.⁵⁾ 이러한 연구의 결과로 조현병의 인지행동치료는 영국의 임상진료지침(National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE guideline)에서는 모든 단계의 조현병 환자에 대한 개인 정신치료로서 권장되고 있다.⁶⁾

그러나 여전히 조현병 환자에 대한 인지행동치료의 효과에 의문을 제기하거나, 그 효율성에 문제가 제기되고 있다. 그 주요한 내용은 인지행동치료의 효과의 크기가 작으며, 있다고 하더라도 지지치료와 같은 다른 식의 정신치료적 중재와 큰 차이가 없다는 것 등이다.⁷⁾

최근 국내에서도 조현병의 인지행동치료에 대한 관심은 있어 왔으나 주로 초기 정신증 증상을 가진 환자들에 연구가 집중되고 있으며,⁸⁾ 약물저항성 만성 환자에 대한 연구와 임상 적용은 매우 드물었다.⁹⁾ 본 논문은 국내에서는 처음으로 약물저항성 만성 조현병 환자에 대해 개인 인지행동치료를 시행하여 지지치료군에 비하여 정신병적 증상과 병에 대한 인식에서 더 많은 호전이 있는지를 알아보기 위한 것이다.

방 법

대 상

축령복음병원에 입원 또는 외래 치료를 받거나 사회복지시설 늘푸른 집에 입소 중이면서 Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition(SCID-IV)에 의해 조현병, 조현정동장애로 진단 받은 18세에서 65세까지의 환자를 대상으로 하였다. 총 50명의 환자를 기관에 따라 층화 무작위 추출(stratified random assignment)하였으며 순차적으로 한 명씩 25명의 인지행동치료군과 25명의 지지치료군으로 배정하였다. 축령복음병원에서 입원 환자 32명과 외래 환자 8명으로 40명, 늘푸른 집에서 10명의 환자가 연구 대상으로 포함되었다. 조현병으로 진단된 환자는 44명이었으며 6명은 조현정동장애로 진단되었다.

대상 환자는 이전 충분한 용량과 기간의 항정신병약물 치료에도 불구하고 증상이 남아 있어 양성 및 음성 평가 척도(Positive and Negative Syndrome Scale, 이하 PANSS)의 망상이나 환청 항목에서 3점 이상인 사람이었다. 지적 장애나 알코올을 포함한 약물 중독, 뇌손상에 의한 정신장애 등의 동반 질환이 있는 환자는 제외하였다. 대상 환자들에게 본 연구에 대한 설명을 하고, 이에 대한 동의서를 받았다. 연

구가 수행된 병원에 임상연구 윤리위원회가 없어 이의검토를 거치지지는 못하였다.

평 가

대상 환자의 정신병적 증상을 평가하기 위하여 PANSS를 시행하였다. 그리고 망상과 환청에 대한 자세한 평가를 위해서 망상에 대해서는 Korean-Psychotic Symptom Rating Scale (이하 K-PSYRATS)-Delusion으로, 환청에 대해서는 K-PSYRATS-Hallucination으로 면담을 시행하였다. K-PSYRATS은 Haddock 등¹⁰⁾이 정신병적 증상을 자세히 평가하기 위해 만든 PSYRATS 척도를 한국어로 번역한 것이다. 망상과 환청에 대해 각각 빈도, 기간, 고통, 일상생활에의 영향 등의 세부 항목으로 나누어서 평가할 수 있도록 되어 있다. 망상 척도는 6개 문항 4점 척도로 24점을 최고로, 환청 척도는 11개 문항 4점 척도로 44점을 최고점으로 평가하게 되어 있다.

환자의 병식에 대한 자세한 평가를 위하여 The Scale to assessment Unawareness of Mental Disorder-Korean version(이하 SUMD-K)를 이용하였다. SUMD-K는 Amador 등에¹¹⁾ 의해 만들어진 조현병 병식 평가 척도(SUMD)를 한국어 버전으로 번역한 것이다.¹²⁾ 6개 문항이 4점 또는 5점 척도로 되어 있으며, 최고점은 29점이다. 원래의 척도 구성은 과거와 현재의 병식의 내용을 따로 구분하여 측정하게 되어 있으나 본 논문에서는 현재의 병식만을 평가하여 점수화하여 사용하였다.

위의 네 가지 척도에 의한 환자 평가는 한 명의 정신보건 임상심리사에 의해 맹검 평가(blind rating)되었으며 치료 전(baseline)과 치료 후(post-treatment) 한 달 뒤 2번 시행되었다.

치료 중재 및 점검

치료 중재를 시작하기 전 조현병 인지행동치료에 대해 외국 연수와 사례 경험을 가진 정신과 전문의가 연구에 참여할 정신보건간호사 2명과 정신보건 사회복지사 3명에 대해 교육을 시행하였다. 총 12시간 동안 교육이 시행되었으며 조현병 인지행동치료의 역사, 개념, 치료 기법, 외국 사례 검토 등이 주요 내용이었다. 이러한 과정을 통하여 총 6명의 치료자에 의해 인지행동치료와 지지치료가 시행되었다.

인지행동치료(cognitive behavioral therapy)를 받는 환자는 회기당 30분에서 50분 개인 치료가 시행되었다. 환자당 약 20회기의 정신치료가 받게 하였는데, 치료의 진행 상황에 따라 5회기의 증감은 가능하게 하였다. 초기 치료적 관계 형성을 위해 8회기까지는 최소한 1주에 1회 이상 회기를 진행하였으며, 이후에는 2주에 1회를 시행하는 것도 가능하게 하

었다. 치료의 내용에는 증상에 대한 정신교육적 내용, 정상화 해석, 증상에 대한 도식화, 망상에 대한 대안적 설명, 환청에 대한 재해석과 대처 방식, 치료 내용 혼습 등이 포함되었다.

지지치료군(supportive therapy)의 경우에도 동일한 시간 동안 약 20회기를 시행하였다. 주로 환자의 일상 생활과 증상 경험에 대한 지지와 조언, 인생 경험 이야기, 인지 게임으로 구성되었다. 환자와 정신치료 중 나타날 수 있는 정신교육적 내용과 약간의 음성 증상에 대한 개입은 가능하게 하였다.

인지행동치료를 받는 환자에서 치료가 제대로 수행되고 있는지를 확인하기 위하여 치료가 시행된 기관에서 사례 회의를 열어 각 환자에 대해 1회 이상 인지행동치료가 제대로 진행되고 있는지를 점검(monitoring)하였다.

약물 치료에서는 치료 용량을 고정하지 않았으며, 치료 중재 전 약물 용량에서 20%를 초과한 용량의 변동이나 다른 약물로의 교체가 있을 경우 치료 과정에서 탈락시키는 것으로 하였다.

통 계

대상 환자를 두 군으로 나누었는데, 이에 대한 사회인구학적 자료는 t-test로 검증하였다. 또한 환자의 치료 전 PANSS, K-PSYRATS, SUMD-K 점수와 치료 후 이 척도 점수의 변화에 대해서 두 군에 따라 t-test로 검증하였다.

환자의 증상 호전에 대한 예측인자를 알아보기 위해서 PANSS 전체 점수와 K-PSYRATS, SUMD-K 점수 변화에 영향을 줄 수 있는 변인들을 알아보았다. PANSS 전체 점수를 종속 변인으로 하고 나이, 교육, 발병 연령, 유병 기간, 교육, PANSS 치료 전 점수 등을 독립 변인으로 하여 다변량 회귀분석(multiple regression analysis)을 시행하였다. 또한 K-PSYRATS, SUMD-K 점수의 변화도 각각 종속 변인으로 하여 같은 독립변인으로 다변량 회귀분석을 하였다.

결 과

사회인구학적 결과

인지행동치료군은 25명에서 치료를 완전히 마친 환자는 18명(72%)이었으며, 지지치료군은 25명에서 19명(76%)이었다. 인지행동치료군과 지지치료군 대상 환자의 사회인구학적 특징은 표 1처럼 나타났다. 두 군의 남녀의 비율은 인지행동치료군에서 남자가 11명(61%), 지지치료군에서 남자가 10명(56%)이었다. 환자의 나이는 평균 41세였으며 교육은 12년, 발병 시기는 26세, 이환 기간은 평균 16년이었다. 두 군에서 성별, 연령, 교육, 발병 시기, 이환 기간에 의한 유의미한

차이는 보이지 않았다. 인지행동치료군은 평균 20.1회기, 지지치료군은 평균 19.6회기의 치료적 중재 시간을 가졌다.

인지행동치료군의 탈락한 7명의 이유는 초기 치료 거부 2명, 외래 중단이나 약물 용량의 큰 변화 등 치료 중 탈락이 3명, 치료 내용의 부실이 2명이었다. 지지치료군의 탈락한 6명의 이유는 초기 치료 거부 2명, 외래 중단이나 약물 용량의 큰 변화 등 치료 중 탈락이 4명이었다. 초기 치료 거부 4명은 환자가 4회기까지 치료진의 노력에도 불구하고 적절한 치료적 관계 형성을 하지 못하였던 경우이다. 인지행동치료군에서 초기 치료 거부 1명은 병식 부족, 1명은 심한 음성 증상 때문이었으며, 지지치료군에서 초기 치료 거부 2명 모두 병식 부족 때문이었다. 인지행동치료군에서 치료 내용의 부실로 인한 탈락은 2명이었는데, 이는 치료가 지속되었음에도 불구하고 사례 회의에서 환자에게 적절하게 인지행동치료의 방식이 적용되지 못했다고 판단되었을 때 치료 완결에서 제외시킨 것이다.

약물 사용 양상

인지행동치료군과 지지치료군 대상 환자의 치료 전 항정신병약물의 종류와 용량은 표 2와 같이 다양하였다. 약물 치료의 종류와 용량은 치료적 중재 전후에 한 번씩 검사되었다. 인지행동치료군은 6가지, 지지치료군은 8가지 종류의 항정신병약물이 사용되었으며, 주요하게 쓰인 항정신병약물을 중심으로 기술하였다. 두 군의 모든 환자에서 일반적으로 권유되는 항정신병약물의 적정 치료 용량 이상의 약물이 사용되었다.¹³⁾ 인지행동치료군은 50%와 지지치료군은 58%에서 두 개 이상의 항정신병약물이 추가 또는 병합치료가 이루어졌다. 추가 또는 병합 치료에는 표 2의 항정신병약물을 포함하여 haloperidol, chlorpromazine, perphenazine과 같은 약물도 포함되었다.

Table 1. Basic characteristics of CBT and ST group

	CBT group n=18	ST group n=19	p
Sex (%)	11 (60)	10 (56)	
Age (SD)	42.0 (7.17)	40.5 (9.38)	0.58
Education (SD)	12.4 (2.81)	11.5 (1.87)	0.22
Age of onset (SD)	25.6 (6.76)	25.5 (8.47)	0.97
Duration of illness (SD)	16.5 (7.97)	15.1 (9.28)	0.62
Number of session (SD)	20.1 (3.24)	19.6 (2.56)	0.66
Psychopathology at Initial assessment (%)			
Delusion & hallucination	13 (72)	13 (68)	
Delusion or hallucination	5 (28)	6 (32)	

CBT : Cognitive behavioral therapy, ST : Supportive therapy, SD : Standard deviation

치료적 증재 후 약물 치료의 용량의 변동이 있었던 사람은 인지행동치료군에서 4명, 지지치료군에서 4명이었다. 모두 약물의 용량이 증가하였으며 항정신병약물 전체 용량 20%를 초과하지는 않았다. 약물 변동에 의한 영향을 알아보기 위해서 용량에 변동이 있었던 환자군과 변동이 없었던 군에 대해 치료 후 K-PSYRATS 망상 및 환청 점수의 변화를 알아보았다. 표 3과 같이 약물 용량의 변동이 있었던 군과 변동이 없었던 군에서 K-PSYRATS 망상 및 환청 점수의 변화의 차이는 없었다.

Table 2. Main prescribed antipsychotics and minimum dosage in CBT and ST group at baseline

	CBT group n=18 (9)	ST group n=19 (11)
Risperidone	8 (5)	10 (8)
Paliperidone	4	2 (2)
Aripiprazol	3 (2)	1
Quetiapine	1 (1)	1
Amisulpride	1 (1)	1
Sulpiride	1	0
Olanzapine	0	2
Clozapine	0	1 (1)
Ziprasidone	0	1

Used minimum dosage of antipsychotics : Risperidone ≥ 5 mg, paliperidone ≥ 6 mg, aripiprazole ≥ 20 mg, quetiapine ≥ 400 mg, amisulpride ≥ 800 mg, sulpiride ≥ 200 mg, olanzapine ≥ 20 mg, clozapine ≥ 300 mg, ziprasidone ≥ 80 mg. () : Number of patients with augmentation or combination of other antipsychotics. CBT : Cognitive behavioral therapy, ST : Supportive therapy, SD : Standard deviation

평가 척도 결과

대상 환자의 네 가지 평가 척도의 결과는 표4처럼 나타났다. 환자의 전반적인 증상에 대한 평가를 위해 측정된 PANSS 점수에서는 양성, 음성, 일반 정신병리, 전체 점수에서 인지행동치료군과 지지치료군에서 네 가지 모두 치료 전에 유의한 차이를 보이지 않았다. 치료 후 두 군 모두 약간의 호전을 보였으나, 그 변화 정도에서 유의한 차이를 보이지 않았다. 그러나 치료 후 PANSS 전체 점수의 변화를 보았을 때, 10% 이상 변화를 보인 정도는 인지행동치료군에서는 18명 중에서 9명(50%)에서, 지지치료군에서는 19명 중에서 5명(26%)이었다.

치료 전 측정한 K-PSYRATS 척도와 SUMD-K 척도에서는 두 군 사이에 또한 차이는 없었다. 치료 후 척도 점수의 변화는 K-PSYRATS 망상 척도에서는 치료 후 두 군 사이에 유의미한 차이를 보이지 않았으나, K-PSYRATS 환청 척도에서는 0.054로 차이의 경향을 보였다. SUMD-K 병식 척도에서는 치료 후 인지행동치료군에서 지지치료군보다 0.02로 유의미한 차이를 보였다.

치료 예측인자 분석

Positive and Negative Syndrome Scale의 전체 점수의 변화에 대해 나이, 교육, 발병 시기, 유병 기간, 치료 전 PANSS 전체 점수 등이 관련이 있을 수 있다고 판단하여, 이들을 독립 변인으로 하여 다변량 회귀분석을 시행하는데, 이를 유의하게 예측할 수 있는 변인은 나타나지 않았다.

Table 3. K-PSYRATS score change of patients without and with change of antipsychotics dosage

	Patients without change of dosage (n=32)		Patients with change of dosage (n=8)		t	p
	Mean	Change after treatment (SD)	Mean	Change after treatment (SD)		
K-PSYRATS-delusion	14.2	2.7 (3.6)	14.5	2.6 (1.9)	0.04	0.96
K-PSYRATS-hallucination	15.6	2.1 (4.4)	17.5	3.0 (4.7)	-0.50	0.62

SD : Standard deviation, K-PSYRATS : Korean-Psychotic Symptom Rating Scale

Table 4. Mean baseline scores and mean change between CBT and ST group. Negative changes indicate improvement

	CBT group (n=18)		ST group (n=19)		t	p
	Mean	Change after treatment (SD)	Mean	Change after treatment (SD)		
PANSS-positive	19.6	-3.0 (1.9)	18.3	-2.1 (1.6)	1.54	0.13
PANSS-negative	13.8	-0.7 (1.8)	13.9	-0.7 (1.5)	-0.12	0.89
PANSS-general	28.8	-3.0 (2.7)	28.0	-1.8 (2.7)	1.30	0.20
PANSS-total	62.2	-6.4 (5.3)	60.3	-4.7 (5.1)	1.03	0.31
K-PSYRATS-delusion	14.9	-3.2 (3.6)	13.7	-2.2 (3.2)	0.96	0.34
K-PSYRATS-hallucination	16.7	-3.7 (4.8)	15.4	-0.9 (3.5)	1.99	0.05
SUMD-K	17.6	-4.2 (5.3)	16.7	-1.2 (1.7)	2.40	0.02*

* : $p < 0.05$. CBT : Cognitive behavioral therapy, ST : Supportive therapy, SD : Standard deviation, PANSS : Positive and Negative Syndrome Scale, K-PSYRATS : Korean-Psychotic Symptom Rating Scale, SUMD-K : The Scale to assessment Unawareness of Mental Disorder-Korean version

Table 5. Multivariate regression analysis for change of K-PSYRATS-Hallucination and SUDM-K scores

	Parameter estimates			t	p
	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients		
	B	Standard error	Beta		
K-PSYRATS-hallucination					
Education	-0.65	0.29	-3.34	-2.18	0.04*
Type of treatment	-3.38	1.35	-0.39	-2.50	0.02*
SUMD-K					
Type of treatment	-3.07	1.28	15.1	-2.40	0.02*

* : p<0.05. K-PSYRATS : Korean-Psychotic Symptom Rating Scale, SUDM-K : The Scale to assessment Unawareness of Mental Disorder-Korean version

Korean-Psychotic Symptom Rating Scale, SUDM-K 점수의 변화에 대해서도 상기의 독립 변인들로 다변량 회귀분석을 시행하였는데 표 5와 같이 K-PSYRATS-Hallucination에 대해서는 인지행동치료와 교육 정도가 환자의 환청 증상을, SUDM-K에서는 인지행동치료만이 병식의 호전을 예측할 수 있는 변인으로 나타났다.

토 론

조현병 환자에서 망상과 환청과 같은 잔류 증상은 환자의 일상 생활과 사회 복귀에 큰 장애가 된다. 한 코호트 연구에 의하면 일상적인 치료를 받는 조현병 환자의 자연 경과에서 첫 번째 정신병적 삽화의 발병 후 10% 정도이던 잔류 증상은 네 번째 삽화 후에는 30% 정도까지 높아진다고 한다.¹⁴⁾

약물저항성 만성 환자에 대한 인지행동치료의 대표적인 연구인 Sensky 등⁴⁾에 의한 연구를 보면, 치료 후 9개월이 지난 시점에서 인지행동치료를 받은 환자의 1/2~2/3에서 증상의 50% 이상 호전을 보인다고 하였다. 그러나 이 연구에서 치료 직후 평가된 양성 증상의 호전 정도는 지지치료군(befriending)과 유의한 차이를 보이지 않아 이후 논란이 되기도 하였다. Tarrier 등³⁾의 연구에서는 인지행동치료군에서 지지치료군(supportive counseling)보다 양성 증상에서도 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났는데, 이들은 치료 후 평가를 3개월 뒤에 하여 이와 같은 결과를 보고하였다. 본 연구는 이러한 외국의 연구 경험을 고려하여 치료 후 1개월 뒤에 환자의 증상 평가를 하여 그 차이를 알아보는 것으로 연구를 디자인하였다.

이러한 맥락에서 본 연구의 결과는 다음과 같은 특징적인 점들이 나타났다. 우선 인지행동치료군과 지지치료군에서 나타난 가장 큰 차이는 환자의 병식에 관련된 것이었다는 점이다. 인지행동치료가 환자의 병식의 증진을 직접적으로 목표로 구조화된 것은 아니지만, 치료의 전 과정이 환자의 병식에 영향을 주는 내용이며 환자의 문제를 깊이 다룰 수

있기 때문에 단순한 지지적 방식의 치료보다 이에 대한 효과가 가장 크게 나타난 것으로 보인다.

두 번째는 환청에 대한 영향이다. 두 군에서 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았지만 인지행동치료군에서 지지치료군보다 거의 유의한 수준으로 호전을 보였다. Samarasekera 등¹⁵⁾은 Sensky의 연구로부터 지지치료군(befriending)의 양성 증상의 호전은 환청보다는 주로 망상 증상의 호전으로부터 나온 것이라는 점을 발견하였다. 즉 집중적인 지지치료로 망상 증상은 호전시킬 수 있으나 환청 증상은 호전시킬 수 없다는 것이다. 본 연구는 Samarasekera의 주장과 일치되는 결과로 K-PSYRATS의 망상 증상의 변화에는 두 군의 차이가 없으나 환청 증상에는 유의한 차이의 경향을 보였다. 이러한 호전은 지지적인 관계의 형성과 같은 치료과정에서의 비특이적인 요소도 영향을 주었지만 주요하게는 환청에 대한 이해와 대처 방식을 발전시킨 것 때문으로 생각된다.

세 번째는 인지행동치료군과 지지치료군에서 PANSS 양성 및 전체 증상의 호전에도 불구하고 치료 중재 한 달이 지난 시점에서 두 군 사이에 뚜렷하게 구분되는 양성 증상과 전체 증상의 호전을 보이지 못했다는 것이다. 이것은 약물저항성 조현병의 인지행동치료가 지지치료를 비교하였을 때 효과 크기가 크지 않다는 것을 의미할 수도 있지만, 본 연구에 참여한 연구자들의 숙련도로부터 기인한 것일 수 있다. 연구에 참여한 치료자들은 인지행동치료군에서 초기에 치료 관계를 새롭게 형성하는 것 등에 대해서, 지지치료군에서는 환자와 30분 이상 대화를 나누는 것 자체에 대해서 어려움을 보고하였다. 그럼에도 불구하고 PANSS 전체 점수에서 10% 이상의 호전을 보인 환자는 인지행동치료군에서 지지치료군보다 2배 정도 많은 것으로 나타났다. 약물저항성 조현병 환자에서 새로운 약물 치료의 효과를 볼 때, PANSS 전체 점수의 20% 이상 변화할 때 임상적으로 의미 있는 증상의 호전이 있다고 평가한다.¹⁶⁾ 본 연구에서는 인지행동치료가 약물 치료에 부가적인 수준의 효과를 보인다는 점을

감안하여 10% 기준으로 두 군의 차이를 알아보았다.

네 번째는 환자의 증상과 병식을 호전시킨 예측인자의 결과이다. Tarrier의 연구에서 환자의 증상 호전의 예측인자로 인지행동치료를 받은 사람, 유병 기간이 짧은 사람, 초기 증상이 적은 사람으로 나타났는데,^{3,4)} 본 연구에서는 PANSS 전체 점수를 통하여 유병 기간과 초기 증상이 적은 사람을 치료의 예측인자로 확정하기는 어려웠다. 이는 본 연구의 대상 환자가 16년으로 비교적 유병 기간이 길고 양성 증상도 상당히 많이 남아 있는 상태에서 인지행동치료를 민감하게 반응하지 못한 것으로 보인다. 그러나 환청 점수 변화에 대한 예측인자로 인지행동치료와 교육 정도가 나타나 교육 수준이 높을수록 환청에 대해서 잘 이해하고 자신에게 적용시킬 수 있을 가능성을 보였다. 병식에 대해서는 다른 인자들보다 단지 인지행동치료만이 더 나은 호전을 예측할 수 있는 것으로 나타났다.

이러한 점 이외에 환자의 대부분이 입원해 있거나 입소되어 있어 외부 스트레스 없이 안정적인 치료를 받은 점이나 한 명의 평가자에 의해 환자들의 증상 척도가 평가되었다는 점 등이 본 연구의 장점이다. 또한 인지행동치료와 지지치료군에서 약물의 영향에 대해서도 치료 직후 항정신병약물 총량의 20% 이상이면 연구에서 제외하였으며, K-PSYRATS 척도로 약물 변동에 의한 직접적인 영향이 없음을 확인하였다. 외국의 연구에서는 일정 용량 이상의 항정신병약물 사용 시 그 약물 용량의 변동과는 상관없이 연구에 모두 포함시켰다.

본 연구는 이러한 연구의 장점 이외에 다음과 같은 약점과 한계도 가지고 있다.

우선 총 6명이라는 많은 수의 치료자가 연구를 수행하였다는 점이다. 비교적 많은 시간 동안 본 연구를 위해 인지행동치료를 대한 교육을 하였고, 매 주 사례 회의로 치료의 충실도를 점검하였지만 각 치료자마다 치료적 관계 형성과 기법의 적용에서 차이가 있었을 수 있다.

두 번째는 대상 환자 수가 많지 않다는 점이다. 인지행동치료군에는 18명, 지지치료군에서 19명의 환자에서 치료를 완료할 수 있었는데 보다 높은 통계 검증력을 확보하기 위한 대상 숫자로는 많이 부족하다. 향후 보다 큰 규모의 연구가 필요할 것이다.

이외에도 추후의 연구를 위해서는 치료 후 평가 시점과 추적 관찰, 지지치료군 회기의 구조화 등에 대한 논의도 필요할 것이다.

결 론

조현병에 대한 약물 치료의 지속적인 발전에도 불구하고

아직도 많은 환자들이 망상과 환청 등의 잔류 증상으로 고통 받고 있다. 이러한 환자들의 문제를 능력 있고 효과적으로 다루는 것은 정신건강의학과 임상과 환자의 지역사회 관리에서 중요한 과제로 제기된다. 본 연구는 약물저항성 만성 조현병 환자에서 인지행동치료와 집중적인 지지치료를 환자의 증상 호전에 도움을 줄 수 있음을 보여주었다. 그리고 인지행동치료는 특히 환자의 환청 증상과 병식의 호전에 더욱 효과적인 것으로 나타났다. 조현병의 인지행동치료는 현재 환자의 잔류 증상을 체계적인 다룰 수 있는 유일한 치료 방법으로 임상 현장과 지역사회에서 효과적으로 적용되어야 할 것이다.

중심 단어 : 조현병 · 인지행동치료 · 약물저항성 환자 · K-PSYRATS 척도 · SUMD-K 척도.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) McGlashan TH, Nayfack B. Psychotherapeutic models and the treatment of schizophrenia: the records of three successive psychotherapists with one patient at Chestnut Lodge for 18 years. *Psychiatry* 1988;51:340-362.
- 2) Gunderson JG, Frank AF, Katz HM, Vannicelli ML, Frosch JP, Knapp PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984;10:564-598.
- 3) Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, et al. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ* 1998;317:303-307.
- 4) Sensky T, Turkington D, Kingdon D, Scott JL, Scott J, Siddle R, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:165-172.
- 5) Lewis S, Tarrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, et al. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *Br J Psychiatry Suppl* 2002;43:S91-S97.
- 6) National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 1: Schizophrenia - Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care. London: National Institute for Clinical Excellence;2010. p.257-274.
- 7) Lynch D, Laws KR, McKenna PJ. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med* 2010;40:9-24.
- 8) Kim KR, Lee SY, Kang JI, Kim BR, Choi SH, Park JY, et al. Clinical efficacy of individual cognitive therapy in reducing psychiatric symptoms in people at ultra-high risk for psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2011;5:174-178.
- 9) Chung YC, Kim JH, Eun HB, Hwang IK. Effect of cognitive-behavioral therapy on the delusion in schizophrenic patients. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:63-71.
- 10) Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med* 1999;29:879-889.
- 11) Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993;150:

- 873-879.
- 12) Song JY, Kim KT, Lee SK, Kim YH, Noh JH, Kim JW, et al. Reliability and validity of the Korean version of the Scale to Assessment Unawareness of Mental Disorder (SUMD-K). J Korean Neuropsychiatr Assoc 2006;45:307-315.
 - 13) Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2007. p.1091-1098.
 - 14) Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. Schizophr Bull 1998;24:75-85.
 - 15) Samarasekera N, Kingdon D, Siddle R, O'Carroll M, Scott JL, Sensky T, et al. Befriending patients with medication-resistant schizophrenia: can psychotic symptoms predict treatment response? Psychol Psychother 2007;80(Pt 1):97-106.
 - 16) Mortimer AM. Symptom rating scales and outcome in schizophrenia. Br J Psychiatry Suppl 2007;50:S7-S14.