

일반인의 피해망상적 사고와 과대망상적 사고의 여부에 따른 정신증 경향성에서의 차이

서울대학교병원운영 서울특별시보라매병원 정신건강의학과,¹ 을지대학교 중독재활복지학과,² 국립서울병원 청소년정신과,³ 서울대학교 의과대학 정신과학교실⁴

곽수민¹ · 황석현² · 설진미¹ · 김예니³ · 정희연^{1,4}

Comparison of the Psychosis Proneness Based on the Existence of Persecutory Delusions and Grandiose Delusions in Nonclinical Population

Soo-Min Kwak, MA¹, Samuel Suk-Hyun Hwang, PhD², Jinmi Seol, MA¹,
Yeni Kim, MD, PhD³ and Hee Yeon Jung, MD, PhD^{1,4}

¹Department of Psychiatry, SMG-SNU Boramae Medical Center, Seoul, Korea

²Department of Addiction Rehabilitation & Social Welfare, Eulji University, Seungnam, Korea

³Department of Adolescent Psychiatry, Seoul National Hospital, Seoul, Korea

⁴Department of Psychiatry and Behavioral Science, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Korea

Objectives Delusions are prevalent even among members of the general population, and persecutory delusions (PDs) and grandiose delusions (GDs) are most frequently found. In this study, we investigated the differences in the dimensions of delusional ideation, reported psychosis proneness, and subjective psychotic symptoms in nonclinical individuals stratified according to the existence of PDs and GDs.

Methods A total of 311 nonclinical individuals completed the Peters et al Delusions Inventory 40 (PDI-40), Perceptual Aberration Scale (PAS), Magical Ideation Scale (MIS), Schizotypal Personality Scale (STA), and Symptom Check List-90-R (SCL-90-R). Individuals were grouped according to four types based on the existence of PDs and GDs in PDI-40 items.

Results An analysis of variance revealed that the four groups differed significantly in total delusion score, distress, preoccupation, and conviction level of delusional ideation, PAS, MAS, STA, in total SCL-90-R scores, and all SCL-90-R sub symptoms. In post-hoc analysis, the group with both PDs and GDs showed the highest scores in all measures, compared with the other three groups.

Conclusion We found that individuals with both PDs and GDs have a tendency to possess another delusional ideation and reported more distress, preoccupation, and conviction level of delusional ideation, psychosis proneness, and subjective symptoms. Existence of both PDs and GDs significantly elevated psychosis proneness in comparison to having only either one of them.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2013;52:91-97

KEY WORDS Delusion proneness · Persecutory Delusional Ideation · Grandiose Delusional Ideation · Peters et al. Delusions Inventory-40.

Received October 2, 2012
Revised January 19, 2013
Accepted January 22, 2013

Address for correspondence

Hee Yeon Jung, MD, PhD
Department of Psychiatry,
SMG-SNU Boramae Medical Center,
20 Boramae-ro 5-gil, Dongjak-gu,
Seoul 156-707, Korea
Tel +82-2-870-2461
Fax +82-2-870-2709
E-mail hyjung@snu.ac.kr

서 론

망상은 반박할 수 없는 증거가 제시되어도 사실이 아닌 것을 사실이라고 생각하는 믿음이다.¹⁾ 주로 조현병을 포함한 정신증 환자들이나 양극성 장애 및 치매 환자들에게서 흔히 발견되지만, 일반인의 10~15%에서도 망상과 유사한 사고(delusional ideation) 및 망상적 믿음(delusional beliefs)을 보고하는 것으로 알려져 있다.²⁻⁴⁾ 즉, 이러한 망상적 사고

는 정신적인 문제가 있는 환자뿐 아니라 일반인들도 흔히 보고할 수 있는 것이지만, 사회적 및 정서적 어려움과 상호 관련성이 높으며, 결과적으로 사회적 부적응을 일으킬 소지가 높기 때문에 예방과 치료를 위해 다각도의 연구가 필요하다.³⁾ 또한 망상은 다차원적인 개념으로, 단순히 이를 갖고 있는지 없는지의 유무보다는 이로 인해 고통을 받는 정도(distress, 고통감), 몰두해있는 정도(preoccupation, 몰두감) 및 확신하는 정도(conviction, 확신감)에 따라 병리적인 것

으로 구분한다.⁵⁾ 하지만 이러한 다양한 개념 중에서도 망상적 사고로 인한 고통감, 몰두감 및 확신감 중 어떠한 요인이 망상적 사고의 형성이나 유지 및 다른 병리적 측면과 더 높은 관련이 있는지에 대한 선행 연구가 부족하다.

망상은 내용에 따라 여러 종류(조종망상, 질투망상, 신체망상, 관계망상 등)로 구분되는데, 그 중에서도 피해망상과 과대망상은 가장 빈번하게 나타난다.⁶⁾ 피해망상은 편집증(paranoia)과 관련성이 높은 것으로 연구되고 있는데, 환청, 관계사고나 피해사고 및 의심과 같이 주로 정신증 환자의 증상과 관련된 측면에서 연구가 다수 진행되어 왔다.⁷⁾ 아울러 과대망상은 양극성 장애 환자에서 주로 나타나는 것으로 알려져 있으며, 조현병이나 우울증, 그리고 약물중독과 같은 전반적인 정신장애와 관련되어 있는 것으로 보고되고 있다.⁸⁾ 이러한 피해망상과 과대망상은 단독으로 나타나기 보다는 공존하는 경우가 많다.^{7,9)} 또한 과대망상은 피해망상을 발전(development)시키는 역할을 할 것으로 추정되기도 하며, 과대성(grandiosity)은 망상적 편집증(delusional paranoia)에 내재되어 있어서 자신의 것을 타인이 가져갈 수 있다고 믿는 편집증을 유지시킨다는 주장이 있다.¹⁰⁾ 하지만 피해망상적 사고 및 과대망상적 사고를 가지고 있는 집단의 차이를 본 연구가 부족하여 본 연구에서는 이러한 점을 알아보고자 한다.

Lenzenweger¹¹⁾은 정신증에 취약한 성격 구조를 가지고 있는 사람들, 즉 정신병 경향성(psychosis proneness)이 높은 사람들은 다양한 인지적, 행동적, 정서적 특징을 보인다고 주장했다. 정신증 증상과 관련된 여러 주관적인 경험이나 믿음은 유사 정신증적 경험(psychotic-like experiences)이라고 하며,¹²⁻¹⁴⁾ 개인의 초기 비정상적 지각적 경험(initial anomalous experience)이 내적 상태에 영향을 미쳐 망상적 해석까지 이어진다는 주장이 있다.¹⁵⁾ 다시 말하면, 정보를 받아들이고 처리하는 과정 중에 개인의 초기 경험이 의식(awareness)에 영향을 미쳐 평가나 해석을 망상적으로 하게 된다는 것이다. 선행 연구¹⁶⁾에서도 유사 정신증적 경험의 정도와 정신병 경향성의 상관관계가 높은 것으로 보고되고 있으며, 망상적 사고와 이러한 지각 및 사고의 경향성을 알아보기 위해 Perceptual Aberration Scale(이하 PAS)¹⁷⁾과 Magical Ideation Scale(이하 MIS)¹⁷⁾이 널리 사용되고 있다. 또한 조현병과 공병률이 높고 조현병의 전구 상태의 하나로 여겨지기도 하는 조현형 성격 특성(schizotypal personality)의 경우, 관계사고, 마술적 사고, 그리고 이상 지각 경험을 할 가능성이 높는데, 자신의 확고한 신념과 믿음이 있을 경우, 이에 반하는 확실한 증거가 있더라도 기존의 의견을 고수하려는 경향성과 관련이 있다.^{18,19)} 이러한 측면으로 조현형 성격자들은 망상적 사고를 형성하고 유지할 가능성이 높으며, 정신증으로 진

행될 위험성이 높은 것으로 연구되어 왔다.²⁰⁾ 또한 망상적 사고를 가지고 있는 사람들은 사고로 인한 고통감뿐 아니라, 불안감과 같은 정신증과 관련된 주관적 증상도 더 보고하는 것으로 알려져 있다.²¹⁾ 본 연구에서는 지각과 사고 경향성과 조현형 성격 특성을 통해 정신병 경향성을 측정하고자 한다.

따라서 본 연구에서는 망상적 사고 및 그로 인한 고통감, 몰두감 및 확신감을 측정하는 데 널리 쓰이는 척도인 한글판 Peters et al. Delusional Inventory(이하 PDI)를 사용하여,^{16,22,23)} 일반인 집단에서의 피해망상적 사고와 과대망상적 사고의 여부에 따라 집단을 구분하여 이에 따른 정신병 경향성 및 주관적 증상의 차이를 살펴보고자 한다.

방 법

대 상

Jung 등¹⁶⁾의 연구와 같이 서울특별시와 광주광역시 및 경기도 연천군에서 지역 주민 및 병원에서 종사하는 남녀 성인을 대상으로 설문지를 실시하였다. 정신과적 병력이 있거나 정신과적 치료를 받은 적이 있는 사람들은 연구 참여자에서 제외되었다. 최종 연구 참여자는 총 311명으로, 그 중 남성은 126명, 여성 185명이었고, 평균 연령은 32.18 ± 9.76 세, 연령 범위는 18~65세, 그리고 평균 교육수준은 12.43 ± 1.58 년이 었다. 직업을 보면, 행정 및 사무직(23.8%), 학생(22.8%), 전문직(19.9%), 주부(18.3%), 서비스 및 판매직(10.3%), 무직(3.5%) 그리고 숙련기술자 및 생산직(1.3%)이었다. 결혼 상태를 보면, 기혼(53.4%), 미혼(43.7%), 이혼(1.6%), 그리고 사별(1.3%) 순이었다. 다음으로 종교를 보면, 무교(43.7%), 개신교(35.4%), 불교(10.6%), 천주교(9.6%), 유교(0.3%) 및 기타(0.3%) 순이었다. 그리고 전체 집단의 PDI 평균 값은 7.86이었고, 망상적 사고를 전혀 보고하지 않은 참가자는 16.4%(n=51)였으며, 이러한 수치는 선행 연구^{16,22)}와 유사하게 나타났다.

작성한 PDI-40 설문지를 통해 피해망상적 사고와 과대망상적 사고 문항을 구분하였고, 피해망상적 사고와 과대망상적 사고의 소유 유무에 따라 네 집단으로 구성하였다. 집단 구성 과정에서 PDI 문항 중 피해망상적 사고와 과대망상적 사고 외의 다른 망상적 사고(신체적 염려, 종교적 사고, 수동성 경험, 사고 혼란, 질투와 의심, 초자연적인 믿음, 환청, 그리고 죄책감)의 값을 제외하였을 경우, 순수하게 피해망상적 사고와 과대망상적 사고만을 보고한 집단은 2명뿐이어서 통계 분석에 적합하지 않았다. 결국 다른 망상적 사고를 보고한 사람들도 집단 구성에 포함하였다. 즉, 피해망상적 사고와 과대망상적 사고를 각각 한 가지 이상 모두 보고하였고 다른 망상적 사고도 보고한 집단은 혼합사고군(persecutory delu-

sions(이하 PDs) & grandiose delusions(이하 GDs) : group A; n=64], 피해망상적 사고 및 다른 망상적 사고를 보고하였지만 과대망상적 사고를 보고하지 않은 집단은 피해사고군(PDs : group B ; n=30), 과대망상적 사고 및 다른 망상적 사고를 보고하였지만 피해망상적 사고를 보고하지 않은 집단은 과대사고군(GDs : group C ; n=58), 그리고 피해망상적 사고와 과대망상적 사고 및 다른 망상적 사고를 모두 보고하지 않은 집단은 정상군(PDI=0 : group D ; n=51)으로 구분하였다.

질문지

Peters et al. Delusions Inventory-40(PDI-40)

Peters et al. Delusions Inventory-40은 망상적 사고 정도를 측정하는 척도로 총 40문항으로 이루어져 있다.^{16,22)} 각각의 사고의 '유무'에 따라 고통감, 몰두감 및 확신감을 5점 리커트 척도로 정도를 측정하였다(1점 : 전혀 고통스럽지 않다, 전혀 생각해보지 않았다, 전혀 사실이라고 믿지 않는다 - 5점 : 매우 고통스럽다, 항상 생각한다, 완전히 사실이라고 믿는다). 본 척도는 신체적 염려(somatic concern), 과대망상적 사고(grandiose ideas), 종교적 사고(religious or superstitious ideas), 수동성 경험(passivity experiences), 피해망상적 사고(persecutory ideas), 사고 혼란(thought disturbances), 질투와 의심(jalousy and suspiciousness), 초자연적인 믿음(paranormal beliefs), 환취(olfactory hallucination), 그리고 죄책감(idea of guilt)의 하위 요인으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 선행 연구¹⁶⁾에서 표준화한 한국판을 사용하였고, 동일한 연구에서 추출된 요인으로 피해망상적 사고(이하 PD)와 과대망상적 사고(이하 GD)를 구분하였다. 각각의 요인(PD와 GD)에 대해 1개 이상의 문항에 대해 '그렇다'고 답한 경우 피해사고군 혹은 과대사고군으로 구분하였다. 피해망상적 사고 문항은 다음과 같다(11. 당신은 누군가가 고의적으로 당신을 해치려 한다는 것을 느낀 적이 있습니까? 12. 당신은 누군가로부터 박해를 받고 있다고 느낀 적이 있습니까? 13. 당신은 당신에 대한 음모가 있다고 느낀 적이 있습니까? 14. 당신은 당신에게 적대적인 조직이나 기관이 있다는 것을 느낀 적이 있습니까?). 과대 망상적 사고의 문항은 다음과 같다(15. 당신은 어떤 사람이나 사물이 당신을 지켜보고 있다고 느낀 적이 있습니까? 16. 당신은 특별한 능력이나 힘을 가졌다고 느낀 적이 있습니까? 19. 당신은 자신이 매우 중요한 사람이라는 운명을 지녔다고 느낀 적이 있습니까? 20. 당신은 자신이 매우 특별하고 평범하지 않은 사람이라고 느낀 적이 있습니까?).

Perceptual Aberration Scale(PAS)

Perceptual Aberration Scale는 지각적 이상 정도를 측정하는 자기보고식 척도로 예-아니오로 응답하며 총 31문항으로 이루어져 있다.¹⁷⁾ 본 연구에서는 Choi와 Yang²⁴⁾의 한국판 지각적 일탈 척도를 사용하였다.

Magical Ideation Scale(MIS)

Magical Ideation Scale는 마술적 사고를 측정하는 척도로 자기보고식 척도로 예-아니오로 응답하며 총 24문항으로 이루어져 있다.^{17,25)} 본 연구에서는 Choi와 Yang²⁴⁾의 한국판 마술적 사고 척도를 사용하였다.

Schizotypal Personality Scale(STA)

Schizotypal Personality Scale는 조현형 성격 특성을 측정하는 자기보고식 척도로 예-아니오로 응답하며 총 37문항으로 이루어져 있다.^{17,26)} 본 연구에서는 선행 연구²⁷⁾의 한글 번안판을 사용하였다.

Symptom Checklist 90-revision(SCL-90-R)

한글판 SCL-90-R은 다차원 증상을 측정하는 자기보고식 척도로 '전혀 없다(0점)'에서 '아주 심하다(4점)'의 5점 리커트 척도로 총 90문항으로 이루어져 있다.^{28,29)} 각각의 증상차원은 신체화(Somatization, SOM-12문항), 강박증(Obsessive-Compulsive, O-C-10문항), 대인예민증(Interpersonal Sensitivity, I-S-9문항), 우울증(Depression, DEP-13문항), 불안(Anxiety, ANX-10문항), 적대감(Hostility, HOS-6문항), 공포불안(Phobic Anxiety, PHOB-7문항), 편집증(Paranoid Ideation, PAR-6문항), 정신증(Psychoticism, PSY-10문항)으로 구성되어 있다.

자료 분석

PDI-40 문항의 피해망상적 사고 및 과대망상적 사고와 관련된 문항 추출을 위해 SPSS for windows 15.0 프로그램으로 주 요인분석(principal component analysis)을 실시하였다. 또한 각 집단 간의 인구통계학적 자료 분석 및 변인들의 점수 비교를 위해 일원분산분석(one-way analysis of variance)을 사용하였고, 집단 간의 세부적 차이를 알기 위해 scheffe 검증을 사용하였다.

결 과

먼저 인구통계학적 변인을 보면, 일원분산분석으로 검증한 결과, 혼합사고군, 피해사고군, 과대사고군 그리고 정상군

Table 1. Group differences of demographics, PDI, PAS, MIS, and STA

	PDs & GDs (a)	PDs (b)	GDs (c)	PDI=0 (d)	F	Post-hoc
	n=64 Mean (SD)	n=30 Mean (SD)	n=58 Mean (SD)	n=51 Mean (SD)		
Age	30.66	32.40	29.98	33.59	1.610	
Education	12.58	12.40	12.43	12.18	0.612	
PDI						
Total	17.06 (8.75)	9.87 (5.74)	9.53 (4.74)	0.00 (0.00)	21.490***	a>b, c
Distress	37.97 (24.17)	24.23 (20.31)	17.41 (12.72)	0.00 (0.00)	16.995***	a>b, c
Preoccupation	39.53 (21.43)	26.50 (18.40)	20.34 (13.44)	0.00 (0.00)	17.567***	a>b, c
Conviction	44.19 (22.94)	26.00 (18.36)	22.78 (13.11)	0.00 (0.00)	21.890***	a>b, c
PDI-(PDs&GDs)						
Total	13.20 (7.49)	8.60 (5.68)	7.74 (4.31)	0.00 (0.00)	13.532***	a>b, c
Distress	29.59 (20.53)	20.73 (18.99)	14.93 (11.75)	0.00 (0.00)	11.005***	a>c
Preoccupation	31.05 (18.85)	23.20 (17.30)	16.59 (12.09)	0.00 (0.00)	12.075***	a>c
Conviction	34.77 (20.01)	22.90 (17.26)	18.47 (11.61)	0.00 (0.00)	15.234***	a>b, c
PAS	7.19 (6.15)	3.97 (4.21)	3.78 (3.14)	1.82 (1.42)	8.949***	a>b, c
MIS	7.30 (3.84)	4.20 (3.32)	4.62 (3.11)	2.27 (1.66)	12.338***	a>b, c
STA	12.19 (6.67)	9.60 (7.86)	7.00 (4.32)	2.53 (3.05)	10.772***	a>c

*** : $p < 0.001$. PDs : Persecutory delusions, GDs : Grandiose delusions, PDI : Peters et al. Delusion Inventory, PDI- (PDs & GDs) : Other PDI scores, not PDs and GDs, PAS : Perceptual Aberration Scale, MIS : Magical Ideation Scale, STA : Schizotypal Personality Scale, SD : Standard deviation

의 네 집단은 평균 연령과 교육 연한에서는 유의미한 차이가 없었다. 다음으로 PDI와 MIS 및 PAS와의 관계를 분석하여 네 집단을 비교해 보면, 네 집단의 PDI의 총점, 고통감(distress), 몰두감(preoccupation) 및 확신감(conviction) 점수는 모두 유의미한 차이가 있었다($p < 0.001$). 표 1에는 정상군을 제외한 세 집단의 일원분산분석 및 사후검증을 실시한 결과를 제시하였는데, 혼합사고군, 피해사고군과 과대사고군 모두 망상적 사고 관련 문항에서 유의미한 차이가 있었으며, 사후분석에서 혼합사고군은 피해사고군과 과대사고군에 비해 유의미하게 높은 점수를 보고하였지만, 피해사고군과 과대사고군은 유의미한 차이가 없었다.

그리고 피해망상적 사고 및 과대망상적 사고를 제외한 나머지 망상적 사고의 집단 간 차이를 알아보기 위해 PDI 총점에서 피해망상적 사고와 과대망상적 사고를 제외하고 추가적인 분석을 실시하였다. 분석 결과, 전체 PDI 점수에서 피해망상적 사고와 과대망상적 사고를 제외한 나머지 망상적 사고의 값은 혼합사고군, 피해사고군 그리고 과대사고군의 세 집단에서 유의미한 차이가 있었다($p < 0.001$). 그리고 사후 분석시, 전체 점수와 확신감 점수는 혼합사고군이 피해사고군과 과대사고군보다 유의미하게 높았으며, 고통감과 몰두감의 점수는 혼합사고군이 과대사고군보다 유의미하게 높았다.

다음으로, 정신병 경향성을 측정한 PAS와 MIS 및 STA 점수를 보면, 네 집단의 비교시 유의미한 차이가 있었다($p < 0.001$). 정상군을 제외한 혼합사고군, 피해사고군 및 과대사고군의 비교시에도 역시 유의미한 차이가 있었다($p < 0.001$).

사후분석시, PAS와 MIS에서는 혼합사고군이 피해사고군과 과대사고군에 비해 유의미하게 높은 점수를 보고하였고, STA에서는 혼합사고군이 과대사고군보다 유의미하게 높은 점수를 보고하였다.

결과적으로, 혼합사고군이 피해사고군, 과대사고군 및 정상군과 비교시 망상적 사고의 총점과 이러한 사고로 인한 고통감, 몰두감 및 확신감 점수가 가장 높았으며, PDI의 다른 망상적 사고를 보고하는 정도와 그로 인한 고통감, 몰두감 및 확신감도 가장 높았으며, PAS, MIS 및 STA척도의 점수도 더 높았다.

주관적으로 보고한 증상 요인을 보면(표 2), SCL-90-R 총점과 모든 하위 문항(강박증, 대인예민증, 우울증, 불안, 적대감, 공포불안, 편집증, 정신증)에서 일원분산분석 검증시 네 집단에서 차이가 있었다($p < 0.001$). 정상군을 제외한 혼합사고군, 피해사고군 및 과대사고군 비교시, 모든 집단에서 유의미한 차이 있었으며($p < 0.05$), 사후 검증에서는 혼합사고군이 과대사고군보다 유의미하게 높았다. 즉, 혼합사고군에서 보고한 증상의 호소가 가장 높았지만, 이는 피해사고군과는 유의미한 차이가 없었으며, 과대사고군과는 유의미한 차이가 있었다.

고 찰

본 연구를 통해 일반 성인집단에서 피해망상적 사고와 과대망상적 사고를 모두 보고한 혼합사고군이 전체 망상적 사

Table 2. Group differences of SCL-90-R

	PDs & GDs (a)	PDs (b)	GDs (c)	PDI=0 (d)	F	Post-hoc
	n=64 Mean (SD)	n=30 Mean (SD)	n=58 Mean (SD)	n=51 Mean (SD)		
SCL-90-R						
Total	78.45 (61.79)	69.23 (53.32)	44.14 (40.67)	24.20 (22.53)	6.613**	a>c
SOM	9.17 (9.08)	8.27 (8.09)	5.14 (6.45)	3.90 (4.31)	4.093*	a>c
O-C	11.94 (8.48)	10.90 (7.74)	7.67 (5.27)	4.76 (3.75)	5.477**	a>c
I-S	10.16 (7.24)	8.27 (5.09)	5.88 (5.23)	3.18 (2.89)	7.394***	a>c
DEP	13.94 (11.07)	13.67 (11.60)	8.74 (7.43)	4.35 (4.13)	4.729**	a>c
ANX	8.11 (8.00)	7.07 (6.06)	4.50 (5.48)	1.98 (3.20)	4.461*	a>c
HOS	5.38 (5.53)	4.87 (4.31)	2.95 (3.39)	1.65 (2.40)	5.516*	a>c
PHOB	2.92 (3.79)	2.47 (2.83)	1.16 (2.44)	0.65 (1.15)	4.968**	a>c
PAR	4.72 (4.56)	3.30 (3.60)	2.29 (2.82)	0.80 (1.51)	6.288**	a>c
PSY	6.33 (6.77)	4.43 (5.18)	2.36 (3.80)	0.88 (1.81)	7.957***	a>c

* : $p<0.05$, ** : $p<0.01$, *** : $p<0.001$. PDs : Persecutory delusions, GDs : Grandiose delusions, PDI : Peters et al. Delusion Inventory, SCL : Symptom Check List, SOM : Somatization, O-C : Obsessive-Compulsivity, I-S : Interpersonal Sensitivity, DEP : Depression, ANX : Anxiety, HOS : Hostility, PHOB : Phobic anxiety, PAR : Paranoid Ideation, PSY : Psychoticism, SD : Standard deviation

고의 총점, 이로 인한 고통감, 몰두감 및 확신감을 가장 높게 보고한 것을 확인하였다. 또한 피해사고군은 혼합사고군 다음으로 높은 수준의 망상적 사고 관련 점수를 보고하였고, 과대사고군은 망상적 사고 관련 점수가 가장 낮았다. 이러한 결과로 보아 피해망상적 사고와 과대망상적 사고를 단독으로 가지고 있는 경우보다는 둘 다 가지고 있을 때 망상적 사고로 인한 고통감, 몰두감과 확신감이 유의미하게 높아지는 것을 관찰할 수 있다. 혼합사고군은 지각적 이상, 마술적 사고, 조현형 성격 특성 및 주관적 증상의 정도가 가장 높은 것으로 보고하였고 이와 더불어 이들의 정신병 경향성이 가장 높다는 결과는 과대망상이 피해망상을 발전(development)시킨다는 선행 연구¹⁰⁾의 주장을 지지하는 것으로 볼 수 있다.

다음으로 주관적으로 보고한 증상적 특징을 보면, 혼합사고군에서 가장 높은 증상 점수를 보고하였으며, 피해사고군이 보고한 증상 점수와는 유의미한 차이가 없었다. 즉, 혼합사고군과 피해사고군은 강박증, 대인예민증, 우울증, 불안, 적대감, 공포불안, 편집증 및 정신증과 관련된 증상을 높은 수준으로 보고하고 있었다. 선행 연구²¹⁾에 의하면 망상적 사고를 가지고 있는 사람들은 사고로 인한 고통감뿐 아니라, 불안감과 같은 정신병 경향성과 관련된 증상도 더 보고하는 것으로 알려져 있는데, 본 연구를 통해 과대망상적 사고만을 가지고 있을 때 보다는 피해망상적 사고와 과대망상적 사고를 모두 가지고 있을 때 주관적 고통감을 가장 높은 수준으로 보고하는 것으로 확인할 수 있었다.

피해망상적 사고는 정신증 환자의 증상과 관련하여 다수의 연구가 진행되었지만, 과대망상적 사고는 상대적으로 연구가 부족하다. 본 연구를 통해 과대망상적 사고를 단독으로 소유할 때 보다는 피해망상적 사고와 같이 소유할 때 정신병 경향

성이 높아지는 것으로 결과를 확인하였는데, 이러한 경향성을 해석하기 위해서는 과대망상에 대한 추후 연구가 필요할 것으로 보인다. 문화적인 배경이나 종교적인 특성에 따라 자신의 능력을 과장해서 평가하고 자신이 중요한 존재라고 믿는 사람들이 있으며, 이러한 사회적 분위기로 인해 과대망상의 소유 정도에 따른 문화 간 차이가 존재한다.³⁰⁾ 또한 정상 성인들도 자신에 대한 긍정적 편향(self-serving bias)을 갖는 경우가 흔하며,³¹⁾ 이러한 편향으로 인해 자신의 능력이나 지위를 긍정적인 쪽으로 해석하여 정도의 과대망상적 사고를 보고할 가능성도 있다. 정도의 과대망상적 사고는 한편으로는 자아를 보호하고 사회적 적응도를 높이는 긍정적인 결과를 나타낼 것으로 예측되기도 한다.

연구의 한계점은 다음과 같다. 먼저 자기보고식 척도를 통해 자료를 얻은 것이다. 자기보고식 척도의 한계점으로 인해 자신의 생각이나 증상을 축소하거나 과장되게 보고했을 가능성도 배제할 수 없다. 이러한 면을 보완하기 위해 functional neuroimaging technique을 사용해 확인한 뇌 활성화 영역과 같은 신경체계(neural system)와 망상의 형성과의 관련성을 살펴보면 더욱 객관적인 정보를 얻을 수 있을 것으로 보인다.³²⁾ 그리고 본 연구에서는 피해망상과 과대망상의 여부에 따른 정신병 경향성의 차이는 확인할 수 있었지만 인과 관계를 확인하지는 못하였다. 선행 연구⁸⁾에서 망상의 형성에 대한 잠재적인 모델을 만들고 망상과 관련된 여러 요인의 관련성을 확인하였는데, 추후 연구에서 망상적 사고와 정신병 경향성과의 방향성을 검증하는 연구가 진행된다면 망상적 사고의 형성 및 유지에 대한 깊이 있는 고찰을 할 수 있을 것이다. 또한 본 연구에서 혼합사고군에서는 다른 집단에 비해 망상적 사고와 관련된 높은 수준의 고통감, 몰두감 및 확신

감을 보고하였고, 그 중에서도 확신감을 가장 높게 보고하였다. 하지만 이러한 요인 중 어떤 요인이 망상적 사고의 다양한 종류와 높은 점수에 영향을 미치는지는 통계적으로 유의미하게 확인하기 어려웠다. 망상적 사고를 유지하고 형성하는 데 핵심적인 역할을 하는 요인이 있을 것으로 보이지만 아직 이러한 주장은 혼재되어 있으며,^{5,12,33,34)} 추후 연구에서는 망상적 사고의 종류 및 이와 관련된 고통감, 몰두감 및 확신감의 정도와 관련성까지 확인할 수 있다면 망상적 사고의 예방 및 조절에 도움이 될 수 있을 것으로 여겨진다.

결론

망상적 사고는 여러 가지 사회적, 정서적 어려움과 관련되어 있으며, 결과적으로 이를 보고하는 사람의 전반적인 기능 수준을 저해하는 부정적인 역할을 한다. 하지만 이러한 망상적 사고의 단순한 유무보다는 사고의 종류나 다양성, 이로 인한 고통감, 몰두감 및 확신감의 정도를 확인하는 것이 정신병 경향성과 관련성이 높다는 측면에서 더 중요하다. 특히, 과대망상적 사고만을 가지고 있는 것은 정신병 경향성과 직접적 관련이 적지만, 피해망상적 사고는 단독으로 가지고 있거나 과대망상적 사고와 함께 가지고 있을 때 정신병 경향성이 모두 높아져 더 역기능적이라는 것이 본 연구를 통해 확인되었다.

중심 단어 : 망상적 사고 경향성 · 피해 망상적 사고 · 과대 망상적 사고 · Peters et al. Delusions Inventory-40.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;2000.
- 2) Taylor H. The Religious and Other Beliefs of Americans 2003. The Harris Poll #11; 2003 Feb 26; Rochester, NY: Harris Interactive Inc.; 2003.
- 3) Freeman D. Delusions in the nonclinical population. *Curr Psychiatry Rep* 2006;8:191-204.
- 4) Pechey R, Halligan P. The prevalence of delusion-like beliefs relative to sociocultural beliefs in the general population. *Psychopathology* 2011;44:106-115.
- 5) Garety PA, Hemsley Delusions: Investigations Into the Psychology of Delusional Reasoning. Oxford: Oxford University Press;1994.
- 6) Stompe T, Karakula H, Rudaleviciene P, Okribelashvili N, Chaudhry HR, Idemudia EE, et al. The pathoplastic effect of culture on psychotic symptoms of schizophrenia. *World Cult Psychiatry Res Rev* 2006; 157-163.
- 7) Raune D, Bebbington P, Dunn G, Kuipers E. Event attributes and the content of psychotic experiences in first-episode psychosis. *Psychol Med* 2006;36:221-230.
- 8) Knowles R, McCarthy-Jones S, Rowse G. Grandiose delusions: a review and theoretical integration of cognitive and affective perspectives. *Clin Psychol Rev* 2011;31:684-696.
- 9) Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1938-1943.
- 10) Lake CR. Hypothesis: grandiosity and guilt cause paranoia; paranoid schizophrenia is a psychotic mood disorder; a review. *Schizophr Bull* 2008;34:1151-1162.
- 11) Lenzenweger MF. Schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia: Paul E. Meehl's blueprint for the experimental psychopathology and genetics of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 2006;115:195-200.
- 12) Sisti D, Rocchi MB, Siddi S, Mura T, Manca S, Preti A, et al. Preoccupation and distress are relevant dimensions in delusional beliefs. *Compr Psychiatry* 2012;53:1039-1043.
- 13) van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009;39:179-195.
- 14) Kelleher I, Cannon M. Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychol Med* 2011;41:1-6.
- 15) Maher BA. Anomalous Experience and Delusional Thinking: The Logic of Explanations. In: Oltmanns TF, Maher BA, editors. *Delusional Beliefs*. New York: John Wiley;1988. p.15-33.
- 16) Jung HY, Chang JS, Yi JS, Hwang S, Shin HK, Kim JH, et al. Measuring psychosis proneness in a nonclinical Korean population: is the Peters et al Delusions Inventory useful for assessing high-risk individuals? *Compr Psychiatry* 2008;49:202-210.
- 17) Claridge G, Birchall P, Bishop, Eysenck, Block, and psychoticism. *J Abnorm Psychol* 1978;87:664-668.
- 18) Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE. A cognitive model of persecutory delusions. *Br J Clin Psychol* 2002;41(Pt 4):331-347.
- 19) Moritz S, Woodward TS. A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2006;142:157-165.
- 20) Ord LM, Myles-Worsley M, Blailes F, Ngiralmu H. Screening for prodromal adolescents in an isolated high-risk population. *Schizophr Res* 2004;71:507-508.
- 21) Norman RM, Malla AK, Cortese L, Diaz F. Aspects of dysphoria and symptoms of schizophrenia. *Psychol Med* 1998;28:1433-1441.
- 22) Peters ER, Joseph SA, Garety PA. Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophr Bull* 1999;25:553-576.
- 23) Jung HY, Chang J, Yi JS, Kim YS. Item response theory analysis of the peters et al. Delusions inventory in adolescents. *Schizophr Res* 2008;102(suppl 2):158-159.
- 24) Choi MK, Yang IH. MMPI response study on psychology prone group. *J Korean Educ Psychol* 1997;11:255-289.
- 25) Eckblad M, Chapman LJ. Magical ideation as an indicator of schizotypy. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:215-225.
- 26) Claridge GS, Brooks P. Schizotypy and hemisphere function: I. theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Pers Individ Dif* 1984;5:633-648.
- 27) Kim YS. Correlation of Magical Thinking and Self-Esteem in Schizophrenia Patients and Normal Persons. Department of Medical Sciences. Chunchon: Hallym Univ.;2004.
- 28) Derogatis LR. SCL-90(Revised) 1. Clinical Psychometrics Research Unit. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine; 1977.
- 29) Kim JH, Kim KI. The standardization study of Symptom Check List-90-revision in Korea III. *Ment Health Res* 1984;2:278-311.
- 30) Suhail K, Cochrane R. Effect of culture and environment on the phenomenology of delusions and hallucinations. *Int J Soc Psychiatry* 2002;48:126-138.

- 31) Campbell WK, Sedikides C. Self-threat magnifies the self-serving bias: A meta-analytic integration. *Rev Gen Psychol* 1999;1;23-43.
- 32) Gilleen J, David AS. The cognitive neuropsychiatry of delusions: from psychopathology to neuropsychology and back again. *Psychol Med* 2005;35:5-12.
- 33) Freeman D, Garety PA, Kuipers E. Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychol Med* 2001;31:1293-1306.
- 34) Peters E, Joseph S, Day S, Garety P. Measuring delusional ideation: the 21-item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). *Schizophr Bull* 2004; 30:1005-1022.