

조현병 환자에서 외상후 스트레스 장애의 유무가 치료 경과에 미치는 영향

서울특별시 은평병원 정신건강의학과
박찬호 · 이선이 · 김남희

The Impact of Posttraumatic Stress Disorder on Clinical Outcomes in Patients with Schizophrenia

Chan Ho Park, MD, Sunny Lee, MD and Nam Hee Kim, MD

Department of Psychiatry, Seoul Metropolitan Eunpyeong Hospital, Seoul, Korea

Objectives This study investigated the prevalence of trauma and posttraumatic stress disorder (PTSD) in patients with schizophrenia and compared the clinical outcomes in the PTSD group and the non-PTSD group.

Methods Among 38 patients, a total of 35 schizophrenic patients completed the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Life Stressor Checklist-Revised (LSCL-R), and Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS).

Results Thirty three patients (94.2%) had at least one trauma and average 3.9 traumatic events in their life time. There were 12 patients (34.3%) who were diagnosed with PTSD. There were no differences of sociodemographic, duration of illness, number of admission, and duration of admission between the PTSD and non-PTSD groups. After one year treatment, the non-PTSD group had significantly improved in PANSS positive, negative, and general psychopathology scale. However, the PTSD group demonstrated no significant changes in PANSS negative and general psychopathology scale.

Conclusion In this study, there were high rate of prevalence of trauma and PTSD in patients with schizophrenia. PTSD had negative effects on clinical outcomes in patients with schizophrenia. Careful trauma-focused approach is necessary within this population.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2012;51:249-254

KEY WORDS Schizophrenia · Psychological trauma · Posttraumatic stress disorder · Prevalence · Outcome.

Received April 5, 2012
Revised May 11, 2012
Accepted May 18, 2012

Address for correspondence

Nam Hee Kim, MD
Department of Psychiatry,
Seoul Metropolitan Eunpyeong Hospital,
90 Baengnyeonsan-ro, Eunpyeong-gu,
Seoul 122-913, Korea
Tel +82-2-300-8228
Fax +82-2-300-8255
E-mail nadianam@gmail.com

서론

중증정신질환(serious mental illness, 이하 SMI) 환자에서 외상적 사건의 경험이 중요하다는 보고¹⁻⁴⁾와 함께 조현병 환자에서 심리적 외상에 대한 연구가 증가하고 있다.⁵⁻⁷⁾ 조현병 환자들은 일반 인구(50~60%)^{8,9)}에 비해 상대적으로 더욱 높은 빈도의 외상에 노출되며,^{3,10,11)} 상당수가 발병 전 뿐만 아니라 이후에도 심각한 외상에 노출된다.¹²⁾ 우리나라의 경우 조현병 환자를 대상으로 한 연구가 아직 많지는 않으나, 한 연구에서는 65.6%가 적어도 한번의 외상을 경험했다고 보고하였다.¹³⁾

이처럼 높은 외상적 경험으로 비추어 조현병 환자에서 외상력은 정신증 발생의 위험인자로 고려될 수 있음이 보고되었다. 또한 외상력은 조현병 증상의 심각도,^{4,14)} 지역사회에서의 기능, 심리사회적인 기능에서 불량한 예후인자로 작용할 수

있음도 보고되었다.^{15,16)} 구체적으로는 외상력이 있는 환자군에서 양성증상과 인지기능 저하가 더욱 심했고,^{5,16-19)} 해리증상²⁰⁻²²⁾과 회피증상²³⁾도 더욱 많이 경험했다. 또한, 우울증상²⁴⁾과 불안증상²⁵⁾이 높게 나타나며 물질남용, 자살기도가 높은 특징이 있었다.¹⁷⁾ 뿐만 아니라 정신사회적 기능장애와 직업 기능의 장애²⁶⁾도 관찰되며 치료 후에 보이는 증상과 기능의 변화 역시 낮다는 연구도 있다.²⁷⁾

조현병 환자들은 일반 인구에 비해 외상 경험뿐만 아니라 외상후 스트레스 장애(post-traumatic stress disorder, 이하 PTSD)²⁸⁾의 유병률도 높는데, 일반인구에서는 8~9%²⁹⁾의 유병률을 보인 반면, 조현병 환자에서는 17%³⁰⁾가 진단되기도 했다. 외상력과 마찬가지로 PTSD와 조현병의 공존은 삶의 질과 임상 양상의 심각한 저하와 관련이 되어 있다.^{12,19,31)}

그러나 조현병 환자에서 단지 외상 경험 여부뿐만 아니라 PTSD가 함께 진단된 군에서 치료 후의 증상 변화에 대한

연구는 부족하다. 이에 본 연구는 조현병 환자를 대상으로 구조화된 면담 도구를 사용하여 PTSD 진단을 하였고, 정신질환과 관련된 외상까지 포함하여 주관적인 외상 영향의 심각도까지 측정하는 자세한 외상력을 조사한 후, 이를 바탕으로 PTSD 진단 여부에 따른 임상증상과 1년 추적 후 증상 변화의 차이를 보고자 하였다. 본 연구는 첫째, 조현병 환자들은 외상과 PTSD의 높은 유병률을 보일 것이며, 둘째, PTSD를 경험한 조현병 환자군은 그렇지 않은 군에 비해 1년 후의 증상의 호전 정도가 더 낮을 것이라 하는 가설아래 진행하였다.

방 법

대 상

2006년 6월부터 1년동안 서울특별시 은평병원에 입원한 환자 중에서 Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV(DSM-IV) Axis I Disorders(이하 SCID-I)을 통해 조현병으로 확진된 환자를 대상으로 했다. 조현병 증상과 외상력 조사에 모두 동의한 38명의 환자가 연구에 참여했다. 참여자들은 본 연구에 대한 사전 서면 동의(written informed consent) 과정을 거쳤으며, 계획과 사전 동의 과정은 병원 임상연구윤리위원회의 승인을 거쳤다. 연구 참여 기준은 1) SCID-I을 통해 조현병으로 확진된 환자, 2) 만 18세 이상, 60세 미만의 성인으로 하였고 배제 기준은 1) 경도 이하의 정신지체, 2) 기질성 뇌 질환, 3) 신경학적 이상, 4) 조사 당시 약물 남용, 5) 초등학교 졸업 미만의 학력, 6) 신체적, 심리적 조건에 의해 설문지 작성이 어려운 환자였다.

과정 및 도구

연구의 조사와 평가는 정신과 전공의 2명, 임상심리사 1명에 의해 수행되었다. 대상 환자들은 급성정신병적 상태에서 벗어나 비교적 안정된 시기인 입원 2주가 경과한 시점에 의무기록과 환자 면담을 통해 사회인구학적 배경과 임상력을 조사했다. Baseline과 임상가의 재량에 따른 치료가 이루어진 12개월 후에 각각 양성 및 음성 증후군 척도(Positive and Negative Syndrome Scale, 이하 PANSS), 전반적 임상인상 척도(Clinical Global Impression Scale), 전반적 기능평가 척도(Global Assessment of Functioning)를 측정했다. 외상력 조사에 동의한 38명의 환자들에게 일생 스트레스 체크리스트(Life Stressor Checklist Revised, 이하 LSCL-R), 임상가를 위한 PTSD 척도(Clinician administered PTSD Scale, 이하 CAPS)를 다시 조사했다. 이들 중 3명은 CAPS, LSCL-R 시행 중에 설문을 포기하여 제외되었고, 총 35명이 연구에 참여

하였다. 연구에 참여한 2명의 전공의와 임상심리사는 면담 도구들과 척도에 대한 충분한 교육을 받았고, 비디오 촬영을 통해 평가 자간의 신뢰도를 높이기 위한 과정을 거쳤지만, 평가 자간의 신뢰도를 측정하지는 못했다.

양성 및 음성 증후군 척도(PANSS)

조현병 환자의 정신병리 척도로서 반구조화된 정신과적 면담으로 시행된다. 평가항목은 30개로 구성되며 양성 증후군 척도(7개), 음성 증후군 척도(7개), 일반정신병리 척도(16개)로 이루어져 있고, 각각의 항목에 대해 1점(없음)에서 7점(최고도의 정신병적 상태)까지 점수로 평가한다. 본 연구에서는 Yi 등²²⁾이 번역한 “한국판 양성 및 음성 증후군 척도”를 사용했다. 한국어판의 신뢰도(평가자 간, 검사-재검사 신뢰도, 내적 일치도)는 각 하위 척도별로 $r=0.73\sim 0.95$ 였으며, 타당도(준거, 변별, 요인)도 모두 우수한 것으로 알려졌다.

임상가를 위한 PTSD 척도(CAPS)

PTSD를 측정하는 도구로는 CAPS가 사용되었다. CAPS는 PTSD와 관련된 17개의 증상과 8개의 관련 특성을 평가하기 위해 구성된 자기보고형 임상 면접으로 Blake 등²³⁾에 의해 개발되었다. CAPS는 PTSD 평가에서 가장 잘 알려진 도구이며, DSM-IV PTSD의 기준 A인 심각한 외상 사건 조사, 재경험, 회피, 과각성에 대한 증상 조사, 부수 증상, 기타 증상에 대한 척도로 이루어져 있다. 그리고 각 항목에 대해 지난 한달 동안과 평생(lifetime) 동안의 빈도와 심각도를 0~4의 점수로 평가해 현재 PTSD와 평생 PTSD를 진단할 수 있도록 되어 있다. 본 연구에서는 Lee 등²⁴⁾이 개발한 “임상가를 위한 외상후 스트레스 장애 척도”를 사용했으며 지난 한 달동안과 평생 동안의 증상을 나누어 각 항목 당 빈도와 심각도의 점수의 합이 4점 이상이 되는 경우에 해당 증상이 존재하는 것으로 간주했고, CAPS 총점이 45점 이상인 경우에 PTSD의 진단에 해당되는 것으로 고려하였다. 한국어판의 신뢰도는 Cronbach α 계수 0.95이며 $r=0.89$ 로 유의하게 나타났고, 타당도에 있어서도 유의한 것으로 나왔다.

일생 스트레스 체크리스트(LSCL-R)

Life Stressor Checklist Revised은 정신적 외상과 스트레스 상황을 평가하기 위해 Wolfe 등²⁵⁾이 개발한 자기보고식 척도이다. 문항은 자연재해, 심한 사고, 구속, 아동기 학대와 방임, 가정폭력과 이혼, 경제적 파산, 신체질환, 정신질환, 가까운 사람의 사고와 사망, 17세 이전의 신체적 성적 공격과 같은 다양한 사건에 대해 30가지의 항목으로, “그렇다”, “아니다”의 형식으로 대답하도록 되어 있다. 또한 사건의 발생시기

와 지속기간, PTSD 진단의 A항목인 '죽음의 위협'과 '극심한 공포'의 유무, 사건이 미치는 영향의 빈도와 심각도를 1점(전혀 없음)에서 5점(극도로 심함)으로 평가하도록 되어 있다.

통계 분석

연속 변수에 대해서는 정규분포를 따르고 있는지 검증 후에 통계 분석이 시행되었다. PTSD군과 non-PTSD군 간의 비교는 카이검정과 독립표본 T 검정, 윌콕슨 부호 순위 검정을 사용하였고, 통계적 유의수준은 양방향 $p < 0.05$ 로 규정하였다.

결 과

환자들의 일반적 특징

연구에 참여한 35명의 일반적인 특성은 표 1에 기술되어 있다. 평균 나이는 40.4세였고, 남녀 비율은 차이가 거의 없었다. 전체 환자의 65.7%가 결혼을 한 적이 없었고, 20%가 이혼하거나 헤어진 상태였다. 고졸 이상의 학력이 가장 많았으며 (80.0%), 직업을 갖고 있는 경우는 non-PTSD군이 더 많았지만 (87.5%) 통계적으로 유의하지는 않았다. 발병 나이는 두 군간에 차이가 없었고, 이환 기간과 입원 횟수 및 입원 기간도 통계적인 차이가 없었다.

외상적 사건 유형률

전체 환자들 중에서 일생 동안 적어도 한 번의 외상을 경험

한 환자는 94.2%(33/35)로 대부분의 환자들은 일생에 적어도 한 번 외상적 사건을 경험한 것으로 나타났다. 그 중에서 PTSD A 항목을 만족하는 심각한 외상은 45.7%(16/35)가 경험했던 것으로 조사되었다. 외상의 항목으로는 가까운 사람의 죽음 62.9%(22/35), 신체강박(physical restraints) 등 정신질환 과정에서의 외상 51.4%(18/35), 성적 학대 21.2%(7/35), 강도 또는 강탈 20%(7/35), 아동기 방임 14.2%(5/35), 신체적 학대 14.2%(5/35), 부모의 이혼과 별거 14.2%(5/35), 자연재해 11.4%(4/35)이었다. 평균적으로 경험한 외상 수는 3.9개였으며, 외상을 경험한 환자 중에 1~2개의 외상이 34.2%(12/35), 3~4개의 외상 20%(7/35), 5~6개의 외상 25.7%(9/35), 7개 이상의 외상 11.4%(4/35)인 것으로 나타났다.

PTSD 유형률

PTSD 진단은 임상적 관찰과 CAPS에 의해 내려졌으며, 현재 PTSD와 일생 PTSD를 나누어서 조사하였다. 전체 환자 중 현재 PTSD로 진단할 수 있는 환자는 2명(5.7%)이었고, 일생 PTSD로 진단할 수 있는 환자는 12명(34.3%)이었다. 따라서 과거 PTSD를 경험했던 12명의 환자 중 10명은 현재 회복되었고, 2명만이 PTSD가 지속되고 있었다.

PTSD 유무에 따른 비교와 1년 후 변화

PTSD를 경험한 군($n=12$)과 경험하지 않은 군($n=23$)으로 나누어 비교하였고 표 1에 기술되었다. 우선 두 군 사이에 나

Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of patients with schizophrenia with and without PTSD

Characteristics	Non-PTSD group (n=23)	PTSD group (n=12)	p-value
Age (years)	39.0 (8.5)	41.8 (13.4)	0.626
Sex			0.408
Male	12 (52.2%)	5 (41.7%)	
Female	11 (42.8%)	7 (58.3%)	
Employment			0.274
Unemployed	14 (60.9%)	10 (83.3%)	
Employed	7 (30.4%)	1 (8.4%)	
Student or housewife	2 (8.7%)	1 (8.4%)	
Marital status			0.101
Never married	17 (73.9%)	6 (50.0%)	
Divorced, seperated	5 (21.7%)	2 (16.7%)	
Married	1 (4.4%)	4 (33.3%)	
Education			0.492
Less than high school	3 (13.0%)	4 (33.3%)	
High school graduates	14 (60.9%)	6 (50.0%)	
College or above	6 (26.1%)	2 (16.7%)	
Onset age	25.1 (6.0)	28.3 (4.9)	0.121
Duration of illness (months)	138.6 (73.5)	140.0 (99.7)	0.753
Number of admission	4.9 (4.5)	5.1 (5.5)	0.737
Duration of admission (months)	12.5 (17.1)	8.4 (10.2)	0.257

Values are mean (standard deviation) or number (%). Statistics were analyzed by Student's t-test or Fisher's exact chi-square test. $p < 0.05$. PTSD : Post-traumatic stress disorder

Table 2. Comparisons of clinical outcomes with both group

	PANSS (baseline)	PANSS (change)	p-value
Non-PTSD group			
PANSS			
Positive	22.5 (5.8)	15.2 (5.4)	0.000
Negative	21.3 (5.8)	17.1 (5.8)	0.006
General	41.0 (9.4)	30.0 (6.7)	0.001
Total	84.8 (16.6)	62.3 (15.8)	0.001
PTSD group			
PANSS			
Positive	21.8 (6.3)	14.9 (6.6)	0.034
Negative	16.7 (4.8)	16.4 (5.2)	0.929
General	39.3 (8.9)	31.3 (9.0)	0.099
Total	77.7 (15.4)	62.6 (18.3)	0.099

Values are mean (standard deviation). Statistics were analyzed by Wilcoxon Signed Ranks test. p<0.05. PANSS : Positive and Negative Syndrome Scale, PTSD : Post-traumatic stress disorder

이, 성별, 직업, 결혼 여부, 교육수준은 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. PTSD를 경험한 군은 발병연령이 더 늦고 유병 기간과 입원 기간이 더 길었으며, 입원횟수가 더 많았지만 통계적으로 유의하지는 않았다. 약물 치료와 지지적 정신치료를 포함하여 조현병에 대한 임상가의 재량에 따른 치료 후 추적 조사된 결과에서 치료 경과를 판정하기 위해 PANSS 증상 점수를 총점과 함께 양성, 음성, 일반정신 병리로 나누어 평가를 하였고, 표 2에 기술하였다. non-PTSD군은 치료 후 추적조사에서 PANSS증상 점수에서 세 가지 범주 모두에서 유의하게 호전을 보였으나 PTSD군에서는 음성 증상과 일반정신병리에서는 유의한 호전을 보이지 않았다.

고 찰

이번 연구는 조현병으로 진단된 35명의 환자에 대해 외상적 사건 경험과 현재 PTSD, 일생 PTSD를 조사하고, PTSD의 유무에 따른 치료 경과를 PANSS 증상 점수의 변화를 통해 비교하였다. 그 결과 94.2%가 적어도 한 가지 이상의 외상을 경험했고, 평균적으로 3.9가지의 사건에 노출되었다. 그 중 45.7%는 PTSD A항목을 만족시키는 심각한 외상을 경험했다. 본 연구에서 94.2%의 외상 경험률은 Mueser 등³³⁾이 중증 정신질환 환자를 대상으로 조사한 연구의 98%보다는 낮은 수치이지만, Conus 등³⁴⁾이 초발정신증 환자를 대상으로 조사한 83%, 우리나라 일반인을 대상으로 한 연구²⁸⁾의 79%, 유병 기간이 4.5년인 대학병원 조현병 환자를 대상으로 한 연구¹³⁾의 66%보다 높은 수치이다. 이러한 차이는 본 연구의 대상자들이 초발정신증이나 대학병원 환자들과는 달리 유병 기간이 평균 139개월로 길었고, 상대적으로 취약한 사회경제계층

이 많기 때문일 수 있다.

PTSD의 유병률은 이전 연구들에서도 조사가 되었는데, Fan 등³⁰⁾이 조현병 환자 87명을 대상으로 한 연구에서는 17%, Howgego 등³⁵⁾이 중증 정신질환 환자를 대상으로 한 연구에서는 33.3%가 PTSD로 진단되었고, 우리나라에서 Kim 등¹³⁾이 조현병 환자 61명을 대상으로 한 연구에서 2%가 PTSD로 진단되기도 했다. 본 연구에서는 현재 PTSD로 진단될 수 있는 환자는 6.1%(2명)이었고, 이는 우리나라에서 행해진 연구¹³⁾보다는 높은 수치였지만, 서양의 연구들^{30,35)}보다는 대체로 낮은 수치이다. 이와 같은 차이의 원인은 첫째, 서양의 연구와 달리 노숙자나 물질 남용자를 배제한 점, 둘째, 문화적 차이로 인해 자신의 외상경험의 설문에 응답하는 경향이 다른 점³⁶⁾을 들 수 있다. 마지막으로 유병 기간과 입원횟수, 사회경제계층의 차이 등 PTSD의 취약성(vulnerability)에 영향을 줄 수 있는 대상환자군의 특징이 다른 점 등을 고려할 수 있다.

Assion 등³⁶⁾에 의하면 조울병 환자들 중에서 현재 PTSD가 아닌 일생 PTSD로 진단받았던 군에서도 알콜 의존, 가정폭력, 방임이 많았다는 결과가 있었다. 또한 본 연구에서 일생 PTSD를 진단 받았던 군에서도 현재 CAPS 점수가 non-PTSD군과는 현저한 차이(평균 총점차=22.1)를 보였다. 따라서 본 연구에서는 현재 PTSD뿐만 아니라 일생 PTSD를 조사하였고, 치료 경과를 조사할 때는 현재 PTSD군과 일생 PTSD군을 함께 고려하였으며, 본 연구 결과에서 일생 PTSD 유병률은 39.4%(10/35)였다.

치료 후 추적 조사된 결과에서 치료 경과를 판정하기 위해 PANSS 증상 점수를 양성, 음성, 일반정신병리로 나누어 평가를 하였고, non-PTSD군은 세 가지 범주 모두에서 유의하게 호전을 보인 반면 PTSD군은 음성, 일반정신병리에서 유의한 호전을 보이지 않았다. 이전의 연구에서는 PTSD를 경험한 조현병 환자들 경우에는 자기나 타인에 대한 부정적인 신뢰가 외상과 편집증 사이를 매개하고, 재경험 증상이 외상과 환각을 연결시킨다고 보고하였다.^{11,38-40)} 따라서 외상과 PTSD가 조현병의 양성 증상 및 기능적 장애와 분명한 연관성을 갖는다.^{11,19,38,41)} 고 결론지었으나 PTSD의 공존 여부에 따른 단면적 비교로 치료에 대한 경과 비교는 아니었다. 본 연구에서는 PTSD군에서 치료 후에 양성 증상은 유의하게 호전되는 것으로 나타났다. 하지만 통계적인 유의성은 non-PTSD군에 비해서 떨어지는 것으로 나타나 PTSD군에서도 조현병의 양성 증상이 치료에 호전은 보이지만 정도의 차이가 있을 수 있음을 보여주었다. 음성 증상과 PTSD의 관련성은 분명하게 알려지지 않았는데, 본 연구에서는 치료 후 추적조사에서 PTSD군이 non-PTSD군에 비해 음성 증상과 일반정신병리가 유의한 호전을 보이지 않았다. 이것은 Duke 등⁴²⁾의 연구에서 조현

병 환자에서 PTSD가 음성 증상을 증가시킨다는 보고와 일치한다.⁵⁾ 이것은 PTSD를 경험한 조현병 환자의 경우에는 조현병의 결핍증후군(deficit syndrome)⁴³⁾으로 원발성 음성 증상(primary negative symptoms)이 나타날 뿐만 아니라 PTSD와 심리적 외상에 의한 이차적인 불안, 우울 등이 조현병 환자의 증상에 영향을 준 것으로 고려할 수 있다. 즉 PTSD를 경험한 조현병에서 나타나는 둔마된 정동은 PTSD의 정서적인 무감각함(emotional numbing)에 영향을 받은 것일 수도 있고, 사회적 위축, 빈약한 눈맞춤 등은 PTSD의 목적이 있는 회피 증상이나 정서반응 때문일 수도 있다.

본 연구의 제한점으로는 우선 한 곳의 병원에서 35명이라는 적은 환자 수를 대상으로 수행된 것과 임상가의 재량에 따른 치료가 실제 임상 현실을 잘 반영함에도 불구하고 질환의 경과에 영향을 미칠 수 있으며, 결과를 일반화하기 어려울 수 있다는 점이다. 또한 스스로 동의한 환자에 한해서만 외상력 조사가 이루어졌기 때문에 선택오류가 있을 수 있으며, 연구자 간의 신뢰도 조사가 이루어지지 않은 것을 들 수 있다. 이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 첫째, 구조화된 면담 도구인 CAPS를 사용하여 PTSD를 진단하였고, 둘째, 정신질환과 관련된 외상력을 조사하였으며, 셋째, 심리적인 외상뿐만 아니라 PTSD의 진단 여부가 치료 경과에 미치는 영향을 보여준 면에서 의미가 있다고 하겠다. 이후 PTSD가 공존하는 조현병 환자를 대상으로 한 연구에서 음성 증상에 대한 세부적인 분류를 통해 PTSD의 개별 증상과의 연관성과 공존하는 다른 정신과적 증상이나 환경적인 요인을 고려한 추후 연구가 이루어져야 할 것이다.

결 론

이상의 고찰에서 알 수 있듯이 조현병 환자들은 일반인들에 비해 외상 사건을 훨씬 많이 경험(94.2%, 평균 3.9개)하고 있으며, PTSD A항목에 해당하는 심각한 외상(45.7%)도 상당수가 경험하고 있다. 따라서 현재 PTSD로 진단되거나 과거에 PTSD를 경험한 환자가 많았다. 치료 후의 추적조사에서 PTSD를 경험한 조현병 환자들의 경우 그렇지 않은 환자에 비해 음성 증상과 일반정신병리와 관련된 증상은 호전이 잘 이루어지지 않음을 알 수 있다. 이것은 현재 PTSD로 진단되지 않았더라도 과거에 PTSD를 경험한 군에서도 조현병의 경과에 지속적으로 PTSD에 의한 영향이 있을 수 있음을 의미할 수 있다. 따라서 임상적으로 조현병 환자에게 불량한 예후를 예측할 수 있는 심리적 외상에 대한 면밀한 평가가 이루어져야 하며, 조현병 환자의 치료에 있어서도 정신병적 증상 뿐만 아니라 외상과 PTSD에 대한 접근을 동시에 하는 치

료를 고려하여야 할 것이다.

중심 단어 : 조현병 · 심리적 외상 · 외상후 스트레스 장애 · 유병률 · 치료결과.

Conflicts of Interest

The authors have no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- 1) Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry* 2001;64:319-345.
- 2) Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:330-350.
- 3) Goodman LA, Rosenberg SD, Mueser KT, Drake RE. Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophr Bull* 1997;23:685-696.
- 4) Lysaker PH, Davis LW, Gattton MJ, Herman SM. Associations of anxiety-related symptoms with reported history of childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1279-1284.
- 5) Ross CA, Anderson G, Clark P. Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:489-491.
- 6) Lysaker PH, Beattie NL, Strasburger AM, Davis LW. Reported history of child sexual abuse in schizophrenia: associations with heightened symptom levels and poorer participation over four months in vocational rehabilitation. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:790-795.
- 7) Lysaker PH, Meyer PS, Evans JD, Clements CA, Marks KA. Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2001;52:1485-1488.
- 8) Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-1060.
- 9) Breslau N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 2002;47:923-929.
- 10) Gearon JS, Kaltman SI, Brown C, Bellack AS. Traumatic life events and PTSD among women with substance use disorders and schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2003;54:523-528.
- 11) Resnick SG, Bond GR, Mueser KT. Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 2003;112:415-423.
- 12) Lysaker PH, Larocco VA. The prevalence and correlates of trauma-related symptoms in schizophrenia spectrum disorder. *Compr Psychiatry* 2008;49:330-334.
- 13) Kim D, Choi SK, Lee GW, Lee K, Nam JH. Prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder among inpatients with schizophrenia. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2006;45:214-221.
- 14) Hardy A, Fowler D, Freeman D, Smith B, Steel C, Evans J, et al. Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:501-507.
- 15) Blankertz LE, Cnaan RA, Freedman E. Childhood risk factors in dually diagnosed homeless adults. *Soc Work* 1993;38:587-596.
- 16) Spence W, Mulholland C, Lynch G, McHugh S, Dempster M, Shannon C. Rates of childhood trauma in a sample of patients with schizophrenia as compared with a sample of patients with non-psychotic psychiatric diagnoses. *J Trauma Dissociation* 2006;7:7-22.
- 17) Harrison CL, Fowler D. Negative symptoms, trauma, and autobiographical memory: an investigation of individuals recovering from psychosis. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:745-753.

- 18) Scheller-Gilkey G, Thomas SM, Woolwine BJ, Miller AH. Increased early life stress and depressive symptoms in patients with comorbid substance abuse and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002;28:223-231.
- 19) Calhoun PS, Bosworth HB, Stechuchak KA, Strauss J, Butterfield MI. The impact of posttraumatic stress disorder on quality of life and health service utilization among veterans who have schizophrenia. *J Trauma Stress* 2006;19:393-397.
- 20) Mueser KT, Essock SM, Haines M, Wolfe R, Xie H. Posttraumatic stress disorder, supported employment, and outcomes in people with severe mental illness. *CNS Spectr* 2004;9:913-925.
- 21) Hahn OS, Ahn JH, Song SH, Cho MJ, Kim JK, Bae JN, et al. Development of Korean version of Structured Clinical Interview Schedule for DSM-IV Axis I disorder: interrater reliability. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2000;39:362-372.
- 22) 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.
- 23) Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress* 1995;8:75-90.
- 24) Lee BY, Kim Y, Yi SM, Eun HJ, Kim DI, Kim JY. A reliability and validity study of a clinician-administered PTSD Scale. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 1999;38:514-522.
- 25) Wolfe J, Schlesinger LK. Performance of PTSD patients on standard tests of memory. Implications for trauma. *Ann N Y Acad Sci* 1997;821:208-218.
- 26) Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, Naz B. Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the Suffolk county mental health project. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:380-383.
- 27) Newman JM, Turnbull A, Berman BA, Rodrigues S, Serper MR. Impact of traumatic and violent victimization experiences in individuals with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:708-714.
- 28) Eun HJ, Lee SM, Kim TH. The epidemiological study of posttraumatic stress disorder in an urban area. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2001;40:581-591.
- 29) Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:626-632.
- 30) Fan X, Henderson DC, Nguyen DD, Cather C, Freudenreich O, Evins AE, et al. Posttraumatic stress disorder, cognitive function and quality of life in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2008;159:140-146.
- 31) Spitzer C, Vogel M, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ. Psychopathology and alexithymia in severe mental illness: the impact of trauma and posttraumatic stress symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:191-196.
- 32) Wolfe J, Kimerling R. Gender Issues in the Assessment of Posttraumatic Stress Disorder. In: Wilson J, Keane TM, editors. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford;1997. p.192-238.
- 33) Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher C, Vidaver R, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:493-499.
- 34) Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, McGorry PD, Lambert M. Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first-episode psychosis patients. *Schizophr Bull* 2010;36:1105-1114.
- 35) Howgego IM, Owen C, Meldrum L, Yellowlees P, Dark F, Parslow R. Posttraumatic stress disorder: an exploratory study examining rates of trauma and PTSD and its effect on client outcomes in community mental health. *BMC Psychiatry* 2005;5:21.
- 36) Dill DL, Chu JA, Grob MC, Eisen SV. The reliability of abuse history reports: a comparison of two inquiry formats. *Compr Psychiatry* 1991;32:166-169.
- 37) Assion HJ, Brune N, Schmidt N, Aibel T, Edel MA, Basilowski M, et al. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in bipolar disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:1041-1049.
- 38) Sautter FJ, Brailey K, Uddo MM, Hamilton MF, Beard MG, Borges AH. PTSD and comorbid psychotic disorder: comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder. *J Trauma Stress* 1999;12:73-88.
- 39) Gearon JS, Bellack AS, Tenhula WN. Preliminary reliability and validity of the Clinician-Administered PTSD Scale for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:121-125.
- 40) Gracie A, Freeman D, Green S, Garety PA, Kuipers E, Hardy A, et al. The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: a test of the predictions of psychological models. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:280-289.
- 41) Strauss JL, Calhoun PS, Marx CE, Stechuchak KM, Oddone EZ, Swartz MS, et al. Comorbid posttraumatic stress disorder is associated with suicidality in male veterans with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2006;84:165-169.
- 42) Duke LA, Allen DN, Ross SA, Strauss GP, Schwartz J. Neurocognitive function in schizophrenia with comorbid posttraumatic stress disorder. *J Clin Exp Neuropsychol* 2010;32:737-751.
- 43) Carpenter WT Jr, Heinrichs DW, Wagman AM. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. *Am J Psychiatry* 1988;145:578-583.