

김 명 선 교수지도

석사학위 청구논문

강박장애 환자의 삶의 질의 관련요인

2006년

성신여자대학교 대학원

심리학과

송지연

# 강박장애 환자의 삶의 질의 관련요인

김 명 선 교수지도

이 논문을 석사학위 논문으로 제출함

2006년 5월

성신여자대학교 대학원

심 리 학 과

송 지 연

# 인 준 서

송지연의 석사학위 논문으로 인준함.

심사위원 \_\_\_\_\_인

심사위원 \_\_\_\_\_인

심사위원 \_\_\_\_\_인

성신여자대학교 대학원

## 논문개요

본 연구의 목적은 강박장애 환자의 삶의 질이 어떠하며, 환자들의 삶의 질과 관련이 있는 요인들이 무엇인지에 대해 알아보는 것이다. 정신장애 환자들의 삶의 질에 대한 중요성과 필요성에 대한 관심이 근래에 증가되고는 있지만 실제적으로 강박장애 환자의 삶의 질에 대한 연구가 매우 드물며, 특히 선행 연구들에서 사용된 몇몇 요인들보다 더 다양한 요인들과 삶의 질이 어떻게 관련되어 있는가를 체계적으로 살펴볼 필요가 있다.

본 연구의 목적을 위해 강박장애 환자 25명, 정상통제집단 25명을 대상으로 삶의 질을 측정하여 MANOVA를 통해 비교하였으며, 삶의 질과 관련된 요인들이 포함된 설문지와 신경심리검사를 실시한 후 상관분석과 다중회귀분석을 통해 환자들의 삶의 질과 관련된 요인이 무엇인지에 대해 알아왔다. 연구 결과, 삶의 질의 모든 영역(신체적 건강영역, 심리적 영역, 사회관계적 영역, 환경적 영역)과 삶의 질 총점에서 강박장애 환자의 삶의 질이 정상통제집단에 비해 저하되어 있었으며, 환자들의 삶의 질은 사회경제적지위(SES), YBOCS점수, BDI점수, 심리적 불편감(distress), TCI검사의 하위척도인 위험회피, 자율성, 연대감의 요인과 관련이 있는 것으로 나타났다. 또한 환자들의 삶의 질 영역에서 신체적 영역은 심리적 불편감으로, 심리적 영역은 자율성을 통해 설명될 수 있었으며, 사회관계적 영역은 BDI점수로, 환경적 영역은 사회경제적지위와 BDI점수로, 그리고 삶의 질 총점은 BDI점수로 설명될 수 있었다. 이러한 결과는 강박장애 환자의 삶의 질이 정상인에 비해 저하되어 있으며, 인구학적 변인들보다는 주로 임상적 변인과 심리사회적 변인들을 통해 보다 더 많이 설명될 수 있음을 시사한다.

# 목 차

## 논문 개요

### I. 서 론

- 1. 문제의 제기 ..... 1
- 2. 이론적 배경
  - 1) 삶의 질 ..... 2
  - 2) 강박장애 환자의 삶의 질과 관련요인 ..... 3

### II. 연구 목적 및 연구문제

- 1. 연구목적 ..... 7
- 2. 연구문제 ..... 8

### III. 연구 방법

- 1. 연구 대상 ..... 9
- 2. 측정도구 ..... 10
  - 1) 삶의 질 측정도구
  - 2) 임상척도
  - 3) 심리사회적 요인 측정도구
- 3. 분석방법 ..... 19

### IV. 연구 결과 ..... 20

### V. 논의 및 제언 ..... 26

## 참고문헌

## ABSTRACT

# 표 목 차

표 1. 강박장애 환자집단과 정상통제집단의 인구학적 특성 및 임상적 특성 .....	21
표 2. 강박장애 환자집단과 정상통제집단의 삶의 질 비교 .....	22
표 3. 강박장애 환자집단의 삶의 질과 관련변인들간의 상관관계 .....	24
표 4. 강박장애 환자집단의 삶의 질에 영향을 미치는 요인 .....	25

# I . 서론

## 1. 문제 제기

강박장애 (obsessive-compulsive disorder, OCD)는 불안 장애의 한 유형으로, 반복적인 사고와 정형화된 행동이 주 증상이며, 이 증상들로 말미암아 일상생활의 영위에 중요한 기능들인 사회적 및 직업적 기능의 장애가 초래되는 정신장애이다(American Psychiatric Association, 1994). 강박장애는 1980년대 초반까지만 해도 드문 질환으로 여겨졌었지만, 최근의 연구들에 의하면 정신분열병과 양극성장애보다 2배로 많이 발병하고 정신장애 중 4번째로 흔하게 발생한다고 한다. 강박장애가 매우 심각한 사람들은 하루 종일 강박사고와 강박행동에 사로잡혀 있고, 이로 인해 일상생활의 영위에 심한 불편과 장애를 가진다. 즉, 강박장애로 말미암아 학업적, 직업적, 사회적 및 가족 기능의 손상을 가지게 되며, 이 때문에 환자들 자신뿐만 아니라 환자들의 가족, 친구, 사회에까지 부정적인 영향이 미치게 된다(Bobes 등, 2001; Masellis 등, 2003).

강박장애의 치료에는 약물치료 및 인지행동치료 등을 포함하는 다양한 방법이 사용되고 있다. 이러한 방법들은 주로 의학적인 모델을 토대로 하여 환자들을 증상이나 질병을 통해 파악하며, 환자의 증상완화에 목표를 두고 있다. 따라서 임상연구들은 주로 환자의 증상적인 측면에 대해서만 이뤄져 왔으며, 환자들 이 치료가 종결되고 나서 일상생활로 돌아간 후의 삶의 질과 지역사회에서의 적응 등의 측면들에 대해서는 그동안 간과해왔다.

더군다나 강박장애와 같은 만성적인 정신질환의 경우에는 증상의 호전만으로 치료가 완수되는 것이 아니다. 강박장애 치료에 대한 연구들에 따르면, 강박장애 증상이 호전되거나 제거되었다고 해서 자동적으로 환자들의 삶의 질이 개선되지는 않으며, 증상이 호전된 후에도 환자들은 지속적으로 낮은

삶의 질을 호소한다(Koran 등, 1996;Bystriksy 등, 1999,2001). 따라서 강박 장애 증상의 감소만으로는 환자들의 치료 결과를 평가할 수 없으며, 증상이 호전된 후에도 환자들이 삶에서 만족스러워 하는 부분과 불만족스러워 하는 부분들을 알고 삶의 상황에 대해 보다 명확하게 파악하여, 환자의 삶의 질을 개선할 수 있는 치료 과정이 도입되어야 할 필요성이 증가되고 있다. 즉, 증상중심이 아닌 환자중심으로 환자를 파악하고 환자의 치료결과를 평가하기 위한 좀 더 다차원적인 접근의 필요성으로 인해, 치료의 효용성을 평가하는 요인 중의 하나인 삶의 질(Quality of Life : QOL)에 대한 관심이 높아지고 있는 것이다.

## 2. 이론적 배경

### 1) 삶의 질

삶의 질이라는 개념은 개인적 차원의 욕구와 행복한 삶을 영위하는데 필요한 객관적 조건과 주관적 요소를 모두 포함하며, 또한 사회집단, 공동체, 국가라는 조직적, 집단적 측면에서의 경험도 포함한다. 따라서 삶의 질은 연구자의 관심이나 관점에 따라 다양한 견해들이 제시될 수 있기 때문에 이를 정의하는 것이 다소 어려울 수 있지만, 일반적으로 삶의 질은 삶에 대한 궁극적인 주관적 평가로 정의된다(Mauro 등, 2000).

삶의 질은 특정 장애가 개인의 삶에 미치는 영향을 결정하는데 중요하게 작용한다고 여겨져 왔으며, 삶의 질이 감소되는 것은 여러 심리적 장애와 신체적 장애의 주요한 증상으로 간주되어 왔다(Frisch, 1994). 그리고 삶의 질은 여러 영역으로 구분되어 측정될 수 있으며, 이를 통해 어느 특정한 영역에서 불만족스러운지, 혹은 전반적인 삶에 대한 만족의 정도가 어떠한 지

를 이해할 수 있다(Rasmussen, 1993). 이를 근거로 하여 불만족스러운 삶의 영역 및 불만족의 정도를 대상으로 치료의 방향을 잡아서 환자들에게 실제로 필요하면서도 도달 가능한 수준의 목표를 제공하고, 이와 더불어 삶의 질을 결정하는 요인들이 무엇이며, 이 요인들이 어느 정도로 관련되어 있는지에 대한 정보가 치료를 계획하고 적용하는데 활용될 수 있다면, 환자들에게 보다 성공적이고 효과적인 치료를 제공할 수 있을 것이다.

## 2) 강박장애 환자의 삶의 질과 관련요인

비록 극히 제한적이지만 강박장애 환자들의 삶의 질에 대해 살펴본 연구들은 다음과 같다.

Koran 등 (1996)은 강박장애환자, 우울증 환자, 당뇨병환자 및 정상인의 건강과 관련된 삶의 질(health-related quality of life)을 비교하였다. 그 결과, 강박장애환자들의 삶의 질이 정상인에 비하여 낮았으며, 특히 정서 영역과 사회적 기능의 영역에서 낮은 삶의 질을 보였다. 강박장애환자들의 사회적 기능에서의 낮은 삶의 질은 증상의 심각성과 정적 상관을 보였다. 이에 덧붙여서 강박장애 환자들은 우울증 환자 및 당뇨병 환자에 비하여 신체건강영역에서는 더 높은 삶의 질을 보이지만, 정신건강영역에서는 이 환자군들보다 유의하게 낮은 삶의 질을 보고하였다.

Koran 등(1996)이 보고한 결과와 유사한 결과가 Bobes 등(2001), Bystritsky 등(2001)과 Stengler-Wenzke 등(2006)의 연구에서도 보고되었다. Bobes 등(2001)은 강박장애환자들과 다른 환자집단(정신분열병환자, 우울증 환자, 헤로인 중독환자, 혈액투석환자, 신장이식환자) 및 정상인의 삶의 질을 비교하였는데, 정신건강영역에서 강박장애 환자들은 정신분열병환자들과 유사한 수준으로 낮은 삶의 질을 보였으며, 그 외의 환자집단에 비해서도 낮은 삶의 질을 보였다. 그리고 Bystritsky 등(2001)은 강박장애환자와 정신분

열병 환자들의 삶의 질을 비교하였는데, 강박장애환자들은 정신건강영역, 사회적 기능영역 및 정서적 역할영역에서 정신분열병 환자와 유사한 수준으로 낮은 점수를 보였다. Stengler-Wenzke 등(2006)은 강박장애 환자들의 주관적인 삶의 질을 정상인과 정신분열병환자들과 함께 비교하였는데, 정상인에 비해 강박장애 환자들의 삶의 질 점수가 모든 영역에서 저하되어 있었으며, 정신분열병 환자에 비해 심리적 영역과 사회관계적 영역에서 보다 낮은 삶의 질 점수를 나타냈다.

그리고 Masellis 등(2003)은 강박장애환자들의 삶의 질이 강박장애의 심각도와 관련이 있으며, 특히 강박사고의 영향을 받는다고 하였다. 또한 우울증이 공존할 경우, 우울증상이 강박장애 환자의 삶의 질에 큰 영향을 미친다고 보고하였다. Lochner 등(2003)은 강박장애 환자들은 삶의 질 영역 중 가족생활과 일상생활 활동영역에 있어 강박장애의 영향을 받으며, 증상이 심각할수록 또한 우울증이 공병되는 경우에 그들의 삶의 질은 더욱 저하된다고 보고하였다. Moritz 등(2005)은 강박장애 환자들의 삶의 질이 우울의 심각도와 강박증상의 수와 관련이 있으며, 사회적 영역, 정서적 영역, 신체적 영역에서 삶의 질이 저하되어 있다고 하였다. Beatriz 등(2006)은 강박장애 환자의 삶의 질이 정상인들에 비해 유의하게 저하되어 있으며, 우울증과 강박증상의 심각도와 관련이 있다고 하였다.

또한 Akdede 등(2005)은 강박장애환자들이 정상인들에 비하여 유의미하게 낮은 삶의 질을 보이며, 특히 심리적 영역과 사회적 영역에서 낮은 삶의 질을 보인다고 보고하였다. 그리고 강박장애환자들의 경우 주의(attention), 시각적 추적(visual tracking), 작업기억(working memory)과 같은 인지기능과 삶의 질 점수사이에 유의한 상관관계가 관찰되었으며, 강박 증상이 심해질수록 삶의 질도 낮아졌다. Tenney 등(2003)은 강박장애 환자의 삶의 질에 대한 약물치료의 영향에 대해 살펴보았는데, 삶의 질이 약물치료의 영향을 받지만 증상의 호전과 삶의 질 개선과는 관련이 없다는 것을 관찰하였다.

현재까지 이루어진 강박장애 환자의 삶의 질에 대한 연구가 많지 않아서 다소 제한적이기는 하지만, 지금까지 보고된 연구들은 공통적으로 강박장애 환자의 삶의 질이 정상인 집단이나 다른 장애집단에 비해 낮다는 결과를 보고하고 있으며, 일부 연구들에서는 그들의 삶의 질이 증상의 심각도와 우울증의 공병, 약물치료, 인지기능과 같은 요인들과 관련된다는 결과들을 제시하고 있다.

강박장애의 경우와는 달리, 정신분열병 환자들을 대상으로 한 삶의 질 연구들은 보다 많이 보고되었다. 이들 선행연구들을 살펴보면, 일관적으로 정신분열병환자들의 낮은 삶의 질을 보고하고 있으며, 많은 연구들이 정신분열병 환자들의 삶의 질에 영향을 주는 다양한 요인들을 규명하고자 노력함으로써, 환자들의 삶의 질에 대한 보다 많은 이해를 도모하고 있다.

정신분열병환자들의 삶의 질과 관련된 변인들을 살펴본 선행연구결과들에 따르면, 관련요인들은 다음의 4가지로 요약될 수 있다.

- 인구학적 변인(demographic variables) :

나이, 성별, 결혼여부, 배우자와의 관계, 직업유무, 교육년수, 소득 등.

(Lang 등,2002; Mercier 등, 1998; Alex 등, 2004).

- 임상적 변인(clinical variable) :

음성증상, 우울, 불안, 약물에 대한 부작용, 약물치료 등

(Dickerson 등, 1998; Jonathan 등, 2001; Jarema 등, 2002; Andreas 등, 2003; Alex 등, 2004; Kang 등, 2004; Signy 등, 2004; Christine 등, 1999; Gokay 등, 2002; Bobes 등, 1998 ;Hertling 등, 2003; Yasuhiro 등, 2003; Ritsner 등, 2004; Peter 등, 2004; Dernovsek 등,2001; Sergio 등, 2005).

- 인지기능적 변인(cognitive function variables) :

신경인지기능(Green, 1996; Smith 등, 1999; Alptekin 등, 2005).

- 심리사회적 변인(psychosocial variables) :  
사회적 지지(social support), 자기효능감(self-efficacy), 자존감(self-esteem), 성격요인(personality), 심리적 불편감(distress), 스트레스상황에서의 대처방법(coping)  
(Ritsner, 2003; Andreas 등, 2003 ;Lars 등, 2001; Eklund 등, 2003; Rena 등, 2005).

## Ⅱ. 연구 목적 및 연구문제

### 1. 연구 목적

강박장애 환자의 삶의 질에 대한 선행연구들에서는 환자들의 삶의 질이 낮으며, 그들의 삶의 질이 증상의 심각도, 우울증의 공병, 약물치료, 인지기능과 관련이 있다는 연구결과를 제시하고 있다. 하지만 치료효과를 판단하거나 치료개입의 목적 및 방향을 설정하는데 중요한 삶의 질의 변화를 예측하는데 있어, 이에 대한 지표가 될 수 있는 관련요인들에 대해서는 충분하게 설명되지 못하고 있다. 물론 몇몇의 선행연구들에서 강박장애 환자의 삶의 질과 관련된 몇 가지 요인들이 제시되고는 있지만, 주로 임상적인 측면이나 인지기능적인 측면과 관련된 변인들과 삶의 질 간의 관련성을 살펴보고 있다. 또한 국내의 경우 정신장애 환자들의 삶의 질에 대한 중요성과 필요성에 대한 관심이 근래에 증가되고 있는 추세이기는 하지만, 실제적으로 강박장애환자들의 삶의 질에 대한 연구는 매우 드물다.

따라서 강박장애 환자의 삶의 질에 관한 연구가 필요하며, 특히 선행 연구들에서 사용된 몇몇 요인들보다 더 다양한 요인들과 삶의 질이 어떻게 관련되어 있는가를 체계적으로 살펴볼 필요가 있다.

이를 위해 본 연구에서는 강박장애 환자들의 삶의 질과 정상인의 삶의 질을 비교해보고, 환자들의 삶의 질과 관련이 있는 요인들이 무엇인지에 대해 알아보고자 하였다. 따라서 우선 강박장애 환자들의 삶의 질과 정상인 집단의 삶의 질이 어떠한지 비교해 보았으며, 상대적으로 보다 많은 연구가 이뤄진 정신분열병 환자의 삶의 질에 대한 연구결과들에서 제시하고 있는 삶의 질에 영향을 주는 관련요인들을 바탕으로, 강박장애 환자의 삶의 질에 있어서도 이러한 요인들이 관련이 있는지에 대해 알아보았다.

본 연구에서 살펴본 삶의 질 관련요인들은 다음과 같다.

- 1) 인구학적 변인(demographic variables) : 나이, 성별, 결혼여부, 직업유무, 교육년수, 사회경제적 지위(SES)
- 2) 임상적 변인(clinical variable) : 증상의 심각도, 우울, 불안, 유병기간, 발병나이
- 3) 인지기능적 변인(cognitive function variables) : 신경심리기능
- 4) 심리사회적 변인(psychosocial variables) : 성격요인(personality), 스트레스 대처방식(stress coping), 고통(distress)

## 2. 연구문제

본 연구의 연구문제는 다음과 같다.

- 1) 강박장애 환자들의 삶의 질이 정상인과 차이가 있는가?
- 2) 강박장애 환자들의 삶의 질은 인구학적 변인(나이, 성별, 결혼여부, 직업유무, 교육년수, 사회경제적지위(SES))와 어떠한 관계가 있는가?
- 3) 강박장애 환자들의 삶의 질은 임상적 변인(증상의 심각도, 우울, 불안, 약물, 유병기간, 발병나이)과 어떠한 관계가 있는가?
- 4) 강박장애 환자들의 삶의 질은 인지기능과 어떠한 관계가 있는가?
- 5) 강박장애 환자들의 삶의 질은 심리사회적 변인(성격요인, 스트레스 대처방식, 고통)과 어떠한 관계가 있는가?

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구대상

DSM-IV의 강박장애 진단기준에 의해 정신과 전문의에 의하여 강박장애로 진단되어, 서울 S 대학병원 강박증 클리닉을 내원하고 있는 성인 강박장애 환자 25명(23세-49세)을 대상으로 하였다. 과거 혹은 현재 신경과 질환이나 물질사용 병력이 있는 환자는 제외하였으며, 이전에 신경심리검사를 받은 경험이 없고, 최소 1년 동안 강박장애가 지속된 환자들을 대상으로 하였다. 병원 내 광고를 통해 공개모집한 일반인 중 환자집단과 연령, 성별, 교육년수, 결혼상태, 직업유무 등의 인구학적 변인에서 차이가 없는 25명을 정상통제집단으로 하였다.

## 2. 측정 도구

### 1) 삶의 질 측정도구

세계보건기구에서는 삶의 질을 “한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 상태에 대한 개인적인 지각”이라고 정의를 내리고 있다(World Health Organization, 1993). 이 정의에 근거하여 세계보건 기구는 건강상태, 생활방식, 생활만족도, 정신상태, 안락성(well-being)등을 모두 포함하는 다차원적(multi-dimensional)인 개념으로서 삶의 질을 측정하는 세계보건기구 삶의 질 척도(WHOQOL : World Health Organization Quality of Life assessment instrument)를 개발하였다(The WHOQOL Group<sup>1)</sup>, 1998). WHOQOL은 다른 환경이나 상황, 문화 속에 사는 사람들에게 적용할 수 있도록 고안된 일반적인 삶의 질 평가도구(Suzanne 등, 2002; Suzanne, 2004; 민성길 외, 2000)이며, 장기간의 정신질환을 가진 사람들의 건강과 관련된 삶의 질을 평가하는데 민감하고(Saxena 등, 1997; Sibel 등, 2004), 순전히 주관적인 평가로 지각된 삶의 질을 평가한다는 데 있어 다른 QOL평가도구들과 차이점을 가진다. 그러나 WHOQOL은 100개의 문항으로 되어있어 이를 가지고 연구하기에 불편이 있어, WHO에서는 WHOQOL의 단축형 WHOQOL-BREF(World Health Organization Quality of Life Scale-Brief Version)를 개발하였다(The WHOQOL Group<sup>2)</sup>, 1998).

WHOQOL-BREF는 WHOQOL에 비해, 26개의 상대적으로 적은 개수의 항목들과 영역들로 이루어져 있기 때문에, 임상 상황에 쉽게 적용하여 사용될 수 있는 척도이다. 이 척도는 WHOQOL과 높은 상관관계(.89~.95)와 좋은 내적 일관성(.66~.84)을 보여주고 있으며(The WHOQOL Group<sup>2)</sup>, 1998),

서로 다른 문화 사이에서 쓰일 수 있다(O'Carroll 등, 2000; 민성길 등, 2000; Suzanne 등, 2004). 또한 다른 삶의 질 평가 단축형보다 항목수가 많기는 하지만, 삶의 질을 평가하는데 있어 많은 수의 중요한 영역들을 포함한다(The WHOQOL Group<sup>2)</sup>, 1998).

본 연구에서 주관적인 삶의 질은 한국판 Quality of Life Scale-Brief Form(WHOQOL-BREF)으로 측정되었다. 한국판 WHOQOL-BREF은 내적 합치도는 Cronbach's  $\alpha$ =.898이고, 각 영역별로는 .583~.777의 범위로 높은 내적일관성을 나타내며, 신뢰도, 내적 일관성, 타당도 등에서 적절한 평가도구임이 입증된 삶의 질 척도이다(민성길 등, 2000). 한국판 WHOQOL-BREF은 전체 26개의 항목들로 구성되었고, 항목들은 다음의 4가지 영역들로 구성된다.

- 1) 신체적 건강 영역 : 일상 활동, 치료에 대한 응중, 고통과 불편, 잠과 휴식, 에너지, 피곤
- 2) 심리적 영역 : 긍정적 · 부정적 느낌, 자존심, 신체이미지, 신체외모, 개인적 믿음, 주의
- 3) 사회관계적 영역 : 대인관계, 사회지지, 성행동
- 4) 환경적 영역 : 신체보호, 안전, 재정자원, 건강, 사회적 보호, 새로운 정보나 기술을 얻을 능력, 기회, 레크리에이션이나 오락에 대한 기회나 참여

이 척도는 Likert식 5점 척도로 '전혀 아니다'는 1점, '약간 그렇다'는 2점, '그렇다'는 3점, '많이 그렇다'는 4점, '매우 많이 그렇다'는 5점으로 채점한다. 부정적 질문에 해당하는 항목은 6점에서 해당 항목점수를 뺀 값을 해당 점수로 하여, 점수가 높을수록 삶의 질이 높게 계산된다. 영역점수는 한국판 세계보건기구 삶의 질 척도(Korean version of WHOQOL) 지침서(하나의학사)에 제시되어있는 4~20척도점수로 변환한 표를 참고로 하여 변환하여 계산하였으며, 점수의 범위는 4점~20점이다.

## 2) 임상척도

### (1) Yale-Brown 강박 증상 척도

#### (Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale : Y-BOCS)

Yale-Brown 강박 증상 척도는 임상가 평가 척도로서 증상의 유형에 관계없이 강박장애의 증상 심각도를 비교 평가할 수 있는 10개 항목으로 구성되어 있다. 이 척도에서 1번~5번까지의 항목은 강박사고의 중증도를 평가하고, 6번~10번까지의 항목은 강박행동의 중증도를 평가한다. 이는 0~4점 척도로, 강박사고의 중증도와 강박행동의 중증도가 각각 0~20점으로, 총점은 0~40점까지이다. 본 연구에서는 서울 대학교병원 강박증 클리닉에서 번안한 것을 사용하였다. 서울대학교병원 강박장애 클리닉에 내원한 강박장애 환자 89명을 대상으로 한 이 척도의 내적 합치도는 Cronbach's  $\alpha=.90$ 이다.

### (2) Beck 우울 검사 (Beck Depression Inventory, BDI)

Beck 우울 검사는 자기 보고형 우울 척도로서, 우울의 정도 및 정서적, 인지적, 신체적 증상을 측정하는 21개 문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 0~3점으로 평가되며 총점은 0~63점이다. 점수범위에 따라 총점 0~10점(우울하지 않음), 11~20점(가벼운 우울), 21~30점(중 우울), 31점 이상(심한 우울) 등으로 우울 증상 심각도가 분류된다. 본 연구에서는 이영호와 송종용(1991)이 번안하여 표준화한 한국판 BDI를 사용하였는데, 이 척도의 내적 합치도는 Cronbach's  $\alpha=.84$ 이다.

### (3) Beck 불안 검사 (Beck Anxiety Inventory, BAI)

Beck 불안 검사는 불안증상의 심각도를 평가하는 자기보고형 도구로서 문항 당 0~4점 척도이며 총 21개 문항으로 구성되어 있다. 총점은 0~63점이며, 점수 범위에 따른 불안 증상은 총점 0~9점(정상적 불안), 10~19점(가벼

운 불안), 20~29(중 불안), 30점 이상(심한 불안)에 근거하여 구분된다. 본 연구에서는 권석만(1997)이 번안한 척도를 사용하였고, 내적 합치도는 Cronbach's  $\alpha=.91$ 이다.

#### (4) 신경심리검사

강박장애환자들에서 주로 평가된 실행기능, 기억(비언어기억) 및 주의(안경흡 등, 2002; Anne 등, 2004)의 3가지의 인지영역을 통해 환자들의 인지기능을 살펴볼 것이다.

##### ① 주의(attention)

###### 가) TMT (Trail Making Test)

주의력, 연속능력(순차적), 정신 유동성 (mental flexibility)에 대한 속도와 시각적 탐색, 운동 기능을 측정하는 검사이다. 이 검사는 두 부분으로 나뉘는데, Part A에서는 1번부터 25번까지 숫자를 순서대로 연결하고 주로 '주의 집중의 조절능력'을 반영하는 것으로 알려져 있다. Part B에서는 1번부터 13번까지의 숫자와 '가'에서 '타'까지의 문자를 교대로 연결하는 검사로서 '주의집중의 조절능력'과 함께 'set shifting'능력을 평가한다. 채점은 완성시간과 오류수로 한다. 검사는 대략 5-10분 소요된다.

###### 나) D2 test

선택적 주의력을 측정하는 시간제한 검사로서, 유의한 시각자극을 구별해내는 과정에서 처리속도, 규칙준수 및 수행의 질을 측정하여 개인의 주의력과 집중력을 평가하는 도구이다. 이 검사는 연습문제와 1행당 47개 항목으로 총 14개 행으로 구성된 658항목의 표준문제로 구성되어 있

다. 자극은 총 16개의 서로 다른 유형으로 철자 “d”나 ”p”에 작은 dash (점)가 1~4개 표시되어 있다. 피검자는 행들을 검색해서 다른 자극들은 무시하고 철자 “d”에 2개의 dash(점)가 붙은 자극만 골라 빗금을 긋는다. 채점은 표시한 글자의 총 개수의 값과 총 정반응에서 오류수를 뺀 값으로 한다. 검사는 대략 8분정도 소요된다.

## ② 실행기능(executive function)

### COWA(Controlled Oral Word Association Test)

FAS test라고도 불리는데, 제한된 시간 (1분) 내에 주어진 철자나 범주에 해당하는 단어들을 자발적으로 산출하게 하여 언어적 연합 유창성을 평가한다. 이 검사에서는 철자는 여러 버전이 있는데, 흔히 F, A, S로 시작하는 단어를 산출하게 한다. 우리나라의 경우 ㄱ, ㅅ, ㅇ 을 사용하고, 범주(의미적 연합)에서는 슈퍼에서 살 수 있는 물건들/ 동물 이름을 대게 한다. 채점은 산출 단어의 총 개수(철자/범주별로)로 하되, 고유명사나 틀린 단어, 동사의 활용형, 단어 반복 등은 정반응에서 제외시킨다. 검사는 대략 5~10분 소요된다.

## ③ 기억(memory(비언어 기억(nonverbal memory)))

### Rey 도형 검사(Rey-Osterrieth Complex Figure Test : RCFT)

시공간 구성능력과 시각 기억 측정 도구로서, 다양한 인지 처리과정-문제 해결 전략, 계획하기, 조직화 기술, 기억 능력들을 평가할 수 있다. 검사를 위해서는 몇 장의 백지와 자극도형이 그려진 자극판이 필요하다. 우선 자극 도형을 제시한 후 모사하게 해서 시지각에 문제가 없는지 확인한다. 3분 후에 기억하라는 경고 없이, 자극판을 치운 후 도형을 회상

해서 그리게 한다. 모사 실시30분 후 장기 지연 회상과 재인기억시킨다. 장기지연 회상을 제외하고 검사는 대략 15분 소요된다. 채점은 모양 정확성/위치를 기준으로 18개 항목별로 채점(항목당0.5점~2점/채점:36점만점)하는 Osterrieth(1944)의 채점기준을 사용한다.

#### ④ 단축형 한국판 웨슬러 성인용 지능 검사 (Korean-Wechsler Adult Intelligence Scale, K-WAIS)

K-WAIS 중에서 어휘 문제, 산수 문제, 토막 짜기와 차례 맞추기, 숫자의우기의 5가지 소검사들로 구성된 Doppelt 단축형을 실시하여 지능을 추정한다.

### 3) 심리사회적 요인 측정도구

#### (1) 기질과 성격검사(Temperament and Character Inventory-Revised-ShortVersion(TCI-RS))

기질과 성격을 측정하기 위한 자기보고형식의 검사로, Cloninger등이 1994년에 제작하였다. 검사는 자극추구(novelty seeking, NS), 위험회피(harm avoidance, HA), 사회적 민감성(reward dependence, RD), 인내력(persistence, P)의 네 가지 기질요인과 자율성(self-directedness, SD), 연대감(cooperativeness, C), 자기초월(self-transcendence, ST)의 세 가지 성격요인으로 총 7가지 유형으로 구성되어 있다. 이 검사는 모두 240문항으로 되어있으며, '예-아니오'의 선택형 질문에 답변하도록 되어있다. 본 연구에서는 민병배와 오현숙이 번안한 한국판 기질 및 성격검사(TCI-RS)(민병배, 오현숙)를 사용하였다. 검사는 총 140문항으로 기질척도 4개와 성격척도 3개의 하위척도들로 구성되어 있다. 검사문항은 Likert식 5점척도로 구성되어 있으며, 응답은 '그렇지 않다/ 별로 그렇지 않다/ 약간 그렇다/ 그렇다/ 매우

그렇다'의 반응답지에 답하도록 되어 있다. 이 검사의 소척도에 속하는 문항의 개수 및 척도명은 다음과 같다.

- ① NS1 (5문항) 탐색적 흥분/ 관습적 안정성  
NS2 (5문항) 충동성/ 심사숙고  
NS3 (5문항) 무절제/ 절제  
NS4 (5문항) 자유분방/ 질서정연
- ② HA1 (6문항) 예기불안/ 낙천성  
HA2 (5문항) 불확실성에 대한 두려움  
HA3 (5문항) 낯선 사람에 대한 수줍음  
HA4 (5문항) 쉽게 지침/ 활기 넘침
- ③ RD1 (5문항) 정서적 감수성  
RD2 (5문항) 정서적 개방성  
RD3 (5문항) 친밀감/ 거리 두기  
RD4 (5문항) 의존/ 독립
- ④ P1 (5문항) 근면  
P2 (5문항) 끈기  
P3 (5문항) 성취에 대한 야망  
P4 (5문항) 완벽주의
- ⑤ SD1 (5문항) 책임감/ 책임 전가  
SD2 (5문항) 목적 의식  
SD3 (3문항) 유능감/ 무능감  
SD4 (2문항) 자기 수용/ 자기 불만  
SD5 (5문항) 자기 일치
- ⑥ CO1(5문항) 타인 수용  
CO2(4문항) 공감/ 둔감  
CO3(4문항) 이타성/ 이기성

CO4(4문항) 관대함/ 복수심

CO5(5문항) 공평/ 편파

⑦ ST1(6문항) 창조적 자기망각/ 자의식

ST2(5문항) 우주만물과의 일체감

ST3(6문항) 영성 수용/ 합리적 유물론

### (2) 스트레스 대처방식(The Way of Coping Checklist)척도

스트레스에 대해 어떠한 방식으로 대처하는지에 대해 알아보는 측정도구로, 본 연구에서는 Folkman과 Lazarus(1985)가 개발한 대처방식척도(The Way of Coping Checklist) 68문항 중 김정희(1987)가 요인분석과정을 거쳐서 수정 보완한 62문항의 척도를 사용하였다. 이 척도는 Likert식 4점척도로 구성되어 있으며, 응답은 ‘사용하지 않음/ 어느 정도 사용/ 약간 사용/ 아주 많이 사용’의 반응답지에 답하도록 되어 있으며, 각 문항별로 0점에서 3점까지의 배점이 이루어졌다. 그리고 점수가 높을수록 관련된 대처방식이 빈번히 사용됨을 의미한다. 이 도구의 내적 합치도는 Cronbach's  $\alpha=.87\sim.95$ 이다.

### (3) 간이정신진단검사(Symptom Checklist-90)척도

정신적·신체적 디스트레스를 측정하기 위한 측정도구로, 본 연구에서는 Derogatis 등(1976)에 의하여 개발된 Symptom Checklist-90을 김광일 등(1984)이 우리나라 실정에 맞게 표준화하여 제작한 한국판 간이정신진단검사(SCL-90-R)를 사용하였다. SCL-90-R은 많은 연구자들이 스트레스로 인한 정신적·신체적 디스트레스를 측정하기 위하여 사용하고 있는 척도로 강박증, 신체화, 불안, 예민성, 우울증, 적대감, 공포, 편집증, 정신증의 9가지 하위척도로 구성되어 있다. 응답자는 오늘을 포함해서 지난 7일 동안 경험한 증상의 정도에 따라 자신의 심리적 불편감(Distress)을 잘 나타내는 정도를 5점 Likert척도로 하여 응답하게 되어 있다(1=전혀 그렇지 않다, 5=매우

그렇다). 이 척도의 총점 범위 83~415점이며, 각 항목에서 얻어진 점수가 낮을수록 심리적 불편감이 낮은 것을 의미한다. 본 연구에서는 9가지 증상차원을 분류하지 않고, 전체 척도만을 변인으로 사용하여 심리적 불편감을 측정하였다. 이 척도의 내적 합치도는 Cronbach's  $\alpha=.67\sim.89$ 이다.

### 3. 분석 방법

수집된 자료는 SPSS/PC(version 12.0)를 이용하여 분석하였다. 대상자들의 일반적 특성은 빈도와 백분율로 나타내고, 각 변수의 정도는 평균과 표준편차를 구하였다. 그리고 정상통제집단과 환자집단 간에 유의미한 차이가 있는지 검증하기 위해  $\chi^2$  test 및 t-test를 사용하였다.

정상통제집단과 환자집단의 삶의 질의 영역별 점수들과 총점은 MANOVA(multivariate analysis of variance)로 비교하였다. 그리고 강박장애 환자들의 삶의 질과 관련변인들과의 상관관계를 파악하고자 Pearson Correlation을 실시하였으며, 삶의 질에 대해 영향을 주는 요인을 파악하고자 단계적 다중회귀분석(stepwise Multiple regression analysis)을 실시하여 분석하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 인구학적 및 임상적 특성

연구대상의 인구학적 특성은 집단 간 성별, 연령, 교육년수, 결혼상태, 직업유무에 대해서는 유의한 차이가 없었다. 우선 성별에 있어서, 강박장애환자집단과 정상통제집단은  $\chi^2=.080(p=.777)$ 으로 유의미한 차이를 보이지 않았다. 또한 결혼여부( $\chi^2=.368, p=.544$ )와 직업유무( $\chi^2=.000, p=1.000$ )에서도 두 집단 간의 유의한 차이가 없었다. 평균연령은 강박장애환자집단 32.36세(SD=8.43), 정상통제집단 30.76세(SD=8.27)이었다. 교육년수는 강박장애환자집단 14.92년(SD=1.75), 정상통제집단 15.36년(SD=1.85)이었다. 이상의 변인들에서 두 집단 간 유의미한 차이는 없었다.

강박장애환자집단의 YBOCS 총점은 평균 25점(SD=9.29)이었고, BAI 총점은 평균 19.24점(SD=11.33)으로 가벼운 불안수준을 보였다. 그리고 BDI 총점은 평균 19.84점(SD=12.68)으로 가벼운 우울수준을 나타냈다. 발병연령은 평균 22.36세(SD=7.66)이었고, 유병기간은 평균 9.88년(SD=6.74)이었다. 또한 사회경제적지위는 평균 3.32(SD=0.99)이었다<표1>.

### 2. 강박장애 환자집단과 정상통제집단의 삶의 질

두 집단 간의 삶의 질 평균점수는 <표 2>에 제시되어 있다. 신체적 건강 영역은 강박장애 환자집단 9.08점(SD=3.37), 정상통제집단 13.80점(SD=2.32)으로 정상통제집단이 더 높았다( $F_{4,45}=32.937, p=.000$ ). 심리적 영역은 강박장애환자집단과 정상통제집단이 각각 7.44점(SD=3.61)과 11.96점(SD=4.16)

으로 정상통제집단이 더 높았다( $F_{4,45}=16.859, p=.000$ ). 사회적 관계 영역은 강박장애환자집단이 10.44점( $SD=2.62$ ), 정상통제집단이 12.04점( $SD=2.46$ )으로 정상통제집단이 더 높았다( $F_{4,45}=4.969, p=.031$ ). 환경적 영역은 강박장애환자집단 10.32점( $SD=2.41$ ), 정상통제집단 12.76점( $SD=2.80$ )으로 정상통제집단이 더 높았다( $F_{4,45}=10.891, p=.002$ ). 삶의 질 총점은 강박장애환자집단 37.28점( $SD=8.83$ ), 정상통제집단 50.56점( $SD=9.93$ )으로 정상통제집단이 더 높았다( $F_{4,45}=24.97, p=.000$ ). 삶의 질의 4가지 영역과 총점 모두에서 정상통제집단의 점수가 강박장애환자집단에 비해 유의미하게 높았으며, 이는 강박장애환자들의 삶의 질이 정상인들에 비해 전반적으로 유의하게 낮다는 것을 시사한다.

<표1> 강박장애환자집단과 정상통제집단의 인구학적 특성 및 임상적 특성

	강박장애환자집단 (n=25)	정상통제집단 (n=25)	t	P
	Mean(SD)	Mean(SD)		
나이	32.36(8.43)	30.76(8.27)	.678	.501
교육년수	14.92(1.75)	15.36(1.85)	-.864	.392
사회경제적지위	3.32(0.99)	-		
duration	9.88(6.74)	-		
onsetage	22.36(7.66)	-		
YBOCS	25.00(9.29)	-		
BAI	19.24(11.33)	-		
BDI	19.84(12.68)	-		

사회경제적지위(SES) = Socio-Economic Status, YBOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale, BAI = Beck Anxiety Inventory, BDI = Beck Depression Inventory

<표 2> 강박장애 환자집단과 정상통제집단의 삶의 질 비교

삶의 질 영역	강박장애환자집단	정상통제집단	F	P
	(n=25) Mean(SD)	(n=25) Mean(SD)		
신체적 건강영역	9.08(3.37)	13.80(2.32)	32.94	.000
심리적 영역	7.44(3.61)	11.96(4.16)	16.86	.000
사회관계적영역	10.44(2.62)	12.04(2.46)	4.97	.031
환경적영역	10.32(2.41)	12.76(2.80)	10.89	.002
삶의 질 총점	37.28(8.83)	50.56(9.93)	24.97	.000

### 3. 강박장애 환자집단의 삶의 질과 관련변인들간의 상관계

강박장애 환자집단 전체의 WHOQOL-BREF의 각 영역별 상관계는 <표 3>과 같다.

#### 1) 강박장애 환자집단의 삶의 질과 인구학적 변인간의 관련성

나이, 성별, 결혼여부, 직업유무, 교육년수, 사회경제적지위의 인구학적 변인들 중에서 사회경제적지위( $r=.569$ ,  $p=.003$ )만이 삶의 질 영역 중 환경적 영역과 유의한 연관성이 있었다.

## 2) 강박장애 환자집단의 삶의 질과 임상적 변인간의 관련성

임상적 변인들 중에서 YBOCS가 삶의 질 영역 중 신체적 건강 영역( $r=-.453$ ,  $p=.023$ ), 사회관계적 영역( $r=-.422$ ,  $p=.036$ ), 환경적 영역( $r=-.449$ ,  $p=.025$ ), 그리고 삶의 질 총점( $r=-.541$ ,  $p=.005$ )과 유의한 연관성을 나타냈다. 그리고 BDI가 삶의 질 영역 중 신체적 건강 영역( $r=-.443$ ,  $p=.027$ )과 심리적 영역( $r=-.512$ ,  $p=.009$ ), 사회관계적 영역( $r=-.436$ ,  $p=.029$ ), 환경적 영역( $r=-.526$ ,  $p=.007$ ), 그리고 삶의 질 총점( $r=-.650$ ,  $p=.000$ )과 유의한 연관성을 나타냈다. 이와 더불어 BDI는 Bonferroni 상관을 적용한 후에도 유의한 연관성을 나타냈다.

## 3) 강박장애 환자집단의 삶의 질과 인지기능적 변인간의 관련성

인지기능적 변인들 중에서 삶의 질 영역들과 유의한 연관성을 나타내는 변인들이 없었다.

## 4) 강박장애 환자집단의 삶의 질과 심리사회적 변인간의 관련성

심리사회적 변인들 중에서 심리적 불편감이 삶의 질 영역 중 신체적 건강 영역( $r=-.562$ ,  $p=.003$ ), 심리적 영역( $r=-.503$ ,  $p=.010$ ), 삶의 질 총점( $r=-.622$ ,  $p=.001$ )과 유의한 연관성을 나타냈다. 그리고 성격과 기질검사인 TCI의 하위척도 중에서 위험회피가 삶의 질 영역 중 신체적 건강 영역( $r=-.464$ ,  $p=.020$ ), 심리적 영역( $r=-.464$ ,  $p=.019$ ), 삶의 질 총점( $r=-.509$ ,  $p=.009$ )과 유의한 연관성을 나타냈으며, 자율성 역시 신체적 건강 영역( $r=.497$ ,  $p=.011$ )과 심리적 영역( $r=.676$ ,  $p=.000$ ), 삶의 질 총점( $r=.634$ ,  $p=.001$ )과의 유의한 연관성을 나타냈다. 이와 더불어 자율성은 Bonferroni 상관을

적용한 후에도 유의한 연관성을 나타냈다. 또한 연대감이 환경적 영역 (r=.416, p=.038), 삶의 질 총점(r=.402, p=.047)과 유의한 연관성을 나타냈다.

<표 3> 강박장애 환자집단의 삶의 질과 관련변인들간의 상관관계

		신체적 건강영역	심리적 영역	사회관계 적영역	환경적 영역	삶의 질 총점
인구학적 변인	사회경제적지위	.113	.042	.132	.569**	.254
임상적변인	YBOCS	-.453*	-.297	-.422*	-.449*	-.541**
	BDI	-.443*	-.512**	-.436*	-.526**	<u>-.650**</u>
심리사회적 변인	심리적불편감	-.562**	-.503*	-.358	-.354	-.622**
	TCI 위험회피	-.464*	-.464*	-.258	-.244	-.509**
	자율성	.497**	<u>.676**</u>	.233	.364	.634**
	연대감	.207	.227	.393	.416*	.402*

\*\* p<.01(two-tailed), \* p<.05(two-tailed)

Note : underlined : Bonferroni corrected probability levels(p<.0004)

상관분석 결과에 따라 삶의 질 하위척도들과 유의미한 관련성을 보인 사회경제적지위, YBOCS, BDI, 심리적 불편감, 그리고 TCI 중 위험회피, 자율성, 연대감을 독립변수로 하고, 강박장애 환자집단 전체의 삶의 질 영역별 점수를 종속변수로 하여, 다중회귀분석을 실시한 결과는 <표4>와 같다. 신체적 건강 영역에 대해서는 심리적 불편감( $\beta$ =-.562)이 유의한 영향을 미쳤으며, 그 영향력은 31.6%이었다. 심리적 영역에 대해서는 TCI의 하위척도

중 하나인 자율성( $\beta=.676$ )이 유의한 영향을 미쳤으며, 그 영향력은 45.7%이었다. 사회관계적 영역에 대해서는 우울정도를 측정하는 BDI점수( $\beta=-.436$ )가 유의한 영향을 미쳤으며, 그 영향력은 19.0%이었다. 환경적 영역에 대해서는 사회경제적지위( $\beta=-.552$ )와 BDI점수( $\beta=-.508$ )가 유의한 영향을 미쳤으며, 그 영향력은 각기 32.3%와 25.7%이었다. 또한 삶의 질 총점에서는 BDI 점수( $\beta=-.453$ )가 유의한 영향을 미쳤으며, 그 영향력은 42.3%이었다.

<표 4> 강박장애 환자집단의 삶의 질에 영향을 미치는 요인

삶의 질 영역	관련변인	R <sup>2</sup>	F	$\beta$	t
신체적 건강 영역	심리적불편감	.316	10.608	-.562	-3.257*
심리적 영역	자율성	.457	19.322	.676	4.396**
사회관계적 영역	BDI	.190	5.406	-.436	-2.325*
환경적 영역	사회경제적지위	.323	10.989	.552	3.995*
	BDI	.257	15.230	-.508	-3.674*
삶의 질 총점	BDI	.423	16.869	-.453	-4.107*

\*\* p<.01(two-tailed), \* p<.05(two-tailed)

## V. 논의 및 제언

본 연구는 서울의 S 대학병원 강박증 클리닉에 내원한 강박장애 환자들을 대상으로 환자들의 삶의 질이 인구 통계학적 변인에서 차이가 없는 정상통제집단과 비교하여 어떠한지, 그리고 환자들의 삶의 질과 관련된 요인들에 대해 살펴봄으로써, 환자들의 삶의 질에 대한 보다 다양한 정보를 제시하고자 하고자 하였다.

연구결과, 강박장애 환자의 삶의 질과 정상통제집단의 삶의 질을 비교한 결과정상인에 비해 환자들의 삶의 질이 전반적으로 낮았다. 즉 강박장애 환자들은 신체적 건강영역, 심리적 영역, 사회관계적 영역, 환경적 영역, 삶의 질 총점 모두에서 정상통제집단에 비해 유의하게 낮은 점수들을 나타냈다. 이와 같은 결과는 환자들의 삶의 질이 정상인에 비해 낮다는 Koran 등(1996), Grabe 등(2000), Bobes 등(2001), Akdede 등(2005), Moritz 등(2005), Stengler-Wenzke 등(2006), 그리고 Beatriz 등(2006)의 연구결과들과 일치하며, 강박장애 환자들의 삶의 질이 정상인에 비해 전반적으로 낮다는 것을 시사한다. 본 연구에서 환자들은 삶의 질 영역 중에서 특히 신체적 건강영역과 심리적 영역에서 정상인들의 점수와의 차이가 더 컸다. 이는 강박장애 환자들의 정신건강측면에서의 삶의 질이 저하되어 있다는 선행연구들의 결과들(Koran 등, 1996; Akdede 등, 2005; Stengler-Wenzke 등, 2006)과 일치한다. 그러나 삶의 질 영역 중 신체적 건강영역의 삶의 질이 저하되었다는 결과는 Moritz 등(2005)의 연구결과와 일치하지만, Koran 등(1996)의 연구결과와는 일치하지 않는다. 이는 Koran 등의 연구에서는 신체적으로 아픈 사람들(당뇨환자나 만성질환을 가진 환자들)과 강박장애 환자들의 삶의 질을 비교하였고, 본 연구에서는 정상인과의 삶의 질을 비교하였기 때문인 것으로 여겨진다.

강박장애 환자의 삶의 질과 관련이 있는 요인들에 대해서 살펴본 결과, 인구학적 변인(사회경제적지위), 임상적 변인(YBOCS, BDI), 심리사회적 변인(심리적 불편감, TCI 중 위험회피, 자율성, 연대감)의 변인들이 환자들의 삶의 질과 관련이 있었다. 인구학적 변인 중 하나인 사회경제적 지위는 삶의 질 영역 중 환경적 영역과 정적인 관련성을 나타냈으며, 환자들은 재정적 자원이 만족스럽지 않다고 하였다. 강박장애 환자의 삶의 질과 인구학적 변인간의 관련성에 대해 살펴본 연구들이 거의 없기 때문에, 이를 비교할 만한 선행연구가 없다. 그러나 같은 만성질환인 정신분열병환자들의 삶의 질 연구결과들 중 상위의 경제상태와 삶의 질 간에 정적인 관련성이 있다는 Lang 등(2002)의 연구결과와 일치한다.

임상적 변인에 있어서, YBOCS점수는 삶의 질 영역 중 신체적 건강영역, 사회관계적 영역, 환경적 영역과 삶의 질 총점에서 부적의 관련성을 나타냈다. 환자들은 신체적 건강영역에서 자신의 증상에 대해 치료가 필요하다고 여기고 있고 자신의 건강에 대해 걱정을 하고 있다고 답하였다. 또한 사회관계적 영역에서 개인적 대인관계의 어려움을 느끼고 있다고 하였으며, 환경적 영역에서 일상생활에서의 안전에 대한 위협을 느끼고 있다고도 하였다. 이와 같은 결과는 강박장애 환자의 삶의 질이 강박장애 증상의 심각도와 관련이 있다는 선행연구들의 결과들과 일치한다(Masellis 등, 2003; Lochner 등2003;Akedede 등, 2005;Moritz 등, 2005;Beatriz 등, 2006).

이와 더불어 BDI점수는 삶의 질의 모든 영역과 삶의 질 총점에서 부적의 관련성을 나타냈는데, 이는 우울이 환자들의 삶의 질과 밀접한 관련이 있다는 것을 의미한다. 환자들은 삶의 질의 신체적 건강영역에서 자신의 증상에 대해 치료의 필요성을 느끼고 늘 자신의 건강에 대해 걱정하며, 일상생활에서의 에너지가 부족하고, 일상생활에서 잘 돌아다니면서 활동하기가 어렵다고 보고하였다. 심리적 영역에서는 우울이나 불안과 같은 부정적인 감정을 보다 많이 느끼고, 자신의 신체외모에 대한 이미지를 낮게 평가하고,

스스로에 대한 만족정도가 낮았다. 사회적 관계영역에서는 대인관계에 대한 어려움을 보고하였으며, 환경적 영역에서는 신체상의 보호나 안전에 대해 불안함을 호소하였다. 이와 같은 결과는 우울증상이 강박장애 환자의 삶의 질에 영향을 끼칠 수 있다는 Masellis 등(2003), Lochner 등(2003), Moritz 등(2005)과 Beatriz 등(2006)의 연구결과와 일치한다.

본 연구결과에서 강박장애 환자들의 삶의 질과 인지기능과의 관련성은 없었다. 다시 말하면 강박장애 환자들의 실행기능, 기억(비언어적 기억), 주의의 인지기능들과 삶의 질 간의 관련성을 살펴본 결과, 환자들의 삶의 질과 인지기능들 간에는 아무런 관련성이 없었다. 이는 Akdede 등(2005)의 연구결과와 일치하지 않는다. Akdede 등(2005)의 연구에서는 대상자의 성별에서 여자가 더 많았으며 교육수준이 초등학교, 고등학교, 대학교 등으로 여러 수준으로 나뉘었지만, 본 연구 대상자에는 남자가 보다 많았으며 교육수준에 있어 대부분의 대상자가 대학교재학이상이었기 때문에, 대상자간의 차이가 있을 수 있으며 각 연구에서 실시된 신경심리검사가 달랐기 때문에 이와 같은 결과차이가 나는 것으로 여겨진다. Akdede 등(2005)의 연구 외에 환자들의 삶의 질과 인지기능간의 관련성을 비교해 볼 수 있는 연구가 없기 때문에 결과를 논하기에 다소 어려움이 있지만, 대신에 정신분열병 환자들을 대상으로 한 연구에서는 환자들의 삶의 질과 신경인지결함간의 관련성이 없다는 연구결과들이 있다. Aksaray 등(2002)은 정신분열병 환자들을 대상으로 신경인지기능과 삶의 질 간의 관련성에 대해 살펴보았는데, 환자들의 삶의 질은 신경인지기능보다는 음성증상과 추체외로 부작용과 관련이 있다는 결과를 제시했다. 또한 Signy 등(2005)은 정신분열병 환자들을 대상으로 증상, 신경심리검사와 삶의 질 간의 관련성에 대해 살펴보았는데, 그 결과 환자들의 삶의 질이 신경인지결함보다도 정신병리적 특성, 특히 우울과 관련이 있었다.

심리사회적 변인들에 있어서, 심리적 불편감은 삶의 질 영역 중 신체적

건강영역, 심리적 영역과 삶의 질 총점에서 부적의 관련성을 나타냈다. 환자들은 신체적 통증으로 해야 할 일들을 방해받으며, 침울한 기분, 절망, 불안 등과 같은 부정적인 감정을 자주 느낀다고 하였다. 이와 같은 결과를 비교해볼만한 선행연구들이 거의 없기 때문에, 대신에 정신분열병 환자들을 대상으로 한 삶의 질 연구들을 살펴보면, Ritsner 등(2000,2003)은 심리적 불편감이 환자들의 삶의 질과 관련이 있으며, 심리적 불편감이 감소되는 것이 삶의 질 개선에 영향을 준다고 하였다. 또한 Lasalvia 등(2002)은 증상의 심각도보다도 심리적 불편감이 환자들의 삶의 질과 더 관련이 있다고 하였다.

그리고 성격과 기질검사인 TCI의 하위척도 중 하나인 위험회피차원은 삶의 질 영역 중 신체적 건강영역, 심리적 영역과 삶의 질 총점에서 부적의 관련성을 보였으며, 환자들은 일상생활에서 활동을 수행하고 일하는 데 있어서의 자신의 능력에 대해 만족스러워 하지 않는다고 하였다. 또한 자율성 차원은 삶의 질 영역 중 신체적 건강영역, 심리적 영역과 삶의 질 총점에서 정적인 관련성을 나타냈으며, 연대감차원은 삶의 질 영역 중 환경적 영역과 삶의 질 총점에서 정적인 관련성을 나타냈다. 강박장애 환자의 성격·기질적 측면에 대해 살펴본 몇몇의 선행연구들에서는 환자들이 성격과 기질차원 중에서 낮은 자극추구, 높은 위험회피, 낮은 자율성, 낮은 연대감을 나타낸다는 일관적인 결과들을 보고하고 있지만(Margarer 등, 1996; 이동우 등, 1999;Kusunoki 등 ,2000), 이 요인들과 강박장애 환자의 삶의 질 간의 관련성에 대해 살펴본 연구결과들이 없기 때문에, 위와 같은 결과들을 비교해볼 수 있는 연구결과가 없다. 하지만 정신분열병 환자들을 대상으로 한 삶의 질 연구들에 대해 살펴보면, 삶의 질과 성격·기질요인이 관련이 있다는 본 연구결과와 유사한 결과들을 제시하고 있는데, Ritsner 등(2003), Eklund 등(2003)과 Kurs 등(2005)의 연구결과에 따르면 정신분열병 환자들의 삶의 질은 성격·기질요인들 중에서 자극추구(novelty seeking), 사회적 민감성(reward dependence), 위험회피(harm avoidance), 자율성(self-directedness)

과 관련이 있었다.

강박장애 환자의 삶의 질과 관련이 있는 요인들 중에서 삶의 질을 예측할 수 있는 요인들은 심리적 불편감, 자율성차원, BDI점수, 사회경제적지위이었다. 심리적 불편감은 삶의 질 영역 중 신체적 건강영역을 예측해줄 수 있는 요인으로, 심리적 불편감이 낮을수록 신체적 건강영역에서의 삶의 질을 보다 높게 지각하는 것으로 나타났다. 심리적 불편감은 문제거리나 근심을 겪을 때 느끼는 심리적 부담이나 긴장 또는 고통스러운 상태로 정신건강의 부적인 측면을 말한다. 이러한 심리적 불편감으로 인해 우울이나 불안 등과 같은 기분상의 변화나 현기증이나 손이 떨리고 땀이 나거나 잠을 잘 못자는 것과 같은 생리적인 신체변화가 나타날 수 있기 때문에, 환자들의 신체적 건강영역의 삶의 질과 관련성이 있는 것으로 여겨진다. 이를 비교할 수 있는 강박장애 환자의 삶의 질에 대한 선행연구들이 없지만, 본 연구결과는 같은 만성질환인 정신분열병 환자들을 대상으로 한 삶의 질 연구들 중에서 심리적 불편감이 환자들의 낮은 삶의 질을 예측하는데 주요한 영향력을 가지고 있다는 Ritsner 등(2000, 2003)과 Lasalvia 등(2002)의 연구결과들과 일치한다.

자율성차원은 삶의 질 영역 중 심리적 영역을 예측해줄 수 있는 요인으로, 자율성이 높을수록 삶의 질을 보다 높게 지각하는 것으로 나타났다. 자율성은 자신이 설정한 목표에 따라 상황에 맞게 자신의 생각과 행동을 통제하고 순응시키는 능력으로, 자율성이 높다는 것은 자신이 선택한 목표에 맞게 자신의 행동을 조절할 수 있는 능력을 지니고 있다는 것을 의미한다. 강박장애 환자들은 자율성 점수가 낮다는 연구결과들이 있으며(이동우 등, 1999;Kusunoki 등, 2000), 환자들의 자율성이 저하되었다는 것은 상황이나 목표에 연관된 생각이나 행동을 진행시켜나가지 못하고 강박사고와 강박행동에 의해 사로잡혀 있어서 자신의 생각과 행동을 자신이 설정한 목표에 따라 통제하는 능력이 저하되었음을 의미한다. 따라서 자율성이 높다는 것은

그만큼 환자들이 자신의 생각과 행동을 통제할 수 있다고 여기는 것으로써 그들이 느끼는 삶의 질 또한 높을 것이라고 여겨진다. 정신분열병환자들을 대상으로 한 Hansson 등(2001)의 연구결과를 참조하면, 낮은 위험회피와 높은 자율성이 더 나은 삶의 질과 유의미하게 관련이 있으며, 자율성이 높을수록 삶의 질이 더 나아진다고 하였다.

우울정도를 나타내는 BDI점수는 삶의 질 영역 중 사회적 관계영역, 환경적 영역과 삶의 질 총점을 예측해줄 수 있는 요인으로, BDI점수가 낮을수록 삶의 질을 보다 높게 지각하였다. 이러한 결과는 우울증상이 강박장애 환자의 삶의 질에 영향을 끼칠 수 있다는 선행연구결과들(Masellis 등, 2003; Lochner 등, 2003; Moritz 등, 2005)과 일치하며, 우울의 정도가 삶의 질의 전반적인 영역에 영향을 미친다는 정신분열병환자들의 삶의 질 선행연구결과들을 통해 지지된다(Lehman, 1988; Sullivan 등, 1992; Mechanic 등, 1994; Browne 등, 1996; Koivumaa-Honkanen 등, 1996; Dickerson 등, 1998; Russo 등, 2003). 우울한 사람들은 거절에 대한 두려움을 갖고 있어서 아는 사람들에게 호감을 사기 위해 신경을 쓰고 과도한 노력을 들이지만, 이는 자발적으로 나오는 따뜻함이나 우의라기보다는 자기희생과 포기에 가깝기 때문에 타인들을 보다 멀어지게 만들게 되며, 이로 인해 사회적 대인관계에서의 어려움을 겪게 된다. 또한 우울이 심할 경우, 자신의 안전이 위협받고 있고, 자신은 자신의 문제를 감당해낼 수 없으며 다른 사람들도 자신을 도울 수 없다고 느낄 수 있다. 그리고 우울정도가 가벼울 경우에도 일상생활에서 기본적인 활동들을 잘 유지가 되지만 이때 열의가 거의 없으며, 일상생활에 대한 흥미를 상실하고 전에는 즐거워했던 것들에 대해서도 무관심해지기도 한다. 이러한 점들로 인해 우울의 정도가 환자들이 지각하는 삶의 질에 영향을 줄 수 있을 것이다.

사회경제적지위는 삶의 질 영역 중 환경적 영역을 예측해줄 수 있는 요인으로, 사회경제적지위가 높을수록 삶의 질을 보다 높게 지각하였다. 이 결

과는 정신분열병 환자들을 대상으로 한 Lang 등(2002)의 연구결과와 일치하며, 연구결과에 따르면 환자들의 경제상태가 상위일수록 삶의 질이 높다고 답하였다. 오늘날 약물과 심리치료와 같은 치료에 대한 비용이 높지만 재정적인 수단은 제한되어 있다. 또한 치료법들이 새로이 개발될 때마다 정신장애 환자들을 보다 자주 그리고 보다 오랜 기간 동안 치료를 받게 된다(Thrompenaars 등, 2005). 따라서 재정적인 문제가 이들의 삶과 많이 관련되어 있다고 볼 수 있기 때문에, 사회경제적지위가 환자들의 삶의 질에 영향을 준다고 추측할 수 있다.

본 연구의 결과를 요약하면 강박장애 환자들의 삶의 질이 정상인에 비해 낮았으며, 환자들의 삶의 질은 심리적 불편감, 자율성, 사회경제적지위, BDI 점수를 통해 예측될 수 있음을 보여주었다. 이러한 결과들은 강박장애 환자들을 위한 치료 계획이나 전략을 결정하는 데 있어 중요한 정보로서 활용될 수 있을 것이다. 즉 환자들을 치료하고 재활하는데 있어 우선은 환자들의 증상을 감소시키거나 제거하는데 치료적 노력이 필요할 것이다. 이 때 심리적 불편감과 우울의 정도(BDI점수)는 환자들의 증상적인 측면과 관련이 있기 때문에, 증상을 치료하는데 있어서 환자들의 우울감소에 초점을 두어야 할 것이며, 불안, 예민함, 약물부작용등으로 인해 발생할 수 있는 심리적 불편감을 완화시킬 수 있도록 해야 할 것이다. 또한 환자들이 자신의 목표와 가치를 달성하기 위해 자신의 생각과 행동을 효율적으로 잘 조절할 수 있도록 도와줄 수 있는 프로그램에 대한 모색이 필요하다. 그리고 환자들에게 일상생활에서 제대로 기능할 수 있도록 하는 기술들을 훈련하는 과정에서, 사회경제적지위와 관련하여 환자들의 재정적 자원이 지원될 수 있도록 재활을 통해 환자들에게 직업을 찾고, 직업으로 인한 스트레스는 어떻게 다루며, 일하면서 생기는 문제는 어떻게 해결해야 하는지 등에 대해 훈련시켜줄 수 있을 것이다. 이와 더불어 환자들이 직업을 얻고 이를 유지해나갈 수 있도록 지속적인 사후관리가 이뤄져야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

우선 본 연구의 환자집단은 서울의 특정 대학병원 내원환자들이고 그 수가 다소 적었으며, 환자들의 연령이 20, 30, 40대에 집중된 경향이 있다. 또한 환자들의 대부분의 교육수준이 대학교 재학이상이었기 때문에, 본 연구 결과를 전체 강박장애 환자의 특성으로 일반화하는데 문제가 있을 수 있다.

둘째, 본 연구에 참가한 강박장애 환자들의 약물치료 상황을 통제하지 못했다. 약물은 강박증상에 영향을 미치고 약물치료로 인해 삶의 질이 영향을 받을 수 있기 때문에, 향후 연구에서는 약물을 복용하지 않은 환자들을 대상으로 하거나, 동일한 SSRI 계열의 약물치료를 받고 있는 환자집단을 대상으로 선정할 필요가 있다.

하지만 본 연구결과는 강박장애 환자의 삶의 질에 대해 살펴본 선행 연구들이 거의 없고, 환자들의 삶의 질에 기여하는 요인이 무엇인가에 관한 견해가 일치되지 않은 현재 상황에서, 강박장애 환자들의 삶의 질과 관련되는 보다 다양한 요인들에 대해 알아보고 환자들의 삶의 질 개선을 위한 포괄적인 프로그램 개발에 기초자료를 제공한다는 데 의의가 있다. 즉, 삶의 질이 임상사례나 치료효과, 건강관련 서비스에 대한 평가 등에서 결과를 측정하는 요소로 사용되려면 삶의 질을 결정하는 요인들이 어떠한 것들인지 알아야 하며, 이 요인들과 삶의 질이 어느 정도로 관련이 있는지에 대한 양적 정보도 제시되어야 한다는 점에서 본 연구결과가 의미 있을 것이다.

## <참고문헌>

- 권석만. (1997). 한국판 Beck Anxiety Inventory의 심리측정적인 특성. 미발표 논문.
- 김광일, 김재환, & 원호택. (1984). 간이정신진단검사 실시요강. 서울 : 중앙적성출판사.
- 김정희. (1987). 지각된 스트레스, 인지세트 및 대처방식의 우울에 대한 작용. 서울대학교 대학원.
- 민병배, 오현숙. (출판 준비중). 기질 및 성격검사-성인용 매뉴얼. 서울: (주)마음사랑.
- 민성길, 김광일, 서신영, 김동기. (2000). 한국판 세계보건기구 삶의 질 척도 (WHOQOL)의 개발. *Journal of Korean Neuropsychiatry Association*, 39, 1.
- 민성길, 이창일, 김광일, 서신영, 김동기. (2000). 한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도(WHOQOL-BREF)의 개발. *Journal of Korean Neuropsychiatry Association*, 39, 3.
- 송중용, 이영호. (1991). BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. *한국심리학회지 : 임상*, 10, 98-112.
- 안경흡, 김명선, 김연수, 박은희, 박선희, 신민섭, 류인균, 권준수. (2002). 강박증 환자에서 신경심리검사를 통한 전두엽 기능에 관한 연구. *Journal of Korean Neuropsychiatry Association*, 39, 3.
- Akdede B. B. K., Alptekin K., Vardar Y., & Kitis A. (2005). Quality of Life in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: Relations with Cognitive Functions and Clinical Symptoms. *Turk Psikiyatri Dergisi*

16(1) : *Turkish Journal of Psychiatry*.

- Alptekin K., Akvardar Y., Akdede B. B. K., Dumlu K., Isik D., Pirincci F., Yahssin S., & Kitis A. (2005). Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 29, 239-244.
- Alex H., Georg K., Ursula E., Monika E., Martina H., & W. Wolfgang F. (2004). Quality of life in shizophrenia : The impact of Psychopathology, Attitude toward medication, and Side effects. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 932-939.
- American Psychiatric Association.. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV. *American Psychiatric Press*.
- Andreas B., Joachim K., Martin H., Barbel K., Christina K., Sabine S., & Ralf P. (2003). Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 253, 228-235.
- Anne K. K., Fritz H., & Ulrich V. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder : a critical review. *Biological Psychology*, 65, 185-236.
- Beatriz R. S., Helen D. S., Manuel A. R., Paola C. C., Mercedes N. A., Maria M P. R., Jeronimo S. R. & Enrique B. G. (2006). Perceived quality of life in obsessive compulsive disorder : related factors. *BioMed Central*, 6(20).
- Bobes J., Gutierrez M., Gibert J., Gonzalez M. P., Herraiz L., & Fernandez A. (1998). Quality of life in schizophrenia : long-term follow-up in 362 chronic spanish schizophrenic outpatients undergoing risperidone maintenance treatment. *European Psychiatry*, 13, 158-163.

- Bobes J., Gonzalez M.P., Bascaran M. T., Arango C., Saiz P. A., & Bousoño M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16, 239-45.
- Browne S., Roe M., Lane A., Gervin M., Morris M., Kinsella A., Larkin C., & O'Callaghan E. (1996). Quality of Life in schizophrenia : relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 118-124.
- Bystritsky A., Liberman R. P., Hwang S., Wallace C. J., Vapnik T., Mainment K., & Saxena S. (2001). Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*, 14, 214-218.
- Christine B., Dawn I. V., Alexander L. M., & Jerry O. (1999). Predicting quality of life from symptomatology in schizophrenia at exacerbation and stabilization. *Psychiatry Research*, 86, 131-142.
- Cloninger C. R., Przybeck T., & Svrackic D. (1994). The Temperament and Character Inventory(TCI) : a guide to its development and use. *Washington University ST Luis, Missouri, Center for psychobiology of personality*.
- Dernovsek M. Z., Prevolnik Rupel V., Rebolj M., & Travcar R. (2001). Quality of life and treatment costs in schizophrenic outpatients, treated with depot neuroleptics. *European Psychiatry*, 16, 474-482.
- Derogatis L. R., Rickles K., & Rock A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI : a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Dickerson F. B., Ringel n. B., & Parente F. (1998). Subjective quality of life in out-patients with schizophrenia : clinical and utilization

- correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(2), 124-127.
- Eklund M., Backstrom M., & Hansson L. (2003). Personality and self-variables : important determinants of subjective quality of life in schizophrenia out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 134-143.
- Folkman S, & Lazarus R. S. (1985). Manual for the Ways of Coping Questionnaire. *Consulting Psychologists Press Palo Alto, CA*
- Frisch, M. B. (1994). Quality of Life Inventory (QOLI). *Minneapolis : National Computer System.*
- Gokay A., Suleyman O., Com K., & Cengiz B. (2002). Neurocognitive deficits and quality of life in outpatients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 26, 1217-1219.
- Grabe H. J., Meyer Ch., Hapke U., Rumpf H. J., Freyberger H. J., Dilling H., & John U. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 250, 262-268.
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *The American Journal of Psychiatry*, 153, 321- 330.
- Hansson L., Eklund M., & Bengtsson A. (2001). The relationship of personality dimensions as measured by the temperament and character inventory and quality of life in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder living in the community. *Quality of Life Research*, 10, 133-139.
- Hertling I., Philipp M., Dvorak A., Glaser T., Mast O., Beneke M.,

- Ramskogler K., Saletu-Zyhlarz G., Walter H., & Lesch O. M. (2003). Flupenthixol versus Risperidone : Subjective quality of life as an important factor for compliance in chronic schizophrenic patients. *Neuropsychobiology*, 47, 37-46.
- Jarema M., Konieczynska Z., Murawiec S., Szafranski T., & Szaniawska A. (2002). The change of quality of life and clinical picture in schizophrenia. *Psychiatria Polska*, 36(3), 393-402.
- Jonathan D. H., Kim A. W., Rosa L., Sarah P., & Thomas E. S. (2001). Quality of life in schizophrenia : contributions of anxiety and depression, *Schizophrenia Research*, 51, 171-180.
- Kang S., Rathi M., Samuel G. S., Stephan H., & Siow A. C. (2004). Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Research*, 129, 41-147.
- Koivumaa-Honlanen H. T., Viinamäki H., Honkanen R., Tanskanen A., Antikainen R., Niskanen L., Jäässkeläinen J., & Lehtonen J. (1996). Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 372-378.
- Koran L. M., Thienemann M. L., & Davenport R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 6 : ProQuest Medical Library, 783.
- Kusunoki K., Sato T., Taga C., Yoshida T., Komori K., Narita T., Hirano S., Iwata N., & Ozaki N. (2000). Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 403-405.
- Kurs R., Farkas., & Ritsner M. (2005). Quality of life and temperament factors in schizophrenia : Comparative study of patients, their siblings

and controls. *Quality of Life Research*, 14, 433-440.

Lang A., Steiner E., Berghofer G., Henkel H., Schmitz M., Schmidl F., & Rudas S. (2002). Quality of life and other characteristics of Viennese mental health care users. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 59-69.

Lars H., Mona E., & Amita B. (2001). The relationship of personality dimensions as measured by the temperament and character inventory and quality of life in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder living in the community. *Quality of Life Research*, 10, 133-139.

Lasalvia A., Ruggeri M., & Santolini N. (2002). Subjective quality of life : its relationship with clinician-rated and patient-rated psychopathology . The south-verona outcome project 6. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(5), 275-284.

Lehman A. F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11, 51-62.

Lochner C., Mogotsi M., Toit P. L., Kaminer D., Niehaus D. J., & Stein D. J. (2003). Quality of life in anxiety disorders : A comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and, panic disorder. *Psychopathology*, 35(5), 255.

Masellis M. Rector N. A., & Richter M. A. (2003). Quality of Life in OCD : Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 2.

Mauro V. M., & Murray B. S. (2000). Quality of Life in Individuals with Anxiety Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.

- Mechanic D., McAlpine D., Rosenfield S., & Davis D. (1994). Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Social Science & Medicine*, 39, 155-164.
- Mercier C., Peladeau N., & Tempier R. (1998). Age, gender and quality of life. *Community Mental Health Journal*, 34, 487-500.
- Moritz S., Rufer M., Fricke S., Karow A., Morefeld M., Jelinek L., & Jacobsen D. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 453-459.
- O'Carroll R. E., Smith K., Couston M., Cossar J. A., & Hayes, P. C. (2000). A Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF in detecting change in quality of following liver transplantation, *Quality of Life Research*, 9, 121-124.
- Peter L. Z., Juan M. S., John N., Barbara A. P., Mark C. J., & Gabriel A. E. (2004). Impact of atypical antipsychotics on quality of life, self-report of symptom severity, and demand of services in chronically psychotic patients. *Schizophrenia Research*, 71, 137-144.
- Pfohl B., Noyes R Jr., Kelley M., & Blum N. (1990). A test of tridimensional personality theory : association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 28(1), 41-46.
- Rasmussen S. A. (1993). Genetic studies of obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 241-248.
- Rena K., Herman F., & Ritsner M. (2005). Quality of life and temperament factors in schizophrenia : Comparative study of patients, their siblings and controls. *Quality of Life Research*, 14, 433-440.
- Richter M. A., Summerfeldt L. J., Joffe R. T., & Swinson R. P. (1996).

The tridimensional personality questionnaire in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 65, 185-188.

- Ritsner M., Modai I., Endicott J., Rivkin O., Nechamkin Y., Barak P., Goldin V., & Ponizovsky A. (2000). Difference in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 880-889.
- Ritsner M. (2003). Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 191, 287-294.
- Ritsner M., Farkas H., & Gibel A. (2003). Satisfaction with quality of life varies with temperament types of patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 191(10), 668-674.
- Ritsner M., Kurs R., Gibel A., Hirschmann S., Shinkarenko E., & Ratner Y. (2003). Predictors of quality of life in major psychoses : A naturalistic follow-up study. *Journal of Psychiatry*, 64, 308-315.
- Ritsner M., Gibel A., Perelroyzen G., Kurs R., Jabarin M., & Ratner Y. (2004). Quality of life outcomes of risperidone, olanzapine, and typical antipsychotics among schizophrenia patients treated in routine clinical practice. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 582-591.
- Russo P. A., & Smith M. W. (2003). Quality of life in schizophrenia : the relationship between participant self-report and clinical assessment. *International Congress on Schizophrenia Research*. 343-344.
- Saxena S., & Orley J. on behalf of the WHOQOL Group. (1997). Quality of Life assessment : the World Health Organization perspective. *European Psychiatry*, 12(3), 263s-266s.

- Sergio A. S., Ana P., Ruben A., Julian B., Julieta C., Soledad F., Mariana G., & Gabriel A. E. (2005). Lack of extrapyramidal side effects predicts quality of life in outpatients treated clozapine or with typical antipsychotics. *Psychiatry Research*, 133, 277-280.
- Sibel O., Asena A., & Ihan D. (2004). The Sensitivity of Quality-of-Life Scale WHOQOL-100 to Psychopathological Measures in Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 57-61.
- Signy W., Maris A. R., Sara L., Dianne F., Anthony H., & John B. (2004). Relative contributions of psychiatric symptoms and neuropsychological functioning to quality of life in first-episode psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 487-492.
- Smith T. E., Hull J. W., Goodman M., Hedayat-Harris A., Wilson D. F., Israel L. M., & Munich R. L. (1999). The relative influences of symptoms, insight, and neurocognition on social adjustment in schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 187, 102-108.
- Stengler-Wenzke K., Kroll M., Matschinger H. & Angermeyer M. C. (2006). Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry Epidemiology*, 1-7.
- Sullivan G. (1992). Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hospital and community psychiatry*, 43, 794-798.
- Suzanne M. S. (2002). Advancing cross-cultural research on quality of life : observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life Research*, 11, 135-144.

- Suzanne M. S., Norman S., Marianne A., & The WHOQOL Group. (2004). Developing Methods for assessing quality of life in different cultural setting. *Social Psychiatry Epidemiology*, 39, 1-8.
- Tenney N. H., Denys D. A. J. P., Meges H. J. G. M., Glas G., & Westenberg H. G. M. (2003). Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 18,29-33.
- The WHOQOL Group.<sup>1)</sup> (1998). The World Health Organization Quality of Life assessment(WHOQOL) : Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 1569-1585.
- The WHOQOL Group.<sup>2)</sup> (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Trompenaars F. J., Masthoff E. D., Van Hack G. L., Hodiament P. P., & De Vries J. (2005). Relationships between demographic variables and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Social Psychiatry Psychiatrica Epidemiology*, 40, 588-594.
- World Health Organization. (1993). WHOQOL Study Protocol. *WHOQOL (MNH/PSF/93.9)*. WHO, Geneva.
- Yasuhiro K., & Tetsuro O. (2003). Impact of risperidone on quality of life and gonadal axis hormones in schizophrenia male patients with acute exacerbation. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6, 247-252.

# ABSTRACT

**The quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder**

**Ji-Yeon, Song**

**The Department of Psychology**

**Graduate School of**

**Sungshin Women's University**

This study investigated the relationship between demographic, clinical, cognitive and psychosocial factors and the quality of life(QOL) in patients with obsessive-compulsive disorder(OCD). Twenty-five OCD patients and 25 healthy normal controls participated in the study.

For the assessment of QOL, the World Health Organization Quality of Life Scale-Brief Version(WHOQOL-BREF) was used. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale(Y-BOCS), Beck Depression Inventory(BDI), and Beck Anxiety Invent(BAI) were administered for the measurement of clinical syndromes in OCD patients. A variety of neuropsychological tests were administered for the measurement of cognitive functions in OCD patients. In addition, the Temperament and Character Inventory(TCI), Coping Checklist and Symptom Checklist-90 were administered for the assessment of psychosocial functions in OCD patients.

The results showed that OCD patients showed significantly lower scores in all areas of QOL compared to the normal controls, and these

results indicate that OCD patients are less satisfied with the qualities of their lives than the controls. The Socio-Economic Status, and self-directedness/cooperativeness measured by TCI were positively correlated with QOL, whereas Y-BOCS, BDI, distress and harm avoidance measured by TCI were associated with QOL in OCD patients. There were no significant associations between cognitive functions and QOL in OCD patients. The multiple regression analysis revealed that distress, self-directedness, BDI and Socio-Economic Status are important predictors for QOL in OCD patients. These results indicate that various factors including OCD syndroms, depression, distress and self-directedness influence the QOL in OCD patients. Therefore, the treatment strategy for OCD patients should focus both on the symptom relief and the enhancement of psychosocial functions.

## 감사의 글

어느덧 2년간의 대학원 생활이 끝나고, 6개월이라는 시간이 더 흘러 한 편의 논문을 완성하게 되었습니다. 남들보다 더 긴 시간동안의 작업이었기 때문에, 유난히 더 힘들어했는지도 모릅니다. 그동안 나약한 마음에 흔들릴 때도 있었고, 힘들고 지쳐서 주저앉고 싶을 때도 있었습니다. 끝나지 않을 것만 같았던 시간들 속에서, 그 힘겨운 시간들을 버티고 이겨낼 수 있도록 힘이 되어 주시고 사랑을 베풀어주신 분들에게 진심으로 감사드립니다.

지난 2년간 많은 고민과 시행착오속에서 논문을 써가면서, 부족하고 미흡한 제가 논문을 완성할 수 있도록, 앞에서 이끌어 주신 김명선 교수님께 진심으로 감사드립니다. 딸들을 대하는 어머니의 마음처럼 자상하게 때로는 꾸중과 조언으로 단호하게, 제가 길을 헤매지 않도록 이끌어주셨습니다. 교수님 덕분에 연구자란 어떠한 것이며, 어떠한 자세로 임해야 한다는 것에 대해 배울 수 있었습니다. 감사합니다. 또한 세심하게 논문을 지도해주신 김정규 교수님, 채규만 교수님께 감사의 마음을 전합니다.

연구소에 와서 제 전공이외의 다른 많은 것들을 보고 배울 수 있도록 도와 주시고, 보다 많은 경험을 할 수 있는 기회를 주신 연구소분들께 진심으로 감사드립니다. 때로는 따끔한 꾸중과 조언으로 바로 잡아주시고, 격려와 관심 또한 아끼지 않으셨던 서울대병원의 권준수 교수님, 어려운 통계에 대해 상세하고도 쉽게 설명해주셨던 마음착한 김영운선생님, 마음편히 얘기할 수 있는 친구같은 애라, 편안하고 다정한 지영언니, 귀여운 본미, 웃는 모습이 밝은 경순 선생님, 위휘선생님, 김남식선생님, 이승재선생님, 이경진선생님, 강도형선생님, 선주씨 외 모든 연구원 식구들에게 고개숙여 감사드립니다.

2년이 넘는 긴 시간동안 함께 지내면서 많은 도움과 웃음을 주었던 동기와 선·후배들. 너무 고맙습니다. 많은 조언과 도움을 주었던 선희선배, 정숙선배,

윤정선배, 성희선배, 다정한 지수언니와 계순언니, 친구같은 선배 혜진선배, 정미, 은영이, 같이 논문쓰면서 함께 고생 많았던 마음씨 고운 선영이와 귀여운 봉림이, 유쾌한 정화씨, 편안해서 좋은 윤아, 아영이, 윤이, 희진이를 비롯한 신경랩 후배들에게 고마움을 전합니다.

오래도록 수다쟁이 친구로 함께 해준 마음씨 따뜻한 은영이, 사랑스러운 애교쟁이 인경, 언제봐도 편안하고 인정많은 미영이, 마음씀씀이가 너무 착한 그래서 좋은 챙김쟁이 동호, 정많은 동네친구 형선이, 여란이, 진형이, 마음 여린 귀염둥이 승아, 애교많은 미선, 사랑하는 우리 2B 식구들, 마음을 열고 많은 얘기들을 해 주었던 영길이, 은둔자 성모, 에너지원 지혜, 과동기인 은정, 선미, 해미, 지혜, 하나 그리고 언제나 옆에서 많은 웃음과 사랑을 주었던 사랑하는 상윤이....다들 너무 고맙고 사랑합니다.

마지막으로 늘 곁에서 묵묵히 지켜봐주시고 한없는 믿음과 사랑을 주신, 그래서 지금의 제가 있게끔 해주신 아버지, 어머니, 그리고 내 동생에게 고마움과 사랑의 마음을 전합니다. 한없이 고마운 마음과 사랑하는 마음을 갖고 있어도 말 한 마디 제대로 표현하지 못해서 무덤덤하게만 대했던 사랑하는 우리 가족에게 미안한 마음뿐입니다. 가족들에게 마음속 깊이 사랑을 전합니다. 사랑합니다.