

양성 및 음성 정신분열증 환자의 우울에 관한 연구

영남대학교 의과대학 정신과학교실

이 중 훈

서 론

精神分裂症은 정신병 가운데서 가장 발병 빈도가 높은 질환이며 일정한 경과를 보이는 단일질환이라기 보다는 다양한 장애를 포함하고 있어 인격의 각 측면에 특이한 장애를 일으키는 주요 정신병이다. 정신분열증은 회복은 가능하나 대부분 만성적인 경과로 진행되는 경우가 많다.

정신분열증 환자들이 보여주는 다양한 증상 중에서 정동의 문제, 특히 우울증에 대한 관심이 높아지고 있다. 왜냐하면 정신분열증 환자의 우울증상은 임상장면에서 대단히 높은 빈도로 관찰되고 있으며, 정신분열증 환자의 자살 위험도는 과거력 및 추적연구에서 높은 비중을 차지하는 것으로 보고되어 왔다.^{1,2)} 또한 임상장면에서 정신분열증 환자는 우울증으로 인해 치료에 대한 저항, 사회의 부적응, 자살기도 뿐만 아니라 진단, 예후, 그리고 치료에서의 어려움을 경험하는 경우가 많기 때문이다.

Cameron은 정신분열증의 초기증상을 비특이성 증상과 특이성 증상으로 분류하였다.³⁾ 전자는 불안, 우울, 근심, 공상, 걱정 및 흥미의 상실 등을 보이며, 후자는 자기가 화제가 되어지고, 감시받고 있는 듯한 느낌 및 막연한 신체증상 등이 있다고 하였다. 그는 정신분열증의 초기 단계에는 불안, 우울, 걱정, 피곤, 건강염려 및 어지러움 등의 신경증

적 증상들을 나타내므로, 이는 중요한 진단적 단서가 된다고 하였으며, 정신분열증 환자는 초기에 수 개월동안 신경쇠약증으로 치료를 받기도 한다고 하였다.

정신분열증은 발병 후 시간이 지남에 따라서 환자들이 만성화되어 가는 경우가 흔하며 이렇게 만성화된 정신분열증 환자에서 관찰되는 우울증상은 이미 알려져 있었다.⁴⁾ 몇몇 학자들은 정신병 상태에 있는 환자들이 나타내는 심각한 우울증상에 대해 언급해 왔는데 정신병 환자가 정신병적 경험에 반응하는 방식으로서 절망하며, 미래에 대해 부정할 때 나타나는 우울증상을 정신분열증 환자에서 나타나는 초기 증세라고 설명하였다.⁷⁾

정신분열증 환자가 나타내는 우울로 인해 이들 환자의 일부는 초기에 정동장애 또는 다른 형태의 분열정동장애라고 진단되어 졌었다. 그러나 정신분열증 환자들이 우울증상을 나타낸다는 것은 그들의 정신병적 과정에서 나타나는 우울증상이 있기 때문이라고 할 수 있다.^{8,12)}

정신분열증의 발병 초기에 우울이 주로 나타나는 것으로 보았던 이론가 중, Beck은 인지왜곡으로 인하여 발병 초기부터 우울이 나타난다고 하였다.¹³⁾ 정신분열증의 경과 중에 우울증이 나타나며 우울증의 빈도가 높게는 50%에서¹⁴⁾ 낮게는 12%라고¹⁵⁾ 보고 되었으며, 급성 정신분열증의 경우는 25-

50%로,^{16,17)} 만성 정신분열증의 경우는 우울증의 빈도가 28%라고 보고 되었다.¹⁸⁾

다른 한편 정신분열증 환자에서 나타나는 우울증은 Steinberg 등¹⁹⁾ 그리고 Stern 등에¹⁵⁾ 의해 급성 정신분열증 증후가 서서히 줄어들면서 만성화되어 가는 과정에서 우울증상이 나타난다고 본 개념이었다.

Bowers와 Astrachan은 급성 정신분열증 환자들은 급성증상이 감소하면 종종 빨리 퇴원하지만 몇 주나 몇 달 후에 우울증상이 재발된다고 하였고, 급성 정신분열증 환자들은 흔히 퇴원 후에 우울반응이 나타난다고 하였다.¹⁴⁾ 급성 정신분열증 환자들을 추적조사한 결과에서 정신분열증 환자들보다 정신병적 증상보다 우울로 인해 재입원하는 경우가 더 많다고 하였다.²⁰⁾ 또 정신분열증 환자들이 무능력하게 되는 요소로 증상이 만성화되어감에 따라 우울증상이 있기 때문이라고 하였다.²¹⁾

정신분열증 환자는 회복과정에서 환자 자신이 내적으로 느끼는 사실을 현실적으로 받아 들이는 정신병에 대한 병식 때문에 회복기의 우울증이 나타난다고 하였다.²²⁾ 이는 정신분열증 환자의 우울증이 나타나는 시기는 정신분열증 환자가 치료과정 중에서 자신의 대상과 자기와의 관계를 재정립하려는 시기에 우울증이 나타난다고 보았다.

우울증은 그 증상이 다양하여 특징적인 급성발병을 제외하고는 정도의 차이는 있을지라도 정상생활 과정에 내재하여 때로는 증상이 신체화 내지 더 심한 정신병적 수준으로 발전되므로 우울을 동반한 여러가지 증상이 중첩되어 나타나거나 다른 증세를 동반한다고 볼 수 있다.

그러므로 정신분열증 환자에서 나타나는 우울증은 뒤따라 나타나는 정신분열증 증상들과 어느 기간에 동시에 존재한다고 볼 수 있고, 우울증상은 일상생활 중에서 누구나 경험할 수 있는 보편적인 인간의 정서 중 하나이며, 정신과적 모든 질환의 기본 증상으로도 알려지고 있다.

정신분열증을 작은 집단으로 분류하여 양성파 음성으로 구별하여 연구한 결과,^{23,27)} 양성증상은 망

상, 환각, 양성 사고형태의 장애, 괴이한 행동을 보이는 반면, 음성증상은 대화의 빈곤, 정서의 둔마, 의욕감소, 무감동, 비사회화, 주의력 장애 등 기능의 결손을 나타내는 증상으로 이루어져 있다. 음성군이 양성군에 비하여 유전과의 연관성이 높으며, 초기 발달에 있어서 결핍상태의 과거력이 많으며, 서서히 발병하고, 병전 적응이 장기적으로 좋지 못하며, 만성적으로는 악화되는 경향을 보인다고 하였다. 음성 정신분열증은 만성 정신분열증과 비슷한 특성을 나타낸다고 하여, 만성 정신분열증 환자의 퇴행, 의기저하와 우울증상 등이 음성증상 환자에서도 의미있게 나타난다고 하였다.^{28,31)} 양성과 음성증상에서 병전 적응도, 증상의 경과, 근본적 병리기전과 약물 치료에 대한 반응도, 그리고 인지기능 등에서 또 차이점이 있다고 제안하였다.³²⁾

정신분열증에서 양성과 음성에 나타나는 우울증상에 관한 연구는 아직까지는 명확하지 않는 점이 많다. Samuel 등은 정신분열증의 환자들 중에서 흔히 나타나는 우울증상에 대해 연구한 결과,³³⁾ 언어빈곤, 무욕, 무감동, 비사회화, 그리고 주의력 장애 등을 포함하는 증상이 음성 정신분열증 환자의 약 반수에서 흔히 나타난다고 하였다. 이와 비슷한 연구에서 정신분열증 환자 중 음성 정신분열증 환자에서는 지체, 원기부족 등의 우울성향을 의미있게 높은 빈도로 나타내는 반면, 죄책감, 긴장, 절망감, 우울기분, 조기각성, 自殺思考의 反芻, 자기비하 그리고 신체 건강염려 등은 양성 및 음성 정신분열증 환자가 거의 비슷한 수준의 비율로 나타낸다고 하였다.³⁴⁾

그동안 정신분열증 환자의 치료과정 중 나타나는 우울증에 대하여는 양성 정신분열증에서 우울증상이 나타난다는 연구와, 양성 정신분열증에서 나타나기 보다는 음성 정신분열증에서 서서히 우울증상이 나타난다는 연구 등이 있었다. 이와같이 정신분열증에 수반되는 우울증에 관한 여러가지 연구들은 서로 주장이 일치하지 않았다.

정신분열증 집단과 정상인 집단을 비교한 연구에서 정신분열증 환자들은 만성화 되어감에 따라

우울증상의 하나인 지연성 운동장애가 나타난다고 하였으며, 지연성 운동장애를 가진 환자들은 지적 기능의 장애가 심하고 음성증상을 많이 나타내는 경향이 있다고 하였다.³⁵⁻³⁷⁾ 이런 정신분열증 환자에서 나타나는 정신운동 기능장애의 원인은 그들의 인지기능 즉, 주의 집중력의 장애 때문이라고 하여 정신분열증 집단은 정상인 집단에 비해 정신병이 만성화되어 감에 따라 정보처리가 의미있게 느렸다고 하였다.³⁸⁾ Wechsler 지능검사³⁹⁾ 중 하위 검사인 바뀐쓰기 검사에서 소검사의 점수가 동작성 검사의 평균점수 보다 낮을 때는 정신분열증이 만성적이거나 악화되는 경우이거나, 혹은 정신분열증 환자에서 나타나는 우울증의 특징이 될 수 있다고 하였다.⁴⁰⁾

우울증 환자에서 정신운동 지체와 정신운동 초조를 보일 때 연합의 속도, 시각과 근육 운동의 통합력을 보이는 동작성 검사에서 수행능력이 떨어진다고 간주되고 있다.⁴¹⁾ 그리고 정신분열증 환자에서 음성 정신분열증 환자는 정신운동의 수행 능력이 양성 정신분열증 환자보다 더 떨어지는 것은 정신운동 지체 현상때문이라고 할 수 있다.⁴²⁻⁴⁴⁾

이런 선행 연구 결과들을 근거로 하여 양성 및 음성 정신분열증 중 어느 집단군에서 우울증이 나타나는지를 알아보려고 하였다. 아울러 정신분열증 환자의 우울증상으로 정신운동 지체 현상이 나타나는가를 확인해 보기 위해 Wechsler의 지능검사 중에서 동작성 검사인 바뀐쓰기 소검사를 사용하여 정신운동 장애의 수준을 살펴보았다. 더 나아가서 우울척도 중 어느 문항이 우울증상을 판별하는데 있어 중요한 역할을 하는가를 알아 보고자 하였다. 이와 같은 연구들은 대부분의 정신분열증 환자가 우울증상을 나타낸다는 사실과 관련지워 볼 때 의미있는 관련성을 시사하는 것이다.

그러므로 음성 정신분열증 집단이 양성 정신분열증 집단보다 우울성향의 수준이 더 높을 것인가에 대해서 알아 보았고, 음성 정신분열증 집단이 양성 정신분열증 집단에 비해 정신운동 기능장애의 수준이 심할 것인가에 대해서 살펴보았다. 아울

러 양성 정신분열증 집단과 음성 정신분열증 집단을 가장 잘 판별할 수 있는 우울증상이 정신운동 지체인지를 알아보려고 하였다.

대상 및 방법

본 연구는 1992년 2월 부터 1994년 8월까지 영남대학교 의과대학 부속병원 정신과 및 국립 부곡정신병원 정신과에 외래 및 입원한 양성 정신분열증 환자 119명, 음성 정신분열증 환자 122명인 241명(53.2%)과 정상인 집단 212명(46.8%)으로 총 453명을 대상으로 하였다.

정상인 집단은 당시 정상적인 사회활동에 참여하고 있는 피험자로 주로 고등학생과 대학생 및 일반인으로 구성되어 있다. 이들의 연령은 18-38세 ($M=21.15$, $SD=7.32$)이며, 양성 정신분열증 환자 집단의 연령은 16-29세 ($M=20.46$, $SD=5.12$)이고, 음성 정신분열증 환자 집단의 연령은 19-41세 ($M=26.12$, $SD=7.32$)이었다. 이들은 성별 차이를 고려하여 남녀 비슷한 사례수로 하였다.

측정도구는 Zung의 자기-평가 우울척도(Self-Rating Depression Scale: 추후 SDS 혹은 우울척도로 약함)⁴⁵⁾와 한국판 Wechsler 지능검사 (Korean Wechsler Intelligence Scale: KWIS)³⁹⁾의 동작성 검사 중에서 바뀐쓰기 검사를 실시하였다.

SDS는 정동적 우울성향, 심리적 우울성향과 생리적 우울성향을 측정해주는 검사로 4점 척도의 20개 문항으로 구성되어 있다. SDS는 Friedman과 그의 동료들이 우울증의 요인분석으로 처리하여 공통성 및 특징적인 요인들을 추출한 것이다.⁴⁶⁾ Zung의 우울척도는 MMPI-D scale과는 0.59⁴⁷⁾ Beck의 우울척도와는 0.76으로 유의한 상관관계를 보이고 있다.⁴⁸⁾ SDS의 타당도와 신뢰도는 이미 선행 연구자들에 의해 뒷받침되고 있다.⁴⁹⁻⁵⁰⁾ SDS는 가장 일반적인 우울증상을 모두 포함하고 있는 검사이며, SDS지수를 근거로 해서 정신장애를 구분할 수 있다고 알려져 있다.⁴⁹⁾

동작성 검사 중 바뀔쓰기 검사는 유사성과 차이성의 구별능력, 대치능력, 연합속도, 정확성 및 시각과 근육운동의 통합능력 등의 수행능력을 측정하는 소검사이다. 이들은 시간제한을 받고 있으며, 바뀔쓰기 검사의 척도를 사용하여 정신운동 기능을 측정하였다.

본 연구에서는 양성 및 음성증상의 정신분열증 환자 집단을 구성하기 위해 그들의 병력지 검토와 진단명 확인 그리고 개별적 면접을 실시하였다. 양성증상 및 음성증상 척도는 Andreasen의 음성증상 평가척도(Scale for assessment of negative symptoms : SANS)²¹⁾와 양성증상 평가척도(Scale for assessment of positive symptoms : SAPS)²²⁾에 의하여 증상을 평가하였고, Andreasen과 Olsen²³⁾이 제시한 기준에 따라 선정하였다. 혼합형은 양성형 및 음성형의 어느 경우도 해당되지 않거나 양성 및 음성형 모두에 해당될 경우에 하였다. 본 연구에서는 양성증상과 음성증상이 혼합되어 있는 혼합형 정신분열증 환자는 두 증상의 진단 기준에 맞지 않은 환자로 정의되므로 본 연구 대상에서 제외시켰다.

본 연구에서는 자기-평가 우울척도에서 정상인 집단과 정신분열증 집단을 사용하여 양 집단을 가장 잘 판별할 수 있는 높은 판별력을 가진 우울증상의 문항을 알아보기 위해 판별분석을 실시하였다. 바뀔쓰기 검사 점수에 대한 수행능력의 차이를 본 후, 우울증의 특성이 양성 및 음성 정신분열증, 그리고 정상인 집단간에 우울증상의 출현 빈도에서 차이가 있는지를 알아보기 위해서 일원변량 분석 및 Duncan의 다중 비교분석을 실시하였다.

성 적

우울척도의 측정치에서 SDS로 평가된 양성 및 음성 정신분열증 집단과 정상인 집단의 평균과 표준편차는 표 1과 같다.

표 1에서는 양성 정신분열증 집단에서는 43.22

± 8.26 , 음성 정신분열증 집단에서는 49.81 ± 8.87 이었고, 정상인 집단에서는 38.69 ± 6.78 이었다. 양성 및 음성 정신분열증 환자 집단과의 비교에서 양성 정신분열증보다 음성 정신분열증에서 의미있게 우울성향 점수가 더 높았다($p < 0.001$).

항목별 성적 중 양성 정신분열증 집단이 높이 평가한 항목은 상위로부터 일주기성 변화, 성욕감퇴, 절망감, 혼동, 피로 및 절망감 등이었고, 음성 정신분열증 집단에서는 정신운동 지체, 일주기성 변화, 성욕감퇴, 우유부단 및 공허감 등으로 순서는 차이가 있었다.

음성 정신분열증 집단에서의 우울 ($p < 0.001$), 성욕감퇴($p < 0.01$), 빈맥($p < 0.01$), 피로($p < 0.05$), 정신운동 지체($p < 0.001$), 정신운동 초조($p < 0.001$), 절망감($p < 0.01$), 과민성($p < 0.01$), 우유부단($p < 0.001$), 자기비하($p < 0.01$), 공허감($p < 0.001$),自殺思考의 反芻($p < 0.001$) 그리고 불만($p < 0.001$) 등은 양성 정신분열증보다 유의하게 높이 평가된 항목이었다.

표 2에서는 양성 및 음성 정신분열증 집단과 정상인 집단의 우울성향의 평균과 표준편차가 제시되어 있다.

양성 및 음성 정신분열증 집단과 정상인 집단의 우울성향의 평균과 표준편차는 양성 정신분열증 집단이 43.22 ± 8.26 , 음성 정신분열증 집단은 49.81 ± 8.87 , 정상인 집단은 38.69 ± 6.78 이었다.

각 집단간에 우울성향 전체점수에 있어서 유의한 차이가 있는지를 알아보기 위하여 실시한 일원변량 분석의 결과는 표 3과 같다.

표 3에서는, 우울성향의 전체점수는 양성 및 음성 정신분열증 집단, 정상인 집단간에 유의한 차이를 보이고 있다($F=129.50, p < 0.001$). 각 집단간 전체점수의 비교를 위하여 Duncan의 사후검증을 실시한 결과 각 집단간에서 모두 유의한 차이를 보이고 있다($p < 0.05$). 따라서 우울성향의 전체점수는 음성 정신분열증 환자 집단이 가장 높았으며, 그 다음으로 양성 정신분열증 환자 집단, 그리고 정상인 집단이 가장 낮았다.

정신운동 기능의 수행능력을 측정하는 바뀔쓰

기 검사의 점수에 대한 각 집단의 평균과 표준편차는 표 4와 같다.

표 4를 보면, 양성 및 음성 정신분열증 집단과 정상인 집단의 바꿔쓰기 검사의 평균과 표준편차는 양성 정신분열증 집단이 44.89 ± 5.62 , 음성 정신분열증 집단은 40.26 ± 6.01 , 정상인 집단은

62.76 ± 7.28 이었다.

바꿔쓰기 검사 점수는 정상인 집단과 정신분열증 환자 집단간에 차이를 보이고 있으며, 음성 정신분열증 환자 집단이 양성 정신분열증 환자 집단보다 낮았다. 이같은 차이가 유의미한지를 알아보기 위해 일원변량 분석을 실시한 결과는 표 5와 같다.

Table 1. Comparison among positive, negative schizophrenics and normal controls in each SDS items

Items	Positive SPR (N=119) M (SD)	Negative SPR (N=122) M (SD)	Normal (N=212) M (SD)
Depressed affect	1.64 (1.03)	2.14 (0.93)***	1.42 (0.62)
Diurnal variation	3.03 (0.93)	3.14 (1.11)	2.72 (0.83)
Crying spells	1.99 (1.02)	2.01 (0.77)	1.40 (0.72)
Sleep disturbance	1.76 (1.04)	1.99 (0.88)	1.36 (0.69)
Decreased appetite	2.36 (0.96)	2.49 (1.02)	2.16 (0.88)
Decreased libido	2.67 (0.97)	3.01 (0.75)**	2.54 (0.73)
Weight loss	1.69 (0.95)	1.74 (0.86)	1.30 (0.79)
Constipation	1.79 (0.93)	1.94 (1.01)	1.50 (0.81)
Tachycardia	1.51 (0.94)	1.86 (0.85)**	1.39 (0.59)
Fatigue	2.56 (0.96)	2.65 (0.92)*	2.76 (0.84)
Confusion	2.58 (1.01)	2.74 (0.89)	3.01 (0.79)
Psychomotor retardation	2.23 (0.77)	3.43 (0.63)***	1.92 (0.73)
Psychomotor agitation	2.44 (0.88)	2.90 (1.11)***	1.10 (0.75)
Hopelessness	2.52 (1.03)	2.84 (1.04)**	2.14 (0.91)
Irritability	1.67 (0.98)	2.08 (1.03)**	1.35 (0.75)
Indicisiveness	2.37 (1.13)	2.98 (0.90)***	2.77 (0.98)
Personal devaluation	1.81 (1.09)	2.12 (1.10)**	2.20 (0.82)
Emptiness	2.33 (0.99)	2.87 (0.88)***	2.15 (0.85)
Suicidal rumination	1.79 (0.81)	2.22 (0.69)***	1.10 (0.46)
Dissatisfaction	2.48 (1.14)	2.66 (0.80)***	2.40 (0.81)
Total	43.22 (8.26)	49.81 (8.87)***	38.69 (6.78)

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

SPR : Schizophrenia

Values are expressed as Mean (Standard Deviation)

Table 2. Group means and standard deviation in SDS

Scale	Positive SPR (N=119)	Negative SPR (N=122)	Normal (N=212)
SDS	43.22 (8.26)	49.81 (8.87)	38.69 (6.78)

SPR : Schizophrenia

Values are expressed as Mean (SD)

Table 3. Analysis of variance of groups in SDS scale

Source of variance	SS	df	MS	F
Between groups	12486.26	2	6243.13	129.50***
Within groups	21694.66	450	48.21	
Total	34180.92	452		

*** $p < 0.001$

Table 4. Group means and standard deviation in Digit Symbol subtest

Scale	Positive SPR (N=119)	Negative SPR (N=122)	Normal (N=212)
Digit Symbol subtest	44.89 (5.62)	40.26 (6.01)	62.76 (7.28)

SPR : Schizophrenia

Values are expressed as Mean (SD)

표 5을 보면, 세 집단간에 바꿔쓰기 검사 점수에서 유의미한 차이가 나타났다($F=487.18, p < 0.001$).

Duncan의 사후검증을 실시한 결과 각 집단간에 유의미한 차이가 있었는데, 바꿔쓰기 검사 점수는 음

Table 5. Analysis of variance of groups in Digit Symbol subtest

Source of variance	SS	df	MS	F
Between groups	44421.26	2	22210.63	487.18***
Within groups	20514.04	450	45.59	
Total	64935.30	452		

*** $p < 0.001$

성 정신분열증 환자 집단이 양성 정신분열증 환자 집단보다 낮았다($p < 0.05$). 따라서 음성 정신분열증 환자 집단이 정신운동 기능의 수행능력에서 장애가 가장 심하였고, 그 다음으로 양성 정신분열증 환자 집단이 장애가 심하였다.

정상인 집단과 정신분열증 환자 집단간에서 SDS의 문항 중 어느 증상이 가장 큰 판별력이 있는가를 분석한 결과 표 6과 같다.

표 6을 보면 SDS의 문항에 대한 표준화 正準判別函數 係數에서 정신운동 지체, 우유부단, 공허감, 자기비하, 정신운동 초조, 자살사고의 반추, 일주기성 변화, 불만, 과민성, 절망감, 빈맥, 식욕감퇴 그리고 성욕감퇴 등이 상대적으로 중요한 역할을 하고 있음을 보여주고 있다.

Table 6. Standardized discriminant function coefficients between normal and schizophrenia in each SDS items

Variable	function
Depressed affect	0.124
Diurnal variation	0.336
Crying spells	0.191
Sleep disturbance	0.204
Decreased appetite	0.231
Decreased libido	0.224
Weight loss	0.221
Constipation	0.108
Tachycardia	0.238
Fatigue	0.150
Confusion	0.138
Psychomotor retardation	0.517
Psychomotor agitation	0.372
Hopelessness	0.262
Irritability	0.276
Indicisiveness	0.471
Personal devaluation	0.386
Emptiness	0.413
Suicidal rumination	0.345
Dissatisfaction	0.278

표 7에서는 정상인 집단과 정신분열증 환자 집단간의 판별점수 한계 중심값이 제시되어 있다.

Table 7. Group centroids

Group	function
Schizophrenics	0.718
Normals	-1.021

따라서 정상인 집단의 판별점수 한계 중심값은 -1.021이며, 정신분열증 환자 집단은 0.718로 나타났다. 정상인 집단과 정신분열증 환자 집단을 판별하기 위하여 자기-평가 우울척도를 사용하여 두 집단간의 종합적인 차이를 살펴 본 결과, 정상인 집단은 중심계적에서 부적(-) 방향으로 분포되어 있고, 정신분열증 환자 집단은 정적(+) 방향으로 분포되었다. 따라서 양 집단을 정상인 집단과 정신분열증 환자 집단으로 판별되었음을 보여주고 있다.

표 8의 판별분석 결과에 의하면, 정신분열증 환자 집단 241명 중 184(76.3%)과 정상인 집단 212명 중 185명(87.3%)을 각각 정확히 판별하고 있으며, 전체 정확 판별율은 81.3%로 나타났다.

Table 8. Classification results

Group	N	Predicted group membership	
		Schizophrenics	Normals
Schizophrenics	241	184 (76.3%)	57 (23.7%)
Normals	212	27 (12.7%)	185 (87.3%)

Percent of "grouped" cases correctly classified : 81.3%

고 찰

본 연구에서는 양성 및 음성 정신분열증 환자의 우울 경향성을 알아 보았다. 정상인 집단과 양성 및 음성 정신분열증 집단간을 비교하기 위해서 자기-평가 우울척도와 동작성 검사 중에서 하위 척도인 바퀴쓰기 검사를 사용하여 이들 집단간에 미치는 영향을 살펴 보았다.

정신분열증 환자들은 초기 발병 후 대체로 만성

화 되어 가는 경향이 있으며, 만성화 되어 가는 과정에서 정신분열증 환자가 나타내는 우울증상은 이미 오래전부터 알려져 왔다. 이러한 정신분열증에서 나타나는 우울증상은 정신병 증상보다 먼저 나타나는지 혹은 정신병 증상이 우울증상보다 먼저 나타날 수 있는지, 아니면 우울증상과 정신증상이 동시에 존재하는 지에 관해 많은 연구가 있었다.^{7, 12, 53-54)}

그러나 정신분열증에서 나타나는 우울증상에 대해서 연구자마다 서로 상반된 연구 결과를 주장하였다. 몇몇 연구자들은 정신분열증 발병 초기에 우울증이 나타난다고 하였다.^{16, 55-56)}

반면에 정신분열증 환자의 사고, 행동, 정서 전반에 걸쳐서 다양하게 나타나는 심한 정신증적 증상이 점차적으로 만성화되어 감에 따라 퇴행, 의기저하, 사회적 접촉 및 대인관계의 손상을 일으키면서 서서히 우울증이 나타난다고 보는 연구자들이 있다.^{18, 21)}

한편 다른 연구자들은 정신분열증 환자의 우울증은 치료과정 중 회복기에 나타난다고 보았다.⁵⁷⁾

따라서, 본 연구에서 Zung의⁴³⁾ 자기-평가 우울척도에 의해서 정상인, 양성 및 음성증상의 정신분열증 집단으로 분류하고, 각 집단간의 우울성향의 차이를 비교한 결과는 다음과 같다.

양성 정신분열증 집단의 우울성향의 총 평균은 43.22 ± 8.26 , 음성 정신분열증 집단은 49.81 ± 8.87 , 그리고 정상인 집단은 38.69 ± 6.78 으로 음성 정신분열증 집단의 우울성향 점수가 정상인 집단 및 양성 정신분열증 집단보다 유의하게 높았다($p < 0.001$).

정신과 외래환자 448명을 대상으로 Zung의 SDS를 실시한 결과,⁵⁸⁾ 정신분열증 집단은 46.72 ± 12.92 , 우울신경증은 57.48 ± 8.90 으로 나타났다. Zung은⁵⁹⁾ SDS 평균지수가 우울신경증은 46-53점, 정신분열증은 51점으로 보았는데, 이는 본 연구의 결과 음성 정신분열증의 우울 수준과 대체로 비슷한 경향을 보이고 있었다.

정신분열증 환자에서 나타나는 우울증상은 자살, 무력감에 빠져서 허무망상을 보이면서 치료에

대한 거부감, 사회생활의 부적응, 퇴원 후 사회 적응의 실패, 능력 상실로 인한 사회 경제적 측면까지도 손실을 보게 된다. 이로 인해 정신분열증 환자는 정신병을 경험한 후에 자신에 대한 절망 및 미래에 대한 부정을 경험한다고 볼 수 있으며, 따라서 이러한 경험들은 우울증상을 발생시킨다고 할 수 있다.

이러한 우울의 원인으로는 유전적인 요소, 내분비계이나 신경전달 물질을 포함하는 여러가지 생물학적 요소, 환경적인 스트레스에 대응하는 소인과 교육훈련으로 다듬어진 그 자신의 성격에서 나타나는 것이라고 보았으며, 이러한 요소 중 직접 우울증을 유발시키는 것은 심리적인 요인과 생리적인 요인, 그리고 환경적인 스트레스라고 할 수 있다.⁶⁰⁾

또한, 음성 정신분열증 집단과 양성 정신분열증 집단에서 우울성향에 차이가 나는지를 확인하고자 하였다. 그 결과 음성 정신분열증은 양성 정신분열증 집단보다 우울성향에서 유의하게 높은 점수를 나타내었다($p < 0.001$). 즉, 음성 정신분열증 환자는 전반적으로 만성화 되어 감에 따라서 우울이 높아진다는 것을 시사하였다. 본 연구에서는 음성 정신분열증은 양성 정신분열증 보다 우울, 성욕감퇴, 빈맥, 피로, 정신운동 지체, 정신운동 초조, 절망감, 과민성, 우유부단, 자기비하, 공허감, 자살사고의 반추 그리고 불만 등이 의미있게 높았다. 이러한 결과는 정신병적 증상이 만성화되어 우울증이 나타나서 정신운동 지체, 일주기성 변화, 성욕감퇴, 우유부단, 공허감, 과민성, 자기비하, 피로 그리고 빈맥 등 우울성향의 항목에서 유의미하게 점수가 높았던 연구와 비슷한 결과를 보여주었다.³⁴⁾

본 연구에서는 음성 정신분열증 집단의 우울성향이 양성 정신분열증 집단의 우울성향보다 의미있게 높은 경향을 보인 것으로 보아서 음성 정신분열증은 양성 정신분열증 보다 우울증이 높다는 것을 시사하는 것으로 볼 수 있었다. 이와 관련된 연구로 음성 정신분열증 환자는 만성 정신분열증 환자와 유사한 우울증상을 나타내며, 음성 정신분열

증에서 우울증상이 많이 나타나는 것은 생물학적인 소인이나 양성 정신분열증 환자보다 다른 구조적 이상으로 인해 생기는 내인성 우울증의 빈도가 많기 때문에 음성 정신분열증 환자에서 우울증의 발현 빈도가 높다고 보고하고 있다.²⁶⁾

한편 이와 다른 의견으로는 정신분열증 환자에서 만성기보다 급성기에서 정신분열증의 증상이 심할 때 우울도 현저하게 나타났다가 정신분열증의 증상이 호전됨에 따라 우울증상도 뚜렷하게 줄어들었다고 하였다.⁵⁹⁾

Planansky와 Johnston도 정신분열증 환자들은 병의 전과정에서 우울증상이 지속적으로 나타나지만 급성기에 우울이 가장 현저하게 나타난다고 하였다.⁵⁹⁾ 정신분열증 환자는 발병 후 방어기체에 장애가 있게됨에 따라서 우울증을 포함한 제반 정서장애가 뚜렷하게 나타나게 되지만 점차적으로 정신분열증의 증상이 회복되는 과정에서 인식능력이 좋아지면 정서장애도 없어진다고 하였다. 그리고 대부분 정신분열증 환자들에서 치료가 진행됨에 따라서 우울이 증가되지도 않고, 또 회복기에서 새로운 우울증이 발생하지도 않으며, 오히려 시간이 경과할 수록 우울이 감소된다고 하였다.¹⁷⁾ 또한 정신분열증의 발병 후 인식능력과 방어기체가 왜됨에 따라 우울증을 포함한 정서 장애가 현저하게 나타나게 되고 회복기 중 인식능력이 좋아지면 정서 장애가 사라진다고 주장하였다.¹²⁾ 이런 주장은 정신병적 증상이 만성화 되어 감에 따라 우울증이 나타난다는 본 연구 결과와는 일치하지 않는다.

한편 표준화된 측정도구에 의해 조사한 바에 따르면 실제로 정신분열증의 우울증상은 임상에서 대단히 높은 빈도를 나타내고 있으며, 정신분열증 환자에서 나타나는 우울증상을 측정하는 방법으로 검사자가 피검자의 우울을 측정하는 방법과 환자 자신이 자기의 우울을 측정하는 방법이 있다.⁴⁵⁾ ⁶¹⁻⁶³⁾ 본 연구에서는 자기 보고형 척도에 의해 평가한 정신분열증 환자의 우울성향의 정도를 비교한 결과 심한 정신병적 상태에서는 자신의 병리를 나타내고 있다는 것을 알 수 있다. 그리고 자기보고

형 척도에 의한 평가가 아닌 경우에 평정자들의 평가는 그들의 주관적인 평가 기준의 영향으로 인하여 자신이 치료하고 있는 환자의 증상이 더 많이 호전되고 있다고 평가하는 경향이 있다는 결과를 얻었다. 또 정신분열증에서는 대체로 만성기에 우울경향이 나타난다고 하였다. 이는 본 연구의 결과와 일치하는 것이며, 측정 방법이 다르더라도 유사한 결과가 나올 수 있다는 것을 시사해 주는 것이다.

바뀌쓰기 검사의 수행능력을 가지고 정신운동 지체 현상을 알아보기 위하여 양성 및 음성 정신분열증간을 비교하여 정신운동 요인의 장애가 특징적으로 양성과 음성 정신분열증 집단에 차이가 나는지를 확인하고자 하였다.

음성 정신분열증 집단은 양성 정신분열증 집단보다 바뀌쓰기 검사의 수행능력 수준이 낮았다. 이는 즉, 양성 정신분열증에서 보다 음성 정신분열증에서 수행 속도가 느리고 정신운동 지체 현상이 있음을 시사하는 결과로 해석할 수 있다. 이러한 본 연구의 결과는 이와 비슷한 연구 결과와 일치하는 것으로 볼 수 있다.^{37, 40-41, 43-44} 즉, 우울증 환자는 정신운동 요인을 측정하는 정신운동 지체에 가장 빈번한 장애를 보인다는 것이다.

우울증 환자에서 우울증의 증상 중 정신운동 요인인 정신운동 지체가 특징적으로 가장 빈번하게 장애받는 증상이라고 하여, 우울증은 여러 장애 가운데서 특히 우울검사를 제작할 때 우울증의 증상을 알기 위해 정신운동 요인을 넣어서 우울척도를 만들고 있다. 우울증은 정동장애의 주증상으로 기분이 고양된 정신병적 수준인 조증의 상반되는 상태인 심한 우울증으로부터 순환장애의 우울기나 기분변조성 장애(dysthymic disorder)의 신경증적 우울증에 이르는 증상들이다. 이들 증상은 수면장애, 침체된 생기 및 만성 피로감, 의기소침 및 부적합성, 주의력, 집중력 및 사고력의 저하, 사회생활 회피 및 즐거움 추구기피, 죄악감 및 허무망상, 주관적 불행감, 식욕 및 성욕감퇴, 우울, 울음, 정신운동 기능장애 그리고 심하게는 무력감에 빠져서 자살기도 등을 보이는 정서변화의 부정적인 측면까

지 포괄하는 넓은 범주를 포함하고 있다.

또, 정신분열증 환자는 만성화 되어 감에 따라 자기의 의욕 상실에 대한 비판 반응으로 우울증이 뚜렷해지고 입원생활의 장기화 내지는 사회적응의 실패를 초래하고 무기력해지며 지연성 운동장애를 나타내거나 자발성의 상실현상을 보여, 즉각적인 속도를 채는 동작성 검사 중 대치능력 및 시각과 근육 운동의 통합능력을 요구하는 바뀌쓰기 검사의 수행능력에서 심한 장애를 받는다고 볼 수 있다. 이러한 이유 중 하나로 정신생리학적 관점은 각성수준의 차이를 들고 있다.⁶⁴ 즉, 정신분열증 환자가 정상인보다 높은 각성상태를 유지하기 때문에 외부로부터 입력되는 자극을 적절히 처리할 수 있는 능력이 제한되어, 각성수준을 높일 수 있는 자극을 회피하려는 경향을 보이고 있기 때문이라고 하였다. 또한 정신분열증 환자들은 각성수준이 만성적으로 높다고 가정하여, 높은 각성수준은 최적수준으로 낮추기 위해 되도록 자극을 회피하려고 노력한다는 주장을 하였다.⁶⁵ 따라서 정신분열증 환자의 임상적 증후인 정서적 냉담, 단조로움 및 철회된 행동 등을 자극 회피의 표현으로 간주하였다. 그리고 정신분열증 환자들에서 나타내는 정동적 둔화와 사회적 철회같은 증상이 자율신경계 활동의 약화와 관련이 있다고 하였으며,⁶⁶ 일반적으로 초경계제지 현상의 일어날 가능성이 정상인보다 많기 때문이라고 하였다.

정상인 집단과 정신분열증 집단에서 자기-평가 우울척도의 어느 문항이 가장 판별력이 있는가를 판별분석해 보았다. 정상인 집단과 정신분열증 환자 집단에서의 다변인 판별함수 분석에서 자기-평가 우울척도가 판별변인으로서 매우 유의미하다는 것을 나타내었다. ($p < 0.05$). 이러한 판별변인들을 동일한 특정척도로서 표준화시킨 정준 판별함수 계수에 의하면, 정신운동 지체(0.517), 우유부단(0.471), 공허감(0.413), 자기비하(0.386), 정신운동 초조(0.372), 그리고 자살사고의 반추(0.345) 등의 순으로 집단의 판별에 있어서 상대적으로 중요한 역할을 하는 것으로 판명되었고, 또한 정신운동 요인

을 내용으로 하는 정신운동 지체가 상대적으로 중요한 역할을 하는것으로 나타났다. 이는 정신분열증 집단이 정상인 집단에 비해 정신운동 지체 현상이 더 심한 것으로 해석 할 수 있으며, 나아가서 양성 및 음성 정신분열증 집단의 비교에서 양성 정신분열증보다 음성 정신분열증이 정신운동 지체의 장애수준이 심하다고 볼 수 있다. Barnes 등의 연구에서도 비슷한 결과를 보여주었다.⁴²⁾

임상장면에서 흔히 음성 정신분열증 환자는 주요 증상으로 망상 및 환각같은 것이 없어지더라도 우울한 기분, 절망감, 무가치감, 자책감 그리고 무기력감 같은 우울증상은 계속 지속적으로 남아있는 경우가 많은데 이로 인해, 음성 정신분열증 환자는 치료에 대해서는 점차 반응이 줄어들고 더욱더 만성 환자로 남아있게 된다.^{24, 67)} 이와 같은 정신분열증 환자에서 나타나는 우울증의 원인에 대해서 환자 스스로가 정신분열증을 앓았다는 사실을 자각 하거나 또는 환각 및 망상과 같은 정신분열증 증상으로 인한 고통에 대한 심리적 반응, 병의 발병 후 경과하는 동안에 그 자체의 내인성,⁴³⁾ 혹은 항정신성 약물 때문이라는 의견도 있다.⁶⁸⁾

본 연구의 제한점으로는 환자의 하위 유형별 그리고 약물의 부작용에 의한 원인을 배제하지 못하였다는 점과 우울척도를 중심으로 해서 정상인과 양성 및 음성 정신분열증 집단에 관한 국내의 연구가 아직은 미흡한 상태이므로 동일조건외의 다른 집단을 이용하여 교차 타당도가 연구되어야 할 것이다.

요 약

본 연구는 1992년 2월부터 1994년 8월까지 영남대학교 의과대학 부속병원 정신과 및 국립 부곡정신병원 정신과에 외래 및 입원한 양성 정신분열증 환자 119명, 음성 정신분열증 환자 122명인 241명(53.2%)과 정상인 집단 212명(46.8%)으로 총 453명을 대상으로 하였다.

이들을 대상으로 하여 Zung의 자기-평가 우울척

도(Self-Rating Depression Scale : SDS)와 한국판 Wechsler 지능검사(Korean Wechsler Intelligence Scale : KWIS)의 동작성 검사 중에서 바퀴쓰기 검사의 척도를 중심으로 하여 측정한 양성 및 음성 정신분열증 환자의 우울을 연구한 결과는 다음과 같다.

음성 정신분열증 집단에서 우울($p < 0.001$), 성욕 감퇴($p < 0.01$), 빈맥($p < 0.01$), 피로($p < 0.05$), 정신운동 지체($p < 0.001$), 정신운동 초조($p < 0.001$), 절망감($p < 0.01$), 과민성($p < 0.01$), 우유부단($p < 0.001$), 자기비하($p < 0.01$), 공허감($p < 0.001$), 자살사고의 반추($p < 0.001$) 그리고 불만($p < 0.001$) 등은 양성 정신분열증보다 유의미하게 높게 평가된 항목이었다.

정상인 집단과 양성 및 음성 정신분열증 집단에서 우울성향은 정상인 집단보다 정신분열증 집단에서 높은 것으로 나타났으며, 또한 음성 정신분열증 집단이 양성 정신분열증 집단보다 더 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과로 음성 정신분열증 집단의 우울수준이 양성 정신분열증 집단보다 더 높은 것으로 나타났다.

정신분열증 집단은 정상인 집단에 비해 현저한 정신운동 기능장애를 보였고, 음성 정신분열증 환자 집단은 양성 정신분열증 환자 집단보다 정신운동 기능장애에서 그 정도가 더 심한 것으로 나타났다.

따라서 정신분열증 환자 집단이 정상인 집단보다 우울수준이 더 높고, 음성 정신분열증 환자 집단은 양성 정신분열증 환자 집단보다 우울수준이 더 높으며, 정신운동 기능장애에서도 그 정도가 더 심하다는 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

1. Planansky K, Johnston R: The occurrence and characteristics of suicidal preoccupation and acts in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 47: 473-483, 1971.

2. Planansky K, Johnston R: Clinical setting and motivation in suicidal attempts of schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand* 49: 680-690, 1973.
3. Roy A: Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 39: 1089-1095, 1982.
4. Roy A: Suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 141: 171-177, 1982.
5. Cameron DE: Early diagnosis of schizophrenia by general practitioner. *N Engl J of Med* 218: 221-224, 1938.
6. Bleuler E: Dementia praecox or the group of schizophrenias. translated by Zinkin J.(1950), New York: International Universities Press, 1911.
7. Mayer-Gross W: Über die stellungnahme auf abgelaufenen akuten psychose. *Zeitschrift Gesamte für die Neurolo Psychiatr* 60: 160-212, 1920
8. Dunner DL, Rosenthal NE: Schizoaffective states. *Psychiatr Clin North Am* 2: 441-448, 1979.
9. Guze SB: Schizoaffective disorders. In Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ: Comprehensive textbook of psychiatry. 3rd ed; vol. 2, Williams & Wilkins, Baltimore, 1980, pp 1301-1304.
10. Knights A, Hirsch SR: "Revealed" depression and drug treatment for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 38: 806-811, 1981.
11. Wistedt B, Palmstierna T: Depressive symptoms in chronic schizophrenic patients. after withdrawal of long-acting neuroleptics. *J Clin Psychiatry* 44: 369-371, 1983.
12. Levin S: The depressive core in schizophrenia, Philadelphia Association for Psychoanalysis Bulletin 21: 219-229, 1971.
13. Beck AT: Thinking and depression: 1. idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry* 9: 324-333, 1963.
14. Bowers MB, Astrachan BM: Depression in acute schizophrenic psychosis. *Am J Psychiatry* 123: 976-979, 1967.
15. Stern JM, Pillsbury JA, Sonnenberg SM: Postpsychotic depression in schizophrenics. *Compr Psychiatry* 13: 591-598, 1972.
16. Mandel MR, Severe JB, Schooler NR, Gelenberg AJ, Mieske M: Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic-treated schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 39: 197-203, 1982.
17. Shanfield S, Tucker GJ, Harrow M, Detre T: The schizophrenic patient and depressive symptomatology. *J Nerv Ment Dis* 151: 203-210, 1970.
18. Weissman MM, Pottenger M, Kleber H, Ruben HL, Williams D, Thompson WD: Symptom patterns in primary and secondary depression. *Arch Gen Psychiatry* 34: 854-862, 1977.
19. Steinberg HR, Green R, Durell J: Depression occurring during the course of recovery from schizophrenic symptoms. *Am J Psychiatry* 124: 699-702, 1967.
20. Falloon I, Watt DC, Shepherd M: A comparative controlled trial of pimozide and fluphenazine decanoate in the continuation therapy of schizophrenia. *Psychological Medicine* 8: 59-70, 1978.
21. Roy A, Thompson R, Kennedy S: Depression in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 142: 465-470, 1983.
22. Semrad EV: Long-term therapy of schizophrenia. : In Usdin GL eds., psychoneurosis and schizophrenia. JB Lippincott Co, Philadelphia, 1966, pp 154-156.
23. Andreasen NC: Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 39: 784-788, 1982.
24. Andreasen NC: Positive vs. negative schizophre-

- nia : a critical evaluation. *Schizophrenia Bulletin* 11 : 380-383, 1985.
25. Andreasen NC, Olsen S: Negative vs. positive schizophrenia : definition and validation. *Arch Gen Psychiatry* 39 : 789-794, 1982.
 26. Crow TJ : Molecular pathology of schizophrenia : more than one disease process? *Br Med J* 280 : 66-68, 1980.
 27. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A : Significance of positive and negative syndromes in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 49 : 439-448, 1986.
 28. Lewine RRJ, Fogg L, Meltzer HY : Assessment of negative and positive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Bull* 9 : 368-376, 1983.
 29. Lindenmayer JP, Stanley R, Opler L : Positive and negative subtypes in acute schizophrenia. *Compr Psychiatry* 25 : 455-464, 1984.
 30. Kulhara P, Chadda R : A study of negative symptoms in schizophrenia and depression. *Comprehensive Psychiatry* 28 : 299-235, 1987.
 31. Kulhara P, Kota SK, Joseph S : Positive and negative subtypes of schizophrenia : a study from India. *Acta Psychiatr Scand* 74 : 353-359, 1986.
 32. Crow TJ, Ferrier IN, Johnstone EC : The two-syndrome concept and neuroendocrinology in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 9 : 99-113, 1986.
 33. Samuel GS, Federico A, Miriam C, John M, Andrew A, Elaine C : Postpsychotic depression and negative symptoms : an investigation of syndromal overlap. *Am J Psychiatry* 145 : 1532-1537, 1988.
 34. Kulhara P, Avasthi A, Chadda R, Chandiramani K, Mattoo SK, Kota SK, Joseph S : Negative and depressive symptoms in schizophrenia. *Br J psychiatry* 154 : 207-211, 1989.
 35. Richardson MA, Pass R, Bregman Z, Craig TJ : Tardive dyskinesia and depressive symptoms in schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 21 : 130-135, 1985.
 36. Struve FA, Wilner AE : Cognitive dysfunction and tardive dyskinesia. *Br J Psychiatry* 143 : 597-600, 1983.
 37. Waddington JL, Youssef HA, Dolphin C, Kinsella A : Cognitive dysfunction, negative symptoms, and tardive dyskinesia in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 44 : 907-912, 1987.
 38. Anscombe R : The disorder of consciousness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 13 : 241-260, 1987.
 39. 전용신, 서봉연, 이창우 : 한국판 Wechsler 지능 검사. 중앙교육연구소, 서울, 1963.
 40. Rapaport D, Gill MM, Schafer R : Diagnostic psychological testing. Holt RR eds., International Universities Press, New York, 1968.
 41. Matarazzo JD : Wechsler's measurement and appraisal of adult intelligence. 5th ed, Williams and Wilkins, Baltimore, 1972.
 42. Barnes TRE, Liddle PF, Curson DA, Patel M : Negative symptoms, tardive dyskinesia and depression in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 155 : 93-103, 1989.
 43. Manschreck TC, Ames D : Neurologic features and psychopathology in schizophrenic disorders. *Biol Psychiatry* 19 : 703-719, 1984.
 44. Waddington JL, Youssef HA : Late onset involuntary movement in chronic schizophrenia : Association with cognitive dysfunction and negative symptoms. *Am J Psychiatry* 143 : 1162-1165, 1986.
 45. Zung WWK : A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12 : 63-70, 1965.
 46. Friedman AS, Cowitz B, Cohen HW, Granick S : Syndromes and themes of psychotic depression.

- Arch Gen Psychiatry 9 : 504-509, 1963.
47. Zung, WWK Durham, Nc : Factors influencing the self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 16 : 543-547, 1967.
 48. Blumenthal MD : Measuring depressive symptomatology in a general population. Arch Gen Psychiatry 32 : 971-978, 1975.
 49. 이중범, 이중훈 : 여성근로자와 여대생의 우울에 관한 연구. 최신의학 28 : 106-112, 1985.
 50. 박병탁, 이중범, 이중훈, 정성덕 : 양로원 재원 노인의 우울에 관한 연구. 영남의대 학술지 7 : 79-87, 1990.
 51. Andreasen NC : Scale for the assessment of negative symptoms(SANS). University of Iowa, Iowa city, 1981.
 52. Anndreasen NC : Scale for the assessment of positive symptoms(SAPS). University of Iowa, Iowa city, 1984.
 53. Planansky K, Johnston R : Depressive syndrome in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 57 : 207-218, 1978.
 54. McGlashan TH, Carpenter WT : Postpsychotic depression in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 33 : 231-239, 1976.
 55. Donlon PT, Rada RT, Arora KK : Depression and the reintegration phase of acute schizophrenia. Am J Psychiatry 133 : 1265-1268, 1976
 56. Rada RT, Donlon PJ : Depression and the acute schizophrenic process. Psychosomatics 16 : 116-119, 1975.
 57. Sonnenberg HR, Green R, Durell J : Depression occurring during the course of recovery from schizophrenic symptoms. Am J Psychiatry 124 : 699-702, 1967.
 58. 송옥현 : 정신과 외래환자의 self-rating depression scale(SDS)에 관한 연구. 신경정신의학 16 : 84-94, 1977.
 59. Zung WWK : The depression status inventory : An adjunct to the self-rating depression scale. J Clin Psychol 28 : 539-542, 1972.
 60. Klerman GL : Affective disorders. In Armand M, Nicholi MD eds., the Harvard guide modern psychiatry. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1978, pp 270-272.
 61. Beck AT, Ward GH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J : An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 4 : 561-571, 1961.
 62. Hamilton M : A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 23 : 56-62, 1960.
 63. Hathaway SR, Mckinley JC : The Minnesota Multiphasic Personality Inventory. New York : Psychological Corporation, 1951.
 64. Kirkcaldy BD : Personality profile of psychiatric groups. Personality and Individual Differences 7 : 125-126, 1986.
 65. Thayer J, Silber DE : Relationship between levels of arousal and responsiveness among schizophrenic and normal subjects. J Abnorm Psychol 77 : 162-173, 1971.
 66. Zahn TP, Van Kammen DP : Autonomic nervous system activity in autistic, schizophrenic, and normal man : effects of stimulus significance. J Abnorm Psychol 96 : 135-144, 1987.
 67. Prusoff BA, Williams DH, Weissman MM, Astrachan BM : Treatment of secondary depression in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 35 : 569-575, 1979.
 68. Jeste DV, Wyatt RJ : Therapeutic strategies against tardive dyskinesia : two decades of experience. Arch Gen Psychiatry 39 : 803-816, 1982.

-Abstract-

A Study of Depression in Positive and Negative Schizophrenics

Jung Hoon Lee

*Department of Psychiatry
College of Medicine, Yeungnam University
Taegu, Korea*

This study was to find out whether there were differences in the levels of depressions between positive and negative schizophrenics. This research was derived from the fact that negative schizophrenics show higher levels of depression than positive schizophrenics. This study also examined the levels of psychomotor dysfunction in positive and negative schizophrenics.

For this study, there were 453 subjects. They consisted of 119 positive schizophrenics, 122 negative schizophrenics and 212 normal people. They were asked to complete Zung's Self-Rating Depression Scale(SDS) and to perform one subtest, Digit Symbol of KWIS(Korean Wechsler Intelligence Scale). Subjects' levels of depression were measured by the SDS. The level of psychomotor dysfunction was measured by Digit Symbol subtest of Korean Wechsler Intelligence Scale.

ANOVA and Duncan's multiple comparison analysis were used to examine whether there were differences of depression and psychomotor dysfunction among the normal people, positive and negative schizophrenics.

The results were as follows : It was found that the depression level was higher in the negative schizophrenic patients than positive schizophrenic patients. Levels of depression were significantly higher in negative schizophrenics than positive schizophrenics.

Psychomotor retardation symptom was the most effective variable that discriminates between the normals and the schizophrenics. And it would be concluded that the psychomotor dysfunction was more severe in negative schizophrenics than positive schizophrenics.

Key Words : Schizophrenia, Depression, Psychomotor dysfunction, Digit Symbol subtest