한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2003. Vol. 22, No. 1, 57-70

신체형장애 환자들의 질병행동 특성

이 기 련† 이 영 호
한마음 상담연구소 가톨릭대학교 심리학과

본 연구에서는 질병행동질문지 및 증상해석질문지를 사용하여 신체형 환자들의 질병행동 특성을 살펴보았다. 신체형장애 집단, 기분장애 집단, 불안장애 집단간에 질병행동질문지 및 증상해석질문지의 각 하위척도에서 차이가 있는지를 알아보았다. 그 결과, 신체형장애 집단은 기분장애 집단에 비해 질병확신과 건강염려를 더 많이 나타냈으며, 불안장애 집단은 기분장애 집단에 비해 건강염려를 더 많이 보였다. 부인 및 정서적 불안정에서는 집단간 차이가 나타나지 않았다. 신체증상의 원인 해석에서는 신체형장애 집단과 불안장애 집단이 기분장애 집단에 비해 신체귀인과 정서귀인을 더 많이 보였다. 진단에 관계없이, 정신과 환자들의 신체증상 호소를 설명하는 변인이 있는지 알아보기 위해 회귀분석을 실시한 결과, 질병확신과 신체귀인이 신체증상 호소를 유의미하게 설명하는 변인으로 나타났으며, 두 변인이 신체증상 호소의 19.4%를 설명하였다. 마지막으로 본 연구의 시사점 및 제한점이 논의되었다.

주요어 : 신체형장애, 질병행동, 증상해석

† 교신저자(Corresponding Author) : 이 기 련 / 한마음 상담연구소 / 서울 서초구 반포동 49-11 희정빌딩 2층
FAX : 02-535-0318 / E-mail : kr8164@chollian.net

질병행동(illness behavior)은 Mechanic(1961)이 처음 소개한 개념으로 사람들이 각기 자신의 증상을 지각, 평가, 반응하는 방법을 기술하는 용어로 사용되었다. 즉 사람들이 개인의 상태와 관련하여 자신의 증상을 지각하고 보고하는 방식을 말한다. 후에, Pilowsky(1977)는 질병행동이란 사람들이 질병과 건강의 측면에서 자기자신의 기능에 대하여 반응하는 방식이라고 말하고, 여기서 이상질병행동(abnormal illness behavior)이란 개념이 파생된다고 하였다. 그는 이상행동질병을 "의사가 전반적인 기능에 대한 철저한 검사와 평가에 기초하여, 또는 개인의 연령, 교육, 사회문화적 배경을 고려하여, 질병의 성격을 명료하게 설명하고 그에 적절한 치료를 제공했음에도 불구하고, 자신의 건강에 대해 부적절하고 부적응적으로 지각, 평가, 반응하는 지속적인 경향"이라고 정의하였다. 즉 이상질병행동은 질병에 대한 심한 두려움이나 환자 역할에 대한 보상에 의해 동기화된 것이 분명해 보이는 사람들이 신체적 증상에 과도하게 집착하고 부적절하게 치료를 받으려는 현상을 기술하기 위해 사용되었다. 따라서 이 개념은 정서적 갈등을 다루거나 회피하는 방법으로 기질적 원인이 없는 신체적 증상을 호소하는 환자들을 확인하는 개념적 틀을 제공하여준다(Pilowsky, 1969, 1993).

의학적인 문제로 설명되지 않는 신체적 불편감과 증상을 경험하고 호소하는 경향은 신체화란 용어로 개념화되어왔다(Lipowski, 1988). 신체화 경향은 일반인들에게서도 흔히 볼 수 있는 현상이지만, 신체화 증상들이 오랫동안 지속되거나 이런 증상들로 인해 업무수행이나 일상생활의 곤란을 보일 때 문제가 되며, 이는 일종의 비정상적인 질병행동으로 간주된다(신현균, 1998). 따라서 신체적 증상을 호소하는 환자들의 질병행동 특성을 파악한다면, 심리적 원인으로 인해 신체적 증상을 호소하는 환자들을 구별하고, 이들의 신체화 양상에 기저하는 심리적 기제도 밝힐 수 있을 것으로 기대된다.

신체화에 관한 국내의 연구들로는 한국인 특유의 신체증상을 토대로 한 신체화 진단 기준의 재구성 및 우울증과 신체화의 관계에 관한 연구(이기연, 1988), 신체화 장애 환자의 임상적 특성에 관한 연구(김명정, 김광일, 1984) 등 신체화의 임상분류에 초점을 둔 많은 연구들이 있었으며(신현균, 1998), 최근에는 신체화와 관련된 심리적 기제를 밝히려는 연구들이 속속 이루어지고 있다. 문미희와 최정윤(1996)은 신체화 집단과 비신체화 집단의 방어기제 특성을 비교한 연구에서 신체화 집단이 신체화, 해리, 투사, 행동화의 방어기제를 많이 사용하며, 유머와 승화 기제는 적게 사용한다고 밝히면서, 신체화 환자는 과민하고 불안정하며 의존적인 기제에 많이 의지하는 반면, 성숙한 방어기제는 적게 사용한다고 제안하였다. 신현균(1998)은 신체화 환자들의 인지적 특성에 관한 연구에서 신체화 환자들이 신체감각이나 사소한 증상을 부정적으로 해석하는 편향을 보이며, 신체증상을 합리적인 원인보다는 신체적인 원인에서 오는 것으로 귀인하고, 질병을 쉽게 추론하며, 신체증상과 관련된 정보를 더 잘 기억한다고 밝히고 있다. 또한 신체화와 관련된 성격변인과 인지과정 변인을 포괄적으로 포함하여 신체화의 유발기제를 설명하려는 연구도 이루어졌는데, 정신과 환자들의 경우, 부정적 정서와 감정표현 불능증의 성격변인을 취약요인으로, 신체귀인과 신체감각 증폭지각 등의 인지과정을 매개변인으로 신체화가 유발되는 것으로 밝혀졌다(신현균, 2000). 이렇듯 신체화를 유발시키고 지속시키는 변인에 관한 연구를 통해 신체화의 심리적 기제를 이해하고 치료적 시사점을 얻을 수 있을 것이다.

신체화 증상은 심리적 문제에 대처하는 여러 가지 책략 중의 하나로(Scicchitano, Lovell, Pearce, Marley, & Pilowsky, 1996), 일종의 이상질병행동으로 간주된다. 따라서 신체화 환자들이 보이는 독특한 질병행동을 밝힐 수 있다면, 신체화에 기저하고 있는 심리적 과정에 대한 이해를 보다 확장시킬 수 있을 것이다. 또한 신체화 환자들의 질병행동 양상을 이해함으로써, 질병행동의 평가를 통한 신체화 환자들의 조기 탐지도 가능 할 수 있을 것으로 생각된다. 그러나 신체화 환자들의 질병행동에 관한 국내 연구는 아직 이루어지지 않았으며, 따라서 본 연구에서는 Pilowsky와 Spence (1983)가 개발한 질병행동질문지(Illness Behavior Questionnaire: IBQ)를 사용하여, 신체화 환자들의 질병행동 특성을 살펴보고자 한다. 이를 위해, 첫째, 진단 집단별로 질병행동에 차이가 있는지를 알아보기 위하여, 신체형장애 집단, 기분장애 집단, 불안장애 집단의 질병행동을 비교하였다. 정신분열증, 기분장애, 불안장애, 신체형장애의 4개 주요 정신과적 장애 집단의 질병행동을 비교한 Guo 등(2000)의 연구에서 정신분열증 집단은 뚜렷한 질병행동 특성을 보이지 않았으며, 신경증이 특정한 질병행동 패턴과 관련이 있는 것으로 시사되었다. 이러한 선행 연구결과를 기초로 본 연구에서는 신체형장애, 기분장애, 불안장애 집단의 질병행동을 비교하고자 한다. 둘째, 질병행동의 각 하위특성 중 어떠한 특성이 정신과 환자들이 호소하는 신체 증상을 가장 잘 설명해 주는가를 살펴보았다. 신체적 호소에 기저하는 특정한 유형의 이상질병행동이 있으며(Guo et al., 2000), 이러한 질병행동의 특성을 밝힘으로써 신체적 문제와 관련된 이상질병행동 집단을 조기 선별할 수 있을 것이다.

방 법

연구대상

2002년 7월1일부터 7월 30일까지 지방 A시에 있는 개인 정신과 의원을 방문한 성인 외래환자 170명을 연구대상으로 하였다. 연구대상의 평균 연령은 49.1세(표준편차 14.8세), 남성 56명, 여성 114명, 학력분포는 초졸 이하 44명(25.9%), 중졸 36명(20.6%), 고졸 55명(32.4%), 대졸 이상 21명(12.4%), 무응답 15명이었다. 진단별로는 신체형장애 45명, 기분장애 81명, 불안장애 27명, 정신분열증 및 기타 정신과적 장애 17명이었다. 신체형 환자들은 DSM-IV의 진단기준에 따라, 신체증상의 수 및 종류, 발병연령, 신체증상으로 인한 일상생활 방해 여부, 건강에 대한 걱정 등에 따라 진단을 확인하였으며, 그 결과, 신체화 장애 8명, 미분화형 신체형 장애 34명, 건강염려증 1명, 동통장애 1명, 달리 분류되지 않은 신체형 장애 1명으로 분류되었다. 기분장애는 양극성 장애 3명, 우울증 66명, 기분부전장애 13명, 순환성장애 1명이었다. 불안장애는 공황장애 15명, 강박장애 2명, 외상후 스트레스 장애 4명, 사회공포증 1명, 기타 불안장애 5명이었다.

측정도구

질병행동질문지

질병행동질문지(Illness Behavior Questionnaire: IBQ)는 Pilowsky와 Spence(1983)가 정신과에서 진료를 받는 환자들의 질병에 대한 태도를 연구하기 위해 최초로 개발하였다. 총 62문항의 자기보고식 질문지로 예, 아니오로 응답하며, 환자의 건강상태에 대한 환자의 경험, 지각, 평가, 반응과 관련한 질병행동의 차원을 측정한다. 만성 통증환

자 및 정신과 환자를 대상으로 한 요인분석 연구 결과 7개의 하위요인이 확인되었는데, 일반적인 건강염려(General Hypochondriasis: GH), 질병에 대한 신념(Disease Conviction: DC), 질병에 대한 심리적 지각 대 신체적 지각(Psychological vs. Somatic Perception: P/S), 정서적 억제(Affective Inhibition: AI), 정서적 혼란(Affective Disturbance: AD), 부인(Denial: D), 성마름(Irritability: I) 등이다. 7개 요인 중 GH, AD, I의 3개 요인은 정서적 상태(Affective State)를, DC와 P/S는 질병에 대한 확신(Disease Affirmation)을 측정하는 2차 요인을 구성한다. P/S를 제외하고 각 하위요인에서의 높은 점수는 건강과 관련된 비정상적인 태도를 시사하는 것으로 해석된다(Pilowsky, 1993). 선행연구를 통해 IBQ는 정신과 환자들의 이상질병행동을 탐지하며, 특히 일부 하위척도는 심리적 원인에 의해 신체적 증상을 호소하는 환자를 확인하는데 유용한 것으로 평가되고 있다(Boyle, 2000; Chauturvedi, Bhandari, Beena, & Rao, 1996; Scicchitano et al., 1996; Wise, Mann, Jani, Kozachuk, & Jani, 1994). Singer 등(1988)의 연구에서 브뤼케 증후군 집단은 다른 정신과적 장애 집단보다 DC 하위척도에서 더 높은 점수를, P/S 하위척도에서 더 낮은 점수를 보였으며, Wilson-Barnett와 Trimble(1985)의 연구에서 전환장애 집단은 신체적 증상을 호소하지 않는 정신과환자 집단에 비해 정서적 억제와 부인을 더 많이 하는 것으로 나타났다.

본 연구에서는 선행연구들에서 분석에 주로 사용되어온 7개 하위요인에 포함되는 39문항만을 사용하였으며, 연구자가 문항을 번역하고 임상심리전문가 2명의 감수를 거쳐 번안이 이루어졌다. 한국어 번안판에 대한 요인구조를 확인하기 위해 탐색적 요인분석(최대우도법과 사각 회전을 사용한)을 실시하였다. 요인분석 결과가 표 1에 제시

표 1. IBQ 요인별 문항 및 요인부하량

문 항	요인부하량			
	1	2	3	4
질병확신				
1. 당신은 당신의 병 때문에 생활에 막대한 지장을 받습니까	.72			
2. 당신의 병으로 인해 가족이나 친구들과 지내는데 어려움이 많습니까?	.62			
3. 여기저기 쑤시고 아파서 괴롭습니까?	.62			
4. 여러 가지 다른 증상들 때문에 괴롭습니까?	.52			
5. 건강이 나쁜 것이 당신의 삶에 있어 가장 큰 어려움입니까?	.50			
6. 당신은 다른 사람들보다 통증에 더 예민하십니까?	.36			
7. 당신은 당신의 몸이 어딘가 심하게 잘못되어 있다고 생각하십니까?	.35			
8. 당신은 신경이 날카롭습니까?	.35			
9. 당신이 신체적으로 건강하다면 모든 근심걱정이 사라지겠습니까?	.34			
10. 만약 의사가 당신의 몸에 아무런 이상도 없다고 말한다면, 당신은 의사의 말을 믿겠습니까? *	-.31			
11. 사람들이 당신의 병을 대수롭지 않게 여겨서 속상하십니까?	.29			

표 1. IBQ 요인별 문항 및 요인부하량(계속)

문 항	요인부하량			
	1	2	3	4
부인				
1. 당신의 가정에 어떤 문제가 있습니까? *		-.73		
2. 신체적 질병 때문에 생긴 것이 아닌 개인적인 걱정거리가 있습니까? *		-.68		
3. 병 이외에 당신의 삶에 다른 문제가 있습니까? *		-.67		
4. 당신에게 금전상의 문제가 있습니까? *		-.40		
5. 당신은 당신의 마음에 뭔가 문제가 있다고 생각하십니까? *		-.33		
6. 당신은 당신의 병이 과거의 잘못에 대한 벌이라고 생각한 적이 있습니까? *		-.29		
건강염려				
1. 당신은 병에 대한 두려움이 있습니까?			.74	
2. 당신이 어떤 질병에 대해 알게되었을 때(라디오, 텔레비전, 신문, 아는 사람 등을 통해서), 혹시 당신이 그 병에 걸리는 것은 아닐까 걱정하십니까?			.70	
3. 당신은 갑자기 병에 걸리게 되는 것은 아닐까 하는 생각을 종종 하십니까?			.63	
4. 당신은 다른 사람들보다 건강에 대해 더 많이 걱정한다고 생각하십니까?			.62	
5. 당신은 자신의 건강에 대해 괜한 걱정을 하게 되고, 아무리 애를 써도 그 생각을 떨쳐버릴 수 없었던 적이 있습니까?			.54	
6. 건강한 사람을 보면 자기도 모르게 시기심이 생깁니까?			.42	
7. 당신은 당신의 증상이 걱정 때문에 생겼을 수도 있다고 생각하십니까?			.31	
정서적 불안정				
1. 당신은 종종 우울하십니까?				.53
2. 당신은 자신의 감정을 사람들에게 드러내 보이기가 어렵습니까?				.50
3. 당신은 쉽게 슬퍼집니까?				.42
4. 당신은 긴장을 풀기가 어렵습니까?				.42
5. 당신은 종종 다른 사람들에 대해 자제력을 잃을 때가 있습니까?				.38
6. 당신은 자신의 감정을 다른 사람들에게 쉽게 표현할 수 있습니까?				.36
7. 당신은 쉽게 불안해집니까?				.29
8. 당신은 자신의 감정을 혼자만 간직하는 것이 낫다고 생각하십니까?				.28
고유치	6.63	2.27	1.26	1.06
변량(%)	17.01	5.83	3.22	2.72

* 역으로 채점되는 문항.

되어 있다. 고유치가 1 이상인 4개 요인이 확인되었으며, 4개 요인은 총 변량의 28.78%를 설명하였다. 요인 1은 DC 4문항, P/S 2문항, GH 2문항 등 총11문항으로, 신체적 증상에 대한 집착, 신체적 장애가 있고 그로 인해 생활에 지장을 받는다는 확고한 믿음, 의학적 설명에 대한 거부를 나타내는 문항들로 구성되었다. 요인 2는 DN 4문항, P/S 2문항 등 총6문항으로 생활 스트레스 및 심리적 문제를 부인하는 문항들로 구성되었다. 요인 3은 GH 6문항, P/S 1문항 등 총 7문항으로 질병에 대한 두려움을 나타내는 문항들로 구성되었다. 요인 4는 AD 4문항, AI 3문항 등 총 8문항으로 정서적 혼란 및 정서 표현의 어려움을 나타내는 문항들로 구성되었다. 요인 1은 DC 하위척도 대부분의 문항과 P/S 하위척도 중 증상에 대한 신체적 원인을 강조하는 문항들이 포함되며, Scicchitano 등(1996)의 연구에서 확인된 질병에 대한 확신 차원과 유사한 것으로 파악되어, 질병확신 하위척도로 명명하였다. 요인 2와 요인 3은 일부 문항의 이동이 있었으나, 원래의 하위척도와 유사하게 나타났고, 각각 부인 하위척도와 건강염려 하위척도로 명명하였다. 요인 4는 주로 정서적 억제 및 정서적 혼란과 관련된 문항들이 포함되어 정서적 불안정 하위척도로 명명하였다. 각 하위척도의 상관 및 신뢰도를 표 2에 제시하였다. 39문항 중 요인부하량이 낮은 7문항은(예; '잠을 잘 주무십니까?' '당신은 종종 몸에서 일어나는 여러 가지 것들을 느낄 수 있습니까?' 등) 척도 구성에서 제외되었다. 최종적으로 선정된 32문항의 내적 합치도 계수는 .77로 나타났다.

증상해석질문지

증상해석질문지(Symptom Interpretation Questionnaire: SIQ)는 Robbins와 Kirmayer(1991)가 신체증상의 원인에 대해 사람들이 일관되게 귀인하는 양식이 있는지를 측정하기 위해 개발한 자기보고형 척도이다. 흔히 경험할 수 있는 13가지의 신체증상(예; 두통이 있다, 어지럽다, 심장이 뛴다, 피로하다, 배탈이 난다 등)에 대하여 3가지 귀인 경향(신체 혹은 질병, 정서 혹은 스트레스 원인, 환경적 혹은 중성적 원인)을 4점 척도로 표시하게 되어 있다. Robbins와 Kirmayer(1991)의 연구에서 비임상집단은 환경적이거나 비병리적인 원인으로 신체증상을 귀인하였으며, 신체증상을 신체원인으로 귀인하는 것은 건강염려나 신체증상의 수와 상관이 있었다. 본 연구에서는 원호택과 신현균(1998a)이 구성한 한국판 증상해석 질문지에 신현균(1998)이 파국적 해석을 추가하여 구성한 척도를 사용하였다. 원호택과 신현균(1998b)은 신체화 환자들의 인지적 특성을 파악하기 위해 한국판 증상해석질문지를 사용하였으며, 그 결과 신체화 환자들은 신체증상을 신체적 원인과 정서적 원인에 귀인하는 경향이 더 큰 것으로 나타났다. 원호택과 신현균(1998a)의 연구에서 신체귀인, 정서귀인, 중성귀인 척도의 내적 합치도 계수는 대학생의 경우 각각 .82, .83, .75, 정신과환자의 경우 .80, .87, .83이었다. 본 연구에서 각 하위척도의 내적 합치도 계수는 신체귀인 .79, 정서귀인 .89, 중성귀인 .75, 파국적 해석 .82로 나타났으며, 전체 문항에 대한 내적 합치도 계수는 .92로 나타났다.

자료분석

신체형장애 환자와 기분장애 환자, 불안장애 환자들의 질병행동 특성 및 증상해석에 차이가 있는지를 알아보기 위하여, 질병행동질문지의 하위척도와 증상해석 질문지의 하위척도 점수에 대한 일원변량분석을 한 후 사후검증을 실시하였다. 집단간 비교에서는 정신분열증 및 기타 정신

표 2. IBQ 하위척도간 상관 및 내적 합치도 (n=170)

	부인	건강염려	정서적 불안정	Cronbach α
질병확신	-.31**	.57**	.34**	.80
부인		-.25**	-.39**	.72
건강염려			.31**	.79
정서적 불안정				.68

** p<.01

과적 장애 환자는 제외하였다. 다음으로, 신체증상 호소를 가장 잘 설명해 주는 변인을 찾기 위해 모든 피험자 집단을 대상으로 신체증상의 총수를 종속변인으로, 질병행동질문지 및 증상해석질문지 각 하위척도를 독립변인으로 단계적 회귀분석을 실시하였다.

결 과

각 집단의 인구통계학적 특성 및 신체증상의 특성을 표 3에 제시하였다. 각 집단은 신체 증상의 개수에서는 유의미한 차이를 보였으나, $F(2, 150)=12.13$, $p<.001$, 증상지속기간에서는 유의미한 차이를 보이지 않았다, $F(2, 150)=2.16$, *ns.* 신

표 3. 집단별 인구통계학적 특성 및 신체증상 특성

	신체형장애 (n=45)	기분장애 (n=81)	불안장애 (n=27)
성(남/여)	10명 / 35명	24명 / 57명	18명 / 9명
평균연령(표준편차)	49.24세(14.49)	53.58세(14.30)	40.15세(12.82)
학력 초졸이하	14명	25명	4명
중졸	9명	17명	3명
고졸	13명	22명	14명
대졸이상	7명	7명	5명
무응답	2명	10명	1명
평균신체증상개수(표준편차)	8.76개(3.34)	5.41개(3.22)	6.67개(5.11)
통증	3.20개(1.62)	2.09개(1.38)	2.00개(1.64)
소화기 증상	1.78개(1.26)	1.20개(1.06)	1.63개(1.50)
생식기 증상	0.78개(0.95)	0.59개(0.86)	1.03개(1.16)
유사신경학적 증상	3.00개(1.89)	1.53개(1.40)	2.00개(2.27)
평균증상지속기간(표준편차)	8.34년(8.11)	6.21년(6.31)	5.12년(5.47)

표 4. IBQ 하위척도 점수의 집단간 비교

	신체형장애 (1) (n=45)	기분장애(2) (n=81)	불안장애(3) (n=27)	*F*	*LSD*
	평균(표준편차)				
질병확신	6.69(3.01)	4.88(2.91)	5.37(2.78)	5.90**	1 > 2
부인	3.24(1.96)	3.62(1.81)	2.67(1.64)	2.90	
건강염려	4.33(2.38)	3.33(2.10)	4.33(2.39)	3.79*	1 = 3 > 2
정서적 불안정	4.71(1.49)	3.99(2.04)	4.48(1.89)	2.34	

*p<.05, **p<.01

체형장애 집단의 평균 신체증상 개수는 8.7개로 가장 많은 신체증상을 호소하였으며, 평균 신체증상 지속기간은 8.3년이었다.

진단 집단별 질병행동질문지의 하위척도 점수의 평균과 표준편차를 표 4에 제시하였다. 신체형장애 집단은 질병확신 척도와 건강염려 척도에서 기분장애 집단에 비해 유의미하게 높은 점수를 보였으나, 불안장애 집단과는 유의미한 차이를 보이지 않았다. 불안장애 집단은 기분장애 집단에 비해 건강염려 척도에서 유의미하게 높은 점수를 보였으나, 질병확신 척도에서는 유의미한 차이를 보이지 않았다. 부인과 정서적 불안정 하위척도에서는 집단간 차이가 나타나지 않았다.

진단 집단별 증상해석질문지의 각 하위척도 점수의 평균과 표준편차를 표 5에 제시하였다. 신체형장애 집단과 불안장애 집단은 기분장애 집단에 비해 신체귀인과 정서귀인에서 유의미하게 높은 점수를 얻었다. 중성귀인과 파국귀인에서는 집단간 차이를 보이지 않았다.

신체증상 호소를 가장 잘 설명해주는 변인이 있는지 알아보기 위하여, 모든 피험자를 대상으로 신체증상 총수에 대하여 각 질문지의 하위척도 점수를 예언변인으로 단계적 회귀분석을 실시하였으며, 그 결과를 표 6에 제시하였다. 질병행동질문지 및 증상해석질문지 각 하위척도 중 질병확신과 신체귀인이 유의미한 예언변인으로

표 5. SIQ 하위척도 점수의 집단간 비교

	신체형장애(1) (n=45)	기분장애(2) (n=81)	불안장애(3) (n=27)	*F*	*LSD*
	평균(표준편차)				
신체귀인	1.93(0.51)	1.73(0.43)	1.95(0.57)	3.49*	1 = 3 > 2
정서귀인	2.48(0.66)	2.11(0.64)	2.56(0.68)	7.10**	1 = 3 > 2
중성귀인	1.84(0.46)	1.70(0.45)	1.76(0.46)	1.31	
파국귀인	1.36(0.42)	1.25(0.36)	1.29(0.36)	1.36	

*p<.05, **p<.01

표 6. 신체증상 총수에 대한 IBQ, SIQ 하위척도의 단계적 회귀분석 결과

단계	변인	Beta	*t*	R^2	ΔR^2	*F*	*df*
1	질병확신	.359	4.986***	.129	.129	24.856***	1, 168
2	질병확신	.274	3.743***	.194	.065	20.078***	2, 167
	신체귀인	.269	3.668***				

***p<.0001

나타났으며, 신체증상을 각각 12.9%, 6.5% 설명하였다.

논 의

본 연구에서는 신체형장애 환자들의 질병행동의 특징을 파악함으로써, 신체화에 기저하는 심리 기제에 대한 이해를 넓히려 하였다. 이를 위해, 진단적 분류에 따라 신체형장애 집단을 기분장애 집단, 불안장애 집단과 비교하였다. 그 결과, 신체형장애 집단은 질병확신과 건강염려 척도에서 기분장애 집단에 비해 유의미하게 높은 점수를 보였다. 즉 신체형장애 환자들은 기분장애 환자들에 비해 신체 증상에 더 많이 집착하며, 자신에게 신체적 이상이 있다고 확신하고, 그로 인한 불편감을 크게 호소하는 것으로 나타났다. 또한 건강에 대한 두려움도 기분장애 집단에 비해 높은 것으로 나타나, 신체형 환자들이 신체적 문제에 대해 매우 민감함을 반영하였다. 한편, 불안장애 집단은 질병확신 척도에서 신체형 집단과 유의미한 차이를 보이지 않았고, 건강염려 척도에서 기분장애 집단에 비해 유의미하게 높은 점수를 보였다. 즉 불안장애 환자들은 신체형장애 환자들과 유사하게 신체적 건강에 대한 두려움이나 불안 수준이 높으며, 신체 증상에도 민감하게 반응하는 것으로 나타났다. 불안의 특징적 요소는 신체적 긴장이나 각성과 같은 생리적 반응이며(Clark & Watson, 1991), 따라서 불안장애 환자들이 신체적 관심이나 지각이 예민해져 있기 때문에 이러한 결과가 나온 것이라 할 수 있겠다. 정신과 외래 환자를 대상으로 질병행동을 평가한 일본의 연구(Guo et al., 2000)에서도 신체형장애 환자들은 질병신념에서 기분장애 환자들보다 유의미하게 높은 점수를 보였으나, 불안장애 환자들은 질병신념에서 신체형 환자들과 차이를 보이지 않았고, 건강염려와 정서적 혼란 척도에서 다른 정신과 집단에 비해 높은 점수를 얻은 것으로 보고되어, 본 연구에서의 결과와 부분적으로 일치하였다. 이러한 결과들을 통해 볼 때, 신체형장애 환자와 불안장애 환자의 질병행동이 유사한 양상을 보이고 있기는 하지만, 신체형장애 환자들이 신체 증상에 대한 지각, 평가, 태도와 같은 인지적 요인에 있어서의 이상질병행동이 특징적인 것에 비해, 불안장애 환자들은 신체적 건강에 대한 과도한 두려움이라는 정서적 측면에서의 이상질병행동이 특징적인 것으로 시사된다. 즉 두 집단이 신체적 문제에 대해 높은 관심을 보인다는 외현적 양상에 있어서는 차이를 보이지 않을지라도, 이에 이르는 심리적 과정에 있어서는 차이를 보일 수 있을 것이다. 신체화와 관련된 성격변인, 인지과정 변인 및 불안 등의 정서 상태

평가 등을 포괄적으로 포함하여 두 집단의 차이를 비교해 봄으로써 두 집단의 질병행동의 차이점이 보다 분명히 밝혀질 수 있을 것으로 기대된다.

각 집단별로 신체 증상의 원인을 어떻게 지각하는가를 살펴본 결과, 신체형장애 집단과 불안장애 집단이 기분장애 집단에 비해 신체귀인과 정서귀인을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 즉 이들 집단은 신체 증상을 환경적 혹은 상황적 요인에 귀인함으로써 중성화하기보다는, 신체적 질병이나 허약성과 같은 개인의 신체적 원인이나, 과도한 걱정과 같은 정서적 원인에 귀인하는 것으로 나타났다. 이는 신체화 집단이 비신체화 집단에 비해 신체귀인과 정서귀인에서 더 높은 점수를 보인 신현균(1998)의 연구 결과와 일치하는 것으로, 신체화 집단이 신체증상을 신체적 원인에서 오는 것으로만 해석하는 것이 아니라, 정서적 원인으로도 해석하는 것으로 밝혀졌다. 이러한 결과는 신체증상을 전적으로 신체원인에 귀인하는 사람들은 정신과에 내원하지 않으며, 정신과에 내원하는 신체형장애 환자들은 자신의 심리적 문제를 어느 정도 인정하는 환자들이기 때문이라 할 수 있겠다(신현균, 1998). 불안장애 환자들 역시 신체증상에 대해 신체귀인과 정서귀인을 동시에 하는 것으로 나타나, 신체증상에 대해 자신들이 과도하게 걱정하고 있다는 것을 어느 정도 인식하고 있는 것으로 볼 수 있다. Guo 등(2000)은 불안장애 환자들이 정서적 문제를 인정하는 것은 이들의 신체적 문제를 비신체적 측면에서 재구성할 수 있음을 시사한다고 하였으며, 본 연구 결과에 따르면 이는 신체형 환자들에게도 적용될 수 있는 것으로 보인다. 또한 Looper와 Kirmayer(2002)는 과거 30여년간의 신체형 장애의 인지행동치료에 관한 연구들을 개관하고, 신체형 장애의 치료에 있어 인지행동치료의 효과가 입증되었다고 밝히면서, 효과적인 약물치료가 발견되지 않는 한, 신체형 장애의 치료에 있어 인지행동기법이 가장 우선적으로 고려되어야 한다고 제안하였다. 인지적 개입 전략으로는 신체적 감각과 관련된 자동적 사고와 왜곡의 수정, 신체증상의 원인에 대한 재귀인, 과거 질병 경험, 학습 패턴 등의 수정이 포함된다. 국내에서도 선행 연구 및 본 연구 결과에서 밝혀진 인지적 특성을 토대로, 신체적 문제를 정서적 문제 혹은 심리적 문제로 재구성하거나, 신체적 문제에 대한 과도한 집착이나 비합리적 신념 등 인지적 오류에 대한 개입, 신체증상에 대한 중성적 원인으로의 재귀인 등 인지적 재구성을 포함하는 치료적 접근을 정신과에 내원하는 신체형장애 환자들에게 시도해 볼 수 있을 것이다.

질병행동의 하위 특성 중 정신과 환자들의 신체증상 호소를 설명해 줄 수 있는 변인이 있는가를 살펴본 결과, 질병확신 하위척도가 신체증상을 유의미하게 설명해주는 것으로 나타났다. 또한 신체증상에 대한 원인귀인에 있어서는 신체귀인만이 신체증상을 유의미하게 설명해주는 것으로 나타났다. 이는 신체증상을 많이 호소하는 환자일수록, 신체적 문제와 관련된 이상질병행동을 더 많이 보일 수 있음을 말해준다. 질병행동질문지의 다른 척도들은 신체증상을 설명하지 못하였으며, 이러한 결과는 질병확신 하위척도가 신체적 문제와 관련된 정신과 환자들의 이상질병행동을 탐지하는 도구로 활용될 수 있음을 시사한다.

본 연구의 제한점은, 첫째, 질병행동질문지의 하위구조가 외국 연구에서의 결과와 다르게 나타나 척도의 타당화에 제약이 있었다는 점이다. 이는 피험자 수가 비교적 적어 정확한 분석이 이루어지지 않은 것에 기인할 수도 있으나, 질병행동에 있어서의 사회 문화적 차이 때문으로도 볼 수 있다. Nilchaikovit, Hill 및 Holland(1993)는 질병행

동은 문화적 차이를 반영한다고 하였으며, 몇몇 연구에서 유럽과 아시아 환자들의 질병행동 패턴에는 차이가 있는 것으로 밝혀졌다. 인도계 내과 환자들은 유럽계 내과 환자들에 비해 건강염려증적 태도를 더 많이 보이고 자신의 증상을 신체적 원인에 귀인하며 심리사회적 요인을 부인하는 경향을 보였다(Bhatt, Tomenson & Benjamin, 1989). 대만 사람들은 서구 사람들에 비해 증상 표현에 있어 우울 호소보다는 불안 호소를 더 많이 하는 것으로 나타났다(Cheng, 1989). 질병행동질문지를 사용하여 일본 환자들과 호주 환자들의 질병행동을 비교한 Guo 등(2000)의 연구에서도 일본 환자들은 호주 환자들에 비해 건강염려와 부인 하위척도에서 더 높은 점수를 보인 반면, 정서적 혼란과 성마름 하위 척도에서는 더 낮은 점수를 보인 것으로 나타났다. 이를 볼 때 일본 환자들은 호주 환자들에 비해 정서적 문제는 더 적게 보고하는 경향을 보였던 것으로 시사되며, 본 연구에서 정서적 문제를 포함하는 하위척도들(정서적 혼란, 성마름, 정서적 억제)이 척도 개발자들의 요인분석 연구와는 달리 뚜렷하게 구분되지 않은 것은 이러한 정서 표현에 있어서의 동.서양의 문화적 차이와 관련이 있을 가능성이 있어 보인다. 둘째, 본 연구에서 신체형장애, 기분장애, 불안장애 집단은 피험자 수에 있어 집단간 차이가 많았고, 성, 연령, 학력 등에 있어서 동질적이지 않았다는 것이다. 외국 연구(Fava, Zielezny, Pilowsky, & Trombini, 1984)에서 피험자의 연령, 고용상태와 같은 인구통계학적 배경에 따라 질병행동질문지의 하위척도 점수가 다르게 나타난 것으로 보고된 바 있으므로, 추후 연구를 통해 인구통계학적 변인을 통제한 보다 정교한 연구가 이루어져야 할 것이다. 셋째, 정신과 환자들의 신체증상 호소를 예언하는 질병행동의 하위특성이 있는지 알아보기 위한 회귀분석에서 신체증상의 총수만을 종속변인으로 하였으나, 신체증상의 개수보다는 증상의 심각성이나 빈도 등이 신체화에 있어 더 중요할 수 있으므로 이를 포함하는 추후 연구가 필요한 것으로 생각된다. 넷째, 본 연구는 실제 정신과에 방문한 환자들을 대상으로 이루어졌다는 점에서 임상적 의의가 있으나, 개인 정신과 한곳의 외래환자만을 대상으로 하였으므로 연구결과의 일반화에는 제약이 있다. 또한 신체형장애의 경우 주로 신체화 장애 혹은 미분화형 신체형장애 환자로 전환장애, 건강염려증, 동통장애와 같은 다른 신체형장애 환자들은 거의 포함되지 않았으며, 이들의 질병행동은 신체화 집단과는 차이를 보일 수 있으므로, 추후 비교연구가 필요한 것으로 보인다.

참고문헌

김명정, 김광일 (1984). 신체화장애의 임상적 연구. 정신건강연구, 2, 137-158.

문미희, 최정윤 (1996). 신체증상을 주소로 하는 정신과 환자집단의 방어기제 특성. 한국심리학회지: 임상, 15, 117-127.

신현균 (1998). 신체화 집단의 신체 감각에 대한 해석, 추론 및 기억편향. 서울대학교 대학원 미발표 박사학위논문.

신현균 (2000). 부정적 정서, 감정표현불능증, 증폭지각 및 신체적 귀인이 신체화에 미치는 영향: 매개모델의 검증. 한국심리학회지: 임상, 19, 17-31.

원호택, 신현균 (1998a). 신체화의 인지 특성 연구 (I): 한국판 신체감각 증폭척도와 증상해석 질문지의 신뢰도와 타당도 연구. 한국심리학회지: 임상, 17, 33-39.

원호택, 신현균 (1998b). 신체화의 인지 특성 연구

(II): 신체화 환자의 신체감각에 대한 지각, 귀인 및 기억편향. 한국심리학회지: 임상, 17, 41-54.

이기연 (1988). 한국인 신체화장애의 진단기준에 관한 횡문화적 비교 및 우울증과의 상관관계. 연세대학교 대학원 미발표 박사학위논문.

Bhatt, A., Tomenson, B., & Benjamin, S. (1989). Transcultural patterns of somatization in primary care: A preliminary report. *Journal of Psychosomatic Research*, *33,* 671-680.

Boyle, G. J. (2000). Discriminant validity of the Illness Behavior Questionnaire and Millon Clinical Multiaxial Inventory-III in a heterogeneous sample of psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, *56*, 779-791.

Chaturvedi, S. K., Bhandari, S., Beena, M. B., & Rao, S. (1996). Screening for abnormal illness behavior. *Psychopathology, 29*, 325-330.

Cheng, T. A. (1989). Symptomatology of minor psychiatric morbidity: A crosscultural comparison. *Psychological Medicine, 19*, 697-708.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 103-116.

Fava, G. A., Zielezny, M., Pilowsky, I., & Trombini, G. (1984). Patterns of depression and illness behavior in general hospital patients. *Psychopathology, 17*, 105-109.

Guo, Y., Kuroki, T., Yamashiro, S., Sato, T., Takeichi, M., & Koizumi, S. (2000). Abnormal illness behavior and psychiatric disorders: A study in an outpatient clinic in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *54*, 447-453.

Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry, 145*, 1358-1368.

Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2002). Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 810-827.

Mechanic, D. (1961). The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Disease*, *15*, 189-194.

Nilchaikovit, T., Hill, J. M., & Holland, J. C. (1993). The effects of culture on illness behavior and medical care: Asian and American differences. *General Hospital Psychiatry, 15*, 41-50.

Pilowsky, I. (1969). Abnormal illness behavior. *British Journal of Medical Psychology*, *42*, 347-351.

Pilowsky, I. (1977). Altruism and the practice of medicine. *British Journal of Medical Psychology*, *51*, 131-137.

Pilowsky, I. (1993). Dimensions of illness behavior as measured by the Illness Behavior Questionnaire: A replication study. *Journal of Psychosomatic Research*, *37*, 53-62.

Pilowsky, I., & Spence, N. D. (1983). *Manual for the Illness Behavior Questionnaire(IBQ)*. Adelaide: University of Adelaide.

Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). Attribution of common somatic symptoms. *Psychological Medicine, 21*, 1029-1045.

Scicchitano, J., Lovell, P., Pearce, R., Marley, J., & Pilowsky, I. (1996). Illness behavior and somatization in general practice. *Journal of Psychosomatic Research*, *41*, 247-254.

Singer, A., Thompson, S., Kraiuhin, C., Gordon, E., Howe, G., Howson, A., & Mears, R. (1987). An investigation of patients presenting with multiple physical complaints using the Illness

Behavior Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, *47*, 181-189.

Wilson-Barnett, J., & Trimble, M. R. (1985). An investigation of hysteria using the illness behavior questionnaire. *British Journal of Psychiatry, 146*, 601-608.

Wise, T. N., Mann, L. S., Jani, N., Kozachuk, W., & Jani, S. (1994). Convergent validation of the Illness Effects Questionnaire. *Psychological Reports*, *74*, 248-250.

원 고 접 수 일 : 2002. 9 .17
수정원고접수일 : 2002. 12. 13
게 재 확 정 일 : 2002. 12. 30

한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2003. Vol. 22, No. 1, 57-70

Illness Behavior of Somatoform Disorder Patients

Ki Ryon Lee
Hanmaum Psychological Counseling Center

Young Ho Lee
The Catholic University of Korea

This study investigated the characteristics of illness behavior of somatoform disorder patients using Illness Behavior Questionnaire(IBQ) and Symptom Interpretation Questionnaire(SIQ). For this purpose, we compared somatoform disorder group(n=45), mood disorder group(n=81) and anxiety disorder group(n=27) on the subscales of IBQ and SIQ. The result showed that somatoform disorder group scored higher on disease affirmation and general hypochondriasis compared with mood disorder group. Anxiety disorder group scored higher on general hypochondriasis compared with mood disorder group. There was no difference on denial and affective disturbance between three groups. In regard to symptom interpretation, somatoform disorder group and anxiety disorder group are more likely to attribute symptoms to physical cause and emotional cause than mood disorder group. To find out which variables are most relevant to somatic complaints of psychiatric patients in general, regression analysis was conducted. Two variables, disease affirmation and physical attribution, were significant. They explained 19.4% of the variance of somatic symptoms. Finally, suggestions and limitations of the study were discussed.

Keywords : somatoform disorder, illness behavior, symptom interpretation