

## 신체화 증상을 보이는 환자들의 신체적 질병 유무에 따른 심리적 특성의 차이

박 선 영<sup>† 1)</sup> 이 영 준<sup>1)</sup> 황 성 훈<sup>2)</sup> 엄 소 용<sup>1)</sup> 전 우 택<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>연세대학교 의과대학 정신과학교실

<sup>2)</sup>서울임상심리연구소

본 연구에서는 신체화 증상을 보이는 환자들이 신체적 질병의 유무에 따라 어떠한 심리적 특성의 차이를 보이는지 알아보고자 하였다. 우선, 신체화 증상을 보이는 환자 중에서도 건강염려경향이 높은 환자들의 신체적 질병의 유무에 따른 심리적 특성의 차이를 살펴보기 위해, 건강염려경향과 관련된 척도에서 유의미하게 높은 점수( $T \geq 65$ )를 보인 건강염려집단 69명을 선별하였고, 이들을 신체적 질병의 유무에 따라 다시 두 집단으로 구분하였다. 정상 통제 집단을 포함한 세 집단의 심리적 특성의 차이를 살펴본 결과, 신체적 질병이 없는 건강염려집단은 정상 통제 집단과 성격 및 인지적 변인 모두에서 차이가 나타났고, 신체적 질병이 있는 건강염려집단과는 성격 변인에서만 유의한 차이가 나타났다. 한편 신체적 질병이 있는 건강염려집단은 정상 통제 집단과 인지적 변인에서 주된 차이가 나타났다. 다음으로, 신체화 증상을 보이는 환자들의 건강염려경향에 영향을 미치는 심리적 변인을 탐색적으로 살펴보기 위해 상관 및 회귀 분석을 실시하였다. 그 결과, 신체적 질병이 없는 신체화 집단에서는 정서인식불능과 신체 귀인이 건강염려경향에 영향을 미치는 것으로 나타났고, 신체적 질병이 있는 신체화 집단에서는 신체감각 증폭지각이 건강염려경향에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 결과적으로, 신체화 증상을 보이는 환자들은 신체적 질병의 유무에 따라 서로 다른 집단으로 구분될 수 있으며, 이들을 대상으로 한 연구나 치료 장면에서 이러한 이질적 특성이 반드시 고려되어야 함을 제언하였다.

주요어 : 신체적 질병이 없는 신체화 집단, 신체적 질병이 있는 신체화 집단, 건강염려경향, 정서인식불능, 신체감각 증폭지각, 신체 귀인

† 교신저자(Corresponding Author) : 박 선 영 / 연세대학교 의과대학 정신과학교실, 서울시 서대문구 신촌동 134  
FAX : 02-313-0891 / E-mail : pp9901@daum.net

신체화 증상(somatization)은 이질적이고 복잡한 양상을 띄고 있어서, 그 다양한 속성을 포괄하는 정의를 내놓기란 여간 힘들고 모호한 일이 아닐 수 없다. 이로 인해 신체형 장애(somatoform disorder)는 DSM 진단 체계를 확립하는 과정에서 가장 논란이 많이 되었던 정신 장애 중 하나였고, 최근까지도 신체형 장애에 대한 조작적 정의와 진단 준거의 결정, 하위 범주의 구분과 관련된 논의들은 꾸준히 지속되고 있다(De Gucht & Fischler, 2002; Sharpe & Carson, 2001).

논의의 내용을 구체적으로 살펴보면, 신체형 장애는 DSM-III(American Psychiatric Association, 1980)가 출판되면서 공식적인 진단명으로 등장하게 되었으나, 개념적 정의가 모호하고, 제한된 특징을 가진 소수의 사람들만을 설명한다는 점에서 많은 비판이 제기되었다(Wise & Birker-Smith, 2002). 이에 DSM-IV(APA, 1994)에서는 ‘신체적 증상들이 일반적인 의학적 상태나 물질의 직접적인 효과로 인한 것으로 잘 설명되지 않아야 하고, 관련되는 일반적인 의학적 상태가 있을 경우에는 신체적 호소나 이로 인한 사회적, 직업적 장애가 과거력, 신체 검사, 검사 소견에 의해 예상되는 정도보다 더 심해야 한다’와 같이 신체형 장애의 진단 기준에 신체적 질병이 있는 경우를 포함시켰다. 이는 신체형 장애의 영역을 제한적으로나마 확장시키려는 시도였으나, 명확한 설명이 이루어지지 못한 실정이다. 최근에는 신체형 장애의 진단에서 신체적 질병의 유무를 고려해야 한다는 주장과 관련하여 Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke와 Sharpe(2005)의 제안이 흥미를 끈다. 이들은 ‘심근 경색과 같은 일반적 의학적 상태로 진단 받은 사람이 비전형적인 가슴 통증을 호소할 경우 신체형 장애로

진단이 가능한가?’라는 의문을 시작으로, 신체형 장애의 진단에 있어서 정신 의학적 상태(psychiatry condition)뿐 아니라 일반적 의학적 상태(general medical condition)를 고려해야 한다고 강력하게 주장하였다.

이와 같이, 신체화 환자들을 대상으로 한 연구 및 치료에 있어서 신체적 질병의 유무를 고려할 것인지의 여부는 중요한 문제로 대두되고 있다. 특히, 개인이 신체화 증상의 원인을 어떻게 귀인하는지에 따라 증상에 대한 반응이나 치료 추구 행동이 달라질 수 있다는 점에서(Bishop, 1987; Lipowski, 1988), 신체적 질병의 유무가 신체화 증상에 어떠한 영향을 미치는지를 밝히는 것은 중요한 의의가 있겠다.

따라서, 본 연구에서는 신체화 증상을 보이는 환자들이 신체적 질병의 유무에 따라 어떠한 심리적 특성의 차이를 보이는지 살펴보고, 신체화 증상을 보이는 환자를 대상으로 한 연구나 치료 장면에서 이러한 이질적 특성이 고려되어야 함을 논의할 것이다.

#### 신체화 증상과 신체적 질병의 관계

개인이 경험하는 신체화 증상은 기질적 원인과 심리적 원인 모두에 의해 영향을 받으며, 이로 인해 치료 과정에서도 상당한 혼란이 예상됨에도 불구하고, 신체화 환자들의 연구 및 치료에 있어서 신체적 질병의 존재 유무는 간과된 면이 있었다.

우선, 정신과 환자와 비정신과 환자를 대상으로 한 경험적인 연구를 보면, 개인이 호소하는 신체 증상은 의학적 요인과 심리적 요인이 상당 부분 혼재되어 나타나는 결과로 볼 수 있다(박영남, 1984). 즉, 미국의 경우 비정신과에 내원하는 환자의 상당수가 기질적인

질환이 아닌 기능적 장애를 갖고 있었고, 정신과 환자의 상당수도 명백한 신체 질환을 갖는 경우가 많다고 보고되었다(Regier, 1978; Solomon & Parch, 1974). 또한, 국내에서도 타과에서 정신과로 자문 의뢰된 경우의 대부분이 진찰 및 의학적 소견 상 이상이 없는 정신과적 문제로 인해 신체 증상을 호소하는 것으로 나타났다(고경봉, 1994). 이와 유사하게 신체화 환자들에 대한 연구에서는, 신체적 증상이 신체적 질병에 의해 유발되었더라도 심리 사회적 요인의 상호작용에 의해 신체화 증상으로 만성화될 수 있음이 밝혀졌다(Lipowski, 1967; May, Rose, & Johnstone, 2000).

이처럼 신체화 증상이 기질적 원인과 심리적 원인 모두에 의해 영향을 받음에도 불구하고, 지금까지 신체화 환자들에 대한 연구에서는 신체적 질병의 존재 유무를 고려하지 않은 채 연구가 진행되는 경우가 많았다. 이와 관련하여 De Gucht와 Heiser(2003)는 신체적 질병이 없는데도 신체화 증상을 호소하는 정신과적 집단과 신체적 질병을 가진 의학적 집단의 차이에 대한 선행 연구의 결과가 비일관적이었음을 언급하면서, 그 이유로 신체적 질병 유무를 고려하지 않은 채 자기보고식 검사만으로 신체화 증상을 측정했을 때의 문제점을 제기하였다. 즉, 지금까지의 연구 동향대로 신체화 증상을 신체적 질병으로 설명되지 않는 신체적 불편감으로 정의했을 때, 대부분의 연구에서는 신체화 증상이 의학적 원인으로 설명되는지의 여부를 고려하지 않고 개인에게 자신이 경험하는 신체 증상을 주관적으로 표시하도록 했기 때문에 신체화 증상이 과대 추정되는 경향이 있었다. 반면, 신체적 질병을 배제하기 위해 피험자에게 의학적 원인이 아니라고 밝혀진 증상들만을 보고하도록 요구

했을 경우에는(Bach, Bach, & De Zwaan, 1996; Deary, Scott, & Wilson, 1997; Rief, Heuser, & Fichter, 1996), 신체화 증상을 호소하는 사람들이 신체적 불편감을 심리적인 원인보다는 신체적인 원인에 더 귀인하는 경향이 있으므로 신체화 경향이 과소평가되는 문제가 있다. 따라서, 신체화 증상을 정확하게 평가하기 위해서는 환자가 주관적으로 보고하는 신체적 불편감의 정도 뿐 아니라 표준화된 신체검사(standardized physical examination), 의학적 기록과 같이 객관적인 정보를 활용해야 할 것이고, 특히 신체적 질병이 있는 경우에는 이러한 정보가 더욱 중요할 것이다.

이처럼 신체화 환자들의 연구에서 신체적 질병의 존재 유무에 관심을 갖는 것은, 신체적 질병으로 설명되지 않는 신체화 증상을 호소하는 환자와 신체적 질병이 있으면서 신체화 증상을 호소하는 환자들의 심리적 특성의 차이를 확인함으로써, 이들에 대한 차별적인 치료적 개입을 통해 치료 효과를 극대화시키기 위한 것이다. 즉, 만성적으로 신체화 증상을 호소하는 사람들은 증상 자체가 복합적이고 여러 신체 기관에 걸쳐 나타나며 증상의 호소가 모호하기 때문에 치료가 어려운 것으로 알려져 왔고(이만홍, 1981; Lipowski, 1977), 이들에 대한 치료에서는 신체화 증상의 원인에 대한 환자와 치료자의 판단 불일치가 갈등을 유발할 수 있기 때문에 치료자-환자 관계(doctor-patient interaction)가 중요한 이슈가 되어 왔다(White, & Moorey, 1997). 따라서 개인이 호소하는 신체화 증상이 신체적 질병과 관련된 것인지 심리적인 원인으로 인한 것인지를 밝힐 수 있다면, 신체화 증상의 원인과 발생 기제를 좀 더 명확하게 이해할 수 있고, 신체화 증상의 원인에 대한 치료자와 환자의 불일

치를 줄일 수 있다는 점에서 치료에 도움이 될 것이다.

### 신체화 증상과 관련된 심리적 특성

신체화 증상을 보이는 사람 중에서도 건강염려경향이 높은 사람들은, 신체적 증상이나 기능에 대해 오해석하면서 심각한 질병에 걸렸다는 두려움이나 생각에 집착하게 되고, 심리적 고통감을 경험할 가능성이 높다(Escobar et al., 1998). 이로 인해 신체적인 기능을 제대로 발휘하지 못하고, 일상생활에서도 직업적, 사회적 기능을 수행하는데 어려움을 겪을 수 있는데, 이와 관련하여 Manu, Affleck, Tennen, Morse과 Escobar(1996)는 건강염려경향이 삶의 질에 부정적인 영향을 미친다고 보고하였다. 또한, 건강염려경향이 높은 사람들은 의학적 평가나 의사의 안심시킴에도 불구하고 신체적 질병에 대한 집착이나 고통감이 크게 완화되지 않기 때문에, 여러 곳의 의학적 기관을 돌아다니면서 ‘환자 역할’을 하게 되고, 불필요하게 개인의 시간과 비용을 낭비하게 된다(Escobar et al., 1998). 따라서 건강염려 경향이 높은 환자들의 심리적 특성을 파악하고 치료적으로 개입하는 것은 개인의 심리적 안정 뿐만 아니라 국가적인 차원에서 의료비용을 절감할 수 있다는 점에서 중요할 것이다.

건강염려경향을 비롯한 신체화 증상의 원인 및 심리적 특성에 대한 최근의 연구는 주로 성격 및 인지적 변인을 대상으로 이루어져왔는데, 성격 변인으로는 감정표현불능증 개념이, 인지적인 변인으로는 신체감각 증폭지각과 신체감각의 해석방식이 주로 거론되었다(신현균, 2000).

우선, 건강염려경향을 비롯한 신체화 증상

과 관련된 인지적 변인으로는 신체 감각 증폭(somato-sensory amplification)을 들 수 있다. 신체 감각 증폭이란, 첫째 신체 감각에 과도한 주의를 기울이고, 둘째 비교적 약하고 빈도가 낮은 감각에 대해 선택적으로 주의를 두며, 셋째 신체 감각을 매우 심각한 것으로 간주하는 경향성을 말한다(Barsky, Goodson, Lane, & Gleary, 1988). 따라서, 국소화된 증상에 대한 지각을 확장시키기 때문에 질병에 대한 가능성을 과대평가하도록 하고, 해로운 감각에 선택적으로 초점을 맞추으로써 불특정적인 불편감이 신체 증상으로 표출될 수 있다. 여러 연구들에서 신체감각 증폭지각은 신체화 증상이나 건강염려경향과 상관이 높은 것으로 보고되었는데(신현균, 원호택, 1998; Basky, Wyshak, & Klerman, 1990), 신체적 질병과의 관련성에 대한 연구는 쉽게 발견되지 않는다.

신체 증상에 대한 귀인과 해석 방식도 건강염려경향을 비롯한 신체화 증상에 영향을 미치는 주요 원인으로 알려져 왔다. Hitchcock과 Mathews (1991)는 신체 감각을 파국적으로 해석하는 경향이 건강염려증을 가장 잘 설명하는 것으로 보고했으나, Warwick과 Salkovskis (1990)는 신체 증상에 대한 파국적 해석은 공황 장애와 관련되고, 사소한 신체 감각에 대한 ‘비용급’ 질병 해석이 건강염려증적 경향을 유발한다고 주장하였다. 이와 유사하게 신현균(1998)도 신체화 환자들이 사소한 신체 증상을 비용급적인 신체적 원인으로 해석하는 경향이 높다고 보고했다는 점에서, 신체화 증상은 응급조치를 요하는 급성적인 것이기보다는 만성화될 가능성이 많다고 볼 수 있겠다.

성격 변인으로는 감정표현불능증(alexithymia)이라는 개념이 신체화 증상의 발생과 유지에 중요한 역할을 하는 것으로 알려져 왔다.

Sifneos(1972)는 감정 표현을 효과적으로 하지 못하는 성격 특성을 연구하기 위해 ‘감정표현 불능증’이라는 개념을 처음 제안하였고, 이후 여러 연구들에서 감정표현불능증이 부정적 정서 자체보다 신체화 증상과 관련이 높은 것으로 나타났다(Beutler, Engle, Oro'Beutler, Daldrup, & Meredith, 1986; Taylor, 1984). 특히 Taylor, Bagby와 Parker(1991)는 감정표현불능증인 사람들이 정상적인 신체감각 정보를 확대하여 지각하거나 정서적 각성에 의한 신체 증상을 신체적 질병으로 오해할 가능성이 높다고 보고했는데, 이러한 특성들이 건강염려경향과 관련된다고 볼 수 있겠다. 또한 감정표현불능증과 신체적 질병의 관계에 대한 경험적 연구에서는, 감정표현불능증이 실제 기질적 장애나 병리생리학적인 변화를 유발하는지의 여부는 분명치 않으나, 질병 행동이나 부정적 정서, 삶의 만족도와 같은 심리적인 요인과는 관련이 있는 것으로 일관되게 보고되었다(Kauhanen, Kaplan, Cohen, Salonen, & Salonen, 1994; Mark, Laurence, & Francine, 1996).

이렇듯 건강염려경향을 비롯한 신체화 증상의 원인 및 발생 기제에 대해 많은 연구들이 진행되었음에도 불구하고, 지금까지는 신체적 질병이 없는데도 신체화 증상을 보이는 집단에 대한 연구가 주로 이루어졌을 뿐, 신체적 질병이 있으면서 신체화 증상을 보이는 집단에 대한 연구는 거의 없었다. 또한, 신체적 질병을 고려했다라도 신체적 질병이 없는데도 신체화 증상을 보이는 정신과적 집단과 신체적 질병을 가진 의학적 집단을 단순 비교하는 연구가 대부분이었는데, 선행 연구들에서 두 집단의 이질적인 특성이 밝혀졌음을 고려하면 (Pepper, Krupp, Friedberg, Doscher, & Coyle, 1993; Wood & Wessely, 1999), 신체적 질병이

있으면서 신체화 증상을 호소하는 집단은 또 다른 특성을 가진 집단임을 예상할 수 있다.

따라서 본 연구에서는 신체화 증상을 보이는 사람들이 신체적 질병의 유무에 따라 어떠한 심리적 특성의 차이를 보이는지 알아보고자 한다. 특히, 신체화 증상을 보이는 환자 중에서도 건강염려경향이 높은 환자들은 심리적 고통감과 기능 저하로 인해 삶의 질이 낮아지고, 의학적 기관에 불필요하게 반복적으로 방문하는 등 시간과 비용을 낭비하는 경향이 있다. 이에, 건강염려경향이 높은 사람들을 별도로 구분하여 신체적 질병의 유무에 따른 심리적 특성의 차이를 알아봄으로써, 이들의 치료 과정에서 무엇이 주된 목표가 되어야 하는지에 대해 논의할 것이다.

## 방 법

### 연구대상

본 연구는 2001년부터 2004년까지 서울 소재 종합 병원 정신과 외래에 신체화 증상을 주소로 내원한 환자 136명(남 59, 여 77)을 대상으로 하였다. 주치의의 면담과 표준화된 신체검사, 외래 기록지를 참고하여 신체적 질병의 유무를 파악하였고, 이러한 구분에 따라 참여자를 두 집단으로 나누었다. 첫 번째 집단은 신체적 질병이 없는데도 신체화 증상을 호소하는 사람들(이후 ‘신체적 질병이 없는 신체화 집단’)로, 만성적인 질환이 없고 최근 3년간 비정신과에 내원한 과거력이 없으며 정신과에서 일정 기간동안 치료를 받고 있는 환자들로 이루어졌다. 두 번째 집단은 의사로부터 확진 받은 신체적 질병이 있으면서 신체화

표 1. 연구 대상자들의 인구 통계학적 특성 (N=136)

		신체적 질병이 없는 신체화 집단 (n=70)	신체적 질병이 있는 신체화 집단 (n=66)	집단간 비교치
성별(명)	남	34	25	$\chi^2=.21$
	여	36	41	
연령(세)		33.57(11.22)	40.62(12.31)	$t=-3.49^{***}$
교육수준(년)		13.62(2.31)	13.25(2.50)	$t=.78$

주. 연령, 교육수준: 평균(표준편차)

\*\*\*  $p<.001$

증상을 호소하는 사람들(이후 ‘신체적 질병이 있는 신체화 집단’)이다. 즉, 신체화 증상을 주소로 정신과에 내원하였으나 이후 비정신과에 협진 또는 자문 의뢰되어 신체적 질병으로 진단받아 치료를 함께 받고 있거나, 비정신과에 내원하여 신체적 질병으로 진단받았고 이후 정신과에 협진 또는 자문 의뢰되어 일정 기간 동안 정신과 치료를 받고 있는 환자들로 이루어졌다. 이와 같은 기준에 의해 집단을 구분했을 때 신체적 질병이 없는 신체화 집단에는 70명(남 34, 여 36), 신체적 질병이 있는 신체화 집단에는 66명(남 25, 여 41)이 포함되었다. 이들의 인구통계학적 특성은 표 1에 제시하였다. 두 집단간 인구 통계학적 변인의 차이를 살펴보면, 성별과 교육 수준에서는 유의미한 차이가 발견되지 않았으나, 연령의 경우 집단간 차이가 나타났다( $t=-3.49, p<.001$ ).

다음으로, 신체적 질병의 유무에 따라 구분된 두 신체화 집단의 임상적인 특성을 파악하였다. 임상적인 특성으로는 신체화 증상의 종류 및 개수, 정신과적 진단을 살펴보았고, 그 결과는 표 2에 제시하였다. 우선, 신체화 증상의 종류를 보면, 두 집단 모두 두통 및 어지럼증을 가장 주되게 호소하는 것으로 나타났

고, 두번째로는 두통을 제외한 다른 신체적 부위의 통증을 호소하는 것으로 나타났다. 그 다음으로 신체적 질병이 없는 신체화 집단은 가슴 불편감 및 호흡 곤란, 위장관 증상 순으로 불편감을 보고하였고, 신체적 질병이 있는 신체화 집단은 위장관 증상, 수면 장애 순으로 불편감을 보고하였다. 이들이 호소하는 신체화 증상의 개수를 살펴보면, 신체적 질병이 없는 신체화 집단에서는 신체화 증상이 2개 또는 3개인 경우가 전체의 70%에 해당되었다. 반면, 신체적 질병이 있는 신체화 집단에서는 신체화 증상을 1~3개 호소하는 사람이 전체의 70%라는 점은 유사하지만, 신체화 증상을 5개 이상 호소하는 사람도 20%나 있었다는 점이 특징적이다. 정신과적 진단을 살펴보면, 두 집단 모두 우울 장애가 가장 많았고, 그 다음으로 신체형 장애와 우울장애를 함께 가지고 있는 경우가 많은 것으로 나타났다.

한편, 신체적 질병이 있는 신체화 집단의 경우 실제로 의사로부터 확진 받은 질병의 종류는 근골격계 질환, 비뇨·생식기계 질환, 소화기계 질환, 순환기계 질환 순으로 나타났으며, 그 결과는 표 3에 제시하였다.

본 연구에서는 신체화 증상을 경험하는 사

표 2. 신체적 질병의 유무에 따른 두 신체화 집단에서 보고하는 신체화 증상의 종류, 개수 및 정신과적 진단

	신체적 질병이 없는 신체화 집단 (n=70)		신체적 질병이 있는 신체화 집단 (n=66)		
	빈도(명)	비율(%)	빈도(명)	비율(%)	
신체화 증상의 종류	위장관 증상	24	34.3	23	34.8
	두통/ 어지럼증	38	54.3	34	51.5
	가슴 불편감/ 호흡 곤란	19	27.1	28	42.4
	배뇨 곤란/ 성기능 곤란	3	4.3	4	6.1
	신체적 통증	26	37.1	30	45.5
	수면 장애	20	28.6	23	34.8
	감각 이상	2	2.9	11	16.7
	전반적인 쇠약/ 피로감	6	8.6	11	16.7
신체화 증상의 개수	1개	9	12.9	14	21.2
	2개	27	38.6	14	21.2
	3개	24	34.3	19	28.8
	4개	9	12.9	6	9.1
	5개 이상	2	2.9	14	21.2
정신과적 진단	신체형장애	7	10.0	10	15.2
	우울장애	29	41.4	32	48.5
	불안장애	-	-	4	6.1
	신체형+우울장애	27	38.6	17	25.8
	신체형+불안장애	7	10.0	1	1.5
	우울+불안장애	-	-	3	4.5

주. 신체화 증상의 종류에 대한 비율(%)은 각 집단의 사례수에 대한 각 신체적 증상의 빈도의 백분율임.

람 중에서도 건강염려경향이 높은 환자들의 신체적 질병 유무에 따른 심리적 특성의 차이를 살펴보고자 하였다. 이에 앞에서 선발된 136명 중 건강염려경향을 유의미한 수준으로 호소하는 환자들을 다시 선별하였고, 정상 통제 집단을 포함한 세 집단을 공변량 분석을 통해 비교 분석하였다. 건강염려경향이 높은 사람들을 선별하기 위해서는 MMPI Hs척도를

사용했는데, 김중술(2001)은 이 척도의 T점수가 65이상인 사람들이 모호한 신체적 증상에 과도하게 집착하고 책임이나 심리적인 문제를 직접 처리하기를 회피하는 경향이 있고, 특히 신체적인 질병을 가진 사람이 T점수가 65이상이라면 신체적인 상태 외에 건강 염려증적인 경향도 함께 관련된다고 기술하였다. Hs척도의 절단 점수를 65T로 정하여 집단을 구분한

표 3. 신체적 질병이 있는 신체화 집단에서 의사로부터 확인 받은 신체적 질병의 종류(n=66)

	빈도(명)	비율(%)
근골격계 질환	18	27.3
비뇨, 생식기계 질환	14	21.2
소화기계 질환	12	18.2
순환기계 질환	11	16.7
신경계 질환	10	15.2
호흡기계 질환	8	12.1
이비인후과 질환	8	12.1
피부 질환	4	6.1
내분비 및 대사성 질환	1	1.5
구강 질환	1	1.5

주. 비율(%)은 사례수에 대한 각 질환의 빈도의 백분율임.

결과, Hs척도의 점수가 65T이상이면서 신체적 질병이 없는 환자는 29명(남 14, 여 15), Hs척도의 점수가 65T이상이면서 신체적 질병이 있는 환자는 40명(남 14, 여 26)이었다. 정상 통제 집단으로는 정신과적 장애의 과거력이 없고 만성적인 질환이 없으며 최근 3년간 신체

적 질병으로 치료 받은 경험이 없는 정상인 40명(남 20, 여 20)이 참여하였다. 세 집단간 인구통계학적 변인의 차이를 살펴본 결과, 성별과 교육 수준에서는 유의미한 차이가 발견되지 않았으나, 연령의 경우 집단간 유의미한 차이가 발견되었다,  $F(2, 107)=8.70, p<.01$ . 이들의 인구 통계학적 특성은 표 4에 제시하였다.

측정 도구

신체화 증상 목록

이만홍(1981)의 조사 방법을 참고하여 환자들이 호소하는 각각의 신체화 증상들을 유사한 것들끼리 묶어 편의상 8개의 유목으로 구분하였다. 이 때 신체화 증상은 환자의 표현을 그대로 사용했기 때문에 주관적인 용어일 수 있으며, 해부학적 병리와도 반드시 일치하는 것은 아니다. 신체화 증상의 종류로는 위장관 증상, 두통 및 어지럼증, 가슴 불편감 및 호흡 곤란, 배뇨 및 성기능 곤란, 신체적 통증, 수면 장애, 감각 이상, 전반적인 쇠약 및 피로감 등인데, ‘감각 이상’에는 감각 이상뿐 아니

표 4. 건강염려경향이 높은(Hs≥65T) 집단 중 신체적 질병이 없는 집단, 신체적 질병이 있는 집단, 정상 통제 집단의 인구 통계학적 특성

		건강염려경향이 높은(Hs≥65T) 집단 중		정상 통제 집단 (n=40)	집단간 비교치
		신체적 질병이 없는 집단 (n=29)	신체적 질병이 있는 집단 (n=40)		
성별(명)	남	14	14	20	$\chi^2=1.94$
	여	15	26	20	
연령(세)		32.36(2.15)	41.80(12.49)	33.53(9.44)	$F=8.70^{**}$
교육수준(년)		13.36(2.15)	12.83(2.52)	14.14(2.99)	$F=2.15$

주. 연령, 교육수준: 평균(표준편차), Hs: MMPI 건강염려증 척도.

\*\*  $p<.01$



라 열감, 냉감이 포함되고, ‘전반적인 쇠약 및 피로감’에는 신체적 통증 이외의 피로감, 무력감, 신체가 붓는 느낌 등의 일반적인 신체적인 증상이 포함되며, ‘수면 장애’는 신체화 증상은 아니나 대부분의 연구에서처럼 관습적으로 포함시켰다(정학송, 1977). 신체화 증상의 개수는 유목화된 증상의 개수가 아니라 내원 당시 환자가 불편하다고 호소하는 증상을 모두 기록하였다.

**MMPI 건강염려증 척도(Hypochondriasis Scale; 이하 Hs척도)**

김중술(2001)과 Graham(1993)에 따르면, 이 척도는 건강 염려증이나 관련된 증상 패턴을 보이는 사람들을 구분해내기 위해 개발된 척도로 33개 문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 건강염려경향을 측정하는 척도로 사용하였는데, 이 척도가 측정하는 임상적 특징은 신체 기능에 대한 과도한 집착 및 그와 관련된 질환이나 비정상적인 상태에 대한 불안이다. 여러 표집을 대상으로 문항에 대한 요인 분석을 한 결과 일관성 있게 ‘신체적 건강의 불량’이라는 한 개의 공통요인이 발견되는 등 MMPI의 전체 임상 척도 중 가장 분명하게 단일 차원적 성질을 보이는 척도였다. 본 척도의 내적 일관성 신뢰도  $\alpha$ 는 .80이었다.

**한국판 감정표현불능증 척도**

Bagby, Parker와 Taylor(1994)가 제작한 20문항 Toronto 감정표현불능증척도(20-Item Toronto Alexithymia Scale)를 신현균과 원호택(1997)이 수정 번안하여, 23문항으로 구성된 척도를 제작하였다. 이 척도는 3요인으로 이루어져 있는데, 요인 1은 ‘정서인식불능’으로 정서를 확인하고 정서와 정서 각성에서 오는 신체 감각

을 구별하는 능력을 측정하고, 요인 2는 ‘외적 사고지향성’으로 정서를 중요하게 생각하지 않고 실용적으로 사고하는 경향을 측정하며, 요인 3은 ‘정서표현불능’으로 정서를 타인과 의사소통하고 표현하는 능력을 측정한다. 대학생 집단에서 세 요인별 내적 일관성 신뢰도  $\alpha$ 는 각각 .83, .73, .85, 정신과 환자 집단에서 각각 .81, .60, .84, 대학생을 대상으로 구한 3주 간격의 검사 재검사 신뢰도는 .74, .77, .79였다.

**신체감각 증폭척도(Somato-sensory Amplification Scale)**

Barsky 등(1990)이 제작한 척도로 원호택과 신현균(1998)이 번안해 한국판으로 개발하였다. 병리적이지 않은 신체감각을 증폭해서 지각하는 경향성을 측정하는 척도로 질병을 시사하지 않는 불쾌한 신체 상태를 기술하는 내용으로 구성되어 있고, 총 10문항이며 5점 척도이다. 내적 일관성 신뢰도  $\alpha$ 는 대학생의 경우 .74, 정신과 환자의 경우 .70, 정상인의 경우 .78이었으며, 대학생을 대상으로 구한 3주 간격의 검사 재검사 신뢰도는 .72였다.

**증상 해석 질문지(Symptom Interpretation Questionnaire)**

Robbins와 Kirmayer(1991)가 신체 증상의 귀인에 일관적인 양식이 있는지를 측정하기 위해 개발한 자기 보고형 척도로 원호택과 신현균(1998)이 번안해 한국판으로 개발하였다. 13가지 흔히 경험하는 신체 증상에 대해 3가지 귀인 경향(신체 혹은 질병, 정서적 혹은 스트레스 원인, 환경적이거나 중성적인 원인)을 각각 4점 척도 상에 표시하게 되어 있다. 본 연구에서는 신현균(1998)의 연구와 동일하게, 공

황 장애 환자들이 주로 보이는 증상들을 선별하여 '재앙 귀인' 척도를 추가하였다. 신체 귀인, 정서 귀인, 중성 귀인 척도에 대한 내적 일관성 신뢰도  $\alpha$ 는, 대학생의 경우 각각 .82, .83, .75였고, 정신과 환자의 경우 각각 .80, .87, .83이었으며, 정상 성인의 경우 .81, .80, .75였다. 본 연구에서 측정된 재앙 귀인 척도의 내적 일관성 신뢰도  $\alpha$ 는 .88이었다.

#### 연구 절차

주치의가 신체화 증상을 주소로 내원한 환자를 면담하였고, 이후 본 연구자 또는 임상심리전문가가 연구의 취지를 간단하게 설명한 후 자기 보고형 검사들로 구성된 소책자를 나누어 주고 개별적으로 작성하도록 하였다. 의학적 자료 및 신체화 증상과 관련된 자료는 본 연구자와 임상심리전문가가 외래 기록지를 일일이 조사한 후 정리하였고, 주치의와 임상심리전문가가 객관적인 자료와 전문적인 판단을 통해 참여자를 신체적 질병의 유무에 따라 두 집단으로 구분하였다.

#### 자료 분석

자료 분석을 위해서는 SPSS 12.0판을 사용하였고, 자료 분석 과정은 다음과 같다. 신체화 증상을 보이는 환자 중에서 건강염려경향이 높은 사람들의 신체적 질병의 유무에 따른 심리적 특성의 차이를 살펴보기 위해, MMPI Hs 척도에서 65T이상인 환자 69명을 선별하여 정상 통제 집단을 포함한 세 집단을 비교 분석하였다. 세 집단간 연령차가 유의미했으므로, 연령을 공변인으로 통제하여 공변량 분석(ANCOVA)을 한 후 사후 분석을 실시하였다.

다음으로, 신체적 질병의 유무에 따라 구분된 두 신체화 집단 각각에서 건강염려경향을 설명해주는 변인을 탐색적으로 살펴보고자 했다. 이에 신체화 증상을 보이는 환자 136명을 신체적 질병 유무에 따라 구분한 뒤 각 집단별로 상관 및 회귀 분석을 실시하였다.

### 결 과

#### 건강염려경향이 높은 환자들의 신체적 질병 유무에 따른 심리적 특성 비교

신체화 증상을 보이는 환자 중에서 건강염려경향이 높은 환자들을 신체적 질병에 따라 두 집단으로 구분한 뒤, 정상 통제 집단을 포함하여 성격 및 인지적 변인의 차이를 비교 분석하였다. 그 결과는 표 5에 제시하였다.

우선, 성격 변인의 경우, 정서인식불능은 건강염려경향이 높으면서 신체적 질병이 없는 집단의 점수가 가장 높은 것으로 나타났고, 그 다음으로 건강염려경향이 높으면서 신체적 질병이 있는 집단, 정상 통제 집단 순으로 나타났다,  $F(2, 106)=18.89, p<.001$ . 정서표현불능에서는 건강염려경향이 높으면서 신체적 질병이 없는 집단의 점수가 다른 두 집단에 비해 더 높은 것으로 나타났고,  $F(2, 106)=6.46, p<.01$ , 외적사고지향성에서는 집단간 차이가 나타나지 않았다,  $F(2, 106)=.49, ns$ .

인지적 변인에서의 집단간 차이를 살펴보면, 신체감각 증폭지각,  $F(2, 106)=3.68, p<.05$ , 정서 귀인,  $F(2, 106)=6.98, p<.01$ , 신체 귀인,  $F(2, 106)=8.94, p<.001$ , 에서는 신체적 질병의 유무와 관계없이 건강염려경향이 높은 집단의 점수가 정상 통제 집단보다 더 높은 것으로

표 5. 건강염려경향이 높은(Hs≥65T) 집단 중 신체적 질병이 없는 집단, 신체적 질병이 있는 집단, 정상 통제 집단의 연령을 통제한 후 성격 및 인지적 변인의 비교

	건강염려경향이 높은(Hs≥65T) 집단 중		정상 통제집단 (n=40)	F	사후검증
	신체적 질병이 없는 집단 (n=29)	신체적 질병이 있는 집단 (n=40)			
감정표현불능증					
정서인식불능	24.24 (7.85)	18.28 (6.53)	14.56 (4.23)	18.89 <sup>***</sup>	1>2>3
외적사고지향성	23.00 (5.70)	23.20 (4.44)	24.67 (5.09)	.49	
정서표현불능	23.41 (6.34)	19.25 (4.75)	17.95 (6.12)	6.46 <sup>**</sup>	1>2,3
신체감각 증폭지각	29.55 (7.44)	27.88 (7.77)	24.86 (5.39)	3.68 <sup>*</sup>	1,2>3
신체증상 해석방식					
중성귀인	2.46 (.50)	2.36 (.42)	2.50 (.44)	.13	
정서귀인	2.90 (.66)	2.73 (.62)	2.39 (.56)	6.98 <sup>**</sup>	1,2>3
신체귀인	2.47 (.56)	2.40 (.40)	2.01 (.51)	8.94 <sup>***</sup>	1,2>3
재양귀인	1.45 (.51)	1.28 (.29)	1.16 (.26)	5.80 <sup>**</sup>	1>3

주. 사후검증의 1: 건강염려경향이 높으면서(Hs≥65T) 신체적 질병이 없는 집단, 2: 건강염려경향이 높으면서(Hs≥65T) 신체적 질병이 있는 집단, 3: 정상 통제 집단.

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

나타났고, 재양귀인,  $F(2, 106)=5.80, p < .01$ , 에서는 건강염려경향이 높으면서 신체적 질병이 없는 집단이 정상 통제 집단보다 더 높은 것으로 나타났다.

이러한 결과를 통해 볼 때, 건강염려경향이 높은 환자들은 신체적 질병의 유무에 따라 서로 다른 심리적 특성을 가진 집단으로 구분될 수 있다. 즉, 건강염려경향이 높으면서 신체적 질병이 없는 집단은 정상 통제 집단과 성격 및 인지적 변인 모두에서 차이가 나타났고, 건강염려경향이 높으면서 신체적 질병이 있는 집단과는 정서를 인식하고 표현하는 능력의 부족이라는 성격 변인에서만 유의한 차이가 나타났다. 한편, 건강염려경향이 높으면서 신체적 질병이 있는 집단은 정상 통제 집단과

신체감각을 증폭하여 지각하는 경향, 신체 감각을 정서적 원인이나 신체적 원인으로 해석하는 경향과 같은 인지적 변인에서 주된 차이가 나타났다.

건강염려경향에 영향을 미치는 심리적 변인에 대한 탐색적 분석: 신체적 질병의 유무에 따른 차이

신체화 증상을 보이는 환자들을 대상으로, 이들의 건강염려경향에 영향을 미치는 심리적 변인이 신체적 질병의 유무에 따라 어떻게 달라지는지 탐색적으로 살펴보고자 하였다. 이에 신체화 증상을 보이는 환자 136명(남 59, 여 77)을 신체적 질병 유무에 따라 구분한 후, 각 집단별로 상관 및 회귀 분석을 실시하였다.

우선, 신체적 질병이 없는 신체화 집단, 신체적 질병이 있는 신체화 집단 각각에서 건강염려경향과 성격 및 인지적 변인의 상관 분석을 실시하였다. 신체적 질병이 없는 신체화 집단 내에서의 상관 분석 결과, 건강염려경향은 정서인식불능과 가장 높은 상관을 보였고,  $r(70)=.63, p<.001$ , 그 다음으로 신체 귀인,

$r(70)=.59, p<.001$ , 신체감각 증폭지각,  $r(70)=.53, p<.001$ , 과도 유의미한 상관이 있는 것으로 나타났다. 그밖에도 정서 귀인,  $r(70)=.51, p<.001$ , 정서표현불능,  $r(70)=.50, p<.001$ , 재앙 귀인,  $r(70)=.32, p<.01$ , 중성 귀인,  $r(70)=.28, p<.05$ , 과 유의미한 상관이 나타났다. 한편, 신체적 질병이 있는 신체화 집단 내에서의 상관

표 6. 신체적 질병이 없는 신체화 집단의 건강염려경향과 성격 및 인지적 변인의 상관계수(n=70)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 건강염려경향	-							
2 정서인식불능	.63***	-						
3 외적사고지향성	-.07	-.13	-					
4 정서표현불능	.50***	.74***	.04	-				
5 신체감각증폭지각	.53***	.72***	-.21	.48***	-			
6 정서귀인	.51***	.66***	-.06	.52***	.66***	-		
7 중성귀인	.28*	.34**	.08	.25	.32**	.60***	-	
8 신체귀인	.59***	.52***	.02	.31*	.55***	.65***	.55***	-
9 재앙귀인	.32**	.33**	.10	.19	.38**	.41***	.18	.66***

\*  $p<.05$ , \*\*  $p<.01$ , \*\*\*  $p<.001$

표 7. 신체적 질병이 있는 신체화 집단의 건강염려경향과 성격 및 인지적 변인의 상관계수(n=66)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 건강염려경향	-							
2 정서인식불능	.23	-						
3 외적사고지향성	-.17	.19	-					
4 정서표현불능	.04	.62***	.23	-				
5 신체감각증폭지각	.35**	.44***	-.04	.24*	-			
6 정서귀인	.18	.44***	.03	.24	.29*	-		
7 중성귀인	.04	.32*	-.26	.02	.33*	.39**	-	
8 신체귀인	.19	.37**	-.00	.11	.45***	.32*	.42**	-
9 재앙귀인	-.17	.27	.18	.18	.32*	.19	.20	.67***

\*  $p<.05$ , \*\*  $p<.01$ , \*\*\*  $p<.001$

분석 결과, 건강염려경향은 신체감각 증폭지각,  $r(66)=.35, p<.01$ , 에서만 유의미한 정적 상관을 가지는 것으로 나타났다. 그 결과는 표 6과 표 7에 제시되었다.

다음으로, 건강염려경향을 종속변인으로, 성격 및 인지적 변인을 예언변인으로 하여, 각각의 집단에서 단계적(stepwise) 중다 회귀 분석을 실시하였다. 먼저 신체적 질병이 없는 신체화 집단 내에서 건강염려경향을 가장 잘 설명해주는 변인은 정서인식불능으로 설명 변량은 36%였고, 그 다음은 신체 귀인으로 11%의 설명 변량을 더하여, 이들 두 변인의 전체 설명 변량은 47%였다,  $F(2, 67)=26.42, p<.001$ . 즉, 확인된 신체적 질병이 없는데도 신체화 증상을 보이는 사람들은, 자신의 정서를 인식하는 능력이 부족할수록, 신체 감각을 느꼈을 때 이를 비응급 신체 질병으로 해석할수록 건강염려증적인 경향을 보인다. 한편, 신체적 질병이 있는 신체화 집단 내에서 건강염려경향을 가장 잘 설명해주는 변인은 신체감각 증폭

지각으로, 설명 변량은 11%였다,  $F(1, 64)=6.17, p<.05$ . 이를 통해 신체적 질병이 있으면서 신체화 증상을 보이는 사람들은 자신의 신체 감각을 증폭하여 지각할수록 건강염려경향이 증가한다는 것을 알 수 있다. 그 결과는 표 8과 표 9에 제시하였다.

이러한 결과를 통해서 볼 때, 신체적 질병이 없는 신체화 집단의 건강염려경향은 성격 및 인지적 변인의 영향을 모두 받는데, 특히 정서인식불능과 신체귀인이 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 반면, 신체적 질병이 있는 신체화 집단의 건강염려경향은 신체감각 증폭지각이라는 인지적 변인이 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다.

## 논 의

본 연구에서는 신체화 증상을 보이는 환자들이 신체적 질병의 유무에 따라 어떠한 심리

표 8. 신체적 질병이 없는 신체화 집단에서 건강염려경향을 종속변인으로 한 단계적 회귀분석 결과(n=70)

단계	예언변인	$\beta$	$t$	$R^2$	$\Delta R^2$	$F$
1	정서인식불능	.60	5.89***	.36	.36	34.71***
2	정서인식불능	.40	3.64***			
	신체 귀인	.38	3.45***	.47	.11	26.42***

주. 성격 및 인지적 변인을 독립변인으로 투입한 경우

\*\*\*  $p<.001$

표 9. 신체적 질병이 있는 신체화 집단에서 건강염려경향을 종속변인으로 한 단계적 회귀분석 결과(n=66)

단계	예언변인	$\beta$	$t$	$R^2$	$\Delta R^2$	$F$
1	신체감각 증폭지각	.34	2.48*	.11	.11	6.17*

주. 성격 및 인지적 변인을 독립변인으로 투입한 경우

\*  $p<.05$

적 특성의 차이를 보이는지 알아보았다. 우선, 신체화 증상을 보이는 환자 중에서도 건강염려경향이 높은 환자 69명을 선정하였고, 이들을 신체적 질병의 유무에 따라 다시 두 집단으로 구분하였다. 이후 정상 통제 집단을 포함한 세 집단의 성격 및 인지적 변인의 차이를 비교 분석하였다. 연구 결과, 건강염려경향이 높으면서 신체적 질병이 없는 집단은 정상 통제 집단과 성격 및 인지적 변인 모두에서 차이가 나타났고, 건강염려경향이 높으면서 신체적 질병이 있는 집단과는 정서를 인식하고 표현하는 능력의 부족이라는 성격 변인에서만 유의한 차이가 나타났다. 한편, 건강염려경향이 높으면서 신체적 질병이 있는 집단은 정상 통제 집단과 인지적 변인에서 주된 차이가 나타났다. 이러한 연구 결과는 신체화 환자 중에서도 건강염려경향이 높은 사람들이 신체적 질병의 유무에 따라 서로 다른 심리적 특성을 가진 집단으로 구분될 수 있음을 시사한다. 즉, 건강염려경향이 높은 사람들은 신체적 질병의 유무와 관계없이 신체감각을 증폭하여 지각하거나 신체 감각을 정서적 원인이거나 신체적 원인으로 해석하는 등의 인지적인 특성을 공통적으로 가진다(Basky et al., 1990, Warwick & Salkovskis, 1990). 그러나, 이들은 신체적 질병의 유무에 따라 감정표현불능증이라는 성격적인 특성에서 차이를 보였다. 즉, 건강염려경향이 높으면서 신체적 질병이 없는 환자들은 건강염려경향이 높으면서 신체적 질병이 있는 환자들에 비해 자신의 감정을 인식하거나 표현하는 능력이 부족한 것으로 나타났다. 즉, 이들은 감정에 대한 정신적 표상을 형성하지 못하므로 심리내적인 자극보다 외적인 자극에 민감한데, 이로 인해 정상적인 신체감각 정보를 확대하여 지각하거나 정서적

각성에 의한 신체 증상을 신체적 질병으로 오해석하면서 건강염려경향을 보이게 된다(Taylor et al., 1991).

다음으로, 신체화 증상을 보이는 환자들을 대상으로, 이들의 건강염려경향에 영향을 미치는 심리적 변인이 신체적 질병 유무에 따라 어떻게 달라지는지 탐색적으로 살펴보았다. 이에 신체화 증상을 보이는 환자 136명을 신체적 질병 유무에 따라 구분한 후 각 집단별로 상관 및 회귀 분석을 실시하였다. 그 결과, 신체적 질병이 없는 신체화 집단에서는 성격 및 인지적 변인 모두가 건강염려경향과 관련되는데, 특히 감정을 인식하는 능력이 부족할수록, 신체 감각을 비응급적인 신체 질병으로 해석할수록 건강염려경향이 증가되는 경향이 있었다. 즉, 이들은 성격적으로 자신의 감정을 인식하는 능력이 부족하기 때문에, 정서 상태와 관련하여 흔히 나타나는 신체 감각을 정서적 갈등이나 대인 관계 갈등보다는 신체적 질병에서 비롯된 것으로 해석하게 되고, 이로 인해 건강염려경향이 증가된다(Cox, Swinson, Shulman, & Bourdeau, 1995; Deary, Clyde, & Freier, 1997; Lumley, Ovies, Stettner, Wehmer, & Lakey, 1996). 반면, 신체적 질병이 있는 신체화 집단에서는 신체감각 증폭지각이라는 인지적 변인이 건강염려경향에 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 이들에게는 신체적 질병이 있다는 사실이 상당히 위협적이기 때문에(Noyes et al., 2004), 비교적 크기가 약하고 빈도가 낮은 신체 감각에 선택적 주의를 기울이고 이를 증폭 지각하게 되면서 건강염려경향이 증가된다고 볼 수 있다(Barsky et al., 1990). 이러한 연구 결과는 신체화 환자들이 신체적 질병으로 진단 받았는지의 여부에 따라 이들의 건강염려경향을 유발하는 원인이나

심리적 기제가 다를 수 있음을 나타낸다.

본 연구는 신체화 증상을 보이는 환자들의 연구 및 치료에 대한 몇 가지 이론적, 임상적인 시사점을 제공할 수 있다. 첫째, 신체화 증상을 보이는 환자들이 신체적 질병의 유무에 따라 어떠한 심리적 특성의 차이를 보이는지 확인하였다. Mayou 등(2005)은 DSM-III와 DSM-IV에서 합의된 신체형 장애의 진단 기준을 실제 임상 장면에서 적용하는 것은 문제가 있음을 제기하면서, 신체화 증상의 연구 및 치료에 있어서 신체적 질병의 유무를 고려해야 한다고 강력하게 주장하였다. 심지어 DSM-V에서는 신체형 장애라는 진단명을 폐기하고, 축 3에 신체적 질병과 관련된 진단을 포함시키거나, 신체적 질병이 없을 경우에는 ‘기능적 신체화 증상(functional somatic symptom)’으로 기재할 것을 제안하기도 했다. 물론, 이들(Mayou et al., 2005)의 주장이 지나치게 급진적이고 많은 한계를 내포하고 있지만, 신체화 환자들의 연구 및 치료에서 신체적 질병의 중요성을 강조했다. 이러한 맥락에서 본 연구가 신체화 환자들의 신체적 질병의 유무에 따른 심리적 특성의 차이를 밝혔다는 것은, 신체화 환자들의 연구 및 치료에서 신체적 질병의 중요성을 경험적으로 살펴봐왔다는 점에서 의의가 있을 것이다.

둘째, 본 연구 결과를 토대로 건강염려경향의 발생 경로를 추정해볼 수 있다. 신체적 질병이 없으면서 신체화 증상을 보이는 집단의 경우에는 신현균(2000)의 연구에서 검증된 신체화 증상의 매개모델과 유사하게, 감정인식 불능이 건강염려경향의 취약 요인으로 작용하며, 이런 성격 특성이 신체 귀인이라는 인지적 변인의 매개를 통해 건강염려경향을 유발하는 것으로 볼 수 있겠다. 반면, 신체적 질병

이 있으면서 신체화 증상을 보이는 집단에서는, 인지적 변인, 특히 신체감각을 증폭하여 지각하는 경향성이 건강염려경향에 직접적인 영향을 미치는 것으로 추론해 볼 수 있겠다.

셋째, 그 동안 치료가 쉽지 않은 것으로 알려져 왔던 신체화 환자에게 대한 치료적 시사점을 제공할 수 있다. 즉, 신체화 증상을 보이는 환자들, 특히 건강염려경향이 높은 환자들은 치료를 반복적으로 추구하지만, 치료를 통해 얻는 이득은 많지 않고, 오히려 시간이 경과되면서 문제가 더 심각해질 수 있다(Coryell, & Norton, 1981; Fink, 1992; Smith, Monson, & Ray, 1986). 하지만, 이들의 문제를 효과적으로 치료하기란 쉬운 일이 아니며, 치료를 위해 환자와 안정적인 관계를 맺는 것도 쉽지 않다. 이와 관련하여, Borkan, Reis, Hermon과 Bideman (1995)는 신체화 환자들의 치료에서는 장애의 진단이나 치료적 기술보다 치료자-환자 관계(doctor-patient interaction)가 더 중요하고, 치료적 관계를 유지하기 위해서는 환자가 증상을 어떻게 이해하고 해석하는지를 파악하는 것이 중요하다고 언급했다. 이런 점에서, 환자의 건강염려경향이 의학적 원인과 관련된 것인지 심리적 원인으로 인한 것인지를 밝히고, 각각의 경우 어떠한 심리적 과정을 통해 증상을 경험하게 되는지를 이해한다면, 건강염려경향의 원인에 대한 치료자와 환자의 불일치를 줄일 수 있다는 점에서 치료적 시사점이 있겠다.

넷째, 신체화 환자들의 치료를 위해서는, 신체적 질병의 유무에 따라 차별적인 접근이 필요할 것이다. 신체적 질병이 없는 신체화 집단의 건강염려경향은 성격 및 인지적 변인에 의해 모두 영향을 받기 때문에 인지적인 접근 뿐 아니라 성격적인 부분에 대한 개입도 필요

할 것이다. 즉, 이들은 사소한 신체 감각을 신체 질병으로 해석하는 경향이 있으므로, 단기적으로는 감정으로 인한 신체 증상을 신체적 질병이 아닌 심리적인 것으로 재귀인하도록 개입해야 할 것이다(Goldberg, Gask, & O'Dowd, 1989). 또한, 이들은 자신의 감정을 인식하는 능력이 부족하고, 감정과 감정으로 인한 신체 감각을 구분해내는 능력이 부족하다. 따라서 개인이 정서적으로 억압하려고 하는 일화들 치료 관계에서 회상하면서 환자가 기대하지 못한 경험을 하게 하고, 이 과정에서 기대하지 못한 생각이나 감정을 불러일으킨 후 증상과 관련시키는 등의 치료적 개입이 장기간에 걸쳐 필요할 것이다(Theorell et al., 1998). 반면, 신체적 질병이 있는 신체화 집단의 건강염려 경향은 주로 인지적 변인에 의해 영향을 받기 때문에 인지적인 개입이 필요할 것이다. 즉, 이들은 신체 감각에 과도하게 주의를 두거나 비교적 약하고 빈도가 낮은 감각에 대해서 선택적으로 주의를 두는 경향이 있으므로, 이들을 치료하기 위해서는 신체 감각으로부터 주의를 분산시키는 것이 좋은 방법일 수 있겠다. 아울러 이들의 신체 감각에 대한 민감성을 활용하여 병리적인 증상은 무시하고 해롭지 않은 신체 감각이나 이완 상태에 주의를 초점을 두면서, 이런 감각은 항상 일어나는 일상적인 것이며 사소한 신체적 변화는 정상적으로 일어난다는 것을 인식하도록 하는 것도 도움이 될 것이다(Barsky, Geringer, & Wool, 1988).

본 연구의 제한점 및 앞으로의 연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 신체화 증상은 우울, 불안, 분노와 같은 정서적인 변인과 공존율이 높은 것으로 알려져 왔는데, 본 연구에서는 이를 고려하지 못했다. 즉, 우울감과 같

은 정서적 불편감은 신체적 불편감을 악화시킬 수 있고(Barsky et al., 1988), 불안감은 고통감의 역치를 낮추기 때문에 사소한 신체 증상에도 예민하게 반응하도록 하거나, 자신의 건강 상태에 대해 불안하게 만들 수 있다(Stembach, 1978). 분노감 역시 신체화 증상과 밀접한 연관이 있는 것으로 보고 되었고(최성일, 김중술, 신민섭, 조맹제, 2001; Kellner et al., 1985), 특히 한국 사람들의 문화 특유 증후군인 '환병'의 경우 분노감과 관련이 높은 것으로 임상 연구를 통해 보고 되었다(민성길, 김경희, 1998). 하지만, 본 연구에서는 성격 및 인지적 변인에 주로 초점을 두었을 뿐 정서적 변인을 고려하지 못했으므로, 우울, 불안, 분노 등의 다양한 감정 상태를 고려한 후속 연구가 필요할 것이다. 둘째, 본 연구에 포함된 환자의 사례수가 많지 않았기 때문에 본 연구 결과를 일반화하기에는 한계가 있다. 환자 집단의 자료를 구하기가 어려운 현실을 고려할 때 추후에는 이러한 부분을 보충하여 타당도가 높은 연구를 하는 것이 필요하겠다. 셋째, 본 연구에서는 신체적 질병의 유무에 따라 구분된 두 집단의 건강염려경향의 발생 경로에 대해서는 검증하지 못했다. 이와 관련하여 정신과 환자와 대학생을 대상으로 신체화 증상의 매개 모형을 검증한 연구가 발표된 바 있으나(신현균, 2000), 당시의 연구에서는 정신과 환자 집단을 선정할 때 신체적 질병의 유무를 고려하지 않았다. 이에 추후 연구에서는 신체화 환자들을 신체적 질병의 존재 유무에 따라 구분한 뒤 건강염려경향의 경로가 어떻게 달라지는지 살펴볼 필요가 있을 것이다.



참고문헌

- 고경봉 (1994). 신체화의 개념과 기전. 신경 정  
신과 제 2차 회원 연수 교육.
- 김중술 (2001). 다면적 인성 검사: MMPI의 임  
상적 해석. 서울대학교출판부.
- 민성길, 김경희 (1998). 화병의 증상. 신경정신  
의학, 37(6), 1138-1145.
- 박영남 (1984). 신체 증상을 주소로 하는 정신  
과 외래 환자의 임상적 고찰. 계명대학  
논문집, 3(27), 169-174.
- 신현균 (1998). 신체화 집단의 신체 감각에 대한  
해석, 추론 및 기억 편향. 서울대학교 대  
학원 박사학위 청구논문.
- 신현균 (2000). 부정적 정서, 감정표현불능증,  
신체감각 증폭지각, 및 신체적 귀인이  
신체화에 미치는 영향: 매개모델의 검  
증. 한국심리학회지: 임상, 19(1), 17-32.
- 신현균, 원호택 (1997). 한국판 감정표현불능증  
척도 개발 연구. 한국심리학회지: 임상,  
16(2), 219-231.
- 신현균, 원호택 (1998). 신체화의 인지특성 연  
구(I): 한국판 신체감각 증폭척도와 증상  
해석 질문지의 신뢰도와 타당도 연구.  
한국심리학회지: 임상, 17(2), 33 -39.
- 이만홍 (1981). Multiple somatizer에 관한 임상적  
연구: Somatoform disorder의 임상적 적용  
을 위한 연구(I). 신경정신의학, 20, 423-  
430.
- 정학송 (1977). 우울증 환자의 신체 증상. 신경  
정신의학, 17, 423-430.
- 최성일, 김중술, 신민섭, 조맹계 (2001). 분노표  
현방식과 우울 및 신체화 증상과의 관  
계. 신경정신의학, 40(3), 425- 433.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic  
and statistical manual of mental disorders (4th  
edition)*. Washington, DC: Author.
- Bach, M., Bach, D., & De Zwaan, M. (1996).  
Independency of alexithymia and somatization.  
*Psychosomatics*, 37, 451-458.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J.  
(1994). The twenty-Item Toronto Alexithymia  
Scale- II. convergent, discriminant, and  
concurrent Validity. *Journal of Psychosomatic  
Research*, 38(1), 33-40.
- Barsky, A. J., Goodson, J. D., Lane, R. S., &  
Cleary, P. D. (1988). The amplification of  
somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50,  
510-519.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L.  
(1990). The Somatosensory Amplification  
Scale and its Relationship to hypochondriasis.  
*Journal of Psychiatry Research*, 24, 323-334.
- Beutler, L. E., Engle, D., Oro'Beutler, M. E.,  
Daldrup, D., & Meredith, K. (1986).  
Inability to express intense affect: A  
common link between depression and pain?  
*Journal of Consulting and Clinical Psychology*,  
54(6), 752-759.
- Bishop, G. D. (1987). Lay conception of physical  
symptoms. *Journal of Applied Social Psychology*,  
17(2), 127-146.
- Coryell, W., & Norten, S. G. (1981). Briquet's  
syndrome (somatization disorder) and primary  
depression: Comparison of background and  
outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 22, 249-  
256.
- Cox, B. J., Swinson, R. P., Shulman, I. D., &  
Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in panic  
disorder and social phobia. *Comprehensive*

- Psychiatry*, 36, 195-198.
- De Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: A critical review of conceptual and methodological issue. *Psychosomatics*, 43, 1-9.
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 425-434.
- Deary, I. J., Clyde, Z., & Freier, B. M. (1997). Constructs and models in health psychology: The case of personality and illness reporting in diabetes mellitus. *British of Health Psychology*, 2, 35-54.
- Deary, I. J., Scott, S., & Wilson, J. A. (1997). Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Personality Individual Difference*, 22, 551-564.
- Escobar, J. I., Gara, M., Waitzkin, H., Silver, R. C., Holman, A., & Compton, W. (1998). DSM-IV Hypochondriasis in Primary Care. *General hospital Psychiatry*, 20, 155-159.
- Fink, P. (1992). Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 439-447.
- Goldberg, D., Gask, L., & O'Dowd, T. (1989). The treatment of somatisation. Teaching techniques of reattribution. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(6), 689-695.
- Graham, J. R. (1993). *MMPI-2 Assessing Personality and Psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Hitchcock, P. B., Mathews, A. (1992). Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 30(3), 223-234.
- Kauhanen, J., Kaplan, G., Cohen, R., Salonen, R., & Salonen, J. T. (1994). Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 56(2), 237-244.
- Kellner, R., Slocumb, J. C., Wiggins, R. G., Abbott, P. J., Winslow, W. W., & Pathak, D. (1985). Hostility, somatic symptoms and hypochondriasis fears and beliefs. *Journal of Nervous Mental Disorder*, 173, 554-561.
- Lipowski, Z. J. (1967). Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine II. Clinical Aspects. *Psychosomatic Medicine*, 29, 201-224.
- Lipowski, Z. J. (1977). The importance of body experience for psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 18, 473-479.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145 (11), 1358-1368.
- Lumley, M. A., Oviets, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 519-530.
- Manu, P., Affleck, G., Tennen, H., Morse, P. A., & Escobar, J. I. (1996). Hypochondriasis influences with chronic fatigue. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 76-81.
- May, C., Rose, M., & Johnstone, F. (2000). Dealing with doubt: how patients account for chronic low back pain. *Journal of Psychosomatic Research*, in press.
- Mayou, R., Kirmayer, L., Simon, G., Kroenke, K., & Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-IV.

- American Journal of Psychiatry*, 162(5), 847-855.
- Pepper, C. M., Krupp, L. B., Friedberg, F., Doscher, C., & Coyle, P. K. (1993). A comparison of neuropsychiatric characteristics in chronic fatigue syndromes, multiple sclerosis, and major depression. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 5, 200-205.
- Regier, D. A., Goldberg, D. A., & Taube, C. A. (1978). The de facto U.S. Mental Health Service System. *Archives of General Psychiatry*, 35, 685-693.
- Rief, W., Heuser, J., & Fichter, M. M. (1996). What does the Toronto Alexithymia Scale TAS-R measure? *Journal of Clinical Psychology*, 52, 423-429.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). *Cognitive and social factors in somatization*. In L. J. Kirmayer, & J. M. Robbins(Eds.), Current concepts of somatization: research and clinical perspectives. (pp. 107-141). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Sharpe, M., & Carson, A. J. (2001). "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift? *Annals of Internal Medicine*, 134, 926-930.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- Smith, G. R., Monson, R. A., & Ray, D. C. (1986). Patients with multiple unexplained symptoms: Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Archives of Internal Medicine*, 146, 69-72.
- Solomon, P., & Patch, V. D. (1974). Handbook of Psychiatry (3rd Edition). *Lange Maruzen*, 248.
- Sternbach, R. A. (1978). *Psychological dimensions and perceptual analyses, including pathologies of pain*. In Carterett ED, Friedman MD (eds): Handbook of Perception. New York, Academic, 6, 231-261.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: concept, measurement, and implications of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725-732.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.
- Theorell, T., Konarski, K., Westerlund, H., Burell, A. M., Engstrom, R., Lagercrantz, A. M., Teszary, J., & Thulin, K. (1998). Treatment of patients with chronic somatic symptoms by means of art psychotherapy: a process description. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 50-56.
- Warwick, H. M. C., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 28, 105-117.
- White, P., & Moorey, S. (1997). Psychosomatic illnesses are not all in the mind. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 245 - 252.
- Wise, T. N., & Birker-Smith, M. (2002). The somatoform disorders for DSM-V: the need for changes in process and content. *Psychosomatics*, 43, 437-440.
- Wood, B., & Wessely, S. (1999). Personality and

social attitudes in chronic fatigue syndrome.  
*Journal of Psychosomatic Research*, 47(4),  
385-397.

원고접수일 : 2005. 9. 8.

게재결정일 : 2005. 12. 31.

## The Difference in Psychological Characteristics of Patients with Somatic Symptom According to the Presence of Physical Illness

Sun-Young Park<sup>1)</sup> Young-Joon Lee<sup>1)</sup> Seong-Hoon Hwang<sup>2)</sup> So-Yong Eom<sup>1)</sup> Woo-Taek Jeon<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>Department of Psychiatry College of Medicine Yonsei University

<sup>2)</sup>Seoul Institute of Clinical Psychology

The present study examined if there's any difference in psychological characteristics of somatic patients according to the presence of physical illness. First of all, We divided the 69 subjects that showed significantly higher score in Hs scale of MMPI into two groups by physical illness, and compared them to get clinical implication. As a result, the high health anxiety group without physical illness showed significant differences in personality and cognitive variables compared with normal control group, and only in personality variables compared with the high health anxiety group with physical illness. On the other hand, there were significant differences between the high health anxiety group with physical illness and normal control group in cognitive variables. In the next place, we also investigated the group differences in the personality and cognitive variables effecting somatization. The results revealed that alexithymia and somatic attribution affected somatic symptoms in somatizing patients without physical illness, and somato-sensory amplification influenced somatic symptoms in somatizing patients with physical illness. These results suggest that somatizing patients should be classified into the different groups according to the presence of physical illness, and that these differences should be considered in future research and clinical intervention.

*Keywords* : somatizing patients without physical illness, somatizing patients with physical illness, health anxiety, alexithymia, somato-sensory amplification, somatic attribution