

신체화 집단의 감정표현불능 증후군 및 대처 손상: 로샤의 인지, 정서, 행동 및 스트레스 관리 분석*

박 문 규[†] 손 정 락
전북대학교 심리학과

본 연구의 목적은 로샤 검사를 통하여 신체화 집단의 감정표현불능증과 대처손상 경향을 검토하고, 그 결과를 인지, 정서, 행동 및 스트레스 관리 측면에서 분석하는 것이다. 이러한 목적을 위하여, 56명의 신체화 집단이 두 가지 기준 자료(한국 정상성인과 미국 정상성인의 기준)와 비교되었다. 본 연구결과에서 신체화 집단은 비교집단들에 비하여 전체반응수(R), 인간 반응수(M)가 적었고, 색채반응 총점수(W Sum C)가 낮았다. 또한 신체화 집단은 비교집단들에 비하여 혼합반응수가 적었고, Lambda 점수가 높았으며, 경험실제(EA) 점수가 작았다. 아울러 신체화 집단은 미국 정상성인에 비하여 형태-색채(FC) 반응수가 적었다. 이러한 결과들은 신체화 집단의 감정표현불능증을 암시한다. 게다가 신체화 집단은 심한 대처손상을 나타냈다: (1) EA<6, (2) COP<2, AG<2, (3) W Sum C<2.5, Afr<.46, (4) Pure H<2가 신체화 집단에서 대부분 나타났고, (5) Isolation Index>.24도 신체화 집단 일부에서 나타났다. 마지막으로, 결과가 인지, 정서, 행동 및 스트레스 관리 측면에서 분석되었다. 이러한 분석을 토대로, 치료에 대한 권고가 제안되었다.

주요어 : 감정표현불능증, 대처 손상, 신체화, 로샤

* 이 논문은 2006년 한국 심리학회 연차 학술대회에서 포스터 발표되었음.

† 교신저자(Corresponding Author) : 박문규 / 전북대학교 심리학과 / 전북 전주시 덕진동 1가 664-14
FAX : 063-270-2933 / E-mail : mkpark63@hanmail.net

신체화는 의학적인 문제가 발견되지 않으면서 여러 신체증상을 호소하는 것을 뜻한다(신현균, 1998). 또한 Kellner(1991)는 신체화를 ‘한 개 이상의 신체증상을 호소하고, 적절한 평가에 의해 신체증상을 설명해줄 만한 기질적 병리 및 생리적 기제가 없고, 혹은 기질적 병리가 있다 하더라도 신체 증상의 호소 및 사회적, 직업적 장애가 실제의 기질적 이상에서 나타날 수 있는 것보다 훨씬 더 클 때’로 지칭하였고, Lipowski(1988)도 신체화를 ‘병리적 발견으로 설명되지 않는 신체 불편감과 증상들을 경험하고 호소하는 경향, 그리고 그것을 신체 질병으로 귀인하고 의학적 도움을 구하는 경향’이라고 정의하였다(신현균, 1998에서 재인용).

원래 신체화는 초기에는 주로 정신분석적 입장에서 방어기제의 일종이나 갈등 해결의 시도로 간주되었지만(Engel, 1959; Menninger, 1947; Schur, 1955), 최근에는 신체화에 대하여 인지, 행동 및 스트레스 관리 측면에서 많은 연구들이 수행되었다. 예컨대, 신체화에 대한 인지모델에서는 주의(Paul, Schwenger, Brody, Rau, & Birbaumer, 1993; Robbins & Kirmayer, 1991), 지각(Barsky, Wyshak, & Klerman, 1990; Brown, Kosslyn, Delamater, Fama, & Barsky, 1999), 기억(신현균, 1998; Paul & Alpers, 2002; Pincus, Pearce, & Perrott, 1996), 해석 및 귀인(Kirmayer, Young, & Robbins, 1994; Pincus, Pearce, McClelland, & Farley, 1994) 등의 인지 변인들의 역할이 강조되고 있다. 또한 신체화 치료에서 행동과 스트레스 관리 측면을 강조하는 입장에서는 주의분산 및 이완(Barsky, Geringer, & Wool, 1988), 바이오피드백(Flor & Birbaumer, 1993; Nanke & Rief, 2003), 스트레스 관리훈련(Litt & Baker, 1987)과 같은 치료 프로그램의

효과성을 검증하는 연구들이 증가되고 있다.

한편 최근에 정보처리와 도식이론과 같은 핵심적 인지개념을 로샤 반응 과정에 적용하려는 노력이 행해졌다. 예컨대, Acklin과 Wu-Holt(1996)는 로샤 반응 처리에 있는 고유의 인지적 복잡성이 “단기 청각적 주의력; 시각적 주의력, 주사 및 부호화; 장기 기억으로부터의 인출; 단기 시각적 저장; 형태 재인 및 적합성 작용; 의미 처리; 언어 표현 및 발성” 등을 포함한다고 주장하였다. 또한 Hartman 등(2003)은 로샤 반응을 산출할 때 활성화되는 심리적 과정에서 환경이 지각되는 방법, 정보가 처리되는 방법, 개인이 타인과 관계하는 양식, 정서를 조절하고, 문제를 해결하고, 불안과 스트레스를 대처하는 방법을 포함하여, 사람들이 생활 경험을 처리하는 방식에 대한 단서들이 제공된다고 언급하였다. Meyer(1996; Meyer & Archer, 2001)와 Viglione(1999)도 로샤 반응이 자기-보고형 검사와 면담 이상으로 잠재적인 인지 도식, 정서 조절 과정, 대인관계 양상, 경험 통제, 자기-관리, 대처 전략 등과 같은 유용한 정보를 산출한다고 제안하였다.

본 연구에서는 신체화의 인지, 행동 및 스트레스 관리 측면을 강조하는 최근 경향에 호응하여, 로샤 반응과정에 내재되어 있는 인지개념, 정서조절, 행동 양식, 스트레스 대처방식 등을 검토함으로써 로샤의 임상적 유용성을 증진하고자 한다. 이러한 작업을 위하여 본 연구에서는 신체화에서 두드러진 감정표현 불능증과 장기간의 신체화에 따르는 대처 손상 양상을 살펴보기로 한다.

신체화의 감정표현불능증과 로샤 검사

감정표현불능증은 정신신체장애 환자에서

두드러지게 나타나는 한정적이고 고정관념적 인지 양식을 가리킨다(Sifneos, 1972). 감정표현 불능증을 지닌 사람들은 원시적이고, 상상력이 없고, 고정관념이 강한 사고를 지니는 등 언어적 및 추상적 능력의 감소를 보인다. 즉 이들은 환상 및 상징 기능의 빈곤과 경험, 느낌 및 정서를 표현하는 능력의 결여를 나타낸다. 그리고 Taylor, Bagby와 Parker(1991)에 따르면, 감정표현불능증을 지닌 사람들은 정서 각성 상태를 조절하는데 필수적인 정서에 대한 정신적 표상을 구성하는 능력이 결핍되어 있다. 따라서 이들은 상징적 사고 등의 인지과정을 사용하거나 정서 상태를 언어적 방식으로 의사소통하는 것이 어렵게 때문에 적절하게 정서 조절을 잘하지 못한다.

이러한 감정표현불능증은 또한 신체화와 관련성이 있는 것으로 밝혀졌다. Gucht와 Heiser(2003)은 Medline과 PsycLIT에 수록된 감정표현 불능증과 신체화에 대한 경험적 문헌을 평론하였고, 전반적인 감정표현불능증과 신체증상의 관련성을 증명하였다. 또한 Mendelson(1982)은 신체화 환자의 치료가 어려운 이유 중의 하나가 감정표현불능증이 동반되기 때문이라고 주장하였다. 그리고 감정표현불능증을 지니고 있는 사람들은 흔히 자신의 감정을 잘 명명하지 못하기 때문에, 이들은 정서적 각성에서 오는 신체증상이나 다른 정상적인 신체감각에 초점을 맞추게 되어 신체증상을 종종 신체적 질병의 신호로 잘못 해석하고 지속적인 신체증상을 호소하기 쉽다(Barsky & Klerman, 1983). 국내에서도 고경봉(1994), 송지영, 김태수, 오동재, 윤도준, 염태호(1994), 신현균과 원호택(1997) 등의 연구에서 감정표현불능증과 신체증상의 관련성이 나타났다(신현균, 2000에서 재인용). 또한 신현균(2000)의 신체화의 인

지모델에 따르면, 감정표현불능증이 신체화의 취약요인으로 작용하고, 이러한 취약성이 신체감각에 대한 증폭 자각이나 신체적 귀인 등의 인지과정의 매개를 통해 신체화를 유발한다고 가정한다.

한편 감정표현불능증에 대한 개념은 이론적 구성개념으로 널리 수용되었지만, 이를 경험적으로 측정하기 어렵다는 비판이 많았다. 이에 일부 연구자들(Acklin & Alexander, 1988; Bash, 1986; Leavitt & Garron, 1982)은 정신신체장애 환자들에게 로샤 검사를 실시하여 다음과 같은 몇 가지 사항을 발견하였다: (1) 적은 반응수, (2) 적은 운동 반응과 인간 반응, (3) 적은 색채반응 및 (4) 경험 균형의 협착. 특히 Acklin과 Alexander(1988)는 정신신체장애에서 표1에 제시되어 있는 로샤의 감정표현불능증 변인들을 가정하였다. 그리고 Pizza, Spitaleri와 Amato(2001)는 두통과 정신신체장애 사이의 유사성을 가정하고 로샤의 감정표현불능증 변인들을 이용하여 두통 환자의 감정표현불능증 경향을 확인하였다.

본 연구에서는 신체화와 정신신체장애 사이의 감정표현불능증의 유사성을 가정하고, 로샤의 감정표현불능증 변인들을 통하여 신체화 집단의 감정표현불능증 경향을 검토하고자 한다. 또한 로샤의 감정표현불능증 변인들은 인지, 환상, 지각, 정서 및 스트레스 대처 자원 등을 포함하고 있어, 이들 변인들을 통해서 신체화 집단의 인지, 정서, 행동 및 스트레스 관리 양상을 살펴보고자 한다.

로샤의 감정표현불능증 변인들은 다음과 같은 내용을 포함하고 있다.

(1) 전체 반응수(R)와 인간운동 반응수(M)는 환상이나 상상력을 나타낸다. 전체 반응수와 인간운동 반응수가 적은 것은 환상, 상징능력

표 1. 로샤의 감정표현능력증 변인들

기능	변인
환상	낮은 반응 생산성 (R)
	낮은 인간 운동 지각 (M)
정서	제한된 정서반응 (낮은 W Sum C)
	적응이 좋지 못한 정서 (낮은 FC)
인지-지각	구체적 인지 (낮은 혼합반응수)
	고정관념적 지각 (높은 Lambda)
적응 자원	손상된 사고 및 정서 자원 (낮은 EA)

이나 상상력의 부족을 가리킨다.

(2) 색채반응 총점수(W Sum C)는 자신의 감정을 표현하고 스트레스를 대처하는데 필요한 정서적 자원을 나타낸다. 이 변인이 낮은 것은 정서적 자원의 빈곤으로 인하여 정서반응이 제한되어 있음을 가리킨다. 또한 형태-색채 반응수(FC)는 정서를 비교적 적절하게 조절하고 통제하는 것과 관련되어 있다. 낮은 형태-색채 반응수는 적응적 정서를 통제하는데 어려움이 있음을 뜻한다.

(3) 낮은 혼합반응수와 높은 Lambda 점수는 구체적이고 고정관념적 인지 및 지각 양식과 관련되어 있다.

(4) 경험실재(EA)는 스트레스나 문제 상황에서 가용할 수 있는 지적인 능력과 정서적 자원을 총괄한다. 낮은 EA는 스트레스를 대처하는 적응적 대처자원이 부족함을 가리킨다.

신체화의 대처손상과 로샤 검사

신체화는 대처하기 힘든 스트레스 상황에서 심리적 갈등이나 부적 정서상태가 여러 신체 증상으로 나타나는 것으로 볼 수 있다. 또한 낮은 대처수준과 만성적인 신체증상은 서로 관련되어 있는 것으로 나타났다(Eriksen & Ursin,

2004). 그리고 개인이 심리적인 안녕과 성공적 적응을 향상시키기 위해서는 충분한 지적 자원, 정서적 자원, 사회적 자원 등 스트레스를 관리하는데 사용할 수 있는 심리적 대처자원이 풍부하여야 할 것이다(Weiner, 1998).

Weiner(1998)는 로샤의 Coping Deficit Index (CDI) (Exner, 1990, 1991)가 일반적으로 발달과 관련된 지연이나 외상적 사건으로 인한 심각한 기능적 상실로 야기된 만성적이고 지속적인 대처능력의 장애를 반영한다고 주장하였다. 예컨대, CDI>3일 경우 생활과 관련된 일상적 경험에 대처하는 방식이 부적절하고 비효율적일 가능성이 높다고 볼 수 있다. 또한 CDI를 통하여 감별진단과 치료계획에도 중요한 폭넓은 적응적 자원이 측정될 수 있고, 문제 상황에서 사용될 수 있는 다양한 적응적 자원에 관한 여러 측면들이 밝혀질 수 있다.

한편 상승한 CDI에 대한 진단적 의미는 전반적 무력감과 같은 우울한 정서나 부적 인지가 그렇게 뚜렷하지 않은 형태의 우울증에 더 민감하다는 점이다. 우울증 지표(DEPI)가 상승하지 않고 기분장애로 진단된 수검자의 약 80%는 CDI가 상승하는 경향이 있었다(Exner, 1993). 또한 무력감이 특징적인 알코올장애, 물질남용, 성격장애, 범죄와 관련되어 재판을 받은 사람들의 경우에도 CDI가 상승한다.

마찬가지로 신체화를 지닌 사람들은 자신의 증상이 장기화되면 신체증상에 대하여 심한 무력감이나 대처 손상을 경험할 것이다. 신체형 장애, 특히 신체화 장애, 감별불능 신체형 장애, 건강염려증을 지니고 있는 환자들의 증상은 경과가 몇 년 동안 지속되는 등 대체로 만성화되는 경향이 높기 때문에(이정균, 1991; APA, 1994; Barsky, 1995; Nezu, Nezu, & Lombardo, 2001; WHO, 1992), 신체형 장애 환

자들은 장기간의 신체증상으로 인하여 심한 심리적 고통을 지니고 있고 심한 무력감과 대처 불능을 겪으며 삶의 질이 저하됨을 느낀다. 이러한 신체화의 만성적이고 재발하는 양상 때문에, 건강 진료 자원의 이용과 기능장애가 증대되고, 결근하는 날이 증가된다(Gucht & Fischler, 2002; Kroenke et al., 1997; Smith, 1994). 또한 신체형 장애 진단을 받은 환자들 중에서 61%가 우울증을 동반하고, 50%가 불안장애를 동반하는 등 정신과적 공존장애 비율이 상당하다(Kroenke et al., 1997). 따라서 장기간의 신체화를 지닌 사람들의 경우에도 CDI 가 높게 상승될 것으로 예상된다.

CDI는 다음과 같은 것으로 구성되어 있다.

- (1) (EA<6) 혹은 (AdjD<0)
- (2) (COP<2) 이면서 (AG<2)
- (3) (W Sum C<2.5) 혹은 (Afr<.46)
- (4) (Passive>Active+1) 혹은 (Pure H<2)
- (5) (Sum T>1) 혹은 (Isolation Index>.24) 혹은 (Food>0)

본 연구에서는 먼저 로샤 검사를 통하여 신체화 집단의 감정표현불능증과 대처손상 경향을 검토하고자 한다. 가정하건대, 신체화 집단에서도 로샤의 감정표현불능증 변인들을 통하여 감정표현불능증 경향이 나타날 것으로 예상된다. 또한 대체로 장기간의 신체증상을 보이는 신체화 집단은 로샤의 CDI를 통하여 심한 대처손상 경향이 나타날 것으로 예상된다. 그리고 나서 본 연구에서는 로샤의 감정표현불능증의 변인들과 CDI의 구성변인들에 대한 결과를 인지, 정서, 행동 및 스트레스 관리의 측면에서 분석하려고 한다. 이렇게 함으로써, 신체화 집단을 대상으로 이러한 관점에서 심리 치료를 실시할 때 어떤 내용을 구체적으로 다룰 것인가에 대한 기초가 제공될 것이다.

방 법

연구 대상: 신체화 집단

1999년 2월부터 2005년 8월까지 지방 G시에 있는 신경정신과 의원을 방문한 외래환자 중에서 주 진단이 신체형 장애이면서 로샤 검사의 전체 반응수가 14개 이상인 56명(남자: 19명, 여자: 37명)을 신체화 집단의 최종 연구대상으로 선정하였다. 연구대상자들의 평균연령은 43.98세, 평균교육연한은 10.20년, 평균유병기간은 7.64년이었다. 그리고 연구대상자들에 대한 임상 진단은 내과검사 소견, 2명의 정신과 전문의와 본 연구자(임상심리전문가)가 각각 정신과적 면담을 통하여 밝혀낸 신체증상들과 기타 주요증상들, DSM-IV의 진단 준거, 사회적 및 직업적 영역에서의 장애 정도, 본 연구자가 시행한 심리검사 결과 등을 토대로 확인되었다. 이를 살펴보면, 신체형 장애 18명, 신체형 장애와 우울증이 공존하는 경우 23명, 신체형 장애와 불안 장애가 공존하는 경우 2명, 신체형 장애와 신경증이 공존하는 경우 7명, 신체형 장애와 적응 장애가 공존하는 경우 2명, 신체형 장애와 이명증, 편두통 등의 기타 장애가 공존하는 경우 4명이었다. 한편 신체형 장애 중에서 경과가 만성화되는 경향이 있는 신체화 장애, 감별불능 신체형 장애, 건강염려증을 지닌 환자들만을 연구대상에 포함하였고, 비교적 증상이 짧은 기간 동안 지속되는 동통 장애, 전환 장애를 지닌 환자들은 연구대상에서 제외되었다. 그리고 내과검사 등을 포함한 신체검사 결과에서는 특이한 질환이 없는 경우 31명, 위장 질환 8명, 심혈관계 질환 7명, 척추 질환 4명, 기타 질환 6명으로 나타났다. 또한 자기보고형검사인 MMPI

에서는 Hs(건강염려증)척도, D(우울증)척도, Hy(히스테리성)척도, Pt(강박증)척도가 다소 높았고, SCL-90-R에서는 신체화척도, 불안척도가 다소 높았던 점으로 보아(표 2 참조), 본 신체화 집단은 여러 가지 신체증상, 우울한 기분, 불

안, 걱정 등을 지녔던 것으로 간주되었다.

한편 본 신체화 집단에서 남녀 집단간의 비율에 차이가 있어서, $\chi^2(1, N=56)=5.79, p<.05$, 그들의 MMPI의 척도, SCL-90-R의 척도 및 로샤 변인들에 대하여 남녀 집단간 차이가 있는

표 2. 신체화 집단의 인구통계학적 특성, MMPI와 SCL-90-R의 평균과 표준편차

변인		변인	
연령(년)	43.98(15.11)	위장질환	8(14%)
교육연한(년)	10.20(3.91)	심혈관계질환	7(13%)
유병기간(년)	7.64(8.00)	척추질환	4(7%)
성별(명,%)		기타질환	6(11%)
남자	19(34%)	MMPI ^a 평균(표준편차)	
여자	37(66%)	L척도	49.50 (10.06)
결혼상태(명, %)		F척도	55.54 (12.63)
기혼	40(72%)	K척도	50.16 (11.23)
미혼	12(21%)	Hs척도	63.56 (8.99)
사별	4(7%)	D척도	63.20 (10.94)
직업(명,%)		Hy척도	65.30 (10.44)
주부	24(43%)	Pd척도	56.84 (7.58)
무직	8(14%)	Mf척도	51.30 (6.93)
학생	5(9%)	Pa척도	57.96 (9.96)
기술직	4(7%)	Pt척도	62.70 (12.57)
상업	4(7%)	Sc척도	58.90 (11.43)
사무직	3(5%)	Ma척도	50.26 (8.90)
교직	2(4%)	Si척도	53.34 (13.04)
농업	1(2%)	SCL-90-R ^b	
기타	5(9%)	신체화척도	60.30 (12.70)
진단(명,%)		강박증척도	56.67 (10.97)
신체형장애	18(32%)	대인예민성척도	53.50 (11.04)
신체형장애+우울증	23(41%)	우울척도	59.80 (11.93)
신체형장애+불안장애	2(4%)	불안척도	61.06 (13.71)
신체형장애+신경증	7(13%)	적대감척도	54.50 (10.59)
신체형장애+적응장애	2(4%)	공포불안척도	55.22 (14.40)
신체형장애+기타장애	4(7%)	편집증척도	51.98 (9.80)
신체질환(명,%)		정신증척도	55.19 (10.43)
신체검사상 특이한	31(55%)		
이상소견없음			

^a N=50, ^b N=54.

지를 알아보았는데, MMPI의 L척도 $t(48)=-2.06$, $p<.05$], SCL-90-R의 편집증척도 $t(52)=2.15$, $p<.05$], 로샤의 zf변인 $t(54)=2.31$, $p<.05$], zest변인 $t(54)=2.32$, $p<.05$], Dd변인 $t(54)=-2.02$, $p<.05$], L변인 $t(54)=-2.86$, $p<.01$], COP $t(54)=2.15$, $p<.05$], FM+m변인 $t(54)=2.11$, $p<.05$]을 제외하고 전반적으로 남녀 집단간에 유의한 차이가 나타나지 않았다.

절차 및 자료 분석

신체화 장애를 지니고 있는 환자들에게 Exner (1986, 1993)의 종합체계에 따라 본 연구자가 실시한 로샤 검사 자료가 검토되었다. 또한 본 연구자는 양적 분석을 실시하기 위해서 반응수가 14개 미만인 자료를 연구 자료에서 제외하였고, Exner의 종합체계에 따라 채점하고 나서 모든 사례에 대한 구조적 요약을 작성하였다. 한편 표집된 로샤 검사 자료 중 15사례를 무선표집하여 임상심리전문가 수련생이 재채점을 실시하여 평정자간 일치도를 알아본 결과, 일치도가 91%로 높게 나타났다. 그리고 로샤의 감정표현불능증 변인들에 대하여 신체화 집단과 한국 정상성인, 신체화집단과 미국 정상성인을 각각 비교하였다. 한국 정상성인과 미국 정상성인에 대한 로샤 반응을 알아보기 위해서, 신경진과 원호택(1991)이 Exner 종합체계(1986)에 따라 한국 정상성인의 로샤 반응특성을 연구한 자료와 『A Rorschach workbook for the comprehensive system(3rd ed.)(Exner, 1990)』에 수록된 자료를 이용하였다. 또한 심한 대처손상을 뜻하는 $CDI>4$ 가 신체화 집단에서 어느 정도 나타나는지를 살펴보기 위하여, 신체화 집단과 미국 정상성인을 비교하였고, 한국 정상성인에 대한 CDI 자료가 없기 때문에

신체화 집단과 한국 정상성인을 비교하지 못하였다.

그리고 연구결과를 인지, 정서, 행동 및 스트레스 관리 측면에서 분석하고 이를 심리치료에서 활용하기 위하여 Weiner(1998)가 저술한 『로르샤하 해석의 원리(PRINCIPLES OF RORSCHACH INTERPRETATION, 1998)』를 참조하였고, 검토되는 변인들의 기술 순서는 본 연구자가 생각하는 임상적 유용성에 따랐다.

결 과

본 연구의 관심 대상인 신체화 집단 56명, 한국 정상성인 278명, 미국 정상성인 700명에 대한 로샤의 감정표현불능증 변인들의 평균과 표준편차를 표 3에 제시하였다. 표3에서 먼저 로샤의 감정표현불능증 변인들 중에서 환상과 관련된 전체반응수(R)와 인간운동 반응수(M)를 살펴보면, 신체화 집단은 한국 정상성인 및 미국 정상성인에 비하여 전체반응수와 인간운동 반응수가 유의하게 적었다. 두 번째로 정서와 관련된 색채반응 총점수(W Sum C)와 형태-색채(FC) 반응수에 대하여 살펴보면, 신체화 집단은 한국 정상성인과 미국 정상성인에 비하여 색채반응 총점수가 유의하게 낮았다. 그리고 신체화 집단은 미국 정상성인에 비하여 형태-색채 반응수가 유의하게 적었지만, 한국 정상성인과 유의미한 차이를 보이지 않았다. 세 번째로 인지-지각과 관련된 혼합반응수와 Lambda를 살펴보면, 신체화집단은 한국 정상성인과 미국 정상성인에 비하여 혼합반응수가 유의하게 적었고, Lambda가 유의하게 컸다. 마지막으로 적응 자원과 관련되어 있는 경험실제(EA)에서는 신체화 집단이 한국 정상성인과

표 3. 로샤의 감정표현불능증 변인들에 대한 집단 비교

로샤 변인	①신체화 집단	②한국 정상성인	③ 미국 정상성인	①과②의 차이	①과③의 차이
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t	t
환상					
R	17.02(3.71)	19.44(8.63)	22.67(4.23)	-2.06*	-9.69**
M	1.41(1.39)	3.42(2.73)	4.30(1.92)	-5.37**	-10.92**
정서					
W Sum C	.89(1.27)	2.28(1.79)	4.52(1.79)	-5.67**	-14.82**
FC	.82(.97)	1.02(1.25)	4.09(1.88)	-1.15	-13.35**
인지-지각					
혼합반응수	.55(.97)	3.50(3.13)	5.16(1.93)	-6.95**	-17.42**
Lambda	3.84(4.21) ^a	.87(.88)	.58(.26)	10.65**	20.14**
적응 자원					
EA	2.30(2.14)	6.17(4.11)	8.82(2.18)	-6.85**	-21.73**

^a N=52, *p<.05, **p<.01

미국 정상성인에 비하여 유의하게 작았다.

또한 신체화 집단의 대처손상을 알아보기 위해 심한 대처손상을 지시하는 CDI>4에 대하여 살펴보면, 신체화 집단은 전체 56명 중에서 35명(61%)이 CDI>4로 나타났고, 미국 정상성인은 전체 700명 중에서 21명(3%)이 CDI>4로 나타나, 신체화 집단이 미국 정상성인보다 유의미하게 심한 대처손상을 드러냈다, $\chi^2(1, N=756)=16.49, p<.01$. 한편 CDI의 변인들 중에서 특히 (1) EA<6, (2) COP<2, AG<2, (3) W Sum C<2.5, Afr<.46, (4) Pure H<2가 신체화 집단 대부분에서 나타났고, (5) Isolation Index>.24도 신체화 집단 일부에서 나타났다 (표 4 참조).

그리고 로샤의 감정표현불능증의 변인들과 CDI의 구성변인들에 나타난 결과를 인지, 정서, 행동 및 스트레스 관리의 측면에서 분석하였고, 그 분석 내용을 논의 부분에 기술하였다. 아울러 신체화 집단의 로샤 변인들에 대한 기초 자료를 제공하여 장래에 신체화 집

표 4. CDI 변인들에 대한 해당 비율

로샤 변인	신체화 집단
(1) EA<6	89%
AdjD<0	11%
(EA<6) 혹은 (AdjD<0)	91%
(2) COP<2	95%
AG<2	95%
(COP<2) 이면서 (AG<2)	91%
(3) W Sum C<2.5	89%
Afr<.46	50%
(W Sum C<2.5) 혹은 (Afr<.46)	95%
(4) Passive>Active+1	4%
Pure H<2	59%
(Passive>Active+1) 혹은 (Pure H<2)	61%
(5) Sum T>1	0%
Isolation Index>.24	25%
Food>0	9%
(Sum T>1) 혹은 (Isolation Index>.24) 혹은 (Food>0)	30%

단의 로샤 연구에 도움을 주고자, 로샤의 각 변인들에 대하여 신체화 집단과 한국 정상성인, 신체화 집단과 미국 정상성인을 비교하였고, 그 결과를 부록에 제시하였다.

논 의

본 연구에서는 로샤 검사를 통하여 신체화 집단의 감정표현불능증과 대처손상 경향을 검토하고, 로샤의 감정표현불능증의 변인들과 CDI의 구성변인들에 나타난 결과를 인지, 정서, 행동 및 스트레스 관리 측면에서 분석하기 위하여, 이들 변인들에 대하여 신체화 집단과 한국 정상성인, 신체화 집단과 미국 정상성인을 각각 비교하였다. 본 연구결과에 따르면, 신체화 집단은 한국 정상성인과 미국 정상성인에 비하여 환상과 관련된 전체반응수(R), 인간운동 반응수(M)가 유의하게 적었고, 정서와 관련된 색채반응 총점수(W Sum C)가 유의하게 낮았다. 또한 신체화 집단은 비교집단들에 비하여 인지-지각과 관련된 혼합반응수가 유의하게 적었고, Lambda 점수가 유의하게 높았으며, 적응자원과 관련된 경험실제(EA) 점수가 유의하게 작았다. 그리고 신체화 집단은 미국 정상성인에 비하여 형태-색채(FC) 반응수가 유의하게 적었지만, 한국 정상성인과 의미한 차이를 보이지 않았는데, 이것은 한국 정상성인이 정서상황에서 자신의 감정이나 느낌을 잘 표현하지 않는 경향이 있어서 나타난 결과로 여겨진다.

이러한 본 연구 결과들은 로샤 검사를 통해서 신체화 집단의 감정표현불능증을 증명하였고, 240명의 두통 환자들을 대상으로 로샤의 감정표현불능증 변인을 이용하여 그 환자들의

감정표현불능증을 조사한 Pizza, Spitaleri와 Amato (2001)의 연구 결과와 거의 일치한다. 그들의 연구에서 두통 환자들은 구체적이고 고정관념적 사고를 지니고 있었고, 환상 작용의 제한을 드러냈으며, 적응에 좋지 못한 정서반응을 나타냈고, 대인관계 기제와 환경에 대한 적응성의 부족을 지니고 있었다. 본 신체화 집단은 지각 양식과 처리 양식, 정서성 및 적응 자원 등의 차원에서 Pizza 등이 연구한 두통 환자들과 유사하였다. 또한 본 연구결과들은 부적 정서를 표현하지 못하는 것이 스트레스를 야기하고 신체증상을 발생시킬 수 있다는 기존 연구들(Buck, 1992; Pennebaker & Traue, 1992)의 주장을 지지해주고 있다. 아울러 본 연구결과들은 타인과의 진정한 의사소통의 부족이 신체증상의 호소를 이끌 수 있고 입원 증가를 가져올 수 있다는 증거들(Berry & Pennebaker, 1993; Joukamaa, Karlsson, Sholman, & Lehtinen, 1996; Pennebaker, 1989; Pennebaker, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1988)을 더욱 확고하게 하는 것이다.

게다가, 신체화 집단은 미국 정상성인에 비하여 심한 대처손상을 드러냈다. 신체화 집단에서는 특히 (1) EA<6, (2) COP<2, AG<2, (3) W Sum C<2.5, Afr<.46, (4) Pure H<2인 양상이 대부분 나타났고, (5) Isolation Index>.24인 경우도 일부 나타났다. 이러한 본 연구결과들은 심한 대처손상을 의미하는 무기력과 절망감이 지속적이고 높은 스트레스 수준과 좋지 못한 건강과 관련이 있다는 Levine과 Ursin (1991)의 연구 결과를 뒷받침해주고 있다. 또한 본 연구결과들은 만성화된 골반 통증을 지닌 46명의 여성을 대상으로 신체화와 대처 사이의 관련성을 검토한 Badura, Reiter, Altmaier, Rhomberg와 Elas(1997)의 연구 결과를 지지하는

것이고, 유행성 피로, 만성화된 근육통, 요통, 및 피로증후군과 같은 주관적인 건강 호소는 낮은 대처와 높은 수준의 무력감과 절망감을 가진 사람에게 특히 더 흔하였다는 Eriksen과 Ursin(2004)의 연구 결과와 일치한다.

한편 본 연구결과를 임상적 유용성에 비추어서 인지, 정서, 행동 및 스트레스 관리 측면에서 분석하면 다음과 같다. 먼저 본 연구의 신체화 집단에서는 Λ 가 3.84로 상당히 높았고, 혼합반응수가 .55로 꽤 낮았다. $\Lambda > .99$ 인 경우는 상황과 관련된 사고와 감정이 개방적이지 않을 뿐만 아니라 상황을 단순하게 생각하여 경험에 대한 접근이 협소함을 지적한다(Weiner, 1998). 또한 Λ 가 높은 사람들은 주의의 초점이 지나치게 좁아 사건을 피상적으로 보고 때로는 사회적 및 대인관계적 상황에 관한 미묘한 뉘앙스를 놓칠 수 있다. 따라서 본 신체화 집단은 모호하고 불확실한 것을 참지 못하고, 좁은 참조체계를 가지고 있으며, 확실하고 잘 구조화된 상황에서 편안함을 느끼고, 복잡한 문제에도 단순한 해결책을 선호하는 경향이 있다고 볼 수 있다. 또한 그들은 초점 주의의 폭이 좁아 지나치게 단순하게 문제 해결을 시도하고 미묘한 문제에 둔감하여 다양한 상황에서 다른 사람의 요구나 기대를 고려하여 적절한 행동을 선택하지 못할 수 있다. 그리고 그들은 사소한 신체적 단서에도 선택적 주의를 하고 신체감각에 예민하게 반응하는 경향이 있고, 부정적인 신체적 정보에 더 쉽게 주의를 기울임으로써 신체증상을 과도하게 해석하고, 우울, 불안, 분노 등의 정서적 반응을 일으킬 수 있다(신현균, 1998). 또한 혼합반응수가 낮은 점은 스트레스 사건이나 정서 경험에 대한 회피 경향을 나타낸다(Weiner, 1998). 스트레스 상황에 대한

성공은 그 상황에 능동적으로 개입하고 수반된 정서 경험을 수용하고 해결하는데 달려있다고 볼 수 있다. 따라서 치료자는 신체화 집단에 대해 스트레스 사건에 대한 주의의 초점을 확장하고 방어적인 사고나 감정이 아닌 개방적인 사고나 다양한 감정을 소유하도록 장려할 필요가 있다. 또한 치료자는 그들이 스트레스 상황이나 부적 정서 경험에 적극적으로 대처하고, 문제 해결 상황에 대한 적응력을 증대시키고 자신의 경험을 확장할 기회를 갖도록 용기를 북돋을 필요가 있다.

또한 본 신체화 집단에서는 $Afr < .46$ 인 경우가 50%, $W \text{ Sum } C < 2.5$ 인 경우가 89%를 차지하였고, FC 가 .82로 상당히 낮은 편이었다. 심리적으로 잘 적응하려면 감정을 충분히, 즐겁게, 적절하게 조절할 수 있는 능력이 잘 발달되어야 한다(Weiner, 1998). Afr 은 충분한 감정 조절을 나타내는 것으로 정서적인 상황에 관여하고 다른 사람과 감정을 교류할 수 있는 능력에 관한 것이다(Weiner, 1998). 이러한 능력은 감정을 자극하는 상황에서도 참을 수 있고, 다른 사람이 표현하는 감정을 파악하고 반응할 수 있으며, 다른 사람들이 자신의 감정을 알아차릴 수 있도록 표현할 수 있는 것을 포함하고 있다. 따라서 본 신체화 집단은 장기간의 신체증상으로 인하여 정서적 및 사회적 상황을 회피하는 경향이 있고, 애정을 표현해야 하는 상황에서도 표현하지 않는 경향이 있으며, 다른 사람에게 자신의 감정을 잘 드러내지 않고 있고, 정서적으로 관여하는 것을 꺼린다고 볼 수 있다. 또한 $W \text{ Sum } C$ 는 대인관계 상황에서 자신의 감정을 표현하고 스트레스를 대처하는데 필요한 정서적 자원을 나타낸다(Weiner, 1998). 본 신체화 집단은 감정을 경험하고 표현할 수 있는 능력이 부족하

여 부적응 상태에 있다고 볼 수 있다. 즉 그들은 자신의 감정을 인식하고 자신의 감정을 다른 사람에게 표현하는 정서적 능력이 제한되어 있다고 볼 수 있다. 또한 그들은 정서적 교환이 필요한 상황에 직면할 경우 불편함을 느끼고, 자신에 대해 확신하지 못하며, 자신의 감정을 언어로 표현하지 못하고, 감정을 표현하는 방식에 대한 확신도 없을 수 있다. 그리고 FC는 정서를 비교적 적절하게 조절하고 통제하는 것과 관련되어 있고, 감정적으로 쉽게 차단지 않게 깊게 경험하면서 강도를 적절하게 조절할 수 있는 능력을 가리킨다(Weiner, 1998). 본 신체화 집단은 FC가 낮고 Afr, W Sum C가 작은 점으로 보아 그들은 정서 경험을 회피하는 경향이 심하고, 그 결과 정서를 적절하게 조절하는 경험의 부족을 지니고 있다고 볼 수 있다. 따라서 그들은 자신의 정서를 지각하고, 재인하고, 해석하고, 조직화하고, 표현할 수 있는 능력을 확장하기 위하여 우선 자신의 정서가 다른 사람으로부터 공감을 받고 자신의 정서가 내적 체계에 수용될 수 있는 집단 경험을 가질 필요가 있다. 이렇게 함으로써 그들에게 깊은 정서를 회피하지 않고 이를 적절히 통제하면서 이를 충분히 처리할 수 있는 정서적 자원이 확장되고 정서표현에 대한 자신감이 상승될 수 있을 것이다. 요약하면, 신체화 집단에게 경험 통제와 자기-조절을 촉진시키고 향상시키는 치료 개입이 중요하다고 볼 수 있다.

다음으로 본 신체화 집단에서는 EA가 2.30으로 매우 낮았고, M은 1.41로 꽤 낮았으며, R은 17.02로 정상성인보다 낮은 편이었다. EA는 관념적으로 숙고하는 방식(M)이든 정서적으로 표현하는 방식(W Sum C)이든 간에 사람들이 경험을 다루는 방식을 반영하는 변인들의

총화라는 의미가 있다(Weiner, 1998). 이것은 의사 결정과 문제 해결이 필요한 상황에서 신중하게 전략을 수립하고 실행에 옮기는데 가용할 수 있는 자원의 양을 반영하는 지표이다. 따라서 본 신체화 집단은 지적 자원이든 정서적 자원이든 간에 대처 자원이 제한되어 있고 대부분의 사람들보다 일상생활에 관한 요구를 부적절하고 비효율적인 방식으로 처리할 가능성이 높을 수 있다. 그들은 불충분한 적응적 자원을 소유하고 있어 생활에 만족함을 느끼지 못하고 문제해결 능력이 부족할 수 있다. 또한 M은 성격적 장점과 적응력을 나타내는 것으로 관념을 효율적으로 사용할 수 있는 능력을 지적하는 지표이다(Weiner, 1998). 그리고 M과 R은 상상(혹은 환상)을 통하여 스트레스 상황에서 여러 가지 해결 대안을 설정하는 능력과 관련된다. 본 신체화 집단은 의사 결정을 내릴 때 심사숙고하고 신중하게 계획하는 능력과 여러 가지 해결방안을 모색하는 상상력이나 사고력을 덜 사용하고 있고, 스트레스 상황에서 회피하거나 쉽게 포기하는 경향이 강한 것으로 여겨진다. 따라서 치료자는 신체화 집단에게 본래 그들이 소유하고 있는 지적 자원이든 정서적 자원을 스트레스 상황에서 활용하도록 격려할 필요가 있다. 또한 치료자는 그들이 상상이나 환상을 통하여 문제 예상과 여러 가지 문제-해결 전략을 사고하도록 이끌 필요가 있다.

아울러 본 신체화 집단에서는 인간반응수가 2개 미만인 경우가 59%로 꽤 많았고, 소외지수가 .24이상인 경우가 25%를 나타냈다. 흔히 인간 반응(H)은 자신의 생활과 관련된 실제적인 인물을 기꺼이 동일시할 수 있는 능력과 다른 사람들에게 주의를 기울이는 정도를 나타내는 등 대인관계에 대한 흥미를 반영하는

데(Weiner, 1998), 본 신체화 집단은 자신의 신체증상과 수반된 심리적 고통으로 인하여 대인관계로부터 회피하는 경향이 있는 것 같다. 사람들은 주어진 환경에 적절하게 적응하고 자신의 생활에 만족하기 위해서는 다른 사람들과 함께 있는 것에 관심을 가져야 하고, 다양한 상황과 다양한 목적을 추구하기 위해 다른 사람들과의 상호작용을 편안하게 느낄 필요가 있어야 하는데, 본 신체화 집단은 대인관계에 대한 적절한 관심과 편안함을 유지할 수 있는 여력이 부족하여 회피적인 행동을 보이고 부적응의 위험 상황에 있으며, 사회적 무관심과 불편을 느낄 뿐만 아니라 사회적으로 소외될 가능성이 있다고 볼 수 있다. 또한 신체화 집단 중의 일부에서 소외지수가 꽤 높은데, 이는 그들이 부적응적 사회적 철수와 대인관계적 고립 경향을 드러내고 있는 것으로 보인다. 그리고 그들은 사회적 상호작용의 회피나 다른 사람과 접촉할 수 있는 기회의 부족을 지니고 있다고 볼 수 있다. 따라서 치료자는 신체화 집단이 신체감각에 대한 불합리한 사고(예, 증상에 대한 잘못된 해석)를 탐색하는 것 이외에 대인관계에 대한 관심을 갖도록 하고, 다른 사람들과의 상호작용을 통하여 긍정적인 관계 형성을 많이 경험하도록 치료 분위기를 조성할 필요가 있다. 이렇게 함으로써 그들은 신체감각에 대한 주의를 분산시키고, 자신의 신체감각에 대하여 타인의 해석을 참조할 기회를 가질 수 있을 것이다.

마지막으로 본 신체화 집단 중에서 COP<2인 경우가 95%, AG<2인 경우가 95%를 차지하였다. COP는 다른 사람과 협력적인 관계에 대한 관심을 나타내는 것으로, 이러한 반응이 많은 사람들은 다른 사람에게 동조하고 협력적인 경향이 있고, 우호적으로 상호작용할 가

능성이 높으며, 다른 사람과 조화로운 관계를 추구하려는 관심이 높기 때문에 사회생활과 다른 생활에서 상당히 성공적인 경향이 있다고 한다(Weiner, 1998). 따라서 본 신체화 집단은 장기간의 신체증상으로 인하여 다른 사람과 협동적인 활동을 기대하고 참여할 수 있는 능력의 저하를 지니고 있거나 상호협동적인 일에 관심이 부족하거나 무관심한 사람일 가능성이 있는 것으로 여겨진다. 또한 AG 반응수가 낮은 것은 대인관계적 상호작용에서 자신의 주장을 잘 드러내지 않는 것을 의미한다(Weiner, 1998). 본 신체화 집단은 자신의 주장을 밝히고 다른 사람에게 이용당하거나 조종당하는 것을 피하기 위한 주장성이 부족할 수 있다. 따라서 치료자는 신체화 집단이 다른 사람의 일상적인 일에 능동적으로 참여하고 협조하여 사회적 책임감을 증진시키며, 자기 주장훈련과 같은 프로그램을 통하여 자신의 요구나 주장을 타인에게 전달하거나 표현할 수 있는 능력을 향상시키도록 격려할 필요가 있다.

본 연구의 의의는 신체화 집단을 대상으로 로샤 검사를 통하여 감정표현불능증과 대처손상을 양적으로 확인한 점이다. 또한 로샤 검사에 포함되어 있는 인지, 정서, 행동 및 스트레스 관리 요인을 확인함으로써 신체화 집단에 심리 치료를 실시할 때 중요하게 다루어야 할 내용을 제안한 점이다. 로샤에 대한 정신분석적 입장보다는 양적인 분석을 통하여 이 검사에 포함되어 있는 여러 가지 요인들을 수량화, 객관화하여 이를 치료적 상황에서 활용할 수 있는 유용성이 증가될 수 있을 것이다. 또한 신체화 집단에게 심리치료를 실시하고 나서 로샤 변인들의 변화를 살펴봄으로써, 로샤 검사가 치료 성과를 측정할 수 있는 도

구로도 이용될 수 있을 것이다.

한편 본 연구에 대한 제한점을 살펴보면, 첫째 로샤 검사 상황이 피검자의 실제(reality)를 어느 정도 반영하는가에 대한 문제가 있다. 검사자가 피검자에게 심리검사를 실시하는 상황에서는 검사실 분위기, 검사에 대한 동기, 검사자 변인(예, 검사자의 전문성에 대한 피검자의 신뢰성, 성별, 정서상태 등) 등 많은 요인들이 함께 작용한다. 이러한 요인들이 피검자의 실재를 정확하게 파악하는데 장애물로서 작용할 수 있다. 둘째, 신체화 집단을 대상으로 실시한 로샤 검사에 대한 연구뿐만 아니라 로샤 검사의 대처손상에 대한 연구 등이 부족하여 본 연구에 대한 이론적 배경이 확고하지 않는 상태이다. Exner 종합체계에 따라 로샤 반응을 분석함으로써 피검자의 여러 가지 속성을 이해할 수 있는 자원이 많기 때문에, 장애에는 이러한 측면에 대한 연구가 필요할 것이다. 셋째, 본 연구에서는 비교집단들의 자료로 두 가지 기준 자료를 사용하였기 때문에, 신체화 집단의 평균교육연한 및 평균연령이 비교집단들의 평균교육연한 및 평균연령과 차이를 나타냄으로써 발생할 수 있는 문제점이 있다. 예컨대, 본 신체화 집단의 평균교육연한은 고교 중퇴의 학력을 보이고 있는데, 이러한 낮은 학력이나 낮은 인지능력은 Lambda나 경험실제(EA) 등에 영향을 줄 수 있다. 또한 향후에는 로샤 검사의 각 변인들이나 요인들을 통하여 신체화집단과 다른 임상집단을 비교하는 작업이 필요할 것으로 보인다. 비록 신체화 집단이 다른 임상집단과 공통되는 측면이 많을지라도, 신체화 집단에서 독특하게 나타나는 인지, 정서, 행동, 대인관계, 자아상 및 스트레스 관리 측면을 살펴보기 위해서는 신체화 집단을 감정표현불능증의 반대 양상을

나타내는 집단(예, 조증 집단, 경계선 성격장애 집단)과 비교하는 연구가 필요할 것이다.

참고문헌

- 고경봉 (1994). 신체화의 개념과 기전. 신경정신과 제 2차 회원 연수 교육.
- 박영숙 (1994). 전문가를 위한 새로운 심리평가의 실제. 서울: 하나의학사.
- 송지영, 김태수, 오동재, 윤도준, 염태호 (1994). 동통을 가진 신체형장애 환자에서 감정표현능력과 압통역치. 정신신체의학, 2(1), 69-79.
- 신경진, 원호택 (1991). Exner종합체계에 따른 한국 정상성인의 Rorschach 반응특성 I. 한국심리학회지: 임상, 10(1), 206-215.
- 신현균 (1998). 신체화 집단의 신체감각에 대한 해석편향. 한국심리학회 편 연차학술 발표논문집, 93-108. 서울: 편자.
- 신현균 (2000). 부정적 정서, 감정표현불능증, 신체감각 증폭지각 및 신체적 귀인이 신체화에 미치는 영향: 매개모델의 검증. 한국심리학회지: 임상, 19(1), 17-32.
- 신현균, 원호택 (1997). 한국판 감정표현불능증 척도 개발 연구. 한국심리학회지: 임상, 16(2), 219-231.
- 이정균 (1991). 개정판 정신의학. 서울: 일조각
- Acklin, M. W., & Alexander, G. (1988). Alexithymia and somatization: A Rorschach study of four psychosomatic groups. *Journal of Nervous and Mental Illness*, 176, 343-350.
- Acklin, M. W. (1991). Alexithymia, somatization, and the Rorschach response process. In I. B. Weiner(Ed.), *Rorschachiana XVII*(pp. 180-187).

- Bern, Switzerland: Verlag Hans Huber.
- Acklin, M. W., & Wu-Holt, P. (1996). Contributions of cognitive science to the Rorschach Technique: Cognitive and neuropsychological correlates of the response process. *Journal of Personality Assessment*, 67, 169-178.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4rd ed.). Washington, DC: APA.
- Badura, A. S., Reiter, R. C., Altmaier, E. M., Rhomberg, A., & Elas, D. (1997). Dissociation, somatization, substance abuse, and coping in women with chronic pelvic pain. *Obstetrics and Gynecology*, 90(3), 405-410.
- Barsky, A. J. (1995). Somatoform disorders and personality traits. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(4), 399-402.
- Barsky, A. J., Geringer, E., & Wool, C. A. (1988). A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *General hospital Psychiatry*, 10, 322-327.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. I. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatry Research*, 24, 323-334.
- Bash, K. W. (1986). Psychosomatic diseases and the Rorschach test. *Journal of Personality Assessment*, 50, 350-357.
- Berry, D. S., & Pennebaker, J. W. (1993). Nonverbal and verbal emotional expression and health. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 11-19.
- Brown, H. D., Kosslyn, S. M., Delamater, B., Fama, J., & Barsky, A. J. (1999). Perceptual and memory biases for health-related information in hypochondrical individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 67-78.
- Buck, R. (1992). Emotional communication, emotional competence, and physical illness: A developmental-interaction view. In Traue, H. C. and Pennebaker, J. W.(Eds.), *Emotion, Inhibition and Health*. Hogrefe & Huber, Seattle, 32-57.
- De Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43(1), 1-9.
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatization: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 425-434.
- Engel, G. L. (1959). "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*, 36, 899-918.
- Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2004). Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 445-448.
- Exner, J. E. (1986). *The Rorschach: A comprehensive system. Volume 1: Basic foundations* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Exner, J. E. (1990). *A Rorschach Workbook for the Comprehensive System*(3rd ed.). Asheville, NC: Rorschach Workshops.
- Exner, J. E. (1991). *The Rorschach: A comprehensive system. Volume 2: Interpretation* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Exner, J. E. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system. Volume 1: Basic foundations* (3rd ed.). New York: Wiley.

- Fillingim, R. B., & Fine, M. A. (1986). The effects of internal versus external information processing on symptom perception in an exercise setting. *Health Psychology, 5*, 115-123.
- Flor, H., & Birbaumer, N. (1993). Comparison of the efficacy of electromyographic biofeedback, cognitive-behavioral therapy and conservative medical interventions in the treatment of chronic musculoskeletal pain. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 61*, 653-658.
- Hartmann, E., Wang, C. E., Berg, M., & Sæther, L. (2003). Depression and vulnerability as assessed by the Rorschach method. *Journal of Personality Assessment, 81*(3), 242-255.
- Joukamaa, M., Karlsson, H., Sholman, B., & Lehtinen, V. (1996). Alexithymia and psychological distress among frequent attendance patients in health care. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65*, 199-202.
- Kellner, R. (1991). *Psychosomatic syndromes and Somatic symptoms*. American Psychiatric Press, Inc.
- Kirmayer, L. J., Young, A., & Robbins, J. M. (1994). Symptom attribution in cultural perspective. *Psychosomatic Medicine, 39*, 584-595.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., de Gruy, F. V., Hahn, S. R., Linzer, M., Williams, J. B. W., Brody, D., & Davies, M. (1997). Multisomatoform disorder: An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry, 54*, 352-358.
- Leavitt, F., & Garron, D. C. (1982). Rorschach and pain characteristics of patients with low back pain and "conversion V" MMPI profiles. *Journal of Personality Assessment, 46*, 18-25.
- Levine, S., & Ursin, H. (1991). What is stress? In M. R. Brown, C. Rivier, & G. Koob(Eds.), *Stress. Neurobiology and neuroendocrinology*. Marcel Decker, New York. 3-21.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry, 145*(11), 1358-1368.
- Litt, M. D., & Baker, L. H. (1987). Cognitive behavioural intervention for irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology, 9*(2), 208-211.
- Mendelson, G. (1982). Alexithymia and chronic pain: Prevalence, correlates and treatment results. *Psychotherapy and Psychosomatics, 37*, 154-164.
- Meyer, G. J. (1996). The Rorschach and MMPI: Toward a more scientifically differentiated understanding of cross-method assessment. *Journal of Personality Assessment, 67*, 558-578.
- Meyer, G. J., & Archer, R. P. (2001). The hard science of Rorschach research: What do we know and where do we go? *Psychological Assessment, 13*, 486-502.
- Nanke, A., & Rief, W. (2003). Biofeedback-based interventions in somatoform disorders: A randomized controlled trial. *Acta Neuropsychiatrica, 15*(4), 249-256.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. R. (2001). Cognitive-behavior therapy for medically unexplained symptoms: A critical review of the treatment literature. *Behavior Therapy, 32*, 537-583.
- Paul, P., & Alpers, G. W. (2002). Memory

- bias in patients with hypochondriasis and somatoform pain disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 45-53.
- Paul, P., Schwenzer, M., Brody, S., Rau, H., & Birbaumer, N. (1993). Hypochondrial attitudes, pain sensitivity and attentional bias. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 745-752.
- Pennebaker, J. W. (1989). Confession, inhibition and disease. *Advances in Experimental Social Psychology*, 22, 211-244.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Pennebaker, J. W., & Traue, H. C. (1992). Inhibition and psychosomatic processes. In Traue, H. C. and Pennebaker, J. W. (Eds.), *Emotion, Inhibition and Health*. Hogrefe & Huber, Seattle, 146-164.
- Pincus, T., Pearce, S., McClelland, A., & Farley, S. (1994). Interpretation bias in responses to ambiguous cues in pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 347-353.
- Pincus, T., Pearce, S., & Perrott, A. (1996). Pain patients' bias the interpretation of ambiguous homophones. *British Journal of Medicine Psychology*, 69, 259-266.
- Pizza, V., Spitaleri, D. L. A., & Amato, C. C. (2001). The personality profile and alexithymic syndrome in primary headache: A Rorschach study. *Journal of Headache Pain*, 41, 31-37.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). Cognitive and social factors in somatization. In L. J. Kirmayer & J. M. Robins (Eds.), *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. Washington DC American Psychiatric Press.
- Ruesch, J. (1957). *Disturbed communication: The clinical assessment of normal and pathological communication*. Norton, New York.
- Schur, M. (1955). Comments on the metapsychology of somatization. *Psychoanalytic Study of Child*, 10, 119-164.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Smith, G. R. (1994). The course of somatization and its effects on utilization of health care resource. *Psychosomatics*, 35, 263-267.
- 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.
- Viglione, D. J. (1999). A review of recent research addressing the utility of the Rorschach. *Psychological Assessment*, 11, 251-265.
- Weiner, I. B. (2003). 로르샤하 해석의 원리 (김영환, 김지혜, 홍상환 외 공역). 서울: 학지사. (원전은 1998에 출판).
- World Health Organization. (1992). *International classification of disease* (10th ed.). Geneva: WHO.
- 원고접수일 : 2006. 10. 18.
게재결정일 : 2007. 3. 15.

The Alexithymic Syndrome and Coping Deficits in Somatization Group: Cognition, Emotion, Behavior and Stress Management Analysis in Rorschach

MoonGyu Park

ChongNak Son

Department of Psychology, Jeonbuk National University

The aims of this study were (a) to examine the alexithymic syndrome and coping deficits in somatization group through the Rorschach test and (b) to analyze the results in the aspects of the cognition, emotion, behavior, and stress management. For these purposes, we compared 56 somatization patients with the two normative data: Korean adult norms of Rorschach response provided by Kyung-Jin Shin and Ho-Teak Won(1991) and American those provided by Exner(1990). The results showed that somatization patients had smaller number of R, fewer M responses, lower W Sum C score, fewer blends responses, higher Lambda score and lower EA score than did comparison groups. Also, somatization group showed fewer FC responses than did American adults. These results indicated the alexithymic syndrome in somatization group. Besides, somatization patients had severe coping deficits: (1) $EA < 6$, (2) $COP < 2$, $AG < 2$, (3) $W \text{ Sum } C < 2.5$, $Afr < .46$, (4) $Pure \ H < 2$ were appeared in most of somatization patients and (5) $Isolation \ Index > .24$ in some of somatization patients. Finally, the results were analysed in the aspects of the cognition, emotion, behavior, and stress management. Based on these analyses, recommendations for treatment were suggested.

Keywords : alexithymic syndrome, coping deficit, somatization, Rorschach

부록. 로샤변인에 대한 신체화 집단(N=56), 한국 정상성인(N=278) 및 미국 정상성인(N=700)의 평균, 표준편차 및 t검증 결과

변인	①신체화 집단	② 한국 정상성인	③ 미국 정상성인	①과②의 차이	①과③의 차이
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t	t
R	17.02(3.71)	19.44(8.63)	22.67(4.23)	-2.06 *	-9.69**
W	8.57(3.97)	8.38(4.17)	8.55(1.94)	.31	.06
D	8.07(4.20)	8.89(6.12)	12.89(3.54)	-.96	-9.64**
Dd	.38[.73]	2.10(2.92)	1.23[1.70]	[-4.44]*	[-3.86]**
S	1.20(1.65)	2.26(2.10)	1.47[1.21]	-3.53**	[-1.56]
DQ+	2.61(2.29)	4.44(3.02)	7.31(2.16)	-4.31**	-15.67**
DQo	13.41(3.10)	13.35(7.69)	13.64(3.46)	.06	-.48
DQv/+	.14[.52]	1.38(1.64)	.41[.66]	[-5.55]**	[-2.70]**
DQv	.86[1.24]	.27(.63)	1.30[1.26]	[5.90]**	[-2.54]*
FQ+	.00(.00)	.53(.99)	.90(.92)	-	-
FQo	9.09(2.44)	11.24(4.36)	16.99(3.34)	-3.58**	-17.24**
FQu	3.57(1.96)	5.05(3.73)	3.25(1.77)	-2.90**	1.31
FQ-	4.29(2.56)	2.47(2.59)	1.44(1.04)	4.86**	16.45**
FQnone	.00(.00)		.09[.33]	-	-
MQ+	.00(.00)		.55(.73)	-	-
MQo	.98(1.05)		3.52(1.89)	-	-9.60**
MQu	.16[.42]		.20(.45)	-	[-.63]
MQ-	.18[.43]		.03[.18]	-	[5.30]**
S-	.48[1.10]		.18[.49]	-	[3.00]**
M	1.41(1.39)	3.42(2.73)	4.30(1.92)	-5.37**	-10.92**
Ma	.93(1.08)	2.10(2.08)	3.03(1.59)	-4.14**	-9.39**
Mp	.48[.66]	1.33(1.46)	1.31(.94)	[-4.25]**	[-5.87]**
M-	.18[.43]	.26(.61)		[-.80]	-
FM	1.66(1.88)	4.14(2.84)	3.71(1.19)	-6.20**	-11.84**
m	.46[.87]	1.74(1.70)	1.12(.85)	[-5.72]**	[-6.60]**
FM+m	2.13(2.02)		4.82(1.52)	-	-12.03**
FC	.82(.97)	1.02(1.25)	4.09(1.88)	-1.15	-13.35**
CF	.37[.89]	1.65(1.48)	2.36(1.27)	[-6.40]**	[-11.49]**
C	.05[.23]		.08[.28]	-	[-.77]

변인	①신체화 집단	② 한국 정상성인	③ 미국 정상성인	①과②의 차이	①과③의 차이
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t	t
Cn	.00(.00)		.01[.08]	-	-
C+Cn	.05[.23]	.08(.32)		[-.67]	-
W Sum C	.89(1.27)	2.28(1.79)	4.52(1.79)	-5.67**	-14.82**
FC'+CF+C'	.55[.81]	.87(1.29)	1.53[1.25]	[-1.85]	[-5.66]**
FT+TF+T	.18[.39]	.67(1.06)	1.03[.58]	[-3.47]**	[-8.50]**
FV+VF+V	.04[.27]	.72(.97)	.26[.58]	[-4.81]**	[-2.20]*
FY+YF+Y	.11[.45]	1.23(1.40)	.57[1.00]	[-5.60]**	[-3.25]**
Sum Shading	.82[1.11]	3.49(3.20)	3.39(2.15)	[-6.13]**	[9.09]**
Fr+rF	.04[.19]	.20(.58)	.08[.35]	[-1.60]	[-.85]
(2)	5.50(2.54)	4.70(3.30)	8.68(2.15)	1.71	-10.60**
FD	.05[.23]	.23(.52)	1.16[.87]	[-1.80]	[-1.10]**
F	11.91(3.65)	7.49(5.10)	7.99(2.67)	6.19**	10.12**
H	1.66(1.27)	2.24(1.81)	3.39(1.80)	-2.37*	-7.06**
(H)	.89(1.23)		1.20(.98)	-	-2.19*
Hd	.45[.78]		.69(.89)	-	[-1.70]
(Hd)	.13[.47]		.14(.35)	-	[-.20]
Hx	.09[.35]		.01[.11]	-	[4.00]**
All H Cont	3.21(2.10)	4.26(3.24)	5.43(1.63)	-7.43**	-9.93**
A	8.39(2.90)	6.44(3.03)	8.16(2.04)	4.47**	.77
A%	50%(17)	49%(16)		.53	-
(A)	.25[.58]		.15[.44]	-	[25.64]**
Ad	.64[.96]		2.21[1.18]	-	[-9.06]**
(Ad)	.05[.30]		.05[.26]	-	[.00]
An	.89(1.20)		.42[.65]	-	[4.70]**
Art	.34[.61]		.91(.83)	-	[-5.70]**
Ay	.07[.26]		.34[.48]	-	[-4.17]**
Al	.09[.67]			-	-
Ab	.18[.43]			-	-
Bl	.09[.29]		.15[.40]	-	[-1.10]
Bt	1.36(1.43)		2.48(1.29)	-	-6.47**
Cg	.32[.69]		1.29(.93)	-	[-6.86]**
Cl	.25[.48]		.15[.38]	-	[1.86]
Ex	.05[.23]		.13[.34]	-	[-1.75]
Fi	.20[.48]		.42[.67]	-	[-2.20]*

변인	① 신체화 집단	② 한국 정상성인	③ 미국 정상성인	①과②의 차이	①과③의 차이
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t	t
Fd	.11[.37]		.23[.50]	-	[-1.75]
Ge	.14[.40]		.04[.21]	-	[3.16]**
Hh	.18[.43]		.93(.85)	-	[-7.50]**
Ls	.39[.78]		.89(.78)	-	[-5.00]**
Na	.30[.60]		.38[.60]	-	[-.80]
Sc	.34[.69]		.91[.97]	-	[-4.03]**
Sx	.18[.54]		.07[.39]	-	[1.98]*
Xy	.07[.26]		.03[.18]	-	[1.51]
Vo	.00(.00)			-	-
Idio	.45[.71]		1.86(1.30)	-	[-8.14]**
DV	.00(.00)	.09(.33)	.70[.79]	-	-
INCOM	.11[.41]	.31(.65)	.52[.65]	[-2.00]**	[-4.10]**
DR	.00(.00)	.13(.44)	.15[.38]	-	-
FABCOM	.07[.26]	.25(.61)	.17[.41]	[-1.80]	[-1.54]
ALOG	.00(.00)	.05(.23)	.04[.22]	-	-
CONTAM	.00(.00)	.01(.13)	.00(.00)	-	-
SUM6	.18[.47]	.82(1.27)	1.59(1.25)	[-3.70]**	[-8.14]**
SP SC					
WSUM6	.50[1.28]	2.32(3.88)	3.28(2.89)	[-3.44]**	[-7.18]**
SP SC					
AB	.45[1.31]		.15[.40]	-	[3.00]**
AG	.21[.56]	.61(.99)	1.18(1.18)	[-2.83]**	[-5.60]**
CONFAB	.00(.00)	.06(.23)	.00(.00)	-	-
COP	.21[.53]		2.07(1.52)	-	[-9.30]**
CP	.00(.00)	.02(.15)	.02[.14]	-	-
MOR	.23[.60]	.95(1.38)	.70[.82]	[-3.60]**	[-4.70]**
PER	.27[.56]	.22(.59)	1.05[1.00]	[.50]	[-5.52]**
PSV	.75[1.05]	.47(.80)	.05[.22]	[1.98]*	[14.29]**
L	3.84(4.21) ^a	.87(.88)	.58(.26)	10.65**	20.14**
EA	2.30(2.14)	6.17(4.11)	8.82(2.18)	-6.85**	-21.73**
es	2.95(2.36)	9.36(5.94)	8.21(3.00)	-7.95**	-12.76**
Adj es	2.62(2.18)			-	-
D점수	-.07(.42)	-1.10(1.55)	.04(1.09)	5.15**	8.91**
Adj D점수	.00(.46)	-.59(1.21)	.20(.88)	3.41**	-2.00*

변인	①신체화 집단	② 한국 정상성인	③ 미국 정상성인	①과②의 차이	①과③의 차이
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t	t
a(Active)	2.30(2.42)	6.01(4.00)	6.48(2.14)	-6.66**	-13.93**
p(Passive)	1.23(1.19)	3.29(2.53)	2.69(1.52)	-5.95**	-7.30**
Intellect	1.30(2.62)		1.56(1.29)	-	-1.30
P	4.25(1.47)	4.93(1.79)	6.89(1.38)	-2.57*	-13.20**
X+%	.54(.13)	.63(.15)	.79(.08)	-4.18**	-25.00**
F+%	.51(.14)	.57(.24)	.71(.17)	-1.81	-8.94**
X-%	.25(.14)	.12(.11)	.07(.05)	7.69**	21.51**
S-%	.09(.20)		.08[.23]	-	[.32]
Xu%	.21(.09)		.14(.07)	-	7.00**
Zf	9.64(4.15)	11.06(4.96)	11.81(2.59)	-2.01*	-5.80**
Zd	-86(5.12)	-17(4.47)	.72(3.06)	-1.03	-83
Afr	.49(.20)	.49(.17)	.69(.16)	.00	-8.14**
Blends	.55(.97)	3.50(3.13)	5.16(1.93)	-6.95**	-17.42**
Isolate	.17[.13]		.20(.09)	-	[-2.30]*
3r+(2)/R	.33(.15)	.27(.16)	.39(.07)	2.59*	-5.38**
Col-Shad	.02[.13]	.39(.71)	.46[.69]	[-3.70]**	[-4.40]**
Blends.					
An+Xy	.96(1.24)			-	-
SCZI	1.34(1.30)			-	-
DEPI	3.02(.90)			-	-
CDI	3.68(1.05)			-	-
S-Con	3.91(1.49)	4.60(1.54)		-3.09**	-
HVI	1.64(1.00)			-	-
OBS	.43(.63)			-	-
SCZI 진단	11%		0%		
DEPI 진단	9%		3%		
CDI 진단	61%		3%		
S-Con 진단	2%	2%	0%		
HVI 진단	4%		2%		
OBS 진단	0%		2%		

^a N=52, *p<.05, **p<.01

주. []안에 있는 표준편차는 값이 신뢰롭지 못할 가능성이 있으므로 정상범위 추정에 이러한 SD는 사용되지 말아야 한다. 따라서 ①과②의 차이 검증과 ①과③의 차이 검증 중에서 []안에 있는 값은 신뢰롭지 못할 가능성이 있다.