

만성 위장장애를 호소하는 히스테리성 성격의 여자*

송 지 영**

A Case of Woman with Histrionic Personality who Suffered from Chronic Gastrointestinal Dysfunction *

Ji-Young Song, M.D.**

— ABSTRACT ————— *Korean J Psychosomatic Medicine 1(1) : 101-108, 1993* —

A case of a 38 year-old woman with histrionic personality who had chronic epigastric pain, dyspepsia and alternating bowel habit for more than 10 years was presented in detail on its course of two times of admission and follow-up. The diagnosis was thought as psychophysiological disorder or gastrointestinal motility disorder of undefined etiology rather than hypochondriasis or Briquet's syndrome. She was characterized by sustained illness behavior and combined several physical illnesses, i.e. tuberculosis, anemia and hepatic stone. These physical diseases led to a blurring of psychological and physical boundaries regarding symptom formation. The points on consultation from medical part to psychiatric department were discussed and the supposed causal mechanisms in non-organic functional gastrointestinal disturbances were also reviewed. Physical and psychological modalities for the treatment and the abnormal illness behavior were mainly emphasized in this case.

KEY WORDS : Chronic GI disturbance · Histrionic personality · Consultation.

사 례

환자는 38세 기혼 여자로서 2남 1녀의 어머니이다. 국민학교를 졸업하였으며, 카톨릭 신자이다.

정신과에서 볼 당시의 주된 문제점은 기질적 원인 없이 10년 이상 반복되는 복통, 식욕부진, 두통, 어지러움증 등이었다.

병의 경과

*본 사례는 1992년 11월 13일 한국정신신체의학회 추계학술대회에서 발표되었음.

Read at the annual academic meeting of the Korean Psychosomatic Society in November, 1992.

**경희대학교 의과대학 신경정신과학교실

Department of Neuropsychiatry, College of Medicine, Kyung Hee University, Seoul, Korea

〈요약〉

1. 내과 입원(90년 11월 17일~11월 27일) → 2. 정신과로 전과, 1차 입원(90년 11월 27일~12월 6일) → 3. 정신과 2차 입원(91년 3월 15일~4월

1. 내과 입원

10년 이상 반복되는 명치 부위의 통증, 소화불량, 설사, 변비, 오심, 구토, 체중감소(7kg/수년) 등으로 주거지인 J시 개인병원 내과에서 수차례 방문, 검사받은 바 있으나, 좀 더 확실한 진단을 받아볼 목적으로 90년 11월 17일 경희대학병원 내과 외래를 경유하여 입원하였다.

내과 입원 5일째 정신과로 정신과적인 문제 유무에 대한 자문을 구하였다. 당시 내과검사 결과가 종합되지 않은 상태였으므로, 이에 대한 응답은 「기질적 원인에 대한 내과조사가 아직 끝나지 않은 상태이므로, 심리검사(MMPI) 후 내과의 견해와 함께 다시 보내줄 것」을 권하였다. 내과 입원 9일째 내과에서 빈혈에 대한 치료 외에는 특정 기질적 장애가 없다고 하였다. 내과 소견은 ①철 결핍성 빈혈 ②과민성 대장 증후군이었으며, 10일 동안의 정밀 검사결과는 다음과 같다.

- 검사 결과 : Hemoglobin 10.0g/dL
- 적혈구 모양 : microcytic hypochromic
- Serum Iron 30(65~165ug/dL) * ()안은 정상치
- TIBC 414(200~450ug/dL)
- Ferritin 4.9(15~2000ug/L)
- Stool occult blood : (-)
- Both Knee joint X-ray : 정상
- 위내시경 : mild superficial gastritis
- 복부초음파 : hepatic stone, small hepatic cyst
- Sigmoidoscopy와 Upper gastrointestinal study : 정상
- 갑상선 기능검사 : T_s: 58(70~190ng/dL),
- T₄: 46.7(64~154nmol/L),
- TSH : 1.4(0.4~5mU/L)

정신과 면담과 MMPI 검사결과 Hs 80, D72, Hy84로서 전환신경증의 인상이었으며, 지능검사(KWIS)상 전체지능은 88이었다.

2. 정신과로 전과

90년 11월 27일 정신과로 전과하였다. 전과 이유는 ① 빈혈 이외 환자 증상 호소에 합당한 기질적 소견이 없고, ② 정신과 진찰에 따른 인상이 전환

신경증이었기 때문이다.

정신과적 면담 내용을 요약하면 다음과 같다.

- 병력 : 원래 성격은 활발한 편이었다. 10년전 세계 아이가 태어났는데 생후 1주일 후 갑자기 사망하였다. 이때 졸도하였고 이후로는 불안, 우울하고, 밥만 보면 아기의 훌쩍한 배가 생각나고 자주 명치와 우하복부 통증이 있었다. 이러한 위장장애는 10년 이상 반복되었으며, J시에서 그동안 8차례의 내시경검사를 받았으나 이상이 없다는 소리를 들었다.

- 정신상태 : 아윈 체격, 표정은 밝고 말을 많이 하면서 감정을 크게 표시하였다. 이곳저곳 몸이 불편하다는 말을 하면서도 복통에 대한 심각성은 적어 보이고, 불안해 보였으나, 우울감은 거의 느껴지지 않았다. 주위환경을 살피고 예민하게 반응하였다.

- 신체검사 : 명치와 우하복부의 압통을 느끼고 우측 슬관절의 통증을 호소하면서 조금 절룩거렸다.

- 개인력 : J시 출생으로 남매로 컸다. 항상 외톨이처럼 외로웠고, 대가족을 부러워했다. 2세에 어머니가 사망했고 계모가 들어왔는데 크는 도중에는 계속 계모를 어머니로 알고 있었다. 계모는 정성껏 잘 돌봐 주었고 관계는 좋았다. 아버지는 엄한 편이었다. 국민학교 졸업후 성적이 나빠서 중학교는 포기하였으며, 생활이 어려워 일찍 시집갔다.

- 가족력 : 남편은 농부로서, 온순하나 욕하는 때가 있다. 과거 몇차례 화가나면 물건을 부수고, 환자를 때린 적이 있다. 환자는 무서워서 감히 대들지 못하였다. 성생활은 남편의 요구에 응해주는 편으로서 주 3~4회 성교를 하고 극치감은 3회 중 1번 정도로서 성생활의 불만은 없으며, 오히려 남편에게 조금 미안해하는 편이었다. 자녀는 1남 2녀로서 애들이 공부를 안해서 걱정된다는 정도였다. 시부모와는 결혼 이후 계속 동거 중이다.

시아버지는 환자의 병에 대해 ‘너 때문에 집구석 망한다’고 말한 적 있고, 이때 환자는 매우 섭섭했으며, “시어머니는 일만 시킨다” 했다. 항상 따로 사는게 소원이었는데, 남편과 같이 있으면 시부모는 잘 대해주는 척 하곤 했다. 그동안 많은 갈등 속에 참아 지내왔는데 최근에는 대들기 시작했다. “이젠

죽어 지내지는 않겠다” 하면서 시모에게 “아파도 약 한번 제대로 먹지 못하였다”고 푸념도 하였다. 가족내에 정신병력은 없었다.

●입원경과 : 면담을 통하여 환기시킨 후, 식욕이 늘고 “기분이 나아졌다”, “이제 할말은 하고 살겠다”며 의욕도 커졌다. 증상이 호전되고 통원치료를 권유받아 입원 9일 후 퇴원하였다.

퇴원 후 3개월간 4차례 통원 치료하였다. 외래에서는 계속해서 푸념을 위주로 장시간 말을 하였다. “손이 저려서 일 못하겠다. 시모가 나를 돌봐주지 않는다, 그럴 수 있으나”며 원망하고 식욕부진이 계속되었다. 부부싸움 중에 남편이 ‘죽어라’ 하는 소리 듣고는 수면제 10알을 약국에서 사와 죽어볼까 했다가 먹지는 않고 그냥 버린적이 있었다. 퇴원 3개월이 지나 전신쇠약감과 식욕부진이 계속되어 J시 병원에 1주일간 입원하였으나 호전되지 않았다. 시부모, 남편으로부터 “과거에 잘못했다”는 말을 들은 후에 가족에 대한 감정이 조금 누그러졌다. 계속되는 증상으로 본인이 요구하여 다시 상경, 2차 입원하게 되었다.

3. 정신과 2차 입원

퇴원 3개월이 지난 91년 3월 15일 무기력, 식욕부진, 두통, 어지럼증, 복통을 주소로 정신과 개방병실로 재입원하였다. 입원시 환자는 야윈 모습이었으며, 수다스럽고 웃음이 많은 것은 여전하였다. “머리 아픈 것은 신경성이지만 배 아픈 것은 몸의 이상인 것 같다”, “내 약값 마련하려 폐물 팔자고 했더니 식구들이 펄쩍 뛰더라”고 말하였다.

●입원경과 : 식사를 거의 못하고, 구토가 계속되었다. 그러면서도 괴로운 표정은 보이지 않았다. 입원 5일째 수액 공급과 함께 Ferrous sulfate 2알, Gelfos 4봉지, Loflazepate 6mg, Domperidon 3알을 투여하였다. 지속되는 식욕부진, 복통과 빈혈, T₃치의 감소 때문에 소화기 내과에 자문을 의뢰하였다. TRH 자극검사를 하여 정상 소견이 나온 후, 내과에서는 ‘Low T₃ 증후군’으로 보며, 이에 대한 치료는 없고, 단지 빈혈에 대해서 Ferrous sulfate만 투여하길 권하였다. 환자는 친척들이 병문안 오지 않는다고 푸념을 몇차례 하고, 간병차 수일간 옆에 있던 남편에게 이제껏 가졌던 불만스럽고 화났던 일들에 대해 이야기를 많이 하였다. 내과에서 간(肝)

에 돌이 있다는 말을 들은 이후에는 언젠가는 수술해야 한다며 걱정하고, “이것 때문에 옆구리가 아픈 것이다”고 하였다.

한때 혈변(melena)을 호소하였으며, 식욕은 계속 부진하여 죽도 거의 먹지 못하였다. 입원 17일째 L-튜브로 영양공급을 4일간 유지하였다. 당시 대변검사상 잠혈(occult blood)이 1(+)였으며, 7일 후에는 음성이었다. Hb은 12.3g/dL로 정상화되었다. “젊어서 고생한 것이 이제 아픈 것이다”, “내가 기운이 없지만 말을 하지 않으면 폭발할 것이다”며 말을 많이 하였다. 시집 식구들 고생은 나에 비하면 아무것도 아니다”, “자식이 셋이나 있는데 이제 나를 어찌할 것이냐” 하며 분노, 원망감을 많이 표시하였다. 치료방침은 신체증상이 감정상태나 현실적 자극과 관계되어 나타난다는 것을 인식하도록 하고, 증상의 의미를 직접 해석해 주었다. 신체적인 이상은 신체기능의 변화임을 설명해주고, 환자로 하여금 증상을 받아들이고 능동적인 해결책을 찾아보라고 하였다. 어느 정도의 통증은 참도록 하고 운동을 권하였다. 입원기간을 정해놓고 식사행동, 감정처리에 대해서 직접적으로 지시를 하기도 했다. 환자는 점차 음식섭취량이 늘면서 체중도 늘고, 격한 감정표현도 수그러졌다. 입원 35일만에 호전된 상태로 퇴원하였다.

4. 정신과 외래치료(91년 5월~현재)

퇴원후 상태가 나아지는 도중 한차례 집에 도둑이 든 후 1주일 가량 증상이 악화되었다. 우하복부 통증과 간결석에 대해 내과에서 추적진료를 해 본 결과 ‘관찰을 요한다’고 하였다. Chlordiazepoxide 30mg과 Sinequan 20mg, Hemocontin 2알을 처방하였고, 환자는 외래 치료시간에 여전히 장광설을 늘어놓아 증도에 그치도록 하곤 했다. 91년 11월에 “시모가 나에 대해 뒷말을 한다”면서 서운해하고 설사, 변비가 재발되었다. 이때 2회 개인병원 내과를 찾은적이 있다. 92년 3월 왼쪽 귀밑에 멍울이 만져졌다. 내과를 거쳐 일반외과로 자문하였는데, 생검결과 건락괴사(caseous necrosis)와 Langhans' giant cell을 동반한 육아종(granuloma)로 밝혀졌다. 92년 5월 이후 현재까지 내과에서 항결핵제를 투여받고 있다(isoniazid, rifampicine, ethambutol 병합투여). 8월 초 한차례 200ml 정도의 “피를 토하

었다”고 하였다. 이에 대하여 가족의 말도 일치하고 증상 호소가 과장되어 보이지 않았다. 내과에 의뢰하여 내시경검사, 혈액 및 대변검사를 하였으나 정상이었으며, Mallory-Weiss 증후군이 의심된다고 하였다. 92년 10월 체중이 증가되고, 간혹 소화불량은 있으나 “스트레스는 거의 없다”고 하였다. 에어로빅 체조를 권하였는데 재미있다고 하면서 열심히 다녔다. 또 “해마다 10월이면 아프다. 과거에 죽은게 이맘 때 였는데, 그때 산후 조리도 못하고 김장 담그느라 쉬지도 못했다. 해마다 이때 내가 아프다고 하면 시모는 ‘산후 바람’이라고 했다”. 최근에는 활동을 해 볼 생각으로 봉제공장에 취직했는데 3일 해보고 너무 힘들어 그만두었다.

논 의

다음의 5가지 점들에 대해서 논의하고자 한다.

1. 진단에 대한 것.
2. 내과에서 정신과로 자문해 올 때의 문제점
3. 신경증 환자에서 신체질환이 겹치는 문제
4. 히스테리성 성격과 위장장애의 관련성
5. 치료에 대한 평가

첫째, 진단에 대해서 보면, 내과 의사 입장에서는 과민성 대장증후군(이하 IBS)으로 볼 수 있고, 정신과 의사는 건강염려증, 전환장애, 신체형 동통장애, 신체화장애 등의 신체형장애로 생각할 수 있을 것이다. 허나 IBS의 진단기준에 꼭 들어 맞지도 않으며(Whitehead 1987), 환자의 만성적인 소화기 장애가 과연 기질적인 요소가 없다고 단정할 수 있는가에 대해서도 논란의 여지가 있다고 생각한다. 그리고 환자는 복통이 간결석에 의한 것이라는 걱정이 있었으나, 이것에 집착하는 정도가 과도하거나 두려움이 커서, 이에 대한 확실한 진단을 목적으로 의사를 믿지 않고 계속해서 검사를 요구하는 병적 행동은 보이지 않았다. 이보다는 갈등호소나 의존욕구가 더 두드러진 모습이었다. 이러한 점으로 보아 건강염려증의 순수한 형태도 아니라고 할 수 있다. 또한, 정서 변화에 의한 위장장애가 뒤따르며, 이차적 이득이 항상 수반되지는 않았고, 신체생리적 변화를 위주로 나타나고 있다는 점으로 보아 소화기계(系) 정신생리성 장애 혹은 「원인이 불명한 소화기 운동장애」로 봄이 적절할

것 같다. 이것과 함께 환자는 히스테리성 성격장애 내지는 특성을 가졌으며, 특징적인 질병행동이 수반되고, 빈혈, 간결석, 결핵 등 여러가지 신체질환이 동반되는 특성이 있었다. 환자의 증상 형성의 흐름을 요약해 보면 다음과 같다.

결혼 후 억압된 환경 : 시부모와의 갈등	→ 방아쇠 : 둘째 아이의 죽음
→ 우울, 건강염려증, 질병행동	: 반복 검사, 병원방문
→ 행동화	: 90년 말부터 분노, 원망감 표시
증상의 만성화와 증상을 조종수단화 : →작은 자극에 신체화 증상, 증상으로 가족을 조종(manipulation)	

둘째, 본 환자의 경우 내과에서 정신과로 처음 자문을 구했을 때 문제점이 있었다. 내과 입원 5일째 정신과로 자문의뢰 올 당시, 아직 증상에 대한 기질적인 원인 규명이 되지 않은 상태였다. 내과 의사는 환자의 병력을 알아보고, 신경증 내지는 성격상의 문제점일 것이라는 인상으로, 기질적 문제에 대한 조사가 끝나기 전에 서둘러 정신과에 자문을 의뢰한 것이다. 드물지만 내과에서 신경증이란 인상을 갖고, 이를 우선적으로 증명해 내려고(rule out) 입원 수일이 안되어 정신과로 자문을 구하기도 한다. 이는 잘못된 일이다. 내과 외래와 입원 환자의 다수가 정신적인 문제에 의할 뿐 아니라 정신적인 문제가 병합되어 있기도 하지만, 증상에 대한 기질적 배경에 대해 철저히 알아보지 않으면 안되고, 정신과 초진시에도 이를 확실하게 해야 한다. 본 환자의 경우에는 내과로부터의 자문시기와 자문내용이 부적절하였기에 정신과에서는-비록 환자에 대한 처음 인상이 전환장애나 히스테리아로 비쳐졌지만-다면적 인정검사를 하도록 하고, 내과적 정밀검사 결과를 종합한 후에 다시 보내주도록 조치하였던 것이다. 물론, 환자에게도 이와같은 사실, 즉, ‘증상에 대한 완벽한 원인 규명이 되어야겠는데, 우선 내과 검사가 끝나고 그 결과에 따라서 다시 정신과에서 보게 될 것’이라고 설명해 주었다.

내과에서 정신과로 전과가 원만히 되기 위해서는 무엇보다도 의사끼리 밀접한 유대관계를 가져야 하며, 일반의사의 정신과에 대한 이해도가 높아야 한다(Creed 1990). 미국의 소화기 내과의사의 경우 환자의 상당수(13~52%)는 IBS가 차지하고 있으며, 이들 치료시간은 3/4은 정신사회적지지(psychosocial support)에 할애되고 있다고 한다(Mitchell과 Drossman 1987). 이렇게 내과의사에 의한 격려, 재확인, 증상에 대한 설명, 투약 등으로 상당수의 환자는 회복되나 약 30% 정도는 만성화되어 정신과로 의뢰된다. 외국의 경우에는 정신과 자문의사가 타과에 배치되는 이상적인 형태를 하고 있으나(psychiatric liaison), 우리의 경우에는 이러한 것은 안되더라도, 타과 의사, 특히 내과의사를 대상으로 자문정신의학에 대해 교육하거나 공동토의를 하는 것이 필요하다고 생각한다.

그러면 내과를 포함한 일반의사는 어떻게 환자를 정신과로 인도할 것인가. 내과의사는 환자의 증상 호소에 대해서 공감적으로 접근하려는 태도가 필요하다. 검사에 이상이 없었으니 「모든 것은 심리적인 것이다」라고 믿는 것은 바람직하지 않다. 그리고 정신과로 보내는 이유와 과정에 대해서 환자에게 미리 설명을 충분히 해 주어야 한다. 예로서, 「당신 증상에 대해서 정밀검사한 결과 이상이 없었다. 그동안 일반적인 치료를 해보았지만 반응이 없었다. 당신의 신체 증상이 생활 스트레스와 밀접히 관련되어 있는 것 같다. 치료하는데 이 방면에 전문가인 의사를 소개해 주려고 한다. 이 분과 함께 노력하면 좋은 결과를 얻을 수 있으리라 믿는다」라고 말해주는 것이 좋다(Creed 1990). 그 후 정신과로 의뢰되어 온 환자에게는, 정신과 의사로서 무엇보다도 첫 면담이 매우 중요한데, 증상에 대한 상세한 설명, 즉, 시간을 충분히 내서 증상의 원인과 기전에 대해 설명해 준다. 예로서, 「장의 운동장애에 의해서 복통이 생길 수 있다. 이때 구조적 이상이 없으니 각종 검사에서는 정상으로 나타난 것이다. 그러나 기능의 이상은 있는 것이다. 운동장애를 교정하기 위해서는 음식조절, 진경약물(antispasmodic drugs) 투여와 함께 불안과 긴장을 줄여줘야 한다」고 설명해 준다(Creed 1990). 또한 식사습관과 관계된 정서문제도 고려하면서 환자의 정신과에 대한 저항을 줄이도록 노력한다. 어떻게 하든 환

자가 자신의 증상이 심인성 내지는 정서적 요소와 밀접한 관계가 있다는 점을 받아들여야만 정신과 치료가 가능한 것이다.

세제, 신경증 환자에서 신체질환이 겹치는 경우에 대해서 생각해 보기로 한다.

기능성 위장장애의 증상에 대한 기질적 기전에 대해서 아직 알지 못하는 부분이 많다. 더욱이 환자가 호소하는 증상에 대해서 초기에는 검사상 이상으로 나타나지 않는 경우가 있다. 이때 검사상 이상 소견이 없다고 해서 정신적인 요인에 의한 것이라고 단정할 수 있을까? 기질적 배경이 밝혀지지 않았다 하더라도 정신적인 문제와의 인과관계가 증명되려면, 정신치료로서 호전되고, 환자와 치료자가 그 인과관계에 대해서 이해하였을 경우야 비로서 정신적인 요인에 의한 신체 장애라고 할 수 있는 것이다(Salter 등 1983). 그러나 아직까지 소화기 증상이나 장애에 관한 기질적 배경을 모르는 부분이 많기 때문에 어느 정도까지가 기질적이고, 어느 정도까지가 병합된 정신적 문제인지를 구별하기가 어렵다(Walker 등 1990). 더욱이, 일부에서는 장기간 추적 조사결과, 초기에는 모르던 기질적인 문제로 밝혀지는 경우가 있기 때문에 임상적으로는 염두에 두어야 할 점이 있다. IBS의 경우 대략 2~20년 추적 조사결과 2~4%에서 기질적 장 질환이 생겼다고 하였는 바, 이는 밝혀진 기질성 질환이 IBS의 원인이라기 보다는 동시에 발병된 질환으로 봄이 타당하다고 하여(Hawkins와 Cockel 1971), 이는 IBS가 초기에 기질성 장애로 오진할 가능성이 적다는 것을 보여주는 것이다. 그러나 초기에 전 환장애라고 생각했던 여러 종류의 신체증상에 대해서 평균 10년 후 추적조사해 본 결과 15~30%가 기질적 문제로 밝혀졌다(Maltbie 1983). 이와같은 사실로 정신과 의사가 내과계 환자를 의뢰받아 볼 때 검사상 이상소견이 없어도, 일부는 훗날 기질적 원인이 밝혀질 수 있다는 점을 고려해야 할 것이다. 더구나 신경증 환자에서 신체질환이 겹쳐 있을 경우에는 마음의 문제와 신체의 병적상태를 구별하기 어려우므로, 치료하는데 있어서 이 두 부분을 지속적으로 동시에 주시하고 있어야 할 것이다. 본 환자의 경우에는 위장장애에 대한 기질적인 병변은 발견되지 않았으면서도, 위장장애와 함께 빈혈, 갑상선 기능의 변화, 결핵 등 병발된 신체질환이

많아서, 치료자는 여러 차례 증상이 아직 증명되지 않은 기질적 문제에 의하는 것이 아닐까 하는 불안감을 늦출 수가 없었다. 이러한 점은 수차례 내과에 자문을 구했던 사실에서도 나타났다.

네째, 히스테리성 성격과 위장장애와의 관계에 대해서 살펴 본다.

환자는 생활 스트레스와 갈등에 의해서 반복되는 동일한 신체증상을 보일 뿐 만 아니라, 증상에 대한 무관심, 말 많이 하면서 인정받으려는 행동, 원망, 분노, 갈등을 쏟아내며, 입원하거나 병원에 자주 감으로써 가족을 조종하려는 등 히스테리성 성격 장애의 특성을 많이 가지고 있다. 그러나 환자는 갈등을 표면화시키는 90년 말 이전까지는 현재 보이는 성격특성과 달랐다고 한다. 그전에는 억압하고 살아왔으며 주위에서도 유별난 점은 자주 병원에 갔다는 것 외에 없었다. 진찰 당시 환자의 성격이 본래의 특성인지, 증상과 관련된 행동 특성인지의 구별이 쉽지 않다. 환자는 장기간에 걸쳐 보던데 치료에 협조적이었고, 비록, 동일한 신체 증상 호소를 반복하였지만 집요하게 신체검사를 고집한 적은 없다. 또, 자주 병원을 찾는 행동은 환자의 의존욕구가 컸기 때문이며, 이는 치료과정중 정신과 의사의 지지적이고도 수용적인 태도에서 편안함을 느꼈던 점을 보아 확인할 수 있었다. 이러한 점들은 환자의 행동특성이 증상과 관련된 이차적인 것이지, 근본적인 성격장애의 특성은 아니라고 생각한다. 실제로 히스테리성 성격, 히스테리성 성격장애, 히스테리성 신경증, Briquet씨 증후군, 히스테리양 성격(hysteroid personality), 전환장애 등은 구별이 쉽지 않으며(Maltbie 1983), 성격과 질병 상태를 별개로 보느냐, 연속선상에서 이해해야 하느냐 하는 것도 논란이 있는 부분이다(Widiger와 Gunderson 1992).

특정한 성격이 위장질환과 관계되는 것일까? 이에 대한 것은 IBS를 대상으로 한 연구가 대부분이지만, 밀접한 관계는 없다고 알려졌다(Walker 등 1990; Whitehead 1987). 또한 선행하는 장서 장애나 생활사건이 주요요인이 아닐까 하여 이에 대한 연구가 많았으나, 최근에는 대응전략(coping strategy)이나 부모태도, 가족과의 관계에 관심을 갖고 있다(Talley와 Piper 1986).

현재까지 알려진 비기질성 기능성 위장장애의

원인 내지는 기전(주로 IBS와 관련된 연구임)은 크게 8가지로 요약할 수 있다(Whitehead 1987; Barsky 1987; Walker 등 1990).

1) 대장의 동통역치(pain threshold)가 낮거나 대장이 예민하다(hyperreactivity) : 풍선으로 대장을 부풀려 동통역치를 재보니 IBS에서 낮았다는 결과이다. 그러나 반대 의견도 있는데, 그 이유는 이 들에서 피부전기자극 역치가 오히려 높았고, 동반되는 불안이 역치를 감소시키므로 감정요인이 크게 작용하고 있고, 또한 신경생리적으로 장벽(bowel wall)이 늘어나거나 점막은 압박을 받아도 동통에 민감하지 않다는 것이다.

2) 장 운동기능의 장애가 있다 : 환자에서 정상에서는 없는 분당 3 cycle의 근전기적 활동(myoelectrical activity)이 발견되며, 이는 증상이 없을 때도 나타난다. 이러한 전기적 이상은 중추신경계와 장신경계가 관련되어 나타나는 것은 아닐까 추측하고 있다.

3) 별개의 「장(腸)신경계」(Enteric nervous system)가 있다 : 중추신경계와 유사하게 장내에 독자적인 신경망을 갖고 있다는 것이다. 이는 중추신경계와는 무관하게 작동되는데, 장-혈관 장벽(Myenteric-blood barrier), Schwann 세포와 교세포(glial cell)도 있다 한다.

4) 신경전달물질에 의한 것이다 : 아직 밝혀진 생물학적 지표(Biologic marker)는 없다. 이 중, Cholecystokinin이 공황장애를 유발하며, 복통과 관련된다는 점에서 각광을 받고 있으며 활발한 연구가 진행 중에 있다(de Montigny 1989).

5) 감정상태와 장 운동관계에서 청반(Locus ceruleus : 이하 LC)이 중추역할을 한다 : 피질, 변연계, 장내 감각신경으로부터 들어오는 자극들은 LC와 연결되어 있는데, 이 LC에서는 들어오는 자극을 조절하며 재분배한다. 이 기능이 항진되면 흥분, 집중력이 커지고, 기능이 감소되면 잠을 자거나, 우울해진다는 것이다. 이때 나타나는 감정에 따라 장의 운동도 변화하는데 불안, 두려움, 우울하면 장운동이 떨어지고, 흥분하거나 적대감이 생기면 올라간다는 이론이다. 여기서 LC는 감정과 장 운동을 조절하는 문(門)이 되는 셈이다.

6) 자율신경의 조건화(Autonomic conditioning) : 자극에 대한 위장의 생리 반응이 한번 크게 일

어나고 나서, 그 후에는 작은 자극에도 자동적으로 연관된 감각신경이 쉽게 자극된다는 것이다.

7) 신체기능에 대한 감지력 증가나 감각해석의 오류: 환자군에서는 심박동 감지력이 정밀하고, 실험적으로 제시된 물체를 크게 인식하였다. 이런 점으로 미루어보아, 이들은 정상적인 신체기능 변화나 전에 없던 신체기능을 빨리 감지하므로, 장내의 조그마한 생리 변화에 대해서 감지해내는 능력이 뛰어날 것이라는 것이다. 한편, 신체감각에 대한 해석을 잘못하기도 하는데, 부모가 자녀의 위장장애에 대한 관심이 유발되거나, 부모의 염려로 회피행동이 조장되거나, 가족원 중에 위장병력이 있을 때, 이러한 경험에 의해 훗날 위장장애로 발전된다는 가설이다. 부모가 위장증상에 대한 관심이 집중되는 경우에 그 자녀가 반복적인 복통을 보인다는 보고가 있다(Blendis 등 1978).

8) 그 외에 체질적 요소에 대한 관심이 커지고 있다.

다섯째, 치료에 대해서 검토하여 보면, 기능성 위장장애환자에 대한 치료는 크게 두가지, 즉, 약물치료와 적응 대처기능 회복을 위한 정신치료로 이루어진다. 여기서 치료의 목적은 증상 제거보다는 증상의 완화에 두는 것이 원칙이다(Walker 등 1990). 본 환자에게는 약물치료로서 소량의 삼환계 항우울제(이하 TCA)인 amitriptyline과 함께 항불안제(chlordiazepoxide)를 소량 투여하였다. TCA는 항우울 효과와는 무관하게 복통 내지는 위장장애를 개선시킨다고 알려져 있다(Creed와 Guthrie 1989). 이는 소량의 TCA에 의한 muscarin 효과로 장 운동을 완화시키는 것이 아닐까 추정하고 있다. 또한 TCA는 동반되는 불안을 감소시키며, 동통 자체를 줄여주는 효과가 있으므로 기능성 위장장애에서 유용하게 쓸 수 있는 약제이다. 그 외에 metoclopramide나 domperidone이 처방되며 MAO 억제제도 쓰인다.

본 환자에 있어서 성격상의 문제가 있으며 항불안제를 소량이지만 장기간 투여했다는 것은 치료 원칙에 맞지 않는 것이라 할 수 있다. 그러나 약 대신 다른 방법으로만 치료할 수 있었을까 하는 데에는 아직도 의심스럽다.

다음, 심리치료에 대해서 보면, 최근 인지-행동치료가 각광을 받고 있다. 이 치료는 자율신경의

조건화(conditioning), 신체기능에 대한 선택적 집중력 및 감지력 증가, 병과 관련된 자극에 습관화 되어 불안이 유발되고 이를 피하고 도움받으려고 대상을 찾는(reassurance seeking) 회피행동을 한다는 이론에 근거하고 있다. 치료기법으로는 두려워하는 자극에 직접 노출시킨다든지, 과도히 충족시키는 법(Satiation), 역설적 방법(Paradoxical method), 가족들로 하여금 회피행동을 포기할 수 있도록 지침을 주어 강화시키는 법 등이 이용된다(Creed 1990). 한편, 역동정신치료에 대해서는 대체로 큰 효과가 없는 것으로 알려져 있다(Creed와 Guthrie 1989). Kellner(1983)는 증상과 관련된 정확한 정보를 알려주고 상세히 설명하며, 암시를 이용하거나, 증상에 대한 검사는 환자가 미심쩍어할 경우 반복 검사해 주어 반복해서 확신을 심어주는 것이 도움되며, 2년 후 64%에서 호전되었다고 하였다. 그러나 이는 잘 통제된 연구가 아니며, 약물 병합 투여하거나 치료횟수가 조정되지 못한 단점으로 결과에 대한 신빙성은 약하다(Whitehead 1987).

본 환자에서 초기에 역동적 정신치료를 시도한 바 있으나 역동적 접근을 하기에는 지능 정도가 충분치 못하며, 심리적 사고 능력이 부족하여 포기하고 말았다. 단지, 역동적 접근법으로서 증상의 배경에 대해서 알게 되었다는데 만족했어야만 했으며 관계 형성에 도움이 되었다고 생각한다. 이후에는 주로 환기, 암시, 회피행동의 억제 방법을 이용하였다. 그리고 최면치료도 1차 시도해 보았으나 흥미도 없고, 의욕을 보이지 않았다.

그 외의 치료 방법으로는 이완 훈련이 효과적이라고 알려져 있다. 일기를 쓰도록 하고, 근육이완을 훈련케 함으로서 불안에 따른 신체증상을 감소시키고, 무엇보다도 증상을 스스로 조절할 수 있다는 가능성을 인식하게 된다는 점에서 신체화 환자에게 적용시킬 수 있는 유용한 방법이다.

결 론

정서갈등에 따른 장기간 반복적인 위장기능 장애를 보인 여자 환자에 대해서 고찰해 보았다. 환자의 반복된 위장기능 장애는 현실적인 갈등이나 생활 사건과 관련이 깊고, 특징적인 성격과 질병

행동을 나타냈으며, 위장장애에 대한 수차례 신체 검사를 통해서도 비기질적인 것으로 밝혀졌다. 그러나 기존 장애 외에 여러 종류의 신체질환이 동반되고 심리 역동적 치료 접근이 어려워져 증상의 원인이 순수한 정신적 문제에 따른 것이라고 단정하기도 어려웠다. 또한 장기간 계속된 증상으로 인해서 신체적 장애 뿐 만 아니라 이차적인 정신적 문제가 뒤섞여 있었기에, 치료하는데 이 양면을 고려해야만 했다.

약물 치료를 계속하였지만, 그래도 치료전략은 감정관리와 질병행동의 교정 부분에 중점을 두었다. 현재까지 외래치료가 2년 이상 계속되고 있는데, 이 환자에서 앞으로도 지속적인 치료가 요망되는 이유는, 성격의 문제가 있을 뿐 만 아니라 장의 기능장애, 계속 나타날 생활내 갈등이나 신체질환이 병발될 가능성이 여전히 높기 때문이다.

중심 단어 : 만성 위장장애 · 히스테리성 성격 · 자문.

REFERENCES

Barsky AJ(1987) : Investigating the psychological aspects of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 93 : 902-904

Blendis LM, Hill OW, Merskey H(1978) : Abdominal pain and the emotions. *Pain* 5 : 179-191

Creed FH(1990) : Functional abdominal pain. In : Bass C(ed), *Somatization : Physical symptoms & psychological illness*, Oxford, Blackwell Scientific Publications, pp141-170

Creed FH, Guthrie E(1989) : Psychological treatments of the irritable bowel syndrome : a review. *Gut* 30 : 1601-1609

de Montigny C(1989) : Cholecystokinin tetrapeptide induces panic-like attacks in healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry* 46 : 511-517

Hawkins CF, Cockel R(1971) : The prognosis and risk of missing malignant disease in patients with unexplained and functional diarrhoea. *Gut* 12 : 208-211

Kellner R(1983) : Prognosis intreated hypochondriasis. *Acta Psychiatr Scand* 67 : 69-79

Maltbie AA(1983) : Conversion disorder. In : Cavenar JO Jr. and Brodie HKH(ed), *Signs and Symptoms in Psychiatry*, Philadelphia, J.B. Lippincott, pp92

Mitchell CM, Drossman DA(1987) : Survey of the AGA membership relating to patients with functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 92 : 1282-1284

Salter M, Brooke RL, Merskey H, Fichter CF, Kapusianyk DH(1983) : Is the temporomandibular pain and dysfunction syndrome a disorder of the mind? *Pain* 17 : 151-156

Talley NJ, Piper DW(1986) : Major life event stress and dyspepsia of unknown cause : a case control study. *Gut* 27 : 127-134

Walker EA, Roy-Byrune PP, Katon WJ(1990) : Irritable bowel syndrome and psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 147 : 565-572

Whitehead WE(1987) : Gastrointestinal motility disorders-the psychologist's perspective. In : Champion MC and McCallum RW(ed), *Physiology, Diagnosis and Therapy in GI Motility Disorders*, The Medicine Publishing Foundation symposium series, 22, Oxford, The Medicine Publishing Foundation, pp109-124

Widiger TA, Gunderson JG(1992) : Severe personality disorders. In : Tasman A and Riba MB(ed), *Review of Psychiatry*, Vol. 11, Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc., pp5-8