

신체형 장애(Somatoform disorder)의 개념, 평가, 감별진단

김 영 철*

Concept, Evaluation and Differential Diagnosis of Somatoform Disorder

Young-Chul Kim, M.D.*

— ABSTRACT ————— *Korean J Psychosomatic Medicine 4(2) : 254-261, 1996* —

Somatoform disorders are a group of syndromes in which patients focus on and complain of physical symptoms when there is no demonstrable underlying organic pathology or when complaints are in excess of what is expected. The author reviewed concept, sociocultural etiology, differential diagnosis and methods of evaluation of somatoform disorder. The symptoms of Korean culture-specific somatizing cluster, so called Wha-Byung, are discussed.

KEY WORD : Somatoform disorder.

개 념

1. 진단기준

신체형 장애는 적절한 의학적 이유를 찾을 수 없는 신체증상이 있는 장애의 일단을 의미하며 이 경우 신체증상과 불편으로 환자의 정서적 고통이 심하고 사회생활이나 직업수행에 지장을 줄 정도이어야 한다. 그러나 신체형 장애의 진단에는 증상 발생, 심각도, 이병기간에 영향을 주는 심적 요인을 측정하는 것이 중요하다. 신체형장애는 피병(malingering)이나 위병(factitious disorder)이 아니다.

DSM-IV에서는 DSM-III-R에서의 기준을 거의 그대로 받아들이고 있는데, 1) 여러 장기의 신체적 호소가 특징인 신체화 장애(somatization disorder), 2) 하나 이상의 신경학적 호소가 특징인 전환장애(conversion di-

*이화여자대학교 의과대학 신경정신과학교실
Department of Neuropsychiatry, College of Medicine, Ewha Womans University, Seoul, Korea

sorder), 3) 증상 자체보다는 특이질환에 걸려있다는 환자의 확신이 특징인 건강염려증(hypochondriasis), 4) 자신의 신체에 결함이 있다는 잘못된 믿음이나 과장된 인식이 특징인 신체추형장애(body dysmorphic disorder), 5) 심리적 요인에 의해 생기고 현저히 악화되는 통증이 특징인 통증장애(pain disorder), 6) 신체화 장애와 증상은 유사하나 증상의 수가 적은 미분화형 신체화장애 등으로 나눌 수 있다(Kaplan과 Sadock 1994, Table).

반면 ICD-10에서의 분류는 다소 달라, 신체화장애, 건강염려 장애, 신체형 자율기능장애, 지속적 신체형 동통장애 등으로 구분하며 신체형 자율기능장애에는 심혈관계, 상위장계, 하위장계, 호흡기계, 비뇨기계에 의한 것이 포함된다(WHO 1994, Table).

2. 정 의

1) Somatization(신체화)/somatizing(신체화 경향)

신체화(somatization)는 마음속 깊이 내재하는 신경증적 원인에 의해 발생하는 신체장애를 의미하는 것으

로, 넓게는 명확한 의학적 설명을 할 수 없는 신체증상 모두를 의미한다. Lipowski(1988)는 신체화를 병리소견과 관계없는 신체증상과 불편을 경험하고 신체증상을 통해 대화하는 경향이 있으며 신체증상에 집착하여 의학적 도움을 구하는 경향이 있다고 정의한 바 있다. 반면 신체화 경향(somatizing)은 일반적인 신체형(somatiform) 현상 모두를 말하는 것으로 일 이차 신체형 및 해리 증후군이 이에 포함된다(Escobar 1995).

2) 일차 및 이차 신체형 증후군(somatiform syndrome)

‘일차’ 신체형 증후군이란 의학적으로 설명되지 않는 증상군이 먼저 나타나고 이 증상이 임상적 특징으로 간주되는 경우를 의미하며 현기증·저립·마비·난청 등의 ‘가성 신경학적(pseudoneurologic)’ 증상이 특징이며 전통적으로는 ‘전환(conversion)’ 증상이 좋은 예이다. ‘이차’ 신체형 증후군은 설명되지 않는 심한 신체증상이 정동이나 불안증상의 표현 형태중 하나임을 의미한다. 주요 정신장애와 동반되거나 따라 나타날 수 있으며 일차 신체형 장애와는 구분되어야 한다. 이차 증후군의 경우 일차적 정신장애의 양상에 따라 다른 신체증상군을 보일 수 있다(Escobar 1995).

3. 진단 및 정신사회적 문제

DSM에서는 심리적 갈등이 있음에도 불구하고 심리증상보다는 신체질환의 형태를 취하는 것이 신체형 장애의 문제라고 정의하였다. 반면 Ford(1983)는 더 나아가서 다른 유사 증후군에 관심을 두고 신체형 장애와 사병과 피병 등의 기능장애 증후군을 종합하여 신체화 경향 장애(somatizing disorder)로 분류하였다. 실제로는 많은 환자들이 어떤 형태로든 신체화 경향 행동(somatizing

behavior)을 보이는 하나 증상의 수나 이환기간 등의 기준에 맞지 않기 때문에 신체형 장애중 하나의 진단기준에 딱 들어맞는 경우는 일부분에 불과하며(Ford 1991; Katon 등 1984) 오히려 전형적인 신체형 장애보다는 미분화 신체화장애(DSM-IV)나 비정형 신체화장애(ICD-10) 같은 신체형 장애의 아중후군 형태를 보이는 경우가 더 많다. 이들 신체화 경향 환자(somatizing patients, somatizer)들은 질병의 특성상 정신과 의사를 찾기보다는 일반의나 내과 의사를 찾는 경우가 더 많다.

신체화 경향 환자들에게는 여러 신체기관의 다양한 증상이 나타나는 것이 특징이며 신체증상 호소는 실제의 신체질환의 증상 특성과 아주 유사하다. 지속적인 신체화 경향 환자(의학적으로 설명되지 않는 입원이 6회 이상인 경우를 말함)에서는 전환장애나 동통장애가 발견되지 않았으며 증상의 수는 성별 차에 의해 별 영향이 없었으나 나이가 들수록 증상의 수는 증가하였다. 이들의 입원 당시의 병명을 보면 소화기 질환, 부인과 질환, 중추신경질환, 근골격질환, 비뇨기 질환의 순이었다(Fink 1992).

신체화 경향 환자에서는 인지영역보다는 사회와 직업 및 개인과 가족등의 여러 영역에 걸친 정신사회적 기능에 장애를 초래한다(Chadda 등 1993). 또 이들에서는 인격장애가 72%로 나타나 대조군(36%) 보다 높은 편이었으며 특히 수동-의존형, 히스테리형, 예민-공격형 인격장애가 월등히 많다고 하였다.

사회적으로는 이들 신체화 경향 환자들이 대조군보다 병원경비는 6배 정도, 외래치료비는 14배정도 유발하는데 비해 환자의 82%는 자신이 자각하는 건강문제로 일을 하지 않아(Smith 등 1986) 사회적으로 큰 낭비 초래하는 것이 문제이다.

Table. DSM-IV and ICD-10 classification of somatoform disorders

DSM-IV	ICD-10
Somatization disorder	Somatization disorder
Undifferentiated somatoform disorder	Undifferentiated somatoform disorder
Conversion disorder	Hypochondriacal disorder
Pain disorder	Somatoform autonomic dysfunction
associated with psychological factors	Heart and cardiovascular system
associated with both psychological and a general medical condition	Upper gastrointestinal tract
Hypochondriasis	Lower gastrointestinal tract
Body dysmorphic disorder	Respiratory system
Somatoform disorder NOS	Genitourinary system
	Persistent somatoform pain disorder
	Other somatoform disorders
	Somatoform disorder, unspecified

원 인 론

1. 신체화를 촉진시키는 요인들

지적 능력이 제한되었고 교육을 덜 받은 사람들은 자신의 심리적 불편을 언어로 제대로 표현하지 못한다(Folks 1984). 예를 들면 감정표현 불능증(alexithymia) 환자는 자신의 정서상태를 표현할 단어가 부족해 심리적 갈등을 신체로 표현하는(신체화) 경향이 있다(Mendelson 1982). 우울증과 불안장애에 동반되는 빈맥 통증 소화기 장애 같은 신체변화가 있을 때 자신의 느낌이나 정서보다는 신체적 상태에 집착하는 사람, 아시아인 같은 문화적으로 정서 노출을 자세화하는 분위기에서 성장한 사람은 정신질환에 동반되는 신체증상에 집착하기 쉽다. 정서적(또는 심리적) 불편을 '허약한 것(weakness)이다' 또는 종교적으로 '믿음 부족'으로 인식하는 분위기 속에서 성장하고 생활하는 환자들은 어떠한 심리적 불편이라 하더라도 신체장애로 인식하려는 경향을 보인다(Kleinman 1976). 또한 전반적으로 사회적 지지(supporting) 체계가 부족한 경우도 병원시설을 이용하게 만든다. 사회적으로 고립된 환자들은 병원시설의 이용을 보조적인 사회적 지지체제로 받아들이기 때문에 자주 병원을 찾게된다(Falkner 등 1987). 정신질환과 이의 치료에 대한 편견 역시 환자나 의사 모두에게 정신증상을 신체질환으로 인식하게 만든다. 또한 의사가 신체증상에 대한 대중요법 또는 사회적으로 용납되는 환상적인 진단명(예를 들면 만성피로증후군)을 쓰는 경우 환자의 신체화를 조장한다(Stewart 1990). 의상 역시 신체화를 조장한다. 신체화 또는 동통 환자들중 많은 경우에서 신체적 또는 성적 학대를 경험한 바 있으며 의학적으로 설명되지 않는 신체증상의 일부는 외상후 스트레스 장애에 의하기도 한다(Ford 1993).

2. 신체화 장애에 대한 원문화적 관점

사회의 전통, 믿음체계, 바래과 태도 등의 문화가 의학적으로 설명되지 않는 증상을 만들어내고 증상을 표현하는 방법을 성형(shaping)한다. 또 질병을 성형하는 외에도 문화는 질병을 지각하는 방법도 결정한다. 비서구 문화권이나 개발도상국에 전통적으로 신체화 경향이 높은데(Kirmayer 1984), 이런 문화적 차이는 여러 사회에서 빈발하는 정신/신체의 도식적(schema) 모델에 의

한 것으로 문화가 신체화 증상을 성형한다고 하였다. 문화가 증상에 미치는 영향은 두가지 방법이다. 그중 증상 표현을 결정짓는 주 요소는 '남자(또는 여자)는 어떻게 행동해야 한다'는 각기 다른 사회내에서의 적절한 행동이라는 '사회적으로 올바른 socially correct' 모델들이다. 마찬가지로 의학적 행동도 또 다른 다른 중요한 요소이다. 환자는 의사가 기대하고 이해하는 '의학적으로 올바른 medically correct' 증상을 만들어내는 경향이 있기(Shorter 1994) 때문이다.

신체화 증상을 보는 의사의 태도도 문화권에 따라 다르다. 미국 정신과 의사가 영국의사보다 더 흔히 신체화 장애로 진단하는 경향이 있는데 이는 신체화 장애에 대한 미국 의사들의 관심이 높기 때문이기도 하고 건강 관리체제의 차이 때문이기도 하다(Stern 등 1993). 왜냐하면, 미국에선 의학 기술의 수준이 높기도 하지만 소송의 위험도 높다는 점 때문에 각기 다른 전문의들이 다양한 검사를 시행하는 데도 원인이 있다(Jennett 1986).

3. 문화-특유 신체화 군집(culture-specific somatizing cluster)

신체화 환자의 증상 유형은 각 문화마다 다르다. 특히 한국의 화병에 대한 개념은 많은 정신과 의사들의 관심을 받아왔다. 화병(Wha-Byung)은 신체적 심리적 호소를 하는 한국인에 의한 민족적 질병(folk illness)이다. 이들 환자가 주요우울증으로 진단받기도하고 병력상 과거 우울증의 경력도 더 있었기 때문에 화병은 한국인이 우울증이나 이와 관련된 상태를 표현하는 문화적 방법에 기인한다고 하였다(Keh-Ming Lin 등 1992). 스스로 화병이라고 주장하는 환자들은 중년 이후의 여자에 많으며, 사회경제적 수준이 낮은 계층에 빈발하며, 여러 치료수단을 섭렵한 경우가 많아 환자들 스스로 자신의 병을 심인성으로 인식하고 있었다. 사회심리적 원인으로는 남편이나 시부모 등과의 고통스런 결혼생활, 이와 동반되는 심리적 억울함·속상함 등의 감정이 불완전하게 억제되고 장기간 누적되면서 발생한다고 하였다. 빈발하는 증상으로는 우울, 불안, 불면, 소화장애, 두통, 신체통증, 답답함, 열기, 입마름, 치밀어오름, 심계항진, 인후부 이물감, 한숨의 순이었으며 정신과적 진단명으로는 우울증, 불안장애, 신체화장애 순으로 진단되는 편이었다(민성길 1989). 이시형(1996)은 화병(또는 울화병)에 대한 보고에서 '울'은 답답함(feeling heavy, stuffy)을 '화'는

불을 의미한다고 하면서 화는 분노, 화(anger), 격분 같은 경렬한 감정을 말한다 하였다. 또 화병은 분노와 좌절이 핵심이며 이 분노가 외부로 표출되기보다는 충격기(impact), 갈등기(conflict), 체념기(resignation)를 거치면서 내재화하여 신체로 퍼져나가기 때문에 생긴다고 주장하였다. 그러나 불안 및 우울장애와는 양상이 다르며 신체증상이 명치부위와 가슴부위에 집중되었는 점이 다른 신체화 장애와 구별된다 하였다. 한국과 비슷한 문화를 공유하고 있는 중국과 일본에서는 이러한 증상이나 단어가 없어 문화특유증상으로 진단할 수도 있겠으나 아직 연구해야할 부분이 많다.

감별진단

감별진단해야 할 질환이 너무 다양하므로 여기서는 아래의 질환에 대해서만 설명토록 한다.

1. 신체주형장애(body dysmorphic disorder, BDD)와 감별진단

정상 외모의 사람이 상상에 의한 신체 결함에 지나치게 집착하는 이유 때문에 신체주형장애가 정신병일 수도 있다고 생각되는 반면 임상현상, 경과, 가족력, 치료반응의 면에서는 장박장애나 기분장애와 관련 있다는 보고도 있다. McElroy등(1993)의 보고에 의하면 DSM-III-R에서 BDD는 비정신병적 신체형장애로 분류되기도 했으며 BDD가 정신증적 양상과 유사하기 때문에 망상장애에 신체형으로 간주될 가능성도 있다고 생각하면서, 연구한 결과 BDD가 정신병의 아형과 밀접히 관련되어 있기 때문에 망상장애의 신체형과 상당히 겹치거나 하나의 변형으로 까지 여겨질 수 있다고 하였다. 앞으로는 DSM의 진단명에 BDD의 정신병 아형을 포함시키는 것을 고려해야 한다고 보았다.

BDD가 상상에 의해 또는 약간의 외모 이상에 비정상적으로 집착하기 때문에 강박장애와도 관련이 있다고 보고되(Simeon등 1995) 은 외에도 최근에는 정동영역장애(affective spectrum disorder, ASD)의 한 유형이라고 주장된 바 있다. BDD는 약물반응이나 병존율(comorbidity), 가족 조사 측면에서 정동영역장애의 한 형태로 생각되게 하며 강박영역장애(obsessive compulsive spectrum disorder)의 하나임이 입증되고 있다. 강박장애가 ASD의 하나라고 가정되기도 하기 때문에

BDD는 좁게는 강박영역장애로 인식될 수 있으며 넓게는 ASD의 한 형태로 볼 수도 있다(Phillips등 1995).

2. Fibromyalgia 증후군(FS)(Bohr 1995)

이들에서의 신체증상이 신체형장애 환자의 증상과 유사하며 여러 연구에 의해서 FS의 정신병리를 찾을 수 있었다. 이들 환자는 DSM-III 진단기준상 특이 질환으로 진단받는 비율이 높으며 이들의 친척에서의 정동장애 이환율도 높다. 항울제 치료가 효과적이며 만성 피곤증후군이 이들 증상과 유사하다는 점도 정신과의 관련성을 말해준다.

3. 공황장애(panic disorder)

공황장애 환자는 자주 응급실을 방문하고 자신들의 건강과 신체에 극도의 걱정과 관심을 보이며, 죽을지도 모를 것 같은 신체질환으로 인식하지만 의학적으로는 설명되지 않는 증상을 치유하기를 희망하면서 이 의사 저 의사를 찾아다닌다. 신체에 대한 지나친 집착 때문에 공황장애보다는 신체형장애로 진단되기도 한다. 이들 환자들은 공황발작시 혹시 '심장발작으로 죽을지 모른다'는 믿음 같은 건강염려증적 관심을 종종 보고한다. 공황발작 당시의 빈맥이 만성 심장질환 때문이라 생각하지만 검사에서 심장 이상의 증거가 없어 건강염려증으로 진단되기도 한다. 그러나 건강염려증의 경우는 공황발작시에만 국한해 나타나지 않으며, 질병에 대한 믿음이 6개월 이상 지속하고 질병공포에의 집착은 공황장애, 범불안장애, 강박장애, 우울장애에서는 명확하게 생기지 않는다.

한편 신체화장애의 특징인 지속적인 다수의 신체증상 중 공황장애의 증상과 중복되는 경우는 DSM-IV에서 제외된 바 있으나 이 장애는 갑작스런 증상발작에 대한 공포보다는 병을 앓고 있다는 믿음을 지속적으로 한다는 것이 공황장애와 다르다. 신체화 장애 환자가 반복적 공황발작을 경험한다면 두 질환 모두를 진단명으로 붙일 수 있다(Rathus와 Asnis 1995).

신체화 경향 환자의 평가 (Creed와 Guthrie 1993)

1. 정신과 의사의 일반적 태도

이런 환자를 진료할 때에는 환자의 문제를 완전히 이해하도록 해야 한다. 신체화 장애(또는 신체화 경향) 환자들은 다른 임상과를 거치면서 신체적 이상을 발견하지

못해 다른 과 의사들로부터 의뢰된 경우가 거의 대부분이기 때문에 먼저 의뢰한 의사를 만나거나 연락을 취해 의뢰한 이유와 증상에 대해 환자는 어떠한 생각을 하고 있는지 알아보는 것이 중요하다. 다른 과의 진료 기록지를 자세히 검토하고 친척이나 보호자로 부터도 정보를 얻도록 한다. 면담 초기에는 자신의 증상에 대해 걱정하기도 하고 때론 의사에게 적대적이기도 한 환자와 깊은 신뢰관계와 치료적 관계를 형성하는 것이 중요하다. 증상에 대한 태도와 신체적 믿음이 어느 정도인지 특별한 주의를 기울여야 한다. 환자 문제의 양상을 염두에 두고 증상에 따른 각기 다른 방식의 접근법과 치료법을 적용하도록 한다. 이러한 접근 방법은 적대적인 환자와의 면담을 무의미하지 않게 하는 좋은 방법이 된다.

2. 면담 준비

1) 의뢰인과의 협조

의뢰한 의사의 의뢰 방법이 환자와의 첫 면담에 지대한 영향을 준다. 예를 들면 적절한 절차를 거치지 않은 경우엔 정신과에 의뢰된 것만으로도 환자는 분노할 수 있다. 만족할 만한 의뢰 방법은 정신과 의사와 타과 의사와의 좋은 관계 형성에 달려 있다. 환자에게 정신과로의 의뢰를 어떻게 잘 설명하는가가 중요하다. 의뢰 의사는 환자에게 '당신의 증상은 심리적 원인 때문이니 정신과로 보낸다'는 것보다는 '증상 때문에 당신이 우울하거나 불안해 보이기 때문에 정신과 의사가 잘 도와줄 수 있을 것'이라 설명해주는 것이 좋다.

실제로 대부분의 신체화장애 환자에서는 심리적 문제의 존재 여부가 명확하지 않다. 이 상황에서 의뢰의사는 자세한 검사후 심각한 신체질환이 없다는 점을 명확히 하고, '심리적 요인이 다소라도 증상에 영향을 주었는지 알아보자'는 등 가능하면 정신과로의 의뢰를 긍정적으로 설명토록 한다. 그러나 만성 동통환자의 경우엔 증상을 심리적으로 설명하는 것은 좋지 못하다. 이때는 정신과 의사를 '통증치료 전문의사'로 소개해 주는 것이 좋으며 환자는 심리적 관점보다는 통증 치료 프로그램 및 재활에 참여하도록 권장하게 된다. 이에 대해서는 타과 의사를 교육하는 것도 필요하다.

2) 환자 검토

과거 진료기록지를 검토하면서 내·외과적 병력, 증상

의 특징, 수술력 및 약물복용력 등을 조사한다. 정신상태와 증상에 대한 환자의 태도 역시 중요한 정보이다.

3) 보호자와의 면담

보호자에게는 증상의 경력, 병적 행동과 가족의 태도, 환자의 현재 기능과 기능손상 정도, 직업적 능력, 외출행동, 가정생활, 사회적응력 등을 물어본다. 신체화 환자의 증상 호전은 환자와 가족의 참여 정도에 달려 있기 때문에 이들과의 첫 만남은 이런 가능성을 평가하는 기회가 되므로 아주 중요하다.

3. 면담

1) 환자의 유형

신체증상을 호소하는 환자는 신체증상이 심리적 원인에 의한다는 것을 다소 인정하는 경우부터 자신의 증상은 확실히 신체적 원인에 의한 것이기 때문에 심리적 해석에 아주 저항적인 경우까지 다양하다. 일반의사를 많이 찾아가는 전자의 경우를 "facultative somatiser"로, 후자는 "chronic somatiser"로 불리운다. 전자의 경우엔 면담 목적을 실제 병력을 찾아내고 환자로 하여금 치료에 참여토록 하는데 두어야 한다. 반면 후자의 경우엔 환자와의 면담과 측정을 끝마칠 수 있도록 격려하는 데만 두도록 한다.

2) 면담 방법

정신과 의사는 이들 신체화장애 환자와의 면담에서 흔히 어려움을 경험한다. 이들은 자신의 감정을 단어로 표현하기 어렵고, 자신의 느낌을 말하면 이것을 '미쳤다'고 몰아 부칠까봐 두려워한다. 다소 섬세하고 공감하는 태도의 접근이 필요하며 환자의 언어 및 비언어적 단서(cue)에 예민하게 반응해야 한다. 정신과 의사는 환자에게 질문하고, 공감하고, 설명하는 방법으로 환자와 상호작용할 수 있다. 최선의 결과를 위해 정신과 의사는 자신감 있는 태도를 취하는 것이 중요하다.

면담시 환자의 완전한 신체증상 경력을 얻는 것이 필수적이다. 증상의 급만성 여부, 증상의 수, 환자가 경험하는 기능상 손실, 증상에 대한 환자의 느낌 등에 대한 질문은 환자의 신뢰를 얻을 수 있다. "참 힘들었겠다", "통증 때문에 고생했겠다"는 등의 공감은 환자의 긴장을 풀어주고 신뢰감을 높여주는 효과가 있다. 자신의 증상을 이해해주

는 의사가 있으면 더 많은 정보를 줄 수 있다.

3) 정신상태

많은 정보를 얻는 것이 중요한데, 불안이나 우울이 또렷하게 나타나지 않기 때문에 비정상적 행동이나 감정이 간과될 수 있다. 때문에 다음의 요소에 초점을 두는 것이 중요하다.

(1) 대화중 계속 증상으로 회귀하거나, 편압함에도 불구하고 심한 통증을 반복적으로 호소하는 등의 비정상적 질병행동(illness behavior)은 없는지, 어떤때 이런 행동이 악화되는지 알아본다.

(2) 사용하는 어휘력과 단어를 측정해 본다. 이들은 자신의 증상을 표현할 때 오직 "그냥 아프다", "표현하기 어렵다. 그냥 아프다"고 대답하는 경우가 많다.

(3) 정서반응의 범위와 심도를 측정해 본다. 이들은 무감동과 무관심 등을 보이기도 한다.

(4) 부정(denial)의 정도는 어떠한가? '관심의 부적절한 결여'는 우울감을 부인하는 환자를 의미한다. 이들은 계속적인 고통과 치료 실패에도 불구하고 '우울할 이유가 없다'고 말한다. 감정의 부인은 눈물을 흘릴 지경이 되어도 슬프지 않다는 의미도 된다.

(5) 신체증상에 대한 환자의 믿음을 물어본다. 환자는 증상에 대한 또렷한 심리적 이유가 있어도 신체적 원인이라고 믿기 때문에 이들은 병의 원인에 대해 과도한 가치를 부여하고 때론 괴이한 믿음을 갖는 수도 있다. 이에 반박하면 화를 내기도 한다.

(6) 과거 치료했던 의사에게 부적절하게 화를 내는 경우는 없는가? 정신과 의사가 치료받았던 의사와는 다른 의견을 제시하는 경우 환자는 의뢰의사에 대해 불평하기도 하며 치료후 증상이 악화된 경우 심하게 화를 낼 수도 있다. 때문에 이런 분야에 대해 정신과 의사가 판단하는 것은 신중을 기해야 한다. 그러나 내과 및 외과의사들이 이런 환자들을 감정적으로 좋아하지 않기 때문에 신체질환이 있는 환자와 같은 수준으로 치료하지 않을 수 있고 이 경우 의뢰의사에게 좋지 않은 느낌을 갖을 수 있다는 점도 염두에 두어야 한다.

4. 접근방법

1) Reattribution 접근

Goldberg등(1989)에 의해 개발된 것으로, 첫 면담에서 환자로 하여금 자신의 증상을 심리적 관점으로 받아

들이도록 한다. 이 방법은 증상에 대해 심리적 이해를 하고 있는 환자, 증상이 심하지 않고 생긴지 얼마되지 않은 환자들(facultative somatiser)에는 적합하나 공개적으로 적대적인 환자엔 부적절하다. 일반의사들이 적용할 수 있는 적절한 접근방법이다. 신체검사를 포함한 완전한 증상 병력이 중요하며, 언어적 비언어적 단서를 찾고, 증상에 대해 공감적 태도를 취하며, 심리적 사회적 가족적 요인을 찾아보며, 자신의 건강에 대한 믿음에 대해서도 물어본다. 다음에는 증상외에도 심리적 또는 스트레스 요인의 신체를 알아내는데 관심을 둔다. 환자가 면담에 적절히 반응하면 스트레스 상황과 증상발생의 관련을 지적하는데, 예를 들면 심리적 스트레스에 의한 근육 긴장이 통증을 일으킨다는 점을 이해시키는 방법으로 심리적 요인과 신체증상의 관련을 찾는데 노력한다.

2) 정신치료적 접근

Guthrie(1991)가 개발한 것으로 환자와의 밀접한 관계 형성에 중점을 두고 오랜기간 동안 환자가 증상에 대한 심리적 병식을 찾도록 도와준다. 1)의 방법보다는 다소 섬세하고 집중적인 방법이며 신체증상으로 오랜 기간 고생한 환자나 증상변화에 저항하는 환자에 적합하다. 환자가 특이하게 심리학적 개념을 갖을 필요는 없으나 공개적으로 적대적인 환자나 병인에 대해 어떠한 심리적인 요인 조차도 허용하지 않는 환자에게는 부적절한 방법이다.

첫 면담에서 환자와의 깊은 신뢰를 형성해야 한다. 정신과 의사를 만난다는 사실에 대한 불안과 걱정을 면담 초 공개적으로 표현하고 토론케 한다. 만약 이것이 해결되지 않으면 치료를 위해 정신과 의사가 제시한 것들에 대해 우려하고 회의적이 될 수 있다. 이후 환자로 하여금 신체증상에 대해 심도있게 토론하도록 함으로써 의사와의 신뢰형성과 자신의 정서상태에 대한 병식을 갖도록 도와준다.

의사는 환자가 증상을 호소할 때 증상과 심리적 요인에 대해 연관을 짓고 언급할 수 있으나 그 시기가 중요하며, 강한 치료관계가 형성된 다음의 만남을 위해 남겨두어도 좋다. 그러나 의사는 잠정적으로 심리적 요인과 신체요인의 관련성을 머리 속에 그려볼 수 있어야 한다.

3) 직접적 접근법

이 경우 정신과 의사는 통증치료와 증상을 겪는 환자를 다루는데 숙달되어 있어야 한다(Benjamin 1989). 병

의 원인과 관련된 심리적 문제에 대한 토론을 피해야 하며, 모든 환자에 적절한 방법이나 특히 적대적이고 심리적 요인들의 중요성을 부인하는 환자에 적합하다. 신체 증상의 완전한 병력을 듣고 이전에 치료했던 의사와의 관계를 묻는다. 이들은 과거의 의사에 의해 오해도 받아왔기 때문에 치료에 대한 분노와 좌절 같은 억압된 감정을 해소케 하는 것은 관계형성에 상당한 도움이 되며 정신과 의사는 무언가 다르고 자신의 말을 잘 들어준다는 사실을 보여주는 것이다. 환자는 자신이 신체질환이 있는 것처럼 치료받으며 활동 프로그램은 환자의 '힘'과 '기능'을 증진시키는 방향으로 노력한다(Creed와 Guthrie 1993).

이상과 같은 환자와의 첫 면담의 결과로 첫째, 심리적 요소가 신체조건에 영향을 미친다는 심리적 설명을 환자가 받아들여지게 되는 경우 치료에 동의하고 협조적이 된다. 둘째, 증상의 명확한 원인을 알 수 없는 경우 의사는 솔직하게 토로하고 의뢰한 의사와 의논하여 추후의 만남이 필요할 수 있다는 점을 설명해주는 것이 좋다. 셋째, 정신과 의사는 신체증상이 잠재하는 심리적 문제에 의한다고 생각되더라도 환자가 이러한 설명을 부인할 것이라는 점을 경험을 통해 잘 안다. 이런 상황에서는 치료방침을 세우기 전 여러 번의 만남이 필요할 수 있으며, 필요하다면 '직접적' 접근법을 이용함으로써 심리적 설명 아닌 통증 치료계획을 세우는 것도 좋다(Creed와 Guthrie 1993).

REFERENCES

- 민성길(1989) : 환병의 개념에 대한 연구. 신경정신의학 28(4) : 604-615
- 이시형(1996) : Clinical course of Hwa-Byung. Presented at 152nd Annual meeting of American Psychiatric Association, New York, 1995
- Benjamin S(1989) : Psychological treatment of chronic pain : A selective review. J Psychosom Res 33 : 121-131
- Bohr TW(1995) : Fibrimyalgia syndrome and myofascial pain syndrome. do they exist? Neurologic Clinics 13 : 365-384
- Chadda RK, Bhatia MS, Shome S, Thakur KN(1993) : Psychosocial dysfunction in somatising patients. Brit J Psychiatry 163 : 510-513
- Creed F, Guthrie E(1993) : Techniques for interviewing the somatising patients. Brit J Psychiatry 162 : 467-471
- Escobar JI(1995) : Transcultural aspects of dissociative and somatoform disorders. Cultural Psychiatry 18(3) : 555-569
- Escobar JI, Burnam MA, Karno M, Forsythe A, Golding JM(1987) : Somatization in the community. Arch Gen Psychiatry 44 : 713-718
- Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M(1989) : Somatic symptom index(SSI) : A new and abridges somatization construct. J Nerv Ment Dis 177 : 140-146
- Falkner T, Fatovich B, Winkler R(1987) : Social networks of high attenders at a low income area suburban general practice. Psychiatric Med 5 : 101-106
- Fink P(1992) : Physical complaints and symptoms of somatizing patients. J Psychosom Res, 36(2) : 125-136
- Forks DG, Ford CV, Regan WM(1984) : Conversion symptoms in a general hospital. Psychosom 25 : 285-295
- Ford CV(1983) : The somatising disorders : Illness as a way of life. New York. Elsevier
- Ford CV(1995) : Dimension of somatization and hypochondriasis. Neurol Clinics 13(2) : 241-253
- Ford CV(1993) : Somatic symptoms, somatization and traumatic stress. An overview. Presented at 12th World congress of Psychosomatic Medicine, Bern, Switzerland
- Ford CV, Parker PE(1991) : Somatization in consultation-liaison psychiatry. In Kirmayer LJ, Robbins JM(ed) : Current concepts of somatization. Washington DC, American Psychiatric Press, 143-157
- Goldberg DP, Gask L, O'Dowd(1989) : The treatment of somatization : Teaching technique of reattribution. J Psychosom Res 32 : 137-144
- Guthrie EA(1991) : Brief psychotherapy with patients with refractory irritable bowel syndrome. Brit J Psychother Res 8 : 175-188
- Jennet B(1986) : High technology medicine : Benefits and burdens, 2nd ed, New York, Oxford University Press
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA(1944) : Kaplan and

- Sadck's Synopsis of Psychiatry. 7th ed, Baltimore, Williams and Wilkins
- Katon W, Ries RK, Kleinman A(1984) : A prospective DSM-III study of 100 consecutive somatization patients. *Compr Psychiatry* 25 : 305-314
- Kirmayer LJ(1984) : Culture affect and somatization. *Transcul Res Rev* 21 : 159-188
- Kleinman AM(1976) : Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Soc Sci Med* 11 : 3-10
- Libowski ZJ(1988) : Somatization : The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 145 : 1358-1368
- Lin KM(1983) : Hwa-Byung : A Korean culture-bound syndrome? *Am J Psychiatry* 140 : 105-107
- McElroy SL, Phillips KA, Keck PE Jr, Hudson JL, Pope HG Jr(1993) : Body dysmorphic disorder : does it have a psychotic subtype? *J Clin Psychiatry* 54 : 389-395
- Mendelson G(1982) : Alexithymia and chronic pain : Prevalence, correlates and treatment results. *Psychother Psychosom* 37 : 154-164
- Payer L(1988) : *Medicine and culture*. New York. Henry Holt and Co
- Phillips KA, McElroy SL, Hudson JL, Pope HG Jr (1995) : Body dysmorphic disorder : An obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? *J Clin Psychiatry* 56(suppl) 4 : 41 : 41-51
- Rathus JH, Asnis GM(1995) : Panic disorder : Phenomenology and differential diagnosis. In : *Panic disorder. Clinical, biological and treatment aspects*. Edi by Asnis GM, and van Praag HM, New York, John Wiley & Sons, 35-36
- Shorter E(1994) : *From the mind into the body : The cultural origin of psychosomatic symptoms*. New York, Free Press, 90-117
- Simeon D, Hollander E, Stein DJ, Cohen J, Aronowitz B(1995) : Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 152 : 1207-1209
- Smith GR Jr, Monson RA, Ray DC(1986) : Patients with multiple unexplained symptoms : Their characteristics, functional health and health care utilization. *Arch Int Med* 146 : 69-72
- Stern J, Murphy M, Bass C(1933) : Attitude of British psychiatrist to the diagnosis of somatization disorder : A questionnaire survey. *Brit J Psychiatry* 162 : 463-466
- Stewart DE(1990) : The changing faces of somatization. *Psychosom* 31 : 153-158
- WHO(1993) : *The ICD-10 Classification of mental and behavioal disorders*. World Health Organization