

비정상 질병행동*

송 지 영**

Abnormal Illness Behavior*

Ji-Young Song, M.D.**

— ABSTRACT ————— Korean J Psychosomatic Medicine 4(I) : 138-145, 1996 —

The behaviors associated with illness are different depend upon individuals even if patients complaints same symptoms and have same disease. Understanding the patterns of those behaviors become one of the important elements in determining the diagnostic and treatment approaches and treatment compliance.

The sick role plays a essential part in abnormal illness behavior. The characteristics of abnormal illness behavior can be applied to many parts in medicine. In case of the various kinds of functional disorders whose organic foundations are obscure and in applying the cognitive therapy, rehabilitation program and occupational therapy, the assessment and evaluation of the abnormal illness behavior is known to be beneficial.

For improving the comprehensive psychiatric treatments which could be applied to the Koreans more effectively in patients with somatoform disorders and other various kinds of neurotic disorders further researches especially on the medico-historical and socio-cultural aspects of the illness behavior should be followed. And understanding the abnormal illness behavior would be helpful in enhancing the medical cost effectiveness.

KEY WORDS : Illness behavior.

비정상 질병행동의 개념발달

질병행동(illness behavior)의 개념은 Mechanic과 *본 논문의 요지는 1996년6월 1일 한국 정신신체 의학회 춘계학술대회에서 구연되었음.

The abstract of this paper was presented at the Annual Meeting of The Korean Psychosomatic Society in June 1, Seoul, Korea

*이 논문은 1995년도 고황의학 학술연구비에 의하여 작성되었음.

This paper was supported by Kohwang medical research fund in 1995

**경희대학교 의과대학 신경정신과학교실

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

Volkart(1961)에 의해 처음 소개되었다. Mechanic(1961)은 질병행동을 의료 사회학적 관점에서 보아 병자역할(sick role)이 중요하다고 했으며, 환자가 나타내는 증상은 학습된 행동일 수 있다고도 하였다. 그는 어떠한 사람이 의료 기간을 찾아오는가에 대해서, 종교적인 배경, 사회계층, 의존심, 스트레스의 정도가 영향을 주는 요소라고 했으며, 질병에 대한 태도가 사회, 문화, 인종 간에 다르다는 점을 말하였다. 그후 Pilowsky(1969)는 히스테리아, 건강 염려증, 전환 장애 등의 각종 기능성 장애를 연구하는데 질병행동의 개념을 적용하기 시작하였다. 그는 치료에 완강한 통증환자를 대상으로 질병행

동의 특성을 보았으며(Pilowsky와 Spence 1975), 질병행동 평가지를 이용하여 기질적 배경이 없는 환자를 대상으로 감별 진단을 하였다(Pilowsky 등 1987; Singer 등 1987). 근래에는 기능성 장애의 진단과 치료, 재활 치료에서의 적용, 만성 통증 장애에서의 치료에 적용하는 것 등 다양한 연구가 펼쳐지고 있다.

본고에서 말하는 질병과 병의 개념 구별은 윤충한과 김광일(1991)의 정의에 따르고자 한다. 현대 의학적 개념인 생물의학적 의미의 병은 질병(disease)이라 한다. 이는 과학적 개념으로써 객관적으로 문화에 따라서도 공통적이다. 이러한 질병에 대해서 환자는 나름대로 지각하여 의미를 부여하는데, 이렇게 의미로 본 병은 질환(illness)이라고 하며, 이는 주관적이며 문화에 따라 의미가 달라진다. 이것은 개인의 경험된 것, 학습된 것과 사회의 가치관에 따라 다양한 형태를 갖는다. 그러므로, 한국인에서는 한국문화에 따른 독특한 질환개념이 있게 된다. 한편 사회적 역할을 수행해 나가는 관점에서 말하는 병(sickness)이 있다. 이는 사회의 가치관에 따라 다른 개념으로 사용된다.

이와 같이 개인에 따라 질병은 받아들이는 양식이 다르고 그 의미가 달라지는데, 이러한 개념의 차이에 따라서 행동이 변화하게 된다. 의료추구 행동에 있어서 환자는 병을 두려워하여 의료기관에 지나치게 의존하는가 하면, 병을 부정하고 치료를 거부까지 하는 등, 다양한 행동을 나타낸다. 환자의 건강 상태에 대해서 의사가 환자의 나이, 교육배경, 사회 문화적인 점 등을 고려해서 적절하고도 옳게 알려주었음에도 불구하고, 환자는 계속해서 부적절하고도 적응되지 않는 방식으로 자신의 병을 수용, 평가 행동하는 경우를 비정상 질병행동(abnormal illness behavior; 이하AIB)이라고 정의한다(Pilowsky 1969).

임상의사가 AIB에 대해 잘 이해하고 있어야 하는 이유는, 효과적인 치료를 위해서 뿐만이 아니라 전체 의료 경제학적인 측면에서도 필요하기 때문이다. 왜냐하면 이러한 비정상적인 질병행동은 모든 진료의 적절한 시기를 놓쳐 병의 만성화를 초래하고 경제적 손실을 가져올 뿐만 아니라 치료자체에 있어서도 방해요소로 작용하기 때문이다.

AIB는 관점에 따라 몇가지로 구분하고 있다. 의식적, 무의식적 동기에 의한 관점으로 보면, 의식적인 경우는 꾀병이나 가장성장애(factitious disorder)가 포함되고,

무의식적인 것은 신체화 장애, 전환장애, 신체형 장애에 서와 같이 환자가 증상을 완전히 몸의 병으로 믿는 경우이다. 또 다른 관점은, 심한 우울증이나 정신 분열증에서 보이는 건강 염려 망상이나 신체 망상과 같은 정신증적 질병행동(psychotic illness behavior), 신체화 장애와 건강 염려증과 같은 신경증적 질병행동(neurotic illness behavior), 그리고 만성동통증후군, 암환자 등에서 보이는 특이한 행동 등(Russell과 Hersov 1985)으로 구별하는 것이다.

암환자, AIDS 환자, 심장 질환자의 예에서는 신체의 병을 확신하거나, 두려워하며 병자 역할을 하려는 것이 아니라, 오히려 이들은 자기 질병의 위중함을 무시하고, 의사의 권고나 지시를 무시하거나 아예 치료를 거절하여 병을 악화시키는 행동특성을 나타내는 경우가 있다. Strauss 등(1990)은 이러한 특수한 경우들을 적응장애의 한 아형으로 분류하자고 말하기도 하였다.

질병행동에는 영향을 주는 요소가 여러 가지가 있다. 개인의 있어서는 인격의 특성, 개인이 경험한 내용, 질병 개념이 있으며, 가족의 태도, 최초로 진단했던 사람, 사회의 질병관과 가치관, 의료제도, 경제적 지지 정도 등이 있으며(남정현 등 1992), 그외에 스트레스의 정도, 대처 방식, 기대감 등이 영향을 준다.

질병행동의 과정

의료기관을 찾아 오기 전까지의 단계에는 질병관, 치료 추구 행동이 포함되는데, 여기에는 일반인의 질병개념, 정신 질환에 대한 개념, 정신과로 오기 전까지의 의료기관 이용 태도가 포함된다. 질병 행동을 이해하는 데 그 과정을 5단계로 나누어 보면 이해하기 쉽다(Alemagno 등 1991). 즉, 1)증상경험기 2)병자 역할 가정기 3)의료 기관 접촉기 4)의존적 병자 역할기 5)회복이나 재활기이다. 예로서, type A 성격은 관상동맥 질환의 발생과 관련 되는데, 이들은 부가되는 스트레스에 따른 신체 증상 호소가 적고, 신체 증상을 무시하는 경향 때문에 의료기관을 뒤틀게 찾거나, 의사의 조언을 무시하고 약을 먹지 않는 등의 AIB를 나타내는 것으로 알려져 있다. 과연 이들이 2)단계의 병자 역할을 거부하고 3)단계의 의료 기관을 기피하거나 5)단계인 회복기에 성급한 태도로 인하여 조기에 직장으로 복귀하는 것일까? 이에 대한 연구 결과는 Fig. 1에서 보는 바와 같다. 그림에서는

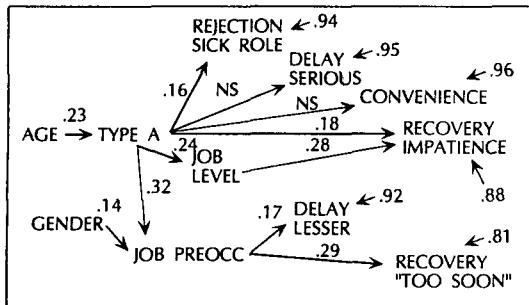


Fig 1. Type A illness behavior model(Cited from Alemagno et al. 1991).

모든 인자들간의 상관관계를 회기분석을 통해 베타기증치가 $p < 0.0$ 인 것만을 표시한 것이다. 그결과 type A 성격은 직업수준이 높은 것, 일에 몰두하는 행동, 병자역할 거부와 관련되었다. 그러나 심각한 신체 증상을 늦게 인지하는 요인과는 관련성이 없었다. 회복기에는 참을성이 부족하였으나 조기 직장 복귀 요소와는 무관하고 단지 일에 몰두하는 것과 간접적으로 관련이 있었다. 이러한 사실은, 비록 가설을 모두 증명 하지는 못하였으나, type A성격이 질병행동 과정에서 독특함을 보인다는 점과 그들이 병자역할을 거부한 나머지 예후가 불량할 수 있다는 점을 보여준다.

한편, AIB형성에는 어릴 때 학습된 것이 크게 작용하는 것으로 알려져 있다. 어릴 때 부모가 병자 역할을 부추기고(감기 걸렸을 때 장난감 사주고 먹을 것 사오고, 선물 주는 등의 강화시키는 행동), 부모가 병에 대한 본보기(modeling)가 되는 것은 그 아이가 훗날 커서 일반인에 비해 신체증상 호소가 심하고, 병원 찾는 행동이 많으며 아파서 일 못 나가고 쉬는 행동으로 이어진다는 것이다. Fig. 2~4에서 보는 바와 같이, 어릴 때 부모로부터 월경장애, 장(腸) 기능장애, 감기와 관련하여 강화된 행동이나 본을 받은(modeling) 아이들은 커서 그에 해당되는 동일한 질병을 많이 나타내고 있음을 알 수 있다(Whitehead 등 1994). 이것은 스트레스 정도나 개인의 신경증적 경향과는 무관하였으며, 가족 내의 만성 질환 유무와도 관계가 없었다. 이러한 점은 기능성 위장 장애에서 특히 여자의 경우, 어릴 때 강화된 병자 역할과 관계되고, 반복 두통을 갖는 경우에도 같은 결과를 보였다. 이렇게 학습으로 형성된 AIB는, 환자로 하여금 이를 인식하도록 하고 병자 역할로부터 독립적이고도 인내력을 키우는 훈련과 노력을 하여 치료하며, 한편 소아과 의사들 통해서는 아이들의 증상에 대처하는 부모의 행동을

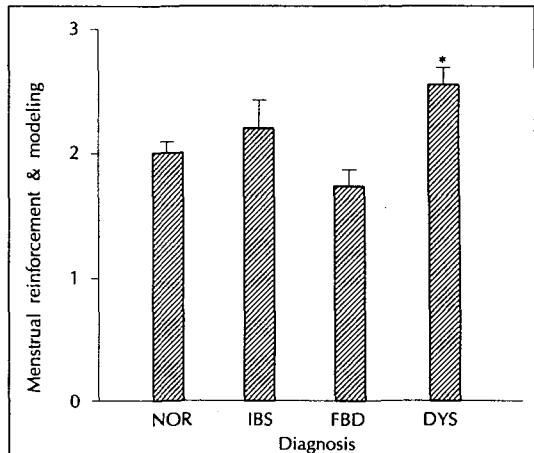


Fig 2. Childhood reinforcement and modeling of menstrual illness behavior in relation to diagnosis. Scores on the reinforcement and modeling scale were transformed by square root extraction and adjusted for the covariates neuroticism and stress. Groups are NOR, all 205 healthy controls ; IBS, 27 subjects with IBS but not DYS ; FBD, 76 subjects with nonspecific FBD but not DYS ; and DYS, all 72 subjects with DYS, including those with concurrent IBS or FBD. *Indicates that the DYS group was significantly different from healthy controls and FBD subjects after a Bonferroni correction for multiple comparisons was applied($p=.05/5=.01$ required for significance)(Cited from Whitehead et al. 1994).

조절하므로 해서 AIB를 경감시킬 수 있다(Whitehead 등 1994).

비정상 질병 행동 개념의 적용

허리 통증은 환자의 지속적인 증상 호소에도 불구하고 객관적 진단 방법으로서 기질적 원인 배경을 찾을 수 없는 경우가 대부분이다. 조직 병리 소견이 없거나 증상에 합당한 생리적인 변화가 없으면, 비 정신과 의사들은 신경성으로 간주하거나, 때때로 히스테리아나 건강 염려증으로 단정하기도 한다. 이러한 진단 태도는 진단기준에 합당한 진단을 하기보다는 다분히 제외적인 진단 기준에 의거한 방식으로서 옳지 않은 태도이다. 이 때 AIB의 특성을 보아 전환 장애 유무를 가릴 수 있다(Pilowsky 1995). 뇌 손상후 각종의 신체증상을 장기간 호소하면서 보상 문제가 겹쳐 있을 때라든가, 신경 쇠약증, 신체장애 등과 같이 기질적 배경이 없는 기능적 장애에서 AIB의 개념을 적용하는 것은 환자를 이해하고 치료하는데 있어서 매우 유용하다. 그 예로서 Fig. 5(Smith 등

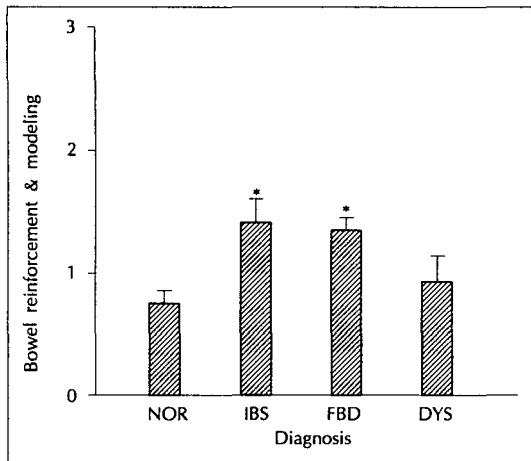


Fig 3. Childhood reinforcement and modeling of bowel illness behavior in relation to diagnosis. Scores on the reinforcement and modeling scale were transformed by square root extraction but were not adjusted for the covariates neuroticism and stress because these covariates were not statistically significant. Groups are NOR, all 205 healthy controls ; IBS, all 39 subjects with IBS, including some with DYS ; FBD, all 108 subjects with nonspecific FBD, including some with DYS ; and DYS, 28 subjects with DYS alone. * Indicate that the IBS and FBD groups were significantly different from healthy controls after Bonferroni corrections were applied($p=.05/4=.012$ required for significance)(Cited from Whitehead et al. 1994).

1990)에서와 같이 과민성 대장증후군이 기질성 질환자와 정상 대조군과의 비교에서 질병행동 평가 설문 중의 심리적 대(對) 신체적 관심척도(Psychological & Somatic concern)가 의미있게 낮아져 있음을 보여주고 있다. 그리고 통증을 동반한 비기질성 장애에서 질병행동 평가는 치료 예후 평가에 도움이 된다(Pilowsky 1995). 요통환자들에서는 정신 장애가 많이 동반해서 정신 장애와의 구별이 어려울 뿐 아니라 치료도 어렵다. 이때 감별진단과 병에 따른 행동 특성을 파악하는 것이 치료에도 도움된다(Lilius 등 1990, Hirsch 등 1991). 그리고 공황장애 환자의 질병 행동 특성으로서 의사를 찾는 횟수, 응급실 방문 횟수, 약물 이용 상태, 결근 일수 등에서 단순한 불안 장애와는 다르다고 알려졌으며(Vollrath와 Angst 1993), 그들은 사회 지지를 받으려고 애쓰고, 반추하는 경향이 컸다. 이렇게 AIB를 이용하여 단위질병에 있어서의 특성에 대한 연구는 앞으로 늘어날 전망이다.

신체화(somatization)현상을 파악하는 데에 질병 행동의 특성과 병자 역할을 이해하는 것은 매우 중요하다.

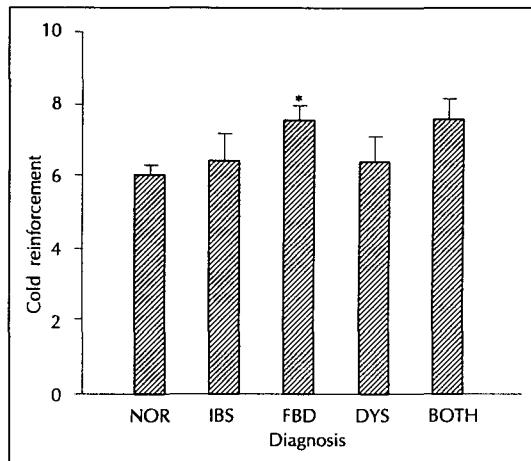


Fig 4. Childhood reinforcement of cold illness behavior in relation to diagnosis. The reinforcement scale scores were adjusted for the covariates neuroticism and stress. Groups are NOR, all 205 healthy controls ; IBS, 27 subjects with IBS but not DYS ; FBD, 76 subjects with nonspecific FBD but not DYS ; DYS, 28 subjects with DYS but not IBS or FBD ; and BOTH, 44 subjects with DYS plus IBS or FBD. *Indicates that the FBD group was significantly different from controls after Bonferroni corrections for multiple comparisons were applied($p=.05/4=.012$ required for significance)(Cited from Whitehead et al. 1994).

신체화는 병자 역할, 질병 행동 및 학습 이론으로 설명할 수 있다. 이들은 병자 역할을 통해서 동정받고, 보상을 받으며, 자신의 책임으로부터 벗어나며 병에 따른 비난도 회피할 수 있다. 그리고 불안이나 우울한 감정으로부터 자신을 보호할 수 있게 된다. 이러한 행동상의 특징은 어릴 때의 경험, 즉 병으로부터 이득을 얻은 누군가를 보고 배운 것이거나 자신이 직접 체험한 것으로부터 비롯될 수 있다. 여기에다 정신 장애에 대한 사회의 편견이나 질병관이 영향을 주어 병자 역할은 강조된다.

AIB에 대한 이해는 신경쇠약증, 섬유근육통증(fibromyalgia), 만성 피로 증후군, 그리고 최근 다중 화학성 민감 증후군(multiple chemical sensitive syndrome ; 이하 MCSS) 등의 진단과 치료에도 유용하다. 이러한 증후군이나 증상은 아직 기질적 원인이 밝혀지지 않은 것으로서, 정신 질환의 잘못된 진단명이거나 기능성 장애, 혹은 정신 신체 장애라고 주장하는 학자도 있다. 과거에는 심인성 질환이라고 생각했던 증상이나 장애가 후에 기질성 장애인 것으로 밝혀진 것이 적지 않았는데, 위의 장애들도 앞으로 면역 기능의 이상, 알러지

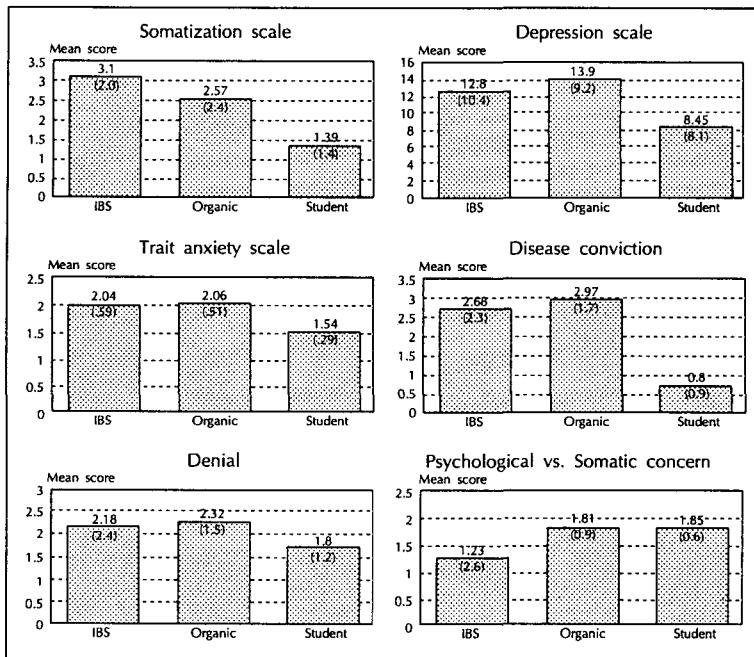


Fig 5. Comparison of the IBS, organic and normal or student samples with each other on the psychological variables (standard deviations given in parentheses). t-Tests showed that the organic and IBS means were not significantly different on any of the 6 variables. The normal or student samples were significantly different ($p < 0.01$) from the organic and IBS patients' means for all variables except for the IBQ psychological vs. somatic concern subscale, where the organic and student samples were not significantly different (Cited from Smith, et al. 1990).

혹은 바이러스에 의한 것이라고 밝혀질지도 모른다. 그러나 규명되기 전까지 현재는, 적어도 이들 증상 현상에 미치는 정신 사회적 요소와 그들의 행동을 이해하는 것이 진단과 치료에 도움이 된다. 예로서 MCSS (Sparks 등 1994)은 각종의 화학물질에 노출되어 있는 사람들에게서 발견되는 증상군으로서 직업병인지 환경병인지 조차 불명하다. 만일 이것이 객관적인 생리, 병리적 소견이 없음에도 불구하고 하나의 병 (disease)으로 규정된다면 의료 경제적 측면에서는 보상이나 환경 문제 등과 관련되어 문제가 적지 않게 될 것이다. 만성 피로 증후군이나 신경 쇠약증과 마찬가지로 이것은 질병 확신 체계 (illness belief system)로 이해할 수 있다. 이들 환자는 언론, 환경 및 생태학 관련자, 유사한 증상을 가진 환자들과 연결되어 자신의 믿음을 지지되고, 집단적으로 병명이 확고해지며, 병의 심리적 요소를 배제하고 합리화 시킨다. 그들은 점차 자신을 희생된 환자로서 인식하며, 의료 기관이나 보상기간에 대해 과격한 행동도 할 수 있게 된다. 이들은 생물학적 증거 없이 기능적인 장애만을

보일 뿐이다. 이러한 특성과 함께, 의사는 사회의 편견, 즉 정신과 진단을 붙이는 것은 낙인과 같다는 점을 의식하여 분위기에 동조하거나, 환자에 대한 동정심 때문에 신체 질환명으로 규정하려 하거나 애매한 진단명을 붙이기도 한다. 실제로 이들 증상 특성은 우울증이나 불안 장애와 구별 될 수 없을 정도로 유사한 점이 많다. 만성 피로증후군과 신경쇠약증은 서로 중첩되고 확실히 구별되지도 않으면서 많은 기능성 신체 증상을 설명하는 진단명으로 삼는다 (Sparks 등 1994). 이들 장애는 정신신체 장애의 현대 문명에 따른 표현일 수도 있다. 즉, 19세기에 스트레스로 인한 증상은 주로 운동증상이었다. 그러나 신경학의 발달로 신경계의 객관적 검사법이 개발되면서, 근래에는 과거의 운동 증상은 거의 사라지고, 심인성 질환의 신체 표현인 통증, 피로 등의 증상으로 변화되었다. 통증이나 피로 증세는 주관적인 호소로서 객관적으로 밝혀내는 방법이 아직 없다. 다시 말하면, 증명될 수 없는 증상으로 전환 되었다고 할 수 있는데, 이러한 것이 인간 특성의 일면일 수도 있고 현대 문명에 따른 변화라

고 볼 수 있다는 것이다(Shorter 1992). 현대 사회의 당면한 환경오염, 공해, 의학 지식의 발달, 컴퓨터 통신망의 발달로 정보 수집이 용이해지고 동호인 결성이나 언론 매체를 통한 분위기 조성 등은 경미한 신체 증상을 가진 사람에게 암시효과를 주어 병이 있다고 인식하게 하며, 나아가서는 실제로 병이라고 확신하고 이에 상응하는 행동을 하게 만든다.

문화 특성 또한 질병 확신체계에 영향을 미친다. 만성 피로 증후군이나 MCSS는 남자보다 여자에서 뚜렷이 많았다. 이는 여성의 의료기관 이용도가 높은 것도 한가지 요인이 되겠으나, 현대 사회에서 대거 진출한 여성의 역할에서 그들의 야망과 현실 사이에서의 좌절로 야기된, 즉 갈등의 산물로서 증상이 형성 된다는 관점이 있다. 이와 같이 병에 대한 믿음과 행동 특성은 시대적 상황, 문화 특성 등에 따라 서로 영향을 받게 된다는 것을 알 수 있다. 그러므로 이런 질환들에 대해서 AIB의 관점으로 살펴보는 것이 매우 유용하다고 할 수 있다.

그리고 AIB는 각종의 손상, 제해, 질병후 재활 치료시의 기능 평가시에 필요한 요소이다. 작업수행력을 평가하기 위해서는, 통증 평가와 정신 사회적 배경 뿐만 아니라, AIB의 특성도 파악하여야 한다(Velozo 1992).

한국인의 질병행동특성

국내 질병행동 관련 연구에서 정신분열병을 제외시키고 보면, 신경증 환자의 치료 추구 행동(김석현과 김이영 1995), 정신 장애자의 치료 추구행동(이부영 등 1989, 신승철과 윤관수 1990; 최미경 등 1995), 암환자와 내과환자들의 질병행동(고경봉 1991; 고경봉과 조현상 1992) 등, 다양한 방면에 연구가 매우 활발하다. 이제까지의 신경증 및 일반인 대상으로 한 질병 행동 특성의 결과를 요약해 보면 다음과 같다(김석현과 김이영 1995; 김광일과 원호택 1972).

1) 신경증 환자는 정신과로 오기전에 비전문적 치료를 많이 찾는다. 전통 문화, 사회 가치관이 치료추구행동에 크게 영향을 준다. 병초기에 전통 질병 개념으로 민간 한방 치료를 받으며, 악화되면 병원에 입원시켰다가 조금 나아지면 다시 민간요법을 추구하는 경향이 있다.

2) 일반적으로는 신체 증상에 매달린다. 이는 샤마니즘, 한방적 질병 개념, 감정 표현이 수용되지 않는 문화

적 특성에 의한다.

3) 불합리한 의료제도의 영향이 크다.

4) 가족의 태도가 치료추구에 영향을 미친다. 가족이 환자의 증상을 얼마나 심각하게 보는가 하는 것과 가족 내의 핵심 인물이 조기퇴원, 치료중단, 엉뚱한 치료에 큰 영향을 준다는 것이다.

치료 순응도에 관한 연구를 보면, 환자의 70%가 전통적인 비의학적인 치료 방법을 이용하였으며 정신과 입원 환자의 반수는 치료를 중단하고 비전문적 치료를 받는다 하여 비의료적 치료추구행동이 매우 크다는 것을 알 수 있다. 치료 순응도에는 의사-환자와의 관계, 가족협조가 무엇보다 중요하였다. 이러한 우리의 현실에 비추어 우리 문화에 맞는 정신과 진료가 모색되기도 했다. 다례, 불상의 원리, 도교나 유교의 원리를 이용하여 환자를 순화시키는 방법이 치료에 응용되어 거북하지 않은 진료가 가능할 것이라 했다(김광일과 곽상곤 1992). 비정상 질병행동을 유발하는 한 요인으로서 의사-환자 관계형성의 부족이 있다. 예로서, 신체형장에 환자 치료시 의사-환자 관계형성은 환자가 가진 증상을 초기에 감소시켜 주는 것이 중요하다. 그런데 이들 환자가 흔히 호소하는 차다, 뜨겁다, 기가 약해졌다, 담 걸린 것 같다는 증상에 대해 환자와 의사와의 언어 소통이 어려워, 환자는 자신의 증상이 의사에게 수용되지 못한다고 느끼고, 의사-환자의 관계형성이 되지 못하면, 결국 환자는 비의료적, 비전문적 치료를 받고자하는 계기를 갖게되는 것이다. 환자의 치료 순응도 문제나 전문 치료기관에서 치료 받는가 하는 문제는, 우리 사회에서 민간요법, 한방의학 내지는 전통 치료를 쉽게 접할 수 있다는 구조적인 문제 뿐만 아니라, 한국인에서 많은 신체화 증상들이 전통의학의 개념과 일치되어 공감대가 두텁고도 넓게 형성되어 있다는 점이다. 덥고 차다는 증상, 허(虛)하다는 증상 등의 호소가 현대 의학에서는 뭐라고 설명할 수 없어 무시되거나 조급히 역동적으로 해석되는 경우가 있다. 환자는 이들 증상이 쉽고도 자연스럽게 수용되는 곳으로 움직이는 것으로 생각한다. 즉 언어소통의 어려움이 환자-의사관계 형성의 걸림돌이 되고 이는 바로 비정상 질병행동으로 이어진다는 것이다.

그러나, 한국인이 나타내는 각종의 비정상 질병 행동이라고 하는 것중에 상당부분은 문화인류적 특성에 의거해서 보면 비정상적으로 볼 수 없는 부분도 있을 것이다.

그리고 의사의 고정관념이 환자에 대한 역전이를 일으켜 비정상적이라고 판단하는 부분도 있을 것이다. 비정상의 개념을 좀 더 명확히 하기 위해서, 또 치료 순응도를 높히고 비정상적인 치료 추구행동을 교정 할 수 있으려면 앞으로 각 질환 단위에서의 행동특성에 따른 인과 관계가 규명되어야 할 것이다.

질병행동의 측정방법

질병행동의 특성을 알아보는 데에는 Pilowsky 등(1983)이 개발한 질병 행동 평가(Illness Behavior Questionnaire : 이하 IBQ)가 가장 많이 쓰이고 있다. 이것은 Mechanic(1961)의 질병행동 개념을 근거로 하여, 임상에서 보는 건강 염려증의 개념과 사회 심리학적 개념의 질병 행동을 통합한 것으로 총 62문항으로 이루어져 있다. 내용으로는 건강 염려증(신체에 짐작, 병공포, 병의 확신), 병에 대한 환자의 태도와 감정, 자신에게 중요한 의미를 갖는 이가 자신과 자신의 병에 보이는 반응을 자신이 지각하는 것, 자신의 현재 사회 심리적 상황을 보는 태도 등으로 되어 있다. 즉 질병과 관계된 기분, 태도, 믿음, 행동들로써 구성된 것이다. 이를 이용한 연구를 보면, 통증을 동반한 신경증 환자는 신체에 집중하는 정도가 크고 부정(denial)을 많이하여 신체의 병을 확인하며, 의사의 말을 신뢰하지 않았다(Pilowsky와 Spence 1975). 그리고 정신 생리성 반응을 IBQ의 특성에 따라 구분하여 치료에 적용할 수도 있으며, 치료 예후 판정에도 이용할 수 있다(Spence 등 1985).

질병 태도조사로는 Kellner's Illness Attitude Scale(IAS)을 이용하기도 한다(Fava 등 1994). 이는 병 염려, 통증에 대한 염려, 건강에 관련된 습관, 건강 염려증, 죽음의 공포, 병 공포, 신체에 몰두하는 내용 등으로 구성되어 있다(Fava 등 1994). 그리고 Health-Utilization Questionnaire(Toomey 등 1995)는 지난해 동안 아파서 찾은 의사 명수, 통증으로 응급실 방문한 횟수와 입원 횟수 등을 알아보는 것으로 구성되어 있다.

질병관은 현대 문명의 급속한 발달 및 변화에 따라서 많은 부분이 빠르게 변모될 것으로 추정된다. 산업발달, 공해, 질병 발생의 변화, 과학적 의학지식의 증가 등에 의해 각종 질병에 대한 개념이 달라지고, 이에 따른 행동 변화도 빠르게 변화되고 있다. 변화된 시점에서의 질병 행동 특성에 대한 새로운 평가가 필요하리라 생각한다.

요약

동일한 질병을 갖고 있거나, 같은 증상을 호소하는 환자의 경우라도 병과 관련된 행동은 사람마다 각기 다르다. 이러한 행동 양식을 잘 이해하는 것은 병의 진단과 치료 방법, 치료 순응도와 치료 효과를 결정하는데에 중요한 요소가 된다. 비정상적인 질병 행동은 병자 역할이 핵심이 되며, 간혹 병을 부정하거나 무시하는 반대의 경우도 있다. 비정상적인 질병행동에 대한 평가는 기질적 원인이 밝혀지지 않는 여러 기능성 장애를 규명하는 한 가지 방법으로 이용될 수 있으며, 인지 치료 내지는 재활, 직업 치료사에서도 활용할 수 있는 중요한 개념으로 알려져 있다. 향후 한국인에게 맞는 치료법의 개발을 위해서는 각 질병에 따른 의학 역사적 관점, 사회 문화적 요소가 어우러진 통합적인 질병행동 연구가 필요하리라 사료된다. 이는 의료 경제 측면에서도 필수적인 내용이 될 것이다.

중심 단어 : 질병행동.

REFERENCES

- 고경봉 · 조현상(1992) : 정신과에 자문 의뢰된 내과 입원 환자들의 질병행동. 신경정신의학 31 : 744-755
고경봉(1991) : 암환자들과 비암환자들간의 질병행동의 비교. 신경정신의학 30 : 739-751
김광일 · 원호택(1972) : 한국민간정신의학(1)- 농촌의 정신질환 개념 및 치료에 관한 현지 조사. 신경정신의학 11 : 85-98
김광일 · 곽상곤(1992) : 문화에 적합한 정신과 진료. 신경정신의학 31 : 648-671
김석현 · 김이영(1995) : 신경증 환자의 치료후의 행동. 신경정신의학 34 : 780-798
남정현 · Sasaki Yuji · 김광일(1992) : 정신분열병 환자의 구조행동에 관한 연구- 한 군의 환자, 가족 및 일반 주민을 대상으로. 정신건강연구 91 : 231-270
신승철 · 윤관수(1990) : 정신과 외래환자의 의료추구행동에 관한 연구. 신경정신의학 29 : 289-305
윤충한 · 김광일(1991) : 의료추구행동에 대한 태도조사. 신경정신의학 30 : 1091-1110
이부영 · 이정희 · 김선아(1989) : 정신분열병 환자들의 치료순응에 영향을 미치는 요인. 신경정신의학

- 최미경 · 김광일 · Hiroshi Kurita, Yoshio Sekine, Hiroyuki Ono, Yuji Sasaki(1995) : 우울증 환자의 질병 행동에 관한 비교 연구. 신경정신의학 34 : 724-740
- Alemagno SA, Zyzanski SJ, Stange KC, Kercher K, Medalie JH, Kahana E(1991) : Health and illness behavior of type A persons. J Occup Med 33 : 891-895
- Fava GA, Magelli C, Savron G, Conti S, Bartolucci G, Grandi S, Semprini F, Saviotti FM, Belluardo P, Magnani B(1994) : Neurocirculatory asthenia : A reassessment using modern psychosomatic criteria. Acta Psychiatr Scand 89 : 314-319
- Hirsch G, Beach G, Cooke C, Menard M, Locke S(1991) : Relationship between performance on lumbar dynamometry and Waddell score in a population with low-back pain. Spine 16 : 1039-1043
- Lilius G, Harilainen A, Laasonen EM, Myllynen P(1990) : Chronic unilateral low-back pain : Predictors of outcome of facet joint injections. Spine 15 : 780-782
- Mechanic D(1961) : The concept of illness behavior. J Chron Dis 15 : 189-194
- Mechanic D, Volkart EH(1961) : Stress, illness behavior, and the sick role. Am Sociological Reviews 26 : 51-58
- Pilowsky I(1995) : Spine Update : Low back pain and illness behavior(Inappropriate, Maladaptive, or Abnormal). Spine 20 : 1522-1524
- Pilowsky I(1969) : Abnormal illness behavior. Br J Med Psychol 42 : 347-351
- Pilowsky I, Smith Q, Katsikitis M(1987) : Illness behavior and general practice utilization : A prospective study. J Psychosom Res 32 : 777-783
- Pilowsky I, Bassett D, Barrett R, Petrovich L, Minniti R(1983) : The illness behavior assessment schedule : Reliability and validity. Int J Psychiatry Med 13 : 11-28
- Pilowsky I, Spence ND(1975) : Patterns of illness behavior in patients with intractable pain. J Psychosom Res 19 : 279-287
- Russel GFM, Hersov L(1985) : Handbook of psychiatry. Cambridge, Cambridge Univ. Press, pp282-283
- Shorter E(1992) : From paralysis to fatigue : A history of psychosomatic illness in the modern era. New York, MacMillan, pp233-323
- Singer A, Thompson S, Kraiuhin C, Gordon E, Howe G, Meares R(1987) : An investigation of patients presenting with multiple physical complaints using the Illness Behavior Questionnaire. Psychother Psychosom 47 : 181-189
- Smith RC, Greenbaum DS, Vancouver JB, Henry RC, Reinhart MA, Greenbaum RB, Dean HA(1990) : Psychosocial factors are associated with health care seeking rather than diagnosis in irritable bowel syndrome. Gastroenterology 98 : 293-301
- Sparks PJ, Daniell W, Black DW, Kipen HM, Altman LC, Simon GE, Terr AI(1994) : Multiple chemical sensitivity syndrome : A clinical perspective. J Occup Med 36 : 718-730
- Spence ND, Pilowsky I, Minniti R(1985) : The attribution of affect in pain clinic patients. Int J Psychiatry Med 15 : 1-11
- Strauss DH, Spitzer RL, Muskin PR(1990) : Maladaptive denial of physical illness : A proposal for DSM-IV. Am J Psychiatry 147 : 1168-1172
- Toomey TC, Seville JL, Mann JD, Abashian SW, Wingfield MS(1995) : Relationship of learned resourcefulness to measures of pain description, psychopathology and health behavior in a sample of chronic pain patients. Clin J Pain 11 : 259-266
- Velozo CA(1992) : Work evaluations : Critique of the state of the art of functional assessment of work. Am J Occup Ther 47 : 203-209
- Vollrath M, Angst J(1993) : Coping and illness behavior among young adults with panic. J Nerv Ment Dis 181 : 303-308