정신신체의학 5(2) : 176-184(1997) □원 저□

신체화에 따른 질병행동의 특성에 관한 연구*

송지영** · 염태호** · 오동재** · 조성욱***

The Characteristics of Illness Behavior in Patients with Somatization*

Ji-Young Song, M.D.,** Tae-Ho Yum, Ph.D.,**
Dong-Jae Oh, M.D.,** Seong-Wook Cho, M.D.***

— ABSTRACT — *Korean J Psychosomatic Medicine 5(2) : 176-184, 1997* —

Abnormal illness behavior in patients with somatoform disorders were known formed by their traditional disease concepts and somatization-prone socio-cultural factors. The authors evaluated the characteristics of abnormal illness behavior in patients with somatoform disorders(who had somatization) by using abnormal illness behavior questionnaire.

Methods : 29 somatoform disorders(SD) and 57 disease controls were compared by clinical chracteristics, severity of pain, state anxiety(by Spielberger's State & Trait Anxiety Inventory), depression(by Beck's Depression Inventory) and level of psychosocial stess(by DSM-Ⅲ-R). The illness behavior was measured by Illness Behavior Questionnaire(IBQ).

Results : SD group had longer period of somatic symptoms with less severity in pain. The degree of anxiety and depression were higher in SD compared with controls. However, the degree of psychosocial stress was almost same between both groups. In IBQ, SD showed higher scores in general hypochondriasis, disease conviction, and affective disturbance subscales compared to control group.

Conclusion : High disease conviction and hypochondriacal nature revealed by IBQ seemed to be a role in making somatization by way of somatic focusing and hypervigilance. And those tended to lead patients visit hospital frequently and report various somatic complaints. Evaluating abnormal illness behavior in somatoform disorders would be not only helpful in understanding the natures of somatoform disorders but also useful differentiating SD with other psychiatric conditions.

KEY WORDS : Somatoform disorder · Illness behavior · Illness behavior questionnaire-Korean version.

---

*본 연구는 경희대학교 1995년 교비 지원에 의하여 연구되었음.
This study was supported by Kyung Hee University research fund in 1995.
**경희대학교 의과대학 신경정신과학교실
Department of Neuropsychiatry, College of Medicine, Kyung Hee University, Seoul, Korea
***동해영동병원
Department of Neuropsychiatry, Donghae Young-Dong Hospital, Donghae, Korea

서 론

질병행동이란 개인이 겪는 고통이나 질병에 대해서 이를 받아들여 평가하고, 이에 따른 행동을 취하는 것을 말한다(Mechanic 1962). 질병행동은 다음의 여러 가지 요소들에 의해서 영향을 받는다(Ford 1983). 즉, ① 환자개인의 성격 ② 과거 질병을 앓았던 경험 ③ 병에 대한 개념 ④ 가족들의 태도 ⑤ 사회의 질병관과 가치관 ⑥ 의료제도 ⑦ 사회 · 경제적 지지 등이다. 이러한 질병행동은 의료추구행위, 즉 어떤 곳에서 어떠한 도움을 받으려 하는가 하는 것으로 이어지며, 그후 긴 과정을 통하여 이들이 치료에 잘 순응하는지, 치료가 중단되는지와 같은 예후와 관련된다.

이러한 질병행동은 일반적인 모든 질병에서 나타나는 현상인데, 정신질환의 경우에는 매우 복잡한 양상을 띤다. 그 중에서 신경증에 있어서는 임상특성이 인종, 사회 문화적인 요소에 크게 영향을 받으며 치료추구행위가 다양하기 때문에 질병행동이 타질환과는 다른점이 많다.

한국인은 정신질환에 대해서 많은 부분이 전통적 질병관에 따른 신체화 경향과 무속적 개념에 근거를 두고 있다(김광일 등 1989). 그리고 한국인은 외국인의 경우와 비교하여 심적 고통이나 갈등이 있을 때, 쉽게 신체화하고 신체질환으로 믿으며 정신치료보다는 신체치료를 받으려는 특성이 있다(황규혁 등 1988). 이들 중의 많은 수는 자신의 건강상태에 대해서 의사가 환자의 나이, 교육, 환경, 사회문화적인 점을 고려하여 적절하고도 옳게 알려 주었음에도 불구하고, 계속 부적절하고도 적응되지 않는 방식으로 수용, 평가, 행동하는 비정상적 질병행동(Abnormal illness behavior)을 보이는 경향이 있다.

신경증 뿐만 아니라 정신증 환자의 다수는 이러한 비정상 질병행동으로 인하여 현대정신의학의 잇점을 도외시하고 있으며 병의 악화나 만성화를 초래하는 경우가 많음은 물론이고, 또한 이들은 정신과 치료를 받기보다는 약국이나 한방치료, 굿, 신앙 치료를 선호하는 경우가 많다.

정신과의사가 이들 환자들의 질병행동을 이해해야 하는 이유는 병을 조기에 발견하고, 적절한 정신의학적 개입을 통하여 빠른 시간내에 증상의 감소 내지는 사회복귀를 시키는데 필수적인 요건이 되기 때문이다.

이제까지 국내에서는 신경증에서 신체화 현상이나, 신체화에 따른 의료추구형태에 대해서 연구가 있었다(이만홍 1981 ; 김광일 등 1975 ; 이부영 등 1989 ; 이부영 1973 ; 황규혁 등 1988 ; 신승철과 윤관수 1990 ; 김효찬 등 1992). 그러나 질병행동에 관한 연구는 암환자 내지는 내과 환자를 대상으로 한정된 영역에서만 이루어졌으며(고경봉 1991 ; 고경봉과 조현상 1992), 신경증 환자들의 질병행동 특성에 대하여는 아직 없는 상태이다.

본 연구의 목적은 신체형장애환자들에서 신체화에 따른 질병행동상의 특성이 어떠한지를 파악함으로서, 이를 통하여 앞으로 한국인 신경증 환자에게 적절한 치료대책을 수립하는데 도움이 되고자 한다. 그리고, 질병행동의 특성을 평가하는데에 널리 쓰이는 질병행동설문(Illness Behavior Questionnaire)의 효용성에 대해서도 알아보고자 한다.

연구대상 및 방법

1. 연구대상

연구대상은 신체형장애 환자군(이하 환자군)과 질병대조군(이하 대조군)으로 나누었다. 신체형장애 환자군은 총29명으로서, 대상환자의 포함기준으로는 (1) 내과 전문의에 의해서 환자가 호소하는 증상에 대한 기질적 원인이 없다고 증명되어 내과에서 정신과로 의뢰되었거나 타병원에서 환자자신이 직접 방문한 경우로서, (2) DSM-Ⅳ(APA 1994)에 의거하여 신체형장애환자의 기준에 맞으며 (3) 문자해독이 가능하고, 연구에 동의하는 20~60세 남녀였다. 이로서 선정된 환자의 진단분포를 보면 신체형장애 7명, 건강염려증 2명, 신체형동통장애 2명, 감별불능 신체형장애 18명 이었다.

제외기준으로는 고혈압, 당뇨 등의 기질성 질환을 동반하는 경우와 우울증에 따른 신체화현상이 혼하기 때문에, 이를 미리 제외시키기 위하여 한홍무 등(1986)이 번역하고 표준화한 우울증 검사 도구인 Beck's Depression Inventory(BDI)를 이용하여 21점 이상의 뚜렷한 우울증을 나타냈던 경우(한홍무 등 1986)는 제외시켰다. 이로서 3명이 제외 되었다.

대조군은 질병대조군으로서(이하 대조군), 이는 평소 정신적이나 신체적으로 건강하던 사람이 손상이나 기존

의 경미한 질환으로 외과적 수술을 한 경우의 총 57명이 선정되었다. 이들의 진단분포를 보면 골절 17명, 인대 및 말초신경손상 10, 관절성형술 11명, 추간판탈출증의 수술 6명, 미용을 위한 성형외과수술 9명, 기타 4명이었다. 이들 대조군이 연구를 위한 검사 당시 정신장애 유무를 가리기 위해서 간이 정신진단검사(SCL-90-R, 김재환과 김광일 1984)를 실시하여, 이들 중에 비정상 프로파일을 보인 사람 4인은 제외시켰다.

2. 연구방법 및 연구내용

연구방법은 양군에서 임상특성을 반구조화된 설문지를 통해 수집하였고, 정서장애의 정도, 스트레스 정도를 평가하고 질병행동의 특성을 조사해 보았다.

임상특성으로서는 환자군과 대조군에서 통증의 유무와 심한 정도, 과거 질병력, 손상 과거력 등을 조사하였다.

통증정도는 Visual Analogue Scale(VAS)를 이용하였는데, 이는 10cm의 직선에 현재의 통증정도를 선위에 빗금(/)으로 표시하도록하여 길이(cm)를 측정하는 것이다.

정서장애의 정도 측정에서, 불안은 Spielberger의 State & Trait Anxiety Inventory의 상태 불안척도를 이용하였고(김정택 1978), 우울정도는 Beck's Depression Inventory, BDI, 한홍무 등 1986)를 이용하였다.

스트레스의 정도는 DSM-Ⅲ-R의 정신사회적 스트레스척도(severity of psychosocial stressors, APA 1987)를 이용하였다. 이는 지난 1년간의 스트레스 정도를 평가하는데, 스트레스가 없는 경우의 1점에서부터 6점의 극도로 심한 경우까지로 평가하였다.

질병행동의 특성을 알아보기 위해서는 Pilowsky와 Spence(1975)가 개발한 질병행동 질문지(Illness Behavior Questionnaire : IBQ)를 저자로부터 번역 허가를 얻은 후에 한국어로 번역하였다. 번역된 문항은 3번에 걸친 역번역을 통하여 문항의 내용을 다듬었으며 다음과 같이 신뢰도를 확인해 보았다. 86명의 신체형장애 환자와 질병환자를 대상으로 한 검사-재검사 신뢰도는 0.83($p<0.05$)으로서, 시간경과에 따라 안정된 검사로 나타났으며, 신체형장애 환자와 신체질환자 177명을 대상으로 본 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 0.82로서 문항간에 동질성이 높은 검사임을 확인할 수 있었다. 이렇게 완성된 한국판 질병행동 평가 설문지(Illness Behavior Questionnaire-Korean version)는 총 62개 문항으로 되어있는 자기보고형 검사로서 다음과 같은 7개의 척도로 구성되어 있다. 7개의 척도란, (1) 질병에 대한 태도로서, 일반적인 건강염려증(general hypochondriasis), 병확신(disease conviction), 심리적 대(對) 신체적 관심(psychological vs. somatic concern : 병에 대해 자신이 책임이 있고 심리적인 치료가 필요한다고 느끼는 것), (2) 질병과 관련된 정서상태로서, 정서장애(affective disturbance : 불안, 슬픔 등), (3) 주위사람과 정서교류 측면인 감정억제(affective inhibition : 자신의 언짢은 기분을 표현하기 어렵다), (4) 부정(denial : 생활상의 스트레스를 부정하고, 모든 문제가 병때문인 것으로 느끼는 것), (5) 불안정성(Irritability : 분노와 대인간의 마찰) 등 이다(Pilowsky와 Spence 1983). IBQ는 원래 통증환자를 중심으로 개발된 것으로서, 이는 통증을 동반하는 환자들을 대상으로 비정상 질병행동의 특성을 보는데에 유용하다. 본 연구에서는 신체형장애 환자 중에 통증을 가지고 있는 환자를 선정하므로서 신체형장애 환자의 질병대조군에 대비되는 특성을 보다 잘 구별해 내고자 하였다.

연구내용은 신체화 환자군과 대조군에서 임상특징과 통증정도, 과거병력상에서 어떠한 차이가 있는지 알아보고 IBQ에 따른 질병행동상에서 차이점을 분석하였다.

통계 분석방법은 SPSS PC+Version 3.0을 이용하였으며, 인구통계학적 특성과 증상의 특성에 관한 것 중 평균치의 비교는 Student t-검증을, 비율의 비교는 Chi-검증을 이용하였다. 질병행동의 특성은 각 척도의 평균 점수를 내어 2군간에 t-검증을 이용하여 차이가 있는지를 검증하였다.

모든 통계적 의미는 $p<0.05$ 수준에서 판정하였다.

결 과

인구통계학적 소견을 보면 신체형장애 환자군에서 대조군에 비해 여자가 조금 많으며, 연령이 높은 편이었다(39.0 ± 10.2세와 31.1 ± 9.8세, $t=3.48$, $p=0.05$). 결혼상태는 대조군에서 미혼이 많았으며, 교육수준은 대졸이상자가 대조군에서 많았다. 경제상태를 상중하로 대별해 본 것에는 두 군 간에 차이는 없었다(Table 1).

임상적 특성에서는, 신체형장애 환자군에서 증상의

Table 1. Demographic data

Group	Somatoform disorder (N=29)	Control (N=57)	Comparison
Sex			
male(%)	14(48.2)	29(50.8)	χ^2=0.05
Age(mean)	39.0(±10.2)	31.1(±9.7)	t=3.48**
Marital status			χ^2=14.76**
married	21	23	
unmarried	5	31	
others	3	3	
Education level			χ^2=17.99**
below primary school	6	3	
middle & high school	16	32	
above college	7	22	
Occupation			χ^2=16.19**
labourer	7	6	
officer	8	28	
housewife	10	6	
student	2	13	
others	2	4	
Economic status			χ^2=5.26
upper	2	2	
middle	20	49	
low	7	6	

**p < 0.01

Table 2. Comparisons of clinical characteristics between somatofrom disorder and control group

Group	Somatoform disorder (N=29)	Control (N=57)	Comparison
Duration of symptoms (months±s.d.)	71.8(±64.3)	13.9(±32.0)	t=4.56**
Pain			χ=11.17**
have	10(34.5%)	41(72.0%)	
no	19(65.5%)	16(28.0%)	
VAS(mean, cm)	1.0(±2.0)	3.1(±2.7)	t=3.93**
Past history(yes)			
Operation	6	20	χ^2=1.89
Trauma & accidents	3	12	χ^2=1.53
Physical	7	3	χ^2=6.66**
Mental illness	1	1	χ^2=0.24
Disease	4	10	χ^2=0.14

**p < 0.01

Table 3. Comparisons of level of anxiety, depression and severity of psychosocial stressors means±s.d.

Group	Somatoform disorder (N=29)	Control (N=57)	Comparisons (t)
Anxiety	50.9(±10.7)	43.9(±8.6)	3.25**
Depression	20.3(± 9.5)	15.7(±8.1)	2.30*
Stress	1.8(± 0.7)	1.9(±0.9)	0.35

*p < 0.05 **p < 0.01

지속기간이 71.9±64.3개월로 대조군(13.9±32.0개월)에 비해 의미있게 길었으며(t=4.56, p<0.05), 통증유무에 있어서는, 신체형장애 환자군에서 10명(34.5%), 대조군은 41명(71.9%)이 통증을 가지고 있어 대조군이 의미있게 많은 수에서(χ^2=11.17, p<0.05) 통증을 동반하고 있었다(Table 2).

평가 당시의 VAS에 의한 통증 정도는 환자군이 1.0±2.0cm, 대조군이 3.1±2.7cm으로서 대조군이 환자군에 비해서 의미있게 통증정도가 컸다(t=3.93, p<0.05). 과거력을 보면 수술, 손상 내지는 사고 기왕력은 양군 간에 차이가 없었고, 신체질병을 앓았던 병력은 환자군에서 7명으로 대조군에 비해 의미있게 많았다(χ^2=6.66, p<0.05)(Table 2).

양군 간에서 불안, 우울의 정도와 스트레스의 심한 정도를 비교해 본 것은 Table 3과 같다. 신체형장애 환자군에서 상태불안(50.9±10.7)이 대조군(43.9±8.9)에 비해서 의미있게 높았으며(t=3.25, p<0.01), 우울도 역시 환자군(t=2.30, p<0.05)에서 높았다. 그러나 스트레스의 정도는 양군간에 비슷하였다.

비정상질병행동 평가에 따른 각 척도의 비교는 Table 4와 같다. 일반적인 건강염려증(5.2±3.6), 질병확신(3.1±2.0), 정서장애(3.0±1.6)와 Whiteley건강염려증 척도(7.7±2.6) 등에서 환자군이 대조군에 비해 의미있게 높은 결과를 보였다. 그러나 심리적인 관심대(對) 신체적 관심 척도, 감정 억제, 부정, 짜증 척도에서는 양군 간에 차이를 보이지 않았다.

논 의

대부분의 환자들은 병에 따라 예측할 수 있는, 그리고 상황에 맞는 적절한 행동을 하고 있다. 그러나 일부 환자는 부적절한 생각과 함께 자신의 병에 대한 수용방

Table 4. Comparisons of somatoform disorder and disease control group on IBQ subscales

Subscales	Somatoform disorder(N=29)	Control(N=57)	Comparison(t)
General hypochondriasis	5.2(±2.6)	3.4(±2.3)	3.35**
Disease conviction	3.1(2.0)	1.9(1.5)	3.14**
Psychological vs. somatic concern	2.0(1.1)	1.8(1.0)	0.73
Affective inhibition	2.6(1.3)	2.1(1.4)	1.65
Affective disturbance	3.0(1.6)	1.6(1.5)	4.08**
Denial	3.3(1.5)	2.7(1.5)	1.51
Irritability	2.1(1.4)	1.8(1.2)	0.87
Whiteley Index of hypochondriasis	7.7(2.6)	4.8(2.3)	5.25**

**p < 0.01

법이 특이하고, 의사의 지시에 반하여 행동하며, 의사의 설명에 맞지 않는 비현실적인 방법으로 대응한다. 즉 의사와 환자간에 환자역할에 대한 것이 일치하지 않는 상태가 되는 것이다(Pilowsky 1995). 이러한 Mechanic(1962)의 질병행동에 근거를 둔 질병행동의 개념은 의존적이고 도움 추구행동을 하는 환자를 이해하는데 도움이 되며, 신체질병과 관련된 심적반응과 사회환경 요소들과의 상호관계를 아는데 유용하다. 이러한 질병행동에는 몇가지의 요소가 영향을 미치고 있다. 즉 과거 자신이나 가족들이 병을 앓았는지의 경험 유무, 아픈 것에 대한 인지 특성, 병원시설을 어떻게 이용하는지의 내용, 환자의 교육, 역사, 문화적인 배경 등이 그것이다(Giles 1994). 이러한 여러요소가 서로 얽혀 있기에 병을 앓는 사람들은 저마다 서로 다르게 증상을 인식, 평가하고 이에 따른 행동을 하는 것이다.

지속적으로 부적절하고도 적응되지 않는 방식으로 병을 수용평가하고 행동하는 비정상적인 질병행동을 통해서, 환자는 결국 당면한 현실속에서 자신의 의무로부터 벗어나게 되고 도움을 받는 위치로 된다. 그리고 이러한 상태에 이르러서는 스스로 책임을 지지 않아도 되는 것이다(Pilowsky 1995). 이러한 비정상적인 질병행동(Abnormal illness behavior : 이하AIB)의 현상을 실험적으로 알아보기 위한 시도는 Pilowsky에 의해서 이루어졌다. 그는 Parsons과 Mechanic의 연구를 밑받침으로하여, 처음에는 임상적으로 건강염려증과 만성통증 환자들을 대상으로 이들의 AIB의 특성을 보았다(Pilowsky와 Spence 1975). 그는 52개의 문항을 이용하여 100명의 통증 클리닉 환자에게 적용시켜 분석해 보았으며, 이후에 10개의 문항을 추가하여 62개 문항으로된 IBQ에 대한 타당도와 신뢰도를 확립시켰다(Pilowsky 1993).

AIB는 처음 개발될 때에 통증을 동반하는 환자를 대상으로 했고, 신체화를 보이는 경우와 전환장애 환자들이 주요대상이었다. 그런데 다른 여러 장애에서도 AIB의 특성을 보이는 것으로 밝혀졌다. Joyce 등(1986)은 비특이적 복통환자 중에는 과거에 통증을 경험한 예가 많고, 불안정도가 높으며 AIB가 많이 나타난다고 했으며, A형 성격인에서는 병자역할을 부인할 뿐 아니라, 병이 회복될 때까지 참지 못하고 조기에 직장에 복귀하는 특징적인 AIB를 보였다(Alemagno 등 1991). 그외에 위장관 장애(Gometz와 Dally 1977), 피부질환자(Hughes 등 1983), 심근경색증이나 심장수술을 받은 환자(Byrne과 Whyte 1979), 그리고 측두 하악관절통증장애 환자(Speculand 등 1983)에서 병확신과 정서장애가 높고 부정정도가 낮은 IBQ 상의 특성이 보고된 바 있다. 이와같이 정신장애 뿐만 아니라, 신체질병과 심적 요소가 연관되어 나타나는 AIB는 질병이 기질성인지 비기질성인지를 구별하는 데에도 도움을 준다(Joyce 등 1986).

비특징적인 복통을 호소하여 외과를 방문하는 환자는 정신증상마저도 뚜렷하지 않아서 어떻게 환자의 상태를 파악해야할지 어려워진다. 이때 환자들이 보이는 병에 대한 개념, 태도와 그에 따른 행동 특성을 하나의 행동증후군으로 간주해서 보는 것은 유용한 방법이 된다. 뚜렷한 원인이 밝혀지지 않는 요통환자나 전환장애, 신체형 장애는 진단을 내리는데 포함기준에 의거하지 못하고 제외 기준에 의거해서 진단을 하게 되는데, 이러한 상황에서 AIB는 분류와 진단에 유용한 개념일 수 있다.

IBQ는 이 뿐만 아니라 치료에 있어서도 적용될 수 있다고 알려져 있다. 안면통증 환자와 치주질환자에서, 이들이 나타내는 AIB를 통해서 75%까지 치료에 완강

한지 아닌지를 판별할 수 있었으며(Speculand 등 1981), 측두하악관절 통증환자에서 수술치료보다는 정신치료를 요하는 사람을 선별하는 데에도 유용하였다(Speculand 등 1983).

IBQ는 진단명을 구별하는데에는 정확한 도구가 되지 못하지만 AIB를 파악하는 데에는 매우 민감한 설문지이며(Pilowsky등 1979), 이를 이용하여 기질성, 비기질성의 구별과 함께 질병을 새로운 각도로 분류해 내는 것이 가능한 유용한 선별도구가 된다.

본 연구에서 신체형장애 환자군이 질병대조군에 비해서 증상지속기간이 길었으며 통증의 정도가 적은 것은 대조군이 급성질환 내지는 수술 받은 환자를 주로 선택되었기 때문에 이들이 나타낸 급성 통증과 비교되었기 때문일 것이며, 신체형장애 환자군의 1/3정도는 그리 심한 통증은 아니나 만성적 통증증후군의 특성을 가지고 있다고 할 수 있다. 과거력상 신체질병력이 상대적으로 많은 것이 신체형 장애의 특성이기도 하겠지만 특정한 대조집단과 비교한 결과일 것이다. 그러나, 양군에서 스트레스의 정도는 비슷하면서도 신체형장애 환자군에서 불안과 우울의 정도가 높은 것은 대조군에서 급성 질환 내지는 수술 후의 스트레스에 따른 정서변화보다도 더욱 높은 것으로 이러한 정서장애가 큰 것은 신체형장애 환자군의 특성이라고 할 수도 있다.

신체화 현상이 불안과 우울의 정서 장애와 관계 깊다는 것은 이미 많은 연구에서 밝혀진 바 있다. 전환장애에서 우울정도가 높았다. Roy(1980)는 전환장애자의 88%가 우울증을 갖고 있다고 했으며, 이들 환자는 신경질환자에 비해서 우울증 정도가 높았다(Wilson-Barnett와 Trimble 1984). 이러한 소견은 스트레스에 따른 정서 변화가 있고, 이에 따라서 신체형장애로 된다기보다는, 환자의 성격, 대응전략의 특징, 과거에 병을 앓았던 사실 등과 관련되어 신체화가 일어나게 되며, 이러한 사실은 외적 사건에 의한 반응성 정서반응 보다는 내재된 불안과 우울과 같은 정신적인 정서불안정이 신체형장애 형성에 좀더 중요한 요소임을 알려주는 것이다. 정서장애가 신체형 환자에서 중요한 이유는 정신치료뿐만 아니라 약물치료의 대상이 되기 때문이다.

그리고 신체형장애 환자가 과거 자신이나 가족의 병력이 의미있게 많았다는 것은, 과거에 애매한 병명으로 치료받은 사실과 신체화는 관련이 크다는 사실(Wilson-Barnett와 Trimble 1984)과 과거 경험했던 행동양식이 습관화되거나 어린 나이에 병원생활을 하면서 생긴 대응 양식이 성장해서도 이어져 특징적인 질병행동을 하는 것과 관련될 수 있다.

IBQ의 7개 척도 중에서 신체형 장애군이 질병대조군에 비해 일반 건강염려척도와 Whiteley건강 염려척도가 의미있게 높았다. 이는 병에 대해서 두려운 태도가 크다는 것을 나타내는 것이며, 14개 문항으로 구성된 Whiteley index는 건강염려증이 크다는 것을 시사하는 것이다. 이러한 건강염려증 척도의 상승정도는 Pilowsky와 Spence(1983)의 통증환자군(1.94±2.1)이나 정신과환자군(2.69±2.31)의 경우보다 높은 것이어서 이러한 소견은 한국인 환자가 서양인보다 건강염려의 정도가 높은 것은 아닐까 추정된다.

그리고 본 연구의 신체형장애 환자군에서 질병확신척도가 높은 것은 환자가 증상에 몰두하며 신체적인 병이 있다고 굳게 믿는 것이고, 정서장애 척도가 높은 것은 불안 우울 정도가 높다는 것을 나타내는 것이다. 만성 통증환자군에서 IBQ의 병확신척도는 높지 않았으나(Pilowsky와 Spence 1975) 신체증상을 호소하지만 뚜렷한 신체병리가 없는 신체화 환자들에서 병에 대한 확신이 크고 불안 우울 및 짜증이 높다(Pilowsky 등 1987)는 소견과는 부합되는 결과이다. 신체화 환자가 병확신과 정서장애가 크다는 것은 기존의 여러 결과와 일치한다(Pilowsky 등 1977 ; Chapman 등 1979 ; Speculand 등 1981 ; Schweizer 등 1987). 이러한 소견은 신체형환자들이 정서장애를 신체화 형태로 고통을 받는다(Kirmayer 1984)고 할 수 있다.

신체형장애 환자군에서 부정척도가 높지 않은 것은, 현재의 생활압박을 부정하고 어려움이 신체질병의 원인이라고 간주하는 경향은 그리 크지 않다는 것이다. 신체형장애 환자가 신체질환을 앓는 환자보다 IBQ의 부정척도가 높지 않으면서 정서장애 척도점수가 높은 것은, 이들에 대하여 정신적인 치료적 접근이 도움이 될 것이라는 것을 시사한다.

그런데, 신체형장애 환자가 정신과로 의뢰되는 경우란 매우 선택된 경우이고, 대부분은 주로 1차 의료기관을 방문한다. 이들의 IBQ 특징을 보면 병에 대한 확신이 높고 정서장애가 크며 생활고(苦)를 실감하고 있었다(Scicchitano 등 1996). 이는 IBQ로서 신체화환자가 다른 집단과 구별된다는 것을 보여 주는 것이다.

그러나 증상이 장기화되면 불안이나 우울 등의 심적

인 불편감은 호소하지 않게 되며, 이들은 더욱 더 신체에 집중을 하고 신체병에 대한 확신이 커지고 신체호소만을 하게 된다. 정신증이 아니면서 신체증상을 위주로 호소하는 환자를 진단하기란 매우 어려운데, 이들을 초기에 구별해 내지 못하면 환자의 고통이 계속될 뿐만 아니라, 이들에 대한 의료비용이 많이 낭비되는 문제가 있다. 초기에 이들을 구별하는데에 비정상질병행동의 특성을 알아보는 IBQ는 매우 유용한 도구라고 할 수 있다.

IBQ 각 척도들은 신체화 과정에 중요한 요소들로 만들어져 있으며, 이는 특히 비정신과 의료시설에서 정신장애를 구별해내는데 도움이 된다(Pilowsky 1993).

그러나 IBQ 적용시 유의점으로는 이것이 모든 질병을 구별해 주는 것은 아니라는 것이다. 과민성 대장염 환자에서 기질성과 구별해 내지 못하였고, 단지 의료기관이용 추구행동을 결정하는 요소가 될 뿐이었다(Smith 등 1996).

본 연구의 제한점으로는, 첫째, 본 연구에서 질병대조군과 신체형장애 환자군과의 비교에서 인구통계학적 변인에서 차이가 있었다. IBQ의 결과를 해석하는데에 있어서 이러한 인구학적 변인이 영향을 미칠 수 있다는 점이다. 본 연구에서는 연령, 교육정도, 직업의 변인을 통제하지 못하였다. 둘째, 신체형장애 환자군이 다양한 장애의 집합이었기에, 단일장애에 따른 질병행동의 특성은 무시될 수 있다는 점이다. 이에 대해서는추후의 연구가 지속 되어야 할 것이다.

앞으로 IBQ와 함께 인간관계에서의 예민성, 의학적 권고에 대한 반응, 질병에 대한 충격, 병식과 생물학적 기능 등에 대한 연구가 뒤따라야 IBQ의 심도있는 이해가 가능할 것으로 사료된다.

요 약

목 적 :

한국인의 질병행동 특성에는 전통적인 질병개념, 신체화경향 및 각종 사회문화적 요소와 복합적으로 관련되어 있다. 이에 신체화 기전을 근본으로한 신체형환자의 질병행동의 특성을 파악하여 여기에서 얻은 결과를 향후 치료에 활용해 보고자 하였다.

방 법 :

환자군은 DSM-IV에 의거하여 신체형장애로 진단된 환자 29명이었고, 대조군은 질병대조군으로서 골절 및 급성질환에 의해서 수술받은 환자 57명으로 하였다. 양군에서 임상증상의 특성과 통증의 유무 및 통증정도측정(Visual Analogue Scale), 상태불안(Spielberger의 Anxiety State Inventory), 우울정도 측정(Beck's Depression Inventory), 스트레스정도(Psychosocial Stress Scale)를 재고, 그리고 질병행동의 특성은 질병행동 평가 설문인 Illness Behavior Questionnaire(IBQ)를 한국어로 번역하여 신뢰도를 검증한 후에 검사도구로 이용하였다.

결 과 :

신체형장애 환자는 대조군에 비해 증상기간이 길고(71.8+64.3 개월), 나이가 많았으며(39.0+10.2세), 측정당시의 통증정도(1.0±2.0, $p<0.05$)는 낮았다. 과거력상 신체질병이 상대적으로 많았고, 불안(50.9±10.7)과 우울정도(20.3+9.5)가 높았다. 그러나 스트레스의 정도는 비슷하였다. IBQ의 척도중에 건강염려증(5.2±2.6), 질병확신(3.1+2.0) 그리고 정서장애 척도(3.0±1.6)는 환자군에서 의미있게 높았으나($p<0.05$), 심리적인 관심 대 신체적인 관심, 감정억제, 부정 및 짜증 척도에서는 양군에서 비슷하였다.

결 론 :

신체형장애 환자는 병에 대한 두려움과 질병확신에 의해서 신체증상에 더욱 집중하며, 이는 과거의 신체질환 병력, 잦은 신체검사와 병원방문과 같은 행동특성과 관련된다. 이들이 급성 신체질환자보다 스트레스정도가 높지도 않으면서 불안과 우울의 정도가 크다는 것은, 신체형장애환자의 신체화기전에 정서장애가 중요한 요소임을 보여 주는것이라고 생각한다. 행동증후군으로서의 신체형장애를 파악하는데에 있어서 질병행동의 평가는 중요하며, 앞으로 한국어로 번역되고 신뢰도가 확립된 IBQ는 질병행동의 특성을 아는데 뿐만 아니라 신체형장애와 기타의 질환과 구별하는 도구로 유용하게 쓰일 수 있다고 사료된다.

중심 단어 : 신체형장애 · 질병행동 · 한국판 질병행동 평가 설문지.

■ 감사의 글

본 연구에 도움을 준 인제의대의 이기철교수, 경희의대의 김재선, 최용성, 전혜원, 이재희, 정선택 학생, 그리고 논문정리를 해 준 김규리 양에게 감사합니다.

REFERENCES

고경봉(1991) : 암환자들과 비암환자들간의 질병행동의 비교. 신경정신의학 30 : 739-752

고경봉 · 조현상(1992) : 정신과에 자문의뢰된 내과 입원환자들의 질병행동. 신경정신의학 31 : 744-755

김광일 · 서혜희 · 박용철 · 이승학 · 김이영(1989) : 정신질환에 대한 일반인의 견해 조사. 정신건강연구 8 : 118-132

김광일 · 원호택 · 이정호 등(1975) : 문화변천에 따른 정신질환개념 및 치료법에 관한 견해 조사. 신경정신의학 14 : 417-427

김재환 · 김광일(1984) : 간이 정신진단검사(SCL-90-R)의 한국판 표준화 연구(Ⅲ). 정신건강연구 2 : 278-311

김정택(1978) : 특성 - 불안과 사회성과의 관계 - spielberger의 STAI를 중심으로. 고려대학교 대학원

김효찬 · 오동원 · 도정수(1992) : 신체화장애의 임상양상. 신경정신의학 31 : 240-251

신승철 · 윤관수(1990) : 정신과 외래환자의 의료추구행태에 관한 연구. 신경정신의학 29 : 285-305

이만홍(1981) : Multiple Somatizer에 관한 임상적 연구 - Somatoform disorder의 임상적 연구(Ⅰ). 신경정신의학 20 : 423-432

이부영(1973) : 의료문화 적응의 문제점에 관한 사고. 신경정신의학 12 : 97-109

이부영 · 이정희 · 김선아(1989) : 정신과 환자의 의료추구행태에 관한 예비적 연구. 신경정신의학 28 : 307-324

한홍무 · 염태호 · 신영우 · 윤도준 · 정근재(1986) : Beck depression Inventory의 한국판 표준화연구 정신집단을 중심으로(Ⅰ). 신경정신의학 25 : 487-502

황규혁 · 김광일 · 송수식(1988) : 질병행동에 대한 일반인들의 태도 조사. 신경정신의학 27 : 80-95

Alemagno SA, Zyzanski SJ, Stange KC, Kercher K, Medalie JH, Kahana E(1991) : Health and illness behavior of type A person. J Occ Med 33 : 891-895

American Psychiatric Association(1987) : DSM-Ⅲ-R : Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed.revised, Washington, DC, American Psychiatric Association

American Psuchiatric Association(1994) : DSM-Ⅳ : Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington,DC, American Psychiatric Association.

Byrne DG, Whyte H(1979) : Severity of illness behaviour-a cooperative study of coronary care patients. J Psychosom Res 23 : 57-62

Chapman CR, Sola AE(1979) : Illness behaviour and depression compared in pain centre and private practice patients. Pain 6 : 1-7

Ford CV(1983) : The somatization disorders : illness a way of life. Elsevier Biomedical, New York, pp. 7-23

Giles GM(1994) : Illness behavior after severe brain injury : two case reports. Am J Occu Ther 16 : 247-250

Gometz J, Dally P(1977) : Psychologically mediated abdominal pain in surgical and medical outpatients. Br Med J i : 1451-1453

Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JE (1983) : Psychiatric symptoms in dermatology patients. Br J Psychiat 143 : 51-54

Joyce PR, Bushnell JA, Walshe JWB, Morton JB(1986) : Abnormal illness behaviour and anxiety in acute non-organic abdominal pain. Br J Psychiat 149 : 57-62

Kirmayer LJ(1984) : Culture, affect and somatization. Transculr Psychiat Res 21 : 159-188, 237-262

Mechanic D(1962) : The concept of illness behavior. J Chr Dis 15 : 189-194

Pilowsky I(1995) : Spine update : low back pain and illness behavior(Inappropriate, maladaptive, or abnormal). Spine 20 : 1522-1524

Pilowsky I(1993) : Dimensions of illness behaviour as measured by the Illness Behaviour Questionnaire : A replication study. J Psychosom Res 37 : 53-62

Pilowsky I, Chapman Cr, Bonica JJ(1977) : Pain, depression and illness behaviour in pain clinic population. Pain 4 : 183-192

Pilowsky I, Murrell TGC, Gordon A(1979) : The development of a screening method for abnormal illness behavior. J Psychosom Res 23 : 203-207

Pilowsky I, Smith QP, Katsititis M(1987) : Illness behavior and general practice utilization : A prospective study. J Psychosom Med 31 : 177-183

Pilowsky I, Spence ND(1975) : Patterns of illness behavior in patients with intractable pain. J Psycho-

som Res 19 : 279-287

Pilowsky I, Spence ND(1983) : Manual of the Illness Behavior Questionnaire(IBQ), 2nd ed. Adelaid

Roy A(1980) : Hysteria. J Psychosom Res 24 : 53-56

Schweizer R, Robertson DL, Kelly B, Whiting J(1994) : Illness behaviour of patients with chronic fatigue syndrome. J Psychosom Res 38 : 41-49

Scicchitano J, Lovell P, Pearce R, Marley J, Pilowsky I(1996) : Illness behavior and somatization in general practice. J Psychosom Res 41 : 247-254

Smith RC, Greenbaum DS, Vancouver JB, Henry RC, Reinhart MA, Greenbaum RB, Bean HA(1996) : Psychosocial factors are associates with health care seeking rather than diagnosis in irritable bowel syndrome. Gastroenterology 98 : 293-301

Speculand B, Goss AN, Hughes A, Spence ND, Pilowsky I(1983) : Temporo-mandibular joint dysfunction : Pain and illness behavior. Pain 17 : 139-150

Speculand B, Goss AN, Hughes A, Spence AD, Pilowsky I(1981) : Intractable facial pain and illness behavior. Pain 11 : 213-219

Wilson-Barnett J, Trimble MR(1984) : An investigation of hysteria using the Illness Behavior Questionnaire. Br J Psychiat 146 : 601-608