

신체화의 평가 및 치료

고 경 봉*†

Assessment and Treatment of Somatization

Kyung Bong Koh, M.D., Ph.D.*†

국문초록

신체화는 진단보다는 오히려 일종의 과정으로 간주된다. 따라서 단순히 진단명을 선택하기보다는 정신병리를 알아 보려는 노력이 더 중요하다. 신체형장애의 진단 및 치료의 어려움은 환자의 질병행동 즉 정신사회적 문제를 부정하여 정신과적 접근을 기피하는 것과 밀접한 관계가 있다. 신체증상 이면에 있는 정신사회적 문제에 대한 단서를 포착하는 것은 정신과의사의 중요한 역할이다. 이런 점에서 신체화 환자들에 대한 치료적 접근은 정신과적 치료에 대한 수용을 촉진할 수 있는 특정 기술과 전략이 요구된다. 신체화 환자의 치료목표는 완치가 아니라 관리에 있다. 치료는 환자의 반응과 필요성에 따라 융통성을 두어야 한다. 평가 및 치료 초기부터 여러 과가 공동으로 접근하는 것이 효과적이다. 결론적으로 신체화의 평가 및 치료는 통합적인 접근 즉 생물정신사회적인 접근이 필요하다. 특히 다른 신경증 환자에서보다는 생물학적인 접근이 더 강조될 필요가 있다. 따라서 이런 환자들을 조기에 발견하고 환자의 정신과적 치료의 수용을 촉진시키기 위해서는 신체형환자에게 적절한 접근 즉 면담기술을 개발해야 함은 물론 다른 과 의사들을 교육시키는 것도 정신과의사가 해야 할 중요한 역할에 속한다.

중심 단어 : 신체화 · 정신병리 · 정신사회적 단서 · 생물정신사회적 접근.

서 론

신체화는 개인적 및 사회적 고통을 신체증상으로 나타내며 의학적 도움을 추구하는 것을 가르킨다¹⁾. 신체화를 보이는 환자들에서 신체적 건강은 곧 자기정체성 (self-identity)의 주요 특징이 되고, 신체화는 타인과의 의사소통을 위한 비구어적 언어(nonverbal language)가 되며 또한 생활스트레스에 대해 반응하는 방법이기도 하다²⁾.

신체화는 증후군이나 진단보다는 오히려 일종의 과

정으로서 간주된다³⁾. 신체형장애의 임상적 특징은 두 가지로 구분된다. 하나는 주된 의학적 질병을 시사하는 신체증상을 호소하나 이와 연관된 뚜렷한 기질적 장애가 없다는 것이고, 다른 하나는 이런 장애를 일으키거나 악화시키거나 유지하는데 심리적 인자와 갈등이 크게 영향을 미친다는 점이다⁴⁾.

이런 신체화의 특성과 함께 이들을 효과적으로 평가하고 치료하기 위한 방법들을 문헌들을 통해 살펴 보기로 한다.

신체화의 특성

다음과 같은 신체화의 특성들을 살펴보고 이것을 이

*연세대학교 의과대학 정신과학교실
 Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea
 †Corresponding author

런 환자들을 평가할 때 유의할 필요가 있다.

1. 신체화는 일시적일 수 있고 영구적일 수 있다⁵⁾.

일시적 신체화는 스트레스생활사건에 대한 반응으로 일어날 수 있다. 이 경우 고통이 없어지거나 환자가 의 사로부터 '신체적으로 병이 없다'는 얘기를 들으면 증상 들이 없어지는 게 보통이다. 이와 대조적으로 영구적인 신체화는 신체증상이 일생동안 지속되면서 만성적으로 임상적, 사회적, 경제적 문제를 야기시킨다.

2. 영구적인 신체화는 우울장애 및 불안장애를 시사할 가능성이 높다.

신체화의 필수적인 진단기준이라고 할 수 있는 신체형장애는 우울장애 및 불안장애에 비하면 오히려 적은 편이다. 상당수의 신체화 환자들의 이면에는 주요우울 증⁶⁾ 및 공황장애^{7,8)} 와 같은 정신장애가 깔려 있다. 특히 잘 분화되지 않은 신체증상들은 흔히 우울의 표현으로 본다⁹⁾. 어떤 상황에서는 신체화행동이 심리적 붕괴에 대한 방어로 해석될 수 있다¹⁰⁾.

3. 신체화는 정신과적으로 이종집단(Heterogeneous group)으로 구성된다.

신체화 환자들은 신체형장애, 정신신체장애, 불안장애 및 우울장애 등 정신과적 진단이 다양할 뿐 아니라 그 원인적 요인들도 유전, 인격, 발달-학습, 사회문화적 요인 등 다양하다^{5,11)}.

4. 신체화 환자들간에는 공통점과 차이점이 있다¹⁰⁾.

신체화 환자들의 차이는 대개 질적인 것보다는 양적이다. 따라서 실제로 진단분류된 것보다는 각종 장애의 특이성이 덜하다.

1) 공통점

(1) 과거력상 아동기 장애가 있다.

아동기에 부모의 배우자가 자주 바뀌거나 부모가 알콜 의존, 신체적 구타 등 정신적 혼돈을 경험했거나 과도한 자극을 받은 적이 있다. 또한 안정되어 있으나 따뜻한 사랑을 받지 못한 경험을 가지고 있다.

(2) 아동기에 만성질환을 경험한 적이 있다.

자신 혹은 가족들이 질병을 앓았거나, 병으로 인해 가족관계의 변화가 있었고, 병이 있는 경우에만 가족들의 관심을 끌었던 경험을 한 적이 있다.

(3) 감정표현 및 의사소통에 어려움이 있다.

(4) 성인 신체화환자들은 타인들과 성숙한 관계를 갖지 못한다.

이들의 대인관계는 흔히 신경증적이고 심한 불안정이 특징적이다. 이들은 또한 성숙되고 적극적인 성적 관계를 갖지 못한다.

(5) 정신과에 가는 것을 꺼린다^{12,13)}.

즉 환자들 자신이 정신과적 문제가 있다는 것을 쉽게 인정하려고 하지 않는다.

2) 차이점

신체화장애 및 가병(factitious disorder)은 증상을 극적으로 나타내나 증상에 대해 잘 기술하지 못하는 히스테리성 인지양식을 보인다. 반면 건강염려증이나 만성통증장애 환자들은 강박적 인지양식을 보인다. 이들은 피상적이고 증상의 자세한 것에 대해 일일이 관심을 나타내는 게 보통이다.

5. 질병행동이 적절한 평가 및 치료를 방해한다.

신체형장애의 진단 및 치료의 어려움은 환자가 심리적 문제나 갈등을 가지고 있음에도 불구하고 자신의 정신사회적인 요소를 부정하고 정신과적 접근을 피하려는 경향, 다시 말해 비정상적인 질병행동을 보이기 때문이다^{3,13,14)}. Bridge 등¹⁵⁾은 일차 진료의들이 보는 신체화 환자(somatizer)와 심리화 환자(psychologizer)의 차이를 조사한 결과 신체화 환자들은 우울이 덜하고 사회적 불만이 덜하며 정신장애에 대해 공감적 태도가 덜하고 내과계 입원환자가 될 가능성이 더 높은 것으로 보고하였다. 국내에서도 이와 비슷하게 신체형장애 환자들이 우울장애 환자들에 비해 신체적 질병에 대한 확신, 질병에 대한 공포, 질병에 대한 집착이 더 강하고, 질병의 원인을 신체적인 것으로 더 확신하고 정동장애의 원인을 심리적인 것으로 귀착시키는 경향이 낮으며 우울 및 안절부절하는 정도 및 정신과에 대한 수용도가 더 낮았고 한의원의 이용빈도가 더 높았다¹³⁾. 한편 신체형장애 환자들은 정신신체장애 환자들에 비해서는 타과 의사들에 의해 질병의 정도가 더 경한 것으로 설명된 것 이외에는 다른 질병행동에서는 차이가 없는 것으로 밝혀졌다¹³⁾.

6. 질병의 속성은 변하지 않으나 병명은 변한다.

일부의 진단기준이 바뀐 것도(예, DSM-IV에서 신

체형 통증장애 대신 통증장애로 바뀔) 진단상 혼동을 일으키는 요인이 될 수 있을 것이다. 한쪽에서는 진단을 내리는데 있어서 다른 한쪽에서는 분류하는데 있어서 여러 가지 과정들이 관련될 수 있다¹⁶⁾. 예를 들면 만약 건강염려증적 믿음을 5개월 이상 가지고 있다면 미분류 신체형장애(not otherwise specified) 혹은 적응장애로 분류되나 만약 이런 상태가 6개월이상 계속되었다면 진단명이 건강염려증이나 미분류 신체형장애로 분류된다. 이처럼 정해진 진단기준 때문에 진단은 변하지 않아도 분류가 달라질 수 있다.

7. 잘못된 정신과적 분류가 장애의 본질을 인식하지 못하게 하여 치료를 방해한다.

때로는 잘못된 정신과적 분류가 장애의 정확한 속성을 인식하지 못하게하여 적절한 치료를 받지 못하는 수가 생길 수 있다¹⁶⁾. 예를 들면 신체증상을 현저히 호소하는 공황장애 환자들이 신체형장애로 분류될 수가 있다. 이런 실수가 때때로 수년 동안 적절한 치료를 지연시킬 수 있다¹⁷⁾.

8. 실제 임상에서는 신체형장애와 정신신체장애를 구분하기가 어렵다.

때때로 임상에서는 신체형장애로 분류할 것인지 또는 정신신체장애(심리적 인자에 의해 영향을 받는 신체상태)로 분류할 지를 결정하기가 어려울 수 있다. 예를 들면 긴장성 두통은 정신신체장애로 분류되나 만약 환자가 다른 곳에 통증을 호소한다면 생리적 기전은 횡문근의 과도한 수축이란 점에서 두 장애에서 모두 같을 수 있으나 환자의 상태는 신체형장애로 분류될 가능성이 높다. 비슷하게 과민성대장 증후군도 정신신체장애로 분류되나 지속적인 복통은 생리기전은 같을지 모르나 과민성대장증후군을 뒷받침해 줄만한 모든 특징적인 증상이나 징후가 없으면 신체형장애로 분류될 수 있다¹⁷⁾.

9. 신체화와 신체적 질병은 흔히 공존한다.

신체화가 신체질환 및 상해(재해노이로제에서 보이는)와 병행된다는 점¹⁸⁾은 이런 진단을 내리는데 혼동을 일으키기 안성맞춤이다. 또한 진단기준에서 이렇게 기질적 진단을 병행할 수 있게 한 점은 신체형장애진단을 남용할 가능성이 많다. 한편 각종 신체화 장애들이 분명한 진단범주에 딱 들어맞지 않는다는 것을 주목할 필요가 있다. 이들 중에는 중복되는 것이 적지 않고 실제

적으로 임상에서는 진단상 경계가 뚜렷하지 않을 수도 있다¹⁹⁾.

한편 증상의 형성에서 신체적인 병리, 기능적인 증복, 경한 전환증상의 상대적인 기여도의 평가가 아주 어렵다. 예를 들면 일차 우울증이 공존해있는 전이암환자는 전이암으로 인해 우울을 보이는 환자들보다 더 신체증상들을 많이 호소한다²⁰⁾. 심한 신체적 질병은 스스로 자신을 성찰하고 관찰하게 하여 환자들이 병이 있기 전보다 더 신체화경향을 보이게 한다¹⁷⁾. 이처럼 신체화는 신체질환을 위장하는 것은 물론 신체질환에 의해 조장되기도 한다²¹⁾. 그러나 다수의 신체증상의 호소, 질병에 대한 두려움, 자신의 건강과 신체감각에 대한 집착, 관련된 의학적 이상이 발견되지 않는 경우는 신체화의 가능성이 아주 높다.

만약 신체화가 신체질환과 공존하더라도 신체화에 대한 진단을 내리는 것이 중요하다. 그 이유는 신체화 역시 치료가 절실히 필요하기 때문이다¹⁷⁾.

10. 신체질환이 발견되지 않았다고 해서 정신장애로 단정하지 마라.

특히 대부분의 의사들은 환자가 호소하는 신체증상과 객관적인 진찰소견 및 검사결과 간의 불일치가 내적 지각과정의 왜곡 때문에 일어날 수 있다는 것에 대해 익숙해 있지 못하다⁴⁾. 이런 점에서 신체화환자를 다룰 때 생물·의학적 교육을 받은 의사들에게는 좌절이 따를 수 밖에 없다²²⁾. 따라서 신체형장애를 진단할 때 다른 의학적 질병이 아직 발견되지 않았다고 쉽게 정신장애로 단정하려는 태도는 피해야 한다. 질병을 특별히 찾으려고 노력하지 않는다면 질병은 수년간 발견되지 않을 수도 있다²³⁾. 신체형장애와 흔히 혼동되는 질병에는 multiple sclerosis, 신경매독, 뇌종양, acute intermittent porphyria, 홍반성낭창(lupus erythematosus), 갑상선기능항진증, 중근무력증⁴⁾ 등이 있다.

신체화의 평가

신체화 환자들에서 증상 자체가 때때로 지루하게 느껴지나 한꺼풀을 벗겨 보면 환자가 잘못할 같듯이 숨겨져 있음을 알게 된다. 차마 자존심 때문에 누구에게도 잘못할 자신의 욕구나 갈등이 해결되지 않은 절망적 상태에서 생존을 위해 혼자 절규하며 몸부림치다 나타나는

것이 바로 신체형장애 환자에서 보이는 신체증상이다.

신체화 환자들을 적절히 평가하기 위해서는 첫째, 철저한 병력청취 및 신체적 진찰이 필요하다⁴⁾. 특히 신체화장애환자인 경우에는 병원에 내원시마다 질병의 유무를 확인하기 위해 신체적 진찰을 실시한다²⁴⁾. 그리고 신체화가 의심될 때 주관적인 증거에 입각해서가 아니라 객관적인 증거에 따라서 침습성(invasive) 진단적 검사 및 치료적 시술을 고려해야 한다. 은밀히 위험성이 있는 진단과정을 계속 해 나간다는 것은 신체화 행동을 강화할 뿐이고 결과적으로 신체증상의 호소를 조장하는 기질적 질환을 만들 수도 있다.

둘째, 양극적인 접근(either/or approach)방법을 피한다²⁵⁾. 신체화 환자들에게 “예” 혹은 “아니오”를 요구하는 질문은 신체화를 평가하는데 적절하지 못하다. 다시 말해서 단지 증상들을 임의의 진단기준에 뜬어 맞추려는 것은 바람직하지 못하다. 이 경우 구체적인 질문을 던지는 것이 진단적 평가에 도움이 된다.

셋째, 심리적 스트레스인자가 있는지를 알아본다. 얼핏 보기에는 환자의 가족들이 행복해 보이고 문제가 없는 것처럼 보일 때가 있으나 실제로 가족들간에 갈등이 있는 경우가 흔하다. 특히 전환장애 환자들은 억압을 많이 사용하기 때문에 과거의 병력이나 심리적 스트레스인자를 찾기가 어려울 수 있다. 이런 경우에는 갈등의 대상이 아닌 가족이나 친척들을 통해 문제나 갈등에 관해 알아볼 필요가 있다⁴⁾.

넷째, 전환장애인 경우 정신역동적인 문제 즉 증상의 상징성, 이차적 이득, 증상에 대한 무관심(la belle indifférence) 등에 너무 비중을 두지 않도록 한다. 이를 토대로 장기간 추적평가한 결과 진단이 일치하지 않는 경우가 적지 않았다⁴⁾.

다섯째, 신경과적으로 잘 설명되지 않으나 심리적 요인이 동반된 신경학적 증상인 경우에 신체형장애로 진단을 내리는 것은 위험하다. 왜냐하면 실제로 신경학적 이상이 있는 환자들은 환자역할을 받아들이거나 혹은 거부하거나로 갈등을 겪을 수도 있기 때문이다⁴⁾. 더구나 전환장애 환자들에서 암시성을 흔히 보게 되지만 기질적 장애 환자들 중에서도 암시에 잘 반응을 하는 경우가 있을 수 있다. 정신과병실에 입원했다 사망한 환자들 중 25%에서 전환장애로 잘못 진단되었다. 영국에서는 전환장애인 것으로 고려되었던 입원환자들의 중 약 반 이

상이 7~11년 후에 기질적인 질환으로 밝혀졌다⁴⁾.

여섯째, 일반적으로 정신병리를 찾아보려는 노력이 단순히 신체형장애란 진단명을 선택하는 것보다는 더 중요하다¹⁶⁾. 예를 들면 공존하는 기분장애²⁶⁾ 및 건강염려증적 믿음이나 공포²⁷⁾의 정도를 평가하는 것이 중요하다. 그 이유는 이런 지식이 치료의 합리적인 선택에 있어서 도움이 되기 때문이다. 신체화는 흔히 주요 정신장애를 드러내지 않기 때문에 의사는 이런 이면의 정신장애를 진단하고 치료하는데 익숙할 필요가 있다. 특히 신체증상을 호소하는 환자들 중에서 우울증이 드물지 않다²²⁾. 통증장애 환자들 중 25~50%에서 주요우울증이 있고, 60~100%에서 경한 만성우울증상(dysthymia)이 있는 것으로 보고되었다²⁾. 이런 환자들에게는 이전에 우울한 경험이 있었는지, 가족들 중 우울한 사람이 있는지를 확인해 본다. 이 때 정신과적 용어 대신에 “최근 기분이 안좋은 경험이 있었습니까?”라고 질문을 던져 본다. 많은 환자들은 이런 투의 말을 더 받아들이기 쉬울 뿐만 아니라 우울의 진단을 뒷받침해 줄 정보도 더 많이 제공할 수 있기 때문이다²⁵⁾.

한편 신체화장애환자들과 주요우울증, 편집증, 의학적 질병을 가진 환자들의 구두표현의 내용을 분석, 비교한 결과 신체화장애환자들이 혼돈된 부정적인 자아 정체성을 보이고 있는 것으로 밝혀졌다. 이런 환자들은 지나치게 부정적 태도를 보이기 때문에 대상과 행동을 쉽게 변경하고, 대인관계가 빈약하고 공감이 결여된 병적 자기애(pathologic narcissism)와 비슷한 자기동일시(self-identification)를 보이는 게 특징적이다²⁸⁾.

일곱째, 임상가는 분명한 진단명을 찾으려고 하기보다는 질병행동의 패턴을 알아봐야 한다²⁵⁾. 신체화는 이런 환자들이 심리적인 문제나 갈등을 가지고 있음에도 불구하고 신체증상에 대해서만 관심을 두고 정신사회적 문제에 대해서는 부정하는 과정이라고 할 수 있다³⁾. 이런 과정을 통해서 환자는 책임을 벗어나거나(이차적 이득, 부정적 강화) 타인으로부터 관심을 끌(이차적 이득, 긍정적 강화) 수 있다³⁾.

여덟째, 심리적 도구를 진단에 이용하는 데에는 한계가 있다. 그것은 검사 당시의 견해를 반영해 주나 현재의 진단을 시사한다고 보기는 어렵기 때문이다. 예를 들어서 MMPI에서 건강염려증, 히스테리 척도점수가 높다고 해서 같은 정신과적 진단을 시사해 주는 것은

아니라는 점이다¹⁶⁾. 그러나 이런 도구 특히 투사적 검사는 환자가 인식하지 못하는 심리적인 갈등을 파악하고 이해하는 데 중요한 단서를 제공해 주기도 한다²⁾.

신체화의 치료

1. 일반적 치료원칙

신체화 환자들 중 일부에서는 이런 과정이 6개월이상 지속되는 만성적인 경과를 밟는다. 이런 만성 신체화의 결과로 부적절한 증상의 호소, 치료자 및 의료서비스에 대한 많은 요구, 계속 비효율적인 치료에 대한 추구하고 그로 인한 장애가 나타날 수 있다. 다시 말해서 만성 신체화는 고비용의 비효율적인 생존전략이라고 할 수 있다. 이런 결과들은 비정상적인 질병행동(abnormal illness behavior)으로 기술되었다²⁹⁾. 따라서 정신과 아닌 다른 과 의사들이 이런 환자들을 다룰 때 정신과적 치료에 대한 수용을 촉진할 수 있는 특수한 기술과 전략이 요구된다^{3,30)}.

신체화 환자들의 문제는 의학적 치료의 단편적 모형에 의해 강화된다. 의학의 전문화는 정신사회적 모형과 생물학학적 모형의 간격을 더 벌려 놓았다. 일차진료의를 위한 수련에 있어서 통합된 행동의학적 및 정신과적 모형이 필요하다³⁰⁾.

이렇게 신체화를 이해하고 치료하기 위한 기본 개념은 통합적인 모형 즉 생물정신사회적 모형이다. 다시 말해 건강과 병을 상호작용적인 시스템에 초점을 두는 것이 신체화개념을 이해하는데 도움이 된다³¹⁻³³⁾. 또한 신체화는 흔히 시스템의 문제를 나타낸다. 신체화는 단순히 환자만의 문제가 아니다. 보통 환자의 가족, 기업주, 의사, 보험회사, 변호사 등도 환자의 계속되는 증상에 대해 관심을 나타낼 수 있다. 따라서 환자만 따로 격리하여 치료하는 것은 불가능하다. 이것은 환자를 그가 살고 있는 전체적인 사회적 환경에 계속 직면시켜야 할 필요성이 있음을 시사한다²²⁾.

정신사회적 스트레스가 신체화의 원인에 있어서 중요한 역할을 하기 때문에³⁴⁾ 의학적 면담 중 정신사회적 문제들을 찾아낼 수 있는 능력은 이런 환자의 접근에 있어서 기본적인 기술에 해당된다. 더구나 신체화환자들은 종종 그들의 증상과 관련된 스트레스인과 감정에 관해서 잘 인식하지 못한다³⁰⁾. 따라서 신체증상의 실체에 관해 환자와 논쟁하는 것은 무익하다. 그것은

환자의 개인적 경험을 부정한다는 점에서 반치료적이라고 할 수 있다²⁵⁾. 또한 실제로 신체형 통증은 기질적 질환에 의한 통증보다 환자에게 덜 고통스러운 것이 아니다. 치료적 접근은 환자가 증상을 다른 면에서 이해하도록 도와 주는 것이다. 예를 들면 건강염려증 환자가 피로를 암의 가능성으로 해석하기보다는 스트레스와 관련된 증상으로 인식하게 하는 것이다²⁵⁾.

신체화 환자들의 치료에서 흔히 문제가 되는 것이 역전이(countertransference)다^{35,36)}. 이런 환자가 의사를 실망, 좌절시킬 수 있는 이유는 다른 환자들과는 다른 질병행동을 가지고 있기 때문이다. 따라서 이런 환자는 의사의 '안심시키기'를 잘 수용하지 못한다. 이런 경우 의사들은 환자의 병을 인정하고 수용하여 환자의 본질적인 문제를 파악해서 해결할 수 있게끔 도와 주는 것이 바람직하다.

또한 이런 환자들은 대부분 그들의 생활이나 환경에서 부족한 사회적 지지에 대한 필요성 때문에 의사들을 찾게 된다. 국내 연구³⁷⁾에서도 신체형장애 환자들에 정신신체장애 환자들에 비해 가족지지도가 낮은 것으로 밝혀졌다. 사회에서는 여러 가지 형태의 장애를 질병과 정으로 해석하려는 경향이 있다. 현재의 문화적 가치와 제삼자가 경비를 지불해 주기 때문에 환자들은 흔히 의료시스템을 보조적인 사회지지시스템으로 이용한다. 따라서 치료전략은 이들의 사회적 욕구를 고려해야 하고 의사는 이런 욕구를 채워주는 아마튜어 사회사업사의 역할을 할 필요가 있다²²⁾. 이런 점에서 지지적 집단 치료는 이런 사회적 지지를 제공해 줄 수 있는 효과적인 방법이다²²⁾. 특히 전환장애의 치료에 있어서 중요한 것은 환자와의 지지적이며 권위주의적인 관계를 수립하는 일이다⁴⁾. 또한 환자에게 안전한 환경을 제공해 주어 증상의 점진적인 완화를 촉진시키는 것도 중요하다⁴⁾.

신체화 환자에서 의사, 환자 모두 계속 실패감에 직면하지 않도록 하기 위해서는 어느 정도 시간을 두고 인내심과 기대를 가지고 접근하는 것이 필요하다. 또한 신체화에서 치료의 목표는 관리(management)에 있지 치유(cure)에 있는 것이 아니라는 점을 인식해야 한다^{4,22)}.

비록 신체화 과정이 미숙한 인격 및 방어와 연관되나 비교적 기능을 잘하는 사람들이라고 하더라도 극단적인 스트레스를 받는 시기나 간헐적으로 기분장애가 일어나는 시기에 신체화가 일어날 가능성에 대해서도 주

목할 필요가 있다. 이렇게 기능을 잘하는 환자들에서 지지적 정신치료와 불안을 일으키는 심층정신치료 간의 선택은 환자의 현재 자아기능의 수준에 대한 평가와 심층정신치료와 연관된 퇴행을 인내할 수 있는 능력 여부를 평가한 후에 결정해야 한다²⁵⁾.

2. 특수한 치료 기술

1) 급성 신체화

급성 신체증상은 현재의 정신사회적 고통이 급성으로 나타난 것으로서 이런 환자들의 병전 기능을 보면 보통 양호한 편이다. 이들에게는 일반적으로 다음과 같은 방법으로 치료하는 것이 바람직하다³⁰⁾.

- (1) 현재의 정신사회적 스트레스인자 및 병에 관한 두려움과 같이 환자에게 고통이 되는 문제를 찾아낸다.
- (2) 환자에게 의학적 문제가 간과되지 않음을 확신해 주는 간단한 신체적 평가를 실시한다.
- (3) 환자의 정신적 고통을 증상과 연관시킨다.
- (4) 의학적 치료를 필요로 하는 질병이 없다는 것을 확신, 안심시킨다.
- (5) 신체증상 이면의 심리적 고통을 다룬다.

2) 만성 신체화

급성 신체증상에 도움이 되는 치료적 기술이 만성적인 신체화 환자들에게는 별로 효과가 없다³⁰⁾. 만성적인 신체증상호소자는 그들 자신이 정신적 문제나 심리적 갈등이 있음에도 불구하고 정신적으로는 이상이 없다고 믿고 신체적인 증상만 호소하기 때문에 환자에게 적절한 치료라고 볼 수 있는 정신과적 접근에 대해 저항을 보인다.

예를 들어 한 초등학교 여교사는 약 2년 동안 허리와 사타구니의 통증으로 통증클리닉에서 정신과로 의뢰되어 3회째 정신과에서 면담과 약물치료를 받았으나 “이전에 통증클리닉에서 준 약은 ‘몸에 관한 약’이라고 믿고 먹고, 정신과에서 준 약은 ‘정신에 관한 약’이라 믿고 타갈 뿐 하나도 먹지 않았다”고 고백하였다. 따라서 만성 신체화의 치료는 다른 장애와는 다르게 특수한 치료적 기술과 전략이 요구된다. 이런 환자들에서 좋은 치료란 필요시에는 정신과적 의뢰를 비롯한 치료의 수용을 촉진시키는 반면 나쁜 치료란 그것을 방해하는 것이라고 볼 수 있다³⁾.

만성 신체증상을 보이는 환자들에 대한 치료적 접근

은 다음과 같은 점을 고려할 필요가 있다.

(1) 누가 정신사회적 문제를 다루어야 할까?

많은 신체화 환자들은 처음에는 일반의나 전문의들이 보게 된다. 환자들이 질환이 없다는 것을 받아들인다고 해도 그들은 증상과 자신의 이면의 문제들에 대한 도움을 여전히 필요로 한다. 신체화에 대한 진단이 이루어진 후에 일차 진료의는 비록 공식적으로 정신과적 개입이 시작되었다고 해도 계속해서 치료계획에 관여하도록 하는 것이 중요하다. 이런 지속적인 관계는 환자의 고통(병)이 결코 평가절하된 것이 아니라는 점을 시사해 주기 때문이다. 그러나 만약 일반의나 전문의들이 시간이 없거나 그런 기술을 갖고 있지 않다면 정신과외사에게 의뢰하는 것이 바람직할 것이다³⁾.

(2) 적극적으로 질문을 던져라.

단순히 정신역동적인 접근에서 보이듯이 그저 치료자가 듣는 쪽보다는 정신과자문에서 권장되는 적극적으로 질문을 던지는 방법³⁰⁾이 보다 더 많은 정보를 얻어낼 수 있는 효과적인 방법이다. 또한 의학적 병력을 조사하듯이 환자의 주된 증상의 호소부터 과거력, 가족력, 스트레스인자, 병전 성격, 기분의 변화유무, 분노에 대한 반응 및 대응, 결혼상태 등에 관해 단계적으로 알아 보는 것도 정신과에 대한 환자의 저항을 줄일 수 있는 효과적인 방법이다. 그저 환자가 얘기만 하게 할 경우 정해진 시간에 필요한 정보를 얻는 것이 제약을 받기 쉬울 뿐더러 의사가 들어 주는 역할을 할 경우 자칫 환자는 자신이 마치 이상한 정신과 환자처럼 다루어지는 것에 대해 불쾌감을 가질 수도 있기 때문이다.

(3) 환자의 병을 있는 그대로 현실로 인정하고 공감하라.

이렇게 함으로써 치료가 시작되는 것이다. 환자의 말 못하는 고통을 이해해 주어야 환자와의 치료적 관계가 성공할 수 있다. 환자가 원하는 것은 환자가 아프다는 데 의사가 동의해 주는 것이다. 의사는 환자를 직면시키는 것을 피하고, 문제가 있다는 것에 동의하고, 그것을 찾아내는데 도움을 줄 수 있다는 것을 보여주어야 한다.

(4) 규칙적인 면담을 약속한다.

그렇게 함으로써 환자는 도움을 청하기 위한 방편으로 굳이 증상을 나타내야 할 필요가 없게 된다. 시간의

제한으로 이런 환자를 짧게 자주 보기보다는 몇번이라도(예 ; 신체화장애 환자들에서 4~6주 간격으로) 오랫동안 면담을 할 수 있도록 시간을 길게 잡아서 약속을 하는 것이 더 바람직하다. 정신사회적 문제를 논하는 것은 시간이 많이 소모되는 것으로 알려져 있다. 종종 이런 시간문제가 이런 문제에 대한 토론을 피하기 위한 정당성으로 부각되나 그것은 오류다. 실제로 의사들은 적절한 면담기술을 사용해서 시간을 절약할 수 있다. 예를 들면 면담 중 어떤 내용에 초점을 맞춘다던가 또는 입장을 변경하는 것과 같은 방법을 사용함으로써 무제한의 신체증상에 대한 토론과 반복되는 안심시키기 시도를 하지 않고서도 정신사회적 문제를 끄집어내는 것이 가능해진다³⁾.

(5) 입장을 정한다.

일찍부터 의사들은 입장을 정하되 환자와 협의하도록 한다. 환자는 여러가지 문제들을 제기할 수 있다. 그러나 그런 문제들이 각각 다른 문제에 대한 효과적인 치료를 방해할 수 있기 때문에 의사들은 우선순위를 정하여 문제들 중 한 번에 한 두가지씩만 선택하여 다루도록 한다³⁾.

(6) 검사에 대한 한계를 정하라.

진단을 위한 검사는 제한해야 한다. 증상보다는 징후와 연관된 일부 검사들을 집중적으로 시행하는 것이 효과적이다. 의사들은 병력과 신체적 진찰소견을 토대로 어떤 검사가 적절한지를 정해야 한다. 환자나 의사는 검사결과가 이상이 없다고 하더라도 그 검사가 적절하지 못한 것이라면 안심하지 못한다. 그러다 보면 환자의 요구가 더 많아지고 그래서 때로는 어느 한 가지 검사가 정상범위에 들지 못할 수 있다. 이런 경우 더 많은 검사들을 하게 되고 따라서 잘못 놓친 질병에 대한 공포만 조장하기 쉽다. 때때로 만약 환자가 검사를 더 요구할 경우 검사결과가 음성으로 나온다면 그것이 마지막 검사가 될 것임을 미리 환자에게 밝혀두어 더 이상 같은 검사의 반복을 요구하지 않도록 한다³⁾.

(7) 환자에게 단순히 “이상이 없다”고 안심시키는 것은 도움이 되지 않는다.

오히려 해결되지 않은 이면의 심리적 갈등에 유의해야 한다. 특히 전환장애 환자는 증상의 완화보다는 이해와 관계의 개선을 원할 수 있다는 점을 염두에 둘 필

요가 있다³⁰⁾.

40대 중반의 남자는 허리의 통증으로 정형외과에서 여러 가지 검사를 하면서 치료를 받았으나 낫질 않았다. 아무리 진통제를 사용해도 통증은 전혀 호전의 기미를 보이지 않았다. 때로는 통증이 너무 심한 나머지 화장실에도 가지 못할 정도여서 아내가 손수 소변을 받아내야 했다. 오랫동안 부인과의 성격차이와 성적 요구에 잘 응해 주지 않는 부인에 대한 불만에서 자신이 다른 곳으로 전근함에 따라 오는 불만이 겹치다 보니 그야말로 살맛이 나질 않았다. 이런 생활 속에서 결국 예전에 좀 아팠다가 회복된 허리의 통증이 재발되었다. 그러나 이번의 통증은 이전의 통증과는 너무나 질적으로 달랐다. 견디기가 더욱 더 힘들어진 것이다. 그러나 성관계를 요구할 때는 피곤하다며 거절하던 아내가 남편의 병을 낮게 하기 위한 것이라면 아무리 먼 거리라도 싫어하는 기색없이 몇번이고 갔다오곤 하였다. 이 때 아내에게서 ‘어디서 그런 힘이 났는지? 나라면 과연 저렇게 할 수 있을까?’라는 의문이 생길 정도로 아내의 다른 모습을 보았다. 한 때는 아내에 대해 ‘제까짓게 뭘 테? 내가 원하는 걸 거절해?’ 하면서 ‘헤어져야 하나’하는 생각까지 들었으나 아내의 현신적인 모습을 본 후로는 ‘아플 때 나를 위해 줄 사람은 아내밖에 없다. 병이 나으면 아내에게 잘 해주어야겠다’는 생각으로 아내에 대한 태도가 180도로 바뀌었다. 이제는 진통제를 안 먹어도 거짓말처럼 허리가 아프지 않았다.

(8) 기질적인 진단을 긍정하는 것은 환자의 치료에 도움되지 않는다.

강조해야 할 것은 증상이 아니고 기능이다. 그리고 환자의 대응자원 및 반응에 대한 평가가 필요하다³⁰⁾.

(9) 발견된 사실에 관해 분명한 지식을 제공하라.

의사들은 최소한 한 번은 환자에 대해 신체적 진찰을 해야 한다. 이 때 환자에게 임상적인 결과에 관한 사실을 분명히 전달해 주어야 한다. 이것은 환자를 안심시키는 데 적절한 근거가 될 수 있다. 진찰 중에 나타난 정상적인 소견에 관해서도 언급해 주어야 한다³⁾. 예를 들면 “당신의 혈압은 연령에 비해 그다지 나쁜 편이 아닙니다”와 같은 애매모호한 말이나 행동은 피하도록 한다. 이상소견에 관해 말해 주되 분명하게 설명해 주어야 한다. 그렇지 않은 경우 오히려 증상을 더 조장하거

나 확대해석하게 할 가능성이 높다.

대학병원 산부인과 스텝은 질내 낭종이 있는 50대 여자 환자에게 충분히 설명을 해 주지 않고 같은 과내 다른 스텝에게 인계하여 진찰을 받도록 하였다. 이 때 환자는 아마 못 고칠 병인가보다고 의심하여 심한 우울에 빠져 정신과로 전과되었다.

(10) 이중적 모형을 피하라.

신체화 환자들은 그들 자신이 신체적인 질환은 가지고 있지만 정신장애는 가지고 있지 않다고 믿는다. 이들 환자들은 항상 신체적 질병이나 정신장애 중 하나가 있다면 다른 하나는 없다는 식의 이중적인 틀을 가지고 가정한다. 많은 신체화 환자들이 치료를 필요로 하는 기질적 이상을 가질 수도 있다. 그러나 이것이 치료의 초점이 되게 해서는 안된다. 환자들에게 그들이 어떤 질병을 가지고 있고, 그것이 어떤 증상을 일으키고 어떤 증상을 일으키지 않는지에 관해서 분명히 설명해 줄 필요가 있다³⁾.

(11) 정직이 최선의 방법이다.

타과의사들이 환자를 정신과에 의뢰하고자 할 때 이 사실에 관해서 환자에게 정직하게 알려 주는 것이 중요하다³⁾. 예를 들어 막연히 “한 번 다른 의사에게 보았으면 좋겠는데요”라고 정신과의사에게 의뢰하면 환자가 나중에 속임을 당했다고 느끼고 의사들을 불신하게 되고 적절한 치료를 받아들일 가능성이 적어진다.

이 때 정신과의사의 자격에 관한 것을 분명히 하는 것이 도움이된다. 예를 들면 “정신과의사 x박사와 상담을 해 보는 게 좋겠습니다. 그 분은 당신과 비슷한 문제를 가진 사람들을 많이 치료하고 그렇게 해서 실제로 좋아진 사람들이 많이 있습니다.” 또는 “그 분은 만성 통증을 가진 사람들을 치료하는데 있어서 권위자입니다”는 식으로 말이다.

(12) 넌지시 아무렇게나 생각나는대로 말하지 말라.

예를 들면 환자에게 검사결과를 ‘... 이상이 있는지 모른다’는 식으로 얘기하다 보면 환자는 의사가 무언가 숨기고 있지 않나 하며 더욱 더 의심하기 쉽다. 이런 점에서 의사는 가급적 애매모호한 표현을 삼가는 것이 바람직하다. 그 이유는 자칫하면 환자가 치료자의 말을 과대해석하여 병에 대한 자신의 확신을 더 굳혀 줄 가능성이 높기 때문이다.

한 50대 후반의 여자는 머리가 아파 신경외과를 찾았다. 신경외과 의사가 뇌단층촬영결과를 보면서 “뭔가 이상이 있는 것 같은데...”라며 한 얘기를 듣고부터 환자는 아마 무슨 큰 병에 걸린 모양이라고 생각하고 불안해 하며 대학병원을 여러 군데 전전하다가 나중에야 정신과로 찾아왔다.

(13) 구두표현을 격려하라¹⁰⁾.

신체화 환자들은 정신적 고통이 있는 경우에도 감정 표현을 억제하는 경향이 강하다¹³⁾. 이것이 신체증상을 더 조장할 가능성이 높다. 따라서 환자가 심리적 고통을 말할 때 관심을 보이고, 신체증상만 호소할 때는 관심을 적게 보이도록 한다. 특히 전환장애환자에서는 증상을 유지하려고 할수록 환자 자신에게 이익이 안되게끔 실망을 안겨 주는 것이 효과적이다⁴⁾.

(14) 직면시키지 말라.

신체화 환자, 특히 전환장애환자들에서 “증상이 감정 때문이다” 또는 “신경성이다”라는 식으로 일찍이 직면시키는 것은 치료에 아무런 도움이 안될 뿐만 아니라 때로는 치료에 강한 저항을 불러 일으킬 수도 있다. 그리고 만약 이런 설명을 해야 할 경우에도 환자가 거부당하는 것으로 경험되지 않게끔 배려해야 한다. 한편 이 때 스트레스교육을 단계적으로 도입하는 것도 바람직하다³⁰⁾. 대부분의 환자들은 ‘우울하다’는 것을 인정하는 경우에도 ‘몸이 아파서 우울하다’고 하지 ‘우울해서 몸이 아프다’고는 하지 않는다.

가정주부인 35세의 여자는 어지럽고 쓰러지는 증상 때문에 병원 응급실을 찾았으나 인턴들이 ‘히스테리다’라고 하는 말을 듣고 자신의 증상에 대해서 말을 하지 않기로 결심했다고 한다. 의사들이 자신을 정신과로 보낼까봐 두려웠기 때문이었다.

(15) 정신사회적 단서(Cue)를 찾아라.

신체화 환자 특히 전환증상을 가지고 있는 환자들을 평가할 때는 환자들이 흔히 억압(repression)이란 방어기전을 많이 사용하기 때문에 환자의 과거 병력이나 갈등을 비롯한 정신사회적 스트레스인자를 찾아내기가 어렵다⁴⁾. 따라서 병력을 청취하는 동안 의사는 환자로부터 정신사회적 단서를 찾아내도록 노력해야 한다. 이런 단서들은 대개 환자에게 고통스러운 생활사건이나 갈등을 가르킨다. 그러나 특히 초기에는 환자를 고립시

킬 수 있는 직면은 피하는 것이 바람직하다³⁾.

이런 단서는 치료과정 중 늦게 환자의 표현을 통해서 찾을 수 있으나 때로는 갈등을 일으키는 당사자들이 아닌 주변 가족이나 친척에 의해서 발견되기도 하다.

예를 들면 30대 중반의 여자 환자는 호흡곤란, 어지러움을 호소하며 쓰러져 개인 의원을 다녔으나 효과가 없어 대학병원 응급실을 경유하여 심장내과에 입원하였다. 검사결과 이상이 발견되지 않아 정신과에 자문의뢰되었다. 그녀는 정신과에 오는 것조차 꺼렸고 퇴원 후 정신과외래를 찾아와서도 '전혀 신경 쓸 일이 없었다'고 심리적 스트레스인자에 대해 강력히 부인하였다. 정신과약물사용과 가족들의 관심으로 다소 증상은 호전되었다. 얼마후 동행한 언니에 의하면 '환자가 워낙 자존심이 강해 이 얘기를 하면 안 좋아할 거라며 환자에게는 말을 하지 말아 달라'면서 환자가 최근에 시어머니를 모시던 큰 아주머니가 병으로 사망한 후 자기 집으로 모셔야 되는데 그것을 큰 부담으로 느낀다고 했다. 그러나 남편이 워낙 효자라서 그런 말을 입밖에 내다가는 아마 쫓겨날 것 같아 차마 말을 꺼낼 수 없을 거라고 귀뜸해 주었다.

때로는 문장완성검사를 비롯한 심리검사도구를 이용하여 그런 단서를 찾을 수도 있다. 이것은 찾으려고 노력하는 사람만이 찾을 수 있다. 그렇지 않으면 영원한 미스테리에 빠져 정신과의사는 곤혹스러운 상태에서 환자와 숨바꼭질만 계속 하기 쉽다.

이처럼 신체화 환자로부터 신체증상 이면에 숨어 있는 갈등이나 정신사회적 문제를 찾아내기란 마치 보물을 찾는 것 만큼이나 어렵다. 때로는 환자와 숨바꼭질하기도 한다. 환자는 숨고 의사는 찾아 다니는 역할을 한다. 그러나 어떻게 해서든지 이런 단서를 꼭 찾아야만 실제로 환자의 문제를 해결할 수 있다는 점에서 이런 노력은 중도에 포기해서는 안된다.

(16) 설명모형을 사용하라.

신체증상이 불안과 관련되는 과정을 설명할 때 스트레스와 두통, 맥박의 증가, 과호흡, 속쓰림과 같이 다른 예를 들어서 설명해 준다³⁹⁾. 신체증상을 밝혀진 현재의 정신사회적 문제들과 연관지어 설명 할 수도 있다³⁾.

(17) 환자가 가지고 있지 않은 것은 치료하지 않는다.

환자들은 신체적 검사 소견이 정상이라고 분명히 들었는데도 불구하고 신체적 치료에 대한 제안을 받게 되

면 있지도 않은 질병에 대한 믿음만 더 확신할 가능성이 높다. 예를 들어 "심장에는 아무런 문제가 없습니까"고 하면서 흔히 심장질환에 사용되는 약물을 투여하는 애매모호한 행동은 피해야 한다³⁾.

(18) 의사들은 "신체적으로 해야 할 것은 더 이상 없고 심리적 문제가 다루어져야 된다"고 말할 수 있어야 한다³⁾.

현재의 치료방법으로 얼마나 좋아지고 있는지를 평가하고, 얼마 동안 내원을 권장하고 언제 정신과에 의뢰할 것인가에 관해서 결정해야 한다. 의사들은 신체질환을 찾지 못하는 것에 관해서 걱정하지만 치료할 수 있는 정신장애를 놓치는 것에 관해서는 걱정하지 않는다. 이 때 신체적으로 더 이상 평가나 치료해 줄 것이 없음을 분명히 밝히고 정신과적인 평가를 권고하는 게 바람직하다.

한편 환자를 다른 의사에게 의뢰 또는 전과하고자 할 때는 환자가 이해할 수 있는 용어로 충분히 설명해 준다.

(19) 처음부터 여러 과가 공동으로 평가하는 것이 바람직하다.

이런 환자들에 대한 평가는 처음부터 해당되는 정신과의사를 비롯한 여러 과 의사들은 물론 임상심리사가 함께 참여하는 것이 바람직하다. 이 때 자문을 통한 타과의 상호협조가 필수적이다. 이런 모형은 흔히 통증클리닉에서 이루어진다. 이외에 소화기내과, 신경과, 심장내과 등에서 연구의 목적으로 흔히 이루어지고 있고, 실제로 성공하는 경우를 적잖게 볼 수 있다³⁾.

(20) 한 명의 의사가 치료를 통합해 주는 역할을 맡는다.

만성 신체화 환자들을 오랫동안 일관성있고 지속적으로 책임을 질 수 있는 한 명의 치료자가 필요하다³⁰⁾.

(21) 일관성을 가져라.

정신과에 의뢰되기를 거부하는 환자들에게 다시 검사, 의뢰, 치료를 새로이 시작하는 것은 부적절한 행동의 사이클을 조장하기 쉽다. 이 때 의사가 일관성을 가진다면 환자가 정신과에 의뢰되는 것을 받아들일 가능성이 높다³⁾.

(22) 뒷자놓는 것을 뒷자놓아라.

정신과에 의뢰되는 것 자체를 받아들이지 않거나 정

신과적 치료를 거부하는 환자들은 비정상적인 질병행동을 가지고 있는 게 보통이다. 여기에는 흔히 무엇인가가 잘못되었다는 과장된 생각과 함께 자신의 병에 대한 '질병확신'이 포함된다. 그래서 환자들은 심리적 요인에 관한 의사의 의견을 받아들이기를 거부함으로써 자신의 입장을 지지하려고 한다. 이런 환자들이 의사의 의견에 대해 뒷자리를 놓는 것에 대한 적절한 반응을 보이는 것이 필요하다. 즉 환자가 뒷자리를 놓는 것을 의사가 되받아 부드럽게 뒷자리는 것이다³⁾.

(23) 시기에 적절한 공감적인 표현을 구사하라.

정신과의사는 이런 장애 환자들이 경과가 꽤 진행된 후에야 자문을 받는 게 보통이다. 그러나 이 때 정신과의사는 자신의 의견을 조기에 말하려는 유혹을 뿌리쳐야 한다. 오히려 공감을 보이면서 환자의 경험들을 재구성하도록 해 본다³⁾.

환자들은 종종 자신이 의사들에 대해 적대감을 가지고 있거나 의사로부터 떨어져나와 쾌감을 맞본다는 것을 알고 있다. 한편 그들은 종종 같은 검사를 반복해서 받은 후에 실망하며 의기소침해지기도 한다. 이 때 의사가 처한 어려운 입장에 대한 환자의 지각을 찾아 볼 수 있는 단서는 물론 환자의 부정적인 감정에 관해서 물어 볼 수 있는 절호의 기회가 된다. 이 경우 조심스럽게 적절하고 공감적인 표현을 구사하는 것이 바람직하다. 면담의 초기에는 두 가지 즉 환자의 잘못된 지각을 분명히 설명해 주고, 이상이 없는 것으로 밝혀진 이전의 검사들에 관한 환자의 실망에 공감을 표시하는 것이 중요하다. 만약 이런 문제들이 만족스럽게 다루어지지 않는다면 환자는 정신치료에 참여하려고 하지 않을 것이다³⁾.

(24) 처음부터 환자의 가족이나 친척을 치료에 포함시켜라³⁾.

이것은 환자의 정신사회적 단서를 찾는 데 도움을 주는 것은 물론 관심을 끌고자 하는 환자의 심리적 욕구를 채워 주는 역할을 하여 증상의 호전에도 도움이 된다.

(25) 치료의 목표와 목적은 물론 치료의 내용 및 대략적인 치료기간에 관해서 처음부터 분명히 설명해 준다³⁾.

환자에게 통증이나 장애를 없도록 하는 것 자체가 치료의 목표가 아님을 알려 주어야 한다³⁾. 어떤 환자들에게는 통증과 장애에 대해 더 잘 대응하게끔 도와 주는

것이 더 적절한 치료법이 될 수 있다. 즉 치료의 목표는 완치(cure)가 아니라 대응(coping)을 돕는 것이다³⁾. 환자들 중에는 단기 정신치료에 반응하지 않는 만성적이면서 고질적인 문제들을 가지고 있음을 유의해야 한다.

3. 치료의 종류

치료적 접근방법들은 다양하다. 이것은 크게 정신치료(인지행동치료, 행동치료, 정신역동적 정신치료)와 약물치료로 나누어 볼 수 있다. 치료의 선택은 정신과 의사의 치료방법에 관한 오리엔테이션과 어디에 더 초점을 둘 것이냐에 따라 크게 달라질 수 있다³⁾. 예를 들면 인지행동치료를 선호한다면 하루 20시간을 자고 있던 환자가 운동을 하지 않으려고 하는 환자인 경우 이상한 행동이나 역기능적인 믿음을 다루는 쪽으로 치료가 진행될 것이다. 이런 환자에게는 환자 자신의 믿음과 가정(assumption)에 관해 질문하여 이에 대한 대안을 설명하도록 하고, 단계적인 운동(graded exercise) - 특히 침대에서 나와 있는 시간을 점차 늘여가는 것 - 을 수행하도록 요구한다³⁾.

일부 임상적 특징들이 치료의 종류를 선택하는 것과 관련된다³⁾. 예를 들면 심한 행동장애를 보이는 환자에게는 행동치료가 더 적합할 것이고 역기능적인 믿음을 보이는 환자에게는 인지치료가 더 적합할 것이다. 그러나 현저한 기분장애가 있는 환자에게는 항우울제를 사용하는 것이 더 적절한 것이다. 그러나 실제로는 이런 것들이 중복될 가능성이 크기 때문에 치료유형의 선택은 환자의 필요성에 따라 달라질 수도 있다.

어떤 환자들에서는 환자와 치료자간에 일종의 타협이 이루어질 필요가 있다. 예를 들면 인지치료 및 정신역동치료를 수용하지 않으려는 환자들에게는 다른 방법을 제안해 볼 필요가 있다. 예를 들면 작동치료(operant approach)을 권고해 볼 수 있다⁴⁰⁾. 이런 형태의 치료가 처음에는 장애의 정도를 경감시키는 행동의 변화를 일으키고, 나중에 환자가 인지치료 및 정신역동치료를 수용할 수 있을 정도로 현저한 태도변화를 가져올 수 있다.

4. 치료방법의 선택에 있어서 융통성

치료에 있어서 융통성은 필수적이다. 문제의 본질에 따라서 개별적인 치료적 기술을 병행할 수 있다. 예를 들면 인지행동치료를 받는 일부 환자들에서는 심각한

부부간의 문제가 일어나 부부치료 및 가족치료를 필요로 하기도 한다³⁾.

또 환자들에 따라서는 회복이 더딜 수 있고, 치료기간이 최소한 6개월 또는 수년 이상 지속될 수도 있다는 사실을 잊기 쉽다. 이런 환자들에서 정신사회적 문제들을 다루기 위해 치료기간을 늘이는 것이 필요하다⁴¹⁾. 이 때 환자와 의사가 서로 동의해야 하고 의사는 현실적인 치료목표의 중요성을 강조한다.

특히 스트레스가 있을 때에 신체적 지각이 높은 환자-다시 말해 신체증상을 일으키기 쉬운 만성장애 환자들에게는 장기적인 치료전략이 필요하다. 이런 환자들의 상당수는 신체화장애에 해당되고 이들에 대한 치료는 자존심과 자기효율성을 증진시키기 위한 장기간의 지지적이고 공감적인 접근이 필요하다⁴²⁾.

5. 치료에 대한 평가

자문의뢰시와 치료후 신체증상 및 기분은 물론 질병에 대한 믿음과 기능장애를 측정하는 것이 중요하다. 질병에 대한 믿음은 질병태도척도(Illness Attitude Scale)⁴³⁾ 및 질병행동척도(Illness Behavior Questionnaire)⁴⁴⁾ 등을 사용하여 측정할 수 있다.

효과적인 치료란 실제로 측정하기 어려운 기능에 있어서 호전을 보여야 하는 것이다. 환자군은 기능적 장애의 정도에 있어서 차이가 날 수 있기 때문에(예; 만성 요통 환자들은 만성 두통환자들보다 더 신체적으로 힘들어 할 수 있다) 전반적 척도(global scale)보다는 특수한 목적과 임상적 상황을 위해 고안된 척도를 이용하는 것이 바람직하다⁴⁵⁾. 치료 중 관찰되는 기능의 변화는 제 삼자에 의해서 수량화될 필요가 있다⁴⁶⁾. 예를 들어 자기효율성에 대한 평가 즉 통증에 대한 통제감을 발달시키는 것이 중요한 치료효과의 평가변수로 보고되었다⁴⁷⁾.

이런 평가는 치료의 변화를 측정하는 수단이 되기도 한다. 일부 통증 환자들은 질병행동설문(illness behavior questionnaire)에서 일반적인 건강염려증과 질병확신에 관한 항목에서 극적인 감소를 보였다. 그러나 증상에 대한 신체적 및 심리적 귀착이 심리적 귀착으로 변화된 것은 치료 후 3년이 지나서 나타났고, 부정과 감정억제와 같은 다른 항목들에 있어서는 변화가 나타나지 않았다. 후자의 특징들은 겉으로 드러나지 않는 환자의 이면의 인격특성일 가능성이 높기 때문에 치료에 의

해 변화되지 않을 가능성이 높다. 반면 인지적 변화는 치료 중 변하기 쉬운 일시적 현상일 가능성이 높다³⁾.

6. 치료유형과 치료효과

초기의 정신치료에 관한 연구를 보면 신체화 환자들이 정서적 증상이 뚜렷한 환자들보다 전통적인 통찰지향의 정신치료에 대해 잘 반응하지 않는 것으로 밝혀졌다^{48,49)}. 그러나 대조군 없이 행해진 연구들에 의하면 많은 신체화 환자들이 증상위주의 치료만으로도 호전되는 것으로 보고되었다^{50,51)}. 이런 연구들은 최근 신체화를 보이는 대부분의 환자들에서 설명과 안심시키기만으로도 충분한 치료가 되고 있음을 시사해 주었다^{11,52)}. 또한 에어로빅 운동도 신체화 환자들에서 효과적인 것으로 밝혀졌다¹⁶⁾.

만성의 고질적인 심인성 통증장애환자들에서 항우울제인 amitriptyline이 환자들을 더 적극적으로 되게 하고 통증을 감소시키는 것으로 알려져 있는 반면 정신치료는 통증을 악화시키는 경향을 보였다⁵³⁾.

한편 각종 치료가 여러 가지 요소 즉 인지, 행동, 감정들을 포함하고 있기 때문에 한 가지 영역에 관련된 치료가 반드시 그 영역에서의 호전만을 보이는 것은 아니다. 예를 들면 일부 환자들은 행동치료가 시행되고 있는에도 불구하고 인지적 변화를 보이는가 하면, 다른 환자들은 수개월에 걸쳐 행동의 변화와 같은 기능이 호전된 후에도 인지적 변화를 전혀 보이지 않는 경우도 있다³⁾.

7. 임상적 특징들과 치료에 대한 반응

치료효과에 관한 연구를 하기 위해서는 환자를 엄격한 기준에 따라 선택하는 것이 중요하다. 이 경우 진단은 신뢰할 만한 지침이 못된다. 그 이유는 1) 여러 신체형장애들간에 증상들이 중복되고, 2) 증상을 일으키는 과정이 다양하고, 3) 증상을 유지시키는 인자들이 환자들마다 다르기 때문이다³⁾.

환자의 치료에 대한 태도가 치료결과에 크게 영향을 미칠 수 있다. 예를 들면 다음과 같은 일반적인 원칙을 지침으로 삼을 수 있다. 예를 들면 환자가 1) 정신사회적 인자들이 임상적 문제를 조장한다는 것을 받아들이고, 2) 서로 약속한 치료의 목적에 관해 협상할 수 있다면 정신치료가 성공할 가능성이 높다. 다시 말해서 환자가 치료에 참여할 의사를 보인다는 것 자체가 고무적인 징후라고 볼 수 있다³⁾.

다음과 같은 정신사회적 및 임상적 특징들이 정신치료에 대한 반응과 연관되는 것으로 시사되고 있다.

1) 사회인구학적 인자

일반적으로 연령이 젊고, 계속 직장에서 일하고, 통증에 따른 보상이 없으면 치료에 더 잘 반응한다고 보고 있다. 특히 일에 대한 만족이 치료결과의 중요한 예측인자로 알려져 있다⁵⁴⁾.

2) 통증에 관련된 인자

계속 경감되지 않는 통증, 스트레스인자나 불안에 의해 악화되지 않는 통증⁴⁶⁾, 장기간에 걸친 통증에 대한 수술이 성공하지 못한 경우, 통증이 생기기 전에 생활 사건을 경험하지 못했던 경우⁵⁵⁾들은 치료효과가 안 좋은 것으로 밝혀졌다.

3) 심리적 인자

역기능적인 질병에 대한 믿음과 원인에 관한 가정이 강할수록 치료효과가 안 좋은 것으로 밝혀졌다. 이런 종류의 환자들은 그들의 증상을 반대되는 증거가 있는데도 불구하고 계속해서 신체적인 원인에 귀착시킨다⁵⁶⁾. 그러나 불안이나 우울의 정도는 치료효과와 일치되지 않았다. 예를 들면 우울이 잘 치료되지 않은 경우에 예후가 안 좋은 것은 물론⁵⁶⁾, 불안 및 우울에 대한 측정도구에서 점수가 낮은 경우 즉 정신적인 고통을 호소하지 않는 환자들도 정신치료에 대한 반응이 좋지 않은 것으로 나타났다⁴⁶⁾.

8. 정신과의사들은 기질적 질환에 유의하라

정신과의사가 신체화 환자들에서 관련된 기질적 질환을 찾아내지 못할 가능성에 대해서 유의할 필요가 있다. 실제로 만성 신체화 환자들에서 신체질환을 많이 가지고 있으나 그 질환이 호소하는 증상과 반드시 연관되는 것은 아니다^{24,57)}. 이들 환자들에서 종종 많은 검사들을 받고 있음에도 불구하고 새로운 질병이 발견되는 경우는 드물다. 예를 들면 진단되지 않은 통증환자 50명 중 한 명만이 정신과의사를 처음 보고나서 6개월 후에 새로이 진단된 기질적 질환을 가지고 있는 것으로 밝혀졌다⁵⁸⁾. 반면 습관적으로 신체증상을 호소하는 환자들은 증상 호소의 역치(threshold)가 아주 낮기 때문에 신체질환으로 진단될 가능성이 높다⁵⁹⁾.

40대의 여자는 장기간 가슴의 통증과 복통을 호소하며 정신과를 찾아왔다. 특히 하나 뿐인 수양 딸을 미국

으로 유학을 보내놓고 난 후 그런 증상을 보여 의례 환자도 정신과적인 문제로 간주하였다. 나중에 장암이 밝혀져 일반외과로 의뢰되었으나 환자가 원하여 정신과적 치료와 병행하였다. 이처럼 정신과적 치료를 쉽게 수용하는 환자일수록 신체증상에 대한 철저한 평가가 더욱 더 필요하다는 것을 시사해 준다.

9. 만성 신체화의 경제적 문제를 고려하라.

만성 신체화는 일반적으로 의학적 및 정신건강 자원을 많이 이용하는 것과 밀접하게 연관되어 있다⁵⁷⁾. 이것은 대부분 부적절한 의사소통, 검사 및 수술의 결과이기도 하다⁶⁰⁾. 이런 유해한 결과를 예방하는 것은 물론 의료비를 비롯한 경비를 줄이기 위해서도 의사가 이에 대해 개입하는 것이 필요하다⁶⁰⁾.

이런 면에서 정신과의사가 치료초기부터 초기에 개입하고 병원경영자들이 만성 신체화의 경제적인 측면에 관해서 평가할 필요가 있다^{59,61,62)}. 병원수입을 올리기 위해 무분별하게 이용되는 많은 검사들이 오히려 인위적으로 신체화를 더 조장할 수 있다는 점을 유의해야 한다³⁾.

10. 타과 의사들에 대한 교육의 필요성

정신과의사들은 다른 과 의사들이 신체화 환자들을 찾아내고 치료할 수 있는 기술을 발달시키는 데 중요한 역할을 한다. 이런 환자들을 찾아내는데는 무엇보다도 면담기술이 강조되고^{63,64)}, 이들을 성공적으로 치료하기 위해서는 타과 의사, 간호사 등을 교육할 필요가 있다⁶³⁾.

면담기술은 가급적이면 의대학생들을 대상으로 임상실습 중에 가르치는 것이 바람직하다. 일단 이런 환자들에서 발견되면 타과 의사들은 다음과 관련된 면담기술을 발전시킬 필요가 있다³⁾.

1) 이상이 없는 검사결과에 관해 환자에게 알려 주고 증상에 관한 설명을 해 주는 기술

2) 정신과적 의뢰여부를 비롯한 적절한 치료의 결정

3) 정신과적 및 심리적인 평가를 위한 환자 의뢰법

이런 기술들은 종합병원의 정신과의사들에 의해 교육되는 것이 바람직하다. 한편 정신과의사들은 의원과 종합병원의 타과의사들이 이런 환자들의 정신과적 치료에 있어서 중요한 통로임을 인식할 필요가 있다⁶⁵⁾. 이외에도 일반대중을 대상으로 신체증상의 원인 및 신체증상과 스트레스와의 관계에 관한 교육이 이런 장애를 발견하고 적절히 치료받도록 하는데 중요한 역할을

할 수 있다. 정신과 특히 정신신체의학 및 자문조정정신의학에서 일하는 정신과 의사들이 타과 학회와 연계하여 타과 의사들은 물론 일반 대중을 대상으로 하는 교육을 담당함으로써 이런 역할을 하는 데 크게 기여할 수 있을 것이다. 또한 이에 관련된 최근 정신과적 연구 결과가 이런 장애의 병인 및 치료에 관해서 타과의사들은 물론 일반인들의 이해를 크게 증진시켜 정신과 및 정신과적 치료에 대한 편견을 줄여줄 것이다³⁾.

결 론

신체화의 평가 및 치료는 통합적인 접근 즉 생물정신 사회적인 접근이 필요하다. 특히 다른 신경증 환자에서 보다는 생물학학적 접근이 더 강조될 필요가 있다. 따라서 이런 환자들을 조기에 발견하고 환자의 정신과적 치료의 수용을 촉진시키기 위해서는 신체화환자에게 적절한 접근 즉 면담기술을 개발해야 함은 물론 다른과의사들을 교육시키는 것도 정신과의사가 해야 할 중요한 역할에 속한다.

REFERENCES

- 1) Kleinman A, Kleinman J(1986) : Somatization-the interconnections among culture, depressive experiences, and the meaning of pain. In : Culture and Depression. Ed by Kleinman A and Good B, Berkeley, University of California Press, pp429-490
- 2) Cassem NH, Barsky AJ(1991) : Functional somatic symptoms and somatoform disorders. In : Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry. Ed by Cassem NH(ed), St. Louis, Mosy, pp131-157
- 3) Bass C, Benjamin S(1993) : The management of chronic somatization. Br J Psychiatry 162 : 472-480
- 4) Guggenheim FG, Smith GR(1995) : Somatoform disorders. In : Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ed by Kaplan HI, Sadock BJ, 6th ed., Baltimore, Williams & Wilkins, pp1251-1279
- 5) Lipowski ZJ(1986) : Somatization - A borderland between medicine and psychiatry. Can Med Ass J 135 : 609-614
- 6) Liskow B, Othmer E, Penick C(1986) : Is Briquet' syndrome a heterogenous disorder? Am J Psychiatry 143 : 626-629
- 7) Sheehan DV, Sheehan KH(1982) : The classification of anxiety and hysterical states : 1. Historical review and empirical delineation. J Clin Psychopharmacol 2 : 235-244
- 8) Sheehan DV, Sheehan KH(1982) : The classification of anxiety and hysterical states : 2. Toward a more heuristic classification. J Clin Psychopharm 2 : 386-393
- 9) Lesse S(1980) : Masked depression - the ubiquitous but unappreciated syndrome. Psychiatry Journal the University of Ottawa 5 : 268-273
- 10) Ford CV(1984) : The somatizing disorders - Illness as a way of life. New York, Elsevier, 243-259
- 11) Kellner R(1986) : Somatization and hypochondriasis. New York, Praeger-Greenwood
- 12) Barsky AJ(1989) : Somatoform disorders. In : Comprehensive Textbook of Psychiatry Kaplan HI and Sadock BJ, 5th ed., Baltimore, Williams & Wilkins, pp1009-1027
- 13) 고경봉, 기선완(1997) : 신체형장애, 우울장애 및 정신신체장애 환자들간의 질병행동의 비교. 정신신체의학 5 : 185-194
- 14) 송지영, 염태호, 오동재, 조성욱(1997) : 신체화에 따른 질병행동의 특성에 관한 연구. 정신신체의학 5 : 176-184
- 15) Bridges K, Goldberg DP, Evans GB(1991) : Determinants of somatization in primary care. Psychol Med 21 : 473-483
- 16) Kellner R(1991) : Psychosomatic syndromes and somatic symptoms. Washington DC, Am Psychiatric Press, pp187-225
- 17) Katon W(1984) : Panic disorder and somatization : review of 55 cases. Am J Med 77 : 101-106
- 18) Merskey H(1979) : The Analysis of Hysteria. London, Balliere, Tindall and Cassell
- 19) Smith RC(1985) : A clinical approach to the somatizing patient. J Family Practice 21 : 294-301
- 20) Robinson J, Bashier M, Dansak D(1985) : Depression and anxiety-evidence for different causes. J Psychosom Res 29 : 133-138
- 21) Lipowski ZJ(1987) : Somatization-medicine's unsolved problem. Psychosomatics 28 : 294-295
- 22) Ford CV(1986) : The somatizing disorders. Psychosomatics 27 : 327-337
- 23) Jacyna MR, Bouchier IAD(1987) : Cholesterolosis-a

- physical cause of "functional" disorder. *Br Med J* 295 : 619-620
- 24) Smith GR Jr, Monson RA, Ray DC(1986) : Psychiatric consultation in somatization disorder. *N Engl J Med* 314 : 1407-1413
 - 25) Ford CV, Smith GR(1987) : Somatoform disorders, factitious disorders and disability syndromes. In : Principles of Medical Psychiatry. Ed by Stoudermire A, Fogel BS, New York, Grune & Stratton, pp205-217
 - 26) Fabrega H Jr, Mezzich J, Jacob R(1988) : Somatoform disorder in a psychiatric setting - systematic comparisons with depression and anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 176 : 431-439
 - 27) Barsky AJ, Klerman GL(1983) : Overview - hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry* 140 : 273-283
 - 28) Oxman TE, Rosenberg SD, Schnurr PP(1985) : Linguistic dimensions of affect and thought in somatization disorder. *Am J Psychiatry* 142 : 1150-1155
 - 29) Pilowsky I(1978) : A general classification of abnormal illness behaviours. *Brit J Med Psychol* 51 : 131-137
 - 30) Goldberg RJ, Novack DH, Gask L(1992) : The recognition and management of somatization. 33 : 55-61
 - 31) Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS(1988) : The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 50 : 510-519
 - 32) Drossman DA(1978) : The problem patient. *Ann Intern Med* 88 : 366-372
 - 33) Schwartz MA, Wiggins OP(1986) : Systems and the structuring of meaning-contribution to a bio-psychosocial medicine. *Am J Psychiatry* 143 : 1213-1221
 - 34) Brodsky C(1984) : Sociocultural and interactional influences on somatization. *Psychosomatics* 25 : 673-680
 - 35) Gorlin R, Zucker HD(1983) : Physician's reactions to patients : a key to teaching humanistic medicine. *N Engl J Med* 308 : 1059-1063
 - 36) Groves JE(1978) : Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med* 298 : 883-887
 - 37) 고경봉, 우용일(1999) : 신체형장애, 정신신체장애 및 우울장애 환자들간의 가족지지도의 비교. *정신신체의학* 7 : 79-86
 - 38) 고경봉(1995) : 정신신체의학 및 자문조정정신의학. 최신정신의학. 민성길, 서울, 일조각, p378-399
 - 39) Sharpe M, Bass C(1992) : Pathophysiological mechanisms in somatization. *Int'l Rev Psychiatry* 4 : 81-97
 - 40) Fordyce WE(1976) : Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness. St Louis, Mosby.
 - 41) Goldberg D, Gask L, O'Dowd T(1989) : The treatment of somatization - teaching techniques of re-attribution. *J Psychosom Res* 33 : 689-695
 - 42) Smith GR(1991) : Somatization Disorder in the Medical Setting. Washington, DC, American Psychiatric Press
 - 43) Kellner R, Abbott P, Winslow WW(1987) : Fears, beliefs and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *J Nerv Ment Dis* 175 : 20-24
 - 44) Pilowsky I, Spence P, Cobb J(1984) : The Illness Behaviour Questionnaire as an aid to clinical assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 6 : 89-93
 - 45) Feinstein AR, Josephy BR, Wells CK(1986) : Scientific and clinical problems in indexes of functional disability. *Ann Intern Med* 105 : 413-420
 - 46) Guthrie E, Creed F, Dawson D(1991) : A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 100 : 450-457
 - 47) Philips HC(1987) : The effects of behavioural treatment on chronic pain. *Behav Res Ther* 25 : 365-377
 - 48) Rosenberg S(1954) : The relationship of certain personality factors to prognosis in psychotherapy. *J Clin Psychology* 10 : 341-345
 - 49) Stone AR, Frank JD, Nash EH(1961) : An intensive five-year follow-up study of treated psychiatric outpatients. *J Nerv Ment Dis* 133 : 410-422
 - 50) Kellner R(1989) : Undifferentiated somatoform disorder and somatoform disorder not otherwise specified. In : Treatments of Psychiatric disorders : a Task Force Report of the American Psychiatric Association. Washington, DC, Am Psychiat Ass pp2147-2152
 - 51) Thomas KB(1978) : The consultation and the therapeutic illusion. *Br Med J* 1 : 1327-1328
 - 52) Sapira JD(1972) : Reassurance therapy. *Ann Intern Med* 77 : 603-604
 - 53) Pilowsky I, Barrow CG(1990) : A controlled study of psychotherapy and amitriptyline used individually and in combination in the treatment of chr-

- onic, intractable, "psychogenic" pain. *Pain* 40 : 3-19
- 54) Mendelsohn G(1991) : Psychological and social factors predicting responses to pain treatment. In : Proceedings of the 6th World Congress on Pain, Amsterdam, Elsevier Science, pp193-206
- 55) Feinmann C, Harris M, Cawley R(1984) : Psychogenic facial pain : presentation and treatment. *Brit Med J* 288 : 436-438
- 56) Butler S, Chalder T, Ron M(1991) : Cognitive behavioural therapy in the chronic fatigue syndrome. *J Neurol, Neurosurg Psychiatry* 54 : 153-158
- 57) Katon W, von Korff M, Lin E(1990) : Distressed high utilisers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 12 : 355-362
- 58) Benjamin S, Bridges K(1993) : The need for specialised services for chronic somatizers. In : Liaison Psychiatry-Defining Needs and Planning Services. Ed by Benjamin S, House A and Jenkins P, London, Gaskell
- 59) Bass C, Murphy M(1991) : Somatization disorder in a British teaching hospital. *Brit J Clin Practice* 45 : 237-244
- 60) Martin RL, Roberts WV, Clayton PJ(1977) : Psychiatric illness and non-cancer hysterectomy. *Dis Nerv Syst* 38 : 974-980
- 61) Shaw J, Creed F(1991) : The cost of somatization. *J Psychosom Res* 35 : 307-312
- 62) Bass C, Porrs S(1993) : The somatoform disorders. In : Recent Advances in Clinical Psychiatry. Vol. 8, Ed by Grossman KG, London, Churchill Livingstone
- 63) Gask L, Goldberg D, Porter R(1989) : The treatment of somatization - evaluation of a teaching package with general practice trainees. *J Psychosom Res* 33 : 697-703
- 64) Craig TKJ, Boardman AP(1990) : Somatization in primary care settings. In : Somatization : Physical Symptoms and Psychological Illness. Ed by Bass C, Oxford, Blackwell
- 65) Gater R, Goldberg D(1991) : Pathways to psychiatric care in south Manchester. *Brit J Psychiatry* 159 : 90-96

Assessment and Treatment of Somatization**Kyung Bong Koh, M.D., Ph.D.***Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea*

Somatization is regarded as a process rather than a diagnostic entity. It should be emphasized to identify psychopathology rather than to make a choice regarding diagnosis in assessing somatizing patients. Psychiatrists should be aware of the psychosocial cues underlying the patients' physical symptoms. Special skills and strategies are required by nonpsychiatric physicians to facilitate the patients' acceptance of psychiatric treatment. The goal of treatment for somatization is management but not cure. The approach should be flexible, depending on the patients' responses and need. The difficulty in diagnosing and treating somatization is likely to be related to abnormal illness behavior such as the patients' denial of their psychosocial problems and resistance to psychiatric approach. In conclusion, biopsychosocial approach is needed to treat these patients effectively. Psychiatrists should also teach other physicians the interview skill that they could identify these patients as early as possible and facilitate their acceptance of psychiatric treatment.

KEY WORDS : Somatization · Psychopathology · Psychosocial cues · Biopsychosocial approach.
