

문화와 신체화*

김 광 일**†

Culture and Somatization*

Kwang-iel Kim, M.D., Ph.D.**†

국문초록

문헌고찰을 통하여 최근 임상에서 문제되고 있는 신체화에 관한 문화정신의학적인 소견과 그 의미를 정리하였다.

신체화는 인류 공통의 범세계적인 정신병리이며 그 빈도나 양상은 문화 따라 차이가 난다. 그러나 단순히 서구-비서구 혹은 전통사회 대 근대화된 사회를 나누어 그 빈도차이를 논하는 것은 의미가 없다. 최근의 횡문화적 연구에 따르면 이런 이분법식의 논리는 사실과는 전혀 다르다. 또한 어떤 차이가 나더라도 그 해석에서는 종족 뿐 아니라 그 종족이 처하고 있는 여러 사회문화적인 상황을 중요한 변인으로 고려해야 한다. 그리고 철저한 횡문화적 조사연구를 통하여 발생빈도와 그 의미를 확인해야 한다.

마음의 고통이 신체증상으로 나타나는 과정에서 1) 고통에 대한 문화적 표현양식 즉 문화적 은유, 2) 전통적인 질병개념, 3) 적응을 위한 사회적 매개체로서의 역할, 4) 신체화를 조장하는 의료제도 내지는 의료 분위기 등의 문화사회적 요인들이 중요하게 작용하고 있다. 마음의 고통을 호소하는 통로로서 문화가 매체 역할을 하고 있는 것이다.

세계화되고 있는 사회에서 횡문화적인 진료가 불가피하게 되고 이에 따라 신체화에 대한 이해와 접근기술이 새로운 과제로 등장하고 있다. 횡문화적 치료적 접근 원리에 대하여 간단히 소개하였고 아울러 한국 문화에서 신체화의 원인과 의미를 고찰하였다.

중심 단어 : 문화 · 신체화 · 문화정신의학 · 정신병리.

머 리 말

신체화(somatization)라는 말은 원래 심리적 갈등이

신체증상으로 변환되어 표현되는 현상을 지칭하는 정서동학적인 개념이다¹⁾. 사회학이나 인류학에서는 이 신체화를 질병행동의 한 양상으로 보고 있는데 정서적인 고통 혹은 사회적인 부담을 피하거나 줄이려는 한

*이 글은 2002/06/29 서울대학병원에서 열린 한국정신신체의학회 창립 10주년 기념학술대회 “정신신체분야의 새로운 이해”에서 강연한 내용임.

Read at the Symposium “Understanding of Somatization”, The Scientific Meeting for 10th Anniversary of the Korean Psychosomatic Society, Seoul, June 29, 2002.

**김광일 신경정신과의원, 한양대학교 명예교수

Dr Kim's Neuropsychiatric Clinic, Professor Emeritus, Hanyang University, Seoul, Korea

†Corresponding author

개인의 시도가 임상상황에서 나타나는 것을 말한다²⁾.

정신의학에서는 신체화를 정신장애의 한 집단으로 간주한다. 그래서 신체화를 다음 세 가지 영역에서 논의하게 된다. 즉 1) 생물학적으로 설명되지 않는 신체증상, 2) 신체에 대한 지나친 집착 혹은 건강염려, 3) 정서장애, 불안을 비롯한 여러 정신질환에서 나타나는 신체증상들, 이 세 영역이 있다^{3,4)}. 이 글에서는 신체화의 개념을 이 세 가지의 넓은 의미로 사용하고자 한다.

이 신체화가 문화정신의학의 관심사가 되는 이유는 1) 발현빈도나 양상이 문화양상에 따라 차이가 난다는 점, 2) 그 차이가 전통문화의 질병개념이나 통상적 질병행동에 영향을 받는다는 점, 3) 그 사회의 의료체계의 특성과 분위기에 따라 영향을 받는다는 점, 4) 신체화는 질병행동으로 나타나며 그 양상을 옳게 이해해야 바람직한 진료가 이루어질 수 있다는 점 등 때문이다.

신체화가 특히 최근에 관심의 대상이 되는 이유는 세계화하고 있는 사회에서 신체화에 관한 지식이 없으면 의사들이 바른 진료를 할 수 없게 되었다는 사실 때문이다. 즉, 나라간에 인구가동이 많아지며 이민자, 외국근로자, 피난민 등 여러 종족들이 한 사회에서 생활하게 됨에 따라 다문화권의 환자들을 진료하게 되었고 이에 따라 낯선 문화권의 환자들을 진료하는 의사들이 새로운 요구와 도전을 맞게 된 데서 유래한다⁵⁾. 신체화는 하나의 질병행동으로 나타나는데 그 신체화 현상에 대한 바른 지식과 의사소통의 기술과 진단평가 그리고 치료방침이 필요하게 된 것이다.

이 글에서는 1) 우선 신체화가 문화 따라 어떻게 차이가 나는가를 소개하고 그 문화정신의학적 의미를 추구해보고, 2) 신체화의 문화적 형성과정과 기제를 정리해보고 3) 신체화 문제에 대한 문화정신의학적인 의미를 음미해보고 4) 한국에서의 신체화 문제에 대한 소견과 문제들을 지적해보고 5) 문화정신의학에서 본 치료적인 접근에 대한 방침을 논하고자 한다.

신체화의 횡문화적 차이

원래 문화정신의학에서 신체화는 비서구사회의 특징처럼 여겨왔다. 즉 서구인에서는 마음의 고통을 심리적인 증상으로 호소하지만 정신(psyche)과 신체(soma)의 구분이 미숙한 비서구사회 사람들이 자기의 심리적

고통을 표현하는 방법으로 신체화를 하게 되며 이런 형상은 분화되지 않은 미숙한 심리현상에서 비롯한다는 견해였다⁶⁻⁸⁾. 즉 언어적 소통을 하기보다는 불만이 있을 때 울거나 소리를 지름으로써 다른 사람들에게 의사를 전달하는 '원시적인 소통(primitive communication)'이라고 하였다. 이런 의사소통은 유치하고 퇴행된 것이며 비논리적이라 평하면서 이런 현상은 원시사회 혹은 미개한 사회에서 흔히 보는 현상이라 했다⁸⁻¹¹⁾. 그러나 신체화에 대한 횡문화적인 연구가 진행됨에 따라 최근에는 이런 견해가 문화적인 편견에 기인한 것이라는 점이 밝혀지고 있다. 서구인에게도 신체화는 아주 중요한 증상이며 신체화는 범세계적인 현상이며 고통의 감정을 표현하는 가장 중요한 증상임이 알려진 것이다¹²⁻¹⁴⁾. 그러나 신체화 증상의 출현빈도와 양상, 그리고 그 문화적 의미는 문화에 따라 다소 차이가 날 수는 있다. 그러나 그 차이를 해석하는 데는 어느 한 측면에서 이렇다 저렇다 하는 것은 바람직하지 않다. 여러 문화적인 측면에서 신중하게 논의되어야 할 문제로 본다.

지금까지 조사보고된 신체화의 횡문화적인 소견들을 소개하면 다음과 같다.

1) 신체화는 아시아, 아프리카 등 비 서구사회에 더 많다는 보고가 있다^{9,15)}. 그러나 이런 견해는 철저한 횡문화적 연구 결과라기 보다는 .인상적인 견해에 불과하다는 비판을 받고 있다. 즉 한 서구문화권에 거주하고 있는 서구인과 비서구인을 비교한 경우도 있는데 이럴 경우 그 종족이 직면하고 있는 사회문화적 고통이라는 변인을 통제하지 않고 증상출현 빈도를 단순히 비교하였는데 그럴 경우 의미가 퇴색된다는 것이다. 실제 횡문화적 비교를 한 연구에서도 서구인보다는 비 서구인에서 신체화가 많다는 보고도 있지만^{6,16)} 차이가 없다는 보고도 있다^{17,18)}.

2) 일반인구를 대상으로 한 역학조사 소견은 한 사회 안에서도 종족따라 차이가 난다. 예로 신체화장애의 유병율이 전체 미국인 대상에서 0.01%인데 아프리카계 미국 여성에서 0.8%, 아프리카계 미국 남성에서 0.4%라는 보고가 있다¹⁹⁾. 한편 Puerto Rico인들에서는 미국의 유병율보다 10배나 높다²⁰⁾. 이 보고에서는 라틴계 미국인에서는 빈도가 낮다고 했다. 이 보고는 아시아계 미국인 및 비 서구계 미국인에서 신체화가 높다는 기존의 설에 정면으로 도전하는 결과를 가

저오고 있다. 이를 입증하는 보고는 그밖에도 있다^{17,18)}.

3) 임상상황 특히 일차진료기관에서는 의학적으로 설명되지 않는 신체증상의 빈도가 전반적으로 아주 높아서 14개국 도시에서 동시에 조사한 보고에 따르면 46%에 이르고 있다²¹⁾. 이 보고에 따르면 신체화 증상이 Ankara, Berlin, Rio de Janeiro, Santiago 등 지역에서 빈도가 높고, Athens, Ibadan, Paris, Shanghai 에서 특히 빈도가 낮다. 이 연구에서 신체화장애의 빈도는 전체적으로 남성 1.9%, 여성 3.3%이었지만 조사지역 따라 상당히 차이가 났다. 즉 Santiago에서 17.7%로 가장 높고 그 다음이 Rio de Janeiro에서 8.5%이고 Verona에서 0.1%로 가장 낮다. Shanghai 나 Nagasaki는 오히려 낮은 편에 속했다. 이 보고는 과거에 단순히 서구, 비서구로 나누어 신체화 빈도가 비서구에서 많다고 한 것은 편견임을 입증하고 있다. 이를 입증하는 보고가 영국⁴⁾, 스페인²²⁾, Nigeria²³⁾ 등 지에서도 보고되고 있다. 한편 신체화증상의 빈도는 비서구인에서 높다는 보고도 있고⁹⁾ 서구인보다 비서구인에서 높기는 하나 그 정도에서는 서구인이 비서구인보다 심각하다는 보고도 있다²⁴⁾.

Montreal 주민을 대상으로 조사한 보고²⁵⁾에서는 여러 종족 가운데 월남 피난민에서 신체화 증상이 높을 뿐 그 이외의 종족에서는 차이가 없다고 했다. 월남 피난민에서 높은 이유는 그들이 받아온 정서적 상처와도 깊은 연관이 있었다. 한편 영국의 한 병원에서 조사한 보고서에서는 영국인보다 아시아인에서 신체화가 많음을 지적하고 있다⁹⁾.

4) 역학조사와 임상상황에서 신체화 증상은 정서적 고통과 밀접하게 관련되어 있으며 한편으로는 우울장애, 불안장애의 아주 중요한 혹은 핵심적인 증상임이 밝혀지고 있다²⁶⁻²⁹⁾. 특히 정서적 상처가 신체화증상 발현과 밀접한 관련을 가지고 있다²⁹⁾.

5) 신체화는 낮은 사회계층, 교육수준이 낮은 계층에 많다는 보고³⁰⁾도 있고 고령, 여성, 실직자 등과 관련이 많다는 보고도 있다²⁵⁾. 이런 보고는 정서적 고통과 관련이 깊다는 사실과도 맥을 같이 하는 것이다.

6) 신체화 증상은 문화변천에 따라 그 빈도가 변한다는 사실도 보고되고 있다. 즉 문화변천에 느리게 반응하는 층에서는 신체화증상이 많고 사회변천과 더불어 신체화 증상의 빈도가 감소한다는 보고가 있다³¹⁾.

이와 같은 비교연구에서 우리가 집고 넘어가야 할

것이 두 가지가 있다. 그 하나는 조사대상의 사회환경이다. 즉 서구인 보다 비 서구인에서 신체화가 많다는 보고들 가운데는 서구사회에 살고 있는 여러 민족들을 조사한 것들이 많은데 이런 경우 이민자들이 겪어야 하는 사회문화적인 고통과 언어소통의 문제^{5,11,28,29)} 그리고 의료시설 이용의 용이성 여부⁴⁸⁾ 등을 변인으로 살펴보아야 하고 그런 여러 문제들을 감안해서 해석을 해야 한다. 이런 중대한 변인에 대한 고려 없이 어느 한 지역에 사는 여러 민족을 조사하고 나타난 소견만 가지고 이렇다 저렇다 할 문제가 아니다. 다른 하나는 나라간에 비교조사를 했을 때에 동일한 측정도구와 동일한 조사대상 등 연구조건의 철저한 통제가 이루어졌는가, 그리고 의료시설의 활용도에 차이가 없는가 등등을 고려해야 한다. 그리고 신체증상을 조사하는 항목에 그 문화권 특유의 신체증상이 어느 만큼 반영되었는지도 중요한 변수로 작용한다.

이상과 같은 문제들을 감안하여 지금까지의 연구결과를 종합해보면 다음과 같이 정리할 수 있겠다.

- 1) 신체화 경향은 범세계적인 공통된 증상이다.
- 2) 문화에 따라 그 빈도와 정도는 차이가 날 수 있다. 그러나 서구/비서구 식으로 단순히 비교논의할 문제는 아니다.
- 3) 신체화증상의 빈도는 그 문화집단이 겪고 있는 정서적 고통의 정도, 의료시설의 활용도 등 여러 다른 요인에 따라 차이가 나는 것이고 일률적으로 어느 문화에서 많고 적다는 식으로 보는 것은 위험하다.
- 4) 신체화 증상의 빈도뿐 아니라 각 문화권 별로 증상의 내용, 빈도에 영향을 주는 요인 등은 서로 다를 수 있다.
- 5) 신체화 문제는 한 문화권 안에서도 문화변천과 더불어 가변적인 현상이다.

신체화의 문화적 기전

신체화가 마음의 고통을 신체의 증상으로 표현하는 것이라고 한다면 문화정신의학에서 그 기전을 어떻게 정립해야 하는가 하는 문제가 제기된다. 신체화의 문화적 기전은 어느 한 가지만으로 설명되는 성질의 것이 아니라 여러 기전이 서로 복잡한 상호작용을 거쳐 신체증상을 이룬다는 점도 중요하다. 신체화의 문제에 영향을 미치는 문화적인 요인들을 중심으로 설명해나

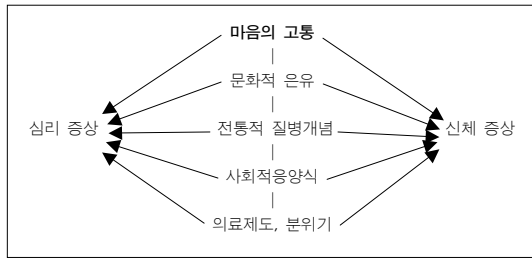


Fig. 1. 신체화의 문화적 기전.

가려 한다(Fig. 1).

1. 고통에 대한 문화적 표현양식—문화적 은유

신체화는 고통의 신체적 언어이다^{5,29,33,34}. 그래서 신체화는 고통에 대한 그 문화 특유의 표현양식과 밀접하게 관련된다. 인간의 정서적 고통을 표현하는 양식은 문화 따라 공통적일 수도 있고 다를 수도 있다.

정서적인 고통이 있을 때 그 고통을 그대로 표현하기도 하지만 때로는 신체증상을 통해서 표현하기도 한다. 여기에 마음의 고통과 신체증상 사이에 블랙박스가 존재하게 된다. 그 블랙박스 속에는 문화적 복합체가 있다고 본다. 즉 마음의 고통이 어떤 과정을 통해서 신체증상으로 나타나게 되는가 하는 문제인데 이 과정에 작용하는 매개체가 그 문화 특유의 상징적 은유라고 볼 수 있다^{5,26,29}. 여기에는 신체언어(body language)와 체상(body image)이라는 상징적 은유가 있다.

신체언어는 그 문화권에서 통용되는 각 신체의 상징적 의미를 말한다. 그래서 마음의 고통을 신체언어를 통해서 표현하기도 한다. 그 표현양상이 문화전통 따라 다를 수 있는 것은 그 문화 특유의 신체언어가 있을 수 있기 때문이다³⁵. 가령 기분이 울적할 때 우리는 가슴이 답답하다고 한다. 불안할 때 심장이 뛰었다고 한다. 울적할 때 기운이 없다고 표현한다. 질투가 날 때 우리는 배가 아프다고 한다. 복잡한 일이 있어 마음을 가누지 못할 때 머리가 아프거나 어지럽다고 한다. 이런 신체언어는 마음의 상태를 표현하는 아주 기본적인 통로가 된다. 실제 마음의 고통이 있을 때 그 신체언어에 해당하는 신체증상을 나타내게 되는 것이다.

한편 체상도 신체언어와 밀접하게 관련되어 있다. 신체 각 부위에 대한 전통적인 기능과 상징적 의미 즉 체상(體像)도 신체화의 문화적 매개체가 된다³⁶. 이 체상에 나타난 상징은 세계공통적인 것도 있고 문화 따라 차이가 나는 것도 있다. 예를 들면 머리는 어느 문

화권에서나 신성하게 여기고 있다. 반면, Africa의 Yoruba족이나 태국의 Siam족은 머리에 수호신이 살고 있다고 믿는가 하면 Philippine의 Efugao족이나 New Guinea의 Kai족은 용기의 정령이 들어 있다고 믿는다³⁷. 이런 문화에서는 용기나 기력이 없으면 두통으로 표현될 가능성이 있는 것이다.

이런 신체언어나 체상은 그 자체가 마음의 상태를 표현하는 언어일 뿐 아니라 거기에는 사회적인 의미도 내포되어 있다. 가령 그런 신체언어를 통해서 다른 사람과 의사소통을 하게 되는 의미도 있다는 말이다. 마음의 상태를 직설적으로 표현하지 않고서도 신체언어를 통해서 자기 마음의 상태를 전달하는 의미가 있다.

신체언어나 체상의 발달과 신체화는 아주 밀접한 연관성이 있다고 본다. 신체언어 혹은 체상이 발달한 문화에서는 신체화의 통로를 더욱 쉽게 이용하게 될 것이다. 이것이 신체화증상의 발현빈도에 영향을 주는 한 요인이 된다. 한편 그 신체언어 혹은 체상의 특성에 따라 신체증상의 특성 내지는 종류가 차이날 것이다.

2. 전통적 질병개념

문화의 상징적 은유와 맥락을 함께 하는 것이긴 하지만 전통적 질병개념에서 증상을 어떻게 이해하고 설명하느냐 하는 문제도 신체화에 상당한 영향을 준다³⁶. 우리나라 전통적인 질병개념은 신체와 정신을 구별하지 않는다. 모든 신체장기에 각기 특유한 정서적인 혹은 정신적인 기능을 부여하고 있다. 심장은 기쁨과 생각과 신의 저장소요, 간은 용기와 혼의 저장소요, 폐는 슬픔과 우수와 혼백의 저장소요, 담낭은 용기의 저장소요, 비장은 생각과 의지의 저장소요, 신장은 두려움과 정력의 저장소다. 이런 개념을 바탕으로 우리나라 사람들의 신체화 경향을 강하게 만드는 전통문화의 한 요인이 되고 있다^{32,38}. 이 질병개념은 정서적인 고통이 있을 때 그 고통을 신체언어로 표현하는 문화적 통로를 마련해줄 뿐 아니라 모든 정서적인 문제를 신체의 기능장애로 평가하는 기틀을 마련해주는 것이 된다.

한편 전통적 질병개념가운데 무속적인 개념이 있는데 마음의 문제를 초자연의 현상으로 투사하면서도 초자연의 현상을 매개로 하여 신경쇠약, koro 등 신체증

상으로 전환된다는 보고도 있다³⁹⁾.

3. 사회적 매개체로서의 신체화

신체화는 마음의 고통을 표현하는 사회적 수단이 되기도 한다. 마음의 고통을 직설적으로 표현하는 것은 그가 처한 사회분위기에서 바람직하지 못할 수가 있다. 그런 경우 신체증상을 매개로 의사를 전달함으로써 자신의 처지를 잃지 않고 사회적인 유대를 유지하는 효과를 얻게 된다^{5,11,28,29)}. '이차성 이득'도 여기에 해당한다. 감정을 표현하는 것이 바람직하지 못할 때 신체증상을 통해서 마음의 고통을 하소연함으로써 주변의 관심을 사는 것이다.

언어적인 의사소통 보다는 비언어적인 의사소통을 중요하게 여기는 문화에서는 마음의 고통을 신체증상으로 변환해서 의사소통을 하게 된다³²⁾. 자기 감정을 직설적으로 표현하는 것은 바람직하지 않다고 여기는 문화에서는 신체언어를 통하여 감정을 전달하는 것이 이차성 이득을 얻는 데 유리하다^{32,40)}. 정신질환에 대한 인식이 부정적인 사회에서는 정신병이라는 stigma를 최소화하기 위해서 마음의 문제를 신체증상으로 바꾸게 된다^{13,15,41)}. 이런 경향은 전통사회에서 두드러지지만 전체주의국가에서도 마찬가지이다. 예로 과거 공산정권하의 중국에서는 정신질환을 반동으로 보는 경향과 적개심이나 불만 등 자기 감정을 표현할 수 없는 분위기 때문에 우울감정을 그대로 표현하지 못하고 신체화 과정을 거쳐 신경쇠약(neurasthenia)으로 나타난다⁴²⁾. 이런 현상은 신체화가 그가 속한 특정한 문화사회에 대한 하나의 적응양상으로 이해할 수가 있다.

한편 최근에는 신체화가 사회적으로 열세에 있거나 폄박받는 사람들의 저항행동의 하나로 평가되기도 한다^{43,44)}. 소외계층, 소수민족, 성차별 등 사회에서 억압받는 사람들이 이 사회에 저항하는 한 방법으로 신체화를 활용하기도 한다. 그것은 '약자의 무기'가 된다. 소외층에 신체화가 많다는 것보다 일백 상통하는 견해이다.

4. 의료공급체계 및 의료 분위기

그 사회의 의료분위기가 어떠냐에 따라 신체화 경향은 달라진다. 신체질환을 위주로 진료하는 의료분위기에서는 신체증상을 호소하는 것이 마음의 고통을 그대로 호소하는 것 보다 훨씬 이득이 된다. 의료가 발달하지 못한 나라의 경우 즉 정신의학이 대중화되지 않은 나라의 경우 신체화는 더욱 많아진다. 고도로 산업

화된 사회에는 신체화 증상이 적다는 조사보고도 있는데^{45,46)} 이런 견해는 산업화 자체보다는 의료의 발달문제와 관련하여 해석할 문제로 본다.

한편 최근에 북미와 캐나다에서 신체화 증상이 많아지고 있는데 그 이유가 의료가 사회화되면서 신체질환에 대한 진료는 쉽게 받아드리면서 정신질환에 대한 진료에 제한을 많이 받게 되는 그런 분위기에 편승해서 심리화(psychologization) 보다는 신체증상을 나타내는 것이 더욱 유리하기 때문이다²⁶⁾. 결국 의료제도나 의료분위기가 심리적 증상에 대한 진료에 어느만큼 통로를 열어주고 있는가, 그리고 그 의료시설을 활용하는 통로가 어떤가에 따라 신체화 증상의 빈도가 변한다는 말이다^{47,48)}. 한편 최근에는 신체증상으로 동통이 증가하고 있는데⁴⁹⁾ 그 이유는 통증이 의료의 중요한 대상이 되고 있기 때문이다. 그리고 이민자들이 신체화가 많다는 소견도 이민자들의 정서적 고통이 많다는 사실과 더불어 그들이 언어소통의 곤란 때문에 혹은 그들이 활용할 수 있는 정신과적 진료시설의 부족 때문에 정서적 문제를 그대로 호소하지 못하고 신체증상으로 의료기관을 찾기가 쉽다는 데 이유가 있다. Simon과 그 동료들(1999)이 지적한 대로 신체화의 발현은 전통문화와 더불어 의료제도 내지는 분위기가 중요한 원인이다.

5. 신체화의 다원적 형성과정

이상에 언급한 신체화의 여러 문화적 기전들은 그 어느 하나가 작용하여 이루어지는 것이 아니다. 여러 기전들이 복합적으로 상호작용을 하여 하나의 신체화를 이루는 것이다²⁶⁾. 어느 한가지만을 가지고 설명할 때 거기에는 무리가 따른다.

어떤 문화에서는 어느 사회문화적 요인이 더 크게 작용할 수 있고 다른 문화에서는 다른 사회문화적 요인이 더 크게 영향을 끼칠 수 있다.

신체화는 마음의 고통을 표현하는 문화적 양상이고 그 고통에 대처하는 사회적 기능을 가진 일종의 적응양상이라 이해하게 된다. 신체화는 어느 개인의 인격 혹은 정신상황의 미숙함이나 성숙함을 근거로 논할 문제가 아니다. 그 개인이 속한 상황에 적응하는 최선의 적응과정이다. Angel과 Thoits⁵⁰⁾의 견해로는, 신체화란 문화적으로 바람직하다고 규정하고 있는 고통의 통로이다. 한 문화권의 성숙도를 가늠하는 잣대는 결코

아니다. 신체화가 많을수록 미개한 문화라고 보아온 과거 서구의 시각은 그래서 잘못된 것이다.

신체화 개념에 대한 문화적 이해

신체화 현상을 문화정신의학에서 어떻게 이해해야 할 것인가. 이 문제는 그리 간단하지 않다. 우선 마음의 고통이 신체의 고통으로 전환하는 과정은 ‘블랙박스’이다. 이 과정을 생물학의 지식으로 풀어볼 수도 있을 것이다. 연변계의 기능과 작용이라던가 신경전달물질의 변화라던가 여러 각도에서 설명이 가능할 것이다. 그러나 이런 설명만으로는 신체화 현상에 대한 이해가 부족하다. 그 이외에도 신체화를 야기하는 여러 문화사회적인 요인들을 신중히 검토해야 하고 이에 대한 이해를 해야 할 것이다.

1. 증상호소의 통로로서의 문화

인간에게는 신체적인 상황과 정신적인 상황이 공존하고 있다. 고통도 신체적 고통과 정신적 고통이 있게 마련이다. 이 두 가지 중에 어느 상황을 표현하는 것이 자신의 여러 욕구를 충족하는 데 도움이 되는가 하는 것에 따라 어느 한가지를 위주로 표현하게 된다. 이런 현상은 우울증의 증상호소에서 전형적으로 나타난다. 우울증의 증상에는 정신적인 증상과 신체증상이 공존한다. 그 두 가지 중 어느 증상을 호소하는 것이 적응에 유리한가에 따라 어느 한쪽의 증상을 위주로 호소하게 되는 것이다⁴⁵⁾. 감정표현을 바람직하지 않게 여기는 전통분위기, 정신질환에 대한 stigma가 심한 사회²⁷⁾ 그리고 신체질환 진료위주의 의료분위기^{32,48)}에서는 우울증의 신체증상이 주로 나타날 것이다.

이것은 감정을 표현하는 문화적인 통로가 어떤가에 따라 좌우되는 문제이다. 그것은 그 문화의 보편성과 그 문화의 수용 여부와 관련이 있다. 그 문화가 바람직하다고 여기는 방향으로 감정의 표현양상이 바뀌는 것이다. 정신분석과 심리학이 유행하던 서구사회의 20세기 후반에는 심리적 증상을 많이 호소하였지만 생물학이 발달하고 정신질환에 대한 진료가 제약을 많이 받게 된 현재에는 다시 신체증상을 호소하는 경향이 많아지고 있다¹⁰⁾. 감정표현을 억제하는 전통적 가치관은 한국과 중국에 공통적으로 있지만 중국의 우울증에서는 한국인보다도 더 많은 신체증상이 나타난다⁵¹⁾.

그 이유는 최근의 중국이 한국보다는 정신질환에 대한 정치사회적 편견이 심하고 정신과 진료의 기회가 적다는 의료상황 때문이다. 한편 같은 우울증이라도 일본보다는 한국의 경우 신체화 증상이 많다⁴⁶⁾. 그 이유는 일본의 정신보건 제도나 시설이 한국보다는 환자들에게 더 가깝게 있어서 그 시설을 이용하기가 편리하다는 데 있다. 이렇듯 그 문화권에서 어떤 분야의 증상을 가지고 도움을 구하는 것이 그 문화적응에 도움이 더 되는가에 따라 신체화 경향은 달라지게 마련인 것이다.

2. 신체화에 대한 동서양의 견해

신체화란 개념은 인간을 정신과 신체로 나누는 서구의 이분법을 바탕으로 나온 이원론적 개념이다. 인간은 신체와 정신 이 두 단위로 구성되어 있다고 보고 신체질환과 정신질환을 분명하게 구별하고 있다.

그러나 동양의 철학이나 의학에서는 이 두 가지를 구별하지 않는다. 인간의 신체를 음양 오행설에 따라 그 기능별로 나눈다. 가령 신체를 음과 양으로 나누는데 피부와 육장(담, 소장, 위, 대장, 방광, 삼초)은 양에 속하고 피하조직과 육부(간, 심장, 심낭, 비장, 폐, 신장)은 음에 속한다. 오행설에 따라 다시 신장은 水, 폐는 金이요, 심장은 火요, 간은 木이요, 비장은 土다. 이에 따라 각 기관은 나름대로의 정신적 기능을 가지고 있는데 심장은 기쁨과 생각과 신의 저장소요, 간은 용기와 혼의 저장소요, 폐는 슬픔과 우수와 혼백의 저장소요, 담낭은 용기의 저장소요, 비장은 생각과 의지의 저장소요, 신장은 두려움과 정력의 저장소다. 그리고 이런 여러 기능을 가진 신체부위들이 상호 조화를 이루어 건강을 유지한다고 보고 만일에 그 조화가 깨지면 병이 된다고 본다^{38,52)}. 이런 체계에서는 정신과 신체가 구별이 되지 않는다. 슬픈 감정은 폐의 기능의 잘못된 것이요, 우울한 것은 신장과 간의 기능이 잘못된 탓이다. 이런 체계에 따르면 신체의 이상이 정신의 이상을 가져올 수 있고 정신의 이상이 신체의 이상을 초래할 수가 있다. 이런 관점에서 보면 신체화란 개념은 애초부터 존재할 수가 없다. 구태여 말한다면 인간의 모든 신체와 정신의 기능 그 자체가 신체화(somatization)일수도 있고 심리화(psychologization)일 수도 있다.

우리나라 특유의 증후군이라 알려진 핫병은 그 자체가 신체와 감정의 어느 한 부분의 원인으로 발생한다

고 보기보다는 신체기관과 감정상태가 한데 어울려 발생한다고 본다. 즉 심장기능과 분노의 감정이 동시에 원인이 된다고 본다. 그 병의 증상도 정신증상 혹은 신체증상 어느 한 부분이 아니라 정신증상과 신체증상이 한데 혼합되어 나타난다²⁶⁾. 구태여 정신과 신체를 구분할 이유가 없는 것이다. 동양의 개념에서 보면 신체와 정신을 양분하고 이에 따라 신체의 병과 정신의 병을 나누는 서양의 이분법, 그 결과 정립된 신체화라는 개념이 무척 인위적이고 부자연스럽다고 보게 된다. 우리가 신체화의 개념에 대해서 깊이 생각해 보면 서구의 이분법보다는 동양의 혼합론이 임상에서는 더욱 편리한 이론적인 틀이 될 수도 있다는 생각이 든다.

신체화와 한국문화

한국인에서 신체화경향이 유독 많다는 사실은 오래 전부터 논의되어 왔다. 한국인에서는 신체화 장애가 많으며³²⁾, 전환장애에 같은 신체형 장애도 많고^{40,53-55)} 신경증 환자의 증상에서도 신체화 증상이 주증상을 이루고 있으며 우울증이나 정신분열병 환자에서도 신체증상이 많다는 보고들이 있었다⁵⁶⁻⁵⁹⁾.

그러나 이런 조기의 보고서나 견해들은 횡문화적인 비교연구를 하지 않은 상태에서 한국환자들을 진료하는 과정에서 얻은 인상적인 견해였다. 물론 한국에서 나온 통계자료를 논의하는 과정에서 서구의 통계자료와 간접적으로 비교하여 얻은 결론일 수도 있다. 그러나 이런 연구결과를 가지고 한국인에서 신체화가 많다는 식으로 결론을 내리고 그에 대한 문화적인 설명을 한 것에 대해서는 반성의 여지가 있다. 그렇더라도 지금까지 보고된 문헌들을 정리해 본다.

1. 신체화의 빈도:

한국인에서 신체화 장애가 많다는 인상적인 보고서는 많다^{32,55)}. 그리고 신체화 환자(somatizer)가 많다는 보고도 있다⁶⁰⁾. 한국인 특히 농촌의 신경증 환자에서는 신체증상이 주증을 이룬다는 보고도 있다⁵⁸⁾. 우울증 환자의 주소가운데는 신체증상이 많고 자살의욕, 죄책감이 적다는 보고도 많고⁵⁶⁻⁵⁹⁾. 정신분열병 환자 증상에서도 신체증상이 외국에 비해서 많다는 보고⁶¹⁾도 있다. 이런 소견들은 주로 서구 환자들의 증상분포도를 참고, 비교하고 있다.

그러나 철저한 통제하에 연구조사한 횡문화적 연구는 몇 편에 불과하다. 영국과 한국의 우울증 환자를 비교한 결과 한국에서 신체화 증상이 현저히 높음이 확인되고 있다⁶²⁾. 한편 서울과 동경의 우울증 혼자 증상을 조사분석한 연구에서는 한국인이 일본인 보다 신체증상이 많음이 확인되었다⁴⁶⁾. 중국의 조선족, 한족 그리고 서울의 한국인 우울증을 비교조사한 결과 중국의 한족에서 신체증상이 가장 많고 서울의 한국인 가장 적으며 조선족은 그 중간이라는 보고도 있고⁵¹⁾, 한편 정신분열병 환자의 망상에서는 한국인, 중국의 조선족, 한족 사이에 차이가 없다는 보고도 있고⁶³⁾, 서울과 Shanghai, 그리고 Taipei의 정신분열병 환자 망상을 비교한 결과 신체망상은 서울과 Taipei에서 높고 Shanghai에서는 오히려 낮다는 보고도 있다⁶⁴⁾.

이런 연구결과들을 종합해보면 한국에서 신체화가 많은 경향은 있지만 일률적으로 그렇다고 할 수는 없다. 서구에 비해서 신체화 경향이 많다는 점은 인정하게 되나 아시아 지역에서 각 나라별로 비교할 때는 별도의 현상이 나타난다. 즉 일본에 비하면 한국에서 신체화가 많고 반대로 중국에 비하면 신체화가 적다고 보게 된다. 이런 현상은 신체화의 빈도를 단순히 동서문화 차이나 전통사회나, 현대화된 사회냐에 따라 단순히 논할 문제는 아니라는 사실을 알 수 있다.

2. 시대에 따른 변화

우리나라에서도 시대의 흐름에 따라 신체화경향이 차이가 난다는 조사를 한 보고가 있다. 즉 전환장애는 1960년 대에 상당히 많았고 그 증상도 고전적인 극적 신체형 증상이 주를 이루었지만 1970년대에 들어서는 특히 도시사회에서 그 빈도가 줄어들고 있고 그 증상도 고전적인 증상보다는 동통 같은 증상이 많아졌다는 보고도 있다⁵⁴⁾. 의학지식의 보급, 성적 억압의 자유화 등 문화적인 변천이 그 이유라고 지적하고 있다.

3. 신체화와 한국문화

만일에 한국인에서 신체화 경향이 강하다는 점이 사실이라 한다면 지금까지 논의된 문화사회적인 원인을 다음에 요약할 수 있겠다.

- 1) 신체와 정신을 구별하지 않고 마음의 문제를 전부 신체장기의 이상으로 보는 전통적인 질병개념
- 2) 언어적 소통보다는 비언어적 소통을 중요하게 여겨온 전통적 태도

3) 신체질병 위주의 진료제도 혹은 진료분위기

신체화의 치료적 접근

신체화는 신체증상으로 다음의 문제가 가려지게 되므로 서구식의 교육을 받은 정신과의사들의 접근이 쉽지가 않다. 표면에 두껍게 막을 치고 있는 신체증상을 뚫고 그 속에 가려진 정신적인 문제를 다루어야 하기 때문이다. 서구의 의사들이 아시아계 이민 환자를 진료할 때 곤혹을 치르는 것이 바로 이 점이다. 표면에 나타난 신체증상만을 다루게 되므로 우선 오진의 여지가 많다. 신체화 환자에 대한 치료적 접근에 관하여 간단히 정리하고자 한다.

1. 평가차원

1) 병력청취

우선 신체증상을 호소하는 경우 그 밑에 있는 진정한 신체질환 유무에 대한 확인이 필요하다. 그러나 불필요하게 여러 검사를 하는 것은 도움이 되지 않는다. 의학적으로 설명되지 않는 증상을 호소하는 경우 꼭 필요한 검사를 거쳐 신체질환이 아님이 확인되면 더 이상 신체검사를 하지 않는 것이 원칙이다. 병력 청취부터 철저히 그리고 자세히 해야 한다. 의학적으로 합리적인 증상인가, 그런 증상이 언제부터 발생했으며 발생하는 계기는 어떤 것인가, 시간에 따른 증상의 변화나 지속성은 어떤가, 그런 증상에 대한 환자의 반응은 어떤가 등등을 면밀하게 조사해야 한다. 신체화 장애나 신체형 장애에서는 병력청취만으로도 충분히 진단이 된다.

2. 심층진단

의학적으로 설명되지 않는 증상임이 확인되면 그 증상이 정신병리의 전부인지 아니면 그 증상 밑에 다른 어떤 정신병리가 있는지를 확인해야 한다. 신체증상은 그 자체가 하나의 질병단위일 수 있지만 그 신체증상 밑에 우울증 같은 정서장애, 불안장애 같은 각종 신경증들, 각종 적응장애, 그리고 심지어는 정신분열병이 도사리고 있는 경우가 흔하다. 그래서 표면적인 신체증상만 파악하고 그에 합당한 진단을 내리게 되면 치료도 그에 준하는 방침을 세우게 되므로 바람직한 진료를 할 수 없게 되는 것이다.

이런 절차는 횡문화적인 진료상황에서는 제대로 이루어지지 않게 마련이다. 표면적인 증상호소만 듣고 쉽게 신체화 장애 혹은, 신체형 장애라 진단하게 마련이다. 문화적인 장벽, 언어적인 장벽, 증상이나 마음의 상태의 은유적인 표현에 대한 문화적인 몰이해 등으로 횡문화적인 진료에서는 상당한 차질이 생길 가능성이 많다.

한편 같은 문화권에 있는 환자와 의사 관계에서도 최근 이런 문제가 심각하게 제기된다. 환자가 호소하는 신체증상만 간단히 파악하고 그에 해당하는 진단을 부치고 공식적인 약처방을 하는 경향이 최근 우리나라에도 많아지고 있다. 의료의 사회화에 따라 짧은 시간에 많은 환자를 보아야 하는 여건도 문제가 되지만 환자의 증상이나 문제를 깊이 생각하지 않고 깊이 살피지 않고 쉽게 판단하고 마는 최근 젊은 의사들의 진료 태도에도 그 원인이 있다. 한편 기능적 진단체계 혹은 진단기준에 따른 환자평가도 이런 불성실한 태도를 부추기는 원인이 되고 있다.

나는 최근 신체형 장애, 기타 불특정 신체형 장애, 불면증 등의 진단이 아주 많아지는 것이 염려가 된다. 물론 그런 진단이 정확한 경우도 있다. 그러나 호소하고 있는 신체증상은 단지 표면에 나타난 것에 불과하고 깊이 살펴보면 그 밑에 아주 심각한 그리고 전혀 다른 정신병리가 있는 경우가 오히려 많다. 불면증만 호소하는 경우, 혹은 피로와 식욕부진만을 호소하는 경우 자세히 진찰해보면 그 밑에 심각한 우울증이 있기도 하고 때로는 정신분열병의 초기증상이 발견되기도 한다. 이럴 때 단순한 불면증이나 신체형 장애로 오진하면 치료가 제대로 될 이치가 없다.

3. 정신역동의 파악

일단 증상의 성격이 파악된다고 해서 모든 문제가 파악된 것은 아니다. 그 정신병리가 그 개인의 어떤 문제에서 연유했는가를 파악하는 작업도 필요하다. 이것은 그 환자의 문제를 바르게 파악하고 바르게 도와주는 일에 기본이 된다. 최근 생물학적인 정신의학의 발달, 진료에 충분한 시간을 할애할 수 없는 의료제도, 그리고 최근의 피상적인 진료자세 등등 때문에 이런 정신역동적인 파악 내지는 평가를 기대하기가 힘들게 되었다⁶⁵⁾. 더구나 횡문화적 진료상황에서는 문화적 장벽 때문에 이런 문제가 고려의 대상이 되기가 무

척 힘들다.

4. 치료자원

정통적인 정신의학에 젖은 혹은 서양의 정신의학에 뿌리를 가진 정신과 의사에게는 신체화경향이 농후한 환자의 진료가 힘들다. 정신 혹은 심리적 증상에 집착해 있어서 그와는 상반된 신체증상을 집요하게 호소하면 당황하게 된다. 이런 점은 횡문화적 진료상황에서 더욱 심각해진다. 미국의 정신과 의사들이 신체증상에 집착해 있는 환자를 대할 때 진단을 전혀 바르게 내리지 못하고 어떻게 접근해야 할지 전혀 감을 잡지 못하는 것을 우리는 흔히 본다. 어떤 경우에는 정신역동학적인 설명을 해서 환자를 당황하게 만드는 경우도 있다. 정신분석이 유행하던 시절 우리나라 정신과 의사들도 그러했다.

신체화경향이 강한 환자는 우선 신체적 고통에 귀를 기울이고 그 신체증상을 완화하는 작업부터 해야 한다^{41,66}. 그리고 나서 환자의 반응을 보아가면서 시기 적절하게 서서히 심리적 접근 혹은 정신역동적 접근을 해야 한다. 즉 신체증상이 완화된 후에 환경적인 문제, 이에 대처하는 그 사람 특유의 행동양식, 정신적 갈등 등을 다루어주어야 한다. 그렇지 않고서 신체증상을 무시하거나 심리적인 문제에 직접 접근하는 것은 환자의 저항만 불러일으킬 뿐이다.

5. 질병행동 자원

신체화 경향과 관련하여 주목해야 할 문제는 그것이 곧 질병행동 혹은 구조행동의 특성으로 나타난다는 점이다. 신체화 증상을 곧 신체의 질병으로 보고 신체질병을 치료하는 진료단위를 주로 찾게 된다는 점이다. 이런 현상은 구미에서도 마찬가지이다^{25,47,48}. 그래서 일차진료기관에서 의학적으로 설명되지 않는 신체증상을 호소하는 경우가 많아지고 이런 경향은 조기발견 조기치료에 지장을 초래하게 되고 나아가서 불합리한 의료비지출이 증가하게 된다.

따라서 일차 진료기관에서 진료하는 의사들에 대한 교육이 선행되어야 한다. 즉 신체화 환자들을 다루는 기술을 교육해야 하고 그들이 병의원에 오기 전에 혹은 진료도중 그리고 진료를 받고 난 후에 치료협조를 어느 만큼하고 있느냐, 그리고 의료기관 이외의 비의료적인 치료를 어떻게 받고 있느냐 등등을 잘 살펴서 환자의 병 경과 혹은 예후에 미치는 영향을 미리 알고

있어야 바른 대책이 선다. 한편 불합리한 의료비 지출을 줄이는 제도적인 대책이 마련되어야 할 것이다.

REFERENCES

- 1) Lipowski ZI(1988) : Somatization : The concept and its clinical application. Am J Psychiatry 145 : 1358-1368
- 2) Kleinman AM(1977) : Depression, somatization and the "new cross cultural psychiatry". Soc Sci Med 11 : 3-10
- 3) Barsky AJ(1992) : Amplification, somatization and the somatoform disorders. Psychosomatics 33 : 28-34
- 4) Goldberg DP & Bridges K(1988) : Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. J Psychosom Res 32 : 137-144
- 5) Baarnhielm S & Ekblad S(2000) : Turkish migrant women encountering health care in Stockholm : a qualitative study of somatization and illness meaning. Cult Med Psychiatry 24 : 431-452
- 6) Jablensky A, Sartorius N, Gulbinat W, Ernberg G (1981) : Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four countries. Acta Psychiatr Scand 63 : 308-318
- 7) Leff JP(1973) : Culture and the differentiation of emotional states. Br J Psychiatry 123 : 299-306
- 8) Leff JP(1988) : Psychiatry around the Globe : A Transcultural View. 2nd Ed. London, Gaskell
- 9) Farooq S, Gahir MS, Okyere E, Sheikh AJ, Oyebode F(1995) : Somatization : a transcultural study. J Psychosom Res 39 : 883-888
- 10) Kirmayer LJ(1986) : Somatization and the social construction of illness experience. IN : Vallis TM(ed), Illness Behavior : A Multidisciplinary Perspectives. New York, Plenum Press, pp111-133
- 11) Kirmayer LJ(1994) : Improvisation and authority in illness meaning. Cult Med Psychiatry 18 : 183-214
- 12) Bridges KW, Goldberg DP(1985) : Somatic presentation of psychiatric illness in primary care setting. BJ Psychosom Res 29 : 563-569
- 13) Kirmayer LJ(1984) : Culture, affect and somatization. Transcult Psychiatr Res Rev 21 : 159-188
- 14) Isaac M, Janca A, Orley I(1996) : Somatization-a culture bound or universal syndrome? J Ment Health 5 : 219-222
- 15) Cheung FM, Lau BW, Waldmann E(1980) : Somatization among Chinese depression in general practice. Int J Psychiatry Med 81 : 361-374

- 16) Hsu LKG, Folstein MF(1997) : Somatoform disorders in Caucasian and Chinese Americans. *J Nerv Ment Dis* 185 : 382-387
- 17) Mumford DB(1989) : Somatic sensations and psychological distress among students in Britain and Pakistan. *Soc Psychiatry Psyciatr Epidemiol* 24 : 321-326
- 18) Mumford DB, Tareen IAK, Bhatti MR, Bajwa MAZ, Ayub M, Pervez T(1991) : An investigation of “functional” somatic symptoms among patients attending medical clinics in Pakistan. I. Characteristics of “non-organic” patients. *J Psychosom Res* 35 : 245-244
- 19) Robins LN & Regier D(1991) : Psychiatric disorders in America : The Epidemiological Catchment Area Study. New York, Free Press
- 20) Camino IA, Rubio-Stipec M, Camino G, Escobar JI (1992) : Functional somatic symptoms : a cross-ethnic comparison. *Am J Orthopsychiatry* 62 : 605-612
- 21) Gurie O & Simon GE(1999) : The natural history of somatization in primary care. *Psychol Med* 29 : 669-676
- 22) Lobo A, Garcia-Campayo J, Campos R(1996) : Somatization in primary care in Spain. I. Estimates of prevalence and clinical characteristics. *Br J Psychiatry* 168 : 344-353
- 23) Ohaeri JU, Odejide OA(1994) : Somatization symptoms among patients using primary health care facilities in a rural community in Nigeria. *Am J Psychiatry* 51 : 728-731
- 24) Shaw CM, Creed F, Babbs C, Guthrie EA, Tommeson B(1996) : Referral of Asian patients to a GI clinic. *J Psychosom Res* 41 : 473-479
- 25) Kirmayer LJ, Young A, Gaulbaud du Fort G(1996) : Pathways and Barriers to Mental Health Care. A Community Survey and Ethnographic Study. Montreal, Culture & Mental Health Research Unit, Institute of Community and Family Psychiatry. Sir Mortimer B. Davis-Jewish General Hospital
- 26) Kirmayer LJ, Young A(1998) : Culture and somatization : Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosom Med* 60 : 420-430
- 27) Raguram E, Weiss M, Channabasavanna SM, Devins GM(1996) : Stigma, depression, and somatization in South India. *Am J Psychiatry* 153 : 1043-1049
- 28) Piccinelli M, Simon G(1997) : Gender and cross-cultural differences in somatic symptoms associated with emotional distress : An international study in primary care. *Psychol Med* 27 : 433-444
- 29) Waitzkin H, Magana H(1997) : The black box in somatization : Unexplained physical symptoms, culture and narratives of trauma. *Soc Sci Med* 45 : 811-825
- 30) Escobar JL, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M (1989) : Somatic Symptom Index (SSI) : a new and abridged somatization construct. *J Nerv Ment Dis* 177 : 140-146
- 31) Ofori-Atta AML, Linden W(1995) : The effect of social change on causal beliefs of mental disorders and treatment preferences in Ghana. *Soc Sci Med* 40 : 1231-1242
- 32) 김광일(1972) : 한국인의 신체화 경향에 관한 논고. *최신의학* 15 : 1440-1443
- 33) Barsky AJ, Klerman GL(1983) : Overview : hypochondriasis, bodily complaints, and somatic style. *Am J Psychiatry* 140 : 273-283
- 34) Kellner R(1985) : Functional somatic symptoms and hypochondriasis. *Arch Gen Psychiatry* 42 : 821-833
- 35) 노동두(1962) : 체상에 나타난 수삼집단의 인격상. *신경정신의학* 1(1) : 29-34
- 36) 김광일(1969) : 한국 전래해풍에 관한 정신분석학적 고찰 : 체상에 관하여. *신경정신의학* 8(2) : 15-27
- 37) Frazer J(1913) : The Golden Bough. Vol III, Part II, Taboo and The Peril of the Soul. Macmillan, London
- 38) Kim KI(1999) : Culture and illness behavior in South Korea. *Transcult Psychiatry* 36 : 65-77
- 39) Wen JK(1998) : Folk belief, illness behavior and mental health in Taiwan. *The Chang Gung Med J* 21 : 1-12
- 40) 한동세(1964) : 한국 도시사회에 있어서의 히스테리의 임상적 및 인류학적 연구. *신경정신의학* 3(1) : 9-21
- 41) Tseng WS(1975) : The nature of somatic complaints among psychiatric patients. The Chinese case. *Compr Psychiatry* 16 : 237-245
- 42) Kleinman AM(1986) : Social Origins of Distress and Disease. New Haven, Yale University
- 43) Lock M(1993) : Cultivating the body : anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge. *Ann Rev Anthropology* 22 : 133-135
- 44) Lewis IM(1995) : Ecstatic Religion : An Anthropological Study of Spirit Possession and Shamanism.. London, Penguin Books
- 45) 김광일(1992) : 한국인의 우울증 : 문화정신의학적 고찰. *정신건강연구* 11 : 21-50
- 46) 최미경, 김광일(1996) : 한국과 일본의 우울증 증상 : 횡문화적 연구. *정신건강연구* 15 : 104-114
- 47) Barsky AL, Borus JF(1995) : Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 274 :

- 1931-1934
- 48) Simon GE, vonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C (1999) : An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New Eng J Med* 341 : 1329-1335
- 49) Ehlers L(1999) : Pain and new cultural diseases. *Endod & Dent traumatol* 15 : 193-197
- 50) Angel R & Thoits P(1987) : The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Cult Med Psychiatry* 11 : 465-494
- 51) Kim KI, Li DG, Kim D(1999) : Depressive symptoms among Chinese, Korean-Chinese and Koreans : a transcultural study. *Transcult Psychiatry* 36 : 303-316
- 52) Kim KI(1973) : Traditional concept of disease in Korea. *Korea J* 13 (1) : 12-18
- 53) 김광일(1965) : 한국남자 전환반응에 대한 임상적 고찰. *명주완박사 환력기념논문집 I* : 91-106
- 54) 김진국, 김현우(1974) : 히슬에리아에 관한 임상적 고찰. *신경정신의학* 13 : 475-481
- 55) 김명정, 김광일(1975) : 히스테리신경증 환자의 임상적 고찰. *신경정신의학* 14 : 25-40
- 56) 박주형(1971) : 사회 및 경제적 위치에 따른 한국인 우울증환자의 주소. *우석의대잡지* 8 : 331-348
- 57) 서광윤(1968) : 한국인 우울증 환자 주소에 관한 임상적 고찰. *우석의대잡지* 5 : 379-390
- 58) 이정호, 김광일(1975) : 한국도서지역의 신경증환자에 관한 임상적 연구. *신경정신의학* 33 : 447-455
- 59) 정학송(1977) : 우울증 환자의 신체증상. *신경정신의학* 16 : 358-365
- 60) 이만홍(1983) : 비정신과 진료에 있어서의 somatoform disorder : 그 임상양상과 치료적 접근. *최신의학* 26 : 54-62
- 61) 박노택, 강홍식, 김철규, 신상철, 안창호, 김유관(1971) : 한국인 정신분열증 환자의 증상에 대한 비교연구. *신경정신의학* 10(2) : 17-20
- 62) 김광일(1977) : 우울증의 증후학적 연구. 제 3 편. 우울증 증상의 문화정신의학적 연구. *신경정신의학* 16 : 36-60
- 63) Kim KI, Li DG, Jiang ZJ, Cui X, Lin L, Park, KK, Chung EK(1993) : Schizophrenic delusions among Koreans, Koreana-Chinese and Chinese : a transcultural study. *Int J Soc Psychiatry* 39 : 190-199
- 64) Kim KI, Hwu HG, Zhang LD, Lu MK, Park KK, Hwang TJ, Kim DH, Park YC(2001) : Schizophrenic delusions in Seoul, Shanghai and Taipei : a transcultural study. *Kor J Med Sci* 16 : 888-894
- 65) Kim KI(2000) : The crisis of psychiatry : Psychiatric practice. Quo vadis? *신경정신의학* 39 : 675-679
- 66) Tseng WS(2001) : *Handbook of Cultural Psychiatry*. San Diego, Academic Press

Culture and Somatization

Kwang-iel Kim, M.D., Ph.D.

Dr Kim's Neuropsychiatric Clinic, Seoul, Korea

In this review article, the meanings of the somatization phenomena were reviewed and discussed in terms of cultural psychiatric view point.

The somatization is an universal psychopathology. But frequency, pattern of symptoms and it's cultural factors in the conversion of emotional distress to the somatization are much different from culture to culture. Conventional impression and monotonous interpretation that somatization is prevalent in the non-Western or traditional society and it is due to poor differentiation of the psyche is seriously criticized.

Cultural metaphors of expressing emotional pain, traditional disease concepts, conventional way of adopting a given culture and society, and medical delivery system and milieu could be regarded as important cultural factors of the somatization.

Cultural meanings of somatization in Korea were summarized and discussed. Finally, clinical guide line for transcultural practice were summarized.

KEY WORDS : Culture · Somatization · Cultural psychiatry · Psychopathology.
