

피병 감별법 : 감각 및 운동 이상을 중심으로

송 지 영*†

Current Issues in the Diagnosis of Malingering : Sensory and Motor Symptoms

Ji-Young Song, M.D. *†

국문초록

감각 및 운동 이상 증상을 동반하면서 피병이 의심되는 환자를 가려내는 방법에 대해서 약술하고 몇 개의 증례를 예시하였다.

피병을 규명하기 위해서는 우선 전환 장애, 가장성 장애를 차례로 증명하여 제외시켜야 한다. 이를 위한 방법으로는 자세한 병력 수집과 조사, 면밀한 신경학적 검사, 심리검사, 장시간의 면담 그리고 광범위한 행동 관찰이 필요하다. 그러나 증상 형성의 동기나 의도의 본질을 파악하기란 어려워져서 환자의 고백에 의해 알게되는 경우도 있다.

신경 심리검사를 포함한 임상심리 검사를 통하여 피병의 가능성을 가려내고, 질병행동 특성을 파악하거나 기계적인 측정도구를 이용하기도 한다. 그러나 아직 객관적으로 타당한 검사 방법은 부족하다. 최근, 통증 차단제를 이용한 진성(眞性) 통증 구별법은 객관적인 검사법의 하나이다.

사고나 보상 문제가 겹친 만성 통증 환자는 피병의 가능성이 엇보인다 하더라도, 많은 수에서 시간 경과와 환경의 영향으로 인해서 정신사회적 합병증을 동반한다.

향후 임상 심리검사법이 발달되고 행동과 의도성에 관한 뇌 기능의 연구를 통해 신체 증상이나 행위의 진실성에 대한 구별력은 더욱 향상될 것이다.

중심 단어 : 피병 · 전환 장애 · 가장성 장애 · 감별진단.

서 론

경찰청이 발표한 '2003년 교통사고 분석'에 따르면, 지난해 교통사고는 모두 24만 734건이 발생해 전년에 비해 4.2%(9781건) 늘어났고, 교통사고 부상자 수도 37만 6398명으로 전년에 비해 8.1%(2만8214명) 증

가했다. 자동차 1만대 당 사망자 수는 4.4명으로 1명대를 유지하고 있는 미국·일본·독일 등에 비해 매우 높고, 이는 경제협력개발기구(OECD) 가입국 중 터키와 함께 최상위였다.¹⁾

교통사고 후에 신경외과, 정형외과, 재활의학과에서 진료를 받아온 환자가 만성적인 통증이나 다양하고도 애매모호한 신체증상, 그리고 뇌의 기질적 장애와 관련된

*경희대학교 의과대학 신경정신과학교실

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

†Corresponding author

정신 및 행동증상 때문에 정신과로 의뢰되는 경우가 늘어나고 있다. 또 산업 재해나 직장 근무 관련 장애로 보상 문제가 원만히 해결되지 못하여 신체감정을 목적으로 정신과에서 정밀검사를 해야할 경우가 증가하고 있다.

정신과로 의뢰되는 이들 환자가 호소하는 증상의 어느 정도까지가 신체 손상에 의한 것인지, 또 어느 정도가 환자가 처한 사회 심리적 요소에 의한 것인지를 가려내기란 상당히 어려운 문제이다. 정신과로 의뢰되는 경우, 상당수의 환자가 기질적 손상은 검사로 나타나지 않거나 있어도 경미한 경우가 많은데, 이런 경우 환자가 증상을 과장하거나 피병이 아닐까 추정하게 된다. 정신과 이외의 과에서는 검사 상 이상이 없으면 정신과로 의뢰하면 그것으로 끝나지만, 정신과에서는 이들 환자가 호소하는 증상의 전말을 객관적으로 타당한 방법으로 설명해내야 하는데 그 작업이 결코 용이하지도 않을 뿐 아니라 자주 난관에 봉착하며 어려움이 크다. 더욱이 의사의 본래의 사명이 환자의 아프고 피로운 점을 치료해주어야 하는 것인데, 이와는 달리 환자가 호소하는 바를 의심해보고 올바르게 않은 동기를 갖고 있는 것은 아닌지 의심하는 태도에 대해서 윤리적인 고민에 빠지기도 한다. 그렇기 때문에 많은 의사는 피병이 의심되는 환자를 보기 꺼린다.

그러나 객관적인 신체검사 자료와 증상과 행동이 일치되지 않거나 환자가 법적인 보상 문제와 관련되고, 치료와 검진에 비협조적이라면 정신의학적인 정밀검사에서 증상이나 장애의 실체를 가려내지 않으면 안 된다. 왜냐하면 이러한 판단은 결국 사회 정의 측면이나 사회경제적인 효율성 면에서나 정당하고 옳은 일이기 때문이다. 비록 그 작업이 일상의 의사의 업무와는 상충되는 점이 있다 하더라도 결코 소홀히 할 수 없는 것이다. 이러한 노력은 최근 정신과에서 '교통사고나 산업 재해와 관련한 배상 연구'²⁾나 '한국형 정신 및 행동 후유 장애 평가 기준'에 대한 연구³⁾ 등으로 나타나고 있다.

그 동안 국내에서 피병에 관한 연구는 군 복무와 관련한 피병이나 법적 신체 감정 및 장애 판정과 관련된 연구⁴⁻⁶⁾가 있다. 그러나 피병은 임상에서 적지 않게 경험하는 것임에도 불구하고 구별하는 방법에 대한 연구는 없었다.

본 소고(小考)는 교통사고뿐만 아니라 산업재해나 보상과 관련된 장애 환자에 대한 평가 시, 피병이 의심되는 경우에 감별하는 방법에 대해 몇 가지 증례를 들

어가면서 간략히 기술하고자 한다. 단, 여기에서는 감각과 운동 이상에 대한 것으로 국한하고자 한다.

본 론

객관적인 신체검사 소견과 증상 호소 내용이 일치되지 않으면, 의사는 '증상이 실체가 아니라 환자가 임의로 꾸며낸 것이거나 증상을 과장하는 것은 아닐까?' 하고 의심한다. 이렇게 의심되는 환자를 증명해나가는 순서는 Table 1과 같은 흐름으로 하게 된다. 그러나 실제 상황에서 이들 장애를 하나씩 단계 별로 증명해나가는 것은 아니고, 동시에 두 가지 혹은 세 가지의 진단을 비교해 가면서 피병이라는 최종 진단에 이르게 되는 것이다.

1. 기질성 원인의 배제

종합병원에서 신체감정이나 장애 판정을 목적으로 환자가 정신과로 의뢰된 경우라면 이미 신체상의 문제는 상당 부분 증명되어 있을 것이다. 그러나 간혹 증상이 의학적으로 설명되지 않거나, 설명되는 장애라 하더라도 타과의 신체 감정을 동시에 진행해 나가는 경우도 있다.

의뢰받은 환자의 증상에 대해서 현재 가능한 검사를 통하여 의학적으로 설명해 본다. 그러나 환자의 증상 호소가 병력, 진찰소견, 검사 소견과 맞지 않는다면, 증상이 모호하다, 증상 호소가 극적인 경우, 진단하는 과정에 환자가 비협조적인 행동을 보이는 경우, 경과가 좋을 것이라는 의사의 말에 거부감을 갖는 경우 등의 행동이 보이면, 이는 기질성 원인에 의한 장애가 아닐 가능성이 높은 행동 특성이다.²⁾ 물론 피병은 이러한 행동 특성만으로 진단할 수는 없고 앞으로 기술할 여러 가지의 소견을 종합해서 판단해야 하며 신중한 작업이 요구된다.

2. 전환 장애의 배제

호소하는 운동 및 감각 이상 증상이 신체적인 문제, 즉 주로 신경계 이상으로 추정되지만 신경계 이상의 증거를 찾지 못하면 심리 사회적 문제와 관련된 장애로 추정한다. 우선 신체형 장애 중에 전환 장애를 의심하게 된다.

전환 장애를 추정하지만 이것과 중첩되어 있는 증상

Table 1. 피병의 진단 단계

증상이 심인성(心因性) 혹은 피병이 의심된다. →
1. 기질성 배제 → 2. 전환 장애 배제 →
3. 가장성 장애 배제 → 4. 피병 확인

혹은 장애로서, '의학적으로 설명되지 않는 증상'이 각 과(科) 영역에서 상당히 많다고 알려져 있다. 예로서, 신경과 외래 환자 149명 중 42%가 '기능성 증상'이었으며,⁷⁾ Perkin⁸⁾은 7,836명 중에 3.8%가 전환 장애였고 26.5%는 진단을 내리지 못하였다고 보고하였다. 그리고 신경과 입원환자의 1~14%가 의학적으로 설명할 수 없는 신경계 증상을 보였다.^{9,10)}

전환 장애가 의심되는 경우의 검진 방법은 우선 신경계 장애를 배제하기 위해 병력 청취, 신체검사와 병리검사를 하는 것이고, 그 다음 전환 장애(혹은 히스테리아hysteria)에 맞는 징후나 증상 형성에 합당한 심리 사회적 배경을 확인하는 것이다. 이들 환자의 병력 청취 내용과 태도 관찰 방법 그리고 신경계 검진 방법을 살펴보기로 한다.

1) 병력(病歷)조사

병력을 통하여 발병 특성, 증상 진행 속도를 보고 증상의 특성이 신경계 장애의 특성을 보이는지를 파악한다. 과거에도 의학적으로 증명되지 않은 애매한 증상을 보인 경우가 있었는지 알아본다. 만일 있었다면 이번 증상도 그러할 가능성이 높다. 분명한 이유 없이 수술 받은 과거력이 있었는지, 정신장애를 동반하고 있는지 확인한다. 만일 불안, 우울증이 있으면 전환 장애의 가능성이 크다. 전환 장애가 우울증을 동반하는 율은 27~41%이고,¹¹⁾ 성격장애는 설명할 수 없는 운동계 증상을 보이는 환자의 50%에서 발견할 수 있었다.¹²⁾

최근 발생한 생활 사건의 유무를 알아본다. 이는 운동 증상, 히스테리 구(球)(globus hystericus), 가성(假性)간질(pseudo seizure) 발생과 관련되기 때문이다.

2차성 이득의 확인이 필요하다. 과거에는 이것이 기질성 장애 환자(28%)보다 전환 장애 환자에서(81%) 높은 빈도로 나타났기에¹³⁾ 이차성 이득이 관찰되면 전환 장애라고 진단하기도 하였다. 그러나 South London Somatization Study^{14,15)}에서 생활사건 이후에 나타난 2차성 이득이 신체화 환자군의 82%에서, 심리적 증상화 환자군에서는 64%, 신체화와 심리적 증상이 병합된 환자에서 38%, 그리고 순수한 신체장애자에서는 20%에서 관찰되었다. 이 결과는 이차성 이득이 신체화 및 전환 장애 환자에서 높은 빈도로 보이는 것은 사실이나 기질성 장애 환자에서도 상당히 나타나기 때문에 전환 장애임을 구별해주는 진단 기준이 되지 못한

다는 점을 보여준다. 더욱이 환자의 사회 경제적 인연이 나쁜 경우에는 어느 정도까지의 현실 보상 욕구가 정상 범위에 속하는지 판정하기 어렵다.

전환 장애 환자에서 현재 동반하고 있는 신경질환을 확인하는 것도 중요하고, 과거의 신체 질환이 현재의 병이나 증상의 모델이 될 수 있으므로 병력을 통해 이러한 사실을 확인해야 한다. 전환 장애 환자에서 신경계 질환이 동반되는 율은 42~60%에 이른다.^{12,16)} 그리고 신경계 장애가 전환 장애의 유발 인자가 될 수 있다. 가성 간질 환자에서 진성 간질이 발견되는 것은 한 예가 된다.¹⁷⁾

한편, 정보를 얻는 데 있어서 정보의 신뢰도를 고려해야 한다. 환자의 가족이 환자 증상의 심인성의 가능성을 완전히 부정하는 경우가 2/3나 되는데,¹⁸⁾ 환자를 간호하고 있는 사람이나 가족의 정보가 실제와 다를 수 있다는 점을 유의해야 한다.

2) 태도와 반응 관찰

환자의 태도와 반응을 살펴본다. 이는 의사가 지속적으로 날카로운 안목(眼目)으로 환자를 관찰하여 전환 장애의 가능성을 가려내는 일이다.

전체적인 모습으로, 환자가 진료실에 들어오는 모습이나 휠체어에서 내리는 모습을 본다. 자주 '만족스런 무관심'(La belle indifférence)의 태도가 관찰된다. 이 행동은 한때 전환 장애의 주요 징후의 하나로 알려졌다. 그러나 지금은 신빙성이 부족한 징후이며, 실제로 많은 전환 장애 환자는 자신의 병에 대하여 관심이 많았다.¹⁹⁾

Thomas²⁰⁾는 일찍이 통증과 압통은 주관적인 것이라고 하고, 전환 장애(히스테리아) 환자는 주의(主意)를 다른 데로 돌리면 증상이 소실되며, 걸지는 못하여도 침대에 누워있을 때에는 다리를 움직이거나, 피(被)압시성이 높으며 증상의 일관성이 결여되어 있다고 하였다. 이러한 점이 있는지를 의사는 환자가 알아차리지 못하는 사이에 관찰해야 한다. 그리고 통증의 생리적인 반응인 얼굴 홍조(紅潮), 동공확대, 맥박 증가 등의 통증에 따른 생리적 반응을 관찰해 본다.²¹⁾

환자의 반응과 태도에서 전환 장애 환자가 피병 환자와는 구별되는 몇가지 점이 있다. 진단의 전 과정에 협조적이며, 의존적인 태도를 보인다든지, 나아지려는 자세를 나타내는 경우에는 전환 장애의 가능성이 높다. 그러나 피병 환자는 이와는 달리, 검사에도 비협조적

일 뿐 아니라 나오려는 노력도 보이지 않는다. 그리고 전환 장애 환자는 증상과 관련될지도 모를 생활사건에 대해서 표현하는 것이 부정확하거나 전반적으로 애매한 인상을 주는 데 비해, 피병에서는 사고의 경과를 물론 그 결과에 대해서 매우 상세하게 설명하는 경향이 있다 (Table 2).

2) 신경학적 검사

신경학적인 검사를 통하여 기질성 질환과 전환 장애를 구별하는 데 아래의 사항을 참고한다.

신경 검사 상 근육의 긴장상태(tone)와 반사(reflex)가 비대칭성을 보이거나, Babinski 반사가 음성이면 기질성의 가능성이 적다. 히스테리성 징후로서는 불일치성이 특징이다. 검사 상황에 따라서 징후가 달라진다. 예로서, 옷을 입고 걷다가 진찰대에서는 다리를 들지 못한다든지, 감각 상실 호소하다가 갑자기 나아졌다고 하는 등이다. 그러나 이러한 징후는 신경계 장애에서도 있을 수 있기에 판단에 신중해야 한다. 이들은 기존의 신체장애를 과장할 수 있기 때문이다.

한때 전환 장애의 주요 징후로 생각하였던 히스테리 관련 징후가 그 후의 연구를 통해 이들의 특이성(specificity)과 타당도(reliability)에 의문이 제기되었다. 30명의 급성 신경 장애 환자에서 7개의 전환 징후(건강 염려증이나 정신장애 과거력, 2차성 이득, 만족스런 무관심, 통증과 온도감각 해리, 진동감각 해리, 감각 상실의 양상의 변화, give way weakness)를 보았더니 29명의 환자에서 이들 징후가 1개 이상 나타났다.²³⁾ 그리고 신경학적 검사 중에 심부 건(腱)반사나 Babinski 반사 또한 검사자마다 차이가 있을 수 있는데,²⁴⁾ 이러한 사실은 히스테리(전환 장애) 징후를 통해서 전환 장애라고 판단하기는 어렵다는 것을 보여준다. 그래도 이들 징

후는 전환 장애의 가능성이 높은 소견인 것은 사실이다. 각 증상에 따른 환자의 태도 및 신경 검사 상의 특징은 다음과 같다.

(1) 근력 약화(weakness), 마비(paralysis)

사지의 근력 약화나 마비를 호소하는 환자가 진료실로 걸어 들어왔으나 진찰대 위에서는 다리를 들지 못한다든지, 두 다리가 흔들거리는데 바지를 입을 때 한 발로 서서 입는다, 혹은 반신 마비인데 마비된 팔을 들어 올리고, 의사가 시선을 다른데 두면 공중에 그냥 들고 있는 경우, 마비된 팔을 얼굴 위로 들어 올렸다가 떨어뜨리면 환자 자신의 얼굴 때리기를 피하는 반응 등의 현상은 심인성이 의심되는 현상이다.

전환증상의 징후로서 세 가지가 있다. 첫째, '급격한 양보성 근육 힘의 약화'(give-way weakness)이다. 이는 검사자가 환자의 팔을 잡고 힘을 주라고 요구하면 환자는 근육을 지속적으로 수축시키지 않고 갑작스레 양보한다(정상인은 서서히 힘을 감소시킨다). 여기에다 검사자가 힘을 주면 그만 둘 때 환자는 이에 비례하여 힘을 빼는 반응이 없다. 그리고 반복 검사로서 힘이 감소하기보다는 오히려 증가되거나, 환자가 근육을 수축하지 못하였을 때 길항근(antagonists)에서 저항이 느껴질 수도 있다.²⁵⁾ 현재 이 징후는 신빙성이 큰 것은 아니다. 이것과 유사한 징후로서, 전환 장애 환자에서 근력 검사를 해보면 반복 검사에 따라서 변동이 크다. 마비가 없는 쪽 무릎운동의 근력은 검사에 따라서 10% 정도의 변화를 보이는 데 비해서, 마비를 호소하는 쪽에서는 20% 이상 근력의 변동을 보인다.²⁶⁾ 둘째, 후버 징후(Hoover's sign)이다. 이는 신뢰성이 큰 징후이다. 기질성 질환으로 인한 다리 마비 환자에서, 누운 상태로 마비된 다리를 들어보라고 지시하면 건강한 쪽의 뒤꿈치에 힘을 주어 반대편 다리를 들어 올리려는 노력을 보이고, 이는 검사자가 손바닥을 발뒤꿈치에 대어 보면 침대 바닥 쪽을 향하여 힘을 주는 것이 느껴진다. 그러나 전환성 다리 마비 환자에서는, 정상 다리를 들어 올려보라고 지시하면 불수의적으로 마비된 발뒤꿈치에 힘을 주어 반대편 다리를 들어 올리려 하기 때문에 마비측 발꿈치에 댄 손바닥에서 압력이 느껴지고, 이어서 마비된 다리를 들어보라고 지시하면 반대측 정상 발뒤꿈치에서는 누르는 힘을 전혀 느낄 수 없다. 이러한 반응을 보이면 후버 징후 양성으로 본다.

Table 2. 반응과 태도상 전환 장애와 피병의 감별 점²²⁾

	피병	전환 장애
협조성	무뚝뚝함, 의심 많고, 비협조적, 화를 잘 낸다	협조적, 의존적
검사에 대한 태도	검사 회피, 단 경제적 이득 있는 것은 예외	검사에 협조적, 나아지려고 애쓴다.
일하려는 자세	거부적	해보려고 애쓴다.
사건에 대한 설명	사고의 경과와 결과 등에 관해 상세한 설명	부분만 설명, 부정확하고 애매하게 일반적인 호소

심인성 마비 환자 7명 모두에서 후버 징후 양성을 보였다.²⁷⁾ 셋째, 예상되는 징후가 소실되면 전환성(히스테리성) 근(筋) 마비의 가능성 있다. 뇌졸중 후에 팔은 굽히고 다리는 펴고 반신마비 걸음을 보이는데 근육 긴장과 반사의 이상 징후는 없는 경우이다. 그러나 여기에도 유의할 점이 있다. 반사(reflex)는 불안 시에 증가되기도 하는데, 이는 종아리(calf) 근육은 반(半)수의적으로 수축되어서 가성(假性) 간대성근경련(pseudoclonus)이 나타나기 때문이다. 그리고 장기간 전환 장애가 지속되면 근력 약하나 근육 위축(萎縮) 현상을 보인다.¹⁰⁾

(2) 운동장애(movement disorder)

여기에는 떨림, 근육긴장 이상(dystonia), 근경련증(myoclonus), 파킨슨병, 틱 등의 증상이 속한다. 운동 기능은 정서 변화에 따라 변화하고, 가끔 의도적인 조절 하에 있기도 하므로 기질성 장애와 전환 장애의 구별이 쉽지 않다.

① 떨림(Tremor)

전환 증상으로 나타나는 떨림의 특징은 첫째, 선택적으로 나타난다. 즉 특정 운동 시에만 떨림을 보이고 그 외에는 나타나지 않는다. 둘째, '따라서 변화하는 현상'(entrainment)이다. 이는 한 쪽 팔의 떨림의 빈도(frequency)가 다른 팔에 이런 정도로 떨어보라고 시키면 원래의 팔에서 떨림의 빈도가 변화되어 나타나는 것이다. 셋째, 동시 활성화 징후(coactivation sign)를 보인다. 이는 일정 부위에 국한되어 있던 떨림과 경축(rigidity)이 점차 확대되다가 검사자의 지시에 의해 떨림증이 완전히 억제된다.²⁸⁾ 그리고 한번 경축이 없어지면 떨림도 사라진다. 이는 심인성 근력 약화에서 보이는 상응적 동조(同調)활성화(synergistic co-activation)와 동일한 반응이다. 넷째, 떨리는 손에 '무게 추(錘)'를 얹어 무게를 높여보면 떨림이 이에 비례해서 감소하는 반응이 소실된다. 신경계 장애환자(파킨슨병, 본태떨림 essential tremor)에서는 떨림의 진폭이 비례적으로 감소되지만 심인성 환자에서는 떨림이 증가했다(16명 중 11명).²⁸⁾

이상의 검사법은 감별에 도움이 되는 소견이긴 하나 절대적인 기준은 아니며, 더 많은 연구가 필요하다.

② 근육긴장 이상(Dystonia)

Fahn과 Williams²⁹⁾는 근육 운동의 이상에 심인성이 의심되는 환자에서 부조화(incongruity)와 불일치(in-

consistency)의 현상(85%), 하지에서 시작하는 경우(67%), 휴식 시에 발생하는 경우(52%), 통증(43%), 괴상한 모습(33%), 과도하게 느리다(24%), 놀람과 동시에 발생(10%) 하는 등의 특징을 보인다고 하였다. 이러한 특징과 함께 give-way 근력 약화 징후, 다양한 신체화 증상, 비(非)해부학적인 감각 변화 등이 중요하다. 그러나 아직 대조군을 통제한 연구가 부족하다.³⁰⁾

③ 파킨슨병(Parkinsonism)

심인성 파킨슨병에서는 기질성인 경우, 안정 시에 떨림증이 있어도 운동이나 자세를 바꾸면 일시적으로 멈추는 것과는 달리 이러한 현상이 없고, 반복(反復)운동 시에 진폭(amplitude)의 감소가 없다.³¹⁾

(3) 보행 장애

과거에는 전환 히스테리아(오늘날의 전환 장애를 포함한 것임.)의 특징적인 증상으로 못서고 못걸음증(ataxia absia)이 있었다. 이것은 서거나 걷기는 전혀 할 수 없지만 침상에서는 정상적이다. 이 증상은 1차 세계 대전 전까지 가장 흔한 신경증 증상이었으나³²⁾ 요즘에는 거의 볼 수 없게 되었다. 그 대신 부분적인 마비 증상이 많다.

아래의 6개 징후는 전환 장애의 가능성이 높은 보행 장애다. Lempert 등³³⁾은 이 중에 적어도 한 가지가 심인성 보행 장애자의 97%에서 나타났다고 하였다. 첫째는, 증상이 수시로 변한다. 5~10분 사이에도 증상이 변화한다. 이러한 변화는 저절로, 혹은 환자의 주의(主意)를 다른 데로 돌리면 변화한다. 둘째, 지나치게 운동이 느리거나 주저주저한다. 한 발 떼기조차 어려워하고, 첫 발을 떼 후에도 보행이 나아지지 않는다. 셋째, Romberg 검사 시에 일정하게 앞으로 넘어지거나, 검사자인 의사를 잡으면서 넘어지거나 피하려 한다. 검사자가 환자의 주의를 다른 데로 돌리면 이러한 반응은 감소한다. 넷째, 얼음 위를 걷는 듯한 모습을 보인다. 다섯째, 쓸데없이 힘쓰는 듯한 자세를 보인다. 무게 중심이 다른 데 쏠려있듯이 서있거나, 걸을 때 허리나 무릎을 굽힌다. 여섯째, 갑자기 무릎을 조인다(buckling). 이는 땅바닥에 넘어지기 직전에 자신을 보호하려는 방책으로 근육 운동이 제대로 작동되는 것을 나타내는 것이다.

그리고 가성 반신(半身)불수자인 경우에 마비된 쪽의 다리를 질질 끄는 모습을 보인다.

그러나 위의 여러 징후는 발작성 무도(舞蹈)무정위운

동(choreoathetosis), 경직성 근육꼬임(spastic torsion dystonia), 진행성핵상마비(progressive supranuclear palsy), 헌팅톤 무도병 등에서도 나타날 수 있다.

의학적으로 설명할 수 없는 운동증상을 보이는 환자 중에 일부는 나중에 기질성 장애로 판정되기도 한다. 64명 중 3명에서 추적 검사를 통해 근육긴장 퇴행위축(myotonic dystrophy), 척수소뇌 변성(spinocerebellar degeneration), 발작성 반(半)근육 긴장이상(paroxysmal hemidystonia)으로 밝혀졌다.¹²⁾ 이러한 사실은 병의 초기에는 전환 증상과 기질성 증상이 구별되기 어렵다는 점을 보여주는 것이다.

(4) 감각 이상

감각 이상을 신경 검사로 확인하기란 매우 어렵다. 그러나 몇 가지 점에서 심인성 감각의 상실을 추정하는 징후가 있다. 첫째, 감각 이상이 신체 정중선(正中線)으로 나뉘는 경우이다. 건강인에서는 몸의 좌우 동측 감각 신경은 신체의 중심선을 건너서 1~2cm 정도까지 분포되어 있으므로 몸의 정중선으로 나뉘어 감각 이상을 보일 수 없다. 둘째, 감각 이상의 분포가 운동계 분포와 비슷하게 나타난다. 이러한 현상은 이미 오래 전 Reynolds³⁴⁾가 '히스테리 환자는 그 부위의 이상이야 한다는 생각(idea)에 의하는 것 같다.'고 말한 내용과 같은 것이다. 셋째, 경미한 피부 자극(light touch)에 대해서 완전한 감각 상실을 보인다. 이러한 완전한 감각 상실은 심한 대뇌나 척수의 장애, 혹은 심한 말초신경의 장애가 아니고서는 있을 수 없는 현상이다. 넷째, 신경검사 상 일치되는 결과를 보이지 않는다. 예로서, 완전히 감각이 마비된 손가락을 이용하여 눈을 감은 채 코를 찾을 수 있거나, 침대에서는 발에 심부감각 상실을 보이더니 Romberg 검사 상 음성을 나타내는 경우 등이다. 다섯째, 검사자가 일부러 속임수(trick)를 쓰거나 다양한 형태의 질문을 하면 이것에 대해 일관성이 없고 뒤죽박죽인 응답을 보인다.³⁰⁾

그러나 신경계 질환자의 반수에서도 위에 열거한 심인성 감각장애의 소견이 나타나며, 공황 발작, 불안 시에도 반신에 감각 상실을 보이거나 동측(同側) 눈피로(asthenopia) 현상이 나타난다. 그리고 과호흡과 최면으로도 심인성 감각 장애의 징후가 유발된다. 이러한 사실은 심인성과 기질성이 뚜렷이 나누어지지 못하는 부분이 있다는 것을 보여주는 것이다.

(5) 시각(視覺) 장애

이는 주로 안과에서 문제가 되며 정신과 자문 시에 볼 수 있다. 시각장애를 호소하는 각종의 사고(事故) 피해자에서 증상 호소 내용이 객관적인 안과 검사 결과와 일치하지 않는 경우에 재검사를 통해 비교하거나, 암실 출입 시에 환자의 태도와 주위 사물을 인지하는 정도(認知度)와 대응성에 대해서 관찰하여 피병의 여부를 판단한다. 그리고 검사 후 복도나 계단 보행 시에 주위 사람에 대한 반응을 참고로 한다.³⁵⁾ 안과에서 장애 판정을 목적으로 검사를 받은 61명의 피검사 중 피병의 빈도는 11예(18.0%)로서 이 중 8예(72.7%)가 시력 저하를 호소하였다.³⁵⁾

(6) 히스테리 구(球, Globus hystericus)

이비인후과와 정신과에서 흔히 보는 증상이지만 아직 기전을 모르고 있다. 기능성 위장 장애의 범주에 넣고 있으며, 생리적 요소가 많이 작용하고 있으리라 추정하고 있다.³⁶⁾ 이비인후과 외래에서는 검사 상 이상이 없는 이런 환자에게 흔히 '신경성 인후염'이라는 진단을 붙여 정신과로 의뢰하지만 정신과로 오지 않는 경우가 대부분이다. 이들은 불안 우울, 신경증적 경향이 높다.³⁷⁾

(7) 통 증

통증은 전환증상으로 보지 않는다. 그러면서 여전히 의학적으로 설명되지 않는 증상 중의 하나이다. 요즘 빈도가 크게 늘어나고 있는 섬유근육통(fibromyalgia)도 통증을 호소하고 있으나 이에 대한 병리를 모르고 있다. 이들 환자에서 정신적인 문제가 발견되지만 주된 원인은 아니다. 통증 중 주로 문제가 되는 것은 만성 통증이다. 만성 통증의 환자 수는 날로 증가하고 있다. 더욱이 이들 환자가 법적 소송과 관련되면 보상 받으려는 욕구가 커지게 되고, 이렇게 되면 증상을 과장하는 것인지, 피병인지, 전환 장애인지를 구별하기 매우 어려워진다.

Waddell 등³⁸⁾은 만성 요통 환자에서 나타나는 신체적 징후인 와델 징후(Waddell's sign)를 기술하고, 이들 징후가 있으면 비기질성 증거로서 전환 장애(히스테리아)로 진단하였다. 그는 8개의 징후를 5개로 묶고(압통, 가장하기, 방심함, 국소성, 과장된 반응), 5개 중에 3개 이상 나타나면 심리적 압박(distress)이 있는 것이라 했다(Table 3).

Table 3. Waddell의 비기질성 징후³⁸⁾

1. 압통 : 경미한 자극에 피부의 압통 호소.
국소화되지 않으면서 비(非)해부학적 심부(深部) 압통 호소.
2. 가장하기(simulation) : 바로 서서 머리에 압력을 주면 허리의 통증이 유발됨.
3. 방심함(distraction) : 눕거나 앉은 채 다리를 바로 들 어올리기에서 차이를 보임.
4. 국소성 : 여러 근육군에서 충분히 힘을 주지 않는 근력 약화 징후
감각 소실이 양말, 장갑 착용의 분포로서 비(非)해부학적임.
5. 과장된 반응 : 얼굴 표정과 말 표현이 과도함.

그렇다면 만성통증 환자에서 와델 징후가 있으면 2차성 이득이나 피병의 가능성이 높은 것일까? Fishbain 등³⁹⁾은 16개의 연구 결과를 분석한 결과, 와델 징후가 근로(勤勞) 보상이나 법적(法的)인 상태와 무관하였으며, 이들 징후는 치료 후에 호전되었다고 하였다. 그리고 심리검사와의 관련성은 적었다. 그리고 2차성 이득이나 피병을 구별하는 검사법과의 관련성도 적었다. 즉 와델 징후는 2차성 이득이나 피병과의 관련성이 적다고 할 수 있다.

이들 징후 중에 감각 저하를 호소하되, 그 분포가 피부분절성 모양(dermatome pattern)이 아닌 양말이나 장갑을 낀 모양(stocking pattern)인 경우, 이를 비(非)피부분절성 감각 이상(nondermatomal sensory abnormality : 이하 NDSA)라 칭하고, 이것이 보이면 피병이나 전환 장애(히스테리아)로 추정하였다. 그러나 Fishbain 등⁴⁰⁾은 283명의 만성 통증 환자의 37.8%에서 신체검사 상 NDSA가 있었으며, 이는 측정자의 주관에 영향을 미칠 수 있으므로 피병의 중요 소견이 될 수는 없다고 하였다. 그 후 Fishbain 등³⁹⁾은 NDSA가 기질적 손상을 받은 환자의 팔 다리에서 과거 히스테리아 증상처럼 불규칙한(random) 형태로 나타나는 것으로 보아 NDSA가 기질적인 생리적 변화에 의거할 수 있음을 시사하였다. 결국 NDSA는 피병과 전환 장애로 뚜렷이 구별해 주는 징후는 아니다.

결국 이상의 여러 징후는 전환장애의 충분 조건이 되지는 못하지만 의심할 수 있는 소견이라고 할 수 있다.

(8) 기 타

귀먹음(deaf)은 심인성인 경우가 매우 드물다. 그리고 소리내기 장애(dysphonia)는 심인성인지의 여부를 구별하기 어렵다.

4) 검사실 검사

의학적으로 설명되지 않는 많은 증상에 대해서, 여러 검사실 검사를 통해 기질성의 근거를 찾아보려 한다. 그러나 지나친 검사는 시간과 돈 낭비뿐만 아니라 환자의 불안을 증대키거나 적절한 심리사회적 치료 시기를 놓친다는 단점이 있다. 그렇다 하더라도 정기적인 신체 검사는 필수이다. 전환 장애 환자에서 실제로 신경계 질환을 놓치는 경우가 과거(1965년 이전)에 32%⁴¹⁾이던 것이 근래에는 4~7%^{12,42)}로 현저히 줄었다. 이렇게 진단 실수율이 과거보다는 줄었으나 여전히 암, 내분비장애 등의 장애는 초기에는 구별이 어렵다. 저자의 경험으로 신체화 환자를 장기간 추적 치료 중, 환자가 '몸이 불편하다. 무언가 이상하다. 아무래도 신경성으로 그런 것 같지는 않다.'고 말했을 때 경각심을 갖고 빨리 신체검사를 하지 않아 위궤양과 암이 뒤늦게 확인된 예가 있었다. 한번 내려진 진단이 영원한 것이라는 생각은 위험하다. 뒤늦게 갑상선 기능 장애나 위궤양, 신경변성 장애는 물론이고 암이 발견되어 의사가 난처해질 수 있다. 정기적인 신체검사는 반드시 해야 하며, 나이가 많은 환자는 더 자주 정기적인 신체 검사를 의무적으로 해야 한다.

3. 가장성(假裝性) 장애의 배제

전환 장애가 규명되고 배제되면, 이어서 가장성 장애를 배제해야 한다.

가장성 장애란 환자가 의도적으로 증상을 만들어 내어 병자 역할을 하는 것이다. 환자의 병자가 되고자하는 동기는 심리적 욕구에 의한 것이다. 그러나 증상을 꾸미는 환자는 자신의 동기를 알아차리지 못한다(unaware). 이는 환자와의 면담을 통하여 증상 발생의 과정과 심리적 배경에 대해서 파악하고 나서야 그 존재를 규명할 수 있다. 그런데 여기서 행위의 의도성과 동기를 객관적으로 확인할 수 있는가 하는 문제가 제기된다. 그 간의 연구에서 심리검사로는 피검자의 의도성(intentionality)과 동기(motivation)와 관련된 요소는 객관적으로 밝힐 수 없었으며, 검사에서 피검자는 이러한 내용들을 모두 피해 나갈 수 있었다. 그렇기 때문에 이들 요소를 비협조적인 환자나 가장성 장애 환자의 진단 기준으로 삼는 데 논란이 있다.⁴³⁾ 속이려는 사람에서 행동의 동기를 파악하기란 불가능한 것이며,⁴⁴⁾ 대부분의 가장성 행위의 동기는 결코 알 수

없는 것이다.⁴⁵⁾ 사실 정상적인 건강한 사람이라도 자신의 행위의 동기에 대해서 옳게 인식하고 있다고 할 수는 없다. 그렇다면 가장성 장애와 피병의 구별은 더욱 애매해질 수밖에 없다. 의도성 여부가 판별되지 못하기 때문이다.

정신 내적(內的)인 현상 하나만으로 환자 역할 추구(sick role)나 이득 추구하고 같은 대인 관계 상의 행동을 설명하려는 것은 부족하다. 그런데 가장성 장애 환자는 내심에 병자 역할을 유지하고자 하는 욕구(need)가 있고, 피병 환자는 외적인 이득을 추구하고 있다. 즉 이득으로서 피병과 반대 방향인 것이 가장성 장애와 전환 장애(hysteria)인 셈이다. 그러나 여기에서도 평가자인 의사의 견해와 판단이 개입된다. 얼굴에 상처를 내어서 남편이 떠나가는 것을 못하게 하려는 여자가 있다고 할 때, 이것은 외적인 이득 추구 행동인가? 그렇다면 이것을 피병이라고 할 수 있을까?⁴⁶⁾

이들의 동기(motivational drive)와 의도(intentions)를 객관적으로 측정할 수 없다면 다른 진단 방법은 없을까? 환자가 말하는 것이 진실인의 여부를 알기 위해서는 광범위한 면담과 다양한 자료를 총동원해야 하며, 가끔 환상적 거짓말(pseudologia fantastica)의 존재가 진단에 도움된다.

환상적 거짓말(병적 거짓말)은 의사가 환자의 병원 기록을 충분히 확보한다면 환자 진술의 진위(眞僞) 여부를 구별할 수 있으며, 환자의 말이 일치되지 않는 것을 발견할 수 있다.

사기꾼과 가장성 장애 환자는 속이는 점에서는 같으나, 가장성 장애에서는 주된 문제가 심적(心的)인 이유라는 것이다. 그러나 환자 행동의 동기가 무엇인지는 알기 어렵다. 이들이 보이는 과대 사고와 행동은 무가치감과 공허감의 반작용일 수도 있다. 환상적 거짓말이 거짓말과 구별되는 점은 Table 4와 같다.

그런데 King과 Ford⁴⁷⁾는 환상적 거짓말을 하는 72례를 분석해 본 결과, 발병은 16세 이전이었고, 40%에서 중추신경계 장애를 동반하였다. 50%에서는 병적(病的)인 방향을 하고, 병을 가장(simulation)하는 경우는 25%였다. 이는 환상적 거짓말 자체가 가장성 장애는 아니고 뇌장애와 관련되어 있다는 점을 보여준다.

환상적 거짓말과 감별해야 할 것으로 작화증(作話症, confabulation)이 있다. 이는 의식이 명료한 상태에서 기억의 착오가 일어나는 기질성 장애로서 주로 전두엽

Table 4. 환상적 거짓말(pseudologia fantastica)이 거짓말과 구별되는 점⁴⁵⁾

- 1) 상황 요소에 의해 결정되지 않는다. 무관하다.
- 2) 무의식적인 것이 추정된다.
- 3) 진실의 핵심은 거짓 속에 파묻혀 있다.
- 4) 강박적(compulsive)이다.
- 5) 환상적인 내용으로서 스스로 과장하거나 확대한다.
- 6) 자신 생활의 질(質)에 파괴적이다.
- 7) 반복적이다.
- 8) 자아 이질적(ego dystonic)이다.
- 9) 타인으로부터 관심을 얻으려는 동기가 밑바닥에 있다.
- 10) 사실을 직면시키면 환자는 잘못을 알 수 있다.

손상에 의한다. 병적 거짓말과 함께 병적 방황(이 도시저 도시를 떠돌아 다님), 극적인 신체증상 호소를 보이면 Munchhausen 증후군이라 한다.

아직 가장성 장애와 피병에 대한 정의(definition, 定義)가 불충분한 이유는 환자 행동의 동기, 의도(intention)를 알 수 없기 때문이다. 내적, 외적인 이득을 가정한 평가 또한 여러 가지로 설명이 가능하다. 결국 가장성 장애의 진단은 애매할 수밖에 없다. 전환 장애(히스테리아) 쪽으로 치우칠수록 더 자기-속임이고, 피병 쪽으로 치우칠수록 사실을 알고, 타인을 의도적으로 속이려는 것이라고 할 수 있다.

4. 피병의 배제

이상의 장애가 배제되었다면 최종적으로 피병을 감별해야 한다.

1) 피병의 정의와 진단

피병이란, 있지도 않은 신체 증상이나 정신 증상을 호소하거나, 혹은 증상이 있다고 해도 이를 과장하여 경제적인 보상과 같은 현실적인 이득을 얻거나, 의무 또는 벌 받는 것을 피해보려는 목적을 갖는 것이다. DSM-IV 진단 기준에서 피병은 정신장애 분류에는 속하지 않고 '임상적인 주의를 끄는 의학적 상태' 속에 V65.2 피병에 해당한다.⁴⁸⁾ ICD-10에서도 역시 정신장애 진단에는 없고 Z76.5에 피병자(의식적 가장)의 '분명한 동기를 갖고 병을 가장하는 사람'에 해당된다.⁴⁹⁾

피병은 흔하지는 않으나, 대개는 있는 증상을 과장하는 부분 피병의 형태가 많으며, 이는 법적 소송과 관련된 경우가 대부분이다.⁵⁰⁾ 지속적인 통증이나 기능 상실을 보이지만 이에 합당한 기질성 병리를 발견하지 못하면 전환 장애, 신체형 장애나 피병을 의심하게 된다. 그러나 만성 통증환자에서 피병 여부를 객관적으로 감

별할 방법은 아직 없다.⁴⁰⁾ 더욱이 피병은 전환 장애, 성격 이상, 가장성 장애와 동시에 있을 수 있다.

Rogers⁵¹⁾는 피병을 경한 피병, 중등도 피병, 심한 피병의 셋으로 나누었다. 그리고 의도성의 정도, 증상 과장의 정도, 실제 장애의 정도에 따라 나누기도 하고, 형태로서 순수(pure), 부분(partial), 거짓(false)의 세 가지로 나누기도 한다.⁵²⁾

2) 정신과에서의 피병

피병과 연관된 정신 장애로는 정신지체, 기질성 손상, 기억상실, 정신증, 외상 후 잔여 상태를 파악하려는 경우 등이 있다. 피병이 의심되는 경우에는 법의학적인 문제로 의뢰되거나, 주관적-객관적 소견이 일치하지 않는 환자, 치료나 검진에 비협조적인 환자, 선행하는 반사회적 인격장애가 있는 경우 등이다.⁵³⁾ 요즘은 교통사고 관련 보상과 소송과 관련된 경우가 많고, 그 외에 군복무 관련 정밀 감정 시에 문제가 된다.

정신의학에서 피병이란 진단명은 없다. 그리고 피병의 문제는 본질적으로 의사가 고민해야 할 문제는 아니라고 할 수 있다. 거짓을 증명하는 일은 법(法) 관계자가 할 일이다.²¹⁾ 그러나 정신과 의사는 사회의 일원으로서 사회 정의와 사회경제적 발전을 도모하는 측면에서 정신의학적으로 노력하는 것이다.

피병에 대한 연구는 주로 법의학과 심리검사 영역에서 이루어졌다. 만성 통증의 영역에서는 Main과 Span-
swick의 연구⁵⁴⁾ 외에는 드물고, Fishbain⁴⁰⁾이 그동안의 연구 결과를 종합한 바 있다. 만성 통증에서 피병에 관한 연구가 드문 이유는 연구 자체의 어려움이 있고, 의사가 중요성을 인식하고는 있지만 공통된 견해를 내지 못하기 때문이다. 근래 통증과 인지 장애의 문제가 더욱 커지고 있다.

3) 만성 통증과 피병

통증 환자에서 피병은 드물다.⁵⁵⁾ 비(非) 통증 환자에서 피병 빈도가 5~8%(법의학 레에서 5~8%, 군대 관련 증례에서 5%)인데 비해, 12개의 통증 환자 대상 연구에서 1.25~10.4%정도가 피병이 의심되었다.^{40,56)} 그리고 요통 환자이면서 법적 문제가 결부된 경우에 피병의 빈도는 5% 이내로 역시 적었다.

만성 통증 환자에서 피병의 빈도는 낮아 보이나, 실제로 치료를 담당하던 의사는 이보다 훨씬 많은 환자에서 순수하지 않은 의도가 추정된다고 하였다. Leavitt⁵⁷⁾

에 의하면 요통 환자의 담당 의사가 자신들의 환자 중 약 25%에서 피병이 의심된다고 답하였다. 이는 임상적으로는 피병이 추정되어도 구체적으로 수치화하기 어렵다는 점을 나타낸다. 그리고 만성 통증환자의 피병이 통증 전문가에게만 거론되고 정신과 의사는 주로 정신 장애와 연관된 피병을 많이 진료하기 때문에 빈도가 낮은 것이다.

요통환자에서 통증의 병리적 증거를 발견하지 못한 경우는 85%에 이른다.⁵⁸⁾ 원인을 잘 모르면 곧 심인성이나 심리적인 문제가 겹쳐서 생긴 것, 혹은 신체화라고 단정한다. 이렇게 기질성 통증이 아니라면 심인성일 것이라고 추정하는 경향은 통증이 신체가 아니면 정신의 어느 한 부분에 의해 조절되고 있을 것이라는 이분법적(二分法的)인 생각에 따른 것이다.⁵⁹⁾ '환자가 의사에게 증상을 속이고 있는 것이다.'라고 판정하려면 이에 합당한 증거가 있을 때에만 가능하다. 그러나 통증이란 극히 주관적인 것이고 경험에 의거한 것이기 때문에 객관적인 증명은 불가능하다. 그러므로 이러한 상황에서는 신체적 평가와 함께 환자 자신의 호소와 비언어적 표현, 행동을 종합적하여 평가할 수밖에 없다. 이는 어지럼증(vertigo)이나 귀울림증(tinnitus)에 대한 객관적인 검사가 없는 경우와 같고, 시력 저하를 호소할 때 검사와 일치하지 않는 경우에 빛 자극에 따른 동공반응, 안구 움직임은 보아 판단하는 것과 비슷하다.

요통환자에서 피병의 징후로는, 1) 의사의 손으로 검사할 때 근력이 약하지만 다른 운동을 할 때에는(예: 발끝, 발뒤꿈치로 걸을 때) 근력 약화가 없다. 2) 객관적인 소견에 비해 장애의 정도가 들쭉날쭉 변한다. 3) 통증이 기질적인 모습이 없다. 4) 엉터리 증상을 암시하면 이에 따른다. 5) 톱니바퀴식의 근력 약화 징후를 보인다. 6) 검사를 시행할 때 과도한 반응을 보인다, 등이다.²¹⁾

4) 피병과 보상(補償)

보상 문제가 걸친 환자에게 피병이나 증상을 과장할 것이라는 추정이 얼마나 타당한 것인가? 1960년대 초기에 '보상 신경증(補償 神經症, compensation neurosis)'의 개념이 보편화 되면서, 당시에는 '객관적인 병소가 없으면 기질성 손상은 없다.'라는 기계적인 기준에 의거하여 판단하였다. 그리고 '소송 중에 보이던 증상은 판결로 회복된다.'라는 견해는 Miller⁶⁰⁾가 소

송(訴訟) 2년 후에 1명을 제외하고는 환자 모두 증상 없이 일하고 있었다는 보고와, 2차 세계 대전 전에 보상 제도가 없던 덴마크인의 5%만이 증상이 계속된 반면 장애자 보상 제도가 있던 독일에서는 95%가 계속해서 병 상태에 있었다는 Kennedy⁶¹⁾의 견해에 따른 것이었다. 보상 제도뿐만 아니라 병에 대한 지식 정도가 증상의 형성과 유지에 어느 정도 영향을 미치는 것은 사실이다. 그 예로, 교통 사고 보상 체계가 없는 리투아니아에서는 목의 편타증(鞭打症, whiplash injury)에 관한 일반적인 지식도 없었는데, 사고 후에 이러한 장애는 거의 없었고 있더라도 대개는 저절로 나아졌다. 일부 과거에 목 부위에 손상을 받았던 환자는 통증을 호소하였다.⁶²⁾

이제까지의 연구를 보면, 경도(輕度)의 뇌손상으로도 심한 신경계 관련 행동 장애(neurobehavioral complication)를 초래할 뿐만 아니라, 보상 관련 법적 문제가 해결된 이후에도 환자는 계속 장애 상태를 보인다.

소송이 끝난 후, 증상의 호전은 오직 15%에 불과하였으며,⁶³⁾ 보상 후에도 일시적인 호전이 있었을 뿐이었다. 더욱이 환자의 60%는 소송 종료 후에 무직이나 퇴직 등의 적응 상태가 나빴으며,⁶⁴⁾ 3년 후에 환자의 35%는 계속해서 일을 하지 못하였고,⁶⁵⁾ 5년 후에도 35명의 환자 중 30명은 지속적으로 신체증상에 시달리면서 일에 복귀하지 못하였다.⁶⁶⁾ 목 척추 손상자의 12~60%는 지속적인 장애 상태에 있었으며, 법적 판결과 보상을 받은 2년 후에도 75%의 환자는 계속해서 이전의 직장으로 복귀하지 못하였다.^{67,68)}

이는 사고를 당한 후에 생긴 신체, 정신적인 증상이 경제적인 보상 때문에 지속될 수는 있으나, 보상을 받은 후에도 통증이 소실되지 않거나 직장에 복귀하지 못하는 경우가 매우 많다는 점을 보여준다. 상당수의 환자에서 증상을 과장하는 증거는 없었고, 이들은 경제적인 보상 자체 보다는 소송이 빨리 끝나서 이러한 스트레스로부터 벗어나기를 원한다. 단지 일부 환자만이 법적 소송으로 이어진다.⁶⁸⁾ 그러므로 만성 통증 환자가 보상을 받으면 나아질 것이라는 생각은 잘못된 것이다.

그런데 의학적으로는 나아졌으나 장애 상태가 계속 되는 데에는 피병 외에 여러 가지 요소가 작용한다. 사고(事故)나 통증은 소인이 있던 환자에게 위기(crisis)를 유발하고, 이는 성숙한 대처 기전을 깨뜨린다. 이에 환자는 가족이나 의사, 혹은 법(法)적 호소에 의존한다.

장애 상태가 되면 환자는 자존감이나 자신의 일체감에 손상을 받는다. 이러한 스트레스로 인해 삶의 욕구는 상실되고 유아적 의존적 삶으로 변화된다. 이에 따라서 가족은 환자를 과보호 하고 부당한 생활 태도를 강화시킨다.⁶⁶⁾ 이로서 환자는 피병의 요소보다는 대부분이 정신 사회적인 문제를 갖고 적응상의 어려움을 겪게 되는 것이다.⁶⁹⁾ 보상 문제가 겹친 환자의 예후에 미치는 인자로는 의인성(醫因性, iatrogenic), 퇴행, 그리고 대상 상실(object loss) 등이 있다.⁶⁸⁾

증례 1은 피병의 경향이 크지만, 순수한 형태가 아니라 수차례의 수술과 입원이 반복되면서 형성된 2차성 정서불안정과 우울장애가 섞여 있는 예이다.

증례 1 :

여자 48세. 대졸. 기혼. 사회경제 정도는 상위. 법원 신체 감정 목적으로 개방 병동에 입원.

증상 : 불안 절망감, 불면, 의욕 저하, 짜증, 물건 집어던지고 성격 괴팍해 짐. 왼쪽 어깨와 가슴의 근육 경련, 양손 떨림, 왼팔 감각저하, 소변 불통, 가끔 과호흡 증상.

현병력 : 감정 2년 5개월 전 버스 개문 발차 시 문에 목이 끼었다가 바닥으로 떨어짐. 여러 병원에서 목 수술(디스크) 수차례. 총 8회 입원 치료. 합의되지 않아 환자 측이 소송 제기함.

혈체어 타고 내원함. 여러 병원 다니면서 증상 악화됨.

심리검사 : IQ 81(VIQ 86, PIQ 77), 비언어성 집중력 저하, 시공간 구성 능력 저하, 기억력의 심각한 장애 없음(Rey-Kim 기억 검사, MQ=80). 전두엽 실행기능이 약간 저하, Beck 우울척도 37점으로 심한 우울증, MMPI 상 Pa, Ma, Sc, Hs, D, Hy 모두 상승.

최종 평가 : 의인성(醫因性) 불안, 우울, 공격성이 뚜렷함. 인지 기능의 장애는 약간 정도임. 피병과 증상의 과장 행동이 섞여 있었으며, 수차례의 수술과 입원으로 인한 2차성 우울증으로 인한 공격성, 집착이 강함. 최종 진단은 뇌진탕 후 증후군과 신경성 방광(무반사형)이었음.

5) 피병 감별 방법

피병을 감별하는데, 우선 과거의 진료 기록을 자세히 검토하고, 교육과 직업 경력 등 자세한 정보 수집이 필

요하다. 개인 발달력을 살펴보고 이어서 면밀한 정신 상태검사를 한다.

(1) 면담 요령

범법자(犯法者)가 자신의 행위에 대해 부정(否定), 항구하거나 거짓 증언을 할 때의 면담 방법이 일부 도움이 된다. 범법자는 범행 직후에 죄책감과 고백해야 한다는 생각이 가장 크다. 아직 정신 방어기제가 작동하기 전(前)이며, 기억이 왜곡되기 전이므로 사건 발생 이후 빠를수록 진실에 접근하기 쉽다. 그러나 정신과 의사가 만나는 피병이 의심되는 환자는 대부분 만성화된 경우이므로 상황이 다르다.

범죄 혐의자에서는 장시간 끈질기게 면담한다. 이로써 피로를 유발하여 의도성을 줄이는 것이다. 피병 의심자도 장시간 상세하게 끈질기게 면담을 할 필요가 있다. 의사의 끈질김에 환자는 피병을 지속하기 힘들어지기 때문이다.

범죄 혐의자의 경우에서와 같이 피병인의 언어와 행동은 몇 가지 점에서 두드러진다. 음조(pitch)가 높고, 문법이 자주 틀리며 헛말을 많이 한다, 엉뚱하게 말하거나 우물거리고, 부정적인 화법으로 말한다. 말하면서 눈을 자주 깜박이거나, 동공이 확대되고 자신의 몸을 문지르는 등의 비언어적 반응이 보인다. 대답은 마치 연습을 하는 듯하며(rehearsed), 지나치게 유창하게 말하기도 한다. “이건 거짓말이 아니에요. 진짜란 말입니다.”라고 스스로 진실함을 주장한다. 말은 조심조심 또박또박 자기 조절 하에 연극하듯이 한다. 시선을 피하거나, 얼굴 모습은 태연해도 손과 발이 자주 움직인다.⁵²⁾ 물론, 정신과 신체감정 시의 면담은 범법자에 대한 심문과는 다르다. 그러나 면담 태도와 환자의 반응을 살펴보는 요령은 참고가 된다.

가끔 의사는 자신의 경험에 의한 인상(impression)에 지배되기도 한다. 그러나 피검자(환자)의 표정이나 눈 마주침에서 느껴지는 ‘솔직하지 않은 그 무엇’이라는 것은 결코 신빙성이 없는 것이다. 이러한 인상은 진실을 알아내는 데 방해 요소가 될 뿐이다. 왜냐하면 인간은 어릴 때부터 감정을 숨기기 위하여 표정 훈련을 하게 되며, 이러한 기술은 게임이나 사회생활 전반에서 널리 응용되고 있기 때문이다.⁵²⁾

감정 평가를 위해 입원된 환자가 피병이나 거짓말이 의심되면, 문제가 되는 내용을 직면(直面)시켜 반응을

보거나 다양한 내용의 암시를 주어 이에 대한 반응을 살펴본다. 예로서, 환자가 호소하지 않았던 증상을 가지고 “여기에도 이렇게 아프지는 않습니까?”라고 물어서 반응을 본다. 또는 환자를 설득하고 회유해보면서 이에 대한 환자의 반응을 본다. Reich와 Gottfried⁷⁰⁾는 간접적인 방법으로 직면을 통해서 환자의 1/3은 속이는 행동을 그만두었다고 하였다. 이때는 환자의 체면을 살려주면서 설명해주는 것이 매우 중요하다.

그리고 환자의 증상 호소가 다양하고 애매할 수 있으므로 첫 번째 면담 내용을 상세히 기록해 놓고 그 다음 면담 시에는 이 내용과 비교해 보아야 한다.

면담을 하면서 행동을 관찰하여 피병을 의심할 수 있는 행동 징후가 있는지를 보아야 한다. 즉, 환자가 호소하는 내용과 행동이 일치하는지, 검사에 협조적인지, 유별나게 심하게 극적(劇的)으로 증상을 호소하는지, 치료에 무관심한지, 등이다. 그러나 환자의 호소 내용이 신뢰성이 떨어진다고 해서 거짓말이라고 단정해서는 안 된다. 건강인도 과거 사실을 기억해내는데 기억 착오가 얼마든지 있기 때문이다.⁷¹⁾

어떠한 경우라도 피검자(환자)가 계획하여 거짓말하는 경우에는 진실을 알아내기 어렵다. 그리고 간혹, 환자가 애처로운 모습으로 자신의 결백성(진실성)을 주장하며 도움을 요청하는 경우, 의사의 마음이 흔들려 올바른 판단을 흐트러치기도 한다. 이러한 요소를 최소화시키기 위해서는 항상 동료 의사와 토론을 통하여 되먹임(feedback)을 받아야 한다.

(2) 위약(placebo)에 대한 반응

의사는 증상의 진실성이 의심되면 위약을 투여하여 그 효과를 보고자 한다. 만일 위약에 효과적인 반응을 보이면 피병이나 전환 장애를 추정한다. 그러나 이 방법은 부적당하다. 위(僞)양성 반응이 많기 때문이다. 간혹 항불안제를 정맥 주사하여 사지 마비가 풀리고 가성(假性) 간질이 멈추기도 한다. 그러나 이 상태에서조차 위약 투여가 효과적인지는 아직 의문이다.⁷²⁾ 그리고 sodium amytal을 이용한 면담에서 피검자의 반수는 계속 거짓말을 하였다. 이러한 사실은 환자의 의도적인 노력을 위약으로 감별해 내기 어렵다는 점을 보여준다.

(3) 행동 관찰

피병의 확진은 관찰과 추정에 의거한다. 의사는 증거가 없는 상태에서 피병이라고 결론 내릴 수 없다. 그러

므로 사실 기록과 관찰이 필요하다. 검사의 내용이나 진술의 내용이 환자의 일상생활에서 일치하지 않는 점이 발견되면 피병을 의심하여, 환자가 남이 보지 않으리라는 환경에서 환자의 생활과 행동을 관찰해야 한다. 예로서, 환자의 마비된 팔 다리의 움직임은 목격하거나, 지능은 50~60 정도밖에 되지 않는 데 자동차를 몰고 다닌다거나, 다리가 아프다는 환자가 병원 밖 길거리를 활보하는 모습을 관찰하는 것이다. 평소에 꼼짝하지도 않던 사람이 식사 때 활발한 모습을 보인다든지, 그리고 만성 요통을 호소하던 주부가 누구의 도움도 없이 3층 집에서 집안일을 하며 아이 셋을 잘 키우고 있는 경우 등이다.⁷³⁾

감정을 의뢰받은 환자는 대개 정신과 보호병실에 입원시켜 행동을 관찰한다. 이러한 통제된 환경에서는 직원 여러 사람이 지속적으로 관찰하게 된다. 피검자는 속이려는 의도와 노력이 느슨해질 때, 즉 여럿이 재미있게 놀거나, 재미있는 TV 프로그램을 볼 때, 피로할 때, 그리고 새벽에 화장실에 갈 때에 특히 주의 깊게 관찰해야 한다. 물론 피검자에게는 입원 시에 미리 비디오 모니터를 통하여 행동 관찰을 할 것임 알려주어야 한다.⁷⁴⁾ 비디오 모니터를 통해서 환자의 일상생활의 모든 것을 여러 날 계속 관찰한다. 팔을 움직일 수 없다고 호소하던 사람이 수 일 만에 식사 시에 정상인과 같은 팔 움직임으로 식사하는 모습이 관찰되었다면, 이를 촬영해 놓고 후에 증거 자료로 이용할 수 있다.

일반인이 상당히 장시간 자신의 증상을 꾸미거나 과장하기란 어렵다. 그러나 성격 이상이나 피병의 동기가 크면 관찰해야 할 기간이 늘어난다. 그러나 얼마 동안 관찰하는 것이 적절한지는 정하기 어렵다. 이러한 경우에는 의사의 기지(機智), 끈질긴 관찰과 면담 노력에 의거할 수밖에 없다. 증례 2는 정신과 보호 병실에서 여러 날 동안 정신과 치료진이 비디오 관찰을 하여 환자의 증상 과장을 확인한 것이다. 그러나 환자의 의식적인 동기가 완강하면 증상의 허실(虛實)은 물론 과장의 정도를 평가하기가 매우 어렵다는 점을 보여준다.

증례 2:

57세 남자. 고졸. 직업 : 양돈과 과수원.

경제력 : 중. 기혼. 아들 두 명.

교통사고 보상 관련 소송으로 인한 법원 신체 감정(2차 감정) 목적으로 정신과에 23일간 입원.

병력 : 입원 5년 전(1999년 1월) 마주오던 차와 정면충돌하여 경추부 손상. 두부(頭部) 및 안부 좌상. 사고 6개월 후 양측 하지 근력 약화. 이후 점차 왼팔 감각과 근력 저하. 이후 사지 마비와 배뇨 곤란. 사고 1년 후 대학 병원에서 추간판 탈출증으로 경추 4~7 후궁절제술을 받음. 이후에도 증상의 변화 없었고 여러 병원에서 치료 받음. 검사 상 이상 없었음. 2001년 7월에 1차 신체 감정 받음. 신체에 이상 없다는 판정으로 인하여 그 후 소송이 계속됨. 배상의학회의 자문 결과, 사고 기여도는 10~30%였음.

입원 시 상태 : 개방 병동 5일 후 자세한 관찰을 위하여 보호병실로 옮김. 하지를 들어 올리지 못함. 비디오 관찰에서 왼발을 일부 움직이고 양팔을 지탱하여 상체를 일으키거나 왼손으로 목 부위를 긁음. 그러나 암시를 주거나, 비디오 관찰 결과를 말하고 움직임을 재확인하려 했으나 부분적으로만 운동 가능함을 보임.

검사 결과 : 신경 검사 상 정상, 경추부 MRI 상 C4~5에 추간판 변성 및 약간 돌출 소견.

상하지 신경전도 검사 및 유발 전위 검사 상 정상. 뇨(尿)역동학 검사 상 방광 감각 저하.

경과 : 의사가 검사 상 이상 없다고 하니 화를 내며 “승복할 수 없다.”고 함. 목과 어깨의 통증으로 자주 진통제를 투여 받았고, 수차례 위약(식염수 주사)을 투여하여 통증이 줄고 잠을 이루었음. 화장실에서의 운동 정도, 칫솔질 등을 재현토록 하였으나 일부만 가능하였음.

최종 판정 : 피병의 소견이 상당 부분 있으며 2차성 이득이 농후하였음. 수술과 장기간 치료, 여러 치료 기간에서의 다양한 소견을 들은 것과 관련하여 증상이 고착된 것으로 판단됨. 비디오 관찰 결과 주관적인 호소보다는 운동 범위가 증가되어 보였으나 이를 현실화 시키지 못하였음. 성격의 특성은 장기 투병과 소송과 관련되어 있어서 병전 상태의 파악은 불가하였음. 최종 진단은 전환 장애는 아니며 신체형 장애로서 만성 통증이었음.

(4) 임상 심리검사

심리검사는 피병 여부를 파악하는 데 유용하다. 의사는 이 검사 결과를 토대로 상세한 감진을 하게 된다.

Rogers⁵¹⁾는 피병을 진단하는 심리검사 도구로 Structured Interview of Reported Symptoms(SIRS)을 개발하였다. 이는 타당 척도, 불합리척도, 방어척도, 피병 척도의 네 개 척도로 구성되어 있다. 설문지를 이용하는 방법으로는 MMPI를 사용하는데,⁷⁵⁾ F 척도, F-K 척도가 유용한 지표로 이용된다. 그러나 정상인도 MMPI 검사에서 꾸며서 할 수 있기 때문에 신중히 해석해야 한다.²⁾

질병행동 설문(Illness Behavior Questionnaire)의 Conscious Exaggeration Scale 이 피병 판별 도구로 이용된 바 있다. 그러나 이는 불안 등의 다른 요인과 관련되어 타당한 판별 도구로 이용되지는 못하고 있다.⁷⁶⁾

신경 심리 검사 도구인 Wechsler Memory Scale, Rey-Kim Memory Test 등은 주로 인지장애를 측정하는 도구이나, 진술의 내용과 행동의 불일치, 진술의 거짓을 추정하는데 유용한 도구가 될 수 있다.⁷⁷⁾ 근래에는 기억력이나 인지와 관련된 의료 정보 접촉이 많아진 나머지 지적으로 이러한 장애를 꾸미는 능력이 더욱 증가되어 의사가 구별하기 더 힘들어졌다. 드물게는 검사에 잘 대처하는 방법까지도 전문가에게 조언을 받는 경우도 있으며, 운동장애나 감각의 이상을 보이는 환자는 이들 검사도 조작해 낼 가능성이 있다. 이러한 점을 염두에 두고 의사는 더욱 면밀한 면담기술과 관찰요령을 숙지하고 있어야 한다.

그 외에, 속이기 힘든 검사를 이용하여 피병을 판별한다. Symptom Validity Test,⁷⁸⁾ Portland digit Recognition Test, Stroop test, Halstead-Reitan battery, K-사병진단검사(K-MDT) 등이 이용된다.

만성 통증 환자에서 피병을 감별하는 데 Leavitt⁷⁹⁾는 통증 언어 검사를 하여 과장된 표현의 비율을 재어 구별해 보았다. 그 결과, 요통 꾸미기군(群)의 84%에서 과장된 표현을 가려낼 수 있었다. 그러나 요통 환자군에서도 64%가 과장된 표현을 하여 두 군을 변별해 내지는 못하였다. 그리고 Wallis와 Bogduk⁸⁰⁾은 통증 환자에게 SCL-90-R과 통증 척도, 시각상사척도(VAS)를 이용하여 피병 유무를 알아보려 하였으나 실패하였으며, 만성 통증 환자가 의식적으로 과장하는 것을 구별해내는 척도를 이용하여 법적 소송자와 그렇지 않은 군을 구별해보려 하였으나 이것 역시 실패하였다.⁷⁶⁾ 현재로서는 심리검사를 통하여 피병을 가려내기는 어려우며, 이들 검사를 통해서 피병의 가능성을 엿볼 수 있

을 뿐이다.

증례 3은 심리 검사 상 피병이 의심되었으나, 치료와 함께 경과를 살펴본 결과 피병이 아닌 것으로 판정된 예이다.

증례 3 :

남자. 45세, 초등 졸. 방수공(防水工). 1남 2녀의 가장. 산재 종결을 위한 감정을 위해 정신과 보호병실에 입원.

증상 : 두통, 어지러움, 우울, 무(無)의욕, 말을 이해 못함. 성격 변화(처에게 욕하고 과격함), 기억력 저하.

2년 전 화물차로 자재를 싣고 공사장에 가다가 뇌출혈(후교 뇌동맥 파열)로 뇌수술 받음. 퇴원 후 기억력 저하, 처에게 의존하며 과격해짐.

입원 경과 : 질문에 대답하려 하지만 잘 안됨. 견기 느낌. 기억력 저하(주민번호 잊음), 대인관계 없음. 정신운동성 저하. 지속적 두통 호소.

검사 결과 : 뇌파, 뇌 MRI 상 정상. MMPI 상 L56, F102, K45로 고의적으로 나쁘게 보이려는 태도. IQ 78(71/83). 반응 속도 느림. 수행의 일관성 부족, 간단한 수리 계산도 못하고 반응의 일관성 결여. 지남력 정상 등으로 심리검사 상 심각한 손상 없이 무력, 우울감 보임.

퇴원 후 : 퇴원 당시 피병이 의심되었음. 정신과 치료 후 판정하기로 하고, 그 후 4개월 간 외래 통원 치료함. 외래에서도 입원 시와 같이 동문서답, 사고 내용이 공허함. 자신감 부족, 계속 찌푸린 얼굴, 정신 운동의 저하 등이 지속됨. 항우울제(SSRI), 정신운동 자극제(methylphenidate) 투여로 반응 없었음. 퇴원 6개월이 지난 현재 통원 치료중이나 증상 변화 없음.

최종 진단명 : 기질성 정동장애. 장애 진단은 '일생동안 노무에 종사할 수 없음.'으로 함.

특징 : 심리검사 및 임상 상 피병 가능성 컸으나 경과를 보아 기질성 정동장애로 판정함.

(5) 얼굴 표정의 변화

통증 감각이나 감정은 얼굴 표정 변화와 일관성이 있을 것이라는 추정에 따른 것이다. Poole과 Craig⁸¹⁾는 통증을 얼굴 표정으로 가장하는지의 여부를 가려내려고 표정의 변화를 측정해 보았다. 그러나 만성 통증 환자

도 통증 관련하여 표정을 꾸며 낼 수 있었다. 아직 이 방법으로는 피병을 감별해 낼 수는 없다.

(6) 기계적인 근력(筋力) 검사

근력 측정기(dynamometry)로 근력 저하의 정도를 측정하거나 악력기(Jamar dynamometer)를 이용하여 환자가 호소하는 근력 저하에 대한 피병의 여부를 가려 내 보려 하였다. 그리고 submaximal effort error 등의 여러 검사법을 이용해 보았으나 타당성 있는 결과는 얻지 못하였고, 단지 등력성 검사(isotonic test)에서 일부 변별력을 보였을 뿐이다.⁴⁰⁾

(7) 척수 차단술을 통한 진성(眞性) 통증 확인

피병이 의심되는 통증 환자에게 통제된 진단적 차단술(controlled diagnostic block)을 시행하여 통증이 진정한 것인지의 여부를 판정할 수 있다.⁸²⁾ 차단술에서 양성 반응을 나타내면 호소하는 통증이 사실인 것으로, 이는 객관적인 증거 자료가 된다. 음성인 경우에는 순수 통증 호소를 배제하는 것은 아니다. 왜냐하면 병에 따라서 이 차단술을 이용할 수 없는 경우가 있기 때문이다.

진단적 차단술은 척수성(脊髓性) 통증(spinal pain)과 복합성 국소성(局所性) 통증 증후군(complex regional pain syndrome)에서 활용된다. 방법은 국소 마취제(opioid 계인 fentanyl)를 주사하여 통증의 소실을 확인한다. 동시에 생리식염수를 대조제(control)로 쓴다. 주사 시에 목표(目標)지점(地點)특이성 보호제(target specificity guard)로서 radiographic control을 사용하기도 한다. 이어서 아편계(opioid) 차단제인 naloxone을 투여한다.⁸³⁾ 척수성 통증(spinal pain, 주로 경추부나 요추부 뼈돌기 사이 관절 cervical or lumbar zygapophysial joint에서 유래하는 통증, 그리고 요통인 경우는 엉치엉덩이 관절 sacroiliac joint)인 경우에 이 검사의 의의가 크다.⁸⁴⁾ 그 이유는 이 부위의 이상이 각종 임상검사나 영상 검사로도 나타나지 않기 때문이다. 그러나 이 차단술로서 기질성과 심인성을 완전히 구별해낼 수는 없었다. 현재, 진단적 차단술은 일부 통증 관련 장애에서 진정한 통증인지를 객관적으로 확인할 수 있는 방법으로 알려져 있다.

(8) 체열 측정(Thermography)

근골격계의 통증을 체열 측정을 통하여 피병인지의

여부를 객관적으로 구별해 보려고 시도하였다. 그러나 기존의 다른 검사보다 더 나은 결과를 얻지는 못하였다. 한때 객관적인 자료로 인정되기도 하였으나 더 이상 법적(法的)으로 인정되는 소견은 아니다. 아직 이에 대한 연구는 부족하다.⁸⁵⁾

5. 감별진단

전환 장애, 가장성 장애, 그리고 피병을 감별 진단하는 데 주요 관점은 아래와 같다.

신체형 장애를 포함한 전환 장애는 의도적인(意圖性, volitional) 요소가 없다. 이는 내재된 정서적 갈등이 무의식적으로 신체 증상으로 전환된 것이다. 문제는 무의적인 과정을 수차례의 면담으로 제대로 파악할 수 없다는 데 있다 그러므로 외적인 상황과의 연결성에서 파악하는 경우가 대부분이다. 이들 환자는 의식적으로 보상을 받으려는 것은 없다. 가장성 장애는 외적인 이득이 없으며, 심적(心的)인 필요성에 의해 병자(病者) 역할을 한다. 환자는 스스로 환자가 되려 하고, 자신을 위협한 상황에 놓아두기도 한다. 이들은 현실적인 이득 추구가 없고, 행동할 때 대개는 무의식적이다. 즉, 의도적인 행위를 스스로 인식하고는 있지만 행동의 동기는 무의식적인 것이다. 이에 반해서 피병은 분명한 목적이 있고, 의식적인 점이 특징이다(Table 5).

다른 관점에서 보면, 타인을 속이는 것은 피병이며, 자신을 속이는 것은 전환 장애(히스테리아)라고 할 수 있다. 여기서 의식성, 즉 의도적인 것과 무의식성을 구별해 내기란 어려운 문제이다.

또한 이들 3개의 장애는 임상적으로 뚜렷이 나누어 지기보다는 섞여 있는 경우가 많다. 중례 4는 피병의 가능성과 증상 과장, 그리고 실제의 신체장애(내이內耳의 기능 장애)와 현실 생활에서의 어려움으로 인한 심적 압박이 겹친 예이다.

Table 5. 전환 장애, 가장성 장애, 피병의 감별점

	전환 장애	가장성 장애	피병
동기	모름	알고 있음	알고 있음
의도성	없음, 무의식적	행동 시에는 무의식적	의식적
과정	자기 자신의 문제		
타인 속임	없음	있음	있음
목적/이득 추구	정서적 갈등 감소/있음 (무의식적)	병자역할/없음	개인적 이득 추구/있음

증례 4:

남자 49세. 전직 택시 기사. 중졸, 아들 1명.

5년전에 교통사고 당함. 사고 1년 5개월 후 정신과 초진 받음. 증상은 기억력 저하, 두통, 어지럼증, 집중력 저하 및 갑작스런 왼발의 마비 증상이었음. 이후 정신과 외래 치료함.

뇌파검사, 뇌 MRI 검사 상 정상, 심리검사 상 단기 기억력은 정상. 어지럼증으로 이비인후과 치료와 허리와 목의 통증으로 재활의학과 치료를 계속 받음. 뇌진탕 증후군의 진단으로 정신과 진료함. 이후 간헐적인 어지럼증, 이명과 진담, 두통을 호소함. 2003년 4월 짜증, 손 떨림, 충동조절 장애를 보임. 산업재해 불응인 받음. 좀 더 높은 장애 등급을 받기 위해 정밀검사를 요구함. 지능검사 상 FIQ=111, 언어성 주의력의 저하, 전두엽 관리기능(EIQ=57, Stroop 검사, Wisconsin Card Sorting 검사)의 저하, 기억력 저하(Rey test, MQ=97)로 계획과 실행 기능의 손상 등의 인지장애를 보임. 장애 진단서를 발부 받은 후 정신과에 오지 않았음. 어지럼증, 이명 증상으로 이비인후과 외래 치료를 계속 받고 있음. 최근에는 이 증상이 악화되고 운전은 계속 못하고 있음. 이비인후과 진단명은 좌측 전정장애, 이명증, 좌측 Menieres' 병임.

Turner⁸⁶⁾는 자기-속임(self deception)에 대해 인지심리(認知心理)적으로 파악하여 피병과 전환 장애(hysteria)를 구별할 수 있다고 하였다. 자기-속임 환자는 자신이 소망하는 가설을 지지하도록 상대방을 조종(manipulate)한다.⁸⁷⁾ 이들은 특정 사항에 대해서 정적, 혹은 부정적으로 잘못 해석한다. 부분에 집중하고, 선택하여 근거를 모으며, 잘못된 동기로 미리 준비하는(primed) 전략을 사용하여 자기-속임이 된다. 그래서 전환 장애(hysteria) 환자는 근거를 잘못 해석하고 일부 사실만을 선택적으로 취해서, 결국 환자는 자신의 건강이나 자신의 과거 경험의 본질에 대해서 잘못된 결론에 도달한다.⁸⁶⁾ 이로써 전환 장애(hysteria)의 현상은 단지 실제 근거와는 벗어난다는 점에서 잘못된 믿음(false belief)으로 볼 수 있다. 예로서, 환자는 자신의 다리를 움직이지 못한다는 것을 '뇌에 이상이 있어 움직이지 않는다(이것은 근거와는 상반된 것이다.)'고 믿는다. 반면에 피병 환자는 근거를 알고 있고, 사실이 어

떠한 것인지를 안다. 환자는 전환 장애(hysteria) 쪽으로 갈수록 점차 진실을 덜 확신하게 되고 자기-속임의 쪽으로 간다. 스펙트럼으로 보아, 전환 장애(hysteria)의 한 쪽 끝은 틀린 명제가 옳다고 믿는다. 이러한 점에서 전환 증상은 자신의 증상이 어떻게 보여야 할지, 의사에게 어떻게 보이는지 하는 환자의 생각(idea)과 일치한다. 이러한 견해는 결코 새로운 발상은 아니어서, 이미 과거에 Reynolds³⁴⁾나 Babinski와 Froment⁸⁸⁾가 말한 '전환증상은 환자의 병에 대한 생각(idea)을 나타내는 것'과 같은 견해이다.

의사는 환자의 의도성을 알아보려고 할 때 환자 마음의 내부(intrapsychic)나 마음외적인 동기(extrapsychic motivation)를 파악해내려 한다. 그러나 이로써 얻어낸 자료는 신뢰성에 문제가 있다. 이러한 노력은 가끔 비윤리적이기도 하다.⁴⁵⁾ 의도성을 해리현상으로 설명하는 것도 일부의 설명만 가능하다. 해리도 인격이나 자기(self) 통합의 관점보다는 속임과 자기-속임의 심리와 관련지어 볼 수 있다. 이는 히스테리 증상의 무의식성을 '의식적인' 데에 관심을 가져야 함을 보여주고 있다.⁴⁵⁾

의학적으로 설명할 수 없는 다양한 형태의 운동 증상의 해석에 있어서, 행동 그 자체(act) 혹은 집중(集中)과 의지(意志)의 측면도 있다. 전환 장애 환자에게 동반되는 우울, 불안, 성격 이상은 환자의 의지(will)에 영향을 미치거나 행동 거부 현상을 일으킨다. 의지는 최근에 전두엽 기능과 관련된다고 추정하고 있다.⁸⁹⁾

정상적인 상태에서 의식적인 운동을 할 때, 뇌에서 미리 300~400ms 정도의 전기적 활동이 필요하다. 의도적인 행동이 이렇게 인지적으로 무의식적인 선행된 과정이 있다면,⁹⁰⁾ '내가 행동한다.'라는 행동과 의도하지 않은 행동이 어떻게 구별될 것인가? 아직까지 '의도(intention)하는 바'가 인체의 어느 곳에서 작동하고 있는지는 밝혀지지 않았다.⁹¹⁾

결 어

피병을 규명하기 위한 작업으로서, 환자의 증상이나 징후가 과연 의식적인 것인가, 무의식적인 것인지를 구별해내는 데에는 자세한 병력 수집과 조사, 면밀한 신경학적 검사, 심리검사, 장시간의 면담 그리고 광범위한 행동 관찰이 필요하다. 그러나 증상 형성의 동기나 의

도의 본질을 파악하기란 매우 어렵다. 과거 전환장애나 피병의 징후라고 생각하던 많은 현상과 징후가 이후의 연구를 통해서 결정적인 조건은 아닌 것으로 밝혀졌다. 이에 따라 전환장애와 기질성 장애의 구별이 어려워지고 이에 따라 피병의 진단은 더욱 어려워지고 있다. 드물게는 피병자의 고백에 의하지 않고서는 증상의 본질을 파악하지 못하기도 한다.

신경 심리검사를 포함한 임상심리 검사를 통하여 피병의 가능성을 가려내기도 하고 질병행동 특성을 파악하거나 기계적인 측정도구를 이용하기도 하지만, 아직 객관적으로 타당한 검사 방법은 부족한 실정이다. 최근에 시도되는 통증 차단제를 이용한 진성(眞性) 통증 구별법도 객관적인 검사법의 하나이다.

사고나 보상 문제가 걸친 환자에서는 피병의 가능성이 엇보인다 하더라도 많은 수에서는 단순한 형태이기 보다는 시간 경과와 환경의 영향으로 인해서 정신사회적 합병증을 동반한다. 피병과 전환 장애, 가장성 장애 등을 구별해보려 하지만 명쾌하게 나누어지는 경우는 많지 않다. 이것은 의사의 기술 부족이나 검사법의 부족함 때문만은 아니다. 인간의 본질이 그만큼 복잡하다는 것을 보여주는 것이다.

향후 다양한 임상 심리검사법이 발달되고 행동과 의 도성에 관한 뇌 기능의 연구를 통해서 신체 증상이나 행위의 진실성에 대한 구별력이 더욱 향상될 것이다.

그러나 피병은 '궁극적으로 환자가 포기해야 증상이 사라진다.'거나 '발생 2주 이내면 예후가 좋지만 6개월이 지나 만성이 되면 해결이 어려워진다.'는 Factor 등⁹²⁾의 견해를 보면 정신과 의사의 예리한 눈과 집요한 노력을 더욱 필요로 한다.

REFERENCES

- (1) 조선일보. [뉴스브리핑];교통사고 다시 늘어... 작년 4.2% 증가. 2004년 3월 27일;A8면.
- (2) 김광일. 정신 및 행동장애의 배상의학. 서울: 중앙문화사;2002. p. 248-259.
- (3) 안동현 등. 정신 및 행동 후유장애 평가 기준. 정신건강 연구소 보고서;2001.
- (4) 김광일. 장애 판정의 실제적인 문제들. 신경정신의학 1993;32:135-148.
- (5) 이재철. 정신 감정에 관한 소송 실무적 고찰. 신경정신의학 1993;32:149-158.
- (6) 최상섭. 후유장애 전신 감정에 대한 법정신의학적 고찰. 신경정신의학 1993;32:159-169.
- (7) Hamilton J, Campos R, Creed F. Anxiety, depression and management of medically unexplained symptoms in medical clinics. J Royal College of Physicians of London 1996;30:18-20.
- (8) Perkin GD. An analysis of 7836 successive new outpatient referrals. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1989;52:447-448.
- (9) Lempert T, Dieterich M, Huppert D, Brand tT. Psychogenic disorders in neurology frequency and clinical spectrum. Acta Neurol Scan 1990;82:335-340.
- (10) Marsden CD. Hysteria- a neurologist's view. Psychol Med 1986;16:277-288.
- (11) Binzer M, Andersen PM, Kullgren G. Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: a prospective control group study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1997;63:83-88.
- (12) Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H, David A, Marsden CD, Ron MA. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. Br Med J 1998;316:582-586.
- (13) Raskin M, TalbottJA, Myerson AT. Diagnosis of conversion reactions: predictive value of psychiatric criteria. JAMA 1966;197:530-534.
- (14) Craig TKJ, Boardman AP, Mills K, Daly-Jones O, Drake H. The South London Somatization Study: I. Longitudinal course and the influence of early life experiences. Br J Psychiat 1993;163:579-588.
- (15) Craig TKJ, Drake H, Mills K, Boardman AP. The South London Somatization Study: II. Influence of stressful life events and secondary gain. Br J Psychiat 1994;165:248-258.
- (16) Merskey H, Buhrich NA. Hysteria and organic brain disease. Br J Med Psychol 1975;48:359-366.
- (17) Lelliot PT, Fenwick P. Cerebral pathology and pseudoseizures. Acta Neurol Scand 1991;83:129-132.
- (18) Benjamin S, Mawer J, Lennon S. The knowledge and beliefs of family care givers about chronic pain patients. J Psychosom Res 1992;36:211-217.
- (19) Lewis WC, Berman M. Studies of conversion hysteria. Arch Gen Psychiat 1965;13:275-282.
- (20) Thomas JJ. Malingering and the feigned disorders. In: Peterson F, Haines WS, Webster RW, eds. Legal Medicine and Toxicology. 2nd ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders;1923. p.696-717.
- (21) Mendelson G & Mendelson D. Malingering pain in

- the medicolegal context. *Clin J Pain* 2004;20:423-432.
- (22) Resnick PJ. Malingering of post-traumatic disorders. In: Rogers R ed. *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. New York: Guildford;1997.
- (23) Gould R, Miller BL, Goldberg MA, Benson DF. The validity of hysterical signs and symptoms. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:593-597.
- (24) Hansen M, Sindrup SH, Christensen PB, Olsen NK, Kristensen O, Friis ML. Interobserver variation in the evaluation of neurological signs: observer dependent factors. *Acta Neurol Scan* 1994;90:145-149.
- (25) Haerer AF. De Jong's *The Neurologic Examination*. 5th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company;1992. p.338.
- (26) Knutsson E, Martensson A. Isokinetic measurements of muscle strength in hysterical paralysis. *Electroencephal Clin Neurophysiol* 1985;61:370-374.
- (27) Ziv I, Djaldeiti R, Zoldan Y, Avraham M, Melamed E. Diagnosis of 'non-organic' limb paresis by a novel objective motor assessment: the quantitative Hoover's test. *J Neurol* 1998;245:797-802.
- (28) Deuschl G, Koster B, Lucking CH, Scheidt C. Diagnostic and pathophysiological aspects of psychogenic tremors. *Movement Dis* 1998;13:294-302.
- (29) Fahn S & Williams DT. Psychogenic dystonia. *Advances Neurol* 1988;50:431-455.
- (30) Ston J & Zeman A. Hysterical conversion- a view from clinical neurology. In: *Contemporary approaches to the study of hysteria*. Ed by Halligan PW, Bass C & Marshall JC, New York: Oxford University Press Inc.; 2001. p.102-125.
- (31) Lang AE, Koller WC, Fahn S. Psychogenic parkinsonism. *Arch Neurol* 1995;52:802-810.
- (32) Keane JR. Hysterical gait disorders: 60 cases. *Neurology* 1989;39:586-589.
- (33) Lempert T, Brand tT, Dieterich M, Huppert D. How to identify psychogenic disorders of stance and gait. A video study in 37 patients. *J Neurol* 1991;238:140-146.
- (34) Reynolds JR. Paralysis and other disorders of motion and sensation dependent on idea. *Br Med J* 1869;i:483-485.
- (35) 박영태, 박성희, 신환호. 시각장애 환자에 대한 맥 브라이드 장애판정 적용의 문제점. *대한 안과학회지* 1997;38:1273-1279.
- (36) Harris MB, Deary IJ, Wilson JA. Life events and difficulties in relation to the onset of globus pharyngis. *J Psychosom Res* 1996;40:603-615.
- (37) Deary IJ, Smart A, Wilson JA. Depression and 'hasle' in globus pharyngis. *Br J Psychiat* 1992;161:115-117.
- (38) Waddell G, McCulloch JA, Kummel E, et al. Nonorganic physical signs in low-back pain. *Spine* 1980;5:117-125.
- (39) Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Is there a relationship between nonorganic physical findings (Waddell signs) and secondary gain/malingering? *Clin J Pain* 2004;20:399-408.
- (40) Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain disability exaggeration/malingering and submaximal effort research. *Clin J Pain* 1999;15:244-274.
- (41) Slater ET. Diagnosis of 'hysteria'. *Br Med J* 1965;i:1395-1399.
- (42) Mace CJ, Trimble MR. Ten-year prognosis of conversion disorder. *Br J Psychiat* 1996;169:282-288.
- (43) Cunnien AJ. Psychiatric and medical syndromes associated with deception. In: Rogers R. ed. *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. 2nd ed. New York: Guildford Press;1997.
- (44) Rogers R, Bagby R, Rector N. Diagnostic legitimacy of factitious disorder with psychological symptoms. *Am J Psychiat* 1989;146:1312-1314.
- (45) Bass C. Factitious disorders and malingering. In: *Contemporary approaches to the study of hysteria*. Ed by Halligan PW, Bass C & Marshall JC, New York: Oxford University Press Inc.;2001. p.126-142.
- (46) Kalivar J. Malingering versus factitious disorder. *Am J Psychiatry* 1996;153:1108.
- (47) King BH, Ford CV. Pseudologia fantastica. *Acta Psychiatrica Scand* 1998;77:1-6.
- (48) American Psychiatric Association. *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press;1994.
- (49) 이부영 역. ICD-10 정신 및 행태 장애. 서울: 일조각;1998. p.376.
- (50) Trimble MR. *Posttraumatic Neurosis from the Railway Spine to the Whiplash*. New York: Wiley;1981
- (51) Rogers R. *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. 2nd ed. New York, NY: Guilford;1997.
- (52) Lipian MS, Mills MJ. Malingering. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed., Ed. by Sadock BJ, Sadock VA. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p.1898-1907.
- (53) Hales RE, Yudofsky SG, *Textbook of Clinical Psychiatry*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric

Publishing, Inc.:2003.

- (54) Main CJ, Spanswick CD. Functional overlay and illness behavior in chronic pain: distress of malingering? Conceptual difficulties in medico-, assessment of personal injury claims. *J Psychosom Res* 1995;39:737-753
- (55) Beals RK, Hickman NW. Industrial injuries of the back and extremities. *J Bone Joint Surg* 1972;54A:1593-1611.
- (56) Osterwels R, Kleinman A, Mechanic E. Institute of Medicine Committee on Pain, Disability and chronic Illness Behavior: Pain and disability, clinical behavioral and public policy perspectives. Washington, DC: National Academy Press;1987. p.171.
- (57) Leavitt F, Sweet JJ. Characteristics and frequency of malingering among patients with low back pain. *Pain* 1986;25:357-364.
- (58) American Medical Association. Guide to the Evaluation of Permanent Impairment. 5th ed. Chicago: American Medical Association;2000.
- (59) Craig K, Badali MA. Introduction to the special series on pain deception and malingering. *Clin J Pain* 2004; 20: 377-382.
- (60) Miller H. Accident neurosis. *Br Med J* 1961;1:919-915; 992-998.
- (61) Kennedy F. The mind of the injured workers: its effects on disability periods. *Compensation Med* 1946;1:19-21.
- (62) Schrader H, Obelieniene D, Bovim G, Surkiene D, Mickeviciene D, Miseviciene I, Sand T. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medico-legal context. *Lancet* 1996;347:1207-1211.
- (63) Thompson GN. Post-traumatic psychoneurosis-a statistical survey. *Am J Psychiatry* 1965;121:1043-1048.
- (64) Sprehee DJ. Workers' compensation: a psychiatric follow-up study. *Int J Law Psychiatry* 1984;7:165-178.
- (65) Encel S, Johnston CE. Compensation and Rehabilitation. A Survey of Workers' Compensation Cases Involving Back Injuries and Lump-sum Settlements. Sydney: New South Wales University Press;1978.
- (66) Tarsh MJ, Royston C. A follow-up study of accident neurosis. *Br J Psychiatry* 1985;146:18-25.
- (67) Gotten N. Survey of one hundred cases of whiplash injury after settlement of litigation. *JAMA* 1956;162: 865-867.
- (68) Mendelson G. 'Compensation neurosis' revisited: outcome studies of the effects of litigation. *J Psychosom Res* 1995;39:695-706.
- (69) Bryant B, Mayou R, Lloyd-Bostock S. Compensation claims following road accidents: a six-year follow-up study. *Med Sci Law* 1997;37:326-336.
- (70) Reich P, Gottfried LA. Factitious disorders in a teaching hospital. *Ann Int Med* 1983;99:240-247.
- (71) Barsky AJ. Forgetting, fabricating, and telescoping: the instability of medical history. *Arch Inter Med* 2002;162: 981-984.
- (72) Slater JD, Brown MC, Jacobs W, Ramsay RE. Induction of pseudoseizures with intravenous saline placebo. *Epilepsia* 1995;36:580-585.
- (73) LoPiccolo CJ, Goodkin K, Baldewicz TT. Current issues in the diagnosis and management of malingering. *Ann Med* 1999;31:166-174.
- (74) Southall DP, Plunkett MC, Banks MW, Falkov AF, Samuels MP. Covert video recordings of life-threatening child abuse: Lessons for child protection. *Pediatrics* 1997;100:735-760.
- (75) Dush DM, Simons LE, Platt M, et al. Psychological profiles distinguishing litigating and nonlitigating pain patients: subtle, and not so subtle. *J Pers Assess* 1994; 62:299-313.
- (76) Mendelson G. Measurement of conscious symptom exaggeration by questionnaire: a clinical study. *J Psychosom Res* 1987;31:703-711.
- (77) Iversion G. Detecting exaggeration and maligering in neuropsychological assessment. *J Head Trauma Rehabil* 2000;15:829-858.
- (78) Pankratz L, Binder LM, Wilcox LM. Evaluation of an exaggerated somatosensory deficit with symptom validity testing. *Arch Neurol* 1987;44:798.
- (79) Leavitt F. Detection of simulation among persons instructed to exaggerate symptoms of low back pain. *J Occup Med* 1987;29:229-233.
- (80) Wallis BJ, Bogduk N. Faking a profile: can naive subjects simulate whiplash responses. *Pain* 1996;66:223-227.
- (81) Poole GD, Craig KD. Judgments of genuine, suppressed, and faked facial expressions of pain. *J Pers Soc Psychol* 1992;63:797-805.
- (82) Bogduk N. Diagnostic blocks: a truth serum for maligering. *Clin J Pain* 2004;20:409-414.
- (83) Cherry DA, Gourlay GK, McLachlan M, et al. Diagnostic epidural opioid blockade and chronic pain: preliminary report. *Pain* 1985;21:143-152.
- (84) Bogduk N, Lord SM. Cervical zygapophysial joint pain. *Neurosurg Quart* 1998;8:107-117.
- (85) Awerbuch MS. Thermography-its current diagnostic status in musculoskeletal medicine. *Med J Aust* 1991;154: 441-444.

- (86) Turner M. Malingering, hysteria and the factitious disorders. *Cognitive Neuropsychiat* 1999;4:193-201.
- (87) Mele A. Recent work on self deception. *Am Philosoph Quart* 1987;24:1-17.
- (88) Babinski J, Froment J. *Hysteria or Pithiatism and Reflex Nervous Disorders in the Neurology of War*. London: University of London Press:1918.
- (89) Spence SA, Crimlisk HL, Cope H, et al. Evidence for discrete neurophysiological correlations in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. *Lancet* 2000;355:1243-1244.
- (90) Libet B. Commentary on 'Free will in the light of neuropsychiatry'. *Philosophy Psychiatr Psychol* 1996;3:95-96.
- (91) Spence SA. Hysterical paralyses as disorders of action. *Cognitive Neuropsychiat* 1999;4:203-226.
- (92) Factor S, Podskalny GD, Molho ES. Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995;59:406-412.

— ABSTRACT ————— *Korean J Psychosomatic Medicine* 12(2) : 103-121, 2004 —

Current Issues in the Diagnosis of Malingering : Sensory and Motor Symptoms

Ji-Young Song, M.D.

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

Conversion disorder and factitious disorder should be ruled out before making diagnosis of malingering. For this work, inspection of patient's behavior along with complete neurological examinations, psychological tests, and meticulous psychiatric interview are necessary. Facial expression test, thermography, dynamometry were failed differentiating conversion disorders to the malingered pain and motor symptoms, however, controlled diagnostic block showed positive result partly in patients with regional or cervical pain syndrome. Chronic pain patients who are related to the process of litigation encounter stressful life situations which lead them into various neurobehavioral and psychosocial complications.

Most of suspected malingered patients would not revealed pure form rather mixed with factitious and/or conversion features.

At the time of increasing number of chronic patients associated with traffic accidents or industrial injuries who are involved in litigation, psychiatrist are needed sharp eyes and tenacity for evaluating malingering or medically unexplained symptoms.

KEY WORDS : Malingering · Conversion disorder · Factitious disorder · Differential diagnosis.
