

## 우울증 환자에서 신체화 증상에 따른 질병행동의 차이

윤창영\* · 장세현\*<sup>†</sup> · 제영묘\* · 이대수\* · 최진혁\*

### Differences of Illness Behavior in Depressive Patients According to the Presence of Somatization

Chang-Young Yoon, M.D.,\* Se-Heon Jang, M.D.,\*<sup>†</sup> Young-Myo Jae, M.D.,\*  
Dae-Su Lee, M.D.,\* Jin-Hyuk Choi, M.D.\*

#### 국문초록

##### 연구목적

질병행동은 건강 상태 또는 그에 상응하는 증상을 지각, 평가, 반응하는 적응적/비적응적 방식을 의미한다. 인지치료적인 측면에서 볼 때, 신체화 증상은 신체 지각적 측면에서 증상을 지각, 평가, 반응할 때 확대나 증폭과 같은 왜곡이 일어나 생긴다고 설명된다. 즉, 신체화를 질병행동의 이상이라고 이해할 수 있다. 본 연구에서는 신체화 우울증군과 비신체화 우울증군 간의 질병행동을 비교하여 우울증 환자에서 보이는 신체화와 관련된 질병행동의 특성을 알아보려고 하였다.

##### 방법

본 연구는 ICD-10의 진단 기준으로 진단된 우울증 환자 45명을 대상으로 한국형우울증척도(Korean Depression Scale)를 이용하여 신체화 우울증군과 비신체화 우울증군을 나누었으며, 두 집단에서의 질병행동의 차이점을 질병행동질문지(Illness Behavior Questionnaire)를 통해 비교하였다.

##### 결과

신체화 우울증군은 비신체화 우울증군에 비해 질병확신 하위척도( $6.79 \pm 2.08$  vs  $4.76 \pm 2.23$ ,  $p=0.003$ )와 부인 하위척도( $3.25 \pm 1.22$  vs  $2.10 \pm 1.41$ ,  $p=0.006$ )에서 유의하게 높은 점수를 보였다. 건강염려 하위척도와 불안정성 하위척도에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 질병행동 하위척도들이 신체화에 어느 정도 영향을 미치는지에 대한 회귀분석의 결과에서도 신체화 우울증군이 질병확신 하위척도(odds ratio=1.418,  $p=0.089$ )와 부인 하위척도(odds ratio=1.880,  $p=0.083$ )에서 유의하게 높았다.

##### 결론

본 연구에서 신체적으로 질병을 확신하고 심리적으로 질병을 부인하는 것이 우울증 환자에서 신체화 증상을 특징짓는 질병행동으로 나타났다. 이러한 질병행동의 하위척도들은 우울 기분과 신체화 증상을 보이는 정신질환을 감별하고 예측하는 유용한 심리적 지표로 활용될 수 있을 것이다.

중심 단어 : 신체화 · 우울증 · 질병행동.

## 서 론

신체화란 내재된 무의식적인 신경증적 갈등을 신체 증상

으로 표현하는 것으로 해부생리학적으로 아무런 연관이 없는 다양한 신체 기관에 걸친 복합적인 증상을 나타내는 용어로 정의된다.<sup>1)</sup> 이러한 의학적으로 설명되지 않는 신체적

접수일 : 2009년 8월 7일 / 게재확정일 : 2009년 9월 28일

\*김원목기념 봉생병원 신경정신과 Department of Psychiatry, Bongseng Memorial Hospital, Busan, Korea

<sup>†</sup>Corresponding author

불편감과 증상을 경험하고 호소하는 신체화 증상들이 지속되거나, 이로 인해 직장 생활이나 일상생활의 불편으로 병원을 찾게 되는 환자들이 임상 실제에서는 흔한 일이다.<sup>2,3)</sup> 일차진료를 받는 환자들 중 많은 비용과 시간을 들여서 진단적 접근을 하여도 특별한 이상소견을 보이지 않는 경우들이 많다. 더구나 부적절한 치료를 받거나 충분한 치료를 받지 못해 만성화되는 경향이 높은 것으로 알려져 있다.<sup>4,5)</sup>

우울증에서 신체화 증상의 빈도를 조사한 연구들에 따르면, 우울증에서의 신체화 증상의 유병률은 상당히 높아 우울증 환자의 46~84%에서 신체화 증상을 동반한다고 보고하였다.<sup>6-11)</sup> 국내의 경우에도 신체화 환자의 질병행동의 특성, 우울증과 신체화와의 관계에 관한 연구 및 정신과 질환군 간의 질병행동을 비교한 연구들이 있다.<sup>12-16)</sup> 또한, 많은 연구들에서 신체화 증상이 우울 증상과 연관성이 많으며, 우울증이 신체화 장애와의 연관성도 높은 것으로 보고되고 있다.<sup>1,17-20)</sup>

이러한 이유로 현재 국내외의 연구 및 임상에서의 신체화 증상을 동반한 우울증에 대한 관심이 높아지고 있지만, 이에 대한 진단적 접근 및 특성에 대한 연구는 미흡한 실정이다.

신체화 증상을 인지치료적인 관점에서는 신체 지각적 측면의 증상에 대한 지각, 평가 및 대응 방식이 확대, 증폭, 왜곡에 기인한다고 본다.<sup>21)</sup> 건강 상태나 그에 상응하는 증상을 지각, 평가 및 반응하는 방식은 질병행동이라는 용어로 불리기도 하는데, 개인이 질병에 대해서 받아들이고 이에 따른 행동을 취하는 것을 말한다.<sup>22)</sup> 결국 신체화 방식이 질병행동의 한 형태로 볼 수 있다. 이런 측면에서 신체화 우울증 환자에 있어서 질병행동의 특성을 밝히는 것이 환자의 증상을 이해하고 접근하는데 도움이 될 것으로 기대된다. 나아가 적절한 이해에 따른 치료를 통하여 빠른 시간 내에 증상의 감소 내지 일상으로 복귀시킬 수 있을 것이다.

Pilowsky는 이상질병행동(abnormal illness behavior)이라는 개념을 제시하였다. 그는 의사가 원인이 될 만한 생물학적, 심리적, 사회적, 문화적인 요인에 대해서 적절한 평가를 한 후 건강 상태에 대해서 명료하게 설명하고 적절한 처치를 제공하였음에도 불구하고, 자신의 건강에 대해서 부적응적으로 경험하고, 지각하고, 평가하고, 반응하는 지속적인 경향이라고 정의하였다. 이러한 행동의 동기가 의식적이나 무의식적이나, 질병을 확신하느냐 부인하느냐, 신체적이나 심리적이나에 따라 구분하였다. 이를 기초로 질병행동 질문지(Illness Behavior Questionnaire)를 고안하였으며, 신체화에 따른 질병행동의 특성을 파악하는데 유용할 것으로 알려져 있다.<sup>23-26)</sup>

본 연구에서는 종합병원 신경정신과 치료를 받고 있는 환자를 대상으로 신체화 우울증군과 비신체화 우울증군

의 질병행동을 비교하여 우울증에서의 신체화의 특성을 알아보고자 하였다.

## 연구대상 및 방법

### 1. 연구대상

본 연구는 2006년 5월부터 2007년 3월까지 김원목기념 봉생병원 신경정신과에서 외래통원 치료를 받았거나 입원치료를 받았던 환자를 대상으로 하였다. 포함기준은 신경정신과 전문의의 면담 후 ICD-10의 진단기준에 의해 우울증으로 진단된 18세 이상의 성인으로 연구의 목적을 잘 이해하고 참여에 동의한 환자로 한정하였다. 제외기준은 정신병적 증세가 있거나, 알코올 의존장애, 양극성 정동장애, 기질성 정신장애, 심한 내과적인 신체질환이 있는 경우로 하였다.

### 2. 방법 및 측정도구

정신의학적 면담을 통해 성별, 학력, 결혼 상태 등의 인구학적 변인을 수집하였고, 해밀턴우울증평가척도(the 17-item Hamilton Depression Rating Scale HAMD-17),<sup>27)</sup> 한국형우울증척도(Korean Depression Scale),<sup>28)</sup> 질병행동질문지<sup>29)</sup>를 통해 우울증의 심한 정도, 신체화 경향, 질병행동에 대한 자료를 수집하였다.

#### 1) 한국형우울증척도

본 연구에서는 2003년 이민수 등에 의해 개발된 한국형 우울증척도가 사용되었다.<sup>28)</sup> 이 척도는 총 30문항으로 미래에 대한 부정적 생각차원, 자기에 대한 부정적 생각차원, 걱정 및 초조차원, 우울기분차원, 신체화 증상차원, 의욕상실차원 등의 6개 하위차원으로 구성되어 있다. 자기보고식으로 각 문항은 5점 척도로 '전혀 아니다(0점)'에서 '매우 그렇다(4점)' 사이에 반응하도록 되어 있으며, 총점범위는 0~120점이며 점수가 높을수록 더 우울 정동을 나타낸다. 본 연구에서는 신체화 증상차원에서 0~9점을 나타낸 대상자를 비신체화 우울증군으로, 10점 이상을 나타낸 대상자를 신체화 우울증군으로 조작적으로 나누었다. 이는 척도 개발시 신체화 하위차원에서 평균 점수가 8.94점으로 보고되어 9점을 평균으로 볼 때 그 이상의 점수를 보이는 경우를 신체화가 두드러진다고 평가하는 것이 적절할 것으로 판단되어 그 기준으로 정하였다. 본 연구에서 신체화 하위척도 9점은 3명, 10점은 1명, 11점은 3명 이었으며 경계선에 있는 10점 환자 1명은 전환증상을 보이는 등 신체화 경향이 두드러진 환자였다.

#### 2) 질병행동질문지

Pilowsky와 Spence<sup>29)</sup>가 환자들의 질병에 대한 태도를

연구하기 위해 개발하였다. 그들은 초기 개발된 52문항 질문지를 이용하여 통증클리닉에서 통증을 동반한 환자를 대상으로 적용하여 분석하였으며 이후 10개의 항목을 추가하여 총 62문항으로 구성된 질문지를 완성하였다. 질병행동 질문지는 자기보고식으로 '예' 또는 '아니오'의 2점 척도로 건강상태에 대한 환자의 경험, 지각, 평가, 반응과 관련된 질병행동차원을 측정한다. 질병행동질문지는 통증 환자를 대상으로 개발되어서 통증을 동반한 질병행동의 특성을 알아보는데 유용하다고 평가된다. 이후 신체화 증상을 보이는 환자와 전환장애 환자의 질병행동 특성의 연구에 주로 이용되었고, 신체증상이 기질적인 것인지 비기질적인지를 구분하는데도 유용한 것으로 받아들여지고 있다. 초기 질문지에 대한 요인분석에서 건강염려(general hypochondriasis), 질병에 대한 신념(disease conviction), 질병에 대한 심리적 지각 대 신체적 지각(psychotic vs. somatic perception), 부인(denial), 정서적 억제(affective inhibition), 정서적 불안정성(affective instability), 성마름(irritability) 등 7개의 요인이 확인되었다. 본 연구에서는 분석에 주로 사용되어온 7개 하위요인에 포함된 39문항만을 이용한 이기런 등<sup>16)</sup>의 연구에서 사용된 한국어 번안판을 이용하였다. 이기런 등은 질문행동질문지를 요인분석한 결과 질병확신, 부인, 정서적 불안정성, 건강염려의 4개 요인을 추출하였고 그 결과를 본 연구의 4개 하위척도로 활용하였다.

### 3) 해밀턴우울증평가척도

해밀턴우울증평가척도는 우울증에 대한 임상적 평가와 치료 연구에 있어서 가장 많이 사용되어 온 평가척도이다. 17개 항목으로 이루어진 척도로 9개의 항목(우울한 기분, 죄책감, 자살, 일과 활동, 지체, 초조, 정신적 불안, 신체적 불안, 건강염려증)은 0~4점으로, 7개 항목(초기 불면증, 중기 불면증, 말기 불면증, 위장관계 신체증상, 전반적인 신체 증상, 성적인 증상, 병식)은 0~2점으로, 마지막으로 체중 감소 항목은 0~3점으로 채점된다. 총점의 범위는 0~53점

으로 점수가 높을수록 우울증이 심각하다는 것을 의미한다.

### 3. 통계 처리 및 분석

모든 자료의 통계처리는 Window용 SPSS(version 12)를 사용했으며, 먼저 연구 대상 환자집단에 대해 각 변인 간의 상호상관계수를 구하였다. 신체화 우울증군과 비신체화 우울증군 간의 질병행동의 비교를 위해 t-test를 사용하였고, 인구학적 변인들의 비교를 위해 t-test와  $\chi^2$ 를 사용하였다. 신체화에 영향을 미치는 다양한 요인들의 예측값을 구하기 위해 로지스틱 회귀분석을 시행하였다.

## 결 과

연구 대상자는 총 45명이었으며, 여성이 남성보다 3배 정도 높은 비율을 차지하고 있으며, 평균 연령은 43세이고, 교육정도는 11년으로 고졸 학력수준이었다. 해밀턴우울증 평가척도의 총점은 평균 23.8점으로 우울 정도는 중등도 이상이었다. 신체화군과 비신체화군은 각각 24명(53.3%)과 21명(46.7%)이었으며 두 군 간에 성별, 연령, 학력, 배우자 유무 등 인구통계학적 특성과 해밀턴우울증평가척도 점수에서 유의한 차이는 없었다(Table 1).

한국형우울척도의 신체화 하위차원과 질병행동질문지의 하위척도 간의 상관관계 및 각 척도의 신뢰도의 결과를 살펴보면, 한국형우울척도의 신체화 하위차원은 질병확신( $r=0.413, p=0.005$ ), 부인( $r=0.317, p=0.034$ ) 및 정서적 불안정성( $r=0.336, p=0.024$ ) 하위척도와 유의한 정적 상관관계를 보였다. 그러나 건강염려 하위척도 및 질병행동질문지 전체 점수와는 유의한 상관관계를 보이지 않았다(Table 2).

두 군 간의 질병행동질문지 하위척도 비교에서는 신체화 우울증군에서 비신체화 우울증군에 비해 질병확신 하위척도( $6.79 \pm 2.08$  vs  $4.76 \pm 2.23, t=-3.137, p=0.003$ )와 부정 하위척도( $3.25 \pm 1.22$  vs  $2.10 \pm 1.41, t=-2.912, p=0.006$ )에서 유의하게 높은 점수를 보였다. 그러나 건강염려

**Table 1.** Demographic characteristics of somatizing and non-somatizing group in patients with depression

Category	Total (N=45)	Non-somatizing group (N=21)	Somatizing group (N=24)	$\chi^2$ or t-test	p	
Sex	Female	33 (73.3%)	17 (81.0%)	16 (66.7%)	1.169	0.280
	Male	12 (26.7%)	4 (19.0%)	8 (33.3%)		
Age	42.98 ( $\pm 16.04$ )	42.76 ( $\pm 18.07$ )	43.17 ( $\pm 14.44$ )	2.776	0.935	
Education	11.13 ( $\pm 4.09$ )	11.19 ( $\pm 3.78$ )	11.08 ( $\pm 4.42$ )	1.069	0.931	
Marital	Single	11 (24.4%)	5 (23.8%)	6 (25.0%)	2.941	0.401
	Married	27 (60.0%)	14 (66.7%)	13 (54.2%)		
	Divorced	3 (6.7%)	0 (0%)	3 (12.5%)		
	Bereaved	4 (8.9%)	2 (9.5%)	2 (8.3%)		
HAMD-17	23.80 ( $\pm 9.95$ )	23.80 ( $\pm 9.95$ )	28.25 ( $\pm 9.34$ )	-1.536	0.132	
KDS-SOM	10.42 ( $\pm 5.31$ )	5.71 ( $\pm 3.02$ )	14.54 ( $\pm 2.84$ )	-10.054	<0.01*	

\* :  $p < 0.01$ . HAMD-17 : the 17-item Hamilton depression rating scale for depression, KDS-SOM : Korean depression scale-somatization subscale

하위척도와 정서적 불안정성 하위척도 및 질병행동척도 전체점수는 두 군 간 유의한 차이를 보이지는 않았다(Table 3).

한국형우울증척도의 신체화 하위차원에 대한 다양한 변수들의 영향을 회귀분석을 통해 평가하였다. 변수들 중 성별과 이혼에서 교차비(odds ratio)가 높게 나타났으나 통계적 유의하지 않았다. 질병행동 하위척도들 중에서는 질병확신과 부인 하위척도의 교차비가 각각 1.418과 1.880이었고 유의수준 0.1에서 통계적으로 유의성을 보였다. 건강염려와 불안정성 하위척도는 교차비도 낮았고 통계적 유의성도 보이지 않았다(Table 4).

## 고 찰

본 연구 결과, 질병행동 4개의 하위척도 중에서 신체화

우울증군이 비신체화 우울증군에 비해 질병확신 하위척도와 부인 하위척도에서 유의하게 높은 점수를 보였으며, 건강염려와 정서적 불안정성 하위척도에서는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 신체화 우울증 환자에서 질병확신 경향이 높다는 것은 증상에 대해서 예민하게 지각하고, 확대 해석하고, 불편감을 더욱 크게 호소하며, 과잉 반응을 할 수 있다는 것으로 해석할 수 있다. 이는 정신질환에서 보이는 병식의 결여와 달리 병식의 왜곡이라고 할 수도 있다. 이러한 경우 내과적인 검사나 치료에 집착할 수 있어 적절한 치료의 기회를 놓치고 불필요한 의료비용을 지출할 여지가 많다. 신체화 우울증 환자에서 부인 하위척도가 높다는 것도 신체 질환에 대한 집착이 강해 현재 생활의 문제를 더 부인하고, 이 문제를 신체적인 것으로 더 귀인하려는 경향을 보이는 것으로 판단된다. 이는 신체형장애 환자에서 우

**Table 2.** Correlations between Korean Depression Scale-somatization subscale and Illness Behavior Questionnaire subscales, and reliabilities of each scale

	DA	D	GH	AU	IBQ	Cronbach's $\alpha$
SOM	0.413(0.005) <sup>†</sup>	0.317(0.034)*	0.003(0.983)	0.336(0.024)*	0.261(0.083)	
DA		0.263(0.081)	0.248(0.100)	0.418(0.004) <sup>†</sup>	0.794(0.000) <sup>†</sup>	0.6386
D			0.075(0.625)	0.374(0.011)*	-0.037(0.808)	0.5254
GH				0.063(0.683)	0.633(0.000) <sup>†</sup>	0.5975
AU					0.514(0.000) <sup>†</sup>	0.2895

\* : p<0.05, † : p<0.01. AU : affective instability, D : denial, DA : disease affirmation, GH : general hypochondriasis, SOM : Korean Depression Scale-somatization subscale, IBQ : Illness Behavior Questionnaire

**Table 3.** Comparison of Illness Behavior Questionnaire subscales between non-somatizing and somatizing group

	Non-somatizing group (N=21)		Somatizing group (N=24)		t-test	p
	Mean	SD	Mean	SD		
DA	4.76	2.23	6.79	2.08	-3.137	0.003 <sup>†</sup>
D	2.10	1.41	3.25	1.22	-2.912	0.006 <sup>†</sup>
GH	3.81	1.78	3.83	1.95	-0.043	0.966
AU	4.10	1.48	4.88	1.23	-1.908	0.064
Total	10.57	3.68	12.25	3.84	-1.496	0.142

\* : p<0.05, † : p<0.01. AU : affective instability, D : denial, DA : disease affirmation, GH : general hypochondriasis

**Table 4.** logistic regression analysis to determine the influence of variance in somatizing group

	B	S.E.	Wald	df	OR	p
Coefficient	-5.797	4.327	1.795	1	0.003	0.180
HAMD-17	0.043	0.042	1.043	1	1.044	0.307
Sex(Female)	1.411	1.153	1.498	1	4.100	0.221
Age	-0.009	0.048	0.034	1	0.991	0.853
Marriage			0.486	3		0.922
Married						
Single	-0.422	1.638	0.066	1	0.656	0.797
Divorced	20.184	>100	<0.001	1	>100	0.999
Widowed	1.483	2.203	0.453	1	4.405	0.501
Education	0.011	0.139	0.007	1	1.011	0.935
DA	0.345	0.205	2.897	1	1.418	0.089*
D	0.631	0.365	2.996	1	1.880	0.083*
GH	0.071	0.273	0.004	1	1.017	0.949
UA	0.182	0.345	0.279	1	1.200	0.598

\* : p<0.1. AU : affective instability, D : denial, DA : disease affirmation, GH : general hypochondriasis, HAMD-17 : the 17-item Hamilton rating scale for depression

울장에 환자보다 질병의 확신과 부정하려는 경향이 높다는 기존의 국내 연구 결과와 일치하는 결과이다.<sup>12)</sup>

비신체화 우울증 환자에서 질병확신 하위척도가 낮다는 것은 우울증이라는 심리적인 질환이 있음에도 이를 질환으로 확신하지 않는 병식의 결여 경향을 의미한다고 볼 수 있다. 자신의 심리적인 문제를 현재의 생활 문제로 귀인하려는 경향으로 인해 부인 하위척도가 상대적으로 높게 나온 것으로도 해석할 수 있다. 우울증상을 동반하지 않은 순수 신체형장애 환자군에 대한 질병행동 연구에서는 질병 대조군<sup>13)</sup> 또는 기본장애 환자 대조군<sup>16)</sup>과 비교해서 신체형장애 환자군이 대조군들보다 질병확신 하위척도와 건강염려 하위척도가 높은 반면, 부정 하위척도에서는 유의한 차이가 없었다는 보고가 있어 신체화 우울증 환자군과 신체형장애 환자군 간에 질병행동 측면에서 다소의 차이가 있음을 시사한다. 이러한 원인으로는 기존 연구들과는 달리 본 연구에서는 신체화 증상의 여부에서는 차이가 있으나, 우울한 정서를 가진다는 점에서는 연구에 참여한 두 비교 대상이 공통적인 부분이 있어서 이러한 결과가 나왔다고 할 수 있을 것이다. 정서적 불안정성 하위척도는 신체화 증상과 무관하게 우울 기분과 동조해서 변하는 것으로 추정되고, 건강염려 하위척도는 순수한 신체형장애 환자군에서 특히 두드러진 질병행동으로 이해되는 측면이 있어 신체화 우울증 환자군에서 보이는 건강염려정도보다도 더욱 강할 것으로 보인다. 기존 국내 연구에서는 집단간의 성별, 교육수준, 결혼상태, 경제적 상태 등의 인구통계학적 변인에서 차이가 있었지만, 본 연구에서는 두 군 간에 인구통계학적 변인에서 유의한 차이가 없었다는 점도 영향을 미쳤을 것으로 판단된다.

본 연구에서는 인구학적 변인들 중 성별과 결혼 상태가 신체화 경향을 예측하는 변인으로서 교차비가 높게 나왔으나, 통계적인 유의성 면에서는 질병확신이나 부인과 같은 질병행동 하위척도보다는 낮은 것으로 확인되었다. 이는 인구학적인 변인보다 질병행동적 특성과 같은 인지적인 특성이 신체화 여부에 더욱 큰 영향을 미친다는 것을 시사한다.

이상을 종합해보면, 우울증 환자 중에서 신체화 여부는 질병확신과 부인 하위척도에서, 비신체화 우울증 환자와 순수 신체형장애 환자는 질병확신과 건강염려 하위척도에서, 신체화 우울증 환자와 기질성 신체질환자와는 불안정성 하위척도에서 차이를 보일 수 있을 것이다. 이러한 질환군별 질병행동의 특성을 활용한다면, 임상에서 다양한 환자를 선별하는데 유용할 것이라고 생각된다.

신체화 증상을 호소하는 환자에서 인지행동치료가 효과가 있고, 약물 치료와 함께 인지행동치료가 동반되었을 경우 더욱 치료효과가 좋은 것으로 밝혀져 있다.<sup>30-32)</sup> 인지행동치료에서의 신체화 증상에 대한 접근은 신체화 증상과 관

련된 자동적 사고 및 왜곡의 수정, 신체화 증상의 원인에 대한 재귀인, 과거 질병 경험, 학습 패턴 등의 수정이 핵심이다. 이러한 측면에서 본 연구에 살펴본 신체화 우울증 환자에서의 질병행동과 같은 인지적인 특징을 잘 이해함으로써 치료에도 활용할 수 있다.

본 연구는 몇 가지 제한점이 있다. 첫째, 각 군의 대상자 수가 적다는 점과 시간적으로 종적인 비교 관찰이 이루어지지 않았으며, 일 도시의 종합병원 신경정신과 한 곳에서의 제한된 지역의 환자만을 대상으로 하였으므로 연구 결과의 일반화에는 제약이 있다는 점이다. 둘째, 한국형우울척도의 하위척도인 신체화 하위차원 10점 이상을 신체화 우울증군으로 구분한 점은 다소 작위적인 면이 있다. 셋째, 본 연구에 사용된 질병행동질문지의 한국어 번안판은 표준화가 아직 이루어지지 않아 신뢰도와 타당도가 검증되지 않았다는 점이다. 하지만, 앞서 언급한 인구통계학적 변인에서 차이가 없는 집단을 대상으로 하였다는 점과 동일한 질환군 내에서의 신체화 증상에 따른 질병행동의 특징을 비교하였다는 점이 본 연구의 장점이라 할 수 있다.

## 결론

본 연구에서는 신체화 증상을 동반한 우울증군에서 신체화 증상을 동반하지 않은 우울증에 비해, 질병행동 측면에서 질병확신과 부인하려는 경향이 높은 것으로 나타났다. 질병행동이라는 개념과 질병행동질문지의 하위척도들은 우울 기분과 신체화 증상을 보이는 정신질환을 감별하고 예측하는 유용한 심리적 지표로 활용될 수 있을 것이다.

## REFERENCES

- (1) Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988;145(11):1358-1368.
- (2) Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:15-21.
- (3) Ford CV. The somatizing disorders. *Psychosomatics* 1986;27(5):327-337.
- (4) Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. *Can J Psychiatry* 2004;49(10):663-672.
- (5) Jackson JL, Kroenke K. Prevalence, impact, and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow-up study. *Psychosom Med* 2008;70(4):430-434.
- (6) Martin A, Chalder T, Rief W, Braehler E. The relationship between chronic fatigue and somatization syndrome: a general population survey. *J Psychosom Res* 2007;63(2):147-156.
- (7) Diamond S. Depressive headaches. *Headache* 1964;4:255-229.
- (8) Knorrung L. The experience of pain in depressed patients. A clinical and experimental study. *Neuropsychobiology* 1975;1(3):

- 155-165.
- (9) Von Knorring L, Almay BG, Johansson F, Terenius L. Pain perception and endorphin levels in cerebrospinal fluid. *Pain* 1978;5(4):359-365.
- (10) Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(8):903-910.
- (11) Brown FW, Golding JM, Smith GR Jr. Psychiatric comorbidity in primary care somatization disorder. *Psychosom Med* 1990;52(4):445-451.
- (12) 고경봉, 기선완. 신체형장애, 우울장애 및 정신신체장애 환자들간의 질병행동의 비교. *정신신체의학* 1997;5(2):185-194.
- (13) 송지영, 염태호, 오동재, 조성욱. 신체화에 따른 질병행동의 특성에 관한 연구. *정신신체의학* 1997;5(2):176-184.
- (14) 신현균, 원호택, 정희연. 신체화 집단의 질병 추론 편향. *한국심리학회지* 1998;17(1):235-246.
- (15) 김명정, 김광일. 신체화장애의 임상적 연구. *정신건강연구* 1984;2:137-158.
- (16) 이기련, 이영호. 신체형장애 환자들의 질병행동 특성. *한국심리학회지* 2003;22(1):57-70.
- (17) Lipowski ZJ. Somatization and depression. *Psychosomatics* 1990;31(1):13-21.
- (18) Cadoret RJ, Widmer RB, Troughton EP. Somatic complaints: *J Affect Disord* 1980;2(1):61-70.
- (19) Lloyd GG. Psychiatric syndromes with a somatic presentation. *J Psychosom Res* 1986;30(2):113-120.
- (20) 전태연, 김대진, 이규환. 주요우울증, 정신분열증 및 조증 환자들이 호소하는 신체증상에 따른 자기보고척도간의 비교. *신경정신의학지* 1994;33(6):1219-1229.
- (21) Sharpe M. Cognitive behavioural therapies in the treatment of functional somatic symptoms. In *Treatment of functional somatic symptoms*. University of Oxford;1995.
- (22) Mechanic D. The concept of illness behavior. *J Chronic Dis* 1962;15:189-194.
- (23) Pilowsky I. Abnormal illness behaviour. *Br J Med Psychol* 1969;42(4):347-351.
- (24) Pilowsky I. The concept of abnormal illness behavior. *Psychosomatics* 1990;31(2):207-213.
- (25) Pilowsky I. Aspects of abnormal illness behaviour. *Psychother Psychosom* 1993;60(2):62-74.
- (26) Pilowsky I, Spence N, Cobb J, Katsikitis M. The Illness Behavior Questionnaire as an aid to clinical assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 1984;6(2):123-130.
- (27) Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1960;23:56-62.
- (28) 이민수, 이민규. 한국우울증척도의 개발. *신경정신의학* 2003;42(4):492-506.
- (29) Pilowsky I, Spence N. *Manual of the Illness Behavior Questionnaire*, 2nd ed. South Australia: University of Adelaide;1983.
- (30) Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 2007;69(9):881-888.
- (31) Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom* 2000;69(4):205-215.
- (32) Looper KJ, Kirmayer LJ. Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(3):810-827.

## Differences of Illness Behavior in Depressive Patients According to the Presence of Somatization

Chang-Young Yoon, M.D., Se-Heon Jang, M.D., Young-Myo Jae, M.D.,  
Dae-Su Lee, M.D., Jin-Hyuk Choi, M.D.

*Department of Psychiatry, Bongseng Momorial Hospital, Busan, Korea*

**O**bjectives : Illness behavior is defined as the persistence of an adaptive/maladaptive mode of perceiving, evaluating and responding to health status and symptoms according to the status. In a cognitive aspect, somatizing symptoms are regarded as being originated from distortions, including magnification and/or amplification, of perceiving, evaluating and responding to symptoms such as bodily sensations. That is somatization may be explained by maladaptive illness behavior. In this study, we tried to investigate differences of illness behavior in depressive patient according to the presence of somatization.

**Methods** : We divided 45 patients who were diagnosed as depression with ICD-10 diagnostic criteria into two groups(somatizing and non-somatizing group) according to the somatization subscale of Korean Depression Scale and compared two groups in the differences of illness behavior using the Illness Behavior Questionnaire.

**Results** : Somatizing group showed significantly higher scores than non-somatizing group on the disease affirmation subscale( $6.79 \pm 2.08$  vs.  $4.76$ ,  $p=0.003$ ) and the denial subscale( $3.25 \pm 1.22$  vs.  $2.10 \pm 1.41$ ,  $p=0.006$ ). There were no significant differences between two groups on the general hypochondriasis subscale and the affective instability subscale. In a logistic regression analysis, somatizing group also showed higher odds ratio (OR) scores on the disease affirmation subscale( $OR=1.418$ ,  $p=0.089$ ) and the denial subscale( $OR=1.880$ ,  $p=0.083$ ).

**Conclusion** : The disease affirmation and denial may be a discriminative mechanism of somatization in depressive patients. These subscales of Illness Behavior Questionnaire could be useful markers, and psychiatric illnesses with somatizing and depressive symptoms may be differentially diagnosed and be predicted through these subscales.

**KEY WORDS** : Somatization · Depression · Illness Behavior.