

## 신체화의 기전\*

송 지 영\*\*

The Mechanisms of Somatization\*

Ji-Young Song, M.D.\*\*

— ABSTRACT ————— Korean J Psychosomatic Medicine 4(2) : 262-268, 1996 —

**I**t is important not only understanding the underlying psychodynamic mechanism of the somatization but also understanding the somatization as a process where biological and sociocultural factors are acting as maintaining and exaggerating the primary vague somatic symptoms.

Recently, among mechanisms of the somatization biological and cognitive aspect became more important than psychodynamics.

When the doctors see patients complain physical discomforts without organic foundation, they should give attention to the mechanism of symptom amplification, misinterpretation, individual cognitive characteristics and learned behavior. Psychiatric disorders which show somatic symptoms should be also evaluated.

Autonomic dysfunctions linked with stress would give some clues of the mystery of the mind-body relationship.

KEY WORDS : Somatization · Mechanism.

신체화의 의미는 학자들마다 다르고 사용하는 단어도 여러 가지가 되다보니 혼란스럽다. 영어로는 somatization, somatizing, somatizer, functional, non-organic 등 다양하게 표현되어 있다.

감정요소가 어떠한 경로를 통해서 신체증상으로 표현

\*이 논문의 요지는 1996년 10월 한국 정신신체의학회 추계학술 대회에서 발표되었음.

This paper was presented at the annual academic meeting of the Korean Psychosomatic Society in Oct. 1996, Seoul, Korea.

\*\*경희대학교 의과대학 신경정신과학교실

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

되는가? 단지 감정요소만이 작용하여 신체증상으로 되는 것인가? 치료시에는 표현되는 신체증상 그것 자체는 중요하지 않고 근본이 되는 감정요소 만이 중요한 것인가? 신체화에 관해서 이와 같은 많은 의문점이 있다. 신체화의 기전에 대해서 알아보는 것은 신체화의 개념의 변천과 다르지 않고, 나아가서는 정신의학의 최근 발전과 궤를 같이 한다고 할 수 있다. 즉 생물학적인 지식이 오늘날보다 부족하였을 때 정신 역동적으로 설명하던 것이 그 후에는 정신역동의 가설에 상응하는 생물학적인 근거가 많이 밝혀졌다. 근래에는 생물학적인 부분 뿐만 아니라 문화, 사회적인 측면을 포함하고 최근에는 특히,

가족관계, 성학대나 폭력과 관계된 신체화, 소아의 경우나 환경에 따른 신체화 등 넓은 영역에서 신체화의 개념을 파악하며 적용하고 있다.

Lipowski(1987)는 신체화를 경험, 인지, 행동의 3가지 측면에서 보아야 한다고 했다. 내적·외적 자극을 수용하는 방식과 이를 평가하는 인지틀, 인지된 것을 신체의 이상이나 불편함으로 표현하며 이것이 발전되어 행동으로 나타나는 것을 신체화의 특성이라고 하였다.

한편, 신체화는 형성되어 가는 과정으로서 파악해야 한다고 알려졌다(Kellner 1987). 소인을 갖고 있던 사람이 유발요인에 의해 처음 신체증상이 나타났을 때, 이 증상은 유지시키는 인자에 의해서 지속적으로 신체증상을 갖게 되며 이에 따른 특징적인 행동을 보이게 된다. 소인으로서는 유전적 배경이 있다. 즉 신체화를 보이는 사람에서 반사회적 인격장애가 많이 동반되는 것으로 보아 이들이 동일한 유전자를 가지고 있을 것이라 추정하고 있다. 그리고 사회경제 계층이 낮은 경우, 교육을 적게 받은 사람에서 신체화는 많이 나타나고, 문화·인종적 특성에 따라, 그리고 뇌기능의 상태가 관련된다. 비우세반구 기능의 이상, 양쪽 전두엽 기능의 저하, 또 유발전위 검사에서 이상이 있다는 연구보고가 있다. 그러나 이것들이 신체화의 결정적인 요인이라고 하기에는 근거가 부족하다. 신체화의 유발요인으로서는 중요했던 인물의 사망, 건강을 자신했던 사람이 갑자기 병에 걸린다면 가 주위 친구나 친지의 발병, 그리고 각종의 스트레스이다. 일단 초기에 형성된 신체증상은 학습효과에 따른 습관화, 2차 이득에 따른 강화, 치료를 받고자 하는 노력 등과 같은 유지요소들에 의해서 지속적으로 증상을 나타내게 된다. 이렇게 신체화를 상태가 아닌 형성과정으로서 파악해 보면 신체화 형성에는 여러 요소가 상호 혼합되어 작용한다는 것을 알 수 있다. 오늘날의 정신의학에서 정신장애를 파악하는 방법이 그러하듯이 신체화도 여러 가지 요인들이 복합적으로 작용해서 형성된다는 bio-psycho-socio-cultural 모델로 파악하고 있다.

신체화의 기전을 파악하는데 있어서 신체화의 형성에 미치는 요소들을 다음의 6가지로 나누어 설명하고자 한다. 즉, 1. 무의식과 내부 정신과정에 의한 것, 2. 인지특성, 3. 학습된 행동이라는 관점, 4. 정신 생리적 변화, 5. 정신장애에서의 신체화, 6. 사회문화적 특성에 따른 신체화이다.

## 1. 무의식과 내부정신과정

Freud는 신체화를 성리비도(sexual libido)로 설명하였다. 외부대상으로 향하던 성 리비도가 현실과의 갈등으로 위축되면 자기애 리비도로 변화되고, 이 자기애 리비도가 점차 커져서 넘치면 신체화하여 신체증상을 나타낸다고 했다(Barsky와 Klerman 1983).

타인에 대한 분노와 적대감이 적절히 표현 될 수 없는 경우에 현재의 사람에게 신체증상을 통해서 표현되기도 한다. 즉 과거에 적절히 도움을 받지 못한 것에 대한 실망, 분노를 현재에 자신이 고통스럽다는 것으로 타인에게 나타내는 것이다(Vaillant 1971). 구강 의존적 욕구가 큰 사람은 주위사람으로부터 관심을 얻고 보호 받으려고 사소한 신체증상을 과장한다. 그리고 죄책감이 있는 사람은 자신을 벌하거나 속죄의 의미로서 신체증상을 증폭시켜 아파하고 괴로워한다(Engel 1959). 자존심이 심히 저하되어 있거나 '나는 나쁜 사람이다'와 같이 자신에 대해 부적절한 감정을 갖고 있는 사람은 이에 대한 방어로서 자신의 몸이 뭔가 이상하다고 느끼게 되고 이 것은 신체화로 발전된다(Barsky 1979).

한편 Alexander F.는 식물성 신경증(vegetative neurosis)의 증상에 대하여 역암된 감정이 표현되지 않으면 이 감정과 동시에 생리적인 변화가 생기고 그후 생리적인 변화가 장기간 지속되면 비가역적인 신체증상으로 되는 것으로 설명하였다. 즉 강한 분노의 감정이 표현되지 못하는데 따라 혈압이 상승되는 경우이다. 이러한 현상은 개인의 특성인 체질적 요소(constitutional factor)에 따라 결정될 것이라 하였다(Luban-Plozza 등 1992).

Max schur는 신체화를 재신체화(resomatization)에 따라 생기는 것이라고 하였다. 사람이 어릴 때는 정신과 신체 기능이 미분화 되어있는 상태로 있다가 성장 발달함에 따라서 자아기능이 분화되고, 이에 신체와 정신 기능은 서로 균형을 유지해가면서 독립적으로 발달되어 가는 탈신체화(desomatization)의 과정을 밟는다. 그러다가 생활 속에서 겪는 스트레스, 갈등에 의해 자아기능이 약화되면 이와 동시에 신체기능이 퇴행되는 생리적 퇴행(physiological regression)이 일어난다. 이러한 퇴행은 분화되기 이전의 단계인 미분화된 상태로 되돌아가는 것이다. 이러한 미분화된 상태로의 퇴행에서는 유치한 자아기능과 함께 미분화된 신체증상을 나타낸다. 이것이 재신체화(resomatization)에 의한 신체화이다

(Luban-Plozza 등 1992).

대상 상실로 인해서도 신체증상이 발현된다. 실제로 애착을 가진 대상을 잃거나 잃을지도 모를 상태, 혹은 상상 속에서 상실을 했을 경우에 자존심이 약한 사람은 자기애에 손상을 받고서 상실을 극복하지 못하고 '포기하고 포기 당한 상태'(giving up-given up complex)로 되어 우울증과 함께 신체증상을 보이게 된다(Engel과 Schmale 1968).

## 2. 지각과 인지

최근의 신체화에 대한 기전은 위에서 말한 역동 심리적 설명보다는 인지측면을 더욱 중요시하고 있다(Barsky와 Wyshak 1990). 여기에는 정상적이거나 작은 이상(異常)신체감각을 증폭한다거나 정상 신체기능이나 감정에 따른 신체현상을 잘못 평가하는 것, 그리고 개인의 특성으로서 성격이나 체질적 차이로 나누어 설명한다. 그런데 이러한 인지 및 개인의 특성은 그 원인이 어떠하더라도 결국 이들이 나타내는 일정한 질병행동 특성으로 귀결된다.

### 1) 증폭(amplification)

정상인에서는 무시되는 정상적인 생리기능이나 저절로 나아질 수 있는 사소한 신체증상, 그리고 감정이 솟구칠 때 동반되는 각종의 신체증상들을 불쾌하고도 강한 현상으로 느낀다. 이러한 증폭은 신체감각으로 주의를 집중시키고, 각성도가 커진다(hypervigilant)(Barsky와 Wyshak 1990). 평소에는 대수롭지 않았던 신체감각에 대해 주의력이 증가되고, 이를 감정적으로 받아들이게 되면, 감각은 더욱 커지고 이는 장애를 초래하는 증상으로 발전하는 것이다. 증폭시키는 데에는 자신의 신체 상태에 대한 믿음이나 견해, 즉 '나는 감기에 약하다'거나 '심장은 매우 중요한 부분이다', 혹은 어릴 때 사소한 병으로 부모가 지나치게 관심을 보여 성인이 되어 신체에 대한 주의력이 큰 경우, 또 과거에 신체증상을 경험했던 경우 등이 영향을 준다(Mechanic 1980).

### 2) 잘못 평가(misinterpretation)

정상인에서 흉부X-선 촬영을 하고 검사상 이상이 없었음에도 불구하고 심장병의 가능성이 있다고 말해 준 경우, 이를 중 8%가 말을 들은 후에 심장과 관련된 새로운 증상이 생겼다(Wheeler 등 1958). 이는 평소 있을 수 있는 신체감각을 잘못 해석하여 심각한 병의 증상이라고

단정하는 경우이다. 속이 조금 아프거나 가슴이 아플 때 과로, 수면부족이나 운동부족이라기 보다는 위궤양에 걸렸다거나 종양 같은 병의 증상으로 해석하고 두려움이 생긴다. 이때 증상에 대한 주의력도 커지므로 신체증상은 더욱 확고해 진다(Barsky와 Wyshak 1990). 증상을 잘못 해석하거나 평가하는 데에는 주위 남의 말이 크게 작용한다. '안색이 좋지 않다. 어디 아픈 것 아니냐는 말을 듣고는 몸에 주의력이 집중되고 건강에 대한 강박적인 생각을 하며 병으로 잘못 평가한다(Barsky와 Klerman 1983). 요즈음 TV나 신문에 '치매', '성인병'과 같은 건강관련 기사나 방송이 자주 나오고 나서, 혹은 유명인사가 특정 병에 걸렸다고 알려진 후에 자신도 같은 병은 아닐까 의심하고 걱정하는 경우나, 의사생들이 보이는 일시적인 건강염려증도 몸의 상태를 잘못 해석한 나머지 신체증상으로 간주하여 신체화로 진행되는 것이 한 예이다.

### 3) 개인의 인지 반응 특성

갈등에 따른 자신의 감정을 적절히 표현하지 못하여 신체증상으로 표현하는 감정표현 불능증(alexithymia)에서 신체화를 볼 수 있다(Lesser 1985).

눈을 감고 손 위에 놓인 물건의 크기를 크게 자각하는 사람이 건강염려 척도가 높았으며 통증에 대한 인내력이 낮았는데(Petrie 1978), 이들에서 신체화의 경향이 높다. 침울성이 없는 성격, 병을 확신하고 공포감을 갖는 환자는 감각자극을 유해한 것으로 증폭하여 신체화 증상이 쉽게 생기며(Miller 1977), 통증에 대한 역치와 인내도가 낮았다(Merskey와 Evans 1975).

그리고 건강염려증 환자는 정상 생리적 감각에 매우 예민했는데, 이들은 맥박수와 심장기능을 더 정밀하게 인식하였다(Tyrer 등 1980). 최근 Barsky 등(1994)은 이에 대하여 이들 환자는 감각을 예민하게 찾아내는 것이 아니라 주위의 방해자극과 구별을 잘 하지 못하여 신체증상으로 표현하는 반응상의 이상이라고 했다.

신체화 경향이 큰 사람의 성격특성을 보면 건강에 대한 염려가 크고, 대인관계를 자신의 신체증상을 통하여 조절하려 하며, 어려움을 자기 탓이 아닌 남의 탓으로 돌린다. 대화의 주제는 자기와 자기 몸에 국한되어 있고 삶의 목표, 가족, 그리고 자기가 하는 일에 대해서는 무관심하다. 호소하는 신체증상을 해결하려는 노력은 별로 없으면서 어떻게 진단되는가에만 관심을 보인다(Barsky 1979).

### 3. 학습된 행동

환자가 무엇을 느끼는가 보다는 그들이 무엇을 하고, 무엇을 말하고 있는가가 더 중요하다는 관점이다. 호소하는 신체증상은 비언어적 소통 방법이고, 이는 과거로부터 학습되어 온 것(developmental learning)이다. 즉, 과거에 자신이 아팠을 때 이득을 얻었거나 다른 사람으로부터 도움을 받았던 경험, 주위 다른 사람이 병이 났을 때보고 듣고 배운 것, 병을 통해 가족들로부터 이차이득이 강화된 것, 어릴 때부터 병이 잦았거나 가족 중에 환자가 많았던 경우 등에서 건강염려증이나 신체화 경향이 크다(Barsky와 Klerman 1983).

이들은 대수롭지 않은 증상으로 의사를 찾거나, 검사에 이상이 없다는 의사의 말에 실망을 하고 여러 병원을 전전하는가 하면, 한 가지 증상이 나아지면 다른 증상으로 대체되는 경향을 보여 의사에 의해 환자로서 계속 있고자 하는 병자역할(sick role)이 두드러진다. 이러한 의료 추구 내지는 도움추구에서 보이는 특징적인 질병행동(illness behavior)은 이들이 호소하는 증상을 이해하는데 중요한 부분이다(송지영 1996). 의료의 도움을 받으려고 신체증상을 증폭시키고, 단순한 두통을 심각한 뇌의 질환은 아닐지 크게 염려하고, 의사로부터 기대했던 만큼의 정보를 얻지 못하면 또 다른 신체증상을 나타내기도 한다. 대인관계에서 도움 받고 지지 받기 위해서 몸이 아프다고 하는 것은 쉽고도 유용한 방법이다. 노인이나 외로운 사람인 경우에 이러한 것이 흔하다. 그리고 의료기관에서는 몸이 아프다고 해야만이 관심을 가져 주기 때문에 환자는 정신적 갈등이나 정신증상보다는 신체증상에 초점을 맞추게 되므로 신체증상이 쉽게 증폭된다.

### 4. 정신생리적 변화

#### 1) 습관화된 반사(conditioned reflex)

기니아 돼지에게 청각자극만으로 천식을 유발시키거나, 동물실험에서 상반된 행동을 나타내는 자극을 동시에 주는 스트레스로 행동장애를 일으키면 결국 고혈압이나 심근경색과 같은 장기의 이상을 초래하는 사실로 보아, 신체화를 반복 자극에 따른 신경계-생리기능의 습관화된 학습반응으로 설명한다(Luban-Plozza 등 1992). 그러나 Pavlov의 이론에 근거한 학습 행동가설을 사람에게 적용하기에는 많은 제약이 있다. 특정 상황이나 스트레스로 감정이 유발되고 장기의 기능이상이나 조직의 병변이 초래된다 하여도 개인의 반응은 다양하다. 이는 성격의

요소가 중요한 역할을 하기 때문이다(Bass 1990).

#### 2) 자율신경기능의 이상

이는 정신적인 반응은 대부분 신체로 표현된다(Alexander 1950)는 가설에 기초를 두고 있다. 기쁘거나 슬플 때 이에 따른 정상적인 생리반응으로 자율신경계에 의한 혈압이나 맥박이 일시적으로 변화하는데, 이러한 상태가 오래 지속되면 병적인 상태로 된다. 살아가다가 극복하기 어려운 상황에 처하면 싸울 것인가 도망갈 것인가(fight or flight)의 긴장상태가 되고 이때 불안이 야기되며 교감 혹은 부교감 신경계가 항진된다. 이러한 상태가 계속되고 갈등이 해소되지 못하면 기능장애를 초래하여 결국 병상태가 된다.

기능성 위장장애의 경우, 저하된 미주신경기능(부교감신경계)에 의한다고 알려졌다. 이들 환자는 정상인에 비해 스트레스 정도가 높으며, 스트레스는 부교감신경기능을 저하시켜 소화기 운동장애를 나타낸다(Hausken 등 1993). 건강대조군은 실험적으로 정신적인 스트레스를 가하기 전에 비해 스트레스 부가시에 위장의 전정(antrum) 수축 진폭의 감소가 뚜렷한데 비해서 기능성 위장장애군에서는 수축력이 이미 저하되어 있어서 진폭의 감소가 거의 나타나지 않았다(Fig. 1). 정신적인 스트레스와 관련된 자율신경기능을 보면 교감신경기능의 지표인 피부저항은 스트레스를 가하는 동안 건강대조군과 기능성위장장애군 모두에서 의미있게 증가되어 차이가 없었다. 그러나 미주신경에 의한 호흡성 심방 부정맥(res-

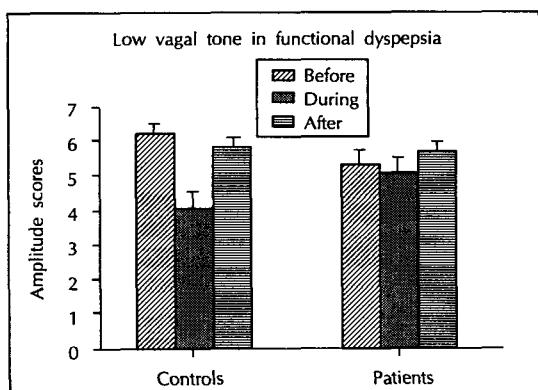
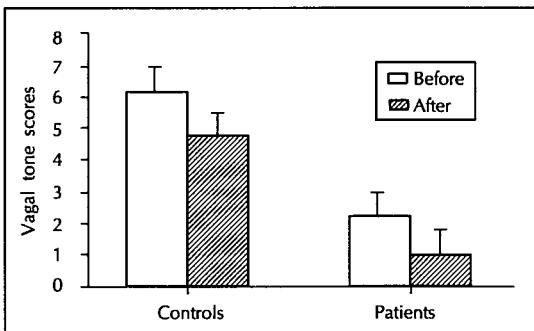


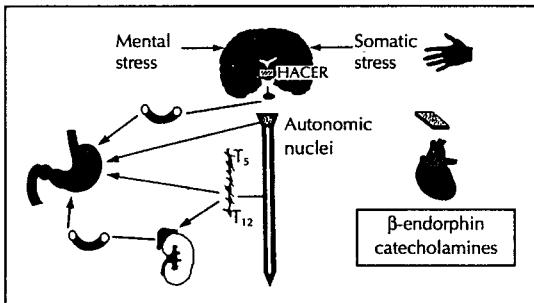
Fig. 1. Mean(SE) amplitude scores of antral contractions before, during, and after mental stress in healthy subjects(controls) and in patients with functional dyspepsia. Note that the mean and SE scores for the FD group relate to subgroups with low versus high amplitudes at prebaseline(cited from Hausken 등 1993).

piratory sinus arrhythmia, 부교감신경기능) 변화정도를 보면 대조군에 비해 기능성 위장장애군에서 스트레스 전에 이미 미주신경기능이 저하되어 있을 뿐만 아니라 스트레스를 가한 후에도 역시 저하되어 있다(Fig. 2).

정신적 신체적 스트레스 자극은 뇌의 정서반응 조절역을 거쳐 자율신경계와 위장관 반응을 나타내는데, 여기에는 3개의 주요 경로를 통해서 일어난다(Fig. 3). 즉 뇌하수체에서 beta-endorphin 방출, 뇌간과 척수의 자율신경세포의 자극으로 장기에 자율신경자극, 그리고 교



**Fig. 2.** Mean(SE) meal-induced respiratory sinus arrhythmia scores before and after mental stress in healthy subjects(controls) and in patients with functional dyspepsia(cited from Hausken 등 1993).



**Fig. 3.** Putative mechanisms in stress-related alteration of autonomic and upper gut function. Stressful stimuli (mental, somatic) are directed to specific regions in the brain such as the hypothalamic area for control of emotional responses(HACER). Three major efferent pathways then determine the autonomic and gut response : first, release of  $\beta$ -endorphin from the hypothalamopituitary axis into the general circulation ; second, HACER stimulation of autonomic nuclei in the brain stem and intermediolateral cells in the spinal cord to effect a neural autonomic outflow to the skin and thoracoabdominal viscera such as the heart, great vessels, and the gut ; and third, secretion of adrenal catecholamines into the general circulation as part of the neurally evoked sympathetic response(cited from Camilleri 등 1986).

감신경계 반응에 따른 부신 카테콜라민의 방출이다.

그리고, 과도한 외부자극을 받을 때 망상활성계(reticular activating system)가 적절히 감당해 내지 못하면 자율신경계 기능이 상실되어 짜증, 긴장, 불안 등의 감정 저하 증상을 보이게 되며(Luban-Plozza 등 1992), Lacey와 Lacey(1958)는 스트레스에 대한 반응이 시간이나 상황이 달라져도 동일하다는 반응 상동성(response stereotype)을 보아 자율신경계의 습관화된 반응과 개인의 체질적인 특성이 있을 것이라고 하였다.

## 5. 정신장애와 신체화

정신적인 고통을 받거나 정신장애가 있을 때 신체증상을 많이 호소한다. 불안하거나 심적인 피로움이 있을 때 무의식적 방어기제를 통해서 신체증상으로 나타내는 전환장애가 있으며, 정신분열병, 정동장애, 섬망시에는 신체망상을 보인다.

병적인 감정상태에서는 신체의 특정한 느낌을 동반한다(Tyrer 등 1980). 우울증 환자의 3/4에서 우울감정이 아닌 신체증상을 주로 호소하고 이들은 작은 신체 감각을 증폭시켜 신체화 경향이 크다(Bianchi 1973 : Pang과 Lee 1994). 불안증에서는 교감신경이 향진되고, 감각에 대한 예민성이 증가하여 통증역치가 감소하며 신체증상을 많이 호소하게 된다(Song 등 1993). 이러한 사실은 정서장애에서 나타나는 신체증상이 감정이 대체된 것이 아니라 정서장애와 동시에 일어나는 증상임을 보여주는 것이다. 감정변화와 밀접하다는 과민성 대장증후군, 긴장성 두통, 불면, 과호흡증 등의 예가 이에 속한다.

그 외 각종 사고나 손상 후의 법적인 문제와 관련된 상태, 보상과 연관된 장애에서는 애매한 신체증상을 많이 보이는데 여기에는 개인의 인격, 사회 경제 상태, 사회분위기, 법제도 등 많은 요소가 어울려 증상을 형성하므로 문제가 복잡해 진다. 이는 만성 통증 증후군(chronic pain syndrome)이라는 별개의 영역으로 보아 종합적인 평가와 대처를 필요로 한다(송지영 1991).

## 6. 사회 문화적 특성과 신체화

애도반응(grief reaction)시에 몸에 대한 감지력이 증가되고 신체증상을 많이 호소하고, 현대의 각종 환경 스트레스로 인해서 의사를 찾는 횟수가 증가한다. 문화특성에 따른 신체화의 예로서, 중국에서는 신경쇠약증의 진단이 많은데 그들은 내적 외적 고통이나 어려움을 신체적인 언어로 표시하고(Kirmayer 1984), 환자역할을

통해서 책임을 회피하고 도움을 받으며 대인관계를 조절 한다. 즉 그 사회에서 통용되는 소통방식으로서 신체화가 나타나는 것이다.

그리고 사회가 갖고 있는 질병과 건강에 대한 기준이나 믿음이 증상 형성에 영향을 미친다. 호소하는 증상을 주위 사람들이 병적인 것으로 간주해주면 그는 장애받는 병증상이 되지만 주위로부터 인정받지 못하면 자신이 증상을 무시해 버리거나 혹은 다른 형태의 신체증상으로 변환시킬 수 있다. 주위 사람들이 증상을 얼마나 허용하고 인정하는가에 따라 환자 자신이 신체감각을 지각하는 정도가 달라지게 된다.

단순히 '기운이 없다', '메슥거린다', '어지럽다', '편치 않다'와 같은 애매한 증상인 경우에 이를 병의 증상으로 지각하는 데에는 사회 문화적 배경 뿐만 아니라 인종간에 따라서도 차이가 있다. 아랍인은 견인주의(stoicism) 경향이 커서 정신적인 나약함이나 심적고통을 표현할 언어가 부족한 나머지 신체적 고통으로 표현할 수밖에 없으며, 이태리인이나 유태인은 주위 가족들의 건강 염려성이 크고 신체화의 경향이 크다고 알려졌다. 낮은 사회경제 계층이나 교육정도가 낮은 사람은 사는 어려움을 정서적인 면보다는 신체적인 것으로 느끼고 표현하는 경향이 높다. 한국인은 가족 중심적인 사회 속에서 삶의 어려움이나 고통을 정신적인 것 보다는 신체적인 것으로 해석하고 표현하는 신체화 경향이 높은데, 이는 초자연적 혹은 신체에 투사하는 전통적인 질병관에 의한 부분이 크기 때문이다(김광일 등 1989).

## 요 약

신체화를 이해하는데 신체화를 형성하게 된 행동이면의 정신적인 갈등배경을 이해하는 것이 중요하다. 그러나 신체화의 생물학적 과정을 파악하고 증상의 유지요인과 악화요소를 알아보아 변화되어가는 형성과정을 이해하는 점이 더욱 중요하다. 그리고 문화-사회적 특성에 따라 신체증상호소의 방법이나 내용이 다르다는 점을 염두에 두어야 한다.

신체화를 이해하는 데에는 심리적, 생물학적, 사회, 인종, 역사적인 요소가 모두 함께 영향을 미치므로 통합적인 관점에서 파악해 나가지 않으면 안된다.

## REFERENCES

- 김광일 · 서혜희 · 박용철 · 이승학 · 김이영(1989) : 정신질환에 대한 일반인의 견해 조사. 정신건강연구 8 : 118-132
- 송지영(1991) : 만성동통의 정신의학적 관점. 대한의학협회 34 : 723-728
- 송지영(1996) : 비정상 질병행동. 정신신체의학 4 : 138-145
- Alexander F(1950) : Psychosomatic medicine. New York, W.W. Norton & Company, Inc.
- Barsky AJ, Klerman GL(1983) : Overview : Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. Am J Psychiatry 140 : 273-283
- Barsky AJ, Wyshak G(1990) : Hypochondriasis and somatosensory amplification. Br J Psychiatry 157 : 404-409
- Barsky AJ(1979) : Patients who amplify bodily sensations. Ann Int Med 91 : 63-70
- Barsky AJ, Cleary D, Banett MC, Christiansen CL, Ruskin JN(1994) : The accuracy of symptom reporting by patients complaining of palpitations. Am J Med 97 : 214-221
- Bass C(1990) : Somatization : Physical symptoms and psychological illness. London, Blackwell Scientific Publications
- Bianchi GN(1973) : Patterns of hypochondriasis : A principal components analysis. Br J Psychiatry 122 : 541-548
- Camilleri M, Malagelada JR, Kao PC, Zinsmeister AR (1986) : Gastric and autonomic responses to stress in functional dyspepsia. Dig Dis Sci 31 : 1169-1177
- Engel GL(1959) : Psychogenic pain and the pain-prone patients. Am J Med 26 : 899-918
- Engel GL, Schmale AH(1968) : A life-setting conductive to illness : The giving-up given-up complex. Am Intern Med 69 : 293-300
- Hausken T, Svebak S, Wilhelmsen I, Haug TT, Olafsen K, Patterson E, Hveem K, Berstad A(1993) : Low vagal tone and antral dysmotility in patients with functional dyspepsia. Psychosom Med 55 : 12-22
- Kellner R(1987) : Hypochondriasis and somatization. JAMA 258 : 2718-2722

- Kirmayer L(1984) : Culture, affect and somatization. *Transcultural Psychiat Res* 21 : 237-262
- Lacey JI, Lacey BC(1958) : Verification and extension of the principle of autonomic response-stereotypy. *Am J Psychol* 71 : 50-73
- Lesser IM(1985) : Alexithymia. *New Engl J Med* 312 : 690-692
- Lipowski ZJ(1987) : Somatization : The experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom* 47 : 160-167
- Luban-Plozza B, Poldinger W, Kroger FC(1992) : Psychosomatic disorders in general practice. 3rd ed. Berlin, Springer-Verlag, pp1-23, 103-110
- Mechanic D(1980) : The experience and reporting of common physical complaints. *J Health Social Beh* 21 : 146-155
- Merskey H, Evans PR(1975) : Variations in pain complaint threshold in psychiatric and neurological patients with pain. *Pain* 1 : 73-79
- Miller NE(1977) : The effect of learning on visceral functions. *New Engl J Med* 296 : 1274-1278
- Pang KY, Lee MH(1994) : Prevalence of depression and somatic symptoms among Korean elderly immigrants. *Yunsei Med J* 35 : 155-161
- Petrie A(1978) : Individuality in pain and suffering. 2nd ed. Chicago, University of Chicago Press
- Song J, Merskey H, Noh S(1993) : The effect of controlling for anxiety and depression upon the threshold for pressure pain in three comparison groups. *J Musculoskel Pain* 1 : 73-88
- Tyler P, Lee I, Alexander J(1980) : Awareness of cardiac function in anxious, phobic and hypochondriacal patients. *Psychol Med* 10 : 171-174
- Vaillant GV(1971) : Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Arch Gen Psychiatr* 24 : 107-117
- Wheeler EO, Williamson CR, Cohen ME(1958) : Heart scare, heart surveys, and iatrogenic heart disease. *JAMA* 167 : 1096-1102