

## 신체형장애, 우울장애 및 정신신체장애 환자들간의 질병행동의 비교

고 경 봉\* · 기 선 완\*\*

A Comparison of Illness Behavior among Patients with Somatoform Disorders,  
Depressive Disorders and Psychosomatic Disorders

Kyung Bong Koh, M.D., Ph.D.,\* Sun Wan Ki, M.D.\*\*

— ABSTRACT ————— *Korean J Psychosomatic Medicine 5(2) : 185-194, 1997* —

A comparison was made regarding illness behavior among patients with somatoform disorders, depressive disorders and psychosomatic disorders. The subjects consisted of out-patients with somatoform disorders(N=52), depressive disorders(N=52) and psychosomatic disorders(N=51). Illness behavior was assessed by Illness Behavior Assessment Schedule and the questionnaire about help-seeking behavior. The patients with somatoform disorders and psychosomatic disorders more often affirmed the presence of somatic disease, were more likely to have phobia of disease, had more preoccupation with ideas of disease and more frequently shopped around oriental clinics than the patients with depressive disorders. The patients with somatoform disorders more often attributed its cause to physical factors, less often attributed the origin of affective disturbance to psychological causes, showed less depression and irritability, and were less likely to accept psychiatric treatment recommended by other physicians than depressive patients. The patients with somatoform disorders were more likely to report having been told that they suffered from a mild illness than those with psychosomatic disorders. The patients with somatoform disorders with psychological problems tended to inhibit expression of their emotion. Female patients with somatoform disorders more often affirmed the presence of psychological disorder and attributed its cause to psychological factors than male ones. These results suggest that in illness behavior, patients with somatoform disorders are different from depressive patients, whereas the former patients are similar to psychosomatic patients except the discrepancy between therapists and patients regarding evaluation of their symptoms. Thus, it is emphasized that first, therapists need to approach patients with somatoform disorders somatically with understanding of their underlying need to deny psy-

\*연세대학교 의과대학 정신과학교실

*Department of Psychiatry, Yonsei University College of Medicine, C.P.O.Box 8044, Seoul, Korea*

\*\*오산정신병원

*Osan Mental Hospital*

chological problems, followed by either psychological or biopsychosocial approach.

**KEY WORDS :** Illness behavior · Somatoform disorder · Depressive disorder · Psychosomatic disorder · Biopsychosocial approach.

## 서 론

질병행동(illness behavior)은 개인의 증상에 대해 지각하고 평가하고 행동하는 방식을 일컫는다(Mechanic 1962). 이것은 스트레스지각(Lazarus 1978; 고경봉 1988, 1991; Wilder와 Pluchic 1985), 대응능력(Lazarus 1978) 및 사회적 지지(Sarason 등 1985)와 함께 병의 경과에 영향을 미치는 인자로 알려져 있다.

한편 이런 질병행동에 미치는 요인으로는 개인의 인격(Blumenfield 1977; Ford 1984), 과거 질병의 경험(Ford 1984), 질병개념(Kiev 1972; Tseng과 McDer-mott 1981), 현재의 생활사건(Ford 1984), 가족의 태도(Kaplan과 Sadock 1988), 의료제도 및 경제적 여건(김일순 등 1980; 유승흠 등 1986), 사회적 지지(Ford 1984), 지지원의 사회적 및 물리적 근접성(Mechanic 1966), 사회문화적 배경(황규혁 등 1988; Mechanic 1966; Zborowski 1952) 등이 알려져 있다.

Pilowski(1969)는 의사가 질병의 본질과 치료경과에 관해 충분히 설명하였음에도 불구하고 자신의 건강상태에 관해 부적절하고 비적응성으로 지각, 평가 및 행동하는 것이 지속될 때 비정상적인 질병행동으로 간주하였다.

신체화(somatization)는 심리적인 목적이나 개인적 이득을 위해 신체가 이용되는 과정을 가르킨다(Ford 1984). 일부 신체형장애 환자들은 자신의 신체를 생활 스트레스를 다루는 수단으로 또는 삶의 한 양식으로 신체증상을 반복적으로 이용한다(Ford 1984). 이런 종류의 신체화 환자들이 일차진료의들이 직면하는 환자로서 가장 흔하고도 어려운 경우라고 할 수 있다(Katon 등 1982). 각종 연구들에 의하면 의료유형에 따라서 의사들이 보는 환자들의 40%에서 질병의 뚜렷한 증거가 나타나지 않은 것으로 보고되었다(Ford 1984).

신체화는 의학과 정신과의 경계지대에서 아직 해결되지 않은 숙제로 남아 있다(Lipowski 1987). 한편 일

차진료의들이 보는 신체화는 우울장애와 연관되는 경우가 많아 진단상 오류를 일으킬 위험이 높고 고비용의 검사를 반복 이용함으로써 막대한 경제적인 손실을 초래하고 환자들을 충분히 치료하지 못할 위험이 높다(Lipowski 1990). 최근 연구들에 따르면 신체화가 주요우울증과 상당히 연관되어 있는 것으로 보고되었다(Fabrega 등 1988; Morrison과 Herbstein 1988; Orenstein 1989). 많은 연구들은 신체형통증장애를 비롯한 신체형장애가 우울과 연관되고 있음을 강조하였다(Cadoret 등 1980; Katon 등 1982; Kellner 1986; Llyod 등 1986). 따라서 신체화는 우울에 대응하기 위해 사용되는 한 전략으로 간주되기도 한다(Katon 등 1982).

비정상적인 질병행동은 이미 만성통증환자, 신체화장애, 류마치스성 관절염(Pilowski 등 1983; Pilowski와 Spence 1983), 암환자(고경봉 1991; 고경봉과 김귀언 1990) 및 정신과자문환자들(고경봉과 조현상 1992)에서 보고되었다. 그러나 신체화와 비정상적인 질병행동과의 관계는 분명하지 않고(Chaturvedi와 Bhandari 1989) 체계적으로 연구되지도 않았다. 따라서 본 연구에서는 신체증상의 호소에 있어서 신체형장애환자들과 비슷한 정신신체장애환자, 신체형장애환자들과 연관이 높은 것으로 알려진 우울장애환자들을 대상으로 이들 간의 질병행동을 각각 비교하고 질병행동에 영향을 미치는 요인을 찾아 보고자 하였다.

## 방 법

### 1. 대 상

본 연구는 연세대학교의대부속 세브란스병원 정신과 외래에 내원한 52명의 신체형장애, 52명의 우울장애 및 51명의 정신신체장애환자들을 대상으로 시행되었다. 상기 정신장애의 진단은 DSM-III-R의 진단기준에 따랐다. 신체형장애환자들의 진단분포를 보면 신체형통증장애 24명, 신체화장애 12명, 건강염려증 4명, 신체변형장애 1명, 미분화 신체형장애 10명이었다. 우울장애

## 결 과

에의 진단분포를 보면 주요우울증 36명, 만성우울장애 (dysthymia) 10명, 우울이 동반된 적응장애 6명이었다. 정신신체장애의 진단분포를 보면 긴장성두통 22명, 고혈압 11명, 편두통 6명, 만성위염 3명, 류마치스성 및 퇴행성 관절염 2명, 요추신경계질환, 측두하악골(temporomandibular)관절질환, 갑상선기능항진증, 피부염, 과민성대장증후군, 이명, Behcet 질환이 각각 1명이었다.

대상선정의 기준은 만 18세 이상의 성인으로 기질적 정신장애, 정신병, 약물 및 알콜의존, 정신지체 등과 같은 다른 정신장애가 없고 신체형장애 및 우울장애환자들 중 다른 신체질환이 동반된 경우, 정신신체장애환자들 중 우울장애를 비롯한 다른 정신장애가 동반된 경우 본 연구대상에서 제외하였다.

### 2. 평가방법

질병행동의 평가는 자가평가의 결점을 극복하고 임상적으로 질병행동에 관한 연구에 적합하게 개발된 면담형 질병행동평가스케줄(Illness Behavior Assessment Schedule)(Pilowski 등 1983)의 한국번역판(고경봉 1991)을 사용하였다. 이 척도는 19개의 항목으로 구성되어 있고 타당도 및 신뢰도가 검증되었다. 이외에도 환자의 발병기간, 질병의 발생 및 악화에 심리적 스트레스인자의 영향유무, 첫 증상시 치료적 조치방법과 최종 입원 전까지 동원된 치료적 조치의 종류 및 빈도, 치료기관을 찾는 데 소요된 기간, 신체증상 및 정신적 고통의 유무 및 정도, 의사의 정신과적 치료권고에 대한 수용도에 관한 항목들을 본 평가지에 추가하였다.

검사과정은 일부 즉 인구학적 특징은 환자에 의해 기록되었고 질병행동평가스케줄 및 치료추구 행태 등은 구조적인 면담형태로 이루어졌다. 면담은 저자 중 한 사람인 정신과 전문의에 의해 환자와 약 30분 간에 걸쳐 실시되었다.

### 3. 통계분석

본 연구자료의 통계분석은 연령과 같은 인구학적 특징 및 치료추구행태는 Student t 검정으로, 세 장애군들 중 각 2군 간의 다른 인구학적 특징 및 질병행동의 비교, 인구학적 변수와 질병행동 간의 관계는 각각  $\chi^2$  검정으로 처리되었고 그 유의수준은 0.05로 하였다.

### 1. 인구학적 및 일반적 특징의 비교

신체형장애, 우울장애, 정신신체장애환자들의 인구학적 특징은 Table 1과 같다. 신체형장애 및 정신신체장애 환자들은 각각 우울장애 환자에 비해 직업을 가진 경우가 유의하게 더 많았다. 발병기간을 보면 신체형장애가 평균(표준편차) 906.7(1166.2)일, 우울장애가 1333.7(1796.2)일, 정신신체장애가 1063.1(1871.8)일로 세군에서 각각 유의한 차이를 보이지 않았다. 현재 신체증상의 심한 정도는 우울장애환자들보다 신체형장애환자들에서 유의하게 더 현저하였다( $\chi^2=16.1$  df=4 p=0.003). 그러나 정신적 고통의 정도는 양군간에 유의한 차이가 없었다( $\chi^2=2.3$  df=4 p=0.67). 한편 정신신체장애환자들과 우울장애 환자들 간에는 신체증상의 심한 정도( $\chi^2=8.8$  df=4 p=0.07)와 정신적 고통의 정도에 있어서 각각 유의한 차이가 없었다( $\chi^2=2.2$  df=4 p=0.69). 신체형장애환자들은 정신신체장애환자들에 비해 신체증상의 정도( $\chi^2=10.8$  df=4 p=0.03)는 더 심하게 호소하였으나 정신적 고통의 정도( $\chi^2=5.10$  df=4 p=0.28)에 있어서는 유의한 차이를 보이지 않았다.

정신과 자문의료 및 정신과적 치료의 동기에 있어서 신체형장애 환자들(25명, 49%)과 정신신체장애환자들(24명, 47.1%)은 타과의사의 권유가 가장 많았고 본인이 원하는 경우는 각각 신체형장애환자들이 13.7%(7명), 정신신체장애 환자들이 19.6%(10명)이었다. 가족들에 의한 권유는 신체형장애 환자들의 7.8%(4명), 정신신체장애 환자들의 3.9%(2명)이었다. 반면 우울장애 환자들에서는 타과의사의 권유(16명, 31.4%), 본인이 원하거나(16명, 31.4%) 가족에 의한 권유(14명, 27.5%)가 각각 고르게 분포되었다.

### 2. 질병행동의 비교

#### 1) 질병행동스케줄(Table 2)

신체형장애환자들과 정신신체장애환자들은 각각 우울장애환자들에 비해 신체적 질병에 대한 확신, 질병에 대한 공포, 질병에 대한 집착이 유의하게 더 강한 반면 심리적 장애에 대한 확신, 우울 및 안전부절 못하는 정도는 유의하게 더 낮았다. 신체형장애환자들은 우울장애

**Table 1.** Comparison of demographic characteristics

	Somatoform disorder(N=52) N(%)	Depressive disorder(N=52) N(%)	Psychosomatic disorder(N=51) N(%)
<b>Sex</b>			
Male	21(40.4)	14(26.9)	15(29.4)
Female	31(59.6)	38(73.1)	36(70.6)
Age(Mean±S.D., years)	37.4±12.9	40.1±13.7	40.5±12.2
<b>Education</b>			
Graduate school	2( 3.8)	3( 5.8)	3( 5.9)
College	12(23.1)	14(26.9)	15(29.4)
High school	20(38.5)	20(38.5)	14(27.5)
Middle school	11(21.2)	8(15.4)	9(17.6)
Elementary school	7(13.5)	7(13.5)	8(15.7)
None	0	0	2( 3.9)
<b>Marital status</b>			
Married	30(57.7)	38(73.1)	37(72.5)
Divorced, separated or widowed	5( 9.6)	4( 7.7)	3( 5.9)
Single	17(32.7)	10(19.2)	11(21.6)
<b>Occupation*</b>			
Present	26(50)	12(23.1)	25(49)
Absent	26(50)	39(75)	26(51)
<b>Religion</b>			
Present	36(69.2)	35(67.3)	28(54.9)
Absent	16(30.8)	17(32.7)	23(45.1)
<b>Income(1,000won/month)</b>			
2,000 or more	12(23.1)	15(28.8)	12(23.5)
1,500-less than 2,000	11(21.2)	15(28.8)	15(29.4)
1,000-less than 1,500	22(42.3)	17(32.7)	19(37.3)
500-less than 1,000	7(13.5)	4( 7.7)	2( 3.9)
below 500	0( 0)	1( 1.9)	0( 0)

\*Patients with depressive disorders had significantly less occupation than those with somatoform disorders( $\chi^2=6.7$  df=1 p=0.01) and psychosomatic disorders( $\chi^2=7.2$  df=1 p=0.007), respectively.

애환자들에 비해 질병에 관한 설명을 더 회상하였고 질병의 원인을 신체적인 것으로 더 확신했으나 정동장애의 원인을 심리적인 것으로 귀착시키는 것은 우울장애환자에서 더 현저하였다. 신체형장애환자들은 정신신체장애환자들보다 질병의 정도가 더 경한 것으로 설명되었음을 확신했다. 한편 정신신체장애환자들은 우울장애환자들보다 질병의 원인이 더 신체적인 것으로 들었다고 회상하였고 현재 생활문제에 대한 부정(denial)이 더 현저하였다. 또한 신체형장애환자들은 정신적 고통이 없는 경우보다 있는 경우에 감정표현이 현저히 억압되었다( $\chi^2=8.0$  df=3 p=0.05). 그러나 우울장애( $\chi^2=1.2$  df=3 p=0.74)와 정신신체장애환자( $\chi^2=6.2$  df=3 p=0.10)들에서 정신적 고통의 유무 간

에 감정표현의 억압은 유의한 차이를 보이지 않았다.

## 2) 치료주요행태

첫 증상이 나타났을 때 환자가 취한 행동으로서 신체형장애환자들은 약국과 의원의 이용이 각각 가장 많았다. 한편 우울장애환자들은 종합병원, 약국 및 의원의 순으로 이용하였으며 정신신체장애 환자들은 약국의 이용이 가장 많았고 그 다음으로 의원의 이용이 많았다. 그러나 세군 간 치료추구행태는 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 3). 첫 증상이 나타난 후 의원 및 병원을 찾기가까지 소요된 기간은 신체형장애환자에서 평균(표준편차) 333.5(702.5)일, 우울장애환자에서 평균(표준편차) 475.1(903.5)일, 정신신체장애환자들

**Table 2.** Comparison among patients with somatoform disorder, depressive disorder and psychosomatic disorder on illness behavior assessment schedule

Items	Somatoform disorder(A)	Depressive disorder(B)	Psychosomatic disorder(C)	A vs B		A vs C		B vs C	
	N=52 N(%)	N=52 N(%)	N=51 N(%)	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p
1. Recall of explanations				18.7	0.005	NS		NS	
a Recalled	44(84.6)	30(57.7)	12(23.5)						
b Uncertain	1( 1.9)	2( 3.8)	1( 2.0)						
c Not recalled	7(13.5)	20(38.5)	38(74.5)						
2. Interviewer's assessment of explanation given				NS		NS		NS	
a Given	43(82.7)	24(46.1)	36(70.6)						
b Uncertain	1( 1.9)	2( 3.8)	1( 2.0)						
c Not given	8(15.4)	26(50.0)	14(27.4)						
3. Person who gave explanation				NS		NS		NS	
a Interviewer	0( 0)	0( 0)	0( 0)						
b Other	43(82.7)	24(46.2)	36(70.6)						
c Not known	9(17.3)	28(53.8)	16(31.4)						
4. Type of explanation recalled				NS		7.7	0.02	NS	
a Nothing wrong	32(61.5)	19(36.5)	18(35.3)						
b Minor illness	11(21.2)	5( 9.6)	14(27.5)						
c Major illness	0( 0)	0( 0)	4( 7.8)						
N/A	9(17.3)	28(53.8)	15(29.4)						
5. Type of causal explanation recalled				NS		NS		8.1	0.02
a Somatic	5( 9.6)	0( 0)	7(13.7)						
b Mixed	7(13.5)	2( 3.8)	5( 9.8)						
c Psychological	25(48.1)	23(44.2)	19(37.3)						
N/A	15(28.8)	27(51.9)	20(39.2)						
6. Acceptance of explanation recalled				NS		NS		NS	
a Complete	15(28.8)	16(30.8)	21(41.2)						
b Partial	16(30.8)	9(17.3)	8(15.7)						
c Absent	5( 9.6)	1( 1.9)	1( 2.0)						
N/A	16(30.8)	26(50.0)	21(41.2)						
7. Disease conviction(somatic)				11.5	0.003	NS		23.9	0.0001
a Present	23(44.2)	13(25.0)	27(52.9)						
b Uncertain	16(30.8)	9(17.3)	18(35.3)						
c Absent	13(25.0)	30(57.7)	6(11.8)						
8. Disease conviction(psychological)				11.2	0.004	NS		8.2	0.02
a Present	26(50.0)	42(80.8)	28(54.9)						
b Uncertain	21(40.4)	9(17.3)	19(37.3)						
c Absent	5( 9.6)	1( 1.9)	4( 7.8)						
9. Symptom awareness				NS		NS		NS	
a Absent	0( 0)	0( 0)	1( 2.0)						
b Mild	18(34.6)	16(30.8)	15(29.4)						
c Moderate	12(23.1)	20(38.5)	17(33.3)						
d Severe	22(42.2)	16(30.8)	18(35.3)						
10. Disease phobia				15.7	0.001	NS		19.2	0.003
a Absent	11(21.2)	29(55.8)	8(15.7)						
b Mild	24(46.2)	12(23.1)	28(54.9)						
c Moderate	9(17.3)	9(17.3)	11(21.6)						
d Severe	8(15.4)	2( 3.8)	4( 7.8)						

Item	Somatoform	Depressive	Psychosomatic	A vs B		A vs C		B vs C	
	disorder(A)	disorder(B)	disorder(C)	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p	$\chi^2$	p
	N=52 N(%)	N=52 N(%)	N=51 N(%)						
11. Disease preoccupation				18.6	0.0003	NS		26.5	0.0001
a Absent	8(15.4)	28(53.8)	4( 7.8)						
b Mild	24(46.2)	11(21.2)	28(54.9)						
c Moderate	10(19.2)	9(17.3)	13(25.5)						
d Severe	10(19.2)	4( 7.7)	6(11.8)						
12. Illness causal beliefs				7.7	0.03	NS		NS	
a Psychological	22(42.3)	34(65.4)	24(47.1)						
b Mixed	22(42.3)	12(23.1)	19(37.3)						
c Somatic	7(13.5)	3( 5.8)	7(13.7)						
N/A	1( 1.9)	3( 5.8)	1( 2.0)						
13. Inhibition of communication of affects and feelings				NS		NS		NS	
a Absent	12(23.1)	13(25.0)	11(21.6)						
b Mild	6(11.5)	14(26.9)	7(13.7)						
c Moderate	23(44.2)	19(36.5)	26(51.0)						
d Severe	11(21.2)	6(11.5)	7(13.7)						
14. Anxiety				NS		NS		NS	
a Absent	5( 9.6)	1( 1.9)	3( 5.9)						
b Mild	22(42.3)	16(30.8)	22(43.1)						
c Moderate	21(40.4)	25(48.1)	20(39.2)						
d Severe	4( 7.7)	9(17.3)	6(11.8)						
15. Depression				18.7	0.0003	NS		26.5	0.0001
a Absent	9(17.3)	0( 0)	3( 5.9)						
b Mild	22(42.3)	11(21.2)	24(47.1)						
c Moderate	15(28.8)	27(52.9)	18(35.3)						
d Severe	6(11.5)	13(25.0)	6(11.8)						
16. Attribution of affective disturbance				10.3	0.006	NS		NS	
a Psychological	17(32.7)	36(69.2)	24(47.1)						
b Mixed	18(34.6)	11(21.2)	15(29.4)						
c Somatic	8(15.4)	3( 5.8)	9(17.6)						
N/A	9(17.3)	1( 1.9)	3( 5.9)						
17. Denial of current life problems				NS		NS		6.1	0.05
a Absent	29(55.8)	38(73.1)	26(51.0)						
b Partial	13(25.0)	10(19.2)	20(39.2)						
c Complete	10(19.2)	3( 5.8)	5( 9.8)						
18. Displacement				NS		NS		NS	
a Absent	31(59.6)	30(57.7)	29(56.9)						
b Partial	6(11.5)	12(23.1)	10(19.6)						
c Complete	5( 9.6)	4( 7.7)	6(11.8)						
N/A	10(19.2)	5( 9.6)	6(11.8)						
19. Irritability				11.4	0.01	NS		10.5	0.01
a Absent	3( 5.8)	1( 1.9)	4( 7.8)						
b Mild	22(42.3)	9(17.3)	21(41.2)						
c Moderate	18(34.6)	34(65.4)	20(39.2)						
d Severe	9(17.3)	8(15.4)	6(11.8)						

N/A : Non-applicable    NS : Non-significant

**Table 3.** Patterns of patients' help-seeking behavior at the onset of the first symptom

	Somatoform disorder(N=52)	Depressive disorder(N=52)	Psychosomatic disorder(N=51)
	N(%)	N(%)	N(%)
Taking rest at home or folk medicine	2( 3.8)	0( 0)	0( 0)
Using drug stores	15(28.8)	13(25)	22(43.1)
Visiting private clinics	15(28.8)	13(25)	13(25.5)
Visiting hospitals	1( 1.9)	1( 1.9)	3( 5.9)
Visiting general hospitals	6(11.5)	15(28.8)	8( 5.7)
Visiting oriental clinics	11(21.2)	8(15.4)	5( 9.8)
Consulting shamans	0( 0)	1( 1.9)	0( 0)
Others	2( 3.8)	0( 0)	0( 0)

Each of all is statistically non-significant among the three groups

**Table 4.** Frequency of sources for care prior to final treatment

Sources	Somatoform disorder(N=52)	Depressive disorder(N=52)	Psychosomatic disorder(N=51)
	Mean±S.D.	Mean±S.D.	Mean±S.D.
<b>Outpatients</b>			
Private clinics	4.4 ±12.1	1.2 ±1.9	1.4 ±2.2
Hospitals	0.2 ± 0.5	0 ±0.2	0.3 ±1.2
General hospitals	1.7 ± 1.4	1.5 ±1.1	1.3 ±1.1
Oriental clinics	1.9 ± 1.8 <sup>a</sup>	0.7 ±1.0	1.4 ±1.8 <sup>b</sup>
<b>Inpatients</b>			
Hospitals	0.05± 0.22	0.02±0.15	0.04±0.21
General hospitals	0.34± 0.66	0.42±0.91	0.16±0.64

a : t=3.9 df=83 P=0.0001, b : t=2.4 df=86 p=0.02

Patients with somatoform disorders and psychosomatic disorders significantly more often visited oriental clinics than those with depressive disorders.

에서 평균(표준편차) 339.2(783.4)일이었으나 세군에서 각각 유의한 차이를 보이지 않았다. 의료기관의 이용빈도를 보면 신체형장애와 정신신체장애환자들은 각각 우울장애환자들보다 한의원의 이용빈도가 유의하게 더 높았으나 다른 의료기관의 이용에 있어서는 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 4).

한편 정신과에 대한 수용도를 보면 신체형장애환자들은 우울장애환자들보다 유의하게 더 낮았다( $\chi^2=13.1$  df=4 p=0.01). 그러나 정신신체장애환자들과 우울장애환자들 간( $\chi^2=7.8$  df=4 p=0.97), 신체형장애환자들과 정신신체장애환자들 간( $\chi^2=1.3$  df=4 p=0.86)에는 정신과에 대한 수용도가 유의한 차이를 보이지 않았다.

### 3) 인구학적 특징과 질병행동 간의 관계

신체형장애 환자들에서 여자는 남자보다 심리적 장애에 대한 확신이 더 현저하였고( $\chi^2=9.7$  df=2 p=0.008), 질병의 원인을 심리적인 것으로 더 간주하였다( $\chi^2=7.8$  df=2 p=0.02). 반면 남자는 여자보다 질병

에 대한 집착( $\chi^2=8.2$  df=3 p=0.04), 생활문제에 대한 부정( $\chi^2=8.5$  df=2 p=0.01) 및 생활문제를 신체적인 것으로 귀착시키는 대처가 더 현저하였다( $\chi^2=6.6$  df=2 p=0.04). 정신신체장애 환자들에서 여자는 남자보다 질병에 대한 설명을 들은 것을 더 회상하였고( $\chi^2=9.4$  df=2 p=0.009) 질병의 원인이 심리적인 것으로 들은 것으로 더 기억하였으며( $\chi^2=6.4$  df=2 p=0.04), 질병에 관한 설명을 더 전적으로 수용하였고( $\chi^2=7.0$  df=2 p=0.03) 심리적 장애에 대한 확신이 더 현저하였다( $\chi^2=6.9$  df=2 p=0.03). 그러나 우울장애 환자들에서 성별에 따른 질병행동은 유의한 차이를 보이지 않았다.

교육수준과 질병행동 간의 관계를 보면 신체형장애환자들은 교육수준이 낮을수록 질병의 원인을 심리적인 것으로 간주한 반면 교육수준이 높을수록 심리적 및 신체적인 것의 병행으로 간주하였다( $\chi^2=18.1$  df=8 p=0.02). 반면 우울장애 환자들은 교육수준이 낮을수록 의사로부터 신체적인 이상이 없는 것으로 들었다고 더 회상하였다( $\chi^2=28.4$  df=8 p=0.0004). 정신신체

장애환자들은 교육수준이 낮을수록 질병에 관한 설명을 더 들었다고 회상하였다( $\chi^2=22.2$  df=10 p=0.01).

신체형장애환자들에서 무직자가 유직자보다 신체적 질환이 없음을 더 확신하고( $\chi^2=9.8$  df=2 p=0.008) 유직자는 무직자에 비해 질병에 대한 집착( $\chi^2=11.1$  df=3 p=0.01)과 현재 생활문제에 대한 부정이 더 현저하였다( $\chi^2=7.1$  df=2 p=0.03). 그러나 우울장애환자들에서는 무직자들이 과거 질병에 관한 설명을 들었음을 더 회상하였고( $\chi^2=7.2$  df=2 p=0.03) 유직자들은 우울이 더 현저하였다( $\chi^2=8.2$  df=2 p=0.02). 그러나 정신신체장애환자들에서 직업유무에 따른 질병행동은 유의한 차이를 보이지 않았다.

수입 정도와 질병행동 간의 관계를 보면 우울장애환자들에서는 수입이 적을수록 생활문제에 대한 부정이 유의하게 더 현저하였다( $\chi^2=22.1$  df=8 p=0.005). 그러나 신체형장애와 정신신체장애환자들에서 수입에 따른 질병행동은 유의한 차이를 보이지 않았다.

한편 연령, 결혼상태 및 종교유무에 따른 질병행동은 세 군 각각에서 유의한 차이를 보이지 않았다.

## 고 찰

본 연구에서는 신체형장애 및 정신신체장애환자들이 직업을 가진 경우가 우울장애 환자들에 비해 유의하게 더 많은 것 이외에는 연령, 성별, 교육수준, 결혼상태 등 인구학적 특징에서 유의한 차이를 보이지 않았다. 따라서 상기 세군 간의 질병행동의 비교에서 각각 인구학적 차이로 인한 영향은 배제할 수 있었다. 한편 본 연구에서 사용된 질병행동평가스케줄은 질병행동을 평가하는데 임상적으로 이용되는 유용한 도구이기는 하나 (Pilowski 등 1983) 환자의 증상, 기분, 태도에 관해 제한된 범위만을 반영하고 실제적인 행동에 대해서는 별로 반영해 주지 않기 때문에 (Kirmayer와 Robbins 1991) 본 연구에서는 이런 제한점을 극복하기 위해서 설문에서 치료추구행동에 관련된 항목들을 추가하였다.

신체형장애와 정신신체장애는 각각 우울장애환자들에 비해 신체적 질병에 대한 확신, 질병에 대한 공포, 질병에 대한 집착이 유의하게 더 강한 반면 심리적 장애에 대한 확신, 우울 및 안절부절 못하는 정도는 유의하게 더 낮았다. 또한 신체형장애환자들은 우울장애 환자들에 비해 질병에 관한 설명을 더 회상하였고 질병의

원인을 신체적인 것으로 더 확신하였으나 정동장애의 원인을 심리적인 것으로 귀착시키는 것은 우울장애환자들에서 더 현저하였다. 즉 신체형장애환자들은 객관적으로 기질적 이상이 발견되지 않았는데도 불구하고 신체적인 증상에 관련된 양상들이 두드러진 것을 알 수 있다. 특히 신체형장애와 정신신체장애환자들은 각각 우울장애환자들보다 한의원의 이용빈도가 유의하게 더 높게 나타났다. 이 결과들은 신체형장애와 우울장애가 흔히 연관된다고 알려져 있으나 (Lipowski 1990) 질병행동에 있어서는 두 질병 간에 현저한 차이가 있음을 시사한다.

또한 신체형장애환자들은 우울장애환자들에 비해 정신적 고통의 정도는 비슷하나 정신과에 대한 수용도는 현저히 낮았고 신체형장애환자들은 우울장애환자들에 비해 타과의사에 의해 의뢰된 경우가 더 많았다. 신체형장애 환자들에서 보이는 이런 질병행동의 특성은 그들의 문제의 원인이 심리적이라는 것에 대한 어떠한 시사에 대해서도 저항을 보이고 있고 동시에 그들이 기질적인 진단을 더 선호하고 있음을 시사한다.

이에 반해서 신체형장애환자들은 정신신체장애환자들보다 질병의 정도가 더 경한 것으로 설명되었음을 확신하고 있었다. 따라서 신체형장애환자들에서는 심한 증상의 호소에 비해 기질적 이상이 객관적으로 발견되지 않아 정신신체장애환자들보다 치료과정에서 치료자와 환자 간에 갈등이 일어날 위험이 더 크다.

이외에도 신체형장애환자들은 정신적 고통이 있는 경우에 감정표현의 억제가 더 현저하게 나타났다. 이처럼 신체형장애환자들이 호소하는 증상의 정도와 객관적인 결과 간의 큰 차이와 함께 정신적 고통이 있더라도 감정표현을 억제하는 경향은 신체화가 환자 자신의 심리적 욕구를 해결해 줄 수 있다는 믿음이 관련될 것으로 보인다. 따라서 이런 환자들의 특성은 증상을 만성화시키고 마침내는 평가 및 치료과정에서 환자와 가족, 또는 치료자 간의 갈등을 일으킬 소지가 높아진다. 결국 신체형장애환자들은 자신의 갈등을 심리적인 방법으로 해결하기 보다는 신체적인 방법을 통해 우회적이고 간접적으로 해결하려고 하기 때문에 문제를 더 복잡하고 어렵게 만들고 새로운 갈등을 유발시켜 다시 증상을 악화시키고 만성화시키는 악순환을 초래할 수 있다.

신체형장애 환자들은 인구학적 특징 중 성별과 교육수준에 따라 다른 질병행동을 보였다. 남자들은 여자들



에 비해 신체적인 질병에 대한 집착이 더 강하고 현재 생활의 문제를 더 부정하고 그들의 문제를 흔히 신체적인 것으로 더 귀착하는 경향을 보였다. 반면 여자들은 심리적인 장애를 더 확신하고 장애의 원인을 심리적인 것으로 더 귀착시키려는 경향이 강했다. 즉 성별에 있어서 이런 질병행동의 특징은 남자들보다 여자들에서 정신과적 접근이 더 용이할 가능성이 큼을 시사한다. 이외에도 신체형장애 환자들에서 직업이 있는 경우에 신체적 질병에 대한 확신이 더 강했고 신체적인 질병에 대한 집착이 더 강했으며 현재의 생활문제를 더 부정하는 경향을 보였다. 따라서 이런 결과는 직장이 있는 사람들에서 환자역할(sick role)이 신체화의 동기가 될 수 있음을 시사한다.

한편 교육수준이 낮을수록 질병의 원인을 심리적인 것으로 간주하고 교육수준이 높을수록 심리적 및 신체적인 것의 병행으로 간주한 점은 신체형장애 환자들의 특성상 교육수준이 높다고 해서 반드시 긍정적인 질병행동을 보이기는 어렵다는 것을 시사한다.

## 요 약

본 연구는 정신과외래에 내원한 52명의 신체형장애, 52명의 우울장애, 51명의 정신신체장애환자들을 대상으로 질병행동을 비교하기 위해 실시되었다. 질병행동을 평가하기 위해서 질병행동평가스케줄(illness behavior assessment schedule) 및 치료추구행태에 관한 설문을 사용하였으며 면담방법은 구조적인 형태로 이루어졌다. 신체형장애환자들과 정신신체장애환자들은 각각 우울장애환자들에 비해 신체적 질병에 대한 확신, 질병에 대한 공포, 질병에 대한 집착이 더 강하고 한의원의 이용빈도가 더 높았다. 신체형장애환자들은 우울장애환자들에 비해 질병의 원인을 신체적인 것으로 더 확신하고 정동장애의 원인을 심리적인 것으로 귀착시키는 경향이 낮으며 우울 및 안절부절 못하는 정도 및 정신과에 대한 수용도가 각각 더 낮았다. 한편 신체형장애환자들은 정신신체장애환자들보다 질병의 정도가 더 경한 것으로 설명되었음을 확신하였다. 신체형장애환자들은 정신적 고통이 있는 경우에 감정표현의 억제가 더 현저하였다. 신체형장애환자들 중 여자들이 남자들보다 더 심리적 장애가 있고 병의 원인을 심리적인 인자로 귀착시켜 여자에 대한 정신과적 접근이 더 용이

할 수 있음을 시사하였다. 이상의 결과들은 질병행동에 있어서 신체형장애환자들이 우울장애환자들과는 다른 반면 증상의 평가에 있어서 치료자와 환자 간의 차이를 제외하고는 정신신체장애환자들과 비슷한 양상임을 시사한다. 따라서 신체형장애환자들에 대한 접근은 이런 환자들의 심리적인 것을 부정하려는 욕구를 이해하면서 처음에는 신체적인 접근으로 시작하여 점진적으로 심리적 및 생물정신사회적인 접근으로 전환해야 할 필요성이 강조된다.

**중심 단어 :** 질병행동 · 신체형장애 · 우울장애 · 정신신체장애 · 생물정신사회적 접근.

## REFERENCES

- 고경봉(1988) : 내과계 입원환자에서 정신신체장애의 유병율과 스트레스지각. *신경정신 의학* 27 : 525-534
- 고경봉(1991) : 압환자들과 비압환자들 간의 질병행동의 비교. *신경정신의학* 30 : 739-751
- 고경봉 · 조현상(1992) : 정신과에 자문의뢰된 내과입원 환자들의 질병행동. *신경정신의학* 31 : 744-755
- 고경봉 · 김귀언(1990) : 방사선 치료 중인 암환자들과 비암환자들 간의 정신병리의 비교. *신경정신의학* 29 : 662-668
- 김일순 · 이용호 · 유승흠 · 서 경 · 김한중(1980) : 의료보험실시전과 후의 의료이용의 비교. *대한보건의학회지* 6 : 31-38
- 유승흠 · 이용호 · 조우현 · 홍영표 · 진병원 · 김상재(1986) : 우리나라 의료비용에 관한 연구. *예방의학회지* 19 : 137-145
- 황규혁 · 김광일 · 송수식(1988) : 질병행동에 대한 일반인들의 태도조사. *신경정신의학* 27 : 80-95
- Blumenfield M(1977) : The psychological reactions to physical illness. In : Simons RC, Pardes H(eds), *Understanding Human Behavior in Health and Illness*. Baltimore, Williams & Wilkins, pp417-424
- Chaturvedi SK, Bhandari S(1989) : Somatization and illness behavior. *J Psychosom Res* 33 : 147-153
- Cadoret RJ, Widmer RB, Troughton EP(1980) : Somatic complaints. Harbinger of depression in primary care. *J Affective Disord* 2 : 61-70
- Fabrega H, Mezzich J, Jacob R(1988) : Somatoform disorder in a psychiatric setting. *J Nerv Ment Dis* 176 : 431-439

- Ford CV(1984) : The somatizing disorders. New York, Elsevier Biomedical, pp7-23
- Kaplan HI, Sadock BJ(1988) : Synopsis of psychiatry, 5th ed. Baltimore, Williams & Wilkins, pp100
- Katon W, Kleinman A, Rosen G(1982) : Depression and somatization. A Review. Am J Med 72 : 127-135
- Kellner R(1986) : Somatization and hypochondriasis. New York, Praeger-Greenwood
- Kiev A(1972) : Transcultural psychiatry. New York, The Free Press
- Kirmayer LJ, Robbins JM(1991) : Concepts of somatization. In : Kirmayer LJ, Robbins JM(ed), Current concepts of Somatization. Research and Clinical Perspectives, Washington, DC. Am Psychiatric Press pp1-19
- Lazarus RS(1978) : Psychological stress and coping in adaptation and illness. In : Lipowski ZJ, Lipsitt DR, Whybrow PC(ed), Psychosomatic Medicine. Current Trends and Clinical Application, New York. Oxford Univ Press, pp14-26
- Lipowski ZJ(1987) : Somatization. Medicine's unsolved problems. Psychosomatics 28 : 294-295
- Lipowski ZJ(1990) : Somatization and depression. Psychosomatics 31 : 13-21
- Lloyd GG(1986) : Psychiatric syndromes with a somatic presentation. J Psychosom Res 30 : 113-120
- Mechanic D(1962) : The concept of illness behavior. J Chronic Dis 15 : 189-194
- Mechanic D(1966) : Response factors in illness : The study of illness behavior. Soc Psychiatry 1 : 11-20
- Morrison J, Herbstein J(1988) : Secondary affective disorder in women with somatization disorder. Compr Psychiatry 29 : 433-440
- Orenstein H(1989) : Briquet's syndrome in association with depression and panic. A reconceptualization of Briquet's syndrome. Am J Psychiatry 146 : 334-338
- Pilowski I(1969) : Abnormal illness behavior. Br J Med Psych 42 : 347-351
- Pilowski I, Bassett D, Barrett R, Petrovic L(1983) : The illness behavior assessment schedule. Reliability and validity. Int J Psychiatry Med 13 : 11-28
- Pilowski I, Spence ND(1983) : Manual for the Illness Behavior Questionnaire(IBQ). Adelaide, Univ of Adelaide
- Srason IG, Sarason BR, Potter EH, Antoni MH(1985) : Life events, social support and illness. Psychosom Med 47 : 156-163
- Tseng Ws, McDermott JF(1981) : Culture, mind and therapy. New York, Brunner/Mazel Inc.
- Wilder JF, Plutchic R(1985) : Stress and Psychiatry. In : Kaplan HI, Sadock BJ(ed), Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore/London. Williams and Wilkins, pp1198-1203
- Zboroski M(1952) : Cultural components in responses to pain. J Soc Issues 8 : 16-30