

여성 신체화 증상 환자 관리

삼성서울병원 정신과학교실

정 성 호 · 유 범 희

요 약

신체화장애는 검사상 특이한 소견 없이 반복적으로 다수의 신체 증상을 호소하는 질환으로 성인 여성의 약 1%를 차지한다. 여성이 남성보다 5~20배 정도 많으며, 증상 호소 양상이 남성과는 다르다. 여성 환자는 증상을 다양하게 호소하는 것에 비해 치료를 하는 데 있어 어려움이 많다. 신체화장애는 우울증, 불안 장애 등 다른 정신과적 질환을 동반할 때가 있어 이의 치료를 동시에 해 주는 것 또한 중요하다. 환자와의 Rapport가 중요하며 약물 치료, 정신치료, 인지행동치료 등으로 환자에게 도움을 줄 수 있다.

중심단어: 신체화, 여성, 약물치료, 정신치료, 인지행동치료

서 론

신체화장애는 다양한 신체증상을 호소하는 만성적인 정신과 질환이다.¹⁻³⁾ 환자들은 다양한 신체 증상과 함께 복잡한 병력을 가지고 있으며, 치료를 한다고 해도 잘 만족하지 않거나 치료 결과에 대하여 받아들이지 못하는 경우가 많다. 이런 환자들은 표현이 과장되거나 유혹적, 요구를 많이 하는 성격을 지니고 있으며, 성격 장애의 가족력도 있을 수 있다. 성격 학대의 병력이나 물질 남용, 비특이적인 우울증을 동반할 수도 있다.^{3,4)}

환자들은 진찰이나 신체 검사상 설명되어지지 않는 반복된 다수의 신체 증상을 호소하는 데, 대개 30세 전부터 발병을 하게 된다. 이런 신체 증상은 정신적, 사회적 스트레스 또는 갈등이 표현되는 것으로 생각되며 이의 해결을 위하여 환자들은 지나칠 정도로 의학적 도움을 구하려고 한다.^{3,4)} 과거 이집트에서는 신체를 통하여 자궁이 이동함으로 신체 증상이 나타난다고 보아 Hysteria라 명명하였다. 1859년 프랑스 Paul Briquet에 의해 Briquet syndrome으로 불리었고, 1980년 DSM III에 와서야 신체화장애라 소개

되었다.^{3,4)}

여성과 남성은 신체적 증상, 신체적 불편감, 그리고, 신체 건강을 다르게 경험한다. 여성은 일반적으로 남성들에 비해 신체적인 증상을 많이 보고하며, 다양하고, 강한 표현으로 자주 호소한다. 또한, 주관적으로 자신이 신체 건강에 있어 상대적으로 좋지 않다고 느낀다고 한다.¹⁾

역 학

신체화장애는 일반 인구에 있어서 0.1~0.2% 정도의 유병률을 보인다고 알려져 있고, 성인 여성의 경우 전체 인구의 약 1%를 차지한다. 여성이 남성에 비해 5배 내지 20배 정도 많다고 알려져 있다. 일반 병원에 입원해 있는 환자 중 9%, 만성 통증 환자의 12%에서 발견되며 과민성 장 증후군 환자의 17%, 자궁 절제술 시행 환자의 27% 정도가 신체화장애를 가지고 있다고 한다.³⁻⁵⁾

병 인

환자들은 신체 증상을 사용하여 사회적 대화의 한

방법으로 감정을 표현한다. 의사 소통을 하기 위하여 신체 증상으로 상징적 표현을 한다고 볼 수 있다. 환자는 심리 내부의 갈등 해결책으로 증상을 호소하여 사회적 관계를 조종할 수 있으며, 지나칠 경우 전환 증상으로 나타난다.³⁾ 정신분석학자들은 이를 억압된 본능의 충동, 남근기 이전의 정신역동학적 갈등으로 설명한다. 또한 신체 감각에 대하여 주의력, 판단력이나 인지 기능의 장애, 유전, 가족요인, 환경적인 영향으로 설명하기도 하며, 최근에는 interleukin, TNF, interferon 등 Cytokine의 변화에 병인을 두기도 한다.^{3,4)} 여성은 신경해부학적, 신경생리학적, 신경생물학적으로 지각이나 판단 과정, 통증의 체성통, 내장통을 느끼는 데에 있어 남성과는 다르다고 한다. 증상에 대한 호소 방법, 사회적인 여성의 역할 차이, 어려서의 성적 학대 경험, 동반한 불안 장애, 우울 장애 등으로 여성의 차이점을 설명하기도 한다.¹⁾

임상적 특징

앞서 기술하였듯이 환자들은 많은 신체화 불편감을 호소하며 오랜 복잡한 병원력을 가지고 있다.¹⁾ 오심과 구토, 연하 곤란, 사지의 통증, 운동시 호흡곤란, 기억력 저하, 임신 후유증, 월경통 등이 흔하게 호소하는 증상들이다.^{1,2,4)} 심리적인 고통과 대인관계의 어려움도 같이 호소할 때가 많다. 환자들 스스로는 자신의 병이 아주 심각하다고 생각한다.

특히, 여성들은 남성들이 알지 못하는 약하고 다양한 신체 자극에 더 민감하게 반응한다. 이것은 월경, 폐경, 임신, 수유 등의 경험과도 관련이 있으며 그들의 신체 변화에 예민할 수 있다.⁶⁾

진 단

진단은 앞서 설명한 증상들로 진단이 가능하나

표 1. 신체화장애의 DSM-IV TR 진단 기준.⁷⁾

-
- A. 30세 이전에 시작하여 수년간 지속된 다양한 신체증상으로 인해 치료를 받거나, 사회적, 직업적 혹은 다른 주요기능상의 장애를 초래한 경력이 있다.
- B. 장애 경과 기간 중 어느 때라도 개별 증상이 다음의 각 기준에 충족되어야 한다.
- (1) 통증 증상 4가지: 적어도 4가지 다른 부위 또는 작용에 있어서 관련된 통증
예: 머리, 배, 등, 관절, 사지, 가슴, 직장, 월경 중, 성교 중 혹은 배뇨 중
 - (2) 위장 증상 2가지: 통증이 아닌 2가지 이상의 위장 증상
예: 임신 중에 생긴 것이 아닌 오심, 구토, 더부룩함, 설사, 몇몇 다른 음식물을 견디지 못함
 - (3) 성적인 증상 1가지 이상: 통증이 아닌 성 혹은 생식계 증상 1가지 이상
예: 성적인 무관심, 발기 혹은 사정 불능, 불규칙한 월경, 과다한 월경출혈, 임신 기간 내내 구토 증상
 - (4) 가성 신경 증상 1가지 이상: 적어도 1가지 이상의 신경계의 이상을 암시하고 통증에 국한되지 않은 이상이나 장애
예: 조절 손상 혹은 균형 상실 같은 전환증상, 마비 혹은 국소적 무력 증상, 연하 장애 혹은 목안의 이물감, 발성불능, 소변저류, 환각, 촉각 혹은 통각 상실, 복시, 실명, 청력상실, 경기, 기억상실 같은 해리 증상, 기절이 아닌 의식 소실
- C. (1) 또는 (2)
- (1) 적절한 검사에도 기준 B의 증상이 일반적 의학적 상태나 물질에 의한 직접적 영향(예: 약물 남용, 처방)으로 완전히 설명될 수 없다.
 - (2) 일반적 의학적 상태가 연관되어 있더라도 과거력, 진찰 혹은 검사 결과로부터 기대하는 것보다 신체 호소나 사회적, 직업적 장애가 과도하다.
- D. 이 증상들은 의도적으로 만든 것이거나 피병을 부리는 것이 아니다(가장성 장애나 피병처럼).
-

2000년도에 나온 미국정신의학회의 DSM-IV TR 진단 기준에서는 표 1과 같이 설명한다.

화장애 환자 중에서 자살 시도는 흔하지만, 치명적이지는 않고 제스처일 때가 많다.^{3,4)}

감별 진단

치 료

다른 일반적 질병과 다른 점은 앞서 기술하였듯이 발병이 어려서부터이며 만성적인 경과를 밟는 것이다. 또한 다양한 기관에 대한 증상을 호소하나 검사상에 이상 소견이 없다. 혼동하기 쉬운 질병으로는 다발성 경화증, 전신성 홍반성 낭창, 급성 간헐성 포르피린증, 헤모크로마토시스 등이 있고, 신체화장애 환자들은 다양한 신체 증상을 호소하지만 그와 더불어 다른 정신과적 질환을 동반하고 있을 때가 많다. 예를 들어 건강염려증, 전환장애, 정신분열증, 반사회적 인격장애, 경계선 인격장애, 연극성 인격장애, 불안장애, 기분장애 중 특히 우울 장애 등이 있다. 일차 진료를 찾는 신체화장애 환자의 50%가 우울 장애의 가족력을 가지고 있으며 더불어 환자 스스로도 주요우울장애를 동반하고 있을 때가 많다.^{3,4,6)}

신체화장애 환자는 원칙을 가지고 다가서는 것이 중요하다.²⁾ Quill, Cloniger, Smith 등은 세 가지 원칙을 제안한다. 환자와는 확고한 치료 동맹을 확립하여야 하며 신체화장애의 증상들에 대하여 교육이 필요하며, 지속적인 reassurance를 주는 것이 도움이 된다고 강조한다. 신체화장애는 치료하기 어려우며, 단 한 가지 방법으로 치료하기는 더욱 어렵다. 여기서는 약물치료, 정신치료 및 일반적인 접근 방법, 그리고, 인지행동치료에 대해 간단히 살펴보자.²⁻⁴⁾

약물 치료가 어느 정도 도움이 될 수 있다.⁸⁾ 신체적인 증상에 빠져 있는 환자를 볼 때 우울증이나 불안 장애를 동반하고 있는지 주의 깊게 보아야 한다. 심리적인 통증이나 심인성 동통에는 항우울제가 도움이 된다. 투약을 할 때에는 환자의 약에 대한 민감성이나 부작용을 잘 고려해야 한다. 항우울제 처방은 주의 깊게 하여야 하며 처방시에는 환자에게 약물에 대해 교육을 해주는 것이 좋다. 또한 초기 용량은 낮게 시작하고, 증량은 서서히 하며 약물치료와 동반하여 정신치료를 해주는 게 좋다. SSRI 계열 항우울제가 특히 도움이 될 수 있다. SSRI 사용으로 신체화 증상, 우울 양상, 불안이 감소한다. 또한 SSRI는 신체 증상을 동반한 우울 양상 환자에게는 큰 부작용 없이

경과 및 예후

청소년기에 시작하는 것이 흔하며 가장 증상이 활발한 시기는 초기 성인기라고 한다. 나이가 증상을 완화시키지는 않는다고 하며 환자들이 여러 치료 기관을 전전하면서 반복적인 외과 수술, 약물 의존, 결혼 갈등, 이혼, 자살 시도 등을 겪는다고 한다. 신체

표 2. 신체화 증상을 호소하는 환자에 대한 접근 방법의 원칙.

- 초기에는 서서히 Rapport를 이뤄나간다.
- 행동 교정을 한다(증상은 무시하고 향상된 행동은 칭찬한다).
- 행동 형태 변화의 결과에 대해 나중에는 환자에게 직면시킨다.
- 약은 점차적으로 줄여 나간다. 환자에게 약을 줄인 것에 대하여 칭찬을 한다.
- 병의 과정과 의미에 대하여 교육한다.
- 정보 제공과 치료에 도움을 받기 위하여 가족과 접촉한다.
- 의사는 환자들이 호전되지 않을 때 스스로를 비난할 수 있으므로 그런 죄책감을 완화시켜야 한다.
- 아주 심각한 자살 위험, 약물 남용, 다른 극단적인 행동의 위험이 있을 때는 입원을 시키는 것이 도움이 된다(보호 병동).
- 신체 증상을 호소하는 기간 사이에 우울증이 있으면 적절히 치료해 준다.

adapted from Morrison (1990)

투약할 수 있다.⁹⁻¹¹⁾ Fuloxetine, Paroxetine, Sertraline, Fluvoxamine 등과 같은 SSRI는 필요시 용량을 증량하면서 증상 변화를 관찰하고, 이런 약물을 오랜 기간 사용해 보는 것도 도움이 된다.¹⁰⁻¹²⁾ Imipramine, Amitryptiline, Nortriptyline 등 삼환계 항우울제를 건강염려증 등 신체형장애 환자에게 사용하여 치료 효과를 볼 수 있다.¹³⁻¹⁷⁾

Benzodiazepine 등 항불안제가 필요시 사용될 수 있으나 신체화장애 환자에서는 약물 남용이 될 수 있으므로 주의가 필요하다. 약물 내성과 약물 의존을 모두 고려하여 사용해야 한다. 또한 증상에 맞추어 진정제나 항정신병약물을 사용할 수 있다(표 2).^{3,4,11)}

정신치료는 개인적 또는 집단별 치료를 할 수 있으며, 이를 통하여 의료비를 경감시킬 수 있다. 환자에게 자신의 감정을 표현하고 감정을 다른 쪽으로 변화하도록 유도하는 것이 필요하다. 약물치료와 같이 병행하는 방법도 좋다. 예를 들어 과민성 장 증후군의 치료에 있어서 전통적인 내과적 치료와 더불어 정신

치료가 치료효과를 더욱 강화시켜 줄 수 있다.^{18,19)}

기분 부전의 특징을 가지고 있는 환자들은 정신치료적인 접근을 필요로 한다. 환자가 감정 상태를 스스로 관찰할 수 있는 기술을 발달시키도록 한다. 좋은 형태는 집단정신치료의 형태다.²⁰⁾ 감정과 생리 반응 사이를 연결시키고, 그것을 잘 관리하는 규칙을 교육한다. 감정을 인지하고 표현하는 데에 어려움을 알 수 있도록 해 준다.²¹⁾ 이를 통하여 감정에 있어 부정적으로 반응하는 태도를 변화시킬 수 있다. 후반부의 작업은 인지 행동 치료와 비슷하게 진행될 수 있다. 더불어 구성원 간의 저항, 전이 반응, 서로 간의 피드백, 사회 가족간의 갈등, 어려서의 정신적 충격도 같이 다룰 수 있을 것이다.²⁾ Barsky는 JAMA (1997)에서 다음과 같이 제안하였다. 환자들의 정신치료에 있어서도 표 3과 같은 전략으로 다가서는 방법이 도움이 될 것이다.

인지행동치료는 효과적인 치료로 환자가 도움을 받을 수 있다.²¹⁻²⁴⁾ 약물치료와 인지행동치료를 병합

표 3. 신체화 증상을 호소하는 환자들을 다루는 방법.^{2,6)}

- 완치라기보다는 돌보아 주는 것이라는 것을 명심하여야 한다.
완전히 증상을 없애려고 노력할 필요는 없다.
대처하고 생활하는 데에 초점을 맞춘다.
- 진단적 그리고 치료적으로 보존이 필요하다.
새로 검사를 하기에 앞서 옛 기록을 살펴본다.
비신체적으로 표현하는 요구에 반응해 준다.
방문과 진찰을 일정하게 자주 계획한다.
일단 치료 환경이 고정되면 방문 횟수를 변화시키지 않는 것이 좋다.
- 고통의 평가를 할 때 주의하여야 한다.
증상을 비난하거나 논박하지는 않는 것이 좋다.
증상으로 의사-환자관계를 단정짓지 않는다.
사회력에도 초점을 맞추는 것이 좋다.
- 진단을 제공한다.
구조적인 병리라기보다 기능성 장애임을 강조한다.
부연 설명을 해 주고 구체적인 예를 들어준다.
- 정신과 자문
정신과 병발 질환을 알아본다.
약물치료를 권하여 치료해 보도록 추천한다.
정신치료를 제공한다.

adapted from Barsky et. al (1997)

표 4. 환자들의 행동과 증상을 변화시키는 방법.²⁾

· 행동을 변화시키는 기술

증상을 환자의 삶과 연결시켜야 한다.

“당신의 증상(통증, 피로감, 호흡 곤란 등)이 일상적인 삶에 어떻게 방해가 되는가?”

증상을 환자들의 느낌에 연결시켜야 한다.

“당신이 그런 증상을 가졌을 때 어떻게 느껴지는가?”

환자의 감정을 기술하는 방법과 외부 환경적인 원인을 증상과 연결시키는 행동 양상을 정확히 청취한다.

매일 매일의 치료 전략에 따라 증상을 생각하게 한다.

“스트레스 조직 검사”: 환자는 자신의 어려운 상태(예를 들어 배우자와의 다툼, 직장 상사와의 어려움)

를 선택하고, 끄집어내어진 감정(스트레스, 긴장, 공포, 걱정, 두려움)을 한 가지 단어로 생각하게 한다.

그리고 지배적인 신체 감각(심계항진, 식은 땀, 호흡곤란, 근육 긴장)을 적게 한다. 그리고 감정이나

신체 감각 중 어떤 것이 더 명백한지 선택하게 한다.

· 증상을 완화시키는 기술

‘증상에 대해 민감함’ 그리고, ‘병에 대한 걱정’과 같은 용어를 사용하게 한다.

“증폭기가 당신의 신체에 항상 작동하는 것처럼 느껴지 않나요?”와 같은 질문을 해 본다.

Adapted from Blackwell et. al (1996)

할 경우 더욱 효과적이라고 알려져 있다. 예를 들어 두통을 치료하는 데에 있어 바이오피드백과 긴장완화 훈련이 효과적일 수 있으며, 행동교정 치료로 인하여 상당한 증상 완화를 볼 수가 있다. 항우울제와 스트레스 관리 치료가 각각 만성 긴장성 두통에 효과적이나 병합할 경우 단독 치료보다 더욱 향상된 결과를 가져올 수 있다. 증상을 인지하는 점수를 매겨 향후 치료 효과를 평가하는 것도 방법이 될 수 있다.⁵⁾

신체화장애 환자에 있어 인지행동치료의 효과는 여러 연구에서 알려져 있다. 개별 인지 행동 치료는 건강염려증, 신체추형장애, 내과적으로 설명되어 지지 않는 증상, 만성 피로 증후군, 미분화형 신체형장애에 효과적이다. 집단 인지행동치료는 신체화장애, 신체추형장애에 효과적이다(표 4).²⁵⁾

참 고 문 헌

1. Barsky, Arthur J. M.D., Peekna, Heli M. PhD, Borus, Jonathan F. MD Somatic Symptom Reporting in Women and Men. Journal of General Internal Medicine 2001;16(4):266-75.
2. Righter EL M.D., Randey A. Sansone MD Managing somatic preoccupation. American Family Physician 1999;59(11):3113-20.

3. Sadock MD. Comprehensive Textbook of Psychiatry Somatization Disorder seventh edition p 1514-p8
4. The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry Third Edition p 667-75.
5. De wester JN. Recognizing and treating the patient with somatic manifestations of depression Journal of Family Practice 1996;43(6):53-65.
6. Toner BB, Strucklese N, AliA, Dounie F, Ernolt S, Akman D. The development of a cognitive scale for functional bowel disorders Psychosomatic Medicine 1999;60(4):492-7.
7. Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR American Psychiatric Association 2000.
8. Fishbain DA, Cutler RB, Rosomoft HL, Rosomoft RS. Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? Meta analysis Psychosomatic medicine 1998;60(4):503-9.
9. Linden RD, Wilcox CS, Heiser JF, Cavanaugh E, Wisselink PG. Are selective serotonin reuptake inhibitors well tolerated in somatizing depressives? Psychopharmacology 1994;30(2):151-6.
10. Stahl SM. The psychopharmacology of painful physical symptoms in depression. Journal of clinical psychiatry 2002;69(5):382-3.
11. Fava M. Somatic symptoms, depression and antidepressant treatment Journal of clinical psychiatry

- 2002;63(4):308-15.
12. Naves R Jr, Happel RL, Muller BA, Holt CS, Kathol RG, Sierew LR, et al. Fluvoxamine for somatoform disorder. *General hospital psychiatry* 1998;20(6):339-44.
 13. Wesner RB, Noyes R Jr. Imipramine an effective treatment for illness phobia. *J Affect Disord* 1991;22(1-2):43-8.
 14. Davis RW. Comments on 'A controlled study of psychotherapy and amitriptyline used individually and in combination in the treatment of chronic intractable, 'psychogenic' pain, by I. Pilowsky and C.G. Barrow, *Pain*, 40 (1990):3-19. : *Pain* 1990 Nov;43(2):257-8.
 15. Kellner R, Fava GA, Lisansky J, Perini GI, Zielezny M. Hypochondriacal fears and beliefs in DSM-III melancholia. Changes with amitriptyline *J Affect Disord* 1986;10(1):21-6.
 16. Brotman AW, Jenike MA. Monosymptomatic hypochondriasis treated with tricyclic antidepressants. *Am J Psychiatry* 1984;141(12):1608-9.
 17. Gottschalk LA, Gleser GC, Wylie HW Jr, Kaplan SM. Effects of imipramine on anxiety and hostility levels *Psychopharmacologia* 1965;7(4):303-10.
 18. Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan A Effectiveness of psychotherapy of body dysmorphic disorder. *Journal of clinical psychiatry* 2001;62(9):721-7.
 19. Ladwig KH, Marten-Mittag B, Erazo N, Gundel H. Identifying somatization disorder in a population basal health, examination survey: psychosocial burden and gender differences *Psychosomatics* 2001;42(6):511-8.
 20. Harrison S, Watson M, Feinmann C. Does short term group therapy affect unexplained medical symptoms? *Journal of psychosomatic research* 1997;43(4):399-404.
 21. Watson WH, McDaniel SH. Relational therapy in medicine settings: Working with somatizing patients and their families. *Journal of clinical psychology* 2000;56(8):1065-82.
 22. Allew LA, Woolfolk RL, Gara MA, Escobar JL Cognitive behavior therapy for somatization disorder: preliminary investigation. *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry* 2001;32(2):53-62.
 23. Kroenke K, Swindle R. Cognitive behavior therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2000;69(4):205-65.
 24. Shrpe M. Cognitive behavior therapy for functional somatic complaints. *Psychosomatics* 1997;38(4):356-62.
 25. Looper KJ, Kirmeyer LJ. Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of consulting and clinical psychology* 2002;70(3):10-27.