

## 신체 증상을 주소로 응급실에 내원한 정신질환자들의 진단 유형 및 특성

김시경 · 김재진 · 신철진 · 이상익 · 정인원  
충북대학교 의과대학 신경정신과학교실

### < 초 록 >

**연구목적** : 충북대학교 병원 응급실에 내원하여 신체 증상을 호소한 정신질환자의 인구통계학 및 임상 특성, 정신과적 진단을 조사하여 충북, 청주 지역에서 특이적인 양상이 존재하는지 확인하고 이러한 환자들에 대한 보다 안정적인 진단을 제시하려고 하였다.

**대상및방법** : 1995년 3월 1일부터 1997년 2월 28일까지의 충북대학교 병원 신경정신과 응급실 기록지를 조사하여 신체 증상을 호소한 95명의 환자들을 대상으로 이들의 인구통계학적 변수와 유발 스트레스의 특성 및 정신 병리의 발현 양상을 조사하고 DSM-IV와 ICD-10에 의거한 정신과적 진단을 시행하였다.

**결과** : 신체 증상을 호소한 환자들의 성별 분포는 여성이 남성에 비해 2.7배 정도 많았으며 20대에서 40대까지가 대다수였다. 중졸 및 고졸, 중류의 생활 수준, 기혼, 주부에서 혼했고 주로 가정내 문제가 주요한 스트레스로 급성의 경과를 밟는 편이었다. 발현 양상은 주로 신경계 증상과 심혈관계 증상, 근골격계 증상 및 위장관 증상이 주였으며 정서적 문제로 불안, 전환증상, 우울, 해리가 동반되는 경우가 많았다. 그러나 이들의 진단은 상당히 다양하게 나타나서 DSM-IV와 ICD-10의 특정 진단명보다 비특이적인 진단명이 우세했으며 이중 DSM-IV에 의한 '불특정형 적응장애'와 전환장애가, ICD-10에 의한 '기타 신체형 장애'가 많았다.

**결론** : 충북, 청주 지역에서 신체 증상을 호소하는 많은 환자들이 전환 장애, 해리 장애 및 불안 장애와 관련된 고전적 의미의 히스테리아 양상을 보이고 있지만 이들의 특성을 충분히 반영해 줄만한 특이한 단일 진단명이 없으며 이는 사회문화적 고려 없이 서구적 진단체계의 도입으로 인한 것으로 사료되어 이 부분에 대한 추후 연구가 필요하다.

### 찾아보기 낱말 : 신체화, 히스테리아, 진단

---

이논문은 1997년도 충북대학교병원 지정진료연구비에 의하여 연구되었음

책임저자 : 김재진, 충북 청주시 흥덕구 개신동 48번지, 충북대학교 의과대학 신경정신과학교실, 361-763,  
jjkim@med.chungbuk.ac.kr, (Tel : 0431-69-6182, Fax : 0431-67-7951)

## 서 론

신체화는 마음속 깊이 내재하는 신경증적 원인에 의해 발생하는 신체 장애를 의미하는 것으로 넓게는 명확한 의학적 설명이 불가능한 신체증상 모두를 의미한다[1]. 신체화 (somatization)는 Wilhelm Stekel에 의해 처음 제안되어 무의식 깊은 곳에 존재하는 신경증적 갈등이 표현된 신체 질환으로 정의되었으나 현재는 많은 개념상의 혼란이 있다[2]. 대부분의 신체화에 대한 가설은 심리적인 고통을 신체적으로 표현하는 것이기는 하지만 신체화는 단일한 임상 단위도 아니며 단일한 병리 과정을 거쳐 발생하는 것이 아니라고 하고 신체화를 충분히 설명해줄 한가지 적절한 가설은 없는 상당히 복잡한 현상이라는 주장이 우세하다[3]. 그러나 일차 의료기관을 찾는 많은 환자에게 있어 기질적 원인이 밝혀지지 않는 경우가 대략 20-90% 사이의 다양한 보고가 있으나 [4,5], 상당히 혼란 문제라고 할 수 있으며, 특히 여러 과가 진료하는 종합병원 응급실에서 신체 증상을 호소하는 환자는 상당히 혼란지만 기질적 원인이 없는 경우 단순한 피병 정도로 치부되어 환자의 문제가 무시되는 경우가 흔하다.

한국 사회에서는 서구 사회보다 신체화 경향이 높다는 보고가 있는데, 이는 무속 사회와 한방의 투사적 질병 개념과 밀접한 관련이 있을 것임을 지적하고 있다[6]. 또 지적 능력이 제한되어 있고 교육을 덜 받은 사람들은 자신의 심리적 불편을 언어로 제대로 표현하지 못한다고 하며 특히 아시아인 같이 문화적으로 정서 노출을 자제하는 분위기에서 성장한 사람은 정신질환에 동반되는 신체 증상에 집착하기 쉬우며, 결국 비서구 문화권이나 개발도상국에 전통적으로 신체화 경향이 높고 이와 더불어 건강 관리 체계의 차이 등 다양한 문화적인 요소가 신체화 증상의 발현과 그 발현 양상에 영향을 준다[1]. 따라서 신체화된 증상은 심리적인 고통이나 정신 사회적 문제로 인해 표현되는 정신과적 문제이긴 하지만 치료에 관여하는 의료진도 일반의에서 세부 전문의까지 다양하며 그 발현 기전도 상당히 다양한 중후군이고 이에 사회 문화적 요소가 영향을 줌으로써 그 임상 양상도 다양하고 진단과 치료에도 다양

한 접근 방식이 필요할 것이다.

신체 증상이 문제가 되는 정신과적 진단명도 상당히 다양한데[5], 크게는 의식적으로 신체 증상을 합성해내는 피병과 심리적인 갈등의 무의식적인 표현인 신체형 장애로 나눌 수 있겠으며 신체형 장애(somatoform disorder)는 다시 신체화 장애(somatization disorder), 심인성 동통 장애, 건강 염려증, 전환 장애 등으로 구분하지만[7], 이외에도 정신 분열병, 주요 우울증 등 주요 정신병과 불안 장애, 해리 장애 등 주요 신경증을 포함한 다양한 정신 장애의 발현 양상으로 신체 증상이 나타난다.

이러한 진단의 다양성은 정신 질환의 원인론적 접근이 어려운 현대의 정신의학의 한계로 인해 증상의 현상학적인 범주화를 통한 진단 체계가 한 원인이 될 수 있다[8]. 정신과 영역에서 주로 사용하는 진단 체계는 미국 정신 의학 협회(American Psychiatric Association)에서 제정한 정신 장애의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder : DSM)이며 현재 제 4판까지 제정되어 있다. 이 외에 국제 보건 기구(World Health Organization)가 제정한 국제 질병 분류(International Classification of Disease : ICD)도 병용하여 사용하고 있다. 이 두 진단 체계 모두 현상학적인 접근 방법을 통한 기술적 진단 체계로서 주로 DSM 체계는 임상적 적용이나 인구 통계학적 연구에 유용하며 ICD 체계는 공중 위생적 적용이나 의학적 기록에 유용하지만 현재로서도 두가지 체계 간의 연관성은 만족스럽지 못한 것으로 보고 있다[9].

결국, 신체화라는 현상은 다양한 정신 질환에서 다양한 형태로 다양한 기전에 의해 존재하며 그 다양성의 바탕에는 사회 문화적인 요소가 영향을 미치고 있다고 하겠는데 이에 대한 현상학적인 분류 방법이 신체화된 증상을 이해하는데 장애 요소로 작용할 수 있을 것이다.

이전의 연구에서 이러한 현상학적 기준에 대한 문제점을 일관되게 지적하고 있는데[10], 신체화 장애의 개별 증상을 진단 기준으로 정하기 보다는 몇몇 증상군으로 분류하여 진단기준을 삼는 것이 타당하다는 견해와[11], 사회문화적 배경에 따라 진단 기준이 달라야 한다는 견해[11, 12], 우

울증 등 다른 질병과의 관련성에 따라 진단의 흐름이 바뀌어야 한다는 견해가 있다.

이렇게 신체화를 호소하는 환자에서 다양한 증상군이 존재하고, 사회 문화적 배경에 영향을 받으며, 다른 정신 질환과 관련성이 있음을 이해할 필요가 있다 하겠으며 이에 저자들은 충북대학교 병원 응급실에 내원하여 신체화 증상을 호소하여 신경정신과에 의뢰되었던 환자들을 대상으로 인구 통계학적 특성 및 증상의 발현 양상과 신경정신과적 진단을 고찰함으로써 충북, 청주 지역에서 특정한 신체화 경향과 신체화 발현 양상의 특성이 존재하는지 확인하고 신체화에 대한 보다 안정적인 진단을 제시할 수 있는 자료로 활용하고자 본 연구를 시행하였다.

## 대상 및 방법

### 1. 대상자 및 조사방법

1995년 3월 1일부터 1997년 2월 28일까지 충북대학교 병원 응급실에 내원하여 정신과적 진단이 내려진 251명 환자중 신체 증상을 호소한 환자를 대상으로 하였다. 이들 중 본 환자기록이 미비하거나 다른 내과적, 신경과적 진단이 내려진 경우, 이전에 다른 주요 정신증의 병력이 있는 경우, 주정 중독 환자는 제외하였으며, 또 운동감각 증상 등 신경학적 증상만을 호소한 전환장애 환자를 제외하여 최종적으로 95명의 환자가 선정되었다.

신경정신과 응급실 기록지를 검토하여 환자의 연령, 성별, 교육수준, 직업, 결혼상태, 사회경제적 수준, 현거주지, 종교 등 인구통계학적 변수와 환자의 스트레스 존재 유무와 그 심각도, 스트레스의 종류를 조사하였고 주문제로 기술된 정신과적 증상을 17개 항목으로 다시 구분하였다. 이상의 정보를 토대로 하여 DSM-IV와 ICD-10에 의거한 정신과적 진단을 시행하였다.

### 2. 인구통계학적 변수조사

대상자들의 생활 수준은 Hollingshead Scale

[13]에 따라 Class I, II를 상류, Class III을 중류, Class IV, V를 하류로 구분하였다. 직업은 무직, 노동직, 사무직, 학생, 주부로 나누었으며 거주지는 특별시, 직할시, 시청 소재지는 도시로, 그 이하 단위는 농어촌으로 구분하였다. 결혼상태는 미혼, 기혼, 기타로 구분하였으며 기타에는 사별과 이혼, 별거가 포함되었다. 종교는 무교, 기독교, 불교 및 기타로 구분하였고 편의상 천주교는 기독교에 포함시켰다.

### 3. 스트레스의 조사

대상자에게 신체화 증상을 일으킬만한 심리적인 스트레스가 존재하였는지를 조사하였으며 DSM-IV의 기준에 의거하여 그 스트레스의 내용이 자신이나 타인의 실제적이거나 위협적인 죽음이나 심각한 장애, 또는 신체적 안녕에 위협을 가져다 주는 사건을 목격하거나 직면하였을 경우를 major stress로 그렇지 않은 경우에는 minor stress로 스트레스의 정도를 구분하였다[7]. 스트레스의 종류로는 배우자 혹은 애인과의 문제, 다른 가족과의 문제, 경제적인 어려움, 타인과의 갈등, 직업과 관계된 문제, 학교생활에서의 문제, 건강상의 문제, 주변 사람들의 죽음, 진로문제, 종교적인 문제, 사고와 관련된 문제, 기타로 구분하였다.

### 4. 정신병리의 조사

응급실 기록지에 기재되어 있는 환자의 주문제를 주증상과 동반증상으로 나누어 조사하고 이를 다시 정신병적 행동, 운동 혹은 감각 소실, 경련성 행동, 이인증 혹은 이현실증, 기억상실, 불안, 우울, 행동 문제, 걱정, 고통스러운 재경험, 감정적 둔마 혹은 과잉각성, 수면 장애, 조증을 포함한 정동 이상, 자살 행동, 실신, 기타의 17개 항목으로 구분하였다. 특히 신경학적 증상이 주증을 이루는 전환 증상은 신체화 증상과 구분하여 운동 혹은 감각 소실과 경련성 행동으로 분류하였다. 또한 신체화 증상 이외에 다른 동반 증상이 있는지를 조사하였다.

5. 진단

신경정신과 응급실 기록지에 기재되어 있는 모든 정보를 바탕으로 정신장애의 진단 및 통계 편람 제 4판 (DSM-IV)[7]과 국제 질병 분류 제 10판 (ICD-10)[14] 의 제 5장 정신 및 행태 장애 (F00-F79)에 근거하여 기존의 진단명과 관계없이 재진단을 시행하였다.

결 과

1. 인구통계학적 분포 (Table 1)

1) 성별 및 연령 분포

신체 증상을 호소한 환자의 성별 분포는 남자 26명, 여자 69명으로 남녀 비는 2.7 : 1이었다. 연령분포는 10대 이하가 13명(13.7%), 20대가 20명(21.1%), 30대가 26명(27.4%), 40대가 21명

Table 1. The demographics of the subjects(N=95)

		Age (years)					Total N (%)
		<19 N (%)	20-29 N (%)	30-39 N (%)	40-49 N (%)	>50 N (%)	
Sex	male	10 (76.9)	5 (25.0)	5 (19.2)	5 (23.8)	1 (6.7)	26 (27.4)
	female	3 (23.1)	15 (75.0)	21 (80.8)	16 (76.2)	14 (93.3)	69 (72.6)
Education	no	1 (7.7)	-	-	1 (4.8)	4 (26.7)	6 (6.3)
	primary	2 (15.4)	-	1 (3.8)	4 (19.0)	8 (53.3)	15 (15.8)
	middle	9 (69.2)	2 (10.0)	9 (34.6)	7 (33.3)	2 (13.3)	29 (30.5)
	high	1 (7.7)	12 (60.0)	12 (46.2)	9 (42.9)	1 (6.7)	35 (36.8)
	college	-	6 (30.0)	4 (15.4)	-	-	10 (10.5)
Occupation	no	-	2 (10.0)	2 (7.7)	5 (35.7)	6 (40.0)	15 (15.8)
	blue	-	3 (15.0)	5 (19.2)	-	1 (6.7)	9 (9.5)
	white	-	9 (45.0)	5 (19.2)	5 (35.7)	1 (6.7)	20 (21.1)
	student	13 (100.0)	1 (5.0)	-	-	-	14 (14.7)
	housewife	-	5 (25.0)	14 (53.8)	11 (52.4)	7 (46.7)	37 (38.9)
Marital Status	unmarried	13 (100.0)	14 (70.0)	1 (3.8)	-	-	28 (29.5)
	married	-	6 (30.0)	24 (92.3)	19 (90.5)	12 (80.0)	61 (64.2)
	seperated	-	-	1 (3.8)	2 (9.5)	3 (20.0)	6 (6.3)
SES	high	1 (7.7)	-	1 (3.8)	4 (19.0)	-	6 (6.3)
	middle	12 (92.3)	15 (75.0)	24 (92.3)	16 (76.2)	13 (86.7)	80 (84.2)
	low	-	5 (25.0)	1 (3.8)	1 (4.8)	2 (13.3)	9 (9.5)
Living place	urban	11 (84.6)	17 (85.0)	20 (76.9)	16 (76.2)	11 (73.3)	75 (78.9)
	rural	2 (15.4)	3 (15.0)	6 (23.1)	5 (23.8)	4 (26.7)	20 (21.1)
Religion	no	5 (38.5)	11 (55.0)	6 (23.1)	11 (52.4)	5 (33.3)	38 (40.0)
	christian	8 (61.5)	7 (35.0)	13 (50.0)	2 (9.5)	4 (26.7)	34 (35.8)
	buddhist	-	2 (10.0)	6 (23.1)	8 (38.1)	6 (40.0)	22 (23.2)
	others	-	-	1 (3.8)	-	-	1 (1.1)
Total		13 (100.0)	20 (100.0)	26 (100.0)	21 (100.0)	15 (100.0)	95 (100.0)

blue : blue collar i.e, laborer, soldier, farmer etc

white : white collar i.e, professions, officer, serviceman etc

(22.1%), 50대 이상이 15명(15.8%)으로 20-40대가 다소 많은 양상을 보이고 있었다.

2) 교육수준, 생활 수준 및 직업 분포

교육수준은 고졸이 35명(36.8%), 중졸이 29명(30.5%)이었고 국졸이 15명(15.8%), 대졸 이상이 10명(10.5%), 무학이 6명(6.3%)순이었다. 생활수준은 종류가 80명으로 전체의 84.2%에 해당하였으며 하류 9명(9.5%), 상류 6명(6.3%)순이었다.

직업의 분포를 살펴보면 주부가 37명(38.9%)으로 압도적으로 많았고, 사무직이 20명 (21.1%), 무직이 15명 (15.8%), 학생 14명 (14.7%)순이었고 노무직이 9명 (9.5%)로 가장 적었다.

3) 결혼상태, 종교분포 및 거주지

결혼상태는 기혼이 61명(64.2%)으로 가장 많았으며 미혼이 28명(29.5%), 이혼 등이 6명 (6.3%) 순이었다. 종교 분포는 무종교자가 38명(40.0%)으로 가장 많았으며 기독교 및 천주교가 34명(35.8%), 불교가 22명(23.2%), 기타가 1명(1.1%)순이었다. 현재 거주지로는 도시가 75명(78.9%), 농어촌이 20명(21.1%)이었다.

2. 유발 스트레스의 양상

조사 대상자 95명 중 73명(76.8%)에서 신체화 증상과 관련된 사회심리적 스트레스가 확인되었으며 15명(15.8%)은 부인하였다. 7명(7.4%)은 스트레스의 확인이 불가능하였다(Table 2). 스트레

스의 심각도의 분포는 major stress에 해당하는 경우가 10명(13.7%), minor stress에 해당하는 경우가 63명(86.3%)이었다.

확인된 스트레스의 종류로는 배우자 혹은 애인과의 문제가 24명(32.9%), 다른 가족과의 문제가 14명(19.2%)으로 가정 내 문제가 전체의 절반 이상을 차지하였다. 이외에 건강과 관련된 문제가 7명(9.6%), 학교 생활의 문제가 6명(8.2%), 경제적 문제가 5명(6.8%), 다른 사람과의 갈등이 4명(5.5%), 직업과 관련된 문제가 4명(5.5%) 순이었다.

스트레스의 발생과 증상 발생까지의 기간을 보면 1일 이내가 45명(61.6%), 1주 이내가 11명(15.1%), 1개월 이내가 7명(9.6%), 1개월 이상이 10명(13.7%) 이었다(Table 3).

3. 임상 증상 및 진단

1) 임상 증상 (Table 4)

신체화 증상으로 가장 많이 호소한 것은 흉부 압박감, 심계 항진, 호흡 곤란 등 심혈관계 증상과 두통, 어지러움 등 신경계 증상으로 각각 32명(33.7%)이 해당되었다. 구토, 복부 팽만감, 복통 등 위장관 증상과 요통 등 근골격계 증상을 각각 8명(8.4%)이 호소하였으며 여러 부위의 신체증상을 호소한 경우는 15명으로 전체의 15.8%에 해당하였다.

Table 2. Presence of detectable stress

	Age (years)					Total N (%)
	>19 N (%)	20-29 N (%)	30-39 N (%)	40-49 N (%)	50< N (%)	
presence	11 (84.6)	14 (70.0)	18 (69.2)	17 (81.0)	13 (86.7)	73 (76.8)
absence	1 (7.7)	4 (20.0)	4 (15.4)	4 (19.0)	2 (13.3)	15 (15.8)
NA	1 (7.7)	2 (10.0)	4 (15.4)	-	-	7 (7.4)
Total	13 (100.0)	20 (100.0)	26 (100.0)	21 (100.0)	15 (100.0)	95 (100.0)

NA : not available

Table 3. Stress manifestation of subjects

		Age (years)					Total N (%)
		>19 N (%)	20-29 N (%)	30-39 N (%)	40-49 N (%)	50< N (%)	
Severity	major	2 (18.2)	3 (21.4)	2 (11.1)	2 (11.8)	1 (7.7)	10 (13.7)
	minor	9 (81.8)	11 (78.6)	16 (88.9)	15 (88.2)	12 (92.3)	63 (86.3)
Sort	partner	2 (18.2)	4 (28.6)	8 (44.4)	6 (35.3)	4 (30.8)	24 (32.9)
	familial	1 (9.1)	1 (7.1)	4 (22.2)	4 (23.5)	4 (30.8)	14 (19.2)
	economic	-	1 (7.1)	1 (5.6)	2 (11.8)	1 (7.7)	5 (6.8)
	people	1 (9.1)	-	2 (11.1)	1 (5.9)	-	4 (5.5)
	occupation	-	4 (28.6)	-	-	-	4 (5.5)
	school	6 (54.5)	-	-	-	-	6 (8.2)
	healthy	-	1 (7.1)	1 (5.6)	3 (17.6)	2 (15.4)	7 (9.6)
	death	-	-	-	-	2 (15.4)	2 (2.7)
	accident	-	1 (7.1)	-	-	-	1 (1.4)
	others	1 (9.1)	2 (14.3)	2 (11.1)	1 (5.9)	-	6 (8.2)
duration	- 1 day	7 (63.6)	8 (57.1)	13 (72.2)	10 (58.8)	7 (53.8)	45 (61.6)
	- 1 week	2 (18.2)	3 (21.4)	-	4 (23.5)	2 (15.4)	11 (15.1)
	- 1 month	2 (18.2)	3 (21.4)	1 (5.6)	-	1 (7.7)	7 (9.6)
	month -	-	-	4 (22.2)	3 (17.6)	3 (23.1)	10 (13.7)
Total		11 (100.0)	14 (100.0)	18 (100.0)	17 (100.0)	13 (100.0)	73 (100.0)

partner : problem with spouse or lover , familial : familial problem, economic : economic problem, people : problem with other people, occupation : problem related to occupation, school : problem in school life, healthy : healthy problem, death : emotional stress by death of nearbody, accident : problem related to accident

Table 4. Involved system of somatic complaints

		Age (years)					Total N (%)
		>19 N (%)	20-29 N (%)	30-39 N (%)	40-49 N (%)	50< N (%)	
CV system		5 (38.5)	4 (20.0)	8 (30.8)	9 (42.9)	6 (40.0)	32 (33.7)
Nervous system		5 (38.5)	5 (25.0)	10 (38.5)	5 (23.8)	7 (46.7)	32 (33.7)
MS system		3 (23.1)	3 (15.0)	1 (3.8)	-	1 (6.7)	8 (8.4)
GI system		-	4 (20.0)	2 (7.7)	2 (9.5)	-	8 (8.4)
Multiple complaint		-	4 (20.0)	5 (19.2)	5 (23.8)	1 (6.7)	15 (15.8)
Total		13 (100.0)	20 (100.0)	26 (100.0)	21 (100.0)	15 (100.0)	95 (100.0)

CV system : cardiovascular system  
 MS system : musculoskeletal system  
 GI system : gastrointestinal system

2) 다른 정신병리와의 관련성 (Table 5)

신체화 증상을 호소한 환자에서 가장 흔히 동반된 정신과적 문제는 불안으로 59명(62.1%)에서 불안을 호소하였으며 운동 및 감각 증상이 31명(32.6%), 우울감이 28명(29.5%)에서 발견되었다. 걱정과 수면 장애는 각각 11명(11.6%)이 호소하였으며, 정서적 무감각 혹은 과잉 각성이 9명(9.5%), 정신증적 증상과 경련형 양상은 3명(3.9%)이 호소하였고, 그 외에 품행 문제, 고통스러운 재경험, 경련형 양상, 자살 사고, 실신이, 이인증 혹은 이현실증이 1명(1.3%)에서 동반되었다. 그러나 기억 상실, 정동의 변화를 호소하였던 사람은 없었다.

3) 진단 (Table 6, 7)

DSM-IV에 의거한 진단명으로는 전환 장애가 27명(28.4%)이었고 불특정형 적응장애가 26명

Table 5. Comorbid symptoms of subjects

problem	N (%)
anxiety	59 (62.1)
motor and sensory deficit	31 (32.6)
depression	28 (29.5)
agitation	11 (11.6)
sleep disturbance	11 (11.6)
emotional numbness or hyperarousal	9 (9.5)
convulsive movement	3 (3.2)
psychotic behavior	3 (3.9)
conduct problem	1 (1.1)
painful reexperience	1 (1.1)
suicidal idea	1 (1.1)
syncope	1 (1.1)
derealization or depersonalization	1 (1.1)
amnesia	0 (0.0)
mood disturbance	0 (0.0)

Table 6. Diagnosis of subjects by DSM-IV

Diagnosis (Code)	N (%)
Schizophrenia and Other Psychotic Disorders	
Brief Psychotic Disorder (298.8)	1 (1.1)
Mood Disorders	
Depressive Disorders (296.xx)	4 (4.2)
Anxiety Disorders	
Panic Disorders (300.01)	8 (8.4)
Acute Stress Disorders (308.3)	2 (2.1)
Generalized Anxiety Disorders (300.02)	2 (2.1)
Anxiety Disorder NOS (300.00)	8 (8.4)
Somatoform Disorders	
Somatization Disorder (300.81)	3 (3.2)
Conversion Disorder (300.11)	
with motor symptoms/deficits	12 (12.6)
with sensory symptoms/deficits	12 (12.6)
with seizure	2 (2.1)
with mixed symptoms	1 (1.1)
Pain Disorder (307.80)	3 (3.2)
Somatoform Disorder NOS (300.81)	5 (5.3)
Adjustment Disorders	
with Anxiety (309.24)	3 (3.2)
with Mixed Anxiety and Depressed Mood (309.28)	1 (1.1)
Unspecified (309.9)	26 (27.4)
Psychological Factors Affecting General Medical Condition (316...)	1 (1.1)
Bereavement (V62.82)	1 (1.1)

Table 7. Diagnosis of subjects by ICD-10

Diagnosis (Code)	N (%)
Acute and transient psychotic disorders (F23)	1 (1.1)
Mood Disorders	
Depressive Episode (F32)	1 (1.1)
Recurrent Depressive Disorder (F33)	1 (1.1)
Neurotic, Stress-related, and Somatoform Disorders	
Other Anxiety Disorders	
Panic Disorder (F41.0)	9 (9.5)
Generalized Anxiety Disorder (F41.1)	1 (1.1)
Other Specified Anxiety Disorder (F41.8)	2 (2.1)
Unspecified (F41.9)	6 (6.3)
Reaction to Severe Stress, and Adjustment Disorders	
Acute Stress Reaction (F43.0)	2 (2.1)
Adjustment Disorders (F43.2)	
Brief Depressive Reaction (F43.20)	1 (1.1)
Prolonged Depressive Reaction (F43.21)	1 (1.1)
Mixed Anxiety and Depressive Reaction (F43.22)	1 (1.1)
with Predominant Disturbance of Other Emotion (F43.23)	2 (2.1)
Other Reaction to Severe Stress (F43.8)	1 (1.1)
Dissociative (conversion) Disorders	
Dissociative Stupor (F44.2)	4 (4.2)
Dissociative Motor Disorders (F44.4)	12 (12.6)
Dissociative Convulsion (F44.5)	2 (1.1)
Dissociative Anaesthesia and Sensory Loss (F44.6)	7 (7.4)
Mixed Dissociative Disorders (F44.7)	2 (2.1)
Somatoform Disorders	
Somatization Disorders (F45.0)	3 (3.2)
Undifferentiated Somatoform Disorder (F45.1)	3 (3.2)
Persistent Somatoform Pain Disorder (F45.4)	1 (1.1)
Other Somatoform Disorder (F45.8)	31 (32.6)
Bereavement (Z63.4)	1 (1.1)

(27.4%)으로 두 진단이 높은 비율을 차지하고 있었다. 기타 공황장애, 달리 분류되지 않는 불안장애, 달리 분류되지 않는 신체형 장애가 흔히 진단되는 진단명이었다.

ICD-10에 의거한 진단명으로는 기타 신체형 장애가 31명(32.6%)으로 가장 높은 비율을 차지하였으며 해리성 운동 장애, 공황장애, 특정 불능의 기타 불안장애, 해리성 무감각 및 지각 상실의 순으로 진단되었다.

특정 진단명이 아닌 '달리 분류되지 않는(NOS)', 혹은 '불특정형의(unspecified)', '기타

(other)'등이 붙는 진단명은 DSM-IV의 경우 39명(41.1%)이 ICD-10의 경우에는 41명(43.2%)이 해당되어 달리 분류되지 않거나 특정 불능이라고 하기에는 그 빈도가 높았다.

### 3) 진단의 일치도 (Table 8)

DSM-IV와 ICD-10이 공유하고 있는 진단명인 정신증적 장애, 기분 장애, 불안 장애, 신체화 장애, 적응 장애, 애도 반응에 대한 진단명의 일치도를 비교하여 보면 전체 76명의 환자 중 같은 진단 범주에 속하는 경우는 35명으로 전체의



Table 8. The agreement of diagnosis according to DSM-IV and ICD-10

	BPD	Mood Disorder	Anxiety Disorder	SD	AD	PSD	Grief reaction	Total*
ATPD	1							1
Mood disorder		2						2
Anxiety disorder			16	1	1			18
ASR			2					2
AD		2	1		3			6
DD				22	5			27
SD			1	15	21	1		38
Grief reaction							1	1
Total**	1	4	20	38	30	1	1	95

\*diagnosis according to ICD-10,

\*\*diagnosis according to DSM-IV,

BPD : brief psychotic disorder,

SD : somatoform disorder

AD : adjustment disorder,

ASR : acute stress reaction

DD : dissociative disorder,

PSD : psychological factor affecting medical condition

Grief reaction : bereavement,

ATPD : acute and transient psychotic disorder

36.8%에 해당하였으며 과반수의 경우 DSM-IV와 ICD-10에서 진단상의 불일치를 보이고 있었다.

## 고찰

본 연구 대상자들의 인구통계학적 특성을 살펴 보면, 여성에 혼하고 20-40대가 높은 비율을 차지하였으며 교육수준으로는 고졸 및 중졸이 많고 생활 수준은 중류가 많았고 직업별로는 가정주부가 가장 많았다. 이와 같은 양상은 이전의 히스테리아, 신체화 장애, 전환 장애 환자들을 대상으로 인구통계학적 특성들을 살펴본 문헌의 많은 부분과 공통점을 찾아볼 수 있으며[15,16,17], 충북대학교 병원 응급실에 내원한 전환 장애 환자를 대상으로 한 이전의 연구[18]와도 유사한 소견이다.

본 연구 대상자 중 DSM-IV에 의거한 전환장애 환자는 27명(28.4%)으로 전환 장애가 신체 증상을 호소하는 사람들에 있어서 충분한 비중을

차지하고 있음을 알 수 있다. 이런 사실을 종합하여 볼 때, 신체 증상을 호소하는 다른 신경정신과 진단과 전환 장애가 원인론이나 병태생리를 공유하고 있을 가능성이 있겠다.

연구 대상자의 76.8%가 확인 가능한 스트레스를 인정하여 신체화 증상과 사회심리적인 요인과의 관련성을 시사하였다. 그러나 간과할 수 없는 것은 13.2%의 환자에서는 기질적 원인을 찾을 수 없는 신체화 증상이 있다고 하더라도 특별한 유발 인자를 확인할 수 없었는데, 확인되지 않는 스트레스로 인한 것을 배제할 수는 없다.

스트레스의 종류를 보면 애인 혹은 배우자와의 문제와 가정 문제가 전체의 52.1%를 차지하였는데 이도 전환 장애만을 대상으로 한 연구에서 가정 내 문제가 47%를 차지한 것을 고려할 때 신체화 증상을 보이는 정신 장애와 전환 장애의 관련성을 시사한다고 하겠다.

또한 특정 스트레스의 발생부터 신체화 증상의 발생까지의 기간을 살펴보면, 전체의 62.7%에서

1일 이내로 급성으로 발병한 것을 알 수 있다. 신체화 증상을 호소하는 정신과적 진단 중 가장 주요한 진단명은 DSM-IV나 ICD-10 기준 모두 신체화 장애(somatization disorder)와 전환 장애(conversion disorder)라고 할 수 있겠는데 진단 기준 상 신체화 장애는 상당히 만성적인 발병과 경과를 요구하고 있다. 결국, 신체화를 주제로 응급실에 내원한 많은 환자들이 급성 양상을 보이고 있는 점은 경과면에서 신체화 장애보다는 오히려 전환 장애의 특성을 보여주고 있는 것으로 생각된다. 신체화 장애에 대한 이전의 연구에서 신체화 장애를 급만성 여부에 따라 3가지 아형으로 나누어야 한다는 주장이 있었는데[19], 스트레스와 증상 발생의 기간에 따라 급성, 아급성, 만성으로 나누고 만성의 경우 치료가 어렵다고 하였다.

전환 장애와 신체화 장애 모두 고전적인 개념의 히스테리아에서 출발하여 현재는 신체형 장애의 하부 진단으로 되어 있어 두 장애의 특성을 비교한 연구들이 많은데, 대개 두 질병 모두 여성에서 흔하고 인구통계학적으로 유사하지만, 신체화 장애가 더 만성적이고 치료에 반응하지 않으며[17], 우울증, 자살, 공황 장애와 병발하기 쉽고 이혼율이 더 높았다고 한다[20]. 또한 두 질환 모두 생활 사건의 대처방법의 문제, 즉 스트레스-적응 방식의 문제로 생각되지만 두 질환 사이의 생활 스트레스와 사회 지지도, 대처 기술에 개인적인 차이가 존재한다고 한다[21].

결국, 고전적 의미의 히스테리아에서 출발한 이 두 장애 중 급성 경과를 밟고 신경학적 증상을 방불케 하는 마비, 경련 등의 형태는 전환 장애로, 만성 경과를 밟고 신경학적 증상이 아닌 다른 신체화 증상을 주로 호소하는 경우에는 신체화 장애로 계승되었다고 할 수 있다. 그러나 히스테리아 자체가 경과와 발현 양상이 단일한 몇 가지 질병으로 나뉘어 있는 것이라고 볼 수 없으며[22], 그 경과와 증상 발현 양상의 특성이 문화권마다 다르다면 이러한 구분을 모든 문화권에 일반적으로 적용하는 데에 무리가 따를 것이다. 본 연구 대상에서 신체화 장애는 DSM-IV, ICD-10 체계 모두 3명이 진단되었고 DSM-IV의 전환 장애는 27명, ICD-10의 해리(전환) 장애도 27명이

진단되었다. 그러나 다른 진단명을 갖는 더 많은 분포의 환자들에서 고전적 의미의 히스테리아에 속할 가능성을 생각해 볼 수 있을 것이다.

대상자가 호소하는 신체 증상을 살펴 볼 때 심혈관계 증상과 신경계 증상이 가장 많았고 근골격계 및 위장관계 증상 순이었다. 이전의 연구에서 심호흡계 증상과 위장관계증상, 근골격계 증상이 보편적이라는 주장이 주종을 이루었으며[10, 11, 17, 23], 본 연구도 이에 합당하는 소견이지만 이와 더불어 두통, 현훈 등의 신경계 증상이 가장 많은 비율을 차지하고 있다. 이전의 연구가 순수한 신체화 장애만을 대상으로 하였기 때문이기도 하겠지만 본 연구에서는 응급실 상황에서 편두통, 긴장성 두통 등 일차성 두통을 감별하지 못하였을 가능성이 있다.

신체화 증상을 호소하는 환자들에 있어서 동반된 다른 정신과적 증상을 살펴보면 불안, 걱정 등 불안 범주에 해당하는 증상이 62.1%, 11.6%로 가장 흔하였고, 전환 범주에 해당하는 운동 및 감각 이상과 경련형 양상이 32.6%와 3.2%였으며 우울 증상이 29.5%, 해리 범주에 해당하는 정서적 무감각 및 과잉 각성이 9.5%, 고통스러운 재경험과 실신이 각각 1.1%에 해당하였다.

정신적 외상에 의한 해리 반응 혹은 신체화 경향, 전환 반응과의 관련성은 잘 알려져 있다. 외상에 의한 반응으로써 해리장애, 신체형 장애, 기분 장애, 외상후 스트레스 장애와 급성 스트레스 장애는 개별적인 질병이 아닌 하나의 연속적인 증후군으로 주장되고 이는 고전적 의미의 히스테리아의 범주로 생각하는 것이 환자를 이해하는데 도움이 된다는 주장이 있다[24, 25].

또한 해리성 기억 상실, 해리성 둔주, 해리성 주체성 장애 등의 해리 장애와 정신적 외상과의 관련성은 서양에서 매우 잘 알려진 현상이지만[26, 27], 동양권에서 이를 그대로 적용할 수 있는지에 대하여는 다른 견해들이 있다[28]. 서양에서는 해리장애와 신체화 장애는 흔히 동반된다고 하는 등[29, 30] 해리 증상과 신체화 증상의 관련성은 매우 밀접한 것으로 알려져 있다. 그러나 본 연구 대상에는 해리 증상과 신체화 증상이 존재하지는 않지만 외국 문헌처럼 흔히 동반되지는 않으며 특히 기억 상실이나 주체성의 해리 현상

은 전혀 발견할 수 없었다. 이는 스트레스에 의해 발병할 수 있는 장애들, 즉 해리 장애, 신체형 장애, 불안 장애 및 적응 장애 등이 개별적인 질병이 아닌 히스테리아라는 연속적인 증후군이라는 가설[24] 속에서 한국 사회에서는 신체화 경향이 해리 경향보다 더 강하고 주도적일 가능성을 생각할 수 있으며 여기에 전통적인 질병 관념 등의 사회문화적 배경이 관여한다고 생각할 수 있다[6, 31].

신체화 증상을 호소한 환자의 신경정신과적 진단명을 살펴보면 DSM-IV에 의한 경우에는 전환 장애가 27명(28.4%), 불특정형의 적응장애가 26명(37.4%)으로 압도적이었다.

DSM-IV에서의 적응장애는 그 스트레스 정도나 증상 발현 양상, 증상 발현 기간이 상당히 광범위하고 비특이적인 진단명이다. 그럼에도 불구하고 특정 적응 장애가 아닌 불특정형의 적응장애(Adjustment disorder, unspecified)가 가장 많은 분포를 차지한 것은 스트레스에 의한 정서적 문제 중에 신체화 증상을 호소하는 경우에는 비특이적인 적응장애로 진단하게 되어 있기 때문이다. 결국 심각도와 관계 없이 확인 가능한 스트레스가 있고 이로 인해 불안 증상이나 우울 증상, 품행 장애가 있을 때에는 특정한 형태의 적응 장애에 해당하지만, 신체화 증상은 비특이적인 것으로 간주되어 있다. 그러나 저자들은 본 연구 대상자의 대부분이 확인 가능한 스트레스가 있고 이로 인해 신체화 증상이 발생한 것이라면 이러한 문제들은 그리 비특이적인 것이 아니라고 생각한다.

적응 장애 자체는 스트레스-적응 이론(stress-adaptation theory)에 합당한 진단명으로 기술적 진단체계인 DSM-IV의 진단명 중 몇 안되는 역동적 진단명이라 할 수 있겠으나 진단 자체가 상당히 애매하다는 문제점을 갖고 있다. 적응 장애는 스트레스로 후에 정서적으로 전혀 아프지 않은 상태와 특정 정신 장애를 보이는 상태의 중간적 위치라는 주장이 있었을 정도로[32] 모호한 개념이다. 따라서 27.4%의 신체 증상을 보이는 환자들을 비특이적인 진단명인 적응 장애 중에서도 특정한 세부항목에 들어가지 못하는 불특정형의 적응장애라고 본다면 이러한 환자들을 이해하는

데 적절하지 않다고 생각된다. 신체형 장애는 전체 38명이며 이 중 5명은 달리 분류되지 않는 신체형 장애로 전환장애 27명보다는 적은 숫자이나 전형적인 신체화 장애 3명 보다는 많았다. 전체적으로 볼 때, 정신증, 기분 장애, 불안 장애, 신체형 장애 등 상당히 다양한 질병군에 적은 분포로 존재하고 있어 신체화 증상을 호소하는 환자들의 진단의 다양성을 확인할 수 있다.

본 연구에서 전환 장애로 진단된 27명은 운동, 감각 증상 또는 결함, 경련 또는 발작과 더불어 다른 신체 증상을 호소한 경우로 전환 장애의 전형적인 운동, 감각 증상이나 결함, 경련만을 가지고 있던 환자들은 본 연구 대상에 해당하지 않았다. 즉, 신경학적 증상을 시사하는 전환 증상은 일단 포함시키지 않았다. 그것은 DSM-IV에 와서 전환장애의 진단개념이 신경학적 증상에 국한하여 더욱 엄격해짐에 따라 일단은 저자들도 이를 구분해보려는 의도에서였다. 그럼에도 불구하고 흉부 압박감, 두통 등 다른 신체 증상을 호소한 환자중 전환 장애 환자가 상당부분을 차지하고 있었으며, 불특정형의 적응 장애와 전환 장애 증상을 구분하기 어려운 경우가 많았다.

ICD-10에 의한 진단명을 살펴보면 기타 신체형 장애(other somatoform disorder)가 31명(32.6%)으로 가장 많았다. ICD-10에서는 DSM-IV와는 달리 적응 장애를 유발하는 스트레스의 정도를 제한하고 있는데 대략 DSM-IV가 요구하는 외상의 범주보다는 경미하지만 일상 생활에서 흔히 겪는 스트레스보다는 심각한 정도를 요구하고 있다. 따라서 일상 생활 속의 경미한 스트레스에 의해 발생한 신체화 증상으로는 적응 장애를 진단하지 못하며 대신에 현상학적 측면을 고려하여 기타 신체형 장애가 많이 진단되었다. 따라서 DSM-IV와 비교하여 적응 장애의 분포는 적었으며 역시 공황 장애를 제외하고 상당히 다양한 질병에 고루 분포하고 있음을 알 수 있었다.

DSM-IV와 ICD-10간의 진단 일치도를 비교해보면 정신증과 애도반응은 두 진단체계간에 일정하였다. DSM-IV 상 기분장애로 진단된 2명의 ICD-10의 진단명은 적응 장애였는데 환자의 상태가 우울증 삽화에 해당하는 경우 주요 우울증으로 진단할 수 있는 DSM-IV와 비교할 때, 충분

한 심각도를 갖는 스트레스에 대해서는 ICD-10에서 스트레스의 측면과 현상학적 측면을 다소 절충하는 경향이 있어 진단의 차이를 보이고 있다.

불안장애의 경우 두 진단 기준간에 일치도가 비교적 높았다. 다만 ICD-10에서 급성 스트레스 반응은 심한 스트레스에 대한 반응 및 적응 장애(reaction to severe stress and adjustment disorder)의 하부 개념으로 다른 불안 장애와 분리된 진단명이어서 DSM-IV의 불안 장애의 하부 진단명으로 급성 스트레스 장애를 설정해 놓은 것과 차이를 보이고 있다. 결론적으로, 심각한 스트레스에 대해서 ICD-10에서는 스트레스와 정서 증상과의 발생에 초점을 두고 있는 것에 반해 DSM-IV에서는 현상학적인 양상에 초점을 두고 있는 것으로 생각된다.

ICD-10에서 신체형 장애로 진단된 많은 경우 DSM-IV의 적응 장애로 진단되었다. 이들 중의 81%인 17명에서 ICD-10에서는 기타 신체형 장애로, DSM-IV에서는 적응 장애, 불특정형으로 진단되었다. 경미한 스트레스에 반응하여 신체 증상을 일으킨 경우에 DSM-IV에서는 적응 장애로 진단될 수 있으며 적응 장애의 세부 진단 중에서 불안, 우울, 품행의 문제가 아니기 때문에 불특정형으로 진단할 수 있다. 반면에 ICD-10에서는 충분한 스트레스에 의한 반응이 아닌 경우에는 적응 장애나 다른 스트레스에 대한 반응으로 진단하는 것을 지양하고 있으며 이러한 경우에는 오히려 현상학적인 측면을 중시할 것을 요구하고 있다. 다른 신체형 장애의 경우 자율 신경계를 통해 매개되지 않으며 신체의 특정 기관계나 부분에 국한되고 스트레스를 주는 사건이나 문제와 시간적으로 밀접하게 연관되어 있는 경우 진단할 수 있게 명시되어 있어 진단의 타당성을 갖고 있다고 하겠다.

결국, 현재로서는 가벼운 심리적 부담으로 인해 특정 기관에 국한한 급성 신체화 증상을 호소하여 응급실에 내원하는 경우에는 DSM-IV에서는 불특정형의 적응 장애, ICD-10으로는 기타 신체형 장애로 진단하는 것이 타당할 것이다. 이렇게 경미한 스트레스에 의한 문제일 때, 오히려 DSM-IV에서는 스트레스와 증상 발병의 연관성

을 중시하고 ICD-10에서는 질병의 발현 양상에 초점을 맞추고 있다. 결국 두 진단 체계 모두 현상학적 측면과 역동적 측면 어느 한가지로 질병을 설명하고 있지 않고 절충하는 편이지만 스트레스의 정도에 따라 상반된 입장을 취하기 때문에 진단에 혼란이 있다. 또한 DSM-IV 진단명이나 ICD-10 진단명 모두 환자 특성의 일부만을 반영한 것이며, 두 진단 체계 모두에서 '불특정형'이라거나 '기타'라는 용어가 사용되는 비전형적인 진단명에 해당됨으로써 그 빈도에 비해 다소 무시되는 경향이 있음을 알 수 있다. 따라서 충북, 청주 지역 혹은 한국 사회의 특성상 이러한 문제가 흔한 것이라면, 그 역동적 고찰과 함께 빈도의 조사와 인구 통계학적 고찰을 통하여 DSM-IV나 ICD-10에서 주로 언급하고 있지 않은 특정 진단 집단이 존재 가능성을 확인할 필요가 있으며 향후 이러한 분야의 연구가 필요하다고 할 것이다.

또한 DSM-IV에서 불특정형의 적응 장애로 진단된 3명의 ICD-10 진단명은 해리성 혼미였다. 결국 경미한 스트레스로 인해 실신, 의식의 변화 등 해리 증상이 주를 이루는 경우 DSM-IV의 진단은 바뀌지 않지만 ICD-10에서는 해리성 장애의 세부 진단명인 해리성 혼미로 진단된다. 그러나 DSM-IV의 해리 장애에서는 해리성 혼미라는 진단명이 없으며 따라서 특정한 해리 장애에 해당되지 않기 때문에 진단의 불일치를 보이고 있다.

DSM-IV 체계와 ICD-10 체계의 진단 불일치가 가장 대표적으로 나타나는 진단명이 전환 장애이다. DSM-IV에서 전환 장애는 신체형 장애의 하부 진단명으로 설정되어 있고 ICD-10에서 전환 장애는 해리성 장애와 동일한 것으로 설정되어 있다. 또한 DSM-IV에서의 전환 장애, 감각 증상이나 결합이 있는 것에서는 감각 증상만으로도 전환 장애를 진단할 수 있지만, ICD-10의 해리성 무감각 및 감각 상실은 반드시 감각의 상실이 있어야 하고 여기에 이상 감각이 수반되는 경우에만 진단할 수 있다. 결국, 이상 감각이나 저림감만을 호소하는 환자라면 DSM-IV에서는 전환 장애로 진단할 수 있지만, ICD-10으로는 기타 신체형 장애 등 신체형 장애로 진단하여야 할 것이다. 이러한 점을 고려할 때, DSM-IV의 전환

장애의 일부와 신체화를 주문제로 하는 비특이성의 적응 장애는 ICD-10의 기타 신체형 장애에 해당하며 DSM-IV의 전형적인 전환 장애로서 ICD-10의 해리(전환) 장애에 해당하는 것은 일부이다. 이상의 소견을 종합할 때, DSM-IV 진단 기준으로 전환 장애와 신체화를 주문제로 하는 비특이성의 적응 장애는 일련의 증후군일 가능성이 있다. 그럼에도 불구하고 동반되는 여러 가지 증상 군에 의해 각각의 진단 체계가 다른 입장을 보여주고 있으며, 운동 및 감각 이상, 경련형 양상을 보이는 전환 장애 이외의 신체화 양상, 의식의 변화, 해리 증상이 주를 이루는 경우에는 다양한 영역의 진단명이 언급되며 진단 체계간의 일치도도 불안정한 것으로 보인다.

이러한 증거가 적다면 비전형적인 진단 혹은 진단 체계간의 불일치가 문제가 되지 않을 것이나 본 연구에서는 특정형의 전환 장애나 신체화 장애에 비교하여 상당한 비율을 차지하고 있어 이들 환자의 특성을 충분히 반영해 줄 수 있는 별개의 진단명을 찾는 노력이 필요할 것이다.

결론적으로 본 연구의 대상을 살펴보면, 기혼의 30-40대 주부로 주로 가정 내의 문제 등 경미한 스트레스에 의해 급성 신체화 증상이나 불안 증상이나 해리 증상을 주 문제로 응급실에 내원하여 DSM-IV의 불특정형의 적응 장애나 전환 장애, 달리 분류되지 않는 불안 장애, 달리 분류되지 않는 신체화 장애로, ICD-10에서는 기타 신체형 장애 혹은 해리성 장애로 진단받는 경우로 그 인구통계학적 분포나 사회심리학적 스트레스는 전환장애와 유사한 집단이라고 할 수 있다. 또한 이러한 경우에 해당하는 환자가 충분한 빈도를 이루고 있고 상당히 단일한 분포를 하고 있는 것으로 보이기 때문에 향후 연구를 통하여 이러한 집단의 특성과 진단의 타당성 및 횡문화적 연구를 시행하는 것이 유용할 것으로 생각된다.

## 참 고 문 헌

1. 김영철. 신체형 장애(Somatoform disorder)의 개념, 평가, 감별진단. 정신신체의학 1996;4: 254-261.
2. Martin RL, Yutzy SH. Somatoform disorders. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editors. Textbook of psychiatry. 2nd ed. Washington, DC:American Psychiatric Press;1994. p.591-94.
3. Kellner R. Somatization: theories and research. J Nerv Ment Dis 1990;178:150-60.
4. Roberts SJ. Somatization in primary care. Nurse Practitioner 1994;19:47-56.
5. Purcell TB, The somatic patient. Emergency Medicine Clinics of North America 1991;9: 137-159.
6. 김광일. 한국의 전통적 질병개념. 최신의학 1972;15:35-37.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC:American Psychiatric Press; 1996.
8. Mack AH, Forman L, Brown R, Frances A. A brief history of psychiatric classification : from the ancients to DSM-IV. Psychiatric Clinics of North America 1994;17:515-523.
9. Thompson JW, Pincus H. A crosswalk from DSM-III-R to ICD-9-CM. Am J Psychiatry 1989;146:1315-19.
10. 김호찬, 오동원, 도정수. 신체화장애의 임상 양상. 신경정신의학 1992;31:240-251.
11. Escobar JI. Cross-cultural aspects of the somatization trait. Hosp Comm Psychiatry 1987;38:174-180.
12. Kirmayer LJ. Culture effect and somatization. Transcultural Psychiatry Res 1984; 21:159-188.
13. Hollingshead AB, Redlich FC. Social Class and Mental Illness:A Community Study. New York:John Wiley and Sons;1958.
14. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders:clinical description and diagnostic guideline. Geneva:WHO;1992
15. 김진국, 김현우. 히스테리아에 관한 임상적 고

- 찰. 신경정신의학 1975;13:475-481.
16. 김명정, 김광일. 히스테리 신경증환자에 관한 임상적 고찰. 신경정신의학 1975;14:25-40.
  17. 김정일, 정인과, 곽동일. 전환장애와 신체화장애의 임상적 비교 연구. 신경정신의학 1987; 26:306-319.
  18. 김시경, 신철진, 홍성도. 충북대학교병원 응급실에 내원한 전환장애 환자의 인구통계학적 특성에 관한 고찰. 충북의대학술지 1997;7:87-98.
  19. Rosen G, Kleinman A, Katon W. Somatization in family practice:a biopsychosocial approach. J Family Practice 1982;14:493-502.
  20. Tomasson K, Kent D, Coryell W. Somatization and conversion disorders:comorbidity and demographics at presentation. Acta Psychiatr Scand 1991;84:288-293.
  21. 김승기, 권택술, 김현우. 생활사건, 사회지지, 대처방식에 대한 전환장애와 신체화장애와의 비교연구. 신경정신의학 1991;30:840-848.
  22. Merskey H. Current concepts of hysteria. British Journal of Hospital Medicine 1994;51:11-14.
  23. 김명정, 김광일. 신체화장애의 임상적 연구. 정신건강연구 1984;2:137-158.
  24. Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, Mcfarlane A, Herman J. Dissociation, somatization, and affect dysregulation:the complexity of adaptation to trauma. Am J Psychiatry 1996;153:83-93.
  25. Nemiah J. Dissociation, conversion, and somatization. Review of Psychiatry 1991;10: 249-260.
  26. Classen C, Koopman C, Spiegel D. Trauma and dissociation. Bulletin of the Menninger Clinic 1993;57:178-194.
  27. Spiegel D. Dissociation and trauma. Review of Psychiatry 1991;10:261-275.
  28. Alexander PJ, Joseph S, Das A. Limited utility of ICD-10 and DSM-IV classification of dissociative and conversion disorders in India. Acta Psychiatr Scand 1997;95:177-182.
  29. Saxe GN, Chinman G, Berkowitz R, Hall K, Lieberg G, Schwartz J et al. Somatization in patients with dissociative disorders. Am J Psychiatry 1994;151:1329-1334.
  30. Escobar JI. Transcultural aspects of dissociative and somatoform disorders. Psychiatric Clinics of North America 1994;18: 555-569.
  31. 김광일. 한국의 문화정신의학: 어제와 오늘. 신경정신의학 1994;33:939-951.
  32. Fabrega H, Mezzich J, Mezzich A. Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. Arch Gen Psychiatry 1987;44:567-572.
  33. 민성길, 이종섭, 한정옥. 한에 대한 정신의학 적 연구. 신경정신의학 1997;36:603-611.

<Abstract>

## The Diagnostic and Clinical Characteristics of the Patients Complaining Somatic Symptoms in the Emergency Room

Sie Kyeong Kim, Jae Jin Kim, Chul Jin Shin, Sang Ick Lee, In Won Chung

Department of Neuropsychiatry,  
College of Medicine Chungbuk National University Hospital  
Cheongju, 361-711, Korea

**Purpose** : The demographics, clinical characteristics and psychiatric diagnosis were assessed for the patients with somatic complaints to identify the characteristics of somatic manifestations and the specific diagnostic problems.

**Materials and Methods** : Ninety-five patients with somatic complaints were recruited in the emergency room of Chungbuk National University Hospital from MAR, 1995 to FEB, 1997. We reviewed their demographic variables, features of stress, clinical characteristics and psychopathology, and made rediagnosis according to DSM-IV and ICD-10 criteria.

**Results** : Female patients were more frequent than male in sex, and the second to fourth decade were predominant in age. The majority of the subjects have low educational level and middle economic state. Housewives are predominant. The main stressor was familial problem and symptom onset was rapidly progressive. The subjects mainly complained cardiovascular and neurological symptoms. Anxiety, depression and dissociation were common comorbid emotional problems. However the various diagnoses were made and non-specific diagnoses such as 'adjustment disorder, unspecified' and 'other somatoform disorder' were predominant.

**Conclusion** : There is no specified diagnostic category that can explain these common symptom features. It may result from the application of the western diagnostic criteria in the area with different sociocultural background. So, further investigation and new diagnostic suggestion will be needed for these syndromes

**Key Words** : Somatization, Hysteria, and Diagnosis