동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 16. No. 2, 2005

MMPI를 통해 관찰한 동통장애 환자 증례

장하정, 서주희, 성우용, 임호제*, 손지형* 설재욱**
국립의료원 한방신경정신과 침구과* 동신대학교 광주병원 재활의학과**

Clinical study on a case of Pain Disorder with MMPI

Hajeong Jang, Joohee Seo, Wooyong Sung Hojea Lim*,
Chihyoung Son* Jaeuk Sul**
Dept. of Oriental Neuropsychiatry, National Medical Center.*
Dept. of Korean Acupuncture and moxibustion, National Medical Ceneter.*
Dept. of Oriental rehabilitation, Colledge of oriental medicine, Dongshin University**

Abstract

Pain disorder is the chronic syndrome that onset and change of pain is associated with mood change. But the patient of pain disorder can't perceive their inner conflict.

We experienced a 58 year-old woman who had general pain, and whose condition was improved through oriental medical treatment.

In this case, we assessed the pain disorder patient at MMPI. So we learned out the patient's inner conflict and dynamic.

The applicability of understanding with MMPI has positive effects on the patient with Panic disorder.

Key Words : Panic disorder, MMPI

◆ 투고:10/17, 수정:11/9, 채택:11/10
교신저자 : 장하정, 서울시 중구 을지로 6가 18-79번지 국립의료원 한방진료부 한방신경정신과
Tel. 02-2260-7454, E-mail: addio797@hanmail.net

Ⅰ. 緖 論

두통이나 요통과 같은 통증은 생리적인 원인이 밝혀지지 않는 사례가 많으며, 약물치료나 수술을 받은 만성 통증 환자가 오히려 신체적 혹은 정서적으로 악화되는 경우가 흔하다. 따라서 만성 통증 환자의 치료에는 심리적 혹은 성격적인 변화를 꾀하는 것이 선행되어야 하며, 이런 접근이 없이 통증 신경 경로만을 차단한다면 거의 성공하기가 힘들다.[1] 더욱이 DSM-Ⅳ에서 신체형 장애의 범주에 속하는 동통장애의 경우 심리적 요인이 통증의 발생 및 변화에 주요한 역할을 한다고 가정되므로 치료에 심리적 요인을 배제할 수 없다.

동통장애는 통증의 원인 및 유지와 연관되는 요인을 가장 잘 나타내는 세 가지의 아형으로 세분되는데, 첫 번째로 심리적 요인과 연관되는 동통장애는 심리적 요인이 통증의 발생, 심한 정도, 악화, 유지에 주요한 역할을 한다고 판단될 때 사용된다. 두 번째로 심리적 요인과 일반적인 의학적 상태가 동시에 연관되는 동통장애는 심리적 요인과 일반적인 의학적 상태가 통증의 발생, 심한 정도, 악화, 또는 유지에 주요한 역할을 한다고 판단될 때 사용된다. 마지막으로 일반적인 의학적 상태와 연관되는 동통장애는 정신장애로 간주되지 않으며, 일반적인 의학적 상태의 효과로 인해서 일어나고, 심리적 요인은 통증의 발생과 유지에 전혀 역할을 하지 않거나 극히 작은 역할을 하는 경우이다.

유병율은 상대적으로 흔해서 미국 성인에서 요통 하나만으로 직업적 장해가 일어나는 경우가 매년 10%에서 15%에 이르는 것으로 평가되며, 어떤 연령에서도 나타날 수 있고, 여성은 남성에 비해 만성 통증, 가장 현저하게는 두통과 근골격 통증을 더 많이 경험하는 것으로 보인다.[2]

미국 성인에서와 마찬가지로 우리나라에서도 동통장애의 유병율은 흔할 것으로 생각된다. 게다가 동통이 만성화 되는 경우 통증 그 자체가 병이 되어 신체적, 심리적, 사회적으로 특유의 해로운 결과들을 야기하게 된다. 따라서 이들을 위한 치료적 개입이 시급한 실정이다.

이에 2년 전부터 전신통을 주소로 하는 동통장애를 앓고 있어 양방 정형외과 및 정신과 치료를 받았으나 별무호전하다 한방치료 후 호전된 환자 1례를 보고하는 바이다.

Ⅱ. 證 例

1. 환자 : 정00 , 여/58

2. 주소증

1) 전신통 (하루 종일 통증이 있다고 호소, 전신이 아프지만 특히 背部가 심하다고 호소)
2) 不眠 (간헐적 호소, 특히 신경을 쓸 일이 있으면 심하다고 함)

3. 발병일 : 2년 전

4. 과거력

1994년 1월 안면근육경련, 현훈, 上熱感, 소화불량, 不眠으로 본원 외래에서 한방치료 받음

5. 가족력 : 특이사항 없음

6. 사회력

다소 마른 체격의 서글서글한 인상이나 처음에는 침이 신기하게 아프지 않다고 이야기하고, 통증이 너무 많이 좋아져서 고맙다고 하다가, 시간이 지날수록 자침자나, 穴位 선택, 침의 종류에 변화가 없는데도 침이 너무 아프다

고 불평하거나 아픈 부분은 놓지 말아달라고 요구하고, 침을 맞아도 별로 좋아지지 않는다고 말하는 등 약간 예민해 보이고 요구적으로 보임. 결혼 초반에는 경제적으로 큰 불편이 없었으나, 7년 전 남편의 사업이 어려워져 경제적으로 어려움을 겪으며, 남편과도 갈등을 겪다가, 남편의 외도사실이 밝혀져 이혼함. 1남 1녀를 두고 있으며 아들에게 많이 의지하기도 하면서 눈치도 많이 보는 모습을 보임. 입원시 면접장면에서는 통증이 있어서 기운이 없는 것이지 우울한 것이 아니라고 MMPI에서의 2점 척도가 78점 인 것과 상반되는 진술을 하다가, 통증이 점차 호전되면서 우울한 기분이 든다고 호소함.

7. 현병력

상기 환자는 다소 마른 체격의 다소 예민한 성격의 여환으로 1994년 1월 안면근육경련, 현훈, 上熱感, 소화불량, 不眠으로 본원 외래에서 한방치료 받고 호전된 후 별무대병으로 생활하던 중 2년 전 갑자기 전신통 발하여 S병원 정형외과에서 별무진단 받고 진통제 투약치료 받다가 별무호전하였고 S병원 정신과에서 동통장애 진단 받은 뒤 약물치료 중 역시 별무호전하여 2005년 9월 15일 본원 한방 신경정신과로 입원함.

8. 진단명

1) 기통증
2) 동통장애

9. 입원기간

2005. 9. 15~9. 27

10. 검사소견

1) Vital sign : Normal
2) Lab test : 2005. 9. 15 Normal

11. 다면적 인성검사

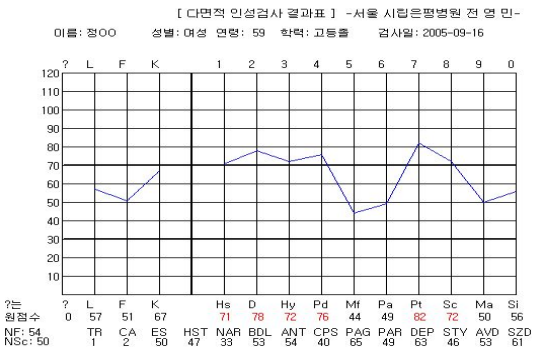


figure 1. MMPI Profile

척도 1은 71, 2는 78, 3은 72, 4는 76, 7은 82, 8은 72점으로 신경증 척도는 모두 상승하였고 정신증 척도도 다소 상승하여 있음.

12. 韓醫學的 四診

1) 望診 : 舌淡 苔白, 面白
2) 聞診 : 별무소견
3) 問診 : 상기 증상 외 간헐적 偏頭痛, 眩暈, 上熱感, 眼球乾澁, 兩側 耳鳴, 胸悶 호소
4) 切診 : 胃脘部 壓痛, 膻中 壓痛, 脈弦細

13. 治療

1) 韓藥治療

逍遙滋腎湯 : 2005. 9. 15~9. 27(3첩/일 3회/일 복용)

(熟地黃 3錢, 龜板, 山茱萸 2錢, 山藥, 白芍藥, 白朮 1.5錢, 桂枝, 當歸, 麥門冬 去心, 柴胡, 牧丹皮 去心, 白茯苓, 桃仁, 澤瀉 1錢, 黃芩, 薄荷, 甘草, 梔子 炒, 烏藥, 紅花0.5錢)

2) 鍼治療 : 침의 종류는 동방침구제작소(한국)에서 제작된 0.3×30mm의 stainless steel 호침을 사용하였으며 膻中, 內關, 合谷, 足三里, 復溜, 公孫, 行間, 및 阿是穴에 매일 하루 한 번 매 20분씩 留鍼

3) 灸治療 : 매일 하루 한 번 氣海, 關元 부위에 다봉구
4) 부항치료 : 매일 하루 한 번 膀胱經 背兪穴 위주 乾式附缸
5) 양약은 입원 후 D/C
6) 평가적 면접 및 심리치료 시도 하였으나 환자 refuse

14. 치료경과

1) 9/15-17 (입원일 - 입원 3일째)
전신통이 전체적으로 호전되었다 함. (시각적 상사 척도, 이하 VAS 80→ 30) 특히 가장 심하다고 호소했던 背部痛症이 많이 호전되었다 함. 불면 (-)
2) 9/18-23 (입원 4일째 - 입원 9일째)
전신통 여전 (VAS 30)하나 요통이 조금 심해진 것 같다고 호소, 불면 1회, "통증이 조금 좋아지니까 괜히 우울하네요" 라고 호소.
3) 9/24-9/27 (입원 10일째 -입원 13일째)
전신통 다소 심 (VAS 40), 특히 요통과 두통이 심해졌다고 호소, 불면 1회, 우울감 다소 호전.

Ⅲ. 考 察

동통장애는 한의학적으로 氣痛證의 범주에 속한다고 볼 수 있다. 상기 환자가 초진시 주로 호소하였던 背痛證은, 그 원인이 肩背痛屬肺, 邪在腎 則肩背頸項疼痛, 因勞苦及色勞者, 七情氣鬱이라 하였고, 太陽經中寒濕 及肺氣鬱者는 通氣防風湯, 背心一定痛者는 三合湯, 寒濕相合者는 蒼朮復煎湯, 痰飮과 寒濕이 兼한 者는 導痰除濕湯, 調胃升淸湯, 陰虛而膀胱有熱者는 加味四物湯을 쓴다 했다.[3)]

상기 환자의 경우 과거력 상 경제적 어려움과 가족 갈등으로 인해 안면근육경련, 현훈, 上熱感, 소화불량, 不眠이 있었으며, 현재의 背痛이나 不眠 또한 신경 쓸 일이 있으면 더욱 심하다고 호소하는 것으로 보아 심리적 요인이 관여된 것으로 보아, DSM-Ⅳ의 신체형 장애에 해당되는 것으로 판단하였고, 신체형장애의 하위유형 중 신체화장애에 해당될 가능성에 대해 생각하였으나, 신체화장애의 진단준거 중 30세 이전에 증상이 시작되어야 한다는 준거 등 몇몇 준거에 불일치하였다. 하지만 DSM-Ⅳ의 동통장애의 진단준거<A:하나 또는 그 이상의 해부학적 부위에서의 통증이 임상 양상의 초점이 되고 임상적으로 관심을 받아야 할 만큼 심하고, B:통증이 사회적, 직업적, 또는 다른 중요한 기능 영역에서 임상적으로 심각한 고통이나 장해를 초래하였으며, C:심리적 요인이 통증의 발생, 심한 정도, 악화, 또는 유지에 중요한 역할을 하였고, D:증상이나 결함이 의도적으로 만들어지거나 가장된 경우가 아니며, E:다른 장애로 설명되지 않음>에는 일치하였으므로 동통장애로 진단하였다.

또한 상기 환자는 자신의 심리적 불편감을 부인하고 이를 신체적으로 표현하는 특성을 가지고 있었기 때문에, 평가적 면접 등 다른 수단으로는 환자의 불편감이 어떠한지, 어느 정도인지 알기 어려워, 임상에서 가장 널리 쓰이는 진단평가인 MMPI를 시행하여 환자의 심리적 불편감의 구체적 내용을 알아보고자 했다.

상기 환자는 전신통 외에, 간헐적 불면, 간헐적 偏頭痛, 眩暈, 上熱感, 眼球乾澁, 兩側 耳鳴, 胸悶, 胃脘部 壓痛, 膻中 壓痛 등의 증상이 있고 舌淡 苔白, 面白脈弦細하여, 腎陰虛와 肝氣鬱結을 겸한 것으로 보아 逍遙散과 六味地黃丸을 合方한 逍遙滋腎湯을 투여하였고, 中焦의 氣鬱을 풀어주고 腎陰을 補하는 혈위를 선택하여 자침 후 호전되었다.

흔히 말하는 만성 통증은 6개월 이상 장기간에 걸쳐 매일같이 지속되는 통증을 말하는데 두통, 요통, 관절염, 악성 종양, 그리고 여러 정

신질환들 특히 주요 우울증, 불안장애, 신체형 장애, 건강염려증, 신체형 통증장애들에서 흔히 나타난다. 이러한 만성 통증은 발달 과정에서의 박탈과 외상, 부적응적 행동의 강화, 인지적 왜곡, 억압, 약물중독, 공포 등의 원인에서 주로 발생하는데 심한 정서적 고통과 퇴행적 행동을 수반하므로 신경정신과와 밀접한 관련을 갖는다.[4)]

그래서 최근 양방에서도 통증을 호소하는 환자들에게 통증 전문 의사, 가정의학과 의사, 내과 의사와 정신과 의사가 함께 통증의 치료에 협진을 하는 다양한 접근(multidisciplinary approach)이 필요하다는 인식에 이르렀다.[5)]

만성통증과 동반되는 정신과적인 장애는 앞에서 언급했듯이 여러 가지가 있는데, 그 중에서 가장 흔한 것이 우울증으로, Geisser 등은 만성통증 환자의 33% 정도가 우울증을 함께 가지고 있다고 보고하였으며,[6)] France와 Krishnan은 통증 환자들에서 우울증의 발생빈도를 30-84%로 보고하였다. 그들은 만성통증 환자의 10-20%는 주요 우울증, 60%는 만성 간헐성 우울증이 있을 것으로 추산했다.[4)] 이러한 우울증은 통증을 악화시키고, 치료의 순응도를 떨어뜨리며, 진통제의 오용 가능성을 높이는 것으로 알려졌다.[5)]

또한, 정신과에 입원한 우울증 환자들에게도 만성 통증을 호소하는 사람이 많고 특히 두통이 많다는 연구 결과도 있다. 만성 통증은 '가면 우울증' 의 한 형태이거나 우울증의 결과로 여겨지고 있다.[4)]

상기 환자의 경우에서도 MMPI에서 환자의 우울 정도가 78로 높은 편이었고, 입원 치료 후 통증이 좋아지면서 특별한 이유 없이 우울하다고 호소한 것으로 보아, 환자의 주소증인 만성 통증이 가면 우울증의 한 형태일 가능성이 높다 하겠다. 하지만 환자와의 면담에서 주요 우울증 삽화나 기분부전, 멜랑콜리아 양상으로 진단 내릴만한 삽화는 보고되지 않았다.

상기 환자의 MMPI 척도 결과에는 특기할 만한 점이 많은데, 그중 첫 번째는 신경증 척도와 정신증 척도 중 일부가 70 이상으로 상승하였는데도, 정신적 고통이나 부담을 나타내는 F 척도는 51로 상승하지 않았다는 것이다. 특히 척도 7과 8이 각각 82와 72로 상승했다는 것은 환자가 느끼는 정서적 고통이 상당한 수준임을 시사하는 바, 평균 수준의 F 척도와는 상반되는 정보라 하겠다.

좀 더 구체적으로 이 환자의 MMPI를 해석해 보기로 한다. 첫 번째로 검사태도의 양적 측면과 질적 측면을 살펴보면, 우선 검사태도의 양적측면에서는 ?, L, F, K 지수가 각각 0, 57, 51, 67로서 이 환자의 MMPI 프로파일이 해석 가능한 것으로 확인할 수 있다. T-점수 57의 L 척도 점수는 사소한 사회적 약점을 적절히 부인하거나 인정할 수 있는 능력을 시사하며, 51점의 F 척도 점수는 가정, 종교, 건강문제 등에 문제가 있을 수 있으나 그것에 적응되어 크게 걱정은 하지 않는 상태일 가능성을 시사하며, 67점의 K척도 점수는 심리적 장애를 인정하려 하지 않고, 부인과 히스테리적 방어가 특징적일 가능성을 시사한다. 특히 이 환자의 타당도 척도는 전형적이지는 않지만 V자형을 이루어, 바람직하지 못한 감정이나 충동 혹은 문제들을 부인하거나 회피하려 하며 자신을 가능한 한 가장 좋게 보이려고 애쓰며, 비교적 단순하며, 세상을 선과 악의 양극단으로만 보려는 경향성이 있음을 유추해 볼 수 있다. 검사태도의 질적 측면은 검사를 받는데 90분 정도가 소요되어 대부분의 피검자들이 검사에 사용하는 정도의 시간을 사용했다 하겠다. 특별한 긴장감이나 불안감, 강박적 성향을 시사할만한 행동은 보이지 않았다.

두 번째로 이 환자의 대체적인 적응수준은 양호하나(F 지수 51), 심리적 불편이나 고통은 상당한 수준에 있을 가능성(D 78, Pt 82, Sc72)을 고려해보아야 한다. 이는 상기 환자의 심리적 불편이나 고통이 만성화되어 이러한 불편과 함께 생활하는 것에 이미 적응하고 있

는 상태일 가능성이 높다.

세 번째로 환자의 MMPI 프로파일 상승 척도 쌍을 통해 성격특징이나 특징적 행동, 환자의 역동을 파악해 보기로 한다. 이 환자는 우선 T 점수가 70 이상으로 상승한 임상척도가 6개로 모든 신경증 척도와 정신증 척도 중 7, 8 척도가 상승하였다. 이 환자의 상승 척도 쌍은 7-2-4 프로파일로 이러한 프로파일을 갖는 환자들의 주된 특징은 만성적이고 뿌리 깊은 우울증이며, 이와 더불어 광범한 부적절감과 죄책감이라 할 수 있다. 이들은 자기경시적인 태도를 가지고 있고 자신의 약점이나 부적절성을 부각시킴으로써 다른 사람들로 하여금 우월감을 느끼게 만든다. Gilberstadt와 Duker (1965)는 이들 환자 중 96%에서 알콜중독의 문제가 있으며, 지나치게 실패에 대한 두려움과 열등감을 느끼며, 매우 의존적이고 미성숙하다고 하였다. 임상적으로는 우울증이 가장 많고 자살에 대한 생각을 가지고 있는 경우도 많으며, 성격적인 장애 (수동-공격적)가 저변에 공존하고 있다. 경제적인 곤란과 더불어 부부간의 문제가 있으며, 이혼율도 높다. 그들의 문제의 만성적이며 뿌리깊은 성질 때문에 치료적인 행동변화에 대한 예후는 좋지 못하다. 우울증의 경감을 목표로 하는 단기치료가 고작이며, 장기적인 심리치료에는 환자가 대체로 비협조적이다.[7] 실제로, 이 환자는 MMPI를 수행하는 것이나 한방처치에는 잘 협조하였지만, 평가적 면접이나, 심리치료를 위한 시도에는 거부감과 불편감을 표시하였으며, 부부간의 문제와 경제적 문제로 이혼하였고, 그 후 아들에게 의존적인 모습을 보이고 있어, 7-2-4 프로파일의 일반적 특성을 이 환자의 성격을 유추하는 가설로 설정하는데 큰 무리가 없을 것으로 보인다.

만성 통증환자 집단에 대한 MMPI 프로파일에 관한 연구에서 거의 모든 연구에서 만성통증환자 집단은 MMPI의 신경증 세 척도가 다른 임상척도보다 상승하고 있으며, 특히 척도 1과 3이 척도 2보다 상승하는 '전환 V' 형 프로파일을 보이고 있다고 한다.[8] 이 환자의 경우에는 척도 1, 2, 3이 모두 70이상으로 상승하기는 했지만, 척도 2가 가장 상승하였으므로 일반적인 만성통증환자들의 프로파일과는 다른 양상을 보였다. 그 원인은 전환장애 집단과 신체화장애 집단 간의 MMPI 반응 분석연구를 통해 찾을 수 있었다. 신체화장애 집단이 전환장애 집단에 비해 2, 8번 척도가 높았는데, 이러한 결과는 두 장애가 우울과 불안정서에서 차이가 있음을 시사한다. 즉 전환장애는 전형적인 '전환 V' 형을 나타냄으로써 우울과 불안이 표출되고 있지 않은 반면 신체화장애는 이러한 '전환 V' 형에 더하여 우울과 불안이 동반되고 있음을 보여주고 있는 것이다. Liskow 등은 이후에 신체화장애로 개명된 Briquet 증후군의 MMPI 반응이 1, 3 척도뿐만 아니라 2, 7, 8, 6 척도가 상승된다고 보고하면서, 전환장애군의 1-3형과는 차이가 있다고 보고했다.[9]

만성 통증환자들의 MMPI 결과를 4개의 하위집단으로 군집분석한 결과 4개의 군집으로 나뉘었는데, 이 중 한 군집은 척도 1, 2, 3이 상승하며, 척도 7, 8, 0이 더불어 상승하는 특징을 보이는데, 이 집단은 정서적으로 상당한 장애를 경험하는 집단으로, 자신의 생에 대해 수동적이고 의존적인 적응 양상을 보이며, 건강 염려증적인 호소가 오래 지속되어 왔고, 다른 군집에 비해 가장 우울과 불안을 심하게 경험하고 있으며, 이와 함께 다양한 신체 증상을 경험하고 있는 것으로 보인다. 임상 장면에서 이들은 자신의 다양한 신체적인 증상들을 마치 울듯이 임상가에게 호소하고 매달리는 듯한 인상을 준다. 아울러 대인관계에서 불안을 느끼고 위축된 생활을 장기간 지속해온 것으로 보이며, 주도성이 결여되어 있고, 비관적이며, 자기비하가 심해 보인다. 적응상의 곤란이 장기적인 것으로 보이며, 자아의 능력과 방어 기능이 저하되어 스트레스에 상당히 취약한 집단으로 생각된다. 기본적으로는 다른 사람에게서 애정을 받으려하는 욕구와 이 욕구가 좌절된 데에서 오는 분노 감정 간의 갈등이 있어 보이며, 이들

은 이 분노 감정을 철저히 억압하고 대신에 우울이나 다양한 신체 증상을 호소하는 것으로 생각된다. Atkinson, Ingram, Kreemr 및 Saccuzzo (1986)에 의하면, 만성 통증환자 중 척도 1-2-3이 동시에 상승하며, 그 중에서도 척도 2가 가장 상승하는 환자들이 가장 많이 major depression이나 minor depression으로 진단되었다고 한다.1)

상기 환자가 앞에서 다룬 군집과 MMPI 프로파일이 완전히 일치하는 것은 아니지만, 군집에서 드러나는 성격적 특성과는 일치하는 부분이 많으며, 이는 또한 신체화장애 환자군의 MMPI 결과와도 일치하는 부분이 많다. 이 환자가 과거력상 1994년 1월 안면근육경련, 현훈, 上熱感, 소화불량, 不眠의 증상이 DSM-Ⅳ에서의 신체화장애 진단준거에 부합할 만큼은 아니지만, 과거에 신체화장애와 유사한 증상이 있었다는 것을 통해 신체형장애 중 전환장애군보다는 신체화장애군일 가능성이 높다 할 수 있고, 이는 MMPI 결과에서도 신체화장애 환자군의 MMPI와 유사한 결과를 보인 것과 일치한다. 실제로 임상에서도 신체화장애에 엄격한 진단기준이 적용될 때에는 낮은 진단율과 낮은 진단일치율을 보이는 문제점에 대해 지적한 연구들이 있다.[10)]

신체화장애는 전환증 중심의 고전적인 히스테리아의 하위 임상군으로부터 출발하였기 때문에, 신체화장애와 전환장애 이 두 장애의 진단이나 임상적 특징은 독립적이기 보다 중복될 가능성이 많다는 의견도 있지만, 신체화장애는 전환증과는 달리 우울증에 대한 방어적 기전에 의해 발생하며, 가면성 우울증의 임상표현이므로 두 장애는 독립적인 장애라는 의견도 있다.[9)]

이를 종합해 보면, 상기 환자의 만성 통증의 기저에 우울이 있음은 명확해 보인다. MMPI를 통해서 본인의 정신적 고통을 드러내지 않으려 시도하였으나, 결국 실패하여, 우울감이나 부적절감 등을 드러내기는 했지만, 이를 다루려하는 시도에는 응하지 않았다. 하지만 통증이 점차 줄어들자, 우울감이 숨고 있던 망토가 점차 벗겨져 본인의 내면을 인정하는 듯 했지만, 또 이내 신체적 통증을 키움으로써 우울감은 다시 숨어버리고 말았다. 환자의 거부로 심리치료적 접근은 할 수 없었지만, 환자의 우울감이 드러나는 데서 느껴지는 불안을 최소화하면서 환자의 내면을 다룰 수 있는 접근을 찾지 못해 아쉬움이 남는다.

Ⅳ. 結 論

가면성 우울의 형태로 의심되는 동통장애 환자의 한의학적 치료를 통해, 환자의 신체적 상태를 개선할 수 있었고, 이를 통해 환자의 내면의 우울이 관찰되었다. 환자의 MMPI 결과를 통하여, 환자의 성격특징이나 역동, 방어기제 등을 살펴볼 수 있었다. 앞으로의 신체형장애 환자에게도 MMPI 등 심리검사를 적절히 활용함으로써 환자의 신체화 방어기제 안에 감춘 본질적인 문제들을 알아내고 다룰 수 있을 것으로 사료된다.

參 考 文 獻

1. 송종용 이영호. 통증 환자들의 MMPI 하위 유형과 통증 유형간의 관계에 관한 연구. 한국심리학회지: 임상. 1993;12(1): 41
2. 정신장애의 진단 및 통계 편람 제4판. 하나의학사. 1995; 596
3. 황의완, 김지혁 편저. 동의정신의학. 현대의학서적사. 1987; 630-1
4. 노승호. 만성 통증의 신경정신의학적 측면. 원광정신의학. 1997;13(1): 15-26
5. 이광헌. 만성통증의 정신의학적 치료. 생물

치료정신의학. 2003;9(2): 146-52
6. Geisser ME, Roth RS, Robinson ME. Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiology Studies-Depression Scale and the Beck Depression Inventory : a comparative analysis. Clin J Pain 1997;13: 163-70
7. 김종술. 다면적 인성검사 MMPI의 임상적 해석. 서울대학교 출판부. 2001;144-5
8. 심영숙, 이영호. 두통환자들의 MMPI 특성. 한국심리학회지:임상. 1990;9: 155-68 1)에서 재인용
9. 박영숙. 전환장애와 신체화장애의 MMPI 반응 비교연구. 이화의대지. 1991;14(2): 155-63
10. 김승기, 권택술, 김현우. 생활사건, 사회지지, 대처방식에 대한 전환장애와 신체화장애와의 비교연구. 신경정신의학. 1991;30(5): 840-8