동의신경정신과 학회지 제22권 제3호(2011년 9월)
J. of Oriental Neuropsychiatry 2011;22(3):23-42

사상체질에 따른 신체화 기제의 차이에 대한 연구

이고은, 박장호, 유윤선, 노동진, 박인숙, 강형원

원광대학교 한의과대학 신경정신과학교실

A Study on Difference of Somatization Psychological Mechanism among Sasang Constitution(Four type constitution)

Go-Eun Lee, Jang-Ho Park, Yun-Sun Lyu, Dong-Jin No, In-Sook Park, Hyung-Won Kang

Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Meidicine, Won-Kwang University

Abstract

Objectives :
The purpose of this study was to investigate the difference of somatization psychological mechanism among Sasang constitution.

Methods :
Subjects were seventy four students of Won-Kwang university responded the questionnaire. We evaulated teh subjects using Minnesota Questionnaire for the Sasang Constitution Classification Ⅱ(QSCC Ⅱ), Multiphasic Personality Inventory-2(MMPI-2), 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Somato-Sensory Amplification Scale(SSAS), Symptom Interpretation Questionnaire(SIQ) and The Ways of Stress Coping Questionnaire(SCQ).

Results :
From the results of Clinical scale of MMPI-2, the scores of 2nd, 9th, 10th scales was significantly difference. In Lesser Yin group 10th score was the significantly highest of the others, 1st, 3rd, 6th, 7th, 8th score were the highest but not significant. and From the results of PSY-5 scale(The Personality Psychopathology Five scale) of MMPI-2, In Lesser Yin goup, INTR(Introversion/Low Positive Emotion) score was significantly highest, PSYC(psychoticism), NEGE (Negative Emotionality/Neuroticism) was higher than the others. In TAS-20K, SSAS, SIQ and SCQ Lesser Yin group was not significantly difference. but Lesser Yin group had the tendency of difficulty describing feelings and externally oriented thinking and higher score in physical and psychological interpretation. We observed generally lower levels of stress coping strategy scores than the others.

Conclusions :
These results showed that Lesser Yin group tend to somatization compared other constitution.

Key Words :
Sasang constitution, Four constitution, somatization, Negative affectivity, Alexithymia, Somato-sensory Amplification, Symptom interpretation, Stress coping strategy, Psychopathology

투고 : 2011. 8. 6. 수정 : 2011. 9. 9. 채택 : 2011. 9. 14
교신저자 : 강형원, 전북 익산시 신용동 344-2 원광대학교 한의과대학 신경정신과교실
Tel) 031-390-2762, E-mail) dskhw@wonkwang.ac.kr

Ⅰ. 서 론

신체화 장애는 신체적 원인이 명백히 드러나지 않는 많은 신체적 증상들이 지속적으로 나타나는 질환으로 신체증상은 일반적인 의학적 상태나 물질의 직접적인 효과, 다른 정신장애 등으로는 충분히 설명되지 않는다. 또한 증상 표현은 애매하고 극적으로 표현되며 과장되어 보인다. 이는 기질적 병리나 증상을 충분히 설명할 만한 객관적인 소견이 없다는 점이 특징이다[1]. 이러한 신체화 장애(somatization disorder)와 신체화 증상(somatization symptom)은 구별되어야 하며, DSM-Ⅳ와 같은 진단 분류 체계의 임의성과 같은 진단 집단 내 이질성을 고려할 때, 신체화 장애라는 진단명을 기준으로 하기 보다는 뚜렷한 기질적 문제없이 복합적인 심리 사회적인 문제로 인해 여러 가지 신체적 증상을 호소한다는 의미로서의 신체화 증상 자체를 연구한 바가 있다[2]. 그러므로 본 연구에서도 신체화장애가 아닌 신체화 증상에 부합하는 의미로서 '신체화'라는 용어를 사용할 것이다.

한방신경정신과 외래 환자 중에는 이러한 신체화 경향을 나타내는 환자의 비율이 매우 높다는 보고가 있어왔다[3,4]. 이러한 한방신경정신과에서 신체형장애 환자의 높은 비율은 정신분열병이 압도적으로 많은 양방정신과 외래 환자와 비교했을 때 주목할 만한 특징이다. 물론 이러한 높은 비율의 신체화 경향은 한방 신경정신과에서만 국한된 특징은 아니며, 국내 다른 정신과나 내과에서도 신체화 경향의 환자가 적지 않은 비율을 차지한다[5-7]. 따라서 최근 신체화의 정서적, 인지적 요소 등을 고려한 심리적 특성에 대한 연구가 다각적으로 진행 중이다.

신체화 장애의 원인과 유지에 기여하는 인지적인 기제에 관한 연구들은 신체감각의 증폭지각과 신체증상에 대한 귀인양식에 대한 연구로 크게 나눌 수 있다[8]. 기존의 연구들의 공통적인 의견은 신체화 장애는 신체감각에 대한 지나친 주의, 증폭지각, 신체적 원인으로 해석하는 신체귀인 방식이 중요한 영향을 준다고 보고한다[9-12]. 또한 정서적 기제에 관한 연구들은 신체화에서 부정적 정서와 개인이 경험한 감정이나 느낌을 적절하게 표현하지 못하는 감정표현불능증(alexithymia)의 개념이 신체화의 중요한 정서적 변인으로 인식하고 있다[13]. 이와 더불어 상기에 각각 언급한 신체화의 인지변인, 정서변인 간 관련성에 대한 연구가 이루어지고 있는데 이 중 가장 대표적인 모델이 신현균의 직선적 매개모델이다[11]. 이 모형에서는 부정적 정서와 감정표현불능증이 지속적인 성격특성으로서 신체화 장애를 유발, 지속, 악화시키는 취약요인으로 작용하며, 이런 성격 취약성이 신체 감각에 대한 증폭 지각이나 신체적 귀인 등의 인지과정의 매개를 통해 신체화 증상을 유발한다고 주장한다. 한편 신체화는 상기 특정한 인지, 정서기제 흐름 뿐 아니라, 스트레스 대처방식과 밀접한 관련이 있다[14]. 구체적인 대처방식의 신체화에 대한 영향은 의견차가 있으나, 현재로서는 대처방식을 비효율적으로 빈약하게 사용하는 것이 신체화와 연관성을 지닌다는 의견이 가장 널리 받아들여지고 있다[1].

사상의학은 1894년 동무 이제마에 의해 창안된 학문으로, 인간을 태양인, 소양인, 태음인, 소음인의 네 체질로 나누어 보는 체질의학이다. 사상의학의 독특성은 성격의 차이로 인하여 장부 신체의 생리 병리 특성이 나타난다는 성격심리학적인 면을 지닌다는 점이다[15]. 이러한 특성 때문에 사상 체질에 따른 성격 특성에 관하여 MBTI, TCI등의 기질적 성격 및 Jung이론과의 비교 등의 연구가 진행된 바 있다. 이에 비해 사

상체질과 정신병리적인 내용과 관련된 연구는 상대적으로 적고, 특정 정신 병리기전과 사상체질 성격적 특성과의 연구, 특히 신체화와 사상체질 분류간의 상관연구는 전무한 실정이다.

따라서 부정적 정서와 감정표현불능증을 성격특성으로 신체화에 취약 요인으로 고려할 수 있으며[11], 또한 개인의 성격은 스트레스를 주는 사건과 상호작용하여 인지하는데 중요한 역할을 하므로[16,17], 특정한 성격과 신체화의 연관성을 고려해 볼 수 있다. 따라서 성격의 차이를 기반으로 분류한 사상체질의 각 체질 별 신체화와 관련된 기제의 차이 및 특징을 알아보고자 사상체질 별 MMPI-2 임상척도, 성격병리 5요인척도, 감정표현불능, 신체감각증폭, 증상해석, 스트레스 대처방식의 차이를 비교하여 약간의 지견을 얻었기에 보고하는 바이다.

Ⅱ. 대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 ○○대학교 한의과대학 본과 3학년 한방신경정신과 수강하는 119명 중 설문에 성실히 응답한 89명의 대학생을 대상으로 하였고, 그 중 MMPI 비응답자 3명, 키와 체중 비응답자 10명, 증상해석질문지 오기 응답 4명, 사상체질질문지에만 응답하고 그 외 설문지 미응답자 1명으로 MMPI 비응답자 3명은 포함시켜 자료가 불충분한 15명을 제외한 74명을 대상으로 선정하였다. 모든 참여자들은 본 연구의 목적과 과정에 대한 설명을 들은 후 서면 동의 하였다.

2. 연구도구

1) 사상체질 분류 QSCC II(Questionnaire for the Sasang Constitution Classification II)

김선호, 고병희, 송일병(1996)[18]에 의해 개발된 자가보고식 설문지인 사상변증 설문지(QSCCⅡ)를 이용해 사상체질을 분류하였다. 이전 연구[19]에서 QSCC의 Cronbach alpha값은 0.9269~0.9383, 검사-재검사 신뢰도에 있어 전체 항목의 Pearson Correlation Coefficient는 r=0.9106(p=0.0001)로 통계적으로 유의한 신뢰도가 입증되었다.

2) 다면적 인성검사 2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2:MMPI-2)

MMPI-2는 Hathway와 Mcklinley(1943)에 의해 개발되어 전 세계적으로 널리 이용된 객관적 성격검사 MMPI의 문제점을 수정, 보완하여 만든 질문지형 성격검사도구이다. MMPI-2는 임상장면에서 진단적 도구로 널리 사용되고 있으며 타당성과 활용성에 대한 광범위한 연구가 이루어지고 있다. 567문항으로 8개의 타당도 척도와 10개의 임상척도 그 밖의 내용척도 및 하위척도 등으로 구성되어 있다. 10개의 임상척도 신뢰도는 재검사 신뢰도가 .63~.86이고 내적 합치도는 .24~.87로 보고되었다[20].

3) 한국판 감정표현불능증 척도(20-item Toronto Alexithymia Scale:TAS-20)

Bagby, Parker 및 Taylor(1994)가 제작한 Toronto 감정표현불능증 척도 개정판(20-item Alexithymia Scale; TAS-20)을 수정, 번안한 척도로 23문항으로 구성되어 있고 5점 척도이다[21]. 척도 점수는 23문항의 점수를 더해서 계산되며, 요인별로도 계산된다. 이 척도는 3가지 요인으로 이루어져 있는데, 요인 1은 정서를 확인하고 정서와 정서

각성에서 오는 신체 감각을 구별하는 능력의 결함(정서 자각 곤란)을 측정하고 요인 2는 외적으로 지향된 사고(외부 지향적 사고)를 측정하며, 요인 3은 정서를 타인과 의사소통 하고 표현하는 능력의 결함(정서표현곤란)을 측정한다.

4) 신체 감각 증폭 척도(Somato-Sensory Amplification Scale:SSAS)

신체 감각 증폭 척도는 Barsky, Wyshak 및 Klerman(1990)[22]이 제작한 것을 원호택과 신현균(1998)[23]이 번안해 한국판으로 개발한 것이다. 일상적으로 경험하는 다소 불편하지만 질병의 전형적인 증상은 아닌 신체 경험에 대한 민감성을 평가하는 척도이다. 총 10문항이며, 응답에 대한 채점은 Likert 5점 척도(0: 전혀 그렇지 않다. 1: 별로 그렇지 않다. 2: 그저 그렇다. 3: 꽤 그렇다. 4: 매우 그렇다)로 자기보고형 척도이다. 원호택과 신현균(1998)[23]의 연구에서 대학생을 대상으로 한 Cronbach α는 .74이었고, 고등학교 1, 2학년을 대상으로 한 연구에서는 Cronbach α .76이었다. 총점이 높을수록 자신의 신체 감각을 증폭하는 경향이 많은 것으로 해석되고, 낮을수록 이러한 경향이 적은 것으로 해석된다.

5) 증상해석 질문지(Symptom Interpretation Questionnaire; SIQ)

증상 해석 질문지는 Robbins와 Kirmayer(1991)가 제작한 척도로 원호택과 신현균(1998)[23]이 번안해 한국판으로 개발하였다. 흔한 신체증상의 원인을 상황적 원인, 심리적 원인 및 신체 질병으로 해석하는 경향성을 측정하며 13가지의 흔히 경험하는 신체 증상에 대해 3가지 귀인경향(신체 혹은 질병, 정서 혹은 스트레스, 환경적이거나 중성적인 원인)을 각각 4점 Liker척도(1: 전혀 그렇지 않다. 2: 약간 그렇다. 3: 상당히 그렇다. 4: 매우 그렇다)상에 표시하게 되어 있다. 채점은 신체 귀인, 정서귀인, 중성귀인 등의 3개 하위척도 점수로 계산된다. 원호택과 신현균(1998)[23]의 연구에서 대학생을 대상으로 한 Cronbach α는 신체귀인, 정서귀인 및 중성귀인 각각 .82, .83, .75였고, 고등학생을 대상으로 한 안자영(2009)의 연구에서는 Cronbach α는 각각 .84, .87, .82이었다.

6) 스트레스 대처방식 척도(The Ways of Stress Coping Questionnaire;SCQ)

본 연구에서는 Folkman과 Lazarus[24]가 개발한 스트레스 대처방식척도에 기초하여 김정희와 이장호[25]가 요인분석을 하여 선택, 개발한 척도를 사용하였다. 김정희의 척도 중에서 적극적 대처와 소극적 대처로 개념화하였던 문제 중심, 사회적 지지 추구, 감정완화 대처, 소망적 사고 대처의 문항 중에서 박주영[26]이 발췌한 6개씩의 문항으로 구성된 총 24문항으로 이루어진 도구를 사용하였다. 김정희 등은 이 문항들에 대한 요인분석을 통해 문제 중심적 대처, 정서 완화적 대처, 소망적 사고와 사회적 지지 추구의 4가지 요인을 얻었으며, 이를 크게 적극적 대처와 소극적 대처로 구분하였다. 적극적 대처에는 개인의 노력이 외부로 향하는 문제 중심적 대처와 사회적 지지 추구 요인이 포함되며, 소극적 대처에는 노력이 노력이 자신의 사고나 감정으로 투여되는 정서 완화적 대처와 소망적 사고 요인이 포함되었다. 각각의 문항들은 '전혀 그렇지 않다'의 1점에서 '매우 그렇다'의 5점까지 모두 5점 척도로 구성되어 있다. 따라서 총 24문항에 대해서 최고 120점, 최저 24점의 점수 범위를 가지고 있고 점수가 높을수록 대처 수준이 높다는 것을 의미한다.

3. 통계분석

자료 분석방법은 전산화 SPSS(Statistical Package for Social Science) 19.0 통계 프로그램을 사용하였다. 대상자의 인구학적 특성은 실수와 백분율을 구하고 빈도분석과 평균, 표준편차를 구하는 기술통계 분석을 실시하였다. 사상 체질 특성과 성별에 따른 차이를 알아보기 위하여 ANOVA와 t-test를 실시하였으며, 유의한 차이가 있는 경우, 집단간 차이는 Duncan의 사후검정을 실시하였다. 변수들간의 관계는 Pearson의 상관분석을 실시한 후, 다중회귀분석을 실시하였다. 통계적 유의수준은 0.05미만으로 하였다.

Ⅲ. 결 과

1. 사회인구학적 특성(Table Ⅰ)

평균연령은 26.13±5.62세이고, 남자가 68명(80.0%), 여자는 17명(20.0%)이었으며, 기혼이 7명(8.2%), 미혼이 78명(91.8%)이었고, 학력은 고등학교 졸업하고 현재 대학 재학 중인 경우가 64명(75.3%), 다른 대학 졸업 후 현재 대학 재학 중인 경우가 21명(24.7%)이었다.

Table Ⅰ. Sociodemographic characteristics of the subjects

Sociodemographic characteristics		n	%	M	SD
Sex	Male	68	80.0		
	Female	17	20.0		
Marital status	Married	7	8.2		
	Single	78	91.8		
Education	In Colledge	64	75.3		
	Colledge graduates	21	24.7		
Age				26.13	5.62

2. 사상체질 설문지를 통한 체질 분류 (Table Ⅱ)

사상체질 설문지에 따른 체질 분류 결과 태양인은 없었고, 소양인이 13명(15.3%), 태음인이 16명(18.8%), 소음인이 35명(41.2%), 체질설문지로 체질감별이 어려운 불분명한 경우가 21명(24.7%)로 나왔다.

Table Ⅱ. Distribution of the Sasang constitution (4 types of contitution showed in Dong Eu Soo Se Bo Won (東醫壽世保元))

Group	Taeyang	Soyang	Taeeum	Soeum	Unclassified
Number	0	13	16	35	21
Percentage (%)	0	15.3	18.8	41.2	24.7

3. 사상체질 별 MMPI-2의 임상척도, 재구성 성격병리의 차이(Table Ⅲ, Ⅳ, Ⅴ, Ⅵ)

각 체질 간 임상척도의 차이를 분석한 결과 임상척도 2번(D, p=.012<.05), 9번(Ma, p=.033<.05), 10번(Si, p=.003<.01)에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. Ducane 사후검정 결과 2번(D)은 소양인이 44.54로 태음인(45.38)과 소음인(53.49)보다 낮게 나타났으며, 9번(Ma)은 태음인이 50.56으로 소음인(44.34)보다 높게 나타났다. Si는 소양인(43.62)과 태음인(45.75)이 소음인(55.40)보다 낮은 것으로 나타났다. 이외에 통계학적으로 유의한 차이는 없으나, 소음인이 1번(Hs), 3번(Hy), 6번(Pa), 7번(Pt), 8번(Sc)에서도 가장 높게 나왔고, 신체화 관련 임상척도 1번(Hs)은 사상체질간, 양인 음인 간 유의한 차이가 없었으나, 사상체질간 p=.052이며, 소음인이 50.97±10.02로 가장 높게 나타났고, 음인 또한 양인에 비해 높게 나타났다. 각 체질별 성격 병리 5요인 척도에서는 내향성/낮은 긍정적 정서에서 유의한 차이가 있

는 것으로 나타났다. Duncan의 사후검정 결과. 내향성은 소음인 51.17, 소양인의 44.62보다 높은 것으로 나타났다. 이외에 유의수준을 만족시키지 못하나, 소음인에서 정신증, 부정적 정서성, 내향성이 가장 높게 나왔고, 소양인에서 공격성, 통제결여가 가장 높게 나왔다.

Table III. Comparison of Clinical scale of MMPI-2 among Sasang constitution(4 types of constitution)

Clinical scale	Soyang	Taeeum	Soeum	F	p
Hs	44.46±5.90	46.56±7.93	50.97±10.02	3.100	.052
D	44.54±2.59[a]	45.38±9.25[b]	53.49±11.10[b]	4.744	.012
Hy	46.15±6.01	45.06±5.94	49.00±8.44	1.777	.178
Pd	46.46±10.96	43.69±6.18	44.09±8.40	.460	.634
Mf	45.54±7.99	48.44±9.01	51.69±9.36	2.385	.101
Pa	43.00±7.91	44.38±7.79	46.43±8.82	1.032	.362
Pt	46.15±11.03	46.63±10.31	50.40±11.18	1.059	.353
Sc	45.46±7.05	45.00±6.75	48.26±9.45	1.053	.355
Ma	48.77±9.86[ab]	50.56±8.85[b]	44.34±7.28[a]	3.595	.033
Si	43.62±12.38[a]	45.75±13.18[a]	55.40±11.18[b]	6.372	.003

※ Duncan의 사후검정 : 같은 문자가 있는 열은 유의한 차이가 없다(α=.05).

Table IV. Comparison of Clinical scale of MMPI-2 between Yang group and Yin group

Clinical scale	Yang Group	Yin Group	t	p
Hs	44.46±5.90	49.59±9.56	-1.839	.071
D	44.54±2.59	50.94±11.13	-1.803	.076
Hy	46.15±6.01	47.76±7.90	-.685	.496
Pd	46.46±10.96	43.96±7.71	.954	.344
Mf	45.54±7.99	50.67±9.29	-1.823	.073
Pa	43.00±7.91	45.78±7.79	-1.147	.256
Pt	46.15±11.03	49.22±10.96	-.898	.373
Sc	45.46±7.05	47.24±8.76	-.675	.502
Ma	48.77±9.86	46.29±8.25	.928	.357
Si	43.62±12.38	52.37±12.55	-2.251	.028

Table V. Comparison of PSY-5 scale(The Personality Psychopathology Five scale) of MMPI-2 among Sasang constitution (4 types of constitution)

	Soyang	Taeeum	Soeum	F	p
AGGR (aggressiveness)	47.31±10.06	49.69±8.17	43.37±9.33	2.813	.068
PSYC (psychoticism)	45.23±7.52	42.69±5.39	46.14±8.97	1.041	.359
DISC (Disconstraint)	49.23±9.78	47.75±6.91	44.37±7.00	2.375	.102
NEGE (Negative Emotionality/Neuroticism)	48.15±11.30	43.44±6.47	50.09±10.74	2.436	.096
INTR (Introversion/Low Positive Emotion)	44.62±7.02[a]	45.69±8.46[ab]	51.17±9.11[b]	3.893	.026

※ Duncan의 사후검정 : 같은 문자가 있는 열은 유의한 차이가 없다(α=.05).

Table Ⅵ. Comparison of PSY-5 scale(The Personality Psychopathology Five scale) of MMPI-2 between Yang group and Yin group

	Yang Group	Yin Group	t	p
AGGR (aggressiveness)	47.31±10.06	45.35±9.38	.661	.511
PSYC (psychoticism)	45.23±7.52	45.06±8.13	.069	.945
DISC (Disconstraint)	49.23±9.78	45.43±7.08	1.593	.116
NEGE (Negative Emotionality /Neuroticism)	48.15±11.30	48.00±10.03	.048	.962
INTR (Introversion/Low Positive Emotion)	44.62±7.02	49.45±9.19	-1.766	.082

4. 사상체질 별 감정표현불능 척도 차이 (Table Ⅶ, Ⅷ, Ⅸ)

각 체질 별 감정표현불능 척도의 유의한 차이는 없었으나, 소음인이 TAS1(정서자각 곤란)을 제외한 다른 TAS2(외부 지향적 사고), TAS3(정서표현곤란), 총점 모두에서 가장 높게 나타났다. 양인, 음인간 감정표현 불능 척도의 차이 또한 유의한 차이가 나지 않았으며, 총점 또한 양인과 음인이 거의 차이가 없었고, 음인에서 TAS2(외부지향적 사고), TAS3(정서표현곤란)이 높게 나왔다. 남녀간 차이에서도 유의한 차이는 없었으나, 여자가 감정표현 불능 총점이 더 높았고, TAS2(외부지향적 사고)를 제외한 TAS1(정서자각 곤란), TAS3(정서표현곤란)요인에서 곤란 정도가 높았다.

Table Ⅶ. Comparison of TAS-20K scores among Sasang constitution(4 types of constitution)

TAS-20K score	Soyang	Taeeum	Soeum	F	p
Total	52.23±7.93	50.31±9.76	53.09±8.11	.578	.564
TAS1	18.15±4.00	15.81±5.23	17.00±5.03	.828	.442
TAS2	13.69±3.09	14.50±3.52	15.24±3.64	.955	.391
TAS3	20.38±3.33	20.00±3.10	20.85±3.21	.404	.670

Table Ⅷ. Comparison of TAS-20K scores between Yang group and Yin group

TAS-20K score	Yang Group	Yin Group	t	p
Total	52.23±7.93	52.20±8.67	.012	.991
TAS1	18.15±4.00	16.62±5.07	1.010	.316
TAS2	13.69±3.09	15.00±3.59	-1.202	.234
TAS3	20.38±3.33	20.58±3.17	-.196	.845

Table Ⅸ. Comparison of TAS-20K scores between male and female

TAS-20K score	Male	Female	t	p
Total	51.59±8.99	54.36±6.01	-1.080	.284
TAS1	16.53±5.12	18.36±3.73	-1.241	.219
TAS2	14.84±3.80	14.36±2.27	.589	.560
TAS3	20.22±3.17	21.64±3.05	-4.488	.142

5. 사상체질별 신체감각증폭 척도의 차이 (Table Ⅹ, Ⅺ, Ⅻ)

각 체질 별 신체 감각 증폭 수치는 소양인 29.15±4.47, 소음인 28.76±5.36, 태음인 27.94±5.80으로 분석 결과 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 양인 음인간의 분류에서도 양인 29.15±4.47, 음인 28.50±5.46으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 통계상 유의한 차이를 보이지 않으나, 소양인이 오히려 다른 체질에 비해 신체감각 증폭 척도가 높게 나타났다. 남녀 간에도 신체감각 증폭의 차이가 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았으나, 여성이 30.86±4.55로 남성 28.00±.03에 비해 높게 나왔다.

Table Ⅹ. Comparison of somatosensory amplification scores among Sasang constitution(4 types of contitution)

Group	Soyang	Taeeum	Soeum	F	p
somatosensory amplification	29.15±4.47	27.94±5.80	28.76±5.36	.210	.811

Table XI. Comparison of somatosensory amplification scores between Yang group and Yin group

Group	Yang Group	Yin Group	t	p
somatosensory amplification	29.15±4.47	28.50±5.46	.398	.692

Table XII. Comparison of somatosensory amplification scores between male and female

Group	male	female	t	p
somatosensory amplification	28.00±.30	30.86±4.55	-1.832	.072

6. 사상체질 별 증상해석의 차이(Table XIII, XIV, XV)

사상체질 별 증상 해석의 차이는 신체귀인, 정서 귀인, 중성귀인 모두 유의한 차이가 관찰되지 않았다. 그러나 소음인이 신체귀인과 정서귀인에서 각각 41.59±9.86, 31.69±7.85로 가장 점수가 높았고, 소양인에서는 중성귀인이 32.77±6.51로 가장 높았다. 양인 음인간 차이에서도 유의한 차이는 없었으나, 음인은 신체 귀인이 높았고, 정서귀인은 양인이 높았고, 중성귀인은 소양인이 가장 높았기에 양인이 높았다. 남녀간 차이도 마찬가지로 유의한 차이는 없었으나, 여성에서 신체귀인이 높고, 남성에서 정서, 중성귀인이 높게 나왔다.

Table XIII. Comparison of symptom interpretation scores among Sasang constitution(4 types of contitution)

Symptom interpretation	Soyang	Taeeum	Soeum	F	p
Physical interpretation	40.23±11.50	39.47±7.42	41.59±9.86	.271	.764
Psychological interpretation	31.15±7.67	28.93±6.19	31.69±7.85	.712	.495
Environmental interpretation	32.77±6.51	31.60±7.68	32.00±7.26	.094	.910

Table XIV. Comparison of symptom interpretation scores between Yang group and Yin group

Symptom interpretation	Yang Group	Yin Group	t	p
Physical interpretation	40.23±11.50	40.91±9.12	-.226	.822
Psychological interpretation	31.15±7.67	30.81±7.41	.148	.883
Environmental interpretation	32.77±6.51	31.87±7.32	.400	.691

Table XV. Comparison of symptom interpretation scores between male and female

Symptom interpretation	Male	Female	t	p
Physical interpretation	40.70±9.52	41.00±10.17	-.103	.918
Psychological interpretation	31.09±7.79	30.21±6.13	.384	.703
Environmental interpretation	32.11±7.20	31.93±7.07	.082	.935

7. 사상체질 별 스트레스 대처 방식의 차이(Table XVI, XVII, XVIII)

스트레스 대처방식에 있어 태음인, 소양인, 소음인에 따른 유의한 차이가 없었다. 또한 태음인, 소음인을 음인으로, 태양인, 소양인을 양인으로 분류한 음인-양인분류에서도 각 군 사이에 유의한 차이가 없었다. 그러나 전반적으로 소음인이 문제 중심 대처방식에서 다른 체질에 비해 문제중심적 대처 19.68±3.94, 사회적 지지 추구 17.71±3.70으로 가장 낮게 나타났다. 그리고 소극적 대처에서도 정서 완화적 대처는 소양인 14.85±3.41보다 높은 점수 15.53±3.42로 나타났으나 17.50±3.52인 태음인에 비해 낮은 점수가 관찰되었으며 소망적 사고 요인에서도 21.29±3.81로 가장 낮았다. 양인과 음인에 있어서 큰 차이는 없으나, 적극적 대처는 각각 39.69±5.96, 39.48±7.89로 양인이 음인에 비해 높았고, 소극적 대처에서 음인이 37.42±5.62, 양인이 36.62±4.13

으로, 음인이 양인에 비해 약간 높게 나왔다. 남녀간 차이 또한 뚜렷한 차이는 없으나, 여성이 남성에 비해 사회적 지지추구, 정서 완화적 대처가 높았고, 적극적 대처와 소극적 대처 모두에서 여성이 남성에 비해 높게 나왔다.

Table XVI. Comparison of coping strategy ratings with stress among Sasang constitution(4 types of constitution)

Coping strategy	Soyang	Taeeum	Soeum	F	p
Active coping	39.69±5.96	41.56±6.41	38.50±8.40	.912	.407
Problem focused	21.46±3.02	21.31±3.75	19.68±3.94	1.638	.203
Seeking social support	18.23±4.92	20.25±3.91	17.71±3.70	2.204	.119
Passive coping	36.62±4.13	38.69±6.07	36.82±5.38	.778	.464
Emotion focused	14.85±3.41	17.50±3.52	15.53±3.42	2.530	.089
Wishful thinking	21.77±2.24	21.19±3.85	21.29±3.81	.110	.896

Table XVII. Comparison of coping strategy ratings with stress between Yang group and Yin group

Coping strategy	Yang Group	Yin Group	t	p
Active coping	39.69±5.96	39.48±7.89	.090	.928
Problem focused	21.46±3.02	20.20±3.92	1.077	.286
Seeking social support	18.23±4.92	18.52±3.91	-.225	.823
Passive coping	14.85±3.41	16.16±3.54	-1.200	.235
Emotion focused	21.77±2.24	21.26±3.78	.621	.539
Wishful thinking	36.62±4.13	37.42±5.62	-.482	.631

Table XVIII. Comparison of coping strategy ratings with stress between male and female

Coping strategy	Male	Female	t	p
Active coping	38.60±8.04	40.00±6.05	-.672	.504
Problem focused	20.34±3.87	20.65±4.26	-.283	.778
Seeking social support	17.69±4.49	19.35±3.55	-1.419	.160
Passive coping	37.25±5.72	38.18±3.75	-.631	.530
Emotion focused	15.75±3.36	17.06±2.90	-1.474	.144
Wishful thinking	21.51±3.73	21.12±3.67	.386	.701

Ⅳ. 고 찰

신체화 증상은 여러 신체기관에 걸친 복합적인 신체증상을 호소하며 신체화 환자의 종류 또한 다양하다. 일반적으로 지속성 수준이나 신체증상의 원인을 어떻게 해석하는지에 따라 신체화 환자를 세 가지로 구분할 수 있는데 먼저 초기 신체화 환자(inital somatizer)는 처음에 신체적 증상만을 나타내지만, 스트레스와 같은 심리사회적 문제가 그 원인임을 자발적으로 말한다. 그리고, 허용적 신체화 환자(facultative somitizer)는 의사에게 신체적 증상을 호소하지만 의사가 직접적으로 그 원인에 대하여 질문하게 되면 심리사회적 원인의 가능성을 인정한다. 마지막으로, 진성 신체화 환자(true somatizer)는 신체적 증상에 대한 심리사회적 설명을 지속적으로 거부하는 태도를 보이는 것이 특징이다[27].

한의학적 치료를 원하는 환자에는 이와 같이

직접적인 심리적 증상 호소보다는 신체증상을 호소하는 사람이 많다. 과거 발표된 논문에서도 한방병원 신경정신과 외래에 내원한 정신과 질환환자 중 신체형 장애가 압도적으로 높은 비율을 차지하였으며[3], 한방병원 응급실 내원 환자 중에서도 신체형 장애 환자가 높은 비율을 차지하였다는 보고가 있다[4]. 한국 표준질병사인분류(한의) 즉 한의학적 분류를 기준으로 한방신경정신과 외래 환자를 분석하였을 때에도 마찬가지로 신체화장애에 상응하는 심신증이 가장 많았으며, 그 다음은 화병, 두통 순이었다[4]. 이 중 화병은 여러 가지 신경증적 장애가 혼합된 증후군의 개념이나, 화병 환자의 MMPI 분석 결과, 임상척도 중에서 3(Hy), 1(Hs)척도의 T점수가 60 이상으로 3-1척도상승 형태를 나타내었다는 보고[28]가 있으며, 1(Hs)가 가장 높았다는 연구결과[29]도 있다. 따라서 화병 또한 전형적인 신체형 장애로 진단 내리기는 어려우나, 심리적 증상보다는 신체적 증상 호소가 특징적인 신체화 특징을 지닌 질환으로 생각할 수 있어 한방신경정신과 방문 환자 중 신체화 경향을 지닌 환자가 차지하는 비율이 매우 높다 할 수 있다. 따라서 한방 신경정신과에서는 무엇보다도 이러한 신체화 경향의 환자에 대한 심도 깊은 고찰이 필요하다.

신체화 비율은 한방신경정신과 뿐만 아니라 다른 의료기관에서도 높은 비율을 차지한다는 점은 선행 연구에서 지적된 바 있다[5].

과거 연구[5]에서 국내 우울증 환자들은 해외와 비교하였을 때 증상을 호소할 때 직접적인 감정표현 보다는 신체화를 동반하거나 또는 신체화 증상으로 전이되어 나타나는 경향성이 높고, MMPI에서도 척도1과 3이 척도2에 수반하여 상승하고 있는 프로파일이 두드러진다고 보고하였다. 뿐만 아니라 신체화 경향은 정신과적 질환에서만 국한되지 않고, 일반 내과에서도 신체증상만을 가지고 찾아오는 환자들 중 상당수에서 우울증상을 가지고 있는 사람을 많다는 연구 또한 이미 보고된 바 있다[6]. 국내에서의 신체화의 유병율은 정확히 알려져 있지는 않지만 비정신과 환자 중 14.2~40.5%가 진찰 및 의학적 소견 상 이상이 없는데도 신체증상을 호소한다는 보고가 있다[7]. 또 다른 연구[30]에서도 한국인이 서양인에 비해 막연하고 강도가 심하지 않는 증상들을 많이 호소하는 것으로 나타났다. 따라서 이처럼 높은 신체화 경향은 감정표현을 억제하고 신체적 질병에는 비교적 관대한 동양 특유의 문화적 배경이 크게 영향을 미치는 것으로 생각된다. 이외에도 국내의 한 대학교에서 신입생들을 대상으로 SCL-90-R(간이정신진단검사)을 실시한 연구[31]에 의하면, 가장 많은 수의 학생이 호소했던 증상 중 하나가 신체화라 보고한 바 있다. 게다가 신체화의 정서적 요인과 관련된 개인이 경험한 감정이나 느낌을 적절하게 표현하지 못하는 감정표현 불능증도 고전적 정신신체질환자들만의 특징적인 인격 성향은 아니며, 정서 조절의 장애와 관련된 문제를 가지는 모든 질환이나 환자의 공통적인 소견으로 볼 수 있다는 의견[32]이 제기된 바 있다. 따라서 신체화 기전을 통한 신체증상 표현이 정신질환자에만 고정적으로 나타나는 기전이 아니라 심리적 문제에 대처하는 여러 가지 책략 중의 하나로 특징적인 심리적 기제의 사용이 신체화를 유발하고 유지시키는 것으로 생각할 수 있다.

이러한 신체화 경향의 환자들은 증상이 만성적으로 지속되며, 증상의 심리적 원인을 부정하여, 계속적인 비효과적인 치료를 찾아다니게 되어 그로 인한 치료의 혼선이 초래되며, 오히려 증상을 더욱 만성화 시키고, 오히려 악화시키게 되는 경우가 많다[1]. 따라서 신체화의 세부적 평가 및 심리적 특성의 이해가 치료에 관건이 된

다.

신체화 장애의 인지적인 기제는 신체감각의 증폭지각, 신체증상에 대한 귀인양식 두 가지로 연구가 진행되어왔다[8]. 신체화 장애 환자는 신체증상을 선택적으로 증폭하고 특정 감각에 초점을 맞춤으로써, 사소한 불편감도 중대한 신체 증상으로 지각하게 된다. 나아가 신체화 장애 환자들은 도처에 산재하는 신체 감각을 심각한 질병으로 잘못 오인하는 경향을 자주 보인다[11,12]. 즉, 대부분의 사람들이 피로, 나이 또는 정상적인 신체 과정으로 생각하는 신체감각을 무시하지 못하는 데서 신체화 하는 경향이 생길 수 있다[1]. Barsky 등[9]은 신체화 장애가 이와 같이 신체감각에 지나치게 주의를 주고 증폭해서 지각하는 것, 증상에 사로잡히고 신체적 원인으로만 해석한 결과로 나타난다고 주장하면서 신체화 장애의 원인과 유지에 인지적인 기제가 중요한 영향을 줄 수 있다고 주장하였다. 반면 최근에는 신체적인 질병에 의한 것으로 인식하는 신체 귀인으로 신체화를 구별하기 어려우며, 정서 귀인도 신체화에 관련이 깊은 귀인 양식임을 지적하는 연구결과가 나오고 있기도 하다. 예를 들어 우리나라 사람들은 몸이 불편한 경우, 그 원인을 신체적 이상의 탓으로만 귀인하는 것이 아니라, 신체적 불편감이 불안, 초조, 우울과 같은 정서문제로 인해 나타난다고 해석하는 것이다. 이러한 결과는 동양과 서양에 있어서 신체화 증상에 작용하는 귀인의 범위가 신체문제에 한정되느냐, 정서요인까지 포함하느냐 하는 점에서 다르지만, 귀인이 신체화 장애 유발에 중요한 영향을 미치고 있다는 점에서는 공통적인 견해를 보인다고 할 수 있다[11,33]

정서적인 면에서도 신체화가 부정적 정서(negative affectivity)와 상관이 있으며, 정서 표현을 억제하는 경향이 특징적이라고 알려져 왔다[13]. 부정적 정서와 신체화의 관계에 대한 연구들을 살펴보면 불안할 때 동일한 신체 자극을 더 고통스럽게 평가한다는 결과와 부정적 정서가 높은 사람일수록 신체증상의 호소가 더 많다는 결과도 보고된 바 있다[2]. 부정적 정서가 높은 사람들은 신체기능에 대한 민감한 지각과 이러한 지각을 더욱 내적으로 초점화하기 때문에 사소한 신체적 기능이상을 신체적 불편함으로 호소하게 된다는 것이다. 이와 다르게 정서 표현을 억제하는 것이 신체화의 원인과 지속에 영향을 주는 요인으로 주목된다. 감정표현불능증(alexithymia) 개념은 Sifnoes(1972)가 처음으로 구성한 개념으로 개인이 경험한 감정이나 느낌을 적절하게 표현하지 못하는 인지-정동장애를 나타내는 용어이다. 즉 감정표현불능증인 사람들은 자신의 감정을 명확하게 명명할 수 없어서, 정서적 각성에서 오는 신체증상이나 다른 정상적인 신체감각도 이상한 것으로 받아들여 이에 초점을 맞추고 이를 신체적 질병의 신호로 해석하거나 확대해석하게 된다고 한다. 이는 신체화 증상들이 단순히 부정적 정서를 표현하지 못하는데 따른 문제라기보다는 신체증상에 대한 명확한 명명화에 어려움이 있고 이것이 증상을 과장하거나 오지각할 수 있음을 의미한다.

최근에는 신체화에 영향을 미치는 각각의 변인을 연구하는 것 뿐 아니라 각각 변인의 관계에 대한 모델을 설정, 연구가 이루어져 신체화의 심리적 특성을 더욱 다각적으로 파악하고자 한다. 국내에서 가장 대표적인 모델이 신현균의 직선적 매개모델[11] 으로 이 모형에서 부정적 정서와 감정표현불능증은 성격특성으로서의 취약요인으로, 감각에 대한 증폭 지각이나 신체적 귀인 등의 인지과정은 매개요인으로 고려한다. 즉 부정적 정서성은 사소한 신체증상에 대해서도 주의를 기울이게 하고 이를 부정적인 방향으로 해

석하도록 하며, 이런 경향은 신체 감각을 증폭해서 지각하게 함으로서 신체화 장애를 유발한다는 것이다. 특히 한 개인이 높은 수준의 부정적 정서와 함께 부정적 정서를 지나치게 억압하거나 표현하지 못하는 특성을 가지고 있다면 정서적 문제는 해결되지 않은 채로 지속되게 된다. 또한 정서 상태와 신체감각의 관련성을 정확히 인식하지 못하므로 부정적 정서와 관련해 나타나는 신체감각에 더 주의를 기울이게 되며, 신체감각에 대해 신체적 원인에 귀인하기 쉽다는 것이다. 따라서 인지적 요소 뿐만 아니라 성격 특성으로 부정적 정서와 감정표현불능증과 같은 감정 억압 경향이 신체화의 유발에 작용할 수 있음을 알 수 있다.

이뿐 아니라 신체화와 스트레스 대처방식과의 연관성에 대해서도 논의된 바 있다[14]. Lazarus와 Folkman[34]은 심리적 갈등은 신체화 장애 유발에 영향을 미치며, 이러한 심리적 갈등은 단순히 스트레스 사건의 존재유무 보다는 스트레스에 대한 개인의 대처 방식이 신체화에 더 영향을 미치게 된다고 주장하였다. 또한 대처란 개인의 능력을 넘어선다고 판단되는 특정한 외적 혹은 내적 상황의 요구를 처리하려는 인지적 및 행동상의 노력이라고 정의하였고, 이런 대처방식이 스트레스와 정신장애 및 신체질환 간의 관계를 중간조절하게 되는데[35], 비적응적 대처방식을 사용할 경우 심리적 어려움에 대한 취약성이 높아지게 된다고 하였다[36]. 즉, 갈등에 대한 대처과정의 결과로 신체화가 나타나는 과정 내에서 인지, 정서적 취약성의 영향을 조절하는 요인으로 신체화의 조절변인으로서 스트레스에 대한 대처방식을 고려할 수 있겠다. 연구자들마다 대처 방식에 대한 다양한 분류를 하고 있는데, 일반적으로 대처는 문제 중심적 대처와 정서 중심적 대처, 2가지 유형으로 분류한다. 문제 중심적 대처란 위협적이라고 평가된 상황을 변경 또는 제거시키기 위하여 환경이나 자신에게 직접적인 행동을 취하는 것이라 할 수 있고, 정서 중심적 대처는 스트레스 상황에 의해 유발된 바람직하지 못한 느낌을 통제하기 위한 생각이나 행동으로 정서반응을 조절하는 것이다[34,37]. 어느 대처 전략이 효과적인가에 대해서는 의견 또한 2가지로 나뉘는데, 첫 번째는 문제 중심 대처전략이 건강에 미치는 스트레스의 충격을 중화시키거나 조절하는데 있어서 정서중심 대처전략보다 효과적이라고 주장하는 것이고[38,39], 두 번째는 문제 중심 대처전략과 정서중심 대처전략은 스트레스의 성질에 따라 적합성이 다르다고 주장하는 것이다[40]. 즉 문제 중심 대처는 스트레스 요인을 통제할 수 있을 때, 즉 스트레스 요인의 강도를 낮추거나 제거하는 단계적 절차를 밟을 수 있을 때 특히 더 유용하고, 정서 중심 대처는 스트레스 요인이 통제 불가능할 때, 즉 그 스트레스 요인을 직접 변화시킬 수 없을 때 가장 유용하게 사용할 수 있다는 것이다[41,42]. 최근에는 후자 의견이 거의 받아들여지고 있어, 문제 중심 대처전략이 스트레스 대처에 효과적이 아니라, 두 가지 대처 전략을 스트레스 상황에 맞게 적절히 활용되는 것이 생산적인 대처이며 적응적이라는 의견이 지배적이다. 즉, 어느 한쪽이 더 좋은 대처전략이고 더 많이 활용되어야 된다는 것이 아니라 두 가지 대처전략 모두가 경우에 맞게 적절하고 충분하게 활용되어야 한다는 것이다[1]. 이를 통해 다양한 대처방식의 효율성이 낮으면 스트레스에 대한 심리적 취약성이 높아지고 신체화와 같은 부적응적 양상이 유발된다고 볼 수 있으며, 신체화의 예측인자로 스트레스에 대한 대처방식의 비효율성이 유용하게 적용될 수 있음을 알 수 있다.

대부분의 체질 이론은 성격과 육체에서 나타

나는 현상이 관련이 있다고 보는 견지하에 기술되어 있다. 사상의학 또한 체질에 따라 성격의 차이가 있으며, 이 성격의 차이에 의해 장부의 편차가 생겨 독특한 체질 생리와 병리특성이 나타난다고 제시하고 있다. 현재 전해지는 동의수세보원은 성명론에서 출발하여 사단론, 확충론, 의원론, 병증론, 광제설과 사상인 변증론순으로 쓰여져 있다. 즉, 체질의 시작을 성정에 두고, 타고난 성정의 치우침을 바르게 알아 중용의 미덕을 통해 정신적 불균형을 완화시키는 것이 곧 육체적 건강과 바로 사는 삶의 시작이자 끝이라 강조한다[43]. 또한 이제마의 심성론은 기질적 측면과 후천적 성격 측면을 나누어 기본적인 기질 애노희락의 성정과 후천적으로 드러날 수 있는 박통, 독행, 사심, 태행의 측면 역시 제시하여 기질과 성격을 구분하여 보는 시대를 앞선 성격심리학적인 면을 지니고 있다[15]. 따라서 사상의학은 성격과 육체의 관계를 깊이 있게 다루고 있는 학문이라 할 수 있다. 이러한 특성 때문에 사상체질에 따른 성격 특성에 관한 연구가 다양한 분야와의 교류를 통하여 이루어지고 있다. 사상체질 성격 연구는 사상체질에 따른 성격의 차이는 기질적이라는 관점에서 기존에 사용되고 있는 성격 판별 도구(MBTI[44,45], 16PF[46,47], TCI[48,49] 등)를 이용한 연구가 가장 활발하게 이루어져 왔으며, 이중 Jung의 이론과 관련하여 풀어낸 연구[50,51]는 임상에서도 많이 주목을 받았다. 이에 비해 병리적인 내용과 관련된 연구는 상대적으로 적고, 대부분의 연구가 MMPI[52,53], SCL-90-R[15,19] 등의 전반적인 임상척도와 체질상의 상관성에 집중되어 있다. 사상체질에 따른 스트레스 인지와 대처에 대한 연구[54]와 사상체질별 감정표현불능정도를 비교한 연구[55], 신체형장애 환자의 신체증상 부위와 체질특성과 관련성에 대한 연구[56]가 각각 진행된 바 있다. 따라서 신체화의 전반적인 정서, 인지적 특성과 사상체질 분류간의 상관 연구는 전무한 실정이다.

앞서 언급하였듯이 부정적 정서와 감정표현불능증이 성격 특성으로 신체화에 취약 요인으로 작용하며, 이러한 정서적인 변인의 성격적 취약성이 신체감각에 대한 증폭 지각이나 신체적 귀인등 인지 과정의 매개를 거쳐 신체화 증상에 영향을 미친다는 모델이 제기된 바 있다[11]. 또한 개인의 성격은 스트레스를 주는 사건과 상호작용하여 인지하는데 중요한 역할을 하며, 동일한 스트레스라도 성격에 따라 스트레스를 지각하는 데에 차이가 있다[16,17]. 뿐만 아니라 다양한 스트레스의 대처전략의 적합성은 스트레스의 성질과 그 사람의 개인적 또는 사회적 기질에 좌우된다고 알려져 왔다[17]. 이를 미루어 볼 때 성격적인 취약성이 신체화에 영향을 미치는 요소로 작용함을 알 수 있다. 따라서 본 연구에서 성격의 차이를 기반으로 분류한 사상체질의 각 체질 별 신체화와 관련된 기제의 차이 및 특징을 알아보고자 부정적 정서 확인을 위한 인성검사(MMPI)의 임상척도, 재구성 성격 척도, 감정표현불능, 신체 증상 증폭지각, 신체귀인등의 귀인해석, 스트레스에 대한 대처전략 설문조사를 진행하였다. 주요 연구 결과들의 의미를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, MMPI-2의 임상척도, 성격병리5요인 척도에서는 소음인이 우울, 불안 등의 부정적 정서, 내향성이 높은 것으로 나타났다. 이는 과거 소음인이 임상척도 2번(D), 7번(Pt), 10번(Si)에서 다른 체질에 비해 유의하게 높게 나왔다는 연구들[57,58]과 유사하다 할 수 있다. 그리고 신체형장애 집단에서 MMPI반응 분석 결과 T점수 60점을 기준선으로 1-3형 또는 1-3-2-7-8형이 나타났으며, 신체화장애 집단이 전환장애 집단에 비해 D, Pt척도가 높고, 전체적으로 우울과 불안이

동반된다는 선행연구[59] 또한 본 연구 결과와 부합하므로, 이를 토대로 소음인의 MMPI 임상척도 유형이 신체화에서 나타나는 유형과의 연관성을 추측해 볼 수 있다. 그리고 성격병리 5요인척도 중 내향성/낮은 긍정적 정서는 긍정적이고 즐거움을 경험하는 능력의 개인적 차이를 측정하므로 이 요인에서 높은 점수를 얻은 개인은 즐거움을 경험하는 능력이 부족하고, 걱정이 많고, 우울하고, 내향적이고, 비관적이며, 신체증상을 호소하는 경향이 있다고 한다[60]. 이는 과거 SCL-90-R에서 소음인이 대인예민성, 강박, 우울, 불안 등에서 높은 점수를 나타내고, 소양인이 공격성에서 높은 점수를 나타낸다는 이전 연구들[15][19]과 유사하다. 내향성/낮은 긍정적 정서 외에 부정적 정서성/신경증은 유의한 차이는 없으나, 소음인에서 가장 높았다. 부정적 정서성/신경증은 슬픔, 불안, 걱정, 죄책감과 같은 부정적 정서를 경험하는 개인적 차이를 측정하는 것으로 불안, 두려움, 걱정, 공포, 죄책감에 대한 스트레스에 제압당하는 정도를 반영한다. 이 요인에서 높은 점수를 얻은 개인은 들어오는 정보의 부정적인 면에 초점을 두고, 걱정을 많이 하고, 자기비관적이며, 죄책감을 느끼는 성향이 있다[60]. 따라서 본 연구에서의 소음인의 내향성/낮은 긍정적 정서 척도와 부정적 정서성/신경증 척도 점수 상승은 상당수의 신체화장애 환자들이 주요우울장애, 불안장애, 감정표현불능증[62-63] 및 건강염려증적 믿음이나 공포[64] 등과 같은 정서 장애와 연관이 있어 신체화 기전에 정서장애가 중요한 요소임을 주장하는 기존의 연구 결과와 불안정서로 인해 비정상적으로 신체감각에 집착하게 된다는 Warwick등의 인지악순환 모델과, 부정적 정서가 지속적인 성격특성으로 작용한다는 신현균의 직선적 매개모델과 상통한다 할 수 있다. 반면 양인-음인간에서는 유의한 차이는 없으나, 음인에서 내향성/낮은 긍정적 정서만 높고, 나머지는 모두 양인에서 높았다. 이러한 임상척도와 성격병리5요인척도 결과를 종합해보면 소음인에서 신체화에 취약한 정서적인 특성과의 연관성을 추론할 수 있다.

둘째, 감정표현불능 척도 차이에서는 모두 통계적 유의성은 없으나, 소음인에서 TAS2(외부지향적사고), TAS3(정서표현곤란), 총점이 가장 높게 나왔고, 음인에서도 양인에 비해 TAS2(외부지향적사고), TAS3(정서표현곤란)이 높게 나와 유의성이 없어 결론짓기는 어려우나 양인이 음인에 비해 TAS3(정서표현곤란)의 점수가 유의하게 높았다는 이전 연구[55]를 토대로 볼 때, 음인은 양인과 비교하면 자신의 느낌이나 감정을 인식하는 정도는 비슷하나, 자신의 감정을 외부로 표현하는데 있어 더 곤란함을 느끼고, 반대로 양인이 음인에 비해 자신의 의사를 표출하는 경향이 크다고 볼 수 있다. 이러한 결과는 東醫壽世保元 擴充論에서 말한 "太陽之性氣 恒欲進而不欲退 少陽之性氣 恒欲擧而不欲措 太陰之性氣 恒欲情而不欲動 少陰之性氣 恒欲處而不欲出"[65]과 상통하는 면이 있다고 생각할 수 있다. 양인과 음인의 비교에서도 즉, 음인이 양인에 비해 감정표현불능의 경향이 항상 높다고 하기는 어려우나, 감정 명명화의 문제만이 아니라 외부로 표현하는데 어려움으로 인해 신체화를 초래할 수 있다고 설명하는 게 좀 더 타당할 것으로 생각된다. 이를 토대로 음인의 경우 치료에 있어 감정명명화만 중점을 두기보다는 외부로 표현하는 행동요법이 병행하는 것을 생각해 볼 수 있겠다. 그리고 이번 연구에서는 소음인의 총점이 높게 나왔으나, 이전 연구에서는 마찬가지로 유의성을 만족하지 않으나, 태음인에서 총점이 높은 경향을 보이며[55], 임상에서도 태음인은 스트레스를 받는다 하더라도 바로 반응이 나타나지 않지만,

신체적인 증상으로 많이 변하여 나타난다고 하여 태음인 체질과 신체화에 연관성이 있다고 보고[66]한 바 있어 이를 종합해 볼 때 정서표현곤란에 있어 음인 중 소음인과 태음인의 차이를 단정짓기 어렵다.

셋째, 신체감각증폭 척도에서는 유의한 차이를 보이지 않으나, 소양인이 가장 높게 나타나, 소음인이 가장 높게 나타나리라 예상했던 바와는 다르게 나타났다. 이는 유의수준에 미치지 못하며, 또한 신체감각의 귀인해석이 증폭 지각보다 신체화에 영향을 미치며[12], 여성이 남성에 비해 신체감각을 더 증폭해 지각하며, 여성이 남성에 비해 신체감각증폭 지각과 신체화 증상간의 상관이 더 크다[67]는 선행연구를 볼 때 이 결과 해석은 추후 연구가 더 필요하리라 사료된다.

넷째, 증상해석의 차이에서는 소음인의 신체귀인과 정서귀인이 가장 높았는데, 이는 신체귀인과 정서귀인이 신체화의 인지적 특징이므로 소음인의 인지적 방식과 신체화의 연관성을 고려해볼 수 있다.

다섯째, 스트레스 대처방식의 차이에서는 소음인 적극적 대처와 소망적 사고 대처방식이 가장 적어 통계적으로 유의한 차이는 없으나 전반적으로 스트레스 대처방식이 낮은 것으로 관찰되었다. 이 결과는 이전 연구에서 소음인이 대처방법을 다른 체질보다 적게 사용함으로서 효과적인 대처나 해소를 하지 못한다는 주장과 부합한다 할 수 있다[54]. 또한 신체화 장애 환자에서 전반적으로 대처방식의 점수가 모두 낮아 스트레스에 대한 대처방식의 비효율성과 신체화의 연관성을 시사하는 선행연구[1]를 볼 때 소음인의 대처방식의 빈약함이 신체화에 취약한 요인으로 직용 할 수 있으리라 추론할 수 있다. 반면 본 연구에서는 태음인이 적극적, 소극적 대처 모두 높게 나와, 태음인이 정서중심 대처가 가장 높게 나왔으며, 태음인이 보수적이고 모험을 싫어하고, 변화를 싫어하는 성격을 가지므로, 분리와 회피, 분노표출 등 소극적인 대처 기전을 많이 활용한다는 이전 연구[54]결과와 상이한 결과라 할 수 있다. 양인과 음인의 차이 또한 외향성 집단이 내향성 성격의 사람보다 스트레스를 더 잘 해소하며, 외향성 집단인 양인보다 내향성 집단인 음인에서 적극적 대처가 낮고, 소극적 대처가 높게 나왔던 이전 연구와도 일치한다. 이는 음인들이 주로 수동적 자세 혹은 회피와 타협을 스트레스 해결방법으로 취하는 경향이 크기 때문으로 생각되나, 이 결과는 유의수준을 만족시키지 못했고, 정서 완화적 대처에서는 태음인이 가장 높으나, 소망적 사고 요인에서는 소양인이 높게 나와 소극적 대처 방식의 활용이 음인에서 일정하게 높지 않고, 태음인의 경우 대처방식이 모두 가장 높게 나와 음인이 소극적 대처를, 양인이 적극적 대처를 주로 한다고 결론 내리기 어렵다.

본 연구 결과를 종합해 보면 소음인에서 우울, 불안 등 부정적 정서가 높고 자신의 감정을 외부로 표출하는데 어려움이 커 신체화에 취약한 정서적인 특성을 지니며, 인지적인 면에 있어 신체귀인, 정서귀인 경향이 높다는 점과, 스트레스 대처방식 또한 빈약함을 보여 전반적으로 사상체질 중 소음인과 신체화의 심리적 특징이 유사함을 시사한다고 볼 수 있다. 이는 사상의학에서 언급한 소음인의 특성은 체형은 하체가 발달해 있고, 성격은 내성적이고 수줍음이 많고 자기의견을 잘 표현하지 않는다 하며, 질투심이나 시기심이 많고 한번 감정이 상하면 오랫동안 풀리지 않으며, 恒心은 不安定之心으로 작은 일에도 마음을 끓이고, 늘 불안정한 마음을 가진다[51]는 기술에 부합한다. 또한 소음인에서 우울, 불안, 공포증과 같은 특징이 가장 잘 드러나며[18], 소위

신경성 위장장애 환자들의 성격특성인 우울, 신체화 경향, 정서불안정성, 의존경향 등이 소음인의 특성과 부합하는 바가 크다[68,69]는 선행 연구에도 일치한다. 따라서 소음인의 성격적 특징이 신체화에 취약한 정서적인 면과 가장 일치하는 면이 많다고 할 수 있다. 즉, 본 연구 결과들은 사상체질 중 소음인이 신체화에서 보이는 정서적, 인지적 심리적 특성과 스트레스 대처방식을 나타낼 가능성을 제시한다.

그러나 본 연구는 특히 다른 체질과 유의하게 차이나는 경우가 적어 단정적으로 해석하기 어려우며, 반드시 추후 연구를 통한 해석의 입증이 필요하리라 생각한다. 이외 본 연구에는 여러 가지 제한점을 갖는다. 첫째, 연구대상이 일개 학과에 편중되었으며, 남녀 비율의 차이가 커 전체 집단으로 확대 해석하는데 어려움이 있다. 둘째, 연구대상 중 태양인 수가 하나도 없고, 일반적으로 태양인의 수가 다른 체질에 비해 매우 적다는 점과, 사상의학에서 양인, 음인으로 나누는 것에 대해서도 논란이 많아 이 또한 연구해석 시 염두해 두어야 할 필요가 있을 것으로 사료된다. 셋째, 이번 연구에서는 신체화를 나타내는 환자군이 아닌 일반인군에서 연구가 진행되었다. 넷째, 각각의 척도에서의 체질 간 차이만 비교할 뿐 상관관계나 이를 통한 소음인의 성격특성이 신체화 경향에 미치는 정도에 대한 연구가 진행되지 않았다.

따라서 향후 연구에서는 좀 더 인구학적으로 다양한 방면을 포함하는 일반인 집단을 통한 연구수행이 필요할 뿐 아니라 동시에 신체화 증상을 나타내는 환자군에서도 연구가 진행되어야 한다. 이러한 추후 연구를 통하여 한방 신경정신과의 많은 비율을 차지하는 신체화 경향을 지닌 환자들에 대한 사상체질 간 신체화 기제 차이를 명확히 하고, 심리적 특성을 이해하여야 한다. 또한 이와 같은 신체화외 다른 개별 정신병리의 기제에 대한 연구 또한 진행되어 사상체질의 심리특성 규명과, 이를 통한 사상체질별 구체적인 심리적 치료접근에 대한 지침 개발로 이어질 것으로 기대된다.

Ⅴ. 결 론

본 연구는 사상체질에 따른 신체화 기제의 차이를 파악하기 위하여 2011년 4월에 원광대학교 한의과대학 본과 3학년 학생을 대상으로 사상체질 분류 QSCC Ⅱ, 다면적 인성검사 2, 한국판 감정표현불능증 척도, 신체 감각 증폭 척도, 증상해석 질문지, 스트레스 대처방식 척도 설문을 진행하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. MMPI-2의 임상척도에서는 소양인이 태음인과 소음인에 비해 유의하게 낮게 나타났고, 9번(Ma)은 태음인이 소음인, 소양인보다 유의하게 높게 나타났으며, 10번(Si)는 소음인이 소양인, 태음인보다 유의하게 높게 나타났다. 이외 통계학적으로 유의한 차이는 아니지만, 소음인이 1번, 3번, 6번, 7번, 8번에서 가장 높게 나왔다.
2. MMPI-2의 성격병리 5요인 척도에서는 향성/긍정적 정서에서 소음인이 소양인, 태음인보다 높은 것으로 유의한 차이를 나타냈다. 이외에 유의수준을 만족시키지 못하나, 소음인이 태음인, 소양인보다 정신증, 부정적 정서성/신경증, 내향성/낮은 긍정적 정서가 가장 높게 나왔다.
3. 감정표현불능척도 차이에서는 체질별 유의한 차이는 없었으나, 소음인과 음인의 외부지향적 사고, 정서표현곤란이 가장 높게 나왔다.

4. 신체감각 증폭 척도의 차이에서는 체질별 유의한 차이는 없었으나, 소양인이 가장 높게 나왔다.
5. 증상해석의 차이에서는 체질별 유의한 차이는 없었으나, 소음인의 신체귀인과 정서귀인이 가장 높게 나왔다.
6. 스트레스 대처방식의 차이에서는 체질별 유의한 차이는 없었으나, 소음인에서 적극적 대처와 소망적 사고대처방식이 가장 낮게 나왔다.

감사의 글

이 논문은 2011년도 원광대학교 교비지원에 의해서 수행됨.

참고문헌

1. 이주연, 이무석, 윤진상, 양종철, 문지웅, 정해원, 은성종. 신체화 장애 환자의 스트레스 대처방식 및 심리적 특성. 신경정신의학지. 2006;45(6):534-40.
2. 방윤경. 신체화 증상에 영향을 미치는 정서요인과 인지요인의 이론적 과정모델. 대구카톨릭대학교 대학원. 2006.
3. 김주원, 신현권, 곡경내, 이지원, 박세진, 김경혜, 서주희. 서울소재 동서한방병원 한방신경정신과 외래 환자의 임상고찰. 동의신경정신과학회지. 2007;18(3):123-34.
4. 최보윤, 박지윤, 정인철, 이상룡. 한방병원 응급실에 내원한 신경정신과 환자의 임상고찰 및 SCL-90-R에 의한 특성. 동의신경정신과 학회지. 2003;14(2):1-13.
5. 최정윤, 정진복. 우울증환자의 MMPI프로파일. 대한심리학회지. 1991;10(1):34-41.
6. Stoeckle JD, Davidson GE. Bodily Complainte and Other symptoms of Depressive Reaction. JAMA. 1962;182(2):134-9.
7. 고경봉. 정신신체장애, 불안장애 및 우울장애 환자들 간의 Alexithymia의 비교. 정신신체의학지. 1994;2(1):59-68.
8. 조은이. 신체증상 귀인과 감정표현불능증이 신체화에 미치는 영향에서 통합성의 조절 효과. 카톨릭대학교 대학원. 2011.
9. Barsky AJ, Geringer E, Wool CA. A cognitive-education treatment for hypochondriasis. Gen Hop Psychiatry. 1988;10:322-7.
10. Cloffi D. Beyond attention strategies; A cognitive-perveptual model of somatic interpretation. Psychol Bull. 1991;109:25-41.
11. 신현균. 부정적 정서, 감정표현불능증, 신체감각 증폭지각 및 신체적 귀인이 신체화에 미치는 영향-매개모델의 검증. 한국심리학회지임상. 2000;19(1):17-32.
12. 신현균, 원호택. 신체화의 인지 특성 연구(2)-신체화 환자의 신체감각에 대한 지각, 귀인 및 기억 편향. 한국심리학회지임상. 1998;17(2):41-54.
13. 박지선, 김인석, 현명호, 유재학. 정서자각 결함, 정서 표현성, 정서 표현에 대한 양가감정이 신체화, 우울, 스트레스 경험빈도에 미치는 영향. 한국 심리학회지건강. 2008;13(3):571-81.
14. 고경봉. 스트레스와 정신신체의학. 서울:일조각. 2002:433-54.
15. 김명근. 사상체질에 따른 정신병리특성에 관한 연구. 경희대학교 대학원. 2010.
16. 길연하. 성격특성에 따른 스트레스의 지각과 대처, 외향성과 신경증성을 중심으로. 고려대학교 대학원. 1997.
17. Pearlin LI, Schooler C. The structure of

coping. J Health and Social Behavior. 1978; 19:2-21.
18. 김선호. 사상체질분류검사지(QSCCⅡ)의 표준화 연구. 경희대학교 대학원. 1996.
19. 민성길, 김동기, 박진균, 전세일. 사상체질론의 정신의학적 타당성에 대한 연구. 신경정신의학지. 2001;40(3):396-406.
20. 김중술, 한경희, 임지영, 이정흠, 민병배, 문경주. 다면적 인성검사 2 매뉴얼. 서울:(주)마음사랑. 2005.
21. 원호택, 신현균. 한국판 감정표현 불능증 척도 개발 연구. 한국심리학회지임상. 1997; 16(2):219-31.
22. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. J Psychiatric Res. 1990;24:323-34.
23. 원호택, 신현균. 신체화의 인지 특성 연구(1)-한국판 신체감각 증폭척도와 증상해석 질문지의 신뢰도와 타당도 연구. 한국심리학회지 임상. 1998;17(2):33-9.
24. Folkman S, Lazarus RS. Manual for the ways of coping questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
25. 김정희, 이장호. 스트레스 대처방식의 구성요인 및 우울과의 관계. 행동과학연구지. 1985; 7(1):127-38.
26. 박주영. A,B 성격유형, 자아정체감, 스트레스 대처간의 관계 연구. 숙명여자대학교 대학원. 1995.
27. 정한용, 박준호, 이소영. 우울 증상과 성별에 따른 신체화 환자의 인지적 특성. 신경정신의학지. 2004;43(2):165-71.
28. 김지훤, 박보라, 장현호, 김태헌, 류영수, 강형원. 화병환자의 MMPI프로파일과 성격특성연구. 동의신경정신과학회지. 2009;20(3): 189-203.
29. 민성길, 김명선, 이호영. 화병환자의 MMPI 및 Rorschach반응 특성. 신경정신의학지. 1984; 23(4):405-8.
30. 이만홍. Multiple Somatizer에 관한 임상적연구-somatoform disorder의 임상적 적용을 위한 연구. 신경정신의학지. 1981;20:423-32.
31. 임정섭. 1994학년도 신입생을 대상으로 한 간이정신진단검사 결과분석. 학생생활연구지. 1995;22:82-7.
32. 이양현, 임효덕, 이종영. 한국판 20항목 Toronto 감정표현불능증척도(TAS-20K)의 개발과 타당도. 신경정신의학회지. 1996;35(4):888-99.
33. 나영석, 정한용, 권영준, 이소영, 박준호. 불안 증상을 동반한 신체화 환자의 인지적 특성. 신경정신의학지. 2004;43(6):726-32.
34. Lazarus R, Folkman S. Stress Appraisal and Coping. New York:Springer. 1984.
35. Folkman S, Lazaru RS, Dunkel-Schetter C, Delongs A, Gruen RJ. Dynamic of a stressful encounter outcomes. J Pers Soc Psychol. 1986;50:992-1003.
36. Manos N. Christakis J. Coping with cancer; psychological dimensions. Acta Psychiatr Scand. 1985;72:1-5.
37. 김정희. 지각된 스트레스, 인지세트 및 대처방식의 우울에 대한 작용-대학신입생의 스트레스 경험을 중심으로. 서울대학교 대학원. 1987.
38. Bilings AG, Moos RH. Coping stress and social resources among adults with unipolar depression. J personality and Social psychology. 1984;46:877-91.
39. Folkman S. Personal control stress & coping

process: A theorectical analysis. J Per Soc Psychol. 1984;46:839-52.
40. Vitaliano PP, DeWolfe DJ, Majuro RD, Russo J, Katon W. Appraisal Changeability of a stresso as a modifier of the relationship between copind and depression; A test of the hypothesis of fit. J personality and Social Psychology. 1990;59:582-92.
41. Wethington E, Keisser RC. Stimulations and processing of coping. New York: Plenum Press. 1991:13-29.
42. Michael H. Antoni, Gail Ironson, Neil Schneiderman공저. 최병휘, 김원 편역. 스트레스 인지행동 치료. 서울:시그마프레스. 2010.
43. 강용혁. 사상심학-생생한 수세보원 2.0을 읽는다. 고양:대성의학사. 2010:19-20.
44. 최선미, 지상은, 정봉연, 안규석, 고병희, 성현제. QSCCⅡ와 MBTI의 비교분석을 통한 사상체질의 성격유형의 연구. 한국한의학연구원논문집. 2000;6(1):47-57.
45. 채한, 이수진, 이진우, 노삼웅, 배현수, 홍무창, 신민규. Myers-Briggs Type Indicator 와 Bioelectrical Impedance Analysis를 이용한 사상체질의 특성 연구. 동의생리병리학회지. 2001;15(1):42-8.
46. 이정찬. 사상체질분류검사의 준거 타당화 연구-성격요인검사-16PF-와의 비교 분석. 경희대학교 대학원. 1992.
47. 조용태. 사상체질검사의 16PF(성격요인검사)와 MBTI(성격유형검사)를 이용한 준거 타당화 연구. 경희대학교 대학원. 1994.
48. 서은희. 사상체질에 따른 신체적, 심리적 특성의 연구. 대구대학교 대학원. 2008.
49. 최대성. 기질 및 성격검사(TCI)를 통한 사상체질 특성 연구. 우석대학교 대학원. 2011.
50. 김도순. 동의심학 원리론. 동의신경정신과학회지. 1997;8(1):2-35.
51. 박효인. Jung의 심리학적 유형과 사상체질 및 성격 특성의 관계. 원광대학교 대학원. 2000.
52. 김진형, 향희숙, 국윤재, 노임선, 이성곤, 장현호, 김태헌, 유영수, 강형원. 내원환자의 MMPI 군집분석과 사상체질과의 상관성 연구. 동의신경정신과 학회지. 2004;15(1):175-85.
53. 김종원, 김종우, 고병희, 송일병. 사상체질분류검사(QSCC)와 다면적인성검사(MMPI)의 비교분석을 통한 사상체질감별과 사상체질별 인격특성에 관한 고찰. 대한한의학회지. 1994;15(1):66-74.
54. 류정희. 사상체질별 스트레스인지와 대처방법. 경희대학교 대학원. 2001.
55. 김광호, 김보균, 김종우, 황의완. TAS-20K를 이용한 사상체질의 심리적 특성에 대한 연구. 동의신경정신과학회지. 2000;11(2):113-22.
56. 송지영, 박병관, 고병희, 이정호, 장환일, 전성일. 신체형장애의 신체증상에 대한 이제마의 사상체질의학 이론의 적용에 관한 연구. 신경정신의학. 1993;32(6):863-86.
57. 김종우. 알코올리즘 환자의 인격특성에 관한 임상적 고찰-MMPI와 사상체질을 중심으로. 동의신경정신과학회지. 1992;3(2):65-85.
58. 김종원, 김종우, 고병희, 송일병. 사상체질분류검사(QSCC)와 다면적인성검사(MMPI)의 비교분석을 통한 사상체질감별과 사상체질별 인격특성에 관한 고찰. 대한한의학회지. 1994;15(1):66-74.
59. 박영숙. 전환장애와 신체화장애의 MMPI반응 비교연구. 이화의대지. 1991;14(2):155-63.
60. 박미정. MMPI-2 PSY-5 척도와 NEO 인성검사의 비교-성격병리 평가를 중심으로. 충북

대학교 대학원. 2009.
61. Lipowski ZJ. somatization and depression. Psychosom. 1990;31:113-20.
62. Barsky Aj. Resources Utilization of Patients with Hypochondrical health Anxiety and Somatization. Med Care. 2001;39:705-15.
63. Morrison J. Herbstein J secondary affective disorder in Women with somatization disorder. compr Psychiatry. 1988;29:433-40.
64. Barsky AJ, Klerman GL. Overview-hypochondriasis, bodily complaints, and somatic style. Am J Psychiatry. 1983;140:273-83.
65. 전국한의과대학사상의학교실 저. 사상의학. 서울:집문당. 2004.
66. 김종우. 홧병. 서울:여성신문사. 1977:98.
67. 신현균. 우울한 기분상태가 신체화집단의 자기초점적 주의, 신체감각증폭지각, 신체귀인 및 신체화 증상에 미치는 영향. 한국심리학회지. 2006;25(2):467-88.
68. 곽동일, 신동균, 현진해. MMPI에 의한 위장장애환자의 성격적 특성. 최신의학지. 1984;27(2):83-7.
69. 한창환, 이기봉, 유태혁. 소화성 궤양환자의 정신병리 및 성격적 특성. 신경정신의학지. 1990;29(1):143-53.