

부정적 정서, 감정표현불능증, 신체감각 증폭지각, 및 신체적 귀인이 신체화에 미치는 영향: 매개모델의 검증*

신 현 군[†]

서울대학교 심리과학연구소

본 연구는 신체화증상을 설명하는데서 부정적 정서와 감정표현불능증 등의 성격변인과, 신체귀인과 신체감각 증폭지각 등의 인지과정 변인을 포괄적으로 포함하는 매개모델의 타당성을 검증하였다. 부정적 정서와 감정표현불능증이 신체화의 취약요인으로 작용할 수 있으며, 이런 성격 특성이 신체귀인과 신체감각 증폭지각 등의 인지과정의 매개를 통해 신체화를 유발할 것이라고 가정하였다. 이러한 직선적 매개모델과 대안모델들을 124명의 정신과 환자와 200명의 대학생을 대상으로 검증한 결과, 두 집단 모두에서 매개모델이 자료에 가장 잘 부합하였다. 이에 비해 단순효과모델은 자료에 부합하지 않았다. 충만모델의 경우 정신과 환자의 자료를 적절하게 설명하지 못하였지만, 대학생의 자료에는 비교적 잘 부합하였다. 결론적으로 정신과 환자의 경우 매개모델이 신체화증상을 설명하는데 적용될 수 있으며, 대학생의 경우에는 매개모델과 충만모델을 모두 고려하는 것이 필요하고, 이는 성차의 문제와 함께 후속연구가 필요함을 시사한다.

신체적인 원인이 불명확한 신체 증상을 호소하는
'신체화' 현상은 한국 문화에서 흔히 나타나며, 환병

등의 문화 특유의 특징들도 나타나고 있다(고경봉,
1994; 민성길, 1989; 이기연, 1988; 이만홍, 1981; 이

* 이 논문은 고려대학교 행동과학연구소의 박사 후 연구 지원을 받아 이루어졌다. 연구를 지원해주신 이만영 소장님과 자료분석에 많은 도움을 주신 서울대학교의 김청택 선생님께 깊이 감사드린다.

† 교신저자(Corresponding Author) : 신 현 군 / 서울대학교 심리과학연구소 서울시 관악구 신림동 산 56-1 151-742 /
FAX : 02-880-6428 / E-mail : hkshinsnu@hanmail.net

시형, 1977; 이시형, 오강섭, 조소연, 배석주, 이성희, 김영철, 1989). 신체화의 원인과 기제에 대한 연구들은 전통적으로 정신분석 이론에서 도출된 감정표현 불능증 개념과 신체화의 관련성에 대한 연구들이 많이 있으며, 우울 등의 부정적 정서와 신체화의 관련성도 밝혀졌다. 최근에는 인지 이론적 입장에서 다소의 연구가 이루어져 신체 감각에 대한 주의, 지각, 및 해석 등과 신체화의 관련성이 연구되었다. 이들 선행 연구들을 간략히 요약하면 다음과 같다.

신체화에서 인지 특성에 대한 연구들은 신체 감각의 증폭 지각과 귀인, 해석에 대한 연구로 크게 나누어진다. Barsky, Goodson, 및 Lane(1988)은 신체 감각 증폭(somato-sensory amplification)이라는 용어를 사용해, 신체감각을 증폭해 지각하고 이를 더 강렬하고 해로운 것으로 경험하는 경향성을 지칭했다. 해로운 감각에 선택적으로 초점을 맞추으로써, 불특정적인 불편감이 신체 증상으로 표출된다는 것이다. 신현균과 원호택(1998)의 연구에서도 신체 감각 증폭 경향이 신체 증상과 상관성이 있는 것으로 나타났다.

신체 감각에 대한 귀인과 해석 과정을 연구한 바에 의하면, 신체화는 사소한 신체 감각을 심각한 질병으로 잘못 귀인하는데서 생길 수 있다(Robbins & Kirmayer, 1991a). 즉 대개의 증상은 환경적 요소, 일시적 피로, 수면 부족, 등과 같은 상황적 요인에 귀인됨으로써 증성화될 수 있다. 이에 비해 신체증상을 신체 원인에 귀인하는 것은 건강 염려와 .40의 상관을 보였으며, 가정의를 찾아온 환자 100명을 대상으로 6개월 간의 추적 연구 결과, 신체적 귀인이 6개월 후의 모호한 신체 증상의 수를 예언하였다. 최근에 신현균(1998)은 신체화를 인지적 입장에서 이해하기 위해 조사 연구와 실험 방법을 사용해 연구하였다. 그 결과, 신체화 환자들은 사소한 신체 증상을 더 부정적으로 해석하고 신체 원인에 귀인하였으며, 쉽게 질병을 추론해 내었다. 또한 이들은 신체 증상과 관련된 내용들을 다른 내용에 비해 더 잘 기억하였다. 이 연구에서는 자동적인 정보처리 과정을 알아볼 수 있는 정교화된 실험을 통해 신체화 환자들의 인지 특성이 다소 규명되었으며, 편향된 인지 과정이 신체화

에 영향을 준다는 것이 검증되었다.

이처럼 신체화를 이해하는 데서 인지 특성들을 고려하는 것이 중요하다. 그 뿐 아니라 신체화가 부정적 정서(negative affectivity), 정서 표현의 억압이나 감정표현불능증(alexithymia) 등의 정서 문제와 밀접히 관련되어 있다는 연구들도 오래 전부터 수행되어 왔다(Barsky & Klerman, 1983; Katon, 1986; Katon, Kleinman, & Rosen, 1982; Romano & Turner, 1985; Wilson, Widmer, & Cadoret, 1982; Wittenborn & Buhler, 1979). 먼저 부정적 정서는 주관적 불편감, 신경질, 두려움, 분노, 죄책감 등을 포함하는 혐오적인 기분 상태를 나타내는 일반 요인이다. 대개는 부정적인 기분과 부정적인 자기 개념의 안정된 특질을 나타낸다. 부정적 정서와 신체 증상이나 건강 불평 간의 상관은 .30-.50이라고 알려져 있다(Beiser, 1974; Bradburn, 1969; Harding, 1982; Watson & Pennebaker, 1989). 부정적 정서와 건강 불평과의 관계에 대한 연구들을 보면, 사람들이 불안할 때 동일한 신체 자극을 더 고통스럽게 평가한다는 연구들이 있다(Barsky & Klerman, 1983; Beecher, 1966; Hill, Kornetsky, Flanary, & Wilder, 1952; Sternbach, 1978). 이런 현상에 대해 몇 가지 설명이 가능하다. 첫째, 부정적 정서로 인해 환경을 염려스럽게 정보처리하는 경계적인 인지 양상을 보일 수 있다는 것이다(Gray, 1982; Tellegen, 1985). 부정적 정서가 강한 사람은 과잉 경계를 하고, 주변 세계를 압박하는 문제의 신호로 끊임없이 주사할 수 있다. 따라서 미묘한 신체 감각을 감지하는 역치가 더 낮아서 사소한 역기능을 더 쉽게 지각할 수 있다(Wiebe, 1994). 관련된 또다른 가능성은 부정적 정서성이 높은 사람들이 더욱 내적으로 초점화되어 있기 때문에 신체 불평이 많아질 수 있다는 것이다.

한편 감정 표현의 억압 및 감정표현불능증에 대한 연구들에 의하면, 부정적 정서 그 자체보다 정서 표현을 억제하는 것이 더 큰 문제라고 제안한다. 감정 표현의 억제는 장기적인 생리적 각성과 신체 불편감을 유발한다(Beutler, Engle, Oro'Beutler, Daldrup, & Meredith, 1986). Pennebaker, Kiecolt-Glaser, 및

Glaser(1988)와 Watson과 Pennebaker(1989)는 외상적 생활사건이 건강 문제를 유발할 수 있지만, 생활사건 자체보다 그것을 숨기고 노출하지 않는 것이 더 부정적인 결과를 가져온다고 주장하였다. Malatesta, Jonas, 및 Izard(1987)는 실험적으로 분노, 불안, 슬픔 등의 여러 정서를 유발시킨 후 얼굴 표정에 나타난 감정 표현의 정도와 신체 증상(관절염, 피부, 순환기 증상) 간의 관계를 조사한 결과, 신체 증상이 감정 표현과 부적인 상관을 보여(최고 -.38), 감정 억제가 신체 증상과 연관되어 있음을 보였다. 이처럼 일시적으로 감정표현을 억제하는 것보다 더 중요하게 고려해야 할 것은 성격 특성으로 지속적으로 나타나는 감정 억압 경향이다. 행동과 감정 표현을 억제하는 성격 특성은 우울, 불안 점수 뿐 아니라 신체 증상 점수와도 관련되었다(Larson & Chastain, 1990). 이처럼 감정표현을 효과적으로 하지 못하는 성격특성을 연구하기 위해 Sifneos(1972)는 그리이스어로 '정서를 언어화하지 못한다'라는 뜻을 가진 감정표현불능증이라는 개념을 처음 제안하였다. 이런 성격의 소유자들은 감정 표현을 잘 하지 못하기 때문에 정서상태와 관련해 흔히 나타나는 신체 감각을 정서적 갈등이나 대인 관계 갈등보다는 신체 질병에서 비롯된 것으로 귀인할 수 있다(Taylor, 1984; Taylor, Bagby, & Parker, 1991). 즉 자신의 감정 상태와 신체 감각을 잘 구별하지 못해 감정을 효과적으로 처리하는데 어려움이 있다. 따라서 정서 문제를 인식하지 못하고 신체이상에 초점을 맞추어 지속적인 신체 증상을 호소하기 쉽다. 국내에서도 고경봉(1994), 송지영, 김태수, 오동재, 윤도준, 및 염태호(1994), 신현균과 원호택(1997) 등의 연구에서 감정표현불능증과 신체증상 간의 관련성이 밝혀졌다.

이상의 선행 연구들에서 밝혀진 것처럼, 신체화와 관련된 기제들은 다양하고 복잡하다. 따라서 신체화를 포괄적으로 이해하기 위해서는 한두가지 변인의 역할보다는 여러 인지, 정서 변인 등의 중다 원인을 상정해 그 변인들 간의 관련성, 매개와 상호 영향 가능성에 대한 연구가 필요하다. 최근에 신체화에서 인지 변인과 정서 변인의 관련성에 대한 연구가 다소

이루어지고 있다. Wise와 Mann(1994)은 감정표현불능증과 신체 감각 증폭 간의 관계가 명확히 알려져 있지 않지만, 감정표현불능증인 사람들은 정서 불편감을 정확하게 보고할 수 없어서 정상적인 신체 감각에도 지나치게 주의를 기울이고 그것을 증폭할 수 있으며 부정적으로 해석할 수 있다고 제안하였다. 그들은 우울증과 불안 장애 등의 신경증 환자 101명을 대상으로 감정표현불능증, 신체감각 증폭, 및 신경증 간의 상관을 구해본 결과, 감정표현불능증과 신체감각 증폭 간의 상관은 .24, 감정표현불능증과 신경증 간의 상관은 .38로 나타났다.

Wise와 Mann(1994)의 연구를 제외하고는 신체화에서 여러 변인을 동시에 고려한 연구가 이루어지지 않았다. 따라서 선행 연구들에서 신체화에 영향을 주는 것으로 밝혀진 여러 변인들, 즉 부정적 정서, 감정표현불능증, 신체 감각에 대한 귀인, 신체감각 증폭 지각 등이 신체화에 미치는 영향에 대해 이론적인 정교화가 필요하다. 선행 연구들이 시사한 바에 의하면 부정적 정서나 감정표현불능증은 지속적인 성격 특성으로서 신체화의 취약 요인으로 작용할 가능성이 있다. 이런 성격 취약성이 신체감각에 대한 증폭 지각이나 신체적 귀인 등의 인지 과정의 매개를 통해 신체화를 유발할 가능성이 시사된다. 먼저 부정적 정서성은 사소한 신체증상에 대해서도 주의를 기울이게 하고 이를 부정적인 방향으로 해석하도록 하며, 이런 경향은 신체 감각을 증폭해서 지각하게 함으로써 신체화를 유발할 수 있다(Gray, 1982; Tellegen, 1985; Wiebe, 1994). 특히 부정적 정서와 감정표현불능증 특성이 함께 있을 때 신체화에 더 큰 영향을 줄 것이 시사된다. 즉 부정적 정서성이 높으면서 그 표현을 지나치게 억압하거나 표현하지 못하는 특성이 있다면 정서 문제가 해결되지 못하고 지속되게 된다. 또한 정서 상태와 신체감각의 관련성을 정확히 인식하지 못해 부정적 정서와 관련해 나타나는 신체감각에 더 주의를 기울이게 되며, 신체 감각에 대해 정서적 원인보다는 신체적 원인에 귀인하기 쉬운 것이다(Taylor, 1984; Wise & Mann, 1994). 이처럼 부정적 정서와 감정표현불능증이 상호 영향을 줄 수 있으며 취약요

인으로 작용해서 신체화에 영향을 줄 수 있을 것이다. 이런 취약요인이 신체감각에 대한 증폭 지각 및 신체적 귀인 등의 인지 과정의 매개를 통해 신체화에 영향을 줄 것이다. 본 연구에서는 신체화를 포괄적으로 이해하기 위해 이러한 새로운 이론 모델을 가정하고 그 모델의 타당성을 검증해 보고자 한다. 이 모델을 도식으로 나타낸 것이 그림 1이며, 이를 신체화 증상에 대한 직선적 매개모델이라고 이름붙일 수 있다.

다 부정적 정서와 감정표현불능증이 신체화 증상에 직접적으로 영향을 준다는 가정을 합친 모델이다. 따라서 인지과정이라는 매개경로를 통한 간접효과와 매개경로를 거치지 않는 직접효과 모두를 가정한다.

모델 타당성을 검증하기 위해 본 연구에서 사용한 여러 측정도구들은 선행 연구들에서 그 신뢰도와 타당도가 검증된 도구들이다(신현균, 원호택, 1997; 원호택, 신현균, 1998). 모델 검증 방법으로는 구조방정식 모델 접근법을 사용하였다. 이 방법은 이론 변수

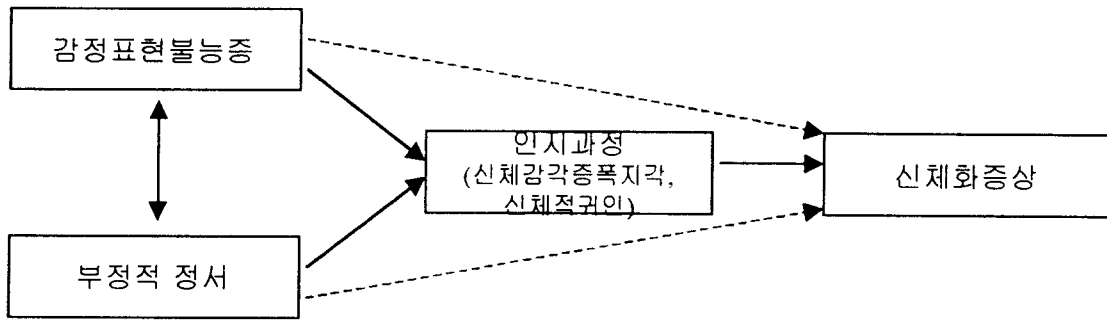


그림 1. 신체화 증상에 대한 직선적 매개모델

주 : 실선으로 표시된 화살표는 본 모델에서 가정하는 주요한 인과경로이며, 점선으로 표시된 화살표는 가능한 인과경로일 수도 있지만 그 영향력이 미약함을 나타냄.

이론 모델을 경험적으로 검증할 때, 하나 이상의 모델이 자료에 적합할 가능성이 있으므로 경쟁 모델을 설정하여 검증하는 것이 중요하다(Breckler, 1990). 즉 여러 변인들의 관계가 본 연구자가 가정한 방식으로 설명되지 못할 수도 있다. 따라서 본 연구에서는 대안모델로 단순효과 모델(simple effect model)과 충만 모델(full model)을 설정하여 직선적 매개모델과 비교하였다.

단순효과 모델은 매개효과를 가정하지 않으며, 부정적 정서, 감정표현불능증, 신체감각 증폭지각, 신체적 귀인 등의 변인들이 각각 독립적으로 신체화에 영향을 준다고 가정한다. 선행 연구들에서 이들 각각의 변인들의 중요성이 개별적으로 연구되어, 이들의 관련성을 가정하지 않았다. 따라서 이런 단순효과 모델의 타당성에 대해서도 검증할 필요가 있다.

충만모델은 본 연구에서 가정하고 있는 매개모델에

와 측정 변수를 모두 가정할 수 있으며, 매개변인을 포함한 모델을 검증하는데 가장 적절한 방법으로 알려져 있다(이순목, 1990; 조용래, 1999; Bentler, 1989).

본 연구의 목적은 신체화에서 부정적 정서와 감정표현불능증이 취약요인이고, 신체감각 증폭지각과 신체적 귀인 등의 인지변인이 매개변인으로 작용하는 직선적 매개모델의 타당성을 구조방정식 모델 접근법을 사용해 검증하는 것이다. 이런 포괄적인 이론 모델을 검증함으로써 신체화에 대한 종합적 치료 프로그램 개발하는 기초를 마련할 수 있을 것이다. 선행 연구에서 정신과 환자와, 대학생을 포함해 정상인의 신체증상 기제가 다를 수 있음이 시사되었으므로(신현균, 1988), 이를 감안해 본 연구에서도 정신과 환자와 대학생을 구분해 모델을 검증하였다. 이는 모델의 교차타당화의 의미도 지닐 수 있다. 또한 성별에 따라 신체화 기제에 차이가 있는지 여부도 밝히

기 위해, 대학생의 경우에 성별에 따른 모델 타당성도 검증하였다.

방 법

연구대상

정신과 환자 집단은 외래와 입원 환자 124명으로, 주로 우울증, 불안장애, 신체화 등의 신경증적 문제를 가진 환자들이었으며 남성이 55명, 여성이 69명이었다. 남성의 경우 평균 연령은 38세($SD = 10.8$)였고 교육수준은 평균 12년($SD = 3.3$), 결혼상태는 미혼 15명, 기혼 38명, 기타 2명이었다. 여성의 경우 평균 연령은 37세($SD = 8.9$), 교육수준은 평균 12년($SD = 2.9$), 결혼상태는 미혼 12명, 기혼 55명, 기타 2명이었다. 대학생 집단은 서울과 경기도 소재의 대학에서 심리학 강좌를 수강하는 200명으로 남학생, 여학생 각각 100명씩이었다.

도구

간이 정신 진단 검사(SCL-90-R) 신체화 척도. 이 척도는 김광일, 김재환 및 원호택(1984)이 제작한 척도로 개인이 호소하는 임상 증상들을 9개 하위 차원에서 측정하는 90문항으로 구성된 자기 보고식 질문지이다. 본 연구에서는 12문항으로 구성된 신체화 척도만을 사용하였으며 여러 신체 증상을 5점 척도에 평정하게 되어있다. 이 척도는 개인이 주관적으로 경험하는 신체 증상들의 정도를 측정할 수 있다.

신체감각 증폭 척도(Somato-sensory Amplification Scale). 이 척도는 Barsky, Wyshak 및 Klerman(1990)이 제작한 것을 원호택과 신현균(1998)이 번안해 한국판으로 개발한 척도이다. 병리적이지 않은 신체감각을 증폭해서 지각하는 경향성을 측정하는 척도로 질병을 시사하지 않는 불쾌한 신체 상태를 기술하는 내용으로 되어 있다. 총 10문항이며 5점 척도로 자기 보고형 척도이다. 내적 일관성 신뢰도 α 는

대학생의 경우 .74, 정신과 환자의 경우 .70, 정상인의 경우 .78이었으며, 대학생을 대상으로 구한 3주 간격의 검사 재검사 신뢰도는 .72였다.

증상 해석 질문지(Symptom Interpretation Questionnaire). 이 척도는 Robbins와 Kirmayer(1991b)가 제작한 척도로 원호택과 신현균(1998)이 번안해 한국판으로 개발하였다. 혼한 신체 증상의 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 원인, 환경적이거나 중성적인 원인)을 각각 4점 척도에 표시하게 되어 있다. 채점은 신체 귀인, 심리적 귀인, 중성적 귀인 등의 3개 하위 척도 점수로 계산된다. 각 하위 척도의 α 는 대학생의 경우 각각 .82, .83, .75였고 정신과 환자의 경우 각각 .80, .87, .83이었으며 정상성인의 경우 .81, .80, .75였다. 대학생을 대상으로 구한 3주 간격의 검사 재검사 신뢰도는 .64, .61, .65였다.

부정적 정서 척도. Watson, Clark 및 Tellegen(1988)은 안정된 특질로서의 부정적 정서를 측정하기 위해 10개의 형용사를 5점 척도에 평정하게 하는 자기보고형 척도를 개발했다. 본 연구에서는 한국판 부정적 정서 척도로 사용하기 위해 Watson 등(1988)이 제작한 척도의 문항들을 포함하면서 안신호, 이승혜 및 권오식(1994)의 한국어 정서 단어에 대한 연구를 참조하였다. 안신호 등(1994)의 연구에서 부정적인 정서요인으로 밝혀진 분노, 권태, 놀람, 수치, 고독, 애태움, 연민, 공포, 허무, 상심 등 10가지를 참조하였다. 각각의 정서요인에 높은 부하량을 가지는 형용사들 중에서 요인 부하량이 .30이상이고 흔히 사용하며 이해하기 쉬운 용어를 각 요인당 3개씩 선정하여, 총 30개 단어로 구성해 한국판 부정적 정서 척도로 사용하였다. 대학생을 대상으로 구한 내적 일관성 신뢰도 α 는 .93이었다.

한국판 감정표현불능증 척도. 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 척도

이다(신현균과 원호택, 1997). 척도 점수는 23문항을 더해서 계산되며 요인별로도 계산된다. 이 척도는 3 요인으로 이루어져 있는데, 요인 1은 정서를 확인하고 정서와 정서 각성에서 오는 신체 감각 간을 구별하는 능력을 측정하고 요인 2는 외적으로 지향적 사고를 측정하며 요인 3은 정서를 타인과 의사소통하고 표현하는 능력을 측정한다. 대학생 집단에서 세 요인별 α 는 각각 .83, .73, .85였다. 3주 간격의 검사-재검사 신뢰도는 .74, .77, .79였다. 정신과 환자 집단의 경우 각각의 α 계수는 .81, .60, .84였다.

절차

SCL-90-R 신체화 척도, 신체감각 증폭척도, 증상 해석 질문지, 부정적 정서 척도, 감정표현불능증 척도를 동시에 실시해 상호 상관을 구하였다. 그리고 직선적 매개모델의 타당성을 공변량 구조분석을 통해 검증하였다.

자료분석

각 모델의 부합도를 검증하기 위해 구조방정식 모델 접근법의 컴퓨터 프로그램인 AMOS(Analysis of Moment Analysis) Version 3.61(Arbuckle, 1997)을 이

용하여 분석하였다. 모델의 부합도를 평가하기 위한 부합지수들로 χ^2 , 기초부합치(GFI), 조정부합치(AGFI), 표준부합치(NFI), 근사평균자승오차(RMSEA)를 사용하였다.

결 과

부정적 정서, 감정표현불능증, 신체귀인, 신체감각 증폭지각, 및 신체화 증상 간의 관계

부정적 정서척도, 감정표현불능증 척도, 증상 해석 질문지의 신체귀인척도, 신체감각 증폭척도, 신체화 척도 점수 간의 상관계수가 표1(정신과 환자 집단)과 표 2(대학생 집단)에 제시되어 있다.

정신과 환자 집단에서 각 척도들 간의 상관을 보면, 신체화 증상은 남성과 여성 모두에게서 다른 척도 점수들과 유의미한 상관을 보였다. 특히 신체귀인은 남, 녀 모두에서 신체화와 가장 큰 상관을 보였다. 상관계수의 크기에서 남, 녀 차이를 보면, 남성보다 여성의 경우에 부정적 정서와 신체감각 증폭이 신체화와 큰 상관을 보였다. 또한 여성의 경우는 신체감각 증폭과 신체귀인 간에 유의미한 상관을 보였지만 남성의 경우에는 유의미하지 않았다. 남성의 경우에

표 1. 정신과 환자 집단에서 NAS, K-TAS, SIQ, SSAS, SCL-90-R^a 점수들 간의 상관계수

측정도구	NAS	K-TAS	SIQ	SSAS
K-TAS	.47*** (.46***) ^b			
SIQ	.46*** (.38***)	.29* (.38***)		
SSAS	.18 (.39***)	.45*** (.08)	-.03 (.38***)	
SCL-90-R	.33* (.49***)	.38** (.39***)	.54*** (.47***)	.26 (.38***)

^a NAS ; 부정적 정서 척도
K-TAS ; 한국판 감정표현불능증 척도
SIQ ; 증상해석 질문지의 신체귀인척도
SSAS ; 신체감각 증폭척도
SCL-90-R ; 간이정신진단검사 신체화척도

^b () 밖은 남성, () 안은 여성의 상관계수

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

표 2. 대학생 집단에서 NAS, K-TAS, SIQ, SSAS, SCL-90-R^a 점수들 간의 상관계수

측정도구	NAS	K-TAS	SIQ	SSAS
K-TAS	.38*** (.44**) ^b			
SIQ	.38** (.13*)	.09* (.10)		
SSAS	.32*** (.27**)	.18*** (.09)	.31** (.29**)	
SCL-90-R	.49*** (.44**)	.42*** (.32**)	.43*** (.20*)	.31** (.33**)

a. b 표 1과 동일함.

는 감정표현불능증이 신체감각 증폭과 유의미한 상관을 보이는데 비해, 여성에서는 부정적 정서가 신체감각 증폭과 유의미한 상관을 보였다.

대학생 집단에서 신체화 증상은 남학생과 여학생 모두에게서 다른 척도들과 유의미한 상관을 보였다. 특히 부정적 정서는 남, 녀 모두에서 신체화와 가장 큰 상관을 보였다. 그러나 상관계수의 크기에서 남, 녀 차이가 다소 나타났다. 남학생의 경우, 감정표현불능증과 신체귀인이 신체화와 큰 상관을 보이는데 비해, 여학생에서는 감정표현 불능증과 신체화의 상관이 중간 정도이며, 신체귀인은 상관이 다소 낮았다. 참고로 대학생 집단에서 각 척도의 평균과 표준편차는 표 3으로 부록에 제시하였다.

직선적 매개모델의 검증

본 연구에서 상정한 직선적 매개모델이 자료에 잘 부합되는지를 검증하기 위해 구조방정식 모델 접근법을 적용하였다. 인지과정 변인의 경우, 신체감각 증폭 지각과 신체귀인 척도 두 가지 점수를 측정변인으로 사용하였으며, 나머지 변인들은 척도의 합산점수를 사용하였다.

먼저 정신과 환자 집단의 자료에 대한 구조방정식 분석 결과, 직선적 매개모델이 자료에 잘 부합하였다. 즉 χ^2 (df=4, n=124)= 2.932, $p=.569$ 였으며, GFI= .991, AGFI= .966, NFI= .976, RMSEA= .000으로 나타났다. 그림 2에서 보듯이 감정표현불능증과 부정적 정서가 인지과정에 영향을 주는 경로와, 신체감각 증폭지각과 신체귀인 등의 인지과정이 신체화증상에 영

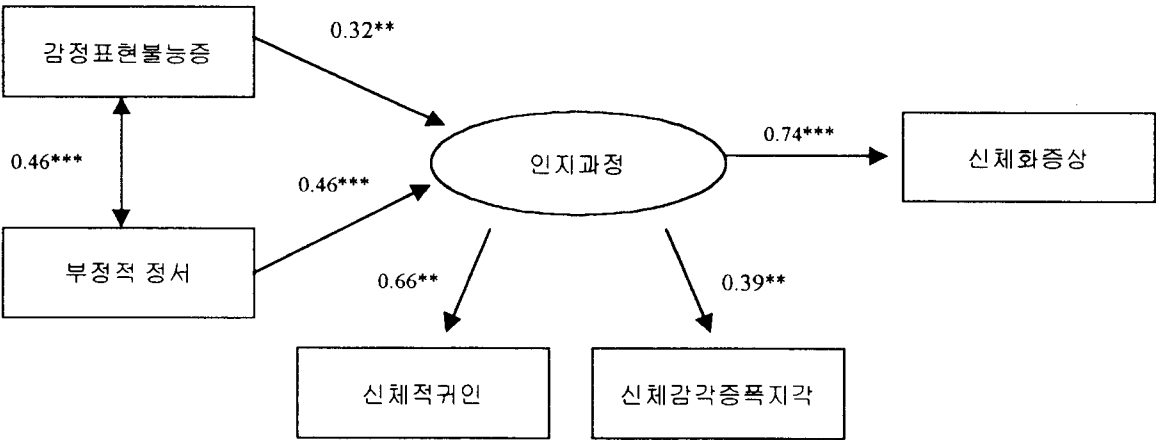


그림 2. 정신과 환자 집단에서 신체화증상에 대한 직선적 매개모델

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

향을 주는 경로 모두 유의미하였다. 따라서 이러한 결과는 감정표현불능증과 부정적 정서가 신체감각 증폭 지각과 신체귀인 등의 인지과정에 영향을 주며, 이런 인지과정의 매개를 거쳐 신체화증상에 영향을 미칠 것이라고 가정하는 직선적 매개모형을 지지한다.

직선적 매개모형이 대학생 집단의 자료에서도 교차 타당화되는지 알아보기 위해 같은 방식으로 모형을 검증하였다. 대학생의 경우, 남학생과 여학생의 자료를 따로 검증하였다. 그 결과, 여학생의 경우 직선적 매개모형이 자료에 잘 부합하였다. 즉 χ^2 (df=4, n=100)= 5.385, $p=.250$ 이었으며, GFI= .979, AGFI= .920, NFI= .923, RMSEA= .059로 나타났다. 직선적 매개모형이 남학생의 자료에도 비교적 부합하였지만, 모든 부합도 수치가 충분히 크지는 않았다. 즉 χ^2 (df=4, n=100)= 8.726, $p=.068$ 이었으며, GFI= .967, AGFI= .876, NFI= .911, RMSEA= .109로 나타났다. 이 결과는 그림 3에 제시하였다.

성을 검증하였다. 그 결과, 정신과 환자, 남학생과 여학생 모두에서 단순효과 모델은 지지되지 않았다. 즉 정신과 환자 집단에서 χ^2 (df=5, n=124)= 64.693, $p<.001$ 이었으며, GFI= .815, AGFI= .444, NFI= .474, RMSEA= .312로 나타나 부합도 수치가 매우 낮았다. 이 결과는 그림 4에 제시하였다.

대학생 집단에서 남학생의 경우, χ^2 (df=5, n=100)= 37.950, $p<.001$ 이었으며, GFI= .870, AGFI= .611, NFI= .612, RMSEA= .258로 나타나 부합도 수치가 매우 낮았다. 여학생의 경우에도, χ^2 (df=5, n=100)= 30.553, $p<.001$ 이었으며, GFI= .895, AGFI= .686, NFI= .562, RMSEA= .227로 나타나 부합도 수치가 매우 낮았다. 이 결과는 그림 5에 제시하였다.

다음으로 인지과정의 매개에 더해 감정표현불능증과 부정적 정서가 신체화증상에 직접적으로 영향을 미친다고 가정하는 충만모델의 타당성을 검증하였다. 정신과 환자 자료의 경우, 변량이 음수인 경우가 있

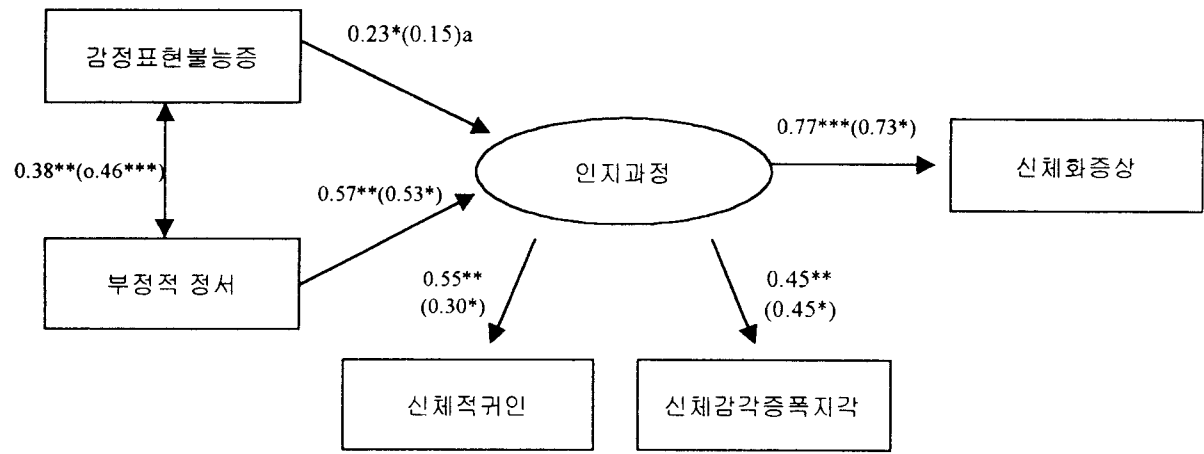


그림 3. 대학생 집단에서 신체화증상에 대한 직선적 매개모형

a () 밝은 남학생, () 안은 여학생의 경로계수

대안모델의 검증: 단순효과모델 및 충만모델

정신과 환자와 대학생의 자료가 대안모델에도 잘 부합되는지를 알아보기 위해 먼저 감정표현불능증, 부정적 정서, 인지과정이 각각 독립적으로 신체화증상에 영향을 미친다고 가정하는 단순효과 모델의 타당

을 모델 검증이 불가능하였다. 즉 충만모델이 현재의 자료를 잘 설명할 수 없었다.

대학생 집단에서 충만모델의 타당도를 검증한 결과, 남학생과 여학생 모두 부합도 수치가 비교적 양호하였다. 남학생의 경우, χ^2 (df=2, n=100)= 0.609, $p=.737$ 이었으며, GFI= .999, AGFI= .991, NFI= .996,

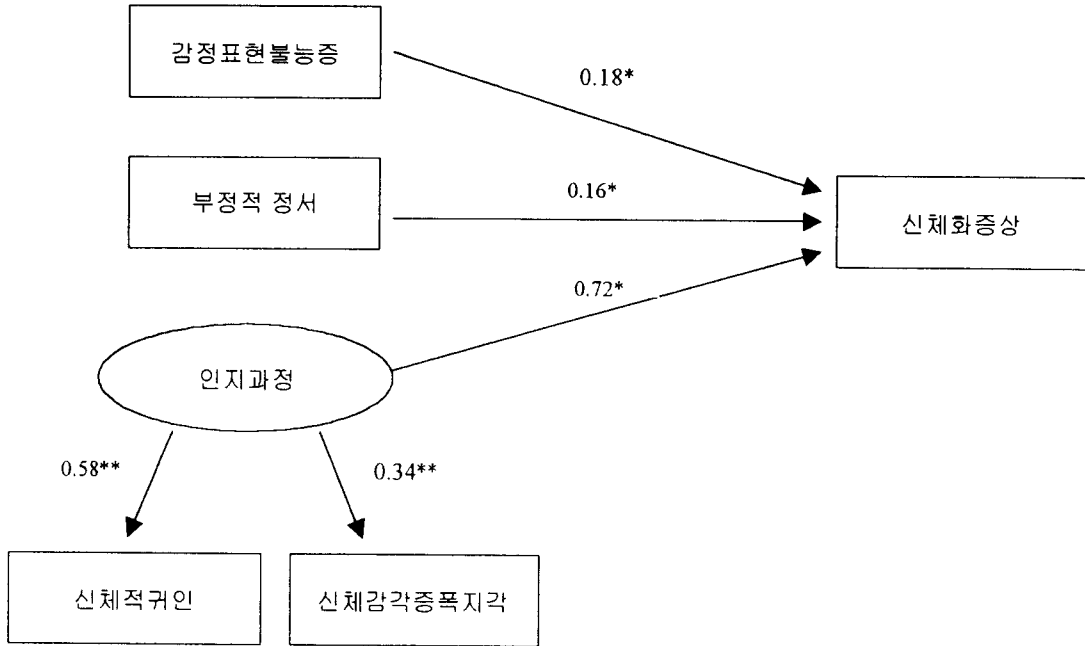


그림 4. 정신과 환자 집단에서 신체화증상에 대한 단순효과 모델

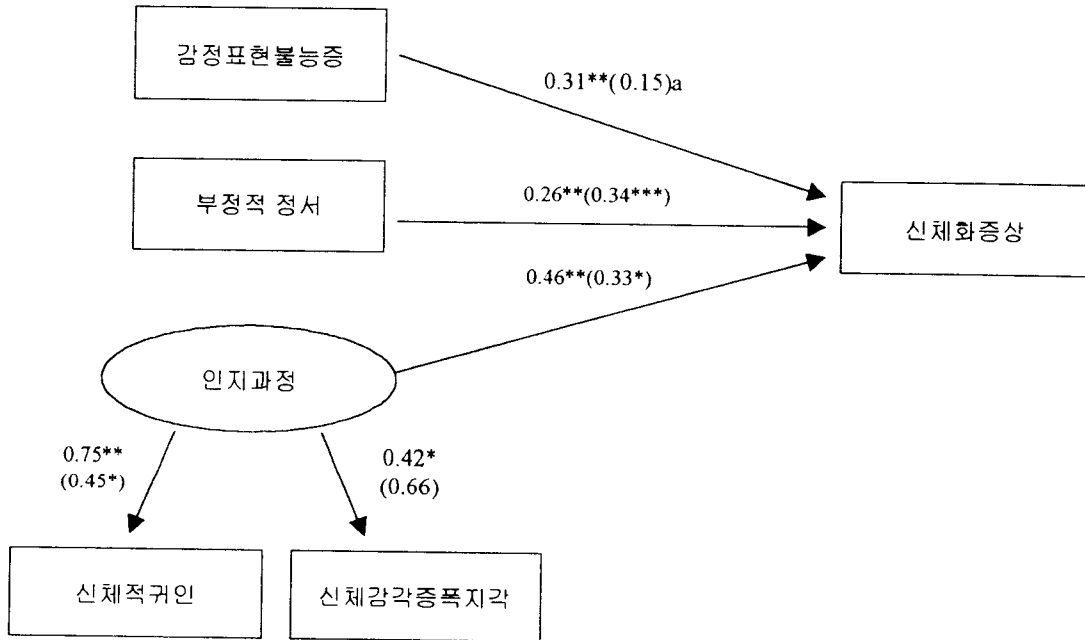


그림 5. 대학생 집단에서 신체화증상에 대한 단순효과 모델

RMSEA= .000으로 나타나 부합도 수치가 높았다. 여학생의 경우에도, χ^2 (df=2, n=100)= 0.431, p = .806이었으며, GFI= .998, AGFI= .987, NFI= .994, RMSEA= 0.000으로 나타나 부합도 수치가 높았다.

그러나 경로계수들을 보면, 남학생의 경우 부정적 정서가 신체화 증상에 미치는 경로계수가 유의미하지 않고, 여학생의 경우 감정표현불능증이 신체화증상에 미치는 효과가 유의미하지 않아 직접효과의 여부에

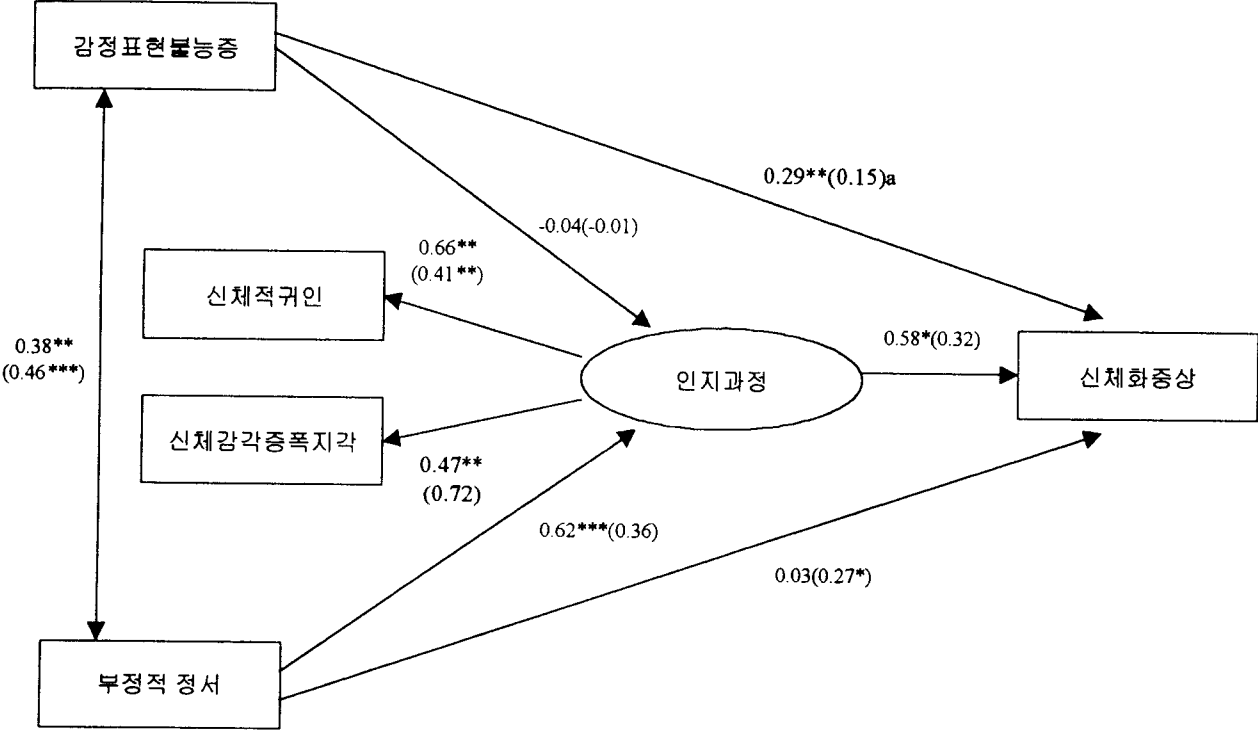


그림 6. 대학생 집단에서 신체화증상에 대한 총만모델

대해 결론을 내리기는 어려운 것으로 보인다. 이 결과는 그림 6에 제시하였다.

논 의

본 연구에서는 신체화증상을 설명하는데서 부정적 정서와 감정표현불능증 등의 성격변인과, 신체귀인과 신체감각 증폭지각 등의 인지변인을 포괄적으로 포함하는 이론 모델의 타당성을 검증하였다. 즉 기존의 연구들에서 단편적으로 연구되었던 여러 가지 변인들을 고려하고, 각각의 변인들이 신체화를 설명하는데서 어떤 역할을 하는지를 알아보았다. 선행 연구들에서 시사되었듯이, 부정적 정서와 감정표현불능증이 지속적인 성격 변인으로 신체화의 취약요인으로 작용할 수 있으며, 이런 성격 특성이 사소한 신체증상에 대해 신체 원인으로 귀인하고 증폭해 지각하는 인지과정의 매개를 통해 신체화를 유발할 것이라고 가정하였다. 이런 포괄적인 설명 모델의 타당성에 대한 연

구는 신체화의 심리적 기제와 특성에 대한 학문적인 이해 뿐 아니라, 실제 임상 장면에서 심리치료 기법의 개발에 대해서도 시사점을 줄 수 있다. 지금까지 만성적으로 신체증상을 호소하는 사람들을 치료하는데서 회의적인 견해가 많았다. 따라서 신체화를 유발하고 유지시키는 기제를 포괄적으로 이해하는 것은 구체적인 치료 방략을 개발하는 것과 직결되는 문제이다.

본 연구에서 가정한 직선적 매개모델을 정신과 환자 집단을 대상으로 검증해본 결과, 자료에 잘 부합하였다. 또한 이 모델을 대학생 집단에도 교차타당화한 결과, 여대생의 자료에도 잘 부합하였다. 남학생의 경우도 비교적 양호하였지만, 모든 부합도 수치가 충분히 크지 않아 남학생에게 직선적 매개모델을 적용하는데는 다소의 한계가 있었다.

두 가지 대안모델들의 타당성도 검증하였는데, 부정적 정서, 감정표현불능증, 인지과정이 각각 독립적으로 신체화증상에 영향을 줄 것이라고 가정하는 단순효과 모델은 정신과 환자 집단과 대학생 집단 모

두에서 지지되지 못했다. 또 다른 대안모델로 부정적 정서와 감정표현불능증이 인지과정의 매개를 통해 신체화증상에 영향을 줄 뿐 아니라, 각각 직접적으로 신체화증상에 영향을 준다고 가정하는 충만모델의 경우, 대학생 자료에서는 부합도 수치들이 비교적 양호하였다. 그러나 정신과 환자 집단의 경우 경로계수들을 고려해 보면, 부정적 정서와 감정표현불능증이 직접적으로 신체화증상에 영향을 주는 경로계수들이 유의미하지 않았으며 모델이 현재의 자료를 설명하지 못하였다.

대학생 집단의 경우, 남학생과 여학생 모두의 자료에 충만모델이 잘 부합하였다. 따라서 매개효과 뿐 아니라 직접효과도 고려해야 할 것으로 보인다. 대학생의 경우 부정적 정서는 인지과정의 매개를 통해 신체화에 영향을 주었지만, 정신과 환자 집단과 달리 감정표현불능증은 그런 매개과정을 거치지 않았다. 또한 남학생과 여학생의 경로계수에서 차이점이 드러나고 있는데, 남학생의 경우에는 감정표현불능증이 신체화증상에 직접적으로 영향을 주는 반면, 여학생의 경우에는 부정적 정서가 신체화증상에 직접적으로 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 신체화증상의 유발인을 이해하려고 할 때 성차를 고려해야 함을 시사한다.

이상의 연구결과를 종합해볼 때, 정신과 환자들의 경우, 신체귀인이나 신체감각 증폭지각 등의 인지과정이 신체화증상을 가장 강력하게 설명하며 부정적 정서와 감정표현불능증은 취약요인으로 인지과정의 매개를 통해 신체화증상에 영향을 주는 것으로 볼 수 있다. 이런 이론모델을 정립하는 것이 신체화의 심리치료 계획에 시사점을 준다. 즉 신체화증상을 완화시키기 위해 우선적으로 인지과정에 개입하는 것이 필요할 것이다. 예를 들어 사소한 신체감각을 증폭해 지각하지 않도록 정상적인 신체감각에도 주의를 기울이도록 하는 방법과 신체 외부의 자극으로 주의를 분산시키는 방법 등이 도움이 될 수 있다. 또한 흔히 일어나는 신체증상의 원인을 신체 이상이나 질병에서 찾는 귀인 편향을 감소시키는 것도 필요하다. 이를 위해 신체증상의 다양한 원인들을 고려해보고 일시적이

고 중성적인 원인에 귀인하거나 정서적 원인에 귀인하는 연습을 할 수도 있다. 이런 재귀인 훈련과 연결해 치료 중반기 이후부터는 취약요인인 부정적인 정서와 감정표현불능증에 개입하는 것이 필요할 것이다. 이처럼 포괄적인 치료 프로그램의 개발이 요구된다(Barsky, Geringer, & Wool, 1988; Gask, Goldberg, & Porter, 1989; Goldberg, Gask, & O'Dowd, 1989).

대학생의 경우에는 인지과정의 매개 뿐 아니라, 부정적 정서와 감정표현불능증 등의 성격특성이 신체화증상에 직접적으로 영향을 줄 수 있으므로 치료적 개입도 정신과 환자의 경우와는 다소 차별화될 필요가 있을 것이다. 특히 성차를 고려하는 것도 필요하다. 여학생의 경우에는 정신과 환자 집단과 마찬가지로 부정적 정서가 인지과정의 매개를 통해 신체화증상에 영향을 줄 뿐 아니라 부정적 정서가 신체화에 직접적으로 영향을 줄 수도 있어, 인지치료와 병행해 우울, 불안, 죄책감 등의 부정적 정서를 완화시키는 치료가 도움이 될 수 있을 것이다.

이에 비해, 남학생의 경우에는 부정적인 정서가 인지과정의 매개를 통해 신체화에 영향을 주면서 동시에 감정표현불능증이 신체화에 직접 영향을 주는 것 같다. 이는 한국 문화에서 여성에 비해 남성이 정서문제를 효과적으로 의사소통하는데서 어려움이 있는 것과 관련되는 것으로 보인다. 즉 성역할에 대한 고정관념화된 인식으로, 한국 남성들이 감정표현을 잘하지 않고, 정서변화와 이에 수반되는 신체감각의 변화를 충분히 인식하지 못하는 성향이 신체화증상을 유발할 수 있을 것이다. 따라서 남학생의 경우 인지치료와 병행해 자신의 감정을 정확히 인식하고, 이를 적절하게 표현하고 의사소통하는 방법을 훈련하는 것이 도움이 될 것이다.

본 연구의 의의를 살펴보면, 신체화를 이해하기 위해 기존의 연구들에서 한두가지 변인을 단편적으로 연구한 데 비해, 본 연구에서는 여러 취약요인과 매개요인을 상정함으로써 신체화증상을 포괄적으로 이해할 수 있는 이론모델을 제시했다는 것을 일차적으로 꼽을 수 있다. 그리고 이러한 매개모델을 대학생 뿐 아니라 실제 정신과 환자 집단을 대상으로 해서

최초로 경험적으로 검증하고 교차타당화함으로써 신체화의 기제를 이해하는데 도움이 되었으며, 이는 곧 바로 치료에도 구체적인 시사점을 제공하였다. 또한 신체화 기제를 이해하는 데서 성차도 고려해야 함을 보여주었다. 연구방법상으로는 구조방정식 모델 접근법을 적용함으로써 측정 변인의 오차를 고려하였으며 매개효과와 직접효과 등을 동시에 측정할 수 있었다(Bentler, 1989).

본 연구의 제한점과 앞으로의 연구에 대한 시사점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서 연구 대상이었던 정신과 환자의 수가 다소 적어, 환자 집단에서 성차를 밝히지 못했다는 점을 들 수 있다. 환자 집단의 자료를 구하기가 매우 어려운 현실을 고려해 볼 때, 이 문제는 장기적인 추수 연구 과제로 삼아야 할 것으로 생각된다. 대학생 집단에서 드러난 성차도 다른 대학생 집단과 정상인을 대상으로 교차타당화하는 것이 필요하고, 성차의 의미에 대해서도 깊이있는 탐구가 이루어져야 할 것으로 생각된다. 그 이후에는 성별 특성에 따른 차별화된 치료 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하는 연구가 필요할 것이다. 둘째, 본 연구에서 연구자가 가정했던 매개모델이 지지되었지만, 동시에 충만모델도 설명력을 가지는 것으로 나타났으므로, 신체화증상에 대한 이론모델을 확고히 정립하기 위해서는 더 많은 피험자를 대상으로 지속적인 후속연구가 필요할 것으로 보인다. 그리고 본 연구에서 고려하지 못했던 동기적 측면(의존 동기, 이차적 이득 등)도 신체화에서 중요한 역할을 담당할 수 있다(김명정, 김광일, 1984; Ford, 1986). 따라서 이러한 동기들을 타당하게 측정할 수 있는 척도를 개발하거나, 동기가 신체화에 영향을 미치는 과정을 명확히 밝히기 위한 실험연구도 필요할 것이다.

참고문헌

고경봉(1994). 신체화의 개념과 기전. 신경정신과 제 2차 회원 연수 교육.
김광일, 김재환, 원호택(1984). 우울증의 증후학적 연

구. 제 2편: 한국인 우울증 증상의 양상. 신경정신의학, 16, 46-52.
김명정, 김광일(1984). 신체화 장애의 임상적 연구. 정신건강연구, 2, 137-158.
민성길(1989). 환병의 개념에 대한 연구. 신경정신의학, 28, 604-616.
송지영, 김태수, 오동재, 윤도준, 염태호(1994). 동통을 가진 신체형장애 환자에서 감정표현능력과 압통역치. 정신신체의학, 2(1), 69-79.
신현균(1998). 신체화 집단의 신체감각에 대한 해석, 추론 및 기억 편향. 서울대학교 박사학위 청구논문.
신현균, 원호택(1997). 한국판 감정표현불능증 척도 개발 연구. 한국심리학회지: 임상, 16(2), 219-231.
신현균, 원호택(1998). 신체화의 인지특성 연구(II): 신체화 환자의 신체감각에 대한 지각, 귀인 및 기억 편향. 한국심리학회지: 임상, 17(2), 41-54.
안신호, 이승해, 권오식(1994). 한국어 정서단어의 분석: 정서단어의 유사성구조와 정서체험의 구조. 한국심리학회지: 사회, 8(1), 150-175.
원호택, 신현균(1998). 신체화의 인지특성 연구(I): 한국판 신체감각 증폭척도와 증상해석 질문지의 신뢰도와 타당도 연구. 한국심리학회지: 임상, 17(2), 33-39.
이기연(1988). 한국인 신체화장애의 진단기준에 관한 횡문화적 비교 및 우울증과의 상관관계. 연세대학교 박사학위 청구논문.
이만홍(1981). Multiple Somatizer에 관한 임상적 연구: Somatoform disorder의 임상적 적용을 위한 연구(I). 신경정신의학, 20, 423-432.
이시형(1977). 환병에 대한 연구. 고려병원 잡지, 1, 63-69.
이시형, 오강섭, 조소연, 배석주, 이성희, 김영철(1989). 환병의 임상 연구(II)-분노 반응으로서의 환병, 고의: 제 12권. 145-150.
이순목(1990). 공변량 구조분석. 성원사.
조용래(1999). 역기능적 신념과 사회공포증상간의 관계에서 부적응적인 자동적 사고의 매개효과 검

- 중: 구조방정식모델 접근법을 사용하여. 한국 심리학회지: 임상, 18(1), 17-36.
- Arbuckle, J. L. (1997). *Amos User's Guide*. Chicago: SmallWaters corporation.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, Discriminant, and Concurrent Validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 33-40.
- Barsky, A. J., & Klerman, G. L. (1983). Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.
- Barsky, A. J., Geringer, E., & Wool, C. A. (1988). A Cognitive-Educational Treatment for Hypochondriasis. *General hospital Psychiatry*, 10, 322-327.
- Barsky, A. J., Goodson, J. D., & Lane, R. S. (1988). The Amplification of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50, 510-519.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and its Relationship to Hypochondriasis. *Journal of Psychiatry Research*, 24, 323-334.
- Beecher, H. K. (1966). Relationship of significance of wound to pain experienced. *Journal of the American Medical Association*, 161, 1609-1613.
- Beiser, M. (1974). Components and correlates of mental well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 320-327.
- Bentler, P. M. (1989). *Theory and Implementation of EQS: A Structural Equations Program*. Los Angeles: BMDP Statistical Software.
- Beutler, L. E., Engle, D., Oro'Beutler, M. E., Daldrup, D., & Meredith, K. (1986). Inability to Express Intense Affect: A Common Link Between Depression and Pain? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(6), 752-759.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Breckler, S. J. (1990). Applications of covariance structure modeling in psychology: Cause for concern? *Psychological Bulletin*, 107, 260-273.
- Ford, C. V. (1986). The somatizing disorders. *Psychosomatics*, 27, 327-337.
- Gask, L., Goldberg, D., & Porter, R. (1989). The treatment of somatization: evaluation of a teaching package with general practice trainees. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 697-703.
- Goldberg, D., Gask, L., & O'Dowd, T. (1989). The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 689-695.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An inquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. New York: Oxford University Press.
- Harding, S. D. (1982). Psychological well-being in Great Britain: An evaluation of the Bradburn Affect Balance Scale. *Personality and Individual Differences*, 3, 167-175.
- Hill, H. E., Kornetsky, C. G., Flanary, H. G., & Wilder, A. (1952). Effects of anxiety and morphine on the discrimination of intensities of pain. *Journal of Clinical Investigation*, 31, 471-480.
- Katon, W. (1986). Panic disorder: epidemiology, diagnosis, and treatment in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 21-27.
- Katon, W., Kleinman, A., & Rosen, G. (1982). Depression and somatization, a review: part I. *American Journal of Medicine*, 72, 127-135.
- Larson, D. G., & Chastain, R. L. (1990). Self-concealment: Conceptualization, measurement and health implications. *Journal of Social and*

- Clinical Psychology*, 9, 439-455.
- Malatesta, C. Z., Jonas, R., & Izard, C. E. (1987). The relation between low facial expressivity during emotional arousal and somatic symptoms. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 169-180.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991a). Cognitive and social factors in somatization. In L. J. Kirmayer, & J. M. Robbins(Eds.). *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives* (pp.107-141). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991b). Attribution of Common Somatic Symptoms. *Psychological Medicine*, 21, 1029-1045.
- Romano, J. M., & Turner, J. A. (1985). Chronic pain and depression; Does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 18-34.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- Sternbach, R. A. (1978). *The psychology of pain*. New York: Raven Press.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725-732.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with and emphasis on self-report. In A. H. Tuma, & J. D. Mase(Eds.). *Anxiety and the anxiety disorders*(pp. 681-706). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 106
- Wiebe, D. J. (1994). Behavioral self-regulation in adolescents with type I diabetes: Negative Affectivity and blood glucose symptom perception. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1204-1212.
- Wilson, D. R., Widmer, R. B., & Cadoret, R. J. (1982). Somatic symptoms: a major feature of depression in a family practice. *Journal of Affective Disorder*, 5, 199-207.
- Wise, T. N., & Mann, L. S. (1994). The relationship between Somatosensory Amplification, Alexithymia, and Neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(6), 515-521.
- Wittenborn, J. R., & Buhler, R. (1979). Somatic discomforts among depressed women. *Archives of General Psychiatry*, 36, 465-471.
- 원고접수일 1999. 11. 1
수정원고접수일 1999. 12. 29
게재결정일 1999. 12. 29 ■

The Effect of Negative Affectivity, Alexithymia, Somato-sensory Amplification, and Somatic Attribution on Somatization: Test of a Linear Mediation Model

Hyun-Kyun Shin

The Institute of Psychological Science, Seoul National University

The present studies tested the validity of a linear mediation model in explaining somatization. The linear mediation model is a comprehensive model that includes the personality variables, such as negative affectivity and alexithymia, and cognitive processes, such as somato-sensory amplification and somatic attribution. The assumption was that negative affectivity and alexithymia as vulnerability variables might predict somatic symptoms mainly through the mediation of cognitive variables such as somato-sensory amplification and somatic attribution.

The linear mediation model and two alternative models were tested in 124 psychiatric patients and 200 undergraduates. The results of structural equation analyses showed that the linear mediation model fitted the data very well in both groups, while the simple effect model didn't. The full model didn't fitted the data of psychiatric patients, but fitted that of undergraduates. In conclusion, the linear mediation model of somatization was supported in two groups, but the full model also may be applied to undergraduates. Finally, these results with those of sex difference suggest that follow up studies are needed.

부 록

표 3. 대학생 집단에서 NAS, K-TAS, SIQ, SSAS, SCL-90-R 점수의 평균과 표준편차(N=200)

측정도구	NAS	K-TAS	SIQ	SSAS	SCL-90-R
	71(18.00)	37(11.27)	25(5.72)	20(5.10)	51.63(8.93)