

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2004. Vol. 9, No. 3, 665 - 692

비임상 표본에서 불안과 인지편향이 건강염려증에 미치는 효과: 질병태도와 동통지각을 중심으로[†]

이인혜[‡]

강원대학교 심리학과

본 연구는 건강염려증의 두드러진 특징이 건강불안이고, 신체화 문제가 있는 사람들의 공통 요인이 인지편향이라는 이론적 배경에 따라 불안과 인지편향이 건강염려증에 미치는 복합적인 효과를 확인하기 위해 시도되었다. 연구1은 질문지 연구로 불안과 신체증상의 귀인유형이 건강염려증적 질병태도 및 그 하위 차원들과 관련이 있는지 그리고 어떤 요인이 질병태도에 대한 설명력이 더 큰지를 알아보기 하였다. 이를 위해 남녀 대학생 809명에게 특질불안검사(STAI) 와 신체증상 귀인검사(SIQ) 및 질병태도척도(IAS)를 실시하였고, 이들의 불안점수와 귀인점수를 근거로 여섯 집단 91명을 선별하여 집단 간 질병태도점수를 비교해 보았다. 연구 결과 특질불안이 높은 집단이 낮은 집단보다, 그리고 신체귀인집단이 정서귀인과 환경귀인집단보다 건강염려증적 질병태도를 더 많이 가지고 있는 것으로 나타났다. 질병태도의 하위 차원과 연결시켜 보았을 때 질병에 대한 근심걱정은 불안이, 통증에 대한 염려 · 질병에 대한 공포 · 신체감각에 대한 집착은 귀인유형이, 그리고 건강염려증적 신념 · 죽음에 대한 공포 · 증상의 역기능적 효과에서는 불안과 귀인 둘 다 주효과가 있는 것으로 나타났다. 그리고 치료경험 차원에서는 불안과 귀인유형 간 유의미한 상호작용이 있었다. 단계적 회귀분석의 결과 질병태도 하위 차원에 따라 불안과 귀인의 설명력이 다르게 나타

[†] 이 연구는 2003년도 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF-2003-002-H00011).

[‡] 교신저자(Corresponding author): 이인혜, (200-701) 강원도 춘천시 효자 2동 강원대학교 사회과학대학 심리학과, E-mail: inheyi@kangwon.ac.kr

났지만, 불안, 정서귀인 및 신체귀인이 건강염려증의 주요 변인이라는 것이 확인되었다. 연구2는 실험연구로, 불안조건에서 신체귀인을 하는 집단이 정서귀인 및 환경귀인집단보다 통통(통, 암, 열, 냉감각) 지각을 더 크게 경험하는지를 알아보고자 하였다. 피험자는 세 집단 141명으로, 연구1에 참여한 대학생 중에서 귀인점수에 근거하여 선발하였고, 이들을 불안과 비불안 조건에 무선 할당하였다. 피부민감성측정기(Lafayette, Model 16010) 등으로 통통자극을 주었고, 피험자들은 자신이 느끼는 통통강도를 시각유추척도 상에서 평가하였다. 연구 결과, 연구1의 결과를 근거로 예상했던 것과는 달리 통통지각에서 귀인유형 간 그리고 불안-비불안 조건 간 차이가 유의미하지 않았으며, 귀인과 불안의 상호작용 효과도 관찰되지 않았다. 연구1과 2의 결과에 대해 건강염려증에서 인지 편향과 함께 불안이 중요하다는 것과, 실험과제의 문제성 및 피험자 특성에 대해 논의하였다.

주요어: 건강염려증, 질병태도, 불안, 인지편향, 신체증상의 귀인유형, 통통지각

건강염려증(hypochondriasis)은 개인의 신체적 증상이나 기능에 대한 잘못된 해석을 근거로 자신이 심각한 질병을 갖고 있다는 두려움이나 그러한 생각에 집착하는 것이 특징인 정신장애이다 (APA, 1994, p.462). 건강염려증 환자들은 일상적인 신체감각에 매우 예민하며, 심장박동이 불규칙하거나 기침이 나는 등 조금이라도 이상하게 느껴지는 작은 증상에 대해 자신이 심각한 질병에 걸렸다고 과잉반응 한다. 그러나 건강염려증을 가지고 있는 개인은 실제로는 신체적인 문제가 없기 때문에 철저한 의학적 평가에도 불구하고 자신의 질병에 대한 염려, 신체적 징후나 증상을 설명해 충만한 의학적 상태 또는 원인을 확인 받지 못한다. 하지만 의학적으로 질병이 있다는 증거를 찾아내지 못한다 해도 이들의 질병에 대한 두려움이나 생각은 지속된다.

건강염려증은 불안과 우울 같은 심리적 문제 가 얼마나 심각하나에 따라 1차적인 것과 2차적인 것으로 구분되는데, 1차적 건강염려증은 심리적 증상이 두드러지게 나타나지 않는 경우이고, 이에 비해 2차적 건강염려증은 자살기도를 하는

등 불안과 우울 증상을 심하게 경험하는 경우에 진단된다(Pilowsky, 1970; 1999). 즉 1차적 건강염려증은 신체증상의 호소가 주된 문제이나 2차적 건강염려증은 신체적 증상과 심리적 문제를 모두 경험하는 좀더 심각한 장애라고 할 수 있다.

건강염려증의 유병률은 미국의 경우 일반내과 진료에서 4~9%로 추정되고 있다(APA, 1994). Kellner(1986)에 의하면 입원환자의 2~14%는 건강염려증 증후를 호소하고 있고, 외래환자 가운데도 상당수가 1차적 또는 2차적 건강염려증으로 진단·분류되며, 사실상 정상인의 경우도 60~80%는 매 주 적어도 한 가지 이상의 신체증상을 호소한다고 한다. 국내에서는 건강염려증을 호소하는 사람의 수가 어느 정도인지에 대해 체계적 연구가 이루어지지 않았지만 한 종합병원에 신체적인 문제로 인해 입원한 환자들 중 정신과에 의뢰된 환자들을 대상으로 한 연구에 의하면 14~40%가 신체적 진찰과 의학적 소견에서 이상이 없는 것으로 나타났다(신현균, 2000b). 이처럼 건강염려증은 다른 정신장애에 비해 일반 모집단에서의 평생 유병률이 매우 높은 장애이나 건강염려

중은 그 증상이 심각하지 않고, 또 증상을 가진 개인만 괴로울 뿐 다른 사람에게 위험한 행동을 하지 않기 때문에 큰 주목을 받지 못해 왔다. 최근에 와서 건강염려증이 있는 사람들이 불필요한 검사와 의료적 절차들을 반복적으로 요구함으로 인해 개인적으로나 국가적으로 의료서비스 비용이 급증함에 따라 건강염려증을 포함한 신체형장 애들이 관심의 대상이 되기 시작하였다.

그동안 외국의 학계에서는 수수께끼 같은 신체화에 기여하는 심리적 요인들을 밝히기 위해 많은 연구들이 시도되었다. 특히 건강염려증에 관한 연구들에서는 어린 시절에 경험한 자신 또는 가족의 질병 역사(Barsky, Wool, Barnett, & Cleary, 1994)와 자신의 부정적인 정서를 적절히 표현하지 못하는 미숙한 성격(Larson & Chastain, 1990; Malatesta, Jonas, & Izard, 1987)도 하나의 요인으로 고려하고 있으나, 불안(Asmundson & Norton, 1995; Cox, Borger, Asmundson & Taylor, 2000; Kellner, Hernandez & Pathak, 1992)과 인지편향(Barsky, Goodson, Lane & Cleary, 1988; Barsky & Wyshak, 1990; Hitchcock & Mathews, 1992; Lautenbacher, Pauli, Zaudig & Birbaumer, 1998; Pauli, Schwenzer, Brody, Rau & Birbaumer, 1993; Speckens, Spinhoven, Sloekers, Bolk & van Hemert, 1996)을 가장 영향력 있는 심리적 요인으로 간주하고 있다. 즉, 건강염려증이 있는 사람들은 불안 또는 불안민감성이 높아 신체 내·외부로부터 오는 중성 자극이나 비교적 덜 위협적인 자극에 대해서도 민감하게 반응하며 스트레스를 많이 받는다는 것이다. 또한 인지왜곡이나 인지편향도 건강염려증으로 이끄는데, 건강염려증이 있

는 사람들은 신체감각을 실제보다 증폭해서 지각하고 정상적인 신체 신호나 사소한 신체 증상을 심각한 신체 신호나 질병으로 해석하는 인지적 오류를 가지고 있다고 설명하고 있다.

선행연구들을 살펴보면 외국에서는 불안(또는 불안민감성)과 인지편향 모두 건강염려증을 예언하는 중요 변인으로 취급하고 있으나, 국내 신현균, 2000b; 신현균, 원호택, 정희연, 1998; 원호택, 신현균, 1998; 이기련, 이영호, 2003)에서는 주로 신체화장애의 ‘인지편향’에 초점이 맞춰져 있다. 국내에서도 성격과 인지 변인을 포괄적으로 다룬 연구(신현균 2000a)가 있기는 하나 여기서는 불안을 우울, 분노, 권태 수치심 등 여러 부정적인 정서에 포함시켜 다룸으로써 신체화장애에 미치는 특정 정서의 영향력을 분리해 내려는 시도는 하지 않았다. 다시 말해서 국내 심리학계에서는 1990년대 후반에 와서야 신체적 문제를 호소하면서 정신과에 의뢰된 환자들을 대상으로 인지편향에 대한 연구가 시작되었을 뿐 건강염려증으로 진단된 정신과 환자나 일반병원을 찾는 건강염려증 환자에 초점을 맞춰 그 심리적 기제를 체계적으로 밝히려는 시도는 별로 없었다고 할 수 있다.

건강염려증을 가진 사람들은 불편함과 고통의 원인이 신체에 생긴 질병 탓이라고 믿고 있기 때문에 대부분 정신과나 심리치료소를 찾기보다는 일반 의료시설을 찾고 있다. 또한 건강염려증은 임상적 건강염려에서부터 단순한 건강불안(health anxiety)에 이르기까지 연속선상에서 존재한다. 임상적 건강염려증은 DSM-IV의 축 I과 II에 속하는 장애를 수반하는 것이 특징인 만성적인 조건이며(Barsky, Fama, Bailey, & Ahern, 1998), 이에 비해 단순한 건강불안은 일시적이고 과거 신

체적 질병 경험과 연결되며 결혼이나 직업상의 어려움 등 상황적 스트레스와 연결되어 있다 (Barsky, Wyshak, & Klerman, 1990). Pilowsky (1999, p.52)의 구분을 참조해 볼 때 임상적 건강 염려증은 2차적인 것이며 건강불안은 1차적 건강 염려증에 해당된다고 할 수 있다. 건강불안은 일시적으로 발생하는 일이 많고 (Kellner, 1987), 심지어는 메스컴을 통해 질병관련 정보를 접하기만 해도 발생하기 쉽기 (Asmundson, Taylor, Sevgur, & Cox, 2001) 때문에 정상 모집단 내에서 그 수가 많을 것으로 기대된다. 따라서 정신과 환자만을 대상으로 건강염려증을 연구하기에는 한계가 있다. 이는 그동안 건강염려증 연구가 2차적 건강 염려증으로 분류되는 정신과 환자들에게만 치우쳐 있었지, 일반 병원을 찾는 훨씬 많은 수의 1차적 건강염려증 환자들에 대해서는 소홀했다는 것을 의미한다. 따라서 앞으로 1차적 건강염려증에 대해 더 많은 관심을 가져야 할 필요성이 건강심리학계에 요구된다.

특히 국내에서는 건강염려증에 대한 연구가 절대적으로 부족한 관계로 건강염려증의 본질이 무엇인지, 건강염려증을 보이는 사람들이 공통적으로 지닌 심리적 특성은 무엇이며 이들이 특히 질병의 어떤 측면에 대해 염려하는지에 대해 알려진 것이 별로 없다. 더욱 건강염려증이 심리적 문제와 연관이 깊을 것이라는 일반적인 가정에도 불구하고 심리학적 연구가 이루어지지 못했다. 이에 본 연구에서는 건강염려증의 두드러진 특징이 건강불안이고, 현재 인지편향은 신체화 문제를 가지고 있는 사람들의 공통 요인으로 간주되고 있기 때문에 대학생을 대상으로 불안과 인지편향이 건강염려증에 미치는 복합적인 효과를 확인해보

고자 하였다. 건강염려증의 본질에 좀더 접근하기 위해서는 심리학적 자료를 축적할 필요가 있다. 건강염려증에 대한 기본 지식이 축적되어야만 치료에 응용할 수 있다. 건강 관련 전문가들은 건강 염려증의 심각성에 대해 공감하고 있지만, 어떻게 치료적 접근을 해야 할지 방향을 설정하지 못하고 있는 실정이다. 건강염려증은 의사가 환자에게 “확인된 질병이 없다”는 말을 해준다고 쉽게 바뀔 수 있는 장애가 아니기 때문이다.

본 연구는 질문지 연구와 함께 실험적 방법을 사용하였다. ‘건강염려는 거시적이면서 동시에 미시적인 방법으로 접근해야 하는 총체적인 개념으로 개인의 성향뿐만 아니라 상황적 어려움에도 영향을 받기 때문이다. 따라서 불안, 인지편향, 건강염려증 간의 관련성을 자기보고 방식으로 알아 볼 뿐만 아니라 특정 인지양식을 가진 개인들이 불안할 때 동통지각과 같은 신체감각에 영향을 받는지를 실험적으로 확인해 보아야만 한다. 건강염려증 환자의 만성적 불안은 그 사람의 성격 특질이라고 할 수 있으나, 스트레스 등에 의해 불안이 더 가중되기도 하므로 상태적 불안도 함께 고려해야만 불안의 효과를 더 잘 이해할 수 있다.

본 연구는 비임상 집단을 연구대상으로 삼았다. 건강염려증 환자들이 아닌 정상 대학생들을 대상으로 한 이유는 신뢰로운 진단체계를 적용하지 않고서는 의료시설을 찾는 환자들 중에서 건강염려증 환자를 찾아내기 어렵고, 또 환자를 신뢰롭게 구분할 수 있다 하더라도 연구를 수행할 만큼의 충분한 수의 환자를 확보할 수 없으며, 증상이 심각한 환자들은 실험 참여에 협조적이지 않고 또 실험을 끝까지 수행하기 어렵다는 실제

적인 문제들 때문이었다. 또 다른 이유는 환경 자극이 일반인보다 더 동질적이어서 대학생들이 경험하는 건강염려증에는 심리적 특성이 중요한 변인으로 작용할 것이라고 가정했고, 대학생은 환자와는 달리 심리검사나 불안을 유발시키는 심리실험에 덜 저항적이라고 판단했기 때문이다.

건강염려증은 비록 그 증상이 심각하거나 위험하지 않다고 해도 현대 사회에 만연되어 있다는 점에서 사실상 심각한 장애이다. 사회가 발전 할수록 또 개인복지가 개선될수록 건강에 관한 관심과 질병에 대한 염려는 더 커지리라 기대된다. 전염병에 의한 사망률이 급격하게 줄어들었지만, 반대로 암이나 기타 人工性 질병으로 사망하는 사람들이 급증함에 따라 사람들은 청결한 환경을 유지하는 것만으로 질병 공포로부터 해방될 수 없다고 믿게 되었기 때문이다. 최근에 조류독감과 SARS 파동에서도 나타났듯이 과거에 비해 의료기술이 비약적으로 발달한 지금 현대인들의 질병에 대한 공포는 줄어들기는커녕 과거 어느 때보다도 커졌다고 할 수 있다. 현대인들은 암이나 에이즈뿐만이 아니라 단순한 전염병에 대해서도 필요 이상의 공포를 느끼고 있다. 또한 건강이 21세기의 화두가 되면서, 사람들은 단순히 “질병이 없다고 건강한 것은 아니다”라는 적극적인 생각을 하게 되었다. 이제 ‘건강’은 노약자나 질병이 있는 사람들뿐만이 아니라 건강한 사람들의 관심의 대상이다. 건강은 인간의 삶에서 끊임없이 변화하는 차원이기 때문에, 이러한 토양에서 자신의 건강에 대해 정상적인 관심을 넘어 지나친 집착과 염려를 하는 건강염려증이 발생할 수밖에 없다.

연구1

건강염려증이 있는 사람들은 자신의 웰빙에 대해 불안·초조·분노·원망·우울 같은 정서를 표출하는 일이 갖고(Mabe, Riley, Jones, & Hobson, 1996; Starcevic, 1990), 이런 부정적인 정서는 심장혈관계 반응성 뿐만이 아니라 가슴의 통증 같은 신체적인 증상과 상관이 높아 정신신체적 장애를 촉진시키는 역할을 한다고 알려져 있다(Eysenck & Fulker, 1983; 이인혜, 1994). 특히 불안은 건강염려증과 관련이 높다(Stewart, Conrod, Gignac, & Pihl, 1998; Stewart, & Watt, 2000). 불안이 건강염려증의 촉발요인이 될 수 있는 것은 자율신경계 각성 때문인데, 높은 자율신경계의 각성으로 인해 신체감각이 더 예민해지고 따라서 중성 자극이나 가벼운 증상을 유해한 자극이나 심각한 증상으로 증폭하여 지각하게 한다. 즉, 높은 불안은 신체감각을 예민하게 만들고, 예민해진 신체감각은 다시 자신의 신체에 문제가 있다는 질병에 대한 과도한 근심·걱정으로 이끄는 악순환을 낳는다.

만성적인 불안은 신경증적 성향(neuroticism)이라는 성격특질의 핵심이다. EPQ와 NEO-PI-R 같은 다양한 자기보고 질문지를 사용하여 측정했을 때 신경증적 성향은 신체증상의 과잉보고(Feldman, Cohen, Doyle, Skoner, & Gwaltney, 1999), 질병이나 죽음에 대한 공포(Cox, et al., 2000; Noyes, Happel, & Yagla, 1999), 그리고 질병확신(Cox, et al., 2000)과 관련이 높은 것으로 나타났다. 질병태도척도(Illness Attitudes Scale, IAS)로 평가한 건강염려증의 차원들과 5대 성격 모델(The Big Five Model of Personality)의 성격

차원들 간에 관계를 알아본 연구(Cox, et al., 2000)에서도 신경증적 성향, 특히 불안이 IAS의 하위 요인들을 유의미하게 설명하는 가장 중요한 변인으로 나타났다. 또한 다양한 불안장애 환자들이 건강염려증을 가지고 있으며, 이들의 불안이나 우울을 제거했을 때 건강염려증도 함께 감소했다는 연구들(장박장애를 대상으로 - Raffi, Savron, Rafanelli, Conti, Grandi, & Fava, 1996; 공포증과 광장공포증을 대상으로 - Starcevic, Kellner, Uhlenhuth, & Pathak, 1992; Fava, Kellner, Zielezny, & Grandi, 1988; 펠랑코리 우울증을 대상으로 - Kellner, Fava, Lisansky, Perini, & Zielezny, 1986; Otto, Demopulos, McLean, Pollack, & Fava, 1998)이 보고되고 있는데, 이는 건강염려증에서 불안의 역할을 강조하는 것이다.

인지왜곡 또는 인지편향은 주로 지각, 주의, 귀인, 기억 과정을 통해 알아보는데, 건강염려증 환자들은 건강염려증이 없는 사람들과는 다른 인지 특징을 갖고 있다. 즉 신체감각을 증폭해서 지각한다든지(Barsky, et al., 1988), 신체감각을 질병으로 귀인·해석하는 경향(Hitchcock, et al., 1992)을 나타낸다. 신체감각을 질병으로 귀인·해석하는 인지편향은 건강염려증을 포함하는 모든 신체화 장애의 인지적 특징인데, 신체화 장애를 가진 개인은 신체감각에 대한 지각 뿐만 아니라 혼란 신체증상의 원인을 추론하는 방식이 왜곡되어 있다(Kirmayer, Young, & Robbins, 1994). Kirmayer 등(1994)에 의하면 신체 내의 산재하는 신체감각을 심각한 질병으로 잘못 귀인하는 데서 신체화가 발생한다. 다시 말해, 피로, 나이 또는 정상적인 신체과정에 귀인될 수 있는 신체감각을 무시하지 못하고 질병으로 귀인하는 데서 신체화

경향이 생겨난다는 것이다. 귀인의 절감원리에 의하면 사건이 상황요인과 무관하게 발생할 때 사람들은 사건의 원인을 개인적 특성에 귀인한다 (Kelly, 1971). 이 절감원리는 신체증상에도 적용될 수 있는데, 원호택과 신현균(1998)에 의하면 증상은 환경적 요소나 일시적 피로, 수면부족 같은 상황적 요인에 의해 중화될 수 있다. 그러나 상황적 귀인이 가능하지 않을 때 증상은 신체적 질병이나 신체적 협약성 같은 개인적 소인으로 귀인된다.

흔한 신체적 증상을 귀인하는 방식에서 개인 차가 있다(Robbins & Kirmayer, 1991). 신체적 신호나 증상을 “자신의 마음이 심란해서나 신경이 예민해서, 또는 스트레스 때문”이라고 정서적으로 해석하는 사람들이 있는 반면에, “자신의 근육·신경·심장·뇌 등 신체에 무슨 문제가 있다거나 세균에 감염되어서 또는 신체과정에 무슨 문제가 있어서 그렇다”는 식의 신체적 귀인을 하는 사람들도 있다. 또한 “소음·고온·공해 같은 환경자극이나 피로·운동부족·식사량 부족 같은 일시적인 요인”으로 해석하는 사람들도 있다. Robbins 등(1991)에 의하면 비임상 집단은 대개의 증상을 환경적이거나 비병리적인 데 귀인하는 반면, 건강 염려증 집단은 신체적으로 귀인하였다. 또한 Hitchcock 등(1992)은 건강염려증의 원인이 무해한 신체감각을 유해한 것으로 잘못 해석한 데 있는지를 실험적으로 검증하기 위해 비임상 집단을 대상으로 애매한 신체감각의 해석을 연구했는데, 결과는 건강염려증이 높은 집단은 신체감각에 대해 병적 해석을 하는 경향을 보였으며, 이전에 제시된 질병관련 단어들을 정확하게 지각하는데 더 빨랐다. 국내 신체화 환자들을 대상으로 행한 신

현균과 원호택(1998)의 연구에서도 신체화 환자들은 사소한 신체증상을 신체적인 원인과 정서적인 원인으로 설명하려는 경향이 높게 나타났다. 그 밖에도 이기련과 이영호(2003)는 신체장애, 기분장애, 불안장애 집단간 건강염려증과 인지편향의 차이를 알아보기 위해 질병행동 질문지와 증상해석 질문지를 사용했는데, 그 결과 신체장애 집단은 기분장애 집단에 비해 질병확신과 건강염려증을 더 많이 나타냈으며, 신체증상의 원인을 추론하는 데 있어서는 신체장애와 불안장애 집단이 기분장애 집단에 비해 신체귀인과 정서귀인을 더 많이 하는 것으로 나타났다.

귀인은 인지도식의 형성에 영향을 주는데, 특히 신체적 귀인은 질병 또는 건강에 대한 독특한 인지도식을 생성시키는데 기여한다. Barsky, Coeytaux, Sarine 및 Cleary(1993)는 건강염려증 환자들의 건강에 대한 인지도식을 연구한 결과 이들은 '좋은 건강'이란 증상이 완전히 없어야 한다는 건강에 대한 비합리적인 기준을 가지고 있다고 주장하였다. 즉 건강염려증이 있는 사람은 배고파서 나는 위장의 소리 같은 정상적인 신체 감각이나 설사 같이 일시적이고 사소한 질병은 건강과 절대로 병행할 수 없다고 생각하고 이런 신호나 증상을 자신이 병들었다는 자료로 생각한다고 하였다.

위의 이론적 배경을 바탕으로 연구 1에서는 불안, 인지편향 그리고 건강염려가 서로 연합되어 있다는 가정을 하였다. 연구1은 질문지 연구로 다차원적인 '질병태도'를 중심으로 건강염려증에 접근하였고, 불안을 성격특질로 다루었으며, 인지편향은 신체증상에 대한 귀인유형을 통해 알아보았다. 연구2에서 다차원적 질병태도로 접근한 이유

는 건강염려증이란 신체적 자극에 대한 민감성, 질병에 대한 공포와 신념, 신체감각에 대한 집착, 질병으로 인해 발생하는 생활상의 어려움, 그리고 건강 습관의 개인차 등을 종합적으로 고려해야만 알 수 있는 것이기 때문이다. 따라서 연구1에서는 비정신과 환자들을 대상으로 하여 개발되었고, 또 건강염려증의 다양한 측면들을 포괄하는 도구인 Kellner(1986)의 질병태도척도(IAS)를 사용하였다. 연구1의 목적은 불안과 신체증상의 귀인유형이 건강염려증적 질병태도 및 그 하위 차원들과 관련이 있는지, 둘 중 어떤 요인이 질병태도에 대한 설명력이 더 큰지, 그리고 신체적 귀인이 질병태도에 영향을 주는 특징적인 귀인유형인지를 알아보자 하였다.

방법

연구대상

809명의 대학생들(남자 365명, 여자 440명, 성별을 표시하지 않은 4명)이 연구에 참여하였다. 이들을 특질불안 점수와 귀인점수에 따라 여섯 집단으로 나누었다. 먼저 특질불안점수 상·하위 35% 이내에 드는 사람들을 각각 특질불안이 높은 집단과 낮은 집단으로 구분하였다. 다시 특질불안이 높은 집단 중 정서귀인 점수는 상위 35% 이내에 들지만 신체귀인과 환경귀인 점수 모두 하위 50% 이내에 속하는 사람들을 고불안-정서귀인 집단(27명)으로, 신체귀인 점수는 상위 35% 이내이지만 정서귀인과 환경귀인 점수 모두 하위 50% 이내에 속하는 사람들을 고불안-신체귀인 집단(6명)으로, 그리고 환경귀인 점수는 상위 35% 이내

에 속하지만 정서귀인과 신체귀인 점수 모두 하위 50% 이내에 속하는 사람들을 고불안-환경귀인 집단(7명)으로 구분하였다. 또한 특질불안 점수가 하위 35% 이내에 속하는 사람들 중에서 각각의 귀인 점수만 상위 35% 이내에 들고 나머지 두 귀인점수는 하위 50% 이내에 속하는 사람들을 저불안-정서귀인 집단(10명), 저불안-신체귀인 집단(11명), 저불안-환경귀인 집단(30명)으로 구분하였다.

측정도구

불안검사 「상태-특질 불안검사」 (State-Trait Anxiety Inventory, STAI, Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970) 중 특질불안을 채는 20 문항만 사용하였다. 특질불안 척도는 4점 척도 (1~4)로 평가되며, 본 연구에서 산출한 신뢰도는 Cronbach α 계수가 .870이었다.

신체증상 귀인검사 신체증상 귀인유형을 알아보기 위해 원호택과 신현균(1998)이 한국판으로 표준화한 「증상해석 질문지」 (Symptom Interpretation Questionnaire, SIQ, Robbins et al., 1991)를 사용하였다. 이 검사는 신체증상의 원인을 귀인하는 일반적인 양식을 알아보는 검사이며, 13가지의 흔히 경험하는 신체증상에 대해 3 가지 귀인경향(신체적 혹은 질병, 정서 혹은 스트레스, 환경적 혹은 중성적 원인)을 평가한다. 4점 척도 (1~4)로 평가되며, 본 연구에서 산출한 신뢰도 계수는 정서귀인이 .886이었고, 신체귀인은 .800, 환경귀인은 .783이었다.

건강염려증척도 건강염려증을 알아보기 위

해 이인혜(2004)가 번역한 「질병태도 척도」 (Illness Attitudes Scale, IAS, Kellner, 1986)를 사용하였다. 이 검사는 총 27문항, 9개의 하위 요인으로 구성되어 있으며 5점 척도(0~4)로 평가한다;

- ⑦ 질병에 대한 근심걱정(worry about illness, WI): 자신의 건강이나 자신이 심각한 질병에 걸릴 수도 있다고 걱정하는 것.
- ⑧ 통증에 대한 염려(concern about pain, CP): 신체에서 일어나는 통증은 질병의 징兆라는 믿음.
- ⑨ 건강습관(health habits, HH): 금주 ·금연을 함으로써 자신의 건강을 해칠 수도 있는 위험을 피하려는 것.
- ⑩ 건강염려증적 신념(hypochondriacal beliefs, HB): 의사도 정확히 진단하지 못하는 질병을 가지고 있을 것이라는 믿음.
- ⑪ 죽음에 대한 공포(thanatophobia, TH): 죽음에 대한 생각을 회피하거나 장례식이나 사망기사처럼 죽음과 관련있는 뉴스조차 접하기를 두려워하는 등 죽음에 대해 지나친 공포를 가지고 있는 것.
- ⑫ 질병에 대한 공포(disease phobia, DP): 암이나 심장병 등 자신이 특정 질병에 걸려 있을 것이라는 근심걱정.
- ⑬ 신체감각에 대한 집착(bodily preoccupations, BP): 질병의 징兆로 볼 수 있는 신체감각에 대해 지나치게 예민하게 반응하는 것.
- ⑭ 치료경험(treatment experiences, TE): 지난해에 의학적 치료를 받은 빈도.
- ⑮ 증상의 효과(effects of symptoms, ES): 신체적 증상이 업무나 과제 수행 같은 정상

적인 일상의 활동을 방해하는 정도.

본 연구에서 산출한 IAS 전체 신뢰도 계수는 .891이었으며, 하위 척도에 대한 신뢰도는 WI가 .724, CP .551, HH .558, HB .614, TH .757, DP .821, BP .713, TE .850, 그리고 ES가 .876이었다.

자료 처리

자료는 2(특질불안 고, 저) X 3(정서적, 신체적, 환경적 귀인유형) 변량분석과 단계적 회귀분석의 방법을 사용하여 처리하였다.

결과

표 2와 3에는 질병태도로 알아본 건강염려증에서 집단 간 유의미한 차이가 제시되어 있다. 전체 질병태도에서는 불안과 귀인유형의 주효과가 나타났다. 특질불안이 높은 집단이 낮은 집단보다 건강염려증적 질병태도를 더 많이 보여주었고 $F(1, 90)=14.335 p<.001$, 귀인유형에서는 신체적 귀인을 하는 집단이 정서귀인집단과 환경귀인집단보다 건강염려증적 질병태도를 더 많이 보여주

었다, $F(2, 90)=6.199 p<.01$. Schaffe 사후검증에서 신체귀인집단과 정서귀인집단 간, 그리고 신체귀인집단과 환경귀인집단 간의 차이가 유의미했다 $p<.05$. 그러나 불안과 귀인유형 간의 상호작용 효과는 없었다.

건강염려증적 질병태도의 하위 척도별로 알아본 결과 건강습관(HH)을 제외한 척도들에서 집단 간 차이가 유의미했다. 즉 불안이 높은 집단이 낮은 집단보다 질병에 대한 근심걱정(WI)을 많이 했고 $F(1, 90)=11.139 p<.01$, 건강염려증적 신념(HB) $F(1, 90)=15.548 p<.001$, 죽음에 대한 공포(TH) $F(1, 90)=4.324 p<.05$, 증상의 역기능적 효과(ES) $F(1, 90)=16.611 p<.001$, 를 더 많이 경험하고 있었다. 그리고 지난해에 질병으로 인해 치료받은 경험(TE)에서는 불안이 높은 집단이 낮은 집단보다 그 빈도가 더 많은 경향성을 보여주었다 $F(1, 90)=3.551 p=.063$.

또한 신체귀인집단이 정서귀인과 환경귀인집단보다 통증에 대한 염려(CP) $F(2, 90)=3.536 p<.05$, 건강염려증적 신념(HB) $F(2, 90)=4.734 p<.05$, 죽음에 대한 공포(TH) $F(2, 90)=6.316 p<.01$, 질병에 대한 공포(DP) $F(2, 90)=3.637 p<.05$, 신체감각에 대한 집착(BP) $F(2, 90)=3.219$

표 1. 각 척도의 평균과 표준편차

		특질불안	정서귀인	신체귀인	환경귀인	질병태도
전체 (N=809)	M	46.37	32.64	24.71	33.95	41.51
	SD	9.44	7.98	6.13	6.48	14.86
남 (N=365)	M	45.25	30.92	24.33	33.57	38.92
	SD	9.60	7.95	6.23	6.89	14.78
여 (N=440)	M	47.32	34.14	25.07	34.34	43.84
	SD	9.23	7.70	6.04	6.07	14.52

* 4명은 성별표시를 하지 않았음.

$p < .05$, 증상의 역기능적 효과(ES)를 $F(2, 90) = 4.476$ $p < .05$, 더 많이 경험하고 있는 것으로 나타났다.

사후검증 결과, 통증에 대한 염려는 신체귀인 집단이 환경귀인 집단보다 커졌고, 건강염려증적 신념은 신체귀인집단에서 가장 크게 나타났고 그

다음이 정서귀인집단이었으며, 환경귀인집단은 세 집단 중 가장 낮았다. 그러나 죽음에 대한 공포는 정서귀인, 신체귀인, 환경귀인집단 순으로 높게 나타났다. 질병에 대한 공포에서는 신체귀인집단이 가장 높았으나 정서귀인집단과는 유의미한 차이가 아니었고, 신체귀인과 정서귀인집단 모두 환경

표 2. 특질불안수준과 귀인유형에 따른 질병태도 점수

특질 불안	귀인 유형	IAS	WI	CP	HH	HB	TH	DP	BP	TE	ES
1-1 통증 염려	장부귀인 (N=27)	47.30 (125)	6.89 (23)	5.15 (23)	5.81 (259)	4.56 (160)	6.04 (267)	3.67 (224)	6.00 (202)	3.15 (23)	6.04 (30)
	신체귀인 (N=6)	62.50 (177)	8.33 (36)	7.17 (22)	6.83 (160)	6.83 (319)	7.33 (258)	3.50 (339)	6.83 (271)	6.50 (32)	9.17 (34)
	환경귀인 (N=7)	39.86 (108)	6.14 (30)	4.86 (23)	6.57 (244)	3.86 (29)	3.14 (241)	.86 (121)	4.29 (229)	5.14 (28)	5.00 (33)
	계 (N=40)	48.28 (149)	6.98 (26)	5.40 (26)	6.10 (243)	4.77 (27)	5.72 (286)	3.15 (249)	5.83 (25)	4.00 (26)	6.33 (35)
1-2 질병 염려	장부귀인 (N=10)	37.80 (142)	5.00 (15)	4.20 (19)	6.00 (306)	2.30 (170)	5.20 (249)	1.70 (216)	4.60 (143)	4.20 (37)	4.60 (35)
	신체귀인 (N=11)	41.00 (125)	5.73 (28)	5.82 (17)	7.09 (339)	3.73 (149)	3.91 (176)	2.18 (227)	4.82 (232)	3.73 (46)	4.00 (26)
	환경귀인 (N=30)	32.77 (137)	4.70 (21)	4.47 (24)	6.83 (249)	3.07 (224)	3.23 (299)	1.63 (190)	3.80 (264)	2.63 (29)	2.40 (29)
	계 (N=51)	35.53 (135)	4.98 (20)	4.71 (25)	6.73 (278)	3.06 (202)	3.76 (274)	1.76 (201)	4.18 (239)	3.18 (39)	3.18 (25)
2 환경 공포	장부귀인 (N=37)	44.73 (137)	6.38 (28)	4.89 (24)	5.86 (268)	3.95 (190)	5.81 (261)	3.14 (236)	5.62 (196)	3.43 (28)	5.65 (34)
	신체귀인 (N=17)	48.59 (175)	6.65 (30)	6.29 (19)	7.00 (283)	4.82 (263)	5.12 (262)	2.65 (269)	5.53 (258)	4.71 (42)	5.82 (39)
	환경귀인 (N=37)	34.11 (136)	4.97 (23)	4.54 (24)	6.78 (245)	3.22 (236)	3.22 (286)	1.49 (180)	3.89 (256)	3.11 (26)	2.89 (26)
	계 (N=91)	41.13 (150)	5.89 (25)	5.01 (24)	6.45 (263)	3.81 (229)	4.63 (294)	2.37 (232)	4.90 (246)	3.54 (38)	4.56 (38)

IAS : 질병태도 척도의 총점

WI : 질병에 대한 근심걱정

CP : 통증에 대한 염려

HH : 건강습관

HB : 건강염려증적 신념

TH : 죽음에 대한 공포

DP : 질병에 대한 공포

BP : 신체감각에 대한 집착

TE : 치료경험

ES : 증상의 효과

귀인집단보다 질병에 대한 공포가 유의미하게 많은 것으로 나타났다. 신체감각에 대한 집착에서는 신체귀인집단과 환경귀인집단 간의 차이가 유의미했고, 증상의 역기능적 효과에서는 신체귀인과 환경귀인집단 간 그리고 정서귀인과 환경귀인집단 간에 유의미한 차이가 있었다.

질병태도로 알아본 건강염려증의 하위 척도 중 치료경험에서 불안과 귀인유형 간의 유의미한 상호작용 효과가 나타났고 $F(2, 90)=3.162$ $p<.05$,

질병에 대한 공포에서는 둘 간의 상호작용 경향성이 관찰되었다 $F(2, 90)=2.682$ $p=.074$. 즉 특질불안이 높은 경우 신체귀인을 하는 집단의 치료경험이 가장 많았고 그 다음이 환경귀인, 정서귀인 순이었으나 불안이 낮은 경우는 정서귀인, 신체귀인, 환경귀인 순으로 치료경험이 많다고 보고하였다(그림 1). 또한 불안이 높은 경우 정서귀인과 신체귀인집단의 질병에 대한 공포 수준은 차이가 없었지만, 불안이 낮은 경우 신체귀인을 하

표 3. 특질불안수준과 귀인유형에 따른 질병태도 점수의 이원변량분석표

	변량원	전체자승합	자유도	평균자승합	F	p
IAS	불안	2541.335	1	2541.335	14.335	.000 ***
	귀인	2197.837	2	1098.919	6.199	.003 **
WI	불안	61.768	1	61.768	11.139	.001 **
CP	귀인	39.753	2	19.877	3.536	.033 *
HB	불안	66.307	1	66.307	15.548	.000 ***
	귀인	40.375	2	20.188	4.734	.011 *
TH	불안	30.476	1	30.476	4.324	.041 *
	귀인	89.016	2	44.508	6.316	.003 **
DP	귀인	33.809	2	16.904	3.637	.031 *
	불안 쇄인	24.927	2	12.464	2.682	.074
BP	불안	26.658	1	26.658	5.046	.027 *
	귀인	34.014	2	17.007	3.219	.045 *
TE	불안	31.353	1	31.353	3.551	.063
	불안 쇄인	55.842	2	27.921	3.162	.047 *
ES	불안	148.402	1	148.402	16.611	.000 ***
	귀인	79.977	2	39.988	4.476	.014 *

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

는 집단이 정서귀인집단보다 공포를 더 많이 경험하는 경향을 보여주었다(그림 2).

질병태도 총점에 대한 불안과 귀인유형의 설명력을 비교해 보기 위해 실시한 단계적 회귀분석의 결과 정서귀인의 설명량이 16.9%로 가장 높게 나타났고, 그 다음이 신체귀인, 특질불안, 환경귀인 순으로 각각의 설명량은 5.6%, 4.2%, 0.6% 이었다. 또한 질병태도의 하위요인별로 단계적 회귀

분석한 결과는 질병에 대한 근심걱정, 건강염려증적 신념, 죽음에 대한 공포 및 질병에 대한 공포에서는 불안이 가장 설명력 있는 변인이었지만, 통증에 대한 염려와 치료경험에서는 신체귀인이, 그리고 건강습관, 신체감각에 대한 집착과 증상의 역기능적 효과에서는 정서귀인이 가장 설명력이 높았다.

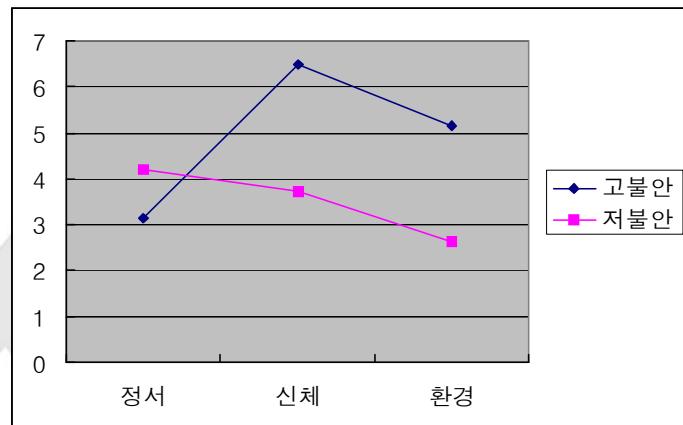


그림 1. 질병태도(치료경험에 대한 불안과 귀인간 상호작용

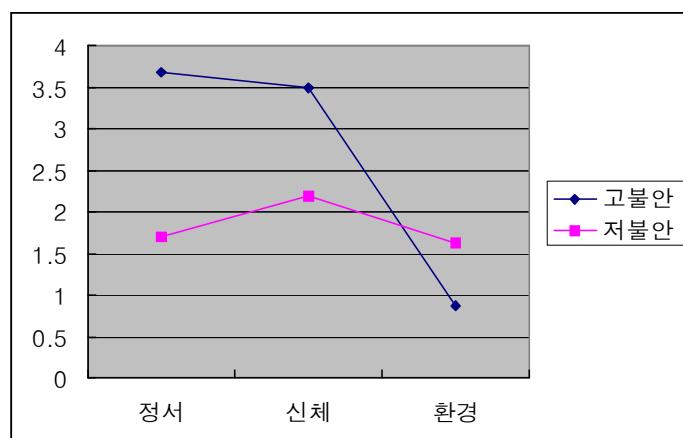


그림 2. 질병태도(질병에 대한 공포)에 대한 불안과 귀인간 상호작용

표 4. 질병태도에 대한 불안과 귀인유형의 단계적 회귀분석

질병태도	귀인유형	Beta	R ²	△R ²	F
IAS	정서귀인	.411	.169	.169	163.991***
	신체귀인	.225	.255	.056	117.209***
	특질불안	.231	.267	.02	97.686***
	환경귀인	-.087	.272	.005	75.254***
WI	특질불안	.340	.116	.116	105.767***
	신체귀인	.210	.157	.041	39.706 ***
	정서귀인	.110	.166	.009	8.415 **
CP	신체귀인	.256	.066	.066	56.717 ***
	정서귀인	.146	.084	.018	16.265 ***
	특질불안	.087	.090	.006	5.172 *
HH	정서귀인	.111	.012	.012	10.073 **
	특질불안	-.093	.019	.007	5.621 *
HB	특질불안	.279	.078	.078	68.212 ***
	신체귀인	.218	.123	.045	41.172 ***
TH	특질불안	.342	.117	.117	106.825***
	정서귀인	.213	.152	.035	33.819 ***
DP	특질불안	.299	.089	.089	78.962 ***
	신체귀인	.233	.140	.051	48.112 ***
	환경귀인	-.097	.148	.008	6.921 **
	정서귀인	.089	.153	.005	5.170 *
BP	정서귀인	.383	.146	.146	138.450***
	특질불안	.235	.190	.044	42.969 ***
	신체귀인	.202	.225	.035	36.378 ***
TE	신체귀인	.198	.039	.039	32.820 ***
	정서귀인	.133	.054	.015	13.031 ***
ES	정서귀인	.331	.109	.109	99.139 ***
	특질불안	.217	.146	.037	34.654
	신체귀인	.175	.172	.026	25.611 ***

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

논의

연구1은 건강염려증에 미치는 불안과 인지편향의 복합적인 효과를 확인하기 위해 특질불안과 귀인유형이 질병태도 및 그 하위 차원들과 관련이 있는지, 둘 중 어떤 요인이 질병태도에 대한 설명력이 더 큰지, 그리고 신체적 귀인이 질병태도에 관여하는 특정적인 귀인유형인지를 알아보고자 하였다.

연구 결과, 질병태도 총점에서 불안과 귀인유형 각각의 주효과는 확인되었으나 이 둘 간에 상호작용 효과는 나타나지 않았다. 즉 특질불안이 높은 집단이 낮은 집단보다, 그리고 신체귀인집단이 정서귀인과 환경귀인집단보다 건강염려증적 질병태도를 더 많이 가지고 있는 것으로 나타났다. 이 같은 결과는 건강염려증 연구에서 이 두 변인을 모두 고려해야 할 필요성을 제안하는 것으로 건강염려증에서 불안과 인지편향이 주요 변인이라는 선행 연구들의 결과와 일치하는 것이다. 사소한 신체신호나 증상을 자신의 신체나 신체과정에 문제가 있다고 해석하거나, 신경이 예민해서 또는 과도한 스트레스 때문이라고 해석하는 편향된 생각을 가진 사람들에게서 질병에 대한 염려와 집착이 강할 수밖에 없다. “신체의 문제는 곧 바로 질병과 연결되며 정신적 문제도 신체건강에 영향을 준다”는 믿음은 건강전문가나 일반인이 마찬가지이기 때문이다. 또한 특질불안 수준이 높다는 것은 만성적인 근심걱정을 의미하는 것이기에 불안은 질병이나 건강에 대한 지나친 염려와 집착으로 이끌 수 있다. 그리고 불안은 주의를 외부로 돌리기보다는 자기 자신, 특히 자기 내부로 집중시키는 기능을 가지고 있어 이런 사람들은 자

기자신의 신체적 감각에 예민할 뿐만이 아니라 신체감각을 실제보다 증폭해서 지각하게 한다. 또 증폭된 신체감각은 정상적인 신체신호나 사소한 신체문제를 심각한 질병으로 해석하는 오류를 낳게 하기 때문에 특질적으로 불안이 높은 사람들은 인지왜곡이나 인지편향에 매우 취약하다고 할 수 있다. 연구1의 결과는 그 동안 국내에서는 인지편향에 비해 상대적으로 주목을 받아 오지 못했던 불안의 중요성을 강조하는 결과이다.

그러나 불안과 귀인이 주요 변인으로 확인되었음에도 불구하고 이 둘 간에 상호작용 효과가 발견되지 않은 이유는 건강염려증이 다차원적 요소로 구성되어 있어 각 하위 차원별로 불안과 인지편향이 차별적으로 영향을 미쳤기 때문인 것으로 생각된다. 질병태도의 하위 차원별로 불안과 귀인유형의 주효과를 알아본 결과도 이런 해석을 뒷받침해 주고 있다. 즉 질병에 대한 근심걱정은 불안이, 통증에 대한 염려·질병에 대한 공포·신체감각에 대한 집착은 귀인유형이, 그리고 건강염려증적 신념·죽음에 대한 공포·증상의 역기능적 효과에서는 불안과 귀인유형 둘 다 주효과가 있는 것으로 나타났다. 질병태도의 하위 차원별로 살펴본 결과는 불안보다는 귀인유형이 건강염려증에 더 영향력이 높은 변인으로 간주할 수 있음을 시사한다.

그리고 질병태도의 하위 차원 중 치료경험에서는 불안과 귀인유형 간의 유의미한 상호작용이 있었고 질병에 대한 공포수준에서는 상호작용 경향성이 관찰되었다. 즉 특질불안이 높은 집단에서 특히 신체귀인을 하는 사람들이 정서귀인을 하는 사람들보다 지난해에 치료받은 경험이 더 많았으나, 불안이 낮은 집단에서는 반대로 정서귀인을

하는 사람들이 신체귀인을 하는 사람들보다 많았다. 또한 불안이 높은 집단에서 정서귀인과 신체귀인 간 질병에 대한 공포수준은 차이가 없었지만, 불안이 낮은 집단에서 신체귀인을 하는 사람이 정서귀인을 하는 사람보다 공포를 더 많이 경험하는 경향성을 보였다. 이런 상호작용이 비록 소수의 건강염려증적 태도에서만 확인되었지만 이를 통해 불안이 높은 사람에게는 신체귀인이, 반면에 불안이 낮은 사람에게는 정서귀인이 건강염려증에 더 취약하게 만드는 요소일 수 있다고 해석할 수 있다. 그러나 이 해석을 검증하게 위해서는 후속 연구가 요구된다.

각 집단별 사례수를 비교해 보면 불안과 귀인이 독립적인 변인인 아니라는 판단이 갖게 한다. 즉 고불안-정서귀인집단의 사례수는 27명이었고 저불안-환경귀인집단의 사례수는 30명이었는데 비해 나머지 집단의 사례수는 6~11명으로 사례수에서 편차가 컸다. 이는 내생적으로 높은 불안과 정서귀인이 그리고 낮은 불안과 환경귀인이 서로 연결된다는 것을 의미한다. 이런 조건에서 불안이 높을 때 신체귀인이, 그리고 불안이 낮을 때 정서귀인이 건강염려증에 영향력이 있다는 것은 어떤 시사점을 제공해 준다. 즉 신체귀인과 정서귀인의 인지편향은 각각 불안이 높을 때와 낮을 때 건강염려증적 질병태도에 대해서 같은 효과를 갖게 할 수 있다는 것이다.

연구1에 참여한 809명 전체를 대상으로 건강염려증적 질병태도에 대한 불안과 귀인유형의 설명력을 비교해보기 위해 단계적 회귀분석을 한 결과 질병태도 총점에 대해서는 정서귀인의 설명량이 신체귀인보다 높았고 불안보다 높은 것으로 나타났지만, 질병태도의 하위차원에 따라 가장 설

명력 있는 변인은 달랐다. 즉 질병에 대한 근심걱정, 건강염려증적 신념 죽음에 대한 공포와 질병에 대한 공포에서는 특질불안이, 통증에 대한 염려와 치료경험에서는 신체귀인이, 그리고 건강습관, 신체감각에 대한 집착과 증상의 역기능적 효과에서는 정서귀인이 가장 설명력이 높은 변인이었다. 전체적으로 볼 때 단계적 회귀분석 결과는 귀인이 불안보다 더 설명력이 높은 것으로 나타났고, 귀인 중에서도 정서귀인이 신체귀인보다 좀 더 우위에 있는 것으로 나타났다. 하지만 결론적으로 건강염려증은 불안과 정서귀인 및 신체귀인의 복합적인 영향하에 형성되는 장애라고 할 수 있다.

연구2

건강염려증 환자의 70% 이상이 두통, 요통, 흉통, 복통 같은 통증을 호소하고 있는 것으로 알려져 있다(이현수, 2002). 통증은 와 내향성 및 신경증적 성향이라는 성격특질과 연합되어 있는데 (김청송, 1997), 감각과 지각, 기억 및 학습 같은 객관적 실험을 근거로 Eysenck 학파 (Eysenck, 1981)에서 주장하듯이 내향성과 높은 신경증적 성향은 각각 중추신경계와 자율신경계의 만성적으로 높은 각성수준을 반영하고 있기 때문이다. 즉 내향성자와 신경증적 성향이 높은 개인은 신체의 각성수준이 높아 다른 개인들에게는 영향을 주지 않는 자극에 대해서도 동통과 불편감을 경험할 수 있고(Barnes, 1975; Eysenck & Eysenck, 1985), 동통역치와 감내력에 있어서도 유의미하게 낮다고 한다(내향성-Morgan & Horstmen, 1978; 신경증적 성향-Lynn & Eysenck, 1961). 따라서

이들은 통증을 더 많이 호소하고, 진통제를 먹는 등 동통 행동을 더 많이 취한다(Roome & Humphrey, 1992). 또한 통증이 건강에 대한 편파적 신념으로 발전하는 데 촉발자로 작용하기 때문에 동통 경험은 건강염려증으로 발전하는데 중요한 역할을 한다(Hadjistavropoulos, Owens, Hadjistavropoulos, & Asmundson, 2001). 특히 통증이 심각하거나 만성적일수록 증상, 질병 건강에 대한 역기능적 신념과 태도를 형성시키고 이는 다시 건강에 대한 불안으로 이끌기 쉽다.

건강염려증에 관한 실험연구는 주로 동통지각 또는 동통역치를 통해 이루어지고 있다. 여러 연구들에서 IBQ로 측정한 건강염려증 점수와 동통 각성 간의 상관이 높은 것으로 나타났다. 만성 동통환자들을 대상으로 한 연구(Main & Waddell, 1987)에서 건강염려증은 더 큰 신체적 각성과 연합되어 있었고, IBQ 중 질병확신척도에서 높은 점수를 받은 사람들은 낮은 사람들보다 동통강도를 더 강하게 지각하였다(Dworkin, Cooper, & Siegfried, 1996). 또한 여대생을 대상으로 한 Gramling, Clawson, 및 McDonald(1996)의 실험에서 냉압 과제로 인한 급성 동통지각과 생리적 반응성은 건강염려증 수준에 따라 다르게 나타났다. 즉 건강염려증이 높을수록 기초 심박율이 낮았고, 냉압 과제 동안 심박율이 유의미하게 증가하였다.

Asmundson 등(1995)은 불안민감성이 불안과 공포반응을 증폭시킨다는 이론에 따라 불안민감성이 실제로 동통과 관련된 불안에 영향을 주는지 그리고 신체적으로 설명할 수 없는 만성 동통을 가지고 있는 환자들의 인지적 및 정동적 반응에 영향을 주는지를 검증하고자 시도한 연구에서 비록 동통강도 경험에서는 집단 간 차이가 없었

지만 불안민감성이 높은 환자는 불안민감성이 낮은 환자보다 동통 경험에 의해 더 부정적인 영향을 받는 것으로 나타났다. 즉 불안민감성이 높은 환자들은 동통에 대한 반응에서 더 큰 인지적 혼란과 불안을 표시했고 동통의 부정적 결과에 대해 더 두려워했다. 이 뿐만이 아니라 불안민감성이 높은 환자들은 불안이 중간수준이거나 낮은 환자들보다 약 사용이 유의미하게 큰 것으로 나타났다. 또한 비임상 집단을 대상으로 건강염려증적 태도, 피부 동통식역 그리고 동통에 대한 주의 편향 간의 관계성을 알아본 연구(Pauli, et al., 1993)에서 임박한 동통자극에 대한 기대는 과제수행의 전·후반부 모두에서 건강염려증이 높은 피험자들은 수행을 감소시켰지만, 건강염려증이 낮은 피험자들은 과제 후반부에 비해 동통자극이 없다는 과제 전반부에서 유의미하게 더 나은 수행을 보여주는 것으로 나타났다.

그러나 정신신체적 질병으로 입원한 28명의 환자들을 대상으로 주의를 통제할 때 건강염려증이 동통지각에 미치는 효과를 알아본 연구(Lautenbacher, et al., 1998)에서는 건강염려증보다는 주의산만이 동통지각에 영향을 준다는 결과를 발표하였다. 이 연구에서는 IAS 점수를 근거로 집단으로 구분해서 열동통 식역을 비교해 봤는데 기본적인 동통민감성에서 건강염려증이 높은 집단과 낮은 집단 간 차이가 없었다. 하지만 이 같은 결과에도 불구하고 연구자들은 증상으로 또는 특질로서든 간에 건강염려증이 동통지각과 관련이 있을 것이라고 주장하며 후속 연구의 필요성을 제기하였다.

연구2는 건강염려증에 미치는 불안과 인지편향의 효과를 실험적으로 확인해 볼 목적으로 시

도되었다. 연구2에서는 신체증상의 귀인유형으로 인지편향에 접근하였으며, 상태불안을 다루었고, 통·압·열·냉감각이라는 다양한 동통지각을 통해 건강염려증에 접근하였다. 연구1과 연구2에 제시된 선행연구 결과를 근거로 '신체증상을 신체적으로 귀인하는 집단이 정서적 및 환경적으로 귀인하는 집단보다 불안조건에서 동통 지각을 더 크게 경험할 것'이라는 가설을 설정하였다.

방법

피험자

연구1에 참여한 809명의 대학생 중에서 귀인 점수에 근거하여 실험대상자 150명(정서귀인집단 51명; 신체귀인집단 47명; 환경귀인집단 51명)을 선별하였다. 150명 중 실험참여에 동의하지 않은 9명(정서귀인집단 4명; 신체귀인집단 4명; 환경귀인집단 1명)을 제외한 141명의 남·여 대학생들이 연구2의 피험자로 참여하였다. 정서귀인집단(47명)은 신체증상 귀인유형에서 정서귀인 점수는 상위 35%이내에 들지만 신체귀인과 환경귀인 모두에서 하위 50% 이내에 드는 사람들로 구성하였고 신체귀인집단(43명)은 신체귀인 점수는 상위 35% 내에 들지만 정서귀인과 환경귀인 모두에서 하위 50% 이내에 드는 사람들이었으며 환경귀인집단(51명)은 환경귀인 점수는 상위 35% 이내에 들지만 정서귀인과 신체귀인 모두에서 하위 50% 이내에 속하는 사람들로 구성하였다. 각 귀인 집단에 속하는 총 141명을 불안 조건(실험집단)과 비불안 조건(통제집단)에 무선 할당하였다.

측정도구

불안검사 「상태-특질 불안검사」(State-Trait Anxiety Inventory, STAI, Spielberger et al., 1970) 중 상태불안을 재는 4점 척도의 20문항을 사용하였다. 본 연구에서 산출한 상태불안 점수의 신뢰도는 다음과 같다; 정서귀인집단 사전 .642, 사후 .620, 신체귀인집단 사전 .585, 사후 .598, 환경귀인집단 사전 .605, 사후 .594.

동통자극 및 동통지각 측정도구 피부민감성 측정기(Cutaneous Sensitivity Kit, Lafayette사 Model 16010)로 통감각 자극, 열감각 자극, 냉감각 자극을 주었고, 원추(0.7kg 지름 6cm, 높이 10 cm)를 이용하여 압감각 자극을 주었다. 피험자가 느끼는 동통지각은 시각유추 척도(Visual Analog Scale, VAS)로 측정하였다.

거울과 비디오 카메라 불안을 유발하기 위해 50 X 70cm 거울 1개와 비디오 카메라를 사용하였다.

실험과제

동통지각은 통감각, 압감각, 열감각 그리고 냉감각으로 구성하였다; 통감각, 압감각, 열감각, 냉감각 순으로 자극을 제시하고, 자극을 받는 순간에 피험자가 경험하고 있는 감각의 정도(감각 없음~매우 아프다; 감각 없음~ 매우 무겁다; 감각 없음~매우 뜨겁다; 감각 없음~ 매우 차갑다)를 10cm 수평선상에 표시하도록 하였다. 통감각은 피부민감성 측정기에 포함되어 있는 two-point 측

각계를 이용하여 알아보았는데, 촉각계의 두 침을 한 점으로 모아서 피험자의 오른쪽 손바닥 정 중앙을 터치하였다. 압감각은 0.7kg 무게의 원추를 오른쪽 손바닥에 내려놓았는데, 이 방법을 여자는 1cm 높이에서 남자는 3cm 높이에서 시행하였다. 열감각은 팬과 열판(heat grill)을 이용하여 물을 섭씨 45도로 맞추고 여기에 오른쪽 손을 2초 동안 담그게 하였고, 냉감각은 섭씨 0도의 얼음물을 담긴 팬에 오른쪽 손을 2초 동안 담그게 하였다.

실험 절차

각 피험자는 개별적으로 실험에 참여하였다. 모든 피험자에게 실험 절차에 들어가기 전 대기실에서(사전검사), 그리고 실험실에서(사후검사·불안 조건의 피험자들은 불안조작 후, 비불안 조건의 피험자들은 불안조작 없이) 상태불안검사를 실시하였다.

불안 조건 불안을 유발하기 위해 다소 위협적인 사회적 상황을 제시하였다. 정면에 50 x 70 cm의 거울을 놓아 두고, 거울 앞에 바로 비디오 카메라를 설치해 놓았다. 피험자는 거울에 비치고 있는 자신의 모습을 바라보면서 비디오 카메라 앞에서 「혼전 동기」에 대해 자기 의견을 이야기하도록 [“심리학과에서는 강원대학생들의 「혼전 성경험에 대한 태도」를 조사하고 있습니다. 귀하는 혼전 성경험에 대해 찬성하는지 혹은 반대하는지 그리고 찬성하거나 반대한다면 그 이유는 무엇인지에 대해 약 2분간 말씀해 주십시오. 시간이 짧은 관계로 의견을 조리 있게 말씀해 주시기 바랍니다. 학생들의 다양한 의견은 비디오

테이프에 녹화하여 분석할 예정입니다.”] 하였다. 발표가 끝나자마자 상태불안 척도를 실시하고 이어서 동통지각을 측정하였다.

비불안 조건 위협적인 사회적 상황이 제시되지 않았다. 비불안 조건의 피험자들이 실험실에 들어오면 실험자와 가볍고 우호적인 대화 [“이 연구에 대해 어떤 기대를 하셨습니까? 혹시 불안하지는 않았습니까? 불안해하지 마십시오. 귀하는 아주 간단한 실험에 참가할 것입니다.”]를 나눈 후 상태불안 척도를 실시하고 곧 이어서 동통지각을 측정하였다.

의견발표와 지각실험 간의 연관을 질문하는 피험자에 대해서 연구의 목적이 발표능력과 신체 반응 간의 관계를 알아보는 데 있다고 설명하였다. 절차가 끝난 후에 실험참가자에게 실험에 대해 간략히 설명을 한 후 실험참가에 대한 보상을 하였다.

자료 처리

자료는 3(정서, 신체, 환경귀인) x 2(불안, 비불안 조건) 공변량분석을 실시하였다.

결과

불안 조작이 이루어졌는지를 알아보기 위해 각 귀인집단과 조건별로 사전과 사후의 상태불안 점수를 비교하였다. 표 5를 보면 사전불안 수준에서 각각 불안과 비불안 조건으로 할당된 피험자 간 차이는 유의미하지 않았다. 그러나 귀인집단

간 차이는 유의미했다, $F(2, 140)=10.763 p<.001$. 즉 정서귀인집단이 가장 높았고 그 다음이 신체귀인집단, 환경귀인집단 순으로 나타났다. 사후검증 결과도 유의미했다, $p<.05$. 사후불안에서는 실험집단이 통제집단보다 불안이 유의미하게 높은 것으로 나타났다, $F(1, 140)=6.403 p<.05$. 그러나 사후불안에서 귀인집단 간 유의미한 차이는 없었다. 따라서 실험 시작 전에 귀인유형에 따라 불안 수준에서 차이가 있었지만 사후불안 수준에서는 실험집단과 통제집단 간 유의미한 차이가 나옴으로써 불안을 유발시키려고 시도한 실험조작이 적절했다고 할 수 있다.

불안과 귀인이 독립적인 요인아니라는 연구1의 결과와 함께 사전불안에서 귀인유형 간 유의미한 차이가 있었으므로 연구2의 자료는 사전불안을 공변량으로 넣고 이원변량분석을 하였다. 표 6에는 귀인유형과 불안조건에 따른 동통지각 점수와 변량분석의 결과가 제시되어 있다. 표를 보면 통, 압, 열, 냉감각 모두에서 귀인유형과 불안-비불안 조건의 주효과와 상호작용 효과 모두 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 따라서 연구 2에서 설정한 가설은 지지되지 못했다.

표 5. 귀인집단별 및 불안조건별 사전 사후 불안점수와 이원변량분석표

귀인유형	불안 · 비불안조건	사전	사후	<i>t</i>
정서귀인	실험(N=24)	27.50(5.18)	28.46(5.74)	- .986
	통제(N=23)	28.78(4.94)	26.52(3.19)	2.152 *
	계(N=47)	28.13(5.05)	27.51(4.72)	
신체귀인	실험(N=21)	25.38(4.35)	27.19(5.76)	-1.538
	통제(N=23)	25.82(4.31)	26.41(4.01)	-.501
	계(N=43)	25.60(4.28)	26.79(4.90)	
환경귀인	실험(N=25)	23.96(4.62)	27.24(5.09)	-3.125 **
	통제(N=26)	23.81(3.83)	23.96(3.74)	-.160
	계(N=51)	23.88(4.19)	25.57(4.71)	
전체	실험(N=70)	25.60(4.91)	27.64(5.47)	
	통제(N=71)	26.04(4.77)	25.55(3.81)	
	계(N=141)	25.82(4.83)	26.59(4.81)	
<i>F</i>	귀인집단 <i>df</i> (2, 140)	<i>F</i> =10.763, <i>p</i> = .000	<i>F</i> =2.053, <i>p</i> = .132	
	불안조건 <i>df</i> (1, 140)	<i>F</i> = .462, <i>p</i> = .498	<i>F</i> =6.403, <i>p</i> = .013	
	귀인×불안 <i>df</i> (2, 140)	<i>F</i> = .305, <i>p</i> = .737	<i>F</i> = .838, <i>p</i> = .435	

p* < .05, *p* < .01

논 의

연구2는 연구1에서 확인된 건강염려증에 미치는 불안과 인지편향의 효과를 실험적으로 검증해 보고자 시도되었다. 연구 결과, 연구1과는 달리 통통지각에서 귀인유형 간 그리고 불안-비불안 조건 간 차이가 유의미하지 않았으며, 귀인과 불안의 상호작용 효과도 관찰되지 않았다. 따라서 본 연구에서 설정한 '신체증상을 신체적으로 귀인하는 집단이 정서적 및 환경적으로 귀인하는 집단보다 불안조건에서 통통 지각을 더 크게 경험할 것'이라는 가설은 기각되었다.

이 같은 결과는 본 연구에 참여한 피험자와 특성과 실험 과정에서 기인되었다고 생각된다. 먼저 피험자의 특성을 살펴보면 표 5에 제시되어 있듯이 사전불안에서 불안조건과 비불안 조건 간 차이는 없었지만 귀인유형에서 차이가 있었다. 정서귀인집단이 신체귀인집단보다, 그리고 신체귀인집단은 환경귀인집단보다 사전 상태불안이 유의미하게 높았다. 즉 정서귀인과 신체귀인집단은 실험이 시작되기 전부터 이미 환경귀인집단보다 높은 불안상태에 놓여 있었다고 할 수 있다. 특히 정서귀인과 신체귀인집단의 경우 자신이 피험자로 선정되었다는 것에 대해 상당히 불안해했는데,

표 6. 귀인집단과 불안조건에 따른 통통지각 점수 및 이원변량분석표

귀인유형	불안·비불안조건	통감각	암감각	열감각	냉감각
정서귀인	불안(N=24)	4.685(1.979)	5.369(1.959)	5.477(1.927)	5.638(2.488)
	비불안(N=23)	4.875(1.771)	5.796(2.388)	6.107(1.431)	5.565(1.763)
	계(N=47)	4.778(1.882)	5.578(2.167)	5.785(1.714)	5.602(2.141)
신체귀인	불안(N=21)	4.596(1.489)	4.991(2.115)	6.231(1.432)	6.007(1.760)
	비불안(N=22)	4.753(1.979)	5.117(2.222)	5.396(1.900)	5.331(1.953)
	계(N=43)	4.676(1.738)	5.055(2.145)	5.804(1.721)	5.661(1.871)
환경귀인	불안(N=25)	4.134(1.706)	4.956(2.611)	5.442(2.204)	5.777(2.096)
	비불안(N=26)	4.261(1.636)	4.820(2.388)	5.407(1.881)	5.594(1.995)
	계(N=51)	4.199(1.655)	4.887(2.476)	5.424(2.025)	5.684(2.027)
합계	불안(N=70)	4.461(1.738)	5.108(2.232)	5.690(1.910)	5.798(2.124)
	비불안(N=71)	4.612(1.786)	5.228(2.341)	5.630(1.761)	5.503(1.886)
	계(N=141)	4.537(1.758)	5.169(2.280)	5.660(1.830)	5.649(2.006)
<i>F</i>	사전불안	<i>F</i> = .075	<i>F</i> = .420	<i>F</i> = .006	<i>F</i> = .734
	<i>df</i> (2, 140)	<i>p</i> = .784	<i>p</i> = .518	<i>p</i> = .940	<i>p</i> = .393
	귀인집단	<i>F</i> =1.191	<i>F</i> = .721	<i>F</i> = .604	<i>F</i> = .132
	<i>df</i> (2, 140)	<i>p</i> = .307	<i>p</i> = .488	<i>p</i> = .548	<i>p</i> = .876
	불안조건	<i>F</i> = .260	<i>F</i> = .102	<i>F</i> = .068	<i>F</i> = .908
	<i>df</i> (1, 140)	<i>p</i> = .611	<i>p</i> = .750	<i>p</i> = .794	<i>p</i> = .342
	귀인×불안	<i>F</i> = .002	<i>F</i> = .157	<i>F</i> = 1.776	<i>F</i> = .269
	<i>df</i> (2, 140)	<i>p</i> = .998	<i>p</i> = .856	<i>p</i> = .173	<i>p</i> = .764

실험참여를 거부한 사례는 대부분 이 두 집단에서 나왔다. 이것이 피험자 선정시 세 집단에 할당된 사례수는 비슷했으나 실제 실험에 참여한 사례수에서 차이가 난 이유이다. 정신생리학적 원리에 의하면 사전불안이 높은 경우 불안수준의 천장효과 또는 습관화에 의해 불안유발조건에서 불안이 유의미하게 증가하지 않고 따라서 처치효과도 유의미하지 않을 수 있다. 또한 전체적으로 볼 때 불안과 비불안 조건 간 불안수준에서 유의미한 차이가 있었지만 특히 정서귀인집단의 경우는 불안 조작이 적절치 못했던 것으로 나타났다. 즉 불안조건 피험자의 경우 사후불안이 사전불안보다 유의미하게 높아야 하는데 그렇지 못했고, 비불안 조건 피험자의 경우는 사전-사후 불안 간 유의미한 차이가 없어야 하는데 유의미한 차이가 있었다. 이런 모순된 결과도 정서귀인집단의 사전 불안 수준이 높았던 데 기인한 것 같다.

또한 사후불안 수준에서는 불안과 비불안 조건 간 차이는 있었지만 귀인유형 간 차이는 없었다. 즉 환경귀인집단의 불안수준도 신체귀인집단 만큼 높아졌다. 불안조건이든 비불안 조건이든 같은 실험실 장면에 들어간다는 것은 스트레스로 작용했고 따라서 귀인유형에 상관없이 불안수준을 증가시켰다고 할 수 있다. 따라서 전체적으로 볼 때 불안과 비불안 조건 간에 불안수준에서는 유의미한 차이가 있었다 하더라도 사전불안 수준이 높았던 정서귀인과 신체귀인집단 때문에 귀인 유형과 불안 변인 모두 동통지각에 효과를 발휘하지 못한 것으로 생각된다. 이는 연구 1에서도 제기되었듯이 불안과 귀인유형은 서로 독립적인 것이 아니라 상호관련성이 깊은 변인이라는 것을 시사한다. 즉 정서귀인과 신체귀인에 속하는 개인

들은 특질적으로 불안이 높은 사람들이라 사전불안 수준을 통제하기 어렵다는 의미이다.

연구2의 결과가 연구1과 일치하지 않은 또 다른 중요한 이유는 실험과제에서 찾을 수 있다. 본 연구에서도 선행연구들에서 사용했던 동통자극을 과제로 사용했는데 이 과제가 건강염려증을 알아보는데 적합하지 않은 것일 수 있다. 실제로 건강염려증과 동통지각을 연결시킨 선행연구들에서도 이 둘 간의 관련성에서 다른 주장을 하고 있다. 즉 냉압 과제로 인한 급성 동통지각과 생리적 반응성은 건강염려증 수준에 따라 다르게 나타났다는 연구(Gramling, et al., 1996)가 있는 반면에, IAS 점수를 근거로 집단으로 구분해서 열동통 식역을 비교해 봤을 때 기본적인 동통민감성에서 건강염려증이 높은 집단과 낮은 집단 간 차이가 없었다는 보고(Lautenbacher, et al., 1998)도 있다. 따라서 동통자극을 통해 건강염려증을 예언한다는 것은 논쟁의 여지가 있다.

건강염려증 환자가 두려워하는 것은 신체 내부의 감각이기 때문에 외부에서 가하는 동통자극을 평가할 때 개인의 귀인유형이나 불안이 효과를 발휘하기 힘들었다고 생각된다. 본 연구에서 사용한 자극들은 누가 봐도 외부에서 오는 일시적인 자극이라 신체귀인이나 정서귀인의 인지편향을 갖춘 피험자라 하더라도 환경적으로 귀인하는 피험자와 같아질 수밖에 없다. 건강염려증이 있는 사람들은 주로 신체 내부의 분명치 않은 신호에 민감하고 자신의 심리적 특성을 기반으로 그 신호를 해석하기 때문에 후속연구에서는 신체 내부의 감각화를 유발하는 자극을 사용하든지 아니면 동통자극을 외부에서 주되 불분명하고 애매한 자극을 줄 필요가 있다.

위와 같은 이유 외에도 연구 2의 피험자들은 환자가 아니라 건강한 20대의 대학생들이었기에 연구에서 사용한 동통자극에 대한 반응에서 개인 차가 없었을 수도 있고, 시각유추척도를 사용해서 피험자 자신이 느끼는 동통강도를 평가토록 함으로써 실제 감각이 아니라 주관적 판단이 크게 개입했을 가능성성이 있다. 본 연구에서는 5명의 남·여 피험자들을 대상으로 동통자극의 강도를 결정하기 위한 예비연구를 실시했고, 그 결과 모두 아프지 않다고 하거나 모두 아프다고 보고하는 강도의 자극을 배제하였다. 즉 건강염려증이 실제로 병이 있는 것이 아니라 주관적으로 병들었다고 생각하는 것이기 때문에 동통지각의 개인차가 반영될 것이라고 기대되는 중간 강도의 자극과 시각유추척도를 각각 과제와 측정도구로 선택했는데, 이것이 시각유추척도 상에서 중간 점수로 반응하게 한 원인으로 작용한 것 같다. 그리고 시각유추척도의 지나친 주관성으로 인해 결과가 오염되었을 수 있고, 또 각 감각의 평균점수에서도 알 수 있듯이 “중간으로 반응하려는” 회귀효과의 가능성도 배제할 수 없다. 따라서 환자집단과 그리고 다양한 연령층의 일반인들을 포함하는 후속연구가 필요하며, 동통지각의 주관적 평가와 함께 정신생리학적 측정도구를 이용하는 객관적 평가도 병행하는 연구가 요구된다.

종합논의

본 연구는 건강염려증에 미치는 불안과 인지 편향의 복합적인 효과를 확인하기 위해 시도되었다. 이를 위해 연구 1에서는 질문지 방식으로 특질불안과 귀인유형을 건강염려증적 질병태도와

연결시켜 보았고, 연구 2에서는 실험을 통해 특정 귀인유형을 가진 사람이 불안조건에서 동통지각을 더 강하게 경험하는지를 알아보았다. 연구 1의 결과, 불안과 정서귀인 및 신체귀인이 질병에 대한 근심걱정, 통증에 대한 염려 건강염려증적 신념, 그리고 질병이나 죽음에 대한 공포, 치료경험 등 건강염려증의 거의 모든 요소와 관련이 깊은 변인으로 나타났다. 그러나 연구 2에서는 귀인유형 간 그리고 불안-비불안 조건 간 동통지각에서의 차이를 발견하지 못하였다. 따라서 건강염려증이 불안과 인지편향의 복합적인 영향하에 형성되는 장애라는 것이 질문지 연구에서는 확인되었으나, 실험연구에서는 확인되지 못했다.

이론적으로 볼 때 특질적으로 불안이 높은 사람들은 자율신경계의 각성수준이 만성적으로 높기 때문에 신체감각에서 불안이 낮은 사람들보다 예민할 수밖에 없다. 또 불안과 정서귀인 및 신체귀인이 서로 연결되기 때문에 이 두 귀인집단에서 신체감각이 예민할 수밖에 없다. 그럼에도 불구하고 통·압·열·냉감각 그 어느 것에서도 동통지각의 차이가 없었다. 하지만 이렇게 연구 2에서 유의미한 결과가 나오지 않았다고 해서 이것이 불안과 신체증상의 귀인유형이 건강염려증과 관련이 없다는 의미는 아니다. 그 보다는 연구 1과 2의 종속변인이 서로 달랐고, 특히 연구 2에서 건강염려증을 측정하는 데 사용했던 과제가 적합치 못했던 데 원인이 있었다고 생각된다. 질문지 연구에서는 건강염려증 진단기준에 부합되는 다양하고 복잡한 차원들을 통해, 또 치료경험이 많으나 질병이 일상생활에 부정적인 영향을 주느냐 등 건강염려증의 실제적인 지표로 건강염려증을 평가한 반면에, 실험연구에서는 동통지각이라는

단순하고 간접적인 지표로 건강염려증에 접근했기 때문이다. 따라서 연구2에서 건강염려증의 직접적인 지표가 될 수 있는 종속축정치를 사용했더라면 연구1과 같은 결과가 산출되었을 것으로 사료된다. 불안, 인지편향 그리고 건강염려증 간의 관계를 실험적으로 확인해 보기 위해 본 연구에서 제시한 여러 제한점을 보완하는 후속연구가 요구된다.

후속연구를 통해 본 연구에서 가정한 변인들 간의 관련성이 확인된다면 그 결과를 건강염려증 예방과 치료 프로그램 개발에 활용할 수 있을 것으로 기대된다. 건강염려증의 소인이 있는 사람 즉 불안성향이 높거나 인지적으로 취약한 사람에게 과다한 생활스트레스에 노출되지 않도록 조정하고, 자신의 불안이나 스트레스를 조절할 수 있는 대처 기술을 가르치며, 자신의 인지왜곡이나 편향에 대해 통찰하고 인지적 재구성을 할 수 있도록 도와준다면 건강염려증으로 발전하는 것을 막는데 도움이 될 것이다. 마찬가지로 건강염려증으로 발전된 사람도 그 심리적 특성에 따라 그 개인에게 가장 적합한 치료전략을 적용할 수 있을 것이다. 건강염려증은 필연적으로 그 개인과 지역 사회에 의료비용의 증가라는 경제적 손실을 가져올 뿐만아니라 지나친 건강중심성과 환자역할로 인해 건강염려증 환자의 대부분은 직업적으로 또 사회적으로 많은 문제를 가지고 있으며, 또 가족간의 관계도 나쁘다. 또 이런 문제들이 스트레스로 작용하여 개인의 건강염려증을 악화시킨다. 따라서 건강염려증의 본질을 이해하고 치료하는 일은 건강염려증의 악순환의 고리를 끊는 것이며, 개인의 삶에 질적 변화를 가져오는 것이 될 것이다.

참 고 문 헌

- 김청송 (1997). 통증심리학. 중앙적성출판사.
- 신현균 (2000a). 부정적 정서, 감정표현불능증, 신체감각증폭지각 및 신체적 귀인이 신체화에 미치는 영향: 매개모델의 검증. *한국심리학회지: 임상*, 19(1), 17-32.
- 신현균 (2000b). 신체형장애. 이상심리학 시리즈 1. 학지사.
- 신현균, 원호택, 정희연 (1998). 신체화 집단의 질병추론 편향. *한국심리학회지: 임상*, 17(1), 235-246.
- 신현균, 원호택 (1998). 신체화의 인지특성 연구(II): 신체화 환자의 신체감각에 대한 지각, 귀인 및 기억 편향. *한국심리학회지: 임상* 17(2), 41-54.
- 원호택, 신현균 (1998). 신체화의 인지특성 연구(I): 한국판 신체감각증폭 척도와 증상해석 질문지의 신뢰도와 타당도 연구. *한국심리학회지: 임상*, 17(2), 33-39.
- 이기련, 이연호 (2003). 신체형장애 환자들의 질병행동 특성. *한국심리학회지: 임상*, 22(1), 57-70.
- 이인혜 (1994). 성격특성 백색소음에 대한 심장혈관계 반응성 그리고 A형 행동패턴간의 관계. *한국심리학회지: 임상*, 13(1), 37-53.
- 이인혜 (2004). 질병태도 척도의 요인구조 대학생을 중심으로. *한국심리학회지: 건강*, 9(1), 203-218.
- 이현수 (2002). 이상행동의 심리학. 대왕사.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition(DSM-IV)*. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- Asmundson, G.J.G., & Norton, G.R. (1995). Anxiety sensitivity in patients with physically unexplained chronic back pain: a preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 771-777.
- Asmundson, G.J.G., & Taylor, S. (1996). Role of

- anxiety sensitivity in pain-related fear and avoidance. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 573-582.
- Asmundson, G.J.G., & Taylor, S., Sevgur, S., & Cox, B.J. (2001). Health anxiety: classification and clinical features. In G.J.G. Asmundson, S. Taylor, B.J. Cox (Eds.), *Health anxiety: clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*, pp. 3- 21, Chichester; John Wiley & Sons.
- Barsky, A.J., Coeytaux, R.R., Sarine, M.K., & Cleary, P.D. (1993). Hypochondriacal patients' beliefs about good health. *American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1085-1089.
- Barsky, A.J., Goodson, J.D., Lane, R.S., & Cleary, P.D. (1988). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50, 510-519.
- Barsky, A. & Klerman, G. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.
- Barsky, A.J., Wool, C., Barnett, M.C., & Cleary, P.D. (1994). Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 397-401.
- Barsky, A.J., & Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157, 404-409.
- Barsky, A., Wyshak, G., & Klerman, G. (1986). Hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 43, 493-500.
- Barsky, A., Fama, J.M., Bailey, E.D., & Ahern, D.K. (1998). A prospective 4- to 5- year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 737-744.
- Cox, B.J., Borger, S.C., Asmundson, G.J.G., & Taylor, S. (2000). Dimensions of hypochondriasis and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 29(1), 99-108.
- Dworkin, R.H., Cooper, E.M., & Siegfried, R.N. (1996). Chronic pain and disease conviction. *The Clinical Journal of Pain*, 12, 111-117.
- Eysenck, H.J. (Ed.) (1981). *A model for personality*. New York: Springer-Verlag.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, M.W. (1985). *Personality and individual differences*. New York: Plenum.
- Eysenck, H.J., & Fulker, D. (1983). The component of Type A behavior and its genetic determinants. *Personality and Individual Differences*, 4, 499-505.
- Fava, G., Kellner, R., Zielezny, M., & Grandi, S. (1988). Hypochondriacal fears and beliefs in agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 14, 239-244.
- Feldman, P.I., Cohen, S., Doyle, W.J., Skoner, D.P., & Gwaltney, J.M., Jr. (1999). The impact of personality on the reporting of unfounded symptoms and illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 370-378.
- Gramling, S.E., Clawson, E.P., & McDonald, M.K. (1996). Perceptual and cognitive abnormality model of hypochondriasis: amplification and physiological reactivity in women. *Psychosomatic Medicine*, 58, 423-431.
- Hadjistavropoulos, H.D., Craig, K.D., & Hadjistavropoulos, T. (1998). Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 149-164.

- Hadjistavropoulos, H.D., Owens, K.M.B., Hadjistavropoulos, T., & Asmundson, G.J.G. (2001). Hypochondriasis and health anxiety among pain patients. In G.J.G. Asmundson, S. Taylor, & B.J. Cox (Eds.), *Health anxiety: clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*, pp. 289-323. Chichester: John Wiley & Sons.
- Hitchcock, P.B., & Mathews, A. (1992). Interpretation of bodily symptom in hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 30(3), 223-234.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and hypochondriasis*. New York: Praeger Publishers.
- Kellner, R. (1987). Hypochondriasis and somatization. *Journal of the American Medical Association*, 258, 2718-2722.
- Kellner, R., Fava, G.A., Lisansky, J., Perini, G.I., & Zielezny, M. (1986). Hypochondriacal fears and beliefs in DSM-III melancholia. *Journal of Affective Disorders*, 10(1), 21-26.
- Kellner, R., Hernandes, J., & Pathak, D. (1992). Hypochondriacal fears and beliefs, anxiety, and somatization. *British Journal of Psychiatry*, 160, 525-532.
- Kelly, H.H. (1971). Attribution in social interaction. In E.E. Jones, D.E. Kanouse, H.H. Kelly, R.E. Nisbett, S. Valins, & B. Weiner (Eds.), *Attribution: perceiving the cause of behavior*. Morristown, NJ: General Learning.
- Kirmayer, L.J., Young, A., & Robbins, J.M. (1994). Symtom attribution in cultural perspective. *Psychosomatic Medicine*, 59, 584-595.
- Larson, D.G., & Chastain, R.L. (1990). Self-concealment: conceptualization, measurement and health implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 439-455.
- Lautenbacher, S., Pauli, P., Zaudig, M., & Birbaumrt, N. (1998). Attentional control of pain perception: the role of hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(2), 251-259.
- Lynn, R., & Eysenck, H.J. (1961). Tolerance for pain, extraversion and neuroticism. *Perceptual and Motor Skill*, 12, 161-162.
- Mabe, P.A., Rliey, W.T., Jones, L.R., & Hobson, D.P. (1996). The medical context of hypochondriacal traits. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26, 443-459.
- Main, C.J., & Waddell, G. (1987). Psychometric construction and validity of the Pilosky Illness Behaviour Questionnaire in British patients with chronic low back pain. *Pain*, 28, 13-25.
- 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.
- Morgan, W.P., & Horstmen, D.H. (1978). Psychometric correlates of pain perception. *Perceptual and Motor Skill*, 42, 27-39.
- Noyes, R., Jr., Happel, R.L., & Yagla, S.J. (1999). Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. *Psychosomatics*, 40, 461-469.
- Otto, M.W., Demopoulos, C.M., McLean, N.E., Pollack, M.H., & Fava, M. (1998). Additional findings on the association between anxiety sensitivity and hypochondriacal concern: examination of patients with major depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 225-232.

- Pauli, P., Schwenzer, M., Brody, S., Rau, H., & Birbaumer, N. (1993). Hypochondriacal attitudes, pain sensitivity, and attentional bias. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(7), 745-752.
- Pilowsky, I. (1970). Primary and secondary hypochondriasis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 46, 273-285.
- Pilowsky, I. (1999). *Abnormal illness behaviour*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Raffi, A.R., Savron, G., Rafanelli, C., Conti, S., Grandi, S., & Fava, G.A. (1996). Hypochondriacal fears and beliefs in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 11(4), 374s.
- Robbins, J.M., & Kirmayer, L.J. (1991). Attribution of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*, 21, 1029-1045.
- Roome, P., & Humphrey, M. (1992). Personality factors in analgesic usage. *Stress Medicine*, 8, 237-240.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1970). *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: ConsultingPsychologist Press.
- Speckens, A.E., Spinhoven, P., Sloekers, P.P.A., Bolk, J.H., & van Hemert, A.M. (1996). A validation study of the Whitley Index, the Illness Attitudes Scales and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practicepatients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 95-104.
- Starcevic, V. (1990). Role of reassurance and psychopathology in hypochondriasis. *Psychiatry*, 53, 388-395.
- Starcevic, V., Kellner, R., Uhlenhuth, E.H., & Pathak, D. (1992). Panic disorder and hypochondriacal fears and beliefs. *Journal of Affective Disorders*, 24(2), 73-85.
- Stewart, S.H., Conrod, P.J., Gignac, M.L., & Pihl, R.O. (1998). Selective processing biases in anxiety-sensitive men and women. *Cognition and Emotion*, 12, 105-133.
- Stewart, S.H., Watt, M.C. (2000). Illness attitude scale dimensions and their associations with anxiety-related constructs in an non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 83-99.

원고 접수: 2004년 8월 14일

수정원고 접수: 2004년 9월 10일

게재 결정: 2004년 9월 14일

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2004, Vol. 9, No. 3, 665 - 692

The Effect of Anxiety and Cognitive Bias on Hypochondriasis in a Non-Clinical Sample: Illness Attitudes and Pain Perception

In-Hyae Yi

Department of Psychology, Kangwon National University

The purpose of these studies was to investigate an effect of anxiety and cognitive bias on hypochondriasis in a non-clinical college sample. Two studies focused respectively on hypochondriacal illness attitudes and pain perceptions as hypochondriasis were performed. In Study 1, the survey examined the effect of trait anxiety and attribution bias on hypochondriacal illness attitudes study. 91 subjects of six groups representing the possible combinations of high and low scores on the two scales, STAI(Spielberger et al., 1970) and the Symptom Interpretation Questionnaire(Robbins et al., 1991) were drawn from 809 undergraduates. The scores of the Illness Attitudes Scale(Kellner, 1986) between the 6 groups(emotional, somatic, and situational attribution groups with high or low anxiety level) were compared. The results of Study 1 were that both anxiety and attribution bias(both emotional and somatic attribution biases) of common bodily sensations were found to be good predictors of hypochondriacal illness attitudes. The Study 2 tested an effect of state anxiety and attribution bias on pain perceptions using experimental method. 141 undergraduates of three groups(emotional group, somatic group, and situational group were 47, 43, and 51 undergraduates respectively) were selected as the subjects based on their scores of the Symptom Interpretation Questionnaire. The subjects of three groups were assigned randomly to anxiety condition or non-anxiety condition. Under the conditions subjects were required to

evaluate how strong they were experiencing pain intensity to a series of pain stimuli on visual analogue scale. The result of study 2 were that there were no significant differences between emotional, somatic and situational attribution groups, as well as between anxiety and non-anxiety conditions in pain intensity. In conclusion, the present findings showed that the effect of anxiety and cognitive bias on hypochondriasis was confirmed in relation to illness attitudes, but not to pain perception. Finally, limitations of these studies and suggestions for future studies were discussed.

Keywords: *anxiety, cognitive bias of bodily symptom, hypochondriasis, illness attitudes, pain perception*

