

질병 표상 연구의 비판적 개관

한 덕 응

성균관대학교 산업심리학과

질병 표상에 관한 선행 연구들에서 사용한 접근법과 중요한 결과를 정리함으로써 장차 한국에서 연구할 수 있는 과제들, 구체적 연구 기법들 및 응용의 시사점을 논의하였다. 이 목적을 달성하기 위하여 다음 네 단면에서 선행 연구의 결과들을 요약하고 장래 연구 과제들을 논의하였다. (1) 질병과 건강에 관한 사회적 표상을 다룬 연구 결과들을 논의하였다. 질병에 관한 사회적 표상을 다룬 연구는 특히 각 문화나 하위문화에 따라서 달리 나타나는 사회적 표상의 특징점을 비교하여 이해하는데 중요하다. 사회적 표상을 다룬 국외의 연구들은 접근법에 따라서 사회적 구성주의, 민속적 건강 신념의 응용, 인지적 인류학 및 비판적 의학 사회학 관점에서 이루어진 연구들로 분류하여 중요한 발견점을 제시하고 논의하였다. (2) 질병에 관한 개인의 표상 연구들은 주로 건강심리학자들을 중심으로 이루어지고 있다. 이 방면의 연구들 가운데 건강과 질병의 가치, 질병의 발생 원인, 질병의 증상과 병명 부여, 질병의 시간적 경과, 질병의 치료 및 질병의 결과에 대한 신념, 태도, 행동의도 및 행동을 다룬 결과를 제시하고 장래 연구 과제들을 논의하였다. (3) 질병에 관한 개인 표상과 건강 증진 행동이나 질병 대처 행동과의 관계를 다룬 이론과 연구 결과들을 논의하였다. (4) 끝으로 질병 표상에 관한 장래 연구의 과제가 논의되었다.

질병과 건강의 표상에 관한 연구는 질병과 건강에 관해서 인간이 어떻게 이해하고 대처하는지 알아 내려는 목적에서 발전되었다. 질병의 표상에 관한 연구에서 질병이란 용어는 질환과 다른 의미로 정의된다. 질환이란 생의학의 관점에서 의학적 진단 범주에 따라서 분류된 신체적 징후와 증상처럼 신체의 생리적 변화를 지칭한다. 그러나 질병이란 환자나 전문인들이 질환에 관해서 지니는 사회심리학적 의미를 지

칭하는 개념이다. 그러므로 질병이란 일반인이나 환자가 주관적으로 느끼는 질병의 경험과 전문직 종사자들이 병에 대해서 지니는 해석, 사회적 평가 및 반응을 통칭하는 개념이다. 질병의 개념이 이처럼 정의되기 때문에 본질적으로 어떤 문화나 사회에서 어떤 사회심리학적 관점으로 접근하는가에 따라서 질병과 건강 표상에 대한 이해가 달라진다. 의료인류학의 관점에서는 질병이나 건강에 관한 표상이 여러 문화에서 어떻게 다른지 해명하는데 초점을 맞추게 된다. 의료사회학의 관점에서 보면 특정한 문화나 사회의 구성원들이 공유하는 질병과 건강에 관한 이른바 표상이 어떠하며, 어떤 사회 문화적 맥락의 영향을 받

* 국내에서 구하기 어려운 논문의 수집을 도와준 김동수 강사(뉴욕 Yeshiva대 임상건강심리학 박사과정)에게 감사를 표한다.

아서 형성되는지 해명하고자 한다. 또한 사회심리학의 관점에서 접근하게 되면, 질병과 건강에 관해서 사회적 표상이 형성되는 과정에 못지 않게, 특정한 사회에서 개인의 표상이 어떻게 형성되며, 질병이나 건강과 관련된 사회적 추론이나 행동에 어떤 영향을 미치는지 알아내고자 한다. 이처럼 질병과 건강의 표상에 관한 연구는 어떤 관점에서 접근하는가에 따라서 표상의 정의, 개념적 속성, 분석의 단위, 연구 방법, 표상의 구성 요소, 표상의 형성과 변화에 이르기까지 다양한 이론들을 구성하게 된다. 이 한편의 논문에서 다양한 관점에서 이루어진 이론과 연구 결과들을 상세히 논의할 수 없기 때문에 크게 분류했을 때 사회적 표상과 개인적 표상을 다룬 연구의 결과들을 비판적으로 다루기로 한다.

이 논문에서는 선행연구에서 자주 다루어진 주제들을 중심으로 논의하고자 한다. 이 논문에서 질병과 건강의 표상이란 질병과 건강에 관한 신념, 태도, 행동의도 및 행동에 관한 지식들을 포괄하는 개념으로 사용된다. 이 주제를 다루는 학자들은 질병과 건강의 표상이 지식 구조를 의미하기 때문에 질병과 건강을 과학적으로 이해하는데 중요하다고 본다. 이 관점은 이른바 생의학의 관점에서 이루어지는 질환에 관한 의학적 접근과 대조를 이룬다. 생의학의 관점에서 본다면 질병에 관한 이른바 과학적 지식이란 인체의 질환에 관한 지식이다. 그러나 이른바 생물·심리·사회적 관점에서 보면 일반인과 전문 의료인이 질병에 관해서 지니는 지식을 다루는 일이 과학적 연구의 주제가 된다. 달리 말해서 일반인도 질병 혹은 건강을 해석하고 설명하는 지식을 지니는데, 이 지식이 과학적 연구의 대상이 된다. 그런데 이 지식의 형성 과정에서 역사적으로 형성된 문화와 사회적 환경이 큰 영향을 미친다. 그러므로 생물·심리·사회적 접근에서는 역사적으로 형성된 문화와 사회적 환경의 영향을 반영하고 있는 질병에 관한 지식이 과학적 지식이 된다. 생의학적 관점에서 인체의 질환이 연구의 대상이 된 바와 달리, 질병에 관한 생물·심리·사회적 과학관에서는 인간의 질병을 대상으로 연구한다고 말할 수도 있다. 기능의 측면으로 말하자면 일반인이나 의

료인이 지닌 질병과 건강에 관한 지식에 의해서 건강을 유지하는 행동이 달라지고, 질병을 해석하고 치료하는 행동에 영향을 미친다는 사실이 이 방면의 연구를 통해서 분명히 밝혀졌기 때문에 인간의 질병에 관한 지식을 과학으로 다루게 된다. 예를 들면 환자가 지니고 있는 증상의 해석과 질병의 명칭 부여, 전문적 검진을 받으려는 결정, 전문 의료인과 환자의 관계에서 환자의 역할 부여, 치료 행동의 결정과 수행 등 여러 측면들이 환자가 지니고 있는 건강과 질병에 관한 지식의 영향을 받게 된다. 따라서 건강에 관련된 인간의 행동이나 환자와 의료인의 치료 행위를 이해하고 설명하려면 환자와 의료인이 건강과 질병에 관해서 지니고 있는 지식을 과학적으로 이해하는 일이 관건이 된다. 그런데 이 지식은 환자와 의료인이 생활하고 있는 사회의 역사와 문화의 영향을 받아서 형성된다.

필자가 이 방면의 선행 연구를 간략히 개관하기 위하여 대비시키려는 두 접근법은 질병에 관한 이른바 ① 사회적 표상에 관한 연구와 ② 도식 혹은 원형이나 개인의 인지적 표상에 관한 연구이다. 필자의 판단으로는 이 두 접근을 통해서 얻은 성과들이 건강과 질병의 표상을 이해하는데 상보적 역할을 한다고 본다. 서론에서는 필자의 관점에 따라서 (1) 대체로 서로 다른 두 가지 접근법의 특징과 각 접근법으로 수행된 연구의 기초 성과를 살펴본 후에 (2) 두 접근법의 연결 가능성을 검토하기로 한다. 이제부터 사회적 표상과 개인적 표상을 다룬 성과를 순서대로 각각 간략히 정리하기로 한다.

질병과 건강에 관한 사회적 표상

질병과 건강의 사회적 표상을 연구하는 학자들은 대체로 의학사회학이나 의학인류학의 관점을 반영한다. 이들의 관점은 Durkheim(1898)에 의해서 제안된 집합적 표상(collective representations)의 개념에 잘 나타난다. 한 마디로 요약하자면 이 관점에서 본 사

회적 표상이란 문화의 측면에서 이해되는 공적 표상(公的 表象)이다. 이 관점에서 본다면 문화가 독립변인이고, 질병의 분류와 진단, 병의 원인, 치료, 치료의 결과, 및 치료 행동은 종속변인이다. 그러므로 문화적 배경에서 형성되는 질병과 건강의 표상 역시 역사와 문화에 따라서 달라진다고 가정한다. 이 접근법에서 보면 한 문화권에서 구성원들이 공유하는 질병과 건강에 관한 표상의 특징점은 다른 문화와 비교함으로써 가장 잘 부각될 수 있다. 심리학적 접근과 달리, 의학사회학이나 의학인류학은 이처럼 문화적 상대성의 관점에서 비교 문화 연구의 필요성을 강조한다.

의학사회학과 의학인류학 분야의 연구들은 건강이나 질병에 대해서 문화적으로 전수된 의미가 무엇인가를 설명하는데 관심의 초점이 있다. 따라서 Moscovici(1984)가 주장하는대로 일정한 사회문화적 맥락에서 역사적 과정을 거쳐서 형성된 건강과 질병에 관한 사회적 표상을 다룬다. 하나의 문화권에서 이루어진 연구든지 혹은 비교문화적 연구 방법으로 얻은 연구의 성과든지 공통적으로 특정한 사회문화적 맥락의 중요성을 강조한다. 특히 문화적으로 전수된 건강과 질병의 의미를 핵심 과제로 다루는 의학인류학은 특정한 문화권에서 일반인에게 나타나는 표상이 다른 문화권과 크게 다를 수 있음을 보인 점에서 건강과 질병의 이해에 크게 기여하고 있다. Chrisman과 Kleinman(1983)의 표현을 빌리자면 건강을 위협하는 요인들에 대한 인간의 반응이 문화적 맥락에 따라서 달라짐을 보인데 의학인류학 연구들의 의의가 있다. 달리 말해서 서구와 다른 문화권에서는 건강과 질병에 관한 의미가 서구 문화권과 크게 다를 뿐만 아니라 건강 문제에 관해서 생물학적 관점에서 사고하는 경향도 다르다는 사실이 밝혀졌다. 이 방면에서 이루어진 연구 결과들은 서로 다른 문화권에서 증상과 질병을 설명할 때 사용하는 설명의 구조가 크게 차이를 보여주었다는 점에서 주목할 만하다.

Skelton과 Croyle(1991, p. 1)은 질병에 관한 사회적 표상이 문화에 따라서 다르다는 사실이 서구 심리학자들로 하여금 구체적으로 다음 두 가지 가능성을 고려하도록 만들었다고 주장한다. 첫째 건강과 질병

에 관해서 개인이 지니는 표상들이 특정한 문화권에서도 서로 다를 수 있다는 점에 착안하고, 둘째 개인 특유의 표상이 건강과 관련된 행동의 차이를 설명하는데 도움이 될 수 있다는 점이다.

이제부터 의학인류학 분야에서 얻어진 중요한 연구들을 검토함으로써 구체적으로 이 분야에서 얻은 성과를 간략히 제시하기로 한다. 의학인류학자들이 질병 표상의 연구를 통해서 알아내려는 내용에서는 건강심리학자들의 관심사와 공통된 점이 많다. 즉, 질병과 증상의 개념, 질병의 원인, 질병으로부터 초래되는 잠재적 결과와 생활에 미치는 효과, 이 질병 표상이 심리적 반응이나 행동 반응에 미치는 영향들을 다룬다. 그러나 건강심리학과 달리 질병의 사회적 표상 연구에서는 의학인류학 나름대로 독특한 관심사, 접근법 및 연구 기법을 지닌다. 우선, 의학인류학자들은 질병의 표상이 문화에 따라서 다르다고 가정하기 때문에 증상의 해석, 질병의 명명, 환자와 가족의 대응 반응과 치료의 추구 행동이 문화에 따라서 어떻게 달라지는지 알아내려고 한다. 다음으로 의학인류학자들은 각 문화에서 나타나는 질병 표상의 특징을 알아내기 위하여 토착적 관점에서 어떤 표상을 지니는지도 연구한다. 이 관점에서 본다면 한국 문화에서 나타나는 토착적 질병의 표상은 서구 문화에서 볼 수 있는 질병의 표상과 다를 수 있다. 질병의 표상 연구에서 보인 의학인류학의 관점은 Farmer와 Good(1991, pp. 137-144)에 의해서 역사적 순서대로 다음 네 가지로 정리가 시도된 바 있다. 여기서는 심리학자들에게 의학인류학 연구가 비교적 생소한 점을 고려하여, 먼저 이들이 지적한 내용을 간략히 소개하고, 이어서 몇 가지 중요한 연구 성과들을 다룬다.

민속적 건강 신념의 관점: 1950년 이후 인류학자들이 공중보건 전문가들과 협력하여 개발 도상국들과 미국에서 건강과 질병의 표상을 연구하게 되었다. 이 방면에서 이루어진 대부분의 연구들은 각 문화권에서 일반인들이 건강이나 질병과 관련해서 보이고 있는 부적절한 행동을 의학 지식과 일치되는 방향으로 변화시키려는데 목표를 두고 이루어졌다. 이 시점에서

사회심리학자들은 뒤에 살펴보게 될 건강신념모형(health belief model)에 입각하여 보건 전문가들과 협력 연구를 시작하게 된다. 민속적 건강 신념을 연구하기 시작한 의학인류학자들이 그 후에 합류한 사회심리학자들과 관점을 달리한 점은 특히 각 문화권에서 건강에 관한 신념이 어떻게 달리 나타나는지 분석하려 했다는데 있다. 의학인류학자들은 이 과제를 수행할 때 각 문화권마다 지니고 있는 토착적 질병의 신념들을 각 문화의 시각에서 이해해야 한다는 관점을 보였다. 왜냐하면 특정한 문화권에서 나타나는 신념과 행동이, 비록 다른 문화권에서 보면 불합리해 보일지라도, 그 문화권에서 보면 나름대로 이해되기 때문이다. 이와 같이 건강에 관한 지식을 이해할 때 생의학적(biomedical) 관점을 벗어나서 문화적 상대성을 강조하는 관점을 보이게 된다.

한편, 각 사회가 처한 특수성에 상관없이 건강신념모형에 따라서 건강에 관한 표상을 일반적 관점에서 접근하게 되면 이론이나 실무에서 몇 가지 한계를 지닌다는 비판도 의학인류학자들에 의해서 제기되었다. 우선, 이 비판적 관점에서 보면 건강과 관련된 행동들이 개인이 지니고 있는 신념보다 각 사회가 안고 있는 환경오염, 주거조건, 식품산업, 빈부격차, 작업조건, 건강과 관련된 기관의 제도나 행정 등 원격 요인들의 영향을 크게 받는 점이 중요하다. 즉, 개인이 의도적으로 조절할 수 없는 이 요인들과 연결시키지 않고는 이 모형의 타당성에 한계가 있다고 본다.

다음으로 질병 신념의 개념을 사용해서 질병의 표상을 연구하는 이론적 근거에 대해서도 의학인류학자들의 비판이 제기되었다. 이 비판은 질병에 관련된 신념을 알아내는 방법에 따라서 다른 결과를 얻게 된다는데 근거를 둔다. 질병의 신념 자체가 질병에 관해서 진술하게 되는 대상(의사, 연구자, 가족)에 따라서 달라지는 담론의 형태를 지니기 때문에, 여러 연구자가 담론분석(discourse analysis) 연구법으로 얻은 결과는 일종의 사회적 표상으로서 특정한 사회에서 볼 수 있는 표준적 신념에 해당된다. 따라서 이 표준적 신념이 문화나 사회에 따라서 달리 구성되는 점을 간과하면 문화마다 달리 나타나는 특징점을 이

해하기 어렵다. 또한 건강신념모형처럼 신념을 중시하는 전통은 인간의 행동이 이성적 사고에 근거를 두고 이루어진다고 가정하는 이른바 합리주의의 산물이다. 여러 도식 연구에서 밝혀진 대로 환자나 일반인의 행동도 간편추론도식(heuristics)에 의존하기 때문에 때로는 합리적 과정을 거쳐서 결정되지 않을 수 있음이 분명해졌다. 건강신념모형에 근거를 두고 질병의 표상을 연구하려는 접근법이 이처럼 여러 한계점을 지님에도 불구하고 수정된 형태로 지금까지 의학인류학 분야에서 연구가 이루어지고 있다.

인지적 인류학의 관점: 이 접근은 민속 신념의 연구에서 나타난 제한점을 방법론적 면에서 수정했다고 볼 수 있다. 이 접근에서는 여러 문화에서 나타나는 질병의 분류체계, 원형들, 도식들 혹은 담론 구조를 중심으로 인지적 정보처리의 구조를 다룬다. 따라서 이 접근법은 뒤에 살펴보게 될 건강심리학 분야의 도식적 접근 혹은 원형적 접근과 유사하다. 다만 의학인류학 분야에서는 문화의 영향을 강조하여 대체로 비교 문화 연구를 수행한다는 점에서 전자와 다르다.

이 분야의 초기 연구들은 질병의 증상, 질병의 원인, 치료의 유형 등 의학적 분류에 초점을 맞추었다. 이 연구자들은 대체로 문화에 따라서 이 요인들의 상호 관계를 조직하는 틀이 달라진다고 가정한다. 예를 들면 D'Andrade(1976)는 북미와 멕시코 피험자들의 질병 범주들을 다차원분석함으로써 질병의 여러 속성들을 연결짓는 특수한 개념적 관계를 알아내고자 했다. 그는 조사 대상들이 가장 관심을 보이고 질병의 추론에서 자주 사용하는 질병의 속성이, 각 질병의 독특한 특징들이 아니라, 질병의 심각성이나 치료 가능성 등 내포적 속성이라는 주장을 제시했다. 예를 들면, 보통 사람들이 암에 대해서 알고 있는 내용은 암세포라고 정의되는 세포적 특징이 아니라, 암에 걸리면 생명이 위험하고 고통스럽다는 표상이다. 또한 암이 생명에 위험하고 고통스럽다는 표상을 지니면, 비록 암 치료를 통해서 암이 지니는 특징적 모습을 변화시킬 수 없더라도, 암에 대해서 생각하는 방식을 극적으로 변화시킬 수는 있다고 본다.

이와 유사한 관점에서 질병 표상에 관심을 갖는 학자들은 각 문화에서 자연적으로 발생하는 질병의 담론을 다루고, 이 담론과 형식적 인지구조의 관련성을 해명하려고 한다. 즉, 질병의 담론들, 이 담론들의 문화적 형성, 이 담론의 생성 과정에 내재하는 문화적 모형을 연구하는데 초점을 맞추게 된다. 따라서 질병 모형들의 형식적 속성을 떠나서 자연적 담론에 관심을 보이게 되고, 질병의 표상이 나타나게 되는 맥락에 연구의 초점을 맞추게 된다. 인지적 인류학의 관점에서 본다면 연구자와 조사 대상이라는 제약된 관계에서 얻은 질병의 표상이란 자연스럽게 실제로 통용되는 질병의 표상과 동떨어진 인위적 표상일 수 있다.

질병의 표상을 문화적으로 구성된 실체로 보는 관점: 이 관점은 질병 표상에 관한 의미 중심의 접근이라고도 부른다. Kleinman(1975, 1980)은 질병의 표상이 설명 모형으로 이해될 수 있다고 주장했다. 이 모형은 임상가와 치료자는 물론 질병을 지닌 개인이나 가족들이 질병을 이해하는 도식이기도 하고, 일반인, 민속 및 전문적 의학계 문화에서도 볼 수 있는 모형이다. 이 접근에서는 공식적으로 응답을 이끌어내는 인지 연구들과 달리, 임상적 맥락에서 질병을 앓거나 치료 과정에서 보이는 환자의 설명 모형들을 연구한다. 이 설명 모형들은 각 상황에서 나타나는 이야기로 나타나게 되고, 질병의 경험 과정에 따라서 개인의 설명을 구성하게 된다고 가정한다. Kleinman, Eisenberg 및 Good(1978, p. 256)는 일반적으로 환자의 설명 모형들이 대개는 잘 짜여져 있지도 않으며, 임상가들의 모형보다 덜 추상적이며, 질병이나 치료 경험 후 결과의 평가 역시 의료 전문가와 달리 잘못된 평가 기준에 근거를 두고 이루어질 수 있다고 주장한다. 이처럼 환자가 지닌 설명 모형은 임상적 현상을 설명하는 임상전문가의 모형들과 대비된다. 환자가 지닌 설명 모형들은 환자의 사회 계층, 문화적 신념, 교육, 직업, 종교 및 과거에 질병이나 건강을 돌보면서 경험한 내용을 반영한다. 그러므로 이 방면의 연구들은 사람들이 질병에 관한 정보를 개인이 저

장하고 정보처리하는 방식에는 큰 관심을 보이지 않는다. 고통스런 신체적, 심리적 및 사회적 경험들을 해석하려고 할 때 사회 문화의 틀에서 과거에 경험을 통해서 형성된 전형적 설명 모형이 어떤 역할을 하는지 알아내는데 관심을 기울인다.

이론적 의미 중심의 접근을 취하는 학자들은 질병의 특징에 따라서 명명하게 되는 질병 범주들의 공식적 정의에 반발한다. 그 대신 이들은 질병의 표상들이란 서로 결합된 의미들의 집합을 옹호시킴으로써 여러 뜻을 지니는 상징들로서, 기저의 의미 연결망과 연결된다고 주장한다. 이들의 주장에 따르면 질병의 범주는 단지 증후들을 정의짓는 하나의 집합으로 이해할 수 없다. 질병 범주란 전형적 경험들의 증후군으로서 한 사회의 구성원들이 흔히 함께 경험하는 '어, 경험 및 감정의 집합이다. 이들의 주장은 인지적 저장에서 생각이나 기억들이 연결된 패턴을 구성한다고 가정하는 인지심리학 분야의 의미연결망 이론과 다르다. 앞에서 인용한 바와 같이 인류학자들로서 이들은 질병 표상을 구성하는 의미론적 연결망이 특정한 사회의 역사와 개인적 경험을 통해서 형성되는 문화의 소산이라고 본다.

비판적 의학인류학의 관점: 이 관점에서 보면 질병의 표상이란 사회의 지배 세력에 의해서 영향을 받은 잘못된 표상을 반영한다. 신맑스주의의 영향을 받은 이 접근에서는 이른바 질병에 관한 상식이 궁극적으로 현존하는 사회관계를 정당화하는 방향으로 발전된다고 주장한다. 그러므로 상식과 마찬가지로 질병에 관한 가치, 태도, 신념들도 기존의 확립된 질서와 지배 계층의 이해를 지원하는 방향으로 형성된다고 본다. 이 접근에서는 사회에서 세력을 지니거나, 사회의 엘리트거나, 의학 전문인들이거나, 권한을 지닌 사람들의 이해에 기여하는 방향으로 잘못된 질병 표상들이 어떤 경우에 나타나는지 문제삼는다. 복미 대륙의 일부 소수 인종이나 브라질의 등나무 베는 사람들에서 발견된 바와 같이, 특정 문화에서는 신경증이나 스트레스 등의 증상들이 빈곤에서 초래됐음에도 불구하고 의학적 문제라고 보게 되고, 치료해야 할 개인

의 신체 조건으로 보게 된다. 실제로는 사회적 조건에 의해서 발생하는 여러 유형의 고통들이 문화의 관점에 따라서 때로는 질병으로 정의되고, 의학적 문제로서 치료의 대상이 되기도 한다. 비판적 의학인류학의 관점에서 보면 이 현상은 정치적 문제를 의학적 문제로 전환시킨 결과이다. 일단 이와 같은 전환이 이루어지면, 마치 비판적 의식을 중립화시켰을 때와 유사하게, 궁극적으로 지배 계층의 이익에 기여하게 된다고 주장한다(예, Scheper-Hughes & Lock, 1987). 그러므로 질병의 표상을 제대로 분석하려면 명시적으로 드러나지 않은 지배 세력의 이해 관계를 비판적으로 밝혀내야 한다고 주장한다. 즉, 질병의 표상에서 지배 세력의 관점을 유지하는데 기여하도록 잘못 표상된 내용을 밝혀내야 한다.

이 관점의 연장선에서 고통과 질병의 표상이란 고통받는 사람들이 보이는 저항의 한 형태로 볼 수도 있다는 주장도 제기되었다(Kleinman, 1986; Scheper-Hughes & Lock, 1987). 이 견해에 따르면 질병의 내면에 감추어진 사회적 및 정치적 의미를 들어낼 수 있도록 질병에 대한 해석을 제시하는 일이 질병 표상 연구의 중요한 과제이다. 이 관점은 현재까지 의학인류학 분야에서 괄목할만한 실증 연구의 성과를 제시하지는 못했지만, 질병 표상의 성질에 관해서 기존의 관점들과 대립되는 논쟁점을 제공하고 있다.

질병의 사회적 표상 연구의 중요한 성과

앞에서는 의학인류학 분야에서 이루어진 몇 가지 관점의 변화를 살펴보았다. 다음으로 의학사회학과 의학인류학 분야에서 이루어진 연구 가운데 중요한 성과를 정리해 보기로 한다.

Zola(1966)는 객관적 심각성을 기준으로 신체 장애를 판단할 수 있다고 보는 관점이 잘못되었다고 주장한다. 그는 임상적으로 심한 증세를 보이는 질환들이 실제로는 각 문화에 존재하는 통계적 규범에 의해서 정의된다는 가설을 제안하고, 이 가설을 지지한다고 해석한 자료를 보고했다. 의학적 치료를 받고자 하는 결정은 증상의 객관적 심각성이나 고통과는 상

관이 없고, 각 사회의 문화나 하위 문화에 따라서 사회적으로 조건화된 선택 과정의 영향을 받아서 작동한다고 주장했다. 구체적으로 Massachusetts 병원에서 치료를 받은 이탈리아계 환자 63명과 아일랜드계 환자 81명의 자기 보고를 분석한 결과, 아일랜드계인들은 이비인후과 증상들을 호소한 반응이 이탈리아계인들보다 높았다. 또한 아일랜드계 사람들은 통증이 없음에도 불구하고 병원 치료를 받은 백분율(54%)이 이탈리아계 사람들(27%)보다 높았다. 그 뿐만 아니라 병원에서 치료받는 환자들을 분석한 결과를 보면 이탈리아계인들은 분산된 여러 복합 증세를 보인 반면, 아일랜드계인들은 구체적이면서 소수의 증상을 호소하는 경향이 높았다.

건강과 질병에 관한 사회적 표상의 관점을 잘 반영한 고전적 연구로는 Herzlich(1969/1973)의 연구들을 수 있다. 그녀가 파리 시민 80명을 개방식 면접으로 연구한 바에 따르면, 건강은 단지 질병이 없는 상태로 표상되지 않고, 자기와 자연의 조화스런 관계로 표상되었다. 그러나 건강과 달리 질병은 원인이 있는 사건으로 표상되었다. 이 조사에 참여한 사람들은 질병이 무엇보다 유독성 때문에 발생된다고 보았다. 그녀는 문명한 수도권에 살고 있는 사람들이 생활에 불만족하기 때문에 인공적으로 조리된 식품, 부자연스런 생활 리듬, 도시의 소음 및 대기의 오염 등이 질병의 원인이라고 보는 질병 표상을 형성하게 되었다고 설명했다. 그녀의 관점으로 보면 이들이 지닌 건강과 질병의 표상은 그들이 처한 사회 환경의 산물이다. 그녀가 시골 지역인 Normandy에서 조사한 연구의 결과도 파리에서 얻은 건강과 질병의 표상과 유사하였다. 이 지역 사람들은 질병의 원인으로 도시 생활의 부자연스러운 환경을 지적하고, 도시 생활 환경이 시골 지역에 침투하고 있기 때문에 시골 지역에서도 질병이 발생한다는 관점을 보였다. 또 한가지 흥미 있는 결과는 의학이 생명을 연장시키는데 크게 기여했는가하는 질문에 대한 응답이었다. 이 지역 사람들은 대부분 의학의 발달로 인해서 생명은 연장되었지만, 대부분의 사람들이 시골에 살던 시절에 비해서 생활의 질은 덜 좋다고 대답하였다. Herzlich와

Pierret(1984/1987)의 후속 연구에서는 저명한 사람들 가운데 병약한 이들의 일기를 분석하고, 조사 시점에서 앓고 있었던 사람들을 면접하였다. 이 연구에서도 대다수 사람들이 현대 의학이 질병 경험을 크게 바꾸어 놓았다고 지각했다. 무엇보다도 현대의 질병 경험이 100여년전 사회와 비교해서 극적으로 달라졌다는 반응을 보였다.

한편, Angel과 Thoits(1987)는 문화에 따라서 증상들이나 증상들의 구조가 다르기 때문에, 질병 명칭을 부여하는 과정도 다르고, 이 질병 명칭 부여에 따라서 건강과 관련된 행동을 평가하거나 행동을 결정하는데 달리 영향을 미친다고 주장한다. 이들은 여러 종족을 대상으로 증상 인식, 질병의 명칭 부여, 치료의 추구 및 의학 조사 등을 다룬 연구 결과들을 종합하여, 문화가 질병의 인지 구조에 영향을 미친다는 이론적 틀을 제안한 바 있다. 이들이 제안하는 이론의 핵심은 사람들이 지니는 건강과 질병의 어휘들이 문화적으로 구조화된 형태로 전수된다는 점이다. 이처럼 문화의 영향으로 구조화된 건강과 질병의 어휘들은 신체와 심리 상태의 해석이나 전문적 도움을 추구하는 행동을 구조화하는데 한계를 지워준다. 예를 들자면 문화에 따라서 질병의 명칭 부여 과정이 서로 다른 현상은 D'Andrade, Quinn, Nerlove와 Romney(1972)의 연구에서도 보고된 바 있다. 비스페인게 사람들은 질병들을 전염성과 심각성의 두 범주로 조직화한 반면, 멕시코계 사람들은 라틴 문화의 뜨겁다-차다 차원에 근거를 두는 범주로 분류했다. 이 주장과 일치되는 다른 연구 결과가 Kleinman과 Kleinman(1984)에 의해서도 보고되었다. 이들은 미국과 중국의 의학 전문가들이 우울이란 병명을 부여하는 과정에서 큰 차이를 보인다고 보고했다. 전통적으로 중국에서는 문화 및 정치 체계에 대해서 지니는 불만의 표출을 삼가도록 고무함으로써, 신체적이거나 정서적 경험을 보고할 때 고통을 나타내는 어휘의 사용을 제한하게 된다. 결과적으로 중국인들은 전통적으로 우울을 표현할 때 신체적 증상으로 나타내는 경향이 높았다. 반면에 미국인들은 우울을 신체적으로 표현할 뿐만 아니라 감정적으로도 표출한다. 필자

(1994, p. 226)는 한국 문화권에서도 유학의 영향으로 중국과 유사하게 정서 표출을 자제토록 하는 경향이 높다고 주장한 바 있다. 이 주장이 타당하다면 한국인들도 우울증이나 사회적으로 억제가 권장되는 정서의 표출에서 중국인들과 유사한 경향을 보인다고 추론할 수 있다.

한편, Cheung, Lau, 및 Wong(1984)은 홍콩의 공립병원 정신과와 사립 정신병원 외래 환자들 282명(정신분열증 23.8%, 불안 33%, 우울 14.9%, 조울증 12.8%)을 대상으로 수행된 연구에서 의사 사무실에서 얻은 답론이 다른 상황 맥락에서 얻은 답론과 상당히 다름을 보고했다. 이들은 홍콩 사람들이 서구 사람들과 달리 몇 가지 심리적 증상들을 경험하지 못하는 이유가 특정한 정보 소통 맥락에서 사용하게 되는 용어를 결정할 때 문화적 규범과 언어적 관습들이 중요한 역할을 하기 때문이라는 해석을 제시한 바 있다. 또한 이 연구에서 홍콩의 환자들 가운데 64.8%의 환자들이 병원에 오기 전에 1년부터 3년까지 가족과 친한 친구들의 도움을 얻기 위해서 시간을 지체하는 현상도 보고되었다. 필자가 보는 바로는 한국에서도 이른바 집합주의 문화의 영향을 받기 때문에 증세를 지닌 환자 자신의 판단 뿐만 아니라 가족이나 친지들이 증세를 인정하거나 치료를 권장해야 전문적 진단이나 치료에 접근하는 경향이 높다고 본다.

한편 Cheung 등의 연구에서 얻은 치료 유형에 관한 자료를 보면, 중복 반응을 허용했을 때, 중국 한의학과 침술이 36.9%(공립병원, 15.5%, 사립병원, 21.4%), 양의학 83.7%, 종교·절에서 치료받은 경험 이 15.9%라고 보고하였다. 여기에 보고된 한의사의 침술 경험은 Kleinman(1982)이 중국 Hunan 지역에서 신경쇠약 환자를 대상으로 조사했을 때 84%가 지정한 보고보다 낮은 결과이다. Kleinman(1982)은 중국 Hunan에서 신경쇠약 환자 가운데 23%가 민속 치료를 받았고, 14%가 주술이나 무당 등 법적으로 인정받지 못하는 이른바 민속의 대체의학 전문가로부터 치료를 받았음을 보고한 바 있다. Cheung 등이 보고한 홍콩에서의 연구는 홍콩의 서구의학 수준을 가늠할 수 있는 결과이다. 또한 병원에 가게된 이유를 보

면 심리적 증상(38.3%)과 아울러 신체적 문제(29.2%)의 보고가 높았다. 자주 언급된 단일 이유를 보면, 정서 문제(12.3%), 수면(9.7%), 진단 명칭(6.0%), 신경계·심장혈관계 증상(11.4%) 등이 보고되었다. 한편, Lee(1980)의 연구에서 건강을 증진하기 위한 보양 문제로는 중국의학을 사용하고, 고통스런 증상의 구제를 위해서는 서양의학을 선호함을 보고했다. 필자의 판단으로는 비록 정도의 차이는 있겠지만 한국에서도 민속 치료와 대체의학의 선호와 활용, 그리고 보양을 위한 보약의 사용 등에서 이와 유사한 경향을 보이리라 보고 본다.

한편, Joshi(1995, p. 171, pp. 181-182)가 인도와 영국의 당뇨병 환자들을 대상으로 실시한 면접 조사에서 환자가 진술한 발병 원인을 내용분석한 결과에 따르면, 발병 원인에 대한 일반 환자의 설명이 문화에 따라서 달라짐을 볼 수 있다. 인도 환자들은 차례대로 심리적 스트레스(22%), 식사(18%) 및 유전(13%) 등을 중요한 발병 원인으로 지적한 반면, 영국의 환자들은 유전(19%), 속크(15%) 및 스트레스(11%)를 중요한 원인으로 들었다. 이 연구에서 영국 환자들이 심리적 스트레스보다 속크를 더 중요한 요인으로 지적했는데, 영국 환자들이 사용한 속크의 의미는 심리적 스트레스 출처보다는 신체적이며 병리학적인 요인이었다. 인도의 환자들이 스트레스를 가장 중요한 발병 원인으로 지적했는데, 이들이 사용한 스트레스의 의미는 가족의 의무에서 초래되는 문제들에 초점이 맞추어져 있었다. 이 연구자들은 발병의 원인에 관한 이러한 인도인의 설명이 힌두교의 영향을 받은 인도 사회에서 개인적 자기와 가족의 한 사람으로 정체화된 자기의 심리적 갈등을 반영한다고 해석했다. 이 해석을 적용해 본다면 한국 사회에서도 질병의 원인이나 치료에 관한 토착 신념과 아울러 오랜동안 유교의 영향을 받았기 때문에 환자들이 가족이나 인간관계의 갈등을 중요한 발병 원인으로 지적할 가능성이 높다.

질병과 건강에 관한 개인적 표상

개인적 질병 표상 연구의 중요한 성과

건강과 질병에 관한 의학적 인류학과 사회학의 사회적 표상 연구를 살펴보면, 비교문화적으로 다루었든 혹은 단일 사회의 표상을 다루었든지, 심리학의 접근과 비교할 때 연구의 방법론이나 분석의 수준에서 현저한 차이를 보인다. 특히 인류학적 혹은 사회학적 접근에서는 개인 수준에서 일반인들이 지니는 건강과 질병 표상의 구조 문제는 다루지 않는다. 따라서 개인이 지니는 건강과 질병의 표상이 개인의 질병 경험에서 어떻게 나타나는지, 질병에 관한 표상 구조와 과정이 개인이 지니고 있는 다른 인지 구조들과 어떤 관계를 이루는지, 그리고 건강과 질병의 부적절한 표상 구조가 행동에 미치는 효과를 어떻게 수정할지에 대해서는 대답하기 어렵다. 심리학의 관점에서 본다면 이 질문들에 체계적으로 답변할 수 있어야만 건강과 질병에 관한 종합적 이론을 마련할 수 있다(Skelton & Croyle, 1991, p. 2). 이 방면의 심리학적 표상 연구는 1980년대 이후에 활발히 연구되기 시작하였다. 여기서는 이 방면의 중요한 연구들이 거둔 성과들을 간략히 개관하기로 한다.

먼저 질병에 관한 상식적 표상을 건강심리학적으로 다룬 Leventhal과 공동 연구자들의 연구 결과를 정리하면 다음과 같다. Leventhal, Meyer와 Nerenz(1980)는 건강 위협에 대해서 환자가 지니는 심적 표상이 이 위협에 대한 반응에 영향을 미친다는 관점을 제안했다. 구체적으로 환자가 치료와 관련하여 전문가의 처방에 순종하는 현상을 설명하기 위하여 이들은 환자가 지니고 있는 질병의 암묵적 이론(implicit theories of illness)을 사용한다는 가설을 제안했다. 이 질병의 암묵적 이론은 건강의 위협 요인들을 이해하고 자기의 행동을 조절하기 위하여 사용된다고 가정했다. 이들은 환자가 지닌 질병의 암묵적 이론이라는 용어 대신에 질병도식이라는 개념을 사용하기도 했는데, 후에 이 질병도식의 개념이 더 자주 사용된다. 물론 Leventhal 이전에 Rosenstock(1966, 1974)도 기대-가치설에 근거를 둔 건강신념모형

(Health Belief Model: HBM)을 제안하면서 환자의 신념이 건강과 관련된 행동에서 중요한 역할을 한다는 주장을 제안하였다. 이 모형은 질병의 예방이나 치료에 관련된 환자의 행동이 건강 위협의 지각(일반적 건강가치, 발병 취약성, 및 발병 결과의 심각성)과 특정한 건강 행동이 건강 위협을 감소시킬 수 있다는 신념이라는 두 요소에 의해서 결정된다고 주장했다. 그러나 건강신념모형은 건강과 관련된 행동을 예언할 때 이 행동에 관련된다고 가정되지 않은 다른 중요한 변인들의 수가 매우 많다는 문제점을 지닌다. 예를 들면 Becker와 Maiman(1983)은 기존 연구들로부터 건강과 관련된 행동과 상관되는 80여개 변인들을 제시한 적도 있다. 이 연구 결과들은 현재 시점에서는 쉽게 이해될 수 있다. 왜냐하면 신념이 행동을 예언하는데 기여하는 변량이 크지 않고, 의도, 행동 통제력, 습관, 자기효능성 등이 더 직접적으로 영향을 미칠 수 있기 때문이다. 그러나 이 건강신념모형이 제안됨으로써 더 나은 건강 행동이나 치료 행동이 제안되는 계기가 마련되었다는 점에서 역사적 의의가 크다. 이 모형과 최근에 발전된 수정모형에 관해서는 질병표상과 행동의 관계를 다루는 부분에서 검토하기로 한다.

Leventhal과 공동연구자들이 제안한 질병 도식적 접근을 건강신념모형 연구와 대립시켜 보면 다음 두 가지 측면에서 달리 기여한 점이 드러난다(Skelton & Croyle, 1991, p. 3). 첫째, Leventhal과 공동연구자들의 질병도식에 관한 접근은, 도식의 개념에서 볼 수 있는 바와 같이, 환자가 지닌 질병의 신념들이 구조화되어 있다고 가정한다. Leventhal과 공동연구자들은 일반인들이 지니고 있는 질병 표상의 형성에 영향을 미치는 출처에 대해서도 언급한 바가 있다(Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984). 이들의 주장에 따르면 ① 질병의 증후들에 대한 의미의 해석과 의학적 치료 과정을 반영하는 문화적 요인, ② 건강을 돌보는 전문가들이나 문외한을 포함하여 타인들로부터 얻은 정보들 및 ③ 개인이 직접 경험한 질병이나 치료의 경험들이 질병에 대해서 개인이 지니는 표상을 형성한다.

Leventhal보다 더욱 간결하게 질병의 표상이 형성되는 배경을 설명하는 학자들은 사회에서 통용되고 있는 질병에 관한 일반인들의 상식적 설명과 개인이 질병과 관련해서 경험하는 개인 특유의 경험이 사회적 표상을 형성한다고 보기도 한다(Farr & Markova, 1995, p. 98).

둘째, Leventhal과 공동연구자들이 제안한 질병도식의 관점은 이 인지 구조가 건강과 관련된 행동 과정에 중요한 영향을 미친다고 가정한 점에서 건강신념모형보다 발전된 접근이다. 즉, 일반인들이 개인적으로 지니는 질병도식이 질병에 대한 대처를 유도하고, 의학적 치료에 개입하여 따르도록 하며, 치료의 효과를 평가하는데 영향을 미친다고 가정한다. 요약해 보면, 질병에 관한 표상을 질병도식에 초점을 맞추어 이론화한 Leventhal과 공동연구자들의 이론은 (1) 질병도식이 다른 인지적 표상 구조와 같은 방식으로 작동하며, (2) 이론적으로 질병에 관한 특수한 표상 역시 일반인들이 지니고 있는 인지의 이해에 근거를 두어야 한다는 인식을 고조시킨 점에서 이 방면의 연구에 기여했다.

Leventhal과 공동연구자들(Baumann, Cameron, Zimmerman, & Leventhal, 1989; Meyer, Leventhal, & Gutmann, 1985)은 실증 연구를 통해서 일반인이 지니는 질병의 표상을 보고한 바 있다. 이 연구들에서 질병 표상이 ① 증세와 병명(질병의 정체, identity), ② 질병의 원인 혹은 귀인, ③ 질병의 결과, ④ 질병의 시간적 경과(예, 급성, 만성, 순환성) 등으로 구성된다는 결과를 보고하였다. 다른 연구자들 가운데 Leventhal이 제안한 표상 모형에서 특정 구성 요소들에 초점을 맞추어서 연구하는 학자들도 있다.

한편, Leventhal, Nerenz와 Steele(1984)는 질병 표상과 치료 행동을 연결지어서 건강 위협에 대처하는 과정을 다룬 자기조절모형을 제안한 바 있다. 이 모형은 심리학의 다른 분야에서 이루어진 다음 두 주제의 연구 성과를 질병의 심적 표상 연구에 통합했다는 장점을 지닌다. 첫째, 설득에 관한 사회심리학 연구들인데, 이 분야의 연구는 건강 행동의 변화에 관심을 지닌 학자들의 관심을 끌었다. 두 번째 주제는

정서에 관한 연구인데, 이 분야의 연구는 공중의 건강 문제를 다루는 학자들에게는 큰 영향을 미치지 못했지만, 질병에 대한 대처 과정을 연구하는 학자들에게 큰 주목을 받게 된다. 이 모형의 내용과 이에 대한 비판점은 개인의 질병 표상과 행동의 관계를 다루는 사회인지이론들을 비판적으로 개관하게 될 필자(1997)의 다음 논문에서 다시 언급한다.

한편, Lau와 공동연구자들(Lau, Bernard & Hartman, 1989; Lau & Hartman, 1983)은 의학에 문외한들이 지니고 있는 일상적 질환들의 표상을 다루었다. 이 연구에서도 조직화되고 시간 경과와 관계없이 비교적 안정된 공통적 질병의 도식이 존재한다는 결과를 얻었다. 이들은 Leventhal과 공동연구자들이나 Bishop과 공동 연구자들과 구별되는 연구 방법을 사용하여 질병 표상에 관한 결과를 보고하였다. Lau와 Hartman(1983)의 초기 연구에서 Leventhal 등이 보고한 급성환자들의 질병 표상 구성 요소들이 비교적 건강한 사람들에게도 나타나는지 검토하였다. 이 연구에서 시간의 경과에 관계없이 조직화되고 비교적 안정된 공통적 질병 도식이 존재한다는 결과를 얻었다. 이들은 비교적 건강한 대학생들에게 감기나 독감처럼 일상으로 경험하는 질병을 자신의 말로 기술하게 한 자료를 얻어서 내용분석하였다. 이들은 Leventhal이 제시한 ① 질병 분류의 명칭(identity), ② 질병의 원인, ③ 시간적 경과, ④ 질병의 결과 이외에 다섯번째 구성 요소로서 ⑤ 치료가 포함된다고 보고했다. 이들이 다섯번째 요소로 보고한 치료 요소는 질병으로부터 어떻게 회복될 수 있는지에 관한 신념을 의미한다. 이들은 또한 이 치료 요소가 만성적 질병보다 회복이 기대되는 급성적 질병들을 기술할 때 우세하게 나타나는 경향이 있음을 보고했다. Lau와 공동 연구자(Lau et al, 1989)의 연구에서 시간의 경과에 따라서 질병 경험을 검토했을 때도 위의 다섯 구성 요인들이 나타남을 보고한 바 있다. 또한 이 연구에서 이 다섯 요소들이 질병의 시간 경과와 상관없이 안정되게 나타날 뿐만 아니라 질병과 관련된 행동을 예언하는데도 연관됨을 알아냈다. 예를 들면, 질병 명칭에 대해서 강한 확신이나 치료 요소를 지닌 사람

들이, 질병과 관련된 일화적 경험을 지니거나 증상의 경험이 없었던 사람들보다, 건강 진단을 위해서 의사를 찾는 행동이 더 빈번하게 나타남을 보고했다.

Leventhal과 Lau에 의해서 질병 표상들이 다섯개 구성 요소로 이루어져 있다는 결과가 보고되었지만, Lau를 포함한 다른 학자들은 질병에 관한 표상에 내재하는 차원을 알아내고자 했다. 이 연구자들은 질병 표상을 특징짓는 인지적 차원들이 존재한다고 가정한다. 이 방면의 초기 연구들 가운데 Jenkins(1966; Jenkins & Zyzanski, 1968)는 의미미분법을 사용하여 질병 표상의 차원을 요인분석 방법으로 추출했다. 정상 성인들에게 결핵, 암, 척수염과 정신장애를 개념들로 사용하여 이 질병의 특징들을 양극 형용사 의미미분척도에 평정토록 하였다. 질병에 따라서 요인들을 설명하는 변량이 다소 달랐지만, 이 연구에서는 여러 질병에서 공통적으로 나타나는 최소한 세 요인이 해석 가능하다고 보고되었다. 이 요인들은 각각 개인적 관여, 인간의 극복력 및 사회적 바람직성이라고 명명되었다. 이 가운데 개인적 관여란 반응자가 보기에 질병이 특출하여 질병에 걸렸다고 느끼는 정도를 의미한다. 인간의 극복력이란 질병이 인간에 의해서 이해되고 통제될 수 있다고 느끼는 정도를 의미한다. 사회적 바람직성이란 질병과 연결된 수치 혹은 당혹감 수준을 의미한다. Ben-Sira(1977)는 그 후 이 요소들을 그가 질병의 심상(image)라고 부른 개념을 정의하는데 사용했으며, 이 심상이 질병을 예방하는 건강 행동과 중간 수준의 상관계수를 보인다는 연구 결과도 제시했다.

Lau와 Hartman(1983) 역시 질병의 원인과 치료의 구성 요소들이 이루고 있는 차원을 알아내고자 했다. 환자들이 최근 경험한 질병의 발생 원인과 상태가 좋아지게 된 이유들을 적도록 한 후, 이 이유들을 8개 귀인 척도에서 평정하도록 했다. 이 자료를 요인 분석하여 세 요인을 얻었다. 이들은 이 요인들을 내외차원, 안정성 및 통제가능성의 세 차원으로 해석했다. 이들은 이 결과가 Weiner의 세 차원의 귀인 분류 체계와 일치된다고 보았다. 한편 Turk, Rudy와 Salovey(1986)는 Leventhal, Lau, Jenkins 등이 사용

한 질병 표상의 5개 요소를 측정하는 문항들에 질병의 특징을 나타내는 붕괴성, 개인 책임성 및 심각성 문항들을 첨가하여 당뇨병 환자, 당뇨 교육 담당자 및 대학생들에게 실시했다. 피험자들은 자신이 경험한 적이 있어서 친숙한 당뇨병과 독감, 그리고 직접 경험하지 않은 암을 각각 위의 질병 표상의 요소들에 평정하였다. 이 자료를 사용하여 탐색적 요인분석과 확증적 요인분석을 거쳐서 각각 심각성, 개인 책임, 통제 가능성 및 변화 가능성으로 해석될 수 있는 네 요인을 얻었다. 그러나 심각성 요인이 전염성과 중복되는 등 해석에 다소 문제가 있었다. Turk 등(1986)의 연구 결과는 Leventhal, Lau 및 Bishop이 다섯 구성 요소를 밝힌 결과와 표면적으로는 불일치된다. 그러나 두 연구의 가정과 구체적 연구에 사용된 기법이 서로 달랐기 때문에 결과의 불일치 점을 해석하는데 여러 견해를 제시할 수 있다. 기법으로 보면 질병의 구성 요소를 알아내려는 연구들은 대체로 질병 경험을 조사 대상이 자유 기술토록 한 반면, 차원 연구에서는 질병을 개념으로 사용하여 일반적 질병 경험을 평정한 반응을 얻어서 분석하였다. 또한 각 연구에서 취한 기본 가정을 보면 구성 요소를 다룬 연구들이 질병 표상의 특수한 내용들을 가정하는데 비해서, 차원적 접근에서는 이 내용들을 직접 다루지 않고 이 내용들을 평가하는 방식에 따라서 차원을 구성한다고 가정한다. 이 두 접근법에서 나타난 상충된 결과는 질병의 표상 연구에서 상보적으로 보완 기능을 보일 수 있다는 점에서 주목된다.

한편, Bishop과 공동연구자들(Bishop, 1991; Bishop & Converse, 1986)은 일반 문외한들이 건강 문제를 질병으로 인식하는 질병의 정체화 혹은 질병의 명명 과정을 다룬다. 이들은 개인이 경험하는 증후를 개인이 지니고 있는 질병의 원형과 부합시키는 과정을 거쳐서 병명을 붙이게 된다는 주장을 제안했다. Bishop(1991)은 이 모형을 질병 표상의 원형모형이라고 불렀다. Bishop과 공동연구자들에 의해서 제안된 이 질병 표상의 원형모형으로 보면 사람들이 지니는 질병도식이란 다양한 질병들과 연합된 증상 및 다른 속성들의 이상화된 표상이다. 그는 원형이 사람

들로 하여금 질병 정보의 이용 가능성을 높여 주는 주된 기능을 지닌다고 가정한다. 그러므로 이 모형은 개인이 경험하는 증상들이 특정한 질병의 원형과 부합되는지 평가하는 기준으로 작용한다. Fiske와 Taylor(1991)의 분류로 설명하면, 질병 원형을 지니면 각 증상에 근거한 이른바 “세부적 정보처리”(piecemeal processing)를 거치지 않고, 각 질병의 “범주에 근거를 둔 정보처리”(category-based processing)를 할 수 있다. 질병 정보의 처리 과정에서 나타나는 특징으로 설명하자면, 범주화에 근거를 둔 정보처리는 개인이 경험하는 질병의 전반적 실체에 반응할 때 나타난다. 이 경우 사람들은 증상의 출처를 알아내기 위한 시도로서 질병의 범주에 따라서 활성화된 질병 도식에 적합하게 추론하고 반응하게 된다. 반면에, 세부적으로 정보처리하게 되면 사람들이 개별적으로 경험하는 증상들을 전체 증상으로 연결짓지 않고 별개로 반응하게 된다.

Bishop은 이 가정에 근거를 두고, 증상들의 집합이 높은 수준의 원형성을 지니게 되면 증상의 집합을 전체로 연결하게 된다는 가설을 제안했다. 이와 달리 증상 집합의 원형성이 낮은 경우에는, 증상과 원형을 연결짓는 연결의 전체 수가 반드시 감소되지는 않더라도, 개별 증상들과 질병의 원형을 연결시키는 경향이 증가된다고 보았다. 이 가설에서 중요한 점은 자신에게 어떤 질병이 생겼는지 알아내기 위하여 사람들은 증상 정보를 특정한 질병 원형들과 연결짓는 방향으로 편향되게 정보처리한다는 점이다. 이 이론에서 사람들이 지니고 있는 질병의 원형이란 여러 질병과 관련되는 증상들 및 다른 속성들이 이상화된 표상이라고 가정하므로, 질병의 원형은 개인이 경험하는 증상에 관한 정보를 이 질병의 원형들에 부합시켜 보고 부합된 수준을 평가하는 기준으로 작용한다. 즉, 신체적 증상들을 경험하면 자신이 지니고 있는 다양한 질병의 원형들을 기억으로부터 인출하여 이 증상들을 해석한다. 그러므로 원형에 잘 부합되는 증상의 단서들이 제공되면, 잘 부합되지 않거나 무관한 단서들이 제공되었을 때보다, 더 빠르게 정보처리가 이루어진다.

Bishop과 Converse(1986)는 이 가설을 지지하는 실험 결과를 보고한 바 있다. 이 연구에서 높은 원형 수준의 증상들을 제공받은 조건에서, 낮은 원형이나 무선적으로 제공된 증상들을 제공받은 조건보다, 정확한 증상의 기억이 높았다. 또한 높은 원형 증상이 제공된 조건에서 질병의 명칭이나 발병 원인을 기억한 수가 많았다(Bishop, Briede, Cavazos, Grotzinger, & McMahon, 1987). 질병 표상의 원형 모형은 다른 일반적 원형이론들과 마찬가지로 원형과 일치되거나 부합된 정보의 처리 과정을 설명하는데 유용하다. 그러나 원형이 잘 발달되어 있지 않은 질병에서 증상 정보들의 처리 과정을 설명하는데는 한계가 있다.

지금까지 질병 표상의 개념을 사용하여 건강과 질병의 표상을 다룬 연구들이 어떤 이론적 배경에서 어떠한 연구의 성과를 얻고 있는지 간략히 살펴 보았다. 넓게 말해서 질병의 개인적 표상을 다루는 질병 인지의 연구는 양적으로나 질적으로 짧은 기간 내에 괄목할만한 성과를 보였다. 이러한 현상은 단적으로 건강심리학 분야의 연구 성과를 개관한 Rodin과 Salovey(1989), Taylor(1990) 및 필자(전경우와 한덕웅, 1993, pp. 106-108)의 논문에서 질병 인지에 관한 연구의 성과를 평가한 부분에도 잘 나타나 있다. 더구나 최근에는 질병 표상의 연구에서 질병 도식의 개념을 응용한 연구들이 크게 증가되고 있다(Skelton & Croyle, 1991, p. 5). 예를 들면 Lacroix(1991)는 만성적 동통에 대한 환자의 이해도를 측정하는 도구를 개발하여 보상환자가 직장에 복귀하는 행동을 예언하는데 사용하기도 한다. Leventhal, Meyer와 Nerenz(1980)가 지적한 바와 같이 질병 도식의 개념이나 이 개념을 사용한 질병 표상의 연구는 의학적 관점에서 볼 때 잘못 발전된 원형들을 알아내는데 기여하기 때문에 질병의 예방과 치료에 사용되는 교육 프로그램을 개발하고 응용하는데도 중요한 시사점을 지닌다.

중요한 질병 표상과 행동의 관계를 다룬 단편적 연구들

이 논문의 첫 부분에서 언급한 바와 같이, 질병 표상을 다루는 학자들은 대체로 건강과 질병에 관해서 개인이 지니는 표상이 건강을 증진하거나 질병을 예방하고 치료하는 행동에 영향을 미친다고 가정한다. 그러므로 질병 표상을 연구하는 대부분의 학자들도, 묵시적이든 명시적이든, 이 가정에 근거를 두고 건강이나 질병 표상의 구조, 구성 요소 혹은 차원을 연구했다고 볼 수 있다. 이 방면의 사회적 표상이나 개인적 표상의 연구들은 구체적 내용에서 보면 문화나 하위 문화에 따라서 특징적인 차이점을 지닌다. 그러나 일반적으로 문화에 상관없이 질병 표상의 구성 요소들이 발생 원인, 유병 판단이나 질병 명칭 부여, 질병별 증후 혹은 증상, 시간에 따른 질병의 변화 경로, 치료와 질병에서 초래되는 결과 등으로 구성되는 표상을 공통적으로 지님을 알아냈다.

지금까지 대부분의 학자들은 이처럼 질병 표상 자체의 해명에 초점을 맞추어 노력을 경주해 왔다. 질병 표상과 행동의 관계를 명시적으로 가정하고 이 관계를 해명하는 과제는 개인적 표상을 연구하는 일부 건강심리학자들에 의해서 주도되고 있다. 질병 표상과 행동을 연결지어서 연구하는 일이 치료와 관련된 행동을 변화시킨다는 점에서 중요함에도 불구하고, 이에 관한 연구의 성과는 아직 괄목할만한 진전을 보이지 못했다. 여기서는 이 연구들 가운데 주목할만한 이론들을 제시하고, 이 이론들에 근거를 두고 이루어진 연구의 결과들을 간략히 제시하기로 한다. 최근에 크게 수정되고 발전된 이른바 사회인지이론에 관한 비판적 개관은 필자(1997)의 다음 논문에서 다루기로 한다.

Lau와 Hartman(1983)은 질병의 발생과 치료 효과의 귀인이 질병을 예방하는 행동과 관련된다고 주장하였다. 이들은 환자들이 최근 경험한 질병 및 치료의 원인을 내외 인과성, 안정성, 및 통제 가능성으로 개념화하여 두 시점에서 질병 예방 행동과의 상관을 알아보았으나, 유의한 상관을 보이지 않았다. 그러나 두 시점에서 모두 발병과 치료의 표상으로 내외 인과성, 안정성 및 통제 가능성을 일관되게 사용하는

사람들은 건강 행동과 유의한 상관을 보였다. 질병 표상과 건강 관련 행동을 비교적 짜임새 있게 다룬 초기 보고로는 Meyer, Leventhal과 Gutmann(1985)의 연구를 들 수 있다. 이들은 230명의 고혈압 환자들을 대상으로, (1) 환자마다 고혈압에 대해서 구체적 증상, 원인, 시간 경과, 생리적 측면에 관해서 개념적 표상을 지니며, (2) 이 표상들이 의학 전문가의 지시에 순종하고 치료를 지속하는데 영향을 미친다는 가설을 검증했다. 다시 말해서 건강의 위협을 감소시키려는 행동이 주관적 혹은 상식적 건강 위협의 표상에 의해서 유도된다는 가설을 검증했다. 이들은 건강 위협 수준의 판단에 영향을 미치는 요인들이 질병 명칭, 증상, 원인, 결과, 질병의 시간적 경과에 대한 표상들로 구성된다고 가정했다. 종속변인인 건강 위협을 감소시키는 행동으로는 의사의 지시에 따라서 환자 자신의 혈압을 측정하도록 하였다. 이 연구의 결과를 보면, 고혈압 치료를 계속한 환자들 가운데 치료가 증상의 완화에 도움이 된다고 믿는 환자들 의사의 지시대로 자신의 혈압을 측정한 백분율은 70%였다. 또한 치료가 증상에 도움이 안된다고 믿는 환자들 이 표상과 일치되게 의사의 지시에 따르지 않은 백분율도 69%에 이르렀다. 그러므로 자신이 지니고 있는 치료 효과에 관한 신념과 일관되게 각각 의사의 지시대로 혈압을 측정하거나 측정하지 않은 환자들 이 약 70%에 달했다. 따라서 환자가 지닌 치료 신념과 일치되지 않은 행동을 보인 환자들은 약 30%에 불과했다. 달리 말해서 의사의 지시가 치료에 효과가 있다고 믿으면서도 의사의 혈압 측정 지시에 따르지 않은 환자와 치료 효과가 없다고 믿으면서도 의사의 혈압 측정 지시에 따른 환자들의 백분율은 약 30%였다. 이 결과에서 치료 신념과 일관되게 의사의 혈압 측정 지시에 따른 고혈압 환자들(70%)이 치료 신념과 일치되지 않게 행동한 환자들(30%)보다 유의하게 높았다, $\chi^2=5.25$, $df=1$, $p<.05$. 또한 이 연구의 대상 가운데 처음 치료받기 시작한 환자들의 자료만을 분석해 보면, 첫 치료 때 의사에게 증상을 보고하였거나 질병의 발병과 치료 효과가 모두 급성으로 나타난다는 표상을 지닌 사람들이 의사가 지시한 치료

행동을 중단하였다. Meyer 등(1985)은 이 연구 결과로부터 고혈압 환자들 이 이전에 급성으로 경험한 증상에 기초를 두고 질병 위협에 대하여 공통적으로 심적 모형 혹은 신념을 지니게 되며, 이 모형 혹은 신념들이 치료 행동에 영향을 미친다고 결론지었다. 그러나 필자의 해석은 이와 다르다. 이 연구의 결과는 개인이 지닌 질병의 원인이나 치료의 표상이 의사 처방에 순종하고 치료를 지속하는 행동과 상관이 있음을 보인데 불과하다. 즉, 질병 표상과 치료 행동의 인과적 관계를 해명한 연구라고 볼 수 없다.

또한 Baumann과 Leventhal(1985)은 환자가 지닌 증상의 보고 내용이 자기 혈압의 예언과 상관이 있음을 보고한 바 있다. 이 연구는 증상의 표상과 치료 행동의 관계를 직접 다루지 않았으나, 증상의 표상이 장래 경험하게 될 혈압의 예측 행동에 영향을 미침으로써, 이와 관련되는 치료 행동에도 간접적으로 영향을 미칠 수 있음을 시사한 점에서 주목할 만하다.

앞서 살펴본 바와 같이, Bishop과 Converse(1986)는 사람들이 신체 질병에 관해서 지니고 있는 증상의 원형 수준에 따라서 자신이 경험한 질병에 관한 기억 수준이 달라짐을 보고하였다. Bishop의 원형모형은 앞에서도 살펴본 바가 있으므로 다시 설명하지 않는다. 그러나 질병 기억에 관한 Bishop의 연구 결과는 장차 질병 원형 → 기억 → 치료 행동에 이르는 일련의 과정을 연구하는데 기여할 수 있다는 점에서 주목을 끈다.

한편, Lau, Bernard와 Hartman(1989)은 대학생들을 대상으로 입학 후 3년에 걸쳐서 감기에 관한 신념이 예방이나 치료 행동과 상관이 있는지 알아내고자 종단연구를 수행했다. 이 연구의 결과를 보면 증상에 의해서 질병의 명칭을 감기라고 명명한 수준에 따라서 일년 동안의 통원 치료 경험($r=.14$, $p<.001$), 3년 동안의 통원 치료 경험($r=.20$, $p<.001$) 및 치료 의도($r=.09$, $p<.01$)와 각각 정적 상관을 보였다. 감기로 분류하는데 사용된 증상의 수를 자기보고하도록 하였는데, 증상의 수도 1년 동안의 통원 치료($r=.14$, $p<.05$) 및 3년 동안의 통원 치료($r=.20$, $p<.01$)와 모두 정적 상관을 보였다. 또한 치료의 표상은 3년 동안의

치료($r=.14$, $p<.01$), 예방 진료($r=.09$, $p<.05$) 및 치료 의도($r=.20$, $p<.01$) 등 치료 행동이나 의도와 정적 상관관계가 있었다. Lau 등은 이 자료를 사용해서 인과모형을 분석한 결과도 보고하였다. 이들은 증상과 치료에 관한 두 신념이 의사를 방문하는 행동에 영향을 미친다는 인과모형을 제안했다. Lisrel을 사용하여 이 인과모형을 검증한 결과를 보면 경로별 경로계수와 유의 수준은 다음과 같다. 증상에 의해서 의사 방문에 영향을 미치는 경로는 .49($p<.01$), 치료 신념에 의해서 의사 방문에 영향을 미치는 경로는 .58($p<.01$)로서 모두 유의했다. 증상과 치료 신념 양자가 행동에 미치는 경로를 기간에 따라서 나누어 분석한 바에 따르면, 1년간 의사 방문에 영향을 미친 경로는 .45($p<.01$), 3년간 의사 방문에 영향을 미친 경로는 .80($p<.01$), 그리고 건강 진단을 받는 경로는 .11($p<.05$)였다. 또한, 감기의 증상과 치료의 두 신념에 의해서 다음 시점의 증상을 중다예언한 경로는 .43($p<.01$)이었다. 이 연구에서 전체 인과모형의 부합도는 보고되지 않았다. 전체적으로 이 연구는 질병 표상과 치료 행동이 인과관계로 설명될 수 있음을 보인 점에서 다른 상관연구들과 구별된다.

질병과 건강 표상 연구의 장래 과제

질병의 표상을 포함하는 질병 인지의 영역은 표상, 대처, 평가, 그리고 문제 상황을 새롭게 인식하는 복잡한 과정을 한층 더 잘 이해할 수 있도록 기여하기 때문에 건강심리학 분야에서 점차 중요성이 커지고 있다(전경구, 한덕웅, 1993; Leventhal & Diefenbach, 1991, p. 268). 또한 질병 인지의 연구는 장차 질병 인지와 정서의 상호작용, 인지 및 정서의 기반을 이루는 생리적 과정의 상호작용, 질병 인지와 행동의 관계를 연구할 수 있는 다양한 가능성도 제시한다. 그러므로 이 방면의 심리학적 연구들이 건강심리학자들로 하여금 질병 인지의 연구를 촉진할 수 있는 계기를 마련하리라고 전망할 수 있다. 그럼에도

불구하고 지금까지 수행된 연구들은 대체로 제한된 범위에서 선택적으로 한정된 주제들만을 다루어왔다. 여기서는 의학사회학, 의학인류학 및 건강심리학에서 이루어진 성과를 염두에 두고, 장차 한국에서 질병과 건강의 표상 연구에서 다루어야 할 과제들을 몇 측면에서 정리해보기로 한다.

첫째, 지금까지 의학사회학이나 의학인류학의 사회적 표상 연구와 심리학의 개인적 표상 연구는 연구의 내용이나 접근 방법면에서 비교적 독립적으로 수행되어 왔는데, 이 두 분야의 연구를 결정짓는 일이 필요하다. 특히 한국에서는 이 두 분야에서 이루어진 성과가 모두 미진한데, 한국에서 전문 인력이나 경제적 지원이 제한된 점을 고려하면, 이 두 분야를 연결짓는 접근법이 질병이나 건강 표상의 연구를 촉진하는데 크게 기여할 수 있다. 현 시점에서 이미 분명해진 바와 같이, 사회적 표상과 개인적 표상의 연구는 학술적으로나 실용적으로 각각 독특하게 기여하는 영역을 지닌다. 질병에 관한 사회적 표상은 특정 사회에서 질병에 관해서 다수의 사람들이 공유하는 신념, 태도 및 행동 표상의 결집체로 정의될 수 있다. 사회적 표상에 관한 연구는 학술의 측면에서 각 문화나 하위 문화에서 우세하게 나타나는 건강이나 질병의 명칭 부여, 원인, 증상, 경과, 치료 및 결과에 관한 특수한 관점들을 이해하는데 기여한다. 실용의 측면에서 사회적 표상의 연구 결과는 건강의 증진과 질병 치료의 유효성을 높이는 방향에서 건강증진 정책의 개발과 국민 건강 교육의 방향, 과제 및 방법을 모색하는데 사용된다. 특히 건강과 질병에 관해서 문외한인 다수의 일반인들이 지니는 잘못된 표상을 계획에 따라서 체계적으로 변화시키는데 기여할 수 있다. 예를 들면 Markova와 Farr(1995)도 대중 매체가 일반인의 사회적 건강과 질병 표상의 형성과 변화에 미치는 영향을 중요시하는데, 이 관점에서 보더라도 질병에 관한 잘못된 사회적 표상의 연구의 실용성을 알 수 있다.

한편, 개인적 표상의 연구는 특히 건강심리학 분야에서 활발하게 연구되어서 큰 성과를 얻은 바 있다. 이 연구 결과들은 학술면에서 건강한 사람이 건

강을 증진하고 질병을 예방하며 환자가 질병을 치료할 때 지니는 심리나 행동을 설명하고, 이 행동의 변화를 촉진하거나 억제하는 변인들을 설명하는 이론의 개발에 기여한다. 실용적 측면에서는 현재 고통받고 있는 개인의 질병 표상을 이해함으로써 치료자나 환자가 치료 효과를 높일 수 있는 변화 계획을 마련하는데 기여한다.

질병의 표상은 특정한 문화권에서 사람들이 경험한 역사적 현실과 개인의 독특한 질병 경험을 통합함으로써 형성된다. 그러므로 Garro(1988, p. 98)가 지적한대로 질병의 개인적 표상과 사회·문화적 표상을 분명하게 구분지우기 어려울 만큼 공통적으로 공유하는 요소들로 연결되어 있다. 그럼에도 불구하고 대부분의 학자들은 대체로 각 학문의 지향성과 각 학문별 연구 방법의 특징에 의존해서 두 질병 표상들 가운데 어느 하나만을 배타적으로 연구해 왔다. 따라서 현시점에서 보면 이 양자간의 관계에 관해서는 거의 연구가 이루어지지 못한 채 방치되고 있다.

필자(1996)는 연구 I 과 연구 II 의 신체 질병의 표상 연구에서 한국인들이 신체 질병에 대해서 지니고 있는 공유된 사회적 표상과 개인적 표상을 연결지워서 다룰 수 있는 방법을 제안한 바 있다. 구체적으로 말하자면 한국인이 공유하는 신체 질병의 사회적 표상과 한국 사회의 구성원이면서도 개인마다 달리 지니고 있는 개인적 표상을 한 연구 설계에서 함께 다룰 수 있는 방안을 제안한다. 그리고 이 접근법으로 얻은 자료를 분석함으로써 개인적 표상이 건강의 증진이나 질병의 치료에 영향을 미치는 행동들과 연결되어 있는지를 검증할 수도 있다. 필자의 판단으로는 사회적 표상과 개인적 표상을 연결지워서 연구하는 접근법이 효과적임이 입증될 수 있다면, 특히 질병인지에 관한 연구가 낙후된 한국의 실정에서는, 장차 질병의 사회적 표상과 개인적 표상의 연구 모두를 촉진하는 계기가 될 수 있다.

둘째, 지금까지 특히 사회적 표상의 연구로부터 전문 지식에 문외한인 일반인들이 질병의 예방이나 치료에 나쁜 영향을 미치는 잘못된 표상을 지니고 있음이 밝혀졌는데, 장차 잘못된 표상을 변화시킬 수

있는 수단들이 연구되어야 한다. 질병 표상을 심리학적으로 다룬 연구들에서도 환자들이 이른바 잘못된 질병 표상을 지닌다는 사실이 보고되었다. 예를 들면 Croyle과 Jemmott(1991)는 질병의 심각성을 판단할 때 일반 전집에서 많이 보고되는 질병일수록 덜 심각하다고 판단하는 경향이 있음을 알아냈다. 이러한 간편추론도식을 사용하게 되면 실제로 생명을 위협하는 중후에 당면해서도 적절한 대처행동을 취하지 않게 만들 수 있다. 또 다른 예를 들면, 고혈압과 당뇨병 환자들이 자신이 지닌 부적절한 증상 도식에 근거해서 자가 치료를 함으로써 치료 효과를 떨어뜨리는 현상도 보고되었다(Gonder-Frederick & Cox, 1991; Leventhal et al., 1984). 질병 도식은 일정한 문화의 맥락에서 개인의 경험에 근거를 두고 형성된 과학습된 지각이나 개념화를 의미하므로 쉽게 변화되기 어렵다. 그러므로 질병 표상이 행동에 미치는 영향을 고려한다면 잘못된 질병 표상이 지속적으로 질병의 예방이나 치료 행동에 영향을 미칠 수 있다. 질병 도식의 변화가 어려운 만큼 변화를 계획적으로 유도하면 이론이나 응용면에서 각 도식과 관련 있는 여러 분야의 협력 연구가 필요하다.

셋째, 질병 표상과 치료 행동의 인과관계 및 다른 조절 변인들에 관한 연구가 더욱 촉진되어야 한다. 지금까지 이 주제를 다룬 연구를 살펴보면 질병 표상과 치료 행동이 상관된다는 결과는 다수 보고되었다. 그러나 이 결과들은 대부분 질병 표상에 의해서 치료 행동이 달라진다는 인과관계를 해명한 결과가 아니어서, 이론이나 응용에서 치료에 도움이 되는 행동을 유발하거나 변화시키는데 중요한 시사점을 제공하지 못한다. 장차 질병 표상의 증상, 질병 명칭 부여, 발병 원인의 귀인, 질병의 시간적 경과, 치료 효과의 귀인 등이 실험적으로 달리 조작된 조건에서 어떤 행동이 나타나는지 알아내는 실험 연구가 필요하다. 아울러 다양한 치료 행동에 의해서 반드시 치료 효과가 달라지지 않을 수 있는 점을 고려하여 치료 행동과 치료 효과를 연결짓는 연구도 필요하다. 질병 표상과 치료 행동의 관계를 다룰 때 질병 표상과 함께 치료 행동에 영향을 미치는 다른 조절변인들을 반드시 고

려하여야 치료 행동의 예언이나 설명 변량의 크기를 높일 수 있다는 점을 인식하여야 한다. 질병 표상 이외에 치료 행동에 영향을 미칠 수 있는 조절변인이나 질병 표상에 의해서 매개되는 과정에 관해서는 개인적 표상과 치료 행동의 관계를 다룬 사회인지이론들을 비판적으로 개관한 필자(1997)의 다음 논문을 참고하기 바란다.

넷째, 심적 표상과 건강을 위협하는 요인들을 다루는 이론 연구와 실증 연구를 연결짓는 작업이 필요하다. 이 분야에서 주도적 영향을 미치는 몇 학자들은 이론과 실증 연구를 연결시키고자 노력하였다. 그러나 대부분의 연구들은, 이론에 근거를 두거나 이론을 가꾸려는 일과 상관없이, 연구자들이 중요하다고 가정하는 몇 변인들만을 선택하여 실증적으로 다루고 있다.

다섯째, 개인적 표상의 연구에서 실제로 건강에 위협을 받고 있거나 치료 중인 실제 환자들을 대상으로 다룬 연구가 많이 수행되어야 한다. 실제 환자들을 다루게 되면 질병 표상 연구와 임상 실무를 연결시킬 수 있다. 달리 말해서 개인이 지니는 잘못된 질병 표상이나 치료 행동을 변화시키는데 질병 표상 연구의 결과를 응용할 수 있다.

여섯째, 질병의 사회적 표상과 개인적 표상 연구에서 각각 자주 사용되는 연구 방법의 한계를 벗어나서 다양한 방법이 시도되어야 한다. 예를 들면, 사회적 표상 연구에서는 질문지를 사용한 조사나 답론 연구 기법이 자주 사용되고, 개인적 표상 연구에서는 면접법 등이 각각 자주 사용된다. 그런데 이 기법들은 함께 사용하거나 자주 사용되지 않은 영역에 사용할 수 있다. 이처럼 다학문적, 다방법적 접근을 적용하면, 한 분야에서 이루어진 연구의 성과를 교차 타당화하는 성과를 기대할 수 있으며, 새로운 접근 방법에 대한 통찰도 얻을 수도 있다.

일곱째, 질병에 관한 사회적 표상이나 개인적 표상 뿐만 아니라 건강에 관한 표상도 연구되어야 한다. 지금까지 연구된 결과만을 보더라도 건강은 단순히 질병이 없는 상태로 표상되지 않으며, 질병이 있는 경우라도 건강하다는 표상이 유지되는 경우가 있

음이 밝혀졌다. 이 결과는 질병과 건강이 대립적으로 표상되지 않고 독립된 성질을 지닌다고 표상됨을 시사한다. 그 뿐만 아니라 질병의 표상에 의해서 질병의 치료에 관련된 행동을 설명하고 예언할 수 있는 바와 마찬가지로, 건강을 유지하거나 증진하는 행동들은 건강의 표상에 의해서 더 잘 설명되고 예언될 수 있다. 따라서 질병과 건강의 표상에 관한 연구가 균형있게 모두 수행되면 건강심리학의 발전에 더 크게 기여할 수 있다.

여덟째 질병 표상에 관한 사회학, 인류학 및 심리학의 연구 결과를 활용하기 위하여 다수의 국민이 지닌 사회적 표상을 변화시키는 계획이 모색되어야 한다. 이 계획에는 질병의 사회적 표상을 형성하는데 영향을 미친 물리적이거나 사회적 환경을 변화시키는 내용도 포함되어야 한다. 이 과제를 다루고 있는 연구 가운데는 특정한 질병에 대한 사회적 표상 연구의 결과를 대중 매체를 통한 변화 계획의 유효성 분석에 적용하기도 한다(Markova & Farr, 1995 참조). 이 과제는 국가적으로 중요한 정책 목표로 삼고 있는 정부의 기관들(보건복지부, 환경부 산하 유관 기관들)뿐만 아니라 학계, 국민 건강이나 질병에 의해서 이익에 큰 영향을 받는 조직들(예, 보험회사)의 공동된 관심사이다. 장차 사회적 표상의 변화에 관심을 갖는 다양한 주체들이 협력을 통해서 현재의 변화 계획을 평가하고 새로운 변화 계획을 모색하는 과제를 담당하여야 한다.

참고 문헌

- 전경구, 한덕웅(1993). 건강심리학의 발전, 과제 및 전망. 한국심리학회지: 일반, 12(1), 98-133.
- 한덕웅(1994). 퇴계심리학: 성격 및 사회 심리학적 접근. 서울: 성균관대학교 출판부.
- 한덕웅(1996, 6). 건강과 질병에 관한 한국인의 표상. 한국심리학회 창립 50주년 춘계심포지움. 한국인의 건강에 관한 종합학문적 접근(pp. 1-58). 서울.

- 한덕웅(1997). 건강 행동을 설명하는 사회인지이론의 비판적 개관. *한국심리학회지: 건강*, 2(1), 21-45.
- 한덕웅, 김금미(1996). 신체적 질병 및 정신 장애의 표상 차원. 미발표 논문.
- 한덕웅, 이민규, 한인순(1996). 정신 장애에 관한 표상의 변화: 20년 전과의 비교. 미발표 논문.
- 한덕웅, 최훈석(1998). 한국인의 건강과 질병에 관한 표상과 행동. 미발표 논문.
- Angel, R., & Thoits, P. (1987). The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 11, 465-494.
- Baumann, L. J., Cameron, L. D., Zimmerman, R. S., & Leventhal, H. (1989). Illness representations and matching labels with symptoms. *Health Psychology*, 8(4), 449-470.
- Baumann, L. J., & Leventhal, H. (1985). "I can tell when my blood pressure is up, can't I?". *Health Psychology*, 4(3), 203-218.
- Becker, M. H., & Maiman, L. H. (1983). Models of health-related behavior. In D. Mechanic (Ed.), *Handbook of health, health care and the health professions* (pp. 539-368). New York: Free Press.
- Ben-Sira, Z. (1977). The structure and dynamics of the image of diseases. *Journal of Chronic Diseases*, 30, 831-842.
- Bishop, G. D. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness* (pp. 32-59). New York: Springer-Verlag.
- Bishop, G. D., & Converse, S. A. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health psychology*, 5(2), 95-114.
- Bishop, G. D., Briede, C., Cavazos, L., Grotzinger, R., & McMahon, S. (1987). Processing illness information: The role of disease prototypes. *Basic and Applied Social psychology*, 8(1 & 2), 21-43.
- Cheung, F. M., Lau, B. W. K., Wong, S. W. (1984). Paths to psychiatric care in Hong Kong. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8, 207-228.
- Chrisman, N. J., & Kleinman, A. (1983). Popular health care, social networks, and cultural meanings: The orientation of medical anthropology. In D. Mechanic (Ed.), *Handbook of health care, and the health professions* (pp. 569-590). New York: Free Press.
- Croyle, R. T., & Jommott, J. B. (1991). Psychological reactions to risk factor testing. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representations in health and illness* (pp. 85-107). New York: Springer-Verlag.
- D'Andrade, R. (1976). A propositional analysis of U.S. American beliefs about illness. In K. A. Selby (Ed.), *Meanings in anthropology* (pp. 155-180). Albuquerque: University of New Mexico Press.
- D'Andrade, R. G., Quinn, N. R. Nerlove, S. B., & Romney, A. K. (1972). Categories of disease in American-English and Mexican-Spanish. In A. K. Romney, R. N. Shepard, & S. B. Nerlove (Eds.), *Multidimensional scaling* (pp. 9-54). New York: Seminar Press.
- Durkheim, E. (1898). Representations individuelles et representations collectives. *Revue de Metaphysique et de Morale*, 1, 273-302.
- Farmer, P., & Good, B. J. (1991). Illness representations in Medical anthropology: A critical review and a case study of the representation of AIDS in Haiti. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness* (pp. 123-162). New York: Springer-Verlag.
- Farr, R. M., & Marková, I. (1995). Professional and lay representations of health, illness and

- handicap: A theoretical overview. In I. Marková & R. M. Farr (Eds.) *Representations of health, illness and handicap* (pp. 163-188). Australia: Harwood Academic Publishers.
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (1991). *Social cognition* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Garro, L. (1988). Explaining high blood pressure: Variation in knowledge about knowledge. *American Ethnologist*, 15, 98-119.
- Gonder-Frederick, T. A., & Cox, D. J. (1991). Symptom perception, symptom beliefs, and blood glucose discrimination in the self-treatment of insulin-dependent diabetes. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representations in health and illness* (pp. 220-246). New York: Springer-Verlag.
- Herzlich, C. (1969, 1973). *Health and Illness: A social psychological analysis*. London: Academic Press.
- Jenkins, C. D. (1966). Group differences in perception: A study of community beliefs and feelings about tuberculosis. *American Journal of Sociology*, 71, 417-429.
- Jenkins, C. D., & Zyzanski S. J. (1968). Dimensions of belief and feeling concerning three diseases, poliomyelitis, cancer, and mental illness: A factor analytic study. *Behavioral Science*, 13, 372-381.
- Joshi, M. S. (1995). Lay explanations of the causes of diabetes in India and the UK. In I. Marková & R. M. Farr (Eds.) *Representations of health, illness and handicap* (pp. 163-188).
- Kleinman, A. (1982). Neurasthenia and depression: A study of somatization and culture in China. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 6, 117-190.
- Kleinman, A. (1986). *Social origins of distress and disease: Depression, neurasthenia, and pain in modern China*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kleinman, A., & Kleinman, J. (1984). Somatization: The interconnection between depressive experiences, the meanings of pain and culture. Unpublished manuscript. Department of Anthropology, Harvard University.
- Lacroix, J. M. (1991). Assessing illness schemata in patient populations. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness* (pp. 193-219). New York: Springer-Verlag.
- Lau, R. R., & Hartman, K. A. (1983). Common-sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2(2), 167-185.
- Lau, R. R., Bernard, T. M., & Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common-sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8(2), 195-219.
- Leventhal, H., & Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness* (pp. 247 - 272). New York: Springer-Verlag.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (pp.7-30). New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. F. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 4, pp. 219-251). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Markova, I., & Farr, R. M. (Eds.). (1995). *Representations of health, illness and handicap*. Australia: Harwood Academic Publishers.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social

- representations. In R. M. Farr & S. Moscovici (Eds.), *Social Representations* (pp. 3-69). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.
- Rosenstock, I. M. (1966). *Why people use health services*. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94ff.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origin of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 6-41.
- Skelton, J. A., & Croyle, R. T. (Eds.). (1991). *Mental representation in health and illness*. New York: Springer-Verlag.
- Taylor, S. E. (1990). Health psychology: The science and field. *American psychologist*, 45, 40-50.
- Turk, D. C., Rudy, T. E., & Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9(5), 453-474.
- Zola, I. K. (1966). Culture and Symptoms: An analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological Review*, 31, 615-630.

Critical Review of Illness Representation

Hahn, Doug Woong

Department of Industrial and Organizational Psychology
SungKyunKwan University

In the present study, a critical review was made on the major studies of illness representation, especially their approaches and major findings. The main purpose of this review was to provide feasible research topics, specific methodological and applicable suggestions in Korea. In order to accomplish this purpose, the present study was divided into four sections on the summary of previous studies and future tasks: (1) Social representational approach on health and illness was first presented and discussed. In this approach, it is important to compare and understand the characteristics of the social representations depending on each cultures or subcultures. Especially, major approaches included in the present article were social constructionism, ethnological approaches to health beliefs, cognitive anthropology, critical medical sociology among others. Thus, each approach was distinguished and presented in its basic tenets. (2) The second approach, personal representation on health and illness, has been mainly studied by health psychologists. In this approach, the major topics included beliefs, attitudes, behavioral intentions, and specific behaviors with respect to values, causes, symptoms, identity, temporal processes, treatment/consequences of illness and health domains. Thus, major findings and their implications for future tasks were discussed. In addition, (3) theories and empirical findings on the relations among personal illness representations, health promotion behaviors, and coping behaviors were discussed. Finally (4) implications and future tasks on illness representations are discussed.