

찾병 환자와 고혈압 환자의 질병표상 비교¹⁾

전겸구 박훈기 김종우

대구대학교 한양대학교 경희대학교
재활심리학과 가정의학과 한방신경정신과

본 연구에서는 찾병에 관한 일련의 연구 작업의 일환으로 찾병의 질병 표상을 다루었다. 이 때 찾병 환자의 질병 표상을 보다 잘 이해하기 위하여 고혈압 환자를 비교 집단으로 구성하였다. 이 목적을 위하여 100명의 고혈압 환자와 65명의 찾병 환자 가운데 성, 연령, 학력에서 동일한 수준으로 구성하기 위하여 55명씩의 표집을 선발하였다. 두 집단에게 증상 인식 질문지와 분노와 관련된 질문지를 실시한 결과 다음과 같은 주요 결과가 나타났다. 첫째, 질병의 원인 표상과 관련해서는 두 집단간에 차이가 없었다. 둘째, 질병의 치료 표상과 관련해서는 찾병 집단이 고혈압 집단에 비하여 분노 관리에 대한 중요성을 더 적게 인식하고 있었다. 셋째, 증상 인식을 비교한 결과, 찾병 집단이 고혈압 집단에 비하여 두통, 구갈증, 심계항진, 수전증, 불면증, 복통, 호흡 곤란, 수족이상감각, 변비/배변곤란을 더 많이 경험하고 있었다. 넷째, 증상 인식에 대한 귀인을 심리적, 신체적, 환경적 귀인으로 구분한 결과, 찾병 환자는 고혈압 환자에 비하여 심리적 증상으로 귀인하는 경향이 높았다. 끝으로 본 연구 결과를 찾병이나 질병 표상과 관련해서 논의하고 추후 연구에 대한 시사점을 제시하였다.

찾병은 한국에서 독특하게 나타나는 문화관련 증후군으로 DSM-IV에 언급되어 있다. 사실 찾병은 한국에서 오랫동안 구전으로 내려오던 징후군으로서 일반적으로 정서적 스트레스를 제대로 발산하지 못하고 억제하는 가운데 발생하는 병으로서 지칭되고 있다. 그 동안 찾병은 국내에서 주로 신경정신과학자(예, 이시형, 1977; 민성길, 1989), 한방 정신과학자(예,

김종우, 이조희, 이승기, 엄효진, 황의완, 1996; 김종우, 황의완, 1994; 조홍건, 1991; 황의완, 김지혁, 1987), 및 심리학자(전겸구, 김종우, 박훈기, 1998; 전겸구, 황의완, 김종우, 박훈기, 1997; 최상진, 이효행, 1995)에 의하여 연구되어 왔다. 하지만, 최근에는 찾병이 국외 연구자들에 의하여도 연구될 뿐만 아니라(Lin, 1983), 국제 학술회의에서 하나의 연구 주제로서 다루어지고 있다. 예컨대, 1997년도 미국 정신의학회 연차 총회에서는 찾병과 관련된 심포지엄이 개최

1 이 논문은 1996년도 한국 학술진흥재단의 자유공모 과제 연구비에 의하여 연구되었음

된 바 있으며, 이 심포지엄에서는 '홧병과 분노 증후군'이라는 주제 아래 6편의 논문이 발표되었다(예, Lee, Kim, & Lee, 1997). 따라서 이제 홧병은 단순한 국내 연구자들의 관심을 벗어나서 국제적인 주제로 다루어지게 되었다.

비록 이와 같이 홧병 연구가 국내는 물론이고 국외에서도 이루어지고 있기는 하지만 홧병 연구는 이제 비로소 하나의 연구 주제로서 정립되기 시작했다고 간주할 수 있다. 우선, 지금까지 수행된 홧병 연구의 주요 제한점은 요약하면 다음과 같다(전경구, 황의완, 김종우, 박훈기, 1997 참조). 첫째, 대부분의 홧병 연구가 주로 정신의학자들에 의하여 수행된 결과, 홧병의 정신병리적 측면이 지나치게 강조되어서 연구된 반면에, 신체병리적 측면이 간과되어 왔다. 달리 말하면, 연구자들의 일차적 관심이 홧병의 정신병리학적 측면(예, 정신의학적 진단)에 관심을 둔 결과, 홧병의 신체병리적 측면이 간과되어 왔다. 한편, 서구에서 수행된 건강심리학적 연구에 의하면 홧병 연구에서도 핵심적인 요인으로 나타나고 있는 분노나 우울이 현대인에게 가장 치명적인 신체적 질환인 심혈관계 질환이나 암에서 매우 중요한 심리적 요인으로 나타나고 있다. 따라서 추후 홧병 연구에서는 정신병리 측면뿐만 아니라 신체병리 측면을 함께 다룰 필요가 있겠다.

둘째, 홧병에 대한 개념이 정립되어 있지 못하다. 예컨대, 일반적으로 서양의학적 정신과학자들은 홧병을 임상적 접근에 의한 해석을 강조하며, 하나의 질병으로 개념화하고 있고, 한국 문화에서 독특한 증후군으로서 개념화하는 경향이 있다. 반면에, 한의학적 정신의학자들은 화의 개념적 접근에 의한 해석을 강조하며, 하나의 증후군으로 개념화하고 있으며, 다른 문화군에서도 발생할 수 있는 것으로 개념화하는 경향이 있다. 그런데 아직까지 이 가운데 또는 제 3의 대안 가운데 어떠한 개념이 더 적절한 것인가에 대한 정립이 되어 있지 못하다. 무릇 모든 학문의 기초가 개념의 정립에 있다는 점을 고려할 때 홧병에 대한 개념 정의는 매우 긴요한 문제이며, 이 방면의 연구자들에게 개념 정립을 위한 가일층의 노력이 요구되

고 있다.

셋째, 방법론적 측면에서 보면, DSM-IV에서 홧병이 한국의 고유한 문화 관련 질병으로 규정된 바 있으나, 홧병 연구에서 외국 연구와 비교할 수 있는 신뢰롭고 타당한 척도가 사용되고 있지 않다. 따라서 추후 연구에서는 보다 신뢰롭고 타당하면서 외국 연구와 비교가능한 척도를 사용함으로써 국내 연구를 외국에서 수행한 연구와 비교 분석할 수 있도록 노력할 필요가 있겠다.

이러한 제한점을 보완하기 위하여 전경구, 황의완, 김종우, 및 박훈기(1997)는 홧병 환자와 비교 집단--일반환자 보호자--을 대상으로 한국판 상태-특성 분노 표현 척도를 실시하였다. 그 결과, 홧병 환자가 비교 집단에 비하여 분노 경험과 관련해서는 상태 분노와 특성 분노에서 모두 높게 나타났다. 또한 분노 표현과 관련해서는 홧병 환자가 비교 집단에 비하여 분노 억제가 높게 나타난 반면에, 분노 표출과 분노 통제에서는 두 집단간에 유의한 차이가 나타나지 않았다. 또한 분노와 우울이 모두 홧병 환자에게 중요한 정서적 스트레스이기는 하지만, 분노가 더 중요한 예언 변인으로 나타났다.

위에서 언급한 전경구와 그의 동료들이 수행한 연구는 신뢰롭고 타당한 척도를 사용해서 홧병 환자를 측정함으로써 연구 결과를 보다 의미 있게 해석할 수 있도록 하였다. 더 나가서 연구에서 사용한 척도가 분노와 관련해서 세계적으로 사용되는 Spielberg(1988)의 상태-특성 분노 표현 척도의 한국판을 사용함으로써 외국에서 수행한 연구와 비교가 가능케 하였다는 점에서 이 방면의 연구에 기여한 바 있다. 하지만, 이 연구에서도 많은 제한점이 존재하며, 특히 홧병의 근접 요인만을 주로 다루었다는 제한점이 있다. 달리 말하면, 홧병 환자가 경험하는 정서적 스트레스는 진공 상태에서 발생하지 않으며, 일반적으로 이러한 정서적 스트레스는 개인내적 요인 및 개인외적 요인과 관련되어 있다. 이 때 가장 대표적인 개인 외적 요인으로는 생활 스트레스가 포함되며, 대표적인 개인 내적 요인으로는 개인의 인지적 틀이 포함될 수 있다(그림 1 참조). 따라서 본 연구자

들은 환병에 대한 이해를 높이기 위하여 본 연구에서
는 개인 내적 요인으로서 질병 표상을 다루고(경로
④, ①), 또 다른 독립된 연구에서는 환병 환자의 생
활 스트레스와 대처 방식을 다루고자 한다(전경구, 김
종우, 박훈기, 1998).

질병 표상이란 개인이 질병에 대하여 갖고 있는
정신적 표상이다. 그리고 질병 표상이 갖는 의미는
부분적으로 질환(disease)과 질병(illness)이 동일하지
않다는 점에 있다. 일반적으로 질환에서는 기질적 요
소가 포함된 신체적 구성 요소가 강조되는 반면에,

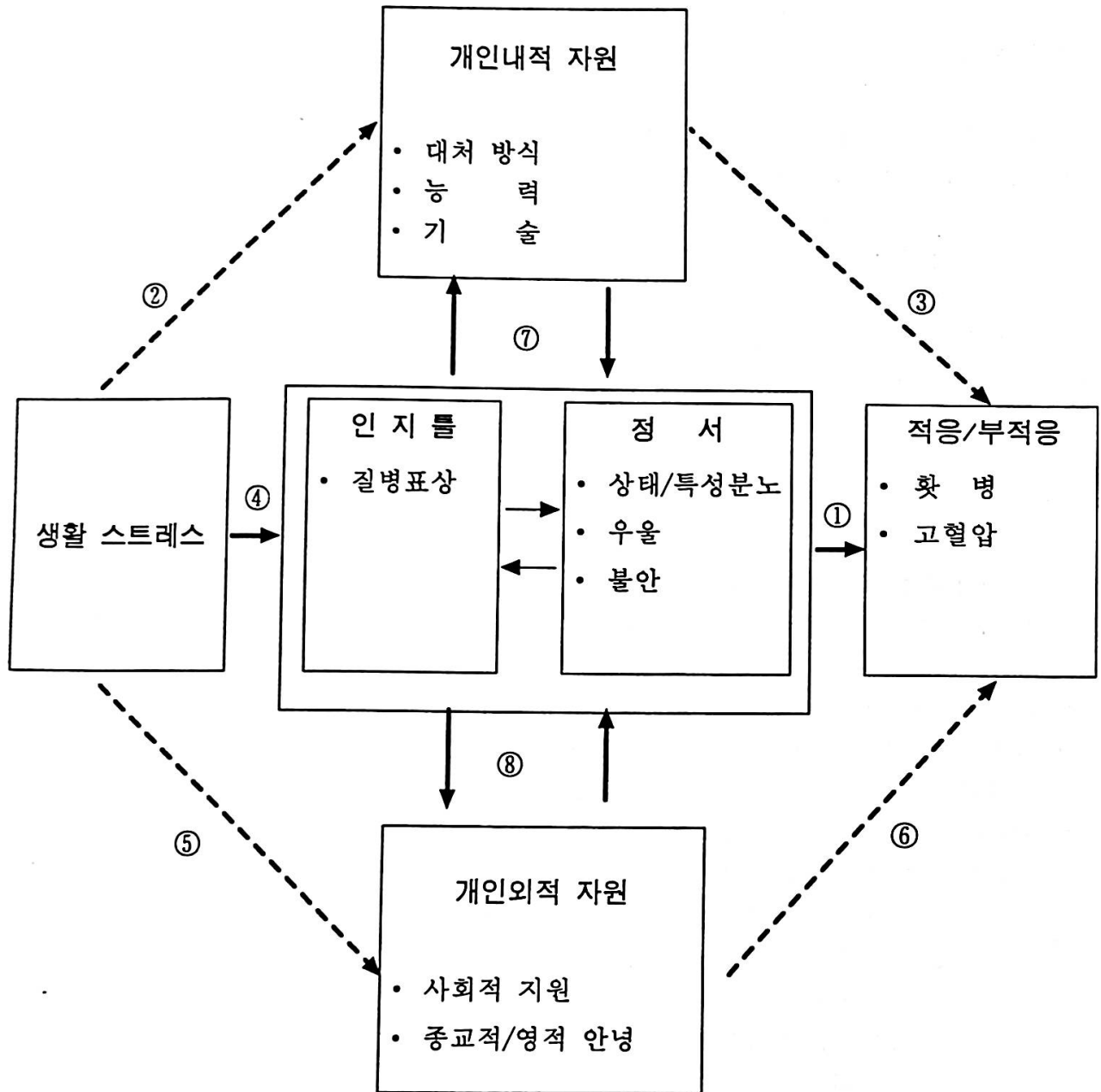


그림 1. 환병연구에서의 기본적 모형

질병에서는 심리적이고 문화적인 요소가 강조된다. 달리 말하면 질병이란 질환에 대한 심리적, 문화적 해석이다. 이러한 각도에서 보면 질병 표상은 질환과 질병간의 관계성을 밝혀주는 중요한 연결고리가 된다 (Edman, & Kameoka, 1997).

본 연구에서 화병의 질병 표상을 다루는 이유는 다음과 같은 측면들을 고려한 까닭이다. 첫째, 질병 표상은 개인의 인지에만 영향을 미치지 않고 건강이나 질병과 관련한 다양한 측면에 영향을 미친다. 즉, 개인이 어떠한 질병 표상을 갖는가에 따라서 환자의 방문 시기, 치료 사항 준수 등에서 차이가 나게 된다 (Leventhal, Diefenbach, & Leventhal, 1992; Taylor, Lichtman, & Wood, 1984). 그리고 Edman과 Kameoka(1997)에 의하면 이러한 현상은 다양한 질병 군에서 나타나고 있다: 암(Stillman, 1977), 고혈압 (Meyer, Leventhal, & Gutmann, 1985), 심장 질환 (Matthews, Siegel, Kuler, Thompson, & Varat, 1983), 만성 호흡기 질환(Lacroix, Martin, Avendano, & Goldstein, 1991). 따라서 화병의 예방과 치료를 위해서는 이와 관련된 질병 표상을 규명해야 한다.

둘째, 일반적으로 문화에 따라서 질병에 대한 표상이 다르게 나타날 수 있다(Edman, & Kameoka, 1997). 예컨대, 한국 등의 문화에서는 우울이 신체화로 나타나는 경향이 있다. 앞에서도 언급한 바 있듯이 화병은 한국의 문화관련 증후군으로 DSM-IV에서 다루어지고 있다. 따라서 화병이 한국 사회에서 독특하게 나타나는 증후군이라는 점은 화병에 관한 독특한 문화적 표상이 게재되어 있을 가능성이 있다. 달리 말하면, 화병을 정확하게 이해하기 위해서는 화병과 관련된 질병 표상을 반드시 규명해야만 한다.

셋째, 앞에서도 간략하게 언급하였듯이 화병의 발전 기제나 핵심 구성 요소에서 분노 또는 우울이 핵심적으로 나타나고 있다. 한편, 서구에서 수행되어 온 연구에서도 분노와 심혈관계 질환, 그리고 우울과 암간에 밀접한 연관성이 나타나고 있어서 화병 연구와 건강심리학적 연구간에 유사한 양상이 전개되고 있다. 특히 이러한 관점에서 보면 화병과 유사하지만 서구에서 다른 질병으로 분류되고 있는 고혈압 등과

의 질병 표상 비교는 이 방면 연구에서 매우 흥미로운 연구 주제를 제공하게 될 것이다.

현재까지 수행된 질병 표상 연구를 살펴보면, 비록 연구자에 따라서 서로 다른 구성요소를 강조하고 있기도 하지만, 가장 대표적이고 공통적인 구성 요소들로서 규명(identity), 원인(cause), 시간적 경과 (timeline), 결과(consequences), 및 치료(cure)가 지적되고 있다(Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984; Lau & Hartman, 1983; Lau, Bernard, & Hartman, 1989). 참고적으로 일부 연구자들은 다른 구성 요소를 강조하고 있다. 예컨대 Lau와 Hartman(1983)는 내외성, 안정성, 및 통제성을, 그리고 Turk, Rudy, 및 Salovey(1985)는 심각성, 개인적 책임성, 통제 가능성, 및 변화 가능성을 주요 차원으로 보고하고 있다(질병 표상과 관련한 보다 자세한 개관은 한덕웅, 1997a,b 참조).

한편, 질병 표상과 관련된 개념으로서 질병 발생의 원인을 추론하는 귀인 과정이 건강 행동이나 치료에 미치는 효과 등과 관련해서 자주 연구되고 있다. 달리 말하면, 앞에서 언급한 5가지 요소가 모두 중요하지만, 그 가운데 질병의 원인 표상이 가장 핵심적인 요소로 볼 수 있다(Sensky, 1997). 그리고 질병의 원인 표상과 관련해서 가장 활발하게 연구된 분야가 원인 귀인이다. 일반적으로 원인 귀인은 Heider(1958)의 구분을 따라서 질병의 원인을 자신에게 귀인하는 내적 귀인과 타인이나 운수 또는 외적 상황에 돌리는 외적 귀인으로 나누인다(Brewin, 1988). 척추 손상 환자를 대상으로 연구한 결과에 의하면(Bulman & Wortman, 1977), 내적으로 귀인하는 사람일수록 적응적으로 나타났다. 반면에 대부분의 우울 연구에서는 내적으로 귀인할수록 부적응적으로 나타나고 있다 (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Sweeney, Anderson, & Bailey, 1986). 이처럼 내적 귀인이 다양한 결과로 나타나는 이유에 대하여는 여러 측면의 해석이 가능할 것이다. 우선 한 가지 가능한 이유로는 인과 귀인, 및 자기 비난은 서로 다른 개념임에도 불구하고 동일하게 내적 귀인의 개념으로 해석되고 있는 점을 지적할 수 있다(Shaver & Drown, 1986). 한

편, Brickman, Rabinowitz, Karusa, Coates, Cohn, 및 Kidder(1982)는 단순한 원인 귀인뿐만 아니라 문제 해결에 대한 책임 귀인을 포함시킴으로써 이들 조합에 의한 조력과 대처에 대한 4가지 모델--의학적 모델, 도덕적 모델, 계몽적 모델, 상보적 모델--이 가능함을 제안한 바 있다. 실제로, Taylor, Lichtman, 및 Wood(1984)의 보고에 의하면, 보다 세분화된 분석을 시도한 결과, 암의 발생에 대한 원인 귀인은 암치료에 부적 연관성을 나타낸 반면에, 암의 진전에 대한 책임 귀인은 암치료에 적응적인 결과로 나타났다.

본 연구에서는 화병의 질병 표상을 처음으로 다루기 때문에 일차적으로 질병의 원인, 질병의 치료 및 증상을 중심으로 탐색하고자 한다. 그리고 앞에서도 언급하였듯이 가능하면 다른 유사한 질병과의 비교를 위해서 고혈압 환자와의 비교를 시도하고자 한다. 달리 말하면, 화병에서도 분노가 핵심적인 요소로 언급되고 있으며, 고혈압에서도 분노가 가장 중요한 심리적 요인으로 연구되고 있다. 따라서 화병을 고혈압과 비교함으로써 이와 관련된 질병 표상의 일단을 탐색하고자 한다.

방 법

참여자

본 연구에 참여한 화병 집단은 서울에 소재한 K 대학 병원 '화병 클리닉'에 내원한 환자로 국한했다. 이 때 화병의 기준은 (1) 자신을 화병 환자로 인식하고, (2) 본인이 화병으로 고생하고 있음을 주위 사람으로부터 인지된 바 있고, (3) 화병 발생이 만성적으로 이루어진 경우를 원칙적으로 포함시켰다. 한편, 고혈압 집단은 서울에 소재한 H 대학 병원에서 통원 치료를 받고 있는 고혈압 환자를 대상으로 포함시켰다. 두 집단의 비교를 위하여 각 집단은 100명이 채

워질 때까지 연속적으로 연구 대상에 포함시켰다. 따라서 고혈압 집단의 경우 100명이 채워질 때까지 질문지를 실시하였다. 하지만, 화병 집단의 경우 최근 국내 경제적인 상황이 어려워지면서 내원하는 환자가 급작스럽게 줄어들어 따라서 65명이 채워지는 수준에서 두 집단간 비교를 시도하였다.

이렇게 구성된 화병 집단과 고혈압 집단의 인구통계학적 변인을 분석한 결과, 화병집단($M = 48.23$, $SD = 10.29$)이 고혈압 집단($M = 56.51$, $SD = 7.76$)에 비하여 나이가 적게 나타났다, $t = -5.46$, $p < .001$. 뿐만 아니라, 화병 집단은 고혈압 집단에 비하여 여성이 많이 포함되어 있으며, $\chi^2(1) = 9.36$, $p < .002$, 학력이 높게 나타났다, $\chi^2(3) = 11.08$, $p < .011$. 한편, 두 집단간에 종교, 결혼 변인에서는 차이가 없었다.

따라서 두 집단간에 성별, 연령, 학력에서 동질적인 수준이 되도록 맞추었다. 이 때 연령에 따른 질병 표상에서 차이가 나타날 수 있기 때문에, 각 집단의 연령을 세부적으로 분석해 보았다. 달리 말하면, 한국과 같이 변화의 폭이 큰 사회에서는 동일한 교육 수준이라든가 어느 시기에 교육을 받았는가에 따라서 질병에 대한 인식이 다를 수 있으므로 우선적으로 연령 변인에서 동일한 수준이 되도록 맞추었다. 이 목적을 위하여 두 집단의 연령을 10살 단위로 분석한 결과, 20대(화병 집단, 3명, 고혈압 집단, 0명), 30대(화병 집단, 12명, 고혈압 집단, 2명), 40대(화병 집단, 18명, 고혈압 집단, 16명), 50대(화병 집단, 21명, 고혈압 집단, 49명), 60대(화병 집단, 8명, 고혈압 집단, 30명), 및 70대(화병 집단, 1명, 고혈압 집단, 3명)로 나타났다. 이러한 결과는 화병 집단이 고혈압 집단에 비하여 30대 이하 참여자가 많이 포함되어 있음을 보여주고 있다. 따라서 일반적으로는 표집의 크기가 클수록 의미있는 해석이 가능하겠으나, 두 집단간에 동일한 연령 수준을 맞추기 위하여 화병 집단의 일부를 제거하였다. 다른 변인들도 이러한 절차를 통하여 각 인구통계학적 변인에서 동질적인 수준으로 맞춘 결과, 55명씩을 각 집단에 포함시킬 수 있었다.

이와 같이 두 집단간을 동질적으로 구성한 후 집단간의 차이를 살펴본 결과, 성별, 연령, 학력, 결혼,

종교에서 유의한 차이가 나타나지 않았다. 참고적으로 두 집단의 일반적인 특성을 살펴보면, 여성이 대부분을 차지하고 있으며(환병 집단, 94.5%, 고혈압 집단, 92.7%), 연령은 평균 50대이며(환병 집단, M = 50.34, 고혈압 집단, M = 52.45), 학력은 국졸이 가장 많으며(환병 집단, 38.2%, 고혈압 집단, 38.2%), 대부분이 결혼한 상태이며(환병 집단, 81.8%, 고혈압 집단, 80.0%), 종교별로는 불교(환병 집단, 34.5%, 고혈압 집단, 28.2%)와 기독교(환병 집단, 34.5%, 고혈압 집단, 26.9%)가 많이 포함되어 있었다.

절차

질문지 실시는 원칙적으로 개인별로 실시를 하였다. 즉, 환병 클리닉과 가정의학과를 방문한 환자의 진료가 끝나게 되면 별도의 조용한 방으로 안내한 후 척도를 실시하였다. 이 과정에서 만약 환자의 해독 능력 등이 떨어지는 경우 실시자가 문항을 하나 하나 불러주면서 응답하도록 하였다. 이 때 질문지 실시자는 본 연구 목적과 내용을 잘 알지 못하는 인턴과 레지던트, 및 간호원에 의해서 수행되었다.

연구 도구

증상해석 질문지 : 본 연구에서는 질병 표상을 다루기 위하여 Robbins와 Kirmayer(1991)에 의하여 개발된 증상해석 질문지(Symptom Interpretation Questionnaire)를 사용하였다. 이 척도는 일반인들이 자주 경험할 수 있는 13가지 신체 증상에 대하여 3가지 귀인--심리적, 신체적, 및 환경적 귀인--경향을 측정하도록 고안된 질문지이다. 원래 척도에서는 13가지 증상에 대하여 4점 척도(A--전혀; B--조금; C--상당히; D--매우)로 평정하도록 고안하였다. 하지만, 본 연구에서는 일반적으로 환병 환자나 고혈압 환자들의 나이가 많고, 환병 환자들의 학력이 낮다는 점을 고려하여 4점 척도를 3점 척도로 변형시켰다(0--전혀 아니다; 1--조금 그렇다; 2--상당히 그렇다).

분노 질문지: 분노가 환병과 고혈압에서 공통적으로 중요한 요인으로 나타나고 있다는 점을 고려하여, 분노와 관련된 몇 가지 문항을 추가적으로 실시하였다. 이 질문지는 모두 7가지 문항으로 구성하였으며, 질병의 원인(2 문항), 질병의 치료(2문항), 분노 경험 빈도(1문항), 분노 경험 비교(1문항), 및 분노 표현(1문항)을 다루었다. 보다 구체적으로는 질병의 원인을 탐색하기 위하여 (1) '당신이 고생하고 있는 질병(고혈압 또는 화병)이 무엇 때문에 발생했다고 생각하십니까?'를 개방식으로 질문한 후, (2) '당신이 고생하고 있는 고혈압 또는 화병에 대하여 분노(화)가 어느 정도 영향을 미쳤다고 생각하십니까?'를 추가적으로 살펴보았다. 이 때 두 번째 문항은 10점 척도(0 = '전혀 영향 없음'; 10 = '매우 영향 있음')로 평정하였다. 이와 유사한 방식으로 질병의 치료를 탐색하기 위하여 세 번째 문항에서는 (3) '고혈압 또는 화병을 치료하기 위하여 어떻게 해야 된다고 생각하십니까?'를 개방식으로 질문한 후에, (4) '고혈압 또는 화병 치료에 대하여 분노를 잘 관리하는 것이 어느 정도 효과가 있다고 생각하십니까?'를 추가적으로 살펴보았다. 네 번째 문항에서도 10점 척도(0 = '전혀 영향 없음'; 10 = '매우 영향 있음')로 평정하였다.

이어서 분노와 관련한 부가적인 측면을 탐색하기 위하여 3가지 문항을 추가하였다. 이 때 지시문은 다음과 같았다: '이곳에서는 우선 지난주에 얼마나 자주 분노를 경험했는 지를 회상해 보시기 바랍니다. 이 때 강렬한 분노 경험 이외에도 일상 생활에서 나타나는 사소한 분노 경험도 포함시키시기 바랍니다. 예컨대 친구가 약속을 지키지 않았던가 하는 모든 분노 경험을 포함시키시기 바랍니다.' 참고적으로 이러한 지시문은 Averill(1981)에 기초한 내용으로서 미국과 한국에서 실시한 분노에 관한 비교문화적인 연구 결과와 부분적으로 비교하기 위하여 동일한 지시문을 사용하였다. 이어서 분노 경험 빈도를 측정하기 위하여 (5) '당신은 지난주에 얼마나 자주 분노를 경험했습니까?'라는 문항을 제시한 후, '전혀,' '1-2번/1주,' '3-5번/1주,' '1-2번/1일,' '3번/1일,' '4-5번/1일,' '6-10번/1일,' '10번 이상/1일' 가운데 하나에 응답하도록

하였다. 또한 분노 경험을 다른 사람과 비교하기 위하여 (6) '당신은 일상 생활에서 다른 사람에 비하여 화가 나는 경우가 어느 정도 많습니까?'라는 문항과 함께 '매우 많다,' '상당히 많다,' '보통 정도로 많다,' '별로 없다,' '거의 없다' 가운데 하나에 응답하도록 제시하였다. 끝으로 분노 표현을 다루기 위하여 '당신은 화가 났을 때 분노를 어느 정도 잘 표현하십니까?'라는 문항과 함께 '분노를 매우 잘 표현하는 편이다,' '분노를 상당히 잘 표현하는 편이다,' '분노를 보통 정도 표현하는 편이다,' '분노를 잘 표현하지 않는 편이다,' '분노를 거의 표현하지 않는 편이다' 가운데 하나에 응답하도록 구성하였다.

이어서 치료와 관련된 표상을 검증하고자 한다. 이때 원인과 치료와 관련된 직접적인 문항은 객관식 문항과 개방식 문항이 각각 1 문항씩 포함되어 있었다. 하지만 이곳에서는 주로 객관식 문항을 중심으로 보고하겠으며, 객관식 문항의 주제는 앞에서 언급하였듯이 화병과 고혈압에서 분노 또는 화가 자주 언급되고 있다는 점을 고려하여 분노(화)라는 공통적인 요소를 중심으로 살펴보았다(표 1 참조).

그 결과 표 1에서 보듯이 화병 집단과 고혈압 집단은 모두 분노가 매우 중요한 원인 요인이 됨을 인식하고 있었다. 보다 구체적으로 살펴보면 화병 집단과 고혈압 집단 모두 0점부터 9점까지 범위 가운데 화병과 고혈압에서 6.5 이상으로 나타남으로써 분노(화)가 매우 중요한 원인이라고 인식하고 있었다.

결 과

질병의 치료 표상 비교

질병의 원인 표상 비교

앞에서 언급하였듯이 질병 표상의 핵심 요소 가운데는 질병의 원인과 치료가 포함되어 있다. 따라서 이곳에서는 화병 집단과 고혈압 집단이 인식하고 있는 화병과 고혈압의 원인에 관한 표상을 살펴보고,

원인과 관련해서는 공통적으로 분노의 관련성을 인식하고 있었으나, 질병의 치료와 관련해서는 집단 간에 차이가 나타났다. 즉, 고혈압 집단에서는 분노 관리가 매우 중요한 요인으로 인식하고 있는 반면에, 화병 집단에서는 분노 관리가 상대적으로 덜 중요하게 인식되고 있었다(표 1 참조).

표 1

화병 집단과 고혈압 집단의 원인과 치료에 관한 질병 표상 비교

변 인	화병환자 집단		고혈압 집단		t	p <
	평균(표준편차)		평균(표준편차)			
<u>원인과 치료</u>						
원 인	6.60	(2.59)	6.84	(2.59)	-.48	.633
치 료	5.45	(2.75)	6.78	(2.31)	-2.74	.007
<u>분노 경험 및 표현</u>						
분노경험 빈도	3.28	(2.00)	2.07	(1.18)	3.81	.000
분노경험 비교	2.93	(1.10)	3.44	(.94)	-2.61	.010
분노 표현	3.15	(1.33)	3.44	(1.07)	-1.27	.208

분노와 관련한 측면을 더 살펴보기 위하여 분노 경험, 분노 비교, 및 분노 표현 문항을 포함시켜 보았다. 우선 '지난 주에 얼마나 자주 분노를 경험했습니까?'라는 분노경험 빈도 문항에 대하여 화병 집단이 고혈압 집단에 비하여 더 많이 분노를 경험하고 있었다, $t = 3.81, p < .001$. 유사한 맥락에서, 화병 집단은 '일상 생활에서 다른 사람에 비하여 화가 나는 경우가 어느 정도 많습니까?'라는 문항에서 다른 사람에 비하여 화가 더 많이 나는 것으로 인식하고 있었다, $t = 2.61, p < .010$. 반면에, 분노 표현에서는 두 집단간에 유의한 차이가 나타나지 않았다, $t = 1.27, p < .208$.

증상 인식 비교

다음으로는 두 집단간에 증상을 비교하기 위하여 지난 3개월 동안에 경험한 13가지 증상을 비교해 보았으며, 그 결과가 표 2에 제시되어 있다.

표 2에서 보듯이 화병 환자는 고혈압 환자에 비하여 두통, 구갈증, 심계항진, 수전증, 불면증, 복통, 호흡 곤란, 수족이상 감각, 및 변비/배변 곤란을 자주 경험하고 있는 것으로 나타나고 있었다. 한편, 두 집단간에 다한증, 현훈, 피로, 식욕저하에서는 차이가 없었다. 이러한 결과는 화병 환자가 고혈압 환자에 비하여 본 질문지에서 측정하고 있는 13가지 증상 가운데 9가지 증상에서 더 많이 경험하고 있었다.

증상 귀인 비교

증상 귀인을 비교하기 전에 본 연구에서 사용하고 있는 증상해석 질문지가 국내에서 표준화되지 않은 까닭에 척도의 신뢰도와 타당도를 검증해 보았다. 우선 요인 분석을 실시한 결과, 일부 문항의 요인 구조가 원래 척도 구성과 달리 다른 요인 구조에 속하거나 요인 부하량이 낮게 나타났다. 따라서 원래 척

표 2
화병 집단과 고혈압 집단의 증상 인식 비교

변	인	화병 집단		고혈압 집단		t	p <
		평균(표준편차)		평균(표준편차)			
만 성 두 통		1.71	(.46)	1.43	(.50)	2.97	.004
다 한 증		1.35	(.48)	1.51	(.51)	-1.05	.102
현 훈		1.56	(.50)	1.40	(.49)	1.75	.083
구 갈 증		1.62	(.49)	1.19	(.39)	5.10	.000
심 계 항 진		1.47	(.50)	1.17	(.38)	3.18	.002
피 로		1.24	(.43)	1.13	(.34)	1.48	.141
수 전 증		1.78	(.42)	1.57	(.50)	2.36	.020
불 면 증		1.56	(.50)	1.37	(.49)	2.04	.044
복 통		1.75	(.44)	1.56	(.50)	2.05	.042
식 욕 저 하		1.76	(.43)	1.60	(.50)	1.87	.065
호 흡 곤 란		1.78	(.42)	1.47	(.50)	3.48	.001
수족 이상 감각		1.71	(.46)	1.46	(.50)	2.66	.009
변비/배변 곤란		1.76	(.43)	1.52	(.51)	2.69	.008

도 요인에 속하고 .35이상의 요인 부하량을 갖는 문항으로 구성된 척도를 구성하였으며, 그 결과가 표 3에서 제시되었다. 간략히 언급하자면, 주축 요인 분석과 varimax축 회전으로 요인 분석을 실시한 결과, 전체 39문항 가운데 19문항만이 타당하게 나타났다.

이어서 이러한 문항으로 구성된 하위 척도의 내적 일치도를 산출한 결과, 심리적($\alpha = .86$), 신체적($\alpha = .72$), 및 환경적($\alpha = .58$)으로 나타났다. 이렇게 환경적 하위척도의 내적일치도가 낮게 나타난 점은 부분적으로 문항수가 적게 포함된 이유가 있겠으나, 추후 연구를 위해서는 보다 신뢰로운 척도 개발을 시도할 필요성을 암시하고 있다.

이러한 절차를 거쳐서 척도의 타당도와 신뢰도를 검증한 후에, 척도에서 구성된 세 가지 증상 귀인을 살펴보기 위하여 분석을 실시하였으며, 그 결과가 표 4에서 제시되었다. 표 4에서 보듯이, 화병 환자는 고혈압 환자에 비하여 심리적 증상으로 귀인하는 경향이 있었다.

증상에 대한 분노 경험 및 분노 표현의 회귀 분석 결과

앞에서 언급하였듯이 분노가 화병과 고혈압과 관

표 3
질병 인식 문항 평균, 표준편차 및 요인 분석 결과

증상	문항	평균	표준 편차	심리적요인 ($\alpha = .86$)	신체적요인 ($\alpha = .72$)	환경적요인 ($\alpha = .58$)
호흡곤란	흥분/불안	.24	.50	.75		
만성두통	정서적 혼란	.65	.65	.65		
다한증	불안/초조	.40	.59	.65		
불면증	걱정/초조	.20	.47	.59		
구갈증	무서움/불안	.44	.59	.59		
수전증	초조	.20	.47	.58		
심계항진	흥분/무서움	.20	.46	.57		
식욕저하	걱정	.05	.27	.55		
피로	정서적 탈진	.24	.50	.54		
현훈	스트레스	.29	.55	.45		
현훈	심장/혈압 이상	.29	.55		.64	
심계항진	심장 이상	.20	.46		.54	
호흡곤란	심장/폐 이상	.24	.50		.52	
수전증	신경학적 이상	.20	.47		.50	
구갈증	침샘에 이상	.44	.59		.45	
불면증	커피 과다 섭취	.16	.45			.61
식욕저하	음식 과다 섭취	.24	.50			.51
현훈	식사 불충분	.29	.55			.47
심계항진	커피 과다 섭취	.20	.46			.58
고유가 설명변량		35.8%		5.04 24.0%	1.48 7.0%	1.00 4.7%

주. 요인부하량이 .30이상만 제시

련해서 중요한 심리적 요인이 된다는 주장이나 실증적 연구가 제시되어 왔다. 또한 본 연구에서도 분노가 화병과 고혈압의 원인이 됨을 암시하고 있었으며, 고혈압의 경우에는 분노 관리가 중요한 치료 요소가 될 수 있음을 암시하고 있다. 따라서 이곳에서는 과연 분노의 어떠한 측면이 증상과 관련이 되는가를 살펴보았다. 달리 말하면, 과연 화병 환자가 경험하는 증상과 관련해서 분노 경험이 더 중요한 예언 변인이 되는지 아니면 분노 표현--특히 분노 억제--이 더 중요한 예언 변인이 되는가를 살펴보았다. 한편, 분노 경험 비교는 분노 경험과 분노 표현간의 구분이 명확하지 않기 때문에 이번 분석에서는 제외시켰다. 이러한 목적을 수행하기 위하여 분노의 경험 빈도와 분노 표현을 예언 변인으로 포함시키고, 심리적, 신체적, 및 환경적 증상을 준거 변인으로 포함시키는 동시적 회귀분석을 실시하였다. 이 때 이러한 회귀 분석을 화병 환자와 고혈압 환자를 대상으로 각각 실시하였다.

표 5에서 보듯이, 화병 환자를 대상으로 분석한 결과 분노 경험을 자주 할수록 심리적 증상으로 귀인하는 경향이 있었다. 한편, 고혈압 집단을 대상으로 분석한 결과 분노 표현을 잘하는 사람일수록 신체적 증상으로 귀인하는 경향이 있었다. 이러한 결과에 대한 충분한 해석은 추후 연구에서 밝혀져야 할 것이다. 하지만, 한 가지 가능한 해석 가운데 하나로는 화병 집단에서는 분노를 자주 경험하는 사람일수록 자신이 경험하는 증상을 주관적이고 심리적인 관점에서 접근하는 경향이 있는 반면에, 고혈압 집단에서는 분노 표현을 잘하는 사람일수록 자신이 경험하는 증상을 보다 객관적이고 신체적인 관점에서 접근하는 경향이 있다고 해석할 수 있겠다. 실제로 앞에서 언급하였듯이 치료에 관한 개방식 질문지 반응을 분석한 결과, 화병 집단에서는 '수양,' '마음의 안정'을 비롯한 심리적 조절과 관련한 응답이 많이 나오는 반면에, 고혈압 집단에서는 비록 심리적 조절과 관련된 반응이 있기는 하지만, '적당한 운동,' '음식 조절'과 같은

표 4
화병 집단과 고혈압 집단의 증상 귀인 비교

변 인	화병환자 집단	고혈압 집단	t	p <
	평균(표준편차)	평균(표준편차)		
심 리 적	8.67 (4.94)	4.07 (3.56)	3.88	.001
신 체 적	3.33 (2.96)	2.16 (2.39)	1.71	.096
환 경 적	2.70 (2.28)	1.60 (1.90)	1.96	.059

표 5
귀인 양상을 예언하는 분노의 동시적 회귀 분석 결과

변 인	심 리 적				신 체 적				환 경 적			
	B	SEB	β	t	B	SEB	β	t	B	SEB	β	t
<u>화병 집단</u>												
분노 표현	.05	.44	.01	.11	.13	.26	.07	.50	.18	.20	.13	.40
분노 경험	1.27	.40	.42	3.18**	.25	.24	.15	1.06	.27	.18	.22	1.49
Constant	1.37				.70				.21			
R ²			.18				.03				.07	
<u>고혈압집단</u>												
분노 표현	.22	.86	.06	.26	.79	.32	.53	2.41*	.00	.34	.00	.01
분노 경험	1.08	.52	.47	2.07	.07	.20	.07	.34	-.36	.20	-.41	-1.75
Constant	4.44				-.39				3.10			
R ²			.22				.28				.17	

보다 객관적인 반응이 더 많이 나타나고 있었다. 또 다른 해석으로는 집단간 반응의 차이가 부분적으로 핫병과 고혈압의 속성에 기인하고 있다고 볼 수 있다. 달리 말하면, 일반적으로 핫병은 심리적 조절의 실패에서 발생하며, 고혈압은 운동 부족이나 과다한 지방 섭취 등에 의하여 발생한다고 인식되고 있다. 따라서 본 연구에서 나타난 집단간의 반응은 추후 연구에서 보다 세밀하게 검토되어야 할 것이다.

논 의

본 연구에서는 핫병 환자의 질병 표상을 이해하기 위하여 고혈압 환자와 비교하였다. 고혈압 환자를 핫병의 비교 집단으로 포함시킨 이유는 이전에 제안된 이론이나 실증적 연구에서 분노가 핫병과 고혈압에서 공통적으로 중요한 심리적 요인으로 나타나고 있기 때문이었다. 이 목적을 수행하기 위하여 핫병 환자 65명과 고혈압 환자 100명 가운데 성별, 연령, 학력 변인을 동일한 수준으로 맞춘 결과 각각 55명씩 포함된 집단을 구성할 수 있었다. 각 집단에게 증상 해석 질문지와 분노와 관련된 질문지를 실시한 결과 다음과 같은 결과가 나타났다. 첫째, 본 연구에 포함된 핫병 집단과 고혈압 집단은 여성이 대부분을 차지하고 있으며, 평균 50대이며, 국졸이 가장 많으며, 대부분이 기혼자이고, 불교인과 기독교인이 많이 포함되어 있었다. 둘째, 두 집단간의 질병의 원인과 관련된 표상을 살펴본 결과, 집단간에 차이가 없었으며, 두 집단은 모두 분노가 매우 중요한 심리적 요인이 됨을 인식하고 있었다. 셋째, 질병 치료와 관련해서는 고혈압 집단에서는 분노 관리가 중요한 요인으로 인식하고 있는 반면에, 핫병 집단에서는 상대적으로 중요성을 적게 인식하고 있었다. 넷째, 본 연구에서 사용한 증상 해석 질문지에 포함된 13가지의 증상을 비교한 결과, 핫병 집단은 고혈압 집단에 비하여 두통, 구갈증, 심계항진, 수전증, 불면증, 복통, 호흡 곤란, 수족이상 감각, 변비/배변곤란을 더 많이 경험하고 있

는 것으로 나타나고 있었다. 다섯째, 증상 해석 척도에서 측정하고 있는 13가지 증상에 대한 귀인을 심리적, 신체적, 환경적 귀인으로 구분한 결과, 핫병 환자는 고혈압 환자에 비하여 심리적 증상으로 귀인하는 경향이 높았다. 끝으로, 핫병 환자들은 분노 표현을 잘하는 사람일수록 심리적 귀인을 하는 경향이 있는 반면에, 고혈압 환자들은 분노를 자주 경험하는 사람일수록 신체적 귀인을 하는 경향이 있었다.

본 연구는 핫병을 이해하기 위한 연구의 일환으로서, 핫병의 질병 표상 연구를 시도하였다. 이제 본 연구에서 나타난 결과를 간략하게 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 본 연구에 포함된 핫병 집단과 고혈압 집단은 질병의 원인 표상에서 분노의 중요성을 모두 인식하고 있었다. 아울러, 두 집단에서는 모두 분노를 잘 표현하지 않는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 분노를 억제할 경우에 핫병이 난다는 이전 연구(민성길, 1989; 이시형, 1977; 이시형, 조소연, 이성희, 1989)나 경향성(전경구, 황의완, 김종우, 박훈기, 1997)과 일치하고 있었다. 또한 유사한 맥락에서 고혈압이 분노 억제에 의하여 발생한다는 견해(Alexander, 1939)나 실증적 연구 결과(Anderson, & Lawler, 1995; Mills & Dimsdale, 1993; Spielberger, Krasner, & Solomon, 1988)와도 일치하고 있었다.

둘째, 질병의 치료 표상으로서 분노 관리의 중요성에 대하여 두 집단간에 차이가 있었다. 이러한 결과는 질병 표상에서 원인 귀인뿐만 아니라 해결 귀인을 동시에 탐색하는 것이 필요함을 암시하고 있었다(Brickman et al., 1982). 더 나가서 비록 본 연구에서는 질병 표상의 기본적인 주제만을 다루고 있으나, 추후 연구에서는 원인 귀인과 해결 귀인에 기초하여 의학적 모델, 계몽적 모델, 보상적 모델, 및 도덕적 모델에 따른 각 집단의 특성을 분석해 볼 필요가 있겠다. 예컨대, 고혈압 집단은 질병의 원인과 치료에서 모두 자신의 역할을 강조하는 도덕적 모델에 가까운 반면에, 핫병 집단은 질병의 치료에서 자신의 역할을 강조하지 않는 의학적 모델에 가깝게 나타날 가능성이 있다. 따라서 추후 연구에서는 이 주제에 관한 보다 세부적인 검토를 시도해 볼 수 있겠다.

셋째, 증상 해석과 관련해서는 본 연구의 결과와 선행 연구들과 일치하고 있다. 예컨대, 김종우와 그의 동료들은 화병 환자들이 불면증, 두통, 어지러움, 다한증, 피로, 식욕 저하, 변비나 설사, 심계항진 등을 경험하고 있거나 정상 집단에 비하여 더욱 많이 경험하고 있음을 보고하고 있다. 또한 이러한 경향성은 화병을 다룬 정신의학적 연구들에서도(민성길, 1989; 민성길, 이만홍, 강홍조, 이호영, 1987; 이시형, 오강섭, 조소연, 배석주, 이성희, 김영철, 1989) 심계항진, 불면, 식욕상실, 현훈, 진땀, 구갈, 변비 등이 보고되고 있다. 따라서 본 연구에서 나타난 결과는 단순한 증상 해석이기보다는 화병 환자들이 실제로 경험하는 주요 증상일 가능성이 높다. 하지만, 자신이 기대하고 있는 증상일수록 실제로 나타날 가능성이 높다는 관점에서 보면(Sensky, 1997), 본 연구에서 나타난 증상들이 객관적인 기제에 의한 증상인지, 아니면 화병 환자의 기대에서 발생하고 있는 주관적 증상인지에 대한 규명이 장차 연구에서 이루어져야 할 것이다.

넷째, 13가지 증상에 대한 귀인을 살펴 본 결과, 화병 환자는 심리적 증상으로 귀인하는 경향이 높았다. 아울러, 유사한 맥락에서 화병 환자들은 분노 표현을 잘하는 사람일수록 심리적 증상으로 귀인을 하는 경향이 있는 반면에, 고혈압 환자들은 분노를 자주 경험하는 사람일수록 신체적 증상으로 귀인을 하는 경향이 있었다. 이러한 결과들은 화병 환자와 고혈압 환자들이 외적으로 환경에 귀인하기 보다는 내적으로 자신의 심리적 또는 신체적 측면으로 귀인하는 경향이 있음을 보여주고 있다. 이러한 결과는 일반적으로 불안정한 상황은 외적으로 귀인하지만, 외적 상황으로 귀인하기 어려운 안정적 상황은 내적으로 귀인하는 경향이 있다는 귀인 이론으로 해석해 볼 수 있겠다. 달리 말하면, 화병 환자들이나 고혈압 환자들은 오래 동안 어려움을 경험하는 가운데 자신에게 안정적으로 귀인하는 경향이 있게 된다고 볼 수 있다. 한편 두 집단은 모두 안정적으로 내적 귀인을 하게 되지만 화병 집단은 주관적이고 심리적으로 귀인하는 반면에, 고혈압 집단은 객관적이고 신체적으로 귀인하는 경향이 있다고 해석할 수 있겠다. 참고

적으로 전경구, 김종우, 박훈기(1998)에서도, 화병 환자들이 장기간에 걸친 스트레스와 그에 대한 대처 경험 속에서 자신의 주위에서 일어나는 현상을 내적으로 귀인하는 경향이 있음을 암시하고 있었다. 또한 유사한 관점에서 화병 환자들은 처음에는 타인 탓으로 돌리지만, 나중에는 자신의 탓으로 돌리는 경향이 나타나고 있다(이시형, 1977).

본 연구는 화병의 건강심리학적 이해를 위하여 시도된 연구의 하나이다. 지금까지 수행된 연구에서는 (1) 정서적 스트레스와 화병간의 관계, (2) 화병 환자들이 경험하는 생활 스트레스와 대처, (3) 화병 환자들의 질병 표상을 다루었다. 이러한 일련의 연구에서 다루어 본 측면들은 그림 1에서 기술된 경로 가운데 ①, ②, ③, ④를 다루었다. 하지만, 화병 환자들은 독립적인 공간과 시간에서 존재하는 것이 아니다. 달리 말해서 화병을 보다 명확하게 이해하기 위해서는 화병 환자를 둘러싸고 있는 개인외적 자원(사회적 자원, 종교적 자원)을 함께 다루어야만 최소한의 기본적인 측면들이 다루어진다고 볼 수 있다. 따라서 추후 연구에서는 개인외적 자원을 비롯한 미진한 부분에 대한 탐색이 이루어져야 할 것이다. 그 밖에도 지금까지 수행된 연구가 주로 횡단적이고 회고적 연구이었다는 점에서 후속적인 연구에서는 종단적이고 전향적인 연구를 수행할 필요가 있겠다. 더 나가서 본 연구에 포함된 표집이 다소 작다는 점을 고려할 때, 본 연구에서 다룬 주제들을 보다 의미 있게 분석하기 위해서는 추가적인 표집과 분석을 시도해 볼 수 있겠다. 끝으로, 본 연구에서 사용한 증상 해석 질문지는 질병 표상을 직접적으로 다루기에는 매우 제한적이다. 따라서 추후 연구에서는 질병 표상을 보다 직접적으로 다루고 있는 척도를 사용해서 연구할 수행할 필요가 있겠다. 예컨대, Weinman, Petrie, Moss-Morris 및 Home(1996)은 질병 표상에서 주요한 요소로 나타나고 있는 5가지-규명, 원인, 시간 경과, 결과, 치료/통제-척도를 포함하고 있는 질병 지각 척도(Illness Perception Questionnaire, IPQ)를 개발한 바 있다. 더 나가서 한국의 건강심리학자들은 한국 문화에 알맞는 질병 표상 척도 개발을 위하여 노력을 경

주할 필요가 있겠다.

참 고 문 헌

- 김종우, 이조희, 이승기, 엄효진, 황의완(1996). 홑병에 대한 임상적 연구: 한의학적 홑병 모델을 중심으로 스트레스 연구, 4(2), 23-32.
- 김종우, 황의완(1994). 한의학에서 본 홑병의 해석. 동의신경정신과학회지, 5(1), 9-15.
- 민성길(1989). 홑병의 개념에 대한 연구. 신경정신의학, 28(4), 604-616.
- 민성길, 이만홍, 강홍조, 이호영(1987). 홑병에 대한 임상적 연구. 대한의학협회지, 30(2), 187-197.
- 이시형(1977). 홑병에 대한 연구. 고의, 1(2), 63-69.
- 이시형, 오강섭, 조소연, 배석주, 이성희, 김영철(1989). 홑병의 임상연구(II)-분노 반응으로서의 홑병. 고의, 12, 145-150.
- 이시형, 조소연, 이성희(1989). 울홑병으로서의 홑병 형성기전, 고의, 12, 151-156.
- 조흥건(1991). 스트레스병과 홑병의 한방치료. 서울: 열린책들.
- 전경구, 김종우, 박훈기(1998). 홑병 환자와 일반 주부의 생활 스트레스와 대처 방식. 스트레스 연구, 6, 9-23.
- 전경구, 황의완, 김종우, 박훈기(1997). 홑병과 정서적 스트레스 간의 관계 연구. 한국심리학회지: 건강, 2(1), 168-185.
- 최상진, 이효행(1995). 한국인 홑병의 심리학적 개념화 시도. 한국 심리학회 '95 연차대회 학술발표논문집, 327-338.
- 한덕웅(1997a). 질병 표상 연구의 비판적 개관. 한국심리학회지: 건강, 2(1), 1-20.
- 한덕웅(1997b). 건강 행동을 설명하는 사회인지이론의 비판적 개관. 한국심리학회지: 건강, 2(1), 21-45.
- 황의완, 김지혁(1987). 동의신경정신의학. 서울: 현대의학서적사.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Alexander, F. G. (1939). Emotional factors in essential hypertension: Presentation of a tentative hypothesis. *Psychosomatic Medicine*, 1, 175-179.
- Anderson, S. F., & Lawler, K. A. (1995). The anger recall interview and cardiovascular reactivity in women: An examination of context and experience. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 335-343.
- Averill, J. R. (1981). *Anger and aggression*. New York: Springer-Verlag.
- Baumann, L. J., & Leventhal, H. (1985). I can tell when my blood pressure is up, can't I? *Health Psychology*, 4, 203-218.
- Brewin, C. R. (1988). Explanation and adaptation in adversity. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health*. New York: Wiley.
- Brickman, P., Rabinowitz, V. C., Karusa, J., Coates, D., Cohn, E., & Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37, 368-384.
- Bulman, R. J., & Wortman, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the 'real world': Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-365.
- Edman, J. L., & Kameoka, V. A. (1997). Cultural differences in illness schemas: An analysis of Filipino and American illness attributions. *Journal of Cross-cultural psychology*, 28, 252-265.
- Lau, R. R., & Hartman, K. (1983). Commonsense representations of common illnesses. *Health*

- Psychology*, 2, 167-186.
- Lau, R. R., Bernard, T. M., & Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8, 195-219.
- Lee, S., Kim, J. H. & Lee, S. H. (1997, May). *Clinical course of Hwabyung*. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychiatric Association. San Diego, CA.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (Vol. 2). New York: Pergamon.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threat. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: Vol. IV. Social psychological aspects of health*. Hillsdale, NJ: Lawrence
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognitive interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Lin, K. (1983). Hwa-Byung: A Korean culture-bound syndrome? *American Journal of Psychiatry*, 140, 105-107.
- Mills, P. J., & Dimsdale, J. E. (1993). Anger suppression: its relationship to β -adrenergic receptor sensitivity and stress-induced changes in blood pressure. *Psychological Medicine*, 23, 673-678.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*, 21, 1029-1045.
- Sensky, T. (1997). Causal attributions in physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 565-573.
- Shaver, K. G., & Drown, D. (1986). On causality, responsibility, and self-blame: A theoretical note. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 697-702.
- Spielberger, C. D., Krasner, S. S., & Solomon, E. P. (1988). The experience, expression and control of anger. In M. P. Janisse (Ed.), *Health psychology: Individual differences and stress* (pp. 89-108). New York: Springer-Verlag.
- Sweeney, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.
- Turk, D. C., Rudy, T. E., & Salovey, P. (1985). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 453-474.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.

Illness Representation of Hwabyung Patients and Hypertensives

Chon, Kyum Koo

Park, Hoon Ki

Kim, Jong Woo

Rehabilitation Psychology
Taegu University

Department of Family Medicine
Hangyang University

Department of Oriental Neuropsychiatry
KyungHee University

The present study deals with illness representations of Hwabyung as part of a series of attempts to understand Hwabyung. In the present study, Hwabyung patients were compared with hypertensives. In order to match groups in terms of sex, age, and education, 55 patient were selected out of 100 hypertensives and 65 Hwabyung patients. When analyzed the data based on responses from the Symptom Interpretation Questionnaire (Robbins & Kirmayer, 1991) and additional items on anger, it was found that: (1) although there was no significant differences in the area of cause of illness representation, there were significant differences in terms of treatment of illness representation. (2) When comparing symptom interpretations, Hwabyung patients revealed more frequently in the area of chronic headaches, hyperhidrosis, palpitations, handtremors, insomnia, abdominal pain, dyspnea, numbness, and constipation/irregular bowel habit. (3) Hwabyung patients also have a tendency to attribute their symptoms to psychological cause, instead of physical or environmental ones. Finally, the present findings were discussed with regard to Hwabyung and/or illness representation and implications for future studies are suggested.