동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 18. No. 3, 2007

# 화병과 화병●주요우울증 중복진단군의 OMS-prime을 통한 변증유형 비교연구

김종우, 김상호, 정선용, 박소정, 변순임, 김지영, 황의완
경희대학교 한의과대학 신경정신과학교실

## A comparative study on pattern identification by OMS-prime of Hwa-Byung group and Hwa-Byung with Major Depression double diagnosis group

Jong-Woo Kim, Sang-Ho Kim, Sun-Yong Chung, So-Jung Park, Soon-Im Byun, Ji-Young Kim, Wei-Wan Whang
Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Kyung Hee University

### Abstract

**Object** : The objective of this study is to identify the difference of somatic characteristics between Hwa-Byung and Major Depression by comparing the pattern identification of Hwa-Byung group and Hwa-Byung with Major Depression group(double diagnosis)

**Method** : According to Hwa-Byung Diagnostic Interview Schedule(HBDIS) and SCID, 17 patients as diagnosed Hwa-Byung and 20 patients as diagnosed Hwa-Byung with Major Depression group(double diagnosis) were recruited. and by depression scale like Hamilton Rating Scale for Depression(HRDS) & Montgomery-Asberg Depression Rating Scale(MADRS), we excluded patients complaining moderate & severe depression among Hwa-Byung group and excluded patients showing mild depression among Hwa-Byung with Major Depression group. After this evaluation, we analysed and compared the pattern identification of both groups by OMS-prime.

**Result** :

1. There were no significant differences of demographic data between both groups.
2. In the result of 'analysis on pattern identification' for all participant used by OMS-prime, most frequent pattern was deficiency of Yin and Yang of the heart(49%).
3. In the result of 'analysis on most correlated pattern identification' used by OMS-prime, for Hwa-Byung group was deficiency of Yin and Yang of the heart(45%) and the next were disharmony of the liver and spleen (20%), generation of phlegm due to stagnation of

투고일 : 10/12 수정일 : 11/5 채택일 : 11/8
* 교신저자 : 김종우, 서울특별시 강동구 상일동 경희대학교 동서신의학병원 화병/스트레스클리닉
Tel. 02-440-7133, Fax. 02-440-7142, E-mail: aromaqi@khu.ac.kr

Gallbladder(15%) deficiency of Qi and Yin of the heart(10%). And for Hwa-Byung with Major Depression group(double diagnosis) was deficiency of Yin and Yang of the heart(53%), the next were generation of phlegm due to stagnation of Gallbladder(18%), and deficiency of Qi and blood of the heart(12%).

4. In the result of 'analysis on significant pattern identification' used by OMS-prime, for Hwa-Byung group was deficiency of Yin and Yang of the heart(20%) and the next were disharmony of the liver and spleen(15%), generation of phlegm due to stagnation of Gallbladder(15%), deficiency of Qi and Yin of the heart(14%). And for Hwa-Byung plus Major Depression group(double diagnosis) was deficiency of Yin and Yang of the heart(18%), the next were deficiency of Qi and Yin of the heart(18%), deficiency of Qi and blood of the heart(10%), generation of phlegm due to stagnation of Gallbladder(18%).

**Conclusion** : Hwabyung is syndrome that have many different symptoms, but there is no difference between Hwa-Byung group and Hwa-Byung with Major Depression group(double diagnosis) on the side of symptoms. Therefore, Hwabyung could be a new model for research on depression in Korean.

**Keyword** : pattern identification, OMS-prime, depression, Hwa-Byung

## Ⅰ. 서 론

화병은 오래전부터 한국의 민간에서 사용되어 오던 질병 개념 중의 하나로 울화병으로 인식되어오던 질환이다[1]. DSM - Ⅳ에서는 화병을 문화 특유 증후군(culture bound syndrome)의 하나로 언급하고 있는데, 한국의 민속 증후군으로서 분노 증후군으로 번역되며 분노의 억제로 인해 발생하는 특유의 증상들이 있다고 설명하고 있다[2].

그동안 화병에 대하여 한의학, 서양의학, 심리학, 간호학 등 다양한 분야에서의 연구가 이뤄졌다. 기존의 연구가 화병 진단에 있어 객관성을 확보하지 못한 점이 있으며, 이에 대하여 김종우 등은 선행연구들과 임상사례보고서를 토대로 화병에 대한 진단준거를 만들고, 이를 기초로 하여 화병면담검사 (Hwa-Byung Diagnostic Interview Schedule, HBDIS)를 제작하였으며, 이에 대한 신뢰도 및 타당도를 검증하였다[3]. 화병면담검사의 개발을 통하여 화병을 객관적으로 진단할 수 있게 되어 이전 화병연구의 문제점이었던 화병진단의 주관성을 보완할 수 있게 되었다.

이러한 화병면담검사를 이용하여 화병의 진단적 실체에 대한 연구가 이뤄졌는데, 연구결과 화병은 DSM-Ⅳ의 축1 진단기준 중 주요우울장애와 가장 많이 중복되는 것으로 나타났다. 또한 화병에 대하여 한의학 진단 방식의 핵심인 변증유형에 관한 연구 결과 화병은 心虛와 가장 연관이 깊었고, 다음으로는 肝膽鬱과 관련성이 깊었으며 虛證이 實證보다 많았고, 열 또는 화와의 관련성이 많았다[4]. 그렇지만 이 연구에서도 우울증과 화병의 비교 연구가 이뤄지지는 않았다.

한국인의 우울증이 서구의 우울증과 다른 경향성을 가지고 있어 신체적 증상을 호소하는 특징을 가지고 있다고 설명하고 있는데, 이것에 대한 명확한 해석도 부족한 실정이다. 또한 우울증이 중국에서의 신경쇠약이라는 병명과 더불

어 해석하는 경향성이 있어 각국의 문화에 따라 우울증이 달리 표현될 수도 있음을 알 수 있다. 그런 의미에서 화병은 한국이 문화적 배경과도 깊은 관계가 있으며, 한국인 정신장애의 신체적 표현이라는 의미를 가지고도 있어 주목된다.

지금까지의 연구들을 종합하면, 화병과 우울증에 대한 비교 연구의 필요성이 제기된다. 이에 저자는 화병면담스케줄과 SCID를 활용하여 우울증이 배제되고 화병진단기준에 부합되는 자와 화병진단기준과 주요우울증삽화진단이 동시에 충족되는 자를 모집하였다. 이들을 대상으로 객관적 한의학적 진단이 가능한 도구인 동의표준 진단전문가 프로그램 (Oriental Medicine Standard - Pattern Identification Support Program, OMS - prime)[5,6]을 활용하여 화병 환자군과 화병과 우울증이 중복진단된 군 사이의 변증유형의 차이를 비교하였다. 이를 통해 화병과 우울증의 신체적 특성의 차이를 비교하고, 이를 통해 화병과 우울증의 진단적 차이를 파악하고자 하였다.

## Ⅱ. 연구대상 및 방법

### 1. 연구대상

본 임상연구는 2005년 10월부터 2006년 9월까지 f-MRI와 유전자를 이용한 화병의 구명에 관한 임상연구에 참여한 자원자를 대상으로 하였으며, 경희대학교 한의과대학 부속한방병원 임상시험윤리위원회의(IRB)의 심사와 허가를 득한 후 시행되었다.

전화면담을 통해 기초면접을 거친 후 본 병원 신경정신과에 방문하여 한방신경정신과 전문의에 의해 화병면담스케줄(Hwa-Byung Diagnostic Interview Schedule, HBDIS)[3]과 정신장애 진단을 구조적 임상면담(Structured Clinical Interview for DSM-Ⅳ Axis Ⅰ Disorder, 이하 SCID-Ⅰ)[7]를 실시하여 화병진단기준과 주요우울삽화 진단기준에 부합되는 자를 선별하였다.

대상자의 포함기준은 1) 만 40세 이상 55세 이하의 여성, 2)임신가능성이 없는 비수유부 여성, 3) 읽고 쓰기 등 언어소통에 지장이 없는 자, 4) 임상시험에 자의로 참여를 결정하고 서면 동의한 자, 5) 화병의 진단기준(SCID-Hwabyung을 활용)에 부합되거나, 정신의학에서 보편적으로 사용하는 진단 체계인 SCID-Ⅰ 진단기준상 주요우울증에 해당되는 자이다.

대상자의 제외기준은 1) 망상 혹은 환각 등의 정신증적 양상이 자가 보고 되거나 관찰되는 자, 2) 정신활성약물(혹은 향정신성 약물)을 복용 중인 자, 3) 두부외상의 과거력이 있는 자, 4) 뇌혈관질환을 비롯한 신경학적 질환의 과거력이 있는 자, 5) 간질병력이 있는자, 6) 알코올 또는 약물 남용/의존이 현재 있거나 과거력이 있는 자이다.

Table 1. Hwa-Byung Diagnostic Criteria

| 평가내용 | 문항 |
|---|---|
| A. 필수신체증상 | 1. 가슴의 답답하거나 숨이 막힘<br>2. 얼굴이나 가슴의 열감 |
| B. 필수심리증상 | 1. 억울하고 분한 감정 |
| C. 신체증상<br>(3가지 중 1가지 이상) | 1. 두통이나 어지러움<br>2. 수면장애<br>3. 입이나 목이 마름 |
| D. 심리증상<br>(3가지 중 1가지 이상) | 1. 사소한 일에도 화가 나거나 분노가 치밂<br>2. 삶이 허무하게 느껴지거나 혹 자신이 초라하고 불쌍하게 느껴짐<br>3. 두렵거나 깜짝깜짝 놀람 |
| E. 심리사회적 기능저하 | 1. 집안일, 직장일, 대인관계 상의 어려움 |
| F. 관련 스트레스 | 1. 증상과 관련된 스트레스 |
| G. 의학적 질병 | 1. 의학적 질병 유무, 약물복용여부 |

## 2. 연구방법

### 1) 환자선별 및 시험과정

시험 지원자 중 기초조사에서 연구에 적합하다고 판단된 자를 대상으로 아래와 같은 방법으로 선별하였다.

화병군은 연구자원자 중, "Structured Clinical Interview Schedule for Hwabyung (SCID-Hwabyung)"의 진단기준에 부합하며 SCID-Ⅰ을 통해 현재 주요우울삽화가 아닌 다른 정신장애(단, 정신증적 장애, 공황장애는 배제함)로 진단된 환자 중 우울증척도 상 경증의 우울증 이하로 평정되는 자를 최종대상자로 선정하였다.

경증의 우울증이란 Hamilton Rating Scale for Depression (HRDS) 상 18점 미만, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) 상 21점 미만으로 평정되는 우울증을 말한다.

화병과 주요우울삽화가 중복진단된 군(이하 화병 +주요우울증군)은 SCID-Hwabyung을 활용하여 위의 두 진단적 면접 조건을 모두 충족시키는 환자를 대상으로 중등도이상의 우울증을 가진 환자를 최종대상자로 선정하였다. 중등도 이상의 우울증이란 HRDS상 18점 이상, MADRS상 21점 이상으로 평정되는 우울증을 말한다.

위에서 선정된 환자를 대상으로 임상시험에 대한 동의를 얻은 후 OMS-prime 실시를 위해 임상양상을 한방신경정신과 전공의가 문진하여 10개 내외의 주소 증상을 정하고 이 중 환자가 가장 고통스럽다고 자가 보고하는 필수증상 1가지를 결정한 후, OMS-prime 프로그램에 적용시켰다.

환자선정 및 시험의 모든 과정은 임상심리학자에게 SCID - Hwabyung과 HRDS, MADRS 척도에 대한 소정의 교육을 받은 1명의 한방신경정신과 전공의가 담당하였다.

### 2) SCID-Hwabyung

DSM-Ⅳ의 제1축 장애의 구조화된 임상적 면담(Structured Clinical Interview for DSM-Ⅳ Axis Ⅰ Disorder, 이하 SCID-Ⅰ)[7]을 본 연구의 목적에 맞게 불필요한 부분을 삭제하고 지시문을 부분적으로 수정한 SCID-Hwabyung을 사용하였다.

불필요한 부분이란,

첫째, 제외기준으로 인해 불필요해진 부분으로서 B모듈(정신증 관련)과 C모듈(정신증적 장애진단)전체와 A모듈의 조증삽화, 경조증 삽화, 혼재성 삽화 진단에 해당하는 부분, 그리고 물질이나 일반적 의학적 상태로 인한 장애들이다.

둘째, 화병과 배타적인 장애들로서 예를 들어 장해의 기간이 배타적인 급성 스트레스 장애, 적응장애 등이다.

셋째, 화병과 완전 독립적이라고 생각되는, 즉 화병의 양상과 전혀 무관한 장애들로서, 예를 들어 공포증, 강박장애, 신체변형장애, 섭식장애(H모듈) 등이다.

넷째, 각 장애의 연대기에 과한 부분, 아형에 관한 세부진단 등은 연구의 목적과 관계없이 삭제하였다.

그리하여, 주요우울장애(현재 주요우울증 삽화만 포함), 기분부전장애, 공황장애, 외상 후 스트레스 장애, 범불안 장애, 신체화 장애, 동통장애, 감별 불능 신체형 장애, 건강 염려증, 적응장애 등이 포함되었다.

달리 분류되지 않는 범주(NOS)에 대해서는 적응장애의 구조적 면담까지 끝난 후, 달리 분류되지 않는 우울장애와 달리 분류되지 않는 불안장애와 달리 분류되지 않는 불안장애에 대해서는 DSM-Ⅳ의 본문을 참조하여 상담자의 판단 하에 진단내릴 수 있도록 하였다.

달리 분류되지 않는 신체형장애는 DSM-Ⅳ

에서 제시한 예들(가성 임신, 6개월 미만의 장해)이 모두 본 연구의 대상과 배타적이므로 고려하지 않았다.

### 3) 우울증평정척도(MADRS, HRSD)

피험자의 우울정도를 평가하기 위해 HRDS과 MADRS를 사용하였다. 위 척도에 대해 숙련된 1명의 한방신경정신과 전공의가 면담을 통해 검사하였다.

HRDS는 최근 일주일 동안에 나타난 우울정도에 대하여 면담자가 면담을 통해 객관적인 평가를 하도록 되어 있는 관찰자 평가척도로서 원래 21개 항목으로 구성되어 있으나 마지막 4가지 항목(조석변동, 비현실감, 편집증상, 강박증상)은 흔히 임상적인 연구에서 제외되고 있어 본 연구에서도 17개 항목만을 평가대상으로 삼았다. 17문항에 대해 내린 점수를 더하여 총점을 산출하는 것이 가장 간단한 방법이다. 이때 총점은 0점에서 50점 사이이고, 점수가 높을수록 더 심한 우울 상태를 나타낸다[8].

MADRS는 0점에서 6점까지 등간 척도로 10개 문항으로 구성된 관찰자 평가척도로서 전반적인 우울증의 호전과 상관관계가 있는 10개의 항목이 포함되어 있다. 시간 경과에 따른 변화에 민감한 척도로 역시 항우울제 약물연구 등 증상의 변화를 측정하는데 흔히 사용된다. 이 척도는 생리적인 증상보다는 심리적인 증상을 평가하는 항목들 위주로 구성되어 있기 때문에 HRDS와 비교해 볼 때 신체적인 호소들에 의한 혼란을 감소시킬 수 있는 장점이 있다.

반면 신체화 증상이나 정신운동 증상은 포함되어 있지 않아 우울증의 진단에 있어 단점으로 지적되기는 하나, 우울증의 핵심증상이 포함되어 있어 타당도가 높은 척도이다. 총점은 0점에서 60점 사이이고, 점수가 높을수록 더 심한 우울 상태를 나타낸다.[7]

### 4) OMS-prime

OMS-Prime(한의진단처방 전문가시스템)은 한의사가 한의과대학 교과서와 최신 연구성과를 기초로 표준화된 내용을 공유함으로써 실제임상에서 객관성 결여의 문제점을 해결하기 위하여 만들어 졌는데, 이 시스템은 수천년간 한의학이 줄기차게 탐구해 온 증상과 증(證)과의 관계, 증과 처방과의 관계를 총정리하여 체계화하여 제작되었다[5].

이 시스템은 KHU-PIPE의 19개 범주를 12개로 통합하였고, 실제 임상에서 문진상 차별이 애매하거나 난해한 증상들을 통합 정리하여 남성 443개, 여성 456개 증상으로 조정하고, 사상체질 관련 20개 證을 추가한다. 여타 證들을 재조정함으로써 362개 증이 도출되도록 하였으며, 이에 연계된 처방은 모두 719개로 한다. OMS-prime은 지식습득방법으로써 가장 오래 사용되어 왔고 보편화된 규칙기반추론(rule-based reasoning) 방식을 채택하고 있다. 3개 이상의 증상이 입력되어야만 추론과정이 진행될 수 있도록 하였고, 최종 진단결과는 환자의 상태에 가장 근접한 證들 가운데 상위 5개를 제시토록 한다. 각 證에 해당하는 증상을 主症과 次症의 두 단계로 나누고, 최종 진단결과에서의 5개 證과 부합되는 숫자를 각각 보여준다.

임상양상을 한방신경정신과 전공의가 문진하여 10개 내외의 주소 증상을 정하고 이 중 필수증상 1가지를 결정한 후, OMS-prime 프로그램에 적용시켰다. 여기서 사용한 OMS-prime 은 웹상에서 입력하여 변증 유형 결과를 도출하는 프로그램이다[6]. 결과화면에는 한의사가 입력한 주소 증상과 하나라도 일치하는 증의 목록을 보여준다. 이 중 대상자별로 '유의미한 변증' 목록과 '최상위변증' 한 개

를 정한다.

'유의미한 변증'이란 증상 일치 개수가 총 4개 이상이며, 그 중 주증이 2개 이상 일치하는 것으로 정의하고, '최상위변증'이란 유의미한 변증 중 증상 일치 개수가 가장 많은 것으로 한다.

유의미한 변증의 경우 만약 같은 조건의 변증이 두 개 이상일 때는 다음과 같은 기준으로 적합한 변증을 선택하였다. 1) 화병의 주요증세 6가지와 무관한 변증은 삭제한다. 2) 최상위변증과 설맥이 일치하는 변증명을 선택한다. 3) 증상의 총일치개수가 5개인 변증이 4개 이상일 경우, 증상일치개수가 4개인 변증은 삭제한다. 4) 입력시 선택한 필수증상이 포함되지 않는 변증은 삭제한다. 5)유의미한 변증이 4개 이상일 경우 나머지 변증은 삭제한다. 6) 최상위변증을 포함하여 유의미한 변증의 숫자는 5개 이하이다.

## Ⅲ. 결 과

### 1. 대상자의 인구학적 특성

연구대상자들의 인구학적 특성을 Table 2와 같다. 각 인구학적 특성에서 두 군은 통계적으로 유의한 차이를 보여주지 않았다.

평균 나이는 화병군은 50.95±4.03세(mean±SD), 화병+주요우울증군은 49±4.49세(mean±SD)로 차이가 없었다.

결혼 상태는 결혼한 경우가 화병군은 18명(90.0%), 화병+주요우울증군은 15명(88.0%)으로 가장 많았다.

거주형태는 배우자와 함께 동거하는 형태가 화병군은 18명(90.0%), 화병+주요우울증군은 16명(94.1%)로 가장 많았다.

교육정도는 비교적 다양했으며 고졸이 가장 많았다.

직업은 두 군 모두 주부가 가장 많았다.

대상자들은 보고하는 스트레스사건은 가족관계와 관련된 경우가 가장 많았다.

화병의 유병기간은 화병군은 8.93±9.34년(mean±SD), 화병+주요우울증군은14.06±8.45년(mean±SD)으로 화병+주요우울증군이 더 오랜 기간 화병이 있었음을 보여주지만 통계적으로 유의한 수치는 아니었다.

화병발병연령은 화병군은 40.10±10.34세(mean±SD), 화병+주요우울증군은 35.35±8.20세(mean±SD)로 화병군이 다소 많았지만 통계적으로 유의한 수치는 아니었다.

위의 내용을 통하여 두군은 인구학적으로는 차이가 없는 집단임을 알 수 있다.

우울증척도의 경우 HRDS는 화병군은 13.6±4.55점(mean±SD), 화병+주요우울증군은 21.29±3.17점(mean±SD)이며 MADRS는 화병군은 18.7±7.51점(mean±SD) 화병+주요우울증군은 30.47±5.81점(mean±SD)이었다. HRDS, MADRS 두가지 척도에서 두 군은 분명한 차이를 보여주었다.

화병+주요우울증군에서 우울증으로 인한 입원경력이나 자살시도의 과거력은 없었으며 항우울제복용 기왕력이 있는 대상자는 4명(23.5%)이며, 정신질환의 가족력이 있는 자는 1명(5.9%)이었다.

DSM-Ⅳ에 기초하여 진단한 결과 화병군에서는 기분부전장애 9명(45%), 주요우울장애(부분관해상태)가 7명(35%), 감별불능형 신체형장애가 4명(20%)이었다.

Table 2. Sociodemegr aphic data of Hwabyung group and Hwabyung+MDD group

| Characteristics | | HB group N=20 | HB+MDD group N=17 | p value |
|---|---|---|---|---|
| Age* | | 50.95±4.03 | 49±4.49 | 0.173b) |
| Marital state** | married | 18(90) | 15(88.0) | 0.564a) |
| | non-married | 1(5) | 0(0) | |
| | spouse death | 1(5) | 1(5.9) | |
| | divorce | 0(0) | 1(5.9) | |
| Residence type** | solitary life | 1(5) | 1(5.9) | 0.644a) |
| | living together( spouse) | 18(90) | 16(94.1) | |
| | living together(no spouse) | 1(5) | 0(0) | |
| Education(the final scholarship)** | no | 1(5) | 1(5.9) | 0.425a) |
| | elementary school | 4(20) | 2(11.8) | |
| | middle school | 3(15) | 3(17.6) | |
| | high school | 8(40) | 11(65.0) | |
| | university | 3(15) | 0(0) | |
| Occupation** | housewife | 11(55) | 12(71) | 0.632a) |
| | worker | 5(25) | 2(11.8) | |
| | company employee | 1(5) | 2(11.8) | |
| | storekeeper | 1(5) | 1(5.9) | |
| | middle manager | 1(5) | 0(0) | |
| | student | 1(5) | 0(0) | |
| Stress** | family | 15(75) | 14(82.4) | 0.625a) |
| | family, economic | 4(20) | 3(17.6) | |
| | family, job | 1(5) | 0(0) | |
| HB duration(year)* | | 8.93±9.34 | 14.06±8.45 | 0.091b) |
| HB on-set time (year)* | | 40.10±10.34 | 35.35±8.20 | 0.136b) |
| HRDS(point)* | | 13.6±4.55 | 21.29±3.17 | 0.000b) |
| MADRS(point)* | | 18.7±7.51 | 30.47±5.81 | 0.000b) |
| DSM-IV Axis I diagnosis** | Major Depressive Disorder, current episode | 0(0) | 17(100) | |
| | Major Depressive Disorder, partial remission | 7(35) | 0(0) | |
| | Dysthymic Disorder | 9(45) | 0(0) | |
| | Undefferentiated Somatoform Disorder | 4(20) | 0(0) | |

* : mean±S.D
** : number (%)
a) : by chi-square analysis
b) : by one-way Anova analysis
HB: Hwabyung / HB +MDD : Hwabyung +Major Depressive Disorder

## 2. 대상자의 辨證類型 분포

### 1) 양군의 변증유형 분석

총 37명의 대상자에 대한 최상위 변증 분석 결과 心陰陽兩虛證 49%(18), 膽鬱痰擾證 16%(6), 肝氣犯脾證이 14%(5)를 차지하는 것으로 나타났다. 유의미한 분석 결과 心陰陽兩虛證 19%(24), 心氣陰兩虛證 16%(20), 肝氣犯脾證 13%(16), 膽鬱痰擾證 15%(12), 肝氣鬱結證 10%(12), 心氣血兩虛證 8%(10)을 차지하는 것으로 나타났다( )안의 숫자는 변증유형의 빈도수를 나타냄).

Table 3. Pattern Identification data of Hwabyung group and Hwabyung+MDD group

| | 변증유형 | % |
|---|---|---|
| 최상위 변증 | 心陰陽兩虛證(18) | 49 |
| | 膽鬱痰擾證(6) | 16 |
| | 肝氣犯脾證(5) | 14 |
| | 心氣陰兩虛證(2), 肝氣鬱結證(2), 心氣血兩虛證(2) | 각 5 |
| | 脾胃濕熱證(1), 氣營兩燔證(1) | 각 3 |
| 유의미한 변증 | 心陰陽兩虛證(24) | 19 |
| | 心氣陰兩虛證(20) | 16 |
| | 肝氣犯脾證(16) | 13 |
| | 膽鬱痰擾證(15) | 12 |
| | 肝氣鬱結證(12) | 10 |
| | 心氣血兩虛證(10) | 8 |
| | 痰火擾心證(9) | 7 |
| | 痰氣互結證(5) | 4 |
| | 心氣虛證(3), 心腎不交證(2), 熱擾胸膈證(2) | 각 3 |
| | 肝火上炎證(1), 心肝血虛證氣(1), 心脾兩虛證(1), 心陰虛證(1), 氣營兩燔證(1), 脾胃濕熱證(1), 少陽邪氣彌滿三焦證(1) | 각 1 |

( )안의 숫자는 변증유형의 빈도수를 나타냄.

또한 총 대상자를 대상으로 변증의 내용을 허실로 분류하여 보면 최상위 변증에서는 허증이 많은 것으로 나타났으며, 유의미한 변증의 경우에는 허증과 실증이 비슷하게 나타났다.

Table 4. Classification on Deficient and Excess of Hwabyung group and Hwabyung+MDD group

| | 허실 | 변증유형 | N |
|---|---|---|---|
| 최상위 변증 | 虛證 | 心陰陽兩虛證(18), 心氣陰兩虛證(2), 心氣血兩虛證(2) | 22 |
| | 實證 | 膽鬱痰擾證(6), 肝氣犯脾證(5), 肝氣鬱結證(2), 脾胃濕熱證(1), 氣營兩燔證(1) | 15 |
| 유의미한 변증 | 虛證 | 心陰陽兩虛證(24), 心氣陰兩虛證(20), 心氣血兩虛證(10), 心氣虛證(3), 心腎不交證(2), 心肝血虛證氣(1), 心脾兩虛證(1), 心陰虛證(1) | 62 |
| | 實證 | 肝氣犯脾證(16), 膽鬱痰擾證(15), 肝氣鬱結證(12), 痰火擾心證(9), 痰氣互結證(5), 熱擾胸膈證(2), 肝火上炎證(1), 氣營兩燔證(1), 脾胃濕熱證(1), 少陽邪氣彌滿三焦證(1) | 63 |

( )안의 숫자는 변증유형의 빈도수를 나타냄.

### 2) 최상위변증

최상위변증 분석 결과 우울증이 배제된 화병군에서는 心陰陽兩虛證 45%(9), 肝氣犯脾證 20%(4), 膽鬱痰擾證 15%(3), 心氣陰兩虛證 10%(2)로 나타났고, 화병+주요우울증 군에서는 心陰陽兩虛證 53%(9), 膽鬱痰擾證 18%(3), 心氣血兩虛證 12%(2)으로 나타났다( )안의 숫자는 변증유형의 빈도수를 나타냄).

Table 5. Analysis on Most Correlated Pattern Identification between Hwabyung group and Hwabyung+MDD group

| | 변증유형 | % |
|---|---|---|
| 화병군 20명 | 心陰陽兩虛證(9) | 45 |
| | 肝氣犯脾證(4) | 20 |
| | 膽鬱痰擾證(3) | 15 |
| | 心氣陰兩虛證(2) | 10 |
| | 肝氣鬱結證(1),氣營兩燔證(1) | 각 5 |
| 화병+주요우울증군 17명 | 心陰陽兩虛證(9) | 53 |
| | 膽鬱痰擾證(3) | 18 |
| | 心氣血兩虛證(2) | 12 |
| | 肝氣犯脾證(1), 肝氣鬱結證(1), 脾胃濕熱證(1) | 각 6 |

( )안의 숫자는 변증유형의 빈도수를 나타냄.

최상위 변증을 허실로 나눠서 분석하면, 화병군과 화병+주요우울증군 모두에서 전반적으로 허증이 많음을 볼 수 있었다. 그렇지만, 화병군에서 실증의 비율이 화병+주요우울증군의 경우보다 높았다.

Table 6. Classification on Deficient and Excess of Analysis on Most Correlated Pattern Identification between Hwabyung group and Hwabyung+MDD group

| | 허실 | 변증유형 | N |
|---|---|---|---|
| 화병군 20명 | 虛證 | 心陰陽兩虛證(9), 心氣陰兩虛證(2) | 11 (55%) |
| | 實證 | 肝氣犯脾證(4), 膽鬱痰擾證(3), 肝氣鬱結證(1),氣營兩燔證(1) | 9 (45%) |
| 화병+ 주요우울증군 17명 | 虛證 | 心陰陽兩虛證(9), 心氣血兩虛證(2) | 11 (65%) |
| | 實證 | 膽鬱痰擾證(3), 肝氣鬱結證(1), 脾胃濕熱證(1)肝氣犯脾證(1) | 6 (35%) |

( )안의 숫자는 변증유형의 빈도수를 나타냄.

### 3) 유의미한 변증

유의미한 변증 분석 결과 우울증이 배제된 화병군에서는 心陰陽兩虛證 20%(13), 膽鬱痰擾證 15%(10), 肝氣犯脾證 15%(10), 心氣陰兩虛證 14%(9)로 나타났고, 화병+주요우울증군에서는 心陰陽兩虛證 18%(11), 心氣陰兩虛證 18%(11), 心氣血兩虛證 10%(6), 肝氣犯脾證 10%(6), 肝氣鬱結證 10%(6)로 나타났다( )안의 숫자는 변증유형의 빈도수를 나타냄).

Table 7. Analysis on Significant Pattern Identification between Hwabyung group and Hwabyung+MDD group

| | 변증유형 | % |
|---|---|---|
| 화병군 20명 | 心陰陽兩虛證(13) | 20 |
| | 膽鬱痰擾證(10), 肝氣犯脾證(10) | 각 15 |
| | 心氣陰兩虛證(9) | 14 |
| | 肝氣鬱結證(6) | 9 |
| | 心氣血兩虛證(4), 痰氣互結證 (4), 痰火擾心證(4) | 각 6 |
| | 脾胃濕熱證(1), 氣營兩燔證(1) | 각 2 |
| 화병+주요우울증군 17명 | 心陰陽兩虛證(11), 心氣陰兩虛證(11) | 각 18 |
| | 心氣血兩虛證(6), 肝氣犯脾證(6), 肝氣鬱結證(6) | 각 10 |
| | 膽鬱痰擾證(5), 痰火擾心證(5) | 각 8 |
| | 心氣虛證(3) | 5 |
| | 心腎不交證(2) | 3 |
| | 痰氣互結證(1), 熱擾胸膈證(1), 心陰虛證(1), 心肝血虛證氣(1), 脾胃濕熱證(1) | 각 2 |

( )안의 숫자는 변증유형의 빈도수를 나타냄.

유의미한 변증을 허실로 나눠서 분석하면, 화병군이 화병+주요우울증군에 비하여 실증으로 분류되는 경우가 많았다.

Table 8. Classification on Deficient and Excess of Analysis on Significant Pattern Identification between Hwabyung group and Hwabyung+MDD group

| | 허실 | 변증유형 | N |
|---|---|---|---|
| 화병군 20명 | 虛證 | 心陰陽兩虛證(13), 心氣陰兩虛證(9), 心氣血兩虛證(4) | 26 |
| | 實證 | 膽鬱痰擾證(10), 肝氣犯脾證(10), 肝氣鬱結證(6), 痰氣互結證 (4), 痰火擾心證(4), 脾胃濕熱證(1), 氣營兩燔證(1) | 36 |
| 화병+주요우울증군 17명 | 虛證 | 心陰陽兩虛證(11), 心氣陰兩虛證(11), 心氣血兩虛證(6), 心氣虛證(3), 心腎不交證(2), 心陰虛證(1), 心肝血虛證氣(1) | 35 |
| | 實證 | 肝氣鬱結證(6), 肝氣犯脾證(6), 膽鬱痰擾證(5), 痰火擾心證(5), 痰氣互結證(1), 熱擾胸膈證(1), 脾胃濕熱證(1) | 25 |

( )안의 숫자는 변증유형의 빈도수를 나타냄.

## Ⅳ. 考 察

문화 특유 증후군이란 DSM-Ⅳ의 특정 진단기준에 부합하든 혹은 그렇지 않든지 간에, 반복적이고, 지역적으로 특수하게 나타나는 이상한 행동 양상 및 고통스러운 경험을 뜻한다. 그렇지만 이런 질환들이 문화관련되어 그 지역에서만 발생하는 독특한 질병군인지, 혹은 일반적인 장애의 문화적 특징인지는 명확하게 정의되어 있지 못하고 있다. 예를 들어 같은 우울증이라고 하여도 각국의 문화적 배경에 따라 다른 질병적 패턴을 만들어 낼 수 있다는 것이다. 문화는 우울 증상의 체험과 표현양상에 영향을 미칠 수 있기 때문이다. 즉 주요 우울증 삽화에서 나타나는 호소가 인종적으로나 문화적으로 독특하다는 점이다. 예를 들어 어떤 문화에서는 우울증은 슬픔이나 죄책감보다는 주로 신체적 표현으로 경험된다. 라틴과 지중해 문화에서는 신경과민과 두통, 중국와 아시아 문화애서는 쇠약함, 피로감, 또는 불균형으로, 중동의 문화에서는 '심장'의 문제로, 호피족 사이에서는 비통함에 대한 호소가 우울한 경험을 표현하는 것일 수 있다. 그런 임상 양상은 우울, 불안, 신체형 장애의 특징이 혼합되어 있다[2].

화병은 문화 특유 증후군으로 DSM-Ⅳ에 등재되어 있다. 이는 한국인에게 만연된 증후군으로서 민간에서 통용되는 정신장애로 알려져 있다. 화병은 한의학적 이론의 기본에서 비롯되었다고 할 수 있는데, 기존의 한의학분야의 화병연구를 바탕으로 한의학적 해석을 해볼 때, 발병원인은 지속적으로 억울된 감정으로 인한 肝氣鬱結로 말미암고, 화병의 발생이 여성에게 많은 까닭은 여성이 스트레스를 잘 풀지 못하는 생리적, 장기적 취약점이 있으며, 화의 위로 상승하는 성질과 병이 腎水가 心火를 억제하지 못하는데서 비롯하므로 증상이 화의 역동성과 관련된다. 그리고 발병이 만성화의 경과를 밟는 이유는 복합감정이 문제가 되고 또 감정이 오래되어 화로 바뀌며 나이가 들어 수가 화를 억제하지 못하는 시기에 발병하는 점으로 화병을 해석할 수 있다[9].

화병 연구는 화병환자를 선별하는 마땅한 준거가 없어서 본인이 스스로 화병이라고 생각하고 주변인이 화병 환자라고 칭하는 환자를 대상으로 이뤄져 왔다. 이처럼 기존의 연구에서는 화병 환자의 선정이 일반인들의 주관적 판단에 의해 이루어져, 연구 대상자 선정의 객관성과 내적 타당도를 확립하지 못한 점이 지적되어 왔다. 그러나 최근 김종우 등에 의해 표준화된 면담검사가 개발되고 그 신뢰도와 타당도가 검증되어 화병에 대한 표준면담도구를 사용하여 연구 대상자 선정의 주관성을 보완한 화

병연구가 시작되고 있다[3].

화병환자에 대한 DSM-Ⅳ 기준에 의해 연구 가운데 표준화된 화병면담스케줄에 의한 연구가 이루어졌는데[4], 이 연구에 따르면 화병환자는 주요우울장애가 가장 많았고(56.7%) 다음으로는 감별 불능형 신체형장애, 기분부전장애, 범불안장애, 공황장애가 진단가능 하였다. 이전 민성길[10]의 연구에서는 조사대상 대부분의 환자가 2개 이상의 진단을 받아 1인당 평균 1.8개의 진단을 받고 있으며 가장 많은 복합형태는 신체화장애와 우울증(주요우울증 혹은 기분부전장애)의 복합으로 100명 중 26명이었다. 또한 박지환[11]의 화병에 대한 진단적 연구에서는 화병이 특징적인 신체증상들(가슴이 치밀어 오른다, 머리가 띵하고 무겁다, 가슴이 답답하다), 우울 및 불안의 증상들이 동반된 비정형적인 독특한 정신과적 증후군임을 시사하였다. 이러한 여러 연구를 통해 한국인의 문화 특유 증후군으로서 일컬어지는 화병이 한국인의 문화와 관련된 우울증의 특징적 양상일 가능성이 있다는 것을 알 수 있다.

화병환자와 우울증 환자는 많은 부분 겹치는 측면이 있다. 우선 우울감과 죄책감 같은 것은 현저하게 나타나는 편이다. 그렇지만, 우울증 환자가 침울하게 대답이 없는 반면, 화병환자는 적극적으로 대답을 하고 자신의 스트레스를 알아주었으면 하면서 문제 해결을 위해 의사가 도와주기를 바란다. 그렇기 때문에 우울증과 화병은 임상장면에서는 현저하게 구별되는 듯하다. 실제 연구에서도 화병 환자의 증상 호소는 두드러져 간이 정신증상 검사 (SCL-90-R)을 통해 비교한 결과, 화병 환자들이 우울증환자에 비하여 강박증, 대인 민감성, 우울, 공포불안, 편집증, 정신증에서는 비슷하지만, 신체화장애, 불안, 적대감에서는 두드러지게 증상을 호소한 결과를 볼 수 있다[12].

본 연구에서는 화병군과 화병과 주요우울삽화가 중복진단된 군(화병+주요우울증군)의 신체적 특성의 차이를 밝혀 화병과 우울증과의 관계를 알아보고자 하였다. 두 군의 대상자들에 대해 객관적인 한의학적 변증도구를 사용하여 대상자가 호소하는 주요증상들을 토대로 분석하였다.

먼저 총 37명의 모든 연구참여자를 대상으로 변증분석결과 장부에서는 心과 가장 연관이 깊고, 다음으로는 肝膽과 관련성이 깊었다. 虛實로 봤을때는 虛證이 實證보다 많았고, 열 또는 화와의 관련성이 많았다. 또한 肝膽鬱이 心虛에 비해 상대적으로 적은 분포를 차지하는데, 이는 화병이 만성화를 거치면서 虛證의 양상으로 나타난다는 한의학적 병리기전과도 일치하는 결과이다. 이는 心虛와 火熱이 화병의 병리에 있어 중요한 요소이며 김종우 등[9]의 연구에서 언급한 것처럼 腎陰虛가 나타나는 갱년기 여성에서 心虛, 火熱의 양상으로 증상이 발현되는 것이 화병으로 볼 수 있다는 것이다. 본 연구의 결과는 기존의 선행연구의 결과와도 일치한다[4].

다음으로 화병군과 화병+주요우울증군을 비교하면, 최상위변증결과와 유의미한 분석결과 모두 心陰陽兩虛證이 두 군 모두에서 가장 많이 나타난다(최상위변증결과에서는 화병군 45%, 화병+주요우울증군이 53%이며 유의미한 분석결과에서는 화병군 20%, 화병+주요우울증군 18%). 다음으로 많이 나타나는 변증으로 차지하는 비율이 전체의 10% 이상인 변증은 肝氣犯脾證, 膽鬱痰擾證, 肝氣鬱結證, 心氣陰兩虛證, 心氣血兩虛證으로 다양하다. 종합하면 心虛, 肝膽鬱이 핵심적인 병리요소임을 알 수 있으며 이는 한의학의 고전에서 언급하고 있는 분노 관련 증후군과 일치한다.

변증분석을 허증과 실증으로 비교 분석을 하면 총 대상자를 대상으로 최상위 변증에서는 허증이 많은 것으로 나타났으며, 유의미한 변

증의 경우에는 허증과 실증이 비슷하게 나타났다. 화병군과 화병+주요우울증군을 비교하여 보면, 최상위 변증에서 전반적으로 허증이 많음을 볼 수 있었지만, 화병군에서 실증의 비율이 화병+주요우울증군의 경우보다 높았다. 또한 유의미한 변증에서는 화병군이 화병+주요우울증군에 비하여 실증으로 분류되는 경우가 많았다.

이러한 분석 결과는 화병이 단독으로 있는 경우에 실증으로 분석이 되는 경우가 많음을 시사하며, 이를 통하여 화병이 우울증과 겹칠 경우, 만성 질환적 경향이 강해지면서 허증으로 변화한다는 것을 설명할 수 있게 된다.

또 한가지 주목할 사실은 동일한 질병이라고 정의되는 화병이나 우울증이라 하여도 한의학의 변증도구를 사용하면 한가지 질병적 개념이기 보다는 다양한 증후적 개념으로 정의되는 것을 볼 수 있다. 이는 근본적으로 한의학과 서양의학의 질병에 대한 접근 방식의 차이일 수 있으며, 서양의학에서는 증후적 접근에 대한 보완적 필요성과 한의학에서는 질병적 접근에 대한 보완 필요성이 있다는 것을 시사한다.

위와 같이 객관적 변증도구를 통한 화병과 화병+주요우울증군과의 주요증세를 비교분석한 결과, 임상적 우울증이 배제된 화병군과 화병과 임상적인 우울증이 뚜렷한 두 군 모두 변증을 통한 한의학적 진단의 빈도수에 있어 의미 있는 차이가 없었다. 주요우울증이 중복되어도 두 군 사이의 차이가 나타나지 않는다는 것은 주요증세호소에 있어 한국인은 우울증의 임상표현보다는 화병의 표현양상과 유사하다는 것을 말한다. 이는 한국인의 우울증은 기존의 DSM-Ⅳ 진단기준의 주요증세보다 화병증세를 나타낼 가능성이 많다고 가정할 수 있으며 이는 화병이 한국인의 우울증의 표현양상일 수 있다는 것이다.

문화간 우울증의 유병율은 문화별로 큰 차이를 보인다. Weissman의 연구에 의하면 프랑스, 이탈리아의 발병율이 각기 16.4%, 12.4%인데 반하여 타이완은 1.5%, 한국은 2.9%라는 연구 결과가 있어 국가별로 현저한 차이를 드러낸다[13]. 또한 다른 연구에서도 중국계 미국인의 우울증 유별율은 미국인의 평생 유별율 16.9%보다 현저하게 적은 6.9%로 나타나고 있다[14]. 최근의 연구에서도 미국에서의 소수민족을 포함한 우울증 유병율 및 진단·치료율에 대한 한 역학 조사 (Multi - Ethnic Study of Atherosclerosis, MESA) 에 따르면[15] 미국의 동양인(중국인)의 경우 백인에 비해 임상적 우울증으로 진단되는 환자의 숫자가 Odd Ratio 상 0.49로 나타났는데, 이는 백인이 우울증으로 진단받는 비율에 비해 반정도 밖에 되지 않는다. 이는 한국인의 우울증은 기존의 우울증 진단기준과는 다른 임상양상으로 표현된다는 가능성을 말하는 것이다. 또한 중국인의 신경쇠약이 우울증의 범주 내에서 해석을 하면 유병율에 있어서도 차이가 많지 않아 신경쇠약이 우울증의 한 형태로 설명하는 것에 대한 가능성을 제시한 연구도 있다[16].

한국의 우울증에서는 서구에 비해 신체화 경향이 현저히 많으며, 반면에 죄책감과 자살사고는 훨씬 적다고 보고되고 있는데, 우울증 환자의 다면적 인성검사(MMPI) 프로파일 연구에서 한국의 우울증 환자들은 신체화경향의 특성을 드러내고 있다고 밝혀져 있다[17]. 또한 중국 연변 한족, 조선족 및 서울의 한국인 우울증 환자의 증상을 비교한 연구에서 한국인의 우울증에서는 우울감정, 불만, 죄책감, 작업 능률 저하 및 흥미상실이 두드러졌다는 결과가 있으며,[18] 한국와 일본의 우울증 증상 차이에 대한 횡문화적 연구에서 한국인 우울증에서는 소화기 계통 증상과 심장계통 증상을 위시한 신체증상 그리고 건강염려증이 많았으며 일본인 우울증환자에서는 죄책감을 비롯한 정신증상이

많았다고 되어있다[19].

이런 내용을 종합하면 한국인의 우울증은 신체화적 경향이 강하고 이것이 화병과도 관련이 있을 것으로 예측된다. 이러한 여러 연구와 본 연구의 결과는 그 의미에 있어 일관성을 보인다. 즉 화병이라는 진단적 개념이 한국인 우울증을 연구하는 새로운 모델로서 적용될 수 있는 근거가 될 수 있다는 것이다.

본 연구는 우선 화병 환자군 선별에 객관성과 타당성이 검증된 화병면담검사를 활용하여 화병환자를 선별하여 연구의 주관성을 보완하였다. 또한 화병과 우울증을 비교하기 위하여 우울증 평정척도를 사용하여 화병환자군은 경증의 우울증, 화병+주요우울증군에서는 중등도이상의 우울증이 나타나는 피험자만을 선별하여 두 군 사이의 우울증정도의 차이를 명확히 하였다. 하지만 화병을 배제한 순수 주요우울장애 환자군과의 비교를 실시하지 못했기 때문에 화병과 우울증의 비교를 명확히 하지는 못하였다. 향후 순수 화병군과 순수 주요우울장애군과의 비교 연구가 필요하다고 사료된다. 이를 통해 한국인의 우울증을 진단・치료하는데 있어 화병의 개념이 큰 기여를 할 수 있으리라 기대된다.

## Ⅴ. 結 論

선별된 순수 화병군 20명과 화병+주요우울증군 17명을 비교분석한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 화병군과 화병+주요우울증군간의 인구학적 차이는 크지 않다. 다만 통계적으로 의미가 있는 것은 아니지만, 화병의 유병기간은 화병군은 8.93±9.34년(mean±SD), 화병+주요우울증군은 14.06±8.45년(mean±SD)으로 화병+주요우울증군이 더 오랜기간 화병이 있었음을 보여준다. DSM-Ⅳ에 기초하여 진단한 결과 화병군에서는 기분부전장애 9명(45%), 주요우울장애(부분관해상태)가 7명(35%), 감별불능형 신체형장애가 4명(20%)로 진단된다.
2. 총 37명의 모든 대상자에 대한 최상위 변증분석 결과 心陰陽兩虛證 49%(18명), 膽鬱痰擾證 16%(6명), 肝氣犯脾證이 14%(5명)를 차지하는 것으로 나타났다. 유의미한 분석결과 心陰陽兩虛證 19%, 心氣陰兩虛證 16%, 다음으로 肝氣犯脾證, 膽鬱痰擾證, 肝氣鬱結證, 心氣血兩虛證과 같이 다양하게 나타났다.
3. 최상위변증 분석 결과 우울증이 배제된 화병군에서는 心陰陽兩虛證 45%(9명), 肝氣犯脾證 20%(4명), 膽鬱痰擾證 15%(3명), 心氣陰兩虛證 10%(2명)로 나타났고, 화병과 주요우울증 중복진단군에서는 心陰陽兩虛證 53%(9명), 膽鬱痰擾證 18%(3명), 心氣血兩虛證 12%(2명)으로 나타났다.
4. 유의미한 변증 분석 결과 우울증이 배제된 화병군에서는 心陰陽兩虛證 20%, 膽鬱痰擾證 15%, 肝氣犯脾證 15%, 心氣陰兩虛證 14%로 나타났고, 화병과 주요우울증 중복진단군에서는 心陰陽兩虛證 18%, 心氣陰兩虛證 18%, 心氣血兩虛證 10%, 肝氣犯脾證 10%, 肝氣鬱結證 6%로 나타났다.
5. 전반적으로 화병군이 화병+주요우울증군에 비하여 실증으로 분류되는 경우가 많았다.
6. 이런 내용을 종합하면 화병은 다양한 증후를 가지고 있으며, 우울증이 같이 있는 경우라도 증후적 차이가 뚜렷하게 나타나지 않는 점으로 볼 때, 화병이라는 진단적 개념이 한국인 우울증을 연구하는 새로운 모델로서 적용될 수 있음을 알 수 있다.

## 감사의 글

본 연구는 2005년 보건복지부 한방치료기술 연구개발사업 지원에 의한 것임 (B050023)

## 參考文獻

1. 김종우. 홧병. 여성신문사. 1997:43.
2. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th Edition. 1994:844-849
3. 김종우, 권정혜, 이민수, 박동건. 화병 면담검사의 신뢰도와 타당도. 한국심리학회지: 건강. 2004;9(2):321-331.
4. 이희영, 김종우, 박종훈, 황의완. 화병의 진단 및 변증유형에 관한 연구. 동의신경정신과학회. 2005;16(1):1-18.
5. 최승훈 (2002). 인터넷 기분 한의진단전문가 시스템(KHU-PIPE) 개발. 동의생리병리학회지. 16(3):528-531
6. 최승훈. OMS-prime (동의표준-한방자기진단 시스템) (http://www.omstandard.com)
7. 한오수, 홍진표. DSM-Ⅳ의 제 1축 장애의 구조화된 면담(SCID-Ⅰ[연구용판]). 하나의학사. 2000:147-151, 230.
8. 김창윤. 정신장애 평가 도구. 하나의학사. 2001:78, 83.
9. 김종우. 황의완. 한의학에서 본 홧병의 해석. 동의신경정신과학회지. 1994;5(1):9-15.
10. 민성길. 홧병의 개념에 대한 연구. 신경정신의학. 1989;28(4)604-616.
11. 박지환, 민성길, 이만홍. 홧병에 대한 진단적 연구. 신경정신의학. 1997; 36(3):496-502.
12. 정선용, 김종우, 박종훈, 김상호, 황의완, 권정혜. SCL-90-R을 이용한 화병과 주요우울장애의 비교. 동의신경정신과학회지. 2004;15(2):45-51
13. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lépine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA. 1996;276(4):293-299
14. Takeuchi DT, Chung RC, Lin KM, Shen H, Kurasaki K, Chun CA, Sue S. Lifetime and twelve-month prevalence rates of major depressive episodes and dysthymia among Chinese Americans in Los Angeles, Am J Psychiatry. 1998; 155(10):1407-1414
15. Lee HB. Depression, Cardiovascular disease and Hwabyung, 경희대학교 동서신의학병원 학술세미나 - 화병에 대한 다면적 접근 자료집. 2007
16, Zheng YP, Lin KM, Takeuchi D, Kurasaki KS, Wang Y, Cheung F. An epidemiological study of neurasthenia in Chinese-Americans in Los Angeles, Compr Psychiatry, 1997;38(5):249-259
17. 최정윤, 정진복. 우울증 환자의 MMPI 프로파일. 한국심리학회지:임상. 1991;10(1):34-41
18. 김광일, 이동근, 김대호. 우울증 증상의 비교문화적 연구: 중국 연변의 한족, 조선족 및 서울의 한국인 비교. 신경정신의학. 1995;34(4):1039-1049
19. 최미경, 김광일, Hiroshi Kurita, Yshio Sekine, Hiroyuki Ono, Yuji Sasak. 우울증 환자의 질병행동에 관한 비교 연구. 신경정신의학. 1995;34(3):724-740