동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 19. No. 2, 2008

HBDIS를 이용한 강원도 지역주민의 화병 유병률에 대한 연구

이진규, 이재혁
세명대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실

Study on the Prevalence of Hwa-Byung Diagnosed by HBDIS in General Population in Kang-won Province

Jin-Gyu Lee, Jae-Hyok Lee
Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Semyung University

Abstract

Objective : The purpose of this research was to investigate the prevalence rate of Hwa-Byung for the whole population in a local community.

Method : Hwa-Byung Diagnostic Interview Schedule(HBDIS) was carried out for 671 participants in Wonju Cohort study. HBDIS is objective questionnaire for diagnose Hwa-Byung. Collected data was analyzed by the chi-square test.

Result : Prevalence rate of Hwa-Byung was 5.4% in the whole population. Prevalence rate of Hwa-Byung in male participants was 2.5%, 1.5% in 40s, 3.2% in 50s, 2.5% in 60s. Prevalence rate of Hwa-Byung in female participants was 7.4%, 7.6% in 40s, 5.5% in 50s, 8.7% in 60s.

Conclusion : There was significant difference on the prevalence rate of Hwa-Byung according to sex.

Key Words : Hwa-Byung, Hwa-Byung Diagnostic Interview Schedule, HBDIS, prevalence rate

투고일 : 6/9 수정일 : 7/8 채택일 : 7/15
* 교신저자 : 이진규 주소 : 충북 충주시 봉방동 836 세명대학교 충주한방병원 한방신경정신과학교실
Tel : 043-841-1771 E-mail : uniquegyu@hanmail.net

I. 서 론

화병은 울화병의 준말로, 마음에서 비롯되며, 분노 등의 감정과 연관되고, 이러한 감정을 풀지 못한 결과 화의 양상으로 나타나는 병이다[1].

DSM-IV에서는 화병이 'anger syndrome'으로 번역되며, 분노의 억제에 의해서 발병되고, 불면, 피로, 공황, 임박한 죽음에 대한 두려움, 우울한 정동, 소화불량, 식욕부진, 호흡곤란, 빈맥, 전신 동창 및 상복부에 덩어리가 있는 듯한 느낌 등을 증상으로 하는 한국 민속 증후군이라고 하였다[2].

화병은 이처럼 한국의 특징적인 질환으로 인정되며 적절한 치료가 필요하지만, 화병의 증후를 자각하고 있는 환자들은 자가진단에 의해 스스로를 화병으로 진단한 후, 신체 증상에 대해서는 오히려 내과나 약국을 이용하는 경향이 있다[3]. 그러나 화병 치료는 증상에 대한 단일 치료보다, 기본적인 약물 치료와 더불어 정서・사고・행동・환경을 모두 다루는 정신요법을 포함한 통합적인 치료가 필요하며[4], 특히 우울증 등의 다른 정신과적 질환과 동반되어 발생하는 경우도 많아 수면장애, 자신의 삶에 대한 의욕의 저하와 포기 상태로의 진행이 나타나게 된다[1]. 이렇듯 심각한 질병인 화병의 빈도를 줄이고 경과를 개선하기 위해서는 화병의 유병률을 정확하게 파악하는 것이 중요하다.

기존의 화병에 대한 연구로는 화병의 개념[3], 진단[5-7], 증상[8], 임상양상[9-10] 등에 대한 연구가 있었다. 그리고 화병에 대한 역학조사는 1990년 강화도 주민들을 대상으로 한 연구[11]가 있었으나 객관화된 설문 검사를 통한 것이 아니었고, 2004년 경북 의성 주민들을 대상으로 한 연구[12]가 있었으나 65세 이상의 농촌 여성만을 대상으로 한 점이 한계였다. 이처럼 최근에는 전 연령대를 대상으로 한 일반인구 유병률 연구가 이루어지지 않아, 체계적이고 객관화된 화병 진단의 설문 검사를 이용하여 전 연령대를 대상으로 한 새로운 조사, 연구가 필요한 실정이다.

김종우 등[13]은 화병의 진단준거가 객관적으로 마련되어 있지 않아 화병 연구들의 결과를 서로 비교하기 힘들며, 화병 연구의 결과가 축적되어 화병을 보다 체계적으로 이해하는데 장애가 있던 당시 실정에서, 문헌고찰과 임상경험을 바탕으로 화병의 증상들과 심리상태들에 대해 평가하고, 이를 근거로 화병의 진단 준거를 정하고 이에 기초하여 표준화된 면담검사인 화병면담검사(Hwa - Byung Diagnostic Interview Schedule, HBDIS)를 개발하여, 신뢰도와 타당도를 검증하였다. 그러나 이 화병 면담검사를 이용한 유병률 조사는 아직 이루어지지 않았다.

이에 저자는 강원도 원주시에 거주하는 40-70세의 성인을 대상으로 하는 원주 코호트 연구를 기반으로 하여 화병면담검사의 진단 기준에 따르는 화병의 유병률을 조사하여 그 결과를 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

2006년 7월 3일부터 8월 31일까지 강원도 원주시 지정면에서 시행된 원주 코호트 사업에 참여한 40-70세의 남성 280명과 여성 391명, 총 671명을 연구대상으로 하였다.

2. 검사방법

1) 설문방법

검사장으로 방문한 참여자들에게 설문의 취

지를 설명한 후에, 진단도구에 대해 교육을 받은 조사원이 직접 질문하여 설문지에 기입하도록 하였다.

2) 진단도구

화병의 진단은 화병면담검사(Hwa-Byung Diagnostic Interview Schedule, HBDIS)[13]를 이용하였다. 이 설문지는 화병을 진단하기 위해 필요한 핵심적 정보를 얻고 임상가에 따른 편차를 줄여 화병을 보다 신뢰롭게 진단하기 위해 개발되었다. 화병면담검사는 모든 문항이 완전한 문장으로 이루어져 있어 면담자에 따른 차이를 최소화한 검사이다. 화병면담검사는 모두 7가지 항목이며 모든 항목이 진단기준에 충족되었을 때, 최종적으로 화병으로 진단되고, 외상후 스트레스 장애와 적응장애의 만성 기준을 참조하여 진단의 기준에 있어 기간을 6개월로 정의하였다(Table 1).

또한 다음에 해당되는 환자는 본 연구의 대상에 포함시키지 않았다.

(1) 망상, 환각 등의 정신증적 양상이 있는 경우

(2) 조증 삽화, 경조증 삽화, 혼재성 삽화가 한번이라도 있었던 경우

(3) 인격장애, 정신지체가 있는 경우

(4) 기타 증상에 영향을 미칠 수 있는 주요 신체적 질환 및 장애를 동반한 경우

Table 1. Hwa-Byung Diagnostic Criteria[13]

평가내용	문항
A. 핵심 신체 증상 (4가지 중 3가지 이상)	1. 가슴의 답답함 2. 열감 3. 치밀어 오름 4. 목이나 명치에서 뭉쳐진 덩어리가 느껴짐
B. 핵심 심리 증상 (2가지 중 1가지 이상)	1. 억울하고 분한 감정을 자주 느낌 2. 마음의 응어리나 한
C. 관련 신체 증상 (4가지 중 2가지 이상)	1. 입이 마르거나 목이 마름 2. 두통이나 어지러움 3. 잠들기 어렵거나 자주 깸 4. 가슴이 두근거림
D. 관련 심리 증상 (3가지 중 2가지 이상)	1. 사소한 일에도 화가 나거나 분노가 치밈 2. 삶이 허무하게 느껴지거나 혹 자신이 초라하고 불쌍하게 느껴짐 3. 두렵거나 깜짝깜짝 놀람
E. 심리사회적 기능 저하	1. 집안일, 직장일, 대인관계 상의 어려움
F. 관련 스트레스	1. 증상과 관련된 스트레스
G. 의학적 질병	1. 의학적 질병 유무, 약물 복용 유무

3. 통계분석

성별 및 연령별로 화병면담검사의 진단기준에 따른 정상군과 화병군의 인원수와 화병 유병률을 제시하였다. 성별, 연령별 유병률 비교에는 chi-squar test를 이용하여 p값이 0.05 미만인 경우를 통계학적으로 유의성이 있는 것으로 판단하였다. 통계 프로그램은 SPSS 12.0을 사용하였다.

III. 결 과

1. 연구대상의 인구사회학적 특성

조사대상인구는 671명이었으며 40세에서 70세까지의 분포를 나타내었다. 평균연령은 56.0±8.5세였으며, 이중 남성 280명의 평균연령은 57.0±8.3세, 여성 391명의 평균연령은 55.2±8.6세였다. 남녀 각각 40세 이상 50세 미만, 50세 이상 60세 미만, 60세 이상의 연령대별로 분류하였다(Table 2).

Table 2. Study Population by Sex, Age

Sex	Age	Number
Male	40-49	67(23.9%)
	50-59	95(33.9%)
	≥60	118(42.1%)
	Subtotal	280(100.0%)
Female	40-49	132(33.8%)
	50-59	109(27.9%)
	≥60	150(38.4%)
	Subtotal	391(100.0%)
Total		671

2. 연령별, 성별에 따른 화병 유병률

연구 대상자들 중 화병 진단을 받은 인원은 전체 671명 중 36명으로 유병률 5.4%를 나타내었다. 화병 진단을 받은 남성은 280명 중 7명으로 유병률 2.5%를 나타내었으며, 여성의 경우에는 391명 중 29명으로 유병률 7.4%를 나타내어 남성의 유병률보다 유의하게 높았다($p<0.05$). 40대, 50대, 60세 이상의 유병률은 각각 5.5%, 4.4%, 6.0%로 60대에서 가장 높은 유병률을 보였다. 남성의 경우 40대, 50대, 60세 이상의 유병률은 각각 1.5%, 3.2%, 2.5%로 50대에서 가장 높은 유병률을 보였다. 여성의 경우 40대, 50대, 60세 이상의 유병률은 각각 7.6%, 5.5%, 8.7%로 60세 이상에서 가장 높은 유병률을 보였다. 연령대별로 40대, 50대, 60세 이상에서의 남녀 유병률 비교에서는 모두 여성의 유병률이 높았으며 60세 이상에서만 유의하게 높았다($p<0.05$. Table 3, Fig. 1).

Table 3. Prevalence of Hwa-Byung to HBDIS

Sex	Age	Normal	Abnormal	Total
Male	40-49	66 (98.5%)	1 (1.5%)	67 (100.0%)
	50-59	92 (96.8%)	3 (3.2%)	95 (100.0%)
	≥60	115 (97.5%)	3 (2.5%)	118 (100.0%)
	Subtotal	273 (97.5%)	7 (2.5%)	280 (100.0%)
Female	40-49	122 (92.4%)	10 (7.6%)	132 (100.0%)
	50-59	103 (94.5%)	6 (5.5%)	109 (100.0%)
	≥60	137 (91.3%)	13 (8.7%)	150 (100.0%)
	Subtotal	362 (92.6%)	29 (7.4%)	391 (100.0%)
40-49		188 (94.5%)	11 (5.5%)	199 (100.0%)
50-59		195 (95.6%)	9 (4.4%)	204 (100.0%)
≥60		252 (94.0%)	16 (6.0%)	268 (100.0%)
Total		635 (94.6%)	36 (5.4%)	671 (100.0%)

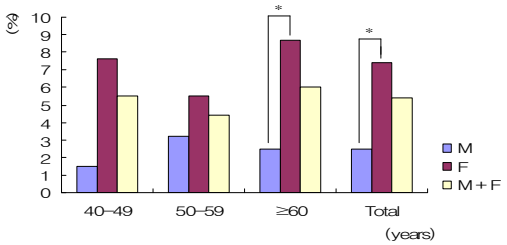


Fig. 1. Hwa-Byung prevalence rate of general population in Kang-won province
* : p<0.05
By chi-square test

IV. 고 찰

화병은 울화병의 준말로, 마음에서 비롯되며, 분노 등의 감정과 연관되고, 이러한 감정을 풀지 못하는 시기가 있으며 화의 양상으로 폭발하는 증상이 있는 병이다[1].

기존의 연구에 따르면 화병은 이미 조선왕조실록에 현재와 유사한 개념으로 등장하기 시작하여[14] 한국인 고유의 전통적인 정서표현으로 알려진 한과 깊은 관련이 있으며[3] 'anger syndrome'으로 번역되는 한국의 고유한 민속증후군으로 알려져 있다[2]. 화병의 증상은 가슴답답함, 뛰쳐나가고 싶음, 치밀어 오름, 눈물, 진땀, 후회, 비관, 목가슴의 덩어리, 불면, 신체통증이 가장 중요하며, 그 다음으로 중요한 공통적인 증상은 분노, 억울함/분함, 슬픔/우울, 신체열감, 한숨, 긴장, 이인증, 구갈(口渴), 지루함, 다몽(多夢), 미움, 허약감, 수치감이 나타나는 것으로 알려졌다[8].

정신의학에 있어서 화병은 한국의 특징적인 질환으로 인정되며 적절한 치료가 필요하지만, 화병의 증후를 자각하고 있는 환자들은 그 원인을 알고 있다고 생각하여 스스로 화병으로 진단하고 스스로 원인의 극복 방향을 찾으며, 신체 증상에 대해서는 오히려 내과나 약국을 이용하는 경향이 있다[3]. 그러나 화병 치료는 증상에 대한 단일 치료보다, 기본적인 약물 치료 이외에 정서·사고·행동·환경을 모두 다루는 정신요법을 포함한 통합적인 치료가 필요하며[4], 특히 우울증 등의 다른 정신과적 질환과 동반되어 발생하는 경우도 많아 치료가 연기되면 수면장애, 자신의 삶에 대한 의욕의 저하와 포기 상태로의 진행이 나타나게 된다[1]. 따라서 화병의 빈도를 줄이고 경과를 개선하기 위해서는 우선적으로 화병의 유병률을 정확하게 파악하는 것이 중요하다.

화병의 유병률에 관한 기존 연구로는 1990년 강화도 주민들을 대상으로 한 연구[11]에서 일반인구의 4.2%로 조사되었으며, 2004년 경북 의성 65세 이상의 농촌 여성만을 대상으로 한 연구[12]에서는 13.3%의 유병률로 조사되었다. 그러나 1990년의 연구에서는 객관화된 설문검사를 통한 연구가 아니었고, 2004년의 연구에서는 객관화된 화병 진단 도구가 사용되었으나 대상자가 65세 이상의 여성만으로 제한된 것이 한계였다. 이에 본 연구에서는 강원도 원주시에 거주하는 40-70세의 성인을 대상으로 한 원주 코호트 연구를 기반으로 하여 객관화된 화병진단도구인 화병면담검사의 진단 기준에 따르는 화병의 유병률을 조사하고자 하였다.

화병면담검사는 김종우 등이 문헌고찰과 임상경험을 바탕으로 화병의 증상들과 심리상태들에 대해 평가하고, 이를 근거로 화병의 진단 준거를 정하고 이에 기초하여 제작하여 신뢰도와 타당도를 검증한 표준화된 면담검사이다[13].

이를 진단도구로 하여 원주시 지정면에 거주하는 40-70세의 성인을 대상으로 조사한 결과, 연구 대상자들 중 화병 진단을 받은 인원은 전체 671명 중 36명으로 유병률 5.4%를 나타내었다. 화병 진단을 받은 남성은 280명 중 7명으로 유병률 2.5%를 나타내었으며, 여성의 경우에는

391명 중 29명으로 유병률 7.4%를 나타내어 남성의 유병률보다 유의하게 높았다($p<0.05$). 40대, 50대, 60세 이상의 유병률은 각각 5.5%, 4.4%, 6.0%로 60대에서 가장 높은 유병률을 보였다. 남성의 경우 40대, 50대, 60세 이상의 유병률은 각각 1.5%, 3.2%, 2.5%로 50대에서 가장 높은 유병률을 보였다. 여성의 경우 40대, 50대, 60세 이상의 유병률은 각각 7.6%, 5.5%, 8.7%로 60세 이상에서 가장 높은 유병률을 보였다. 연령대별로 40대, 50대, 60세 이상에서의 남녀 유병률 비교에서는 모두 여성의 유병률이 높았으며 60세 이상에서만 유의하게 높았다($p<0.05$).

전체 인구 중 5.4%의 유병률을 보인 것은 1990년 민성길 등[11]이 조사한 일반인구 유병률 4.2%보다 높은 수치로, 남성조사인구 280명(41.7%)에 비해 여성조사인구 391명(58.3%)이 많았던 것과 시간적, 지역적 차이에 기인한 것으로 보인다.

또 전체 인구에서 남성이 2.5%의 화병 유병률을 보인 것에 비해 여성이 7.4%로 높은 유병률을 보였으며 각 연령대별 역시 남성보다 여성이 높은 화병 유병률을 보인 것은 남성과 여성에 대한 사회적인 인식의 차이와 남성과는 다른 여성의 생리적·심리적인 특성[15]에 기인한 것으로 생각된다.

그리고 65세 이상 여성의 경우에는 74명 중 5명이 화병으로 진단 받아, 유병률 6.8%를 나타내었다. 이는 2005년 김혜경[12]이 조사한 13.3%보다 낮은 수치로 나타났다.

본 연구는 우리나라 지역주민의 화병 유병률을 알아보기 위해 시행되었으나 결과 해석에서 제한점을 보인다. 이번 원주 코호트 연구에서는 다양한 계층의 주민들이 조사에 참여하였으나 남성인구가 여성인구에 비해 15% 이상 적었으며, 연령대별로 고른 인구분포를 보이지 않아 일반인구의 유병률이라 대표하기에 적절치 못할 수 있다. 향후 일반인구에서의 정확한 유병률, 관련요인 조사와 이에 근거한 교육 및 적극적인 예방사업이 필요하리라 사료된다.

참 고 문 헌

1. 전국한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신과학. 서울:집문당. 2007:215, 225.
2. 미국정신의학회. 정신장애의 진단 및 통계편람. 제4판. 서울:하나의학사. 1995:1083.
3. 민성길. 홧병의 개념에 대한 연구. 신경정신의학. 1989;28(4):604-616.
4. 김종우. 화병으로부터의 해방. 서울:여성신문사. 2007:152.
5. 박지환, 민성길, 이만홍. 홧병에 대한 진단적 연구. 신경정신의학. 1997;36(3):496-502.
6. 이희영. 화병의 진단 및 변증유형에 관한 연구. 경희대학교 대학원. 2005.
7. 손상준. 홧병의 진단적 연구: 홧병 진단에 유용한 증상의 판별. 연세대학교 대학원. 2007.
8. 민성길, 김경희. 홧병의 증상. 신경정신의학. 1998;37(6):1138-1145.
9. 민성길, 김진학. 보길도에서의 홧병에 대한 연구. 신경정신의학. 1986;25(3):459-466.
10. 지상은, 김종우, 황의완. 홧병 환자의 임상양상에 대한 고찰. 동의신경정신과학회지. 1997;8(2):63-84.
11. 민성길, 남궁기, 이호영. 홧병에 대한 일 역학적 연구. 신경정신의학. 1990;29(4):867-874.
12. 김혜경. 농촌 여성노인들의 화병 유병률과 관련요인. 경북대학교 대학원. 2004.
13. 김종우, 권정혜, 이민수, 박동건. 화병면담검사의 신뢰도와 타당도. 한국심리학회지:건

강. 2004;9(2):321-331.
14. 김종우, 현경철, 황의완. 화병의 기원에 관한 고찰 - 조선왕조실록을 중심으로 -. 동의신경정신과학회지. 1999;10(1):205-215.
15. 김종우. 홧병. 서울:여성신문사. 1997:73-77.