동의신경정신과 학회지 제22권 제2호(2011년 6월)
J. of Oriental Neuropsychiatry 2011;22(2):27-37

화병과 A형 행동유형 및 심혈관질환과의 관련성 연구

정하룡, 고상백*, 박종구*, 유준상†, 공경환§, 이재혁

세명대학교 한의과대학 한방신경정신과학교실, 연세대학교 원주의과대학 예방의학교실*
상지대학교 한의과대학 사상체질의학교실†, 세명대학교 한의과대학 내과학교실§

Corelationship Study between Hwa-Byung and Type A Behavior Pattern, Cardiovascular Disease

Ha-Ryong Jeong, Sang-Baek Koh*, Jong-Ku Park*
Jun-Sang Yu†, Kyung-Hwan Kong§, Jae-Hyok Lee

Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Se-Myung University
Dept. of Preventive Medicine, Wonju College of Medicine, Yon-Sei University*
Dept. of Sasang Constitutional Medicine, College of Oriental Medicine, Sang-Ji University†
Dept. of Internal Medicine, College of Oriental Medicine, Se-Myung University§

Abstract

Objectives :
The purpose of this research is to investigate the corelationship between Hwa-Byung and type A behavior pattern (TABP), cardiovascular disease.

Methods :
637 people participated in the community based cohort study in Wonju City of South Korea from July 2nd to August 30th in 2006. Educated investigators checked up EKG and surveyed Hwa-Byung Diagnostic Interview Schedule(HBDIS), Framingham Type A Pattern Score(FTA score). Collected data were analyzed by the chi-square test & t-test.

Results :
1. TABP, Hwa-Byung group was 24(70.6%), non Hwa-Byung group was 288(27.8%) p-value was 0.016. Difference of the two group was valid.
2. FTA score, Hwa-Byung group was 5.77 ± 2.25, non Hwa-Byung group was 4.41 ± 2.30, p-value was 0.002. Difference of the two group was valid.

Conclusions :
TABP ratio, FTA score was high in Hwa-Byung group compared with non Hwa-Byung group.

Key Words :
Hwa-Byung, TABP, FTA score, Cardiovascular disease, EKG, Anger syndrome

투고 : 2011. 05. 10. 수정 : 2011. 06. 08. 채택 : 2011. 06. 13.
교신저자 : 이재혁, 충북 충주시 봉방동 836번지 세명대학교 충주한방병원 한방신경정신과
Tel) 043-841-1736, Fax) 043-856-6295, E-mail) yuean69@hanmail.net
This study was supported by a grant of the Korea Centers for Disease Control and Prevention(2006-347-2400-2440-215)

Ⅰ. 서 론

화병은 한국의 사회문화적 배경을 바탕으로 발생하는 병으로 DSM-Ⅳ에 문화관련증후군으로 분류되어 있다[1]. 화병은 성인이 된 이후 겪게 된 스트레스에 의한 감정반응들이 원인으로 이러한 감정반응들이 불완전한 억제와 신체화의 방어기제를 거쳐 화병의 증상으로 유발된다[2]. 화병에 있어서 가장 핵심적인 감정은 분노다[3]. 화병 환자들은 정상인에 비해 분노 경험을 많이 한다고 보고되었으며, 분노 표현의 양상은 주로 분노 억제로 나타난다[4].

A형 행동유형은 심장병 환자들에게서 공통적으로 발견되는 행동 및 정서상의 특징으로 Friedman & Rosenman[5]에 의해 제안된 성격유형이다. A형 행동유형은 높은 성취동기를 나타내며 공격적, 적대적, 경쟁적인 성향과 함께 참을성이 부족한 특징을 나타낸다[5]. A형 행동유형이 심혈관계 질환에 미치는 영향에 대해 많은 논란[6,7,8]이 있어왔지만 여전히 심혈관질환의 발병과 관련된 요인으로 인정되고 있다[9]. 특히 A형 행동유형의 하위 성분인 적대감과 분노가 심혈관계 질환에 중요한 인자로 작용한다고 알려져 있다[9]. A형 행동유형은 스트레스 반응에도 영향을 주는데 A형 행동유형인 사람들은 스트레스의 지각수준이 높으며[10,11] 스트레스에 의해 심리적, 신체적 증상 발현이 B형 행동유형에 비해 더욱 많다고 알려져 있다[12].

화병 발병에 영향을 주는 요인에 대한 연구는 한국의 사회문화적 배경, 지속적이고 과중한 스트레스를 주는 환경, 스트레스에 대한 방어기제에 대한 연구가 주를 이루어 왔으며[2,3] 상대적으로 개개인의 성격적 특성에 대한 연구는 간과되어왔다. MMPI를 이용한 화병 환자의 성격 특성에 대한 연구[13,14]가 있었지만 화병 환자의 일반적인 특성을 밝히는 데에 초점이 맞추어져 있어 이를 통해 화병의 발병에 영향을 미치는 성격적 특성을 파악할 수는 없었다. 이에 본 저자는 분노라는 측면에서 화병과 유사한 특징을 나타낸다고 여겨지는 A형 행동유형과[5,9] 화병과의 연구를 통해 화병에 영향을 줄 수 있는 성격 유형에 대한 연구를 진행하였다.

또한 심혈관계 질환의 위험인자로 알려진[15] 분노는 화병에서도 핵심적인 감정으로 작용하고 있으며[3], 실제 임상 장면에서 많은 화병 환자들은 심혈관계 진료를 받는 것으로 알려져 있다[14]. 따라서 화병과 심혈관계 질환과의 관련성에 대해 EKG 결과를 토대로 연구를 진행하였다.

Ⅱ. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

2006년 7월 2일부터 8월 30일까지 ○○도 ○○시 ○○면에서 보건복지부 질병관리본부 지원의 지역사회 평생건강관리사업의 일환으로 시행된 코호트연구에 자발적으로 참여한 39-72세의 대상자 중 화병 면담 검사, Framingham Type A Behavior Pattern 검사, EKG 검사가 시행된 637명을 연구대상으로 하였다.

2. 검사방법

1) 화병 진단

화병의 진단은 화병면담검사(Hwa-Byung Diagnostic Interview Schecdule, 이하 HBDIS)[16]를 사용하였다. HBDIS는 화병 진단에 있어서 타당도, 검사-재검사 신뢰도, 진단의 민감도 및 특이도가 양호하다고 입증된 객관적인 화병 진단 도구이다.

2) A형 행동유형

A형 행동유형과 B형 행동유형은 Framingham Type A Behavior Pattern(이하 FTA)을 번역하여 사용하였다[17]. FTA는 자기보고식 설문 검사지로 총 10문항으로 이루어져있다. '예', '아니오'의 진위형 문항으로 이루어진 5문항에 대해서는 각각 1점과 0점을 주고, '매우 그렇다', '대부분 그렇다', '조금 그렇다', '전혀 그렇지 않다'의 Likert 4점 척도로 이루어진 나머지 5문항에 대해서는 각각 1점, 0.67점, 0.33점, 0점을 준다. 10문항의 점수를 합산하여 Framingham 점수를 산출하여 총점의 중위수보다 큰 사람은 A형 행동유형으로, 중위수와 같거나 작은 사람은 B형 행동유형으로 구분한다. A/B형 행동유형은 성별, 인종별로 특정화되므로 남성과 여성으로 나누어 중위수를 구하였다.

3) EKG

심전도는 심전도 검사기(Mac 5000, Wipro GE healthcare, U.S.A) 제품을 이용하였으며 Auto-reading된 검사 결과를 Normal, Abnormal, Borderline으로 나누어 기입하도록 하였다.

3. 통계 분석

피험자를 화병군과 비화병군으로 구분하였으며 A/B형 행동유형, EKG 항목에 대해 chi-square test를 시행하였고, Framingham 점수에 대해서는 t-test를 시행하였다. p-value < 0.05 인 경우에 통계학적으로 유의성이 있는 것으로 판단하였다. 통계 프로그램은 SPSS 17.0 for windows를 사용하였다.

Ⅲ. 결 과

1. 연구대상의 성별에 따른 특성

연구대상자는 총 637명으로 남성 42.2%, 여성 57.8%였다. A형 행동유형으로 분류된 사람은 312명으로 49.0%였으며, 화병으로 진단된 사람은 34명으로 전체의 5.3%를 나타내었다.

Table Ⅰ. Study Population by Sex, Hwa-Byung and TABP Unit : N(%)

	Male	Female	Total
*HB	7	27	34(5.3%)
†nHB	262	341	603(94.7%)
‡TABP	129	183	312(49.0%)
§TBBP	140	185	325(51.0%)
	269(42.2%)	368(57.8%)	637

*Hwa-Byung
†non Hwa-Byung
‡Type A Behavior Pattern
§Type B Behavior Pattern

2. 화병과 A/B형 행동유형

화병군에서 A형 행동유형인 사람들의 비율은 70.6%으로 비화병군에서의 27.8%보다 높았으며 p=0.016으로 이러한 차이는 유의성이 있었다.

Table Ⅱ. Hwa-Byung and TABP Unit : N(%)

	§TABP	‖TBBP	p-value
†HB	24(70.6)	10(29.4)	0.016*
‡nHB	288(27.8)	315(52.2)	

*p < 0.05
†HB(Hwa-Byung)
‡nHB(non Hwa-Byung)
§TABP(Type A Behavior Pattern)
‖TBBP(Type B Behavior Pattern)

3. 화병과 Framingham 점수

화병군의 Framingham 점수는 5.77 ± 2.25로 비화병군의 4.41 ± 2.30 보다 높았으며 P=0.002로 이러한 차이는 유의성이 있었다.

4. 화병과 EKG

화병군에서 EKG 결과가 Normal인 사람의 비율은 82.4%로 비화병군의 61.0%보다 높았으며 p=0.043으로 이러한 차이는 유의성이 있었다.

Table Ⅳ. Hwa-Byung and EKG Unit : N(%)

	†HB	‡nHB	p-value
Normal	28(82.4)	368(61.0)	
Abnormal	4(11.8)	171(28.4)	0.043*
Borderline	2(5.9)	64(10.6)	

*p < 0.05
†HB(Hwa-Byung)
‡nHB(non Hwa-Byung)

5. A/B형 행동유형과 EKG

A형 행동유형에서 EKG 결과는 Normal, Abnormal, Borderline 각각 62.5%, 28.8%, 8.7% 였으며, B형 행동유형에서는 각각 61.8%, 26.2%, 12.0%로 나타났다. p=0.341로 이러한 차이의 유의성이 없었다.

Table Ⅴ. TABP and EKG Unit : N(%)

	*TABP	†TBBP	p-value
Normal	195(62.5)	201(61.8)	
Abnormal	90(28.8)	85(26.2)	0.341
Borderline	27(8.7)	39(12.0)	

*TABP(Type A Behavior Pattern)
†TBBP(Type B Behavior Pattern)

Ⅳ. 고 찰

화병은 한국 특유의 정(情), 한(恨)과 같은 사회문화적 배경을 바탕으로 발생하는 병으로 DSM-Ⅳ에는 문화관련증후군으로 분류되어 있다[1]. 진단면에서 화병은 복잡한 양상을 나타내는 경우가 많은데, 화병 환자들에게서 DSM-Ⅳ 체계 내의 주요우울삽화, 기분부전장애, 범불안장애, 감별불능 신체형장애 등으로 진단되는 경우가 많으며 이러한 진단이 복합적으로 나타나는 경우도 많다. 증상 면에서도 우울, 불안, 소화장애, 두통, 신체통증 등의 일반적인 신경증적 증상들을 보이면서, 이와 함께 열감, 억울하고 분함, 목이나 가슴에 덩어리 느낌, 치밀어 오름, 한이 맺힘, 하소연 등의 화병 특유의 증상들과 병행동(Illness behavior)들을 나타낸다[18,19]. 가슴답답함, 신체통증, 눈물, 후회, 비관, 불면, 구갈, 심계항진, 긴장, 허약감, 뛰쳐나가고 싶음, 잘 놀램 등의 증상도 화병 환자들에게서 특징적으로 자주 발견되는 증상들이다[3].

화병의 진단 도구로는 민[20] 등의 연구용 화병 진단기준, Roberts[21] 등의 18-item HB scale, 권[22] 등의 화병척도, 김[16] 등의 화병면담검사(HBDIS) 등이 있다. 본 연구에서는 화병의 진단을 위해 HBDIS를 사용하였다. HBDIS는 화병의 정도를 점수화하여 나타내기 어렵다는 점과[22], 미움(hostility), 분노표현(expressed anger) 등 분노장애 관련 증상이 포함되어 있지 않다는 점에서 지적받는 면이 있다[20]. 하지만 HBDIS는 화병의 진단에 있어 검사-재검사 신뢰도와 임상 진단을 준거로 한 타당도 및 진단의 민감도, 특이도가 적합하다고 판명난 객관적인 화병 진단 도구이다[16].

화병은 성인이 된 이후 충분히 의식할 수 있는 상황에서 반복해 겪는 외적인 스트레스와 그로 인해 유발된 감정반응들이 원인으로 작용한다[2]. 이러한 감정반응들이 불완전한 억제와 신체화의 방어기제에 의해 화병의 다양한 증상들로 유발되어 나타나게 된다. 따라서 화병의 증상은 억제에 의한 우울함, 자기연민 등의 감정, 신체화 되어 나타나는 다양한 신체적 증상, 불완전한 억제에 의한 불안, 충동성 등의 증상이 복합적으로 나타난다[2,23]. 화병의 다양한 증상은 자신의

처지를 이해시키고 책임 회피를 위한 하소연, 도움요청 행동 등의 특징적인 병행동의 형태로 나타나는데 이는 화병의 증상이 대인관계에 있어 주요한 수단으로서 작용한다는 것을 보여 준다[2,23].

화병에서 가장 핵심적으로 작용하는 정서는 분노로 알려져 있다[3]. 실제로 화병 환자들을 대상으로 한 연구에서도 화병군이 비화병군에 비해 상태 분노와 특성 분노 점수가 높아 분노 경험이 많은 것으로 보고되었다. 분노 표현 면에서는 화병군이 분노 표출과 분노 통제보다는 분노 억제를 많이 사용하는 것으로 보고되었다[4]. 화병에서 분노의 중요성에 대해 민[24]은 화병을 만성적인 분노 증후군의 일종이라 하며 분노가 핵심적인 정서로 작용한다고 하였다. 나아가 화병에서 한국의 문화적인 요소를 제거하면 분노 장애(Anger disorder)라는 새로운 증후군으로 개념화할 수 있을 것이라고 제안하고 있다. 임[25]은 노인 화병 환자를 대상으로 한 STAXI, AQ, RI 등의 설문지 검사를 통해 분노 및 공격성의 하위척도들이 화병에 미치는 영향을 분석하였다. 그 결과 STAXI의 상태분노, AQ의 분노감, RI의 불쾌감을 느끼는 상황에 대한 분노반응 항목의 점수가 높아질수록 화병의 위험도가 높아진다고 하였다. 반대로 AQ의 언어적 공격성 항목 점수가 증가할수록 화병의 위험도가 감소한다고 하였다. 이는 화병 환자들에서 분노 경험과 분노 표현이 높은 수준을 나타내며, 분노의 억제로 인한 분노의 축적에 의해 화병이 유발될 수 있고 적절한 감정 표현을 통해서 예방될 수 있다는 측면을 보여준다.

여러 연구 결과들을 종합해 본 결과 화병에 있어서 발병 원인과 방어기전, 증상 발현에 이르기까지 분노가 핵심적인 정서로 작용하고 있다는 결론을 내릴 수 있었다. 이러한 점에 근거하여 이번 연구에서는 화병과 A형 행동유형 및 심혈관계 질환과의 관련성에 대해 살펴보았다. 분노는 A형 행동유형[26]과 심혈관계 질환[27]에서 모두 중요한 요인으로 작용하는 것으로 보고되어 왔다. 화병에서 분노의 경험과 축적이 중요한 요인으로 작용하였다면 A형 행동유형과 심혈관계 질환에서도 화병과의 관련성을 찾을 수 있을 것이라는 가정을 세우고 이를 밝히기 위한 연구를 진행하였다.

A형 행동유형은 심장병 환자들에게서 공통적으로 나타나는 행동 및 정서 패턴으로 Friedman과 Rosenman에 의해 제안된 행동유형이다[5]. A형 행동유형은 높은 성취동기, 공격성, 심한 경쟁, 적대적인 성향, 안절부절 못함, 참을성이 없음, 시간에 대한 긴박감, 목표지향적인 특성을 나타내어 B형 행동유형과 구분된다. A형 행동유형의 사람들은 신뢰감, 속도감, 일에 대한 열성 등으로 사회적으로 유용한 측면도 나타내지만 적의, 공격성, 분노, 분노 표현의 억압, 신경증적 경향의 유용하지 못한 측면도 함께 나타낸다[28].

A형 행동유형이 스트레스 반응에 미치는 영향에 대해서는 다양한 관점에서 연구가 진행되어왔다. A형 행동유형은 그 자체가 심리학적 증상을 증가시키는 요인으로 작용할 수 있으며[29], A형 행동유형 사람들은 스트레스 상황에서 과민하게 반응하는 성향을 나타내어 같은 상황에서도 보다 많은 스트레스 경험을 하게 된다[30]. 스트레스 지각면에서도 A형 행동유형이 B형 행동유형에 비해 스트레스 지각 정도가 높고 불안, 우울, 적대감 등 심리적 긴장을 더 많이 경험하며[10] 증상이 신체화하는 경향을 보인다[12].

Friedman & Rosenman[5]에 의해 A형 행동유형이 제안된 이후 A형 행동유형이 심혈관계 질환의 유발 인자로 작용하는지에 대한 많은 논란이 계속되어왔으며 이에 대한 많은 연구들이 이루어져왔다. 대규모의 종단 연구인 Western

Collaborative Group Study(WCGS)[31]와 French-Belgian Group[6] 에서는 A형 행동유형이 심혈관계 질환의 위험요인으로 작용한다는 것을 밝혀내었다. 반면 A형 행동유형이 심혈관계 질환과는 관련성이 없다는 연구 결과도 많았는데 그 대표적인 연구가 대규모 종단연구로 이루어진 Multiple Risk Factor Intervention Trial(MRFIT) 연구이다[7]. 이러한 논란에 대해 Dembroski[8] 등은 A형 행동유형의 특징들을 심혈관계 질환에 대한 위험요인, 무관요인, 우호 요인의 하위 성분들로 구분해 볼 것을 주장하였고, 이 중 심혈관계 질환의 유발 인자로 연관성이 높은 요소는 잠재적 적대감(Potential for hostility)이라는 개념을 제시하였다. Matthews[9] 등도 이와 유사한 연구 결과를 제시하였는데, A형 행동유형 사람들이 B형 행동유형 사람들에 비해 스트레스를 더 많이 받고 사회, 심리, 생리적 과잉반응을 일으켜 심장병 발병률이 높으며, 특히 분노와 적개심의 하위 성분이 가장 중요한 원인으로 작용한다고 하였다.

화병과 A형 행동유형의 관련성에 대한 이번 연구 결과 화병군에서 A형 행동유형인 사람의 비율이 비화병군에서의 비율보다 유의하게 높았다. 또한 화병군의 FTA 점수가 비화병군의 FTA 점수에 비해 유의하게 높아 화병 환자일수록 A형 행동유형의 성향을 더욱 강하게 나타냄을 보여주었다. 이는 화병과 A형 행동유형에서 모두 분노가 중요한 요인으로 작용하기 때문으로 여겨진다. 화병에서 분노는 핵심적 요인으로 작용하며[2,3,20], A형 행동유형에서도 공격성, 분노, 적개심 등의 분노와 관련된 하위 척도가 중요한 요인으로 여겨지고 있다. 또한 A형 행동유형은 행동 면에서도 적대적, 공격성, 분노 표현 등의 특성을 나타내는데[30] 이러한 A형 행동유형의 특성이 화병의 발병에 유관한 영향을 미쳤을 것으로 추정된다.

다만 이러한 유사성에도 불구하고 분노의 하위 성분에서는 A형 행동유형과 화병이 완벽한 일치를 보인다고 하기는 어려울 것으로 보인다. 분노의 하위 성분에 대해서 Spielberger[32] 등은 분노를 분노 경험과 분노 표현으로 구분하고 분노 경험은 다시 특성 분노와 상태 분노로 분노 표현은 분노 억제, 분노 표출, 분노 통제로 구분하였다. 김[33] 등에 따르면 스트레스 정도와 적대감 수준이 분노 경험 수준에 영향을 미치고, 분노 경험은 다시 분노 표현 방식에 따라 다양한 수준으로 병리 반응을 나타낸다. 김[33] 등은 분노 억제와 표출 수준이 높을수록 신체 병리 정도가 높게 나타나며 분노 통제 수준이 높을수록 신체 병리 정도가 낮게 나타난다고 보고하였다. 화병은 분노의 감정이 불완전한 억제의 기전에 의해 병리 반응을 일으키는 것으로 알려져 왔는데[1,2,23] 이는 A형 행동유형의 분노 표현 양상 중 분노 억제와 밀접한 관련성이 있을 것으로 생각된다. 이번 연구에서는 분노의 하위 성분에 대한 연구가 이루어지지 않아 이러한 관계를 명확히 밝히기에는 무리가 따랐으며 추후 이에 대한 연구가 더 이루어져야 할 것으로 보인다.

A형 행동유형의 스트레스에 대한 반응 역시 이번 연구 결과에 영향을 미쳤을 것으로 추정된다. A형 행동유형은 동일한 상황에서 B형 행동유형 보다 높은 수준으로 스트레스 사건을 경험한다고 연구된바 있다[10]. Glass[11]는 A형 행동유형의 사람들이 동일한 스트레스 상황에 대해 스트레스로서 받아들이는 정도가 크고, 스트레스 자체에 취약한 성향을 보인다고 하였다. A형 행동유형은 환경적 스트레스에 높은 반응을 보이고 통제 불가능한 상황에서 과도한 대처 전략을 사용하여 스트레스를 더욱 많이 받는다고 하였으며, 상황 통제에 대한 노력이 성공적이지 않으면 포기하는 성향을 보인다고 하였다[11]. 스트레

스에 대한 대처에 있어서도 A형 행동유형의 사람들은 문제중심적 대처를 보이며 문제의 원인을 자신에게 귀인하는 경향을 보이는데, 이는 A유형 사람들이 문제를 회피하지 않고 적극적으로 해결하려하며 실패의 원인을 환경보다 자신에게 귀인하는 경향이 있음을 말해준다[34]. 남[35]은 이러한 경향성이 활동적인 면에서는 긍정적이지만 지나칠 경우 심리적 긴장과 신체적 질환을 유발할 수 있다고 보았다. 실제 A형 행동유형인 사람들은 B형 행동유형인 사람들에 비해 불안 및 우울[10], 신체적 긴장[12]을 더 많이 경험한다고 알려져 있다. 위의 연구 결과를 종합해보면 A형 행동유형은 문제에 적극적인 대처를 하는 성향을 보이지만, 스트레스에 취약하고, 스트레스 사건을 더욱 많이 경험하며, 스트레스에 대한 지각도 높고, 스트레스에 대한 심리적, 신체적 증상 역시 더 많이 나타낸다고 볼 수 있다.

이와 같은 A형 행동유형의 특징이 화병의 발병 과정과 증상 발현 과정에 모두 영향을 주었을 것으로 보인다. A형 행동유형의 통제할 수 없는 상황에서 변화 시도 실패 후 포기하는 특성과[11], 문제의 원인을 자신에게 귀인하는 특성[34]은 화병의 증상에서도 그 유사성을 찾아볼 수 있다. 화병 환자들은 변화시킬 수 없는 스트레스 상황에 대한 절망의 결과 체념, 순응, 수동-운명론의 태도를 취하기도 하며[23], 한(恨)의 정서[2]를 나타내기도 한다. 특히 한은 약자적 입장에서 억눌림의 감정이 쌓이고 쌓여 발생하는 패배의식, 좌절, 허무감, 체념 등 감정의 복합체를 말하는데 이를 해소하기 위한 방법으로 하소연, 넋두리 등의 방법을 사용한다고 알려진 정서이다. 이러한 유사성과, 이번 연구 결과를 근거로 화병의 병행동에 A형 행동유형이 증상을 발현키거나 강화시키는 등 영향을 미쳤을 것이라는 추정을 해볼 수 있다. 이를 보다 명확히 하기 위해서는 이에 대한 보다 많은 연구가 이루어져야 할 것으로 보인다.

화병에서 분노라는 감정과 사회문화적인 배경이 중요한 요소이지만, 개개인의 성격적 특성도 화병 발병에 중요하게 작용할 것으로 생각된다. 지금까지 화병의 발병에 대한 연구는 사회문화적 배경, 화병이 유발되는 스트레스 환경, 발병의 원인이 되는 감정 및 방어 기제, 증상 발현에 대한 연구 등 화병의 공통적인 특성을 찾아 그 실체를 규명하는 연구가 주를 이루어왔다[2,3,19].

화병과 성격적 특성에 대한 연구는 MMPI를 통한 연구가 있어왔다[13,14,36]. 권[13] 등은 화병 환자들이 우울, 불안, 다양한 신체 증상과 함께 분노, 피해의식 등을 경험하고 있다고 하였으며 이[14] 등은 화병 환자의 성격 특징이 건강 염려적이고 우울하고 미숙하며 불안한 특성을 보인다고 하였다. 이 두 연구는 화병 환자들에게서 공통적으로 발견되는 성격적 특성에 대한 연구였으며, 화병 발병에 영향을 줄 수 있는 병전 성격, 성격적 특성에 대한 언급은 없었다. 김[36] 등은 화병 환자에서 3-1형태의 전환형 신경증적 프로파일과 회피성, 분열성 성격 특성이 높게 나타나고, 방어기제에서는 억압과 전치가 높고 비도덕적 행동화는 낮다고 하였다. 또한 화병군의 MMPI 결과로 군집분석을 시행한 결과 화병 환자를 3군집으로 나누어 볼 수 있었다고 보고하였다. 화병의 성격적 특성에 대한 연구에서 김[36] 등의 연구는 인격장애를 중심으로 화병군과 비화병군의 성격적 특성을 나누어 보았으며, 화병 환자군을 다시 성격적 특성에 따라 나누어 보려 했다는 점에서 의의를 둘 수 있을 것으로 여겨진다.

화병 환자에서 A형 행동유형으로 나타난 사람들의 비율이 높다는 이번 연구 결과는 성격적 특성이 화병의 발병 및 증상 발현에 영향을 미

칠 수 있다는 점을 시사한다. 비록 이번 연구를 통해 스트레스, A형 행동유형, 화병 간의 선후관계를 밝힐 수는 없어 A형 행동유형이 병전 성격으로서 화병에 영향을 주었다고 해석하기에는 무리가 있다. 또한 화병은 장기간의 경과를 보이는 병으로[1,2] 장기간에 걸친 화병의 영향으로 인하여 성격 유형이 바뀌었을 가능성도 배제할 수는 없어 보인다. 하지만 화병군에서 특정 성격유형이 많이 발견된다는 것은 화병에 취약한 성격유형이 존재한다는 것을 보여주는 결과로 해석할 수 있으며, 이는 특정 성격유형이 화병에 영향을 미치는 변인으로서 작용할 수 있다는 점을 시사한다. 좀 더 명확히 하기 위해서는 스트레스, 화병, A형 행동유형의 관계에 대해서는 좀 더 다양한 진단 척도를 이용한 추가적인 연구가 진행되어야 할 것으로 보인다.

이번 연구에서는 화병과 A형 행동유형에 대한 연구와 함께 EKG를 통한 심혈관계 질환과의 관련성에 대해서도 조사가 이루어졌다. 화병 환자들은 가슴이 답답함, 두근거림 등 심혈관계 질환에서 보이는 증상들을 호소하며[3], 실제 임상장면에서도 많은 화병 환자들이 심혈관계 질환에 대한 진료를 받는 것 같다[14]. 또한 화병에서 핵심적인 정서로 작용하는 분노는 심혈관계 질환을 유발하는 요소로 작용한다고 연구된 바 있다[9]. 비록 많은 논란은 있어왔지만 A형 행동유형은 심혈관계 질환과 상관성이 높은 성격유형으로 연구되고 있다[6,7,8,31]

연구 결과 A형 행동유형과 B형 행동유형 사이에는 EKG 결과상에 유의한 차이를 나타내지 않았다. 국내에서 심혈관계 질환과 A형 행동유형에 대한 연구로 염[26] 등의 연구가 있다. 이 연구는 심근경색 진단을 받은 적이 있는 환자들을 대상으로 A형 행동유형과에 대해 조사한 결과 A형 행동유형이 심근경색과 연관성이 있을 뿐 아니라 심혈관계 위험 요소인 혈청 콜레스테롤, 흡연 습관과도 유의한 상관관계를 보인다고 보고하였다.

화병과 EKG 결과에 있어서는 화병군이 비화병군에 비해 Normal을 나타낸 비율이 유의하게 높았다. 이러한 연구 결과는 화병의 분노 감정이 심혈관계 질환을 유발하는 요인으로 작용할 것이라는 가설과는 반대의 결과를 보여준다. 정[37] 등은 여성을 대상으로 화병과 과거력의 관련성에 대해 조사한 결과 화병과 만성 위염, 소화성 궤양이 관련성이 높았으나 협심증, 심근경색은 화병과 관련성을 찾을 수 없었다고 보고하였다. 이[14] 등은 화병 환자들을 대상으로 심장내과, 소화기내과, 정신과 전문의의 면담과 이학적 검사 및 X-ray, EKG, 심장초음파, 경동맥 IMT(Intima Media Thickness), 상부 위장관 내시경을 실시하였다. 그 결과 화병 환자들에서 위식도 역류성 질환이 일반적인 위식도 역류성 질환의 유병률보다 높은 비율로 진단된다고 하였다. 반면 화병 환자들에서 심혈관 질환은 발견되지 않았다고 보고하여 역시 화병과 심혈관질환과의 관련성을 입증하지 못했다.

화병 및 A형 행동유형과 EKG 결과에 관한 이번 연구결과만으로 A형 행동유형과 화병이 심혈관계 질환과 관련이 없다는 결론을 내리기에는 무리가 있어 보인다. 심장 질환은 2009년 국내 사망률 3위의 높은 사망률을 보이는 질병으로[38] 화병 및 A형 행동유형인 사람들의 심혈관계 질환으로 인한 사망 가능성을 배제하기 어렵다. 화병과 심혈관계 질환과의 관련성 연구를 위해서는 화병환자에 대한 추적조사, 심혈관계 질환을 과거력으로 갖는 사람들을 대상으로 한 화병 유병률 연구, 화병환자의 심혈관계 질환에 대한 예측 위험도 조사 등이 이루어져야 할 것으로 보인다.

이번 연구의 제한점으로는 첫째, 화병으로 진단된 환자의 수가 적어 연구 결과를 화병 환자 전체의 특징으로 일반화하기에는 무리가 있어 보인다. 둘째, 진단 척도로 화병 진단 척도와 A형 행동유형 구별을 위한 척도만을 사용해 둘 사이의 관련성에 대해 구체적인 연구결과를 제시하기 어려웠다. 추후 좀 더 다양한 척도를 통한 연구가 필요할 것으로 보인다. 셋째, 심혈관계 질환에 대해서 EKG 검사만을 시행했는데, EKG 검사결과만으로는 심혈관계 질환여부를 진단하기는 어려웠다. 연구방법에 있어서도 화병과 심혈관계 질환과의 관련성 연구를 위해서는 심혈관계 질환을 과거력으로 하는 사람들을 대상으로 한 화병 연구가 이루어져야 할 것으로 보인다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 화병과 A형 행동유형의 관련성을 밝혀내었으며, 이를 통해 화병에 영향을 준 A형 행동유형의 특징에 대해 살펴보았다는 데에 그 의의를 둘 수 있을 것이다.

감사의 글

본 논문은 질병관리본부 학술연구용역사업으로 지원 받아 수행한 결과임.(2006-347-2400-2440-215)

참고문헌

1. 전국한의과대학 신경정신과 교과서편찬위원회. 한의신경정신과학. 서울:집문당. 2007:215, 221-3.
2. 민성길. 홧병의 개념에 대한 연구. 신경정신의학. 1989;28(4):604-16.
3. 민성길. 김경희. 홧병의 증상. 신경정신의학. 1998;37(6):1138-45.
4. 전겸구, 황의완, 김종우, 박훈기. 홧병과 정서적 스트레스간의 관계연구. 한국심리학회지: 건강. 1997;2(1):170-87.
5. Friedman M. Rosenman RH. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. JAMA. 1959;96: 1286-96.
6. French-Belgian Group. Ischemic heart disease and psychological patterns. Prevalence and incidence studies in Belgium and France. Advances in cardiology. 1982;29:25-31.
7. Shekelle RB, Hulley SB, Neaton JD, Billings JH, Borhani NO, Gerace TA, Jacobs DR, Lasser NL, Mittlemark MB, Stamler J. The MRFIT behavior pattern study. II. Type A behavior and incidence of coronary heart disease. American Journal of Epidemiology. 1985;122(4):559-70.
8. Dembroski TM, MacDougall JM, Williams RB, Haney TL, Blumenthal JA. Components of Type A, hostility, and anger-in: relationship to angiographic findings. Psychosomatic Medicine. 1985;47(3):219-33.
9. Matthews KA, Glass DC, Rosenman RH, Bortner RW. Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease: a further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. Journal of Chronic Disease. 1977;30(8):489-98.
10. 송병일. A/B 성격이 스트레스 지각, 대처 및 심리적긴장에 미치는 영향. 전남대학교 대학원 심리학과. 1993.
11. Glass. D.C.. Behavior patterns, stress and

coronary disease. Americal Scientist. 1977; 62(2):177-87.
12. Nakako K. Hardness, Type A behavior, and physical symptoms in a Japanese sample. J Nervment Dis. 1990;178:52-6.
13. 권호인, 김종우, 권정혜. 화병환자의 MMPI-2 프로파일 특성. 한국심리학회지:여성. 2008;13(3): 379-97.
14. 이유진, 백경원, 김하경, 연규월, 임원정. 홧병클리닉을 방문한 환자들의 임상 증상과 MMPI 상의 성격 특징에 대한 연구. 정신신체의학. 2008;16(2):120-4.
15. Williams RB.. Biological mechanism mediating the relationship between behavior and coronary heart disease In A. W. Siegman & T. M. Dembroski(Eds.), In search of coronary-prone behavior: Beyond Type A. Hillsdale,NJ:Lawrence Erbaum Associates. 1989:195-205.
16. 김종우, 권정혜, 이민수, 박동건. 화병면담검사의 신뢰도와 타당도. 한국심리학회지:건강. 2004;9(2):321-31
17. Haynes S G, Levine S, Scotch N, Feinleib M, Kannel WB. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study. American Journal of Epidemiology. 1978;107(5):362-83.
18. 손상준. 홧병의 진단적 연구: 홧병 진단에 유용한 증상의 판별. 연세대학교 대학원 의학과. 2007.
19. 민성길. 홧병에 대한 일 역학적 연구. 신경정신의학. 1990;29(4):867-74
20. 민성길, 서신영, 조윤경, 허지은, 송기준. 화병척도와 연구용 화병진단기준 개발. 신경정신의학. 2009;48(2):77-85.
21. Roberts ME, Han K, Weed NC. Development of a scale to assess Hwa-Byung, a Korean culture-bound syndrome, using the Korean MMPI-2. Transcult Psychiatry. 2006;43:383-400.
22. 권정혜, 김종우, 박동건, 이민수, 민성길, 권호인. 화병척도의 개발과 타당도 연구. 한국심리학회지:임상. 2008;27(1):237-52.
23. 민성길, 박청산, 한정옥. 홧병에 있어서의 방어기제와 대응전략. 신경정신의학. 1993;32(4): 506-16.
24. Sung Kil Min. Clinical correlates of Hwa -byung and a proposal for a new anger disorder. Psychiatry Invest. 2008;5:125-41.
25. 임채성. 노인 우울증과 화병에서 분노와 공격성의 비교. 중앙대학교 대학원 의학과. 2011.
26. Redford B. Williams, Jr., Thomas L. Hasney, Kerry L. Lee. Yi-Hong Kong, James A. Blumenthal, Redford E. Whalen. Type A behavior, hostility, and coronary atherosclerosis. 1980;42(6):539-49.
27. 염근상, 이재호, 최환석, 신호철. 심근경색 위험요인에서 A형 행동유형이 미치는 영향. 가정의학회지. 1996;17(5):339-48.
28. Williams, R.B. Type A behavior and coronary heart disease : something old, something new. Behavioral Medicine Update. 1984;6:29-33.
29. Burke RJ. Type A behavior, occupational and life demands, satisfaction, and well-being. Psychol Rep. 1988;63:451-8.
30. Falkner B, Onesti G, Angelakos ET, Fernandes M, Langman C. Cardiovascular response to mental stress in normal adolescents with hypertensive parents : hemodynamics and mental stress in normal adolescents. Hypertension. 1979;1:23-30.
31. Rosenman RH, Brand RJ, Jenkins D, Friedman

M, Straus R, Wurm M. Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 1/2 years. Journal of American Medical Association. 1975;223: 827-77.

32. Spielberger CD, Reheiser EC, Sydeman SJ. Measuring the experience, expression, and control of anger. Comprehensive pediatric nursing. 1995;18(3):207-32.
33. 김교헌, 전겸구. 분노, 적대감 및 스트레스가 신체 건강에 미치는 영향. 한국심리학회지:건강. 1997;2(1):79-95.
34. Vingerhoets AJ, Flohr PJ. Type A behaviour and self-reports of coping preferences. British Journal of Medical Psychology. 1984;54(Pt 1): 15-21.
35. 남지영. 대학생의 성격유형과 자기지각수준, 스트레스 대처의 관계. 연세대학교 교육대학원 상담교육 전공. 1998.
36. 김지훤, 박보라, 장현호, 김태헌, 류영수, 강형원. 화병환자의 MMPI 프로파일과 성격특성 연구. 동의신경정신과학회지. 2009;20(3): 189-203.
37. 정하룡, 고상백, 박종구, 유준상, 신미란, 공경환, 고호연, 이재혁. 여성에 있어서 화병과 기타 질환과의 관련성 연구. 동의신경정신과학회지. 2009;20(2):61-9.
38. 보건복지부. 2010 보건복지통계연보 제56호. 서울:대승사. 2010:54-7.