한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2004. Vol. 9, No. 2, 321 - 331

화병면담검사의 신뢰도와 타당도†

김 종 우‡
경희대학교 한의과대학 신경정신과학교실

권 정 혜
고려대학교 심리학과

이 민 수
고려대학교 의과대학 정신과학교실

박 동 건
고려대학교 심리학과

본 연구는 화병환자의 진단을 위해 선행연구들과 임상사례보고서를 토대로 화병에 대한 진단준거를 만들고, 이를 기초로 하여 화병면담검사(Hwa-Byung Diagnostic Interview Schedule, HBDIS)를 제작하였으며, 이에 대하여 신뢰도 및 타당도를 검증하였다. 이를 위하여 K대학 신경정신과 우울증 센터를 방문한 환자 55명과 K대학 한방병원 화병클리닉을 방문한 환자 26명을 대상으로 화병면담검사를 실시하였다. 화병면담검사의 검사-재검사 신뢰도를 산출하기 위해 1개월 후 재검이 가능한 28명에 대해 두 명의 임상가가 화병면담검사를 재실시하고, 검사-재검사 신뢰도를 살펴본 결과 .82로 나타났다. 다음 화병면담검사의 타당도를 검증하기 위해 환자의 차트를 보고 두 명의 임상가가 내린 임상진단과 화병면담검사를 통해 내린 진단의 일치도를 살펴보았다. 그 결과 전반적 일치도(Overall agreement)는 .85로 나왔고, 진단의 민감도(Sensitivity)는 .83, 특이도(Specificity)는 .88로 나타났다. 이와 같은 결과는 화병면담검사가 화병을 진단하는데 신뢰롭고 타당한 도구로 사용될 수 있음을 시사하였다.

주요어 : 화병, 화병면담검사, 신뢰도, 타당도

† 본 연구는 2002년도 한국학술진흥재단 신진교수연구과제 지원사업(KRF-2002-003- E00191)에 의하여 수행되었음. 이 연구의 자료수집과 분석을 도와준 강이헌, 정선용, 정지영, 이은정, 조현에게 감사드림.

‡ 교신저자(corresponding author): 김종우 (130-702) 서울 동대문구 회기동 경희의료원 한방병원 신경정신과, 전화: 02) 958-9188, E-mail: aromaqi@khu.ac.kr

화병은 한국 고유의 사회문화적 배경을 바탕으로 생겨난 독특한 증후군으로 DSM-IV(APA, 1994)에 한국의 문화관련 증후군으로 분류되었다. 화병이 미국정신의학회에 의해 정신질환의 하나로 진단편람에 소개된 것은 1990년대 중반이었지만, 화병의 개념 자체는 훨씬 이전부터 우리 민간에서 존재해 왔다. 조선왕조실록에 이미 화병이라는 개념이 현재의 증상과 유사한 내용으로 등장하고 있고(김종우, 현경철, 황의완, 1999), 현재까지 심인성 장애 전반을 지칭하는 모호한 의미로 널리 사용되고 있다.

국어사전에서 화병(火病)은 울화병(鬱火病)의 준말로 소개되고 있는데, 즉 질투나 노여움, 섭섭함 따위의 감정이 마음속에서 복받쳐 일어나 몸과 마음이 답답하고 몸에 열이 높은 병으로 정의되어 있다. 농촌 주민을 대상으로 정신질환의 개념을 조사한 한 연구에서 화병은 민간인들이 신경증이나 정신병 등을 서로 구분하지 못한 상태에서 불안, 고민, 화충격, 가정불화, 섭섭함 등 자기들 나름대로 설명 가능한 심리적 요인들에 의해 발생한 모든 병을 지칭하는 것으로 보고 되었다(김용식, 조수철, 김이영, 오석일, 정경천, 최택수, 조두영, 이부영, 이정균, 1975). 이와 같이 화병은 일반인들에게 심인성 장애를 나타내는 일반적 개념으로 사용되어 온 것으로 보인다.

화병의 개념을 좀더 정확히 정립하기 위한 시도가 1970년대에 시작되었지만 본격적인 정신의학적 연구는 1980년대에 민성길과 그의 동료들에 의해 이루어졌다. 이에 앞서 이시형(1977)은 충격적인 일을 겪고 정신과에 입원하거나 외래에 온 환자들을 잠정적으로 화병환자로 보고 화병에 대한 정신병리적 연구를 시도하였다. 그 결과 화병을 충격적인 일에서 생긴 화 또는 분노를 억제하거나 신체적으로 투사한 결과 나타나는 만성적 심인성 질병이라고 보았다. 또한 이시형은 체면을 중시하는 한국의 억압문화가 화병의 발생에 중요한 역할을 한다는 점을 지적하였다. 한편 Lin (1983)은 화병을 호소한 재미교포 환자 3례를 소개하면서 소화 장애 등 다양한 신체적 증상, 곧 죽을 것 같은 두려움, 우울감 등을 특징적 증상으로 들고, 대인관계문제와 함께 억압된 분노가 원인이라고 주장하였다. 그는 화병환자들이 심리적 고통을 문화적으로 용인되는 신체적 증상으로 표현하는 것으로 보아 화병을 우울증의 변형된 형태로 보았다.

이들 초기연구들은 화병이 다른 정신장애와 구별되는 증후군인가 아닌가의 문제를 제기하였다. 국내학자 중에 화병을 하나의 진단명이나 증후군으로 사용하는 것에 반대하는 경우도 있지만(이동식, 1986), 후속 국내연구들은 화병이 다른 정신장애와 변별될 수 있음을 밝혀 화병이 고유한 독립된 증후군임을 시사하였다. 특히 민성길은 환자 자신과 주위 사람들에 의해 화병이 있다고 여겨지는 환자들을 대상으로 화병에 대한 일련의 체계적인 정신의학적 연구를 수행하여 화병의 임상적인 특징을 밝히는 데 많은 공헌을 하였다(민성길, 1989; 민성길, 김진학, 1986; 민성길, 이만홍, 강홍조, 이호영, 1987; 민성길, 이만홍, 신정호, 박묵희, 김만권, 이호영, 1986). 이들은 화병에서 우울, 불안, 소화 장애, 두통, 신체 통증 등 일반적인 신경증적인 증상들 외에 답답함, 열기, 입 마름, 치밀어 오름, 심계항진, 목 가슴의 덩어리 뭉침 등 화병 특유의 신체적 증상이 특징적으로 나타나 다른 정신장애와 구별되는 장애로 볼 수 있다고

주장하였다. 또한 대부분의 환자들이 화병이 심인성임을 인식하고 있었으며, 남편과 시부모 관계 등 고통스러운 결혼 생활, 가난과 고생, 사회적 좌절 등에서 오는 속상함, 억울함, 분함, 화남 등의 감정 반응을 보인다고 보고하였다. 화병이 한국의 독특한 문화 배경에서 일어나며, 불완전한 억제와 신체화가 작용한다고 본 점에서는 이시형(1977)과 일치된 견해를 보였다.

박지환, 민성길, 이만홍(1997)은 화병 환자군과 비화병 환자군이 보이는 증상들을 가지고 판별분석을 실시한 결과 화병 환자들을 판별하는데 가슴이 치밀어 오름, 머리가 띵하고 무거움, 가슴이 답답하거나 숨이 참 등의 신체적 증상들이 중요한 역할을 하며, 이외에 주요우울증과 범불안장애를 판별식에 포함시킬 때 화병환자군을 73.7% 정확히 판별할 수 있었음을 보여주었다.

한편 한의학에서는 전통의학적 접근과 맥을 같이 하여 울화가 원인이 되어 생긴 질병을 화병으로 통칭하고 있다. 이 때 울화란 울울하고 답답하여 일어나는 심화(心火)를 말하며, 화(火)의 개념이 그 중심에 있다. 따라서 화병을 다소 넓게 정의하고 있는데, 이는 화라는 개념으로 한의학에서 다뤄지는 영역이 워낙 넓고 화가 원인이 되는 증후, 혹은 화의 증후를 가지고 있는 병으로 접근한 결과라고 볼 수 있다.

한의학에서는 화병의 임상적 연구보다는 화의 특징적 양상을 검토하고, 신체적 발현을 다루는 연구가 주를 이루고 있다(김종우, 황의완, 1994; 박진성, 류영수, 1997; 조흥건, 1991). 그러나 최근에 들어서는 화병 환자들을 대상으로 한 임상적 연구도 늘어나는 추세이며, 화병의 신체적 증상을 보다 명세화하는 데 노력하고 있다(김종우, 이조희, 이승기, 엄효진, 황의완, 1996; 김태헌, 류영수, 1999; 엄효진, 김종우, 황의완, 1997). 이들 연구에 의하면 화병의 신체적 증상은 전신의 열감, 불면, 두통, 어지러움, 답답함, 숨막힘 등이 많이 나타나며, 특히 열감은 신체의 상부와 체간부에 나타나는 것으로 밝혀졌다.

화병에 대한 심리학적 접근에서는 정신병리적 측면보다는 스트레스-대처방식의 틀에서 다수의 연구들이 발표되었다(전겸구, 김종우, 박훈기, 1998; 전겸구, 황의완, 김종우, 박훈기, 1997). 이들 연구들에서는 화병 환자들이 배우자를 중심으로 한 가족내 갈등이 주요 스트레스원으로 작용하며, 화병 환자들이 소극적 철수, 자기비판 등의 회피적 대처방식을 주로 사용한다고 보고하였다. 또한 분노와 우울이 화병에 미치는 영향을 살펴 본 결과 분노만이 유의한 설명변인으로 나타났으며, 특히 분노억제가 화병의 핵심적 특성이라는 점을 경험적 연구를 통해 밝혔다는 데 의의가 크다. 또한 화병집단을 화병의 지속 기간에 따라서 단기집단(7년 이하)과 장기집단(9년 이상)으로 구분한 결과 단기 집단에서는 분노를 경험할 때 분노 표출 경향성이 높은 반면에, 장기 집단에서는 분노를 경험할 때 분노 억제 경향성이 높은 것으로 밝혀져 분노의 억제가 화병의 장기화와 관련이 깊음을 시사하였다.

한편 최상진과 이효행(1995)은 화병을 문화심리학적 관점에서 개념화하였다. 그는 화의 감정에는 억울함과 분함이 갖는 고유한 인지 특성이 내포되어 있다고 보았는데, 그 근거로 한국인이 화를 내는 목적이나 기능이 상대방을 가해하거나 힐책하는데 있기 보다는 자신의 화난 심정을 전달하는데 있다고 주장하였다. 그런데 화를 낼 수

도 풀 수도 없는 상황에서 참을 수 없는 화를 참아야 하는 고통은 그 자체로 괴로움을 줄 뿐 아니라 화의 통제에 대한 능력을 약화시켜 시간이 흐름에 따라 화의 감정이 더 격하게 되어 만성적 화병으로 이어진다고 보았다.

Park과 Kwon(1999a, 1999b)은 화병에 대한 객관적 진단기준을 마련하고 화병을 연구한 최초의 연구라고 볼 수 있다. 이들 연구에서는 화병집단을 우울집단, 정상집단과 비교하였는데, 화병집단이나 우울집단 모두에게 부부갈등이 높게 나타났으나 화병집단은 남편의 외도나 시집과의 문제 등의 영역에서 부부갈등이 더 높았으며, 화병 환자들은 부부갈등의 원인이 배우자에 있다고 지각하며, 부부갈등에 대해 자신이 통제할 수 없다고 지각하는 경향이 높은 것으로 나타났다. 이와 같은 인지적 특성은 화병환자들이 경험하는 분노나 억울함을 이해하는 데 중요한 실마리를 제공해준다. 한편 이들 연구에서도 선행연구들에서와 같이 화병집단이 우울집단이나 정상집단과 명확히 구별되는 집단인 것으로 나타났다. 화병집단을 우울집단과 정상집단으로부터 판별해주는 변인들에는 남편의 외도 문제, 부부갈등에 대한 남편 귀인, 부부갈등에 대한 통제 불가능성 귀인, 부부갈등에 대한 순종 대처방식 등으로 나타났으며, 이러한 변인들로 구성된 판별함수에 의해 집단이 정확하게 분류될 확률은 75.2%인 것으로 밝혀졌다.

선행 연구들의 결과를 종합해보면 화병이 우울증이나 유사한 정신장애와 명확히 구별되는 독특한 증후군이며, 억울함, 화남, 분함 등의 정서가 핵심에 자리 잡고 있으며, 열감, 가슴답답함, 숨막힘, 치밀어 오름, 덩어리 뭉침 등의 특징적인 신체증상과 우울, 불안, 불면증 등의 다른 정신장애와 공통적인 심리증상을 복합적으로 나타내는 것으로 볼 수 있다. 화병환자들은 화병이 자신이 경험한 스트레스와 관련이 있음을 인정하며, 상기 증상을 통해 해결되지 않은 억울하고 화난 심정을 주위 사람들에게 전달하고 하소연하는 것으로 보인다.

그러나, 이제까지 이루어진 대부분의 화병 연구들은 방법론적 측면에서 중요한 제한점을 안고 있는데, 거의 모든 연구에서 연구대상을 자신에게 화병 환자라고 자칭하며 전문적 도움을 구하러 온 환자들을 대상으로 이루어져왔다는 점이다. 이는 화병이란 개념 자체가 민간에서 통용되는 용어에서 시작되었으며, 화병에 대한 학계의 합의된 정의나 진단준거가 마련되어 있지 않아 생긴 현상이다. 이와 같이 환자자신의 칭병여부를 진단기준으로 삼을 때 진단의 주관적인 편파를 벗어나기 힘들며, 연구의 내적 타당도를 확립하는 데 큰 장애물이 된다. 화병은 이제 단순히 국내연구자들의 관심을 넘어 국제적인 연구주제로 다루어지지 시작했다. 그러나 화병에 대한 진단기준과 신뢰로운 진단도구가 개발되지 않고서는 화병에 대한 활발한 연구가 일어나기 어려우며, 설령 화병에 대한 경험적인 연구들이 이루어져도 연구결과들을 비교할 수 없고, 따라서 화병에 대한 지식이 축적되기 어렵다.

이에 본 연구에서는 문헌고찰과 연구자들의 임상경험을 바탕으로 화병에 나타날 수 있는 다양한 증상들과 심리상태들에 대한 평가를 실시한 후 이를 근거로 화병의 진단 준거를 정하고, 이에 기초하여 표준화된 면담검사를 개발하여, 신뢰도와 타당도를 검증하였다.

방 법

연구대상

서울에 위치한 K대학병원 우울증 센터와 K대학 한방병원 화병클리닉을 연구 실시기간 중인 2002년 7월부터 약 5개월 동안 방문한 외래환자 81명을 연구대상으로 포함하였다. 이들 중 남자 환자는 6명이었고, 여자 환자는 75명이었다. 이들의 평균 연령은 55.4세였다(표준편차: 12.4세)였다.

측정도구 및 절차

연구에 참여한 환자들은 정신과 외래 혹은 한방병원 화병클리닉을 방문하고, 신경정신과 전문의와 한방신경정신과 전문의로부터 진단을 위한 비구조적 면담을 받았다. 이 면담의 내용은 차트에 자세히 기록되어 임상가가 내리는 화병 진단의 기초 자료로 사용되었다. 비구조적 면담이 끝난 후 환자들은 외래에서 석사수준의 연구조교에 의해 화병면담검사를 받았으며, 면담을 끝내는 데 대략 30분 이내의 시간이 소요되었다. 이때 검사 대상이 된 환자들은 화병 및 우울증으로 전문의로부터 진단된 모든 환자들이며, 연구조교는 맹검된 상태에서 화병면담검사를 시행하였다. 이중 28명의 환자들은 1개월 후 다시 외래를 방문하여 다른 연구조교에 의해 화병면담검사를 반복해서 받았다.

화병진단

본 연구에서는 선행연구들과 임상경험에 바탕을 두고 다음과 같이 화병의 진단준거를 정하였다. 화병의 진단준거는 화병에 대한 기존의 임상연구와 화병전문가 모임의 토론을 거쳐 다음과 같이 작성되었다.

첫째, 지난 6개월간 1) 가슴의 답답함, 2) 열감, 3) 치밀어 오름, 4) 목이나 명치에 뭉쳐진 덩어리가 느껴짐 가운데, 세 가지가 있었음.

둘째, 지난 6개월간 1) 억울하고 분한 감정을 자주 느낌, 2) 마음의 응어리나 한 가운데, 한 가지가 있었음.

셋째, 지난 6개월간 다음의 신체적인 증상 가운데 두 가지가 있었음. 입이나 목이 자주 마름/ 두통이나 어지러움/ 불면증/ 가슴의 두근거림

넷째, 지난 6개월간 다음의 심리적인 증상 가운데 두 가지가 있었음. 사소한 일에도 화가 나거나 분노가 치밀어 오름/ 삶이 허무하게 느껴지거나 혹은 자신이 초라하고 불쌍하게 느껴짐/ 두렵거나 깜짝깜짝 놀람

다섯째, 위의 증상이 뚜렷한 스트레스 사건과 관련되어 일어났다고 보고함.

여섯째, 위의 증상으로 인하여 가정적, 사회적, 직업적 또는 기타 중요한 기능영역에서 임상적으로 심각한 고통이나 장애를 초래함.

화병면담검사의 개발과정과 특성

화병면담검사는 화병을 진단하기 위해 필요한 핵심적 정보를 얻고 임상가에 따른 편차를 줄여 화병을 보다 신뢰롭게 진단하기 위해 개발되었다. 이를 위해 연구자들은 본 연구에서 설정한 진단준거에 기초하여 질문 문항들을 구성하고, 각 문항에 대한 응답을 점수로 평가하는 체계를 갖춘

구조화된 진단적 면담항목표(Diagnostic Interview Schedule)를 만들었다. 예비연구를 통하여 31명의 환자들에게 이를 실시하여 그 결과에 기초하여 화병면담도구의 최종 문항과 체계를 표 1과 같이 확정지었다.

화병면담검사는 표 1에서 보는 바와 같이 총 7개의 문항군으로 이루어지며 순차적으로 질문하도록 구성되어있다. 모든 문항은 완전한 문장으로 이루어져 있어 면담자에 따른 차이를 최소한으로 하도록 만들었다. 화병의 진단준거에 포함되어 있는 증상들을 물어보는 4개의 문항군과 스트레스 관련유무, 심리사회적 기능저하를 평가하는 2개 문항군, 제외기준을 물어보는 1개 문항군으로 이루어져 있다. 각 문항에 대한 응답자의 답은 면담자가 점수로 평점하도록 되어 있는데, 증상이 존재하지 않을 경우 1점을 부여하고, 증상이 존재하기는 하나 그 강도가 진단기준에 미치지 못할 때 2점, 증상이 존재할 때 3점을 부여하도록 되어있다. 모든 항목이 진단기준에 충족되었을 때, 최종적으로 화병으로 진단된다.

화병의 진단 기준에서 증상에 관하여는 핵심증상과 관련증상으로 구분이 되는데, 핵심 증상은 화병환자의 필수 증상으로 민성길 등(1987)과 김종우 등(1996)의 연구에서 이미 화병의 주요증상으로 언급되었던 항목이다. 또한 핵심 증상은 우울증과 비교될 수 있는 항목으로 신체 증상은 화병의 특유한 증상이며, 심리 증상은 화병환자들이 우울한 감정과는 달리 억울하고 분한 감정을 특징적으로 가지고 있어 우울감을 제외하고 억울감이나 분함을 항목에 포함하였다. 관련 증상은 화병 환자들에게서 흔히 나타나는 증상으로 이전의 연구와 예비연구에서 빈용도가 높은 항목을 선택하였다. 화병면담도구를 제작하면서 여러 가지 증상의 설명이 동시에 들어가는 경우가 있는데, 이는 환자의 진술 방식에 따라 같은 내용이라고 하여도 다양한 답변이 도출되었기 때문이다. 진단의 기준에 있어 기간을 6개월로 정의한 것은 외상후 스트레스 장애와 적응장애의 만성 기준을 참조하

표 1. 화병면담도구의 구조와 내용

평가내용	문항
A. 핵심 신체 증상 (4가지 중 3가지 이상)	1. 가슴의 답답함 2. 열감 3. 치밀어 오름 4. 목이나 명치에 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, 약물복용여부

여 제작을 하였고, 화병 환자들이 자신이 받고 있는 스트레스 상황을 명확히 보고하고 있다는 점에서 관련 스트레스 항목을 추가하였다. 그 밖의 기준은 DSM의 진단 준거를 참조하여 작성하였다.

결 과

화병에 대한 임상진단 일치도를 보기 위해 81명의 환자에 대해 챠트에 기록된 정보를 토대로 두 연구자가 독자적으로 화병의 임상진단을 내리고, 이 진단의 일치도를 살펴본 결과 67명에 대한 진단이 일치해 .83의 일치율을 보여주었다.

다음으로 화병면담검사의 검사-재검사 신뢰도를 검토하기 1개월 후 재검사가 가능한 28명의 환자들을 대상으로 다른 두 면담자로 하여금 화병면담검사를 실시한 후 일치도를 계산하였다. 그 결과 .82의 일치도를 얻어 화병면담검사가 양호한 검사-재검사 신뢰도를 가지고 있음을 보여 주었다.

화병면담검사의 타당도 검증을 위해 첫 단계에서는 본 연구에 참여한 세 명의 연구자가 각 환자에 대한 차트(정신과적 면담결과와 임상관찰이 기술되어 있음)를 보고 독자적으로 진단을 내린 후 81명의 환자 중 진단이 일치하지 않는 14명에 대해서는 충분한 토의를 거친 후 최종적인 임상진단(clinical diagnosis)을 내려 준거를 마련하였다.

다음으로 화병면담검사를 통해 얻은 진단과 임상진단을 비교하여 다음과 같은 통계치를 계산하여 타당도를 검증하였다. 가장 기본적인 통계치로서 전반적 일치도(Overall agreement)를 들 수 있는데 이는 임상진단과 화병면담검사에 의한 진단의 일치도를 말해주는 지표로서 .85로 나타났다.

다음으로 전반적 일치도보다 엄격한 통계치로서 우연히 두 진단이 일치했을 확률을 통제한 Kappa지수를 들 수 있다. 이는 면담검사의 타당도를 검증하는데 가장 객관적이고 보편적으로 사용되는 지표다(Regier & Burke, 1985). 본 연구에서 화병면담검사의 Kappa치는 .70으로 나타나 화병면담검사의 타당도가 양호함을 보여주었다.

다음으로 화병면담검사의 민감도(sensitivity) 지표를 들 수 있는데, 이는 임상진단에 의해 화병이라고 판단된 환자들 중 화병면담검사에 의해 화병이라고 진단된 환자의 비율을 말하는데 .83으로 나타났다. 한편 화병면담검사의 특이도(specificity)지표는 임상진단에서 화병이 아니라고 판단된 환자들 중 화병면담검사가 화병이 아니라고 진단한 환자의 비율을 말해주는데 .88로 나타났다.

또한 화병면담검사의 가양성율(false positive ratio)과 가음성율(false negative ratio)은 각각 .13과 .17로 나타나 잘못된 진단을 내릴 확률이 비교

표 2. 임상진단과 화병면담검사의 진단 일치도

화병면담검사 진단 \ 임상진단	화병	화병 아님	합계
화병	34명	5명	39명
화병 아님	7명	35명	42명
합계	41명	40명	81명

적 낮은 것으로 보인다. 이들 수치에 조건확율적 개념을 도입한 양성예측력(positive predictive power)과 음성예측력(negative predictive power)을 계산한 결과 각각 .87, .83으로 나타났다(Widiger, T. A., Hurt, S. W., Frances, A., & Gilmore, M. 1984).

논 의

화병은 문화관련증후군으로 DSM-Ⅳ에 등재되어 있고, 국내뿐만 아니라 외국에서도 적지 않은 연구가 수행되어 왔다. 그러나 화병연구의 제한점은 화병의 진단준거가 객관적으로 마련되어 있지 않으며, 화병을 객관적으로 진단할 수 있는 도구를 사용하지 않은 채 연구대상을 선정함에 따라 연구의 결과를 신뢰하기 어렵다는데 있다. 따라서 화병 연구들의 결과를 서로 비교하기 힘들며, 화병 연구의 결과가 축적되어 화병을 보다 체계적으로 이해하는데 큰 걸림돌이 되어왔다.

본 연구에서는 화병에 대한 진단준거를 마련하고 화병면담검사를 개발하여 그 신뢰도와 타당도를 검토하였다. 그 결과 검사-재검사 신뢰도가 양호하였으며, 임상 진단을 준거로 한 타당도가 적합한 것으로 나타났다. 따라서 화병면담검사가 임상장면에서 화병을 진단하는데 객관적인 진단도구로 사용될 수 있으며, 나아가 화병연구를 활성화시키는데 도움을 줄 것으로 보인다.

그렇지만 본 연구는 학계에 통용되는 화병의 진단기준이 없는 상태에서 처음으로 화병의 진단준거를 마련하고, 이에 기초하여 화병면담검사를 개발하였다는 한계를 벗어날 수 없었다. 따라서 앞으로 화병면담도구가 높은 신뢰도와 타당도를 지닌 객관적 면담도구로 발전하기 위해서는 지속적인 연구가 이루어져야 할 것이다. 또한 본 연구에서 화병면담검사의 타당도를 검토하기 위해 준거로 사용한 임상진단은 준거로서 많은 취약점을 가지고 있는 것이 사실이다. 그렇지만 더 나은 준거가 없는 현 상황에서는 임상진단이 디딤대(bootstraps)로 사용되어 화병면담검사가 개념적으로 더 타당하고 정확한 검사로 발달해 나가는 데 기여할 수 있을 것이다(Cronbach & Meehl, 1955).

이러한 많은 한계점에도 불구하고 화병면담검사는 향후 화병연구를 활성화하여 화병의 개념을 정립하고, 그 정신병리를 심도 있게 밝혀 치료의 기틀을 마련하는데 기여할 수 있으리라고 본다. 또한 국내연구뿐 아니라 DSM-Ⅳ에서 소개되어 있는 각국의 문화관련증후군 가운데 특히 스트레스와 관련이 있는 중국의 shenjing shuairuo(신경쇠약)과 일본의 taijin kyofusho(대인공포증)와 비교하여 화병의 고유한 특성을 밝혀내어야 할 것이다.

참 고 문 헌

김용식, 조수철, 김이영, 오석일, 정경천, 최택수, 조두영, 이부영, 이정균 (1975). 농촌주민의 정신질환에 대한 태도, 지식, 및 견해. 신경정신의학, 11, 85-98.

김종우, 황의완(1994). 한의학에서 본 홧병의 해석. 동의신경정신과학회지, 5(1), 9-15.

김종우, 현경철, 황의완(1999). 화병의 기원에 관한 고찰 - 조선왕조실록을 중심으로 -. 동의신경정신과학회지, 10(1), 205-215.

김종우, 이조희, 이승기, 엄효진, 황의완(1996). 화병에 대한 임상적 연구 - 한의학적 화병 모델을 중심으로 -. 스트레스연구, 4(2), 23-32.

김태헌, 류영수(1999). 전신체열촬영에 의한 화병환자의 임상적 연구. 동의신경정신과학회지, 10(1), 133-146.

민성길(1989). 홧병의 개념에 대한 연구. 신경정신의학, 28(4), 604-616.

민성길, 김진학(1986). 보길도에서의 홧병에 대한 연구. 신경정신의학, 25(3), 459-466.

민성길, 이만홍, 강홍조, 이호영(1987). 홧병에 대한 임상적 연구. 대한의학협회지, 30(2), 187-197.

민성길, 이만홍, 신정호, 박묵희, 김만권, 이호영(1986). 홧병에 대한 진단적 연구. 대한의학협회지, 29(6), 653-661.

박지환, 민성길, 이만홍(1997). 홧병에 대한 진단적 연구. 신경정신의학, 36(3), 496-502.

박진성, 류영수(1997). 화 및 화병의 의의에 관한 문헌적 고찰. 동의신경정신과학회지, 8(1), 183-200.

엄효진, 김종우, 황의완(1997). 홧병 환자에게 나타나는 화의 양상에 관한 연구. 동의신경정신과학회지, 8(1), 141-150.

이시형(1977). 홧병(禍病)에 대한 硏究. 高醫, 1(2), 63-69.

전겸구, 김종우, 박훈기(1998). 홧병 환자와 일반주부의 생활스트레스와 대처 방식. 스트레스연구, 6(1), 9-23.

전겸구, 황의완, 김종우, 박훈기(1998). 홧병과 정서적 스트레스간의 관계 연구. 한국심리학회지: 건강, 2(1), 170-187.

이동식(1986). 火病考-學問하는 態度, 對話, 3, 65-68.

조홍건(1991). 스트레스병과 화병의 한방치료. 서울, 열린책들.

최상진, 이효행(1995). 한국인 홧병의 심리학적 개념화 시도. 한국 심리학회 1995년도 연차대회 학술발표 논문집, 327-338.

American Psychiatric Association(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(4th Ed.)*. Washington, D. C.: APA, p. 846.

Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Constructive validity in psychological tests. *Psychological Bulletin, 52,* 281-302.

Lin, K. M.(1983). Hwa-Byung: A Korean Culture-Bound Syndrome?. *American Journal of Psychiatry, 140*(1), 105-107

Park A. S., & Kwon, J. H. (1999a, August). Conjugal stresses, attributional styles, and coping strategies of the Hwa-Byung and depression groups. *Poster presented at the American Psychological Association 107th Annual Convention*, Boston.

Park A. S., & Kwon, J. H. (1999b, August). Affective characteristics of the Hwa-Byung, depression, and Climacteric Syndrome groups. *Poster presented at the American Psychological Association 107th Annual Convention*, Boston.

Regier, D. A., & Burke, J. D. (1985). Quantitative and experimental methods in psychiatry. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 295-312), Baltimore: Williams & Wilkins.

Widiger, T. A., Hurt, S. W., Frances, A., & Gilmore, M. (1984). Diagnostic efficiency and DSM-III. *Archives of Psychiatry, 41,* 1005-1012.

원고 접수: 2004년 3월 3일
수정원고 접수: 2004년 4월 6일
게재 결정: 2004년 5월 10일

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2004. Vol. 9, No. 2, 321 - 331

Development of Hwa-Byung Diagnostic Interview Schedule (HBDIS) and Its Validity Test

Jong-Woo Kim
Dept. of Oriental Neuropsychiatry
Kyung-Hee University

Jung-Hye Kwon
Dept. of Psychology
Korea University

Min-Soo Lee
Dept. of Psychiatry
Korea University

Dong-Gun Park
Dept. of Psychology
Korea University

Hwa-Byung has long been known as a form of psychogenic illness among lay people in Korea and recently listed as a culture-bound syndrome of Korea in DSM-IV. However, there has been neither diagnostic criteria nor diagnostic instrument, which rendered empirical studies liable to subjective biases. The purpose of this study was to establish diagnostic criteria of Hwa-Byung, develop a structured diagnostic interview schedule for Hwa-Byung, and examine its reliability and validity. Participants were 55 patients visiting the depression clinic and 26 patients visiting the Hwa-Byung clinic. The diagnostic criteria was first determined on the basis of previous research findings and clinical case studies. Then the initial items of Hwa-Byung Diagnostic Interview Schedule (HBDIS) were selected to obtain information necessary to diagnose Hwa-Byung. This initial interview schedule was administered to 31 patients, which results were discussed and reviewed by all the authors. After some additional modifications based upon interviewers' comments, the present form of the instrument was completed and conducted to 81 patients. Independent clinical diagnoses

for each patient were made by psychiatrists, psychiatrists of oriental medicine and clinical psychologists, which rate of agreement was demonstrated to be .84. The test-retest reliability of the HBDIS was examined for 28 patients and calculated to be .82. The validity of the HBDIS was evaluated on the extent to which HBDIS diagnosis assigned to 81 patients agreed with diagnosis determined by clinicians. As a result, Overall agreement was .85, Sensitivity was .83, and Specificity was .88. The kappa coefficient and other validity indicators were in the acceptable range (.70 - .88), indicating that the HBDIS was valid. Limitations and applications of the HBDIS were discussed.

Keywords: Hwa-Byung, Diagnosis, Reliability, Validity

KCI