

한국심리학회지: 건강  
The Korean Journal of Health Psychology  
2009, Vol. 14, No. 2, 293 - 311

## 성격과 질병태도간의 관계: 질병에 대한 집착과 건강에 대한 염려<sup>†</sup>

이 인 혜<sup>‡</sup>

강원대학교 심리학과

건강과 질병에 대한 왜곡된 신념과 태도는 건강염려증으로 발전하는데 핵심적 역할을 한다. 본 연구는 건강염려증과 관련이 있다고 알려진 성격특성들을 중심으로 성격과 질병에 대한 태도 간에 어떤 관계가 있는지, 그리고 질병태도에 대한 설명력이 높은 성격특성은 무엇인지를 확인해보고자 시도되었다. 연구를 위해 남녀 대학생 607명에게 5요인 성격검사(NEO-PI-R), 불안민감성 척도(ASD), 질병태도 척도(IAS)를 실시하였다. 연구 결과, 불안민감성과 신경증성은 건강염려증적 질병태도와 정적으로 그리고 외향성, 원만성 및 성실성은 건강염려증적 질병 태도와 부적으로 상관을 보여 성격특성과 질병태도는 서로 관련이 있는 것으로 확인되었다. 신경증성과 불안민감성 중에서도 신경증성보다 불안민감성이 건강염려증적 질병태도와의 상관계수가 더 높은 것으로 나타났다. 단계적 회귀분석의 결과도 건강염려증적 질병태도 전체에 대해 불안민감성의 하위 요인인 '심장혈관계 및 위장계 증상에 대한 두려움(AS-3)'의 설명력이 40.7%로 나타나 신경증성 3.6%보다 월등하게 높았다. 건강염려증적 질병태도 중 고차요인 1('질병에 대한 집착')에서는 불안민감성 전체 점수(AS)가 44.3%의, 그리고 고차요인 2('건강에 대한 염려')에 대해서는 AS-3이 6.2%의 설명력을 보였다. 이 결과는 건강염려증적 질병태도 중 더 병리적인 태도에서는 AS 전체 점수가, 그리고 덜 병적인 부분에서는 AS-3이 보다 설명력 있는 성격 변인으로 나타났다. 본 연구 결과는 건강염려증 발생에 성격 같은 개인차 변인이 관여할 수 있음을 시사해 주고 있다.

주요어 : 5요인 성격, 불안민감성, 질병태도, 질병에 대한 집착, 건강에 대한 관심, 건강염려증

<sup>†</sup> 본 연구는 2007년도 강원대학교 학술연구 조성비로 연구되었음.

<sup>‡</sup> 교신저자(Corresponding author): 이인혜, (200-701) 강원도 춘천시 효자 2동 강원대학교 사회과학대학 심리학과, Tel: 033-250-6855, E-mail: inheyi@kangwon.ac.kr

건강하게 오래 살고 싶은 욕망은 모든 사람의 공통된 것이기에 자신이 심각한 병에 걸렸을까봐 두려워하고, 또 병에 걸리지 않기 위해 검사하고 예방하는 것은 지극히 자연스러운 행위이다. 그러나 이런 적응적 행동이라도 지나치면 병이고, 이를 건강염려증(hypochondriasis)이라고 진단한다. 건강염려증은 신체형 장애의 하위 유형으로, 실제로는 건강함에도 불구하고 개인의 신체적 신호나 증상에 대한 잘못된 해석을 근거로 자신이 심각한 질병을 갖고 있다는 두려움이나 그러한 생각에 집착하는 것이 특징인 정신장애이다(APA, 2004). 건강염려증이 있는 개인은 심리적 고통을 경험할 뿐만이 아니라 불필요한 의학적 검사와 절차를 반복적으로 요구함으로써 개인적으로 또 국가적으로 건강서비스 재정을 낭비하게 하는 것으로 알려져 있다.

건강염려증은 평생 유병율이 높은 정신장애이다. DSM-IV(APA, 1994)에서는 미국의 일반내과 진료 환자 중 4~9%가 건강염려증으로 추정되고 했으며, 저명한 건강염려증 학자들인 Kellner (1986)는 입원환자의 2~14%를, 그리고 Noyes (2001)는 외래환자의 2~7%를 건강염려증으로 진단·분류할 수 있다고 주장하고 있다. 한국의 건강염려증 유병율에 관해 체계적인 연구 결과는 아직 발표되어 있지는 않다. 하지만 국내의 자료를 검토한 신현균(2000, p.39)은 한 종합병원의 경우 신체적인 이유로 입원한 환자들 중 신체·의학적 소견에서 이상이 없어 정신과에 의뢰된 환자가 14~40%나 되었고, 또 다른 연구에서는 정신과 이외의 병원에서 진료 받은 환자들 중 신체화 환자의 비율이 11.5%나 되었다고 보고하고 있다. 이는 한국인의 건강염려증 평생 유병율도 외

국의 보고와 유사할 것으로 추정할 수 있는 간접적인 증거이다.

건강염려증은 임상적 건강염려증에서부터 단순한 건강불안(health anxiety)에 이르는 연속체상에서 구분된다. 임상적 건강염려증은 DSM-IV의 축 I과 II에 속하는 장애를 수반하는 것이 특징인 만성적인 조건이다(Barsky, Fama, Bailey, & Ahern, 1998). 이에 비해 단순한 건강불안은 과거의 질병 경험과 연결되며, 결혼이나 직업상의 어려움 같은 상황적 스트레스에도 영향을 받는다(Barsky, Wyshak, & Klerman, 1990). 그래서 건강불안은 일시적으로 발생하는 일이 많고(Kellner, 1987), 심지어는 메스컴을 통해 질병관련 정보를 접하기만 해도 발생하기 쉽기에(Asmundson, Taylor, Sevcur, & Cox, 2001) 정상 모집단 내에서 그 수가 많을 것으로 추정된다.

건강염려증을 가진 사람들은 불편함과 고통의 원인이 신체에 생긴 질병 탓이라고 믿고 있기 때문에 대부분 정신과나 심리치료소보다는 일반 의료시설을 찾고 있다. 이것이 바로 높은 유병율에도 불구하고 그동안 건강염려증이 큰 주목을 받지 못한 중요한 이유이다. 학계에서조차 건강염려 그 자체보다는 건강염려증이 있는 개인들이 보이는 의학적 호소와 신체적 염려에 대해서만 관심을 기울여 왔다는 것이다. 따라서 건강염려증의 유병율을 낮추기 위해서는 정신장애의 본질, 즉 건강염려증의 심리적인 부분에 대한 이해가 우선시 되어야 한다.

건강염려증의 정도가 연속체 상에서 다르기 때문에 성격특성 같은 개인차 변인을 고려하지 않을 수 없다. 성격은 대인관계에서 오는 불안과 스트레스를 해결하며 심리적 갈등을 다루는 개인적

반응양식에 영향을 미치는 중요한 변인이기에 (Millon, 1982, pp.11-17) 몸과 마음의 건강과 밀접한 관계가 있다. 특히 건강염려증은 무해한 신체 감각을 재해적인 것으로 잘못 해석하는 인지적 특징이 있는데, 인지적 이상이 다양한 성격특성과 어떤 관계가 있는지에 관해서는 아직까지 의문이 있다. 따라서 건강염려증을 개인차 변인들로 개념화하기 위해서는 건강염려증이 잘 확립된 성격특성 이론들과 어떻게 연결되는지 이해하는 것이 중요해진다.

그동안 건강염려증에 관여하는 성격으로 주로 ‘불안특질’이 거론되어 왔다(이인혜, 2004b; Asmundson & Norton, 1995; Cox, Borger, Asmundson & Taylor, 2000; Kellner, Hernandez & Pathak, 1992; Stewart, Conrod, Gignac, & Pihl, 1998; Stewart, & Watt, 2000). 그 이유는 건강염려증이 있는 사람들은 자신의 웰빙에 대해 불안·초조·분노·원망·우울 같은 정서를 표출하는 경향이 강하기 때문이다(Mabe, Riley, Jones, & Hobson, 1996; Starcevic, 1990). 불안이 건강염려증과 관련이 있는 것은 불안이 자율신경계의 각성을 높이고, 이로 인해 신체감각이 더 예민해져서 중성 자극이나 가벼운 증상을 유해한 자극이나 심각한 증상으로 증폭하여 지각하게 하기 때문이다. 다시 말해, 높은 불안은 신체감각을 예민하게 만들고, 예민해진 신체감각은 “자신의 신체에 심각한 문제가 있다”는 질병에 대한 과도한 근심·걱정으로 이끄는 악순환을 낳게 한다는 것이다(이인혜, 2004b, p.669, 재인용).

만성적인 불안은 신경증성(Neuroticism, N)이라는 성격특성의 핵심이다. 신경증성이 높은 개인은 부정적인 정서뿐만이 아니라 신체적 불평도 많이

호소한다(Costa & McCrae, 1987; Watson & Pennebaker, 1989). EPQ와 NEO-PI-R 같은 다양한 자기보고 질문지를 사용하여 측정했을 때 신경증성은 신체증상의 과잉보고(Feldman, Cohen, Doyle, Skoner, & Gwaltney, 1999), 질병이나 죽음에 대한 공포(Cox, Borger, Gorden, Asmundson & Taylor, 2000; Noyes, Happel, & Yagla, 1999) 및 질병확신(Cox, et al., 2000)과 관련이 높은 것으로 나타났다. 질병태도척도(Illness Attitudes Scale, IAS)로 평가한 건강염려증의 하위 차원들과 5대 성격 모델(The Big Five Model of Personality)의 성격차원들 간에 관계를 알아본 연구(Cox, et al., 2000)에서도 신경증성이 IAS의 하위 요인들을 유의미하게 설명하는 가장 중요한 변인으로 나타났다. 또한 다양한 불안장애 환자들이 건강염려증을 가지고 있으며, 이들의 불안이나 우울을 치료했을 때 건강염려증도 함께 감소했다는 연구들(강박장애를 대상으로- Raffi, Savron, Rafanelli, Conti, Grandi, & Fava, 1996; 공포증과 광장공포증을 대상으로- Starcevic, Kellner, Uhlenhuth, & Pathak, 1992; Fava, Kellner, Zielezny, & Grandi, 1988; 멜랑코리 우울증을 대상으로- Kellner, Fava, Lisansky, Perini, & Zielezny, 1986; Otto, Demopolos, McLean, Pollack, & Fava, 1998)이 보고되고 있는데, 이는 건강염려증에서 불안의 역할을 강조하는 것이다.

Costa와 McCrae(1985)는 Baltimore Longitudinal Study of Aging의 자료에서 Cornell Medical Index로 측정된 신체적 염려와 N간에 정적 상관이 있음을 확인하였고, 그리고 MMPI의 Hs척도와 N간의 정적 상관 및 Hs척도와 외향성(Extraversion, E)간에 부적 상관을 확인하였다.

또한 Morey(1989)도 Personality Assessment Inventory를 사용하여 Costa 등과 유사한 결과를 얻었다. Kirmayer, Robbins 및 Paris(1994)는 성격 특질과 신체형장애에 대한 연구를 검토한 결과, N 외에도 낮은 원만성(Agreeableness, A)과 높은 성실성(Conscientiousness, C)이 임상적 건강염려증과 연합되어 있을 것이라고 했다. 하지만 Booth-Kewley와 Vickers(1994)는 정상 성인들을 대상으로 그들이 보이는 “적응적인” 건강행동은 성실성과 부적 상관이 아니라 정적 상관이 있다는 증거를 제시했다.

5요인 성격특성 외에도 최근에 불안민감성이라는 개념이 불안장애뿐만이 아니라 신체형장애를 설명하는데 자주 등장하고 있다. 불안민감성은 ‘불안의 신호’나 ‘불안의 증상’에 대해 민감하게 반응하는 정도로서, 그런 증상들이 신체적, 심리적 또는 사회적으로 해로운 결과들을 가져올 것이라는 믿음 때문에 그 신호를 두려워하는 것이다(Reiss & McNally, 1985). 불안민감성은 원래 공황장애를 설명해주는 성격특성으로 알려져 있지만(강길태, 2006; Hazen, Walker, & Eldridge, 1996; McNally, 1994), 신체형장애와도 관련이 깊다(윤현정, 이인혜 2006; 황성훈, 이주현, 이훈진, 2006; Asmundson, 1999; Asmundson, & Norton, 1995; Asmundson & Taylor, 1996).

불안민감성이 높은 개인은 심장이 빨리 뛰거나 조금의 통증이 있는 것을 심장발작이 임박한 것으로 생각하기 때문에 심계항진 같은 신체 증상을 두려워하고, 현기증이 나거나 주의집중이 곤란하면 자신이 미쳐버리게 될 것이라는 공포를 느끼며, 몸이 떨리거나 발한이 나면 그 때문에 다른 사람들로부터 거부를 당하거나 비웃음을 살지 모

른다고 생각해서 두려워한다(Taylor & Cox, 1998). 이러한 불안민감성의 행동적 특징 때문에 불안민감성이 불안특질보다 건강염려증 발병을 더 잘 설명해준다는 주장이 제기되었다. Watt와 Stewart(2000)는 비임상 성인 표본에서 아동기 학습경험과 건강염려증 발병 간의 관계에서 불안민감성과 특질불안의 매개효과를 검증해본 결과, 특질불안이 아니라 불안민감성의 부분 매개효과를 확인한 바 있다. 황성훈 등(2006)은 불안민감성이 신체감각에 대한 예민성과 인지적 오해석이라는 두 요인으로 구성되어 있다고 하였는데, 이 연구도 신체형장애의 하위 유형인 건강염려증의 핵심 증상과 일치하면서 불안민감성과 건강염려증 간의 관련성을 강력히 시사하는 것이다.

본 연구는 “자신이 심각한 질병에 걸릴지 또는 걸렸을지 모른다는 두려움”의 개인차 변인으로 성격을 설정하였고, 대학생을 대상으로 불안(신경증성 및 불안민감성), 외향성, 개방성, 원만성 및 성실성과 건강염려증적 질병태도 간에 관계가 있는지, 신경증성과 불안민감성 중 어느 것이 건강염려증적 질병태도와 더 관련이 있는지, 건강염려증적 질병태도 중에서도 그 심각성에서 차이가 있는 ‘건강에 대한 염려’와 ‘질병에 대한 집착’이 성격특성들과 차별적인 관련성을 나타내는지를 밝혀보고자 하였다. 이를 위해 다음과 같이 가설을 설정하였다.

가설 1. 신경증성은 건강염려증적 질병태도와 정적 상관을, 반면에 외향성, 원만성 및 성실성은 건강염려증적 질병태도와 부적 상관을 보일 것이며, 이러한 관계성은 건강에 대한 염려보다는 질병에 대한 집착서 더 두드러질 것이다.

가설 2. 불안민감성은 건강염려증적 질병태도와 부적 상관이 있으며, 건강에 대한 염려보다 질병에 대한 집착에서 더 강한 부적 상관을 나타낼 것이다.  
 가설 3. 불안민감성이 신경증성보다 건강염려증적 질병태도와의 관련성이 더 강할 것이다.

본 연구에서는 '5요인 성격 모델(The Big Five Model)'과 건강염려증적 '질병태도'를 연결하였다. 5요인 모델을 채택한 이유는 1949년 Fiske가 처음으로 5개의 기본 특성(super trait)을 주장한 이래로 수많은 연구들(예: Goldberg, 1981; John, 1990; McCrae & Costa, 1990; Norman, 1963)에서 5개의 요인이 실재한다는 사실이 확인되었기 때문이다. 또한 질병태도로 건강염려증에 접근한 이유는 본 연구 대상이 비임상 집단이고, 건강염려증적 신념, 신체감각에 대한 집착, 건강을 위한 습관 그리고 특히 질병의 어떤 측면에 대해 비정상적인 공포, 태도 및 신념을 보이는지 등 다양한 측면에서 건강염려증에 접근할 필요가 있기 때문이다. 즉 건강과 질병에 대한 개인적 신념은 건강염려증으로 발전하는데 핵심적 역할을 할 뿐만이 아니라 건강염려증이 없는 일반인에게도 병에 걸렸을 때 의사를 찾아가거나 의사의 처방에 순종하는 등의 건강 행동에 영향을 미치기 때문이다. 그리고 본 연구가 건강염려증 임상집단이 아니라 대학생들을 연구대상으로 한 이유는 환경자극이 일반인들보다 더 동질적이어서 대학생들이 보이는 질병태도에 성격 같은 심리적 특성이 중요한 변인으로 작용할 것이라고 판단했기 때문이다.

본 연구가 선행연구들과 다른 점은 불안을 신경증성과 불안민감성으로 구분하였다는 것이다. 신경증성은 특질불안을 지칭한다. 특질불안과 불

안민감성은 다양한 상황들을 위협적으로 지각하고 그런 상황 하에서 불안상태로 반응하며, 과거에 나타났던 상태불안의 빈도나 강도, 그리고 미래에 그러한 상태를 경험할 확률에서 개인차를 반영한다는 점에서 개념적으로 유사하다(이효운, 2008, pp.10-11). 하지만 특질불안이 과거의 불안 경험에 근거하여 미래의 불안을 예언하는 역할을 담당하는데 반해 불안민감성은 과거의 불안경험과는 무관하게 불안의 결과에 대한 신념에 근거하여 미래의 공포를 예견한다(Reiss, 1997, 임영진, 이소영, 김지혜, 2005, p.440에서 재인용). 또한 불안민감성은 특질불안보다 더 협의로 정의되며, 특질불안이 총체적인 성격특질의 안정성을 의미하는데 비해 불안민감성은 좀 더 구체적인 신체감각에 집중된 두려움이라는 점에서 차이가 있다. 따라서 심리적 문제의 개별증상과의 구체적인 관련성을 파악하기 위해서는 특질불안과 불안민감성을 구분하여 접근할 필요가 있다. 이 같은 이유들을 근거로 본 연구에서는 불안민감성이 특질불안보다 건강염려증적 질병태도 형성에 더 큰 영향을 미칠 것이라고 추측하였다. 또한 본 연구에서는 건강염려증적 질병태도를 '건강에 대한 염려'와 '질병에 대한 집착'이라는 두 부분으로 나누었다. 두 가지 모두 건강염려증적 태도를 반영하지만, 건강에 대한 염려는 질병에 대한 집착에 비해 병적 요소가 약하고, 지나치지만 앓는다면 적응적인 건강행동으로 간주될 수도 있기에 이 두 질병태도와 성격특성들 간에 차별적인 관계가 있는지 확인할 필요가 있기 때문이었다.

본 연구에서는 질병태도를 평가하기 위해서 Kellner(1986)가 개발한 질병태도 척도(Illness Attitudes Scale; IAS)를 사용하였다. IAS는 질병

에 대한 확신이나 건강염려증적 행동으로 인해 고통 받고 있는 비정신과 환자들의 진술을 토대로 구성되었고, 건강염려증의 다양한 측면을 평가하는 도구로서 건강염려증이 있는 개인들이 질병의 어떤 측면을 두려워하는지를 확인할 수 있으며, 임상집단이 아닌 일반인들에게도 사용할 수 있는 도구이기에 본 연구에 적합하다고 판단하였다. IAS에는 9개의 하위 요인들이 포함되어 있는데, 이 하위 요인들과 고차 요인들 간의 위계적 구조를 밝히려고 시도한 국내·외 연구들에서는 - 그 명칭과 포함되는 하위 요인들에서 약간의 차이는 있지만 - 대체로 두 개의 고차 요인을 제시하고 있다. Speckens, Spinhoven, Sloekers, Bolk, 및 van Hemert(1996)는 '건강불안'과 '질병행동'이라는 두 개의 고차 요인을, 그리고 이인혜(2004a)는 '질병에 대한 집착'과 '건강에 대한 관심'이라는 두 개의 고차 요인을 주장하고 있다. 본 연구에서는 한국인을 대상으로 IAS의 요인구조를 확인한 이인혜(2004a)의 연구를 바탕으로 건강염려증적 질병태도를 '질병에 대한 집착'과 '건강에 대한 염려'로 구분·명명하여 각각 성격특성과의 관계를 확인하고자 하였다.<sup>1)</sup>

성격특성을 건강염려증과 연결시키려는 이 시도는 이상행동을 범주적으로 분류하는 것보다 차원적으로 접근할 때 더 유용한 정보를 얻을 수 있다는 최근의 관점과 관련이 있다. 특히 건강염려증은 차원적으로 접근할 필요가 있는 대표적인 정신장애라고 할 수 있다. 그 이유는 건강염려증은 극단적인 사례이지만, 건강하게 오래 살고 싶은 욕망은 모든 사람들의 공통적인 소망이기에

질병에 대한 걱정과 염려는 누구에게나 있기 때문이다. 즉 인류에게 있어 건강염려증은 질적 차이보다 양적 차이이다.

본 연구는 건강염려증 발생 원인에 관한 탐색적 연구로서, 비임상 집단을 대상으로 건강을 위해 정기적으로 검진을 받는 사람과 질병에 걸릴지도 모른다는 두려움 때문에 과잉진료를 요구하는 사람간의 성격적 차이를 이해하기 위해 시도되었다.

## 방 법

### 참여자

지방 소재 K대학 1~4학년 학생 607명(남자 296명; 여자 311명; 평균연령 19.73세)을 대상으로 하였다.

### 측정도구

**5요인 성격검사(NEO-PI-R).** 본 연구자가 변안하여 사용한 NEO-PI-R (Neuroticism, Extraversion, Openness-Personality Inventory-Revised Version)은 5요인 성격특성을 측정하기 위해 Costa와 McCrae(1992)가 개발한 척도이다. NEO-PI-R은 총 240문항(5요인 × 6영역 × 8문항)으로 구성되어 있는데, 본 연구에서는 60문항(각 요인별 12개 문항)의 간편형을 사용하였다. 각 문항은 5점 척도(0 - 4점)로 평가한다.

1) 이인혜(2004a)는 IAS의 고차요인 1과 2를 각각 '질병에 대한 집착(preoccupation to illness)'과 '건강에 대한 관심(concern to health)'으로 명명했으나, 본 연구에서는 고차요인 2를 '건강에 대한 염려'로 재명명 하였다.

· 신경증적 경향성(Neuroticism, N) : 적응과 정서적 안정성을 평가하는 차원으로, 불안·우울 같은 심리적 디스트레스, 비현실적 사고, 과도한 열망이나 충동, 및 부적응적 대처 반응성향을 알아본다.

· 외향성(Extraversion, E) : 대인간 상호작용의 양과 강도를 평가하는 차원으로 개인의 활동수준, 자극 욕구, 그리고 즐거움에 대한 수용능력을 알아본다.

· 개방성(Openness to Experience, O) : 자기 자신을 위해 체험 그 자체를 능동적으로 추구하고 즐기는 성향을 평가하는 차원으로 특히 친숙하지 않은 것에 대한 감내력과 탐구능력을 알아본다.

· 원만성(Agreeableness, A) : 동정심으로부터 적대감에 이르는 연속체 상에서 사고, 감정, 행동으로 나타나는 개인의 대인 상호간의 지향의 질을 평가해 주는 차원이다.

· 성실성(Conscientiousness, C) : 목표지향적인 행동에 있어서 개인의 신뢰성, 성실성, 조직성, 지속성, 그리고 동기화의 정도를 평가하는 차원이다.

본 연구에서 계산한 NEO-PI의 신뢰도(Cronbach  $\alpha$ )는 신경증성 .94, 외향성 .83, 개방성 .55, 원만성 .71, 그리고 성실성은 .81이었다.

**불안민감성 척도.** 김지혜, 유범희, 오강섭, 양종청 등(2004)이 한국어로 번안한 Taylor와 Cox(1998)의 불안민감성지수-개정판(Anxiety Sensitivity Index-Revised; ASI-R)으로 불안민감성을 측정하였다. 총 36개의 문항으로 구성되어

있는 ASI-R은 불안민감성의 원판인 ASI(Anxiety Sensitivity Index; Reiss, Peterson, Gursky & McNally, 1986)의 확장판이다. ASI-R에는 호흡계 감각 염려(12개 문항), 사회적 염려(7개 문항), 심혈관·위장계 감각 염려(11개 문항), 심리적 염려(4개 문항)의 4개의 하위 척도가 포함되어 있다.

· 호흡계 감각 염려(AS-1) : 호흡계 증상에 대한 두려움

· 사회적 염려(AS-2) : 공적으로 관찰 가능한 반응에 대한 두려움

· 심혈관·위장계 감각 염려(AS-3) : 심혈관계 및 위장계 증상에 대한 두려움

· 심리적 염려(AS-4) : 인지적 통제 불능에 대한 두려움

ASI-R은 5점(0 - 4) 척도로 구성되어 있으며, 총점 범위는 0점 - 144점이다. 본 연구에서 산출한 신뢰도(Cronbach  $\alpha$ )는 전체 .94, 호흡계 감각 염려 .89, 사회적 염려 .76, 심혈관·위장계 감각 염려 .89, 심리적 염려 .77이었다.

**질병태도 척도.** 건강염려증적 질병태도를 알아보기 위해 이인혜(2004a)가 번역하여 한국인을 대상으로 요인분석한 「질병태도 척도」(Illness Attitudes Scale, IAS, Kellner, 1986)를 사용하였다. 이 검사는 총 27문항, 9개의 하위 요인으로 구성되어 있으며 5점 척도(0~4)로 평가한다. 본 연구에서는 이인혜(2004a)의 연구를 바탕으로 9개의 하위 요인들 중 건강습관(HH)과 치료경험(TE)은 고차 요인 2(건강에 대한 염려)로, 나머지는 고차 요인 1(질병에 대한 집착)로 구분하였다.

· 질병에 대한 근심걱정(worry about illness, WI) : 자신의 건강이나 자신이 심각한 질병에 걸릴 수도 있다고 걱정하는 것.

· 통증에 대한 염려(concern about pain, CP) : 신체에서 일어나는 통증은 질병의 지표라는 믿음.

· 건강염려증적 신념(hypochondriacal beliefs, HB) : 자신이 의사도 정확히 진단하지 못하는 질병을 가지고 있을 것이라는 믿음.

· 죽음에 대한 공포(thanatophobia, TH) : 죽음에 대한 생각을 회피하거나 장례식이나 사망기사처럼 죽음과 관련 있는 뉴스조차 접하기를 두려워하는 등 죽음에 대해 지나친 공포를 가지고 있는 것.

· 질병에 대한 공포(disease phobia, DP) : 암이나 심장병 등 자신이 특정 질병에 걸려 있을 것이라는 근심걱정.

· 신체감각에 대한 집착(bodily preoccupations, BP) : 질병의 지표로 볼 수 있는 신체감각에 대해

지나치게 예민하게 반응하는 것.

· 증상의 효과(effects of symptoms, ES) : 신체적 증상이 업무나 과제 수행 같은 정상적인 일상의 활동을 방해하는 정도.

· 건강습관(health habits, HH) : 금주·금연을 함으로써 자신의 건강을 해칠 수도 있는 위험을 피하려는 것.

· 치료경험(treatment experiences, TE) : 지난해에 의학적 치료를 받은 빈도.

본 연구에서 산출한 IAS 전체 신뢰도 계수(Cronbach  $\alpha$ )는 .89였으며, 하위 척도에 대한 신뢰도는 WI가 .74, CP .60, HH .50, HB .61, TH .71, DP .87, BP .73, TE .81, 그리고 ES가 .88이었다.

## 결 과

성격특성과 건강염려증적 질병태도 - 질병에

표 1. 각 척도의 평균과 표준편차

5요인 성격	불안민감성(AS)	질병태도(IA)
N 26.48 (7.81)	AS-1 13.81 (8.90)	IA-1 31.16 (13.15)
E 28.04 (7.43)	AS-2 13.33 (5.47)	IA-2 9.57 (4.14)
O 27.83 (5.36)	AS-3 9.90 (8.00)	IA 40.72 (15.33)
A 29.24 (6.28)	AS-4 6.78 (4.42)	
C 27.82 (7.20)	AS 43.83 (23.01)	

주. ( )는 표준편차

N= 신경증적 경향성

E= 외향성

O= 개방성

A= 원만성

C= 성실성

AS-1= 호흡계 감각염려

AS-2= 사회적 염려

AS-3= 심혈관·위장계 감각염려

AS-4= 심리적 염려

IA-1= 질병에 대한 집착

IA-2= 건강에 대한 염려



대한 집착 및 건강에 대한 염려 - 간의 관계를 알아보기 위해 상관관계분석과 단계적 회귀분석을 실시하였다.

표 1과 2에는 본 연구에서 사용한 각 척도의 측정치와 측정치들 간의 상관관계가 제시되어 있다. 상관관계를 보면 5요인 성격특성 중 신경증성은 질병태도 고차요인 1(질병에 대한 집착)과 고차요인 2(건강에 대한 염려) 모두에 대해 유의미한 정적 상관을 보여주었다(고차요인 1,  $r=.412$   $p<.01$ ; 고차요인 2,  $r=.113$   $p<.01$ ). 신경증성은 고차요인들 중에서도 고차요인 2보다 1에 대한 상관계수가 더 높았다. 외향성은 고차요인 1과 부적 상관( $r=-.158$ ,  $p<.01$ )을 나타낸 반면, 고차요인 2와는 유의미한 상관이 없었다. 개방성은 고차요인 2와 정적 상관( $r=.140$ ,  $p<.01$ )을 보인 반면, 고차요인 1과는 유의미한 상관관계를 나타내지 않았다. 원만성은 고차요인 1과 2 모두에 대해 유의미한 부적 상관을 나

타냈으나 고차요인 2와의 상관관계( $r=-.106$ ,  $p<.01$ )가 고차요인 1( $r=-.305$ ,  $p<.01$ )보다 낮았다. 성실성은 질병태도 고차요인 1과는 부적 상관( $r=-.092$ ,  $p<.05$ )을, 반면에 고차요인 2와는 정적 상관을 나타냈다( $r=.176$ ,  $p<.01$ ). 이러한 결과들은 본 연구에서 설정한 “건강염려증적 질병태도에 대해 신경증성은 정적 상관을, 그리고 외향성, 원만성, 및 성실성은 부적 상관을 나타낼 것이며, 이러한 관계성은 건강에 대한 관심보다는 질병에 대한 집착에서 더 강력할 것”이라는 가설 1을 대체로 지지하는 것이라고 할 수 있다.

표 2에서 불안민감성과 건강염려증적 질병태도 간의 관계를 보면, 불안민감성의 하위 차원인 AS-2(사회적 염려)와 질병태도 고차요인 2(건강에 대한 염려) 간에만 유의미한 상관이 나타나지 않았을 뿐 나머지 불안민감성 전체 및 하위 척도들과 고차요인 1 및 2 간에 유의미한 정적 상관

표 2. 각 척도 간 상관관계

	5요인 성격					AS				IA			
	N	E	O	A	C	AS-1	AS-2	AS-3	AS-4	AS	IA-1	IA-2	IA
N	1												
E	-.422**	1											
O	.089*	.017	1										
A	-.344**	.279**	-.041	1									
C	-.323**	.329**	.100**	.181**	1								
AS-1	.421**	-.183**	.042	-.299**	-.151**	1							
AS-2	.413**	-.235**	.006	-.210**	-.167**	.542**	1						
AS-3	.321**	-.139**	.005	-.229**	-.115**	.816**	.446**	1					
AS-4	.468**	-.196**	.033	-.292**	-.138**	.715**	.554**	.652**	1				
AS	.462**	-.213**	.026	-.301**	-.165**	.936**	.708**	.894**	.827**	1			
IA-1	.412**	-.158**	.070	-.305**	-.092*	.599**	.422**	.665**	.531**	.666**	1		
IA-2	.113**	.018	.140**	-.106**	.176**	.214**	.055	.250**	.117**	.205**	.414**	1	
IA	.383**	-.130**	.098**	-.290**	-.032	.572**	.377**	.638**	.487**	.626**	.969**	.625**	1

\*\*  $p<.01$  \*  $p<.05$

이 있었다. 특히 불안민감성은 질병태도 고차요인 2(AS  $r=.205, p<.01$ ; AS-1  $r=.214, p<.01$ ; AS-3  $r=.250, p<.01$ ; AS-4  $r=.117, p<.01$ )보다는 고차요인 1(AS  $r=.666, p<.01$ ; AS-1  $r=.599, p<.01$ ; AS-2  $r=.422, p<.01$ ; AS-3  $r=.665, p>.01$ ; AS-4  $r=.531, p<.01$ )과 더 높은 정적 상관관계를 보였다. 따라서 “불안민감성은 건강염려증적 질병태도와 부적 상관이 있으며, 건강에 대한 염려보다 질

병에 대한 집착에서 더 강한 부적 상관을 나타낼 것이다.”는 가설 2도 지지되었다.

5요인 성격특성과 불안민감성 간에 일정한 관계의 패턴이 나타났다. 신경증성은 불안민감성 전체 및 모든 하위 차원과 일관되게 정적 상관관계(AS-1  $r=.421, p<.01$ ; AS-2  $r=.413, p<.01$ ; AS-3  $r=.321, p<.01$ ; AS-4  $r=.468, p<.01$ )를 보인 반면, 외향성(AS-1  $r=-.183, p<.01$ ; AS-2  $r=-.235,$

표 3. 건강염려증적 질병태도(전체)에 대한 성격변인의 단계적 회귀분석

종속변인	예언변인	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	F
IA	AS-3	.562	.407	.407***	415.190***
	N	.194	.442	.036***	239.704***
	C	.110	.453	.011***	166.715***
	A	.112	.464	.011***	130.539***
	O	.062	.468	.004*	105.844***

\*\*\*  $p<.001$  \*\*  $p<.01$  \*  $p<.05$

표 4. 질병태도 고차요인 1(질병에 대한 집착)에 대한 성격변인의 단계적 회귀분석

종속변인	예언변인	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	F
IA-1	AS	.167	.443	.443***	480.980***
	AS-3	.443	.468	.025***	265.166***
	N	.176	.492	.025***	195.027***
	A	.104	.501	.008**	151.020***
	C	.062	.504	.003*	122.277***

\*\*\*  $p<.001$  \*\*  $p<.01$  \*  $p<.05$

표 5. 질병태도 고차요인 2(건강에 대한 염려)에 대한 성격변인의 단계적 회귀분석

종속변인	예언변인	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$	F
IA-2	AS-3	.310	.062	.062***	40.171***
	A	.227	.105	.042***	35.277***
	O	.108	.119	.014**	27.062***
	N	.133	.126	.008*	21.755***
	AS-4	.120	.133	.007*	18.512***

\*\*\*  $p<.001$  \*\*  $p<.01$  \*  $p<.05$

$p < .01$ ; AS-3  $r = -.139$ ,  $p < .01$ ; AS-4  $r = -.196$ ,  $p < .01$ ), 원만성(AS-1  $r = -.299$ ,  $p < .01$ ; AS-2  $r = -.210$ ,  $p < .01$ ; AS-3  $r = -.229$ ,  $p < .01$ ; AS-4  $r = -.292$ ,  $p < .01$ ) 및 성실성(AS-1  $r = -.151$ ,  $p < .01$ ; AS-2  $r = -.167$ ,  $p < .01$ ; AS-3  $r = -.115$ ,  $p < .01$ ; AS-4  $r = -.138$ ,  $p < .01$ )은 불안민감성과 일관되게 부적 상관관계를 보였으며 개방성은 불안민감성 전체 및 그 하위 차원들 모두와 유의미한 상관이 없는 것으로 나타났다.

질병태도 전체 및 그 하위 척도들 간에도 유의미한 정적 상관이 있었는데, 그 중 고차요인 1과 질병태도 전체 간의 상관계수가  $r = .969$ ,  $p < .01$ 로 대단히 높은 정적 상관이었다. 즉 건강염려증적 질병태도 척도는 고차요인 1(질병에 대한 집착)을 평가하는 척도와 거의 동일한 척도라고 볼 수 있었다. 이러한 결과는 질병태도 척도를 구성하고 있는 9개의 하위척도 중 7개가 고차요인 1에 포함되고, 오직 2개만 고차요인 2와 연결된다는 선행연구(이인혜, 2004a)와 일치한다고 할 수 있다.

가설 3인 불안민감성이 신경증성보다 건강염려증적 질병태도와의 관련성이 더 강할 것인지를 검증하기 위해 단계적 회귀분석을 실시한 결과는 표 3 ~ 표 5에 제시되어 있다. 표 3을 보면 건강염려증적 질병태도 전체에 대해 불안민감성 하위 차원인 AS-3(심혈관·위장계 감각 염려)이 40.7%( $p < .001$ )의 설명력을 가지고 있었고, 그 다음으로 신경증성 3.6%, 성실성과 원만성 각 1.1%, 그리고 개방성 0.4% 순으로 유의미한 설명력을 나타냈다. 즉, 건강염려증적 질병태도에 대해 심혈관·위장계 감각염려를 제외한 나머지 변인들의 설명력은 유의미했지만 낮았다.

건강염려증적 질병태도의 고차요인 1(질병에 대

한 집착)에 대한 성격 변인들의 설명력(표 4)은 불안민감성 전체가 44.3%( $p < .001$ ), 심혈관·위장계 감각염려와 신경증성이 각각 2.5%, 그리고 원만성 0.8%, 성실성 0.3%로 나타났다.

건강염려증적 질병태도의 고차요인 2(건강에 대한 염려)에 대한 성격특성들의 설명력(표 5)은 총 13.3%( $p < .001$ )로, 이중 심혈관·위장계 감각염려가 6.2%( $p < .001$ )로 가장 높았고, 그 다음으로 원만성 4.2%, 개방성 1.4%, 신경증성 0.8%, 그리고 불안민감성의 하위 차원인 심리적 염려가 0.7%였다.

표 3 ~ 표 5에 제시된 결과들을 살펴보면, 신경증성보다 불안민감성이 건강염려증적 질병태도에 대한 설명력이 더 크며, 불안민감성 중에서도 특히 심혈관·위장계 감각염려의 설명력이 가장 크다는 사실을 확인할 수 있었다. 이로써 신경증성이 불안민감성보다 건강염려증적 질병태도와 관련성이 더 강할 것이라는 가설 3이 지지되었다.

## 논 의

본 연구는 건강염려증의 개인차를 이해하기 위해 성격특성과 건강염려증적 질병태도 간의 관계를 확인해보고자 하였다. 이를 위해 건강염려증적 질병태도를 더 병적인 것(질병에 대한 집착)과 덜 병적인(건강에 대한 염려)인 것으로 구분하여 5요인 성격 특성들 및 불안민감성과의 관계를 살펴보고, 이 중 어떤 성격특성이 건강염려증적 질병태도에 대한 설명력이 높은지를 알아보았다. 그 결과, 신경증성은 건강염려증적 질병태도와 정적으로 그리고 외향성, 원만성 및 성실성은 건강염려증적 질병태도와 부적으로 상관을 보여 성격특성

과 질병태도는 서로 관련이 있는 것으로 확인되었다. 또한 불안민감성도 건강염려증적 질병태도와 정적 상관관이 있었으며, 불안민감성이 신경증성 뿐만이 아니라 기타 5요인 성격특성들보다 건강염려증적 질병태도에 대한 설명력이 더 큰 것으로 본 연구에서 설정한 가설을 대부분 지지해주는 것으로 확인되었다. 이 같은 결과는 건강염려증 발생에 성격 같은 개인차 변인이 관여할 수 있음을 시사한다.

5요인 성격특성 중 신경증성과 건강염려증적 질병태도 간의 정적 상관관, 특히 신경증성과 질병에 대한 집착 간에 정적 상관관이 나타난 것은 선행연구들과 일치하는 결과이다. 즉 만성적인 불안인 신경증성이 높은 개인은 부정적인 정서뿐만이 아니라 신체적 불평도 많이 호소한다는 주장(Costa & McCrae, 1987; Watson & Pennebaker, 1989)과 연결되는 결과이다. 또한 외향성, 원만성, 및 성실성과 건강염려증적 질병태도간의 부적 상관도 선행연구들에서 주장한 논리와 일치하는 결과이다.

Costa McCrae(1992)에 의하면 외향성과 원만성은 대인관계 성향이다. 외향성이 높은 사람은 대인 상호 간에 친밀성을 경험하고, 다른 사람들과 무리 짓는 것을 선호하며 정력적이고, 흥분추구 및 정적 정서를 경험하는 경향이 강하다. 원만성이 높은 사람은 솔직하고 진실하며, 영리한 특성을 나타낸다. 따라서 건강염려증적 질병태도와 외향성 및 원만성 간의 부적 상관은 대인관계의 원만성이 건강염려증에 보호적인 요소로 작용할 수 있음을 시사하는 것이다. 특히 원만성은 타인의 정직과 신의를 믿는 '신뢰성'의 특성을 내포하고 있는바 왜 심각한 건강염려증 환자들이 계속되는

의료적 보장에 반응하지 못하는지를 설명해줄 것이다. 마찬가지로 성실성이 건강염려증적 질병태도와 부적 상관을 보이는 것은 성실성 차원에 포함되어 있는 "목적이 있고, 조심성이 있으며 자기 통제를 잘 하는 특성"이 건강염려증 발병과 유지에서 보호적 요인으로 작용할 수 있음을 제시한다. 따라서 외향성, 원만성 및 성실성은 건강염려증 그 자체보다는 개인의 삶에서 좀 더 폭넓은 것을 평가할 수 있음을 제안 한다고 할 수 있다.

그러나 비록 가설 1이 지지되었지만, 신경증성을 제외한 다른 성격특성들과 건강염려증적 질병태도 간의 관계에서 몇 가지 흥미로운 결과가 관찰되었다. 즉 외향성은 고차요인 1(질병에 대한 집착)에 대해서만 부적 상관을 보였을 뿐 고차요인 2(건강에 대한 염려)와는 상관관이 없었고, 성실성은 고차요인 1과 부적 상관을 보인 반면 고차요인 2와는 정적 상관관을 나타냈으며, 개방성이 고차요인 2와 정적 상관관을 보이는 것으로 나타났다.

건강염려증적 질병태도의 두 고차 요인, 즉 질병에 대한 집착과 건강에 대한 염려는 각각 건강염려증과 건강불안을 지칭한다고 할 수 있다(Cox, Borger, Asmundson & Taylor, 2000). Cox 등(2000)은 고차요인 1은 신경증성에 의해 가장 잘 예측되고, 고차요인 2는 성실성에 의해 가장 잘 예측된다고 했는데, 본 연구에서 나타난 결과도 이와 유사하다. 다시 말해 고차요인 2는 임상적 건강염려증을 의미한다기보다는 때로 적응적 기능을 평가한다고 볼 수 있다는 것이다. 이는 이 성격특성들은 건강염려증적 질병태도 중에서도 질병에 대한 집착 같은 더 병적인 부분과 건강에 대한 염려 같은 덜 병적인 부분에 대해 차별적으로 작용할 수 있음을 시사하는 것이다. 따라서 원

만성, 성실성, 개방성과 건강염려증적 질병태도 간의 부적 상관이 건강염려증 환자들에게서도 확인되는지, 그리고 고차요인 2를 건강염려증적 질병태도로 보기보다는 건강한 질병태도로 간주될 수 있는지를 확인하기 위해 후속 연구가 필요하다.

불안민감성의 하위차원인 사회적 염려만 질병태도의 고차요인 2와 유의미한 상관이 관찰되지 않았을 뿐 불안민감성 또한 건강염려증적 질병태도와 상관이 높은 것으로 확인되었다. 이 같은 결과는 불안민감성이 '불안의 신호'나 '불안의 증상'에 대해 민감하게 반응하는 정도라는 주장들과 연결된다. 즉 Riss(1991)와 Stewart, Taylor, 및 Baker(1997)에 의하면 불안민감성이 높은 사람은 심장이 두근거리는 것은 심장발작의 전조라고 믿고 있기 때문에 심장이 두근거리는 것을 두려워하고 현기증을 긴박한 정신쇠약의 신호라고 믿기에 현기증을 두려워한다. 반대로 불안민감성이 낮은 사람은 그런 감각을 불쾌하게 지각할 수 있으나 일시적이고 해롭지 않으며 불안 상태에서 흔히 나타나는 결과로 자각한다는 것이다.

최근에 건강염려증의 발생과 유지에서 불안민감성의 역할이 매우 중요하다는 주장이 부각되고 있다(Watt et al., 2000). 그 근거로 건강한 통제집단에 비해 1차적 건강염려증 환자들에서 불안민감성 수준이 높다는 Cox(1999)의 직접적인 연구와, 공황장애 환자들의 불안민감성 수준과 건강염려증적 관심의 수준간의 상관이 있다는 Otto, Pollack, Sachs 및 Rosenbaum(1992) 등의 간접적인 연구를 들 수 있다. 이 연구들은 불안민감성이 건강염려증에서 일정한 역할을 하고 있음을 제시하는 것이고 본 연구에서도 선행연구들과 일치하는 결과를 확인하였다.

신경증성과 불안민감성 모두 건강염려증적 질병태도와 정적 상관이 있으나, 신경증성보다 불안민감성의 상관계수가 더 높은 것으로 나타났고, 단계적 회귀분석의 결과 질병태도 전체에 대해 불안민감성의 하위 요인인 AS-3(실장혈관계 및 위장계 증상에 대한 두려움)의 설명력이 40.7%, 신경증성이 3.6%, 그리고 성실성, 원만성, 개방성은 유의미하지만 미미한 정도의 설명력을 나타내 주었다. 질병태도 중 고차요인 1(질병에 대한 집착)에서는 불안민감성 전체 점수가 44.3%, As-3는 2.5%였고, 신경증성, 원만성, 성실성은 유의미하지만 미미한 설명력을 보여주었다. 이 결과를 통해 신경증성보다 불안민감성이 건강염려증적 질병태도와 더 관련이 깊으며, 질병태도 중 '질병에 대한 집착'에 대해서는 심혈관·위장계 감각염려보다 불안민감성 전체 점수가 더 설명력이 크고, 반면에 '건강에 대한 염려'에 대해서는 심혈관·위장계 감각염려가 불안민감성 전체 점수보다 더 설명력이 큰 변인임이 확인되었다. 이 결과는 건강염려증뿐만 아니라 모든 신체형 장애에는 신경증성 같은 특질불안보다 불안민감성이 더 예언력이 높은 성격변인이라고까지 확대 해석할 수도 있다.

흥미로운 것은 건강염려증적 질병태도 중 병적 요소가 더 강한 "질병에 대한 집착"에서는 불안민감성 전체가, 이에 비해 병적 요소가 덜한 "건강에 대한 염려"에서는 심장혈관계 및 위장계 증상에 대한 두려움이 가장 높은 설명력을 나타냈으며, 원만성이라는 성격특성도 관여하는 것으로 나타났다. 이는 금주·금연을 함으로써 자신의 건강을 해칠 수도 있는 위험을 피하려는 '건강습관'과 지난해에 의학적 치료를 받은 빈도인

‘치료경험’ 같은 건강에 대한 염려와 관심은 심장 혈관계 및 위장계 증상에 대한 두려움이 강한 사람들에게서 더 두드러지는 질병태도이며, 타인에 대한 신뢰성이 낮은 것도 이러한 두려움과 연결될 수 있음을 시사하는 것이다.

또한 건강염려증적 질병태도에 대한 불안민감성의 하위차원들의 영향력을 비교해 볼 때 심혈관·위장계 감각염려를 제외한 하위 차원들, 즉 호흡계 감각염려와 사회적 및 심리적 염려의 설명력이 거의 없다는 점도 흥미롭다. 이 같은 결과는 본 연구 대상이 대학생들로 실제로 건강에 별 문제가 없는 사람들이었기 때문으로 사료된다. 하지만 그럼에도 불구하고 심장혈관계 및 위장계의 감각염려는 유의미한 설명력을 보인 것은 대학생들이 이 계통의 질병에 대해 더 친숙하고, 이 계통의 감각 경험이 대학생들을 포함하여 일반인들에게 좀 더 흔하기 때문이었던 것으로 추측된다.

결론적으로, 본 연구를 통해 건강염려증적 질병태도에는 성격특성이라는 개인차 변인이 관여하며, 불안특질인 ‘신경증성’보다는 신체감각에 집중된 ‘불안민감성’이 건강염려증적 질병태도를 설명해주는 데 더 중요한 성격변인이고, 건강염려증적 질병태도에도 병리적인 요소와 함께 건강에 도움이 되는 적응적인 요소가 공존할 수 있음이 확인되었다. 하지만 본 연구 결과를 일반화하기 위해서는 임상집단을 대상으로 건강염려증 환자들이 질병에 대해 어떤 지각, 태도, 신념을 가지고 있는지를 확인해야 하며, 이들의 질병태도와 성격변인간의 관련성도 확인해야 한다. 현재 국내에서는 건강염려증이라는 진단명으로 치료를 받는 경우가 드물고, 또 건강염려증을 신뢰롭게 선별해낼 수 있는 진단 도구도 개발되어 있지 않은 상황

기에 충분한 수의 건강염려증 환자들을 연구에 참여시키는 것이 현실적으로 어렵다. 하지만 충분한 수의 환자 표본을 확보하기 위해 다양한 임상 장면과 연구 기간의 연장이 고려되어야 할 것이다. 아울러 본 연구 결과를 일반화하기 위해서 질병에 취약해지는 연령층인 중·장년을 포함하여 다양한 대상에 대한 연구가 뒷받침되어야 할 것이다.

그리고 성격이 질병태도와 건강염려증의 원인인지 결과인지, 또 성격이 질병태도와 건강염려증에 대해 중재변인으로 작용하는지 매개변인으로 작용하는지에 관한 심층적인 연구도 필요하다. 건강염려증적 질병태도는 개인의 성격 특성뿐만 아니라 현재의 건강 상태, 과거 병력, 생활 스트레스, 사회경제적 수준 및 연령 등 다양한 변인들의 복합적인 표현이기에 이런 변인들이 건강염려증으로 진행되는 데 있어 어떤 역할을 하는지 검증해 봐야 할 것이다. 본 연구의 한계점이기도 한 이런 문제들을 해결하기 위해 활발한 후속연구가 요구된다. 본 연구는 건강과 질병에 대한 개인적 태도와 신념을 결정짓는 한 변인으로써 성격의 역할을 확인했다는 데 의의가 있다.

## 참 고 문 헌

- 강길태 (2006). 불안민감성과 공황에 대한 스트레스의 중재효과 및 공황에 따른 스트레스 대처방식. 경상대학교 대학원 심리학과 석사학위논문.
- 김지혜, 유범희, 오강섭, 김율리, 이소영, 임영진 (2004). 한국어 확장판 불안민감성 지수의 타당화 연구. 신경정신의학, 43, 54-61.
- 신현균 (2000). 신체형장애. 이상심리학 시리즈 1. 학자

- 사.
- 윤현정, 이인혜 (2006). 불안민감성과 대처 전략이 통증 지각 및 전기피부반응에 미치는 효과. *한국심리학회지: 건강*, 11(4), 797-815.
- 이인혜 (2000a). 잘못태도 척도의 요인구조: 대학생을 중심으로. *한국심리학회지: 건강*, 9(1), 203-218.
- 이인혜 (2000b). 비임상 표본에서 불안과 인지편향이 건강염려증에 미치는 효과: 질병태도와 동통지각을 중심으로. *한국심리학회지: 건강*, 9(3), 665-692.
- 임영진, 이소영, 김지혜 (2005). 불안민감도와 특질불안의 차별성과 공통성: 부정 정서, 정적 정서, 생리적 과각성 간의 관계. *한국심리학회지: 임상*, 24(2), 439-449.
- 이효윤 (2008). 불안민감성의 유전적 영향력에 관한 연구: 성인 쌍둥이 및 쌍둥이 가족을 대상으로. 강원대학교 대학원 심리학과 석사학위논문.
- 황성훈, 이수현, 이훈진 (2006). 불안민감성에 대한 이요인 이론의 제안과 타당화: 공황장애 집단과 신체형 장애 집단을 중심으로. *한국심리학회지: 임상*, 25(3), 781-797.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition(DSM-IV)*. American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- Asmundson, G. J. G. (1999). Anxiety sensitivity and chronic pain: empirical findings, clinical implications, and future direction. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: theory, research and treatment of the fear of anxiety*. pp.269-285, New Jersey; Erlbaum.
- Asmundson, G. J. G., & Norton, G. R. (1995). Anxiety sensitivity in patients with physically unexplained chronic back pain: a preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, 33,771-777.
- Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (1996). Role of anxiety sensitivity in pain-related fear and avoidance. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 577-586.
- Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Sevgur, S., & Cox, B. J. (2001). Health anxiety: classification and clinical features. In G.J.G. Asmundson, S. Taylor, B.J. Cox (Eds.), *Health anxiety: clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*, pp.3-21, Chichester; John Wiley & Sons.
- Barsky, A., Fama, J. M., Bailey, E. D., & Ahern, D. K. (1998). A prospective 4- to 5- year study of DSM-III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 737-744.
- Barsky, A., Wyshak, G., & Klerman, G. (1986). Hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 43, 493-500.
- Booth-Kewley, S., & Vickers, R. R. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 62, 281-298.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). Hypochondriasis, neuroticism, and aging: When are somatic complaints unfounded? *American Psychologist*, 40, 19-28.
- Costa, P. T., & McCrae, R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory(NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory(NEO-FFI) Professional Manual*. Odessa, FL; Psychological Assessment Resources.
- Cox, B. J. (1999). The role of anxiety sensitivity in panic and other disorder. [Summary] In: *Program Abstracts of the 19th National Conference of the Anxiety Disorders Association of America*, p.86.
- Cox, B. J., Borger, S. C., Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2000). Dimensions of hypochondriasis and the five-factor model of personality. *Personality and Individual*

- Differences*, 29(1), 99-108.
- Cox, B. J., Borger, S. C., Gorden, J. G., Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2000). Dimensions of hypochondriasis and the Five-Factor Model of Personality. *Personality and Individual Differences*, 29(1), 99-108.
- Fava, G., Kellner, R., Zielezny, M., & Grandi, S. (1988). Hypochondriacal fears and beliefs in agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 14, 239-244.
- Feldman, P. I., Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., & Gwaltney, J. M., Jr. (1999). The impact of personality on the reporting of unfounded symptoms and illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 370-378.
- Ferguson, E., & Daniel, E. (1995). The Illness Attitudes Scale(IAS): a psychometric evaluation on a nonclinical population. *Personality and Individual Differences*, 18, 463-469.
- Fiske, D. W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44, 329-344.
- Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. In L. Wheeler (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology*, Vol. 2, pp. 141-165, Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Hadjistavropoulos, H. D., & Asmundson, G. J. G. (1998). Factor analytic investigation of the Illness Attitudes Scale in chronic pain sample. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1185-1195.
- Hazen, A. L., Walker, J. R., & Eldridge, G. D. (1996). Anxiety sensitivity and treatment outcome in panic disorder. *Anxiety*, 2, 34-39.
- John, O. P. (1990). The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in natural language and in questionnaires. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality*, pp. 66-100, New York: Guilford Press.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and Hypochondriasis*. New York: Praeger Publishers.
- Kellner, R. (1987). Hypochondriasis and somatization. *Journal of the American Medical Association*, 258, 2718-2722.
- Kellner, R., Fava, G. A., Lisansky, J., Perini, G. I., & Zielezny, M. (1986). Hypochondriacal fears and beliefs in DSM-III melancholia. *Journal of Affective Disorders*, 10(1), 21-26.
- Kellner, R., Hernandez, J., & Pathak, D. (1992). Hypochondriacal fears and beliefs, anxiety, and somatization. *British Journal of Psychiatry*, 160, 525-532.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., & Paris, J. (1994). Somatoform disorders: personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 125-136.
- Mabe, P. A., Rliey, W. T., Jones, L. R., & Hobson, D. P. (1996). The medical context of hypochondriacal traits. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26, 443-459.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1990). Conceptions and correlates of openness to experience. In S. R. Briggs, W. H. Jones, & R. Hogan (Eds.), *Handbook of personality psychology*, New York: Academic Press.
- McNally, R. M. (1994). *Panic disorder: a critical analysis*. New York: Guilford Press.
- Millon, T. (1982). On the nature of clinical health psychology. In T. Millon, C. Green, & R. Meabhe (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*, pp. 1-27. New York: Plenum Press.



- Morey, L. (1991). *Personality Assessment Inventory: professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Norman, W. T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 66*, 574-583.
- Noyes, R. (2001). Epidemiology of hypochondriasis. In Starcevic V., & Lipsitt, D.R. (Eds.), *Hypochondriasis: modern perspectives on an ancient malady*. pp.127-154, New York, NY: Oxford Univ. Press.
- Otto, M. W., Demopolos, C. M., McLean, N. E., Pollack, M. H., & Fava, M. (1998). Additional findings on the association between anxiety sensitivity and hypochondriacal concern: examination of patients with major depression. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 225-232.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Sachs, G. S., & Rosenbaum, J. F. (1992). Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 93-104.
- Raffi, A. R., Savron, G., Rafanelli, C., Conti, S., Grandi, S., & Fava, G. A. (1996). Hypochondriacal fears and beliefs in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry, 11*(4), 374s.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior Therapy*, pp.107-121. San Diego, CA: Academic.
- Reiss, S. (1991). Expectancy theory of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review, 11*, 141-153.
- Reiss, S. (1997). Trait Anxiety: it's not what you think it is. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 201-204.
- Reiss, S., Peterson, M. L., Gursky, D. M. & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy, 24*, 1-8.
- Speckens, A. E., Spinhoven, P., Sloekers, P. P. A., Bolk, J. H., van Hemert, A. M. (1996). A validation study of the Whitley Index, the Illness Attitudes Scales and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research, 40*, 95-104.
- Speckens, A. E., van Hemert, A. M., Spinhoven, P., & Bolk J. H. (1996). The diagnostic and prognostic significance of the Whitley Index, the Illness Attitudes Scale and the Somatosensory Amplification Scale. *Psychological Medicine, 26*, 1085-1090.
- Starcevic, V. (1990). Role of reassurance and psychopathology in hypochondriasis. *Psychiatry, 53*, 383-395.
- Starcevic, V., Kellner, R., Uhlenhuth, E. H., & Pathak, D. (1992). Panic disorder and hypochondriacal fears and beliefs. *Journal of Affective Disorders, 24*(2), 73-85.
- Stewart, S. H., Taylor, S., & Baker, J. M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 179-200.
- Stewart, S. H., Conrod, P. J., Gignac, M. L., & Pihl, R. O. (1998). Selective processing biases in anxiety-sensitive men and women. *Cognition and Emotion, 12*, 105-133.
- Stewart, S. H., Watt, M. C. (2000). Illness Attitudes Scale dimensions and their associations with anxiety-related constructs in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy,*

38,83-99.

- Taylor, S., & Cox, B. J. (1998). An Expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchical structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorder, 12*, 463-483.
- Watson, D., & Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*, 234-254.
- Watt, M. C., & Stewart, S. H. (2000). Anxiety sensitivity: mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. *Journal of Psychosomatic Research, 49*(2), 107-118.

원고접수일: 2009년 3월 31일

수정논문접수일: 2009년 5월 20일

게재결정일: 2009년 6월 15일

# A Relationship of Personality and Hypochondriacal Illness Attitudes

In-Hyae Yi

Department of psychology, Kangwon National University

Hypochondriasis is defined as a preoccupation with fears of having, or the idea that one has, a serious disease based on a misinterpretation of one or more bodily signs or symptoms. It is well known that one's distorted attitudes and beliefs about illness are essential features in developing hypochondriasis. The objectives of this study were to examine a relationship of hypochondriacal illness attitudes, Preoccupation to Illness and Concern to Health, in connection to Five-Factor Personality Model and Anxiety Sensitivity. And this study was to find out the most predictive personality factor in explaining hypochondriacal illness attitudes among Korean non-clinical sample. 607 undergraduates completed the NEO-PI-R(Costa & McCrae, 1992), the Anxiety Sensitivity Index- Revised(Taylor1998), and Illness Attitudes Scale(Kellner, 1986). The results also suggest that previously observed positive associations between Neuroticism and Anxiety Sensitivity, and hypochondriacal illness attitudes, and negative associations between Extraversion, Agreeableness and hypochondriacal illness attitudes. Anxiety Sensitivity was a most significant predictor of general hypochondriacal concerns, and especially of Preoccupations to Illness, that is the higher order factor of the IAS. The results of this study strongly suggest hypochondriasis lies on a continuum and represents an individual difference variable, such as personality factors.

*Keywords* : 5 factor model of personality, anxiety sensitivity, illness attitudes, preoccupation to illness, concern to health, hypochondriasis