

스트레스에 대한 신체화 표현의 문화적 차이와 가족 신념의 관계

김 정 희

전북대학교

스트레스 경험과 신체적 증상 및 건강에 대한 가족의 신념의 문화적 차이를 살펴보고, 스트레스와 가족 신념이 신체적 증상의 표현에 어떤 영향을 주는가를 알아보기 위하여 한국 대학생과 미국 캘리포니아 지역의 대학생 중 유럽계 학생과 아시아계 남녀 학생 277명을 대상으로 연구하였다. 일상적 스트레스는 학업 영역에서는 민족성에 따른 차이가 있어서 아시아계 학생들이 가장 많은 학업 스트레스를 보고하였으며, 가족과 건강의 측면에서는 여학생들이 남학생들보다 의미 있게 더 많은 스트레스를 경험한다고 보고하였다. 스트레스를 경험할 때의 신체적 증상의 정도에서는 피부 영역에서 민족성의 차이가 있었다. 유럽계 학생들이 가장 많은 피부 문제를 보고하였다. 성별로는 심장 혈관계, 소화기계, 근육 및 신진대사 영역에서 여성들이 남성들보다 더 많은 증상을 가지고 있는 것으로 나타났다. 심장 혈관, 호흡기, 소화기 및 근육 증상에서는 민족성과 성별간의 상호작용 효과가 있었다. 가족 신념에서는 아시아계 학생들과 한국 학생들이 유사한 경향을 보이었으며 유럽계 학생들은 정신적 문제에 대한 불편감이나 신체적 건강에 대한 염려가 이 두 집단보다 의미 있게 더 적었다. 일상적 스트레스는 신체적 증상의 모든 영역에 의미 있는 영향을 주지만 건강에 대한 가족 신념은 일부 증상에만 제한적 영향을 주는 것으로 밝혀졌다.

스트레스를 경험할 때 디스트레스를 나타내는
방식은 개인이 속한 문화권에 따라 매우 다를 수

있다. Slavin, Fainer, McCreary와 Gowda
(1991)는 인종에 따라 더 많이 경험하는 심리적

이 논문은 1997년도 한국학술진흥재단의 대학교수해외파견 연구지원에 의하여 연구되었음.

장애에 차이가 있음을 발견하였다. Yoshmita, Kavano와 Takayama(1971)의 연구나 Tseng (1975) 그리고 Chaplin(1997) 등의 연구에서는 아시아 문화권에서 서구 문화권보다 신체화 경향성이 더 높게 나타남을 보고하였다. Sue와 Sue(1990)의 연구에서도 아시아계 미국인들은 다른 인종보다 상담의 첫 면담에서 신체적 증상에 관한 호소를 하는 경우가 더 많다고 보고하였다. 그들은 이러한 현상이 일어나는 이유로 아시아 문화권에서 신체적 호소는 정당한 것으로 받아들여지는 반면에 심리적 호소는 수치스러운 것이거나 받아들여지지 않는 것으로 지각되기 때문이라고 하였다.

Lin(1994)의 연구는 문화적 배경에 따라 사람들이 보이는 대처 행동과 적응, 특히 정서적 어려움의 표현 양식에서 어떤 차이를 나타내는가를 잘 보여주고 있다. 이 연구는 북미에 이주해 온 중국 이민들이 새로운 상황에 적응해나가는 과정에서 경험하는 스트레스로 인해 정신 건강 문제를 많이 갖는다는 점에 주목하여 연구를 수행하였다. 60명의 중국인과 60명의 백인들(각 집단마다 남녀 각 30명씩)을 비교한 결과, 중국 사람들은 더 높은 수준의 스트레스와 불안 및 우울을 보고하였으며, 특히 그들의 정서적 문제를 신체화 하는 정도가 더 높았다.

이상의 연구들은 대부분이 중국 사람들을 대상으로 한 것이었고 한국인을 대상으로 한 연구는 드문 편이다. 그러나 우리의 문화적 배경을 고려해 볼 때 한국 사람에게도 이러한 현상이 나타날 가능성이 높다. 일반적으로 우리 나라 사람들은 정서적 문제보다도 신체적 문제에 더 관심이 많으며, 많은 경우에 마음이 괴롭다고 호소하는 사람보다는 몸이 아프다고 호소하는 경우에 더 관심을 받게 된다.

전통적으로 한국에는 주로 여성들이 많이 호소

하는 환병이라는 것이 있어 왔으며(민성길, 1989; 민성길, 이만홍, 신정호, 박목희, 김만권 및 이호영, 1986; 최상진, 이요행, 1995; Lin, 1983), DSM IV에서는 이것을 문화적 증후군으로 인정하고 있다(American Psychiatric Association, 1994). 이는 개인이 감당할 수 없는 스트레스를 경험한다고 여겨질 때 흔히 나타나는 현상으로 상복부의 통증을 호소하면서 이 통증으로 죽을 것 같다는 두려움을 갖는 경우가 많다. 환병의 다른 증상으로는 과도한 피로감, 불면, 갑작스러운 불안발작, 입맛이 없어지거나 소화가 안됨, 호흡 곤란, 발한 및 근육통 등을 들 수 있다(Hughes, 1996). 환병은 스트레스로 인한 심리적 고통이 신체적 증상으로 나타난 대표적인 예라고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고, 이 분야의 치료자들은 이를 주로 신체적 증상을 완화시켜주는 수준에서 다루고 있으며, 실제로 환자들도 자신의 고통에 관한 심리적 요소보다는 신체적 증상만을 호소하는 경우가 많다(이시형, 1977; 민성길, 1989)

스트레스의 주요 결과 변인으로 들 수 있는 우울의 경우도 마찬가지라고 할 수 있다. 최근의 한 연구(정인파, 광동일, 조숙행 및 이현수, 1996)를 보면 한국형 노인 우울 검사에는 외국과의 경우와는 달리 신체적 증상에 관한 문항들을 포함시켜야 한다고 주장하고 있다. 이는 한국 사람들은 우울을 표현할 때 신체적 증상을 통하여 표현하고 있음을 보여주는 좋은 예라고 하겠다. 한국인과 한국계 미국인들이 환병과 DSM III 주 우울간에 괄목할 만한 중첩이 있다는 Kim (1999)의 연구 역시 이러한 현상을 보여주고 있는 예라고 하겠다. 중국, 일본 및 한국의 대학생들을 비교한 최근에 발표된 또 다른 연구(Kim, Won, Liu, Liu, & Kenji, 1997)에서는 한국의 대학생들이 중국 학생이나 일본 학생들보다

스트레스를 경험하였을 때 신체적 증상을 더 많이 가지고 있음을 보고하고 있다.

동양인들이 서구인들보다 더 많은 신체적 증상을 호소한다는 현상에 관하여 일부 연구자들은 이를 동양인들이 서구인들보다 더 많은 신체화를 하는 것으로 보아서는 안된다고 주장한다. Tung (1994)은 중국 사람들은 전반적으로 신체와 관련된 언어적 표현을 많이 사용하는 경향이 있으므로 언어적인 신체화 표현이 신체적 증상 자체를 나타내기보다는 중국인들의 가치관, 신념 및 세계관을 나타내는 것으로 보아야 한다고 하였다. 동양 사람들은 심리적 구성 개념을 자연스럽게 신체적 은유로 표현한다. 한방에서는 서구식의 심신 이론론에 반하여 신체를 총체적 체계의 일부로 받아들이며 각 정서와 특정 신체기관이 연결된 것으로 본다.

중국인의 신경증에 관한 한 조사 연구에서 (Cheng, 1995) 83.7%의 대상자들이 신체적 증상을 보고하였지만, 그들은 또한 다양한 정도의 정서적 증상들도 함께 가지고 있다고 보고하였다. 이 연구들은 스트레스를 신체적으로 표현하는 정도에서 동서양의 차이가 나는 것이 실제로 경험하는 것보다는 그들의 증상을 보고하는 양식에서 나타나는 것일 수도 있음을 시사한다.

Lin(1998)은 문화적 증후군(Culture Bound Syndrome)이라는 개념이 논쟁의 여지가 있으며 그릇된 인상을 줄 수 있는 개념이라고 주장한다. 그는 동양인들이 흔히 신체화하는 사람들로 알려져 있으나, 역학 조사에 따르면 DSM III 준거에 따른 신체화 장애의 비율에서 오히려 동양 사람들이 서양 사람들보다 더 낮은 비율을 나타낸다고 하였다. Lin의 보고에 따르면, 비슷한 도구와 방법론을 사용하여 미국과 대만 및 한국의 자료를 비교한 결과 대만과 한국인들이 의미있게 더

낮은 비율의 신체화 장애를 나타내었다. 이런 점에 비추어볼 때 생활 스트레스를 경험할 때 신체화 증상에서 문화적 차이가 있는지 여부를 알아볼 필요가 있을 것이다.

문화적 차이에 관하여 연구를 할 때는 문화라는 개념을 먼저 정의할 필요가 있다. 문화라는 개념은 흔하게 쓰이기는 하면서도 명확히 정의하기 쉽지 않은 개념이다. Hofstede(차재호, 나은영 역, 1995)는 문화에는 협의의 문화와 광의의 문화가 있으며, 우리가 흔히 말하는 문화란 한 집단 혹은 범주의 사람들을 다른 집단이나 범주의 사람들과 달라지게 만드는 집합적 프로그램으로 정의하였다. 여기에는 온갖 형태의 생각, 느낌, 행동들이 포함된다. Betancourt와 Lopetz (1993)는 문화를 "...일정 단위의 사람들이 학습하고 공유하는 고도의 변화성이 있는 의미 체계이며, 일반적으로 한 세대에서 다음 세대로 전달되는 생활 설계와 생활 방식을 나타낸다."고 정의하였다.

문화의 개념은 때로 인종, 민족, 혹은 국적과 상호 교환적인 의미로 쓰인다. 흔히, 민족성은 같은 국적, 문화 혹은 언어를 공유하는 집단을 가리킬 때 사용된다(Betancourt & Lopetz, 1993). 민족 집단 사이의 심리적 현상의 차이를 연구하고자 할 때는 다른 하위 문화적 요소들의 영향력에도 관심을 두어야 한다. 민족 집단간의 문화적 차이라고 할 때 성, 교육 수준, 사회경제적 수준 등의 배경 변인 혹은 사회적 변인들의 영향력이 혼입될 가능성이 높기 때문이다.

이 연구의 목적은 스트레스를 경험할 때 이를 신체적 증상으로 표현하는 정도에서 한국의 대학생과 아시아계 및 유럽계 미국의 남녀 대학생 간에 어떤 차이가 있는가를 알아보고, 이들이 건강에 대한 가족의 신념과는 어떤 관계에 있는가를 살펴보고자 하는 것이다. 여성과 남성은 이

세계를 매우 다른 방식으로 경험하고 매우 다른 조망을 가지는 두 개의 문화 집단이라고 할 수 있으므로 스트레스에 대한 경험도 서로 차이가 있을 것으로 가정해볼 수 있다. 남녀차는 대개 문화적 차이로 보지 않는 경우도 있지만 각 사회 안에 남녀가 서로 다른 문화를 가지고 있다는 것을 이해하는 것이 필요하다(차재호, 나은영 역, 1995) 또한 어떤 문화권에서든 가족의 건강에 대한 신념은 개인이 경험하는 신체적 불편감에 영향을 줄 수 있다. Tseng(1991)의 주장에 따르면, 동양 사람들이 다른 문화권보다 더 많이 신체적 증상을 호소하는 이유는 그것이 더 사회적으로 받아들여지기 때문이다. 그의 주장이 옳다면, 개인의 스트레스에 대한 반응은 가족이 가지고 있는 건강에 대한 태도에 영향을 받을 것이다. 예를 들어, 부모가 심리적 상태보다 신체적 상태에 더 관심을 두고 염려를 한다면 그 자녀들은 자연스럽게 비슷한 태도를 가지게 될 것이다. 결국은 이런 태도들이 모여 사회적 신념이나 태도를 형성하게 되므로 가족의 건강에 대한 신념을 알아보는 것은 스트레스의 신체적 표현에 대한 배경을 살펴볼 수 있는 기회가 될 것이다.

방 법

1. 연구 대상

연구 참가자들은 미국 캘리포니아 대학, 데이비스(University of California, Davis)의 심리학과 피험자 풀(Psychology Department Subject Pool)과 전북대학교의 심리학 개론 수강자들이었다. 표집에는 세 민족 집단이 포함되

었다: 한국 대학생; 아시아계와 유럽계 미국 대학생²⁾. 아시아계 학생과 유럽계 학생은 스스로 자신이 그 민족 집단에 해당한다고 지원한 사람들로 구성되어 있다. 전체 응답자는 277명이었다.

2. 도구

1) 일상적 스트레스 측정(Daily Hassles)

최근 3개월간 경험한 생활 스트레스를 측정하기 위하여 Aldwin, Levenson, Spiro와 Bosse(1989)가 사용한 개방형의 질문 방법을 사용하였다. 응답자들은 중요한 것이건 사소한 것이건간에 다섯 개의 영역에서 지난 3개월간 일어난 사건들을 세 가지씩 적도록 요청 받았다. 다섯 가지 영역은 학업, 가족, 경제, 건강 및 사회적 영역이다. 각 영역 별로 자신이 적은 사건에 대하여 그 사건이 어느 정도 스트레스가 되었는지를 7점 척도에서 평가하도록 하였다. 0점은 전혀 스트레스가 되지 않았음을 나타내고 7점은 이제까지 경험해본 중 가장 스트레스가 되었음을 나타낸다. 일상적 스트레스 총점의 신뢰도는 $\alpha = .81$ 이었다.

2) 신체적 증상 측정

두 개의 척도로 신체적 증상을 측정하였다.

(1) 신체적 증상 척도(Physical Symptom Scale: PSS)

Allen과 Hyde(1980)가 개발하고 KIm 등(1997)의 연구에서 사용된 척도로 7 범주로 된 스트레스로 인한 신체적 증상을 측정하는 척도이다. 7가지 범주는 심장 혈관, 호흡기, 소화기, 근

2) 이하, 아시아계 미국학생은 아시아계로 유럽계 미국학생은 유럽계로 표시하기로 한다.

육, 피부, 면역 및 신진대사와 관련된 증상들이다. 이 척도는 각 영역별로 4문항씩, 총 28 문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 0 (전혀 없다)에서 5(매일) 사이의 수를 표시하는 6점 척도로 되어 있다.

(2) 간이 정신 진단 검사의 신체화 하위 척도
미국 학생들에게는 Hopkins Symptom Checklist-90(Derogatis, 1977)중에서, 한국 학생들에게는 이것을 한국형으로 표준화 시킨 간이 정신 진단 검사(김광일, 김재환, 원호택, 1984)중에서 신체화를 나타내는 하위 척도 문항으로 신체적 증상의 호소 정도를 측정하였다. 이 척도는 지난 일주일간 경험한 증상에 관하여 자기 보고를 하는 것으로, 모두 12 문항이다. 각 문항은 0(전혀 없다)와 4(아주 심하다)중에서 하나를 골라 체크하도록 되어있으며, 이 척도의 신뢰도는 $\alpha = .80$ 이었다.

3) 건강에 대한 가족 신념

건강에 대하여 가족들이 어떤 신념을 가지고 있는가를 묻는 10개의 문항을 제작하여 사용하였다. 예비 연구를 한 결과, 이 척도는 두 개의 요인으로 묶이는 것이 밝혀졌고 두 요인 각각의 신뢰도는 요인 I은 $\alpha = .82$ 이었고, 요인 II는 $\alpha = .54$ 이었다.

4) 인구학적 배경

참가자들의 인구학적 배경을 확인하기 위하여 민족적 정체성, 성, 연령, 전공 및 학년을 적도록 하였다.

3. 절차 및 분석

미국 표집에 대하여는 캘리포니아 대학, 데이

비스 심리학과와 피험자 풀에서 신청한 학생들을 대상으로 조사를 하였고, 한국 대학생들은 심리학 개론을 수강하는 학생들을 대상으로 연구하였다. 결과의 처리는 SPSS WIN7.5를 사용하여 변량분석과 중다 회귀분석을 하였다. 각 항목에 대한 무응답자는 제외하고 계산을 하였기 때문에 각 측정치마다 응답자수는 서로 다르다.

결 과

1. 연구 대상자의 인구학적 배경

표 1에 나타난 바와 같이 응답자의 53.1%가 여성이고 46.9%가 남성이었다. 이들의 민족적 정체성은 유럽계가 31.0%, 아시아계 36.1%, 그리고 한국 학생들은 32.9%이었다. 응답자의 학년은 1학년이 26.6%, 2학년이 20.9%, 3학년이 36.7%, 4학년은 15.5% 이었다. 연령 분포는 19세에서 27세까지이고 평균 연령은 21.5세이었다. 각 민족성에 따른 학년과 연령의 차이는 통계적으로 의미가 없었다.

표 1. 각 집단별 응답자 수와 백분율

		N		%	
유럽계	남	32	86	11.6	31.0
	녀	54		19.5	
아시아계	남	50	100	18.1	36.1
	녀	50		18.1	
한국	남	48	91	17.3	32.9
	녀	43		15.5	
전체	남	130	277	46.9	100
	녀	147		53.1	

표 2는 지난 3개월간 경험하였다고 응답자들이 스스로 보고한 사건의 스트레스 정도의 집단간 차이에 관한 것이다. 응답자들은 학업, 가족, 재정, 건강 및 사회적 영역에서 지난 3개월간 경험한 사건을 제시하고 그 각각의 사건의 스트레스 정도를 표시하였다.

다섯 개의 영역 중 민족성 집단간 차이를 보인 것은 학업 영역($F_{2,269}=8.73$ $p<.001$) 뿐이었다. 아시아계 학생들이 4.8 점으로 가장 높은 점수를 보였으며, 유럽계와 한국 학생들은 차이가 없었다. 가족 영역($F_{1,259}=11.58$ $p<.001$)과 건강

영역($F_{1,259}=4.21$ $p<.05$)에서는 성별에 따른 차이가 있었다. 두 영역 모두 여학생들이 남학생들보다 더 많은 스트레스를 경험하는 것으로 보고하였다. 재정 영역과 사회적 영역에서는 민족성이나 성별에 따른 차이가 없었다. 다섯 개 영역의 총점에서도 민족성이나 성별에 따른 차이가 없었다.

2. 민족성과 성별 신체적 증상의 차이

스트레스를 경험하였을 때 그것이 신체적 증상

표 2. 민족성 및 성별 일상적 스트레스 평균(표준편차)

스트레스		유럽계	아시아계	한국	합계
학업	남	4.06(1.18)	4.91(1.29)	4.09(1.22)	4.40(1.29)
	녀	4.14(1.15)	4.69(1.37)	4.22(1.41)	4.35(1.32)
	합계	4.11(1.15)	4.80(1.33)	4.15(1.31)	4.37(1.30)
가족	남	3.08(1.52)	3.83(1.30)	3.16(1.77)	3.39(1.57)
	녀	3.86(1.52)	4.16(1.63)	4.02(1.50)	4.01(1.55)
	합계	3.56(1.56)	4.00(1.48)	3.56(1.69)	3.72(1.59)
재정	남	3.39(1.93)	3.91(1.66)	3.13(1.41)	3.49(1.67)
	녀	3.62(1.73)	4.03(1.75)	3.82(1.20)	3.82(1.60)
	합계	3.53(1.80)	3.97(1.70)	3.44(1.35)	3.66(1.64)
건강	남	3.03(1.91)	3.44(1.73)	3.10(1.63)	3.22(1.73)
	녀	3.39(1.54)	3.63(1.75)	3.82(1.48)	3.60(1.59)
	합계	3.26(1.68)	3.54(1.73)	3.43(1.60)	3.42(1.67)
사회적	남	3.32(1.97)	3.46(1.70)	3.43(1.46)	3.42(1.67)
	녀	3.24(1.26)	3.08(1.58)	3.89(1.40)	3.36(1.44)
	합계	3.42(1.67)	3.36(1.44)	3.39(1.55)	3.39(1.55)
일상적 스트레스총점	남	16.49(5.94)	18.81(5.71)	16.77(4.90)	17.49(5.51)
	녀	17.69(4.95)	18.92(6.07)	19.03(5.29)	18.50(5.45)
	합계	17.25(5.33)	18.87(5.87)	17.82(5.18)	18.02(5.51)

으로 나타나는 정도를 측정 한 결과는 표3과 같다.

신체적 증상 척도는 7개의 하위 영역에서 개인이 경험하는 신체적 증상의 정도를 재는 것이다. 그 각 영역은 심장 혈관, 호흡기, 소화기, 근육, 피

부, 면역 및 신진대사와 관련된 증상들이다. 결과를 보면, 민족성 집단간에는 피부 문제 ($F_{2,271}=13.58$ $p<.001$)만이 차이를 보이었다. 아시아계와 유럽계가 한국 학생보다 더 많은 피부 증상을 가지고 있다고 보고하였다.

표 3. 민족성 및 성별 신체증상 평균(표준편차)

신체증상		유럽계	아시아계	한 국	합 계
심장혈관계	남	6.75(4.05)	7.04(3.61)	6.00(3.71)	6.58(3.76)
	녀	8.28(4.48)	6.84(3.03)	8.65(3.78)	7.90(3.88)
	합계	7.71(4.37)	6.94(3.32)	7.25(3.95)	7.28(3.87)
호흡기계	남	2.47(2.55)	3.28(2.95)	2.21(3.10)	2.68(2.93)
	녀	4.22(3.79)	2.10(2.35)	3.70(3.29)	3.35(3.34)
	합계	3.57(3.47)	2.69(2.72)	2.91(3.29)	3.04(3.17)
소화기계	남	4.47(2.61)	5.20(2.58)	4.23(2.54)	4.66(2.59)
	녀	7.31(3.29)	5.78(3.29)	6.72(3.43)	6.62(3.35)
	합계	6.26(3.34)	5.49(2.92)	5.41(3.23)	5.70(3.17)
근육	남	5.28(2.52)	5.84(3.33)	3.60(2.80)	4.88(3.10)
	녀	6.48(3.23)	6.48(3.20)	7.07(4.64)	6.65(3.67)
	합계	6.03(3.02)	6.16(3.27)	5.24(4.14)	5.82(3.52)
피부	남	8.59(3.57)	9.00(4.17)	5.71(3.49)	7.68(4.05)
	녀	8.80(2.64)	7.62(4.30)	6.42(3.43)	7.70(3.61)
	합계	8.72(3.00)	8.31(4.27)	6.04(3.46)	7.69(3.82)
면역체계	남	4.16(2.19)	4.86(2.38)	4.27(2.73)	4.47(2.47)
	녀	4.94(2.29)	4.06(2.27)	4.93(2.50)	4.64(2.37)
	합계	4.65(2.27)	4.46(2.35)	4.58(2.63)	4.56(2.42)
신진대사	남	9.31(3.67)	8.64(3.83)	9.44(4.66)	9.10(4.10)
	녀	11.63(3.25)	10.22(4.51)	9.33(3.48)	10.48(3.88)
	합계	10.77(3.57)	9.43(4.24)	9.38(4.12)	9.83(4.04)
신체적 증상 총 점	남	41.03(12.18)	43.86(15.90)	35.46(14.90)	40.06(15.04)
	녀	51.67(15.05)	43.10(15.57)	46.81(17.10)	47.33(16.15)
	합계	47.71(14.90)	43.48(15.66)	40.82(16.88)	43.92(16.03)

성별 차이를 보면, 심장 혈관계($F_{2,271}=8.20$ $p<.01$), 소화기계($F_{2,271}=29.31$ $p<.001$), 근육($F_{2,271}=18.59$ $p<.001$) 및 신진대사($F_{2,271}=6.87$ $p<.001$)영역에서 의미 있는 차이가 있었다. 남녀 차이를 보이는 모든 영역에서 여학생이 남학생들보다 더 많은 신체적 증상이 있다고 보고하였다.

일곱 개의 하위 영역 중 네 개 영역, 즉 심장 혈관($F_{2,271}=3.41$ $p<.05$), 호흡기($F_{2,271}=6.50$ $p<.01$), 소화기($F_{2,271}=3.89$ $p<.05$), 및 근육 증상($F_{2,271}=4.58$ $p<.05$)에서 민족적 정체성과 성별간의 상호작용 효과가 나타났다. 먼저 심장 혈관계 증상을 보면, 유럽계와 한국 학생들은 여학생들이 남학생들보다 더 많은 증상이 있다고 보고한 반면에, 아시아계 학생들은 남학생과 여학생간에 비슷한 정도로 증상을 보고하였다. 한국 여학생은 여섯 집단 중 가장 높은 점수를 보고하였으며, 한국 남학생들은 가장 낮은 점수를

보이었다. 호흡기계 증상도 한국 학생과 유럽계는 여학생들이 남학생들보다 더 많은 증상을 호소하였으며, 아시아계 학생들의 경우에는 남학생들이 여학생들보다 더 많은 호흡기계 증상을 보고하고 있다. 소화기계통 문제를 보면, 여학생들은 유럽계, 한국학생, 아시아계 순으로 많은 증상을 보고한 반면에, 남학생들은 아시아계, 유럽계, 한국 학생의 순으로 증상을 보고하였다.

근육계통의 증상에서도 한국 학생들이 독특한 양상을 나타내었다. 한국 여학생들은 다른 두 집단의 여학생들보다 더 높은 점수를 보인 반면에, 한국 남학생들은 아시아계나 유럽계 학생들보다 낮은 점수를 보이었다. 즉, 민족성과 성에 따라 나눈 여섯 개 집단에서 한국 여학생들은 가장 많이 근육과 관련된 증상을 호소하였으며, 한국 남학생들은 가장 적게 이 증상들을 보고하였다.

신체적 증상의 총점을 보면, 민족적 정체성과 관계없이 여학생들이 남학생들보다 더 많은 신체

표 4. 민족성 및 성별 신체화 증상 평균(표준편차)

	유럽계	아시아계	한 국	합 계
남	5.06(3.82)	8.32(6.93)	5.17(4.86)	6.38(5.74)
녀	8.73(6.36)	8.77(6.99)	9.93(6.78)	9.09(6.68)
합 계	7.33(5.79)	8.54(6.93)	7.41(6.28)	7.80(6.38)

표 5. 민족성 및 성별 건강에 관한 가족신념 평균(표준편차)

스트레스		유럽계	아시아계	한 국	합 계
요인 I	남	16.06(7.14)	22.34(7.75)	21.23(5.90)	20.38(7.36)
	녀	14.09(8.77)	22.72(8.75)	20.74(5.76)	18.97(8.82)
	합계	14.83(8.21)	22.53(8.23)	21.00(5.81)	19.63(8.18)
요인 II	남	6.56(3.85)	10.08(2.95)	10.06(3.73)	9.21(3.78)
	녀	8.13(3.31)	9.32(3.48)	9.88(2.86)	9.05(3.31)
	합계	7.55(3.58)	9.70(3.24)	9.98(3.33)	9.12(3.53)

적 증상을 호소하였다. 유럽계 여학생과 한국 여학생들이 가장 높은 점수를 보였고, 한국 남학생들은 가장 낮은 점수를 보고하였다.

간이 정신 진단 검사의 신체화 하위척도에서의 차이를 보면 표4와 같다. 이 표를 보면, 민족성 간에는 의미 있는 차이가 없으며, 성별에 따라서는 매우 큰 차이($F_{1,263}=14.96$ $p<.001$)가 있음을 알 수 있다. 여학생들이 남학생들보다 더 많은 신체화 증상을 호소하고 있다.

3. 민족성과 성별 건강에 대한 가족 신념의 차이

건강에 대한 가족 신념 척도는 두 개의 하위 요인으로 구성되어 있다. 이 요인들 중, 첫 번째 요인은 "정신적 문제에 대한 불편감"(요인 I)으로, 두 번째 요인은 "신체적 건강에 대한 염려"(요인 II)로 이름 붙여졌다. 표5를 보면 각 민족성 집단은 이 두 요인에서 차이를 보이었지만 ($F_{2,271}=23.48$ $p<.001$), 성별로는 차이가 없었다. 아시아계 학생들(21.5)과 한국 학생들(21.0)은 요인 I에 높은 점수를 보이며 정신적 문제에 대하여 강한 불편감을 가지고 있음을 알 수 있었으며, 유럽계 학생들(14.8)은 요인 I에서 가장 낮은 점수를 보였다.

요인 II 역시 민족성간에 차이를 보이었으며 ($F_{2,271}=15.61$ $p<.001$), 한국 학생들(10.0)과 아시아계 학생들(9.7)은 비슷한 점수를 보였고, 유럽계 학생들(7.6)은 가장 낮은 점수를 보고하였다. 한국 학생들과 유럽계 학생들 간에는 매우

큰 차이가 있음을 알 수 있다.

4. 스트레스와 건강에 대한 가족 신념의 신체화 표현에 대한 관계

스트레스 경험과 건강에 대한 신념이 개인의 신체화 경향 및 신체적 증상 보고와 어떤 관계를 가지고 있는가를 검증한 결과가 표 6과 표 7에 제시되어 있다. 스트레스 변인으로는 생활 사건의 수와 일상적 스트레스 총점을 포함시켰고, 건강에 관한 가족 신념의 두 요인을 독립변인으로 하여 단계적 중다 회귀 분석을 하였다.

먼저 신체화 점수에는 일상적 스트레스만이 의미 있는 영향을 주는 것으로 나타났으며 ($R^2=.100$, $p<.001$), 나머지 변인들은 의미 있는 관계가 없는 것으로 나타났다.

신체적 증상 총점에 대하여는 일상적 스트레스, 신체적 건강에 대한 염려(요인II)가 영향을 주는 것으로 나타났다. 일상적 스트레스는 신체적 증상 총점에 8.7%를 설명하는 것으로 밝혀졌으며 신체적 건강에 대한 염려가 추가되었을 때는 설명량의 1.8%가 증가하였다. 심장 혈관계는 일상적 스트레스와 건강에 대한 염려의 순으로, 호흡기계는 건강에 대한 염려가 더 많은 영향을 주며, 그 다음에 일상적 스트레스가 영향을 주는 것으로 나타났다. 그 밖의 증상들은 모두 일상적 스트레스 하나만이 영향을 주는 변수로 밝혀졌으나 그 설명력은 모두 10% 미만으로 그리 크다고 할 수 없다.

표 6. 신체화에 대한 단계적 회귀분석

변 인	B	Beta	R ² 변화량	F변화량
일상적 스트레스	.359	.316	.100	29.596***

*** $p < .001$

표 7. 신체적 증상에 대한 단계적 회귀분석

종속변인	독립변인	B	Beta	R ² 변화량	F변화량
심장혈관계	일상적 스트레스	.131	.186	.050	14.381***
	건강에 대한 염려	.195	.178	.030	8.957**
호흡기계	건강에 대한 염려	.148	.165	.037	10.441**
	일상적 스트레스	7.307E-02	.127	.015	4.438*
소화기계	일상적 스트레스	.113	.197	.039	11.075**
근육계	일상적 스트레스	.160	.251	.063	18.430***
신진대사	일상적 스트레스	.178	.243	.059	17.174***
면역	일상적 스트레스	7.507E-02	.171	.029	8.276**
총 점	일상적 스트레스	.773	.266	.087	26.123***
	건강에 대한 염려	.629	.139	.018	5.640*

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

논 의

이 연구는 대학생들의 스트레스 경험과 신체화 표현에서 그가 속한 민족적 정체성과 성에 따라 어떤 차이가 있는가 그리고 건강에 대한 가족 신념과는 어떤 관계가 있는가를 알아보려고 하는 연구이었다. 연구 대상 표집은 한국학생들과 아시아계 및 유럽계 미국 학생들을 대상으로 하였다. 여성과 남성은 세계를 지각하는 방식에서 서로 다른 시각을 가지며, 각각의 하위문화를 형성한다고 볼 수 있으므로 성별에 따른 차이도 알아보았다.

스트레스 측정치인 일상생활 스트레스는 학업, 가족, 재정, 건강 및 사회적 영역에서 지난 3개월간 경험한 사건을 제시하고 그 각각의 사건의 스트레스 정도를 표시하도록 한 것이다. 그 결과 학업의 영역에서만 민족성간의 차이가 나타났다. 아시아계 학생들이 가장 학업에 관한 스트레스를

많이 경험하는 것으로 보고하였으며, 한국 학생들과 유럽계 학생들은 큰 차이가 없었다.

아시아계 학생들이 유럽계 학생들보다 더 많은 학업 스트레스를 경험하는 것은 미국 내의 아시아계 학생들이 부모로부터 학업에 관한 압력을 받는 정도가 높으며 실제로 백인 중심의 미국 사회에서 동양인이 높은 사회적 지위를 얻기 위한 거의 유일한 방법이 학력을 통한 것임을 감안할 때 자연스러운 결과라고 하겠다. 한가지 흥미 있는 사실은 한국의 대학생들이 아시아계 학생들보다 의미 있게 더 낮은 정도로 학업 스트레스를 보고하였다는 점이다. 이 결과는 한국 학생들이 대학에 들어올 때까지는 세계의 어느 나라 학생들보다 더 많은 학업 부담을 갖지만, 일단 대학에 들어오고 나면 학업 문제로 스트레스를 겪는 정도는 줄어드는 것을 보여주고 있다.

일상적 스트레스의 다섯 개의 영역 중, 가족과 건강 영역에서는 성에 따른 차이가 있어서 여학생들이 남학생들보다 더 많은 스트레스를 경험하

고 있다고 보고하였다. 이는 민족성에 관계없이 여성들이 가족과 건강 문제를 더 많이 안고 있다는 말이 될 수 있어서 추후에 이에 관한 집중적인 연구가 필요한 것으로 여겨진다. 일상적 스트레스 총점에서는 민족성이나 성별로 차이가 없는 것으로 보고되었다.

스트레스를 경험할 때 신체적 증상이 나타나는 정도를 심장 혈관, 호흡기, 소화기, 근육, 피부, 면역 및 신진대사의 일곱 영역에서 민족적 정체성과 개인의 성별에 따라 어떤 차이나 나가는가를 알아본 결과에 따르면 각 신체적 증상에 따라 조금씩 다른 모습을 나타내고 있음을 알 수 있다. 피부 증상은 남녀 모두 유럽계와 아시아계, 즉 미국에 거주하는 학생들이 한국 학생들보다 더 많은 증상을 보고하였다. 이는 본 연구가 이루어진 지역상의 특성 때문일 수도 있으며, 추후의 검증이 필요한 부분이라고 할 수 있다. 나머지 영역에서는 민족성간의 차이는 없었으며, 성별 차이가 있거나 민족성과 성별간의 상호 작용적인 효과가 있었다.

전반적으로는 여학생들이 남학생들보다 더 많은 신체 건강상의 문제를 호소하는 것으로 나타났다. 성별 차이가 있는 모든 증상, 즉 심장 혈관계, 소화기계, 근육계 및 신진대사 영역 모두에서 여학생들이 더 많은 신체적 증상을 가지고 있다고 보고하였다. 특히 유럽계 여학생들과 한국 여학생들은 신체적 증상 총점에서 다른 어떤 집단보다 더 높은 점수를 보고하였으며, 간이 정신진단 검사의 신체화 척도에서도 한국 여학생들이 가장 높은 점수를 보고하였다. 한국 남학생들은 매우 독특한 현상을 보이어서 신체적 증상 척도 총점에서는 가장 낮은 점수를 보이었고 신체화 증상에서도 유럽계 남학생들과 함께 가장 낮은 점수를 보고하였다.

이 결과들을 종합해보면, 동양 사람들이 더 많

은 신체화 혹은 신체적 호소를 한다는 기존의 연구 결과(예를 들면, Tseng, 1975; Yoshimita et al., 1971)와는 차이를 보인다. 그러나 이 결과를 바탕으로 Lin(1998)의 연구에서 밝혀진 바와 같이 서양인들이 더 많은 신체적 증상을 호소하고 있다고 단적으로 말하기는 어렵다. 민족적 정체성에 따라서 차이를 보인 피부 문제는 아시아계 학생들도 유럽계 학생들과 함께 한국 학생들보다 더 많은 증상을 보고하였으며, 전반적으로는 유럽계 여학생들과 한국의 여학생들이 다른 집단들보다 더 높은 점수를 보고하였기 때문이다. 한가지 주목할 점은 한국 남학생들이 거의 모든 신체적 증상 영역에서 가장 낮은 점수를 보고하였다는 사실이다. 이는 실제로 한국 남학생들이 더 적은 신체적 증상을 가졌을 수도 있으나, 본 연구가 자기 보고식 질문지인 점을 감안한다면, 한국 남학생들이 가지고 있을 수도 있는 문화적 특성을 반영한 것일 수도 있다. 다시 말하면, 한국 남학생들은 신체적 증상을 가지고 있다고 표현하는 것을 자신의 약한 모습을 보이는 것으로 생각하여 실제로 그들이 가지고 있는 것보다 더 적게 보고할 수도 있다는 것이다.

정신적 문제에 대한 불편감과 신체적 건강에 대한 염려의 두 요인으로 이루어진 건강에 대한 가족 신념은 남녀간의 차이는 없이 민족성에 따른 차이만 나타났다. 두 요인 모두에서 아시아계 학생들과 한국 학생들은 유럽계 학생들보다 더 높은 점수를 보였다. 이 결과는 동양인들이 서양 사람들보다 가족들과 정신적 문제에 대하여 논의하는데 불편감을 느끼고, 신체적 건강에 대하여 더 많은 염려를 하는 가족의 분위기를 가지고 있음을 말해 준다. 신체적 증상에서는 민족성간의 차이보다는 남녀간의 차이가 크게 나타났으나, 신념에서는 민족성간에 차이가 나고 성별로는 차이가 없다는 것은 흥미로운 결과라 하겠

다. 이전의 연구자들이 아시아 문화권에서 신체적 호소를 하는 것을 더 수용한다는 의견을 제시한 것은 아마도 Tung(1994)이 주장하듯이 동양 사람들이 가지고 있는 신념을 반영한 것일 수도 있다.

스트레스 변인—일상적 스트레스 총점—과 건강에 관한 가족 신념의 두 요인—정신적 문제에 대한 불편감과 신체적 건강에 대한 염려—을 독립 변인으로 하여 간이 정신 진단 검사의 신체화 하위 척도와 일곱가지 신체적 증상 각각을 종속 변인으로 하여 단계적 중다 회귀분석을 한 결과 거의 모든 하위 영역에 대하여 일상적 스트레스가 가장 큰 영향을 주는 것으로 나타났다. 소화기계, 근육, 신진대사, 면역에 관한 증상들은 모두 일상적 스트레스 만이 의미 있는 영향을 주고, 건강에 대한 신념은 의미 있는 영향을 주지 못하는 것으로 보인다. 심장 혈관계에는 일상적 스트레스 총점과 신체적 건강에 대한 염려가 영향을 주는 것으로 나타났으나 설명변량은 일상적 스트레스가 5.0%, 신체적 건강에 대한 염려가 3.0%로 그리 크지 않다. 호흡기계에는 신체적 건강에 대한 염려(3.7%)와 일상적 스트레스(1.5%)의 순으로 영향을 주는 것으로 나타났으나 이것 역시 설명 변량은 그리 크다고 할 수 없다. 신체적 증상 총점에 대하여는 일상적 스트레스(8.7%)와 신체적 건강에 대한 염려(1.8%)가 영향을 주는 것으로 나타났다.

이 결과들은 모두 통계적으로는 의미 있는 영향력이 있는 것으로 보이지만 실제 설명 변량이 크다고는 할 수 없다. 특히, 건강에 대한 신념은 정신적 문제를 논의하는 것에 대한 불편감은 신체적 증상과는 별 관계가 없으며, 신체적 건강에 대한 염려만이 관계가 있는 것으로 나타났다. 건강에 대한 염려 역시 신체적 증상 총점과 한 두 개의 신체적 증상에는 영향을 주지만 대부분의

신체적 증상의 경험에는 의미 있는 정도로 영향을 주지는 않는 것으로 보인다. 그러나 이 요인의 문항 수가 적고 신뢰도가 $\alpha = .54$ 인 점을 감안하면 성급한 결론을 내리기보다는 추후에 건강에 관한 신념과 신체적 증상의 관계에 관한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구의 시사점을 살펴보면, 스트레스 경험과 신체적 증상의 문화적 차이를 알아보기 위하여는 민족성에 따른 차이만을 보는 것보다는 성에 따른 차이도 알아보는 것이 필요하다는 점이다. 특히 신체적 증상에는 민족성과 성이 상호작용 효과를 가지고 있는 것으로 나타나서 개인의 성을 고려하지 않고 단순히 동양인이 서양인보다 혹은 서양인이 동양인보다 더 신체적 증상을 많이 보인다고 이야기하기는 어렵다는 점을 알 수 있다.

끝으로 본 연구의 제한점을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 문화적 차이를 알아보려고 하는 것이었으나 대학생 표집을 대상으로 했기 때문에 그 결과를 일반화하는데는 주의가 필요하다. 둘째로, 대부분의 문화 비교 연구들이 가지고 있는 문제점과 마찬가지로 본 연구에서도 두 가지 언어로 조사된 자료의 동질성에 관한 문제가 있을 수 있다. 물론 여기에 사용된 척도들 중에는 간이 정신 진단 검사처럼 한국에서 표준화된 검사도 있지만 그외의 척도들은 미국과 한국에서 실시하기 위하여 한국어를 영어로 혹은 영어를 한국어로 번역하여 사용하였다. 실질적인 문화적 차이를 알아보기 위해서는 척도를 번역해서 사용하기보다는 필요한 경우에는 문항의 내용을 그 문화권에 맞도록 바꾸어 타당도를 높여야 할 것이다.

참고문헌

- 김광일, 김재환, 원호택(1984). 간이 정신 진단 검사 실시요강. 중앙적성출판부
- 민성길(1989). 환병의 개념에 대한 연구. *신경정신의학*, 28, 604-615.
- 민성길, 이만홍, 신정호, 박목희, 김만권, 이호영(1986). 환병에 대한 진단적 연구. *대학의학협회지*, 29, 653-661.
- 이시형(1977). 환병에 대한 연구. *고려 병원잡지*, 1, 63-69.
- 정인과, 광동일, 조숙행, 이현수(1996). 한국형 노인 우울 검사 표준화 연구. *신경정신의학회 40차 추계 학술대회 발표*
- 차재호, 나은영(1995). *세계의 문화와 조직*. 서울: 학지사.
- Aldwin, C., Levenson, M. R., Spiro, A. III, & Bosse, R.(1989). Does emotionality predict stress? *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 618-624.
- Allen, R., J. & Hyde, D.(1980). *Investigations in stress control*. Minneapolis: Burgess.
- American Psychiatric Association(1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. (4th. ed.) Washington, D. C. : American Psychiatric Association.
- Betancourt, H., & Lopez, S. R.(1993). The study of culture, ethnicity, and race in American psychology. *American psychologist*, 48, 629-637.
- Chaplin, S. L.(1997). Somatization. In W. Tseng and J. Wtrezer(eds.) *Culture and psychopathology: A guide to clinical assessment*. (pp. 67-86) New York: Brunner/Mazel Inc.
- Cheng, T. A.(1995). Facts and myths about somatization among the Chinese. In Y. Lin, W. S. Tseng, and E. K. Yeh(Eds.) *Chinese societies and mental illness*. (pp.156-166). Hong Kong: Oxford Uni. Press.
- Derogatis, L. R.(1977). *SCL-90(Revised) Manual*. Clinical Psychometrics Research Unit. Baltimore: Johns Hopkins Univ.
- Kim, K., Won, H., Liu, X., Liu, P., & Kitanishi, K.(1997). Students' stress in China, Janpan, and Korea: A transcultural study. *International Journal of Social Psychiatry*, 43, 87-94.
- Lin, K. M.(1983). Hwa-Byung: A Korean culture-bound syndrome *American Journal of Psychiatry*, 140, 105-107.
- Lin, K. M.(1998). What evidence is there on somatization, neurasthenia, and culture bound syndrome? in *Conceptual, methodological, and practice issues in the mental health assessment of Asian Americans*. (pp.10-11) National Research Center on Asian American Mental Health.
- Lin, M. C.(1994). Culture and mental health: Psychological adjustment and coping of Chinese immigrants in a Canadian community. Doctoral Dissertation of York University

(Canada)

- Slavin, L. A., Fainer, K. L., McCreary, M. L., & Gowda, K. K.(1991) Toward a multicultural model of the stress process. *Journal of Counseling & Development, 70*, 156-163.
- Sue, K. W., & Sue, D.(1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice*. New York: Wiley
- Tseng, W. S.(1975). The nature of somatic complaints among psychiatric patients: the Chinese case. *Comparative Psychiatry, 16*, 237-245.
- Tseng, W. S.(1991). *Culture and family: problems and therapy*.
- Tung, M. P. M. (1994). Symbolic meanings of the body in Chinese culture and "somatization". *Culture, Medicine and Psychiatry, 18*, 483-492.
- Yoshmita, T., Kavano, M., Takayama, I.(1971). Masked depression in the department of medicine. *Journal of the Japanese Psychosomatic Society, 11*, 48.

Cultural Differences in Somatic Expression of Life Stress and Its Relationship to Family Belief Systems

Chunghee Kim

Chonbuk National University

This study examined that cultural differences in life stress, somatic symptoms and family belief systems of physical health and the relationships of stress and family belief systems to somatic symptoms. The subjects were 277 male and female college students who were Koreans in Korea, Asian Americans and European Americans in U.S.A. There were significant ethnical differences in daily hassles. Asian American reported highest scores of academic stress. Female students had significantly more daily stress of family and health issues than male students. Among seven somatic symptoms of stress, skin problem had significant ethnical differences. European students reported more skin problems than other two ethnical groups. There were significant gender differences in symptoms of cardiovascular system, digestive system, musculoskeletal system, and metabolic system. Female students reported more symptoms than male students for all systems. There were interaction effects between ethnicity and gender on symptoms of cardiovascular system, respiratory system, digestive system, and musculoskeletal system. Asian American and Korean students showed more difficulty of communicate mental issues with family members and concern about physical health than European students. Daily hassles contributed significant variances to all somatic symptoms and family belief systems of health had significant influence to some of somatic symptoms.