

화병척도의 개발과 타당도 연구

권정혜 [†]	김종우	박동건	이민수	민성길	권호인
고려대학교 심리학과	경희대학교 한방신경정신과	고려대학교 심리학과	고려대학교 의대 정신과	연세대학교 정신과	고려대학교 심리학과

화병은 한국 고유의 사회문화적 배경에서 나타나는 특유한 증상양상을 보이며, DSM-IV에 한국의 문화관련 증후군으로 분류되어있다. 본 연구에서는 국내에서 처음으로 화병을 측정하는 자기보고형 검사를 개발하고, 그 심리측정적 속성을 살펴보았다. 이를 위해 연구 1에서는 먼저 기존 문헌들을 고찰하고 화병 환자들을 심층 면담하여 화병을 측정하는 예비문항 70개를 작성하였다. 그 다음 화병환자 30명, 우울증 환자 28명, 정상인 33명에게 실시한 후 차이검증을 통해 화병 집단과 정상 집단, 화병 집단과 우울증 집단을 변별해주는 1차 문항 39개를 선정하였다. 연구 2에서는 1차 문항을 2차 표본인 화병 환자 63명에게 실시한 자료를 요인 분석하여 최종적으로 31문항의 화병척도를 제작하였다. 화병 척도의 내적 일치도는 .92로 나타났으며, 화병 성격과 화병 증상 하위 척도의 내적 일치도는 각각 .85, .93으로 적절한 수준으로 나타났다. 마지막으로 최종 화병 척도가 우울증과 화병, 정상 집단을 구별해주는지를 살펴보고, 화병척도가 다른 두 집단을 변별해주는 민감도와 특이도를 평가하였다. 그 결과, 화병 증상척도는 화병 집단과 우울증 집단 간에 유의한 차이를 보인 반면 화병 성격척도는 연구자들이 예상한 바와 달리, 화병 집단과 우울증 집단에 차이가 없는 것으로 나타났다. 화병 증상척도의 AUC는 .78로 나타나 화병 증상척도가 화병에 대한 1차 선별도구로 유용함을 시사하였다. 본 연구의 의의 및 제한점과 후속연구 방향에 대하여 논의하였다.

주요어 : 화병척도, 화병, 문화관련 증후군, 신뢰도, 타당도

* 본 연구의 자료수집과 분석을 도와준 이은정, 강이현, 정선용, 정지영에게 감사드립니다.

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 권정혜 / 고려대학교 심리학과 / 서울시 성북구 안암동 5가 1번지
Tel : 02) 3290-2067 / Fax : 02) 3290-2537; E-mail : junghye@korea.ac.kr

화병은 오래전부터 민간에서 사용되어오던 질병개념 중의 하나로 울화병으로 인식되어 오던 질병이다. 울화병이란 그 뜻대로 말한다면 억울한 감정이 쌓인 후에 불(火)같은 양상으로 폭발하는 다양한 임상증상을 가진다는 것을 의미한다. DSM-IV(APA, 1994)에서는 화병을 한국 고유의 사회문화적 배경을 바탕으로 생겨난 문화관련 증후군의 하나로 언급하고 있는데, “분노 증후군(anger syndrome)”으로 번역되어 있다.

1970년대 이시형(1977)에 의해 임상적 연구가 시작된 이래로 화병에 대해 많은 연구가 이루어져 왔다. 정신의학 분야에서는 화병에 대한 임상양상과 진단, 역학 및 질병개념에 대한 연구가 주를 이루고 있으며, 한의학 분야에서는 한의학의 기본 원리와 화병과의 관련성에 대한 연구가 진행되어왔다. 심리학에서는 화병과 한과의 연관성, 스트레스 및 대처방식에 대한 연구가 있으며, 간호학에서는 화병에 대한 간호중재 방법에 대한 연구가 있다. 그러나 각 분야별로 보는 시각이 다르며, 연구자간에 화병을 정의하는 기준에도 서로 차이가 있다. 최근 다학제간 연구가 진행되면서, 화병에 대한 진단 준거가 마련되고, 화병을 객관적으로 측정할 수 있는 측정도구의 필요성이 강하게 부각되었다.

화병의 선행연구들에서 공통적으로 보고되는 결과는 바로 화병환자들이 특유한 증상양상을 호소한다는 점이다. 민성길(1987, 1989)은 화병 신체증상으로 답답함, 숨막힘, 두통, 몸과 얼굴의 열기, 화끈거림, 심계항진, 소화 장애, 가슴의 치밀, 목과 가슴의 덩어리, 구갈, 현훈이 가장 많고, 정신증상으로 우울, 불안, 신경질, 짜증, 과민함, 흥미 상실, 후회 등이 가장 많다고 하면서, 화병의 특징적 4대 증상

이 몸의 열기, 답답함, 치밀어 오름, 덩어리 뭉침이라고 보고하였다. 김종우(1996), 엄효진(1997)의 연구도 민성길의 연구와 유사한 결과를 보여, 신체적으로는 전신 증상으로 불면, 열감, 무엇인가 치밀어 오름, 가슴 증상으로 답답함과 숨막힘, 두근거림, 뭉친 느낌, 머리 증상으로 두통, 현훈, 입마름이 많다고 하고, 정신증상으로 불안, 초조, 우울, 후회 등을 호소한다고 하면서 특히 이러한 증상이 한의학의 기본 이론인 화(火)의 역동성과 관련된 병리적 산물이라고 하였다.

이후 기존 정신장애 진단 도구를 사용하여 화병증상을 살펴보는 연구가 활발하게 이루어졌다. 민성길(1986)은 한국판 DIS-III(Korean Diagnostic Interview Schedule-III, 이만홍, 1986)를 이용한 진단을 통하여 진단별로는 우울증(주요우울장애와 기분부전장애 포함)과 신체화장애가 복합된 경우가 가장 많았으며, 범불안장애, 공황장애, 공포증으로 진단이 되기도 한다는 것을 보여주었다. 박지환(1997)은 NIMH 진단적 면담검사(National Institute of Mental Health- Diagnostic Interview Schedule; NIMH-DIS; Robins et al., 1981)의 신체화 장애 항목에 21개의 증상을 추가시킨 한국판 DIS-III를 이용한 연구에서 화병환자는 신체화 장애의 증상항목 중 ‘두통’, ‘눈이 침침하다’, ‘가슴이 두근거린다’, ‘목구멍에 덩어리가 걸린 느낌’, ‘속이 거북하거나 끓는다’, ‘가슴이 답답하거나 숨이 차다’, ‘가슴이 치밀어 오른다’, ‘소변이 자주 마렵다’, ‘얼굴에 열이 오른다’, ‘한숨이 자주 나온다’, ‘머리가 멍하고 무겁다’, ‘머리속이 흔들린다’, ‘눈이 땡기고 아프다’의 13개 항목을 주로 호소하는 것으로 나왔다. 특히 ‘가슴이 치밀어 오른다’, ‘머리가 멍하고 무겁다’, ‘가슴이 답답하거나 숨이 차다’의 증

상이 주요우울증, 범불안장애와 화병군을 판별하는 가장 중요한 증상인 것으로 밝혀졌다.

화병에 대한 국내연구 가운데 다음으로 많은 연구들은 화병 환자의 성격특성, 방어기제와 대처방식에 대한 연구라고 볼 수 있다. 이들 연구자들은 화병환자들이 보이는 독특한 성격특성이 화병의 발생과 깊은 관련이 있다고 가정하였다. 민성길(1993)은 화병과 관련된 방어기제나 대처특성으로 억제-참기, 위축과 신체화, 직면 회피, 구강성, 외부화(남의 탓으로 돌리기), 충동성(화풀이), 도움 요청, 불평 등을 들었다. 즉 화병환자는 억제하고 참는 경향이 많고, 대체로 위축되어 있으며, 순응하고 지낸다고 보았다. 또한 어려운 문제가 있을 때 남의 탓으로 돌리며, 남들이 이해하고 도와주지 않는다고 분해하는 것이 화병의 발생과 깊은 관련이 있다고 보았다. 전경구(1998)는 대처방식과 관련해서 화병환자들이 일반 주부에 비하여 적극적 망각, 양보, 체념, 정서적 진정 및 정서적 지원 추구하고 함께 소극적 철수, 자기 비판을 자주 사용하고 있으며, 고집, 문제 해결적 지원 추구하고 종교적 대처방식을 취하고 있다고 보고하였다.

화병환자를 대상으로 심리척도를 사용한 연구들은 대부분 화병환자가 불안, 우울, 분노에 있어 일반인에 비하여 높다는 결론에 도달하고 있다. 민성길(1998)은 SCL-90(Hopkins Symptom Checklist-90; Derogatis, Lipman, & Covi, 1973)에 한국의 문화관련 증상으로 생각하는 항목을 추가하여 조사한 결과 화병 환자들이 일반적인 우울과 불안 및 강박증 등의 증상들 이외에도 다양한 신체증상을 호소한다고 보고하였다. 노종영(1998)은 Zung의 Self-Rating Anxiety Scale(SAS; Zung, 1971)과 Self-Rating Depression Scale(SDS; Zung, 1965) 및 Spielberger

의 State-Trait Anger Expression Scale(STAXI; Spielberger, 1988)을 사용하여 불안에서는 정신적 붕괴, 두려움, 악몽, 피로, 불안감, 이상 감각 등에, 우울에서는 우울한 감정, 정신운동 흥분, 빈맥, 흥분성, 울음 등에, 그리고 분노에 있어서는 분노를 경험하는 수준 및 표현에 있어서도 높게 나타났다고 하였다. 전경구(1997)는 STAXI를 활용한 연구에서 화병환자들이 분노 표현에 있어서 분노 억제를 많이 사용하고 있으며, 특히 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.

그러나, 기존의 연구들은 연구대상을 정할 때 화병에 대한 객관적인 진단기준을 적용하지 않은 채 연구에 포함시켰다는 중대한 방법론적 한계를 가지고 있다. 즉 대부분의 연구에서 화병을 가지고 있는 환자집단을 환자 자신 및 주위사람이 환자의 병을 화병이라고 진단하는 경우로 하였으며, 환자 본인의 의견에 따라 화병의 유무를 정한 연구도 있다. Park과 Kwon(1999a, 1999b)은 화병에 대한 객관적 진단기준을 마련하고 화병을 연구한 최초의 연구라고 볼 수 있는데 이들 연구에서는 화병의 기준을 DSM-IV와 같이 증상 중심으로 설정하고, 이 진단기준에 부합하는 화병환자를 선정하여 화병환자의 특성을 우울증 환자, 정상인과 비교하였다.

최근 김종우, 권정혜, 이민수, 박동건(2004)은 화병환자의 진단을 위해 선행연구들과 사례보고서를 토대로 화병에 대한 진단 준거를

만들고, 이를 기초로 하여 화병면담검사(Hwa-Byung Diagnostic Interview Schedule: HBDIS)를 제작하여 신뢰도와 타당도를 검증하였다. 이들이 제작한 화병면담검사는 화병의 핵심 신체 증상, 핵심 심리 증상, 관련 신체 증상, 관련 심리 증상들을 구조적 면담을 통해 평가하고, 이와 함께 심리사회적 기능 저하, 관련 스트레스 유무 및 의학적 질병의 유무를 평가하도록 구성되었다. 화병면담검사는 화병을 객관적으로 평가할 수 있는 구조화된 면담스케줄을 제공한다는 점에서 매우 유용하나, 임상가가 면대면으로 직접 실시해야 하며 화병의 정도를 파악하는 측정도구로는 미흡하다는 제한점을 가진다.

따라서 본 연구에서는 화병을 측정하는 자기보고방식의 척도를 개발하고, 외래환자들과 정상인들을 대상으로 그 신뢰도와 타당도를 살펴보고자 한다.

연구 1

연구 1에서는 화병을 평가하는 자기보고 척도를 개발하기 위해 문헌연구와 화병환자들에 대한 심층적인 면담을 거쳐 화병을 기술하는 진술문을 작성하고 전문가의 토론을 거쳐 예비문항을 개발하였다. 다음 단계에서는 이들 예비 문항을 화병 환자, 우울증 환자, 및 정상인 집단에게 실시하여 이들을 변별해주는지 문항들을 최종문항으로 선정하였다. 마지막으로 화병척도의 타당도를 검증하기 위해 화병과 유사한 특성을 재는 소척도들과 화병과 다른 특성을 재는 소척도들이 포함되어 있는 간이정신진단검사를 실시하여 화병척도 점수와의 상관을 통해 수렴 및 변별타당도를 살

펴보았다.

방 법

연구대상

고대 안암병원 정신과와 경희대 한방 병원에 내원한 외래 환자 중, 우울증이나 화병의 증상을 주 호소로 하는 환자들 111명을 대상으로, SCID와 화병 면담검사를 실시하였고, 화병 면담 검사에 따라 화병 진단을 만족시키는 경우와 SCID에서 우울증 진단을 만족시키는 경우를 연구 대상으로 포함하였다. 이들 중 화병만 가지고 있는 환자는 30명(연령평균: 51.03세, 표준편차: 10.67세), 우울증만 가지고 있는 환자는 28명(연령평균: 59.64세, 표준편차: 10.71세)이었으며, 남자가 2명(진단기준을 충족시키지 않은 집단에 둘 다 속함)이었으며, 나머지는 모두 여성이었다. 화병과 우울증 두 가지 진단을 모두 만족시키는 환자 31명은 연구에서 제외하였다. 이들에 대한 비교집단으로 정상인 여성 33명(연령평균: 43.72세, 표준편차: 8.44세)을 개별 접촉하여 연구에 참여시켰다.

측정도구

화병 면담검사

화병면담검사는 김종우, 권정혜, 이민수와 박동건(2004)에 의해 제작된 것으로, 화병의 신체증상과 심리증상을 핵심증상과 관련 증상으로 나누고, 심리사회적 기능 저하와 관련 스트레스 그리고 의학적 질병 상태를 구조화하여 면담하는 스케줄로 이루어져 있다. 이는

SCID 등 DSM-IV의 제 1축 장애에 대한 다른 구조화된 임상적 면담 (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder)과 비슷한 틀을 가지도록 제작되었다. 이 검사는 화병환자를 대상으로 신뢰도와 타당도가 입증된 도구이다(김종우 외, 2004).

SCID-I(Structured Clinical Interview for DSM-IV)

주요우울장애(현재 주요 우울증 삽화, 과거 주요 우울증 삽화 포함), 기분부전장애, 공황장애, 외상후 스트레스 장애, 범불안장애, 신체화장애, 동통장애, 감별 불능 신체형장애, 건강염려증, 적응장애 등 DSM-IV 축 1 장애를 신뢰롭게 진단내리기 위한 반구조화된 면담도구이다. 한국판을 제작한 연구자들에 의하면 kappa값이 .70이상인 것으로 보고되었다(한오수 & 홍진표, 2000).

간이정신진단검사(SCL-90-R)

간이정신진단검사는 Derogatis(1977)가 개발한 자기보고식 다차원증상목록 검사를 김광일, 김재환, 원호택(1984)이 한국 실정에 맞게 표준화한 검사로 총 90개 문항으로 이루어져 있다. 각 문항에 대해 5점 리커트 척도로 평가하게 되어 있으며, 신체화, 강박증, 대인민감성, 우울, 불안, 적대감, 공포불안, 편집증, 정신증의 9개 증상 소척도로 구성되어있다. 내적 일치도(Cronbach's alpha) 계수는 .67 ~ .89인 것으로 보고되었다(김광일, 김재환, 원호택, 1984).

연구 절차

화병 척도의 제작은 다음의 절차를 통해 이

루어졌다.

1) 예비문항 선정

1차 예비 문항은 화병에 대해 연구를 지속해온 전문가 4인이 선행연구 결과를 바탕으로 토의를 통해 결정하였다. 기존 연구를 통해 전문가 4인은 화병의 핵심 증상이 열감, 가슴 답답함, 숨 막힘, 치밀어 오름, 덩어리 멍침 등의 특징적인 신체증상과 우울, 불안 등의 정서 증상을 복합적으로 나타낸다는 것에 합의하였다. 더불어, 화병의 증상뿐 아니라, 성격적 특성에 대한 평가를 위해, 민성길(1993), 전점구, 황의환, 김종우, 박훈기(1997)의 연구, Park과 Kwon(1999) 등의 연구 결과 등을 바탕으로, 역시 전문가 토의를 거쳐 화병 환자의 특성이 정서 표현의 억제, 대인관계 불편감, 경직성, 체념적이고 순응적인 대처방식, 피해자 의식이라는 합의를 도출하였다. 이러한 특성을 측정하기 위한 문항을 다양한 척도와 차트 기록을 통해 정서표현 억제를 측정하는 8개 문항, 대인관계 불편감을 측정하는 5개 문항, 경직성을 측정하는 9개 문항, 대처방식을 측정하는 6개 문항, 피해자의식을 측정하는 5개 문항을 선정하였다. 즉 화병 척도 예비문항은 신체증상을 측정하는 15개 문항, 정서증상을 측정하는 22개 문항, 성격특성을 측정하는 33개 문항으로 총 70개 문항을 선정하고, 5점 리커트 척도(0점: 전혀 그렇지 않다. 5점: 완전히 그렇다)로 평가하도록 하였다.

2) 1차 표본에 예비문항 목록을 실시한 자료를 비교 분석하여 화병집단과 정상집단, 우울증 집단을 잘 변별해주는 39개 문항을 선별하였다.

결과 및 논의

1차 문항선별

화병척도의 최종문항은 화병집단, 우울증집단, 정상인 집단에게 예비문항을 실시하고 집단간 차이 검증을 통해 예비문항 pool에서 화병척도 구성문항들을 선별해 내었다. 즉 화병척도를 구성하는 문항들은 첫째, 화병집단과 정상집단을 유의하게 변별할 수 있어야 하며, 둘째, 화병집단과 우울집단도 유의하게 변별할 수 있어야 한다고 보아 이 두 가지 기준을 만족시키는 문항들로 화병척도를 구성하였다. 본 연구의 목적이 우울척도가 아닌 화병척도를 구성하기 위한 것이기에 우울집단과 정상집단간의 비교는 본 연구의 관심에서 벗어난다고 보았다. 따라서 분석방법에 있어서도, 세 집단 간의 전반적 차이검증을 위한 일원변량 분석을 하지 않고, 본 연구의 관심의 대상인 두 집단씩의 비교를 위한 t검증을 수행하였다. 전체 70개의 문항 중, 59개의 문항이 화병집단과 정상집단을 유의하게 변별하였으며, 40개의 문항이 화병집단과 우울집단을 유의하게 변별하였다. 이 중, 화병집단과 우울집단은 유의하게 변별하였으나, 화병집단과 정상집단에서는 유의한 차이가 나타나지 않은 1개 문항을 제외하고 총 39개의 문항들로 화병척도를 구성하였다.

화병환자의 특성을 재는 33개 문항 중에서 최종문항에 선정된 문항은 22개 문항으로서 정서표현억제를 재는 6개 문항, 대인관계특성을 재는 3문항, 경직성을 재는 6개 문항, 체념적 대처방식을 재는 5개 문항, 피해자의식을 재는 2개 문항이 포함되었다. 정서표현억제, 대인관계특성, 경직성, 대처방식은 개념적으로

성격적 특성이라고 볼 수 있으므로 이 하위척도의 이름을 화병성격 하위척도로 명명하였다. 정서증상을 측정하는 22개 문항 중에서는 11개 문항이 선별되었는데, 억울감을 측정하는 6개 문항, 분노를 측정하는 1개 문항, 불안을 측정하는 2개 문항, 우울을 측정하는 2개 문항이 포함되었다. 마지막으로 신체증상을 측정하는 15개 문항 중에서는 6개 문항이 최종 문항에 포함되었다. 이들은 화병증상을 측정하므로 화병증상 하위척도로 명명하고, 내용에 따라 신체증상 소척도와 정서증상 소척도로 나누었다.

화병척도의 기술통계량 및 신뢰도

앞서 기술한 집단 간 비교 과정을 통해 경험적으로 구성된 화병척도는 화병성격 하위척도와 화병증상 하위척도로 구성되었다. 화병증상 하위척도는 신체증상 소척도와 정서증상 소척도로 이루어진다. 각 척도의 집단별 기술통계량을 표 1에 제시하였다. 표 1에 나타난 바와 같이 모든 척도에서 화병집단이 우울집단이나 정상집단에 비해 통계적으로 유의하게 높은 점수를 받았다.

다음으로 화병척도 전체문항의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .97로 매우 높게 나왔으며, 화병성격 하위척도와 화병증상 하위척도의 내적 일치도는 각각 .93, .94로 나왔다. 화병증상 하위 척도 중에서는 정서증상 소척도 .92, 신체증상 소척도는 .80으로 적정 수준으로 나타났다.

화병과 우울증 집단의 SCL-90-R 비교

화병척도의 구성타당도 입증을 위해 화병

표 1. 화병척도의기술통계량

	정상집단(N=33) ¹		우울집단(N=28) ²		화병집단(N=30) ³		F값	Scheffe
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차		
화병성격 하위척도	26.24	12.87	33.39	14.37	53.13	10.28	37.79	3>2,1
화병증상 하위척도	15.00	11.44	23.10	14.00	42.40	10.96	41.59	3>2>1
정서증상(11문항)	8.81	8.35	14.32	9.38	26.83	7.83	36.37	3>2>1
신체증상(6문항)	6.18	3.44	8.79	5.55	15.57	4.16	37.28	3>2,1
화병척도 총점	41.24	23.14	56.00	27.47	95.53	19.68	43.76	3>2>1

주. 모든 척도에서 집단 간 차이는 $p < .001$ 수준에서 유의하였음.

척도와 SCL-90-R의 상관을 비교하기 앞서, 화병 집단과 우울증 집단이 한국판 SCL-90-R에 응답한 결과를 분석하였다. 한국판 SCL-90-R의 각 9개 하위 척도의 집단별 기술통계량과 화병 집단과 우울집단의 평균 비교를 표 2에 제시하였다. 한국판 SCL-90-R 척도에서는 신체화, 강박증, 대인민감성, 불안, 적대감, 편집증 소척도에서만 집단간 차이를 보였으며, 화병환자들이 더 높은 점수를 받은 것으로 나타났다

(표 2 참조). 한편 SCL-90-R척도의 우울 소척도와 정신증 소척도에서는 두 집단이 유의한 차이를 보이지 않았다.

수렴 및 변별타당도

화병척도의 수렴/변별 타당도를 검증하기 위해 한국판 SCL-90-R과 화병척도의 소척도들 간의 상관을 살펴보았다. 이에 대한 결과를 표 3

표 2. SCL-90-R 하위 차원과 화병 소척도의 집단 비교

	우울집단(N=27)		화병집단 (N=30)		t 값	
	평균	표준편차	평균	표준편차		
SCL-90-R	신체화	13.8	10.2	21.4	9.3	-2.94**
	강박증	12.3	7.1	16.1	5.8	-2.22*
	대인민감성	8.1	6.4	11.7	5.6	-2.25*
	우울	19.3	11.6	22.3	8.3	-1.15
	불안	10.1	8.3	16.1	7.5	-2.85**
	적대감	4.4	4.6	7.9	6.0	-2.49*
	공포불안	5.0	3.9	5.0	4.7	.06
	편집증	3.0	3.3	5.5	3.7	-2.65*
	정신증	7.6	5.7	8.9	5.5	-.88

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

표 3. SCL-90-R과 화병척도의 상관 행렬

척도	하위척도	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SCL-90-R	1.성격척도	1											
	2.정서증상	.672**	1										
	3.신체증상	.612**	.637**	1									
	4.신체화	.507**	.620**	.608**	1								
	5.강박증	.485**	.477**	.315	.546**	1							
	6.대인민감성	.417*	.395*	.219	.383*	.740**	1						
	7.우울	.538**	.680**	.524**	.648**	.633**	.588**	1					
	8.불안	.519**	.599**	.369*	.531**	.717**	.618**	.570**	1				
	9.적대감	.541**	.461*	.250	.448*	.561**	.664**	.460*	.632**	1			
	10.공포불안	.159	.056	.085	-.011	.465*	.394*	.220	.607**	.257	1		
	11.편집증	.296	.334	.126	.312	.334	.534**	.543**	.394*	.479**	.119	1	
	12.정신증	.706**	.645**	.553**	.453*	.546**	.577**	.735**	.584**	.660**	.269	.622**	1

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

에 제시하였다. 화병의 증상군을 이루는 신체 증상과 정서증상은 SCL-90-R의 관련 소척도(신체화, 우울, 불안)와 높은 상관을 보여주었으며, 공포불안, 편집증척도와는 유의미한 상관을 보이지 않았다. 그러나 대체로 화병척도의 소척도간이나 SCL-90-R의 소척도간에 상관이 매우 높은 것으로 나타나 이 자료만으로 수렴/변별 타당도를 밝히기 어려운 것으로 나타났다.

연구 2

연구 2에서는 화병 척도의 교차 타당화를 위해 2차 피험자 집단에 화병 척도를 실시하고 신뢰도와 타당도를 확인하였다. 신뢰도를 확인하기 위해 전체 척도와 하위 척도별 내적 합치도를 알아보았다. 척도의 타당도를 검증

하기 위해서 요인분석을 실시하였다. 또한 화병 척도가 진단 목적으로 쓰일 때 최적의 절단점을 알아보기 위해 Receiver Operating Characteristic curve(ROC곡선)을 분석하였다.

방 법

연구대상

2차 연구대상은 광고를 통해 모집한 사람들과 서울 소재 대학병원 정신과 및 한방 병원 정신과에 내원한 외래 환자들이었다. 이들을 대상으로 1차 연구와 동일하게 Structured Clinical Interview for DSM-IV(SCID와 화병 면담 검사를 실시하고, 화병이나 우울증 진단을 만족시키는 환자들을 선정하였다. 이들 중 화병

만 가지고 있는 환자 63명(연령평균: 51.82세, 표준편차: 10.00세), 우울증만 가지고 있는 환자 50명(연령평균: 49.76세 표준편차: 11.30세)이 연구에 포함되었다. 성별은 남자가 16명(화병 환자: 6명, 우울증환자: 10명)이었으며, 나머지는 모두 여성이었다. 정상 통제군 역시 광고와 개별 접촉을 통해 모집한 정상인 여성 53명이었다(연령평균: 48.18세, 표준편차: 3.81세). 세 집단 간 연령에 유의한 차이는 없었다.

측정도구

연구 1과 동일하게 화병 면담검사와 SCID-I이 사용되었다.

결과 및 논의

먼저 39개 예비문항의 요인구조를 알아보기 위해 2차 표본 화병군 63명을 대상으로 요인 분석을 실시하였다. 요인분석방법은 주축요인 추출과 사각회전(direct oblimin)방식을 적용하였다. 분석결과 요인 고유치가 1개 이상인 요인은 13개가 나왔으나 Scree검사에서 고유치가 급격히 감소하는 지점을 고려하여 요인수를 3개로 설정하였다(양병화, 2000). 이중 3요인의 경우, ‘나는 친숙한 환경에서 지내기를 더 좋아 한다’는 문항 등 경직성을 반영하는 4개 문항이 부하되었으나, 문항 수가 적고, 다른 화병성격 문항과의 상관성이 적었으므로 이들 문항을 제거하였다. 이후 요인 수를 2개로 지정하여 요인분석한 후, 요인 부하량이 .30이상인 문항들을 중심으로 내용이 중복되지 않도록 최종 31문항을 선정하여 척도를 구성하였다.

최종 31문항에 대해 동일한 요인구조가 유

지되는지 확인하기 위해 요인수를 2로 지정해 주고, 다시 동일한 방법으로 요인분석을 실시하였다. Scree검사에서 고유치 하락 정도나 해석 가능성을 감안할 때 2요인이 적절한 것으로 판단되었다. 요인 구조 및 요인계수 행렬은 표 4에 제시하였다. 두 요인은 전체 변량의 39%를 설명하였다. 요인 1은 ‘나는 억울하게 느낀다’, ‘얼굴에 열이 자주 달아 오른다’, 등의 화병의 정서증상과 신체증상을 반영하는 15개 문항들이며, 요인 2는 ‘나는 많은 것을 포기하고 살고 있다’, ‘남들에게 하고 싶은 말을 못한다’, ‘나는 폭발하기 전까지 미련스럽게 참는 편이다’ 등 화병과 관련된 지속적인 성격 특성을 반영하는 16개 문항으로 이루어져 있다. 이러한 결과에 따라 화병 척도는 연구자들이 가정하 바와 같이 요인 1에 해당하는 화병증상 척도와 요인 2에 해당하는 화병 성격 척도의 두 가지 하위 척도를 포함하는 것으로 나타났다. 두 요인간의 상관은 .24로 나타났다.

화병 척도의 신뢰도

화병 척도의 전체문항의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .93으로 비교적 높은 편이었으며, 화병성격 하위척도와 화병증상 하위척도의 내적 일치도는 각각 .85, .93이었다. 문항 총점 상관은 .30에서 .79사이로 나타났다. 이를 감안할 때 화병 척도는 적정 수준의 신뢰도를 보이는 것으로 판단되었다.

화병 척도의 집단차이

화병 척도가 화병, 우울증, 정상 집단을 타당하게 구분해낼 수 있는지 확인하기 위해

표 4. 화병척도 최종 31문항의 요인구조 행렬

원척도문항번호	요인 1	요인2	문항	요인 1	요인 2
1	.65	.20	2	.30	.60
23	.81	.41	5	.06	.35
24	.54	.24	6	.19	.47
25	.67	.05	7	.06	.35
26	.66	.21	8	.01	.66
29	.53	.40	9	-.09	.53
30	.63	.34	10	.08	.37
32	.35	.24	11	.12	.74
33	.49	-.00	12	.11	.55
34	.56	.08	15	.15	.40
35	.68	.18	18	.43	.44
36	.73	.02	19	.25	.39
37	.35	.13	20	.26	.59
38	.76	.06	21	.11	.71
39	.56	.02	22	.14	.71
			31	.30	.44
설명량(%)				24.90	14.27

세 집단의 일원 변량분석(one-way ANOVA)과 사후분석으로 scheffe 검증을 실시하였다. 표 2에서와 같이, 화병증상 척도에서는 세 집단 간 .001 수준에서 유의한 차이가 관찰되었다.

사후 비교 검증 결과 화병 집단이 정상 집단과 우울증 집단에 비해 화병 증상 척도에서 통계적으로 유의하게 높은 점수를 보였다. 그러나 예상과 달리 화병성격 척도의 경우 화병

표 5. 집단별 화병 척도의 평균과 집단 간 차이검증 결과

	정상집단(N=53) ¹		우울집단(N=50) ²		화병집단 (N=63) ³		F값	Scheffe 검증결과
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차		
화병성격	28.28	7.88	33.77	10.33	35.41	7.78	9.34***	3, 2>1
화병증상	18.38	11.41	31.20	9.96	37.32	10.61	46.15***	3>2>1
화병척도총점	46.67	17.34	66.62	15.54	71.10	16.87	33.81***	3, 2>1

*** $p < .001$.

과 우울증 집단 간의 차이는 관찰되지 않았으며, 화병과 우울증 집단 모두 정상 집단에 비해 유의하게 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과가 1차 연구와 2차 연구에 사용된 문항의 차이 때문인지 알아보기 위해 1차 선정된 39개 문항과 수정된 31개 문항으로 비교했을 때 역시 결과에 큰 차이는 없었다. 이러한 결과는 성격적 특성을 통해 우울증 집단과 화병 집단을 구별하는데 어려움이 있으며, 화병 척도를 화병 진단도구로서 사용하는 경우, 화병 증상 하위척도만을 사용하는 것이 더 타당함을 나타내는 결과라고 할 수 있을 것이다.

화병 진단의 절단점

화병 척도의 진단 유용성을 평가하기 위해 2차 표본을 대상으로 ROC 곡선(Receiver Operating Characteristic Curve)을 통해 화병증상 척도가 화병 집단과 비화병 집단(우울증 집단과 정상 집단)을 변별해내는 민감도와 특이도를 평가하였다. 화병증상 척도만을 사용한 이유는 앞선 집단 차이 분석 결과 화병성격 척도에서는 우울증과 화병 간에 유의한 차이가 관찰되지 않았고, 화병 진단에 있어서 환자가

보이는 증상을 기초로 하는 것이 더 타당하다고 판단했기 때문이다.

화병증상 척도의 ROC곡선은 그림 1에 제시하였다. ROC 분석을 통해 산출되는 Area under curve(AUC)는 척도가 장애 유무를 정확하게 진단하는 정도를 나타낸다고 할 수 있다. .50 이상은 우연보다 높은 확률이며, .75~.92인 경우, 척도를 통한 진단이 유용한 것으로 받아들일 수 있다(Holmes, 1998). 화병증상 척도의 AUC는 .78로 나타나 화병증상 척도의 진단 유용성을 시사하였다.

표 6과 같이 화병증상 척도의 절단점을 30점으로 했을 때 민감도와 특이도의 합이 최대가 되었으며, 민감도는 .80, 특이도 .67, 양성 예측도(척도에서 양성이라고 분류했을 때 장애가 있을 확률)는 .59, 음성예측도(척도에서 음성일 때 장애가 없을 확률)은 .85로 나타났다. 이 경우 false positive 비율이 다소 높은 편이었는데, 변별 집단으로 정상 집단 뿐 아니라 우울증 환자군이 포함되었기 때문으로 보인다. 화병 진단을 위해 화병증상 척도를 사용하는 경우, 1차 선별목적으로 사용하는 것이 더 타당할 것으로 보인다.

표 6. 화병 증상 척도의 절단점

화병증상척도	sensitivity	specificity	PPV	NPV
>30 *	.80	.66	.59	.85
>31	.77	.68	.59	.84
>32	.73	.69	.58	.81
>32.6954	.73	.70	.59	.81
>32.9162	.71	.70	.59	.80
>33	.63	.72	.57	.77

주. PPV=Positive Predictive value; NPV=negative Predictive Value.

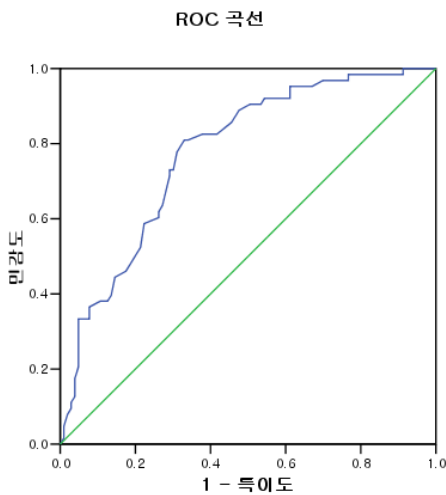


그림 1. 화병증상척도의 ROC곡선

종합논의

본 연구에서는 국내에서 처음으로 화병을 평가하는 자기보고 척도를 개발하고, 그 심리 측정적 속성을 살펴봄으로써, 향후 화병의 임상 연구에 대한 기반을 마련하고자 하였다. 이를 위해 화병에 대해 연구를 지속해온 4인의 전문가의 토론을 거친 합의와 경험적 접근 방법을 택하였다. 특히 본 연구에서는 화병척도를 개발하는 데 있어 화병 환자와 정상인의 구별 뿐 아니라 화병환자와 우울증 환자의 구별에 초점을 맞추었다. 이는 화병이 우울증과 구별될 수 있는 독특한 증후군인가의 질문이 임상가들 사이에 큰 쟁점으로 부각되어 있을 뿐 아니라 정신과를 찾아오는 많은 화병 환자들이 우울증으로 간주되어 치료받는 경우가 많아 이들 중에서 화병 환자를 가려낼 수 있는 자기보고검사에 대한 요구가 크기 때문이었다. 또한 화병 척도를 구성하는 최종문항에 화병증상 뿐 아니라 화병성격을 재는 문항

들이 거의 비슷한 비중으로 포함시켰다. 이는 화병의 병리가 증상 뿐 아니라 성격적 특성을 함께 아우르고 있을 가능성을 배제할 수 없다는 기존 연구결과들과 연구자들의 합의에 근거한 것이었다.

연구 결과 화병 척도는 연구자들이 가정하던 대로 화병증상과 화병성격의 2개 하위 요인으로 구성되어 있으며, 두 요인은 전체 변량의 39%를 설명하는 것으로 나타났다. 화병 척도의 내적 일치도는 .92로 나타났으며, 두 개의 하위 척도의 내적 일치도는 각각 .85, .93으로 적절한 수준으로 나타났다. 이러한 결과는 화병 척도의 신뢰도와 타당도가 적절함을 말해준다.

이와 같이 구성된 화병 척도가 화병 집단과 우울증 집단을 잘 변별해주는지 살펴보았다. 그 결과, 화병증상 척도는 화병 집단과 우울증 집단간의 유의한 차이를 보였다. 반면 화병성격 척도는 연구자들이 예상한 바와 달리, 화병과 우울증간의 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 1차 표본을 대상으로 한 문항 선정과정에서 화병과 우울증을 변별하는 문항을 선택했음에도 불구하고, 2차 표본에서 화병성격 척도에서는 두 집단 간 차이가 관찰되지 않았다는 것은 두 장애가 유사한 성격 특징을 서로 공유하면서, 증상 양상이 다르게 표현되는 장애임을 시사하는 것으로 보인다. 즉 화병 환자들은 우울증 환자와 성격적으로는 유사한 점이 있으나, 억울함과 한과 같은 독특한 정서증상과 특유의 신체증상 면에서 우울증 환자와 구별됨을 알 수 있다. Lin(1983)과 같은 연구자는 우울증이 동양 문화권에서 신체증상을 많이 동반한 형태로 나타난다는 점에 주목하며 화병이 한국에 고유한 문화관련 증후군이기보다 동양문화권의 신

체증상이 두드러진 우울증의 한 형태라고 주장한 바 있다. 본 연구 결과는 Lin(1983)의 주장과는 달리 화병이 우울증과 구별되는 정서 증상과 신체증상 군들로 이루어진 고유한 증상군임을 말해준다.

그렇지만 우울증과 화병 환자들이 화병 성격척도에서 차이점을 보이지 않았다는 결과는 우울증과 화병의 성격적 취약성이 유사할 가능성을 말해준다. 이러한 결과가 시사하는 바가 무엇인지 좀 더 분명히 이해하기 위해서는 더 많은 연구가 필요하다. 우선 우리나라 우울증 환자의 성격적 취약성을 외국 환자와 비교하는 연구가 이루어져 이것이 우리나라 우울증 환자에게만 나타나는 현상인지 밝혀야 할 것이다. 또한 화병 집단과 우울증 집단에서 보인 성격적 특성이 다른 정신장애 환자들에게서도 나타나는지 알아보아야 할 것이다. 본 연구는 우울증과 화병간의 관계를 밝히는 거대한 문제를 다룬 작은 시도라고 볼 수 있다. 앞으로 신체증상을 가진 우울증 환자와 화병 환자에 대한 약물유전학 연구, fMRI 연구 등 생물학적 연구와 함께 이들의 정보처리과정이나 정서조절 과정 등 심리적 특성을 밝히는 연구가 절실히 요구된다고 볼 수 있다. 더불어 앞으로 화병 척도를 통해 진단 내려진 화병 환자의 병인론, 병의 경과, 치료에 대한 반응을 통해 화병 척도를 이와 같은 방법으로 구성한 것이 타당한지 지속적인 타당화 작업이 이루어져야 할 것이다.

본 연구의 제한점과 추후연구 방향에 대해 논의하고자 한다. 첫째, 본 연구에서 사용한 환자군의 표집수가 적었다는 점을 들 수 있다. 특히 요인분석의 경우, 화병 환자의 수가 전체 문항 수에 비해 매우 적었으므로, 앞으로 더 많은 환자들을 대상으로 확인적 요인분석

과 타당화작업이 이루어져야 할 것이다. 둘째, 본 연구에서 화병척도를 개발하는 데 우선적으로 우울증과의 변별에 초점을 맞추었다는 점은 본 화병척도의 장점이자 단점으로 작용할 수 있다. 추후연구에서는 화병과 공병율이 높은 것으로 알려진 신체화장애 환자나 불안장애 환자들을 사용하여 화병척도가 과연 화병과 이들 환자군을 변별해주는지 확인해보아야 할 것이다. 셋째, 본 연구에서는 화병 척도의 수렴/변별 타당도를 충분히 검증하지 못했다는 제한점이 있다. 따라서 후속연구에서는 다양한 심리증상을 재는 척도들을 사용하여 화병척도의 타당도를 확립해야 할 것이다. 마지막으로 본 연구에 포함된 대상이 대부분 여성이었다는 한계가 있다. 기존 연구뿐 아니라, 본 연구에서도 연구 대상 일차 선정과정에서는 남성을 포함시켰으나, 실제로 남성 화병 환자의 수가 매우 작았으며, 좀 더 신뢰로운 비교를 위해, 정상 통제군을 여성으로 한정시켰다. 그러나 추후 남성 화병 환자들에게 척도를 적용시키는 타당화에 대한 연구가 필요할 것으로 보인다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 한국의 문화관련 증후군이라고 알려진 화병을 객관적으로 측정할 수 있는 도구를 처음으로 개발하였다는 데 연구의 의의를 들 수 있을 것이다. 본 연구는 화병 척도를 타당화하는 첫 걸음에 불과하며, 앞으로 다양한 척도와 생물학적 평가를 통한 타당화 작업이 이루어져야 할 것이다. 심리적 특성을 재는 측정도구의 개발은 한번에 이루어지는 것이 아니며, 현존하는 다소 조야한 척도를 딛고 더 나은 척도가 개발되는 발판도약(bootstrapping)과정을 통해 일어난다고 볼 때 앞으로 본 연구에서 개발한 화병 척도를 딛고 더 나은 척도가 개발

되기를 바란다. 또한 본 연구에서 개발한 화병 척도를 사용하여 화병에 대한 경험적 연구가 활발하게 이루어지기를 기대해 본다.

참고문헌

- 김광일, 김재환, 원호택 (1984). 간이정신진단검사 실시요강. 서울: 중앙적성연구소 pp. 1-39
- 김종우, 이조희, 이승기, 엄효진, 황의완 (1996). 화병에 대한 임상적 연구 - 한의학적 화병 모델을 중심으로, *스트레스연구*, 4(2): 23-32
- 김종우, 권정혜, 이민수, 박동건 (2004). 화병면담검사의 신뢰도와 타당도. *한국심리학회지: 건강*, 9(2), 321-331.
- 김태현, 류영수 (1999). 전신체열촬영에 의한 화병환자의 임상적 연구. *동의신경정신과학회지*, 10(1), 133-146.
- 노종영, 김종우, 황의완 (1998). 불안, 우울, 분노 척도를 이용한 화병환자의 임상양태에 관한 연구. *동의신경정신과학회지*, 9(2), 97-110.
- 민성길, 이만홍, 신정호, 박목희, 김만권, 이호영 (1986). 화병에 대한 진단적 연구. *대한의학협회지*, 29(6), 653-661.
- 민성길, 이만홍, 강홍조, 이호영 (1987). 화병에 대한 임상적 연구. *대한의학협회지*, 30(2), 187-197.
- 민성길 (1989). 화병의 개념에 대한 연구. *신경정신의학*, 28(4), 604-616.
- 민성길, 박청산, 한정옥 (1993). 화병에 있어서의 방어기제와 대응전략. *신경정신의학*, 32(4), 506-515.
- 민성길, 김경희 (1998). 화병의 증상. *신경정신의학*, 37(6), 1138-1145.
- 박지환 (1997). 화병에 대한 진단적 연구. *신경정신의학*, 36(4), 496-502.
- 양병화 (2000). 다변량 자료분석의 이해와 활용. 학지사.
- 엄효진, 김종우, 황의완 (1997). 화병 환자에게 나타나는 화의 양상에 관한 연구. *동의신경정신과학회지*, 8(1), 141-149.
- 이시형 (1977). 화병(禍病)에 대한 연구. *高醫*, 1(2), 63-69.
- 전검구, 황의완, 김종우, 박훈기 (1997). 화병과 정서적 스트레스간의 관계 연구. *한국심리학회지: 건강*, 2(1), 170-187.
- 전검구, 김종우, 박훈기 (1998). 화병 환자와 일반 주부의 생활스트레스와 대처방식. *스트레스연구*, 6(1), 9-24.
- 한오수, 홍진표 (2000). DSM-IV의 제1축 장애의 구조화된 임상적 면담: SCID-I. 서울: 하나의학사.
- 홍혜영 (1995). 완벽주의성향, 자기효능감, 우울과의 관계. *이화여자대학교 석사학위논문*.
- American Psychiatry Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, Washington DC, APA, 844-846.
- Brenner, V. (1997). Psychology of computer use :XLVII. Parameters of internet use, abuse and addiction: The first 90 days of the internet usage survey. *Psychological Reports*, 80, 897-882.
- Corey, G. (1991). *Theory and Counseling and Psychotherapy(4th)*. 심리상담과 치료의 이론과 실제. 조현춘·조현재 공역. 시그마프레스, 1995.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L. (1973).

- SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.
- Derogatis, L. R. (1977). *Symptom Checklist-90-R: administration, scoring, and procedure manual*. Baltimore, MD: Clinical and Psychometric Research.
- Heiden, L. A., & Hersen, M. (1995). Introduction to Clinical Psychology. 임상 심리학 입문. 이영호 역. 학지사, 2001.
- Holmes, W.C., 1998. A short, psychiatric, case-finding measure for HIV seropositive outpatient: performance characteristics of the 5 item mental health subscale of the SF-20 in a male, seropositive sample. *Med. Care* 36, 237-243.
- Kazdin, A. E. (1989). *Behavior modification in applied settings* (4th ed). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Lin, K. M. (1983). Hwa-Byung: A Korean culture-bound syndrome? *American Journal of Psychiatry*, 140(1), 105-107.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd Ed.). New York: McGraw Hill.
- 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.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Archives of General Psychiatry*, 38(April), 381-389.
- Shapira, N. A., Goldsmith, T. D., Keck, P. E. Jr., Khosla, U. M., & McElroy, S. L. (1999). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57(2000), 267-272.
- Sherer, M., Meddus, J., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs. B., & Rogers (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Spielberger, C. (1988). State-Trait Anger Expression Inventory. research edition. professional Manual. Psychological Assessment Resources. Odessa, Florida.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. Arnstrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 12, 371-379. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.
- Zung, W. W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 12, 371-379.

원고접수일 : 2007. 1. 12.

게재결정일 : 2007. 12. 2.

Development and validation of the Hwa-Byung Scale

Jung-Hye Kwon¹⁾

Dong-Gun Park¹⁾

Jong-Woo Kim²⁾

Min-Soo Lee³⁾

Sung-Gil Min⁴⁾

Ho-in Kwon¹⁾

- 1) Department of Psychology, Korea University
- 2) Department of Oriental Neuropsychiatry, Kyung-Hee University
- 3) Department of Psychiatry, Korea University
- 4) Department of Psychiatry, Yonsei University

Hwa-Byung is a form of psychogenic illness among lay people in Korea and was recently listed as a culture-bound syndrome of Korea in the DSM-IV. However, there has been no self-report measure assessing the severity of Hwa-Byung. The purpose of this study was to develop a self-report measure of the Hwa-Byung syndrome and examine its reliability and validity. The participants were 111 outpatients visiting the depression clinic and the Hwa-Byung clinic and 33 normal adults. The structured interviews (SCID-I, HBDIS) were first administered to determine the diagnosis of the participants and then a preliminary pool of 70 items of Hwa-Byung Scale and SCL-90-R were administered. Based on the differentiation between Hwa-Byung and normal individuals and between Hwa-Byung and depressed patients, 39 items were selected as the first items. To examine the reliability and validity, the Hwa-Byung Scale was administered to a second sample (63 Hwa-Byung patients, 50 depressed patients, 53 normal controls). Thirty-one items were constructed using factor analysis on the data. The Hwa-Byung scale was divided into two scales: the Hwa-Byung personality scale (16 items) and the Hwa-Byung symptom scale (15 items). Both scales demonstrated high internal consistency. Limitations and implications of the Hwa-Byung scale are discussed.

Key words : Hwa-Byung, culture-bound syndrome, reliability, validity