

화병환자의 MMPI-2 프로파일 특성*

권 호 인

김 중 우

권 정 혜†

고려대학교 심리학과

경희대학교 동서신의학병원

고려대학교 심리학과

화병은 한국의 문화관련 증후군으로, 몸의 열기, 치밀어 오름 등의 신체증상과 우울과 분노가 혼합된 정서 증상이 특징적인 장애이다. 본 연구에서는 화병 환자 38명, 정상통제군 20명을 대상으로 그들의 포괄적인 심리적 특성 및 임상 양상을 살펴보고자 MMPI-2 프로파일 특성을 분석하였다. 그 결과 화병 환자들의 특징적인 코드타입을 발견할 수 없었으나 D척도와, Pt척도에서 T65점 이상 상승하면서, Hy척도가 T65점에 매우 근접하게 상승하는 결과를 보였다. 또한 이와 함께 Hs척도, Sc척도, Pd척도, Pa척도 등 전반적 임상척도가 T60점 이상으로 동반 상승하는 양상으로 나타났다. 내용척도에서는 ANX, DEP, HEA, ANG, FAM, WRK, TRT척도에서 화병집단이 정상 집단에 비해 유의하게 높은 점수를 나타냈으며, 특히 ANX와 DEP척도가 T65점 이상으로 상승하였다. 여러 임상 척도의 동반 상승은 화병이 공병율이 높은 우울증이나 여타의 불안장애에 비해 보다 복잡하고 여러 증상이 혼합되어 나타나는 복합적 장애임을 반영하는 것으로 보인다. 마지막으로 본 연구의 제한점과 추후 연구방향에 대해 논의하였다.

주요어 : 화병, MMPI-2, 문화관련 증후군

* 본 연구는 2005년 보건복지부 한방치료기술 연구 개발 사업 지원에 의한 것임(B050023).

† 교신저자 : 권정혜, 고려대학교 심리학과, 서울시 성북구 안암동 5가 1번지

Tel: 02-3290-2067, Fax: 02-3290-2537, E-mail: junghye@korea.ac.kr

화병은 1990년대 중반 한국의 문화 관련 증후군으로 정신장애의 진단 및 통계 편람 제 4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-IV; APA, 1994)에 등재된 이래, 대중과 학계의 관심을 받아왔다. 화병에 대한 관심이 증가된 배경에는 정신과에 스스로를 화병이라고 칭하고 증상을 호소하는 사례가 오래 전부터 빈번했으나, 이들의 증상을 적절히 포괄하는 공식 진단명을 찾기 어려웠다는 점에서 화병 연구의 필요성에 대한 인식이 증가하였을 뿐 아니라, 문화 비교적 정신 의학이 성장하는 것과 관련되어 있다고 할 수 있다(최상진, 2000).

화병에 대한 초기 연구에서 민성길(1989)은 화병의 임상적 특징, 진단 범주, 역학 연구를 수행하고 화병이 중년 이후의 사회 경제적 수준이 낮은 기혼 여성에게 많이 나타나며, 가정생활 혹은 사회생활에서 오는 만성적 갈등에 대한 감정적 반응을 억제해온 결과로 인해 점진적으로 발병하는 만성적 질환이라고 규정할 바 있다. 또한 민성길, 남궁기와 이호영(1990)은 화병의 원인으로 남편과 시부모와의 관계 등 고통스러운 결혼생활과 가난과 고생, 사회적 좌절 그리고 개인의 성격 특성 등을 들고 있으며, 그 결과 속상함, 억울함, 분함, 화남, 증오 등이 특징적 감정 반응으로 나타난다고 설명하였다. 한편 재미 한국 여성을 대상으로 연구한 Pang(1990)은 화와 같은 감정이 사회적으로 용납되지 않기 때문에 억제되고 내면화되며, 신체적 증상을 통해 표출된다고 하였다. 즉, 많은 경우에 화병은 신체 증상으로 표출되는 경우가 많으며 이는 분노 유발 상황에서의 분노 억압이 큰 원인으로 작용한다는 것이다.

화병은 왜 한국 사회의 기혼여성에서 주로

나타나는 것일까? 무엇보다도 이는 여성에 대해 상대적으로 억압적이었던 유교적 전통 사회 속에서 기혼 여성이 처한 사회 환경 및 역할과 관련 있다고 할 수 있다(구병수, 김동일, 1997). 우리나라에서는 오랫동안 여성의 자기 주장적 표현이 죄악시 되고, 감정을 표현하기 보다는 참고 견디는 것이 미덕으로 간주되어 왔다. 이 같은 전통적 여성관이 결혼 이후의 여성이 겪게 되는 속박된 삶과 정서적 충격을 거쳐 화병이라는 특유한 문화관련 장애의 발전에 기여할 수 있을 것이다. 즉 여성은 결혼을 통해 지금까지 성장해 온 환경과는 다른 새로운 환경에서 적응해야 하며, 남편이나 시댁 식구들과 갈등이 생기는 경우, 참고 인내할 것을 강요하는 유교적 가치관이 분노의 억압과 장기화에 기여하여 여성을 화병에 취약하게 할 수 있는 것이다. 한편으로 자신의 의사나 분노의 표현을 억압당하는 환경 하에서 여성이 자신의 심리적 갈등을 신체적 증상으로 전환하여 나타내는 신체화 과정은 심리적 고통을 의사소통하고, 주변 사람들을 조정하는 수단이 된다고 할 수 있다(박애순, 1998). 이러한 점에서 화병은 한국 여성이 삶의 고통을 표현하고 전달하는 한 방식이라고 할 수 있다(권석만, 2003).

화병은 진단적으로 매우 복합적인 양상을 띠고 있다. 민성길(1986)은 화병 환자들의 진단이 우울증(주요우울증과 기분부전장애 포함)과 신체화장애가 복합된 경우가 가장 많았으며, 범 불안장애, 공황장애, 공포증으로 진단이 되기도 하여서 화병이 하나의 독특한 증후군이 될 수가 있다고 하였다. 한편 이시형, 조소연, 이성희(1989)는 불안장애가 가장 많았다고 보고한 반면 박지환, 민성길, 이만홍(1997)은 화병 환자들이 신체화 장애와 감정 부전

장애로 가장 빈번하게 진단되었다고 보고하였다. 이와 같이 진단적인 측면에서 화병은 우울증, 불안증, 신체화 장애 등의 복합적인 양상을 띠고 있다고 할 수 있으나, 이 중 어느 것도 민간에서 사용되는 화병의 개념을 다 설명하고 있지는 못하다(이시형, 1977). 또한 이시형, 조소연, 이성희(1989)는 화병 환자의 진단이 몹시 어려우며, DSM 진단기준에 부합하는 전형적인 경우가 적어서 명백하게 진단내리기가 까다롭다고 하였다. 그러나 Lin(1993)은 화병이 우울증을 앓고 있는 한국인들이 신체 증상으로서 자신의 고통을 표현하는 방식이며, 한국인과 재미교포에서 화병과 우울증이 상당히 중복되어 나타나기 때문에 독립적인 진단명을 필요치 않다고 주장한 바 있다(Lin et al, 1992).

화병 환자들의 심리적 특징과 대처특성에 대한 연구들에 의하면 화병 환자들은 억제하고 참는 경향이 많고, 대체로 위축되어 있으며 순응적인 특성을 나타낸다고 보고된 바 있다(민성길, 박청산, 한정옥, 1993). 즉 화병 환자들은 어려운 문제가 있을 때 남의 탓으로 돌리는 경향을 보이며, 남들이 이해하고 도와주지 않는다고 분해하는 것이 화병의 발생과 깊은 관련이 있다고 할 수 있다. 전경구, 황의완, 김종우, 박훈기(1998)는 대처방식과 관련해서 화병환자들이 일반 주부에 비하여 적극적인 망각, 양보, 체념, 정서적 진정 및 정서적 지원 추구하고 함께 소극적 철수, 자기비판을 자주 사용하고 있으며, 고집, 문제 해결적 지원 추구하고 종교적 대처방식을 취하고 있다고 보고하였다.

그러나 화병에 대한 초기 연구들은 객관적인 진단기준을 적용하지 않은 채, 환자 자신이나 주변 사람이 화병이라고 진단하는 환자

들을 대상으로 연구했다는 방법론적 한계를 안고 있었다. 이러한 한계점을 극복하기 위해 김종우, 권정혜, 이민수, 박동건(2004)은 선행 연구와 사례보고서를 토대로 화병에 대한 진단 준거를 확립하고, 이를 기초로 화병 면담 검사(Hwa-Byung Diagnostic Schedule: HBDIS)를 제작한 바 있다. 이들은 화병에 대한 기존 연구와 화병 전문가 모임의 토론을 통해 화병의 진단기준을 제안하였다. 이 진단 기준에는 화병의 핵심 신체 증상, 핵심 심리 증상, 관련 신체 증상, 관련 심리 증상이 포함되어 있으며, 심리 사회적 기능 저하, 관련 스트레스 유무 및 의학적 질병의 유무를 평가하도록 구성되었다.

이러한 선행 연구결과 들을 요약하면 화병 환자들의 임상양상은 우울증상과 불안, 분노의 정서증상과 함께 화병 특유의 신체 증상이 특징이라고 할 수 있다. 더불어 분노를 억제하고 참고, 회피적이고 수동적인 대처를 한다는 점이 핵심적인 대처 특성이라고 할 수 있다. 본 연구에서는 최근 개발된 화병의 진단 기준을 충족시키는 환자들을 대상으로 다면적 인성검사 개정판을 실시하고, 화병환자들이 보이는 특성을 파악하고자 하였다. MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-II; 이하 MMPI-2)는 화병 증상과 관련되어 있는 신체 증상과 정신과적 증상을 포함하여 광범위한 항목을 포괄하고 있으며, 국내 임상 현장에서 가장 빈번히 사용되고 있는 검사라는 점에서, 화병 환자들에 대한 유용한 정보를 제공할 수 있을 것으로 보인다. 또한 이를 통해 화병환자들의 임상적, 성격적 특성에 대해 확인하고, 실제 임상 장면에서 효과적으로 화병 환자들을 파악하고, 그에 맞는 치료적 개입을 세우는데 도움을 주고자 하는 것이다.

방 법

연구대상

본 연구의 연구 대상은 서울 소재 K대와 H대의 정신과, K대 한방병원 정신과를 내원한 외래 환자들 중 화병 증상을 주 호소문제로 온 환자들 및 신문 광고를 통해 지원한 환자들을 대상으로 한방 정신과의 1인, 정신과 전문의 1인이 Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders(SCID-I; 한오수, 홍진표, 2000)와 화병 면담검사(김종우 등, 2004)를 실시하고, 이들 중 화병 진단을 만족시키는 화병 환자 38명을 선정하였다. 화병의 진단은 김종우 등(2004)이 화병에 대한 기존의 임상 연구와 화병 전문가 모임의 토론을 통해 제안한 다음과 같은 진단 기준을 충족시키는 경우로 정의하였다. 각 항목의 내용은 다음과 같다. (1) 화병의 핵심 증상 6개 중 4개 이상의 증상을 6개월 이상 나타냄; 가슴이 답답하거나 숨이 막힘/목이나 명치에 멎쳐진 덩어리가 느껴짐/열감/치밀어 오르는 느낌/억울하고 분한 마음/화가 나거나 분노가 치밀, (2) 화병 관련 신체 증상 4개 중 2개 이상의 증상을 6개월간 나타냄; 가슴이 심하게 땀/입이나 목이 자주 마름/두통/불면증, (3) 화병 관련 심리 증상 5개 중 2개 이상의 증상을 6개월간 나타냄; 두렵거나 깜짝깜짝 놀람/잡념/삶이 허무하게 느껴짐/한숨을 자주 쉬/한이 맺혔다고 느낌, (4) 위의 증상이 뚜렷한 스트레스 사건과 관련되어 일어났다고 보고하며, (5) 위의 증상으로 인해 가정적, 사회적, 직업적 혹은 기타 중요한 기능영역에서 임상적으로 심각한 고통이나 장애를 초래됨. 비교 집단은 정상인 여성 20명으로 신문과 인터넷에 ‘심리학 연구 참가자

모집 광고’를 보고 지원한 사람들이었다. 이들 지원자 중 ‘정신과적 진단이나 치료의 과거력이 없는’ 사람에 한해 연구에 포함되었다. 화병 집단과 정상집단 모두에게 소정의 참가료를 지급하였다.

화병이 대부분 여성 환자들에게 빈번하게 나타나는 점을 감안하여 화병 군과 정상 통제군 모두 여성 환자로 한정하였다. 화병 집단의 연령범위는 40세부터 56세까지로, 평균 연령은 50.29(표준 편차; 4.56)세였으며, 정상집단의 연령범위는 43세부터 55세로, 평균 연령은 49.65(표준 편차; 4.14)세였다. 두 집단의 연령과 교육 수준의 차이는 유의하지 않았다. 연구 대상의 인구통계학적 특징은 표 1에 제시하였다.

연구도구

화병 면담검사

김종우 등(2004)이 제작한 것으로, 화병의 신체증상과 심리증상을 핵심증상과 관련 증상으로 나누고, 심리사회적 기능 저하와 관련 스트레스 그리고 의학적 질병 상태를 구조화하여 면담하는 스케줄로 이루어져 있다. DSM-IV의 제 1축 장애에 대한 구조화된 임상적 면담 (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder)과 유사한 구조로 제작되었다.

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

주요우울장애(현재 주요 우울증 삽화, 과거 주요 우울증 삽화 포함), 기분부전장애, 공황장애, 외상 후 스트레스 장애, 범 불안장애, 신체화 장애, 동통장애, 감별 불능 신체형장애, 건강 염려증, 적응장애 등 DSM-IV의 축 1 장애

표 1. 연구대상의 인구통계학적 특성

		화병집단(n=38)	정상집단(n=20)
교육수준	무학	2(5)	0
	초졸	6(16)	2(10)
	중졸	6(16)	3(15)
	고졸	15(40)	11(55)
	전문대졸	3(8)	1(5)
	대졸	4(10)	3(15)
	대졸이상	1(2)	0
	결혼형태	기혼	32(86)
이혼		2(5)	1(5)
사별		2(5)	-
기타		1(2)	-
직업	주부	22(61)	12(60)
	생산직	1(2)	1(5)
	농어축산업	1(2)	0
	사무직	2(5)	0
	판매서비스	5(13)	5(25)
	기타	5(13)	1(5)
다른 1축 장애 진단	주요우울장애	18(47)	-
	기분부전장애	9(23)	-
	적응장애	1(2)	-
	외상 후 스트레스장애	1(2)	-
	Any Axis I disorder	28(73)	-

주. ()는 백분율임.

애를 신뢰롭게 진단 내리기 위한 반 구조화된 면담도구이다. 한국판에 대한 평가자간 일치도 kappa값은 .70이상인 것으로 보고된 바 있다(한오수, 홍진표, 2000).

MMPI-2(Butcher et al., 1989; 김중술 등,

2005)

다면적 인성검사-II는 1943년 출간된 다면적 인성검사(Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMPI)의 한국 개정판으로, 개인의 행동과 임상적 특징을 프로파일을 기초로 파악하는데 광범위하게 사용되고 있는 검사이다.

MMPI-2는 567문항으로 구성되어 있으며, 자기 보고척도이다. 임상과 내용척도는 전산화된 채점 프로그램을 사용하여 채점하였다.

연구 절차

연구 참여자들은 모두 연구에 대한 구두 설명을 들은 후, 서면 동의서를 읽고 서명함으로써 연구에 동의하였다. 본 연구에서 수집된 자료는 SPSS 12.0을 통해 분석하였다. 화병군과 정상 통제군의 MMPI-2 척도점수의 평균과 표준편차를 확인하고 t-test를 실시하였다. 또한 화병환자를 유사한 특성을 가진 군집으로 나눌 수 있는지 알아보기 위하여 MMPI 프로파일 결과를 군집분석(cluster analysis)하였다. 군집화 유형으로는 계층적 군집화 방법을 사용하였으며, 거리 측정 방법은 유클리디안 제곱 거리(squared Euclidian distance), 군집화 방법은 집단 간 평균 결합을 나타내는 between-groups linkage를 사용하였다. 그리고 군집간 차이를 비교하기 위해 t-test를 실시하였다.

결 과

본 연구에 포함된 38명의 화병 환자 중 73%가 화병 이외에 한 가지 이상의 1축 장애의 진단기준을 충족시켰다. 47.3%는 주요우울 장애를 나타냈고, 23.6%가 기분 부전 장애 진단기준을 충족시켰다. 이는 화병과 기분장애, 특히 우울 관련 장애의 높은 공병율을 시사하는 것이다. 2.6%의 환자들이 각각 적응장애와 외상 후 스트레스 장애를 나타냈다. 화병 이외의 DSM-IV에서 두 가지 이상의 1축 장애 진단 기준을 충족시킨 사례는 1례(2.6%)로 나

타났다.

화병 환자들의 MMPI 프로파일 특성 분석

환자들의 MMPI-2 프로파일 특성을 살펴보기 위해, 원 점수 50, 표준편차 10로 환산된 T 점수를 표 2에, 프로파일을 그림 1에서 제시하였다. 전체 환자 중 무응답 항목이 30문항 이상이거나, L척도와 K척도가 T 70점 이상으로 상승된 사례는 없었으므로, 응답의 신뢰도나 타당도가 의심되어 분석에서 제외된 사례는 없었다. 타당도 척도 결과를 살펴보면, 완만한 샷갯 형태를 나타내고 있는 바, 주관적으로 경험하는 스트레스에 비해 적응적 방어 능력은 다소 저하된 상태로 나타났다. 타당도 척도 중 L과 K척도는 정상인과 유의미한 차이가 없었으며, 각각 $t(56) = -.72, m, t(56) = -1.61, m$, F척도에서는 화병환자들이 정상인에 비해 유의하게 높은 수준을 나타냈다, $t(56) = 2.17, p < .05$. 그러나 T점수의 상승 수준은 경미하였다.

임상 척도 중 평균 T점수가 70점 이상으로 상승하는 척도는 없으나, 대부분의 임상 척도들이 전반적으로 고르게 상승한 양상을 나타내고 있다. 그 중 D척도와 Pt척도가 T65점 이상으로 2-7 code type에 가장 가까운 것으로 나타났다. 그러나 Hy척도가 T점수 64.32로 유사한 수준으로 상승하고, Hs척도, Sc척도, Pa척도, Pd척도 역시 T점수 차이가 5점 이내로 근접하게 상승하고 있어서 전형적인 코드타입으로 해석하기에는 무리가 있었다. 이러한 결과는 화병 환자들에게 있어서 우울과 불안, 다양한 신체증상이 가장 주된 특징임을 시사하는 것이다. 또한 신경증 척도 1-2-3과 정신병 척도 6-7-8이 함께 상승된 패턴으로, 이는 화

표 2. 화병 환자와 정상인의 MMPI 척도 결과

척도	화병환자(n=38)	정상통제군(n=20)	t
	M (SD)	M (SD)	
L	45.89(7.28)	47.40(8.08)	-.72
F	54.03(9.40)	48.25(10.00)	2.17*
K	45.92(7.39)	49.50(9.15)	-1.61
1(Hs)	62.79(9.38)	47.70(7.02)	6.31***
2(D)	66.63(10.47)	52.20(10.22)	5.02***
3(Hy)	64.32(10.10)	48.25(7.51)	6.25***
4(Pd)	61.68(10.12)	49.40(8.14)	4.58***
5(Mf)	42.97(11.26)	44.10(8.96)	-.38
6(Pa)	61.97(9.22)	50.30(10.63)	4.34***
7(Pt)	65.00(11.13)	50.25(10.46)	4.89***
8(Sc)	62.63(10.57)	49.30(10.99)	4.52***
9(Ma)	54.08(9.37)	48.05(7.88)	2.45*
0(Si)	59.11(12.49)	53.05(10.97)	1.82

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

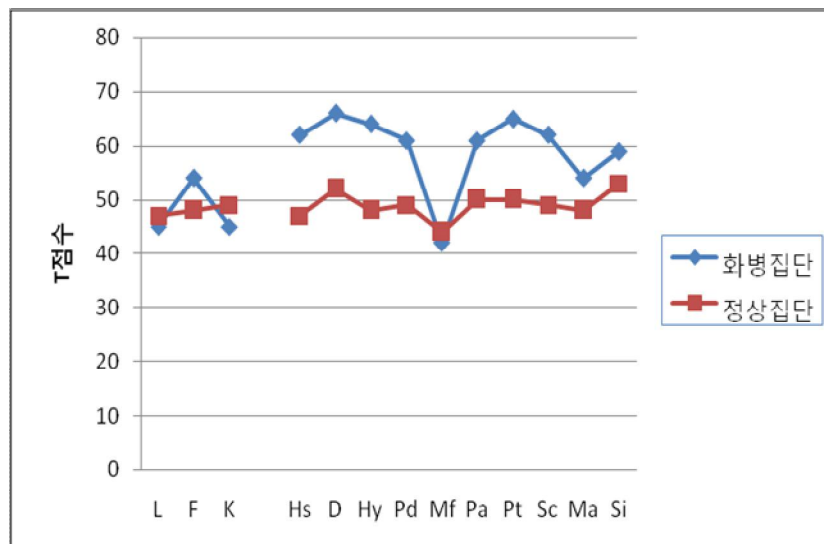


그림 1. 화병환자와 정상집단의 MMPI-II 프로파일

병의 복합적인 증상 양상을 나타내는 결과로 보인다. Pd척도와 Pa척도의 상승은 화병 환자들의 대다수가 정서 증상 이외에 대인관계에서 갈등과 적대감을 경험하고 있으며, Mf의 척도의 상대적 하락은 이 환자들이 대인관계에서 느끼는 분노나 적대감이 여성적 성 역할과 갈등을 초래하고 있음을 나타내는 것으로 보인다. 한편 Ma척도는 정상집단에 비해 화병 집단이 유의하게 높은 점수를 나타내고 있는 등 정도의 정서적 불안정성을 반영하는 것으로 보인다. Mf척도, Si척도에서는 화병 집단과 정상집단 간 유의한 차이가 관찰되지 않았다,

각각 $t(56) = -.38, ns, t(56) = 1.82, ns$.

화병 환자와 정상통제군의 내용척도 결과는 표 3에 제시하였다. 결과를 살펴보면, ANX, OBS, DEP, HEA, ANG, FAM, WRK, TRT 척도에서 화병 집단이 정상집단에 비해 유의하게 높은 점수를 나타냈다. 이들 중 특히 ANX와 DEP척도가 T65점 이상으로 상승하였다. 내용 척도 결과 역시, 화병 환자들이 정상집단에 비해 우울, 불안, 분노와 함께 여러 신체증상을 경험하고 있으며, 가족 내 갈등이 동반되어 있음을 나타내는 결과로 보인다.

표 3. 화병 집단과 정상집단의 내용척도 결과

내용척도	화병환자(n=38)	정상통제군(n=20)	t
	M (SD)	M (SD)	
ANX	67.89 (13.39)	48.25 (11.25)	5.59***
FRS	53.16 (11.04)	50.75 (11.24)	.78
OBS	55.21 (10.44)	49.40 (9.82)	2.05*
DEP	66.08 (12.06)	51.85 (14.58)	3.97***
HEA	62.26 (11.14)	47.70 (8.90)	5.05***
BIZ	52.11 (9.76)	48.20 (12.16)	1.32
ANG	55.68 (8.41)	47.30 (7.29)	3.76***
CYN	50.92 (8.95)	48.90 (8.63)	.82
ASP	48.29 (7.89)	48.05 (8.01)	.10
TPA	52.47 (9.98)	51.40 (8.86)	.40
LSE	55.76 (10.95)	52.45 (12.64)	1.03
SOD	58.11 (13.43)	52.50 (10.59)	1.61
FAM	61.92 (10.54)	50.85 (12.82)	3.52**
WRK	59.21 (10.79)	51.25 (12.46)	2.53*
TRT	60.13 (10.79)	53.00 (13.73)	2.17*

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

화병환자와 우울증 공병군들의 MMPI 프로파일 차이분석

본 연구에 포함된 환자 중 진단적으로 논란이 있는 주요 우울장애의 공병율이 높았던 점을 감안하여, 화병만을 단독으로 진단받았거나, 화병과 주요 우울장애를 제외한 다른 진단을 받은 집단과 화병과 주요 우울장애를 함께 보이는 화병과 우울증 공병 집단의 결과를 비교하고, 표 4에 제시하였다. 그 결과 두 집단 간 타당도와 임상 척도 모두에서 통계적으로 유의한 차이는 관찰되지 않았으며, 전체적인 프로파일은 매우 유사한 양상으로 나타났다.

화병 환자들의 군집간 MMPI 프로파일 특성 분석

화병 집단의 증상 및 정서적 특성이 좀 더 동일한 집단으로 구분하여 이들의 다양한 특성을 용이하게 파악하기 위해 군집 분석을 실시하였다. 그 결과는 표 5에 제시하였다. 먼저 적절한 군집의 수를 결정하기 위해, 2-4개의 군집해를 저장하는 방식으로 분석하였다. 분석결과 4개의 군집으로 나누어질 경우에는 2사례(5.3%), 19사례(50.0%), 8사례(21.1%) 9사례(23.7%)으로 나누어지면, 3개 군집일 경우 2사례(5.3%), 28사례(73.8%), 8사례(21.7%), 그리고 마지막으로 2군집일 경우에는 2사례(5.3%), 36사례(94.7%)로 나누어졌다. 여러 가지 군집해

표 4. 화병 집단과 화병과 우울증 공병집단의 MMPI 척도 결과

척도	화병집단 (n=20)	화병과 우울증 공병집단(n=18)	t
	M (SD)	M (SD)	
L	45.55 (8.29)	46.89 (7.99)	.75
F	52.15 (10.44)	56.11 (7.86)	-1.30
K	47.80 (6.37)	43.83 (8.06)	1.69
1(Hs)	62.45 (11.47)	63.17 (6.63)	-.23
2(D)	65.30 (9.97)	68.11 (11.10)	-.82
3(Hy)	63.65 (11.86)	65.06 (7.98)	-.42
4(Pd)	61.80 (10.22)	61.56 (10.30)	.07
5(Mf)	43.65 (13.57)	42.22 (8.31)	.38
6(Pa)	60.45 (7.81)	63.67 (10.55)	-1.07
7(Pt)	62.80 (9.09)	67.44 (12.85)	-1.29
8(Sc)	60.40 (10.44)	65.11 (10.30)	-1.39
9(Ma)	52.85 (9.90)	55.44 (8.81)	-.84
0(Si)	56.65 (13.42)	61.83 (11.09)	-1.28

표 5. 화병 집단의 군집 분석 결과

척도	군집 1(N=28)		t
	M (SD)	M (SD)	
L	45.36 (6.59)	49.38 (8.60)	-1.42
F	56.86 (8.50)	47.63 (7.24)	2.78**
K	44.61 (6.83)	49.75 (8.48)	-1.78
1(Hs)	63.18 (8.62)	65.50 (8.79)	-.66
2(D)	68.39 (10.12)	65.13 (8.25)	.83
3(Hy)	63.29 (8.98)	72.63 (5.60)	-2.77**
4(Pd)	62.11 (10.34)	64.13 (6.08)	-.52
5(Mf)	44.89 (10.73)	34.63 (5.68)	2.58*
6(Pa)	63.89 (9.24)	59.50 (3.92)	1.30
7(Pt)	67.75 (10.68)	59.50 (8.14)	2.01
8(Sc)	65.75 (9.75)	55.63 (7.19)	2.72*
9(Ma)	52.36 (9.02)	58.75 (9.79)	-1.73
0(Si)	64.71 (8.56)	43.13 (7.14)	6.49***

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

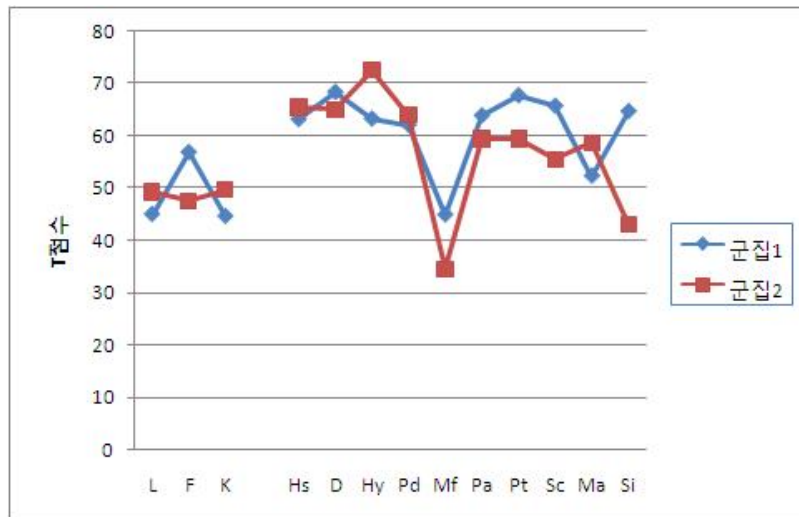


그림 2. 군집별 MMPI-II 프로파일

에서 하나의 군집으로 묶이는 두개의 사례를 살펴보았을 때, 모든 임상 척도가 T50점 수준의 정상 범주에 해당되는 프로파일을 나타내고 있었으며, 이들을 하나의 군집을 대표하기에는 매우 적은 수치였으므로, 이들을 제외한 나머지 군집으로 나누는 것이 타당할 것으로 판단하였다. 따라서 2개의 사례를 제외하고 2개의 군집으로 나누어 살펴보았다. 그 결과는 표 5와 그림 2에 제시하였다.

두 집단 간의 MMPI 척도의 평균 차를 살펴보기 위해, MMPI의 T점수에 대해 t-test를 실시하였으며, 그 결과 타당도 척도에서는 군집 1이 군집 2에 비해 F척도가 유의하게 상승하

였고, $t(34) = 2.78, p < .01$, 임상 척도에서는 Mf 척도, Sc척도 Si척도에서 군집 1이 군집 2에 비해 유의하게 높은 점수를 나타냈다, 각각 $t(34) = 2.58, p < .05$, $t(34) = 2.72, p < .05$, $t(34) = 6.49, p < .001$. 군집 1의 타당도 척도는 군집 2나 정상 통제군과 달리 ‘^’ 형으로, 현재 심리적 불편감이 어느 정도 있으나, 이를 방어하기 어려운 상태를 보고하고 있으며, 군집 2는 이에 비해 상황적인 불편감이 상대적으로 적은 것으로 나타났다. 임상 척도를 살펴보면, 군집 1은 전반적인 임상 척도의 동반 상승과 함께 특히 척도 D척도와 Pt척도, Sc척도가 T65점 이상으로 상승한 형태를 나타내

표 6. 군집별 내용 척도 결과

내용척도	군집 1(n=28)	군집 2(n=8)	t
	M (SD)	M (SD)	
ANX	69.71 (12.23)	66.75 (14.87)	.57
FRS	53.93 (11.10)	51.63 (12.42)	.50
OBS	56.75 (9.18)	49.25 (10.62)	1.97
DEP	68.18 (12.10)	62.38 (10.04)	1.23
HEA	63.64 (10.81)	61.63 (10.39)	.46
BIZ	53.07 (10.86)	49.38 (5.68)	.92
ANG	57.71 (8.68)	49.63 (4.40)	2.52*
CYN	52.64 (9.13)	44.63 (6.09)	2.32*
ASP	48.46 (6.83)	44.75 (9.70)	1.23
TPA	53.46 (9.03)	49.75 (13.83)	.90
LSE	59.32 (9.56)	45.13 (9.09)	3.74**
SOD	63.39 (10.76)	41.63 (7.85)	5.30***
FAM	62.54 (11.13)	63.00 (7.19)	-.11
WRK	62.14 (10.16)	51.75 (8.71)	2.62*
TRT	63.07 (9.96)	52.25 (9.42)	2.73*

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

고 있다. 이것은 화병 환자 중 다수가 보이는 특징으로, 정서적 혼란이 유의하게 증가하면서 침울함과 우울기분, 긴장과 불안 증상, 사회적 불편감과 고립 경향을 시사하는 것이다. 이들은 임상적인 증상을 유의하게 높은 수준으로 경험하고 있으며, 현재 심리적인 어려움을 정상적으로 방어하는데 어려움이 큰 상태로 보인다. 척도 8의 상승은 BIZ 내용척도의 상승이 동반되지 않은 점을 감안할 때, 정신병적 경향성 보다는 심리적 혼란을 더 반영하는 것으로 보인다. 군집 2의 하위 유형은 Hy 척도가 70점 이상으로 상승하면서, Hs척도와 D척도가 T65이상으로 동반 상승하고, Pd척도가 T64점 정도로 근접하게 상승하는 양상이다. 또한 군집 1에 비해 Mf척도가 유의하게 낮은 특성을 나타내고 있다. 이들은 기존에 화병 환자들의 특징이라고 알려진 부정적 감정의 억압과 신체 증상에 대한 염려가 좀 더 강하며, 수동적이고 전통적인 여성역할을 선호하고, 의존적인 대인 관계적 특성을 보여주는 사람들로 보인다. 그러나 한편으로 Pd척도의 동반상승은 분노와 같은 부정적 감정의 억압이 그다지 성공적이지 않고 갈등적인 상태를 시사하는 것으로 보인다.

두 집단 간의 내용척도의 차이를 살펴보면, 군집 1이 군집 2에 비해 ANG, CYN척도, LSE척도, SOD척도, WRK, TRT척도에서 유의하게 높은 점수를 나타냈다. 전반적으로 군집 1의 사람들이 주관적인 불편감이 크고, 적응 수준이 저하된 양상으로 나타났으며, 군집 2는 상대적으로 부정적 감정의 억압적 특성이 좀 더 두드러진 집단으로 보인다.

논 의

본 연구에서는 화병 환자들의 포괄적인 심리적 특성을 알아보기 위해 화병 집단과 정상 통제집단에 MMPI-2를 실시하고, 집단 간 차이를 살펴보았다. 이를 통해 화병 환자들의 임상적, 성격적 특성을 확인하고, 임상 장면에서 적절한 진단과 치료에 어려움이 있는 화병 환자들을 효과적으로 파악하여 그에 맞는 치료적 개입을 하는데 도움을 주고자 하였다. 화병이 중년 여성에게 주로 나타나는 점을 감안하여 연구 대상을 40-50대의 중년 여성으로 한정하였으며, 38명의 화병 환자와 연령과 교육수준이 유사한 20명의 정상집단이 연구에 포함되었다.

그 결과 화병 환자의 73%가 화병 이외에 한 가지 이상의 DSM-IV의 1축 장애의 진단 기준을 충족시켰으며, 47.3%는 주요우울장애, 23.6%가 기분 부전 장애, 2.6%의 환자들이 각각 외상 후 스트레스 장애와 적응장애를 공병 장애로 갖고 있는 것으로 나타났다. 전반적으로 화병과 우울관련 장애의 공병율이 가장 높게 나타났으며, 신체화 장애의 공병율은 전무하였고, 불안장애의 공병율은 2.6%로 나타났다. 화병의 진단 양상에 대한 기존 연구(박지환 등, 1997; 이시형 등, 1989)에 비해 신체화 장애와의 공병이 전혀 나타나지 않은 점은 본 연구가 DSM-IV 진단체계를 적용했기 때문에 신체화 장애의 진단을 자체가 낮아진 점, 가슴 답답함이나 신체 열기 등 한국 문화의 독특한 신체증상 표현이 진단에 반영되지 않았기 때문으로 보인다. 또한 이러한 결과는 기존의 진단 체계를 화병 환자들에게 적용하는 경우, 화병 특유의 신체증상의 존재와 심각성을 간과할 수 있음을 시사한다.

화병 환자들의 MMPI-2 결과, 임상 척도 중에서 D척도와, Pt척도에서 T65점 이상 상승하면서, Hy척도가 T65점에 매우 근접하게 상승하는 결과를 보였다. 그러나 이와 함께 Hs척도, Sc척도, Pd척도, Pa척도 등 전반적 임상척도가 T60점 이상으로 동반 상승하는 양상으로 나타났다. 다만 임상 척도 중 상승 척도와 비상승척도 간의 차이가 5점 이내로 전형적인 코드 타입으로 해석하기는 무리가 있었다 (Graham, Timbrook, Ben-Porath, & Butcher, 1991). 이러한 결과는 화병 환자가 우울하고 불안하며 긴장 수준이 높고, 현재 상당 수준의 심리적 혼란을 경험하고 있으며, 더불어 여러 가지 다양한 신체 증상을 경험하고 있음을 나타내는 것이다. 또한 여러 임상 척도의 동반 상승은 화병이 공병율이 높은 우울증이나 여타의 불안장애에 비해 보다 복잡하고 여러 증상이 혼합되어 나타나는 복합적 장애임을 반영하는 것으로 보인다. 내용척도 결과를 살펴보면, 화병환자들은 ANX척도, DEP척도, HEA척도, ANG척도, FAM척도, WRK척도, TRT척도에서 정상집단에 비해 유의하게 높은 점수를 나타냈으며, 특히 ANX척도와 DEP척도가 T65점 이상으로 상승하였다. ANG척도는 화병 환자들이 일반인에 비해 높은 수준으로 나타났으나, T56점 정도로 상승 수준은 두드러지지 않았다. 이러한 결과는 화병을 일종의 ‘분노 증후군’으로 보는 기존의 견해를 부분적으로만 지지하는 것으로 보이는데, MMPI-2의 분노 내용 척도가 분노 통제의 어려움과 행동화 경향성을 주로 포함하고 있으며, 화병 환자 특유의 억울함과 분함과 같은 감정이 충분히 반영되지 않았기 때문으로 보인다. 또한 화병환자의 FAM 척도가 유의하게 상승한 것으로 나타났다는데, 대인 관계의 갈등, 특히 가족 내 갈등

등이 화병 환자들의 주요 스트레스 요인이라는 기존 연구 결과와 일치하는 것으로 보인다 (김종우, 이조희, 이승기, 엄효진, & 황의완, 1996). 이와 함께 화병 환자들은 여러 가지 일상 생활의 기능 저하를 느끼면서, 자신의 문제에서 벗어나지 못하리라는 비관적 태도나 무력감이 높아서 부정적 치료 지표를 나타내는 사람들로 보인다. 이러한 화병 환자들의 복잡한 증상 특성, 즉 불안, 우울, 분노나 피해의식, 적대감 등의 다양한 정서증상과 함께 특유의 신체화 증상을 표출하는 점 등은 화병 치료에 있어서 단일 증상 개선보다는 통합적인 개입이 필요함을 시사한다. 즉 화병 환자를 기존의 진단체계로 진단하여 우울증이나 불안장애에 초점을 맞춘 치료적 접근을 적용하는 경우, 치료 효과는 제한될 가능성이 높으며, 우울과 불안에 대한 치료뿐 아니라, 신체 증상에 대한 개입, 분노 관리나 환경 개선 등의 다각적인 치료적 노력이 필요할 것으로 보인다.

군집 분석을 통해 동질적인 특성을 지닌 화병 집단을 살펴본 결과, 군집 1의 경우 F척도가 군집 2에 비해 좀 더 상승하는 사람들로, D척도, Pt척도, Sc척도가 모두 T65점 이상으로 상승하는 등 증상의 심각도가 높고 군집 2에 비해 사회적 불편감이나 고립감이 높은 군으로 나타났다. 이에 비해 군집 2의 경우 Hy 척도가 T70점 이상으로 상승하면서, Hs척도와 D척도가 동반 상승하는 전형적인 신경증적 양상을 나타냈다.

화병과 우울증이 서로 구분되는 독립적인 장애인가에 대해 지난 20 여 년 간 임상가들 간에 논쟁이 지속되어 왔다. 대표적으로 Lin (1992)과 같은 연구자들은 우울증이 동양 문화권에서 신체증상을 많이 동반한 형태로 나타

난다는 점에서 화병이 한국에 고유한 문화관련 증후군이기보다 동양문화권의 신체증상이 두드러진 우울증의 한 형태라고 주장하고 있다. 본 연구 포함된 연구대상의 약 70%가 주요 우울장애나 기분부전장애의 진단기준을 충족시키고 있는 점을 고려할 때, 화병과 우울증이 매우 밀접한 관련성을 갖고 있으며, 두 장애의 감별 진단을 어려움에 보여주고 있다. 외국의 선행연구 결과에 따르면 우울증의 전형적인 프로파일은 2-7-8, 2-7, 2-3-1, 2-7-4로 보고되며(Donnelly, Murphy, & Goodwin, 1976), 한국인 우울증의 경우 신체 증상이 두드러지게 높은 편으로, 2-7-1 혹은 2-1-7 프로파일(이정균, 1974), 혹은 2-1-3-7 프로파일이 전형적이라고 보고된 바 있다(최정윤 & 정진복, 1991). 이러한 결과를 감안할 때, 본 연구에서 나타난 화병 환자들의 전형적인 프로파일은 우울증 환자들과 유사한 양상으로 보이며, 다만 다른 임상 척도가 동반 상승하고 있는 점, 특히 대인 관계에서의 갈등이나 피해 의식을 반영하는 Pd척도나 Pa척도의 상승이 기존의 우울증 환자들을 대상으로 한 연구 결과와 차이를 나타내는 점이라고 볼 수 있을 것이다. 향후 화병이 우울증과 구별되는 독특한 증후군인가에 대한 해묵은 논쟁(권정혜 et al., 2008; K. M. Lin, 1983)에 대한 해답을 얻기 위해서는 화병과 우울증을 단독으로 나타내는 집단을 대상으로 한 비교 연구가 필요할 것으로 보인다. 또한 화병의 경과나 치료에 대한 반응에 대한 경험적 연구가 축적되어야 할 뿐만 아니라 한국적 우울증을 좀 더 명확하게 규명한 후에야 두 장애의 관계를 밝힐 수 있을 것으로 보인다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 화병 환자의 표본 수가 38명으로 매우 적었으

로, 이를 전체 화병 집단으로 일반화하는데 제한점이 있다. 따라서 본 연구 결과를 확증하기 위해서는 향후 사례수를 확보한 연구가 필요할 것으로 보인다. 둘째, 본 연구에서는 화병과 다른 1축 장애의 공병군을 모두 포함시켜서, 화병만의 독특한 증상특성을 파악하는데 어려움이 있었다. 본 연구에서는 연구대상으로 포함된 화병 환자의 73%가 DSM-IV의 다른 1축 장애 진단기준을 충족시켰다는 점을 감안하여, 공병 집단을 모두 포함시키는 것이 화병 환자들의 보다 일반적인 특성을 반영한다고 판단하였다. 그러나 향후 연구에서는 화병 진단을 단독으로 만족시키는 집단과 우울증이나 여타의 불안장애를 단독으로 나타내는 집단과 비교하는 연구가 필요할 것으로 보인다. 그러나 이러한 제한점에도 불구하고 임상적, 기술적 접근 위주의 기존 화병 연구에서 객관적 진단 기준을 통해 화병 환자들을 선별하고, 이들을 대상으로 MMPI-2를 실시한 첫 번째 연구로 그 기초적인 자료를 제시했다는 점에서 의미가 있을 것이다.

참고문헌

- 구병수, 김동일 (1997). 화병 연구에 대한 검토와 전망. *동국논총* 36, 265-283.
- 권석만 (1996). 임상심리학에서의 비교 문화적 연구: 정신병리에 나타난 한국문화와 한국인의 특성. *한국심리학회 창립 50주년 동계 연구세미나*.
- 권석만 (2003). *현대 이상심리학*. 서울: 학지사.
- 권정혜, 김종우, 박동건, 이민수, 민성길, 권호인 (2008). 화병척도의 개발과 타당도 연구. *한국심리학회지: 임상*, 27(1), 237-252.

- 김광일 (1977). 우울증의 증후학적 연구. *신경정신의학*, 16(1), 46-60.
- 김종우, 전검구, & 박훈기. (1998). 화병 환자와 고혈압 환자의 질병표상 비교. *한국심리학회지: 건강*, 3(1), 114-128.
- 김종우 (2007). *화병으로부터의 해방*. 서울: 여성신문사.
- 김종우, 권정혜, 이민수, 박동건 (2004). 화병면담검사의 신뢰도와 타당도. *한국심리학회지: 건강*, 9(2), 321-331.
- 김종우, 이조희, 이승기, 엄효진, 황의완 (1996). 화병에 대한 임상적 연구 - 한의학적 화병 모델을 중심으로. *스트레스 연구*, 4(2), 23-32.
- 김중술, 한경희, 임지영, 이정흠, 민병배, 문경주 (2005). *다면적 인성검사 II 매뉴얼*. 서울: (주)마음사랑.
- 민성길 (1989). 화병(火病)의 개념에 대한 연구. *신경정신의학*, 28(4), 604-616.
- 민성길, 남궁기, 이호형 (1990). 화병에 대한 일 역학적 연구. *신경정신의학*, 29(4), 867-874.
- 민성길, 박청산, 한정옥 (1993). 화병에 있어서의 방어기제와 대응전략. *신경정신의학*, 32(4), 506-515.
- 박애순 (1998). 화병집단과 우울증 집단의 부부 갈등, 인지적 평가 및 대처방식. 고려대학교 일반대학원 석사학위 청구 논문.
- 박지환, 민성길, 이만홍. (1997). 화병에 대한 진단적 연구. *신경정신의학*, 36(3), 496-501.
- 이시형 (1977). 화병에 대한 연구. *고려병원잡지 고의*, 1(2), 63-69.
- 이시형, 조소연, 이성희 (1989). 울화병으로서의 화병 형성기전. *고려병원잡지 고의*, 12, 151-156.
- 이정균 (1974). 한국인의 MMPI에 관한 연구-우울증의 MMPI. *신경정신의학*, 13(1), 11-15.
- 전검구, 황의완, 김종우, 박훈기 (1998). 화병과 정서적 스트레스간의 관계 연구. *한국심리학회지: 건강*, 2(1), 170-187.
- 최상진 (2000). *한국인심리학*. 서울: 중앙대학교 출판부.
- 최정윤, 정진복 (1991). 우울증 환자의 MMPI프로파일. *한국심리학회지: 임상*, 10(1), 34-41.
- 한오수, 홍진표 (2000). DSM-IV의 제 1축 장애의 구조화된 임상적 면담: SCID-1. 서울: 하나의학사.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(4th ED)*. Washington D. C.: American Psychiatric Association .
- Donnelly, E. R., Murphy, D. L., & Goodwin, R. K. (1976). Cross-sectional and longitudinal comparisons of bipolar and unipolar depressed groups on the MMPI. *Journal of consulting and clinical psychology*, 44, 233-237.
- Graham, J. R., Timbrook, R. E., Ben-Porath, Y. S., & Butcher, J. N. (1991). Code-type congruence between MMPI and MMPI-2: Separating fact from artifact. *Journal of personality Assessment*, 57, 264-277.
- Graham, J. R. (2007). MMPI-2 성격 및 정신병리 평가 (이훈진, 문혜신, 박현진, 유성진, 김지영 역, Trans. 4th ed.). 서울: 시그마프레스. (원전은 2005년에 출판)
- Lin, K. M. (1983). Hwa-Byung: A Korean culture-bound syndrome?. *American Journal of Psychiatry*, 140(1), 105-107.

- Lin, K. M., Lau, J. K., Yamamoto, J., Zheng, Y. P., Kim, H. S., Cho, K. H., et al. (1992). Hwa-Byung: A community study of Korean Americans. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 180(6), 386-391.
- Pang, K. Y. (1990). Hwa-Byung: The construction of a Korean popular illness among Korean elderly immigrant women in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14, 495-512.

1 차원고접수 : 2008. 7. 7.

심사통과접수 : 2008. 9. 1.

최종원고접수 : 2008. 9. 24.

MMPI-2 profiles of patients with Hwa-byung

Ho-in Kwon

Department of Psychology
Korea University

Jong-Woo Kim

Department of Oriental Neuropsychiatry
Kyung-Hee University

Jung-Hye Kwon

Department of Psychology
Korea University

Hwa-Byung(HB) has been known as a form of psychogenic illness among lay people in Korea and recently been listed as a culture-bound syndrome of Korea in DSM-IV. HB patients have various psychological and somatic symptoms such as chest discomfort, a sensation of heat, and the sensation of having an epigastric mass. In the current study, we examined psychological characteristics of HB patients. Participants were 38 outpatients visiting the depression clinic and the Hwa-Byung clinic and 20 normal adults. The structured interviews(SCID-I, HBDIS) were first administered to determine the diagnosis of participants and MMPI-2 was administered. The results showed that the specific code type was not found but HB patients showed elevated scores on the 2(D), 7(Pt) scales over 65T score. And other clinical scales like 3(Hy), 8(Sc), 4(Pd), 6(Pa) were elevated over 60T score. It indicated that HB is complex syndrome with wide variety of psychological disturbances other than Major depressive disorder and anxiety disorders. Limitations of present study and clinical implications were discussed.

Key words : Hwa-Byung, culture-bound syndrome, MMPI-2