

유방암 환자의 화병과 우울증상의 관계*

하은혜^{1)*} 이선희¹⁾ 유은승²⁾ 김종훈²⁾ 강한성³⁾ 노정실³⁾ 이근석³⁾
숙명여자대학교 아동복지학과¹⁾ 국립암센터 정신건강클리닉²⁾ 국립암센터 유방암센터³⁾

본 연구에서는 화병과 우울장애의 관계를 규명하기 위해 C형 성격을 특징으로 하는 암환자의 성격특성을 전제로 유방암 환자를 대상으로 두 장애의 공통성과 차이점을 확인하였다. 이를 위해 유방암 환자의 화병과 우울증상간 상관관계를 검증하고, 화병 집단, 우울장애 집단, 그리고 공존장애 집단에 대해 화병과 우울장애에 대한 취약성 요인으로 작용하는 심리사회적 특성과 암대처, 삶의 질의 차이를 비교하였다. 256명의 유방암 환자가 연구에 참여하여 화병척도, CES-D와 DSM-IV에 근거한 평가척도, 심리사회적 변인과 암 대처, 삶의 질 등을 설문평가 하였다. 그 결과 전체의 16.8%가 화병 집단으로, 13.7%가 우울장애 집단으로 확인되었으며, 화병증상 척도, 화병성격 척도, 화병 총점이 우울증상 하위요인 및 총점과 상관관계가 유의하였다. 화병 집단, 우울장애 집단과 공존 집단에 대한 차이 검증결과 인구통계학적 변인과 암 관련변인 모두에서 차이를 보이지 않았다. 또한 화병집단이 우울장애 집단에 비해 적극적 대처를 더 많이 사용하는 것 외에 모든 심리사회적 특성과 암 대처, 삶의 질 영역에서 화병 집단과 우울장애 집단간 차이를 보이지 않아서 유방암 환자에서는 화병 집단과 우울장애 집단을 구별해 주는 특징적인 변인이 확인되지 않았다. 이와 같은 결과에 대해 유방암 환자의 심리학적 관련 개입에 관한 시사점과 후속연구 방안에 대해 제언하였다.

주요어 : 유방암, 화병, 우울장애, C형 성격, 암 대처, 삶의 질

* 본 연구는 숙명여자대학교 SRC 여성질환연구센터 특별연구비지원으로 수행되었음(2009)

† 교신저자(Corresponding Author): 하은혜, 숙명여자대학교 아동복지학과, 서울시 용산구 효창원길 52
Fax: 02-710-9209, E-mail: graceha@sookmyung.ac.kr

우리나라 여성암 발병률 1위를 차지하고 있는 유방암은 높은 완치율과 증가하는 생존율에도 불구하고 긴 생존기간 만큼 재발도 빈번하여 환자들이 재발에 대한 심한 불안에 시달린다. 또한 서구에 비해 상대적으로 젊은 나이에 발병하는 우리나라 환자들의 특성을 고려할 때 이들의 생존기간 동안 정서적 고통 완화와 삶의 질 관리가 무엇보다 중요한 질병이며 심리사회적 개입의 필요성도 매우 크다.

유방암 환자 다수가 우울, 스트레스, 불안, 분노, 사회적 고립감, 대인관계 회피나 위축 등의 심리장애를 경험하는 것으로 나타났다(Golden-Kreutz & Andersen, 2004). 특히, 우울장애는 유방암과 관련된 심리장애 중 가장 많이 거론되고 있는 영역으로 하은혜 등(2010)에서는 CES-D 절단점과 DSM-IV에 의한 중복기준을 적용했을 때 유방암환자의 14%가 우울장애에 해당하였다. 이와 같은 우울증상에 대한 다양한 심리사회적 변인의 영향력이 확인되었다. 즉, 연령이 어릴수록, 사회경제적 수준과 학력이 낮을수록, 생활사건 스트레스가 많을수록, 사회적 기능이 떨어질수록, 낙관주의가 부족할수록(하은혜 등, 2008), 자존감이 낮을수록(Somerset, Stout, Miller, & Musselman, 2004), 부정적 정서를 표현하는데 양가감정이 심할수록(Bardwell et al., 2006), 암 진단 후 경과기간이 짧을수록(Burgess et al., 2005) 유방암 환자의 우울증상이 심한 것으로 나타났다.

우울장애는 유방암 환자들의 심리사회적 적응뿐만 아니라 전반적인 삶의 질에도 부정적인 영향을 미친다. Grabsch 등(2006)은 유방암 환자의 42%가 불안과 우울증상을 호소하며 이러한 심리적 증상들이 삶의 질에 부정적인 영향을 준다고 하였고, 서연옥(2007)은 유방암 재발에 대한 불안과 암 진단을 받은 환자들이

경험하는 공통된 감정 상태인 우울증상이 삶의 질의 가장 큰 예측요인으로 작용한다고 하였다. 하은혜 등(2010)에서는 우울증상, 낙관주의, 자존감이 유방암 환자의 삶의 질을 유의하게 예측하였으며, 특히 우울증상이 암의 병기와 삶의 질의 관계에서 중재효과를 가지는 것으로 나타났다. 즉, 암의 병기가 동일하더라도 우울증상 수준이 높은 사람이 그렇지 않은 사람에 비해 삶의 질이 낮음을 의미한다.

한편 유방암 환자들은 자신의 감정 표출 및 화를 다루는 능력이 부족하고, 스트레스 상황에서 적개심과 분노를 적절히 다루는 능력의 부족과 자신의 감정을 억누르는 경향이 있으며, 자기학대 등의 취약한 스트레스 대처방식을 보였다(Bryla, 1996). 이와 같은 특성은 우리나라 중년여성에서 발병비율이 높은 화병과 유사한 특징을 공유한다.

화병은 오래전부터 일상적으로 흔히 사용되어오던 개념으로 울화병이라고도 불렸으며 질투나 노여움, 억울한 감정이 마음속에서 복받쳐 다양한 양상으로 폭발하는 것을 의미한다. DSM-IV-TR(APA, 2000)에서는 화병을 한국 고유의 사회문화적 배경을 바탕으로 생겨난 문화특유의 증후군으로 언급하며, 분노의 억제로 인해서 발생하는 것으로 정의하고 있다. 화병의 증상으로는 불면, 피로, 공황, 압박한 죽음에 대한 두려움, 우울한 정동, 소화불량, 식욕부진, 호흡곤란, 빈맥, 전신 동통 및 상복부에 덩어리가 있는 듯한 느낌 등이 있으며, 영어로는 “분노 증후군(anger syndrome)”으로 번역되어 있다. 이와 같이 화병은 세계적으로 다루어지고 있는 개념이지만 특별히 자신의 의사표현과 감정표현을 억제하고 참고 견디는 것을 미덕으로 여기는 유교적 가치관 속에서 살아온 한국 여성의 갈등과 분노를 표현하는

하나의 방식(구병수, 김동일, 1997)이라고 볼 수 있다.

우리나라에서는 이시형(1977)에 의해 임상적 연구가 시작된 이후 화병에 대한 연구가 체계적으로 이루어지기 시작했다. 화병에 대한 초기 연구에서 민성길(1989)은 화병이 사회적 수준이 낮은 중년 이후의 여성에게서 많으며, 진단적으로 우울증과 신체화 장애 및 불안장애의 혼합으로 보이는 만성적 장애로 규정하였다. Lin(1983)은 화병을 호소하는 재미교포 환자 세 사례를 보고하면서 우울증이 동양 문화권에서 신체증상을 많이 동반한 형태로 나타난다는 점에 주목하여 화병이 한국에 고유한 문화관련 증후군이기 보다 동양 문화권에서 신체증상이 두드러진 우울증의 한 형태라고 주장하였다. 노종영, 김종우와 황의완(1998)은 SAS(Self-Rating Anxiety Scale, Zung, 1971)과 SDS(Self-Rating Depression Scale, Zung, 1965) 및 STAXI(State-Trait Anger Expression Scales, Spielberger, 1988)을 사용하여 화병 환자들이 불안과 관련해서는 정신적 붕괴, 두려움, 악몽, 피로, 불안감, 이상 감각 등이, 우울과 관련해서는 우울한 감정, 정신운동 흥분, 빈맥, 흥분성, 울음 등이, 그리고 분노와 관련해서는 분노를 경험하는 수준 및 표현이 높게 나타났다고 하였다. 또한 화병 환자의 성격적 특성과 스트레스 대처방식에 대한 연구에 의하면 화병 환자는 스트레스 상황에서 억제하고 참는 경향이 많으며, 대체로 위축되어 있고, 어려운 문제가 있을 때 남의 탓으로 돌리는 경향을 보이며, 소극적 철수, 자기비판 등의 회피적 대처방식을 취하는 것으로 나타났다(민성길, 박청산, 한정옥, 1993). 또한 일반 주부에 비해 적극적 망각, 양보, 체념, 정서적 진정 및 정서적 지원 추구하고 함께 소극적 철수, 자기비

판을 주로 사용하며 고집, 문제해결적 지원추구 및 종교적 대처 방식을 취하는 것으로 나타났다(전경구, 김종우, 박훈기, 1998).

이처럼 화병이 진단적인 측면에서 우울장애, 불안장애, 신체화 장애 등의 복합적인 양상을 띠고 있으므로 정신과에 내원하는 화병 환자들이 우울증으로 간주되어 치료를 받는 경우가 많았다. 이에 화병이 우울증과 구별될 수 있는 독특한 증후군인가 하는 것이 큰 쟁점으로 부각되기 시작하였다. 박지환(1997)은 NIMH 진단적 면담검사(National Diagnostic Interview Schedule; NIMHHDIS; Robins et al., 1981)의 신체화 장애 항목에 21개의 증상을 추가시킨 한국판 DIS-III(Korean Diagnostic Interview-III, 이만홍 등, 1986)를 이용한 연구에서 신체화 장애의 증상항목 중 ‘가슴이 치밀어 오른다’, ‘머리가 멍하고 무겁다’, ‘가슴이 답답하거나 숨이 차다’의 증상이 주요 우울증, 범불안 장애와 화병군을 판별하는 가장 중요한 증상인 것으로 보고하였다. 권정혜 등(2008)은 자기보고식 화병척도를 개발하여 타당화함으로써 화병에 관한 경험적 연구를 촉진시켰다. 이 타당화 연구에서 화병 환자가 우울장애 환자와 성격적으로 유사한 점이 있으나 억울함, 한(恨)과 같은 독특한 정서증상과 특유의 신체증상 면에서 우울증 환자와 구별되는 것으로 보고하였다. 즉, 우울증과 화병은 유사한 성격적 특징을 가지고 있으나 그 양상이 다르게 표현되는 독립된 장애임을 시사하고 있다. 또한 우울 집단에 비해 화병 집단에서 남편의 외도나 시집과의 문제 등 부부갈등이 심하였고 화병환자는 부부갈등의 원인이 배우자에게 있다고 지각하였으며 부부갈등에 대해 자신이 통제할 수 없다고 지각하는 경향이 높았다(Park & Kwon, 1999a; 1999b). 이

와 같이 화병 집단이 우울 집단이나 정상 집단과 명확히 구별되는 집단이라는 결과를 토대로 연구자들은 인지적 특성이 화병 환자가 경험하는 분노나 억울함을 이해하는데 중요한 실마리를 제기해준다고 하였다. 정선용 등(2004)은 화병이 주요 우울장애와 우울증도와 정신증적 상태는 비슷하지만 신체화, 불안, 적개심 등이 더 심한 상태이고 전반적인 부적응 양상을 반영하는 GSI(global severity index), PSTS(positive symptom total score)가 더 심한 결과를 제시하면서 화병이 주요 우울장애보다 정신과적 영역에서 더 심각한 상태라고 결론 내린 바 있다.

이와 같이 화병과 우울장애는 유사한 성격적 취약성을 공유하지만 각각 특유의 증상과 관련 변인이 다르므로 두 장애를 구별하는 특성을 규명하는 것이 임상적 진단 및 평가, 치료에서 매우 중요하다. 특히 여성의 고유 질환인 유방암 환자는 우울증상이 심할 뿐 아니라 신체 증상을 호소하는 빈도도 높으며 두통, 가슴 답답함, 가슴이 치밀어 오르는 느낌 등의 신체증상도 많은데 이는 화병에서 자주 거론되는 특성과 유사한 측면이 있다. 그러므로 유방암 환자에 대한 심리적 개입에 있어 화병과 우울장애의 발현 양상과 관련요인을 분명히 이해하는 것이 필요하다.

유방암 환자의 화병과 우울증상의 관계를 규명할 필요성과 관련 본 연구에서는 암성격 관련 연구 결과에 주목하였다. 암 발병과 성격간의 관계 연구에서 암 발병관련 성격으로 “C형 성격”(Morris, 1980)이 제기된 바 있다. 이는 화가 날 때 억제를 많이 하고 타인에 대한 동조, 순응, 비주장성, 참을성 그리고 스트레스에 대한 방어적 반응을 특징으로 한다. 유방암 환자를 대상으로 한 연구에서도 일반인

에 비해 사회적 바람직성, 특히 분노관련 정서적 억제, 실험실에서 스트레스 상황을 조작했을 때 상태 분노가 더 심한 것으로 나타나 C형 성격의 관련성이 입증되었다(Watson, Pettingale, & Greer, 1984). 그런데 정서적 억제와 병에 대한 무기력한 태도가 특징인 C형 성격이 유방암 환자의 암 경과에서도 매우 중요한 요인으로 지적되었다(Anagnostopoulos & Vassliaros, 1986; Gross, 1989). 즉, 욕구와 감정의 표현을 만성적으로 억제하는 경우 그리고 자신의 욕구를 표현하는 것이 소용없다는 믿음 등 무기력감이 심한 사람들이 암 발병과 같은 심각한 스트레스 상황에서 무기력한 대처행동을 발달시키게 된다고 하였다.

이와 같이 정서적 억제와 무기력감을 주 특징으로 하는 C형 성격이 암의 위험요인으로 간주되었고 유방암 환자에서도 C형 성격은 물론 낙관성의 부족, 양가감정 등의 성격요인이 확인된 바 있다. 특히 C형 성격은 화병의 주요 증상인 정서적 억제와 우울장애의 주요 증상인 무기력감을 동시에 포함하고 있다. 화병과 우울장애 등 두 장애와 암성격간 관계, 그리고 지금까지 제기되어 온 화병과 우울장애의 변별관련 연구결과를 고려할 때 본 연구에서는 유방암 환자의 경우에는 C형의 암성격이 관련되어 화병증상과 우울증상이 상당히 혼재되어 있기 때문에 두 집단에서는 심리사회적 특성의 구별이 잘 되지 않고 차이가 적을 것이라 가정하였다.

이와 같은 연구필요성과 문제제기에 따라 본 연구에서는 화병과 우울장애의 관계를 규명하기 위해 C형 성격을 특징으로 하는 암환자의 성격특성을 전제로 여성암인 유방암 환자를 대상으로 두 장애의 공통성과 차이점을 검증하였다. 구체적인 연구목적은 유방암 환

자의 화병과 우울증상간 상관관계를 검증하고, 화병 집단, 우울장애 집단, 그리고 공존장애 집단에 대해 화병과 우울장애에 대한 취약성 요인으로 작용하는 심리사회적 특성의 차이를 비교하는 것이었다. 비교변인의 선정은 화병과 우울장애와 관련하여 중요하게 지적되고 있는 관련 변인들 가운데 암환자 연구에 적용되어 온 생물 심리사회적 모델(biopsychosocial, Bardwell et al, 2006)에 근거하여 유방암 환자의 우울증상과 삶의 질에 영향요인으로 밝혀진 변인을 대상으로 하였다. 구체적으로 연령, 교육수준 등 개인적 특성과 암기수, 부분절제 및 완전절제 구분, 유방암 가족력, 폐경여부, 돌보아 주는 사람, 보조적 치료 유형 등 암 관련변인(Suh, 2007)이 선정되었다. 또한 심리사회적 변인으로 낙관주의(하은혜 등, 2008), 자기존중감(Somerser, Stout, Miller, & Musselman, 2004) 등 2개 변인이 선정되었고, 삶의 질의 측면에서 유방암 관련 기능손상으로 신체상, 성기능, 성적흥미, 미래예측 등의 4개 변인(Andrich, Dietmaier, Hofman, Zlokikovits, & Samonigg, 2007), 유방암 관련 신체증상으로 부작용, 가슴 증상, 팔 증상, 탈모에 의한 괴로움 등 4개 변인(Carver, Smith, Petronis, & Antoni, 2006)이 선정되었다.

방 법

연구 대상

2009년 8월부터 2010년 7월까지 12개월간 OO암센터에서 유방암으로 진단 및 수술을 받은 후 외래진료를 받고 있는 환자들을 대상으로 하였다. 연구대상자 선정기준은 다음과 같

표 1. 연구대상의 인구사회학적, 의학적 특성(N=256)

변인	n (%)
연령	
20-29세	1 (.4)
30-39세	37 (14.5)
40-49세	129 (50.4)
50-59세	70 (27.3)
60-69세	19 (7.4)
결혼상태	
미혼	18 (7.1)
기혼	206 (80.8)
별거	2 (.8)
이혼	10 (3.9)
사별	19 (7.5)
교육수준	
중졸이하	44 (17.3)
고졸	129 (50.6)
대졸이상	82 (32.2)
월수입	
200만원 미만	60 (24.4)
200-599만원	152 (61.8)
600만원 이상	34 (13.8)
암 기수	
0기	13 (5.1)
I 기	109 (42.6)
II기	101 (39.5)
III기	32 (12.5)
IV기	1 (.4)
가족력	
있음	28 (11.0)
없음	226 (89.0)
돌봐주는 사람	
남편	151 (59.7)
친정부모	26 (10.3)
시부모	1 (.4)
자녀	55 (21.7)
기타	20 (7.9)
보완대체요법	
예	11 (4.3)
아니오	243 (95.7)

다: 1) 유방암 환자로서 병기가 0-4기인 자, 2) 최초 유방암 진단 및 수술 후 치료가 끝난 지 24개월 이내인 자, 3) 재발이나 다른 부위로의 전이가 되지 않은 자, 4) 다른 만성 질환이 없는 자, 5) 연구 참여에 동의한 자. 이와 같은 기준을 적용하여 외래 방문 시 대상자들에게 설문지를 배부하고 연구의 목적과 작성 절차에 대해 설명한 다음 연구 참여에 대해 서면으로 동의한 303명을 대상으로 설문지를 작성하도록 하였다. 이 중 설문지가 불완전한 47명을 제외하고 총 256명이 분석대상에 포함되었다. 연구대상의 인구사회학적, 의학적 특성은 표 1과 같다. 연구대상의 평균연령은 47.16세(SD=7.38)였고 연령별로는 40대가 50.4%로 가장 많았으며 50대가 27.3%, 30대가 14.5%, 60대가 7.4%의 순이었다.

측정 도구

인구사회학적 및 의학적 특성에 관한 질문지

연령, 교육수준, 결혼상태, 경제적 수준 등의 인구사회학적 특성에 관한 질문과 환자가 받은 의학적 처치의 종류 및 수술 후 경과된 기간, 병기, 폐경여부, 유방암 가족력 여부, 주로 돌보아 주는 사람 등에 관한 질문이 포함되었다.

화병척도

권정혜 등(2008)이 개발하여 타당한 것으로 5점 리커트 척도(0점: 전혀 그렇지 않다, 5점: 완전히 그렇다)인 증상척도 15문항과 화병 성격척도 16문항 등 총 31문항으로 구성되어 있다. 타당화 연구에서 화병 집단의 선별 기준으로 화병증상 척도 30점 이상이 제시된 바

본 연구에서도 이를 기준으로 화병 집단을 선별하였다. 내적합치도 Cronbach α 는 화병 성격 .85, 화병증상 .93, 총점 .92로 나타났다.

CES-D(Center for Epidemiological Studies-Depressions Scale)

일반인을 대상으로 우울 증후군의 역학적 연구를 위해 미국 정신보건 연구원에서 개발한 도구로서 신승철 등(1991)이 번안하였다. 모두 20개의 문항의 자기보고식 질문지이며 지난 일주일 동안 경험한 빈도에 따라 각 문항에 대해 0(전혀 없었다)점-3(매일 있었다)점까지 평정하게 되어 있어 가능한 점수 범위는 0점-60점이다. 하위요인의 경우 배성우와 신원식(2005)이 기존의 다양한 요인분석 결과를 비교분석하고 확인적 요인분석을 통해 최종 제시한 우울감정, 긍정적 감정, 신체 행동둔화, 대인관계 등 4개 요인을 사용하였다. 우울집단 선별기준으로는 국내 지역사회에서 실시된 여성 우울증 연구(김은정, 오경자, 하은혜, 1999)에서 제시된 24점 이상으로 우울장애 집단을 선별하였다. 이 연구에서 내적합치도 Cronbach α 는 .88로 나타났고 본 연구에서는 .92로 나타났다.

주요 우울증 진단 기준에 근거한 평가

DSM-IV의 주요 우울장애(Major Depressive Disorder)의 진단 기준 9개 항목을 자기보고식 척도로 제작한 것으로 김은정 등(1999)의 연구에서 제시되었다. 각 진단 항목에 대해 2주일 이상 지속적으로 경험했는지 여부에 따라 표시하도록 하였고 9개 진단 기준 항목에 대해, 우울한 기분 혹은 일상생활에서의 흥미 저하 항목 중 하나 이상에 표시하고 표시한 항목의 수가 5개 이상인 경우에 주요 우울장애 진단

기준에 충족되는 것으로 판정하였다.

낙관성 척도

Scheider와 Carver(1985)가 제작한 생활지향검사(Life Orientation Test)를 박현숙과 손정태(2001)가 번안하였다. 총 12문항으로 4개의 긍정문항과 4개의 부정문항, 그리고 4개의 중립적인 문항으로 구성되어 있다. ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 5점까지의 5점 리커트 척도로 되어 있으며, 내적 합치도 Cronbach α 는 .83으로 나타났다.

자기존중감 척도

Rosenberg(1965)의 자기 존중감(self-esteem)척도를 Kim(1998)이 번역하였다. 총 10개의 문항으로 되어있고, 각 문항에 얼마나 동의하는가를 5점 척도로 평가하며 이 척도의 검사-재검사 신뢰도는 .80으로 보고되었다.

EORTC QLQ-BR23(The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Breast Cancer Module)

유방암 환자들의 삶의 질을 측정하기 위하여 Yun 등(2004)이 타당화한 한국판 EORTC QLQ-BR23을 사용하였다. EORTC QLQ-BR23은 신체상, 성적 기능, 성적 흥미, 미래 전망 등 4가지 영역에서의 기능 수준을 재는 기능 척도 8문항과 체계적 치료 부작용, 가슴 증상, 팔 증상, 모발 손실로 인한 괴로움 등 증상을 평가하는 증상척도 15문항, 총 23문항으로 구성되어 있다. 이 척도의 계산은 EORTC 편람에 따라 100점 만점으로 환산하여 평가하였으며, 기능척도 점수는 높을수록, 증상척도 점수는 낮을수록 삶의 질이 높다는 것을 의미한다. 이와 같이 상반된 의미의 두 척도를 고려해

삶의 질 총점을 얻기 위하여 증상척도 문항의 경우 EORTC 편람에 따라 긍정적인 점수로 변환하여 산출하였다. 타당화 연구에서 내적합치도 Cronbach α 는 .72-.91로 나타났다.

KCCQ(Korean Cancer Coping Questionnaire)

Moorey, Framton과 Greer(2003)이 개발한 암 대처질문지(Cancer Coping Questionnaire)를 기초로 Kim(1998)이 한국 상황에 맞게 수정하여 국내 암환자를 대상으로 타당화하였다. 암 대처척도는 개인 간 대처척도 9문항과 개인 내 대처척도 14문항으로 구성되어 있으며, 개인 내 대처척도는 적극적 대처 5문항, 계획 세우기 3문항, 긍정적 재구조화 6문항으로 이루어져 있다. 지난 일주일 동안 유방암에 대해 어떻게 대처했는지를 생각해보고 각 대처방법을 사용했던 빈도를 4점 척도로 평가한다. 타당화 연구에서 Cronbach α 는 .72-.90으로 나타났다.

통계 분석

수집된 자료는 SPSS 프로그램 version 18.0을 사용하여 분석하였다. 첫째, 연구대상의 인구사회학적 특성, 의학적 특성, 화병 및 우울증상 정도 등을 파악하기 위하여 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 구하였다. 둘째, 화병척도 하위문항과 우울증상 척도의 관계를 파악하기 위하여 상관관계 분석을 하였다. 셋째, 화병 집단, 우울장애 집단 및 공존집단 간 인구사회학적 특성과 의학적 특성의 차이를 파악하기 위하여 χ^2 검증을 하였다. 넷째, 화병 집단, 우울장애 집단, 공존장애 집단 등 세 집단 간 심리사회적 특성, 암 대처 양식의 사용 및 삶의 질 정도의 차이를 파악하기 위하여 일원변량분석을 실시한 후 차이가 유의한 변인에 대

해 Scheffé 검증을 실시하였다.

20명(7.8%)으로 나타났다.

결 과

유방암환자의 화병과 우울장애의 분포

연구대상의 화병증상척도 점수 평균은 18.47(SD=11.10)이었고, 타당화 자료의 기준에 따라 30점 이상을 기준으로 화병 집단을 분류했을 때 전체 연구대상 중 43명(16.8%)이 화병 집단으로 나타났다. CES-D 점수 평균은 16.67(SD=11.10)이었고 CES-D 점수 24점 이상을 얻고 동시에 DSM-IV 주요우울장애 진단 기준을 자가 평가하여 우울한 기분 혹은 일상 생활에서의 흥미저하 항목 중 하나 이상이고 해당항목의 수가 5개 이상인 경우를 DSM-IV에 따른 우울장애 집단으로 분류하였다. 이와 같이 중복진단 기준을 적용했을 때 우울장애 집단은 35명(13.7%)으로 나타났다. 우울장애와 화병의 중복진단 기준을 충족한 공존집단은

화병증상과 우울증상의 상관관계

화병증상과 우울증상의 상관관계가 표 2에 제시되어 있다. 화병증상 척도는 우울척도의 하위영역인 우울감정($r=.77, p<.001$), 신체·행동둔화($r=.73, p<.001$), 대인관계($r=.39, p<.001$), 우울 총점($r=.77, p<.001$)과 정적 상관관계를, 긍정적 감정($r=-.31, p<.001$)과는 부적 상관관계를 보였다. 화병성격 척도는 우울척도의 하위영역인 우울감정($r=.48, p<.001$), 신체·행동둔화($r=.45, p<.001$), 대인관계($r=.25, p<.001$), 우울 총점($r=.44, p<.001$)과만 정적 상관관계를 보였다. 화병 총점은 우울척도의 하위영역인 우울감정($r=.72, p<.001$), 신체·행동둔화($r=.68, p<.001$), 대인관계($r=.37, p<.001$), 우울 총점($r=.69, p<.001$)과 정적 상관관계를, 긍정적 감정($r=-.22, p<.001$)과는 부적 상관관계를 보였다.

화병척도의 각 문항과 CES-D 하위 척도간 상관관계가 표 3과 표 4에 제시되어 있다. 표

표 2. 화병증상과 우울증상의 상관관계 (N=256)

	화병 증상	화병 성격	화병 총점	우울 감정	긍정적 감정	신체·행동둔화	대인 관계	CES-D 총점	
증상	1								
화병 척도	성격	.59***	1						
	총점	.92***	.87***	1					
CES-D	우울 감정	.77***	.48***	.72***	1				
	긍정적 감정	-.31**	-.05	-.22***	-.35**	1			
	신체·행동둔화	.73***	.45***	.68***	.83***	-.36***	1		
	대인관계	.39***	.25***	.37***	.51***	-.14*	.45***	1	
	총점	.77***	.59***	.69***	.93***	-.58***	.92***	.54***	1

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

표 3. 화병증상 척도와 CES-D 척도의 상관관계 (N=256)

CES-D \ 화병 증상척도	화병 증상척도														
	증상 1	증상 2	증상 3	증상 4	증상 5	증상 6	증상 7	증상 8	증상 9	증상 10	증상 11	증상 12	증상 13	증상 14	증상 15
우울 감정	.64***	.59***	.66***	.71***	.66***	.67***	.54***	.65***	.31***	.52***	.53***	.44***	.34***	.45***	.54***
긍정적 감정	-.25**	-.25**	-.28**	-.23**	-.26**	-.29***	-.22***	-.27***	-.19**	-.24**	-.21**	-.18**	-.19**	-.11	-.16*
신체·행동둔화	.56***	.57***	.62***	.66***	.59***	.67***	.54***	.64***	.30***	.48***	.47***	.41***	.37***	.47***	.44***
대인관계	.37***	.31***	.35***	.33***	.37***	.38***	.42***	.33***	.15*	.22**	.17**	.22**	.12	.12	.32***
총점	.61***	.59***	.66***	.68***	.64***	.69***	.56***	.66***	.32***	.51***	.50***	.44***	.36***	.44***	.50***

증상1=내 삶은 불행한 편이다; 증상2=한스러워지는 때가 있다; 증상3=내 인생이 서글프다고 느낀다; 증상4=나는 서러움을 느낀다; 증상5=나는 억울하게 느낀다; 증상6=나는 신경이 아주 약해져서 마음을 가눌 수 없다; 증상7=나는 손발이 떨리고 안절부절 못한다; 증상8=나는 내 자선에 실망할 때가 많다; 증상9=얼굴에 열이 자주 달아오른다; 증상10=가슴 속에 열이 차 있는 것을 자주 느낀다; 증상11=무언가가 아래(다리 또는 배)에서 위(가슴)로 치미는 것을 자주 느낀다; 증상12=화가 나면 손이 저리거나 떨린다; 증상13=소화가 잘 안되고 체하는 편이다; 증상14=몹시 피곤하다; 증상15=세상이 불공평하다고 느낀다; * p<.05, ** p<.01.

표 4. 화병성격 척도와 CES-D 척도의 상관관계 (N=256)

CES-D \ 화병 성격척도	화병 성격척도															
	성격 1	성격 2	성격 3	성격 4	성격 5	성격 6	성격 7	성격 8	성격 9	성격 10	성격 11	성격 12	성격 13	성격 14	성격 15	성격 16
우울 감정	.57***	.39***	.38***	.22**	.29***	.33***	.31***	.22**	.24**	.26**	.09	.07	.12	.07	.14*	.50***
긍정적 감정	-.19**	-.11	-.08	.02	-.08	-.13*	-.12*	-.07	.03	.04	.21**	.14*	-.07	.01	.06	-.14*
신체·행동둔화	.54***	.37***	.36***	.22**	.27***	.28***	.31***	.24**	.28**	.22**	.04	.04	.13*	.12	.18*	.41***
대인관계	.28**	.23**	.31***	.15*	.17**	.22**	.19**	.16**	.08	.17**	-.06	-.05	.08	.02	-.03	.28**
총점	.56***	.38***	.37***	.20**	.27***	.31***	.32***	.23**	.22**	.21**	-.00	.01	.13*	.07	.12	.46***

성격1=나는 많은 것을 포기하고 살고 있다; 성격2=주위 사람들은 내가 느끼는 바를 잘 알아채지 못한다; 성격3=나는 나쁜 감정을 마음속에 오랫동안 쌓아두는 편이다; 성격4=마음이 상해도 잘 나타내진 않는다; 성격5=나는 폭발하기 전까지 미련스럽게 참는 편이다; 성격6=다른 사람들을 너무 어려워한다; 성격7= 내가 먼저 다른 사람에게 말을 걸기가 어렵다; 성격8=남들에게 하고 싶은 말을 못한다; 성격9=어딘가를 갈 때 늘 같은 길을 선택한다; 성격10=놀러갈 때 예전에 가본 즐거웠던 장소로 다시 간다; 성격11=나는 가능하다면 그 일을 잊어버리려고 애쓴다; 성격12=나는 문제상황을 될 수 있는대로 생각하지 않으려고 한다; 성격13=나는 내 입장을 포기하고 상대방의 입장을 따른다; 성격14=나는 상대방의 의견에 맞추려고 노력한다; 성격15=나는 문제가 있을 때 그것을 운명으로 받아들인다; 성격16=나는 죄책감을 가질 때가 많다; *p<.05, ** p<.01.

3의 화병증상 척도에서는 13개 화병척도 문항과 CES-D의 하위척도 및 총점과 상관관계가 대부분 유의하였다. 그러나 13번 ‘소화불량’과 CES-D의 대인관계척도, 14번 ‘피곤함’의 문항이 CES-D의 긍정적 정서와 대인관계 척도와 상관관계가 유의하지 않았다.

표 4의 화병성격 척도에서는 1번 ‘많은 것 포기’, 6번 ‘다른 사람들 어려워함’, 7번 ‘다른 사람에게 말 걸기 어려움’, 16번 ‘죄책감을 가

짐’ 등 4개 문항은 CES-D총점, 우울정서, 긍정적 감정, 신체·행동둔화, 대인관계 척도 등 모든 상관관계가 유의하였다. 반면에 11번 ‘잊어버리려고 애쓰’, 12번 ‘문제를 생각하지 않으려고 함’, 13번 ‘상대의 입장을 따름’, 14번 ‘상대방 의견에 맞추려고 노력’, 15번 ‘문제에 대해 운명으로 받아들임’ 등의 문항은 CES-D 총점, 우울정서, 긍정적 감정, 신체·행동둔화, 대인관계 척도와 상관관계가 유의하지 않았다.

표 5. 집단간 인구사회학적 특성과 의학적 특성의 차이 (N=58)

변 인		화병 집단 (n=23)	우울장애 집단 (n=15)	공존 집단 (n=20)	χ^2
연령	30-39세	0 (0)	5 (21.7)	3 (15.0)	6.75
	40-49세	11 (73.3)	8 (34.8)	10 (50.0)	
	50-59세	3 (20.0)	8 (34.8)	5 (25.0)	
	60-69세	1 (6.7)	2 (8.7)	2 (10.0)	
결혼상태	미혼	0 (0)	3 (13.6)	2 (10.0)	6.29
	기혼	13 (86.7)	15 (68.2)	15 (75.0)	
	별거	0 (0)	1 (4.5)	0 (0)	
	이혼	0 (0)	1 (4.5)	2 (10.0)	
	사별	2 (13.3)	2 (9.1)	1 (5.0)	
교육수준	중졸이하	2 (13.3)	4 (18.2)	7 (35.0)	5.56
	고졸	6 (40.0)	9 (40.9)	10 (50.0)	
	대졸이상	7 (46.7)	9 (40.9)	3 (15.0)	
월수입	200만원 이하	5 (35.7)	9 (39.1)	6 (31.6)	1.76
	200-599만원	7 (50.0)	13 (56.5)	12 (63.2)	
	600만원 이상	2 (14.3)	1 (4.3)	1 (5.3)	
암 기수	0기	2 (13.3)	0 (0)	0 (0)	8.99
	I 기	6 (40.0)	12 (52.2)	9 (45.0)	
	II기	6 (40.0)	6 (26.1)	9 (45.0)	
	III기	1 (6.7)	5 (21.7)	2 (10.0)	
가족력	있음	0 (0)	3 (13.0)	4 (22.2)	3.71
	없음	15 (100)	20 (87.0)	14 (77.8)	
폐경여부	진단 전 폐경	4 (26.7)	6 (26.1)	5 (25.0)	1.90
	진단 후 폐경	7 (46.7)	13 (56.5)	13 (65.0)	
	폐경아님	4 (26.7)	4 (17.4)	2 (10.0)	
돌봐주는 사람	남편	7 (46.7)	13 (59.1)	6 (30.0)	12.15
	부모	3 (20.0)	3 (13.6)	2 (10.0)	
	자녀	2 (13.3)	3 (13.6)	11 (55.0)	
	기타	3 (20.0)	3 (13.6)	1 (5.0)	
보완대체요법 여부	예	0 (0)	0 (0)	3 (15.0)	6.01
	아니오	15 (100)	23 (100)	17 (85.0)	

세 집단의 인구사회학적 특성과 의학적 특성의 비교

화병 집단, 우울장애 집단 및 공존 집단간 인구사회학적 특성과 암 관련요인의 차이를

비교하기 위하여 χ^2 검정을 실시한 결과가 표 5에 제시되어 있다. 그 결과 연령대, 결혼상태, 교육수준, 월수입, 암 기수, 가족력 여부, 돌봐주는 사람, 보완대체요법 여부 등 모든 변인에서 유의한 차이가 없었다.

표 6. 집단간 심리사회적 특성의 차이 (N=58)

변인	화병 집단 ¹ (n=23)	우울장애 집단 ² (n=15)	공존 집단 ³ (n=20)	F	사후검증 Scheffé	
CES-D	우울 감정	9.09(3.26)	12.20(2.91)	15.20(3.58)	18.50***	1<2<3
	긍정적 감정	6.78(2.47)	5.47(1.19)	5.05(1.67)	4.66*	3<1
	신체·행동둔화	8.30(3.70)	12.47(3.54)	14.00(3.11)	15.51***	1<2=3
	대인관계	.74(.81)	.93(1.16)	2.00(1.95)	4.89*	1<3
	총점	23.35(8.04)	32.13(5.04)	38.15(7.73)	22.52***	1<2<3
화병	증상	34.09(4.26)	24.73(4.45)	38.80(6.97)	29.56***	2<1<3
	성격	35.13(6.36)	31.20(8.42)	38.30(8.77)	3.56*	2<3
	총점	69.22(6.63)	55.93(10.77)	77.10(13.88)	16.98***	2<1=3
낙관주의		25.26(3.57)	27.80(4.69)	23.80(3.71)	4.47*	2>3
자기존중감		26.04(3.69)	27.87(4.09)	23.95(3.95)	4.44*	2>3
암 대 처	적극적 대처	12.22(2.19)	10.07(2.28)	10.70(2.68)	4.18*	2<1
	대인내 계획세우기	6.43(2.09)	6.33(2.41)	5.15(1.90)	2.28	
	긍정적 재구조화	16.57(3.06)	16.07(2.60)	12.45(3.75)	9.86***	3<1,2
대인간		18.83(6.51)	17.53(5.04)	15.05(5.43)	2.30	
삶 의 질	신체상	47.83(26.02)	58.33(28.70)	37.08(29.18)	2.52	
	기능	15.22(20.67)	16.67(19.92)	8.33(15.39)	.98	
	성적흥미	28.57(29.99)	20.83(24.80)	27.78(32.77)	.16	
	미래예측	26.09(26.51)	17.78(21.33)	25.00(30.35)	.48	
	치료 부작용	55.90(20.21)	52.59(18.98)	43.21(20.85)	2.22	
증상	팔 증상	55.56(26.17)	57.78(31.20)	53.33(24.07)	.12	
	유방 증상	74.15(18.34)	69.26(22.68)	55.42(20.82)	4.72*	3<1
탈모에 의한 상실감		38.89(46.78)	33.33(25.82)	13.33(35.19)	1.80	
총점		303.73(99.81)	307.96(101.87)	239.88(93.35)	2.93	

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

세 집단의 심리사회적 특성, 암 대처 양식 및 삶의 질의 비교

화병 집단, 우울장애 집단, 공존 집단간 심리사회적 특성, 암 대처 양식의 사용 및 삶의 질 정도의 차이를 비교하기 위하여 일원변량 분석과 사후검증으로 Scheffé 검증을 실시한 결과가 표 6에 제시되어 있다.

화병 척도의 경우 화병 증상($F=29.56, p<.001$), 화병 성격($F=3.56, p<.05$), 화병 총점의 세집단간 차이가 유의하였다($F=16.98, p<.001$). 사후 검증결과 화병 증상은 공존집단, 화병 집단, 우울장애 집단의 순서로 높게 나타났고, 화병 성격은 공존집단이 우울장애 집단에 비해 높았으며 화병 총점의 경우 화병 집단과 공존 집단이 같은 수준이었으나 두 집단 모두 우울장애 집단에 비해서 높았다.

CES-D로 평가한 우울증상의 경우 우울감정($F=18.50, p<.001$), 긍정적 감정($F=4.66, p<.05$), 신체·행동둔화($F=15.51, p<.001$), 대인관계($F=4.89, p<.05$), 우울증상 총점의 세집단간 차이가 유의하였다($F=22.52, p<.001$). 사후 검증 결과 우울 감정은 공존집단, 우울장애 집단, 화병 집단의 순서로 높게 나타났고, 긍정적 감정은 화병 집단이 공존 집단에 비해 높았으며, 신체·행동둔화의 경우 우울장애 집단과 공존 집단이 같은 수준이었으나 두 집단 모두 화병 집단에 비해서 높았다. 대인관계는 화병집단에 비해 공존집단이 높았고, 우울 총점은 공존집단, 우울장애 집단, 화병 집단의 순서로 높게 나타났다.

심리사회적 특성이운데 낙관주의($F=4.47, p<.05$)와 자존감($F=4.44, p<.05$)에서 집단간 차이가 유의하였다. 사후검증 결과 우울장애 집단의 낙관성과 자존감이 공존 집단보다 더

높았다.

암 대처의 경우 하위영역인 적극적 대처($F=4.18, p<.05$)와 긍정적 재구조화($F=9.86, p<.001$)에서 집단간 차이가 유의하였다. 사후 검증 결과 화병 집단이 우울장애 집단에 비해 적극적 대처를 더 많이 사용하고, 우울장애 집단과 화병 집단이 공존 집단에 비해 긍정적 재구조화를 더 많이 사용하는 것으로 나타났다.

삶의 질에서는 증상영역의 유방증상($F=4.72, p<.05$)에서 집단간 차이가 유의하였다. 사후검증 결과 공존 집단이 화병 집단에 비해 유방 증상 관련 삶의 질이 더 낮은 것으로 나타났다.

논 의

본 연구에서는 여성암인 유방암 환자를 대상으로 화병과 우울장애의 공통성과 차이점을 규명하기 위해 유방암 환자의 우울증상과 화병의 상관관계를 검증하고, 우울장애 집단, 화병집단, 그리고 공존장애 집단에 대해 우울장애와 화병에 대한 취약성 요인으로 작용하는 심리사회적 특성의 차이를 비교하였다. 주요 결과에 대해 논의하면 다음과 같다.

우울장애 집단과 화병집단을 분류한 결과 화병집단은 전체의 16.8%, 우울장애 집단은 전체의 13.7%로 나타났으며 우울장애와 화병의 중복진단 기준을 충족한 공존집단은 20명(7.8%)으로 나타났다. 화병의 경우 우리나라에서 체계적으로 역학조사된 바 없으나 민성길, 남궁기, 강홍조와 이호영(1987)은 특정지역의 역학조사 등을 개관하면서 우리나라 일반인구의 4.1%에서 발견된다고 보고하였다. 이 자료

와 비교한다면 유방암환자에서 화병의 유병율이 매우 높게 나타난다는 것을 확인한 결과이다. 우울증상의 경우 유방암 환자를 대상으로 조사한 하은혜 등(2010)에서 나타난 14%와 유사한 수준이었으나 지역사회 중년여성을 대상으로 CES-D와 DSM-IV의 진단준거를 적용한 결과 8.1%였던 결과(김은정, 오경자, 하은혜, 1999)에 비해서는 상당히 높은 수준으로 나타났다.

화병증상과 우울증상의 상관관계를 보면 화병 총점과 우울 총점 간 상관관계가 .69, 화병 증상척도와 우울 총점 .77, 화병성격척도와 우울 총점 .44로서 비교적 높은 수준이었다. 이는 권정혜 등(2008)이 화병과 우울증으로 진단된 남녀 환자군을 대상으로 본 연구에서 사용한 화병척도와 간이정신진단검사(SCL-90-R; 김광일, 김재환, 원호택, 1984)의 우울척도간 상관관계를 분석한 결과 .53, -.68의 범위로 나타난 결과와 유사한 수준이었다. 또한 화병환자의 MMPI-2를 분석한 결과 D척도가 66.6T점으로써 임상척도 가운데 가장 높은 수준으로 상승한 척도였던 결과와도 관련지을 수 있다.

화병 척도를 화병증상 척도 하위문항과 화병성격 척도로 구분하여 각 문항과 CES-D 하위척도간 상관관계를 분석한 결과를 보면 화병증상 척도의 하위문항과 CES-D의 하위척도 및 총점간 상관관계가 대부분 유의하였다. 화병성격 척도에서는 1번 ‘많은 것 포기’, 6번 ‘다른 사람들 어려워함’, 7번 ‘다른 사람에게 말 걸기 어려움’, 16번 ‘죄책감을 가짐’ 등 4개 문항만이 CES-D총점, 우울정서, 긍정적 감정, 신체·행동둔화, 대인관계 척도 등 모든 상관관계가 유의한 반면 11번 ‘잊어버리려고 애씀’, 12번 ‘문제를 생각하지 않으려고 함’, 13번 ‘상대의 입장을 따름’, 14번 ‘상대방 의견에 맞추

려고 노력’, 15번 ‘문제에 대해 운명으로 받아들이’ 등의 문항은 CES-D총점, 우울정서, 긍정적 감정, 신체·행동둔화, 대인관계 척도와 상관관계가 유의하지 않았다. 즉 화병증상 척도와 우울증상간 상관관계가 상당히 높았으나, 화병성격 척도와 우울증상의 상관관계는 매우 낮은 결과를 보여 주었다. 이와 같은 결과는 화병척도의 타당화 자료(권정혜 등, 2008)에서도 화병의 정서증상과 신체증상을 반영하는 화병증상 척도는 우울장애에 대한 변별타당도가 우수하였으나, 화병과 관련된 지속적인 성격특성을 반영하는 화병성격 척도의 경우 변별타당도가 매우 낮았던 결과와 유사하였다. 이는 본 연구에서 이 타당화 자료의 지침대로 화병 집단의 선별에 화병증상 척도 30점의 절단점만을 기준으로 선정한 점도 반영되었을 수 있다.

화병 집단 및 우울장애 집단, 공존 집단간 연령대, 결혼상태, 교육수준, 월수입, 암 기수, 가족력 여부, 돌봐주는 사람, 보완대체요법 여부 등 모든 변인에서 유의한 차이가 없었다. 지금까지 정신병리 지표 이외에 화병 집단과 우울장애 집단간 인구통계학적 변인을 체계적으로 비교한 자료가 제한되어 본 결과를 직접 비교하기는 어려우나 일차적으로 유방암 환자군에서 화병 집단과 우울장애 집단을 구분해주는 인구통계학적 변인은 확연히 드러나지 않은 것이다.

화병 집단, 우울장애 집단 및 공존 집단간 심리사회적 특성, 암 대처 양식 및 삶의 질을 비교한 결과 먼저 화병 척도의 경우 화병증상과 화병 척도 총점이 우울장애 집단에 비해 화병 집단이 높았다. 또한 우울증상의 하위 척도인 우울감정, 신체·행동둔화, 우울증상 총점이 화병 집단에 비해 우울장애 집단에서 높

았다. 이 결과는 정신과 환자군을 대상으로 한 권정혜 등(2008)의 연구에서 화병증상 척도와 화병 총점에서 화병 집단이 우울집단에 비해 높았던 결과와 일치하였다. 그런데, 화병 환자와 주요우울장애 환자를 대상으로 SCL-90-R을 적용한 정선용 등(2004)의 연구에서 우울척도에서는 두 집단간 차이가 없었으나 적대감 척도에서 화병군이 주요우울 장애군에 비해 심한 것으로 나타난 결과와 차이를 보였다. 본 연구의 결과는 일차적으로 우울척도는 우울장애 집단에서, 화병 척도는 화병 집단에서 높다는 일반적 양상을 반영하는 결과이며 두 장애 모두 자기 평가 척도를 기준으로 집단을 선별해 낸 결과를 반영하는 지표로 볼 수 있다.

심리사회적 특성 가운데 낙관주의와 자존감에서 우울장애 집단이 공존 집단보다 더 높았다. 이와 같은 결과는 일반적으로 두 장애를 함께 가진 공존 집단이 한 가지 장애 집단에 비해 증상이 더 심각하고 전반적 기능수준이 낮다는 일반적 결과와는 상반되는 것이다. 또한, 본 연구에서 검증하고자 한 화병 집단과 우울장애 집단의 차이가 유의하지 않은 것은 낙관주의와 자존감을 두 집단의 차이를 설명하는 지표로 보기 어려운 결과이다.

암 대처의 경우 화병 집단이 우울장애 집단에 비해 적극적 대처를 더 많이 사용하며, 우울장애 집단과 화병 집단이 공존 집단에 비해 긍정적 재구조화를 더 많이 사용하는 것으로 나타났다. 삶의 질에서는 공존 집단이 화병 집단에 비해 유방암 증상 관련 삶의 질이 더 낮은 것으로 나타났다.

지금까지 화병집단과 우울장애 집단의 심리사회적 변인이나 적응지표들에 대해 체계적으로 비교한 연구도 매우 드물기 때문에 본 연

구에서 탐색한 암환자의 여러 증상이나 적응지표를 비교한 결과를 논의하는데 한계가 있다. 일차적으로 화병 집단과 우울장애 집단에서 인구통계학적 변인, 암 관련변인은 물론 심리사회적 특성, 암 대처 양식 및 삶의 질 가운데 화병 집단이 우울장애 집단에 비해 적극적 대처를 더 많이 사용한다는 것 이외에 두 집단을 구별해 주는 변인은 없는 것으로 결론내릴 수 있다. 본 연구에서 유방암 환자의 경우에는 화병의 주요 증상인 정서적 억제와 우울장애의 주요 증상인 무기력감을 동시에 포함하는 C형의 암성격과 관련되어 화병증상과 우울증상이 상당히 혼재되어 있기 때문에 두 집단의 심리사회적 특성이 잘 구별이 되지 않고 차이가 적을 것이라 가정한 바 있다. 본 연구 결과는 이와 같은 가정에 부합하는 것이다. Lin(1983)이 화병이 한국에 교유한 문화관련 증후군이기 보다 동양 문화권에서 신체증상이 두드러진 우울증의 한 형태라고 주장하였는데 이와 맥을 같이하는 결과로 볼 수 있다.

그런데 정선용 등(2004)이 화병이 주요 우울장애와는 우울정도와 정신증적 상태는 비슷하지만 신체화, 불안, 적개심 등이 더 심한 상태이고 전반적인 부적응양상을 반영하는 GSI(global severity index), PSTS(positive symptom total score)는 심하였던 결과를 토대로 화병이 주요 우울장애보다 정신과적 영역에서 더 심각한 상태라고 하였다. 본 연구에서 사용한 화병척도의 타당화 연구(권정혜 등, 2008)에서도 우울증과 화병은 유사한 성격적 특징을 가지고 있으나 그 양상이 다르게 표현되는 독립된 장애임을 제시한 바 있다. 또한 심한 부부갈등, 부부갈등에 대한 통제 불가능성 지각 등 인지적 특성이 화병 환자가 경험하는 분노나 억울

함을 이해하는데 중요한 측면이라고 제기된바 있다. 이처럼 여러 연구에서 화병 환자와 우울장애 환자는 증상의 심각도나 구체적 증상, 심리사회적 적응의 측면에서 차이가 있다고 제기되었음에도 유방암 환자를 대상으로 한 본 연구 결과는 이와 상반되는 것이다.

본 연구의 제한점과 추후 연구 방향에 대해 논의하면 다음과 같다.

첫째, 본 연구의 자료 수집은 유방암 환자의 심리적 적응 및 예후를 추적하는 다요인 연구 자료수집의 일환으로 이루어졌다. 암 관련변인이나 암 대처, 삶의 질 등 매우 다양한 평가도구들이 포함되었으나 환자를 대상으로, 그것도 암환자를 대상으로 외래방문 시 설문 조사를 실시하는 것이 매우 어렵다는 현실적 어려움 때문에 화병과 우울 장애 관련 요인의 평가가 제한되어 심도 있는 비교 분석이 어려웠다. 특히 화병에서 주요 요인으로 거론된 상태분노, 특성분노 등 분노의 평가가 이루어지지 못한 것이 가장 큰 문제점이다. 또한 억제, 개인화 등의 암 성격 관련 요인이나 특성을 더 심도 있게 평가하지 못하였으므로 화병 집단과 우울장애 집단의 차이가 크지 않은 본 연구 결과를 C형 성격의 암 성격과 관련지어 화병 증상과 우울 증상이 혼재되어 있기 때문이라 단정하기 어렵고 그 영향력을 통제할 비교검증을 하지 못하였다. 향후 연구에서는 분노 및 암 성격과 관련한 변인들을 체계적으로 포함하여 비교할 필요가 있다.

둘째, 우울장애 집단의 선별에는 CES-D와 함께 제한적 방법이기도 하지만 DSM-IV의 기준을 자기 평가 형태로 실시하여 중복기준을 적용한데 비해, 화병 척도의 경우 진단준거가 체계적으로 제시된 바 없으므로 화병 척도만을 적용하였다. 이는 우울척도로만 우울장애

선별할 경우 20%가 선별되었기 때문에 우울 증상이 심한 집단이 아닌 임상적 수준의 우울 장애 집단을 선별하고자 함이었다. 그럼에도 두 장애 선별 기준의 불균형이 있으므로 후속 연구에서는 두 장애 모두 면담도구를 적용할 필요가 있다.

셋째, 우울 증상을 평가하는 CES-D의 경우 “지난 일주일 동안”의 증상을 평가하고 DSM-IV 진단준거의 경우 “2주일 이상 지속” 되는 증상을 평가하도록 되어 있으나, 화병 척도의 경우 시기의 제한을 두지 않고 있어 두 장애 증상의 기간이 서로 불일치하였다. 또한 두 증상 모두 발생 후 경과나 지속 여부, 지속 기간을 평가하지 못하였다. 본 연구대상 선정 기준 가운데 암 진단 후 기간의 경우 최초 유방암 진단 및 수술 후 치료가 끝난 지 24개월 이내로써 연구대상자들의 질병에 대한 대응 단계가 매우 다양하였다. 특히 유방암 경과에서 심리적 적응이나 반응이 진단 시기, 수술 직전, 수술 후 등에 따라 매우 다르다는 사실 (Payne, Sullivan, & Massie, 1996)과 화병의 지속 기간에 따라 7년 이하의 단기 집단과 그 이상인 장기 집단으로 구분했을 때 분노 표현양상이 차이가 있다는 결과(전경구, 황의환, 김종우, 박훈기, 1997)를 고려할 때 후속 연구에서는 이와 같은 증상 발현 시기에 대한 기준의 불일치를 줄여야하며, 진단 후 경과를 세분화하여 연구대상을 선정할 필요가 있다.

이와 같이 본 연구는 화병과 우울장애 간 탐색적 자료를 제공하는데 그치고 심도 있는 분석이 미흡한 제한점이 있다. 그럼에도 불구하고 지금까지 우울장애, 불안장애, 신체화 장애 등 심리장애와 관련된 화병의 관련성을 규명한 연구 외에는 암과 같은 심각한 스트레스와 삶의 질이 위협받는 경우에 화병을 적용한

예가 없는 상태에서 유방암 환자의 화병 실태를 파악하고 암 성격과 관련하여 우울장애와 비교함으로써 그 개입의 필요성과 방향성을 확인하였다는 점에서 의의가 있다.

참고문헌

- 구병수, 김동일. (1997). 화병연구에 대한 검토와 전망. *동국논총*, 36, 265-283.
- 권정혜, 김종우, 박동건, 이민수, 민성길, 권호인. (2008). 화병척도의 개발과 타당도 연구. *한국심리학회지, 임상*, 27(1), 237-252.
- 김광일, 김재환, 원호택. (1984). *간이정신진단검사 실시요강*. 서울: 중앙적성출판사.
- 김은정, 오경자, 하은혜. (1999). 임상적 우울집단과 준 임상 우울집단의 심리 사회적 특성 비교. *한국심리학회지, 임상*, 18(1), 95-104.
- 노종영, 김종우, 황의완. (1998). 불안, 우울, 분노 척도를 이용한 화병환자의 임상양태에 관한 연구. *동의신경정신과학회지*, 9(2), 97-110.
- 민성길. (1989). 화병의 개념에 대한 연구. *신경정신의학*, 28(4), 604-616.
- 민성길, 남궁기, 강홍조, 이호영. (1987). 화병에 대한 임상적 연구. *대한의학협회지*, 30(2), 187-197.
- 민성길, 박청산, 한정옥. (1993). 화병에 있어서의 방어기제와 대응전략. *신경정신의학*, 32(4), 506-515.
- 박지환. (1997). 화병에 대한 진단적 연구. *신경정신의학*, 36(4), 496-502.
- 박현숙, 손정태. (2001). 만성요통환자가 지각하는 낙관성과 우울에 관한 연구. *정신간호학회지*, 10(2), 125-136.
- 배성우, 신원식. (2005). CES-D 척도(The Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale)의 요인구조 분석: 확인적 요인분석 방법의 적용. *보건과 사회과학*, 18, 165-190.
- 서연옥. (2007). 유방암 환자의 삶의 질 영향요인. *대한간호학회지*, 37(4), 459-466.
- 신승철, 김만권, 윤관수, 김진학, 이명선, 문수재 등. (1991). 한국에서의 the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)의 사용. *신경정신의학*, 30(4), 752-767.
- 이만홍, 이호영, 민성길, 김경희, 김수영, 송동호, 신정호, 박목희, 배안, 송금영. (1986). 한국판 진단적 면담검사의 개발과 그 타당도 검사. *신경정신의학*, 25(2), 300-313.
- 이시형. (1977). 화병에 대한 연구. *고려병원잡지 고의*, 1(2), 63-69.
- 전점구, 황의완, 김종우, 박훈기. (1997). 화병과 정서적 스트레스간의 관계 연구. *한국심리학회지:건강*, 2(1), 168-186.
- 전점구, 황의완, 김종우, 박훈기. (1998). 화병환자와 일반 주부의 생활스트레스와 대처방식. *스트레스연구*, 6(1), 9-24.
- 정선용, 김종우, 박종훈, 김상호, 황의완, 권정혜. (2004). SCL-90-R을 이용한 화병과 주요우울장애의 비교. *동의신경정신과학회지*, 15(2), 45-51.
- 하은혜, 서주은, 정준, 양정현, 남석진, 이정언, 백혜진. (2008). 유방암 환자의 우울장애 예측변인. *한국심리학회지, 임상*, 27(4), 961-976.
- 하은혜, 이선희, 정준, 이희대, 이정언, 남석진, 양정현. (2010). 유방암 환자의 삶의 질 예측요인. *한국유방암학회지*, 13(2), 219-226.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Ed text revision*. Washington, D. C.. American Psychiatric Association.
- Anagnostopoulos, F., & Vassilaros, S. T. (1986). Personality attributes of women who develop breast cancer. *Paper presented at the 16th European Conference on Psycho somatic Research, Athens, Greece*.
- Andritsch, E., Dietmaier, G., Hofmann, G., Zloklkovits, S., & Samonigg, H. (2007). Global quality of life and its potential predictors in breast cancer patients: an exploratory study. *Supportive Care in Cancer, 15*, 21-30.
- Bardwell, W. A., Natarajan, L., Dimsdale, J. E., Rock, C. L., Mortimer, J. E., Hollenbach, K., et al. (2006). Objective cancer-related variables are associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology, 24*, 2420-2427.
- Bryla, C. M. (1996). The relationship between stress and the development of breast cancer: a literature review. *Oncology Nursing Forum, 23*(3), 441-448.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham J., Richard, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal, 330*, 702-705.
- Carver, C. S., Smith, R. G., Petronis, V. M., & Antoni, M. H. (2006). Quality of life among long-term survivors of breast cancer: different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psycho-oncology, 15*, 749-58.
- Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationship with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-oncology, 13*, 211-220.
- Grabsch, B., Clarke, D. M., Love, A., McKenzie, D. P., Snyder, R. D., Bloch, S., Smith, G., & Kissane, D. W. (2006). Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliative Supportive Care, 4*(1), 47-56.
- Kim, M. J. (1998). Pruefungsangst und andere psychosoziale Merkmale: ein Beitrag zur interkulturellen Diagnostik. Dissertation der Philosophischen Fakultät der Universität Duesseldorf.
- Lin, K. M. (1983). Hwa-byung, A Korean Culture-Bound Syndrome? *American Journal of Psychiatry, 140*(1), 105-107.
- Mooray, S., Frampton, M., & Greer, S. (2003). The Cancer Coping Questionnaire: a self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behavior. *Psychology, 12*, 331-344.
- Morris, T. (1980). A "Type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention, 3*, 102.
- Park, A. S., & Kwon, J. H., (1999a). 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). Affective characteristics of the Hwa-Byung, Depression

- and Climacteric Syndrome groups. *Poster presented at the American Psychological Association 107th Annual Convention*, Boston.
- Payne, D. K., Sullivan, M. D., & Massie, M. J. (1996). Women's Psychological Reactions to Breast Cancer. *Seminars in Oncology*, 23(2) 89-97.
- 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(4), 381-389.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implication of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 5, 2219-2247.
- Somerset, W., Stout, S. C., Miller, A. H., & Musselman, D. (2004). Breast Cancer and Depression. *Oncology*, 18(8), 1021-1034.
- Spielberger, C. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory: Professional Manual. research edition*. Psychological Assessment Resources. Odessa, Florida.
- Suh Y. O. (2007) Predictors of quality of life in women with breast cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 37, 459-66.
- Watson, M., Pettingale, K. W., & Greer, S. (1984). Stress reactions and autonomic arousal in breast cancer patients. In *Advances in the Biosciences*, 49-Psychology Aspects of Cancer (Edited by Watson M, and Moriss T.) Pergamon Press, Oxford.
- Yun, Y. H., Park, Y. S., Lee, E. S., Bang, S. M., Heo, D. S., Park, S. et al. (2004). Validation of the Korean version of the EORTC QLQ-C30. *Quality of Life Research*, 13, 863-868.
- Zung, W. W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 371-379.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.
- 1 차원고접수 : 2011. 2. 9.
심사통과접수 : 2011. 3. 4.
최종원고접수 : 2011. 3. 17.

The Relationships between Hwa-Byung and Depressive Disorder in Breast Cancer Patients

Eun Hye Ha¹⁾ Sun Hee Lee¹⁾ Eun-Seung Yu²⁾ Jong-Heun Kim²⁾
Jung Sil Ro³⁾ Han Sung Kang³⁾ Keun Seok Lee³⁾

¹⁾Department of Child Welfare and Studies Sookmyung Women's University

²⁾Mental Health Clinic, National Cancer Center Gyunggi-do

³⁾Center for Breast Cancer, National Cancer Center, Gyunggi-do

The purpose of this study was to clarify the common factors and differences between Hwa-Byung and depressive disorder in women with breast cancer on the basis of having the type C personality in cancer patients. The 256 breast cancer patients were recruited and they were assessed on Hwa-Byung Scale, CES-D, psychosocial variables, cancer related variables, cancer related somatic symptoms and quality of life. As a result, 16.8% were classified as Hwa-Byung and 13.7% were classified as depressive disorder. Hwa-Byung symptom scale, Hwa-Byung personality scale and total score of Hwa-Byung showed significantly positive correlations. It showed no differences all kind of sociodemographic variables and cancer related factors among Hwa-Byung, depressive disorder, and comorbid group. Also there were no significant differences of psychosocial variables, cancer related variables, cancer related somatic symptoms and quality of life among three groups. The only exception was that Hwa-Byung group showed higher active coping behaviors than depressive disorder group. So it can be concluded that there were no critical variables to discriminate between Hwa-Byung and depressive disorder in breast cancer patients. Finally it was discussed the implications for the identification and psychosocial intervention of Hwa-Byung in breast cancer patients.

Key words : breast cancer, Hwa-Byung, depressive disorder, type C personality, coping behavior, quality of life.