

한국인 우울 연구를 위한 문화심리학적 고찰과 제언

채 정 민 이 순 목 김 종 남 최 승 원[†]
서울사이버대학교 성균관대학교 서울여자대학교 덕성여자대학교

본 연구는 한국인에 적합한 우울 연구를 위해서는 문화심리학적 관점이 필요한데, 그동안 이 관점이 부족했다는 인식 하에 이루어졌다. 이를 위해 다음과 같은 3가지 측면에서 연구를 진행하였다. 첫째, 문헌연구를 통해 한국문화에서 우울과 관련된 용어의 등장 시기와 그 의미를 분석했다. 둘째, 문헌연구를 통해 우울에 대해 적용할 수 있는 문화심리학적 관점들을 검토하였다. 셋째, 이 결과들을 토대로 한국에서 우울에 대해 문화심리학적으로 어떻게 연구해야 하는지에 대해 방안을 모색했다. 연구 결과, 첫째, 조선왕조실록과 한의학 교과서, 그리고 조선총독부의 자료에 대해 분석하여 일제강점기 이전에는 우울이라는 말은 사용되지 않았고, 우울과 유사한 의미를 지닌 용어인 울읍(鬱邑), 광증(狂症)이나 전광(癲狂)이 적어도 조선 세종조 때부터 사용되어 왔음이 드러났다. 그리고 우울이라는 말이 본격적으로 사용되기 시작한 시점은 해방 이후인데, 미국정신의학회의 정신장애진단 및 통계편람(DSM)이 본격적으로 일본을 거쳐 한국에 도입된 이후임을 알 수 있었다. 둘째, 우울에 대해 적절한 문화심리학적 관점은, 절대적 관점은 배제하고 보편적 관점과 상대적 관점을 절충하는 방안이 적절함을 알 수 있었다. 셋째, 한국에서 우울은 한(恨)과는 공유하는 점이 적은 반면, 홧병과는 공유하는 점이 적지 않음을 알 수 있었다. 이러한 결과를 토대로 볼 때, 향후 국내에서 우울에 대한 연구는 보편적 관점에서 다루는 에틱적(etic) 요소와 문화상대적 관점에서 다루는 에믹적(emic) 요소를 종합적으로 적용한 방법이 적용되어야 한다고 볼 수 있다.

주요어 : 심리, 우울, 문화, 역사, 조선왕조실록

[†] 교신저자 : 최승원, 덕성여자대학교, (132-714) 서울특별시 도봉구 삼양로 144길 33
Tel : 02-901-8306, E-mail : smlyhl@chol.com

최근 들어 한국에서 우울한 사회적 사건도 많이 발생되고, 우울증을 앓고 있는 사람도 많아졌으며, 우울증에 의해서 자살에 이르는 경우도 급증하고 있다. 이에 따라 우울감 혹은 우울증에 대한 관심은 크게 증가하였다. 특히 심리학과 정신의학 등의 정신관련 분야에서 우울감과 우울증에 대해 연구하고, 그에 따른 개입(김설환, 손정락, 2010; 신민섭, 박광배, 오경자, 1991; 이민수, 2013 등)이 다양하게 이루어지고 있다. 여기서 우울감은 일상생활에서 경험할 수 있는 것을 말하고, 우울증은 병적인 측면을 말하며, 일반적으로 우울이라고 말하는 경우는 이 둘 다를 포함한 의미로 볼 수 있다.

하지만 이들 연구에서는 ‘과연 한국인의 우울에 대해 정확하게 이해하고 연구하고 있는가?’라는 질문에 대해서는 확실한 답을 제공하지 못하고 있다. 대부분의 연구에서는 미국정신의학회에서 발간한 DSM을 토대로 진단하고 분류할 뿐이다. 이렇게 되면 현실은 한국문화에 있고, 기준은 미국문화에 있게 될 수 있다는 점에서 아주 심각한 문제가 아니라고 할 수 없다.

사실 우울을 문화와 연관시켜 보려는 노력은 오래 전부터 있었다. Marsella(1980)는 우울증과 문화에 대한 연구들을 개관하여 “우울증은 보편적인 형태를 가정하지 않는다(p.260)”라고 말했고, “서구에서 나타나는 우울증에 대한 심리학적 징후는 비서구에서는 존재하지 않는 경우가 종종 발견된다(p.261).”라고 결론을 지었다. 이는 우울증에 대해 문화심리학적 관점을 가지고 연구해야 함을 강력하게 시사하는 것이다. 그리고 Schulz(2004)를 비롯한 여러 학자들도 중국의 경우 1980년대에야 비로소 DSM을 받아들였지만 우울증의 진단과 치

료를 위해 DSM을 중심으로 한 현대 정신의학 패러다임과 중의학을 중심으로 하는 전통적인 중의학 간의 절충 내지 통합을 해 나가고 있다고 평가하고 있다. 이는 한의학과 같은 전통의학을 가지고 있는 한국문화에서 우울증을 연구하는데 시사하는 바가 대단히 크다. 다행히도 이러한 관점과 같은 맥락에서 한국의 문화와 한국인에 초점을 맞춘 연구들이 진행되었다. 김광일(1992)은 한국인의 우울증상이 문화가 다른 외국인의 우울증상과는 다를 수 있음을 정신의학적으로 고찰하였다. 이후 이민수(2013)는 한국인만이 독특하게 보이는 우울증상을 제시했고, 권정혜, 김종우, 박동건, 이민수, 민성길, 권호인(2008)은 햇병과 우울증을 구분해 보이려는 노력을 했다.

그렇지만 이러한 노력에도 불구하고 아직까지 한국문화에 적합한 우울 연구의 관점과 정확한 우울모델을 토대로 체계적으로 진행한 연구는 거의 없다고 볼 수 있다. 문화심리학적 관점에서 어떤 주제를 연구하기 위해서는 여러 가지 측면에서 입체적으로 조명해야 한다. 즉, 문화와 인간의 관계를 고려할 때 어떤 연구의 관점을 가질 것인가, 어떤 의미의 용어를 사용할 것인가, 어떤 구성개념으로 할 것인가, 어떤 모델에 따를 것인가, 어떤 측정 방식을 적용할 것인가 등이 결정되어야 한다. 특히, 우울증과 같은 경우에는 치료라는 개입 방안까지 문화심리학적 측면에서 다뤄야 한다. 그런데, 위에서 언급된 연구들에서는 이러한 점들이 부분적으로만 고려되었다.

따라서 본 연구의 과제는 한국문화에서 한국인에 대한 우울 연구를 할 때 필요한 여러 측면을 처음으로 조명하여 명료화하는데 초점을 두고 다음과 같이 구체적으로 해결해야 할 과제를 설정하였다. 첫째, 우울에 대해 어떤

용어와 어떤 개념을 사용할 것인가, 둘째, 한국 문화에서 우울 연구를 위해 어떤 관점을 가질 것인가, 셋째, 우울 연구를 어떤 방식으로 연구할 것인가 등에 대한 해법을 도출하려고 하였다. 이를 위해 본 연구는 한국의 역사에서 우울에 대한 용어의 출현 시기와 개념을 정리해 볼 필요가 있으며, 한의학에서 보는 우울에 대해 조명하고, 임상우울을 포괄하는 정신병리에 적용되는 문화심리학적 관점들을 살펴보고, 우울에 대해 어떤 구성개념을 가져야 할 것인지를 파악하였다.

연구 과제 1-1: 한국 문화에서의 우울 용어의 등장 시기와 연구의 기원

용어의 중요성

앞서 언급한 바와 같이 우울증과 관련하여 고려해야 할 여러 측면 중 우선적으로 용어의 의미를 고려해 보면 이 용어가 왜 문화심리학적으로 다뤄져야 하는지를 분명하게 알 수 있다. 예를 들어, 우울증을 측정하거나 진단할 때 APA에서 제공한 성인용 우울측정도구인 PROMIS Emotional Distress-Depression- Short-Form 에서도 ‘나는 우울하다’와 같은 문항을 직접적으로 제시하는 경우가 있고, 우울증 환자 여부를 진단할 때에도 최종적으로는 내담자에게 ‘우울합니까?’라는 문항이 있다. 이 과정에서 의사가 가지고 있는 우울에 대한 의미와 환자가 가지고 있는 우울에 대한 의미가 같으면 다행이지만 그렇지 않은 경우가 있을 수 있다. 또한, 환자들 간에도 이러한 차이가 있을 수 있다. 특히 한 문화 내에서도 우울하다는 말을 맨 처음 사용하던 사람, 지식인층, 그

리고 이 말의 개념을 정확하게 인식하지 못하는 사람 간에는 ‘우울합니까?’라는 질문에 대한 나름대로 의미가 다른 답을 할 수 있다는 점이 문제이다. 이러한 우울에 대한 표상 (representation)의 차이는 ‘우울’이라는 말을 동일하게 사용하지만 실제로 그 정도와 내용이 다른 일상 우울과 병적인 우울을 다룰 때에도 나타날 수 있다. Kleinman(1980)이 중국인 환자들을 대상으로 한 연구에서 이러한 현상이 드러났다. 즉, 신체화장애 환자가 자발적으로 표현한 증상과 의사나 면담자가 ‘000한 증상이 있습니까?’와 같은 방식으로 물어서 유도된 (elicited) 증상 간에는 차이가 있다는 점이다. 그리고 진단과 관련된 심리학자, 의사, 환자 등이 동일한 용어에 대해 동일한 의미를 가지지 않을 경우 문제가 생길 수 있다. 이 때 이들이 서로 다른 의미를 가지게 된 점은 이들이 속한 문화에서 어떤 영향을 받았는가에 의해서 결정되기 때문이다. 특히, 한국처럼 과거에 오랫동안 중국의 중의학에 의해 영향을 많이 받았고, 20세기 초에는 일제로부터 식민통치를 받으면서 언어나 학문적 침해까지 받았으며, 해방 이후에는 미국의 학문적 영향을 많이 받았고, 급격한 산업화로 도시와 농촌 간의 문화적, 심리적 차이가 큰 경우에는 우울이라는 용어와 관련하여 문화심리학적 관점이 절대적으로 필요하다고 볼 수 있다.

용어의 의미

한국에서 현재 사용하고 있는 ‘우울하다’, ‘우울’, ‘우울병’이라는 말은 1900년대 초반을 지나서야 사용되기 시작했다. 그 이전에는 다른 용어들이 사용되었다는 점이 역사 기록에서 드러난다.

우울과 관련하여 조선시대에 사용된 전광증(癲狂症)에 먼저 주목해 볼 필요가 있다. 이 병은 현대의학으로 보면 정신병에 해당된다. 그리고 좀 더 구체적으로 살펴보면, 증상이 외형적으로 나타나서 양적(陽的)이며 광란이 심한 것은 광증(狂症)이라 하고, 그 반대인 음적(陰的)이며 정적인 것은 전증(癲症)이라고 한다. 여기서 광증은 현대 조현병 중의 긴장형과 양극성장애의 조증에 가깝고, 전증은 조현병의 파괴형이나 망상형 또는 양극성장애의 우울증에서 흔히 볼 수 있는 증상에 가깝다. 이 전광증이 실제로 조선시대에 존재했다는 근거는 조선왕조실록에서 광증(狂症)이나 전광(癲狂)이라는 용어로 기록된 내용이 세종 때부터 등장한 사실이다. 또한 조선왕조실록에는 현대 정신의학에서 우울증과 관련하여 많이 다루지는 ‘울화도’ ‘울읍(鬱悒)’이라는 용어로 포함되어 있다(표 1 참조). 조선왕조실록에서 ‘이 울읍’이라는 용어는 세종 16년인 1434년에 처음 나타난다).

1) 세종 64권, 16년(1434 갑인 / 명 선덕(宣德) 9년) 6월 28일(계유) 4번째 기사
 평안도 도절제사 이각이 병든 아내를 위해 1개월의 말미를 청하였으나 이를 허락치 않다

평안도 도절제사 이각(李恪)이 상서하기를,
 “신(臣)은 별다른 재능도 없이 지나치게 성상의 은혜를 입사와 지위가 자헌(資憲)²³⁵⁴에 이르고 외람되게 중한 책임을 맡았습니다. 다만 신의 나이가 61세 이윽고, 오랜 병이 몸에 얽혀 날로 심하고 달로 더하와 변방(邊方)을 지키기에 합당하지 못하옵건만, 그러나, 은혜에 보답할 길이 없사오니 마땅히 죽은 뒤에야 그만둘 것이옵니다. 신의 처는 전라도 전주에 있사운데, 계축년 3월에 풍질(風疾)을 앓기 시작하여 전신불수(全身不遂)가 되어 명이 경각에 달렸습더니, 특히 내의(內醫)를 명하사 약을 내려 주시고 치료하시어

그렇다면 정확하게 우울이라는 용어와 관련된 용어는 언제부터 사용되기 시작했을까? 이에 대한 해답을 찾기 위해 국내 주요 우리말 사전을 조사해 보았는데, 표 2와 같이 1950년대 중반을 넘어서면서부터 이러한 말들을 사전에 등재하였다. 그리고 일제강점기의 언어

겨우 생명을 보전하였으되, 아직도 병상에 누어 신음(呻吟)하고 있사옵니다. 그러나, 아들도 없고 딸도 없사와 전연 시탕(侍湯)할 사람이 없사옵니다. 만일에 관직을 면하고 구호하여 살리고자 하올진댄, 부모의 병과 달라서 참으로 공의(公義)에 어긋남이 있사오매, 신의 본래 가진 뜻이 아니옵고, 도(道)를 바꾸고자 뜻하옵는다면 이곳은 중하고 저곳은 경하오매, 사람들이 모두 그리하고자 아니하는 바이오니, 중한 곳을 피하고 경한 곳에 나아가려는 책망을 면하지 못할 것이오니, 이것은 신이 밤낮으로 통탄(痛憫)하고 울읍(鬱悒)²³⁵⁵하여 마지 아니하는 바이옵니다. 만일에 운반(運搬)할 군인과 초료(草料)·죽반(粥飯)을 주시어 친척 중의 한 사람으로 데려오게 하시오면 진실로 다행하겠사운데, 때가 바로 농사 때이온 지라 농사 일에 방해될까 염려되옵고, 또 병세가 더욱 위독하여 길에서 혹시 뜻밖에 일어나는 환(患)이 있사오면 이는 작은 사고가 아니옵니다. 다행히 오늘날은 성상의 은택(恩澤)이 지중(至重)하와 북변(北邊) 사람들이 귀순하옵고, 얼음도 풀리고 물이 넘치어 적도(賊徒)들의 난이 스스로 가라앉아 방비(防備)할 일이 조금 험하여졌사오니, 만약 1개월의 말미(暇)를 얻어 병든 아내와 영결(永訣)함을 얻게 되오면 어찌 다행함이 이와 같으리까. 신은 다시 더 바랄 것이 없사옵니다.”
 하였으나, 윤택하지 아니하였다.

【태백산사고본】 20책 64권 46장 A면

【영인본】 3책 575면

【분류】 *인사-관리(管理)

【註 2354】자헌(資憲): 자헌 대부. ☞

【註 2355】울읍(鬱悒): 마음이 우울하고 근심함. ☞

표 1. 조선왕조실록에 나타난 우울 관련 언급 현황

검색어	세종 시대	성종 시대	중종 시대	선조 시대	숙종 시대	영조 시대	정조 시대	순조 시대	현종 시대	고종 시대	합계
전광	1					1	2	1	1	1	7
울화*	1		1		1		1				4

* 울음으로 표현됨
상기 숫자는 건수임.

표 2. 우울 관련 용어의 우리말 사전 등재 현황

연대	발행 주체	사전명	우울	우울하다	우울증	우울병
1920년	조선총독부	조선어사전	없음	없음	없음	없음
1938년	문세영	국어대사전	없음	없음	없음	없음
1947년	한글학회	표준조선말사전	없음	없음	없음	없음
1954년	문세영	국어대사전 증보판	없음	없음	없음	없음
1958년	한글학회	표준조선말중사전	있음	있음	없음	있음*

* 속이 답답한 병

와 관련해서 중요한 점은, 황호덕(2010)이 지적한 바대로 일본인들에 의해 한국에 일본인들이 사용하는 단어가 유입되었고, 사전에 이러한 것이 수록되도록 영향을 미쳤으며, 일본의 메이지 유신 때 생성된 약 90%가 한국어 사전에 그대로 반영되었다는 점이다. 이러한 과정에서 우울이라는 말은 일제강점기가 종료되기 전에 사전에 등재되는 형태로 반영되지는 않았다고 하더라도 일상생활에 상당한 영향을 미치고 있다가 약간의 시차를 두고 나중에 사전에 수록된 것으로 볼 수 있다.

한편 강여훈(2005)이 밝힌 바대로 일본인에 의해 일본어가 한국에 강제적으로 번역되어 유입되는 경우가 많았다. 이는 정근식(2007)이 일제에 의해 통역경찰이 만들어졌다고 밝힌 점에서도 확인할 수 있다. 이렇게 되면, 사전

에는 등재되지 않았다고 해도 일상적으로는 사용될 수 있다. 실제로 이무영(1940)이 <문장>이라는 책에 ‘회고(回顧)도 우울(憂鬱)한가’라고 기술한 사례가 있었다.

또한, 한국에서 사용하고 있는 우울이라는 용어가 중국으로부터 영향받았을 가능성도 확인해 볼 필요가 있다. 현재 중국에서 우울과 관련해서 사용하는 용어는 ‘우울증’을 ‘抑郁症 yìyùzhèng’, ‘憂郁症 yōuyùzhèng’, ‘气結 qìjié’, ‘气積 qìjī’이다. ‘우울’은 ‘憂郁 yōuyù’, ‘憂愁 yōuchóu’, ‘憂悶 yōumèn’, ‘憋悶 biē·men’, ‘陰郁 yīnyù’, ‘沉抑 chényì’, ‘悒郁 yìyù’, ‘郁抑 yùyì’, ‘抑郁 yìyù’이고, 문어체에서는 ‘郁郁 yùyù’, ‘悶悶 mènmen’를 사용한다. 단, 우울병이라는 말은 사용하고 있지 않다. 한국과 중국이 같은 한자문화권에 있기 때문에 동일한 대상에

대해서는 동일한 한자를 사용하는 관례에 비추어 볼 때, 중국에서 ‘憂鬱’ 관련 한자가 없으므로 우리가 사용하는 ‘우울’이라는 말 자체는 중국의 영향을 받은 것으로 보기는 어렵다.

하지만 한국의 한의학이 중국의 전통의학에 의해 영향 받았기 때문에 이와 관련된 측면도 확인해 볼 필요가 있다. 이러한 우울관련 용어는 주로 중국의 <황제내경(皇帝內經) 소문(素問) 육원정기대론(六元精氣大論)>²⁾에서 기원한다. 이 책에서 울증이 처음 등장하였고, 이후 “울불리평칠정(鬱不離平七情)” 혹은 북송 때의 진언(陳言)의 삼인요론(三因要論), 원나라 때 주단계(朱丹溪)의 육울설(六鬱說)은 울증(鬱證)의 이법(理法)과 방약(方藥)만을 전문적으로 연구한 선례가 있었다(이광준, 2002).

따라서 한국의 경우 근대 이전에는 우울과 유사한 용어는 전통적으로 ‘울읍’이었고, 이를 ‘울증’ 등으로 진단했다고 볼 수 있으며, 울화

병이라는 진단명은 없었다고 볼 수 있다. 그리고 이러한 과정 증상을 다루는 방식에서는 중국의 영향이 컸다고 볼 수 있다.

다음으로는 한국에서 사용되는 우울 관련 용어에 일본의 영향이 있었는지도 살펴볼 필요가 있다. 한국 역사에서는 일제강점기의 영향도 배제할 수 없다. 일제강점기에서는 한국인에 대해 일본인들은 일반적으로 배제정책을 펼쳐서 한국인들을 철저히 식민지인으로 대했듯이 정신질환자에 대해서도 동일하게 대했다. 그래서 한국인 정신질환자는 충동적이고 위험하다는 인식을 토대로 이들을 병원에 격리해서 범죄자처럼 다루는 방식이 적용되었다(한귀영, 1997).

그리고 일제강점기인 1911년 조선총독부의 자료를 보면, 당시의 정신병 분류는, 전간, 무답병, 신경쇠약증, 히스테리, 비사적리, 마비성치매, 조발성치매, 편집병이라는 8개이었다. 여기에는 우울이라는 용어 그 자체는 없고, 우울에 가장 가까운 내용을 담고 있는 전간과 신경쇠약증이라는 용어가 있을 뿐이다. 이는 과거 조선시대부터 사용된 울읍이라는 것이 사용되어 왔던 것과는 달리 일본의 조선총독부에 의해 분류된 것이기 때문이라고 보인다.

그런데, 우리말의 ‘우울하다’는 뜻을 지닌 현대 일본어는 ‘憂鬱だ’이다. 이 ‘憂鬱だ’는 일본어 사전에서(Wiktionary 日本語版) ‘心が晴れないだ’로 설명되어 있다. 이는 ‘마음이 상쾌하지 않다’로 번역될 수 있다. 그리고 ‘憂鬱’과 함께 ‘幽鬱’과 ‘悒鬱’을 ‘ゆううつ’로 동일하게 발음하고 동일하게 취급한다. 이 점에서 보면, 한국에서 조선시대 때 사용했던 ‘鬱鬱’을 순서만 바꿔서 같이 사용하고 있음을 알 수 있다. 또한, ‘우울증’이라는 말도 ‘憂鬱症(ゆううつしょう)’라고 하고, ‘우울병’이라는

2) 황제내경은 중국에 현존하는 의학이론서 중 가장 오래된 책이고, <내경 內經>이라고도 하는데, 도교의 가장 중요한 고전 중의 하나로도 본다. 그리고 이 책에 대해서는 여러 가지 설명이 있는데, 중국 고대 전설상의 인물인 황제와 그의 신하인 기백의 의술에 관한 토론을 기록한 것이라는 설명이 하나고, 전국시대에 활약하던 음양가(陰陽家)의 논리에 맞춰 예전부터 전승되던 것을 모아 엮은 책이라는 설명이 다른 하나인데, 후자가 더 유력한 것으로 보는 경우가 많다. 이 책은 대략 춘추전국시대 중 제왕기(BC 770~221)에 제작된 것으로 추정되며 후대인들에 의해서 계속 증보되었다. 이 책은 질병의 원인론, 생리학, 진단방법, 치료법, 질병 예방법 등을 다루고, 현대 학문 중 윤리학, 심리학, 천문학, 지질학 그리고 시간 생물학 등의 내용과 맞닿아 있다. 이 책에서 울증 관련 언급의 원문은 “木鬱之發, 甚則耳鳴眩轉, “少陽所至, 爲喉痺耳鳴嘔涌”이다.

말도 ‘憂鬱病(ゆううつびょう)’라고 사용한다. 그리고 이러한 鬱悒과 같은 우울 관련 용어들은 일본의 개화기 이전부터 있어 왔고, ‘憂鬱だ’, ‘憂鬱症(ゆううつしょう)’, ‘憂鬱病(ゆううつびょう)’은 중국어(漢語)의 ‘憂鬱’에서부터 왔으며, 『관자(管子)』의 『漢詩外傳』 등의 중국고전에 나타나 있는 것을 일본에 들여와서 사용하게 되었다고 한다(<http://gogen-allguide.com/yu/yuuutsu.html>). 그리고 이렇게 ‘憂鬱’을 들여오게 된 시점은 서구의 영향을 받은 이후라고 볼 수 있다. 가장 가능성이 높은 유입 시점은 ICD와 DSM의 도입 시점이고, ‘depression’이 ‘憂鬱’로 사용된 것으로 보인다. DSM에서는 1952년 초판 당시부터 ‘depression’이 등장한다. 그리고 이 용어는 그보다 훨씬 이전인 19세기에도 등장하였다. 프랑스 정신과의사인 Jean-Pierre Falret은 ‘depression’을 언급했다. 따라서 한국에서 우울증이라는 단어가 사용된 것은 1958년에 공식적으로 한글 학회의 사전에 등재되기 전부터인 1900년대 초반에도 사용되었던 것으로 보이고, 이는 일본이 ‘depression’을 우울이라고 번역한 것 때문에 영향받은 것으로 보인다. 이 과정에서 우울이라는 용어는 중국과 한국의 영향을 받은 일본이 사용하면서 그 의미는 미국식 DSM의 영향을 받은 것으로 볼 수 있다. 이방현(2013)은 일본에 의해 도입된 우생학적 지식과 정신 위생 활동, 서구의 영향을 받은 근대의학적 지식과 관리지침 등을 통해 정신병에 대한 지식을 갖게 되었다고 보고 있는데, 이 이방현의 의견도 이러한 추정을 뒷받침해준다.

이상의 내용을 토대로 볼 때, 한국에서 사용하는 우울의 뜻은 중국에서의 경우와 같은 것 같지만 이와는 다르고, 일본에서의 경우와 비슷한 양상을 보인다고 할 수 있다. Nakane,

Ohta, Uchino, Takada, Yan 등(1988)이 한국인, 중국인, 일본인을 대상으로 ICD-9와 DSM-III의 기준에 따라 상하이, 서울, 나가사키의 정신과 의사들(3곳 센터에서 실시)이 어떻게 진단하는지 연구하였다. 그 결과, 일본인은 기분상태 관련 정신병(affective psychosis)으로 분류하였는데, 중국인은 신경증으로 분류했으며, 한국인은 이들 두 가지의 중간으로 분류했다. 이는 우울증 진단 시 이 3개국에서 서로 다른 기준을 적용했음을 의미한다.

이렇듯 한국은 어느 특정 시기에 어느 특정 관점의 정신병적 접근법을 가진 것이 아니라 한국문화가 그동안 가졌었던 내용들을 누적적으로 적용해 왔다는 점을 알 수 있다.

우울 연구의 시작

한국에서 우울증 연구가 이루어진 역사를 살펴보면, 국내 최초의 우울증 연구는 도복남(1966)의 ‘우울증 환자의 간호: 1965년 초부터 1966년 11월 초까지 경북의대 부속 병원 정신 신경과’라는 간호학적 연구이다. 이는 심리학계에서 보면, 심리학계가 아닌 다른 학계에서 먼저 이루어졌다는 점에서 다소 의외라고 생각할 수 있다. 이후 심리학적 연구는 신동균(1968)이 ‘Rorschach 반응내용분석에 의한 불안신경증 환자와 신경증적 우울증환자의 비교’라는 제목으로 ‘한국심리학회지: 일반’에 게재한 것이 최초이다. 현재까지 한국심리학회지에서 ‘우울’과 ‘우울증’이라는 검색어로 검색한 결과(2014년 8월 1일 현재), 532건의 연구가 확인되었다. ‘우울병’이라는 검색어로는 한 건도 검색되지 않았다. 정신의학계에서는 간호학이나 심리학보다 훨씬 늦게 연구를 하기 시작했는데, 김영현(1982)의 ‘우울증환자의 체온 및

노중 17-Ketosteroid 배설의 Circadian Rhythms' 연구였다. 그리고 이 정신의학계의 연구논문이 이후 많이 발표되어 이들 연구까지 포함한다면 수천 건에 이른다.

이러한 점에서 보면 간호학계를 포함한 의학계와 심리학계는 서구 학문의 영향을 받으면서 DSM을 도입한 맥락에 있으므로 일반인의 우울에 대한 표상과는 다른 표상을 가지고 있을 수 있다.

연구 과제 1-2: 한의학에서 보는 우울

한국문화에서의 우울에 대한 접근 가운데 전통 한의학적 접근을 살펴볼 필요가 있다. 앞선 선례에서는 우울의 “울(鬱)”은 기기(氣機)가 울체(鬱滯)되어 제대로 통하지 못한다는 것으로 보았다(이광준, 2002; 임동규, 2011). 그리고 우울의 원인은 내인(內因)과 외인(外因)이 있고, 이러한 것들이 장부(臟腑)의 기능이 문란해져 기혈(氣血)과 진액(津液)이 순환되지 못하고 “결취(結聚)되어서 퍼지지 못하는” 일련의 징후를 보이는 것이 울증이라고 보았다. 이에 비해 좁은 의미의 울증은 정지(情志)가 퍼지지 못하여 기기(氣機)가 울결(鬱結)됨으로써 발생한 병증으로 보았다.

그리고 이들 관점에서는 울증에 대해 다음과 같이 여러 가지로 분류한다.

<내경>에서는 목(木), 화(火), 토(土), 금(金), 수(水)의 “오울(五鬱)”로 나누었고, <상한론(傷寒論)>에서는 수(水), 화(火), 담(痰)의 “삼울(三鬱)”로 나누었으며, 주단계는 기(氣), 습(濕), 담(痰), 열(熱), 혈(血), 식(食)의 “육울(六鬱)”로 나누었다(이광준,

2002).

현대 서구정신의학에서도 여러 우울증의 종류를 제시하고 있지만 한의학에서 구분하는 이러한 다양한 울증의 종류와 바로 연결짓기는 어렵다.

또한 이들은 울증의 특징을 다음의 세 가지로 보았다.

첫째, 목(木)이 울결(鬱結)하면 간(肝)이 반드시 울결한다. 간은 정신과 정서, 비위(脾胃)의 소화, 기혈의 유통, 노폐물 대사 및 월경, 대하, 임신, 출산 등과 밀접하게 관련이 있다. 따라서 울증을 치료하려면 먼저 간을 치료해야 한다. 둘째, 정지불울(情志怫鬱)은 가장 흔한 울증의 병인이므로 울증을 치료할 때에는 반드시 정신치료와 심리 소도법(疏導法)을 겸해야 하며, 특히 좁은 의미의 울증일 때에는 주된 치법(治法)으로 해야 한다. 울증을 진단하고 치료하며 치료효과를 다질 때 심리요소를 절대로 등한시하면 안된다. 울증을 양방(洋方)으로 진단하게 되면 대부분 비정상적인 물리화학적 지표가 나타나지 않으므로 병이 없다고 하거나 신경성이라는 진단을 내리게 된다. 울증은 대부분 마음 속에 남에게 말하기 힘든 비밀을 감추고 있거나 이루지 못할 소원이 있기 때문에 나타나게 되므로 만약 심리적인 카운슬링이나 정신 치료를 중시하지 않고 오로지 약물치료에만 의지하면 효과가 반감되거나 심지어 전혀 나타나지 않을 수도 있다. 셋째, “인울치병(因鬱致病)”하고 “인병치울(因病致鬱)”하여 서로 인과관계를 형성한다. 울증은 심리적인 불만이 축적되어 있다가 발생하

게 되는데, 오랫동안 발생하지 않으면 여러 가지 병이 함께 발생하거나 한열(寒熱)이 함께 나타나거나 허실이 뒤엎히므로 원발성(原發性)인지 연발성(續發性)인지 파악하기 어렵게 된다(임동규, 2011).

이러한 중국의 한방적 관점은 지속적으로 한국에 영향을 미쳤고, 한국 자체에서 발전을 거듭하면서 국민 대다수가 이러한 영향을 받았다고 볼 수 있다. 이는 한국에서 우울에 관련된 주요한 문화심리학적 표상이라고 볼 수 있다. 따라서 한국에서는 한의사들의 관점이 직, 간접적으로 일반인에게 전달되어 ‘심리적인 불만이 축적되어 울체(鬱滯)되어 제대로 통하지 못하다가 발생하게 된다’는 점과 ‘심리적 측면과 신체적 측면이 서로 영향을 주면서 증세로 나타난다’는 점을 중심으로 우울을 인식하게 되었다고 볼 수 있다. 이에 대해서 최상진과 이요행(1995)은 환병에서는 화와 울이 순차적으로 나타나는 과정에서 초기의 울기가 지나면서 나중에 화기로 진행되는데, 이 진행과정의 초반에 우울을 인식할 수 있다고 보았다.

이렇듯 한방의학에서도 우울에 대한 관점을 한 개인의 내부 요인과 외부 요인의 결합으로 보고, 환병과는 유사하지만 달라서 환병의 초반에 나타날 수 있는 것으로 보았다. 그리고 이러한 관점은 한국이 서구의 우울 개념을 받아들이기 전부터 한국인에게 영향을 미쳐서 적어도 현재의 장년층 이상은 이러한 관점과 의미를 가지고 있을 것으로 보인다. 이러한 관점과 의미를 지닌 환자들에게 ‘우울합니까?’라는 질문을 할 경우 한방적 관점과 의미를 중심으로 답을 할 수 있다. 한편 이러한 영향을 받지 않았던 젊은 세대들은 다소 다른 관

점과 의미를 가지고 답을 할 수 있다. 이러한 의미 차이는 우울이라는 하나의 현상을 다루는데 있어서 심각한 문제가 될 수 있다.

연구 과제 2: 한국 문화에서의 우울 연구를 위한 관점 모색

우울을 포함한 정신병리에 대해 취할 수 있는 문화심리학적 관점은 절대적 관점(absolutist), 보편적 관점(universalist), 상대적 관점(relativist)으로 대별된다. 그리고 이들을 보편적 관점과 상대적 관점을 적절히 혼합하는 절충적 관점(a hybrid position)이 있다. 먼저 절대적 관점의 주요 특징은, 문화에 따라 정신병리 현상이 변하지 않는다고 본다는 점이다. 단, 문화가 정신병리 현상에 아주 사소한 정도로만 영향을 준다고 인정한다. 그런데, 절대적 관점을 취하는 학자는 정신의학의 역사상 초창기에는 있었지만 이제는 거의 없다고 할 수 있다.

다음으로는 보편적 관점의 주요 특징인데, 정신병리가 문화 간 비교가 가능하거나 세계적으로 적용 가능한 차원이나 범주가 있다고 강조한다는 점이다. 이 범주는 서구의 크레펠린(Kraepelin)식 진단체계(1883, <http://global.britannica.com/EBchecked/topic/323108/Emil-Kraepelin>에서 인용)와 유사하다.

마지막으로는 상대적 관점인데, 각 문화마다 정신병리에 대한 참조체계(frame of reference)가 다르다고 본다는 관점이다. 즉, 어느 문화에서 수립된 정신진단 기준이 다른 문화에서는 전혀 들어맞지 않을 수 있다는 관점이다. 이 관점에서는 보편적 관점에서 보일 수 있는 ‘범주의 함정(category fallacy)’을 경계

하고(Kleinman, 1977) 있다. 이 범주의 함정이란, 하나의 범주가 먼저 정해지면 현상들이 서로 다름에도 불구하고 이들을 구분하지 않고 하나의 같은 범주로 취급하는 것을 말한다. 이는 차이에 대해 민감하지 않아서 발생하는 것이므로, 이 문제를 극복하기 위해서는 문화상대적 관점이 필요하다고 할 수 있다.

이들 3가지 관점 중에서 아직까지는 보편적 관점이 주를 이룬다고 볼 수 있다. 그리고 이 관점에 따라 여러 가지 연구들이 진행되었다. 먼저, 문화 간 진단의 표준화 노력을 꼽을 수 있다. 문화마다 각기 다른 진단기준을 가짐으로써 야기되는 여러 가지 문제점을 해소하기 위해서 국제장애분류(ICD-11; The International Classification of Disorders -11)가 마련되었다. DSM도 ICD-11와 동일한 목적으로 만들어진 것은 아니지만 전 세계적으로 표준화된 진단 체계의 사용을 촉진하기 위해 사용되고 있다. 특히, DSM-IV 때부터 비교문화적응력을 높이기 위해 이 책의 저자들은 각 장애들의 임상적 발현 내용을 다룰 때 문화적 변이(variation)에 대한 정보를 제공하였다. 즉, 이 책의 부록에 25개의 문화에 따른 증후군 제공하였는데, 화병(DSM-V에서는 빠져 있음)도 여기에 포함되었다. 이러한 점에서 볼 때, DSM-IV는 개인들의 문화적 맥락에 대한 평가를 위해 문화적 가설구성의 개요를 제공했다고 평가할 수 있다. 이러한 노력에도 불구하고 DSM-IV에 대해서는 여전히 문화특수적 관점에서의 비판이 있다. 즉, 진단상의 문제가 있다는 점, 서로 다른 문화 맥락에서 개인의 정상적 기능과 비정상적 기능을 정의하는 것은 무엇인가라는 점, 진단자들이 어떤 행동 장애가 개인이 속한 고유한 문화적 맥락 내에서 임상적으로 중요한지 알 수 있는가라는 점에서 비판되고 있

다. 이 저자들은 이러한 문제에 대해 아직도 정확한 답을 제공하지 않으면서 이에 대해서는 임상장면에서 좀 더 고민해야 한다고 명백히 밝혔다. 이러한 점들을 종합적으로 고려해보면, DSM-IV의 발간은 여전히 비판받는 점이 있지만, 극적으로 서로 다른 문화권에서 이상(abnormality)에 대한 동일한 기준을 적용함으로써 비교문화적 연구를 가능하게 하고, 비교 자료를 수집하게 하는 결과를 낳았다는 점에서 의미를 갖고 있다.

이후 DSM-V에서는 문화적 가설 구성(cultural formulation)이라는 내용으로 정신질환과 문화의 관계를 보다 공식적으로 정리했다. 특히, DSM-IV에 비해 문화적 측면의 개요를 좀 더 최신 내용으로 교체하고 문화에 기반한 인터뷰(CFI; Cultural Formulation Interview)에 관련된 내용을 제시하여 측정 상의 문화적 관점을 다루었다. 이를 위해 개인의 문화적 정체성, 고통에 대한 문화적 개념화, 심리사회적 스트레스 원인과 취약성 그리고 이에 대한 회복력에서의 문화적 특징, 개인과 임상가 간의 관계에서 고려해야 할 문화적 특징, 전반적인 문화적 평가 등을 다루고 있다. 특히, CFI는 16개의 질문으로 구성되어 있고, 이들 내용에는 각 개인이 문화로부터 영향 받아서 갖고 있는 가치, 지향성, 지식, 실제 행동, 각 개인들의 배경, 발달 단계상 경험한 내용, 현재 처해 있는 사회적 맥락 등, 개인이 갖게 되는 질병에 대해 가족, 친구, 그 외의 공동체가 미치는 영향 등을 포함한다.

이러한 일반적인 정신병리에 대한 보편적 관점을 토대로 우울증에 대해서도 연구가 이루어졌다. 대표적인 예는, 세계보건기구(World Health Organization, 1983)가 우울증에 대한 표준화된 평가도구(SADD; Standard Assessment of

Depressive Disorders)의 실행 적합성을 테스트하는 연구를 했다. 이 연구는 스위스, 캐나다, 일본, 이란에서 표집한 573명을 대상으로 이루어졌다. 이 연구 결과, 39개의 우울증 징후를 포착하였다. 특히, 우울증 환자의 76% 이상이 “슬픔, 기쁘지 않음, 불안, 긴장, 에너지 부족, 흥미 부족, 집중력 결여, 부적임감(inefficiency)”이라는 핵심적인 우울증상을 보였고, 환자들의 59%가 자살사고(생각)를 보였고, 우울증세를 표현하는데 있어서도 문화적으로 다른 점이 드러났는데, 환자의 40%가 39개의 주된 징후들에 포함되지 않는 신체화 된 불편함, 망상과 같은 다른 징후들을 호소하기도 하였다. 이 연구에서 드러난 또 다른 특이한 점은, 한 국가 내에서도 지역에 따라 다른 양상도 드러났는데, 일본의 나가사키 우울증 환자는 도쿄 환자들보다 핵심 징후들을 더 많이 보였다. 이 연구는 결국 보편적 관점에서 우울에 대한 연구를 하여 보편적 특징을 확인한 의미도 있지만 한편으로는 각 지역의 문화적 요인이 드러나는 것처럼 우울증상의 상대적 특징도 확인한 의미가 있다.

우울증과 관련하여 주된 증상 중의 하나인 죄의식이 어떤 문화에서나 보편적으로 나타나는가에 대한 연구가 있었다. 지금까지 비서구권에서는 죄의식이 없었고, 이와는 다른 수치심이 동양 문화에서 있었다고 알려졌다(World Health Organization, 1983). 이 죄의식은, 다른 사람의 도덕적 양식에 대한 공격이나, 의무나 과제를 수행하지 못한 것에 대해 마음 아파하는 자각을 말한다(World Health Organization, 1983, p.137). 이 세계보건기구(1983)의 연구에서 반 구조화된(semi-structured) 인터뷰를 통해 죄의식이 드러나도록 한 결과, 캐나다와 스위스의 우울증 환자들보다 이란과

일본의 우울증 환자들 죄의식을 나타낸 빈도가 적었는데, 이에 대해 연구방법상의 문제(예; Pfeiffer, 1994)가 제기되었다. 따라서 이 결과는 연구 방식에 따라 죄의식의 존재 유무가 다르게 확인될 수 있음을 의미한다. 이뿐만 아니라 죄의식을 가진 경우가 이란의 우울증 환자 중 32%, 일본의 도쿄 우울증 환자 중 48%, 나가사키 우울증 환자 중 41%이었는데, 이는 캐나다의 58%와 스위스의 68%에 비해 낮은 것으로서 문화차이가 있음을 보여주는 것이다. 이 연구 결과 역시, 앞서의 SADD의 연구 결과처럼 우울증과 죄의식의 관계가 문화보편적으로 존재할 가능성이 큼을 보여주면서 한편으로 그 정도가 문화마다 달라서 상대적 관점이 필요함을 시사하는 것이다.

우울증에 대한 비교문화 연구 중 다음의 연구는 한국 문화에서 우울증 연구하는데 시사하는 바가 크다. 먼저 한국과 문화적으로 유사하면서도 약간 다른 중국의 경우를 보면, 서구국가들에서보다 홍콩과 대만에서 일관되게 우울증 발병률이 낮았다. Compton, Helzer, Hwu, Yeh, McEvoy(1991)의 DSM-III의 기준에 따른 연구를 보면, 대만인들은 미국인들보다 우울증 발병률이 낮았는데, 이들은 이에 대해 구체적인 설명을 하지 않았다. 그래서 Lin(1985)이 이전에 이와 관련해서 설명한 내용을 적용해 볼 수 있는데, 그는 대만은 여전히 전통적인 공동체 지향성을 가지고 있어 대상(가족 등) 상실에 따른 충격이 완화되고, 강한 사회적 지지를 받을 수 있다고 보았다.

이러한 보편적 관점의 우울에 대한 연구에서 여러 가지 문제가 노정되어 문화상대적 관점이 힘을 얻기도 했다. 보편적 관점의 ‘범주 한정’ 문제가 제기된 이후 ‘새로운 비교문화정신의학’이 시작되었는데, 주로 에믹적(emic) 연

구자들이 추구하는 것이다. 이들은 고통에 대한 토착적 관용어의 의미 연구, 장애에 대한 문화특수적 분류, 선행 위험요인의 형태와 의미를 찾아내어 의미화 하는데 있어서 문화의 역할을 중시하였고, 질병의 결과에 대한 귀인을 문화에서 찾게 했다.

그리고 이 문화상대적 관점에 따라 Weiss, Doongaji, Siddhartha, Wypij, Pathare 등(1992)은 설명적 모델 인터뷰 카탈로그(Explanatory Model Interview Catalogue; EMIC)를 개발하여 고통에 대한 문화특수적 관용어를 연구하였는데, DSM-III-R과 같은 표준화된 진단체계와도 호환이 잘 되었다. 그리고 이 연구 도구는 신경쇠약 등의 정신질환 연구에 활용되었다(예, Lee & Wong, 1995). 이후에는 Lloyd 등(1998)과 Weiss(1997)에 의해서 이 인터뷰 카탈로그가 발전되었다.

또한, 명확하게 문화상대적 관점이 필요하다는 점이 중국인 환자를 대상으로 한 연구에서 드러났다. 중국에서는 미국의 기준으로 보면 우울증에 해당될 수 있는 증상들이 대부분 신경쇠약으로 다루어지는 경우가 많아서 실제로 신체적으로 약함, 피로, 지침, 두통, 현기증, 위장장애 등을 보일 때 신경쇠약(Shenjing Shuairuo)으로 진단한다. 이 신경쇠약이 문자적으로 의미하는 바는 '신경학적으로 약함'이다. 실제로 Kleinman(1980)이 중국인 정신과 의사의 도움을 받아 100명의 신경쇠약 환자를 면접하였는데, 이들 중 93명은 우울증 장애에 해당한다고 보았고, 또 93명 중 87명은 주요 우울장애에 해당한다고 보았다. 동일한 환자들에 대해 서구의 기준과 중국의 기준이 다를 수 있음이 확인된 것이다. 따라서 특히 우울증 증상들을 다룰 때는 문화적 측면을 고려해야 한다.

Kleinman(1980)의 연구에 의하면, 서구 특히, 미국에 없는 개념의 증후군이 다른 문화에서는 존재하는 경우도 있다. 이와 관련하여 DSM-IV에서는 축4에 문화관련 정보 제공하였는데, 이는 심리사회적 스트레스 요인을 설명하는 것이다. 그래서 문화적 규정에 대한 개요, 25개의 문화에 기반 한 증후군을 소개하였지만 명백한 진단 기준은 제공하지 않았다. 그 중 특이한 질병은, 'Koro'인데, 이는 남부 중국과 서남아시아에서 남성들 중에서 흔히 보고된 것인데, 자신의 성기가 뱀속으로 점차 들어간다는 확신을 가지고, 이 질병을 가진 환자들은 여자 유령이 자신들을 실제 죽음으로 몰고 갈 것으로 믿고 두려워한다는 점이다. 이 코로(Koro) 현상과 같은 것이 한국인의 '홧병'과 같은 현상이라고 할 수 있다. 최근에는 이 홧병이 우울증상과 중복될 수 있다는 점이 주장되어 홧병이 거론되기 시작한 초기와는 다른 관점에서 보아야 하지만 이 Koro나 홧병과 같은 것이 문화상대적 관점에서 다른 대표적인 예라고 볼 수 있다.

문화상대적 관점이 필요하다는 점을 지지하는 또 하나의 연구가 미국의 정신보건국(The National Institute of Mental Health)에 의해서 이루어졌다. 이 연구는 1980년에 20,000명 이상을 무선표집하여 유행병학 인간지도 조사(The Epidemiological Catchment Area Survey)를 실시하였는데, 여기서는 인종, 연령, 성, 사회경제적 지위에 따른 자료를 수집하려고 했다. 그 결과, 평생 동안 정서장애 발병률 즉, 조증, 주요 우울증, 약한 우울증 등에서도 위와 비슷한 결과를 보였고, 인종과 문화적응, 문화적응과정상의 스트레스 등이 상호작용하는 것으로 드러났다. 이는 멕시코인이 미국에 와서 미국 문화에 적응하면 그렇지 않은 경우의 사람이

보이는 신체화 방식 위주의 표현과는 달리, 좀 더 인지적이고 정서적인 증상을 나타냈다.

이상에서 보았듯이 정신질환에 대해 보편적 관점만을 고집할 경우 각각의 문화가 배태한 정신질환의 특징을 반영하는데 한계가 있는 등의 많은 문제점을 야기하기 때문에 문화상대적 관점을 필요로 한다. 문화상대적 관점만을 고집하는 것도 문제가 될 수 있다. 우울증상과 여러 측면에서 공유하는 점이 많은 환병의 경우가 바로 그런 예이다. 따라서 두 관점을 잘 조합시키는 절충적 관점이 한국인의 우울 연구에서는 필요하다고 할 수 있다. 이 절충적 관점은 개념적 구분에 의한 것이 아니고 실제적이고 임상적인 관점에서 문화에 영향을 받은 정신병리로 보는 관점이다. 복합문화 국가인 호주, 캐나다, 싱가포르 등과 같은 곳뿐만 아니라 이전에 동질문화 국가이었다가 변해가고 있는 프랑스, 독일, 영국 등과 같은 곳에서도 절충적 관점이 점차 강해지고 있다. 즉, 한 국가 내에서 보편적인 정신병 분류체계를 따르지만 인종이 다양하고 이들의 문화가 독특해서 각 인종 고유의 병은 인정하는 방식이 이들 국가 내에서 점차 강해지고 있다. 따라서 우울에 대해 절대적 관점을 갖는 것은 바람직하지 않으며, 앞서 살펴본 바와 같이 현실적으로 보면, 보편적 관점에 따르되 상대적 관점을 추가하는 형식을 띠어야 한다. 그리고 어디까지가 보편적 관점이 적용되어야 하고, 어디까지가 상대적 관점이 적용되어야 하는 기준은 정확히 설정할 수는 없지만, 우울증을 치료함에 있어서 다른 나라와 같은 약물이나 심리치료가 가능하다면 보편적 관점을 취해야 하고, 그렇지 않으면 상대적 관점을 취해야 한다. 이렇게 되면 한국과 다른 나라 간의 공통된 우울차원과 범주를 상정하고, 한

국민만이 가지는 독특한 우울의 특징을 파악할 수 있다.

연구 과제 3: 한국인 우울의 특징

한국인의 우울의 특징을 밝히기 위해서는 한국인의 고유한 감정으로 자주 언급되는 한과 한국문화와 밀접한 관련이 있는 질병으로 여겨지는 환병에 대해 살펴볼 필요가 있다.

한과 우울

한은 흔히 한국인 고유의 정서로 간주된다. 정대현(1987)은 ‘한’을 한국 민중의 삶에 가장 널리 그리고 깊이 뿌리내려 있는 민중감정으로 규정하고, 억울하고 비참한 고통의 현실 속에서 한이 형성, 유지, 표출된다고 하였다. 한의 심리상태에는 분노와 자학이 복합적으로 얽혀진 상태(김용운, 1986) 혹은 꿈과 욕망이 깃들인 좌절상태(이어령, 1978) 등으로 설명되고 있다. 민성길(1991)은 한과 환병은 거의 공통적인 경험에서 나타나는데 환병은 충격, 분노, 증오 등 즉각적 대응반응이 주로 나타나는 것인 반면, 한은 허무, 후회, 고통, 열등감 등 장기적 억제의 결과로 나타나는 감정반응이라고 하였다.

이상을 정리하면, 한은 오랜 세월 여러 좌절을 참고 견디며 한국인이 갖게 된 내면화된 감정이다. 그래서 얼핏 보면 한과 우울이 밀접한 관련을 가지고 있다고 생각할 수도 있으나 한과 우울의 관계는 명확하지 않으며, 한은 오히려 슬픔이나 좌절의 승화된 형태로 볼 수 있다는 주장이 보다 더 설득력이 있다.

환병과 우울

환병과 우울증이 독립적인 질병인가, 환병을 신체화 증상을 동반한 우울증의 한 유형으로 보는 것이 합당한가에 대한 오랜 논란이 있어왔다. 일부 정신과 의사(예, 민성길, 이시형 등)와 심리학자(예, 권정혜, 최상진, 전경구 등), 한의사들(예, 김중우)은 환병을 우울증과 다른 질병으로 개념화하고자 하였다. 최민경과 서혜희(2014)는 환병이 우울, 불안, 신체화 장애의 일부 특성을 공유할 수는 있지만, 동시에 이들과 다른 특성도 지니고 있으며, 기존 신경증적 질환으로부터 독립적으로 존재할 가능성이 있다고 하였다.

반면, Lin(1993)은 환병이 한국에 고유한 문화관련 증후군이기보다 동양문화권의 신체증상이 두드러진 우울증의 한 형태라고 주장하였으며, 한국인과 재미교포에서 환병과 우울증이 상당히 중복되어 나타나기 때문에 독립적인 진단명이 필요하지 않다고 주장한 바 있다(Lin et al., 1992). 아직까지 학자들 간 의견이 합치되지 않은 상태이며, 정신의학이나 임상심리 분야에서 현재 환병 연구는 활발하지 않은 상태이다.

그러면 환병(hwa-byung)을 어떻게 정의할 수 있을까? DSM-IV-TR(2000)에서는 환병을 문화적인 증후군(culture-bound syndrome)의 하나로 분류하고 있으며 다음과 같이 설명하고 있다. hwa-byung(wool-hwa-byung이라고도 함)은 한국의 민속적 증후군(folk syndrome)으로 문자 그대로 번역하면 “분노 증후군(anger syndrome)”이며, 분노의 억제 때문에 발생하는 것으로 생각된다. 증상에는 불면증, 피로, 공황, 곧 죽을 것 같은 공포, 불쾌한 정동, 소화불량, 거식증, 호흡곤란, 심계항진, 일반화된 통증, 상복부에

덩어리가 있는 느낌 등이 포함된다.

한국의 문화심리 분야에서 환병에 대해 가장 깊이 있게 연구한 최상진과 이요행(1995)은 ‘화’는 분하고 억울함 마음과 밀접히 관계되며, ‘환병’은 화라는 한국인의 독특한 문화심리적 감정체계와 연루된 병으로 보았다. 이들에 따르면, 환병에서는 화와 울이 순차적으로 나타나는데, 울의 상태에서는 피해의 회복불가, 부당성의 교정불가, 화냄과 화풀이의 무효과와 연계된 효능감 상실, 자기비하, 자존심의 저하, 삶의 의미상실 등에서 비롯되는 우울증세를 나타낸다. 울기가 지나면서 다시 억울한 생각이 회상, 정리되어 분기로 나타나고 분기는 화기로 표출된다는 것이다.

또한, 민성길(1989)은 환병이 중년 이후의 사회경제적 수준이 낮은 기혼 여성에게 많이 나타나며, 가정생활 혹은 사회생활에서 오는 만성적 갈등에 대한 감정적 반응을 억제해온 결과로 인해 점진적으로 발병하는 만성적 질환이라고 규정하였다. 이시형(1977)은 환병을 충격적인 일에서 생긴 화 또는 분노를 억제하거나 신체적으로 투사한 결과 나타나는 만성적 심인성 질병이라고 한 바 있다.

그리고 환병에는 특유의 신체증상이 동반되는데, 민성길과 그의 동료들(1989, 1987)은 환병의 신체 증상으로 답답함, 숨막힘, 두통, 몸과 얼굴의 열기, 화끈거림, 심계항진, 소화장애, 가슴의 치밀, 목과 가슴의 덩어리, 구갈, 현훈이 많이 나타난다고 하였다. 이러한 설명은 이민수(2013)가 한국 우울증 환자에게서 대표적으로 두통이나 가슴답답함, 복부불편감, 식은땀, 오한, 온몸이 화끈거림, 입마름 등의 증상이 존재한다고 주장한 것과 매우 유사한 것으로 환병과 우울증이 어느 정도 중첩될 수 있음을 시사한다.

진단과 관련하여 볼 때, 민성길 등(1986)에 따르면, 환병은 우울증과 신체화 장애가 복합된 경우가 가장 많았으며, 범불안장애, 공황장애, 공포증으로 진단되기도 하였다. 반면 박지환 등(1997)은 환병 환자들이 신체화 장애와 감정 부전장애로 가장 빈번하게 진단되었다고 보고하였다. 이와 같이 환병 환자들은 우울장애와 불안장애, 신체화 장애와 중복되는 면이 많은 것을 알 수 있다.

김중우 등(2004)은 우울증과 환병을 구분하려는 시도에서 환병의 진단준거를 제시하면서 환병 면담 검사를 개발한 바 있다. 권정혜 등(2008)은 나아가 환병 성격(정서표현억제, 대인관계특성, 경직성, 대처방식)과 환병 증상(억울감, 분노, 불안, 우울 등 정서 증상과 열감, 가슴 답답함, 숨 막힘, 치밀어 오름, 덩어리 뭉침 등의 신체 증상) 등 2개 하위척도로 구성된 환병 척도를 개발하였다. 그런데 환병환자와 우울환자를 비교연구 한 결과, 환병 성격 척도는 두 집단을 구분해주는 데 효과적이지 못한 것으로 나타나, 연구자들은 환병 증상 척도만을 사용할 것을 권고하였다. 권호인 등(2008)은 자신들의 연구에 참여한 환병 환자의 약 70%가 주요우울장애나 기분부전장애의 진단기준을 충족시키고 있어서 환병과 우울증이 매우 밀접한 관련성을 갖고 있으며, 두 장애의 감별진단이 어렵다는 점을 제기하였다.

이상의 내용을 정리해보면, 여전히 우울증과 환병 간의 관계에 대해서는 논란의 여지가 있는 상황이다. 그러나 우울증과 환병, 두 장애 간에 분명히 중첩되는 부분이 존재함을 알 수 있다. 연구자의 관점에 따라 독립된 질병으로 볼 수도 있고, 동일한 질병이나 임상적 양상이 독특한 하나의 하위유형으로 볼 수도 있겠다. 본 연구에서는 환병을 독립된 질병으

로 간주하기보다는 한국인 우울증의 독특한 측면이 드러나는 것으로 보고, 환병의 독특한 신체적 증상이나 분노 억제 등을 한국판 우울 척도 개발에서 중요한 부분으로 포함시키고자 한다. 또한 이미 개발된 환병척도와와의 비교연구를 통해 우울장애의 본질에 더욱 가까이 다가갈 수 있을 것으로 기대된다.

결론 및 문화심리학적 관점의 우울증 연구 방향

앞서 살펴보았듯이 한국인의 우울에 대한 관점은 역사적인 측면이 무시되어서는 안 된다. 이 역사적인 측면을 고찰한 결과, 우울이라는 단어는 한국에서 사용된 지 100년 정도 밖에 되지 않았고, 미국의 “depression”을 일본이 우울로 번역하여 사용한 것을 우리가 원래 가지고 있던 울증과 연관시켜 같은 맥락에서 사용하게 된 것으로 볼 수 있다. 이러한 과정에서 우울이라는 개념을 한국인 모두 동일하게 가지기는 어려운 상황이었고, 여전히 한의학적 관점과 의미를 가진 한의학자뿐만 아니라 적어도 한국의 장년층 이상에서는 울증을 중심으로 한 용어와 개념을 사용함을 알 수 있었다. 이를 그림 1과 같이 표시할 수 있는데, 오래 전부터 한국문화에서의 우울에 해당되는 내용과 개념(Korean depression; KD)이 존재해 오고 있다가 한국 문화 내에서 지속적으로 문화변동을 겪으면서 우울에 대한 내용과 개념이 변화하게 되어 한국 고유의 우울개념 복합체(Original Korean Depression; OKD)를 만들고, 여기에 일제강점기에는 일본식 우울에 대한 내용과 개념(Japanese Depression; JD)이 이식되어 우리의 정신의학에서 우울의 내용과 개

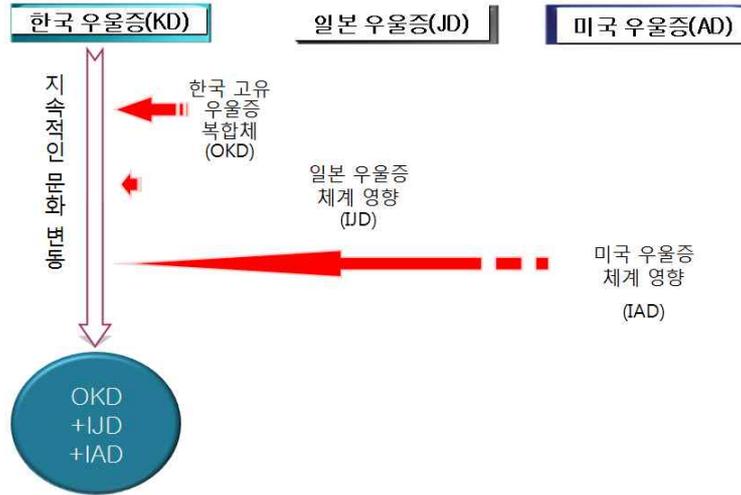


그림 1. 한국에서의 우울증 연구 방향

념(Imported Japanese Depression; IJD)이 되었으며, 해방 후에는 미국정신의학의 영향(American Depression; AD)으로 미국식 우울의 내용과 개념(Imported American Depression; IAD)이 되었으며, 현재의 한국 우울 내용과 개념은 'OKD + IJD + IAD'의 형태를 띤다고 볼 수 있다. 이 형태는 한국문화 전체에서 발견된다고 볼 수 있지만 정신과의사나 임상심리학자 등의 진단과 치료자 그리고 연구자는 대부분 서구 특히 미국의 DSM의 영향을 많이 받은 우울 내용과 개념을 가지고 있고, 일반인은 전통적인 우울 내용과 개념과 한의학적 영향을 받은 내용과 개념을 가지고 있을 것으로 보인다. 따라서 이들 양측의 공통점과 차이점을 분명히 밝히고 나서 앞으로 한국에서의 우울연구와 치료가 보다 더 잘 이루어질 수 있을 것으로 보인다. 그리고 앞서 Marsella(1980)가 주장한 바와 같이 한국문화에서의 우울에 대한 독특성을 밝힐 수 있으며, Schulz(2004) 등이 주장한 중국의 정신의학 통합과 같은 형태가 될 수 있다.

그리고 이러한 것들을 구체적으로 연구에

반영하기 위해서는 앞서 살펴본 보편적 관점과 함께 문화상대적 관점을 절충할 필요가 있다. 이를 위해 에틱(etic)적 관점과 에믹(emic)적 관점을 같이 사용해야 한다. 이러한 대표적인 예가 대인기피증에 대한 연구이다 (그림 2 참조). 한국인과 일본인들의 대인기피증(anthropophobia)은 대개 남자들에게 해당된다. 이를 에틱적 관점에서 보면, 불안, 평가, 거부당하는 것, 문화의 고유한 공포 '사회공포' 특성을 중심으로 비교해 볼 수 있다. 하지만 에믹적 관점은 이와는 좀 다르게 눈 접촉 두려움, 체취에 대해 신경 씬, 쉽게 얼굴 붉어지는 특성을 들 수 있다. 즉, 그림 2

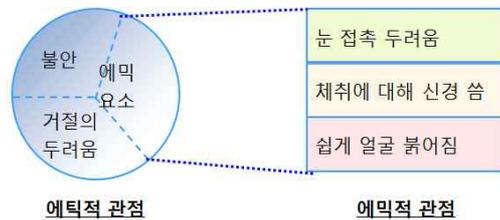


그림 2. 에틱적 관점과 에믹적 관점의 통합 예(불안)

(Beardsley, 1994)와 같이 불안과 거절의 두려움에 대한 부분은 에티적 관점으로 연구하고, 나머지는 에믹적 관점으로 연구하는 것이 바람직하다.

이러한 불안에 대한 연구 방향과 비슷하게 우울에 대해서도 연구할 수 있다(그림 3 참조). 그림 3에서 볼 수 있듯이 우울의 주요 요소인 인지적 측면과 정서활성화 측면에서는 문화간에 차이가 적은 보편적 측면에서 연구할 수도 있지만, 신체화 측면은 앞서 살펴본 바와 같이 한국의 고유한 측면이 드러날 수 있다. 물론 이러한 연구 방향을 좀 더 연구를 하면서 정서활성화 측면까지 에믹적 관점에서 연구할 수 있는 경우가 있다면 그림 3의 예를 약간 수정하면서 진행할 수 있다.

그리고 중요한 문제가 앞서 살펴본 바와 같이 진단의 정확성이 신뢰도인데, 이는 여러 문화에서 동일하지 않은 경우가 많다. 그 이유는 문화적으로 편향된(culturally-biased) 검사 도구(지능검사, 질문지 등) 때문에 발생하는 경우도 있다. 또한, 이와 관련하여 Lonner(1990)는 검사나 평가도구가 대부분의 비 서구지역에서는 친숙하지 않은 절차이므로 차이가 발생하고, 심리학적 구성개념이 보편적이지 않아 차이가 발생하며, 문화 간 비교의 기초는 자주 증가적이지 않고, 검사 자극이 주로 시

각적 형태가 아닌 언어적으로 제시된다고 보았다. 이 때문에 언어에 다른 의미를 가지는 등의 강한 편향이 발생할 수 있기 때문에 차이가 발생하여 검사 점수 차이가 다른 문화에서는 ‘결핍(deficit)’으로 인식될 수 있다고 보았다.

문화적 편향에 의해 검사와 측정치가 발생될 수 있는데, 이는 과대진단(over-diagnosis), 과소진단(under-diagnosis), 오진(misdiagnosis)이라는 형태로 나타날 수 있다. 이 문제를 해결하기 위해 “문화에 구애 받지 않는(culture free)”검사와 “문화에 공평한(culture fair)”검사를 생각해서 연구를 진행해 왔는데, 결과적으로는 성공적이지 못했다고 볼 수 있다. 그 근거는 이러한 연구들이 성공했다면 해당 검사가 널리 인정받아 사용될 수 있었을 것이다. 하지만 아직까지는 이러한 현상을 볼 수도 없다는 점이다. 이러한 문제를 해결하는데 구조방정식을 통해 측정동일성을 확보하는 방안 등도 추가로 시도해 볼 수 있다.

이상의 내용을 토대로 볼 때, 우울에 대한 문화심리학적 관점의 여러 가지 노력이 있었지만 아직까지는 여러 측면에서 극복해야 할 문제가 많다고 볼 수 있다. 특히 우울증을 앓고 있으면서도 치료를 받는 비율이 미국의 2010년 조사 시 39.2%, 호주의 2009년 조사 시 34.9%, 뉴질랜드의 2006년 조사 시 38.9%에 비해 현저히 낮은 15.3%라는 점(조맹제, 2011)은 우울증과 관련된 독특한 한국문화에서의 부정적 측면이 있을 것으로 보이기 때문에 이러한 점도 고려해야 한다. 이러한 점들을 위해 우울에 대한 연구를 진행하면서 하나 하나의 내용에 대해 문화심리학적 관점을 견지할 필요가 있다.

이렇게 본 연구와 같은 방식으로 연구가 진

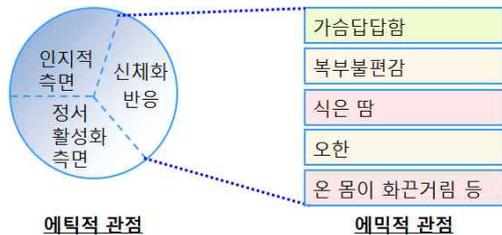


그림 3. 우울에 대한 에티적 관점과 에믹적 관점의 연구 방향

행되면 우울증뿐만 아니라 조현병 등 다른 정신질환에 대해서도 한국문화를 고려한 문화심리학적 연구가 이어질 수 있다는 점에서 중요한 전기를 맞이할 수 있을 것이다.

참고문헌

- 강여훈 (2005). 일본인에 의한 조선어 번역: 히노아시헤이의 『보리와 兵丁』을 중심으로. 한국일본학연합회 제3회 국제학술대회 자료집. 132-135.
- 권정혜, 김중우, 박동건, 이민수, 민성길, 권호인 (2008). 화병척도의 개발과 타당도 연구. 한국심리학회지: 임상, 27(1), 237-252.
- 김광일 (1992). 한국인의 우울증: 문화정신의학 적 고찰. 정신건강, 11, 21-50.
- 김동노 (2004). 식민지시기 일상생활의 근대성과 식민지성. 연세대학교 국학연구원 편, 연세국학총서 36: 일제의 식민지 지배와 일상 생활(서울: 혜안).
- 김설환, 손정락 (2010). 한국형 마음챙김 스트레스 감소(K-MBSR)에 기반을 둔 인지치료 프로그램이 대학생의 우울, 자살생각 및 충동성에 미치는 효과. 한국심리학회지: 임상, 29(1), 189-204.
- 김영현 (1982). 우울증환자의 체온 및 뇨중 17-Ketosteroid 배설의 Circadian Rhythms. 전북의대논문집, 6(1), 89-93.
- 김용운 (1986). 일본인과 한국인의 의식구조. 한길사(pp. 106-119).
- 김중우, 권정혜, 이민수, 박동건 (2004). 화병면담검사의 신뢰도와 타당도. 한국심리학회지: 건강, 9(2), 321-331.
- 도복늬 (1966). 우울증 환자의 간호: 1965년초부터 1966년 11월 초까지 경북의대 부속 병원 정신 신경과. 대한간호, 5(6), 52-62.
- 문세영 (1938). 국어대사전. 조선어사전간행회.
- 문세영 (1954). 국어대사전 수정증보판. 조선어사전간행회.
- 민성길 (1991). 화병과 한. 대한의학협회지, 34, 1189-1198.
- 민성길, 이만홍, 강홍조, 이호영 (1987). 화병에 대한 임상적 연구. 대한의학협회지, 30(2), 187-197.
- 민성길, 이만홍, 신정호, 박목희, 김만권, 이호영 (1986). 화병에 대한 진단적 연구. 대한의학협회지, 29(6), 653-661.
- 박지환, 민성길, 이만홍 (1997). 화병에 대한 진단적 연구. 신경정신의학, 36(3), 496-502.
- 신동균 (1968). Rorschach 반응내용분석에 의한 불안신경증 환자와 신경증적 우울증환자의 비교. 한국심리학회지: 일반, 1(1), 26-28.
- 신민섭, 박광배, 오경자 (1991). 우울증과 충동성이 청소년들의 자살 행위에 미치는 영향. 한국심리학회지: 임상, 10(1), 286-297.
- 이광준 (2002). 한방임상심리학적 접근. 학문사.
- 이무영 (1940). 회고(回顧)도 우울(憂鬱)한가. 문장, 2(2), 16-17.
- 이민수 (2013). 최근 우울증의 현황 및 진단. 병원약사회지, 30(6), 505-511.
- 이방현 (2013). 식민지 조선에서의 정신병자에 대한 근대적 접근. 의사학, 22(2), 529-578.
- 이어령 (1978). 한국인 재발견. 교학사.
- 임동규 (2011). 한의신경정신과학(증보판). 집문당.
- 정근식 (2007). 구한말 일본인의 조선어교육과 통역경찰의 형성. 한국문학연구, 32, 7-55.
- 정대현 (1987). 한국어와 철학적 분석. 이화여자대학교 출판부(pp. 69-83).

- 조맹제 (2011). 2011년도 정신질환실태 역학조사. 보건복지부.
- 조선왕조실록 (2014. 07. 01 방문).
<http://sillok.history.go.kr/main/main.jsp>.
- 조선총독부 (1920). 조선어사전. 조선총독부.
- 최민경, 서혜희 (2014). MMPI-II와 로샤검사에 서 나타나는 신체화 장애와 환병장애 환자의 분노표현 양상. *심리치료학회지*, 6(1), 75-90.
- 한귀영 (1997). 근대적 사회사업과 권력의 시선. 김진균, 정근식 편, *근대주체와 식민지 규율권력*(서울: 문화과학사, 1997).
- 한글학회 (1947). 표준조선말사전. 을유문화사.
- 한글학회 (1958). 표준조선말중사전. 을유문화사.
- 황호덕 (2010). 번역가의 원손, 이중어사전의 통국가적 생산과 유통: 언어정리 사업으로 본 근대 한국(어문)학의 생성. *상허학보*, 28, 93-145.
- Beardsley, L. M. (1994). Medical diagnosis and treatment across cultures. In W. J. Lonner & R. S. Malpass (Eds.), *Psychology and culture* (pp.279-284). Boston: Allyn and Bacon.
- Compton, W., Helzer, J., Hwu, H., Yeh, E., McEvoy, L, Tipp, J., & Spitznagel, E. (1991) New methods in cross-cultural psychiatry: psychiatric illness in Taiwan and the United States. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1697-1704.
- Gerrig, R. J. (2013). *Psychology and life*. NJ: Pearson Education, Inc.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Marsella, A. J., & Yamada, A. M. (2007). culture and psychopathology: Foundations, issues, and directions. In S. Kitayama & D. Cohen(Ed.), *Handbook of cultural psychology*(pp.797-818). NY, NY: The Guilford Press.
- Kleinman, A. (1977). Depression, somatization, and the “new cross-cultural psychiatry.” *Social Science and Medicine*, 11, 3-9.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Lee, S., & Wong, K. C. (1995). Rethinking neurasthenia: The illness concepts of shenjing shuairuo among Chinese undergraduates in Hong Kong. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19(1), 91-111.
- Lin, T. Y. (1985). Mental disorders and psychiatry in Chinese cultures: Characteristic features and major issues. In W-S. Tseng & D. Y. H. Wu(Eds.), *Chinese culture and mental health* (pp.369-393). Orlando, FL: Academic.
- Lloyd, K. R., Jacob, K. S., Patel, V., St Louis, L., Bhugra, D., & Mann, A. H. (1998). The development of the Short Explanatory Model Interview(SEMI) and its use among primary-care attenders with common mental disorders. *Psychological medicine*, 28(05), 1231-1237.
- Marsella, A. (1980). Depressive experience and disorder across cultures. In H. Triandis & J. Draguns, (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology, Vol. V.(Psychopathology)*. Boston: Allyn and Bacon.
- Nakane, Y., Ohta, Y., Uchino, J., Takada, K.,

A Review and Suggestion for Korean Depression study from perspective of Cultural Psychology

Jung-Min Chae

Seoul Cyber
University

Soonmook Lee

Sungkyunkwan
University

Jong-Nam Kim

Seoul Women's
University

Sung Won Choi

Duksung Women's
University

This study is performed to find a way to illuminate the direction of depression study suitable to Korean culture. To do so, it is found that from when we started to use the term of 'depression' and how we Koreans conceptualize depression. And cultural psychological perspectives to psychopathology including depression are reviewed. Finally, based on these findings, the ways to study depression with the perspective of cultural psychology are suggested. Specifically speaking, at the first, it is found that the term of depression has not been used before colonized times by Japan, but terms of 'Ul-Uep', 'Kwang-Zeung', and 'Jun-Kwang' are used from at least times of King SeJong. Term of depression was actually used after liberation from Japan and spread after introduction of DSM to Korea via Japan. Second, the way to compromise universalist and relativist perspectives is recommended and the perspective of absolutist is not recommended. Lastly, in Korea depression shares with 'HwaByung' in some area, but not with 'Han'. In conclusion, it is desirable to combine etic factors(universal perspective) and emic factors(culture-relative perspective) to study depression suitable for Korean culture.

Key words : psychology, depression, culture, history, Chosun-Wang-Jo-Silok