# 여성의 정신장애와 홧병에 관한 문헌연구

신 혜 숙*·이 옥 자**

## I. 서 론

최근 들어 간호학은 그 학문적 발전에 따라 간호의 대상자인 인간을 전체적으로 보게 되었고, 여성건강에 대한 개념도 여성의 신체·정신·사회·문화·영적인 측면 등을 고려한 여성의 역할, 인식, 경험, 신념 등 가족과 사회 내에서 여성건강과 관련된 모든 문제에 대해 관심을 가지게 되었다(신혜숙, 1997).

건강면에서 여성과 남성의 차이점을 고려해 볼 때 여성이 남성에 비하여 수명은 길지만 신체, 정신 질환이 더 높다고 보고되고 있는데(Diann, 1983), 1988년부터 1997년까지 국내 간호학 총 논문 3,080편을 조사한 결과 여성건강에 관한 간호연구의 주제 중 정신건강은 32편(8.2%)으로(이숙희와 박영숙, 1998), 오늘날 간호 연구자들은 성 차에 근거한 여성의 건강관리 요구에는 거의 관심을 갖지 못한 실정이다(이경혜 등, 1995).

여성과 남성에 있어서 정신질환의 양상은 다양한데(Russo, 1990), 실제로 Robins 등(1984)의 연구에서 인간의 일생동안 진단 발생률은 상당한 성의 차이가 있었다. 여성에게는 우울증과 공포증이 많았고, 반면에 남성은 반사회적 성격과 알코올의존이 지배적이었다. 흔한 질병은 아니지만 섭취장애와 해리성 장애(다중 성격 장애)는 분명히 성과 관련되어 있으며, 그 예로 불안장애는 환자의 90%는 여성이고, 해리성 장애는 남성보다 여성에게서 3-9배 많이 발생한다(American Psychiatric Association, 1994).

이처럼 여성들은 정신장애 대상자 가운데 상당한 비율을 차지할 뿐 아니라 그들만의 특별한 건강문제를 가지고 있어 건강보건상의 간호를 가장 많이 필요로 하는 집단이다.

특히 Gove(1972)는 남성들보다 더욱 많은 스트레스와 고난을 경험한 여성들이 결과적으로 더욱더 정신질환을 쉽게 겪게 된다고 주장하였으며, 특히 기혼남성보다 기혼여성이 더욱 정신 질환을 갖기 쉽다고 보고하였다.

한편 최근 국내 연구에서는 울화병이라고 하는 한국 전통문화와 관련되어 주로 여성들에게 나타나는 홧병이 남성보다 기혼여성에게 압도적으로 많은 것으로 발표되고 있어 이에 대한 의학계의 관심이 높은 실정이다(김종우, 1997).

그러므로 여성건강증진 차원에서 여성의 건강문제를 다양한 측면에서 이해함이 요구되기에 본 연구에서는 여성정신건강문제와 한국 전통문화와 관련되어 주로 여성들에게 압도적으로 나타나는 홧병에 대해 고찰하고자 한다.

따라서 본 연구는 여성정신건강문제와 홧병에 관하여 문헌고찰함으로써 이를 여성건강증진을 위한 간호중재 방향모색의 기초자료로 활용하고자 시도되었다.

* 경희대학교 의대 간호학과 전임강사
** 경희대학교 의대 간호학과 조교

## Ⅱ. 여성의 정신건강문제

여성은 역할과 지위의 변화, 인구학적 변화(수명의 연장, 늦은 결혼, 적은 수의 자녀, 독신의 증가, 여성가장의 증가 등), 자아실현에 대한 욕구 증대 등으로 일반적인 신체적 건강문제 외에도 역할변화에 따른 스트레스나 압력 등과 같은 많은 건강관련 문제에 노출되게 된다(Fogell & Woods, 1986 ; Martin, 1979).

여성이 남성보다 더 많은 스트레스나 고난을 경험하고 기혼 남성보다 기혼 여성이 더욱 정신질환을 갖기 쉽다는 보고(Gove, 1972)와 같이 정신건강문제에 있어서 남녀의 차이가 있다. 특히 정신건강문제에 있어서 여성에게는 기분장애와 신경증이 높은 비율을 보이고 남성은 인격장애와 약물, 알코올의존이 압도적이다(Miles, 1991).

이에 본 연구에서는 여성의 정신건강문제에 대해 기분장애(우울증), 섭취장애, 불안장애를 중심으로 이해하고자 한다.

### 1. 우울장애

1) 정의 및 빈도

우울장애는 극도로 심한 병적인 불행감(unhappiness)을 말하며, 인구의 25%는 일생 중 한 번 쯤은 주요 우울을 경험하게 될 지 모를 정도로 빈도가 높은 정신건강 문제 중의 하나이다(김소야자 외 4인, 1997). 특히 인구의 5.4%가 계절적 기분장애, 7.6%의 인구는 경한 기분장애를 나타내고 있고(Rosen et al., 1989), 여성들이 남성들 보다 4배 높게 나타남을 보고한 바와 같이(Jacobsen et al., 1987), 여성이 남성보다 더 자주 우울을 경험한다.

2) 요인 및 원인

Brown 등(1986)은 여성의 우울증 유발인자는 사별, 중병, 사고, 이혼 등이며, 영향인자는 대인관계에서의 친밀감 부족이나 신뢰감 부족, 어머니를 일찍 여의었거나, 집에 어린아이가 있는 직장여성인 경우, 임금을 적게 받는 경우 등을 우울증과 관련된 사회적 요인으로 규명하였고, Weissman(1987)은 불행한 결혼 생활을 하는 여성은 남성에 비해 우울증이 3배 높고, 불행한 결혼 생활을 하는 여성들 중 반 이상이 우울증을 보이고, 행복한 결혼 생활에서도 우울을 경험하는 경우가 남성에 비해 거의 5배나 높다고 보고하였다. 그 외 Tennant 등(1982)은 남성에게 있어서는 어린아이가 있는 것과 정신 질병의 발생은 관련이 없었으나 15세 이하의 어린아이를 가진 여성은 정신 질병의 발생이 확연하게 더 높은 것으로 보고하였다.

한편 여성에게 있어서 우울장애를 일으키는 유발 요인들을 다음과 같이 요약정리할 수 있다.

**연령** : 우울장애는 노인들에게 가장 흔한 정신장애로(김소야자 외 4인, 1997), 특히 나이든 여성들에게 있어서 우울증에 대한 주된 원인은 신체적 건강의 손실, 사별 또는 이혼으로 인한 배우자의 상실(McGrath et al., 1990), 재정적 문제(Fopma-Loy, 1998)이다. 노인 여성에서 우울증과 관련된 요인들은 가난, 자녀의 출가와 친구들과 가족의 죽음으로 인한 고립감, 은퇴에 따른 역할의 변화, 새로운 장소로의 이동을 포함한다(McGrath et al., 1990).

**민족성**(ethnicity) : Hernaandez는 여성은 수동적이어서 남성에 의해서 조종되고 이끌려지고, 남성-여성의 역할 기대의 차이를 지닌 전통적 문화가 여성들이 우울증에 빠지도록 촉진시킨다고 하였다(Fogel & Woods, 1995).

**출산** : 월경, 임신, 출산, 불임, 유산을 포함하는 생식과 관련된 사건들은 여성에게 있어서 독특한 경험이면서 우울증과 관련이 있다고 추측되어져 왔다(McGrath et al., 1990). 여성의 50-80%가 산후 우울증을 경험하며, 불임 클리닉에서 도움을 구하는 200쌍의 불임 부부들 가운데 40%가 불임을 우울 유발인자로 받아들이고 있다(Freeman et al., 1988). 한편 여성에게 있어서 폐경을 전후해서 일어나는 우울은 나이가 들어감에 따라 동반되는 역할과 생활양식의 변화, 자녀들의 성숙과 더불어 자녀들이 집을 떠나게 되는 상황, 폐경으로 인한 여성의 특권인 생식기능의 상실에 대한 심리적 압박감 등 사회 심리적 요소와 난소기능의 저하로 인한 estrogen의 혈중농도 감소와 폐경의 증상인 홍조로 인한 수면장애 등 생리적 요소의 상호작용으로 발생된다(김수지 외, 1989 ; 신혜숙, 1995 ; Matthews, 1992 ; Wasaha et al., 1996).

**성격** : 자존감 저하는 우울증에 중요한 영향을 미친다. 여성은 다른 사람들의 욕구에 반응해야 한다는(보상과 처벌을 동반하는) 외부의 기대와 여성의 다른 사람에 대한 사회화된 의존은 우울을 야기하는 중요한 요소들이 된다(McGrath et al., 1990).

**역할** : 여성들은 양육의 역할에 많은 스트레스를 받으며, 사회에 만연된 왜곡된 성 역할과 일련의 사건들에 대한 언론의 반응은 여성들에게 높은 수준의 우울을 유

도한다. 특히 여성들은 다른 사람들의 부정적인 경험에 더욱 잘 반응하고 이러한 반응은 정신건강에 밀접한 영향을 준다(Turner & Avision, 1989).

**결혼** : Gove 등(1997)은 기혼 여성들이 기혼 남성들보다 두드러지게 높은 정신병의 비율을 보인다고 하였다. 특히 결혼이 남성들에게는 보호적 영향을 미치나 여성에게는 역할을 제한하고, 가사일을 수준이 낮은 활동으로 생각하게 한다는 것이다(Bernard, 1973 ; Gove et al., 1997). 한편 Tennant 등(1982)은 여성에게 있어서 부부간의 친밀감의 저하는 정신질환과 상당한 관련성을 가지나 남성에게 있어서는 그렇지 않다고 보고하였다.

**자녀** : 어린 자녀들이 있는 여성들은 높은 수준의 스트레스를 경험한다(Gove & Greeken, 1997 ; McBride, 1998 ; Nathanson, 1975 ; Thoits, 1983). 여성들은 정신적 만족을 위하여 결혼과 아이가 필요하다는 전통적 믿음과는 현저히 다르게, 아이를 양육하는 기간은 다른 기간보다 삶의 만족감이 저하되고, 스트레스가 더욱 커지고, 정신질환의 발생률이 높다는 것이다(Seidan, 1976). 특히 여성 가장이 아이를 양육하는데 있어서 경제적, 정신적 스트레스는 더 더욱 크다(Fishel, 1986). 그러나, Tunnant 등(1982)은 어린 자녀들의 존재가 직접적으로 질환과 관련되지는 않는다라고 가정하였는데, 오히려 어린 자녀의 존재는 실직과 직접적으로 관련되어 있기 때문이라 보았다. 예를 들면 어린아이들이 있다는 것은 기혼 여성들로 하여금 취업을 못하게 하거나 취업의 유지를 더욱 어렵게 한다는 것이다.

**직장** : Turner와 Avison(1989)은 직장에서의 스트레스의 증가에도 불구하고, 취업을 한 여성들은 취업하지 않은 여성들보다 덜 우울해 하는 경향이 있다고 보고하였다. 즉, 취업을 한 기혼 여성들은 취업하지 않은 기혼 여성들보다 더욱 많은 시간과 에너지를 필요로 하지만, 직무의 과부담이 여성들의 정신장애의 첫 번째 원인은 아니다. 일반적으로 임금을 받는 근로자 역할은 특히 여성에게 큰 이점으로 작용한다는 것이다. 그러므로 대부분의 여성에게 있어서 직업은 만족감과 자존감에 도움을 준다는 것이다. 한편, 취업의 유형은 여성의 정신건강에 중요한 영향을 미친다. 전문 직업여성은 일반 여성보다 더 높은 우울증과 자살의 빈도를 보인다(McGrath et al., 1990). Meleis 등(1989)은 가장 스트레스가 되는 직업적 상황은 숙련되지 않은 육체 노동과 사무직 노동이라고 하였는데, 최고의 스트레스는 업무의 과중한 부담, 눈의 긴장, 두통과 같은 증상들, 작업 환경에 관한 문제, 긴장된 사무실내의 인간관계라 하였다.

**학대** : Carmen 등(1984)은 188명의 남녀 정신과 입원환자의 챠트 재검토를 통하여 80명에서 학대와 관련된 기록을 발견하였고 그 중에서 65개가 여성의 차트였다. 학대로 인한 머리 손상은 신경학적 손상을 유발하고, 역으로 그것은 지속적인 우울증 또는 인식과 행동의 변화를 유발한다고 하였다. 한편 Hilberman과 Munson(1977-1978)의 60명의 구타당한 아내의 연구에서도 우울증이 가장 많았으며, 근친상간과 강간을 경험한 여성과의 면담에서 Roth와 Leibowiz(1988)는 이러한 여성이 자신을 묘사할 때 가장 빈번한 주제는 무기력, 분노, 자기비난이었으며 이러한 증상은 우울증을 촉진시키는 요소라 하였다.

**수입** : 우울한 증상들은 경제적 어려움으로 고통받는 여성들에서 매우 일반적이다. 특히 수입이 낮은 젊은 사람들 가운데서 더욱 우세하다(Weissman et al., 1988).

**인구통계학적 경향** : 여성들을 우울증의 위험에 놓이게 하는 경향에는 사별, 이혼 등으로 미망인이 된 여성의 증가, 편부모의 증가, 취업기회의 감소, 임금 수준의 남녀차별 등이 있다(Frankz & Rothblum, 1983). 그러나 반대현상의 인구 통계학적 경향이 있다. 예를 들면, 결혼하지 않은 여성의 수가 증가하고 있고, 결혼 연령이 늦어지면서 아이 갖는 것이 미루어져 적은 수의 아이를 가지게 되고, 더 많은 여성들이 집 밖에서 일하는 것 등의 예이다. 한편 Simmons-Alling(1990)은 우울증 환자의 가까운 친척 중 약 1/4정도가 우울을 경험했다고 하였으며, 부모 중 한 명이 기분장애를 가졌을 경우 자손에 대한 위험은 27%이고, 만약 양쪽 부모 모두가 어떤 기분장애를 앓는다면 이러한 위험은 75%까지 증가한다고 하였다. 그러나 유전적, 생물학적 요소들이 우울증과 관련이 있다 할지라도, 특히 여성에게서 우울증이 많다는 것은 사회 심리적 요소 역시 중요하다는 것을 나타낸다. 그 외 법적, 경제적 차별 때문에 여성이 남성에게 의존해야 할 때 자존감 저하와 우울증을 경험한다. 한편 봄에는 우울증이 덜하지만, 겨울에는 인생에 대한 열정을 잃고, 좀 더 많은 칼로리를 소비하고, 체중이 증가하며, 성적 욕구와 사회적 상호작용에 대한 희망을 잃게 되어 여성은 흔히 겨울 동안에는 결혼 생활에 있어서 더욱 스트레스를 야기하기 때문에 부부관계를 원만히 유지할 수 없다고 한다(Rosenthal, 1989).

3) 증상 및 치료

우울증상을 요약하면(김소야자 외 4인, 1997), 자극

에 대한 반응으로 느낌의 상실, 혐오감, 지루함, 무관심, 서글픔, 흥미결여, 슬픔을 나타내며, 목적 혹은 충동으로 나타내는 방향으로는 회피, 자기태만, 자살, 위축을 보인다. 한편 자기비하, 절망적이고 불가항력적으로 현실을 바라다보며, 생물학적, 생리적 증상으로는 식욕상실, 욕구상실, 수면곤란, 피곤 등을 나타낸다.

특히 우울증은 우울한 감정, 모든 활동에의 심한 흥미감소, 확연한 체중감소나 증가, 불면증, 과도수면, 정신역동적 불안, 피로, 무가치감, 원인불명의 죄책감, 집중력 감퇴, 자살에 관한 생각들 중 최소한 5가지 증상을 거의 매일 나타낸다고 한다(APA, 1994).

우울장애는 그 빈도가 높고 가끔 자살, 사회경제적 손실 등의 심각한 결과를 초래하기도 하나 치료에 대한 반응은 비교적 좋은 편이다(이정균, 1987 ; Hamilton, 1960 ; Robert, 1989). 그러나 국내 민간치료의 주종을 이루는 투사적 질병개념과 감정표현이 억압되는 대가족 제도의 분위기 등의 전통문화들이 만든 강한 신체화의 경향성, 그리고 전통적으로 우울증을 이상행동으로 보지 않는 우울증에 대한 낮은 인식율 등이 우울증의 예방과 치료에 부정적으로 작용하기도 한다(김광일 등, 1973, 1977 ; 민성길과 김경희, 1978 ; 서광윤, 1967).

우울증의 치료법으로는 정신요법과 광선요법, 약물요법, 전기충격요법들이 단독 혹은 복합적으로 사용되며, 정신요법의 접근에는 정신역동적(psychodynamic), 정신분석적(psychoanalytic), 행동주의적(behavioral), 지지적(supportive), 인지적(cognitive), 여성주의적(feminist), 가족적(family), 집단요법(group therapy)이 포함된다(Fogel & Woods, 1995).

한편 DeRosis와 Pellegrino(1976)는 전업주부들을 위한 우울장애의 감소를 위해 첫째, 일주일에 적어도 하루정도 운동을 할 것, 둘째, 적어도 하나 이상의 개인적인 관심사를 발전시킬 것, 셋째, 한 달에 한번 의미 있는 타인과 외식을 할 것, 넷째, 무료 혹은 저렴한 가격으로 즐길 수 있는 것을 찾아볼 것, 다섯째, 다른 여성들과 친목을 쌓을 것, 여섯째, 자신을 위한 휴가 계획을 세울 것을 제시하였다.

## 2. 섭식장애

섭식장애는 섭식행동에 광범위한 장애가 발생하는 것으로 신경성 식욕상실증은 섭식을 의도적으로 거절하는 것이 특징이며, 신경성 폭식증은 일시에 통제할 수 없이 급하게 폭식하는 것을 말한다(김소야자 외 4인, 1997).

신경성 식욕상실증(anorexia nervosa)이나 신경성 폭식증(bulimia mervosa)은 주로 청소년이나 젊은 여성에게 발생하며 호발연령은 보통 12-25세이며, 신경성 식욕상실증 환자의 95%는 여성이다(김소야자 외 4인, 1997 ; Fogel & Woods, 1995).

특히 외모에 기초한 사회 문화적 압력은 섭취장애에 영향을 미치는 가장 강력한 변수임이 많은 연구들에서 확인되고 있다(Hawkins & Clement, 1984 ; Nasser, 1988). 즉, 사람들은 날씬함과 여성성(feminity)을 연관시켜 신체적으로 매력적인 여성을 더 여성스러운 것으로 지각하고(Gillen & Sherman, 1980), 여성의 몸에 대한 생각은 남녀 모두에게 내재화되어 있어 여성은 주로 '평가'의 차원에서 남성은 주로 '힘'과 '활동성'의 차원에서 자신의 몸을 파악한다고 한다(Kurtz, 1969). 결과적으로 여성에게는 신체적 매력이 자아개념과 중요한 연관을 갖는 반면, 남성에게는 자신의 몸이 갖는 도구적 효율성이 더 중요한 연관을 갖게 되는데, 이와같은 경향은 여성들로 하여금 자신의 몸에 대한 견해를 왜곡하게 하며 이러한 왜곡은 아름다움을 추구하는 과정에서 아름다움을 얻는 대가로 불편함, 건강손상, 심한 경우 몸에 대한 학대를 감수한다고 한다(고석주와 정진경, 1992).

### 1) 신경성 식욕상실증

신경성 식욕상실증은 하나의 임상적인 증후군으로, 환자 자신이 뚱뚱하다고 절대적으로 믿는데서 비롯되며, 신체정신사회적 질환의 전형적인 예이다(민원식, 1998). 이 질환은 최소한의 정상적 체중조차 유지하기를 거절하는 것이며, 체중 미달임에도 불구하고 살찌는 것에 대한 두려움, 신체상 장애, 월경불순이 특징이며(APA, 1994), 신체에 대한 부정적 태도는 실제적인 지각 왜곡을 수반하며 자신의 신체치수를 실제보다 크다고 평가하는 경향이 있다는 것이다(Williamson et al., 1993).

원인은 매우 다양하며 사회적 요인으로는 여성은 매력적이어야 된다는 사고가 광범위하게 자리잡은 문화적 특성과 급격한 도시화에 의한 유동 인구의 증가로 인해 사람을 평가할 때 외견상의 모습에 치중하고, 많은 건강센터에서 비만치료를 내세우며 비만을 적대시하고, 비만인이 사회적으로 고립된다는 점이다. 실제로 여성의 50%가 자신이 비만하다고 생각하고 80%는 체중감량을 시도해 본 경험이 있다. 신체적 요인으로 영양결핍을 유발하는 신체적 영향, 기분장애, 인격장애, serotonin수

치 저하, cortisol 수치 증가이고, 드물게 약간의 체중과다 등이 있다. 심리적인 요인은 성격적인 특성(수줍음, 사회적 불안, 강박, 과민성, 심한 수동성과 의존성, 완벽주의), 어렸을 때의 고립 경험과 부적절한 양육환경, 환자의 체중에 대해 심하게 비판하는 가족 등이다(민원식, 1998).

증상과 합병증은 매우 다양하며 대상자는 이상행동을 절대로 밖으로 표출하지 않으려는 특성이 있다. 특히 초기에 신경성 식욕상실증을 발견하는 것은 매우 어려운데, 왜냐하면 처음에는 정상적인 다이어트에서 시작하여 서서히 조절력을 상실하게 되는 연속선상의 한 부분에 대상자가 있기 때문이다.

섭식장애의 대표적인 증상으로 신체적 증상은 전해질 불균형, 치아 에나멜의 부식, 영구적인 뇌 손상, 불임, 만성적인 허약, 기관손상, 심부전, 쿠싱질환, 골다공증이 있고, 사회적으로 만족스럽지 못한 관계, 심리적 성적 기능의 측면에서도 양가감정적이거나 회피적인 태도를 보이고, 우울증을 비롯한 다양한 정신병리 증상들도 함께 나타나는 경향이 있다(Kinder, 1991). 섭식장애는 정상적 여성에서도 나타나며, 이는 심리적, 신체적 건강상의 심각한 결과를 야기한다(Richardson & Johnson, 1984).

2) 신경성 폭식증

신경성 폭식증은 약 2만 칼로리에 해당되는 다량의 음식을 재빨리 먹는 폭식을 적어도 주당 2회씩 3개월 동안 하는 것으로 그에 따르는 비정상적인 행동과 우울증, 신체상 장애를 동반하는 경우를 말한다(Williamson, 1990). 폭식증에는 구토, 이뇨제, 관장약을 사용하는 purging형과 굶거나 과도한 운동을 하는 non-purging형이 있다. 신경성 폭식자는 자존감을 결정하는 것이 신체형상임을 강조하며 그에 따라 자신을 평가한다.

폭식증을 유발하는 원인으로 나쁜 기분, 스트레스, 급격한 배고픔이며, 폭식한 후에는 자기비판, 우울한 감정을 느낀다. 이들은 체중증가를 막기 위한 보상적 행동이 잦으며, 신경성 폭식자의 80-90%가 식사 후 스스로 구토를 한다. 다른 배출 방법으로 변비완화제, 이뇨제, 관장약을 사용한다. 폭식증의 이상행위는 댄서, 운동선수, 여배우, 모델 등 날씬함이 직업적으로 요구되는 여성들에게서 흔하며, 유전적 요인으로 폭식증 쌍둥이를 둔 여성에게서 발생율이 10-20배가 높다. 대부분의 정신장애에서처럼 가족기능부전이 섭취장애의 위험성을 증가시키고, 특히 성폭행경험이 있는 여성에게서 많이 발생된다(APA, 1994). 생리적인 요인으로 serotonin 수치 저하가 있는데 serotonin은 식사행위의 조절에서 중요한 작용을 한다. 또한 환자의 일부에서 EEG의 특징적인 변화가 있기도 하다.

폭식증의 성격적 특성은 식욕상실증보다 더 강박적이고, 덜 억제적이고, 사회적·성적으로 더 활동적이다. 신체증상에서 객관적 증상으로 치아 에나멜의 손상, 구토유발로 인한 손등 피부의 손상, 이하선(parotid glands)의 위축, 근육허약, 체중은 정상이거나 약간 과다이며, 주관적 증상으로 구강궤양, 가슴앓이, 흉통, 설사, 근경련, 실신, 월경불순이 있다.

합병증으로는 대사성 알칼리증과 저칼륨혈증, 변비, 식도염, 위염, 식도 혹은 위천공과 같은 소화기 문제, 낮은 전해질 수치로 인한 체위성 저혈압과 부정맥 같은 심혈관계 문제, 치아 손상, estrogen 부족으로 인한 골다공증과 심질환, 무월경과 같은 내분비 장애, 저체중 출생아와 5점이하의 apgar점수를 특징으로 하는 고위험 임신, 특히 폭식증 임신부에서는 사산, folic acid 결핍으로 인한 태아의 신경관 결손의 위험성이 높다(민원식, 1998).

이상과 같은 섭식장애는 청소년기에서 성인 초기의 여성에서 흔히 발병하는데 이 시기가 매력적인 것과 날씬함이 동일시되는 경향이 강하기 때문이다. 특히 마른 체형이 더 매력적이라는 것을 강조하는 대중매체의 영향으로(신미영, 1997 ; Silberstein et al., 1986) 여학생들이나 여대생들은 스스로에 대한 왜곡된 신체상을 갖게 되고, 무리한 체중조절과 이로 인한 식사장애로 인해 많은 건강문제를 야기하고 있다(홍은경 등, 1997).

김영경 등(1998)은 섭취장애와 관련된 연구에서 여대생의 19%이상에서 신경성 폭식증의 증상이 있음을 보고하였는데, 폭식증에 대한 남성의 비율은 여성의 1/10 정도이다(APA, 1994).

한편 여성 운동선수들의 섭식장애 비율은 좀더 높아 15-62%의 범위에 있으며 여대생 체조선수의 32%에서 최소한 한가지 이상의 병적인 체중조절 행위를 하였으며 불건강한 행동은 74%나 된다. 특히 육상, 체조, 피겨스케이팅, 발레 선수들에게 적정 체중은 중요한 문제이기 때문에 섭취장애가 많이 발생된다(Gidwani et al, 1997).

그 외 Clark(1997)은 알콜의존 대상자 25명의 여성 중 12%의 여성이 과거에 신경성 식욕상실증이었고 40%는 신경성 폭식증의 특징을 가진 것으로 보고하였다.

한편 섭식장애자를 위한 치료적 접근으로는 행동수정과 개인정신요법, 가족요법, 집단요법 등이 제공되어야

한다(김소야자 외 4인, 1997).

### 3. 불안장애

불안이란 어떤 크나 큰 위험이 닥쳐오리라는 생각에 압도 당해서 마음이 초 긴장 상태가 되는 것을 의미하며(이경순 외 7인, 1996), 대부분의 여성이 흔히 경험한다. 본질적인 불안 장애는 생활환경이나 재정에 대한 비현실적 또는 지나친 불안과 걱정을 최소한 6개월 또는 그 이상 동안 하는 것으로(APA, 1994), DSM－Ⅳ(1994)에서는 불안장애를 공황장애, 광장공포증, 특정공포증, 사회공포증, 강박장애, 외상 후 스트레스 장애, 급성 스트레스 장애로 분류하였다. 이중 여성들에게 흔히 발생하는 장애로 공황장애, 강박장애, 외상 후 스트레스 장애, 해리성 장애를 들 수 있다(Fogel & Woods, 1995).

불안장애 여성들의 공통된 특징을 보면 떨림, 불안정, 심계항진, 구토 또는 설사, 빈뇨, 긴장감, 집중 곤란, 기면, 근육긴장, 피로감, 현기증, 홍조 또는 오한, 연하장애, 깜짝놀람, 민감성, 짧은 호흡이나 질식감 등의 증상을 경험한다(Fogel & Woods, 1995).

1) 공황장애

공황장애(panic disorder)는 반복되는 공황발작과 발작의 재발에 대한 공포, 발작의 결과에 대한 두려움, 이에 따른 행동의 변화가 특징이다(APA, 1994). 행동변화에는 호흡곤란, 어지러움, 심계항진, 떨림, 발한, 숨막힘, 구역, 이인증, 이상감각, 홍조, 오한, 흉통, 죽음에 대한 두려움, 정신혼란에 대한 두려움 등이 있다.

공황발작은 수분 또는 드물게는 몇 시간 동안 지속되며, 예기치 못한 심한 불안과 공포와 함께 특징적으로 나타나며, 흔히 임박한 죽음의 감정이 나타난다. 특히 광장공포를 동반하는 경우와 동반하지 않는 경우가 있는데(김소야자 외 4인, 1997), 광장 공포는 여행을 회피하고, 집을 떠날 때는 친구를 필요로 하거나 광장공포 상황에서 심한 불안을 나타내는 것이며, 이들의 주요 두려움은 홀로 집 밖에 나가는 것이다(APA, 1994).

공황장애는 약 10%의 성인들이 경험하며(Weissman, 1987), 광장공포의 발생은 남성보다 여성에게서 2－4배 더 높게 나타나며, 교육수준이 낮거나 노동자 계층의 사람들에게서 더 높게 나타난다(Weissman, 1987).

Fodor(1974)는 광장공포의 증상은 극도의 무기력함과 의존성과 관련되어 있고, 여성에 대한 사회적 역할기대와 연관된다고 주장하였는데, 배출구가 없는 감정이 광장공포를 유발시키며, 광장공포는 여성의 전통적 역할의 극단적이고 과장된 확장이라고 하였다. Miller(1973)에 의하면 공포증인 여성은 그들이 보호받기 위하여 결혼을 하기도 한다고 하였다.

한편 공포증인 여성들에 있어서 공황발작을 통제할 수 있는 많은 방법을 위한 공황장애의 중재에 대한 3가지 기법을 다음과 같이 제시 할 수 있다. 첫째, 횡격막 호흡이다. 즉 심호흡하고 5를 셀 때까지 멈추었다가, 느리게 서서히 내뱉는다. 둘째, 지금 일어나고 있는 현재의 상태에 머물러 있는 것이다(불안은 대부분 "만약 무엇이 일어난다면"에서 경험하는 것). 셋째, 부정적 생각을 멈추는 것이다(Brehony, 1987).

2) 강박장애

강박장애(obsessive-compulsive disorder)는 자신의 의지와는 무관하게 반복되는 강박적 사고나 행동으로서 이들 증상이 많은 시간을 소모하거나 현저한 고통이나 장애를 초래한다. 이는 자신이 그것이 불합리하다는 것을 알고 있으나 억제할 수 없고 억제하려고 노력하면 불안증상을 나타낸다(하양숙 등, 1995). 강박장애는 여성들에게 있어서 흔한 진단이며, 불안 또는 인간의 생활 경험과 관련된 사건에 대한 반응으로써 정신역동적 이론에 의해 정의된다. 그러나 1980년대에 신경생물학자들은 강박장애를 신경학적 차이와 강박장애 증상에 영향을 주는 뇌화학 물질의 비정상적인 존재로 정의하기도 했다(Simoni, 1991). 한편 연구자들은 정상 기능으로 회복하는데 있어서 선택적으로 serotonin 수치를 축소시키는 것에 대하여 연구하여 왔다.

강박장애의 증상은 경한 상태에서 심한 상태까지 나타날 수 있는데, 강박적 행동은 반복적인 행동(손씻기, 정돈하기, 확인하기)이나 정신적 활동(기도, 숫자세기, 마음속으로 단어 반복하기)으로서 그 목적은 불안이나 고통을 방지하거나 감소시키고자 하는 것이지 기쁨이나 만족을 얻고자 하는 것은 아니다. 심한 증상이 나타나면 우울해지고 심지어는 자살도 감행하게 된다(이경순 외 7인, 1996).

3) 외상 후 스트레스 장애

외상후 스트레스 장애(posttraumatic stress disorder)는 통상적인 상황에서는 겪을 수 없는 극심한 위협적인 사건에서 심리적인 충격을 경험한 다음 일으키는 특수한 정신적 증상을 말한다(이경순 외 7인, 1996).

특성은 대부분의 사람들에게 외상성 사건의 재 경험,

일시적인 반응의 마비와 외상과 관련된 자극의 지속적인 회피, 한 사건에 몰두되어서 다른 주제에 집중이 불가능함 등이다. 외상과 관련된 자극의 지속적인 회피는 외상과 관련된 생각이나 감정을 회피하려는 노력, 외상에 관한 회상을 불러일으키는 활동이나 상태를 회피하려는 노력, 눈에 띄는 흥미감소, 타인에 대한 무관심 또는 분리의 감정, 감정의 범위의 제한, 미래에 대한 사고 결여가 나타난다. 다른 주제에 집중이 불가능함과 관련된 증상들은 수면곤란, 안절부절, 또는 폭발적인 분노, 집중 곤란, 불면증, 과장되게 놀라는 반응 등이 있다(APA, 1994).

특히 강간과 폭행은 여성에게 있어서 외상 후 스트레스 장애를 일으키는 중요한 원인이 된다. 강간사건에서 회복하도록 돕는 것은 긍정적인 자존감, 긍정적인 지지체계, 효과적으로 방어기제를 사용하는 능력이다. 회복을 지연시키는 요소들로는 만성적인 생활 스트레스, 낮은 자존감, 근친내 강간, 윤간의 경우이다.

폭력과 관련된 장애를 지닌 여성은 억압받고 강요받으며, 신체적, 성적, 정신적 폭력행동에 반복적으로 노출된 사람들이며, 재산파탄, 심한 고민, 비난, 예기치 못한 성 관계, 가족 구성원으로부터의 위협 등이 포함된다(Schrader, 1990). 이러한 여성에게 있어서 치료는 필수적인데 치료적 관계를 확립하기 위해서는 먼저 신뢰, 공감, 존경 및 안정감이 있어야 한다. 구체적으로 문제의 명료화, 불가피한 불안을 수용함, 자아인식 증가, 자조기술 학습, 문제해결과 대처기술 증가, 항불안제 투여 등이 제공되어야 할 것이다(이경순외 7인, 1996).

4) 해리성 장애

해리성 장애(dissociative identity disorder)는 한 사람 내에 둘 이상의 뚜렷한 인격이 존재하는 것이 특징으로 남성보다 여성에게서 3-9배 이상 빈번하게 발생한다. 불안이 아주 심하면 인격의 통합기능에 장애가 와서 인격의 어떤 부분의 기능이 서로 해리되어지는데 이런 반응을 해리반응이라고 한다(김소야자 외 4인, 1997).

해리성 장애는 너무나 고통스러워서 다른 방법으로는 다룰 수 없는 감정, 기억, 사건들을 의도적으로 제거하거나 차단시키는 것으로(Anderson & Ross, 1988) 극단적이고 학대적인 가족내에서의 삶은 해리과정을 유발한다고 한다. Putnam 등(1986)은 100명의 다면성 인격장애 환자들 가운데 95%는 어린시절 극단적인 폭행을 경험하였고, 83%는 성적으로, 68%는 신체적, 성적으로 학대받았다고 보고하였다.

한편 Lego(1988)는 만약 각각 다른 인격에 뇌파검사를 실시한다면, 각각의 뇌파의 결과는 다르게 나타날 것이라 하였다.

해리성 장애의 가장 일반적인 치료는 최면술과 정신분석요법으로 치료의 목적은 여러 개의 인격을 하나의 전체적인 인간으로 통합시키는 것이다(Fogel & Woods, 1995).

## Ⅲ. 한국 여성의 홧병

현대 여성들은 종래의 육아, 가정적 역할을 감당해야 하는 반면, 다른 역할도 첨가해서 수행해야 하는 실정인데다가 여전히 사회는 가부장적이므로 여성이 받는 압력과 스트레스는 더욱 크며, 감당하기 어려운 갈등으로 인해 혼란과 질병을 초래할 수 있다(하양숙 등, 1995).

여성학자들은 가부장적 문화 속에서 권력과 지식, 위계적인 인간관계 속에서의 사회문화적 압력 등이 남성보다는 여성에게서 더 강력하게 작용한다고 본다(Rodin et al, 1985).

특히 전통적인 사회에서 성장한 중년기 여성들에게는 내재화된 전통적 역할 가치가 여성이 역할 변화를 시도하려 할 때 큰 구속력으로 작용하는 한편, 현대 여성의 새로운 역할에 대한 대중매체의 자극으로 인해 양가감정을 가지게 되고 갈등이 두드러진다는 것이다.

이처럼 서양의 표현문화권과는 상이한 억압문화권의 배경과 관련되어 우리 문화의 특수한 현상에서 발생되어지는 질병 개념으로 알려져 있는 것이 바로 홧병이다. 즉, 홧병은 한국의 전통문화와 관련되어 주로 여성들에게 나타나는 장애로 알려져 있다(이시형, 1977).

### 1. 홧병의 정의

홧병은 울화병(鬱火病)이라고도 하며 울화가 쌓여서 발생하며, 그 증상이 화(火)의 양상을 지닌 질환이다(김종우, 1997). 즉, 화(火)의 역동성과 오장육부(五臟六腑)의 상호관계를 통하여 발생하는 신경성 질환이며, 한국표준질병사인분류(한의)에서는 정신신체질환(psychosomatic disorder)인 신체형 장애(somatoform disorder)로 보며 특히 신체화 장애(somatization disorder)와 전환장애(conversion disorder)로 언급된다. DSM-Ⅳ(diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition)에서는 홧병을 문화 특유 증후군의 하나로 언급하고 한국 민속증후군으로서 "분

노증후군(anger syndrom)"으로 번역하고 있다(민성길, 1989).

홧병의 발생빈도는 중년 이후 40-50대 여성 그리고 사회, 경제적 수준과 학력이 낮은 계층에 많고, 만성적인 경과의 병으로 5년 이상의 장기적인 발병기간을 갖는다(이시형, 1977).

## 2. 홧병의 발병원인과 기전

홧병은 남편과 시부모의 관계 등 고통스러운 결혼생활과 가난과 고생, 사회적 좌절 그리고 개인의 성격 특성 등에 의한 속상함, 억울함, 분함, 화남, 증오 등으로 대표되는 특징적인 감정반응이다. 또한 원한 이외에 피해의식이 복합된 것인 원념(怨念)의 축적, 여자란 삼종의 미(美)라고 하는 전통사회에서의 통념 등이 홧병의 스트레스적인 요소로 작용하여 남편-시부모-자녀로 연결되어 작용한다. 결론적으로 홧병은 외부적으로 스트레스를 분출하지 못하는 상황에서 외부적인 압력이 계속될 때 발생한다(민성길, 1991).

그 기전은 성장 이후 외적 요인에 의한 의식적 감정 반응들이 불완전하게 억제되어 적응장애가 생기고 장기간에 걸쳐 누적되어 발병되며, 병의 특징은 불의 역동성과 그 부분적 억압 상태를 상징화한 것이다. 즉, 홧병은 주로 여성이 외부적인 스트레스를 해소하기 어려워 억울한 감정이 계속 쌓여 울화가 되고, 이러한 상황이 지속되는 과정에서 시간이 오래되고 나이가 들어감에 따라 화에 대한 억제 능력이 점차 부족하게 되어 감정적, 신체적인 증상으로 발생한다는 것이다(김종우, 1997).

홧병은 한국인 고유의 전통적인 정서표현으로 알려진 한(恨)과 깊은 관련이 있는 것으로 추정되었으며(민성길, 1991), 특히 한과 홧병 사이에는 가난, 약자, 그리고 억울함, 원통함, 설움, 허무함, 참음(억제), 쌓이고 쌓임 등 원인적 요인들간에 공통점이 많고, 증상면에서도 한숨, 눈물, 답답함, 응어리짐, 하소연 등 둘 사이에 공통적인 면이 많다.

또한 홧병과 증상이 비슷한 질환들 중에는 외상후 스트레스 장애, 갱년기 증후군, 감상선기능항진증, 불안신경증, 우울신경증, 신체화장애, 협심증과 심장신경증이 있다(김종우, 1997).

## 3. 홧병의 증상

홧병의 증상으로 다음과 같이 요약할 수 있다(김종우, 1996 ; 민성길, 1989).

신체증상은 전신증상으로 불면증, 전신의 열감, 화끈거림, 소화장애, 진땀, 무엇인가가 치밀어 오름, 사지의 저림, 대변의 이상, 식욕부진, 소변의 이상, 전신의 통증 등이 있다. 머리부위의 이상으로 두통, 얼굴의 열기, 현훈, 구갈과 가슴부위의 이상으로 심계항진, 가슴의 치밂, 목이나 가슴의 덩어리, 답답함, 소화장애 등이다.

정신적 증상으로 불안, 초조, 우울, 허망, 의욕이나 흥미의 상실, 깜짝깜짝 쉽게 놀램, 정신이 나간 느낌, 화의 폭발, 밖으로 뛰쳐나가고 싶음, 후회, 강박적인 생각이 자꾸 떠오름, 자살 충동 등이 있다.

## 4. 홧병에 관련된 방어기제나 대응전략

민성길 등(1993)은 홧병환자들이 주로 사용하는 방어기제와 대응전략에 대해 다음과 같이 소개하고 있다.

홧병환자들이 스스로 발병경위에 대해 "참고 참다가 쌓여서"라고 표현하는 것을 볼 때 정신기제는 억제(suppression)라고 추정하였다. 특히 이러한 억제, 위축에 대한 결과로서 자신을 비하시키는 자기연민, 순응, 고립, 수동-운명론이 나타나고, 반동적 반응으로 전능감 혹은 평가절하, 투사적 이상화(projectile idealization) 등이 사용되기도 한다는 것이다. 신체화 장애로 대치(displacement)와 외부화(externalization)를 확인할 수 있으며 위축, 퇴행, 공상, 자극감소, 긴장감소 등의 다른 방어기제나 대응전략을 필요로 한다. 한편 수동공격 내지 투사로 나타날 수 있기에 이를 화풀이라고 명명할 수도 있다는 것이다. 또한 주위사람들에 대해 자신의 처지를 이해시키고 알리는 방편으로 하소연 내지 하나의 도움요청 행동(help-seeking behavior) 내지 질병행동(illness behavior)을 이용하기도 한다.

한편 홧병의 건강한 방어기제나 대응전략으로는 유머(나 자신에 대해 '허허'하고 쉽게 웃어 줄 수 있다, 힘들 때 고생할 때 한편으로는 즐거운 면도 있음을 알고 있다), 억제(감정을 밖으로 표현함으로 내가하는 일에 손해를 본다면 자신의 감정을 참고 웃을 수 있다), task orientation(힘든 일을 하면 기분이 좋아진다), 감정반전(웃어넘긴다), 예기(미리 대책을 세운다), 반동형성(다른 사람이 뺨을 때리면 다른 뺨을 내주라는 성경말씀을 믿는다 등)을 이용할 수 있다.

## Ⅳ. 여성의 정신건강문제와 간호중재

인간은 외관적으로 나타나는 신체구조의 차이에 의해 여성 혹은 남성이라는 성별을 갖게 된다. 그러나, 일단 여성 혹은 남성이 되었을 때 이들은 여성은 여성다워야 하고, 남성은 남성다워야 하는 문화적 규범 아래에서 사회화된다. 이러한 사회화 과정은 문화적 규범이라는 어떤 관념적인 차원에만 머무르는 것이 아니라 실제로 여성과 남성의 신체적인 차이를 강화하거나 또는 개개인이 갖고 태어난 잠재력을 발현하는데 영향을 미치거나 또는 변형시킬 수 있다(장필화, 1996).

따라서 여성건강의 개념은 광범위하고 다양하며 변화발전하는 역동적인 개념으로 여성건강의 문제 역시 복합적이고 상호관련되어 있는 성향으로 통합적인 접근을 시도해야 함을 알 수 있다. 특히 정신건강문제를 해결하기 위해서는 우선적으로 간호 대상자인 여성의 생활양식과 문화, 심리적 사회적 변인들이 여성의 건강에 미치는 영향에 관한 이해가 요구된다.

### 1. 우울장애

우울증 여성을 위한 최상의 치료에 대해서는 아직까지 확실히 밝혀지지는 않았지만, 임상적으로 환자의 행동변화, 억압된 기분에 대한 전환에 초점을 맞추고 있으므로 인지요법, 행동요법(자기주장훈련), 자가조절 프로그램이 효과적으로 사용되고 있다(McGrath et al., 1990). 인지요법은 여성의 비현실적인 행동을 현실적이고 타당한 형태로 바꿀 수 있도록 사물을 객관적으로 보게 하고 자신에게의 집착을 제거하는 것이다. 행동요법은 자기주장 훈련을 이용하여 즉, 직접적으로 자신을 표현함으로써 자신의 감정을 조절할 수 있게 하여 우울을 제거하도록 하는 것이며, 자가조절프로그램 안에서 우울증 여성은 그룹 내 대인관계 활동을 통해서 자존감을 기를 수 있다.

한편, 우울 대상자를 위한 간호중재를 위해서 간호사는 대상자의 행동은 서서히 변화한다는 사실과 대상자가 퇴행의 기간을 가질 수 있음을 기억해야 한다. 특히 대상자의 미미한 행동변화라도 중요하게 고려하여야 하며, 간호 접근들을 너무 빨리 포기해서는 안 될 것이다. 결국 간호중재를 통해 우울 대상자에게로부터 기대되는 행동결과는 신체적 안정과 건강, 고통스런 부정적 감정의 표현, 자기 혼자라는 고립감 대신 사랑, 수용, 소속되어 있다는 느낌, 쓸모 있고 필요하다는 느낌, 가치 있는 성취감을 얻을 기회, 자율성과 자기실현의 기회 등이 성취되어야 할 것이다(이정섭 외 7인, 1996).

### 2. 섭식장애

식습관은 한 사람의 생활 태도 형성과 행동양식에 결정적인 영향을 주며, 신체의 건강을 유지하기 위해서 뿐만 아니라 사회적 견지에서도 매우 중요하다.

식욕상실증환자는 모두 개별적이라는 것을 고려할 때 치료는 질환의 심각도에 따라 대상자마다 다를 수 있다. 완치는 흔하지는 않지만 약 75%의 환자가 신체와 정신적 상태에서 수용적인 개선을 보인다고 한다. 병적 행동들이 계속되거나 약간 개선될 수 있고 스트레스 상황에서 다시 식욕상실증으로 재발할 수도 있다. 식욕상실증은 포괄적이고 다학제간 치료활동을 필요로 하는 정서적인 신체적인 문제의 복합적인 문제이기 때문에 중재방법도 다양한데, 먼저 인지적 행동적 치료 프로그램을 통해 체중조절과 증상완화를 유도한다. 이와 더불어 지지적 간호, 식이관리, 상담, 개인·집단·가족 치료, 정신약물 중재가 필요하다. 특히 심리학자, 정신과, 영양사, 약사, 의사, 치과의사, 가족교육사 등 다학제간 접근방법이 요구되며, 치료기간은 일반적으로 적어도 2년 이상이 요구된다. 중재에서 중요한 것은 부정적 강화는 지양하고 긍정적 강화를 해야 하며, 행동 개선과 올바른 자아상에 초점을 맞추는 것이다. 약물요법은 주로 항우울제를 복용하며 Prozac, Paxil, Zoloft, Serazone, Wellbutrin이 쓰이며 Luvox과 Anafrinil은 강박행동이 동반될 때 사용된다(민원식, 1998).

신경성 폭식증은 치료사, 영양사, 치과의사, 가족치료사를 포함하는 다학제간 접근이 요구되며, 초기에는 인지적 행동요법을 사용한다. 이러한 접근은 섭식, 체중조절, 행동변화에서 본질적인 변화를 가져올 수 있다. 즉, 신체상을 자아가치와 관련지어 중시하는 태도를 갖도록 전환시키며, 영양섭취와 합리적인 체중조절프로그램을 교육하며, 폭식행위을 유발시키는 인자를 규명한다. 또한 신체를 손상시키는 상황을 조절하는 기술과 스트레스원을 다루는 기술을 교육한다. 사회적 지지체계를 굳건히 하는 것도 간과할 수 없다. 신경성 폭식증에서 우울성과 비우울성 폭식은 항우울제의 항폭식효과에 모두 잘 반응한다. Fluoxetine HCL은 폭식환자에게 선택되는 부작용이 가장 적은 약이라고 알려져 있다. Serotonin 재흡수 억제제 혹은 MOA 억제제는 fluoxetine이 실패할 때 사용된다. 항경련제는 phenytoin이 폭식을

조절하는 것으로 여겨지기 때문에 대체약으로 사용된다. 약물요법은 초기에 5-8개월 동안 이루어지며, 만일 재발이 되면, 더 오랜 기간 사용된다. 환자의 약 절반이 약물요법에 치료적 반응을 나타내지 않기 때문에 인지행동 요법이 기본적 중재로 사용되어진다(민원식, 1998).

이처럼 섭식장애는 간호사, 의사, 영양사, 치과의사, 가족치료사가 치료에 참여해야 하는 복합적인 건강문제이며, 장애가 주로 만성이기 때문에 빈번한 재발이 문제이다. 간호중재로서 대부분 환자들에게는 인지 행동요법, 가족요법, 집단요법, 약물요법을 병합하여 제공한다. 먼저 인지행동 요법이 시작되는데, 자존감과 신체상과의 관련성에 대한 여성의 태도를 규명하고, 증상을 촉진하는 인자를 기록하게 한다. 그리고, 규칙적인 영양섭취를 학습하고, 폭식 또는 하제를 사용하지 않고, 환자가 거부하였던 음식을 먹도록 도움을 준다. 이러한 행동요법에 대한 강박을 감소시키기 위해서 권장음식에서 제한되는 음식까지 음식의 범위에 대한 계층적 목록을 만든다(Fogel & Woods, 1995).

한편 사회문화적 가족적 지지를 중요시하는 가족요법은 환자와 함께 가족을 치료에 참여시키는 것으로 가장 효과가 있다(Williamson, 1990).

### 3. 불안장애

불안장애를 가진 대상자를 위한 간호가 효과적이었는가를 평가하는 것은 관찰된 행동 변화와 마찬가지로 자신의 느낌에 대한 대상자의 보고에 근거한다. 예를들면 근긴장도나 진전의 감소, 식욕증가, 정상적인 생리적 지표, 주의 집중시간의 증가와 같은 행동의 변화는 회복의 첫 증거가 될 수 있다(이경순 외 7인, 1996).

특히 불안장애는 신경증적 상황이 관련되어 있다고 연구자들은 주장하고 있으며, 그러한 연구에서는 사회적으로 원인이 있음을 지적한다. 또한 여성들의 부정적인 경험들은 그들을 더욱 정신불안에 빠지게 만들고, 그런 여성들은 남성보다 정신과적인 질병이 발생하기 쉽다는 것이다. 따라서 여성의 우울증과 불안은 사회적 구조에 뿌리를 둔 사회적 현상이라는 점도 인식할 필요가 있다(Fogel & Woods, 1995). 불안장애 대상자를 위한 간호중재의 일차적인 단계로 대상자와 간호사는 지지적이고 치료적인 관계를 확립할 필요가 있기에 신뢰, 공감, 존경 및 안정이 우선되어야 한다. 다음단계의 간호중재로서 문제의 명료화를 들 수 있다. 대상자는 자신의 욕구를 좀 더 명확하게 타인에게 표현하거나 만약 자신의 욕구가 비합리적이라면 욕구를 변화시키도록 하는 것이 필요하다. 예를 들어 여성들의 모든 욕구를 충족시키기 위하여 여성들이 무엇을 필요로 하는지 남성들은 알지 못한다. 왜냐하면 여성들은 그들 자신을 표현할 수 없고 표현한다 하여도 남성들이 항상 여성들을 전부 이해하는 것은 아니기 때문이다. 여성들은 사람들로부터 필요로 하는 것을 좀더 명확히 함에 따라 그리고 여성들이 자신의 욕구를 성공적으로 표현함에 따라서 불안은 예방되어 질 수 있다(Fogel & Woods, 1995). 그 외 유사한 문제를 가지고 있는 다른 여성들과 집단에서 경험을 갖는 것은 개인에게 변화를 유도한다. 자신과 유사한 현상을 경험하는 다른 사람들을 만날 때 인간은 완전히 혼자라는 생각을 버리게 되기 때문이다(Brehony, 1987).

한편 더 나아가 불안장애 대상자의 간호중재로 불가피한 불안을 수용함, 자아인식 증가, 자조기술학습, 문제해결과 대처기술 증가, 필요시 항불안제 투여 등의 중재가 요구된다(이경순외 7인, 1996).

### 4. 홧 병

한국의 여성은 가부장적 전통사회에서 성장하여 스트레스를 잘 풀지 못하여 억울한 감정이 지속되어 울화가 쌓이게 되고, 이러한 상황이 지속되고 복합적인 감정이 문제가 되어 나이가 들어감에 따라 화에 대한 억제능력이 부족하게 되어 화병이 발생하게 되었다고 보듯이(민성길, 1989), 국내의 여성건강문제의 하나로 대두되고 있는 화병은 문화적 영향에 의한 신념이나 가치관과 관련하여 발생하는 건강문제로 우리의 문화와 관련성이 있음을 부인할 수 없다. 따라서 이러한 건강문제의 해결을 위해서는 통합적인 접근이 요구되며, 특히 타학문과의 다학제적인 연구접근이 필요하겠다.

홧병환자를 위한 간호중재로는 심리요법, 행동요법을 들 수 있다(김종우, 1997). 심리요법으로 화병의 직접적인 원인이 성격만은 아니지만 자신의 성격에 대해 인식하고 수정하려는 노력이 필요하다는 것이다. 즉, 자신의 성격을 얼마나 바꾸냐에 따라서 화나는 일이 많아도 쉽게 풀 수 있고, 홧병을 미리 예방할 수도 있다는 것이다. 특히 먼저 자신이 얼마나 힘든지 아무도 몰라준다는 피해의식을 줄이는 것이 중요하며, 자신감을 갖고 행동하고, 과거에 피해를 받았다고 생각하는 일들에 대한 기억을 잊어버리거나 피해를 준 상대방을 용서하는 것이다. 또 무엇이든 다른 사람과 비교하지 않도록 하고

자신의 감정을 조절하는 능력을 연마하여 모든 일을 조용히 효과적으로 대처하려고 노력해야 한다. 또한 우울함을 떨쳐버리는 것이 필요한데, 일상생활에서 우울을 유발하는 사건들에 관한 생각을 긍정적으로 바꾸는 것이다.

행동요법은 화를 조절하는 방법이며, 먼저 자신의 행동을 관찰하는 것이 중요하다. 즉, 자신이 화가 났을 때 어떻게 행동해야 하는지는 물론 자신에게 맞는 화를 푸는 방법을 알아야 한다는 것이다. 문제가 생기면 상대방과 대화를 하고, 화가 폭발할 때는 바로 대화하지 말며, 억울한 것이 구체적으로 무엇인가를 생각하고 자신의 입장을 여유를 가지고 정리한다. 비겁한 방법을 사용해서는 안되며 자신의 감정을 솔직하게 털어놓으며, 애매한 요구는 하지 않으며, 사람들은 서로 다르다는 사실을 이해하고, 끝이 없는 논쟁에는 끼여들지 않는 것이 바람직하다. 상대가 어떻게 느끼고 생각해야 하는지를 강요하지 말아야 하고, 제 3자를 거쳐서 얘기하지 않는 습관과 제 3자의 말을 경청하고, 당장에 변화가 오리라고 기대하지 않는다. 또한 근육이완법을 통하여 마음을 편안하게 다스리도록 한다(김종우, 1997).

한편 화를 무조건 억제하는 것은 좋은 일이 아니며, 그렇다고 자신의 화를 무조건 밖으로 내보내는 것도 결국 홧병을 일으키는 또 하나의 요인이 되기에 화는 억누르거나 폭발하는 것이 아니라 조절하는 것(김종우, 1997)임을 간호대상자에게 인식시켜 주어야 할 것이다.

## V. 결론 및 제언

여성건강의 질은 그 나라 국민건강에 직·간접적으로 영향을 미치기에 간호에 있어서 여성의 건강문제는 중요한 초점이 되며, 특히 여성들은 그들의 생애에서 남성에 비해 더 많은 스트레스와 정신질환을 경험할 수 있기에 여성의 정신건강문제에 관한 관심이 요구된다.

본 연구에서는 여성의 정신건강문제의 이해를 위해서 정신건강문제에 대한 학문적 근거를 기존연구와 문헌을 통해서 고찰하였으며, 이를 통해 건강이 복합적이고 다면적인 이슈로서 다양한 요소로부터 영향을 받는 것처럼 여성정신건강문제 역시 다양한 요인에 의한 건강문제임을 확인 할 수 있었다.

국제 정신건강연구소에서 발표한 여성정신건강 연구문제 5가지(가난, 여성의 다양한 역할, 노인여성들의 정신건강문제, 여성에 대한 폭력, 여성의 정신질환에 대한 진단과 치료)에서도 확인할 수 있듯이 여성의 정신건강 문제들은 우리의 사회적, 문화적 요소들과 밀접하게 관련되어 있음을 확인할 수 있다. 이는 여성이 근본적으로 오늘날 우리 사회에서의 성의 불평등의 사회적, 경제적, 정신적 결과에 의해서 영향받는 것으로 설명할 수 있으며, 따라서 여성의 정신건강문제 해결을 위해서는 인간으로서, 여성으로서, 어머니로서의 다각적인 측면에서의 여성이해가 우선되어야 함을 인식해야 할 것이다.

한편 최근 한국 전통문화와 관련되어 주로 여성들에게 나타나는 홧병이라는 여성건강문제에서도 확인 할 수 있듯이, 문화적 영향에 의한 여성정신건강문제 해결을 위해서는 문화적인 접근을 통해서 해결점을 모색해 보아야 할 것이다. 이를 위해 우리가 살고 있는 현대문화가 여성정신건강에 미치는 긍정적인 영향 이외에도 부정적인 영향에 대해 탐색해야 할 것이다. 아울러 한국적인 정서에 맞는 즉, 한(恨)의 정서와 가족문화를 고려한 한국 여성의 정신건강을 해석하고 접근하는 연구가 절실히 요구된다.

그러므로 여성정신건강문제의 효과적인 간호중재개발을 위해서 앞으로 다학제간, 학문간의 긴밀한 교류와 의견교환이 필요하며, 아울러 여성의 정신건강에 영향을 미치는 사회 정치적 환경을 개선하기 위한 많은 연구가 요구된다.

## 참 고 문 헌


고석주, 정진경 (1992). 외모와 억압. 한국여성학, 제8집, 33-70.

김광일, 원호택, 진성태, 김면정, 장환일, 이기남, 홍원식, 엄용섭 (1973). 정신증상에 대한 한국인의 태도조사. 신경정신의학, 12(1), 41-52.

김광일, 원호택, 진성태, 장환일, 김현수 (1974). 정신질환에 대한 서울인의 견해조사(Ⅰ). 대한의학협회지, 7(12), 75-82.

김광일 (1977b). 우울증의 증후학적 연구. 제3편 : 우울증의 문화정신의학적 연구. 신경정신의학, 16(1), 36-60.

김귀분, 신혜숙 (1997). 중년여성의 삶의 질. 조영식 박사 회수기념 논문집, 531-550.

김소야자, 이광자, 김윤희, 이소우, 유숙자 (1997). 정신간호총론(상). 서울: 수문사.

김수지, 고성희 (1989). 우울발생요인에 관한 이 론적 고찰. 대한간호학회지, 19(2), 173-190.

김영경, 김희순, 안태성 (1998). 간호와 영양. 서울: 현

문사.

김종우 (1996). 홧병에 대한 임상적 연구－한의학 적 홧병 모델을 중심으로－. 대한심신스트레스학회지, 4(2), 23－32.

김종우 (1997). 화병. 서울: 여성신문사.

김현택, 박동건, 성한기, 유태용, 이순목, 이영호, 진영선, 한광희, 황상민 (1996). 심리학(인간의 이해). 서울: 학지사.

노유자 (1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구. 연세대학교 박사학위논문.

민성길 (1989). 홧병의 개념에 대한 연구. 신경정신의학, 28, 604－614.

민성길, 김경희 (1978). 우울증에서 보는 신체 증상에 관한 연구. 신경정신의학, 17(2), 149－154.

민성길 (1991). 홧병과 한. 대한의학협회지, 34(11), 1189－1198.

민원식 (1998). 여성 fitness와 식이장애. 학술세미나 : 여성건강의 쟁점, 이화여자대학교.

박정은 (1996). 여성건강강과 문화. 학술심포지움 : 여성건강과 문화, 이화여자대학교, 133－136

서광윤 (1967). 한국인 우울증환자의 주소에 관한 고찰. 우석대잡지, 5, 491－154.

신미영 (1997). 대중매체가 여성의 다이어트와 섭식장애에 영향을 미치는 과정. 강원대학교 석사학위논문.

신혜숙 (1995). 폐경기 경험에 관한 연구 : Q 방법론적 접근. 대한간호학회지, 25(4), 807－824.

이경혜 (1996). 한국 여성건강과 문화. 학술심포지움 : 여성건강과 문화, 이화여자대학교, 137－145.

이경혜, 한영란, 배정이, 정금희 (1995). 여성건강에 대한 개념분석 연구. 여성건강간호학회지, 1(2), 222－223.

이광옥, 이경혜 (1998). 한국적 간호이론 개발을 위한 개념분석. 학술심포지움 : 한국적 간호이론개발을 위한 개념분석－인간, 환경, 건강, 간호를 중심으로－, 이화여자대학교, 61－85.

이숙희, 박영숙 (1998). 여성건강에 관한 간호연구분석 : 1988－1997. 여성건강간호학회지, 4(1), 105－120.

이시형 (1977). 홧병에 대한 연구. 고려병원 잡지, 1, 63－69.

이정균 (1981). 정신의학. 서울: 일조각, 213－221.

장필화 (1996). 여성의 몸에 대한 여성학적 접근. 학술심포지움 : 여성건강과 문화, 이화여자대학교, 127－131.

하양숙, 이경순, 공수자, 노춘희, 양 수, 이정섭, 임영숙 (1995). 정신건강간호학(상). 서울: 현문사.

_____ (1995). 정신건강간호학(하). 서울: 현문사.

홍은경, 박샛별, 신영선, 박혜순 (1997). 일부도시 청소년 여학생들의 신체상에 대한 인지와 체중조절행태. 가정의학회지, 18(7), 714－721.

American Psychiatric Association[APA] (1994). Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. ed4, Washington DC, APA.

Bernard, J. (1973). The future of marriage. New York: Dell.

Brown, A. (1986). Coping with Agoraphobia. PhD thesis, University of Southampton.

Carmen, B., Reiker, P. B., & Mills, T. (1984). Victims of violence and psychiatric illness. American Journal of Psychiatry, 141(3), 378－382.

Clark, K. (1997). Disordered eating behaviors and bone-mineral density in women who misuse alcohol. Western Journal of Nursing Research, 19(1), 32－55.

DeRosis, H., & Pellegrino, V. (1976). The book of hope : How women can overcome depression. New York: Bantam.

Diann, L. Z. (1983). Women's Health ; Problem & options an overview. Issues in Health care of women, 6, 287－310.

DSM－Ⅳ (1994). American Psychiatric Association. Washington, DC.

Fishel, A. (1983). Gay parents. Issues in Health Care of Women, 4(2/3), 139－164.

Fogel, C. I., & Woods, N. F. (1986). Health care of women : a nursing persrectives. Mosby.

Fogel, C. L., & Woods, N. F. (1995). Women's health care. London: Sage publications.

Fodor, I. G. (1974). The phobic syndrome in women : Implications for treatment. In V. Franks & V. Burtle(Eds.), Women in therapy, New York: Brunner/Mazel, 132－168.

Fopma-Loy, J. (1988). The prevalence and phenomenology of depression in elderly women : A review of the literature. Archives of Psychiatric Nursing, 2(2), 74－80.

Frankz, V., & Rothblum, E. (1983). Concluding comments, criticism, and caution : Consistent conservatism or constructive change? In V. Franks & E. Rothblum(Eds.), The stereotyping of women, New York: Springer, 259-270.

Freeman, E. W., Sondheimer, S. S., & Richels, K. (1988). Effects of medical history factors on symptom severity in women meeting criteria for premenstral syndrome. Obstetrics & Gynecology, 72, 236-239.

Gidwani, G. P., & Rome, E. S. (1997) Eating disorders. Clinical Obstet Gynecol, 40(3), 601-615.

Gillen, B., & Sherman, R. C. (1980). Physical attractiveness and sex as determinations of trait attributions. Multivariate Behavioral Research, 15, 423-437.

Gove, W. R., & Greeken, M. R. (1997). The effect of children and employment on the mental health of married men and women. Social Forces, 56(1), 66-76.

Gove, W. R. (1972). The relationship between sex roles, marital status, and mental illness. Social Forces, 51(1), 34-44.

Hamilton, M. A. (1960). A rating scale for depression. Journal of Neurology and Neurosurgery Psychiatry, 23(1), 56-61.

Hawkins, R. C., & Clement, P. F. (1984). Binge eating ; Measurement problems and a conceptual model. In P. C. Hawkins, W. J. Fremouw & P. F. Clement(Eds), The binge-purge Syndrome, N. Y.: springer.

Hilberman, E., & Munson, K. (1977-1978). Sixty battered women. Victimology : An International Journal, 2, 460-470.

Jacobsen, F. M., Wehr, T. A., Sack, D. A., James S. P., & Rosenthal, W. E (1987). SAD : A review of the syndrome and public health implications. American Journal of Public health, 77, 57-60.

Kinder, B. N. (1991). Eating Disorders(Anorexia and Bulimia Nervosa), In M. Herson & S. M. Turner(eds), Adult Psychopathology and Diagnosis(2nd Edition). John Wiley & Sons.

Knowles, J. P., Cole, E., editors (1990). Woman-Defined Motherhood. Harrington Park Press, New York · London.

Kurtz, R. M. (1969). Sex differences and Variations in body attitude. Journal of consulting and Clinical Psychology, 33, 625-629.

Martin, L. L. (1979). Health care of woman. J. B. Lippincott Company.

Matthews, K. A. (1992). Mythe and Realities of the Menopause. Psychosomatic Medicine, 54, 1-9.

McBride, A. B. (1993). From gynecology to gynecology : Developing a practice research agenda for women's health. Health Care for Woman International, 14, 315.

McElmurry, B. J., Norr, K. F., Parker R. S. (1993). Women's health status across the globe in Beverly J. McElmurry, Kathleen F. Norr, Randy Spreen Parker, Women's health and development, Jones & Bartlett publisher.

McGrath, E., Keita, G. , Strickland, B., & Russo, N. (1990). Women and depression : Risk factors and treatment issues(Final report of the APA National Task Force on Women and Depression). Washington, DC : American Psychological Association.

Meleis, A., Norbeck, F., Laffrey, S., Solomon, M., & Miller, L. (1989). Stress, satisfaction, and coping : A study of women lerical workers. Health Care of Women International, 10(4), 319-334.

Miles, Agnes (1991). Women, health and medicine. Open University Press ; Celtic Court, 22 Balmoor, Buckingham.

Nasser, M. (1988). Eating disorder : The cultural dimension. Social psychiatry and Psychiatric Epidemilogy, 23, 184-187.

Nathanson, C. A. (1975). Illness and the feminine role : A theoretical review. Social Science Medicine, 9, 57-62.

Putnam, F. W., Curoff, J. J., Silberman, E., Barban, K. & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of MPD : Review of 100 recent cases. Journal of Clinical Psychiatry, 47(6), 285-293.

Richardson, M. S., & Johnson, M. (1984). Counsel-

ing Women, in S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), Handbook of counseling psychology, N. Y.: Willey.

Robert, M. P. (1989). Mood disorder : Somatic treatment : in Comprehensive testbook of psychiatry. 5th ed., editied by kaplan HI and Sadock BJ, Baltimore, Williams & Willkins, 913-919.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M., Orvaschel, H., Gruenberg. E., Burke, J., & Regier, D. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Archives of General Psychiatry, 41, 949-958.

Rodin, et al (1995). Women and weight : A normative discontent. In T. B. Sonderegger(Ed.), Psychology and Gender, University of Nebraska Press, 267-307.

Rosen, L., Targum, S., Terman, M., Bryant, M., Hoffman, H., Raspar, S., Hamovit, J., Docherty, J., Welch, B., & Rosenthal, N. (1989). Prevalence of seasonal affective disorder at four latitudes. Psychiatry Research, 31(2), 131-144.

Rosenthal, N. E. (1989). Seasons of the mind. New York: Bantam. Roth, S., & Leibowiz, L. (1988). The experiences of sexual trauma. Journal of Traumatic Stress, 1, 79-108.

Russo, N. (1990). Overview : Forging research priorities for women's health. American Psychologist, 45(3), 368-373.

Seidan, A. (1976). Overview : Researchon the psychology of women : Ⅱ. Women in families, work and psychotherapy. American Journal of Psychiatry, 133, 1111-1123.

Silbestein, L. R., Striegl-Moore & Rodin, J. (1985). Towards an understanding of risk factors for bulimia. American Psychologist, 41, 246-263.

Simmons-Alling, S. (1990). Genetic implications for major affective disorders. Archives of Psychiatric Nursing, 4(1), 67-71.

Taube, C., & Barrett, S. (1985). Mental health, U. S. 1985(Dhhs Publication No. 86-1378, ADM). Rockville, MD : National Institutes of Mental Health.

Tennant, C., Bebbington, P., & Hurry, J. (1982). Female vulnerability to neurosis : The influence of social roles. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 16(3), 135-140.

Thoits, P. A. (1983). Multiple identities and psychological well-being. American Sociological Review, 48(2), 174-187.

Turner, R. J., & Avision, W. R. (1989). Gender and depression : Assessing exposure and vulnerability to life events in a chronically strained population. Journal of Nervous and Mental Disorders, 177(8), 443-455.

Weissman (1987). Advances in psychiatric epidemiology : Rates and risks for major depression. American Journal of Public Health, 77(4), 445-451.

Weissman, M., Leaf, P., Bruce, M., & Florio, L. (1988). The epidemiology of dysthymia in five communities : Rate, risks, comorbidity, and treatment, American Journal of Psychiatry, 145(7), 815-819.

Williamson, D. (1990). Assessment of eating disorders. New York: Pergamon.

Williamson, D. A., Cubic, B. A. & Gleaves, D. H. (1993). Equivalence of body image disturbance in anorexia and bulimia nervosa. J. Abnormal Psychology, 102, 177-180.

—Abstract—

## The Literary Study on The Women's Mental Health and Hwabyung in Korean Society

*Shin, Hye Sook* · Lee, Ok Ja***

This study attempted to develop fundamental data of nursing intervention for Women's health improvement through literature review related to women's health.

Women's health problems are focused in nursing because the quality of women's health influences on public health directly and indirectly. Especially women experience more stressors and mental disorders than men.

This paper reviewed rationale of mental problems to understand Women's mental problems through various research paper analysis. As a result, it was found that women's mental problems as well as the health were affected by various factors and were connected with social, cultural elements closely. This result means that women are affected by social, economical, psychological states from gender unequality in this society. So to solve the women's mental problems, women have to be considered as human beings, women, mothers with multiple roles. And like Hwabyung, one of the women's mental problems related to Korean traditional culture, nursing needs to be done to solve the problem through cultural approach. To do this, nursing has to research negative effect as well as positive effect on women's mental health by modern culture which includes "Han" and traditional family culture.

The multidisplinary, interdisplinary communication is important to develop nursing intervention and nursing must build a pertinent Korean women's mental health research system to improve a sociopolitical environment.

* Fulltime Lecturer, Department of Nursing, College of Medicine, KyungHee University

** Research Assistant, Department of Nursing, College of Medicine, KyungHee University