

병리적 자기애의 선별 기준에 관한 연구: 병리적 자기애 질문지의 절단점 확인을 중심으로*

황 선 정[†]

조 성 호

가톨릭대학교

본 연구는 자기애의 웅대성 및 취약성 요소를 동시에 측정하도록 개발된 병리적 자기애 질문지(Pathological Narcissism Inventory: PNI)의 절단점(cutoff score)을 확인하여 병리적 자기애 선별에 관한 기준을 확립하는 것이 목적이다. 연구는 두 가지 절차를 통해 수행되었다. 먼저 400명의 대학생을 대상으로 자기애성 성격을 측정·분류하는 다른 측정도구들과 병리적 자기애 질문지를 함께 사용하여 병리적 자기애 질문지의 절단점을 확인하였다. PDQ-4+를 준거 도구로 선정하여 두 척도 간의 민감도(sensitivity)와 특이도(specificity)를 ROC 곡선에 의해 분석한 결과, 병리적 자기애 질문지 총점 2.73점이 최적의 절단점임이 확인되었다. 이 절단점의 타당성을 교차 검증하기 위하여 또 다른 대학생 집단 881명을 대상으로 조사한 결과, 절단점 2.73점을 기준으로 분류된 자기애 고 집단과 자기애 저 집단은 초기부적응 도식, 방어유형, 우울, 불안, 및 대인관계 특성 면에서 체계적인 차이가 있는 것으로 밝혀졌다. 마지막으로 본 연구의 의의와 추후 연구에 대한 제한점이 논의되었다.

주요어 : 병리적 자기애 질문지, 절단점, 선별 기준

* 본 연구는 황선정의 2014년도 가톨릭대학교 심리학과 박사학위 청구논문의 일부를 수정한 것임.

† 교신저자: 황선정, 가톨릭대학교 아동청소년가족 상담센터, (420-743) 경기도 부천시 원미구 지봉로 43 가톨릭대학교 니콜스관 118호, Tel: 02-2164-4656, E-mail: jabihwang@hanmail.net

어떤 임상적 증상을 지닌 사람들에 대한 연구에서 연구의 내적 타당도를 높이기 위해 가장 우선적으로 고려해야 할 사항은 참여자 선별의 기준을 확립하는 것이다. 선별기준이라 함은 ‘누구를’ ‘어떻게 선별할 것인가’에 대한 기준을 의미한다. 이를 위해서는 세 가지가 고려되어야 한다. 첫째, 그 임상적 증상이 포괄하고 있는 개념을 명확히 정의하는 것, 둘째, 그 개념정의에 부합되는 최적의 척도를 선정하는 것, 셋째, 연구 참여자의 범위를 그 척도 상에서 명확히 설정하는 것 등이다.

그러나 자기에 연구는 이 세 가지 사항에 있어서 모두 혼란을 겪어 왔다. 먼저 개념상의 혼란은 건강한 자기에와 병리적 자기에간 논쟁, 그리고 병리적 자기에 내에서의 하위요인 구분에 관한 논쟁 등과 관련된 것이다. 이는 자기에는 어떤 사람이며 어떤 특징을 지녔는지에 대한 일관된 개념을 형성하는데 많은 방해 요인으로 작용하였다(Ackerman, Donnellan, & Robins, 2012; Miller & Campbell, 2008). 인간이라면 누구나 지니고 있는 자연스럽고 건강한 일차적 자기에(primary narcissism: Freud, 1914)와는 달리, 긍정적인 자기-이미지를 손상 받을 때에 자기 조절 및 정서 조절에 곤란함을 겪는 ‘병리적 자기에(pathological narcissism)’가 존재하며, 이 두 개념은 서로 독립적인 것으로 점차 이해되고 있다(Pincus & Lukowitski, 2010). 그런데 자기에의 병리적 형태와 정상적 형태 간 구분보다 훨씬 복잡한 것은 병리적 자기에가 서로 이질적인(heterogeneous) 두 구성 개념(웅대성 및 취약성¹⁾)으로 이루어져 있다는

1) 웅대성(grandiosity)이란 자신이 성공하고 사람들로부터 찬탄을 받는 것에 대한 환상에 몰두하고 이를 위해서는 다른 사람들을 기꺼이 착취할 수 있다고 생각하는 것과 관련되고, 취약

관점에 관한 것이다(Zeigler-Hill, Green, Arnau, Sisemore, & Myers, 2011). 즉 병리적 자기에는 웅대성이라는 단일요인으로 이루어져 있다는 견해(예: Miller, Hoffman, Campbell, & Pilonis, 2008)와 취약성 요인과 함께 공존하고 있다는 견해(예: Fossati et al., 2005)간 논쟁이 지속되어 왔다. 그러나, 최근에는 자기에가 드러내는 웅대성이란 자신의 취약성을 무의식적으로 분열(splitting)시켜 놓은 방어의 결과물이라는 Kernberg(1975)의 견해가 꾸준히 경험적으로 입증되면서, 병리적 자기에에는 웅대성과 취약성이 동시에 존재한다는 사실이 수많은 연구들에 의해 지지받아 왔다(예: Fetterman & Robinson, 2010; Maxwell, Donnellan, Hopwood, & Ackerman, 2011; Pincus et al., 2009; Rathvon & Holmstrom, 1996; Wink, 1991; Zeigler-Hill et al., 2011). 따라서 본 연구에서도 자기에의 개념을 웅대성과 취약성 모두를 지닌 병리적 자기에로 정의한다.

자기에 연구의 두 번째 혼란은 척도에 관한 것이다. 많은 연구자들이 자기에의 개념 정의에 혼란이 생겨난 이유로 자기에 측정의 비일관성 문제를 지적하였다(예: Ackerman et al., 2012; Samuel & Widiger, 2008). 자기에 연구에 사용된 최초의 도구이자, 사회 및 성격 심리학 연구의 약 77%에서 사용될 정도로(Cain, Pincus, & Ansell, 2008) 광범위하게 활용되어 온 도구는 Raskin과 Hal에 의해 개발된 자기에 성격검사(Narcissistic Personality Inventory: 이

성(vulnerability)이란 외부로부터 찬탄과 인정이 주어지지 않을 때 자존감 조절이 어려워지고, 자신이 요구하는 만큼 자신을 찬탄해 주지 않는 사람들에 대한 무관심과 평가절하를 하며, 그 사람들에게조차 인정을 요구하는 것에 대해 수치심을 느끼는 것과 관련된다(Pincus et al., 2009).

하 NPI이다. 그러나 이 척도는 자기애의 병리적 속성이나 취약성을 제대로 측정하지 못하고 있다는 주장들이 지속적으로 제기되어 왔다(양진원, 2012; Cain et al., 2008; Rosenthal, Montoya, Ridings, Rieck, & Hooley, 2011). 즉 NPI 4개 하위척도 중 대부분(예: 지도성/권위성, 자기물두/자기선망, 우월성/당당함)이 심리적 건강과 높은 정적 상관을 보여 왔기 때문에(Rosenthal & Hooley, 2010), NPI는 병리적 자기애보다는 건강한 자기애를 측정하기에 더 적합한 도구라는 것이다(Ackerman et al., 2012; Cain et al., 2008; Pincus et al., 2009). 또, NPI는 DSM-III의 진단 기준을 근거로 개발되었는데(Raskin & Hall, 1979), DSM의 진단 기준은 오만함, 찬사에 대한 요구, 공감 부족 등 웅대성 속성으로만 주로 기술되고 있기 때문에²⁾ NPI에는 당연히 취약성에 관한 문항들이 배제될 수밖에 없었다(Ackerman et al., 2012). 이런 문제의식을 바탕으로 이후에는 Hendin과 Cheek(1997)의 과민성 자기애 척도(Hypersensitive Narcissism Scale: 이하 HSNS), 국내의 내현적 자기애 척도(Covert Narcissism Scale, CNS: 강선희, 2002) 등과 같이 취약성만을 별도로 측정하는 척도가 개발되었다. 그러나 이들 척도는 병리

적 자기애의 두 속성 중 취약성 한 가지만을 재기 때문에, 하위유형 연구를 위해서는 웅대성을 재는 척도(예: NPI)를 별도로 사용할 수밖에 없다는 한계가 있다(예: Zeigler-Hill, Clark, & Pickard, 2008 등). 또 한편 McCain과 Hibberts(2015)에 의해 아주 최근에 개발된 GNS(Grandiose Narcissism Scale)는 웅대성만을 측정하는 척도이기 때문에, 이 역시 취약성 측정을 위해서는 별도의 척도가 필요하다. 병리적 자기애의 핵심 본질은 하나의 성격에 웅대성과 취약성이 모순적으로 공존하는 것이다(Fourie, 2010; Morf & Rhodewalt, 2001). 그렇기 때문에 두 구성개념을 하나의 도구가 동시에 측정해 낼 수 있어야 병리적 자기애의 본질을 잘 반영하는 효율적인 척도라 할 수 있을 것이다. 황성훈(2010)은 외현적 자기애(웅대성)와 내현적 자기애(취약성) 척도를 별개로 사용하는 것은 피검자에게도 이중 부담을 지울 수 있다고 하면서 두 속성을 동시에 측정할 도구를 사용할 것을 제안하였다.

이와 같은 평가 욕구를 반영하는 자기애 척도는 병리적 자기애 척도(Pathological Narcissism Inventory: 이하 PNI)이다. 이 척도는 웅대성과 취약성을 다차원적으로 측정하는 단일 척도로서 Pincus 등(2009)에 의해 개발된 이후 척도의 신뢰도와 타당도가 꾸준히 경험적으로 입증되고 있다. Wright, Lukowitski 및 Pincus 등(2010)은 고차요인 구조(higher-order factor structure) 연구를 통해 PNI가 병리적 자기애의 두 속성을 안정적으로 측정해주고 있음을 반복 검증하였다. Maxwell 등(2011)은 NPI와의 비교를 통해 PNI가 병리적 자기애 속성을 더 타당하게 측정하고 있음을 밝혔고, Besser, Zeigler-Hill, Pincus 및 Neria(2013)은 PNI 점수와 외상 후 급성 불안 증상 수준 및 노출 심각도 간 유의

2) DSM에서 자기애성 성격장애를 기술할 때 웅대성에만 초점을 두는 이유는 자기애성 성격장애가 삽입되기 시작한 DSM-III(APA, 1980)부터 성격장애에 관한 기술 방향이 전면적으로 전환되었기 때문이다. 즉 DSM-II까지 견지했던 정신역동적 접근 중심의 원인론적 기술 방식에서 실증적 연구에서 확인된 연구 진단기준(research diagnostic criteria)을 강조하는 기술방식으로 진단 및 분류상의 근본적 전환이 있었다(참조: DSM-IV-TR 서문, APA, 1994). 그에 따라 자기애성 성격장애를 진단할 때 실증적 연구가 가능한 외적 증상 중심의 기준들이 채용되는 것으로 보인다.

미한 상관을 밝힘으로써 PNI가 병리적 자기에 속성을 의미 있게 측정하고 있음을 보여주었다. 따라서 본 연구에서도 병리적 자기에를 측정하는 PNI 척도를 사용하고자 한다.

자기에 연구의 세 번째 혼란은 연구 참여자의 선발 범위를 정하는 것과 관련된 것이다. 연구 참여자의 선발 범위란 어떤 척도의 차원적 연속선상에서의 한 지점을 기준으로 연구 참여자를 선별하는 것을 의미한다. 이는 진단적 평가를 통해 환자 집단과 일반인 집단을 구분하는 것과는 다르기 때문에 자연히 선별 기준점의 적정성 문제가 부각될 수밖에 없다. NPI 척도가 개발된 이후 일반인 및 준임상 집단을 대상으로 한 자기에 연구가 급증하게 되었는데(Miller et al., 2008 등), 이들 연구에서 연구 참여자를 선별하는 방식은 합의된 기준이 아니라 주로 연구자가 임의로 정한 기준에 의한 것이었다(예: 자기에 척도 점수의 상위 25, 30, 40%, 혹은 평균에서 ± 1 표준편차 떨어진 지점). 기본적으로 일반인 집단을 대상으로 병리적 특성을 연구할 때는 기본적으로 긍정 오류의 가능성이 높아질 수밖에 없는데(이영호, 송종용, 1991), 더군다나 명확한 합의 기준 없이 선별 기준을 정한다면 연구 결과를 일반화하는데 더욱 문제가 생길 수밖에 없다. Millon(1994)은 전문가들 간 합의 없이 연구자가 그 기준점을 임의로 정하는 것은 차원적인 것을 범주적인 것으로 무분별하게 '번역'하는 오류를 낳는 것이라 우려하였다. 따라서 연구자들이 채택한 대안적 방법은 척도의 절단점(cutoff score)을 체계적인 방식으로 확인하는 것이었다(Trull, 2005). 절단점을 확인하는 것은 '차원적인 것을 범주적인 것'으로 전환시키는 유용한 방법이 되는 동시에(Kraemer, Noda, & O'Hara, 2004), '연구 참여자로서 적합하다'와

같은 의사결정을 용이하게 해 준다(신민섭, 김중술, 박광배, 1993). 따라서 본 연구에서는 병리적 자기에 척도의 절단점을 확인함으로써 병리적 자기에 연구 참여자의 선별 기준을 명확히 마련하고자 한다.

절단점을 확인하는 가장 일반적인 방식은 절단점 확인 대상 도구와 준거 도구간의 민감도(sensitivity), 특이도(specificity), 분류일치도(agreement) 등을 탐색적으로 비교하면서 가장 적절한 기준점을 추출하는 것이다(Sackett, Haynes, & Tugwell, 1991). 이때 사용되는 준거 도구는 주로 진단용 도구로서 명확한 절단점을 지닌 도구들이다. 민감도는 준거 척도와 대상 척도의 선별기준을 '모두 만족시키는 정도'를 지표로 나타내고, 특이도는 반대로 두 척도 '모두 만족시키지 않는 정도'를 지표로 나타낸다. 이민규 등(1995)에 의하면 민감도와 특이도는 서로 상반되는 변화 패턴을 보이게 되는데, 민감도가 높아지면 부정 오류(false negative)가 높아지고 특이도가 높아지면 긍정 오류(false positive)가 높아진다. 이 둘의 변화 패턴의 추이에 따라 가장 최적의 절단점을 찾게 되는데, 절단점의 변별력 수준과 그 점수의 임상적 활용은 주로 ROC 곡선(Receiver-Operating Characteristic Curve)에 의해 분석된다. 즉, ROC 분석은 절단점 값을 어디에 두느냐에 따라 민감도와 1-민감도로 그려지는 곡선을 의미하며(안재익, 2010), 곡선 아래 면적의 최적값을 찾아 그에 대응되는 절단점을 찾는 것이다.

그런데 자기에 연구에서는 위와 같은 방식에 의해 척도의 절단점을 확인한 선행연구는 찾아보기 어려웠을 뿐만 아니라, 절단점을 적용하여 참여자를 선별한 연구 자체도 상당히 소수였다. 해외의 Chatham, Tibbals 및

Harrington(1993)과 Prifitera와 Ryan(1984)의 연구에서만 NPI 척도의 절단점이 제시되었다. 이들 연구의 공통된 방식은 자기에성 성격장애를 진단하는 도구(예: Millon Clinical Multiaxial Inventory[MCMII]의 자기에 소척도)와 NPI를 환자 집단에 동시에 실시하여, MCMII 자기에 소척도에서 '자기에성 성격장애 환자일 것으로 간주되는 기저율(Base Rate: BR) 점수의 원점수에 교차되는 NPI의 점수를 확인하는 방식이다. 그러나 절단점 탐색 절차가 지나치게 단순하고, 도출된 절단점의 타당성을 추가적으로 검증하지 않았다는 점이 이들 연구의 문제점으로 지적될 수 있다. 따라서 확인된 절단점에 대한 교차 타당화 과정이 필요하다. 교차 타당화란 연구 타당도를 일반화하는 방법으로써 새로운 집단에 동일한 연구 방법을 반복 검증하는 것이다. 따라서 확인된 절단점을 새로운 연구 집단에 적용했을 때 그 절단점이 연구 집단과 비교 집단에서의 임상적 실체를 뚜렷이 변별해 준다면, 그 절단점의 교차타당화가 충족되었다고 할 수 있다. 자기에 연구는 아니지만 완벽주의 연구에서 김현희(2008)는 절단점의 교차 타당화를 위해 새로운 연구 집단에 본 절단점을 적용하여 두 집단으로 구분하고, 각 집단의 심리 정서적 특성에서의 차이를 검증하였다. 따라서 본 연구에서도 절단점을 기준으로 병리적 자기에 집단을 선별하고 이 집단과 비교 집단의 심리 정서적 특성에서의 차이를 비교하고자 한다. 절단점에 의해 선별된 집단을 편의상 병리적 자기에 고 집단, 비교 집단을 병리적 자기에 저 집단으로 명명하기로 한다.³⁾

3) 절단점에 의해 집단을 구분하는 방식은 차원적 접근과 범주적 접근의 상호전환적 관점을 제안한 Kraemer 등(2004)의 방식을 따른 것이다. 즉

병리적 자기에 고저 집단의 '임상적 실체'를 비교하기 위하여 여러 문헌에서 병리적 자기에의 핵심적 특징으로 제시되어 온 주요 개념들을 선정하였다. 종속 변인으로 선정된 주요 개념은 초기 부적응 도식, 방어유형, 우울, 불안, 및 대인관계 특성 등이다. 수많은 관련 변인들이 있겠으나 위 변인들을 선정한 이유는 이들을 통해 병리적 자기에의 취약함을 유발시키는 특성(초기 부적응 도식), 그 취약성을 보상하기 위한 작동 방식(방어유형), 그리고 그 결과물(정서 및 대인관계) 등을 종합적으로 확인할 수 있기 때문이다. 임상적 실체는 이런 개별적 단위 변인들이 함께 모여 종합적인 특징을 기술해 낼 때 더 의미 있게 확인될 수 있다.

Young(1990)에 의하면, 생애 초기에 경험한 양육환경에 의해 부적응적 도식(scheme)이 형성되는데, 이 도식에는 정보처리적 요소가 포함되어 있어서 삶의 과정에서 일어나는 사건들을 지각하고 해석하는 것에 많은 영향을 준다. 따라서 병리적 자기에 또한 남근기 이전에 형성되는 초기 병리이기 때문에(Kernberg, 1975), 부적응적 초기 도식을 지닐 가능성이 크다. Young(1990)이 제시한 자기에적 도식으로는 정서적 결핍, 결함, 특권의식 등이 있다. Zeigler-Hill 등(2011)은 병리적 자기에가 건강한 자기에에 비해 초기 부적응 도식을 지니는 정도가 유의미하게 높다는 것을 입증한 바 있다. 병리적 자기에와 관련된 또 다른 주요 변인으로 방어유형을 들 수 있다. 병리적 자기에는

절단점에 의해 차원적 연속선상에 있는 두 집단을 구분했기 때문에 '병리적 자기에 집단'과 '비자기에 집단'으로 범주적 명칭을 부여하지 않고 '병리적 자기에 고저 집단'으로 명명하였다(Zeigler-Hill et al, 2011 참조).

자존감에 대한 방어적 조절을 핵심 과업으로 삼기 때문에(Morf & Rhodewalt, 2001), 병리적 자기애가 높은 집단과 낮은 집단의 방어 유형의 차이를 보는 것도 자기애의 취약성을 보상하는 방식을 이해하는 데 도움이 된다. 강연우(2004)는 부적응적 자기애 경향이 더 높은 내현적 자기애 집단은 외현적 자기애 집단(건강한 자기애 집단)보다 미성숙한 방어유형을 더 많이 사용함을 밝힌 바 있다. 또, 우울, 불안과 같은 부정적 정서는 건강한 자기애와 병리적 자기애를 구분하는 주요 기준으로 언급되고 있는 것이기 때문에(Pincus et al., 2010) 이들 특성에서 병리적 자기애 고저 집단 간 차이를 볼 필요가 있다. Besser 등(2013)도 전쟁 트라우마를 지닌 사람들 중 병리적 자기애 수준이 높은 집단이 낮은 집단에 비해 불안에 대한 노출 심각도가 크다고 하였다. 마지막 변인은 대인관계로, 친밀감 추구보다는 자신에 대한 경탄만을 요구하는 착취적 대인관계 또한 병리적 자기애의 주요 특징으로 언급되어 왔다(Fourie, 2010). Ogrodniczuk, Piper, Joyce, Stein 및 Duggal(2009)은 자기애 병리의 심각성이 높을수록 지배적이고, 보복심이 강하며, 침해적인 대인관계 패턴을 지니는 것으로 나타났다. 그 외 많은 연구에서 자기애 수준이 높을수록 지배, 착취적 관계 양상을 보인다는 것을 입증한 바 있다(예: 강연우, 2004 등).

본 연구는 지금까지 열거한 자기애 연구의 세 가지 쟁점(자기애의 개념, 측정, 참여자 선별 방식)에 기반하여 PNI 절단점을 확인하는 것을 주요 연구 목적으로 삼고자 한다. 본 연구에서 설정한 구체적인 연구 가설은 다음과 같다.

연구 가설 1. PNI와 준거 도구와의 민감도

와 특이도 지수를 적용하여 확인된 PNI의 절단점은 가설적으로 지정된 PNI 척도상 비교 점수에 비해 자기애성 성격장애 진단 기준에 더 부합될 것이다.

연구 가설 2. PNI 절단점은 병리적 자기애 고 집단과 저 집단을 초기 부적응 도식, 방어 유형, 우울, 불안, 대인관계 측면에서 유의미하게 구분해 줄 것이다.

연구 가설 검토를 위해 본 연구는 총 두 개의 단계로 수행되었다. 첫 번째 단계는 PNI의 절단점을 확인하는 단계이고, 두 번째 단계는 확인된 절단점의 타당성을 검증하는 단계이다. 첫 번째 단계에서는 표준 준거가 되는 척도를 선정하여 민감도, 특이도, 분류 일치율 면에서 가장 적절한 절단점을 확인하는 절차가 진행되었다. 두 번째 단계에서는 새로운 연구 참여자 집단에 이 절단점을 적용하여 병리적 자기애 고 집단과 자기애 저 집단으로 구분하고, 두 집단 간의 심리 정서적 차이점들을 비교함으로써 절단점의 타당성을 검토하는 절차가 진행되었다.

방 법

연구 참여자

참여자 집단 1

연구 참여자 집단 1은 PNI 절단점 확인 단계에 참여한 집단이다. 경남 지역과 수도권 지역에 소재하는 대학교 학생 445명을 대상으로 설문을 실시하였다. 수거된 설문지 420부 중 불성실 응답자 및 배제기준 해당자⁴⁾ 20명

4) 배제기준에 포함된 질문은 DSM-IV-TR(APA,

을 제외한 총 400명의 자료를 분석에 사용하였다. 이 중 남자는 212명, 여자는 208명이었다. 나이는 18세~36세 범위로 평균 23.4세(표준편차 2.97)였다.

참여자 집단 2

연구 참여자 집단 2는 PNI 절단점의 타당성 검증 단계에 참여한 집단이다. 수도권 지역에 소재하는 대학교 학생 916명을 대상으로 설문지를 실시하였다. 수거된 설문지 899부 중 불성실 응답자 및 배제기준 해당자 15명의 자료를 제외하고 881개의 자료를 분석에 사용하였다. 이 중 남자는 324명, 여자는 557명이었다. 나이 범위는 19세~28세, 평균 22.7세(표준편차 2.78)였다.

도구

절단점 확인 대상 척도

PNI(Pathological Narcissism Inventory). 본 연구에서 절단점을 확인하고자 하는 대상 척도이다. PNI는 병리적 자기애성 성격 및 그 하위 요인인 웅대성과 취약성을 동시에 측정하기 위해 개발된 자기보고형 질문지로, Pincus 등(2009)이 제작하였다. 총 52문항으로 6점 척도 상에서 0점과 5점 사이에 평정하도록 되어 있으며 점수는 각 문항 응답 값의 평균을 사용한다. 웅대 환상(Grandiose Fantasy: GF),

1994)를 참조하여 총 2가지를 제시하였다. 첫째는 중추신경계 관련 질환들(중추신경계 종양, 두부외상, 뇌혈관질환, AIDS 등)을 병기하고 그 질환으로 인한 치료 경험의 유무와 치료기간을 질문하였고, 둘째는 물질 및 약물 명칭들(알콜, 마리화나, 진통마취제 등)을 병기하고 이 문제로 인한 치료 경험의 유무와 치료기간을 질문하였다.

평가절하(Devaluing: DEV), 착취(Exploitativeness: EXP), 자기 숨김(Hiding the Self: HS), 특권분노(Entitlement Rage: ER), 수반적 자존감(Contingent Self-Esteem: CSE), 자기희생/자기고양(Self-Sacrificing/ Self-Enhancement: SSSE)의 7요인으로 이루어져 있는 Pincus 등(2009)의 원 척도를 양진원(2012)이 국내에서 번안 및 타당화 작업을 하였다. 요인분석 결과 원 척도의 '자기 숨김' 요인이 제외된 6개 요인으로 나타나 최종 35 문항이 선별되었다. 6개 하위 요인 중 웅대환상, 착취, 자기희생-자기고양은 웅대성 요인에 해당하고, 수반적 자존감, 평가절하, 특권분노는 취약성 요인에 해당한다. 각 하위요인의 의미를 살펴보면, 웅대환상은 성공, 찬탄, 재인을 얻는 것과 관련된 보상적 환상에 몰두하는 것을 의미하고, 착취는 대인관계에서 타인을 조종하는 것을 의미하며, 자기희생-자기고양은 자기 이미지 상승을 위해 이타적 행동을 의도적으로 하는 것을 의미한다. 수반적 자존감은 외부의 찬탄과 인정이 주어지지 않을 때 경험하는 자존감 굴곡과 조절 불능감 인식을 의미하고, 평가절하는 자신이 요구하는 만큼 찬탄을 주지 않는 사람에 대한 무관심과 실망스러운 사람들로부터 인정을 요구하는 것에 대한 과한 수치심을 의미하며, 특권분노는 특권을 지니리라는 기대에 부합되지 않을 때 느끼는 분노감정을 의미한다.

Pincus 등(2009)의 원 척도의 내적 합치도(Cronbach α)는 요인별로 .78~.93의 범위로 나타났다. 양진원(2012)이 확인한 내적 합치도(Cronbach α)는 요인 별로 .85~.92로 나타났다. 본 연구에서는 양진원이 타당화한 35문항, 6점 척도(0~5점)를 사용하였으며, 요인구조는 양진원(2012)의 결과와 마찬가지로 6개의 요인 수로 동일하였다. 본 연구의 내적 합치도

(Cronbach α)는 요인별로 84~.94의 범위에 있었다.

절단점 확인의 외적 준거 척도

MCMC-III(Millon Clinical Multiaxial Inventory-III). Millon이 생리-심리-사회이론에 근거하여 성격장애를 개념화하고 이를 진단하기 위해 개발한 척도로 III판은 1994년에 개정되었다. 총 175문항, 24개 척도 중 MCMC-III의 자기애 척도(MCMC-III 5) 24문항만을 사용하였다. 한국판 타당화 작업이 선행연구에서 이루어져 있지 않은 관계로, 본 연구에서는 최영안(2003)의 번안본 중 자기애 척도 24문항에 대해 이중 언어 사용자 2명으로 하여금 번안이 적절하다고 판단되는 정도를 1~5점 사이에서 평가하도록 하였다. 번안 적절성은 각각 3점과 4점이었고 이 점수들은 모두 중간 이상의 적절성을 지닌 것으로 판단되었다. 그러나 번안의 적절성이 현저히 떨어진다고 판단되는 개별 문항에 대해서는 평가자들에게 재수정을 요청하였고, 수정한 후 연구자가 수정된 번안 문항으로 설문지를 재작성하였다. Millon(1994) 원 척도의 자기애 척도의 내적합치도(Cronbach α)는 .67이었고, 최영안(2003) 번안본의 내적합치도는 .52였으며, 본 연구에서 확인된 내적합치도(Cronbach α)는 .68이었다.

MCMC-III 자기애 척도 상에서 자기애성 성격장애로 진단되는 기준 점수는 MCMC-III 매뉴얼에 제시된 기저율 점수(BR)를 참조하였다. 즉 Millon, Davis 및 Millon(1996)이 정한 '해당 장애가 존재할 것'으로 간주하는 기저율 점수는 남자 75점, 여자 77점이었는데, 매뉴얼 상에서 이 기저율 점수에 가장 인접한 척도 원점수는 남자 19점, 여자 17점이었다. 이에 본 연구에서는 연구 참가자의 성비 및 기저율 점

수의 엄격성 등을 고려하여 여자 원점수 17점을 준거 기준점으로 사용하였다⁵⁾.

PDQ-4+(Korean Personality Disorder Questionnaire-4+). 성격장애 증상에 대한 자기보고형 질문지로서, 본 연구에서는 Hyler(1998)의 PDQ-4+ 원 척도를 한국판 표준화를 위한 예비적 연구에서 김동인, 최말례, 조은정(2000)이 번안한 것을 사용하였다. 이 척도는 총 99문항으로 구성되어 있으며 12가지의 성격장애를 측정할 수 있도록 무작위 순서로 배열되어 있다. 총점이 높을수록 전반적인 성격장애를 의미하고 각 성격장애 별로 최소 3점에서 5점을 얻게 되면 그 항목에 해당하는 성격장애를 의미한다(Hyler, 1998; 김동인 등에서 재인용, 2000). 본 연구에서는 전체 문항 중 자기애성 성격장애를 진단하기 위한 9문항을 사용하였다. PDQ-4+의 자기애성 성격장애 진단용 9문항은 자기애성 성격장애 진단의 자기보고 도구 중 하나로 추천되고 있으며(Hilsenroth, Handler, & Blais, 1996), 실제 자기애성 척도 관련 연구(예: Miller et al., 2008; Samuel & Widiger, 2008) 등에서도 주로 사용되고 있는 도구들이다. 본 연구에서 정한 진단 기준점은 3점이 아닌 5점으로 하였다. 이 척도가 개발 근간으로 삼은 DSM-III에서도 자기애성 성격장애 진단 기준 9개 중 5개를 충족하도록 하고 있기 때문이며(한지영, 2007) 3점

5) 남녀 원점수 차이로 보면 남자의 19점이 여자의 17점보다 더 엄격한 점수이지만 본 연구 참가자 400명의 남녀 성비가 30.3%: 69.8%로 여자의 사례수가 훨씬 많았을 뿐 아니라, 기저율을 기준으로 보았을 때 남자의 75점보다 여자의 77점이 더 엄격한 점수였으므로 여자의 원점수 17점을 사용하였다.

보다 5점이 보다 엄격한 준거 기준점이 될 수 있기 때문이다. 본 연구 상의 내적합치도 (Cronbach α)는 .63이었다.

절단점 확인의 참고 척도

NPI(Narcissistic Personality Inventory). 절단점 확인의 외적 준거 척도를 선정함에 있어서 참고 도구로 선정한 것이다. 자기애적 성격 특질을 측정하기 위해 Raskin과 Hall(1979)에 의해 최초로 개발된 도구이다. 본 연구에서는 한수정(1999)의 번안본을 사용하였는데 그 이유는 두 항목 중 강제선택을 하도록 원판의 문항제시 방법을 충실히 따랐으며, 국내 번안판들 중에서 원형 그대로 충실하게 번안되었기 때문이다(정남운, 2001). 40문항 판에 대한 Raskin과 Hall(1981)의 내적 합치도는 .83, 한수정(1999)의 내적 합치도는 .85로 확인되었으며, 본 연구에서의 내적 합치도(Cronbach α)는 .89였다.

절단점 타당성 검증을 위한 척도

한국판 방어유형 질문지(Korean Defense Style Questionnaire: K-DSQ). 이 질문지는 개인들이 사용하는 여러 가지 방어기제를 측정하기 위해 Bond, Gardner, Christian, & Sigal, 1983)이 개발한 자기보고식 질문지인 방어유형 질문지(Defense Style Questionnaire)를 조성호(1999)가 국내에서 타당화한 것으로서 16개의 방어기제를 측정하는 65개 문항 7점 척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 조성호(1999)의 연구를 참고하여 적응적 방어유형(유머, 전능, 승화, 부정)에 해당하는 문항과, 부적응적 방어유형 중 가장 자존감이 낮고 신경증적 및 정신병적 증상을 보이는 집단에서 많이 사용하는 미성숙한 방어유형(행동화, 투사, 분리,

공상, 수동공격, 소비)에 해당하는 문항 중, 신뢰도를 저하시키는 문항을 제외한 나머지 문항들을 사용하였다. 조성호(1999)가 보고한 각 요인별 내적 합치도(Cronbach α)는 .64~.82이었고 본 연구에서 확인한 내적합치도(Cronbach α)는 .62였다.

초기부적응 도식 질문지(Young Schema Questionnaire Short Form: YSQ-Short Form).

Young(1990)이 개발하고 이미열(2006)이 번안한 YSQ-단축판 질문지(Young Schema Questionnaire Short Form: YSQ-Short Form)로, 이 질문지는 Young이 제안한 16개의 초기부적응 도식들을 평가하기 위하여 개발한 YSQ 완전형(YSQ-L2)의 205문항을 이미열(2006)이 타당화한 것이다. YSQ-단축판 질문지는 15개의 하위요인인 '정서적 결핍, 유기, 불신/학대, 사회적 고립, 결합/수치심, 실패, 의존/무능감, 위협/질병에 대한 취약성, 융합 복중, 자기희생, 정서적 억제, 엄격한 기준, 특권의식, 부족한 자기통제', 총 75개의 문항을 6점 척도 상에서 평정되도록 한 것이다. 본 연구에서는 15개 하위요인 중 Young, Klosko 및 Weishaar(2003/2005)이 자기애적 성격장애의 심리도식으로 제안한 도식 중 5가지 도식을 선정하여 총 25문항을 사용하였다. 각 내적 합치도(Cronbach α)는 이미열(2006)의 연구에서는 .63~.91이었고 본 연구에서는 .84이었다.

간이 정신진단 검사(Brief Symptoms Inventory-18, BSI-18).

이 질문지는 SCL-90-R의 단축형(단축형 간이 정신진단 검사)를 박기쁨, 이상우 및 장문선(2012)이 한국판으로 타당화한 것이다. BSI-18은 기존 SCL-90-R의 9가지 증상 차원 척도 중 3가지 하위척도(신체화,

우울, 불안)를 사용한 것으로 하위척도마다 6 문항으로 구성되어 있으며 박기쁨 등(2012)은 하위 척도들의 내적 합치도(Cronbach α)를 .71-.80으로 보고하였다. 본 연구에서는 이 중 우울과 불안에 해당하는 12문항만을 사용하였으며, 본 연구에서의 내적합치도(Cronbach α)는 .80이었다.

한국판 대인관계 형용사 척도(Korean Interpersonal Adjective Scales: KIAS-40). 이 척도는 Wiggins(1994)의 대인관계 형용사 척도(IAS-R)를 모델로 하여 정남운(2004)이 개발한 것으로, 단일 형용사로 된 40개의 문항으로 구성되어 있으며 8점 척도로 평정하도록 되어 있다. KIAS-40은 대인관계 원형 모델 8분면에 해당하는 자기 확신 및 자기주장(PA), 비판과 통제(BC), 냉담함과 배타성(DE), 회피와 고립(FG), 비주장과 소심(HI), 순응과 양보(JK), 온화와 친절(LM), 사교성과 쾌활(NO) 등으로 이루어져 있다. 본 연구에서는 신뢰도를 저하시키는 문항을 제외한 나머지 문항들을 사용하였다. 정남운(2004)이 보고한 내적 합치도(Cronbach α)는 .79~.90이었고 본 연구의 내적 합치도(Cronbach α)는 .62였다.

절차

PNI 절단점 확인 단계

절단점을 확인하는 단계는 다시 두 개의 단계로 세분화되었는데, 첫 번째 단계는 준거 척도들 중 PNI의 외적 준거로 가장 적합한 척도 1개를 선정하는 것이다. 두 번째 단계는 절단점 탐색의 표준적 방식에 따라, 앞 단계에서 선정된 준거 척도와 PNI와의 민감도와 특이도를 고려하여 절단점을 확인하는 것이다.

첫 번째 단계에서, Hilsenroth 등(1996)이 자기애성 성격장애를 진단하는 대표적인 자기 보고 척도로 제시한 MCMI, PDQ-4+, MMPI 중, 자기애성 성격장애 진단 절단점을 지니고 있지 않은 MMPI를 배제한 나머지 두 척도를 PNI 절단점의 외적 준거 척도 후보로 선정하였다. 절단점 확인의 외적 준거 척도는 대상 척도와 심리측정적 속성이 가장 유사한 척도를 보통 사용하는데(예: 이영호, 2004), 본 연구에서도 두 후보 척도 MCMI-III 5, PDQ-4+ 중 자기애의 '병리적' 속성을 상대적으로 더 잘 측정해주는 척도를 최종 외적 준거로 선정하고자 하였다. 이를 위해 역으로 '건강한' 자기애를 측정하는 것으로 보고되고 있는 NPI를 함께 실시하고, MCMI-III 5 및 PDQ-4+과의 상관값을 PNI와의 비교를 통해 NPI와 상관이 높은 척도는 배제하는 과정을 포함하였다. 두 번째 단계에서, 먼저 절단점 확인을 위한 예비 구간을 설정하였다. 왜냐하면 PNI의 전체 원점수들을 가지고 민감도와 특이도 값을 탐색하는 것은 너무 소모적일 뿐 아니라, 다른 자기애 척도에서 '자기애성 성격으로 진단될 가능성'에 해당되는 구간에 존재하는 절단점을 찾는 것이 타당하기 때문이다. 이 확인 구간은 MCMI-III 5의 기저율 점수를 참조하여 정하였다. 즉 '해당 장애가 존재할 것으로 간주되는 기저율 점수 75점' 이상 '자기애성 성격장애 환자일 것으로 간주되는 기저율 점수 85점' 미만의 구간에 대응하는 PNI 원점수들이 확인 구간이 된다. PNI 척도의 전체 ROC 곡선을 통해 이 구간에 해당하는 PNI 원점수와 외적 준거 점수와의 민감도와 특이도를 확인한 후 가장 적절한 지점에 해당하는 절단점을 추출하였다. 아울러 이 절단점의 적정성을 검증하기 위하여, 가설적으로 PNI 상의 비교

점수 두 개를 지정하여 세 점수와 준거 척도의 진단 기준점을 선형적으로 비교한 후 절단점이 이 기준에 가장 부합되는지를 확인하였다. 가설적 비교점수는 PNI 절단점의 상하 1 표준편차 떨어진 지점에 해당하는 두 점수를 지정하였다. 이때 절단점이 두 비교 점수와 비교했을 때 준거 척도의 진단 기준점에 해당하면 적절한 것이라 할 수 있다.

절단점의 타당성 검증 단계

절단점의 타당성을 검증하기 위하여 새로운 참여자 집단 881명을 대상으로 PNI를 실시하고 앞에서 구한 절단점을 적용하여 두 집단으로 구분하였다. 두 집단의 심리 정서적 특성에서의 차이를 비교 검증하기 전에, 병리적 자기애 집단(고 집단)의 비교집단인 자기애 저 집단의 속성을 살펴보기 위하여 병리적 자기애 특성을 검토하였다. 두 집단에서 유의미한 차이가 난다면 병리적 자기애 속성이 두 집단을 의미 있게 구분시켜주는 것이므로 종속변인에 관한 비교가 가능할 것이라 가정하였다. 이어 두 집단 간 초기 부적응 도식, 방어유형, 우울, 불안, 및 대인관계 등에서의 차이를 t -검증을 통해 분석하였다. 만약 두 집단이 제반 심리적 특성에서 유의미하게 차이를 보인다면 PNI 절단점은 타당하다고 할 수 있다.

자료 분석

자료 분석은 SPSS 21.0을 사용하여 기술통계 분석, 상관분석, t -검증을 실시하였다. 자기애 척도들의 평균 및 표준편차를 기술 통계분석을 통해 확인하였고, 자기애 척도들 간의 관계를 상관분석을 통해 확인하였으며, 자기애 고 집단과 자기애 저 집단의 초기부적응 도식,

방어유형, 우울, 불안, 및 대인관계 특성의 차이를 t -검증을 통해 분석하였다.

결 과

PNI 절단점 확인 결과

먼저 각 자기애 척도별 기술통계량을 표 1에 제시하였다. 다음으로 PNI, MCMI-III 5, PDQ-4+ 및 NPI의 관계를 확인하기 위해 상관분석을 실시하였으며 그 결과가 표 2에 제시되어 있다.

먼저 표 2에 의하면 모든 자기애 척도는 서로 유의미한 정적 상관을 보이고 있다($r = .13 \sim .68, p < .01$). 상관값의 크기로 비교해 보았을 때, 척도간 상관이 가장 높은 것은

표 1. 자기애 척도별 평균 및 표준편차

자기애 척도	평균	표준편차
PNI	2.24	0.63
MCMI-III 5	12.79	4.70
PDQ-4+	2.64	1.68
NPI	14.94	6.94

표 2. 자기애 척도별 상관

	PNI	MCMI-III 5	PDQ-4+	NPI
PNI	-			
MCMI-III 5	.13*	-		
PDQ-4+	.44*	.34*	-	
NPI	.32*	.68*	.40*	-

* $p < .01$

MCMIII-5와 NPI($r = .68, p < .01$), 그 다음은 PNI와 PDQ4+의 상관($r = .44, p < .01$)이었다. 즉 준거 척도 두 후보 중 MCMIII-5는 건강한 자기애를 측정하는 NPI와 가장 상관이 높았고, PDQ4+는 병리적 자기애를 측정하는 PNI와 가장 상관이 높았다. 이어 절단점 확인 대상 척도인 PNI를 제외한 나머지 척도들에 내재하는 관계성을 부가적으로 살펴보기 위해 각 척도별 상관값에 대한 평균을 계산해 보았다. 우선 MCMIII-5를 기준으로 했을 때, 이 척도와 PDQ4+ 및 NPI의 상관 값은 각각 .34, .68로 이들의 평균값은 .51이었다. 또 PDQ4+를 기준으로 했을 때 이 척도와 MCMIII 및 NPI의 상관 값은 각각 .34, .40으로 이들의 평균 값은 .37이었다. 또 NPI와 MCMIII 5 및 PDQ4+의 상관값은 각각 .68, .40으로 이들의 평균 값은 .54였다. 성태제(2004)가 제시한 상관값 해석 기준에 의하면, MCMIII 5 및 NPI의 척도별 상관 값 평균은 각각 .51, .54로 '상관이 있다(.40~.60)'에 해당하지만, PDQ4+의 척도별 상관 값 평균은 .37로 '상관이 낮다(.20~.40)'에 해당한다. 이는 PDQ4+가 다른 척도들과는 이질성이 크다는 점을 반영한다. 이 결과를 종합하면, PDQ4+는 건강한 자기애를 측정하는 다른 도구들(NPI, MCMIII 5)과는 이질적이면서 병리적 자기애를 측정하는 PNI와는 관련성이 높다고 할 수 있다. 따라서 두 후보 척도 중 MCMIII 5보다는 PDQ4+가 상대적으로 더 적합하다고 할 수 있다.

다음으로 PNI의 절단점을 구하기 위해 ROC 분석을 실시하였다. PDQ4+ 점수가 5점 이상일 경우는 자기애 집단, 그 미만일 경우는 비자기애 집단으로 분류하고 두 척도 간 민감도와 특이도를 계산하고 이를 ROC 곡선을 통해

분석하였다. 곡선의 세로축에는 절단점의 민감도가, 가로축에는 1-특이도로 표시되는 긍정 오류율이 제시된다(그림 1). 최종의 절단점은 민감도와 특이도의 합계가 가장 높은 지점, 즉 두 척도 모두 자기애를 자기애 집단으로 분류할 수 있는 비율이 높은 동시에 자기애가 아닌 사람을 자기애가 아닌 집단으로 분류하는 비율이 가장 높은 지점이 될 것이다. 우선 ROC 곡선의 영역 아래 구역(Area Under Curve: AUC)의 면적을 확인한 결과 .723으로 나타났다. Greiner, Pfeiffer, 및 Smitn(2000)은 AUC가 .9~1.0일 때 매우 정확한 것이며, .7~.9일 때 비교적 정확한 것으로 해석가능하다고 하였다. 따라서 본 결과에서 제시된 AUC로 볼 때 PNI는 병리적 자기애를 예측하는 정도는 비교적 정확한 편에 해당하였다. 이어서 절단점 확인 구간에서의 PDQ4+와의 민감도와 특이도를 확인하였다. PNI 절단점 확인 구간의 시작 점수는 MCMIII 5의 원점수 17점에 대응되는 PNI 원점수 2.73점이었고, 확인 구간의 종결

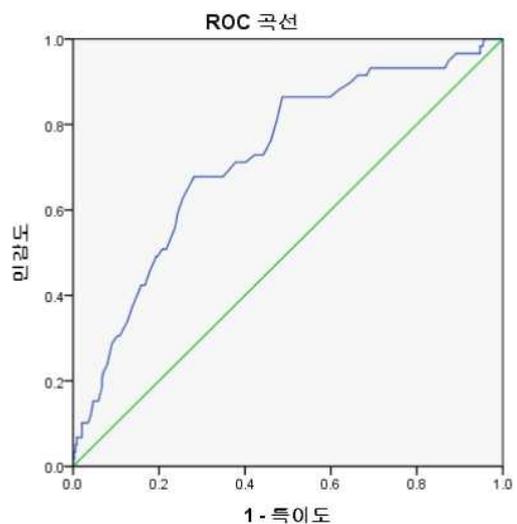


그림 1. ROC 곡선

표 3. 확인 구간 내 PNI 원점수에 따른 PDQ-4+와의 분류일치도(*kappa*), 민감도, 특이도, 및 민감도 + 특이도 합계

확인 구간 내 PNI 원점수	분류일치도 (<i>kappa</i>)	민감도	특이도	민감도 + 특이도
2.73	.249	.492	.806	1.298
2.76	.243	.458	.821	1.279
2.79	.229	.424	.833	1.257
2.81	.241	.424	.842	1.265
2.84	.229	.373	.862	1.235
2.87	.222	.339	.874	1.213
2.90	.220	.322	.883	1.205
2.93	.218	.305	.891	1.197
2.96	.228	.305	.897	1.202
2.99	.231	.288	.909	1.197
3.00	.231	.237	.921	1.158

점수는 MCMI-III 5 원점수 18점에 대응되는 PNI 원점수 3.00점이었다. 따라서 2.73~3.00 사이에 있는 PNI 점수들을 확인 구간으로 채택하고, 이 구간에서의 민감도, 특이도, 민감도와 특이도의 합계, 그리고 *kappa*값으로 계산되는 두 척도간 분류일치도를 확인하였다. 그 결과를 표 3에 제시하였다.

표 3에서 보면, 절단점 확인 구간 중에서 민감도와 특이도의 합계가 가장 높게 나타난 PNI 원점수는 2.73이었다. 즉 2.73점이 PNI상에서 병리적 자기애를 병리적 자기애로, 병리적 자기애가 아닌 사람을 병리적 자기애가 아닌 것으로 변별해주는 절단점이 된다. 전체 연구 참가자 400명 중에서 PNI 점수 2.73점 이상에 해당되는 사례는 총 88명, 전체 400명의 22.00%에 해당하였다.

다음으로 본 절단점 가설을 검증하기 위하여 표 1에 제시된 PNI 분포의 표준편차를 이

용하여 절단점에서 각각 ± 1 떨어진 지점의 점수들을 비교 점수로 지정하였다. 그 결과 절단점 2.90에서 표준편차 0.63만큼 상위에 있는 3.53점에 가장 인접한 3.54점, 또 이 표준편차만큼 하위에 있는 2.33점에 가장 인접한 2.34점이 도출되었다. 이 점수들과 절단점을 PDQ-4+에서 제시하는 진단 기준점과 비교하였다. 연구 참가자 집단 1의 PNI 원점수와 PDQ-4+의 원점수를 각각 오름차순으로 정렬한 후, PNI 절단점 2.73점, 비교점수 2.33점, 3.54점에 대응되는 PDQ-4+의 원점수를 확인하였다. 그 결과 2.73점에 대응되는 PDQ-4+ 원점수는 4점으로 나왔으며 이는 김동인 등(2000)이 제시한 자기애 진단 점수 범위인 3~5점 내에 위치하고 있다. 반면 비교 점수 2.34점과 3.54점에 대응되는 PDQ-4+의 원점수는 각각 2점, 7점으로 2.34점은 자기애 진단 기준에 못 미치고, 3.54점은 진단 기준을 훨씬

표 4. PNI 절단점, 비교 점수에 대한 PDQ-4 원점수 대응점

No	PNI		PDQ-4+	
	ID	점수	ID	점수
1	67	0.32	30	0
2	20	0.62	188	0
...
221	369	2.31	360	2
222	39	<u>2.34</u>	186	<u>2</u>
...
312	85	2.71	4	4
313	33	<u>2.73</u>	14	<u>4</u>
...
391	165	3.46	131	6
392	241	<u>3.54</u>	82	<u>7</u>
399	141	4.09	36	8
400	82	4.57	207	9

웃돌지만 이는 본 연구에서와 같이 일반인을 대상으로 한 자기애연구에서는 과도하게 엄격한 점수일 수 있다. 따라서 PDQ-4+ 상에서의 진단 기준 범위에 부합되는 2.73점을 최적의 절단점으로 삼기로 한다.

PNI 절단점의 타당성 검증 결과

PNI 절단점의 타당성 검증은 또 다른 연구 참여자 집단을 대상으로 실시하였다. 연구 참여자 집단 2에 해당하는 881명의 자료 중 PNI 절단점 2.73 이상에 해당하는 자기애 고 집단은 206명, 나머지 자기애 저 집단은 675명이었다. 각 집단별 종속변인에 대한 차이 검증을 하기 전에 두 집단의 자기애적 특성에 대해 비교하였다. 표 5에 의하면, 자기애 고 집단은 자기애 저 집단보다 PNI 총점, 웅대성 하위요

인인 웅대환상, 착취, 자기희생 자기고양, 취약성 하위요인인 변동자존감, 평가절하, 특권 분노 등 모두에서 유의미한 차이를 보였다. 이는 두 집단이 병리적 자기애 속성에서 의미 있게 구분됨을 보여주는 것이다.

다음으로 두 집단의 초기부적응 도식, 방어 유형, 우울, 불안, 및 대인관계 특성에 따른 *t*-검증 결과를 표 6~ 표 9에 제시하였다. 표 6은 초기부적응 도식에 대해서 자기애 고 집단과 자기애 저 집단을 비교한 것이다. 정서적 결핍, 사회적 고립, 결함/수치심, 실패, 특권의식 모두 자기애 고 집단이 자기애 저 집단보다 유의미하게 더 높게 나타났다($p < .001$). 표 7에서 유머와 전능을 제외한($t(879) = -0.63, p = .529; t(879) = 1.45, p = .159$) 모든 방어 유형에서 두 집단 간 유의미한 차이가 나타났다. 수동공격, 승화, 행동화, 투사, 공상, 분리,

표 5. 자기애 고 집단과 저 집단의 자기애 총점 및 하위요인에서의 t-검증 결과

		집단구분	N	평균	표준편차	t
PNI 총점		자기애 고 집단	206	3.11	.19	40.17*
		자기애 저 집단	675	2.25	.42	
응대성	응대환상	자기애 고 집단	206	3.66	.73	22.37*
		자기애 저 집단	675	2.24	.97	
	착취	자기애 고 집단	206	2.54	.85	5.39*
		자기애 저 집단	675	2.17	.84	
자기희생 자기고양	자기애 고 집단	206	3.00	.75	18.58*	
	자기애 저 집단	675	1.73	.89		
취약성	수반적 자존감	자기애 고 집단	206	3.25	.59	26.35*
		자기애 저 집단	675	1.71	.77	
	평가절하	자기애 고 집단	206	2.79	.82	22.20*
		자기애 저 집단	675	1.25	.83	
	특권분노	자기애 고 집단	206	3.18	.65	25.20*
		자기애 저 집단	675	1.80	.79	

*p < .001

표 6. 자기애 고 집단과 자기애 저 집단의 초기부적응 도식에서의 t-검증 결과

초기부적응 도식	집단구분	N	평균	표준편차	t 값
정서적 결핍	자기애 고 집단	206	11.87	6.19	6.86*
	자기애 저 집단	675	8.65	4.86	
사회적 고립	자기애 고 집단	206	14.50	6.84	8.80*
	자기애 저 집단	675	9.90	5.58	
결함/수치심	자기애 고 집단	206	13.74	6.52	10.50*
	자기애 저 집단	675	8.64	4.51	
실패	자기애 고 집단	206	14.00	6.80	6.33*
	자기애 저 집단	675	10.73	5.38	
특권의식	자기애 고 집단	206	15.04	4.28	9.87*
	자기애 저 집단	675	11.73	4.01	

*p < .001

표 7. 자기에 고 집단과 자기에 저 집단의 방어유형에서의 *t*-검증 결과

방어유형	집단구분	N	평균	표준편차	<i>t</i> 값
수동공격	자기에 고 집단	206	9.08	2.80	8.77**
	자기에 저 집단	675	7.08	3.04	
승화	자기에 고 집단	206	7.13	2.87	2.26*
	자기에 저 집단	675	6.58	3.05	
행동화	자기에 고 집단	206	7.61	2.77	7.50**
	자기에 저 집단	675	5.99	2.52	
유머	자기에 고 집단	206	7.66	2.86	-0.63
	자기에 저 집단	675	7.81	2.92	
투사	자기에 고 집단	206	5.24	2.22	8.37**
	자기에 저 집단	675	3.82	1.81	
부정	자기에 고 집단	206	5.77	2.23	-5.37**
	자기에 저 집단	675	6.80	2.46	
전능	자기에 고 집단	206	6.50	2.71	1.45
	자기에 저 집단	675	6.19	2.59	
공상	자기에 고 집단	206	8.48	2.97	10.54**
	자기에 저 집단	675	6.05	2.87	
분리	자기에 고 집단	206	5.44	2.72	3.97**
	자기에 저 집단	675	4.61	2.31	
소비	자기에 고 집단	206	7.13	2.88	4.61**
	자기에 저 집단	675	6.10	2.79	

p* < .05 *p* < .001

표 8. 자기에 고 집단과 자기에 저 집단의 우울 및 불안에서의 *t*-검증 결과

정서	집단구분	N	평균	표준편차	<i>t</i> 값
우울	자기에 고 집단	206	11.42	5.61	10.51*
	자기에 저 집단	675	6.85	4.99	
불안	자기에 고 집단	206	8.22	5.52	9.32*
	자기에 저 집단	675	4.33	4.18	

**p* < .001

표 9. 자기애 고 집단과 자기애 저 집단의 대인관계에서의 *t*-검증 결과

대인관계	집단구분	N	평균	표준편차	<i>t</i> 값
자기확신/ 자기주장	자기애 고 집단	206	9.80	3.20	-1.08
	자기애 저 집단	675	10.07	2.96	
비판/통제	자기애 고 집단	206	10.15	2.68	3.41*
	자기애 저 집단	675	9.39	2.87	
냉담/ 배타성	자기애 고 집단	206	8.79	3.08	5.05*
	자기애 저 집단	675	7.57	3.02	
회피/고립	자기애 고 집단	206	9.28	3.23	9.41*
	자기애 저 집단	675	6.93	3.12	
비주장/ 소심	자기애 고 집단	206	9.27	2.92	3.72*
	자기애 저 집단	675	8.38	3.02	
순응/양보	자기애 고 집단	206	9.92	2.98	-0.19
	자기애 저 집단	675	9.96	2.64	
온화/친절	자기애 고 집단	206	11.63	2.83	1.04
	자기애 저 집단	675	11.40	2.59	
사교성/ 쾌활	자기애 고 집단	206	10.59	3.21	-1.59
	자기애 저 집단	675	11.00	3.22	

**p* < .001

소비는 자기애 고 집단이 자기애 저 집단보다 높은 것으로 나타났으나, 부정은 반대로 자기애 저 집단이 자기애 고 집단보다 높은 것으로 나타났다($t(879) = -5.37, p = <.001$). 또 우울, 불안 모두 자기애 고 집단이 자기애 저 집단보다 유의미하게 더 높았고(표 8), 대인관계 영역에서는 비판/통제, 냉담/배타성, 회피/고립, 비주장/소심에서만 자기애 고 집단이 자기애 저 집단보다 유의미하게 높은 것으로 나타났다으며, 나머지 자기 확신/자기주장, 순응/양보, 온화/친절, 사교성/쾌활 등은 자기애 고 집단과 자기애 저 집단에서 유의미한 차이가 나타나지 않았다(표 9).

논 의

본 연구의 목적은 병리적 자기애 질문지(PNI)의 절단점을 확인하는 것이었다. 즉 절단점 확인에 사용되는 표준적이고 체계적인 절차를 자기애 집단에 적용해보고, 아울러 그 절단점의 타당성을 추가적으로 검증함으로써, 병리적 자기애 선별에 관한 기준 마련을 위한 기초 자료를 제공하는 것이었다. 본 연구 목적을 위해 설정한 연구 가설은 다음과 같았다. 첫째, PNI와 준거도구와의 민감도와 특이도 지수를 적용하여 확인된 PNI의 절단점은 가설적으로 지정된 PNI 척도상 비교 점수에 비해

서 자기애성 성격장애 진단 기준에 더 부합될 것이다. 둘째, PNI 절단점은 병리적 자기에 고 집단과 저 집단을 초기 부적응 도식, 방어유형, 우울, 불안, 대인관계 측면에서 유의미하게 구분해 줄 것이다. 이를 위해 연구는 크게 PNI의 절단점을 확인하는 단계와 그 절단점의 타당성을 검증하는 단계로 나누어 진행되었다.

절단점을 확인하는 단계에서 먼저 PNI 절단점 확인을 위한 1개의 외적 준거 척도를 선정하는 과정을 거쳤다. PNI 절단점 확인의 외적 준거 척도가 되기 위해서는 다음 두 가지 요건이 전제되어야 했다. 우선 자기애성 성격장애 진단 기준점을 명확히 지니고 있어야 하고, PNI와 심리측정적 속성을 유사하게 지니고 있어야 한다(즉, 병리적 자기에를 측정해야 한다). 이 전제 요건들을 검토하기 위해 자기에 척도들 간의 상관분석을 실시하였다. 그 결과 자기애성 성격장애 진단 준거점을 지니고 있는 MCMI-III 5와 PDQ 4+ 중 건강한 자기에를 측정하는 것으로 알려진(Ackerman et al., 2012) NPI와의 평균 상관 값이 월등히 높은 MCMI-III 5를 배제하고 PDQ-4+를 최종 외적 준거 척도로 선정하였다. 이는 PDQ-4+ 및 MCMI-III 5 척도와 관련된 이론적, 경험적 선행연구를 뒷받침하는 결과이다. MCMI-III 5에 대해서는 병리적 자기에보다는 건강한 자기에를 측정할 가능성이 높다는 주장들이 있는 반면(예: Kingston, 2003), PDQ-4+에 대해서는 다른 척도들에 비해 자기애성 성격장애가 지닌 취약한 측면이나 정신병리 측면들을 일관되게 측정해 준다는 주장이 있고(Miller et al., 2008), Maxwell 등(2011)도 비록 DSM이 자기에의 취약한 측면에 대해 덜 다루고 있지만 웅대한 측면에도 내포되어 있는 병리성을 PDQ-4+가 내용적으로 타당하게 측정해 주고 있다고 하

였다. 이런 주장들은 실제 이 척도들의 관계성 정도를 제시하고 있는 연구 결과들을 통해서도 드러나고 있다. Prifitera와 Ryan(1984), Catham 등(1993), Samuel과 Widiger(2008)의 연구에서 제시하고 있는 MCMI와 NPI의 공존 타당도 계수는 각각 .66, .75, .58로 상당히 높은 수치이다. 반면, Haigler와 Widiger(2001)의 연구에서 PDQ-4+는 NPI나 MCMI-III 5와는 유의한 상관이 없는 것으로 나타났고, Maxwell 등(2011)의 연구에서 PDQ-4+는 PNI와 .35($p < .05$)의 유의한 정적 상관이 있는 것으로 나타났다. 특히 PNI 하위요인인 웅대성과 취약성 모두와 .30, .32로 비슷한 수준의 유의한 상관이 있는 것으로 드러났다($p < .05$). 또 양진원(2012)의 연구에서 PNI 총점은 NPI와 .30 정도의 유의한 상관이 있으나 하위요인 상에서는 웅대성만이 .56으로 유의한 상관이 있지만 취약성은 아무런 상관이 없는 것으로 나타났다($p < .01$). 이 결과를 종합해보면 MCMI는 주로 NPI와 관련성이 높은 반면 PDQ-4+는 PNI와 관련성이 높다고 할 수 있다. 따라서 본 연구에서 PNI 절단점의 외적 준거로 PDQ-4+를 선정한 것은 선행연구에서 밝힌 PDQ-4+의 심리측정적 속성과도 일치한다는 점에서 적절하다고 할 수 있다. 다음으로 외적 준거 척도로 선정된 PDQ-4+와 PNI와의 민감도와 특이도를 ROC 곡선을 통해 확인하고자 하였다. ROC 곡선 아래 면적(AUC)을 통해 나타난 PNI의 예측율은 유용한 것으로 나타났다. 보다 타당한 절단점 탐색을 위해 자기에 도구 중에서 유일하게 진단의 기저율 점수를 지니고 있는 MCMI-III 5를 참조하여 절단점 확인 구간을 설정하고, 그 구간 내에서의 민감도, 특이도, 그리고 민감도와 특이도의 합계를 검토하였다. 그 결과 PNI의 최종 절단점은 2.73으로 확인

되었다. 이 점수를 다른 두 개의 가설적 비교 점수 2개와 비교했을 때, 본 절단점은 준거 척도인 PDQ-4+의 진단 기준 범위 내에 위치하였다. 또한 본 절단점 2.73점은 PNI의 국내 타당화 연구를 수행한 양진원(2012)의 연구에서 자기애 고 집단(상위 30%)과 그 이하 집단의 구분 기준점으로 사용한 2.74점과 비슷한 수치이다.

다음, 절단점의 타당성을 검증하는 단계에서 가장 먼저 새로운 참여자 집단에 PNI 절단점 2.73을 적용하여 병리적 자기애 집단을 선별하였다. 편의상 선별된 집단을 자기애 고 집단, 나머지 집단을 자기애 저 집단으로 명명하고, 각 집단의 심리 정서적 특성(초기부적응 도식, 방어유형, 우울, 불안, 및 대인관계)이 유의미하게 변별되는지 확인하였다. 그 결과 자기애 고 집단은 자기애 저 집단보다 모든 초기부적응 도식 즉, 정서적 결핍, 사회적 고립, 결함/수치심, 실패, 및 특권의식에서 유의미하게 높게 나타났고, 방어유형 중 유머, 전능을 제외한 모든 수동공격, 승화, 행동화, 투사, 공상, 분리, 및 소비에서 유의미하게 높게 나타났으며, 우울, 불안에서도 유의미하게 높게 나타났다. 또 대인관계 중 비판/통제, 냉담/배타성, 회피/고립, 및 비주장/소심 등 부정적 대인관계 특성에서 더 유의미하게 높은 것으로 나타났다. 요약하면 PNI 절단점 2.73은 자기애 고 집단과 자기애 저 집단의 임상적 실체를 대체로 뚜렷하게 변별해 주고 있다고 할 수 있다. 다시 말해 병리적 자기애 고 집단은 자기애 저 집단에 비해 취약한 초기 부적응 도식을 지니고 있고, 부적응적 방어유형에 해당하며 우울과 불안 등 부정적 정서 정도가 높았다. 또한 대인관계에서도 긍정적 양상보다는 부정적 양상을 더 많이 띠는 임상적

실체를 지니는 것으로 나타났다. 이는 선행 연구 결과와도 일치하는 것이다. 자기애의 초기부적응 도식 연구에서 Zeigler-Hill 등(2011)은 병리적 자기애가 건강한 자기애에 비해 특권 의식, 정서적 결핍, 결함 도식이 유의미하게 높은 것으로 확인한 바 있다. 방어유형 연구에서 최승미(2012)는 외현적 자기애 집단에 비해 내현적 자기애 집단이 미성숙형 및 자기억제형 방어와 더 유의미한 상관을 보였고, 반대로 외현적 자기애 집단은 자기억제형 방어와 부적 상관, 혹은 미성숙한 방어와 유의하지 않은 상관이 있음을 밝힘으로써, 건강한 자기애로 대변되는 외현적 자기애 집단은 그렇지 않은 집단 보다 훨씬 부적응적 방어유형을 지니고 있음을 확인하였다. 또 자기애의 우울 및 불안에 관한 연구에서 김영운, 이은진 및 김범준(2011)은 NPDS(Narcissistic Personality Disorder Scale: 황순택, 1996) 척도를 사용하여 부적응적 자기애 수준을 고저집단으로 나누고 각 집단의 우울, 불안, 자기애의 건강성(NPI로 측정함), 정신병질적 특성 등을 확인한 결과 부적응 고집단이 저 집단에 비해 모든 종속변인에서 높은 점수를 받은 것으로 확인하였다. 여기서 부적응 고 집단에서 건강성 측면도 함께 높게 나타난 것은 DSM-III을 기반으로 만들어진 NPDS의 특성이 반영된 것으로 보인다. 우울, 불안과 같은 부정적 정서는 자기애가 자신의 자존감 조절을 위한 자기규제(self-regulation) 시스템에 시동을 걸기 시작하는 일종의 경보 장치이다(Morf & Rhodewalt, 2001). 따라서 선행 연구뿐만 아니라 본 연구에서 자기애 집단에 따라 우울 및 불안 등이 유의미한 차이가 났다는 연구 결과는 이를 경험적으로 입증한 것이라 할 수 있다. 마지막으로 자기애의 대인관계 연구에서

강연우(2004)는 내현적 자기에 집단이 외현적 자기에 집단에 비해 친애 정도가 낮고 냉담성 정도가 유의미하게 높게 나타났음을 밝혔다. Ogrodniczuk 등(2009) 또한 외래환자 집단을 대상으로 그 심각성에 따라 세 집단으로 분류한 후 각 집단에서의 대인관계적 손상 정도 및 그 세부 행동패턴을 비교하였다. 그 결과 자기에 병리의 심각성이 높은 집단이 중등도 및 낮은 심각성 집단에 비해 더 유의미하게 높은 대인관계적 손상 정도를 보고하였고, 구체적으로는 지배적이고, 보복심이 강하며, 침해적인 대인관계 패턴을 지니는 것으로 나타났다. 종합하면, 본 연구 상의 절단점에 의해 구분된 자기에 두 집단의 심리 정서적 특징들은 상기한 선행연구 결과들과도 일치한다는 점에서 본 절단점은 타당하다고 할 수 있다.

다음으로 종속 변인에서 유의미한 차이를 보이지 않았거나 유의미한 차이를 보였더라도 예상과 달리 자기에 고 집단의 점수 보다 저 집단의 점수가 더 높게 나타난 변인들을 살펴 보았다. 두 집단 간 유의미한 차이를 보인 요인들(예: 정서적 결핍, 사회적 고립, 결함/수치심, 실패, 특권의식, 우울, 불안, 수동공격, 승화, 행동화, 투사, 전능, 공상, 분리, 소비 등)은 유의미하지 않거나 예상과 반대 결과를 보인 요인들(예: 유머, 부정, 자기확신/자기주장, 순응/양보, 온화/친절, 사교성/쾌활 등)에 비해 대체로 더 부정적인 속성을 지닌 것들이다. 이는 PNI가 긍정적 속성을 지닌 특성보다 다소 부정적 속성을 지닌 심리적 특성들을 더 민감하게 변별하는 척도일 가능성을 시사하는 것일 수 있다. 유의하지 않은 결과를 보인 대인관계 및 방어유형 속성들은 강연우(2004)의 연구에서 NPI와 높은 정적 상관을 보였던 요인들이라는 점, 양진원(2012)의 연구에서 NPI

와 PNI의 웅대성은 정적 상관을 보였으나 취약성과는 유의미한 상관이 나타나지 않은 점 등을 근거로 유추해 본다면 PNI는 NPI와 반대로 자기에의 취약성 속성에 더 민감할 수 있다고 할 수 있다. 이는 추후 자기에 집단을 다시 웅대성 집단과 취약성 집단으로 더 세분화하여 세 집단 간 차이를 검토해 봄으로써 더 면밀히 파악해 볼 수 있을 것이다. 방어유형 및 대인관계에서 유의하지 않거나 예상과 다른 요인들이 발견된 또 다른 이유로 본 연구에 사용된 척도의 심리 측정적 제한점을 고려할 수 있다. 본 연구에 사용한 방어유형 및 대인관계 척도는 원척도의 요인 분석 결과를 참조하여 부하량이 높은 문항만을 선별하여 사용하였기 때문에 척도에 탑재된 문항 수가 상대적으로 적었다. 따라서 줄어든 문항의 수가 연구 결과의 신뢰도를 떨어뜨렸을 수 있다. 나머지 척도들의 내적 합치도가 대부분 .80 이상으로 나온 것에 비해, 방어유형 척도와 대인관계 척도의 내적 합치도는 모두 .62로 상대적으로 가장 낮았다는 점은 이를 뒷받침하는 것일 수 있다. 따라서 추후 연구에서는 문항들을 더 늘려서 집단 간 차이를 검토해 볼 필요가 있겠다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 국내에서 처음으로 자기에 척도의 절단점을 확인하고자 시도했다는 점이다. 해외 연구에서 NPI의 절단점을 탐색한 경우는 있었지만 국내에서 자기에 척도의 절단점을 확인한 것은 처음이라는 점에서 의의가 있다. Trull(2005)은 성격장애에 대한 차원적 모델을 확립하기 위해서는 적절한 절단점을 적용하는 것이 임상가나 연구자들에게 유용성과 결정 알고리즘을 제공해준다고 하였다. 즉, 이런 절단점에 의한 범주적 진단은 실제 임상 장면 혹은 연구 참

가자 선별 상황에서 ‘상답이 필요하다’거나 ‘연구 참여자로서 적합하다’ 등과 같은 의사결정을 위해 반드시 필요하다는 것이다(Kraemer et al., 2004). 김현희(2008)도 적절한 절단점 탐색은 연구의 내적 타당도를 높여 줄 수 있다고 하였다. 병리적 자기애의 웅대성과 취약성을 동시에 측정하는 최초의 단일 척도인 PNI는 그 임상적 활용도가 높게 평가되고 있고(Thomas et al., 2012), 병리적 자기애를 측정하는 심리 측정적 속성 또한 우수한 것으로 입증되고 있다(Pincus et al., 2009; Pincus et al., 2010). 국내에서도 그 사용 빈도가 꾸준히 증가하고 있음을 볼 때(예: 김연희, 2013; 홍초롱, 2014; 황선정, 2014 등), 이 척도는 추후 국내외에서 병리적 자기애 연구에 유용한 도구로 활용될 것으로 보인다. 그러나 여전히 이들 연구의 대부분에서 명확한 절단점의 사용 없이 연구자 임의로 집단 선별의 기준을 제시하고 있고, 그 기준 또한 연구자들마다 달라서(예: 상하 30%, 33%, 20% 등) 연구 결과를 일반화하기에 무리가 있다. 따라서 본 연구에서 확인된 절단점을 병리적 자기애 연구 참여자 선별에 활용한다면 동일한 기준으로 연구 참여자를 선별할 수 있기 때문에 연구 결과들 간의 비교가 가능하고, 이를 통해 병리적 자기애에 관한 임상적 정보를 더 많이 축적할 수 있을 것이다. 둘째, 절단점 확인 절차를 보다 엄격하고 체계적으로 수행하고자 한 점이다. 우선 임상 척도의 절단점을 구하는 일반적 방식(Sakett et al., 1991)에 따라 두 척도간의 민감도와 특이도의 패턴을 ROC 곡선을 통해 분석하였다. 이 과정에서 외적 준거 척도를 선정함에 있어 다른 자기애 척도들과의 상관분석 결과를 참조하는 등 보다 엄밀한 과정을 준수하고자 하였다. 또한 절단점

확인 단계와 타당성 검증 단계 마다 연구 참가자를 독립적으로 선정하여 연구를 진행함으로써 절단점 확인절차의 신뢰도를 높였다고 할 수 있다.

본 연구의 제한점은 세 가지 정도로 제시할 수 있다. 첫 번째 제한점은 절단점 타당성 검토에 사용된 비교 집단 구성에 관한 것이다. 본 연구에서는 절단점에 의해 선별된 집단의 나머지 사례를 모두 ‘자기애 저 집단’으로 명명하였으나 사례수의 비율이 고 집단에 비해 상당히 높았다(약 1: 3의 비율). 두 집단의 크기를 고려하지 않음으로써 이 집단에는 병리적 자기애 특성이 아닌 다른 임상 특징을 지닌 사례들이 포함되었을 가능성을 통제하지 못하였다. 따라서 추후 연구에서는 두 집단의 동질성을 확보할 수 있는 방안을 마련해야 할 것이다. 예를 들어, 자기애성 성격장애와 공병률이 큰 것으로 보고되는 반사회성 성격장애나 경계선 성격장애(Ronningstam, 2009) 등을 측정하는 척도를 함께 실시하고, 집단을 선별할 때는 이들 특성이 높은 사례를 두 집단에서 동시에 배제하는 방식이 필요하다.

본 연구의 두 번째 제한점은 절단점 준거 척도 확인에 사용한 MCMI-III 5와 PDQ-4+에 관한 것이다. 이 두 도구 모두 국내 표준화가 아직 시행되지 않은 도구들이고 모두 환자 집단에 적용하기 위해서 개발되었다. 예를 들어 MCMI-III의 표준화 연구 참여자는 26-35세 집단에 가장 많이 분포되어 있고(전체의 39%), 대부분(전체의 65.5%) 외래환자와 입원환자였다(Millon, T., Davis, & Millon, C., 1996). 따라서 해외 환자 표본을 대상으로 개발된 도구들을 본 연구에서 일반인들에게 실시한 것은 연구 결과를 해석하는데 문제가 될 수 있다. 그러나 두 도구 모두 국내에서 표준화를 위한 예

비 연구 과정에서 신뢰도와 타당도를 검증한 것이고 국내외에서 일반인들을 대상으로 꾸준히 이 척도들을 사용하고 있다. 김동인 등(2000)은 변한한 PDQ-4+를 정상군과 성격장애군에 실시하여 신뢰도와 타당도를 검증하였다. 그 결과 한글판 척도의 높은 내적 일치도, 반분 신뢰도, 검사-재검사간 신뢰도 등이 확인되었고, 정상군과 성격장애군을 유의미하게 변별해주는 것으로 나타나 타당도 또한 검증되었다. 최영안(2002)도 변한한 MCMI-III의 요인구조를 3개로 밝힘으로써 Craig와 Bivens(1998)의 결과를 반복 검증하였다. 이 과정에서 척도의 내적 일치도는 모든 성격장애 항목에서 Widaman(1993)이 제시한 사회과학 자료에서 수용할 만한 범위인 .60~.85에 속한다는 것을 밝혔다. 그리고 최영안(2003)은 환자집단에 사용하도록 개발된 MCMI-III를 한국에서의 일반인 집단에도 사용가능한지를 연구 문제로 채택하고, 대학생 집단에 표준화 성격 진단 검사(이상노, 변창진, 진위교, 1969)와의 판별분석한 결과 MCMI-III가 성격에 문제가 있거나 임상적 증상을 지닌 일반인 집단을 84.3% 수준에서 정확하게 판별해주는 것으로 밝혔다. 또 윤탁, 류인균, 유소영, 하태현, 권준수(2002)은 PDQ-4+가 검사에서 진단되지 않은 사람이 실제로도 성격장애가 아닐 수 있는 음성예측도(negative predictive power)가 높다는 점(김동인 등, 2000; Hilsenroth 등, 1996)에 착안하여 이 척도를 일반인 집단(특히 20세라는 동일 연령대)의 성격 장애 유병률 연구에 사용하였다. 그 결과 44.7%가 성격 장애 진단 준거인 총점 30점 이상에 해당하며 이는 김동인 등(2000)의 결과와 일치한다는 것을 밝혔다. 즉 이는 국내 일반인에게도 이 척도를 사용할 수 있음을 시사하는 것이다. 그 외 국내외 많은 연구에

서 이들 두 척도를 사용하고 있는 바(예: PDQ-4+의 경우 윤탁 등(2002), 한지영(2007), Maxwell, Donnellan, Hopwood 및 Ackerman (2011), MCMI-III 5의 경우 장휘숙(2006), Haigler와 Widiger(2001) 등), 비록 비표준화된 척도라는 한계가 따르더라도 본 연구에서 사용할 수 있었다.

세 번째 제한점은 PNI 절단점 확인의 외적 준거 척도로 사용한 PDQ-4+와의 높은 특이도에 관한 것이다. 절단점 확인과정에서 PNI와 PDQ-4+의 민감도와 특이도 값의 크기를 검토해 보았을 때, 민감도가 낮고 특이도가 높게 나타났으며, κ 값으로 계산된 두 척도간 분류 일치도 또한 .218~.241 범위에 해당하여 매우 낮은 것으로 나타났다. κ 값은 두 도구들이 얼마나 동일한 구성개념을 측정하고 있는가를 보여주는 것이고, 특이도는 두 도구들이 얼마나 이질적인 구성개념을 측정하고 있는가를 보여 주는 것이다. 본 연구 결과로 볼 때 PNI와 PDQ-4+는 서로 이질적인 척도라는 점을 시사한다. 물론 본 연구에서 상관 값 비교 분석을 통해 PDQ-4+가 MCMI-III 5에 비해서 상대적으로는 더 심리측정적 속성의 유사성을 PNI와 공유한다는 점을 확인하였고 이는 선행연구와도 일치한다는 점을 밝혔지만, 이것이 두 척도가 본질까지 서로 동질적임을 반영하지는 못한다. 따라서 .200대의 낮은 κ 값과 .800대의 높은 특이도를 보고하는 이질적인 두 개 척도를 나란히 비교하였다는 점은 제한점으로 남을 수밖에 없다. 하지만 이는 PDQ-4+의 개발 배경과 PNI의 개발 배경이 생애적으로 다르기 때문에 나타난 불가피한 현상일 수 있다. PDQ-4+는 DSM의 자기애적 성격장애 진단 기준을 근거로 개발되었고, 반대로 PNI는 DSM가 응대성에만 과초

점되어 있다는 문제 제기에 기반하여 만들어진 도구이다. 결국 두 도구가 개념화하는 자기애가 서로 다르기 때문에 나타난 현상일 수 있다. 아울러 본 연구에서도 PNI가 웅대성보다는 취약성을 더 민감하게 측정할 수도 있다는 점이 시사된 바, 두 도구가 민감하게 측정하는 자기애의 구성 요인이 서로 다르기 때문에 나타난 현상일 수도 있다. 이런 추정에 대해 경험적으로 검토하기 위해서는 웅대성과 취약성이 고루 반영된 자기애 성격장애 진단 기준(예: DSM)이 마련되고 그 기준을 반영한 도구를 외적 준거로 삼아서 PNI 절단점을 재검토하는 것이 필요하다. 그러나 이는 시기적으로 아직 요원한 일일 수 있다. 왜냐하면 많은 연구자들이 DSM이 병리적 자기애의 취약성을 간과하고 있다는 점을 지적하면서, DSM 개정 준비가 진행될 때마다 취약성 요인을 추가할 것을 꾸준히 제안해 왔지만(예: Acktar & Thomson, 1982; Gabbard, 1998; Miller, Widiger, & Campbell, 2010; Pincus et al., 2009; Ronningstam, 2009; Rosenfeld, 1987), 결과적으로 최근에 개정된 DSM-5에서의 자기애성 성격장애 기준은 DSM-IV와 동일한 채로 남아 있게 되었기 때문이다.

따라서 본 제한점에 대한 더 현실적인 대안은 자기애 척도들의 관계성을 보다 체계적으로 규명하는 일이다. 왜냐하면 Pincus 등(2009)이 주장한 대로 다양한 자기애 척도들의 관계성에 대한 조망이 충분히 되지 않으면 자기애적 병리에 관한 연구 결과들이 통합되는데 방해가 될 것이기 때문이다. 그러나 자기애 척도들간의 관계성을 체계적으로 밝힌 연구는 상당히 부족하다. Samuel과 Widiger(2008)는 자기애 척도들 간 수렴타당도 계수를 광범위하게 수록한 연구가 Hilsenroth 등(1996)의 연구가

유일한 것이라 지적하였다. 이 연구는 자기애성 성격장애 평가에 사용되는 세 가지 방법-면접, 자기 보고, 투사적 검사-에 관한 연구들을 폭넓게 개관한 것으로 여기에는 자기애 척도들간 상관계수들이 함께 제시되어 있다. 그러나 그나마 MMPI, MCMI 척도에 관한 것이 대부분이고 NPI 등 다른 척도의 상관계수를 밝힌 것은 상대적으로 부족하다고 Samuel과 Widiger(2008)는 지적하였다. 이에 Samuel과 Widiger(2008)는 5요인 모델(Five Factor Model: FFM)을 이용하여 자기애 측정도구들(NPI, MCMI-III, PDQ-4+, MMPI 및 SNAP[Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality])간의 수렴타당도를 연구하였는데, 그 결과 이들 척도의 수렴타당도 지수는 상당히 낮은 것으로 나타났다. 연구자들은 자기애 척도들은 각기 다른 구성개념을 측정하고 있는 것으로 결론 내렸다. 이 연구에서 사용한 5개의 도구들이 모두 동일한 DSM 배경에서 개발된 것임에도 서로 이질적이라는 점은 다른 배경에서 개발된 척도들(예: PNI, HSNS, CNS 등)과의 이질성은 더욱 클 수 있다는 점을 의미한다. 이는 어떤 척도를 사용하는지에 따라 연구 결과가 상당히 달라질 수 있다는 점에서 중요한 문제점을 야기할 수 있고, 또 이런 혼란들은 자기애적 병리를 가진 사람들에게 대한 치료적 전략을 수립하는 데에까지 혼선을 줄 수 있다(Alarcón & Sarabia, 2012). 따라서 현재 국내외에서 사용되고 있는 자기애 척도들의 관계성(예: 공존 타당도, 준거 타당도 등)을 검토하는 것이 시급한 연구과제이다.

자기애는 21세기에 만연되어 있는 시대적 병리인 만큼(Tyler, 2007) 상담 및 심리치료 장면을 찾는 자기애 내담자들 또한 꾸준히 증가하고 있다. 그러나 병리적 자기애 안에 내재

하는 모순과 역설로 인해 치료적 진전은 상당히 더딘 것으로 알려지고 있다(Dimaggio et al., 2008). 효율적인 치료 전략을 수립하기 위해서라도 병리적 자기애에 대한 종합적인 이해가 필요한데, 이를 위해서는 자기애 연구 결과들이 잘 통합되어야 한다. 따라서 병리적 자기애 연구의 첫 걸음이라 할 수 있는 연구 참여자 선별 문제에 관한 혼란들부터 정리되어야 할 것이다. 병리적 자기애 척도의 절단점을 확인한 본 연구가 그 과정에 기초자료로 활용될 수 있기를 기대한다.

참고문헌

- 강선희 (2002). 내현적 자기애 척도의 개발 및 타당화 연구. 가톨릭대학교 석사학위 논문.
- 강연우 (2004). 자기애와 방어유형 및 대인관계 특성의 관계. 가톨릭대학교 석사학위 논문.
- 김동인, 최말레, 조은정 (2000). 한국판 성격장애 검사(Personality Disorder Questionnaire-4+: PDQ-4+)의 신뢰도와 타당도에 관한 예비적 연구. *신경정신의학*, 39(3), 525-538.
- 김영윤, 이은진, 김범준 (2011). 대학생의 자기애, 우울과 정신병질 성향과의 관계: 성차를 중심으로. *한국심리학회지: 여성*, 16, 97-113.
- 김연희 (2013). 자기애 취약성이 자기효능감에 미치는 영향: 타인인정추구와 자존감의 매개효과 검증. 가톨릭대학교 석사학위 논문
- 김현희 (2008). 평가염려·개인지준 완벽주의자 분류 연구. 서울대학교 석사학위 논문.
- 박기쁨, 이상우, 장문선 (2012). 대학생 집단을 통한 단축형 간이정신진단검사-18(BSI-18)의 타당화 연구. *한국심리학회지: 임상*, 31(2), 507-521.
- 성태제 (2004). *현대 기초통계학의 이해와 적용*. 서울: 교육과학사.
- 신민섭, 김중술, 박광배 (1993). 한국판 Beck 우울 척도의 분할점과 분류 오류. *한국심리학회지: 임상*, 12, 71-81.
- 안재역 (2010). *의학·보건학 통계분석*. 서울: 한나래출판사
- 양진원 (2012). 병리적 자기애 성향자의 웅대성과 취약성에 따른 정서적 특성. 서울대학교 석사학위 논문.
- 윤탁, 류인균, 유소영, 하태현, 권준수 (2002). 한국 20세 남자 일반인의 인격 장애 유병률에 관한 연구. *정신병리학*, 11, 53-58.
- 이미열 (2006). 청소년기 애착과 우울증과의 관계: 초기부적응 도식의 매개효과를 중심으로. 아주대학교 석사학위 논문.
- 이민규, 이영호, 박세현, 손창호, 정영조, 홍성국, 이병관, 장필립, 윤애리 (1995). 한국판 Beck 우울척도의 표준화 연구 I: 신뢰도 및 요인분석. *정신병리학*, 4, 77-95.
- 이상노, 변창진, 진위교 (1969). *표준화성격진단검사*. 서울: 중앙적성출판사.
- 이영호 (2004). MCMII-III 알코올의존 척도의 신뢰도 및 타당도에 관한 연구. *한국심리학회지: 임상*, 23(1), 253-261.
- 이영호, 송종용 (1991). BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. *한국심리학회지: 임상*, 10, 98-113.
- 장휘숙 (2006). 지역사회 폭력남편과 가정폭력범죄 행위자들의 특성 비교. *한국사회복지학*, 58, 141-168.
- 정남운 (2001). 자기애적 성격검사의 요인구조와 아이젠크 성격차원 및 자존감과 관계. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 13,

- 221-237.
- 정남운 (2004). 대인관계 원형모델에 따른 한국판 대인관계 형용사 척도의 구성. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 16(1), 37-51.
- 조성호 (1999). 한국판 방어유형질문지 타당화 연구. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 11(2), 115-137.
- 최승미 (2012). 대학생의 자기애와 분노표현, 방어유형에 관한 연구. *건국대학교 석사학위 논문*.
- 최영안 (2002). 한국판 MCMI-III의 요인구조. *한국심리학회지: 건강*, 7, 241-255.
- 최영안 (2003). 상담장면의 활용가능성 탐색을 위한 한국판 Million다축임상검사의 재 표준화 기초연구. *숙명여자대학교 박사학위 논문*.
- 한수정 (1999). 자기애적 성격성향자의 외현적 내현적 자기관련 인지특성. *서울대학교 석사학위 논문*.
- 한지영 (2007). B군 성격특성과 5요인 모델의 관계. *덕성여자대학교 석사학위 논문*.
- 황선정 (2014). 자기애성 성격의 인지 구성: 구성주의 레퍼토리 그리드의 적용. *가톨릭대학교 박사학위 논문*.
- 황성훈 (2010). 자기애성 성격 성향자들의 자기구조 특성: 외현형 및 내현형 자기애의 하위분류에 대한 접근. *한국심리학회지: 일반*, 29(3), 507-531.
- 황순택 (1996). 전형성 평정에 의한 성격장애 진단기준 개발. *연세대학교 박사학위 논문*.
- 홍초롱 (2014). 병리적 자기애의 웅대성·취약성에 따른 자존감 및 귀인양식. *서울대학교 석사학위 논문*.
- Ackerman, R. A., Donnellan, B., & Robins, R. (2012). An item response theory analysis of the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 94, 141-155.
- Akhtar, S., & Thomson, J. A. (1982). Narcissistic personality disorder. *American Journal Psychiatry*, 139, 12-20.
- Alarcón, R. D. & Sarabia, S. (2012). Debates on the narcissism conundrum: Trait, domain, dimension, type, or disorder? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 16-25.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Besser, A., Zeigler-Hill, V., Pincus, A. L., & Neria, Y. (2013). Pathological narcissism and acute anxiety symptoms after trauma: a study of Israeli civilians exposed to war. *Psychiatry*, 76, 381-397.
- Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-338.
- Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28, 638-656.
- Chatham, P. M., Tibbals, C. J., & Harrington, M. E. (1993). The MMPI and the MCMI in the evaluation of narcissism in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 60, 239-251.
- Craig, B. J., & Bivens, A. (1998). Factor structure

- of the MCMI-III. *Journal of Personality Assessment*, 70, 190-196.
- Dimaggio, G., Nicolò, G., Fiore, D., Centenero, E., Semerari, A., Carcione, A., & Pedone, R. (2008). States of mind in narcissistic personality disorder: Three psychotherapies analyzed using the grid of problematic states. *Psychotherapy Research*, 18, 466-480.
- Emmons, R. A. (1984). Factor analysis and construct validity of the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 48, 291-300.
- Fetterman, A. K., & Robinson, M. D. (2010). Contingent self-importance among pathological narcissists: Evidence from an implicit task. *Journal of Research in Personality*, 44, 691-697.
- Fossati, A., Beauchaine, T., Grazioli, F., Carretta, I., Cortinovis, F., & Maffei, C. (2005). A latent structure analysis of diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., Narcissistic personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 361-367.
- Fourie, D. F. (2010). Look, but don't touch me! Narcissist behavior and the conservation of ambivalence. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 143-157.
- Freud, S. (1914). On narcissism: An introduction. In J. Strachey (Ed. and Trans.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14). London: Hogarth Press.
- Gabbard, G. O. (2004). 역동정신의학. (이정태, 채영래 역). 서울: 하나의학사. (원전은 1998에 출판)
- Greiner, M., Pfeiffer, D., & Smith, R. D. (2000). Principles and preactical application of the receiver-operating characteristics analysis for diagnostic tests. *Preventive Veterinary Medicine*, 45, 23-41.
- Haigler, E. D., & Widiger, T. A. (2001). Experimental manipulation of NEO-PI-R items. *Journal of Personality assessment*, 48, 26-34.
- Hendin, H. M., & Cheek, J. M. (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcism Scale. *Journal of Research in Personality*, 31, 588-599.
- Hilsenroth, M. J., Handler, L., & Blais, M. A. (1996). Assessment of narcissistic personality disorder: A multi-method. review. *Clinical Psychology Review*, 16, 655-83.
- Hyler, S. E. (1998). *The Personality Diagnostic Questionnaire-4*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Kernberg, O. F. (2008). 경계선 장애와 병리적 나르시시즘[*Borderline conditions and pathological narcissism*]. (윤순임 역). 서울: 학지사. (원전은 1975에 출판)
- Kingston, P. (2003). *Differentiating the Two Types of Narcissism Through the Disposition to Shame and Guilt-proneness*. New School for Social Research.
- Kraemer, H. C., Noda, A., O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenge. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 17-25.
- McCain J. L., & Hibberts, M. F. (2015). The Grandiose Narcissism Scale: A global and facet-level measure of grandiose narcissism. *Personality and individual differences*, 73, 12-16.
- Maxwell, K., Donnellan, M. B., Hopwood, C. J.,

- & Ackerman, R. A. (2011). The two face of Narcissus? An empirical comparison of Narcissistic Personality Inventory and Pathological Narcissism Inventory. *Personality and Individual Differences, 50*, 577-582.
- Miller, J. D., & Campbell, W. (2008). Comparing clinical and social-personality conceptualizations of narcissism. *Journal of Personality, 76*, 449-476.
- Miller, J. D., Hoffman, B. J., Campbell, W. K., & Pilkonis, P. A. (2008). An examination of the factor structure of diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, narcissistic personality disorder criteria: One or two factors? *Comprehensive Psychiatry, 49*, 141-145.
- Miller, J. D., Widiger, T. A., & Campbell, W. (2010). Narcissistic personality disorder and DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4), 640-649.
- Millon, T. (1994). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley Interscience Publication.
- Millon, T., Davis, R. D., & Millon, C. (1996). *The Millon clinical multi-axial inventory-III manual*. Minneapolis, MN: National Computer System.
- Morf, C. C., & Rhodwalt, F. (2001). Unraveling the paradoxes of narcissism: A dynamic self-regulatory processing model. *Psychological inquiry, 12*, 177-196.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., Stein, P. J., Duggal, S. (2009). Interpersonal problems associated with narcissism among psychiatric outpatients. *Journal of Psychiatric Research, 43*, 837-842.
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 421-446.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment, 21*, 365-379.
- Prifitera, A., & Ryan, J. J. (1984). Validity of the Narcissistic Personality Inventory(NPI) in a psychiatric sample. *Journal of Clinical Psychology, 40*, 140-142.
- Raskin, R., & Hall, C. S. (1979). A Narcissistic Personality Inventory. *Psychological Reports, 45*, 590.
- Raskin, R., & Hall, C. S. (1981). A Narcissistic Personality Inventory: Alternative form reliability and further evidence of construct validity. *Journal of Personality Assessment, 45*, 159-162.
- Rathvon, N., & Holmstrom, R. W. (1996). An MMPI-2 portrait of narcissism. *Journal of Personality Assessment, 66*, 1-19.
- Ronningstam, E. (2009). Narcissistic personality disorder: Facing DSM-V. *Psychiatric Annals, 39*, 111-121.
- Rosenfeld, H. (1987). Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients. In D. Tuckett (Ed.) *Impasse and interpretation*. London: Tavistock Publications.
- Rosenthal, S. A., & Hooley, J. M. (2010). Narcissism assessment in social-personality research: Does the association between

- narcissism and psychological health result from a confound with self-esteem? *Journal of Research in Personality*, 44, 453-465.
- Rosenthal, S. A., Montoya, R. M., Ridings, L. E., Rieck, S. M., & Hooley, J. M. (2011). Further evidence of the Narcissistic Inventory's validity problems: a meta-analytic investigation-response to Miller, Maples, and Campbell(this issue). *Journal of Research in Personality*, 45, 408-416.
- Sackett, D. L., Haynes, R. B., & Tugwell, P. (1991). *Clinical epidemiology: A basic science for clinical medicine* (2nd ed). Boston: Little Brown and Company.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). Convergence of narcissism measures from the perspective of general personality functioning. *Assessment*, 15, 364-374.
- Thomas, K. M., Wright, A. G. C., Lukowitski, M. R., Donnellan, M. B., & Hopwood, C. J. (2012). Evidence for the criterion validity and clinical utility of the Pathological Narcissism Inventory. *Assessment*, 19, 135-145.
- Trull, T. J. (2005). Dimensional models of personality disorder: coverage and cutoffs. *Journal of Personality Disorder*, 19, 262-282.
- Tyler, I. (2007). From 'the me decade' to 'the me millennium': The cultural history of narcissism. *International journal of cultural studies*, 10, 343-363.
- Widaman, K. F. (1993). Common factor analysis: Differential bias in representing modeparameters. *Multivariate Behavioral Research*, 38, 1-10.
- Wiggins, J. S. (1994). *Interpersonal Adjective Scales: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 590-597.
- Wright, A. G. C., Lukowitsky, M. R., & Pincus, A. L. (2010). The higher order factor structure and gender invariance of the Pathological Narcissism Inventory. *Assessment*, 17, 467-483.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a scheme-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York and London: The Guilford Press. (심리도식치료. 권석만, 김진숙, 서수균, 주리애, 유성진, 이지영 공역. 2005. 서울: 학지사)
- Zeigler-Hill, V., Clark, C. B., & Pickard, J. D. (2008). Narcissistic subtypes and contingent self-esteem: Do all narcissists base their self-esteem on the same domains? *Journal of Personality*, 76, 753-774.
- Zeigler-Hill, V., Green, B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B., & Myers, E. M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 96-103.

원고접수일 : 2014. 10. 30
수정원고접수일 : 2015. 02. 15
게재결정일 : 2015. 02. 25

Screening Criteria of Pathological Narcissism: Identifying Cutoff Score of the Pathological Narcissism Inventory

Seon Jeong Hwang

Seong Ho Cho

The Catholic University of Korea

The purpose of the current study was to examine the screening criteria of Pathological Narcissism by identifying the cutoff score of Pathological Narcissism Inventory(PNI). Four hundred college students were recruited to identify cutoff score of Pathological Narcissism. As a result, overall score of 2.73 was found to be the optimal cutoff score to distinguish narcissistic high group and low group in terms of sensitivity and specificity in ROC curves. Another 881 college students were sampled to cross-examine the plausibility of the cutoff score. Systematic differences between the narcissistic high and low groups were found in early maladaptive schema, defense style, depression, anxiety, and interpersonal relationships. Finally, the implications and limitations of the study are discussed and ideas on subsequent study are suggested.

Key words : Pathological Narcissism Inventory, cutoff score, screening criteria