

## 입원한 정신분열병 환자의 자아강도(Es) 수준에 따른 BGT 수행 비교연구

이 혜 란<sup>†</sup>

서울대학병원 소아정신과

김 재 환

한양대학병원 신경정신과

본 연구는 정신분열병 집단내에서 자아강도 수준에 따른 BGT 수행을 통해 한 검사에서 보이는 지표가 다른 검사에서 어떻게 나타나는지 확인하고자 하였다. 정신과 입원 환자 중 정신분열병으로 진단된 환자들을 MMPI의 자아강도(Es) 수준에 따라 자아강도가 높은 집단(집단 1:  $Es > 60I$ ), 중간인 집단(집단 2:  $40 < Es < 60$ ), 낮은 집단(집단 3:  $Es < 40$ ), 각각 20명씩, 세 집단으로 나누어 HABGT의 모사단계(Hutt, 1985)를 실시하였고, 객관적 분석방법인 정신병리척도와 접근-기피척도에 따라 채점하였다. 연구결과, 정신병리척도의 총점에서 집단간에 유의미한 차이를 보이고 있으며, 공간 사용, 폐쇄곤란, 곡선곤란, 각변화, 도형의 재모사 5개 하위 항목에서 집단간 차이가 있는 것으로 나타났다. 접근-기피척도에서는 총점은 집단간에 유의미한 차이가 없었으나, 폐쇄곤란, 회전, 단순화 3개의 하위 항목에서 집단간 차이가 있는 것으로 나타났다. 끝으로 본 연구의 제한점 및 향후 연구방향이 논의되었다.

주요어 : 정신분열병, 자아강도, 자아강도척도, BGT

<sup>†</sup> 교신저자(Corresponding Author) : 이 혜 란 / 서울시 종로구 연건동 28번지 서울대학병원 소아정신과 심리학습평가실 / FAX : 02-763-3403 / E-mail: janette@hanmail.net

자아는 성격구조 중에서 가장 그 개인의 전체 인격을 대표한다고 할 수 있으며, 현실과 서로 교류하면서 자신의 마음을 평온하게 유지하는데 있어서 가장 중요한 역할을 한다. Fine(1979)은 이런 측면에서 정신내적 및 외적 사상을 모두 포함하는 현실을 처리할 수 있는 자아의 능력 정도를 측정하여 그 개인의 자아가 강하다, 약하다는 말을 쓸 수 있다고 하였다. 즉, 자아강도의 개념은 자아기능의 세기로 정의되는데, 성격통합능력(Barron, 1953), 자아기능의 효율성(Herron, Guido, & Kantor, 1965), 스트레스하에서 자아의 붕괴를 막고 자기 항상성을 유지할 수 있는 능력(Stagner, 1974), 여러 가지 자아기능 영역에서의 자아수행의 적절성 및 효율성, 특히, 자아의 통합기능의 정도(Last & Weiss, 1976), 혹은 자아가 적응적 기능을 수행하는 정도(Harrison & Newirth, 1990) 등으로 정의될 수 있다.

지금까지 MMPI, Rorschach, BGT, TAT와 같은 심리진단적 도구를 이용하여 자아강도를 측정하려 시도한 여러 연구들이 있었다. Barron(1953)은 MMPI에서 발췌한 문항들로 자아강도 척도를 개발하였으며, Klopfer와 Ainsworth 및 Holt(1954)는 Rorschach 검사를 통해 이를 측정하고자 하였고, 이밖에 Pascal과 Suttell(1951)은 Bender(1938)의 시각-운동형태 검사로, Herron 등(1965)은 TAT로, Cattell(1965)은 질문지법으로 각각 자아강도를 측정하고자 하였다. 또한 여러 연구자들이 전통적 심리검사가 자아기능을 이해하는 도구임을 인정하였다(Rapaport, Gill & Schafer, 1945; Allison & Blatt, 1968; Weiner, 1972). 그리고 김종술(1984)도 심리검사가 진단분류를 목적으로 하는 경우와 여러 가지 자아기능의 장애평가를 주요 목적으로 하는 경우가 있겠으나 전자를 위한 기계적인 해석보다는 후자를 충분히 평가한 후에 하나의 귀납적인 추론으로 진단분류를 고찰하는 것이 심리학

적 평가의 본래의 기능이라 할 수 있다고 제안함으로써 자아기능에 의한 접근, 특히 심리검사에 의한 접근의 가능성과 필요성을 강조하였다.

그 중 MMPI에서 68 문항을 추출하여 제작한 Barron의 '자아강도 척도(Ego-strength scale : Es)는 검사 자체의 시행과 채점의 용이성 그리고 척도에 대한 여러 타당도 연구 증거들 때문에 가장 많이 사용되고 있는 MMPI 특수척도들 가운데 하나이다(Archer & Gordon, 1989; Greene, 1980). Barron(1953)은 환자에게 정신병리가 현저하더라도 치료를 받으면서 심리적 위기가 가라앉게 되면 점진적으로 나타나는 잠재적인 힘이 있으며 이 잠재적인 자아강도는 단기정신치료의 반응에 대한 가장 중요한 결정인이 될 것이라는 가정하에 6개월간 정신치료를 받은 33명의 신경증 환자중에서 호전된 것으로 평정된 17명의 호전결과와 치료전 실시한 MMPI문항들 중에 상관이 높은 68개 문항을 추출해 냄으로써 자아강도 척도를 구성하였다. 여러 연구들(Gottesman, 1959; Bellak, Hurvich & Gediman, 1973; Endicott & Endicott, 1964)에서 Barron이 작성한 MMPI에 의한 자아강도 척도의 효율성이 인정되었고, 자아강도 척도를 이용하여 신경증 환자의 치료효과 예측 및 판정이 가능하였다고 했으며, Last와 Weiss(1976)는 한정된 정신 치료적 자원을 효과적으로 투자하고 환자를 특수한 재활 기관에 의뢰하는 것과 관련하여 진단과 예후 평가를 목적으로 개개 환자에 대해 자아강도를 평가하는 것은 매우 중요한 의미가 있다고 하였다. 우리나라에서는 이장호와 김재환(1982)이 한국판 MMPI를 이용하여 Barron의 자아강도 척도의 타당도를 검증하였고, 신행우와 김재환(1992)이 자아강도 척도를 표준화하였다.

MMPI만큼 연구가 잘 이루어져 있지는 않으나 자아강도와 관련한 BGT 가설을 살펴보면 Pascal

과 Suttell(1951)은 임상적 관찰과 객관적 검사를 병행해볼 때, BGT 수행은 유기체가 환경속의 자극에 적절히 반응할 수 있는 능력인 자아의 기능을 반영한다고 보았다. 그리고 만일 자아기능의 정의를 정확한 BGT 도형묘사의 능력으로 한정한다면 자아강도는 낮은 BGT특점에서 높은 BGT 특점에서의 연속선상에 놓인다고 보았다. 그래서 특점이 낮으면 자아강도가 강하며 특점이 높으면 높을수록 자아강도는 약해져서 환경자극에 적절하게 대처하지 못하는 정신병환자의 증후를 갖게 된다고 보았다. 또한 치료효과가 있는 환자는 BGT 특점이 낮아질 것이고 치료의 진전이 없는 환자는 특점이 높을 것이라고 가정하였다. BGT는 이러한 자아기능과의 관련성보다는 신경학적인 뇌손상과 관련하여 많은 연구들이 되어지고 있으나, 인간의 정서적인 측면이나 경험, 성격적인 측면들도 반영하는 것으로 보인다. Byrd(1959)는 Hutt가 예비적으로 개발한 정신병리를 지칭하는 15개요인들의 타당도를 연구하였는데, 정신치료가 필요하다고 인정된 부적응군과 적응군(통제 집단)으로 나누어 비교한 결과 Hutt가 제시한 정신병리의 지표들이 인성적응의 증후(sign)가 된다고 보고하였다.

Freud(1940)는 자아라는 측면을 고려할 때, 정신병적인 상태와 신경증적인 상태에서 자아의 기능은 차이를 보인다고 하였는데, 정신병적 상태에서는 자아의 현실검증력, 현실적응력이 약화, 내지는 상실되고 자아의 여러기능간의 조화가 깨지며, 또한 자아자체가 분리되어 버린다고 가정하였다. 즉, 현실 원리에 따르는 이차적 과정이 쾌락의 원리를 따른 일차적 과정에 의해 대치, 압도되는 정신병적 상태에서는 자아의 기능이 현저하게 약화되나, 신경증에서는 자아의 기능들이 약화되지만 병적인 수준에서나마 스스로 기능을 발휘하여 증상을 형성한다고 하였다. 반면, 적응

을 강조하는 자아 심리학에서는 자아가 성장하는 과정에서 환경적 스트레스가 너무 오래 지속되거나 또는 능력에 비해 감당할 수 없을 정도로 강한 스트레스를 받으면 자아가 약화되어 자아기능의 자율적인 발전이 저해되고 지각장애, 논리적인 사고의 와해, 대인관계 장애를 일으키게 된다고 하였다(Hartmann, 1953). 아울러 정신병리가 만성화되어 가는 정신분열병 환자는 자아기능의 적응수준이 낮고 전반적으로 기능이 균일하게 낮아지기도 하나 장애정도는 총체적으로 동일하게 나타나기 보다는 오히려 기능별로 다르게 나타나는 게 일반적이라고 하였다(Hartmann, 1950).

Bellak 등(1973)은 정신분열병을 만성질병으로 보지 않으며 자아기능의 장애라는 관점에서 접근하였다. 그리고 자아기능이 장애를 받았을 때의 개개 기능의 분리 또는 독자적인 변산성은 그 개인의 심리적 발달의 정도, 병리의 수준, 그 개인의 독특한 특성에 따라 다르다고 하였다. 즉, 자아기능의 가변성, 전체성, 개체성, 독특성 등의 특성 때문에 정신분열적 증후군이 공유하는 공통분모 혹은 집단의 유사성이 있는 동시에 동일한 집단내에서 각각의 환자에 따라 기능의 장애정도나 변화의 양상이 서로 다르다는 것이다.

Bellak 등(1973)은 정신분열병 신경증 환자와 정상대조군의 자아강도를 비교한 결과 정상대조군, 신경증 정신분열병 순서로 자아기능이 저하되어 있음을 확인하였고, 이상은과 김이영(1986)은 정상집단이 임상집단에 비해 자아강도 점수가 유의미하게 더 높았고, 임상집단 내에서는 우울증집단과 전환신경증 환자 집단이 만성 정신분열병 집단보다 유의미하게 더 높은 자아강도 점수를 보고하여 임상집단내에서도 질병에 따라 자아강도가 다르게 평가될 수 있음을 시사하였다. 한편 손진훈(1985)은 정신분열병 환자집단과 정신신경증 여자 집단간에 유의미한 차이가 나타나지

않는다는 결과를 보고하였고, 신행우와 김재환 (1992)의 연구에서 정상인과 정신분열병, 신경증 환자 집단을 남녀를 구분하여 자아강도 차이를 살펴본 결과, 정상인 남자의 경우는 정신분열병 남자를 제외한 다른 집단들보다 높은 자아강도를 보였고, 정상인 여자의 경우는 환자집단의 여자들보다 높은 자아강도를 보였으며, 신경증 남자는 신경증 여자보다, 정신분열병 남자는 신경증 여자보다 높은 자아강도를 보이는 등의 다양한 결과를 얻었다.

실제 임상장면에서 정신분열병 환자들의 자아강도를 측정해보면 정신분열병 환자들이 일관되게 낮은 자아강도 점수를 보이기보다는 다양한 점수 분포를 보임을 경험하게 된다. 따라서 이 연구에서는 정신분열병 집단내에서도 다양하게 나타나는 자아강도 수준에 따른 BGT 수행을 통해 한 검사에서 보이는 지표가 다른 검사에서는 어떻게 나타나는지 살펴보고자 하였다.

## 방 법

### 연구대상

1995년 6월부터 2001년 2월까지 한양대학병원

신경정신과에 입원한 환자들 가운데 전체지능지수(FSIQ)가 80이상인 정신분열병 환자들을 MMPI의 자아강도(Es) 점수에 따라 세 집단으로 구분하고, 각 집단은 20명으로 구성하였다. 진단기준은 DSM-IV에 의거하였으며, 정신과의사의 진단과 임상심리학자의 진단이 정신분열병으로 일치하는 사례만 포함시켰다. 자아강도 점수가 지나치게 높은 것은 'strength'가 아닌 'weakness'를 반영하는 것으로(이장호, 김재환, 1982), Gottesman(1959)에 의하면 하나의 기능에 과도한 에너지를 투자하는 것으로 병리적인 것이며, 극단적인 태도를 반영하는 것이라고 할 수 있다(Harmon, 1980). 이러한 점을 고려하여 MMPI의 자아강도 수준에 따른 집단 구분은 대학생들의 적응수준과 자아강도와의 관계 연구 결과(김원일, 류혜진, 정미영, 김재환, 1994)를 기초로 나누었다. 따라서 본 연구에서는 자아강도(Es) T점수가 60이상인 집단(집단 1)과 40에서 60사이인 집단(집단 2), 40이하인 집단(집단 3)으로 세 집단을 구성하였다(집단1 Es >60T; 집단2 40T < Es <60T; 집단3 Es <40T).

각 집단별 피검자의 성비와 연령, 교육기간, 지능의 평균과 표준편차는 표 1과 같으며, 모든 변인에 있어서 세 집단간에 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

표 1. 각 집단의 나이, 교육 기간, 남녀 비율, 지능수준

	집단 1(n=20)	집단 2(n=20)	집단 3(n=20)	F
나 이	26.30(5.84)	29.90(8.53)	30.75(9.99)	1.62(ns)
교육기간	12.95(2.72)	13.10(2.71)	13.10(2.47)	.02(ns)
남 : 여	12 : 8	11 : 9	11 : 9	<sup>a</sup> .14(ns)
FSIQ	103.60(11.58)	100.95(10.76)	99.05(8.81)	.96(ns)
VIQ	106.20(11.98)	103.05(11.28)	102.10(9.27)	.78(ns)
PIQ	100.50(12.96)	96.35(11.99)	95.35(10.74)	1.05(ns)

( )는 표준편차, <sup>a</sup>는  $\chi^2$ 값임.

## 도구 및 절차

연구에 사용된 도구는 HABGT 도형카드, 종이, 연필, 지우개 등이다. 시행방법으로는 Hutt(1985)의 모사(copy)단계 실시법에 따랐다.

## 채점 및 분석방법

채점체계는 Hutt(1985)가 제시한 객관적 분석법의 정신병리척도와 접근-기피척도를 사용하였다. 정신병리척도는 17개 항목으로 구성되어 있는데 각 항목에 최고 10점부터 최저 1점까지 점수를 주도록 되어 있어서 총점 최고 170점, 최하 17점이며, 점수가 높을수록 정신병리가 심한 것으로 해석된다. 접근-기피척도는 외부 자극에 대한 개인의 지각 방향의 근본적 특징을 측정하고자 하는 것이다. 이것은 인간의 근본적인 방어 작용으로 외부 자극에 대하여 개방적인가, 아닌가에 따라서 외부 자극을 대하는데 많은 차이가 나타날 수 있다고 보고 있다. 이 척도는 12개의 문항으로 구성되어 있으며, 각 문항은 +2(최고 접근)~ -2(최고 기피)로 나뉘어진다. 최종 점수에 25점을 더한 것이 이 척도에 해당하는 값으로 점수 범위는 +1~+38로 점수가 높을수록 외부 자극에 대한 접근 경향이 높음을 나타내준다.

채점은 임상심리 전문가 수련과정에 있는 2명의 채점자에 의해 이루어졌다. 먼저 각 집단에서 무선적으로 8명의 자료를 뽑아 24명의 자료를 두 채점자가 각각 독립적으로 채점하여 채점자간 신뢰도를 구하였는데 정신병리척도의 총점에 대한 채점자간 신뢰도는  $r(24)=.92, p<.05$  였고, 하위 항목들의 채점자간 일치도 범위는 .82~1.00이었다 또한 접근-기피척도의 총점에 대한 채점자간 신뢰도는  $r(24)=.96, p<.05$  였고, 하위 항목들의 채점자간 일치도 범위는 .91~1.00이었다.

## 자료분석

본 연구의 설계는 독립변인이 자아강도 수준에 따른 집단(집단1 Es >60T; 집단2 40T< Es <60T; 집단3 Es <40T)이고 종속변인은 정신병리척도 각 하위 항목의 점수와 총점, 접근-기피 척도의 각 하위 항목의 점수와 총점으로 구성된 집단간 설계를 하였다. 결과의 분석은 집단간 차이를 변량 분석하고 사후검증은 scheffe 검증을 실시하였으며, SPSS System for window 9.0을 이용하여 통계처리 하였다.

## 결 과

### 자아강도 수준에 따른 정신병리척도 점수의 차이검증

정신병리척도에서의 집단별 평균과 표준편차 및 집단간 변량분석 결과와 사후비교 결과가 표 2에 제시되었다.

변량분석과 사후 비교 결과, 정신병리척도 총점에서 집단간에 유의미한 차이를 보이고 있는데, 자아강도가 낮은 집단(집단 3)이 높은 집단(집단 1)과 중간인 집단(집단2)보다 유의미하게 더 높은 점수를 보였다.  $F(2, 57)=12.42, p<.001$ . 또한, 정신병리척도의 하위 항목에서는 공간사용, 폐쇄곤란, 곡선곤란, 각변화, 도형의 재모사 5개 항목에서 집단간 차이가 있는 것으로 나타났으며, 나머지 12개 항목들에서는 세 집단간에 유의미한 차이가 없었다. 사후비교결과, 공간사용 항목에서는 집단 1과 3이 집단 2에 비해 통계적으로 유의미하게 더 높은 점수를 받았고, 이외의 폐쇄곤란, 곡선곤란, 각변화, 도형의 재모사 항목에서는 집단 3이 집단 1과 2보다 높은 점수를 보였는

표 2. 정신병리척도 항목별 집단의 평균과 표준편차 및 변량분석과 사후비교 결과

항목	집단			F	사후비교 (Schaffe 검증)
	집단1(n=20) M(SD)	집단2(n=20) M(SD)	집단3(n=20) M(SD)		
1. 배열순서	5.05(2.44)	6.25(3.21)	5.50(3.00)	.87	
2. 도형 A의 위치	6.85(4.40)	4.60(4.52)	7.30(4.23)	2.17	
3. 공간사용	9.55(2.01)	5.95(4.59)	9.55(2.01)	8.88 **	2/1,3
4. 그림의 중첩	1.90(1.78)	1.23( .55)	1.83(1.03)	1.81	
5. 용지 회전	1.90(2.77)	1.45(2.01)	1.30(1.34)	.43	
6. 폐쇄 곤란	4.26(1.71)	4.03(1.51)	6.51(2.00)	12.24 **	3/1,2
7. 교차 곤란	1.30( .92)	1.90(1.97)	2.05(2.01)	1.08	
8. 곡선 묘사 곤란	3.85(2.48)	3.55(2.01)	5.35(2.66)	3.23 *	
9. 각의 변화	2.00( .79)	1.95(1.19)	2.95(1.79)	3.62 *	
10. 지각상 회전	2.20(2.65)	2.65(3.00)	4.30(4.00)	2.30	
11. 퇴영	3.85(3.00)	4.30(2.90)	3.70(3.05)	.20	
12. 단순화	1.75(1.65)	1.15( .67)	2.65(3.00)	2.82	
13. 단편화	1.15( .67)	1.60(1.23)	1.90(1.71)	1.74	
14. 중복 곤란	1.90(1.85)	2.58(2.64)	3.25(3.10)	1.37	
15. 정교화/ 조잡	1.00( .00)	1.60(1.60)	1.75(1.33)	2.23	
16. 보속성	1.30( .92)	1.15( .67)	1.00( .00)	1.04	
17. 재모사	1.90(1.53)	1.00( .00)	1.90(1.53)	3.46 *	
총점	52.14(9.08)	46.16(9.18)	62.77(13.22)	12.42 **	3/1,2

\* $p < .05$ , \*\* $p < .001$  ( /는 유의한 차이가 있는 집단을 구분하는 선임)

데 폐쇄곤란 항목에서만 통계적으로 더 유의미하게 높은 것으로 나타났다.

자아강도 수준에 따른 접근-기피척도 점수의 차이검증

접근-기피척도에서의 집단별 평균과 표준편차 및 집단간 변량분석 결과와 사후비교 결과가 표

3에 제시되었다.

변량분석과 사후비교 결과, 접근-기피척도 총점은 집단간에 유의미한 차이가 없었다,  $F(2, 57) = 2.65, ns$ . 접근-기피척도의 하위 항목에서는 폐쇄곤란, 회전, 단순화 3개 항목에서 집단간 차이가 있는 것으로 나타났으며, 나머지 9개 항목들에서는 세 집단간에 유의한 차이가 없었다. 사후비교 결과에서는 폐쇄곤란 항목에서 자아강도가 낮은

표 3. 접근 기피척도 항목별 집단의 평균과 표준편차 및 변량분석과 사후비교 결과

항 목	집 단			F	사후비교
	집단1(n=20) M(SD)	집단2(n=20) M(SD)	집단3(n=20) M(SD)		
1. 높이와 넓이	-.50(1.43)	-.80(1.28)	-.25(1.41)	.80	
2. 높이	-.15(1.23)	-.55(1.23)	.00(1.36)	1.15	
3. 용지 사용	.20(1.70)	.85(1.63)	.65(1.63)	.80	
4. 순서	.55(1.10)	.10(1.41)	.30(1.26)	.64	
5. 도형 A의 위치	.70(1.45)	.85(1.42)	.75(1.37)	.06	
6. 폐쇄 곤란	.80(.62)	1.00(.00)	-.25(1.07)	17.75**	3/1,2
7. 교차 곤란	.80(.62)	.50(1.05)	.40(1.09)	.97	
8. 각의 변화	.85(1.18)	.80(1.20)	.15(1.18)	2.17	
9. 회전	.75(.79)	.50(1.05)	-.10(1.33)	3.27*	
10. 단편화	.90(.45)	.60(.82)	.35(1.04)	2.33	
11. 단순화	.55(.69)	.00(.00)	-.35(.74)	12.03**	1/2,3
12. 정교화	.00(.00)	-.10(.45)	-.10(.62)	1.04	
총점	29.80(3.69)	28.75(4.78)	26.50(5.28)	2.65	

\*\*p<.001, \*p<.05 ( /는 유의한 차이가 있는 집단을 구분하는 선임)

집단(집단 3)이 높은 집단(집단 1)과 중간인 집단(집단 2)에 비해 통계적으로 유의미하게 더 낮은 점수를 받았으며, 단순화 항목에서는 자아강도가 높은 집단(집단 1)이 중간인 집단(집단 2)과 낮은 집단(집단 3)보다 통계적으로 더 유의미하게 높은 점수를 보였다.

### 논 의

자아강도는 표면적으로 보이는 증상을 넘어서서 치료에 대한 반응 및 예후에 영향을 미치는 요인으로 중요한 개념이다. Fine (1979)은 정신내부이전 외부이전 간에 현실을 처리해 나갈 수 있

는 능력의 크기를 자아의 강도라고 하였고 Kolb와 Brodie(1982)는 자아가 의식적 조절로서 내부와 외부의 스트레스를 효과적으로 처리하고 이성과 신중함을 통하여 현실과 사회로부터 가해지는 요구를 합리적으로 처리할 수 있을 때 그 자아는 강하다 또는 건강하다고 할 수 있다고 하였다. 또한 건강하고 강한 자아는 많은 융통성을 가지고 복잡하고 각기 성질이 다른 스트레스를 처리할 수 있다고 하였다. 따라서 본 연구에서는 정신분열병 환자가 일관되게 낮은 자아강도 점수를 보이는 것이지만 그 집단내에서 다양하게 나타나는 자아강도 수준에 따른 BGT 수행을 통해 한 검사에서 보이는 지표가 다른 검사에서는 어떻게 나타나는지 살펴보고자 하였다.

그 결과, 정신병리척도의 총점에서 세 집단간 유의미한 차이를 보이고 있는데, 자아강도가 낮은 집단이 높은 집단과 중간인 집단에 비해 유의미하게 수행상에 오류를 많이 보여 정신병리가 더 심한 것으로 나타났다. Gottesmann(1959)은 극단적인 자아강도 점수에 대해 자아 방어에 투자하는 자아의 에너지 양이 이윤 극대점까지 증가하여 결국 통합이나 현실숙달(reality mastering)과 같은 다른 자아 기능에 필요한 에너지를 상대적으로 줄이게 되므로 아주 높은 자아강도 점수는 자아가 강함을 의미한다기 보다는 오히려 자아의 취약성을 반영하는 것이라고 보았으며, Dahlstrom과 Welsh(1975)는 방어적인 수검태도를 통해 고통을 부인하는 사람들이 인위적으로 높은 자아강도 점수를 얻을 수 있지만 치료에 대한 긍정적인 변화의 좋은 예후는 보이지 않는다고 하였다. 따라서 본 연구에서도 자아강도가 높은 집단과 낮은 집단 모두 자아강도가 중간인 집단보다 정신병리척도의 항목들에서 더 높은 점수를 받을 것으로 예상했으나, 높은 집단과 중간인 집단간에는 통계적으로 유의미한 차이가 별로 나타나지 않았다. 이런 결과를 볼 때 자아강도가 높은 집단의 사람들은 방어적인 수검태도로 인하여 정상범주의 자아강도를 보이는 중간 집단과는 의미있는 차이를 보이지 않는 것으로 생각된다. 반면, 정신병리척도의 하위항목인 공간사용에 있어서는 자아강도가 중간인 집단이 높은 집단과 낮은 집단에 비해 유의미하게 낮은 점수를 받은 것으로 나타나, 적절한 수준의 자아강도를 가진 사람들이 더 효율적으로 과제에 접근하고 계획하는 것으로 보인다. Hutt(1985)는 공간사용은 주위 세계와 관계지워 자기 자신에 대한 태도 표명의 중요한 지표로 보았는데 이는 Bellack(1973)이 말한 자아기능 중에 현실검증을 반영한다고 할 수 있을 것 같다. 김재환과 원호택의 연구(1987)에서도 심리

검사를 통한 자아기능 채점에서 BGT의 공간사용 요인이 자아의 현실검증 기능을 측정하는 지표로 쓰여진 것으로 볼 때, BGT에서 공간사용 항목이 자아기능의 한 측면을 보여주는 의미있는 지표임이 지지될 수 있을 것 같다. 또한, Hutt(1985)에 따르면 폐쇄곤란은 정신병리나 대인관계 문제와 관련있는 정서적 문제를 밝혀주는 중요한 지표이며, 곡선모사 곤란은 내적 정서적 감정의 상태를 표현해주는 지표이며, 각의 변화는 정서적 통제나 운동성의 통제와 관계가 있다고 가정하였는데, 이들은 Bellak(1973)의 12가지 자아기능 요소 중 대상관계, 동인·정동·충동의 조절과 통제기능과 관련되는 것으로 보인다. 이런 점에서 볼 때, 자아강도가 낮은 집단이 폐쇄곤란, 곡선모사 곤란 및 각의 변화 항목에서 높은 점수의 획득은 자아기능의 약화 측면에서 설명될 수 있겠다.

접근·기피 척도에서는 총점에서는 유의미한 차이를 보이지 않고, 하위항목인 폐쇄곤란, 회전, 단순화의 세 항목에서만 통계적으로 유의미한 차이를 보이고 있다. 즉, 총점에서 유의한 차이를 보이지 않은 것은 정신분열병 환자들의 외부 자극에 대한 접근 경향성이 낮음을 반영하는 결과로 이는 동일 진단군의 집단이 공유하는 집단의 유사성으로 볼 수 있겠다. 반면, 사후 비교를 통한 집단간 차이를 살펴보면 폐쇄 곤란에서는 자아강도가 낮은 집단이 다른 두 집단에서 보다 낮은 것으로 나타났으며, 단순화에서는 자아강도가 높은 집단이 다른 두 집단에 비해 높은 것으로 나타났다. Hutt(1985)에 따르면 단순화는 피검자의 편에서 일차적으로 대립경향이나 피부림과 관계되며 애써 노력하지 않는 결과에서 오는 결과이지만 대개 행동의 통제나 자아를 실행하는 기능의 장애와 관계가 있을 것이라고 보았다. 즉, 단순화 현상이 반드시 자아 기능의 심각한 장애를 반영하는 것은 아니지만 그러한 장애의 파생



물로 나타날 수 있을 것이라고 주장하였는데, 이는 본 연구에서 보여진 결과를 지지해준다.

정신병리척도와 접근-기피 척도의 결과에서도 볼 수 있듯이 세 집단간 차이를 보인 항목들에서 자아강도가 낮은 집단(집단 3)은 나머지 집단(집단 1과 집단 2)에 비해 유의미하게 높거나 낮은 점수를 보였으나, 자아강도가 높은 집단과 중간인 집단간에 유의미한 차이는 공간사용과 단순화 항목에만 나타나 두 집단간에는 뚜렷한 차이를 보인지 않고 있다. 즉, 높은 자아강도를 보인 집단이 낮은 집단보다 정신병리의 사인(sign)은 더 적고 외부 자극에 대한 접근 경향성이 높음을 알 수 있다. BGT에서 자아강도가 높은 집단과 중간인 집단간에 뚜렷한 차이는 보이지 않으나 높은 집단과 낮은 집단이 중간인 집단보다 더 부정적인 반응을 보이는 것으로 보아, 이는 자아강도를 보여주기보다는 자아약화(ego-weakness)를 보여주는 것으로 생각된다. 따라서 BGT를 통해 자아강도가 높은 집단과 중간인 집단을 정교하게 구분하는 데에는 한계가 있지만, 종합심리검사를 할 때 자아약화를 보는 데에는 참조가 될 수 있겠다.

본 연구의 제한점으로는 첫째로 각 집단의 환자수가 20명으로 사례수가 적었다는 것, 둘째로는 환자들의 입원 횟수, 입원기간, 발병기간 등을 고려하지 않아 만성 정신분열병 환자와 초기 발병단계의 환자들간 증상의 차이를 고려하지 않았다는 것이고, 셋째로는 엄격하게 통제된 연구가 아니라 수집된 자료를 바탕으로 한 경험적으로 수집된 자료로 이루어진 연구로 MMPI가 입원 후 실시된 시점 등 여러 오염변인들이 통제되지 못했다는 점이다. 따라서 앞으로 연구에서는 좀 더 엄격하게 통제된 집단을 대상으로 치료전후의 자아강도 변화에 따른 다른 심리검사 결과들의 변화 양상을 보는 연구가 필요할 것으로 보이며, 같

은 진단군의 환자들이 보이는 증상과 자아강도와 의 관련성에 대한 연구도 필요할 것으로 보인다.

## 참고문헌

- 김원일, 류혜진, 정미영, 김재환 (1994). 한양대학교 학생들의 대학생활 적응에 관한 연구. *대학생활연구*, 12, 125-199.
- 김재환, 원호택 (1987). Bellak의 모형에 따른 자아기능. *정신건강연구*, 5, 108-198.
- 김중술 (1984). 사고장애 척도의 타당도 연구. *정신의학보*, 8(4), 129-133.
- 손진훈 (1985). Barron의 자아강도 척도의 타당도 분석. *생활지도*, 3, 47-61.
- 신행우, 김재환 (1992). Barron의 자아강도척도의 표준화연구. *정신건강연구*, 11, 187-214.
- 이상은, 김이영 (1987). 정신과 환자의 자아강도에 관한 연구-Barron의 자아강도 척도를 이용한-. *신경정신의학*, 26(1), 177-187.
- 이장호, 김재환 (1982). 상담효과 측정을 위한 자아강도 개발에 관한 연구. *한국심리학회지: 임상*, 3, 21-33.
- Allison, J., Blatt, S. J., & Zimet, C. N. (1968). *The interpretation of Psychological Test*. New York: Haper & Row.
- Archer, R. P., & Gordon, R. A. (1989). MMPI special scale clinical correlates for adolescent inpatient. *Journal of Personality Assessment*, 53, 654-664.
- Barron, F. (1953). An ego strength scale with predicts response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 17, 327-333.
- Bellak, L., Hurvich, N., & Gediman, H. K. (1973). *Ego functions in schizoprenics, neurotics, and*

- normals: A systematic study of conceptual diagnostic, and therapeutic aspects.* New York: John Wiley & Sons.
- Byrd, E. (1956). The clinical validity of the Bender Gestalt Test with children: a developmental comparison of children in need of psychotherapy and children judged well adjusted. *Journal of Projective Technique*, 20, 127-136.
- Cattell, R. B. (1965). *The Scientific Analysis of Personality*. Baltimore, Penguin Book.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S., & Dahlstrom, L. E. (1975). *An MMPI handbook(Vol. II)*. Minneapolis, University of Minnesota.
- Endicott, N. A., & Endicott, J. (1964). Prediction of improvement in treated and untreated patients using the Rorschach Prognostic Rating Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 28, 342-348.
- Freud, S. (1940). *An outline of psychoanalysis*. In J. Strachy (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 23) (1964). London, Hogarth Press.
- Fine, R. (1979). *A History of Psychoanalysis*. New York, Colombia University Press, 61-65.
- Greene, R. L. (1980). *The MMPI: An Interpretive manual*. New York: Grune & Stratton.
- Gottesman, I. I. (1959). More construct validation of Ego-strength Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 23, 342-346
- Harrison, R. H. & Newirth, J. (1990). The Effect of Sensory Deprivation Ego Strength on a Measure of Autistic Thinking. *Journal of Personality Assessment*, 54, 694-703
- Hartmann, H. (1950). *Comments of the Psychoanalytic Theory of the Ego*. New York, International University Press.
- Hartmann, H. (1953). *Contribution to the Metapsychology of Schizophrenia*. New York, International University Press.
- Herron, W. G., Guido, S. M., & Kantor, R. Z. (1965). Relationships among ego strength measures. *Journal of Clinical Psychology*, 21, 403-404.
- Hutt, M. L. (1985). *The Hutt adaptation of the Bender-Gestalt Test, 4th ed.* New York: Grune & Stratton.
- Klopfer, E. M., Ainsworth, M. D., Klopfer, W. G., & Holt, R. R. (1954). *Developments in the Rorschach Technique*. New York: Yonkers.
- Kolb, I. C., & Brodie, H. K. H. (1982). *Modern Clinical Psychiatry 10th Edition*. Philadelphia, Saunders Company.
- Last, V., & Weiss, A. A. (1976). Evaluation of ego strength based on certain Rorschach variables. *Journal of Personality Assessment*, 40(1), 57-66.
- Pascal, G. R. & Suttell, B. J. (1951). *The Bender-Gestalt Test: Quantification & Validity for Adults*. New York: Grune & Stratton.
- Rapaport, D., Gill, M., & Schafer, R. (1945). *Diagnostic Psychological Testing*. Chicago: Yearbook Publisher.
- Stagner, R. (1974). *Psychology of Personality(4th ed)*. New York: McGraw-Hill.
- Weiner, I. B. (1972). Does psychodiagnosis have a future? *Journal of Personality Assessment*, 36, 534-546.

원고접수일 : 2001. 11. 21.

수정원고접수일 : 2002. 1. 14.

게재결정일 : 2002. 1. 18.

## Comparison of BGT according to Ego Strength level in Schizophrenic Inpatient

Hye-Ran Lee

Department of child & Adolescent  
Psychiatry, Seoul National University  
Children's Hospital

Jae-Hwan Kim

Department of Neuropsychiatry  
College of Medicine,  
Hanyang University

The purpose of this study was to explore how the sign of a psychological test could be manifested in the other test. The subjects groups consisted of following: High ego strength group( $n=20$ ,  $Es>60T$ ), middle ego strength group( $n=20$ ,  $40T<Es<60T$ ), low ego strength group( $n=20$ ,  $Es<40T$ ). The copy phase of HABGT was administered and reproduction was scored by the psychopathology scale and the adience-abience scale. The following results could be obtained. First, there were significant differences between groups in the total score, use of space, closure difficulty, curvature difficulty, change in angulation, and redrawing of the total figure individual scale of the psychopathology scale. Second, there was not significant difference between groups in the total score of the adience-abience scale, but there were significant differences between groups in closure difficulty, rotation, simplification individual scale of the adience-abience scale. Suggestions and limitations of this study and directions for the future study were discussed.

*Keywords* : schizophrenic, ego-strength, ego-strength scale, HABGT