

이분법적 사고와 MMPI-2로 측정한 정신병리의 관계

황 성 훈

한양사이버대학교 상담심리학과

이 훈 진[†]

서울대학교 심리학과

이분법적 사고는 사물이나 대상을 둘로 나누어서 판단하는 양식이다. 이에 따른 양극적 결론은 정서, 행동 등에서 극단성과 부적응을 초래하므로, 정신 병리와 연관성이 높다. 본 연구에서는 대학생 피험자들을 대상으로 이분법 사고와 MMPI-2로 측정한 정신 병리의 관련성을 탐색했다. 이분법 사고 집단은 L, K척도에서 통제집단보다 유의미하게 낮았고, F, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 0번 척도는 높았으며, 1, 3, 5번 척도에서는 차이가 없었다. 즉, 신체화 등 일부 증상을 제외한 다양한 임상 척도들이 높아서, 이분법 사고의 정신 병리적 편재성을 시사한다. 또한 이분법 사고에 의지하는 사람들은 임상 척도가 유의하게 상승하는 프로파일들을 보이고, 스스로 상담치료를 원한다고 밝히는 경향이 있었다. 특히, 이분법 집단의 MMPI-2 프로파일은 각각 0번과 9번 척도가 상승되는 경우가 발견되어서, 자아상의 양극적인 모순을 시사한다. 이에 더해 MMPI-2가 제공하는 120개 척도와 이분법 사고의 상관관계를 포괄적으로 탐색하였는데, 개념적인 분류와 분석에 따르면 이분법 사고의 정리병리 영역은 전반적인 부적응과 방어의 약화, 부정적 정서, 분노와 소외의 경향, 기분이 들떠있어서 충동조절을 못하는 모습, 지각이 왜곡되고 사고 과정이 흩어지는 경향과 관련되어 있었다.

주요어 : 이분법적 사고, MMPI-2, 정신병리, 상승척도쌍

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 이훈진 / 서울대학교 심리학과 / 서울시 관악구 신림9동
Fax : 02-880-6428 / E-mail : hjlee83@snu.ac.kr

이분법적 사고는 주변의 사물이나 대상을 둘로 나누어서 생각하거나 판단하는 방식을 가리킨다. 다양하고 연속적인 가능성과 선택지 가운데 둘을 고른다고 할 때, 선택되는 두 개의 값은 극단적이기 쉽다. 예컨대, ‘그렇다’ 대 ‘아니다’, ‘옳다’ 대 ‘그르다’, ‘선(善)’ 대 ‘악(惡)’, ‘애(愛)’ 대 ‘증(憎)’ 등의 판단이 이에 해당된다. 이 때문에 이분법적 사고는 흑백논리, ‘전부가 아니면 아무것도 아니다’ 식의 사고 등으로 불리기도 한다.

이분법적 사고의 개념

이분법적 사고는 본래 경계선 성격 장애가 보이는 인지적 왜곡(혹은 사고의 오류)중 하나로 등장했다. Beck과 Freeman(1990)의 정의에 따르면, 이분법적 사고는 경험을 상호배타적인 범주로 평가하는 경향으로서, 양분된 범주 사이에는 중간 범주가 존재하지 않는다. 그래서 이분법 사고에 의지하면 주변의 대상을 극단적으로 해석할 수밖에 없다. 양분된 극단 범주만이 존재하므로, 경계선 성격을 가진 사람들은 한 가지 극단적 의견에서 정반대의 극단적 의견으로 급작스런 변동을 보일 수 있다.

Beck, Rush, Shaw와 Emery(1979)는 이분법 사고를 결합 있는 정보 처리중 하나로서 분류하면서 절대적이고, 둘로 나뉜 사고(absolutistic, dichotomous thinking)라고 불렀다. 그들의 설명에 따르면 이는 “모든 경험을 연속선상에서 판단하는 대신에 두개의 정반대 범주중 하나로 분류하는(Beck et al., 1979, p. 14)” 인지적 경직성의 한 형태이며, 이것 아니면 저것 식의 사고(either-or thinking)로서 선택의 폭을 좁혀서 경직된 대안만 남겨놓게 된다.

Beck(1995)은 이분법 사고를 전부가 아니면

아무것도 아닌 사고(all-or-nothing thinking), 흑백이고, 양극화된 사고(black-or-white, polarized thinking) 등으로 개념화하며, 상황을 판단할 때 연속선상에서 하기보다는 단 두 개의 범주로만 보는 것이고, 언어 습관으로 “항상”, “절대로”, “완벽하게”, “전적으로”와 같은 표현을 포함한다고 설명한다. Linehan(1993)은 이분법 사고를 정(正)과 반(反)의 양극단 사이에서 합(合)을 이루지 못한 사고라고 설명하며, 이분법적 사고를 하면, 상호 모순되는 관점을 경직되게 고수하며, 그 사이를 왔다 갔다 하는 경향이 있다고 말한다.

이분법 사고와 정신병리

이분법 사고가 집약적으로 발현되는 정신병리는 경계선 성격 장애이다. 경계선 성격 환자들은 세상에 대해 회색의 중간 지대를 보지 못하고, 대신에 극단적이고 양분법적으로 평가한다(Arntz, 2004; Pretzer, 1990). 이분법 사고는 두개 이상의 상호 모순된(즉, 정반대의) 신념체계를 빠르게 연이어서 활성화하고 반전시키므로, 경계선 성격이 정서, 자기상, 대인관계에서 보이는 불안정성의 주요 원인이 된다(Wenzel, Chapman, Newman, Beck & Brown, 2006).

그러나 경계선 성격에만 국한되는 것은 아니어서, 이분법 사고는 우울증, 자살, 섭식 문제, 역기능적 완벽주의와도 연관 되어 있다. 이분법 사고는 우울증의 재발을 예측해주는 인지적 스타일 변인이었으며(Teasdale, Scott, Moore, Hayhurst, Pope, & Paykel, 2001). 삶과 죽음의 이분법적 사고는 자살의 병력이 있는 사람을 가려 주었고(Litinsky & Haslam, 1998), 이분법이 음식과 먹기 행동에 적용되면 다이어

트와 과식을 오가는 패턴을 만드는 경향이 있었다(Cohen & Petrie, 2005). 만점이 아니면 아무 것도 아니라는 이분법은 당사자를 실패에 대한 두려움에 쫓기게 만들어서 부정적 완벽주의의 핵심 기제를 형성한다(Burns & Fedewa, 2005).

이밖에도 문제 해결 결핍(Weishaar, 1996), 스트레스에 대한 지각(Mraz & Runco, 1994; Rotheram-Borus, Trautman, Dopkins & Shrout, 1990), 만성 통증(Dyck & Agar-Wilson, 1997), 공격적 행동(Eckhardt & Kassino, 1998) 등에서도 이분법 사고가 인지적 왜곡으로 작용할 수 있음이 제시되었다. 따라서 이분법적 사고는 경계선 성격 장애를 포함한 다양한 정신 병리에 걸친 취약성 요인일 가능성이 제기된다.

이분법 사고 척도의 개발

이렇듯 이분법적 사고가 정신 병리를 설명하고 교정하는 데 중요한 역할을 할 수 있음에도 불구하고, 이를 다루는 국내 연구는 찾아보기 힘든 실정이다. 해외 연구에서도 이분법 사고를 측정하는 척도가 확립되어 있지 않은 상태이다. 이분법 사고를 측정하는 기존의 척도로는 이분법 사고 척도(Dichotomous Thinking Scale; 이하 DTS; Byrne, Cooper, & Fairburn, 2004), 역기능적 태도 척도(Dysfunctional Attitude Scale; 이하 DAS; Weissman & Beck, 1978)중 이분법 사고 하위 척도(Dyck, 1992), 건설적 사고 척도(Constructive Thinking Inventory; 이하 CTI; Epstein & Meier, 1989)중 범주적 사고 하위 척도(Categorical thinking subscale) 등이 사용되었다.

그러나 DTS, DAS의 이분법 사고 하위 척도, 그리고 CTI의 범주적 사고 하위 척도는 모두

체중 조절 및 섭식 문제와 관련된 변인으로서 이분법 사고를 측정한다는 제한점을 가지고 있다. 예컨대, DTS는 음식과 체중에 대한 이분법을 측정하는 6개 문항(예: “나는 다이어트 시도를 성공 아니면 실패로 나누어 본다.”)과 일반적인 이분법을 측정하는 10개 문항(예: “나는 내가 하는 일을 매우 잘 한 것이 아니면 매우 못한 것으로 파악 한다”)으로 구성된다. 또한 DAS와 CTI는 이분법 사고를 위한 전용 척도가 아니라 하위 척도의 하나로서 측정한다는 단점이 있다. 따라서 다양한 정신 병리에서 이분법 사고의 작용을 탐색하기 위해서는 특정 병리 맥락에 국한되지 않은 범용성을 가진 전용 척도를 확보하는 것이 요구된다.

이러한 목적을 위해서 개발된 것이 개정판 이분법 사고 지표(Dichotomous Thinking Index-30 Revised; 이하 DTI-30R; 황성훈, 2007)이다. DTI-30R은 이분법을 위한 전용 척도이되, 특정 병리와 무관한 일반적인 이분법 사고를 측정한다. 따라서 다양한 정신병리 영역과의 관련성을 탐색하는 데 적절한 도구이며, 전무하다고 볼 수 있는 이분법에 관한 국내 연구의 활성화를 위해 활용될 수 있다.

연구의 목적

본 연구에서는 이분법 사고가 갖는 정신 병리적 취약성이 여러 영역에 걸쳐 보편적으로 분포하는지를 탐색하려 한다. 이를 위해 DTI-30R을 이용하여 이분법적 사고를 측정하며, 정신 병리의 포괄적인 측정치로는 다면적 인성 검사 2판(Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2; 이하 MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989)을 사용할 것이다. MMPI-2는 정신 병리를 측정하는 대표

적인 자기보고식 검사이다. MMPI-2에는 MMPI에 있는 기존의 4개의 타당도 척도(?, L, F, K)에 더하여 5개의 새로운 타당도 척도(VRIN, TRIN, F_B, F(p), S)가 추가되었으며, 10개의 임상 척도뿐만 아니라, 내용 척도, 보충 척도 등이 포함되므로, 광범위한 정신 병리 영역을 동시에 조사할 수 있는 기회를 제공한다.

이분법 사고가 정신 병리와 관련된다면, 이분법 사고가 높은 사람들은 MMPI의 임상 척도들이 65점 이상으로 올라가는 상승 프로 화일을 보일 것이다. 그리고 이분법 사고 집단이 보이는 프로화일의 유형을 분류함으로써 그들이 겪는 정신 병리가 무엇인지를 기술할 수 있을 것이다. 이를 위해 본 연구에서는 대학생 880명의 표집을 대상으로 이분법 사고가 높은 집단과 낮은 집단을 선별하고, 두 집단에서 MMPI의 개별 척도를 비교하고, 개별 척도가 어울려 이루는 프로화일을 분석하였으며, 상승 척도쌍(codetype)을 집계하였다.

임상 장면에서 MMPI를 활용하는 방법이 임상척도로 그려지는 프로화일을 분석하는 것이지만, 내용 척도, 보충 척도 등과 같은 다양한 부대 척도들도 해석을 풍부하고 정교하게 만들어 주는 역할을 한다. MMPI가 제공하는 정신 병리에 관한 정보를 충분히 활용하기 위한

추가적인 시도로서 대학생 880명 전체 표집을 대상으로 임상 척도를 포함한 120여개의 MMPI 척도와 이분법 사고의 상관을 분석하였다. 이분법 사고와 유의미한 관련을 보이는 척도들을 개념적으로 범주화한다면 이분법 사고의 정신병리 영역을 정리할 수 있을 것이다.

방 법

연구 대상

서울 소재 한 종합 대학의 재학생 880명을 대상으로 이분법 사고 지표와 MMPI-2를 실시하였다. 이분법 사고 지표가 높은 집단(상위 10%; 88명)과 낮은 집단(하위 10%; 84명)을 선별하였다. 표 1에서 보는 것처럼 두 집단은 연령에서 차이가 없었으며, $t(170)=-.16, ns$, 남녀 분포에서도 차이가 없었다, $\chi^2(df=1, N=172)=2.47, ns$.

측정도구

개정된 이분법 사고 지표(DTI-30R)

이분법 사고를 측정하기 위해 황성훈(2007)

표 1. 이분법 사고 집단과 통제 집단의 연령 및 성별 분포

	이분법 집단	통제 집단	차이검증
연령(세)	21.59(2.44) [†]	21.65(2.77)	$t(170)=-.16$
남/녀	44/44	52/32	$\chi^2(df=1, N=172)=2.47$
개정된 이분법 사고 지표	96.59(10.55)	41.93(4.12)	$t(170)=44.36^{**}$
<i>n</i>	88	84	

[†] 괄호는 표준편차임.

^{**} $p < .01$.

이 개발한 척도로서 30문항에 대해 5점 척도로 응답하게 되어 있다. 각 문항들은 이분법 사고가 연속적인 대안 중 양극단을 취하는 사고라는 점에 초점을 맞춰 개발되었다. 양극단으로는 a) 잘한 것 대 못한 것(즉, 성공 대 실패), b) 선 대 악, c) 전부 대 전무, d) 내 편 대 네 편 등이었다. 이런 개념적 틀로부터, “잘한 것이 아니면 못한 것이다(a).”, “선한 대상과 악한 대상을 분명히 판가름한다(b).”, “모가 아니면 도이다(c).”, “동지가 아니면 적이다(d).” 등의 문항이 선택되거나 만들어졌다.

최종적으로 제작된 척도의 내적 일관성 계수는 .92였고, 4주 간격의 검사-재검사 신뢰도는 .78이었다. 요인 분석에서는 중간이 없는 이분법 사고(예: “좋아하는 것과 싫어하는 것의 구분이 분명하다.”), 실무율적 사고(예: “모가 아니면 도이다.”), 성공과 실패의 이분법(예: “절반의 실패는 전부 실패한 거나 다름없다.”), 편 가르기(예: “나의 편인지 아닌지를 먼저 가린다.”), 학업에서의 이분법(예: “지각하느니 차라리 결석하는 편이 낫다.”), 어법상의 이분법(예: “단정적인 표현을 잘 사용한다.”) 등 모두 6개 요인이 얻어졌다. 후속된 타당화 연구에서 이분법 사고는 낮은 자존감, 낮은 자기 개념 명료성, 높은 편집 성향, 우울과 불안, 거식 및 폭식 경향, 완벽주의, 스트레스 상황에서의 발산적 정서 대처 등과 유의미한 상관을 보였다(황성훈, 2007).

MMPI-2

모두 566문항에 대해 예/아니오로 답하게 된다. 기본적으로는 9개의 타당도 척도와 10개의 임상척도가 해석에서 핵심을 이루나, 다양한 연구가 축적되면서 MMPI-2에서는 내용 척도, 보충척도, 재구성 임상척도, 성격병리 5

요인 척도 등에 걸쳐 모두 120개 지표를 제공한다.

심리상담에 대한 용의

“심리상담을 통해 도움을 받고 싶습니까?”를 단일 문항으로 질문하고, 이에 대해 예/아니오 답하였다.

결 과

MMPI 개별 척도 분석

이분법 사고 집단의 타당도 및 임상 척도의 점수를 통제 집단과 비교하였다. 표 2에서 보는 것처럼, 이분법 사고 집단은 방어성을 나타내는 L, K척도는 통제 집단에 비해 유의미하게 낮고, $t(170)=-8.24, p<.001$; $t(170)=-11.15, p<.001$, 반면에 정신 병리의 심각도를 반영하는 F척도는 더 높았다, $t(170)=6.10, p<.001$.

10개의 임상 척도 중 1번, 3번, 5번을 제외한 나머지 7개 척도에서 이분법 사고 집단이 통제 집단보다 유의미하게 더 높은 점수를 보였다. 1번 척도는 정서적 문제를 억압하고 대신에 신체적인 증상에 몰두하는 정도를 반영하고, 3번 척도도 유사하게 애정 욕구를 충족시키기 위해 공격성과 같은 부정적인 정서를 감추고 이를 신체 증상으로 전환하는 경향을 나타낸다(Greene, 2000). 따라서 두 척도의 공통 분모로서 감정의 억압과 신체화를 들 수 있으므로, 이분법 사고는 신체화 방어나 병리와는 무관해 보인다. 한편, 5번 척도는 성별에 따라 해석의 방향이 달라지므로, 이를 고려해 2(남/녀) × 2(이분법/통제)의 분산분석을 실시했는데, 이분법 집단 구분의 주효과와 상

표 2. 이분법 사고 집단과 통제 집단에서 MMPI-2 기본 척도의 평균과 표준편차

척도	이분법 집단	통제 집단	t(170)
L [†]	40.54(7.70) [‡]	50.77(8.57)	-8.24 ^{***}
F	49.48(8.94)	41.51(8.15)	6.10 ^{***}
K	42.99(9.03)	57.77(8.32)	-11.15 ^{***}
1	48.60(9.39)	47.04(8.28)	1.15
2	50.92(11.17)	44.52(9.68)	4.00 ^{***}
3	48.93(9.61)	48.96(9.36)	-.02
4	50.02(11.25)	44.26(10.05)	3.53 ^{**}
5	50.66(10.63)	48.88(9.73)	1.14
6	52.42(9.72)	46.18(8.28)	4.52 ^{***}
7	54.20(11.75)	44.76(9.00)	5.89 ^{***}
8	52.92(11.00)	44.46(8.26)	5.68 ^{***}
9	52.18(10.28)	45.41(7.72)	4.87 ^{***}
0	55.49(12.82)	41.96(10.13)	7.65 ^{***}

[†] 각 척도의 점수는 T 점수임.

[‡] 괄호는 표준편차임.

** $p < .01$. *** $p < .001$.

호작용 효과는 각각 유의하지 않았다, $F(1, 168) = 3.17, ns$; $F(1, 168) = 2.24, ns$. 따라서 이분법 사고는 성역할에 대한 동일시와 관련된 부적응과 무관해 보인다.

반면에, 나머지 7개 척도가 측정하는 정신 병리에서는 이분법 사고 집단이 통제 집단에 비해 유의미하게 높았다. 즉, 이분법 사고 집단은 현재의 기분이 더 우울하였고(2번 척도), 권위에 대한 불화와 거부성을 보이며(4번), 주변에 대한 적대감과 불신감을 갖고 있고(6번), 불안과 긴장의 수준이 높으며(7번; 이상 Friedman, Webb, & Lewak, 2001), 스트레스 상황에서 자아 기능이 해체되는 취약성이 있고(8번;

Harris & Lingoos, 1968), 기분이 들뜨고 충동적인 면이 있으며(9번), 자존감이 낮아서 주변의 사회적 평가에 대한 두려움을 쉽게 느낀다(0번; 이상 Friedman et al., 2001).

MMPI 프로파일 분석

개별 척도 분석으로는 한 개인의 전체적인 모습을 묘사하기 힘들다. 이분법 사고 집단이 F, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 0번 척도가 통제 집단에 비해 높다고 해도, 이것이 한 개인내의 동시 상승을 의미하지는 않는다. 따라서 이분법 사고 집단의 다면적 특성을 파악하기 위해서는 개별 척도들이 어울려서 형성하는 프로파일을 분석할 필요가 있다. 이를 위해 MMPI 프로파일을 다음과 같이 세 가지로 나누었다: 1) 정상 프로파일: 65점 이상 상승한 타당도 및 임상척도가 없는 경우; 2) 방어적 정상 프로파일: L, K중 상승 척도가 있고, 임상척도는 정상 범위인 경우; 3) 상승 프로파일: 65점이상 상승한 임상척도가 하나 이상인 경우.

이분법 사고 척도가 전반적인 정신 병리 취약성으로 작용한다면 이분법 집단에서 상승 프로파일이 더 많이 발견될 것으로 예측할 수 있다. 이를 검증하기 위해, 이분법 집단과 통제 집단을 한 축으로 하고, 프로파일의 세 가지 유형을 다른 축으로 해서 χ^2 분석을 하였다. 그 결과, 이분법 사고의 고/저와 상승 프로파일의 유/무는 유의미하게 연합되어 있었다, $\chi^2(df=2, N=172) = 24.10, p < .001$.

표 3에서 볼 수 있듯이, 이분법 사고 집단은 상승 프로파일이 많고, 반면에 통제집단은 정상 및 방어적 정상 프로파일이 많았다. 따라서 이분법 사고 집단은 통제 집단에 비해 MMPI 프로파일상에서 심리적 부적응이 더 많

이 시사된다. 추가적인 질문을 통해 “심리 상담을 통해 도움을 받고 싶어 하는가?”를 조사

했는데, MMPI의 부적응적 프로파일과 일치하게, 이분법 사고 집단(57.7%)은 통제 집단(42.3%)에 비해 상담을 더 원하는 경향이 있는 것으로 나타났다, $\chi^2(df=1, N=171)=3.53, p=.06$.

표 3. 이분법 사고 집단에 따른 MMPI 상승 프로파일의 분포

	이분법 집단	통제 집단	가로 계
정상 프로파일	38	53	91
방어적 프로파일	2	13	15
상승 프로파일	48	18	66
세로계	88	84	172

$N=171$)=3.53, $p=.06$.

정신 병리의 유형을 분석하기 위해 상승 프로파일을 상승 척도쌍(code type)으로 구분해 보았다. 모두 30개의 상승 척도쌍을 집계할 수 있었는데, 이중 이분법 사고 집단이 보이는 상승 척도쌍은 모두 26개로 매우 다양했다. 표 4를 살펴보면, 9번 단독 상승(spike 9)과 0번 단독 상승 프로파일(spike)에 일부 집중되었을 뿐(각각 8명과 7명), 나머지 33명의 이분법 사

표 4. 상승 프로파일을 이루는 상승 척도쌍의 빈도

상승척도쌍	이분법 집단	통제집단	상승척도쌍	이분법 집단	통제집단
1-2/2-1 ^a	1	0	4-5/5-4	1	0
1-3/3-1	1	0	4-6/6-4	1	1
1-4/4-1	0	1	4-9/9-4	1	0
1-7/7-1	1	0	Spike 5	1	2
Spike ^b 2	0	2	5-9/9-5	1	0
2-0/0-2	3	1	6-0/0-6	1	0
2-6/6-2	1	0	6-8/8-6	2	1
2-7/7-2	0	1	6-9/9-6	2	0
3	1	3	Spike 7	1	0
3-4/4-3	1	1	7-0/0-7	4	0
3-5/5-3	0	2	7-8/8-7	2	0
3-7/7-3	2	0	8-0/0-8	1	0
3-8	1	1	8-9/9-8	1	0
Spike 4	1	0	Spike 9	7	1
4-0/0-4	1	0	Spike 0	8	0

^a 1-2/2-1의 표기는 MMPI 1번 척도와 2번 척도가 65점 이상 상승한 경우를 가리킴.

^b spike는 단독상승을 의미함. Spike 2는 2번 척도만이 65점이상 상승한 경우를 가리킴.

고 집단은 24개의 상승 척도쌍을 비교적 고르게 보임을 알 수 있다. 따라서 이분법 사고가 보편적인 정신병리 취약성과 관련됨이 시사되며, 9번 Ma 척도와 0번 Si 척도에 부분적인 집중이 발생하는 원인에 대한 탐색이 요구된다.

추가 분석: 이분법 사고 지표와 MMPI 척도간의 상관분석

MMPI-2는 정신 병리에 대한 다양한 지표를 제공한다. 타당도 척도 3개와 임상척도 10개 뿐만 아니라, 추가된 타당도 척도 5개, 내용척도 15개, 보충척도 15개, 재구성 임상척도 9개, 성격병리 5요인 척도 5개의 지표가 산출된다. 임상 척도는 다시 31개의 소척도로 나뉘어지고, 내용 척도는 모두 27개의 소척도로 하위 분류된다. 따라서 총 120개의 지표를 얻을 수 있다. 이러한 풍부한 정보를 활용하기 위해서, 추가 분석으로서 880명의 전체 집단을 대상으로 DTI-30R과 MMPI-2의 120개 지표간의 상관을 산출하였다.

분석의 편의를 위해서 10%이상의 변량을 설명하는 .31이상의 상관계수를 집계하였다. 그 결과, 120개의 상관 중 58개가 이 기준을 만족시켰다. 이분법 사고의 정신병리 지형을 스케치하기 위해서는 58개의 상관을 분류하고 정리하는 것이 필요하였다. 본 분석에 이은 추가적인 분석이고 향후 연구를 위한 예비적 가설을 도출하는 것에 목적이 있으므로, 통계적이거나 경험적인 방법보다는 개념적인 방법을 사용하였다. 즉, MMPI의 다양한 척도들에 대한 개념적 이해를 바탕으로 58개의 상관을 범주화하였다.

연구자가 이론적인 분류를 한 셈인데, 그 결과는 표 5에 제시되어 있다. 범주를 A부터

E까지 다섯 가지로 나누었는데, 속해 있는 척도들의 면면을 살펴보면서 공통분모를 추론하면 범주의 개념을 도출할 수 있다. 먼저, 범주 A는 전반적인 부적응 지표로 볼 수 있다. 정신 병리의 심각도로 해석되는 F 척도, 의기소침 척도가 포함되며, 방어성과 자아강도를 나타내는 척도들이 역으로 상관되어 있다.

범주 B는 불안, 우울, 기분부전, 낮은 자존감 등의 부정적 정서를 나타낸다. 다소 이질적으로 보이는 척도로서 3번 Hy의 소척도 ‘권태-무기력’, 4번 Pd의 소척도 ‘내적 소외’, 내용척도 중 부정적 치료 지표(Negative Treatment Index: TRI)에 주목할 수 있다. 권태-무기력은 우울한 신체화를 반영하되, 신체적 어려움 보다는 우울한 기분을 더 강조하는 면이 있으며(Nichols & Greene, 1995), 내적 소외는 죄책감과 자기 비하, 무력감을 반영하고(Graham, 2006), 부정적 치료 지표(TRI)는 무망감, 불행감, 무감동, 죄책감, 성마름 등 기분 부전의 느낌과 태도를 측정한다(Nichols, 2001)는 점에서 분류의 적절성을 납득할 수 있다.

범주 C는 불신과 염세적인 태도에서 생기는 분노/공격성과 이에 따르는 소외의 문제로 집약된다. 이 중 불신/분노/소외의 개념과 다소 거리가 있어 보이는 것으로 A 유형 행동(Type A behavior; TPA)과 가정 문제(Family problem; FAM)를 들 수 있다. 그러나 전자는 내용 척도 분류에 따르면 외적 공격성 군집에 속하며(Greene, 2000), 계획적이고 보복적인 특성을 갖는 차가운 분노(cooler anger)를 반영하는 것으로 알려져 있다(Friedman et al., 2001). 후자는 가정불화와 가족 내 소외를 이루는 내용들로 구성되어서(Butcher & Williams, 2000), 원가정내에서 경험한 박탈감과 소외를 반영한다. 이어서, 범주 D는 흥분과 충동성으로 특징 지

표 5. DTI-30R과 .31이상의 상관을 보인 MMPI 척도들의 개념적 분류

척도	범주 A	범주 B	범주 C	범주 D	범주 E
종류	(전반적 부적응)	(부정적 정서)	(분노/불신/소외)	(홍분/충동성)	(사고의 해체)
타당도	F(비전형), F _B (후반부 비전형), I(부인) ^a , K(교정) ^a , S(과장된자기계시) ^a	-	-	-	-
임상	-	D1(주관적 우울), D5 (깊은 근심), Hy3(권태무기력), Pd5(내적 소외)	Pd4(사회적 소외), Pa2(예민성), Pa3(도덕적 정당성), Si, Si3(내/외적 소외)	Sc5(억제부전적 자아통합결여), Ma2(심신운동항진)	Sc3(인지적 자아통합결여), Pa1(피해 의식)
내용	-	ANX(불안), DEP(우울), DEP1(동기결여), DEP2(기분부전), DEP3(자기비하), OBS(강박성), LSE(낮은 자존감), LSE1(자기회의), TRT(부정적치료지표), TRT1(낮은 동기), TRT2(낮은 자기개방)	CYN(냉소적 태도), CYN1(염세적 신념), CYN2(대인의심), ANG(분노), ANG1(폭발적 행동), ANG2(성마름), ASP(반사회적 특성), TPA(A유형 행동), TPA1(조급함), TPA2(경쟁욕구), FAM(가정 문제)	-	BIZ(기태적 정신상태), BIZ2(분열형성적 특성)
보충	Es(자아강도) ^a , Re(사회적책임감) ^a	A(불안), Mt(대학생활부적응), MDS(결혼생활부적응), PK(외상후스트레스장애)	Ho(적대감), O-H(적대감 과잉통제)	-	-
성격 병리	-	NEGE(부정적 정서성/ 신경증)	AGGR(공격성)	-	PSYC(정신증)
재구성 임상	RCd(의기소침)	RC7(역기능적 부정적 정서)	RC3(냉소적 태도)	RC9(경조증적상태)	RC8(기태적 경험)

^a 역상관을 보임

위지며, 범주 E는 사고가 특이하고 조절되지 않으며, 현실 검증력이 흔들리는 것을 나타낸다. 즉, 사고의 해체를 반영한다고 볼 수 있다. 상관 계수로부터 추론하면, 이분법 사고는

전반적인 부적응을 초래해서 정상적인 방어 기능과 자아 강도를 약화시킨다(범주 A). 구체적으로 보면, 우울, 불안, 신경증, 강박성과 우유부단 같은 부정적 정서(범주 B)와 연결되어 있다. 이분법 사고가 높을수록 세상으로부터 부당한 대우를 받았다는 서운함 때문에 냉소적인 불신감을 주장하고, 분노와 거부감을 표현하며, 소외되는 경향(범주 C)이 있다. 이분법 사고에 의지할수록 기분이 들떠있어서 충동조절을 못하는 모습(범주 D)을 보일 수 있다. 끝으로 이분법 사고가 높을수록 피해 의식이 높고 사고 과정이 흘러지는 경향(범주 E)이 있다.

논 의

이분법 사고 집단은 MMPI-2의 13개 기본 척도중 L, K척도에서 통제집단보다 유의미하게 낮았고, F, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 0번 척도는 유의미하게 높았으며, 1, 3, 5번 척도에서는 차이가 없었다. 자신에 대한 방어 능력은 약화되어 있고, 반면에 전반적인 정신 병리와 고통은 높았다. 우울, 거부성, 불신, 불안, 자아의 해체, 들뜸, 사회적 회피 등 다양한 병리가 상승되어 있었으나, 신체화 증상이나 성적 정체감과 관련된 불편감과는 무관했다. 따라서 이분법 사고는 부정 및 신체화 등의 방어를 제외하면, 다양한 정신병리 영역과 관련되어 있음을 알 수 있다.

이분법 사고 집단의 정신 병리를 다면적으로 평가하기 위해 프로파일 분석하였는데, 이분법 사고 집단은 부적응적인 상승 프로파일을 더 많이 보였다. 프로파일을 상승 척도 쌍으로 분석하였는데, 이분법 사고의 정신 병리적 편재성과 일치하게 다양한 패턴을 보였

다. 흥미로운 것은 9번 Ma가 단독 상승한 경우와 0번 Si가 단독 상승한 경우가 각각 8명(19.51%), 7명(17.07%)으로 많았다는 점이다. 9번 척도가 상승하면 에너지 수준이 높고, 표방하는 자기상이 웅대하며, 대담하고 때로는 기회주의적인 모습을 보이기도 한다(Friedman et al., 2001). 반면에 0번 척도가 상승되면, 부적절감을 느껴 위축되어 있고, 다른 사람들의 평가적 시선에 민감하다(Ben-Porath, Hostetler, Butcher & Graham, 1989). 따라서 9번과 0번 척도는 자아상과 대인관계에 대한 자세에서 반대에 가깝다고 볼 수 있다. 이분법 사고 척도가 높은 사람들의 일부는 웅대하고 대담한 모습을, 다른 일부는 위축되고 소심한 모습을 보이는 셈인데, 이는 이분법 사고가 상호모순되는 양극단을 오가는 판단 양식이라고 볼 때 납득할 수 있는 현상이다. 추론하면, 이분법 사고는 자아상의 양극적인 모순(웅대 대 위축)과 관련되어 있음을 시사하며, 동시에 미래 연구의 방향을 제시한다. 이와 일치하게, 이분법 사고는 자기애적 성격 특징과 유의미한 상관관을 보인다(황성훈, 2007).

이분법 사고와 MMPI-2의 120개 척도의 상관관을 개념적으로 분석해서, A부터 E까지 5개의 정신 병리 영역을 정리할 수 있었다. 5개의 정신 병리를 고려했을 때, 이것들을 고르게 갖춘 대표적 병리는 바로 경계선 성격 장애임을 알 수 있다. 이런 이유 때문에, 경계선 성격 장애에서 이분법 사고가 두드러진 현상으로 기술되는 것이라고 이해할 수 있다. 각 범주별로 정신 병리적 시사점을 살펴보면, 먼저 ‘부정적 정서’ 군집에서 이분법 사고가 우울과 불안 같은 정서적 고통과 연관되어 있음을 알 수 있다. 이는 DTI-30R의 타당화 연구에서, 이분법 사고가 우울, 특성 불안, 상태

불안 등과 유의미한 상관을 보인 점과 일치한다(황성훈, 2007).

‘소외/분노’ 군집은 이분법 사고가 정서적 박탈감과 피해의식을 느끼는 정신 병리 영역을 설명해 줄 수 있음을 시사한다. 대표적인 것으로 편집증을 들 수 있는데, 이분법 사고 중 나와 남을 가르고 우리 편과 상대방을 나누는 ‘편가르기’ 요인이 작용할 가능성이 있다. Gabbard(2000)에 따르면 편집증은 분열증적-편집증적 자리의 경험 조직화 방식인 분할(splitting)에 의지한다. 편집증적인 특성이 있는 사람들은 동일 대상에 대해 사랑과 증오를 함께 느끼면 반드시 서로 떼어놓으며, 정서적인 생존을 위해서 모든 악한 것을 분할시켜 외부의 인물에게 투사한다. 이는 곧 ‘부당하고 나쁜 세상 대(對) 무고하고 착한 나’라는 이분법적 판단을 일으키고, 이에 따라 피해 의식과 경계심을 갖게 될 수 있다.

‘홍분/들뜸’ 군집은 이분법 사고의 임상적인 발현중 하나인 충동성과 강렬한 정서를 잘 설명해준다. 또한 ‘부정적 정서’ 군집과 함께 고려했을 때는 밝고 힘참(홍분/들뜸 범주)과 어둡고 가라앉아 있음(부정적 정서 범주)이 교대하여 나타나는 정서 기복의 문제를 예상할 수 있다. 이와 관련된 대표적인 병리는 양극성 장애일 것이고, 향후 양극성 장애에서 이분법 사고의 작용을 탐색해 볼만하다. 끝으로 ‘사고의 해체’ 군집은 이분법 사고의 인지적 여파를 설명해준다. 이분법 사고가 내부의 환상과 외부의 현실을 구분하는 능력을 흐리게 하고 심각한 경우는 사고 장애와 관련될 수 있다는 시사점을 얻을 수 있다. 이와 일관되게, 정신분열증 환자 집단이 통제 집단에 비해 이분법 사고가 더 높은 것으로 보고된 바 있다(황성훈, 2007).

본 연구는 이분법적 사고가 지니는 정신 병리적 취약성을 가늠하기 위해서 이상 행동과 정신 장애의 포괄적인 측정치인 MMPI-2와의 관련성을 탐색했다. 예측대로 이분법적 사고는 다양한 정신병리 영역과 관련되어서, 보편적 취약성 요인으로 작용할 가능성이 시사된다. 그러나 본 연구의 시사점들은 상관관계 분석을 바탕으로 하고 있으며, 설명적이기보다는 기술적이라는 한계를 지니고 있다. 이에 더해, 상승 척도쌍의 종류를 집계하여 단순 비교하는 방법이나 58개의 유의미한 상관을 분류하고 개념화한 것은 통계적 검증이 아니라 연구자의 이론적 눈으로 이뤄진 것이므로 주관적으로 오염될 위험성을 안고 있다. 따라서 기술적(記述的)인 결과를 놓고 무리한 추론을 적용해 의미 부여를 했다는 비판을 받을만하다. 그러나 이분법 사고에 대한 국내의 연구가 거의 없는 실정에서 탐색적인 목적을 위해 시도된 것이므로 후속 연구를 위한 가설 생성의 노력으로서 가치를 평가받을 수 있을 것이다. 무엇보다도 본 연구의 필요성과 가치는 단일 연구로서 존재한다기보다는 후속 연구들의 성과에 따라 더해지거나 아니면 감해질 것이다.

참고문헌

- 황성훈 (2007). 정신 병리에서 이분법적 사고의 역할. 서울대학교: 박사학위청구논문.
- Arntz, A. (2004). Borderline personality disorder. In T. A. Beck, A. Freeman, & D. D. Davis, et al.(Eds.), *Cognitive therapy of personality disorder*(2nd ed., pp.187-215). New York: The Guilford Press.

- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press and Mark Paterson
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Ben-Porath, Y. S., Hostetler, K., Butcher, J. N., & Graham, J. R. (1989). New subscales for the MMPI-2 Social Introversion scale. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 169-174.
- Burns, L. R., & Fedewa, B. A. (2005). Cognitive styles: Links with perfectionistic thinking. *Personality and Individual Differences*, 38, 103-113.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., & Williams, C. L. (2000). Essentials of MMPI-2 and MMPI-A Interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Byrne, M. S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2004). Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1341-1356.
- Cohen, D. L., & Petrie, T. A. (2005). An examination of psychosocial correlates of disordered eating among undergraduate women. *Sex Roles*, 52, 29-42.
- Dyck, M. J. (1992). Subscales of the dysfunctional attitude scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 333-335.
- Dyck, M. J., & Agar-Wilson, J. (1997). Cognitive vulnerabilities predict medical outcome in a sample of pain patients. *Psychology, Health and Medicine*, 2, 41-50.
- Eckhardt, C. I., & Kassinove, H. (1998). Articulated cognitive distortions and cognitive deficiencies in maritally violent men. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 231-250.
- Epstein, S., & Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 332-350.
- Friedman, A. F., Webb, J. T., & Lewak, R. (2001). *Psychological assessment with MMPI-2*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. New York: American Psychiatric Press.
- Graham, J. R. (2006). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Greene, R. L. (2000). *The MMPI-2: An interpretive manual*. Boston: Allyn & Bacon.
- Harris, R., & Lingo, J. (1968). *Subscales for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Mimeographed materials, The Langley Porter Clinic.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Litinsky, A. M., & Haslam, N. (1998). Dichotomous thinking as a sign of suicide risk on the TAT. *Journal of Personality Assessment*, 71, 368-378.

- Mraz, W., & Runco, M. A. (1994). Suicide ideation and creative problem solving. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 24, 38-47.
- Nichols, D. S. (2001). *Essentials of MMPI-2 Assessment*. New York: John Wiley & Sons.
- Nichols, D. S., & Greene, R. L. (1995). *MMPI-2 structural summary interpretive manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Pretzer, J. (1990). Borderline personality disorder. In T. A. Beck, & A. Freeman, et al. (Eds.), *Cognitive therapy of personality disorder* (pp.176-207). New York: The Guilford Press.
- Rotheram-Borus, M. J., Trautman, P. D., Dopkins, S. C., & Shrout, P. E. (1990). Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 554-561.
- Teasdale, J. D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 347-357.
- Weishaar, M. E. (1996). Cognitive risk factors in suicide. In P. M. Salkovskis(Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*(pp.226-249). New York: Guilford Press.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the dysfunctional attitude scale: a preliminary investigation*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canada.
- Wenzel, A., Chapman, J. E., Newman, C. F., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2006). Hypothesized mechanisms of change in cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 503-516.

원 고 접 수 일 : 2008. 10. 2.

게 재 결 정 일 : 2008. 10. 22.

The Relationship between Dichotomous Thinking and Psychopathology

Seong-Hoon Hwang

Department of Counseling Psychology
Hanyang Cyberuniveristy

Hoon-Jin Lee

Department of Psychology
Seoul National University

Dichotomous thinking(DT) refers to the tendency to judge objects, people or events in terms of extremes. DT can have psychopathological consequences. The binary conclusions drawn as a result of DT can lead to extreme reactions and maladaptive patterns of emotions and behaviours. The aim of this study was to explore the relationship between DT and psychopathology using the clinical scales of the revised Minnesota Multiphasic Personality Inventory(MMPI-2). The participants were college students assigned to two contrast groups(DT vs normal controls) on the basis of Dichotomous Thinking Index. The DT group showed lower L, K and higher F, D, Pd, Pa, Pt, Sc, Ma, Si scale scores than the control group. This confirmed the expected relationship between DT and various domains of psychopathology. As predicted, dichotomous thinkers showed elevated MMPI-2 profiles and revealed higher level of intention to participate in psychotherapy. A result of particular importance is that the profile of dichotomous thinkers was characterized by the elevation of each Si and Ma scale(Spike 0, Spike 9) which implies contradictory self images. The correlations between DT and the various MMPI-2 scales were investigated as a preliminary exploration of future researches. A conceptual analysis of the correlations found in the present study suggests that psychopathology of DT may be categorized into five domains: 1) global dysfunction, 2) negative affect, 3) anger and alienation, 4) elation and impulsivity, and 5) disorganization of thought.

Key words : *dichotomous thinking, MMPI-2, psychopathology, codetype*