

## MMPI-2 프로파일을 통해 본 남성 병적 도박자의 특성

한영옥\* 김한우 김태우 이재갑 정준용  
유켄센터

본 연구는 서울 소재의 도박중독치료센터 1개소에 내방한 174명의 남자 병적 도박자를 대상으로 다면적 인성검사(MMPI-2) 프로파일을 군집 분석하고 유형별 특징을 살펴보고자 이루어졌다. 이와 더불어 AAS(중독인정) 및 APS(중독가능성) 보충척도가 병적 도박자를 예측할 수 있는 지표로서 유용한지 여부를 알아보려고 하였다. 본 연구에서 밝혀진 주요 결과는 다음과 같다. 첫째, MMPI 타당도척도와 임상척도에 따라 3개 군집으로 분류할 수 있었는데, 군집1(49%)은 병식이 부족하고 방어적인 '정상프로파일집단', 군집2(39%)는 2-4척도가 유의하게 상승하는 '정신병질자 집단', 군집3(12%)은 우울, 불안, 분노 등의 정신병리 증상을 호소하는 '정신적 혼란이 심한집단'으로 정의 되었다. 둘째, APS 보충척도가 병적 도박자를 변별해 줄 수 있는 하나의 유용한 지표가 될 수 있음이 시사되었다. 각 집단에서의 특징 및 치료 시 고려해야 할 사항들과 연구의 시사점 및 제한점을 논의하였다.

주요어 : 병적 도박, MMPI-2, AAS, APS

\* 교신저자(Corresponding Author) : 한영옥 / 유켄센터 / 서울시 서초구 방배동 446-27 아라빌딩 3층  
Tel : 02-6006-6335 / Fax : 02-581-1414 / E-mail : hyo8116@hanmail.net

병적 도박은 정신장애의 진단 및 통계적 편람에서 충동조절장애로 분류하고 있으며(APA, 1994), 치료가 필요한 정신과 장애 중의 하나이다. 국내에서 가장 큰 규모로 이루어진 2만명을 대상으로 한 병적 도박 유병률 연구에 따르면 우리나라 병적 도박 유병률은 0.9%이며 이를 성인인구 대비로 추정하면 약 33만명에 이르고 있다(한국마사회, 2009). 이 추정인구가 적은 편이 아닌데도 불구하고 도박중독치료센터나 정신과 장면 등 치료기관에 내방하여 치료를 받는 경우는 다른 정신장애에 비해 그 비율이 상당히 저조하다고 할 수 있다. 이러한 이유 중의 하나는 병적 도박의 문제를 과소평가하거나 병적 도박을 치료가 필요한 장애로 보지 않는 것과 같은 이 장애에 대한 인식 부족 때문일 것이다.

사람들이 왜 도박을 하며, 엄청난 손실에도 불구하고 도박을 계속하는가에 대한 질문에 대한 가능한 대답은 도박행동에 미칠 수 있는 위험요인 및 개인차 변인과 연관시킬 수 있을 것이다. 개인차 변인으로는 병적 도박과 관련된 성격에 대한 연구를 들 수 있으며, 성격 변인에 관한 연구는 주로 자극추구, 각성, 그리고 충동성과 같은 특정한 하위 특성에 초점을 맞추어 왔다(Zuckerman, 1979; Breen & Zuckerman, 1999).

Zuckerman(1994)은 감각추구성향이 높은 사람은 위험을 과소평가하는 반면 행동을 함으로써 발생하는 각성상태를 긍정적으로 평가하는데 이러한 특징은 약물남용, 성적탐닉, 위험한 운동이나 강박적 도박과 같은 행동을 하는 사람들에게서 흔히 발견된다고 보았다. 30명의 병적 도박자를 대상으로 한 초기 연구에서 병적 도박자들은 표준 자극측정도구의 4개 하위 척도에서 모두 유의하게 높은 점수를 나타

냈다(Zuckerman, 1979). 어떤 연구들은 자극추구 성향이 도박 관여도에 더 많이 관련되어 있을 뿐만 아니라, 추격매수와 같이 문제를 일으키는 도박형태와 관련있다(Dickerson, 1987)는 것을 밝혔다. 각성과 도박행동과의 관련성을 살펴보면 도박이 생리적 각성을 증가시킨다는 연구 결과가 있으며(Anderson & Brown, 1984; Brown, 1986), Dickerson과 Adcock(1987) 정기적으로 도박을 즐기는 사람은 비정기적으로 도박을 즐기는 사람보다 각성 수준이 더 높다고 보고하고 있다. 그러나 위의 연구결과들을 지지하지 않는 증거가 발견되는 연구들(Castelliani & Rugle, 1995; Griffiths, 1993)도 있어 자극추구나 각성이 도박행동 간의 관련성 및 병적 도박으로 진행되는 핵심적인 성격 소인 중의 하나임을 강력하게 지지하지 못하고 있고 경험적 연구가 부족한 실정이라고 할 수 있다(Giarocchi, 2002). 이에 반해 충동성은 병적 도박자를 이해하는 데 중요한 역할을 한다는 결론을 일관성 있게 지지한다(Breen & Zuckerman, 1999; Steel & Blaszcynski, 1998; Castelliani & Rugle, 1995)고 볼 수 있다. 아이젠크의 충동성 척도 4개의 하위척도 중 충동성과 무계획성은 병적 도박자들과 그렇지 않은 사람들을 일관성 있게 분류해주고 있으며(Steel & Blaszcynski, 1998), 병적 도박자가 문제성이나 사교성 도박자에 비해 충동성에서 더 높은 점수를 보이고 있듯 병적 도박이 심각할수록 충동 통제력이 부족함이 시사되고 있다(한국마사회, 2004). 자극추구는 사람들이 도박을 시작하도록 하는 소인이 될 수 있는 반면에, 충동성은 자기통제에 영향을 미칠 수 있다고 하겠다(Giarocchi, 2002).

정서 변인과 병적 도박과의 관련성을 살펴보면 대표적으로 우울과 불안을 들 수 있

다. 우울이 도박의 전조 증상인지에 대한 연구는 거의 없지만 성인의 경우 비문제성 도박자들보다 병적 도박자들의 우울이 더 높고 (Ladouceur, Arsenault, Dube, Freeston, & Jacques, 1997; 김교헌 & 권선중, 2003), 도박을 과도하게 하는 사람들은 우울 및 불안 정서와 부적 상관을 보였다(Kusyszyn & Rutter, 1985). 불안에 대한 결과도 우울과 유사하다. 병적 도박자들이 도박을 자주 하는 사람과 도박을 가끔 하는 사람보다 불안상태가 더 높은 것으로 나타났다(Sharpe, Tarrier, Schotte, & Spence, 1995). 요약하면 병적 도박의 결과로 우울이나 불안과 같은 부정적인 정서가 발생한다는 연구 결과들이 있지만 병적 도박의 발병이나 지속에 대한 이러한 부정적 감정상태의 역할에 대해서는 아직 알려져 있지 않다.

인지적 오류와 병적 도박과의 관계는 중요한 이슈이다. 도박자들이 흔히 잘못 생각하는 가장 기본적인 인지적 오류는 무선성에 대한 잘못된 지각에 있다(Ladouceur, Sylvain, Letarte, Giroux, Jaccques, 1998). 도박자들은 자신이 마치 예측 불가능한 사건의 결과에 영향을 미칠 수 있는 것처럼 행동하는 통제력의 착각을 발전시켜 나간다. 도박에서 인지 왜곡에 대한 또 다른 예는 도박 결과에 대한 편파적인 평가, 즉 자기본위편향을 들 수 있다(Gilovich, 1983; Gilovich & Douglas, 1986). 이것은 사람들이 성공을 자신의 능력과 관련되어 있다고 보는 반면에 실패에 대해서는 외부적인 원인과 관련이 있다고 보는 것을 의미한다. 이와 같은 인지적 오류 때문에 병적 도박자들은 자신의 능력에 대한 과도한 자신감을 일으키게 되어 계속 도박을 하게 된다. 마지막으로 도박자의 오류를 들 수 있다. 지금까지 대박이 터지지 않았기 때문에 이때쯤이면 한번 터질 때

가 되었다고 생각해 계속 도박을 하게 되는 것이 대표적인 도박자의 오류이다. 즉 병적 도박자들은 사건들 간의 인과관계를 맺고 싶은 마음 때문에 무선적 사건들이 실제로 관련이 있다고 믿게 되어 도박을 계속 하게 된다.

병적도박과 다른 정신장애와의 관련성 또한 간과할 수 없다. Leiser와 Rosenthal(1991)에 따르면 병적 도박자 중 12.9%가 알코올 남용자였고, 76%는 주요우울장애를 보였으며, 28%가 반복적인 우울 삽화를 보였다고 한다. 병적 도박의 공존장애에 대한 연구가 그리 많지는 않지만 병적 도박과 관련성이 높은 정신장애는 크게 세 가지로 분류할 수 있다. 첫째, 병적 도박자들은 물질남용을 많이 하는 것으로 나타났다. 둘째, 심한 병적 도박자들은 반사회성 성격 특질을 가지고 있다. 셋째, 병적 도박자들에게 기분장애의 발생률이 높게 나타났다(Ciarrocchi., 2002). 병적 도박자들의 자살 사고 및 시도가 높다는 것은 이 집단에서 정서 문제가 많다는 것을 의미한다(Ciarroaahi & Richardson, 1989).

병적 도박과 관련된 광범위한 성격 특성 및 정신병리적 양상들을 조사한 연구들은 MMPI가 가장 많다. 미국재향군인 병원의 치료 프로그램을 받고 있는 남성 병적 도박자 100명에 대한 연구에서, 4개의 척도들; 4, 2, 7 그리고 8이 유의하게 상승된 점수를 보였다(Graham & Lowenfeld, 1986, 김경훈, 김태우, 김한우, 안상일, 이영찬, 최성일 공역, 2007에서 재인용). 이 척도에 대한 주요 증상 패턴들은 각각 충동적 행동표출, 우울, 심한 긴장, 정신이상이다. 특히 척도 4의 상승은 대체로 '사회적 관습과 가치 기준을 무시하고, 경험을 통해 배우는 능력이 없으며, 미성숙하고 공격적이고 성급한 성격을 가진 집단을 나타낸다

(김중술, 1994). 군집분석을 통해 사례들의 89%를 설명하는 지배적인 4개의 패턴이 밝혀졌다.

가장 공통적인 군집은 척도 4와 9의 상승 패턴이었다. 이는 반항, 미성숙, 그리고 행동화로 특징지어지는 성격장애를 나타낸다. 군집 2는 척도 8, 7, 2, 4의 상승이었는데, 즉 의심이 많고 유연성이 없고, 예민하고 사회적으로 위축된 경향을 보이는 사람을 나타낸다. 군집 3은 척도 2가 매우 상승하고 3, 4, 7은 조금 상승한 수동 공격적 성격을 보이는데, 이들은 종종 알코올 문제를 가지고 있다. 군집 4는 척도4가 매우 상승하는 미성숙하고 침울하고 욕구좌절 내성이 아주 낮은 긴장하고 있는 사람을 나타낸다. MMPI를 이용한 일부 소수 연구들에서 유사한 패턴 특히, 척도 2와 4의 상승을 발견하였는데(Moravec & Munley, 1983), 이는 알코올 중독 환자에게서 보이는 전형적인 패턴이다(Ciarrocchi, Kirschner, & Falik, 1991). Ciarrocchi 등(1991)은 96명의 알코올 중독 환자, 물질의존이 있는 병적 도박자 81명, 물질의존이 없는 병적 도박자 55명을 비교하였는데, 알코올 중독 환자를 순수 병적 도박 집단과 비교했을 때 MMPI 상에서 차이가 없었다. 또한 비알코올 도박자를 알코올 도박자나 순수 알코올 중독환자와 비교했을 때도 차이가 없었고 친숙한 2-4패턴이 두드러졌다.

이와 같이 알코올 중독 환자의 MMPI 패턴과 병적 도박자들의 MMPI 패턴이 유사하다는 연구결과 있고, 한 연구(Petry, Stinson, & Grant, 2005)에서는 병적 도박자들 가운데 알코올 사용장애를 공존장애로 갖고 있는 경우 73.2%라고 보고하고 있다. 또한 병적 도박자와 알코올 중독자가 공통적인 생리적 소인을 갖는 것 같다(Carton & Goldstein, 1987)는 연구결과

등을 고려해 볼 때 병적 도박과 알코올 사용장애의 관련성은 상당히 높다고 볼 수 있다. MMPI-2에서 물질남용 문제를 가려내기 위해 고안된 척도로는 MAC-R, AAS, APS 세 가지가 있는데 이 척도들에서 높은 점수가 하나 이상인 경우 물질남용 문제가 의심된다고 볼 수 있다. 그런데 MAC-R, AAS, APS 척도는 물질남용자를 예측하는데 있어 유용한 지표로 알려졌다(Jerome, D., Gilmore, S. J., Lash, M. A., Foster, & Sharon, L. B). 그렇다면 MMPI-2의 중독 관련 두 척도 AAS(중독인정), APS(중독가능성)가 물질 중독과 유사한 중독 문제(행위 중독)로 개념화할 수 있는 병적 도박자들을 변별해 낼 가능성이 높다고 예상할 수 있다. 따라서 알코올 중독 척도인 MAC-R 이외에 나머지 중독 관련 두 척도 AAS, APS가 병적 도박자들 또한 예측할 수 있는 지표인지 확인한다면 병적 도박을 진단하는데 있어 MMPI-2의 임상적 유용성을 높일 수 있으리라 기대된다.

본 연구에서는 1989년 출간된 이래 국내 대부분의 임상평가와 연구분야에서 활용되고 있는 MMPI가 병적 도박자들에 대해서는 어떠한 정보를 제공해주고 있으며 이를 토대로 진단과 평가, 치료적 개입을 위해 어떻게 활용될 수 있는지에 대해 초점을 두고자 한다. 한국의 경우 MMPI를 활용하여 알코올 의존이나 물질 의존자들에 대한 성격 양상 및 특징적인 정신병리를 확인하는 연구는 있지만(고숙남 & 오상우, 1998; 신수경 & 조성희, 2008; 진영호, 박상규, 권석환, 윤태호, 장기용, 정원후, & 장진열, 2000; Limn, 2001) 병적도박자에 대한 MMPI 프로파일 양상에 대한 연구는 지금까지 없는 실정이다. 이러한 점에서 본 연구의 의미가 있다고 하겠다. 구체적인 연구 내용은 첫째 병적도박자를 대상으로 MMPI-2(김중술,

한경희, 임지영, 이정흠, 민병배, 문경주, 2005) 타당도 및 임상척도의 군집분석을 통한 유형군을 분류하여 병적 도박자들의 임상적 특징들을 살펴보고자 한다. 둘째, 병적 도박자들이 알코올 및 약물 의존자의 MMPI 프로파일과 차이가 없다는 연구결과(Ciarrocchi 등, 1991)에 기초해 MMPI-2의 AAS(중독인정) 및 APS(중독가능성) 보충척도가 병적 도박자를 예측할 수 있는 지표로서 유용한지 여부와 두 척도의 점수가 높은 집단과 낮은 집단의 MMPI-2 프로파일 양상을 비교하고자 한다.

### 연구방법

#### 연구대상

서울에 소재한 1개소의 도박중독치료센터에 내방하여 상담을 받았던 남자 병적 도박자 중 도박자 초기면담질문지(인구통계학적 변인과 도박진단 검사, 도박동기 검사가 포함)와 MMPI-2 모두 실시한 198명 중 도박진단검사 3개 중 어느 하나에서도 병적 도박 진단 여부를 확인할 수 없을 정도로 불성실하게 응답하였거나 도박진단검사에서 병적도박자의 진단에 부합되지 않는 내담자를 제외한 174명을 분석 대상으로 하였다. 대상자에 대한 인구통계학적인 특성은 표 1에 제시되어 있다.

#### 측정도구

##### 인구통계학적인 변인에 관한 설문지

병적 도박자의 인구통계학적 특성과 도박 병력을 조사하기 위해 제작되었다. 이 설문지를 통해 얻을 수 있는 정보들은 성별, 연령,

직업, 학력, 결혼상태, 종교, 신용불량여부, 월소득, 부채상태, 방문경로, 상담동기 등이 있으며, 도박자의 최초도박, 주도박, 베팅금액 등 도박경험에 대한 16가지 항목으로 구성되어 있다.

##### 도박진단검사

병적 도박의 진단을 위해 DSM-III-R에 근거해 개발된 SOGS(Lesieur와 Blume, 1987)와 DSM-IV의 병적 도박 진단기준을 기초로 하여 제작된 NODS(NORC, 1999) 및 MAGS(Shaffer, Labrie, Scanlan, Cumming, 1994)를 함께 사용하였다. 본 연구에서는 최완철, 김경빈, 오동열, 이태경(2001)이 타당화한 K-SOGS, 김교현(2003)이 타당화한 K-NODS, 이홍표(2002b)가 타당화한 K-MAGS를 사용하였다. 이 척도들은 DSM 계열의 10개 병적 도박 진단준거의 존재 유무를 자기보고식으로 답변하도록 구성되어 있다. 구체적으로 도박에 몰두, 내성, 금단증상, 조절실패, 도피, 본전회복, 거짓말, 탈법행위, 중요관계의 손상, 구조요청 등의 내용을 측정한다. 이 척도들에서 5점 이상의 점수를 받으면 병적 도박으로 진단하며 높은 점수를 받을수록 병적도박의 심각도나 도박중독 정도가 높음을 의미한다. K-SOGS의 내적 일치도는 .95(최완철, 등 2001), K-NODS의 내적 일치도는 .91(김교현, 2003) K-MAGS의 내적 일치도는 .85(이홍표, 2002b)로 신뢰로운 수준이었다. 본 연구에서 K-SOGS의 내적 일치도는 .61, K-NODS의 내적 일치도는 .75, K-MAGS의 내적 일치도는 .71로 나타났다. 본 연구 대상의 K-SOGS의 평균은 10.79점(SD=3.20), K-NODS 평생형의 평균은 8.84점(SD=2.22), K-NODS 1년형의 평균은 8.37점(SD=2.75), K-MAGS 평균은 6.88점(SD=2.56)으로 모든 도박진단검사

에서 절단점(5점) 이상의 점수를 나타냈다. 연구 대상자 174명 모두 K-SOGS와 K-NODS 평생형에서 5점 이상의 점수를 보이고 있어 병적 도박 진단에 부합된다고 볼 수 있다.

### 한국판 MMPI-2

김중술 등(2005)에 의해 개발된 한국판 MMPI-2는 영문 MMPI-2(Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, Kaemmer, 1992)문항들에 대해 번역 및 역번역과 예비연구 과정을 거쳐 개발되었다. MMPI-2는 원판 MMPI 장점을 유지하면서 수정, 보완함으로써 원판 MMPI 비해 여러 가지 개선점과 장점을 지닌다고 평가되고 있으며, 한국판 MMPI-2가 신뢰롭고 타당한 검사로서 쓰일 수 있음이 보고되고 있다(한경희, 임지영, 민병배, 이정흠, 문경주, 김중술, 2006). 본 연구에서는 병적 도박자의 MMPI-2의 타당도 및 임상척도, 내용척도, 보충척도 4개(중독 관련척도 3개와 결혼생활부적응척도), 성격병리 5요인 척도를 분석하였다.

### 자료분석

연구대상자의 MMPI-2 자료에서 3개 이상의 무응답을 보인 경우는 없었고, F, Fb, Fp척도가 80이상으로 상승하는 경우는 없었으며, 기타 타당도 척도에서도 무작위 응답을 했을 가능성은 보이지 않고 있다. 병적 도박자들을 유사한 성격 특징을 가진 집단으로 분류하기 위해 ?척도를 제외한 8개의 타당도 척도와 10개의 임상척도를 군집분석에서 사용하였다. 군집분석에서, 유사성 측정치로는 자승화된 유클리드식 거리(squared Euclidian Distance)를 사용하였고 군집화 방식으로는 집단내 평균결합법(within average linkage method)을 사용하였

다. 추출된 각 군집들이 전체적인 MMPI 프로파일을 상에서 차이가 있는지 알아보기 위하여 MMPI 결과를 중다변인변량분석(MANOVA)를 하였다. 그리고 군집간 MMPI 점수의 차이를 검증하였고, 사후검증(Scheffé)을 실시하였다. 또한 중독가능성(APS) 척도의 점수가 높은 집단과 낮은 집단으로 분류하여 두 집단간 MMPI 점수의 차이를 검증하였다. 분석에 사용된 통계프로그램은 SPSS 12.0 for Window였다.

## 결 과

### 인구통계학적인 특성

병적도박자의 평균 연령은 39.33세였다. 학력은 대졸이 38.5%로 가장 많았다. 직업은 회사원이 48.9%로 가장 많았고, 종교는 기독교가 27.0%로 가장 많았으며, 결혼상태는 기혼·안정이 39.1%로 가장 많았다. 사회인구학적인 특징이 표 1에 제시되어 있다.

### 병적 도박자의 MMPI-2 군집분석 하위 유형별 MMPI-2 평균 프로파일 양상

병적 도박자의 적절한 군집 수를 결정하기 위하여 24개의 군집을 구분하여 분석해 본 결과 MMPI 타당도(6개) 및 임상척도(10개)의 중다분석에서 각기 군집 간(즉: 2군집간, 3군집간, 4군집간)에 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 따라서 군집 수를 어떻게 정하든 관계는 없다. 그러나 사례수를 고려할 때 3개의 하위 유형이 이해하는 데 가장 적절하다고 판단되어 3개의 군집으로 선택하였다. 즉 군집 수를 2개로 했을 때 사례수에서 군집1=154명,

표 1. 병적 도박자들의 사회인구학적 통계

변인	인원(%)	
학력	초등졸	1(0.6)
	중졸	7(4.0)
	고졸	51(29.3)
	전문대졸	26(14.9)
	대재	5(2.9)
	대졸	67(38.5)
	대학원졸	11(6.3)
	회사원	85(48.5)
	자영업	19(10.9)
직업	일용직	9(5.2)
	무직	37(21.3)
	학생	6(3.4)
	기타	14(8.0)
	미혼	38(21.8)
	기혼-안정	68(39.1)
	기혼-불안정	47(27.0)
결혼형태	별거	2(1.1)
	이혼	13(7.5)
	동거	1(0.6)
	천주교	16(9.2)
종교	불교	21(12.1)
	기독교	47(27.0)
	무교	79(45.4)
	기타	2(1.2)
	신용불량여부	그렇다 47(27.0) 아니다 114(65.5)

군집2=20명이었고, 군집 수를 3개로 했을 때 군집1=86명, 군집2=68명, 군집3=20명이었고, 군집 수를 4개로 했을 때 군집1=86명, 군집2=68명, 군집3=14명, 군집4=6명이었다. 군집 수 2개로 했을 때 군집1의 154명은 군집 수 3개로 했을 때의 군집1의 86명과 군집2의 68명으로 나뉘는 결과라서 군집 수 2보다 군집 수

3개로 분석하는 것이 더 세분되는 것이다. 한편, 군집 수 3개로 했을 때의 군집3의 20명은 군집 수 4개로 했을 때의 군집3의 14명과 군집4의 6명으로 분류되는 결과라서 군집4의 6명은 전체 174명의 극히 일부분(3.4%)에 해당되기 때문에 대표성이 부족하다고 할 수 있다. 따라서 군집 수 3개로 정하여 분석하는 것이 가장 타당하다고 볼 수 있다. 얻어진 3개 군집의 MMPI 타당도 및 임상척도를 중다변인변량분석한 결과 Wilk's Lamda를 적용하였을 때 3개 군집은 유의한 차이를 보였다( $F=14.21$ ,  $p<.001$ ).

3개 군집의 MMPI-2 타당도 및 임상척도, 내용척도, 보충척도(4가지), PSY-5척도의 평균과 표준편차가 표 2에 제시되어 있고, 군집별 MMPI-2 평균 프로파일이 그림 1, 2, 3에 제시되어 있다.

그림 1에서 알 수 있듯이, 군집 1(N=86)은 K, S척도 점수(51-52점)에서는 다른 군집보다 9-17점 높은 점수를 보이고 있고, 척도4를 제외한 모든 임상척도가 50미만으로 정상프로파일을 나타내고 있는 '정상프로파일 집단' 이라고 할 수 있다. 군집 2(N=68)는 척도2와 4가 61-62점대이고, 60점 이상이 되는 다른 임상척도는 없으며, 상승척도 쌍에 포함된 T점수가 60점 이상이라면 정의된 상승척도 쌍을 언제라도 해석할 수 있다(Graham, 2006)는 근거를 적용할 때 선행연구에서 도박중독자들에게서 흔히 나타나는 친숙한 4-2 패턴을 보이는 '정신병질자 집단' 이라고 할 수 있다. 군집 3(N=20)은 F와 Fb척도가 70가까이 상승하고 있고, L, K, S척도가 35-37점대로 세 집단 중 가장 낮은 점수를 보이고 있다. 한편 척도2와 척도4가 70대로 높게 상승하고 있으며 정신증 척도인 6, 7, 8척도 또한 70대로 높게 상

표 2. 각 군집의 MMPI-2 척도 평균과 표준편차

	군집						전체평균 (표준편차) N=174	F	Sheffe'
	1(N=86)		2(N=68)		3(N=20)				
	M	SD	M	SD	M	SD			
Vrin	43.66	8.21	44.66	7.80	42.65	6.80	43.94(7.89)	.60	
Trin	57.74	5.55	56.53	4.82	55.15	3.84	56.97(5.15)	2.51	
F	42.84	6.74	50.63	5.36	67.30	8.65	48.70(10.01)	119.95***	1<2<3
Fb	42.80	8.66	54.25	7.10	68.75	4.65	50.26(11.50)	106.69***	1<2<3
Fp	41.88	6.07	44.65	5.74	52.45	7.26	44.18(6.87)	24.71***	1<2<3
L	45.77	8.62	41.47	7.32	37.25	5.77	43.11(8.33)	11.97***	1<2, 3
K	52.88	9.18	43.38	8.27	36.40	5.52	47.28(10.32)	42.27***	1>2>3
S	51.79	8.73	43.25	8.08	35.85	5.40	46.62(9.85)	40.36***	1>2>3
Hs	46.41	7.09	52.34	9.55	62.80	9.01	50.61(9.80)	33.61***	1<2<3
D	49.55	7.49	61.69	8.40	72.65	9.62	56.95(11.38)	84.80***	1<2<3
Hy	48.78	6.94	56.60	9.56	66.75	10.03	53.90(10.25)	42.63***	1<2<3
Pd	55.41	10.03	62.35	8.29	72.30	9.51	60.06(10.77)	29.96***	1<2<3
Mf	47.35	8.86	52.03	9.29	54.20	7.39	49.97(9.23)	7.83**	1<2, 3
Pa	46.99	7.48	52.74	7.19	72.30	12.62	52.03(10.99)	73.24***	1<2<3
Pt	47.10	8.02	57.90	9.22	73.50	10.26	54.36(12.24)	82.12***	1<2<3
Sc	43.50	6.66	51.60	5.28	70.20	7.64	49.74(10.40)	151.34***	1<2<3
Ma	47.01	7.74	48.76	10.21	61.75	10.07	49.39(10.08)	21.77***	1, 2<3
Si	45.64	9.05	57.04	9.67	66.90	7.41	52.54(11.75)	57.45***	1<2<3
ANX	47.41	9.08	64.59	11.54	82.10	9.00	58.11(15.52)	118.42***	1<2<3
FRS	46.07	8.41	52.91	10.69	57.25	12.50	50.03(10.64)	15.16***	1<2, 3
OBS	44.93	7.28	55.22	11.14	69.60	10.01	51.79(12.24)	64.91***	1<2<3
DEP	50.20	9.41	67.96	9.78	84.30	7.06	61.06(15.03)	138.79***	1<2<3
HEA	44.06	7.99	52.96	10.75	70.65	10.76	50.59(12.60)	67.21***	1<2<3
BIZ	43.26	8.26	49.85	7.07	67.85	15.18	48.66(11.65)	62.98***	1<2<3
ANG	47.27	9.70	55.79	11.78	70.30	11.34	53.25(12.96)	40.39***	1<2<3
CYN	44.03	8.53	52.43	10.19	62.05	11.043	49.39(11.26)	34.44***	1<2<3
ASP	46.70	6.87	52.53	10.35	62.85	12.33	50.83(10.38)	27.65***	1<2<3
TPA	47.05	7.95	52.87	11.13	62.20	8.26	51.06(10.49)	23.34***	1<2<3
LSE	45.33	7.15	60.03	10.29	73.10	9.29	54.26(13.01)	105.98***	1<2<3
SOD	47.63	11.15	56.54	13.84	64.35	11.58	53.03(13.57)	19.48***	1<2<3
FAM	45.27	8.12	57.47	10.91	73.65	13.83	53.26(13.60)	73.32***	1<2<3
WRK	44.48	7.31	59.49	10.08	78.70	8.44	54.28(14.17)	148.19***	1<2<3
TRT	44.35	7.70	57.06	9.78	71.30	6.99	52.41(12.39)	97.92***	1<2<3
MDS	46.98	9.75	58.41	7.73	68.80	5.96	53.95(11.46)	66.57***	1<2<3
MAC-R	53.48	9.89	56.38	11.20	62.65	9.10	55.67(10.68)	6.64**	1<3
AAS	45.69	9.65	52.84	11.22	58.80	10.24	49.99(11.29)	17.21***	1<2, 3
APS	57.52	9.95	62.63	9.98	66.90	9.42	60.60(10.39)	9.61***	1<2, 3
AGGR	47.43	9.48	46.37	12.35	55.45	10.39	47.94(11.07)	5.66**	1, 2<3
PSYC	43.35	7.30	50.46	8.37	69.60	13.88	49.14(11.84)	75.39***	1<2<3
DISC	51.98	10.83	53.51	11.88	62.15	13.15	53.75(11.88)	6.33**	1, 2<3
NEGE	48.38	8.97	64.34	13.12	82.15	11.35	58.50(15.79)	91.53***	1<2<3
INTR	50.28	8.34	55.72	10.51	63.40	11.00	53.91(10.41)	17.28***	1<2<3

\*\*p <.01, \*\*\*p <.001

타당도 척도 및 임상척도들에 대한 MANOVA 결과 Wilks' λ=.141, F=14.21, p<.001

내용척도들에 대한 MANOVA 결과 Wilks' λ=.221, F=11.79, p<.001

보충척도들에 대한 MANOVA 결과 Wilks' λ=.528, F=15.78, p<.001

PSY-5척도들에 대한 MANOVA 결과 Wilks' λ=.307, F=26.86, p<.001



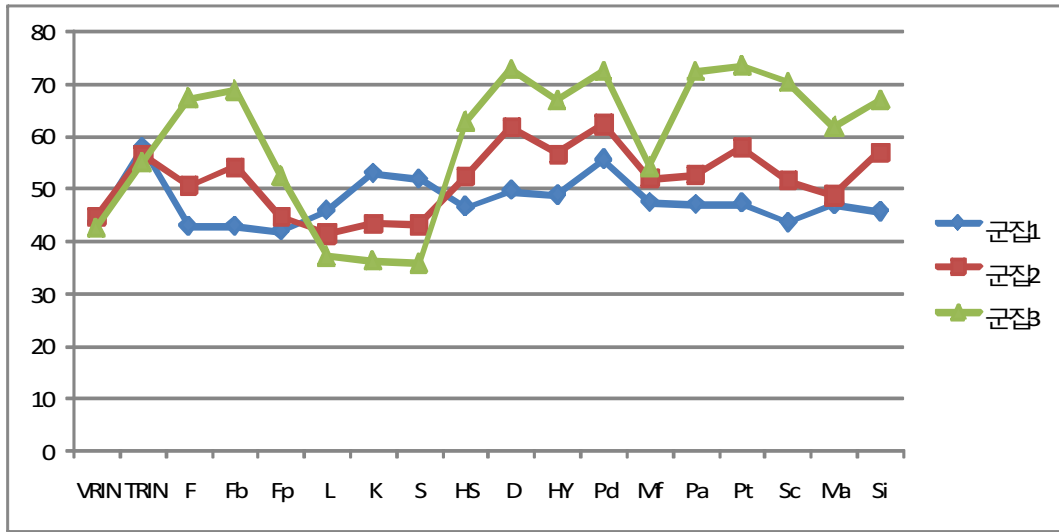


그림 1. 군집별 MMPI-2 타당도 및 임상척도 프로파일

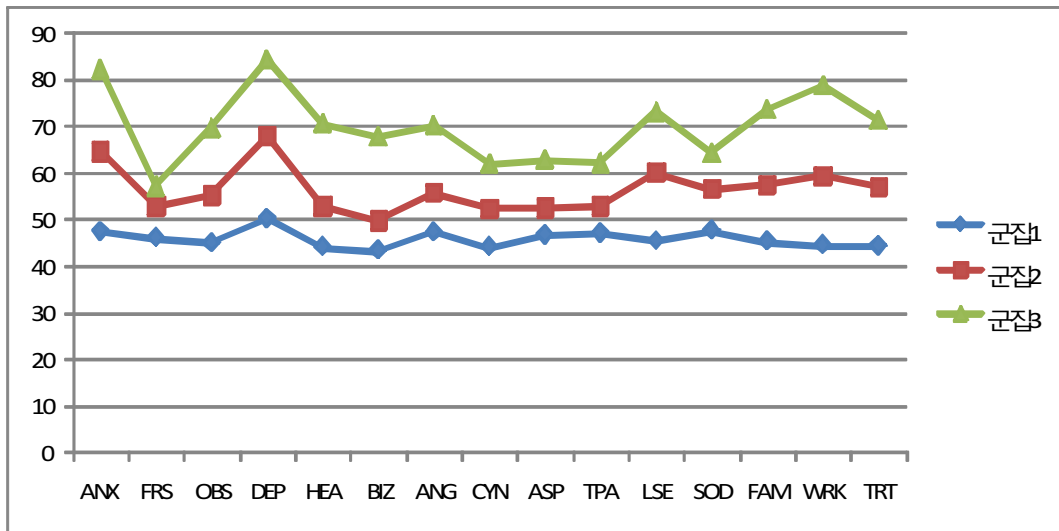


그림 2. 군집별 MMPI-2 내용척도 프로파일

승하고 있는 바 우울, 심한 긴장, 예민성, 충동성이 두드러지고 있는 ‘정신적 혼란이 심한 집단’이라고 할 수 있다.

그림 2에 제시된 내용척도를 살펴보면 군집 1에서는 모든 내용척도가 40점대로 정상 분포

를 보이고 있는 한편, 군집 2에서는 ANX와 DEP 척도가 64-67점으로 상승된 가운데, LSE 척도가 60점으로 나타나고 있다. 군집 3에서는 ANX와 DEP 척도가 82-84점으로 지나치게 상승된 가운데, HEA, ANG, LSE, FAM, WRT,

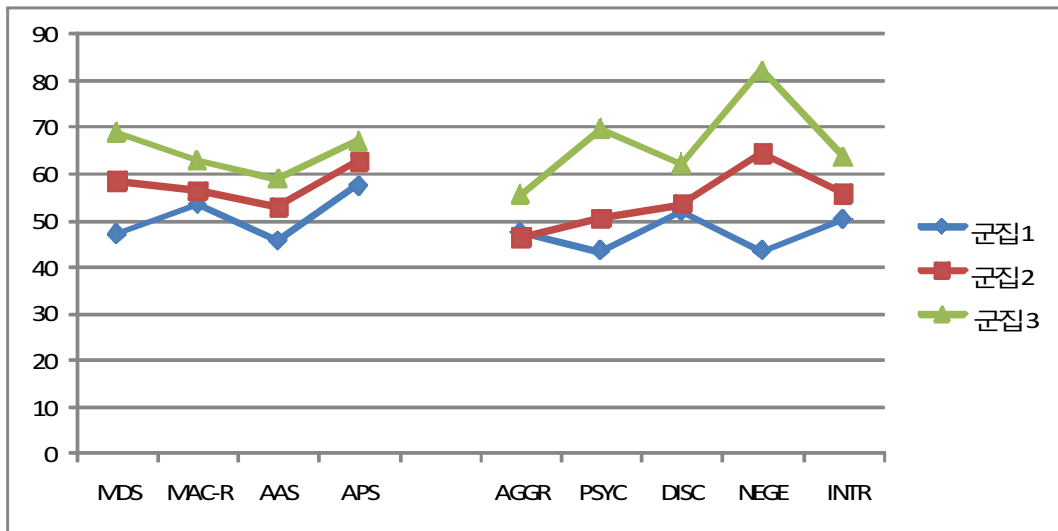


그림 3. 군집별 MMPI-2 보충척도 및 PSY-5척도 프로파일

TRT척도 또한 70-78점으로 높게 상승하고 있다. 또한 군집 3은 보충척도에서도 MDS, APS가 65점 이상으로 상승하고 있다.

그림 3에 제시된 바와 같이 PSY-5척도의 경우, 군집 1은 43-51점 사이의 정상 분포를 보였고, 군집 2는 NEGE 척도에서만 64점으로 상승하고 있고, 군집 3에서 NEGE 척도는 82점으로 지나치게 상승하고 있으며 PSYC척도 역시 70 가까이 상승하고 있다.

표 2는 군집별 MMPI-2 척도의 평균점수를 비교한 결과를 나타낸다. 타당도척도와 임상척도들에 대한 평균점수를 비교한 결과, 타당도척도에서 VRIN, TRIN을 제외한 나머지 타당도 및 모든 임상척도에서 3군집 간에 유의한 차이가 있었다. 내용척도에서는 모든 내용척도에서 3군집 간에 유의한 차이를 나타냈고, 보충척도에서 MDS척도와 3가지 중독관련척도, MACR, AAS, APS 모두 3군집 간에 유의한 차이를 보였다. 또한 PSY-5척도 모두 3군집 간에 유의한 차이를 나타냈다.

중독가능성 점수에 따른 MMPI-2 프로파일 양상

병적 도박의 주된 특징은 도박 충동 통제 및 조절의 만성적인 실패이고 행위 중독으로 개념화하고 있으며, 2012년 출시될 DSM-V에서 병적 도박이 ‘중독’이라는 범주에 들어갈 예정이라는(Hollander & Allen, 2006) 점에서 볼 때 MMPI-2의 중독관련 보충척도가 병적 도박을 예측할 수 있는 지표가 될 수 있다. 따라서 병적도박자의 MMPI-2의 AAS(중독인정)나 APS(중독가능성)를 확인해보면, AAS척도는 T점수 49.99로 정상범주에 해당된다. 그러나 APS척도는 60.60으로 다소 상승하고 있는데, 이는 병적 도박자(N=174)의 MMPI 프로파일은 정상범주에 속하고 T점수 60이상을 보이는 척도로는 임상척도에서는 4척도(T=60.06), 내용척도에서는 우울(DEP)척도(T=61.06) 밖에 없는 바 APS척도의 60.60점은 상대적으로 유의하게 높은 점수라고 할 수 있다. 따라서 APS 척도 점수

표 3. APS 상/하위 집단의 MMPI-2 타당도 및 임상척도와 내용척도 평균비교 및 차이검증

	APS 하위집단(N=22)		APS 상위집단(N=65)		F
	평균	표준편차	평균	표준편차	
Vrin	44.09	10.00	43.24	7.10	.185
Trin	56.05	4.84	57.02	5.13	.596
F	44.32	8.19	52.24	9.97	11.17**
Fb	46.14	7.79	54.14	10.24	11.81**
Fp	45.00	6.19	44.79	6.14	.019
L	52.00	7.89	38.23	5.83	74.59***
K	56.73	11.01	42.06	8.08	43.77***
S	55.68	10.09	42.31	8.04	39.12***
Hs	49.86	7.96	52.65	10.23	1.34
D	53.55	10.29	59.73	11.63	4.85*
Hy	51.77	7.77	57.05	11.31	4.08*
Pd	54.27	10.93	64.16	10.69	13.71***
Mf	49.59	7.59	51.35	9.22	.64
Pa	45.91	6.42	56.08	11.98	14.30***
Pt	50.23	10.21	59.21	13.52	8.04**
Sc	47.09	7.91	53.16	11.62	5.13*
Ma	45.27	6.62	53.39	10.93	10.67**
Si	49.41	10.71	54.15	11.35	2.90
ANX	45.68	9.49	66.10	14.70	36.78***
FRS	47.32	7.61	52.94	12.81	3.73
OBS	44.00	8.38	57.42	12.24	22.58***
DEP	52.50	15.79	62.87	13.95	18.40***
HEA	45.86	10.43	54.68	13.95	7.30**
BIZ	43.27	9.71	53.03	12.45	11.08**
ANG	43.95	7.70	59.55	13.31	26.85***
CYN	45.95	8.79	52.18	9.60	7.11**
ASP	46.27	7.75	55.18	11.32	11.62**
TPA	44.45	6.99	55.31	10.31	20.87***
LSE	44.27	9.98	59.53	12.76	25.76***
SOD	53.91	15.69	52.10	14.01	.25
FAM	46.41	9.82	58.05	14.01	12.87**
WRK	46.86	11.49	60.58	13.95	17.09***
TRT	47.14	9.67	57.15	11.27	13.72***

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

의 높고 낮은 정도에 따라 MMPI-2 프로파일 양상이 어떤지 비교하기 위해 APS척도에서 48점 이하 22명을 하위집단으로, 65점 이상을 보인 65명을 상위집단으로 분류하여 두 집단의 MMPI-2 타당도 및 임상척도와 내용척도 점수를 비교 하였다. 절단점 48점 이하와 65점 이상의 근거는 MMPI-2의 경우 T점수 65점은 높은 점수로 간주하며, 40점 미만일 때 낮은 점수로 간주하지만 다른 경우에는 분포의 하위 1/4에 속할 때를 낮은 점수로 간주한다 (Graham, 2006)는 것을 고려할 때 본 연구에서 65점 이상을 상위집단으로, 48점(하위 12.6%에 해당) 이하를 하위집단으로 분류가능하다.

표 3에서 알 수 있듯이, 타당도척도 및 임상척도에서는 Vrin, Trin, Fp, Hs, Mf, Si 척도를 제외한 나머지 척도에서 두 집단 간의 유의한 차이를 나타냈다. 내용척도에서는 SOD(사회적 불편감)척도를 제외한 모든 내용척도에서 두 집단 간의 유의한 차이를 보였다.

## 논 의

본 연구는 병적 도박자의 MMPI-2 타당도척도와 임상척도를 군집 분석하여 3개 집단(군집1: '정상프로파일 집단', 군집2: '정신병질자 집단', 군집3: '정신적 혼란이 심한 집단')으로 분류된 군집분석 결과간의 MMPI-2 프로파일 양상과 AAS나 APS가 병적 도박자를 예측할 수 있는 척도인지 확인하여 병적 도박자를 위한 MMPI-2의 활용, 진단과 평가, 치료적 개입, 심리교육 등에 도움을 주고자 하는 목적으로 수행되었다.

먼저, 도박자 전체(N=174)의 MMPI-2 프로파일 양상은 4척도만 60.06점으로 단독 상승하고

있고 나머지 척도들은 정상 범주에 속한다. 즉, 병적 도박자들이 4척도의 상승과 관련된 충동성이나 내적 소외(임상소척도에서 61.97로 가장 상승하고 있음)의 문제를 제외하고 성격 병리나 정신병리적인 증상을 두드러지게 나타내고 있지 않다는 점이다. 실제로 임상 현상에서 4척도 단독 상승 도박자를 흔히 발견할 수 있는데, 이 경우 두 가지 경우 중 하나였음을 경험적 확인할 수 있었다. 하나는 TCI (Temperament and Character Inventory: TCI; Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993)에서 자극 추구 기질이 극단적으로 높은 경우이거나 아니면 현재 심각한 도박 문제로 어려움을 겪고 있어 충동성이 아직 가라 앉지 않은 도박자였다.

다음으로 군집분석 결과 3개의 집단으로 분류할 수 있었는데, 먼저 군집1(N=86)은 본 연구대상의 절반에 해당되는 '정상프로파일 집단'이다. 군집1의 두드러진 특징으로는 K와 S 척도의 점수가 군집2와 군집3의 K, S 척도의 점수에 비해 유의하게 높다는 것이다( $F=42.27$ ,  $p=.000$ ;  $F=40.36$ ,  $p=.000$ ).

일반적으로 병적 도박자들은 자신의 도박문제에 대해 인정하지 않으며 병식이 없다 (2002a, 이흥표)는 특징을 고려해 볼 때 군집1에서 K가 높게 나타난 것은 자신의 문제나 환경, 상태에 대한 적절한 고민과 병식이 없고 방어적인 경향성을 드러낸다고 해석할 수 있겠고 S가 상승하는 것은 자신이 심리적으로 문제가 없고 원만한 사람인 것처럼 보이려는 긍정성의 부각 및 자기 과시 성향을 나타내준다고 볼 수 있겠다.

군집2(N=68)는 4-2 패턴이 두드러지는 '정신병질자 집단'으로 척도2와 4가 60점대로 다른 임상척도에 비해 상대적으로 상승하고 있

는데, 이는 전형적인 약물남용자들의 프로파일(Butcher, 1990)로 알려진 패턴이며 도박중독자들에게서 흔히 나타나는 양상이기도 하다(Ciarrocchi 등, 1991; Moravec & Munley, 1983). 선행연구에서 병적 도박자의 가장 공통적인 군집은 척도 4와 9의 상승 패턴이었는데(Ciarrocchi 등, 1991) 본 연구에서는 이러한 패턴이 나타나지 않고 있고 어느 군집에서도 9척도의 유의한 상승이 확인되지 않았다. 군집2에 속하는 도박자들이 충동적이고 적대감과 울분에 차 있다하더라도 9척도가 50미만으로 낮아 도발적인 행동이나 과격 행동의 가능성은 그리 높아 보이지 않는다.

일반적으로 2-4/ 4-2 척도가 상승하는 사람들은 우울하고 충동적이고 적개심이나 울분이 차 있으며 성격적으로 미성숙하고 의존적이며, 자기중심적이고 그들이 처한 곤경에 대해 곧잘 자기연민에 빠지거나 타인을 원망하는 행위를 반복하는 경향성이 강하다. 또한 결혼생활의 갈등이나 가정적인 문제를 가지고 있는 경우가 많다는 것이 특징이다(김중술, 1988). 이 집단의 척도2와 4의 임상소척도를 분석해 보면 척도2에서는 '깊은 근심'과 '주관적 우울감'소척도가 각기 63.18점, 62.76으로 상대적으로 높았고(4-10이상 높음), 척도4에서는 '내적 소외'소척도가 66.72점으로 가장 높았으며 '가정불화'소척도는 61.87점으로 그 다음으로 높게 나타났다. 이로보아 2와 4척도의 상승이 내부적(정신적)에서 기인했다 기 보다는 도박으로 인해 발생된 환경적인 원인에 의한 것일 가능성이 높다. 따라서 심리치료나 상담에서 내담자에게 도박으로 인한 파생된 부정적인 결과들 특히 가족관계에서 발생할 수 있는 갈등이나 이로 인한 내담자의 소외감, 외로움 등을 다루는 것이 직접적인 도박문제를 다루

는 것 못지않게 중요하다고 볼 수 있다.

군집3(N=20)은 '정신적 혼란이 심한 집단'으로 F 및 Fp척도가 뚜렷하게 높고 임상척도가 전반적으로 상승되어 있는 가운데 척도2와 4가 72점대로 높게 상승하고 있으며, 정신증척도인 6, 7, 8척도 또한 70-73점대로 상승하고 있는 바 우울, 심한 긴장, 충동성, 분노가 주된 특징이라고 할 수 있다. 또한 F 및 Fp척도의 상승은 정서적인 혼란과 내담자의 기능이 손상되었을 가능성을 나타내준다고 할 수 있겠다. Graham과 Lowenfeld(1986)는 군집분석을 통해 사례들의 89%를 설명하는 지배적인 4개 패턴을 밝혔다. 군집 1은 척도 4와 9의 상승을 보였고 군집2는 척도 8, 7, 2, 4의 상승을 보였고 군집3은 척도 2가 매우 상승하고 3, 4, 7이 약간 상승하는 패턴을 보였으며 마지막으로 군집4는 척도 4가 매우 상승한 군집이었다. 본 연구에서의 군집3이 지배적인 4개 패턴 중의 하나인 8, 7, 2, 4 상승 패턴과 매우 유사하다고 볼 수 있다.

이 집단은 현재 우울하고 불안하며, 타인에 대한 의심이나 분노감 등 부정적인 정서의 경험이 극심하며 심리적 갈등과 어려움을 겪고 있고 사회적으로 철수되어 있음이 시사되고 있다. 게다가 L, K 척도가 30점대로 극도로 낮은 바 자신의 문제를 해결할 힘 또한 미약하여 사회 적응에 어려움이 가장 많을 것으로 보인다. 정신적 혼란을 측정하는 8척도에서 T>70점을 나타내고 있어 주의집중력 및 판단력에서의 장애, 문제해결 기술이 부적절하여 힘들어할 가능성이 있지만, 7척도(73.50)가 8척도(70.20)보다 높은바 병적 증상에 적응되지 않기 위해 불안과 긴장 수준을 높여 놓고 힘들게 버티고 있는 상태라고 볼 수 있다. 그런데 9척도는 임상척도 중에서 Mf를 제외하고

가장 낮은 점수(61.75점)를 보이고 있어 행동화 할 가능성이 그리 높아 보이지 않는다. 이 집단은 도움을 요청하고 있어 어떤 심리치료나 상담을 받아들일 준비가 잘 되어 있는 상태이기는 하지만, 스트레스와 갈등이 너무 심해 심리적 조치를 처리할만한 여력이 없거나 자신의 문제에 대해 해결책을 강구하는데 필요한 정신적 심리적 자질을 갖고 있지 못해 심리치료에서 경과가 더디게 진행될 수 있다(1988, 김중술). 도박자 임상현장에서 경험적으로 볼 때 군집3과 같이 혼란되고 부적응이 심한 도박자들은 주로 도박으로 인한 채무 압박감이 심하고 어떻게 대처해야할지 혼란스러워 스트레스가 극도에 달하며 비현실적인 불안과 공포에 사로잡히는 경우가 많다. 이 경우 종종 어떤 특정한 불법추심행위와 같은 실제로 발생할 확률이 희박한대도 예기불안이 심한 상태가 되기도 한다. 이럴 때 재정 상담이나 불법 추심행위에 대해 적절히 대처하는 정보의 제공을 통해 자신의 불안수준이 과도하다는 인식을 하도록 도와 불안을 감소시키는 것이 우선적으로 다루어야 할 과제이다.

또한 병적도박자의 MMPI-2의 AAS(중독인정)나 APS(중독가능성)가 병적 도박자를 변별할 수 있는 지표인지 알아본 결과, AAS척도는 T 점수 49.99로 정상범주에 해당되어 병적 도박자를 변별할 수 있는 지표로 적당하지 않다고 볼 수 있다. 일반적으로 AAS 점수가 높은 사람들( $T > 60$ )은 물질남용 문제를 솔직하게 인정한다는 것은 명백한데 반해 낮은 AAS 점수의 의미는 명백하지 않다. 즉 낮은 점수가 물질남용 문제가 없다는 것인지 아니면 실제로 물질남용자인데 이 문제를 부인하는 것인지 결정하기 어렵다(이훈진 등, 2007). AAS척도를 다른 중독문제를 가지고 있다고 볼 수 있는

병적 도박자에 적용해 볼 때, 병적 도박자들은 보통 자신의 도박중독을 부인하는 경향이 강하다(2002, 이홍표)는 것은 정평이 나 있는 바 AAS 척도가 병적 도박자를 변별해 줄 수 있는 척도로 활용하기에는 한계가 있을 듯하다. 이에 비해 APS척도는 60.60점으로 적절한 분할 점으로 제시되고 있는 60점(Graham, 2006)을 상회하고 있어 APS척도가 병적 도박자의 변별에 유용할 가능성이 있다고 하겠다. 특히 APS의 많은 문항들이 물질 사용이나 남용과 명백한 관련이 있는 것 같지 않고 어떤 문항들은 흥분추구, 위험감수 등과 관련이 있으며, 자신에 대한 회의, 내적 소외를 측정하는 것(Graham, 2006)이라는 점은 APS척도가 병적 도박자를 변별해 줄 수 있는 하나의 유용한 지표가 될 수 있음을 시사해 준다고 하겠다. 즉, 병적 도박자의 위험감수 경향 및 자극추구 성향이 강하다는 선행연구(Coventry & Brown, 1993; Shin, Lim, Choi, Kim, & Grant, 2009; Zuckerman, 1979)와 본 연구 결과에서 병적 도박자가 내적소외에서 높은 점수를 보이고 있는 점은 이를 지지해주고 있다. 또한 APS에서 높은 점수를 보인 집단은 낮은 점수를 보인 집단에 비해 Hs, Mf, Si척도를 제외한 모든 임상척도와 SOD를 제외한 모든 내용척도에서의 점수가 유의하게 높았다. 이는 APS에서 높은 점수를 보인 사람이 낮은 점수를 보인 사람에 비해 자신의 문제를 인정하고 변화를 원하는 일반적인 욕구를 시사한다고 볼 수 있다(Weed, Butcher, & Ben-Porath, 1995). 따라서 APS 척도가 치료의 예후를 예측할 수 있는 하나의 지표가 될 수도 있을 것 같다.

요약하면 첫째, 병적 도박자의 군집분석 결과 ‘정상프로파일집단’, ‘정신병질자 집단’, ‘정신적 혼란이 심한 집단’으로 분류되었다. 둘

재, APS 척도가 병적 도박자를 변별해 줄 수 있거나 치료의 예후를 예측해 줄 수 있는 하나의 유용한 지표가 될 수 있음이 시사되었다.

본 연구의 제한점으로는 먼저 서울 소재 1개소의 도박중독치료센터에 내방한 남자 병적 도박자 174명을 대상으로 하였기 때문에 지역적 대표성이나 표본의 크기가 부족하다는 점이다. 따라서 후속 연구에서는 보다 다양한 지역의 병적 도박자들을 포함하여 표본의 크기를 충분히 하고 일반 통제집단과도 비교함으로써 연구 결과의 일반화 가능성을 높이는 시도가 필요할 것이다. 또한 본 연구에서는 집단 간 평균의 비교를 중심으로 결과를 설명하였으나, 특정 군집(군집3)의 경우는 분류된 결과 20명으로 표본의 크기가 작은 반면 표준편차는 비교적 크게 나타나 실제로는 개인적 편차가 클 수 있다는 점을 감안하여 과잉일반화 위험성에 주의를 기울여야 할 것으로 사료된다. 끝으로 본 연구의 군집분석에서 분류된 정상프로파일집단과 정신병질자 집단과 정신적 혼란이 심한 집단과 같이 병적 도박자의 특정 유형을 분류하여 진단 및 평가적인 측면에서 유용한 정보를 얻는 것 뿐 아니라 이러한 유형들이 심리치료에서 보이는 특성 및 경과들에 대한 후속연구가 나오길 기대한다.

### 참고문헌

고속남, 오상우 (1998). 알코올 의존 환자의 MMPI 프로파일. *중독정신의학*, 2, 244-251  
 김경훈, 김태우, 김한우, 안상일, 이영찬, 최성일 공역(2007). *도박중독 심리치료*. 시그마프레스  
 김교현, 권선중 (2003). 병적 도박자의 심리적

특성 및 예측 요인. *한국심리학회지: 건강*, 8(2), 261-277.  
 김종술 (1988). *다면적 인성검사*. 서울대학교출판부.  
 김종술, 한경희, 임지영, 이정흠, 민병배, 문경주 (2005). *다면적 임서검사-II 매뉴얼*. 마음사랑  
 신수경, 조성희. (2008). 물질의존자들의 MMPI 하위 유형 특성. *한국심리학회지: 임상*, 27(2), 429-448.  
 이훈진, 문혜신, 박현진, 유성진, 김지영. (2007). *MMPI-2 성격 및 정신병리 평가*(4판). 시그마프레스.  
 이홍표 (2002a). *도박의 심리*. 학지사.  
 이홍표 (2002b). *비합리적 도박신념, 도박동기 및 위험감수 성향과 병적 도박과의 관계*. 고려대학교 박사학위 청구논문.3  
 진영호, 박상규, 권석환, 윤태호, 장기용, 정원후, 장진열 (2000). 필로폰 남용 환자의 MMPI 양상. *중독정신의학*, 4, 24-29.  
 최완철, 김경빈, 오동열, 이태경 (2001). 한국형 사우스오크 병적 도박 검사 표준화에 대한 연구. *중독정신의학*, 5(1), 46-52.  
 한국마사회 (2009). *전국민 대상 대규모 도박 이용실태 조사*.  
 한국마사회 (2004). *도박성게임 이용자에 대한 실태 조사*.  
 한경희, 임지영, 민병배, 이정흠, 문경주, 김종술 (2006). *한국판 MMPI-2 개발연구*. 한국심리학회지: 임상, 25(2), 299-328.  
 American Psychological Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th addition)*. Washington, DC: Authors.  
 Anderson, G., & Brown, R. I. F. (1984). *Real and*

- laboratory gambling, sensation-seeking and arousal. *British Journal of Psychology*, 75, 401-410.
- Breen, R. B., & Zuckerman, M. (1999). 'chasing' in gambling behavior: personality and cognitive determinants. *Personality and Individual Differences*, 27, 1097-1111.
- Brown, R. I. F. (1986). Arousal and sensation seeking components in the general explanation of gambling and gambling addictions. *The International Journal of Addictions*, 21, 1001-1016.
- Carton, P. L., & Goldstein, L. (1987). Physiological determinants of pathological gambling. In T. Galski(Eds.). *A Handbook of Pathological Gambling. Springfield, II: Charles C. Thomas*
- Castellani, B., & Rugle, L.(1995). A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking, and craving. *The International Journal of Addictions*, 30, 275-289.
- Ciarrocchi, J. W. (2002). *A self-regulation manual for individual and family therapy*. Elsevier Academic press.
- Ciarrocchi, J. W., Kirschner, N., & Falik, F. (1991). Personality dimensions of male pathological gamblers, alcoholic, and dually addicted gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 7, 133-142.
- Ciarrocchi, J. W., & Richardson, R. (1989). Profile of compulsive gamblers in treatment: update and comparison. *Journal of Gambling Behaviors*, 5, 53-65.
- Cloninger, Svrakic & Przybeck. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*.
- Coventry, K. R., & Brown. I. F. (1993). Sensation seeking, gambling and gambling addictions. *Addiction*, 88, 541-554.
- Dickerson, M. G., & Adcock, S. G. (1987). Mood, arousal and cognitions in persistent gambling: Preliminary investigation of a theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 3, 3-15.
- Gilovich, T. (1983). Biased evaluation and persistence in gambling. *Journal of Personality and social Psychology*, 44, 1110-1126.
- Gilovich, T., Douglas, C. (1983). Biased evaluation of randomly determined gambling outcomes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 228-241.
- Graham, J. R. (2006). *MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology* (4th Ed). New York: Oxford University Press.
- Griffiths, M. D. (1993). Factors in problem adolescent fruit machine gambling: Results of small postal survey. *Journal of Gambling Studies*, 6, 193-204.
- Hollander, E., & Allen, A. (2006). Is compulsive buying a real disorder, and is it really compulsive? *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1670-1673.
- Ladouceur, R., Arsenault, C., Dube, D., Freeston, M. H., & Jacques, C. (1997). Pathological characteristics of volunteers in studies on gambling. *Journal of Gambling studies*, 13, 69-84.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Letarte, H., Giroux, L., & Jacques, C. (1988). Cognitive treatment of pathological gamblers. *Behavioral Research and Therapy*, 36, 1111-1120.



- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The south oaks gambling screen(SOGS): A new instrument for the indication of pathological gambler. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1198.
- Leiser, H. R., & Rosenthal, R. J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature(prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified). *Journal of Gambling Studies*, 7, 5-39.
- Lim, J.(2001). The utility of the MMPI-2 at assessing substance use. *The Korean journal of clinical psychology*. 20, 3, 509-518.
- Jacobs, D. F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior*, 2, 15-31.
- Kusyszyb, I., & Rutter, R. (1985). Personality characteristics of heavy gamblers, light gamblers, non-gamblers, and lottery players. *Journal of Gambling Behavior*, 1, 59-63.
- Moravec, J. D., & Munley, P. H. (1983). Psychological test finding on pathological gamblers in treatment. *The international Journal of the Addiction*, 18, 1003-1009.
- National Opinion Research Center (1999). *Gambling impact and behavior study: Report to the National Gambling Impact Study Commission*. Chicago: Author.
- Petry N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5), 564-574.
- Shaffer, Labrie, Scanlan, & Cumming. (1994). *The validation of MAGS-DSM scale*. Gambling in America. Washington, D. C.: U. S. Government printing office cited by Golin. K. J. (2001).
- Sharpe, L., Tarrier, N., Schotte, D., & Spence, S. H. (1995). The role of automatic arousal in problem gambling. *Addiction*, 90, 1529-1540.
- Shin, Lim, Choi, Kim, & Grant, (2009). *The role of gambling, risk-taking, and cognitive bias in computer trading*. Hofsta University.
- Steel, Z., & Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity, Personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93, 895-905.
- Weed, N. C., Butcher, J. N., & Ben-Porath. Y. S. (1995). MMPI-2 measures of substance abuse. *Advances in Personality Assesment*, 10, 121-145.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. New York: Cambridge University Press.
- 원고접수일 : 2011. 1. 30.  
1차 수정 원고접수일 : 2011. 3. 16.  
게재결정일 : 2011. 3. 24.

## The Characteristics of Male Pathological Gamblers Based on MMPI-2 Profiles

YoungOk Han   HanWoo Kim   TaeWoo Kim   JaeGap Lee   JunYoung Jeong

UCan Center

This study identified the personality and pathology subgroups based upon a cluster analysis of MMPI-2 profiles in 174 male pathological gamblers. Moreover, this study investigated the effectiveness of APS scale in differentiating between pathological gamblers and non-pathological gambler. Three MMPI subgroups were identified. Group 1(49%), the 'normal profile subgroup' did not show elevated scores on any scales. Group 2(39%), the 'psychopath subgroup' had significant spikes on scales 4 and 2. Group 3(12%), the 'mentally confused subgroup' had more tense, depressive, and emotional confusion and a lower tolerance for stress. Further, APS demonstrated the utility in detecting pathological gambling. Based on these results, the limitation and suggestions for future study were discussed.

*Key words* : Pathological gambling, MMPI-2, AAS, APS