

# Characteristics of Male Alcohol-Dependent Patients based on MMPI-2 Profile Typology

Hyejeon Lee<sup>1†</sup> Yun Hee Choi<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, Chonnam National University, Gwangju; <sup>2</sup>Dasarang Alcohol Hospital, Gwangju, Korea

This study aimed to identify the clinical characteristics of male alcoholics using the MMPI-2 profile typology. Three types were found in a cluster analysis of the MMPI-2 scores (9 validity and 10 clinical scales) of 337 male patients admitted for alcohol-dependence. Type 1 ( $n = 143$ , 42.4%) showed a “defensive normal profile,” with all clinical scale scores falling within the normal range while having high scores on defensive scales (L/K/S) and low scores on infrequency scales (F/Fb/Fp/FBS). Type 2 ( $n = 136$ , 40.4%) was characterized as “psychopathic” with elevated Scale 4 (Pd) and Scale 2 (D). Type 3 ( $n = 58$ , 17.2%) suggested “severe psychological disturbance” with elevated scores on several clinical scales (D, Pd, Pa, Pt, Sc) and on infrequency scales. Among the substance abuse supplementary scales, only Addiction Admission Scale (AAS) significantly differed across the types. Based on these results, each type is discussed with implications for intervention.

**Keywords:** alcohol dependence, alcohol use disorder, male alcoholic, MMPI, cluster analysis, typology

알코올사용장애(alcohol use disorder)는 음주에 대한 금단이나 내성 또는 갈망이 다양한 인지적, 행동적, 생리적 증상들로 나타나 개인의 신체적, 정신적 및 사회적 기능이상을 초래하는 심각한 정신 장애이다(American Psychiatric Association, 2013). DSM-IV의 알코올사용장애는 알코올 의존과 남용이 구분되었으나, DSM-5에서는 두 가지가 통합되었다. 이때, 알코올 남용으로 인한 반복된 법적 문제에 대한 기준이 삭제되었고, 알코올 사용에 대한 강렬한 갈망이나 욕구 기준이 추가되었다(American Psychiatric Association, 2013).

알코올사용장애는 우울장애나 불안장애 등 다른 정신장애와의 공병률이 높고(Hasin, Stinson, Ogburn, & Grant, 2007), 재발률도 높은 것으로 알려져 있다(Chai, Shin, Joe, & Kim, 2010). 국내 역학 조사에 따르면 알코올사용장애의 평생 유병률은 전체 정신장애 중 가장 높은 13.4%였고, 특히 남자에게는 20.7%로 첫 번째로 많은 정

신장애였다. 그러나 높은 유병률에 비해 정신의료서비스의 평생 이용률은 8.6%로 다른 장애에 비해 가장 낮았다(Ministry of Health and Welfare, 2011).

알코올사용장애에서 나타나는 알코올 의존(alcohol dependence)은 음주를 스스로 조절할 수 없는 상태로, 생물학적, 심리적, 사회적 요인들이 복합적으로 작용한 결과이다(Sher, Grekin, & Williams, 2004). 따라서 알코올 의존자들은 이러한 다양한 요인을 가진 이질적인 집단으로 여겨지며, 이들의 성격 특성의 이해를 통해 효과적인 치료 계획을 제공하고자 하는 연구가 지속되고 있다(Mulder, 2002). 이를 위해 가장 많이 사용된 측정 도구가 다면적 인성검사(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)이다.

MMPI는 1943년에 처음 출간된 이래 가장 광범위하게 사용되고 있는 객관적 성격검사의 하나로, 다양한 성격 특성 및 정신병리를 프로파일 형태로 볼 수 있고 응답의 태도나 타당성을 확인할 수 있다는 장점이 있다(Graham, 2006). 1989년에 개정된 MMPI-2에서는 기존의 L, F, K 척도에 더하여 6개의 타당도 척도(VRIN, TRIN, Fb, Fp, FBS<sup>1)</sup>, S)가 추가되었고, 재구성 임상척도와 새로운 내용 및

<sup>†</sup>Correspondence to Hyejeon Lee, Department of Psychology, Chonnam National University, 77 Yongbong-ro, Buk-gu, Gwangju 61186, Korea; E-mail: hjl2013@chonnam.ac.kr

Received Jul 13, 2016; Revised Sep 28, 2016; Accepted Oct 15, 2016

This work was supported by the National Research Foundation of Korea Grant funded by the Korean Government (NRF-2013S1A5A8024103). We thank Eun Sook Park and Da Yeong An for help with data coding.

1) 한국판에는 2011년 7월에 추가되었음.

보충척도들이 개발되었다. 특히, 알코올을 포함한 물질사용의 문제를 파악하고자 세 개의 보충척도, 즉, MacAndrew의 알코올중독 척도 개정판(MacAndrew Alcoholism Scale-Revised, MAC-R), 중독인정 척도(Addiction Admission Scale, AAS), 중독가능성 척도(Addiction Potential Scale, APS)가 추가되었다.

MMPI를 사용하여 알코올 의존자들의 특성을 살펴본 국외 연구들에 의하면 가장 일관적으로 나타나는 것은 42/24 코드타입이었다(Graham & Strenger, 1988). 하지만 천명이 넘는 대규모의 남성 알코올 환자들을 대상으로 한 연구 결과에 따르면, 42/24는 전체 집단의 21%밖에 되지 않았고 나머지 79%는 다른 양상을 보였다(Hodo & Fowler, 1976). 따라서 알코올 의존자의 성격은 단일한 특성이 존재하는 것이 아니라, 몇 가지 유형들이 존재하는 것으로 보인다.

Goldstein과 Linden (1969)은 500여 명의 남성 알코올 의존 환자들의 MMPI 프로파일을 군집분석하였고, 다음과 같은 네 가지 유형을 도출하였다.<sup>2)</sup> 첫째 유형( $n=80$ )은 척도 4가 70점 이상, 척도 2가 60점 가까이 상승한 집단이었다. 둘째 유형( $n=83$ )은 척도 2, 7, 8이 70점 이상, 척도 4가 70점에 가깝고, F척도가 65점에 가깝게 상승한 집단이었다. 셋째 유형( $n=47$ )은 척도 4가 60점 이상, 척도 2와 9가 60점 가까이 상승한 집단이었다. 마지막 넷째 유형( $n=10$ )은 척도 4가 70점 이상, 척도 9가 70점 가까이 상승한 집단이었다. 이 유형들은 추후 연구들에서 지속적으로 확인되었을 뿐만 아니라, “신경증적” 유형(척도 1, 2, 3의 상승)과 “매우 심각한 정신병리” 유형(F와 8번 척도가 가장 높고 다수의 임상척도들이 상승)의 두 가지 유형이 추가적으로 발견되어, 적어도 여섯 가지 유형이 존재하는 것으로 나타났다(Graham & Strenger, 1988).

이 후 MMPI-2를 사용한 연구 결과들도 보고되었는데, 남성 알코올 의존 환자 전체 집단의 척도 평균 점수들은 정상 범위에 속하면서 4-2의 상승 양상을 보였다(Donovan, Soldz, Kelley, & Penk, 1998; Elwood, 1993). 반면, 정상군과 비교했을 때는 알코올 환자군에서 4-6-7-2-8의 상승 양상을 보였다(Eggers et al., 2007). 반면, 알코올 의존 환자 220명(남자 170명)의 MMPI-2 프로파일을 군집한 결과, 세 개의 유형으로 나뉘었다. 첫째 유형( $n=122$ )은 4번 척도가 76.3점으로 도드라지게 상승한 집단이었다. 둘째 유형( $n=46$ )은 6번 척도가 84.1점, 8번 척도가 78.8점, 그리고 F척도가 85.5점으로 상승한 집단이었다. 마지막 셋째 유형( $n=54$ )은 7번 척도가 82.9점, 2번 척도가 77.5점, 8번 척도가 76.7점으로 상승하였고 F척도도 78.4점으로 상승한 집단이었다(Egger et al., 2007). 따라서 MMPI

와 MMPI-2를 사용한 국외 연구 결과들을 종합해보면, 남성 알코올 의존자를 구분하는 단일한 프로파일은 존재하지 않으며, 군집 분석 결과 몇 가지 서로 다른 유형들로 구성된 이질적인 집단으로 보인다.

국내에서도 MMPI를 사용하여 알코올 의존 환자의 특성을 파악하려는 연구들이 있었다. 알코올 환자들의 점수는 전반적으로 정상 범위에 속했으나 다른 척도에 비해서 4번 척도가 상대적으로 높거나(Sung, Kang, Kim, & Hahm, 1998), 4-2의 상승양상(Kim, Paik, & Kim, 1994) 또는 4-6-9 순으로 높은 모습을 보였다(Jang et al., 1998). 또한, 정상군과 비교했을 때 알코올 환자군의 점수는 정상 범위에 속하면서 F척도가 높았으며, 4-6-9 (Cho & Lee, 1984), 8-6-9-1 (Park, Park, & Park, 1989), 6-8-9 (Phee, Rho, & Oh, 1990), 6-7-8 (Hong & Oh, 1992), 6-2 (Ko & Oh, 1998), 6 (Park, 1999)의 상승 양상이 나타났다. 위의 결과들을 종합해볼 때 반사회성, 정신증, 충동성 등은 비교적 일관되게 나타나지만, 점수들이 정상 범위에 속했으며 일치하지 않은 양상들도 있었다. 이는 국외 연구들과 일관된 결과이며, 알코올 환자군에 뚜렷하게 드러나거나 정상군과 구분되는 단일 프로파일이 존재한다고 보기는 어려워 보인다.

실제로 알코올 환자군의 성격을 분류한 연구 결과들에 따르면 방어적인 정상 프로파일을 보이는 유형을 포함하여 서로 다른 몇 개의 유형으로 구분되었다. 남성 환자 48명을 대상으로 군집분석한 결과에 따르면, “정신병적(6-9-8; 25%)”, “신경증적”(3-2-1-7; 27%), “정상 프로파일(48%)”의 세 가지 유형으로 분류되었다(Hong & Oh, 1992). 이와 비슷하게, 남성 환자 75명을 대상으로 한 연구에서는 “정신병적”(6-7-8; 21%), “신경증적”(2-3-1; 49%), “정상 프로파일”(29%)의 세 유형이 도출되었다(Namkoong et al., 1997). 또 다른 연구에서는 60명의 남성 환자들이 “6-8”(33%)과 “정상 프로파일(67%)”의 두 개의 유형으로 구분되었다(Lee, Oh, Lyu, & Park, 1999).

가장 최근에 많은 수의 환자를 대상으로 군집분석을 실시한 결과에 따르면, 알코올 의존 남성 환자 286명은 총 네 가지 유형으로 나뉘었다(Chai, 2005). 첫째 유형( $n=44$ ; 15%)은 6번 척도가 72.2점, 척도 8, 9, F가 67.2~69.2점으로 높은 “편집성향 정신증” 집단이었다. 둘째 유형( $n=98$ ; 34%)은 2번 척도만 59점이고 나머지 임상척도들은 54~56점인 “경미한 우울” 집단이었다. 셋째 유형( $n=95$ ; 33%)은 모든 척도 점수가 40.8~53.5점에 속하는 “정상 프로파일” 집단이었다. 마지막 넷째 유형( $n=49$ ; 17%)은 척도 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8이 67.2~69.2점으로 상승하였고 F척도가 64.9점인 “심한 정신병리”

2) 이 연구에서는 상관계수에 기반한 군집분석을 사용하였기 때문에 전체집단의 약 43%인 220명만이 군집으로 도출되었다. 또한, 논문에 MMPI의 원점수만 보고되었기 때문에 대략의 표준점수만 유추 가능하였다.

집단이었다.

위의 연구 결과들에 의하면 알코올 의존 환자집단은 2~4개의 유형으로 구분될 수 있다. 하지만 한 개의 연구를 제외하고, 군집분석 대상자의 수가 48~75명으로 작아 결과를 일반화하기에는 한계가 있다. 또한, MMPI-2가 국내에서 타당화된 지 십년이 넘게 지났지만 아직까지 MMPI-2 척도점수로 유형 분류를 한 연구는 없었다. 나아가, 대부분의 연구에서는 기본 척도들의 점수만 고려하고 임상 소척도, 재구성 임상척도, 성격병리 5요인 척도, 내용척도, 내용소척도, 보충척도까지 모두 살펴본 연구는 없었다.

따라서 본 연구에서는 알코올 의존자들의 특성을 MMPI-2 점수의 유형 분류를 통해 알아보고자 하였다. 이를 위해 337명의 대규모 남성 알코올 환자들의 MMPI-2 타당도 및 임상척도를 군집분석하였다. 본 연구의 대상자는 남자에게만 국한시켰는데, 알코올사용장애는 남녀 비율이 3.4:1 정도로 남성에게서 훨씬 많아(Ministry of Health and Welfare, 2011), 군집분석 시 성차를 통제하거나 성별 간 체계적인 비교가 어렵기 때문이었다. 마지막으로, 군집분석으로 도출된 각 유형들에 대해서 프로파일 분석뿐만 아니라 다양한 추가 척도들의 양상과도 함께 살펴보려고 하였으며, 특히, 알코올 의존과 관련된 MAC-R, AAS, AAP 척도들에서 어떤 차이가 나는지 알아보려고 했다. 이러한 결과를 바탕으로 알코올사용장애 환자군의 성격 특성에 대한 이해를 증진하고, 각 유형에 맞는 치료적 개입에 대한 시사점을 제공하고자 한다.

## 방법

### 연구대상

광주광역시에 소재한 한 알코올전문 병원에서 2009년 2월부터 2015년 12월까지 DSM-IV의 알코올 의존<sup>3)</sup>으로 진단받고 치료받은 남성 환자들 중 타당함 MMPI-2 자료가 있는 337명이었다. 이들의 평균 연령은 45.15세( $SD=10.00$ )이며, 평균 학력은 12.25년( $SD=3.06$ )이었다. 입원 형태는 비자발적(보호의무자에 의한 입원)인 경우가 40.95%로 가장 많았다. 결혼 상태는 기혼이 47.77%로 가장 많았고, 직업은 무직이 47.18%로 가장 많았다. 자세한 인구통계학적 정보는 Table 1에 제시하였다.

### 측정도구

#### 인구통계학적 정보

접수면담과 입·퇴원 기록지를 토대로 연구대상자의 생년월일, 학력,

**Table 1.** Demographic Information of Participants

Characteristics	n (%)
<b>Age</b>	
20-29	24 (7.12)
30-39	77 (22.85)
40-49	135 (40.06)
50-59	77 (22.85)
>60	24 (7.12)
<b>Education (year)</b>	
<6	29 (8.61)
7-9	40 (11.87)
10-12	153 (45.40)
13-16	100 (29.67)
>17	9 (2.67)
No information	6 (1.78)
<b>Admission type</b>	
Involuntary	138 (40.95)
Voluntary	96 (28.49)
Court-ordered	73 (21.66)
Outpatient	12 (3.56)
No information	18 (5.34)
<b>Marital status</b>	
Married	161 (47.77)
Never married	99 (29.38)
Divorced/Separated	58 (17.21)
Living together	16 (4.75)
Widowed	2 (0.59)
No information	1 (0.30)
<b>Occupation</b>	
Unemployed	159 (47.18)
Day labor/Temporary	44 (13.06)
Self-employed	43 (12.76)
Technician/Licensed	34 (10.09)
Full-time Employee	30 (8.90)
Farming/Forestry	20 (5.93)
Student	4 (1.19)
No information	3 (0.89)

입원 형태, 결혼 상태, 직업에 관한 정보를 측정하였다.

#### 한국판 MMPI-2

MMPI-2 (Butcher, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989)가 국내에서 표준화된 한국판 MMPI-2(Kim et al., 2005)를 사용하였다. 연구대상자들은 약 3~4주의 해독 기간이 지난 후 안정된 상태에서 MMPI-2를 작성하였다. 모든 자료에 있어서 무응답 척도는 30점 미

3) DSM-IV의 알코올 의존 진단기준에 충족한다면 DSM-5의 알코올사용장애의 진단기준에 충족한다. 즉, DSM-IV의 알코올 의존은 3개 이상의 기준이 충족되어야 했는데, DSM-5의 알코올사용장애는 새로 추가된 한 개의 기준을 제외한 DSM-IV와 동일한 기준들에서 2개 이상 충족되면 진단될 수 있다.

만이고 VRIN 및 TRIN 척도는 80점 미만이었으며, F 척도들에서 부정왜곡이나 피병 가능성은 없었다.

**분석방법**

연구대상자들의 유사한 성격 및 임상적 특징을 유형(type)으로 분류하고자 군집분석(cluster analysis)을 실시하였다. 군집분석에는 MMPI-2의 무응답 척도를 제외한 9개의 타당도척도와 10개의 임상척도가 포함되었다. 비계층적 군집분석(K-means)을 집단 내 응집성과 집단 간 분리성을 최대화시키는 방향으로 사용하였다. 즉, 관찰치 간의 유사도를 유클리드 거리(Euclidean distance)로써 측정하였으며, 각 관찰치는 군집중심값으로부터 거리가 최소인 군집에 귀속시키고, 각 군집에 속한 관찰치를 이용하여 군집중심값을 새로 계산하였다. 군집중심값에 변화가 없을 때까지 이러한 분류를 반복하였다. 군집의 수를 결정하기 위해 2~4개의 군집을 분석해 본 결과, 3개의 군집이 가장 적절하였다. 기본척도를 기반으로 군집분석된 각 유형 간 척도 점수들의 차이 검증을 위해 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였고, 사후분석은 Scheffé 검증을 실시하였다. 또한, 군집분석에 포함되지 않는 않았지만, 각 유형 별로 기본척도 외 다른 척도들에서는 각 유형 별로 어떤 점수를 나타내는지 보

기 위하여 재구성 임상척도, 성격병리 5요인 척도, 내용척도, 그리고 관련 보충척도들의 점수들의 차이 검증도 실시하였다.

**결 과**

군집분석 결과로 나뉜 세 가지 유형은 MMPI-2 타당도 및 임상척도에서 유의하게 구분되었다, Wilks'  $\lambda = .13$ ,  $F(38, 632) = 29.44$ ,  $p < .001$ . 각 유형 별 척도들의 점수는 Table 2에 제시되어있다. 유형 1 ( $n = 143$ , 42.43%)은 임상척도가 41.62~50.90점으로 정상 범위에 속하지만, 다른 유형에 비해 방어성 척도들(L, K, S)이 가장 높고 비전형성 척도들(F, Fb, Fp, FBS)이 가장 낮은 양상을 보였다. 유형 2 ( $n = 136$ , 40.36%)는 척도 4(Pd)가 61.32점으로 가장 높고, 그 다음으로 척도 2(D)가 58.15으로 높았다. 유형 3 ( $n = 58$ , 17.21%)은 다수의 임상척도(D, Pd, Pa, Pt, Sc, Si)가 60점 이상으로 높고, 특히 척도 6(Pa), 7(Pt), 8(Sc)이 65점 이상으로 상승하였으며, 다른 유형에 비해 비전형성 척도(F, Fb, FBS)가 가장 높았다. 각 유형 별 프로파일 양상은 Figure 1에 나타나있다.

각 유형에 대한 추가적인 정보를 위해 MMPI-2 재구성 임상척도, 성격병리 5요인 척도, 내용척도, 그리고 관련 보충척도들의 유

**Table 2.** MMPI-2 Validity and Clinical Scales for Each Cluster Type

	Type						Total (N=337) M(SD)	F	Scheffé
	1 (n=143)		2 (n=136)		3 (n=58)				
	M	SD	M	SD	M	SD			
VRIN	46.60	7.96	47.96	8.15	46.45	8.97	47.12 (8.22)	1.20	
TRIN	56.54	4.68	57.11	6.16	57.10	6.54	56.87 (5.64)	0.42	
F	44.39	5.37	50.11	5.93	63.74	8.26	50.03 (9.16)	202.63***	1 < 2 < 3
Fb	46.06	5.28	52.60	7.42	67.50	7.94	52.39 (10.06)	211.21***	1 < 2 < 3
Fp	44.69	6.06	44.36	5.83	52.19	8.15	45.85 (6.99)	34.74***	1, 2 < 3
FBS	43.20	6.83	51.17	8.03	61.43	7.72	49.55 (9.91)	127.58***	1 < 2 < 3
L	52.95	10.62	47.07	8.22	42.81	7.17	48.83 (9.91)	29.45***	1 > 2 > 3
K	49.17	9.34	45.86	8.58	39.55	6.68	46.18 (9.25)	25.80***	1 > 2 > 3
S	50.69	9.57	44.30	8.07	37.55	6.52	45.85 (9.74)	52.85***	1 > 2 > 3
Hs	43.53	5.67	49.98	7.65	57.40	9.92	48.52 (8.88)	77.76***	1 < 2 < 3
D	47.16	7.01	58.15	8.55	63.64	9.96	54.43 (10.47)	106.53***	1 < 2 < 3
Hy	45.20	6.87	53.04	8.31	56.69	9.55	50.34 (9.18)	56.00***	1 < 2 < 3
Pd	48.29	8.37	61.32	11.30	63.86	10.58	56.23 (12.14)	79.22***	1 < 2, 3
Mf	50.60	9.68	52.90	10.01	54.78	9.28	52.25 (9.84)	4.30*	1 < 3
Pa	46.56	5.79	53.57	7.51	70.47	10.28	53.50 (11.18)	214.13***	1 < 2 < 3
Pt	43.65	5.43	55.58	7.40	69.12	8.00	52.85 (11.40)	312.32***	1 < 2 < 3
Sc	41.62	4.92	50.60	5.41	66.41	7.76	49.51 (10.42)	395.73***	1 < 2 < 3
Ma	50.90	9.23	51.41	10.36	56.78	10.16	52.12 (10.06)	7.91***	1, 2 < 3
Si	45.06	9.24	53.43	9.55	64.64	8.71	51.81 (11.60)	95.24***	1 < 2 < 3

Note. Hs, Pd, Pt, Sc, and Ma scales are K-corrected.

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

형 별 점수를 알아보았다(Table 3). 먼저, 세 가지 유형은 재구성 임상 척도에서 유의하게 구분되었다, Wilks'  $\lambda = .22$ ,  $F(18, 652) = 41.30$ ,  $p < .001$ . 유형 1은 모든 척도에서 42.79~53.63점의 정상 범위

의 점수를 보였다. 유형 2는 RC4 척도가 62.35점으로 가장 높고 그 다음으로 RCd 척도가 59.14점으로 높았다. 유형 3은 다수의 척도(RCd, RC1, RC4, RC6, RC7, RC8)가 60점 이상이며, 특히 RCd,

**Table 3.** MMPI-2 RC, PSY-5, Content, Supplementary Scales for Each Cluster Type

	Type						Total (N=337) M(SD)	F	Scheffé
	1 (n=143)		2 (n=136)		3 (n=58)				
	M	SD	M	SD	M	SD			
RCd	45.35	7.72	59.14	8.92	73.16	8.11	55.70 (13.09)	251.64***	1 < 2 < 3
RC1	42.79	6.09	49.85	7.54	63.76	13.61	49.25 (11.14)	129.47***	1 < 2 < 3
RC2	44.41	6.98	51.16	9.06	55.67	10.80	49.07 (9.59)	42.17***	1 < 2 < 3
RC3	48.65	9.64	49.92	9.76	58.12	11.31	50.79 (10.52)	19.41***	1, 2 < 3
RC4	53.63	11.80	62.35	11.81	68.79	13.35	59.76 (13.34)	37.73***	1 < 2 < 3
RC6	44.09	6.93	48.40	7.90	63.62	13.44	49.19 (11.10)	103.89***	1 < 2 < 3
RC7	46.65	6.97	53.96	8.32	70.09	10.24	53.64 (11.56)	170.49***	1 < 2 < 3
RC8	46.22	7.52	50.77	9.44	64.76	11.21	51.25 (11.11)	87.22***	1 < 2 < 3
RC9	50.31	10.46	51.50	10.15	58.07	11.08	52.13 (10.77)	11.79***	1, 2 < 3
AGGR	51.97	10.18	48.91	10.49	52.38	10.02	50.81 (10.37)	3.91*	1 > 2
PSYC	46.17	7.92	49.97	8.40	66.81	11.90	51.26 (11.50)	113.12***	1 < 2 < 3
DISC	48.66	11.14	52.78	13.10	54.79	11.47	51.38 (12.23)	6.93**	1 < 2, 3
NEGE	47.19	8.60	58.05	10.19	70.91	11.11	55.66 (12.92)	129.80***	1 < 2 < 3
INTR	45.69	8.18	51.82	9.17	57.64	12.32	50.22 (10.35)	36.68***	1 < 2 < 3
ANX	46.10	6.87	58.79	9.11	74.81	9.86	56.16 (13.25)	253.48***	1 < 2 < 3
FRS	44.28	7.39	48.45	8.15	54.72	10.60	47.76 (9.09)	33.27***	1 < 2 < 3
OBS	47.49	8.94	54.65	9.70	66.07	9.93	53.58 (11.47)	81.64***	1 < 2 < 3
DEP	46.27	7.44	60.15	9.79	76.71	9.73	57.11 (14.07)	257.07***	1 < 2 < 3
HEA	43.18	5.96	50.07	7.06	61.97	13.33	49.19 (10.44)	112.35***	1 < 2 < 3
BIZ	45.70	6.75	49.37	7.79	65.19	11.91	50.53 (10.74)	117.29***	1 < 2 < 3
ANG	50.36	10.43	55.21	11.69	67.05	12.16	55.19 (12.65)	45.40***	1 < 2 < 3
CYN	49.80	9.24	50.91	9.12	60.14	9.94	52.03 (10.01)	27.03***	1, 2 < 3
ASP	48.65	9.17	52.15	10.58	59.33	11.22	51.90 (10.77)	23.03***	1 < 2 < 3
TPA	49.19	7.98	52.09	8.69	59.12	9.95	52.07 (9.28)	27.32***	1 < 2 < 3
LSE	45.94	7.14	55.67	9.53	67.12	10.67	53.51 (11.64)	125.71***	1 < 2 < 3
SOD	49.22	11.40	53.96	12.84	66.34	13.59	54.08 (13.73)	39.43***	1 < 2 < 3
FAM	46.94	9.67	54.18	9.72	65.07	12.24	52.99 (12.01)	67.06***	1 < 2 < 3
WRK	44.12	7.05	53.44	7.62	67.52	9.37	51.91 (11.32)	194.15***	1 < 2 < 3
TRT	45.02	7.74	53.63	8.97	66.53	8.12	52.20 (11.27)	141.22***	1 < 2 < 3
A	45.41	7.16	56.53	7.83	67.90	5.98	53.77 (10.94)	214.78***	1 < 2 < 3
R	47.02	8.93	48.85	8.59	46.57	8.08	47.68 (8.68)	2.13	
Es	54.13	7.36	43.76	7.58	33.88	5.73	46.46 (10.33)	179.10***	1 > 2 > 3
Do	47.59	8.49	41.01	8.44	35.02	6.18	42.77 (9.33)	54.80***	1 > 2 > 3
Re	51.27	10.48	46.39	9.70	37.17	7.01	46.88 (10.82)	44.34***	1 > 2 > 3
PK	46.55	7.73	58.39	6.77	73.90	6.66	56.04 (12.11)	312.06***	1 < 2 < 3
MDS	46.06	8.19	55.09	8.21	63.38	8.79	52.68 (10.46)	99.32***	1 < 2 < 3
Ho	48.01	8.13	50.74	8.85	60.88	7.65	51.33 (9.48)	49.55***	1 < 2 < 3
O-H	50.97	9.10	47.82	9.86	44.69	8.55	48.62 (9.58)	10.16***	1 > 2, 3
MAC-R	55.68	10.43	57.26	10.42	61.02	10.62	57.23 (10.59)	5.38**	1 < 3
AAS	56.12	9.09	60.51	8.43	66.41	8.61	59.66 (9.46)	29.67***	1 < 2 < 3
APS	51.84	11.00	58.78	10.98	60.16	9.64	56.07(11.35)	19.51***	1 < 2, 3

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

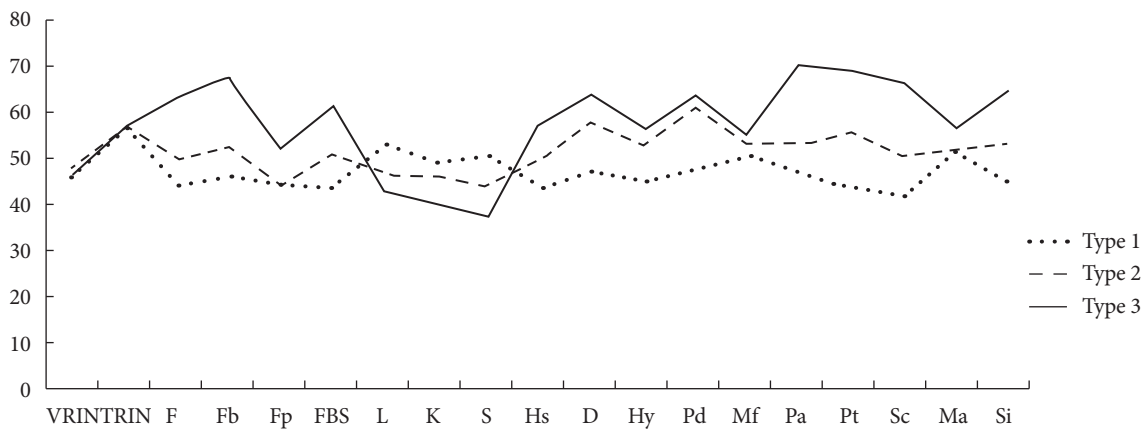


Figure 1. MMPI-2 profile for each cluster type.

Table 4. Age and Education for Each Cluster Type

	Type 1		Type 2		Type 3		F	t
	M	SD	M	SD	M	SD		
Age <sup>a</sup>	46.76	9.91	44.72	10.01	42.22	9.65	4.55**	1 > 2, 3
Education <sup>b</sup>	12.89	2.73	11.95	3.21	11.37	3.25	6.30**	1 > 2, 3

Note. <sup>a</sup>Type 1 n = 143; Type 2 n = 136; Type 3 n = 58; <sup>b</sup>Type 1 n = 141; Type 2 n = 133; Type 3 n = 57. \*\*p < .01.

RC4, RC7이 65점 이상 상승하였다.

세 가지 유형은 성격병리 5요인 척도에서도 유의하게 구분되었다, Wilks' λ = .35, F(10, 660) = 45.57, p < .001. 유형 1은 모든 척도에서 45.69~51.97점의 정상 범위의 점수를 보였다. 유형 2는 NEGE 척도가 58.05점으로 가장 높았다. 유형 3은 PSYC와 NEGE 척도가 65점 이상으로 상승하였다.

또한, 세 가지 유형은 내용척도에서도 유의하게 구분되었다, Wilks' λ = .22, F(30, 640) = 24.59, p < .001. 유형 1은 모든 척도에서 43.18~50.36점의 정상 범위의 점수를 보였다. 유형 2는 DEP 척도가 60.15점으로 가장 높았고, 그 다음으로 ANX 척도가 58.79점으로 높았다. 유형 3은 다수의 척도(ANX, OBS, DEP, BIZ, ANG, LSE, SOD, FAM, WRK, TRT)가 65점 이상이었으며, 이 중 ANX와 DEP은 각각 74.81점, 76.71점으로 매우 높았다.

마지막으로, 세 가지 유형은 보충척도에서도 유의하게 구분되었다, Wilks' λ = .23, F(26, 644) = 27.75, p < .001. 유형 1은 모든 척도에서 45.41~56.12점의 범위를 보였다. 유형 2는 AAS 척도가 60.51점으로 가장 높았고, 그 다음으로 APS 척도가 58.78점으로 높았다. 유형 3은 다수의 척도(A, PK, MDS, Ho, MAC-R, AAS, APS)가 60점 이상이었으며, 이 중 A, PK, AAS 척도가 65점 이상으로 상승하였다.

추가로, 세 가지 유형들 간에 인구통계학적 차이가 있는지 알아 보았는데, 유형 1이 다른 유형에 비해서 유의하게 나이가 많았으며

학력도 높았다(Table 4).

## 논 의

본 연구는 남성 알코올 의존 환자들의 성격 및 임상적 특성을 유형을 분류하여 알아보고, 각 유형에 맞는 개입에 대한 시사점을 제공하고자 하였다. 이를 위해 337명의 MMPI-2 타당도 및 임상척도 점수를 대상으로 군집분석을 실시한 결과, 다음과 같은 총 세 가지 유형으로 구분되었다.

유형 1은 전체의 약 42%로 가장 많은 환자들이 속한 집단으로, 다른 유형에 비해 가장 나이가 많고 학력이 높았다. 이들의 임상척도 점수는 대부분 40점대이고 그 밖에 다른 척도들의 점수도 모두 정상 범위에 속했다. 또한, 알코올 남용의 가능성을 측정하는 MAC-R, AAS, APS 척도에서도 51.84~55.68의 정상 범위에 속하는 점수를 보였다. 하지만 다른 유형에 비해 방어성 척도들의 점수가 가장 높고 비전형성 척도들의 점수가 가장 낮았다. 따라서 유형 1은 “방어적 정상 프로파일 유형”으로 보인다. 이 유형에 속한 환자들은 비록 알코올 의존으로 진단받고 치료를 받고 있는 상태이지만 자신의 문제를 인정하지 않거나 부정하고 있는 것으로 보인다. 이는 기존의 모든 국내 연구에서 방어적인 정상 프로파일 유형이 도출된 것과 일치하는 결과이다(Chai, 2005; Hong & Oh, 1992; Lee

et al., 1999; Namkoong et al., 1997). 나아가, 이는 500여 명의 남성 알코올 의존 환자들의 MMPI-2 타당도 척도를 군집분석한 결과, 비전형성 척도에 비해 방어성 척도가 높은 “방어적” 유형이 도출되었고, 이 유형에 속한 사람들은 다른 유형에 비해 자신의 알코올 의존 문제를 덜 심각하게 보고한 결과와 일치한다(Isenhardt & Silver-smith, 1996).

유형 2는 유형 1과 비슷한 규모의 약 40%가 속한 집단으로, 척도 4가 가장 높고 그 다음으로 척도 2가 높았다. 또한, 재구성 임상척도도 RC4 척도가 가장 높고 그 다음으로 RCd 척도가 높았다. 이는 “반사회적 성향” 유형으로, 알코올 의존 집단에서 흔히 보이는 42/24 패턴이다(Graham & Strenger, 1988). 이 유형은 기존 연구(Goldstein & Linden, 1969)에서 나타난 척도 4와 2가 상승한 유형과 비슷한 프로파일을 보이나, 기존 유형에 비해 점수가 낮다. 국내의 기존 연구(Chai, 2005)에서는 2번 척도가 상승한 “경미한 우울” 유형이 있으나 4번 척도의 상승은 없어, 비슷한 유형은 아닌 것으로 보인다.

이 유형에 속한 사람들은 반사회적인 태도나 범법행동을 보인 경향이 있고, 대인관계 갈등이 있으며, 알코올과 같은 물질사용 문제를 보일 위험성이 크다고 알려져 있다(Graham, 2006; Nichols, 2011). 또한, 이 유형은 우울한 정동과도 관련이 있는 것으로 보인다. 즉, 척도 2와 RCd 척도가 상대적으로 높았고, 성격병리 5요인 척도에서 부정적 정서성(NEGE)이 가장 높았고, 내용척도에서도 우울(DEP)과 불안(ANX)이 가장 높았다. 따라서 이 유형에 속한 사람들은 우울, 불안 등의 부정적인 정서와 더불어 본인 스스로 불행하다고 느끼고 낙담한 상태로 자가치방의 일종으로 술을 마셨거나 또는 과도한 음주의 결과로 우울해졌을 가능성이 있다(Elwood, 1993; Graham, 2006).

약 17%의 가장 적은 수의 환자들이 속한 유형 3은 척도 2, 4, 6, 7, 8, 0의 점수가 높았으며, 이 중 척도 6, 7, 8과 RCd, RC4, RC7 척도들이 유의하게 상승하였다. 또한, 다른 유형에 비해 비전형성 척도들의 점수가 가장 높았다. 따라서 이 유형은 우울과 불안, 반사회성, 정신증적 증상, 사회적 불편감 등 다양한 정서적 및 정신적 문제를 경험하는 “심한 심리적 장애” 집단으로 보인다. 이 유형은 기존 연구에서 F 척도와 다수의 임상척도가 상승한 “매우 심각한 정신병리” 유형(Graham & Strenger, 1988)과 비슷한 집단으로 보인다. 또한, 이 유형은 기존의 국내 연구에서 나타난 척도 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8이 상승한 “심한 정신병리” 유형(Chai, 2005)과 비슷한 것으로 보인다.

이 유형에게 외부와의 불편감을 일관되게 나타냈다. 척도 6의 상승은 피해의식(Pa<sub>i</sub> = 69.05) 때문으로 보이고, 척도 8은 사회적 소외(Sc<sub>i</sub> = 65.14)가 나타났고 척도 4에도 사회적 소외(Pd<sub>4</sub> = 65.45)의 상

승이 있었다. 또한, 가정 문제(FAM)와 사회적 불편감(SOD) 내용척도, 그리고 결혼생활 부적응(MDS)과 적대감(Ho) 보충척도 점수도 높았다. 따라서 이 유형은 타인으로부터 이해받지 못하고 부당한 대우를 받으며 살고 있다고 믿으며, 가정불화를 경험할 수 있고, 사회적으로 고립된 모습을 보일 수 있다(Graham, 2006; Nichols, 2011).

또한, 이 유형은 척도 8에서 인지적 자아통합 결여(Sc<sub>3</sub> = 69.71)가 상승되었고, 성격병리 5요인의 정신증(PSYC)과 기태적 정신상태(BIZ) 내용척도가 상승되어 있어, 현실과 단절된 경험이나 사고가 있을 수 있고 집중과 기억의 어려움과 같은 물질사용과 관련한 인지적 문제가 있을 수 있다(Graham, 2006; Nichols, 2011).

나아가, 이 유형은 부정적 정서에 압도된 것으로 보인다. 척도 2에서는 주관적 우울감(D1 = 66.12)이 상승했고, 척도 7과 RCd 척도가 상승했으며, 성격병리 5요인의 부정적 정서성(NEGE)이 상승하였다. 내용척도에서도 우울(DEP), 불안(ANX), 분노(ANG), 강박(OBS)이 상승하였고, 보충척도에서는 불안(A)과 외상후 스트레스 장애(PK)가 상승되어 있어, 전반적으로 정서적 고통이 높아 부적응을 경험하는 것으로 보인다. 또한, 우울(DEP)의 소척도에서 자살 사고(DEP<sub>4</sub> = 70.07)가 상승되어 있어 자살 위험이 있다. 반면, 척도 2에서 깊은 근심(D5 = 67.12), 척도 4에서 내적 소외(Pd<sub>5</sub> = 70.03), 척도 8에서 동기적 자아통합 결여(Sc<sub>4</sub> = 69.21), 그리고 낮은 자존감(LSE) 내용척도에서 자기회의(LSE<sub>1</sub> = 65.87)가 나타난 점을 고려해 볼 때, 이 유형에 속한 사람들은 사는 것이 힘들고 불행하다고 느끼거나 스스로 문제에 대처할 힘은 없다고 생각하는 것으로 보인다(Graham, 2006; Nichols, 2011).

앞에서 언급한 바와 같이, 본 연구에서 도출된 세 가지 유형은 기존 연구들과 비슷한 유형도 있었지만 다른 유형도 있었다. 예를 들어, 본 연구에 나타난 “반사회적 성향” 집단은 국내 기존 연구(Chai, 2005)에서는 나타나지 않은 유형이다. 또한, 국외 연구에서는 국내 연구들에서 나타난 방어적 정상집단이 보고되지 않았다. 이러한 차이들은 군집분석에 사용된 대상자가 다르기 때문일 것으로 보인다. 군집분석은 데이터 기반의 분석 방법으로, 연구들마다 다른 유형이 도출되는 일차적인 이유는 분석에 사용된 대상이 다르기 때문이다(Graham & Strenger, 1988). 예를 들어, Chai (2005)의 연구에서는 입원치료 중인 만성 환자들만을 대상으로 하였지만, 본 연구에서는 외래, 법원 명령, 정보 미상의 사람들이 포함되어 있었다. 또한, Goldstein & Linden (1969)은 입원한지 5일 미만의 환자들만 대상으로 하였으나, 본 연구에서는 3-4주의 해독 기간이 지난 후 안정된 상태의 환자들의 점수를 대상으로 하였다. Eggers 등(2007)의 연구에는 남녀가 혼합되어 있었다.

본 연구에서는 알코올 사용과 관련된 세 가지 보충척도, 즉, 알코올중독(MAC-R), 중독인정(AAS), 중독가능성(APS) 척도를 유형별로 살펴보았다. 유형 1은 이 척도들에서도 두드러진 점수를 보이지 않았는데, 이는 이 유형의 방어성 때문으로 보인다. 실제로 알코올 의존자가 문제를 숨기거나 축소하려는 의도로 반응했을 때 이 척도들에서 낮은 점수를 받을 수 있다(Graham, 2006). 유형 2는 AAS 척도가 60.16으로 가장 높았다. 유형 3은 AAS 척도가 65점 이상으로 유의하게 상승하였다. 이는 임상 척도의 상승이 더 많은 유형일수록 AAS 점수가 더 높게 나온 기존 결과(Eggers et al., 2007)와 일치한다.

AAS 척도는 물질남용과 관련된 안면타당도가 높은 문항들로 구성되어있으며, 점수가 높을수록 알코올 등 물질사용에 문제가 있고 이의 심각성을 인정함을 의미한다(Weed, Butcher, McKenna, & Ben-Porath, 1992). 이 척도에서는 60점이 물질남용자와 비남용자 간에 최적의 변별을 해주는 점수로 나타났다(Graham, 2006). 반면, MAC-R과 APS 척도는 물질남용과 명백하게 관련 없는 문항들도 포함되어있어, 물질남용을 간접적으로 측정하며 위험추구나 반사회적 성향을 측정하기도 한다(Young & Weed, 2006). 본 연구에서는 AAS 척도만 각 유형을 유의하게 구분했고, 알코올 의존 문제를 인정한 유형 2와 3에서 AAS 척도 점수가 60점 이상으로 나타났다. 이는 기존의 MMPI를 사용한 연구와는 다른 결과인데, 기존 연구에서 남자 집단의 MAC 척도 평균이 70.7점이었던 반면(Chai, 2005), 본 연구에서 MAC-R 척도의 평균은 57.99점이었다. 이러한 차이는 연구대상자의 차이 때문일 것으로 보인다. 또한, MMPI-2에 새롭게 추가된 AAS 척도가 MAC-R이나 APS 척도보다는 남성 알코올 의존 환자들의 자발적인 문제 인정이나 심각도 수준을 파악하는 데 상대적으로 더 유용함을 반영한다. 이는 MAC-R과 APS에 비해 AAS만이 물질남용자 집단과 비남용자 집단을 임상적으로 유용한 수준에서 구별하였고(Rouse, Butcher, & Miller, 1999; Svanum, McGrew, & Ehrmann, 1994) 구조적 임상면담과 비교하여 확인하였더니 AAS가 현재의 알코올 의존 여부를 가장 잘 탐지하였다는 결과(Clements & Heintz, 2002)와 일치한다.

본 연구 결과에서 나타난 알코올 의존 환자들의 유형에 따른 치료적 개입방법을 논의하면 다음과 같다. 유형 1에 속한 환자들은 자신의 문제에 대해 인정하지 않고 병식이 부족하여 치료적 개입 자체가 어려울 수 있다. 따라서 치료자는 공감적이고 수용적인 자세를 취할 필요가 있다(Shin & Chai, 2011). 또한, 알코올 때문에 초래된 대인관계, 직업적 곤란, 일상의 스트레스 등을 다루면서, 문제 인식을 증진시키고 변화 동기를 유발하는 동기증진치료와 같은 접근 방법을 병행하는 것이 효과적일 수 있다(Miller & Rollnick,

2012).

유형 2를 대상으로 한 전통적인 심리치료 예측은 그리 좋지 않은 것으로 알려져 있다. 실제로 이 유형에 속한 사람들은 치료에 대한 필요성을 느끼지 못하거나, 법적인 문제나 당면한 어려움이 없다면 치료를 조기중단하는 경향을 보인다(Graham & Strenger, 1987). 따라서 이들에게는 반사회적 행동방식과 중독문제와의 관계, 즉, 알코올 사용이 어떻게 반사회적인 행동을 조장하였고 반사회적인 행동이 어떻게 알코올 사용을 강화하였는지를 먼저 인지하게 하는 것이 필요해 보인다(Perkins & Jongma, 2001). 이를 토대로 알코올사용장애의 근거기반치료법으로 알려진 행동자기조절이나 행동계약을 훈련하여 알코올 사용으로 초래되는 부정적인 결과를 줄이는 것이 치료적 목표가 될 수 있다(Chun, 2009). 더불어, 이들은 좌절에 대한 인내력이 낮고 스트레스를 경험했을 때 알코올 문제가 촉발되는 경향을 보이기 때문에(Graham, 1987) 스트레스 대처훈련이 도움이 될 수 있을 것으로 보인다.

유형 3에 속한 환자들은 심각한 정서적 및 정신적 혼란을 동시에 경험하고 있지만 적절한 대처 능력이 없는 상태이다. 또한 이 유형은 많은 경우 정신증을 공존질환으로 가지고 있고 정신과 치료를 받은 경험이 있다(Graham & Strenger, 1988). 알코올 임상현장 경험에 의하면 이들은 문제가 장기간 지속되어 사회적 고립이 심하고 치료에 대한 동기가 저하되어 있는 경우가 많다. 실제로 이들은 F 척도나 AAS 척도에서 알코올 문제를 인정하고 도움을 요청하고는 있었지만, 자아강도(Es)가 낮고 부정적 치료 지표(TRT)가 상승되어 있어 치료에 저항적일 것으로 여겨진다. 따라서 이들에게 우선적으로는 지지적인 치료 전략을 사용하여 정신적 혼란과 감정 상태를 안정화시키는 것이 필요해 보인다(Levak, Siegel, Nichols, & Stolberg, 2011). 정신증과 같은 정신병리가 있다면 그에 대한 꾸준한 치료와 위험평가도 병행되어야 할 것이다. 치료가 진행되면서는 현실에서 당면한 문제에 대처할 수 있는 구체적인 기술을 증진시키는 접근이 권고된다(Graham & Strenger, 1988). 또한, 유형 2, 3에서 나타난 4번 척도의 상승은 알코올 의존의 재발을 가장 잘 예측하는 변인이었고(Jin et al., 1998) 알코올 치료 후에도 비교적 안정적으로 유지되었음을 고려해볼 때(Conley, 1981), 이 두 유형에 속한 환자들에게 재발위험 감소에 초점을 맞추는 개입이 특히 중요해 보인다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 국내에서 처음으로 MMPI-2를 사용하여 남성 알코올 의존 환자들의 특성을 유형으로 분류한 것이다. 현재 통용되고 있는 MMPI-2 척도와 기준을 기반으로 도출된 군집 유형들은 후속 연구나 임상적 활용에 있어 토대가 될 수 있을 것이다. 둘째, 한 가지 성별에 국한한 337명이라는 대규모의 집단을 대상으로 함으로써 유형 분류 결과에 대한 일반화



가능성과 신뢰성을 높이고자 했다. 셋째, 군집분석으로 분류된 각 유형에 대해 MMPI-2에 새롭게 추가된 재구성 임상척도, 성격병리 5요인 척도, 내용척도, 보충척도들의 점수들을 비교하였고 임상소 척도와 내용소척도도 함께 살펴봄으로써, 다수의 다양한 정보를 토대로 각 유형의 특성에 대해 신뢰로운 해석을 도출하였다. 넷째, 이 같은 자세한 유형 별 특징을 바탕으로 보다 구체적인 임상적 개입의 시사점을 제공하였다.

본 연구의 한계점과 후속 연구 방향을 제시하면 다음과 같다. 첫째, 연구대상자가 광역시 소재 한 개의 병원 환자들에 국한되었기 때문에 추후 연구에서는 지역의 범위를 넓히고 기관을 다양하게 하여 일반화 가능성을 높일 필요가 있다. 둘째, 본 연구는 남녀 수의 불균형 때문에 남성 환자들만 포함하였다. 하지만 기존에 알코올 의존 환자들을 대상으로 한 연구에서 성차가 나타났으므로 (Chai, 2005), 추후 연구에서는 비슷한 수의 남녀를 대상으로 체계적인 비교가 필요할 것이다. 셋째, 본 연구에서 유형 간 연령과 학력에 있어 차이가 나타났지만, 음주행동 변인들, 예를 들면 평균 음주량, 음주의 지속기간, 입원횟수 등이 각 유형에 따라 다른지 확인해 볼 필요가 있다. 마지막으로, 추후에는 본 연구에서 분류된 각 유형에 대한 개별화된 치료적 개입의 효과나 예후에 대한 연구도 필요할 것이다.

종합하면, 본 연구는 남성 알코올 의존 환자들의 MMPI-2 점수를 군집분석하여 세 개의 유형으로 구분하였다. 이를 통해 알코올 사용장애를 가진 사람들의 성격 및 임상적 특성에 대한 이해를 증진하고 각 유형 별로 적합한 치료적 개입방법을 제시한 것에 그 의의가 있다.

## References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Chai, S. H. (2005). Psychological characteristics of male and female patients with alcohol dependence—focused on MMPI, BDI, BAI. *The Korean Journal of Woman Psychology*, 10, 555-572.
- Chai, S., Shin, J., Joe, K., & Kim, H. (2010). Factors correlated with abstinence in alcoholics: A six month follow-up study. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 29, 1145-1153.
- Cho, S. N., & Lee, D. H. (1984). The personality characteristics of the alcoholic patient. *Journal of Korean Neuropsychiatry Association*, 23, 452-461.
- Chun, Y. M. (2009). Evidence-based treatment: Alcohol use disorders and problem gambling. *The Korean Journal of Health Psychology*, 14, 215-233.
- Clemens, R., & Heintz, J. M. (2002). Diagnostic accuracy and factor structure of the AAS and APS scales of the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 79, 564-582.
- Conley, J. J. (1981). An MMPI typology of male alcoholics: Admission, discharge and outcome comparisons. *Journal of Personality Assessment*, 45, 33-39.
- Donovan, J. M., Soldz, S., Kelley, H. F., & Penk, W. E. (1998). Four addictions: The MMPI and discriminant function analysis. *Journal of Addictive Diseases*, 17, 41-55.
- Egger, J. I. M., Gringhuis, M., Breteker, M. A., De Mey, H. R. A., Wingbermuhle, E., Derksen, J. J. L., & Hilberink, S. (2007). MMPI-2 clusters of alcohol-dependent patients and the relation to Cloninger's temperament-character inventory. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, 238-243.
- Elwood, R. W. (1993). The clinical utility of the MMPI-2 in diagnosing unipolar depression among male alcoholics. *Journal of Personality Assessment*, 60, 511-521.
- Goldstein, S. G., & Linden, J. D. (1969). Multivariate classification of alcoholics by means of the MMPI. *Journal of Abnormal Psychology*, 6, 661-669.
- Graham, J. R. (1987). *The MMPI: A practical guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Graham, J. R. (2006). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (4th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Graham, J. R., & Strenger, V. E. (1988). MMPI characteristics of alcoholics: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 197-205.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DMS-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 830-842.
- Hodo, G. L., & Fowler, R. D. (1976). Frequency of MMPI two-point codes in a large alcoholic sample. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 487-489.
- Hong, C. H., & Oh, S. W. (1992). Study on the construction of alcoholism scale. *Proceedings from 1992 Annual Conference of the Korean Psychological Association*, 1, 631-640.
- Isenhardt, C. E., & Silversmith, D. J. (1996). MMPI-2 response styles: Generalization to alcoholism assessment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 115-123.
- Jang, B. C., Shin, J. J., Kim, S. A., Cho, H. S., Choi, Y. S., & Lee, C. H. (1998). The characteristics of alcohol dependent patients admitted to a mental hospital. *Journal of Korean Academy of Addiction Psychiatry*, 2, 100-107.

- Jin, H., Rourke, S. B., Patterson, T. L., Taylor, M. J., & Grant, I. (1998). Predictors of relapse in long-term abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, *59*, 640-646.
- Kim, I. S., Paik, K. C., & Kim, K. B. (1994). Comparison of clinical features by severity of depression in hospitalized male chronic alcoholics. *Journal of Korean Neuropsychiatry Association*, *33*, 1013-1033.
- Kim, J., Han, K., Lim, J., Lee, J., Min, B., & Moon, K. (2005). *Manual for Korean MMPI-2*. Seoul: Maumsarang Co., Ltd.
- Ko, S. N., & Oh, S. W. (1998). MMPI profile of patients with alcohol dependence. *Journal of Korean Academy of Addiction Psychiatry*, *2*, 244-251.
- Lee, Y. K., Oh, S. W., Lyu, M. K., & Park, M. C. (1999). The characteristics of MMPI clinical and content scales on patients with alcohol dependence. *Wonkwang Psychiatry*, *15*, 3-14.
- Levak, R. W., Siegel, L., Nichols, D. S., & Stolberg, R. A. (2011). *Therapeutic feedback with the MMPI-2: A positive psychology approach*. New York, NY: Routledge.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Ministry of Health and Welfare. (2011). *The epidemiological survey of mental disorders in Korea*. Seoul: Author.
- Mulder, R. T. (2002). Alcoholism and personality. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*, 44-52.
- Namkoong, K., Cho, H. S., Kim, B. C., Hyun, M. H., Ahn, H. R., Lee, H. S., & Yoo, K. J. (1997). Statistical classification of alcohol dependence by MMPI. *Journal of Korean Neuropsychiatry Association*, *36*, 902-909.
- Nichols, D. S. (2011). *Essentials of MMPI-2 Assessment* (2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Park, J. H., Park, M. C., & Park, N. J. (1989). A study on the admitted patients with alcoholic mental disorders. *Journal of Korean Neuropsychiatry Association*, *28*, 88-96.
- Park, Y. S. (1999). A study on the psychological traits of alcohol abuse group. *Korean Journal of Clinical Psychology*, *18*, 89-100.
- Perkinson, R. R., & Jongsma, A. E. (2001). *The addiction treatment planner* (2nd ed.). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Phee, S. S., Rho, S. H., & Oh, S. W. (1990). A study on psychopathology of the admitted alcoholic patients using MMPI, SCL-90, and HPRS. *Journal of Korean Neuropsychiatry Association*, *29*, 649-661.
- Rouse, S. V., Butcher, J. N., & Miller, K. B. (1999). Assessment of substance abuse in psychotherapy clients: The effectiveness of the MMPI-2 substance abuse scales. *Psychological Assessment*, *11*, 101-107.
- Sher, K. J., Grekin, E. R., & Williams, N. A. (2005). The development of alcohol use disorders. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, *1*, 493-523.
- Shin, J. J., & Chai, S. (2011). Treatment plan for alcohol dependent patients with poor insight. *Journal of Korean Academy of Addiction Psychiatry*, *15*, 3-8.
- Sung, S. K., Kang, J. E., Kim, I. Y., & Hahm, W. (1998). The personality characteristics of female alcoholics in MMPI profiles. *Journal of Korean Academy of Addiction Psychiatry*, *2*, 91-99.
- Svanum, S., McGrew, J., & Ehrmann, L. (1994). Validity of the substance abuse scales of the MMPI-2 in a college student sample. *Journal of Personality Assessment*, *62*, 427-439.
- Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, *58*, 389-404.
- Young, K. R., & Weed, N. C. (2006). Assessing alcohol and drug abusing clients with the MMPI-2. In J. N. Butcher (Ed.), *Practitioners' guide to the MMPI-2* (pp. 361-379). Washington, DC: American Psychological Association.

## 국문초록

### 남성 알코올 의존 환자의 특성: MMPI-2 프로파일 유형 분류

이혜진<sup>1</sup> · 최윤희<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>전남대학교 심리학과, <sup>2</sup>다사랑병원

본 연구는 알코올 의존을 가진 남자 환자들의 임상적 특성을 다면적 인성검사(MMPI-2) 프로파일을 기반으로 한 유형 분류를 통해 알아보고자 하였다. 이를 위해 광역시 소재의 한 알코올 전문 병원에서 치료받은 337명 남자 환자의 MMPI-2 9개의 타당도척도와 10개의 임상척도가 군집분석에 포함되었다. 분석 결과, 다음과 같은 3개의 유형으로 분류되었다. 유형 1 ( $n=143$ , 42.4%)은 “방어적 정상 프로파일” 집단으로, 임상척도들은 모두 정상범위에 속하나 상대적으로 방어성 척도(L/K/S) 점수가 높고 비전형성 척도(F/Fb/Fp/FBS) 점수가 낮았다. 유형 2 ( $n=136$ , 40.4%)는 반사회성(Pd)과 우울(D) 척도가 상승한 “반사회적 성향” 집단이었다. 유형 3 ( $n=58$ , 17.2%)은 “심한 심리적 장애” 집단으로, 다수의 임상척도(D, Pd, Pa, Pt, Sc)와 비전형성 척도가 상승하였다. 물질남용 보충척도 중에는 중독인정 척도(AAS)가 각 유형을 유의하게 구분하였다. 위의 결과를 바탕으로 각 유형에 대한 이해와 개입을 위한 임상적 시사점을 논의하였다.

주요어: 알코올 의존, 알코올사용장애, 남성 알코올중독자, MMPI, 군집분석, 유형 분류