

한국 정신과 입원환자의 MMPI 해석법 연구*

金 重 述

(서울대)

요 약

본 연구는 가장 빈도수가 많은 MMPI Code type을 확인하고 Gilberstadt와 Duker가 개발한 Check-list를 사용하여 각 Code type에 해당하는 증상 및 배경정보를 수집하는 데 그 목적이 있었다. 피험자는 서울지역에 있는 두 개의 의과대학 부속병원 정신과와 한 개의 정신과 개인병원에 입원한 106명(남자 40, 여자 66)의 환자였으며, chi-square를 사용하여 그것들의 통계적 유의도를 검증하였다. 그 결과 가장 빈도가 높은 code type으로는 1-3(3-1), 1-8(8-1), 6-8(8-6), 6-9(9-6), 7-8(8-7) 및 9 type이었으며, 그에 해당하는 진단 및 주된 증상을 검토하여 보았다.

I. 서 론

과학적인 연구에 있어서 독창성의 중요성은 아무리 강조하여도 부족하지만, 다른 연구자들의 연구결과를 추시검증하는 연구도 그 가치를 무시할 수 없는 일이다.

한국에서 MMPI(Minnesota Multiphasic Personality Inventory)를 도입하여 사용하기 시작한 것이 1963년도(진위교와 정범모, 1963)라고 볼 때 20년간 우리는 그 해석법의 타당도에 대한 과학적인 근거를 충분히 확보하지 못한 채 외국의 해석법에 관한 책자를 기준으로 해석을 시도하고 있다. 이와 같은 현상에 대하여 심리검사의 시행 및 해석을 전문분야의 일부 활동으로 포함하고 있는 임상심리학자로서 부끄럽게 생각하지 않을 수 없다.

MMPI에 대한 과학적인 해석법의 시도는 특히 Meehl(1956)의 논문을 계기로 더욱 활성화되었다고 보아도 무리는 아닐 것 같다. 그 이전까지는 주로 nomothetic(최도의 절대치 수준)한 의미에 관심을 두고 임상적인 현상에 관한 주관적인 정보를 해석의 근거로 삼는 예가 많았으나 보다 idiographic(개인 내의 상대적 수준)

한 의미에 관심을 둔 객관적 평가법의 개발은 actuarial method의 도입으로 인하여 활성화되었다고 볼 수 있을 것이다.

"Actuarial" method란 각 profile type에 대하여 경험적으로 여러 가지 비경사적인 임상적 혹은 개인사적인 자료나 사실들을 확정하는 것을 의미하며(Gyntner et al., 1973), 한편 "nonactuarial" method라 함은 각 profile에 대한 해석들이 해석법 저자의 임상적인 기술이나 경험에 주로 근거함을 의미한다(물론 여기에는 이전에 발표된 연구결과들도 포함된다).

MMPI에 관한 actuarial method에 의한 연구결과들의 대표적인 것으로 Marks와 Seeman(1963) 및 Gilberstadt와 Duker(1965)의 저서를 들 수 있고, 그 이후에 발간된 것으로 Gyntner등(1973) 및 Marks등(1974)의 저서를 손꼽을 수 있을 것이다.

지금까지 추시연구를 시행한 결과 전기한 Marks와 Seeman(1963) 및 Gilberstadt와 Duker(1965)의 Profile type으로는 전체 환자군의 15% 내지는 30%에게만 적용이 가능한 것으로 보고된 반면, Gyntner등(1973)의 Profile type은 전체 정신과 환자군의 75.8%에 적용 가능하다고 주장되고 있다.

특히 Gyntner등의 주장에 의하면 ① reciprocal code type(가령 2-7과 7-2)간에는 해석상의 유의미한 차이가 없으며, ② two-point high code의 absolute elevation이 해석상 큰 영향을 주지 않고, ③ three-point code와 Parent two-point code 간에 근본적으로 유사한 해석이 가능하며, ④ 남녀간에 해석상의 차이를 보이지 않는다고 보고하고 있다.

사실상 Gyntner등(1973)의 연구는 Marks와 Seeman이나 Gilberstadt와 Duker의 연구에 대한 추시의 의미도 가지고 있으며 다른 한편으로는 보완적인 시도라고 볼 수 있다. 검사해석 체계에 대한 타당도를 높이기 위해서는 얻어진 결과를 실제로 사용하기 전에 반복시행하여 검증하는 것이 매우 바람직한 방법이며, 그것은 MMPI의 어느 일부 profile type을 대상으로 이룰

* 본 연구는 1982년도 산학협동재단 학술연구비의 보조에 의하여 이루어졌음.

어릴 수도 있고(Persons & Marks, 1971; Fower & Athey, 1971) 혹은 전부를 대상으로 할 수도 있다(Lewandowski, & Graham, 1972).

저자는 1970년에 주로 Marks와 Seeman의 방법을 사용하여 정신과 환자의 정상 MMPI 반응에 대하여 고찰한 바 있거니와(김중술, 1970), 금년에는 Gilbertstadt와 Duker의 방법을 사용하여 정신과 입원환자의 MMPI 반응에 대한 연구를 시행하고 특히 정신과 입원환자에서 가장 빈번히 나타나는 code type을 확인하고 각 code type에 대한 해석법을 확정하고자 시도하였다.

II. 본 론

1. 연구대상

연구대상은 106명(남자 40, 여자 66)의 15세에서 60세까지의 정신과 입원환자로서(표 1) MMPI Profile상 T척도 65점을 초월하는 임상척도가 하나 이상 있는 환자들이다. 이 중에는 두뇌의 기질적 손상이 있음이 확인되었거나, 감정환자로 입원한 환자이거나 어떤 종류의 사고로 인하여 입원한 환자이거나 혹은 "invalid"로 판정받은 환자의 반응들은 대상에서 제외되었다. MMPI는 원칙적으로 입원일자로부터 일주일 이내에 완성한 것이어야 하며 타인이 대신 대답하거나 대필하여 준 것은 인정하지 않았으며, 또한 일주일 이상 입원하므로써 주치의에 의한 충분한 자료수집이 확보되어 있는 환자의 것만을 대상으로 하였다. 대부분의 경우 MMPI는 종합적인 심리검사의 일부로서 시행되었다. 기본적인 자료수집 기간은 1977년 6월에서 1983년 8월까지였으며, 장소는 두 개의 의과대학 부속 종합병원과 한 개의 단독 정신과 clinic이었다.

2. 연구방법

본 연구에서 가장 중요하게 고려되었던 점은 누가 어떻게 자료를 수집하는가 하는 점이었다. 임상적 및 개인사례적인 자료를 수집하기 위하여 Gilbertstadt와

Duker가 사용했던 Check-list(부록 1)를 사용하였는데 이것은 원래 Cantor(1952)가 Minneapolis 재향군인 병원에 입원했던 정신과 입원환자의 퇴원기록부(discharge summary)에서 나타난 기술용어들을 근거로 하여 경험적으로 작성된 것이었다. 이 Check-list의 주요내용은 ① 초기의 개인력과 배경, ② 교육 및 직업적응, ③ 이성관계 및 결혼적응, 그리고 ④ 임상적 특징 등으로 구성되어 있다.

미국의 저자들의 경우에는 세 사람의 판단자가 환자의 상태나 심리검사의 결과 등에 관한 정보를 완전히 모르는 상태에서 오직 퇴원기록부에 나타난 기술이나 환자 및 그 가족을 면담한 social worker의 보고서에 의해서만 Check-list를 완성하도록 하였으나 본 저자의 경우에는 제반 한구적인 현실여건에서 그와 같은 객관성을 고수할 수 없어 저자가 단독으로 환자를 면담하고 주치의의 상세한 기록(병록지)을 검토한 후 직접 Check-list를 완성하였다. 이 과정에서 심리검사 결과에 의한 영향을 되도록 배제하고 추리에 의한 판단도 억제하려 노력하였으나 의식적 혹은 무의식적으로 다른 source로부터의 영향을 완전히 배제하였다고 주장할 수는 없을 것 같다. 다만 저자로서는 환자에 대한 주치의 및 때로는 간호원 등의 기록에 충실하고 또한 저자의 객관적 판단에 입각하여 Check-list를 완성하려고 최대의 노력을 경주하였음을 밝히고자 한다. 이 과정에서 몇 번 주치의나 다른 임상심리학자에게 Check-list를 의뢰하여 보기도 하였으나 각자의 주관적인 판단을 통제하는데, 곤란이 있는 것 같기도 하여 평가상의 bias가 생긴다하더라도 일정한 방향으로의 bias가 생기는 것이 오히려 해석상의 오류를 교정하는 데도 도움이 될 것 같다는 생각에서 저자 한 사람에게 의하여 모든 Check-list를 완성하는 방법을 택하였다. 따라서 Check-list는 환자면담(주로 종합적인 심리검사를 목적으로 하는 것이었음) 직후에 완성하는 것을 원칙으로 하였으며, 2일 이상 경과하는 예는 없었다.

이 과정에서 한 가지 큰 문제는 진단분류였는데, 우선 본 연구의 초기에는 DSM-Ⅱ에 의한 진단분류가 기본처럼 사용되었었고, 1980년도 이후에는 DSM-Ⅲ가

표 1. 피험자의 성별 및 나이분포.

성별 \ 나이	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	
남자	11	17	7	3	2	40
여자	11	27	20	7	1	66
합계	22	44	27	10	3	106

나이평균: 28.08(남자 26.93, 여자 28.77)

표 2. Code type과 빈도.

1-3 (3-1)	1-8 (8-1)	2-3 (3-2)	2-7 (7-2)	3-4	3-7 (7-3)	4	4-6 (6-4)	4-9 (9-4)	5	6	6-1	6-8 (8-6)	6-9 (9-6)	7-8 (8-7)	8-9 (9-8)	9	9-3
14	6	4	5	4	4	3	3	3	2	4	3	14	6	9	2	7	2

제정되어 그에 의한 진단분류가 점차로 기본처럼 사용되었다.

그러나 보다 더 중요한 문제로 원래 Gilberstadt와 Duker의 연구에서는 퇴원기록부에서 진단명을 확정하였으나 본 저자의 경우에는 대부분의 경우 입원 후 1주일 내외의 기간에 주치의가 정한 진단명을 기준으로 분류하였다는 점이다. 정신과에서의 진단이란 때로는 입원 당시와 퇴원 당시에 진단명이 달라질 수도 있는 것이므로 이 점에서 다소의 차이가 있을 수도 있겠으며, 특히 누가 어떤 방법으로 진단분류를 하였는가 하는 문제가 있을 수 있어 이것은 본 연구에서 해결할 수 없었던 문제점임을 밝혀 두는 바이다.

3. 연구결과

본 연구의 근본목적은 MMPI code type에 따른 cook-book 형태의 해석법을 고안하는 데 있다.

도합 106명의 MMPI profile을 code별로 분류한 결

과 29개의 code type을 얻었고, 그 중 11개의 code type에 있어서는 빈도가 1 밖에 되지 않았다. 비교적 빈도가 높은 code type을 골라본 결과 다음과 같은 6개의 pattern을 선택하게 되었는데, 이같은 선택의 어떤 통계적 혹은 논리적 근거는 특별히 없다. 빈도가 낮으므로 인하여 해석법을 논하지 않은 다른 code type들에 대해서는 앞으로 자료를 더 보충하여 해석법을 완성할 계획이다. 참고로 빈도 2 이상의 code type을 열거하면 다음과 같다(표 2).

이들 중에서 6명 이상의 빈도를 가지는 code type을 선택하여 check-list의 항목별로 분류한 결과는 표 3과 같다.

전체 106명 환자의 check-list item 빈도를 base-rate로 하여 각 code type별 item 빈도의 유의미성을 chi-square로 계산하여 보았다. 이 base-rate는 앞으로 유사한 연구를 시행할 경우 하나의 기준자료로 사용할 수 있을 것이다.

표 3. 精神科 표집전체와 각 profile type에 대한 check-list항목의 빈도.

* P<0.05 ** P<0.01

Sx.	Total(106)	1-3(14)	1-8(6)	6-8(14)	6-9(6)	7-8(9)	9(7)
Abdominal pain	9	2	1		1	1	
Acting-out	20	1	1	2	3	1	3
Agitated	42	4	2	6	2	2	4
Anorexia, nausea, vomiting	46	11*	4	4	2	2	2
Anxiety	60	9	5	11	3	6	3
Apprehension	30	3	2	5	1	4	1
Arm and hand pain	6	3*	1			1	
Assaultive	9	1		1	2*	1	1
Auditory hall	6		1	2		1	
Back pain	5	3*					
Blindness, eye complaint	6	1	1				1
Blunted, inappropriate affect	24		1	5	2	2	1
Cardiac complaint	11	3		1		2	
Chest pain	29	8*	2	1	2	4	
Circumstantial	16	2	1	4	1	1	3
Combative when drunk	3			1			
Compulsive	7	1	1	3			
Conflict with girl friend	3		1				1
Conflict with parent	26	4		2	3	5*	4

Conflict with sibling	9	1			2*		1
Conflict with wife	15	4	1	3	1	1	
Confusion(nonorganic)	8			1		1	1
Constipation	23	5	2	3		1	
Crying, tearfulness	22	6	1	1		2	1
Daydreams	37	6	3	5	4	4	3
Dependent	11	2		1			2
Depersonalization	3						1
Depression	82	12	6	10	3	8	5
Diarrhea	13	3	1	1	1		1
Difficult concentration	69	9	6	8	4	7	5
Difficulty in walking	5	1				1	
Difficulty with co-workers	8	1		2		1	1
Disoriented	3					1	
Disturbed by relatives	5	1		3*			
Divorced or separated	3	1			1		
Dizziness	50	12**	3	4	3	4	1
Dyspnea, respiratory comp.	32	9*		5	1	2	1
Ear complaints	4	1			1		
Elated	9				3**		2
Emotional instability	46	3	2	6	5	4	6*
Epigastric complaints	19	7**	3			2	
Evasive, defensive	7			1			2*
Exhibitionist, voyeur	7	2	1			1	1
Father alcoholic	12	2		2	1	3	
Father deserted, left	2			1			1*
Father died before pt. age 12	8	1		1		2	1
Father domineering	11	3	2	1	1		
Father mentally ill	4			1			
Father passive, weak	16	2	1	2	1	2	3
Father physically ill	8	1	1	2			1
Father poor supporter	10	2	1	1	1	1	1
Father punishing	13			4	1	2	
Father rejecting	7				1	1	1
Father religions	5				2**	1	1
Father strict	24	1	2	6	3	3	1
Fearful	15	2		2	1	1	1
Feelings of hos. & homicidal	9	2	1	3	1		1
Feeling of sex inadequacy	5	1	1	1		1	
Financial status poor	4	1		1			
Forgetfulness	47	6	4	6	3	5	
Grandiose delusions	8	1			2*		1
Guilt	14	1	1	2			
Headache	57	13**	3	6	3	6	1
Heavy drinking	6		1	1	1		2*

Heavy drugs	3		1			1	
Homosexual trends	1						
Hostile	22	3	2	4	2		5**
Hyperactive	12	1		1	2		3*
Hypertension	3			2**			
Ideas of ref. & persecution	26	1	2	4		1	2
Immature	16	2	3*	1		2	1
Impulsive	50	3	3	6	5	5	5
Inadequacy feeling	35	5	3	3	1	5	3
Indecision	4	2					
Inferiority feeling	32	3	1	3	2	4	2
Insomnia	56	11	1	7	3	3	2
Irritable	54	8	3	8	4	3	6
Leg or knee pain	3	1		1			
Loss of consciousness	4	2		1			
Loss of interest	38	4	3	5	1	2	2
Married	44	7	1	8	2	1	1
Moodiness	45	6	3	5	1	5	3
Mother complaining	19	3	1	1	1	2	2
Mother died bef. pt. 12	2						
Mother domineering	27	2	1	6	2	4	2
Mother mentally ill	3	1					1
Mother nervous	36	6	3	5	3	4	1
Mother overprotective	12			1		1	2
Mother physically ill	8	4*			1		
Mother punitive	2						
Mother rejecting	2						1
Mother strict	5	1			1*		
Neck pains & throat complaint	8	5**			1		
Nervousness	71	9	4	11	5	6	5
Nightmares	23	6	1	3	2	3	
Numbness	15	5*	1				
Obsessions	25	5	1	4	1	2	2
Other pain	1	1					
Panic state	5	2		1		1	
Paranoid delusions(big)	10		1	1			1
Paranoid trend	14	1		5*	1		1
Paresthesia, itching	3	1					
Passive	10	2		2		1	
Perspiration	5	2		1	1		
Poor work adjustment	15	1		2	1	2	3*
Quiet	34	3	3	5	1	5	
Religions	36	4		4	3	1	2
Religions conflict	2	2*					
Restless	31	3	2	4	1	4	1

Retarded	3						
Ruminations	16	3	1	3	2	1	1
Schizoid	31	3	3	7	1	3	1
Sexual difficulty	11	2		1	2		
Somatic delusions	4		1	1			
Speech difficulty	5	1		3*			
Suicidal preoccupations	19	1	4**	5	3	1	
Suicide attempt	22	1	4**	2	2	3	
Suspicious	18	3	1	6*	1		2
Talkative	17	2	1		3*		2
Tension	45	5	3	7	3	3	3
Tremor & trembling	7	1		1			
Ulcer	0						
Unmarried	55	7	5	6	4	5	3
Unworthiness feeling	25	3	1	1	3	5*	2
Visual hallucinations	2						1*
Weak, tired, fatigued	65	12	4	10	5	4	3
Weight loss	7	1			1		1
Wife pregnant or postpreg.	0						
Withdrawn, introversive	48	6	5	8	2	6	1
Worrying	44	7	2	6	2	4	1

1-3(3-1) type (N=14)

이 type에서 가장 빈번한 신체적 호소는 headache이다. 이것은 그들이 병원을 찾아오는 이유 중의 하나이기도 하며, 다음으로 neck pain과 throat complaints, dizziness, epigastric complaints 등이 특징적으로 많고 그밖에 numbness, anorexia, nausea, vomiting, back pain, chest pain, dyspnea와 respiratory complaints 등을 다른 환자집단에 비하여 유의미하게 많이 호소하고 있다. 그들의 부모 중 특히 아버지보다는 어머니에 문제가 많은 편이고, 어머니가 신체적인 질병을 앓는 경우가 많다. 비교적 신앙심이 많은 편이나 종교적인 갈등을 가지고 있는 경우가 다른 환자집단보다 많은 것으로 보인다.

진단적으로 그들은 hysterical neurosis의 진단을 받는 경우가 가장 많고(36%) 다음으로 somatization disorder 혹은 paranoid disorder의 진단을 받는 예가 많은데, 특히 paranoid disorder의 경우에는 모두 이 code type을 취하고 있었다.

alternative diagnosis로는 depressive neurosis가 가장 많으며(43%) 다음으로 anxiety disorder가 차지하고 있다. 때로는 borderline/incipient/pseudoneurotic schizophrenia라고 진단받는 환자들이 이 code type에 속하고 있음은 흥미있는 일이다.

1-8(8-1) type (N=6)

이 부류에 속하는 환자들은 특별히 강조되는 신체적인 혹은 정신적인 증상을 통계적으로 의미있는 수준으로 나타내는 바가 없다. 임상적으로 흔히 이들의 증상을 bizarre하다고 표현하듯이 뚜렷히 부각되는 증상은 없으면서 다만 자살기도나 자살에 대한 집착을 통제적으로 유의미하게 많이 보이며 일반적으로 미성숙하다는 평을 받고 있다.

진단적으로 보아서도 그들이 특징적으로 잘 속하는 진단부류가 확인되지 않으며 성격장애(schizoid, borderline)에서부터 정신분열증(paranoid, borderline)에 이르는 넓은 범위로 분포되어 있다.

alternative diagnosis는 비교적 정신분열증(incipient, pseudoneurotic, schizophreniform)집단이 우세하며(66%) 다만 한 사람의 paranoid personality가 있었을 뿐이다.

이렇게 볼 때 1-8(8-1) type의 MMPI profile은 매우 애매하며 해석상 혹은 진단상으로 특징적인 면을 별로 가지고 있지 않는 것 같이 보인다. 즉, 이 말은 이와 같은 MMPI profile을 보이는 환자들에게 MMPI 검사가 크게 공헌하는 바가 없다는 의미가 될런지도 모르며 투사법적 검사나 그밖의 다른 방법들이 더 효과적인 평가방법이 될수 있음을 의미할런지도 모른다.

6-8(8-6) type(N=14)

나타나는 빈도수로 보아서는 1-3 type과 더불어 가장 많은 환자집단을 구성하고 있으나 Check-list-item으로 보아서는 그렇게 다양하지는 않다. 역시 가장 대표적인 특징은 paranoid trend와 suspicious한 것이며 speech difficulty를 호소하는 예가 많고 친척들로부터 괴로움을 당하고 있다고 호소하고 있다. 특별하게 빈발하는 신체적인 증상은 없으며, 통계적인 의미는 인정되지 않으나, withdrawn되어 있고 nervous, irritable하며 엄격한 아버지 밑에서 성장한 과거력을 가지고 있는 예가 비교적 많다.

진단적으로 볼 때에는 역시 schizophrenia(paranoid, chronic, 혹은 borderline)가 가장 많으며(57%) 다음으로 hysterical neurosis가 있는 바(22%) 이는 1-3 type 다음으로 많은 빈도를 차지하고 있다.

alternative diagnosis 역시 schizophrenia(incipient, borderline)나 schizoid 혹은 paranoid personality 및 adjustment disorder 등으로 넓게 분포되어 있다.

역시 psychosis category의 대표적인 profile type이라 할 수 있겠으며, 비교적 진단분류상 모호하지 않은 type이라 볼 수 있다.

6-9(9-6) type(N=6)

비교적 빈도가 많지 않은 type으로서 대표적인 특징은 elated mood이며, 다음으로 talkative하고 assaultive하며 grandiose delusion을 가지고 있는 예가 많다. 신체적으로 hypertension이 있으며 신앙심이 깊은 아버지와 엄격한 어머니 사이에서 성장한 예가 많고, 통계적인 차이는 없으나 impulsive하고 emotional instability가 높은 경향이 있다고 보여진다.

진단적으로는 schizophrenia(paranoid, adolescent)가 반수를 차지하고 있고, psychopathic, personality adjustment disorder 및 M.D.I. manic phase에 한사람씩 분포되어 있다.

alternative diagnosis에 있어서도 대부분이 psychosis category(hysterical, paranoid, schizo-affective)에 속하며 한 명의 adjustment disorder가 있을 뿐이다.

대부분 psychotic illness를 앓고 있으면서 affective coloring이 큰 비중을 차지하고 있는 집단이라 볼 수 있겠다.

7-8(8-7) type(N=9)

실제로 임상에서는 드물지 않게 나타나는 type임에도 불구하고 check-list상에서는 두드러진 특징을 잘 나타내지 않고 있다. 한 가지 의미있는 특징은 unworthiness feeling이며, 부모와의 갈등이 강조되고 있다. 이것은 역동적인 관점에서 볼 때에는 매우 흥미있

는 현상일 것 같은 바 여기에서는 더 자세히 논할 곳이 아니라고 본다. 통계적인 의미는 없으나 depressive하고 impulsive하며 withdrawn되는 경향이 있으며 anxiety가 높은 경향도 있다.

진단적으로는 비교적 personality disorder(borderline, schizoid, adjustment disorder) 계통이 우세하며(44%), 나머지는 schizophrenia나 brief psychotic reaction이나 혹은 depression을 보이고 있다.

alternative diagnosis 역시 schizophrenia(borderline pseudoneurotic, chronic) 및 personality disorder(schizoid, adjustment disorder) 혹은 depression의 범위로 산재되어 있다.

예상과는 달리 obsessive-compulsive disorder가 나타나지 않으며 진단분류상 다른 자료의 보충을 필요로 하는 부류라고 생각된다.

9 type (N=7)

가장 특징적인 현상의 하나는 hostile하다는 점이며 그들은 emotional instability가 심하고 evasive, defensive하며, hyperactive하고 heavy drinking 및 Poor work adjustment의 history가 있고 때로 visual hallucination을 나타내기도 한다. 아버지가 가족들을 버리고 떠난 경우가 있고, 부모와의 갈등을 호소하는 경우가 있으며 이와 같은 배경들이 그의 hostility를 형성하는 데 중요한 공헌을 했을런지도 모른다.

진단상으로는 personality disorder(paranoid, hypomanic, adjustment disorder)의 경우와 psychosis(schizophrenia, M.D.I)의 경우가 각각 비슷하며(42%), 예상과는 달리 M.D.I에 집중되어 있지 않다.

alternative diagnosis는 대체로 schizophrenia에 편중되어 있고(57%) 그밖에 적응장애의 부류에 속하는 진단을 받고 있다.

이 type 역시 MMPI만으로는 정확한 진단확립이 다소 곤란하다고 보여지며 때로는 많은 정상인 집단에서도 이 척도의 단독상승을 보이는 예가 많아(특히 청년층에서) 정상과 비정상의 감별을 어렵게 만든다. 앞으로 9 type에 대한 별도의 집중적인 연구가 필요하다고 생각된다.

4. 논 의

본 연구에서 가장 큰 제한점은 환자 사례수의 부족이라 할 수 있다. 이것은 한국 현실에서 어쩔 수 없었던 상황이라는 변명도 있을 수 있겠지만 base-rate에 포함되는 환자의 모집단이 더 커서 그로부터 random sampling하여 표준집단을 구성하는 것이 이상적이라 본다. 그러나 사실상 이와 같은 방법은 실험

실 연구에서는 쉽게 가능하나 합당한 사례를 만나는데 곤란을 겪는(사례의 희귀성으로 인하여) 임상연구에서는 이상적 방법만을 고수할 수 없음이 사실이다.

둘째로 큰 문제의 하나로 check-list item의 평가이다. 판단자가 여러 사람이 있어서 상호간의 의견의 일치도를 계산하면서 평가의 신뢰도를 밝혀야 하는데 본 연구에서는 그것이 결여되어 있어 item 평가에 bias가 개입되어 있을 수 있겠다.

세번째 문제는 진단이다. 특히 자료수집 기간중에 공식적인 진단분류법의 개정이 있었음으로 인하여 원래 진단상의 신뢰도가 낮다고 논의되는 정신과적 진단을 더욱 일관성이 결여된 것으로 만들었다. 그러나 다른 한편으로 보면 진단분류법이 바뀌었다고 하더라도 *neurosis*를 *psychosis*로 보지는 않으며 기본적인 진단 개념에 있어서는 크게 문제가 있지 않다는 생각도 가능하다고 본다.

특히 본 연구를 통하여 밝혀진 한 가지 사실은 1-8 (8-1) type이다. 이 type은 대부분의 MMPI 저서에서 논의되지 않는 극히 드문 type으로 취급되고 있음에도 불구하고 본 조사에서는 5.6%의 비율로 나타나고 있는 바 가장 빈도가 높은 code type(1-3, 6-8 type)의 경우라도 13%에 불과하다. 이와 같은 사실이 한국에서만 나타나고 있는 현상인가를 앞으로 유의하여 검토할 필요가 있겠다.

또 한 가지 문제는 9 type이다. Gilberstadt와 Duker에 의하면 주된 진단이 M.D.I, manic type으로 되어 있고 주된 특징도 *circumstantial*(60%), *grandiose delusion*(50%), *hostile*(40%), *hyperactive*(80%), *talkative*(70%), *depression*(70%), *heavy drinking*(50%) 및 *poor work adjustment*(60%)등으로 나타나고 있으나, 본 연구에서는 명목은 거의 유사하게 분포되어 있으나 정도에서는 이와 같이 뚜렷하지 못하고 특히 진단명에 있어서 M.D.I, manic type의 경우는 7명 중에 1명 밖에 없다. 이와 같은 현상은 종종 임상 장면에서도 당면하게 되는 바, 김중술(1983)이 조울증 환자만을 집중적으로 조사한 바에 의하면 조울증 초기 환자로서 그렇게 진단할 수 있는 MMPI 반응을 나타내는 환자의 비율은 31%에 불과하였다. 이것으로 보아 MMPI가 한국에서는 조울증 초기환자를 감별하는데 효과적이지 못함을 지적할 수 있겠다.

유사한 문제가 7-8 code type에서도 나타나고 있는 바, Gilberstadt와 Duker의 연구에서는 *obsessive-compulsive neurosis*가 가장 빈번한 진단명이나 본 연구에서는 그 같은 진단이 7-8 type에서 한 명도 없을 뿐만 아니라 *alternative diagnosis*로서 *anxiety disor-*

*der*도 한 명도 나타나지 않는다.

이와 같은 차이의 source가 한국과 미국간의 진단기준의 차이에 기인하는 것인가 아니면 item별 기술상의 차이에 근거하는 것인가, 그것도 아니면 한국 환자의 양상이 다른 것인가 등 여러 가지를 생각해 볼 수 있을 것이다.

많이 논의되면서도 또한 쉽게 지켜지지 않는 한 가지 사실은 검사기준을 정하는 데 사용되었던 피험자 속성에 대한 한계이다. 본 연구에 사용되었던 피험자들은 서울 시내의 의과대학 종합병원 정신과에 입원한 환자들이었다. 따라서 원칙적으로 일반 외래환자(입원한 후 퇴원한 외래환자는 제외), 군병원의 입원환자, 대학의 상담실에 내방하는 학생집단 혹은 장기간 입원하고 있는 대형 정신병원의 입원환자 등에는 이 결과를 기계적으로 적용하여서는 안될 것이다. 저자의 경험으로 보아 특히 대학의 학생생활 연구소에 찾아오는 내담자들에게 MMPI를 적용하는 데는 별도의 해석기준이 필요함을 강조하는 바이다.

어쨌든 본 연구의 결과를 검토하면서 저자는 실망감이 더 크다. 몇 개의 code type을 대상으로 하여 볼 때 진단명이나 증상호소의 양상이 외국 저자들의 연구결과와 비교하여 정도나 종류에 있어서 매우 다르다는 것이며, 그 원인이 어디에 있는가부터 꼼꼼이 생각해 볼 필요가 있겠다. 다른 연구자들로부터 이같은 종류의 연구가 계속 진행되어 방법상의 오류를 밝히고 MMPI 해석의 타당도를 높이도록 힘써 주기 바란다.

Ⅲ. 결 론

1977년 6월부터 1983년 8월까지 서울 시내의 두 개의 의과대학부속 종합병원과 한 개의 단독 정신과병원에서 수집한 106명(남자 40, 여자 66)의 정신과 입원환자들의 MMPI를 profile별로 check-list의 내용을 분류하고 *chi-square*를 적용하여 base-rate와 유의미한 차이를 보이는 code type을 분석하여 본 결과 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 가장 빈번히 나타나는 MMPI code type은 1-3 (3-1), 1-8(8-1), 6-8(8-6), 6-9(9-6), 7-8(8-7) 및 9 type이다.

2. 1-3(3-1) type.

진단명 : *hysterical neurosis*; *depression*

주된 증상 : *headache*, *neckpain & throat complaints*, *dizziness*, *epigastric complaints*, *numbness*, *anorexia*, *nausea*, *vomitting*, *back pain*, *dyspnea*, *respiratory complaints*; *mother physically ill*;

religious, with religious conflict.

3. 1-8(8-1) type

진단명 : Not definite

주된 증상 : suicidal preoccupation, suicidal attempt; immature

4. 6-8(8-6) type

진단명 : schizophrenia

주된 증상 : paranoid trend, suspicious, speech difficulty; disturbed by relatives.

5. 6-9(9-6) type

진단명 : schizophrenia

주된 증상 : elated mood, talkative, assaultive, grandiose delusion, hypertension; father religious, mother strict.

6. 7-8(8-7) type

진단명 : personality disorder; schizophrenia

주된 증상 : unworthiness feeling; conflict with parents

7. 9 type

진단명 : personality disorder; schizophrenia

주된 증상 : hostile, emotional instability, evasive, defensive, hyperactive, heavy drinking, poor work adjustment, visual hallucination; father deserted.

8. 제한된 연구이기는 하나 외국의 해석법과 일치하지 않는 현상이 많고 임상적인 소견과도 일치하지 않는 점이 많으므로 앞으로의 추사가 반드시 필요한 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

김중술. 정신과 환자에 대한 임상심리 검사의 문제점 : 특히 정상 MMPI 반응을 중심으로, 카톨릭대학 의학부 논문집, 1970, 18, 149-166.

김중술. 조울증 초기환자의 MMPI반응. 대한신경정신의학회지, 1983, 22, 1, 128-132.

진위교·정범모. MMPI 다면적 인성검사. 서울 코리안테스팅센터. 1963.

Contor, J.M. Syndromes found in a psychiatric population selected for certain MMPI code endings. Unpublished doctoral dissertation. Minneapolis, University of Minnesota, 1952.

Fowler, R.D., Jr. & Athey, E.B. A cross-validation of Giberstadt and Duker's 1-2-3-4 profile type. Journal of Clinical Psychology, 1971, 27, 238-240.

Gilberstadt, H., & Seeman, W. *A handbook for clinical and actuarial MMPI interpretation*, Philadelphia: W.B. Saunders, 1965.

Gynther, M.D., Altman, H., & Sletten, I.W. Replicated correlates of MMPI two-point code types: The Missouri actuarial system. *Journal of Clinical Psychology Monographs*, 1973, 29, 263-289.

Lewandowski, D., & Graham, J.R. Empirical correlates of frequently occurring two-point MMPI code types: a replicated study. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 1972, 39, 467-472.

Marks, P.A., & Seeman, W. *The actuarial description of abnormal personality*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1963.

Marks, P.A., Seeman, W., & Haller, D.L. *The actuarial use of the MMPI with adolescents and adults*. New York: Oxford University Press, 1974.

Meehl, P. E. Wanted a good cook-book. Presidential address. Midwestern Psychological Association, Chicago, April 1955. *American Psychologist*, 1956, 11, 263-272.

Persons, R. W., & Marks, P.A. The violent 4-3 MMPI personality type. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 1971, 6, 180-196.

부 록 1

_____	mild
1	_____
_____	moderate
2	_____
_____	severe
3	_____

- Abdomininal pain
- Acting-out
- Agitated
- Anorexia, nausea, vomiting
- Anxiety
- Apprehension
- Arm and hand pain
- Assaultive
- Auditory hallucinations
- Back pain
- Blindness, eye complaint

Blunted, inappropriate affect

Cardiac complaint

Chest pain

Circumstantial

Combative when drunk

Compulsive

Conflict with girlfriend

Conflict with parent

Conflict with sibling

Conflict with wife

Confusion(nonorganic)

Constipation

Crying, tearfulness

Daydreams

Dependent

Depersonalization

Depression

Diarrhea

Difficult concentration

Difficulty in walking

Difficulty with co-workers

Disoriented

Disturbed by relatives

Divorced or separated

Dizziness

Dyspnea respiratory complaint

Ear complaints(buzz, click, ring)

Elated

Emotional instability

Epigastric complaints

Evasive, defensive

Exhibitionist, voyeur

Father alcoholic

Father deserted, left

Father died before patient age 12

Father domineering

Father mentally ill

Father passive, weak

Father physically ill

Father poor supporter

Father punishing

Father rejecting

Father religious

Father strict

Fearful

Feelings of hostility and homicidal
preoccupation

Feeling of sex inadequacy

Financial status poor

Forgetfulness

Grandiose delusions

Guilt

Headache

Heavy drinking

Heavy drugs

Homosexual trends

Hostile

Hyperactive

Hypertension

Ideas of reference and persecution

Immature

Impulsive

Inadequacy feelings

Indecision

Inferiority feelings

Insomnia

Irritable

Leg or knee pain

Loss of consciousness

Loss of interest

Married

Moodiness

Mother complaining

Mother died before patient age 12

Mother domineering

Mother mentally ill

Mother nervous

Mother overprotective

Mother physically ill

Mother punitive

Mother rejecting

Mother strict

Neck pains and throat complaints

Nervousness

Nightmares

Numbness

Obsessions

Other pain

Panic state

Paranoid delusions(bizarre)

Paranoid trends

Paresthesia, itching

Passive

Perspiration

Poor work adjustment(vocational maladjustment)

Quiet

Religious

Religious conflict

Restless

Retarded

Ruminations

Schizoid

Sexual difficulty

Somatic delusions

Speech difficulty

Suicidal preoccupations

Suicide attempt

Talkative

Tension

Tremor and trembling

Ulcer

Unmarried

Unworthiness feeling

Visual hallucinations

Weak, tired, fatigued

Weight loss

Wife pregnant or postpregnant

Withdrawn, introversive

Worrying

MMPI Interpretation of Psychiatric inpatients
in Korea.

Zoung-Soul Kim

Abstract

A study was made to find out most frequent MMPI code types and behavioral correlates for each of them utilizing Gilberstadt and Duker's check-list form. Subjects were 106 psychiatric inpatients(40 males and 66 females) hospitalized in psychiatric units of two general hospitals attached to medical school and one private psychiatric clinic in Seoul area from June of 1977 to August of 1983. Chi-square was used to confirm statistical significance of checked items in the check-list compared with the base rate of the total patients.

1. The most frequent MMPI code types were found to be 1-3(3-1), 1-8(8-1), 6-8(8-6), 6-9(9-6), 7-8(8-7) and 9 types.

2. 1-3(3-1) type:

Diagnosis: Hysterical neurosis; depression

Clinical features: headache, neckpain & throat complaints, dizziness, epigastric complaints, numbness, anorexia, nausea, vomiting, back pain, dyspnea, respiratory complaints; mother physically ill.; religious, with religious conflict.

3. 1-8(8-1) type:

Diagnosis: Not definite

Clinical features; suicidal preoccupation, suicidal attempt; immature.

4. 6-8(8-6) type:

Diagnosis: Schizophrenia

Clinical features: paranoid trend, suspicious, speech difficulty; disturbed by relatives.

5. 6-9(9-6) type:

Diagnosis: Schizophrenia

Clinical features: elated mood, talkative,

assaultive, grandiose delusion, hypertension;
father religious, mother strict.

6. 7-8(8-7) type:

Diagnosis: Personality disorder; schizophrenia

Clinical features: unworthiness feeling; conflict with parent

7. 9 type:

Diagnosis: Personality disorder; schizophrenia

Clinical features: hostile, emotional instability, evasive, defensive, hyperactive, heavy drinking, poor work adjustment, visual hallucination; father deserted.

8. Since there are many points that do not agree with the results from other authors in terms of clinical features and diagnosis, further replication studies is highly needed.