

## MMPI 妥當性尺度의 진단적 기능

金 榮 煥

(慶北大)

### 요 약

본 연구의 목적은 MMPI의 타당성척도의 수준과 형태 및 문항이 정신과적 장애의 진단적 기능을 밝히는 데 있다. 증상중심의 진단이 가능했던 환자증에서 진단에 일괄성이 있는 사례만을 대상으로 하였다. 이들의 MMPI에서 타당성척도의 문항 및 척도치에 따라 진단집단별 차이를 산출했다.

그 결과를 요약하면, ① F척도와 K척도의 문항에서 정상집단과 정신질환을 잘 변별해 주는 문항이 있었다. 그러나 진단집단간의 변별력이 높은 문항은 없었다. ② 정상집단은 타당성척도가 V字型을 나타내고 있었다. ③ 편집성과 비편집성 정신분열증은 F척도의 T점수 약 67을 정점으로 하여 정상집단을 뒤집어둔 피라미트형 이었다. ④ 신경증집단과 만성 정신분열증은 타당성척도의 형태와 수준이 유사했다. 타당성척도의 형태와 수준은 중요한 진단적 단서가 될 수 있고, 특히 편집성 및 비편집성 정신분열증을 잘 지적해 준다. 그러나 F척도의 해석에는 반응과정에 대한 충분한 이해가 요청된다.

### I. 서 론

多面的 人性檢査(MMPI; Minnesota Multiphasic Personality Inventory)와 같이 자신에 관한 주관적 평가나 혹은 자기기술이 요구되는 심리검사에 있어서 검사의 타당성은 주로 두 측면에서 고려될 수 있다. 첫째, 검사결과 혹은 척도치에 의해서 개인의 실제적인 심리적 특징을 어느 정도 정확하게 추론할 수 있는가의 문제이다. 둘째, 심리 검사에 의해서 얻어진 자료의 적합성이나 혹은 수용성에 관한 문제이다. 즉 주어진 검사문항을 통해서 자기자신을 어느 정도 진실하게 평가하였는가의 문제이다. 만약 검사도구 혹은 척도가 충분한 타당성을 지니고 있다고 하더라도, 자신에 대한 평가가 진지하고 진실하지 못하면, 검사결과 혹은

척도에 의한 개인의 심리적 특징의 추론은 그 타당성이 저하될 것이다.

특히 臨床場面에 있어서는 주관적 자기평가에 의해서 얻어진 검사결과와의 적합성이 의심되는 경우가 많다. 그 이유는 정서적 장애자체가 지니고 있는 일반적 특성에서 비롯되는 문제, 자기자신을 진지하고 진실하게 평가하도록 하는 동기유발의 문제, 정서적 장애자체를 이용하여 이차적 이득을 추구하려는 경향등으로 볼 수 있다. 따라서 임상장면에서 MMPI와 같이 주관적 판단이 요청되는 診斷檢査의 실시와 해석은 그 검사에 관한 많은 지식뿐만 아니라 많은 臨床經驗이 필요하다고 하겠다. 더 나아가 수검자가 지니고 있는 정서장애의 특징과 수검자세에 관한 임상적 이해가 부족하면, 검사결과에 의한 타당한 임상판단은 기대하기 어려울 것이다. 비록 정서장애에 대한 많은 임상경험과 수검자세에 관한 임상적 이해가 높다고 하더라도, 반응과정에 있어서 反應仲介者의 문제(Taylor, Garithers, & Coyne, 1976; Kroger & Turnbull, 1975)를 감안하면, 검사결과와의 적합성과 수용성은 대단히 복잡한 문제라고 하겠다.

MMPI에는 검사결과와의 적합성과 수용성을 다루기 위하여 반응과정 혹은 수검자세와 관련된 4개의 척도(?, L, F, K)가 있다. 그리고 이 척도들을 결합(validity-scale combination) 해서 여러 타당성지표로 삼고 있다(Dahlstrom, Welsh, & Dahlstrom, 1975, p.167-174). 타당성척도와 타당성지표를 적용하여 반응과정 혹은 수검태도를 고려하는 근본적 의도는 검사결과에 의한 誤謬肯定과 誤謬否定을 줄이려는 데 있다. 즉 수검자의 주관적 판단이 요청되는 객관검사에 있어서 수검태도가 검사결과에 미치는 약점을 보완하고 가능한 한 정확한 임상판단을 높이기 위한 수단이다.

L척도는 의도적인 회피적 反應態勢(response set)를 밝히기 위해서 계획된 척도이다(Lachar, 1981). MMPI의 다른 척도들과는 달리, 이 척도는 합리적 접근에 의해서 문항이 선정된 척도인데 정상집단의 50% 정도가 비방어적 방향(채점되지 않는 방향)으로 반응

한다고 한다(Gravitz, 1970). 그리고 L척도의 상승은 臨床尺度의 프로파일 상승을 억제하는 효과(suppressive effect)가 있고, 이 억제효과는 단순히 성인 정신과 환자에 국한된 것은 아니라고 한다(Dahlstrom, Welsh, and Dahlstrom, 1975). 따라서 L척도는 임상척도의 억제효과를 가져오는 일반적 반응태세를 밝힐 수 있는 척도이다.

F척도는 頻度尺度(frequency scale)라고도 하는데, 이 척도의 근본적 의도는 문항에 대하여 비일상적 혹은 비정형적 반응방식을 밝히려는 데 있다. 이 척도의 문항구성은 정상인을 대상으로 한 표집에서 반응의 偏布(skewed distribution)에 의해서 선정된 것이기 때문에, 정상집단이 이 척도에서 채점되는 방향으로 반응할 비율은 10%미만이라고 한다. 말하자면 정상집단에 있어서는 이 척도의 문항이 지적하고 있는 태도, 신념, 감정, 및 경험이 일관성있게 나타나고, 그러므로 문항내용이 모호하지 않다고 하겠다(Harris & Baxtar, 1965).

이렇게 문항들이 지적하고 있는 내용이 분명하고, 정상집단이 채점되지 않는 방향으로 반응할 비율이 높은 F척도에서 비일상적인 방향으로 반응하게 되는 때에는 여러 요인이 작용하고 있다(Dahlstrom 등, 1975, p. 117-118). 그러므로 MMPI의 건전하고 타당한 해석을 위해서는 이 요인들에 대한 적절한 이해가 필요하다고 하겠다. 또한 臨床場面에 있어서 F척도의 상승은 임상척도의 전반적인 상승과 관계가 깊고 (Marks & Seeman, 1963), 특정한 정신과적 장애 및 인위적 반응의 경우에도 F척도는 크게 상승하는 경향이 있다 (Lachar, 1981, p. 34-42; 김재한과 원호택, 1978; 김영환, 1979). 따라서 문항에 대한 비일상적 반응방식이 특정한 정서적 장애에 기인되는 것이라면, F척도의 상승은 중요한 진단적 단서가 될 수 있을 것이다.

K척도는 矯正尺度라고 하는데 검사반응의 전반적 타당성을 밝히려는 F척도와 L척도와는 차이가 있다. K척도는 주관적 판단이 요청되는 심리검사에서 피할 수 없는 反應偽造 혹은 반응왜곡의 정도를 밝히기 위한 척도이다. Dahlstrom 등(1975, p. 120)은 이 척도의 의의를 3가지로 설명하고 있다. 첫째, 타당성지표의 민감성을 증가시킨다. 둘째, 미묘하게 임상척도의 척도치를 증가시키거나 혹은 감소시키는 요인의 영향을 밝힌다. 셋째, 이 요인이 임상척도의 프로파일에 미치는 영향을 보완하기 위하여 통계적으로 척도치를 교정하려는 것이다. 이렇게 척도치를 교정함으로써 검사의 적중율을 감소시키지 않고 誤謬肯定과 誤謬否定을 최소화함으로써 줄이려는 데 중요한 의의가 있다.

이러한 타당성척도 중에서 L척도와 K척도의 상승은 임상척도의 억제효과가 있고, F척도와 K척도의 문항들은 실제로 여러 임상척도의 문항과 중복되는 문항이 많다. 그리고 F척도는 그 내용상 정상에서 이탈될 경우에 비일상적 방향으로 반응하게 됨으로써 정서적 장애와 관련이 높다. 물론 F척도의 상승 및 타당성척도의 형태에 미치는 요인은 많다. 그리고 동일한 환자에게 MMPI를 반복실행했을 경우, 증상과 정신과적 상태에는 변화가 없으나 임상척도의 수준과 타당성척도의 형태에는 큰 변화가 있다(김영환, 1976). 이 점은 수검자에게 기인되는 것으로 볼 수 있지만, 그렇다고 타당성척도가 지니는 병리적 특징을 부정하는 것은 아니다. 따라서 본 연구의 목적은 정신과적 장애에 따라 타당성척도의 수준과 형태를 밝히고, 타당성척도의 문항이 지니는 진단변별력을 밝히려는 데 있다.

## II. 방 법

### 1. 자료 및 실시

본 연구에서 사용된 자료는 鄭範謨, 李定均 및 陳渭教(1967)에 의해서 제작된 한국판 단축형 MMPI(383 문항)이다. 물론 MMPI에는 13개의 척도가 있으나, 연구목적에 따라 임상척도는 제외하고 타당성척도(L, F, K)만을 연구자료로 사용하였다. 이 단축형 MMPI는 표준 MMPI(566문항)와 비교할 때, 문항수가 크게 줄어든 것은 사실이다. 그러나 다른 단축형(예컨대 Kin-cannon, 1968; 71문항)과 같이 症狀群集(symptom cluster)에 따라 문항을 대폭적으로 수정한 것은 아니다. 또 한국판 단축형에 있어서 타당성척도의 문항배열은 표준 MMPI와 거의 같고, 다만 K척도의 7개 문항만이 그 문항의 위치가 변동될 뿐이다.

검사의 실시는 모두 본 연구자에 의해서 주어졌다. 정상집단은 집단적으로 검사가 실시된 경우도 있으나, 환자집단은 모두 개별적으로 검사가 실시되었다. 검사의 지시는 臨床場面の 특성을 감안하여 약간 수정하였다. 즉 문항에 대하여 “그렇다” 혹은 “아니다”로 응답하기 어렵거나 자신이 경험해 보지 못했다고 하더라도 현재 자신의 느낌이 가는 방향으로 응답하게 하였다. 이렇게 표준지시를 약간 수정함으로써 가능한 한 무응답이 없도록 하였다.

### 2. 대상선정

MMPI와 같이 경험적 접근에 의해서 구성된 진단검사에 있어서, 문항선정 및 문항구성의 준거는 진단집단에 있다. 그러나 정신과적 장애에 관하여 臨床診斷

을 내릴 때에는 일반적으로 증상, 병인, 예후, 치료에 대한 반응성 등이 고려된다. 이 때, 임상가가 어떤 측면을 강조하느냐에 따라 동일한 환자에 대하여 상이한 임상진단이 가능하게 된다(Wolman, 1978, p.17). 따라서 검사의 준거타당성을 결정하는 의적 준거로서의 진단집단을 형성하는 데에는 정확하고 객관적인 진단적 준거가 요청된다. 본 연구에서 사용된 자료의 대상이 된 환자군은 Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokur와 Munoz(1972)가 제시한 증상중심의 진단규준에 따라서 진단집단을 구성하였다. 그리고 각 진단집단에 속한다고 진단된 환자중에서 다음과 같은 선정규준에 의해서 자료를 선정하였다.

1) 임상진단에 일관성이 의심되는 사례는 제외하였다. 즉 치료과정에서 진단적 소견이 바뀌어진 경우는 제외하였다.

2) 정신과적 증상형성과 관계가 있다고 생각할 수 있는 신체적 의상이 있었던 사례는 제외하였다.

3) 진단적 소견에 일관성이 있다고 하더라도 각종의 진단서가 요구된 사례는 제외하였다.

4) 학력이 적어도 중학교 졸업이상인 사례로 제한하였다. 그리고 표준화 과정에 있어서의 연령층을 고려하여 17세 이하와 50세 이상인 사례는 제외하였다.

5) 입원환자의 경우 적어도 입원후 7일 이내에 MMPI가 실시되었던 사례에 제한함으로써 각종 약물투여에 의한 효과를 가능한 한 배제하려고 하였다.

이렇게 해서 선정된 자료는 정상집단 163명, 불안신경증 56명, 우울신경증 96명, 비편집성 정신분열증 130명, 편집성 정신분열증 150명, 만성 정신분열증 166명, 성격장애 58명 이었다.

### 3. 방법

각 진단집단별로 타당성척도의 문항에 대하여 채점되는 방향으로 반응하는 비율과 비채점되는 방향으로 반응하는 비율을 산출하였다. 그러나 타당성척도는 다른 임상척도들과 중복되는 문항이 많이 있다. F척도의 경우에는 그 문항이 다른 임상척도와 중복되더라도 채점되는 방향이 동일하였으나, L척도와 K척도의 문항은 그렇지 못했다. 즉 한 문항에 있어서 "그렇다"고 응답할 때에는 다른 임상척도도 채점되고, "아니다"고 응답할 때에는 타당성척도에서 채점되는 것과 같은 문항들(예컨대 문항번호 15, 138)이 있다. 이런 문항에 대해서는 타당성 척도에서 채점되는 방향을 우선적으로 처리하였다. 물론 이와 같은 문항들은 타당성척도의 의도에 부합하면서 준거집단의 준거변별력이 높다고 볼 수 있다. 그러나 본 연구의 목적이 타당성척도가 진단

집단별로 어떤 차이가 있는가를 보려는 것이므로 타당성척도에서 채점되는 방향을 우선적으로 처리하였다. 그리고 진단집단별 타당성척도의 소점과 T점수를 산출하여 타당성척도의 형태와 수준을 검토하였다.

### III. 결 과

MMPI의 문항선택은 근본적으로 정상집단과 준거집단간의 변별에 있다. 각 척도의 준거타당성은 그 척도를 구성하고 있는 행동표집인 문항이 준거집단을 어느 정도 변별해 주느냐에 의존한다. 그러므로 타당성척도의 문항이 지니는 준거변별력을 알아 보기 위하여 진단집단별 반응비율을 산출한 결과, 다음과 같은 결과를 얻었다. 즉 F척도의 문항중에서

1) 정상집단과 신경증이나 혹은 정신분열증 집단을 잘 변별해 주는 문항은 14(Y), 20(N), 40(Y), 115(N), 156(Y), 168(Y)이었다.

2) 정상집단과 신경증집단을 잘 변별해 주는 문항은 164(N), 257(N), 258(N), 272(N)이었다.

3) 정상집단과 정신분열증 집단을 잘 변별해 주는 문항은 50(Y), 53(Y), 139(Y), 121(Y), 184(Y), 275(Y)이었다.

K척도의 문항중에서 정상집단과 신경증 및 정신분열증 집단을 잘 변별해 주는 문항은 30(Y), 148(Y), 171(Y), 217(Y), 234(Y), 267(Y), 316(Y), 322(Y), 374(Y), 380(Y), 381(Y), 383(Y)이었다.

그러나 특정 문항이 신경증 및 정신분열증 내에서의 진단집단을 잘 변별해 준다고 생각되는 문항은 없었다. 특히 K척도의 문항은 K척도에서 채점되지 않는 방향에서 신경증과 정신병 집단이 높은 반응일치율을 보여 주었다. 그러나 이런 문항들이 진단집단 내에서의 진단 변별력은 높지 않은 것으로 생각된다. 이 점은 F척도의 문항은 진단집단간의 변별이 높은 문항이 있으나, K척도의 문항은 단순히 정상집단과 진단집단의 변별에만 작용한다고 볼 수 있다. 그러나 타당성척도의 문항이 성격장애의 변별에 효과적이라고 생각되는 문항은 없었다.

여기서 한 문항의 변별력이 높다는 말은 정상집단에서 특정 방향으로 반응일치율이 높고 준거집단은 정상 집단과는 다른 방향에서 적어도 50%이상의 반응 일치율을 보여줄 경우를 말한다. 예컨대 어떤 문항에 대하여 정상집단의 80%정도가 "그렇다"고 응답하고 있으나, 어떤 진단집단의 50% 이상이 "아니다"로 응답하는 경우를 의미한다.

타당성척도에 있어서 채점되는 방향으로 반응하는

〈표 1〉 진단집단별 타당성척도의 반응일치율

척도	진단집단		NM	AN	DN	SPR	PA	CSR	PD
	방	향							
L	채	점	48.7	33.6	41.9	33.6	37.1	47.3	45.6
	비	채	51.3	66.4	58.1	66.4	62.9	52.7	54.4
F	채	점	9.1	23.4	21.2	30.9	32.4	27.7	17.3
	비	채	90.9	76.6	78.8	69.1	67.6	72.3	82.7
K	채	점	58.4	40.1	41.7	40.1	36.7	49.9	55.0
	비	채	41.6	59.9	58.3	59.9	63.3	50.1	45.0

NM; 정상집단, AN; 불안신경증, DN; 우울신경증, SPR; 비편집성 정신분열증, PA; 편집성 정신분열증  
CSR; 단성 정신분열증 PD; 성격장애

비율과 채점되지 않는 방향으로 반응하는 비율을 진단 집단별로 산출한 결과는 〈표 1〉과 같다.

〈표 1〉에 의하면, 정상집단의 경우 F척도에서 약 91%가 비채점 방향으로 반응하고 있다. 그리고 L척도에서는 약 49%정도가 채점방향으로 반응하고 있고, K척도에서는 58%정도가 채점방향으로 반응하고 있다. 타당성척도에서 채점되는 방향과 비채점 방향으로 반응할 비율에서 보면, 정상집단과 성격장애가 가장 유사하다. 신경증집단은 F척도와 K척도에서 채점되는 방향으로 반응할 비율이 각각 약 22%, 41% 정도이다. 반면에 정신분열증 집단은 신경증집단과 비교할 때 F척도에서는 채점되는 방향으로 반응하는 비율이 높지만, K척도에 있어서는 비슷한 경향을 보여 주고 있다. 또한 정상집단과 비교할 때 각 진단집단은 F척도에서는 채점되는 방향으로 반응하는 비율이 높으나, L척

도와 K척도에서는 채점되는 방향으로 반응하는 비율이 낮다.

각 진단집단에서 타당성척도의 소점과 T점수의 평균과 표준편차는 〈표 2〉와 같다. 〈표 2〉의 T점수를 그래프로 나타낸 것이 〈그림 1〉이다.

〈그림 1〉에 의하면, 정상집단과 성격장애, 신경증집단 및 정신분열증 집단이 각기 다른 타당성척도의 형태를 보여 주고 있다. 이를 요약하면,

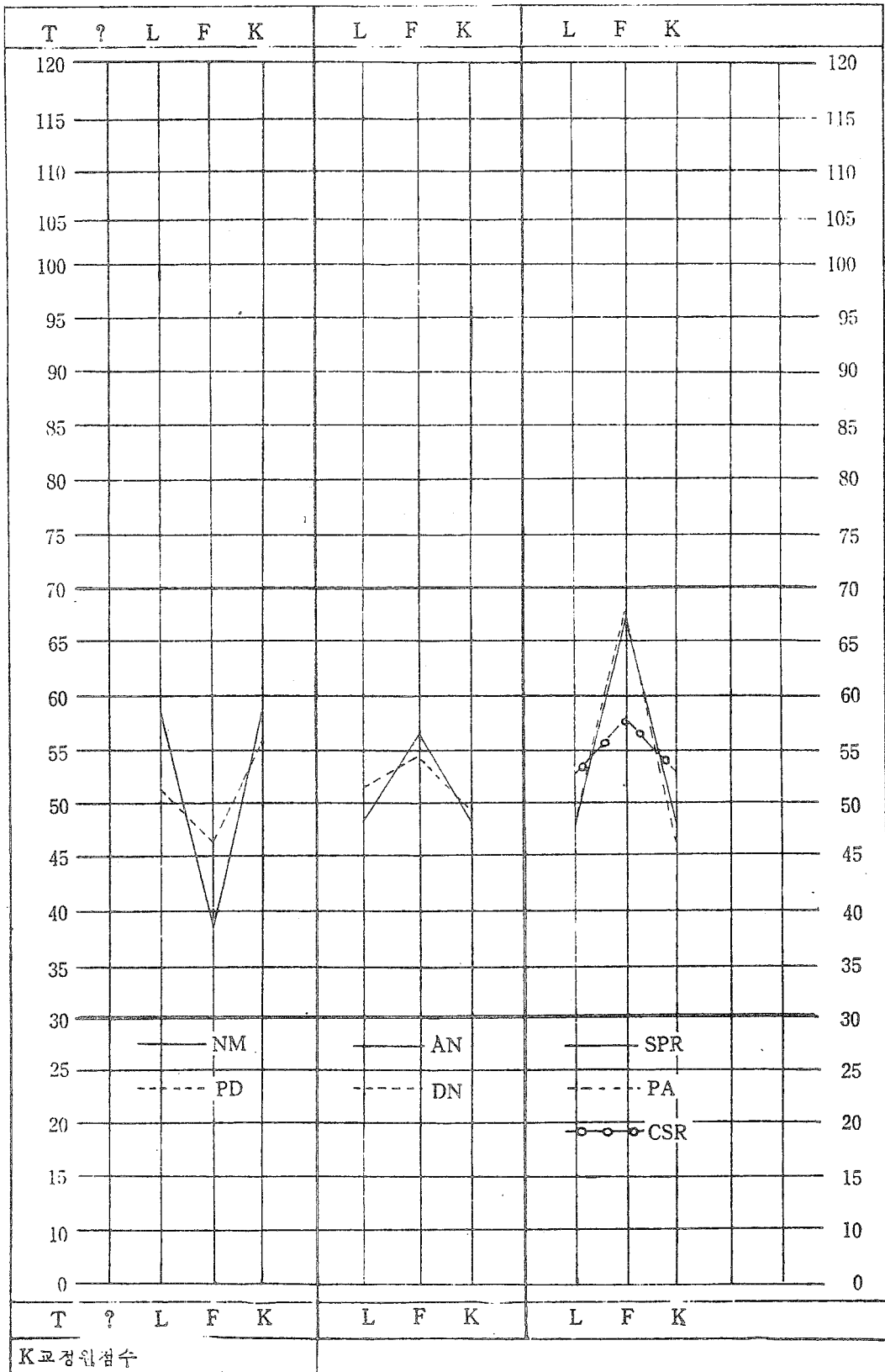
- 1) 정상집단은 L척도와 K척도가 약 59(T점수)이고 F척도가 T점수 39로 타당성척도가 V字 형태를 나타내고 있다.
- 2) 성격장애는 정상집단과 유사하지만, L척도는 정상집단보다 낮고 K척도는 정상집단보다 높다.
- 3) 편집성 정신분열증과 비편집성 정신분열증은 F척도의 T점수 약 67을 정점으로 하고 정상집단의 타

〈표 2〉 진단집단별 타당성척도의 소점과 T점수

척도	진단집단		NM	AN	DN	SPR	PA	CSR	PD
	소	점							
L	소	M	7.82	4.92	6.17	5.20	5.53	5.91	6.00
		SD	2.91	2.15	2.26	2.99	2.64	3.42	2.87
	T점수	M	58.41	47.39	52.17	49.07	49.36	51.00	51.00
		SD	11.32	8.19	9.02	11.82	10.58	13.00	11.00
F	소	M	6.23	14.58	14.08	19.68	20.67	15.73	10.04
		SD	5.43	5.80	5.51	7.53	8.58	8.58	5.33
	T점수	M	39.11	56.87	54.76	66.28	97.91	58.00	47.86
		SD	10.70	11.78	10.98	14.99	16.51	16.99	10.20
K	소	M	16.54	11.81	12.28	11.44	10.78	15.52	16.92
		SD	5.58	3.43	3.71	4.90	5.57	6.15	5.37
	T점수	M	59.41	47.93	49.12	47.84	45.39	53.63	58.50
		SD	13.14	7.46	8.71	11.95	12.69	14.59	12.22

이름	당 세 남 녀	학교(또는 직업)	교육정도
		기혼 미혼	집사인 19 년 월 일

# 인성비교표



<그림 1> 진단별 타당성척도의 형태

당성척도의 형태를 뒤집어둔 것과 같다.

4) 만성 정신분열증과 신경증은 그 형태가 유사하다고 하겠는데, F척도의 T점수가 편집성 및 비편집성 정신분열증보다 낮은 것이 특징이다. 그러나 L척도와 K척도의 수준은 비슷하다.

#### IV. 논 의

심리검사는 한 개인을 종합적으로 평가하는데 사용되는 하나의 도구라고 하겠다. 그리고 임상장면은 항상 어떤 판단과 결정을 필요로 하고 있다. 이 때, 판단을 내리는 사람의 주관적 평가에 의존하기 보다 객관적으로 타당성이 인정되는 심리검사를 사용함으로써 보다 정확한 임상판단이 가능하다는 가정에 바탕을 두고 있다. 즉 개인에 관한 정보는 주관적 기준보다 객관적 준거에 의존할 때 행동의 이해와 예언이 더 정확하다는 것이다. 또한 임상장면의 성격이 항상 정확한 임상판단을 요구하고 있으므로, 심리검사가 수검자 혹은 환자의 내적인 심리상태 뿐만 아니라 외적 행동 및 증상을 잘 지적해 주는 타당성이 더 강조된다. 그 이유는 검사의 결과가 실제적인 임상판단에 관여하고, 그래서 이상행동의 처리에 직접적으로 작용하기 때문이다.

MMPI의 경우 외적 혹은 준거타당성을 높이기 위한 중요한 전략이 검사 구성의 경험적 접근이다. Meehl(1945)은 자기평가에 의한 기술과 심리상태가 1:1의 관계에 있음을 가정하는 합리적 접근에 의한 검사구성을 비판했다. 즉 심리상태에 대한 언어적 반응은 반응 역동성으로 인하여 1:1의 관계를 설정할 수 없다. 그러므로 문항의 顔面妥當度가 중요한 것이라기 보다는 오히려 문항의 微妙性이 성격측정에 더 효과적이라고 주장했다. 특히 주관적 판단에 의한 객관적 사로서 사회적 이탈행동과 이상적응을 측정할 때에는 反應偽造(faking)가 작용할 가능성이 높다. 그러므로 미묘문항이라고 하더라도 준거집단에 대한 경험적 변별력만 있으면 오히려 효과적이라는 것이 경험적 접근을 주장하는 사람들의 입장이다.

본 연구에서 나타난 문항의 진단집단별 변별력을 보면, F척도와 K척도에 있어서는 진단집단을 잘 변별해 주는 문항이 많이 있다. F척도에서는 정상집단과는 다른 반응방향에서 신경증, 정신분열증, 신경증과 정신분열증이 높은 반응일치율을 나타내고 있는 문항이 있다. 그리고 K척도의 문항에서는 정상집단과는 다른 반응방향에서 신경증과 정신분열증이 비슷한 정도로 높은 반응일치율을 보여 주고 있는 문항들이 많

이 있다. 여기서 중요하게 고려해야 할 점은 F척도의 문항중에는 정상집단과 신경증 및 정상집단과 정신분열증을 잘 변별해 주는 문항이 있기는 하지만, F척도와 K척도에서 변별력이 높은 많은 문항들이 정상집단과 진단집단간의 변별이라는 것이다. 즉 이 문항들은 정상집단과 정신과적 진단집단의 변별력은 있으나, 정신과적 진단집단간의 변별력은 높지 않다. 이 점은 F척도와 K척도의 일부 문항은 정상집단과 정신과적 장애를 변별하는데 이용될 수는 있으나, 이들 척도가 정신과적 장애의 변별력은 없을 가능성을 시사한다고 하겠다. 또한 정신과적 진단집단간의 복합적 성격으로 인하여 타당성 문항이 지적하고 있는 행동표집에서 진단집단의 독립성이 의심된다는 점을 시사하는 것으로 해석될 수도 있다(김영환, 1982).

정상집단은 L척도, F척도, K척도에서 채점되는 방향으로 반응할 비율은 각각 49%, 9%, 58%이다. 이것은 L척도에서 50% 정도가 채점되는 방향으로 반응한다는 Gravitz(1970)의 결과와 같고, F척도의 문항은 모호하지 않아 정상집단에서 반응의 일관성이 높다는 Harris와 Baxter(1965)의 주장과 일치한다고 하겠다. 그리고 F척도의 문항내용은 기태적 감각, 이상한 사고, 기이한 경험, 법률과 권위에 대한 비정형적 태도 등 다양한 것이지만(Dahlstrom 등, 1975), 문항내용이 분명하기 때문에 정상집단은 비일상적 방향으로 반응하는 비율이 낮다고 생각된다. 반면에 K척도에서는 정상집단이 채점되는 방향으로 반응하는 비율이 높다. 그러므로 K척도의 문항내용은 F척도의 문항내용보다 이질성이 높거나, 모호하거나, 그 문항들이 지적하는 경험내용에 일관성이 없다고 볼 수 있다. 이 점은 Comrey(1959b)가 K척도의 문항간에 특별한 상관을 발견하지 못했다는 결과와 일치한다고 볼 수 있다.

<표 2>와 <그림 1>에 의하면, 정상집단은 L척도와 K척도가 T점수 약 59정도이고 F척도가 39로서 완전한 V자형을 이루고 있다. 반면에 편집성 정신분열증과 비편집성 정신분열증은 F척도의 T점수 67을 정점으로 하여 정상집단의 타당성척도의 형태를 뒤집어둔 피타밋형이다. 또한 만성 정신분열증과 신경증은 타당성척도의 형태가 유사하지만, 편집성 및 비편집성 정신분열증보다 F척도가 훨씬 낮다. 이렇게 볼 때, 정서장애집단은 정상집단과는 다른 타당성척도의 형태를 보여 주고 있다.

그렇다면 타당성척도중 F척도가 상승하고 L척도와 K척도가 떨어지면 정서 장애로 볼 수 있겠는가? 물론 그럴 가능성은 있다. 그러나 그것이 확실한 정서장애의 지표는 될 수 없다. 그 이유는 타당성척도의

형태가 편집성 및 비편집성 정신분열증과 같이 나타나는 경우는 정서적 장애의적 요인에 의해서도 나타나기 때문이다. 예컨대 인위적으로 반응하게 했을 경우(김제한과 원호택, 1978), 정신병적 역할을 가장하게 했을 경우(김영환, 1979)에도 타당성척도의 형태는 정신분열증과 같이 나타난다. 뿐만 아니라 수검동기에 따라 타당성척도에서 그 의도성이 발견되지 않고 임상척도가 훌륭히 조작될 수 있다(김영환, 1976). 그러므로 타당성척도의 수준과 형태가 진단분류의 결정적 단서는 될 수 없다고 하겠다. 문제는 검사문항에 대한 반응에 어느 정도 정직하고 진실하게 자신을 반영시키고 있는지가 중요하다.

Kroger와 Turnbull(1975)은 사회적 역할개념에 따라 반응하는 반응경향성에 착안하여 실제 공군장교들의 MMPI와 공군장교의 역할을 가장했을 경우(공군장교인 것처럼 반응하게 했을 경우)를 비교하였다. 그 결과 임상척도 및 타당성척도에서 아무런 차이를 발견하지 못했다. 그러나 실제 예술가와 예술가의 역할을 가장하게 했을 때, 임상척도의 형태는 유사했으나 역할가장 집단의 F척도는 훨씬 높게 나타났다. 저자들은 이 결과를 수검자의 예술가에 대한 역할개념이 반영된 것으로 해석하였다. 즉 예술가는 비현실적이고 기이한 사고를 가지고 있고 괴팍한 행동특징을 지니고 있다는 그릇된 역할개념이 F척도를 상승시켰다는 것이다. 그러므로 수검자의 역할부여에 따라 검사결과가 정확하게 조작될 수 있다면, 수검자 자신이 자신의 역할기능을 어떻게 투여하느냐에 따라 검사결과는 달라질 수 있음을 뜻한다. 따라서 타당성척도의 형태가 진단적 의미를 지니는 것으로 해석되기 전에 반응과정에 대한 이해가 선행되어야 한다.

신경증과 만성 정신분열증은 타당성척도의 형태가 비슷하다. 그리고 이들과 편집성 및 비편집성 정신분열증이 구별되는 척도는 F척도의 수준이다. 그러므로 타당성척도가 정신과적 진단집단을 변별해 줄 수 있는 것은 F척도의 수준이지, L척도와 K척도의 형태와 수준이 아니라고 볼 수 있겠다. Gynther, Alton과 Warbin(1973)은 F척도의 극단적 상승은 사회적 관계형성의 회피, 판단력의 장애 및 사고장애를 수반하고 있어 정신병으로 분류된다고 했다. 그렇다면 이런 특징들에서 신경증과 만성 정신분열증이 유사하다고 볼 수 있겠는가? 그렇지 않은 것이고, 오히려 만성 정신분열증의 경우 사고자체가 황폐화하여(impo-  
verished) 혼란한 사고장애와 행동장애가 감소한 것에 기인된다고 생각된다. 따라서 F척도는 정서장애의 정도와 행동 및 사고의 혼란성의 정도에 비례한다고 볼 수

있다.

만약 F척도가 행동과 사고의 혼란에 의해서 상승한다면, 이런 경우 임상척도의 상승은 정서적 혼란만을 반영하는 것인가라는 의문이 제기될 수 있다. 그러나 Newmark와 Sines(1972)는 소위 플로팅MMPI(floating MMPI)도 충분한 임상적 의의가 있다고 하였다. 즉 이들은 말이 없고, 수줍어하고, 사회적 관계를 피하고 지나치게 공격적이거나 피상적인 정서적 관계가 있음을 관찰했다. 또한 이들은 입원후 수동적이고 의존적인 경향이 짙고, 무엇을 하려는 동기가 결여되어 있고 결정을 내리기를 주저하고, 의심이 많고, 상황에 민감하였다.

어떻든 정상집단과 정신과적 장애는 타당성척도의 형태 및 수준에서 변별될 수 있다. 그러나 이것은 어니까지나 하나의 진단적 단서일 뿐이지 어떤 진단을 확정하는 것은 아니다. 특히 정신병적 역할을 반응과정에서 가장하게 되면 타당성척도의 형태와 수준은 정신병과 유사하게 나타날 수 있으므로 그 해석에 유의해야 한다. 따라서 F척도의 상승이 그 내용상 정신병적 특징을 시사한다고 하더라도, 반응과정에 대한 명료화와 정서장애의 관찰된 특징에 비추어 해석되어야 할 것이다.

#### 참 고 문 헌

- 김영환. MMPI의 임상적 효율. 신경정신의학, 1976, 15, 164-171.
- 김영환. 외상환자의 MMPI. 신경정신의학, 1979, 18, 435-443.
- 김영환. MMPI의 진단변별 기능분석. 고려대 박사학위 논문, 1982.
- 김제한, 원호택. MMPI 프로파일에서 인위적 반응. 신경정신의학, 1978, 17, 459-464.
- 정범모, 이정균, 진위교. 다면적 인성검사 실시 요강. 서울:코리안테스팅센터. 1967.
- Comrey, A.L. A factor analysis of item on the K scale of the MMPI. *Educational and Psychological Measurement*, 1958, 18, 633-639.
- Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S. and Dahlstrom, W.E. *An MMPI handbook Vol. I: Clinical interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1975.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winohur, G. and Munog, R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives*

*of General Psychiatry* 1972, 26, 57-63.

Gravitz, M.A. Validity implications of normal adult MMPI "L" scale endorsement. *Journal of Clinical Psychology*, 1976, 26, 497-499.

Gynther, M.D., Alton, H. and Warbin, R. Interpretation of uninterpretable MMPI profile. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1973, 40, 78-83.

Harris, J.G. and Baxter, J.C. Ambiguity in MMPI. *Journal of Consulting Psychology*, 1965, 29, 112-118.

Kincannon, J.C. Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items the Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1980, 48, 340-349.

Kroger, R.O. and Turnbull, W. Invalidity of validity scale: the case of the MMPI. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 43, 48-55.

Lachar, D. *The MMPI; Clinical assessment and automated interpretation*. California: Western Psychological Services, 1981.

Marks, P.A. and Seeman, W. *The actuarial description of personality; an atlas for use for the MMPI*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1963.

Meehl, P.E. The dynamics of "structured" personality test. *Journal of Clinical Psychology*, 1945, 1, 296-303.

Newmarks, C.S. and Sines, L.K. Characteristics of hospitalized patients who produce the "floating" MMPI profile. *Journal of Clinical Psychology*, 1972, 29, 74-77.

Taylor, J.B., Garithers, M and Coyne, L MMPI performance, response set and the self-concept hypothesis. *Journal of Clinical Psychology*, 1976, 44, 351-362.

Wolman, B.B. *Classification and diagnosis of mental disorders*. in Wolman B.B. (ed), *Clinical diagnosis of mental disorders*. New York: Plenum Press, 1978.

Diagnostic Function of the Validity Scale in the MMPI.

Young-Hwan, Kim

#### Abstract

This study is aimed to examine the diagnostic function of the validity scales and the items of validity scales in the MMPI. Material of this study was MMPI answer sheets, which were administered in the psychiatric hospital for the purpose of psychiatric diagnosis. The diagnostic groups were consisted of normal, anxiety neurosis, depressive neurosis, paranoid schizophrenia, nonparanoid schizophrenia, chronic schizophrenia, and personality disorder. According to the diagnosis, responses of validity scale items and validity scale values were analyzed. The results were as follow:

1) Among the items of F and K scale, some items were showed to be highly discriminative power between normal and psychiatric diagnostic groups. However, these items were low in the differential diagnostic power between psychiatric groups.

2) In the normal group, the pattern of validity scales appears to be V shape. The scale value of F scale was T score 39. L and K scale values were T score about 58.

3) In the paranoid and nonparanoid schizophrenia, F scale was the highest as a T score 67. And the shape of the validity scales was the reversed pattern of the normal group such as pyramidal shape.

4) Levels and shapes of validity scales in the anxiety neurosis and depressive neurosis were very similar to those in the chronic schizophrenia.

Levels and patterns of validity scales seem to be important diagnostic cues, particularly indicative in the paranoid and nonparanoid schizophrenia. But it is also suggested that sufficient understanding of the response process such as test-taking attitude is needed to interpret soundly of higher F scale value.