

말초성 현훈증 환자의 MMPI반응

김 영 환

경북대학교 심리학과

본 연구는 이비인후과 외래환자 중에서 말초성 현훈증으로 진단된 80명에 대한 MMPI반응을 분석한 것이다. 말초성 현훈증의 MMPI프로파일은 3유형으로 분류할 수 있었다. 유형 I은 모든 척도치가 T점수 45-55의 범위에 있어서 정상 프로파일로 볼 수 있었다. 유형 II는 Hs, Hy, D척도가 가장 두드러지게 나타나는 프로파일로서 척도치의 수준 및 형태가 우울증의 프로파일과 같았다. 유형 III은 타당성척도와 임상척도의 수준 및 형태가 정신병적 프로파일로 볼 수 있었다. 그리고 전체 연구대상 중에서 유형 I에 속하는 환자는 32.5%이었고 유형 II와 유형 III에 속하는 환자는 각각 60%와 7.5%이었다. 따라서 MMPI상으로 볼 때 말초성 현훈증 환자의 약 68%정도는 어떤 형태로든 심리적 문제와 관련이 있는 것으로 볼 수 있다. 특히 프로파일 유형 II는 우울집단의 프로파일과 매우 유사하므로 일차적이든 이차적이든 간에 말초성 현훈증은 우울과 관련이 있다고 볼 수 있다. 따라서 말초성 현훈증을 진단할 때에는 심리학적 평가가 필수적이라고 생각된다. 만약 심리학적 평가에서 정서적 혹은 성격적 문제를 밝힐 수 있다면, 이들에 대한 치료적 접근에 있어서는 당연히 정서적 문제를 고려해야 할 것으로 생각된다.

인간의 심리적 및 정서적 상태가 질환에 걸릴 수 있는 민감성과 질환에 대응할 수 있는 능력에 영향을 미칠 것이라는 아이디어는 그리이스 시대 이후 많은 의학자들이 제의해 오고 있다. 그러나 영역에 대한 이론적 관심과 경험적 증거가 크게 증가한 것은 비교적 최근의 일이다(Harvey, 1989). 성격적 및 정서적 요인이 질환에 차지하는 비중이 높다는 사실이 강조되고 있음에도 불구하고, 실제 임상장면에 있어서는 다양한 검사기법과 치료약물의 개발과 더불어 오히려 신체치료(somatic therapy)에 의존하는 경향이 더 높고 질환에 개입된 성격적 및 정서적 문제는 소홀히 다루는 경향이 있다. 이러한 신체치료적 접근의 가장 큰 문제점은 치료의 주된 대상을 질환 자체에 국한시키고 질환

을 가지고 있는 사람이 처해있는 인간적 조건을 경시하는 결과를 초래할 수 있다는 점이다. 말하자면 정서적 및 행동적 요인이 질환에 차지하는 비중이 증가하고 있으나 치료기법은 오히려 질환모형에 더 집착한다고 말할 수 있다(Michael, 1982)

그러나 성격적 및 정서적 요인이 질환에 차지하는 비중에 대한 인식이 증가함에 따라 질환모형에 의한 질환의 설명에 근본적인 비판이 제기되고 있는 것도 사실이다. 한 비판의 주된 관점은 전통적인 질환모형으로는 신체적 질환을 충분히 설명하기 어렵다는 것이다. 즉 신체적 질환을 보다 잘 설명하기 위해서는 전통적인 질환모형을 변화시킬 필요가 있다는 것이다. 이러한 비판과 더불어 Engell(1977)은 생물-심리-사회적 모형(biopsy-

chosocial model)을 제시하고 있는데, 이 모형의 핵심은 신체적 및 심리적장애를 보다 잘 설명하기 위해서는 장애를 가지고 있는 사람의 생물학적, 심리적 및 사회적 요인을 동시에 고려해야 한다는 것이다. 또다른 비판은 행동치료적 접근이 지금까지 신체치료에 의존했던 신체적 장애나 기능적 장애를 보다 효율적으로 치료할 수 있게 되었다는 점에서 비롯되었다. 이러한 행동의학적 및 행동치료적 접근의 결과는 질환모형만으로는 신체적 장애나 기능장애를 충분히 설명하기 어렵다는 증거로 볼 수 있다. 그래서 Pomerleau(1979)는 의학적 문제의 관리, 예방 및 완화에 있어서 행동의학적 접근의 필요성을 크게 강조하고 있다.

질환모형에 대한 이러한 비판과 더불어 성격적 및 정서적 변인과의 관계에 대한 연구들이 많이 이루어졌다. 이러한 형태의 연구들은 근본적으로 Alexander(1950)의 신체장애에 대한 정신분석적 해석에 영향받는 바가 크다고 생각된다. 특히 최근에는 불치의 병으로 알려져 있는 암 환자의 치료와 생명의 연장에 있어서도 스트레스에 대한 대응과 심리적 지지를 강조하고 있다(Taylor, Falke, Shoptaw, & Lichtman, 1986). 뿐만 아니라 다발성 경화(multiple sclerosis)에 미치는 정서의 영향(Devins & Seland, 1987), 관상성 심장질환과 A유형의 성격(Matthews, 1988) 및 만성 통증과 정서적 상태와의 관계(Romano & Turner, 1985)에 관한 기존의 연구들을 종합적으로 검토한 종설이 보고되고 있다. Devins와 Seland는 다발성 경화에 수반하는 신체적 장애때문에 기능장애가 나타나고 증다경화의 증상자체는 정서적 요인 때문에 악화된다고 하였다. 그리고 Romano와 Turner는 여러 연구들을 검토한 결과 만성 통증은 특히 불안이나 우울과 같은 부정 정서와 생활사상의 부정적 변화와 관련이 깊다고 하였다. 이러한 설명에 있어서 정서적 요인이나 불안, 우울 및 생활사상의 부정적 변화는 스트레스에 수반하는 부정 정서로 볼 수 있을 것으로 생각된다.

이러한 연구결과들은 근본적으로 성격적 혹은

정서적 요인이 신체적 질환의 원인이라고 가정하는 것은 아니다. 오히려 암, 다발성 경화, 관상성 심장질환 및 만성 통증과 같은 질환은 정서적 요인이나 스트레스와 상관이 높거나 혹은 이러한 질환의 유지 및 악화에 심리적 요인이 중요한 영향을 미친다는 것을 지적하는 것으로 보아야 할 것이다. 그러나 Asterita(1985)는 동물의 경우 스트레스가 소화기계, 호흡기계, 면역계, 심장혈관계 등의 장애를 일으킨다고 하였다. 동물을 대상으로 한 이러한 연구결과는 인간의 경우에도 스트레스가 질환을 일으키거나 적어도 질환의 유지 및 악화에 중요한 영향을 미칠 것이라는 가정을 정당화시키는 중요한 근거가 되고 있다. 만약 신체적 질환과 스트레스에 수반하는 부정 정서 간에 상관이 높거나 혹은 질환의 유지 및 악화에 부정 정서상태가 중요한 영향을 미친다면, 건강의 유지 및 질환의 예방과 치료에 있어서 성격적 혹은 정서적 요인을 고려해야 한다는 것은 지극히 합리적이라고 생각된다. 이러한 관점에서 볼 때, 병원장면에서 주로 신체적 증상을 호소하고 있는 환자들에 대한 성격적 혹은 정서적 요인에 관한 접근은 질환의 이해 및 치료에 중요한 의미를 갖는다고 생각된다.

그래서 본 연구는 이비인후과 외래 환자 중에서 정신과 환자의 임상증상과 다소 중첩될 수 있는 말초성 현훈증(peripheral vertigo)을 주된 증상으로 하고 있는 환자에 대한 정서적 및 성격적 특징을 검토하려고 한다. 이비인후과에서 말하는 말초성 현훈증이란 마치 외부 세계가 빙빙도는 것 같은 느낌이나 자신이 어떤 공간 속에서 빙빙도는 것 같은 느낌을 호소하는 경우로서 일반적으로 어지럼병이나 현기증과 유사하다고 말할 수 있다. 이비인후과에서는 이러한 말초성 현훈증을 정신신체장애, 신체정신장애 혹은 복합적으로 설명하기도 하지만 아직껏 많은 논란이 계속되고 있다(Wexler & Cray, 1986; Groen 1983; Stephens, 1975). 따라서 본 연구의 목적은 이비인후과 외래 환자 중에서 말초성 현훈증이라고 진단된 환자들에 대한 MMPI반응을 통해서 이들의 성격적 및

정서적 특징을 밝힘으로써 현훈증의 이해와 치료적 접근에 기여하려는 것이다.

방 법

대 상

본 연구의 대상은 1988년 9월부터 1989년 10월 말까지의 기간에 경북대병원 이비인후과 외래 환자 중 자세한 문진, X-선검사, 전기안진계검사(electronystagmogram), 시각성 운동유형검사(optokinetic pattern) 등에서 말초성 현훈증이라고 진단된 환자 80명을 대상으로 하였다. 즉 이러한 검사에서 현훈증 이외의 다른 이비인후과적 진단은 고려할 수 없었고 이들은 모두 정신과적 진료를 받은 경험이 없는 환자들이었다. 연구의 대상을 선정하는 과정에서 다른 외래 진료자로부터 환자를 의뢰받기는 하였으나 한 사람의 이비인후과 교수가 모든 다른 환자들의 진단을 결정하였다. 연구의 대상이 된 환자들은 남자가 34명 이었고 여자는 46명 이었다. 그리고 연령층은 20대, 30대, 40대가 각각 25%, 25%, 30%로 전체 환자의 80%를 차지하였다. 그러나 이들의 교육수준은 다양하였다.

도구 및 절차

본 연구에서 사용한 측정도구는 정범모, 이정균 및 진위교(1967)가 표준화한 단축형 MMPI(383 문항)이었다. 단축형을 사용한 이유는 여러 관점에서 연구자의 편의를 위한 것이었는데, 그 이유를 요약하면 다음과 같다; 첫째, 연구의 대상이 이비인후과에 진료받으러 온 외래 환자인 만큼 가능한 한 시간을 단축시키는 것이 바람직하다. 둘째, 정서장애자에 대한 집중적 평가와는 달라서 검사의 실시 자체에 연구의 목적이 있었으므로 일종의 전형적(screening) 성격이 강하다. 셋째, 피검사자 자신이 실제적인 불편을 느끼고 있고 주로 신체적 증상을 호소하는 경우에는 단축형도 진단

변별력이 높다는 연구가 있다(김영환, 1982). 넷째, 미국의 경우 MMPI-168과 같은 단축형도 임상심리학적 도구로 많이 사용되고 있다(Vincent, Castillo, Hauset, Zapata, Stuart, Cohn, & Shanick, 1984).

병원장면에서 신체적 증상을 주소(complaint)로 하여 정신과 외의 다른 과에 진료를 요청한 외래 환자에게 무작정 심리검사를 실시한다는 것은 잘못하면 심각한 거부감을 일으킬 수 있다. 이러한 거부감을 미연에 방지하기 위해서는 외래진료를 담당하고 있는 치료자가 직접 심리검사를 실시하는 것이 바람직하다고 하겠는데, 연구자는 치료자에게 검사의 실시에 필요한 절차와 지시를 자세히 설명해 주었다. 검사의 실시에 필요한 절차와 지시를 요약하면 다음과 같다; 첫째, 말초성 현훈증 환자에게 현재 당신이 가지고 있는 증상은 단순히 신체적 질환으로는 설명하기 어려운 경우도 있다는 것을 설명해 주었다. 둘째, 치료자는 검사를 실시하기 전에는 어떤 경우라도 환자의 문제가 심리적인 문제라는 것은 언급하지 않도록 하였다. 셋째, 처음부터 진료를 담당하고 있는 치료자가 직접 진료의 일환으로 심리학적 검사의 필요성을 설명하고 협조를 요청 하였다. 넷째, 환자의 승락을 얻은 후 치료자가 직접 검사에 대한 지시를 주었다. 검사의 지시는 정서장애자에 대한 지시와 마찬가지로 “그렇다” 혹은 “아니다”로 결정하기 어려운 문항에 대해서도 현재의 느낌에 따라 반응하도록 함으로써 가능한 한 무응답이 없도록 하였다. 다섯째, 채점은 본 연구자가 하였고 검사결과에 대해 환자가 직접 본 연구자에게 설명을 들을 수 있는 기회를 주었다.

결과처리

실시된 MMPI는 실시요강에 따라 채점하고 프로파일로 그렸다. 각 척도치의 수준 및 프로파일의 형태를 고려하여 본 연구자가 유사한 진단적 소견을 상정할 수 있는 프로파일끼리 분류하였다. 동

일한 프로파일로 분류된 MMPI의 각 척도치의 평균과 표준편차를 구하고 이를 프로파일로 제시하였다. 분류된 집단 중에서 프로파일 유형II는 우울신경증의 프로파일과 유사했다. 그래서 프로파일 유형II의 각 척도치와 우울증집단(김영환, 1982)의 각 척도치 간에 평균치의 차이를 검증하고 프로파일로 제시하였다.

결 과

말초성 현훈증 환자들에게 실시한 MMPI를 각 척도치의 수준 및 프로파일 유형에 따라 동일한 유형의 프로파일로 볼 수 있는 것끼리 분류한 결과 3 유형으로 분류할 수 있었다. 이러한 프로파일 유형에 따라 각 척도치에서 T점수의 평균과 표준편차를 제시한 것이 표1이고 이를 다시 프로파일로 제시한 것이 그림1, 그림2, 그림3이다.

전체 환자 80명 중에서 프로파일 유형 I에 속하는 퍼센트는 32.5%이었고 유형II와 유형III에 속하는 퍼센트는 각각 60%와 75%이었다. 각 유형의 프로파일에서 볼 수 있는 바와 같이, 유형 I은

타당성척도를 제외하면 정상집단에서 볼 수 있는 프로파일과 같다. 즉 프로파일 유형 I은 타당성척도의 척도치가 모두 T점수 50~55의 범위에 속하고 있으나 정상집단의 경우 F척도가 T점수 40내외이고 F척도와 K척도가 T점수 60내외인 것이 보통이다. 그리고 프로파일 유형II는 Gilberstadt와 Duker(1965)의 1-3-2유형과 비슷하고, 프로파일 유형III은 타당성척도 및 임상척도의 수준 및 형태가 오히려 정신병적 임상집단에서 볼 수 있는 프로파일과 유사하다. 프로파일 중에서 특히 유형 II는 다양한 신경증집단에서 볼 수 있는 프로파일이나 우울증 환자집단에서 가장 흔히 볼 수 있는 프로파일과 유사하다. 그래서 프로파일 유형II에 속하는 집단의 프로파일과 우울증 환자집단의 프로파일을 비교해 보기 위하여 각 척도치의 차이를 검증한 것이 표2이다. 그리고 집단별 T점수의 평균치를 프로파일로 나타낸 것이 그림4이다.

표2에 제시되어 있는 바에 의하면, 프로파일 유형II와 우울집단은 여러 척도에서 T점수의 평균에는 차이가 나타나고 있다. 그러나 MMPI에 있어서 이러한 차이는 단순히 척도치의 수준에 있어서

표1. 프로파일 유형별 T점수의 평균과 표준편차

척도	유형 I		유형 II		유형 III		전체	
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
L	53.8	10.1	52.3	10.3	48.0	9.5	52.5	10.0
F	50.2	8.5	49.3	5.9	79.3	15.5	51.8	10.9
K	53.0	9.2	52.0	9.3	40.1	7.1	51.5	9.5
Hs	52.2	7.4	66.2	7.1	70.1	12.7	62.0	10.1
D	45.8	6.3	62.3	7.8	60.0	13.2	56.7	10.8
Hy	49.8	6.9	64.6	9.4	64.3	7.6	59.8	10.9
Pd	49.5	6.6	52.4	10.5	61.3	15.1	52.2	10.0
Mf	53.8	9.6	48.8	7.8	48.0	10.5	50.4	8.7
Pa	47.6	11.8	49.7	8.6	67.3	9.7	50.1	10.7
Pt	45.8	8.5	58.1	9.9	68.3	10.1	54.9	11.5
Sc	46.2	9.4	55.1	7.4	76.3	9.5	53.8	11.1
Ma	49.2	8.9	49.5	8.8	65.3	9.5	50.6	9.6
Si	45.2	6.3	55.6	10.4	57.3	18.0	52.4	10.9

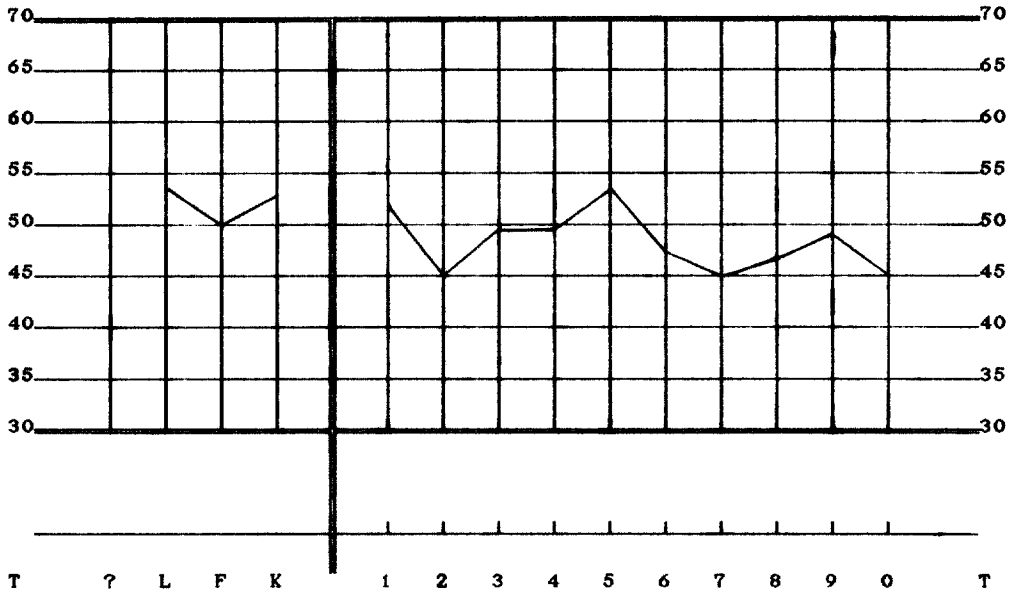


그림 1. 유형 I의 프로파일

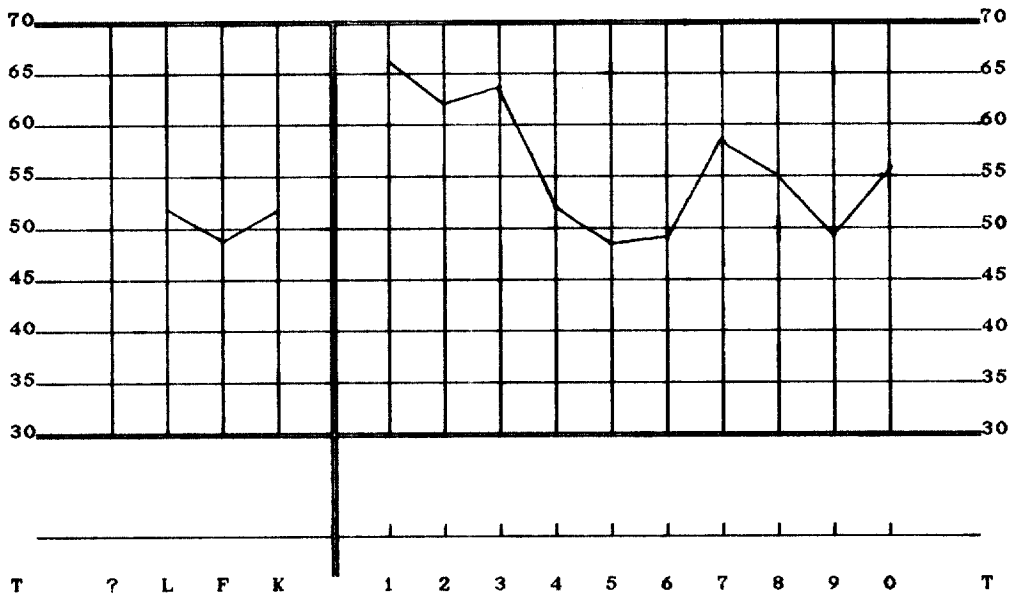


그림 2. 유형 II의 프로파일

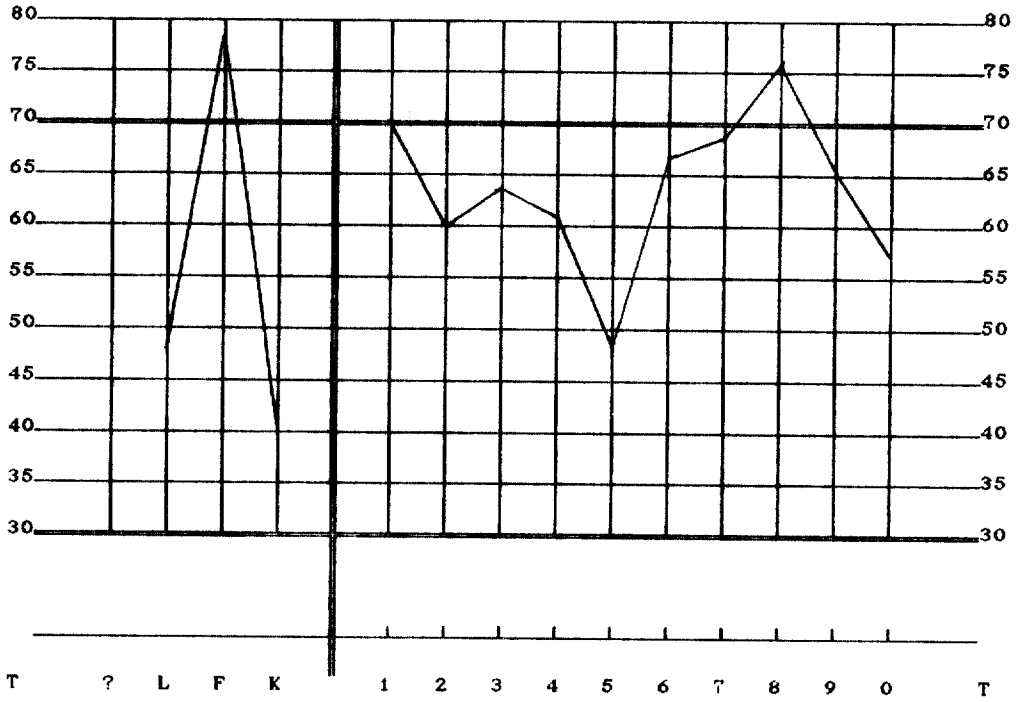


그림3. 유형III의 프로파일

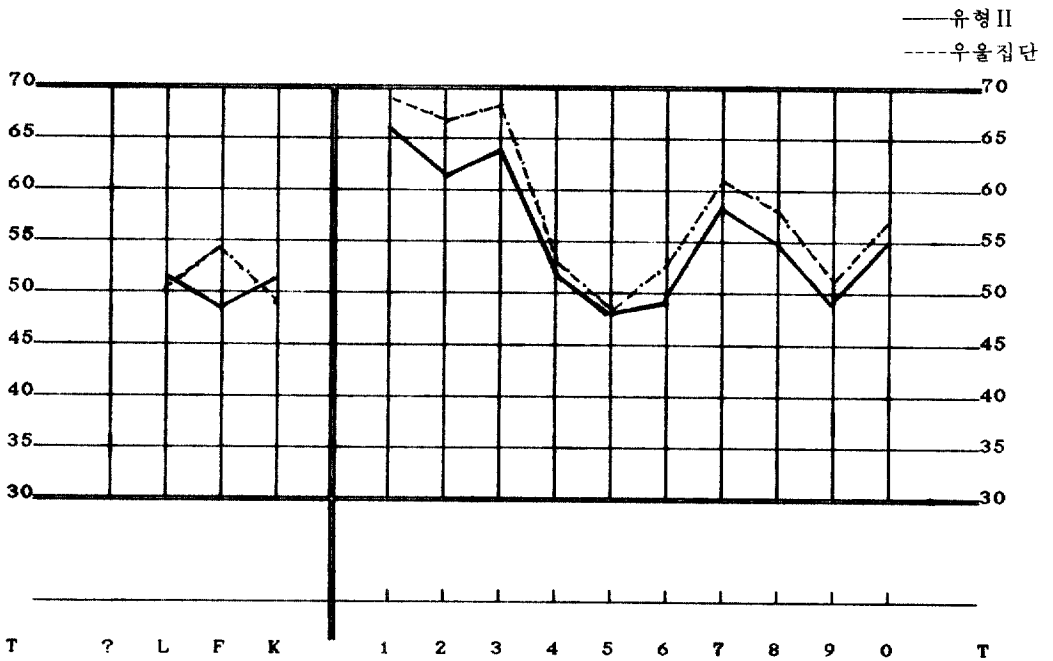


그림4. 유형II와 우울집단의 프로파일

표2. 프로파일 유형II와 우울집단의 평균과 표준편차

척도	유형 II		우울증 집단	
	평균	표준편차	평균	표준편차
L	52.3	10.3	52.0	9.8
F	49.3	5.9	54.9	6.3*
K	52.0	9.3	48.0	9.5*
Hs	66.2	7.1	69.9	8.8*
D	62.3	7.8	67.0	9.6*
Hy	64.6	9.4	68.2	8.4*
Pd	52.4	10.5	53.6	10.0
Mf	48.8	7.8	49.4	8.8
Pa	49.7	8.6	53.5	7.9*
Pt	58.1	9.9	61.9	8.4*
Sc	55.1	7.4	57.9	10.5
Ma	49.5	8.8	51.3	9.5
Si	55.6	10.4	56.4	10.8

* $p < .05$

의 차이를 의미할 뿐 실제 해석에 있어서는 큰 의미를 부여하기 어려울 수 있다. 예컨대, T점수의 평균치를 프로파일로 나타낸 그림4를 보면 이러한 주장은 더욱 분명하다고 말할 수 있다. 즉 두 프로파일은 척도치의 수준에 있어서는 다소 차이가 있으나 프로파일의 형태는 매우 유사하다. 단지 차이를 찾을 수 있다면 타당성척도에 있어서 F척도의 차이만은 의미를 부여할 수 있을 것으로 생각된다. 그러나 MMPI의 경우 각 척도의 평균치만 개별척도의 높은 것과 낮은 것이 서로 척도의 수준을 상쇄할 수 있다. 그러므로 이러한 차이는 어디까지나 평균치의 차이일 뿐 개인별 프로파일의 수준 및 형태를 강조하는 임상장면에 있어서는 큰 의미를 부여하기 어려울 수 있다.

논 의

정신의학적인 임상장면에 있어서 각 진단집단에 대한 MMPI의 특징적 프로파일을 보고한 연구들이 많이 있다. 예컨대, 엄무광과 김종술(1967)이 신

경증환자와 정신병환자에 대한 MMPI반응을 연구한 이후 최근 정애자(1986)의 경계선장애에 대한 MMPI반응에 이르기까지 많은 연구들이 보고되어 있다. 이러한 연구들은 정신의학적인 진단집단에 있어서 특징적 프로파일 유형을 밝히려는 시도인데, 근본적으로 볼 때 정신의학적인 진단집단에 대한 MMPI의 준거타당성을 검토한 연구로 볼 수 있다. 이러한 형태의 연구에 있어서 가장 통제하기 어려운 문제는 환자집단의 성격이다. 즉 환자집단의 성격이 준거타당성의 수준에 영향을 미친다는 점이다. 예컨대, 각 문항에 대한 반응과정에서 반응위조적 경향이 개입하면 MMPI의 진단변별적 준거타당성은 의심스러울 수 밖에 없다(김영환, 1979; 장재국·김영환, 1985).

MMPI의 타당성에 관한 이러한 연구들과는 다소 다른 측면에서 여러 임상집단에 대한 MMPI반응도 보고되어 있다. 이러한 연구들은 주로 정신의학적인 임상장면 이외의 의료장면에 있어서 주로 신체적 증상을 호소하고 있는 질환집단에 대한 MMPI 프로파일을 연구하였다. 예컨대, 광동일과 신동균(1984)의 위장장애집단, 유상근과 황익근(1986)의 고혈압집단, 김미영과 황익근(1987)의 소화성 궤양집단, 김종술과 정성창(1989)의 측두하악 장애집단에 대한 MMPI반응 등이 있다. 이러한 질환집단에 대한 MMPI반응을 연구하는 목적은 3가지로 요약할 수 있다. 첫째, MMPI가 진단용 성격검사이므로 각 질환집단에 대한 MMPI 프로파일을 통해 진단적 의의를 추구하려는 것이다. 둘째, 질환과 관련된 정서적 요인이나 혹은 질환에 의한 이차적 적응장애의 정도를 밝히려는 시도이다. 셋째, 이러한 정서적 요인이나 적응장애의 정도를 밝히므로써 효율적인 치료적 접근을 위해 심리적 개입의 필요성 및 가능성을 탐색하려는 것이다.

이러한 관점에서 보면 신체적 증상을 주소로 정신과 의외의 임상장면에 치료를 요청한 질환집단에 대한 MMPI반응을 연구하는 것은 중요한 의미를 갖는다. 그래서 본 연구의 대상인 말초성 현훈

증 환자에 대한 MMPI반응을 기존의 다른 신체 질환에 대한 MMPI반응과 관련해서 몇 가지 논의하려고 한다. 먼저 말초성 현훈증 환자에 대한 MMPI반응은 3유형으로 분류할 수 있었다. 프로파일 유형 중에서 유형 I의 임상척도는 정상 집단에 실시한 MMPI 프로파일과 같다. 즉 대부분의 임상척도가 T점수 45~55의 범위에 속하고 있다. 그러나 타당성척도에 있어서 L척도와 K척도가 다소 낮고 F척도는 좀 높은 것으로 보인다. 하지만 이러한 타당성 척도치의 수준에는 큰 심리적 의미를 부여하기 어렵다고 생각되고, 그래서 프로파일 유형 I은 정상 프로파일이라고 볼 수 있겠다. 그리고 프로파일 유형 III은 F척도의 T점수 79를 정점으로 타당성척도가 전형적인 피라민 형태를 보여주고 있고 임상척도에 있어서도 Hs 및 Sc 척도가 T점수 70이상이고 Pa 및 Pt척도도 상대적으로 높게 나타나고 있다. 이러한 수준 및 형태의 프로파일은 정서장애자 집단에서는 일과성적 정신증이나 정신병적 프로파일로 볼 수도 있겠다. 그러므로 말초성 현훈증 환자에서도 프로파일상으로 정신병적인 경향을 시사하는 반응이 나타날 수도 있다.

3유형의 프로파일 중에서 유형 II는 임상척도에 있어서 Hs, Hy 및 D척도가 매우 우세하게 높고 Pt척도도 상대적으로 다소 높다. 소위 말하는 신경증적 3척도가 높다고 하겠는데, 프로파일의 형태에서 볼 때에는 Gilberstadt와 Duker(1965)의 1-3-2유형과 같고 프로파일의 수준 및 형태에 있어서는 우울신경증(김영환, 1982)과 매우 유사하다. 정신과 환자의 경우 이런 유형의 프로파일에서는 뚜렷한 우울감, 무력감, 긴장과 근심, 자신의 감정을 표현하기 어려움, 타인에게 의존하려는 미숙한 행동, 사소한 비판에도 쉽게 속상함, 변화를 꺼리는 소극적인 경향, 여러 신체적 증상의 호소 등을 관찰할 수도 있다. 이러한 심리적 특징은 우울신경증이나 불안신경증에서 쉽게 관찰할 수 있으므로 프로파일 유형 II는 신경증적 프로파일로 볼 수 있다. 이러한 관점에서 보면 말초성 현훈증

환자의 MMPI 프로파일은 정상적, 신경증적 및 정신병적 프로파일 유형으로 분류할 수 있다.

본 연구의 대상 중에서 정상 프로파일을 보인 환자는 26명으로서 32.5%를 차지하고 신경증적 및 정신병적 프로파일을 보인 환자는 48명과 6명으로서 각각 60%와 7.5%를 차지하고 있다. 프로파일 자체에서 보면 말초성 현훈증 환자의 32.5%만이 심리적으로 정상적인 적응을 하고 있고 나머지 67.5%는 어떤 형태로든 심리적 문제와 관련이 있음을 지적하고 있다. 그러나 MMPI 프로파일상으로 신경증적 혹은 정신병적 특징이 나타난다고 해서 이들이 가지고 있는 현훈증상이 심리적 장애의 증상에 불과하다거나 혹은 이들이 신경증이나 정신병 환자라고 해석하기는 어렵다. 예컨대, 소화성 위궤양집단(김미영과 황익근, 1987)이나 결핵 집단 및 고혈압집단(유상근과 황익근, 1986)의 평균 MMPI 프로파일은 말초성 현훈증의 프로파일 유형 II와 거의 유사하다. 그렇다고 해서 이러한 질환이 정서장애의 결과라고 해석할 수는 없다. 단지 신체적 질환이 있을 때 MMPI프로파일에서 정서장애를 시사하는 프로파일이 나타날 수 있다는 것을 지적하는 것으로 해석해야 할 것이다. 말하자면 신체적 질환이 있을 때 다양한 방어진체를 사용함으로써 신체적 질환에 의한 이차적인 성격 반응이 일어나고, 그래서 MMPI프로파일에서도 정서장애를 지적하는 프로파일이 나타나는 것으로 해석하는 것이 합리적인 것이다(Kolb & Brodt, 1982).

이러한 해석은 MMPI만으로 진단을 결정하려는 시도를 경계하는 것일 뿐만 아니라 분명한 질환이 있을 때 MMPI반응은 질환에 의한 이차적인 성격 적응적 변화의 결과로 보는 것이 보다 합리적이라는 것을 의미한다. 그러나 비록 이차적인 결과라고 하더라도 MMPI상에서 정서장애를 시사하는 프로파일이 나타난다는 사실은 치료적 개입에 있어서는 대단히 중요한 의미를 지닐 수 있다. 즉 정서장애를 시사하는 프로파일은 그 사람의 심리적 상태가 정서장애자와 유사하거나, 앞으로 정서장

애자가 될 가능성이 높거나 혹은 정서장애자일 수 있다는 점이다. 특히 본 연구의 대상에서 분명하게 관찰되고 있는 말초성 현훈증상은 여러 정서장애에서도 나타나는 증상이다. 그러므로 적어도 말초성 현훈증 환자의 약 68% 정도는 어떤 형태로든 부적응적 심리상태와 관련이 깊거나 혹은 정서장애자일 가능성이 높다. 만약 이러한 논리가 합리적이라면, 적어도 신경증이나 정신병을 시사하는 MMPI 프로파일을 나타내고 있는 말초성 현훈증 환자에 대한 치료적 접근이 신체치료에만 의존한다는 것은 합리적이라고 말하기 어렵다. 즉 MMPI 프로파일이 정서장애를 시사할 경우 부적응적인 심리적 특징이 현훈증상 자체를 유지시키거나 악화시킬 수 있고, 이러한 증상의 유지 및 악화는 다시 심리적 부적응을 촉진시킬 수 있다. 이런 경우 치료적 접근에 있어서는 심리적 개입이 필수적이라 하겠다.

물론 본 연구의 결과는 말초성 현훈증의 약 68%에서는 심리적 요인이 중요한 것으로 나타나고 있다. 이런 결과는 말초성 현훈증에 대한 심리치료적 접근의 필요성을 강력하게 지적하고 있다. 말초성 현훈증은 정신신체장애, 신체정신장애 혹은 복합적으로 설명하고 있는 바와 같이, 연구대상의 32.5%에 있어서는 정상 프로파일을 보여주고 있다. 그러나 많은 말초성 현훈증에 어떤 형태로든 심리적 문제가 개입되어 있으므로 정상 프로파일을 보이는 집단에 있어서는 증상 자체가 장기화하면 심리적 문제가 개입될 수 있는 가능성을 배제하기 어렵다. 따라서 말초성 현훈증과 관련된 심리적 문제를 평가한다는 것은 진단 및 치료를 위해서 필수적인 절차라고 생각된다. 이러한 접근은 질환에 대한 생리-심리-사회적 모형에 부합하는 것일 뿐만 아니라 치료의 효율을 높이고 증상 자체에 의한 이차적인 정서적 문제를 최소화시킬 수 있을 것으로 생각된다.

요컨대, 본 연구의 결과는 말초성 현훈증에 있어서는 어떤 형태로든 정서적 혹은 성격적 요인이 크게 관련되어 있고 이러한 환자의 치료에 심리적

접근의 필요성을 지적하고 있다. 이러한 형태의 연구는 임상심리학자가 관여할 수 있는 범위를 확대시키는데 도움이 될 뿐만 아니라 질환에 관련된 심리적 요인을 밝히는데 있어서도 중요한 의의를 갖는다고 생각된다. 또한 이러한 연구는 앞으로 심리적 요인이 관련되어 있는 질환에 대한 심리치료적 접근프로그램의 개발에도 유용할 것으로 생각된다.

참고문헌

- 곽동일·신동균(1984). MMPI에 의한 위장장애 환자의 성격특성. *최신의학*, 24, 83-87.
- 김미영·황익근(1987). 소화성 궤양 환자의 다면적 인성검사 반응. *신경정신의학*, 26, 495-503.
- 김영환(1979). 위상환자의 MMPI. *신경정신의학*, 18, 435-443.
- 김영환(1982). MMPI의 진단변별 기능분석. 고려대 학위논문.
- 김중술·정창성(1989). 측두하악 장애 환자의 MMPI반응. *심리학회지:임상*, 8, 34-41.
- 엄무광·김중술(1967). 신경증 및 정신병 환자의 MMPI반응. *임상심리학회지*, 1, 30-33.
- 유상근·황익근(1986). 고혈압 환자의 다면적 인성 검사에 대한 반응. *신경정신의학*, 25, 682-693.
- 장재국·김영환(1985). 정신감정 의뢰전 살인피의자의 MMPI. *신경정신의학*, 24, 454-460.
- 정범모·이정균·진위교(1967). MMPI 다면적 인성검사 실시요강. 서울. 코리안 테스트센터.
- 정애자(1986). 경계선 환자의 MMPI특성. *전북의대 논문집*, 10, 151-154.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: Its principles and application*. New York: Norton.
- Austerita, M. F. (1985). *The physiology of stress*. New York: Human & Science

- Press.
- Devins, G.M. & Seland, T. P. (1987). Emotional impact of multiple sclerosis. *Psychological Bulletin*, 101, 3, 363-375.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model. *Science* 196, 129-136.
- Gilberstadt, H. & Duker, J. (1965). *A handbook for clinical and actuarial MMPI interpretation*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Groen, J.J. (1983). Psychosomatic aspects of Meniere's disease. *Acta Otolaryn*, 95, 407-416.
- Harvey, P. (1989). *Stress and health*. In health psychology edited by Broom, A. K. New York: Chapman and Hall.
- Kolb, L.C. & Brodie, H.K. (1982). *Modern clinical psychiatry*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Matthows, K.A. (1988). Coronary heart disease and type A Behavior. *Psychological Bulletin*, 104, 373-390.
- Michael, P. (1982). The second revolution in health: Health promotion and its environmental base. *American Psychologist*, 37, 36-41.
- Pomerleau, O.E. (1979). Behavioral medicine. *American Psychologist*, 34, 654-663.
- Romano, J.M. & Turner, J.A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 18-34.
- Stephens, S.D.G. (1975). Personality tests in Meniere's disorder. *Journal of Laryn Otolology*, 89, 479-490.
- Taylor, S.E., Falke, R.L., Shoptaw, S.J. & Lichtman, R.R. (1986). Social support, support group and the cancer patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 608-615.
- Vincent, K.R., Castillo, I.M., Hauser, R.I., Zapata, J.A., Stuart, H.J., Cohn, C. K. & O'shanick, J.G. (1984). *MMPI -168 codebook*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation Norwood.
- Wexler, M. & Cray, W.C. (1986). Meniere's disease: The psychosomatic hypothesis. *American Otolology*, 70, 93-96.

MMPI Responses of Peripheral Vertiginous Patients

Young Hwan Kim

Department of psychology
Kyungpook National University

This study was attempted to analyze Minnesota Multiphasic Personality Inventory responses to peripheral vertiginous outpatients in the department of otolaryngology. MMPI was administered to 80 peripheral vertiginous cases and classified its profile with the same patterns of profile considering each subtest's elevations and profile configurations by the author. All of the profiles can be classified three types of profile. Profile type I showed a normal profile which T scores of all validity and clinical scales belong to the range of 45 to 55 points. Profile II showed a typical 1-3-2 profile type suggesting mainly depressive neurosis in the department of neuropsychiatry. That is, Hs, Hy, and D scales were dominant in the profiles and the configuration of the scales were basically same profile patterns of the clinical-depressive group. Profile type III were seemed to be a rather psychotic profile suggesting more emotional difficulties. The percentage of type I among the subjects was 32.5%. And the percentage of type II and type III was 60% and 7.5% respectively. According to the MMPI profile types, it was also indicated that 68% of peripheral vertiginous patients are related to emotional difficulties in any way, particularly depressive in nature. But it does not mean that emotional factors in the peripheral vertiginous patients are basically primary causes.

Even so, this results indicated that psychological assessment are necessary procedure in order to diagnose the peripheral vertigo and treat the patients more effectively.