

우울증 환자의 MMPI 프로파일*

최정윤·정진복

가톨릭대학 의학부 신경정신과학교실

본 연구는 진단감별 도구로서 중요한 위치를 점하고 있는 MMPI가 우울증 환자를 얼마나 잘 감별해내고 있는지를 밝혀보고 또한 우울증 환자들이 MMPI에서 나타내는 대표적인 프로파일 유형을 분류해 보고자 하였다. 우울증 환자 118명의 MMPI 프로파일을 분석한 결과, 전체 환자들의 평균 프로파일은 2-1-3-7형으로 나타났다. 그리고 각 척도별 T점수를 군집 분석한 결과 3개의 하위집단으로 분류되었는데 첫번째 하위집단(52%)은 2-1-3 프로파일형이었고, 두번째 하위집단(36%)은 3-2-1 프로파일형을 보였으며, 세번째 하위집단(12%)은 2-1-8-7 프로파일형을 나타내었다. 이와 같은 결과는 MMPI가 우울증 환자를 진단하는 변별력이 비교적 높음을 시사해 주며 또한 우리나라 우울증 환자의 신체화경향이라는 특성을 드러내고 있다. 본 연구에서는 정신병적 증상이 없는 우울증 환자만을 대상으로 하였으므로 예언율이 높아진 것으로 생각되며, 추후 연구에서 정신병적 증상이 수반되어 있는 우울증의 경우를 비교해 보는 것을 제안해 보고자 한다.

우울은 대부분의 사람들에게서 찾아볼 수 있는 보편적인 정서로서 누구나 살아가면서 어느 정도의 우울감을 경험하게 된다. 우울이라는 정서는 일상생활에서의 슬픈 감정상태와 심한 정신병적 상태를 양극으로 하는 하나의 연속선상에서 설명되고 있으며(Lazarus, 1976), 우울이 우울 유발조건이나 stress의 양에 비해 정도가 지나칠 때, 우울을 일으킨 원인이 분명하지 않을 때, 우울이 심해서 일상생활에 큰 곤란을 야기하거나 자살로까지 이를수 있는 경우 등을 비정상적이라고 볼 수 있다(Mahoney, 1980).

우울증의 대표적인 증상으로는 긴장, 불면증, 식욕상실, 에너지 저하 및 피곤감, 정신-운동지체 그리고 자살에 대한 생각 등을 들고있다(Hamilton, 1982): 우울, 멜랑코리아, 자살, 조증등의 기록은 고대의 문헌이나 시에 많이 나타나 있지만 의학적으로 기록되기는 Hippocrates에서 부터이며 1896년 Kraepelin이 당시까지의 기술을 종합하여 조울정신병으로 명명하고 체계적 분류를 시도하였으며, 이 개념은 현재에 이르기까지 사용되고 있다. 이밖에도 우울의 분류를 시도했던 연구자들은 이를 신경증적-정신병적, 반응성-내인성, 일차적-이차적, 단극적-양극적, 지체성-초조성 등으로 구분하기도 하였다(이정균, 1981; Beckham &

*본 논문은 1991년도 가톨릭 중앙의료원의 학술연구기금으로 이루어 졌음.

Danker-Brown, 1985; Willner, 1985).

DSM-III-R(1987)에서는 기분장애(mood disorder)라는 항목 아래 양극성장애(bipolar disorder)와 우울장애(depressive disorder)로 대별하고 있다. 양극성 장애란 우울증 삽화가 있건 없건 1회 또는 그 이상의 조증삽화가 나타나는 장애이다. 이것은 mixed, manic, depressed, cyclothymia로 재분류된다. 우울장애 또는 주요 우울증은 조증삽화 발생없이 우울증만 1회 이상 발병하는 경우이다. 이것은 다시 single episode, recurrent, dysthymia로 재분류된다.

여러 연구들에 의하면 우울증이 성인에서 가장 흔한 정신과적 장애로서 평생유병률은 대체로 남자 10%, 여자 20%, 양극성장애는 남녀 모두 1%이다. 그러나 빈도는 주요우울증에서 남자 0.2%, 여자 0.6%, 양극성장애는 남자 0.01%, 여자 0.03%이다. 우리나라의 경우 우울증의 평생유병률이 남자 약 2%, 여자 약 6% 정도로 보고되고 있다(민성길, 1991).

우울증의 원인론에 있어서는 정신분열증의 경우와 마찬가지로 근본적인 원인을 아직 충분히 밝혀내지 못하고 있지만 현재까지 논의되고 있는 대표적인 이론들을 요약해 보자면 먼저 신경생리학적 연구자들은 유전적 소인 및 생화학적 과정에 귀인시키는 바 유전인자가 행하는 구체적 역할을 밝히지는 못했으나 신경전도체 중 특히 노어에피네프린과 세로토닌의 수준이 우울상태를 유발시킨다고 주장한다. 정신분석적 입장에서는 외부의 인정에 대한 과잉의존, 분노의 내면화를 우울의 핵으로 보고 있다. 학습이론가들은 강화 및 활동의 감소 또는 학습된 무기력을 통해 우울증이 발생한다고 주장한다. 인지적 입장은 우울증 환자를 비논리적 자기판단의 희생자로 여긴다. 즉 그들은 현실세계를 보는데 있어서 근원적인 논리적 오류(임의적 추론, 선택적 요약, 과잉 일반화, 극대화 및 극소화 등)를 범하고 이것이 자신과 주변세계 및 미래에 대한 비관적 결론을 이끌어 낸다는 것이다. 인본주의자들은 인간을 근본적으로 완전하고 건강하고 독특

하며 성장과 자기실현에의 선천적 욕구를 지니고 있는 존재로 보고 있고 이 근본적 선(basic goodness)의 부정에서 우울이 비롯된다 믿는다(Davison & Neale, 1982).

임상에서 우울은 기본적 정서이므로 우울증으로 진단받지 않은 환자에서도 우울증상을 발견하게 되는 경우가 많다. 또한 한 개인이 나타내고 있는 현재의 증상은 앓고있는 장애나 과거의 적응양식 및 성격적 특징 등이 혼합되어 나타나므로 동일한 진단범주에 속하는 환자라도 각기 다른 다양한 양상을 보여준다.

MMPI의 일차적인 목적은 정신장애 환자의 진단분류인 바 이를 우울증 환자에게 적용했을 때의 변별력에 대해 주목되어져 왔다. Donnelly, Murphy & Goodwin (1976), Marks, Seeman & Haller(1974), Vincent, Castillo & Hauser(1983), Winters & Neale(1981) 등은 우울증의 전형적인 프로파일이 2-7-8, 2-7, 2-3-1, 2-7-4라고 보고하고 있다. 우리나라에서는 이정균(1974)이 우울증을 비롯한 다양한 환자 집단에 MMPI를 실시하여 각 질환별 프로파일을 추출하였는데 MDI & Psychotic depression에서 2-8-7, neurotic depression은 2-7-1 혹은 2-1-7이라고 발표한 바 있다.

본 연구에서는 MMPI가 우울증 환자를 얼마나 잘 감별해내고 있는지를 밝혀보고 또한 우리나라의 우울증 환자들이 MMPI에서 나타내는 대표적인 프로파일 유형을 재검토해 보고자 한다.

방 법

피험자

피험자는 1988년 1월부터 1991년 3월까지 가톨릭의대 부속 강남성모병원 신경정신과에 입원 또는 외래로 내원한 환자 중에서 정신병적 증상이 수반되지 않은 우울증으로 진단된 환자 118명이었다.

입원환자 69명, 외래환자 49명이었으며, 남자 44.1%(52명), 여자 55.9%(66명) 이었다. 평균 연령은 32세(표준편차 10.96), 연령 범위는 18세에서 60세까지였다. 교육 정도는 중졸 이하 6.8%(8명), 고졸 63.6%(75명), 대졸 26.3%(31명), 대학원 이상이 3.4%(4명)이었다. 기혼자가 53.4%(63명), 미혼이 46.6%(55명)이었다.

도 구

383문항의 단축형 MMPI를 사용하였다. 1989년까지는 정범모 등의 MMPI(1965)를 실시하였으며, 1990년 이후는 개정판 MMPI(1989년, 한국가이던스 발행)를 사용하였다.

절 차

정신과 의사의 면접과 심리검사를 통해 우울증으로 진단된 환자의 심리검사 자료 중에서 MMPI 결과만을 추려내었다. 우울증 환자 중에서 정신병적 증상이 수반된 경우는 제외하였다. 전체 환자의 MMPI 결과로 척도별 T점수 평균을 내었고 다음에 T점수를 다변인 군집분석으로 통계 처리하였다.

결 과

118명 환자 전체의 MMPI T점수의 평균과 표준편차는 <표 1>에 있고 프로파일은 <그림 1>에 제시하였다.

전체 우울증 환자들의 평균 MMPI 결과는 2-1-3-7 프로파일형으로 나타나고 있다. 70T 이상으로 상승하는 척도는 없으나 소위 신경증 척도들이 전부 경미한 수준으로 상승되고 있다. 그중 척도 2가 가장 높으며, 척도 1과 3이 다음으로 상승하고, 척도 7과 8 그리고 0이 다음으로 따라가고 있다. 이것은 비교적 만성적이며 안정된 신경증적 경향성을 시사하는 프로파일이다. 열등감과 자기비하감을 많이 느끼며 주로 정신생리계통을 중

표 1. 전체 우울증 환자들의 T점수의 평균과 표준편차

척도	평균	표준편차
L	50.13	(9.79)
F	55.44	(12.16)
K	49.46	(10.17)
Hs	64.89	(10.09)
D	69.94	(8.20)
Hy	64.92	(9.49)
Pd	58.17	(9.05)
Mf	50.38	(9.54)
Pa	56.00	(10.93)
Pt	62.81	(10.44)
Sc	60.34	(12.45)
Ma	50.26	(8.76)
Si	59.70	(11.62)

심으로 하는 다양한 신체증상을 호소한다. 감정표현을 억제하고 대인관계는 수동존재적인 사람들도다.

환자들의 MMPI T점수를 다변인 군집분석(multivariate cluster analysis)으로 통계 처리한 결과 유사한 특징을 소유하는 3개 집단의 평균과 표준편차와 변량분석 결과는 <표 2>와 같고, 각 집단별 프로파일을 <그림 2>에 제시하였다.

다음으로 3개의 하위집단별 특징을 살펴본다.

첫번째 하위집단은 62명(52%)의 환자가 포함되며 2-1-3 프로파일을 나타내고 있다. 우울감이 두드러지고 대인관계에서 철수되어 있다. 만성적이며 어느 정도 이러한 상태에 적응이 되어있기는 하나 억압의 기제가 비효율적이어서 주관적 불편감이 강하다. 타인으로부터 보호본능을 유발시키는 경향이 있고 의존적이며 약한 사람들이다.

두번째 하위집단에 속하는 환자의 수는 42명(36%)으로서 3-2-1 프로파일을 보여 준다. 이 사람들은 우울증 보다는 히스테리적 성향이 더 두드러지는 모습이다. 첫번째 하위집단과 비교해 볼 때, 히스테리적 기제나 방어가 좀 더 강한 편이어서 우울감이 다소 덜한 편이다. 자신의 만성적인

<그림 1> 전체 우울증 환자들의 MMPI 프로파일

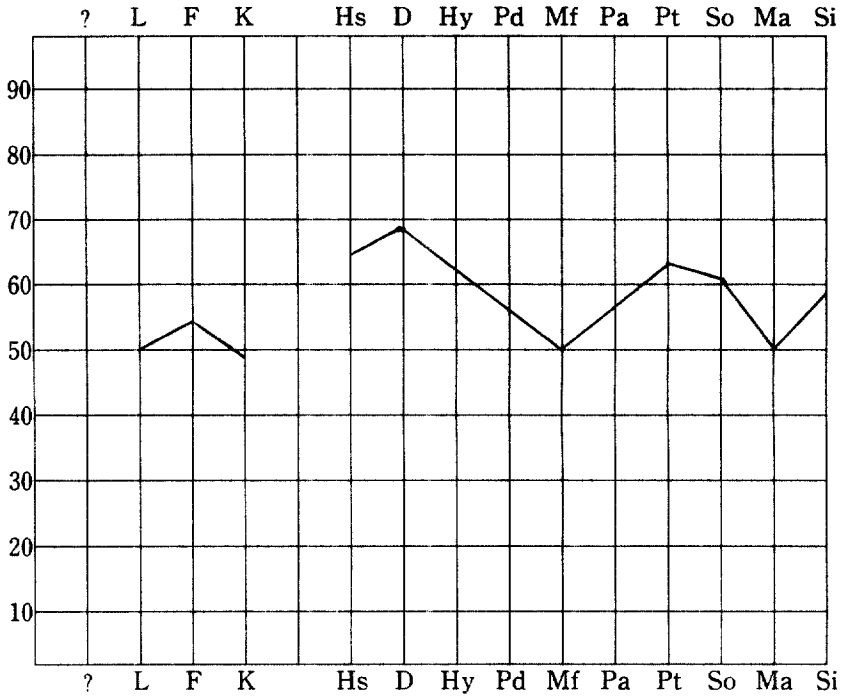
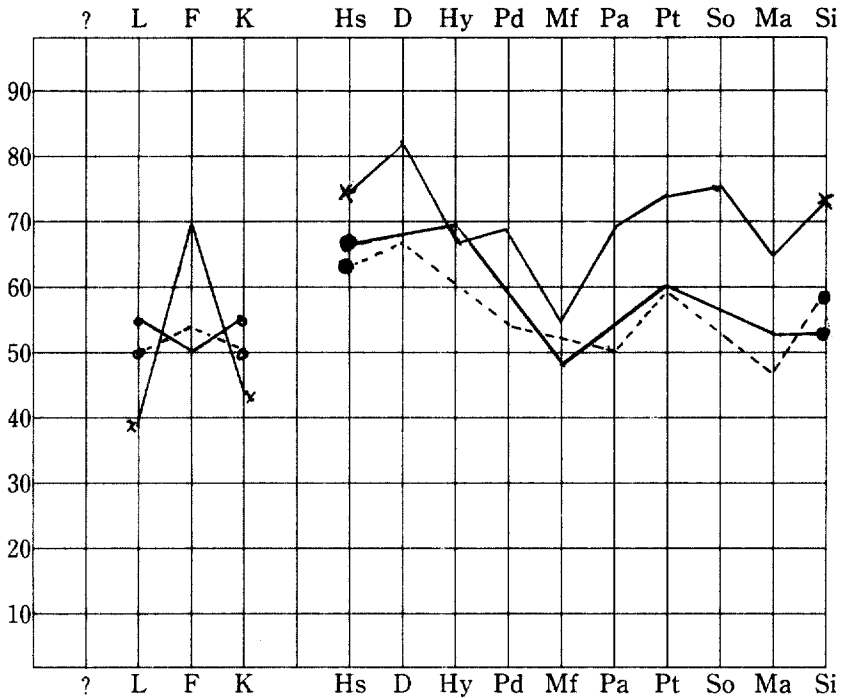


표2. 군집분석에 의한 각 하위집단별 T점수의 평균과 표준편차

척도	D1(35.6%) 43명	C2(52.5%) 62명	C3(11.9%) 14명	F
L	55.62(8.27)	50.16(8.71)	39.71(5.20)	***20.08
F	50.38(7.53)	51.87(8.36)	71.00(11.87)	***33.13
K	54.86(8.27)	48.50(9.44)	40.71(5.84)	***15.45
Hs	66.21(7.24)	61.85(10.97)	74.64(6.98)	***11.22
D	68.48(6.36)	67.89(7.99)	80.71(5.30)	***19.11
Hy	69.29(8.79)	61.85(9.71)	67.86(8.57)	*** 8.70
Pd	59.50(8.09)	53.92(6.91)	68.86(6.99)	***25.52
Mf	46.67(7.89)	51.31(8.27)	56.43(7.39)	*** 8.85
Pa	53.79(8.87)	50.95(8.17)	69.36(5.50)	***29.00
Pt	60.91(8.11)	59.52(9.86)	74.57(8.19)	***16.00
Sc	56.50(7.06)	54.73(9.93)	75.36(8.98)	***31.38
Ma	51.69(8.94)	46.16(7.08)	56.21(4.06)	***13.35
Si	51.71(9.08)	59.87(9.79)	73.14(7.12)	***29.39

〈그림2〉 전체 우울증 환자의 MMPI 프로파일



문제에 비교적 익숙해져 있고 히스테리적 성질을 띄고 있는 다양한 신체증상을 호소한다. 미성숙하고 의존적이며 자신의 행동에 대한 통찰이 결여되어 있다.

세번째 하위집단은 2-1-8-7 척도가 70T 이상으로 높으며, LFK가 샷갓형이면서 F척도가 70T 이상으로 상승하는 프로파일인데 14명(12%)의 환자가 여기에 속한다. 이 사람들은 우울감이 침울, 염세주의로까지 발전되어 있고, 심한 신체증상을 나타낸다. 매우 초조하고 불안하며 화가 나있고 사고장애의 가능성도 시사되고 있다. 주관적 불편감이 심하거나 아니면 정상적인 방어기능이 상당히 약화되어 있다. 억압과 통제기능이 불안정하여 자살위험성이 경계된다.

논 의

MMPI 임상척도의 근본적 기능은 정신장애의 진단분류로서 그 해석에 있어서 단일 임상척도의 수준도 중요하지만 프로파일의 형태도 중요한 의미를 가지고 있다. 따라서 MMPI를 도구로 우울증을 감별하고자 할 때 우선 척도 2의 상승정도를 보고 다음에 프로파일 형태를 고려하게 된다.

본 연구에서 나타난 우울증 환자 집단의 전체 평균 T점수를 볼 때 척도 2가 가장 높고, 척도 9가 가장 낮아서 진단 변별력이 비교적 높다고 할 수 있겠다. 김영환(1982)의 연구에 의하면 전체집단의 MMPI 진단분류 예언율은 56%이고, 장애집

단은 50%였다. 그 중에서도 정상인과 성격장애에서는 80%이상, 신경증 집단은 70%의 예언율을 보이는 반면 정신병 집단은 37.9%로 비교적 낮다고 보고한다. 이는 MMPI가 자기보고형 검사이므로 주관적 증상이 많을 때 진단분류 예언력이 높은 것으로 설명된다. 그러므로 주관적 불편감을 호소하는 우울증의 경우 다른 증상에 비하여 예언율이 높다고 볼 수 있겠으며, 또한 본 연구에서는 정신병적 증상이 없는 우울증 환자집단만을 대상으로 하였으므로 진단 변별력이 높아진 것으로 생각된다.

이정균(1974)이 조사한 neurotic depression은 2-7-1 혹은 2-1-7 프로파일이었다는데 본 연구에서의 전체 우울증 환자의 평균 프로파일은 2-1-3-7로 나타나고 있어 척도 3이 동반 상승되고 있는 점이 차이를 보이고 있다. 이것은 10여년의 시간적 차이가 가져온 환자특성의 변화인지 아니면 진단 체계상의 기준이 바뀐 것에 영향을 받은 것인지 확실하지 않다.

한편, 외국의 선행연구(Donnely, Murphy & Goodwin, 1976; Marks, Seeman & Haller, 1974; Vincent, Castillo & Hauser, 1983; Winters & Neale, 1981)에 따르면 우울증의 전형적인 프로파일은 2-7-8, 2-7, 2-3-1, 2-7-4라고 보고되고 있는데 본 연구에서의 하위집단은 3-2-1, 2-1-3, 2-1-7-8로 나타나고 있다. 외국의 선행 연구와 비교해 볼 때 본 연구의 환자군에서는 우울이 신체화를 동반하거나 또는 전이되어 나타나는 경향이 보인다. 우리나라의 우울증 환자들이 증상을 호소할때 “우울하다” “슬프다”라는 감정표현은 거의 하지 않고 “뭉이 아프다” “기운이 없다” “식욕이 없고 잠이 안온다” 등으로 신체증상을 주사로 하는 것과 MMPI 결과가 일치하고 있다. 이는 감정표현을 억제하고 신체적 질병에는 비교적 관대한 우리의 문화적 배경이 이러한 차이를 가져온 것으로 생각된다. 한국인 우울증에서 신체증상이 두드러지게 높다는 점은 이미 우리나라의 연구에서도 지적된 바 있다(김광일, 1977; 정

학송, 1977).

본 연구에서는 정신병적 증상이 수반되어 있지 않은 우울증 환자 집단을 대상으로 하였음에도 불구하고 세번째 하위집단은 정신병적 증상을 시사하는 프로파일을 보여주고 있는데 이는 개별사례를 검토해 보아야 할 것이나 몇가지 원인을 추론해 볼 수 있겠다. 첫째, 심한 주관적 우울감으로 인해 증상에 대한 과장이 있었다고 생각해 볼 수 있겠고 둘째, 환자가 원래 심각한 성격적 문제를 가지고 있었던 경우일 수도 있고 세번째 가능성은 드러나지 않은 정신병 증상이 내재 또는 수반되어 있었다는 것이다. 어떤 경우이던 척도 8이 T점수 70 이상으로 상승되어 있으면 예후를 낙관하기 어렵다고 본다.

추후 연구에서는 정신병적 증상이 수반되어 있는 우울증 환자 집단과 비교해 보는 것을 제안한다. 그러한 환자들의 경우, MMPI의 소위 정신병 척도들이 의미있는 상승을 나타낼 수도 있겠고, 반대로 정신병 상태의 특징인 객관적 평가 능력의 결여로 인하여 정상 프로파일을 보여줄 가능성도 생각해 볼 수 있으므로 실제 양상은 어떤지 밝혀 보는 것이 도움이 될 것 같다. 그리고 우리나라 우울증 환자들이 신체증상에 대한 호소가 많고 그에 상응하여 MMPI에서도 척도 1과 3이 척도2에 수반하여 상승하고 있는 프로파일을 보여주고 있는데 실제로 신체형 장애(somatoform disorder)의 범주에 해당되는 환자군과 비교해 보는 것도 흥미 있으리라 생각된다.

임상현장에서 심리학적 평가를 위한 검사를 실시하는 경우, 심리검사 배터리를 적용하는 것이 원칙인데, 개인에 따라 또는 장애 유형에 따라 특정 단일검사의 평가 가치가 높아지는 것을 관찰하게 되는바 배터리 내의 여러 다른 검사의 우울증에 대한 변별력을 비교해 보는 것도 의미가 있을 것으로 생각된다.

참고문헌

- 김광일(1977). 우울증의 증후학적 연구. *신경정신의학*, Vol. 16, No. 1, 46-60.
- 김영환(1982). MMPI의 진단 변별기능 분석. 고려대학교 박사학위 논문.
- 김영환외(1984). 다면적 인성검사 실시 요강. 한국 가이드스.
- 김중술(1988). 다면적 인성검사. 서울대학교 출판부.
- 민성길(1991). 최신정신의학. 일조각.
- 이정균(1974). 한국인의 MMPI에 관한 연구 -우울증의 MMPI-. *신경정신의학*, Vol. 13, No. 1, 11-15.
- 정학송(1977). 우울증 환자의 신체증상. *신경정신의학*, Vol. 16, No. 4, 358-365.
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (1982). *Abnormal Psychology*. 3ed, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Donnelly, E.R., Murphy, D.L. & Goodwin, R.K. (1976). Cross-sectional and longitudinal comparisons of bipolar and unipolar depressed groups on the MMPI. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 233-237.
- American Psychiatric Association(1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Ed., Revised (DSM-III-R). Washington DC, American Psychiatric Association.
- Hathaway, S.R. & McKinley, J.C. (1951). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*(rev. ed.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Lachar, D. (1973). *The MMPI: Clinical assessment and automated interpretation*, Michigan: WPS Professional Handbook Series.
- Lazarus, R.S. (1976). *Patterns of adjustment*, New York: McGraw-Hill.
- Leber, W.R., Beckham, E.E. & Danker-Brown, P. (1985). Diagnostic criteria for depression. In E.E. Beckham & W.R. Leber(Eds.), *Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research*(pp. 343-371). Illinois: The Dorsey Press
- Marks, P.A., Seeman, W. & Haller, D. (1974). *The actuarial use of the MMPI with adolescents and adults*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Mohoney, M.J. (1980). *Abnormal Psychology: Perspectives on human variance*. New York: Harper & Row Publishers.
- Robert L. Spitzer(1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Revised, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Vincent K.R., Castillo, I. & Hausr, R.I. (1983). MMPI code types and DSM-III diagnoses. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 829-842.
- Willner, P. (1985). *Depression: A psychobiological synthesis*. New York: John Wiley & Sons.
- Wetzler, S., Kahn, R., Strauman, T.J. & Dubro, A. (1989). Diagnostic of mjaor depression by self-report. *Journal of Personality Assessment*, 53, 22-30.
- Winters, K.C., Newmark, C.S. & Lumry, A.E. (1985). MMPI codetypes characteristic of DSM-III schizophrenics, depressives, and bipolars. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 382-386.
- Winters, K.C., Weintraub, S. & Neale, J.M. (1981). Validity of MMPI codetypes in identifying DSM-III schizophrenics, unipolars, and bipolars. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 486-487.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory Responses of Depressive Patients

Choi Jeoung-yoon and Jeoung Jin-bok

Catholic University Medical College

Minnesota Multiphasic Personality Inventory has been one of the most powerful diagnostic tool in psychological assessment. This study investigated how well MMPI discriminated the depressive patients and what profile pattern this group showed. MMPI was administered to 118 depressive patients. So it was founded 2-1-3-7 profile by total mean of T score of each MMPI scale. Three subgroups were formed as a result of multivariate cluster analysis of T scores each. The first subgroup(52 %) showed a profile 2-1-3, the second subgroup(36 %) 3-2-1, and the third subgroup(12 %) 2-1-8-7.

This findings suggest MMPI has a remarkable discriminating power in depressive group, in addition, Korean compared to western norm concerns about somatic symptoms.