

우울증환자의 BGT수행특성 및 감별진단

조 선 미

최 정 윤

성 안드레아병원 가톨릭의대 부속 강남성모병원 신경정신과

본 연구는 우울증환자가 BGT도형을 모사하는데 있어서 다른 진단집단과 어떻게 다른 수행을 보이는가 하는 것을 알아보고 이를 감별진단하는데 유용한 준거를 마련해 보고자 하였다. 분석도구로는 Hutt의 채점체계인 HABGT를 사용하였으며, 정상인집단으로 대학생집단과 BGT가 감별목적으로 가장 많이 쓰이는 뇌손상환자를 대조집단으로 하여 자료를 분석하였다. 그 결과 우울증환자는 정신병리척도와 접근-기피척도의 총점에 있어서 다른 두 집단과는 유의미한 차이를 보였으며, 폐쇄공란과 높이 등 몇몇 항목을 제외한 대부분의 항목에서 정상인보다는 병리적인 점수를, 뇌손상환자보다는 덜 병리적인 점수를 받는 것으로 나타났으나, 총점에 의한 집단의 분류는 그다지 유용성이 없는 것으로 밝혀졌다.

따라서 세 집단을 변별하는 더욱 효율적인 준거를 마련하기 위하여 관별분석을 실시하여 항목에 따른 집단별 패턴의 특성을 알아보았다. 그 결과 두 개의 관별함수가 도출되었으며, 대학생집단과 뇌손상환자를 가장 잘 변별해주는 함수 I은 단편화, 지각상 회전, 각의 변화, 곡선곡란등을 특성으로 하였고, 우울증환자와 다른 두 집단을 잘 변별해주는 함수 II는 지각상회전, 단편화, 각의 변화, 폐쇄공란등을 특성으로 하는 것으로 나타났다. 또한 함수도출에 사용된 준거집단의 경우 함수에 의한 분류의 정확도는 83.00%였고, 교차타당화집단의 경우 78.00%로 관별함수에 의한 분류는 매우 안정성이 높은 것으로 나타났다.

I. 서 론

감정은 내면적인 느낌이나 기분으로서, 주관적 작용이며 상황이나 대상에 대하여 행동을 촉진하거나 억제하는 역할을 하기도 한다. 정상인은 다양한 종류의 감정을 경험할 수 있고 마찬가지로 다양한 정서표현을 할 수 있으며, 자신의 정서를 통제할 수 있다고 느낀다. 정서장애는 이러한 통제감의

상실과 주관적으로 강한 고통을 경험하는 것으로 특징지어지는 임상적 양상이다.

이와 같은 정서장애중 우울상태는 우울하고 저조된 정서상태가 주축이 되어 일어나는 정신상태로, 적응에 어려움을 겪는 사람들에게서 보이는 가장 일반적인 정서경험중 하나이다. 또한 우울은 비교적 객관적 사태와는 관련없이 병적상황에서 일어나는 정서의 병리 현상으로 그 정도가 심화되면 사고장애, 행동장애등의 심리적 장애와 함께 여러

신체장애가 수반될 수 있다(이정균, 1991).

단극성 우울증은 성인에게 나타나는 정신과 질환에서 가장 흔한 장애로(Kaplan, 1991) 대부분의 다른 정신장애와 마찬가지로 근본적인 원인은 아직 충분히 밝혀지지 못했으나 최근에 와서 진단에 따라 정신질환의 치료법이 다르기 때문에 정확한 진단을 내리는 일은 매우 중요하다. 정확한 진단을 위하여 전문적인 면접이나 다양한 심리검사가 사용될 수 있으며, 진단도구로서 심리검사는 수량화가 가능하고 따라서 규준을 수립할 수 있다는 점을 포함한 여러가지 잇점을 갖고 있다.

우울증 여부를 알아보는데 사용되는 검사도구로는 여러가지가 있겠으나, 본 연구에서는 비교적 실시가 용이하고 시간이 적게 걸리며 객관적 채점법이 있어서 광범위하게 사용되는 BGT를 이용하여 이를 감별해 보고자 하였다. 이 검사의 본래 명칭은 Bender Visual Motor Gestalt Test로서 Lauretta Bender(1938)가 형태 심리학의 개념에 근거하여 발전시킨 것으로 감별(screening)의 목적으로 가장 많이 사용되고 있으며, 특히 기질적 뇌기능 장애의 감별에 가장 많이 사용되고 있다(Sipola, 1984).

그러나 Billingslea(1948)와 Tolor & Schulberg(1963)가 BGT의 투사적 사용에 대해 주요한 고찰내용을 보고한 이래 BGT의 투사적 사용에 대한 관심이 증가되었으며, 이에 따라 BGT는 성격 평가에 중요한 공헌을 하게 되었다. Suczek와 Klofer(1952)는 BGT를 구성하고 있는 도형의 상징적 가치를 탐구하여, 피검자가 이런 도형에 대해 각기 나름대로 상징적인 방법으로 지각한다는 가정을 확인하였다. Byrd(1959)는 Hutt가 제시한 정신병의 지표들이 성격적응의 지표가 된다고 보고하였다.

또한 정서장애나 특별한 성격갈등이 있는 경우 모사과정에서 특이한 형태의 왜곡이 나타난다는 것에 대한 연구도 이루어졌다. Hutt와 Monheit(1985)는 Hutt의 채점체계를 이용하여 정상인 집단과 정서적으로 혼란된 집단을 유의미한 수준에

서 구별하였으며, Hutt와 Dates(1977) 역시 같은 체계를 이용하여 비행 청소년 집단이 정상인 집단이나 정서적으로 혼란된 집단과는 다른 패턴을 보인다고 하였다. Sternberg와 Levine(1964)에 따르면 자살에 대한 생각을 많이 하는 환자의 88%가 도형 6의 일부를 도형 5의 공간에 들어가도록 그렸다고 하였으며, Handler와 Mchintosh(1971)는 BGT나 DAP등의 투사검사가 관찰법이나 자기-보고법에 비하여 공격성이나 철회경향을 더 효율적으로 감별해준다고 보고하였다.

BGT상에서 우울을 시사하는 지표를 찾으려는 연구도 많이 이루어졌다. Bender(1938)는 우울증에서는 사고의 흐름이 제한되고 지체되어 정서나 연상작용이 자유롭게 기능하지 못한다고 하였으며, 심한 우울증 환자는 기분이 너무 저조하여 과제를 수행하지 못하는 경우가 많고 이보다 경한 수준의 환자는 도형을 지나치게 정확하고 세밀하게 모사한다고 하였다. Peek(1953)는 도형 5의 대각선을 위에서 아래로 그리는 사람은 아래서 위로 그리는 사람에 비해 미성숙하고 우울하고 적응을 잘 못한다고 하였으며, Donnelly와 Murphy(1974)는 양극성 장애 환자는 배열순서가 혼란되는 경향이 있는 반면 단극성 우울증환자는 엄격한 순서에 따라 도형을 모사하는 경향이 있다고 하였다.

이와 같은 연구중 특히 도형의 크기와 관련된 연구들이 많이 이루어졌으며, 많은 학자(Hutt, 1945, Pascal & Suttell, 1951, Murray & Roberts, 1956)들은 도형모사에 사용되는 공간의 넓이는 투사적인 가정에 사용될 수 있으며, 도형의 압축은 우울의 지표로 볼 수 있다고 제안하였다. White와 McGraw(1975)는 도형의 압축과 MMPI의 D척도 사이에는 유의미한 상관이 있다고 하였으며, Rappaport와 Gill, Schafer(1946)는 우울증환자는 다른 병리를 가진 환자에 비해 그림의 크기가 작다는 가설을 지지하였다.

그러나 Johnson(1973)은 도형의 압축을 보이는 피험자의 경우 MMPI검사상에서 D 척도가 그렇지 않은 피험자에 비해 유의미하게 높은 것으로 나

타났으나 실제로 도형을 압축하여 그리는 빈도가 낮기때문에(5.5%) 실제적 유용성은 제한된다고 하였는데, 이러한 언급은 관련된 연구결과를 개관하면서 극히 적은 수의 피험자만이 도형을 압축하여 그리기 때문에 도형의 크기를 이용한 검사지표로 집단을 비교하는 실험적 접근법은 타당하지 않다고 한 Pascal과 Suttell(1951)의 제안과 같은 것이다. 또한 Salzman과 Harway(1965)는 우울증 환자가 정상인에 비해 BGT와 DAP에서 특별히 도형을 작게 그리지는 않는다고 하였으며, Robach와 Webersinn(1966)은 같은 결과를 보고 하면서 그림의 크기는 즉각적인 정동의 상태보다는 다른 성격요인에 의해 결정되는 것 같다고 제안하였다. Hutt(1985)는 주요 우울증의 속성감별을 위해서 몇가지 항목으로 구성된 지표를 만들었는데, 이것을 살펴보면 지나치게 엄격한 순서, 공간의 압축, 곡선곡관등 3개의 항목에는 2점의 가중치를 주고 교차곡관, 각의 변화등 2개 항목에는 1점을 주었을 경우 환자중 73%가 6점 이상을 받았다고 보고하였으며, 이 점수를 임계점으로 제안하였다.

이와 같이 우울의 지표가 되는 BGT특성에 대한 연구에 있어서 서로 일치되지 않는 결과가 많으며, 실제로 많은 임상가들은 실험적 연구를 통한 객관적-수량적 방법보다는 임상적-주관적 해석을 선호하는 것으로 나타나고 있다(Wade & Baker, 1977). 그러나 좀 더 정확한 진단을 위해서는 임상적 경험과 더불어 객관적 해석체계를 병행하는 것이 유용할 것이며, 또한 양적인 접근방법은 훈련과 연구를 용이하고 효과적으로 수행할 수 있도록 도와줄 것이다.

특정한 진단집단의 특성을 파악하고자 하는 시도와 함께 BGT가 아동과 성인을 대상으로 한 여러 장면에서 널리 사용됨에 따라 여러가지 채점법이 개발되었는데 Hutt는 BGT의 투사적 의미를 강조하면서 자신의 채점체계인 HABGT(Hutt Adaptation of Bender Gestalt Test)를 발달시켰으며, 이 체계는 시각-운동 지각의 성숙, 그 자체보다는 이것을 통한 인성적 특성을 알아보려는 임상적 진단도구에 더 역점을 두고 있다. HABGT의 객관적인 척도로는 정신병리 척도(Psychopathology Scale)과 접근-기피 척도(Adience-Abience Scale)가 있으며, 본 연구에서는 이 두 가지 척도상의 점수와 항목에 대한 질적인 분석을 통하여 우울증 환자의 검사결과 특징을 알아보려고 하였다. 또한 임상장면에서 우울증을 좀 더 효율적으로 감별하기 위하여 이와 같은 특징이 정상인이나 BGT가 감별의 목적으로 가장 많이 쓰이는 뇌손상환자와는 어떤 차이를 보이는가를 분석하여 감별의 준거를 마련해보려고 하였다.

II. 연구방법 및 절차

1. 연구대상

본 연구의 연구대상은 카톨릭 의대 부속 강남성모병원 신경정신과에 입원 또는 외래로 내원한 환자중 우울증으로 진단된 환자 50명(남 : 18명, 여 : 32명)이었으며, 통제집단으로 대학생 50명(남 : 29명, 여 : 21명)과 기질적 정신증후군 환자 50명(남 : 42명, 여 : 8명)의 자료를 함께 분석에 포함시

표 1. 환자집단과 대학생 집단의 나이, 지능, 교육 기간의 평균값

	대학생 집단	우울증환자집단	뇌손상환자집단
변 인	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
나 이	22.22(2.90)	24.85(6.89)	35.69(14.08)
지 능	131.20(11.29)	104.67(10.06)	80.58(15.34)
교육기간	13.78(2.31)	13.05(3.11)	9.74(3.34)

켰다. 대학생 집단은 심리학 개론을 수강하는 심리학 1학년 학생들이었으며, 뇌손상 환자 집단은 2개 병원의 입원 및 외래 환자로서 신경학적 검사 및 심리학적 검사에 의해 뇌손상이 있다는 것이 확인된 피험자로 구성되었고, 나이와 교육기간의 평균값과 표준편차는 다음 표와 같다.

2. 절 차

우울증환자와 뇌손상환자 자료의 경우 정신과 의사의 면접과 심리검사를 통해 우울증으로 진단되거나 뇌손상이 있다고 확인된 환자의 BGT 자료 중 모사단계만을 사용하였으며, 대학생들의 경우 개인별로 실험실에서 표준지시에 의하여 모사단계를 수행하도록 하였다. 또한 이 자료들은 모두 Hutt에 의해 수정된 BGT카드를 사용하여 수행된 것들이다. 이와 같이 모아진 자료는 HABGT체

에 준거하여 채점하였으며, 채점은 며칠동안 HABGT 채점방법을 훈련한 두 명의 임상심리학 전공 대학원생에 의해 이루어졌고 채점자간 신뢰도는 .80이었다.

III. 결 과

1. 집단별 분포특성

집단에 따라 정신병리척도와 접근-기피 척도상도의 항목별 평균과 표준편차는 (표 2)에서 제시하였다.

(표 2)와 (표 3)에 나타난 각 집단별 평균을 살펴보면 다음과 같은 항목을 제외하고는 대부분의 항목에 있어서 대학생 집단의 수행이 가장 우수하고 뇌손상환자집단의 수행이 가장 저조한 것으로 나타나고 있다.

표 2. 정신병리척도 항목의 집단별 평균과 표준편차 및 변량분석결과

항 목	정신 병리 척도		
	대학생 집단	우울증 환자집단	뇌손상 환자집단
1. 배열순서	3.28(3.30)	5.32(3.21)	6.41(3.80)
2. 도형 A의 위치	6.62(4.16)	5.82(3.90)	6.69(3.91)
3. 공간사용 1	8.02(3.77)	9.85(1.06)	9.28(2.47)
4. 그림의 중첩	2.05(1.61)	2.71(2.18)	4.13(2.95)
5. 용지의 회전	1.00(0.00)	1.13(0.95)	1.00(0.00)
6. 폐쇄곤란	6.81(1.93)	5.45(2.25)	8.32(1.73)
7. 교차곤란	2.38(1.94)	2.26(2.51)	3.71(2.96)
8. 곡선곤란	1.52(1.23)	3.16(2.10)	6.16(2.97)
9. 각의 변화	1.52(0.86)	3.08(1.87)	5.32(2.67)
10.지각상 회전	1.90(2.03)	4.84(3.43)	6.82(3.76)
11.퇴영	3.58(3.59)	3.10(3.16)	3.34(3.53)
12.단순화	2.20(1.92)	4.06(3.23)	5.53(3.36)
13.단편화	1.06(0.42)	1.54(1.88)	3.71(3.46)
14.중복곤란	1.36(1.23)	1.36(1.53)	2.92(2.91)
15.정교화	1.00(0.00)	1.00(0.00)	1.09(0.63)
16.고집화	1.72(1.67)	2.44(2.44)	5.88(2.75)
17.전도형의재묘사	1.00(0.00)	1.13(0.95)	1.57(1.90)
척도총점	47.01(9.83)	58.26(16.53)	81.94(20.37)

접근-기피 척도

항 목	대학생 집단	우울증 환자집단	뇌손상 환자집단
1. 높이와 넓이	0.10(1.04)	0.06(1.07)	-0.08(1.11)
2. 높이	0.02(1.15)	0.44(0.90)	-0.04(1.22)
3. 용지사용	0.52(1.72)	0.34(1.67)	0.28(1.60)
4. 순서	0.46(1.16)	-0.38(1.51)	-0.76(1.49)
5. 도형 A의 위치	0.24(1.52)	0.46(1.61)	0.12(1.58)
6. 폐쇄곤란	-0.30(1.11)	0.34(1.04)	-1.16(1.00)
7. 교차곤란	0.28(1.09)	0.38(1.14)	-0.31(1.26)
8. 각의 변화	1.08(1.35)	-0.20(1.31)	-0.71(1.17)
9. 회전	0.82(0.63)	0.08(1.32)	-0.90(1.25)
10.단편화	0.96(0.28)	0.80(0.70)	-0.22(1.37)
11.단순화	-0.38(0.60)	-0.94(0.89)	-1.26(0.82)
12.정교화	0.00(0.00)	0.00(0.00)	0.00(0.00)
척도총점	3.80(4.64)	1.38(5.40)	-5.06(5.53)

()안은 표준편차

1) 정신병리척도상의 도형A의 위치, 폐쇄곤란, 교차곤란, 퇴영등 4개항목, 접근-기피척도상의 높이, 도형A의 위치, 폐쇄곤란, 교차곤란등 4개 항목에서는 우울증환자의 수행이 가장 우수한 것으로 나타나고 있다.

2) 정신병리척도상의 공간사용1의 항목에서는 우울증환자의 수행이 가장 저조한 것으로 나타나고 있으며, 퇴영의 항목에 있어서는 대학생집단의 수행이 가장 저조한 것으로 나타나고 있다.

2. 집단간 총점의 차이 분석

집단에 따라 각 척도의 총점사이 에 유의미한 차이가 있는가를 알아보기 위하여 변량분석을 실시하였다. 총점에 의한 변량분석 결과는 (표 3)에 제시하였다.

집단별 평균과 표준편차를 살펴보면 정신병리척도와 접근-기피 척도 모두에서 뇌손상 환자집단이 가장 병리적인 점수를 얻었으며, 그 다음이 우울증환자, 대학생집단 자료의 순이었다. 변량분석 결과 세 집단은 두 척도 모두에서 유의미한 차이

표 3. 정신병리척도와 접근-기피척도 총점에 의한 변량분석

정신병리척도				
변량원	자유도	자승화의 합	평균 자승화	집단별비교
집단간	2	31790.16	15895.08	I II III
집단내	147	38489.76	261.83	
전 체	149	70279.92	F=60.70**	

접근-기피척도				
변량원	자유도	자승화의 합	평균 자승화	집단별비교
집단간	2	2071.59	1035.79	I II III
집단내	146	3960.59	27.12	
전 체	148	6032.18	F=38.18**	

집단별 비교에서 밑줄이 그어진 집단은 유의미한 차이가 없는 집단이다.

*p<.05, **p<.01

(p<.05)가 있었으며, Duncan의 중다비교법을 사용하여 사후비교를 한 결과 비교된 두 집단은 모두 각 척도의 총점에서 유의미한 차이를 보였다.

표 4. 정신병리척도와 접근-기피척도의 항목별 변량분석 결과

정신병리척도			접근-기피 척도		
항 목	F비		항 목	F비	
1. 배열순서	10.4900**	<u>I II III</u>	1. 높이와 넓이	0.3840	<u>I II III</u>
2. 도형 A의 위치	0.8648**	<u>I II III</u>	2. 높이	2.8052	<u>I II III</u>
3. 공간사용 1	6.1489**	<u>I II III</u>	3. 용지사용	2.2745	<u>I II III</u>
4. 그림의 중첩	10.4372**	<u>I II III</u>	4. 순서	9.6836**	<u>I II III</u>
5. 용지의 회전	1.0000	<u>I II III</u>	5. 도형 A의 위치	0.6057	<u>I II III</u>
6. 폐쇄곤란	26.2631**	<u>I II III</u>	6. 폐쇄곤란	25.2980**	<u>I II III</u>
7. 교차곤란	5.0568**	<u>I II III</u>	7. 교차곤란	.9450**	<u>I II III</u>
8. 곡선곤란	57.6461**	<u>I II III</u>	8. 각의 변화	25.5784**	<u>I II III</u>
9. 각의 변화	46.5016**	<u>I II III</u>	9. 회전	29.8068**	<u>I II III</u>
10. 지각상 회전	31.0090**	<u>I II III</u>	10.단편화	24.9920**	<u>I II III</u>
11. 퇴영	0.2436	<u>I II III</u>	11.단순화	16.1632**	<u>I II III</u>
12. 단순화	16.5910**	<u>I II III</u>	12.정교화	1.0101	<u>I II III</u>
13. 단편화	19.6934**	<u>I II III</u>			
14. 중복곤란	9.8029**	<u>I II III</u>			
15. 정교화	1.0000	<u>I II III</u>			
16. 고집화	44.2119**	<u>I II III</u>			
17. 전 도형의 재묘사	3.0653*	<u>I II III</u>			

*p<.05, **p<.01

3. 항목별 분석

앞에서는 척도의 총점에 의한 집단간 차이를 살펴 보았다. 척도의 총점은 각 항목 점수의 합으로 이루어지며, 총점에 의한 차이가 유의미하므로 특별히 어떤 항목에서 집단간 차이가 있는가 알아 보았다. 그 결과는 (표 4)와 같다.

세 집단을 변량분석한 결과, 정신병리 척도에서는 도형 A의 위치, 용지의 회전, 퇴영, 정교화 항목을 제외한 나머지 13개 항목, 접근-기피 척도에서는 높이와 넓이, 용지사용, 도형 A의 위치 항목을 제외한 나머지 9개 항목에서 유의미한 차이를 나타냈다.

Duncan의 중다비교법을 사용하여 사후검증을 한 결과 대학생집단과 우울증환자는 정신병리 척도의 17개 항목중 8개 항목, 접근-기피 척도의 12

개 항목중 6개 항목에서 차이를 보였다. 또한 우울증환자와 뇌손상환자는 정신병리 척도의 11개 항목과 접근-기피 척도의 7개 항목에서 차이를 보였으며, 대학생집단과 뇌손상환자는 정신병리 척도의 13개 항목, 접근-기피 척도의 8개 항목에서 유의미한 차이를 나타냈다.

4. 판별분석

척도의 각 항목중 판별을 최대화 하는 항목을 선별하여 두 집단을 분류하는 새로운 기준을 제시하고자 판별분석을 하였다. 분석대상 150명중 전체 50명을 무선적으로 추출하여 교차타당화(cross-validation)를 위한 집단으로 사용하였고 나머지 자료는 판별함수 준거집단으로 사용하였다.

세집단을 대상으로 판별분석을 수행한 결과는 (표 5)에 제시하였다.

표 5. 판별 분석 결과

함수	정준상관	고유가	변량의 백분율	의의도
함수 I	.82	2.04	71.98%	.0000
함수 II	.67	.80	28.02%	.0000

판별함수는 두 개가 산출되었으며 함수 I과 집단간의 정준상관계수는 .82로 높은 상관을 보였으며, 유의도 역시 $p=.0000$ 으로 높게 나타났다. 함수도 정준상관계수 .67과 유의도 $p=.0000$ 으로 높게 나타났으며, 이와 같은 사실은 세 집단이 함수 I과 II에 의해 잘 변별될 수 있음을 보여준다. 각 판별함수의 전체변량에 대한 비율은 함수 I이 71.98%의 변량을 설명해주며, 함수 II가 그 나머지를 설명해주고 있다.

또한 표에서는 제시되지 않았으나 판별함수와 예측변인간의 상관을 살펴보면 함수 I은 단편화, 지각상회전, 각의 변화, 곡선곤란등을 특성으로 하는 한편 함수 II는 지각상회전, 단편화, 각의 변화,

폐쇄곤란등을 특성으로 하고 있다.

표 6. 집단별 판별함수의 중심값

집 단	함수 I	함수 II
대학생집단	-1.66	-.50
우울증 환자집단	.19	1.30
뇌손상 환자 집단	1.72	-.69

(표 6)은 집단별 판별함수의 중심값을 나타낸 것이다. 두 함수에서 각 집단의 상대적 위치를 살펴보면 대학생집단과 뇌손상환자는 함수 I에 의해서, 우울증환자와 다른 두 집단은 함수 II에 의해서 가장 잘 분류됨을 알 수 있다.

(표 7)은 함수 I과 II에 있어서 각 항목의 판별함수 계수를 보여주고 있으며, 이 중 비표준화된 판별함수 계수는 실제적인 판별점수의 산출에 사용된다.

표 7. 정신병리 척도와 접근-기피 척도를 사용한 표준화 정준판별함수계수

항 목	표준화 변별함수		비표준화 변별함수	
	함수 I	함수 II	함수 I	함수 II
P3. 공간사용 I	.18	.29	.07	.11
P5. 용지의 회전	.24	.23	.35	.35
P6. 폐쇄곤란	-.11	-.66	-.06	-.33
P7. 교차곤란	-.25	.11	-.10	.05
P8. 곡선곤란	.51	.26	.22	.11
P9. 각의 변화	.55	-.60	.28	-.31
P10.지각상 회전	.61	1.21	.20	.40
P13.단편화	-.88	.71	-.41	.33
P15.정교화	.22	-.06	.49	-.14
P16.고집화	.37	-.34	.15	-.14
A2. 높이	.13	.29	.12	.26
A8. 각의 변화	-.10	-.69	-.08	-.53
A9. 회전	.13	.85	.12	.78
A10.단편화	-.53	.97	-.60	1.09
상 수			-2.87	-1.04

P는 정신병리 척도, A는 접근-기피 척도

표 8. 판별함수에 의한 분류의 정확도와 교차타당화 결과

준거집단함수				
		판별에 의한 예측집단		
집단	사례수	I	II	III
I	37	34(91.9%)	3(8.1%)	0(.0 %)
II	31	3(9.7%)	23(74.2%)	5(16.1%)
III	32	1(3.1%)	5(15.6%)	26(81.3%)
정확하게 분류된 비율 : 83.00%				
교차타당화 집단함수				
		판별에 의한 예측집단		
집단	사례수	I	II	III
I	13	11(84.6%)	2(15.4%)	0(0.0 %)
II	19	4(21.1%)	14(73.7%)	1(5.3 %)
III	18	3(16.7%)	1(5.6%)	14(77.8%)
정확하게 분류된 비율 : 78.00%				

(표 8)은 산출된 판별함수에 의한 분류의 정확도가 어느 정도인가를 분석한 결과이다. 준거집단의 경우, 전체 피험자 중 83.00%가 정확하게 분류되었고, 교차타당화 집단의 경우 분류의 정확도는 78.00%으로 준거집단과 큰 차이를 보이지 않았으며, 따라서 판별함수에 의한 분류는 매우 안정성이 높다고 할 수 있다.

IV. 논 의

본 연구는 BGT 도형을 모사하는데 있어서 우울증환자가 어떤 특성을 나타내는지 하는 것과 정상인 및 다른 대조집단과 어떻게 신뢰롭게 분류될 수 있는가에 대하여 알아보려고 하였다. 이와 같은 문제를 접근하는데 있어서 정상인으로 대학생 집단과 BGT가 감별목적으로 가장 많이 쓰이는 사용되던 것으로 보고된(Sipola, 1984) 뇌손상환자를 대조집단으로 사용하여 우울증환자의 수행과 비교하

였으며, 평가도구로는 Hutt의 정신병리척도와 접근-기피척도를 사용하였다. 세 집단의 자료를 분석한 결과 각 척도의 총점에서 세 집단은 유의미한 차이를 보였으며($p < .01$), 이는 세 집단이 척도총점에 의하여 신뢰롭게 분류될 수 있다는 것으로 시사한다.

그러나 결과에는 제시되지 않았으나 두 척도의 총점을 이용하여 세 집단을 분류하는 판별분석을 한 결과 전체집단중 정확하게 분류된 비율은 61%였고, 대학생집단의 72%와 뇌손상환자의 76%가 정확하게 분류된 반면 우울증환자의 경우 제대로 분류된 비율이 20%에 불과하였고 44%는 대학생 집단으로, 36%는 뇌손상환자로 분류되어 유용성에 제한을 보이고 있다. Hutt(1985)는 HABGT에서 중요한 것은 척도의 총점이며, 각 항목별 분석은 단지 보조적인 역할을 한다고 하였으나, 위와 같은 결과는 총점이 아닌 다른 접근법을 필요로 한다는 것을 의미한다. 따라서 본 연구에서는 이에 대한 대안으로 세 집단에서 일탈을 보이는 항목의 패턴에 의한 접근법을 시도하였다.

각 척도 항목의 평균과 항목별 변량분석, 사후검증결과를 살펴보면 우울증환자가 다른 집단에 비하여 정신병리척도의 2개 항목, 접근-기피척도의 3개 항목에서 덜 병리적인 점수를 받는 것으로 나타나고 있고, 정신병리척도의 1개 항목에서 가장 병리적인 점수를 받는 것으로 나타나고 있으며, 그 밖의 항목에서는 대학생집단의 수행이 가장 우수하고 뇌손상환자집단의 수행이 가장 저조한 것으로 나타나고 있다. 그러나 이 중 3개 항목에서는 두 집단간에서만 차이가 있는 것으로 나타나고 있으므로 실제로 우울증환자집단은 폐쇄곤란과 높이 등 2개 항목에서 가장 우수한 수행을 보이고 있을 뿐 그 밖의 항목에서는 두 집단의 중간점수를 받는 것으로 나타나고 있다. 이러한 결과는 선행연구에서 주로 다루어지고 있듯이 한 개, 혹은 몇 개의 지표상에서 우울증환자집단이 다른 집단에 비하여 유의미하게 다른 수행을 보였다고 해서 이를 우울증의 변별기준으로 삼는다는 것은 무리한 결론이

라는 사실을 시사한다. 이러한 기준이 제대로 적용되기 위해서는 BGT검사상 일탈을 보이는 다른 진단집단에 대한 기준도 아울러 마련되어야 하며, 각 집단별 차이도 밝혀져야 할 것이다. 또한 폐쇄곤란의 항목에서 우울증환자가 가장 우수한 수행을 보였다는 결과는 우울증환자가 지나치게 도형을 세밀하게 그린다고 제안한 Bender의 제안을 부분적으로 지지하는 것이며, 높이항목에서 가장 우수한 수행을 보였다는 것은 우울증에서 도형이 압축될 것이라는 많은 선행연구의 가설과는 반대되는 결과로서, 도형의 크기를 우울증의 지표로 삼는다는 것은 타당하지 않다는 결과를 보여준다.

세 집단을 효과적으로 분류하기 위하여 본 연구에서는 두 척도의 모든 항목을 예측변인으로 판별 분석을 수행하였으며, 이 중 정확하게 분류된 비율은 83%였고, 교차타당화집단에서는 78%라는 비교적 만족스러운 결과를 얻을 수 있었다. 분석결과 두 개의 함수가 도출되었는데 대학생집단과 뇌손상환자는 단편화, 지각상회전, 각의 변화, 곡선곤란 등을 특성으로 하는 함수 I에 의하여 가장 잘 변별되었고, 우울증환자는 지각상회전, 단편화, 각의 변화, 폐쇄곤란 등을 특성으로 하는 함수 II에 의하여 가장 잘 변별되었다. 이는 기존의 연구들과는 다른 결과인데 이와 같은 결과는 선행연구들이 주로 정상인을 대조집단으로 사용한 반면 본 연구에서는 뇌손상환자를 함께 대조집단으로 사용하였기 때문에 나온 것으로 추측된다. 사실상 뇌손상환자를 제외하고 대학생 집단과의 차이만을 살펴보면 대학생집단과 우울증환자를 가장 잘 분류해주는 항목은 교차곤란, 곡선곤란, 폐쇄곤란 등으로 이것들은 모두 Miller와 Hutt(1975)가 요인분석에서 형태변화요인으로 분류한 항목들이다. 따라서 우울증환자는 주로 형태를 왜곡시킴으로서 일탈을 보이는 뇌손상환자와는 달리 주로 형태를 변화시켜 도형을 모사한다고 할 수 있으며, 이와 같은 질적인 차이에 의해서 집단을 구분하는 것이 더욱 신뢰로운 결과를 가져올 것이다.

본 연구의 제한점으로는 피험자수가 많지 않다

는 것과 피험자에 대한 통제가 이루어지지 않았다는 것을 들 수 있다. 대학생 집단과 환자집단은 성별, 나이, 지능, 교육기간등의 변인에 대해 통제되지 않았으며, 두 집단을 통제하지 않은 것은 성별, 나이, 지능, 교육기간등의 변인들이 HABGT척도상의 점수에 영향을 미치지 않는다는 Hutt의 연구결과에 근거한 것이다. 그러나 다른 연구들(Snortum, 1965; Brilliant & Gynther, 1963)에 의하면 이와 같은 변인들이 BGT수행에 영향을 미치는 것으로 보고하고 있으므로 좀 더 신뢰로운 결과를 얻기 위해서는 이와 같은 변인들이 통제되어야 할 것으로 여겨진다. 특히 세 집단은 지능에서 큰 차이를 보이고 있는데, 이와 같은 차이가 병전지능의 차이에서 비롯된 것인지 정신병리에서 비롯된 것인지를 제대로 규명하여야 BGT검사수행상의 차이를 올바르게 해석할 수 있을 것이다. 또한 Donnelly와 Murphy(1974)는 양극성장애와 단극성우울증은 서로 다른 양상을 보인다고 보고하고 있는데 본 연구에서는 이와 같은 분류에 대한 통제가 이루어지지 않았다는 점도 하나의 제한점으로 들 수 있다.

따라서 BGT의 진단적 유용성을 확장시키기 위해서는 이와 같은 제한점을 보완한 추후연구가 이루어져야 할 것으로 보이며, 이와 함께 본 연구에서 이루어지지 않은 다른 진단집단에 대한 연구도 이루어져야 할 것으로 보인다.

V. 요약

본 연구는 우울증환자가 BGT도형을 모사하는데 있어서 다른 진단집단과 어떻게 다른 수행을 보이는가 하는 것을 알아보고 이를 감별진단하는데 유용한 준거를 마련해 보고자 하였다. 분석도구로는 Hutt의 HABGT를 사용하였으며, 정상인 집단으로 대학생집단과 BGT가 감별목적으로 가장 많이 쓰이는 뇌손상 환자를 대조집단으로 하여 자료를 분석하였다. 그 결과 우울증환자는 정신병리

척도와 접근-기피척도의 총점에 있어서 다른 두 집단과는 유의미한 차이를 보였으며, 폐쇄곤란과 높이 등 몇몇 항목을 제외한 대부분의 항목에서 정상인보다는 병리적인 점수를, 뇌손상환자보다는 덜 병리적인 점수를 받는 것으로 나타났으나, 총점에 의한 집단의 분류는 그다지 유용성이 없는 것으로 밝혀졌다.

따라서 세 집단을 변별하는 더욱 효율적인 준거를 마련하기 위하여 판별분석을 실시하여 항목에 따른 집단별 패턴의 특성을 알아보았다. 그 결과 두 개의 판별함수가 도출되었으며, 대학생집단과 뇌손상환자를 가장 잘 변별해주는 함수 I은 단편화, 지각상 회전, 각의 변화, 곡선곤란등을 특성으로 하였고, 우울증환자와 다른 두 집단을 잘 변별해주는 함수 II는 지각상회전, 단편화, 각의 변화, 폐쇄곤란등을 특성으로 하는 것으로 나타났다. 또한 함수도출에 사용된 준거집단의 경우 함수에 의한 분류의 정확도는 83.00%였고, 교차타당화집단의 경우 78.00%로 판별함수에 의한 분류는 매우 안정성이 높은 것으로 나타났다.

VI. 참고문헌

金貞圭, 丁鐘鎮(共譯)(1987). BGT의 연구와 임상적 적용. 중앙적성출판사.
李相魯, 邊昌鎮, 李熙道(1986). BGT 성격진단법. 중앙적성출판사.
李定均(1991). 精神醫學. 일조각
丁鐘鎮(1980). 벤더-게스탈트 검사의 진단변별기능에 관한 중다변인분석-Hutt의 정신병리척도를 중심으로-. 건국대학교 교육학과 박사학위논문.
조용희, 박경우(1980). 정신분열증환자의 Bender-Gestalt검사에 대한 연구. 신경정신의학, 19, 262-273.
American Psychiatric Association(1987). *Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorders(3rd ed., Revised). Washington, DC : APA.
Bender, L.(1938). *A Visual Motor Gestalt Test and Its Clinical Use*. American Orthopsychiatric Association Research Monograph, No 3. New York : American Orthopsychiatric Association
Billingslea, F. Y.(1948). The Bender-Gestalt : An Objective Scoring Method and Validating Data. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 1-27.
Brilliant, P. J., & Gynther, M. D.(1963). Relationships between Performance on Three Tests for Organicity and Selected Patient Variables. *Journal of Consulting Psychology*, 27, 474-479.
Byrd, E.(1956). The Clinical Validity of the Bender-Gestalt Test with Children. *Journal of Projective Techniques*, 20, 127-136.
Donnelly, E. F., & Murphy, D. L.(1974). Primary Affective Disorder : Bender-Gestalt Sequence as an Indicator of Impulse Control. *Perceptual and Motor Skill*, 38, 1079-1082.
Handler, L., & McHintosh, J.(1971). Predicting Aggression and Withdrawal in Children with the Draw-A-Person and Bender-Gestalt. *Journal of Personality Assessment*, 35, 331-337.
Hutt, M. L., & Dates, B. G.(1977). Reliabilities and Interrelationships of Two HABGT Scales. *Journal of Personality Assessment*, 41, 353-357.
Hutt, M. L., & Dates, B. G.(1977). The Predictive Ability of HABGT Scales for a Male Delinquent Population. *Journal of Personality Assessment*, 41, 492-496.

- Hutt, M. L., & Monheit, S.(1985). Effectiveness of the Hutt Adaptation of the Bender-Gestalt Test Configuration Scale in Differentiating Emotionally Disturbed Adolescents. *Psychological Reports*, 56, 439-443.
- Johnson, J. H.(1972). Bender-Gestalt Constriction as an Indicator of Depression in Psychiatric Patients. *Journal of Personality Assessment*, 37, 53-55.
- Kaplan, H. I., & Sadoch, B. J.(1991). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science, Clinical Psychiatry(6th ed.)*. Williams & Wilkins.
- Kitay, J. I.(1950). The Bender Gealtal Test as a Projective Technique. *Journal of Clinical Psychology*, 6, 170-174.
- Lacks, P.(1984). *Bender Gestalt Screening for Brain Dysfunction*. John Wiley & Sons.
- Miller, L. J., & Hutt, M. L.(1975). Psychopathology Scale of the Hutt Adaptation of the Bender-Gestalt Test for Identifying Brain Damage. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 530-536.
- Pascal, G. R., & Suttell, B. J.(1951). *The Bender-Gestalt Test: Its Quantification and Validity for Adults*. New York: Grune & Straton.
- Peek, R. M.(1953). Directionality of Lines in the Bender Gestalt Test. *Journal of Clinical Psychology*, 17, 213-216.
- Rapaport, D., Gill, M., & Schafer, R.(1946). *Diagnostic Psychological Testing*. Chicago: Year Book Medical Publishers.
- Robach, H. B., & Webersinn, A. L.(1966). Size of Figure Drawings of Depressed Pstchiatric Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 416.
- Salzman, L. F., & Harway, N. I.(1967). Size of Figure Drawings of Psychotically Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 205-207.
- Schulberg, H. C., & Tolor, A.(1961). The Use of the Bender-Gestalt in Clinacal Practice. *Journal of Projective Techniques*, 25, 347-351.
- Sipola, E. M.(1984). "Bender Gestalt", in Corsini, R.(Ed). *Encyclopedia of Psychology*, New York: Wiley & Sons.
- Snortum, J. R.(1965). Performance of Different Diagnostic Groups on the Tachistoscopic and Copy Phase of the Bender-Gestalt. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 345-351.
- Sternberg, D., & Levine, A.(1964). An Indicator of Suicidal Ideation on the Bender Visual-Motor Gestalt Test. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 29, 377-379.
- Suczek, R. F., & Klopfer, W. G.(1952). Interpretation of the Bender-Gestalt Test: The Associative Value of the Figures. *American Journal of Orthopsychiatry*, 22, 62-75.
- Tolor, A., & Schulberg, H. C.(1963). *An Evaluation of the Bender-Gestalt Test*. Springfield: Charles C Thomas, Publisher.
- Wade, T. C., Baker, T. B., Morton, T. L., & Baker, L. J.(1978). The Status of Psychological Testing in Clinical Psychology: Relationship Between Test Use and Professional Activities and Orientation. *Journal of Personality Assessment*, 42, 3-9.

White, R. B.(1976). Variation of Bender
-Gestalt Constructions and Depression in

Adult Psychiatric Patients. *Perceptual
and Motor Skills*, 42, 221-222.

The Screening of Depression with BGT

Sun-Mi Cho

Jeoung-Yoon Choi

St. Andrew's Hospital

Catholic University Medical College

The present study tried to know the characteristics of BGT performance on depression and to distinguish from other diagnostic groups. The BGT copy phase of 50 depressed patients were analyzed. 50 college students and 50 brain-damaged patients were used control groups. Hutt scoring method, Psychopathological Scale and Adience-abience Scale, was adapted to score data.

There were significant difference on HABGT's total score among three groups. In the most items, the depressed patients were scored secondly among three groups except some items. But the result that only 20% of depressed patients was correctly classified when use scale's total score showed that the classification by total score was not effective.

In order to establish more effective norm, discriminant analysis was performed and two discriminant function were produced. Funtion I which differentiate college students and brain-damaged patients was characterized fragmentation, perceptual rotation, change in angulation and curvature difficulty. And function II which differentiate depressed patients and other two groups was characterized perceptual rotation, fragmentation, change in angulation and closure difficulty. A discriminant function using some items as prediction variables showed that 83.00% is successful in classifying the three groups used for criterion while 78.00% is successful in classifying the three groups used for cross validation.