

통증환자들의 MMPI 하위 유형과 통증 유형간의 관계에 관한 연구

송종용 이영호

청소년 대학의 광장 강남 크리닉

본 연구에서는 만성 통증환자들을 MMPI 프로파일의 형태에 의거하여 4개의 하위집단으로 나누고, 이 하위집단들이 주관적으로 호소하는 신체적인 증상과 통증 유형에서 차이가 있는지를 검증하였다. 서울의 강남에 위치한 통증 전문 병원에 내원한 69명의 통증환자들을 대상으로 이들의 MMPI를 파중된 중다 변인 군집 분석(Seeded Multivariate Cluster Analysis)한 결과 4개의 임상적으로 의미있는 하위집단으로 나뉘었다. 척도 1, 2, 3이 상승하는 군집 1과 척도 1, 3, 4, 6, 8, 9가 상승하는 군집 3이 척도 1과 3만 상승하는 군집 2나 정상 범위를 보이는 군집 4에 비해 더 많은 신체 증상을 호소하였다. 하위 군집과 호소하는 통증과의 관계에서는 요통만을 호소하는 집단은 군집 2와 군집 4에, 두통만을 호소하는 환자들은 군집 1과 군집 4에, 그리고 두통과 요통을 모두 호소하는 집단은 군집 1과 군집 3에 주로 분포하였다. 호소하는 통증 유형에 따른 성격적인 특성을 보다 명확히 알아보고자 통제집단을 포함한 106명의 자료를 신체 증상을 공변인으로 하여 공변량 분석을 실시하였다. 두통과 요통을 동시에 호소하는 환자들은 다른 통증 환자들에 비해 성격적인 문제가 심해 보이며, 특히 대인관계 영역에 문제가 있어 보인다. 본 연구의 결과는 통증 환자들의 성격 특성을 이해하고 치료적인 접근을 선택하는데 있어 MMPI가 임상적으로 유용함을 보여주고 있다.

두통이나 요통과 같은 통증은 생리적인 원인이 밝혀지지 않는 사례가 많으며, 약물치료나 수술을 받은 만성 통증 환자가 오히려 신체적 혹은 정서적으로 악화되는 경우가 흔하다(Brena, 1982). 따라서 만성 통증 환자의 치료에는 심리적 혹은 성격적인 변화를 꾀하는 것이 선행되어야 하며, 이런 접근이 없이 통증 신경 경로만을 차단한다면 거의

성공하기가 힘들다(Gildenberg, 1989). 그러므로 이들 만성 통증 환자들의 성격적인 특성과 방어 양상, 정서적인 어려움 등을 밝히는 것은 이들의 치료와 예후에 많은 시사점을 제공한다.

여러가지 심리검사 도구 중에 만성 통증환자의 연구에서 가장 많이 사용된 것은 MMPI(다면적 인성검사)이다. 그러한 연구들은 대개 3가지 유형

으로 나뉜다. 1) 통증 집단의 평균 MMPI 점수를 바탕으로 집단의 성격 특성을 기술하는 연구, 2) 신체적인 원인이 없는 통증 집단과 신체적인 원인이 밝혀진 통증 집단의 MMPI를 비교함으로써 두 집단의 MMPI 척도 점수상의 차이를 알아보는 진단적인 접근법, 3) 통증 치료 효과와 MMPI 점수와의 관계를 알아보는 치료 결과 연구이다.

거의 모든 연구에서 만성 통증환자 집단은 MMPI의 신경증 세 척도, 즉 척도 1(Hs), 척도 2(D), 척도 3(Hy)이 다른 임상척도보다 상승하고 있으며, 특히 Hs척도와 Hy척도가 D척도보다 상승하는 '전환 V'형 프로파일을 보이고 있다(e. g., 김영미, 1988; 심영숙과 이영호, 1990; Franz, Paul, Bautz, Choroba, & Hildebrandt, 1986; Hanvik, 1951).

이러한 결과에 대해 초기의 연구자들은 통증환자들이 정서적 갈등이나 어려움을 사회적으로 수용될만한 신체적인 문제로 전환시키는 경향이 있고, 부인(denial)과 억압(repression)을 주된 방어기제로 사용함을 시사한다고 해석하였다. 그리고 이들은 충동적이고 정서적으로 불안정한 히스테리성 성격 특징을 보인다고 생각하였다. 이런 가설을 검증하기 위한 연구들의 결과를 살펴보면 분명한 결론을 내리기 어렵다. 예를 들면, Karolinska 성격 척도를 사용한 Carlsson의 연구(1986)에서 통증환자들이 정상인이나 우울환자들에 비해 사회화 척도와 공격성 억제 척도의 점수가 낮았다. 즉, 사회화가 덜 되고, 공격적인 충동을 통제하는데 어려움을 보여 전통적인 가설을 지지하는 것처럼 보인다. Franz 등의 MMPI 요인 분석을 통한 문항 분석 연구(1986)에 의하면 두통환자와 요통환자 모두 분노 감정과 공격성을 부인하고, 사회적인 환경의 변화에 더 쉽게 적응한다고 지적하는 결과를 보였다. Tauschke, Merskey, 및 Helmes의 연구(1990)에서는 통증환자들이 다른 정신과 환자나 정상인에 비해 자기비난을 덜하고 억압이나 부인을 많이 하는 결과를 보였다. 그러나 Prokop의 연구(1986)에서는 통증 환자들의

전환 V 프로파일이 항상 신체적인 증상에 주의를 기울임으로 해서 심리적 고통을 부인하는 경향을 시사한다는 가정에 의문을 제기하였다. 그의 연구에 따르면 만성 요통환자와 정상인의 Hy 척도에 대한 반응에서 신체 증상 하위척도에서만 차이가 있었다. 즉, 만성 요통환자들이 정상인에 비해 더 히스테리성 성격 특징을 갖는다고 하기는 어렵다. Leavitt와 Garron의 연구(1982)에서도 신체적인 원인이 없는 요통환자의 MMPI에서 나타나는 '전환 V' 프로파일은 히스테리 성격을 보여주는 것이 아니라 심리적 곤란(psychological disturbance)을 나타낸다고 결론지었다. Bradley와 Prokop(1991)은 따라서 통증환자의 상승된 Hy척도가 신체적인 어려움 때문인지 아니면 애정 욕구와 같은 다른 심리적 요인에 의한 것인지를 결정하는 것이 중요하다고 하였다. 이런 연구결과들은 MMPI 프로파일을 동질성을 띠는 하위집단으로 분류하고 그 집단들과 독특한 통증 관련 행동과의 관계를 알아보는 것이 필요함을 시사한다(Bradley, Prokop, Margolis, & Gentry, 1978).

Carr, Brownsberger, 및 Rutherford(1966)는 만성 통증환자에서 척도 6, 척도 7, 척도 8이 같이 상승한 사례를 보고하였으며, Prokop, Bradley, Margolis, 및 Gentry(1980)는 여러가지 통증을 동시에 호소하는 남녀 환자를 대상으로 MMPI 프로파일을 군집 분석하여, 여자는 3개, 남자는 4개의 하위집단으로 통증환자들을 분류하였다. 여자는 척도 1, 2, 3이 모두 T점수 70점 이상으로 상승하는 집단, 어떤 척도도 70점 이상 상승하지 않는 집단, 그리고 전환 V를 보이는 집단으로 나뉘었다. 남자의 경우는 척도 1, 2, 3이 상승하는 집단, 70점 이상으로 상승하는 척도가 없는 집단, 2번 척도만 70 이상으로 상승하는 집단, 그리고 척도 5, 0을 제외한 거의 모든 임상척도가 70 이상으로 상승하는 집단으로 나뉘었다. 연구자들은 이중 여성의 세번째 집단만이 기존의 연구 결과에서 시사하는 히스테리성 성격 특징을 보여줄 뿐 나머지 집단은 다른 성격 특징을 보여준다고 결론

내렸다. 예컨대, 첫번째 집단은 생에 대해 수동적이고 의존적인 적응을 보이며, 건강 염려증적인 호소가 오래 지속되어 왔고, 화를 잘 내며 긴장해 있는 것이 특징이라고 하였다. 그리고 두번째 집단은 심리적인 갈등을 부인하는 경향이 있으며, 신체 증상을 의존 욕구를 만족시키는데 이용하고 있다고 보았다. Hart(1984)는 이들의 연구 결과를 반복 검증하였으며, 그의 결과에 따르면, 신경증 세 척도가 모두 70점 이상으로 상승하는 집단, 어떤 임상 척도도 70점 이상으로 상승하지 않는 집단, 척도 5(Mf)와 척도 0(Si)을 제외하고는 거의 모든 척도가 70 이상으로 상승한 집단, 그리고 전환 V를 보이는 집단으로 나누었다. 국내에서는 김영미(1988)가 이들의 4집단 모델을 검증하고자 요통 환자와 견통 환자들을 대상으로 군집 분석을 실시하여 4개 집단으로 분류하였다. 그 결과를 살펴보면, 집단 1은 척도 1, 3, 4, 6, 7, 8이 70점 이상이거나 거의 70점 가까이 상승하여 Hart 연구의 집단 3과 유사하였다. 집단 2는 척도 1, 3만이 60점 정도로 상승하였다. 집단 3은 척도 1, 2, 3이 60점을 약간 넘는 상승을 보이고 있으며, 이와 더불어 척도 7, 8도 60점 가까이 상승하고 있다. 집단 4는 척도 9만이 60점으로 상승하고 나머지 임상척도는 정상범위를 보이고 있다. 이렇게 볼 때 집단 2는 Hart 연구의 집단 4와 유사하고, 집단 3은 Hart의 집단 1과 유사하다. 그러나 상승 정도가 낮고 모든 척도들이 정상 범위에 속하기 때문에 집단 2, 집단 3, 집단 4가 의미있게 다르다고 하기 힘들다. 따라서 Hart가 제안한 4집단 모델이 반복 검증되었다고 하기는 어렵다. 이런 결과가 나온 것은 일반적으로 우리나라의 정신 병리집단의 MMPI 프로파일의 외국에 비해 임상 척도의 상승도가 낮은 것에 부분적으로 그 이유가 있다고 볼 수 있으나(임상심리학회, 1991 참조), 이런 점을 고려한 적절한 분류방식을 사용하지 못한 것에도 문제가 있다. 즉, 김영미의 연구(1988)에서는 군집 분석하는데 있어 원자료에 대한 완전히 탐색적인 방법으로 군집 분석을 실시하였고, 그 결과 집

단 1을 제외한 나머지 세 집단은 가장 상승된 MMPI 척도들의 점수가 평균에서 1표준편차 떨어진 T점수 60점 정도에 불과하여 척도의 상승도가 통계적으로 유의미하다고 말하기는 어렵다. 따라서 이를 이용하여 각 하위 유형별 통증환자들의 성격 특성을 신뢰롭게 해석하기는 어렵다. 또한 그의 연구에서는 4집단으로 분류한 것이 통계적으로 유의미하게 차이를 보이고 있는 지에 관한 통계적인 검증 결과가 제시되어 있지 않아 유의미한 분류가 이루어졌는지 확인할 수가 없다는 문제점도 있다.

본 연구에서는 우선 통증환자들의 MMPI 하위 유형에 대해 Hart(1984)나 Prokop등(1980)이 제안한 1) 척도 1, 2, 3이 모두 상승하는 집단, 2) 척도 1과 3만이 상승하여 '전환 V'형태의 프로파일을 보이는 하위 유형, 3) 척도 1, 3, 4, 6, 7, 8이 상승하는 하위집단, 4) 척도 1과 3이 가장 높긴하지만 척도의 상승 정도가 낮아 정상범위를 보이는 집단, 이렇게 4 하위 유형으로 나누는 것이 타당한지를 반복검증하고자 한다. 이를 위해 본 연구에서는 집단을 분류하는 기준 사례를 선택하는 방법을 연구자가 가상적인 기준 사례를 제공하는 파종된 중다변인 군집 분석(Seeded Multivariate Cluster Analysis) 방식을 사용하여 하위집단을 분류하고자 한다(SAS, 1982 참조). 다음으로 이렇게 나누어진 4개의 하위 군집에 따라 경험하고 있는 신체 증상의 수와 통증의 유형이 다르게 분포하는지 알아보하고자 한다.

MMPI는 성격 특성뿐만 아니라 정신병리도 함께 측정하므로(Butcher & Tellegen, 1978), 적응상의 곤란을 많이 겪고 있는 환자들일수록 MMPI가 상승할 것으로 생각될 수 있다. 즉 통증환자들이 보인 MMPI 프로파일은 그들의 성격적인 특성뿐만 아니라 이들이 겪고 있는 여러가지 신체적인 증상이나 우울과 불안 증상이 혼합되어 영향을 주고 있는 것이라는 점을 고려할 때 MMPI의 임상척도가 상승한 집단일수록 더 많은 신체증상, 우울증상, 불안증상을 호소할 것이라는 점을

예언할 수 있다. 심영숙(1991)의 연구에서 대부분의 MMPI 임상척도들이 신체증상의 수와 중등도 정도의 상관관계를 보이고 있었고, 특히 Hs와 Hy척도가 높은 상관관계를 보이고 있어, 통증환자들에게서 전환 V 프로파일을 보이는 것은 통증 외의 신체증상을 많이 겪고 있기 때문일 가능성이 시사되었다. McCreary, Naliboff, 및 Cohen(1989)의 연구에서는 하위군집 유형에 따라 연령, 치료전 통증의 수준, 활동 제한 정도, 기능적 손상에서 집단간 차이를 보였으며, MMPI가 상승된 집단일수록 기능적인 손상이 더 심했다. 김영미의 연구(1988)에서는 하위 군집간에 정서적인 억제와 정서적인 곤란도의 경험에서 차이를 보였고, 특히 많은 임상 척도들이 상승하는 집단 1과 집단 3이 다른 집단에 비해 정서적인 장애를 더 많이 겪고 있음을 발견하였다. 이런 선행 연구들이 시사하는 바를 고려할 때 척도 1, 2, 3이 상승하는 군집이나, 척도 1, 3, 6, 7, 8이 상승하는 군집이 다른 군집에 비해 호소하는 신체 증상이 많고, 정상 범위를 보이는 군집이 다른 군집에 비해 가장 적은 신체 증상을 호소할 것으로 예언된다.

한편, Strassberg, Reimherr, Ward, Russell, 및 Cole(1981)은 통증 유형에 따라 MMPI 프로파일의 형태에 차이가 있는지를 알아보았다. 그들의 결과에 의하면, 단일 통증을 호소하는 집단보다 둘 이상의 통증을 호소하는 집단에서 MMPI 척도중 척도 1, 척도 2, 척도 3, 척도 8이 상승하였다. 또한 두통만을 호소하는 집단, 요통만을 호소하는 집단, 두통과 요통을 같이 호소하는 집단, 다른 유형의 통증을 호소하는 집단으로 나누어 본 결과 다른 집단들은 타당도 척도에서 F 척도가 가장 상승하는 '삿갓 모양'을 보인데 반하여 요통환자 집단은 타당도 세 척도가 점차적으로 상승하는 형태를 보였다. 그리고 두통과 요통을 같이 호소하는 집단이 다른 집단에 비해 척도 1이 높게 상승하였다. Strassberg 등의 연구(1981)가 시사하는 바에 따르면 두통이나 요통만을 호소하는 환자들이 척도 1, 3, 6, 7, 8이 상승하는 군집에

속하는 비율보다는 이 두 통증 모두를 호소하는 집단이 이 군집에 속하는 비율이 더 높을 것으로 기대할 수 있다. 또한 Snyder와 Power의 연구(1981)에 따르면 만성 통증환자 중 9%가 MMPI의 모든 임상 척도가 55점 이하로 내려가는 정상 프로파일을 보였고, 이 집단은 다른 집단에 비해 요통만을 호소하는 환자가 많았다. 따라서 요통환자들이 정상 프로파일을 보이는 하위 군집에 속하는 비율이 다른 통증환자보다 더 높을 것이다. 또한 Strassberg 등의 연구(1981)나 두통환자를 대상으로한 심영숙과 이영호의 연구(1990)에서는 두통환자들의 MMPI에서 타당도 척도가 요통환자들과는 달리 '삿갓형'을 보이고 있다. 이런 결과들을 고려한다면, 요통환자들은 다른 통증환자들과는 달리 점차 상승하는 타당도 척도 모양이나 'V'형의 타당도 척도 형태를 보이는 군집에 더 많이 속하고, 두통환자들은 '삿갓형'의 타당도 척도를 보이는 군집에 더 많이 속할 것으로 예견된다.

방 법

피험자

피험자로는 1991년 3월부터 1992년 12월까지 서울의 강남구에 위치한 신경내과, 내과, 재활의학과, 신경정신과로 이루어진 통증 전문 개인병원에 내원한 환자들 중 주치의에 의해 MMPI가 의뢰된 106명의 환자들이었다. 이들은 주치의에 의해 심리적인 요인이 신체 증상에 관여한다고 판단되어 MMPI가 의뢰되었고, 실시한 MMPI 결과의 타당도 척도에서 신뢰성이 의심되는 결과를 보였을 때에는 주의를 주고 다시 실시토록 하였다. 이들 중 두통을 주로 호소하는 환자가 29명, 요통을 주로 호소하는 환자 19명, 두통과 요통을 동시에 호소하는 환자가 21명이었으며, 피로감, 불면, 심계항진과 같은 신체 증상을 호소하는 환자 37명이 통제집단으로 포함되었다. 피험자들의 연령 범위는 16세에서 54세였고 평균 나이는 33.4세였다. 남자는 45명, 여자는 61명이었고, 평균 교육 연한

은 13.5년이였다. 직업별로는 주부와 회사원이 각각 36명, 학생 10명, 상업 9명, 서비스직 2명, 기타 9명, 무직이 4명이였다.

도구 및 절차

각 피험자들은 383문항으로 구성된 구형 MMPI 단축형(정범모, 이정균, 진위교, 1965)을 실시한 후, 임상심리학과와 진단적 면담을 하면서 신체증상 체크리스트를 작성하였다. 신체증상 체크리스트는 '어지럼증이 있다', '배가 아프다', '설사나 변비가 있다', '입맛이 없다', '이유없이 가슴이 떨 때가 있다' 등의 심인성 장애, 우울증, 그리고 불안증에서 흔히 보고되는 28개의 신체증상으로 이루어져 있으며, 환자가 직접 체크하였다.

자료 분석

우선 통증환자들의 MMPI가 선행연구와 같이 유의미하게 4개의 하위 군집으로 나누어지는지, 그리고 하위 군집에 따라 통증의 유형에 차이가 있는지를 알아보기 위해 두통, 요통, 그리고 이 두 통증을 모두 호소한 집단에 속하는 69명 피험자들의 MMPI 결과를 nearest centroid 방법을 이용하는 SAS의 FASTCLUS를 사용해서 중다변인 군집분석(Multivariate Cluster Analysis) 하였다. 이때 군집분석은 Hart(1984)의 결과가 시사하는 바에 따라 1) Hs, D, Hy가 모두 상승하는 집단, 2) Hs와 Hy만 상승하여 '전환 V' 형태의 프로파일을 보이는 하위유형, 3) Hs, Hy, Pa, Pt, Sc가 상승하는 하위집단, 4) Hs와 Hy가 가장 높긴하지만 척도의 상승 정도가 낮아 정상 범위를 보이는 집단, 이렇게 4하위 유형으로 나누어 파종된 중다변인 군집 분석(Seeded Multivariate Cluster Analysis)을 하였다. 이렇게 해서 나누어진 4개의 하위집단의 MMPI 척도 평균 점수를 Canonical Discriminant Analysis를 이용하여 단일변인 일원변량분석(univariate one-way ANOVA)하여 통계적으로 유의미한 분류가 이루어졌는지를 확인하였다. 이어 이 4하위 군집과 3

집단의 통증 유형간에, 4×3의 교차빈도(cross frequency)를 구하고, 어떤 집단간에 빈도 분포에 차이가 있는지를 X^2 검증을 통해 알아보았다. 또한 4하위 군집간에 신체 증상의 수, 연령, 성별, 교육 수준에 차이가 있는지를 일원 변량분석과 X^2 검증을 통하여 알아보았다.

통증 유형에 따른 성격 특성을 보다 자세히 알아보기 위해 추가로 통제집단을 포함한 106명의 자료를 각 통증 유형별로 나누어 신체증상의 수를 공변인으로 하여 공변량분석(ANCOVA)하였다. 우선 전체적인 MMPI profile상에 차이가 있는지를 알아보기 위해 MMPI 결과를 타당도 척도와 임상 척도로 나누어 중다변인 변량분석(MANOVA)하였다. 그런 후 각 척도별로 집단간 MMPI 점수의 차이를 검증하였다.

결 과

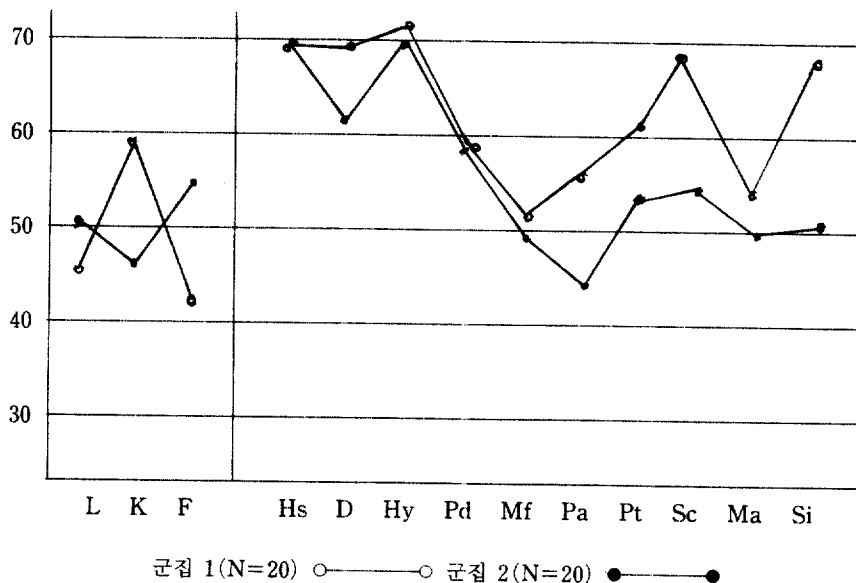
우선 통증환자들의 MMPI 결과를 4개의 하위집단으로 군집 분석한 결과는 표 1과 같다. 표 1과 그림 1에 나타나 있듯이 군집 1은 척도 1, 2, 3이 T점수 70점 정도로 상승하며, 척도 8과 척도 0도 68점 정도로 상승해 있다. 그리고 타당도 척도는 샷갓형을 보이고 있다. 군집 2는 척도 1과 3만이 70점 정도로 상승하고 나머지 임상척도는 정상범위를 보이고 있으며, 타당도 척도는 'V'형을 그리고 있다. 군집 3은 척도 1과 3이 70점 이상으로 상승하고, 척도 2는 이보다 T점수 15점 이상 차이가 나며, 척도 6, 8, 9가 65점 이상으로 상승하고 척도 4도 64점 정도로 다른 군집에 비해 높아져 있다. 그리고 타당도 척도는 F척도가 70점 가까이 상승하며, 척도 L과 K는 41점 정도로 심한 경사를 보이는 샷갓형을 보이고 있다. 반면에 척도 2, 5, 7이 상대적으로 많이 낮아 있다. 군집 4는 척도 1과 척도 3이 다른 임상 척도에 비해 상승해 있으나 T점수 60점 이하로 정상범위에 속하고 있으며, 타당도 척도도 'V'형을 그리고 있다. 군집들간의 평

표 1. 통증환자 집단의 하위 군집별 MMPI 척도 평균 점수

()=표준편차

척도	군집 1 N=20	군집 2 N=20	군집 3 N=10	군집 4 N=19	
L	45.6(7.1)	51.6(7.9)	41.4(8.4)	48.7(6.4)	**
F	58.6(7.7)	46.6(5.6)	69.1(10.0)	42.8(5.3)	****
K	42.8(8.8)	54.8(8.3)	41.2(5.9)	52.9(8.0)	****
Hs	68.9(8.4)	69.4(7.1)	71.3(7.8)	57.1(4.2)	****
D	68.9(7.0)	61.2(6.3)	54.1(8.3)	52.7(8.8)	****
Hy	70.6(7.8)	69.2(6.2)	72.5(7.5)	57.7(7.9)	****
Pd	59.7(7.4)	58.3(7.2)	63.6(9.7)	47.0(8.1)	****
Mf	51.8(9.0)	49.4(7.9)	43.2(7.9)	47.1(7.8)	< .06
Pa	56.3(7.3)	44.8(7.1)	68.3(9.7)	39.0(5.9)	****
Pt	60.2(8.3)	53.2(4.5)	53.2(7.3)	47.1(7.5)	****
Sc	68.3(8.5)	53.8(7.9)	65.6(9.3)	49.4(5.7)	****
Ma	53.8(8.0)	49.8(7.9)	65.8(10.5)	52.5(8.1)	****
Si	67.6(9.3)	50.9(7.5)	48.7(14.2)	48.3(11.3)	****

** : p < .01 **** : p < .0001



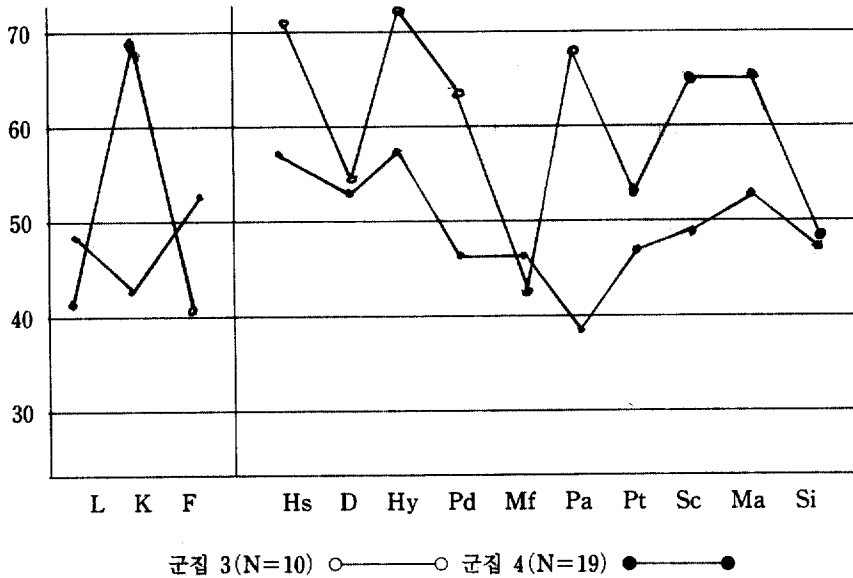


그림 1. 4 하위 군집의 MMPI 프로파일

군 점수를 변량분석한 결과 척도 5를 제외한 나머지 모든 척도에서 상당히 유의미한 차이를 보이고 있다. 이런 결과는 만성 통증환자의 MMPI를 4집단으로 분류한 Hart(1984)의 결과와 매우 유사하며 각 하위 군집간에 분명한 차이를 보여준다.

이렇게 나누어진 하위군집에 서로 다른 통증을 호소하는 피험자들이 어떻게 분포하는 지를 알아본 결과가 표 2와 그림 2에 제시되어 있다. 각 통증 집단 별로 4 하위군집에 속하는 비율을 보면 요통집단은 군집 2와 4에 주로 분포하고 있으며, 군집 3에는 속하는 사례가 없었다. 두통집단은 군집 1과 군집 4에 많이 속하고 있고, 두통과 요통을 동시에 호소하는 집단은 군집 1과 군집 3에 많이 속하였다, $X^2_{(6)}=18.8$, $p=.004$. 어느 집단간에 주로 차이가 있는 지를 알아본 결과 요통집단과 다통증 집단($X^2_{(3)}=14.9$, $p=.002$), 두통집단과 다통증 집단($X^2_{(3)}=9.0$, $p=.029$)간에 통계적으로 유의미한 차이가 있었다.

표 2. 군집과 통증 유형간의 교차 빈도 분포

()=집단내 비율

군집	두통집단	요통집단	다통증집단	Total
1	9(31.0)	3(15.8)	8(38.1)	20
2	6(20.7)	9(47.4)	5(23.8)	20
3	3(10.3)	0(0.0)	7(33.3)	10
4	11(37.9)	7(36.8)	1(4.8)	19
Total	29	19	21	69

MMPI 하위군집에 따라 호소하는 신체 증상의 수에 차이가 있는 지를 검증한 결과는 표 3에 제시하였다. 이를 살펴보면, 신체 증상의 수에 있어서 집단간 차이가 있었다, $F_{(3,65)}=6.42$, $p=.0007$. 집단간 평균 신체 증상의 수에 대한 Scheffe 검증($\alpha=.05$) 결과 군집 1과 군집 4, 군집 3과 군집 2, 그리고 군집 3과 군집 4간에 유의미한 차이가 있었다. 정상 프로파일을 보이는 군집 4가 신체 증상을 가장 적게 호소하며, 여러 임상척도가 상

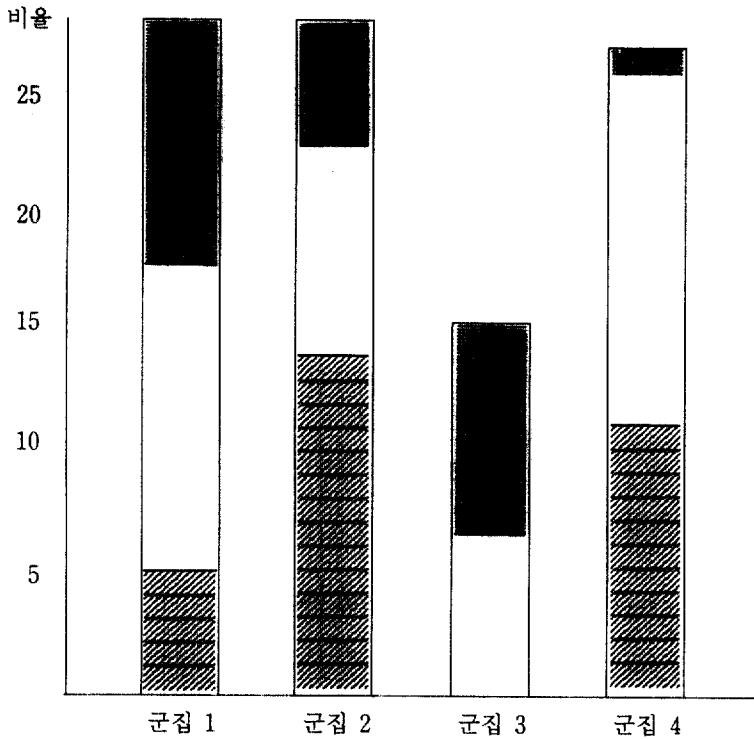


그림 2. 하위군집에서 차지하는 통증 유형별 환자

* : 요통환자 : 두통환자 : 다통증환자

표 3. MMPI 하위군집별 신체증상의 수, 연령, 교육연한의 평균

() = 표준편차

	군집 1(N=20)	군집 2(N=20)	군집 3(N=10)	군집 4(N=19)
신체 증상의 수***	10.7(5.3)	7.9(3.9)	13.3(3.3)	6.6(4.4)
평균 연령	33.0(8.6)	34.8(7.0)	30.9(7.5)	34.4(8.9)
평균 교육연한	13.4(3.1)	13.9(2.9)	12.0(2.7)	14.6(2.4)

***: $p < .001$

승하는 군집 3과 군집 1이 신체 증상을 많이 호소하였다. 연령($F_{(3,65)} < 1$, n.s.)이나 교육연한($F_{(3,65)} = 1.96$, n.s.)에 유의미한 집단간 차이는 보이지 않았다. 집단에 따른 성별의 분포에서도 유의미한 차이가 나지 않았다. $X^2_{(3)} = 2.545$, n.s.

구체적으로 어떤 MMPI척도가 주관적인 신체 증상의 호소와 관련을 갖는 지 알아보기 위하여 환자들이 호소하는 신체 증상의 수와 MMPI 척도와의 상관의 크기를 알아본 결과는 표 4와 같다. MMPI 척도 중 척도 3(Hs)과 신체 증상의 수간에 $r = .40$ ($p < .001$)으로 가장 큰 상관을 보이고

표 4. 신체 증상의 수와 MMPI 각 척도 점수간의 상관 계수

	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd
증상수 (N=106)	0.13	0.29**	-0.29**	0.40***	0.29**	0.27**	0.11

	Mf-m ^a	Mf-f ^b	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
증상수 (N=106)	0.34*	-0.10	0.23*	0.25*	0.34***	-0.02	0.30**

* : p < .05 ** : p < .01 *** : p < .001

^a : N = 45 ^b : N = 61

있으며, 다음으로 척도 8(Sc)과 남자 환자들의 척도 5(Mf)가 $r=.34$, 척도 0(Si)이 $r=.30$, F, K, D 척도가 $r=.29$ 의 상관계수를 보였다. 그러나 L 척도, 척도 4(Pd), 여자 환자의 척도 5(Mf), 척도 9(Ma)의 상관은 유의미하지 않았다.

척도 1은 주로 신체 증상과 건강에 대한 염려를 재는 척도이므로 이 척도에서 가장 큰 상관을 보인 것은 당연하다고 할 수 있다. 척도 1과 많은 문항을 공유하는 척도 3이 $r=.27$ 정도의 그리 크지 않은 상관을 보인 것은 다소 의외의 결과로 생각된다. 오히려 이보다는 척도 8, 척도 2, 척도 F, 척도 K, 그리고 남자 환자의 Mf척도가 약간 더 높은 상관을 보이고 있어 이 척도들이 척도 3만큼이나 심리적인 고통을 반영하는 척도로 생각될 수 있다. 반면에 타당도 척도 L, 척도 4, 척도 9, 여자 환자의 척도 5는 신체증상과 거의 관련을 갖지 않으며, 따라서 성격적인 특성을 주로 반영하는 척도로 보여진다. 특이한 점은 남자 환자와 여자 환자 집단에서 척도 5가 서로 상이한 결과를 보인 것이다. 척도 5는 남자 환자들에게 있어서는 심리적인 고통을 상당히 반영하는 척도로 나타난 반면, 여자 환자들에게는 이와는 무관하게 성격적인 측면을 반영하는 척도로 나타났다. 즉, 장애가 심해질 때 남자 환자에게 있어서는 척도 5가 올라갈 가능성이 높은 반면, 여자의 경우에는 장애의 정도와 상관없이 안정된 점수를 보일 것으로 기대된다.

MMPI 군집과 통증 유형의 교차 빈도 결과에서 시사된 통증 유형에 따른 성격적인 특성과 방어 양상의 차이에 대해 보다 자세히 살펴보기 위하여 각 통증 집단별 MMPI 점수를 비교하였다. 이때 가능한 한 현재의 신체 증상으로 인한 영향을 배제하기 위하여 주관적으로 호소한 신체 증상의 수를 공변인으로 하여 공변량 분석을 하였다. 그 결과를 표 5에 제시하였다.

먼저 중다변인 변량분석(MANOVA)을 실시하여 전반적인 프로파일에서 집단간에 차이가 있는지를 알아보았다. 그 결과 타당도 척도에서는 요통 집단과 통제 집단, $F_{(3,99)}=4.75$, $p=.0039$, 요통집단과 두통집단, $F_{(3,99)}=2.77$, $p=.0454$, 두통집단과 다통증집단, $F_{(3,99)}=3.48$, $p=.0189$ 이 서로 유의미한 차이를 보였고, 요통집단과 다통증집단은 경향성만을 보였다, $F_{(3,99)}=2.54$, $p=.0607$. 전반적으로 볼 때 요통집단은 V형의 타당도 형태를 보이는 데 반해, 다른 집단들은 샷갓형의 타당도 척도 형태를 보이고 있다.

임상 척도 전체에 대해서 MANOVA를 한 결과 단지 요통집단과 다통증집단만이 유의미한 차이를 보였다, $F_{(10,92)}=2.57$, $p=.0086$. 두통과 요통을 동시에 호소하는 집단은 요통집단에 비해 척도 3($F_{(1,101)}=6.14$, $p=.0149$), 척도 4($F_{(1,101)}=4.52$, $p=.0359$), 척도 6($F_{(1,101)}=11.00$, $p=.0013$)이 더 상승하였다. 비록 MANOVA에서 유의미하지는 않았지만, 단일변인 변량 분석에서 다통증집단은 두통집단에 비해서 척도 4($F_{(1,01)}=8$).

05, $p = .0055$)와 척도 6($F_{(1,101)} = 4.18, p = .0435$)이 유의미하게 더 상승하는 결과를 보였다.

표 5. 통증 유형별 MMPI 평균 점수와 공변량분석 결과

척도	통제집단(C)	두통집단(H)	요통집단(B)	다통증집단(M)	ANCOVA 결과
	N=37	N=29	N=19	N=21	
L	45.1(8.5)	46.6(7.7)	51.3(7.7)	45.6(7.8)	B>H*, C**
F	52.4(11.9)	50.3(11.9)	47.5(7.4)	59.2(11.4)	B<M*, C*
K	48.4(9.2)	47.2(9.6)	53.2(10.2)	47.2(8.9)	B>H*, C**
Hs	60.2(11.2)	65.3(9.1)	63.9(8.8)	69.2(8.2)	
D	56.6(13.0)	58.3(10.5)	60.2(9.6)	62.3(9.4)	
Hy	61.2(10.0)	65.9(8.4)	63.4(8.3)	71.5(9.9)	M>B*
Pd	55.9(8.1)	53.6(7.3)	55.1(11.4)	61.3(10.0)	M>B*, H**
Mf	49.2(8.9)	47.5(7.0)	51.2(9.5)	47.6(9.3)	
Pa	50.8(11.3)	48.5(11.9)	43.5(8.9)	57.6(12.2)	M>B**, H*
Pt	51.8(7.7)	52.3(8.3)	52.5(7.9)	56.2(9.0)	
Sc	54.7(11.4)	56.5(10.3)	56.7(10.1)	62.8(11.5)	
Ma	55.0(9.9)	53.9(11.3)	50.4(7.7)	56.1(8.3)	
Si	53.2(12.8)	53.7(14.5)	53.5(11.0)	57.1(13.0)	

*: $p < .05$ ** : $p < .01$

논 의

본 연구의 결과는 만성 통증환자의 성격적인 특성이나 방어 양상, 그리고 적응 상태를 이해하는데 있어서 모든 통증환자들이 히스테리적인 성격 특성을 지닌다고 하기보다는 서로 상당한 차이를 보이는 4개의 하위 군집으로 나누어 접근하는 것이 타당함을 시사하고 있다.

4개의 하위 군집은 우선 호소하고 있는 신체 증상의 수에서 볼 때 집단간에 유의미한 차이를 보이고 있다. 타당도 척도가 샷갯형을 보이고 여러 임상척도가 동시에 상승하는 군집 1과 군집 3은 타당도 척도가 V형이고 척도 1과 척도 3만이 상승하는 군집 2나 정상 프로파일을 보이는 군집 4에 비해 훨씬 많은 신체 증상을 호소하고 있다. 즉, 군집 1과 군집 3은 군집 2나 군집 4에 비해 더 심한 적응상의 곤란과 우울이나 불안과 같은 정서적인

어려움이 시사되고 있다. 이처럼 차이가 나는 것이 군집 1이나 군집 3이 다른 군집에 비해 실제적인 신체적 혹은 정서적 불편감을 더 경험하고 있기 때문이 아니라 단지 이들 집단간의 건강염려증적인 경향, 혹은 병에 대한 관심의 차이를 반영한 것일 수도 있다(Strassberg et. al., 1981). 그러나 김영미(1988)의 연구에서 군집간의 건강염려증 경향에 차이는 나타나지 않았고, 오히려 정서적인 장애에서 차이를 보였다는 점을 고려할 때, 이런 집단간 차이는 실제로 겪고 있는 신체 증상과 정서적 어려움의 차이로 보인다.

신체 증상의 수와 MMPI척도 점수간의 상관에서 나타난 바로는, 타당도 척도 F와 K, 임상척도는 척도 1, 2, 3, 8, 0이 높은 상관을 보이고 있다. 심영숙(1991)의 연구에서도 신체 증상에 대한 측정도구는 다르지만, 타당도 척도 F, 임상척도 1, 2, 3, 7, 8이 신체 증상과 높은 상관을 보여 본 연구

의 결과와 비슷하다. 이들 척도는 다양한 신체 증상을 경험하거나 정서적인 어려움이 있을 때 상승하며(K척도는 하강), 따라서 MMPI의 해석시에 신체 증상이나 정서적인 문제를 고려해야만 한다는 것이 시사되고 있다. 이는 통증집단의 경우에도 해당되는 것으로 통증환자들의 MMPI에서 척도 1, 3이 상승하는 것을 단지 성격적인, 혹은 방어적인 특성으로만 해석해서는 안되며, 현재 환자가 어느 정도로 정서적으로 혼란되어 있고, 얼마나 신체적인 불편감을 호소하는 지를 함께 고려해야만 한다.

임상적으로 볼 때, 본 연구에서 반복 검증된 4개의 하위 군집의 MMPI 프로파일은 각기 다른 성격 특성과 방어 양상, 그리고 적응 수준을 시사하고 있다. 척도 1, 2, 3이 상승하며, 척도 7, 8, 0이 더불어 올라가는 군집 1은 김영미(1988)의 연구에서의 하위집단 3과 유사하면서도 이 하위집단보다는 T점수가 10점 정도 더 상승되어 있어 정서적으로 상당한 장애를 경험하는 집단으로 생각된다. 이들은 자신의 생에 대해 수동적이고 의존적인 적응 양상을 보이며, 건강 염려증적인 호소가 오래 지속되어 왔고, 다른 군집에 비해 가장 우울과 불안을 심하게 경험하고 있으며, 이와 함께 다양한 신체 증상을 경험하고 있어 보인다(Prokop et al., 1980). 임상 장면에서 이들은 자신의 다양한 신체적인 증상들을 마치 울듯이 임상가에게 호소하고 매달리는 듯한 인상을 준다. 아울러 대인관계에서 불안을 느끼고 위축된 생활을 장기간 지속해온 것으로 보이며, 주도성이 결여되어 있고, 비관적이며, 자기비하가 심해 보인다. 적응상의 곤란이 장기적인 것으로 보이며, 자아의 능력과 방어 기능이 저하되어 스트레스에 상당히 취약한 집단으로 생각된다. 기본적으로는 다른 사람에게서 애정을 받으려하는 욕구와 이 욕구가 좌절된 데에서 오는 분노 감정간의 갈등이 있어 보이며, 이들은 이 분노 감정을 철저히 억압하고 대신에 우울이나 다양한 신체 증상을 호소하는 것으로 생각된다(Friedman, Webb, & Lewak, 1989)

Atkinson, Ingram, Kreemr, 및 Saccuzzo (1986)에 의하면, 만성 통증환자 중 척도 1-2-3이 동시에 상승하며, 그중에서도 척도 2가 가장 상승하는 환자들이 가장 많이 RDC(Research Diagnostic Criteria)에 의해 major depression이나 minor depression으로 진단되었다. Sternbach(1974)는 이런 환자들이 자신의 관심을 신체적인 통증에서 다른 바람직한 방향으로 전환시키는 것이 어렵기 때문에 예후가 좋지 않다고 하고 있으나, Beutler, Engle, Oro'-Beutler, Daldrup, 및 Meredith(1986)는 분노 감정이 억압되어 있고, 그로 인해 만성 통증과 우울을 경험하는 환자들에게는 우선 분노 감정을 느끼는 대상을 확인하고 차단되어 있는 분노 감정을 표현하고 방출하는 것이 이들의 우울과 통증을 감소시키는데 적절하다고 하였다.

'전환 V'형 프로파일을 보이는 집단 2는 심리적인 갈등을 부인하는 경향이 있고 신체 증상을 의존 욕구를 만족시키는데 이용하고 있어 보인다. 자신의 부정적인 정서나 충동에 대해 잘 의식하지 못하고 부인과 억압을 많이 하며, 이런 정서나 충동을 신체적인 통증으로 전환시켜 표현하여 타인의 관심을 끄는 것으로 보인다(김중술, 1988). 따라서 이들은 별로 우울해 하거나 불안하지 않으며, 대부분이 상당히 활동적이고 사교적이며 독립적인 사람이라고 자신을 왜곡해서 지각하고 있어 보인다(Friedman et al., 1989). 이들은 임상 장면에서 자신이 별다른 스트레스를 받지 않고 있고 정상적임을 내보이려고 하며, 심리치료에 대한 욕구나 동기가 별로 없어 치료적 관계를 맺기가 힘든 집단으로 생각된다. McCreary 등(1989)의 연구에서도 본 연구의 군집 1과 군집 2와 유사한 상승된 1-2-3-8 군집과 상승된 1-3 군집이 치료후 통증 강도의 변화가 가장 적어 치료에 덜 반응하는 것으로 나타났다.

척도 1, 3, 4, 6, 8, 9가 상승하고 F척도가 높게 상승하는 반면 척도 2, 5, 7은 낮은 군집 3은 대인관계에서 문제가 많은 집단으로 보인다. 즉, 타인의

언행과 비난에 예민하고 피해의식이 있어 보이며, 타인들로 인해 자신이 많은 어려움을 겪고 있다고 지각하는 것으로 보인다. 이와 관련된 생각과 공상이 많고, 때로는 거의 망상적인 수준에 이르기 도 할 것으로 보인다. 타인들에게 분노감과 적개심을 강렬하게 느끼고 있으며, 이를 강하게 억압하며 지내는 것으로 보인다. 특히 가족 성원에게 적개심을 느끼고, 자신의 적개심을 합리화하려고 노력하며, 상대방을 비난하고 수동 공격적인 행동을 한다(Friedman et. al., 1989). 그러나 이런 방어가 비효율적이어서 공격적인 충동이 간헐적으로 표출될 뿐만 아니라 이런 충동이 외부로 투사되어 불안을 느끼고 피해의식에 사로잡히는 것으로 생각된다. 그러나 군집 1과는 달리 우울이나 불안은 억압되고 있으며, 해소되지 않는 만성적인 적개심과 관련된 신체적인 흥분상태와 억압된 우울과 불안으로 인하여 다양한 신체 증상을 호소하는 것으로 생각된다. 또한 군집 2의 환자들은 자신의 의존 욕구를 충족하기 위하여 신체 증상을 호소하는 반면, 이들은 다양한 신체 증상을 호소함으로써 갈등을 겪고 있는 상대방에게 죄책감을 유발시키고 자신의 수동-공격적인 행동을 합리화하는 것으로 보인다. 임상적으로 볼 때 이런 유형의 프로파일을 보이는 집단은 자아기능에 상당한 손상이 있으며, 성격장애나 사고장애의 가능성이 높아 보이므로 이에 관한 철저한 검사와 탐색이 요구되며 정신과적 치료가 시급하다(Prokop et. al., 1980). 특히 이들은 면담시에 자신의 상태가 상황에 의해 어쩔 수 없이 빚어진 것이며, 자신이 피해자임을 임상가에게 강조하고, 임상가를 자기 편으로 만들려고 애쓰는 것 같아 보인다. 그러므로 이런 환자를 만났을 때 임상가는 매우 주의하고 민감하게 환자의 행동을 관찰하고, 반드시 가족이나 보호자로부터 환자에 대한 자세한 정보를 얻는 것이 필요하다. 치료적인 면에서 볼 때 이 집단의 환자들은 수동-공격적인 성격 특성이 있기 때문에 치료자와 신뢰감을 형성하기가 힘들고, 공격적인 정서를 표현시키는 방법도 오히려 이들의 지각을

강화시켜주는 역할을 하여 그리 효과적이지 않아 보인다.

정상 범위의 프로파일을 보이는 군집 4는 다른 집단에 비해 부인과 억압 방어가 효율적으로 작용하여 정서적인 어려움이 없이 비교적 잘 적응하고 있는 사람들로 생각된다. 이들은 오히려 관습적이고 순응적인 행동과 사고를 하는 것으로 보인다. 이들은 자기에 대한 평가가 긍정적이고 자아 기능이 적절히 유지되고 있으므로 다른 군집들보다는 예후가 좋은 편이다. 이는 상승하지 않은 1-3형과 4-9형 프로파일이 가장 치료에 잘 반응한다는 McCreary등의 연구(1989)에서 지지된 바 있다.

본 연구에서는 이상과 같이 서로 다른 특성을 보이는 하위 군집과 호소하는 통증의 유형간에 관련이 있음을 보여주고 있다. 요통환자들은 주관적인 고통이 적고, 비교적 적응을 잘하고 있는 군집 2와 군집 4에 주로 속하고 있다. Franz등(1986)의 연구에서도 요통환자는 두통환자와는 달리 자신들이 사회적으로 더 유능하고 자신감이 있다고 지각했으며, 반면에 두통환자는 자신감이 결여되어 있고 정신적으로 피로해 하였다. Snyder 등의 연구(1981)에서도 MMPI의 모든 임상 척도가 55점 이하의 정상 프로파일을 보이는 만성 통증환자 집단에 요통만을 호소하는 환자가 많았다. Strassberg등의 연구(1981)에서도 요통만을 호소하는 집단이 두통이나 여러가지 통증을 동시에 호소하는 집단과는 달리 타당도 척도가 점차로 상승하는 형태를 보임으로써 이들이 다른 집단에 비해 자아 기능이 잘 유지되고 있음을 시사하였다. 이처럼 요통환자들이 두통을 호소하거나 두통과 요통을 같이 호소하는 집단에 비해 주관적인 고통을 적게 보고하는 것이 실제 경험의 차이라기 보다는 '사회적 바람직성(social desirability)'이 다른 집단에 비해 높아 MMPI에 대한 반응이 왜곡되었기 때문일 가능성도 있다고 Franz등(1986)은 언급하였다. 그러나 Rorschach 검사를 이용하여 신체적인 원인이 밝혀진 요통환자와 신체적인 원인이 드러나지 않은 요통 환자 집단을 비교한 Leavitt과

Garron의 연구(1982)에서는 신체적인 원인이 없는 요통환자는 정서에 대한 자각이 부족하고, 상당히 긴장하며, 생활에서 즐거움을 적게 경험한다는 것을 시사하고 있다. 즉, 요통환자들은 정서에 대한 자각이 부족하고, 억압과 부인을 많이 하며, 이로 인한 신체적인 긴장이 유지되는 것 같다. 반면에 두통을 호소하는 사람들은 이런 신체적인 긴장뿐만 아니라 불안이나 공격성 같은 부정적인 정서에 동반되는 심혈관계의 변화와 밀접한 관련이 있다(김현우, 1990 참고)는 점을 고려할 때 두통환자들은 정서에 대한 억압이 그다지 효과적이지 못한 것 같다. 이를 볼 때 이들 집단들이 경험하는 정서에 실제로 차이가 있어 보이며, 요통환자들은 신체적인 긴장으로 어려움을 겪고 는 있지만, 그런 대로 이들은 자아기능이 정상적으로 유지되고 방어가 효율적이어서 정서적인 고통은 심하지 않아 보인다.

이에 반해 두통과 요통을 동시에 호소하는 집단은 정서적인 어려움이 많은 군집 1과 성격장애나 정신병적 경향이 시사되는 군집 3에 주로 분포하고 있다. 이런 결과는 단일 통증을 호소하는 집단보다 둘 이상의 통증을 호소하는 집단에서 MMPI 척도중 척도 1(Hs), 척도 2(D), 척도 3(Hy), 척도 8(Sc)이 상승함을 발견한 Strassberg 등(1981)의 결과와 유사하다. 이들은 다른 집단에 비해 많은 신체 증상들을 호소하고 있으며, 우울과 불안이 심해 보인다. 특히 이 집단은 공변량 분석을 하여 신체 증상이나 정서적인 곤란으로 인한 영향을 배제하고 성격적인 특성을 살펴 보았을 때 두통이나 요통만을 호소하는 집단에 비해 척도 3, 척도 4, 척도 6이 더 상승한 프로파일을 보였다. 이런 결과는 두통과 요통을 동시에 호소하는 집단은 대인관계에 주로 문제가 있고 이로 인해 발생한 적개심의 처리에 어려움을 겪고 있음을 시사하고 있다. 이들은 공격적인 충동을 장기간동안 억압하다가 간헐적으로 폭발하는 것으로 보인다. 이들이 이처럼 대인관계에서 문제를 겪는 것은 주로 이들의 수동-공격적인 성격 특성 때문으로 생각된다.

외견상으로는 조용하고 순종적이거나, 대인관계에서 발생하는 어려움에 자신이 어떤 역할을 하는 지에 대한 통찰이 부족해 보인다. 이들은 신체 증상을 호소하여 자신의 적개심과 불만을 간접적으로 표현하거나 자기의 억울함을 호소하고, 아울러 타인으로 하여금 자기에게 관심을 갖게 하는 것으로 보인다.

두통집단은 군집 1과 군집 4에 주로 분포하고 있다. 이들은 요통과 두통을 같이 호소하는 집단과 통계적으로 유의미한 분포의 차이를 보였지만, 요통만을 호소한 집단과의 유의미한 차이를 보이지는 못했다. 그리고 공변량 분석에서 요통집단과 다른 타당도 척도를 보였고, 척도 4와 척도 6에서 두통과 요통을 동시에 호소하는 집단과 유의미한 차이를 보인다는 결과를 같이 고려할 때, 두통만을 호소하는 집단은 비록 방어는 요통 집단만큼 효율적이지 못하고 정서적인 고통을 겪고 있는 경우가 많지만, 두통과 요통을 같이 호소한 집단에 비해 성격적인 문제는 그다지 심하지 않은 집단으로 보여진다.

본 연구의 결과는 만성 통증환자들이 억압과 부인 방어를 주로 하며, 통증을 통하여 자신을 처벌하고, 또한 통증을 호소하여 다른 사람의 관심과 보호를 받음으로써 애정 욕구를 충족시킨다고 본 전통적인 견해(Engel, 1959)를 모든 통증환자들에게 적용할 수 없다는 것을 보여주었다.

통증환자의 MMPI는 척도 1, 2, 3을 위주로 하여 척도 4, 6, 7, 8등이 보여주는 전반적인 형태에 따라 4가지 하위 유형으로 나누어 접근하는 것이 임상적으로 의미있어 보인다. 이들 4 하위 유형은 호소하는 신체 증상의 수와 통증 유형에서 차이를 보였으며, 적응 수준, 방어의 양상과 효율성, 성격적인 문제 등에서의 차이가 시사되고 있다. 그리고 외국의 연구에 의하면 이들 4 하위 유형은 자아 기능의 장애와 치료적 성과에서도 차이를 보이고 있다.

또한 본 연구에서 시사되는 바로는 만성 통증환자들 중 공격적인 충동과 분노감정의 조절에 문제

가 있고 대인관계에서 장애가 있는 경우가 흔해 보인다. 이는 류마티즘 환자의 성격 특성을 개관한 Achterberg-Lawlis(1982)가 결론을 내린 바와 유사하다.

앞으로의 연구에서는 이들 4 하위 유형에 따른 대인관계의 특성, 주로 경험하는 스트레스의 유형, 그리고 스트레스에 대한 대처 방식의 차이를 알아보는 것이 이 네 하위 집단의 특성을 보다 분명히 밝히는데 도움이 될 것이다. 이런 접근은 또한 이들 집단의 치료에 있어 어떤 접근법이 필요할지를 시사해 줄 것으로 보인다. 만성 통증환자와 통제집단의 인지적 대처 책략과 신체화 대처 책략을 비교한 DeGood, Buckelew, 및 Tait의 연구(1985)에 의하면 만성 통증환자들의 주관적인 불안은 통제집단에 비해 상대적으로 낮고, 특히 불안을 신체화하여 표현하는 경향이 높을수록 불안이 낮아졌다. DeGood 등은 만성 통증환자들이 신체화 방식외에 다른 방법으로 강렬한 정서를 직접적으로 표현할 수 있는 능력이 제한되어 있다고 결론지었다. 그리고 신체적인 원인이 없는 통증환자들이 원인이 있는 환자들보다 가족관계에서 더 장애가 있고 조종적(manipulative)이라는 연구 보고도 있다(Anderson & Rehm, 1984). 대처 방식이나 대인관계 방식에 대한 이런 연구 결과들은 통증환자 집단의 전반적인 모습을 보여주는 것이며, 본 연구서 나누어진 4개의 하위집단에 따라 각각의 특징이 다를 것으로 기대할 수 있다. 예컨대 척도 1과 3만이 상승하는 집단은 다른 집단의 환자에 비해 더 대인관계에서 조종적이고, 스트레스에 대한 대처에서 소극적이고 회피적인 대처를 많이 할 가능성이 있다. 또 군집 1이 가장 신체화 대처 책략을 많이 사용하는 집단이고, 군집 3은 대인관계에서 수동-공격적인 행동을 보일 것으로 기대된다. 그리고 이 집단들은 대처 능력이 저하되어 있고 비효율적인 대처 방식을 취할 것으로 예상된다. 반면에 정상 범위를 보이는 군집 4는 비교적 효율적이고 문제 중심적인 대처 방식을 보일 것으로 예상할 수 있다. 이런 가설은 앞으로의 연

구에서 탐색되어야 할 것으로 생각된다.

참고문헌

- 김영미(1988). 만성 동통 경험군의 성격 특성. 연세대학교 석사학위 청구 논문.
- 김중술(1988). 다면적 인성검사. 서울: 서울대학교 출판부.
- 김현우(1990). 두통. 월간 의약정보, 10월호, 서울: 약업 신문사.
- 심영숙(1991). 두통 및 신체증상을 보이는 환자들의 MMPI 특성. 임상심리학회(편집). MMPI의 임상적 활용. (pp.71-85). 서울.
- 심영숙, 이영호(1990). 두통환자들의 MMPI 특성. 한국심리학회지:임상, 9, 155-168.
- 임상심리학회(1991). MMPI의 임상적 활용. 정보, 이정균, 진위교(1965). MMPI 다면적 인성검사. 서울: 코리아 테스트 센터.
- Achterberg-Lawlis, J.(1982). The psychological dimensions of arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 984-992.
- Anderson, L.P., & Rehm, L.P.(1984). The relationship between strategies of coping and perception of pain in those chronic pain groups. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1170-1177.
- Atkinson, J.H., Ingram, R.E., Kremer, E.F., & Saccuzzo, D.P.(1987). MMPI subgroups and affective disorder in chronic pain patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 408-413.
- Beutler, L.E., Engle, D., Oro'-Beutler, M.E., Daldrup, R., & Meredith, K.(1986). Inability to express intense affect: A common link between depression and pain? *Journal of Consulting*

- and *Clinical Psychology*, 54, 752-759.
- Bradley, L.A., & Prokop, C.K. (1991). *Health Psychology: Clinical Methods and Research*. New York: Macmillan Pub. Co.
- Bradley, L.A., Prokop, C.K., Margolis, R.D., & Gentry, W.D. (1978). Multivariate analysis of the MMPI profiles of low-back pain patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 253-272.
- Brena, S.F. (1982). The mystery of pain: is pain a sensation. In S.F. Brena, & S. L. Chapman (Eds.). *Management of Patients with chronic pain* (pp. 1-10). New York: Spectrum Publications Inc.
- Butcher, J.N., & Tellegen, A. (1978). Common methodological problems in MMPI research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 620-628.
- Carlsson, A.M. (1986). Personality characteristics of patients with chronic pain in comparison with normal controls and depressed patients. *Pain*, 25, 373-382.
- Carr, J.E., Brownsberger, C.N., & Rutherford, R.C. (1966). Characteristics of symptom-matched psychogenic and "real" pain patients on the MMPI. *Proceedings of 74th Annual convention of the American Psychological Association*, 1, 215-216.
- Deggod, D.E., Buckelew, S.P., & Tait, R.C. (1985). Cognitive-somatic anxiety response patterning in chronic pain patients and nonpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 137-138.
- Engel, G.L. (1959). "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*, 26, 899-918.
- Franz, C., Paul, R., Bautz, M., Choroba, B., & Hildebrandt, J. (1986). Psychosomatic aspects of chronic pain: A new way of description based on MMPI item analysis. *Pain*, 26, 33-43.
- Friedman, A.L., Webb, J.T., & Lewak, R. (1989). *Psychological assessment with the MMPI*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass. Pub.
- Gildenberg, P.L. (1989). Clinical pain syndrome. In K.M. Foley, & R.M. Payne (Eds.). *Current therapy of pain* (pp. 1-6). Toronto: B.C. Decker Inc.
- Hanvik, L.J. (1951). MMPI profiles in patients with low back pain. *Journal of Consulting Psychology*, 15, 350-353.
- Hart, R.R. (1984). Chronic pain: replicated multivariate clustering of personality profiles. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 129-133.
- McCreary, C., Naliboff, B., & Cohen, M. (1989). A comparison of clinically and empirically derived MMPI groupings in low back pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 560-570.
- Prokop, C.K. (1986). Hysteria scale elevations in low back pain patients: A risk factor for misdiagnosis? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 558-562.
- Prokop, C.K., Bradley, L.A., Margolis, R.D., & Gentry, W.D. (1980). Multivariate analysis of the MMPI profiles of patients with multiple pain complaints. *Journal of Personality Assessment*, 44, 246-252.

- SAS Institute. (1982). FASTCLUS. In *SAS user's guide : Statistics* (pp. 433-448). Cary : SAS Institute.
- Sternbach, R.A. (1974). *Pain patients : Traits and treatment*. New York : Academic Press.
- Strassberg, D.S., Reimherr, F., Ward, M., Russell, S., & Cole, A. (1981). The MMPI and chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 220-226.
- Snyder, D.K., & Power, D.G. (1981). Empirical descriptions of unelevated MMPI profiles among chronic pain patients: A typological approach, *Journal of Clinical Psychology*, 37, 602-607.

MMPI Subgroups and Type of Pain in Chronic Pain Patients

Jong-Yong Song and Young-Ho Lee

Korea Youth Counseling Institute, Kang-Nam Clinic

The MMPI and somatic symptom checklist were administered to 69 chronic pain patients who came to Kang-Nam pain clinic. Seeded multivariate clustering analysed the MMPI profiles into four homogeneous subgroups. There were subgroup differences in terms of somatic complaints and type of pain. Subgroup 1, characterized by significantly elevated clinical scale 1, 2, 3, and subgroup 3, characterized by elevated scale 1, 3, 4, 6, 8, 9 complained more somatic symptoms than subgroup 2, characterized by 'conversion V' profile, and subgroup 4, which show normal profile. Back pain patients belonged mostly under subgroup 2 and 4, headache patients mainly subgroup 1 and 4, and patients who complained both back pain and headache mostly subgroup 1 and 3. Analysis of covariance procedure with control group was performed to identify personality differences among different pain type patients. It seemed that chronic patients with both pain and multiple somatic symptoms has personality problem, especially in interpersonal relationships.