

성격요인검사의 임상적 적용에 관한 일연구

장 재 흥

염 태 호

서강대 학생생활상담연구소

경희대병원

본 연구는 성격요인검사의 임상적 타당성을 검토할 목적으로, 환자집단에 이 검사를 실시한 경우에도 요인의 구조가 정상인 집단과 동일하게 나타나는가를 살펴보았다. 또한 정상인집단, 범불안장애집단, 주요우울증집단, 양극성장애 조증집단, 신체화장애집단, 정신분열증집단들간에 유의한 차이가 있는 요인들을 확인하고 그 요인의 의미와 증상간의 관계성을 검토함으로써 임상적 적용의 타당성을 확보하고자 하였다. 그 결과는 다음과 같다. 첫째로, 성격요인검사를 정신과 환자집단에 사용하였을 경우에도 요인의 추출순서와 요인구조가 정상인 집단에서의와 동일 하여, 환자집단에도 신뢰롭게 사용할수 있음이 입증되었다. 둘째로, 집단간에 차이를 보인 요인은 B, C, N, O, Q1, Q3, Q4, EXT, ANX, SUP, IND, CRE요인들이었으며, 판별분석에서 각 집단을 정확하게 분류하는 정확분류율은 정상인(57.6%), 정신분열증(46.6%), 양극성장애 조증(41.6%), 범불안장애 집단(51.2%)에서 상당히 높게 나타났으며, 주요우울증(28.5%), 신체화 장애집단(29.7%)에서는 다소 낮게 나타났다. 각 집단에 특징적이었던 요인들과 증상들과의 관계로 볼 때, 성격요인검사를 통해 다차원적 성격구조의 틀 속에서 증상을 이해할 수 있음을 보여준다.

개인의 기본 성격특성과 정신과적 증상간에는 매우 밀접한 관련이 있는 것으로 알려져 왔다. 어떤 성격특성들은 그 환자의 증상을 개시 또는 유지 시키는데 중요한 역할을 하기도 한다. DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders-3rd ed., 1980)에서 Axis II에 개인의 성격 특성을 동시에 기술하기 시작한 것은 단순히 성격

장애를 진단하기 위한 목적뿐만 아니라, 개인의 기본성격과 증상이 밀접히 관련되어 있음을 인식한데 따른 자연스런 결과라고 하겠다(Koenigsberg 등, 1985).

정신과적 증상과 성격적 특성간의 관계성을 나타내는 용어는 주로 질병에 대한 범주적 접근 (categorical approach)방법에 따라 성격장애

(personality disorder)의 용어로 기술되어 왔다. 그러나 최근 Widger 등(1985)은 성격장애의 진단에서 심리측정의 오랜 전통인 차원적 접근(dimensional approach)을 접목한다면 여러가지 잇점이 있을 것이라고 제안하였다. '차원적 접근'이란 정상인 및 비정상인까지를 포함하는 성격적 틀을 가정하고 여기에서 한 개인이 보여주는 성격적 특성들을 다 차원적으로 기술하는 것을 말한다. 범주적 접근에서 중요한 성격특성들의 정보가 유실되는 것과는 달리, 차원적 접근에서는 여러 성격특성차원들에서 그 개인이 어떤 위치를 점하고 있는지를 살펴봄으로써 개인을 더 심층적으로 이해할 수 있어 더 정보적이라고 하겠다. 이러한 차원적 접근방법들의 대표적인 예로는 Eysenck(1983)의 EPQ(Eysenck Personality Questionnaire), Cattell 등(1970)의 16PF(Sixteen Personality Factor Questionnaire), Millon(1981)의 MCMI(Millon Clinical Multiaxial Inventory) 등이 있다.

한편, Cattell이 개발한 16PF(Sixteen Personality Factor Questionnaire) A형을 토대로 국내에서는 염태호와 김정규(1990)가 한국실정에 맞도록 문항을 수정, 보완하여 한국판 16PF(이하 성격요인검사)를 개발하였다. 염태호 등(1990)에 따르면 이 검사는 매우 신뢰도가 높으며, 1차요인들간의 밀접한 기능적 상호작용을 통해서 성격유형을 분류할 수 있는 포괄적인 성격체계이다. 표준화 작업이후 현재까지 지속적으로 타당도연구들이 진행되어 왔는데, 이러한 연구들에는 표준화연구(염태호와 김정규, 1990), 이지숙(1990)의 알콜중독자 및 그 자녀들의 성격특성에 관한 연구, 김정규(1991)의 임상적 타당도연구, 염태호와 김정규(1992)의 비행청소년의 성격특성과 성격유형에 관한 연구, 염태호 등(1992)의 대학생집단의 계열별 성격특징에 관한 연구, 김정규 등(1993)의 인문계 고등학생의 성격특성과 성격유형연구가 있다. 또한 최근에는 치료효과를 검증하는 측정치로 사용되기도 하였다(김정규 등, 1994).

Cattell(1970)에 따르면, 임상적 '증상'이라는 것은

표면적특성(surface trait)이며 그 배후에는 다양한 행동들의 밑바탕이 되는 근원적특성(source trait)이 잠재되어 있다고 한다. 성격요인검사의 성격특성(trait)은 MMPI(김영환 등, 1989)가 측정하는 표면적특성 즉 증상과는 다른 것이며, 상황과 상호 독립적이어서 여러 상황이나 시점에서 한 개인이 특정행동을 하도록 성향을 부여하는 1차적근원특성(primary source traits)인 것이다. 또한 몇가지 1차적 근원특성들이 함께 상호작용하여 성격유형(types)을 나타낸다(김정규, 1990; 김정규, 염태호, 1991; 염태호, 1990). Cattell(1970)은 임상장면에서 이 검사가 매우 유용하게 활용될 수 있다고 하였으며, 각 1차요인들과 2차요인(유형)의 임상적 특징을 기술하고 또한 신경증척도, 정신병척도, 그리고 정신신체장애척도를 개발하기도 하였다. 또한 Krug(1981)는 각 유형(type)들의 형태(pattern)에 따른 세분화된 특징과 발생빈도, 임상적 특징을 기술하기도 하였다. 국내에서는 김정규(1991)가 신경증, 정신분열증, 정동장애집단을 정상인집단과 비교하였는데, 성격요인검사만으로도 각 임상집단을 판별하는 정확판별력이 매우 만족스럽다고 보고하였다.

하지만, 현재까지 수행된 성격요인검사의 임상적 타당성연구는 매우 소수에 불과하여 후속연구들의 필요성이 절실히 요구되어왔다. 따라서 본 연구에서는 성격요인검사의 임상적 타당성을 검토할 목적으로 우선, 성격요인검사를 환자집단에 실시하는 경우에도 동일한 요인구조를 가지는지 확인해 보고자 한다. 염태호 등(1990)은 정상인 3,685명을 대상으로 2차요인을 추출한 결과 6개의 요인이 추출되며, 이것은 Cattell(1970)이 보고한 요인과 동일한 구조를 보인다고 하였다. 그러나 요인분석법은 실시하는 대상에 따라서는 요인구조나 추출된 요인의 성질이 달라질 수 있기때문에, 정신과 환자를 대상으로 한 경우에도 동일한 수의 요인이 추출되는지, 그리고 요인의 구조가 동일한지를 확인하는 것이 검사의 타당도를 높이는 매우 중요한 부분이라고 하겠다. 따라서 본 연구에서는 정신과 환자집

단을 대상으로 할 경우에도 정상인과 동일한 요인 구조가 추출되는지를 확인해 보고자 한다.

또한 본 연구에서는 김정규(1991)의 연구가 다소 포괄적인 진단분류를 사용하였던 점을 보완하여 정신과 환자집단을 더욱 세분화하고 정상인과 각 임상집단간을 비교해 보고자 하며, 임상집단에서 나타난 중요한 1차, 2차요인들의 임상적 특징을 살펴보고, 성격요인검사의 임상적 활용성을 살펴 보고자 한다.

방 법

1. 대 상

요인분석의 대상집단은 1992년 2월부터 1996년 5월까지 경희의료원 신경정신과에 입원 또는 통원치료를 받았던 정신과 환자로, 성격요인검사의 Random척도에서 cutting point 22.6 이하였던 316명을 대상으로 하였다. 진단별로는 주요 우울장애 49명, 양극성장애 조증 36명, 범불안장애 73명, 강박장애 1명, 사회공포증 4명, 단순공포증 1명, 정신분열증 69명, 망상형장애 12명, 신체화장애 46명, 전환장애 11명, 공황장애 6명, 건강염려증 8명이었으며, 이중 남자는 140명, 여자는 176명이었다.

정상인집단과의 비교를 위해서 5개 유형의 환자 집단을 구성하였는데, 진단명이 불분명하거나 성격요인검사서 불성실한 반응을 한 것으로 보이는 환자와 사례수가 너무 적은 진단유목의 환자는 제외시켰다. 정신과 환자집단들에는 주요우울장애집단 49명, 양극성장애 조증집단 36명, 신체화장애집단 47명, 범불안장애집단 67명, 정신분열증집단 60명이었다.

환자집단과의 비교를 위해 사용된 정상인집단은 성격요인검사 표준화작업에서 활용되었던 정상인 3,686명 가운데서 Random척도 cutting point 22.6이하인 52명을 환자집단의 성별, 연령별 비율에 맞게 무선표집하였다.

2. 도 구

성격요인검사는 염태호와 김정규(1990)가 Cattell의 16PF를 한국실정에 맞게 보완하여 표준화한 것으로 16개의 1차요인과 6개의 2차요인 그리고 2개의 타당도척도로 구성되어 있는 165문항의 자기보고형 질문지이다.

3. 절 차

요인분석방법으로는 정상인 집단을 대상으로 한 염태호 등(1990)의 방법과 동일하게 Principal Component factor analysis을 실시하였다. 회전방법은 Varimax rotation을 하였다. 1차요인들의 원점수를 계산하고 이 점수를 토대로 2차요인을 추출하였으며, eigenvalue 1이상인 요인만을 추출하였다.

정상인과 5개 정신과 환자집단을 비교하기 위해서 ANOVA를 실시하고 이후 Duncan 사후검증을 실시하였으며, 성격요인검사들의 척도를 사용하여 정상인집단 및 임상집단에 대한 판별분석을 실시하였다.

결 과

정신과 환자집단을 대상으로 한 성격요인검사의 요인분석 결과는 <표 1>, <표 2>, 그리고 <표 3>과 같다.

<표 1> 정상인집단과 정신과환자군의 각 1차 요인들의 communality

변인	Communality	
	정상인	환자군
A	.67460	.683476
B	.88194	.928369
C	.69807	.762837
E	.67866	.673447
F	.73477	.775677
G	.84466	.862037
H	.71160	.725350
I	.76651	.811748
L	.59648	.641798
M	.68690	.702186
N	.58853	.577463
O	.77541	.822598
Q1	.40266	.412550
Q2	.62506	.621004
Q3	.82476	.827392
Q4	.78491	.794868

<표 2> 추출된 Factor들의 Eigenvalue 및 설명 변량

Factor	Eigenvalue	Percent of Variance
1	2.695225	16.84
2	2.543901	15.89
3	2.137133	13.35
4	1.672086	10.45
5	1.554596	9.71
6	1.019858	6.37
Total	11.622800	72.61

16개 1차요인을 토대로 요인분석한 결과, eigenvalue 1이상인 요인으로 6개 요인이 추출되었으며, 이것은 염태호 등(1990)이 표준화작업에서 정상인들을 대상으로 한 결과와 요인의 수와 추출된 요인의 순서에서 동일하였다. <표 2>에서 볼 수 있듯이 추출된 6개 요인에 의해서 총 변량의 72.61%가 설명되고 있으며 1차요인들의 communality는 16개 모두에서 상당히 높게 나타났다. communality가 가장 높은 것은 B요인(.928369), 가장 낮은 요인은

<표 3> 추출된 Factor들의 구조

	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6
A	-0.18933	0.40854*	0.18344	-0.66071*	0.09980	-0.0241
B	-0.10872	0.00045	-0.07741	-0.03837	0.12721	0.9449*
C	-0.81614*	0.16985	0.22590	-0.09257	-0.09067	0.0095
E	0.03850	0.77967*	0.14051	0.10362	0.17685	-0.0481
F	-0.20900	0.80373*	-0.10023	-0.27175	-0.00789	-0.0454
G	-0.12373	0.12259	0.90624*	0.00599	-0.05853	-0.0835
H	-0.50700*	0.62780*	0.14447	-0.20436	0.09210	-0.0552
I	0.08661	-0.01616	-0.02641	-0.04885	0.89300*	0.0587
L	0.22026	0.64626*	0.33999*	0.06266	-0.08561	0.2208
M	0.16713	0.19801	0.00776	0.21958	0.76242*	0.0741
N	-0.05663	0.25893	0.50139*	-0.46527*	-0.05290	0.1911
O	0.88580*	-0.06338	-0.07371	0.01710	0.15104	-0.0735
Q1	0.07741	0.37136*	0.07571	0.45726*	0.22159	0.0687
Q2	0.01305	0.01183	0.00579	0.78246*	0.08121	-0.0427
Q3	-0.14128	0.05155	0.89196*	-0.03774	0.06564	-0.0587
Q4	0.87524*	0.12740	0.00108	0.07131	0.07293	-0.0467

* : .30이상

Q1요인으로 추출된 요인들에 의해 1차요인들의 변량을 설명하는 정도도 염태호 등(1990)의 결과와 매우 유사하였다 (<표 1> 참조). 또한 설명변량이 가장 적은 Q1요인에서도 추출된 요인에 의해 총 변량의 41.25%가 설명되고 있었다.

추출된 요인의 구조는 <표 3>과 같다. Factor 1은 O, Q4, C, H가 매우 높이 부하되어 있었고, L, F에 다소 약하게 부하되고 있다. 이것은 염태호 등(1990)의 결과와 동일한 것으로 '불안성(Anxiety)' 요인이라 할 수 있을 것이다. Factor 2는 F, E, L, H, A, Q1이 높은 부하를 보이고 있으며 이것은 염태호 등(1990)의 '자립성(Independence)' 요인과 거의 유사하였다. Factor 3은 G, Q3, N, L요인이 높이 부하되었는데 정상인 자료에서의 '초자아강도(Superego Strength)' 요인과 동일하다. Factor 4는 Q2, A, N, Q1, F, M이 높이 부하되었는데, 정상인 자료의 '내향성-외향성' 차원과 유사한 구조이다. Factor 5는 I, M, Q1이 높은 부하를 보이고 있으며,

정상인 자료에서 '유약성-강정성' 차원과 유사하였다. Factor 6은 B, L, N이 높이 부하되고 있는데, 정상인 집단에서는 Q1이 약하게 부하되는 반면 환자집단에서는 N, L이 약한 부하를 보이고 있는 차이점이 있지만, 정상인 집단의 '창의성(Creativity)' 요인과 유사한 것이었다.

정상인 집단과 환자집단에 대해서 1차요인과 2차요인들의 점수를 비교하였다. 연구에서 사용된 피험자의 성별 및 연령별 분포는 <표 4> 및 <표 5>와 같다.

집단간 남녀의 비율에서는 유의한 차가 없었으나($\chi^2=8.23, P>.05$), 연령별 분포에서는 유의한 차를 보이고 있다($\chi^2=25.54, P<.01$). 이러한 차이는 정상인 피험자는 전체 환자집단의 성별 및 연령분포와 유사하게 무선표집되었으나, 환자군에서 진단별로 연령의 분포가 달랐던 것($\chi^2=27.75, P<.01$)에 기인한 것이었다. 이것은 정신과적 증상에 따라 개시연령이 다른 것에도 일부 관련이 있는 것으로 보이며, 무리하게 연령분포를 맞춤 경우 집단의 사례수가 지나치게 줄어들 것으로 보여 그대로 결과를 처리하였다.

각 요인들에 대한 ANOVA검증 결과 차이가 유의했던 요인들에 대한 Duncan 사후검증의 결과는 <표 6>, <표 7>과 같다. <표 6>에서 나타난 바와 같이 1차요인 B, C, N, O, Q1, Q3, Q4에서 집단간에 차이가 있었으며, 2차요인에는 EXT, ANX, SUP, IND, CRE 5개 요인이 유의한 차이를 보였다. F검증이후 Duncan사후검증에서는 <표 7>의 결과를 얻었으며, 이를 요약하면 아래와 같다.

<표 4> 집단간 남녀의 비율

	남	여	합 계
정상인	24	28	52
우울증	21	28	49
조 증	19	17	36
신체형장애	14	33	47
불안장애	35	32	67
정신분열증	22	38	60
합 계	135	176	311

<표 5> 집단에 따른 연령별 분포

나 이	정상인	우울증	조 증	신체화	불안장애	정신분열	합 계
24세이하	14	8	13	8	23	23	89
25-34세	20	15	11	16	16	27	105
35-44세	12	12	4	10	14	8	60
45세이상	6	14	8	13	14	2	57
합 계	52	49	36	47	67	60	311

<표 6> 집단에 따른 각요인들의 원점수 평균, 표준편차 및 F값

요인	정상인	우울증	조 증	신체화	불안장애	정신분열증	F
A	32.82(4.08)	32.48(4.07)	31.51(3.76)	33.23(4.23)	31.22(5.01)	31.35(4.37)	1.99
B	11.21(2.89)	9.14(2.85)	8.80(3.32)	9.06(3.41)	9.29(2.58)	8.35(3.45)	5.42***
C	31.07(4.27)	30.36(4.65)	31.51(5.11)	29.85(4.02)	28.09(5.13)	29.50(4.71)	3.52**
E	31.90(4.63)	30.71(4.15)	31.31(3.85)	31.10(4.39)	30.75(4.53)	30.20(3.89)	0.99
F	31.28(5.42)	28.32(4.63)	29.82(6.70)	26.65(5.87)	28.80(6.41)	29.38(4.56)	1.73
G	35.53(4.88)	36.12(5.97)	36.31(5.15)	36.74(5.68)	35.57(6.02)	34.20(4.65)	1.40
H	29.34(6.02)	27.77(5.57)	28.27(7.38)	27.57(5.13)	26.28(6.50)	27.48(4.76)	1.68
I	31.55(4.86)	30.85(4.39)	33.55(4.40)	30.85(5.07)	31.54(5.06)	31.88(3.65)	1.59
L	32.33(4.38)	30.44(3.78)	31.03(4.13)	31.62(4.10)	31.48(4.28)	30.66(3.07)	1.99
M	27.51(4.14)	26.20(3.98)	27.37(4.43)	26.17(3.91)	27.25(4.27)	27.01(3.86)	1.01
N	31.15(3.65)	30.02(3.20)	30.41(4.17)	31.08(3.62)	29.86(3.86)	28.90(3.99)	2.78*
O	31.23(5.18)	32.40(5.26)	32.48(5.84)	32.31(5.77)	35.13(4.89)	31.13(4.87)	4.78**
Q1	34.55(4.37)	32.61(3.51)	33.93(4.14)	32.76(3.78)	34.30(3.66)	33.00(3.67)	2.50*
Q2	26.69(5.62)	28.53(3.78)	29.41(3.90)	28.17(3.61)	29.89(4.50)	29.26(3.82)	1.18
Q3	35.75(4.89)	35.91(5.16)	36.79(4.03)	36.63(4.87)	35.50(5.27)	33.38(4.67)	3.24**
Q4	28.36(5.44)	31.71(6.54)	30.10(6.74)	32.82(6.79)	36.28(5.03)	29.98(5.72)	12.79**
EXT	369.0(42.48)	356.3(39.52)	354.4(45.59)	364.3(41.28)	344.3(55.51)	351.4(38.49)	2.32*
ANX	191.1(47.37)	209.7(50.64)	199.8(57.60)	214.0(51.49)	241.9(51.13)	206.5(46.91)	6.96***
TOU	362.9(44.11)	369.1(39.77)	351.8(40.63)	370.2(45.28)	362.5(44.58)	363.7(32.60)	0.89
IND	414.1(45.66)	390.6(39.48)	399.4(51.45)	393.8(39.68)	386.2(46.95)	393.5(29.36)	2.50*
SUP	464.9(56.59)	475.7(64.47)	478.4(55.58)	480.0(61.82)	468.9(62.91)	447.5(52.82)	2.26*
CRE	306.9(29.23)	292.3(22.80)	304.8(26.13)	291.2(27.10)	303.7(28.00)	296.6(23.28)	3.22**
MD	28.11(3.32)	28.42(3.39)	28.72(2.91)	28.00(2.98)	27.12(3.17)	27.46(3.56)	1.63
RAN	12.20(4.10)	11.91(4.05)	13.00(3.86)	11.32(4.18)	11.89(3.98)	13.11(4.36)	1.32

() : 표준편차 * : P > .05 ** : P > .01 *** : P > .001

<표 7> 각 요인들의 평균에 대한 Dunnan사후검증 결과

요 인	Low						정상인			High		
B	Sch		Man		Som		Dep		Anx		Nor	
	Anx		Sch		Som		Dep		Nor		Man	
N	Sch		Anx		Dep		Man		Som		Nor	
O	Sch		Nor		Som		Dep		Man		Anx	
Q1	Dep		Som		Sch		Man		Anx		Nor	
Q3	Sch		Anx		Nor		Dep		Som		Man	
Q4	Nor		Sch		Man		Dep		Som		Anx	
EXT	Anx		Sch		Man		Dep		Som		Nor	
ANX	Nor		Man		Sch		Dep		Som		Anx	
SUP	Sch		Nor		Anx		Dep		Man		Som	
IND	Anx		Dep		Sch		Som		Man		Nor	
CRE	Som		Dep		Sch		Anx		Man		Nor	

밑줄은 집단간차이가 없음을 나타냄

< 표 8 > 성격요인검사 1차 요인들을 사용한 집단간 판별분석 결과

실제집단명	사례수	예 언 된 집 단 명					
		정상인	우울증	조 증	신체화장애	불안장애	정신분열증
정상인	52	30(57.6)	5(9.6)	8(15.3)	4(7.69)	1(1.9)	4(7.7)
우울증	49	8(16.3)	14(28.5)	4(8.2)	8(16.3)	9(18.3)	6(12.4)
조 증	36	6(16.6)	3(8.3)	15(41.6)	1(2.7)	6(16.6)	5(13.8)
신체화장애	47	9(19.1)	7(14.8)	4(8.5)	14(29.7)	9(19.1)	4(8.5)
불안장애	67	4(6.1)	7(10.6)	7(10.6)	8(12.2)	35(51.2)	6(9.1)
정신분열증	60	9(15.0)	5(8.3)	8(13.3)	7(11.6)	3(5.0)	28(46.6)

() : %

<표 9> 판별분석 structure matrix

집 단	FUNC1	FUNC2	FUNC3	FUNC4	FUNC5
정상인	-.70	.65	-.07	-.22	-.01
우울증	.18	-.05	-.23	.24	-.29
조 증	-.35	.15	.52	.60	.11
신체화장애	.32	-.02	-.44	.13	.24
불안장애	.80	.10	.25	-.21	-.01
정신분열증	-.50	-.6	.06	-.17	.01

주요우울증 집단 : B-, Q1-, Q4+, CRE-, IND-

양극성장애 조증집단 : B-

신체화장애 집단 : B-, Q1-, Q4+, ANX+, CRE-

범불안장애 집단 : B-, C-, O+, Q4+, Ext-, ANX+, IND-

정신분열증 집단 : B-, C-, N-, Q3-

나. 각 환자집단간의 차이는 <표 7>을 참조하기 바란다.

< 표 10 > 집단 centroids 값

	FUNC1	FUNC2	FUNC3	FUNC4	FUNC5
Q4	0.83*	-0.06	0.22	-0.21	0.17
O	0.50*	0.12	0.37	-0.10	-0.02
B	-0.16	0.66*	-0.1	-0.31	-0.15
N	-0.01	0.45*	-0.3	0.17	0.41
Q1	-0.01	0.35	0.41*	-0.3	0.15
A	-0.06	0.20	-0.54*	0.14	0.13
I	-0.19	-0.00	0.48*	0.19	0.24
Q3	0.15	0.40	-0.15	0.50*	0.25
C	-0.35	0.21	-0.14	0.49*	-0.08
F	-0.23	0.23	-0.03	-0.14	0.43*
L	-0.19	-0.29	-0.22	-0.08	0.47*

다음으로는 판별분석을 사용하여 임상집단과 정상집단간의 진단범주를 예측하여 보았다. 그 결과는 <표 8>, <표 9>, <표 10>과 같다.

<표 9>로 볼 때 FUNC1에 의해서 정상인과 정신분열증 집단이 범불안장애집단과 구별되는데, <표 10>으로 볼 때 이 집단들은 1차요인인 O, Q4에 의해서 잘 구분될 수 있음을 보여준다. FUNC2에 의해 정신분열증집단이 정상인집단과 구별되는데 이와 관련된 1차요인들은 B, N요인이었다. FUNC3에 의해서는 조증집단과 신체화장애집단, 우울증집단이 구분되는데 이와 관련된 1차요인은 Q1, A, I요인이었다. FUNC4에 의해서는 조증과 범불안장애, 정상인집단이 구분되는데 이와 관련된 요인은 Q3, C요인이었다. FUNC5에 의해서는 우울

가. 정상인 집단과 각 임상집단에서 차이가 난 요인을 살펴보면 아래와 같다(요인 뒤의 부호는 정상인 집단에 대한 차이의 방향을 나타냄).

장애와 신체화장애집단이 구분되는데 이와 관련된 1차요인은 F, L요인이었다.

이러한 5개의 함수를 사용하였을 경우 여섯집단을 정확하게 분류하는 전체 정확분류율은 43.7%였다. 구체적으로 정상인집단을 정확하게 분류할 확률은 57.6%, 불안장애를 정확하게 분류할 확률은 51.2%, 정신분열증을 정확하게 분류할 확률은 46.6%, 양극성장애 조증을 정확하게 분류할 확률은 41.6%를 보이고 있다. 그리고 주요우울증을 정확하게 분류할 확률은 28.5%, 신체화장애를 정확하게 분류할 확률은 29.7%로 집단에 따라 다소 차이있게 나타났다.

논 의

환자집단에 성격요인검사를 실시하고 요인분석한 결과 정상인 집단과 매우 유사한 요인구조가 나타났다. eigenvalue 1 이상인 요인은 정상인 집단과 동일하게 6개를 얻었으며, 얻어진 요인들의 추출된 순서가 정상인과 동일하였다. 또한 추출된 요인들과 16개의 1차요인간의 관계로 볼때 염태호 등(1990)의 연구에서 나타난 것과 거의 동일한 구조를 보이고 있다. 다소 차이가 있었던 부분을 살펴보면 아래와 같다. 요인 1에서 정상인 집단의 Q3-(약한 통제력) 대신에 불신감(L+), 신중성(F-)이 약하게 부하되고 있었다. 그러나 이러한 결과는 Cattell(1970)의 보고와도 유사한 결과로 요인 1은 '안정성-불안정성' 차원을 말하는 것이라 할 것이다. 요인 4에서는 1차요인들의 부하방향이 정상인 집단과 반대방향으로 나타났고 H 대신에 F, M요인이 다소 부하되고 있었다. 그러나 요인구조로 볼때 이것은 정상인 자료에서의 '내향성-외향성' 차원과 동일한 것이라 하겠다. 요인 5에서는 정상인 자료와는 부하 방향이 반대로 나타났을뿐 '유약성-강정성' 차원과 동일한 것이었다. 요인 6은 높은지능(B+)이 매우 높게 부하되고 있으며, N+(실리성)과 L+(불신감)이 약하게 부하되고 있는데, 정상인 집

단의 진보성(Q1+)요인 대신에 L+(불신감)이 약하게 부하되고 있지만 요인구조로 볼때 정상인 집단의 '낮은 창의성-높은 창의성' 차원과 유사한 것이었다. 이러한 결과는 정상인 집단에서와 마찬가지로 정신과 환자집단에서도 동일한 차원의 2차요인이 추출되고 있으며, 따라서 환자집단에 대해서도 일관적인 해석체계를 적용할 수 있음을 보여주는 것이라 하겠다.

한편, 본 연구에서 추출된 '창의성'요인은 B요인만이 단독으로 높게 부하되고 있다는 점에서 Cattell(1970)이 보고한 2차요인인 'Intelligence' 요인과의 유사하였다. 환자집단에서는 이 창의성요인이 1차요인인 B요인에 더 영향을 받는 요인으로, 창의성보다는 순수하게 지능의 의미일 수 있을 것이다. B요인은 정상인 집단과 환자군을 구분하는 매우 뚜렷한 요인이었으며 그 의미가 정신병리에서 발생하는 주의력 곤란, 구체적 사고와 상관이 높으므로, 이 요인의 임상집단에서의 해석은 정상인 집단과 달리 정신병리에 따른 주의력 및 사고의 혼란으로 해석될 수 있을 것 같다.

성격요인검사에서 나타난 정상인과 임상집단간, 그리고 임상집단들간의 차이를 살펴보았다. 그 결과 집단간에 차이가 있는 요인으로는 1차요인인 B, C, N, O, Q1, Q3, Q4요인과 2차요인에는 EXT, ANX, SUP, IND, CRE요인이었다. 김정규(1991)의 연구에서는 정상인, 정동장애, 정신분열증, 신경증 등 4개의 집단을 비교한 반면, 본 연구에서는 환자집단이 주요우울장애, 조증, 신체화장애, 범불안장애, 정신분열증으로 세분화되어 직접적인 비교가 어려우나, 김정규(1991)의 결과와 유사한 1,2차요인들에서 집단간 차이를 나타내고 있었다.

여기서는 각 임상집단에 따른 1차요인들의 특징을 중점적으로 살펴보고자 한다.

우선 정신분열증집단의 특징을 살펴보면, 이 집단은 B-, C-, N-, Q3-에서 뚜렷하게 정상인과 차이를 나타내고 있다. B요인(낮은지능-높은지능)은 모든 환자집단에서 정상인 집단에 비해 낮게 나타난 요인이다. B요인은 기질적 특성이기도 하며(염태

호, 1990), 이 요인에서의 낮은 점수는 지능이 낮은 것으로도 해석될 수 있으며, 심리적 문제나 정신병리가 있는 경우에는 정신적 기능의 발휘에 지장을 받고 있거나(Cattell 등, 1970; Karson & O'Dell, 1976), 또는 피검자의 주의력에서 문제가 있음을 시사하는 것이라 하였다(염태호 등, 1990). 본 연구의 결과에서는 환자집단군 중 정신분열증집단이 가장 낮은 점수를 보이고 있으며, 이것은 정신분열증집단의 사고장애와 주의력장애를 B요인이 잘 반영하고 있는 것이라 할 것이다. N요인의 낮은 점수(순진성)는 대인관계가 서투르고, 단순하며 분별력이 없고, 감상적이며, 꾸밈이 없고, 노골적이라 해석된다(Cattell, 1970). 또한 이 요인은 사교적이지 못하며 사회화나 행동통제력이 낮은 것과는 부적 상관이 있으며, MMPI의 Si와도 유의한 부적 상관을 나타낸다고 하였다(염태호, 1990). 판별함수식으로 볼 때 정상인과 정신분열증을 유의하게 구별해주는 것 중 하나는 N요인이었으며, 정신분열증이 다른 집단에 비해 가장 낮은 점수를 보이는 것은 기존의 선행연구들과 일치하는 것이었다(Cattell, Komlos, & Tatro, 1968; Cattell 등, 1970; Karson & O'Dell, 1976, Krug, 1981, 김정규, 1991). Q3(약한 통제력-강한 통제력)요인은 이화방어검사의 허세, 수동공격, 전치, 투사, 행동화, 퇴행과 부적 상관을 가진 것으로 이 척도에서의 낮은 점수는 이러한 미숙한 행동경향성과 관련되어 있으며, 행동억제적이지 못하고, 자아부정적 방식으로 행동하는 것이라 할 것이다(김정규, 1991). 환자집단중에서 정신분열증이 가장 낮게 나타난 것은 이러한 구성개념을 충족시키는 것이기도 하다.

한편, Gleser와 Gottschalk(1967)의 연구에 따르면, 정신분열증에서는 온정성(A+), 낮은지능(B-) 신중성(F-), 소심성(H-), 자기충족성(Q2+), 낮은 자아강도(C-)가 나타난다고 하였으며, 김정규(1991)의 연구에서는 B, F, L, N, Q1에서 정상인과 차이를 보여 본 연구의 결과가 부분적으로만 동일한 결과를 나타내고 있다.

두번째로 범불안장애 집단을 살펴보면, 범불안

장애집단은 정상인집단에 비해서 상대적으로 낮은 지능(B-), 낮은 자아강도(C-), 죄책감(O+), 불안감(Q4+), 내향성(EXT-), 강한불안(ANX+), 종속성(IND-)으로 나타났으며, 이중 O+, Q4+요인, 그리고 2차요인 중 ANX+요인은 정상인과 범불안장애집단은 물론 다른 기타 임상집단과도 뚜렷한 차이를 나타내었다. 또한 판별함수와의 관계에서도 범불안장애집단과 정상인집단, 정신분열증집단을 구별지워주는 요인이 O, Q4+이었다. O(편안감-죄책감)요인에서의 높은 점수는 확신감이 부족하며, 불안하고 우울하며, 죄책감을 갖는 성격(염태호와 김정규, 1990)이며, 이화방어검사 및 스트레스검사와의 관계에서 주로 정신병리적인 방어기제들과 관련이 높다고 하였다(김정규, 1991). 이렇듯 O요인이 범불안장애에서 가장 높은 점수를 얻은 결과는 기존의 연구들(Cattell, Komlos, & Tatro, 1968; Cattell 등, 1970; Karson & O'Dell, 1976, Krug, 1981, 김정규, 1991)과 일치하는 것이었다. Q4(이완감-불안감)요인에서 높은 점수는 불안하며 긴장되고 초조하며, 쉽게 좌절하는 성격(염태호 등, 1990)을 뜻하며, 이화방어기제검사에서 미숙한 방어기제와 상관이 높다고 하였다(김정규, 1991). 본 연구에서는 Q4+요인이 신경증집단에서 가장 높다는 기존의 연구들(Cattell 등, 1970; , 김정규, 1991)과 유사한 결과이며, 임상집단중에서도 범불안장애집단이 가장 높게 나타나고, 신경증의 기초인 불안을 가질 수 있는 신체화장애집단과 주요우울증집단에서도 정상인에 비해 Q4요인이 높다는 것은 이 척도가 개인의 불안특성을 잘 측정해 주고 있는 것이라 하겠다. C요인(약한 자아강도-강한 자아강도)은 일반 신경증적 경향성(general neuroticism)이나 정신분석에서의 약한 자아강도와 일치하는 것이며 임상적으로 하나의 경고표시(염태호와 김정규, 1990)라 하겠다. 또한 이 요인에서의 낮은 점수는 2차요인인 불안성과도 매우 상관이 높다고 하였다(염태호와 김정규, 1990). 김정규(1991)는 임상집단이 정상인에 비해서 낮은 경향성이 있으나 통계적으로 유의하지 않았다고 보고하였으나 본 연구에서는 범

불안장애집단과 정신분열증집단에서 정상인과 차이를 보여 기존의 연구(Karson & O'Dell, 1976; Krug, 1981)들과 일치되는 결과를 보였다.

세째로, 주요우울증집단을 살펴보자. 주요우울증집단은 정상인 집단에 비해 상대적으로 낮은지능(B-), 보수성(Q1-), 불안성(Q4+)을 보였으며, 이차성격유형에서는 낮은창의력(CRE-), 종속성(IND-)을 보이고 있다. 또한 F검증에서는 유의한 차이를 보이지 않았으나 Duncan사후검증에서 신중성(F-)이 정상인집단과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 염태호 등(1990)에 따르면 우울증의 주요성격은 복중성(E-), 신중성(F-), 죄책감(O+), 불안감(Q4+)이라고 하였으나, 본 연구의 결과는 염태호 등(1990)의 보고와 다소 차이를 보였다. 그러나 정상인과 차이가 있었던 2차요인 IND는 E, F와 높은 상관을 보이는 요인이며, O요인도 통계적으로 유의한 차이가 없으나 그 방향성은 기존의 연구와 동일하여 현재의 결과만으로 기존의 연구를 논박하기는 어려울 것 같다. 따라서 더 많은 사례수를 확보하여 추후연구를 해볼 필요가 있겠다.

네째로, 조증 집단을 살펴보면, 이 집단은 B(낮은 지능)에서만 정상인 집단과 유의한 차이를 보였는데 이러한 결과는 기존의 연구(Cattell, 1970; Karson & O'Dell, 1976, Krug, 1981)와 다소 다른 결과였다. 어쩌면 이러한 결과는 조증집단이 다른 집단에 비해 사례수가 적은 것에도 관련될 수 있겠다. 한편, 주요우울장애와 비교한 경우 주요우울증에 비해 CRE요인이 더 높게 나타났으며, Duncan사후검증에서 I+(민감성)요인이 주요우울증과 유의한 차이를 보이고 있었다. Krug(1981)에 따르면, 두 집단간에는 E(복중성-지배성), F(신중성-정열성), O(편안감-죄책감), Q2(집단의존성-자기충족성)에서 차이를 보인다고 하였다. 그러나 본 연구에서는 이러한 기존의 연구와 사뭇 다른 결과가 나타났으며, 오히려 CRE요인과 I요인(강인성-민감성)에서 두 집단간에 차이가 나타났다. 김정규(1991)에 따르면 I요인은 정서적으로 민감하고 MMPI의 척도 9와 상관성이 있으며 정서적 흥분성과 관련성이 많다고 하

였다. 현재로서는 연구결과가 기존의 연구들과 다소 다르며 조증에 대한 한국판 16PF(성격요인검사)의 국내연구가 빈약하여 이러한 결과가 일반적 해석에서 활용될 수 있는지 또는 본 연구에서만 나타난 결과인지는 알 수 없다. 따라서 추후의 후속 연구들이 절실하다 하겠다.

다섯째로, 신체화장애집단을 살펴보면, 이 집단은 정상인 집단에 비해 상대적으로 B(낮은지능), Q1-(보수성), Q4+(불안감), ANX+(강한 불안), CRE-(낮은 창의성)을 보이고 있으며 이것은 기존의 연구(Schnorrenberger, 1965)와 유사한 결과이다. 한편 Cattell(1970)은 다른 신경증들과는 달리 상대적으로 C+, L-, O-, A-, I-로 나타난다 하였다. 그러나 본 연구에서는 이러한 차이가 뚜렷하지 않았다. 구체적으로 주요우울증집단과는 유의한 차이를 보이지 않았으며, 범불안장애집단에 비해서는 불안과 관련된 1차요인들이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 이것은 임상적으로 볼 때 신체화장애에서는 불안이 신체화되는 것으로 범불안장애에 비해서는 주관적인 불안이 더 낮음을 나타내는 것이라 하겠다.

한편, 판별분석의 결과는 이 검사가 각 환자집단을 잘 변별해 주고 있음을 보여준다. 정신분열증, 양극성장애 조증, 범불안장애, 정상인 집단을 각각 자기집단으로 올바르게 분류할 확률은 매우 높았으며, 전체적인 정확분류율도 43.7%로 상당히 높은 것이었다. 이러한 결과는 김정규(1991)의 선행연구와도 일치하는 것이다. 또한 주요우울증집단과 신체형장애 집단의 정확분류율은 다른 집단에 비해 다소 낮게 나타났는데, 이것 또한 선행연구(김정규, 1991)에서 신경증집단의 정확분류율이 다소 낮았던 점과 유사한 결과이다.

상기의 결과들로 볼 때 성격요인검사는 환자집단에 실시할 때에도 정상인과 동일한 2차요인의 구조를 보이고 있으며, 증상들에 특징적으로 나타나고 있는 요인들의 의미를 살펴볼 때 구체적인 성격구조의 틀속에서 요인들의 조합으로 증상을 이해할 수 있고, 또한 각 증상들을 정확히 분류하

는 정확분류율이 높아 임상장면에서 적절히 사용될 수 있을 것으로 보인다.

한편, 본 연구에서 나타난 성격요인검사의 몇가지 주요특징과 연구의 제한점을 살펴보면 아래와 같다.

첫째, L요인(편안감-불신감)은 기존의 연구(염태호와 김정규, 1990; 김정규, 1991)와 동일하게 정신병리의 존재와 부적인 방향으로 나타나고 있다. 염태호 등(1990)에 따르면 L요인에서 한국판 성격요인검사의 결과가 원판 16PF와 다르다고 하면서 한국인에서는 다른 의미로 나타날 수 있다고 제안하였다. 본 연구에서도 이와 동일하게 정신과환자군이 일반인보다 상대적으로 L(편안감)로 나타나고 있어 이 요인의 성질에 대한 후속연구가 필요하다고 하겠다.

둘째로, 본 연구의 결과에서 임상집단간의 차이나, 정상인집단간의 차이는 기존의 연구들과 많은 부분에서 유사한 결과가 나타났으며, 또한 차이를 보이기도 하였다. 그러나 한국판 성격요인검사의 임상적 적용에 대한 연구는 소수에 불과하며, 조중이나 주요우울증, 그리고 신체화장애집단을 대상으로 한 국내연구는 거의 없다시피하여 이러한 연구결과를 일반화시키는데는 현재로서는 제약이 있을 것으로 보인다. 따라서 사례수를 증가시켜 임상집단간을 비교해보는 것이 필요하다고 하겠다.

셋째로, 본 연구의 제한점으로는 임상집단간 연령수준을 통제하지 못하였다는 것이다. 염태호 등(1990)에 따르면, 연령에 따라 요인들간 차이를 보인다고 하였으나, 이 연구에서 연령변인이 어떤 체계적인 영향을 끼쳤는지 확인하기 어렵다. 따라서 추후연구에서는 임상집단의 선별에서 진단을 세분화하는 것과 더불어 연령변인을 잘 통제하기 위해서는 더 많은 사례수를 확보해야 할 것으로 보인다.

참고문헌

- 김영환, 김재환, 김중술, 노명래, 염태호, 오상우 (1989). 다면적인성검사 실시요강. 한국가이던스.
- 김정규(1990). 성격요인검사 표준화예비연구. 사회과학논총. 성신여자대학교
- 김정규(1991). 성격요인검사의 타당도연구. 한국 심리학회지: 임상, 10권, 76-97
- 김정규, 염태호(1991). Cattell의 성격이론과 성격요인검사. 학생생활연구. 성신여자대학교.
- 김정규, 염태호, 윤선아, 정연옥(1993). 인문계 고등학생의 성격특성과 성격유형. 학생생활연구. 성신여자대학교. 제 16호.
- 김정규, 정연옥, 오강섭(1994). 대인공포증 집단의 계슈탈트 심리치료. 학생생활연구. 성신여자대학교. 제 17호.
- 염태호(1990). 성격의 유형과 특성. 학생생활연구, 경희대학교. 149-198
- 염태호, 김정규(1990). 성격요인검사. 실시요강과 해석방법. 한국심리적성연구소
- 염태호, 김정규, 전양숙, 최효임(1991). 한국대학생 집단의 성격의 특성과 유형. 학생생활연구, 경희. 제 9호.
- 염태호, 김정규(1991). 비행청소년의 성격특성과 성격유형에 관한 연구. 형사정책연구, 제2권, 4호
- 이지숙(1990). 알콜중독자와 그 자녀의 성격유사도 및 자녀의 스트레스정도. 석사학위논문, 이화 여자대학교.
- Cattell, R. B., Komlos, E, & Tatro, D. F.(1968) Significant differences of affective, paranoid and non-paranoid schizophrenic psychotics of primary source traits if the 16 PF. In R. B. Cattell(Ed), Progress in Clinical Psychology through multivariate experimental designs. Fort Worth, Texas : Society of Multivariate Experimental Psychology.

- Cattell, R. B., Eber. H. W., & Tatsuoka, M. M.(1970) Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire. IRAT. INC., Champaign, Illinois.
- Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 3rd ed.(1980). American Psychiatric Association.
- Eysenck. H., Wakefield, J., & Freidman,A.(1983). Diagnosis and clinical assessment : A comparison. Comparative Psychiatry, 23, 516-527
- Gleser, G. C., & Gottschalk, L. A.(1967). Personality characteristics of chronic schizophrenics in relationship to sex and current functioning. Journal of Clinical Psychology, 23, 349-354
- Karson, S., & O'Dell, J. W.(1976). Clinical Use of the 16 PF. IRAT, INC, Champaign, Illinois.
- Krug, S. E.(1981). Interpreting 16PF profile patterns. IRAT. INC., Champaign, Illinois.
- Koenigsberg, H. W., Kaplan, R. K., Gilmore, M. M., & Cooper, A. M.(1985). The Relationship Between Syndrome and Personality Disorder in DSM-III: Experience With 2462 Patients. American Journal of Psychiatry, 142, 207-212
- Million. T.(1981). Disorders of Personality, DSM-III. : Axis II. New York, John Wiley & Sons Inc.
- Schnorrenberger, C.(1965). Psychometrische untersuchungen zur diagonostik in der psychosomatischen klinik. Unpublished doctoral dissertation, University of Freiburg(Germany).
- Widger, T. A., & Frances, A.(1985). The DSM-III Personality Disorders. Archive General Psychiatry, 42, 615-623

A Study on Clinical Application of the Korean Personality Factor Test

Jae-Hong Jang

Sogang University
Student Counseling Center

Tae-Ho Yum

Kyunghee University
College of Medicine

To examine the clinical validity of the Korean Personality Factor Test(KPFT), this study compared the factor structures of KPFT in psychiatric patient group to normal group. This study also tried to identify the different factors among normal, generalized anxiety disorder, major depression, bipolar disorder manic, somatization disorder and schizophrenia groups, and to investigate the relationships between these factors and symptoms to examine the validity of KPFT in its clinical application. The result of this study was : first, the factors extracted from the patient group was similar to those of the normal group in extracted sequence and factor structure, which suggested this applicability for the patient group. second, the group differences in factor analysis were B, C, N, O, Q1, Q4, EXT, ANX, SUP, IND, CRE factors, and the accuracy rates of classification by discriminant analysis were considerably high in normal group(57.6%), schizophrenia group(46.6%), bipolar disorder manic group(41.6%), and generalized anxiety disorder group(51.2%), and were a relatively low in major depression group(28.5%) and somatization disorder group(29.7%). The result of this study suggests that the psychiatric symptoms can be understood in terms of the dimensional personality structure of KPFT.