韓國心理學會誌 : 臨床
Korean Journal of Clinical Psychology
1997. Vol. 16, No. 2, 183-195

삼풍 사고 생존자들의 임상양상 및 성격요인에 관한 연구

김종남 이민수 신동균

고려대학교 의과대학 정신과학 교실

본 연구에서는 삼풍백화점 붕괴사고의 생존자들을 대상으로 하여, 건물붕괴사고라는 동일한 사건을 경험한 사람들이 어떠한 특성을 나타내는 집단들로 나뉘어지는지 알아보고, 각 집단의 임상양상과 성격요인에서의 차이를 검증하였다. 연구 대상은 1995년 삼풍백화점 붕괴 사고에서의 생존자 624명을 대상으로 하였으며 본 연구에서는 비타당한 사례를 제외하여 총 610명의 자료가 사용되었다. 생존자들이 어떠한 반응을 나타내는 집단들로 나눠지는 지를 알아보기 위해 다면적 인성검사(MMPI)의 T점수를 기초로 군집분석(cluster anaysis)을 하였고 세 집단으로 구분할 수 있었다. 1 집단은 신경증 집단이었고 2 집단은 정상반응군, 3 집단은 증상호소군이었다. 정상반응군의 평균 연령이 가장 낮았고 증상호소군, 신경증집단이 정상반응군보다 더 입원을 오래하고 장애판정도 더 심하게 받은 것으로 나타났다. 16PF를 이용하여 세 집단 간 성격특성을 차이검증한 결과, 정상반응군이 성격적으로 가장 건강하고 증상호소군이 성격적인 면에서 가장 취약한 것으로 나타났다.

외상후 스트레스 장애는 처음 Rigler(1879)가 '보상성 신경증(compensation neurosis)'이라는 용어를 사용한 이래로, '포탄 충격(shell shock)'(Mott, 1919), '전투 신경증(combat neurosis)', '외상성 신경증(traumatic neurosis)'(Kardiner, 1941) 등으로 불리다가 1980년이 되어서야 DSM-Ⅲ에서 외상 후 스트레스 장애(Post Traumatic Stress Didorder, 이후로 PTSD로 표기하겠음)로 공식적으로 인정되었다. DSM-III-R (APA, 1987)에 따르면, PTSD의 핵심적인 측면은 보통의 인간 경험의 범위를 넘어서 심리적으로 고통을 주는 사건에 뒤이어 특징적인 증상들이 발달하는 것이다. 특징적인 증상으로는 외상적 사건의 재경험, 사건과 연합된 자극들의 회피나 전반적인 반응성의 둔감화, 증가된 각성을 들 수있다. DSM-IV(1994)에 따르면, 외상후 스트레스 장애 진단을 내리기 위해 지속적인 재경험 증상, 세가지 이상의 회피반응, 두가지

이상의 증가된 각성 증상이 있어야 한다.

여기에서 '외상의 재경험'이란, 사건에 대한 회상이 원하지 않는데도 자발적으로 일어나는 것을 말하며, 이와 관련하여 악몽, 환각이나 해리를 나타내기도 한다. '외부세계에 대한 지속적인 회피와 반응성의 상실'은 중요한 활동에 대한 흥미가 감소하고친밀감이나 부드러움, 성욕과 연관된 감정이 약해지거나 없어지는 것을 말한다. 이와 관련하여 심인성 기억상실증을 나타내기도 한다. '증가된 각성 수준'과 관련하여서는 수면곤란, 주의집중의 어려움, 흥분하기 쉬움, 과각성, 유사한 사건에 대하여 경악 반응과 생리적 반응을 나타내는 경우가 많다.

또한, 대학살의 생존자, 천재지변의 생존자, 히로시마와 나가사끼의 원자폭탄의 생존자 등에서 우울증이 공통적으로 발견되었으며(Krystal & Nieder- land, 1968; Shore 등, 1986; Lifton, 1979), '생존에 대한 죄책감'을 나타내는 경우도 있다(Lifton, 1973). 불안도 자주 경험되는 증상 중 하나로(1994, APA, DSM-IV), 일반화된 불안, 공항장애, 죽음에 대한 불안 등이 PTSD에 수반될 수 있다(Lifton, 1979). 신체화 또한 흔하게 나타나는 증상이다(Niederland, 1968; Krystal 등, 1968). 지나친 긴장, 피로, 두통, 알레르기 증상, 순환계 증상, 심장계 증상, 건강염려증, 대장염, 위장의 과활동, 위궤양 등이 이에 포함된다. Lindy와 Titchener(1983)는 자아기능에서 변화가 일어날 수 있다면서, 지나친 통제, 퇴행, 경직성, 가용한 자원의 감소, 승화시키는 능력의 감소 등이 이에 포함된다고 하였다. 그밖에 적응 문제, 대인관계의 단절, 성적인 문제, 생활스타일의 변화, 불신감, 배신감, 희생양이 된 느낌, 손상된 자기-상 등을 나타낼 수 있다.

PTSD의 증상에 대한 연구가 많이 이루어졌음에도 불구하고, PTSD를 진단내리는 작업은 어려운 일이다. 김광일(1993)은 사고와 같은 외상사건과 관련하여 신경정신과 계통의 장해를 객관적으로 평가하는데 어려운 점이 많다고 지적하면서, 그 이유로 증상의 다양성, 증상의 주관성, 증상의 가변성, 복합적인 원인 등을 들었다.

확실한 진단을 위해 PTSD로 추정되는 환자들에게 다양한 심리 검사가 실시되어왔다. PTSD 환자들의 적응을 평가하기 위해 MMPI를 사용한 연구들은, PTSD 군이 대부분 임상 척도에서 상승된 점수들을 보여주었다(Penk 등, 1981; Fairbank, Keane & Malloy, 1983; 계윤정 등, 1993; 김규현 등, 1993).

Keane, Malloy, Fairbank(1984)는 PTSD가 있는 100명의 월남 참전용사와 100명의 정신과 통제군의 연구에서, PTSD 군에서 일관되게 MMPI 8-2 패턴이 관찰되었다고 보고하였다. F 척도가 유의미하게 상승되었고, K 점수는 유의미하게 낮았으며, Mf를 제외한 모든 임상 척도에서 유의미하게 높은 점수가 관찰되었다고 한다. 이들은 MMPI가 PTSD 군과 정서장애나 불안장애, 성격장애, 정신병적인 장애를 가진 참전용사들과 신뢰롭게 구분할 수 있다고 하였다.

로샤도 중요한 검사가 될 수 있다. Bailey(1985)는 월남 참전용사 PTSD 환자들의 로샤 반응들이 자주 정서적으로 부과된, 전쟁과 관련된 지각을 나타낸다고 하였다. Van der Kolk와 Ducey(1984)는 정서적인 위축이 특징인 환자들에게 로샤를 실시하여, 빠뜨릴 수도 있는 PTSD의 존재를 나타낼 수 있다고 하였다.

Malloy, Fairbank, Keane(1983)은 다중방법 행동적 평가절차를 개발하였는데, 이것에는 행동적인 측정(예, 외상적인 자극으로부터의 회피반응)과 인지적인 측정, 정신생리적인 측정(예, 심박과 피부 저항)이 포함된다. Malloy 등(1983)은 외상적 자극으로부터의 회피행동을 가지고, PTSD 피험자들과 통제군을 90% 정확률로 올바르게 구분할 수 있었고, 생리적인 측정만을 사용해서는 80%의 정확률을 얻었다.

이 밖에도 PTSD를 평가하기 위해 사용되어온 많은 종류의 질문지와 평가도구들이 있다. 사건의 충격척도(IES, Horowitz, 1986)는 환자들이 경험하는 침입적 사고와 회피적 반응의 정도를 직접적으로 측정한다. 반응지표(RI, Frederick, 1987)는 DSM -III에서 PTSD의 진단준거에 기초한 자기-보고형 질문지로, 항목에는 침입적인 경험, 두려움과 긴장, 회피와 무감각에 관한 질문들이 포함되어 있다. Veronen과 Kilpatrick(1980)이 수정한 두려움 조사지(Fear Survey)는 강간을 포함한 임상적인 연구에 아주 흔히 사용되었

으며, Beck의 우울증 질문지(BDI)도 흔히 사용되어 왔다.

PTSD의 진단적인 어려움을 극복하기 위해 Atkinson 등(1982)과, Sparr와 Pankratz(1983)은 PTSD의 진단에 경험이 많은 임상가에 의한 면담이 이루어져야 하고, 환자 쪽의 다른 사람들(예를 들면, 배우자, 가족 등)과의 접촉이 필요하다고 하였다. 또한 가능하다면, 자료의 입증절차를 갖도록 추천하였다.

PTSD를 진단하는데 있어서 주의해야 할 또다른 점은 여러 다른 정신과적 질병들과의 감별진단인데, 주로 불안장애, 우울증, 적응장애, 반사회적 성격장애, 정신분열증, 인위성 장애와의 감별이 필요하다.

이 중에서 특히, 외상경험으로 인한 손해배상과 같은 보상 문제가 걸려있는 경우, 꾀병(Malinger- ing)과의 감별이 중요하다. 실제로, 증상의 과장과 같은 자료의 위조는 PTSD를 나타내는 모든 환자 모집단에서 나타나기 쉬운 문제이다.

Sparr와 Pankratz(1983)는 PTSD와 인위성 PTSD를 감별하는데 내재하는 어려움에 대해 이야기 하면서, 환자들이 월남 행정 시설에서 PTSD를 가짜로 만들어내기 위해 다양한 시도들을 하고, 사실을 올바로 말하지 않았다고 보고하였다.

만약 환자들이 MMPI의 F 척도에서 88점 이상의 T 점수를 얻는다면 그것은 그들이 증상을 과장하고 있고 PTSD 진단은 의심되어야 한다는 제안이 있다 (Fairbank, McCaffrey & Keane, 1985; Pary 등, 1987). 그러나, Hyer 등(1987)은 독립적으로 PTSD로 진단된 퇴역군인 중 50%가 과장된 범위 안의 점수를 나타낸 것을 발견했다. 이들은 월남 참전용사들의 MMPI에서 연구에서, PTSD 퇴역군인들이 F 척도에서 많은 항목들을 시인하는 것은 사실이지만, 그것이 반드시 나쁘게 보이려는 시도는 아니라고 결론을 내렸다.

이상에서 볼 때, 진짜 외상후 스트레스 장애 환자들을, 꾀병이나 인위성 외상후 스트레스 장애 환자들과 구분하는 것은 어려운 작업임을 알 수 있다. 본 연구에서는 MMPI의 프로파일을 기초로 하여, 삼풍 백화점 붕괴 사고라는 엄청한 외상사건을 동일하게 경험한 사람들이, 어떤 특성을 지닌 집단들로 구분될 수 있는지를 일차적으로 알아보고자 한다. 그다음 성별, 학력, 나이, 경제수준 등 인구통계학적인 변인들과, 사고당시 동반자 사망여부, 구조되기까지 갇혀있었던 기간, 입원기간, 장애판정 결과 등 사고경험의 심각도를 객관적으로 나타내는 지표들 상에서 각 집단 간에 차이가 있는지 알아볼 것이다. 또한, 동일한 외상을 경험했다고 하더라도 성격에 따라 외상사건과 여러 가지 증상에 집착하기도 하고 민감한 반응을 나타내지 않을 수도 있다. 따라서, 각 집단들이 성격적인 측면에서 어떤 차이를 보이는지 검증하고, 이를 통해 PTSD 증상과 성격 간의 연관성을 알아보고자 한다.

방 법

피험자

1995년 삼풍백화점 붕괴 사고로 인하여 신체적, 정신적 피해를 입은 환자 624명을 대상으로 하였으며 삼풍사고 발발 5개월 후, 고대안암병원에서 작성한 interview 절차와 여러가지 질문지들을 실시하였다. 본 연구에서는 비타당한 사례를 제외하여 총 610명의 자료가 사용되었다.

도구 및 절차

1) MMPI : 김영환, 김재환, 김중술, 노명래, 신동균, 염태호, 오상우(1989)가 표준화한 다면적 인성검사를 사용하였다. 총 556문항으로 이루어져 있으며 3개의 타당도 척도(L,F,K)와 10개의 임상척도들로 구성되어 있다.

2) 성격요인 검사 : Cattel 등이 제작한 성격요인 검사는 16개의 성격요인을 추축해내었으며, 이 성격요인들은 개인의 성격 특성(trait)을 반영하는 것으로 상황에 따라 변하지 않는다는 것을 가정하고 있다. 본 연구에서는 염태호, 김정규 등(1990)이 Cattel의 16가지 성격요인을 표준화한 것을 사용하였다.

3) 사고와 구조 당시의 여러 상황과 증상의 심각도

를 평가하기 위하여 고대 암안 병원에서 만든 면담 양식을 사용하였다. 이 양식에는 성별, 나이, 학력, 거주형태, 월급수준, 의식소실기간, 동반자/가까운 사람의 사망 여부, 탈출 및 구조된 방법, 구조기간, 입원치료기간, 정신과 병력 등이 포함되어 있다. 또한, Macbride 판정 기준을 중심으로 여러명의 정신과 의사들이 합의하여 장애정도를 판정한 것이 포함되어있다.

분석 방법

WINDOW용 SPSS를 사용하였으며 MMPI T점수에 기초하여 군집분석을 실시하여 집단을 나누었다. 면담 양식에 포함된 인구통계학적인 자료와 기타 자료는 x^2검증을 실시하였다. 인구통계학적인 변인 중 나이와, 성격요인검사는 F-test를 실시하고 사후검증으로 Sheffe 검증을 실시하였다.

면적 인성검사(MMPI)의 T점수를 기초로 군집분석(cluster anaysis)을 한 결과, 아래 표 1과 같이 뚜렷한 특성을 가진 세 집단들로 구분되었다. 1 집단에서 타당도 척도 F의 값이 약간 상승되어 있는데, 이는 이 군에 속하는 사람들이 심리적인 불편감을 느끼고 있으며 현실적응에서 어느정도 어려움이 있음을 시사한다. 임상척도에서는 건강염려증(Hs), 히스테리아(Hy), 우울증(D), 강박증(Rt)이 65점 이상으로 상승되어 있다. 이 집단에 속하는 사람들이 신체화 경향이 있고, 우울과 불안을 많이 경험하고 있음을 시사한다. 이상으로 보아, 이 집단은 신경증 집단으로 이름할 수 있겠다. 2 집단은 타당도 척도들이 모두 50점 근처로, 이 집단에 속한 사람들이 나쁘게 보이거나 좋게 보이려는 태도없이 이 검사에 임한 것을 알 수 있다. 임상척도들의 점수도 모두 정상범위에 속하고 있으며 따라서, 이 집단은 정상반응군으로 이름할 수 있겠다. 3 집단은 타당도 척도 F의 값이 87 점으로 크게 상

표 1. MMPI에 기초한 군집분석 결과

	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
1	48	60	48	69	67	68	55	49	58	67	53	54	55
2	48	48	51	57	54	57	48	49	47	51	39	50	48
3	44	87	41	75	72	70	60	52	78	76	74	61	66

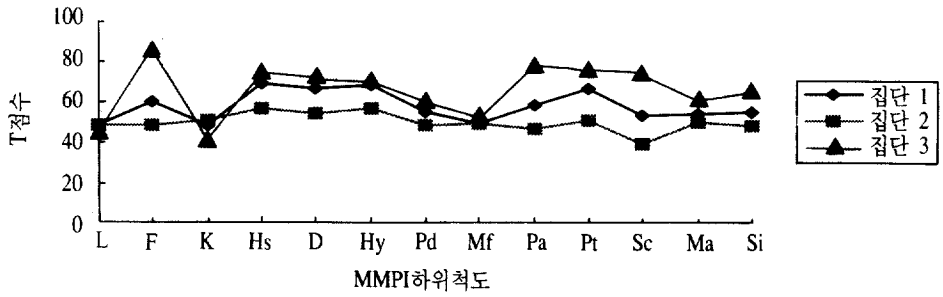

그림 1. MMPI에 기초한 군집분석 결과

결 과

삼풍백화점 붕괴사고의 생존자들이 어떠한 반응을 나타내는 집단들로 나눠지는 지를 알아보기 위해 다

승되어 있는데, 이는 이 집단에 속한 사람들이 현재 심한 심리적 갈등과 어려움을 겪고 있음을 시사한다. 임상척도에서도 남성성-여성성(Mf)을 제외한 건강염려증(Hs), 우울증(D), 히스테리(Hy), 반사회성(Pd), 편

집증(Pa), 강박증(Pt), 정신분열증(Sc), 경조증(Ma), 내향성(Si) 등 대부분의 척도에서 60점 이상으로 상승되어 있다. 이 집단은 다른 집단보다 증상을 가장 많이 호소하고 있고 사고이후 다른 집단보다 사회 적응에 가장 문제가 많을 것으로 생각된다. 이상으로 미루어보아 이 집단을 증상호소군으로 이름할 수 있겠다. 앞으로 논의에 있어서는 1 집단은 신경증 집단, 2 집단은 정상반응군, 3 집단은 증상호소군으로 명명하겠다.

표 2에서는 각 집단에 속하는 사람들의 수를 나타내고 있는데, 총 610명 중 신경증 집단이 295명으로 거의 과반수를 차지하고 있고 정상반응군이 가장 적게 143명, 증상호소군에는 172명이 속하고 있다.

표 2. 각 cluster의 사례 수

	사례 수
1	295
2	143
3	172

표 3. 남녀 분포표

	남	여	x^2
1	63	232	3.95
2	29	114	(P. = .138)
3	49	123	

표 3에서는 각 집단별 남녀 분포를 나타내고 있는데, 남자가 141명, 여자가 469명으로 여자가 훨씬 많다. 여기에서 각 집단 간에 남녀 분포에서 통계적으로 유의미한 차이는 발견되지 않았다.

표 4는 각 집단별로 나이에 있어서 차이가 있는지를 분석한 결과로, 정상반응군에 속한 사람들의 나이가 신경증 집단에 속한 사람들보다 유의미하게낮다. 증상호소군에 속한 사람들과는 유의하지는 않았지만, 역시 정상반응군에 속한 사람들의 나이가 더 낮은 것을 알 수 있다.

표 4. 나이 (a: 1-2집단의 차이/b: 1-3집단의 차이/c: 2-3집단의 차이)

	평균	F
1	32.88	
2	29.04	5.01** (a)
3	32.00	

다음으로 각 집단 간에 학력과 월 수입에서 차이가 있는지를 검증한 결과, 통계적으로 유의미한 차이가 없었다(부록에 표 제시하였음).

그 다음에는 각 집단이 사고 현장에서의 경험과 사고이후 받은 치료기간과 장애판정 등에서 차이가 있는지를 알아보았다.

사고 현장에서의 의식소실기간에서 집단 간 유의미한 차이가 없었고, 삼풍 백화점 붕괴사고 당시 동반자/가까운 사람의 사망 여부에 관한 분포에서도 집단 간에 유의미한 차이가 없었다. 또한, 사고현장으로부터 어떻게 나오게 되었는지, 구조될 때까지 걸린 시간에서도 집단 간에 유의미한 차이는 없었다(부록에 표 제시하였음).

그러나, 치료경력에서는 차이가 있었다. 표 5는 사고 이후, 응급처지/입원치료의 기간에 대한 분포를 나타낸 것으로, 세 집단 간에 유의미한 차이가 있었다.

표 5. 입원치료 분포표

	응급 처치	1주일 이하	2주일 이하	1개월 이하	3개월 이하	5개월 이하	현재까지 입원 중	x^2
1	40	10	53	79	90	8	9	38.57***
2	22	11	22	40	37	3	4	(P. = .000)
3	42	13	19	46	24	14	7	

3개월 이하의 입원치료를 받은 사람들은 신경증 집단에서 가장 많았고 5개월 이하 입원치료받은 사람은 증상호소군에서 14명으로 가장 많았다. 대체로 신경증 집단과 증상호소군이 정상반응군에 비해 입원기간이 긴 편이었다. 그러나, 정신과 치료를 받은 경험의 유무와 기간의 분포에서는 집단 간 유의미한 차이가 없었다.

표 6는 집단 별로 받은 장애판정의 분포를 나타낸 것인데, 유의미한 차이가 있었다. 신경증 집단과 증상호소군에서는 대부분이 B,C 등급을 받았으나, 정상반응군에서는 B 등급이 많았다. 신경증 집단과 증상호소군이 정상반응군에 대해 장애등급 판정에서 더 심각한 상태인 것으로 판정을 받은 것이다.

표 6. 장애 판정 분포표

	A	B	C	D	x^2
1	11	139	133	7	
2	28	79	33	2	51.42*** (P.= .000)
3	18	65	75	11	

다음으로 각 집단 간에 성격적인 측면에서 차이가 있는 검증해보았다. 표 7는 각 집단이 16가지 성격특성에서 차이가 있는지를 검증한 결과이다.

그 결과, 집단별로 16가지 성격특성에서 모두 차이가 있었는데, 정상반응군이 뚜렷하게 온정적 경향, 지능이 높은 편(단, 성격요인 검사에서 측정하는 지능은 주로 논리적인 추론능력을 재고 있다), 강한 자아강도, 정열적, 도덕적, 대담한, 강인한, 실리적, 편안한, 느긋한 경향이 있는 것으로 나타났다.

이에 비해, 증상호소군은 냉정한 경향, 지능이 낮은 편, 약한 자아강도, 복종적, 신중한, 덜 도덕적, 소심한, 신뢰하는, 생각이 많은, 순진한, 죄책감을 갖기 쉬운, 보수적, 자기 충족적, 갈등적, 매우 불안한 성격특성을 지니고 있는 것으로 밝혀졌다.

한편, 신경증 집단은 약한 자아강도, 죄책감을 느끼기 쉬운, 보수적, 의존적, 불안한 성격특성들을 보이고 있는데, 증상호소군보다는 약하고 정상반응군보다는 심하게 신경증적인 경향성이 있음을 시사하고 있다.

표 7. 집단 간 성격요인에서의 차이 검증

	1	2	3	F
냉담-온정성	5.65	6.08	3.96	49.65***(b,c)
지능	4.59	5.06	3.94	12.09***(b,c)
자아 강도	3.58	5.23	2.40	91.71***(a,b,c)
복종-지배성	5.21	5.25	4.27	13.09***(b,c)
신중-정열성	5.09	6.02	4.07	38.48***(a,b,c)
도덕성	5.07	5.08	4.26	9.07***(b,c)
소심-대담성	5.17	5.55	3.81	15.70***(b,c)
강인-민감성	5.46	4.92	5.60	4.55* (a,c)
신뢰-불신감	5.23	5.48	4.79	4.38* (c)
실재-사변성	4.98	4.51	5.23	4.73** (c)
순진-실리성	5.04	5.41	3.91	25.67***(b,c)
자신-죄책감	6.67	5.50	7.67	43.46***(a,b,c)
보수-진보성	5.72	5.55	5.09	4.99** (b)
집단의존-자기충족성	5.49	5.43	6.13	5.62** (b,c)
통제성	5.53	542	4.33	17.99***(b,c)
이완-불안감	7.72	6.64	8.70	34.11***(a,b,c)
동기 왜곡	4.53	5.09	3.39	32.37***(a,b,c)
신뢰도	4.92	4.58	4.91	.92

종합적으로 볼 때, 삼풍백화점 붕괴사고라는 동일한 외상을 경험한 사람들을 대상으로 군집분석을 하여 세 개의 독특한 집단, 즉 신경증 집단과 정상반응군, 증상호소군을 구분해내었다. 이 세 집단에 대하여 인구통계학적인 요인들을 비교한 결과, 나이에서만 유의미한 차이를 발견할 수 있었다. 그다음 객관적인 자료로 확인할 수 있는, 그들이 경험한 외상의 성격(의식 소실 기간, 얼마나 가까운 사람이 사망했는지, 사고현장으로부터 구조된 경위, 구조될 때까지의 시간)을 비교한 결과, 집단 간에 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 하지만, 입원치료 기간, 장애판정 등급에서는 유의한 차이가 있었다. 성격요인 검사를 통해 증상호소군, 신경증 집단, 정상반응군, 세 집단 간에 성격 특성의 차이를 검증한 결과, 정상반응군이 가장 성격적으로 건강하고, 증상호소군이 가장 성격적으로 취약하고 병리적인 특성이 많은 것으로 나타났다.

논 의

본 연구에서는 MMPI의 T점수에 기초하여 군집분석을 실시하여 증상호소군과 신경증 집단, 정상반응군을 구분할 수 있었다. 첫 번째로 주의깊게 보아야 할 내용은 증상호소군(집단 3)의 특성에 대한 해석이다. 증상호소군은 MMPI 프로파일에서 F 척도의 점수가 특징적으로 상승되어있고 Mf를 제외한 모든 임상척도에서 60-80점 사이에 속하는 높은 점수를 나타내고 있다. 이 집단은 실제로 여러 가지 신체 증상과 불안, 우울을 경험하고 때로는 자극에 대한 과민성, 사회적인 철수, 비현실적인 사고로 고통받고 있을 수 있다. 외상후 스트레스 장애 환자들을 대상으로 한 계윤정(1993) 등의 연구는 PTSD 환자들이 MMPI에서 신경증 척도와 정신병 척도가 함께 상승하는 소위 '상승 프로파일' 경향을 나타낸다고 보고하였는데, 이는 본 연구의 증상호소군의 프로파일과 비슷하다. 그러나, 이들의 평가는 조심스럽게 이루어져야 하는데, 왜냐하면 이들의 증상형성과 보상 문제가 직결되어 있기 때문이다. 본 연구의 증상호소군에는 보상문제와 관련하여 자신의 증상의 심각도를 fake-bad하는 경향을 가진 환자들과, 실제로 많은 임상적인 증상들로 인해 더 큰 괴로움을 겪고 있는 환자들이 섞여 있을 것으로 생각된다. 본 연구에서 이들을 구분해내지 못한 점이 아쉬움으로 남는다. 고영건(1996)은 MMPI를 이용하여, 보상과 관련하여 왜곡반응을 나타낼 경우 이를 탐지하는 방법을 제안하였고, 은헌정 등(1994)은 MMPI 하위척도들을 판별분석하여 외상후 스트레스 장애 환자들을 정확하게 구분할 수 있다고 제안하였다. 앞으로도 계속해서 정확하게 PTDS 환자들을 가려낼 수 있는 방법들에 대한 논의가 필요하다고 생각된다.

두 번째로, 신경증 집단(집단 1)을 보면, 본 연구의 피험자 중 가장 많은 수의 사람들(약 50%)이 이 집단에 속하고 있다. 따라서, 이 집단이 삼풍 백화점 붕괴 사고 생존자의 가장 대표적인 프로파일을 나타내고 있다고 볼 수 있다. MMPI의 프로파일에서 F 척도의 점수가 60점으로다소 상승되어 있는데, 이들이 주관적인 불편감을 호소하고 있긴 하나 현실적인 적응력과 판단력은 대체로 유지되고 있음을 알 수 있다. 임상척도 중에서는 Hs, Hy, D, Pt가 70점 가까이 상승되어 있는데, 이들이 신체적인 증상에 예민해져 있고 우울, 불안을 주로 경험하고 있음을 시사한다. 반면 편집증, 정신분열증 등의 정신병적인 척도의 점수는 50-60점 사이에 머무르고 있다. 계윤정 등(1993)이 한국인의 경우, 심리적인 스트레스를 신체화를 통해 표출하는 경향이 있다고 밝힌 바가 있는데, 본 연구에서도 삼풍사고 생존자들의 대표적인 집단이라고 할 수 있는 신경증 집단에서 신체적인 증상에 대해 예민하게 반응하고 염려하는 면이 특징적으로 나타나고 있다.

세 번째로 주목할 만한 것은, 정상인들의 프로파일과 거의 차이가 없는 프로파일을 나타내는 정상반응군(집단 2)의 존재이다. 은헌정 등(1994)의 연구에서도 이와 유사한 집단이 확인된 바 있다. 정상반응군의 경우, MMPI의 대부분의 척도에서 점수들이 40-60점 사이에 자리하고 있다. 그중 가장 상승된 것이 건강염려증(57점), 히스테리아 척도(57점)로 약하게 신체화 경향이 시사된다. 이들이 자신의 무기력감이나 약하게 보이는 것을 싫어하여 의도적으로 증상을 과소하게 나타냈을 가능성도 배제할 수는 없으나, 이 집단을 통해 볼 때, 외상 사건을 겪은 사람들이라고 해서 모두 심한 증상을 나타내는 것은 아님을 알 수 있다.

네 번째로, 본 연구에서 군집분석 결과 나타난 세 집단 간에 인구통계학적인 변인 중에서 차이를 나타낸 유일한 변인이 '나이'였다. 증상호소군이 평균나이가 가장 많았고 정상반응군이 평균나이가 가장 적었다. 이것은 다른 외국의 연구결과와도 일치하는 것이다(Sperr 등, 1990). 이러한 결과는 나이가 많은 사람보다 젊은 사람이 더욱 현실에 쉽게 적응하고, 외상경험으로 인한 심리적, 신체적 어려움들을 건강하게 해결한다는 것을 알 수 있다. 본 연구자가 환자들과 면담할 때에 젊은 사람들은 대체로 '큰 문제 없다, 심하지 않다'는 식으로 언어적인 표현을 하고, 나이가 많을수록 여러 가지 신체적인 증상과 불안, 우울 등

을 더 많이 호소고 이에 집착하는 경향이 있음을 느낄 수 있었는데, 통계적인 결과도 이를 입증해주고 있다.

다섯 번째로, 삼풍사고 생존자들이 겪은 외상의 심각한 정도를 객관적으로 판단할 수 있게 해주는 여러 가지 변인들에 대한 분석에서는, 입원치료 기간과 장애판정 등급에서 세 집단 간에 차이가 있었다. 이는 증상호소군이 실제로 다른 집단보다 더 심한 외상 경험을 겪었고 따라서 더 긴 입원기간이 필요했고 장애등급도 높게 받은 것으로 이해할 수 있다. 그러나, 이들 중 일부는 증상을 과장했을 가능성도 배제할 수는 없다. 또한, 정신과 의사나 심리학자들과 같이 치료나 상담장면에 있는 사람들은 외상의 피해자나 희생자들에게 동정을 느끼거나 그들에게 도움을 주고 싶어하는 경향이 있다. 이것이 편향요인(bias)으로 작용하여 증상을 과장하여 호소한 생존자들에게 더욱 유리하게 진단을 내렸을 가능성도 고려해보아야 할 것이다.

한편, 삼풍사고 1달과 3달이 지난 시점에서 그 생존자들을 평가했던 김승태 등(1997)의 연구에서는 사고당시 동반자의 사망, 의식상실 경험 등이 급성기 PTSD 증상 정도에 영향을 미치는 것으로 나타났으나, 본 연구에서는 증상호소군, 신경증 집단, 정상반응군 간에 의식소실기간, 동반자의 사망 여부, 가까운 사람이 사망했는지의 여부, 구조되기까지의 기간 등에서 유의한 차이가 없었다.

마지막으로, 본 연구자가 이 연구에서 가장 관심을 가진 부분중 하나가 증상호소군, 신경증 집단, 정상반응군, 이 세 집단이 성격적인 측면에서 어떻게 차이가 있는가 하는 점이었다. 16PF를 사용한 본 연구에서는, 정상반응군이 온정적 경향이 뚜렷하고 지능이 높은 편이고 자아강도가 강한 편이고 정열적이며 도덕적이고 대담하고 강인하고 실리적이며 편안한하고 느긋한 경향이 있는 것으로 나타났다. 이에 비해, 증상호소군은 냉정한 경향이 뚜렷하고 지능이 낮은 편이고 자아강도가 약한 편이며 복종적이고 신중하며 덜 도덕적이고 소심하며 신뢰하는 편이고 생각이 많고 순진하며 죄책감을 갖기 쉽고 보수적이며 자기 충족적이고 갈등적이며 매우 불안한 성격특성을 지니고 있는 것으로 밝혀졌다. 신경증 집단은 자아강도가 약하고 죄책감을 느끼기 쉬우며 보수적이고 의존적이고 불안한 성격특성들을 보이고 있는데, 증상호소군보다는 약하나 정상반응군보다는 심하게 신경증적인 경향성이 있음이 밝혀졌다.

이와 같은 결과는 정상반응군이 정신적, 성격적으로 가장 건강하며, 증상호소군은 다른 집단들에 비해 성격적으로 가장 병리적인 면이 많고, 신경증 집단은 증상호소군 만큼 심하지는 않지만, 정상반응군보다는 더 취약한 성격특성을 지닌 것으로 해석된다.

McFarlane(1989)은 PTSD의 만성적 경과에 있어서 개인의 취약성이 외상 자체보다 더 중요한 영향을 미친다고 하였는데, 본 연구에서도 성격적인 측면이 외상을 경험하는 심각도에 영향을 미칠 수 있음을 시사한다.

참고문헌

계윤정, 최정윤(1983). 외상후 스트레스 장애 환자의 MMPI 프로파일. **한국심리학회지 : 임상**, 12, 1, 30-40.

고영건(1996). 교통사고 환자의 MMPI 왜곡반응탐지. 고려대 석사학위논문.

김광일(1993). 장해감정의 실제적 문제들. **신경정신의학**, 32, 2, 135-148.

김규현, 정문용(1993). 한국전 참전 외상후 자극장애 환자의 MMPI 양상. **신경정신의학**, 32, 5, 717-723.

김승태 등(1997). 삼풍사고 생존자들에서의 급성 외상후 스트레스 장애 : 발생빈도, 예측인자, 증상변화에 대한 예비적 연구. **신경정신의학**, 36, 3, 475-487.

김중술(1988). **다면적 인성검사**. 서울대학교 출판부.

염태호, 김정규 등(1990). **성격요인검사 ; 실시요강과 해석방법**. 한국 심리적성 연구소.

은헌정, 이선미, 장광철(1994). 외상후 스트레스 장애

의 다면적 인성검사 특성. 신경정신의학, 33, 2, 353-363.

American Psychiatric Association(1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.. Third Edition* : Washinton DC:. APA.

American Psychiatric Association(1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders(3rd ed.-revised)* : Washinton DC:. APA.

American Psychiatric Association(1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.. Fourth Edition* : Washinton DC. APA.

Atkinson, R.M., Henderson, R.G., Sparr, L.R., & Peale, S.(1982). Assessment of Vietnam veterans for post-traumatic stress disorder in veterans administration disability claims. *American Journal of Psychiatry*, 139 (9), 1118-1121.

Bailey, J.E.(1985). Differential Diagnosis of posttraumatic stress and antisocial personality disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 36 (8), 881-883.

Fairbank, J.A., Keane, T.M., & Malloy, P.F.(1983), Some preliminary data on the psychological characteristics of Vietenam veterans with posttraumatic stress disorders. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 51 (6), 912-919.

Fairbank, J.A., McCaffrey, R., & Keane, T.M.(1985). Psychometric detection of fabricated symptoms of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 142, 501-503.

Frederick, C.J.(1987). Psychic trauma in victims of crime and terrorism. in G.R. VandenBos & B. K. Bryant (Eds.) *Cataclysm, crieses, and catastrophes : Psychology in actionmaster Lecture Series*. Washington, D.C : American Psychological Association.

Graham, J.(1977). *The MMPI : Practical Guide*. New York : Oxford University Press.

Horowitz, M.J.(1986). Stress response syndromes(2nd ed.). New York : Jason Aronson.

Hyer, L., Fallon, J.H., Harrison, W., & Boudewyns (1987). MMPI overreporting by Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 79-83.

Kardiner, A.(1941). *The traumatic neuroses of war*. New York : Hoeber.

Keane, T.M., Malloy, P.F., & Fairbank, J.A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 888-891.

Kirtland C.P., Maurice, F.P., & Robert, A.S.(1991). *Post-traumatic stress disorder ; A clinician's guide*.

Krystal, H., & Niederland, W.G.(1968). Clinical observations of the survival syndrome. In H, Krystal (Ed.), *Massive psychic trauma*. New York : Inernational Universities Press.

Lifton, R.J.(1973). *Home from the war*. New York : Simon & Schuster.

Lifton, R.J.(1979). *The broken connection*. New York : Simon & Schuster.

Lindy, J.D., & Titchener, J.(1983). "Acts of God and man": Long-term character change in the survivors of disasters and the law. *Behavioral Sciences and the Law*, 1 (3), 85-96.

Malloy, P.F., Fairbank, J.A., & Keane, T.M.(1983). Validation of a multi-method assessment of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 488-494.

McFarlane, A.C.(1989). The etiology of post-traumatic morbidity : Predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Pshciatry*, 154, 221-228.

Niederland, W.G.(1968). Clinical observations on the survivor syndrome.. *International Journal of*

Psychoanalysis, 49 (2-3), 313-315.

Pary, R., Tobias, C., & Lippman, S.(1987). Recognizing shammed and genuine post-traumatic stress disorder. *VA practitioner*, July, 37-43.

Pank, W.E., Robinowitz, R., Patterson, E.T., Dolan, M.P., & Atkins, H.G.(1981). Adjustment differences among male substance abusers varying in degree of combat experiences in Vietnam. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 426-437.

Shore, J.H. (Ed.). (1986). *Disaster stress studies : New methods and findings*. Washingto, D.C. : American PSychiatric Press.

Sparr, L., & Pankratz, L.D.(1983). Factitious posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1016-1019.'

Sperr, E., Sperr, S., Craft, R.B., & Boundewyns, P. (1990). MMPI profiles and posttraumatic symptomatology in former prisoners of war. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 369-378.

Van der Kolk, B.A., & Ducey, C.P.(1984). Clinical implications of the Rorshach in post- taumatic stress. In B.A. Van der Kolk (Ed.), *Post traumatic stress disorder: Psychological and biological sequelae*. Washington, D.C. : American Pychiatric Press.

Veronen, L.J., Kilpatrick, D.G.(1980). Self- reported fears of rape victims: A preliminary investigation. *Behavior Modification*, 4 (3), 383- 396.1

A research on the clinical manifestations and personality factors of the Sampoong Accident Survivors

Kim Jong-nam Lee Min-su Shin Dong-kyun

Department of Psychiatry, Korea University Medical College

Those who experienced war or other disaters have severe physical and psychological problems for several years, and their severity is so tremendous. Accordingly, studies on PTSD patients have also been achieved actively. In this study, with victims of Sampoong Department collapse accident, we attempted to identify which groups the survivors who experienced the trauma are divided into, and to find out each group's clinical manifestations and differences in personality factors.

Our subjects are the survivors of Sampoong Department collapse accident - total 610 cases. We got three discriminated groups by cluster analysis, which based on the T-scores of MMPI. The first group(I) is neurotic group, which has a somatization tendency, and high level of anxiety and depression. The second group(II) is normal-reaction group, which didn't show particular symptoms. The third group(III) is symptom-complaint group, which shows uniquely elated score in the F scale and entirely elated scores in the clinical scales.

The three group didn't manifest any significant difference in the demographic data, except for age. Hospitalization periods of I and III were longer than that of II, and I and III got more severe grades in the disturbance grade than II.

We compared personality traits among three groups, using 16PF. The result indicates that II (normal-reaction group) is the most psychologically healthy and III(symptom-complaint group) is quite vulnerable and psychopathologic.

부 록

표 1. 학력 분포표

	무학	국졸	중졸	고졸	대졸 이상	x^2
1	2	18	27	174	72	8.97
2	1	6	4	92	40	(P. = .344)
3	3	11	13	105	39	

표 2. 월 수입 분포표

	100만원 이하	100-300만원	300만원 이상	x^2
1	132	113	19	3.79
2	72	51	15	(P. = .435)
3	82	57	9	

표 3. 거주형태 분포표

	자택	전세	월세	기타	x^2
1	151	112	20	2	7.25
2	78	56	2	2	(P.= .299)
3	84	71	8	1	

표 4. 의식소실기간 분포표

	없음	5분 이하	5-30분	30분-1시간	2-6시간	6-12시간	12-24시간	24시간 이상	x^2
1	161	44	30	26	16	0	1	2	18.96
2	85	20	14	4	8	2	0	1	(P.= .166)
3	92	23	20	8	15	1	1	5	

표 5. 동반자 사망 분포표

	직계 가족	친구	동료/상사	모르는 사람	없음	x^2
1	6	21	95	20	134	6.29
2	3	7	39	10	71	(P.= .615)
3	6	9	47	19	81	

표 6. 탈출 및 구조 상황 분포표

	자력 탈출	동료 도움	구조대	기타	x^2
1	111	27	136	11	6.29
2	60	14	61	2	(P.= .615)
3	65	13	86	3	

표 7. 구조기간 분포표

	5분 이하	10분 이하	30분 이하	1시간 이하	5시간 이하	12시간 이하	1일 이하	1주일 이하	2주일 이하	2주일 이상	x^2
1	43	12	47	72	61	12	2	13	1	0	17.76
2	20	14	29	36	26	3	1	2	1	0	(P.=.338)
3	21	17	32	44	25	10	2	8	0	0	

표 8. 정신과병력 분포표

	없음	2주일 이하	1개월 이하	x^2
1	246	0	44	6.34
2	123	1	14	(P. = .175)
3	141	0	29	