

종합건강진단을 받는 사람의 MMPI 프로파일*

김영환

경북대학교 심리학과

이 연구는 종합건강진단을 받는 사람들에게 신체적 질병에 대한 검진과 동시에 정신건강도 평가해야 할 필요성을 검토하였다. 종합건강진단을 받는 사람들에게 실시한 MMPI 프로파일에서 무선적으로 선정한 200개의 프로파일을 자료로 하여 다변인 군집분석을 시행하고, 특정 척도가 T점수 70이상 상승한 척도를 중심으로 프로파일 유형을 분류하였다. 그 결과 가장 흔히 상승하는 임상척도는 Hs, D, Hy, Pt척도이었고, 군집분석을 시행한 결과 이들의 프로파일은 3유형으로 분류할 수 있었다. 그리고 종합건강진단을 받는 사람들의 약 31%가 2, 7, 2-7, 1-3, 1-3(2)-7 프로파일 유형을 보여주고 있었다. 특히 두 척도 이상이 같이 상승한 2-7, 1-3, 1-3(2)-7 프로파일 유형을 보여주고 있는 사례가 18%나 되었다. 이러한 사례들은 단일 척도가 상승한 경우보다 정신건강이나 적응에 문제가 있을 가능성이 더 높다. 이러한 결과는 종합건강진단을 받는 사람들의 약 31%는 적어도 신경증적 경향을 가지고 있거나 신경증으로 진단할 수 있다는 것을 지적하는 것으로 해석할 수 있다. 따라서 종합건강진단을 받는 사람들에게 신체질환뿐 아니라 정신건강도 같이 평가하면 적어도 약 31%에 해당하는 사람들에게 건강의 유지와 치료적 개입에 실질적인 도움을 줄 수 있다고 생각된다.

19세기까지만 하더라도 대부분의 질병은 감염이 원인이라는 생각이 지배적이었다. 즉 질병이란 어떤 병원체가 체내에 들어온 결과이며, 하나의 원인에 의해 하나의 질병이 생긴다는 것을 가정한 것이다. 이와 같은 질환모형 또는 의학모형은 질병이란 어떤 물질이 체내에 침입하거나(object intrusion) 마귀에 씌어서 (spirit possession) 생긴다는 원시시대부터 있었던 질병관과 별로 다를 바 없다. 그러나 WHO(World

Health Organization)의 정의에 따르면 건강이란 단순히 질병이 없는 상태를 말하는 것이 아니고 신체적, 정신적 및 사회적 양태(well-being)를 의미한다. 여기서 질병이란 개인의 기능이나 외관(appearance)을 손상시켜 궁극적으로 죽음에 이르게 할 수도 있는 과정을 의미한다. 그리고 질병은 단일 요소나 여러 요소가 상호작용하여 일시적 또는 영구적 기능장애를 일으킬 수 있다.

* 이 논문은 1996년도 경북대학교 자유공모과제 연구비에 의하여 연구되었음.

그러나 최근에는 신체질환이라 하더라도 질환모형으로 설명하기 어려운 경우가 점점 늘어나고 있다. 특히 김광일, 서혜희, 박용천, 이승탁 및 김이영(1989)은 심리적 요인이 건강과 질병을 지배한다는 견해가 점차 인식되고 정신질환을 올바르게 이해하려는 긍정적인 입장이 높아짐에 따라 전통적인 의학모형으로 환자를 진단하거나 설명할 수 없다고 하였다. 따라서 신체질환을 더 잘 설명하기 위해서는 질환모형을 변화시키거나 확대시킬 필요가 있다고 하겠는데, Engle (1977)은 생물심리-사회적 모형(biopsychosocial model)을 제시하였다. 이 모형의 핵심은 장애를 가지고 있는 사람의 생물학적, 심리적, 사회적 요인을 동시에 고려함으로써 신체질환이나 기능장애를 더 잘 설명할 수 있다는 것이다. 정신신체의학이나 행동의학에 관한 많은 연구결과들은 이 모형을 지지하고 있다. 즉 정신신체의학에서는 질환이란 많은 요인들이 상호작용한 결과로 보고 스트레스나 갈등과 같은 심리적 요인을 강조하고 있으며, 행동의학에서는 적응문제뿐만 아니라 신체질환과 관련된 문제도 행동치료적으로 접근할 수 있다는 연구결과들을 많이 제시하고 있다.

질환모형에 대한 비판과 함께 신체질환과 성격적 및 정서적 요인과의 관계에 관한 많은 연구들이 이루어졌다. 특히 최근에는 고치기 어려운 질환으로 알려져 있는 암환자의 치료와 생명을 연장시키기 위해 스트레스 대응방법의 훈련과 심리적 지지의 필요성을 강조하고 있다(Taylor, Falke, Shoptaw, & Lichtman, 1986). 또한 다발성 경화(multiple sclerosis)에 미치는 부적 정서의 영향(Devins & Seland, 1987), 관상성 심장질환과 A유형의 성격과의 상관관계(Mathews, 1988), 만성 통증과 정서적 상태와의 관계(Romano & Turner, 1985) 등의 연구들이 보고되고 있다. 이러한 연구결과들은 근본적으로 성격적 또는 정서적 요인이 신체질환의 원인이라는 것을 지적하는 증거는 아니다. 즉 정서적 요인이나 스트레스 또는 A형 성격유형이 암, 다발성 경화, 관상성 심장질환 및 만성 통증과 같은 질환과 상관이 높거나 증상의 유지 및 악화에 중요한 영향을 미친다고 보아야 할 것이다.

또한 정신신체의학의 연구결과가 지적하고 있는 바와 같이 정서적 요인이 신체질환에 차지하는 비중을 고려하면 질병의 치료에 심리적 요인의 중요성을 소홀히 할 수 없다. 예컨대, 그리스 의사인 Galen은 자신이 본 환자의 60% 정도는 정서적 원인 때문에 신체적 증상이 생겼다고 하였다. 이러한 비율은 Shapiro (1978)의 최근 연구결과(60-80%)와 비슷하다. 그래서 Shapiro는 수세기동안 의사들이 신체적 증상을 통제하기 위해 처방했던 약물이 질환의 치료에 아무런 효과가 없었거나 오히려 해로운 결과를 초래했을 가능성이 있다고 하였다. 그럼에도 불구하고 최근 다양한 치료제의 개발로 신체치료(somatic therapy)에 더 비중을 두고 신체질환에 개입된 정서적 또는 행동적 문제에 대한 치료적 개입은 오히려 소홀히 다루려는 경향이 있다.

이러한 경향은 치료의 주된 대상을 질환 자체에 초점을 맞추고 질환을 가지고 있는 사람의 환경이나 조건을 경시하려는 결과를 초래하였다. 말하자면 신체질환에 대한 정서적 또는 행동적 요인이 차지하는 비중은 더 증가하였으나 치료기법은 오히려 질환모형 또는 의학모형에 더 집착하는 듯한 인상을 주고 있다. 이런 의미에서 Michael(1982)은 전통적 의료체계를 비판하고 건강을 유지, 향상시키기 위한 건전한 행동유형과 생활환경 및 자기보호(self care)의 중요성을 강조하고 있다. 그리고 그는 인간의 사망원인을 행동요인, 환경적 요인, 생물학적 요인, 부적절한 의료체제로 분류하고, 이러한 요인이 사망에 차지하는 백분율은 각각 50%, 20%, 20%, 10% 정도라고 추정하였다. 이러한 주장은 질환의 치료에 마땅히 생활유형이나 행동유형을 중요하게 다루어야 한다는 점과 건강보호체계에 심리적 또는 정신적 봉사의 필요성을 제기하고 있다.

최근 건강에 대한 일반인들의 관심이 높아지면서 종합건강진단센터가 늘어나고 있는 추세에 있다. 종합건강진단의 중요한 의의가 질병의 조기 발견과 조기 치료뿐만 아니라 건강의 유지 및 향상에 있다면, 단순히 신체질환의 검진에만 그칠 것이 아니라 정신건강을 포함한 더 포괄적이고 철저한 검진이 필요하

다고 생각된다. 이러한 종합적 검진없이 건강의 유지 및 향상에 기여하기 어려울 뿐만 아니라 적절한 치료적 자문을 기대하기도 어렵다. 이러한 의미에서 본 연구는 종합건강진단을 받는 사람들에게 정신건강도 같이 평가해야 할 필요성을 검토하기 위해 이들에게 실시한 다면적 인성검사 프로파일을 분석하였다.

방법

대상

이 연구의 대상은 1993년 6월부터 1994년 6월까지 대구 시내에 있는 D종합건강진단센터에서 종합건강진단을 받은 사람들 가운데 200명(남자, 100; 여자, 100)을 무선적으로 선정하였다. 이들의 연령과 학력 및 직업은 다양하였다. 남자의 평균 연령은 43이었고 연령범위는 25-59세이었다. 그리고 여자의 평균 연령은 42세이었고 연령범위는 24-58세이었다. 연령분포는 20대가 10%, 30대가 30%, 40대가 37%, 50대가 23%이었다. 따라서 이 연구의 대상은 건강에 대한 관심이 증가한다고 볼 수 있는 40대 이후가 높은 비율을 차지하고 있다.

대상을 선정하는 과정에서 어떤 단체나 직장에서 집단적으로 종합건강진단을 받은 경우는 제외시켰다. 이들의 경우 종합건강진단을 받아야 할 개인적인 동기나 필요성을 느끼지 않았을 것으로 보았기 때문이다. 따라서 이 연구의 대상이 된 사람들이 종합건강진단을 받게 된 이유는 대충 두가지로 분류할 수 있었다. 한 부류는 주위에 있는 사람들이 종합건강진단을 받아 보는 것이 좋다고 하기에 또는 정기적으로 종합건강진단을 받아 보는 사람들로서 실질적으로는 아무런 자각증상이 없는 사람들이다. 말하자면 이들은 자신의 건강을 확인하거나 병의 조기 발견에 의의를 두고 있는 사람들이라 할 수 있다. 다른 한 부류는 어떤 형태이든 자각증상이 있으면서도 그러한 증상을 가지고 살아가는 사람들이다. 이들은 다른 병

원에서 신경성이라는 말을 들었거나, 병원에 가 보았으나 아무런 이상이 없다고 하여 그냥 견디고 있거나, 어림פות이나 자신이 신경성인 것 같다는 느낌을 가진 사람들이었다.

도구 및 절차

이 연구에서 정신건강을 평가하기 위해 사용한 검사는 임상심리학회에서 표준화한 다면적 인성검사(MMPI; 1989) 중 383문항으로 된 단축형을 사용하였다. 단축형을 사용한 이유는 종합건강진단을 받는 사람들에게는 MMPI문항이 너무 많다고 생각되기 때문이다. 많은 정서장애는 먼저 신체증상을 호소하거나 실제로 신체증상이 있고, 내과 환자의 50% 이상이 신체질환보다는 정서적 적응에 어려움이 있거나 심리적 문제가 있다는 지적에 따라 오래 전부터 의료장면에서 다면적 인성검사를 많이 적용하고 있다. 특히 다면적 인성검사는 여러 신체증상을 호소하거나 스트레스, 불만스런 직무조건, 생활상의 좌절 등에 대한 방어로 신체적 집착(somatic preoccupation)이 있을 경우 프로파일이 상승하나 신체질환 자체 때문에 프로파일이 상승하지 않는다는 연구결과에 따라 다양한 의료장면에서 널리 사용할 수 있는 심리검사라고 한다(Dahlstrom, Welsh, & Dahlstrom, 1975).

검사의 실시는 종합건강진단센터에 있는 경험이 풍부한 한 간호사가 본인의 동의를 얻은 후에 실시하였다. 즉 종합건강진단을 받으러 온 사람들에게 정신건강의 중요성을 한 의사가 충분히 설명하고 검사를 받으면 임상심리 전문가가 직접 면접하여 검사결과를 설명해 준다고 한 후, 이들이 이에 동의했을 경우 다면적 인성검사를 실시하였다. 채점은 본 연구자가 하였으며 모든 수검자들을 연구자가 직접 면접하고 필요한 조언을 하거나 정신과적 치료가 필요하다고 생각된 경우에는 적절한 치료를 권유하였다.

결과처리

실시한 인성검사를 실시요강에 따라 채점하고 각

척도치의 평균과 표준편차를 구하였다. 이들의 검사 결과를 어떤 프로파일 유형으로 분류할 수 있을 것인지 알아보기 위해 다변인 군집분석(multivariate cluster analysis)을 시행하였다. 그리고 종합건강진단을 받는 사람들에게 가장 흔히 상승하는 척도는 1, 2, 3, 7이었다. 이러한 임상소견에 따라 척도 2나 7만 T점수 70이상인 경우와 척도 1-3, 2-7, 1-3-7이 동시에 T점수 70이상 상승한 사례의 평균 프로파일을 제시하였다. 그리고 이 연구에서는 이러한 프로파일 유형을 2, 7, 2-7, 1-3, 1-3-7유형이라 기술하기로 하였다. 이러한 프로파일 분석을 통해 종합건강진단을 받는 사람들이 정신건강을 평가해야 할 필요성을 알아보려고 하였다.

결 과

종합건강진단을 받은 200명에게 실시한 MMPI의 각 척도별 평균, 표준편차, 최저치 및 최고치는 표1과 같다. 표1의 평균치는 정상집단에 실시한 프로파일과 같다. 그러나 각 척도치의 최저치와 최고치에서 보면 모든 타당성척도와 임상척도에서 매우 높게 상승하는 사례들이 있다. 따라서 어떤 척도치의 이러한 상승은 그 척도와 관련된 문제가 있을 가능성을 시사하는 것으로 볼 수 있다.

이러한 결과를 어떤 프로파일 유형으로 분류할 수 있는지 알아보기 위해 군집의 수를 3으로 지정하여 다변인 군집분석한 결과는 표2이고, 이를 프로파일로 제시한 것이 그림1이다. 전체 사례 가운데 프로파일 유형 I, II, III에 속하는 백분율은 각각 24%, 70.5%, 5.5%이었다. 프로파일 유형 I은 정상집단에 실시한 프로파일과 같다. 프로파일 유형II와 III은 다소 임상척도가 상승한 것으로 볼 수 있겠는데, 이 두 프로파일은 타당성척도의 형태와 Pd, Pa, Pt, Sc척도에서 뚜렷한 차이를 보여주고 있다. 즉 프로파일 유형II의 타당성척도는 V자 형을 이루고 있으나 유형III은 타당성척도에서 F척도가 상승해 있고 소위 말하는 정신병척도도 높았다. 따라서 프로파일 유형III은 타당

표 1. 각 척도치의 평균, 표준편차, 최소치 및 최대치

척 도	평 균	표준편차	최소치	최대치
L	55.24	10.61	34.00	86.00
F	48.00	6.89	31.00	78.00
K	57.97	10.12	37.00	86.00
Hs	59.88	11.21	28.00	85.00
D	56.90	11.48	24.00	83.00
Hy	56.93	10.70	30.00	84.00
Pd	51.88	9.10	31.00	74.00
Mf	48.46	8.54	22.00	76.00
Pa	48.34	8.48	27.00	84.00
Pt	55.53	10.85	31.00	82.00
Sc	52.05	8.98	30.00	87.00
Ma	58.47	9.75	26.00	84.00
Si	50.55	10.55	23.00	76.00

성척도와 임상척도의 형태 및 상승 정도로 보아 정상범위에서 벗어난 프로파일로 볼 수 있겠는데, 이 유형에 속하는 사례는 5.5% 이었다. 그리고 프로파일 유형II는 Hs, D, Hy척도가 T점수 60이상으로 상승한 경우라 할 수 있지만, 이런 경우 프로파일 자체만으로는 임상판단을 상정하기 어려울 것으로 생각된다.

프로파일 자체가 시사하는 진단적 의미를 좀 더 구체화시키기 위해 2, 7, 2-7유형에 속하는 사례의 평균 척도치와 이를 프로파일로 제시한 것은 표3과 그림2이다. 2유형은 D척도를 정점으로 Hs 및 Hy척도치가 각각 T점수 68, 64이었다. 그리고 7유형의 경우 Hs, D, Hy척도도 같이 상승하는 경향을 보여주고 있다. 2-7유형은 D척도나 Pt척도뿐만 아니라 Hs, Hy척도도 상승하는 경향을 보여주고 있다. 따라서 이들 세 유형의 프로파일은 정도 차이는 있을지 모르나 근본적으로 동일한 부류에 속하는 증상을 호소할 가능성이 있다. 그리고 2, 7 및 2-7유형에 속하는 백분율은 각각 10%, 3%, 7%로서 전체 대상의 20%가 이들 유형의 프로파일을 보여주고 있었다. 이러한 프로파일들은 근본적으로 2-7프로파일(Gilberstadt & Duker, 1965; Lacher, 1968)과 유사한 것으로 보이는데, 이들 프로파일은 어쩌면 정서적 또는 적응적 문제가 있을

표 2. 프로파일 유형별 T점수의 평균과 표준편차

척도	유형 I		유형 II		유형 III		F 비
	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	
L	54.50	9.85	55.94	10.43	58.18	14.11	2.36
F	43.87	6.10	48.70	6.11	57.09	8.08	23.11**
K	58.06	10.21	58.24	10.33	54.00	5.76	0.90
Hs	46.48	8.08	63.62	8.12	70.27	9.37	87.77**
D	43.06	7.07	61.03	8.84	64.45	8.23	85.99**
Hy	43.90	6.65	60.45	7.77	68.45	9.18	98.34**
Pd	46.13	7.55	53.02	8.64	62.45	5.68	21.97**
Mf	47.48	7.71	48.67	8.91	50.09	7.07	0.56
Pa	43.44	7.59	48.86	7.08	63.09	9.77	32.89**
Pt	44.65	7.55	57.96	8.81	71.91	6.33	66.83**
Sc	45.25	7.19	52.98	7.25	69.73	6.82	55.42**
Ma	48.71	9.62	47.51	9.35	59.64	8.90	8.50**
Si	43.25	11.27	52.73	9.24	54.55	8.93	17.88**

** p<.001

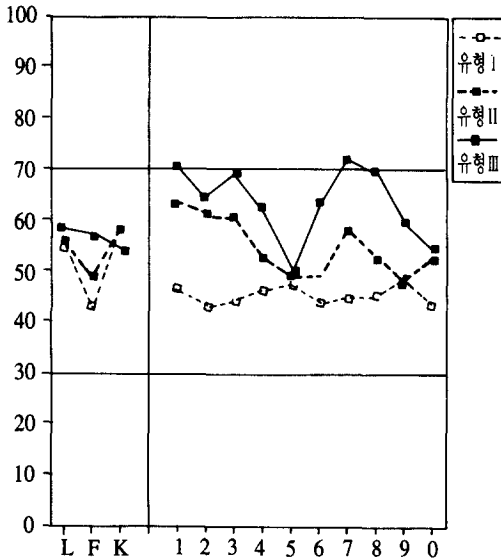


그림 1. 군집분석 결과로 얻어진 세 프로파일 유형

가능성을 지적하는 것으로 볼 수 있다.

동일한 방식으로 프로파일을 1-3 및 1-3(2)-7 유형으로 분류했을 경우 각 척도치의 평균과 이를 프로파일로 나타낸 것은 표4와 그림3이다. 그리고 이 두

표 3. 2, 7, 2-7 유형의 T점수의 평균과 표준편차

척도	유형 2		유형 7		유형 2-7	
	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
L	53.95	10.80	53.17	12.42	55.57	10.58
F	50.45	4.87	52.00	7.24	54.36	8.39
K	55.10	8.48	58.67	9.71	55.29	5.81
Hs	68.20	8.75	65.50	11.11	69.29	6.54
D	73.55	4.03	64.83	4.92	72.36	2.84
Hy	64.40	6.11	63.33	10.31	65.43	9.69
Pd	54.05	8.16	60.17	3.60	57.86	6.54
Mf	50.25	7.99	50.17	7.65	46.21	6.92
Pa	51.25	6.39	54.50	6.66	53.43	11.16
Pt	61.30	6.51	74.33	3.20	75.86	3.42
Sc	52.80	5.14	62.33	6.77	65.00	9.03
Ma	44.50	7.36	51.83	9.37	50.57	9.32
Si	55.80	9.50	55.67	7.71	63.21	5.86

사례수 20(10%) 6(3%) 14(7%)

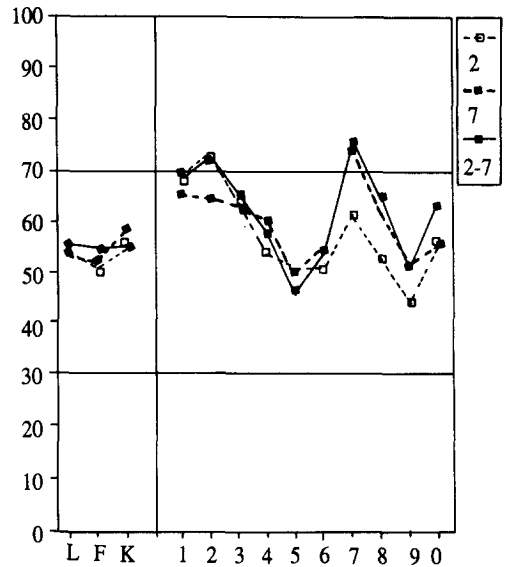


그림 2. 2, 7, 2-7 유형의 프로파일

유형의 차이는 Pt척도의 정도에 달려있을뿐 프로파일의 형태에서는 매우 유사하다고 말할 수 있다. 또 전체 프로파일 중에서 1-3 및 1-3-7유형에 속하는 백분율은 각각 8%와 3% 이었다. 이들 프로파일의 형태

및 척도의 상승 정도는 선행 연구자들(Marks & Seeman, 1963; Gilberstadt & Duker, 1965; Lacher, 1968)이 제시한 1-3 또는 1-3-7 프로파일 유형과 같다.

표 4. 1-3, 1-3(2)-7유형의 T점수의 평균과 표준편차

척도	유형 1-3		유형 1-3-7	
	평균	표준편차	평균	표준편차
L	59.63	13.05	57.00	14.32
F	52.87	8.65	56.00	11.75
K	58.75	11.64	54.33	3.83
Hs	76.81	4.29	76.50	5.13
D	66.75	7.60	73.00	3.79
Hy	73.75	4.02	75.17	4.83
Pd	59.56	6.98	63.17	5.74
Mf	49.75	9.30	46.67	6.89
Pa	54.44	8.72	56.50	14.15
Pt	64.00	11.83	77.00	3.16
Sc	59.81	11.47	69.97	10.27
Ma	52.31	9.90	57.17	10.98
Si	54.00	13.45	60.50	7.09
사례수	16(8%)		6(3%)	

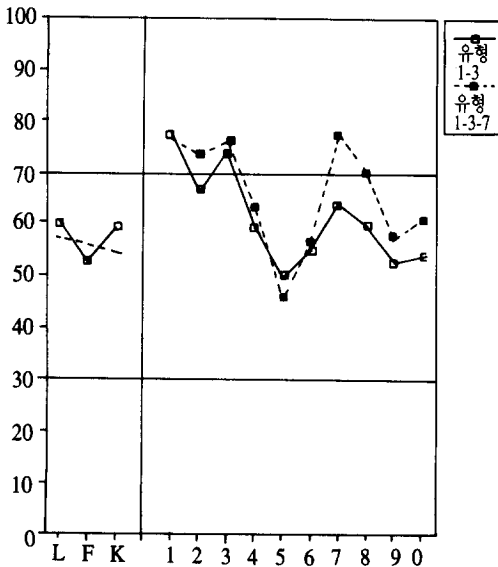


그림 3. 1-3 및 1-3(2)-7 유형의 프로파일

논 의

이 연구는 종합건강진단센터에서 종합건강진단을 받는 사람들에게 신체적 질병에 대한 검진뿐만 아니라 심리학적 및 정신의학적 문제도 같이 평가해야 할 필요성을 검토하기 위해 이들에게 실시한 MMPI 프로파일을 분석하였다. 이들의 다면적 인성검사 프로파일을 어떤 프로파일 유형으로 분류할 수 있는지 알아보기 위해 다변인 군집분석을 적용하였다. 그리고 MMPI 프로파일이 시사하는 심리적 특징이나 진단적 의미를 더 자세히 알아보기 위해 2, 7, 1-3, 1-3(2)-7 프로파일 유형을 분류하고 이들에 대한 진단적 의미를 살펴보았다. 이러한 처리결과 나타난 MMPI 프로파일과 관련된 몇 가지 시사점을 논의하려고 한다.

전체 대상의 평균 프로파일은 정상집단을 대상으로 한 프로파일과 유사하다(김영환, 1982). 즉 전체 집단의 평균 프로파일은 Hs, D, Hy척도가 다소 상승하는 경향을 보여주고 있으나 전체적으로 볼 때 정상집단의 프로파일과 차이가 없다. 그러나 여기서 중요하게 보아야 할 점은 표1의 각 척도별 최고치와 최저치를 보면 모든 척도에서 높게 상승한 사례들이 많다는 점이다. 어떤 척도든 간에 이렇게 높게 상승한 척도가 있는 프로파일에 대해서는 임상적 의미를 추구할 수 있을 것으로 생각된다.

다면인 군집분석 결과 나타난 3유형의 프로파일 가운데 유형 I은 모든 임상척도가 매우 낮아 어떤 정서적 문제를 시사하는 것으로 보기는 어렵다. 그런데 프로파일 유형 II는 타당성척도의 형태가 V자형을 보여주고 있으나 Hs, D, Hy척도가 T점수 60이상으로 상승하는 경향이 있다. 단순히 임상척도가 상승한 정도로 보면 정신과 우울집단(최정윤, 정진복, 1991; 김영환, 1982)이나 현훈증 환자집단(1990)의 평균 프로파일과 유사하나 타당성척도의 형태에는 차이가 있다. 이러한 해석적 접근의 필요성은 군집분석 결과에서도 잘 나타나고 있다. 즉 정신과 우울집단은 타당성척도 가운데 F척도가 높지만 종합건강진단을 받는 사람들은 타당성척도의 형태가 V자형을 이루고 있는 사례가 많았다. 집단의 성격에 비추어 볼 때 이러

한 차이는 중요한 점을 시사하는 것으로 생각된다. 즉 MMPI에서 Hs, D, Hy척도가 T점수 60이상으로 상승하면 우울과 관련된 증상이 있을 수 있으나, 타당성 척도의 형태가 V자 형을 이루고 있을 경우 어느 정도 성공적인 심리적 방어가 가능하여 생활의 효율은 크게 저하되지 않을 수 있다. 이렇게 보면 종합건강진단을 받는 사람들 가운데 약 70%는 우울과 관련된 사소한 증상이 있을 수 있으나 이러한 증상은 치료의 표적으로 생각할 정도는 아닐 수 있다. 그리고 이들은 실제로 우울과 관련된 증상이 없다고 하더라도 신경증적 경향이 강하거나 스트레스에 대한 저항력이 낮을 수 있다고 생각된다.

프로파일 유형Ⅲ은 다른 두 유형에 비해 F척도가 높고 Hs, Hy, Pt, Sc척도가 높고 Pd, Pa척도도 상승하는 경향을 보여주고 있다. 이 유형은 정신과 불안 집단의 프로파일(김영환, 1982)과 유사하고 Marks와 Seeman(1963)의 1-2-3유형 및 Gilberstadt와 Duker(1965)의 1-3-7 프로파일과 비슷하다. 이들 연구자들은 이러한 프로파일을 보여주는 사람들은 대부분이 신경증으로 진단된다고 하였다. 이러한 의미에서 보면 적어도 이 연구의 프로파일 유형Ⅲ에 속하는 사람들은 대부분이 신경증적 문제를 가지고 있을 것이라고 해석할 수 있다. 따라서 종합건강진단을 받는 사람들 중에 약 6%정도는 심리적 또는 정신적 문제 때문에 여러 증상을 호소하고 있는 신경증으로 진단될 가능성이 매우 높은 사람들이라 할 수 있다. 그리고 이들은 불안이나 우울과 관련된 주관적 불편을 많이 호소할 가능성이 높아 내과적 치료에는 적합하지 않고, 어떤 형태이든 심리적 문제에 초점을 둔 치료가 필요하다고 생각된다.

다변인 군집분석이란 주어진 집단의 프로파일을 어떤 유형으로 묶을 것인가를 지적하는 것일 뿐 프로파일 자체가 시사하는 진단적 의미를 지적하는 것은 아니다. 그래서 프로파일이 시사하는 진단적 의미를 더 자세히 알아보기 위해 프로파일을 2, 7, 2-7유형으로 분류한 결과는 그림2인데, 이들 유형에 속하는 사례의 백분율은 각각 10%, 3%, 7% 이었다. 그리고 이들 유형이 시사하는 중요한 점은 Pt척도가 상승해

있는 경우 Hs, D, Hy척도도 같이 상승하지만 Hs, D, Hy척도가 상승한 경우는 Pt척도가 같이 상승하지 않을 수 있다는 점이다. 이런 경향은 또한 종합건강진단을 받는 사람들의 경우 우울과 관련된 문제가 먼저 생기고 불안과 관련된 문제는 뒤에 생겨날 가능성을 지적하는 것으로 해석할 수 있다. 이들 프로파일 유형들은 각 척도의 수준에는 다소 차이가 있을 뿐 근본적으로는 2-7코드 유형과 일치하는 경향을 보여주고 있다. 이러한 점에서 보면 종합건강진단을 받는 사람들 가운데 약 20% 정도는 이러한 형태의 프로파일을 보여주고 있으며, 이들은 실제로 우울감정을 바탕에 깔고 있으면서 우울장애나 불안장애와 관련된 여러 증상을 호소한다고 해석할 수 있다.

전체 프로파일들 가운데 1-3이나 1-3(2)-7유형의 평균 프로파일은 그림3인데, 이 유형의 프로파일에 속하는 사례는 11% 이었다. Marks 등(1963)은 1-3 프로파일 유형을 보여주는 사례의 77%는 신경증으로 진단된다고 하였다. 그리고 이 연구의 1-3(2)-7 프로파일 유형은 Gilberstadt 등(1965)의 1-3-7 프로파일 유형과 같다. 연구자들은 이 유형의 프로파일을 보여주는 사람들은 대부분이 불안신경증이나 불안과 관련된 장애로 진단된다고 하였다. 따라서 종합건강진단을 받는 사람들 가운데 이러한 프로파일을 보여주고 있는 11%의 프로파일에 대해서는 이에 준해서 해석할 수 있다고 생각된다. 그렇다고 해서 이들이 반드시 정신과적 치료를 필요로 하는 사람들이라고 말하기는 어렵다. 이러한 결과와 해석은 단지 이들이 가지고 있는 여러 신체적 증상들이 신체질환의 결과라기 보다는 심리적 또는 정신적 문제일 가능성을 지적하는 것으로 보아야 할 것이다.

종합건강진단을 받는 사람들의 MMPI 프로파일 가운데 2, 7, 1-3, 2-7, 1-3(2)-7 프로파일 유형에 속하는 사례는 약 31% 정도나 되었다. 연구자와의 면접 과정에서 이들은 주로 피로감, 두통, 소화불량, 수면장애, 긴장감, 기억력의 저하, 가슴이 답답함, 짜증의 증가, 염려, 자신감의 부족, 부정적 사상에 대한 집착, 강박적인 경향, 죄책감이나 자책감, 의욕상실 등을 많이 호소하고 있었다. 그리고 많은 사람들이 자신은 신

경이 예민하고 사소한 일에도 신경을 많이 쓰고 신경을 많이 쓰면 증상이 심해진다고 하였다. 여러 MMPI 연구자들이 지적하고 있는 바와 같이, 이런 프로파일을 보여주고 있는 사람들은 대부분이 신경증에 속할 가능성이 높다고 생각된다.

그러나 여기서 MMPI 및 MMPI의 해석과 관련하여 꼭 지적하고 싶은 점이 있다. 첫째, 앞서서도 이미 기술한 바와 같이 종합건강진단을 받는 사람들에게서 관찰되는 증상은 대부분이 주로 신경증에 속하는 증상이고 정신병과 관련된 증상들은 매우 적었다. 따라서 이들에게 자주 관찰되는 증상을 중심으로 새로운 척도구성이 가능하다고 생각된다. 물론 단축형이란 검사이론에서 보면 여러 문제가 있을 수 있으나, 현실적인 측면에서 이들에게 실시할 수 있는 새로운 검사의 개발이 필요하다는 점이다.

둘째, 같은 형태의 프로파일이라도 성별에 따라 다른 해석이 가능하다는 점이다. 이러한 현상은 특히 D 척도의 경우 분명하게 나타났다. 전체 프로파일의 형태나 D척도의 수준이 동일할 경우라도 남자에 비해 여성들이 더 다양한 증상을 호소하고 있고 생활의 효율도 더 떨어져 있었다. 말하자면 남자들은 우울경향은 있었으나 직업적 및 사회적 생활에 큰 어려움이 없었다. 따라서 특히 D척도를 해석할 때 성별을 중요하게 고려해야 할 것으로 생각된다. 셋째, K교정과 관련된 문제이다. 예컨대, Pt척도에서 K교정으로 척도치가 상승할 경우 Pt척도와 관련된 특징이 분명하지 않았다. 물론 MMPI에서 척도명과 진단명은 다른 것이라고 하지만, 이러한 현상은 근본적으로 그 척도의 변별타당성이나 구성타당성을 의심하게 하고 있다.

이 연구에서 종합건강진단을 받는 사람들 가운데 약 31% 정도는 정상에서 벗어난 MMPI 프로파일을 보여주고 있으나, 이들이 모두 신경증적 장애가 있거나 정신의학적 치료가 필요하다고 말하기는 어렵다. 물론 이런 프로파일을 보여주는 사람들은 신경증적 장애가 있거나 신경증적 소인이 강하다는 것은 부인하기 어렵겠지만, 그렇다고 해서 반드시 정신의학적 치료가 필요하다고 말할 수는 없다. 따라서 종합

건강진단을 받는 사람에게 정신과적 치료를 추천할 때에는 임상심리학자 자신이 특정한 기준을 가지고 있어야 한다. 그 이유는 심리적 문제라고 해서 반드시 정신과 의사에게 치료받아야 할 이유는 없기 때문이다. 따라서 정신의학적 치료를 추천할 때 임상심리학자는 정신병리, 증상에 대한 심리적 이해(psychological mindedness)의 정도, 증상이 생활의 효율을 방해하는 정도, 정신의학적 치료에 대한 이해의 정도 등을 동시에 고려해야 한다고 생각된다.

내과에 입원하는 많은 환자들은 정신의학적 진단이 가능하다고 하듯이, 종합건강진단을 받는 많은 사람들도 부적응적 및 신경증적 경향이나 신경증을 가지고 있는 것으로 보인다. 이들은 반드시 정신의학적 치료가 필요하다고 말하기는 어렵겠지만, 분명한 것은 종합건강진단을 받는 사람들 가운데 약 30% 이상은 신체질환이 있다기 보다는 심리적 또는 적응적 문제로 인한 여러 증상을 호소하고 있다는 점이다. 따라서 종합건강진단에 있어서는 신체질환의 검진뿐만 아니라 정신건강도 동시에 평가해야 문자 그대로 종합건강진단이 될 수 있다고 생각된다. 정신건강 평가는 또한 불편이나 증상을 가지고 있는 사람들이 가장 적합한 치료를 받을 수 있는 길을 열어주기 위해서도 필요하다고 생각된다. 환자는 증상을 호소하고 있는 데도 불구하고 “당신은 아무 이상이 없다”고 말하는 것은 무책임한 말일 수 있다. 건강이 신체적 건강만을 의미하는 것이 아니라면 종합건강진단에 정신건강을 포함해야 한다는 것은 너무나 당연하고, 정신건강 평가를 포함한 종합건강진단은 많은 사람들에게 건강의 유지와 치료개입에 실질적인 도움을 줄 수 있다고 생각된다. 따라서 임상심리학을 공부하는 우리들도 전통적 진단이나 정신치료는 물론이고 생활의 효율과 자기관리를 향상시킬 수 있는 개입의 훈련이 필요하다고 하겠다.

참고문헌

김광일, 서혜희, 박용천, 이승탁, 김이영(1989). 정신

- 질환에 대한 일반인의 견해조사. 정신건강연구, 8, 118-132.
- 김영환(1982) 다면적 인성검사의 진단변별 기능분석. 고려대학교 박사학위논문.
- 김영환(1990). 말초성 현훈증 환자의 MMPI반응. 한국심리학회지: 임상, 9, 144-154.
- 김영환, 김재환, 김중술, 노명래, 심동균, 염태호 및 오상우(1989). 다면적 인성검사 실시요강. 서울: 한국 가이던스.
- 김중술(1988). 다면적 인성검사. 서울: 서울대학교 출판부.
- 최정윤, 정진복(1991). 우울증 환자의 MMPI 프로파일. 한국심리학회지: 임상, 10, 34-41.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S., & Dahlstrom, L. E. (1975). *An MMPI handbook*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Devins, G. M. & Seland, T. P.(1987). Emotional impact of multiple sclerosis. *Psychological Bulletin*, 101, 3, 363-375.
- Engle, G. L. (1977). The need for a new medical model. *Science*, 196, 129-136.
- Gilberstadt, H. & Duker, J. (1965). *A handbook for clinical and actuarial MMPI interpretation*. Philadelphia, W. B. Saunders.
- Lachar, D. (1968). MMPI two-point code-type correlates in a state hospital population. *Journal of Clinical Psychology*, 24, 424-427.
- Marks, P. A. & Seeman, W.(1963). *The actuarial description of abnormal personality*. Baltimore, Wiliams and Wilkins.
- Matthews, K. A.(1988). Coronary heart disease and type A behavior. *Psychological Bulletin*, 104, 373-390.
- Michael, P.(1982). The second revolution in health: Health promotion and its environmental base. *American psychologist*, 37, 36-41.
- Romano, J. M. & Turner, J. A.(1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 18-34.
- Shapiro, A. K.(1978). Placebo effects in medical and psychological therapies. *In Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley.
- Taylor, S. E., Falke, R. L., Shoptaw, S. J. & Lichtman, R. R.(1986). Social support, support group and cancer patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 608-615.

MMPI Profiles in Health Examinees

Young-Hwan, Kim

Department of Psychology,
Kyungpook National University

This study was investigated to find out the necessity of the mental health assessment as well as physical illness examination for persons under health examinations. Using the data of two hundred MMPI profiles, one hundred males and one hundred females, randomly sampled from the profiles of the health examinees in D Health Examination Center, I carried out a multivariate cluster analysis, and also categorized profile types based on the particular scales which have increased over 70 T-score. The scales increased most frequently were Hs, D, Hy, Pt scale. The result of the cluster analysis showed that MMPI profiles of the health examinees can be categorized into three types. Furthermore, 31% of the health examinees showed 2, 7, 2-7, 1-3, 1-3(2)-7 profile types. In particular, 18% of the cases showed 2-7, 1-3, 1-3(2)-7 profile types in which more than two scales have increased over 70 T-score. These cases tend to have more physical problems associated with emotional problems or mental health problems than the cases in which only one scale have increased. These results can be interpreted to suggest that about 31% of health examinees may have strong neurotic tendencies or can be diagnosed as a neuroses. In conclusion, it is necessary to include mental health assessment as well as physical health examination in Health Examination Center in order to contribute to comprehensive health and therapeutic aid for over 30% of the persons under health examinations.