

MMPI상에 나타난 정신분열증 환자와 치료감호 환자의 역할 취하기 능력

권영숙 * · 오상우

Texas Southern University 원광대

본 연구는 정신분열증 환자와 치료감호 환자들이 역할 취하기 능력이 있는지를 알아 보고자 하였다. 역할 취하기 능력을 재는 도구로써 MMPI를 사용하였으며 정신적으로 건강한 사람과 정신병으로 인하여 사고를 저지른 사람을 흉내내도록 하는 지시문을 주어서 좋게 꾸미기 능력 및 나쁘게 꾸미기 능력을 알아 보았다. 연구대상은 정신분열증 환자 집단(N=19), 치료감호 환자 집단(N=19)과 정상인 집단(N=19)이었다. 주요한 결과를 보면, 정상인은 전형적인 좋게 꾸미기 프로파일과 전형적인 나쁘게 꾸미기 프로파일을 보임으로써 역할 취하기 능력이 매우 우수한 것으로 나타났으나, 정신분열증 환자 집단과 치료감호 환자 집단은 그러한 프로파일을 보이지 못함으로써 역할 취하기 능력이 결여되어 있는 것으로 나타났다. 특히 치료감호 환자 집단은 다른 집단과는 달리 건강한 지시문에서도 척도4(Pd)가 상승된 결과를 보임으로써 이들이 비폭력성을 가장 할 수 없음을 시사하고 있다.

일반적으로 정신분열증 환자들은 사고의 장애가 두드러지며 현실검증력과 통찰력이 결여되어 있어서 사회 생활에서 적응을 잘 하지 못하고 자신에게 주어진 역할을 제대로 수행하지 못하는 사람들인 것으로 여겨지고 있다. 그러므로 이들이 자신에게 주어진 역할을 잘 해낼 수 있는지는 그들의 질병의 호전이나 적응능력 및 예후와 관련지어 생각될 수 있다. 어떠한 역할을 취한다는 것은 그 역할에 대해 충분히 인식을 하고 사고를 통합해야만 가능하기 때문이다. Moser(1984)는 역할 취하기(role-taking)를 한 개인이 다른 사람의 관점을 알고 이해하며 다른 사람의 미래 행동을 예언하는 것이라고 하였다. 그리고 Ferguson(1979)은 역할 취하기는 다른 사람

의 사고, 감정 및 의도에 관한 모든 정보를 얻어내는 인지 과정과 관련되기 때문에 한 개인이 다른 사람의 인지를 알아낼 수 있는 정도는 사회적 적응의 특징을 결정하는 데 중요한 역할을 한다고 보았다. 이러한 역할 취하기 능력에 관한 연구들은 여러가지 심리검사들을 사용하여 이루어져 왔다(Bavelas, 1947; Grayson & Olinger, 1957; Posey & Hess, 1984). 대부분의 연구자들은 적응을 잘 하는 사람이 적응을 잘 못하는 사람들보다도 역할 취하기를 더 잘 한다고 보고 하였다. 정상인들은 신경증 및 정신증 환자들보다 일반적으로 역할 취하기를 잘 하였다(이미정, 1983; Lindgren & Robinson, 1953; McClelland, 1951; Norman & Ainsworth, 1954). 정상인들이 MMPI상에서 실제보다 정신적으로 더 양호한 것처럼 보이려고 애쓰는 것을 좋게 꾸미기

*본 논문의 연구당시에는 원광대학교 부속 제2병원 신경정신과학교실 임상심리 전문가 수련과정중에 있었음.

(faking-good)라고 부르는데, 이 때 나타나는 전형적인 프로파일의 현저한 특징은 타당도 척도들이 V자형을 이루고 척도L과 K가 동시에 상승하며 F척도의 T점수는 40에서 50사이에 위치해 있다. 대부분의 임상척도들은 T점수가 30에서 50사이에 분포되어 있으며 이 중에서 척도5(Mf)가 가장 높고, 그 다음으로 척도1(Hs), 3(Hy) 및 9(Ma)가 다소 상승되어 있는 경우가 많다(김중술, 1988). 반대로 실제보다 더 나쁘게 보이거나 병이 심한 것처럼 보이려는 태도를 나쁘게 꾸미기(faking-bad)라고 부르는데, 이 때의 MMPI 프로파일은 언뜻 보기에는 아주 심한 장애를 가지고 있는 사람의 것처럼 보일 수 있는데, 이 프로파일의 특징은 F척도가 매우 상승하고(흔히 T점수 100이상), L과 K척도는 T점수 50이나 혹은 그보다 더 낮으며 척도5를 제외한 대부분 임상척도들이 높게 상승하는데 특히 척도6(Pa)과 8(Sc)이 가장 높다(김중술, 1988; 배정규, 1985).

Cameron(1947)은 역할 취하기 능력의 저하는 정신분열증의 진행에 중요하다고 하였다. 정신분열증 환자들의 역할 취하기에 대한 이전 연구자들의 주장은 그들이 역할 취하기 능력이 있다는 주장과 없다는 주장으로 서로 맞서고 있다. 먼저, 전자의 주장을 지지하는 연구를 보면, Grayson과 Olinger(1957)는 정신과 환자들에게 MMPI상에서 정상인 흉내를 내도록 하였을 때, 그들의 수행능력은 척도2(D), 8(Sc), 7(Pt)에서 향상되었으며 이러한 향상은 조기 퇴원과도 관련이 된다고 하였다. Rapaport(1958)는 Grayson과 Olinger(1957)의 연구 결과를 토대로 MMPI상에서 이상적 자기-지시문의 영향을 검사하였는데, 이 지시문을 주었을 때 정신과 환자들은 MMPI상의 척도1(Hs), 2(D), 7(Pt), 8(Sc)에서 점수가 의미있게 낮아졌다. 이번에는 후자의 주장을 지지하는 연구를 살펴보면, Helfand(1956)는 정상인, 일반환자, 만성 정신분열증 환자들, 특권있는 정신분열증 환자들(privileged schizophrenics)을 대상으로 역할 취하기 능력을 비교하였다. 정신분열증 환자들은 다른 집단에 비해 역할 취하기 능력이 저하되어 있었으며 정상인에 대한 개념도 명확하게 갖고 있지 않았지만, 특권있는 정신분열증 환자집단은 정상인을 포함한 어느 집단보다도 우수하였다. 이

특권있는 정신분열증 환자집단은 대체로 퇴원 직전이거나 회복상태에 있었으므로 이 연구에서는 결국 정신분열증 환자들의 역할 취하기 능력이 부족한 것으로 보고 있다. Bloom과 Arkoff(1961)는 급성 정신분열증 환자와 만성 정신분열증 환자를 대상으로 연구를 하였는데 급성 정신분열증 환자 집단과 예후가 좋은 정신분열증 환자집단은 Rorschach 검사를 실시하였을 때 정상인 역할을 해 낼 수 있었으나, MMPI 척도8(Sc)을 실시하였을 때는 어느 집단도 역할 취하기를 할 수 없었다. 이미정(1983)도 만성 정신분열증 환자들은 역할 취하기를 제대로 못하는 것으로 보고하였다.

한편, 정신질환으로 인하여 범죄를 저지르고 의료 시설에서 정신과적 치료를 받고있는 치료감호 환자(이하 치료감호 환자라 한다)들의 경우에는 범죄를 범하지 않은 일반적인 정신분열증 환자들보다 사회적 적응능력이 더욱 결여되어 있는 것으로 볼 수 있다. 지금까지 MMPI를 이용한 치료감호 환자의 역할 취하기 능력을 알아 본 연구는 찾아보기 힘들고 대신에 범죄자들의 성격 특성(Holcomb, Adams, & Ponder, 1985; Ingram, Marchioni, Hill, Caraveo-Ramos, & Mcneil, 1985; Rader, 1977; Walters, 1985)과 역할 취하기 능력(Chandler, 1973; Posey & Hess, 1984, 1985)에 대한 연구는 몇 편이 보고된 바 있다. 이들의 성격특성에 대한 연구의 결과를 보면 공통적으로 척도4(Pd)가 높게 나왔으며 특히 비폭력적 범죄자들보다도 폭력적 범죄자들이 척도4에서 더 높은 점수를 보이고 있었다. 한편, 이들의 역할 취하기 능력을 알아본 연구에서 Chandler(1973)는 청소년 비행자들이 역할 취하기 능력이 떨어져 있다고 하였다. Posey와 Hess(1985)에 의하면 남성 범죄자들은 MMPI의 명백척도(obvious scale)에서 공격적 반응태세(response set)는 성공적으로 가장 할 수 있었지만 비공격적 태세를 가장하는 데는 실패하였다. 이러한 결과는 그들의 앞선 연구(Posey & Hess, 1984)의 결과와 일치하였다. 바꾸어 말하면, 반사회적 성격특성을 지닌 사람은 비폭력적인 역할 취하기를 할 수 없으며 특히 자기 자신을 비폭력적으로 내보이는 것이 불가능하였다.

이상의 연구결과에서 볼 수 있는 것처럼 정신분열

증 환자의 역할 취하기 능력에 대해서 상반된 연구 결과들이 있으므로 본 연구에서는 정신분열증 환자의 역할 취하기 능력을 알아보고 더 나아가서 치료감호 환자들의 역할 취하기 능력에 대해서도 밝혀 보고자 하였다.

정신분열증 환자의 경우에 주된 장애인 사고장애로 인하여 역할에 대한 개념형성이 되어 있지 않고 정상적인 적응상태를 명확히 알지 못하고 있으므로 정신분열증 환자들이 가장 빈번하게 보이는 MMPI 프로파일인 6-8(8-6) 유형(김중술, 1983; Gilberstadt & Duker, 1965; Green, 1980; Marks & Seeman, 1963) 혹은 8-6-1-9유형(오상우, 1985)을 보이리라고 예상되며, 정신적으로 건강한 사람을 흉내내도록 하였을 때도 정상인과는 다른 양상을 보일 것이다. 또한 이들에게 정신질환 범죄자를 흉내내도록 하였을 때도, 주어진 역할을 취하는 능력이 부족할 것이다.

반면에 치료감호 환자들인 경우에는 정신분열증 환자들이면서 실제로 범죄를 범한 사람들이므로 정상적 적응상태에 대해 정신분열증 환자들보다도 더 인식이 부족할 것으로 여겨져서 정상인이나 정신질환자를 흉내내도록 하였을 때 정상인들은 물론 정신분열증 환자들과도 다른 양상의 반응을 보일 것이라고 가정된다.

이상의 연구결과들과 가정을 근거로 하여 다음과 같은 가설을 설정하였다.

1. 표준 지시문을 주었을 때 정상인 집단과 환자 집단(정신분열증 환자집단, 치료감호 환자집단)간에는 F척도 및 척도6, 8에서 차이가 날 것이다.
2. 표준 지시문을 주었을 때 정신분열증 환자집단, 치료감호 환자집단간에는 척도4에서 차이가 날 것이다.
3. 정신적으로 건강한 사람을 흉내내도록 하였을 때 정상인 집단은 전형적인 좋게 꾸미기 프로파일을 보이는 반면, 환자집단(정신분열증 환자집단, 치료감호 환자집단)은 좋게 꾸미기 프로파일을 보이지 못할 것이다.
4. 정신질환 범죄자를 흉내내도록 하였을 때 정상인 집단은 전형적인 나쁘게 꾸미기 프로파일을 보이는 반면, 환자집단(정신분열증 환자집단, 치료감호

환자집단)은 나쁘게 꾸미기 프로파일을 보이지 못할 것이다.

5. 정신질환 범죄자를 흉내내도록 하였을 때 정신분열증 환자집단과 치료감호 환자집단간에는 프로파일 유형이 상이할 것이다.

방 법

피험자

본 연구의 대상자는 치료감호환자 24명, 입원정신분열증 환자 100명, 정상인 100명 도합 224명이었는데, 최종적으로 선정된 피험자는 세 집단 공히 19명씩 도합 57명이었다. 치료감호환자들은 정신병으로 인하여 범죄를 저지른 후 원광대학교부속 제2병원 정신과에 치료감호로 입원중인 정신병환자들이었는데, 이들의 인구학적 특성을 조사한 자료를 토대로, 남성이고 나이가 25세이상 50세이하이며, 국졸이상의 학력을 소지하고, 지능지수가 80이상이며, 정신과적 진단명은 정신분열증인데, 발병이후 앓아온 평균병력은 2년이상인 환자 19명을 선정하였고, 정신과적진단은 법원으로부터 정신감정을 의뢰받은 정신과 전문의가 DSM-III진단기준에 의거 진단을 하였다. 정신분열증 환자들은 원광대학부속 제2병원 정신과에 입원중이던 정신분열증 환자들 중에서 상기한 치료감호환자들의 인구학적 특성 중 범죄를 저지르지 않은 점만 제외하고 비슷하게 짝짓기를 하여 19명을 선정하였다. 정신분열증의 진단은 정신과 전문의 3인, 임상심리학자 2인이 참가하여 정신의학적 관찰 및 면담, 이화학적 검사, 신경학적 검사 및 심리검사 배터리를 실시하여 DSM-III의 진단기준에 의거 최종진단을 하였다. 정상인들은 정신과에서 치료받은 병력이 없고, 사회에서 직업적·사회적 기능을 제대로 수행하고 있는 정상인 100명 중에서 치료감호환자의 인구학적 요인들을 비슷하게 되도록 짝짓기하여 19명을 선정하였다. 각 집단의 평균 연령은 치료감호환자 집단이 34.16(± 7.27)세, 정신분열증 환자 집단이 30.37(± 6.01)세, 정상인 집단 29.89(± 6.35)세였다. 평균 교육연한은 치료감호 환자 집단이 9.42(± 3.00)년, 정신분열증 환자 집단이 10.63(± 2.30)년, 정상인 집단이 13.89(± 2.63)

년이었다. 자료 수집 기간은 1986년 12월부터 1987년 5월까지였다.

실험도구

역할 취하기 능력을 측정하는 도구는 정범모, 이정균 및 진위교(1967)에 의해 표준화된 한국판 MMPI(단축형 383 문항)를 사용하였다.

실험절차

모든 피험자에게 일주일 간격으로 지시문을 달리 하여 3회에 걸쳐 MMPI를 실시하였다. 정신분열증 환자 집단과 치료감호 환자 집단은 집단적으로 병실에서 검사를 실시하였으며, 정상인 집단은 개별적으로 검사하였다. 첫번째 실시는 표준지시문에 의해서, 두번째 실시는 건강인 지시문에 의해서, 세번째 실시는 정신질환 범죄자 지시문에 의해서 수행하도록 하였는데, 이 때 실시의 순서효과는 없다는 연구들(Cofer, Chance, & Judson, 1949; Gough, 1947; Hunt, 1948)에 근거하여 상쇄법을 사용하지 않았다.

역할 취하기를 조작하는 방법으로 사용한 세가지의 지시문은 다음과 같다. 첫째, 표준지시문: MMPI를 실시할 때 제시하는 기본 지시문. 둘째, 건강인 지시문: 검사 수행에 필요한 기본 지시문 외에 “현재 사회생활을 아주 잘하고 있는 정신적으로 매우 건강한 사람”이 할 것이라고 생각되는 방식으로 대답하라는 지시문. 세째, 정신질환 범죄자 지시문: 검사 수행에 필요한 기본 지시문 외에 “정신병으로 인하여 사고를 저지른 환자”가 할 것이라고 생각되는 방식으로 대답하라는 지시문.

실험설계 및 통계처리

실험은 3(진단집단)×3(지시문)의 split-plot설계를 사용하였는데, 진단집단 조건은 집단간 변인이고 지시문 조건은 집단내 변인이었다. 여기에서 진단집단 변인은 정상인 집단, 정신분열증 환자 집단, 치료감호 환자 집단이며, 지시문 변인은 표준 지시문, 건강인 지시문, 정신질환 범죄자 지시문의 세 조건으로 이루어져 있다. 통계처리는 3(진단집단)×3(지시문) split-plot설계에 따라 각 MMPI하위 척도별로 이원 변량분석(two way ANOVA)을 한 후 그

차이가 유의한($p < .05$ 수준) F 치에 대해 사후비교로서 Tukey의 중다비교법(Tukey's Multiple Comparison)을 하였다.

결 과

각 집단과 지시문에 따른 MMPI 각 하위 척도별 T점수의 평균과 표준편차가 표 1에 제시되어 있고, 이 자료를 지시문별로 나누어서 세 집단의 반응을 그림으로 나타낸 것이 그림 1, 그림 2, 그림 3이다.

표 1 및 그림 1에 나타난 바와 같이 표준 지시문에 따른 반응에서 정상인 집단은 타당도 척도 및 임상 척도에서 정상 프로파일을 보이고 있고, 정신분열증 환자 집단의 경우는 T점수에서 70점 이상으로 상승된 척도는 없으나 척도9와 척도0을 제외한 전 척도에서 정상인 집단보다 다소 상승된 점수를 보이고 있으며, 프로파일에서는 타당도 척도에서 V자형이고 임상척도에서 척도3, 8, 4의 순서로 상승된 유형을 보여주고 있다. 치료감호 환자 집단은 T점수에서 70점 이상으로 상승된 척도는 없으나 K척도와 척도9를 제외한 모든 척도가 정상인 집단보다 상승되어 있고 특히 프로파일에서는 타당도 척도가 피라미트(Λ)형을 이루고 있으며 임상 척도에서도 척도8, 4, 6의 순서로 상승된 유형을 보이고 있다.

표 1 및 그림 2에서 보면 건강인 지시문에 따른 반응에서 정상인 집단은 L과 K척도 및 척도5를 제외한 전척도에서 표준지시문에서보다 T점수가 낮아져 있고 프로파일유형은 척도5, 9, 1의 순서로 상승되어 있다. 한편, 정신분열증 환자집단의 경우에는 척도5를 제외한 전 척도에서 정상인 집단보다 높은 점수를 보이고 있을 뿐만 아니라, 프로파일에서도 표준지시문에서의 프로파일(척도3, 8, 4의 순서로 상승된 유형)과 유사하게 척도8, 1, 3의 순서로 상승되어 있다. 그리고 치료감호 환자 집단에서도 L과 K척도 및 척도5를 제외한 모든 척도에서 정상인 집단보다 높은 점수를 보이고 있을 뿐만 아니라 타당도 척도가 피라미트(Λ)형이고 임상척도의 프로파일도 척도8, 6, 4, 9의 순서로 상승된 유형을 드러내고 있어서 표준지시문에서의 프로파일(척도8, 4, 6의 순서로 상승된 유형)과 매우 유사함을 알 수 있

표 1. 각 척도별 T 점수의 평균과 표준편차

척도	지시문	정상인 집단 (N=19)	지시문	정신분열증 환자집단 (N=19)	지시문	치료감호 환자집단 (N=19)
		X(SD)		X(SD)		X(SD)
L	S	46.84(9.18)	S	62.42(10.62)	S	56.58(11.94)
	H	56.63(10.92)	H	63.89(8.90)	H	54.79(8.63)
	P	42.89(10.41)	P	59.21(15.17)	P	53.11(10.32)
F	S	43.58(8.11)	S	55.32(15.13)	S	60.32(21.85)
	H	41.32(8.59)	H	56.11(19.06)	H	56.74(18.89)
	P	98.21(26.75)	P	79.42(25.99)	P	79.21(24.84)
K	S	55.16(10.18)	S	60.74(9.57)	S	54.47(11.32)
	H	58.89(12.33)	H	63.68(9.98)	H	53.95(10.05)
	P	42.79(11.61)	P	59.26(15.48)	P	51.84(14.03)
1	S	48.05(6.12)	S	54.84(12.34)	S	55.95(11.62)
	H	45.37(12.16)	H	54.11(15.48)	H	52.58(12.91)
	P	77.74(14.41)	P	66.74(14.55)	P	63.05(14.71)
2	S	42.26(7.41)	S	48.68(14.12)	S	50.32(8.96)
	H	37.63(8.30)	H	45.95(14.61)	H	46.26(10.34)
	P	63.00(11.38)	P	62.11(13.57)	P	52.84(11.29)
3	S	49.21(9.29)	S	56.68(15.57)	S	54.05(10.74)
	H	44.79(11.11)	H	53.84(17.60)	H	47.05(9.80)
	P	71.16(11.59)	P	67.11(12.57)	P	61.00(15.53)
4	S	51.63(8.64)	S	55.26(11.12)	S	58.00(7.23)
	H	44.79(8.11)	H	53.74(9.20)	H	56.16(9.29)
	P	68.47(11.61)	P	61.89(9.29)	P	58.58(11.45)
5	S	48.89(7.08)	S	51.74(8.81)	S	53.00(9.13)
	H	52.11(5.84)	H	50.84(9.84)	H	51.37(11.02)
	P	55.79(13.61)	P	56.74(10.67)	P	57.42(10.84)
6	S	46.05(7.37)	S	50.84(12.32)	S	57.37(15.96)
	H	44.79(7.55)	H	50.79(11.95)	H	57.58(17.14)
	P	84.47(19.53)	P	67.16(20.80)	P	70.79(20.96)
7	S	47.05(5.99)	S	51.21(11.18)	S	52.26(15.32)
	H	43.47(13.63)	H	50.37(13.86)	H	52.16(13.43)
	P	71.32(12.79)	P	65.53(14.05)	P	57.63(12.89)
8	S	45.47(6.86)	S	56.26(12.07)	S	61.26(20.62)
	H	42.21(10.84)	H	54.68(16.09)	H	59.63(18.37)
	P	89.84(22.64)	P	75.68(21.68)	P	71.11(21.20)
9	S	53.32(6.84)	S	51.26(10.01)	S	52.74(13.60)
	H	51.79(8.55)	H	52.05(12.39)	H	56.11(15.12)
	P	69.74(14.94)	P	58.05(13.21)	P	59.47(13.52)

0	S	44.37(8.69)	S	44.00(12.69)	S	50.79(7.82)
	H	35.00(10.32)	H	43.68(13.35)	H	46.63(12.79)
	P	64.37(12.29)	P	56.00(16.61)	P	51.37(8.96)

주. S는 표준 지시문, H는 건강인 지시문, P는 정신질환 범죄자 지시문을 나타냄.

으며 이들 척도 8, 6, 4 및 9는 정신분열증 환자 집단보다도 더 상승되어 있다.

표 1과 그림 3에서 보면 정신질환 범죄자 지시문에서 정상인 집단은 F척도 및 척도8과 6이 심하게 상승되어 있는 프로파일 유형을 보이고 있다. 그러나 정신분열증 환자 집단에서는 타당도 척도는 피라밋(Λ)형을 이루고 있으나, L과 K척도 및 척도5를 제외한 모든 척도에서 정상인 집단보다 낮은 점수를 보이고 있으며 프로파일상으로는 척도8, 6, 3, 1의

순서로 상승된 유형을 드러내고 있다. 한편, 치료감호 환자 집단은 타당도 척도는 역시 피라밋(Λ)형을 이루고 있으나 임상척도에서 정신분열증 환자 집단보다도 척도5, 6 및 9를 제외한 모든 척도에서 더 낮은 점수를 보이고 있을 뿐만 아니라 프로파일이 척도8, 6, 1의 순서로 상승된 유형으로 표준 지시문에서의 프로파일(척도8, 4, 6의 순서로 상승된 유형) 및 건강인 지시문에서의 프로파일(척도8, 6, 4, 9의 순서로 상승된 유형)과 유사하다.

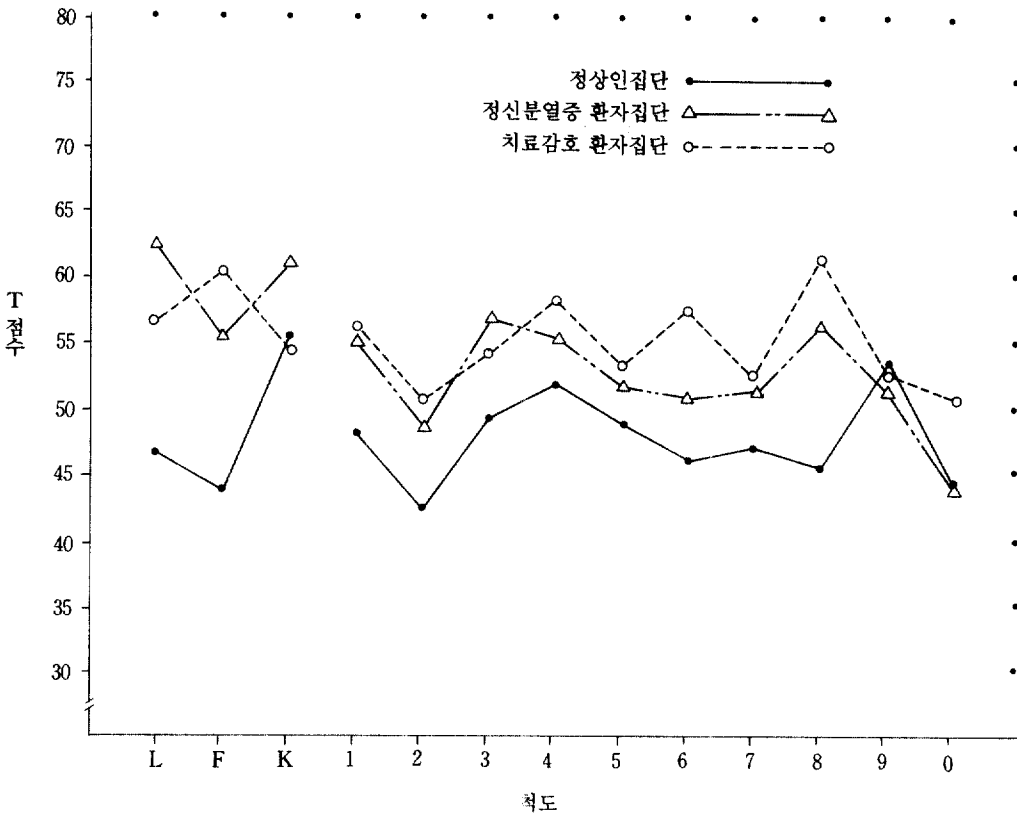


그림 1. 표준지시문에 따른 각 집단의 MMP I 평균 T 점수

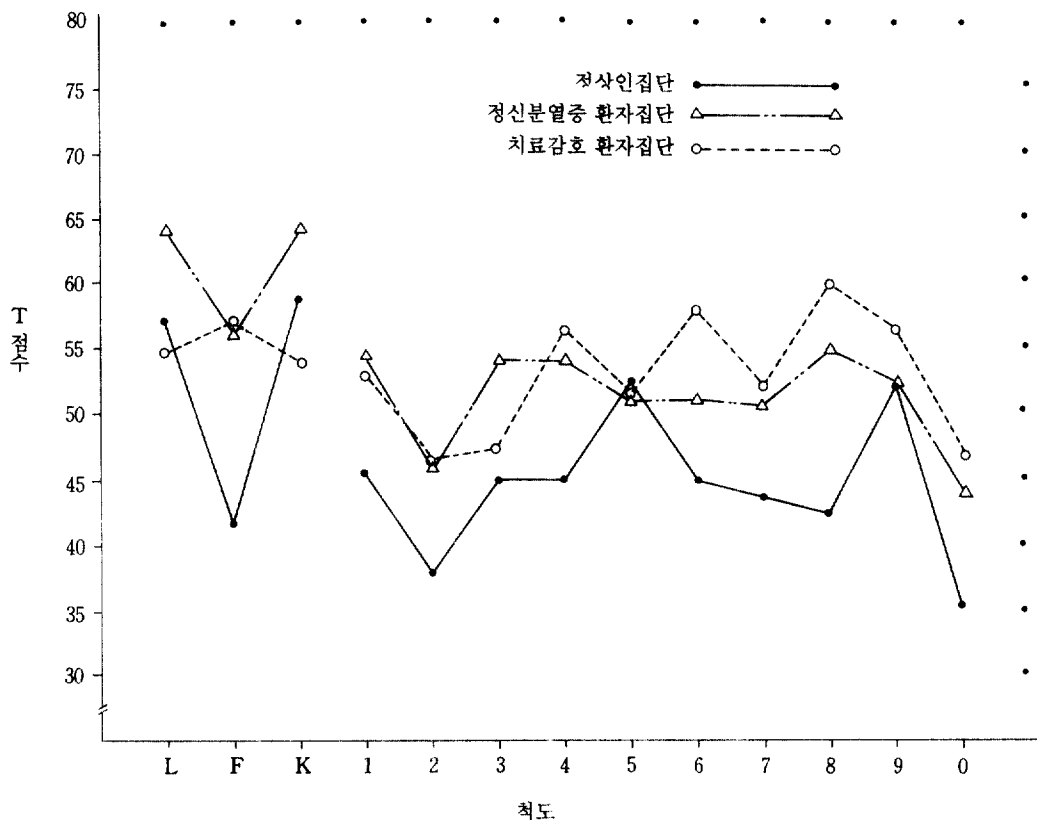


그림 2. 건강인지시문에 따른 각 집단의 MMP I 평균 T 점수

이러한 집단과 지시문에 따른 차이가 통계적으로 유의한지를 알아보기 위하여 각 척도별로 반복측정 변량분석을 실시하였다. 주효과에서 집단간의 차이는 L척도($F(2, 54)=12.99, p<.01$)와 K척도($F(2, 54)=4.62, p<.05$)를 제외하고는 모두 유의하지 않았으나, 지시문간의 차이는 전 척도에서 모두 1% 이하 수준에서 유의하였다, [L척도 : $F(2, 108)=6.94$, F척도 : $F(2, 108)=60.40$, K척도 : $F(2, 108)=11.84$, 척도1 : $F(2, 108)=44.55$, 척도2 : $F(2, 108)=37.27$, 척도3 : $F(2, 108)=35.17$, 척도4 : $F(2, 108)=29.38$, 척도5 : $F(2, 108)=7.68$, 척도6 : $F(2, 108)=47.19$, 척도7 : $F(2, 108)=28.03$, 척도8 : $F(2, 108)=45.14$, 척도9 : $F(2, 108)=16.84$, 척도0 : $F(2, 108)=28.28$]. 집단×지시문의 상호작용 효과는 척도5에서만 유의하지 않았고, L척도, 척도

3과 9에서는 5% 이하 수준에서 [L척도 : $F(4, 108)=2.58$, 척도3 : $F(4, 108)=2.75$, 척도9 : $F(4, 108)=2.98$], 그외의 척도들에서는 1%이하 수준에서 유의하였다 [F척도 : $F(4, 108)=6.88$, K척도 : $F(4, 108)=4.21$, 척도1 : $F(4, 108)=7.03$, 척도2 : $F(4, 108)=5.11$, 척도4 : $F(4, 108)=9.37$, 척도6 : $F(4, 108)=5.95$, 척도7 : $F(4, 108)=4.27$, 척도8 : $F(4, 108)=7.64$, 척도0 : $F(4, 108)=6.85$]. 이와같이 많은 척도에서 유의한 상호작용 효과가 있는 것은 각 집단에 따라 세 가지 지시문에 대해 반응하는 양식이 서로 다를 것을 의미한다. 이를 그림으로 나타낸 것이 그림 4이다.

그림 4를 보면, 표준 지시문에서는 L과 K척도 및 척도3에서 정신분열증 환자 집단이, 척도9에서 정상인 집단이 가장 높은 T점수를 보이는 것을 제외하

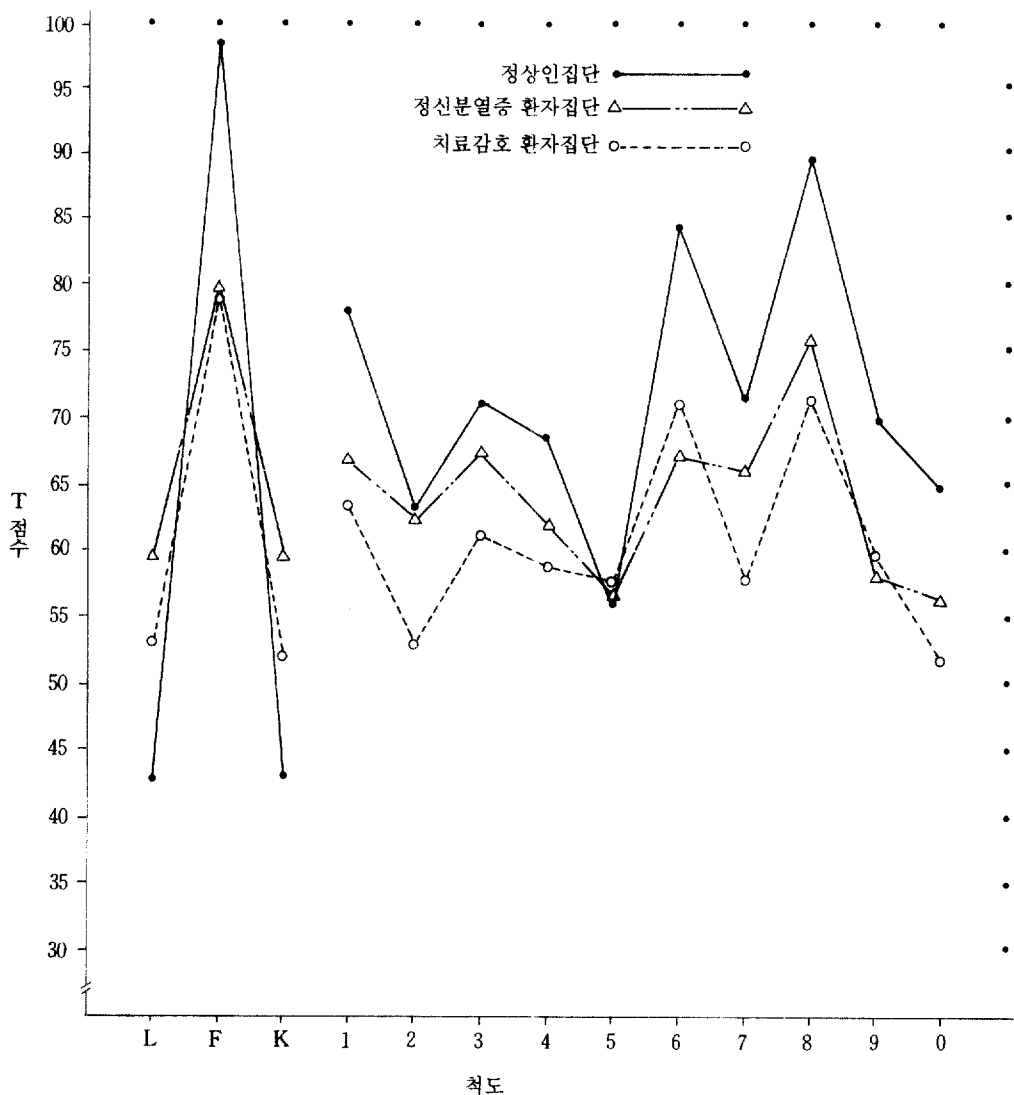


그림 3. 정신질환 범죄자지시문에 따른 각 집단의 MMP I 평균 T 점수

고는 다른 모든 척도에서 치료감호 환자 집단이 가장 높은 T점수를 보이고, K척도와 척도9 및 0을 제외하고는 정상인 집단이 가장 낮은 T점수를 보이고 있다. 건강인 지시문에서는 L척도, K척도, 척도 1과 3에서 정신분열증환자 집단이 T점수가 가장 높은 것을 제외하고는 나머지 척도에서는 치료감호환자 집단이 가장 높은 T점수를 보이고, L 및 K척도를 제외하고 다른 모든 척도에서 정상인 집단이 가장 낮은 T점수를 보이고 있다. 정신질환 범죄자 지

시문에서는 L 및 K척도에서 정신분열증 환자 집단이 T점수가 가장 높은 것을 제외하고, 나머지 전 척도에서 정상인 집단이 T점수가 가장 높고 L과 K척도 및 척도6과 9를 제외하고는 치료감호 환자 집단이 T점수가 가장 낮다. 이와같이 각 지시문에 따라서 집단이 점수분포가 뒤바뀔므로 해서 집단간 차이가 상쇄되어 주효과에서 집단간 차이가 L 및 K척도를 제외하고는 의미있게 나오지 않은 것으로 여겨진다.

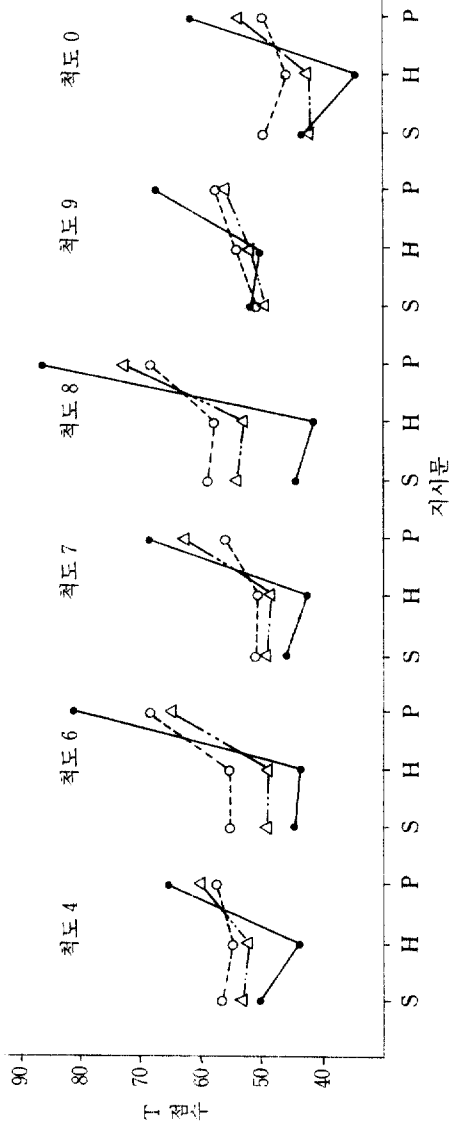
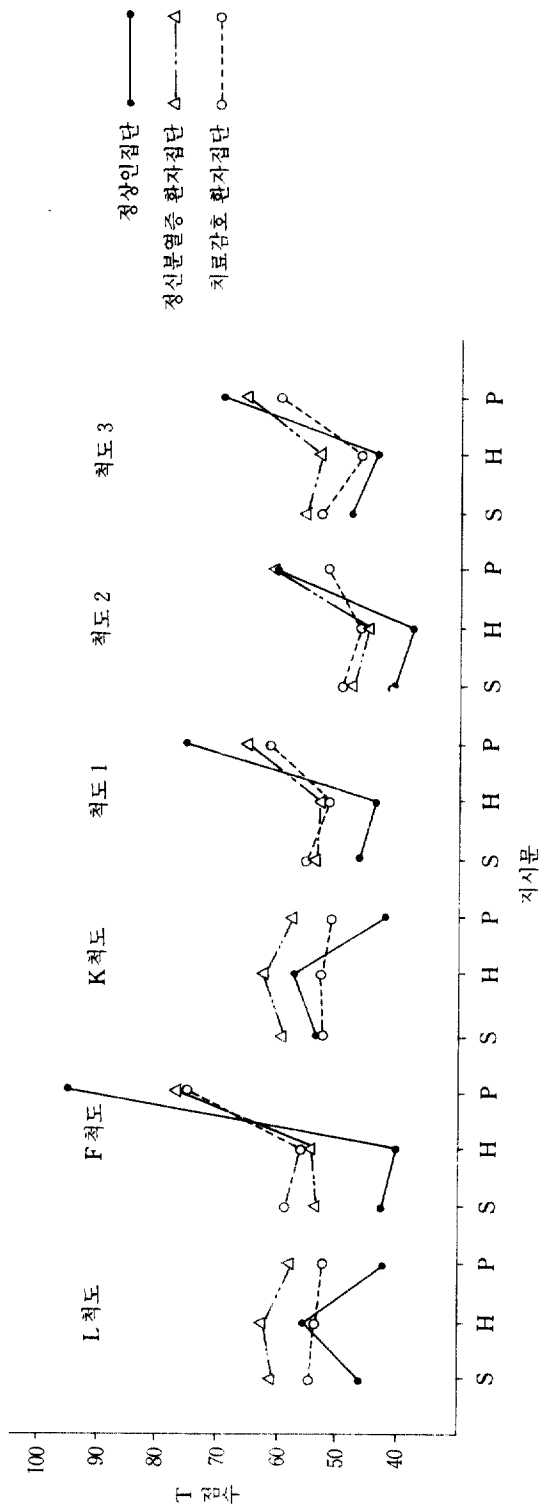


그림 4. 척도별 상호작용효과

주. S는 표준지시문, H는 건강인지시문, P는 정신질환범퍼자 지시문을 나타냄.

표 2 지시문에 따른 집단간의 차이 비교

척도	표준 지시문	건강인 지시문	정신질환 범죄자 지시문
L	G1, G3/G2, G3**	—	G1, G3/G2, G3**
F	—	—	G1, /G2, G3*
K	—	—	G1, G3/G2, G3*
1	—	—	G1, G2/G2, G3*
4	—	G1, G2/G2, G3*	—
6	—	—	G1, G3/G2, G3*
7	—	—	G1, G2/G2, G3*
8	—	G1, G2/G2, G3*	G1, G2/G2, G3*
0	—	G1, G2/G2, G3*	G1, G2/G2, G3*

주. G1은 정신인 집단, G2는 정신분열증 환자 집단, G3는 치료감호 환자 집단을 나타냄. /는 서로 유의한 차이가 있는 집단을 구분한 선임.

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

표 3. 각 집단별 지시문간의 차이비교

척도	정상인 집단	정신분열증 환자 집단	치료감호 환자 집단
L	S, P/H**	—	—
F	S, H/P**	S, H/P**	S, H/P**
K	S, H/P**	—	—
1	S, H/P**	S, H/P**	S, H/S, P**
2	S, H/P**	S, H/P**	—
3	S, H/P**	S, H/P*, S, H/S, P**	S, H/S, P**
4	S/H/P**	S, H/P*, S, H/S, P**	—
5	S, H/P, H*	—	—
6	S, H/P**	S, H/P**	S, H/P**
7	S, H/P**	S, H/P**	—
8	S/H/P*, S, H/P**	S, H/P**	—
9	S, H/P**	—	—
0	S/H/P*, S, H/P**	S, H/P**	—

주. S는 표준지시문, H는 건강인 지시문, P는 정신질환 범죄자 지시문을 나타냄. /는 서로 유의한 차이가 있는 집단을 구분한 선임.

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

따라서 각 지시문에 따른 집단간 차이가 어떠한지, 그리고 각 집단내에서 지시문간의 차이가 어떠한

한지를 보다 자세히 평가하기 위하여 Tukey의 중다 비교법을 이용하여 쌍들간의 차이 검증을 하였으며 그 중 의미있는 차이가 있는 것만 모은 결과가 표 2와 표 3이다.

논 의

본 연구에서 얻어진 주요 결과를 바탕으로 논의하면 다음과 같다.

표준 지시문을 주었을 때 정상인 집단과 환자 집단 간에는 가설1에서 차이가 나리라고 보았던 F척도 및 척도6, 8에서 통계적으로 유의한 차이를 드러내지 않으므로 가설1은 기각되었다. 기각된 이유로서 첫째, 피험자들의 점수를 집단별로 평균한 까닭에 각 척도 점수가 상당히 둔감해져 있는 것으로도 볼 수 있다. Goldberg(1972)에 의하면 MMPI 프로파일의 평균적 접근법은 개개인의 특징을 불명확하게 한다. 따라서 임상적으로 해석을 할 때는 T점수만으로 해석하기 보다는 전체 프로파일에 대한 형태적 분석(pattern analysis)으로서 척도들의 상승도, 기울기 및 골곡 등이 고려되어야 한다는 점이 지적되고 있다(김중술, 1988). 이러한 주장을 본 연구의 결과와 관련하여 보면 표준 지시문에서의 세 집단의 프로파일 유형이 서로 다르게 나타났다. 정상인 집단은 정상 프로파일을, 정신분열증 환자 집단은 70점 이상으로 상승된 척도는 없으나 척도3, 8, 4의 순으로 상승된 유형을 보이고, 치료감호 환자 집단도 역시 70점 이상으로 상승된 척도는 없으나 척도8, 4, 6의 순으로 상승된 프로파일을 보이고 있다. 둘째, 환자가 주위의 정보와는 달리 병이 없다고 주장하는 경우에 검사상에서 좋게 보이려는 역할 조작이 가능하므로 이 때는 검사의 해석을 경계하는 것이 필요할 것이다(김영환, 1979). 이러한 점과 관련하여 Greene(1980)은 전통적 타당도 척도보다 검사-재검사(TR)지수와 부주의 척도(carelessness scale)가 타당도를 결정하는 데 더 도움을 줄 수 있다고 주장하였다. 가설2에서 예상했던 것과는 달리 표준 지시문을 주었을 때 정신분열증 환자 집단과 치료감호 환자 집단 간에는 척도4에서 유의한 차이가 없었다. 오히려 그림 2에 제시되어 있는 것처럼 척도4가 두 집

단 공히 다소 상승되어 있는 편이다. 이에대한 가능한 이유로는 정신분열증 환자의 경우에도 병이 만성화됨에 따라 성격이 변화된 것으로 추정할 수 있겠다.

건강인 지시문을 주었을 때 정상인 집단은 전형적인 좋게 꾸미기 프로파일(척도5, 1, 9의 순으로 상승된 유형)과 유사하게 척도5, 9, 1의 순으로 상승되어 있는 프로파일을 보이고 있다. 반면에, 정신분열증 환자 집단은 전형적인 좋게 꾸미기 프로파일을 보이지 못할 뿐만 아니라 척도8, 1, 3의 순으로 상승된 유형을 보이고 있는데, 이 프로파일은 표준 지시문에서의 프로파일(척도3, 8, 4의 순으로 상승된 유형)과 유사하다. 또한 치료감호 환자 집단도 전형적인 좋게 꾸미기 프로파일을 보이지 못할 뿐만 아니라 척도8, 6, 4, 9의 순으로 상승된 유형을 보이고 있는데, 이 프로파일은 표준 지시문에서의 프로파일(척도8, 4, 6의 순으로 상승된 유형)과 매우 유사하다. 즉 정신분열증 환자 집단과 치료감호 환자 집단은 MMPI 프로파일 상에서 좋게 꾸미기 능력이 없는 것으로 나타났는데 이러한 결과는 이미징(1983), Bloom과 Arkoff(1961), Helfand(1956) 등의 결과와 일치하며 따라서 가설3은 지지되었다.

정신질환 범죄자 지시문을 주었을 때 정상인 집단은 전형적인 나쁘게 꾸미기 프로파일(척도F, 8, 6이 심하게 상승된 유형)과 동일하였다. 또한 정신분열증 환자 집단과 치료감호 환자 집단도 F척도 및 척도8과 6이 공통적으로 꽤 상승되어 있다. 정신분열증 환자 집단인 경우, 정상인 집단이 보인 전형적인 나쁘게 꾸미기 프로파일보다는 전반적으로 상승도가 낮으나, 표준 지시문에서 보인 프로파일(척도3, 8, 4의 순서로 상승된 유형) 및 건강인 지시문에서 보인 프로파일(척도8, 1, 3의 순서로 상승된 유형)과 유사하게 척도8, 6, 3, 1의 순서로 상승된 유형을 드러내고 있다. 마찬가지로 치료감호 환자 집단에서도 정상인 집단이 보인 전형적인 나쁘게 꾸미기 프로파일보다는 전반적으로 상승도가 낮으나, 표준 지시문에서 보인 프로파일(척도8, 4, 6의 순으로 상승된 유형) 및 건강인 지시문에서 보인 프로파일(척도8, 6, 4의 순으로 상승된 유형)과 유사한 척도8, 6, 1의 순서로 상승되어 있다. 이와같이 환자 집

단들은 세 지시문간에 유사한 프로파일들을 보이고 있어서 나쁘게 꾸미기 능력이 있다고 말할 수 없게 된다. 그러므로 가설4는 지지되었다.

한편, 이 지시문에서 정신분열증 환자 집단은 척도8, 6, 3, 1의 순서로 상승된 유형을 보이고 이와 유사하게 치료감호환자집단은 척도8, 6, 1, 3의 순으로 상승된 유형을 드러냄으로써 가설5는 기각되었다.

치료감호 환자 집단은 다른 집단과는 달리 건강인 지시문에서도 척도4가 상승되어 있는데, 이 점은 Posey와 Hess(1984, 1985)가 반사회적 성격 특성을 지닌 사람들은 비폭력성을 가장할 수 없다고 주장한 것과 일치하는 결과이다.

본 연구의 결과에서 보면 어느 집단에서나 모든 지시문에 대해 일반적으로 척도1이 상승하는 경향이 있는데, 한국판 MMPI 383문항을 사용했을 때 척도1 및 척도2가 일반적으로 상승하는 경향이 있음이 김중술과 이정균(1980)의 연구에서 이미 지적된 바 있다. 그러나 본 연구에서는 척도2는 상승되어 있지 않은데, 이러한 차이 있는 결과들은 383 문항을 사용하였을 때의 제한점을 시사해 준다.

본 연구에서는 정신분열증 환자 집단과 치료감호 환자 집단은 역할 취하기 능력이 결여되어 있는 것으로 나타났다. 일반적으로 역할 취하기 능력은 적응 및 예후와 관련이 있는 것으로 생각되고 있기 때문에 이들이 적응능력이 부족하고 예후가 나쁜 것으로 여겨질 수 있다. 그러나 이러한 결과는 본 연구의 환자들이 대부분 만성화되어 있기 때문일 수 있다. 따라서 발병 초기의 정신분열증과 급성 정신분열증으로 범죄를 저지른 환자들인 경우에는 이와는 다른 결과가 나올 수도 있을 것이다. 또한 최근에는 정신분열증을 양성 증상과 음성 증상으로 구분하여서 양성 증상을 가진 정신분열증 환자는 예후가 좋고 음성 증상을 가진 환자는 예후가 나쁜 것으로 보고 있는데, 예후와 관련이 있다고 여겨지는 역할 취하기 능력에서도 이 두 집단이 차이를 실제로 보일지를 알아볼 필요가 있다.

끝으로 본 연구에서 피험자의 수가 적은 편이어서 연구결과를 일반화시키는 것은 주의해야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 김영환(1979). 외상환자의 MMPI. *신경정신의학*, 18, 435-443.
- 김중술(1983). 한국 정신과 입원환자의 MMPI 해석법 연구. *임상및상담심리학회*, 4, 109-120.
- 김중술(1988). *다면적 인성검사*. 서울: 서울대학교 출판부.
- 김중술·이정균(1980). MMPI에 나타나는 context effect: 한국판 단축형의 검증. *신경정신의학*, 19, 274-277.
- 배정규(1985). *MMPI 나쁘게 왜곡하기 탐지책략*. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 오상우(1985). 자기보고형 정신진단검사의 임상타당도 연구. *원광의과학*, 1, 237-248.
- 이미정(1983). 만성정신분열증 환자의 역할 취하기 능력에 관하여: MMPI의 정신병 척도를 중심으로. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 정범모·이정균·진위교(1967). *MMPI다면적 인성검사*. 서울: 코리안 테스트센터.
- Bavelas, A. (1947). Role playing and management training. *Sociatry*, 1, 183-191.
- Bloom, B. L., & Arkoff, A. (1961). Role playing in acute and chronic schizophrenia. *Journal of Consulting Psychology*, 25, 24-28.
- Cameron, N. (1947). *The psychology of behavior disorders*. Boston: Houghton Mifflin.
- Chandler, M. (1973). Egocentrism and antisocial behavior: The assessment and training of social perspective-taking skills. *Developmental Psychology*, 9, 326-332.
- Cofer, C. N., Chance, J., & Judson, A. J. (1949). A study of malingering on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Journal of Psychology*, 27, 491-499.
- Ferguson, B. (1979). Hospitalized adults' role-taking ability, psychiatric status and reported symptomatology. *Psychological Reports*, 44, 319-324.
- Giberstadt, H., & Duker, J. (1965). *A handbook for clinical and acturial MMPI interpretation*. Philadelphia: Saunders.
- Goldberg, L. R. (1972). Man versus mean: The exploitation of group profiles for the construction of diagnostic classification systems. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 121-131.
- Gough, H. G. (1947). Simulated patterns on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 14, 408-413.
- Grayson, H. M., & Olinger, L. B. (1957). Simulation of "Normalcy" by psychiatric patients on the MMPI. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 73-77.
- Greene, R. L. (1980). *The MMPI: An Interpretive manual*. New York: Grune & Stratton.
- Helfand, I. (1956). Role taking in schizophrenia. *Journal of Consulting Psychology*, 20, 37-41.
- Holcomb, W. R., Adams, N. A., & Ponder, H. M. (1985). The development and cross-validation of an MMPI typology of murderers. *Journal of Personality Assessment*, 49, 240-244.
- Hunt, H. F. (1948). The effect of deliberate deception on Minnesota Multiphasic Personality Inventory performance. *Journal of Consulting Psychology*, 12, 396-402.
- Ingram, J. C., Marchioni, P., Hill, G., Caraveo-Ramos, M., & McNeil, B. (1985). Recidivism, perceived problem-solving abilities, MMPI characteristics and violence: A study of black and white incarcerated male adult offenders. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 425-432.
- Lindgren, H. G., & Robinson, J. (1953). An evaluation of Dymond's test of insight and empathy. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 172-176.
- Marks, P. A., & Seeman, W. (1963). *The actuarial description of personality*: An atlas for use with the MMPI. Baltimore: Williams & Wilkins.
- McClelland, W. A. (1951). A preliminary test of role-playing ability. *Journal of Consulting Psychology*, 15, 102-108.

- Moser, R. S. (1984). The measurement of role taking in young adults. *Journal of Personality Assessment*, 48, 380-387.
- Norman, R. D., & Ainsworth, P. (1954). The relationship among projection, empathy, reality, and adjustment, operationally defined. *Journal of Consulting Psychology*, 18, 53-58.
- Posey, C. D., & Hess, A. K. (1984). The fakability of subtle and obvious measures of aggression by male prisoners. *Journal of Personality Assessment*, 48, 137-145.
- Posey, C. D., & Hess, A. K. (1985). Aggressive response sets and subtle-obvious MMPI scale distinctions in male offenders. *Journal of Personality Assessment*, 49, 235-239.
- Rader, C. M. (1977). MMPI profile types of expositors, rapists and assaulters in a court services population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 61-69.
- Walters, G. D. (1985). Scale 4(Pd) of the MMPI and the diagnosis antisocial personality. *Journal of Personality Assessment*, 49, 474-476.

臨床心理學會誌

Korean Journal of Clinical Psychology

1988, Vol. 7, No. 1, 62~74

The Role Taking Ability of the Schizophrenics and the Hospitalized Offenders on the MMPI

Young Sook Kwon and Sang Woo Oh

Texas Southern University Wonkwang University

This study was to find out if the schizophrenic patients and the hospitalized offenders had role taking ability. Three groups participated in this study; the schizophrenic group (N=19), the hospitalized offender group (N=19), and the normal group (N=19). The subjects were asked to respond on the MMPI by three different instructions in order to measure the ability to fake-good and fake-bad. The results showed that the schizophrenic group and the hospitalized offender group did not have role taking ability and that the offenders were unable to feign nonaggressiveness the Pd scale.