韓國心理學會誌 : 臨床
Korean Journal of Clinical Psychology
1997. Vol. 16, No. 1, 41-51

직업재활훈련을 받고있는 지체장애인들의 MMPI와 방어기제 특징

송미경 · 최정윤

강남성모병원

본 연구는 지체장애인들의 MMPI와 자아방어기제의 특징에 대하여 알아보았다. 직업재활훈련을 받고있는 지체장애인 122명의 MMPI를 분석한 결과, 전체 평균 프로파일은 T점수 50 - 60 사이의 정상범주에 속하는 것으로 나타났다. 그리고 각 척도별 T점수를 군집분석한 결과 1) 6-8-7 프로파일 (n=54) 2) T점수 45-53 사이 프로파일(n=49) 3) 1-3-2 프로파일 (n=19) 의 세 집단으로 분류되었다. 지체장애인들이 주로 사용하는 방어기제는 신체화, 수동공격적, 투사, 해리의 순으로 나타났다. 또한, MMPI 프로파일 유형에 따라 선호되는 방어기제를 알아보았는데, 집단 1 (6-8-7 프로파일 집단)은 다른 두 집단에 비하여 방어기제를 가장 많이 사용하였으며 특히, 행동화, 신체화, 전치, 해리, 투사, 수동공격적 기제의 사용이 유의미했다. 집단 2 (T점수 45 - 53 사이 프로파일 집단)는 전반적으로 방어기제의 사용이 적었으며 승화와 부정의 방어기제를 주로 사용하였다. 집단 3 (1-3-2 프로파일 집단) 역시 신체화, 투사 등의 방어기제를 많이 사용하였다.

최근 치료의학과 예방의학의 발달에 따라 급성 질환으로 인한 사망율은 낮추게 되었으나 만성질환, 산업재해, 교통사고 등으로 인한 장애인의 수는 증가하고 있다. 따라서 장애인에 대한 관심이 높아지고 있고 장애인이 사회에 적응하며 인간으로서의 평등한 삶을 살고 경제적으로 독립할 수 있도록 하기 위하여 장애인의 재활에 많은 관심을 가지고 있는 것이 세계적인 추세이다. 우리나라도 장애인복지 관련기관 및 단체는 211개로 국가 예산을 투입하여 장애인의 의료, 교육, 직업 등의 재활 프로그램을 실시하고 있다.

일반적으로 사용되는 장애인의 개념을 파악하기 위하여 UN의 결의에 의한 장애인의 권리선언 제1조를 살펴보면, "장애인이란 선천적이든 후천적이든간에 신체적, 정신적 능력의 불완전으로 인하여 일상의 개인 혹은 사회생활에 필요한 것을 자기 스

스로 완전히 혹은 부분적으로 수행할 수 없는 사람이다" 라고 규정하고 있다. 우리나라는 장애인복지법을 통하여 "장애인이라 함은 지체장애, 시각장애, 청각 언어장애, 정신지체 등 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 자를 말한다" 라고 장애의 정의와 분류 그리고 판별기준을 제시하고 있다. 이 중 지체장애인은 '선천적 혹은 후천적인 원인으로 상.하지나 전신, 척추에 절단, 기형 및 변형, 관절운동장애, 동통이 있는 자로서 일상생활 동작의 수행에 불편이 있는자'를 말한다.

이러한 지체장애인의 가장 심각한 문제는 단순히 신체상 장애 그 자체에서 생겨나는 것이 아니라 신체장애로 인한 제한 때문에 정상적인 관계를 맺을 수 있는 많은 통로가 차단되게 되는 것이며 이로 인해 심리적, 사회적, 경제적 갈등을 유발시키게 되는 좌절환경에 직면하게 된다. 장애인의 직장 부적응에 있어서 외형적, 물리적 원인, 예컨대 작업환경이나 처우문제를 제외하고 개인적인 문제로 들 수 있는 것은 대부분 자신들의 성격적인 특성에서 비롯되는 동료와 상사와의 불화 즉, 인간관계인 것으로 조사되고 있다 (한태림, 1991). 장애인이 퇴직한 이유로는 대인관계와 직장적응의 문제(34.8%)가 단일 항목 중 가장 높게 나타났고 (강필수, 1994) 장애인을 고용한 기업의 직업생활 상담원에 의하면 장애인 근로자의 직장 적응 정도가 일반인에 비해 떨어진다는 의견이 89.4%로 높게 나타났다 (김승아, 1994).

따라서 지체장애인의 의료적 재활과 기본적인 자립생활을 위한 직업재활 보다 선행되어야 할 것은 심리적 재활이다. 비록, 신체적 질환이 치유되었다고 하더라도 일상생활과 일에 적응하지 못한다면 치료가 완전하지 못한 것이며 (Rusk, 1971), 지체장애인은 수술만으로는 부족하다 (Shontz, 1978)는 것은 심리사회적인 재활의 측면을 강조한 것이라고 여겨진다. 이렇듯 장애인의 재활과정에서 심리적인 요인을 강조하는 것은 장애인 자신의 장애에 대한 태도에 따라 장애를 극복하여 생활에 적극적으로 대처할 수도 있고 그 반대로 부적응을 보일 수도 있기 때문이다.

이러한 부적응의 문제를 전제로 지체장애인의 심리사회적 특성에 대해서 가지는 학자들의 공통적인 입장은 지체장애인은 신체적 기능의 결손으로 인해 성격과 가치관에 영향을 받으며 환경 속의 타인들이 보이는 태도 및 반응과 상호작용하여 적응방식을 결정짓게 된다는 것이다.

일찌기 Wysocki (1965)의 연구에서는 지체장애아동이 비장애아동에 비해 열등감, 불안, 공격성 등이 높은 것으로 나타났고, Fairchild (1967)는 장애인들의 자아개념 속에 비현실적인 요소가 내포되어 있음을 보고하였다. 장애종별에 따른 심리적 특성을 연구한 Ince (1974)는 절단장애인은 사회적인 수용의 상실에 대한 두려움, 자존심의 상실, 우울, 긴장, 울분, 불안, 충동성, 수치감, 죄책감, 자기연민 그리고 편집증적인 예민성 등의 정서반응을 일으키며, 뇌성마비 장애인은 지능지체, 동기의 저하, 자아개념의 손상을 보이며 척수손상자는 불안, 의존성, 우울, 죄책감, 적개심, 자기의 상태에 대한 수용곤란 등을 겪는다고 지적하고 있다. 또한 Ramteke & Mainal (1976)에 의하면 지체장애인의 특성은 활동의 제한, 사회적 무관심, 열등감, 불안, 공격성, 신뢰부족이며 따라서 이들은 자신의 장애와 관련하여 나타나는 제 문제들에 적응하기 위해서 내벌이라는 방어기제를 보다 많이 사용함을 밝혔다. Predretti (1981)는 지체장애인의 장애에 대한 심리사회적 결과는 새로운 적응양상을 요구하는 스트레스원이 된다고 하였다 (구본권, 1992. 재인용).

또한, Wright (1980)는 선천적인 지체장애인은 일반인과 자신이 다르다는 '차별감'을 느끼고, 후천적인 지체장애인(중도장애인)은 '상실감'을 경험한다고 지적하였다. Garrison (1978)도 신체적 한계성은 성격의 변화를 가져오고 부적응을 수반한다고 하였다.

인간은 신체상과 자기상이 매우 밀접하게 연관되어 형성되므로 누구나 신체의 어느 부분이 손상되거나 기능이 불가능하게 되면 자기상에 심각한 손상을 입게 된다. 따라서, 장애가 자존감의 조건이

아니라는 생각을 가지도록 도와주는 일은 매우 중요한 것이다. 즉, 장애인에게 의수족, 가옥개조, 직업알선 등을 해주기 전에 그들의 심리현상에 대한 이해가 선행되어져야 한다. 지체장애인들의 최종적인 독립적 생활을 위해서는 의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 임상심리학자, 특수교사, 사회복지사, 장애인과 그 가족들이 참여하는 전인적인 형태의 팀접근 (team approach)이 이루어져야 한다 (오정희, 1985).

그러나 우리나라에서는 아직까지도 장애인복지분야는 의사나 사회복지사, 특수교사 등에게로 집중되고 있고 임상심리학자나 상담심리학자들에게는 주변 영역으로 인식되고 있는 실정이다. 장애인의 성격특성이나 적응 등에 관한 연구(구본권, 1977, 1991, 1992; 김승아, 1994; 김현식, 1991; 박영숙, 1995; 양현주, 1990; 엄익곤, 1991 등)도 특수교육학이나 사회복지학에서 주로 이루어지고 있을 뿐 심리학에서는 거의 전무한 실정이다.

본 연구에서 지체장애인에게 초점을 맞춘 이유는 지체장애인은 지능이나 시각, 청각의 장애는 없이 단지 신체적인 손상과 기능장애로 인하여 환경과의 상호작용에서 여러 가지 문제를 경험하게 되는 사람이기 때문이다. 그들은 장애인에 대한 사회적 편견이나 제약, 현행 제도상의 문제들을 비롯하여 교통, 통신설비와 공공건물 등 부족한 사회, 물리적 환경과의 상호작용에서 부적합성을 경험하며 특히, 사회참여 및 활동의 제한을 경험한다. 또한 가족 내에서는 지나친 과잉보호로 인해 의존적이 되거나 사회성의 발달이 떨어지게 되고 때로는 거부를 당함으로 위축되거나 철수되는 경향이 있다. 이러한 제약으로 겪게되는 부적응과 이로 인해 유발되는 긴장과 스트레스를 완화시키고 보다 적절한 적응을 유도하는 것이 임상심리학자의 역할이라고 생각한다.

이에 본 연구는 지체장애인들을 대상으로,

1) MMPI를 통한 일반적 정신건강 상태를 보고
2) 그들이 사용하는 방어기제의 특성을 밝히고
3) MMPI 프로파일 유형에 따라 방어기제 유형이 어떻게 달라지는지를 알아보아 지체장애인들의 심리적 재활에 도움을 주기 위한 기초자료를 제공함을 목적으로 한다.

방 법

연구대상

현재 직업재활훈련을 받고있는 소아마비, 뇌성마비, 절단, 발육부진 등의 장애를 지닌 만 16세에서 30세까지의 지체장애인으로 하였다. 총 204명에게 검사를 실시하였으나 그 중 검사를 끝까지 할 수 없었거나 응답태도가 불성실한 경우 등을 제외한 122명이 최종적으로 분석되었다. 피검자의 성별분포는 총 122명 중 남, 여가 각각 93명, 29명이었다.

평가도구

1. MMPI

MMPI는 정신과적 진단을 목적으로하는 객관적 성격검사이다. 그러나 정신과적 장애란 그 사람의 성격과 전혀 무관한 것이 아니므로 진단분류의 과정에서 그 사람의 일반적 성격을 유추할 수 있다. MMPI가 제공하는 가장 중요한 정보는 피검자가 생각하는, 그리고 타인에게 알리고 싶어하는 혹은 알릴 수 있는 자신의 상태이다. 자신의 상태란 신체적 및 심리적인 상태를 의미하며, 또한 행동적인 측면도 포함된다. 여기서는 383문항으로 된 단축형 다면적 인성검사 (김영환, 김재환, 김중술, 노명래, 신동균, 염태호, 오상우, 1989)를 이용하였다.

2. 이화방어기제검사

이화방어기제검사는 정신역동론과 성격갈등론에서 기본 개념으로 제시되고 있는 자아방어기제가 개인의 성격과 정신장애, 적응 및 부적응 행동을 이해함에 있어서 주요한 기본 요소임을 전제로 하면서 개인의 자아방어기제들을 평가해 보고자 하는

목적으로 개발된 객관적인 목록식 검사이다. 이 검사는 내적 갈등이나 외적 상황의 다양성에도 불구하고 개인이 비교적 지속적으로 사용하고 있는 주요 방어기제들을 측정해 보고, 측정된 개인의 주요 방어기제들이 전체적으로 어떤 성질을 띠고 있는지를 검토함으로써 개인의 일관된 적응행동의 특징을 규명해 보고 이러한 적응행동이 개인의 정신건강에 어떤 영향을 미칠 수 있는지를 예견해 보려고 한다 (이화방어기제검사 실시요강, 1991).

이화방어기제검사는 우리나라 전래 속담을 기초로 하여 김재은, 이근후, 김정규 및 박영숙 (1991)에 의해 제작되었으며 20가지 방어기제 하위척도가 있고 각 척도마다 10개 문항씩 전체 200개 문항이 '전혀 아니다'에서 '아주 그렇다'까지의 5점척도로 평가되도록 구성되어있다. 이 검사의 재검사 신뢰도는 20개 척도 모두 $r=.72$ 이상으로 양호한 수준으로 보고되어 있다.

자료처리

지체장애인의 전체 MMPI 결과로 척도별 T점수 평균을 냈고, MMPI의 각 척도들에서 유사한 성격 프로파일을 보이는 사람을 몇 개의 하위집단으로 묶기위해 군집분석(cluster analsysis)을 하였다. 그 다음 군집분석 결과로 나온 하위집단을 독립변인으로 하고 이화방어기제 검사의 20개 하위척도를 종속변인으로 하여 일원변량분석(one-way ANOVA)을 하였다. 전반적인 F 검증 결과 군집간에 유의한 차이가 있는 방어기제에 대한 사후비교는 Scheffe 검증으로 하였다. 자료처리는 SAS/ pc+를 이용하였다.

결 과

1. 지체장애인의 평균 MMPI

122명 전체의 MMPI T점수의 평균과 표준편차는 표 1에 제시하였다. 지체장애인들의 MMPI 평균 프로파일은 전체 T점수가 50 - 60 사이로 정상범주를 나타내고 있다.

표 1. 전체 지체장애인들의 MMPI 척도별 T점수의 평균과 표준편차

척도	평 균	표준편차(SD)
L	55.82	11.35
F	57.42	12.94
K	51.45	11.24
Hs	58.89	10.93
D	52.94	12.10
Hy	56.70	10.90
Pd	52.19	10.77
Mf	52.60	10.02
Pa	59.90	13.27
Pt	55.08	10.77
Sc	57.39	10.99
Ma	51.92	11.00
Si	50.49	10.19

2. MMPI 군집분석

지체장애인의 MMPI T점수를 군집분석으로 통계처리한 결과 유사한 특징을 소유하는 3개 집단의 평균과 표준편차와 변량분석 결과는 표 2와 같고, 각 집단별 프로파일을 그림 2에 제시하였다. 3개의 하위집단별 특징을 살펴보면, 집단 1은 54명(44.26%)의 지체장애인이 포함되며 6-8-7 프로파일을 나타내고 있다. 일반적으로 이러한 프로파일을 보이는 사람들의 가장 두드러진 특징은 자폐적, 단절적, 우회적인 사고경향이 있다고 보고되고 있다.

이들은 친밀한 대인관계를 회피하며, 사회적으로 고립되고, 의심과 불신감이 많고 적대적이며 다른 사람과 항상 정서적 거리를 유지하려 한다. 깊은 열등감과 불안정감을 가지고 있으며, 때로는 지나치게 수줍어하고 자신감과 자기존중감이 결여되어 있으며 실패라고 생각되는 것에 대하여 죄책감을 느끼기도 한다. 진단적으로 정신증의 경우가 많으며 실제

표 2. 각 하위집단별 MMPI의 평균, 표준편차, 변량분석 결과

MMPI 척도	집단1 M(SD)	집단2 M(SD)	집단3 M(SD)	F	사 후 비 교
L	54.30 (11.02)	53.63 (9.21)	65.79 (12.54)	10.03	2>1. 3*
F	67.35 (9.80)	47.37 (7.65)	55.11 (10.48)	62.54	1>2. 3*, 2>3*
K	46.85 (9.03)	50.65 (8.09)	66.58 (11.29)	33.67	2>1. 3*
Hs	63.00 (9.03)	50.29 (7.42)	69.37 (6.94)	50.32	2>1. 3*, 1>3*
D	56.57 (11.46)	46.55 (10.89)	59.11 (9.48)	14.33	1. 2>3*
Hy	60.26 (8.87)	48.39 (7.19)	68.05 (8.14)	49.43	2>1. 3*, 1>3*
Pd	56.87 (9.44)	46.33 (9.90)	53.63 (9.78)	15.32	1. 2>3*
Mf	55.22 (10.26)	49.96 (9.86)	51.95 (8.09)	3.76	1>3*
Pa	70.19 (9.57)	49.73 (9.54)	56.84 (7.94)	62.96	1>2. 3*, 2>3*
Pt	63.07 (7.48)	49.73 (7.70)	56.42 (5.22)	73.14	1>2. 3*, 2>3*
Sc	66.43 (6.95)	47.71 (6.95)	56.68 (6.39)	95.56	1>2. 3*, 2>3*
Ma	58.24 (10.30)	48.18 (10.30)	43.58 (10.52)	23.65	1>2. 3*, 3>2*
Si	53.15 (10.66)	48.47 (10.65)	48.16 (7.73)	3.43	

* $p < .05$, ** $p < .001$, *** $p < 0.001$
집단 1 (n=54) 집단 2 (n=49) 집단 3 (n=19)

로 정신증을 앓고 있지 않다 하더라도 만성적이며 심한 부적응을 보이는 사람들이다 (김중술, 1988).

집단 2에 속하는 지체장애인의 수는 49명 (40.16%)으로서 척도 대부분이 T점수 45-53 사이에 해당되는 정상 프로파일을 보이고 있다. 이들은 어떤 신경증 또는 정신증적 증상도 별로 보이지 않는 사람들이다.

집단 3은 1-3-2 프로파일을 나타내는데 19명

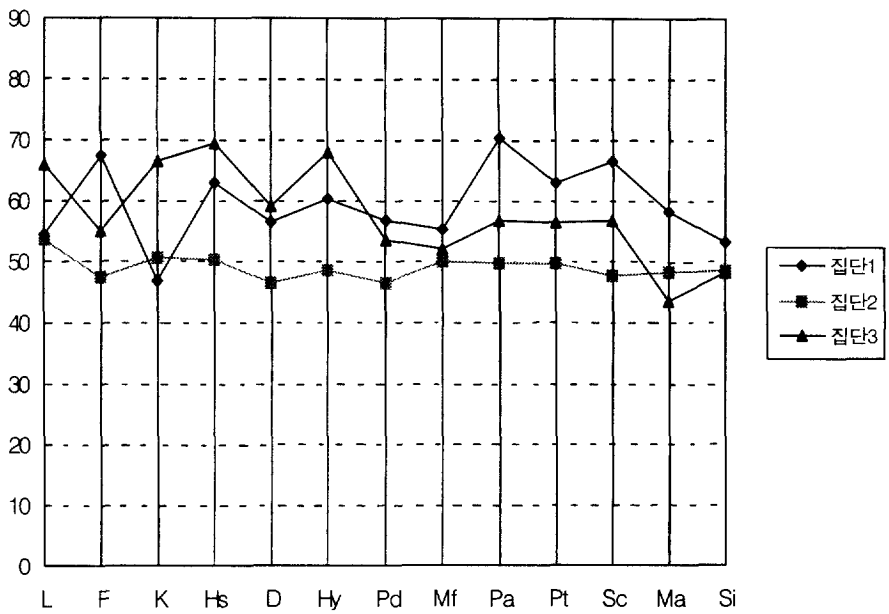

그림 2. 각 하위집단별 MMPI의 평균, 표준편차, 변량분석의 결과

(15.57%)의 지체장애인이 여기에 속한다. 이 사람들은 스트레스를 당하면 신체적인 증상을 나타내는 것이 특징이다. 미성숙하고 자기중심적이며 이기적일 뿐 만 아니라 불안정감이 많다. 대개의 경우, 이들은 사교적이기는 하지만 수동-의존적이며 타인으로부터 인정받고 사랑받고자 하며 자신을 과도하게 억제한다 (김중술, 1988).

3. 지체장애인의 방어기제의 특성

지체장애인들의 방어기제 하위유형의 평균과 표준편차는 표 3에 제시하였다.

이들이 주로 사용하는 방어기제는 신체화, 수동공격적, 투사, 해리의 순으로 나타났다.

4. 각 집단별 방어기제 특성

표 4에 각 집단별 자아방어기제의 평균, 표준편차 그리고 변량분석 결과를 제시하였다. 집단간 차이가 의미있게 나온 척도에 대해 Scheffe 검증을 한

표 3. 지체장애인들의 방어기제 하위유형의 평균과 표준편차

자아방어기제	평 균 (M)	표준편차 (SD)
1. 허세	5.14	2.43
2. 반동형성	4.20	2.25
3. 동일시	5.04	2.14
4. 수동공격적	6.15	2.11
5. 투사	6.00	2.06
6. 전치	5.75	1.91
7. 부정	5.28	3.98
8. 통제	3.69	3.94
9. 억제	4.95	2.14
10. 왜곡	5.43	2.49
11. 예견	5.47	2.17
12. 합리화	5.24	1.90
13. 해리	5.93	1.89
14. 신체화	7.84	5.24
15. 승화	5.07	2.20
16. 행동화	5.82	1.94
17. 이타주의	4.57	1.83
18. 퇴행	4.73	2.29
19. 유우머	4.07	2.42
20. 회피	5.70	2.12

표 4. 각 집단별 방어기제에 대한 평균, 표준편차, 변량분석 및 Scheffe 사후검증결과

자아방어 기 제	집단 1 M(SD)	집단 2 M(SD)	집단 3 M(SD)	F	사후비교
1. 허세	6.04 (2.27)	5.14 (2.43)	5.44 (2.10)	1.77	
2. 반동형성	3.98 (2.44)	3.58 (2.18)	3.63 (2.25)	0.37	
3. 동일시	5.33 (2.39)	4.12 (2.48)	4.06 (1.77)	3.64*	
4. 수동공격적	5.10 (2.48)	3.79 (2.35)	4.31 (1.78)	3.62*	1>2 *
5. 투사	6.04 (2.18)	4.00 (2.68)	4.81 (2.17)	8.33***	1>2 *
6. 전치	6.31 (2.39)	4.19 (2.61)	5.06 (2.02)	8.73***	1>2 *
7. 부정	6.38 (2.45)	5.23 (2.74)	5.38 (2.55)	2.42*	
8. 통제	4.69 (2.30)	3.65 (2.20)	3.81 (2.32)	2.59*	
9. 억제	4.48 (2.27)	4.44 (2.51)	5.06 (2.24)	0.44	
10. 왜곡	5.88 (2.60)	4.09 (2.32)	5.44 (2.28)	6.22**	1>2 *
11. 예견	5.63 (2.33)	4.37 (2.08)	5.56 (2.42)	3.90*	1>2 *
12. 합리화	5.19 (2.40)	4.37 (2.43)	4.56 (1.67)	1.47	
13. 해리	5.70 (2.54)	3.51 (2.13)	4.63 (1.71)	11.85***	1>2 *
14. 신체화	6.38 (2.11)	4.00 (2.38)	5.44 (1.71)	13.54***	1>2 *
15. 승화	6.04 (2.27)	5.07 (2.21)	5.56 (1.97)	2.19	
16. 행동화	5.91 (2.16)	4.33 (1.98)	5.38 (2.09)	6.64**	1>2 *
17. 이타주의	4.62 (2.23)	3.93 (2.31)	4.38 (2.36)	1.02	
18. 퇴행	5.04 (2.50)	3.63 (2.37)	4.19 (2.14)	3.94**	1>2 *
19. 유우머	4.26 (1.93)	3.84 (2.09)	3.94 (2.11)	0.50	
20. 회피	5.70 (2.12)	4.40 (2.59)	6.13 (2.73)	4.57**	1>2 *

* $p < .05$, ** $p < .001$, *** $p < .0001$

결과도 함께 제시하였다. 3개 집단 각각이 다른 집단들과 비교해서 의미있게 많이 사용하는 방어기제들이 무엇인지 살펴보고자 한다.

집단 1 (6-8-7 프로파일 집단)에 속하는 지체장애인들은 집단 2에 속하는 지체장애인들에 비해서 수동공격적, 투사, 전치, 왜곡, 예견, 해리, 신체화, 행동화, 퇴행, 회피와 같은 방어기제를 더 많이 사용하였다.

집단 2 (T점수 45 -53 사이 집단)에 속하는 지체장애인들은 다른 두 집단에 비하여 전반적으로 방어기제의 사용이 적은 편이었다. 주로 사용하는 방어기제는 유의미한 수준은 아니지만 부정과 승화로 나타났다.

집단 3 (1-3-2 프로파일 집단)에 속하는 지체장애인들은 집단 2에 속하는 지체장애인들에 비해 수동공격적, 투사, 전치, 왜곡, 해리, 신체화, 행동화, 회피와 같은 방어기제를 더 많이 사용하였고 또한 집단 1에 속하는 지체장애인들 보다는 억제와 회피라는 방어기제를 더 많이 사용하였으나 유의미한 수준은 아니었다.

논 의

본 연구는 지체장애인들의 전반적인 정신건강과 선호하는 방어기제유형을 알아보고자, 직업재활훈련을 받고 있는 지체장애인들에게 MMPI와 이화방어기제검사를 실시하였다. 그 결과를 중심으로 논의해보면 다음과 같다.

첫째, 전체 장애인들의 MMPI 평균 프로파일은 T점수가 50 - 60 사이로 정상범주에 속하고 있다. 이는 연구의 대상 집단이 직업훈련을 받고 있고, 자립의 동기가 강하고 비교적 잘 적응하는 집단임을 나타낸다. 그러나, 하위척도들에 대한 군집분석을 해 본 결과 1) 6-8-7 프로파일 집단 (n=54) 2) T점수가 45-53 사이인 정상 프로파일 집단 (n=49) 3) 1-3-2 프로파일 집단 (n=19) 의 3개 집단을 발견할 수 있었다. 6-8-7 프로파일 집단에 속하는 장애인의 수가 제일 많은 것으로 나타난 것이 주목되는 결과인데, 이것은 이들이 정신증적 특징을 가지고 있다기 보다 Lachar (1973)가 지적했듯이 '다른 사람들과 다르고 이해받지 못한다는 느낌, 소외감, 사회화 기술의 부족, 자신의 정체성에 대한 의문' 등을 나타내는 것이라고 생각된다. 지체장애인들을 대할 때 이러한 심리적 상태를 이해하는 것이 중요하다고 본다.

둘째, 지체장애인들이 주로 사용하는 방어기제는 신체화, 수동공격적, 투사, 해리의 순으로 나타났다. 신체화의 기제를 가장 많이 사용하는 것은 자신의 신체적 장애 때문에 이들의 신체에 대한 관심과 염려가 강하다는 것을 확인시켜주는 결과이다. 또한, 수동공격적 기제의 사용은 돌보아주는 사람이 필요한 이들의 입장에서 상대방에게 부정적 감정을 직접 표출하지 못함을 시사할 수 있겠다. 또한, 부정적 감정을 억압하고 있으면 그 역치가 넘어설 때 투사를 통하여 처리하기가 가장 쉬울 것으로 생각된다.

세째, MMPI 프로파일 유형에 따라 의미있게 더 많이 사용하는 방어기제를 본다면, 집단1 (6-8-7 프로파일 집단)은 다른 두 집단과 비교할 때 모든 방어기제를 가장 많이 사용하였다. 이 집단은 심리적 갈등을 가장 많이 겪음으로써 여러 가지 방어기제를 과용할 수 밖에 없을 것이라고 생각된다. 특히, 집단 2 (T점수 45 - 53 사이의 집단)에 비해 불안정한 예민화 방식 (행동화, 신체화, 전치, 해리, 투사, 수동공격적)을 훨씬 많이 사용하였는데, 이는 MMPI의 하위척도 6, 7, 8, 9는 행동화, 전치, 신체화, 해리, 투사, 수동공격 방어기제와 공통적으로 관계가 있다는 배지연 (1993)의 연구 결과와 일치한다. 또한 MMPI의 특정한 성격척도가 개인의 전형적인 방어기제를 반영한다고 가정하고 여섯가지 성격척도 별로 대표적인 방어기제를 제시한 바 있는 Trimboli & Kilgore (1983)도 의심이 많고 지나치게 민감하고 남의 탓을 잘하는 등의 특성을 지닌 척도 6의 상승을 보이는 사람은 투사와 외향화 기제를 주된 방어기제로 사용한다고 했다. 한편, 집단

1 (6-8-7 프로파일 집단)에서 유의미한 수준으로 예견이라는 방어기제를 사용함이 나타났는데 이는 선행연구 (배지연, 1993. 전현민,박영숙 1995)들에서 보이지 않았던 결과이다. 예견은 방어기제의 성숙단계에서 성숙수준에 속하는 것으로 미래의 내적 불편함에 대해 현실적인 예견을 하고 계획을 세우는 방식이다. 다시 말하면 실제적이거나 잠재적인 걱정스러운 결과를 미리 생각해보고 감정적 반응을 예견해 봄으로써, 현실적인 여러 대안책을 탐색해 보는 것이다 (이화방어기제검사 실시요강, 1991). 이는 개별 사례를 검토해 보아야 할 것이나, 몇가지 원인을 추론해 보자면, 예견이라는 현상의 이면에는 불만족한 현재를 피하여 미래를 살고 싶은 원망이 숨어있을 수 있다. 또한, 현재가 불안하고 두려워서 매사에 지나치게 준비하고 조심하지 않으면 안된다는 태도의 반영일지도 모른다.

전반적으로 방어기제의 사용이 적었던 집단 2 (T점수 45 - 53 사이의 집단)는 승화와 부정의 방어기제를 주로 사용하였다. 정신건강 상태가 양호할 때 성숙한 방어기제를 사용하는 것은 당연하다고 본다. 그러나 미숙한 방어기제인 부정의 사용이 나온 점에 대해서는 그들이 부정을 통하여 불쾌하거나 고통스러운 현실을 외면하고 표면적으로 편안함을 가장할 가능성도 고려해 볼 필요가 있겠다. 또한 비록, 유의미한 수준은 아니지만 집단 3 (1-3-2 프로파일 집단) 역시 신체화, 전치, 해리, 투사 등의 방어기제를 많이 사용하였다. 이는 MMPI의 하위척도 1, 2, 3과 공통적으로 의미있는 상관을 보인 방어기제가 신체화라는 선행연구 결과 (배지연, 1983)를 확인한다.

이런 결과는 전현민과 박영숙 (1995)의 연구에서 보여지는 일반 대학생들의 방어기제 방식및 성숙단계와 일치한다. 또 이들 연구에서는, 건강한 사람들은 자아확대적이고 성숙한 단계의 자아방어기제를 주로 사용하는 반면에, 덜 건강한 사람들은 불안정한 예민화 방식이나 행동억제적, 자아부정적인 방식으로 또한 덜 성숙한 단계의 자아방어기제들을 더 많이 사용하는 것으로 보고되었다. 따라서, 정신건강 정도에 따른 방어기제 방식과 성숙단계는 일반인과 지체장애인 간에 차이가 없음을 보여주고 있다.

본 연구의 제한점은 첫째, 연구의 대상 집단이 고졸 이상의 학력과 직업재활의 동기가 강한, 비교적 적응이 잘 유지되고 있는 장애인이기 때문에 이 결과를 가지고 전체 지체장애인에게 일반화시키기는 어렵다는 것이다. 따라서 장애의 정도가 심한 재가장애인 집단의 특징은 어떤지 밝혀보는 것이 도움이 될 것 같다. 추후 연구에서는 재가 장애인 집단과 비교해 보는 것을 제안한다. 또한 본 연구에서 보여지는 지체장애인들의 MMPI와 방어기제의 특징이 지체장애인들만의 특성인가를 알아보기 위하여 일반인 집단과 비교해 보는 것도 흥미 있으리라 생각된다.

둘째, 장애를 입은 시기와 장애종별에 따라 동일한 표집의 수를 지닌 대상 집단을 얻지 못하였기 때문에 이에 대한 구분없이 연구가 이루어졌다. 그러나, 장애발생시기와 장애종별에 따라 적응과 방어기제 양식이 달라질 수 있기 때문에 이러한 것이 고려된 추후 연구가 이루어져야 할 것이다.

셋째, 본 연구에서 대상으로 삼은 지체장애인의 일반적인 정신건강 상태와 관련된 선행연구들이 다양하지 못하여 연구 결과를 비교할 자료가 부족하였다. 따라서 다양한 연구들이 후속되어 비교자료로 쓰일 뿐 만 아니라, 임상 및 상담 장면에서 지체장애인들에게 보다 실제적인 도움을 줄 수 있어야 할 것으로 판단된다.

참고문헌

구본권 (1992). 지체장애인의 자존심과 방어기제, 단국대학교 대학원 박사학위논문.

김승아 (1994). 장애인 직장적응과 대인관계에 관한 연구, 한국장애인고용촉진공단.

김영환. 김재환. 김중술. 노명래. 신동균. 염태호. 오상우 (1989). 다면적 인성검사 실시요강. 서

울: 한국가이던스.

김재은. 이근후.김정규. 박영숙 (1991). 이화방어기제검사 실시요강. 서울: 하나출판사.

김중술 (1988). 다면적 인성검사, 서울: 서울대학교 출판부

김현식 (1991). 지체부자유학생의 성격특성에 관한 연구, 단국대학교 대학원 석사학위논문.

배지연 (1993). MMPI 하위척도가 나타내는 성격특성과 자아의 방어기제간의 관계, 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

성정현 (1990). 지체장애인과 환경간의 적응적 적합성에 관한 연구, 서울대학교 대학원 석사학위논문.

전현민, 박영숙 (1995) MMPI 프로파일 유형들에 따른 자아방어기제의 특성, 한국임상심리학회지 14권 1호, 191-199.

한태림 (1992). 장애인 적응훈련 교과과목 및 직종연구, 한국장애인고용촉진공단.

Abt, L. E. (1977). The Psychology of physical handicap : A ststement of some principles. Dissertation Abstracts International, 37.

Barker, R. G. (1953). The Social Psychology of Adjustment to Physical Disability, in Psychological Aspect of Physically Disabled.

Bond, M. (1984). Defense style questionaire. Department of psychiatry. Sirmortimer, B. Davis Jewish General Hospital, Montreal, Canada.

Brenner, C. (1976). Psychoanaltic technique & psychic conflict, International University Press Inc. 59-78.

Cruickshank, W. M. (1966). Psychology of Exceptional Children and Youth, Englewood Chiffs: Prentice-Hall, Inc.

Esthe, W. (1961). The Body - Image Cononcept in Rehabilitation severly Handicapped patient, Social Work, Vol. 6., No. 3.

Freud, S. (1894). The Neuro - Psychoses of Defense. In Standard Edition of the Complete Psychological Work of Sigmund Freud, Vol. 3, London : Hogarth Press.

Freud, A. (1937). The Ego and the Mechanism of Defense. London: Hogarth Press.

Garrison, J. (1978). Stress Management for the Handicapped, J.Arch. Phys. Med. Rehabilitation., Vol. 59.

Hann, N. (1965). Coping and Defense Mechanisms Related to Personality Inventories. Journal of Consulting Psychology, 29(4), 373-378.

Hann, N. (1977). Coping and Defending : Process of Self-Environment Organization. New York: Academic Press.

Kaplan, H. L. & Sadock, B. J. (1989). Comprehensive textbook of Psychiatry 4. Baltimore, Williams & Willkins.

Lachar, D. (1973). The MMPI : Clinical Assessment and Automated interpretation, Michigan: WPS Professional Handbook Series.

Luborsky, L. (1962). Emotionality and Perceptual defense, Psychological Review, 56, 244 -251.

Millon, T. & Everly, G. S. (1985) Personality and Its Disorder : A Biosocial Learning Approach., N.Y.: John Willy & Sons.

Pollock, S. E. (1984). Human Responses to chronic Illness : Physiologic & Psychosocial Adaptation, Nursing Research, Vol. 35.

Robert, M. G. (1978). Disability and Rehabilitation Handbook. NewYork : McGraw Hill Co.

Rusk, H. A. (1971). Rehabilitation Medicine. 2nd ed. The C. V. Mosby Co. Saint Louis.

Shontz, F. C. (1978). Psychological Adjustment to Physical Disability, Trendsand Theories, Ach. Phys. Med. Rehabil., (59).

Stensrud, R. & Stensrud, K. (1981). Interpersonal Stress as a Consequence of Being Disabled, J. Rehabilitation, Apr/ Mar/ June.

Steven, W., Tomas, F. & Barbara (1985). Body

Image, Physical Attractiveness, and Depression. Journal of Counseling and Clinical Psychology, Vol, 53. No.1 .

Trimboli, F. & Kilgore, R. B. (1983). A Psychodynamic Approach to MMPI Interpretation. Journal of Personality Assessment, 47(6), 616-626.

Vaillant, G. E. (1971). Theoretical Hierarchy Adaptive Ego Mechanism. Archives of General Psychiatry, 25. 107-118.

Vaillant, G. E. (1975). Natural History of Male Psychological Health. Archives of General Psychiatry, 32. 420-426.

Vaillant, G. E. (1977). Adaptation to Life. Boston, MA: Little Brown.

Vaillant, G. E. (1985). Maturity of ego defenses in relation to DSM-3 axis2 personality disorder. Archives of General Psychiatry, 42. 597-601.

Vaillant,G. E. & Bond, M. (1985). An Empirically Validated Hierarchy of Defense Mechanisms. Archives of General Psychiatry, 43, 786-794.

Wright, G. N. (1980). Total Rehabilitation, Brown & Company

Minesota Multiphasic Personality Inventory and Defense Mechanisms in Physically Handicapped

Mi-Kyoung, Song · Jeoung-Yoon, Choi

Kangnam St. Mary Hospital

This study was attempted to expore MMPI profile, defense mechanisms and MMPI profile types by cluster analysis and defense mechanisms in Physically Handicapped. MMPI was administered to 122 physically handicapped. So it was founded normal profile by total mean of T score of each MMPI scale. Three subgroups were formed as a result of cluster analysis of T scores each. The first subgroup (44.26%) showed a profile 6-8-7, the second subgroup (40.16%) normal (45< T score < 53), the third supgroup (15.57%) 3-1-2.

The result of relation between MMPI profile type by cluster analysis and defense mechanisms were as follows. The first subgroup used more passive-aggressive behavior, projection, displacement, distortion, anticipation, dissociation, somatization, acting out, regression, evasion than second subgroup. Although second and three subgroups were not statistically significant differences, the second subgroup used more denial, sublimation. The third subgroup used more passive-aggressive behavior, projection, displacement, suppression, distortion, dissociation, somatization, acting out, evasion than the first and second subgroup.

This findings suggest healthy groups used mature defense mechanisms, unhealthy groups used immature defense mechanisms.