

동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 13. No. 2, 2002

뇌졸중 입원 환자의 신체장애 부위별 MMPI 조사연구

민상준, 양희숙, 장현호, 안대중*, 강형원, 류영수
원광대학교 한의과대학 한방신경정신과학 교실, 중화한방병원*

Studies of MMPI on the Somatic Disorder of CVA Patients

Sang-Jun Min, Hee-Suk Yang, Hyun-Ho Jang, Dae Joong Ahn*, Hyung-Won Kang, Yeoung-Su Lyu.
Department of Oriental Neuropsychiatry Medicine, College of Oriental Medicine, Wonkwang University,
Joonghwa Hospital of oriental medicine*

To evaluate the relations between strokes and psychological characteristics, the authors surveyed Minnesota Multiphasic Personal Inventory(MMPI) in CVA Patients. The results are as follows.

1. In the cerebral infarction patients group, the measure of F, Hy, Pd, Pt and Sc has appeared significantly high.
2. In the cerebral hemorrhage patients group, the measure of F and Ma has appeared significantly high.
3. In dysphasia-hemiparesis patients group, the measure of D has appeared high.
4. In the Soyangin patients group, the measure of Pd and Ma has appeared high.
5. In the Soeumin patients group, the measure of D, Pt and Si has appeared high.

Key word : MMPI, cerebral infarction, cerebral hemorrhage, Soyangin, Soeumin

I. 서 론

신체와 마음은 서로 불가분의 영향을 주고 받는데, Henderson은 인간을 생물적, 심리적, 사회적, 그리고 영적인 요소로 보았으며, 정신과 육체는 분리될 수 없는 것으로 서로 관련되어 있어 한쪽

에서 일어난 영향은 다른 쪽에도 미치게 된다고 하여, 생리적·정서적 균형을 유지해야 한다고 주장하였다¹⁾.

한의학에서도 신체와 마음의 불가분의 관계에 대해 언급했는데, 神形不可分離의 원칙으로 <靈樞·本神篇>²⁾에서는 “生之來謂之精 兩精相搏謂之神” 이라 하여 神이 생명체의 始生과 더불어 깃든다 하였고, <素問·六節藏象論>³⁾에서는 “五

· 교신저자 : 민상준, 전주시 덕진동 2가 142-1 원광대학교
전주한방병원 한방신경정신과 (Tel. 063-270-1021, Fax: 063-270-1199, E-mail: sjmin5@hanmail.net

味入口 藏於腸胃 味有所藏以養五氣 氣和而生津液 相成神乃自生”이라 하여 神도 일정한 물질적 기초 위에서 그 기능이 이루어짐을 말하였다⁴⁾. 질병의 발생에서도, 과도한 七情은 內因의 인자로서 氣의 기능 활동 변화와 臟腑之氣의 운행 통로 변화를 일으켜 질병을 일으키며⁵⁾, 많은 질병의 발전 과정에 있어서 환자에게 만약 강렬한 情志의 파동이 있게 되면 病情의 변화를 일으킬 수 있고 심하면 病情의 악화를 초래해서 질병의 예후에 영향을 미칠 수 있다⁶⁾.

특히, 한의학 중에서도 心身을 一體로 보는 心身醫學의 특징을 가진 四象醫學에서는 체질마다 마음의 유형이 있어 性質才幹, 恒心, 心慾 등의 방면으로 체질마다 차이가 나타난다 하였다⁷⁾. 이러한 四象醫學은 ‘心身均衡’을 추구하는 의학으로 ‘체질적 治心正己’를 바탕으로 하는 ‘治心治病’의 정신을 근본으로 삼고 있다. 四象醫學에서는 四象人의 모든 질병의 원인이 四象人의 性情의 偏急에서 온다고 보고, 뇌졸중의 원인도 성인병적 차원에서 평소 체질적 섭생의 불균형에서 나오는 만성적 요인에서 그 원인을 찾고 있으며, 뇌졸중의 前驅證에서 발병까지의 진행과정도 四象人의 체질적 차이가 크게 작용한다고 보고 있다⁸⁾.

뇌졸중은 突然昏倒 人事不省 口眼喎斜 言語不利 半身不遂 등의 증상이 급격히 발생하는 질환으로, 뇌출혈, 뇌경색, 일과성 뇌허혈 발작 등의 뇌혈관 질환을 포괄하는 질환이다⁹⁾. 뇌졸중의 위험 인자로는 고혈압, 당뇨, 심장질환, 유전인자, 계절적 요인, 흡연, 비만 등이 있으며⁹⁾, 五志過極 七情內傷의 정신적 스트레스가 가장 큰 誘因이 된다¹⁰⁾. 또한 뇌졸중의 발병은 돌연적이어서 생명의 위험을 초래하거나, 신체장애를 갖게 되는 경우가 많아 공포와 불안에 찬 질병으로 알려져 있으며, 뇌졸중 환자들은 뇌의 기질적 장애 뿐만 아니라 신체의 부자유함으로 인한 무능감 때문에 易怒性과 우울 상태를 보인다¹¹⁾. 이처럼 뇌졸중 환자들은 여러 가지 신체의 기능이 상실되어 생활 양식이 변할 뿐 아니라 심리나 사회에서 어려움을 직면하게 되는데, 이러한 심리의 변화는 뇌졸중 환자의 재활치료에 많은 지장을 초래하는 것으로 보고되고 있다^{12,13)}.

뇌졸중의 재활치료와 심리적 상관관계에 대한 연구 조사로는 유 등¹⁴⁾의 뇌졸중 후 정서장애에 대한 연구와, 박 등¹⁵⁾의 뇌졸중 환자의 일상생활 동작 수행능력과 인지능력, 불안, 우울 정도의 관련성에 대한 연구가 있었고, 사상의학과 뇌졸중에 관한 연구로는 최 등¹⁶⁾의 사상의학적 중풍 치료에 대한 임상적 연구와, 송⁸⁾의 사상의학적 중풍 관리의 임상 연구가 있었다.

인성검사로 임상에서 많이 활용되고 있는 다면적 인성검사(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, 이하 MMPI로 표기함)는 세계적으로 가장 널리 쓰이고 가장 많이 연구되어 있는 객관적 성격검사로, 1988년 신판개정 이래 오늘날까지 많은 연구가 진행되고 있다^{17,18)}. MMPI의 일차적 목적은 정신 장애의 진단이지만, 또 다른 용도는 이를 정상인에게도 적용하여 성격 검사로서 활용할 수 있다는 점으로, 학교나 직장에서 평가용, 혹은 선발용 및 연구용 측정 도구로 활용되고 있다¹⁹⁾.

현재까지 한의학계의 MMPI를 통한 연구로는 허 등²⁰⁾의 한의과대학 학생을 대상으로 한 정상인 집단의 연구가 있었고, 김 등^{21,22)}의 알콜리즘과 사상체질과의 관계에서의 인성 검사, 김 등²³⁾의 비만환자의 인격특성에 관한 연구가 있었다. 또한, 특정 질병 환자에 대한 MMPI 연구로는 김 등²⁴⁾의 만성 요통의 발생과 지속에 대한 심리 성격적인 문제에 대한 연구, 박 등²⁵⁾의 기능성 위장 장애 환자의 성격적 특성, 심 등²⁶⁾의 두통 환자들의 MMPI 특성, 정 등²⁷⁾의 단측대뇌손상에 의한 인지와 정서장애에 대한 연구 등이 있었으나, 뇌졸중 환자에 대한 MMPI 조사 연구는 아직 접한 바가 없다.

이에 저자는 입원 치료 중인 뇌졸중 환자에 대해 MMPI와 체질검사(QSCC II)를 통해 신체장애 부위별 심리 특성 및 체질분석으로, 뇌졸중 환자의 효과적인 재활 치료에 도움이 되고자 본 연구를 시도하여 유의미한 결과를 얻었기에 이에 보고하는 바이다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

2002년 4월-6월 중에 원광대학교 전주한방병원에 뇌졸중으로 진단 받아 입원 중인 환자 중 Brain CT상 뇌경색과 뇌출혈로 확진되고 MMPI에 정상적인 응답이 가능한 24명의 환자를 환자군으로 하였다.

대조군은 40-60대의 원만한 성격의 정상인 10명을 선정하였다.

2. 연구방법 및 통계처리

MMPI는 김¹⁸⁾의 검사요강에 따라 실시하였으며, 채점은 전영민이 개발한 MMPI전문가 383프로그램으로 하였다.

사상체질감별은 QSCCII 설문지²⁸⁾를 이용하였다. 통계처리는 SPSS10.0을 이용하여 일원분산분석과 Tuckey의 다중 t검정을 하였다²⁹⁾. 유의도 수준은 P<0.05로 하였다.

III. 결 과

1. 인적사항

환자군은 남자 10명, 여자 14명이었으며, 연령은 최소 29세에서 최고 73세였다(Table 1).

뇌졸중의 진단은 뇌경색이 19명(79.2%), 뇌출혈이 5명(20.8%)이었으며, 환자의 신체장애는 24명 모두 운동장애가 있었으며, 그중 8명이 언어장애를 겸하였다. 운동장애의 정도는 '단독보행'이 11명(45.8%), '부축보행'이 9명(37.5%), '보행불능'이 4명(16.7%)이었다. 사상체질 감별은 少陽人이 10명(41.7%), 太陰人이 10명(41.7%), 少陰人이 4명(16.7%)이었다(Table 2).

대조군은 남자 2명, 여자 8명이었으며, 연령은 최소 41세에서 최고 67세였다.

Table 1. 뇌졸중 환자군의 성별, 연령분포

	성별	-55	56-60	61-65	66-70	71-	합계
전체 환자군	男	3	3	3	1	0	10
	女	4	0	3	5	2	14

Table 2. 환자군 분류 빈도

진단명	뇌경색	19	79.2%
	뇌출혈	5	20.8%
운동장애	단독보행	11	45.8%
	부축보행	9	37.5%
	보행불능	4	16.7%
언어장애	有	8	33.3%
	無	16	66.7%
사상체질	少陽人	10	41.7%
	太陰人	10	41.7%
	少陰人	4	16.7%

2. 뇌졸중 환자군의 MMPI

뇌졸중 환자군의 MMPI T점수 평균 분포를 보면, 타당도 척도에서 L척도는 57.1(±9.99), F척도는 54.5(±11.44), K척도는 61.0(±10.04) 이었다. 임상 척도에서는 1(Hs)척도에서 55.5(±10.77), 3(Hy)척도에서 55.7 (±10.80), 4(Pd)척도에서 55.4(±9.86),

8(Sc) 척도에서 55.2(±10.52)으로 55점 이상의 상승이 있었다.

대조군과 비교하면, K, 3(Hy), 4(Pd), 7(Pt), 8(Sc), 9(Ma) 척도에서 유의미한 상승이 있었다 (Table 3, Fig.1).

Table 3. 환자군과 대조군의 T점수의 평균과 표준편차

척도	뇌졸중환자(N=24)	대조군(N=10)
L	57.1(±9.99)	51.7(±7.69)
F	54.5(±11.44)	43.3(±5.07)
K	61.0(±10.04)*	55.7(±7.87)
Hs	55.5(±10.77)	48.6(±7.41)
D	51.3(±12.28)	47.6(±7.17)
Hy	55.7(±10.80)*	46.3(±9.37)
Pd	55.4(±9.86)*	45.6(±7.41)
Mf	50.4(±9.85)	50.8(±6.12)
Pa	53.0(±9.68)	48.0(±9.27)
Pt	53.8(±10.83)*	43.1(±6.54)
Sc	55.2(±10.52)*	42.3(±6.67)
Ma	51.6(±12.09)*	39.8(±7.73)
Si	45.8(±11.29)	47.0(±6.45)

*는 대조군에 대한 평균차이 분석에서 P<0.05로 통계적으로 유의미함.

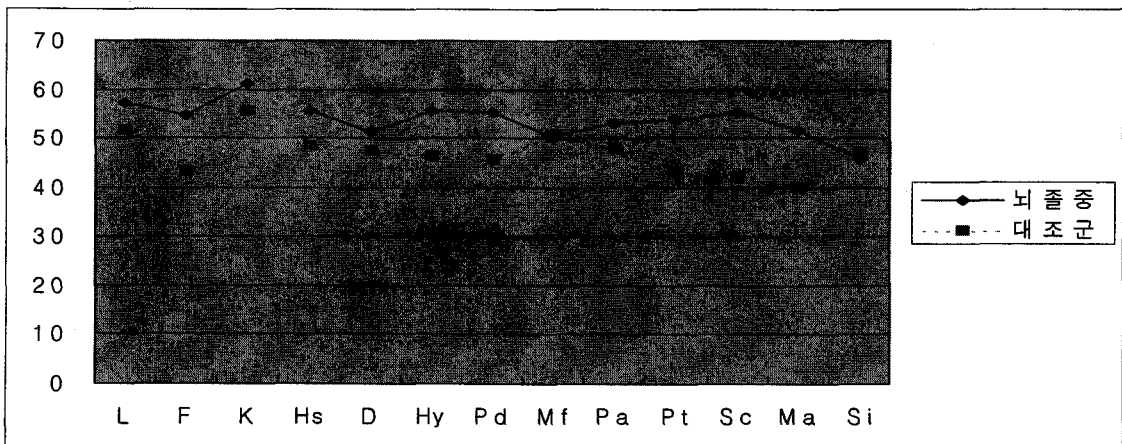


Fig.1 환자군과 대조군의 MMPI 프로파일

3. 진단명에 따른 MMPI

환자군의 진단명에 따른 MMPI T점수 평균 분포를 보면, 뇌경색 환자군은 타당도 척도에서 L 척도는 57.9(±10.70), K척도는 61.9(±10.16)이었다. 임상 척도에서는 1(Hs)척도는 57.2(±9.65), 3(Hy) 척도는 57.0(±9.55), 4(Pd)척도는 55.5(±10.45), 8(Sc) 척도는 55.3(±11.03)으로 55점 이상의 상승이 있었다. 또, 대조군과 비교하면, 3(Hy), 4(Pd), 7(Pt), 8(Sc) 척도에서 유의미한 상승이 있었고, 1(Hs), 2(D) 척도에서 경도 상승이 있었다.

뇌출혈 환자군은 타당도 척도에서 F척도는 60.4(±15.24), K척도는 57.4(±9.76)이었다. 임상 척

도에서는 4(Pd)척도는 55.2(±8.20), 6(Pa)척도에서는 60.0(±13.15), 9(Ma) 척도에서는 59.6 (±11.35)으로 55점 이상의 상승이 있었다. 또, 대조군과 비교하면 F, 9(Ma) 척도에서 유의미한 상승이 있었고, 3(Hy), 4(Pd), 6(Pa) 7(Pt), 8(Sc) 척도에서 경도 상승이 있었다.

또한, 뇌경색 환자군의 MMPI는 뇌출혈 환자군에 비해 0(Si)척도에서 유의미한 상승이 있었으며, 1(Hs), 2(D) 척도에서 경도 상승이 있었다.

뇌출혈 환자군의 MMPI는 뇌경색 환자군에 비해 6(Pa), 9(Ma) 척도에서 경도상승이 있었다(Table 4, Fig.2).

Table 4. 진단명에 따른 환자군 T점수의 평균과 표준편차

척도	뇌경색(N=19)	뇌출혈(N=5)	대조군(N=10)
L	57.9(±10.70)	54.2(±6.72)	51.7(±7.69)
F	52.9(±10.16)	60.4(±15.24)*	43.3(±5.07)
K	61.9(±10.16)	57.4(±9.76)	55.7(±7.87)
Hs	57.2(±9.65)	49.4(±13.74)	48.6(±7.41)
D	53.7(±11.43)	42.0(±12.0)	47.6(±7.17)
Hy	57.0(±9.55)*	50.8(±14.89)	46.3(±9.37)
Pd	55.5(±10.45)*	55.2(±8.20)	45.6(±7.41)
Mf	50.5(±10.68)	50.0(±6.63)	50.8(±6.12)
Pa	51.2(±8.0)	60.0(±13.15)	48.0(±9.27)
Pt	54.2(±11.43)*	52.6(±9.18)	43.1(±6.54)
Sc	55.3(±11.03)*	54.8(±9.41)	42.3(±6.67)
Ma	49.5(±11.65)	59.6(±11.35)*	39.8(±7.73)
Si	48.3(±9.60)**	36.6(±13.52)	47.0(±6.45)

*는 대조군에 대한 평균차이 분석에서 P<0.05로 통계적으로 유의미함.

**은 뇌출혈 환자군에 대한 평균차이 분석에서 P<0.05로 통계적으로 유의미함.

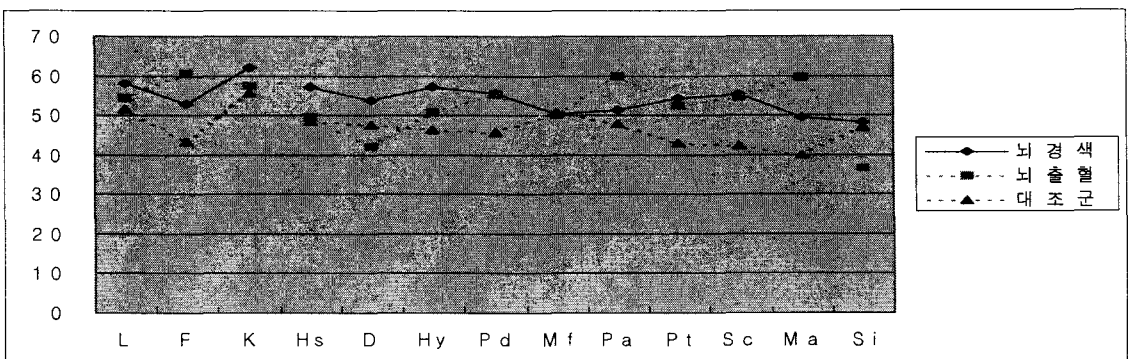


Fig.2 진단명에 따른 환자군과 대조군의 MMPI 프로파일

4. 운동장애 정도에 따른 MMPI

운동장애 정도에 따른 MMPI T점수 평균 분포를 보면, 단독보행 환자군은 타당도 척도에서 L척도는 56.8(±9.61), K척도는 58.8(±10.3)이었다. 임상 척도에서는 1(Hs)척도는 55.9(±11.48), 3(Hy)척도는 57.4(±12.12), 4(Pd)척도는 56.5(±12.91), 8(Sc) 척도는 55.3(±11.95)으로 55점 이상의 상승이 있었다. 대조군에 비해서는 4(Pd)척도에서 유의미한 상승이 있었으며, 0(Si)척도에서 다른 환자군보다 경도 상승이 있었다.

부축보행 환자군은 타당도 척도에서 F척도는 62.0(±11.16), K척도는 58.3(±7.91)이었다. 임상 척

도에서는 1(Hs)척도는 57.1(±10.61), 3(Hy)척도는 55.1(±10.42), 4(Pd)척도는 56.0(±7.05), 6(Pa)척도는 56.9(±10.69), 7(Pt)척도는 55.1(±11.20), 8(Sc)척도는 60.2(±6.38), 9(Ma) 척도는 59.7(±10.7)으로 55점 이상의 상승이 있었다. 대조군에 비해서는 F, 8(Sc), 9(Ma) 척도에서 유의미한 상승이 있었으며, 6(Pa)척도에서 다른 환자군보다 경도 상승이 있었다.

보행불능 환자군은 타당도 척도에서 L척도는 67.3(±8.06), K 척도는 73(±4.69)으로 55점 이상의 상승이 있었다. 대조군에 비해서는 L, K 척도에서 유의미한 상승이 있었다(Table 5, Fig.3).

Table 5. 운동장애 정도에 따른 환자군 T점수의 평균과 표준편차

척도	단독보행(N=11)	부축보행(N=9)	보행불능(N=4)	대조군(N=10)
L	56.8(±9.61)	53.1(±8.82)	67.3(±8.06)*	51.7(±7.69)
F	52.7(±9.23)	62.0(±11.16)*	43.3(±5.08)	43.3(±5.07)
K	58.8(±10.3)	58.3(±7.91)	73(±4.69)*	55.7(±7.87)
Hs	55.9(±11.48)	57.1(±10.61)	51(±10.68)	48.6(±7.41)
D	52.7(±13.19)	48.8(±13.55)	53(±7.53)	47.6(±7.17)
Hy	57.4(±12.12)	55.1(±10.42)	52.5(±9.47)	46.3(±9.37)
Pd	56.5(±12.91)*	56.0(±7.05)	51(±4.97)	45.6(±7.41)
Mf	52.5(±11.48)	52.1(±6.52)	40.8(±6.4)	50.8(±6.12)
Pa	51.6(±9.50)	56.9(±10.69)	48.0(±5.23)	48.0(±9.27)
Pt	54.0(±12.71)	55.1(±11.20)	50.5(±2.64)	43.1(±6.54)
Sc	55.3(±11.95)	60.2(±6.38)*	43.5(±2.52)	42.3(±6.67)
Ma	48.1(±11.35)	59.7(±10.7)*	43.3(±7.14)	39.8(±7.73)
Si	50.1(±11.73)	40.3(±11.29)	46.5(±4.43)	47.0(±6.45)

*는 대조군에 대한 평균차이 분석에서 P<0.05로 통계적으로 유의미함.

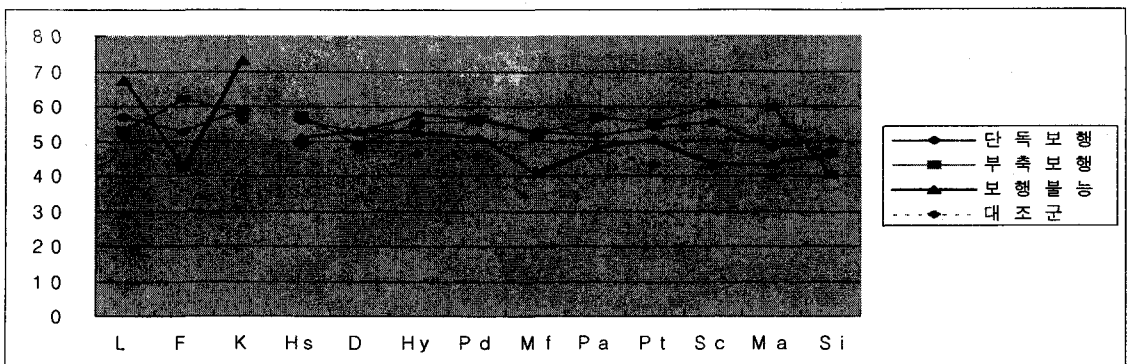


Fig.3 운동장애 정도에 따른 환자군과 대조군의 MMPI 프로파일

5. 언어장애에 따른 MMPI

운동장애에 언어장애를 겸한 환자군의 MMPI T점수 평균 분포를 보면, 타당도 척도에서 L척도는 59.4(±6.95), K척도는 62.4(±13.35)이었다. 임상 척도에서는 1(Hs)척도에서 57.1(±11.95), 3(Hy) 척도에서 56.4(±10.95)으로 55점 이상의 상승이 있었다. 또, 운동장애만 있는 환자군에 비하여 2(D)척도의 정도 상승이 있었다.

운동장애만 있는 환자군의 MMPI T점수 평균 분포를 보면, 타당도 척도에서 L척도는 56.1(±11.26), F척도는 58.1(±11.34), K척도는 60.3(±8.36)이었다. 임상 척도에서 3(Hy)척도는 55.4(±11.06), 4(Pd)척도는 57.19(±10.18), 8(Sc) 척도는 58.2(±10.01)으로 55점 이상의 상승이 있었다. 또, 대조군에 비해서는 F, 4(Pd), 7(Pt), 8(Sc), 9(Ma) 척도의 유의미한 상승이 있었다(Table 6, Fig.4).

Table 6. 운동·언어장애에 따른 환자군 T점수의 평균과 표준편차

	운동·언어장애(N=8)	운동장애(N=16)	대조군(N=10)
L	59.4(±6.95)	56.1(±11.26)	51.7(±7.69)
F	47.4(±8.19)	58.1(±11.34)*	43.3(±5.07)
K	62.4(±13.35)	60.3(±8.36)	55.7(±7.87)
Hs	57.1(±11.95)	54.8(±10.45)	48.6(±7.41)
D	54.9(±5.67)	49.5(±14.36)	47.6(±7.17)
Hy	56.4(±10.95)	55.4(±11.06)	46.3(±9.37)
Pd	51.9(±8.69)	57.19(±10.18)*	45.6(±7.41)
Mf	46.3(±11.5)	52.5(±8.56)	50.8(±6.12)
Pa	50.6(±6.55)	54.2(±10.92)	48.0(±9.27)
Pt	52.6(±12.28)	54.4(±10.41)*	43.1(±6.54)
Sc	49.1(±9.3)	58.2(±10.01)*	42.3(±6.67)
Ma	51.3(±12.03)	51.8(±12.5)*	39.8(±7.73)
Si	46.8(±9.82)	45.4(±12.23)	47.0(±6.45)

*는 대조군에 대한 평균차이 분석에서 P<0.05로 통계적으로 유의미함.

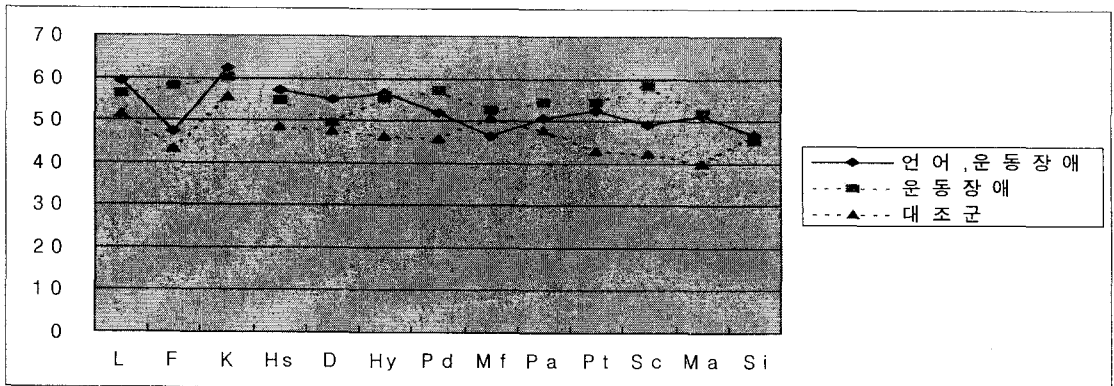


Fig.4 운동·언어장애에 따른 환자군과 대조군의 MMPI 프로파일

6. 뇌졸중 환자군의 사상 체질에 따른 MMPI 뇌졸중 환자군의 사상 체질에 따른 MMPI 검사 결과 0(Si)척도에서 유의미한 차이가 있었다. 少陽人 환자군은 타당도 척도에서 L척도는 58.4(±11.27), F척도는 55.2(±10.28), K척도는 62.0(±10.48)이었다. 임상 척도에서는 3(Hy)척도는 56.4(±11.14), 4(Pd)척도는 59.2(±11.04), 9(Ma)척도는 57.0(±8.58)으로 55점 이상의 상승이 있었다. 또, 다른 체질에 비하여 4(Pd), 9(Ma) 척도에서 경도의 상승이 있었다. 太陰人 환자군은 타당도 척도에서 L척도는 56.6(±10.17), K척도는 59.9(±10.25)이었다. 임상 척도에서는 1(Hs)척도는 55.7(±12.07), 3(Hy)척도

는 55.1 (±11.36), 8(Sc) 척도는 56.5(±12.03)으로 55점 이상의 상승이 있었다.

少陰人 환자군은 타당도 척도에서 L척도는 55.5(±8.06), K척도는 61.3(±11.03)이었다. 임상 척도에서는 1(Hs)척도는 56.8(±12.55), 2(D)척도는 59.0(±11.55), 3(Hy)척도는 55.5(±11.47), 7(Pt)척도는 62.3(±15.46), 8(Sc) 척도는 55.3 (±13.55)으로 55점 이상의 상승이 있었고, 다른 체질에 비하여 2(D), 7(Pt), 0(Si) 척도에서 경도의 상승이 있었다.

또, 少陽人 환자군과 太陰人 환자군은 少陰人 환자군에 비하여 6(Pa) 척도에서 경도의 상승이 있었다(Table 7, Fig.5).

Table 7. 사상 체질에 따른 환자군 T점수의 평균과 표준편차

척도	少陽人(N=10)	太陰人(N=10)	少陰人(N=4)
L	58.4(±11.27)	56.6(±10.17)	55.5(±8.06)
F	55.2(±10.28)	54.8(±13.30)	52.0(±12.03)
K	62.0(±10.48)	59.9(±10.25)	61.3(±11.03)
Hs	54.9(±9.86)	55.7(±12.07)	56.8(±12.55)
D	45.7(±11.80)	53.8(±11.57)	59.0(±11.55)
Hy	56.4(±11.14)	55.1(±11.36)	55.5(±11.47)
Pd	59.2(±11.04)	54.7(±9.03)	47.8(±2.50)
Mf	50.6(±8.54)	50.7(±11.90)	49.3(±9.91)
Pa	54.5(±7.93)	54.3(±11.90)	46.0(±5.10)
Pt	52.2(±8.07)	52.1(±10.84)	62.3(±15.46)
Sc	53.8(±8.55)	56.5(±12.03)	55.3(±13.55)
Ma	57.0(±8.58)	45.6(±11.98)	53.3(±15.76)
Si	39.3(±11.77)	49.5(±9.14)	53.0(±7.35)*

*는 각 체질에 대한 평균차이 분석에서 P<0.05로 통계적으로 유의미함.

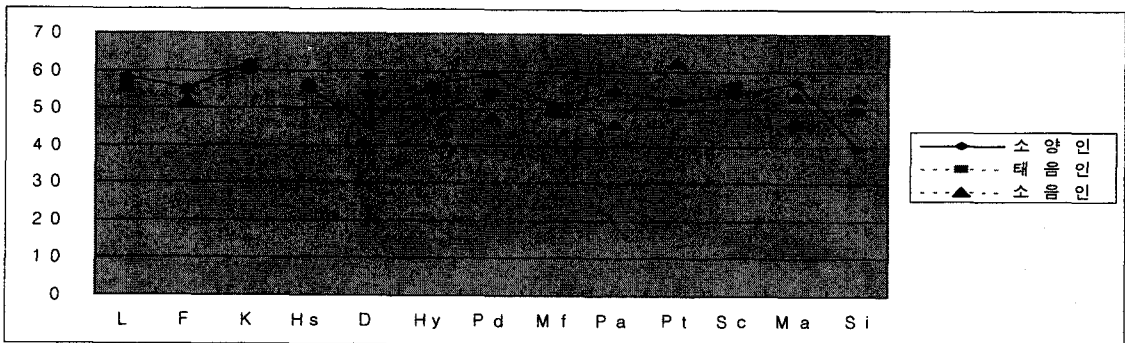


Fig.5 사상 체질에 따른 환자군 MMPI 프로파일

7. 뇌졸중 환자군의 Harris & Lingoes 소척도

환자군의 인격 특성과 심리 상태를 더욱 자세히 살펴보기 위하여 MMPI 검사 결과 유의미한 결과를 얻었던 척도들을 중심으로 Harris & Lingoes 소척도의 평균을 구하였다(Table 8).

뇌경색 환자군의 소척도 평균은 2(D) 척도 중에서 '나태성'이 56.4이었고, 3(Hy) 척도 중에서 '공격성의 억제'가 58.5, '애정욕구'가 57.6이었고, 6(Pa) 척도 중에서 '순박성'이 56.8로 상승이 있었다.

뇌출혈 환자군의 소척도 평균은 6(Pa) 척도 중에서 '피해의식'이 65.2로 가장 높았고, 3(Hy) 척도 중에서 '사회적 불안의 부인'이 57.6으로 상승이 있었다.

언어 장애를 가진 환자군의 소척도 평균은 3(Hy) 척도 중에서 '공격성의 억제'가 58.3으로 가장 높

았고 '애정욕구'가 55.0이었고, 6(Pa) 척도 중에서 '순박성'이 58.1, 2(D) 척도 중에서 우울감이 55.1로 상승이 있었다.

少陽人 환자군의 소척도 평균은 3(Hy) 척도 중에서 '사회적 불안의 부인'이 61, '애정욕구'가 58.2, '공격성의 억제'가 56.5였고, 6(Pa) 척도 중에서 '순박성'이 57.8로 상승이 있었다.

太陰人 환자군의 소척도 평균은 3(Hy) 척도 중에서 '공격성의 억제'가 58.1, 2(D) 척도 중에서 '나태성'이 56.7로 상승이 있었다.

少陰人 환자군의 소척도 평균은 2(D) 척도 중에서 '나태성'이 66.5로 가장 높았고, '우울감'은 59.5, '신체적 기능장애'는 58.5, '둔감성'은 55.3이었고, 3(Hy) 척도 중에서 '공격성의 억제'가 58.3, '권태-무기력'이 58.3, '애정욕구'가 58.3으로 상승이 있었다.

Table 8. 환자군의 Herries & Lingoes 소척도 T점수의 평균

척도	소척도	뇌경색	뇌출혈	언어장애	少陽人	太陰人	少陰人
D	우울감	51.3	44.2	55.1	45.0	50.8	59.5
	나태성	56.4	44.6	54.0	46.5	56.7	66.5
	신체적 기능장애	53.1	45.2	51.8	48.2	51.8	58.5
	둔감성	49.8	45.2	47.4	45.0	50.1	55.3
	깊은 생각	45.7	45.4	52.4	42.5	45.8	53.3
Hy	사회적불안의 부인	52.6	57.6	52.3	61.0	51.2	41.3
	애정욕구	57.6	47.4	55.0	58.2	52.9	55.0
	권태-무기력	53.1	46.8	54.5	50.4	50.6	58.3
	신체적 증상	49.3	49.6	47.4	47.4	51.5	49.0
	공격성의 억제	58.5	53.4	58.3	56.5	58.1	58.3
Pd	가정불화	44.5	49.2	40.9	46.2	46.3	41.5
	권위불화	41.9	40.2	36.5	46.7	40.4	31.5
	사회적 안정성	42.5	45.4	42.0	50.0	39.2	35.5
	사회적 소외	45.1	51.2	43.9	48.3	45.3	44.3
	내적 소외	42.9	46.6	44.8	43.2	41.7	49.8
	소외	43.4	48.8	43.8	45.5	42.8	46.5
Pa	피해의식	48.2	65.2	45.0	52.0	53.5	46.8
	에민성	50.4	49.0	49.5	50.7	53.2	41.0
	순박성	56.8	53.6	58.1	57.8	55.7	53.3
Ma	비도덕성	47.8	44.2	42.0	47.1	47.4	46.8
	심신운동향진	44.2	52.0	48.0	48.9	41.3	49.3
	냉정함	55.9	61.6	57.0	63.5	53.5	50.0
	자아팽창	46.1	65.0	49.5	52.8	48.5	47.0

IV. 고 찰

심리적인 요인들이 신체 증상의 표현에 영향을 주고, 의학적 질병의 경과에 영향을 미친다는 믿음은 히포크라테스 이래로 의료에 내려오는 근본 가정이었다. 히포크라테스는 정신신체장애는 스트레스를 주는 정서 및 사건이나 상황들에 대한 비정상적인 신체 반응이라고 말하였고, 또 두려움과 분노 같은 강한 정서적 경험들이 신체 기능의 장애를 만들 수 있음을 강조하였다³⁰⁾.

정신과 신체의 상호작용을 강조하는 정신신체의학(psychosomatic medicine)은 건강과 질병에 있어서 정신, 신체, 환경 사이의 상호작용에 관한 연구는 물론 환자의 진료에 있어서도 생물정신사회적 통합적 접근을 지향하는 학문이다³⁰⁾. 따라서 정신신체의학의 기본 태도는 “어떤 개체의 건강 상태이든 질병 상태이든 간에 그에 관한 심리학적 변수와 생리학적 변수 사이의 상호관계 및 그 작용기전을 파악한다면, 태도나 감정상태 및 행동을 조절하여 질병을 예방 하거나 치료할 수 있을 것이다”라는 것이다³¹⁾.

정신 신체의학의 발달은 정신분석(ps psychoanalysis), 정신생리(psychophysiology), 정신생물학(psychobiology)의 세가지 방법론에 의존하여 진행되어 왔다. 정신분석은 인성의 특성과 정신신체증상 간의 상관관계에 대한 연구로, 1930년대에 Dunbar가 정신신체장애의 발병과 성격양상의 관련성에 관해 기술하였고, Alexander는 특정 갈등이 특정 정신신체장애를 일으킨다는 ‘정신신체적 특이성’ 이론을 주장하였다. 그 이후 Engel등에 의해 정신신체질환은 대인관계상의 격리에 대한 적응상의 문제가 있을 때 발병한다고 주장하였다. 정신생리학적 연구로는 1940-60년대에 Wolff와 Wolf가 있는데, 그들은 심리학적 변인들이 생리적 변인들에 끼치는 영향을 중심으로 연구하여 ‘생리적 변화가 오래 계속되면 구조적 변화가 일어날 수 있다’고 주장하여, 정신생리학 연구의 기초를 확립하였다. 정신생물학은 자극에 대한 반응으로서의 질환을 강조하여 Hans seyle은 일반적응증후군을 정의하고, 이는 비특이적 스트레스에 의해 유발된다고 주장하여 스트레스 연구의 굳건한 기초를 마련하

였다³²⁻³⁴⁾. 정신신체의학의 분야는 더 나아가서 이제는 사회적인 영향, 생물학적 문제, 자율신경 및 내분비계통과의 관계, 심지어는 유전적 인자와 학습 등과의 관련된 분야로 넓혀가고 있는 실정이다³¹⁾.

정신과 신체의 관련성을 내분비계와 자율신경계에 대한 연구 결과를 살펴보면, 스트레스로 인한 감정의 변화는 내분비계를 활성화 시켜서 시상하부에서 CRF의 방출로 뇌하수체에서 ACTH를 분비시켜 부신피질에서 cortisol을 분비하며, 자율신경계를 활성화 시켜서 부신수질에서 epineprine, norepineprine과 같은 catecholamine을 분비시켜 여러 가지 생리적 반응을 일으킨다³⁴⁻³⁷⁾.

스트레스는 뇌졸중의 위험인자인 고혈압, 동맥경화와 연관되어 많은 연구가 이루어지고 있으며, 동맥경화증과의 관련성이 일반적으로 인정되고 있다. 스트레스가 동맥경화증 및 고혈압을 악화시키는 기전을 살펴보면, 스트레스 상황에서는 인체내 catecholamines, cortisol, vasopressin, endorphins, aldosterone 등의 호르몬 분비가 증가하고 신장의 sodium 분비가 감소하게 되며 또한 스트레스 자체가 교감신경계를 활성화하여, 심박수와 혈압을 증가시키는 혈액동학적 변화를 유발하여 고혈압 및 동맥경화를 악화시킨다고 한다³⁸⁻⁴¹⁾. 또한 스트레스 상황에서 분비가 증가하는 cortisol은 HDL cholesterol의 혈중 농도를 낮춘다는 연구결과도 있으며⁴²⁾, VLDL은 동맥혈관 내막세포에 독성을 가지고 있는데 스트레스 상황에서는 VLDL의 독성작용을 보호하는 혈청의 활동성(TxPA)이 감소한다는 보고도 있다⁴³⁾. 이외에 스트레스가 beta ladrenoceptor 활성화 매개를 통하여 혈관 내막 상해를 유도한다는 보고도 있다⁴⁴⁾.

이처럼 정신신체의학의 관점에서, 우리 몸의 많은 병은 스트레스나 감정과 같은 정신적 요인의 영향을 받아서, 심리적 인자와 신체적 질병이 공존한다는 것을 알 수 있다.

한의학에서는 神形一體라 하여 정신과 신체를 상호 보완하는 관계로 본다. 神은 생명의 始生과 더불어 깃든 후, 출생 후에는 음식물의 섭취로 神이 滋養을 받아 기능을 한다⁴⁾. <類經·針刺類

>⁴⁵⁾에 “形者神之體 神者形之用 無神則形不可活 無形則神無以生”, <靈樞·天年>²⁾에 “百歲 五臟皆虛 神氣皆去 形骸獨居而終矣”라 하여 神形の 體用에 대해 말하며, 神과 形이 분리된 것은 질병이며 극단적인 것은 죽음이라 말하였고, <素問·上古天真論>³⁾에서는 “能形與神俱 而盡終其天年”이라 하여 신체적으로 건강하고 정신적으로 유익함을 유지하여 건전한 인생을 유지하기 위해서는 정신과 신체의合一에 힘써야 할 것을 말하였다⁴⁶⁾.

<素問·陰陽應象大論>³⁾에서는 “人有五臟化五氣 以生喜怒悲憂恐”이라 하여, 七情을 五臟精氣의 활동 결과로 인식하였다. 즉, 사람의 情志활동과 內臟은 밀접한 관계가 있어서, 情志활동은 五臟精氣를 물질적 기초로 삼아서, 外界의 각종 정신 자극이 유관한 內臟에 작용하였을 때에 비로소 여러 가지 情志의 반응이 나타남을 말하였다. <靈樞·本神編>²⁾에 “肝氣虛則恐實則怒 心氣虛則悲實則笑不休”라 하고, <素問·調經論>³⁾에서는 “血有餘則怒 血不足而恐”이라 하여, 七情과 氣血의 기능활동은 밀접한 관계가 있어서, 장부조직과 氣血자체에 병변이 발생하거나 기능이 문란해지면 情志활동에 영향을 미쳐서 병적인 情志 반응이 출현한다 하였다⁶⁾.

그러나, 만일 七情이 지나치면 神志나 五臟六腑, 陰陽氣血津液 등에 영향을 미쳐 인체의 정상적인 생리상태가 병리적인 상태로 빠질 수 있을 것으로 인식하고 있으니⁴⁷⁾, <素問·舉痛論>³⁾에서는 “怒則氣上 喜則氣緩 悲則氣消 恐則氣下 驚則氣亂 思則氣結”이라 하여, 七情의 發病은 또한 內臟의 氣機升降에 영향을 미쳐 氣機의 升降협조관계를 逆亂하게 한다 하였다. 그러나, 情志의 자극이 비록 각 臟腑에 영향을 미칠 수 있지만 우선 心의 기능에 영향을 미친 다음에야 비로소 다른 臟腑로 분별되어 그 기능에 영향을 미칠 수 있다 하였으니, <靈樞·口問>²⁾에 “心者, 五臟六腑之主也....., 故悲哀愁憂則心動, 心動則五臟六腑皆搖”라 하였다. 그 외에, 肝은 疏泄을 주하여 氣機를 調暢하고 情志를 조절하므로, 肝이 疏泄하지 못하면 氣機가 문란해지고 情志의 억울과 향진이 조절을 잃게 되는데, 또한 이는 情志질병의 발생과 발전의 관건이 되기도 한다⁶⁾. 이처럼, 七情은 五

臟 모두를 손상하지만 특히 心과 肝에 타격을 가하는데 만일 지속되면 氣機가 失調하여 血·火·濕·痰 등이 울체되거나(實證), 臟腑氣血陰陽이 손상되거나(虛證), 虛實이 挾捉하거나, 痰飲·瘀血과 같은 비생리적인 산물을 양성하기도 한다⁴⁸⁾. 또한 <素問·上古天真論>³⁾에 “虛邪賊風避之有時 恬憺虛無真氣從之 精神內守 病安從來”라 하여, 마음이 편안하면 無病長壽 할 수 있음을 강조하였고, <東醫寶鑑·內景篇>⁴⁹⁾에 “欲治其疾 先治其心... 使病者盡去 心中憂慮思想 一體妄念 一體不平 一體人我 悔悟平生所爲過惡.. 沁地自然清靜 疾病自然安痊”이라 하여, 질병의 轉變에 환자의 마음 상태가 중요함을 강조하여 七情의 調理가 신체의 건강에 필수임을 나타내었다.

이처럼 한의학에서는 정신이 부모의 씨앗에 비롯한 생명의 시작과 더불어 갖든 후 음식물의 유형물에 의해 영양 받아 길러짐을 말하여 정신의 생성 발전에 물질의 근거를 제시하였고, 또 그 기능인 감정의 七情은 신체의 臟腑氣血과 상호 밀접히 작용하여 五臟 精氣의 활동으로 七情이 발현되고 과도한 七情으로 五臟 기능에 영향을 미쳐 臟腑 氣機의 문란이 나타난다 하여, 정신의 기능 또한 물질 장부의 활동으로 인식하였다. 그리하여, 이러한 神形一體論을 바탕으로 인간 삶의 높은 가치인 無病長壽에 정서의 편안함을 말하며 “不治已病 治未病”의 한의학 치료정신의 養生法에 대해 마음의 調理를 강조했다고 볼 수 있다.

이러한 전통 한의학의 神形一體論을 바탕으로 조선 후기의 의학자 東武 李濟馬는 性情의 편차로 사람의 몸의 구성과 질병의 轉變과 養生法을 더욱 구체적으로 나누어 설명하였다. 그는 <東醫壽世保元>에서 사람을 太陽人, 太陰人, 少陽人, 少陰人의 네가지 체질로 구분하여 각각 性情의 편차로 인해 臟局의 大小가 나타나고, 이로 인해 四象人 각각의 생리, 병리에 차이가 있음을 제시하였다⁴⁾. 즉, 心의 구체적 표현이라 할 수 있는 喜怒哀樂 四氣의 작용은 사상체질의 臟腑大小를 결정한다고 하였고, 각 체질별로 서로 다른 性情과 恒心을 말하였으며 치료에 있어서도 性情조절을 통한 수양을 강조하여, 心身醫學의 특징을 더

육 두드러지게 나타내었다⁵⁰). 모든 질병의 발생은 四象人의 性情의 偏急과 만성적인 평소의 체질적 섭생의 불균형에서 그 원인을 찾고 있으며, 질병의 진행과정도 四象人의 체질적 차이가 크게 작용한다고 보고 있다⁴⁹). 그리하여, 사상의학에서의 養生論은 외부환경이나 육체보다는 정신을 더욱 소중하게 다루고 있는데, 이는 결국 治心治病하는 心身醫學의 차원으로 발전하게 되니, 東武公은 “妬賢嫉能이 천하에서 가장 많은 병이요, 好賢樂善이 천하에서 가장 큰 약이 된다”고 하여 신체의 병보다는 사회적 윤리적 타락을 중요시하였다⁵¹).

뇌졸중은 뇌혈관의 순환장애로 인하여 발생하는 급격한 의식장애나 운동장애, 감각장애 등을 위주로 하는 뇌신경 증후로⁵²), 발병률과 사망률이 모두 높을 뿐만 아니라 생존자에게도 심각한 후유증을 남긴다는 것을 특징으로 하고 있다. 뇌졸중의 발병은 고혈압, 당뇨, 심장질환 등의 여러 위험인자⁹) 외에 정신적 스트레스가 가장 큰 誘因이 된다¹⁰). 한의학에서도 五志過極 七情內傷의 情志 손상이 心火暴甚, 肝陽化風, 元氣虧損의 신체 병리과정을 거쳐 뇌졸중을 유발 할 수 있다고 하여, 정신적 요인을 뇌졸중의 중요 원인들 중의 하나로 보고 있다⁵³). <素問·生氣通天論>³)에 “陽氣者 大怒即形氣絕而血忤于上 使人薄厥”이라 하여 七情 중 大怒가 厥症의 주요 유발인자라 하여, 五志過極 肝 火와 뇌졸중이 관계가 있다고 하였는데, 이것은 정신적 요인을 뇌졸중 발생의 원인으로 보는 현대 의가들의 견해와 정신적 자극이 뇌졸중을 유발하는 병리과정을 설명하는데 근거가 되었다^{53,54}).

이러한 뇌졸중의 후유증으로는 주로 상하지 기능장애로 인한 보행장애와 일상생활 동작장애, 지각장애, 인지장애 등이 유발된다⁵⁵). 이러한 장애들은 신체적, 사회적 활동을 제한하여 일상생활 동작과 생업, 대인관계에 지장을 가져오게 되고, 이로 인해 불안, 우울, 분노, 흥분, 좌절 등과 같은 정서적 장애가 나타나게 되는데, 이러한 장애는 사회적, 직업적 역할이나 가족관계 뿐만 아니라 재활치료에도 심각한 영향을 주기도 한다¹⁵). 그러므로 뇌졸중 환자에 있어 재활치료의 원칙은 육체적인 면뿐만 아니라 위의 정신적인 면, 정서

적인 면, 가족적인 면, 사회적인 면, 그리고 직업적인 면까지 다루어 져야 한다⁵³).

뇌졸중의 誘因으로서 정신적 요인에 대한 임상 연구를 살펴보면, House 등⁵⁶)은 발병 전 오랜 기간의 심각한 생활 사건이 뇌졸중 환자군에서 대조군보다 유의하게 높았다고 하여 장기간 위협적인 생활사건이 뇌졸중의 선행하는 위험 인자가 될 수 있다고 보고하였고, 정 등⁵⁷)은 발병 전 1개월 간, 발병 전 1년 간 스트레스 사건을 수치화 하여 합산한 점수에서 뇌졸중 환자군에서 대조군에 비해 유의하게 높게 나타났다고 하였고, 강 등⁵⁸)은 뇌졸중 환자군과 대조군에서 발병 전 1년 동안의 생활 사건과 1개월 동안의 스트레스 인지 반응의 측정을 통해 정신적 스트레스를 측정 한 결과 모두 뇌졸중 환자군이 유의하게 높게 나왔음을 보고하였다. 또, 지 등⁵⁹)은 중풍 발병전 증상 에 대한 임상 연구에서 중풍 환자들의 발병 전 1주일내 생활의 변화에서 정신적 스트레스를 받은 경우가 가장 많았음을 보고하였고, 조 등⁶⁰)은 中風의 발생요인과 기능회복도 요인에 대한 연구에서 정신적인 스트레스가 육체적 과로와 飮食不節보다 더 많은 誘因이었으나 발생 誘因에 따라 증세의 호전에는 영향을 미치지 않는다고 보고하였다.

뇌졸중 후 환자의 재활과 정서에 대한 임상 연구를 살펴보면, 박 등⁵⁴)은 中風환자의 후유증에 따른 Stress 지각반응에서 발병 1-2주와 뇌출혈, 운동장애가 반신불수인 경우에 스트레스 점수가 높음을 보고하였고, 유 등⁶¹)은 BDI와 STAI를 통한 연구로 뇌졸중 환자의 대부분이 유의한 수준의 불안과 우울을 경험하는 것으로 보고하였으며, 박 등¹⁵)은 일상생활동작 수행능력에 따라 개인 내적 스트레스와 높은 상관 관계가 있으며 환자 전체적으로 높은 수준의 스트레스를 경험하고 유의한 수준의 우울을 경험하고 있다고 보고하였다.

다면적 인성검사(MMPI)는 미네소타 대학교의 Hathaway와 McKinley에 의해 정신장애의 진단 평가 목적으로 만들어 졌다. 오늘날 가장 많이 쓰이는 심리검사로 일차적 목적은 정신 장애의 진단이지만, 또 다른 용도는 이를 정상인에게도

적용하여 성격 검사로서 활용할 수 있다는 점으로, 학교나 직장에서 평가용, 혹은 선발용 및 연구용 측정 도구로 활용되고 있다¹⁹⁾.

MMPI는 3가지의 타당도 척도와 10가지의 임상 척도로 구성되었다. 검사 태도를 알 수 있는 타당도 척도에는 L, F, K 척도가 있으며, 이는 잘못된 검사태도를 탐지하게 할 뿐만 아니라 임상척도와 더불어 검사 이외의 행동에 대하여 유추할 수 있는 자료까지도 제공을 해주어서, 검사자가 취한 검사 태도를 바탕으로 나름대로 그에 상응하는 해석을 하게 된다. L척도는 검사자가 자신을 좋은 모양으로 나타내 보이려는 고의적이고 부정적하며 세련되지 못한 시도를 측정하고, F척도는 비전형적인 방법으로 응답하는 것으로서 어느 사람의 생각이나 경험이 일반 대중들과 다른 정도를 측정하며, K 척도는 검사자의 은밀하고 세련된 방어성과 경계성을 측정한다¹⁷⁾.

임상 척도에는 1(Hs), 2(D), 3(Hy)의 신경증 척도와 6(Pa), 7(Pt), 8(Sc), 9(Ma)의 정신병 척도, 4(Pd), 5(Mf), 0(Si)의 성격 장애 척도가 있다²⁵⁾. 1(Hs) 척도는 '건강염려증(Hypochondriasis)' 척도로서 '신중성'이 기본 차원으로 신체 기능에 대한 과도한 집착과 그와 관련된 질환에 대한 불안의 정도를 측정하고, 2(D) 척도는 '우울증(Depression)' 척도로서 '평가'가 기본 차원으로 슬픔의 정도를 나타내는 기본 척도로서 희망의 상실과 생활 환경에 대한 불만 등을 알 수 있다. 3(Hy) 척도는 '히스테리(Hysteria)' 척도로서 '표현'이 기본 차원으로 어떤 현실적 어려움이나 갈등을 회피하고 부인하는 정도를 나타내는데, 또한 이 세가지 신경증 척도는 서로 밀접한 관련이 있다. 4(Pd) 척도는 '반사회성(Psychopathic Deviate)' 척도로서 '주장성'이 기본 차원으로 무엇인가와 싸우고 있는 상태의 정도를 나타내며, 5(Mf) 척도는 '남성 여성 특성(Masculinity-Femininity)' 척도로서 '역할유연성'이 기본 차원으로 직업 및 취미에 대한 관심, 심미적 및 종교적 취향, 능동성-수동성, 대인감수성 등을 측정한다. 6(Pa) 척도는 '편협증(Paranoia)' 척도로서 '호기심'이 기본 차원으로 대인관계의 예민한 민감성, 의심성, 집착증, 피해의식, 자기정당성을 측정하고, 7(Pt) 척도는 '강

박증(Psychathenia)' 척도로서 '조직화'가 기본 차원으로 걱정을 많이 하는 성격형에서 나타나는 스트레스 상황의 만성적 불안이나 심리적 고통성을 측정한다. 8(Sc) 척도는 '정신분열증(Schizophrenia)' 척도로서 '상상력'이 기본 차원으로 다양한 사고 감정 행동 등의 장애를 나타내고, 9(Ma) 척도는 '경조증(Hypomania)' 척도로서 '열의'가 기본 차원으로 정력적인 사고·정서·행동의 정신적 에너지와 과잉활동성을 측정한다. 0(Si) 척도는 '내향성(Social introversion)' 척도로서 '자율성'이 기본 차원으로 혼자 있는 것을 좋아하는가와 같은 사회적 관계의 양상과 비사회성들의 성격요인을 측정한다¹⁷⁾.

특정 질환을 앓고 있는 환자들에 대한 MMPI 조사 연구에 대해서 살펴보면, 박 등⁶²⁾은 기능성 위장장애 환자에서 1(Hs), 2(D), 3(Hy)의 신경증 척도가 매우 유의하게 높아 환자들의 신경증적 경향과 불안증 정도가 높음을 보고 하였고, 심 등²⁶⁾은 두통환자에서 '전환 V' 형태의 신경증 세 척도가 상승함을 보고하였다. 정 등²⁷⁾은 단측 대뇌손상에 대한 인지와 정서장애에 대한 연구에서 좌반구 손상집단은 F, 6(Pa), 8(Sc) 척도의 상승으로 언어적 기능장애와 함께 정신분열증적 사고장애의 양상을 보이고, 우반구 손상집단은 1(Hs), 3(Hy) 척도의 상승으로 신경증 집단과 유사하게 더 정서장애의 경향이 나타남을 보고하였다. 또, 김 등²⁴⁾은 만성요통환자에서 '전환 V' 형태의 신경증 세 척도가 55점 이상으로 상승함을 보고하였다.

MMPI의 임상 척도들은 정신과 환자 집단에서 더 높은 점수를 나타내는 경향이 있으며, 보통 T 점수가 30점 미만이거나 70점 이상인 경우를 비정상적인 반응으로 보고 있으나, 환자군과 정상군의 평균 T점수가 모두 30-70점 사이의 정상범위 안에 있다고 할지라도, 두 집단간의 척도별 점수 차이가 유의한 차이가 있는 경우 어떤 성격적인 경향을 비교해 볼 수 있음을 가정할 수 있다⁶³⁾.

뇌졸중 환자군은 대조군에 비하여 전체적으로 L, F, K 타당도 척도의 값이 높았다. 특히 이 세 척도 값들의 'V' 모양으로부터 환자들이 방어적

인 자세로 검사에 임했다는 것을 알 수 있으므로, 임상척도 해석에 있어서 유의해야 하겠다 (Table 3, Fig.1).

임상척도에서는 1(Hs), 2(D), 3(Hy) 척도의 상승으로 신경증적 태도를 보인다. 특히 자기생활에서 겪게 되는 어려움의 실제 원인과 직면하지 않으려는 방어적 태도가 강하고 만성적이며 변화를 거부하려는 성향으로, 심리적 스트레스나 곤란을 신체적 장애로 전환시키는 경향이 있다고 볼 수 있다.

특히 이를 좀더 세분하여 뇌졸중 환자군을 진단명에 따라 각각 뇌경색군과 뇌출혈군으로 나누어 살펴보면, 뇌경색 환자군에서는 1(Hs), 2(D), 3(Hy) 척도의 상승이 두드러지며, 뇌출혈 환자군에서는 6(Pa), 9(Ma) 척도의 유의미한 상승이 나타났다(Table 4, Fig.2).

이는 뇌경색 환자군은 신경증과 같은 심리상태에 있으며, 또 평소에 심리적 스트레스에 약한 성향의 사람들에게서 잘 나타난다고 유추할 수 있다. 또한, 뇌출혈 환자군은 뇌경색 환자군보다 더 정서적으로 불안정한 상태에 있으며, 화를 잘 내고 흥분하기 쉽고 충동적이며 정서적으로 불안정한 다혈질적이고 성격이 급한 사람에게서 잘 나타날 수 있다고 유추할 수 있겠다.

운동장애 정도에 따른 환자군들의 MMPI 프로파일을 살펴보면, 부축보행 환자군에서는 8(Sc), 9(Ma) 척도가 상대적으로 상승하였고, 보행불능 환자군에서는 L, F, K 타당도 척도의 값이 높으면서 이 세 척도의 값들이 큰폭으로 'V' 모양을 나타냈으며, 단독보행 환자군에서는 특별한 차이가 없었다(Table 5, Fig.3).

부축보행 환자군의 8(Sc), 9(Ma) 척도의 상대적 상승은 환자들이 불편한 일상생활 동작장애로 인하여 정서적으로 충동적이고 쉽게 흥분하며 화를 잘내는 상태에 있다고 유추할 수 있겠다. 보행불능 환자군의 L, F, K 타당도 척도의 값이 높으면서 세척도 값들의 큰폭의 'V' 모양은 운동장애를 크게 지각하는 것으로 인하여 왜곡된 반응을 보이거나, 적은 사례 수에 대한 오차일 수 있을 것으로 유추할 수 있겠다.

운동장애에 언어장애가 겸한 환자군은 L, F, K

타당도척도 값들이 'V' 모양으로 나타났으며, 1(Hs), 2(D), 3(Hy) 척도의 경도 상승이 있었다. 이는 운동장애에 언어장애를 겸한 환자군이 운동장애만 있었던 환자군에 비해 검사 태도에서 훨씬 방어적이었으며, 훨씬 심리적 스트레스에 약한 성향의 사람들임을 유추할 수 있다(Table 6, Fig.4).

뇌졸중 입원 환자에 대한 사상체질별 빈도는 少陽人이 10명(41.7%), 太陰人이 10명(41.7%), 少陰人이 4명(16.7%)으로 송 등⁸⁾, 최 등¹⁶⁾과 일치하지 않았는데, 이는 적은 사례 수와 MMPI문항에 정상 응답이 가능한 환자를 선별한 데 기인한 것으로 사료된다.

사상체질에 따른 환자군의 MMPI는 少陽人 환자군에서는 4(Pd), 9(Ma) 척도의 경도 상승이 있었으며, 少陰人 환자군에서는 1(Hs), 2(D), 3(Hy), 7(Pt) 척도의 경도 상승이 있었고, 太陰人 환자군에서는 특별한 차이가 없었는데, 이는 김 등²²⁾의 연구와 거의 일치된 결과를 보여준다(Table 7, Fig.5).

少陽人 환자군의 4(Pd), 9(Ma) 척도의 경도 상승은 少陽人 환자들이 충동적이며 과격한 행동을 나타낼 수 있는 심리 상태에 있고, 또 평소에 과잉 활동적이고 충동적이며 무책임하고 신뢰롭지 못한 성격일 수 있음을 유추할 수 있다. 이러한 MMPI 결과는 少陽人의 “少陽之性氣 恒欲舉而不欲散, 少陽之情氣 恒浴外勝而不欲內守” 하는性情과 비슷하다.

또, 少陰人 환자군에서는 1(Hs), 2(D), 3(Hy)척도의 'A' 모양의 경도 상승으로 少陰人 환자들이 우울증이나 히스테리적 양상을 나타낼 수 있으며 정서적으로 과도하게 통제되어 있고, 속으로 화가 많이 차 있을 수 있음을 알 수 있다. 2(D), 7(Pt) 척도의 경도 상승은 불안하고 긴장되어 있으며 예민하고 우울한 심리상태에 있음을 알 수 있고, 또 평소에 걱정이 많고 사소한 스트레스에도 과민한 반응을 보이며 성취동기가 강하고 일상 활동에서 꼼꼼하고 완벽성을 원하는 성격임을 유추할 수 있다. 이러한 MMPI 결과는 少陰人의 “少陰之性氣 恒欲處而不欲出, 少陰之情氣 恒欲爲雌 而不欲爲雄”하는 외향적이지 않고 내성적인

性情과 비슷하다.

뇌졸중 각 환자군의 인격 특성과 심리 상태를 더욱 자세하게 살펴보기 위하여 MMPI 검사 결과 유의성 있는 결과를 얻었던 척도들을 중심으로 Harris & Lingoes 소척도의 평균을 구하였다 (Table 8). 뇌경색 환자군은 2(D) 척도의 '나태성'과 3(Hy)척도의 '애정욕구', '공격성의 억제' 소척도의 상승으로 뇌경색 환자들끼리 경직된 생활 패턴을 가지고 있음을 유추할 수 있다. 뇌출혈 환자군은 6(Pa)척도의 '피해의식'과 9(Ma)척도의 '자아팽창'과 '냉정함' 소척도의 두드러진 상승으로 뇌출혈 환자들끼리 정신적 에너지가 과잉 분출하고 대인 관계에 불안함이 있음을 유추할 수 있다.

운동장애에 언어장애를 겸한 환자군은 3(Hy)척도의 '애정욕구', '공격성의 억제' 소척도의 상승이 있었다.

少陽人 환자군은 3(Hy)척도의 '사회적 불안의 부인'과 9(Ma)척도의 '냉정함' 소척도의 두드러진 상승으로 사회적 관계에 대한 불안으로 불안하고 충동적인 심리상태에 있음을 유추할 수 있다. 또한, 少陰人 환자군은 2(D) 척도의 '나태성' 소척도의 두드러진 상승으로 정서적으로 과도하게 통제되어 있다는 것을 유추할 수 있다.

이와 같이, MMPI를 통하여 뇌졸중 입원 환자의 심리 특성을 진단명별, 신체장애의 정도와 부위별, 사상체질별로 분석한 결과, 환자들은 신경증과 같은 심리상태에 정서적으로 불안하여 과잉 활동을 보이며 각 체질에 따라 행동의 차이가 나타날 수 있음을 알 수 있었다.

이를 바탕으로, 뇌졸중 입원 환자의 재활치료에서 운동과 언어 장애에 대한 신체재활치료 뿐만 아니라, 정신의 지지도 필요할 것으로 사료되며, 移精變氣療法, 至言高論療法 등의 한방정신요법이 뇌졸중 재활치료에 병행되어야 할 것으로 사료된다.

본 연구의 한계점은 다음과 같다. 첫째, 검사자가 대개 고령이고 뇌졸중 환자로서 중증의 증상으로 심리적 안정이 필요한 상태여서, 직접 질문에 대한 응답이 아니라 보조자의 질문에 응답하는 간접적 검사 방법으로 인해 결과의 정확성이

떨어질 수 있다. 둘째, 적은 사례수로 인해 치료 방향을 제시하기에는 한계가 있다. 이에 대해 추후 보완 연구가 필요할 것으로 사료된다.

V. 결 론

2002년 4월-6월에 원광대학교 전주한방병원에 뇌졸중으로 진단 받아 입원 중인 환자 24명의 환자군과 10명의 40-60대의 원만한 성격의 정상인을 대조군으로 선정하여 MMPI조사를 실시하여 비교 연구하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 뇌졸중 환자군은 대조군과 비교하여 F, 3(Hy), 4(Pd), 7(Pt), 8(Sc), 9(Ma) 척도에서 유의미한 상승이 있었다.

2. 뇌경색 환자군은 대조군에 비해 3(Hy), 4(Pd), 7(Pt), 8(Sc) 척도에서 유의미한 상승이 있었고, 뇌출혈 환자군은 대조군에 비해 F, 9(Ma) 척도가 유의미한 상승이 있었으며, 뇌경색 환자군은 뇌출혈 환자군에 비해 0(Si) 척도에서 유의미한 상승이 있었다.

3. 단독보행 환자군은 대조군에 비해서 4(Pd)척도에서 유의미한 상승이 있었으며, 부축보행 환자군은 대조군에 비해서 F, 8(Sc), 9(Ma) 척도에서 유의미한 상승이 있었으며, 보행불능 환자군은 대조군에 비해서 L, K 척도에서 유의미한 상승이 있었다.

4. 운동장애에 언어장애를 겸한 환자군은 운동장애만 있는 환자군에 비하여 2(D)척도의 경도 상승이 있었으며, 운동장애만 있는 환자군은 대조군에 비하여 F, 4(Pd), 7(Pt), 8(Sc), 9(Ma) 척도의 유의미한 상승이 있었다.

5. 少陽人 환자군은 다른 체질에 비하여 4(Pd), 9(Ma) 척도에서 경도의 상승이 있었으며, 少陰人 환자군은 다른 체질에 비하여 2(D), 7(Pt), 0(Si) 척도에서 경도의 상승이 있었다.

이상의 결과로 MMPI를 통하여 뇌졸중 입원 환자의 심리 상태를 조사 연구하여 유의미한 결과를 얻었으며, 향후 뇌졸중 환자의 신체 정신 재활치료에 대하여 지속적인 연구가 필요할 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

1. 전은영 外: 한국인의 체질별 스트레스 인지 정도에 따른 건강상태에 대한 연구, 사상의학회지, 서울, 1992. 4(1): pp.81-101.
2. 楊維傑 編著: 黃帝內經靈樞譯解, 서울, 대성문화사, 1990. p.85, 259, 397.
3. 楊維傑 編著: 黃帝內經素問譯解, 서울, 대성문화사, 1990. p.2, 3, 47, 88, 304, 458.
4. 黃義完 外: 동의정신의학, 서울, 현대의학서적사, 1987. p.54.
5. 홍석의 外: 정신적인 Stress로 인하여 肝에 미치는 영향과 이로 인한 소화기장애, 서울, 대한한방내과학회지, 1994. 15(2): pp.48-49.
6. 文濬典 外: 東醫病理學, 서울, 고문사, 1993. pp.23-24, 60.
7. 송일병: 알기쉬운 사상의학, 서울, 사상사, 1996.
8. 송일병: 사상의학적 뇌졸중관리의 임상적 연구, 서울, 사상의학회지, 1996. 8(2): pp.117-130.
9. 전국한의과대학 심계내과학교실 編: 동의심계내과학(下), 서울, 서원당, 1995. pp.89, 244-245.
10. 조은희 外: 뇌졸중환자의 기능 회복에 관한 임상적 고찰, 서울, 대한한방 내과학회지, 2001. 22(4): p.653
11. 金子 仁郎 改著: 환자의 심리, 서울, 일조각, 1988. pp.77-81.
12. Ebrahim S, Barer D, Nouri F: Affective illness after stroke, Br J Psychiat 1987. 151: pp.52-56
13. Robinson RG, Price TR: Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients, Stroke, 1982. 15: pp.635-640
14. 유경숙 外: 뇌졸중 후 정서장애에 대한 임상 보고, 서울, 대한한방내과학회지, 2000. 21(4): pp.641-647
15. 박상욱 外: 뇌졸중 환자의 일상생활동작 수행능력과 인지기능·불안·스트레스·우울

- 정도의 관련성, 대한재활의학회지, 1999. 23(1): pp.1-8.
16. 崔載永 外: 사상의학적 뇌졸중 치험 157예에 대한 임상적 연구, 서울, 사상의학회지, 1998. 10(2): pp.431-453
17. 김중술: 다면적 인성검사(개정판), 서울, 서울대학교 출판부, 1996. pp.1,18-22, 73-122
18. 김영환 外: 다면적 인성검사 실시요강(개정판), 서울, 한국가이던스, 1994. pp.3-13.
19. 안창일: MMPI의 다차원적 연구, 서울, 시그마프레스, 2001. pp1-2,278-280, 290-298.
20. 허성 外: 다면적 인성검사에 대한 초보적 연구, 서울, 동의신경학회지, 2001. 12(2): pp.147-156
21. 김종우 外: 알콜리즘 환자의 인격 특성에 관한 임상적 고찰, 서울, 동의신경정신과학회지, 1992. 3(2): pp.65-85.
22. 김종원 外: 사상체질분석검사(QSCC)와 다면적 인성검사(MMPI)의 비교분석을 통한 사상체질감별과 사상체질별 인격특성에 관한 고찰, 서울, 대한한의학회지, 1994. 15(1): pp.66-74.
23. 김종우 外: 비만환자의 인격특성에 관한 임상적 연구, 서울, 동의물리요법학회지, 1994. 4(1): pp.269-281.
24. 김용민 外: 만성요통환자의 MMPI 특성, 서울, 대한정형외과학회지, 2000. 35(3): pp.493-497
25. 박혜성 外: 다면적 인성 검사로 본 기능성 위장장애 환자의 성격적 특성, 서울, 가정의학회지, 1997. 18(6): pp.666-674
26. 심영숙, 이영호: 두통 환자들의 MMPI 특성, 서울, 한국심리학회지, 1990. 9(1): pp.155-168.
27. 정근재, 염태호, 장환일: 단측대뇌손상에 의한 인지와 정서장애, 서울, 신경정신의학회지, 1990. 29(5): pp.1075-1097.
28. 김선호, 고병희, 송일병: 사상체질분류검사지(QSCCII)의 표준화 연구, 서울, 사상의학회지, 1996. 8(1): pp.187-216.
29. 우수명: 마우스로 잡는 SPSS 10.0, 서울, 인간과 복지, 2001.
30. 한창환: 의학적 상태에 영향을 미치는 심리적 요인들(심혈관계 질환의 모형 개발), 서울, 정신신체의학회지, 1998. 6(2): pp.193-209
31. 이정균: 정신의학, 서울, 일조각, 1992. pp.316-317
32. 정도연: 정신신체의학 역사의 재조명, 서울, 정신신체의학회지, 1993. 1(1): pp.3-13
33. 조두영: 임상행동과학, 서울, 일조각, 1985. pp.40-41
34. 대한신경정신의학회: 신경정신과학, 서울, 하나의학사, 1997. pp.188-189, 445-451
35. 민병일, 오홍근, 한승호: 스트레스와 중추신경 생리, 서울, 대한심신스트레스학회지, 1993. 1(1): pp.9-15
36. 김금순: 스트레스상황이 면역반응에 미치는 영향에 관한 연구, 서울, 대한심신스트레스학회지, 1993. 1(1): pp.35-49
37. 양창국: 정신과 신체를 증개하는 면역학적 기전, 서울, 정신의학회지, 17(4): pp.273-286
38. Barnett PA, Spence JD, Manuck SB, Jennings JR: Psychological stress and the progression of carotidartery disease, J Hypertension, 1997. Jan 15(1): pp.49-55.
39. Spence JD: Neurocardiology, Stress and atherosclerosis, Baillieres Clin neurol, 1997 Jul. 6(2): pp.275-282.
40. Zimmerman RS, Frohlich ED: Stress and Hypertension, J Hypertension Suppl 1990 Sep. 8(4): pp.103-107.
41. Engler MB, Engler MM: Assesment of the cardiovascular effects of stress, J Cardiovasc Nurs, 1995 Oct. 10(1): pp.51-63.
42. Sapolsky RM, Mott GE: Social subordination in wild baboons is associated with suppressed high density lipoprotein cholesterol concentration: the possible role of chronic social stress, Endocrinology, 1987 Nov. 121(5): pp.1605-1610.
43. Arbogast BW, Neumann JK, Arbogast LY,

- Leper SC, Kostrzewa RM: Transient loss of serum protective activity following shortterm stress: a possible biochemical link between stress and athero sclerosis, *J Psychosom Res*, 1994 Nov. 38(8): pp.871-884.
44. Skantze HB, Kaplan J, Pettersson K, Manuck S, Blomqvist N, Kyes R, Williams K, Bondjers G: Psychosocial stress causes endothelial injury in cynomolgus monkeys via betaladrenoceptor activation, *Atherosclerosis*, 1998 Jan. 136(1): pp.153-161.
45. 張介賓: 類經, 서울, 대성출판사, 1990. p.437.
46. 홍원식: 한의학에서 보는 정신과 신체의 관계, 서울, 정신신체의학회지, 1994. pp.52-58
47. 엄현섭: 정서(七情)와 Stress의 관계에 관한 이론적인 연구, 서울, 동서의학. 17(4): pp5-20
48. 宋鷺水 主編: 中醫病因病機學, 북경, 인민위생출판사, 1987. pp272-273
49. 허준: 동의보감, 서울, 범인문화사, 1999. p.123.
50. 홍순용, 이을호: 사상의학원론, 서울, 행림출판, 1992. pp.5-144.
51. 전국한의과대학사상의학교실 엮음: 사상의학, 서울, 집문당, 1997. p.243
52. 이성훈, 전창용, 박종형: 뇌졸중환자 226례에 대한 임상적 고찰, 서울, 대한한의학회지, 1997. 18(1): pp.5-24.
53. 김영석: 임상중풍학, 서울, 서원당, 1997. pp. 335-348.
54. 박재현, 류영수: 中風환자의 후유증에 따른 Stress 지각반응에 대한 조사 연구, 동의신경의학회지, 1994. 8(1): pp.151-165
55. 안용팔, 이숙자, 양승환: 뇌졸중 편마비 환자의 의식구조, 서울, 대한재활의학회지, 1984. 8(2): pp.92-98.
56. House A, Dennis M, Mogridge L, Hawton K, Warlow C: Life events and difficulties preceding stroke, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1990. 53: pp.1024-1028
57. 정선주, 김종성, 이창화: 뇌졸중 선행인자: 위험인자의 변동, 선행된 감염, 추위에의 노출, 정신적 스트레스의 역할, 서울, 대한신경과학회지, 1998. 16(5): pp.609-615
58. 강상길, 장영철, 박준하: 정신적 요인과 뇌졸중: 선행하는 스트레스의 역할 및 A형 행동의 뇌졸중과의 관련성, 서울, 대한중풍학회지, 2001. 1(1): pp.43-51
59. 지남규 外: 中風 發病前 諸症狀에 대한 임상 연구, 서울, 대한한방내과학회지, 1997. 18(2): pp.229-235.
60. 조은희, 권정남, 김영균: 중풍 환자의 기능 회복에 관한 임상적 고찰, 서울, 대한한방내과학회지, 2001. 22(4): pp.647-657
61. 유경숙, 손동혁, 장인수 外: 뇌졸중 후 정서장애에 대한 임상보고, 서울, 대한한방내과학회지, 2000. 21(4): pp.641-647
62. 박혜성 外: 다면적 인성검사로 본 기능성 위장장애 환자의 성격적 특성, 서울, 가정의학회지, 1997. 18(6): pp.666-674.
63. 유상근 外: 고혈압 환자의 다면적 인성검사(MMPI)에 대한 반응, 서울, 신경정신의학, 1986. 25: pp.682-693