

내면화된 수치심의 임상적 타당성: 자기통제력, 공격성 및 중독가능성과의 상관을 중심으로

정 남 운

가톨릭대학교

유 은 영[†]

헛불트리니티신학대학원대학교

본 연구는 이론적으로 여러 가지 임상 병리적 정신장애와 관련이 있다고 주장되어지는 내면화된 수치심이 실증적으로는 자기 통제력, 공격성, 중독가능성과 어떤 상관을 보이는지를 연구하였다. 이를 위해 자기보고에서 임상적인 문제를 호소하는 AA참가자 100명을 임상집단으로, 임상적 문제를 호소하지 않는 직장인 380명을 대상으로 내면화된 수치심 척도(ISS), 자기 통제력(SCRS), 공격성 척도(BDHI), 중독가능성 척도(APS)의 설문을 실시하였다. 본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다. 첫째, 내면화된 수치심은 공격성 및 중독가능성과 유의한 정적 상관을, 자기 통제력과는 유의한 부적 상관을 나타냈다. 둘째, 각 집단 별로 자기통제력을 통제한 상태에서도 내면화된 수치심은 공격성과 중독가능성에 대해 유의미한 상관을 보인다. 셋째, 임상집단의 내면화된 수치심의 평균 점수는 비임상집단의 평균 점수보다 통계적으로 유의하게 높았다. 본 연구를 통하여 내면화된 수치심이 자기 통제력, 공격성, 중독가능성에 대해 실증적으로 유의미한 관계를 보임을 연구하였고, 마지막으로 이 연구의 제한점과 후속연구를 위한 제언을 제시하였다.

주요어 : 수치심, 자기 통제력, 공격성, 중독 가능성, AA(Alcoholics Anonymous)

[†] 교신저자 : 유은영, 헛불트리니티신학대학원대학교 기독교상담학과, 서울특별시 서초구 양재동 55번지
Tel : 02-570-7372, E-mail : nikibegood@gmail.com

수치심은 타인으로부터 실제 또는 가상적인 부정적 판단을 받았다고 느낄 때 경험되는 불쾌한 정서(Ausubel, 1955: 남기숙, 2008 재인용) 혹은 스스로 자신에 대해 내리는 전반적인 부정적인 평가와 관련된 고통스러운 정서(Tangney, Niedenthal, Covert, & Hill-Barlow, 1998)라고 정의한다. 이러한 수치심의 정의를 살펴보면, 전자는 외부 기인하여 느끼게 되는 정서 상태를, 후자는 내부 기인하여 자신을 부정적으로 평가하며 느끼게 되는 수치심을 정의하는 것으로 볼 수 있다. 수치심은 크게 상태수치심과 특질수치심으로 나눌 수 있는데, 전자의 외부기인하게 되는 수치심을 상태수치심, 후자의 내부기인하게 되는 수치심을 특질수치심이라 이해할 수 있다. 구체적으로 살펴보면, 상태수치심은 일시적으로 어떠한 상황에서 겪는 수치심(Goss, Gilbert, & Allan, 1994), 즉 특정 상황에서 타인이 보이는 반응에 대해 개인이 느끼게 되는 일종의 정서 반응을 말한다. 상태수치심은 개인으로 하여금 집단 내의 문화와 사회적 규범에 맞게 행동하게 하는 긍정적인 면도 있지만, 상태수치심 역시 상황에 따라서는 개인의 존재 자체에 심한 손상을 주어, 자기상 전체를 문제시 삼는 특질수치심이 될 수 있다. 특질수치심은 보다 내면화된 태도로써의 수치심(Claesson, 2002) 즉, 자기에 대한 정서적 표상의 한 부분으로 총체적인 자기를 검토한 결과, 부족하고 결핍되었으며 부적절하고 무기력하고 작다고 느껴지는 자아의식으로부터 생겨나는 고통스런 감정의 한 형태(Kaufman, 1989; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992)를 말한다. 이하 본고에서는 내면화된 수치심이라는 용어를 특질수치심 대신 사용한다.

수치심에 관한 연구는 1970년대에 Lewis에 의해 시작이 되었다고 해도 과언이 아니며,

심리치료의 초창기에는 수치심을 부정적 자기 평가를 동반하는 정서로만 인식하여 개념을 따로 구별하지 않고 자주 죄책감과 혼용하였다. 죄책감보다 인간을 좀 더 무력화시키는 병리적 정서로 작용하는 수치심(Andrews & Hunter, 1997)은 Lewis(1971)에 의해 죄책감으로부터 개념적으로 구분되기 시작하였다. 이처럼 수치심에 대한 연구가 미흡했던 것은 수치심과 죄책감에 대한 개념적 정의와 분리가 미흡했던 원인도 있으나, Kaufman(1989)은 다음의 두 가지의 이유로 인해 수치심의 연구가 등한시 되었다고 설명하고 있다. 첫째, 수치심은 오래 전부터 금기 시 되어 온 성(性, sex)과 연관되어 있기에 수치심의 연구 또한 금기 시 됐다. 이는 성행위(sex) 자체에 대한 금기도 포함할 것이나 그보다는 본인의 성(gender)과 자신과 다른 성에 대해 알고 싶어 하는 궁금증 자체, 즉 인간의 본질로서의 성(性, sex)에 대한 이해에 대한 금기의 관점을 말한다. 둘째는, 수치심보다 죄책감에 초점을 둔 Freud의 정신분석의 영향이다. 하지만 프로이트 이후의 정서이론에서는 수치심을 부적 정서의 조정자로 표현하면서 수치심을 다른 부적 정서에 비해 보다 심각한 수준의 정서로 보고 있다(김윤주, 송옥, 한성열, 2009). 임상가들은 수치심의 임상적 중요성을 강조하면서 죄책감과 구분 필요함을 역설하고, 수치심이 죄책감보다 원초적이고 병리적(Piers & Singer, 1971; Eirkson, 1971)이라고 보고한다.

현재까지 수치심과 관련된 많은 연구는 죄책감과 구분에 대한 연구(남기숙, 2008) 혹은 신체이미지 등과 관련한 상태수치심에 대한 연구(김완석, 유연재, 2012)에 국한된 경우가 많다. Kaufman(1996)은 내면화된 수치심에 대한 이론적 연구에서 내면화된 수치심이 현

대 사회에서 급속도로 증가하고 있는 물질 중독, 물질 남용(Cook, 1991), 경계선적 성격(Kernberg, 1975), 우울(Cook, 1991; Lewis, 1971; Hoblitzelle, 1987), 섭식 장애(Sanftner, Barlow, Marschall, & Tangney, 1995), 나르시즘(Kernberg, 1975; Kohut, 1971; Morrison, 1989), 학대(Andrews & Hunter, 1997), 자살(Lester, 1998) 등 여러 심리장애와의 관련성이 있다고 주장한다. 이처럼 현재까지 이론적으로는 여러 임상 병리적 정신장애와 관련이 있다고 주장되고 있는 내면화된 수치심에 대한 연구는 대부분 이론적 연구 부분에 집중되어 있기 때문에, 수치심에 대한 실증적 연구가 폭넓게 뒷받침되어야 할 것이다. 이에 본 연구에서는 이론적으로 정신건강 문제를 이해하는 틀로서의 유용성이 추창되고 있는 내면화된 수치심에 대한 임상적인 타당성을 실증적으로 밝히고자 한다. 이를 위해 내면화된 수치심이 현대 사회에서 보이는 병리적 현상과 관련된 요소인 자기통제력, 중독가능성, 공격성과 어떠한 상관을 보이는지 살펴보고자 한다. 특히 자기통제력의 변인을 통제하고도 내면화된 수치심이 중독가능성 및 공격성과 유의미한 상관을 보일 것이라는 가설을 증명하고자 한다.

Loader(1998)는 수치심이 타인과의 관계 속에서 발생하는데 대부분 부모와의 관계에서 발생하기 시작한다고 주장하였다. 내면화된 수치심이 형성되는 주요한 이유는 유아기에 가정 안에서 정서적 학대, 정서적 방임, 신체적 학대를 경험(최은영, 안현의, 2011)하는 것이다. 이러한 수치심은 유아기 초기에 형성되어 이후 생애 걸쳐 성격적 특성으로 자리 잡는다(Cook, 1987). 국내 아동학대 관련 자료인 중앙아동보호전문기관의 통계자료(2013)에 의하면,

2001년보다 2010년에 아동학대 의심사례 건수는 약 2.8배가 증가했으며, 2012년 아동학대로 판정된 아동학대사례는 총 6,403건이었다. 피학대아동들이 사회적 지원 등을 통해 심리적 안정감을 찾아 건강한 자아상을 회복하는 과정을 경험하지 못한다면, 내면화된 수치심이 개인의 정체성의 일부로 자리 잡게 되며, 이는 인격 장애와 감정 장애, 신경증 나아가서는 중독현상을 초래(홍은수, 2002)할 가능성이 있다. 내면화된 수치심이 대부분 어린 시절 중요 양육자의 학대, 방치, 폭행 등으로 형성된다는 것은, 현재 계속적으로 증가하고 있는 아동학대를 고려해 볼 때 내면화된 수치심 연구의 중요성을 뒷받침해 준다.

Erikson(1971)의 심리사회적 발달의 8단계 중 2단계에 해당하는 자율성 대 수치심의 단계는 18개월부터 3세까지에 속하는 성장 단계이며 이 시기의 경험이 개인의 일생에 걸친 자기통제력의 기초가 된다고 한다. 이 시기에 유아는 배변훈련, 걷기, 잡기, 팔약근 통제 등을 통해 처음으로 자기통제를 시도하고 그에 대한 성공과 실패를 경험하고, 자기통제를 통해 기본적인 자신감을 갖게 되고 자율성을 형성하게 된다. 하지만 주양육자의 양육태도에 따라 성공적인 자기통제 경험을 획득하지 못할 경우 아동의 자기통제에 대한 능력은 저하 혹은 손상되어 자신에 대한 수치와 회의를 느낀다. 수치심이 높은 아동의 부모들은 아동에게 비현실적인 목표를 만들어놓고 그에 대한 수행을 기대한다. 아동이 부모의 기대와는 달리 반복적으로 수행을 실패하고, 이런 결과에 대해 부모들은 실망스런 감정이나 행동을 자주 감추지 않아서 아동은 자신의 부모를 만족시킬 수 없을 것이라는 생각을 하게 되고 쉽게 상처 받고 자신에 대해 부정적으로 생각하게

된다. 또한 이 시기에 부모의 방임 혹은 신체적 학대를 경험하게 되면 유아는 자기 존재를 평가절하하고 낮은 자기 확신과 자존감을 갖게 되어 이는 내면화된 수치심을 형성하게 된다. 내면화된 수치심은 자기-가치(self-worth)를 핵심으로 하는 감정이다. 이러한 수치심이 높을수록 자기가치에 대한 확신이 부족하여 자기의 의지대로 자신을 통제하기보다는 타인의 의견을 중요시하게 되고, 아주 작은 거부 신호에도 민감하게 되어, 타인의 평가에 연연하게 된다(Jacoby, 1991). 이에 내면화된 수치심과 자기통제력은 부적상관을 보일 것으로 예상된다.

Lewis(1987)는 수치심이 자주 다른 감정으로 대치될 수 있으며, 모욕감과 노여움, 분노감이 수치심의 방어의 일환으로 나타난다고 말하며, Ratzinger(1997) 역시 수치심과 노여움(rage)이 흔히 같이 일어난다고 하였다. Harper와 Hoopes(1990)는 내면화된 수치심을 가진 사람은 타인이 자신의 수치심과 결점을 찾고 자신을 버리지 못하게 하기 위해, 다른 사람들을 탐색하거나 타인에게 먼저 공격적인 행동을 한다고 말한다. Broucek(1991)은 개인적 경계가 지켜지지 않고 자신이 노출될 준비가 되지 않았는데 노출이 되어버린 경우 수치심으로 인해 분노가 발생하기 쉽다고 말한다. Nathanson(1987)은 수치심에 동반되는 열등감을 견디지 못하는 사람들이, 열등감을 차단하고 “부끄러운 것은 내가 아니라 너”라고 하면서 상대방을 경멸하고 공격한다고 설명한다. 이에 본 연구에서는 내면화된 수치심이 공격성과 정적상관을 보일 것이라고 예상한다.

일반적으로 중독은 한 가지 일이나 행동을 반복적으로 행하게 하는 충동을 가리키며, 이로 인해 정상적인 생활이 어렵게 된다는 조건

이 전제된다. 이러한 중독은 알코올, 니코틴, 도박, 마약, 인터넷, 음식, 운동, 성 중독에 이르기까지 그 종류가 매우 다양하다. 미국정신의학회(APA, 1994)는 정신질환 진단통계편람(DSM-IV)에서 이러한 중독을 물질남용, 물질의존, 충동조절장애 등으로 분류하고 있다. 알코올과 관련된 알코올남용과 알코올의존은 알코올사용장애라는 정신장애로 분류된다. 세계보건 기구(WHO)에서는 알코올 중독이란 “전통적 음주습관의 영역을 넘거나 혹은 지역 사회 전체의 사회적 음주 습관의 범위를 넘어 음주하는 경우를 말하며 그에 부수된 병적 인자나 그 병적 인자가 얼마만큼 유전, 체질, 또는 신체 병리적, 대사적 질환을 받고 있는가에 관계없이 그것을 알코올 중독이라고 한다”라고 정의를 내리고 있다.

중독 연구 초기에는 알코올 중독자는 비의존 음주자에 비해서 불안이나 우울증과 같은 심리적인 문제를 많이 가지고 있고 또한 이러한 부정적인 감정상태가 알코올의 과다사용을 초래하며(윤영주, 노승호, 2003), 음주자들은 알코올이 긴장이나 불안 또는 스트레스와 관련된 부정적 정서를 감소시키고 이완을 증진시킬 것이라는 기대를 갖고 있고, 알코올 의존 환자의 일부는 우울과 불안을 극복하기 위한 자기 투약으로써 알코올을 마시게 된다(Cooper, 1994)고 이해하였다. 하지만 근래의 중독 연구에서는 중독자들의 우울이나 불안은 음주 때문에 생기는 결과일 수도 있다고 주장한다. 술을 마시는 것을 목표로 설정된 Mind Set을 가진 중독자들은 술을 마시기 위해 부정적인 감정 상태 혹은 타인이나 환경의 이유로 인해 자신은 술을 마실 수밖에 없다고 주장한다. 이는 중독성 사고의 특징 중 하나인 중독의 원인을 외부 혹은 타인에게 돌리거나 자신

의 중독행동을 타당화하고 정당화하는 행동이다. 즉 고의적이지는 않지만 자동적으로 술을 찾아 마셔서 충족되는 쪽으로 이유가 달게 생각하게 되고 술을 마시는 것을 합리화 시키는 중독적 사고가 지배적으로 작동하게 된다. 이러한 중독성 사고는 단주 후 2~3개월쯤 지나서 회복되기 시작하나 중독자들이 원래 가지고 있었던 감정 결핍이나 취약성으로 인한 여러 가지 성격문제들로 인해 재발하게 되는 경우가 많아, 중독자들의 재발에는 심리적 요인들의 영향이 크다. 즉 알코올 중독의 진정한 회복은 인격의 변화 없이는 어려우며, 행동패턴의 변화를 위한 심리적인 치료가 중요하다(이호영, 2006). 이는 중독은 개인의 의지나 자기통제력이 약한 것이 문제인 것이 아니며, 자발적이거나 의지적으로 치료되기 어려운 것을 의미한다.

정신분석이론에서는 어린 시절, 특히 구강기에 양육부전으로 알코올 중독이 생긴다는 원인론이 제기된다. 이는 유아기에 방임이 알코올 중독의 원인이 될 수 있다는 가능성을 시사하고 있다. 어린 시절의 트라우마(Cuomo, Sarchiapone, Giannantonio, Mancini, & Roy, 2008), 유아 시기의 부모의 조롱과 냉대, 위협과 벌, 파면 등과 같은 가혹한 자녀 양육(Fingeret al., 2010)은 이미 중독의 주요 요인으로 밝혀졌으며 이는 내면화된 수치심의 생성과 그 기저를 같이 한다. 본 연구에서는 유아기의 주 양육자에 의한 학대, 방임, 폭력 등을 공통기저로 하는 중독과 내면화된 수치심이 경험적으로도 유의한 상관을 가질 것이라고 가정하였다.

연구대상

본 연구는 설문 응답 전 자기보고식 사전조사에서 “나는 심리정서적으로 병리적인 문제가 있다. 나는 살 가치가 없는 존재다”에 동의하지 않는다고 답한 만 20세 이상 서울과 경기 지역 거주 남녀직장인 380명을 비임상집단으로 선정하였다. 동일한 자기보고식 사전조사에서 “나는 심리정서적 병리적인 문제가 있다. 나는 살 가치가 없는 존재다”에 동의하는 만 20세 이상 서울과 경기 지역 거주 100명을 임상집단으로 선정하였다. 이러한 사전조사 문항은 Kafman(1989)이 신경증적인 수치심을 정서적인 질병의 범주로 본 것과 Bradshaw(1988)는 수치심으로 인해 나타나는 self-talk이 “자신이 살 가치가 없다”고 생각하는 것을 배경으로 작성하였다. 이러한 임상, 비임상집단의 명명은 단지 인지적으로 자신에 대한 상반된 관점을 가지는 두 집단의 구분을 위한 것임으로 임상병리적인 의미를 가지지는 않는다.

임상집단의 선정의 용이성을 위해서 임상집단의 표집은 AA(익명의 알코올중독자모임)에 참가하는 만20세 이상의 남녀를 대상으로 사전조사가 실시되었다. 현장에서 응답이 완료된 설문지를 수거하는 방식으로 진행되었으며 응답에는 약 30분이 소요되었다.

비임상집단에는 남자 154명, 여자 226명이, 임상집단에는 남자 83명, 여자 17명이 참가하였다. 전체 응답자의 평균연령은 34.52세(SD9.93)이며 비임상집단에서 평균 연령은 31.49세, 임상집단의 평균연령은 46.04세였다.

방 법

측정도구

내면화된 수치심 척도(Internalized Shame

Scale: ISS)

Cook(1987)이 개발한 내면화된 수치심 척도를 이인숙과 최해림(2005)이 타당화한 것을 사용하였다. 내면화된 수치심 척도는 수치심을 측정하는 24문항과 6개 문항의 자존감 척도로 구성되어 있다. 자존감 6문항은, 문항이 같은 방향으로 주어질 경우 한 방향으로 대답하려는 경향을 제어하기 위해 Rosenberg 자존감 척도를 수치심 척도에 포함시킨 것이다. 이인숙, 최해림은 Cook의 ISS에 대한 요인분석 결과 4개요인 구조를 확인하였으며, 이를 각각 부적절감, 공허감, 자기차별, 실수 불안의 4가지 영역으로 나누었다.

부적절감 영역은 자기 자신에 대해 평가절하하고, 타인 역시 자신을 무시하고 알볼 것이라고 생각하며 소외감을 느끼는 특성을 포함한다. 공허감 영역은 내적으로 채워지지 않은 느낌과 자신의 신체와 감정에 대한 조절감을 잃은 것처럼 느끼는 특성을 나타내며, 자기차별 영역은 완벽을 추구하지만 부족함을 느끼고, 고통스러운 사건에 대해 반추하고, 타인에게 과도하게 노출 되었다고 느낄 때 자신의 존재감을 없애고 싶어 하거나 실수 시에 자신을 공격하고자 하는 특성을 나타낸다. 실수 불안 영역은 타인의 평가를 두려워하며, 자신의 결정이 타인에게 노출되는 것을 두려워하는 특성을 포함한다.

내면화된 수치심의 전체 척도는 '전혀 그렇지 않다(0)'에서 '매우 그렇다(4)'까지 5점 척도로 평가하도록 되어 있으며, 수치심 점수는 자존감 문항을 제외한 24문항의 합계로 측정된다. Cook의 연구에서 보고한 검사의 신뢰도

(Cronbach α)는 임상집단이 .96, 비임상집단이 .95, 검사-재검사 신뢰도는 .84였으며, 이인숙, 최해림의 연구에서는 .93의 신뢰도를 나타냈다. 본 연구에서 나타난 내면화된 수치심 척도의 신뢰도(Cronbach α)는 .96이다.

자기통제력 척도(Self-Control Rating scale, SCRS)

자기 통제의 정도를 측정하는 척도는 Kendall과 Wilcox(1979)가 자기통제 척도(Self-Control Rating Scale)를 개발한 것을 송원영(1998)이 자기보고형으로 고쳐 제작한 것을 사용하였다. 원래는 33문항으로 이루어져 있으나 송원영은 예비조사를 통해 21문항으로 재구성하였다. 이 문항들의 신뢰도 계수는 .87로 보고되었으며, 이는 5단계 Likert 척도를 이용하여 응답별 점수는 '전혀 그렇지 않다(1점)에서 '매우 그렇다(5점)까지로 구성되어 있으며 역점수 문항은 5.6.7.8.9.10.11.15.19번 문항이다. 본 연구에서 나타난 자기통제력 척도의 신뢰도(Cronbach α)는 .88로 나타났다.

공격성 척도(Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI)

본 연구에서 공격성을 측정하기 위하여 사용한 측정도구는 Buss와 Durkee(1957)가 제작한 BDH(Buss-Durkee Hostility Inventory)에 기초하여 노안녕(1983)이 빈안한 것을 사용하였다. BDHI는 총 21개 문항이며 각각 폭력행위, 간접적 공격성, 언어적 공격성을 측정하기 위한 검사로 방어적 반응적 공격성, 기질적 자발적 공격성, 공격성 표현의 통제력, 자기 주장적 태도의 4개 요인으로 구성되어 있다. 모든 문항은 Likert식 4점 척도로 선택형이며, 각 문항별 반응은 전혀 아니다(1점), 약간 그렇다(2점), 꽤

그렇다(3점), 아주 그렇다(4점)의 척도로 구성되어 있다. 문항 1, 4, 6, 13, 17, 21번 문항은 역점수로 처리한다. 점수 범위는 21에서 84점까지이며 점수가 높을수록 공격적임을 나타낸다. 본 연구에서 나타난 공격성 척도의 신뢰도(Cronbach α)는 .88로 나타났으며, 본 연구에서는 방어적 반응적 공격성과 기질적 자발적 공격성의 두 하위요인만을 선택하여 결과를 분석하였다.

중독가능성 척도(Addiction Potential Scale:

APS)

중독가능성 척도는 Weed(1992)에 의해 개발된 39문항의 MMPI-2 보충척도로서, 중독관련 장애를 일으킬 수 있는 성격 요인에 대한 문항으로 이루어져 있다. 이 척도는 MMPI-2 문항에서 정신질환자 중 알코올 중독과 약물 중독 증세가 있는 환자와 일반인을 대상으로 차이를 보이는 문항에서 선택되었다. 본 척도는 현재 남용 문제가 있나 없나를 떠나서 물질남용의 가능성 혹은 취약성을 측정, 현재 물질남용을 하고 있거나 과거에 그랬던 사람을 가려낼 수 있다. T점수가 60점 이상이 되는 대상자에 대해서는 물질남용 가능성에 관한 추가 정보를 탐색해 보아야 한다고 MMPI-2 매뉴얼에 제시되어 있다. 본 연구에서 나타난 중독가능성 척도의 신뢰도(Cronbach α)는 .73로 나타났다.

분석방법

설문 응답 자료들의 전반적 통계 분석을 위해 SPSS18.0을 사용하였고 연구문제에 따라 다음과 같은 분석 방법을 적용하였다. 첫째, 내면화된 수치심, 중독가능성, 공격성 및 자기통

제력의 변인간 상관분석을 실시하였다. 둘째, 자기통제력을 통제한 상태에서 집단에 따른 내면화된 수치심, 중독가능성 및 공격성의 변인간 편상관분석을 실시하였다. 셋째, 집단에 따라 내면화된 수치심, 자기통제력, 공격성 및 중독가능성 변인에 유의한 차이가 있는지 알아보기 위해 집단별 평균 분석을 실시하였다.

결 과

내면화된 수치심, 자기통제력, 공격성 및 중독가능성의 관계

내면화된 수치심, 중독가능성, 공격성 및 자기통제력의 관계를 알아보기 위하여 각 척도들의 상관분석을 실시하였다. 상관분석 결과(표 1), 내면화된 수치심은 중독가능성($r=.34, p<.001$) 및 공격성($r=.45, p<.001$)과 정적 상관을 보였다. 내면화된 수치심은 자기통제력($r=-.52, p<.001$)과 부적 상관을 보였다.

집단에 따른 자기통제력 통제 후 내면화된 수치심, 공격성 및 중독가능성의 편상관

자기통제력을 통제한 상태에서 집단에 따른 내면화된 수치심, 중독가능성 및 공격성의 상관을 알아보기 위해 각 척도들의 편상관분석을 실시하였다.

임상집단의 편상관분석 결과(표 2), 내면화된 수치심은 중독가능성($r=.43, p<.001$), 공격성($r=.46, p<.001$)과 정적 상관을 보였다. 내면화된 수치심의 하위요인인 중 실수불안($r=.45, p<.001$)이 중독가능성과 가장 강한 정적 상관을 보였다. 공격성의 하위요인인 기질

표 1. 변인들 간의 상관관계

	1	1-1	1-2	1-3	1-4	2	3	3-1	3-2	4
1	1									
1-1	.95***	1								
1-2	.90***	.78***	1							
1-3	.92***	.83***	.81***	1						
1-4	.79***	.68***	.63***	.64***	1					
2	.34***	.29***	.30***	.30***	.38***	1				
3	.45***	.44***	.41***	.44***	.28***	.31***	1			
3-1	.24***	.22***	.25***	.26***	.13	.25***	.86***	1		
3-2	.53***	.53***	.47***	.50***	.35***	.30***	.91***	.57***	1	
4	-.52***	-.55***	-.40***	-.46***	-.44***	-.34***	-.48***	-.26***	-.57***	1

* $P < .05$. ** $P < .01$. *** $P < .001$. $N=480$

1: 내면화된 수치심, 1-1: 부적절감, 1-2: 공허, 1-3: 자기처벌, 1-4: 실수불안, 2: 중독가능성, 3: 공격성, 3-1: 방어적 반응적 공격성, 3-2: 기질적 자발적 공격성, 4: 자기통제력

표 2. 임상집단 변인들 간 편상관관계

통계변수	1	1-1	1-2	1-3	1-4	2	3	3-1	3-2
1	1								
1-1	.97***	1							
1-2	.91***	.82***	1						
1-3	.92***	.85***	.82***	1					
1-4	.83***	.77***	.70***	.69***	1				
2	.43***	.39***	.38***	.39***	.45***	1			
3	.46***	.43***	.50***	.45***	.27***	.42***	1		
3-1	.27**	.25**	.33***	.29**	.11	.34***	.84***	1	
3-2	.51***	.47***	.54***	.48***	.33***	.40***	.94***	.60***	1

* $P < .05$. ** $P < .01$. *** $P < .001$. $N=100$

1: 내면화된 수치심, 1-1: 부적절감, 1-2: 공허, 1-3: 자기처벌, 1-4: 실수불안, 2: 중독가능성, 3: 공격성, 3-1: 방어적 반응적 공격성, 3-2: 기질적 자발적 공격성

표 3. 비임상집단의 변인들 간 편상관관계

통제변수	1	1-1	1-2	1-3	1-4	2	3	3-1	3-2
1	1								
1-1	.93***	1							
1-2	.87***	.70***	1						
1-3	.85***	.78***	.77***	1					
1-4	.74***	.60***	.53***	.56***	1				
2	.24***	.16***	.21***	.20***	.31***	1			
3	.37***	.37***	.30***	.37***	.20***	.19***	1		
3-1	.21**	.18**	.19***	.24**	.08	.11*	.84***	1	
3-2	.41***	.43***	.32***	.39***	.24***	.20***	.92***	.56***	1

* $P < .05$. ** $P < .01$. *** $P < .001$. $N=380$

1: 내면화된 수치심, 1-1: 부적절감, 1-2: 공허, 1-3: 자기처벌, 1-4: 실수불안, 2: 중독가능성, 3: 공격성, 3-1: 방어적 반응적 공격성, 3-2: 기질적 자발적 공격성

적 자발적 공격성이 방어적 반응적 공격성보다 내면화된 수치심과 강한 상관을 보였으며, 그 중 내면화된 수치심의 하위요인인 공허($r=54, p<.001$)가 기질적 자발적 공격성과 가장 강한 상관을 보였다.

비임상집단의 편상관분석 결과(표 3), 내면화된 수치심은 중독가능성($r=.24, p<.001$), 공격성($r=.37, p<.001$)과 정적 상관을 보였다. 내면화된 수치심의 하위요인인 중 실수불안($r=31, p<.001$)이 중독가능성과 가장 강한 정적 상관을 보였다. 공격성의 하위요인인 기질적 자발적 공격성이 방어적 반응적 공격성보다 내면화된 수치심과 강한 상관을 보였으며, 그 중 내면화된 수치심의 하위요인인 부적절감($r=43, p<.001$)이 기질적 자발적 공격성과 가장 강한 상관을 보였다.

각 집단별 내면화된 수치심, 자기통제력, 공격성 및 중독가능성의 평균 비교

집단 별 평균 비교 결과(표 4), 자기통제력($t(132.77)=-4.60, p<.001$)은 임상집단의 평균 점수가 비임상 집단보다 낮았다. 내면화된 수치심($t(125.31)=9.35, p<.001$)과 내면화된 수치심의 하위요인인 부적절감($t(122.09)=9.86, p<.001$), 공허($t(134.52)=8.34, p<.001$), 자기처벌($t(125.83)=7.81, p<.001$), 실수 불안($t(478)=6.87, p<.001$); 공격성($t(138.20)=6.61, p<.001$)과 공격성의 하위 요인인 방어적 반응적 공격성($t(478)=4.12, p<.001$), 기질적 자발적 공격성($t(135.64)=7.51, p<.001$); 중독가능성($t(141.04)=3.72, p<.001$)은 임상집단의 평균 점수가 비임상집단보다 높았다.

표 4. 각 집단별 척도의 평균

	임상집단(SD)	비임상집단(SD)
내면화된 수치심	79.45 (22.07)	57.53 (15.36)
부적절감	30.15 (10.33)	19.40 (6.75)
공허	16.76 (5.57)	11.72 (4.48)
자기처벌	15.33 (5.28)	10.94 (3.70)
실수불안	14.12 (3.51)	11.64 (3.11)
자기통제력	70.94 (11.34)	76.57 (8.90)
공격성	40.96 (9.81)	33.88 (8.27)
방어적 반응적 공격성	18.83 (4.92)	16.72 (4.43)
기질적 자발적 공격성	22.13 (6.10)	17.15 (4.97)
중독가능성	58.95 (12.68)	53.77 (11.05)

논 의

본 연구는 이론적으로는 여러 임상 병리적 정신장애와 관련이 있다고 주장되고 있는 내면화된 수치심에 대한 실증연구를 위해, 자기보고식 사전조사에서 “나는 심리정서적으로 병리적인 문제가 있다. 나는 살 가치가 없는 존재다”에 동의하는 임상집단과 동의하지 않는 비임상집단을 대상으로 내면화된 수치심과 자기통제력, 공격성 및 중독가능성의 상관 및 자기통제력을 통제한 편상관을 살펴보고, 각 집단에서 변인들의 평균에 대해 분석하였다. 본 연구를 연구문제 중심으로 논의하면 그 결과는 다음과 같다.

첫째, 내면화된 수치심은 자기통제력과는 유의한 부적 상관을, 공격성 및 중독가능성과는 유의한 정적 상관을 나타냈다. 이러한 결과는, 이론적으로 주장되었던 내면화된 수치심이 여러 임상병리적 정신장애 중 충동 조절장애 및 중독, 공격성에 영향을 미칠 가능성 (Morrison, 1989; Bradshaw, 1988; Cook, 1991;

Levin, 2001)을 실증적으로 제시하였다.

공격성의 하위요인 중 방어적 반응적 공격성보다 기질적 자발적 공격성이 내면화된 수치심과 더욱 강한 상관을 보이는 것은 내면화된 수치심이 개인의 내면화된 성격으로 유아기 초기에 형성되어 이후 생애 걸쳐 성격적 특성으로 자리 잡기 때문(Cook, 1987)에 기질적 자발적 공격성과 더욱 강한 상관을 보인다고 생각된다. 내면화된 수치심의 하위 요인인 부적절감이 공격성의 하위 요인인 기질적 자발적 공격성과 가장 강한 상관을 보였는데, 이는 자신의 존재 자체에 대해 부적절감을 느낄수록 기질적이고 자발적인 공격성을 보일 가능성을 시사한다.

Cooper(1994)에 의하면 음주자들은 알코올이 긴장이나 불안 또는 스트레스와 관련된 부정적 정서를 감소시키고 이완을 증진시킬 것이라는 기대를 갖고 있다고 주장한다. 본 연구에서 내면화된 수치심의 하위 유형 중 실수불안이 중독과 가장 큰 정적 상관을 보이며, 이는 실수에 대한 불안에서 벗어나기 위한 해

결책으로 중독 상황을 선택할 가능성을 설명해 주어서, Cooper(1994)의 주장을 뒷받침 할 근거가 될 수 있다. 하지만 이러한 주장은 앞으로 다양하고 반복적인 연구를 통해 검증이 필요한 내용이라고 생각된다.

내면화된 수치심은 자기통제와 부적상관을 보여 내면화된 수치심이 클수록 자기 통제는 떨어진다고 생각해 볼 수 있다. 위의 결과는 Erikson(1971)의 심리사회적 발달의 8단계 중 2 단계에 자율성 대 수치심에서 자율성, 즉 자기 통제력과 수치심이 서로 대비되는 이론을 뒷받침한다. 하지만 Erikson(1971)의 이론만으로 내면화된 수치심과 자기통제력의 관계를 설명하기에는 이론자체가 너무 광범위한 내용을 포괄하고 있다. 이로 인해 경험적 연구를 뒷받침하기에는 다소 미흡한 점이 있다고 생각되기에, 후속연구에서는 내면화된 수치심과 자기통제력과의 이론적 관계를 과학적으로 뒷받침하는 경험적 연구가 보충되어야 할 것으로 생각된다. 내면화된 수치심의 하위 요인인 중 부적절감이 자기 통제와 가장 강한 부적상관을 나타냈으며, 이는 부적절감을 느낄수록 자기 통제가 떨어질 가능성을 시사한다. 이에 내면화된 수치심은 자신의 존재 자체를 부정적으로 인식하거나, 생존하는 자신의 존재 자체를 부정하는 감정과 인식이기 때문에, 부정적인 자신 혹은 존재하지 않는 긍정적 자신에 대해 통제력을 가지는 것 자체가 어려운 기제가 존재할 것이라고 가정을 한다.

둘째, 자기통제력을 통제 한 편상관분석의 결과에서도 내면화된 수치심은 중독가능성과 공격성에 대해 유의미한 상관을 보임을 알 수 있다.

집단별로 살펴보면, 임상집단이 비임상집단보다 내면화된 수치심과 중독가능성에 대한

강한 상관을 보였다. 이는 임상집단이 중독가능성을 보일 때 내면화된 수치심과 상관이 더 강하였으며, 비임상집단에서의 중독가능성은 내면화된 수치심 이외에도 다른 변인들의 영향을 더 많이 받는 것으로 해석할 수 있다.

공격성에 대해서도 임상집단이 비임상집단보다 내면화된 수치심과 공격성에 대한 강한 상관을 보였다. 하지만 두 집단 모두 공격성의 하위요인 중 기질적 자발적 공격성이 내면화된 수치심과 강한 상관을 보였으며, 이는 위에 기술한 것처럼 내면화된 수치심과 기질적인 공격성 부분의 연관이 큰 것으로 해석할 수 있다. 즉, 내면화된 수치심이 기질적이고 성격적인 공격성 부분에 더 연관이 있으며 반응적이며 상태적인 공격성 부분에는 상대적으로 약한 상관을 보이는 것을 알 수 있다.

셋째, 임상집단은 비임상집단보다 내면화된 수치심, 중독가능성, 공격성에서 통계적으로 유의미하게 높은 평균을 보였으며, 자기통제력에서는 낮은 평균을 보였다. 즉, 자신에 대해 인지적으로 부정적인 평가를 보고하는 임상집단이 실제 설문 점수에서도 부정적인 결과를 보인다. 이는 임상집단이 비임상집단보다 평균적으로 내면화된 수치심을 강하게 느끼고, 공격성이 더 크며, 중독가능성이 더 많다고 해석할 수 있으며, 자기 통제는 더 어려운 것으로 해석할 수 있을 것이다. 또한 내면화된 수치심과 중독가능성, 공격성, 자기통제력은 무의식적인 변인이기보다는 직접적으로 자기 인식이 가능한 변인이라고 생각할 수 있다. 인지적으로 자기 평가가 가능한 변인이기 때문에 상담이나 기타 효율적인 치료 방법을 구체적으로 제시할 수 있다면 긍정적인 치료 결과가 있을 수도 있음을 가정해 볼 수 있다.

본 연구에서 비임상집단은 집단의 수가 380이나 임상집단은 100으로 집단 크기의 차가 크고, 특히 임상집단에서의 남녀 성별의 차(M=83, F=17)가 크기 때에 후속 연구에서는 이러한 부분을 보충하여 각 집단 간의 차를 줄인 연구가 더 이루어져야 할 것이다.

또한 내면화된 수치심과 중독가능성은 유아기 혹은 아동기에 부모로부터 정신적 혹은 신체적 학대를 당해서 발생한다는 이론을 바탕으로 하고 있는데, 질문의 민감성 때문에 설문 응답자에게서 그러한 생애 초기의 학대 사항에 대한 질문을 추가하지 못해 이론적인 것을 경험적인 근거로 제시하지 못했기에, 후속 연구에서는 이와 같은 부분의 보충이 필요할 것이다.

마지막으로 수치심 연구 자체에 대한 어려움, 경험적 연구의 부족과 수치심에 대한 치료법의 부재 등도 한계로 작용한다. 수치심의 이론적 연구가 최근에 많이 나오고 있기는 하지만, 아직 경험적 연구는 부족한 상태여서 경험적 연구 결과에 대한 논의가 많이 부족하다. 수치심 연구가 부족한 이유는 앞서 말한 Kaufman(1989)의 주장 이외에도, 수치심이 일반적인 정서 연구로의 많은 부분이 무의식적이기 때문(Harder, 1995)에 그 연구가 어렵다고 한다. 하지만 본 연구에 의하면 이러한 주장과 경험적 근거는 다를 수 있다.

그밖에도 수치심이라는 연구 주제에 대한 거부감 혹은 터부로서, 자신의 수치심을 작업하는 것이 괴로울 뿐만 아니라 다른 사람의 수치심을 지켜보는 것도 매우 괴로운 일이고, 치료자 자신의 해결되지 않은 수치심 경험을 건드릴 수도 있으며, 치료자 자신의 실패감, 자기결핍감, 인생에 대한 실망 등 고통스러운 역전이 감정이 치료자에게서 유발될 수

있기에, 내담자와 치료자가 공모하여 함께 수치심 경험으로부터 도피한다는 것이다(Broucek, 1991; Morrison, 1989). 수치심은 자기의 병이자 영혼의 병으로, 자기를 고통스럽게 만드는 것이기에 인간을 이해하고 치유하고자 한다면 우리는 반드시 수치심에서 출발해야 할 것이다(Kaufman, 1989).

참고문헌

- 김용태 (2010). 사회-심리적 특성으로서의 수치심의 이해와 해결. 한국상담학회: 상담학연구, 11(1), 59-73.
- 김용태 (2010). 사회심리영적 관점에서 본 수치심: 통합적 이해. 한국기독교상담학회지, 20(2), 111-132.
- 김윤주, 송 옥, 한성열 (2009). 기독교인의 종교성향에 따른 수치심과 죄책감의 차이에 대한 연구. 한국심리학회지: 사회문제, 15(4), 469-486.
- 김완석, 유연재 (2012). 한국 대학생의 신체이미지: 일본, 중국과의 비교를 토대로. 한국심리학회지: 사회문제, 18(2), 301-327.
- 남기숙 (2008). 수치심, 죄책감 경험과 대처가 심리 증상에 미치는 영향. 서울대학교 박사학위논문.
- 노안녕, 홍경자 (1983). 비행청소년에 있어서 공격성과 불안의 감소에 미치는 주장훈련의 효과. 한국심리학회지 임상, 4(1), 19-31
- 윤영주, 노승호 (2003). 알코올 의존 환자 유형간 성격평가 질문지 척도의 비교. 중독정신의학, 7(1), 28-36.
- 이인숙, 최해림 (2005). 내면화된 수치심척도(ISS)의 타당화 연구-애착, 과민성 자기에,

- 외로움과의 관계. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 17(3), 651-670.
- 이호영 (2006). 알코올 중독의 심리적 이해. 대한의사협회지, 49(2), 99-107.
- 조원준 (2007). 알코올중독 입원환자의 공격성에 영향을 미치는 요인. 한국보건복지학회; 보건과 복지 제9집, 47-67.
- 중앙아동보호전문기관 (2013). 전국아동학대현황보고서. 서울: 중앙아동보호전문기관.
- 최은영, 안현의 (2011). 여대생의 아동 청소년기 대인간 외상경험과 자기역량 손상의 관계에서 내면화된 수치심의 매개효과. 한국심리학회지: 여성, 16(3), 285-302.
- 홍은수 (2002). 수치심의 이해 및 치유. 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- Andrews, B., & Hunter, E. (1997). *Shame, early abuse and course of depression in a clinical sample: A preliminary study*. Cognition and Emotions, 11, 373-381.
- Ausubel, D. P. (1955). Relationships between shame and guilt in the socializing process. *Psychological Review*, 62, 378-390.
- Bradshaw, John. (1988). *Healing the Shame that Binds You*. Health Communications. New York: US
- Broucek, F. (1991). *Shame and the self*. New York: Guilford Press.
- Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality & Social Psychology*, 63, 452-459.
- Cook, D. R. (1987). Measuring shame: The internalized shame scale. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 4, 197-215.
- Cook, D. R. (1991). Shame, attachment, and addictions: Implications for family therapist. *Contemporary Family Therapy*, 13, 405-419.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents. Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6, 117-128.
- Cuomo, Chiara., Sarchiapone, Marco., Giannantonio, Massimo., Mancini, Michele., & Roy, Alec. (2008). The American Journal of Drug and Alcohol Abuse: *Aggression, Impulsivity, Personality Traits, and Childhood Trauma of Prisoners with Substance Abuse and Addiction*. New Jersey. USA
- Claesson, Katja. (2002). Internalized shame and early interactions characterized by indifference, abandonment and rejection: Replicated findings. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 227-284.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 1994. American Psychiatric Association
- Erickson, E. H. (1971). Autonomy v. shame and doubt. In H. Morris (Ed.), *Guilt and Shame* (pp.155-158). Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Finger, Brent., Kachadourian, Lorig K., Molnar, Danielle S., Eiden, Rina D., Edwards, Ellen P., & Leonard, Kenneth E. (2010). Alcoholism, associated risk factors, and harsh parenting among fathers: Examining the role of marital aggression. NIHPA Author Manuscripts. New York. US.
- Goss K, Gilbert P, & Allan S. (1994) *An*

- exploration of shame measures. I: The 'other as shamer scale'. Personality and Individual Differences 17: 713-717.*
- Harder, D. H. (1995). Shame and guilt assessment, and relationships of shame- and guilt-proneness to psychopathology. In K. Fischer & J. P. Tangney (Eds.), *Shame, guilt, embarrassment and pride: Empirical studies of self-conscious emotions*. New York: Guilford.
- Harper, James M.; Hoopes, Margaret H. (1990) *Uncovering Shame: An Approach Integrating Individuals and Their Family Systems*. W. W. Norton & Company.
- Hoblitzele, W. (1987). Differentiating and measuring shame and guilt: the relation between shame and depression. In H. Lewis (Ed), *The role of shame and symptom formation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jacoby, M. (1991). *Shame and the origins of self-esteem*. London: Routledge.
- Kaufman, G. (1989). The psychology of shame: *Theory and treatment of shame-based syndromes*. London: Routled.
- Kaufman, Gershen (1996). *The psychology of shame: theory and treatment of shame-based syndromes*. Springer Pub. Co.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson INC.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Lester, D. (1998). The association of shame and guilt with suicidality. *Journal of Social Psychology*, 18, 535-536.
- Levin, Jerome D. (2001). *Therapeutic strategies for treating addiction: from slavery to freedom*. Jason Aronson.
- Lewis, H. B. (1987). Introduction: shame-the "Sleeper" in psychopathology. In H. B. Lewis (Eds.), *The role of shame in symptom formation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Loader, Peter. (1998). Child Abuse Review. *Such a shame-a consideration of shame and shaming mechanisms in families*. 7(1), 44-57.
- Morrison, A. P. (1989). *Shame: the underside of narcissism*. Hillsdale: Analytic Press.
- Nathanson, D. L. (1987). *The many faces of shame*. New York: The Guilford Press.
- Piers, G., & Singer, M. B. (1971), Shame. In H. Morris (Ed.), *Guilt and Shame* (pp.147-154). Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Ratzinger, J. C. (1997). *Salt of the earth: The church at the end of the millennium*. Ft. Collins, CO: Ignatius Press.
- Sanftner, J. L., Barlow, D. H., Marschall, D. E., & Tangney, J. P. (1995). The relation of shame and guilt to eating disorders symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 315-324.
- Tangney, J. P., Niedenthal, P. M., Covert, M. V., & Hill-Barlow, D. (1998). *Are shame and guilt related to distinct self-discrepancies? A test of Higgins's(1987) hypothesis*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 256-268.
- Tangney, J. P., Wagner, P. E., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 469-478.

Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58, 389-404.

논문 투고일 : 2015. 03. 03

1 차 심사일 : 2015. 04. 08

게재 확정일 : 2015. 08. 27

The Clinical Adequacy of Internalized Shame: correlation with Self-control, Aggression, and Addiction Potential

Chung, Nam-Woon

Catholic University

Yu, En Yung

Torch Trinity Graduate University

The purpose of this study was to search for empirical evidence between internalized shame with self-control, aggression, and addiction potential. Also examine the differences between clinical group and normal group. The data was collected from 100 AA participants and 380 Non-AA participants. For measuring each variable, internalizes shame scale(ISS), self-control rating scale(SCRS), Buss-Durkee Hostility inventory(BDH), addiction potential scale(APS) were used. The survey result was analyzed with Pearson Correlation, Partial correlation and t-test. The results shows: Frist, the internalized shame and the aggression, the addiction potential shows a positive correlation but the self-control shows negative correlation. Second, after control self-control, internalized shame positively correlate to addiction potential and aggression. Third, clinical group recorded a higher level in internalized shame, aggression and addiction potential than normal group; a lower level in self-control. Based on the finding, the implications of understandings, the interventions, the limitations of this study, and the suggestions were discussed.

Key words : shame, self-control, aggression, addiction potential, AA(Alcoholics Anonymous)