

임상장면에서 사병 탐지에 대한 심리학적 고찰

정 나 래

한신플러스케어

최 선*

용인정신병원

본 연구는 임상 장면에서 종종 발생하며, 사회적으로도 중요한 이슈인 사병(malingering)의 양상 및 이를 탐지할 수 있는 심리학적 평가 도구를 개관하는데 목적이 있다. 사병은 각종 유인을 얻기 위해 정서적, 심리적 문제를 과장 보고하거나 조작하여 허위로 증상을 드러내는 경우를 의미한다. 임상 현장에서 정신과적 증상을 과장 호소하는 경우뿐만 아니라, 신체 및 인지 기능 장애를 과장 보고하는 경우도 많아지고 있다. 이러한 경우 금전적 대가 등의 사회적 위험을 야기할 수 있어, 임상가의 객관적인 평가가 매우 중요한데, 증가되는 사례에 비해 국내에서는 사병에 대한 체계적인 연구가 부족하다. 본고에서는 사병 탐지를 위한 심리평가에 대해 그간 진행된 여러 연구들을 고찰해 보았다. 사병에 대한 평가를 크게 자기 보고식 검사와 신경 심리 검사 및 사병 탐지를 위해 고안된 검사, 그 외의 방법들로 구분하였고, 각 도구들에 따라 사병을 평가할 수 있는 척도, 변별 지표나 해석적 고려 사항 등이 달라짐을 확인하였다. 사병을 탐지하기 위해서는 환자의 임상적 특성에 맞게 도구들을 적절히 선택함과 동시에 단일 점수만에 의존하기보다는 평가 결과와 임상 양상을 종합적으로 고려해야 하겠다. 더불어 사병에 대한 평가에서 심리적, 신체적 문제의 공존 가능성을 염두에 두어 신중할 필요성을 언급하였다.

주제어 : 사병, 꾀병, 심리 평가, 탐지, 부정 가장

✉ 교신저자(Corresponding Author) : 최 선 / 용인 정신병원 임상심리과 / (17089) 경기도 용인시 기흥구 중부대로 940 / Tel : 031-219-0256 / E-mail : prota928@hanmail.net

금전적 보상이나 현실적인 책임 및 의무를 회피하는 등의 유인(incentive)을 얻기 위해 정서적, 심리적 문제를 과장 보고하거나 조작하여 허위로 증상을 드러내는 경우가 있어 이는 종종 중요한 사회적인 이슈가 되어왔다. 그 중 한 예로 군 복무를 회피하기 위해 정신과적 증상을 가장하는 경우를 들 수 있다. 2014년에는 임 병장 사건¹⁾이나 윤 일병 사건²⁾ 등 정신과적 문제와 관련된 군 내 사고로 인한 사회적인 긴장이 높아지면서, 현역 군인이나 징병검사 대상자들의 정신과적인 상태 및 적응 수준을 정확하게 판단하는 것이 중요하다는 입장이 확대되었다. 이에 2015년 1월 국방부는 현행 징병 신체검사가 정신과 질환에 대한 병역면제 판정 기준을 '최저 치료경력 1년 이상'에서 이를 '6개월 이상'으로 완화하였다. 즉, 징병 검사 전에 정신과 질환으로 6개월 이상 정신건강의학과에서 치료를 받은 기록이 있으면 병역면제 판정을 받는다(2015-01-20, 연합뉴스). 이는 정신적으로 불안정한 인원이 현역병으로 입영하는 것에 대한 사회적인 우려로 발생한 조치이다. 그러나 이렇게 완화된 규정으로 인해 발생하는 문제점 중 하나는, 징병검사에서 병역의 면제라는 외부적 유인으로 인해 증상을 허위로 나타내는지 확인하기 더욱 어렵다는 것이다. 적응에 어려움을 보이는 병사들은 병역(兵役)관리심사대로 보내지는데, 이러한 병사의 95% 정도가 복무 부적합

처분을 받아 제2국민역이나 보충역으로 전환된다고 한다. 이렇게 전역한 이가 2012년에는 740명, 2013년에는 1111명, 임 병장과 윤 일병 사건이 일어난 2014년에는 2666명으로 폭증했는데(2015-10월호, 신동아), 군대가 이들의 초기 교육과 훈련을 위해 상당한 비용을 투입하였고, 병역을 면탈할 목적으로 증상을 가장하는 경우도 그만큼 많아져 더욱 이를 가려내기가 어려움을 짐작할 수 있다.

한편, 정신과적 문제로 인해 군내에서 각종 사고가 발생하면서 경각심이 대두되었던 것은 최근이지만, 과거부터도 유명 연예인들이나 정치인의 가족이 신체적 및 정신과적 증상과 관련된 진단서를 제출하여 군대 면제나 복무 전환 등의 결과로 이어진 경우가 종종 있어 이들의 증상이 실제인지 허위인지에 대한 논란이 중요한 사회적 이슈로 떠오른 바 있다. 바꾸어 말하자면 군대에서 일정 기간 의무로 복무하는 징병제 체제에서 스스로의 권력과 자본을 이용하거나 허위 증상을 보고하여 의무 복무를 회피하고자 하는 심리는 어느 때건 존재했다. 법정 관련 현장(forensic setting)에서 역시 이러한 경우를 흔히 찾아 볼 수 있는데(Felthous, 2006), 범죄자들은 범죄에 대한 책임회피 혹은 법적 처벌의 감경이라는 외부적 유인을 동기로(Melton, Petrila, Pouthress, & Slobogin, 1997; Resnick, 1984; Resnick, & Knoll, 2008) 정신과적 증상을 가장하는 경우가 여기에 해당된다. 예를 들어 범죄자들이 형사 사법 절차 중 시행된 정신감정에서 한국 표준질병, 사인 분류(통계청, 2008)에 해당되는 심한 정신장애(예. 조현병, 중증도 수준의 정신지체 등)가 있다고 판정받을 경우 범죄자는 심신 미약자 혹은 심신상실자로 간주되어 범죄행위에 대한 책임을 묻지 않거나 일정부분

1) 2014년 6월 21일 20시 15분 경 강원도 고성군에 있는 대한민국 육군 22사단 55연대 13소초에서 발생한 사건으로, 총기를 난사한 병사는 22보병사단의 임도빈이었으며, K-2 소총과 실탄 60여 발을 소지하고 무장 탈영했다(위키 백과).

2) 2014년 4월 7일 육군 28사단 의무중대의 윤승주 일병이 선임병들에게 한 달여간 폭행 및 가혹행위를 당해 사망한 사건이다(네이버 지식 백과).

의 형을 감경 받는다(이장규, 2011).

상기 언급한 사례와 같이 정신증을 과장하여 호소하는 경우 뿐만 아니라, 실제 임상 현장에서는 신체적인 상해 및 인지 기능 장애를 과장 보고하는 경우도 매우 많은데, 현대인들은 교통사고나 작업 중 상해와 같은 외상적인 경험의 위험성에 많이 노출되어 있는데다가, 이러한 문제는 보험 회사 및 국가 등이 제공하는 보상과 직결되기 때문이다. 사고로 인한 기능 변화에 대한 정확한 평가는 사고를 입은 당사자, 가해자 및 보상의 책임이 있는 기관 모두에게 매우 중요하다(고승희, 이영호, 김석주, 임선영, 2008). 외상 후 신체적, 인지적, 정서적 측면에 대한 평가를 시행하고, 이 때 임상심리학자는 피검자가 수행한 결과가 충분한 노력을 통해 이루어진 결과인지, 혹은 의도적으로 불충분한 노력을 기울인 결과인지의 여부에 대해 판단한다. 이렇듯 인지 기능의 가장에 대한 임상적 평가를 시행할 경우에는 일반적으로 앞서 언급한 경우인 정신증을 과장 보고하는 사례와는 다른 방법의 평가 도구를 선택하고, 시행이나 해석의 기준 역시 달라진다. 현장에서 어떠한 증상을 과잉 호소하는지에 따라서 평가의 방법 역시 다양해질 수 있어, 임상가는 문제의 성격에 부합되는 방법을 선택·적용함에 있어서 중요한 역할을 하게 된다.

개인이 정신병리나 인지적 증상 등을 과잉 보고할 때, 치료와 보상 등의 금전적 대가를 치르게 되어 불필요한 손실이 초래되며, 평가와 치료를 위한 자원이 부담으로 가중될 뿐만 아니라 정신 장애 시설에서 위반자가 많이 생기는 등 사회적 위험이 야기될 수 있다. 이를테면 한 개인이 보상에 대해 만족하지 않을 경우, 더 많은 보험회사, 국가를 상대로 법적

대응을 하는 경우도 적지 않게 보고된 바 있다(정애자, 정상근, 박태원, 2002; 김용희, 정애자, 정상근, 유제민, 2004; 김진아, 이현수, 박병관, 2002; 박유정, 박병관, 이현수, 엄태호, 1997; 김홍근, 2003). 특히 요즈음에는 과거에 비해 전문적인 정보에 대한 접근성이 높아졌고, 정신과적/심리학적 지식이 더욱 많이 확대, 보급되고 있어 사병을 가장하는 방식이 보다 더 기술적이고 정교해졌음을 감안하자면, 임상 장면에서 심리학자에 의한 체계적 사병 탐지의 중요함은 아무리 강조해도 지나치지 않다. 구미에서는 사병의 객관적인 진단 및 평가가 매우 강조되며(Essig, Mittenberg, Pertersen, Strauman, & Cooper, 2001), 사병을 객관적으로 평가할 수 있는 다양한 사병 전문 평가도구들이 이미 오래 전부터 개발되었다(Miller, 2001; Rogers, Gillis, Dickens & Bagby, 1992; Adetunji, 2006). 더욱이 사병 평가 도구에 대한 효용성과 타당성에 대한 연구가 광범위하게 이루어져 사병 진단에 객관적 준거가 되는 임상자료가 풍부하게 축적된 상태이다(Guy & Miller, 2004; Heinze & Purisch, 2001; Miller, 2004; Poytheress, Edens, & Watkins, 2001). 그러나 국내에서는 다양한 장면에서의 사병 호소자가 증가하고 있음에도 불구하고 이에 대한 평가나 개입에 대해 체계적인 임상연구가 부진한 실정이다. 그리하여 본 연구는 그간의 연구들을 검토하여 병원 등의 임상장면을 자주 찾는 환자들을 대상으로 한 사병 탐지의 중요성과 심리 평가에 대한 포괄적이고 구체적인 정보를 제공하고자 한다.

사병(malingering)의 정의와 임상적 양상

사병의 정의

사병(malingering)은 의도적으로 정신적 또는 신체적 증상을 거짓으로 만들거나 과장하여 나타내는 것을 말한다(APA, 1994). DSM-IV에서 사병은 공식적인 진단적 준거는 아니나, '임상적 관심의 초점이 될 수 있는 기타 상태'로 분류되고 있으며, DSM-5에서도 이는 동일하다. DSM-IV에서는 사병이 '임상적 관심의 초점이 될 수 있는 기타 상태' 중에서도 '임상적 관심의 초점이 될 수 있는 부가적 상태'의 하위 범주였던 반면, DSM-5에서는 사병이 '의학적 치료를 멀리함'이라는 새로운 하위범주 안에 속해 있다. DSM-IV에서는 다음과 같은 네 가지 상황에서 사병이 신중하게 검토되어야 한다고 보고 있다. 1) 발현 징후가 범의학적 맥락에 있음, 2) 주장하는 스트레스나 장애와 객관적인 소견과 관찰 사항 사이에 현저한 차이가 있음, 3) 진단 평가에 협조하지 않고 처방 약물을 제대로 복용하지 않음, 4) 반사회성 성격장애가 있음. DSM-5에서는 상기 목록 중 두 가지가 있으면 사병이 강하게 의심된다고 보고 있다. 즉, 과거와 비교하였을 때 보다 구체화된 범주 안에 속해있으나, 내용에서 뚜렷한 변화는 나타나지 않는 것으로 시사된다.

또한 사병은 허위성 장애(factitious disorders)나 다른 신체 증상 및 관련 장애(somatic symptom and related disorders)와의 감별을 필요로 한다. 우선 사병은 증상 유발의 동기에 있어서 허위성 장애와는 다른데, 허위성 장애는 환자 역할을 하기 위하여 의도적으로 만들거나 조작하는 신체적 증상이나 심리적 증상을 특징으로 한다. 이에겐 외적 유인 자극이 없는 것이 특징이며, 환자 역할을 계속하려는 심리적 욕구가 내포된다. 예를 들어, 환자가

얻는 현실적 이득이 없음에도 불구하고 스스로 절사를 삼켜 위장에 궤양을 만들어 치료를 위해 병원에 입원하거나 정신장애와 유사한 증상을 나타내기 위해 항정신성 약물을 몰래 복용하는 환자의 경우가 이에 해당된다. 사병은 신체 증상 및 관련 장애와도 구분되는데, 심리적 원인에 의해 다양한 신체적 증상을 나타내지만 의학적 검사에서는 신체적 이상이 발견되지 않는 것이 주된 특징인 신체증상 및 관련 장애에서는 의도적인 증상 유발이나 명백한 외적 유인이 없기에, 사병과 감별이 된다. 특히 전환 장애의 경우 암시나 최면으로 인해 증상이 호전되는 것과 달리, 사병의 증상은 그렇지 않다는 점에서 감별이 될 수 있다(APA, 2013).

Miller(2008)의 연구에서는, 사병을 크게 네 가지로 범주화하였는데, 이는 크게 날조(fabrication), 과장(exaggeration), 연장(extension), 오귀인(misattribution)으로 나뉜다. 날조(fabrication)의 경우 범죄로 인해 초래된 증상이나 손상이 없으나, 환자가 가짜로 손상이 있다고 꾸며 내는 것을 말한다. 과장(exaggeration)은 상해로 인한 증상이나 손상이 진짜 있기는 하나, 환자가 그 정도를 실제보다 과장해서 심각하게 보고하는 경우에 해당하며, 임상 및 수사적 현장에서 관찰되는 가장 흔한 형태의 사병이라고 할 수 있겠다. 연장(extension)은 환자가 상해로 인해 야기된 실제 증상이나 손상을 경험하였으며 이제는 어느 정도 회복 혹은 호전되었으나, 그것들이 조금도 누그러들지 않았다고 하거나 심지어 시간 경과에 따라 더욱 악화되고 있다고 거짓말하는 경우이다. 마지막으로 오귀인(misattribution)의 경우, 환자가 범죄 피해 전부터 있었거나, 범죄 피해 이후에 다른 계기로 발생하였거나, 범죄와 하등의

관계가 없는 증상을 범죄 사건에 귀인하는 것이다.

Slick, Sherman과 Iversen(1999)은 사병을 진단하기 위한 추론 과정을 제시한 바 있다. 첫째, 장애의 과장에 대한 증거가 분명해야 한다. 사병을 고려하기 위해서는 사람들의 행동이 자발적임이 입증되어야 한다. 둘째, 이 행동에 대한 대안적인 설명이 없어야 한다. 즉, 감별 진단이 배제되어야 한다. 그러나 증상의 과장 자체가 자동적으로 사병을 의미하는 것은 아니며, 사병을 진단하기 위해서 임상가들은 부정적인 반응 편향이 분명한 외적인 보상물을 얻을 수 있는지 추론해야 하며, 이런 평가 과정에서 많은 감별진단과 대안적인 설명이 고려되어야 한다. Rosenhan(1973)이 시행하였던 유명한 한 실험에 의하면, 8명의 모의 정신증 환자(simulated psychosis)들이 “목소리가 들린다.”는 증상으로 병원에 입원하였는데, 이들 각각은 병원에 머물러 있는 기간 동안(최대 52일) 조현병으로 진단되었다. 즉, 이 연구는 전문적인 훈련을 받은 임상가들조차 정신과에서 진짜와 가짜 환자(pseudo-patient)의 구분이 어려움을 보여주는 대표적인 사례이다(Rosenhan, 1975). 임상가의 입장에서는 치료를 받으러 온 사람에게 정신과 환자라는 무의식적인 낙인을 갖게 되며, 그러한 맥락에 의해 진단 역시 강력한 영향을 받게 된다. 또한 그 진단의 기대에 부합하는 방식으로 상대방을 대하게 되는 이른바 후광 효과(halo effect)를 피할 수 없으므로, 결국은 첫인상이 전체 평가에 영향을 미친다는 점에서 임상가의 객관적 판단이 매우 어려워질 수 있음을 암시한다. 한편, 환자를 사병으로 진단하고 분류하는 것 자체가 치료적 동맹을 해칠 수 있으며, 고소당할 것에 대한 경계심도 있어 사실상 많은

임상가들은 환자들에게 사병으로 진단 내리는 것을 꺼려할 수 있다(Adetunji et al., 2006). 또한 이상 행동이 외적인 유인가를 얻기 위한 것이라고 여겨질 때도, 실제 신체적 혹은 정신질환이 공존할 수 있기 때문에 이에 대한 평가는 매우 신중해야 하겠다.

유병율

어떤 장면인지에 따라 사병의 유병율은 다양한 것으로 보고되고 있다. 13%의 응급실 환자들이 다양한 이차적 이득을 위해 증상을 허위로 나타내며, 10~12%의 정신과 입원환자가, 법조계 기관에 의뢰되는 사람 중 32%가 정신과적 증상을 과장 호소한다고 한다(Pollock, Quigley, Worley & Bashford, 1997). 구미의 한 관련 연구(Greiffenstein, Baker & Gola, 1994)에 따르면 외부적 유인과 관련된 상황에서 심리검사를 받는 피검자들 중 약 3분의 1 가량이 사병을 나타낸다고 한다. 국내에서는 사병의 유병율과 관련된 연구가 알려져 있지 않다.

사병의 임상 양상 및 사병 탐지를 위한 면담

Adetunji 등(2006)은 정신과 현장에서 사병 탐지를 위한 면담에서 임상가의 유의점을 크게 네 가지로 언급하였다.

첫째, 임상가들은 환자의 언어적 호소와 관찰 가능한 객관적인 결과 사이에 불일치가 있을 때마다, 사병의 가능성을 의심해야 한다. 예를 들어 식욕 저하와 수면 문제를 호소하는 우울증 환자가 실제로는 식사를 잘 하고 잠을 잘 자며 다른 사람들과 적절하게 상호작용하는 것은 불일치되는 징후이다.

둘째, 임상가는 사병 환자들이 보고하는 정

신병리의 내용(content)보다는 형태(form)에 주목해야 더 잘 탐지할 수 있다. 이를테면 “너는 무가치하다.”라는 환청이 그 내용이라면, 형태는 아마도 목소리가 머리 안에서 나온 것인지, 외부의 공간에서 들려오는 것인지를 맥락에서 구체화될 수 있다. 사실상 내용을 가장하기는 쉬워도 형태를 가장하기는 어려울 수 있다.

셋째, 임상가는 가장된 증상과 비교해서 실제 정신과적 증상의 특징을 잘 아는 것이 중요하다. 실제의 환청은 명백하고 간헐적이며, 머리의 외부에서 들리며, 주로 망상과 관련되며, 실제의 환시에서 보이는 장면은 정상적인 사람이나 사물의 형태와 실제 색깔에 가까우며, 눈을 감고 있던 뜨고 있던 그 속성이 변하지 않는다(Adetunji et al., 2006).

넷째, 사병의 진단에 있어 임상가들은 개방형 질문(open-ended questions)을 사용해야 한다. 질문을 할 때는 단서(clue)를 제공하지 않게 표현되어야 하고, 면담이 길어질수록 진술을 위조하기 어렵다고 한다. 환자가 이야기가 과장되어 있는지, 지나치게 화려하고, 장황하게 증상을 제시하는지도 관찰해 본다. 앞서 언급하였듯이 호소하는 주관적 고통과 객관적 결과 사이에 불일치가 있다면, 대답이 분명해야 할 때 모호한 대답을 하지는 않는지 살펴본다. 정신병리를 가장하는 사람들은 피암시성을 보일 수 있어, 터무니없거나 기괴한 내용에 대해서 잘 유도된다(Adetunji et al., 2006).

사병에 대한 개입과 유의 사항

사병 호소자(malingerer)에 관한 구체적인 개입방법에 대해서는 잘 알려져 있지 않다. Adetunji 등(2006)은 이들을 위해 주의해야 할 사항들 몇 가지가 언급한 바 있다. 첫째, 만일

사병 호소자에게서 실제의 정신과적 혹은 의학적 장애가 있는 경우에는 이를 반드시 다루어 주어야 할 필요가 있겠다. 둘째, 환자들은 거짓말쟁이(liar)로 이름 붙여져서는 안 되며, 실제로 심리사회적 문제와 공존할 가능성이 있으므로 환자가 보고하는 증상의 불일치성을 확증하기 위해 다른 전문가들과 이에 대해 토론하는 것이 중요하다. 또한 적절한 개입을 위해서는 참고 할 수 있는 주변 사람들의 객관적인 보고가 필요하겠다. 셋째, 치료적 동맹을 위해서는 임상가의 요령 있고, 공감적인 태도가 요구된다(Adetunji et al., 2006).

사병의 탐지를 위한 심리 평가

사병에 대해 객관적으로 진단하고 평가하는 것은 매우 중요하다. 앞서 언급한 바와 같이 환자가 보고하는 행동과 임상가에 의해 관찰되는 검사 결과 사이에 불일치가 있는지, 증상과 검사 프로파일 사이의 개연성이 있는지, 환자의 개인적/사회적 과거력, 정서적 취약성 등을 포함하여 현재 상태를 이해하는 것이 필요하며 이러한 증상과 불편감에 대한 정서적인 반응을 확인해야 한다(Garb & Schramke, 1996). 본고에서는 사병 탐지에 유용한 심리 평가 도구에 대해서 크게 자기 보고식 심리검사, 신경심리검사, 사병을 탐지하기 위해 고안된 심리검사, 기타 심리 검사로 분류하였고, 이를 표 1에 정리하였다. 임상가는 문제의 성격이나 시행 절차 등을 고려하여 적절한 평가 도구를 선택할 수 있다.

표 1. 사병의 탐지를 위한 심리평가 도구

유형	평가 도구 명
자기 보고식 심리 검사	미네소타 다면적 인성 검사 (MMPI-II : Minnesota Multiphasic Personality Inventory-II)
	성격 평가 척도 (PAI : Personality Assessment Inventory)
	애착 및 임상적 문제 설문지 (ACIQ : Attachment and Clinical Issues Questionnaire)
신경 심리 검사	캘리포니아 언어 학습 검사 (CVLT : California Verbal Learning Test)
	레이 복합 도형 검사 (RCFT : Rey Complex Figure Test)
	벤튼 신경 심리 검사 (BNA : Benton Neuropsychological Assessment)
	위스콘신 카드 분류 검사 (WCST : Wisconsin Card Sorting Test)
	웍슬러 지능 검사 (WAIS : Wechler Adult Intelligence Scale)
	반복가능한 신경 심리 상태 평가 총집 (RBANS : Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status)
	Hiscock 강제 선택형 검사 (Hiscock Forced choice test)
사병 탐지를 위해 고안된 심리 검사	한국형 사병 진단 검사 (Korean Malingering Diagnostic Test)
	점 세기 검사 (Dot Counting Test)
	레이- 15항목 기억 검사 (Rey-15 Item Memory Test)
	사병 기억 검사 (Test of Memory Malingering)
	폐병 척도 (Malingering Scale)
기타 심리검사	밀러 법정 증상 평가 (M-FAST : Miller Forensic Assessment of Symptoms Test)
	구조화된 증상 보고 면담 (Structured Interview of Reported Symptoms)
	빅토리아 증상 타당도 검사 (The Victoria Symptoms Validity Test)
	안면 표정 부호화 시스템 (Facial Action Coding System)

자기 보고식 심리 검사

사병 탐지에 있어서 자기 보고식 심리검사를 자주 활용하고 있는데, 언급할 아래의 도구들 중 MMPI-II와 PAI의 경우 타당도가 이미 매우 잘 확보되어 있고, 임상 장면에서 정신병리의 진단 및 치료를 위해 보편적으로 활용되고 있는 검사이다. 이들 검사는 시행하기가 간편하고 효율적이며, 이들 중 특정 척도가 사병을 효과적으로 잘 탐지해 줄 수 있다

는 연구가 1990년대 후반부터 현재까지 많이 진행된 바 있다.

미네소타 다면적 인성 검사(MMPI-II: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-II)

다면적 인성검사(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)는 세계적으로 가장 널리 쓰이고 가장 많이 연구되어 있는 객관적 성격 검사이다. 1940년 미국 미네소타 대학의 임상심리학자인 Starke Hathaway와 정신과 의

사인 Jovian McKinley에 의하여 비정상적인 행동을 객관적으로 측정하기 위한 도구로 만들어졌고, 경험적인 제작 방법에 의해서 고안되었다. MMPI의 일차적인 목적은 정신과적 진단분류를 위한 측정이며, 소위 일반적 성격 특성을 측정하기 위한 것은 아니다(김중술, 1988). MMPI-II는 원판 MMPI의 개정판으로, 50년간 축적된 원판 MMPI의 자료를 계속 활용하기 위하여 표준 척도의 변화는 최소한으로 하면서 동시에 그 동안 지적되었던 문제점을 보완하여 만들어졌다. 또한 추가적인 타당도 척도, 내용 척도의 확장, 재구성 임상 척도 도입, 새로운 보충 척도의 추가를 통하여 보다 유용하고 효과적인 성격 검사로 발전되었다(김중술, 한정희, 임지영, 이정흠, 민병배, 문경주, 2005). MMPI-II는 자기 보고형 검사 중 증상 가상의 탐지에 있어서 가장 많은 비중을 차지하는 도구라고 할 수 있으며, 그간에는 주로 타당도 척도에 대한 연구가 활발히 이루어졌다. 타당도 척도가 특정 장애 집단과 이를 가장하는 집단을 효과적으로 구분해 줄 수 있는지에 대한 연구 결과를 기술해 보면 다음과 같다.

• **우울증의 가장.** 연구에 따르면, 주요 우울 장애를 가장하도록 요구받은 비 임상 집단 참여자들과 주요 우울 장애 환자를 가장 잘 구분하는 MMPI-II의 타당도 척도가 F와 Fb 척도였다(Bagby et al. 1997). 기존 MMPI-II의 최근 버전인 MMPI-II-RF(Ben-Porath & Tellegen, 2008)의 타당도 척도를 활용한 Marion, Sellbom과 Bagby(2013)의 연구를 살펴보면, Fp-r과 F-r이 우울 증상의 과장 보고를 탐지하는 데 있어 좋은 예측 인자라는 것이 입증되었다. 연구에서는 실제 우울증 환자, 전문적인 훈

련을 받은 사병자인 체계적 과잉 보고자들(sophisticated overreporter), 단순 과잉 보고자들(naive overreporter)들에게 모두 MMPI-II-RF를 시행하였으며, 그 결과를 고려하였을 때 Fp-r의 경우 세 그룹 중 환자 집단에서 점수가 가장 낮게 나타났으며, 사병자들 중에서는 체계적 과잉 보고자들(sophisticated overreporter)에 비해 단순 과잉 보고자들(naive overreporter)들의 Fp-r 점수가 더 높게 나타났다. 이를 통해 볼 때, 우울 증상을 가장 하는 것에 대해 정교하고 체계적인 훈련을 받았을 때, 장애 특정적 증상을 정신과 환자처럼 더 잘 나타낸다고 볼 수 있겠다. 우울 장애 환자들과 단순 과잉 보고자들을 잘 구분해주는 최적의 Fp-r 절단점은 100T였으며, 민감도가 .52, 특이도가 .97로 나타났다.

• **조현병의 가장.** 조현병을 가장하는 비임상 참여자와 조현병 환자들을 가장 잘 구분해주는 MMPI-II의 타당도 척도는 F와 Fb, Fp 척도라고 알려져있다(Rogers, Sewell & Goldstein, 1994). 특히 Fp 척도는 정신증적 증상을 가장하는 사람들의 유의미한 예측인자로 발견되었는데, 이는 Fp의 문항들이 실제 정신과 환자들마저도 인정하지 않은 증상을 반영하기 때문이다. MMPI-2-RF의 타당도 척도 중 Fp-r이 조현병과 조현병을 가장하는 사람들을 잘 구분해 준다(Purdon, Purser & Goddard, 2011; Marion et al., 2013). Marion 등(2013)의 연구에서 조현병 환자들과 단순 과잉 보고자들을 잘 구분해주는 최적의 Fp-r 절단점은 120T였으며, 민감도가 .77, 특이도가 .98로 나타났다. 국내 연구에서는 사병 범죄자 집단이 실제 조현병으로 진단받은 범죄자 집단에 비해 2번 척도와 7번 척도가 유의미하게 높

은 것으로 나타났다(조성희, 이수정, 김재욱, 2008).

· **외상 후 스트레스 장애의 가장.** PTSD 집단에 비해 PTSD를 가장하는 참여자의 MMPI-2-RF의 타당도 척도에서 F-r, Fp-r, Fs, FBS-r이 모두 유의미한 수준으로 상승하였다는 Marion 등(2013)의 연구 결과가 있다. 그러나 상기 연구에서는 체계적 과잉 보고자들 중 상당수가 실제로 예전에 PTSD를 경험한 사람들이었던 바, 증상에 대한 과거 기억 등이 응답에 영향을 주는 등 단순 과잉 보고자들에 비해 더 높은 타당도 척도(F-r, Fp-r, Fs, FBS-r)를 보이고 있어, 탐지를 더 잘 피하지 못하였다. PTSD 환자들과 단순 과잉 보고자들을 잘 구분해주는 최적의 Fp-r 절단점은 100T였으며, 민감도가 .37, 특이도가 .95로 나타났다(Marion et al., 2013).

· **인지 기능 장애의 가장.** Rogers, Gullard, Berry와 Granacher(2011) 연구 결과, 인지 기능의 손상을 가장하는 집단(Feigned Cognitive Impairment: FCI)에서 MMPI-2-RF를 시행하였는데, 정신 장애를 가장하는 집단(Feigned Mental Disorder)에 비해서는 타당도 척도의 변별력이 낮지만, 그 중에서는 FBS-r과 RBS(Response Bias Scale)이 인지 기능 손상을 가장하는 집단(FCI)을 가려내는 데 영향을 주는 타당도 척도라고 확인되었다.

성격 평가 척도(PAI: Personality Assessment Inventory)

PAI(Personality Assessment Inventory)는 1991년 미국의 심리학자 Morey가 성격과 정신병리를 평가하기 위한 객관적 검사로 임상장면에서

환자나 내담자에 대한 중요한 정보를 제공하기 위해 개발한 자기 보고형 검사이다. 국내에서는 김영환, 김지혜, 오상우, 임영란과 홍상환(2001)이 1997년 대한민국 인구 및 주택 총 조사와 1998년 교육 통계연보에 기초하여 표준화하였다(박경, 2002). PAI는 MMPI-2와 다소 차별되는 사병 관련 세 척도인 부정적 인상척도(Negative Impression Scale: NIM), 피병 지표(Malingering index: MAI), Rogers의 판별함수(Roger Discriminant Function: RDF)를 포함하고 있다. NIM척도는 MMPI-2의 F척도와 유사한 성격의 타당성 척도로 바람직하지 못한 인상을 과장하기 위해 반응을 왜곡하거나 매우 기이하고 드문 증상관련 내용의 문항들로 정상인과 정신과 임상집단 모두에서 시인하는 빈도가 낮은 문항들로 구성되어 있다. 두 번째 피병 관련 척도인 MAL지표는 Morey(1991)가 고안한 지표로 실제 임상 환자보다 더 심각한 정신장애를 가장한 수검자들의 프로파일에서 빈번하게 볼 수 있는 9개의 프로파일의 형태적 특징을 구성하고, 8개의 프로파일의 형태에 근거하여 1점에서부터 최대 8점까지 점수화한 지표이다. 세 번째 피병관련 척도인 RDF는 Rogers, Sewell, Morey와 Ustad(1996)가 사용한 방법을 홍상환과 김영환(2001)이 국내성인 규준표본과 대학생 집단을 대상으로 표준지시를 따른 프로파일과 정신병을 가장하거나 부정적 인상을 주려고 시도한 프로파일을 변별하기 위한 판별함수로 도출한 것이다. 그러나 실제 임상장면에서 사병을 보이는 임상군을 대상으로 한 연구는 일부에 그치고 있어, 상술된 PAI의 사병 지표들이 타당도가 높다고 보기는 어렵다.

· **조현병의 가장.** 이장규(2011)의 연구에서

보면 피병 의심 집단과 비피병 집단(조현병 및 조현병으로 진단받지 않은 집단) 간 PAI 임상척도의 차이를 분석한 결과, 피병 의심 집단이 비피병 집단에 비해 거의 대부분의 임상 척도 점수가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 특히 피병 의심 집단은 실제 조현병 진단을 받은 집단보다 정신분열병척도 점수가 유의하게 높은 특징을 보였다. PAI의 피병 관련 세 척도(NIM, RDF, MAL)의 피병 변별력을 알아보기 위해 ROC분석을 실시한 결과, NIM척도의 AUC가 .839로 세 척도 중 가장 높았다. NIM척도의 최적 피병 변별기준점은 T점수 76점으로 확인되었으며, 이 때의 민감도는 .765, 특이도는 .851로 확인되었다.

애착 및 임상적 문제 질문지(ACIQ:

Attachment and Clinical Issues Questionnaire)

Fugett, Thomas와 Lindberg(2014)에 의해 최근에 연구된 애착 및 임상적 문제 질문지(Attachment and Clinical Issues Questionnaire; ACIQ)는 자기 보고식 질문지이며, 기본적으로 병원에 있는 회복 환자 집단, 외래 회복 집단, 12단계 집단에 대한 관찰을 토대로 중독과 우울, 성격 장애 등과 같은 임상적 주제나 자조(self-help)와 관련된 내용이 주를 이루고 있으며, Bowlby와 Ainsworth로부터 기초한 애착 이론을 토대로 개발되었다. 대표적인 문항들은 Lindberg와 Thomas(2011)의 연구에서 개발된 내용을 토대로 하였고, 주로 부, 모, 배우자와의 애착이 안정적인지, 회피적인지, 종속/밀착적인지를 평가하며, ‘학대(abuser), 분노(anger), 불안(anxiety), 통제(control), 감정의 부인(denial of feelings), 가족의 경직성 대 혼란(family rigidity versus chaos), 가족의 감정 억제(family suppression of feelings), 질투(jealousy), 반추

(rumination), 또래 관계(peer relations), 완벽주의(perfectionism), 종교관(religious practices), 성적 각성(sexual arousal), 배우자와의 성적 친밀감(sexual intimacy with partner), 수치심(shame), 불신(mistrust), 철회 대 개입(withdrawal versus engagement)’의 하위 척도로 이루어져있다. Fugett 등(2014)은 반응 편향의 관점에서 새롭게 척도를 개발하였는데 우선 긍정 가장과 부정 가장 응답자들이 나타나는지를 확인하였고, 피험자 내 설계를 통해 교차 타당화를 한 결과 ACIQ의 척도들과 사회적 바람직성의 측정 사이에는 약한 상관관계가 있음을 도출하였다. Monte Carlo의 방법을 통해 내용에 무작위로 반응하는 경향성과 관련된 violator scale을 개발하였으며, 또다시 교차 타당화 방법을 통해 진단 분할점을 산출하였다. 피검자는 긍정 가장과 부정 가장의 그룹으로 나뉘어졌고, 부정 가장 그룹의 경우 스스로를 더 나쁘게 나타내 는지에 대해 초점을 맞춰서 자기 보고를 하도록 지시를 받았으며 그 결과 ACIQ의 부정 가장 척도는 89%의 탐지율을 보였다. 국내 연구는 아직 부재한 상태이다.

신경 심리 평가

앞서 언급한 바 있듯이 현대인들은 사고 등 외상적 경험의 위험성에 많이 노출되어 있으며, 이는 또한 보험회사나 국가 등이 제공하는 보상과 관련이 있기 때문에 신체적인 상해 및 인지 기능 장애를 과장 보고하는 경우가 매우 많다. 이들은 기억력과 주의 집중력 문제와 같은 인지적 증상을 위장하기 때문에 신경 심리학적 평가에 근거하여 사병을 찾는 방법들이 많이 시도되고 있다. 한국의 임상장면에서도 신경심리평가에 대한 요구가 급증하고

있으며, 다양한 표준화된 검사들이 사용되고 있다.

캘리포니아 언어 학습 검사(CVLT: California Verbal Learning Test)

캘리포니아 언어 학습 검사(CVLT; Delis, Kramer, Kaplan, & Ober, 1987)는 학습과 언어적 기억을 평가하는데 있어 가장 흔히 사용되는 도구이다. 피검자들에게 16개의 단어를 5개의 시행에 걸쳐 학습하도록 하며, 지연 후에 회상과 재인을 하도록 한다. 몇몇 신경 심리 평가와 달리, 캘리포니아 언어 학습 검사는 “단일 검사 내에 언어 학습 기억의 다양한 인지적 구성 요소를 수량화할 수 있도록”한다(Delis et al., 1987). 캘리포니아 언어 학습 검사는 뇌손상 후 언어적 기억력의 저하를 가장하는 사람들의 탐지에도 효과적인데, 사병자들은 두부 손상과 관련된 기억 장애를 과도하게 보고하기 때문이다(Coleman, Rapport, Millis, Ricker, & Farchione, 1998). 캘리포니아 언어 학습 검사를 통해 사병을 탐지하는 연구들은 크게 두 가지 방식으로 이루어져 왔는데, 결과로 제시되는 변인을 탐색하고 절단점을 조사하는 것과, 통계적 절차를 통해 변별력이 높은 변인들간의 조합으로 사병을 판별할 수 있는 최적의 함수를 도출하여 사용하는 방식이 있다(강선희, 고승희, 나경세, 연병길, 조성진, 2015)

· **뇌 손상의 가장.** Trueblood(1994)의 연구에서는 경도의 뇌손상을 입은 사병집단과 비사병집단을 대상으로 A목록 총회상(Total 1-5)과 재인(Recognition Hits)의 분류정확도를 조사했는데, 민감도는 약 70%였고, 오궁정율은 5~10%로 나타났다. Millis, Putnam, Adams와

Ricker(1995)의 연구를 통해 볼 때, 경도의 뇌손상을 입은 사병집단과 비사병집단을 대상으로 A목록 총회상, 재인, 변별력(discriminability), 장기지연 단서회상(long delay cued recall)의 4개 변인을 조사했다. 그 결과 분류정확도가 변별력 93%, 재인 89%, 장기지연 단서회상 87%, A목록 총 회상 83%였다. A목록 총회상, 장기지연 단서회상, 변별력으로 구성된 밀리스 공식에 따른 분석결과, 0보다 작은 점수는 사병 환자의 91%를 정확히 분류했다. Sweet, Wolfe, Sattberger, Numan, Rosenfeld, Clingerman과 Nies(2000)가 밀리스 공식을 반복검증한 결과에서는 오궁정율이 .18, 민감도가 .74로 나타났다. Curtis, Greve, Bianchini와 Brennan(2006)의 연구에서 외상성 뇌 손상 집단에서의 점수는 사병 집단에서의 점수에 비해 극단적으로 높았다. 한편, 언어 학습 검사에서는 단어 회상 동안에 일련의 위치 패턴을 사용할 수 있는데, 이는 노력 부족의 지표가 될 수 있다. 계열 위치 효과(serial position effect)는 기억 전략의 특성 상 초기(primary)에 입력된 정보 및 최신(recency)에 입력된 정보가 더 회상률이 높은 현상을 의미하는데, 연구 결과 정상인 통제 집단과 외상성 두부 손상 환자들은 예측한 대로 계열 위치 효과를 보여주었고, 허위 증상 호소자는 명백하게 초두 효과를 억제하는 결과가 드러났다. 이는 실제 뇌손상 환자와 사병 집단 간에 과장의 정교성에 차이가 있음을 보여준다(Powell, Gfeller, Oliveri, Stanton, & Handricks, 2004). 국내에서의 최근 연구인 강선희 등(2015)의 결과를 살펴보면, 세 집단으로 연구 대상을 분류하였는데, 외상 후 경도의 뇌손상을 입은 환자를 사병집단과 술직 집단으로 구분하였고, 나머지는 뇌손상이 없는 외상환자집단이였다. 세 집단에서 K-CVLT를 시

행한 결과, 사병 집단이 다른 두 집단에 비해 K-CVLT의 회상과 재인 측정치에서 뚜렷하게 저조한 수행을 보였고, 회상 오류가 유의하게 많은 것으로 나타났다. 사병집단과 비사병집단(솔직집단과 뇌손상이 없는 외상 환자 집단)의 민감도, 특정도, 정확 분류율을 검토한 결과, 특정도 .91이상에서 변별력(.61), 총오반응(.54), 단기자연 자유회상(.50), 장기자연 자유 및 단서회상(.50)이 단일 변인으로서 비교적 양호한 민감도를 보였다. 또한 밀리스 공식(.64)과 Millis와 Volinsky(2001)가 제안한 6개의 모델들(.54~.57)도 양호한 민감도를 보였던 바, 사병변별에 유용한 CVLT의 변인들을 확인하였다.

레이 복합 도형 검사(RCFT: Rey Complex Figure Test)

레이 복합 도형 검사(RCFT: Rey Complex Figure Test)는 시공간 지각 및 시각적 기억력을 평가하기 위한 대표적인 신경심리검사 중 하나이다. 이는 캘리포니아 언어 학습 검사, 레이 청각 언어 학습 검사와 더불어 사병 판별을 위한 평가 및 연구에 활용되고 있다. 피검자들은 자극에 대한 모사와 즉시 회상을 시행하며, 일정 시간 경과 후에 지연회상 및 재인을 하게 된다. 그리고 나서 모사 시간, 모사 점수, 즉시 회상, 정긍정(true positive), 오긍정(false positive), 정부정(true negative), 정긍정과 정부정의 합인 재인 지표(recognition index)에 대한 채점이 이루어진다(고승희 등 2008). 사병 집단과 정상 통제 집단의 레이 복합 도형과 캘리포니아 언어 학습 검사를 비교한 연구 결과를 보면, 사병 모사 군이 정상 통제 군에 비해 모든 수행이 저조한 결과를 보였다. 더 구체적으로 살펴보면, 정상 통제군은 언어 기

역과 시각 기억 모두에서 연습 효과가 나온 반면, 사병 모사군은 시각 기억에서만 연습 효과가 나타났다(Demakies, 1999). 이러한 결과를 통해 볼 때, 기억력 검사를 활용한 사병 판별에서 언어적 기억과 시각적 기억 과제를 모두 활용하는 것이 중요함을 시사한다.

· **뇌손상의 가장.** Meyer와 Meyer(1995)는 레이복합도형검사의 기억과 재인 측정치로 사병을 탐지하는 방법을 검증하였고, 주의(attention), 부호화(encoding), 저장(storage), 인출(retrieval), 정상/기타(normal/other)의 다섯가지 기억 오류 패턴을 규명하였다. 즉 주의와 부호화, 저장 이 세 과정에서 나타나는 기억 오류 패턴은 사병자이거나, 24시간 보살핌을 요할 정도로 기능 저하가 심한 사람으로 볼 수 있겠다. Meyer와 Volbrecht(1999)의 연구에 의하면 법적 문제가 걸려 있는 경도 뇌 손상군, 법적 문제가 걸려 있지 않은 경도 뇌 손상군, 사병군, 사병 모사군의 레이 복합 도형 검사 수행을 검토한 결과, 불충분한 노력을 보이는 사병군과 사병모사군의 80%가 주의(attention)나 저장(storage) 기억 오류 패턴이 나타났다. 또한 Lu, Boone, Cozolino와 Mitchell(2003)에서는 사병 의심군, 언어 기억 장애 환자군, 시각 기억 장애 환자군, 기억 장애가 없는 환자군을 대상으로 레이 복합 도형 검사를 시행하였다. 모사점수, 정긍정, 비특이적 재인 오류를 고려한 조합점수로 사병 가능성을 확인하였는데, 민감도가 .74로 높았고, 오분류율도 낮게 나타났는데 언어 기억 장애군의 4%, 시각 기억 장애군의 12%, 정상통제군의 3%정도로 시사되었다. 임상군 중 사병 의심군, 뇌손상 군, 통제군을 대상으로 레이복합도형검사 결과와 청각적 언어 학습검사결과를 함께 고려한 판별분석 연구

(Sherman, Boone, Lu, & Razani, 2002)에서는 판별 함수에 의한 정확분류율이 .85이고, 민감도는 .72, 특이도는 .91을 나타냈으며, 사병의심군의 16%, 뇌손상군의 15%가 잘못 분류되었다. 국내 연구에서는 고승희 등(2008)이 경도 뇌손상 집단과 사병 집단, 술직 집단, 정상 집단으로 분류하여 레이 복합 도형 검사를 시행하였는데 그 결과 모사 시간, 모사 점수, 즉시 회상, 지연 회상, 정궁정, 오궁정, 정부정, 재인지표 및 비특이적 재인 오류에서 사병집단이 술직 집단과 정상집단보다 일관되게 저조한 수행을 하여, 이전 연구들과 일치하는 양상이었다. 또한 사병 집단과 술직 집단의 정확 분류율을 검토한 결과, 특정도 .95이상에서 모사 점수(.54), 즉시회상(.54), 지연회상(.58)이 단일 변인으로서 비교적 양호한 민감도를 보였음을 도출하였다. 특히 이 연구에서는 조합점수에 정궁정과 정부정을 합친 새로운 사별 변별 지표를 도입하였다는 점에서 의미를 지닌다.

벤튼 신경 심리 검사(BNA: Benton Neuropsychological Assessment)

아무리 좋은 단일한 검사일지라도 인간 뇌와 행동 간에 복잡한 상호연관성을 밝히는데 부적절하여, 임상장면에서도 단일 검사 하나만을 사용하기보다는 여러 단일 검사를 함께 사용하거나, 혹은 종합 신경심리 검사를 사용하는 것이 추천되고 있다(Reitan, 1983). 그런 의미에서 검사 총집(battery)으로서 유용하게 활용될 수 있는 벤튼 신경 심리 검사(Benton Neuropsychological Assessment)는 Benton과 그 동료들이 20여년간에 걸쳐 뇌손상 환자의 인지적 처리 과정을 이론적, 경험적으로 검증한 결과를 토대로 제작한 신경심리학적 평가도구이다(Benton, Hamsher, Varney, &

Sperrn, 1983). Benton은 종전의 고정된 신경심리검사 총집(fixed battery)의 개념에서 탈피하여 유연성 있는 검사총집(flexible battery)의 구성, 사용을 주장하였다(Hamsher, 1990). 유연성 있는 검사 총집이란 의뢰 문제나 개인력, 면접 내용에 따라 개인마다 각기 다른 검사들을 취사선택하여 총집을 구성하는 것이다. 벤튼 신경 심리 검사는 12개의 소검사들로 이루어지고, 이는 다시 크게 두 가지로 구분될 수 있다. 첫째는 지남력 및 학습검사로 시간 지남력, 좌우 지남력, 연속 숫자 학습 검사를 포함하고 있다. 둘째는 운동 및 지각검사로 얼굴 재인 검사, 직선 지남력 검사, 시각 도형 식별 검사, 판토마임 재인 검사, 촉각 형태 지각 검사, 손가락 위치 검사, 음소 변별 검사, 3차원 토막 구성 검사, 운동 지속성 검사를 포함한다. 한국판 벤튼 신경 심리검사(K-BNA)는 박병관, 김정호와 신동균(1995)이 표준화하였다.

· **뇌손상의 가장.** 국내에서는 김은경, 박병관, 정영조, 신동균, 배형섭, 고병희(1995)가 K-BNA를 사용하여 뇌손상 집단과 사병 모사 집단 및 정상 집단을 구분할 수 있는 기틀을 제시하였다. 그 결과 사병 집단을 통제군, 좌/우 두뇌 손상집단과 변별하는 판별함수식에 ‘운동지속성, 좌우지남력, 자기지남력(오류점수), 판토마임재인, 시각형태변별, 상대지남력(오류점수), 판토마임 재인, 시간형태변별, 상대지남력(오류점수), 체계적 역전(오류점수), 의미오류와 운동 지속성(저난이도), 전면얼굴확인, 다른음소식별, 3차원 토막 구성의 생략 오류’ 등이 중요한 변수로 포함되었다. 이러한 하위 요인과 오류 패턴 등의 질적 변수들을 통해 집단을 분류하였을 때, K-BNA는 좌, 우 반구 손상을 각각 75%, 대조군 94.2%, 사병

95.7%로 옳게 분류하며, 전체 정확 판별률은 88.75%에 이른다고 보고하였다. 이후에 박유정 등(1997)이 질적 분석을 첨가하여 전체 수행수준, 문항 순서, 오류 패턴의 차원에서 사병 모사 집단을 정상인 및 뇌손상 집단과 비교해봄으로서 K-BNA의 각 소검사별로 사병 모사 집단의 고유한 수행 특징을 제시한 바 있다. 또한 김진아 등(2003)의 연구에 따르면 중증도 이상 뇌손상 집단, 경도 뇌손상 집단, 사병 모사 집단 및 정상 집단이 한국판 벤튼 신경 심리 검사(K-BNA)에서 어떻게 다른 수행양상을 보이는지 살펴보았는데 그 결과 네 집단이 모든 소검사에서 유의미하게 차이가 나타났으며 전체적인 수행양상을 볼 경우, 정상 집단, 경도 뇌손상 집단, 중증도 이상 뇌손상 집단 및 사병 모사 집단의 순서로 수행 저하가 나타났다. 사병 모사 집단과 경도 뇌손상 집단은 연속 숫자학습을 제외한 모든 소검사에서 유의미한 차이를 보였으며, 사병 모사 집단은 경도 뇌손상 집단에 비해서 유의미하게 많은 오류를 보이고 있다. 두 집단의 정확 판별률도 97.5%여서, 사병 모사 집단과 경도 뇌손상 집단의 감별에 K-BNA가 유용하게 쓰일 수 있을 것으로 예상하였다.

위스콘신 카드 분류 검사(WCST: Wisconsin Card Sorting Test)

위스콘신 카드 분류 검사(WCST: Wisconsin Card Sorting Test)는 전두엽/실행 기능을 평가하기 위한 신경심리평가로, 주어진 반응 패턴의 보속성(perseverate) 그리고 추상화 및 계획 능력, 개념 형성 능력을 측정한다. 네 개의 표적 카드와 128개의 반응 카드로 구성되어 있는데, 속성을 추론하여 반응 카드를 분류하는 것이 과제이다. 평가자는 피검자가 자극 카드

중 하나 앞에, 각각의 반응 카드를 놓은 후에 그 반응이 맞는지(positive), 틀린지(negative)만을 이야기해 줄 수 있어, 피검자는 스스로 분류 원리를 추론해야 한다. 10개의 연속 시행으로 카드를 분류하고, 그 이후에 분류 범주는 변하며, 그 다음에도 같은 순서로 범주화가 진행된다(Grant & Berg, 1948). 위스콘신 카드 분류 검사는 노화 뿐만 아니라 뇌 손상에도 민감한 검사로 널리 활용되고 있다. 위스콘신 카드 분류 검사는 사병 집단과 정상인 학부생을 잘 구분해 주었다고 하며, 로지스틱 회귀 분석에 따르면, 사병자들은 범주를 형성하고 유지하는 것에 주로 실패를 보였는데, 이들과 학부생들을 구분해 주는데 있어서 70.7%의 민감도 및 87.1%의 특이도를 보였다(Hope, Longmore, Hodgetts & Ranrakha, 1993).

웍슬러 성인용 지능 검사(WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale)

웍슬러 성인용 지능 검사(WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale)는 전 세계적으로 가장 많이 사용되고 있는 임상용 지능 검사이며, 동시에 신경심리평가 도구이다(Guilmette, Faust, Hart, & Arkes, 1990). 국외에서는 WAIS를 기반으로 한 신경 인지적 손상의 사병변별지표 개발 및 타당성 연구가 다수 이루어져 있고 임상 현장에서도 널리 쓰이고 있다. WAIS 내 신경 인지적 손상의 사병 변별 지표 중 가장 유용한 것으로 알려져 있는 지표는 Mittenberg 등(1995)의 모사실험 설계 연구에서 개발된 미튼버그 판별함수이다(Greve, Bianchini, Mathias, Houston, & Crouch, 2003). Mittenberg 등(1995)은 사병집단모사와 임상 집단 간 유의미한 수행 차이가 발견된 WAIS 소검사들을 기반으로 판별함수식을 산출하여 경험적인 방식으로 신경

인지적 손상의 사병변별지표를 개발하였다. 그 결과, 숫자, 어휘, 산수, 이해, 공통성, 빠진 곳 찾기, 기호쓰기로 총 일곱 개 소검사가 두 집단을 통계적으로 유의하게 변별하는 것으로 나타났다. 그 외에도 어휘-숫자 차이점수 (Vocabulary-Digit Span difference score; Mittenberg, Theroux-Fichera, Zielinski, & Heilbronner, 1995)를 활용한 방법도 활용되었으며 신뢰로운 숫자 외우기(Reliable Digit Span; Heinly, Greve, Bianchini, Love, & Brennan, 2005)와 관련된 연구에서 사병 탐지와 관련된 적절한 진단 분할점이 고려되었다. 국내에서는 최근 문미진과 황순택(2015)이 국내 자료를 기반으로 연구를 시행하였는데, 통제 집단, 경도 뇌손상 집단, 세련된 사병 모사 집단, 순박한 사병 모사 집단의 K-WAIS-IV 결과를 분석하였다. 사병 모사 집단을 변별할 수 있는 판별함수식을 산출하기 위해 K-WAIS-IV의 10개 핵심 소검사를 독립변인, 집단을 종속변인으로 한 단계적 판별 분석을 시행하였다. 산출된 판별함수식에 대해 특이도 .95 이상에서의 절단점을 산출하였다. 판별 함수에 포함되는 소검사는 숫자, 어휘, 퍼즐, 기호쓰기였으며, 네 집단을 가장 잘 변별해주는 소검사는 숫자였다. 연구에서 산출된 판별함수식으로 볼 때, 어휘 수행에 비해 숫자, 퍼즐, 기호쓰기 수행이 낮을 경우 사병의 가능성이 높은 것으로 시사되었다.

반복가능한 신경 심리 상태 평가 총집 (RBANS: Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status)

반복가능한 신경 심리 상태 평가 총집 (RBANS: Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status; Randolph, 1998)은 10개의 하위 소검사로 이루어져있고, 이는 단기

기억, 장기 기억, 주의력, 언어 및 시공간 기술 점수 지표 뿐만 아니라 총점까지 제공한다. RBANS의 두 가지 지표가 연구되었는데, 이는 노력 지표 (Effort Index; EI)와 노력 척도(Effort Scale; ES)이다. 노력 지표(EI)는 RBANS의 두 하위 소검사인 숫자 외우기와 항목 재인의 가중치 점수를 활용하여 얻어지며, 노력 척도(ES)는 전체 자유 회상 점수에서 항목 재인 점수를 제거해서 산출해낸다. 이들은 신경 인지적 기능 장애의 기준과 관련이 되어 있는데, 최근에 시행된 Crighton, Wygant, Holt와 Granacher(2015)의 연구에서 장애 판정을 받기를 원하는 개인들에게 RBANS를 시행하였다. 그 결과 노력 지표 (EI)는 ‘가능성 높은(probable)/확실한(definite) 사병(malingering) 집단’을 ‘보상만 받는 집단(incentive only)’과 ‘사병 가능성이 있는 집단(possible malingering)’과 적절히 구분해 준다고 제시하며, 분류 정확률을 고려하였을 때 EI가 신경 인지적 장애를 가장 하는 사병자들을 탐지하는데 단독으로 쓰일 수 있는 적절한 측정치는 아니지만, 법정 장면에서 보충적으로 쓰이거나, 선별을 하는 상황에서는 효용성을 지닐 수 있다고 제시한다.

지금까지 사병의 탐지에 있어 자주 사용되는 평가 도구 중 자기 보고식 심리평가와 신경 심리평가를 우선적으로 살펴보았다. 조현병을 비롯해 정신증적 증상을 과장 호소하는 경우, 자기 보고식 검사에서는 주로 타당도 척도를 활용하여 탐지하는 것이 일반적이다. 반면, 뇌손상 등 외상후의 인지적 문제에 대한 증상을 보고하는 경우, 신경 심리 평가에서는 환자가 의도적으로 불충분한 노력을 기울이는지 여부로 특정 영역에서의 양적 점수 혹은 질적 패턴을 파악하거나, 특별히 고안된 변별 지표로 판단하게 된다. 표 2에서 이에

표 2. 사병에 대한 평가에서 자기 보고식 심리평가와 신경심리평가의 비교

	주요 평가 항목	주요 적응증	사병의 내용
자기 보고식 심리 평가	- 타당도 척도 (부정 가 장 척도)	- 정신증 (조현병 등) - 우울 및 불안 관련 장애	신경증적 혹은 정신증 적 증상의 과장 호소
신경 심리 평가	- 사병 변별 지표 - 단일 변인에서의 양적 점수/질적 패턴	- 뇌손상	인지 기능 저하의 과 장된 보고나 불충분한 노력

대해 간략하게 정리해보았다.

사병 탐지를 위해 고안된 심리검사

앞서 기술한 자기 보고식 심리 검사 및 신경 심리 검사의 경우 기존 임상 장면에서 이미 다양한 심리적 측면을 파악하기 위해 개발된 진단적 도구로, 이들은 처음부터 사병을 탐지하기 위한 목적에서 고안된 것은 아니다. 순수하게 사병 변별에 초점을 맞추어 개발된 검사들이 점점 임상 장면에서 널리 활용되고 있는데, 이들 중에는 독립변인에 대한 피검자의 수행이 거의 완벽하여 독립변인 간의 차이를 발견하기 어려운, 이른바 바닥 효과(floor effect)를 활용한 검사들이 많다. 이러한 검사들은 표면상으로는 어려워 보이지만 실제로는 수행에 많은 인지 능력이 요구되지 않으며, 특히 경한 수준의 뇌기능 문제를 가진 사람들도 잘 수행할 수 있는 수준의 과제이다. 대표적으로는 강제 선택형 검사, 레이 15-항목 기억 검사, 점세기 검사 등이 있다(강선희 등, 2015).

Hiscock 강제 선택형 검사(Hiscock Forced Choice Test)

Hiscock 강제 선택형 검사는 아주 쉬운 난이도의 지시에도 환자가 불충분한 노력을 기울

이거나 오류(error)를 보이는지에 대해 확인하는 절차로 사병을 탐지한다(Hiscock & Hiscock, 1989). Hiscock 강제 선택형 검사는 의도적으로 증상을 가장하여 우연 수준 이하로 낮은 점수를 보이는 점을 통계적 증거로 삼는다. 뇌 손상 환자들의 Hiscock 강제 선택형 검사에서 정답률이 99.5%였는데, 사병 집단은 단지 74%의 응답률을 보였다고 알려져 있다(Prigatano and Amin, 1993). 또한 급성 및 만성적 문제로 정신과 병동에 입원한 환자, 비환자군, 기억력 장애를 가장하라는 요구를 받은 비환자군의 Hiscock 강제 선택형 검사 시행에서도 모든 환자 그룹이 거의 완벽한 점수를 받았으며, 비환자군들은 오류를 보이지 않았던 반면, 증상을 가장하였던 대학생들은 기대 이하의 점수를 획득하였다(Guilmette, Hart, Giuliano & Leiningerm, 1994). 즉, 이러한 오류가 검사에 대한 저조한 동기를 의심할 수 있다고 해석되었다. 언어 장애, 전두엽 손상, 측두엽 손상, 외상성 뇌손상(TBI)이 있는 환자들은 적어도 95%의 정확률을 보이는데, 사병으로 의심되는 환자들은 알츠하이머 치매 환자와 비슷한 수준으로 수행하였다(Prigatano, Smason, Lamb & Bortz, 1997). 그러나 Hiscock 강제 선택형 검사는 사병자를 사병자로 분류하는 정적 예언검증력(positive predictive power)이 높지만, 사병자

를 비사병자로 분류하는 사병자 오분류 오류(false negative error)도 높다(강선희 등, 2015).

한국형 사병 진단 검사(Korean Malingering Diagnostic Test)

한국형 사병 진단 검사(Korean Malingering Diagnostic Test)는 국내 최초의 사병진단 전문 검사로, 강제 선택형 검사이며 국내에서는 김홍근(2003)이 표준화하였다. 난이도가 낮아 초등학교 저학년부터 70대 노인까지 연령의 제한 없이 실시 가능하다. 사병을 위해 특별히 고안된 다른 검사 도구들처럼 아주 쉬운 지시에도 환자가 불충분한 노력을 기울이는지를 확인할 수 있다. 표준화 과정에서 사병모사 대학생 집단, 정상 대학생 집단, 다양한 신경학적 장애나 정신과적 장애를 지닌 임상 집단, 치매 집단의 네 집단이 포함되었다. 검사 결과는 사병 없음(no malingering), 사병 의심(probable malingering), 사병 확실(definite malingering)로 구분된다. 사병 모사 집단과 임상 집단을 대상으로 한국형 ‘사병 진단검사가 집단 간 변별력 및 진단적 효율성이 있는지를 살펴본 결과, 민감도 98%, 특이도 100%, 정적예언도 100%, 부적예언도 97%의 높은 진단 타당도를 보여주었다.

점 세기 검사(Dot Counting Test)

점 세기 검사(Dot counting test) 역시 과제 수행의 낮은 동기를 측정하는 검사로 알려져 있다. 일반적으로는 과제의 수준이 복잡하고 어려워질수록 반응 시간이나 오류가 증가하므로, 궁극적으로는 과제가 쉬울 때와 어려울 때는 각각 반응 시간과 정확도 면에서 차이가 나기 마련이다. 만일, 기대되는 수준으로 차이가 나타나지 않을 때, 피검자의 수행동기 및

협조성을 의심할 수 있다. Binks, Gouvier와 Waters(1997)의 연구에서는 네 피험자 집단 즉, 정상인 통제 집단, 신경심리적 평가가 필요한 환자 집단, 훈련되지 않은 사병자, 훈련된 사병자들이 본 도구를 사용하였는데, 사병자들이 비사병자집단에 비해 유의미한 수준으로 수행이 저조하였다. 연구에서는 오류의 총 개수가 두 그룹(사병자와 비 사병자)을 구분하는 가장 중요한 변별 요인으로 확인되었다. 전반적인 연구에서 점 세기 검사(dot counting test) 단독으로는, 사병 탐지에 특별히 민감한 측정치는 아니라고 제안하는 비(Berry, & Vickery, 1998), 다른 검사와 함께 사용하는 것을 추천한다. 그러나, 앞선 두 검사들과 마찬가지로 상기 도구 역시 난이도가 쉬운 과제로 실제의 기억 손상을 지닌 사람들의 수행에 영향을 미치지 않는 것으로 나타나서, 본 도구에서 얻은 정적인 결과들(유의미한 반응 시간 증가 등)은 반응 왜곡을 함축하는 증거가 되어, 환자들의 불충분한 노력이나 동기가 수행에 영향을 미치는지를 확인할 수 있게 된다.

레이 15-항목 기억 검사(Rey15-item memory test)

레이 15-항목 기억 검사는 프랑스의 신경학자 Rey(1964)가 기억력 손상에 대한 사병을 선별하기 위한 검사로 개발하였다(고승희, 2009). 레이 15-항목 기억검사는, 심한 뇌손상자나 정신지체자를 제외하고는 대부분의 사람들이 쉽게 수행할 수 있는 과제로서, 사병자로 하여금 난이도를 오판하여 빈약한 수행을 유도할 수 있다는 것이다(Lezak, 2004; Rey, 1964; 고승희, 2009). 전통적인 연구에서는 주로 회상 총점의 일정한 절단점을 기준으로 사병 가능성을 판별하였다. 그러나 동일한 변인도 연구에

따라 적합한 절단점이 다소 차이가 나타났던 바, 단일한 변인의 특정한 절단점을 기준으로 하여 사병 탐지율을 높이는 데는 많은 제한점이 따른다. 국내에서의 고승희(2009)의 연구 결과를 살펴 보면, 경도 외상 후 뇌손상을 입은 사병 집단, 솔직집단, 그리고 외상 경험이 없는 정상 통제 집단을 포함한 3개 집단을 연구대상으로 하였으며, 정위치 회상 총점과 정확 재인 및 회상 오류 총 유형을 고려한 새로운 사병 변별 지표를 제안하였다. 그 결과 비사병자 오분류가 발생하지 않는 가장 안전한 절단점 및 정확사병분류와 정확비사병분류를 최대화하는 절단점을 산출하였다. 또한 대학생을 순박한 사병 모사 집단, 세련된 사병 모사 집단, 정상 집단에 무선으로 할당하여 레이 15-항목 기억 검사를 시행한 결과, 가중치를 적용한 새로운 사병변별지표 및 절단점이 모사 집단과 통제 집단을 분류하는데 가장 우수한 민감도와 정확분류율을 보였다.

사병 기억 검사(Test of Memory Malingering)

사병 기억 검사(Test of Memory Malingering)는 타당도가 잘 확보된 강제 선택형(forced-choice) 증상 타당도 평가이다(Tombaugh, 1996). 목표 자극들이 제시되고 나서 그 후 동일한 개수의 항목으로 재인 과제가 시행된다. 그 다음에 두 번째 학습이 시행되고, 마찬가지로 재인 평가가 이어진다. 시행 1과 시행 2에서 모두 일정 개수 이상의 표적을 맞추면, 사병과 관련이 없다고 간주한다. 사병 기억 검사는 정신 장애, 언어 장애, 치매, 경도 수준의 지적 장애 등과 같은 변수의 영향을 받지 않으면서, 낮은 수검 동기 수준 혹은 사병 판별에 성공적이라고 한다. 이를 적용한 연구를 살펴보면, 재판을 할 능력이 있는지를 평

가 받는 상황에서 증상 과장으로 의심되는 정신과 입원 환자들 그리고 대조군에서 사병 기억 검사를 시행하였는데, 증상 과장 집단 환자들의 약 36%는 추천된 절단점 이하의 점수를 획득하였으나, 대조군에서는 약 6%정도에서만 절단점 이하의 점수를 획득하였다 (Weinborn, Woods, Conover, & Feix, 2003).

피병 척도(Malingering Scale)

피병 척도(Malingering Scale; 이하 Mal 척도)는 정신과적 평가 과정에서 사병을 의심하게 하는 검사 전과 검사 도중의 10가지 행동 특성들을 선별하여 Iverson과 Franzen(1996) 그리고 Strauss, Hultsch, Hunter, Slick, Patry 및 Levy-Bencheton(2000)의 연구 결과를 기초로 정애자 등(2004)이 개발한 10개의 문항으로 고안한 척도이다. 이는 면담 시 전형적으로 나타나는 환자의 반응으로 이루어져 있으며, 채점은 임상심리학자가 제반 심리 평가가 종료된 후 해당 사항에 1점씩을 부여하여 산출한다. 김용희 등(2004)은 보상금 지불을 의식한 경도 두부 손상 환자들의 과장되고 작위적인 증상 표현을 Mal 척도를 사용하여 감별할 수 있는지 확인하였다. 미네소타 다면적 인성 검사(MMPI)를 중심으로 타당도를 검증한 결과 특히 F척도와 연관성이 높았으며, Pt 척도의 특징을 나타내는 경우가 많았다. 문항이 적고, 평정 방법이 지나치게 단순하다는 비판이 있으나, 다면적 인성 검사에 비해 간단하고 경제성이 있다는 장점이 있으며 이 척도에 근거한 임상가의 관찰 결과는 자기 보고식 검사에 못지않게 신뢰로운 정보로 활용될 수 있겠다.

기타 심리평가

이제까지 살펴보았던 심리 평가 도구들은 자기 보고식 검사 및 신경 심리 평가, 사병을 위해 고안된 검사로서 개별검사들의 점수 및 수행 패턴으로 사병의 가능성을 유추할 수 있는 대표적인 검사들이었다. 이러한 평가 도구 이외에 임상가가 보다 포괄적이고 객관적인 판단을 도모하는 구조화된 임상적 면담과 컴퓨터로 조작할 수 있는 사병 검사, 안면 표정을 인식하는 검사를 포함하여 다양한 유형의 검사들이 임상 장면에서 활용되고 있다.

밀러 법정 증상 평가(M-FAST: Miller Forensic Assessment of Symptoms Test)

M-FAST(Miller Forensic Assessment of Symptoms Test)는 Miller(2001)에 의해 개발된 피병 진단 전문도구로 국내에서는 김재욱, 조성희와 이수정(2010)이 국내 실정에 맞게 번안하고 표준화한 검사이다. 총점의 신뢰도 계수는 .90으로 매우 유의하였고, 문항, 총점 간 상관은 .54(범위=.21~.73)이었으며, 타당도 확인을 위하여 MMPI-II의 F척도와 M-FAST 총점의 상관 관계를 보았을 때, .62였으며 ROC 분석에서는 AUC가 .949로 사병 탐지에서 매우 높은 변별 정확도를 보였다(김재욱, 조성희, 이수정, 2009). 정신과적 증상의 피병을 탐지하기 위한 목적으로 개발된 검사이기 때문에 신경 심리적 인지 장애(예. 기억장애)의 가장을 탐지하기 위한 목적으로는 그 사용이 제한되며, 특정 진단에 속하는 정신과적 장애에 대한 포괄적인 탐지 전략이 충분하지 않기 때문에 특정 정신장애(예. 알코올 의존)를 가장한 피병 탐지에도 제한적이다. 구조화된 면담방식으로 실시되는 25개 문항으로 구성된 검사로, 각

문항은 0점 또는 1점으로 채점되며 만점은 25점이고 총점이 높을수록 사병 가능성이 높은 것으로 평가된다(이장규, 2011).

· **조현병의 가장.** 조현병, 주요 우울 장애, 양극성 장애, 외상 후 스트레스 장애 집단과 상기 장애들을 가장하는 집단에게 모두 M-FAST를 시행하였을 때, 조현병을 가장하는 사병을 선별하는데 가장 뛰어난 변별력을 가진 것으로 확인되었다(Guy, Kwartner, & Miller, 2006).

구조화된 증상 보고 면담(SIRS: Structured Interview of Reported Symptoms)

구조화된 증상 보고 면담(Structured Interview of Reported Symptoms)은 172개의 문항으로 이루어진 구조화된 면담이다. 증상이 과장되고 과잉 보고되며, 비전형적이고 터무니없는지를 판단할 수 있다. 구조화된 증상 보고 면담에서는 정신 장애의 정확한 식별을 위한 전략으로 그럴듯하지 않은 증상 그리고 과장된 증상 모두 탐지한다. 조현병과 기분 장애, 외상 후 스트레스 장애(PTSD) 진단 집단에서 SIRS가 사병을 변별할 수 있다는 것이 밝혀졌다(Norris & May, 1998). 그리고 최근 이수정, 손세림, 이지연(2016)의 연구에서는 SIRS-2가 사병 변별에 적합한지, 사병 진단은 효과적인지 규명하였다. 결과를 살펴 보면 SIRS-2에서 허위 증상 및 판단불가-평가 진단을 받은 집단은 M-FAST에서도 6점 이상인 것으로 나타나 증상 가장의 가능성을 공통적으로 제시하였다. 또한 SIRS-2의 하위 척도 8개의 변별 점수를 기준점으로 삼아 사병 가능성 유, 무의 두 집단으로 나눈 뒤 M-FAST 총점 상 평균을 산출한 결과 사병 가능성이 있는 집단의 평균이 월등히 높

은 것으로 나타났다. 또한 하위 척도별 내적 일치도 지수를 산출한 결과, 주요 척도 중 2개, 보충 척도 중 3개 척도, 그리고 분류 척도의 총 6개 척도에서 높은 문항 반응 일관성이 나타났다. 이는 SIRS가 수사 단계에서 사병 감별 도구로서 활용 가능성이 높은 점을 시사한다.

빅토리아 증상 타당도 검사(The Victoria Symptoms Validity Test)

빅토리아 증상 타당도 검사(The Victoria Symptoms Validity Test)는 컴퓨터로 조작할 수 있는 48개의 시행으로 이루어지며, 16개의 소시행으로 총 3개의 블록이 있으며 약 15분 동안 시행된다. 각각의 블록은 8개의 '쉬운' 문항, 8개의 '어려운' 문항으로 이루어진다. 분석은 총 오류 개수, 쉬운 문항 대 어려운 문항의 오류, 쉬운 문항 대 어려운 문항의 반응 시간에 대한 세부 사항을 제공한다. 이 프로그램은 모든 관련 수치들을 계산하고, 이 수행과 기회 수준의 관련성을 판단하며 보고서 형식으로 출력된다(Thompson, 2002). Slick, Hopp, Strauss와 Spellacy(1996)의 연구에서, 빅토리아 증상 타당도 검사를 통해 인지결함을 가장하는 집단(malingered)과 의심스러운 집단(questionable), 타당한 집단(valid)을 구분하는데 있어서, 오류의 개수(number of error)가 가장 적합한 수렴 타당도 및 변별 타당도를 산출해주는 변인으로 확인되었다.

안면 표정 부호화 시스템(Facial Action Coding System)

사병을 파악하기 위한 바람직한 방법은 심리 측정적인 방법 이외에 객관적인 행동의 준거라는 주장이 제기되고 있다. Hill과

Craig(2002)는 안면 표정의 적절성을 측정하는 The Facial Action Coding System으로 사병의 가능성을 비교적 성공적으로 추론한 바 있다. 안면 표정 부호화 시스템과 관련된 연구에 따르면, 통증과 관련된 표정 짓기를 훈련한 가장된 통증 환자는 진짜 표정을 모방하였고, 통증의 표정을 감추는 것을 연습하였다. 실제의 통증 호소자와 가장된 통증 호소자의 경우 상기의 부호화 시스템에 의하면 빈도(frequency)와 강도(intensity) 면에서는 차이가 발생하지 않았으나, 표정의 정확성(accuracy)면에서는 유의한 차이가 발생했다.

논 의

이제까지 사병의 정의와 임상 양상, 국내에서 주로 많이 사용되고 있는 평가 도구에 대해 살펴보았다. 사병은 의도적으로 정신적 또는 신체적 증상을 거짓으로 만들거나 과장하는 것으로, DSM-IV와 DSM-5에서 모두 '임상적 관심의 초점이 될 수 있는 기타 상태'로 분류되고 있으며, 의도적인 증상 유발과 명백한 외적인 유인이 있다는 점에서 허위성 장애나 다른 신체형 장애와 감별된다. 사병을 진단하기 위해서는 장애의 과장에 대한 증거가 분명하고, 행동에 대한 대안적인 설명이 없어야 한다. 정신 병리 및 신경학적 장애를 과잉 호소하는 것은 불필요한 손실과 부담, 사회적 위협으로 작용할 수 있다. 이에 사병 집단과의 감별에 대한 요구가 지속적으로 증가하고 있으나, 실제적으로 사병 집단에 대한 연구가 활발하게 이루어지지 않고 있다. 임상장면에서는 주로 임상가의 판단을 근거로 하여 사병유무를 감별하고 있는 실정으로, 보다 타당

하고 유용한 심리 검사 도구들의 활용이 요구된다.

사병을 평가하기 위한 체계적인 검사 도구는 크게 자기 보고식 검사와 신경심리 검사로 나뉘어진다. 미네소타 다면적 인성 검사(MMPI-II)를 비롯한 일부 자기 보고식 검사는 부정 가장(faking bad)을 잘 탐지하는 특정 척도가 고안되어, 비교적 사병을 탐지하기 위한 신뢰롭고 타당한 평가 도구로 활용되고 있다. 그러나 심리 평가에 대한 정보 노출이나 접근이 쉬워, 자기 보고식 검사가 사병을 탐지하는데 충분하지 않을 수 있다. 인지적 증상을 가장하는 경우, 신경 심리학적 검사에 근거하여 사병을 찾는 방법들이 주로 시도되고 있다. 자기 보고식 검사에서 주로 타당도 척도 등의 기준 점수를 통해 사병을 탐지하였다면, 신경심리검사에서는 변별 지표나 수행 패턴(양적, 질적 점수)을 고려하여 변별한다. 대표적으로는 언어 학습 검사와 시각 학습 검사 등을 포함한 기억력 검사가 있고, 지능 검사를 비롯하여 여러 소검사를 종합한 총집 형태의 검사도 활용된다. 회상 점수 뿐만 아니라 사용한 전략을 관찰하는 방법, 재인 변별 지표 등 상기 검사들을 통해 사병 탐지를 위한 양적, 질적인 정보가 얻어질 수 있다. 그밖에도 순수하게 사병의 탐지를 위해서 고안된 검사들의 경우에는 수행에 많은 인지 능력이 요구되지 않으며, 경한 수준의 뇌기능 문제를 가진 사람들도 잘 수행할 수 있는 수준의 과제로 바닥 효과(floor effect)를 이용하여 개발되었다. 그 외에 면담이나 컴퓨터화된 증상 타당도 검사를 활용하는 방법도 있다. 개별검사들의 수행 패턴을 파악하는 것도 중요하지만, 개별검사보다는 종합 검사를 실시하는 것이 사병 집단을 보다 잘 변별한다는 견해도 제기되고 있다

(Iverson & Franzen, 1996; 김진아 등, 2003). 사병에 대한 심리 평가와 관련된 결과들을 살펴보면, 의도적으로 증상을 과장하려는 일부 환자들은 한 측정치에서는 빈약한 수행을 보일지라도 또 다른 환자들은 그 외의 다른 검사에서 수행 저하를 보이기 때문에 단일 검사만으로 사병을 감별하는 것은 충분하지 않다(Grant & Laurence, 2000). 그리하여 현장에서는 여러 단일 검사를 함께 사용하거나, 종합 신경 심리 검사를 자주 사용하고 있다. 언급한 상기도구들 중 환자의 임상적 특성이나 상황에 맞는 것들을 적절하게 선택하여 사병을 정확하게 변별하는 것도 중요하겠다.

한편, 사병을 정확히 진단하는데 있어서의 늘 정확한 판단에 이르는 어려울 수 있으며, 오류에 의한 잘못된 의사결정이 발생할 가능성을 배제하기 힘들다. 임상 상황에서 사병이 존재하는데 사병이 아니라고 판단(false negative error)하는 것보다 사병이 존재하지 않는데 사병이라고 판단(false positive error)하는 것의 피해가 더 클 수 있다. 이를 고려하여 문미진 등(2015)이 시행한 K-WAIS-IV 연구에서는 특이도를 0.95 이상으로 통제한 후 절단점을 산출한 바 있다. 또한 Marion 등(2013)의 연구에서는 과장 보고된 조현병을 탐지하는데 있어서, MMPI-II의 타당도 척도 중 Fp-r의 최적의 절단점이 110-120T였으며, 이는 Ben-Porath와 Tellegen(2008)이 제시한 절단점 100T에 비해 더 상승하였는데 이는 오긍정 오류(false positive error)의 가능성을 줄이기 위해서이다. 실제 임상 현장에서 비사병자를 사병자로 판단하게 되면 여러 가지 법적, 제도적 판단 과정에서 수검자가 다양한 불이익을 얻을 수 있으므로 이러한 오경보(false alarm)를 줄이기 위해서는 단일 지표만이 아니라, 여러 가지 정

보들을 고려하여 신중하게 결정할 필요가 있으며(문미진 등 2015), 후속 연구에서도 최적의 절단점을 산출하려는 노력이 수반되어야 되겠다.

본고는 임상 장면에서 접할 수 있는 사병 호소자들을 위한 심리학적 평가를 소개하고 국외 및 국내에서 진행되어 온 연구들의 흐름을 파악하며, 향후의 연구 방향을 제언한 유일한 고찰 논문으로서 의의를 지닌다. 또한 개별 심리평가에 대한 소개 뿐만 아니라 특정 정신 장애의 탐지에 대해서도 정리하고 있어, 임상 현장에서 유용하게 활용이 가능하다는 의의를 가진다.

그럼에도 본 연구는 몇 가지 점에서 제한점을 가지고 있어, 추후 연구에서 보완할 점은 다음과 같다. 첫째, 경험적 근거가 될 수 있는 메타 분석을 시행하지 못하였다. 사병에 대한 연구 자체가 부족하였을 뿐더러 연구에서는 개별 검사에서 사병과 실제 환자의 양상을 구분하는 내용이 대부분이었는데, 가장의 유형이 이렇다면 군입대나 보험, 법적 현장 등 저마다 달라서 실제 메타 분석을 할 경우 통합이 어렵고, 나아가 특정집단과 특정 검사로 구분할 시에 표본의 크기가 매우 적었기에 시행이 적합하지 않았다. 사병 집단을 바탕으로 시행된 연구들이 점차 늘어난다면, 이를 체계적으로 정리하는 메타분석이 가능할 것이다. 둘째, 대부분의 연구들이 국외에서 진행된 것들이었기에 국내에서의 상황과 맞지 않을 가능성이 있어, 활용 시에는 이 점을 유념해야 할 것이다. 우리나라의 문화나 상황을 더 잘 반영하는 사병자들의 특징이 있는지에 대한 질적 분석과 더불어, 국내에서 아직 표준화 연구가 진행되지 않은 도구들에 대한 후속 연구 역시 필요하겠다. 넷째, 사병과 관련된 대

부분의 연구에서는 실제의 사병 환자를 대상으로 한 연구(known-groups design)보다는 지시를 통해 가상으로 사병을 나타내는(simulated) 참여자들을 대상으로 한 실험적 연구(analogical study)가 많았다. 후자의 경우 연구 수행이 용이하고, 내적 타당도가 높다는 이점이 있지만, 외적 타당도 측면에서 비판을 받는다. 임상 장면에서 만나게 되는 사병자들이 정도의 차이가 있지만 실제 경미한 신경학적 문제나 정신과적 문제가 있을 수 있다는 점에서 사병 모사자와는 차이가 있으며(Demakis, 2004; 강선희 등, 2015), 가상의 사병 호소자들은 실제 사병 호소자들과 비교해 볼 때, 유인가(incentive)의 유형이나 강도를 비롯하여 동기 수준이나 태도 등이 다를 수 있음을 주의해야 할 것이다. 달리 말하자면, 실험적 연구를 해석할 때는 임상 장면의 사병 호소자들의 특성을 완전히 반영한 것이 아님을 염두에 두어야 한다. 마지막으로, 사병에 대한 심리 평가의 내용이 외부에 자세히 공개되는 것 자체가 보안 유지면에서 적절하지 않기 때문에 일반적으로 매우 널리 사용되는 검사를 제외한 일부 도구의 자세한 내용은 언급하지 않았다. 상기 도구들을 활용하는 임상가들은 이를 감안하여 사용 전에 도구의 원본과 매뉴얼을 충분히 숙지할 필요가 있으며, 보안에 신경을 써야 할 것이다.

사병 호소자들을 대할 때 임상가는 환자가 현재 시점에 내원한 주된 의뢰 사유 및 현실적인 이득이 무엇인지 충분히 고려해야 한다. 그러나 역설적이게도 환자를 사병으로 진단하고 분류하는 것 자체가 치료적 동맹을 해칠 수 있다는 사실 역시 주지해야겠다. 앞서 언급한 바 있듯이, 사병 호소자들이 실제 신체적 혹은 정신질환이 공존할 가능성도 충분히

있으므로 평가는 객관적이고, 중립적인 태도에 입각해야 하며, 매우 신중해야 하겠다. 또한 후광 효과(halo effect)로 인해 진짜 환자를 구분하지 못하였던 Rosenhan(1973)의 연구를 상기하자면, 임상가가 편견을 가지지 않고, 보다 유연한 태도로 사례에 접근하며 실제의 어떤 문제가 공존하는지 파악하기 전에 무턱대고 환자를 불신하지 않는 태도는 아무리 강조해도 지나치지 않다. 본 고찰 논문을 통해 사병의 진단에 대하여 고민하며, 이들의 심리 평가와 관련된 근거와 기준들을 모색하기를 원하는 많은 임상가들이 도움을 받을 수 있기를 기대해본다.

참고문헌

- 강선희, 고승희, 나경세, 연병길, 조성진 (2015). 한국판 캘리포니아 언어학습검사의 사병 변별지표에 대한 연구. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 34, 769-786.
- 고승희 (2009). 레이 15-항목 기억검사(Rey 15-Item Memory Test)의 사병변별지표 개발 및 타당화 연구. 가톨릭대학교 대학원 박사학위논문.
- 고승희, 이영호, 김석주, 임선영 (2008). 레이복합도형검사의 사병변별지표에 대한 연구. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 27, 653-667.
- 김영환, 김지혜, 오상우, 임영란, 홍상환 (2001). PAI 표준화연구: 신뢰도와 타당도. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 20, 311-329.
- 김용희, 정애자, 정상근, 유제민 (2004). 피병척도의 타당도 연구: 경도 두부손상 환자를 중심으로. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 23, 231-242.
- 김은경, 박병관, 정영조, 신동균, 배형섭, 고병희 (1995). 벤튼 신경심리검사의 임상적 활용. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 14, 219-235.
- 김재욱, 조성희, 이수정 (2009). M-FAST(Miller Forensic Assessment of Symptoms Test)의 타당화 연구. *한국심리학회지: 일반*, 28, 427-447.
- 김중술 (1988). 다면적 인성검사. 서울: 서울대학교 출판부.
- 김중술, 한경희, 임지영, 이정흠, 민병배, 문경주 (2005). 다면적인성검사 II(MMPI-2) 매뉴얼. 마음사랑.
- 김진아, 이현수, 박병관 (2003). 한국판 벤튼 신경심리검사(K-BNA)에서 외상성 뇌손상 환자와 사병 모사 집단의 수행 비교. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 22, 231-245.
- 김홍근 (2003). K-사병 검사. 서울: 도서출판 신경심리
- 문미진, 황순택 (2015). 판별함수를 이용한 K-WAIS-IV 신경인지적 손상의 사병(MNCD)변별지표의 구성. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 34, 1039-1058
- 박병관, 김정호, 신동균 (1995). 한국판 벤튼 신경심리검사(BNA)의 개관 - 임상적 유용성 검증을 중심으로 - 임상심리학회편. *신경심리 평가의 연구 및 임상적 활용*.
- 박경, 최순영 (2002). 심리검사의 이론과 활용. 서울: 학지사.
- 박유정, 박병관, 이현수, 염태호 (1997). 사병(Malingering) 집단의 벤튼신경심리검사 수행패턴. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 23, 231-242.

- Psychology, 16, 405- 422.
- 이수정, 손세림, 이지연 (2016). 형사책임능력 감정척도 도입을 위한 예비연구: M-FAST와 SIRS-2를 중심으로. *한국 경찰연구*, 15, 183-202.
- 이장규 (2011). 정신감정이 의뢰된 범죄자의 피병평가: M-FAST와 PAI중심으로. *한국심리학회지: 법정*, 2, 217-235.
- 정애자, 정상근, 박태원 (2002). 개별발표: 임상; 경도 두부손상후 피병의 평가-예비적 연구. *한국심리학회 연차 학술발표논문집, 2002(단일호)*, 543-548.
- 조성희, 이수정, 김재욱 (2008). 정신감정 결과 정상으로 판단된 범죄자들과 장애 진단 집단 간의 피병관련 특성 비교 연구: MMPI-2 프로파일을 중심으로. *한국심리학회: 사회 및 성격*, 22, 45-58.
- 통계청 (2008). *한국표준질병·사인분류. 통계청*.
- 홍상환, 김영환 (2001). PAI 임상척도의 진단변별기능. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 21, 609- 630.
- Adetunji, B. A., Basil, B., Mathews, M., Williams, A., Osinowo, T., & Oladinni, O. (2006). Detection and management of malingering in a clinical setting. *Primary psychiatry*, 13, 61.
- Ainsworth, M. D. S. (1964). Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. *Merrill-Palmer Quarterly*, 10, 51-58.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorder(4th edition Text Revised)*. Washinton, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental disorder(5th edition)*. Washinton, DC: Author.
- Bagby, R. M., Rogers, R., Buis, T., Nicholson, R. A., Cameron, S. L., Rector, N. A., & Seeman, M. V. (1997). Detecting feigned depression and schizophrenia on the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 68, 650-664.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form (MMPI-2-RF): Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Benton, A. L., Hansher, K., Varney, N. R., & Spreen, O. (1983). *Contribution to Neuropsychological Assessment - A Clinical Manual*. New York: Oxford University Press.
- Binks, P. G., Gouvier, W. D., & Waters, W. F (1997). Malingering detection with the dot counting test, *Archives of Clinical Neuropsychology*, 12, 41-46.
- Berry, D. T. R. & Vickery, C. D. (1998). Clinical Assessment of Malingering and Deception. *Clinical psychology review*, 18, 603-604.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Cima, M, Hollanack S, Kremer. K. (2003). The German version of the Structure Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS. *Nervenarzt*. 74, 977-986.
- Coleman, R. D., Rapport L. J., Millis S. R., Ricker J. H., & Farchione T. J. (1998). *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 20, 201-210.
- Crighton, A. H., Wygant D. B., Holt, K. R., & Granacher, R. P. (2015). Embedded effort scales in the repeatable battery for the

- assessment of neuropsychological status: Do they detect neurocognitive malingering? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 30, 181-185.
- Curtis, K. L., Greve, K. W., Bianchini, K. J., & Brennan, A. (2006). California Verbal Learning Test Indicators of Malingered Neurocognitive Dysfunction Sensitivity and Specificity in Traumatic Brain Injury. *Assessment*, 13, 46-61.
- Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E., & Ober, B. A. (1987). *CVLT, California Verbal Learning Test: Adult Version: Manual*. Psychological Corporation.
- Demakies, G. J. (1999). Serial malingerin on verbal and nonverbal fluency and memory measures: an analog investigation. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 14, 401-410.
- Essig, S. M., Mittenberg, W., Petersen, R. S., Strauman, S., & Cooper, J. T. (2001). Practices in forensic neuropsychology: Perspectives of neuropsychologists and trial attorneys. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16, 271-291.
- Felthous, A. R. (2006). Introduction to this issue: Malingering. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 629-631.
- Fugett A., Stuart W. Thomas & Lindberg M. A. (2014). The many faces of malingering and participant response strategies: New methodologies in the attachment and clinical issues questionnaire(ACIQ). *The journal of general psychology*, 141, 80-97.
- Garb, H. N., & Schramke, C. J. (1996). Judgment research and neuropsychological assessment: A narrative review and meta-analyses. *Psychological bulletin*, 120, 140-153.
- Guy, Kwartner, Miller (2006). Investigating the M FAST: psychometric properties and utility to detect diagnostic specific malingering. *Behavioral Sciences & the Law*, 24, 687-702.
- Grant, D. A, Berg. E (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card-sorting problem. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 404-411.
- Grant, L. I., & Laurence, M. B. (2000). Detecting Exaggeration and Malingering in Neuropsycholocal Assessment. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 15, 829-858.
- Greiffenstein, M. F., Baker, W. J., & Gola, T. (1994). Validation of malingered amnesia measures with a large clinical sample. *Psychological Assessment*, 6, 218-224.
- Greve, K. W., Bianchini, K. J., Mathias, C. W., Houston, R. J., & Crouch, J. A. (2003). Detecting malingered performance on the Wechsler Adult Intelligence Scale: Validation of Mittenberg's approach in traumatic brain injury. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28, 1218-1237.
- Guilmette, T. J., Faust, D., Hart, K., & Arkes, H. R. (1990). A national survey of psychologist who offer neuropsychological services. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 5, 373-392.
- Guilmette, T. J., Hart, K. J., Giuliano, A. J., & Leiningerm B. E.(1994). Detecting simulated memory impairment: comparison of the Rey fifteen item test and the Hiscock forced-choice procedure. *The Clinical Neuropsychologist*, 8,

- 283-294.
- Hamsler, K. S. (1990). *Specialized neuropsychological assessment methods*. In G. Goldstien & M. Hersen(Eds). *Handbook of psychological assessment* (pp.256-273). New York: Pergamon Press, Inc.
- Heinly, M. T., Greve, K. W., Bianchini, K. J., Love, J. M., & Brennan, A. (2005). WAIS Digit Span-Based Indicators of Malingering Neurocognitive Dysfunction: Classification Accuracy in Traumatic Brain Injury: *Assessment, 31*, 429-444.
- Heinze, M. C. & Purisch, A. D. (2001). Beneath the mask: Use of psychological tests to detect and subtype malingering in criminal defendants. *Journal of Forensic Psychology Practice, 1*, 23-52.
- Hill, M. L. & Craig, K. D. (2002). Detecting deception in pain expressions: the structure of genuine and deceptive facial displays. *Pain, 98*, 135-144.
- Hiscock, M., & Hiscock, C. K. (1989). Refining the forced-choice method for the detection of malingering. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 11*, 967-974.
- Hope R. A., Longmore J. M., Hodgetts T. J. & Ranrakha P. S. (1993). *Oxford Handbook of Clinical Medicine. 3rd ed.* New York, NY: Oxford University Press.
- Iverson & Franzen (1996). Using Multiple Objective Memory Procedures to Detect Simulated Malingering. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 18*, 38-51.
- John E. M., Marie E. V. (2002). A validation of multiple malingering detection methods in a large clinical sample. *Archives of Clinical Neuropsychology, 18*, 261-276.
- Lezak, M. D., Howieson D. B., Loring D. W. (2004). *Neuropsychological assessment. (4th edition)*. New York: Oxford University Press.
- Lindberg, M. A., & Thomas, S. (2011). The Attachment and Clinical Issues Questionnaire (ACIQ): Scale Development. *Journal of Genetic Psychology, 173*, 41-62.
- Lu, P. H., Boone, K. B., Cozolino, L., & Mitchell, C. (2003). Effectiveness of the Rey-Osterrieth Complex Figure Test and the Meyers and Meyers recognition trail in the detection of suspect effort. *The Clinical Neuropsychologist, 17*, 426-440.
- Norris, M. P., & May, M. C. (1998). Screening for malingering in a correctional setting. *Law and human behavior, 22*, 315-323.
- Marion, B. E., Sellbom, M., & Bagby, R. M. (2013). The Detection of feigned psychiatric disorders using the MMPI-2-RF overreporting validity scales. *Psychological Injury and Law, 4*, 1-12.
- Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G., & Slobogin, C. (1997). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers*. Guilford Press.
- Meyers, J. E., & Meyer, K. R. (1995). *Rey-complex figure and recognition trial: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Meyers, J. E., & Volbrecht, M. (1999). Detection of malingers using the Rey-complex figure and recognition trial. *Applied Neuropsychology, 6*, 201-207.

- Miller, H. A. (2001). *M-FAST: Miller Forensic Assessment of Symptoms Test professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Miller, H. A. 김태경 역 (2015). *Counseling Crime Victims: Practical strategies for mental health professionals*, 서울: 학지사.
- Miller, H. A. (2004). Examining use of the M-FAST with criminal defendants incompetent to stand trial. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48, 268-280.
- Millis, S. R., Putnam, S. H., Adams, K. M., & Ricker, J. J. (1995). The California Verbal Learning Test in the detection of incomplete effort in neuropsychological evaluation. *Psychological Assessment*, 7, 463-471.
- Millis, S. R., & Volinsky, C. T. (2001). Assessment of response bias in mild head injury: beyond malingering tests. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23, 809-828.
- Mittenberg, W., Theroux, S., Zielinski, R., & Heibronner, R. L. (1995). Identification of malingered head injury on the Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 491.
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Pollock P. H., Quigley B, Worley K. O, & Bashford C. (1997). Feigned mental disorder in prisoners referred to forensic mental health services. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 4, 9-15.
- Poythress, N. G., Edens, J. F., & Watkins, M. M. (2001). The relationship between psychopathic personality features and malingering symptoms of major mental illness. *Law and Human Behavior*, 25, 567-582.
- Powell, M. R., Gfeller, J. D, Oliveri, M. V., Stanton, S., & Hendricks, B. (2010). The Rey AVLT Serial Position Effect: A Useful Indicator of Symptom Exaggeration?, *The Clinical Neuropsychologist*, 18, 463-476.
- Prigatano, G. P & Amin, K. (1993). Digit memory test: Unequivocal cerebral dysfunction and suspected malingering. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 15, 537-546.
- Prigatano, G. P., Smason, I., Lamb, D. G. & Bortz J. J. (1997). Suspected Malingering and the Digit Memory Test: A Replication and Extension. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 12, 609-619.
- Purdon, S. E., Purser, S. M., & Goddard, K. M. (2011). MMPI-2 restructured form over-reporting scales in first-episode psychosis. *The Clinical Neuropsychologist*, 25, 829-842.
- Randolph, C. (1998). *Repeatable battery for the assessment of neuropsychological status*. San Antoni, TX: The Psychological Corporation.
- Reitan, R. M., & Davision, L., A. (1974). *Clinical Neuropsychology: Current status and applications*. (Eds.) New York: Hasted Press Division, John Wiley.
- Resnick, P. J. (1984). The detection of malingered mental illness. *Behavioral Scienced and Law*, 2, 21-38.
- Resnick, P. J., & Knoll, J. (2008). Malingered psychosis. In Richard Rogers (Ed), *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed. pp. 51-68). New York: Guilford.

- Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie*. Paris: Press, Universitaires de France.
- Rogers, R., Gillis, J. R., Dickens, S. E., & Bagby, R. M. (1991). Standardized assessment of malingering: Validation of the Structured Interview of Reported Symptoms. *Psychological Assessment: A journal of Consulting and clinical Psychology, 3*, 89-96.
- Rogers, R., Sewell, K. W., & Goldstein, A. M. (1994). Explanatory models of malingering: a prototypical analysis. *Law and Human Behavior, 18*, 543-552.
- Rogers, R., Sewell, K. W., Morey, L. C., & Ustad, K. L. (1996). Detection of feigned mental disorders on the Personality Assessment Inventory: Discriminant analysis. *Journal of Personality Assessment, 67*, 629-640.
- Rogers, R., Gillard, N. D., Berry, D. T., & Granacher Jr, R. P. (2011). Effectiveness of the MMPI-2-RF validity scales for feigned mental disorders and cognitive impairment: A known-groups study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 33*, 355-367.
- Rosenhan D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science, 179*, 250-258.
- Rosenhan D. L. (1975). The contextual nature of psychiatric diagnosis. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 462-474.
- Sellbom M, Bagby R. M (2010). Detection of Overreported Psychopathology with the MMPI- II RF form validity scales. *Psychological Assessment, 22*, 757-767.
- Salekin R. T, Rogers R., & Sewell K. W. (1996). A review and meta analysis of the psychopathy checklist and psychopathy checklist revised: predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 3*, 203-215.
- Sherman, D. S., Boone, K. B., Lu, P., & Razani, J. (2002). Re-examination of a Rey auditory verbal learning test/Rey complex figure discriminant function to detect suspect effort. *The Clinical Neuropsychologist, 16*, 242-250.
- Slick, D. J., Hopp, G., Strauss, E., Spellacy, F. J. (1996). Victoria Symptom Validity Test: Efficiency for Detecting Feigned Memory Impairment and Relationship to Neuropsychological Tests and MMPI-2 Validity Scales. *Journal of clinical and experimental neuropsychology, 18*, 911-922.
- Slick, D. J., Sherman, E. M., & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist, 13*, 545-561.
- Strauss, E. L., Hultsch, D. F., Hunter, M., Slick, D. J., Patry, B., & Levy-Bencheton, J. (2000). Using intraindividual variability to detect malingering in cognitive performance. *The clinical neuropsychologist, 4*, 420-432.
- Sweet, J. J., Wolfe, P., Sattlberger, E., Numan, B., Rosenfeld, J. P., Clingerman, S., & Nies, K. L. (2000). Further investigation of traumatic brain injury versus insufficient effort with the California Verbal Learning Test. *Archives of Clinical Neuropsychology, 15*, 105-113.
- Thompson G. (2002). Victoria Symptom Validity Test: an enhanced test of symptom validity. *Journal of Forensic Neuropsychology, 2*, 43-67.
- Tombaugh, T. N. (1996). *Test of Memory*

- Malingering (TOMM)*. New York: Multi Health Systems.
- Trueblood, W. (1994). Qualitative and quantitative characteristics of malingered and other invalid WAIS-R and clinical memory data. *Journal of clinical and Experimental Neuropsychology*, 16, 597-607.
- Weinborn, M., Orr, T., Woods, S. P., Conover, E., & Feix, J. (2003). A validation of the Test of Memory Malingering in a forensic psychiatric setting. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 979-990.
- Wolfe, P. L., Millis, S. R., Hanks, R., Fichttenberg, N., Larrabee, G. J., & Sweet, J. J. (2010). Effort indicators within the California Verbal Learning Test-II. *The Clinical Neuropsychologist*, 24, 153-168.
- 원고접수일 : 2016. 07. 01.
수정원고접수일 : 2016. 09. 10.
게재결정일 : 2016. 11. 07.

The Psychological Review of Detecting for Malingering in Clinical Setting

Na-rae Jeong

Han-shin pluscare

Sun Choi

Yong-in Mental Hospital

This study was conducted to determine the specific patterns in which “malingering”, which a serious social problem that often takes place in clinical setting, and to investigate which psychological tools may be effective in detecting mental disorders. “Malingering” refers to the behaviors of fabricating or exaggerating one’s emotional or psychological problems for a variety of gains. Increased cases of feigning cognitive impairment and psychotic symptoms can put a society in great danger; therefore, cautious and precise evaluation of these cases is necessary. However, there has been limited systematic research regarding this issue in Korea. Evaluation methods of “malingering” include self-report assessment, neuro-psychological evaluation, tools developed solely detecting malingering and others. We confirmed various indices and considerations according to the tools. This study investigates the specific evaluation tools of “malingering” and how these methods are used in the actual clinical settings. However, according to this, and other various studies, it is more imperative to consider the clinical features and overall comprehensive material of assessment rather than focusing on the patterns of behavior displayed from conducting only one test by a single index score. The study also suggests that it is important to select a specific tool appropriate for each patient’s clinical characteristics or situation to accurately diagnose “malingering”. Lastly, this study emphasizes on the need to evaluate “malingering” with more careful, noting the coexistence of actual psychological, and physical problems.

Key words : malingering, feigning, psychological assessment, detection, clinical, faking bad