

정신감정이 의뢰된 범죄자의 피병평가: M-FAST와 PAI중심으로

이 장 규[†]

대구대학교 재활심리학과

본 연구의 목적은 정신감정에서 피병이 의심되는 범죄자의 PAI 프로파일 양상과 피병관련 척도(NIM, RDE, MAL)의 피병 변별력을 알아보는 데 있다. 이를 위해 국립법무병원에 정신감정이 의뢰된 범죄자 64명을 피병의심 집단(n=17)과 비피병 집단(n=47)으로 분류하였다. 피병의심 집단은 정신감정 결과 '진단없음'으로 판정된 범죄자 중 M-FAST에서 6점 이상인 범죄자 17명을 피병의심 집단으로 분류하였다. 비피병 집단은 정신감정 결과 정신분열병 진단을 받은 범죄자 25명과 '진단없음' 판정을 받은 범죄자 중 M-FAST에서 6점 미만인 범죄자 22명을 비피병 집단으로 분류하였다. 피병의심 집단과 비피병 집단 간 PAI 임상척도의 차이를 분석한 결과 피병의심 집단이 비피병 집단에 비해 거의 대부분의 임상척도 점수가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 특히 피병의심 집단은 실제 정신분열병 진단을 받은 집단 보다 정신분열병척도 점수가 유의하게 높은 특징을 보였다. PAI의 피병관련 세 척도의 피병 변별력을 알아보기 위해 ROC분석을 실시한 결과, NIM척도의 AUC가 .856으로 세 척도 중 가장 높았으며 NIM척도의 최적 피병 변별기준점은 76T로 확인되었다(민감도=.765, 특이도=.851, PPP=.650, NPP=.909).

주요어: 피병, M-FAST, PAI

[†] 교신저자 : 이장규, 국립법무병원, 충남 공주시 반포면 봉곡리 산 1번지
Tel : 041-840-5493, E-mail : neuropsych@korea.kr

피병은 의도적으로 정신적 또는 신체적 증상을 거짓으로 만들거나 과장하여 나타내는 것을 말한다(DSM-IV-TR; APA, 2000). 피병을 하게 되는 동기는 금전적 보상과 같은 외부적 유인(external incentive)의 득실이 걸려 있기 때문이다. 금전적 보상과 관련된 피병은 산업재해나 교통사고를 당한 환자들이 보다 많은 보상을 받기 위한 목적으로 주로 피병을 시도한다(김용희, 정애자, 정상근, 유제민, 2004; 김진아, 이현수, 박병관, 2002; 박유정, 박병관, 이현수, 염태호, 1997; 김홍근, 2003). 이 외에도 피병을 빈번하게 볼 수 또 다른 영역 중의 하나가 법정 임상장면(forensic setting)이다(Felthous, 2006). 법정 임상장면에서 범죄자들이 피병을 하는 주된 이유는 범죄에 대한 책임회피 혹은 법적 처벌의 감경이라는 외부적 유인이 존재하기 때문이다(Melton, Pettila, Pouthress, & Slobogin, 1997; Resnick, 1984; Resnick, & Knoll, 2008). 보다 구체적으로 국내 형사사법절차에서 범죄자들이 피병을 하게 만드는 주된 외부적 유인은 형법의 내용과 관련되어 있다. 우리나라 형법에는 심신상실과 심신미약이라는 개념을 두고 있는데, 형법 제10조 ① 항은 ‘심신장애로 인하여 사물을 변별할 능력이 없거나 의사를 결정할 능력이 없는 자의 행위는 벌하지 아니한다.’라는 조항을 두어 범죄자가 정신기능의 장애로 행위의 결과를 거의 혹은 전혀 판단할 수 없는 심각한 정신기능의 장애가 있다고 인정될 경우 형법상 책임무능력자(심신상실자)로 보고 그 범죄행위를 벌하지 않도록 하고 있다. 또 같은 조 ② 항에는 의사를 결정할 능력이 미약한 상태에서 범죄를 하였다는 것이 인정될 경우 한정책임능력자(심신미약자)로 보고 형이 감경되는 내용을 법률로 규정하고 있다(신관우, 정세중,

2010; 임상규, 2009). 형사사법절차에서 범죄자가 정신감정에서 한국표준질병·사인분류(통계청, 2008)에 해당되는 정신장애 특히, 정신분열병과 중도 정신지체 등의 심한 정신장애를 가진 것으로 판정받을 경우 범죄자를 심신미약자 혹은 심신상실자로 보고 범죄행위에 대한 책임을 묻지 않거나 일정부분의 형을 감경 받게 된다(신관우, 정세중, 2010).

법정에서 정신감정 결과는 범죄자의 형량에 중요한 영향을 미치기 때문에 범죄자가 형법이 규정하고 있는 심신미약과 심신상실의 내용을 악용하여 범죄에 대한 책임회피 혹은 형의 감경을 목적으로 피병을 시도할 가능성이 존재한다. 그러므로 법정 장면의 임상가는 정신감정에 의뢰된 범죄자의 피병 가능성을 항상 염두에 둔 상태에서 범행 당시 범죄자의 심리 및 정신상태에 대해 정확하게 평가하는 것이 매우 중요하다(Felthous, 2006). 일반 정신과 임상에서는 정신장애에 대한 진단 및 효과적인 치료계획의 수립이 심리평가의 주요한 목적이라면 법정 임상장면에서는 범죄자의 정신장애 여부에 대한 정확한 진단뿐만 아니라 피병 가능성에 대한 객관적인 평가도 심리평가에서 상당히 큰 비중을 차지할 수밖에 없다. 왜냐하면, 만약 범죄자들이 형사책임의 회피를 목적으로 형법의 제 10조를 악용하여 자신의 범행이 특정 정신병리에 기인된 것이라 주장하며 성공적인 피병을 보일 경우 공정한 법집행의 저해는 물론 많은 시간과 예산, 인력을 낭비하게 만들기 때문이다(Rogers, 2008a). 이처럼 법정 임상영역에서 범죄자의 피병평가가 매우 중요함에도 불구하고 아직 국내에는 범죄자의 피병에 대한 체계적인 임상연구가 매우 부진하다. 국내에 발표된 대부분의 피병 연구는 주로 민사적 보상과 관련된 뇌 손상환

자의 피병에 대한 연구가 대부분이며(김용희 등, 2004; 김진아 등, 2002; 박유정 등, 1997), 김홍근(2003)이 국내 최초로 개발한 한국 사병 진단검사도 뇌 손상 환자들이 흔히 보이는 신경심리적 인지장애(예: 기억장애)에 관한 피병 평가에 초점을 두고 있다. 따라서 한국 사병 진단검사는 정신과적 장애 특히 정신분열병과 같은 정신증(psychosis) 양상의 정신장애를 가장 하는 범죄자의 피병평가에는 그 사용이 제한적이다.

국내 법정 임상장면에서의 피병연구가 부진한 것이 사실이지만 최근에 와서는 이 분야의 연구가 점차 주목받고 있다. 조성희, 이수정 그리고 김재욱(2008)은 국내 최초로 MMPI-2를 통해 정신감정이 의뢰된 범죄자의 피병관련 MMPI 프로파일 양상을 연구하였고 F척도, F-K지수의 피병 변별 기준점을 제시하였다. 또한 최근에는 이수정, 김재욱(2010)이 법정 임상장면에서 범죄자의 피병 가능성을 객관적으로 평가할 수 있는 한국판 피병탐지검사(Miller Forensic Assessment Symptom Test; 이하 M-FAST)를 개발하였다. 구미에서는 법정 심리학(forensic psychology)적 관점에서 피병의 객관적인 진단 및 평가가 매우 강조되며(Essig, Mittenberg, Petersen, Strauman, & Cooper, 2001; Felthous, 2006; Matarazzo, 1990), 피병을 객관적으로 평가할 수 있는 다양한 피병전문 평가도구들이 이미 오래전에 개발되었다(Miller, 2001; Rogers, Bagby, & Dickens, 1992; Window & Smith, 2005). 더욱이 이들 피병평가도구에 대한 효용성과 타당성에 대한 연구가 광범위하게 이루어져 피병진단에 객관적 준거가 되는 임상자료가 풍부하게 축적된 상태이다(Guy, & Miller, 2004; Heinze & Purisch, 2001; Miller, 2004; Poythress, Edens, & Watkins, 2001; Rogers,

2008). 반면 국내에는 피병을 전문적으로 평가하는 타당성이 검증된 평가도구의 개발 및 임상연구가 미비하여 외국의 피병관련 간이검사(예: M Test; Beaver, Marston, Michelli, & Mills, 1985)를 국내 타당성 연구를 거치지 않은 채 그대로 번안해 사용하거나, MMPI-2와 PAI의 타당성 척도를 피병 평가에 준거로 흔히 사용하는 실정이다(김중술, 한경희, 임지영, 이정흠, 민병배, 문경주, 2005; 김영환, 김지혜, 오상우, 임영란, 홍상황, 2001). 그러나 임상장면에서 활발하게 사용되고 있는 MMPI-2와 PAI는 최초 검사의 개발목적이 정신병리의 진단이지 피병의 직접적인 평가와는 다소 거리가 있다. 물론 구미에서 MMPI-2와 PAI에 포함된 타당성 척도들이 피병평가에 전혀 사용되지 않는 것은 아니다. MMPI-2나 PAI가 비록 피병을 전문적으로 평가하는 도구는 아니지만 피병을 전문적으로 진단하는 도구(예: Structured Interview of Reported Symptoms; 이하 SIRS)들을 준거로 한 많은 임상연구가 이루어 졌다. 때문에 두 검사에 포함된 타당성 척도의 피병 탐지력에 관한 임상적 준거자료가 축적된 상태이며, 피병평가에서 이들 검사의 타당성 척도에 대한 효용성과 한계가 객관적으로 입증된 상태이다. 반면, 국내에는 MMPI-2와 PAI의 타당성 척도에 대한 피병관련 임상연구가 부진하여 피병평가에 타당하게 적용할 수 있는 객관적인 준거자료가 미비한 실정이다.

그나마 MMPI-2의 경우, 조성희 등(2008)이 정신감정이 의뢰된 범죄자를 대상으로 한 임상연구를 통해 피병의심 범죄자의 MMPI-2 프로파일 양상과 F척도, F-K지수 대한 피병 변별에 관한 가이드라인을 제시하였다. 조성희 등(2008)의 연구에서 피병의심 범죄자의 MMPI-2 프로파일 양상을 분석한 결과, 피병의심 범

죄자 집단이 실제 정신분열병으로 진단받은 범죄자 집단에 비해 D척도와 Pt척도가 유의하게 높았으며, Sc척도의 경우 비록 통계적 유의 수준에 이르지 못했지만 피병의심 집단(M=65.17)이 정신분열병 진단집단(M=60.70) 보다 높은 특징을 보였다. 조성희 등(2008)은 MMPI-2에서 피병 변별에 F척도와 F-K지수를 활용할 것을 제안하였는데, F척도의 경우 AUC가 .602, 민감도가 .363, 1-특이도가 .159인 73점을, F-K지수의 경우 AUC가 .614, 민감도가 .278, 1-특이도가 .049인 22점을 피병 변별 기준점으로 제안하였다.

국내 정신감정 임상영역에서 MMPI-2를 사용한 피병연구가 조성희 등(2008)에 의해 수행된 반면, 이 분야에 PAI를 활용한 피병에 대한 임상연구는 전무하다. PAI는 MMPI-2와 다소 차별되는 피병 관련 세 척도인 부정적 인상척도(Negative Impression scale: NIM), 피병지표(Malingering index: MAL), Roger의 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. PAI의 NIM척도는 PAI가 한국판으로 표준화될 당시 일반성인과 대학생 등을 대상으로 하는 모사 집단 연구(simulation design)를 통해 피병평가에 관한 NIM척도의 해석가이드라인을 제시하였다(홍상황, 김영환, 2001; 홍상황, 박은영, 김영환, 2001). 홍상황 등(2001)은 NIM척도의 부정 왜곡에 대한 변별 기준점을 밝히기 위해 정상인 대학생 집단에게 부정적 인상을 PAI검사에 보일 것을 지시한 모사집단 연구를 수행하였

다. 연구결과, NIM척도의 변별 기준점을 9(T점수 62)점과 11점(T점수 68)으로 했을 때 부정적 인상관리를 시도한 대학생을 각각 87.4%, 77.4%를 정확하게 변별할 수 있었다. 두 번째 피병관련 척도인 MAL지표는 Morey(1993)가 고안한 지표로 실제 임상 환자보다 더 심각한 정신장애를 가장한 수검자들의 프로파일에서 빈번하게 볼 수 있는 8개의 프로파일의 형태적 특징을 구성하고, 8개의 프로파일 형태에 근거하여 1점에서부터 최대 8점까지 점수화한 지표이다. 김영환 등(2001)은 PAI의 표준화 연구 샘플자료를 분석한 결과, 임상표본에서 MAL척도가 5점 이상인 경우가 거의 없었고, 부정왜곡 응답을 하도록 지시를 받은 부정왜곡 집단의 MAL지표의 평균이 4.18이었으며, 임상표본과 일반성인 표본은 각각 1.31, 0.56으로 두 집단의 평균이 부정왜곡 집단에 비해 유의하게 낮았다. MAL지표의 해석과 관련하여 김영환 등(2001, p.141)은 'PAI의 임상적 해석'에서 MAL지표 점수가 2표준편차 이상에 해당되는 3점 이상일 때 피병 가능성을 고려할 것을 제안하였다. PAI의 세 번째 피병관련 척도인 RDF는 Rogers, Sewell, Morey와 Ustad(1996)가 사용한 방법을 홍상황과 김영환(2001)이 국내성인 기준표본과 대학생 집단을 대상으로 표준지시를 따른 프로파일과 정신병을 가장하거나 부정적 인상을 주려고 시도한 프로파일을 변별하기 위한 판별함수를 도출한 것이다. 홍상황과 김영환(2001)의 연구에서 RDF의 변별점수를 .03702로 적용할 경우 정상 반응과 부정적 인상반응을 보인 집단을 정확하게 변별하는 전체 적중률이 93.7%라고 보고하였다.

지금까지 살펴 본 PAI의 피병관련 세 척도들은 피병변별 및 부정인상 탐지에 나름의 임

상적 유용성을 가진 것이 사실이다. 그러나 국내에서 이루어진 PAI의 피병관련 연구들의 가장 큰 문제점은 실제 임상장면에서 피병을 보이는 임상군을 대상으로 한 연구(준거집단 설계; known-group design)가 아니라는 것이다. 즉 단순한 지시문 조건에 따라 실험에 참가한 대학생과 실제 정신감정 장면에서 피병을 보이는 범죄자와는 피병시도에 대한 동기 및 환경 등이 상당히 다를 수밖에 없다. 따라서 모사집단 설계 연구결과를 실제 임상장면에 그대로 일반화하여 결과해석에 활용하기에는 상당한 제약이 따른다(Rogers, 2008). 지금까지 개발된 심리검사 중 아마 MMPI-2가 전 세계적으로 가장 다양한 임상장면에서 활발하게 사용되는 검사라 해도 과언이 아닐 것이다. MMPI-2의 경우 타당성 척도를 중심으로 다양한 임상영역에서의 피병변별에 관한 연구가 광범위하게 이루어진 탓에 MMPI-2에 포함된 타당성 척도의 피병변별 효용성과 한계점이 객관적으로 검증된 상태이다. 반면, PAI의 경우 MMPI-2와 비교할 때 구미에서도 상대적으로 피병관련 연구가 부진한 실정이며, 국내에는 PAI의 포함된 피병관련 척도에 대한 임상 연구가 부진하고 특히 정신감정 관련 영역에서 PAI를 사용한 피병 관련 연구는 전무한 실정이다.

법정 임상영역에서 피병평가는 필수적으로 고려되어야 하는 심리평가의 중요한 요소임에는 의심의 여지가 없다. 피병을 평가함에 있어 임상가의 경험이나 노련함도 중요하겠지만 임상가의 의견을 뒷받침해 줄 수 있는 객관적인 준거자료가 반드시 필요하다. PAI에 포함된 피병 관련 세 가지 척도가 보다 객관적이고 타당한 피병의 준거자료로 활용되기 위해서는 실제 피병진단 도구들과의 교차연구가

필요해 보인다. 구미의 경우 PAI에 포함된 피병 관련 척도에 대한 피병 변별에 대한 연구가 다양한 임상영역에서 이루어진 상태로 피병 전문 평가도구들과 함께 이들 척도가 피병평가에 상호보완적인 방식으로 활용되고 있다 (Blanchard, McGrath, Pogge, & Khandivi, 2003; Boccaccini, Murrie, & Duncan, 2006; Edens, Poythress, & Watkins-Clay, 2007; Kucharski, Toomey, Fila, & Duncan, 2007). 이런 측면에서 최근 국내에서 개발된 피병평가 도구인 M-FAST와 PAI의 피병관련 척도를 간의 교차연구가 이루어진다면 두 검사 간 상호보완성이 증대되어 실질적인 임상적 활용가치가 더욱 증가될 것이다. 이러한 맥락에서 본 연구에서는 정신감정에 의뢰된 범죄자를 M-FAST를 준거로 피병의심 집단과 비피병 집단으로 분류하고 집단 간 PAI 프로파일 양상을 살펴보고 PAI의 피병관련 척도들의 피병 변별력을 알아보고자 한다.

방 법

연구대상

본 연구는 2011년 1월 1일부터 4월 15일까지 국립법무병원에 정신감정이 의뢰된 164명의 범죄자를 대상으로 하였다. 정신감정이 의뢰된 164명의 범죄자 중 먼저 정신지체 판정을 받은 범죄자 6명과 증상이 심하여 PAI와 M-FAST의 실시가 불가능한 10명의 범죄자를 연구대상에서 제외하였다. 이후 158명의 범죄자 중 PAI에 무작위로 응답하였을 것으로 추정되는 범죄자를 PAI의 타당성 척도인 ICN척도(비일관성) $T \geq 73$ 점과 INF척도(저빈도) $T \geq$

표 1. 집단 선정방식 및 집단별 M-FAST 점수

감정결과	피병의심 집단		비피병 집단	
	진단없음 M-FAST \geq 6점	진단없음 M-FAST < 6점	정신분열병	
사례수	17(남16,여1)	22(남20,여2)	25(남21,여4)	
M-FAST M(SD)	11.88(3.69)	1.55(1.44)	4.28(3.43)	
전 체	64(남57, 여7)			

75점 기준에 따라 7명을 제외하였으며, 정신 감정 결과 ‘진단없음’과 ‘정신분열병’ 외의 기타정신장애 진단을 받은 범죄자 77명은 결과 해석의 간명성과 M-FAST의 피병탐지 전략의 제한성¹⁾을 이유로 본 연구대상에서 제외하였다. 위와 같은 절차에 따라 정신감정 결과 ‘진단없음(no diagnosis)’ 판정을 받은 39명과 정신분열병으로 진단된 25명을 본 연구의 최종 연구대상(n=64)으로 선정하였다. 다음으로 최종 연구대상으로 선정된 64명의 범죄자는 M-FAST와 정신과 전문의의 판단을 근거로 피병의심 집단과 비피병 집단으로 분류하였다. 피병의심 집단의 경우 최종 정신감정 결과, ‘진단없음’ 판정을 받은 39명의 범죄자 중 M-FAST \geq 6점에 해당되는 17명의 범죄자를 ‘피병의심’ 집단으로 분류하였다. 비피병 집단은 ‘진단없음’ 판정을 받은 범죄자 중 M-FAST에서 6점 미만인 범죄자 22명을 ‘비피병’ 집단으로 분류하였다. 정신감정에서 ‘진단없음’ 진단을 받은 범죄자 모두를 피병의심으로 볼 수 없다. 그 이유는 정신감정에 의뢰되는 범죄자

는 개개인 마다 범죄의 경중과 정신감정 의뢰 경로가 상이하기 때문에 정신감정에서 형의 조각사유에 해당되는 심신미약이나 심신상실 판정이 모든 범죄자에게 피병을 시도하게 만드는 동일한 외적유인이 되지 않기 때문이다. 한 예를 든다면 단순절도로 정신감정이 의뢰된 범죄자가 정신감정에서 심신미약이나 심신상실 판정을 받아 법정에서 치료감호가 선고될 경우 형사 처분에서 내려지는 형량보다 더 오랜 기간 치료감호를 받을 수 있다.

참고적으로 정신감정에서 정신분열병 진단(n=25)을 받은 범죄자 집단은 피병의심 집단과 PAI프로파일 양상의 차이를 알아보기 위한 비교집단의 성격을 가진다. 따라서 정신분열병 진단을 받은 범죄자의 경우 M-FAST 점수와 무관하게 비피병 정신분열병 집단으로 구분하였다. 표 1에 집단 선정방식 및 집단별 M-FAST점수를 제시하였다.

측정도구

M-FAST

Miller(2001)에 의해 개발된 피병진단 전문도구로 국내에서는 이수정과 김재옥(2010)이 국내 실정에 맞게 번안하고 표준화한 검사이다.

1) Guy, Kwartner, & Miller(2006)의 연구에서 M-FAST는 정신분열병, 주요 우울장애, 양극성 장애, 외상 후 스트레스 장애 중 정신분열병을 가장하는 피병을 가장 잘 변별하는 것으로 나타났다.

M-FAST(Miller Forensic Assessment of symptoms Test)는 정신과적 증상의 피병을 탐지하기 위한 목적으로 개발된 검사이기 때문에 신경심리적 인지장애(예: 기억장애)의 가장을 탐지하기 위한 목적으로는 그 사용이 제한된다. 또한 특정 진단에 속하는 정신과적 장애에 대한 포괄적인 탐지 전략이 충분하지 않기 때문에 특정 정신장애(예: 알코올 의존)를 가장한 피병탐지에는 그 사용이 제한적이다. 정신분열병, 주요 우울장애, 양극성 장애, 외상 후 스트레스 장애에 대한 피병 탐지에 관한 연구에서 정신분열병을 가장하는 피병을 선별하는데 가장 뛰어난 변별력을 가진 것으로 확인되었다(Guy, Kwartner, & Miller, 2006). M-FAST는 구조화된 면담방식으로 실시되는 25개 문항으로 구성된 검사이다. 각 문항은 0점 또는 1점으로 채점되며 만점은 25점으로 총점이 높을수록 피병 가능성이 높은 것으로 평가된다. 국내 158명의 표본을 대상으로 한 한국판 M-FAST 총점의 신뢰도 계수는 .90으로 매우 높게 나타났으며, 문항-총점 간 상관은 .54(범위 = .21~.73)이었다. 두 문항 이상으로 구성된 척도들의 내적일관성에서 특이환각 척도는 .72, 보고관찰 척도는 .59, 극단증상 척도는 .53, 회귀조합 척도는 .75로 보고되었다. 타당도와 관련하여 MMPI-2의 F척도와 M-FAST 총점의 상관이 .62였으며, 피병탐지력을 알아보기 위한 ROC분석에서는 AUC가 .949로 매우 높은 변별정확성을 보였다(김재옥, 조성희, 이수정, 2009). 한국판 M-FAST의 진단기준 점수는 원판과 동일하게 6점을 제시하고 있다.

PAI

PAI(Personality Assessment Inventory)는 Morey (1991)가 제작한 총 344문항으로 구성된 자기

보고식 성격검사를 국내에서 김영환 등(2001)이 표준화한 심리검사이다. PAI는 총 22개의 척도들로 구성되어 있다. 먼저 이 검사는 피검자의 수검태도를 평가하기 위한 비밀관성(ICN), 저빈도(INF), 부정적 인상(NIM), 긍정적 인상(PIM)의 4개의 타당성 척도를 포함하고 있다. 그리고 신체적 증상호소(SOM), 불안(ANX), 우울(DEP), 망상(PAR), 정신분열병(SCZ) 등과 같은 여러 가지 임상적 문제를 평가하기 위한 11개의 임상척도, 그 밖에 5개의 치료고려 척도, 2개의 대인관계 척도를 포함하고 있다. 이 검사의 내적 합치도는 비밀관성, 부정적 인상척도를 제외한 나머지 척도에서 .60~.88 범위이며, 전체 22개 척도의 중앙치는 대학생과 성인의 경우 각각 .77, .76이며, 검사-재검사 신뢰도는 비밀관성과 부정적 인상 척도를 제외하고 .77~.91 범위이다. PAI에서 피병 관련 세 척도는 부정적 인상척도(Negative Impression scale: NIM), 피병지표(Malingering index: MAL), Roger의 판별함수(Roger Discriminant Function: RDF)이다.

K-WAIS

지능평가를 위해 염태호, 박영숙, 오경자, 김정규, 이영호(1992)가 표준화한 한국판 웨슬러 성인용 지능검사(Korean-Wechsler Adult Intelligence Scale, K-WAIS)를 사용하였다. 이 검사는 WAIS-R의 한국판 표준화 검사로써, WAIS-R의 기본 원칙을 수용하면서 한국 실정에 알맞은 내용으로 문항을 보완하고 번역하여 표준화한 검사이다.

결 과

집단별 인구통계학적 특성

피병의심 집단과 비피병 집단(정신분열병 집단, M-FAST 6점미만의 '진단없음' 집단) 간의 인구통계학적 변인의 차이를 알아보기 위해 일원변량분석을 실시하였다. 연령, 교육연수, 지능, 동종 전과 횟수, 총 범죄횟수에 대해 일원변량분석을 실시하고 그 결과를 표 2에 제시하였다. 표 2에 제시된 바와 같이 피병의심 집단과 비피병 집단 간 총 범죄 횟수에 있어 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 그 외 연령, 교육수준, 동종 범죄 횟수, 지능에 있어서는 집단 간 유의미한 차이가 없었다. 다만 통계적 유의수준에 이르지 않는 않았지만 피병의심 집단의 지능이 비피병 정신분열병 집단에 비해 낮은 특성을 보였다.

PAI 임상척도의 집단 간 차이분석

PAI의 11개 임상척도의 집단 간 차이를 알아보기 위해 일원변량분석을 실시하고, 구체적인 차이가 어느 집단 간에 나타난 것인지 알아보기 위해 *Duncan* 사후검증을 실시하였다.

그 결과, 신체적 호소($F(2, 61)=8.63, p<.001$), 불안($F(2, 61)=12.45, p<.001$), 불안관련 장애($F(2, 61)=8.93, p<.001$), 우울($F(2, 61)=7.33, p<.001$), 조증($F(2, 61)=4.81, p<.05$), 망상($F(2, 61)=5.59, p<.05$), 정신분열병($F(2, 61)=12.37, p<.001$), 경계선적 특성($F(2, 61)=13.05, p<.001$), 반사회적 특성($F(2, 61)=11.54, p<.001$), 음주문제($F(2, 61)=9.15, p<.001$), 약물사용($F(2, 61)=3.06, p<.05$)의 11개 임상척도 모두에서 집단 간 유의미한 차이를 보였다(표 3과 그림 1).

구체적인 차이가 어느 집단 간에 나타난 것인지를 알아보기 위하여 *Duncan* 사후검증 실시한 결과, 신체적 호소(SOM), 불안(ANX), 불안관련 장애(ARD), 우울(DEP), 경계선적 특징(BOR), 반사회성(ANT), 음주문제(ALC)의 7개 임상척도에서 비피병 진단없음 집단과 정신분열병 집단 간 유의미한 차이를 보이지 않은 반면, 피병의심 집단이 두 비피병 집단(비피병 진단없음, 정신분열병 집단)보다 유의미하게 높은 특징을 보였다. 조증(MAN), 망상(PAR), 약물사용(DRG) 척도의 경우 피병의심 집단이

표 2. 피병의심 집단과 비피병 집단의 인구통계학적 특성

변인	피병의심 집단(n=17)		비피병 집단(n=47)				F
	진단없음(n=17) M-FAST ≥ 6점		진단없음(n=22) M-FAST < 6점		정신분열병(n=25)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
연령	37.14	17.88	36.53	13.80	40.26	12.70	.44
교육연수	11.06	3.47	11.18	2.67	11.36	3.35	.05
동종범죄	2.94	3.37	.86	1.78	2.08	4.88	1.62
총범죄수	7.41	5.90	3.82	3.75	3.84	4.91	3.42*
지능지수	91.18	14.88	96.55	15.17	100.48	10.36	2.44

주. * $p<.05$

표 3. PAI 11개 임상척도의 집단 간 차이검증 결과

PAI 임상척도	피병의심		비피병		F	Duncan 사후검정	Cohen's d ① - ②
	진단없음①	진단없음②	정신분열병③				
	M-FAST ≥ 6점	M-FAST < 6점					
	M(SD)	M(SD)	M(SD)				
신체적 호소 (SOM)	74.59(15.04)	54.23(13.65)	63.48(16.50)	8.63**	① > ② = ③	1.42	
불안 (ANX)	74.24(11.71)	51.00(16.12)	58.28(14.91)	12.45**	① > ② = ③	1.65	
불안관련장애 (ARD)	74.47(14.80)	54.73(16.00)	59.40(13.99)	8.93**	① > ② = ③	1.28	
우울 (DEP)	77.94(11.75)	58.41(18.09)	61.56(18.23)	7.33**	① > ② = ③	1.28	
조증 (MAN)	63.88(15.27)	48.82(15.12)	54.64(14.91)	4.81*	① > ② ① = ③, ② = ③	.99	
망상 (PAR)	73.65(18.39)	55.77(15.75)	66.65(16.70)	5.59*	① > ② ① = ③, ② = ③	1.04	
정신분열병 (SCZ)	77.94(19.36)	49.09(14.70)	61.76(19.52)	12.37**	① > ② > ③	1.69	
경계선적특징 (BOR)	76.24(14.14)	52.73(16.04)	56.20(14.68)	13.05**	① > ② = ③	1.55	
반사회적특징 (ANT)	75.47(19.06)	53.27(10.70)	59.44(14.09)	11.54**	① > ② = ③	1.44	
음주문제 (ALC)	68.82(14.90)	52.36(11.47)	53.23(13.44)	9.15**	① > ② = ③	1.24	
약물사용 (DRG)	70.41(21.03)	57.64(13.28)	62.60(14.23)	3.06*	① > ② ① = ③, ② = ③	.73	

주. * $p < .05$. ** $p < .001$.

비피병 진단없음 집단보다 유의하게 높았으나 정신분열병 집단과는 유의미한 차이를 보이지 않았다. 정신분열증 척도(SCZ)의 경우, 피병의심 집단(M=77.94) > 정신분열병 집단(M=66.65) > 비피병 진단없음 집단(M=49.09) 순으로 유의미한 차이를 보였다. 보다 세부적으로 피병의심 집단과 비피병 진단없음 집단 간

PAI 임상척도의 차이 정도를 알아보기 위해 Cohen's d를 계산하여 효과의 크기를 산출하였다. 그 결과, 11개 임상척도 중 효과의 크기가 가장 큰 척도는 정신분열병 척도(Cohen's d=1.69)로 나타났으며, 다음으로 불안척도(Cohen's d=1.65), 경계선적 특성척도(Cohen's d=1.55) 순이었다. 반면, 약물사용(Cohen's

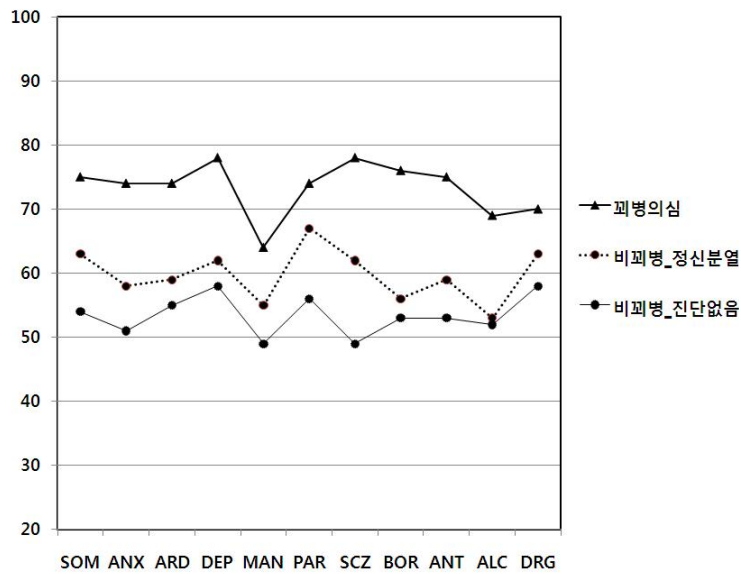


그림 1. PAI 11개 임상척도의 집단 간 차이

d=.73)과 조증척도(Cohen's $d=.99$)로 효과의 크기가 상대적으로 낮게 나타났다(표 3).

PAI 피병관련 척도의 세 집단 간 차이분석

PAI의 피병관련 척도(NIM, RDF, MAL)에 대한 세 집단 간 차이를 알아보기 위해 일원변량분석을 실시하고 구체적인 차이가 어느 집

단 간에 나타난 것인지를 알기 위해 *Duncan* 사후검증 실시하였다. 그 결과, NIM($F(2, 61)=15.49, p<.001$), RDF($F(2, 61)=9.96, p<.001$), MAL($F(2, 61)=11.56, p<.001$)척도 모두 집단 간 유의미한 차이를 보였다. *Duncan*사후검정 결과, 비피병의 두 집단(정신분열병 대 진단없음 집단) 간에는 유의미한 차이가 없었으나 피병의

표 4. 피병관련 척도의 집단 간 차이분석

피병관련 척도	피병의심		비피병		F	Duncan 사후검증
	진단없음① M-FAST ≥ 6점	진단없음② M-FAST < 6점	진단없음②	정신분열병③		
NIM	M(86.59)(SD18.53)	M(54.59)(SD16.76)	M(54.59)(SD16.76)	M(60.72)(SD20.15)	15.49*	① > ② = ③
RDF	M(1.049)(SD1.632)	M(-1.168)(SD1.478)	M(-1.168)(SD1.478)	M(-.577)(SD1.61)	9.96*	① > ② = ③
MAL	M(3.47)(SD1.97)	M(1.18)(SD1.22)	M(1.18)(SD1.22)	M(1.880)(SD1.33)	11.56*	① > ② = ③

주. NIM=Negative Impression Management scale; RDF=Rogers Discriminant Function; MAL=Malingering Index.

* $p<.001$.

심 집단과 비피병 집단 간에는 유의미한 차이를 보였다(표 4).

PAI 피병관련 척도의 피병 탐지력

PAI의 NIM, RDF, MAL척도의 피병 변별력을 알아보기 위해 ROC분석을 실시하였다. ROC분석 결과는 표 5와 그림 2에 제시하였다. 표 5에 제시된 바와 같이 세 가지 척도 중 NIM척도의 AUC가 .839로 가장 높게 나타났다. 다음으로 RDF, MAL 척도 순이었다. 참고적으로 Streiner와 Cairney(2007)에 따르면 ROC 분석에서 AUC가 .50~.70일 때 변별 정확성이

낮다고 하였고, .80~.90사이일 때 변별 정확성이 비교적 우수하며, .90이상일 때 예측 정확성이 매우 뛰어나다고 하였다.

NIM척도의 피병 변별 기준점 및 변별력

NIM척도의 피병 변별에 대한 임상적 가이드라인을 제시하기 위해 T점수별 민감도와 특이도, PPP(정적예언도)와 NPP(부적예언도)를 계산하여 표 6에 제시하였다. 표 6에 제시된 바와 같이 NIM척도의 최적 변별 기준점은 76T로, 이때의 민감도는 .765, 특이도는 .851, PPP는 .650, NPP는 .909로 확인되었다.

표 5. NIM, RDF, MAL척도의 ROC분석 결과

척도	AUC	SE	유의도	95%신뢰구간	
				하한	상한
NIM	.856	.057	.001	.744	.968
RDF	.811	.066	.001	.681	.941
MAL	.781	.072	.001	.640	.922

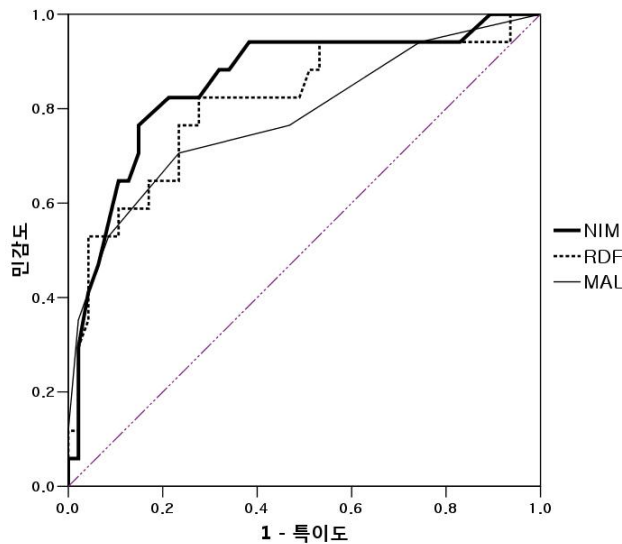


그림 2. NIM, RDF, MAL척도의 ROC곡선

표 6. NIM척도의 변별 기준점 및 변별력

NIM T점수	민감도	특이도	PPP	NPP
67	.882	.681	.500	.941
70	.824	.773	.519	.919
73	.824	.787	.583	.925
76	.765	.851	.650	.909
79	.706	.851	.632	.889
82	.647	.872	.647	.872

주. PPP=Positive Predictive Power. NPP=Negative Predictive Power.

논 의

국내 법정 임상영역에서 PAI를 통한 범죄자의 피병연구는 전무한 상태로 본 연구는 이러한 국내 연구실정을 감안해 볼 때 임상적으로 적지 않은 의미를 가진다. 구체적으로 본 연구에서는 정신감정이 의뢰된 범죄자를 피병의심, 비피병 진단없음, 비피병 정신분열병의 세 집단으로 분류하였다. 피병의심 집단의 경우 정신감정 결과 정신과 진단없음 판정을 받은 범죄자 중 M-FAST에서 피병의심에 해당되는 점수(6점이상)를 받은 범죄자를 피병의심 집단으로 분류하였다. 비피병 집단은 비피병 진단없음 집단과 비피병 정신분열병의 두 집단을 구성하였다. 먼저 비피병 진단없음 집단의 경우 정신감정 결과 정신질환이 없어 정상으로 판정된 범죄자 중 M-FAST에서 솔직하게 응답(6점미만)한 범죄자 집단이다. 비피병 정신분열병 집단의 경우 정신감정 결과 정신분열병으로 진단된 범죄자를 M-FAST 점수에 상관없이 비피병 정신분열병 집단으로 분류하였다. 본 연구에서는 이들 세 집단 간 PAI 임상척도 프로파일 양상과 PAI의 피병관련 척도들의 피

병 변별 효용성을 알아보았다. 지금부터 본 연구결과를 3개 영역으로 나누어 논의하고자 한다.

피병의심 범죄자의 PAI 임상척도 특성

정신감정에 의뢰되어 피병을 하는 범죄자들이 주로 호소하는 정신과적 증상의 양상을 확인하기 위해 PAI 11개 임상척도의 집단 간 차이를 비교해 보았다. 그 결과 피병의심 집단은 정신증, 신경증, 성격문제, 물질관련 장애 등의 모든 임상척도에서 과장된 증상을 보고하는 경향을 보였다. 특히 신체적 호소(SOM), 불안(ANX), 불안관련 장애(ARD), 우울(DEP), 경계선적 특징(BOR), 반사회성(ANT), 음주문제(ALC)의 7개 임상척도에서 비피병 진단없음 집단과 정신분열병 집단 간 유의미한 차이를 보이지 않은 반면, 피병의심 집단이 두 비피병 집단(비피병 진단없음, 정신분열병 집단)비해 유의미하게 높은 점수를 보였다. 흥미로운 점은 정신분열병 척도에서 피병의심 집단(M=77.94)이 실제 정신감정에서 정신분열병 진단을 받은 집단(M=61.76)보다 유의미하게 높다

는 것이다. PAI의 임상척도에 대한 피병의심 집단과 비피병 진단없음 간의 효과의 크기를 산출한 결과에서도 11개 임상척도 중 효과의 크기가 가장 높은 척도가 정신분열병 척도(Cohen's $d=1.69$)로 나타났다. 이러한 결과는 국내법상 형사책임의 감경사유가 정신증적 증상이 명확한 정신분열병에서 빈번하다는 것을 염두에 둔 범죄자의 피병의 시도로 사료된다. 즉, 피병을 보이는 범죄자는 피병으로 정신분열병 진단을 받으려는 의도적인 시도로 볼 수 있겠다. 이상의 본 연구결과는 Kucharski와 그의 동료들(2007)의 연구결과와도 일치하고 있다. Kucharski와 그의 동료들의 연구에서는 피병집단과 비피병 집단 간의 PAI척도에 대한 효과의 크기를 보고하였다. 11개 임상척도 중 가장 효과의 크기가 큰 척도가 정신분열증 척도(Cohen's $d=1.74$)였으며, 다음으로 신체증상(Cohen's $d=1.54$), 불안(Cohen's $d=1.50$)이었다. 반면, 반사회성(Cohen's $d=0.33$)과 알코올문제(Cohen's $d=0.47$)는 효과의 크기가 상대적으로 낮게 나타났다.

PAI의 피병관련 척도

PAI에는 피병평가와 관련된 NIM, MAL, RDF라는 세 가지 척도를 포함하고 있다. 본 연구에서는 이들 세 척도의 피병 탐지력을 알아보기 위해 PAI의 피병관련 척도의 집단 간 차이를 분석하였다. 분석결과 비피병 정신분열병 집단과 비피병 진단없음 집단 간에는 세 척도 모두에서 유의미한 차이를 보이지 않은 반면, 피병의심 집단과 비피병 집단 간에는 세 척도 모두 피병의심 집단이 비피병 집단보다 유의하게 높은 점수를 보였다. 따라서 PAI에 포함된 이들 세 척도는 증상의 과장된 보고와 피병탐지 목적의 척도 개발에 부합되

는 타당한 척도임을 본 연구에서 재확인 할 수 있었다. PAI의 피병관련 세 척도 중 피병 탐지력이 가장 우수한 척도를 알아보기 위해 ROC분석을 실시하였다. 그 결과 각 척도별 AUC가 NIM이 .856, RDF가 .811, MAL이 .781로 나타나 MAL척도를 제외한 두 척도는 비교적 우수한 피병 탐지력을 가진 것으로 확인되었다. 피병 변별에 NIM척도의 효용성이 가장 높은 것은 Samuel과 Boccacini(2009)의 메타분석 연구결과와도 일치된다. 또한 MAL척도와 관련해서는 비록 본 연구와 연구대상이 상이한 측면이 있으나 일부 연구들에서 MAL척도가 다른 척도에 비해 피병 변별력이 낮다는 연구결과(Blanchard et al., 2003; Calhoun, Earnst, Tucker, Kirby, & Beckham, 2000; Liljequist, Kinder, & Schinka, 1998; Scragg, Bor, & Mendham, 2000)들이 있으며, 본 연구에서도 MAL척도가 가장 낮은 피병 탐지력을 보였다.

ROC분석에서 피병 탐지력이 가장 우수한 것으로 확인된 NIM척도에 대해 피병 변별에 관한 임상적 가이드라인을 제시하고자 민감도와 특이도, PPP와 NPP를 산출하였다. 그 결과 NIM=76T일 때 민감도가 .765, 특이도는 .851, PPP가 .650, NPP는 .909로 나타나, 76T가 피병 변별에 가장 양호한 기준점으로 보인다.

표 7은 법정 임상장면에서 SIRS를 피병준거로 사용하여 NIM척도의 피병 변별력에 관한 해외의 연구와 M-FAST를 피병준거로 사용한 본 연구결과를 요약하고 있다.

표 7을 보면, 먼저 NIM척도의 변별 점수가 해외 연구에 비해 본 연구에서는 10점 이상 낮았다. 이는 구미와 다른 국내판 PAI의 제작 배경과 문화적 차이 등을 반영한 결과로 볼 수 있겠다. 비록 본 연구에서 피병에 대한 준거로 피병진단에 절대적 기준이 되는 SIRS를

표 7. NIM척도의 피병 변별력 관련 연구요약

진단점수	제1 연구자	피병준거	민감도	특이도	PPP	NPP
NIM \geq 92	Boccacini(2006)	SIRS	.78	.84	.68	.90
NIM \geq 88	Kucharski(2007)	SIRS	.81	.86	.68	.92
NIM \geq 84	Boccacini(2006)	SIRS	.89	.73	.59	.94
NIM \geq 84	Kucharski(2007)	SIRS	.84	.82	.63	.93
NIM \geq 76	본 연구(2011)	M-FAST	.77	.85	.65	.91
NIM \geq 73	본 연구(2011)	M-FAST	.82	.79	.58	.93

사용하지 못하고 대신 M-FAST를 사용하였기에 구미의 연구결과와 직접적으로 비교하는 것에 다소 무리가 있을 수 있다. 하지만 M-FAST가 SIRS와 공인타당도가 검증된 바 있기에 연구결과의 교차비교에도 큰 무리는 없어 보인다(Miller, 2001). 표 7에 제시된 바와 같이 NIM척도의 피병 변별력은 구미의 연구결과와 거의 유사하다. 특히 NPP의 경우 본 연구와 구미의 연구에서 모두 .90이상으로 양호한 수준이나 PPP의 경우는 모두 .70에도 미치지 못하는 저조한 수준이다. 따라서 PAI의 NIM척도는 피병 변별과 진단을 위한 수렴적 근거자료 및 보조 자료로 활용되어야 할 것이며, 명확한 피병진단을 위해서는 보다 전문화된 피병평가도구의 활용이 필요해 보인다.

피병진단의 문제 및 본 연구의 제한점

DSM-IV에서 피병을 정식 진단명으로 사용하지 않고 ‘V-code’라는 ‘임상적 관심의 초점이 될 수 있는 기타 상태’로 분류하고 있다. 따라서 피병에 대한 간략한 소개만을 제시할 뿐 다른 정신장애 진단과 같이 구체적인 진단기준이 결여되어 있다. 어떻게 보면 피병은 ‘거짓말과 거짓행위’의 일종으로 임상가를 성공

적으로 속이는 세련된 거짓행동을 하는 피병범죄자의 피병탐지는 불가능하다는 근본적인 한계를 가진다. 이러한 한계를 극복하기 위해 여러 가지 피병 전문평가도구들이 개발되었고, DSM-IV의 피병진단의 문제점과 진단기준을 보완하는 대안적 진단기준들이 제시되었다(Slick, Sherman, & Iverson, 1999; Vitacco, 2008). 구미에는 다른 임상장면 보다 특히 법정 심리학 분야에서 피병 연구가 활발하게 이루어지고 있다. 또한 피병을 객관적으로 평가하는 다양한 전문도구들이 개발된 반면, 국내에는 피병 관련 임상연구가 부진하고 기 개발된 피병전문평가 도구의 임상연구가 부진한 실정으로서 이후 활발한 연구가 필요해 보인다.

본 연구의 가장 큰 문제점은 피병의심 집단의 선별문제이다. 앞서 언급한 것처럼 피병은 다른 정신장애의 진단과 달리 확진이 매우 어려운 근본적인 문제를 가진다. 이러한 이유로 본 연구에서도 ‘피병’이라는 용어대신 ‘피병의심’이라는 용어를 사용하였다. 본 연구에서는 ‘피병의심’ 집단의 선정은 M-FAST라는 피병탐지 검사의 결과와 정신과 전문의의 진단을 준거로 하였다. 구미에서 행해진 준거집단 설계(known-groups design)연구에서 M-FAST 결과를 피병의 준거로 사용한 연구결과는 찾을 수 없

있다. 구미의 피병연구 대부분은 피병의 표준 진단검사(gold standard)인 SIRS가 피병집단 선별의 준거로 사용되는 것이 일반적이다 (Boccaccini, et al., 2006; Edens, et al., 2007; Kucharski, et al., 2007; Roger, Sewell, Cruise, Wang, & Ustad, 1998; Rogers, Ustad, & Salekin, 1998). 하지만 아쉽게도 국내에는 SIRS가 한국 판으로 표준화되지 않은 상황이라 대안적인 방법으로 M-FAST를 사용하였다. 비록 본 연구의 결과 표 7에 제시된 바와 같이 구미의 SIRS를 준거로 활용한 연구결과와 유사한 측면이 있으나 보다 타당성이 확보된 결과를 얻기 위해 M-FAST보다 피병진단의 타당성이 높은 SIRS를 준거로 한 후속 연구가 필요해 보인다. 이를 위해 SIRS의 국내 표준화 및 타당화 연구가 선행되어야 할 것이다.

본 연구에서 고찰해 볼 또 다른 문제점은 ‘실제 정신분열병이 있는 범죄자는 정신감정에서 피병을 보이지 않느냐?’에 관한 문제이다. 이러한 문제를 본 연구의 집단 분류와 관련해서 생각해 보면, 정신감정 결과 정신분열병으로 진단된 범죄자를 M-FAST 검사결과에 상관없이 비피병 집단으로 분류하는 것이 타당한가에 관한 문제로 귀결된다. 정신분열병이 있는 범죄자라 하더라도 정신감정에서 자신의 범죄와 관련하여 자신에게 보다 유리한 판결을 기대할 수 있는 자기방어 능력 및 현실검증력이 완전히 결여된 것이 아니기에 실제보다 자신의 증상을 충분히 과장되게 보고할 가능성이 있다. 본 연구결과 부분에 구체적으로 제시되지 않았으나 자료정리 과정에서 정신분열병을 진단받은 범죄자 25명 중 6명이 M-FAST에서 정신병리의 과장된 보고를 시사하는 점수(≥6점)를 보였으며, 이중 3명은 10점의 높은 점수를 보였다. 이는 정신분열병이

있는 범죄자라 하더라도 정신감정 장면에서 실제보다 자신의 증상을 과장되게 보고하였을 가능성이 높음을 시사한다. Kucharski와 그의 동료들(2007)의 연구에서도 본 연구와 마찬가지로 정신분열병과 같은 명확한 정신증적 정신장애를 가진 범죄자들도 정신감정 장면에서 피병을 보였다. 구체적으로 Kucharski와 그의 동료들(2007)의 연구에서는 정신분열병으로 진단받은 총 8명의 범죄자 중에서 2명이, 양극성 장애로 진단된 3명의 범죄자 중 1명이 SIRS에서 피병으로 분류되었다. 따라서 본 연구에서 정신분열병 진단을 받은 범죄자를 무조건적으로 비피병 집단으로 분류한 것이 타당한 연구 설계인지에 대해서는 고찰이 필요해 보인다.

참고문헌

김영환, 김지혜, 오상우, 임영란, 홍상환 (2001). PAI성격평가 질문지 실시요강. 서울: 학지사.

김용희, 정애자, 정상근, 유제민 (2004). 피병척도의 타당도 연구: 경도 두부손상 환자를 중심으로. 한국심리학회지: 임상, 23, 231-242.

김재욱, 조성희, 이수정(2009). M-FAST(Miller Forensic Assessment of Symptom Test)의 타당화 연구. 한국심리학회지: 일반, 28(2), 427-447.

김진아, 이현수, 박병관 (2002). 벤튼신경심리검사에서 외상성 뇌손상 환자와 사병집단의 수행비교. 한국심리학회 연차학술발표대회 논문집. 682-687. 경산: 영남대학교 국제관.

- 김중술, 한경희, 임지영, 이정흠, 민병배, 문경주 (2005). *다면적인성검사 II(MMPI-2) 매뉴얼*. 마음사랑.
- 김홍근 (2003). *K-사병진단검사 해설서*. 대구: 도서출판 신경심리.
- 박유정, 박병관, 이현수, 염태호 (1997). 사병집단의 벤튼신경심리검사 수행패턴. *한국심리학회지: 임상*, 16, 405-422.
- 신관우, 정세종 (2010). 정신분열증과 형사책임. *한국범죄심리연구*, 6(2), 171-200.
- 염태호, 박영숙, 오경자, 김정규, 이영호 (1992). *K-WAIS 지능검사 실시요강*. 서울: 한국가이던스
- 이수정, 김재욱 (2010). *한국판 꾀병탐지검사 M-FAST 전문가 지침서*. 서울: 학지사
- 이용승, 김중술(1995). K-WAIS 단축형의 타당도 연구. *한국심리학회지: 임상*, 14(1), 111-116.
- 임상규 (2009). 원인에 있어서 자유로운 행위의 처벌맥락. *형사법연구*, 21(3), 161-184.
- 조성희, 이수정, 김재욱 (2008). 정신감정 결과 정상으로 판단된 범죄자들과 장애 진단 집단 간의 꾀병관련 특성 비교 연구: MMPI-2 프로파일을 중심으로. *한국심리학회: 사회 및 성격*. 22(2), 45~58.
- 통계청 (2008). *한국표준질병·사인분류*. 통계청.
- 홍상황, 김영환 (2001). PAI 무선반응과 인상관리의 탐지: II. 탐지지표의 구성을 중심으로. *한국임상심리학회지: 임상*, 20(4), 751-761.
- 홍상황, 박은영, 김영환 (2001). PAI 무선반응과 인상관리의 탐지: 타당성척도의 분할 점수를 중심으로. *한국임상심리학회지: 임상*, 20(1), 165-177.
- American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Beaber, R. J., Marston, A., Michelli, J., & Mills, M. J. (1985). A brief test for measuring in schizophrenic individuals. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1478-1453.
- Blanchard, D. D., McGrath, R. E., Pogge, D. L., & Khandivi, A. (2003). A comparison of the PAI and MMPI-2 as Predictors of faking bad in college student. *Journal of Personality Assessment*, 80, 197-205.
- Boccaccini, M. T., Murrie, D. C., & Duncan, S. A. (2006). Screening for malingering in a criminal-forensic sample with the Personality Assessment Inventory. *Psychological Assessment*, 18(4), 415-423.
- Calhoun, P. S., Earnst, K. S., Tucker, D. T., Kirby, A. C., & Beckham, J. C. (2000). Feigning combat-related posttraumatic stress disorder on the Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 75, 338-350.
- Edens, J. F., Poythress, N. G., & Watkins-Clay, M. M. (2007). Detection of malingering in psychiatric unit and general population prison inmates: A comparison of the PAI, SIMS, and SIRS. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 33-42.
- 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.
- Guy, L. S., Kwartner, P. P., & Miller, H. A. (2006). Investing the M-FAST: Psychometric properties and utility to detect diagnostic specific malingering. *Behavioral Sciences & the Law*, 24, 687-702.
- Guy, L. S., & Miller, H. A. (2004). Screening for malingered psychopathology in a correctional setting: Utility of the Miller-Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *Criminal Justice and Behavior*, 31(6), 695-716.
- 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 Psychiatry and Psychology*, 14, 151-177.
- Kucharski, L. T., Toomey, J. P., Fila, K., & Duncan, S. (2007). Detection of malingering of psychiatric disorder with Personality Assessment Inventory: An investigation of criminal defendants. *Journal of Personality Assessment*, 88, 25-32.
- Liljequist, L., Kinder, B. N., & Schinka, J. A. (1998). An investigation of malingering posttraumatic stress disorder on Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 71, 322-336.
- Matarazzo, J. D. (1990). Psychological assessment versus psychological testing: Validation from Binet to the school, clinic and courtroom. *American Psychologist*, 45, 999-1017.
- Melton, G., Petrila, J., Poythress, N., & Slobogin, C. (1997). *Psychological evaluation for the courts* (2nd ed). New York: Guilford.
- Miller, H. A. (2001). *M-FAST: Miller forensic Assessment Symptoms Test professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- 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(3), 268-280.
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morey, L. C. (1993, August). *Defensiveness and malingering indices for the PAI*. Paper presented at the meeting of American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.
- Poythress, N. G., Edens, J. F., & Watkins, M. M. (2001). The relationship between psychopathic personality features and malingering symptoms of major mental illness. *Low and Human Behavior*, 25(6), 567-581.
- Resnick, P. J. (1984). The detection of malingered mental illness. *Behavioral Sciences and Law*, 2, 21-38.
- Resnick, P. J. & Knoll, J. L. (2008). Malingered Psychosis. In Richard Rogers (Ed), *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed. pp.51-68). New York: Guilford.
- Rogers, R. (2008). An introduction to response styles. In Richard Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed. pp.1-13). New York: Guilford.
- Rogers, R. (2008a). Current status of clinical

- methods. In Richard Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed. pp.391-410). New York: Guilford.
- Rogers, R., Bagby, R. M., & Dickens, S. E. (1992). *Structured Interview of Reported Symptoms: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Roger, R., Sewell, K. W., Cruise, K. R., Wang, E. W., & Ustad, K. L. (1998). The PAI and feigning: A cautionary note on its use in forensic-correctional setting. *Assessment*, 5, 399-405.
- Roger, R., Sewell, K. W., Morey, L. C., & Ustad, K. L. (1996). Detection of feigned mental disorders on the Personality Assessment Inventory: A discriminant analysis. *Journal of Personality Assessment*, 67, 629-640.
- Rogers, R., Ustad, K. L., & Salekin, R. T. (1998). Forensic applications of the PAI: A study of convergent validity. *Assessment*, 5, 3-12.
- Samuel W. H., & M. T. Boccaccini (2009). Detection of overreporting of psychopathology on Personality Assessment Inventory: A Meta-Analytic Review. *Psychological Assessment*, 21, 112-124.
- Scragg, P., Bor, R., & Mendham, M. C. (2000). Feigning post-traumatic stress disorder on the PAI. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 155-160.
- Slick, D. J., Sherman, E. M. S., & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 545-561.
- Streiner, D. L., & Cairney, J. (2007). What's Under the ROC: An Introduction to Receiver Operating Characteristics Curves. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(2), 121-128.
- Widows, M., & Smith, G. P. (2005). *Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) and professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Vitacco, M. J. (2008). Syndromes associated with deception. In Richard Rogers (Ed), *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed. pp.39-50). New York: Guilford.
- 1 차원고접수 : 2011. 11. 9.
심사통과접수 : 2011. 11. 18.
최종원고접수 : 2011. 11. 21.

Study of Pre-trial Forensic Offenders with Malingering Based on PAI and M-FAST

Lee, Jang-Kyu

Daegu University

The objective of this paper is to derive some PAI profile patterns of the malingering offender in forensic setting and in detail the detection of malingering(NIM, RDF, MAL) of PAI. For this study, we divide 64 pre-trial forensic offender sent in national forensic hospital into the probable malingering group(n=17) and the non-malingering group(n=47). The probable malingering group is classified as those who get above 6 of M-FAST among offenders judged as normality by psychiatric evaluation. The non-malinger group is classified as those who get under 6 of M-FAST among offenders judged as normality and schizophrenia(n=25) by psychiatric evaluation. The result of analytical researches on the difference of clinical scales of PAI between the probable malingering group and the non-malinger group shows that the former is significantly higher than the latter in most clinical scales. Especially, it is reported that the probable malinger group shows significantly higher in schizophrenia scale than the non-malinger group with schizophrenia. On inquiry on the assessment of three related malingering scales of PAI, the result of ROC analysis shows that AUC .856 of NIM scale is the highest in 3 scales. Finally, the optimum NIM scale cutoff score was revealed as 76T(sensitivity=.765, specificity=.851, PPP=.650, NPP=.909).

Key words : *malingering, M-FAST, PAI.*