

로샤 검사에서의 증상가장 탐지*

김진영[†]

안창일

고려대학교 심리학과

지금까지 나쁘게 왜곡하기와 관련해서 많은 로샤 연구가 진행되었지만, MMP처럼 독립된 지표를 개발하는 데까지는 도달하지 못하였다. 본 연구에서는 이러한 문제의식에 기초하여 임상장면에서 정상인이 보상금을 받거나 또는 법적인 책임을 회피하기 위해서 증상을 가장하고자 시도할 경우, 로샤 검사를 이용하여 그러한 시도를 적절히 감별해낼 수 있는 지표를 개발하고자 하였다. 이를 위해 본 연구에서는 대학생이 정신분열병 환자를 가장한 상태에서 수행한 로샤 검사 결과와 실제 정신분열병 환자의 로샤 검사 결과를 극적인 반응 변인을 중심으로 비교하였다. 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 총 반응수 중 극적인 반응비율 변인과 극적인 반응수 중 o 형태질 반응비율 변인이 정신분열병을 가장하는 시도를 가장 잘 감별해 주는 변인인 것으로 나타났다. 로샤 증상가장지표로서 “총 반응수 중 극적인 반응비율 .20 이상 그리고 극적인 반응수 중 o 형태질 반응비율 .30 이상”의 기준을 적용한 결과, 분류의 정확도는 89.19%로 나타났다. 그리고 표본오류편향을 방지하기 위해 이러한 분류기준을 또 다른 표본에 적용해본 결과 분류의 정확도는 91.31%로 나타났다. 본 연구에서 정신분열병을 가장한 집단이 보인 극적인 반응비율의 평균은 .43~.49였다. 반면에 PTSD를 가장한 집단의 극적인 반응비율의 평균은 .30~.34였다. 또 동일한 로샤 증상가장 지표를 사용할 경우, 정신분열병 집단의 경우에는 분류의 정확도가 89.19~91.31%이었지만, PTSD집단의 경우에는 83.65%로서 정확도가 다소 떨어지는 양상을 나타냈다. 이처럼 분류의 정확도가 떨어지는 것은 PTSD를 가장한 피험자들이 정신분열병을 가장한 피험자들보다 덜 심각한 정신병리를 가장하려고 노력했기 때문인 것으로 보인다. 이러한 결과는 증상을 가장하는 시도를 감별하는 경우, 목표증상의 심각도를 신중하게 고려할 필요가 있음을 시사해 준다.

주요어 : 로샤 검사, 증상가장, 극적인 반응수, o 형태질 반응비율

* 이 논문은 2002년도 고려대학교 인문·사회 계열 박사학위 논문발간 연구비 지원에 의하여 수행되었음

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 김진영 / 고려대학교 심리학과 / 서울 성북구 안암동 5가 1번지

FAX : 02-6223-3928 / E-mail : Jinysun@korea.ac.kr

심리평가를 하는 임상가들의 근본적인 관심 중 하나는 내담자가 보고하는 심리적 장애의 증상이 어느 정도 사실인 지를 규명하는 것이다. Resnick(1997)에 따르면, 사람들은 여러 가지 목적으로 증상을 가장하게 된다. 첫째, 처벌을 회피하거나 최소화하려는 경우이다. 둘째, 징병이나 전투를 회피하기 위한 경우이다. 셋째 경제적 이득을 얻기 위한 경우이다. 넷째, 죄수가 교도소에서 벗어나고자 하는 경우이다. 마지막으로 책임을 회피하기 위해서 정신과에서 치료를 받거나 입원하고자 하는 경우를 들 수 있다. 따라서 임상장면에서의 전문적인 평가과정에서는 환자의 신뢰성을 검토하고 자기보고에서 보이는 편파를 확인해야만 한다(Rogers, 1988; Rogers, 1997).

특히 심리평가 결과가 법적인 문제에 적용되는 경우에는 피험자 반응의 신뢰성을 검증하는 절차가 심리평가의 본질적인 목표가 되기도 한다. 김중율(1996)은 형사사건과 관련해서 검찰과 법원 그리고 경찰이 치료감호소에 정신감정을 의뢰한 사건수가 1988년 20사례에서 1994년 180사례로 불과 6년 사이에 9배나 증가하는 추세에 있다고 보고하면서, 1988년 이후 정신감정이 시행되었던 전체 694 사례 중에서 91명(13%)이 정상으로 판정되었다고 하였다. 김중율(1996)은 이러한 정신감정 결과가 판결내용에 커다란 영향을 준다고 하였다.

증상가장 집단을 탐지하기 위해 사용되는 심리검사 도구는 크게 질문지형 자기보고식 검사와 투사적인 검사로 구분할 수 있다(Lubin, Larsen, Matarazzo, & Seever, 1985).

왜곡반응을 탐지하는 데 활용되는 질문지형 자기보고식 검사로는 미네소타 다면적 인성검사(Minnesota Multiphasic Personality Inventory; 이하 MMPI라 함), 아이젠크 성격차원검사(Eysenck

Personality Questionnaire; EPQ), 캘리포니아 성격검사(California Psychological Inventory; CPI) 등이 있다. 이들은 모두 피험자의 왜곡반응을 탐지할 수 있는 하위척도를 가지고 있다. 하지만 왜곡반응을 탐지할 때, 질문지형 자기보고식 검사를 활용하는 것은 안면타당도가 높다는 약점이 있다. 따라서 질문지형 자기보고식 검사들은 진단적인 평가에 참여하는 사람들이 목표로 하는 증상을 비교적 쉽게 가장할 수 있다(Frueh & Kinder, 1994; Lees-Haley, 1989). 일반적으로 임상장면에서 증상을 가장하는 것이 문제가 되는 주요 진단은 정신분열병(Schizophrenia)과 외상후 스트레스 장애(Post-Traumatic Stress Disorder; 이하 PTSD)이다. 그런데 MMPI에서 정신분열병 관련 증상을 측정하는 Sc 척도와 PTSD 증상을 감별하는 데 사용되는 PTSD 척도 모두에는 모호문항이 포함되어 있지 않다. 이러한 이유 때문에 MMPI를 활용해서 정신분열병 혹은 PTSD 증상을 가장하는 사람을 감별해내기 위한 연구들에서는 Sc 척도 및 PTSD 척도와 더불어서 타당도 척도들을 함께 사용한다. 하지만 이처럼 타당도 척도를 함께 사용해서 증상을 가장하려는 시도를 탐지하고자 할 경우, 실제 정신과 환자임에도 불구하고 나쁘게 왜곡하는 반응을 보인 것으로 잘못 평가하게 될 가능성이 매우 높다. 예를 들어, Hathaway와 McKinley(1967)는 F 척도가 T 점수 70 이상일 때는 타당하지 못한 자료로 봐야 한다고 주장하였다. 하지만 Hyer, Fallon, Harrison과 Boudewyns(1987)는 Hathaway와 McKinley(1967)가 제안한 기준을 수정 없이 그대로 사용할 경우, 외상후 스트레스 장애 환자들의 50%이상을 왜곡반응 집단으로 판정할 수 있다는 점을 제시한 바 있다.

질문지형 자기보고식 검사와는 대조적으로 투사적 검사인 로샤 검사(the Rorschach test)는 상대적으로 불분명하고 모호한 자극을 제시하기 때

문에 증상을 가장하고자 하는 사람들이 실제 정신과 환자들의 반응을 흉내내기가 어렵다는 장점을 가지고 있다. 또한 로샤 검사는 검사과정에서 산출되는 개인적인 반응들의 변산성이 상대적으로 크기 때문에, 정신과 환자들이 보이는 다양한 임상적 증상들을 보다 민감하게 포착해낼 수 있을 것으로 기대된다.

로샤 검사에서 증상을 가장하려는 시도와 관계된 지금까지의 연구 결과들(Albert, Fox, & Kahn, 1980; Carp & Shavzin, 1950; Easton & Feigenbaum, 1967; Feldman & Graley, 1954; Frueh & Kinder, 1994; Ganellen, Wasyliw, Haywood, & Grossman, 1996; Meisner, 1988; Mittman, 1983; Overton, 1984; Seamons, Howell, Carlisle, & Roe, 1981)을 종합해 보면 피험자의 의도가 로샤 검사의 구조적 요약자료의 점수들에 영향을 줄 수 있는 것으로 보인다. Seamons 등(1981)은 피험자가 정신분열병을 가장하는 경우 X+%, F+%, Lambda는 상대적으로 정상범위에 있으면서 극적인 반응(피, 우울, 성, 증오, 싸움, 살인 등), 재질 반응, 음영 반응, 원경 반응, 비인간운동 반응, 부적절한 결합 반응이 증가한다고 하였다. 그리고 Frueh와 Kinder(1994)는 PTSD 증상가장 집단도 실제 PTSD 환자집단에 비해 Seamons 등(1981)이 제안한 극적인 반응을 더 많이 보고한다고 하였다. 또 Meisner(1988)는 피험자들이 우울증을 가장하는 경우, 피 반응과 병적인 내용의 특수점수가 두드러지게 증가한다고 하였다. 그러나 지금까지 로샤 검사를 이용해서 나쁘게 왜곡하기에 관한 연구들을 상당 수 해왔음에도 불구하고, MMPI에서처럼 독립된 지표를 개발하는 데까지는 나아가지 못하였다.

MMPI와는 달리, 로샤 검사에서는 증상을 가장하는 시도와 관계된 척도가 개발되지 못한 이유로 다음의 세 가지 사항을 고려해 볼 수 있다.

첫째, 로샤 검사의 투사적 속성에 대한 지나친 믿음이다. 오랫동안 로샤 연구자들은 로샤 검사가 무의식적인 내용을 드러내주는 도구이기 때문에 피험자가 의도적으로 반응을 왜곡하지는 못할 것이라고 믿어왔다(Ganellen, Wasyliw, Haywood, & Grossman, 1996). 둘째, MMPI와는 달리 로샤 검사에는 서술적인 자료가 포함되기 때문에 상대적으로 더 복잡한 형태의 부호들을 사용하여 채점하게 된다. 따라서 로샤 검사에서는 상대적으로 더 복잡하게 구조화된 자료들을 분석하게 되기 때문에 MMPI에 비해 간명한 결론을 내놓기가 어렵다. 셋째, MMPI에 비해 로샤 검사는 실시 상의 제약이 뒤따른다. MMPI와는 달리, 로샤 검사를 실시하기 위해서는 장기간의 임상적인 훈련이 요구된다. 따라서 상대적으로 많은 표본자료가 요구되는 척도개발을 위한 연구를 진행하기가 어렵다.

이러한 문제점들을 고려할 때, 비교적 최근에 진행된 Frueh와 Kinder(1994)의 연구 그리고 Ganellen, Wasyliw, Haywood와 Grossman(1996)의 연구 결과는 증상가장을 시도한 로샤 프로토콜을 확인할 때 무엇을 살펴보아야 할 지에 대한 단서를 제공해 주고 있다. 이들(Frueh & Kinder, 1994; Ganellen et al., 1996)의 연구 결과에 따르면, 가장된 프로토콜에서 구조적 요약자료의 다른 어떤 변인보다도 일관된 양상을 보였던 것은 다름 아니라 반응내용 측면이었다. 즉 비교집단에 비해서 가장된 프로토콜은 피, 우울, 성, 증오, 싸움, 살인 등의 극적인 반응을 더 많이 포함하고 있는 것으로 보고되었다. 반면에 이처럼 반응내용이 극적인 것에 비해 가장된 반응에서의 지각적 정확성은 상대적으로 유지되는 것으로 나타났다(Schretlen, 1997). 그리고 증상가장 집단의 로샤 검사 결과를 구조적인 요약의 형태로 종합하게 되면, 증상가장 효과가 사실상 두드러지게

나타나지 않았다. 이러한 결과는 기존의 로샤 구조적 요약 자료만으로는 증상가장 집단을 효과적으로 탐지해낼 수 없으며 증상가장을 탐지하기 위한 지표를 구성할 경우 초점은 극적인 내용을 포함하는 반응의 수와 그러한 반응들에서 지각적인 왜곡이 나타나는 지 여부에 맞추어져야 한다는 점을 시사해 준다.

정신분열병 환자들은 로샤 검사의 반응 과정에서 자신이 집착(preoccupation)하고 있는 테마들에 대해서 지각적인 왜곡을 나타내는 경향이 있다. 따라서 정신분열병 환자들은 로샤 검사의 반응과정에서 극적인 내용들을 보고하는 것과 지각적인 정확성이 감소하는 양상이 상응하게 될 것이다. 반면에 선행연구들(Frueh & Kinder, 1994; Ganellen et al., 1996)은 증상을 가장하는 집단의 경우, 지각적인 왜곡이 현저하지 않은 상태에서 극적인 반응을 과도하게 보고하려 하기 때문에, 그 둘 간에 불균형이 존재할 수 있음을 시사해 준다. 그러므로 구조적 요약에서처럼 로샤 검사의 전체반응에 대해서 지각적인 정확성을 평가하는 것이 아니라, 극적인 반응들을 중심으로 지각적인 정확성을 평가한다면, 증상을 가장하는 집단과 실제 환자 집단 간의 차이를 보다 분명하게 밝힐 수 있을 것으로 보인다.

이러한 관점에서 본 연구는 로샤 검사의 증상가장 지표를 개발하기 위해 두 가지 연구과제를 수행하였다. 연구 1에서는 로샤 검사의 증상가장 지표를 구성하기 위해 정상인들이 정신분열병을 가장해서 응답한 로샤 검사 자료와 정신분열병 환자들의 로샤 검사 자료를 비교하였다. 그 후 로샤 검사의 증상가장 지표를 개발하는 데 활용된 표본과는 독립적인 표본을 새로 구성하여, 연구 1에서 개발된 지표에 대한 교차타당도를 살펴해보았다. 또 연구 2에서는 연구 1에서 구성된 로샤 증상가장 지표가 정신분열병 이외의 다른

정신과적인 장애를 가장하는 상황에도 적용될 수 있는 지 여부를 살펴보았다. 이를 위해, 연구 2에서는 로샤 증상가장 지표를 PTSD 가장집단의 로샤 검사 자료에 적용해 보았다. 이처럼 정신분열병 이외의 정신과 진단으로 PTSD를 선택한 이유는 임상장면에서 증상가장 문제로 인해서 관심의 초점이 되는 대표적인 정신과 진단이 바로 정신분열병과 PTSD이기 때문이다. 김광일(1995)은 정신분열병은 사건 및 사고와의 인과관계가 인정되지 않는 반면, PTSD는 사고와 명백한 인과관계가 존재하고 또 후유 장애를 남기는 대표적인 질환이라고 하였다. 그리고 김재환과 김광일(1994)은 각종 사고로 인해 두부외상을 입은 후 정신과적 후유증이 의심되는 환자들의 74.2%가 정신감정을 위해 심리평가가 의뢰되었다고 보고한 바 있다. 따라서 정신분열병은 사건 및 사고와는 무관한 조건에서 형사처벌이 문제되는 경우 증상을 가장하는 문제와 밀접하게 연관되어 있는 정신과적인 진단이며 PTSD는 사건 및 사고와 관계된 증상가장 시도에서 대표성을 갖는 정신과적 진단이라고 할 수 있다.

연구 1. 로샤 증상가장지표의 구성

연구목적

연구 1의 목적은 정신분열병을 가장하는 정상인과 실제 정신분열병 환자를 구별해 줄 수 있는 로샤 증상가장지표를 구성한 후 그 지표에 대한 경험적 타당성을 검증하는 것이다. 정신분열병을 가장하는 집단은 정상통제집단과 실제 정신분열병 환자집단보다 더 많은 수의 극적인 반응을 보일 것이나, 극적인 반응에서의 지각적 정확성 지수는 정신분열병 환자집단보다 더 높

게 나타날 것으로 예상된다.

방 법

연구대상

피험자는 모두 세 집단이다. 첫 번째 집단은 정신분열병 환자집단(N=35)이다. 이들은 정신과 전문의와 임상심리 전문가가 DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994)의 준거에 의거해서 진단내린 사례들이었다. 두 번째 집단은 정신건강 상의 문제로 정신과 치료 또는 심리상담을 받아본 적이 없는 정상 대학생(N=40)들로 구성되어 있다. 이들은 심리학 교양과목을 수강하는 서울시 소재 2개 대학교의 학생들이었다. 본 연구에 참여한 피험자들은 본 실험과는 별도로 진행된 성격검사에 대한 리포트를 제공받기로 하였다. 이들은 모두 로샤 검사 직전에 실시된 면접에서 정신과 병력이 없는 것으로 보고하였다. 두 번째 집단은 로샤 검사를 두 번 받았다. 첫 번째 시행은 로샤 종합체계(Exner, 1993)의 표준화된 절차에 기초해 실시되었다. 그리고 두 번째 시행은 정신분열병을 가장하라는 지시가 주어진 후 실시되었다. 세 번째 집단도 심리학 교양과목을 수강하는 대학생들(N=36)이었으나 이들은 정신분열병을 가장하라는 지시에 기초해서 로샤

검사를 한 번만 받았다. 이들은 모두 이전에 로샤 검사를 받은 적이 없다고 보고하였다. 두 번째 집단과 세 번째 집단은 실험에 참여한 수강생들을 무선 할당하여 구성하였다. 연구대상자들의 인구통계학적 변인은 표 1에 소개되어 있다.

연구도구

로샤 체계

로샤 검사의 실시 및 채점의 모든 과정은 종합체계(Exner, 1993)를 따랐다. 본 연구에서 로샤 극적인 반응 채점 항목에 대한 조작적인 정의는 Seamons 등(1981) 및 Frueh와 Kinder(1994)의 연구에서 사용한 것을 따랐다. 그들의 연구에서 극적인 반응 점수는 부정적인 정서, 우울, 성, 피, 혼란, 불구, 증오, 싸움, 살인, 참수, 악마 등의 일반적이지 않은 반응내용을 포함하는 반응들을 합산한 것이었다. Frueh와 Kinder(1994)에 따르면, 이러한 반응들은 증상을 가장하고자 시도하는 피험자들이 로샤 검사에 대해서 연기하듯이 반응하고자 할 때 두드러지게 증가하는 것으로 보고되었기 때문에 극적인 반응이라고 명명되었다고 한다. 본 연구에서는 이러한 극적인 반응들에 대해서, 종합체계에 기초하여 형태질을 채점하였다. 예를 들면, 로샤 2번 카드의 W 영역에서 악마들이라고 반응하거나 D3 영역에 대해서 성 반응 또는 피 반응을 보이는 경우 극적인 반응이

표 1. 피험자들의 인구통계학적 변인

	성 별			연령 평균	학력 평균
	남	여	계		
재시행 시 증상을 가장한 집단	21명	19명	40명	21.20(2.93)	13.00(2.64)
첫시행 시 증상을 가장한 집단	20명	16명	36명	20.50(1.91)	13.25(2.50)
정신분열병 환자집단	18명	17명	35명	26.43(3.43)	13.14(3.54)

주. () 안은 표준편차

지만 형태질 상에서 α 로 채점된다. 본 연구에서 30개의 로샤 프로토콜을 무선적으로 뽑아, 연구자 이외의 2명의 평정자에게 채점을 하도록 한 결과, 극적인 반응 점수에 대한 k 계수는 .93이었다.

양성·음성 증후군 척도 (Positive And Negative Syndrome Scale)

본 연구에서는 정신분열병을 진단하기 위하여 양성·음성 증후군 척도(한국안센, 1991; 이하 PANSS)를 사용하였다.

정신분열병 증상가장 지시문

본 연구에서는 정신분열병 가장집단에 할당된 피험자들에게 DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994)에 나와 있는 정신분열병에 대한 기술을 일 반인도 쉽게 이해할 수 있도록 풀어쓴 설명문과 더불어 “심리검사를 받을 때, 자신의 생각과 느낌대로 대답하지 말고 정신분열병 환자라면 어떻게 반응할 것이라라고 생각되는 방식으로 대답”하라는 내용의 증상가장 지시문(김진영, 2002)을 제시하였다.

MMPI의 Sc 척도와 기태적 사고 척도

본 연구에서는 정신분열병을 가장하라는 실험적 조작이 실험설계 내용대로 이루어졌는지를 확인하기 위해서 566문항 MMPI(김영환, 김재환, 김중술, 노명래, 신동균, 염태호, 오상우, 1994)의 Sc 척도와 기태성 척도(bizarre mentation subscale; 이하 biz 척도)를 사용하였다.

검사자

로샤 검사와 PANSS는 대학원에서 임상심리학을 전공한 후 2년 이상의 전문적인 임상수련 과정을 이수한 수련생 5명이 실시하였다. 로샤 검

사와 PANSS를 표준화된 방식으로 실시하기 위해서, 연구를 시작하기 전에 각 검사자의 로샤 검사 과정 및 면접 과정을 비디오로 촬영하였다. 그리고 촬영된 화면을 보면서 집단적으로 토의하는 식의 피드백 과정을 거쳐 실시 상의 오류를 교정하였다. 본 연구에서 사용된 로샤 검사자료 및 면접자료는 평정자들 간 일치도가 80% 수준에 도달한 이후부터 수집되었다.

절차

본 연구에서의 실험설계는 Feldman과 Graley (1954)가 사용한 방법을 따랐다. 서울시 소재 2개 대학교의 심리학 수강생들을 무선할당 과정을 통해 두 집단으로 나누었다. 한 집단은 자신의 현재 상태에 기초해서 로샤 검사를 받기 직전에 MMPI의 Sc 척도와 biz 척도에 응답하였다. 평균 8주가 지난 후 그들은 실험자의 개별적인 전화 연락을 통해 실험실을 재방문하였다. 이 때 그들은 정신분열병에 대한 설명문과 더불어 정신분열병 증상을 가장해서 심리검사를 수행하라는 지시를 받았다. 그들은 이러한 증상가장 지시문에 기초해서 MMPI의 Sc 척도와 biz 척도 및 로샤 검사에 대한 재검사를 받았다. 또 다른 집단은 정신분열병 환자를 가장하라는 지시와 더불어 로샤 검사를 한 번만 받았다. 하지만 이들도 로샤 검사를 받기 8주 전에 앞의 집단과 마찬가지로 자신의 현재 상태에 기초해서 MMPI Sc 척도와 biz 척도에 응답하였다. 그리고 로샤 검사를 받기 직전에 MMPI Sc 척도와 biz 척도에 다시 한번 응답하였다.

이처럼 본 연구에서 로샤 검사와 MMPI를 함께 실시한 이유는 피험자들이 로샤 검사를 수행할 때, 실제로 증상을 가장해서 반응했는지 여부를 확인하기 위해서였다. 피험자들이 자신의 현

표 2. 정신분열병 증상을 가장하기 전·후의 MMPI 결과

	증상가장 지시 전		쌍표본 t 값	증상가장 지시 전		쌍표본 t 값
	MMPI	MMPI		MMPI	MMPI	
	Sc	Sc		biz	biz	
로샤 검사 재시행시 증상을 가장한 집단 (N=40)	50.50 (5.15)	87.50 (6.49)	-8.74**	40.51 (4.69)	77.20 (3.09)	-5.97*
로샤 검사 첫시행시 증상을 가장한 집단 (N=36)	48.76 (6.91)	88.25 (6.40)	-8.64**	38.20 (5.93)	78.20 (4.93)	-5.74*

주. () 안은 표준편차, * $p < .01$

재 상태에 기초해서 반응한 MMPI 결과와 정신분열병 증상을 가장해서 반응했을 때의 MMPI 결과가 표 2에 제시되어 있다. 로샤 검사의 재시행에서 증상가장 시도를 한 집단과 첫 시행에서 증상가장을 시도한 집단 모두 자신의 현재 상태에 기초해 응답했을 때에 비해 정신분열병을 가장한 시행에서 MMPI의 Sc 척도와 biz 척도의 T 점수가 유의미하게 증가하였다. 이는 피험자들이 실험실계 상에서 계획했던 방향으로 정신분열병 증상을 가장하고자 시도했음을 시사해주는 것으로 생각된다.

정신분열병 환자집단의 경우 심리학적 평가는 그들이 폐쇄병동에 입원하고 있는 시점에서 시행되었다. 그들은 입원 후 평균 2주가 지난 시점에서 심리검사를 받았다. PANSS는 심리검사를 시행하기에 앞서 시행되었다.

결 과

표 3은 정신분열병을 가장한 집단과 정신분열병 환자집단의 로샤 검사 결과를 극적인 반응변인 중심으로 제시한 것이다. 쌍표본 t 검증

(paired samples t-test) 결과, 로샤 검사의 재시행에서 증상을 가장한 집단의 경우에 총 반응수 중 극적인 반응의 비율 그리고 극적인 반응 중 형태질이 -인 반응비율에서 첫 시행에서 얻은 결과와 유의미한 차이를 보였다. 하지만 극적인 반응 중 형태질이 o인 반응비율 그리고 극적인 반응 중 형태질이 u인 반응비율에서는 증상을 가장하기 전과 후에 유의미한 차이가 나타나지 않았다.

또한 로샤 검사의 첫 시행에서 증상가장을 시도한 집단과, 로샤 검사의 재시행에서 증상가장을 시도한 집단 그리고 정신분열병 환자집단의 로샤 검사 결과에 대해서 F 검증을 한 결과, 총 반응수 중 극적인 반응비율, 극적인 반응 중 형태질이 o인 반응비율, 그리고 극적인 반응 중 형태질이 -인 반응 비율 모두에서 세 집단 간 유의미한 차이가 나타났다. 하지만 극적인 반응 중 형태질이 u인 반응비율에서는 세 집단 간 유의미한 차이를 보이지 않았다.

사후검증으로 Tukey 검증을 실시한 결과, 증상가장을 시도한 두 집단 모두 정신분열병 환자집단에 비해 총 반응수 중 극적인 반응비율과 극적인 반응 중 형태질이 o인 반응 수에서 상대적으로 높은 반응비율을 나타냈다. 그리고 극적인

표 3. 정신분열병 증상가장과 로샤 검사의 극적인 반응비율

	총반응수 중 극적인 반응 비율		쌍표본 t값	극적인 반응 중 o 형태질 반응 비율		쌍표본 t값	극적인 반응 중 u 형태질 반응 비율		쌍표본 t값	극적인 반응 중 - 형태질 반응 비율		쌍표본 t값
	가장전	가장후		가장전	가장후		가장전	가장후		가장전	가장후	
로샤 제시행시 증상가장 집단 (N=40)a	.06 (.07)	.49 (.19)	-12.80**	.62 (.49)	.50 (.19)	1.32	.38 (.43)	.26 (.14)	-1.48	.00 (.00)	.24 (.18)	-9.50**
로샤 첫시행시 증상가장 집단 (N=36)b		.43 (.13)			.54 (.22)			.28 (.15)			.19 (.16)	
정신분열병 환자집단 (N=35)c		.14 (.11)			.23 (.07)			.33 (.21)			.44 (.25)	
F값 (2, 98)	57.24**			99.03**			1.58			15.46**		
Tukey 검증	a,b>c*			a,b>c*						a,b<c*		

주. () 안은 표준편차, 사후검증은 Tukey 검증을 시행하였음.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

반응 중 형태질이 -인 반응비율의 경우 실제 정신분열병 환자집단이 증상을 가장한 집단보다 더 높은 반응비율을 나타냈다.

본 연구에서는 정신분열병 가장집단과 실제 정신분열병 환자집단을 변별하는 데 총 반응수 중 극적인 반응비율과 극적인 반응 관련 형태질 변인들이 유용하게 활용될 수 있는 지 여부를 규명하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 표 3에서 극적인 반응 중 형태질이 u인 반응비율은 세 집단 간 유의미한 차이를 보이지 않았기 때문에, 나머지 3가지 변인을 대상으로 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 이 때 변인을 입력하는 방식으로는 전진선택법(Wald)을 사용하였다. 그 결과, 총반응수 중 극적인 반응비율과 극적인 반응 중 형태질이 o인 반응수 변인이 유의미한 변인으로 회귀식에 포함되었다.

표 4에는 로지스틱 회귀식에 포함된 독립변인들의 유의수준이 제시되어 있다. 단계 1에서는 극적인 반응수 중 o 형태질 반응비율 변인만 회

귀식에 포함되었다. 그리고 단계 2에서는 총 반응수 중 극적인 반응비율 변인이 회귀식에 추가되었다. 이 두 변인은 모두 유의미한 변인으로 회귀식에 포함되었지만 극적인 반응수 중 - 형태질 반응비율 변인은 회귀식에 포함되었을 때 예측력을 유의미한 수준으로 증가시키지 못하였기 때문에 제거되었다. 표 4의 결과는 극적인 반응수 중 o 형태질 반응비율 변인과 총 반응수 중 극적인 반응비율 변인이 정신분열병 가장집단과 실제 환자 집단을 감별하는 데 유용할 수 있음을 시사해 준다.

로지스틱 회귀분석 결과, 극적인 반응수 중 o 형태질 반응비율 변인과 총 반응수 중 극적인 반응비율 변인이 회귀식에 포함되었을 경우, 분류의 정확도는 98.20%이었다. 하지만 로지스틱 함수식에 기초한 통계적 의미는 실제 임상 장면에서의 심리학적 의미와 다를 수 있다. 일례로 표 4에 나타난 함수식의 표준화된 계수를 비교해 보면, 상대적으로 극적인 반응수 중 o 형태질

표 4. 정신분열병 가장집단을 변별하기 위한 로지스틱 회귀식에 포함된 변수들의 유의수준

단계		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
1	극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율	-25.04	7.34	11.64	1	.00	.00
	상수	3.87	1.19	10.56	1	.00	47.76
2	총반응수 중 극적인 반응비율	-11.64	4.38	7.05	1	.01	.00
	극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율	-16.74	5.67	8.69	1	.00	.00
	상수	7.16	2.34	9.37	1	.00	1282.43

반응비율 변인이 총반응수 중 극적인 반응비율 변인에 비해 상대적으로 더 큰 설명변량을 가지고 있다. 즉 통계적으로는 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 변인이 총 반응수 중 극적인 반응비율 변인보다 더 중요한 변인인 것으로 나타났다. 하지만 임상적인 의미 상에서는 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 보다는 총 반응수 중 극적인 반응비율이 상대적으로 더 근간이 되는 변인이 된다. 왜냐하면 총 반응수 중 극적인 반응비율 변인은 증상을 가장하려는 시도에 의해 직접 영향을 받는 변인이지만, 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 변인은 증상을 가장하는 시도의 영향을 받는 변인이 아니기 때문이다. 또 로지스틱 함수식 자체는 표본이 바뀔 때마다 변화하기 때문에 매우 유동적인 속성을 가지고 있으며 수리적인 계산을 요구한다는 점에서 임상가들이 익숙해 하지 않는 방식이라고 할 수 있다.

임상 장면에서 상대적으로 활용도가 높은 증상가장 지표를 발견해내기 위해서, 총 반응수 중 극적인 반응비율 및 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율의 분포 양상을 살펴본 결과, “총 반응수 중 극적인 반응비율 .20 이상 그리고 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 .30 이상”을 분류

기준점으로 할 때, 분류의 정확도가 가장 높았다. 표 5에는 “총 반응수 중 극적인 반응비율 .20 이상 그리고 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 .30 이상”을 분류기준점으로 했을 때, 정신분열병 환자집단과 증상가장 집단 각각을 변별해내는 확률이 제시되어 있다. 정신분열병 가장집단을 감별해내는 확률은 84.21%였지만 정신분열병 환자집단을 변별해내는 확률은 그보다 더 높은 97.15%였다.

로사 증상가장지표의 타당화

표 5의 결과처럼, 비록 로사 증상가장지표를 통한 분류의 정확도가 매우 높게 나타났다 할지라도, 그러한 결과가 판별규칙의 타당성을 보장해 주는 것은 아니다. 왜냐하면 분류기준을 적용하는 표본이 바뀌게 되면, 그러한 판별 결과 역시 바뀔 수 있기 때문이다. 따라서 로사 증상가장지표의 타당성을 검증하기 위해서는 그러한 증상가장지표를 도출하는 데 이용되었던 피험자들과는 독립된 정신분열병 환자집단과 증상가장 집단을 재구성하여 적용했을 때도 높은 수준의 분류 정확도가 유지되는지를 확인할 필요가 있

표 5. 로샤 증상가장지표의 정신분열병 가장집단 분류율

	예측된 집단		분류의 정확도
	정신분열병 가장집단	정신분열병 환자집단	
정신분열병 가장 집단(N=76)	64(84.21%)	12(15.79%)	89.19%
정신분열병 환자 집단(N=35)	1(2.86%)	34(97.15%)	

다. 이를 위해 본 연구에서는 정신분열병 환자 집단과 정신분열병 가장 집단을 재표집하였다. 정신분열병 환자 집단(N= 22)은 증상가장지표를 구성하는 과정에서 활용했던 환자 집단과는 독립적으로 표집되었으나 그 구체적인 진단절차는 동일하였다. 증상가장 집단은 심리학 교양과목을 수강하는 대학생(N=24)으로서, 증상가장지표를 구성하는 과정에서 활용했던 피험자들과는 독립적으로 표집되었으나 표집절차는 동일하였다.

증상가장지표의 타당화 연구에 사용된 연구도구는 증상가장지표를 구성할 때와 동일하였다. 그리고 검사자의 조건과 로샤 검사와 PANSS를 실시할 때의 표준화 절차 역시 동일하였다.

증상가장지표를 구성하기 위한 통계적 검증 과정에서, 검사의 첫 시행에서 증상을 가장한 집단과 두 번째 시행에서 증상을 가장한 집단 간 차이가 발견되지 않았기 때문에, 타당화 연구에서는 Feldman과 Galey(1954)가 사용한 절차를 따르지 않았다. 그 대신에, 정신분열병 환자의 자료를 첫 번째 시행에서 증상을 가장한 대학생

자료와 직접 비교하였다. 이 때, 타당화 연구에서 정신분열병을 가장한 피험자 집단 역시 증상가장지표를 구성할 때 참여한 피험자들과 마찬가지로 로샤 검사를 받기 8주 전에 MMPI의 Sc 척도와 biz 척도에 응답하였다. 그리고 로샤 검사를 받기 직전에 MMPI의 Sc 척도와 biz 척도에 대한 재검사가 시행되었다.

타당화 연구에 참여한 피험자들이 자신의 현재 상태에 기초해서 반응한 MMPI 자료와 정신분열병 증상을 가장해서 반응했을 때의 MMPI 자료를 비교했을 때, 표 2와 동일한 결과를 산출하였다. 이는 피험자들이 실험실제 상에서 계획했던 방향으로 정신분열병적 증상을 가장하고자 시도했음을 시사해주는 것으로 생각된다.

표 6은 로샤 증상가장지표를 타당화 표본에 적용했을 때의 집단 간 분류율을 구한 것이다. 이 때 분류의 정확도는 91.31%으로서, 이는 증상가장지표를 구성할 때 사용했던 표본에서의 분류 정확도 89.19%보다도 더 높은 것이다.

표 6. 로샤 증상가장지표의 교차타당도 검증

	예측된 집단		분류의 정확도
	정신분열병 가장집단	정신분열병 환자집단	
정신분열병 가장 집단(N=24)	20(83.34%)	4(16.66%)	91.31%
정신분열병 환자 집단(N=22)	0(0.00%)	22(100.00%)	

논 의

로샤 검사의 첫 번째 시행에서 정신분열병을 가장한 집단과 로샤 검사의 두 번째 시행에서 정신분열병을 가장한 집단 모두 증상가장을 시도하기 전에 비해 MMPI의 Sc 척도와 biz 척도가 유의미하게 증가하였다. 정신분열병 증상을 가장한 집단의 MMPI 결과는 실제 정신분열병 환자가 MMPI에서 정신적으로 혼란된 양상을 보일 때의 전형적인 패턴에 해당되는 프로파일이었다(두 척도 모두 T 점수 70이상). 따라서 본 연구에서 피험자들은 실험실계 상에서 계획했던 방향으로 정신분열병 증상을 가장하고자 시도했던 것으로 생각된다.

정신분열병 증상을 가장하는 집단이 로샤 검사 반응에서 총 반응수 중 극적인 반응비율이 유의미하게 증가하는 것으로 나타났다. 그러나 이처럼 극적인 반응비율이 증가하는 가운데에서도 극적인 반응수 중 형태질이 0인 반응비율은 정상통제 집단에 비해 유의미하게 감소하지 않았다. 이는 증상가장 집단이 정신분열병 집단보다 많은 수의 극적인 반응을 함으로써 증상가장 시도를 하였음에도 불구하고 그에 상응하는 형태질의 변화는 모방하지 못했음을 보여주는 결과로 생각된다. 그리고 로지스틱 회귀분석 결과는 총 반응수 중 극적인 반응비율 변인과 극적인 반응수 중 형태질이 0인 반응비율 변인이 정신분열병 가장 집단과 실제 정신분열병 환자 집단을 구분하는 데 중요한 역할을 할 수 있음을 보여준다.

“총 반응수 중 극적인 반응비율 및 극적인 반응 중 형태질이 0인 반응비율”의 분포를 살펴본 결과, 정신분열병 증상을 가장하려는 시도를 가장 잘 감별해낼 수 있는 기준점은 “총 반응수 중 극적인 반응비율 .20 이상 그리고 극적인 반

응수 중 0 형태질 반응비율 .30 이상”이었다. 그리고 그 때의 분류정확도는 89.19%이었다.

본 연구에서 타당화 검증을 위해 사용된 표본의 크기는 판별분석을 위한 표본크기의 하한계(표본의 크기 30 이상에 다소 못미친다고 할 수 있다. 하지만 그러한 기준은 검증표본에서 판별 함수식의 정확성을 검증하고자 할 때 요구되는 것이다. 본 연구에서의 검증표본은 복잡한 통계적인 분석을 요구하는 검증을 시행하기 위해 표집된 것이 아니라 판별기준의 표본 간 타당성을 검토하기 위해 표집되었다. 따라서 상대적으로 적은 크기이기는 하지만, 본 연구의 맥락에서 표본 간 타당성을 검증하는 준거로 활용하는 데는 심각한 문제가 발생하지 않을 것으로 생각된다. 그럼에도 불구하고 보다 많은 피험자를 사용한 표본들에 적용했을 때 수렴적 결과가 나오는 지 여부를 재검증하는 것은 중요한 후속과제가 될 것이다.

이상의 결과들을 함께 고려할 때, “총반응수 중 극적인 반응비율 .20 이상 그리고 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 .30 이상”의 기준을 적용할 경우 실제 정신분열병 환자집단과 증상을 가장하는 집단을 매우 높은 수준의 분류 정확도를 가지고 감별할 수 있을 것으로 기대된다.

연구 2. 로샤 증상가장지표의 교차타당화 - PTSD 증상가장 집단을 대상으로 -

연구목적

연구 2의 목적은 연구 1에서 개발된 로샤 검사의 증상가장지표가 정신분열병 이외에 PTSD 증상을 가장하는 상황에도 적용될 수 있는 지

여부를 확인하는 것이다. 본 연구에서 개발된 증상가장지표의 임상적 활용성을 높이기 위해서는, 증상가장 지표가 정신분열병 뿐만 아니라 다른 정신과적 장애의 증상을 가장하는 사례까지도 감별할 수 있음을 보여 줄 필요가 있다. 연구 2에서는 정신분열병 이외에 증상가장 문제와 관련해서 가장 빈번하게 언급되는 대표적인 장애인 PTSD를 대상으로 해서 로샤 증상가장 지표의 타당성을 검증해보고자 한다.

방 법

연구대상

피험자는 세 집단으로 구성되었다. 첫 번째 집단은 PTSD 환자집단(N=32)이다. 이들은 삼풍백화점 사고, KAL기 추락사고, 산업재해, 교통사고, 구타 등의 외상적 사건을 겪은 후 적응 상의 어려움을 주호소로 정신과에 내원한 외래환자들이었다. 두 번째 집단은 심리학 교양과목을 수강하는 대학생(N= 40)으로서 로샤 검사를 두 번 받았다. 첫 번째 시행은 로샤 종합체계(Exner, 1993)의 표준화된 절차에 기초해 실시되었다. 그리고

두 번째 시행에서는 PTSD 증상을 가장하라는 지시에 기초해서 로샤 검사가 실시되었다. 세 번째 집단도 심리학 관련 교양과목을 수강하는 대학생들(N= 32)이었으나 이들은 PTSD 환자의 증상을 가장하라는 지시에 기초해서 로샤 검사를 한 번만 받았다. 연구 2에서 PTSD 환자의 증상을 가장한 집단은 연구 1에서 정신분열병을 가장했던 집단과는 독립적인 집단이었다. 연구대상자들의 인구통계학적 변인은 표 7에 소개되어 있다.

연구도구

로샤 체계

연구 1에서와 마찬가지로 로샤 검사의 실시 및 채점의 모든 과정은 종합체계(Exner, 1993)를 따랐다.

PTSD 면접(PTSD-Interview ; 이하 PTSD-I)

PTSD를 진단내리는 과정에서 PTSD-I(Watson, Juba, Manifold, Kucala, & Anderson, 1991)를 실시하였다. PTSD-I는 피면접자가 PTSD에 대한 DSM-III-R 진단준거를 충족시키는 지 여부를 평가하기 위해 제작된 구조화된 면접도구이다.

표 7. 피험자들의 인구통계학적 변인

	성별			연령 평균	학력 평균
	남	여	계		
로샤 검사 재시행 시 PTSD 증상을 가장한 집단	21명	19명	40명	21.78(2.11)	13.00(2.64)
로샤 검사 첫시행 시 PTSD 증상을 가장한 집단	17명	15명	32명	21.68(1.96)	13.25(2.50)
PTSD 환자집단	18명	14명	32명	28.44(3.11)	14.19(3.81)

주. () 안은 표준편차

PTSD 증상가장 지시문

본 연구에서는 PTSD 증상가장 집단에 할당된 피험자들에게 DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994)에 나와 있는 PTSD에 대한 기술을 일반인이 쉽게 이해할 수 있도록 재진술한 설명문과 더불어 “심리검사를 받을 때, 자신의 생각과 느끼대로 대답하지 말고 PTSD 환자라면 이렇게 반응할 것이라고 생각되는 방식으로 대답”하라는 내용의 증상가장 지시문(김진영, 2002)을 나누어 주었다.

MMPI의 F 척도와 PTSD 척도

본 연구에서는 PTSD를 가장하라는 실험적 조작이 실험설계 내용대로 이루어졌는 지를 확인하기 위해서 MMPI의 F척도와 PTSD 척도(Keane, Malloy, & Fairbank, 1984)를 사용하였다.

검사자

로샤 검사와 PTSD-I는 대학원에서 임상심리학을 전공한 후 2년 이상의 전문적인 임상수련 과정을 이수한 수련생 5명이 실시하였다. 실시의 표준화 절차는 연구 1과 같다.

절차

연구 1에서와 마찬가지로 연구 2에서는 Feldman과 Graley(1954)가 사용한 방법을 따랐다. 심리학 교양과목 수강생들을 무선할당 과정을 통해 두 집단으로 나누었다. 한 집단(N=40)은 자신의 현재 상태에 기초해서 로샤 검사를 받기 직전에 MMPI의 F척도와 PTSD 척도를 완성하였다. 그 후 평균 8주가 지난 후 PTSD에 대한 설명문과 더불어 증상을 가장하라는 지시를 받았다. 그 후 증상가장 지시에 기초해서 MMPI의 F척도와 PTSD 척도 및 로샤 검사를 다시 한번 받았다. 또 다른 집단(N=32)은 PTSD 환자를 가장하라는 지시와 더불어 로샤 검사를 한 번만 받았다. 하지만 이들도 로샤 검사를 받기 8주 전에 앞의 집단과 마찬가지로 자신의 현재 상태에 기초해서 MMPI의 F척도와 PTSD 척도에 응답하였다. 그리고 로샤 검사를 받기 직전에 MMPI의 F척도와 PTSD 척도에 다시 한번 응답하였다. 피험자들이 자신의 현재 상태에 기초해서 반응한 MMPI 결과와 PTSD 증상을 가장해서 반응했을 때의 MMPI 결과가 표 8에 제시되어 있다. 로샤 검사를 재실시했을 때 증상가장 시도를 한 집단

표 8. PTSD 증상을 가장하기 전·후의 MMPI 결과

	증상가장 지시 전			증상가장 지시 후		
	MMPI F	MMPI F	쌍표본 t 값	MMPI PTSD	MMPI PTSD	쌍표본 t 값
로샤 검사 재시행 시 증상을 가장한 집단(N=40)	46.20 (4.83)	75.72 (4.79)	-9.74*	21.61 (3.61)	33.10 (3.81)	-4.97*
로샤 검사 첫시행 시 증상을 가장한 집단(N=32)	45.33 (5.71)	79.25 (6.01)	-8.77*	20.20 (3.93)	31.24 (3.93)	-4.51*

주. () 안은 표준편차, * $p < .01$

과 첫 시행에서 증상가장을 시도한 집단 모두 자신의 현재 상태에 기초해 응답했을 때에 비해 PTSD를 가장한 시행에서 MMPI의 F 척도의 T점수와 PTSD 척도의 원점수에서 상대적으로 높은 수치를 나타냈다. PTSD 환자집단의 경우 심리학적 평가는 외래검사실에서 시행되었다. 그리고 PTSD-I는 심리검사가 실시되기 직전에 실시되었다.

결 과

정신분열병을 가장하는 것과 PTSD를 가장하는 것은 로샤 반응 상에서 상이한 반응패턴을 유발할 수 있으므로, 로샤 증상가장지표를 적용하기 전에 극적인 반응을 중심으로 로샤 검사 결과에서의 집단 간 차이를 살펴보았다. 그 결과는 표 9에 제시되어 있다.

쌍표본 t검증을 통해 증상가장 전·후를 비교해 본 결과, PTSD 증상을 가장한 경우 총반응수

중 극적인 반응수 비율 그리고 극적인 반응 중 형태질이 .인 반응비율 모두에서 유의미한 차이를 보였다. 하지만 극적인 반응 중 형태질이 o인 반응비율 그리고 극적인 반응 중 형태질이 u인 반응비율에서는 유의미한 차이가 나타나지 않았다.

또한 로샤 검사의 첫 시행에서 PTSD 증상을 가장한 집단과 로샤 검사의 재시행 시 PTSD 증상을 가장한 집단 그리고 PTSD 환자의 로샤 검사 결과에 대해서 F검증을 한 결과, 총 반응수 중 극적인 반응비율, 극적인 반응 중 형태질이 o인 반응비율과 .인 반응비율에서 유의미한 차이를 보였다. 하지만 극적인 반응 중 형태질이 u인 반응비율에서는 유의미한 차이가 나타나지 않았다.

사후검증으로 Tukey 검증을 실시한 결과, PTSD 환자집단에 비해 로샤 검사의 첫 시행에서 PTSD 증상을 가장한 집단과 로샤 검사의 재시행 시 PTSD 증상을 가장한 집단 모두 총 반응수 중 극적인 반응비율과 극적인 반응 중 형태질이 o인

표 9. PTSD 증상가장과 로샤 검사의 극적인 반응

	총반응수 중 극적인 반응 비율		쌍표본 t값	극적인 반응 중 형태질 반응 비율		쌍표본 t값	극적인 반응 중 형태질 반응 비율		쌍표본 t값	극적인 반응 중 형태질 반응 비율		쌍표본 t값
로샤 재시행시 증상가장 집단 (N=40)a	가장전 .06 (.12)	가장후 .30 (.13)	-8.53**	가장전 .61 (.48)	가장후 .49 (.23)	1.31	가장전 .38 (.43)	가장후 .36 (.14)	.82	가장전 .00 (.00)	가장후 .15 (.15)	-6.09**
로샤 첫시행시 증상가장 집단 (N=32)b		가장후 .34 (.13)			가장후 .54 (.27)			가장후 .28 (.18)			가장후 .18 (.28)	
PTSD 환자집단 (N=32)c		.18 (.11)			.22 (.21)			.28 (.28)			.50 (.25)	
F 값 (2, 101)	14.61**			21.11**			1.80			13.75		
Tukey 검증	a,b>c*			a,b>c*						a,b<c*		

주. ()안은 표준편차, 사후검증은 Tukey 검증을 시행하였음.

* $p < .05$, ** $p < .01$.

반응비율이 상대적으로 높았다. 하지만 극적인 반응 중 형태질이 -인 반응비율의 경우에는 증상 가장 집단이 실제 PTSD 환자집단보다 더 낮았다. 전체적으로 이러한 결과들은 연구 1의 정신 분열병 증상가장 집단의 경우와 동일한 양상이다.

연구 2에서도 PTSD 가장집단과 실제 PTSD 환자집단을 변별하는 데 총 반응수 중 극적인 반응비율과 극적인 반응 중 형태질 비율들이 유용하게 활용될 수 있는 지 여부를 규명하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 표 9의 결과에 기초하여 극적인 반응 중 형태질이 -인 반응비율을 제외한 나머지 3가지 변인을 대상으로 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 이 때 변인을 입력하는 방식으로는 전진선택법(Wald)을 사용하였다. 그 결과, 총 반응수 중 극적인 반응비율과 극적인 반응 중 형태질이 0인 반응수 변인이 유의미한 변인으로 회귀식에 포함되었다.

표 10에는 단계 1과 단계 2에서 회귀식에 포함된 독립변인들의 유의수준이 제시되어 있다. 단계 1에서는 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 변인만 회귀식에 포함되었다. 그리고 단계 2에서는 총반응수 중 극적인 반응비율 변인이 회귀식에 추가되었다. 이 두 변인은 모두 유의미한 변인으로 회귀식에 포함되었지만 극적인 반응수 중 -형태질 반응비율 변인은 회귀식에 포함

되었을 때 예측력을 유의미한 수준으로 증가시키지 못하였기 때문에 제거되었다. 표 10의 결과는 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 변인과 총 반응수 중 극적인 반응비율 변인이 PTSD 가장집단과 실제 PTSD 환자집단을 감별하는 데 유용할 수 있음을 시사해 준다. 로지스틱 회귀식으로 PTSD 가장집단을 변별하는 경우의 분류율을 계산한 결과, 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 변인과 총 반응수 중 극적인 반응비율 변인이 회귀식에 포함되었을 경우 분류의 정확도는 84.62%이었다.

연구 1에서와 마찬가지로, 총반응수 중 극적인 반응비율 및 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율의 분포 양상을 살펴본 결과, “총반응수 중 극적인 반응비율 .20 이상 그리고 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 .30 이상”이라는 연구 1의 기준을 적용했을 때의 전체 분류정확도는 83.65%이었다. 그리고 PTSD 증상가장 집단을 가장 잘 감별해주는 분류기준은 “총반응수 중 극적인 반응비율 .15 이상 그리고 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 .25 이상”이었으며 이 기준을 적용했을 때의 전체 분류정확도는 85.58%이었다

표 11에는 “총 반응수 중 극적인 반응비율 .20 이상 그리고 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 .30 이상”을 분류기준점으로 했을 때 PTSD 환자집단과 증상가장 집단을 변별해내는 확률이

표 10. PTSD 가장집단을 변별하기 위한 회귀식에 포함된 변수들의 유의수준

단계		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
1	극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율	-6.81	1.49	20.85	1	.00	.00
	상수	1.45	.49	8.67	1	.00	4.25
2	총반응수 중 극적인 반응비율	-8.09	2.63	9.41	1	.00	.00
	극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율	-6.64	1.68	15.61	1	.00	.00
	상수	3.59	.94	14.44	1	.00	36.36

표 11. 로사 증상가장지표의 PTSD 가장집단 분류율 1

	예측된 집단		분류의 정확도
	PTSD 가장집단	PTSD 환자집단	
PTSD 가장집단 N=72)	56(77.78%)	16(22.22%)	83.65%
PTSD 환자집단 N=32)	1(3.13%)	31(96.87%)	

표 12. 로사 증상가장지표의 PTSD 가장집단 분류율 2

	예측된 집단		분류의 정확도
	PTSD 가장집단	PTSD 환자집단	
PTSD 가장집단 N=72)	67(93.06%)	5(6.94%)	85.58%
PTSD 환자집단 N=32)	10(31.25%)	22(68.75%)	

제시되어 있다. 그러한 분류기준점을 사용했을 때, PTSD 가장집단을 감별해내는 확률은 77.78%였지만, PTSD 환자집단을 변별해내는 확률은 96.87%이었다.

표 12에는 “총반응수 중 극적인 반응비율 .15 이상 그리고 극적인 반응수 중 o 형태질 반응비율 .25 이상”을 분류기준점으로 했을 때 PTSD 환자집단과 증상가장 집단을 변별해내는 확률이 제시되어 있다. 그러한 분류기준점을 사용했을 때, PTSD 가장집단을 감별해내는 확률은 93.06%였지만, PTSD 환자집단을 변별해내는 확률은 68.75%이었다.

논 의

“총 반응수 중 극적인 반응비율 및 극적인 반응증 형태질이 o인 반응비율”의 분포를 살펴본 결과, PTSD 증상을 가장하려는 시도를 가장 잘 감별해낼 수 있는 기준점은 “총 반응수 중 극적인 반응비율 .15 이상 그리고 극적인 반응수 중

o 형태질 반응비율 .25 이상”이었다. 그리고 그때의 분류정확도는 85.58%이었다. 정신분열병 가장집단을 대상으로 해서 얻은 “총 반응수 중 극적인 반응비율 .20 이상 그리고 극적인 반응수 중 o 형태질 반응비율 .30 이상”의 기준을 적용할 경우의 분류정확도는 그보다 다소 낮은 83.65%였다.

본 연구 결과는 기본적으로 정신분열병을 가장한 집단을 대상으로 해서 얻어진 결과를 PTSD를 가장하는 집단에 적용하는 것도 어느 정도 가능하다는 것을 보여준다. 연구 1에서의 분류기준을 그대로 적용했을 때에도, 분류의 정확도는 최적의 감별을 위해 분류기준을 조정한 경우에 비해 2% 미만의 차이를 나타냈다. 또한 연구 1에서의 분류기준을 적용할 경우, 실제 환자를 증상가장자로 오인하는 긍정오류를 최소화시킬 수 있는 것으로 나타났다. 그러나 부정오류의 측면을 고려한다면, 이처럼 동일한 분류기준을 서로 다른 증상을 대상으로 교차해서 적용하는 경우, 증상을 가장하고자 시도한 사람이 어떤 정신과적인 문제를 가장하고자 했는 지 그리고 그 때

의 증상의 심각도 수준은 어떠한 지를 신중하게 탐색해 볼 필요가 있을 것이다. 실험 전에 피험자들에게 PTSD 환자들이 마치 과거의 사건이 현재에도 다시 일어나고 있는 것처럼 경험하는 등 정신적인 혼란을 나타낼 수 있다는 점을 명시적으로 알려주기는 했지만, 본 연구의 피험자들은 증상의 심각도 면에서 상대적으로 정신분열병보다는 정신적인 혼란을 덜 나타낼 것이라는 가정을 가지고서 로샤 검사에 임했던 것으로 보인다.

본 연구에서 로샤 검사를 시행한 후 증상가장 집단의 피험자들에게 증상을 가장할 때, 사고 상의 혼란, 정서적 혼란, 자가지각의 문제, 대인관계 문제 중에서 어떤 측면에 주안점을 두고서 응답했는지를 질문하였다. 연구 1에서 정신분열병을 가장한 집단($N=100$; 로샤 검사 첫시행시 증상을 가장한 집단, 재시행시 증상을 가장한 집단, 증상가장지표 타당화 집단을 모두 포함)은 사고 상의 혼란(41명), 정서적 혼란(23명), 자가지각의 문제(21명), 대인관계 문제(15명) 순으로 응답한 반면, PTSD를 가장한 집단($N=72$)의 경우에는 정서적 혼란(38명), 대인관계문제(13명), 자가지각 문제(11명), 사고 상의 혼란(10명) 순으로 응답하였다. χ^2 검증 결과, 두 집단은 반응의 분포상에서 유의미한 차이를 보였다, $\chi^2(3, n=172) = 21.82, p < .01$. 그리고 χ^2 검증을 한 후에 각 셀(cell)에서의 조정된 잔차(Adjusted Residual)를 비교한 결과, 사고상의 혼란 항목에서 정신분열병 증상가장 집단의 조정된 잔차는 3.84이었고 PTSD 증상가장 집단의 조정된 잔차는 -3.84 이었다. 따라서 PTSD 증상가장 집단에 비해 정신분열병 증상가장 집단은 사고 상의 혼란에 더 큰 비중을 두고서 응답했다고 할 수 있다. 또한 정서적 혼란 항목에서 정신분열병 증상가장 집단의 조정된 잔차는 -4.02이었고 PTSD 증상가장 집단의 조정된 잔차는 4.02이었다. 따라서 정신분열병 증

상가장 집단에 비해 PTSD 증상가장 집단은 정서적 혼란에 더 큰 비중을 두고서 응답했다고 할 수 있다. 이러한 결과는 정신분열병을 가장한 집단과 PTSD를 가장한 집단이 서로 상이한 시나리오에 기초해서 반응을 했다는 점을 시사해 준다. 따라서 증상을 가장하는 시도를 감별하고자 하는 경우 가장하고자 하는 증상 및 증상의 심각도에 세심한 주의를 기울여야 할 것이다.

보상금을 목적으로 PTSD 증상을 가장하는 사람이 로샤 검사에 반응을 보일 때 극적인 반응은 정신분열병을 가장하는 사람에 비해 상대적으로 덜 두드러지는 경향이 있다. 연구 1에서 정신분열병을 가장한 집단이 보인 극적인 반응비율은 .43-.49였다. 반면에 PTSD를 가장한 집단의 극적인 반응비율은 .30-.34였다. 이러한 결과는 임상장면에서 증상을 가장하는 시도를 감별하고자 할 때 사람들이 가장하고자 하는 증상의 심각도를 신중하게 고려할 필요가 있음을 시사해 준다.

종합논의

본 연구의 목적은 임상장면에서 정상인이 보상금을 받거나 또는 법적인 책임을 회피하기 위해서 증상을 가장하고자 시도할 경우 로샤 검사를 통해 이러한 시도를 적절히 감별해낼 수 있는 지표를 개발하는 것이다. 본 연구 결과, 다음의 세 가지 결론을 내릴 수 있을 것으로 생각된다.

첫째, 정신분열병을 가장하는 것을 감별하는 경우, 로샤 검사에서 “총 반응수 중 극적인 반응 비율 .20 이상 그리고 극적인 반응수 중 0 형태 질 반응비율 .30 이상”의 기준을 적용하는 것이 타당할 것으로 생각된다. 이렇게 증상가장 지표

에 두 가지 변인, 즉 총 반응수 중 극적인 반응 비율과 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율을 포함시킨 것은 증상가장 집단의 경우 실제 정신분열병 환자집단에 비해 극적인 반응수가 유의미하게 증가함에도 불구하고 그러한 극적인 반응에서 그에 상응하는 형태질의 손상은 나타나지 않는다는 사실에 근거한 것이다. 이는 정신병적 사고의 내용보다는 형식을 흉내내기가 어렵다는 Resnick(1988)의 지적이나 증상가장자들이 “자신들의 지각적 정확성 때문에 들켰다”고 한 Pettigrew, Tuma, Pickering 및 Whelon(1983)의 연구결과와도 일치하는 것이다. 한편 구체적인 분류기준은 본 연구에서 실제 정신분열병 환자가 증상을 가장하는 것으로 오인되는 것을 최대한 방지할 수 있는 규칙을 탐색한다는 맥락에서 설정되었다. 그리고 그 때의 분류의 정확도는 89.19%였다. 또 이러한 기준은 표본오류편향을 방지하기 위해 검증표본을 대상으로 타당성을 검증한 결과에서도 91.31%라는 높은 분류의 정확도를 보였다.

둘째, 증상을 가장하는 시도를 감별하는 경우 목표증상의 심각도를 신중하게 고려할 필요가 있다. 정신분열병을 가장하는 시도를 감별하기 위해 개발된 로샤 증상가장 지표, 즉 “총 반응수 중 극적인 반응비율 .20 이상 그리고 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 .30 이상”의 기준은 PTSD를 가장하는 집단에 대해서도 큰 무리 없이 활용할 수 있을 것으로 기대된다. 왜냐하면 연구 1에서의 분류기준을 연구 2에 그대로 적용했을 때에 비해, 최적의 감별을 위해 분류기준 자체를 조정한 경우 분류의 정확도가 채 2%도 향상되지 않았기 때문이다. 하지만 보상금을 목적으로 PTSD 증상을 가장하는 사람은 로샤 검사에서 정신분열병을 가장하는 사람에 비해 상대적으로 극적인 반응을 더 적게 나타내는 경향이 있다.

전통적으로 심리검사에서의 탐지지표를 사용하여 나쁘게 왜곡하기 반응태세를 감별하는 연구들이 공통적으로 가정하는 것이 있다. 그것은 바로 정신적 이상을 가장하는 사람들이 특정 질병의 특정 상태를 염두에 두고서 증상을 가장하려 한다면 보다는 일반적인 정신이상의 수준에서 증상을 가장하려 시도한다는 것이다 (Rogers, Kropp, Bagby & Dickens, 1992). 하지만 피험자가 질병에 대해 어떤 시나리오를 가지고 있느냐에 따라 왜곡반응의 양상은 판이하게 다를 수 있으며 따라서 각각의 시나리오에 따라 각 탐지 지표의 효과는 다르게 나타날 수 있다.

본 연구에서 정신분열병을 가장한 집단이 보인 극적인 반응비율의 평균은 .43-.49였다. 반면에 PTSD를 가장한 집단의 극적인 반응비율의 평균은 .30-.34였다. 또한 동일한 로샤 증상가장 지표를 사용할 경우, 정신분열병 집단의 경우에는 분류의 정확도가 89.19-91.31%이었지만, PTSD집단의 경우에는 83.65%로서 정확도가 다소 떨어지는 양상을 나타냈다. 이처럼 분류의 정확도가 떨어지는 것은 PTSD를 가장한 피험자들이 정신분열병을 가장한 피험자들보다 덜 심각한 정신병리를 가장하려고 노력했기 때문일 수 있다. 실제로 본 연구에서 정신분열병 증상가장 집단은 PTSD 증상가장 집단에 비해 로샤 카드에 응답할 때 사고 상의 혼란에 더 큰 비중을 두고서 반응한 반면에 PTSD 증상가장 집단은 정신분열병 증상가장 집단에 비해 정서적 혼란에 더 큰 비중을 두고서 응답하였다. 이러한 결과는 정신분열병을 가장한 집단과 PTSD를 가장한 집단이 서로 상이한 시나리오에 기초해서 반응을 했다는 점을 시사해 준다. 따라서 증상을 가장하는 시도를 감별하고자 하는 경우 가장하고자 하는 증상 및 증상의 심각도에 세심한 주의를 기울여야 할 것이다. 그러므로 PTSD 증상을 가장하는 지 여부

에 초점을 맞추어 평가를 진행하는 상황에서는 “총 반응수 중 극적인 반응비율 .15 이상 그리고 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 .25 이상”의 분류기준을 적용할 것을 신중하게 검토할 필요가 있을 것으로 보인다. “총 반응수 중 극적인 반응비율 .15 이상 그리고 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 .25 이상”의 기준을 PTSD 가장 집단에게 적용한 결과, 분류의 정확도는 85.58%였다.

셋째, 로샤 검사를 활용해서 증상을 가장하려는 시도를 감별하는 경우 로샤 증상가장 지표의 분류기준점을 기계적으로 적용해서는 안되며 융통성있게 활용하는 것이 필요하다는 것이다. 이런 맥락에서 본 연구에서 제안한 분류기준점이 지니는 한계에 대해서 주의를 기울일 필요가 있다. 지표의 타당도를 검토하는 맥락에서 사용하는 분류기준점은 절대적인 기준이 아니다. 그러한 분류기준점은 다른 정보가 전혀 존재하지 않고 오로지 분류기준점 정보만이 존재하는 상황에서 증상을 가장하는 것 여부를 감별하고자 할 때 사용되는 것이다. 다시 말해서 그러한 분류기준점은 통계적 검증을 위한 실험적 상황에서 사용하는 것이지 임상장면에서 기계적으로 적용하기 위해 고안된 것은 아니다. 보통 임상장면에서는 분류기준점 이외에도 다양한 정보를 활용한다. 특히 정직한 로샤 결과와 증상을 가장한 로샤 결과를 구분하는 경우, Exner 종합체계(1993)의 구조적 요약 자료들과 역동적으로 활용하는 것이 필요할 것으로 보인다. 정상 성인의 로샤 자료와 정신분열병 혹은 PTSD 증상가장 자료를 감별하는 경우, 로샤 증상가장지표의 한 가지 요소인 극적인 반응수 중 0 형태질 반응비율 상에서는 사실상 의미있는 차이를 보이지 않을 것으로 예상된다(표 3과 표 13 참조). 물론 이러한 경우에도 증상가장지표의 또 다른 구성요소인 총

반응수 중 극적인 반응비율을 통해 증상가장 자료와 정직한 자료를 구분하는 것이 가능할 것으로 보인다. 하지만 로샤 구조적 요약 자료는 기본적으로 정상자료와 임상자료를 구분하는 데 유용한 것으로 검증된 지표들을 종합한 체계라고 할 수 있다. 따라서 본 연구 결과를 실제 임상장면에서 활용할 때는 구조적 요약 자료와 함께 종합적으로 활용하고자 노력하는 것이 필요할 것이다. 이러한 점은 실제 정신과 환자 자료와 증상을 가장한 자료를 감별하는 경우에도 마찬가지로 적용되어야 할 것이다. 비록 증상가장을 시도한 자료와 정신분열병 환자 자료 혹은 PTSD 환자 자료는 로샤 증상가장지표의 두 가지 요소 모두에서 차이가 나타날 것으로 기대(표 3과 표 13 참조)되지만, 구조적 요약 자료와 함께 종합적으로 활용한다면 더욱 정확하게 감별해내는 데 도움이 될 것으로 생각된다.

한편, 본 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 본 연구에 참여한 피험자들과 실제 진단적 평가 과정에 참여하는 임상 집단은 정신과적 장애에 관한 지식 면에서 차이가 날 수 있다. 본 연구에 참여했던 피험자들은 실제 정신과 환자 또는 정신건강 전문가가 아닌 일반 대학생들이기 때문에, 정신과적인 장애에 대한 지식이 많지 않은 사람들이었다. 따라서 PTSD 증상과 정신분열병 증상에 대해서 상세한 정보를 제공해 주었다 할 지라도, 짧은 시간동안 단편적으로 학습한 내용에 기초해서 반응한 것이라는 한계가 존재한다. 반면에 실제 임상 장면에서 증상을 가장하고자 마음먹은 사람이라면, 검사에 임하기 전에 진단적인 정보를 학습하기 위해 상당한 노력을 기울이게 될 것이다.

둘째, 본 연구에 참여한 피험자들과 실제 임상 집단은 검사에 임하는 동기 면에서 차이가 날 수 있다. 본 연구에 참여한 피험자들은 자원자로

참여해 실험에 협조한 대학생들이다. 하지만 임상 장면에서 증상을 가장하는 사람들은 보상금의 획득 또는 법적인 책임의 회피 등 현실적이고 구체적인 이득과 관련된 동기를 가지고 있는 사람들이다. 이러한 동기의 차이는 로샤 검사에 대한 수행에서 심리적인 긴장 및 불안과 반응의 정교함 등 다양한 차이를 유발할 수 있을 것이다.

셋째, 본 연구에 참여한 피험자들과 실제 임상 집단은 구체적인 증상가장 전략 면에서 차이가 날 수 있다. 본 연구에서는 증상가장 집단에게 가장해야 할 문제증상에 대한 진단적인 정보는 제공하였지만, 구체적인 증상가장 전략에 대해서는 알려주지 않았다. 만약 임상 장면에서 실제로 증상을 가장하고자 시도하는 사람이라면, 증상가장 전략에 대해서도 충분히 대비할 것이다. 그리고 그 과정에서 증상을 가장하는 시도를 어떻게 탐지하게 되는 지에 대한 정보도 사전에 숙지하게 될 가능성이 있다. 그러므로 향후 증상가장 관련 연구에서는 증상 자체에 대한 정보뿐만 아니라, 증상가장 탐지를 피하기 위한 전략에 대한 정보를 제공하는 조건을 추가하는 등 연구조건을 보다 세분화한 상태에서 진행할 필요가 있는 것으로 생각된다.

넷째, 본 연구에서 사용된 증상가장 지표는 Seamons 등(1981) 및 Fruch와 Kinder(1994)의 연구 결과에 기초해 구성된 것이기 때문에, 실제 환자와 증상가장 집단을 구분해줄 수 있는 자료들 중 일부에 해당된다. 예를 들어, 본 연구에서 사용된 증상가장 지표에는 실제로 극심한 불안을 경험하는 환자들이 보이는 무채색 카드에 대한 쇼크(gray-black shock; Exner, 1993)는 포함되어 있지 않다. 지금까지의 로샤 증상가장 연구들에서는 이 부분에 대한 언급이 포함되어 있지 않기 때문에, 현재로서는 증상을 가장하고자 했던 피

험자들이 무채색 카드에 대한 쇼크 반응은 가장하고자 시도하지는 않았던 것인지 아니면, 무채색 카드에 대한 쇼크 반응이 실제 환자 집단과 증상가장 집단을 신뢰롭게 구분해줄 수 없었던 것인지가 불분명하다. 따라서 향후 연구에서는 이 문제에 대한 적극적인 탐색이 요망된다.

다섯째, 실제 임상장면에서 사람들은 다양한 정신과적 진단들을 목표증상으로 해서 증상을 가장하는 시도를 보일 수 있다. 이에 반해, 본 연구에서는 정신분열병과 PTSD를 가장하는 집단이 로샤 검사를 받는 경우 어떤 증상가장 반응이 나타나는 지를 중심으로 살펴보았다. 따라서 후속연구에서는 우울증과 성격장애를 비롯한 다양한 진단들에 대한 검토가 이루어질 필요가 있을 것이다.

여섯째, 본 연구에서는 로샤 증상가장 지표와 다른 심리검사에서의 왜곡반응 탐지지표와의 관련성에 대해서는 경험적인 분석이 이루어지지 않았다. 실제 임상장면에서 어느 심리검사 하나만 사용하는 경우는 거의 존재하지 않으므로, 후속연구에서는 다양한 심리검사들을 종합적으로 활용하는 맥락에서 증상을 가장하는 시도를 감별하는 방법에 대한 검토가 이루어질 필요가 있겠다.

참고문헌

- 김광일 (1995). 감정의가 요구하는 심리학적 평가. 임상심리학회 1995년도 제 2 차 심포지엄 자료집. 한국심리학회 산하 임상심리학회.
- 김영환, 김재환, 김중술, 노명래, 신동균, 염태 호, 오상우 (1994). 다면적 인성검사(MMPI). 한국가이던스.

- 김재환, 김광일 (1994). 신경정신과 영역의 장해 감정과 관련된 심리학적 평가보고서, 정신건강연구, 13, 259-268.
- 김종율 (1996). 정신감정과 치료감호자료집. 한국형사정책연구원.
- 김진영 (2002). 로샤 검사에서의 증상가장탐지. 미발표 박사학위논문, 고려대학교.
- 한국안센 (1991). 양성 및 음성 증후군 척도평가 지침서. (주) 한국안센메디칼부.
- Albert, S., Fox, H., & Kahn, M. (1980). Faking psychosis on the Rorschach: Can expert judges detect malingering? *Journal of Personality Assessment*, 44, 115-119.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders 4th ed.(DSM-IV)*, Washington DC, American Psychiatric Association.
- Carp, A. L. & Shavzin, A. R. (1950). The susceptibility to falsification of the Rorschach psychodiagnostic technique. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 230-233.
- Easton, K. & Feigenbaum, K. (1967). An examination of an experimental set to fake the Rorschach test. *Perceptual and Motor Skills*, 24, 871-874.
- Exner, J. E. Jr. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 1. Basic Foundations(3rd ed.)*. New York: Wiley.
- Feldman, M. J. & Graley, J. (1954). The effects of an experimental set to simulate abnormality on group Rorschach performance. *Journal of Projective Technique*, 18, 326-334.
- Frueh, B. C. & Kinder, B. N. (1994). The susceptibility of the Rorschach Inkblot Test to malingering of combat-related PTSD. *Journal of Personality Assessment*, 62, 280-298.
- Ganellen, R. J., Wasylw, O. E., Haywood, T. W., & Grossman, L. S. (1996). Can psychosis be malingered on the Rorschach? An Empirical Study. *Journal of Personality Assessment*, 66, 65-80.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1967). *MMPI manual(Rev ed.)*. New York: Psychological Corporation.
- Hyer, L., Fallon, J. H., Harrison, W. R., & Boudewyns, P.A. (1987). MMPI Overreporting by Vietnam combat veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 79-83.
- Keane, T. M., Malloy, P. F., & Fairbank, J. A.(1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related Posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888-891.
- Lees-Haley, P. R. (1989). Malingering post-traumatic stress disorder on the MMPI. *Forensic Reports*, 2, 89-91.
- Lubin, B., Larsen, R. M., Matarazzo, J. D., & Seever, M. (1985). Psychological test usage patterns in five professional settings. *American Psychologist*, 40, 857-861.
- Meisner, S. (1988). Susceptibility of Rorschach distress correlates to malingering. *Journal of Personality Assessment*, 52, 564-571.
- Mittman, B. L. (1983). Judges ability to diagnose schizophrenia on the Rorschach: The effect of malingering(Doctoral dissertation, Long Island University, 1983). *Dissertation Abstracts International*, 44, 3951B.
- Overton, M. N. (1984). An examination of naive and role informed faking on Rorschach performance(Doctoral dissertation, University of

- Tennessee, 1984). *Dissertation Abstracts International*, 45, 683B.
- Pettigrew, C., Tuma, J., Pickering, J., & Whelon, J. (1983). Simulation of psychosis on a multiple-choice projective test. *Perceptual and Motor Skills*, 57, 463-469.
- Resnick, P. J. (1988). *Malingered psychosis*. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception*. New York: Guilford.
- Resnick, P. J. (1997). *Malingered psychosis*. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception(2nd ed.)*. New York: Guilford.
- Rogers, R. (1988). *Clinical assessment of malingering and deception*. New York: Guilford.
- Rogers, R. (1997). *Clinical assessment of malingering and deception (2nd ed.)*. New York: Guilford.
- Rogers, R., Kropp, P. R., Bagby, R. M., & Dickens, S. E. (1992). Faking specific disorders: a study of the structured interview of reported symptoms(SIRS). *Journal of Clinical Psychology*, 48, 643-648.
- Schretlen, D. J. (1997). *Dissimulation on the Rorschach*. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception(2nd ed.)*. New York: Guilford.
- Seamons, D. T., Howell, R. J., Carlisle, A. L., & Roe, A. V. (1981). Rorschach simulation of mental illness and normality by psychotic and non-psychotic legal offenders. *Journal of Personality Assessment*, 45, 130-135.
- Watson, C. G., Juba, M. P., Manifold, V., Kucala, T., & Anderson, E. D.(1991). The PTSD interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-R based technique, *Journal*

원 고 접 수 일 : 2002. 9. 6

수정원고접수일 : 2003. 4. 21

게 재 결 정 일 : 2003. 5. 28

Detection of Faking on the Rorschach Test

Jin-Young Kim

Chang-Yil Ahn

Department of Psychology Korea University

The purpose of present study is to construct an index which can detect faking responses on the Rorschach test. For this purpose, this study compared the Rorschach responses of normals pretending schizophrenia with those of true patients with schizophrenia focusing on the ratio of dramatic responses variable. And the index constructed in study 1 was applied to the faking group pretending to have PTSD symptoms. This procedure was done to examine the cross validity related to the severity of symptoms. The results are as follows. First, for detecting the subject faking schizophrenia on the Rorschach test, it seems to reasonable to use the following criterion; 'the ratio of dramatic responses over .20 and the ratio of dramatic responses with form quality o over .30'. Second, there may be a better chance of detecting the subject faking PTSD with the criterion; 'the ratio of dramatic responses over .15 and the ratio of dramatic responses with form quality o over .25'. Therefore, in order to detect the faking case, the type and severity of target symptoms that the subject intends to malingering must be considered carefully. Third, the Rorschach Faking Index should be applied with flexibility in clinical settings. Finally, the implications of the results and future research directions are mentioned.

Keywords : the Rorschach test, symptom faking, dramatic responses, form quality o