

정신감정 결과 정상으로 판단된 범죄자들과 장애 진단 집단 간의 피병관련 특성 비교 연구 : MMPI-2 프로파일을 중심으로

조성희* 이수정 김재욱
국립법무병원 경기대학교

우리나라에서는 최근 정신감정에 의뢰된 범죄자들의 수가 증가하고 있는 실정이며, 형사 책임의 회피 또는 형의 감경을 위하여 피병(malingering)을 시도하는 경우도 증가하고 있는 것으로 보인다. 법정 장면에서 이러한 이차적인 이득을 얻기 위한 범죄자들의 피병을 탐지하는 것은 매우 중요하다. 따라서 본 연구에서는 정신감정이 의뢰된 범죄자들 중에서 정상으로 판단된 집단과 정신분열병으로 진단된 집단, 행동장애(인격장애, 성관련장애를 포함하여)로 진단된 집단을 비교하였는데, 특히 이들 세 집단의 인구통계학적, 심리적 특성(MMPI-2, SCL-90-R)을 포함하여, 인지기능, 범죄유형별 차이를 알아보았다. 그 결과, 세 집단 간 인지기능의 차이는 유의하지 않았고, 과거 병력 여부, 과거 정신감정 여부, 동종전과 횡수, 기타 전과 횡수, 범죄 유형, 범행 당시 음주상태 여부, MMPI-2, SCL-90-R 척도에서 유의한 차이가 있었다. 정신감정에서 정신분열병 진단을 받은 범죄자에 비해 정상으로 판단된 집단과 행동장애 진단을 받은 집단이 정신병리적 증상을 더 많이 호소하여 피병의 가능성이 높은 것으로 나타났다. 본 연구에서는 피병 가능성 면에서 실제 정신분열병 집단을 정상집단과 행동장애집단으로부터 구별하는 F척도와 F-K지수의 예측 절단점을 알아보기 위하여 ROC분석을 실시하였는데, F척도는 73점, F-K지수는 22점이 가장 잘 변별하는 것으로 나타났다. 한편 민감도는 높은 수준이 아닌 것으로 나타나 MMPI-2검사 타당도척도들이 피병 판별에 제한적 유용성이 있어 보이며, 정신감정 장면에서 보다 짧은 시간에 효율적으로 실시할 수 있는 정교하고 민감한 피병 판별 도구 개발의 필요성이 시사된다.

주요어 : 정신감정, MMPI-2, 피병, 성범죄자

오늘날 국내 형사사법 현장에서 정신감정에 의뢰되는 범죄자의 수는 꾸준히 증가하고 있다. 우리나라 형법 상, 범죄자의 정신병리 증상이 무척 심각하여 범죄자 스스로 자신의 행위의 결과에 대하여 판단할 수 있는 능력이 거의 없거나 전혀 없는 상태였다고 판단할 경우 형법상 책

임무능력자에 해당하게 되며 이들에 대한 행위는 벌하지 않도록 되어있다(형법10조 ①항). 또한 법률상 ‘심신미약’이라는 용어를 두어, 범죄자가 정신기능 장애로 인하여 의사를 결정할 능력이 미약한 상태였다는 것이 인정될 경우, 한정책임능력자로 그 형이 감경된다(형법10조 ②항)

* 교신저자 : 조성희, (314-716) 충남 공주시 반포면 봉곡리 산1번지, 국립법무병원 임상심리실, 전화 : 041) 857-2601,
E-mail : alansohn@hanmail.net

(현암사 편집부, 2000). 물론 ‘심신상실’과 ‘심신미약’이라는 용어는 의학용어라기보다는 법률상의 개념이기 때문에 이에 대한 판단은 법원에 의해 이루어진다. 정신감정을 통하여 한국표준질병사인분류(KCD)에 해당하는 특정 질병진단(정신분열병 등)을 받는 경우 심신상실 또는 미약 판정을 받을 가능성이 높아진다고 할 수 있다. 따라서 정신감정의 결과는 범죄자의 양형에 있어 그 비중이 크기 때문에 범죄자들의 범행 당시 심리상태를 정확하게 파악할 필요가 있으며, 정신감정 의뢰 시 피병 판별은 매우 중요하다고 할 수 있겠다.

우리나라 사법체계에서 재판을 받는 모든 범죄자가 정신감정을 받는 것은 아니다. 경찰 수사 혹은 판결 전 조사에게 정신병리가 의심되거나 범죄자 스스로 정신병리를 호소할 경우에 한해서만 보다 정밀한 정신감정이 의뢰된다. 그런데 실제 정신감정 장면에서 보면, 정상으로 판단되는 범죄자들의 수가 적지 않으며 정신감정 시 의도적으로 자신의 증상을 과대 보고하는 범죄자들 또한 존재한다. 따라서 이때 범죄자들이 자신의 심리상태에 대해 과대보고 또는 증상을 꾸미고 있는지의 여부에 대한 판단이 필요하며, 이러한 판단은 그들의 법적 처분에 있어 매우 중요하다.

실제로는 정상임에도 불구하고 정신병리를 과장하는 범죄자들의 행동을 피병(malingering)이라고 한다. 피병은 이차적인 이득에 의한 외부적인 동기로 증상을 의도적으로 과대 보고하거나 가장하는 것으로 정의되며 신체적 혹은 심리적 증상을 의식적으로 과장하거나 꾸며냄으로써 외적인 이득을 얻으려는 것이다(APA, 2000). 외적인 이득으로는 정신장애로 인한 형사 사건에서 책임을 회피하거나 장애 진단으로 인한 재정적 보상 등이 있다. 기존의 연구에 의하면 피병은 일반적으로 정신병리, 인지기능 손상, 그리고 신체 및 의료적 질환의 세 가지 영역에서 나타난다(Rogers & Bender, 2003). 인지기능이나 신체 손상의 피병 문제는 민사적 측면에서 종종 평가되는 한편, 형사적 측면에서는 피병이 가져다주는 혜택으로 형사책임으로부터의 도피나 재판과정의 지연 등이 있다. 예를 들어, 형사책임능력 평가에서 정신병리 증상을 성공적으로 꾸며낼 경우 범죄자는 수감이 아닌 입원치료를 받을 수 있다. 심각한 정신질환을 가지고 있다고 판단될 경우 형사책임으로부터 면제될 수 있다는 가능성은 범죄자로

하여금 의도적으로 증상을 만들어 내거나 증상을 과대적으로 보고할 가능성을 높인다. 정신병리를 타당성 있게 측정하는 데는 정확한 자기보고의 탐지가 필수적이다. 정신병리의 위장과 과장, 그리고 축소를 판별하는 데는 다면적인성검사(MMPI, MMPI-2)의 타당도척도들이 흔히 사용되어 왔으며, 그 유용성에 대해서는 현재까지도 상당한 이슈가 되고 있다.

어떤 사람들은 자신이 실제보다 더 많은 문제와 증상을 가지고 있으며 더욱 심각한 부적응을 겪고 있는 것처럼 보이려는 의도를 가지고 MMPI-2에 응답하기도 한다. 이렇게 과장된 보고를 하는 동기는 다양하다. 전문가의 도움을 절실하게 필요하다는 것을 호소하기 위해서 증상을 과장하여 보고하거나, 심각한 심리적 문제를 겪고 있는 것처럼 보임으로써 자신의 행동에 대한 책임을 회피하려는 목적으로(예 : 정신이상을 이유로 무죄 선고를 받음) 혹은 금전적인 이득을 얻기 위한 목적으로(예 : 상해 혹은 장애 배상금 수령) 과장된 보고를 하기도 한다. 어떤 동기에 의한 것이든 간에, 실제보다 더 심각한 부적응을 겪고 있는 것처럼 부정확하게 묘사되는 일을 막기 위해서는 그들의 과장된 보고를 탐지해내는 것이 중요하다.

정신감정 장면 중 심리학적 평가 과정에 고의적으로 부정적인 응답을 하는 경우, 이러한 반응양상을 부정왜곡(faking-bad) 반응패턴 혹은 피병이라고 부른다. 원판 다면적인성검사(이후 논문에서는 MMPI라고 명명함)의 타당도척도가 부정왜곡 반응 양상을 얼마나 잘 탐지해내는지를 살펴본 연구들이 상당히 많다. Schretlen(1988)은 15개의 연구를 검토한 후, 자신의 심리적 비정상성을 부정왜곡한 사람들의 MMPI 프로파일과 병리적이지 않은 사람들의 MMPI 프로파일을 정확하게 변별할 수 있었다고 결론지었다. 하지만 부정왜곡 반응 양상을 보인 사람들과 실제로 심리장애 진단을 받은 사람들과의 변별은 보다 어려웠다고 보고하였다.

한편, MMPI의 변별 유용성을 지지하는 연구들이 수행되었는데, Hawk와 Cornell(1989)은 MMPI를 사용하여 실제로 정신감정에 의뢰된 범죄자들을 대상으로 피병연구를 하였다. 이들 논문에서 피병을 보이는 18명의 범죄자들과 17명의 정신병 진단을 받은 범죄자들과 36명의 피병이나 정신병이 아닌 범죄자들의 MMPI 프로파일을 비교한 결과, 피병 집단이 F척도와 대부분의 임상척도, F-K

지수에서 다른 두 집단에 비해 유의한 차이로 점수가 상승했다. 특히 꺾병 집단과 정신병집단을 변별하는데 있어 MMPI의 유용성을 지지하였다. Berry, Baer와 Harris (1991)는 MMPI 타당도척도들이 꺾병을 얼마나 잘 탐지하는지 살펴본 28개의 연구결과를 메타 분석하였고, 그 결과 타당도척도에서 F척도의 변별력이 가장 높았고 F-K 지표 역시 효과적인 것으로 나타났다. Roman, Tuley, Villanueva와 Mitchell(1990)은 그들의 연구에서 꺾병으로 판단된 범죄자들의 경우 척도F와 F-K지수, 척도5와 척도9를 제외한 모든 임상척도들이 유의하게 상승하였고 척도L과 척도F가 낮았다고 보고하였다.

한 연구에서는 정신감정에서 정신병리를 꾸며내는 범죄자의 경우 일반인 또는 환자들에 비해 MMPI-2(원판 MMPI의 2판입)검사의 임상척도 6-8이 가장 높게 상승하고 타당도척도 중 F척도가 유의미하게 상승하는 것으로 보고하였다(Bagby, Rogers, & Buis, 1994). 민사 및 형사적 맥락에서의 꺾병을 다룬 또 다른 연구에서는, MMPI-2의 하위척도 RC1(신체증상호소)의 상승이 꺾병과 관련이 있는 것으로 보고했다(Wygant, D. B., Sellbom, M., Ben-Porath, Y. S., Stafford, K. P., Freeman, D. B., & Heilbronner, R. L., 2007). Rogers, Sewell, Martin과 Vitacco(2003)의 메타분석 연구에서는, MMPI-2 타당도척도를 사용한 64개의 꺾병 연구들을 조사하였는데 그 결과, 척도F가 꺾병을 감지하는데 효과적인 것으로 나타났다.

MMPI-2의 타당도척도 역시 부정왜곡 혹은 꺾병으로 반응한 사람들을 효과적으로 가려내는 것으로 보고된다. Rogers, Sewell과 Salekin(1994)은 MMPI-2에 꺾병으로 반응하는 경향을 살펴본 15개의 연구를 메타분석 하였는데, 그 결과 가장 효과적으로 꺾병을 가려내는 지표는 F척도였다고 결론지었다. Nicholson, Mouton, Bagby, Buis, Peterson과 Buigas(1997)는 F척도, Fp척도, F-K지표가 꺾병 탐지에 효과적인 것으로 보고하였고, 몇몇 연구에서는 F척도에 한 가지 이상의 다른 타당도척도를 부가하여 고려하면 꺾병 응답에 대한 변별력이 높아진다고 하였다(Arbisi & Ben-Porath, 1998; Berry, Adams, Clark, Thacker, Burger, Wetter, Baer, & Borden, 1996; Gallagher, 1997).

MMPI-2의 F척도는 비임상장면에서 T점수가 80이상

일 경우, 검사결과를 부정적인 방향으로 왜곡하거나 꺾병으로 과장하려는 시도를 한 경우라고 볼 수 있다(Graham, 2006, p.39). F척도와 더불어 Fp척도 역시 꺾병 탐지에 효과적이라고 보고하였는데, 두 척도 점수가 높을수록 반응자가 실제 정신 병리를 가질 가능성은 낮다고 한다. 척도L과 척도K는 그 점수가 낮을수록 자신이 겪고 있는 문제를 과장하고 있음을 의미한다. 척도S는 과장된 자기제시 척도로서 낮은 S점수는 증상을 허위로 꾸며내거나 부정왜곡을 하는 사람들을 탐지할 수 있다고 한다. F-K지표 역시 꺾병 탐지에 유용한 것으로 보고되며, Carson(1969)은 11점을 예측 절단점으로 사용하여 부정왜곡 프로파일을 정확하게 가려낼 수 있다고 제안한 바 있다. 척도Ds 역시 꺾병을 가려내는데 사용되는데, Rogers 등(2003)의 메타분석 결과, F척도만큼 효과적이지는 않은 것으로 나타났다. 부정왜곡척도(FBS)는 개인적인 상해에 대한 보상을 청구하는 사람들이 정서적 고통을 허위로 만들어내는 꺾병 경향을 탐지하는데 유용한 지표로 사용되나, 정신병리를 가장하는 응답을 탐지하는데 효과적이지는 않은 것으로 밝혀졌다(Bury & Bagby, 2002). 이외에 모호-명백 문항이나 긍정적 꺾병 척도 등이 있으나 F척도에 비해 변별력이 떨어지며 꺾병과 연관된 경험적 증거가 부족한 것으로 나타났다(Graham, 2006, pp.51-53).

한편 특정 장애인인 것처럼 보이려는 왜곡 반응에 대한 연구들이 있는데, 정신병리 문제를 가지고 있지 않은 사람들로 하여금 정신분열병, 외상후 스트레스장애, 인격장애와 같은 특정한 장애를 지닌 것처럼 반응하도록 했을 때, 그 결과는 일반적인 정신병리를 지니고 있는 것처럼 가장하게 했을 때 얻어진 결과와 상당히 유사했다(Bagby, Rogers, & Buis, et al., 1997; Gold & Frueh, 1998; Wetter & Deitsch, 1996). 위의 연구들에서 MMPI-2의 F척도와, 임상척도 중 척도6, 척도8이 상승하였고, 그 중 F척도는 특정 장애를 지닌 것처럼 왜곡한 사람들과 표준적인 지시에 따른 사람들 및 실제 장애를 지닌 환자들을 변별하는 데 매우 효과적인 것으로 밝혀졌다. 우울증, 신체형장애, 뇌손상 증상의 왜곡에서도 역시 F척도가 상승했고 그밖에 대부분의 임상척도들이 약간 높아졌다(Bagby et al., 1997). 일반적으로 정신병리를 가장하려는 사람들은 MMPI-2의 F척도를 포함한 타당도척도나 임상척도에

서 분명한 상승 패턴을 보인다. 또 다른 연구에서는 실제 정신병리 진단을 받은 환자들을 대상으로 통제 조건, 피병 조건, 증상 호소 조건으로 MMPI-2를 실시한 결과, 부정왜곡조건과 증상호소 조건에서 F척도를 포함한 타당도 척도들이 유의하게 상승했고 모든 임상척도들 역시 유의하게 상승하였으나, 두 가지 실험 조건을 변별하지는 못했다(Lim, 2000).

한편 피병에 대한 국내연구는 거의 전무한 상태이다. 김용희, 정애자, 정상근, 유제민(2004)의 연구에서 경도 두부 손상 환자들이 보상금 지불을 의식하여 과장되고 작위적인 증상 표현을 하는지를 감별하고자 고안된 검사 도구와 함께 MMPI-2를 사용하였다. 그 결과, 새로 고안된 피병 검사 도구는 F척도와 연관성이 높았고 임상척도 중 척도 Pt, Si의 특징을 나타냈다. 이와 같이 기질적 손상을 입은 사람들을 대상으로 하여 피병을 파악한 연구 외에 피병을 주제로 한 국내 연구는 거의 없다. 따라서 피병탐지에 있어 전세계적으로 그 유용성이 알려진 MMPI-2검사가 국내에서도 동일한 효용성을 보이는지에 대한 연구가 필요하며, 더불어 피병으로 인한 이차적 이득이 분명하고 이에 대한 보다 정확한 탐지가 요구되는 법정 장면에서 MMPI-2의 유용성에 대한 연구가 필요한 것으로 보여 진다.

본 연구에서는 정신감정 결과 정상으로 판단된 범죄자 집단과 정신분열병으로 진단된 범죄자 집단, 그리고 행동장애 집단으로 분류하여, 이들 세 집단(정상집단, 정신분열병 집단, 행동장애 집단)간의 MMPI-2 프로파일을 비교 분석하여 프로파일 상, 이들 집단 간에 어떠한 차이가 있는지를 알아보고자 하였다. 또한 세 집단이 인구통계학적, 인지적, 범죄유형 등에 있어서의 차이는 어떠한지 또한 분석하여 각 집단의 범죄자들이 공통적으로 가지는 특성이 있는가를 알아보았으며 정신병리 증상의 심각도를 측정하는 SCL-90-R에서 이 세 집단 간에 차이가 있는지를 밝힘으로써 MMPI-2와 더불어 일관성 있는 증상보고가 있는지 여부를 살펴보았다. 이에 한 단계 더 나아가, 피병 가능성이 높은 집단과 실제 정신병리가 있는 집단(솔직 반응 집단)을 변별하기 위해서 유용할 수 있는 F척도와 F-K지수의 변별 기준점 및 변별 유용성을 찾고자 하였다.

방 법

연구대상

본 연구는 2007년 1월에서 12월까지 00병원에 정신감정으로 의뢰된 범죄자 387명 중 감정결과 정상으로 진단된 57명의 범죄자(남자 51명, 여자 6명), 정신분열병으로 진단된 106명의 범죄자(남자 90명, 여자 16명), 행동장애(인격장애, 성관련 장애)로 진단된 43명의 범죄자(남자 43명)를 대상으로 연구하였다. 본 연구에서는 인격장애와 성관련 장애진단을 받은 사람들을 행동장애 집단으로 분류하였는데, 이들의 진단명은 현실검증의 문제가 아니라 범죄행동과 관련이 있다는 점에서 함께 분류하였다. 범죄자에 대한 최종 감정은 정신과 의사와 임상심리학자에 의해 이루어지는데, 보통 두 명의 전문가(정신과 의사와 임상심리학자)의 면담내용, 각종 심리검사 결과를 토대로 하여 평가가 이루어진다. 각 집단(정상집단, 정신분열병 집단, 행동장애 집단)의 평균연령은 각각 38.35세, 39.53세, 38.22세였으며, 이들 집단 간의 연령별 차이는 유의하지 않았다.

측정도구

개인 신상 기록

본 자료는 범죄자 입소 당시 조사된 개인 신상 기록으로부터 그들의 기본 정보(성별, 연령, 학력, 기혼여부, 직업여부), 의료정보(신체 질병 · 장애 유무, 정신신체 유무), 과거 정신과적 진단 및 치료 여부, 과거 정신감정 유무), 범죄관련 정보(범죄명, 범죄시 음주 및 약물 사용 유무, 동종전과 횡수, 기타전과(폭력), 기타전과(폭력제외)횡수)에 관한 정보를 얻을 수 있었다.

지능검사(K-WAIS)

대상자들의 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-R(Wechsler, 1981)의 한국판 표준화 검사로써, WAIS-R의 기본 원칙을 수용하면서 한국 실정에 알맞은 내용으로 문항을 보완하고 번역하여 한국 문화에 맞게 제작된 문항들로 이루어져 있다.

다면적인성검사 II(MMPI-2)

MMPI-2는 기존의 MMPI를 수정 보완한 질문지형 성격검사로 임상장면에서 진단적 도구로 널리 사용하고 있으며, 타당성과 활용성에 대한 광범위한 연구가 이루어진 검사이다. 567문항으로 되어있고 MMPI와 비교하여 더 많은 타당도 척도와 그 밖의 내용척도 및 하위척도들이 추가되어 있어서 연구의 활용성이 증가될 것으로 기대된다. 그 중 10개의 임상척도의 신뢰도는 재검사 신뢰도가 .63에서 .86 사이고, 내적 일치도는 .24에서 .87로 보고되었다(김중술 외, 2005).

간이정신진단검사(SCL-90-R)

간이정신진단검사는 미국의 Derogatis가 개발한 자기 보고형 평정척도이다. 이 검사는 신체화, 강박증, 대인에 민성, 우울, 불안, 적대감, 공포불안, 편집증, 정신증의 총 9개 척도로 구성되며, 이 척도에 따라 정신과 환자들이 일반적으로 경험하는 증상들에 대해 90문항으로 만들어져 있다. 반응양식으로는 각 문항에 대해서 지난 일주일 동안 경험한대로 그 증상의 정도에 따라 '전혀 없다'에서 부터 '아주 심하다'까지 5점 척도로 평정한다. 김광일, 김재환, 원호택(1984)이 표준화된 질문지와 규준을 사용하였다. 이 검사의 검사-재검사 신뢰도 계수는 .73~.83, 내적 합치도는 .67~.89이다(최윤미, 1978).

자료 분석 방법

정신감정에 의뢰된 범죄자들의 인구통계학적, 과거 병력 및 범죄 관련 변인들의 특성을 알아보기 위해 빈도분석, 교차분석 및 일원변량 분석을 실시하였다. 또한 이들 세 집단간 MMPI-2와 SCL-90-R 척도 점수의 차이를 알아보기 위해 일변량 분석과 사후검증을 실시하였다. 궤병에 대한 F-K지수와 F척도의 예측 절단점을 알아보기 위해 ROC분석을 실시하였다. ROC분석을 위하여, 전체 범죄자들을 술직 반응 집단과 증상 위장(궤병) 가능 집단으로 재분류하였다. 정신감정 결과 아무런 진단을 받지 않은 집단은 궤병 가능 집단으로 분류할 수 있으며, 이들과 유사한 MMPI반응 패턴을 보인 행동장애 집단 또한 궤병 가능 집단으로 분류하였다.

자료분석은 SPSS version 12.0 통계분석프로그램을 이용하였고, 유의수준은 $p<.001$, $p<.01$, $p<.05$ 로 정하였다.

결 과

세 집단의 인구통계학적, 병력 특성

정상집단, 정신분열병 집단, 행동장애 집단 간의 연령, 학력, 결혼상태, 직업여부 등의 인구통계학적 변인을 살펴

표 1. 세 집단의 인구통계학적, 병력, 범죄관련 변인 특성

	범주	정상	정신분열	행동장애
		명(퍼센트)	명(퍼센트)	명(퍼센트)
학력	6년 이하	14(24.60)	12(12.20)	7(16.70)
	7-9년	10(17.50)	18(18.40)	9(21.40)
	10-12년	23(40.40)	48(49.00)	15(35.70)
	13년 이상	10(17.50)	20(20.40)	11(26.20)
	전체	57(100.00)	98(100.00)	42(100.00)
기혼 여부	미혼	36(64.30)	76(74.50)	27(62.80)
	기혼	13(23.20)	17(16.70)	9(20.90)
	이혼	7(12.50)	9(8.80)	7(16.40)
	전체	56(100.00)	102(100.00)	43(100.00)
직업 여부	유	28(49.10)	22(21.00)	17(39.50)
	무	29(50.90)	83(79.00)	26(60.50)
	전체	57(100.00)	105(100.00)	43(100.00)
정신과 진단유무	유	9(15.80)	71(68.30)	13(30.20)
	무	48(84.20)	33(31.70)	30(69.80)
	전체	57(100.00)	104(100.00)	43(100.00)
정신과 치료유무	유	17(29.80)	77(74.00)	19(44.20)
	무	40(70.20)	27(26.00)	24(55.80)
	전체	57(100.00)	104(100.00)	43(100.00)
정신감정 유무	유	2(3.50)	9(9.20)	10(23.30)
	무	55(96.50)	89(90.80)	33(76.70)
	전체	57(100.00)	98(100.00)	43(100.00)
동종전과 횡수 구분	없음	31(56.40)	77(74.80)	24(55.80)
	있음	24(43.60)	26(25.20)	19(44.20)
	전체	55(100.00)	103(100.00)	43(100.00)
범죄명	살인	8(14.00)	36(34.00)	6(14.00)
	상해 및 폭력	1(1.80)	29(27.40)	5(11.60)
	방화	3(5.30)	7(6.60)	0(.00)
	강도	6(10.50)	4(3.80)	4(9.30)
	절도	18(31.60)	8(7.50)	9(20.90)
	성범죄	18(31.60)	8(7.50)	17(39.50)
	기타	3(5.30)	14(13.20)	2(4.70)
	전체	57(100.00)	106(100.00)	43(100.00)
범행 당시 음주상태	유	18(31.60)	13(12.40)	10(23.30)
	무	39(68.40)	92(87.60)	33(76.70)
	전체	57(100.00)	105(100.00)	43(100.00)

본 결과, 연령($F_{(2,203)}=3.021, p=.051$), 학력($F_{(2,194)}=1.183, p=.309$), 결혼상태($X^2=3.277, df=4, p=.513$)에 있어서는 집단간 유의한 차이가 나타나지 않았다. 반면 직업 유무에 있어서는 세 집단 간 유의한 차이가 나타났다($X^2=14.48, df=2, p<.01$). 과거 병력 관련 변인에서는 과거 신체질병 유무($X^2=3.35, df=2, p=.18$), 과거 신체장애 유무($X^2=.89, df=2, p=.64$), 과거 정신지체 진단 유무($X^2=1.21, df=2, p=.54$)간에는 유의한 관련이 없었으나, 과거 정신과적 진단 유무($X^2=46.06, df=2, p<.001$), 정신과적 치료 여부($X^2=31.89, df=2, p<.001$), 정신감정 의뢰 여부($X^2=10.49, df=2, p<.01$) 간에는 유의한 관련이 있었다.

세 집단의 범죄관련 변인 특성

세 집단의 전과력을 살펴본 결과, 폭력전과 횡수($F_{(2,196)}=1.018, p=.363$)와, 기타전과(폭력외) 횡수($F_{(2,198)}=.998, p=.370$)에 있어서는 유의한 관련이 없었으나, 동종전과 횡수($X^2=7.73, df=2, p<.05$)에 있어서는 유의한 관련이 있었다.

표 1에서 보면 각 집단 범죄자들의 범죄명 차이를 분석한 결과, 유의한 결과를 보였다($X^2=65.62, df=12, p<.001$). 정신분열병 집단의 경우, 가장 높은 비율을 보인 범죄명은 살인(36명, 34.00%), 상해 및 폭력(29명, 27.40%)이었고, 정상집단의 경우, 절도(18명, 31.60%), 성범죄(18명, 31.60%)이었으며, 행동장애 집단의 경우 성범죄(17명, 39.50%), 절도(9명, 20.90%)에 해당하였다. 정상집단과 행동장애 집단이 보인 가장 높은 비율의 범행은 동일하였다.

세 집단의 범죄자들은 범행 당시 음주상태에 있어서 집단간 유의한 차이를 보였으나($X^2=8.87, df=2, p<.05$), 범행 당시 약물사용에서는 유의한 차이를 보이지 않았다($X^2=.44, df=2, p=.800$).

세 집단 간의 인지기능 비교

K-WAIS검사에서 나타난 세집단의 언어성IQ($M=97.50, SD=13.86$), 동작성IQ($M=94.47, SD=14.06$), 전체IQ($M=95.71, SD=13.16$)간의 차이는 유의하지 않았으며, 세 집단 모두 평균범위의 인지기능을 보였다. 정상집단, 정신분열병 집단, 행동장애 집단에서 각각 평균 언어성IQ는 96.39점($SD=13.45$), 98.10점($SD=13.74$), 97.50점($SD=$

14.86)이었고, 평균 동작성IQ는 94.43($SD=14.13$), 93.64($SD=13.572$), 96.37($SD=15.185$)이었으며, 전체IQ는 각각 95.07($SD=13.491$), 95.56($SD=13.240$), 96.91($SD=14.850$)이었다.

세 집단간의 MMPI-2 프로파일 양상과 심리적 특성

먼저 연구대상들의 MMPI-2 반응에 대한 태도를 VRIN(무선반응 비일관성)척도와 TRIN(비일관성)척도를 통해 살펴보면, 세 집단 모두 낮은 점수를 보이고 있어서 무선반응의 가능성을 배제할 수 있었다. 정상집단, 정신분열 집단, 행동장애 집단의 VRIN척도 점수는 각각 49.06($SD=10.676$)점, 49.24점($SD=10.722$), 44.03점($SD=9.821$)이었고, TRIN척도 점수는 각각 58.21점($SD=8.569$), 59.49점($SD=7.514$), 57.21점($SD=6.948$)이었다.

표 2에서 전체 프로파일 양상을 보면, F척도, F(b)척도, F(p)척도, Pd척도, Pa척도, Pt척도, Sc척도가 다른 척도에 비해 상대적으로 높게(T점수 ≥ 60) 나타났다.

세 집단별 MMPI-2프로파일 양상을 보면(표 3), MMPI-2 타당도 척도에서는 L척도($F_{(2,170)}=4.48, p<.05$), K척도($F_{(2,170)}=3.26, p<.05$), S척도($F_{(2,170)}=3.91, p<.05$)척도와 F-K지수($F_{(2,170)}=3.45, p<.05$)가 집단간 유의한 차이를 보였고, 임상척도에서는 D($F_{(2,170)}=5.59, p<.01$), Pd($F_{(2,170)}=2.11, p<.05$), Pt($F_{(2,170)}=6.13, p<.05$)척도에서

표 2. 전체 범죄자의 MMPI-2 척도 점수

	평균(SD)
L	50.64(11.95)
F	61.02(14.69)
K	47.46(11.53)
S	46.20(11.93)
F-K	6.54(14.67)
Fb	62.18(14.64)
Fp	55.66(12.16)
Hs	56.98(12.19)
D	59.71(14.85)
Hy	57.17(12.27)
Pd	60.95(13.26)
Mf	54.14(10.95)
Pa	66.54(19.03)
Pt	61.79(14.37)
Sc	63.45(14.69)
Ma	53.60(12.14)
Si	56.68(14.06)

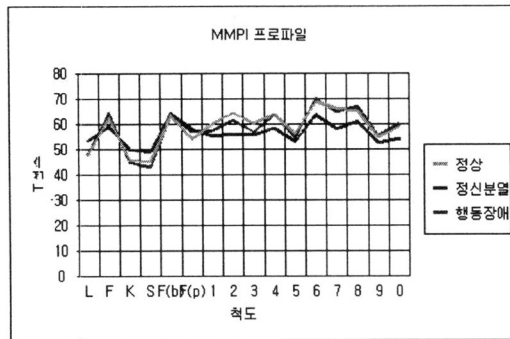


그림 1. 세 집단의 척도 프로파일

유의한 차이를 보였다. 흥미로운 결과는 세 집단 모두 정신 병리적인 증상을 호소하는 프로파일을 보였고(그림 1), L, F, S 척도를 제외한 나머지 모든 척도에서 정신분열병 집단의 프로파일이 정상집단과 행동장애 집단보다 낮게 나타났다는 점이다. 사후분석에서는 정신분열병집단이 정상집단보다 L척도가 유의하게 높았고, S척도에서는 행동장애 집단보다 유의하게 높은 점수를 보였다. 한편, 정신분열병집단은 F-K지수에서 행동장애 집단보다 유의하게 낮은 점수를 보였고, D척도에서 정상집단보다 유의하게 낮았으며, Pt척도에서 정상집단과 행동장애 집단보다 유의하게 낮은 점수를 보였다. 타당도척도 중 F(b)와 F(p)척도 모두 집단 간 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다.

MMPI-2 하위척도의 비교

MMPI-2의 재구성 임상척도와 성격병리 5요인척도, 내용척도, 보충척도의 집단간 차이를 분석한 결과는 다음과 같다. MMPI-2 재구성 임상척도에서는 의기소침(RCd) ($F_{(2,168)}=6.10, p<.01$), 신체증상 호소(RC1) ($F_{(2,168)}=3.86, p<.05$), 냉소적 태도(RC3) ($F_{(2,168)}=4.19, p<.05$), 반사회적 행동(RC4) ($F_{(2,168)}=8.34, p<.001$), 역기능적 부적정서(RC7) ($F_{(2,168)}=3.59, p<.05$), 경조증적 상태(RC9) ($F_{(2,168)}=4.08, p<.05$) 척도가 범죄자 유형에 따라 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다. 사후분석에서는 의기소침(RCd), 반사회적 행동(RC4)척도에서 정신분열병 집단이 그 외 두 집단보다 유의하게 점수가 낮았고, 신체증상 호소(RC1)척도에서는 정상집단에 비해 정신분열병 집단의 점수가 유의하게 낮았으며, 경조증적 상태(RC9)척도에서는 행동장애 집단에 비해 정신분열병 집단의 점수가 유의하게 낮았

다. 반면, 냉소적 태도(RC3)척도에서는 행동장애 집단이 다른 두 집단에 비해 유의하게 점수가 낮았다.

MMPI-2 성격병리 척도에서는 통제결여(DISC) ($F_{(2, 68)}=10.08, p<.001$), 부정적 정서성(NEGE) ($F_{(2, 68)}=9.23, p<.001$) 척도가 범죄자 유형에 따라 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다. 이에 대해 사후분석을 한 결과, 통제결여(DISC), 부정적 정서성(NEGE)척도 모두 정신분열병 집단이 그 외 두 집단보다 유의하게 척도 점수가 낮은 것으로 나타났다.

MMPI-2 내용척도에서는 불안(ANX) ($F_{(2, 67)}=6.54, p<.01$), 우울(DEP) ($F_{(2, 67)}=8.80, p<.001$), 건강염려(HEA) ($F_{(2,167)}=3.95, p<.05$), 분노(ANG) ($F_{(2,167)}=7.32, p<.01$), 반사회적 특성(ASP) ($F_{(2,167)}=9.97, p<.001$), A유형 행동(TPA) ($F_{(2, 167)}=3.80, p<.05$), 직업적 곤란(WRK) ($F_{(2, 167)}=3.93, p<.05$), 부정적 치료지표(TRT) ($F_{(2, 167)}=3.51, p<.05$) 척도가 범죄자 유형에 따라 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다. 사후분석 결과, 불안(ANX), 우울(DEP) 척도에서는 정신분열병 집단이 다른 두 집단보다 유의하게 점수가 낮게 나타났고, 분노(ANG), 반사회적 특성(ASP), A유형 행동(TPA), 직업적 곤란(WRK)척도에서는 행동장애 집단이 정신분열병 집단보다 유의하게 높은 점수를 보였다. 건강염려(HEA)척도에서는 정상집단이 정신분열병 집단보다 유의하게 높은 점수를 나타냈다.

MMPI-2 보충척도에서는 불안(A) ($F_{(2, 167)}=4.60, p<.05$), 사회적 책임감(RE) ($F_{(2, 167)}=3.12, p<.05$), 대학생할 부적응(MT) ($F_{(2, 167)}=7.39, p<.01$), 외상후 스트레스장애(PK) ($F_{(2, 167)}=7.53, p<.01$), 결혼생활 부적응(MDS) ($F_{(2, 167)}=5.07, p<.01$), 알코올 중독(MACR) ($F_{(2, 167)}=3.49, p<.05$), 중독인정(AAS) ($F_{(2, 167)}=5.04, p<.01$), 중독가능성(APS) ($F_{(2, 167)}=7.60, p<.01$), 남성적 성역할(GM) ($F_{(2, 167)}=5.40, p<.01$) 척도가 범죄자 유형에 따라 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다. 이들 척도에 대한 사후분석을 살펴보면, 정신분열병 집단은 대학생할 부적응(MT), 외상후 스트레스장애(PK), 중독인정(AAS), 중독가능성(APS)척도에서 다른 두 집단보다 유의하게 낮은 점수를 보였고, 불안(A)척도에서는 정상집단보다 낮은 점수를, 결혼생활 부적응(MDS)척도에서는 행동장애 집단보다 유의하게 낮은 점수를 보였다. 반면, 정신분열병 집단은 사회적 책임감(RE)척도에서는 행동장애 집단보다 유의하게 높은 점수

표 3. 세 집단의 MMPI-2 척도 점수

	정상집단(1) 평균(SD)	정신분열집단(2) 평균(SD)	행동장애집단(3) 평균(SD)	F	사후검증 (Sheffe 등)
L	47.96(11.25)	53.45(11.25)	48.31(13.21)	4.487*	2>1*
F	62.21(15.99)	58.91(12.51)	63.85(16.74)	1.750	
K	45.77(10.37)	49.77(11.21)	44.87(12.92)	3.269*	
S	44.83(9.98)	48.73(12.74)	42.71(11.68)	3.915*	2>3*
F-K	8.21(15.25)	3.60(12.99)	10.53(16.25)	3.458*	3>2*
F(b)	63.08(14.06)	63.87(15.90)	63.91(14.58)	.040	
F(p)	53.87(10.39)	57.87(13.60)	56.97(14.12)	1.225	
Hs	59.90(12.63)	55.05(11.23)	57.13(12.79)	2.592	
D	64.31(15.33)	55.99(14.80)	61.38(12.43)	5.596**	1>2*
Hy	60.00(12.78)	55.60(12.31)	56.69(11.08)	2.111	
Pd	63.42(12.44)	58.11(13.41)	63.62(13.12)	3.681*	
Mf	56.00(12.59)	52.82(10.29)	54.44(9.78)	1.368	
Pa	68.73(19.39)	63.55(17.83)	69.92(20.43)	1.996	
Pt	65.87(14.41)	57.90(13.33)	64.51(14.62)	6.138**	1,3>2*
Sc	65.17(15.43)	60.70(12.26)	66.95(17.44)	2.969	
Ma	54.52(12.26)	52.34(12.31)	55.00(11.64)	.847	
Si	58.63(14.36)	54.02(12.74)	59.67(15.55)	2.908	

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

를, 남성적 성역할(GM)척도에서는 행동장애 집단과 정상 집단보다 유의하게 높은 점수를 보였다.

SCL-90-R 비교

SCL-90-R 검사에서 강박증(OC)($F_{(2, 177)}=4.12, p<.05$), 내향성(IS)($F_{(2, 177)}=4.17, p<.05$), 우울증(DEP)($F_{(2, 177)}=5.22, p<.01$), 불안감(ANX)($F_{(2, 177)}=4.26, p<.05$), 적대감(HOS)($F_{(2, 177)}=7.41, p<.01$), GSI($F_{(2, 177)}=4.11, p<.05$), PSDI($F_{(2, 177)}=4.44, p<.05$) 척도들이 범죄자 유형에 따라 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다. 사후분석에서는 정신분열병집단이 정상집단보다 DEP, ANX, GSI척도에서 유의하게 낮은 점수를 보였고, OC, IS, HOS, PSDI 척도에서는 행동장애 집단에 비해 유의하게 낮은 점수를 보였다.

피병탐지에 대한 F척도와 F-K지수의 ROC분석

세 집단의 MMPI-2 프로파일 분석 결과, 이들은 다시

증상 위장집단(정상집단과 행동장애 집단)과 실제 정신분열병 집단으로 재분류 할 수 있다. 이 두 집단을 정확하게 구별하는, 즉 실제 증상 위장집단을 피병집단으로, 정신분열병 증세를 가진 집단을 환자 집단으로 구별하는 F척도와 F-K지수의 예측 절단점을 알아보기 위해 ROC Receiver Operation Characteristic)분석을 실시하였고, 그 결과는 다음과 같다. 표 4에서 보는 바와 같이, F척도의 경우 변별 기준점이 73점일 때 AUC(Area Under Curve)가 최대가 되어 .602에 이르렀다. 이 때 발생하는 민감도는 .363, 특이도는 .841이었다. F-K지수의 경우 변별기준점이 22점일 때 AUC가 최대가 되어 .614에 이르렀다. 이 때 발생하는 민감도는 .278 특이도는 .951이었다(표5). 두 척도의 AUC는 .60이상으로 나타나 두 척도가 유의미한 변별력을 지녔다고 할 수 있으나, 기존 ROC관련 연구에서는 AUC가 .70이상이어야 예측 정확성이 비교적 우수하다고 평가한다. 따라서 본 연구 결과, F척도와 F-K지수는 기대하는 만큼 피병 예측에 민감도가 높은 것은 아

표 4. MMPI-2 F척도의 변별기준점의 변별력

	AUC	SE	유의도	95% 신뢰구간		민감도	1-특이도	PPP	NPP
				하한	상한				
70이상	.570	.044	.114	.484	.655	.396	.256	.632	.526
71이상	.588	.043	.046	.503	.673	.396	.220	.667	.538
72이상	.588	.043	.046	.503	.673	.396	.220	.667	.538
73이상	.602	.043	.021	.518	.686	.363	.159	.717	.543
74이상	.598	.043	.027	.514	.682	.330	.134	.732	.538
75이상	.598	.043	.027	.514	.682	.330	.134	.732	.538
76이상	.566	.043	.134	.481	.651	.242	.110	.710	.514
77이상	.579	.043	.072	.495	.664	.220	.061	.800	.520

표 5. MMPI-2 F-K지수의 변별기준점의 변별력

	AUC	SE	유의도	95% 신뢰구간		민감도	1-특이도	PPP	NPP
				하한	상한				
18이상	.586	.043	.051	.501	.672	.333	.160	.698	.531
19이상	.599	.043	.026	.514	.683	.333	.136	.732	.538
20이상	.612	.043	.012	.528	.696	.322	.099	.784	.545
21이상	.613	.043	.011	.529	.697	.300	.074	.818	.543
22이상	.614	.043	.010	.530	.698	.278	.049	.862	.542
23이상	.598	.043	.027	.514	.683	.233	.037	.875	.531
24이상	.588	.043	.048	.503	.673	.200	.025	.900	.523
25이상	.565	.044	.140	.480	.651	.156	.025	.875	.510

닌 것으로 나타났다.

($\chi^2=9.205$, $df=1$, $p<.01$). 이 때, 73점의 변별 기준점이 피

표 6에서 보는 바와 같이, F점수 73점을 기준으로 두
집단을 구분하였을 때 각 집단은 유의미하게 달랐다

병을 하는 사람을 정확하게 변별한 비율은 86.2%였고, 실
제 정신병리가 있는 사람을 궤병을 하지 않은 사람으로

표 6. MMPI-2 F척도, F-K지수의 변별기준점에 의한 예측력

		F점수 73점 이상으로 예측한 경우		전체
		73점 미만	73점 이상	
진단명에 따른 분류	정신분열병집단	77(54.2%)	4(13.8%)	81(47.4%)
	궤병가능 집단	65(45.8%)	25(86.2%)	90(52.6%)
전 체		142(100%)	29(100%)	171(100%)
		F-K지수 22점 이상으로 예측한 경우		전 체
		22점 미만	22점 이상	
진단명에 따른 분류	정신분열병 집단	77(54.2%)	4(13.8%)	81(47.4%)
	궤병가능 집단	65(45.8%)	25(86.2%)	90(52.6%)
전 체		142(100%)	29(100%)	171(100%)

변별한 비율은 54.2%였다. F-K지수 22점을 기준으로 두 집단을 구분하였을 때 카이제곱검정 결과, 각 집단은 유의미하게 달랐다($X^2=15.791$, $df=1$, $p<.001$). 이 때 22점의 변별 기준점이 피병을 하는 사람을 정확하게 변별한 비율은 86.2%였고, 진실하게 자신의 정신병리를 보고한 사람을 변별한 비율은 54.2%였다.

논 의

본 연구는 정신감정에 의뢰된 범죄자들을 세 집단으로 분류하여 이들 집단이 인구통계적, 심리적, 범죄관련 변인에서 어떠한 차이가 있는가를 알아보았다. 또한 형사책임의 면제 또는 회피라는 강한 2차적 이득으로 인해 정신병리를 가장하는 피병(malingering) 집단에 대한 MMPI-2의 변별 유용성을 알아보았다.

먼저 세 집단의 인구통계학적 특성을 살펴보면 정상집단, 정신분열병 집단, 행동장애 집단 모두 결혼 상태에 있어 미혼 비율이 가장 높았다(각각 64.3%, 74.5%, 62.8%). 이 점은 일반적으로 범죄자들이 가족과 같은 사회적 지지 체계가 부족함을 나타내며, 이는 범죄자집단의 공통적인 특징이라고 할 수 있겠다. 직업면에 있어 정신분열병 집단의 범죄자들은 타 집단에 비해 직업이 없는 비율이 높았는데, 이는 정신병리로 인하여 일상생활 기능 면에서 어려움을 겪는 이들 집단의 특징이 본 연구에서도 그대로 나타난 것으로 보인다.

과거 병력과 관련하여, 세 집단은 유의한 차이를 보였다. 정신분열병 집단의 경우는 70% 이상이 과거에 정신과적 진단과 정신과적 치료를 받은 적이 있는 것으로 나타났다. 이는 정신분열병의 특성상 범죄자들이 본 범죄를 저지르기 이전부터 병리적 특성을 보였으며, 이러한 증상이 일시적인 것이 아닌 상당한 시간에 걸쳐 나타난다는 것을 확인시켜준다. 반면 행동장애집단의 경우, 과거에 정신감정을 받은 적이 있는 비율(23.3%)이 다른 집단(3.5%, 9.2%)에 비해 훨씬 높았다.

동종전과 여부 면에서 보자면, 정신분열병 집단의 25%만이 과거 동일한 범행을 했던 것과는 대조적으로, 정상집단과 행동장애 집단의 40% 이상이 동일 전과력이 있는 것으로 보고되었다. 이러한 결과는 정신증을 실제로 지닌 범죄자들만을 대상으로 하여서가 아니라 인격장

애나 성관련 장애를 가진 범죄자들, 그리고 정신적으로 문제가 없는 범죄자에 대해서도 현재 정신감정이 의뢰되고 있다는 것을 시사한다. 이는 여러 가지 의미가 있을 수 있는데, 예컨대 피고인이 자신의 범행에 대한 책임을 정신과적인 문제로 귀인해 보려는 의도로 정신감정을 요청하는 사례도 있을 수 있을 것이며, 다른 한편으로는 검찰이나 법원 측에서 만성화된 범죄력에 대한 통제대안으로서 치료의 필요성을 고려하기 때문일 수도 있다. 현재로서는 이와 같은 문제가 존재한다는 사실만을 확인했을 뿐, 그 연유에 대해서는 정확히 알기 힘들다. 형사책임의 조각사유가 되지 않는 정신분열병이 없는 범죄자들에 대해서까지 정신감정이 실시되고 있는 근본적 이유는 추후 연구 등에서 보다 심층적으로 분석이 되어야 할 필요성이 있다.

정상집단, 정신분열병 집단, 행동장애 집단에 속하는 정신감정 의뢰된 범죄자들의 범행내용을 살펴본 결과, 정신분열병 집단에서는 타인에게 신체적 상해(살인, 폭력)를 가한 비율이 전체 범행에서 절반 이상을 차지하였다. 이에 반해 정상집단과 행동장애 집단에 속하는 범죄자들의 본 범행은 절도와 성범죄가 가장 많은 비중을 차지하였다. 이 점은, 정신병리 증상 없이 성범죄를 저지른 사람들이 정신감정을 더 많이 원하거나 또는 법원에 의해 많이 의뢰되는 것을 의미한다. 한편, 정신병리적 증상을 가진 범죄자들의 경우, 증상이 없는 범죄자들에 비해 폭력적인 성격을 띤 범행을 하여 의뢰되는 경향을 보인다. 이에 대한 설명으로 Green(1981)과 Spry(1984)는 정신분열병 환자들의 범죄가 폭력적인 행동과 관련이 있는 것은, 이들은 타인이 자신에게 위해를 가하려 한다고 지각하여 위협을 느끼기 때문에 이에 대한 대응책으로 폭력적인 행동을 하는 것이라고 설명하였다.

범행 당시 상황에 있어, 정신병리 증상을 가진 범죄자들에 비해 그렇지 않은 범죄자들이 범행 시 음주를 한 경우가 더 많은 것으로 나타났다. 이는 정신병리 증상이 없는 범죄자들이 정신감정을 의뢰할 때, 알코올의 영향으로 인해 충동조절력이 약화되었음을 범행의 이유로 주장하는 경향이 있음을 의미한다.

MMPI-2 결과에서 타당도척도는 세 집단 모두 F척도보다 L, K척도에 비해 상승한 패턴을 보이는데, 흥미로운

결과는 정신분열병 집단에 비해 정상집단과 행동장애 집단에서 F척도와 F-K지수를 포함한 타당도척도와 모든 임상 척도들이 더 높게 상승했다는 점이다. 모든 임상척도에서 정신분열병 집단이 다른 두 집단에 비해 낮은 점수를 보였다. 더불어, 정상집단과 행동장애 집단의 MMPI-2척도 프로파일은 별다른 차이를 보이지 않았으며, SCL-90-R검사 또한 MMPI-2검사서 나타난 결과를 지지하는 프로파일을 보였다. 이러한 결과는 정상집단과 행동장애 집단이 정신병리 증상을 가진 범죄자들에 비해 더 많이 또는 과대적으로 증상을 보고할 수 있음을 나타내며 이들의 피병 가능성에 대한 판별이 필요함을 입증하는 결과라고 할 수 있다. 이에 따라 이전의 피병 판별 연구들에서 보여주었던 MMPI-2의 타당도척도들의 유용성을 검토한 결과, 본 연구에서는 척도F, F(b), F(p) 보다는 F-K지수가 세 집단에서 유의한 차이가 나타나 피병 판별에 있어 상대적으로 유용성이 더 큰 것으로 보고되었다. 한편 비전형적인 정신병리를 측정하는 F(p) 척도의 경우 집단간 유의한 차이는 나타나지 않았으나 그 유용성의 여지가 있어 보인다.

선행 연구들에서 피병 탐지에 유용성이 입증된 척도는 F척도와 F-K지수였다. 이 두 가지 지표가 실제 환자 집단과 증상 위장 집단을 얼마나 효과적으로 구별하지를 알아보기 위하여 ROC분석을 실시하였는데, 그 결과 F척도와 F-K지수의 예측 절단점은 각각 73점과, 22점인 것으로 나타났다. 이 두 점수의 AUC는 각각 .602, .614로 나타났는데, 곡선하영역(AUC)이 보통 .70이상이어야 이들 점수의 변별 유용성이 뛰어나다는 점에서 볼 때, 두 척도의 변별 유용성은 그리 뛰어나지 않은 것으로 나타나 형사 사법 장면에서 본 지표를 사용할 경우, 조심스럽게 해석되어야 할 필요가 있겠다.

본 연구는 정신감정 장면에서 정신병리 증상을 측정하는 평가도구인 MMPI-2를 사용하여 피병 판별의 유용성을 알아본 국내 최초 연구라는 점에서 의의가 있다. 또한 현재 형사사법장면에서 사용되어지는 MMPI-2가 피병 판별의 목적으로 사용될 때, 과연 그 기준점은 얼마나 되는 것인지를 알아보고자 하였다. 비록 ROC분석을 통하여 알아본 각 척도의 예측 정확성이 기대한 것만큼 뛰어난 것으로 나타나지는 않았으나, 임상가의 주관적 판단으로만 사용되었던 MMPI-2의 구체적인 변별 기준점을

제시하고자 하였다는 점에서 그 의의가 크다고 하겠다. 형사사법장면에서 피병판별을 위해 MMPI-2를 사용하는 것은 검사에 소요되는 시간과 채점 및 해석에 많은 노력이 든다는 단점이 있다. 더불어 MMPI-2는 자기보고식 검사이기 때문에 수검자가 반응을 의도적으로 왜곡할 수 있다는 여지가 있다. 비록 수검자의 반응패턴을 살펴볼 수 있는 타당도 척도가 존재하기는 하나, 본 연구에서는 이들 척도가 피병을 탐지하기에는 다소 미흡한 점이 있는 것으로 나타났다. 하지만 이러한 범죄자들의 피병 가능성을 알아본 연구는 본 연구가 유일함으로, 앞으로 이와 같이 실제 법정 장면에서의 MMPI-2의 활용에 관한 추후 연구들이 더욱 활발히 이루어질 필요가 있겠다. 더불어 MMPI-2와 같이 일반적인 정신병리 측정의 검사가 아닌, 보다 짧은 시간의 면담을 통하여 수행될 수 있고 자기보고식 검사의 한계를 보완하는 행동관찰 항목이 포함된 피병판별에 보다 효율적인 도구의 개발이 요구된다고 하겠다.

참 고 문 헌

- 현암사 편집부 (2000). 도해 법률용어사전. 현암사.
- 김용희, 정애자, 정사근, 유제민 (2004). 피병척도의 타당도 연구 : 경도 두부손상 환자를 중심으로. 한국심리학회지 : 임상, 23(1), 231-242.
- 김중술, 한경희, 임지영, 이정흠, 민병배, 문경주 (2005). 다면적인성검사 II(MMPI-2) 매뉴얼. 마음사랑.
- 박지선, 이민규 (2003). 정신감정이 의뢰된 범죄자들의 MMPI 프로파일 양상 예비연구. 한국심리학회지 : 임상, 22(1), 203-214.
- 염태호, 박영숙, 오경자, 김정규, 이영호 (1992). K-WAIS 실시 요강. 한국가이던스.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th ed.). Washington, DC.
- Arbisi, P. A., & Ben-Porath, Y. S. (1998). The ability of MMPI-2 validity scales to detect fake-bad responses in psychiatric inpatients. *Psychological Assessment*, 10, 221-228.
- Bagby, R., Rogers, R., & Buis, T. (1994). Malingered

- and defensive response style on the MMPI-2 : an examination of validity scales in a forensic population. *Journal of Personality Assessment*, 62, 191-203.
- Bagby, R. M., Rogers, R., Buis, T., Nicholson, R. a., Cameron, S. L., Rector, N. a., Schuller, D., R., & Seeman, M. V. (1997). Detecting feigned depression and schizophrenia on the MMPI-2 validity indicators in the detection of defensive responding in clinical and non-clinical samples. *Journal of Personality Assessment*, 68, 650-664.
- Berry, D. T. R., Adams, J. J., Clark, C. D., Thacker, S. R., Burger, T. L., Wetter, M. W., Baer, R. A., & Borden, J. W. (1996). Detection of a cry for help on the MMPI-2 : an analog investigation. *Journal of Personality Assessment*, 67, 26-36.
- Berry, D. T. R., Baer, R. A., & Harris, M. J. (1991). Detection of malingering on the MMPI : a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 11, 585-598.
- Bury, A. S., & Bagby, R. (2002). The detection of feigned uncoached and coached post-traumatic stress disorder with the MMPI-2 in a sample of workplace accident victims. *Psychological Assessment*, 14, 472-484.
- Carson, R. C. (1969). Interpretive manual to the MMPI. In J. N. Butcher(Ed.), Research developments and clinical applications(pp.279-296). New York : McGraw-Hill.
- Gallagher, R. W. (1997). Detection of malingering at the time of intake in a correctional setting with the MMPI-2 validity scales. Unpublished doctoral dissertation, Kent State University, Kent, OH.
- Gold, P. B., & Frueh, B. C. (1998). Compensation-seeking and extreme exaggeration of psychopathology among combat veterans evaluated for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 680-684.
- Graham, J. R. (2006). Assessing personality and psychopathology, 4th ed. Oxford University Press[○]
- 훈진, 문혜신, 박현진, 유성진, 김지영, 공역. MMPI-2 성격 및 정신병리 평가, 2007, 시그마프레스).
- Green, C. M. (1981). Matricide by sons. *Medicine, Science and the Law*, 21, 207-214
- Hawk, G. L., & Cornell, D. G. (1989). MMPI profiles of malingers diagnosed in pretrial forensic evaluations. *Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 673-678.
- Lim, J. (2000). Detection of overreporting on the MMPI-2 : differentiation between faking bad and cry for help. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 19 (3), 603-612.
- Nicholson, R. A., Mouton, G. J., Bagby, R. M., Buis, T., Peterson, S. A., & Buigas, R. A. (1997). Utility of MMPI-2 indicators of response distortion : receiver operating characteristics analysis. *Psychological Assessment*, 9, 471-479.
- Rogers, R., & Bender, S. D. (2003). Evaluation of malingering and deception. In A. M. Goldstein & I. B. Weiner(Eds.), Handbook of psychology(pp. 109-129). John Wiley & Sons, Inc.
- Rogers, R., Sewell, K. W., Martin, M. A., & Vitacco, M. J. (2003). Detection of feigned mental disorders : a meta-analysis of the MMPI-2 and malingering. *Assessment*, 10, 160-177.
- Rogers, R., Sewell, K. W., Salekin, R. T., (1994). Feigning among chronic outpatients on the MMPI-2. *Psychological Assessment*, 1, 227-237.
- Roman, D. D., Tuley, M. R., Villanueva, M. R., & Mitchell, W. E.(1990). Evaluating MMPI validity in a forensic psychiatric population : distinguishing between malingering and genuine psychopathology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 186-198.
- Schretlen, D. J. (1988). The use of psychological tests to identify malingered symptoms of mental disorder. *Clinical Psychology Review*, 8, 451-476.
- Spry, W. B. (1984). Schizophrenia and crime, In M. Craft & A. Craft(eds.), Mentally Abnormal Offenders.

- London : Baillieve Tindall.
- Wetter, M. W., & Deitsch, S. E. (1996). Faking specific disorders and temporal response consistency on the MMPI-2. *Psychological Assessment*, 8, 39-47.
- Wygant, D. B., Sellbom, M., Ben-Porath, Y. S., Stafford, K. P., Freeman, D. B., & Heilbronner, R. L. (2007). The relation between symptom validity testing and MMPI-2 scores as a function of forensic evaluation context. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 489-499.

Comparison of Malingering Related Characteristics Between Pre-trial Forensic Offenders Determined as Normal and Other Diagnoses : Based on MMPI-2 Profiles

Sung Hee Cho

National Forensic Hospital

Soo Jung Lee

Kyonggi University

Jae Ok Kim

The number of offenders who are referred for pre-trial forensic psychological evaluation has increased, and there is greater need to rule out malingering among these referrals. Malingering is defined as intentional exaggeration of symptoms in order to avoid their criminal responsibility. This study compared three groups of offenders based upon results from forensic psychological evaluation : normal group, schizophrenia group, and behavior disorder group including personality disorder and sex-related disorders. Significant differences were found among the groups in their MMPI-2 and SCL-90-R scores, types of offenses, recidivism, and other demographical backgrounds. Normal group and behavior disorder group scored significantly higher than schizophrenia group in scales of psychopathology, which supported possibility of malingering. In order to differentiate schizophrenia group from the other groups in terms of malingering possibility, ROC was utilized to F scale and F-K score, which indicated these two scales had sensitivity to detect malingering not high enough to be independently utilized in forensic psychological evaluations. It was suggested that more brief, efficient, and sensitive malingering detection measures should be developed and utilized.

Keywords: Forensic psychological evaluation; MMPI-2; Malingering; Sex offender

1차원고 접수일 : 2008년 4월 7일

수정원고 접수일 : 2008년 5월 19일

게재 확정일 : 2008년 5월 20일