

한국판 CORE-OM의 타당화

최 이 순[†]

한국도박문제관리센터 부산센터

김 홍 석

제주 세화중학교

본 연구는 한국판 CORE-OM을 타당화 하는 데 목적이 있다. 이를 위해 COME-OM의 번역타당화를 거친 후 2단계 방법을 사용하였다. 1단계에서는 대학생 483명을 대상으로 4요인 CORE-OM의 문항이 각 요인을 잘 설명하는지 확인하기 위해 확인적 요인분석을 실시하였다. 그 결과 4요인은 적합하지 않아 탐색적 요인분석을 실시하였고, 가장 적합한 요인은 3요인으로 나타났다. 또한 3요인은 양호한 문항 내적 합치도를 보였으며, 3요인 간에는 유의미한 상관관계를 확인하였다. 2주일 후에 483명중 100명의 대학생을 대상으로 검사-재검사를 실시한 결과, 높은 검사-재검사 신뢰도 값이 나타났다. 2단계에서는 임상집단(115명)과 비임상집단(121명)을 대상으로 2차 표집을 실시하여 임상집단과 비임상집단 CORE-OM에서의 차이를 살펴본 결과, CORE-OM에서 유의미한 차이가 나타났다. 또한 임상집단에서의 요인 간 상관관계와 비임상집단에서의 요인 간 상관관계를 확인하였다. 그리고 검사의 타당화 검증을 위해 삶의 만족도, 공격성, 우울, SCL-90-R과의 상관관계를 알아본 결과 준거타당도가 있었다. 이러한 결과들은 한국판 COME-OM이 신뢰롭고 타당함을 반영한다. 끝으로 본 연구의 의의와 한계에 대해 논하였다.

주요어 : CORE-OM, 타당화

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 최이순, 한국도박문제관리센터 부산센터, (601-840) 부산광역시 동구 중앙대로 197 뉴포트빌딩 5층 / Tel : 051-441-2190, E-mail : mind625@hanmail.net

상담 및 치료 개입 후 그 효과가 어떠한지를 알아보는 것은 당연하고 매우 중요한 문제로 볼 수 있다. 정신건강 관련하여 힘들어하는 많은 사람들에게 다양한 서비스를 제공하고 있지만 상담 및 치료 서비스가 효과적이고 효율적인가라는 측면에서 문제제기를 해왔다(DoH, 1996; Parry, 1995; Roth & Fonagy, 1996). 20세기에 와서 본격적으로 치료기관들은 임상적 효과를 모니터링하기 시작했고, 임상 과정에서 내담자의 현재 상태를 확인하고 그 상황에 맞는 필요한 서비스를 제공하는데 관심을 가지게 되었다(Lacock et al., 2003; Parry, 2000).

현재 상담 및 치료서비스를 제공하는데 있어서 내담자의 상태와 치료서비스의 효과성을 확인하는 다양한 비표준화, 표준화된 도구가 있지만 내담자의 상태나 효과를 포괄적으로 측정하는 도구가 부족하며 도구도 통일되어 있지 않다. 또한 치료과정에서 한 가지 측정 도구가 아닌 여러 개의 측정도구를 사용하므로 효과성과 효율성에 의문을 제기하고 있다(Froyd., Lambert, & Froyd, 1996). 심리적 어려움을 치료하기 위하여 정신건강 분야의 다양한 전문가들은 이러한 한계점들을 극복하기 위해서 측정도구를 개발해 왔고, 이 과정에서 CORE(The Clinical Outcomes in Routine Evaluation)가 탄생했다.

CORE는 심리치료에 대한 효과를 측정하기 위해 개발된 검사로서 영국 내에서 가장 널리 사용되어지고 있다(Barkham et al, 1998, 2001; Evans et al., 2000). CORE 이전에 임상가들은 왜 그것을 사용해야 하는지 정확히 알지 못한 채 단순히 역사적인 이유만으로 다양한 측정방법을 사용하여왔다. 이런 과정에서 생성된 정보는 치료의 효과성에 대한 지식을 개발하는데 있어 부족할 수밖에 없었다. 정신역동,

행동주의적 혹은 인본주의 등 어떤 상담 및 치료 이론적 입장을 취하느냐와는 상관없이 사람들이 심리적 스트레스라고 인식되는 많은 것들을 측정할 수 있는 공통적인 측정도구를 개발할 필요성이 대두되었다(Barkham, Mellor-Clark, 2003; Evans, Connell, Barkham, Marshall, & Mellor-Clark, 2003).

전통적으로, 치료 후 효과평가는 우울이나 불안과 같은 증상에 초점을 둔 측면이 있다. 하지만 증상의 완화뿐만 아니라 특정 증상의 완화에 따른 부차적인 긍정적인 변화도 중요한 효과이다(Elfström, Evans, Lundgren, Johansson, & Hakeberg, 2013). 그러므로 치료적 개입에 대한 좀 더 포괄적인 증거나 상태 즉, 내담자의 포괄적인 심리사회적 기능이나 상태를 반영하는 효과를 찾을 필요가 있다. CORE는 증상 뿐 아니라 사회적, 기능적인 측면을 같이 파악할 수 있는 좋은 도구이다. 타당화 된 평가 도구로 전통적으로 주로 증상과 관련된 척도(BDI, BAI, IIP-32 등)를 사용하면서 한 치료과정에서 많은 측정도구를 사용한다는 생각을 해왔다. CORE를 사용하는 경우 다른 검사(BDI, BAI 등)를 중복해서 사용할 필요가 없고 시간, 비용에서도 긍정적이다(Goldberg, 1972; Goldberg & Williams, 1988; Lambert et al., 1996; Mellor-Clark, Barkham, Connell, & Evans, 1999).

CORE는 기존의 정신건강분야와 관련되어 끊임없이 제기되어온 전통적인 방식의 치료효과와 효율성의 한계점들을 개선하고자 하는 노력의 결과물이다. 1998년도부터 연구자뿐만 아니라 현장의 치료전문가들이 참여하는 대규모 공동연구가 진행되었다(Barkham et al, 1998). Barkham 등(2001)에 따르면, 전통적인 방식은 치료기관, 치료자, 치료기법 등 서비스 개입에 따라 심리평가척도가 달라져 치료효과

를 직접적으로 비교, 검증 할 수 없고 무엇보다 내담자에게 치료성과의 정보를 알기 쉽게 제공 할 수 없다는 단점이 있다. 따라서 광범위한 데이터를 수집, 연구하기 위한 공통적으로 사용 가능한 척도개발과 함께 간편하고도 친숙한 측정, 그리고 심리치료 서비스를 통한 회복정보를 내담자 본인이 알기 쉽도록 돕는 시스템을 구축하고자 CORE시스템이 개발되었다(CORE System Group, 1998). CORE-OM(The Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure)은 1998년에 여러 심리치료서비스로 치료를 받은 내담자의 향상을 위해 도움을 줄 수 있는 평가체제로 설계되었다.

CORE-OM은 범이론적(치료효과와 상관없이)이고 범진단적(여러 영역의 문제들을 포함한)으로 심리적 고통을 측정하는 도구로서 치료 전후에 실시하여 그 효과성을 알아볼 수 있는 도구이다. 또한 내담자의 변화를 민감하게 파악할 수 있을 뿐만 아니라 개입초기 단 한 번의 개입이 아닌 정기적인 과정평가가 가능하며, 내담자의 심리적 문제를 폭넓게 측정하고 다양한 심리치료의 효과검증도 가능하다(Evans et al, 2000; Elfström et al, 2013). 이러한 핵심적인 치료효과 정규평가 도구로써 CORE 시스템은 개발단계에서부터 심리측정에 관한 표준적인 기준을 바탕으로 제작되었다. CORE-OM은 34문항으로 4가지 차원을 포함하고 있으며 각각의 차원은 삶의 질(4문항), 문제/증상(12문항), 사회적 관계기능(12문항), 위기(6문항)로 구성되어 있다(Evan et al., 2000). 현재는 영국의 상담기관 뿐만 아니라 일차 및 이차적 의료기관에서도 적극적으로 사용되고 있다(Barkham, Culverwell, Spindler, & Twigg, 2005).

최근 이탈리아, 스웨덴, 노르웨이, 네덜란드 등도 CORE-OM에 대해 번역 타당화 하여 사

용하고 있다(Elfstrom et al, 2013; Palmieri et al, 2009; Uji, Sakamoto, Adachi, & Kitamura, 2012). 이탈리아 버전의 경우(Palmieri et al, 2009) 임상집단과 비임상집단간 변별타당도가 높았고 내적일치도, 수렴타당도도 영국의 CORE-OM과 유사한 형태로 나타났다. 그러나 샘플의 수가 적어 확인적 요인분석을 통해 4요인 구조를 확인하는 것은 충분하지 못했다. 스웨덴 버전의 경우(Elfstrom et al, 2013)도 심리적 안정성을 확인하기 위한 요인분석을 실시하지 않고 기존 4요인 측면을 가지고 임상집단과 비임상 집단간에 비교 분석하였으며, 그 결과는 영국 버전과 유사하게 나타났다.

여러 연구에서 CORE-OM을 타당화하거나 심리적 속성의 안정성을 확인하였지만, 4요인의 심리적 속성의 안정성에서 의견이 있다. Barkham, Culverwell, Spindler와 Twigg(2005)의 연구에서는 CORE-OM의 4요인의 안정성을 확인하기 위해 주성분 분석의 방법으로 탐색적 요인분석을 실시하였으며, 그 결과 임상집단과 비임상집단 모두에서 4요인보다는 3요인의 안정성이 확인되었다. Uji, Sakamoto, Adachi와 Kitamura(2012)의 연구는 일본인 표집을 대상으로 확인적 요인분석을 통해 4요인의 심리적 속성을 확인하였다고 보고하였지만, 4요인들 간 상관관계 값을 살펴보면, 삶의 질과 문제/증상이 $r=.98$, 사회적 관계기능과 문제/증상이 $r=.95$, 삶의 질과 사회적 관계기능이 $r=.88$ 등 심리속성을 나타내는 요인 간 상관값이 매우 높아 심리적 속성이 안정적이라고 볼 수 없다. 따라서 여러 연구에서 나타난 심리적 안정성의 문제를 연구를 통해 확인할 필요가 있다.

CORE-OM의 강점을 우리나라에서 활용하기 위해서는 번역타당화와 더불어 요인구조(심리적 속성)의 안정성을 확인하는 것이 필요하다.

본 연구 목적은 전반적인 정신건강 문제의 심각성에 대한 평가를 할 수 있고, 심리치료의 효과를 간단하고 포괄적으로 검증할 수 있는 한국판 CORE-OM을 연구하는데 있다.

방 법

번역 타당화 과정

외국에서 사용하는 척도를 우리나라에 들어 오기 위해서는 번역타당화 과정을 거쳐야만 한다. 번역타당화란 외국에서 사용되는 척도가 우리나라에서도 동등한 내용으로 인식되고 척도로서 기능하는지를 확인하는 작업이다. 대표적으로 사용되는 번역타당화 기법으로는 선번안 기법(forward-adaptation)과 역번안 기법(back-adaptation)이 존재한다(Hambleton, 1993). 본 연구에서는 역번안 기법을 사용하였으며 검사도구가 대상 언어로 번역되고 다른 번역자들이 번역된 검사도구를 다시 원언어로 번역하여 원검사와 역번안된 검사 문항을 서로 비교하는 방법을 통해 동등성을 평가했다(손원숙, 2003). 즉, 번역, 역번역 절차와 소집단 연구원 토의, 번역안-역번역안 문항 일치성 평정을 통해 최종문항을 확정하였다. 구체적인 과정은 다음과 같다. 첫째, 이중언어자 3인이 독립적으로 CORE-OM 원문항을 번안하고 번역 참여자들이 모여 토의 후, 통합 번역안을 마련하였다. 그 후 소집단 연구원(임심 및 상담심리 전문가 2인, 이중언어전문가 2인, 심리학 박사과정생 2인) 토의 과정을 통해 통합 번역안을 수정하여 1차 번역안을 확정하였다. 둘째, 다른 이중언어자 3인이 독립적으로 CORE-OM의 1차 번역안을 번안했다. 그 후 역

번역 참여자(3인)들이 모여 토의 후 통합 역번역안을 마련하였다. 셋째, 1차 번역안과 역번역안을 가지고 다시 소집단 연구원(임심 및 상담심리 전문가 2인, 이중언어전문가 2인, 심리학 박사과정생 2인) 토의 과정을 통해 통합 역번역안을 확정한다. 넷째, 번역과 역번역 과정에 참여한 이중언어자 6인이 소집단 연구원(임심 및 상담심리 전문가 2인, 이중언어전문가 2인, 심리학 박사과정생 2인) 토의 과정을 거친 역번역안과 원문항의 일치성을 평정하였다. 평정결과와 번역과정에 참여하지 않은 이중언어자(1인)의 의견을 물어 문항일부를 수정하였으며 이렇게 하여 최종 번역안을 확정하였다(부록 1).

연구 대상

본 연구의 1차 표집의 연구대상은 부산시 5개 대학교의 대학생 483명으로 남학생이 154명(31.9%)이며, 여학생은 329명(68.1%)이다. 연구에 참여한 대상의 평균연령은 21.3세($SD=2.02$)였다. 2차 표집의 대상은 임상집단과 비임상 집단으로 표집을 실시하였다. 임상집단은 정신병원 2곳과 중독센터(조현병: 75명, 기분장애: 8명, 중독장애 32명)를 대상으로 자료를 수집하였고, 총 115명으로 남자가 82명(71.3%), 여자가 33명(28.7%)이다. 평균연령은 43.2세($SD=12.6$)이다. 일반인은 부산시 업체 4곳과 병원 직원으로 총 121명이다. 남자가 64명(52.9%)이며, 여자가 57명(47.1%)이다. 평균연령은 40.6세($SD=12.3$)였다.

측정도구

치료효과 정규평가(Clinical Outcome in Routine Evaluation-Outcome Measure: CORE-OM)

CORE-OM(Evan et al., 2000)은 34문항으로 구성된 자기보고 측정검사이다. 초기에 타당하고 신뢰로운 도구로 영국 전역에서 사용하였다. 문항은 4영역을 나타내고 있다. 즉, 삶의 질(W: well-being), 문제/증상(P: problem/symptoms), 사회적 관계기능(F: social function), 위기(R: risk)이다. 8개 문항이 역채점 되었으며 점수가 높을수록 문제를 가정한다. 이 검사는 삶의 질을 평가하는 문항 4개, 문제/증상을 평가하는 문항 12개, 사회적 관계기능을 평가하는 문항 12개, 위기를 평가하는 문항 6개로 구성되어 있다. 이 검사는 0점 ‘전혀 그렇지 않다’에서 5점 ‘완전히 그렇다’까지 likert 척도로 반응하도록 되어있어서 점수가 높을수록 심각한 문제를 가지고 있을 수 있다. 번역타당화 과정을 거친 최종 문항(부록 참고)을 영국의 CORE-OM의 원저자(Crine)와 메일로 교환을 하며 문항을 확인하였다. 삶의 질의 경우 역채점을 하여서 전체점수는 낮을수록 건강한 것이다. 본 연구에서 최종적으로 3요인 척도를 밝혔으며, Cronbach's α 값은 요인 1이 .92, 요인 2는 .80, 요인 3은 .78이며, 전체는 .92로 나타났다.

삶의 만족도 척도(Satisfaction with Life Scale: SWLS)

SWLS는 일반인들의 삶(생활)의 만족도를 평가하기 위해 Diener, Emmons, Larsen과 Griffin (1985)이 척도를 개발하였으며, 류연지(1996)가 번안하여 사용한 것을 활용하였다 이 척도는 자신의 삶에 얼마나 만족하는가를 측정하는 5문항으로 구성되어 있으며, 1점 ‘전혀 아니다’에서 7점 ‘매우 그렇다’까지 likert 척도로 반응

하도록 되어있다. 점수가 높을수록 삶의 만족도가 높다는 것을 의미한다. 본 연구의 신뢰도계수(Cronbach's α)는 .90이다.

간이정신진단검사(Symptom Checklist-90-R: SCL-90-R)

Derogatis와 Cleary(1977)가 만든 SCL-90-R을 김광일 등(1984)이 우리나라 말로 번안하여 표준화한 자기보고식 다차원 증상목록검사(multidimensional self report symptom inventory)로 비교적 적은 문항수로 단시간 내에 측정할 수 있는 장점이 있다. 그동안 여러 국내 연구에서 높은 신뢰도 및 타당도의 보고들이 있다. 이는 총 90문항으로 이루어졌으며, 9개의 증상차원으로 구성되어있다. 증상의 정도에 따라 ‘전혀 없다(0점)’에서 ‘아주 심하다(4점)’까지 5점 likert 척도로 반응하도록 되어있다. 본 연구의 신뢰도계수(Cronbach's α)는 신체화(S) .89, 강박증(O-C) .84, 대인예민성(I-S) .84, 우울(DEP) .92, 불안(ANX) .89, 공격성(HOS) .82, 공포불안(PHOB) .78, 편집증(PAR) .79, 정신증(PSY) .84, 부가적인 증상(GSI) .72이다.

공격성 질문지(korean aggression questionnaire: K-AQ)

K-AQ는 Buss와 Perry(1992)가 개발한 것으로 이 척도는 신체적 공격성, 언어적 공격성, 분노감, 적대감을 포함하는 4개 요인의 하위척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 신체적 공격성과 언어적 공격성 요인만을 사용하였다. 신체적 공격성과 언어적 공격성은 타인에게 상처나 상해를 입히려는 경향성으로 행동의 도구적 혹은 운동적 요소를 반영한다. 5점 Likert 척도로, 1점 ‘전혀 아니다’에서 7점 ‘매우 그렇다’까지 likert 척도로 반응하도록 되어

표 1. CORE-OM의 요인분석 결과 및 신뢰도

	요인계수			Cronbach's α	검사-재검사 신뢰도
	요인 1	요인 2	요인 3		
A2	.791				
A23	.779				
A14	.778				
A17	.765				
A27	.684				
A13	.676				
A1	.642				
A25	.639				
A20	.622				
A28	.614			.92	.86
A5	.608				
A33	.596				
A11	.593				
A29	.575				
A15	.557				
A30	.534				
A10	.523				
A26	.501				
A8	.442				
A18	.353				
A7		.715			
A12		.712			
A32		.703			
A3		.671		.80	.72
A19		.665			
A31		.644			
A21		.561			
A4		.489			
A16			.774		
A34			.750		
A22			.667	.78	.61
A9			.624		
A6			.455		
A24	.359		.452		
고유치	9.979	3.273	1.867		
설명변량	29.351	9.628	5.490		

있다. 점수가 높을수록 공격성이 높다는 것을 의미한다. 본 연구의 신뢰도계수(Cronbach's α)는 .82이다.

CES-D(Center for Epidemiological Studies Depression Scale: CES-D)

CES-D는 미국 정신보건 연구원(National Institute of Mental Health: NIMH)에 의해 1971년에 개발된 20개의 문항으로 구성된 자기보고형 우울척도이다. 본 연구에서 사용된 CES-D 척도는 전경구, 최상진, 양병창(2001)이 타당화 한 척도이다. 이 척도는 지난 일주일 동안 경험했던 우울증상의 빈도에 따라 우울증상을 측정하는 문항으로 구성되어 있다. 총 20문항으로 1점 '극히 드물게(1일 이하)', 2점 '가끔(1~2일)', 3점 '자주(3~4일)', 4점 '거의 대부분(5~7일)'으로 반응하도록 되어있다. 본 연구의 신뢰도계수(Cronbach's α)는 .92이다.

자료분석

한국판 CORE-OM을 타당화하기 위해 SPSS 18.0과 AMOS 18.0 통계 프로그램을 활용하여 다음과 같이 분석하였다. 첫째, 1차 표집을 대상으로 한국판 CORE-OM 요인의 안정성을 확인하기 위해 확인적 및 탐색적 요인분석을 실시하였으며, 다시 2주 간격으로 100명의 대학생을 대상으로 재검사를 실시하여 검사-재검사 신뢰도를 확인하였다. 둘째, 임상집단과 비임상 집단을 대상으로 2차 표집을 실시하여 임상집단과 비임상집단의 차이를 알아보았다. 또한 임상집단과 비임상집단에서 요인간 상관관계와 검사의 타당도를 확인하기 위해 CORE-OM과 삶의 만족도, 공격성, CES-D, SCL-90R의 상관관계를 살펴보았다.

결 과

CORE-OM 요인구조 확인

원척도의 4요인 구조에 따른 문항이 한국판에 그대로 적용가능한지를 확인하기 위해, AMOS 18.0을 사용하여 확인적 요인분석을 실시하였다. 그 결과 적합도가 $\chi^2(521, N=483)$ 값이 2285.881, CFI= .726, TLI= .687, RMSEA= .087(90% 신뢰구간 .084~.087)로 적합하지 않은 것으로 나타났다. 또한, 요인간 상관관계도 1이상으로 높게 나타난 부분도 발생했다. 따라서 본 연구에서 CORE-OM의 4요인 모형이 적합하지 않게 나타나 요인구조를 밝히기 위해 탐색적 요인분석을 실시하였다.

탐색적 요인분석은 SPSS 18.0을 사용하였으며, Barkham 등(2005) 연구에서 CORE-OM의 요인구조를 밝히기 위해 사용한 주성분 분석(Principal component analysis) 방식으로 요인을 추출하였다. 또한 회전방식은 사각회전 방식(Promax)을 사용하였다.

요인추출에 앞서 KMO(Kaiser-Meyer-Olkin) 적합성 지수는 .918로 나타나 문항간 상관이 매우 우수하며, Barlett 검증 결과는 $\chi^2(561, N=483)=6651.952$, $p<.001$ 로 요인분석하기에 적절한 것으로 나타났다.

요인분석 결과, 표 1과 같이 3요인이 가장 적합한 것으로 나타났다. 이는 Barkham 등(2005)의 요인분석을 통해 3요인 구조를 밝힌 것과 일치한다. 요인 1(문제/증상+사회적 관계 기능+삶의 질: 이하 심리장애로 언급)은 20문항(2, 23, 14, 17, 27, 13, 1, 25, 20, 28, 5, 33, 11, 29, 15, 30, 10, 26, 8, 18)으로 구성되었다. 요인 2(사회적 관계기능+ 삶의 질: 이하 관계 기능으로 언급)은 8문항(7, 12, 32, 3, 19, 31,

21, 4)으로 묶었다. 요인 3(위기)은 6문항(16, 24, 22, 9, 6, 34)으로 기존 문항 그대로 묶었다. 요인 2는 기존 요인의 삶의 질 영역에서 2 문항이 들어오고 6문항이 그대로 있고 나머지 6문항은 심리장애영역(문제/증상영역)으로 묶었다. 사회적인 관계기능이 안 되는 경우는 주로 심리장애(문제/증상)영역으로 들어가 묶었다. 심리장애(문제/증상) 요인은 기존 문항을 그대로 가지면서 삶의 질(14, 17)과 사회적 관계기능(33, 10, 25, 29, 1, 26)의 문제가 8개 더 포함되었다.

각 요인의 신뢰도를 살펴보면, Cronbach's α 값이 요인 1은 .92, 요인 2는 .80, 요인 3은 .78, 전체는 .92로 나타났다. 그리고 2주 간격의 검사-재검사 신뢰도는 요인 1이 .86, 요인 2는 .72, 요인 3은 .61, 전체는 .82로 나타나 신뢰도가 양호하였다.

CORE-OM 요인간 상관관계를 살펴본 결과는 표 2에 제시하였다. 구체적으로 요인 1과 요인 2는 유의미한 정적 상관이 나타났다($r=.45, p<.001$). 또한 요인 1과 요인 3도 유의미한 정적 상관이 나타났다($r=.56, p<.001$). 마지막으로 요인 2와 요인 3은 유의미한 정적 상관이 나타났지만 낮은 상관관계를 보였다($r=.19, p<.001$).

임상집단과 비임상집단 CORE-OM 차이

임상집단과 비임상집단의 CORE-OM에서 차이를 알아보기 위해 표집을 달리하여 2차 표집을 실시하였다. 우선적으로 병원치료를 받고 있는 환자집단과 병원치료를 받지 않는 일반인을 대상으로 비임상집단을 구성하여 t 분석을 실시하였다. 그 결과는 표 3과 같이 CORE-OM 전체($t=6.71, p<.001$), 요인 1($t=5.27, p<.001$), 요인 2($t=5.28, p<.001$), 요인 3($t=5.65, p<.001$) 모든 부분에서 임상집단과 비임상집단이 유의미한 차이가 나타났다. 즉 임상집단이 비임상집단 보다 높은 문제를 가지고 있다.

임상집단과 비임상집단에서 CORE-OM 요인간 상관관계

2차 표집을 대상으로 임상집단과 비임상집단 각각에 대해 CORE-OM 요인간 상관관계를 살펴보았다. 그 결과는 표 4와 같다. 요인간 상관관계를 살펴보면 임상집단과 비임상집단이 조금 다른 결과가 나타났다. 임상집단에서 CORE-OM 요인 1은 요인 2와 유의미한 상관이 나타나지 않았으며($r=.18, p>.05$), 요인 2과 요인 3도 유의미한 상관관계가 나타나지 않았다($r=.44, p>.05$). 하지만 요인 1과 요인

표 2. CORE-OM 요인간 상관관계

	요인 1	요인 2	요인 3	총점
요인 1	-	.45***	.56***	.95***
요인 2		-	.19***	.68***
요인 3			-	.61***
전체				-

*** $p<.001$

표 3. 임상집단과 비임상집단의 CORE-OM 차이 분석 결과

구분		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>
요인 1	임상집단	101	1.20	.85	5.27***
	비임상집단	112	.68	.56	
요인 2	임상집단	105	2.06	.86	5.28***
	비임상집단	114	1.46	.80	
요인 3	임상집단	113	.73	.83	5.65***
	비임상집단	120	.24	.43	
전체	임상집단	93	1.30	.69	6.71***
	비임상집단	108	.75	.47	

*** $p < .001$

표 4. 임상집단과 비임상집단에서 CORE-OM 요인간 상관관계

	요인1	요인2	요인3	전체
요인1	-	.18	.77***	.94***
요인2	.44***	-	.18	.47***
요인3	.70***	.32**	-	.83***
전체	.93***	.73***	.70***	-

** $p < .01$, *** $p < .001$, 대각선 위는 임상집단, 대각선 아래는 비임상집단

3과는 유의미한 정적상관관계가 나타났다 ($r = .77, p < .001$). 비임상집단에서는 CORE-OM 요인 1은 요인 2와 유의미한 정적상관관계가 나타났으며($r = .44, p < .001$), 요인 1과 요인 3도 유의미한 정적상관관계가 나타났다($r = .70, p < .001$). 요인 2와 요인 3도 유의미한 정적상관관계가 나타났다($r = .32, p < .01$).

임상집단과 비임상집단에서 CORE-OM의 준거 타당도 검증

CORE-OM의 준거 타당도 검증을 위해 삶의 질, 공격성, CES-D, SCL-90-R의 상관분석을 실

시하였다. 그 결과는 표 5에 제시하였다. 임상 집단에서 CORE-OM 전체와 삶의 만족도는 유의미한 부적상관($r = -.53, p < .001$), 신체적 공격성과는 유의미한 정적상관($r = .42, p < .001$), 언어적 공격성과는 상관관계가 나타나지 않았다($r = .13, p > .05$), 또한 CES-D와는 높은 정적상관이 나타났다($r = .81, p < .001$). 마지막으로 SCL-90-R의 모든 하위요인과 높은 정적상관관계가 있었다($r = .55 \sim .80, p < .001$). 비임상집단에서 CORE-OM 전체와 삶의 만족도는 유의미한 높은 부적상관($r = -.62, p < .001$), 신체적 공격성과는 유의미한 정적상관($r = .40, p < .001$), 언어적 공격성과 상관관계가 나타나지 않았

표 5. CORE-OM의 타당도 검증을 위한 상관분석 결과

	임상집단				비임상집단			
	요인 1	요인 2	요인 3	전체	요인 1	요인 2	요인 3	전체
삶의 질	-.46***	-.51***	-.27**	-.53***	-.50***	-.60***	-.36***	-.62***
신체 공격	.50***	.15	.51***	.53***	.42***	.22*	.39***	.40***
언어 공격	.22*	-.23*	.15	.14	.13	-.15	.04	.04
공격 전체	.46***	.02	.42***	.45***	.36***	.07	.29**	.29**
CES-D	.76***	.43***	.60***	.81***	.78***	.59***	.57***	.82***
신체화	.61***	.04	.47***	.55***	.71***	.42***	.59***	.66***
강박증	.79***	.15	.48***	.73***	.79***	.37***	.58***	.74***
대인예민	.76***	.12	.46***	.69***	.80***	.43***	.58***	.75***
우울	.80***	.24*	.59***	.78***	.85***	.46***	.71***	.82***
불안	.77***	.18	.58***	.74***	.78***	.32***	.65***	.69***
공격성	.68***	.16	.49***	.65***	.79***	.36***	.67***	.73***
공포불안	.65***	.15	.49***	.60***	.68***	.27**	.72***	.59***
편집증	.74***	.09	.48***	.68***	.71***	.32***	.60***	.61***
정신증	.79***	.12	.60***	.78***	.74***	.31**	.73***	.67***
GSI	.86***	.20	.57***	.80***	.86***	.42***	.60***	.81***

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

다($r = .04, p > .05$), 또한 CES-D와는 높은 정적 상관이 나타났다($r = .82, p < .001$). 마지막으로 SCL-90-R의 모든 하위요인과 높은 정적상관관계가 있었다($r = .59 \sim .82, p < .001$).

구체적으로 CORE-OM 하위요인과 상관관계를 살펴보면, 임상집단에서 요인 1은 삶의 만족도, 공격성, CES-D, SCL-90-R과 모두 유의미한 상관관계가 나타났다. 하지만 공격성의 하위요인 중 언어적 공격과는 낮은 상관관계가 있었다($r = .22, p < .05$). 비임상집단에서도 요인 1은 임상집단과 비슷한 상관관계가 나타났다. 임상집단에서 요인 2는 삶의 만족도, CES-D와 유의미한 상관관계가 나타났지만 공격성과

SCL-90-R과는 미미한 상관이 있거나 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 하지만 비임상집단에서는 임상집단과는 다르게 SCL-90-R과 유의미한 상관관계가 나타났다. 요인 3은 임상집단과 비임상집단에서 각각 삶의 만족도와 신체적 공격성, 우울, SCL-90-R와 유의미한 상관관계가 나타났다.

논 의

본 연구는 CORE-OM을 한국에서 적용할 수 있는 지 알아보는 데 있다. 이를 위해 34문항

으로 구성된 CORE-OM(Evan et al., 2000)을 번안하고 타당화 하였다. 그 결과에 따른 의의와 시사점에 대해 논의하면 다음과 같다.

첫째, 본 연구에서 CORE-OM의 요인구조의 안정성을 확인한 결과, 4요인보다는 3요인이 적합한 것으로 나타났다. 이는 Barkham 등(2005)의 요인분석을 통해 3요인 구조를 밝힌 것과 일치한다. 또한 초기 CORE의 발달과정에서도 탐색적 요인분석 결과 3요인 구조(부적 문항, 정적 문항 그리고 위기문항)를 언급한 것과는 일치하는 결과이다(Evans et al., 2002). 그 후 여러 연구에서도 4요인이 아닌 다른 구조의 가능성을 언급한 결과와도 부분적으로 일치하는 결과이다(Bedford et al., 2010; Elfstrom et al., 2013; Lyne, Barret, Evans, & Barkham, 2006). 그리고 동양문화권에서 연구한 Uji 등(2012)의 연구에서는 본 연구결과와 달리 확인적 요인분석을 통해 4요인의 심리적 속성을 확인하였다고 보고하였지만, 심리적 속성의 안정성에서 문제가 있다. 예를 들어, 4요인들간 상관관계 값이 매우 높아서 요인속성을 찾기 위한 재연구가 필요함을 알 수 있었다. 이렇듯 4요인구조가 아닌 다른 측면의 요인구조의 연구의 필요성을 보고하고 있지만 많은 나라에서 그냥 4요인을 사용하거나 확인 절차를 거치지 않고 있어서 본 연구에서는 한국문화에서 3요인구조를 확인하고 밝혔다는 의의가 있다.

본 연구의 3요인 구조를 살펴보면, 요인 1은 주로 심리장애와 관련된 20문항, 요인 2은 관계기능 측면에 관련된 8문항으로 묶였다. 요인 3은 위기와 관련된 6문항이 묶였다. 기존 4요인에서 문제/증상 요인과 위기요인은 그대로 요인이 나타났지만, 사회적 관계기능 요인과 삶의 질 요인이 새롭게 분류되면서 3

요인구조를 이루었다. 4요인구조에서 사회적 관계기능(12문항)은 친밀한 관계(1, 3, 19, 26), 일반적 관계(7, 12, 21, 32) 그리고 사회적 관계(33, 10, 25, 29)로 3가지 요소를 가지고 있었고, 삶의 질도 심리장애와 관련된 문항이 포함되었었는데 이러한 부분들이 새롭게 분류되면서 3요인구조로 요인구조가 나타났다. 구체적으로 심리장애 요인(요인 1)은 4요인구조에서 증상과 문제와 관련된 12문항을 그대로 포함하면서 삶의 질과 사회적 관계기능에서의 심리장애와 관련된 8개 문항이 더 포함되어서 전체 20문항이 묶였다. 관계기능(요인 2)은 총 8문항으로 기존 4요인의 삶의 질 영역에서 2문항과 사회적 관계기능에서 6문항(일반적 관계 4문항과 친밀한 관계 2문항)이 묶였다. 요인 2을 구성하는 문항들은 일반적 관계 4문항과 친밀한 관계 2문항(3, 19: “나는 도움이 필요할 때 의지할 누군가가 있다고 느꼈다”, “나는 누군가에게 따뜻함이나 애정을 느꼈다”)에서의 관계기능에 초점이 맞춰져 있다. 요인 2에 포함되지 않은 친밀한 관계 2문항(1, 26: “나는 너무 외롭고 고립된 느낌이다”, “나는 친구가 없다고 생각했다”)은 요인 1의 심리장애로 묶였다. 이는 한국문화에서 사회적 관계가 곤란하면 심리장애로 볼 뿐만 아니라 친밀감 손상의 의미에 따라 일부 심리장애로 보는 경향이 높다는 것을 시사한다. 이는 문화적 차이로 볼 수 있으며, 한국문화에서 삶의 질이라고 하는 것을 독립적으로 보기보다는 심리장애와 관계기능에 따라 삶의 질을 고려하는 것으로 추론된다.

둘째, 본 연구에서 밝힌 CORE-OM의 3요인간 상관관계를 살펴본 결과, 심리장애(요인 1)와 관계기능(요인 2), 심리장애(요인 1)와 위기(요인 3), 관계기능(요인 2)과 위기(요인 3) 모

두 유의미한 정적상관을 나타냈으나, 관계기능(요인 2)과 위기(요인 3)는 다른 상관관계에 비해 다소 낮은 상관관계를 나타냈다. 즉, 심리장애가 높을수록 관계기능이 떨어지고 위기상황도 같이 높아짐을 시사한다. 그러나 관계기능과 위기와의 상관관계가 낮게 나타나는 것으로 보아 관계기능이 떨어진다고 반드시 위기를 경험한다고 볼 수는 없다. 이러한 결과는 탐색적 요인분석을 통해 3요인구조의 가능성을 밝힌 Barkham 등(2005)의 연구와 동일하지는 않지만 맥을 같이 한다. Barkham 등(2005)의 연구는 요인 1과 요인 2, 요인 1과 요인 3은 유의미한 상관관계가 나타났으며, 요인 2와 요인 3이 유의미한 상관관계가 나타나지 않았다.

셋째, 변별타당도를 알아보기 위해 임상집단과 비임상집단을 대상으로 2차 표집을 실시하였으며, 그 결과 두 집단간 CORE-OM의 3요인에서 유의미한 차이를 나타냈다. 임상집단은 비임상집단에 비해 더 높은 심리장애와 관계기능에서의 문제와 위기를 경험하고 있었다. 즉 임상집단이 비임상집단 보다 더 많은 심리적 문제를 보였고 변화의 민감도가 높음을 알 수 있었다. 이러한 결과는 영국버전 뿐 아니라 여러 나라의 연구결과와도 일치하는 결과이다(Elfstrom et al., 2012; Evans et al., 2002; Palmieri et al., 2009). 그리고 임상집단과 비임상집단에서 요인 간 상관관계에서는 약간 다른 결과가 나타났다. 임상집단에서 심리장애와 관계기능, 관계기능과 위기는 유의미한 상관이 나타나지 않은 반면, 심리장애와 위기는 유의미한 정적상관관계가 나타났다. 이러한 결과는 심리장애가 심각할수록 위기상황에 처할 가능성이 있음을 시사하며, 관계기능은 심리장애와 위기와는 어느 정도 독립적인 측면

을 가지고 있음을 알 수 있다. 즉, 관계기능이 좋지 않다고 해서 심리적인 장애나 위기를 경험하지는 않을 수 있다는 것이다. 비임상 집단의 경우는 임상집단과 달리 심리장애와 관계기능, 관계기능과 위기, 심리장애와 위기 모두 정적관계가 나타났다. 이는 일반인들은 심리적 장애를 더 많이 경험하는 경우 관계기능이 나빠지며 위기도 높아짐을 의미한다. 본 연구의 임상집단구성은 주로 조현병과 중독장애 환자 등으로 구성되어 있어서 보다 다양한 환자집단에 대한 연구를 통해 일반화 할 수 있도록 추가적인 연구가 필요하다.

넷째, 임상집단과 비임상집단에서 준거타당도를 알아보기 위해 삶의 만족도, 공격성, CES-D, SCL-90-R의 상관관계를 분석한 결과, 임상집단에서 공격성 중 언어적 공격성을 제외하고 CORE-OM과 모두 유의미한 상관관계가 있었다. 이러한 결과는 임상집단의 경우에 심리장애를 경험하고 관계기능이 떨어지고 위기를 많이 경험할수록 삶의 만족도가 떨어지고 신체적으로 공격적이며 우울하고 전반적인 증상이 증가하는 것으로 볼 수 있다. 비임상집단에서도 공격성 중 언어적 공격성을 제외하고 CORE-OM과 유의미한 상관관계가 있었다. 이러한 임상집단과 비임상집단에서 나타난 결과는 Evans 등(2002), Uji 등(2012), Elfström 등(2013)의 연구결과와도 맥을 같이 한다. 따라서 본 연구의 CORE-OM이 타당하고 신뢰로운 도구임을 나타내는 것이다.

지금까지 결과를 종합하여 보면, 한국판 CORE-OM은 3요인으로 심리적 속성이 신뢰롭고 안정적이며 타당한 도구임을 알 수 있다. 따라서 상담 및 심리치료 장면에서 효과를 측정하는데 도움이 될 것이라고 사료된다. 더불어 지금까지 사용하는 많은 효과성과 효율성

측면의 치료현장에서 사용하던 측정도구를 대신할 수 있을 것이다. Elfström 등(2013)은 그동안 효과검증을 위해 사회적 기능보다는 심리적 문제에 초점을 둔 SCL-90-R, OQ-45, BSI, GHQ 등을 사용하여 왔으나, CORE-OM이 이러한 도구들을 대체할 수 있다고 하였다. CORE-OM은 SCL-90-R, OQ-45, BSI, GHQ에서 측정하는 내용을 많은 부분 포함하고 있으며, 여러 도구를 사용하여 중복으로 측정하는 문제를 해결할 수 있을 것이다(Derogatis & Fitzpatrick, 2004; Lambert et al., 1996).

본 연구의 제한점 및 한계는 다음과 같다. 첫째, 임상집단과 비임상집단과의 비교를 통해 변별타당도를 입증하였으나 실제 치료장면에서 도구를 통해 치료효과를 측정하므로써 도구의 효과성을 검증하는 것이 필요하다(Evans, Benson, Connell, Audin, & McGrath, 2001). 둘째, 실제 임상집단에서 활용의 용이성을 위해 정상집단과 환자집단을 구분하는 점수와 환자집단 내 변화기준점을 상, 중, 하로 구분할 수 있는 기준점을 정할 수 있는 연구가 필요하겠다. 셋째, 본 연구의 임상집단은 조현병, 중독장애자 등을 중심으로 연구되었기에 모든 환자집단에 일반화하기에는 한계가 있다. 따라서 일반화하기 위해 다양한 임상집단을 대상으로 연구가 제기된다.

참고문헌

류연지 (1996). 성격 및 욕구수준이 주관적 안녕에 미치는 영향. 연세대학교 석사학위논문.
 손원숙 (2003). 심리검사 번안에 대한 통합적 접근. 한국심리학회지: 일반, 22(2), 57-80.
 전경구, 최상진, 양병창 (2001). 통합적 한국판

CES-D 개발. 한국심리학회지: 건강, 6(1), 59-76.
 Barkham, M., Evan, C., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Milne, D. & Connell, J. (1998). The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health*, 7, 35-47.
 Barkham, M., Evan, C., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J., & Audin, K. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of consulting and Clinical psychology*, 69, 184-196.
 Barkham, M., Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 319-327.
 Barkham, M., Culverwell, A., Spindler, K., & Twigg, E. (2005). The CORE-OM in an older adult population: Psychometric status, acceptability, and feasibility. *Aging & Mental Health*, 9(3), 235-245.
 Bedford, A., Watson, R., Lyne, J., Tibbles, J., Davies, F., & Deary, I. J. (2010). Mokken scaling and principal components analyses of the CORE-OM in a large clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 51-62.
 Buss AH, Perry M. (1992). The aggression questionnaire. *Pers Processes Individ differ*, 63,

- 452-459.
- CORE System Group (1998). *The CORE System (Information Management) Handbook*. Leeds: CORE System Group.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90-R: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology, 33*, 981-989.
- Derogatis, L. R., & Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory(BIS), and the BSI-18. In M. E. Maruish(Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Volume 3: Instrument for adults*(3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen R. J., & Griffin. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- DoH (Department of Health). (1996). *NHS Psychotherapy Services in England: Review of Strategic Policy*. London : HMSO.
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren., J., Johansson, B., & Hakeberg, M. (2013). Validation of the Swedish Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure(CORE-OM). *Clinical Psychology and Psychotherapy, 2*, 447-455.
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J. & McGrath, G. (2000). CORE : Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of mental health, 9*, 247-255.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Marshall, C., & Mellor-Clark, J. (2003). Practice-based evidence: Benchmarking NHS primary care counselling services at national and local levels. *Clinical Psychology of Psychotherapy, 10*, 374-388.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K.. (2002). Towards a standardized brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry, 180*, 51-60.
- Froyd, J. E., Lambert, M. J., & Froyd, J. D. (1996). A review of practices of psychotherapy outcome measurement. *Journal of Mental Health, 5*, 11-15.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London, UK: Oxford University Press.
- Goldberg, D. P., & Williams, P. A.(1988). *User's guide to the General Health Questionnaire*. Oxford: NFER-NELSON.
- Hambleton, R. K. (1993). *Technical standards for translating tests and establishing test score equivalence*. In Symposium conducted at the 1001st Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.
- Mellor-Clark, J., Barkham, M., Connell, J., & Evans, C. (1999). *Practice-based evidence and standardized evaluation: informing the design of the CORE system*. *European Journal of psychotherapy, counselling & Health, V2, N3*, 357-374.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A. Clouse, G. C. & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & psychotherapy, 3*, 249-258.

- Lyne, K. J., Barret, P., Evans, C., & Barkham, M. (2006). Dimensions of variation on the CORE-OM amongst patients attending for psychological therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 185-203.
- Uji, M., Sakamoto, A., Adachi, K., & Kitamura, T. (2012). Psychometric properties of the Japanese version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Comprehensive Psychiatry, 53*, 600-608.
- Lucock, M., Leach, C., Iveson, S., Lynch, K., Horsefield, C & Hall, P. (2003). A Systematic Approach to Practice-Based Evidence in a Psychological Therapies Service. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 389-399.
- Palmieri, G., Evans, C., Hansen, V., Brancaloni, G., Ferrari, S., Procelli, P., Reitano, F. & Rigatelli, M. (2009). Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure(CORE-OM). *Clinical psychology & psychotherapy, 16*, 444-449.
- Parry, G. (1995). Bambi fights back: psychotherapy research and service improvement. *Changes, 13*(3), 164-7.
- Parry, G. (2000). Evidence-based psychotherapy: An overview. In N. Rowland & S. Goss(Eds.), *Evidence-based counselling and psychological therapies* (pp. 57-75). London: Routledge.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford.

원 고 접 수 일 : 2016. 08. 11.

수정원고접수일 : 2016. 08. 25.

최종게재결정일 : 2016. 09. 04.

Validation of the Korean Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure(CORE-OM).

Yi-Soon Choi

Korea Center on Gambling Problems Busan Center

Hong-Seok Kim

Jeju Sehwa Middle School

The purpose of this study was to perform a validation of korean translation of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure(CORE-OM). After CORE-OM was translated into korean language, two steps procedures were adopted for analysis. Firstly the study seeks a way to confirm four factors of CORE-OM with 483 college students. But the results of confirmatory factory analysis didn't confirmed 4 factor. So the result of exploratory factor analysis reveled 3 factors of CORE-OM. Korean version of CORE-OM showed high internal consistency and test-retest reliability. Next at two step participants included a non-clinical group of 120(general adult) and a clinical group of 113(mental hospital and addiction consult centers). There was strong differentiation of the clinical and non-clinical samples, with the clinical group scoring significantly more psychological problems than the non-clinical group. Also result of convergent validity of the CORE-OM with SWLS, K-AQ, CES-D, SCL-90-R. were strongly correlated. In conclusion, these findings suggest that the CORE-OM is a highly reliable, valid measure to assess effect in psychological treatments. The limitations and suggestions for feature research were also discussed.

Key words : CORE-OM, validation

부 록

한국판 CORE-OM

(Clinical Outcome in Routine Evaluation-Outcome Measure: CORE-OM)

지난 1주 동안 당신이 어떻게 지냈는지를 나타내는 34개의 문항이 있습니다. 각 문항을 읽고, 지난 1주 동안 얼마나 자주 각 문항처럼 느꼈었는지를 생각하세요. 그 후 당신이 느낀 횟수와 가장 가까운 곳에 체크해주세요. (예를 들어 전혀 아님은 0, 아주 가끔은 1, 종종은 2, 자주는 3, 대개/항상은 4)

문항	전혀 아님	아주 가끔	가끔	자주	대개/ 항상
1 나는 너무 외롭고 고립된 느낌이다.	0	1	2	3	4
2 나는 긴장되거나, 불안하거나, 초조함을 느꼈다.	0	1	2	3	4
3 나는 도움이 필요할 때, 의지할 누군가가 있다고 느꼈다.	0	1	2	3	4
4 나는 별다른 문제가 없다고 느꼈다.	0	1	2	3	4
5 나는 에너지와 의욕이 전혀 없다고 느꼈다.	0	1	2	3	4
6 나는 나 아닌 다른 사람들에게 신체적 폭력을 가했다.	0	1	2	3	4
7 나는 상황이 잘못되어도 이에 대처할 수 있다고 느꼈다.	0	1	2	3	4
8 나는 아프거나 통증을 느끼거나 혹은 다른 신체적 문제들로 어려움을 겪었다.	0	1	2	3	4
9 나는 자해에 대해 생각해 봤다.	0	1	2	3	4
10 나는 다른 사람들과 이야기 하는 것이 너무 힘들게 느껴졌다.	0	1	2	3	4
11 나는 긴장과 불안으로 인해 중요한 일을 하지 못했다.	0	1	2	3	4
12 내가 한 일들에 대해 행복감을 느꼈다.	0	1	2	3	4
13 나는 원하지 않는 생각과 느낌으로 인해 혼란스러웠다.	0	1	2	3	4
14 나는 울고 싶었다.	0	1	2	3	4
15 나는 갑작스럽거나 극심한 공포를 느꼈다.	0	1	2	3	4
16 나는 내 삶을 끝낼 계획을 세웠다.	0	1	2	3	4
17 내 문제에 압도되어 어찌할 바를 몰랐다.	0	1	2	3	4
18 나는 잠이 들거나 잠을 유지하는 것이 어려웠다.	0	1	2	3	4
19 나는 누군가에게 따뜻함이나 애정을 느꼈다.	0	1	2	3	4
20 내 문제들을 잠시라도 접어두는 것이 불가능했다.	0	1	2	3	4
21 나는 내가 해야 할 대부분의 일을 할 수 있었다.	0	1	2	3	4
22 나는 나 아닌 다른 사람을 위협하거나 협박했다.	0	1	2	3	4
23 나는 좌절하거나 무력감을 느꼈다.	0	1	2	3	4
24 차라리 나는 죽었으면 좋았겠다고 생각했다.	0	1	2	3	4
25 남들이 나를 비난한다고 느꼈다.	0	1	2	3	4
26 나는 친구가 없다고 생각했다.	0	1	2	3	4
27 나는 행복하지 않다고 느꼈다.	0	1	2	3	4
28 원치 않는 이미지나 기억들이 나를 괴롭혔다.	0	1	2	3	4
29 나 아닌 다른 사람들과 함께 있으면 신경이 예민해지곤 했다.	0	1	2	3	4
30 내 문제들과 어려움들은 내 탓이라고 생각했다.	0	1	2	3	4
31 내 미래를 낙관적으로 느꼈다.	0	1	2	3	4
32 나는 원하던 것들을 성취했다.	0	1	2	3	4
33 나 아닌 다른 사람들로 부터 수치심이나 모욕감을 느꼈다.	0	1	2	3	4
34 나는 내 자신에게 신체적 해를 입히거나, 건강에 위협한 행동을 했다.	0	1	2	3	4