한국심리학회지 : 임상심리 연구와 실제
Clinical Psychology in Korea: Research and Practice
2024, Vol. 10, No. 3, 405-425

OPEN ACCESS

한국판 외상성 비애 척도(K-TGI-SR+)의 타당화*

이 채 빈
중앙대학교
심리학과
석사과정

현 명 호†
중앙대학교
심리학과
교수

본 연구의 목적은 사별 이후의 비정상적 애도인 지속 비애를 측정하는 한국판 외상성 비애 척도(Korean Version of Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus [K-TGI-SR+])를 타당화하는 것이다. 이를 위해 사별 경험 후 1년이 경과한 국내 성인 남녀 449명을 대상으로 자료를 수집하고 탐색적 요인분석과 확인적 요인분석을 실시하였다. 그 결과, K-TGI-SR+의 내적일치도가 높았으며, 2요인 모델이 적합하였다. 또한 K-TGI-SR+는 PTSD, 우울, 불안, 죽음 불안과의 상관이 유의하여 수렴타당도가 적절하였다. ROC 분석 결과 임상 수준의 지속 비애 증상이 있는 집단(prolonged grief disorder [PGD])을 99% 정확하게 변별하는 절단점을 확인했다. 마지막으로 본 연구의 의의와 한계점 및 추후 연구에 대한 제안을 논의하였다.

주요어 : 애도, 지속 비애, 외상성 비애 척도, 절단점, PGD

* 이 논문은 2023년도 중앙대학교 연구 장학기금 지원에 의한 것임.

† 교신저자(Corresponding Author) : 현명호 / 중앙대학교 심리학과, 교수 / 서울시 동작구 흑석로 84
Tel : 02-820-5125 / Fax : 02-816-5124 / E-mail : hyunmh@cau.ac.kr

Copyright ©2024, Clinical Psychology in Korea: Research and Practice
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License(http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

지속 비애(prolonged grief [PG])는 충분한 애도 기간이 지난 후에도 사별로 인한 복합적인 어려움을 지속적으로 겪는 병리적 애도 증상을 의미한다(Prigerson et al., 1995). 사별은 인간의 삶에서 한 번 이상 마주치게 되는 불가피한 경험으로, 대부분의 사람은 심리적 고통을 경험하지만 자연스러운 애도 과정을 거치면서 점차 일상으로 회복하게 된다(Jordan & Litz, 2014). 하지만 자연적 원인으로 사별한 사람의 9.8%(Lundorff et al., 2017), 외상적 원인으로 사별한 사람의 50%가 심리사회적 기능에 부정적인 영향을 주는 지속적인 슬픔 반응을 보고했다(Djelantik et al., 2020). 즉, 사별을 경험한 사람의 일부는 지나친 정서적 고통을 느끼고 사별 이전의 일상 기능을 회복하지 못한다.

지속 비애에 대한 국내 연구는 다른 문화권에 비해 많이 이루어지지 않았다. 2014년 세월호 사고 이후 사별과 관련된 연구가 집중적으로 이루어졌으나(차성이 외, 2022), 유가족은 일부 언론의 선정적 보도, 유가족다움의 강요(유해정, 2020), 사회적 비난에 직면하기도 했다. 최근 코로나바이러스감염병(COVID-19)이 전 세계적으로 유행하면서 지속 비애에 대한 우려가 증가했다(Wallace et al, 2020). 이에 더해 10.29 이태원 참사, 오송 지하차도 참사 등의 사회적 재난이 발생했고 이에 죽음을 애도하는 방식과 사별자의 심리적 지원에 대한 관심이 증가하였다. COVID-19와 이태원 참사 이후 사망자와 사별자에 대한 위로와 지지의 목소리도 있었지만 비난과 낙인을 찍는 모습은 여전히 존재했고(백소현, 조미혜, 2023) 이는 사별자의 충분한 애도를 방해했다.

2022년 한국의 자살률은 25.2명으로 OECD 국가 중에서도 최상위권에 해당한다(통계청, 2023). 자살사별은 다른 원인으로 인한 사별에 비해 자살 위험성이 2배 이상 높고 지속 비애를 경험할 가능성이 크다(김지은 외, 2016; Prigerson, 2004). 그러나 자살을 금기시하는 사회 분위기 속에서 자살 사별자는 자신의 어려움을 드러내지 않고 고립된 생활을 하는 경우가 많다(윤영미, 차명호, 2018). 이러한 이유로 사별자에 대한 접근이 쉽지 않았고, 지속 비애와 관련한 국내 연구는 사별 후 애도 과정에 대한 경험적 연구(김소영 외, 2023), 사별 후 극복과정에 대한 질적 연구(박주희, 2023; 이미숙, 김현주, 2021; 이혜지, 강영신, 2020)가 주를 이루어 다양한 측면의 연구가 부족한 실정이다(차성이 외, 2022).

사별 후 일정 기간을 넘어 지속되는 애도 반응은 슬픔, 분노, 불안, 외로움, 죄책감 등의 심리적 어려움을 복합적으로 경험한다는 점에서 복합 비애(complicated grief)로 명명되기도 한다(Prigerson et al., 1995). 이외에도 외상적 애도(traumatic grief), 복합비탄 등의 다양한 용어가 병리적 비애를 지칭하는 데 사용되고 있다. 정상적 애도는 보통 6개월에서 12개월 이내에 회복되므로 비애 반응의 지속성이 병리적 애도와 정상적 애도의 가장 큰 차이라는 점에서, 최근에는 복합 비애의 특징을 포함하면서도 지속성을 강조하는 지속 비애가 주로 사용되고 있다(Prigerson et al., 2009).

지속 비애는 사별 이후 나타나는 슬픔 반응과 외상성 사건을 경험하였다는 점에서 우울장애나 외상후 스트레스장애의 증상과 유사하다. 그러나 지속 비애는 사별 사건에 증상의 초점이 맞춰져 있다는 점에서 PTSD와 구별되고(Boelen et al., 2010; Haneveld et al., 2022; Prigerson et al., 1995), 고인에 대한 갈망과 상실감이 우세하다는 점에서 우울 장애와 구별

된다(Han et al., 2016). 이에 사별이라는 구체적인 외상 이후 경험하는 지속 비애에 대한 별도의 진단이 필요함이 제기되어 왔다.

그 결과, 제11차 국제질병분류체계(ICD-11)의 공식 진단에는 지속 비애 장애(prolonged grief disorder [PGD])로 포함되었다. 최근 정신장애 진단 및 통계편람 5판(DSM-5)에서는 지속성 복합 사별 장애(persistent complex bereavement disorder [PCBD])를 '추가 연구가 포함된 진단적 상태'에 포함하였었는데 개정판(DSM-5-TR)에서는 진단명을 PCBD에서 PGD로 바꾸어 외상 및 스트레스 장애에 포함하였다(American Psychiatric Association, 2022).

PGD는 비교적 최근에 연구가 되어왔고, 진단기준이 계속 변화하여 정확한 유병률도 알려져 있지 않다. PGD를 공식 진단으로 포함한 ICD-11과 DSM-5-TR도 진단명은 동일하나, 시간 기준은 ICD-11에서 6개월, DSM-5-TR은 12개월로 다르며 진단을 위해 요구되는 증상 개수도 다르다. 이에 각 증상이 두 진단체계에서 동일한 구조를 형성하는지, 지속 비애 증상을 타당하게 예측하는지, 어떤 진단체계가 PGD의 진단에 가장 적합한지는 아직 불분명한 상황이다. 따라서 PGD를 정확히 측정할 수 있는 신뢰로운 측정 도구의 필요성이 강조되고 있다.

Traumatic Grief Inventory-Self (TGI-SR)은 DSM-5의 PCBD와 ICD-11의 PGD를 측정하기 위해 개발하였다(Boelen & Smid, 2017). 이후 DSM-5-TR의 PGD에 추가된 증상 항목을 보완하여 Traumatic Grief Inventory-Self Report+(TGI-SR+)로 개정되었고 네덜란드 표본을 대상으로 타당하고 신뢰로운 자기보고식 척도임이 검증되었다(Lenferink et al., 2022).

각 문항은 ICD-11과 DSM-5-TR 진단체계의 PGD 증상 항목에 직접 매칭이 되어 PGD 진단을 위한 채점이 가능하다. 이때 4점과 5점에 응답한 항목은 증상이 있는 것으로 채점하고 다음의 규칙을 만족해야 한다. ICD-11의 PGD는 진단기준 B의 2문항 중 1개 이상, 진단기준 C의 10문항 중 1개 이상, 진단기준 E의 1문항을 만족해야 한다. DSM-5-TR PGD는 진단기준 B의 2문항 중 1개 이상, 진단기준 C의 9문항 중 4개 이상, 기능적 손상을 의미하는 진단기준 D의 1문항을 만족해야 한다. 따라서, TGI-SR+는 전체 문항을 통한 지속 비애 증상의 측정과 ICD-11의 PGD, DSM-5-TR의 PGD에 대한 개별 총점 산출 및 진단 채점이 가능하다는 점에서 두 진단체계를 동시에 측정하고 비교할 수 있는 유일한 측정 도구이다. TGI-SR+는 페르시아어, 프랑스어, 스웨덴어 등으로 타당화 되어 사용되고 있다(Ashouri & Yousefi, 2023; Kokou Kpolou et al., 2022; Lenferink et al., 2024).

국내에서 병리적 비애를 측정하는 대표적인 도구로는 한국판 복합비탄척도(Korean Version of Inventory of Complicated Grief [K-ICG]; 김혜진, 송인한, 2020), 한국판 지속비애척도(PG-13; 강현숙, 이동훈, 2017), 부모사별 성인을 대상으로 한 한국판 복합비탄척도(K-ICG; 박순조, 김영근, 2022) 등이 있다. 2010년부터 2020년까지 국내에서 사용된 복합비애에 대한 측정 도구를 살펴보면 66%의 연구가 ICG를 사용했고, 24%의 연구에서 PG-13을 사용하였다(차성이 외, 2022). 즉, 대부분의 국내 지속 비애 연구는 ICG와 PG-13에 의존하고 있다. ICG는 DSM-5-TR의 PGD 증상을 모두 포함하지 못하며, PG-13은 DSM-5-TR의 진단기준을 토대로 수정한 후 국내에서 K-PG-13-R을 타당화하였으나(최진화, 박기환, 2024), ICD-11과

DSM-5-TR 진단체계를 직접 비교하기 어렵다는 한계가 있다. PGD 진단기준에 대한 논의가 지속되고 있는 만큼 ICD-11과 DSM-5-TR의 두 진단체계에 대한 비교가 가능한 새로운 측정도구를 도입할 필요가 있다. 이러한 점에서 TGI-SR+의 타당화 작업은 국내 지속 비애 연구의 확장에 꼭 필요한 작업이다.

PGD는 우울장애, PTSD, 불안장애와 원인이나 초점에 차이가 있을 뿐 증상은 유사하다. 지속 비애의 주요 증상은 상실 경험에 대한 불신, 분노, 충격, 슬픔, 회피 등의 복합적인 어려움을 경험하는 것으로 우울, 불안, PTSD 증상을 포괄한다고 볼 수 있다(차성이 외, 2022). 실제로 사별을 경험한 성인은 우울과 불안 등을 보고하며, 이에 따라 정신질환의 발병에 더해 죽음으로 이어지기도 한다(최명민 외, 2016). 이러한 심리적 어려움은 사별자의 죽음에 대한 태도에 부정적 영향을 주게 된다. 즉, 사별 경험은 자신을 포함해 가까운 사람의 죽음에 대한 불확실감을 갖게 하여 불안을 느끼게 한다(김영희, 임승희, 2021). 특히 노인의 죽음 불안은 사별 후 우울과 상관이 있었고 사별 후 경과 기간이 짧을수록 죽음 불안의 수준이 높았다(손지영, 2007). 이에 지속 비애와 우울, 불안, PTSD 증상, 죽음 불안은 정적인 관련성을 보일 것으로 예측하나, 국내의 지속 비애 척도의 타당화 연구는 대부분 지속 비애와 불안, 우울, PTSD, 즐거움 경험과의 관계를 살펴보았을 뿐 지속 비애와 죽음불안의 관계를 살펴본 연구는 없다.

본 연구의 목적은 사별을 경험한 개인의 지속 비애 증상을 측정하는 도구인 TGI-SR+를 한국어로 타당화하는 것이다. 이를 위해 국내 성인 표본을 대상으로 설문을 실시하여 요인구조를 확인하고, 지속 비애와 관련된 변인인 우울, PTSD 증상, 불안, 죽음불안과의 수렴타당도를 살펴볼 것이다. 또한 2주 간격의 재검사를 실시하여 K-TGI-SR+의 검사-재검사 신뢰도를 확인할 것이다. 마지막으로, 최적의 절단점(cut-off value)를 산출하여 지속 비애 연구 및 지속적 비탄장애(PGD) 진단을 위한 임상적 기준을 마련하고자 한다.

이에 원저자인 Lenferink에게 현재 TGI-SR+의 한국어판 번안이 진행되지 않았다는 정보와 함께 번안에 대한 허가를 받았다. 이후 연구를 진행하던 중 국내에서 TGI-SR+를 타당화 한 연구(서민재, 박기환, 2023)가 2023년 10월에 발간된 것을 확인하였다. 그러나 해당 연구는 검사-재검사 신뢰도나 절단점이 보고되지 않았고, PGD 진단의 필수 증상 항목에 매칭되는 13번 문항이 삭제되어, 임상 수준의 PG 집단을 선별하기에 한계가 있었다. 이에 본 연구는 심리측정적 측면을 보완하여 TGI-SR+를 타당화 함으로써 이후 연구 및 임상 장면에서의 활용도를 높이고자 하였다.

방 법

연구대상

본 연구에서는 가까운 사람과 사별한 후 최소 1년이 경과한 만 19세 이상의 성인 527명을 대상으로 온라인 설문을 실시하였다. 연구대상자는 2023년 9월부터 2023년 11월까지 전국 대학교 온라인 커뮤니티와 네이버 카페, 중고거래 어플리케이션을 통해 모집되었다. 이들은 연구 홍보문과 연구 안내문을 읽고 자발적으로 설문 링크를 통해 참여한 사람이었다. 또한, 재검사에 동의한 연구 대상자에게는

표 1. 연구 대상자의 인구 통계적 특성(N = 449)

Variable	분류	빈도(%)	Variable	분류	빈도(%)
성별	남자	48(33.0)	종교	있음	131(29.2)
	여자	301(67.0)		없음	318(70.8)
연령대	19~29세	207(46.1)	결혼상태	미혼	298(66.4)
	30~39세	123(27.4)		기혼	139(31.0)
	40~49세	74(16.5)		이혼/사별	12(2.7)
	50~59세	41(9.1)			
	60~70세	4(0.9)			
월평균소득	100만원 미만	104(23.2)	최종학력	고졸이하	37(8.2)
	100~200만원	43(9.6)		전문대졸업	59(13.1)
	200~300만원	136(30.3)		대학졸업	252(56.1)
	300~400만원	91(20.3)		대학원졸업	101(22.5)
	400~500만원	40(8.9)			
	500만원 이상	35(7.8)			

2주 뒤에 별도의 설문 링크를 전달하여 7일 이내에 설문에 응답하도록 하였다. 연구 대상자에게는 편의점 상품권 1000원을 보상으로 지급하였고, 추첨을 통해 1만원 카페 상품권(5명), 5천원 버거 상품권(7명), 커피 상품권(15명)을 추가 지급하였다. 연구 대상 비해당자와 불성실 응답자는 보상 지급에서 제외된다는 점을 명시하였고, 사별 경과 기간이 1년 미만이거나 응답을 누락하거나 불성실하게 응답한 78명을 제외한 449명의 자료가 최종 분석되었다. 최종 연구 대상자는 남성 148명(33.0%), 여성 301명(67.0%)이었고, 평균 연령은 33.31(SD = 10.27, 범위 19 ~ 70)세였다. 연구 대상자의 인구통계학적 특성은 표 1과 같다. 본 연구는 중앙대학교 생명윤리위원회의 승인을 받아 진행되었다(1041078-20230731-HR-208).

측정도구

한국판 외상성 비애 척도(K-TGI-SR+)

문제가 있는 슬픔 반응의 심각성을 평가하기 위해 개발(Boelen & Smid, 2017)하고 DSM-5-TR의 PGD의 진단기준을 고려해 수정한 척도(Lenferink et al., 2022)를 한국어로 번안하였다. K-TGI-SR+는 총 22문항으로 구성되어 있다. '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '항상 그렇다(5점)'까지 5점 리커트 척도로 측정되어 점수 범위는 22~110점이며, 점수가 높을수록 심각한 지속 비애를 경험하고 있음을 의미한다. 이 척도는 '적응 어려움(adaptation difficulties)', '외상적 분리 디스트레스(traumatic separation distress)'의 2요인으로 구성되어 있다(Kokou-Kpolou et al., 2022). 일반 사별 집단(Sample 1)과 교통사고 사별 집단(Sample 2)을 대상으로 DSM-5 PCBD, DSM-5-TR PGD, IDC-11 PGD의 증상을 측정하는 문항에 대해 각각 보고한 내적 일치도(McDonald's omega)는 .93, .92, .92(Sample 1), .94, .92, .93(Sample 2)로 나타났

다(Lenferink et al., 2022). 본 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .97이었다.

한국판 복합비탄 척도(K-ICG)

상실로 인한 복합적인 정서를 측정하기 위해 Prigerson 외(1995)가 개발하고 박순조와 김영근(2022)이 타당화 한 한국판 복합비탄 척도(K-ICG)를 사용하였다. K-ICG는 총 15문항의 단일 요인으로 구성되어 있다. '전혀 그렇지 않다(1점)'에서 '거의 항상 그렇다(5점)'까지 5점 리커트 척도로 평정되며, 점수가 높을수록 복합비탄을 심각하게 경험하고 있음을 의미한다. 박순조와 김영근(2022)이 보고한 내적 일치도(Cronbach's α)는 .83, 본 연구에서는 .96으로 나타났다.

한국판 외상 후 스트레스 장애 척도(Korean Version of Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 [PCL-5])

Weathers 외(2013)가 DSM-5의 PTSD 증상 수준을 측정하기 위해 진단기준을 반영하여 개정한 후 이동훈 외(2022)가 타당화 한 한국판 외상 후 스트레스 장애 척도(PCL-5)를 사용하였다. PCL-5는 총 20문항이며, '침습', '회피', '인지와 감정의 부정적 변화', '과각성'의 4요인으로 구성되어 있다. '전혀 그렇지 않다(0점)'에서 '매우 그렇다(4점)'까지 5점 리커트 척도로 평정되며, 점수가 높을수록 심각한 PTSD 증상을 경험하고 있음을 의미한다. 이동훈 외(2022)가 보고한 내적 일치도(Cronbach's α)는 .97이었고, 본 연구에서도 .97로 나타났다.

한국어판 우울증 선별도구(Patient Health Questionnaire-9 [PHQ-9])

우울 증상은 Kroenke 외(2003)가 개발하고 안제용 외(2013)가 타당화 한 한국어판 우울증 선별도구(PHQ-9)를 사용하여 측정하였다. 총 9문항으로 구성되어 있는 PHQ-9는 '전혀 없음(0점)'에서 '거의 매일(3점)'까지 4점 리커트 척도로 평정되며, 점수가 높을수록 우울 증상이 심각함을 의미한다. 안제용 외(2013)의 연구에서 내적 일치도(Cronbach's α)는 .95이었고, 본 연구에서는 .92였다.

한국어판 불안장애 선별도구(Generalized Anxiety Disorder-7; GAD-7)

불안 증상을 측정하기 위해 Spitzer 외(2006)가 개발하고 Seo와 Park(2015)이 타당화 한 한국어판 불안장애 선별도구(GAD-7)를 사용하였다. 총 7문항으로 구성되어 있고, '전혀 방해 받지 않음(0점)'에서 '거의 매일 방해 받음(3점)'의 4점 리커트 척도로 평정되며, 점수가 높을수록 불안 증상이 심각함을 의미한다. Seo와 Park(2015)은 내적 일치도(Cronbach's α)를 .92로 보고하였고 본 연구에서는 .93이었다.

죽음 불안 척도(Fear of Death Scale [FODS])

죽음 불안 수준을 측정하기 위해 Collett와 Lester(1969)가 개발하고 심민경(2001)이 비슷하고 중복되는 문항을 축소하여 사용한 죽음 불안 척도(FODS)를 사용하였다. FODS는 총 20문항이며, '자신의 죽음에 대한 불안', '타인의 죽음에 대한 불안', '자신이 죽어가는 존재라는 것에 대한 불안', '타인이 죽어가는 존재라는 것에 대한 불안'의 4요인으로 구성되어 있다. '전혀 아니다(1점)'에서 '매우 그렇다(5점)'의 5점 척도로 평정되며, 점수가 높을수록 죽음에 대한 불안을 가지고 있음을 의미한다. 본 도구는 죽음으로 향하는 것으로부터 비롯

된 불안과 삶의 끝에서 비롯된 불안을 자신과 타인으로 구분하여 측정하므로 사별자의 죽음 불안을 측정하기에 적절하다. 심민경(2001)의 연구가 노인을 대상으로 한 점을 고려해 전 연령에 적용이 가능하도록 일부 문항을 수정하여 사용하였다. 심민경(2001)의 연구에서 내적 일치도(Cronbach's α)는 .96이었고, 본 연구에서는 .80으로 나타났다.

연구 절차

본 척도의 한국어 타당화 작업를 위해 원저자인 Lenferink에게 한국어 번안에 대한 허가를 받았다(2023년 4월 4일). 심리학 석사과정 3인이 개별적으로 문항을 번역한 후 논의를 통해 1차 번역본을 마련하였다. 이어서 임상심리전문가이자 심리학 교수 1인이 검수한 내용을 바탕으로 일부 수정을 하였다. 이후 한국어와 영어에 능통한 이중언어자 1명이 역번역한 문항을 원저자에게 보내어 의미 및 표현을 검토받은 후 최종 문항을 확정하였다.

분석 절차

IBM SPSS Statistics version 29.0을 사용하여 신뢰도 분석과 상관 분석, 탐색적 요인분석과 확인적 요인분석, ROC(Receiver Operating Characteristic) 분석을 실시하였다. 요인분석을 위해 모든 응답자에게 임의의 번호를 부여한 후 무작위 추출을 통해 집단 1(n = 225)과 집단 2(n = 224)를 구분하고, 집단 1은 탐색적 요인분석, 집단 2는 확인적 요인분석에 할당하였다. 탐색적 요인분석에서는 최대 우도법(maximum likelihood)을 사용해 요인을 추출하고, 요인 간 상관을 가정한 사각회전 방식인 직접 오블리민(direct oblimin)을 사용하였다. 확인적 요인분석은 AMOS 26.0을 통해 CFI(Comparative Fit Index), TLI(Tucker-Lewis Index), RMSEA(Root Mean Squared Error of Approximation)를 구해 적합도를 평가하였다.

척도의 신뢰도 검증을 위해 내적 일치도로 Cronbach's α를 산출하였고, 준거 타당도와 공인 및 수렴타당도 검증을 위해 상관분석과 t 검증을 수행하였다. 시간에 따른 척도의 안정성을 확인하기 위해 자발적으로 재검사에 참여한 88명의 참가자에게 2주 뒤 재검사를 실시하여 검사-재검사 신뢰도를 측정하였다.

마지막으로 진단 분류의 정확성을 검증하기 위해 ROC(Receiver Operating Characteristic) 분석을 실시하였다. 절단점 도출을 위해서는 Youden's Index를 사용하였으며, .그 값이 .09 이상이면 매우 좋음, .08 이상이면 좋음, .07 이상이면 보통, .06 미만이면 나쁨으로 간주하였다(Ferraris, 2019).

결 과

연구 대상자의 사별 특성

연구 대상자의 사별 특성은 표 2와 같다. 사별 대상은 조부모가 144명(32.1%)으로 가장 많았고, 부모 104명(23.2%), 친구 85명(18.9%), 동료 40명(8.9%), 형제자매 25명(5.6%), 연인 19명(42%), 기타 15명(3.3%), 배우자 12명(2.7%), 자녀 5명(1.1%) 순이었다. 고인과의 사별 원인은 만성질환이 123명(27.4%)로 가장 많았고, 급성질환이 103명(22.9%), 사고 98명(21.8%), 자살 71명(15.8%), 자연사 51명(11.4%), 타살 3명(0.7%) 순이었다. 고인의 사망을 예상했는지

표 2. 연구 대상자의 사별 관련 특성(N = 449)

Variable	분류	빈도(%)
사별 대상	배우자	12(2.7)
	자녀	5(1.1)
	부모	104(23.2)
	형제자매	25(5.6)
	조부모	144(32.1)
	친구	85(18.9)
	연인	19(4.2)
	동료	40(8.9)
	기타	15(3.3)
사별 원인	만성질환	123(27.4)
	급성질환	103(22.9)
	사고	98(21.8)
	자살	71(15.8)
	타살	3(0.7)
	자연사	51(11.4)
예상 여부	예상함	101(22.5)
	예상하지 못함	348(77.5)
고인과의 관계	가까움	331(73.7)
	보통	100(22.3)
	가깝지 않음	18(4.0)
사별 이후 기간	1년 이상~2년 미만	111(24.7)
	2년 이상~4년 미만	166(37.0)
	4년 이상~6년 미만	72(16.0)
	6년 이상~8년 미만	22(4.9)
	8년 이상~10년 미만	25(5.6)
	10년 이상~20년 미만	41(9.1)
	20년 이상	12(2.7)
사별 당시 고인의 나이	10세 미만	3(7)
	10~19세	16(3.6)
	20~29세	80(17.8)
	30~39세	58(12.9)
	40~49세	39(8.7)
	50~59세	37(8.2)
	60세 이상	216(48.1)

를 묻는 질문에서는 예상하지 못함이 348명(77.5%), 예상함이 101명(22.5%)이었다. 고인과의 관계에서 얼마나 가까웠는지를 묻는 질문에서는 가까움이 331명(73.7%), 보통 100명(22.3%), 가깝지 않음 18명(4.0%)이었다. 사별 이후 기간은 2년 이상~4년 미만이 166명(37.0%)으로 가장 많았으며, 1년 이상~2년 미만 111명(24.7%), 4년 이상~6년 미만 72명(16.0%), 10년 이상~20년 미만 41명(9.1%), 8년 이상~10년 미만 25명(5.6%), 6년 이상~8년 미만 22명(4.9%), 20년 이상 12명(2.7%) 순이었다. 사별 당시 고인의 연령은 60세 이상이 216명(48.1%)으로 가장 많았고, 20~29세 80명(17.8%), 30~39세 58명(12.9%), 40~49세 39명(8.7%), 50~59세 37명(8.2%), 10~19세 16명(3.6%), 10세 미만 3명(7%) 순이었다.

탐색적 요인분석

측정 문항의 정규성을 살펴본 결과, 왜도는 -.30~1.17, 첨도는 -.97~.55로, 왜도의 절대값이 2보다 작고 첨도의 절대값은 4보다 작아서 모든 문항의 정규성을 만족하여 탐색적 요인분석에 적합하다고 판단하였다(Curran et al., 1996). K-TGI-SR+의 요인구조를 알아보기 위해 집단 1(남성 69명, 여성 156명)의 자료를 탐색적 요인분석에 사용하였다. KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)는 .97로 훌륭하였고(Kaiser, 1974), Barrett의 구형성 검정(Barrett's test of sphericity) 결과 χ^2은 4488.98($p < .001$)로 자료가 요인분석에 적합하였다.

수집된 자료를 표본으로 가정하는 최대우도법과 사각 회전 방식의 직접 오블리민(Direct Oblimin)을 이용해 탐색적 요인분석을 실시하였다(서원진 외, 2018). 고유값은 1.0을 기준으로 요인을 추출하였고, 요인부하량이 .4 이상인 문항을 추출하였다(Howard, 2016).

그 결과, 2요인 구조가 적절한 것으로 나타났으며 2요인이 전체 분산의 65.29%을 설명하였다. 첫 번째 요인은 15문항, 두 번째 요인은 7문항으로 분류되었으며, 두 요인의 상관(r)은 .82($p < .001$)였다. 요인 1은 사별 후 적응의 어려움에 대한 항목을 포함하였고, 요인 2는 분리에 대한 고통을 측정하는 항목을 포함하였다. 서민재와 박기환(2023)과 Kokou-kpolou 외(2022)가 추출한 요인과 본 연구에서 추출한 요인에 속하는 문항의 내용이 일관성이 있어서 요인 1을 적응 곤란, 요인 2를 분리 고통으로 명명하였다. K-TGI-SR+의 각 문항에 대한 요인부하량은 표 3에 제시하였다.

확인적 요인분석

탐색적 요인분석으로 확인한 2요인 구조의 적합성을 검증하기 위해, 집단 2(남성 79명, 여성 145명)의 자료를 활용하여 확인적 요인분석을 실시하였다. 그 결과는 표 4와 같다. 집단 2에서 K-TGI-SR+의 내적 일치도(Cronbach's α)는 .97이었다. 모형의 적합도 지수로 χ^2는 표본의 크기에 민감한 지수로 영가설이 쉽게 기각되므로, CFI, TLI, RMSEA를 확인하였다. CFI와 TLI는 .90 이상이면 합당한 모형으로 간주하며, RMSEA는 .05 미만이면 좋은 모형, .08 미만이면 합당한 모형, .10 이상이면 나쁜 모형으로 간주할 수 있다(Hu & Bentler, 1999). 2요인 모형에 대한 적합도는 CFI가 .935, TLI는 .927, RMSEA는 .079로 나타나서 2요인 구조가 적합 것으로 판단하였다.

표 3. K-TGI-SR+의 탐색적 요인분석 결과

문항		요인1	요인2	Cronbach's α
18	혼자라고 느끼거나 다른 사람들로부터 거리감을 느낀다.	**.935**	-.101	
13	그(그녀)의 죽음 이후, 일상 생활(직장, 가정 등)이나 대인관계를 잘 해내지 못한다.	**.909**	-.003	
7	다른 사람들을 믿기 어렵다.	**.866**	-.078	
22	긍정적인 감정을 경험하기 어렵다.	**.835**	.051	
9	새로운 일을 시작하는 것이 어렵게 느껴진다(예. 새로운 친구를 사귀는 것, 새로운 관심사를 찾는 것).	**.834**	.001	
15	고인에 대해 긍정적으로 회상하는 것이 어렵다.	**.790**	-0.25	
16	그(그녀)의 죽음과 관련하여 스스로에 대해 부정적인 생각이 든다.	**.786**	.077	
10	감정이 무뎌졌다.	**.761**	-.092	
20	그(그녀)의 죽음 때문에 다른 사람들을 몹시 원망했다.	**.743**	.044	
17	고인과 함께하기 위해 죽고 싶은 마음이 들었다.	**.731**	.093	
21	그(그녀)의 죽음과 함께 나의 일부도 죽어버린 것 같다.	**.712**	.198	.97
8	그(그녀)의 죽음에 대해 괴로움이나 분노를 느낀다.	**.663**	.245	
4	삶에서의 내 역할이 혼란스럽고 존재감이 희미해지는 것 같다.	**.631**	.158	
11	고인 없는 삶은 공허하고 의미가 없다.	**.578**	.324	
6	고인을 떠올리게 하는 것(장소, 물건, 생각)을 피한다.	**.407**	.271	
1	고인과 관련된 생각이나 이미지가 갑작스럽게 떠오르곤 한다.	-.182	**.918**	
3	고인이 못 견디게 그리울 때가 있다.	.121	**.724**	
14	그(그녀)의 죽음과 관련된 상황에 대한 생각이나 이미지가 갑자기 떠오르곤 한다.	.142	**.694**	
2	극심한 정서적 고통이나 슬픔, 비통함을 경험한다.	.236	**.651**	
5	고인의 죽음을 받아들이기 어렵다.	.285	**.570**	
12	그(그녀)의 죽음으로 충격을 받아 넋이 나간 듯 멍했다.	.296	**.556**	
19	고인이 죽었다는 사실이 믿기지 않는다.	.213	**.554**	

표 4. K-TGI-SR+의 확인적 요인분석 결과

	Model	$\chi^2(df)$	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA	90% CI RMSEA
2	Factor	499.54(208)	2.402	.935	.927	.079	.070~.088

수렴 및 공인타당도 검증

449명의 전체 자료를 대상으로 K-TGI-SR+와 관련 있는 척도와 상관분석을 실시하였다. K-TGI-SR+의 총점수와 K-ICG의 점수의 상관을 분석한 결과, 표 5와 같이 두 변인간의 상관은 유의하여(r = .93, p < .001), K-TGI-SR+의 타당도가 확보되었다.

K-TGI-SR+의 총점수와 우울, PTSD, 불안, 죽음불안의 점수와 상관분석을 한 결과, 지속 비애와 우울(r = .71, p < .001), PTSD 증상(r = .86, p < .001), 불안(r = .67, p < .001)의 상관은 정적으로 유의하였다. 죽음불안(r = .29, p < .001)과 그 하위요인인 자신의 죽음에 대한 불안(r = .26, p < .001), 타인의 죽음에 대한 불안(r = .26, p < .001), 자신이 죽어가는 존재라는 것에 대한 불안(r = .30, p < .001), 타인이 죽어가는 존재라는 것에 대한 불안(r = .10, p < .05)도 지속 비애와 정적 상관이 있었으나 상관의 크기는 작았다.

검사-재검사 신뢰도

K-TGI-SR+의 시간에 대한 안정성을 보기

표 5. K-TGI-SR+로 측정한 PG 총점과 핵심변인 간 상관

	1	2	3	4	5	6	6-1	6-2	6-3	6-4	7	8
1. **PG**												
2. **CG**	.93**											
3. **PTSD**	.86**	.85**										
4. **DEP**	.71**	.69**	.81**									
5. **AXI**	.67**	.65**	.78**	.87**								
6. **DA**	.29**	.31**	.24**	.23**	.25**							
6-1. **DAS**	.26**	.28**	.22**	.15**	.16**	.81**						
6-2. **DAO**	.26**	.27**	.19**	.23**	.26**	.79**	.47**					
6-3. **DOS**	.30**	.32**	.25**	.25**	.28**	.76**	.53**	.55**				
6-4. **DOO**	.10*	.09	.09.	.09*	.12*	.74**	.43**	.48**	.36**			
7. **AD**	.99**	.90**	.87**	.73**	.68**	.26**	.23**	.21**	.28**	.08		
8. **SD**	.92**	.86**	.74**	.59**	.58**	.34**	.30**	.33**	.30**	.14**	.84**	

*p < .05, **p < .001

PG = 한국판 외상성 비애 척도(K-TGI-SR+) 총점수, CG = 한국어판 복합비탄척도(K-ICG)의 총점수, PTSD = 한국판 외상 후 스트레스 장애 척도 총점수, DEP = 한국어판 우울증 선별도구(PHQ-9)의 총점수, AXI = 한국어판 불안장애 선별도구(GAD-7)의 총점수, DA = 죽음불안 척도(FODS)의 총점수, DAS = 자신의 죽음에 대한 불안 요인 점수, DAO = 타인의 죽음에 대한 불안 요인 점수, DOS = 자신이 죽어가는 존재라는 것에 대한 불안 요인 점수, DOO = 타인이 죽어가는 존재라는 것에 대한 불안 요인 점수, AD = K-TGI-SR+ 적응 곤란 하위요인 점수, SD = K-TGI-SR+ 분리 고통 점수

위해 88명의 대상자에게 2주 간격으로 재검사를 실시하였다. ICC는 .70이상이면 신뢰도를 만족하였다고 볼 수 있는데(이은현, 2021), 본 척도의 급내상관계수(ICC)는 .81로 나타났다.

준거 타당도

사고, 자살, 타살을 외상적 원인, 질병이나 자연사를 비외상적 원인으로 구별하고 두 집단 간의 차이를 분석한 결과, 표 6과 같이 외상적 원인으로 사별한 집단(n = 172)은 평균 58.09(21.03)로 비외상적 원인으로 사별한 집단(n = 277) 평균 51.58(19.39)과 유의한 차이가 있었다, t = 3.35, p < .001. 또한 지속 비애 총점수는 사별 이후 기간과 낮은 수준의 부적 상관이 있었다, r = -.16, p < .01.

PGD 임상 집단과 비임상 집단의 절단점 도출

K-TGI-SR+로 측정한 PG가 임상수준의 PG를 보고한 집단과 그렇지 않은 집단을 변별하기 위한 최적의 절단점을 산출하기 위해 ROC 분석을 실시했다(Akobeng, 2007). 먼저, DSM-5-TR PGD 임상 집단과 비임상 집단을 구분할 수 있는 최적의 PG 점수를 확인하기 위해 생성한 ROC 곡선은 그림 1과 같다. 임상 수준의 PG를 보고한 집단(56명, 12.5%)과 그렇지 않은 집단(393명, 87.5%)에 대한 분석 결과, AUC(area under the curve)는 .99, SE = .004, p < .001로, K-TGI-SR+로 측정한 PG 점수를 사용해 PGD 임상군과 비임상군을 정확히 구분할 확률은 99%였다. Youden's Index는 민감도와 특이도를 더한 뒤 1를 빼서 산출하였는데(Akobeng, 2007), 표 7과 같이 PG 점수가 74.5점일 때 Youden's Index가 최대(0.896)였고, 민감도는 .98, 특이도는 .91이었다. 본 척도의 점수가 1점 단위로 합산된다는 점을 고려하여, 75점을 두 집단을 잘 변별할 수 있는 절단점으로 채택했다.

K-TGI-SR+의 총점수에 대한 ICD-11 PGD의 ROC 곡선은 그림 2에 제시했다. 임상 수준의 PG를 보고한 집단(58명, 12.9%)과 그렇지 않은 집단(391명, 87.1%)을 분석한 결과, AUC는 .98, SE = .005, p < .001로, K-TGI-SR+로 측정한 PG점수를 사용해 PGD 임상군과 비임상군을 정확히 구분할 확률은 98%였다. 표 8과 같이

표 6. 지속 비애 총 점수와 연구 대상자의 인구통계학적 및 사별 관련 변인과의 관계

		N	M(*SD*)	*t*	*p*
성별	남	148	55.18(21.21)	.79	.432
	여	301	53.53(19.79)		
사별원인	외상적 원인	172	58.09(21.03)	3.35***	<.001
	비외상적 원인	277	51.58(19.39)		
사별 대상	가족	290	53.33(19.8)	-1.06	.291
	가족 외	159	55.44(21.06)		
사별 이후 기간		449		r = -.16**	

***p < .001, **p < .01

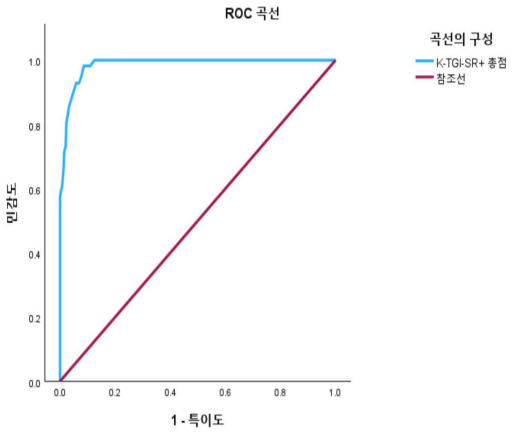

그림 1. DSM-5-TR PGD의 ROC 곡선

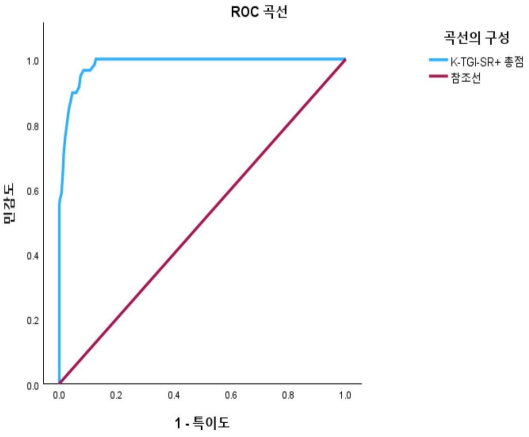

그림 2. ICD-11 PGD의 ROC 곡선

표 7. DSM-5-TR PGD 집단 변별 민감도와 특이도

K-TGI-SR+ 점수	민감도	특이도	Youden's Index
71.5	1.00	0.88	0.875
72.5	0.98	0.89	0.873
73.5	0.98	0.90	0.883
74.5	0.98	0.91	0.896
75.5	0.95	0.92	0.870
76.5	0.93	0.93	0.860
77.5	0.93	0.94	0.870

표 8. ICD-11 PGD 집단 변별 민감도와 특이도

K-TGI-SR+ 점수	민감도	특이도	Youden's Index
71.5	0.98	0.88	0.860
72.5	0.96	0.89	0.858
73.5	0.96	0.90	0.868
74.5	0.96	0.92	0.881
75.5	0.95	0.93	0.874
76.5	0.91	0.93	0.845
77.5	0.90	0.94	0.838

표 9. PGD 임상집단 예측에 대한 지속 비애 점수의 ROC 분석

	AUC	*SE*	95% Confidence Interval		Significance
			Lower	Upper	
DSM-5-TR PGD	.99	.004	.977	.994	<.001
ICD-11 PGD	.98	.005	.975	.993	<.001

Youden's Index가 최대인 0.881일 때 PG 점수는 74.5점이며, 민감도는 .96, 특이도는 .92이었다. 따라서 ICD-11 PGD의 절단점도 75점을 채택하였다. ROC 분석 결과는 표 9와 같다.

논 의

본 연구는 사별 후의 지속 비애 증상을 측정하는 외상성 비애 척도(TGI-SR+)를 한국판

으로 타당화하고자 하였다. 이를 위해 449명을 대상으로 요인구조, 적합성, 신뢰도, 타당도를 확인하였다. 또한 관련 변인과의 관계를 확인하기 위해 복합비탄척도, 외상 후 스트레스 장애 척도, 우울장애 선별도구, 불안장애 선별도구, 죽음 불안 척도와의 상관관계를 살펴보았다. 나아가 ROC분석을 통해 PGD 선별을 위한 절단점을 도출하고, 그 정확성을 검증하였다. 연구 결과, K-TGI-SR+는 22문항으로 구성된 2요인 구조가 적절함을 확인하였고, 신뢰도 및 타당도가 양호하였다. 자세한 연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 탐색적 요인분석에서 한국판 외상성 비애 척도(K-TGI-SR+)는 2요인으로 나타났다. 요인 1(적응 곤란)은 15문항, 요인 2(분리 고통)가 7문항으로 구성되었는데 이는 기존의 지속 비애의 개념적 분류와 일치한다. 지속 비애는 두 하위요인인 분리 디스트레스(separation distress)과 트라우마 디스트레스(traumatic distress)로 설명되어 왔다. '분리 디스트레스'는 사별로 인한 분리 과정에서 경험하는 고인에 대한 몰두, 그리움/갈망, 외로움 등을 포함하는 불안 반응(강현숙, 이동훈, 2017; Prigerson et al., 1995)으로 요인 2의 분리 고통과 관계가 있다. 또한 '트라우마 디스트레스'는 상실 경험에 대한 불신, 분노, 충격 등 사별의 충격과 관련된 비애 증상(김혜진, 송인한, 2020; Lifshitz et al., 2022)으로 요인 1의 적응 곤란과 맥락을 같이 한다. 따라서 지속 비애의 양상이 문화적 구조에 따라 차이가 있을 수 있지만, 여러 문화에서 '고인과의 분리'와 '사별 이후 적응'의 측면에서 비슷한 양상을 보인다는 점을 확인할 수 있었다.

둘째, 확인적 요인분석을 통해 22문항에 대한 2요인 구조의 적합성을 확인하였다. 2요인 구조의 χ^2값은 499.54(df = 208), CFI가 .935, TLI는 .927, RMSEA는 .079로 좋은 적합도를 보였다. 원척도(Lenferink et al., 2022)에서는 전체 문항에 대한 요인구조를 확인하지 않았으나, TGI-SR+를 타당화 한 국내 연구(서민재, 박기환, 2023)와 해외연구(Kokou-kpolou et al., 2022)에서도 2요인이 적합하였다. 다만 '그(그녀)의 죽음에 대해 괴로움이나 분노를 느낀다'의 문항8과 '그(그녀)의 죽음 때문에 다른 사람들을 몹시 원망했다'의 문항20은 해외 연구(Kokou-kpolou et al., 2022)와 달리 본 연구에서 요인 1(적응 곤란)에 포함되었다. 두 문항은 고인의 죽음에 대한 분노와 타인에 대한 원망을 포함하며, 이는 지속 비애의 개념적 분류에서 '트라우마 디스트레스'에 더 가까운 내용이다. 특히, 죽음 자체에 대한 괴로움과 타인에 대한 분노는 외상적 사별일 때 더 보고될 수 있는데, 외상적 사별이 Kokou-kpolou 외(2020)에서는 13.8%로 본 연구에서의 38.3%와의 차이가 요인구성에 영향을 주었을 수 있다. 그러나 두 문항을 제외한 모든 요인 구성이 동일하여, 본 척도의 문화적 일관성을 확인할 수 있다.

셋째, K-TGI-SR+의 타당도와 신뢰도를 확인하였다. 먼저 K-TGI-SR+의 관련 변인인 우울, PTSD, 불안, 죽음불안과 상관이 유의하여 수렴타당도를 확보하였다. K-ICG와는 정적 상관이 높아서 K-TGI-SR+가 기존의 복합비탄 측정치와 유사하게 지속 비애를 측정함을 확인하였다. 따라서 K-TGI-SR+는 K-ICG와 우울, PTSD 증상, 불안, 죽음불안의 특성을 포함하는 유용한 척도라고 할 수 있다. 2주 간격의 검사-재검사 신뢰도는 ICC(2,1) = .808로 시간의 경과와 상관 없이 지속 비애를 일관성있게 측정할 수 있음을 검증하였다.

넷째, DSM-5-TR PGD과 ICD-11 PGD의 진단기준과 매칭되는 문항을 통해 채점한 임상 수준의 PG 집단과 그렇지 않은 집단을 분류할 수 있는 K-TGI-SR+의 절단점을 찾고, 정확성을 확인하고자 ROC분석을 실시하였다. 그 결과 K-TGI-SR+의 절단점이 75점일 때 DSM-5-TR의 PGD는 99% 정확하게 변별할 수 있었고, ICD-11의 PGD는 98% 변별할 수 있었다. 이 값은 원척도에서 DSM-5-TR과 ICD-11의 PGD 절단점으로 제시한 71점보다 더 높다. 이는 원척도와 달리 PGD 진단을 받지 않은 비임상군을 대상으로 하였고, 사별 특성에 차이가 있었던 것이 영향을 미쳤을 수 있다. 특히, 원척도는 교통사고로 인한 사별 집단을 별도로 모집하여 사고로 인한 사별이 53.3%였으나, 본 연구에서는 38.3%였다. 교통사고가 예상하지 못하는 외상적 사건임을 고려할 때, 더 심각한 지속 비애 증상을 보고하였을 수 있다. 따라서 본 연구의 75점에 비해 상대적으로 낮은 71점의 절단점으로도 충분히 임상 수준의 PG를 변별하였을 것이다. 추후에는 실제 PGD 진단을 받은 임상 집단을 대상으로 적절한 절단점을 찾는 연구가 필요할 것이다. 본 연구의 절단점을 임상군에 적용하기에는 제한이 있을 수 있으나 심각한 수준의 PG를 변별할 수 있다는 점에서 K-TGI-SR+이 진단적으로 유용함을 보여준다.

본 연구의 제한점과 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다. 먼저, 본 연구의 대상자는 19세 이상의 성인으로, 비록 연구대상자의 성에 따른 지속 비애의 차이는 유의하지 않았으나 여성이 67%로 남성보다 높았고, 대상자의 73.5%가 2-30대였기 때문에 중년 및 노년층에게 일반화하여 적용하기 어려울 수 있다. 특히, 노년층은 배우자를 사별한 경우 지속 비애의 위험이 높은데 이러한 특성이 덜 반영되었을 수 있으므로, 특정 연령대에 초점을 맞춰 확인하는 연구가 필요하다. 더불어, 여러 연령대를 동일하게 표집하여 확인하는 연구도 필요하다.

외상적인 사별이거나, 사별 경과 기간이 짧을수록 지속 비애 증상이 심각하였는데, 이는 김혜진과 송인한(2020)과 Lenferink 외(2022)에서 사별 원인과 기간에 따라 지속 비애 위험이 달랐던 것과 일치한다. 그러나 사별 대상에 따른 유의한 차이는 나타나지 않았다. 이는 사별대상자의 55.3%가 부모나 조부모와 사별한 경우로 이외의 다른 대상의 특성을 모두 반영하지 못했기 때문일 수 있다. 그러므로, 추후 연구에서는 사별 대상 및 특성에 따른 지속 비애 양상을 살펴볼 필요가 있다.

둘째, K-TGI-SR+의 관련 변인을 통제하였을 때도 지속 비애 증상 수준이 유지되는지를 확인하지 못했다. 본 연구에서 K-TGI-SR+가 우울, PTSD, 불안과 강한 상관이 나타난 것은 지속 비애가 우울, PTSD, 불안과 매우 유사하기 때문으로 설명될 수 있지만, 지속 비애 증상의 영향만을 고려하지 못하였다. 추후 연구에서는 관련 변인을 통제함으로써 지속 비애의 고유한 영향을 살펴볼 필요가 있다.

셋째, 본 셋째, 본 연구에서는 실제 임상군이 아닌 대상자를 표본으로 K-TGI-SR+ 총점에 대한 ICD-11 PGD, DSM-5-TR PGD의 절단점을 산출하였다. 실제 PGD 진단 여부를 토대로 산출된 절단점이 아니므로 임상군의 변별에는 한계가 있다. 원척도에서는 기능장애를 측정하는 13문항을 제외하고 증상에 매칭되는 문항만을 합산하여 ICD-11 PGD는 12점부터 60점의 범위에서 41점 이상일 때, DSM-5-TR PGD는 10점부터 50점의 범위에서

33점 이상의 절단점을 산출하였다(Lenferink et al., 2022). 각 진단체계에 매칭되는 문항만을 통해 임상 수준의 PGD를 구별하는 절단점을 산출하는 것은 K-TGI-SR+를 단축형으로 활용할 수 있음을 의미한다. 그러나, 이는 실제 임상군을 대상으로 하였을 때 더욱 타당하고 적합한 절단점을 도출할 수 있으며, 비임상군만으로 도출한 절단점은 임상적 활용도가 상대적으로 낮을 수 있다. 따라서, 본 연구에서는 각 진단 체계에 매칭되는 문항만을 고려한 절단점은 산출되지 않았다. 최근 도입된 PGD 임상군은 향후 몇 년 간 축적될 것이므로, 이러한 PGD 임상군을 대상으로 진단체계 별 총점에 대한 절단점을 확인하고 임상 장면에서 재검증함으로써 본 척도의 활용성을 확장할 필요가 있다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 K-TGI-SR+의 신뢰도 및 타당도를 확인하고, 나아가 임상 수준의 PG 변별을 위한 절단점을 산출하였다는 점에서 의미가 있다. 특히 단일 진단체계만 고려한 것이 아닌 두 진단체계의 개별적인 절단점 산출을 통해 심각한 PG 집단의 양상을 직접 비교할 수도 있다. 또한, K-TGI-SR+가 기존에 사용되던 K-ICG와 일관되게 지속 비애를 타당하게 측정하고, 서구권의 연구와 비교해 일관된 양상의 요인 구조를 보였음에 따라, 지속 비애의 문화 간 타당성을 확인할 수 있었다. 이러한 결과로 앞으로의 다양한 지속 비애 관련 연구에서 K-TGI-SR+가 활용되고, 임상 현장에서의 개입 및 치료를 위한 유용한 측정 도구의 기반을 마련하였다고 볼 수 있다.

참고문헌

강현숙, 이동훈 (2017). 한국판 지속비애 척도의 타당화 연구. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 29(4), 1027-1052. https://doi.org/10.23844/kjcp.2017.11.29.4.1027

김소영, 조명주, 김숙남 (2023). 코로나-19 시기 사별가족의 애도반응. 한국콘텐츠학회논문지, 23(12), 498-508. https://doi.org/10.5392/jkca.2023.23.12.498

김영희, 임승희 (2021). 노인의 사별경험과 죽음불안의 관계 연구. 인문사회 21, 12(6), 2845-2860. https://doi.org/10.22143/HSS21.12.6.200

김지은, 전소담, 송인한 (2016). 사회적 관계 내 자살 노출 실태 및 주관적 영향에 관한 연구: 자살생존자에 대한 전국 규모 온라인조사분석. 정신건강과 사회복지, 44(3), 93-119. https://www.dbpia.co.kr/journal/articleDetail?nodeId=NODE07045215

김혜진, 송인한 (2020). 한국어판 복합비애척도(K-ICG)의 타당화 연구. 사회융합연구, 4(4), 51-61. https://doi.org/10.37181/JSCS.2020.4.4.051

박순조, 김영근 (2022). 한국판 복합비탄척도의 타당화 연구. 상담학연구, 23(3), 199-220. https://doi.org/10.15703/kjc.23.3.202206.199

박주희 (2023). 자살로 형제자매와 사별한 유가족의 외상 후 경험에 관한 질적연구. 단국대학교 행정법무대학원 석사학위논문. https://m.riss.kr/link?id=T16648725

백소현, 조미혜 (2023). 10.29 이태원 참사와 애도불가능성: 살아남은 자들의 이야기. 문화와 사회, 31(3), 165-224.

https://doi.org/10.17328/kjcs.2023.31.3.004

서민재, 박기환 (2023). 한국판 외상적 애도 척도 플러스(K-TGI-SR+) 타당화 연구. 학습자중심교과교육연구, 23(19), 97-112. https://doi.org/10.22251/jlcci.2023.23.19.97

서원진, 이수민, 김미리혜, 김제중 (2018). 탐색적 요인분석 연구의 현황과 제언. 사회과학연구, 29(1), 177-193. https://doi.org/10.16881/jss.2018.01.29.1.177

손지영 (2007). 배우자사별이 노인의 죽음 불안에 미치는 영향에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문. https://lib.ewha.ac.kr/search/detail/CATTOT000001063199

심민경 (2001). 노인의 죽음에 대한 불안과 사회적 지지와의 관계 - 부산광역시 노인종합복지관 이용 노인을 대상으로. 부산대학교 대학원 석사학위논문. https://dl.nanet.go.kr/SearchDetailView.do?cn=KDMT1200101225

안제용, 서은란, 임경희, 신재현, 김정범 (2013). 한국어판 우울증 선별도구(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)의 표준화 연구. 생물치료정신의학, 19(1), 47-56. https://www.kci.go.kr/kciportal/ci/sereArticleSearch/ciSereArtiView.kci?sereArticleSearchBean.artiId=ART001766067

유해정 (2020). 유가족다움의 사회적 낙인과 대응 전략: 세월호 참사 단원고 희생학생 부모의 경험과 사회적 치유를 중심으로. 시민사회와 NGO, 18(2), 151-189. https://kiss.kstudy.com/Detail/Ar?key=3839415

윤영미, 차명호 (2018). 자살유가족의 자전적 내러티브를 통한 상담학적 함의와 과제. 상담학 연구, 19(4), 109-123. https://www.dbpia.co.kr/journal/articleDetail?nodeId=NODE11123480

이동훈, 이덕희, 김성현, 정다송 (2022). PCL-5 (DSM-5 기준 외상 후 스트레스 장애 체크리스트) 한국판 종단 타당화 연구. 한국심리학회지: 문화 및 사회문제, 28(2), 187-217. https://doi.org/10.20406/kjcs.2022.5.28.2.187

이미숙, 김현주 (2021). 노년기 남성의 배우자 사별 이후 삶에 대한 질적연구. 질적탐구, 7(2), 317-353. http://doi.org/10.30940/JQI.2021.7.2.31

이은현 (2021). 측정도구의 심리계량적 속성 4: 신뢰도와 반응도. Korean Journal of Women Health Nursing, 27(4), 275-277. https://doi.org/10.4069/kjwhn.2021.11.01

이혜지, 강영신 (2020). 청소년기에 어머니와 사별한 한국 성인 여성의 애도 과정과 심리적 성장 경험에 관한 질적 연구. 한국심리학회지: 일반, 39(1), 57-90. https://doi.org/10.22257/kjp.2020.3.39.1.57

차성이, 박신영, 현명호 (2022). 복합 비애(Complicated Grief)에 대한 국내 연구동향(2010~2020): 체계적 문헌 고찰. 한국심리학회지: 일반, 41(4), 319-347. https://doi.org/10.22257/kjp.2022.9.41.4.319

최명민, 김가득, 김도윤 (2016). 자살로 사별한 노년기 배우자의 상실경험: 농촌지역 노인을 중심으로. 정신건강과 사회복지, 44(1), 76-105. https://www.dbpia.co.kr/journal/articleDetail?nodeId=NODE06659942

최진화, 박기환 (2024). 한국판 지속적 비탄 척도 개정판(K-PG13-R)의 타당화 연구. 학습자중심교과교육연구, 24(13), 167-179.

https://doi.org/10.22251/jlcci.2024.24.13.167

통계청 (2023). 2022년 사망원인통계 결과. https://www.kostat.go.kr/board.es?mid=a10301010000&bid=218&act=view&list_no=427216

Akobeng, A. K. (2007). Understanding diagnostic tests 3: Receiver operating characteristic curves. *Acta Paediatrica, 96*(5), 644-647. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2006.00178.x

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth edition, text revision ed.). https://www.psychiatry.org/

Ashouri, A., & Yousefi, S. (2023). Validation of the Persian Traumatic Grief Inventory- Self Report plus (TGI-SR+) to assess prolonged grief severity. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *0*(0), 1-21. https://doi.org/10.1177/00302228231162730

Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). The Traumatic Grief Inventory- Self Report version (TGI-SR): Introduction and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Loss and Trauma*, *22*(3), 196-212. https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1284488

Boelen, P. A., van de Schoot, R., van den Hout, M. A., de Keijser, J., & van den Bout, J. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, *125*(1-3), 374-378. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.076

Collett, L. J., & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology, 72*(2), 179-181. https://doi.org/10.1080/00223980.1969.10543496

Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods, 1*(1), 16-29. https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.1.16

Djelantik, A. M. J., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, *265*, 146-156. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034

Ferraris, V. A. (2019). Commentary: should we rely on receiver operating characteristic curves? From submarines to medical tests, the answer is a definite maybe! *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 157*(6), 2354-2355. https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2018.10.100

Han, D. H., Lee, J. J., Moon, D. S., Cha, M. J., Kim, M. A., Min, S., Yang, J. H., Lee, E. J., Yoo, S. K., & Chung, U. S. (2016). Korean version of Inventory of Complicated Grief Scale: Psychometric properties in Korean adolescents. *Journal of Korean Medical Science, 31*(1), 114-119. https://doi.org/10.3346/jkms.2016.31.1.114

Haneveld, J., Rosner, R., Vogel, A., Kersting, A., Rief, W., Steil, R., & Comtesse, H. (2022). Same name, same content? Evaluation of DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *90*(4), 303-313. https://doi.org/10.1037/ccp0000720

Howard, M. C. (2016). A review of exploratory

factor analysis decisions and overview of current practices: What we are doing and how can we improve? *International Journal of Human Computer Interaction, 32*(1), 51-62. https://doi.org/10.1080/10447318.2015.1087664

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*(1), 1-55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, *45*(3), 180-187. https://doi.org/10.1037/a0036836

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika, 39*(1), 31-36. https://doi.org/10.1007/bf02291575

Kokou Kpolou, C. K., Lenferink, L. I., Brunnet, A. E., Park, S., Megalakaki, O., Boelen, P., & Cénat, J. M. (2022). The ICD 11 and DSM 5 TR prolonged grief criteria: Validation of the Traumatic Grief Inventory Self Report plus using exploratory factor analysis and item response theory. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(6), 1950-1962. https://doi.org/10.1002/cpp.2765

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care, 41*(11), 1284-1292. https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C

Lenferink, L. I., Eisma, M. C., Smid, G. E., de Keijser, J., & Boelen, P. A. (2022). Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory Self Report plus (TGI-SR+). *Comprehensive Psychiatry*, *112*, Article e152281. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2021.152281

Lenferink, L. I., van Dijk, I., Eisma, M. C., Eklund, R., Boelen, P. A., & Sveen, J. (2024). Psychometric evaluation of the swedish Traumatic Grief Inventory Self Report plus (TGI SR+) in bereaved parents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *31*(1), Article e2922. https://doi.org/10.1002/cpp.2922

Lifshitz, R., Ifrah, K., Markovitz, N., Bluvstein, I., & Shmotkin, D. (2022). Inventory of complicated grief: Factor structure among middle-aged and older bereaved parents. *Death Studies, 46*(1), 200-207. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1725931

Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *212*, 138-149. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030

Prigerson, H. (2004). Complicated grief: When the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereavement Care, 23*(3), 38-40. https://doi.org/10.1080/02682620408657612

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C.,

Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D.,Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLOS Medicine*, *6*(8), Article e1000121. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79. https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2

Seo, J., & Park, S. (2015). Validation of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) and GAD-2 in patients with migraine: Official Journal of the Italian Society for the Study of Headaches. *The Journal of Headache and Pain, 16*, 1-7. https://doi.org/10.1186/s10194-015-0583-8

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*(10), 1092-1097. https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092

Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*(1), 70-76. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD. https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp

원고접수일 : 2024. 03. 01.
수정원고접수일 : 2024. 05. 30.
게재확정일 : 2024. 06. 03.

한국심리학회지 : 임상심리 연구와 실제
Clinical Psychology in Korea: Research and Practice
2024, Vol. 10, No. 3, 405-425

Validation of the Korean Version of the Traumatic Grief Inventory Self-Report Plus (K-TGI-SR+)*

Chaebin Lee[1)] Myoung-Ho Hyun[2)†]

[1)]Department of Psychology, Chung-Ang University, Graduate student
[2)]Department of Psychology, Chung-Ang University, Professor

This study aimed to validate the Korean Version of the Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (K-TGI-SR+), a scale designed to measure prolonged grief, which represents abnormal mourning after bereavement. Data were collected from 449 adult men and women in Korea one year after their bereavement experience. Both exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis were conducted. K-TGI-SR+ demonstrated high internal consistency, and a two-factor model was found to be appropriate. Additionally, convergent validity was adequate, as indicated by significant correlations with PTSD, depression, anxiety, and death anxiety. ROC analysis precisely distinguished between groups with clinical levels of prolonged grief symptoms (Prolonged Grief Disorder; PGD) and those without (Non-PGD) with 99% accuracy, determining the cutoff value. Lastly, the significance and limitations of the study were discussed, along with suggestions for future research.

Key words : grief, prolonged grief, traumatic grief inventory, cut-off value, PGD

---

* This research was supported by the Chung-Ang University Research Scholarship Grants in 2023.

† Corresponding Author : Myoung-Ho Hyun / Department of Psychology, Chung-Ang University, Professor / 84 Heukseok Ro, Dongjak Gu, Seoul, Korea / Tel: 02-820-5125 / Fax: 02-816-5124 / E-mail: hyunmh@cau.ac.kr