

PCL-5(DSM-5 기준의 PTSD 체크리스트) 성인 대상 한국판 척도의 신뢰도 및 타당도 연구

이 동 훈 구 민 정* 권 욱 현 김 시 형
성균관대학교 교육학과
교수 박사과정생 석사과정생 박사과정생

본 연구는 PTSD 증상을 측정하는 PCL-5(외상 후 스트레스 장애 체크리스트-5) 척도의 심리측정적 속성을 확인하고자 하였다. 이를 위해 일반성인 908명을 대상으로 PCL-5의 요인구조를 확인하고 신뢰도와 타당도를 검증하였다. 먼저, 확인적 요인분석을 통해 1요인, 4요인, 6요인, 7요인의 모형검증을 실시하였고 Kline(2015)이 제시한 모형적합도의 기준에 따라 수용가능한 지 확인하고 모형적합도의 수치를 비교하여 상대적으로 좋은 모형을 확인하였다. 분석결과, 1요인은 모형적합도가 나쁜 것으로 나타났다. 4요인, 6요인, 7요인은 모두 모형적합도가 수용가능한 수준이었으며, 그 중 7요인이 가장 좋은 적합도 수치를 보이는 것으로 확인되었다. 다음으로 신뢰도를 확인하기 위해 내적 신뢰도, 개념 신뢰도, 분산추출지수를 검토하였으며, 타당도를 확인하기 위해 유사하게 PTSD 증상을 측정하는 한국 외상 후 스트레스 선별 평가지(K-PC-PTSD-5) 척도 및 PTSD 증상과 관계성이 확인된 단축형 간이정신진단 검사-18과의 상관분석을 실시하였다. 분석결과, PCL-5의 신뢰도는 우수한 것으로 확인되었으며 K-PC-PTSD-5 및 단축형 간이정신진단 검사-18의 우울, 불안, 신체화 증상과 정적상관을 보여 동시 타당도가 확인되었다. 마지막으로 본 연구결과에 기반하여 논의를 기술하고 시사점을 제시하였다.

주요어 : PCL-5, PTSD, DSM-5, 신뢰도, 타당도, 성인

* 교신저자 : 구민정, 성균관대학교 교육학과 외상심리건강연구소, 서울특별시 종로구 성균관로 25-2
Tel : 02-740-1984, E-mail : psycounselor9@gmail.com

2017년 11월, 포항에서 5.4 규모의 지진이 발생한 뒤 실시한 조사에서 1년이 지난 후에도 여전히 지진 경험자 500여 명 중 29%가 불면증상을, 12%는 우울증상을 겪고 있는 것으로 나타났고, 특히 대다수는 ‘지진으로 인한 정신적 피해가 있었다.’고 보고하였다(동아일보 2018.11.14.). 이러한 개인의 삶을 뒤흔드는 위협적이고 극심한 스트레스 사건을 트라우마(trauma)라고 한다(Tedeschi & Calhoun, 2004). 트라우마는 포항 지진, 메르스 사태 등 자연 및 사회 재난뿐 아니라 성폭력, 교통사고, 폭행 등 심각한 신체적 위해 경험이나 갑작스러운 사별 등 다양한 개인적인 사건들도 포함한다. 최근 우리 사회는 트라우마 경험이 개인의 심리사회적 적응에 상당한 어려움을 야기하는 것을 인식하면서 여러 형태의 심리적 지원을 확대하고 있다(노진철, 이동훈, 김세경, 2016). 예를 들어 포항시는 지진을 겪었던 주민들의 심리회복을 위해 재난심리지원센터를 개소하였고, 법제처는 재난이나 그 밖의 사고로 정신적 충격을 받은 트라우마 환자의 심리적 안정과 사회 적응을 지원하기 위한 국가트라우마센터를 설치·운영할 수 있음을 법령에 명시하였다(<정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률> 개정 시행, 보건복지부, 2018.12.13.). 이러한 지원의 확대는 우리 사회에서 트라우마 사건이 빈번하게 일어나고 있음을 드러냄과 동시에 트라우마 경험 이후의 정신적 고통에 대한 경각심이 높아지고 있음을 시사한다.

트라우마는 개인에게 상흔을 남기는 데, 대부분의 트라우마 경험자는 불면, 집중력 저하 등의 신체적 문제와 죄책감, 분노 등의 심리적 어려움, 사회적 관계에서의 철수 등 여러 영역에서의 어려움을 경험한다(Regel &

Joseph, 2017). 이는 일반적이고 정상적인 트라우마 처리 과정으로 보통 며칠이나 몇 주 이내에 자연스럽게 사라지고 원래의 기능수준으로 회복하게 된다(Hobfoll et al., 2007). 그러나 이러한 반응이 사회적 관계 및 직업 등 중요한 삶의 영역에서 현저한 고통이나 손상을 초래하면서 1개월 이상 지속된다면 외상 후 스트레스 장애(Posttraumatic Stress Disorder, 이하 PTSD)로 진단된다(American Psychiatric Association, 2013; 이하 APA; Brewin et al., 2002). PTSD 증상은 삶의 질(quality of life)을 저하시키고(Morrill et al., 2008), 자살생각과 시도(Cogle, Keough, Riccardi, & Sachs-Ericsson, 2009), 자해 행동에 영향을 미치며(이덕희, 이동훈, 정하영, 2019), 가족 및 대인관계, 학업에서의 어려움을 가져오는 등(McFarlane & Bookless, 2001; Ray & Vanstone, 2009; Zhou, Zhen, & Wu, 2017) 적응적으로 기능하는 것을 매우 어렵게 만든다.

특히 트라우마 경험 이후 초기 PTSD 증상을 정확하게 평가하고 심각성을 확인하는 것이 중요한데 초기 PTSD 증상이 이후의 우울, 불안 등 정신적 후유증을 예측하는 요인이기 때문이다(Erickson, Wolfe, King, King, & Sharkansky, 2001; Nickerson et al., 2013). 우리나라의 경우, 트라우마를 경험한 일반성인의 약 38%가 고위험군에 해당하는 PTSD 증상을 보고하였고(김지윤, 이동훈, 김시형, 2018), 2003년 대구 지하철 참사의 사고 부상자 중 46.6%는 6년이 지난 후에도 여전히 PTSD로 진단되었다(하신숙, 서순림, 김정범, 이은정, 2009). 이는 트라우마로 인한 개인의 심리사회적 기능의 만성적 저하를 막기 위해서는 PTSD 증상이 적기에 평가되고 개입되어야 함을 시사한다.

트라우마 경험자가 겪는 PTSD 증상의 양상

에 대한 이해는 관련 연구의 축적에 따라 확장되고 있다. 정신장애의 진단 및 통계편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 이하 DSM)은 이러한 연구결과를 반영하여 PTSD의 진단준거를 수정한다. DSM-IV-TR에서는 PTSD의 진단준거로 트라우마 사건의 재경험(reexperience), 트라우마와 관련된 자극에 대한 회피(avoidance)/마비(numbing), 그리고 과각성(hyperarousal)의 세 범주와 하위 증상 17개를 제시하였다(APA, 2000). 그러나 이후 여러 연구결과는 이러한 세 범주가 트라우마를 경험한 개인을 이해하는 데 충분하지 않다는 것을 지적하였다. 먼저, DSM-IV-TR의 PTSD 증상에 대한 확인적 요인분석 결과, 3요인보다 4요인구조가 더욱 적합한 것으로 나타났다(Asmundson, Wright, McCreary, & Pedlar, 2003; Cuevas et al., 2007; Elhai, Gray, Docherty, Kashdan, & Kose, 2007). 특히 ‘회피/마비’는 하나의 범주라기보다 별개의 구분되는 증상군임이 밝혀졌고(Friedman, 2013; Friedman, Resick, Bryant, & Brewin, 2011), 더불어 다양한 트라우마 경험 집단을 대상으로 한 연구에서 역기능적 인지의 양상과 부정적 감정의 양상이 드러났다. ‘아무도 믿을 수 없다’, ‘세상은 완전히 위험하다’ 등 타인과 세상에 대한 극단적이고 왜곡된 인지가 나타났고(Owens, Chard, & Ann Cox, 2008), 트라우마의 원인이나 결과에 대해 자신이나 타인을 비난하고 미래에 대해 부정적으로 평가하는 경향이 보고되었다(Friedman, 2013; Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002). 또한 두려움이나 무력감, 공포뿐 아니라 분노(Orth, Cahill, Foa, & Maercker, 2008), 죄책감(Henning & Frueh, 1997), 수치심(Leskela, Dieperink, & Thuras, 2002) 등 다양한 부정적 감정이 동반되는 것으로 밝혀졌다. 이러한

PTSD 증상이 DSM-IV-TR에 포함되어 있지 않다는 지적에 따라, DSM-5에는 ‘침습(intrusion)’, ‘회피(avoidance)’, ‘각성과 반응성의 뚜렷한 변화(alterations in arousal and reactivity)’에 더해 ‘인지와 기분의 부정적 변화(Negative alteration in cognition and mood)’ 증상군이 포함되었다(APA, 2013).

트라우마 경험자의 심리적 후유증을 정확하게 평가하기 위해서는 최신 진단기준에 제시된 PTSD 증상을 반영한 척도를 사용할 필요가 있다. DSM-5의 진단준거가 트라우마를 겪은 사람들이 경험하는 주된 증상의 종류와 특징을 제시하고 있어 PTSD 증상의 양상 및 심각성을 파악하는 데 유용한 기준이 되기 때문이다. 이에 Weathers, Keane, Foa(2008)는 DSM과 연계된 자기보고식 척도 선정이 PTSD 평가에 가장 중요한 요소임을 주장하며 그러한 요건을 갖춘 척도 사용을 권하고 있다. 특히 PTSD로 진단될 가능성이 높은 고위험군의 일차적 선별을 목적으로 척도를 사용하는 경우, DSM의 PTSD 진단준거를 반영했는지 여부가 척도 선정의 최우선요건이 된다(서영석, 박지수, 조아라, 2015).

DSM의 PTSD 진단준거를 반영한 척도 중 국내에 타당화된 자기보고식 척도는 Davidson 외상 척도(Davidson Trauma Scale: 이하 DTS; Davidson et al., 1997), 한국판 사건충격척도 수정판(Impact of Event Scale-Revised: 이하 IES-R; Weiss & Marmar, 1997), 한국판 외상 후 스트레스 진단 척도(Posttraumatic-stress Diagnostic Scale: 이하 PDS; Foa, Cashman, Jaycox, & Perry, 1997), 외상 후 스트레스 선별 평가지(Primary Care PTSD Screen for DSM-5: 이하 PC-PTSD-5; Prins et al., 2016) 및 외상 후 스트레스 장애 체크리스트(PTSD Checklist for DSM-5: 이하

PCL-5; Weathers et al., 2013b)가 있다. 그러나 DTS, IES-R 및 PDS는 DSM-IV 또는 DSM-IV-TR의 PTSD 진단준거를 반영하여 제작되어 DSM-5의 PTSD 진단준거에 수정되었거나 추가된 PTSD 증상을 반영하지 못했다는 한계가 있다. 구체적으로는 ‘인지와 기분의 부정적 변화’ 증상군을 구분해서 살펴볼 수 없고, 추가된 3개의 증상(‘외상의 원인이나 결과에 대해 왜곡되게 스스로를 혹은 남을 비난하는 인식이 지속됨’, ‘지속적으로 공포나 분노, 죄책감, 수치심과 같은 부정적 감정 상태를 느낌’, ‘무분별하거나 자기 파괴적인 행동을 함’)을 반영하지 못하고 있다. 따라서 이러한 척도의 사용은 트라우마 경험자가 호소하는 증상을 누락시킴으로써 평가의 정확성을 낮출 위험이 있다. PC-PTSD-5는 DSM-5의 PTSD 진단준거가 반영된 척도로, 지난 한 달 동안의 증상경험 여부에 응답하여 총점 3점 이상이면 PTSD 진단 가능성이 있는 것으로 간주한다(Prins et al., 2016). 그러나 해당 척도는 5개 문항으로만 구성되어 이외의 하위 증상을 충분히 측정하지 못할 수 있고, 응답방식이 ‘예/아니오’의 형태이기에 절단점에 따른 일차적 선별에는 적합하나 증상의 빈도나 강도를 알기 어렵다.

PCL-5는 DSM-5의 PTSD 진단준거를 반영한 척도로 미국 국립 외상후스트레스장애 센터(National Center for PTSD: NCPTSD)에서 공식적으로 배포하는 공신력 있는 도구이면서 전 세계적으로 널리 쓰이는 자기보고식 검사 중 하나이다(Blevins, Weathers, Davis, Witte, & Domino, 2015). PCL-5는 다양한 트라우마 경험 집단에서 신뢰도 및 타당도가 확인되었다. 구체적으로 참전군인(Bovin et al., 2016; Wortmann et al., 2016), 대학생(Ashbaugh, Houle-Johnson, Herbert, El-Hage, & Brunet, 2016; Blevins et al.,

2015), 주요우울장애 등 임상군(Boysan et al., 2017), 일반성인(Lima et al., 2016) 및 청소년(Ghazali & Chen, 2018) 집단에서 척도의 높은 내적 신뢰도 및 검사-재검사 신뢰도가 확인되었다. 또한 PCL-5는 전문가용 구조화된 면접 도구(CAPS-5, PSS-I) 및 자기보고식 척도(PDS, DAPS, TSC-40) 등 PTSD 증상을 측정하는 다른 도구와도 높은 상관관계를 보여 동시 타당도가 검증되었다. 대학생을 대상으로 한 연구에서 PCL-5로 측정된 PTSD 증상은 우울 및 불안과 정적상관이 있었고, 정신과 외래환자나 참전군인의 경우에도 PTSD 증상과 수면장애, 성 문제, 공포, 전반적 기능장애와 정적상관이 있었다(Blevins et al., 2015; Bovin et al., 2016; Boysan et al., 2017; Ghazali & Chen, 2018). 또한 현직 군인을 대상으로 한 연구에서는 PCL-5로 측정된 PTSD 증상과 회복탄력성이 부적 상관관계를 보이는 등(Wortmann et al., 2016), 관련 심리적 구인들과의 관계성이 비교적 분명하게 나타난다. 이와 같이 PCL-5는 여러 연령대 및 집단에서 안정적인 심리측정적 속성을 가진, 검증되고 활용 가능성이 높은 도구이다. 나아가 PCL-5는 각 문항에 제시된 증상을 지난 한 달간 경험할 때 ‘얼마나 고통스러웠는지’를 리커트 척도로 응답하는 방식이므로 증상의 심각성이나 변화 양상을 파악하는 데 활용도가 높을 것으로 생각한다.

PCL-5가 국내 일반성인의 PTSD 증상평가에도 효과적인 척도인지를 확인하는 과정은 PTSD 관련 연구의 활성화와 상담·임상 현장에서의 활용도를 높이기 위해 필요하다. 김중원 등(2017)이 월남전 참전 군인을 대상으로 PCL-5 타당화 작업을 진행하였으나 참전경험이 있는 고령의 남성이라는 연구대상의 특수성으로 인해 일반성인으로 일반화하여 적용하

기에는 다소 어려움이 있다. 특히 개인이 삶에서 경험할 수 있는 트라우마의 유형이 상당히 다양함을 고려하면 일반성인을 대상으로 PCL-5의 심리측정적 속성을 검증하는 것이 척도의 적용 가능성을 높이는 데 도움이 될 것이다.

한편, PCL-5가 측정하는 PTSD 증상의 하위 요인구조가 어떠한가에 대해서 지속적인 연구가 수행되고 있다. DSM-5가 제안하는 PTSD 증상은 침습, 회피, 인지/기분의 부정적 변화와 과각성의 4요인구조이나(APA, 2013), 최근의 연구결과는 PTSD 증상군이 보다 세분화될 수 있음을 보여준다(Blevins et al., 2015; Lee et al., 2019; Wortmann et al., 2016). 구체적으로 Liu 등(2014)은 2008년 쓰촨 대지진 생존자를 대상으로 한 연구에서 PTSD 증상이 6요인으로 구분된다며 무쾌감 모델(anhedonia model)을 제안하였다. 하위요인은 침습, 회피, 부정적 감정(negative affect), 무쾌감(anhedonia), 불쾌감을 동반한 각성(dysphoric arousal), 불안을 동반한 각성(anxious arousal)이다. 이는 기존의 ‘인지와 정서의 부정적 변화’ 요인이 ‘부정적 감정’과 ‘무쾌감’으로 분리되고, ‘각성과 반응성의 뚜렷한 변화’ 요인이 ‘불쾌감을 동반한 각성’ 및 ‘불안을 동반한 각성’으로 구분된 결과이다. Armour 등(2015)은 트라우마를 경험한 참전군인 및 대학생의 PTSD 증상을 요인분석한 결과, 6요인 모델에서 감정 및 충동 조절의 어려움을 특징으로 하는 ‘외현화 행동’(externalizing behaviour)이 하나의 요인으로 변별된다며 7요인 융합모델(hybrid model)을 제안하였다. 한편 드물게 참전군인을 대상으로 한 연구에서는 PTSD 증상이 단일요인으로 도출되는 등(김종원 등, 2017) PCL-5의 요인구조에 대한 연구결과가 혼재되어 있어 추가적인 확인이 필요할 것으로 보인다.

트라우마는 우리 사회의 대다수가 살아가면서 한 번 이상 경험하는 고통스러운 사건이며(이동훈, 김지윤, 이덕희, 강민수, 2018), 이로 인해 극심한 정신적 고통을 경험할 수 있다. 이러한 고통이 PTSD로 발전되지 않고 이전의 기능수준으로 회복하도록 도와야 한다는 사회적 공감대가 형성되고 있다. 회복의 시작점은 트라우마 경험자가 호소하는 고통을 정확히 평가하고 진단적 개입이 필요한지를 확인하는 일일 것이다. PCL-5는 PTSD 증상을 측정하는 신뢰롭고 타당한 척도로서 널리 쓰이고 있고(Ghazali & Chen, 2018), DSM-5의 PTSD 진단준거가 반영된 척도로 PTSD 증상의 양상과 변화를 확인할 수 있어 그 활용도가 높을 것이라 생각된다. 따라서 본 연구에서는 트라우마를 경험한 한국 일반성인을 대상으로 PCL-5의 요인구조를 확인하고 DSM-5의 PTSD 증상 4요인 모형을 선행연구에서 제안하는 1요인, 6요인 및 7요인 모형과 비교해보고자 한다. 나아가 신뢰도와 타당도를 검증하여 연구 및 상담과 임상현장에서 유용하게 쓰일 도구로 제시하고자 한다.

방 법

연구대상 및 절차

본 연구에서 활용한 설문자료는 연구의 윤리적·과학적 타당성을 확보하기 위해 연구자 소속기관의 생명윤리위원회(Institutional Review Board: IRB)의 사전 승인을 받았으며, 이에 따른 연구윤리를 준수하여 수집되었다(No. 2015-01-006-014). 설문은 국내 온라인 서베이 전문기관에 의뢰하여 전국의 인구센서스 기준에

따라 성별 및 연령 비율을 고려하여 실시되었다. 설문기간은 2018년 10월 10일부터 11월 4일까지 약 한 달이었으며, 온라인으로 진행되었다. 설문 소요시간은 약 30분이었으며, 설문을 완료한 참여자에게는 서베이 전문 기관에서 소정의 적립금을 제공하였다. 본 연구에서는 설문 참여자 1,137명 중 DSM-5의 PTSD 진단기준을 충족하는 트라우마 사건을 살면서 한 번 이상, 직접 경험한 적 있는 908명을 연구대상으로 선정하였다. 진단기준을 충족하는 외상사건을 겪은 적이 없거나 또는 직접 경험하지 않은 대상자 229명(20.1%)은 제외하였다. 본 연구에서는 한국판 PCL-5의 신뢰도 및 타당도 검증을 진행하기 위해 사전에 저작권자인 미국 국립 외상후스트레스장애 센터로부터 PCL-5 사용에 대한 허가를 받았다.

측정 도구

일생 사건 체크리스트(Life Events Checklist for DSM-5: 이하 LEC-5)

본 연구에서는 연구 참여자가 DSM-5 진단기준에 충족하는 트라우마 사건을 경험하였는지 측정하기 위하여 Weathers 등(2013a)이 개발한 LEC-5를 박주언 등(2016)이 번안한 척도를 사용하였다. LEC-5는 17가지의 트라우마 사건의 경험 유무를 묻는 질문으로 구성되어 있으며, 경험한 외상사건 각각에 대해 직접 경험했는지, 목격했는지, 알게 되었는지, 업무에 관련해 경험을 했는지, 불확실한지를 묻는다. 17가지 트라우마 사건은 화재나 폭발, 교통사고, 다른 심각한 사고, 독성 물질 노출, 신체적 폭행, 무기에 의한 공격, 성폭력, 원하지 않은 성적 경험, 전쟁, 감금, 생명을 위협하는 질병이나 부상, 굶주림과 같은 인간적 고난,

나로 인한 타인의 부상 혹은 죽음, 급작스러운 변사, 가까운 사람의 예기치 못한 죽음, 가까운 사람의 예상된 죽음 등이다. 본 연구에서는 트라우마 사건을 직접 경험했다고 보고한 연구대상자만을 선정하였다.

외상 후 스트레스 장애 체크리스트-5(PTSD Checklist for DSM-5)

본 연구에서는 연구참여자의 PTSD 증상 수준을 측정하기 위해 Weathers, Litz, Herman, Huska와 Keane(1993)이 제작한 외상 후 스트레스 장애 척도(PTSD Checklist: PCL)를 Weathers 등(2013b)이 DSM-5의 진단기준을 적용하여 개정한 PCL-5를 박주언 등(2016)이 번안한 척도를 사용하였다. PCL-5는 총 20문항으로 최근 한 달 동안 과거 스트레스 사건으로 인해 경험한 증상의 심각도를 묻는다. ‘침습’, ‘회피’, ‘인지와 감정의 부정적 변화’, ‘과각성’ 4개의 하위요인으로 구성되어 있으며, 각 문항에 대해 0점(전혀 그렇지 않다)에서 4점(매우 그렇다)까지 5점 리커트 척도로 응답하도록 되어있다. 본 연구에서 산출된 내적 일치도(Cronbach's α)는 ‘침습’ 0.92, ‘회피’ 0.91, ‘인지와 감정의 부정적 변화’ 0.93, ‘과각성’ 0.93이었다.

한국 외상 후 스트레스 선별 평가지(Korean version of the Primary Care PTSD Screen for DSM-5: 이하 K-PC-PTSD-5)

본 연구에서는 연구참여자의 PTSD 증상 수준을 확인하기 위해 Prins 등(2003)이 개발하고, Prins 등(2016)이 개정한 PC-PTSD-5 척도를 염유성(2017)이 국내에 타당화한 K-PC-PTSD-5 척도를 사용하였다. 지난 1개월 동안 경험한 침습, 회피, 마비, 과각성, 부정적 정서를 측정하

는 다섯 개의 문항에 ‘예’(1점) 또는 ‘아니오’(0 점)로 응답하도록 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 PTSD 증상을 더 많이 경험함을 의미한다. 해당 척도는 단일 요인으로 구성되어 있으며, Prins 등(2016)의 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 0.73, 본 연구에서 산출된 내적 일치도(Cronbach's α)는 0.78이었다.

단축형 간이정신진단 검사-18(Brief Symptoms Inventory-18: 이하 BSI-18)

본 연구에서는 연구참여자들의 심리적 불편감을 측정하기 위하여 간이정신진단검사-53(Brief Symptoms Inventory, BSI-53; Derogatis, 1993)을 바탕으로 Derogatis(2001)가 축약하여 제작한 단축형 간이정신진단 검사(BSI-18)를 박기쁨, 이상우, 장문산(2012)이 국내에 타당화한 척도를 사용하였다. BSI-18은 신체화, 우울, 불안의 3개 하위요인으로 구성되어 있으며, 각 6개 문항씩 총 18개의 문항으로 이루어져 있다. 문항은 검사 당일을 포함하여 지난 일주일 동안 경험한 증상의 정도에 따라 5점 리커트 척도로 0점(전혀 그렇지 않다)에서 4점(매우 그렇다)으로 응답하도록 되어있다. 총점이 높을수록 심리적 불편감이 높은 것을 의미한다. Derogatis(2001)의 연구에서의 내적 일치도(Cronbach's α)는 신체화 .74, 우울 .84, 불안 .79였으며, 본 연구에서 산출된 내적 일치도(Cronbach's α)는 전체문항 0.97, 신체화 0.91, 우울 0.91, 불안 0.92였다.

분석 방법

설문을 통해 수집된 모든 자료는 SPSS 21.0과 Mplus 8.0을 사용하여 분석하였고, 절차는 다음과 같다. 첫째, 연구대상자들의 인구통계

학적 특성을 알아보기 위해 빈도분석을 실시하였다. 둘째, 선행연구를 통해 구성된 4개의 모형들을 비교하기 위해 Mplus 8.0을 이용해 각 모형별로 확인적 요인분석을 실시하였다. 모형 간 비교를 위해 모형의 적합도가 수용 가능한 수준인지 먼저 확인하였다. 검증에 활용한 적합도 지수는 CFI(Comparative Fit Index), TLI(Tucker-Lewis Index), SRMR(Standardized Root Mean Residual), RMSEA(Root Mean Square Error Approximation)이다(Hooper, Coughlan & Mullen, 2008). CFI와 TLI의 경우 .90이상이면 수용 가능하고(Kline, 2015), SRMR과 RMSEA는 0에 가까울수록 좋은 적합도라는 것을 의미한다. 구체적으로 SRMR의 경우 .08이하(Hu & Bentler, 1999), RMSEA의 경우 .10이하면 수용 가능한 적합도로 평가된다(MacCallum, Browne, & Sugawara, 1996). 셋째, 한국판 PCL-5의 신뢰도를 확인하기 위해 내적 합치도를 확인할 수 있는 각 모형의 하위요인별 개념 신뢰도(Construct Reliability: CR)를 산출하였으며, 잠재변인을 구성하는 측정변인이 타당한지 확인하기 위해 분산추출지수(Average Variance Extracted: AVE)를 산출하여 확인하였다. 마지막으로 한국판 PCL-5의 동시 타당도를 확인하기 위해 PTSD 증상을 측정하는 K-PC-PTSD-5 및 PTSD 증상과 관련 있는 우울, 불안, 신체화 변인과의 Pearson 상관 분석을 실시하였다.

결 과

연구대상자의 인구통계학적 특성

연구대상자 908명의 성별은 ‘남성’이 485명(53.4%), ‘여성’이 423명(46.6%)이었다. 연령은

‘40대’가 289명(31.8%)으로 가장 많았고, ‘30대’ 254명(28.0%), ‘20대’ 197명(21.7%), ‘50대’ 168명(18.5%) 순이었다. 결혼 상태는 ‘기혼’이 500명(55.1%), ‘미혼’이 377명(41.5%), ‘이혼 및 사별’이 30명(3.3%), ‘기타’가 1명(0.1%)이었다. 자녀 유무의 경우 ‘자녀가 있는 경우’가 465명(51.2%), ‘자녀가 없는 경우’가 443명(48.8%)으로 나타났다. 종교 유무에 있어서는 ‘종교가 있는 경우’가 433명(47.7%), ‘종교가 없는 경우’가 475명(52.3%)이었다. 학력의 경우 ‘대학교 졸업’이 622명(68.5%)으로 가장 많았고, ‘고등학교 졸업’ 117명(12.9%), ‘대학원 졸업’ 94명(10.4%), ‘대학교 재학’ 52명(5.7%), ‘대학원 재학’ 18명(2.0%), ‘기타’ 3명(0.3%), ‘중졸 이하’ 2명(0.2%) 순이었다. 월평균 소득 수준의 경우 ‘200-300만원’이 224명(24.7%)으로 가장 많았고, ‘300-400만원’ 177명(19.5%), ‘100-200만원’ 144명(15.9%), ‘400-500만원’ 95명(10.5%), ‘100만원

미만’ 73명(8.0%), ‘500-600만원’ 68명(7.5%), ‘600-700만원’ 36명(4.3%), ‘700-800만원’ 35명(3.9%), ‘800만원 이상’ 19명(2.1%) 순이었고, ‘해당 사항이 없음’의 경우가 37명(4.1%)이었다.

연구대상자가 경험한 외상사건 빈도

본 연구의 연구대상자가 경험한 외상사건의 다중 응답 빈도를 표 1에 제시하였다. 전체 사건 중 ‘교통사고(예: 자동차 사고, 선박 사고, 기차 사고, 비행기 추락)’가 501명(55.2%)으로 연구대상자들이 가장 많이 경험하는 외상사건으로 나타났다. 뒤이어 연구대상자들은 ‘신체폭력(예: 공격당하거나, 가격당하거나, 따귀를 맞거나, 발로 채이거나, 두들겨 맞음)’ 382명(42.1%), ‘자연재난(예: 홍수, 태풍, 폭풍, 지진)’ 310명(34.1%), ‘기타 원하지 않거나 불편한 성적 경험’ 218명(24.0%)순으로 외상사건을

표 1. 외상사건 경험 빈도(다중 응답)

외상사건	직접 겪음
	N(%)
1. 자연재난(예: 홍수, 태풍, 폭풍, 지진)	310(34.1)
2. 화재 또는 폭발	131(14.4)
3. 교통사고(예: 자동차 사고, 선박 사고, 기차 사고, 비행기 추락)	501(55.2)
4. 직장, 집, 또는 여가 활동 중 심각한 사고	137(15.1)
5. 독성 물질에 노출(예: 유독성 화학물질, 방사능)	44(4.8)
6. 신체폭력(예: 공격당하거나, 가격당하거나, 따귀를 맞거나, 발로 채이거나, 두들겨 맞음)	382(42.1)
7. 무기로 공격당함(예: 총이나 칼에 맞거나, 칼, 총, 폭탄으로 위협 당함)	45(5.0)
8. 성폭력(성폭행, 성폭행 시도, 완력이나 위협 하에 성적 행위에 해당하는 것을 하게 됨)	69(7.6)
9. 기타 원하지 않거나 불편한 성적 경험	218(24.0)
10. 전투나 전쟁터에 노출(군 근무 또는 민간인으로서)	25(2.8)
11. 감금(예: 납치, 유괴, 인질, 전쟁 포로)	13(1.4)
12. 목숨이 좌우될 정도의 질병이나 부상	136(15.0)

표 1. 외상사건 경험 빈도(다중 응답) (계속)

외상사건	직접 겪음
	N(%)
13. 심각한 인간적 고난(예: 강제적인 노동, 지속적인 굶주림 또는 식량 부족, 지속적인 노숙 상태, 고문)	32(3.5)
14. 급작스러운 변사(예: 살인, 자살)	54(5.9)
15. 급작스러운 사고사	72(7.9)
16. 나 자신 때문에 발생했던 다른 사람의 심각한 부상, 상해 또는 사망)	28(3.1)
17. 그 밖의 매우 심각한 스트레스 사건이나 경험	196(21.6)

가장 많이 경험한 것으로 나타났다.

주요 변인들의 기술통계

본 연구에서 사용한 PCL-5의 평균, 표준편

차, 왜도, 첨도를 확인하였다. PCL-5의 전체 평균은 1.08이었으며 표준편차는 0.91이었고, 각 문항과 하위요인 및 PCL-5 전체의 왜도와 첨도는 왜도가 7, 첨도가 3을 넘지 않아 일변량 정규성을 만족하는 것으로 확인되었다.

표 2. PCL-5 기술통계

PCL-5 문항	평균	표준편차	왜도	첨도
B1. 반복되는 기억들	1.35	1.12	0.48	-0.59
B2. 악몽	0.87	1.08	1.00	0.05
B3. 회상	0.97	1.11	0.87	-0.22
B4. 감정적인 반응	1.43	1.24	0.45	-0.87
B5. 신체적인 반응	0.95	1.12	0.86	-0.39
C1. 기억 회피	1.42	1.20	0.37	-0.86
C2. 상기시키는 것 회피	1.30	1.20	0.47	-0.84
D1. 트라우마 관련한 기억 상실	0.94	1.05	0.81	-0.24
D2. 부정적인 믿음	1.14	1.17	0.63	-0.66
D3. 왜곡된 비난	1.10	1.15	0.74	-0.38
D4. 지속되는 부정적 감정 상태	1.18	1.16	0.60	-0.67
D5. 흥미 부족	1.05	1.12	0.70	-0.64
D6. 소외감	1.13	1.20	0.70	-0.65
D7. 긍정적 감정을 느끼지 못함	1.05	1.13	0.70	-0.59

표 2. PCL-5 기술통계

(계속)

PCL-5 문항	평균	표준편차	왜도	첨도
E1. 짜증/화	0.94	1.12	0.91	-0.21
E2. 부주의함	0.70	1.03	1.23	0.38
E3. 과각성	1.00	1.15	0.89	-0.20
E4. 과장된 상태	0.99	1.14	0.83	-0.47
E5. 주의산만	1.02	1.10	0.78	-0.35
E6. 수면 장애	1.03	1.19	0.91	-0.20
B. 침습	1.12	0.99	0.66	-0.49
C. 회피	1.36	1.15	0.39	-0.81
D. 인지/기분의 부정적 변화	1.08	0.95	0.60	-0.54
E. 과각성	0.95	0.97	0.79	-0.42
PCL-5	1.08	0.91	0.59	-0.54

확인적 요인분석

선행연구를 통해 구성된 4개의 모형들을 비교하기 위해 Mplus 8.0을 이용해 각 모형별로 확인적 요인분석을 실시하였다. 각 모형의 구조는 그림 1, 2, 3과 같다. 먼저, 모형 간 비교를 위해 적합도 지수인 CFI, TLI, SRMR, RMSEA를 사용하여 모형적합도가 수용가능한 수준인지 확인하였다(Hooper et al., 2008). CFI와 TLI의 경우 .90이상이면 수용가능하고(Kline, 2015), SRMR과 RMSEA는 0에 가까울수록 적합도가 좋다는 것을 의미하며, SRMR의 경우 .08 이하(Hu & Bentler, 1999), RMSEA의 경우 .10이하면 수용가능한 적합도로 평가된다(MacCallum et al., 1996).

확인적 요인분석을 실시한 결과, 1요인 모형은 CFI .830, TLI .810, SRMR .056, RMSEA .138로 SRMR을 제외한 나머지 지표에서 수용가능한 적합도를 보이지 않았다. 4요인 모형

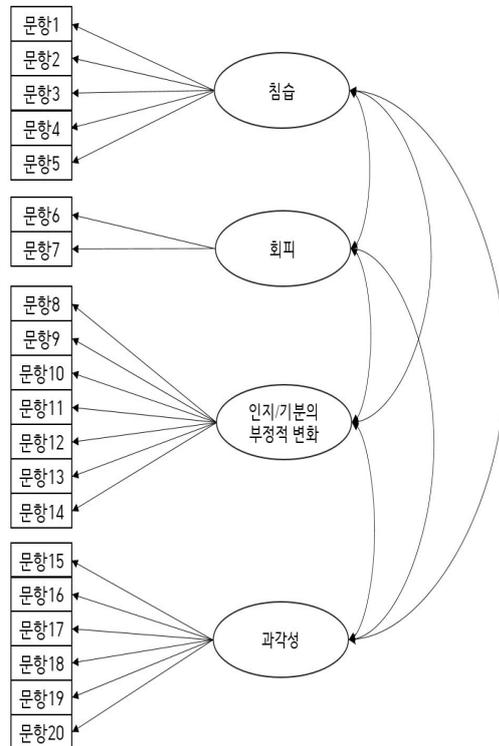


그림 1. 4요인 모형 구조

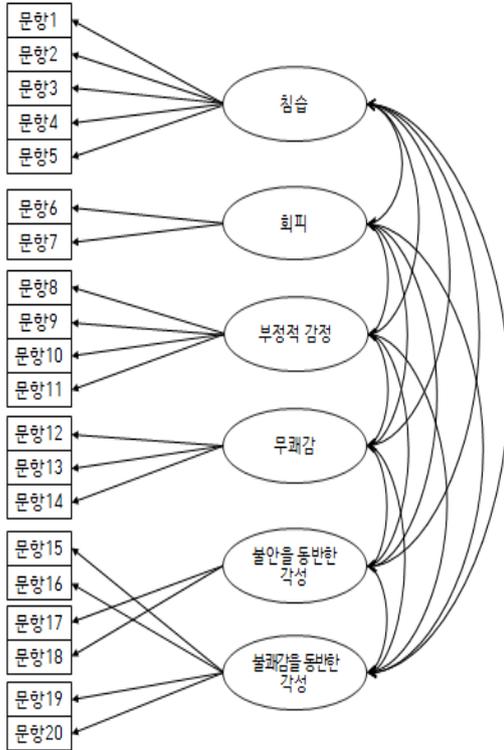


그림 2. 6요인 모형 구조

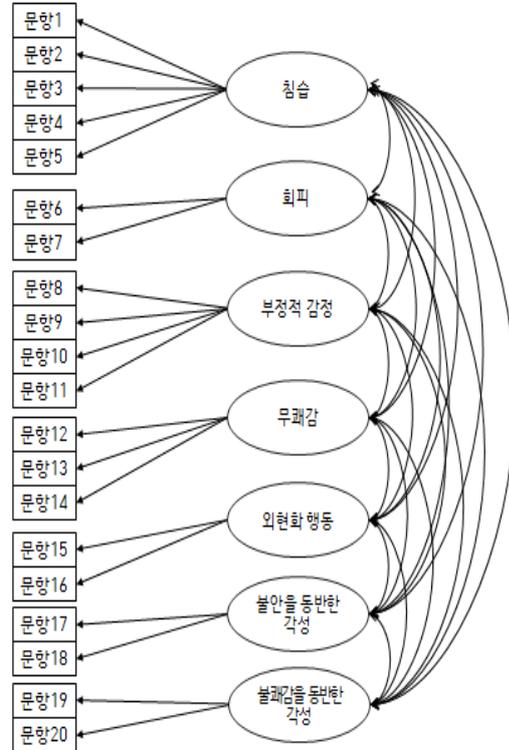


그림 3. 7요인 모형 구조

[CFI=.918, TLI=.905, SRMR=.040, RMSEA=.097], 6요인 모형[CFI=.939, TLI=.925, SRMR=.031, RMSEA=.086], 7요인 모형[CFI=.950, TLI=.936, SRMR=.029, RMSEA=.079]은 모두 수용 가능한 적합도를 나타냈다. 요인 부하량의 경우 모든 모형에서 .50 이상으로 나타나, 한국판 PCL-5의 문항들이 각 하위요인을 잘

구성하는 것으로 확인되었다(Kline, 2015). 확인적 요인분석의 자세한 결과는 표 3, 4와 같다.

신뢰도와 분산추출지수

한국판 PCL-5의 신뢰도를 확인하기 위해 각 모형별 개념 신뢰도를 산출하였다(표 5). 내적

표 3. 확인적 요인분석 결과: 1요인 모델, 4요인 모델, 6요인 모델, 7요인 모델

		df	CFI	TLI	SRMR	RMSEA(90% CI)
1요인	3103.820	170	.830	.810	.056	.138(.134-.142)
4요인	1571.801	164	.918	.905	.040	.097(.093-.102)
6요인	1206.863	155	.939	.925	.031	.086(.082-.091)
7요인	1071.435	149	.950	.936	.029	.079(.075-.085)

표 4. 모형별 표준화된 요인 부하량

PCL-5 문항	1요인 모형		4요인 모형		6요인 모형		7요인 모형	
	요인	Estimate	요인	Estimate	요인	Estimate	요인	Estimate
B1. 반복되는 기억들	SF	0.769	I	0.827	I	0.827	I	0.827
B2. 악몽	SF	0.783	I	0.831	I	0.830	I	0.830
B3. 회상	SF	0.819	I	0.882	I	0.880	I	0.879
B4. 감정적인 반응	SF	0.759	I	0.820	I	0.822	I	0.823
B5. 신체적인 반응	SF	0.782	I	0.831	I	0.831	I	0.831
C1. 기억 회피	SF	0.700	Av	0.887	Av	0.891	Av	0.892
C2. 상기시키는 것 회피	SF	0.733	Av	0.931	Av	0.927	Av	0.926
D1. 트라우마 관련한 기억 상실	SF	0.656	NACM	0.632	NA	0.660	NA	0.661
D2. 부정적인 믿음	SF	0.796	NACM	0.811	NA	0.832	NA	0.832
D3. 왜곡된 비난	SF	0.805	NACM	0.815	NA	0.839	NA	0.839
D4. 지속되는 부정적 감정 상태	SF	0.838	NACM	0.852	NA	0.852	NA	0.851
D5. 흥미 부족	SF	0.797	NACM	0.834	AH	0.872	AH	0.872
D6. 소외감	SF	0.771	NACM	0.810	AH	0.845	AH	0.845
D7. 긍정적 감정을 느끼지 못함	SF	0.841	NACM	0.877	AH	0.906	AH	0.906
E1. 짜증/화	SF	0.803	Hy	0.843	DYS	0.850	EX	0.901
E2. 부주의함	SF	0.769	Hy	0.801	DYS	0.805	EX	0.846
E3. 과각성	SF	0.839	Hy	0.869	ANX	0.900	ANX	0.901
E4. 과장된 상태	SF	0.781	Hy	0.821	ANX	0.850	ANX	0.850
E5. 주의산만	SF	0.828	Hy	0.868	DYS	0.869	DYS	0.921
E6. 수면 장애	SF	0.767	Hy	0.800	DYS	0.797	DYS	0.844

주. SF single factor(단일 요인) I intrusion(침습), Av avoidance(회피), NACM negative alterations in cognitions and mood(인지와 기분의 부정적 변화), Hy hyperarousal(과각성), NA negative affect(부정적 감정), AH anhedonia(무쾌감), DYS dysphoric arousal(불쾌감을 동반한 각성), ANX anxious arousal(불안을 동반한 각성), EX externalizing behavior(외현화 행동)

일관성을 확인하는 개념 신뢰도는 4요인 모형이 .87~.92, 6요인 모형 .83~.90, 7요인 모형 .83~.90으로 모든 모형의 개념 신뢰도가 Hair, Black, Babin, Anderson과 Tatham(1998)이 제시한 .7을 넘어 내적 일치도가 높은 신뢰로운 척도임을 확인하였다. 측정항들이 잠재변인을 구성하는 데에 있어 타당한 지표들 인지 확인하기 위해 분산추출지수(AVE)를 산출하였다. AVE 값 또한 4요인 모형 .60~.77, 6

요인 모형 .59~.77, 7요인 모형 .59~.77로 Fornell와 Larcker(1981)가 제시한 기준인 .5를 넘어 모든 모형의 각 문항들이 해당 개념들에 대한 대표성을 가지고 있고, 측정변인들이 잠재변인을 구성하는 것이 적절함을 확인했다.

동시 타당도

한국판 PCL-5의 동시 타당도를 확인하기 위

표 5. 개념 신뢰도와 분산추출지수

모형	개념 신뢰도(CR)	분산추출지수(AVE)
4요인 모형		
침습	.90	.65
회피	.87	.77
인지/기분의 부정적 변화	.91	.60
과각성	.92	.65
6요인 모형		
침습	.90	.65
회피	.87	.77
부정적 감정	.85	.59
무쾌감	.88	.71
불안을 동반한 각성	.88	.64
불쾌감을 동반한 각성	.83	.72
7요인 모형		
침습	.90	.65
회피	.87	.77
부정적 감정	.85	.59
무쾌감	.88	.71
불안을 동반한 각성	.83	.72
불쾌감을 동반한 각성	.84	.73
외현화 행동	.85	.74

해 연구 변인들 간 Pearson 상관분석을 실시한 결과는 표 6과 같다. 한국판 PCL-5는 전체와 하위 요인 모두 K-PC-PTSD-5와 높은 정적 상관관계를 보였으며($r=.660, p<.01$), 우울($r=.632, p<.01$), 불안($r=.683, p<.01$) 신체화($r=.622, p<.01$) 척도와도 유의한 정적 상관을 보였다.

4요인 모형에서는 4개의 하위요인이 K-PC-PTSD-5와는 .568~.633의 유의한 정적 상관관계를 보였으며, 우울과는 .410~.635, 불안과는

.464~.700, 신체화와는 .414~.645의 유의한 정적 상관관계를 보였다. 6요인 모형에서는 6개의 하위요인이 K-PC-PTSD-5와는 .558~.633의 유의한 정적 상관관계를 보였으며, 우울과는 .410~.640, 불안과는 .464~.683, 신체화와는 .414~.639의 유의한 정적 상관관계를 보였다. 7요인 모형에서는 7개의 하위요인이 K-PC-PTSD-5와는 .523~.633의 유의한 정적 상관관계를 보였으며, 우울과는 .410~.610, 불안과는

표 6. 한국 외상 후 스트레스 선별 평가지(K-PC-PTSD-5), 단축형 간이정신진단 검사(BSI-18) 간 상관

		K-PC- PTSD-5	BSI-18- 우울	BSI-18- 불안	BSI-18- 신체화
전체	한국판 PCL-5	.660***	.632***	.683***	.622***
4요인	침습(4,6,7요인 동일)	.594***	.529***	.589***	.534***
	회피(4,6,7요인 동일)	.568***	.410***	.464***	.414***
	인지와 기분의 부정적 변화	.605***	.630***	.649***	.589***
	과각성	.633***	.635***	.700***	.645***
6요인	침습	.594***	.529***	.589***	.534***
	회피	.568***	.410***	.464***	.414***
	부정적 감정	.587***	.589***	.626***	.561***
	무쾌감	.558***	.608***	.603***	.555***
	불안을 동반한 각성	.633***	.562***	.657***	.587***
	불쾌감을 동반한 각성(6요인)	.596***	.640***	.683***	.639***
7요인	침습	.594***	.529***	.589***	.534***
	회피	.568***	.410***	.464***	.414***
	부정적 감정	.587***	.589***	.626***	.561***
	무쾌감	.558***	.608***	.603***	.555***
	불안을 동반한 각성	.523***	.578***	.620***	.615***
	불쾌감을 동반한 각성(7요인)	.633***	.562***	.657***	.587***
	외현화 행동	.583***	.610***	.649***	.575***

** $p < .01$

.464~.657, 신체화와는 .414~.615의 유의한 정적 상관관계를 보였다.

논 의

본 연구는 Weathers 등(2013b)이 DSM-5의 PTSD 진단준거에 의거해 개발한 PCL-5가 트라우마를 경험한 일반성인의 PTSD 증상을 신뢰롭고 타당하게 측정하는지 확인하고자 수행되었다. 이를 위해 기존 선행연구에서 도출된

PTSD 증상의 여러 요인구조를 확인적 요인분석을 통해 검증하였고, 확인된 요인구조를 토대로 척도의 신뢰도 및 타당도를 확인하였다. 연구결과에 따른 논의는 다음과 같다.

첫째, 한국판 PCL-5의 요인구조를 확인하고자 확인적 요인분석을 실시하였다. 경쟁하는 요인구조는 월남전 참전 노인을 대상으로 타당화 한 1요인구조(김종원 등, 2017), 침습, 회피, 인지/기분의 부정적 변화와 과각성의 4요인구조, 6요인구조의 무쾌감모델(anhedonia model) 그리고 ‘외현화 행동’ 요인을 포함한 7

요인 융합모델(hybrid model)이었다. 확인적 요인분석 결과, 1요인을 제외한 4, 6, 7요인구조 모두 모형적합도가 수용 가능한 수준으로 나타났다. 4요인구조가 수용 가능한 모형 적합성을 나타내는 것은, PCL-5로 측정된 PTSD 증상구조가 DSM-5에서 제시한 PTSD 진단준거(APA, 2013) 및 원척도 개발자의 타당화 연구 결과와 일치함을 의미한다(Blevins et al. 2015; Weathers et al., 2013b). 또한 PCL-5의 4요인구조 적합성을 확인한 프랑스판(Ashbaugh et al., 2016), 독일판(Krüger-Gottschalk et al., 2017), 브라질판(Lima et al., 2016), 터키판(Boysan et al., 2017) 타당화 연구와도 일맥상통하는 결과이다.

한편으로 본 연구에서 4, 6, 7요인구조 모두 수용 가능한 모형적합도를 나타냈으나, 6요인 및 7요인구조가 4요인구조에 비해 더 나은 적합도를 보여주었으며, 그 중 7요인이 가장 좋은 적합도 수치를 보이는 것을 확인하였다. 이러한 결과는 PCL-5로 측정된 PTSD 증상이 6요인(Liu et al., 2014; Tsai et al., 2015)이나 7요인(Armour et al., 2015)으로 더 잘 설명된다는 선행연구결과와 일치하는 것이다(Bovin et al., 2016). 구체적으로는, 6요인 무쾌감 모델은 4요인의 ‘인지와 기분의 부정적 변화’ 및 ‘과각성’ 요인이 각각 2개의 하위요인으로 구분됨을 제안한 모델이다. ‘인지와 기분의 부정적 변화’를 ‘부정적 감정’ 및 ‘무쾌감’으로 구분하였는데, 이는 부정적인 영향이 증가하는 것과 긍정적 감정의 감소나 결여는 별개의 요인이라는 연구결과(Watson, 2005, 2009; Watson, Clark, & Stasik, 2011)와 일치한다. ‘과각성’ 증상은 작은 자극에도 쉽게 놀라거나 과도하게 경계하는 반응은 ‘불안을 동반한 각성’으로, 집중력 및 수면장애와 관련된 증상은 ‘불쾌감

을 동반한 각성’으로 구분된다고 보았다.

7요인 융합모델은 6요인 모델을 통합하는 모델이다(Armour et al, 2015; Elhai & Palmieri, 2011). 6요인 무쾌감 모델에서의 ‘불쾌감을 동반한 각성’은 7요인 융합모델에서 ‘외현화 행동’과 ‘불쾌감을 동반한 각성’으로 구분된다. 외현화 행동은 ‘신경질, 분노폭발 혹은 공격적인 행동을 한다.’, ‘매우 위험한 행동을 하거나 자신에게 해가 될 수 있는 행동을 한다.’의 문항을 포함하는데, 이는 PTSD를 가진 개인이 보통 공격성이나 무모함을 나타내며(Friedman, 2013), 충동이나 감정조절에 어려움을 보일 수 있다(Steiner, Garcia, & Matthews, 1997)는 이전 선행연구결과를 반영하는 결과로 보인다. 또한 ‘침습’, ‘회피’ 등 겉으로 드러나지 않는 PTSD 증상들과는 뚜렷이 구분되는 특성으로 볼 수 있다.

6요인이나 7요인구조가 PCL-5의 문항을 구성하는 잠재 요인구조로 더 좋은 모형적합도를 보이는 결과는 PTSD 증상의 이해에 시사하는 바가 있다. 먼저, 특정 하위 PTSD 증상이 PTSD와 공병률이 높은 다른 정신과적 질환과 관련성이 높은지 또는 PTSD를 유지하는데 영향을 많이 미치는지 등을 확인할 수 있다. 또한 상담 및 임상 실제 현장에서는 트라우마를 경험한 사람이 호소하는 증상의 다양성과 그 특성에 대한 이해를 가능하게 함으로써 내담자를 보다 깊이 있게 공감할 수 있도록 돕고, 각 특성에 맞는 개별적인 개입전략을 수립하고 필요한 지원서비스를 연계할 수 있다. 예를 들어 과각성 증상이 하나의 요인이 아니라 불안을 동반한 각성과 불쾌감을 동반한 각성의 2요인으로 구분하는 것이 적절하다면, 내담자의 주 호소 증상에 맞추어 불안을 낮추는 개입과 불쾌감을 낮추는 개입을 별

개로 적용하는 것이 효과적인 개입전략이 될 것이다. 나아가 현재 트라우마 상담의 개입전략이 증상 개선에 유의미한지, 다른 증재가 필요한지 여부 등을 구체적으로 검증할 수 있는 도구를 제공함으로써 연구와 상담 실제에 실질적으로 기여할 수 있을 것으로 예상된다.

둘째, 한국판 PCL-5의 신뢰도와 타당도를 확인하기 위해 개념 신뢰도와 분산추출지수, 동시 타당도를 확인하였다. 그 결과, 한국판 PCL-5 척도는 전체 척도뿐만 아니라 각 하위요인 모두 높은 내적 합치도를 보였으며, 분산추출지수 모두 적합한 것으로 나타났다. 이는 각 문항들이 각 하위요인 및 전체 척도를 일관적으로 측정하고 있음을 의미한다. 한편 동시 타당도를 검증할 위해 국내에 타당화 된 K-PC-PTSD-5 및 우울, 불안, 신체화 등 PTSD 증상과 관련 있는 변인과의 상관관계를 확인하였다. 분석 결과, K-PC-PTSD-5와 높은 정적상관을 보여 타당도가 양호함을 확인하였다. 또한 우울, 불안, 신체화 증상과도 높은 정적상관을 나타냈다.

이러한 결과는 PCL-5의 신뢰도와 수렴 타당도가 충분히 높다고 확인한 원칙도 개발 논문 및 여러 국가의 타당화 연구결과와 일치하는 것이다. 또한 K-PC-PTSD-5와 높은 정적상관이 나타난 결과는 PCL-5가 PTSD 증상을 측정하는 다른 자기보고식 검사(Bovin et al., 2016)와 높은 상관을 보인다는 결과와 일치하는 것이다(염유성, 2017). PCL-5와 우울, 불안, 신체화의 정적상관관계는 PCL-5의 심리측정적 속성을 확인한 논문의 결과(Blevins et al. 2015) 및 PCL-5의 프랑스판(Ashbaugh et al., 2016), 독일판(Krüger-Gottschalk et al., 2017), 터키판(Boysan et al., 2017) 타당화 연구결과와 일맥상통한다. PCL-5의 타당도를 확인하기 위한 다수의 해외

연구에서도 PCL-5가 참전군인이나 임상집단 뿐 아니라 일반인 집단에서도 시간적 안정성을 지니고 있음을 확인하였다(Armour et al., 2015; Biehn et al., 2013; Liu et al., 2014).

본 연구는 미국 국립 외상후스트레스장애 센터가 제공하는 PTSD 증상 측정도구인 PCL-5를 한국 일반성인에게 적용하여 신뢰도 및 타당도를 확인하고자 수행되었다. 이러한 목적에 따라 수행된 본 연구는 다음과 같은 함의를 가진다. 첫째, 개정된 DSM-5에서 제시하는 PTSD 하위증상의 양상을 확인할 수 있는 자기보고식 척도가 미비한 상황에서 PCL-5가 트라우마를 경험한 일반성인에게 적용하기에 적합한지를 검증하였다는 데 의의가 있다. 국내에서 많은 연구자와 실무자들이 트라우마 경험자에 대한 이해를 확장하는 과정에서 DSM-5의 PTSD 진단준거와 연계된 척도의 부재를 아쉬워하며 그 필요성을 주장해 왔다. 이러한 맥락에서 본 연구가 PCL-5의 심리측정적 속성을 확인하여 국내에서 활용하기에 적합하고 유용한 도구임을 확인한 것은 실제적인 효용가치를 지닌다고 생각된다. 둘째, PCL-5를 활용하여 여러 선행연구들이 제시하고 있는 PTSD 증상의 다양한 요인구조의 적합도를 확인함으로써 PTSD 증상에 대한 이해를 넓히는 데 기여하였다. 본 연구결과 한국판 PCL-5의 요인구조는 DSM-5의 PTSD 진단준거인 4요인 모델, Liu 등(2014)의 6요인 무쾌감 모델 및 Armour 등(2015)의 7요인 융합 모델 모두에 적합하였고, 그 중 7요인 모델 적합도가 가장 우수한 것으로 나타났다. 이는 DSM-5의 요인구조가 틀렸다고보다는 PTSD 증상을 더 잘 설명하기 위해서는 증상을 세분화할 필요가 있음을 확인한 결과로서 의의가 있다.

더불어 DSM은 진단준거와 관련된 수많은

연구의 통계결과를 수렴하고 논의하는 과정을 거쳐 진단준거를 변경하는 데 반영하고 있다. 이전 DSM-IV(APA, 1994) 및 DSM-IV-TR(APA, 2000)의 PTSD 진단기준에서 제시된 PTSD 증상구조는 재경험, 회피/마비, 과각성의 3가지 요인이었으나, 다양한 연구에서 ‘정서적 마비(Emotional Numbing)’ 모델(King, Leskin, King, & Weathers, 1998)이나 ‘불쾌감(Dysphoria)’ 모델(Simms, Watson, & Doebbell, 2002) 등 4요인 구조가 설명력을 얻으면서 DSM-5에서는 4요인 구조를 채택하였다. 마찬가지로 DSM-5 PTSD 증상의 4요인구조 또한 6요인이나 7요인구조로 더욱 잘 설명될 수 있다는 대안적 모델이 제안되고 검증되고 있으며, Bovin 등(2016)은 대안적 모델들이 여러 대상 및 문화권에서 추가적으로 확인될 필요가 있음을 제안하였다. 이러한 맥락에서 본 연구에서 PCL-5를 활용해 한국 일반성인을 대상으로 PTSD 증상 구조를 검증한 과정은 PTSD 증상에 대한 이해 저변을 확대하는 결과로서 기여한 바가 있다고 여겨진다.

마지막으로, 본 연구의 결과를 해석할 때 주의를 기울여야 할 점과 향후 연구를 위한 제언을 제시하고자 한다. 첫째, 연구대상이 20~55세의 국내 일반성인이므로 본 연구결과를 다른 집단에 일률적으로 적용하기에는 한계가 있을 것이다. 발달적 특성이 상당히 다를 수 있는 아동·청소년이나 노인집단에 활용할 때는 주의가 필요하다. 이는 심리측정적 속성을 확인하고자 하는 연구의 필연적인 한계로 볼 수 있기에 각 집단에 따른 추가적인 신뢰도 및 타당도 연구도 의미가 있을 것이다. 더불어 본 연구에서는 지역별·연령별 대표성을 가진 트라우마 경험자를 대상으로 하였으나, 실제 PTSD를 진단받거나 치료를 받고 있

는 임상집단의 경우 PCL-5의 요인모형구조가 다르게 나타날 가능성이 있다. 추후 임상군 등 여러 집단을 포함하여 PCL-5의 교차타당도를 확인한다면, 척도의 요인모형구조의 안정성과 일반화 가능성을 높일 수 있을 것으로 기대한다. 둘째, 본 연구는 횡단연구로 신뢰도 및 타당도 검증 시 내적 신뢰도와 동시 타당도만 확인하였다는 제한점을 가지고 있다. 향후 종단 연구를 통해 PCL-5의 검사-재검사 신뢰도 및 예측 타당도를 확인할 필요가 있겠다. 추후 연구주체로서 먼저, PTSD 증상이 기존의 4요인구조가 아니라 보다 세분화 될 수 있다는 선행연구 및 본 연구결과를 고려할 때 증상을 더 잘 설명할 수 있는 요인구조에 대한 탐색이 필요할 것이다. 특히 PTSD 증상의 요인구조 이해가 트라우마 경험자가 호소하는 어려움 및 개입에 대한 이해의 확장과 직결되어 있다는 점에서 더욱 그러하다. 또한, 현재 DSM-5의 PTSD 진단준거와 연계된 자기보고식 척도 중 타당화 된 도구가 부족한 실정이기 때문에 향후 PTSD 연구 및 상담현장에 활용될 타당하고 신뢰로운 도구가 만들어지기를 기대한다. 마지막으로 PTSD 증상 척도가 진단이나 약물치료 같은 임상적 개입의 필요성을 가늠하는데 사용되기 위해서는 절단점을 제시하는 것이 도움이 될 수 있다. 추후 임상적 평가에 기반하여 PTSD 진단 가능성이 있는 집단에 대해 PCL-5를 사용하여 절단점을 산출하는 연구가 수행된다면, 선별도구로도 활용이 가능할 것이다.

참고문헌

김종원, 정혜경, 최진희, 소형석, 강석훈, 김

- 동수, 문정윤, 김태용 (2017). 월남전 참전 노인에서 한글판 외상후 스트레스 장애 체크리스트-5의 정신측정학적 특성. *Anxiety and Mood*, 13(2), 123-131.
- 김지윤, 이동훈, 김시형 (2018). PTSD 증상의 조건비율에 근거한 한국 성인의 트라우마 경험에 관한 연구. *한국심리학회지: 문화 및 사회문제*, 24(3), 365-383.
- 노진철, 이동훈, 김세경 (2016). 재난 대응시 심리지원 체계의 국내,외 현황. *놀이치료 연구*, 20(1), 117-133.
- 동아일보 (2018. 11. 14.). 지진 겪은 포항시민 42% 외상후스트레스장애. <http://news.donga.com/3/all/20181114/92860792/1에서 자료 얻음>.
- 박기쁨, 이상우, 장문선 (2012). 대학생 집단을 통한 단축형 간이정신진단 검사-18(BSI-18)의 타당화 연구. *한국심리학회지: 임상*, 31(2), 507-521.
- 박주연, 김원형, 노대영, 원성두, 김하경, 강석훈, 홍나래, 박성용, 김대호, 채정호 (2016). 재난정신건강평가 워크북, 대한불안학회.
- 보건복지부 (2018). 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률. <http://www.law.go.kr/법령/정신건강증진및정신질환자복지서비스지원에관한법률> 에서 자료 얻음.
- 서영석, 박지수, 조아라 (2015). 대규모 외상사건으로 인한 임상적 장애 및 증상 관련 평가도구 개관. *상담학연구*, 16(3), 557-580.
- 염유성 (2017). 한국판 PC-PTSD-5의 타당화 연구. 충북대학교 일반대학원 석사학위논문.
- 이덕희, 이동훈, 정하영 (2019). 잠재프로파일 분석(LPA)을 활용한 PTSD 증상과 외상 후 성장 수준의 양상: 폭식, 비자살적 자해, 문제성 음주행동에서의 차이. *한국심리학회지: 문화 및 사회문제*, 25(4), 325-351.
- 이동훈, 김지윤, 이덕희, 강민수 (2018). DSM 진단기준과 대인 및 비대인 외상사건에 따른 성인의 PTSD 증상, 심리적 디스트레스, 정서조절곤란의 차이. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 30(3), 741-773.
- 하신숙, 서순림, 김정범, 이은정 (2009). 대구시 지하철 화재사고 부상자들의 6년후 정신과적 특성. *대한불안학회지*, 5(2), 125-132.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th ed)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders(Text Rev, 4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders(5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D., & Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: support for a hybrid anhedonia and externalizing behaviors model. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 106-113.
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5(PCL-5). *PLoS One*, 11(10), 1-16.

- Asmundson, G. J., Wright, K. D., McCreary, D. R., & Pedlar, D. (2003). Post-traumatic stress disorder symptoms in United Nations peacekeepers: An examination of factor structure in peacekeepers with and without chronic pain. *Cognitive Behaviour Therapy, 32*(1), 26-37.
- Biehn, T. L., Elhai, J. D., Seligman, L. D., Tamburrino, M., Armour, C., & Forbes, D. (2013). Underlying dimensions of DSM-5 posttraumatic stress disorder and major depressive disorder symptoms. *Psychological Injury and Law, 6*(4), 290-298.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5(PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress, 28*(6), 489-498.
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders-fifth edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment, 28*(11), 1379-1391.
- Boysan, M., Guzel Ozdemir, P., Ozdemir, O., Selvi, Y., Yilmaz, E., & Kaya, N. (2017). Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (PCL-5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 27*(3), 300-310.
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., Turner S., & Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry, 181*(2), 158-162.
- Cogle, J. R., Keough, M. E., Riccardi, C. J., & Sachs-Ericsson, N. (2009). Anxiety disorders and suicidality in the national comorbidity survey-replication. *Journal of Psychiatric Research, 43*(9), 825-829.
- Cuevas, C. A., Bollinger, A. R., Vielhauer, M. J., Morgan, E. E., Sohler, N. L., Brief, D. J., Miller A. L., & Keane, T. M. (2007). HIV/AIDS cost study: Construct validity and factor structure of the PTSD checklist in dually diagnosed HIV-seropositive adults. *Journal of Trauma Practice, 5*(4), 29-51.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R., Davison, R. M., Katz, R., & Feldman, M. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 27*, 153-160.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual (4th Ed.)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Elhai, J. D., Gray, M. J., Docherty, A. R., Kashdan, T. B., & Kose, S. (2007). Structural validity of the posttraumatic stress disorder checklist among college students with a trauma history. *Journal of Interpersonal Violence, 22*(11), 1471-1478.

- Elhai, J. D., & Palmieri, P. A. (2011). The factor structure of posttraumatic stress disorder: A literature update, critique of methodology, and agenda for future research. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 849-854.
- Erickson, D. J., Wolfe, J., King, D. W., King, L. A., & Sharkansky, E. J. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(1), 41-49.
- Foa, E., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of PTSD: The posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment, 9*, 445-451.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. *Journal of Marketing Research, 18*(3), 328-388.
- Friedman M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 548-556.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*(9), 750-769.
- Ghazali, S. R., & Chen, Y. Y. (2018). Reliability, concurrent validity, and cutoff score of PTSD checklist (PCL-5) for the diagnostic and statistical manual of mental disorders, among Malaysian adolescents. *Traumatology, 24*(4), 280-287.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (1998). *Multivariate data analysis (Vol. 5, No. 3, pp. 207-219)*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Henning, K. R., & Frueh, B. C. (1997). Combat guilt and its relationship to PTSD symptoms. *Journal of Clinical Psychology, 53*(8), 801-808.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman M., Gersons B. P. R., de Jong, J. T.V.M., Layne C. M., Maguen S., Neria Y., Norwood A. E., Pynoos R. S., Reissman D., Ruzek J. I., Shalev A. Y., Solomon Z., Steinberg A. M., & Ursano R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 70*(4), 283-315.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods, 6*(1), 53-60
- 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.
- King, D. W., Leskin, G. A., King, L. A., & Weathers, F. W. (1998). Confirmatory factor analysis of the clinician-administered PTSD Scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment, 10*(2), 90-96.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Publications.
- Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Dyer, A., Schäfer, I., Schellong, J., & Ehrling,

- T. (2017). The German version of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry*, 17(1), 379-387.
- Lee, D. J., Bovin, M. J., Weathers, F. W., Palmieri, P. A., Schnurr, P. P., Sloan, D. M., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2019). Latent factor structure of DSM-5 posttraumatic stress disorder: Evaluation of method variance and construct validity of novel symptom clusters. *Psychological Assessment*, 31(1), 46-58.
- Leskela, J., Dieperink, M., & Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 223-226.
- Lima, E. D. P., Vasconcelos, A. G., Berger, W., Kristensen, C. H., Nascimento, E. D., Figueira, I., & Mendlowicz, M. V. (2016). Cross-cultural adaptation of the posttraumatic stress disorder checklist-5 (PCL-5) and life events checklist-5 (LEC-5) for the Brazilian context. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38(4), 207-215.
- Liu, P., Wang, L., Cao, C., Wang, R., Zhang, J., Zhang, B., Zhang H., Zhao Z., Fan G., & Elhai J. D. (2014). The underlying dimensions of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in an epidemiological sample of Chinese earthquake survivors. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(4), 345-351.
- MacCallum, R. C., Browne, M. W., & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1(2), 130-149.
- McFarlane, A. C., & Bookless, C. (2001). The effect of PTSD on interpersonal relationships: Issues for emergency service workers. *Sexual and Relationship Therapy*, 16(3), 261-267.
- Morrill, E. F., Brewer, N. T., O'neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, E. C., Carey, L. A., & Rimer, B. K. (2008). The interaction of post traumatic growth and post traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(9), 948-953.
- Nickerson, A., Steenkamp, M., Aerka, I. M., Salters Pedneault, K., Carper, T. L., Barnes, J. B., & Litz, B. T. (2013). Prospective investigation of mental health following sexual assault. *Depression and Anxiety*, 30(5), 444-450.
- Orth, U., Cahill, S. P., Foa, E. B., & Maercker, A. (2008). Anger and posttraumatic stress disorder symptoms in crime victims: A longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 208-218.
- Owens, G. P., Chard, K. M., & Ann Cox, T. (2008). The relationship between maladaptive cognitions, anger expression, and posttraumatic stress disorder among veterans in residential treatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17(4), 439-452.
- Prins, A., Bovin, M. J., Smolenski, D. J., Marx, B. P., Kimerling, R., Jenkins-Guarnieri, M. A., ... & Tiet, Q. Q. (2016). The primary care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and evaluation within a veteran primary care sample. *Journal of General Internal Medicine*, 31(10), 1206-1211.

- Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R., Hugelshofer, D., Shaw-Hegwer, J., ... & Sheikh, J. (2003). The primary care PTSD Screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry*, 9(1), 9-14.
- Ray, S. L., & Vanstone, M. (2009). The impact of PTSD on veterans' family relationships: An interpretative phenomenological inquiry. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 838-847.
- Regel, S. & Joseph, S. (2017). *Post-Traumatic Stress (2nd edition)*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 867-879.
- Simms, L. J., Watson, D., & Doebbellig, B. N. (2002). Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the Gulf War. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 637-647.
- Steiner, H., Garcia, I. G., & Matthews, Z. (1997). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 357-365.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tsai, J., Harpaz-Rotem, H., Armour, C., Southwick, S. M., Krystal, J. H., & Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(5), 546-553.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 522-575.
- Watson, D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 221-247.
- Watson, D., Clark, L. A., & Stasik, S. M. (2011). Emotions and the emotional disorders: A quantitative hierarchical perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(3), 429-442.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013a). *The Life Events Checklist for DSM5 (LEC-5)*. National Center for PTSD.
- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Foa, E. B. (2008). Assessment and diagnosis of adults. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen (Eds). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp.23-61). New York: Guilford Press.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The

- PTSD Checklist: Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the *annual meeting of International Society for Traumatic Stress Studies*. October 6-10. Texas: San Antonio.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013b). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Wortmann, J. H., Jordan, A. H., Weathers, F. W., Resick, P. A., Dondanville, K. A., Hall-Clark, B., Foa E. B., Young-McCaughan S., Yarvis J. S., Hembree E. A., Mintz J., Peterson A. L., & Litz B. T. (2016). Psychometric analysis of the PTSD checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological Assessment*, 28(11), 1392-1403.
- Zhou, X., Zhen, R., & Wu, X. (2017). Posttraumatic stress disorder symptom severity and control beliefs as the predictors of academic burnout amongst adolescents following the Wenchuan Earthquake. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1-10.

원 고 접 수 일 : 2019. 03. 26

수정원고접수일 : 2019. 08. 09

계 재 결 정 일 : 2019. 10. 31

A Study on Reliability and Validity of The Korean Version of PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) for Adults

Dong Hun Lee

Professor

Minjeong Gu

Doctoral Student

Wookhyun Kwon

Master Student

Sihyeong Kim

Doctoral Student

Department of Education, Sunkyunkwan University

This study examined the psychometric properties of the Korean version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5), which measures posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms. To this end, 908 Korean adults were administered the instrument, and data were examined for factor structure, reliability, and validity. First, verification of model factors 1, 4, 6 and 7 were conducted through confirmatory factor analysis. The results indicated that factor 1 had poor goodness of fit, while factors 4, 6 and 7 were acceptable. Next, internal reliability, construct reliability, and average variance extracted were examined to confirm reliability. Additionally, correlation analyses were conducted with the Korean version of the Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (K-PC-PTSD-5) and Brief Symptoms Inventory-18 to confirm validity. The analyses indicated that the reliability of the Korean version of the PCL-5 was excellent and that it positively correlated with the K-PC-PTSD-5, depression, anxiety, and somatization of Brief Symptoms Inventory-18. The implications of this study are discussed.

Key words : PCL-5, PTSD, DSM-5, Reliability, Validity, Adults