

한국 아동 인성 평정 척도 (Korean Personality Rating Scale for Children; KPRC)의 표준화 연구

조 선 미	박 해 연	김 지 혜	홍 창 희	황 순 택 [†]
아주대학교병원 정신과	성균관 의대 삼성 서울병원 정신과		부산대학교 심리학과	충북대학교 심리학과

본 연구는 한국 아동인성평정척도(KPRC)를 표준화하려는 데에 목적이 있다. 한국 아동인성 평정척도(KPRC)는 한국 아동인성검사(KPI-C)를 기반으로 하여 개발한 척도이다. 유치원생에서 고등학교 2학년에 이르는 2639명의 일반 소아·청소년을 대상으로 연구한 결과, KPRC 하위 척도들의 내적 일치도는 .65~.89로 나타났다. 또한 상기 대상자들 중 65명으로 측정된 한 검사-재검사 신뢰도는 .42~.80으로 나타났다. 타당도 검증을 위해 하위 척도 간 상관을 구한 결과, 척도의 수렴 및 변별 타당도가 높게 나타났으며, 요인 분석한 결과, 외현적 행동 문제, 내재적 성격 문제, 발달 문제의 세 가지 요인이 추출되었다. 또한 이 검사의 표준화 집단 중 인 구학적 변인에 의해 구분된 하위 집단들 간에 척도 점수의 차이가 있는지를 밝히기 위해 t 검정한 결과, 표준화집단 내에서 학년별·성별 집단 차이가 확인되었다. 한편 본 검사의 하위 척도 점수가 DSM-IV의 소아청소년기 장애의 고위험 집단과 정상집단을 변별해줄 수 있는지 확인하기 위해서 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 하위 척도의 점수들로 주의력 결핍/과잉 행동 장애·분리불안 장애·자폐성 장애·주요 우울장애·반항성 장애·범불안 장애의 고위험 집단과 정상집단을 변별할 수 있었다. 본 연구 결과는 KPRC가 한국의 아동 청소년의 정 신과적 문제를 선별·진단하는 데에 신뢰롭고 타당한 도구로 쓰일 수 있다는 것을 지지한다.

주요어 : 한국아동인성평정척도, 표준화연구, 신뢰도, 타당도표준화집단 비교, 로지스틱 회귀분석

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 황순택 / 충북대학교 심리학과
FAX : 043-271-1713 / E-mail : hstpsy@chungbuk.ac.kr

한국 아동인성검사(Korean Personality Inventory for Children: KPI-C)는 임상장면에서 아동의 정신과적 문제를 선별 진단하고 학교 장면에서 심리적인 도움을 필요로 하는 아동들을 조기에 발견하여 도움을 주는 것을 목적으로 고안된 검사이다. 검사 개발에 참여한 연구자들이 우리나라 임상장면에서 환아나 보호자가 호소하는 증상들을 정리하는 동시에, 미국의 아동인성검사(Personality Inventory for Children: PIC), 아동 문제행동 평가척도(Child Behavior Checklist: CBCL), 사회성숙도 검사, DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994), 국제 질병 분류 10판(ICD-10)등의 각종 검사지의 문항 내용을 참고하여 예비문항을 작성한 후, 표준화 연구를 통해 최종적인 KPI-C가 제작되었다. KPI-C는 우리나라 아동들의 임상적 특징을 잘 반영하는 총 255문항의 16개 척도로 구성되었으며, 만 4-15세의 아동들을 대상으로 표준화되었다(김승태, 김지혜, 송동호, 이효경, 주영희, 홍창희, 황순택, 1997).

KPI-C는 우리나라 아동들의 실정에 맞게 제작된 검사이므로, 기존의 외국 검사를 번안·표준화한 것에 비해 실용적이고 타당성이 있다고 할 수 있다. 특히 과잉행동 척도의 경우, KPI-C가 PIC에 비해 진단 변별률이 높게 나타나, 관련 장애의 진단 준거나 임상적인 특징을 보다 잘 반영하는 것으로 밝혀졌다(김승태 등, 1997; 하송미, 홍창희, 1997). 또한 KPI-C는 학습장애 아동의 특성 및 정신지체 아동의 특성을 잘 반영하고 있을 뿐 아니라, 학령기 아동의 집단따돌림 연구 및 아동의 자아탄력성 연구 등에 활용되고 있다(김근향, 홍창희, 김지혜, 1997; 장은진, 강민아, 정철호, 2001; 최윤정, 진해경, 김종원, 2001; 구형모, 황순택, 김지혜, 2001). 또한 정욱, 홍창희(1997)는 병원

에 내원한 300여명의 아동들의 자료를 군집분석하여 6개의 프로파일 유형을 얻었으며, 유형화된 프로파일들로 인해서 KPI-C를 아동의 문제유형이나 진단 범주를 고려하는 데에 유용한 도구로 활용할 수 있다는 것을 제시했다. 그밖에 KPI-C는 아동, 청소년의 부적응과 정신병리의 유무 및 유형과 특징을 포괄적으로 파악하거나 특정 부적응과 정신병리의 수준등을 파악하기 위한 보호자 보고형 객관적 검사지로 임상장면에서 사용되어 왔다.

KPI-C는 개발된 이래로 여러 장면에서 사용되었고, 아동의 정신과적 장애를 선별·진단하고 인지 및 정서 및 행동 특성을 다차원적으로 평가할 수 있는 검사라는 것이 밝혀져 왔다. 그러나 한편 사용 과정에서 몇 가지 제한점이 지적되어왔다. 예컨대, 응답자 입장에서 검사의 문항 수가 너무 많아 작성하는데 많은 시간이 소요되며, “예 아니오”로 판단하기 어렵다는 지적이 있었다. 임상이 입장에서는 자폐증 척도(AUT)의 경우 척도가 측정하고자 하는 부적응 영역을 효과적으로 반영하지 못하는 것으로 보이며, 일부 문항에서 의미가 불분명한 질문이 있고, 둘 이상의 척도에서 중복 채점되는 문항이 적지 않아 해석이 명확하지 않은 경우가 있다는 지적이 있었다. 이를 보완하기 위해 KPI-C를 부분적으로 수정하여 한국 아동인성평정척도(Korean Personality Rating Scale for Children; KPRC)를 제작하게 되었다. KPRC에서 수정된 내용은 다음과 같다. 1) 예 아니오 방식의 2점 척도 대신 4점 척도를 채택하였다. 이는 실제 응답자들이 예/아니오로 판단하기 어려운 내용들이 많다는 보고가 있어왔고, 특정 측정영역에서의 정도의 차이를 반응에 반영하기 위해서는 4점 척도가 보다 적합하다는 판단에 따른 것이다. 뿐만 아니라

반응방식을 2점 척도에서 4점 척도로 바꿈에 따라 문항수의 감소에 따른 척도 원점수 폭의 감소를 상쇄할 수 있다는 부수적인 장점도 감안하였다. 2) 내용이 구체적이지 않아 의미가 불분명하거나 의미가 중복되는 문항은 구체적인 질문으로 바꾸어 의미를 분명히 하였다. 3) 내용이 구체적이고 분명하더라도 해석적 의미가 불분명하거나 두 개 이상의 다른 의미를 포함하는 문항은 삭제 또는 수정하여, 척도의 해석을 보다 명확하게 할 수 있게 했다. 4) 여러 척도에서 중복 사용되는 문항을 삭제 또는 수정하여 각 부적응 영역의 변별적 측정을 용이하게 하였다. 5) 자폐증 척도(AUT)는 삭제하였다. 또한 과잉행동 척도(HPR), 정신증 척도(PSY), 언어발달 척도(VDL)와 동작발달 척도(PDL)의 문항 일부를 삭제 또는 수정하여 중복 문항을 줄였다. 6) 전체 문항의 수를 255항에서 177문항으로 축소하여 실시 시간을 줄였다.

본 연구에서는 수정된 한국 아동 인성 평정 척도(KPRC)의 신뢰도와 타당도를 확인하여 KPRC가 임상 장면에서 유용하게 사용될 수 있음을 입증하고자 했다.

연구방법

연구대상

2003년에서 2004년까지 2년간에 걸쳐 임상 심리전문가 3명이 서울·경기도·충청도 지역의 유치원생(3~6세), 초등학교 1~6학년, 중학교 1~3학년, 고등학교 1~2학년생들을 대상으로 자료를 수집했다. 모두 2675명의 소아·청소년의 자료가 수집되었고, 결측치를 상당부분

포함하고 있는 자료를 제외한 2639명의 자료를 분석했다. 본 연구는 척도의 타당도를 알아보기 위해 7개의 타당도 지표를 사용했는데 편의 상 표본을 세 개로 나누어 타당도 지표

표 1. 표본의 인구통계학적 정보 I

	표본		
	I	II	III
N	843	758	1038
여학생 수 (백분율)	415 (49.2%)	391 (51.6%)	509 (49%)
평균 연령 (표준편차)	14.87 (1.47)	8.94 (2.75)	7.51 (2.11)
학교 별 학생 수			
유치원	0	181	338
초등학교	0	538	700
중학교	480	38	0
고등학교	363	0	0
지역별 학생 수			
서울	237	275	247
경기	338	186	343
충청	268	297	448

* 3개의 표본에 모두 KPRC를 실시했고, 타당도 측정을 위해 각각의 표본에 다른 임상 척도들을 추가 실시했다. 표본 I에는 DSM-IV의 주의력 결핍/과잉행동 장애(attention-deficit disorder: ADHD) 진단 척도와 단축형 Conners 부모-교사 평정 척도(Abbreviated Conners' Parent-Teacher Rating Scale-Revised: ACRS)를 실시했고, 표본 II에는 DSM-IV의 ADHD·분리불안 장애(Separation Anxiety Disorder: SAD)·자폐성 장애(Autistic Disorder: AD) 진단척도 ACRS를 실시했다. 표본 III에는 DSM-IV의 ADHD·SAD·AD·주요우울장애(Major Depressive Disorder: MDD)·범불안 장애(Generalized Anxiety Disorder: GAD)·반항성 장애(Oppositional Defiant Disorder: ODD)의 진단척도를 실시했다.

표 2. 표본의 인구통계학적 정보 II
(학교·지역별, 성비)

	표준화 표본			
	유치원	초등학교	중학교	고등학교
사례수	519	1238	519	363
여자수	243	634	259	179
(비율)	(46.8%)	(51.2%)	(49.9%)	(49.3%)
평균연령 (표준편차)	5.06 (.86)	9.26 (1.71)	13.75 (.94)	16.27 (.66)
	서울	경기도	충청도	
	유치원	초등학교	중학교	고등학교
사례수	759	867	1013	
여자수	383	413	519	
(비율)	(50.5%)	(47.6%)	(51.2%)	
평균연령 (표준편차)	11.26 (3.07)	8.79 (4.78)	10.75 (3.05)	

표 3. 표본의 인구통계학적 정보 III(학년·성별)

	표준화 표본					
	유치원	중학교			고등학교	
		1학년	2학년	3학년	1학년	2학년
남	247	92	75	93	94	90
여	243	107	69	83	88	91
	초등학교					
	1학년	2학년	3학년	4학년	5학년	6학년
	남	124	73	103	118	103
여	131	75	96	120	102	80

에 대한 자료를 수집했다. 표 1에는 타당도 지표 실시에 따른 표본의 인구통계학적 정보가 제시되어 있으며, 표 2와 표 3에는 각각 학교와 지역 및 학년과 성별에 따른 인구통계학 정보가 제시되어 있다.

측정도구

한국 아동 인성 평정 척도 (KPRC)

KPRC는 검사-재검사 척도(T-R), 허구 척도(L), 빈도 척도(F)의 타당성 척도와 자아탄력성 척도(ERS) 및 10개의 임상 척도로 구성되어 있으며, 문항 수는 총 177개이다. 임상척도들은 언어발달 척도(VDL), 동작발달 척도(PDL), 불안 척도(ANX), 우울 척도(DEP), 신체화 척도(SOM), 비행 척도(DLQ), 과잉행동 척도(HPR), 정신증 척도(Psy), 가족관계 척도(FAM), 사회관계 척도(SOC) 등으로 구성되어 있다. 각 문항은 0점(전혀 그렇지 않다), 1점(별로 그렇지 않다), 2점(다소 그렇다), 3점(매우 그렇다)의 4점 척도로 평정하게 되어있다.

단축형 Conners 부모-교사 평정 척도 (Abbreviated Conners' Parent-Teacher Rating Scale-Revised: ACRS)

본 연구에서 KPRC의 타당도 지표 중 하나로 단축형 Conners 부모-교사 평정 척도가 사용되었다. Conners 부모-교사 평정 척도는 아동의 과잉 행동과 충동성을 평정하는 척도로, 본래 부모용과 교사용이 각각 48문항, 28문항으로 이루어져 있다. 본 연구에 쓰인 것은 10 문항으로 이루어진 단축형인데, 주의력 결핍/과잉 행동 장애 연구에서 연구 대상을 선별하는 데에 많이 쓰인다. 과잉 행동과 충동성의 정도를 0점(없음), 1점(약간), 2점(상당히), 3점(아주 심함)으로 평정하도록 되어 있으며, 국내 연구에서도 많이 사용되고 있다(오경자, 이혜련 1989). 본 연구에서의 내적 일치도는 $\alpha = .83$ 으로 측정되었다.

DSM-IV의 진단준거 질문지

본 연구에서는 연구 대상이 되는 아동·청소년들의 정신과적 문제의 유무를 알아보기 위해 정신과적 장애의 진단을 위한 DSM-IV 진단체계 중 6개 장애의 진단준거를 사용하였다. 아래의 각 장애마다 DSM-IV의 해당 장애 진단준거를 질문지 형식으로 바꾸어, 연구 대상의 부모들에게 증상의 유무를 답하게 했다.

DSM-IV의 주의력 결핍/과잉행동 장애 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; ADHD). 부주의에 관한 9가지 문항들과 과잉행동·충동성에 관한 9가지 문항들로 이루어져 있다. DSM-IV에서는 부주의에 관한 9가지 증상 중 6가지 이상과, 과잉행동·충동성에 관한 9가지 증상 중 6가지 이상이 6개월 동안 지속되는 경우에 장애로 진단한다.

DSM-IV의 분리불안 장애 (Separation Anxiety Disorder; SAD). 집 또는 애착 대상과의 분리에 대한 불안과 관련된 8가지 문항들로 이루어져 있다. DSM-IV는 이러한 증상들 중 세 가지 이상이 18세 이전에 4주 이상 지속될 경우 장애로 진단한다.

DSM-IV의 자폐성 장애 (Autistic Disorder; AD). 사회적 상호 작용에서의 질적인 장애에 관한 네 가지 문항, 질적인 의사소통 장애에 관한 네 가지 문항, 제한적이고 반복적이며 상동증적인 행동이나 관심, 활동에 대한 네 가지 문항들로 이루어져 있다. DSM-IV는 위의 세 가지 영역 중, 첫 번째 영역에서 2개 이상, 두 번째 영역과 세 번째 영역에서 각각 1개 이상 항목이 충족되는 동시에 총 6개 이상의 항목이 충족될 경우, 장애로 진단한다.

DSM-IV의 주요 우울 장애 (Major Depressive Disorder; MDD). 우울 기분과 관련된 9가지 문항들로 이루어져 있다. DSM-IV는 이들 중 5개 이상의 증상이 2주 기간동안 지속되며, 해당 증상들 중 하나가 '우울 기분'이거나 '흥미나 즐거움의 상실'인 경우 장애로 진단한다.

DSM-IV의 반항성 장애 (Oppositional Defiant Disorder; ODD). 거부적, 적대적, 도전적인 행동 양상에 대한 8가지 문항들로 이루어져 있다. DSM-IV는 이 중 4가지 이상이 6개월 이상 지속되는 경우 장애로 진단한다.

DSM-IV의 범불안 장애 (Generalized Anxiety Disorder; GAD). 불안과 걱정에 대한 6가지 문항들로 이루어져 있다. DSM-IV는 이들 증상 중 3가지 이상이 적어도 며칠 이상 지난 6개월 이내에 존재할 때 장애로 진단한다.

분석방법

신뢰도 검증

척도의 내적 일관성을 검증하기 위해서 하위 척도별 Cronbach α 계수를 산출했다. 또한 검사의 측정치가 시간적으로 안정적인지 알아보기 위해서 65명의 동일 대상에게 14~16일간격으로 재검사를 시행하여 검사-재검사 신뢰도를 산출했다.

타당도 검증

상관분석과 요인분석. KPRC의 각 하위 척도간의 상호관련성을 알아보기 위해서 상관분석을 실시했고, 척도가 이론적인 내적 구조에 부합되는지를 검토하기 위해서는 척도 수준의 요인 분석을 실시했다. 요인 분석 시에는 주

축 분해법을 사용하여 요인을 추출하였으며, 사각회전법 중 promax 방식의 요인회전을 했다. KPRC의 14개 하위 척도 중 검사-재검사 척도는 응답의 비일관성을 측정하는 척도일 뿐 척도내용이 특별한 의미를 가지는 것이 아니기 때문에 분석에 포함시키지 않았다.

집단간 차이 분석과 로지스틱 회귀 분석.
표본의 성별 집단 차이와 유치원·초등학교·중학교·고등학교 학생들 간의 집단 차이 및 각 학교의 학년 별 차이를 검증하기 위해서 t 검증을 실시했다. 정규 산포도에 의한 정규분포성 검증 결과, 전체 표본에 대한 KPRC의 각 하위 척도의 값은 모두 정규분포를 이루고 있다는 것이 밝혀졌다.

한편 본 연구의 자료 중 부모에 의해 보고된 DSM-IV 진단체계의 질문지를 근거로, 결정 규칙(decision rules)에 따라 장애별 고위험군과 정상군을 분류했다. 이렇게 하여 구분된 장애별 두 집단의 척도 점수 차이를 t 검증한 후에, 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시했다. 본 연구에서는 고위험군과 정상군 간의 척도점수 등분산성이 충족되지 않았기 때문에 로지스틱 회귀분석이 적합하다고 판단하였다. 로지스틱 회귀 분석은 판별분석과 달리 종속변인의 분포가 정규분포를 따를 필요가 없고, 종속 변인이 주어진 독립 변인의 수준에서 동일한 분산을 가질 필요가 없으며, 오차항의 정규성이

가정되지 않는다(성용현, 2001).

KPRC의 14 개 하위 척도 중 검사-재검사 척도는 응답의 비일관성을 측정하는 척도일 뿐 척도내용이 특별한 의미를 가지는 것이 아니기 때문에 회귀분석에서는 제외하였다.

결 과

신뢰도 연구

내적 일관성

KPRC의 각 하위 척도별 내적 일치도를 알아보기 위해서 기준집단으로부터 Cronbach α 수를 계산하였다. 기준 집단의 하위 척도별 내적 일치도는 .65(가족관계 척도)에서 .89(과잉행동 척도)로 나타나서 이 검사의 하위 척도들의 내적 일관성이 높다는 것을 확인할 수 있었다(표 4). 특히 과잉행동 척도, F 척도, 정신증 척도, 불안 척도 등의 내적 일치도는 각각 .89, .86, .82, .81로 상당히 높게 나타나, 각 측정 영역이 동질적인 구성개념을 측정하고 있는 것으로 나타났다.

검사-재검사 신뢰도

검사의 각 하위 척도의 측정치들이 시간적 안정성이 있는 지 알아보기 위해 69명의 동일 피검자를 대상으로 14~16일 간격으로 재검사

표 4. KPRC 하위 척도의 내적 합치도

Scale	L	F	ERS	VDL	PDL	ANX	DEP	SOM	DIQ	HPR	FAM	SOC	PSY
문항수	12	30	18	12	13	15	15	15	15	19	18	14	19
α	.72	.86	.79	.78	.70	.81	.79	.73	.80	.89	.65	.73	.82

L: 허구, F: 빈도, ERS: 자아탄력성, VDL: 언어발달, PDL: 동작발달, ANX: 불안, DEP: 우울, SOM: 신체화, DIQ: 비행, HPR: 과잉행동, FAM: 가족관계, SOC: 사회관계, PSY: 정신증

표 5. KPRC의 검사-재검사 신뢰도(상관분석)

하위 척도	시행 1		시행 2		r
	Mean	SD	Mean	SD	
I(N=60 명)	17.37	3.82	16.73	3.83	.73**
F(N=57 명)	9.03	7.27	9.57	9.39	.72**
ERS(N=56 명)	29.19	5.77	27.92	4.53	.53**
VDL(N=61 명)	12.21	3.68	12.00	3.51	.64**
PDL(N=59명)	13.03	3.87	12.52	3.35	.42*
ANX(N=57명)	14.64	5.75	12.63	6.02	.57**
DEP(N=55명)	15.83	3.39	15.05	3.29	.64**
SOM(N=59 명)	16.21	4.32	14.71	4.29	.64**
DLQ(N=60 명)	11.19	3.57	11.15	3.82	.75**
HPR(N=59 명)	18.22	8.13	18.03	8.22	.74**
FAM(N=59 명)	20.98	5.01	20.28	4.68	.57**
SOC(N=59명)	17.75	3.86	16.51	3.23	.52**
PSY(N=57명)	11.88	6.48	12.17	7.58	.80**

L: 허구, F: 빈도, ERS: 자아탄력성, VDL: 언어발달, PDL: 동작발달, ANX: 불안, DEP: 우울, SOM: 신체화, DLQ: 비행, HPR: 과잉행동, FAM: 가족관계, SOC: 사회관계, PSY: 정신증

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

를 시행하였다. 우선 두 시점의 측정치들에 대해 결측치를 제외한 상관분석을 실시한 결과, 모든 하위 척도의 상관계수가 .42~.80의 범위로 나타났다(표 5). 즉, 신뢰도 분석 결과 KPRC는 시간적 안정성이 있는 것으로 해석 가능하다.

타당도 연구

하위 척도 간의 상관관계

각 하위 척도 간의 상호관련성을 알아보기 위해서 상관분석을 실시하였다. 분석 결과, 각 하위 척도들은 모두 서로 유의미하게 상관되

어 있는 것으로 밝혀졌다. 타당도 척도 중 L 척도는 자아탄력성 척도를 제외한 다른 척도들과 부적 상관이 있었는데, 특히 비행 과잉행동 척도와 높은 부적 상관관계에 있는 것으로 나타났다. 자아탄력성 척도 역시 L척도를 제외한 나머지 모든 척도들과 부적 상관이 있었으며, 우울 척도와는 특히 높은 부적 상관을 보였다(표 6).

전체 검사에 대한 요인 분석

척도가 구성 개념과 이론적인 내적 구조에 얼마나 부합되는 지 검토하기 위해, 타당도 척도와 자아탄력성 척도를 제외한 KPRC를 척

표 6. 하위 척도 간 상관

	L	F	ERS	VDL	PDL	ANX	DEP	SOM	DLQ	HPR	FAM	SOC	PSY
L	1.00												
F	-.60**	1.00											
ERS	.57**	-.52**	1.00										
VDL	-.51**	.62**	-.50**	1.00									
PDL	-.48**	.55**	-.52**	.69**	1.00								
ANX	-.49**	.60**	-.50**	.47**	.51**	1.00							
DEP	-.52**	.66**	-.70**	.53**	.56**	.67**	1.00						
SOM	-.36**	.50**	-.43**	.34**	.40**	.44**	.55**	1.00					
DLQ	-.72**	.68**	-.60**	.47**	.41**	.40**	.46**	.32**	1.00				
HPR	-.68**	.64**	-.40**	.53**	.45**	.49**	.41**	.28**	.66**	1.00			
FAM	-.43**	.57**	-.43**	.34**	.27**	.33**	.45**	.30**	.43**	.38**	1.00		
SOC	-.19**	.32**	-.55**	.37**	.44**	.50**	.66**	.32**	.14**	.04*	.21**	1.00	
PSY	-.60**	.85**	-.57**	.64**	.55**	.65**	.67**	.47**	.62**	.62**	.40**	.40**	1.00

L: 허구, F: 빈도, ERS: 자아탄력성, VDL: 언어발달, PDL: 동작발달, ANX: 불안, DEP: 우울, SOM: 신체화, DLQ: 비행, HPR: 과잉행동, PSY: 정신증, FAM: 가족관계, SOC: 사회관계

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

도 수준에서 요인분석 하였다. KPRC의 10개 임상 척도 점수를 대상으로, 주축 분해법과 사각회전법을 이용하여 탐색적 요인분석을 실시했다. 그 결과, 고유치가 1 이상인 요인의 수는 두 개였으며 두 개의 요인으로 설명할 수 있는 총 변량은 64.2%로 나타났다. 그러나 KPRC와 구성이 유사한 PIC(personality inventory for children)의 요인 분석 결과, 내재적 성격 장애(internalized personality disturbance), 인지적 발달(cognitive development), 외현화 행동 장애(externalized behavior disorder)의 세 가지 요인이 나타났으며(Goh, Nee, Cody, 1987), 본 연구자들 역시 KPRC의 요인 구조가 외현적 문제, 내재적 문제, 발달 문제의 세 가지 요인으로 이루어

어져 있을 것을 가정하였다. 따라서 요인 수를 세 개로 지정하여 요인 분석을 다시 실시하였다. 분석 결과, 요인 1은 비행 척도, 과잉행동 척도, 가족관계 척도, 정신증 척도로 구성되었다. 요인 2는 사회관계 척도, 우울 척도, 신체화 척도, 불안 척도로 구성되었으며, 요인 3은 동작발달 척도, 언어발달 척도로 구성되었다. 이 세 요인들의 전체 설명 변량은 72.5%였다(표 7). 이러한 결과는 척도를 제작한 연구자들이 가정한 바에 일치하는 것으로, 요인 1은 '외현적인 행동 문제'와 관련되어 있으며, 요인 2는 '내재적인 성격 문제'와 관련되어 있고, 요인 3은 '발달 문제'와 관련되어 있다고 할 수 있다.

표 7. KPRC의 요인계수 행렬

하위척도	요인부하량		
	요인 1	요인 2	요인 3
HPR	.86	-.23	.15
DLQ	.81	-.00	-.00
PSY	.55	.30	.13
FAM	.46	.24	-.13
DEP	.20	.87	-.00
SOC	-.37	.85	.16
ANX	.27	.52	.00
SOM	.21	.45	-.00
VDL	.15	-.00	.74
PDL	-.00	.15	.73
고유치	5.13	1.29	.83
설명변량	51.32	12.88	8.3
전체설명변량		72.04	

L: 허구, F: 빈도, ERS: 자아탄력성, VDL: 언어발달, PDL: 동작발달, ANX: 불안, DEP: 우울, SOM: 신체화, DLQ: 비행, HPR: 과잉행동, FAM: 가족관계, SOC: 사회관계, PSY: 정신증

표본의 하위 집단 간 차이 분석

성별 집단 차이 분석

성별 집단 차이를 t 검증한 결과, 여자와 남자 집단은 검사-재검사 척도, 불안 척도, 신체화 척도, 과잉행동 척도의 점수 합에서 유의미한 집단 차이가 나타났다.

학교·학년별 차이 분석

유치원, 초등학교, 중학교, 고등학교 학생들의 집단 간 차이를 분산 분석했다. 분석 결과, 자아탄력성 척도를 제외한 모든 하위 척도에서 집단 차이가 유의미하게 나타났다(표 9).

표 8. 하위 척도들의 성별 차이 분석 결과(t 검증)

	Males(N=1269)		Females(N=1315)		t
	Mean	SD	Mean	SD	
T-R	4.20	2.03	4.49	2.16	-3.56**
L	22.45	4.82	22.64	4.73	-.97
F	9.18	7.57	8.64	7.35	1.81
ERS	35.40	6.75	35.06	6.57	1.30
VDL	8.13	4.92	7.77	4.77	1.92
PDL	11.46	4.80	11.55	4.41	-.46
ANX	12.69	6.21	13.37	5.94	-2.86**
DEP	11.47	5.70	11.39	5.54	.418
SOM	11.21	5.64	11.87	5.85	-2.92**
DLQ	9.07	4.96	8.92	4.66	.80
HPR	17.45	8.89	15.81	8.06	4.93***
FAM	15.24	5.15	15.30	5.10	-.32
SOC	13.51	5.31	13.32	5.21	.93
PSY	10.06	6.53	9.78	5.99	1.12

L: 허구, F: 빈도, ERS: 자아탄력성, VDL: 언어발달, PDL: 동작발달, ANX: 불안, DEP: 우울, SOM: 신체화, DLQ: 비행, HPR: 과잉행동, FAM: 가족관계, SOC: 사회관계, PSY: 정신증

** p < .005, *** p < .001

학교 별 집단 간 차이를 분산 분석한 후 각각의 학교집단, 즉 유치원, 초등학교, 중학교, 고등학교 집단 내의 학년 별 차이를 분산 분석했다. 유치원 집단의 경우 학년의 구분이 되어 있지 않아서 나이별 차이를 분석했으며, 고등학교는 1·2학년만을 대상으로 집단 간 차이를 t 검증했다.

분석 결과, 유치원생 집단 중 3세, 4세, 5세, 6세의 집단은 하위 척도에서 집단 간 차이를 보이지 않았다. 초등학교 집단 내에서 각 학년 별 차이를 분석한 결과, 초등학생들은 T-R

표 9. 하위 척도들의 학교별 차이 분석 결과

	유치원생 (N=519)		초등학생 (N=1238)		중학생 (N=519)		고등학생 (N=363)		F	Scheffe 사후검증
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
T-R	3.88	1.89	4.40	2.16	4.51	2.07	4.58	2.16	11.41 ***	초,중,고>유
L	21.83	4.21	22.05	4.72	23.68	5.03	23.64	4.95	25.07 ***	중,고>초,유
F	9.55	6.85	9.53	7.75	7.56	7.25	8.04	7.55	11.42 ***	초,유>중,고
ERS	35.07	5.92	35.11	6.68	35.80	7.06	35.06	7.12	1.57	
VDL	8.80	4.78	7.98	5.00	7.45	4.68	7.36	4.42	9.10 ***	유>초,중,고
PDL	12.88	4.35	11.44	4.57	10.77	4.68	10.81	4.57	23.27 ***	유>초,중,고 초>중
ANX	13.62	5.60	13.73	6.01	11.57	6.14	11.79	6.41	22.61 ***	초,유>중,고
DEP	11.17	5.12	11.30	5.69	11.34	5.82	12.28	5.81	3.40 *	고>유 초
SOM	10.57	5.02	11.31	5.76	11.75	6.10	13.37	5.86	18.31 ***	중>유 고>유,초,중
DLQ	10.22	4.49	9.52	4.81	7.63	4.69	7.55	4.80	42.38 ***	유>초,중,고 초>중,고
HPR	18.78	7.44	18.37	8.47	13.19	8.17	12.65	7.89	90.66 ***	초,유>중,고
FAM	13.93	4.09	15.45	5.21	15.69	5.32	15.95	5.53	15.92 ***	유<초,중,고
SOC	12.78	5.09	12.92	5.18	14.24	5.28	14.73	5.36	18.27 ***	중,고>유,초
PSY	10.99	6.04	10.28	6.39	8.67	5.93	8.93	6.22	16.68 ***	유,초>중,고

L: 허구, F: 빈도, ERS: 자아탄력성, VDL: 언어발달, PDL: 동작발달, ANX: 불안, DEP: 우울, SOM: 신체화, DLQ: 비행, HPR: 과잉행동, FAM: 가족관계, SOC: 사회관계, PSY: 정신증유: 유치원생, 초: 초등학생, 중: 중학생, 고: 고등학생

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

척도, F척도, 자아탄력성 척도, 언어발달 척도, 불안 척도, 우울 척도, 신체화 척도, 과잉행동 척도, 가족관계 척도, 사회관계 척도, 정신증 척도의 점수에서 학년 별 유의미한 차이를 보였다. 중학교 집단 내에서는 우울 척도, 신체화 척도, 사회관계 척도에서 각각 학년 별 차이가 나타났으며, 고등학교 집단 내에서는 F 척도, 정신증 척도에서 학년 별 차이가 나타

났다.

장애 고위험군과 정상군에 대한 KPRC의 로지스틱 회귀모형

집단 간 차이를 분석(t 검증)한 결과, 주의력 결핍/과잉 행동 장애 · 분리불안장애 · 주요 우울 장애 · 범불안 장애 · 자폐성 장애 · 반항성

표 10. 각 학교들의 학년 별 차이 검증

	유치원		초등학교		중학교		고등학교
	F	F	Scheffe	사후검증	F	Scheffe	
T-R	1.14	4.35**		6>1,2	1.66		-1.02
L	.99	1.84			.95		.84
F	.75	3.00*		1>2	2.12		-2.45*
ERS	.40	3.22**			2.43		1.86
VDL	.10	4.04**		3>2,5	1.08		.04
PDL	1.41	2.66			1.47		-.31
ANX	.65	2.96*		3>2	1.20		-.52
DEP	.28	4.11**		2<3,5,6	6.46**	3>1	-.77
SOM	2.28	3.25**		6>2	5.28**	1<2,3	-.74
DLQ	.05	1.96			1.60		-1.76
HPR	.76	4.87***		2<1,3	.55		-.18
FAM	.57	2.99*			3.16*		-1.56
SOC	2.61	2.81*			5.34**	3>1	.84
PSY	.28	2.79*			1.11		-2.06*

I: 허구, F: 빈도, ERS: 자아탄력성, VDL: 언어발달, PDL: 동작발달, ANX: 불안, DEP: 우울, SOM: 신체화, DLQ: 비행, HPR: 과잉행동, FAM: 가족관계, SOC: 사회관계, PSY: 정신증 1· 2· 3· 4· 5· 6: 1· 2· 3· 4· 5· 6학년

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

장애 고위험군의 모든 하위 척도 점수들은 정상군과 유의확률 $p < .01$ 수준에서 유의미한 집단 차이를 보였다. 즉 각 장애 고위험군과 정상군은 KPRC 하위 척도 점수들이 서로 다른 집단이라고 할 수 있겠다.

KPRC의 각 하위척도들이 주의력 결핍/과잉 행동 장애·분리불안장애·주요 우울 장애 범 불안 장애·자폐성 장애·반항성 장애 가능성을 잘 설명할 수 있는지 여부를 확인하기 위해서 로지스틱 회귀 분석을 실시했다. 로지스틱 회귀분석 과정에서는 KPRC의 각 하위척도 점수들을 전진선택(Wald)법으로 입력했다.

로지스틱 회귀분석 결과, 독립변인인 KPRC가 종속변인인 주의력 결핍/과잉행동 장애·분리불안 장애·자폐성 장애·주요 우울장애·반항성 장애·범불안 장애 가능성 유무에 영향을 미치지 않는다는 영가설을 기각할 수 있었다.

집단 간 차이 분석 결과 및 로지스틱 회귀 분석 결과를 장애별로 살펴보면 다음과 같다.

주의력 결핍/과잉 행동 장애 가능성에 대해서는 13개의 하위 척도 중 과잉행동 척도만이 유의미한 변인으로 회귀식에 포함되었다. 표 12에는 회귀식에 포함된 독립변인의 유의수준

표 11. 주의력 결핍/과잉 행동 장애 고위험군과 정상군의 차이 분석 결과 (t 검증)

	고위험군(N=205)		정상군(N=1310)		t
	Mean	SD	Mean	SD	
L	19.57	4.45	23.41	4.78	-10.80***
F	9.18	7.57	8.64	7.35	11.14***
ERS	35.40	6.75	35.06	6.57	-5.87***
VDL	8.13	4.92	7.77	4.77	10.15***
PDL	11.46	4.80	11.55	4.41	6.18***
ANX	12.69	6.21	13.37	5.94	8.18***
DEP	11.47	5.70	11.39	5.54	4.02***
SOM	11.21	5.64	11.87	5.85	4.57***
DLQ	9.07	4.96	8.92	4.66	11.22***
HPR	17.45	8.89	15.81	8.06	17.32***
FAM	15.24	5.15	15.30	5.10	7.24***
SOC	13.51	5.31	13.32	5.21	1.83
PSY	10.06	6.53	9.78	5.99	11.56***

L: 허구, F: 빈도, ERS: 차아탄력성, VDL: 언어발달, PDL: 동작발달, ANX: 불안, DEP: 우울, SOM: 신체화, DLQ: 비행, HPR: 과잉행동, FAM: 가족관계, SOC: 사회관계, PSY: 정신증
 *** $p < .001$

이 제시되어 있으며, 이 결과는 과잉행동 척도의 점수 합이 주의력 결핍/과잉 행동 장애 가능성을 설명하는 데에 유용할 수 있음을 시사한다. 표 13에는 로지스틱 회귀식으로 주의력 결핍/과잉 행동 장애 고위험군을 변별하는 경우의 분류율이 제시되어 있다. 과잉행동 척

도의 장애고위험군 분류 정확도는 22.9%였고, 정상군 분류 정확도는 98.4%였으며, 전반적인 분류 정확도는 88.2%로 나타났다.

표 12. 주의력 결핍/과잉 행동 장애 가능성 유무에 관한 로지스틱 회귀분석 결과

독립변인	B	S.E.	Wald	유의확률
HPR	.17	.01	193.91	.00
상수	-5.08	.28	333.67	.00

HPR: 과잉행동

표 13. 로지스틱 회귀식으로 주의력 결핍/과잉 행동 장애 고위험군을 변별할 때의 분류율

종속 변인	관측치	예측치		분류의 정확도
		정상군	고위험군	
장애 위험 여부	정상군 (n=1310)	1289	21	98.4%
	고위험군 (n=205)	158	47	22.9%
				88.2%

표 14. 분리불안장애 고위험군과 정상군의 차이 분석 결과 (t 검증)

	고위험군 (N=745)		정상군 (N=975)		t
	Mean	SD	Mean	SD	
L	20.80	4.15	22.95	4.66	-9.90***
F	7.72	4.24	5.07	4.02	13.17***
ERS	33.35	5.81	36.54	6.60	-10.46***
VDL	9.35	4.95	7.25	4.70	8.94***
PDL	13.12	4.44	10.82	4.33	10.77**
ANX	16.37	5.29	11.53	5.37	18.69***
DEP	15.03	4.26	12.31	3.97	13.49***
SOM	12.70	5.49	9.71	5.18	11.47***
DLQ	10.74	4.60	8.90	4.69	8.14***
HPR	21.02	6.98	17.60	7.45	9.70***
FAM	15.14	5.59	12.48	5.49	9.87***
SOC	14.17	5.14	11.79	4.87	9.72***
PSY	12.84	6.13	8.56	5.70	14.94***

L: 허구, F: 빈도, ERS: 차아탄력성, VDL: 언어발달, PDL: 동작발달, ANX: 불안, DEP: 우울, SOM: 신체화, DLQ: 비행, HPR: 과잉행동, FAM: 가족관계, SOC: 사회관계, PSY: 정신증
 *** $p < .001$

분리 불안 장애 가능성에 대해서는 13개의 하위 척도 중 불안 척도와 정신증 척도가 유의미한 변인으로 회귀식에 포함되었다. 표 15에는 회귀식에 포함된 독립변인의 유의수준이 제시되어 있으며, 이 결과는 불안 척도와 정

신증 척도의 문항들이 분리불안 장애 가능성을 설명하는 데에 유용함을 시사한다. 표 16에는 로지스틱 회귀식으로 분리불안 장애 고

표 15. 분리불안장애 가능성 유무에 관한 로지스틱 회귀분석 결과

독립변인	B	S.E.	Wald	유의확률
ANX	.14	.01	119.11	.00
PSY	.05	.01	24.26	.00
상수	-2.75	.17	271.59	.00

ANX: 불안, PSY: 정신증

표 16. 로지스틱 회귀식으로 분리불안장애 고위험군을 변별할 때의 분류율

종속 변인	관측치	예측치		분류의 정확도
		정상군	고위험군	
장애 위험 여부	정상군 (n=975)	752	223	77.1%
	고위험군 (n=745)	306	439	58.9%
				69.2%

표 17. 주요우울장애 고위험군과 정상군의 차이 분석 결과 (t 검증)

	고위험군 (N=328)		정상군 (N=183)		t
	Mean	SD	Mean	SD	
L	20.45	4.13	23.93	4.33	-8.67***
F	7.86	4.63	4.43	3.85	8.50***
ERS	33.09	5.71	37.48	7.01	-7.67***
VDL	9.82	4.93	6.13	4.63	8.43***
PDL	13.09	4.66	9.86	4.37	7.83**
ANX	15.88	5.89	11.74	5.87	7.63***
DEP	15.03	4.25	12.53	4.11	6.49***
SOM	12.95	5.36	9.26	5.09	7.17***
DLQ	10.74	4.64	7.78	4.57	6.98***
HPR	21.60	6.91	15.76	6.73	9.32***
FAM	15.17	5.56	12.79	5.97	4.42***
SOC	14.30	5.13	11.95	5.18	4.94***
PSY	12.82	6.10	7.69	6.02	9.20***

L: 허구, F: 빈도, ERS: 자아탄력성, VDL: 언어발달, PDL: 동작발달, ANX: 불안, DEP: 우울, SOM: 신체화, DLQ: 비행, HPR: 과잉행동, FAM: 가족관계, SOC: 사회관계, PSY: 정신증
*** $p < .001$

위험군을 변별하는 경우의 분류율이 제시되어 있다. 불안 척도와 정신증 척도의 장애고위험군 분류 정확도는 58.9%였고, 정상군 분류 정확도는 77.1%였으며, 전반적인 분류 정확도는 69.2%로 나타났다.

주요 우울장애 가능성에 대해서는 우울 척도와 과잉행동 척도가 유의미한 변인으로 회귀식에 포함되었다. 표 18에는 회귀식에 포함된 독립변인의 유의수준이 제시되어 있으며, 이 결과는 우울 척도와 과잉행동 척도의 문항

표 18. 주요우울장애 가능성 유무에 관한 로지스틱 회귀분석 결과

독립변인	B	S.E.	Wald	유의확률
DEP	.11	.02	24.60	.00
HPR	.10	.02	40.01	.00
상수	-2.46	.33	54.25	.00

DEP: 우울, HPR: 과잉행동

들이 주요 우울 장애 가능성을 설명하는 데에 유용할 수 있음을 시사한다. 표 19에는 로지스틱 회귀식으로 주요 우울 장애 고위험군을 변별하는 경우의 분류율이 제시되어 있다. 이들 하위 척도의 고위험군 분류 정확도는 87.5%였고, 정상군 분류 정확도는 51.9%였으며, 전반적인 분류 정확도는 74.8%로 나타났다.

반향성 장애 가능성에 대해서는 F척도, 우울 척도, 가족관계 척도의 세 가지 하위 척도가 유의미한 변인으로 회귀식에 포함되었다. 표 21에는 회귀식에 포함된 독립변인의 유의수준이 제시되어 있으며, 이 결과는 이들 척도들이 반향성 장애 가능성을 설명하는 데에 유용할 수 있음을 시사한다. 표 22에는 로지스틱 회귀식으로 반향성 장애 고위험군을 변별하는 경우의 분류율이 제시되어 있다. F척

표 19. 로지스틱 회귀식으로 주요우울장애 고위험군을 변별할 때의 분류율

종속 변인	판측치	예측치		분류의 정확도
		정상군	고위험군	
장애 위험 여부	정상군 (n=183)	95	88	51.9%
	고위험군 (n=328)	41	287	87.5%
				74.8%

표 20. 반항성 장애 고위험군과 정상군의 차이 분석 결과(t 검증)

	고위험군 (N=457)		정상군 (N=561)		t
	Mean	SD	Mean	SD	
L	20.63	4.29	23.25	4.29	-9.69***
F	7.55	4.49	4.71	3.66	11.13***
ERS	33.44	6.06	37.04	6.15	-9.34***
VDL	9.33	5.28	7.29	4.52	6.64***
PDL	12.72	4.62	11.22	4.38	5.28***
ANX	15.34	5.69	12.26	5.79	8.51***
DEP	14.61	3.93	12.46	4.09	8.52***
SOM	11.88	5.38	9.84	5.04	6.19***
DLQ	10.94	4.88	8.39	4.05	9.09***
HPR	21.07	7.48	17.62	6.96	7.55***
FAM	15.23	5.34	11.87	5.09	10.21***
SOC	13.84	4.93	11.94	5.18	5.99***
PSY	12.41	6.52	8.42	5.19	10.88***

L: 허구, F: 빈도, ERS: 자아탄력성, VDL: 언어발달, PDL: 동작발달, ANX: 불안, DEP: 우울, SOM: 신체화, DLQ: 비행, HPR: 과잉행동, FAM: 가족관계, SOC: 사회관계, PSY: 정신증
*** $p < .001$

표 21. 반항성 장애 가능성 유무에 관한 로지스틱 회귀분석 결과

독립변인	B	S.E.	Wald	유의확률
F	.05	.01	14.77	.00
DEP	.07	.02	17.53	.00
FAM	.07	.02	17.29	.00
상수	-2.62	.27	92.78	.00

DEP: 우울, FAM: 가족관계

표 22. 로지스틱 회귀식으로 반항성 장애 고위험군을 변별할 때의 분류율

종속변인	관측치	예측치		분류의 정확도
		정상군	고위험군	
장애 위험 여부	정상군 (n=561)	429	132	76.5%
	고위험군 (n=457)	201	256	56.0%
				67.3%

표 23. 범불안 장애 고위험군과 정상군의 차이 분석 결과(t 검증)

	GAD 고위험군 (N=277)		정상군 (N=752)		t
	Mean	SD	Mean	SD	
L	20.51	4.31	22.64	4.42	-6.99***
F	8.09	4.68	5.25	3.91	9.77***
ERS	33.39	5.78	36.07	6.46	-6.05***
VDL	9.38	5.04	7.84	4.88	4.40***
PDL	12.76	4.60	11.60	4.49	3.60***
ANX	15.87	5.80	12.81	5.79	7.51***
DEP	14.62	4.20	13.02	4.06	5.50***
SOM	12.49	5.60	10.18	5.06	6.29***
DLQ	11.38	4.58	8.90	4.47	7.73***
HPR	21.95	7.03	18.09	7.26	7.75***
FAM	15.93	5.60	12.50	5.15	8.90***
SOC	13.58	5.02	12.55	5.16	2.89***
PSY	12.88	6.24	9.26	5.83	8.39***

L: 허구, F: 빈도, ERS: 자아탄력성, VDL: 언어발달, PDL: 동작발달, ANX: 불안, DEP: 우울, SOM: 신체화, DLQ: 비행, HPR: 과잉행동, FAM: 가족관계, SOC: 사회관계, PSY: 정신증
** $p < .01$, *** $p < .001$

도, 우울 척도, 가족관계 척도가 포함된 회귀식이 고위험군을 분류하는 정확도는 56.0%였고, 정상군 분류 정확도는 76.5%였으며, 전반적인 분류 정확도는 67.3%로 나타났다.

범불안 장애 가능성에 대해서는 척도, 불안 척도, 가족관계 척도의 3가지 하위 척도 점수가 유의미한 변인으로 회귀식에 포함되었다. 표 24에는 회귀식에 포함된 독립변인의 유의수준이 제시되어 있으며, 이 결과는 이들 하위 척도의 문항이 범불안 장애 가능성을 설명하는 데에 유용할 수 있음을 시사한다. 표 25에는 로지스틱 회귀식으로 범불안 장애 고위험군을 변별하는 경우의 분류율이 제시되어 있다. 이들 하위 척도의 장애 고위험군 분류 정확도는 17.3%였고, 정상군 분류 정확도는 94.7%였으며, 전반적인 분류 정확도는 73.9%로 나타났다.

자폐성 장애 가능성에 대해서는 우울 척도만이 유의미한 변인으로 회귀식에 포함되었다. 표 27에는 회귀식에 포함된 독립변인의 유의수준이 제시되어 있으며, 이 결과는 이 하위 척도들이 자폐성 장애 가능성을 설명하는 데에 유용할 수 있음을 시사한다. 표 28에는 로지스틱 회귀식으로 자폐성 장애 고위험군을 변별하는 경우의 분류율이 제시되어 있다. 이들 하위 척도들의 장애 고위험군에 대한 분류

표 24. 범불안 장애 가능성 유무에 관한 로지스틱 회귀분석 결과

독립변인	B	S.E.	Wald	유의확률
F	.04	.01	9.72	.00
ANX	.04	.02	7.89	.00
FAM	.09	.02	22.21	.00
상수	-3.341	.31	115.00	.00

ANX: 불안, FAM: 가족관계

표 25. 로지스틱 회귀식으로 범불안 장애 고위험군을 변별할 때의 분류율

종속 변인	관측치	예측치		분류의 정확도
		정상군	장애 고위험군	
장애 위험 여부	정상군 (n=752)	712	40	94.7%
	장애 고위험군 (n=277)	229	48	17.3%
				73.9%

표 26. 자폐성 장애(AD) 고위험군과 정상군의 차이 분석 결과 (t 검증)

	AD 고위험군 (N=300)		정상군 (N=1426)		t
	Mean	SD	Mean	SD	
L	20.74	4.23	22.31	4.59	-5.79***
F	7.96	4.50	5.84	4.16	7.49***
ERS	33.03	5.13	35.62	6.45	-6.38***
VDL	10.05	5.24	7.75	4.75	7.03***
PDL	13.18	4.83	11.52	4.42	5.49***
ANX	16.12	6.08	13.12	5.73	7.85***
DEP	15.48	4.37	13.08	4.23	8.68***
SOM	12.60	5.61	10.68	5.46	5.40***
DLQ	10.80	4.59	9.46	4.71	4.59***
HPR	21.62	7.01	18.54	7.41	6.60***
FAM	15.52	5.80	13.20	5.55	6.36***
SOC	14.82	5.41	12.44	5.01	7.01***
PSY	13.32	6.63	9.81	6.00	8.48***

L: 허구, F: 빈도, ERS: 자아탄력성, VDL: 언어발달, PDL: 동작발달, ANX: 불안, DEP: 우울, SOM: 신체화, DLQ: 비행, HPR: 과잉행동, FAM: 가족관계, SOC: 사회관계, PSY: 정신증

*** p < .001

표 27. 자폐성 장애 가능성 유무에 관한 로지스틱 회귀분석 결과

독립변인	B	S.E.	Wald	유의확률
DEP	.11	.01	90.28	.00
상수	-2.96	.17	297.08	.00

DEP: 우울

표 28. 로지스틱 회귀식으로 자폐성 장애 고위험군을 변별할 때의 분류율

종속 변인	관측치	예측치		분류의 정확도
		정상군	장애 고위험군	
장애 위험 여부	정상군 (n=1426)	1423	3	99.8%
	장애 고위험군 (n=300)	291	9	3.0%
				83.0%

정확도는 3.0%였고, 정상군 분류 정확도는 99.8%였으며, 전반적인 분류 정확도는 83.0%로 나타났다.

논 의

한국 아동 인성 평정 척도(KPRC)는 한국 아동 인성 검사(KPI-C)를 기반으로 하여 임상 장면에서 보다 실용적으로 사용하고자 제작된 것으로, 전체 177문항, 14개 하위 척도로 구성되어 있다. 아동, 청소년에 대해 보호자가 각 문항에 0점(전혀 그렇지 않다)에서 3점(매우 그렇다)에 이르는 4점 척도로 평정하게 되어 있다. 본 연구에서는 KPRC를 표준화하는 데에 목적이 있으며, 이를 위해 세 개 지역의 3세

에서 17세에 이르는 일반 소아·청소년 2639명을 대상으로 신뢰도와 타당도를 측정하였다.

신뢰도 연구 결과, KPRC 하위 척도들의 내적 일치도와 검사-재검사 신뢰도가 모두 양호하게 나타났다. 따라서 이 검사의 하위 척도들이 내적 일관성이 높으며, 각 측정 영역이 동질적인 구성개념을 측정하고 있는 것으로 확인되었다.

상관분석 결과를 구체적으로 살펴보면 L척도는 자아탄력성 척도와 높은 정적 상관을 보였고, 다른 척도들과는 부적 상관을 보였으며, 특히 L척도는 과잉행동 척도, 비행 척도와 높은 부적 상관을 보였다. L척도가 문제의 부재나 부정을 반영하며 사회적 바람직성을 의미하므로 자아탄력성 척도와 정적 상관이 나타나는 것으로 보인다. 또한 비행 척도와 과잉행동 척도의 점수 상승은 외현적인 행동 상의 문제를 인정하는 것이라고 볼 수 있으므로, L척도와는 높은 부적 상관을 보이는 것으로 해석된다.

F척도는 자아탄력성 척도, L척도와는 높은 부적 상관을 이루고 있었으며, 임상척도들과는 높은 정적 상관을 나타냈다. F척도가 증상의 과장이나 일탈된 반응자세를 가려내기 위해 시인빈도가 낮은 문항들로 만들어졌으므로, 정신병리적 특징을 나타내는 임상척도의 점수와 높은 정적 상관을 이룬다고 볼 수 있다. 특히 F척도는 임상 척도들 중 정신증 척도와 가장 높은 상관($r = .85$)을 보이고 있어, 두 척도가 각각 측정하고자 하는 바를 적절하게 반영하고 있다고 해석할 수 있겠다.

자아탄력성 척도는 임상척도들과 높은 부적 상관이 있었고, L척도와는 정적 상관을 보였다. 이 결과는 스트레스에 융통성 있고 적절하게 대처하는 능력을 의미하는 자아탄력성의

개념과 일치한다.

임상척도들 역시 관련된 척도들 간에 높은 상관관계를 보였다. 그 중에서도 특히 언어발달 척도와 동작발달 척도간의 높은 정적 상관은 두 척도가 발달 관련 척도로 서로 밀접한 관련이 있음을 시사한다. 또한 과잉행동 척도와 비행 척도의 높은 정적 상관은 ADHD 아동의 35~70%가 반항성 장애를 나타내며 30~50%가 품행장애를 나타내는 것으로 추정된다(Johnston & Ohan, 1999)는 연구결과와 일치하고, 우울 척도와 사회관계 척도의 높은 정적 상관은 우울 증상을 보이는 아동들이 사회적 기능에 손상을 나타낼 수 있다(Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1998)는 연구 결과와 일치한다. 또한 불안 척도와 우울 척도와 높은 상관관계는 불안이 다른 부정적인 정서와 밀접한 연관이 있다는 연구결과(Lonigan, Phillips, & Hooe, 2003)와도 관련이 있다고 볼 수 있다.

척도가 구성 개념과 이론적인 내적 구조에 얼마나 부합되는지 검토하기 위해 실시한 요인 분석 결과, KPRC는 내재적 성격 문제, 발달 문제, 외현적 행동 문제의 세 가지 요인으로 이루어져 있는 것이 입증되었다. 이러한 결과는 연구자들이 가정한 바에 일치할 뿐 아니라, 기존의 PIC의 요인 구조와도 유사하다. 즉, KPRC는 아동의 내재적인 정서 문제와 외현적인 행동 상의 문제 뿐 아니라 발달 관련 문제를 반영하는 측정 도구라고 할 수 있겠다.

또한 KPRC의 기준을 만드는 데 있어서 기준 집단 내에 하위척도 점수의 성별 차이나 학년 차이가 있는지 여부를 확인하고자 하였다. KPRC 기준의 집단범주화에 활용하기 위해 성별 또는 학년별 점수의 집단 차이를 분석했다. 분석 결과, 여자 집단은 검사-재검사 척도와 불안 척도, 신체화 척도에서 남자 집단에

비해 점수가 유의미하게 높았으며, 과잉행동 척도에서 남자 집단에 비해 점수가 유의미하게 낮게 나타났다. 이러한 결과는 남아에 비해 여아들이 더 많은 것들에 비해 두려움을 나타내며(King, Ollier, Iacuone, Schuster, Bays, Gullone, & Ollendick, 1989), 여아들의 범불안 장애 유병률이 동일 연령대의 남아에 비해 높다(Cohen, Cohen, Kasen, Velez, Hartmark, Johnson, Rojas, Brook, & Streuning, 1993)는 연구 결과들과 일치한다. 또한 과잉행동 척도에서의 성별 차이는 주의력 결핍/과잉행동 장애 진단을 받는 남아가 언제나 여아보다 더 많다는 보고(American Psychiatric Association, 1994)와도 일치한다.

기준 내의 학교·학년별 집단 간 차이를 분석한 결과, 자아탄력성 척도를 제외한 모든 하위 척도에서 학교 간의 집단 차이가 나타났으며, 유치원 집단을 제외한 초등학교·중학교·고등학교 집단 내에서 학년 별 집단 간 차이가 유의미하게 나타났다.

L척도와 사회관계 척도는 유치원생과 초등학생에 비해 중학생과 고등학생에서 유의미하게 높은 점수가 나타났다. 반면, F척도와 불안 척도, 과잉행동 척도, 정신증 척도의 점수는 중·고등학생이 유치원생과 초등학생에 비해 유의미하게 높았다. 한편 두 가지의 발달 척도 모두에서는 유치원생의 점수가 초·중·고등학생의 점수에 비해 높았으며, 고등학생의 경우 신체화 척도와 우울 척도에서 다른 집단에 비해 유의미하게 높은 점수가 나타났다.

각 학교 내의 학년별 차이에 대해 분석한 결과, 여러 척도에서 학년 별 차이가 나타나 KPRC이 측정하는 아동·청소년의 심리적 문제는 각 학년별로 양적인 차이가 있음을 보여준다. 특히 부정적인 정서를 측정하는 임상 척

도 중 우울 척도와 신체화 척도의 집단 간 차이를 살펴보면, 위에서 살펴봤듯이 고등학생 전체가 다른 집단에 비해 점수가 높을 뿐 아니라, 초등학교 6학년은 2학년에 비해 점수가 유의미하게 높았으며, 중학교 내에서도 2학년이 1학년에 비해 높은 점수가 나타나는 것을 볼 수 있다. 학년이 증가함에 따라 이들 부정적 정서와 관련된 척도의 점수가 높은 것은 청소년기에는 더 어린 아동들에 비해 남녀 모두에게 우울증이 더 많이 발생한다는 연구 결과들(Angold & Rutter, 1992; Cohen 등, 1993; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 1993; Whitaker, Johnson, Shaffer, Rappoport, Kalikow, Walsh, Davies, Braiman, & Dolinsky, 1990)과 일치하며, 아동이 청소년기에 이르는 과정에서 맞게 되는 사춘기의 심리적·신체적 스트레스 및 갈등으로 설명 가능하다. 이와 같은 결과들은 KPRC의 해석 시, 연령이나 학년의 차이를 고려해야 할 것을 시사한다.

한편, 고등학교 1학년과 2학년간의 집단 간 차이 검증 결과, 2학년의 F척도와 정신증 척도의 점수가 1학년의 점수에 비해 유의미하게 증가하였다. 이는 상관분석 시, 두 척도의 점수가 학년의 증가에 따라 정적인 상관을 보인 것에 반하는 결과이다. 이러한 결과는 우리나라의 교육제도 특성 상, 입시문제와 관련하여 고등학교 2학년 학생들이 느끼는 심리적 스트레스가 1학년에 비해 높아지는 것으로 해석할 수 있겠다.

본 연구의 분석 결과는 아동기로부터 청소년기로 갈수록 주의력 결핍/과잉행동 장애의 유병률이 감소한다는 보고들(Schaughency, McGee, Raja, Feehan, & Silva, 1994)과 일치한다. 또한 언어발달 척도와 동작발달 척도에서 학년이 올라갈수록 점수가 낮아지는 것은 두 발

달 척도의 문항들이 회상적인 질문('다른 아이들에 비해 신체발육이 늦은 편이었다', '자기 생각을 말로 표현하는 데 어려움이 없었다' 등)로 되어 있거나 발달 수준에 대한 질문('다른 사람의 행동을 잘 따라하지 못 한다' 등)로 되어 있기 때문인 것으로 보인다.

마지막으로 KPRC가 일부 정신과적 장애로 진단될 가능성이 있는 아동을 선별하는 데에 이용될 수 있는지 여부를 확인하고자 하였다. 장애 고위험군과 정상군의 집단 간 차이 검증 결과, 주의력 결핍/과잉 행동 장애 분리불안장애·주요 우울 장애·범불안 장애 자폐성 장애·반항성 장애 고위험군의 모든 KPRC 하위 척도 점수들은 정상군과 유의미한 집단 차이를 보였으며, 로지스틱 회귀분석 결과, KPRC는 주의력 결핍/과잉행동 장애·분리불안 장애·자폐성 장애·주요 우울장애·반항성 장애·범불안 장애 가능성과 관련이 있는 것으로 나타났다.

로지스틱 회귀 분석 결과를 구체적으로 살펴보면, KPRC의 주요우울장애 고위험군에 대한 분류 정확도는 87.5%로 나타났으며, 이때 회귀식에 포함된 척도들은 우울 척도, 과잉행동 척도였다. 이 결과는 KPRC의 두 척도가 우울 증상을 보이는 아동들을 적절히 변별할 수 있다는 것을 시사하며, 주의력 결핍/과잉행동 장애와 우울 장애 간의 높은 공존 유병률(Biederman, Faraone, Mick, Moore, & Lelon, 1996)이 반영된 것으로 보인다.

주의력 결핍/과잉행동 장애 고위험군이 KPRC에 의해 분류되는 정확도는 22.9%로 나타났으나, 이 장애의 가능성이 없는 정상군의 분류 정확도는 98.4%로 매우 높게 나타났다. 이때, 회귀식에는 과잉행동 척도만이 포함되었다. 즉, KPRC의 과잉행동 척도는 아동이 주의력 결핍/과잉행동 장애의 증상을 보이지 않

는다는 것을 변별하는 데에 매우 유용한 것으로 해석할 수 있다.

자폐성 장애 고위험군이 KPRC에 의해 분류되는 정확도는 3.0%에 불과했지만, 자폐성 장애 가능성이 없는 정상군을 99.8%까지 변별하는 게 가능했다. 회귀식에는 우울 척도만이 유의미한 변인으로 포함되어었는데, 이는 우울 척도의 ‘대개 혼자서 논다’, ‘말이 별로 없다’는 등의 사회적 상호작용과 관련된 문항들이 자폐성 장애의 증상과 관련되어 있기 때문이라고 생각된다. 그러나 우울 척도의 문항들이 우울감을 측정하는 데에 타당하고 변별성이 있다(박혜연 등, 2005)고 볼 수 있으므로, 우울 척도가 자폐성 장애의 가능성을 판단하는 데에 사용되기 보다는, 아동의 사회성과 관련된 문제를 확인하는 데에 유용하게 쓰일 수 있을 것이라는 해석이 가능하다.

범불안 장애 고위험군 역시 KPRC에 의해서 17.3%만이 분류될 수 있었으나, 범불안 장애가 아닌 정상군은 94.7%가 변별될 수 있었으며, F척도, 불안 척도, 가족관계 척도가 회귀식에 포함되었다. 따라서 KPRC의 F척도, 불안 척도, 가족관계 척도는 아동이 범불안 장애가 아닐 가능성을 지지하는 데에 유용하게 쓰일 것으로 보인다. 또한 가족관계 척도가 회귀식에 포함된 것은 아동이 부모로부터 불안해하는 것을 학습하거나 가족들이 아동에게 불안 관련 문제가 생길 위험 환경을 조성할 수 있다(Ollendick & King, 1991)는 주장과 일치한다.

또한 KPRC의 불안 척도와 정신증 척도는 분리불안 장애 고위험군을 58.9% 변별하여, 이들 척도가 불안 관련 증상을 변별하는 데에 활용 가능성을 시사한다. F척도와 우울 척도, 가족관계 척도는 반항성 장애 고위험군을 56.0% 변별할 수 있었고, 정상군을 76.5% 변별할

수 있었다. 가족관계 척도가 회귀식에 포함된 것은 실제로 가족의 영향이 여러 품행장애 행동의 생성에 중요한 역할을 한다는 것을 밝힌 연구 결과들(Kazdin, 1985; Rutter & Giller, 1984; West, 1982)과 일치한다.

그러나 한편으로는 KPRC의 변별력을 알아보기 위한 로지스틱 회귀분석 결과, 일부 장애 고위험군에 대해서는 정상군을 고위험군으로 잘못 분류할 확률(false alarm)이나 고위험군을 정상군으로 잘못 분류할 확률(miss)이 높게 나타난 점을 주의해야 할 것으로 보인다. 즉 주의력 결핍/과잉행동장애 고위험군 분류의 정확도에서 정상군을 고위험군으로 잘못 분류할 확률(false alarm)은 1.6%로 매우 낮으나 고위험군을 정상군으로 잘못 분류하는 비율(miss)은 77.1%로 매우 높게 나타났다. 또한 분리불안장애에서는 정상군을 고위험군으로 잘못 분류할 확률이 22.9%로 나타났으며, 고위험군을 정상군으로 잘못 분류할 확률은 41.1%로 높게 나타났다. 주요우울장애에서도 false alarm이 48.9%로 나타났으며, 범불안 장애에서는 false alarm이 낮지만 miss가 82.7%로 나타났다. 마지막으로 자폐증에서는 false alarm은 거의 없지만 고위험군을 정상군으로 잘못 분류할 비율 즉 miss는 97%로 나타났다. 이러한 결과는 KPRC를 일반 집단을 대상으로 사용하여 고위험군을 선별해내고자 할 때에 오류가 발생할 가능성이 있음을 시사하는 동시에, 본 연구의 고위험군의 설정이 실제 임상집단과 거리가 있을 가능성을 시사한다. 따라서 추후 연구에서는 이점을 고려하여 임상집단을 대상으로 한 KPRC의 변별력 검증 작업이 이루어져야 할 것으로 보인다.

본 연구의 결과를 종합해보면, KPRC는 주의력 결핍/과잉 행동 장애, 분리불안장애, 주요

우울 장애, 범불안 장애, 자폐성 장애, 반항성 장애의 선별에 활용 가능성이 있음이 시사되었다. 또한 기준 집단 내에서 학년 성별 집단 차이가 확인되었으므로, KPRC의 해석 시 집단 차이를 고려해야 할 필요성이 있는 것으로 밝혀졌다. 한편 학년·성별 집단 차이를 검증하는 과정에서, KPRC가 우울증 및 주의력 결핍/과잉행동 장애 등의 질병에 대한 기존 연구 결과를 반영하는 것으로 나타나, 이 척도가 아동·청소년의 심리적 문제를 측정하는 데에 타당하다는 것으로 해석 가능하다.

본 연구의 의의는 KPRC가 신뢰롭고 타당한 도구라는 것을 확인하여 임상 장면에서 활용할 수 있는 기반을 만들었다는 것에 있다. 그러나 일반 소아·청소년만을 대상으로 하여 임상적으로 진단을 받은 대상들을 연구에 포함시키지 못했으므로, 이후 연구에서는 임상집단의 아동을 대상으로 신뢰도와 타당도를 연구할 필요가 있겠다.

참고문헌

구형모, 황순택, 김지혜 (2001). 자아탄력집단의 성격특질. *한국심리학회지: 임상*, 20, 569-581.

김근향, 홍창희, 김지혜 (1997). 한국아동인성검사(KPI-C) 프로파일을 통해 본 학습 장애 아동의 정서와 행동특성의 하위유형 분류. *한국심리학회지: 임상*, 16, 289-298.

김승태, 김지혜, 송동호, 이효경, 주영희, 홍창희, 황순택 (1997). *한국아동인성검사*. 서울: 한국 가이던스

성웅현 (2001). *응용 로지스틱 회귀분석-이론*,

방법론, SAS 활용. 탐진.

오경자, 이혜련 (1989). 주의력 결핍 과잉활동 증 평가도구로서의 단축형 Conners 평가 척도의 활용. *한국심리학회지: 임상*, 8, 135-142.

장은진, 강민아, 정철호 (2001). 정신지체와 학습장애에 대한 일차적 변별도구로서 한국아동 인성검사에 대한 일차적 변별도구로서 한국아동인성검사의 유용성연구. *생물치료정신의학*, 7, 261-269.

정욱, 홍창희 (1997). 정신과 표집의 한국아동 인성검사(KPI-C) 프로파일 유형. '97 하계학술대회, 임상심리학회

최윤정, 진혜경, 김종원 (2001). 학령기 집단따돌림 피해 및 가해 아동의 인성성향에 관한 연구: 한국아동인성검사를 이용하여. *소아청소년정신의학*, 12, 94-102.

하송미, 홍창희 (1997). 한국아동인성검사의 ADHD 척도 개발과 타당도 연구: '97 하계학술 대회, 임상심리학회.

American Psychiatry Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Revised*, Washington DC, American Psychiatric Press.

Anastopoulos, A. D., & Barkley, R. A. (1992). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology*. NY: John Wiley.

Angold, A., & Rutter, M. (1992). Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development and Psychopathology*, 4, 5-28.

Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. New York: Guilford Press.

- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Moore, P., & Lelon, E. (1996). Child Behavior Checklist findings further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 734-742.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence- I. Age-and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.
- Goh, D. S., Nee, M., & Cody, J. J. (1987). Factor analysis of the PIC profiles of clinic-referred children. *Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 398-402.
- Jensen, P. S., Martin, B. A., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM- IV *Journal for the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065-1075.
- Johnston, C., & Ohan, J. L. (1999). Externalizing disorders. In W. K. Silverman & T. H. Ollendick (Eds.), *Developmental issues in the clinical treatment of children*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kazdin, A. E. (1985). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Homewood, IL: Dorsey.
- King, N. J., Ollier, K., Iacuone, R., Schuster, S., Bays, K., Gullone, E., & Ollendick, T. H. (1989). Fears of children and adolescents: A cross-sectional Australian study using the Revised-Fear Survey Schedule for Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 775-784.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major Depressive Disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18, 765-794.
- Lonigan, C. J., Phillips, B. M., & Hooe, E. S. (2003). Relations of positive and negative affective to anxiety and depression in children: evidence from a latent variable longitudinal study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(3), 465-481.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (1991). Origins of childhood fears: An evaluation of Rachman's theory of fear acquisition. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 117-123.
- Rutter, M., & Giller, H. (1984). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. New York: Guilford.
- Schaughency, E., McGee, R., Raja, S. N., Feehan, M., & Silva, P. A. (1994). Self-reported inattention, impulsivity, and hyperactivity at ages 15 and 18 years in the general population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 173- 184.
- West, D. J. (1982). *Delinquency: Its roots, careers, and prospects*. London: Heinemann.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rappoport,

J., Kalikow, K., Walsh, B. T., Davies, M., Braiman, S., & Dolinsky, A. (1990). Uncommon troubles in young people: Prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, 47, 487-496.

원고접수일 : 2005. 10. 6

게재결정일 : 2006. 6. 2

K C I

A Standardization Study of The Korean Personality Rating Scale for Children(KPRC)

Sun-mi Cho	Hae-Yon Park	Ji-Hae Kim	Changhee Hong	Soon-Taeg Hwang
Department of Psychiatry, Medical School of Ajou University	Department of Psychiatry, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University, School of Medicine		Department of Psychology, Pusan National University	Department of Psychology, Chungbuk National University

This study revised the Korean Personality Inventory for Children(KPI-C) to develop the Korean Personality Rating Scale(KPRC) and was conducted to standardize the KPRC. The care takers of preschool children, elementary students, middle school students, and high school students(N=2639) administered the KPRC. Internal consistency of subscales is between .65 and .89. A correlation coefficient between test and retest is .42~.80 (N=65) and difference between the two is not significant. We investigated the factor structure of the KPRC. The results showed that the KPRC has three factors: internal personality problems, external behavior problems, and development problems. This study confirmed that the KPRC scores of subgroups are different according to gender and school year in order to settle the norms and investigated whether each subscale of the KPRC can screen children and adolescents who have psychiatric problems. As a result, t-test revealed that there are significant differences between male and female subgroup in anxiety, somatization, and hyperactivity scales. Also, there are differences between preschool, elementary, middle school and high school students in almost all scales. Logistic regression analysis showed that the KPRC is able to screen psychiatric problems related to Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Major Depressive Disorder, Separation Anxiety Disorder, Autistic Disorder, Generalized Anxiety Disorder, and Oppositional Defiant Disorder.

Keywords : The Korean Personality Rating Scale for Children(KPRC), reliability, validity, Logistic Regression Analysis, Standardization Study