한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2010, Vol. 29, No. 4, 907-925

내재화 장애 청소년과 외현화 장애 청소년의 문제행동에 대한 부모 보고와 청소년 보고의 양상

강 현 정 국 승 희†
전북대학교 심리학과 화순전남대학교병원 정신과

본 연구에서는 내재화 장애 청소년과 외현화 장애 청소년의 문제행동에 대한 부모 보고와 청소년 보고가 어떤 양상으로 나타나는 지 알아보고자 하였다. 내재화 장애가 있는 청소년 29명(내재화 장애 집단)과 외현화 장애가 있는 청소년 37명(외현화 장애 집단)에게 한국판 청소년 자기행동 평가 척도(Korean Youth Self-Report: K-YSR)를 실시하였고, 부모 66명에게는 한국판 아동 청소년 행동평가 척도(Korean Child Behavior Checklist: K-CBCL)를 실시하였다. 자료분석을 위해 두 집단의 K-CBCL과 K-YSR 11개 증상척도에 대해 t검증하였고, 진단구분에 영향을 미치는 척도들을 알아보기 위해 판별분석하였다. 아울러 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단 각각에서 문제행동에 대한 부모-청소년 보고 간의 일치도를 알아보기 위해 적률상관 분석을 하였다. 또한 청소년의 문제행동에 대한 부모 보고와 청소년 보고의 상대적 심각도가 청소년의 장애 유형(즉 내재화 장애와 외현화 장애)과 유관성이 있는 지 알아보기 위해 χ^2 검증하였다. 그 결과, 비행, 내재화 문제 및 외현화 문제 증상척도는 부모 보고와 청소년 보고 둘 다에서 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단의 문제행동을 잘 반영해주고 있었다. 청소년의 문제행동에 대한 부모와 청소년 보고 간의 일치도는 낮았다. 청소년의 장애 유형과 부모와 청소년의 문제행동 보고에서의 상대적 심각도는 유의한 관련성이 없었다. 이러한 결과는 본 연구대상의 인구통계학적 및 임상적 특징의 영향일 수도 있다. 그러나 청소년의 문제행동에 대한 정보제공자간의 일치여부나 문제행동의 상대적 심각도를 평가하는 것을 넘어서서, 부모-청소년 간의 상호작용 혹은 심각도에 대한 정보제공자의 지각을 고려해 볼 필요가 있음을 시사한다. 본 연구의 제한점과 향후 연구방향이 논의되었다.

주요어 : 내재화 장애, 외현화 장애, 부모 보고, 청소년 보고, 일치도

† 교신저자(Corresponding Author) : 국승희 / 화순전남대학교병원 정신과 / 전남 화순군 화순읍 일심리 160
Tel : 061-379-8075 / Fax : 061-379-7767 / E-mail : hee5832@chollian.net

www.kci.go.kr

정신의학적 진단분류 체계는 정신의학적 진단들을 구분함으로써 임상가들이 가장 효율적인 치료를 제공할 수 있도록 하며, 정신건강 전문가들이 공통된 언어로 의사소통하게 하고, 아직 밝혀지지 않은 많은 정신장애들의 원인들을 탐색할 수 있게 한다(Sadock & Sadock, 2003). 아동 및 청소년 정신병리 분야에서 가장 영향력 있는 두 가지 정신의학적 분류체계는 서로 다른 토대를 지닌 접근 체계에서 나왔다. 그 중 하나는 임상적-진단적 접근을 대표하는 정신장애의 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM, American Psychiatric Association, 1994) 체계이며, 다른 하나는 경험적-양적 접근을 대표하는 아동행동 체크리스트(Child Behavior Checklist; CBCL, Achenbach & Edelbrock, 1983) 점수 체계이다. 물론 세계보건기구(World Health Organization; WHO)가 체계화한 질병 및 관련 건강문제의 국제 통계 분류(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision; ICD-10, World Health Organization, 1992) 체계나 아동행동평가체계(Behavioral Assessment System for Children, Frick & Kamphaus, 2001) 등이 있기는 하지만, 임상에서는 DSM 체계와 CBCL 점수체계가 가장 광범위하게 사용되고 있다(Ferdinand et al., 2004; Krol, De Bruyn, Coolen, & van Aarle, 2006; Krol, De Bruyn, van Aarle, & van den Bercken, 2001).

많은 임상가들은 신뢰로운 진단을 내리기 위해서 DSM에 근거한 구조화된 면담을 시행하며, DSM 진단 준거에 따라 정신과적 증상들에 대해 진단적 결정을 내린다. 대조적으로, CBCL은 아동과 청소년의 행동 및 정서 문제에 대한 체크리스트 형태의 부모 평가도구로서, 모집단의 실제 점수분포에 기초하여 증상에 대한 표준화된 기준을 제공하고 있어서 임상 실제에서 증상 평가의 신뢰성을 높여주고 있다(Kasius, Ferdinand, van den Berg, & Verhulst 1997; Krol et al., 2006). 이와 함께 CBCL을 모델로 하여 그와 대응되는 양식으로 고안된 청소년 자기행동 평가척도(Youth Self-Report; YSR, Achenbach, 1991a)와 교사 평가도구 (Teacher's Report Form; TRF, Achenbach & Edelbrock, 1991) 역시 정신과적 문제의 파악에 중요한 정보를 제공해 주고 있다. 이들 모두는 문제 행동들을 크게 '내재화(내재화 문제)'와 '외현화(외현화 문제)' 차원으로 분류한다.

Albayrak-Kaymak(1999)에 따르면, 정신과적 문제들은 내재화와 외현화로 일컬을 수 있는 광범위한 두 개의 범주로 분류될 수 있고, 사람들이 경험하는 문제들의 대부분이 이 범주에 해당되기 때문에, 진단을 내리는 경우가 아니라면 내재화와 외현화 분류가 정신병리에 대한 지표로 사용될 수 있다고 하였다. Achenbach와 Edelbrock(1978)은 문제 행동들에 대한 요인분석에서 불안, 신체화 및 우울과 같은 과잉 통제된 행동들이 내재화 차원에 부하되었으며, 공격, 파괴성 및 비행 같은 과소 통제된 행동들은 외현화 차원으로 부하되었다고 보고하였다. 이러한 역기능의 내재화된 표현과 외현화된 표현 간의 구분은 아동기 정신병리에서 광범위하게 사용되고 있는 개념으로서, 내재화 장애는 철수, 불안 혹은 우울 등의 행동 혹은 기분장애로 특징 지워지며, 과활동성, 공격성 혹은 비행 등의 행동들은 외현화 장애로 특징 지워지고 있다(Achenbach & McConaughy, 1997)

정신과적 문제의 평가 및 예후에 대한 판단은 임상적-진단적 분류체계와 경험적-양적 분

www.kci.go.kr

류체계 둘 다를 통해 가능하지만, 아동과 청소년의 정신병리에 대한 평가와 진단에서 각각의 체계를 단독으로만 활용하는 것에는 한계가 있다. 따라서 두 분류체계를 조합해서 사용하면, 약점을 서로 보완하고 각 접근의 강점을 확대시킬 수 있다(Ferdinand et al., 2004; Kasius et al., 1997). 그러나 CBCL 척도 상의 증후군과 DSM 상의 증상 범주가 일 대 일의 관계가 아니기 때문에, 두 체계를 동시에 사용할 경우 DSM 분류체계와 CBCL 분류체계가 잘 상응하지 않는다는 문제가 있다(Krol et al., 2006).

Kasius 등(1997)에 의하면, 대부분의 DSM 진단은 한 개 이상의 CBCL 척도로 예측되며, 진단과 관련하여 척도들이 서로 중복되는 결과를 보인다고 한다. 이는 아동 및 청소년 정신병리의 본질적 속성인 높은 공병율(comorbidity) 때문이다. 그러나 이러한 것으로 인해 CBCL 척도가 진단을 명확하게 구분하지 못한다고 결론내릴 수는 없다. 왜냐하면 CBCL의 총문제행동 점수는 개인의 전반적인 역기능에 영향을 미치는 광범위한 문제들로 평가되는 반면, DSM 장애의 준거에 맞는 피험자들은 CBCL에서 평가하는 영역에 비해 제한적인 문제를 가지고 있을 수 있기 때문이다.

두 체계를 동시에 사용하는 경우 발생하는 또 다른 문제는 아동과 청소년의 정신병리를 평가하기 위해 여러 정보 제공자로부터 정보를 얻어야 하지만, 정신과적 문제의 유무나 그 심도에 대해 정보 제공자들 간의 의견이 쉽게 일치되지 않는다는 것이다(Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Barker, Bornstein, Putnick, Hendricks, & Suwalsky, 2007; Berg-Nielsen, Vika, & Dahl, 2003; Ferdinand, van der Ende, & Verhulst, 2006, 2007; Mitsis, McKay, Schulz, Newcorn, & Halperin, 2000; Waters, Stewart-Brown, & Fitzpatrick, 2003). Achenbach 등(1987)은 119편의 연구에 대한 메타 분석결과, 부모-자녀 보고의 평균 상관이 .25였고, 6세에서 11세 사이의 아동들이 12세에서 19세 사이의 청소년들에 비해 부모-자녀 보고의 상관이 더 높았다고 보고하였다. 다른 연구들(Achenbach, Dumenci, Rescorla, 2002; Theunissen et al., 1998)도 .20에서 .60 사이의 상관을 보고하는 등, 부모-자녀 보고 간의 상관은 대체로 낮거나 기껏해야 중등도 크기였다.

Pearson의 상관계수는 두 정보 제공자들에서 나온 점수들의 서열 혹은 상대적 위치를 나타낸다(Kazdin, 1994) 즉, 문제행동에 대한 부모와 청소년 보고 간의 차이의 크기나 방향에 대한 정보를 제공해주지는 못한다. 따라서 평균에서의 일치를 평가하기도 하는데, 그 결과의 양상은 더 복잡하다(Barker et al, 2007). 지역사회 표본에서는 보통 청소년들이 부모들에 비해 더 많은 문제들을 보고하는 반면, 임상표본에서는 청소년들이 부모들에 비해 문제들을 더 적게 보고하는 것으로 나타났다(Stanger & Lewis, 1993; Thurber & Osborn, 1993; Thurber & Snow, 1990; Waters et al., 2003). Achenbach (1991b)는 외현화 문제인 경우, 소녀들인 경우, 그리고 나이가 더 많은 청소년들인 경우 불일치가 더 크다고 보고하였다. 즉 부모-자녀 보고 간의 불일치는 평가되는 문제들이 내재화 문제인지 외현화 문제인지, 자녀의 성별에 따라, 혹은 지역사회 표본인지 임상표본인지에 따라 달라지기도 하고, 자녀의 행동에 대한 부모의 귀인이나 부모-자녀 관계의 특징에 따라 달라진다고 한다(Holmbeck, Li, Schurman, Friedman, & Coakley, 2002). 그러나 결과의 양상이 항상 일관적이지는 않았다.

www.kci.go.kr

이론적으로 볼 때, 부모와 청소년이 증상에 대해 의견일치를 보이지 않는다면, 진단적 분류뿐만 아니라 치료적 접근이 서로 달라지고 치료 결과에도 영향을 미칠 수 있다(Ferdinand et al., 2006). 그렇지만, 정보 제공자간의 보고 내용이 불일치한 경우에도 타당할 수는 있기 때문에 불일치한다는 사실이 꼭 왜곡된 평가의 결과를 말해주고 있는 것은 아니며, 모호한 사실에 대해서 주관적이면서도 부분적으로는 사실인 것을 반영할 수도 있음을 염두에 두어야 한다(Achenbach et al., 1987; Berg-Nielsen et al., 2003). 즉, 경험적-양적 진단분류 체계인 CBCL/YSR/TRF의 불일치 결과들에 대해, 정보 제공자들이 아동 및 청소년의 정신과적 문제를 서로 제대로 파악하지 못하고 있는 것이라고 단정을 짓거나, 임상적-진단적 접근인 DSM 체계와도 완전히 다른 별개의 증상을 보고한 것이라고 과소평가하기 이전에, 여러 정보 제공자들로부터 얻은 정보를 유용하게 해석하기 위해서는 일치/불일치 요소들의 특징을 이해하고, 한 체계를 다른 한 체계의 결과와 통합하는 것이 필요하다. 그러나 현재까지 DSM 상의 정신장애와 청소년의 문제행동에 대한 정보 제공자간의 일치 양상에 대한 국내 임상 표본 연구는 제한적이었다.

따라서 본 연구는 진단적 분류에서 임상적-진단적 접근과 경험적-양적 접근 두 가지 접근을 통합하여, 먼저 DSM 상의 내재화 장애 또는 외현화 장애의 진단분류가 CBCL과 YSR 분류 체계의 내재화 문제 관련 척도 및 외현화 문제 관련 척도 상에서 잘 반영되고 있는지, 그리고 CBCL과 YSR 분류 체계의 척도 중 진단적 구분에 영향을 미치는 척도들과 그것들의 상대적 중요도에 대해 알아보고자 하였다. 두 번째로 부모-청소년 보고의 일치도가 내재화 장애 청소년과 외현화 장애 청소년의 CBCL과 YSR 반응 상에서 서로 상이하게 나타나는 지, 그리고 어떤 증상척도에서 특히 일치도가 높은 지 알아 보았다. 마지막으로 부모와 청소년 중 누가 문제행동을 더 심각하게 보고하는 지, 즉 문제행동에 대한 부모 보고와 청소년 보고의 상대적 심각도가 청소년의 장애유형(즉, 내재화 장애 혹은 외현화 장애)과 관련성이 있는 지를 알아보았다.

방 법

대상

2003년 1월부터 2007년 12월까지 종합병원 정신과에 내원하여 종합심리검사를 받고, 정신과 전문의에 의해 DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994) 체계 하의 진단이 내려진 12세～17세 사이의 청소년과 그 부모를 대상으로 하였다. 포함 준거는 주요 진단(principal diagnosis)이 내재화 장애만 있거나 외현화 장애만 있는 청소년이었고, 배제 준거는 내재화 장애 또는 외현화 장애로 뚜렷하게 분류하기 어려운 장애(예. 내재화와 외현화의 복합적 문제를 보이는 경우, 틱 장애, 일반적인 의학적 상태로 인한 정신장애, 정신증적 장애 등)와 웩슬러 지능검사에서 전체 지능지수가 IQ 84 이하인 경우였다.

이러한 조건에 부합되는 총 66명(남=43명, 여=23명) 중 적응장애(감정 및 품행장애가 있는 적응장애는 제외), 우울장애 및 신체형 장애로 진단된 청소년은 내재화 장애 집단(n=29)으로, 품행장애, 주의력-결핍 및 파괴적 행동장애와 충동조절장애로 진단된 청소년은

www.kci.go.kr

표 1. 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단의 DSM-Ⅳ 세부 진단

두 집단의 DSM-Ⅳ 세부 진단	빈도 (퍼센트)
내재화 장애 집단(n=29)	
적응장애, 우울기분이 있는 것	5(17.2)
적응장애, 불안과 우울기분이 있는 것	4(13.8)
적응장애, 불특정형[a]	2(7.0)
기분부전장애	4(13.8)
주요우울장애	3(10.3)
달리 분류되지 않는 우울장애	7(24.1)
전환장애	3(10.3)
감별불능 신체형 장애	1(3.5)
외현화 장애 집단(n=37)	
주의력-결핍 및 과잉행동장애	24(64.9)
품행장애	8(21.6)
달리 분류되지 않는 파괴적 행동장애	3(8.1)
충동조절장애	2(5.4)

주. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(4th ed.).
[a]신체적 호소가 주요 증상인 경우임.

외현화 장애 집단(n=37)으로 분류하였다(표 1). 두 집단의 인구통계학적 특성을 보면, 연령, 교육수준 및 부모의 성별 비율에서는 유의한 차이가 없었으나(각각 t=1.85, ns; t=2.46, ns; χ^2(1, N=66)=.14, ns), 청소년의 성별 빈도에서는 내재화 장애 집단에 비해 외현화 장애 집단에서 남자의 비율이 더 높았다(χ^2(1, N=66)=12.88, p<.01, 표 2).

도 구

한국판 아동 청소년 행동평가 척도(Korean Child Behavior Checklist: K-CBCL)

K-CBCL(오경자, 이혜련, 홍강의, 하은혜, 1997)은 CBCL(Achenbach, 1991b)을 한국판으로 표준화한 것이다. 이 척도는 4세~17세 사이의 아동 및 청소년이 지난 6개월 동안 보인 문제 행동에 대해 그 부모가 0점~2점 척도 상에서 평가하도록 하는데, 크게 문제행동 증후군 척도, 사회능력 척도 및 특수 척도로 구성되어 있다. 문제행동 증후군 척도는 8개의

표 2. 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단의 인구통계학적 특징

인구통계학적 특징	전체 집단 (N=66)	내재화 장애 집단 (n=29)	외현화 장애 집단 (n=37)	t	χ^2(1, N=66)
연령(세)[a]	14.27(1.51)	14.66(1.62)	13.98(1.36)	1.85	
교육수준(년)[a]	8.52(1.47)	9.00(1.41)	8.14(1.42)	2.46	
성별(명)[b]					12.88*
남	43(65.2)	12(41.4)	31(83.8)		
여	23(34.8)	17(58.6)	6(16.2)		
보호자(명)[b]					
어머니	58(87.9)	25(86.2)	33(89.2)		.14
아버지	8(12.1)	4(13.8)	4(10.8)		

주. [a] 평균(표준편차), [b] 빈도(퍼센트). *p <.01.

www.kci.go.kr

문제행동 증후군(위축, 신체증상, 우울/불안, 사회적 미성숙, 사고의 문제, 주의집중문제, 비행, 공격성)과 내재화 문제, 외현화 문제, 총문제 행동의 3개 척도를 포함하여 전체 11개 증상척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 K-YSR과 비교할 수 있도록 두 척도에서 서로 대응되는 이 11개 증상척도의 T점수를 사용하였다. 오경자 등(1997)에서 이 척도의 신뢰도 계수 Cronbach α는 .62～.86으로 보고되었다.

한국판 청소년 자기행동 평가 척도(Korean Youth Self-Report: K-YSR)

K-YSR(오경자, 하은혜, 이혜련, 홍강의, 2001)은 Achenbach(1991a)의 YSR을 한국판으로 표준화한 것이다. 이 척도는 12세～17세의 청소년이 지난 6개월 동안의 자신의 문제행동에 대해 0점～2점 척도 상에서 직접 평가하도록 하는데, K-CBCL과 마찬가지로 크게 문제행동 증후군 척도, 사회능력 척도 및 특수 척도로 구성되어 있다. 이 척도의 문제행동 증후군 척도 또한 8개의 문제행동 증후군(위축, 신체증상, 우울/불안, 사회적 미성숙, 사고의 문제, 주의집중문제, 비행, 공격성)과 내재화 문제, 외현화 문제, 총문제 행동의 3개 척도를 포함하여 전체 11개 증상척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 이 11개 증상척도의 T점수를 사용하였다. 오경자 등(2001)에서 이 척도의 신뢰도 계수 Cronbach α는 .65-.85로 보고되었다.

자료 분석

내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단의 연령과 교육수준은 t 검증하였고, 청소년과 부모의 성별 비율은 χ^2 검증을 하였으며, DSM-IV 세부 진단에 대해서는 기술적 통계치를 산출하였다.

DSM-Ⅳ 상의 내재화 장애 또는 외현화 장애의 진단분류가 CBCL과 YSR 분류 체계의 내재화 문제 관련 척도와 외현화 문제 관련 척도 상에서 잘 반영되고 있는 지를 알아보기 위해, 두 집단의 K-CBCL과 K-YSR의 문제행동 증후군 8개 척도와 내재화 문제, 외현화 문제, 총문제 행동 3개 척도의 T점수에 대해 각각 t 검증하였다. 그리고 전술한 K-CBCL과 K-YSR의 11개 척도에서 내재화 장애 또는 외현화 장애의 진단분류 즉, 두 집단의 구분에 유의하게 기여하는 척도는 무엇이며 상대적 중요도는 어떠한지를 알아보기 위해 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단을 종속변인으로, K-CBCL과 K-YSR의 11개 척도 점수 각각을 예언변인으로 하여, 모든 예언 변인을 한꺼번에 투입하는 직접적 판별함수 분석을 실시하였다.

CBCL과 YSR 반응 상에서 나타난 부모-청소년 보고의 일치도가 내재화 장애 청소년과 외현화 장애 청소년에서 상이하게 나타나는 지, 그리고 어떤 증상척도에서 일치도가 높은지를 알아보고자, K-CBCL과 K-YSR의 11개 척도의 T점수에 대해 Pearson의 적률상관계수를 산출하였다. 아울러, 상관계수 값만으로는 부모-청소년 보고의 일치 정도의 차이나 상대적 크기를 알 수 없으므로 집단 간 상관계수의 차이를 검증하기 위하여 Fisher의 z transformation(송혜향, 1992)을 이용하여 효과크기의 차이를 비교하였다.

문제행동에 대한 부모 보고와 청소년 보고의 상대적 심각도가 청소년의 장애유형(즉, 내재화 장애 혹은 외현화 장애)과 관련성이 있는 지를 검증하고자, 11개 증상척도 각각에서 부모가 더 심각하다고 보고한 경우(즉, K-CBCL>K-YSR), 부모와 청소년이 동일한 심

www.kci.go.kr

도로 보고한 경우(K-CBCL=K-YSR), 청소년이 부모보다 더 심각하다고 보고한 경우(K-CBCL <K-YSR)의 세 수준으로 분류하여 그 빈도에 대해 χ^2 검증을 하였다.

이상의 자료 분석은 SPSS 15.0 for Windows를 이용하였다.

결 과

K-CBCL과 K-YSR의 증상척도 T점수에 대해 t 검증한 결과(표 3), 부모 보고인 K-CBCL 반응에서는 신체증상, 비행, 공격성, 내재화 문제 및 외현화 문제 척도 상에서 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단 간에 유의한 차이가 있었으나(각각 t=-2.59 p<.05; t=2.48, p<.05; t=2.12, p<.05; t=-2.07, p<.05; t=2.49, p<.05), 위축, 우울/불안, 사회적 미성숙, 사고의 문제, 주의집중문제 및 총문제 행동 척도 상에서는 유의한 차이가 없었다(각각 t=-1.59, *ns*; t=-1.01, *ns*; t=1.09, *ns*; t=-.64, *ns*; t=1. 64, *ns*; t=.43, *ns*). 청소년 보고인 K-YSR 반응에서는 비행, 내재화 문제 및 외현화 문제 척도 상에서 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단 간에 유의한 차이가 있었으나(각각 t=2.54, p<.05; t=-2.82, p<.01; t=2.09, p<.05), 위축, 신체증상, 우울/불안, 사회적 미성숙, 사고의 문제, 주의집중문제, 공격성 및 총문제 행동 척도 상에서는 유의한 차이가 없었다(각각 t=-1.21, *ns*; t=-1.64, *ns*; t=-1.66, *ns*; t=-.28, *ns*;

표 3. K-CBCL과 K-YSR에서 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단의 문제행동 T점수의 차이[a]

증상척도	K-CBCL				K-YSR			
	전체 집단 (N=66)	내재화 장애 집단 (n=29)	외현화 장애 집단 (n=37)	t	전체 집단 (N=66)	내재화 장애 집단 (n=29)	외현화 장애 집단 (n=37)	t
위축	56.89(11.03)	59.31(12.34)	55.00(9.63)	-1.59	56.33(11.36)	58.24(9.81)	54.84(12.36)	-1.21
신체증상	55.27(10.62)	58.93(10.36)	52.41(10.04)	-2.59*	55.83(10.07)	58.10(11.49)	54.05(8.55)	-1.64
우울/불안	56.08(10.30)	57.52(11.80)	54.95(8.94)	-1.01	56.68(9.74)	58.90(8.92)	54.95(10.11)	-1.66
사회적 미성숙	60.82(10.64)	59.21(12.73)	62.08(8.64)	1.09	56.58(9.16)	56.93(9.14)	56.30(9.30)	-.28
사고의 문제	56.65(10.15)	57.55(10.94)	55.95(9.59)	-.64	55.64(7.77)	55.69(7.83)	55.59(7.83)	-.05
주의집중문제	60.50(10.36)	58.17(11.58)	62.32(9.04)	1.64	58.65(8.73)	59.14(8.63)	58.27(8.90)	-.40
비행	57.27(10.71)	53.72(10.06)	60.05(10.50)	2.48*	56.88(8.80)	53.90(8.05)	59.22(8.76)	2.54*
공격성	55.35(11.41)	52.07(10.81)	57.92(11.34)	2.12*	56.23(8.33)	54.41(6.85)	57.65(9.16)	1.59
내재화 문제	57.53(11.00)	60.62(12.29)	55.11(9.33)	-2.07*	54.53(11.99)	59.00(10.26)	51.03(12.21)	-2.82**
외현화 문제	55.33(10.28)	52.59(11.05)	59.35(10.90)	2.49*	55.33(10.28)	52.41(9.44)	57.62(10.46)	2.09*
총문제 행동	56.83(10.16)	58.62(10.21)	59.62(8.74)	.43	56.83(10.16)	58.55(9.42)	55.49(10.64)	-1.22

주. K-CBCL: Korean Child Behavior Checklist; K-YSR: Korean Youth Self-Report. [a]평균(표준편차).
*p <.05, **p <.01.

www.kci.go.kr

표 4. 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단을 종속변인으로 한 K-CBCL과 K-YSR 척도의 판별분석 결과

증상척도	K-CBCL 구조행렬	K-YSR 구조행렬
위축	-.237	-.158
신체증상	-.385***	-.213
우울/불안	-.150	-.215
사회적 미성숙	.162	-.036
사고의 문제	-.094	-.006
주의집중문제	.244	-.052
비행	.368***	.329***
공격성	.316***	.206
내재화 문제	-.308***	-.366***
외현화 문제	.370***	.272
총문제 행동	.064	-.159
Eigen value	.705	.927
정준 상관	.643	.694
Wilks's Lambda	.586	.519
x^2	31.221*	38.362**
df	11	11
적중률(hit ratio)	80.3%	81.8%

주. K-CBCL: Korean Child Behavior Checklist; K-YSR: Korean Youth Self-Report.
***cut-off of structure matrix correlation = 0.30.
*p <.001, **p <.0001.

t=-.05, *ns*; t=-.40, *ns*; t=1.59, *ns*; t=-1.22, *ns*).

내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단을 구분하는 데 유의하게 기여하는 K-CBCL과 K-YSR의 척도는 어떤 것이 있는지를 알아보기 위해, 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단을 종속변인으로, K-CBCL과 K-YSR의 문제행동증후군 8개 척도와 내재화 문제, 외현화 문제, 총문제 행동 3개 척도를 예언변인으로 사용하여 판별분석한 결과는 다음과 같다(표 4). K-CBCL의 척도에 의한 판별분석 결과, 표준화된 정준판별함수계수는 고유치(Eigen value)가 0.705, 정준상관계수가 0.643, Wilk's Lambda는 0.586, χ^2는 31.221로서 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단 구분이 유의하였고(p<.001), 설명 변량은 41.34%였다. 예언변인의 상대적 중요성을 나타내주고 있을 뿐만 아니라 표준화된 정준판별함수 계수보다 더욱 정확한 것으로 간주되어 많은 연구자들이 사용하고 있는 구조행렬상관(Burns & Burns, 2008)을 보면, 신체증상, 외현화 문제, 비행, 공격성 및 내재화 문제 척도가 유의한 예언변인인 것으로 나타났으며(각각 r=-.385, r=.370, r=.368, r=.316, r=-.308), 적중률(hit-ratio)은 80.3%였다. K-YSR의 판별분석 결과, 표준화된 정준판별함수계수는 고유치(Eigen value)가 0.927, 정준상관계수가 0.694, Wilk's Lambda는 0.519, χ^2는 38.362로서 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단 구분이 유의하였고(p<.0001), 설명 변량은 48.16%였다. 내재화 장애와 외현화 장애 진단분류에 대한 K-YSR의 11개 척도의 구조행렬에서 내재화 문제, 비행 척도가 유의한 예언변인으로 나타났으며(각각 r=-.366, r=.329), 적중률(hit-ratio)은 81.8%였다.

내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단에서 부모 보고인 K-CBCL과 청소년 보고인 K-YSR의 11개 증상척도 간의 일치도를 분석한 결과는 다음과 같다(표 5). 내재화 장애 집단의 경우, 사회적 미성숙 척도에서 K-CBCL과 K-YSR의 상관이 유의하였으나(r=.37, p<.05), 나머지 위축, 신체증상, 우울/불안, 사고의 문제, 주의집중문제, 비행, 공격성, 내재화 문제, 외현화

www.kci.go.kr

표 5. 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단에서 K-CBCL과 K-YSR 반응의 일치도

증상척도	전체 집단 (*N*=66)	내재화 장애 집단 (*n*=29)	외현화 장애 집단 (*n*=37)	Fisher's *z*
위축	.24*	.26	.20	.21
신체증상	.15	.02	.17	.59
우울/불안	.12	.04	.16	.47
사회적 미성숙	.29*	.37*	.23	.60
사고의 문제	.26*	.35	.18	.70
주의집중문제	.14	.16	.16	.02
비행	.34**	.30	.26	.15
공격성	.33**	.27	.32	.19
내재화 문제	.21	.12	.16	.13
외현화 문제	.22	.08	.21	.52
총문제 행동	.08	.13	.07	.24

주. K-CBCL: Korean Child Behavior Checklist; K-YSR: Korean Youth Self-Report. 각 집단에서 일치도는 K-CBCL과 K-YSR 11개 증상척도 T점수간의 Pearson의 적률상관계수 *r*로 산출되었음. *p<.05, **p<.01.

문제, 총문제 행동 척도들에서는 상관이 유의하지 않았다(각각 *r*=.26, *ns*; *r*=.02, *ns*; *r*=.04, *ns*; *r*=.35, *ns*; *r*=.16, *ns*; *r*=.30, *ns*; *r*=.27, *ns*; *r*=.12, *ns*; *r*=.08, *ns*; *r*=.13, *ns*). 아울러, Fisher의 *z* transformation에 의해 두 집단 간 효과크기를 비교하였을 때는 11개 척도 모두에서 유의하지 않았다. 외현화 장애 집단의 경우, 위축, 신체증상, 우울/불안, 사회적 미성숙, 사고의 문제, 주의집중문제, 비행, 공격성, 내재화 문제, 외현화 문제, 총문제 행동의 11개 척도 모두에서 K-CBCL과 K-YSR의 상관은 유의하지 않았다(각각 *r*=.20, *ns*; *r*=.17, *ns*; *r*=.16, *ns*; *r*=.23, *ns*; *r*=.18, *ns*; *r*=.16, *ns*; *r*=.26, *ns*; *r*=.32, *ns*; *r*=.16, *ns*; *r*=.21, *ns*; *r*=.07 *ns*). 한편, 전체 집단의 경우, K-CBCL과 K-YSR은 위축, 사회적 미성숙, 사고의 문제, 비행, 공격성 척도에서 유의한 상관이 있었으나(각각 *r*=.24, *p*<.05; *r*=.29, *p*<.05; *r*=.26, *p*<.05; *r*=.34, *p*<.01; *r*=.33, *p*<.01), 신체증상, 우울/불안, 주의집중문제, 내재화 문제, 외현화 문제, 총문제 행동 척도에서는 상관이 유의하지 않았다(각각 *r*=.15, *ns*; *r*=12, *ns*; *r*=14, *ns*; *r*=21, *ns*; *r*=22, *ns*; *r*=08, *ns*).

마지막으로, 문제행동에 대한 부모 보고와 청소년 보고의 상대적 심각도가 청소년의 장애유형(즉 내재화 장애 혹은 외현화 장애)과 관련성이 있는 지를 평가한 결과(표 6), 위축, 신체증상, 우울/불안, 사회적 미성숙, 사고의 문제, 주의집중문제, 비행, 공격성, 내재화 문제, 외현화 문제, 총문제 행동의 11개 증상 척도 모두에서 부모가 청소년보다 더 심각하게 보고한 경우(K-CBCL>K-YSR), 부모 보고와 청

www.kci.go.kr

표 6. 문제행동에 대한 부모 보고와 청소년 보고의 상대적 심각도 비교[a]

증상척도	보고의 상대적 심각도	내재화 장애 집단(n=29)	외현화 장애 집단(n=37)	χ^2 (2, N=66)
위축	K-CBCL>K-YSR	16(55.2)	22(59.5)	.12
	K-CBCL=K-YSR	0(0)	0(0)	
	K-CBCL<K-YSR	13(44.8)	15(40.4)	
신체증상	K-CBCL>K-YSR	16(55.2)	20(54.1)	1.36
	K-CBCL=K-YSR	1(3.4)	0(0)	
	K-CBCL<K-YSR	12(41.4)	17(45.9)	
우울/불안	K-CBCL>K-YSR	12(41.4)	19(51.4)	1.64
	K-CBCL=K-YSR	0(0)	1(2.7)	
	K-CBCL<K-YSR	17(58.6)	17(45.9)	
사회적 미성숙	K-CBCL>K-YSR	18(62.1)	24(64.9)	.27
	K-CBCL=K-YSR	1(3.4)	2(5.4)	
	K-CBCL<K-YSR	10(34.5)	11(29.7)	
사고의 문제	K-CBCL>K-YSR	13(44.8)	16(43.2)	.06
	K-CBCL=K-YSR	1(3.4)	1(2.7)	
	K-CBCL<K-YSR	15(51.7)	20(54.1)	
주의집중문제	K-CBCL>K-YSR	16(55.2)	24(64.9)	.64
	K-CBCL=K-YSR	0(0)	0(0)	
	K-CBCL<K-YSR	13(44.8)	13(35.1)	
비행	K-CBCL>K-YSR	15(51.7)	18(48.6)	.17
	K-CBCL=K-YSR	1(3.4)	2(5.4)	
	K-CBCL<K-YSR	13(44.8)	17(45.9)	
공격성	K-CBCL>K-YSR	13(44.8)	20(54.1)	2.85
	K-CBCL=K-YSR	2(6.9)	0(0)	
	K-CBCL<K-YSR	14(48.3)	17(45.9)	
내재화 문제	K-CBCL>K-YSR	16(55.2)	23(62.2)	1.46
	K-CBCL=K-YSR	1(3.4)	0(0)	
	K-CBCL<K-YSR	12(41.4)	14(37.8)	
외현화 문제	K-CBCL>K-YSR	14(48.3)	19(51.4)	1.61
	K-CBCL=K-YSR	1(3.4)	4(10.8)	
	K-CBCL<K-YSR	14(48.3)	14(37.8)	
총문제 행동	K-CBCL>K-YSR	16(55.2)	24(64.9)	1.70
	K-CBCL=K-YSR	0(0)	1(2.7)	
	K-CBCL<K-YSR	13(44.8)	12(32.4)	

주. K-CBCL>K-YSR: 부모가 청소년보다 더 심각하게 보고한 경우, K-CBCL=K-YSR; 부모 보고와 청소년 보고의 차이가 없는 경우, K-CBCL<K-YSR; 청소년이 부모보다 더 심각하게 보고한 경우.

[a]빈도(퍼센트). $^{*}p<.05$, $^{**}p<.01$

www.kci.go.kr

소년 보고간의 차이가 없는 경우(K-CBCL=K-YSR), 청소년이 부모보다 더 심각하게 보고한 경우(K-CBCL<K-YSR)의 빈도 간에 유의한 차이가 없었다 (각각 χ^2=.12, *ns*; χ^2=1.36, *ns*; χ^2=1.64, *ns*; χ^2=.27, *ns*; χ^2=.06, *ns*; χ^2=.64, *ns*; χ^2=.17, *ns*; χ^2=2.85, *ns*; χ^2=1.46, *ns*; χ^2=1.61, *ns*; χ^2=1.70, *ns*).

논 의

본 연구는 진단적 분류에서 임상적-진단적 접근을 대표하는 DSM-IV 체계와 경험적-양적 접근을 대표하는 CBCL/YSR 체계를 통합하여, 내재화 장애 청소년과 외현화 장애 청소년의 문제행동에 대한 부모 보고와 청소년 보고가 어떤 양상으로 나타나는 지 알아보고자 시도되었다.

먼저, DSM-IV에 따른 내재화 장애 또는 외현화 장애의 진단분류가 CBCL/YSR 분류 체계의 내재화 문제 관련 척도와 외현화 문제 관련 척도 상에서 잘 반영되고 있는 지 알아본 결과, 보호자 보고인 K-CBCL에서는 내재화 장애 집단이 외현화 장애 집단에 비해 신체증상과 내재화 문제가 유의하게 더 높은 것으로 보고된 반면, 비행, 공격성 및 외현화 문제는 외현화 장애 집단이 내재화 장애 집단에 비해 유의하게 더 높은 것으로 나타났다. 청소년 보고인 K-YSR에서는 외현화 장애 집단이 내재화 장애집단에 비해 비행과 외현화 문제가 유의하게 더 높은 반면, 내재화 문제는 내재화 장애집단이 외현화 장애 집단에 비해 유의하게 더 높은 것으로 나타났다. 즉, 비행, 내재화 문제 및 외현화 문제 증상척도 상에서는 부모 보고와 청소년 보고 둘 다에서 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단의 문제행동을 잘 반영해주고 있었다.

이러한 결과는 위축, 신체증상, 우울/불안 같이 내재화 증상들을 세분화하지 않고 내재화 문제로 포괄적으로 평가할 경우, 그리고 외현화 문제를 비행, 공격성 등으로 세분화하지 않고 포괄적으로 평가할 경우, K-CBCL과 K-YSR 모두 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단의 문제행동을 잘 반영해주고 있음을 시사한다. 실제로 K-CBCL의 내재화 문제는 위축, 신체증상, 불안/우울척도의 합으로, 외현화 문제는 비행, 공격성 척도의 합으로 평가하며, K-YSR도 동일한 채점방식을 취하고 있다(오경자 등, 1997; 오경자 등, 2001). 이는 역으로 본 연구의 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단을 구성하고 있는 DSM-IV 진단이 우울장애, 불안 장애, 신체형 장애, 혹은 품행장애나 적대적 반항장애 같은 어느 한 특정 진단 범주인 것이 아니라 내재화 장애 집단은 불안이나 우울기분이 있는 적응장애, 우울장애, 전환장애 및 신체형 장애가 있는 청소년들로 구성되어 있고, 외현화 장애 집단은 품행장애, 주의력-결핍 및 파괴적 행동장애, 충동조절장애가 있는 청소년들로 구성되어 있는 등, 본 연구의 두 집단을 구성하고 있는 청소년의 진단적 특성을 포괄적으로 반영해주는 결과로 생각된다. 또한 CBCL/YSR 분류 체계의 내재화 문제 관련 척도와 외현화 문제 관련 척도가 DSM-IV에 따른 내재화 장애 또는 외현화 장애의 진단분류에 기여하는 바에 대해 알아본 결과, 보호자 보고인 K-CBCL에서는 신체증상이 내재화 장애와 외현화 장애의 진단적 분류에 가장 중요한 변인이었고, 그 다음으로 외현화 문제, 비행, 공격성 및 내재화 문제 척도 순으로 유의하게 중요한 변인이었다. 이는 표

www.kci.go.kr

3의 t 검증에서 나타난 두 집단 간 유의한 차이를 보인 척도와도 일치하는 결과이다. 한편, 청소년 보고인 K-YSR은 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단을 구분하는 것에서 내재화 문제 척도가 가장 중요한 변인이었으며, 그 다음으로 비행 척도만이 중요한 변인인 것으로 나타났다. 외현화 문제 척도는 세 번째로 높은 요인부하량을 보인 변인이었지만 상관계수가 r=.272로서 유의하지 않았다. 부모 보고에서 가장 중요한 변인인 신체 증상 척도에 비해, 청소년의 경우 포괄적인 진단적 특성을 반영하는 내재화 문제 척도가 임상적 진단의 구분에 중요하게 사용되며, 진단적 구분에 중요한 역할을 하는 변인의 종류와 개수에서도 차이를 보이고 있는 점은 부모가 위축, 불안/우울 특성의 내재화 문제를 외현화 문제에 비해 잘 인식하지 못하지만(Sourander, Helstela, & Helenius, 1999), 청소년에 비해 문제 상황을 추론하고 문제에 대해 통찰할 수 있는 인지적 성숙을 보이고 있는 것에 기인하는 것으로 생각해 볼 수 있다.

내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단에서 부모 보고인 K-CBCL과 청소년 보고인 K-YSR의 11개 증상척도 간의 일치도를 평가하기 위해 적률상관 분석한 바에 의하면, 내재화 장애 집단의 경우 사회적 미성숙 척도에서 부모 보고와 청소년 보고의 상관이 유의하였으나, 효과의 크기를 고려한 결과 유의하지 않은 것으로 나타났다. 또한 위축, 신체증상, 우울/불안, 사고의 문제, 주의집중문제, 비행, 공격성, 내재화 문제, 외현화 문제, 총문제 행동에서의 상관은 유의하지 않았다. 외현화 장애 집단의 경우에는 11개 척도 모두에서 부모 보고와 청소년 보고의 상관은 유의하지 않은 것으로 나타나는 등, 청소년의 문제행동에 대한 부모와 청소년 보고 간의 일치도는 낮았다.

앞서 언급하였듯이 Achenbach 등(1987)은 119개 연구에 대한 메타 분석에서 문제행동에 대한 부모 보고와 청소년 보고 간의 상관 평균이 r=.25로 상당히 낮다고 밝혔다. 이후 임상 및 지역사회 표본을 대상으로 한 다른 연구들(Albayrak-Kaymak, 1999; Edelbrock, Costello, Dulcan, Calabro-Conover, & Kala, 1986; Seiffge-Krenki & Kollmar, 1998; Stanger & Lewis, 1993; Waters et al., 2003)에서도 이러한 결과가 반복검증 되어 왔다. 반면, 총문제 행동의 상관이 r=.45인 중등도의 상관을 보고한 연구(Sourander et al., 1999)도 있었다. 7세에서 18세 사이의 임상 표본 361명을 대상으로 한 연구(Yeh & Weisz, 2001)는 내재화 장애로 의뢰되었을 때 부모-청소년 평가의 일치 가능성이 낮아지고, 외현화 장애로 의뢰되었을 때 부모-청소년 평가가 더 일치하는 것으로 보고하고 있다. 즉, 일치도는 내재화 문제 같이 잘 관찰하기 어려운 문제에서 보다는 외현화 문제 같이 더 잘 관찰할 수 있는 경우 더 높아진다고 해석되고 있다.

지역사회 청소년 422명을 대상으로 한 최근 국내 연구(고은정, 하은혜, 2008)에 의하면, K-CBCL과 K-YSR의 상관은 r=.11~.38로 유의하였으나 11개 척도의 상관계수 평균은 r=.28로 비교적 낮았다. 또한 인구통계학적 변인(연령, 성별, 어머니의 교육수준, 가정의 소득수준)을 고려하였을 때, 비행척도에서는 여자 청소년이 남자 청소년에 비해 일치도가 높았고, 고소득측은 저소득층에 비해 우울/불안과 사고의 문제 척도에서 일치도가 높은 것으로 나타났다. 아울러 우울한 어머니는 비우울 어머니에 비해 우울/불안 척도와 사회적 미성숙 척도에서 일치도가 높았던 반면, 우울한 청소

www.kci.go.kr

년은 비우울 청소년에 비해 외현화 문제 척도에서 일치도가 낮은 것으로 나타났다. 전술한 바와 같이, 부모와 청소년 보고 간의 일치도에 대한 연구결과들은 일관되지 않거나, 일치도가 낮은 것으로 나타나고 있다.

Albayrak-Kaymak(1999)는 일치도가 낮은 이유를 CBCL과 YSR이 어떠한 단일 행동 또는 특정 상황을 측정하는 것에 초점을 맞추지 않고 문제행동을 매우 광범위하게 평가하기 때문이라고 하였다. 그러나 정보 제공자들 간의 평가가 일치하지 않는다는 결과가 그들로부터 얻은 각각의 정보가 타당하지 않다는 것을 뜻하지는 않는다(Achenbach et al., 1987; Berg-Nielsen et al., 2003). Ferdinand 등(2004)이 주장한 바와 같이, 각각의 정보원은 그 자체로 타당할 수 있는 특정한 정보를 제공한다고 결론짓는 것이 더 논리적이다. 더 나아가서, 부모-청소년 보고간의 불일치는 청소년의 미래 행동의 예후를 파악하게 하는 중요한 요소가 될 수도 있다(Ferdinand et al., 2006). 부모가 자녀들의 문제를 인식하는데 둔감하다면 양육적인 가정환경과 적절한 치료환경을 제공해주기 어렵고, 또한 청소년들이 자신들의 문제를 자각하지 못한다면 정신과적 중재를 받아들이지 못할 수도 있기 때문에 좋지 못한 예후를 보일 가능성이 있다. 따라서 임상 장면에서는 청소년의 문제행동에 대한 정보제공자간의 일치여부를 평가하는 수준을 넘어서서, 부모-청소년 간의 의사소통 양식을 포함한 상호작용 양식에 대해서도 검토해 볼 필요가 있다.

문제행동에 대한 부모 보고와 청소년 보고의 상대적 심각도가 청소년의 장애유형(즉, 내재화 장애 혹은 외현화 장애)과 관련성이 있는 지 분석한 결과, 11개 증상척도 모두에서 부모가 청소년보다 더 심각하게 보고한 경우(K-CBCL>K-YSR), 부모 보고와 청소년 보고간의 차이가 없는 경우(K-CBCL=K-YSR), 청소년이 부모보다 더 심각하게 보고한 경우(K-CBCL<K-YSR)의 빈도 간에 유의한 차이가 없었다. 즉, 장애유형과 정보 제공자의 문제행동 보고에 대한 상대적 심각도는 유의한 관련성이 없는 것으로 나타났다. 한편, 유의하지는 않지만, 청소년의 문제행동에 대해 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단 둘 다에서 위축, 신체증상, 사회적 미성숙, 주의집중문제, 비행, 내재화문제, 외현화 문제, 총문제 행동에 대해 부모가 청소년 보다 더 심각한 것으로 보고하는 경우가 더 많았다. 이러한 결과는 임상 표본에서는 청소년들이 부모들에 비해 문제들을 더 적게 보고하였다는 연구결과(Stanger & Lewis, 1993; Thurber & Osborn, 1993; Thurber & Snow, 1990; Waters, et al., 2003)와 일치된다. 반면, 우울/불안과 공격성 증상척도에서는 내재화 장애 집단의 경우 청소년이 부모보다 더 심각한 것으로 보고하는 경우가 더 많은 반면, 외현화 장애 집단에서는 부모가 청소년에 비해 더 심각하게 보고하는 경우가 더 많았다. 사고의 문제 증상척도에서는 두 집단 모두 청소년이 부모보다 더 심각한 것으로 보고하는 경우가 많았다. 이는 현대 사회에서 대부분의 청소년들이 점차 자율적으로 행동함에 따라 부모에게 비밀이나 내적 상태를 잘 전달하지 않으며(Monck, 1991), 청소년 자녀들이 가정보다는 학교에서 생활하는 시간이 길어지면서 부모가 자녀들의 내적 문제를 인식하는데 어려움이 있을 수 있다는 점을 시사하는 한편, 외현화 문제를 보이는 청소년은 사회적 바람직성(social desirability)에 따라 자신의 행동을 적게 보고할 가능성이 있으며, 그 청소년의 부모들은 자녀들에 대해 심리적 성

www.kci.go.kr

숙(psychological maturity)의 지표인 통제력이 결여된 것으로 지각하면서 자녀들이 더 많은 문제점을 지닌 것으로 인식하거나(Caspi, Henry, McGee, Moffit, & Silva, 1995), 비행이나 공격성 같은 자녀의 외현화 문제를 우울이나 불안 같은 정서문제와 관련지어 지각하고 있을 가능성도 있다.

본 연구의 제한점으로는 우선 공존 질환이 있는 청소년들을 배제하고 단일 진단을 받은 청소년만을 대상으로 하여서 연구 대상자 수가 많지 못하였고, 이는 결과적으로 부모-청소년 보고의 일치도에 대한 결과에서 상관의 유의도에 영향을 미치게 되었다. 또한 외현화 장애 집단을 구성하고 있는 청소년 들 중 64.9%가 주의력-결핍 및 과잉행동장애이고, 품행장애, 달리 분류되지 않는 파괴적 행동장애, 충동조절장애는 35.1%로서, 공격성, 품행장애, 비행문제를 보이는 청소년의 비율이 상대적으로 낮았던 점은 결과를 일반화할 때 고려할 필요가 있다. 아울러 내재화 장애 집단과 외현화 장애 집단의 인구통계학적 특징에서 성별 비율에 차이가 있었던 점도 결과에 영향을 미쳤을 가능성도 있는데, 본래 내재화 장애와 외현화 장애의 유병율에는 성차가 있어서 여자 청소년은 내재화 문제를 더 많이 보이는 반면(Cohen et al., 1993), 남자 청소년들은 외현화 문제를 더 많이 보고하는 경향(Huselid & Cooper, 1994)이 있음을 고려할 때, 본 연구결과를 임상실제에 일반화하는데 있어서 두 집단에 존재하는 성차의 영향은 크게 문제가 되지 않을 것으로 생각된다. 그러나 성차 비율이 문제행동에 대한 보고에 미치는 영향을 배제하기 위해서는 보다 많은 수의 여자 청소년을 포함시킨 추후연구가 필요하다. 끝으로, 부모의 정신병리 유무를 포함하여 정보제공자가 지닌 개인 내적 변인을 고려하지 못하였다는 점도 제한점이다.

아동 및 청소년 정신병리의 높은 공병율(comorbidity)로 인해 CBCL 척도를 사용하여 DSM-IV 진단을 단정하여 내리기 어려울 정도로 각 척도와 DSM-IV 진단 간의 관계가 광범위할 뿐만 아니라, 현재 사용되고 있는 CBCL/YSR 척도가 DSM-IV의 내재화 장애, 특히 불안장애 범주와 기분장애 범주를 유의하게 예측하지 못하고 있다는 주장이 Kasius 등(1997)과 그 밖의 다른 연구들(Edelbrock & Costello, 1988; Ferdinand, 2008; Kasius et al., 1997)에서 제기되고 있다. 이에 DSM-IV에 열거된 정서 장애를 명확히 분류해 내는 것에 더욱 초점을 맞춘 CBCL/YSR/TRF의 새로운 양식(DSM-oriented scales for the CBCL, YSR, and TRF; Achenbach, Dumenci, & Rescorla, 2003)이 개발되었다. DSM-IV 불안문제 척도(DSM-IV anxiety problem scale)는 DSM-IV의 일반화된 불안장애, 분리불안장애 및 특정 공포증을 반영하고 있으며, DSM-IV 정서문제 척도(DSM-IV affective problem scale)는 DSM-IV의 기분부전 장애와 주요우울장애를 반영하는 것으로 알려져 있다. 그러나 아직까지 국내에서 이 새로운 양식이 제대로 사용되지 않고 있다. 따라서 향후에는 내재화 장애가 구체화될 수 있는 이 척도들을 표준화하고, 정보제공자 간의 일치 및 불일치 연구를 통해 정신병리 치료와 예후에 대한 이해를 더욱 확장시킬 필요가 있을 것으로 생각된다.

참고문헌

고은정, 하은혜 (2008). 어머니와 청소년의 우

www.kci.go.kr

울증상에 따른 청소년의 정서 및 행동문제에 대한 평가 일치도. 한국심리학회지: 임상, 27, 103-116.

오경자, 이혜련, 홍강의, 하은혜 (1997). K-CBCL 아동 · 청소년 행동평가 척도. 서울: 중앙적성 출판사.

오경자, 하은혜, 이혜련, 홍강의 (2001). K-YSR 청소년 자기행동 평가 척도. 서울: 중앙적성 출판사.

송혜향 (1992). 메타분석법. 서울: 자유아카데미.

Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profiles.* Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 child behavior profile.* Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2002). Ten-year comparisons of problems and competencies for national samples youth : Self, parent, and teacher reports. *Journal of Emotional Behavioral Disorder, 10,* 194-203.

Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2003). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32,* 328-340.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin, 85(6)*, 1275-1301.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and revised behavior profile.* Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile.* Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., & McConaughy, S. H. (1997). *Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology: Practical applications.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin, 101(2)*, 213-232.

Albayrak-Kaymak, D. (1999). Internalizing or externalizing: Screening for both problem youth. *International Journal for the Advancement of Counselling, 21*, 125-137.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Barker, E. T., Bornstein, M. H., Putnick, D. L., Hendricks, C., & Suwalsky, J. T. D. (2007). Adolescent-mother agreement about adolescent problem behaviors: Direction and predictors of disagreement. *Journal of Youth and Adolescence, 36,* 950-962.

Berg-Nielsen, T. S., Vika, A., & Dahl, A. A. (2003). When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. *Child: Care, Health and Development, 29(3),*

www.kci.go.kr

207-213.

Burns, R. B., &, Burns, R. A. (2008). Discriminant analysis. In R. B. Burns & R. A. Burns (Eds.) *Business Research Methods and Statistics using SPSS* (pp.549-608). Thousand Oaks, CA: Sage.

Caspi, A., Henry, B., McGee, R. O., Moffit, T. E., & Silva, P. A. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: From age three to fifteen. *Child development, 66(1)*, 55-68.

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Struening, 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.

Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Calabro-Conover, N., & Kala, R. (1986). Parent-child agreement on child psychoatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 27,* 181-190.

Edelbrock, C., & Costello, A. J. (1988). Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16,* 219-231.

Ferdinand, R. F. (2008). Validity of the CBCL/YSR DSM-Ⅳ scales anxiety problems and affective problems. *Journal of Anxiety Disorders, 22,* 126-134

Ferdinand, R. F., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2006). Prognostic value of parent-adolescent disagreement in a referred sample. *European Child and Adolescent Psychiatry, 15,* 156-162.

Ferdinand, R. F., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2007). Parent-teacher disagreement regarding behavioral and emotional problems in referred children is not a risk factor for poor outcome. *European Child and Adolescent Psychiatry, 16,* 121-127.

Ferdinand, R. F., Visser, J. H., Hoogerheide, K. N., van der Ende, J., Kasius, M. C., Koot, H. M., & Verhulst, F. C. (2004). Improving estimation of the prognosis of childhood psychopathology: combination of DSM-Ⅲ-R/DISC diagnoses and CBCL scores. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45(3),* 599-608.

Frick, P. J., & Kamphaus, R. W. (2001). Standardized rating scales in the assessment of children's behavioral and emotional problems. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology*(3rd ed.)(pp. 190-204). New York: John Wiley & Sons.

Holmbeck, G. N., Li, S. T., Schurman, J. V., Friedman, D., & Coakley, R. M. (2002). Collecting and managing multisource and multimethod data in studies of pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology, 27*, 5-18.

Huselid, R. F., & Cooper, M. L. (1994). Gender role as mediators of sex differences in expression of pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 595-603.

Kasius, M. C., Ferdinand, R. F., van den Berg, H., & Verhulst, F. C. (1997). Associations between different diagnostic approaches for

www.kci.go.kr

child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38(6)*, 625-632.

Kazdin, A. E. (1994). Informant variability in the assessment of childhood depression. In: W. M. Reynolds & H. F. Johnston(Eds), *Handbook of depression in children and adolescent: Issues in clinical child psychology*(pp.249-271). New York: Plenum Press.

Krol, N. P. C. M., De Bruyn, E. E. J., Coolen, J. C., & van Aarle, E. J. M. (2006). From CBCL to DSM: A comparison of two methods to screen for DSM-IV diagnoses using CBCL data. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35(1)*, 127-135.

Krol, N. P. C. M., De Bruyn, E. E. J., van Aarle, E. J. M., & Van Den Bercken, J. H. L. (2001). Computerized screening for DSM classifications using CBCL/YSR extended checklists: A clinical try-out. *Computers in Human Behavior, 17,* 315-337.

Mitsis, E. M., McKay, K. E., Schulz, K. P., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2000). Parent-teacher concordance for DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 308-313.

Monck, E. (1991). Patterns of confiding relationships among adolescent girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32,* 333 – 345.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry:Behavioral sciences/clinical psychiatry*(9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Seiffge-Krenki, I., & Kollmar, F. (1998). Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons and daughters' problem behavior: A longitudinal analysis of parent -adolescent agreement on internalising and externalising problem behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39,* 687-697.

Sourander, A., Helstela, L., & Helenius, H. (1999). Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *34*, 657-663.

Stanger, C., & Lewis, M. (1993). Assessment among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems, *Journal of Clinical Child Psychology, 22,* 107-115.

Theunissen, N. C. M., Vogels, T. G. C., M., Koopman, H. M., Verrips, G. H. W., Zwinderman, K. A. H., Verloove-Vanhorick, S. P., & Wit J. M. (1998). The Proxy problem: Child report versus parent report in health-related quality of life research. *Quality of Life Research, 7,* 387-397.

Thurber, S., & Osborn, R. A. (1993). Comparisons of parent and adolescent perspectives on deviance. *Journal of Genetic Psychology, 154,* 25-32.

Thurber, S., & Snow, M. (1990). Assessment of adolescent psychopathology: Comparison of mother and daughter perspectives. *Journal of Clinical Child Psychology, 19,* 249-253.

Waters, E., Stewart-Brown, S., & Fitzpatrick, R. (2003). Agreement between adolescent self-report and parent reports of health and well-being: Results of an epidemiological

www.kci.go.kr

study. *Child: Care, Health and Development, 29(6)*, 501-509.

World Health Organization. (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems tenth revision(ICD-10)*. Geneva: World Health Organization Press.

Yeh, M., & Weisz, J. R. (2001). Why are we here at the clinic? Parent-child (dis)agreement on referral problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1018-1025.

원고접수일 : 2010. 1. 25.
1차 수정원고접수일 : 2010. 7. 16.
게재결정일 : 2010. 8. 10.

www.kci.go.kr

한국심리학회지 : 임상
The Korean Journal of Clinical Psychology
2010, Vol. 29, No. 4, 907-925

Patterns Related to Parent and Adolescent Reports of Problem Behavior in Adolescents with Internalization and Externalization Disorders

Hyun Jung Kang
Department of Psychology
Chonbuk National University

Seung Hee Kook
Department of Psychiatry
Chonnam National University Hwasun Hospital

The purpose of this study was to examine patterns related to parent and adolescent reports of problem behaviors in adolescents with internalization and externalization disorders. The Korean Youth Self-Report (K-YSR) was administered to 29 adolescents with internalization disorders (i.e., the internalization disorder group) and 37 adolescents with externalization disorders (i.e., the externalization disorder group). The Korean Child Behavior Checklist (K-CBCL) was administered to 66 parents. A *t*-test was used on 11 symptom scales of the K-CBCL and K-YSR to identify differences between the two groups. In addition, a discriminant function analysis was conducted to identify symptom scales which affected the diagnostic classification decisions. Additionally, agreement between parent and adolescent reports in the two groups was analyzed using Pearson's Product Moment Correlation. Further, a Chi-test was used to identify contingencies in the relative severity of parent and adolescent reports of problem behaviors depending on the type of adolescent's disorder (i.e., internalization or externalization disorder). Delinquent behavior, internalization and externalization symptom scales well reflected the problem behaviors both of the internalization and externalization disorder groups with respect to the parent and adolescent reports. Agreement between parent and adolescent reports of problem behaviors in adolescents were low. Further, the type of adolescent disorder and the relative severity of the problem behaviors as indicated by the parent and adolescent reports were not significantly related. These results may have been influenced by the demographic and/or clinical characteristics of the subjects. However, beyond assessing the agreement between informants or severity on behavior problems, these results suggest the need to consider the parent-adolescent interaction or the informant's perception regarding the severity of behavior problems. Finally, the limitations of this study as well as suggestions for future research have been discussed.

Key words : internalization disorder, externalization disorder, parent report, adolescent report, agreement

www.kci.go.kr