

아동과 청소년의 한국아동인성검사(KPI-C) 프로파일 유형: 정신과 표본을 중심으로

정 욱 흥 창 희

부산대학교 심리학과

본 연구에서는 아동의 상태를 다차원적으로 평가하는 한국아동인성검사(KPI-C)의 임상척도 프로파일에 대한 경험적인 분석을 바탕으로, 정신과에 의뢰된 아동과 청소년이 나타내는 문제의 양상과 유형을 알아보고자 하였다. KPI-C는 총 255문항의 16개 척도로 구성된 부모 보고형 검사이다. 1996년 9월부터 1997년 4월까지 서울과 부산의 7개 소아정신과에 내원하여 DSM-IV 준거에 따라 진단 받은 만 4-15세의 아동 및 청소년 326명의 KPI-C 자아탄력성 척도와 11개 임상척도(언어발달, 운동발달, 불안, 우울, 신체화, 비행, 과잉행동, 가족관계, 사회관계, 정신증, 자폐증) 프로파일을 군집분석하여, 전체 표본의 93.6%를 분류하는 6개 군집을 추출하였다. 제 1 프로파일 유형은 발달상의 지체와 아울러 과잉행동이나 자폐증의 문제가 있으며 자신의 심리적인 적응상태와 관련하여 이차적으로 우울이 수반되는 혼재된 문제 유형을 반영하는 것으로 보인다. 제 2 프로파일 유형은 주의력 결핍이나 과잉행동, 공격적이고 파괴적인 행동 등 특히 적응에 부적인 영향을 주는 행동문제를 보이는 집단을 반영하고 있는 것으로 보인다. 제 3 프로파일 유형은 아동의 정신병리가 경미하거나 또는 보고자의 태도가 방어적임을 시사하는 것으로 보인다. 제 4 프로파일 유형은 내현화된 정서 문제를 반영하는 것으로 보인다. 제 5 프로파일 유형은 주로 우울감과 사회적 철수 또는 고립 등의 사회적 관계에서의 문제를 반영하는 것으로 보인다. 제 6 프로파일 유형은 발달적 문제를 중심으로 여러 가지 문제가 함께 나타나는 양상을 반영하고 있는 것으로 보인다. 본 연구의 결과는 KPI-C를 실제 임상 장면에서 사용하는 데 있어서 해석적인 기초 자료가 될 것으로 기대된다.

근래에 이르러 아동과 청소년의 심리적 장애에 대한 관심이 높아지면서 아동과 청소년의 임상적 특징을 잘 반영할 수 있는 분류체계의 필요성에 대한 인

식이 높아졌다. 심리적 장애를 분류하는 두 가지 주요한 방법에는 범주-의학적 모형과 양적-프로파일 접근이 있다. 범주-의학적 모형은 임상적 특성들로 구

성된 진단 기준에 근거해서 질적으로 구분되는 장애의 범주를 분류하는 것이다. 여기에 포함되는 임상적 특성들은 주로 임상가의 경험을 근거로 선택된다. 범주-의학적 모형은 정신장애에 대한 진단과 통계 편람 제 4판(DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994)으로 대표된다. 정신 장애를 분류하는 또 하나의 접근은 양적-프로파일 접근이다. 이 접근은 중다변인 분석법(multivariate data analysis methods)의 발달과 함께 발전되어 왔다. 양적-프로파일 접근은 다중적이거나 다차원적인 척도로 구성된 심리검사로 대표되듯이 다양한 임상적 특성들이 차원적 구조를 형성하는 것으로 가정하며, 경험적 방법에 근거하여 각 차원에서 문제의 정도를 점수로 나타낸다.

DSM 체계는 간편하고, 시간과 비용을 절약하게 해주며, 임상가들 사이에 의사소통을 용이하게 한다는 점 때문에 임상 장면에서 정신 장애를 분류하는 전통적인 방법으로 사용되어 왔다. 이러한 이점에도 불구하고, 범주-의학적 모형에 의한 분류 또는 진단은 종종 제한된 기능 영역을 기술하는 데에 초점을 맞추므로써 다양한 심리적 양상을 잘 반영하지 못하고 개인에 대한 전반적인 조망을 하기 어렵게 한다는 비판을 받아 왔다. 이 외에도, 범주적인 분류는 비정상 범주에 포함되는 증상의 빈도와 그것이 나타나는 기간의 정도에 대해 주로 임상가의 판단에 의존하기 때문에, 임상 장면에서 실제로 사용되는 보다 세분화된 진단 체계에서 만족할만한 신뢰도를 얻지 못하고 있다(Mattison, Cantwell, Russell, & Will, 1979; Garmezy, 1978; van den Brink, Schoos, Hanhart, Rouwendael, & Koeter, 1986; Werry, Methven, Fitzpatrick, & Dixon, 1983).

양적-프로파일 접근은 현재 널리 사용되고 있는 범주-의학적 모형의 이러한 제한점을 보완해 줄 수 있다. 현재의 심리적 문제에 대한 정확한 기술이라는 측면에 초점을 맞춰 볼 때 양적-프로파일 접근은 이러한 접근이 가지는 정신병리에 대한 개념이나 접근 방법과 관련하여 다음과 같은 이점이 있다(Kazdin, 1988, 1989; Lachar, LaCombe, Kline, Butkus, & Hillman, 1991; Millon, 1991). 우선, 양적-프로파일

접근은 특정한 증후군 범위에 한정된 기술만을 하는 것이 아니라 보다 다양한 행동과 정신 문제영역에 대한 다차원적인 정보를 제공한다. 그래서 하나의 기능 영역에 두드러진 문제가 있다고 해도 다른 기능 영역들도 또한 각각 나름대로 중요한 것으로 고려한다. 또한 양적-프로파일 자료는 정신적 장애의 정도에 대한 정보를 제공하며, 특이하거나 비전형적인 사례를 누락시키지 않고 있는 그대로 평가할 수 있게 한다. 이에 더해, 중다척도 프로파일 자료는 일상생활에서 적절하게 기능하는 비슷한 연령층이나 같은 성의 정상 표본을 기준으로 상대적인 해석을 가능하게 한다. 성과 연령 기준을 사용할 수 있다는 점은 특히 아동과 청소년에게 있어서 아주 중요한 측면이다. 이들은 발달 과정에서 연령에 따라 인지, 정서, 행동 면에서 큰 변이성을 갖기 때문에 연령, 성별 기준에 바탕을 둔 정확한 평가가 필요하다.

이러한 양적-프로파일 접근의 잠재적인 이점을 이용하기 위해서 부모나 교사, 임상가가 아동에 대해서 보고한 여러 영역의 문제들에서 증후군을 경험적으로 추출하려는 많은 연구들이 있었다. Achenbach와 Edelbrock (1978)은 포괄적인 개관을 통해서 요인분석으로 추출된 정신병리 증후군에 상당히 일관된 차원이 있음을 보고했다. 정신과적 장애를 가진 아동을 변별하기 위한 분류 체계를 개발하기 위해서는 경험적으로 얻어진 증후군들에 대한 점수를 바탕으로 아동들을 범주화해야 한다. 정신과적 장애를 가진 아동들의 집단을 특징짓는 문제의 양상을 규명하는 데 적합한 중다변인 분석 방법 중의 하나가 군집분석이다. 경험적으로 도출된 그러한 문제 양상을 '프로파일 유형'이라고 한다. Edelbrock와 Achenbach (1980), Lessing, Williams, 그리고 Gill (1982), Gdowski, Lachar, 그리고 Kline (1985) 등이 자신들이 개발한 각각의 척도로 구성된 프로파일을 군집분석함으로써 유용한 아동 정신병리 유형 분류 체계를 개발하려는 시도를 했다.

아동 및 청소년의 정신병리 유형을 경험적으로 분류하는 연구에서 주요 문제가 되는 것은 분류되는 차원의 수와 내용이다. 유용한 진단분류체계가 되기 위

해서는 중요하고 핵심적인 임상적 특징들이 차원으로 들어가면서, 그와 동시에 그 차원들이 심리적 기능 영역들을 포괄적으로 잘 반영할 수 있어야 한다. 한국 아동인성검사(Korean Personality Inventory for Children [KPI-C]; 김승태, 김지혜, 송동호, 이효경, 주영희, 홍창희, 황순택, 1997)는 아동의 인지, 정서, 행동의 중요한 측면을 다양하게 다룬다는 면에서 상당히 유용한 도구라고 생각된다. 한국아동인성검사(KPI-C; 김승태 등, 1997)는 아동의 정신과적인 문제를 선별 진단하고 아동의 인지, 정서, 행동 면에서의 상태를 다차원적으로 평가하기 위해 새로 고안된 객관적 검사 도구이다. 김승태 등 (1997)은 최근 10년간 우리나라의 임상장면에서 아동과 청소년들 또는 그 보호자가 주로 호소한 증상과, 미국의 아동인성검사(Personality Inventory for Children [PIC]; Wirt, Lachar, Klinedisnt, & Seat, 1984), 아동 문제행동 평가척도(Child Behavior Checklist [CBCL]; 오경자, 이혜련, 1990), 사회성숙도 검사(김승국, 김옥기, 1995), DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994), 세계보건기구의 국제질병분류 10판(ICD-10; WHO, 1992) 등을 검토하여 495개의 예비문항을 구성하였다. 그리고 연구에 참여한 4명의 임상심리 전문가들 중에서 3명 이상이 동의한 문항들로 발달, 정서, 행동, 대인관계, 현실접촉과 관련된 11개 내용범주에 따른 예비척도를 구성하였다. 그 후에 예비척도와 전체 예비문항과의 상관 및 각 문항들의 진단적인 변별력을 근거로 일부 문항이 추가되거나 제외되었으며, 얻어진 문항들을 요인분석하여 각 문항들이 측정하고자하는 구성개념을 잘 반영하는지 확인하였다. 최종적인 KPI-C는 우리나라 아동들의 임상적 특징을 잘 반영하는 문항들을 선정하여 총 255문항의 16개 척도로 구성되었으며, 만 4-15세에 이르는 아동들을 대상으로 표준화되었다. 이 검사의 반분신뢰도는 표준집단의 경우 .62에서 .79였으며 임상집단의 경우 .58에서 .85로 평균 상관계수는 .70이었다. 또 내적일치도는 표준집단의 경우 .62에서 .81이었으며 임상집단의 경우 .67에서 .85로 평균 α 계수는 대략 .75였다. 이 검사는 최근 6개월간 아동과 같이 생활한 보호자(특히

여성 보호자)가 작성하도록 되어 있다. KPI-C의 16개 척도들은 4개의 타당도 척도와 1개의 자아탄력성 척도, 11개의 임상척도로 구성되어 있다. 타당도 척도에는 무응답 척도(?), 검사-재검사 척도(T-R), 거짓말 척도(L), 빈도 척도(F)가 있다. 무응답 척도(?)는 문항에 대한 응답을 하지 않거나 '그렇다'와 '아니다'에 모두 응답한 빈도를 측정한다. 검사-재검사 척도(T-R)는 비슷한 내용을 묻는 문항에 얼마나 일관성 있게 응답했는가를 측정한다. 거짓말 척도(L)는 사회적으로 바람직한 방향으로 응답하고자 하는 보호자의 태도를 측정한다. 빈도 척도(F)는 문항에 대한 반응 빈도가 10% 이하인 것들로 구성된 것들로 일반적으로 사람들이 아주 드물게 반응하는 내용들을 측정한다. 자아탄력성 척도(ERS)는 스트레스에 대한 아동의 적응잠재력을 측정한다. 임상척도들은 아동의 발달, 정서, 행동, 대인관계, 현실접촉 영역에서의 문제들을 측정하는 것들로 구성되어 있다. 발달적 문제를 측정하는 척도들에는 수와 언어, 추상적 개념에 대한 이해 능력과 관련된 지적인 능력 및 발달을 측정하는 언어발달 척도(VDL)와, 행동 상의 발달이나 수행력을 측정하는 운동발달 척도(PDL)가 있다. 정서 영역의 문제를 측정하는 것들로는 일반적인 불안수준과 특정 대상에 대한 두려움 등과 관련된 내용을 측정하는 불안 척도(ANX)와, 활기, 흥미, 행복감, 대인관계에 대한 흥미 등을 측정하는 우울 척도(D)와, 신체의 허약함, 신체적 관심, 건강염려 등을 측정하는 신체화 척도(SOM)가 있다. 행동과 관련된 문제를 측정하는 척도로는 어른이나 또래에 대한 적대적 행동, 공격성, 일탈행동 등의 문제를 측정하는 비행 척도(DLQ)와 주의산만, 참을성 부족, 과잉행동 등을 측정하는 과잉행동 척도(HPR)가 있다. 대인관계와 관련된 문제를 측정하는 척도들은 아동과 부모의 관계, 부모의 양육태도, 부부간의 문제, 가족간의 화목 등을 측정하는 가족관계 척도(FAM)와 친구관계에 대한 관심과 자신감, 대인관계에서의 수줍음 등을 측정하는 사회관계 척도(SOC)로 구성된다. 현실접촉을 측정하는 척도에는 상황에 부적절한 정서와 행동, 환청, 그 밖에 여러 가지 이상행동을 측정하는 정신증 척도(PSY)와

대인관계에 대한 무관심, 의사소통의 결함, 상동적인 행동 등 자폐증의 주요한 특징들을 측정하는 자폐증 척도(AUT)가 있다.

임상 장면에서는 개별 척도에 나타나는 임상적인 특징을 검토하는 것도 중요하지만 각 척도에 다양하게 반영되는 개인의 문제를 전체적인 프로파일에 근거하여 포괄적으로 해석하는 것이 보다 중요하다. 무엇보다 우리 나라 아동의 정신병리를 이해하기 위해서는 우리 나라 아동들에 대하여 표준화된 측정도구에 나타난 반응양상에 근거를 두어야 한다. 그 동안, 아동 및 청소년 정신병리의 진단분류체계에 대한 양적-프로파일 접근의 잠재적인 이점에도 불구하고, 아동과 청소년의 정신과적 문제를 측정하는 보편화된 중다척도 측정 도구가 없었고 아동과 청소년 병리 유형에 대한 경험적 연구가 부족했기 때문에, 우리 나라의 실제 임상 장면에서는 아동에 대한 평가 및 진단 시에 양적-프로파일 접근이 잘 활용되지 못했다. 본 연구의 목적은 새로 표준화되는 KPI-C의 임상 척도 프로파일 유형에 대한 경험적인 분석을 기초로 하여 정신과에 의뢰된 우리 나라 아동과 청소년이 나타내는 문제의 양상을 알아보고자 하는 것이다. 이와 더불어 앞으로 KPI-C를 실제 임상 장면에서 의미 있고 간편하게 사용할 수 있도록 하는 해석적인 기초를 제공하고자 하였다.

방 법

연구대상

전체 표본은 1996년 9월부터 1997년 4월까지 서울과 부산의 7개 소아정신과에 내원하여 진단 받은 만 4-15세의 아동 및 청소년 326명으로 구성되었다. 이들의 평균 연령은 8.66세($SD=2.59$)였고, 남이는 244명, 여이는 82명이었다. 이 표본은 KPI-C의 타당도 척도들을 고려하였을 때, 반응이 신뢰롭다(무응답 척도와 검사-재검사 척도의 T점수가 70점 미만)고 평가된 아동들이었다. 이 아동들은 DSM-IV (APA, 1994)

의 진단기준에 따라 정신지체(55명), 학습장애(12명), 정서장애(61명), 전반적 발달장애(14명), 주의력 결핍 및 파괴적 행동장애(114명), 틱장애 및 운동장애(24명), 언어장애(26명), 배설 및 수면장애(15명), 기타 장애(2명) 등으로 다양하게 진단받았다. 이들 전체 표본들 중에서 42.9%에 해당하는 140명이 2차 진단을 받았고, 전체 사례의 10.9%에 해당하는 33명이 3차 진단까지 받았다.

연구의 대상은 이 자료 수집 기간 동안 참여기관에 내원한 환자들을 순차적으로 표집하였으므로, 연령과 성별 표집 숫자가 고르지 않다. 남자가 여자에 비해 3배정도 많고, 만 14세와 15세의 피험자수가 적다.

도구 및 절차

495문항으로 된 예비형 KPI-C를 소아정신과에 처음 내원한 아동의 어머니(또는 6개월 이상 함께 생활한 보호자)에게 작성하도록 하였다. 응답은 OMR 응답지의 '그렇다' 혹은 '아니다'에 표시하도록 되어 있다. 이 중에서 최종적으로 선정된 KPI-C의 255문항에 대한 응답만이 분석대상이 되었으며, 전체 16개 척도 중에서 자아탄력성 척도와 11개의 임상척도에 대한 T점수들만이 프로파일 분석에 포함되었다.

규준집단은 전국을 대도시, 중소도시, 기타지역으로 나누는 후 지역별, 연령별 인구비례에 의해 표집된 4-15세의 2,475명의 아동들로 구성되었다. 각 연령집단의 척도별 평균과 표준편차를 참조하여 각 연령군이 비교적 동질적이 되도록 만 4-6세, 7-9세, 10-12세, 13-15세의 연령군과 성별로 나누어 규준을 만들었다. 특히 발달 척도의 경우 4세-9세 아동까지 연령별로 유의한 차이가 있어 이 척도는 연령별로 척도를 만들었다. 그리고 심히 편포된 척도에 대해서는 최종적인 T 점수를 산출하기에 앞서 언어진 결과가 정상분포에 근접하도록 약간의 수정을 하였다.

분석방법

결 과

군집을 추출하는 단계는 크게 두 단계로 구성되었다. 먼저 위계적 군집분석법을 사용하여 적절한 군집수를 탐색하고, 추출된 각 군집들의 평균을 산출하였다. 두 번째 단계로, 위계적 군집분석에서 추출된 군집들의 평균을 시작점으로 삼아 전체 표본에 대한 반복적인 비위계적 군집분석인 K-means 분석을 하였다. 위계적 군집분석 단계에서는 유사성 측정치로 피어슨 상관계수를 사용하였으며 집단내 평균연결법으로 유형을 추출하였다. 적절한 군집수를 선택하는 기준으로 군집의 크기, 임상적 의미, 유사성거리 계수 등이 고려되었다. 최종적으로 추출된 군집들에 대해 각 군집들이 KPI-C 프로파일에서 유의하게 구분되는 지를 알아보기 위하여 중다변량분석과 변량분석을 하였다. 그리고 각 군집들의 인구학적, 진단적 특성을 알아보기 위하여 추출된 군집들의 빈도에 대하여 인구학적 변인들과 진단별로 χ^2 검증을 하였다. 모든 통계적 절차는 SPSS를 이용하여 수행되었다.

전체 표본에 대한 위계적인 군집분석을 실시한 결과, 타당하다고 판단되는 6개의 군집이 선택되었다. 이 군집들은 전체 표본의 93.6%를 분류하였다. 이 군집들의 각 평균을 시작점으로 삼아서 비위계적 군집분석을 실시하여 최종적인 6개의 군집을 추출하였다. 추출된 군집들에 대한 MANOVA를 실시한 결과, Hotelling's T^2 이 $p < .01$ 수준에서 유의하여서 이 유형들이 모두 통계적으로 유의있게 구분됨을 시사하였다. 변량분석 결과, 모든 척도에서 6개 군집간에 유의한 차이가 있었다($p < .001$). 추출된 유형들의 평균과 표준편차가 표 1에 제시되었다. 추출된 유형들간에 성, 연령범주, 진단범주에 대한 카이제곱검증을 실시한 결과, 성($\chi^2 = 8.04, df=5, ns$)과 연령($\chi^2 = 17.96, df=15, ns$)에서는 추출된 유형들간에 유의한 차이를 보이지 않았고, 진단범주($\chi^2 = 156.46, df=40, p < .001$)에서는 추출된 유형들간에 유의한 차이가 있었다. 각 유형별로 성과 연령범주에서의 아동 빈도에 대한 χ^2

표 1. 최종적으로 추출된 6개 군집의 척도별 평균 T점수와 표준편차

척도	군 집						F(5, 299)
	1 (n=62)	2 (n=62)	3 (n=51)	4 (n=40)	5 (n=31)	6 (n=59)	
ERS	29.62(6.75)	30.79(9.55)	48.76(6.87)	40.60(6.83)	36.18(5.28)	40.32(6.52)	52.93**
VDL	82.24(11.88)	59.24(8.23)	50.88(9.97)	54.98(8.48)	48.34(8.12)	73.45(11.49)	93.01**
PDL	76.78(9.58)	57.83(9.53)	47.35(9.96)	53.05(6.85)	47.72(9.25)	65.04(10.88)	74.28**
ANX	58.67(10.57)	54.54(10.93)	45.17(8.00)	60.17(10.13)	54.92(10.61)	47.50(8.45)	19.10**
D	70.49(7.65)	64.87(11.50)	49.69(6.69)	61.36(9.42)	66.29(7.49)	60.50(6.83)	36.89**
SOM	50.82(8.76)	53.47(9.25)	45.73(8.76)	64.55(9.15)	48.38(8.31)	47.00(8.93)	25.90**
DLQ	60.91(10.68)	69.80(8.01)	52.93(11.07)	54.32(7.60)	48.55(9.43)	53.18(7.95)	35.38**
HPR	76.64(9.09)	75.24(6.64)	53.82(11.43)	57.64(6.36)	51.55(9.44)	64.79(7.54)	79.59**
FAM	53.48(12.14)	56.86(9.84)	45.07(9.80)	48.32(10.85)	50.17(10.45)	45.07(10.86)	11.20**
SOC	66.18(6.37)	58.20(8.44)	49.19(7.07)	56.32(9.25)	63.45(7.73)	59.29(7.52)	30.49**
PSY	72.48(10.94)	58.44(8.36)	36.18(14.55)	56.81(7.86)	42.27(14.80)	57.23(10.35)	69.04**
AUT	84.35(11.25)	67.23(8.77)	48.00(9.53)	51.95(8.42)	55.10(10.28)	63.81(8.27)	105.92**

** $p < .001$

표 2. 추출된 군집들의 프로파일 유형과 진단 범주별 아동 빈도

유형	진단 범주								
	정신지체	학습장애	정서장애	전반적 발달장애	주의력결핍/행동장애	틱장애	언어장애	배설/수면 장애	기타장애
1	25	2	2	10	16	2	5		
2	2	3	12	1	38	1	3	2	
3	3	3	5		24	7	6	3	
4	2	2	13		13	6	3	1	
5	1	1	12		7	3	2	5	
6	22	4	6	3	15		7	1	1
전체	55	15	50	14	113	19	26	12	1

표 3. 프로파일 유형과 연령범주별 아동 빈도

유형	n	연령 범주				χ^2
		4-6세	7-9세	10-12세	13-15세	
1	62	10	32	18	2	4.04 ^a
2	62	9	29	18	6	1.46
3	51	10	23	13	5	0.26
4	40	10	17	8	5	1.86
5	31	7	6	14	4	7.89 [*]
6	59	17	23	14	5	2.46
전체	305	63	130	85	27	17.96 ^b

* . $p < .05$

- a. 전체표본의 연령범주 빈도 구성비를 기대빈도로 하여 각 유형별로 연령범주의 아동 빈도 차이를 봄
b. 6개 유형들의 연령범주에서의 전체 빈도 차이

검증을 실시한 결과, 제 5 유형만이 연령범위의 빈도에서 유의한 차이를 보여서($\chi^2 = 7.89, p < .05$), 10-12세 아동들이 다른 연령의 아동들에 비해 이 유형에 특히 많이 분류되었음을 나타내었다. 각 프로파일 유형에 포함된 아동들의 진단범주 빈도가 표 2에 제시되었고, 유형에 따른 연령 빈도와 성별 아동 빈도가 표 3와 표 4에 제시되었다.

추출된 프로파일 유형들을 살펴보면(그림 1과 그림 2 참조), 제 1 유형 프로파일은 자폐증 척도와 언어 발달 척도 점수가 80T 이상의 상승을 보였고, 운동

표 4. 프로파일 유형과 성별 아동 빈도

유형	성별	
	남	여
1	42	20
2	53	9
3	35	16
4	32	8
5	22	9
6	47	12
전체	231	74

발달이나 과잉행동, 정신증, 우울 척도의 점수가 70-80T 정도로 높은 반면 자아탄력성 척도 점수는 30T 정도로 매우 낮았다. 이 유형으로 분류된 아동의 40.3%가 정신지체로 진단 받았고 25.8%가 주의력결핍 및 과잉행동 진단을 받았다. 전반적 발달장애로 진단 받은 아동들 중 71.4%가 이 유형으로 분류되었다. 이 유형은 발달상의 지체와 아울러 과잉행동이나 자폐증의 문제가 있으며 자신의 심리적인 적응상태와 관련하여 이차적으로 우울증상이 수반되는 유형을 나타내고 있다.

제 2 유형 프로파일은 과잉행동 척도와 비행 척도 점수가 70T 이상으로 상승하고, 자아탄력성 척도는 30T 정도, 우울증 척도와 자폐증 척도 점수들은

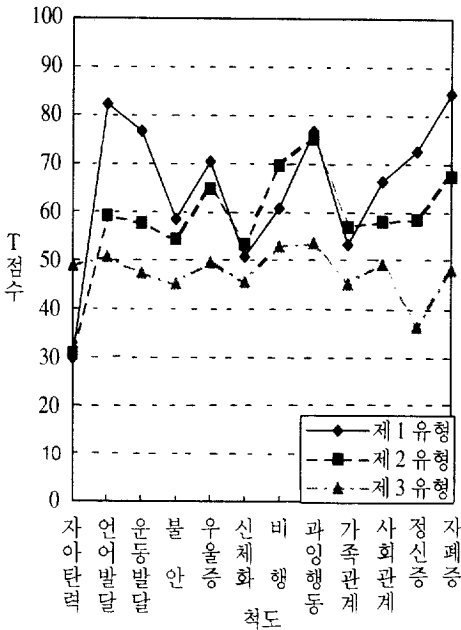


그림 1. 정신과 표집의 KPI-C 제 1,2,3 유형 프로파일

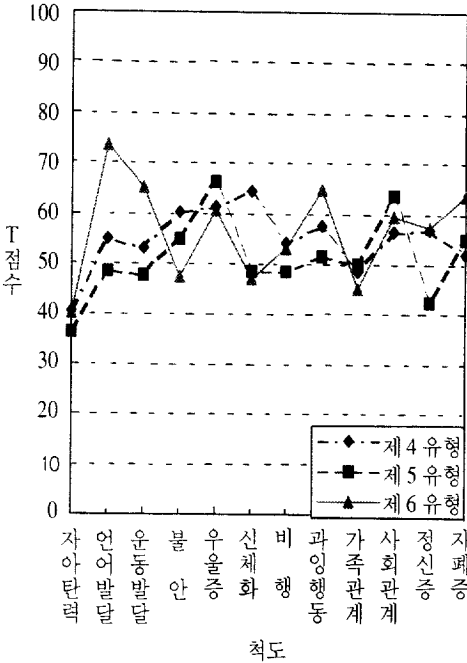


그림 2. 정신과 표집의 KPI-C 제 4,5,6 유형 프로파일

60-70T에 위치하는 특징을 보였다. 이 프로파일 유형은 주의력 결핍이나 과잉행동, 공격적이고 파괴적인 행동 등 특히 적응에 부적인 영향을 주는 행동문제를 보이는 집단을 반영하고 있는 것으로 보인다. 이 유형에는 주의력 결핍 및 과잉행동 진단을 받은 아동들이 61.3%로 단연 큰 비율로 포함되었다.

제 3 유형 프로파일은 30-40T로 다소 낮은 정신증 척도 점수를 제외하고는 모든 척도들의 점수들이 50T 부근에서 변산을 보이고 있다. 여러 척도들 중에서 행동 장애를 반영하는 두 척도인 비행 척도와 과잉행동 척도의 점수들만이 50T에서 약간 상승하고 있다. 이 프로파일 유형을 보이는 집단에 분류된 아동들 중 47.1%가 주의력 결핍/과잉행동 및 그 외의 행동장애 범주의 진단을 받았다. 그 밖에 이 프로파일 유형을 보이는 집단으로 분류된 아동들은 틱장애, 언어장애, 정서장애의 순으로 많은 진단을 받았다. 아동의 정신병리가 경미함이 시사되지만 보고자의 방어적 태도 역시 고려되어야 할 집단이다. 보고자의 반응태도를 반영하는 L척도와 F척도의 T점수에 대한 군집간의 차이를 부가적으로 분석한 결과, 각각 $F(5, 299)=27.20$ 와 $F(5, 299)=35.65$ 로 모두 $p<.001$ 수준에서 유의한 차이를 보였으며, Bonferroni 방식의 사후분석 결과 L척도에 대해서는 군집 5가 가장 T점수가 높았고 그 다음이 군집 3과 4, 6이었고, 그 다음이 군집 1, 그리고 군집 2의 순이었다. F척도에 대해서는 군집 1과 2의 T점수가 가장 높았고 그 다음이 군집 6, 그리고 군집 3, 4, 5의 순이었다. 이 결과에 의하면 제 3 유형의 프로파일을 보이는 아동들의 보고자는 증상의 심각도를 낮추고 자신의 아이가 바람직한 것으로 보고하려는 경향이 있음을 알 수 있다.

제 4 유형 프로파일은 신체화, 우울, 불안 등 정서 문제와 관련된 척도 점수들이 60-70T로 상승하고 있고, 자아탄력성 척도는 40T 정도의 점수를 나타내고 있다. 진단적으로는 정서장애 진단을 받은 아동들과 주의력 결핍/과잉행동 및 그 외의 행동장애 진단을 받은 아동들이 각각 32.5%로 가장 많은 비율을 보였다. 이 프로파일 유형은 특히 내현화된 정서 문제를 잘 반영하는 것으로 보인다.

제 5 유형 프로파일은 우울증과 사회적 관계 척도 점수만이 60T 이상으로 상승하는 형태를 보이고 있고 자아탄력성 척도는 40T 이하의 점수를 보이고 있다. 이 프로파일 유형을 보이는 집단에는 10-12세 아동들이 유의하게 많았다(이 집단의 45.2%). 이 유형에는 정서장애 범주의 진단을 받은 아동들이 38.7% 포함되었다. 이 프로파일 유형은 주로 우울감과 사회적 철수 또는 고립 등의 문제를 반영하는 것으로 보인다.

제 6 유형 프로파일은 언어발달 척도의 점수만이 70T 이상으로 상승하고 있다. 그 밖에, 운동발달과 과잉행동, 자폐증 척도 점수들이 60-70T로 상승하고, 우울과 사회적 관계, 정신증 척도 점수들이 60T 부근으로 상승하고 있다. 이 프로파일 유형을 보이는 집단으로 분류된 59명중에서 22명(37.3%)이 정신지체 진단을 받았고, 15명(25.4%)이 주의력 결핍 및 과잉행동 장애 진단을 받았다. 이 유형은 제 1 유형 프로파일과 비슷한 양상을 보이기는 하지만 문제의 정도가 상대적으로 약하고 발달적 문제에 보다 초점이 주어지고 있다.

진단범주별로 본다면, 정신지체 진단을 받은 아동들은 제 1 유형 프로파일을 나타내는 집단에 가장 많이 분류되었다(55명 중 25명). 학습장애 진단을 받은 아동들은 제 6 유형 프로파일을 보이는 집단에 26.7%로 가장 많이 분류되었지만 다른 유형들에도 비교적 고르게 분류되었다. 정서장애 범주의 진단을 받은 아동들은 4 유형, 2 유형, 5 유형의 순으로 많은 비율을 보였고 다른 유형에도 고르게 분류되었다. 전반적 발달장애 범주의 진단을 받은 아동들은 제 1, 제 2, 제 6 유형 프로파일을 보이는 집단에만 특징적으로 분류되었다. 그 중에서도 제 1 유형에 71.4%가 분류되어 가장 많은 비율을 보였다. 주의력 결핍/과잉행동 및 그 외의 행동장애 범주의 진단을 받은 아동들은 제 2 유형(33.6%)과 제 3 유형(21.2%)에 가장 많이 분류되었고, 그 밖의 프로파일 유형을 보이는 집단들에도 다양하게 분류되었다. 이 유형들간의 차이는 증상의 정도나 함께 나타나는 문제 영역들의 양상의 차이를 반영하는 것으로 보인다. 틱장애 진단을

받은 아동들은 대체로 전 유형에 걸쳐 분류되고 있지만, 그 중에서 제 3 유형(36.8%)과 제 4 유형(31.6%)에 많이 분류되었다. 언어장애 진단을 받은 아동들도 역시 전 유형에 걸쳐 비교적 고르게 분류되는 양상을 보이기는 하지만, 그 중에서도 제 6 유형(26.9%)과 제 3 유형(23.1%)을 보이는 집단에 비교적 많이 분류되었다. 배설 및 수면장애 범주의 진단을 받은 아동들은 제 1 유형과 제 5 유형에는 전혀 분류되지 않았고 그 외의 여러 프로파일 유형의 집단들에 다양하게 분류되었다.

끝으로, 326명의 사례들 중에 분류되지 않은 21명의 특징을 알아보기 위해 인구학적 변인과 진단분류에 대한 카이검증을 실시하였다. 분류되지 않은 21명 중 남자는 13명, 여자는 8명이었고, 평균 연령은 8.76세($SD=2.93$)였다. 이 사례들을 성($\chi^2 = 2.00, df=1, ns$)과 연령($\chi^2 = 4.59, df=3, ns$)에 대해서 군집 추출에 포함된 표본과 카이제곱검정으로 비교했을 때 유의한 차이를 보이지 않았다. 그러나 1차 진단범주에 대해서 비교했을 때는 $\chi^2 = 46.15 (df=8)$ 로 $p < .01$ 수준에서 유의한 차이를 보였다. 분류되지 않은 사례들의 진단은 다음과 같다: 정서장애 11명, 주의력 결핍 및 파괴적 행동장애 1명, 틱장애 5명, 배설 및 수면 장애 3명, 기타장애 1명.

논 의

정신과에 내원한 아동과 청소년들의 KPI-C 프로파일을 분석한 결과, 최종적으로 전체 표본의 93.6%를 분류하는 6개의 프로파일 유형이 추출되었다. 제 1 유형 프로파일은 다양한 정신과적인 문제들이 혼재된 양상으로 나타나고 있다. 이 유형은 발달상의 지체와 아울러 과잉행동이나 자폐증의 문제가 있으며 자신의 심리적인 적응상태와 관련하여 이차적으로 우울증상이 수반되는 유형을 반영하는 것으로 생각된다. 프로파일 유형 2는 적응에 부적인 영향을 주는 행동문제를 반영하는 것으로 보인다. 제 1 유형과 제 2 유형 프로파일은 공통적으로 프로파일의 상승을 크게 보이

고 있어서, 이 유형의 프로파일을 보이는 아동들이 정
 심과적인 문제로 인한 부적응이 보다 심할 가능성이
 시사된다. 이와 관련하여 두 유형 모두 자아탄력성 척
 도 점수가 30T까지 저하되어 있는 점을 생각해 볼
 때, 이 척도가 낮은 프로파일이 정심과적인 문제의 심
 각성이나 현실 부적응 수준을 가리키는 지표가 될 가
 능성이 시사된다. 제 3 유형 프로파일은 문제의 정도
 가 심하지 않고, 현재 어떤 행동, 정서 문제를 가지고
 있더라도 상당한 적응 잠재력을 지닌 아동들의 KPI-
 C 프로파일을 반영하는 것으로 보인다. 이 프로파일
 에서 정신증 척도가 평균보다도 오히려 더 낮은데, 이
 에 대한 타당한 해석을 하기에는 현재 사용할 수 있
 는 자료가 불충분하다. 그러나 그 의미에 대한 가능
 성을 우선 두 가지를 고려해 볼 수 있다. 첫 번째로,
 이것이 아동의 실제 심리적 특성(예컨대, 아주 관습
 적인)을 반영하는 것일 수 있다. 두 번째로, KPI-C가
 어머니가 작성하는 검사라는 것을 고려해 볼 때, 이
 것이 자신의 아이의 정심증적인 문제는 강하게 부정
 하고, 문제가 있다하더라도 흔히 덜 심각한 형태의 문
 제로 보는 것들만을 인정하는 태도와 관련될 가능성
 을 생각해 볼 수 있다. 이 문제에 대해서는 앞으로의
 탐색이 더욱 필요하겠다. 제 4 유형은 내현화된 정서
 문제를 반영하는 프로파일로, KPI-C에서 이 프로파
 일을 보이는 아동들은 우울하거나 불안하고, 정서적
 인 문제를 여러 가지 신체 증상으로 표현할 가능성
 이 크다. 이 유형에는 주의력 결핍/과잉행동 및 그 외
 의 행동장애 범주의 진단을 받은 아동들도 큰 비율
 로 포함되었는데, 이러한 아동들이 보이는 행동 상의
 문제들이 실제로는 정서적인 문제에 그 원인을 두고
 있을 가능성이 시사된다. 만일 실제로 그러하다면 이
 런 아동들에 대한 치료는 정서적인 문제가 별로 공
 존하지 않는 행동문제를 보이는 아동들에 대한 것과
 는 상당히 달라져야 할 것이다. 제 5 유형은 제 4 유
 형과 비슷하게 정서 문제를 반영하고 있으나, 구체적
 인 양상을 볼 때 이 유형은 사회적 관계에서의 철수
 와 고립 혹은 비효율성을 주된 특징으로 하는 우울
 한 아동들의 프로파일을 나타내는 것으로 보인다. 제
 6 유형은 발달지연과 행동문제를 동시에 보이는 아

동들의 프로파일을 반영하는 것으로 보인다. 제 1 유
 형과 비교해볼 때, 상대적으로 문제의 심각도가 덜하
 고, 현실접촉에서의 문제를 반영하는 정심증적, 자폐
 증적인 증상을 함께 보이는 제 1 유형에 비해 부적
 응이 덜할 것으로 생각된다.

본 연구에서 추출된 KPI-C의 프로파일 유형에서도
 볼 수 있듯이 동일한 진단을 받은 아동들이 하나의
 독특한 집단으로만 묶여지는 것은 아니다. 2차 진단
 이상을 받은 아동들의 비율이 크다는 데에서도 시사
 되듯이 이것은 아동과 청소년의 정심과적인 문제가
 단순한 양상으로 드러나지 않음을 반영한다. 개인 내
 에 다양한 문제가 공존하는 현상은 여러 장애들 간
 에 어떤 원인을 공유하고 있음을 의미하는 것일 수
 도 있고, 어떤 하나의 장애가 다른 장애의 원인이 되
 기 때문일 수도 있다. 예를 들어, 정심지체 진단을 받
 은 아동들을 많이 포함하고 있는 제 1 유형 프로파
 일은 발달적 지연과 함께 여러 가지 문제 영역들의
 증상이 혼재하는 양상을 보여주고 있다. 이것은 Rutter
 (1985)의 개관에서 정심지체가 있는 아동들이 과잉행
 동, 충동성, 산만함, 주의집중의 저하 등의 과잉행동
 증후군을 보이며, 정서장애, 발달장애의 비율 또한 높
 다는 보고와 일치하는 것이라고 할 수 있다. 이러한
 아동의 정심병리 유형을 보다 잘 이해하기 위해서는
 다차원 상에서 나타나는 문제 유형을 계속적으로 탐
 구해갈 필요가 있을 것으로 생각된다.

본 연구에서 추출된 KPI-C 프로파일의 유형들은 정
 심과에 의뢰된 아동들의 문제 양상을 반영한다. 따라
 서 이 결과를 정상아동에게 일반화하기에는 제한점을
 가진다. 정상아동들이 나타내는 심리적 문제의 양상
 을 알아보기 위해서는 정상아동들의 KPI-C 프로파일
 의 유형들을 분류하는 후속 연구가 있어야 할 것으
 로 생각된다. 정상아동들의 프로파일과 임상집단 아
 동들의 프로파일을 비교함으로써 나온 결과들은 전체
 아동 표본에서 문제가 있는 아동을 선별하는 데 있
 어서의 준거가 될 수 있을 것으로 생각된다.

본 연구에서는 우리 나라 아동과 청소년의 정심과
 문제에 대한 유행률이 확립되어 있지 않아 잘 계획
 된 표집을 하지 못하였다. 이런 이유로 표본의 구성

에서 주의력 결핍 및 과잉행동 장애 진단을 받은 아동들이 34.9%로 전체에서 많은 비율을 차지하여, 추출된 군집들이 이 아동들의 특성에 영향을 받았을 가능성이 있다. 그러나, 본 연구의 임상표본이 소아정신과에 내원한 아동과 청소년들을 자연스럽게 순차적으로 표집한 결과이므로 이러한 표본 구성내용이나 프로파일 유형들이 실제 임상장면의 현실을 반영한 것이라고도 볼 수 있다. 사실, 과잉행동이나 학습부진 등이 부모가 자녀를 병원에 데려오게 하는 가장 큰 이유이다. 표집의 문제와 관련하여, DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994)에 실린 아동정신병리 유형들은 정신지체, 언어장애, 전반적 발달 장애, 주의력 결핍 및 파괴적 행동장애, 틱장애, 배설장애 등에서 남아가 여아보다 적게는 2배에서 많게는 5배 정도로 더 많다. 사전 조사로, 남녀 표본을 나누어서 군집분석을 실시해본 결과, 대부분의 군집이 유사하게 추출되었고 일부 성별 집단에 따라 독특하게 추출되는 군집들은 군집의 크기가 너무 작아서 해석적 의미가 없었다. 그러나, 이러한 모든 점에도 불구하고, 유병률에 의한 정확한 표집이 이루어지지 않았으므로 현재의 표본이 우리 나라 전체 임상집단을 대표한다고 보기에는 무리가 있어서, 진단분류 체계를 보완하는 객관적인 참조물로서는 제한점을 갖는다고 할 수 있다. 앞으로 정확한 역학조사에 근거한 추후연구가 있어야 할 것으로 생각된다.

본 연구에서는 추출된 프로파일 유형들을 아동들이 받은 정신과적 진단에 대해서 살펴보았다. 앞으로 이 프로파일 유형들에 대한 해석을 보다 풍부하게 하기 위해서는 보다 다양한 외적인 준거(예, 임상가나 교사의 평가)와 비교하거나 여러 가지 외적인 자료(예, 아동의 학업능력, 치료경과 등)를 통합하여 분석하는 것이 필요할 것으로 생각된다. 이러한 여러 가지 외적준거에 바탕을 둔 프로파일 유형의 해석적 의미에 대한 연구와 함께 각 척도의 보다 깊은 의미에 대한 연구가 필요할 것으로 생각된다. 가령, 자아탄력성 척도가 KPI-C 프로파일 유형들을 구분하는 중요한 변인들 중의 하나인 것으로 보이는데, 임상표본에서 이 척도의 점수 상승을 보이는 집단을 어떻게 해석할 것

인가는 앞으로의 치료계획을 세우거나 예후를 예측하는 데 중요한 요소가 될 것으로 생각된다.

본 연구의 대상이 되는 KPI-C의 프로파일은 부모에게서 얻어진 정보이다. 일반적으로 부모는 아동의 심리적, 행동적 장애에 대한 신뢰할 만한 정보원으로 평가된다(Achenbach & Edelbrock, 1978; Dreger, Lewis, Rich, Miller, Reid, Overlade, Taffel, & Flemming, 1964; Israel & Wick-nelson, 1994; Novick, Rosenfeld, Block, & Davision, 1966). 그러나 보다 세밀하게 볼 때, 부모는 아동의 외향화 행동에 대한 보고자로 더 적합하고 내향화 증상이나 부모에게 드러내지 않을 수 있는 행동에 대해서는 아동 자신이 더 적합한 보고자일 수 있다(Bird, Gould, & Staghezza, 1992; Edelbrock, Costello, & Dulcan, 1986; Herfanic & Reich, 1982; Kazdin, Esveldt-Dawson, Sherick, & Colbus, 1987; Loeher, Green, Lahey, & Stouthamer-Loeber, 1989; Reich & Earls, 1987). 따라서, 아동과 청소년 정신병리를 보다 잘 이해하기 위해서는 여러 정보원들로부터의 자료를 비교하고 통합하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

실제 임상장면에서 정신과적인 문제를 가진 아동과 청소년을 분류하는 데 KPI-C의 프로파일 유형을 유용하게 쓰기 위해서는 앞서 기술한 문제점들에 대한 보완과 함께, 개별적인 아동의 프로파일을 분류하는 규칙에 대한 연구가 필요할 것으로 생각된다.

참고문헌

- 김승국, 김옥기 (1995). 사회성숙도 검사. 서울, 중앙적성출판사.
- 김승태, 김지혜, 송동호, 이효경, 주영희, 홍창희, 황순택 (1997). 한국아동인성검사 (KPI-C). 서울, 한국가이던스.
- 오경자, 이혜련 (1990). 한국어판 CBCL의 개발 및 표준화를 위한 연구. 학술진흥재단 자유공모과제.
- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A

- review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, 1275-1301.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Bird, H. R., Gould, M. S., & Staghezza, B. (1992). Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *Journal of American Academy Childhood and Adolescent Psychiatry*, 31, 78-85.
- Dreger, R. M., Lewis, P. M., Reich, T. A., Miller, K. S., Reid, M. P., Overlade, D. C., Taffel, B., & Flemming, E. L. (1964). Behavior classification project. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 1-13.
- Edelbrock, C. & Achenbach, T. M. (1980). A typology of Child Behavior Profile patterns: Distribution and correlates for disturbed children aged 6-16. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 441-470.
- Edelbrock, C., Costello, A. J., & Dulcan, M. K. (1986). Parent-Child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 27, 181-190.
- Garnezy, N. (1978). DSM-III: Never mind the psychologists: Is this good for the children? *The Clinical Psychologist*, 31, 4-9.
- Herjanic, B. & Reich, W. (1982). development of structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324.
- Israel, A. C. & Wick-nelson, R. (1994). *Behavior Disorders of Childhood*. New Jersey: Prentice-hall, Inc.
- Kazdin, A. E. (1988). The diagnosis of childhood disorders: Assessment issues and strategies. *Behavioral Assessment*, 10, 67-94.
- Kazdin, A. E. (1989). Developmental psychopathology: Current research, issues, and directions. *American Psychologist*, 44, 180-187.
- Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., Sherick, R. B., & Colbus, D. (1987). Assessment of overt behavior and childhood depression among psychiatric disturbed children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 201-210.
- Lachar, D., LaCombe, J. A., Kline, R. B., Butkus, M., & Hillman, S. B. (1991). Case history correlates of a Personality Inventory for Children (PIC) profile typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 678-687.
- Lessing, E. E., Williams, V., & Gill, E. (1982). A cluster-analytically derived typology: Feasible alternative to clinical diagnostic classification of children: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 451-482.
- Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B., & Stouthamer-Loeber, M. (1989). Optimal informants on childhood disruptive behaviors. *Development and Psychopathology*, 1, 317-337.
- Mattison, M., Cantwell, D. P., Russell, A. T., & Will, L. (1979). A comparison of DSM-II and DSM-III in the diagnosis of childhood psychiatric disorders: II. Interrater agreement. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1217-1222.
- Millon, T. (1991). Classification in Psychopathology: Rationale, Alternatives, and Standards. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 245-261.
- Novick, J., Rosenfeld, E., Block, D., & Davison, D. (1966). Ascertaining deviant behavior in children. *Journal of Consulting Psychology*, 30, 230-238.
- Reich, W. & Earls, F. (1987). Rules for making psychiatric diagnosis in children on the basis of multiple sources of information: preliminary

- strategies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 601-616.
- Rutter, M. (1985). Infantile autism and other pervasive developmental disorders. In M. Rutter & L. Herov (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 545-566). London: Blackwell Scientific Publications.
- van den Brink, W., Schoos, C., Hanhart, M., Rouwendael, J., & Koeter, M. (1986). *Joint and test-retest reliability of DSM-III Axis II disorders*. Paper presented at the meeting of the American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Werry, J. S., Methven, R. J., Fitzpatrick, J., & Dixon, H. (1983). The interrater reliability of DSM-III in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 341-354.
- Wirt, R. D., Lachar, D., Klindedisnt, J. K., & Seat, P. D. (1984). *Multidimensional description of child personality: A Manual for the Personality Inventory for Children* (1984 rev. by D. Lachar). Los Angeles: Western Psychological Services.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder*. Geneva: Author.

A KPI-C Profile Typology of Clinical Sample

Wook Jung

Chang-Hee Hong

Dep. of Psychology, Graduate School, Pusan National University, Korea

This study was designed to investigate the typology of problem patterns which were manifested by disturbed children and adolescents, on the basis of empirical analysis of profiles of the Korean Personality Inventory for Children (KPI-C). The KPI-C is a multidimensional inventory that measures development, affect, behavior, and interpersonal relationship of children. The KPI-C is completed by parents and consists of 16 scales which are made up of 255 items.

The samples of this study included 326 children and adolescents, aged 4-15, was referred for various emotional, behavioral, and cognitive problems. A cluster analysis was done with scores from Ego Resilience scale and 11 clinical scales(Verbal Development, Psychomotor Development, Anxiety, Depression, Somatization, Delinquency, Hyperactivity, Family Relations, Social Relations, Psychosis, Autism). Cluster centroids were obtained by hierarchical clustering procedure. Using this centroids as seed points, K-means cluster analysis was done to derive clusters. Six profile types were identified, which classified 93.6% of the sample. Profile type 1 represented diffuse, mixed pathology. Profile type 2 suggested behavioral problems with negative effects on adjustment. Profile type 3 implied the presence of moderate problems among these children or defensive attitude among parents of these children. Profile type 4 reflected internalizing emotional problems. Profile type 5 suggested depressive mood and interpersonal relationship problems. Profile type 6 showed developmental problems with various other problems.

It is expected that results of this study could be used as fundamental data in interpreting the KPI-C obtained from clinical settings. Further studies are needed to compare the results of this study with the KPI-C profiles of nonclinical samples and to examine relationship between the KPI-C profile types with various external criteria.