

심각한 정서장애(SED)를 가진 아동 및 청소년들의 탈가정화(Out-of-Home Placements)에 영향을 주는 요인들에 관한 연구

유 서 구*

I. 서 론

1980년대 이후 아동 및 청소년의 정신보건에 관한 미국의 많은 연구들은 약 14%~20% 가량의 4세부터 18세 까지의 아동들이 진단 가능한 정신장애(diagnosable mental disorders)를 갖고 있으며 약 7%정도는 심각한 정신장애를 가진 것으로 보고하고 있다(Knitzer, 1996; Stroul, 1996a). 아동 및 청소년의 정신보건 문제를 심층적으로 분석한 1999년의 미 보건복지부 보고서에 따르면 약 9~14%의 동일 연령대의 아동들이 심각한 정서장애(Serious Emotional Disturbance, SED)를 갖고 있으며, 그 중 70%는 아무런 정신보건 서비스를 받지 못한 채 방치되고 있는 것으로 밝혀졌다(Department of Health and Human Services, 1999). 심각한 정서장애(SED)를 가진 아동과 청소년 및 그 가족들은 전통적인 정신보건 서비스 제도에서 한꺼번에 해결하기 힘든 다양한 문제와 욕구를 가졌고, 흔히 정신보건 서비스, 아동복지 서비스, 특수교육, 또는 청소년 법원(Juvenile Court)등 여러 기관으로부터 제한된 서비스를 받고 있으며 이 서비스들은 지나치게 대상들이 가족과 지역사회로부터 격리된 시설중심으로 제공되어져 왔다(Burns, 1991; Friedman, Kutash, & Duchnowski, 1996).

대상들에 대한 제한적인 시설수용중심의 서비스가 과도한 자원을 낭비하고 있다는 비판과 함께 정신장애를 가진 아동과 청소년들을 그들이 결국 돌아와서 생활해야 할 지역사회의 환경 내에서 치료하고 재활하게 하는 것이 더 효과적 일거라는 대안적인 움직임이 1980년대 중반 이후에 대두되었는데, Stroul과 Friedman에 의해 제기된 Systems of Care Approach

* 중앙대 강사

가 그 대표적인 예이다(Duchnowski, Kutash, & Friedman, 2000; Rosenblatt, A. & Rosenblatt, J. A., 2000; Stroul, 1996a).

Systems of Care 접근법이 강조하는 철학과 원칙[예로, 가족중심 (family-focused), 강점중심(strength-based), 지역사회중심(community-based), 조정 통합된 서비스(coordinated-services)의 지향들은 미국에서 아동 및 청소년을 위한 정신보건 서비스 체계를 근본적으로 바꾸는 패러다임의 전환이었으며, 이는 지난 20년간의 기존의 서비스 전달 체계를 지역사회중심(community-based)으로 변화시키는 역할을 했다(Burns & Friedman, 1990; Friedman & Hernandez, 2002; Friedman, Kutash, & Duchnowski, 1996). 1990년대에는 Systems of Care 접근법에 기초하여 다양한 프로그램들이 시도되었는데, 프로그램들은 아동 및 청소년을 위한 정신보건 현장에서 많은 호응을 불러 일으켰고 현재까지 미국립정신보건원(NIMH) 산하 정신보건서비스센터(Center for Mental Health Services, CMHS)에서 재정 지원되어 약 85개의 프로그램으로 꾸준히 확대되어 오고 있다(Center for Mental Health Services, 2003; Duchnowski, Kutash, & Friedman, 2002).

1. 문제제기와 연구 목적

Systems of Care 접근법에 기초한 프로그램들은 심각한 정서장애(SED)를 가진 아동 및 청소년들이 덜 제한적인 환경(예로, 가정이나 지역사회)에서 서비스를 제공 받더라도 시설중심의 환경(예로, 생활치료시설이나 장기입원요양시설)에서 제공되어 온 기존의 서비스와 비슷하거나 더 나은 치료 효과를 가져 올 수 있다는 믿음을 전제로 하고 있고, 막대한 비용이 드는 시설중심의 프로그램보다는 훨씬 경제적이며 절약된 자원을 보다 많은 대상에게 제공할 수 있다는 가정을 하고 있다(Burns & Friedman, 1990; Stroul & Friedman, 1986).

비교적 짧은 역사를 가진 Systems of Care의 프로그램들에 대한 효과성에 대해서 다양한 연구들이 진행되고 있지만 프로그램의 주요 관심분야 중 하나인 탈가정화(Out-of-Home Placements)에 대한 연구는 상대적으로 미흡한 편이며, 연구가 발표되더라도 연구 설계나 방법에 대한 정보가 충분히 기술되지 않은 보고서의 형식이어서 연구의 타당성을 논의하기가 어려운 경우가 많다(Rosenblatt, 1998). 정서장애(SED)를 가진 아동 및 청소년들을 가정이나 지역사회로부터 격리시켜 시설화된 프로그램이나 시설중심의 서비스를 받게 하는 구체적인 변인이나 요인들에 관한 체계적인 연구가 부족하며, Systems of Care 프로그램들이 강점중심(strength-based)을 표방하면서도 강점이나 예방적 요인들이 탈가정화에 어떤 영향을 주는지, 강점 중심의 척도나 변수들이 기존의 기술적(descriptive) 변인이나 병리적(pathological) 변인들과는 어떤 상관관계를 갖고 있는지에 대한 연구도 전무한 편이다.

본 연구는 이러한 문제의식에서 출발하였으며 현장지식의 제한점들을 보완하기 위해서 선행 연구에서 이용된 기술적, 병리적 변인들과 함께 강점중심의 예방적 변인들을 연구모형에 동시에 투입하여 정서장애를 가진 아동 및 청소년들이 프로그램 시작이후 일년간 경험하는 탈가정화를 예측하는 것을 목적으로 하고 있다. 연구수행의 결과로 기대되는 함의들로써는 1) 탈가정화에 영향을 주는 변인들에 대한 규명, 2) 강점중심 변인들의 탈가정화에 대한 독립적인 영향력과 다른 독립변인과의 관계 확인, 3) 미래에 탈가정화를 경험하는 정서장애 아동 및 청소년들의 초기 사정단계에서의 유형화 등을 들 수 있다.

2. 용어의 정의 - SED, 탈가정화

1) 심각한 정서장애 (SED)를 가진 아동 및 청소년

1990년대 초까지도 본 연구의 대상인 심각한 정서장애(SED)를 가진 아동과 청소년들에 대한 통일된 정의가 없었으며 흔히 정신장애(mental disorders)나 정서 및 행동장애(emotional and behavioral disorders, EBD)를 가진 아동 및 청소년과 같은 개념으로 혼용되어 온 것이 사실이다(Forness & Knitzer, 1992; Friedman, Kutash, & Duchnowski, 1996). 굳이 구분을 해야 한다면, SED가 정신보건 쪽에서 많이 사용된 반면에 EBD는 특수교육을 중심으로 한 교육 분야에서 더 많이 사용되어 온 개념이다(Rosenblatt, 1997). 이 둘 사이의 뚜렷한 차이는 존재하지 않으며 1997년에 개정된 장애인을 위한 교육법(Individuals with Disabilities Education Act, IDEA)에서는 정서장애(Emotional Disturbance, ED)로 통일되기도 했다(Yell & Shriner, 1997).

본 연구에서 의미하는 심각한 정서장애를 가진 아동 및 청소년이란 미국 정신보건서비스 센터(CMHS)의 정의를 따르며 이에 의하면 “18세까지의 아동 및 청소년들로 현재 또는 과거 12개월 내에 DSM(Diagnostic & Statistical Manual for Mental Disorders)으로 진단가능한 정신적(mental), 행동적(behavioral), 또는 정서적(emotional) 장애(disorders)들로 인해 가정이나 학교, 지역사회에서 역할 함에 있어 상당한 기능적 장애(functional impairments)를 갖고 있는 대상”이다(Friedman, Kutash, & Duchnowski, 1996, 재인용). CMHS의 정의에서 보여지듯 SED의 범위는 상당히 포괄적이며, 단순히 정서장애만을 의미하는 것이 아니라 행동 및 기능장애도 포함하고 있으며 실제 연구의 대상들도 다양한 장애들을 갖고 있는 것으로 나타났다.

2) 탈가정화 (Out-of-Home Placements)

연구의 종속변수로 삼은 탈가정화라는 개념도 통일된 정의가 없으며 흔히 연구방법의 조작적 정의 부분에서 언급되는 것이 더 적당해 보이지만 독자들의 이해를 돕고자 미리 서술하기로 한다. 일반적으로 심각한 정서 장애 (SED)를 가진 아동 및 청소년들이 가정으로부터 격리되어 가정이 아닌 시설(또는 시설중심의 프로그램, Placements)에서 한시적 또는 장기적으로 생활하며 서비스를 받는 경우를 탈가정화라고 정의 할 수 있지만 그 종류나 범위는 매우 다양하다.

본 연구에서 말하는 탈가정화란 연구의 대상들이 적어도 일정기간(3일)이상 가정으로부터 격리되어 생활하면서 치료를 받거나 수용되어 서비스를 제공 받는 경우로 한정하며 그 시설이나 프로그램의 범위를 문헌연구와 대상들이 경험한 프로그램들을 기초로 하여 6가지 [생활치료시설(residential treatment center), 장기정신입원병원(psychiatric hospitalization), 위탁 가정/치료적 위탁보호(foster home/therapeutic foster care), 응급 피난처/쉼터(emergency shelter), 소년원(juvenile detention), 성인교정시설(correctional facilities)]로 제한했다. 즉, 본 연구의 대상들이 탈가정화를 경험하였다는 의미는 가출로 인해 집을 이탈했다는 단순한 의미가 아니라 가정을 벗어나 거주가 제한된 시설이나 프로그램에서 서비스를 제공 받은 경우를 의미한다.

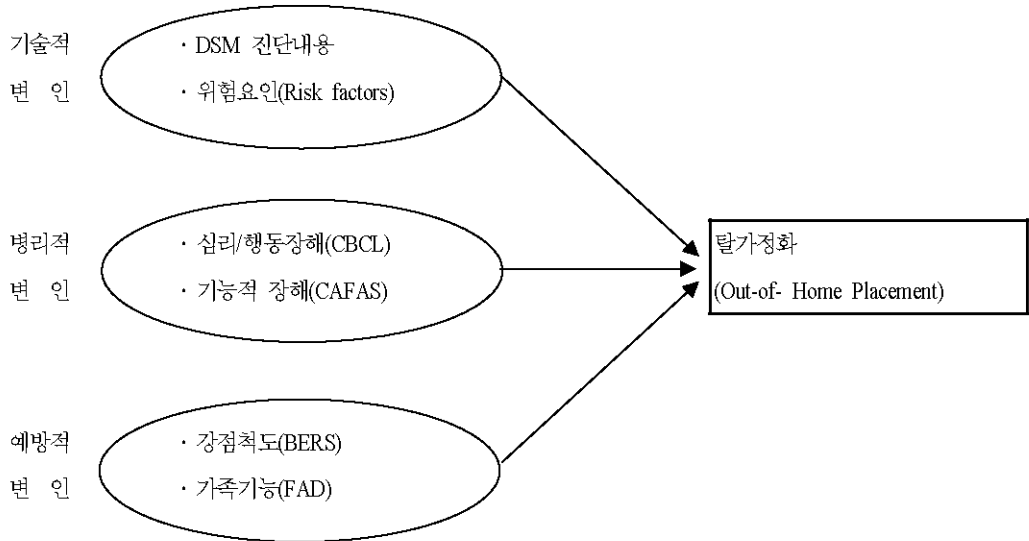
II. 연구의 개념적 틀

정서장애 아동 및 청소년들의 탈가정화를 설명할 수 있는 제 이론과 개념적 틀(conceptual framework)에 대한 포괄적인 논의는 본 논문의 범위를 넘어서는 영역으로 보여지며, 특정 정신보건 서비스나 시설중심의 프로그램 이용을 어느 한 이론이나 개념적 틀로 이해한다는 것도 어려워 보인다(Min, 2000). 전통적으로 정서장애를 가진 아동 및 청소년들이 탈가정화된 시설이나 프로그램에서 서비스를 받는 것을 설명하는 이론이나 개념적 틀은 병리적인 패러다임(pathological paradigm) 아래에서 이뤄져 왔다(Lindemann, 2000). 기존의 이런 접근법은 개인의 일탈적인 특성들을 탈가정화를 설명하는 주요 변인으로 여겼으며 개인을 넘어서는 환경(예로, 가족이나 지역사회)에 대한 관심이나 강점(strength) 또는 예방적 요인(protective factors)들의 영향력은 무시해 온 것이 사실이다.

본 연구는 기존의 병리적인 접근에 대한 비판을 보완하는 의미에서 크게 두 가지의 개념

적 틀을 빌려 사용했는데 첫 번째는 생태학적 관점(ecological perspective, Amatea & Sherrard, 1993; Astor, Pitner, & Duncan, 1998; Auerswald, 1968; Bronfenbrenner, 1979; Bubolz, & Sontag, 1993; and Kemp, Whittaker, & Tracy, 1997 등을 참조)이며 두 번째는 통합적 사정모형(integrative assessment model, Lindemann, 2000; Rhee, Furlong, Turner, & Harari, 2001 등을 참조)이다. 탈가정화를 예측하기 위한 변인들을 고려함에 있어 개인의 병리적인 변인[예로, DSM 진단내용, 개인 위험요인(individual risk factors), 정서 및 기능장애 척도]들은 물론 선행 연구에서 상대적으로 무시되었던 가족요인들[예로, 가족 위험요인(family risk factors), 가족기능]을 분석의 모형에 포함시킴으로써 개인을 둘러싼 더 큰 환경적 요인들이 종속변수에 미치는 영향을 함께 살펴려 했다.

통합적 사정모형은 기존의 아동 및 청소년을 진단 사정하는 개념적 모형들이 지나치게 부정적인 정보만을 이용하고 있다는 비판과 함께 비교적 최근에 대두 되었다(Lindemann, 2000; Lyons, Uziel-Miller, Reyes, & Sokol, 2000; Rhee, Furlong, Turner, & Harari, 2001). 이 모형의 기본 가정은 종합적인 진단과 사정을 위해서는 부정적인 정보는 물론 긍정적인 정보(예로, 강점이나 예방적 요인)도 함께 고려되어야 하며, 이 두 정보의 결합을 통해 보다 효과적이고 타당한 사정을 할 수 있다고 주장한다(Lindemann, 2000; Rhee, Furlong, Turner, & Harari, 2001). 본 연구에서는 Systems of Care 접근법이 주장하는 강점중심의 원리를 반영하고 통합적 사정모형을 지향하는 의미에서 강점중심으로 개발되어 아동 청소년들의 행동과 정서를 측정하는 척도[Behavioral and Emotional Rating Scale(BERS), Epstein, Harniss, Ryser, & Pearson, 1999; Epstein & Sharma, 1998; Harniss et al., 1999 등을 참조)를 분석모형에 포함시켜 탈가정화에 어떤 영향을 미치는 지도 함께 알아보았다. 두 가지의 개념적 틀이 연구에 어떻게 적용되었는지를 다음의 <그림 1>이 보여준다.



<그림1> 연구의 개념적 틀

III. 연구방법

1. 연구대상 (sample)

본 연구에 참여한 대상들은 미국립정신보건원(NIMH) 산하 정신보건서비스센터 (CMHS)에서 재정 지원되어 텍사스(Texas)의 오스틴(Austin) 시를 중심으로 6년간 실시되어온 Children's Partnership이라는 아동 및 청소년을 위한 지역사회 중심의 정신보건 프로그램에 참여한 정서장애 아동, 청소년 및 그 가족들이다. 6년간에 걸쳐 총 200여 가족의 아동과 청소년들이 프로그램에 참여하였고 프로그램 참여 대상 가족 중 본 연구에 참여를 서면으로 승낙한 2000년 6월 이후의 대상은 75 가족이었다. 연구대상의 선정은 비확률 표집방법(non-probability sampling)으로 이뤄 졌으며 독립변수에서 무응답이 없고 종속변수(탈가정화)의 관찰 기간 1년을 만족시키는 최종 분석 대상은 70명의 아동 청소년 및 그 가족들이다.

2. 연구설계 (research design)

연구는 비실험 코호트 설계(non-experimental cohort design, Kazdin, 1998; Kiecolt & Nathan, 1985 등을 참조)를 채택하여 통제집단이나 비교집단 없이 동일한 집단을 초기 면접에서 독립변수들을 사정한 후 일년 동안 종속변수의 변화를 관찰하는 과정으로 이뤄졌다.

3. 자료수집

연구에 동원된 모든 독립변수는 대상 아동 청소년 및 그 가족이 Children's Partnership의 프로그램을 시작하는 초기 면접과정에서 약 27시간 이상 교육 훈련된 조사 전문요원에 의해서 일대일 면접을 통해서 얻어졌으며 종속변수인 탈가정화는 연구대상의 종합정보를 관리하고 있던 두 협력 기관(Austin Travis County Mental Health and Mental Retardation과 Austin Travis County Juvenile Probation)으로부터 제공되었다.

4. 변수와 척도

앞선 <그림 1>에서 보여지 듯 탈가정화라는 종속변수를 설명하기 위해 총 6가지의 독립변수가 연구에 동원되었으며 각 변수들이 어떻게 연구에서 조작적으로 정의되었고 어떤 척도들이 사용되었는지를 다음에서 살펴본다.

1) 독립변수

(1) DSM 진단내용

아동 청소년들을 초기 사정한 DSM(American Psychiatric Association, 2000)의 진단내용이 미래의 탈가정화에 영향을 미치는 지를 알아보기 위해 연구 대상을 둘로 [파괴적 행동장애(disruptive behavior disorders, DBD)를 가진 아동 청소년과 그렇지 않는 아동 청소년의 두 집단] 나누어서 정의하였다. DSM Axis I의 진단명 중 행동장애(conduct disorder), 반사회적 일탈장애(oppositional defiant disorder), 충동억제장애(impulse control disorder), 주의력결핍과잉행동장애(attention-deficit hyperactivity disorder, ADHD), 그리고 양극장애의 조증(bi-polar disorder with manic feature)의 진단을 하나이상 가진 대상들은 파괴적 행동장애(DBD)를 가진 것으로 조작적으로 정의하였고 이와 다른 Axis I의 진단명(예로, PTSD나 약물중독장애)을 가진 대상들은 파괴적 행동장애(DBD)를 갖지 않은 그룹으로 분류하였다.

(2) 위험요인 (risk factors)

미래의 탈가정화를 예측하기 위하여 아동 청소년과 그 가족이 가진 배경 위험요인을 총 11개 문항의 “예” 또는 “아니오”의 응답 양식으로 물었는데 그 세부 내용은 아래의 <표 1>와 같고 실제 분석에서는 이들 문항의 합산점수(최저위험 0~최고위험 11)가 단일 변수화 되어 사용되었다.

<표 1> 위험요인의 종류

개인 위험 요인(7개)	가족 위험 요인(4개)
① 이전의 장기 정신병원입원 여부	⑧ 가정폭력을 경험했는지 여부
② 육체적 학대를 경험했는지 여부	⑨ 부모의 전과 여부
③ 성적 학대를 경험했는지 여부	⑩ 가족의 정신병력 여부
④ 가출을 경험했는지 여부	⑪ 가족의 약물남용 여부
⑤ 자살시도를 경험했는지 여부	
⑥ 약물남용을 경험했는지 여부	
⑦ 성적인 학대를 했는지 여부	

(3) 아동행동조사표(CBCL)에 의해 측정된 심리 및 행동장애

세 번째 독립변인은 아동 및 청소년의 심리 및 행동장애의 정도인데 아동행동조사표(CBCL, Achenbach, 1991; Heflinger, Simpkins, & Combs-Orme, 2000; Impara & Murphy, 1994; Macmann, Barnett, Burd, Jones, LeBuffe, O'Malley, Shade, & Wright, 1992 등을 참조)의 표준화된 총 점수(total T-score)를 이용하여 계량화 되었다.

(4) 아동 청소년 기능 사정척도(Child and Adolescent Functional Assessment Scale, CAFAS)에 의해 측정된 기능장애

아동 및 청소년들의 기능장애 정도를 측정하기 위해 CAFAS(Hodges, 1999; Hodges, 2000; Hodges, Doucette-Gates, & Liao, 1999; Hodges, & Kim, 2000; Hodges, Wong, & Latessa, 1998; Hodges & Wotring, 2000 등을 참조)라는 척도가 사용되었는데 이 척도는 비교적 최근에 개발되어 현장의 큰 호응을 얻고 있는 척도로써 8개의 하위 영역의 총 점수 (기능장애 없음 0~매우 심각한 기능장애 240)를 합산하여 한 변수로 분석 모형에 투입되어 미래의 탈가정화를 예측하는 데 이용되었다.

(5) 강점 척도 - Behavioral and Emotional Rating Scale (BERS)

CBCL과 CAFAS가 병리적 모델에 기초한 측정도구인 반면, 다섯 번째 독립변수로 채택된 BERS(Espstein & Sharma, 1998)라는 척도는 아동 및 청소년들의 행동과 정서를 긍정적인 방법으로 측정하기 위해서 최근에 개발된 강점중심(strength-based)의 척도로써 현재 미국의 아동 청소년의 정신보건 분야에서 널리 쓰이고 있다. 5개의 하위요인을 총 52문항의 4점의 Likert 척도로 물어서 얻어진 표준화된 총 강점지수(strength quotient)가 종속변수를 설명하는 데 쓰였다.

(6) 가족사정도구(Family Assessment Device, FAD)에 의해 측정된 가족기능

마지막 독립변수로는 McMaster의 가족기능모형에 기초하여 가족기능을 측정하는 FAD(Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983; Miller, Ryan, Keitner, Bishop, & Epstein, 2000; Touliatos, Perlmutter, & Straus, 2001등을 참조)라는 척도가 사용되었다. 총 60문항을 4점의 Likert 척도로 물어 6가지의 하위 요인과 전반적인 기능점수(Global Functioning Score)를 얻을 수 있는데 본 연구에서는 전반적인 기능점수(FAD-GFS)만을 취하여 분석에 이용하였다.

2) 종속변수 - 탈가정화(Out-of-Home Placements)

앞서 서론의 용어 정리부분에서 언급되었듯이 연구의 종속변수인 탈가정화는 연구에 참여한 아동 청소년들이 프로그램에 들어온 이후 일년간 일정기간 이상 가정이 아닌 곳(시설이나 시설중심의 프로그램)에서 치료나 서비스를 제공받는 경우에 탈가정화가 일어난 것으로 간주하며 그 범위를 6가지[생활치료시설 (residential treatment center), 장기정신입원병원 (psychiatric hospitalization), 위탁가정/치료적 위탁보호 (foster home/therapeutic foster care), 응급 피난처/쉼터 (emergency shelter), 소년원(juvenile detention), 성인교정시설(correctional facilities)]로 제한했다. 초기 사정 면접 후 1년 동안 탈가정화를 경험한 아동 청소년과 그렇지 않은 대상으로 양분(binary coding)했기 때문에 위계적 이항회귀분석 (Hierarchical Logistic Regression)의 종속변수로 쓰여 졌다.

5. 연구문제

본 연구의 목적은 6가지의 다른 일련의 독립변인들을 가지고 미래의 탈가정화를 예측하는 데 있다. 연구목적에 위해 고안된 구체적인 연구문제들은 다음과 같다.

연구문제1	6가지 독립변인들이 전체로서 종속변수인 탈가정화를 유의미하게 예측하는가?
연구문제2	2개 씩 3개의 블록(block)으로 이뤄진 각 단계의 독립변인들이 독자적으로 탈가정화를 예측하는가?
연구문제3	각각의 독립변수 사이에 통계적으로 유의미한 상관관계가 존재하는가?
연구문제4	각각의 독립변수들이 다른 독립변인의 영향력이 통제된 후 독자적으로 탈가정화를 예측하는가?

6. 자료분석방법

1) 위계적 이항회귀분석(hierarchical logistic regression analysis)

연구문제 1,2,3,4를 해결하기 위한 주요 분석방법으로는 위계적 이항회귀분석이 실시되었는데 이는 채택된 독립변수를 2개씩 3개의 블록(block)으로 묶어서 단계적으로 분석모형에 투입함으로써 각 단계(1단계 기술적 변인, 2단계 병리적 변인, 3단계 예방적 변인)의 변인들이 독자적으로 탈가정화에 미치는 영향을 서로 비교하기 위함이었다.

2) 유형분석(profile analysis)

위계적 이항회귀분석 외에도 탈가정화의 유무로 연구대상을 양분 한 후 이들이 프로그램 초기에 독립변수에 있어서 어떤 특성들을 갖는지 유형화하기 위해 별도의 교차분석과 t-test가 이뤄 졌다. 별도의 유형분석을 한 이유는 위계적 이항회귀분석의 결과를 독립변인별로 다시 확인하기 위함이었으며 이를 통해 현장의 사회사업가들이 보다 쉬운 언어로 연구의 결과를 이해 할 수 있도록 하고 이런 정보를 초기 개입과 장기 서비스 계획에 쉽게 이용하도록 돕기 위해서였다.

IV. 연구의 결과

1. 연구대상의 인구사회학적 특성

<표 2>은 최종 분석에 이용된 70명의 아동 청소년에 대한 인구사회학적 변인들에 대한 기술통계를 요약한 것이다. 성별로는 남자(69%)가 여자(31%)의 두 배 이상이며 이는 심각

한 정서장애 아동 청소년들의 전국적 표본과도 매우 일치하는 분포이다(MACRO, 2003). 인종별로는 히스패닉(Hispanic, 39%)이 가장 많았으며 백인 (White, 31%)과 흑인(African American, 29%)은 약 30% 정도였다. 약 반 정도의 표본이 학교(26%)와 정신보건기관이나 클리닉 (24%)에서 의뢰되었고 청소년 법원(Juvenile Court, 20%)과 아동보호서비스(CPS, 11%)도 주요 의뢰기관이었다. 연구대상들이 프로그램(Systems of Care의 텍사스 프로그램인 Children's Partnership)에 의뢰되는 평균 연령은 13.2세로 이것도 전국적 표본과 매우 일치하였다.

<표 2> 인구사회학적 특성

(단위: 명, 세, %)

구분		N	%	구분		N	%
성 별	남	48	68.6	의 뢰 기 관	학교(교육기관)	18	25.7
	여	22	31.4		정신보건기관/클리닉	17	24.3
인 종 종	히스패닉	27	38.6		청소년 법원	14	20.0
	백인	22	31.4		아동보호서비스(CPS)	8	11.4
	흑인	20	28.6		교정시설	4	5.7
	Native Indian	1	1.4		기타*	9	12.9
의뢰연령(세)		평균 : 13.2세 (SD=2.93)					

*기타 : CRCG, Triads, 가족 또는 가족의 친구

2. 변수들의 기술적 통계

1) DSM 진단내용

연구에 참여한 모든 대상들이 적어도 하나 이상의 DSM Axis I의 진단으로 분류되었으며, 가장 많은 진단명은 주의력결핍과잉행동장애(ADHD, 25.5%)였다. 우울장애(depression, 18.2%)가 다음으로 많았으며 행동장애(conduct disorder, 9.5%)와 반사회적 일탈장애(oppositional defiant disorder, 9.5%)가 약 10% 정도 차지했다. 실제 독립변인으로 쓰일 파괴적 행동장애를 가진 아동 청소년들은 전체 표본의 77%로 이들은 적어도 5가지 진단(ADHD, conduct disorder, oppositional defiant disorder, impulse control disorder, bi-polar disorder with manic feature) 중 하나 이상을 가진 것으로 조사되었다.

<표 3> DSM 진단내용의 기술통계

(단위:N,%)

구 분		N	%	구 분		N	%
DSM Axis I (진단수)	1	25	35.7	진 단	ADHD	35	25.5
	2	28	40.0		우울장애	25	18.2
	3	12	17.1		행동장애	13	9.5
	4	5	7.1		반사회적일탈장애	13	9.5
파 괴 적 행동장애	있다	54	77.1	중 류	양극장애(조증)	11	8.0
	없다	16	22.9		PTSD	7	5.1
					적응장애	5	3.6
					약물중독장애	5	3.6
계	70	100.0		기타	23	16.9	
		70	100.0	계	137	100.0	

2) 위험요인(risk factors)

<표 4> 위험요인의 기술통계

(단위:N,%)

개인 위험 요인(7개)		N	%	가족 위험 요인(4개)		N	%
1	이전의 장기 정신병원입원 여부	30	42.9	8	가정폭력을 경험했는지 여부	38	54.3
2	육체적 학대를 경험했는지 여부	25	35.7	9	부모의 전과 여부	34	48.6
3	성적 학대를 경험했는지 여부	23	32.9	10	가족의 정신병력 여부	42	60.0
4	가출을 경험했는지 여부	38	54.3	11	가족의 약물남용 여부	46	65.7
5	자살시도를 경험했는지 여부	22	31.4	11개 항목의 합 : 평균 4.64(SD=2.35)			
6	약물남용을 경험했는지 여부	17	24.3				
7	성적인 학대를 했는지 여부	10	14.3				

<표 4>에서 보여지듯 다수의 아동 청소년들이 약물중독의 배경을 가진 가족(65.7%)이나 정신보건의 병력이 있는 가족(60.0%) 출신이었으며 반 정도의 표본이 가정폭력(54.3%), 본인의 가출(54.3%), 부모의 전과(48.6%)등을 경험했던 것으로 조사되었다.

3) 병리적 변인과 예방적 변인들에 대한 기술통계

아래의 <표 5>는 표준화된 4개의 척도들에 대한 표본들의 기술적 통계치를 요약하였는데 표본들은 병리적 변인들에 있어서 즉시 임상적 개입을 요하는 수준 (CBCL의 경우 63이 기준, CAFAS의 경우 100이 기준)이상으로 정서 및 기능장애를 겪고 있는 것으로 나타났고, BERS로 측정된 대상들의 강점지수는 85점 정도로 평균적인 강점(90-110)보다 약 5 단위정도 하위(평균이하, 80-89)에 위치하고 있었다. 가족사정도구의 전반적 기능점수(FAD-GFS)로 측정된 가족기능의 평균(2.85)은 전국 표본의 평균(2.90, MACRO, 2003)보다 약간 낮은 수준이며 가족기능의 최고치인 4.00의 약 71% 정도에 위치하는 것으로 확인되었다.

<표 5> 병리적 변인과 예방적 변인의 기술통계

측 정 도 구		Mean	SD
1	CBCL (표준화된 T-Score)	70.77	9.59
2	CAFAS (8개하위요인의 총합)	111.57	47.26
3	BERS (강점 지수)	85.37	16.21
4	FAD (전반적인 기능점수)	2.85	0.38

4) 종속변수(탈가정화)에 대한 기술 통계

표본의 약 반 정도가(47.1%, 33/70명)가 프로그램을 시작한 후 1년 이내에 가정을 벗어나 시설이나 시설중심의 프로그램에서 장기적인(평균 74일) 서비스를 받는 것으로 조사되었다. 가장 빈도가 높은 시설은 소년원(juvenile detention center, 34.3%)이었으며, 장기정신입원병원(15.7%)과 생활치료시설(7.1%)이 그 다음 순이었다.

<표 6> 탈가정화에 대한 기술통계

시설(프로그램)의 종류	이동수 (명,%)	사례수 (N)	평균체류기간 (이동별, 日)	평균체류기간 (사례별, 日)
생활치료시설	5 (7.1)	7	149	106
장기정신입원병원	11 (15.7)	16	35	24
위탁가정/치료적 위탁보호	3 (4.3)	3	183	183
쉼터(emergency shelter)	2 (2.9)	2	12	12
소년원	24 (34.3)	38	29	18
성인교정시설	3 (4.3)	3	16	16
계(평균)	33 (47.1)	69	74(평균)	35(평균)

3. 독립변인들의 상관관계 - 연구문제 3의 확인

<표 7> 독립변인의 상관관계분석

독립변인(6개)	DSM 진단내용1)	위험요인	CBCL	CAFAS	BERS
DSM 진단내용					
위험요인	-.200				
심리/행동장애(CBCL)	.055	.334**			
기능적 장애(CAFAS)	-.141	.221	.599**		
강점척도(BERS)	.228	-.209	-.507**	-.514*	
가족기능(FAD-GFS)	.186	-.101	-.275*	-.176	.316**

*p<.05, **p<.01

Note 1) DSM 진단내용이 제한적 범주를 가진 이항(binary)변인이므로 Pearson r 대신 Eta 상관계수가 사용됨.

연구문제 3 (각각의 독립변수 사이에 통계적으로 유의미한 상관관계가 존재하는가?)을 조사하기 위해 이항회귀분석의 과정 중에 도출된 독립변인들의 상관관계 행렬을 분석하였다. 위의 <표 7>에서 제시되듯 총 15가지[n(n-1)/2, n=6]의 두 독립변인간의 상관관계(bivariate correlation) 조합 중 6쌍이 통계적으로 유의미한 것으로 관찰되었는데 주로 이들의 관계는 병리적 변인들(CBCL과 CAFAS 점수)과 예방적 변인들(BERS와 FAD-GFS 점수) 사

이에서 관찰되었으며 이들 상관관계의 방향과 크기는 연구의 개념적 틀을 부분적으로 뒷받침해주는 것으로 확인되었다. 주목할 만한 부분은 강점척도인 BERS와 병리적 변인들과의 상관관계인데 강점지수는 CBCL(-.507**)과 CAFAS(-.514**) 점수 모두에 상당한 정도의 유의미한 역상관관계를 보여주었다.

4. 위계적 이항회귀분석의 결과

연구문제 1, 2, 4를 확인하기 위해 일련의 위계적 이항회귀분석이 시도되었으며, 독립변수를 2개씩 3개의 블록(1단계 기술적 변인, 2단계 병리적 변인, 3단계 예방적 변인)으로 나누어 차례대로 분석모형에 투입함으로써 단계별 예측모형을 비교하고자 하였다.

<표 8> 위계적 이항회귀분석

변인	B	S.E	Wald	Sig.	Odd Ratio
DSM 진단내용	-.124	.786	.025	.875	.883
위험요인	.096	.134	.511	.475	1.100
CBCL	-.082	.045	3.344	.067	.921
CAFAS	.348	.096	13.025	.000***	1.416
BERS	.032	.024	1.841	.175	1.033
FAD-GFS	-1.112	.068	2.701	.100	.894

Indices	모형 1	모형 2	모형 3
-2 LL	95.55	79.85	75.85
Model X2	1.26(df=2,ns)	16.96(df=4)**	20.96(df=6)**
Step X2	1.26(df=2,ns)	15.70(df=2)***	4.00(df=2,ns)
Nagelkerke R2	.024	.287	.345
Classification Accuracy(%)	58.6	74.3	72.9

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

<표 8>는 각 단계별 3가지의 분석모형을 비교 요약한 것인데 모형 1은 기술적변인만을, 모형2는 기술적 변인모형에 병리적 변인들이 추가된 모형이며, 모형3은 모형 2에 마지막 변인군인 예방적 변인들이 추가된 모형이다. 우선 연구문제 1 (6가지 독립변인들이 전체로서 종속변수인 탈가정화를 유의미하게 예측하는가?)을 확인하기 위해 모형 3을 살펴보면,

6개의 독립변인들이 함께 투입되었을 경우 아무 독립변인이 없는 초기모형(null model)에 비해 탈가정화를 예측하는 데 있어 통계적으로 유의미한(model $X^2=20.96^{***}$) 차이를 보여주고 있으며, 6개의 독립변인들이 탈가정화의 유무를 약 73%의 정확도로 예측해 내며 종속변수인 탈가정화의 총 변량 중 약 35%(Nagelkerke $R^2=.345$)를 설명하는 것으로 보여진다.

각 단계별 투입된 3가지 변인 군들의 독자적인 영향력을 알아보는 연구문제 2의 확인을 위해 모형 1, 2, 3을 각각 비교해 보면, 첫 단계의 기술적 변인들(DSM 진단내용과 위험요인)과 세 번째 단계의 예방적 변인들(BERS와 FAD-GFS 점수)은 미래의 탈가정화를 예측하는 데 있어서 독자적인 영향력이 없는 것으로 확인되었다[모형 1의 step $X^2=1.26(ns)$, 모형 3의 step $X^2=4.00(ns)$]. 모형 2에 추가된 병리적 변인들만이 독립적인 영향력이 있는 것으로 나타났다(모형 2의 step $X^2=15.70^{***}$). 개별 변수의 탈가정화에 대한 독자적인 영향력을 알아보는 연구문제 4의 확인을 위해 각 변인의 Wald 값과 그에 따른 확률 값을 살핀 결과, 오직 아동 청소년들의 기능장해를 측정하는 CAFAS 척도만이 다른 독립변인들의 영향력이 통제된 후에도 탈가정화를 예측하는 유의미한 변인으로 관찰되었는데(Wald=13.025^{***}), 기능장애의 정도가 한 단위씩 심화 될 때마다 탈가정화를 경험 할 확률이 1.4배(odd-ratio=1.416)정도 증가하는 것으로 나타났다.

5. 유형분석의 결과

탈가정화를 경험하게 되는 정서장애 아동 청소년들이 초기 사정단계에서 독립변인 어떤 특성들을 가지고 있는지를 유형화하기 위해 일련의 교차분석과 t-test가 이뤄졌다. <표 9>은 탈가정화의 유무와 DSM 진단내용에 대한 교차 분석의 결과를, <표 10>은 탈가정화의 유무와 5가지 독립변인과의 t-test 결과를 제시해 주고 있다. 유형분석을 통해 살펴본 정서장애 아동 및 청소년들의 초기 특성들도 위계적 이항회귀분석의 결과에서 관찰된 것과 매우 유사하였는데, 미래에 탈가정화를 경험하는 아동 및 청소년들은 프로그램 시작단계에서부터 탈가정화를 경험하지 않을 대상보다는 현저하게 심각한 기능적 장애(38점 정도의 CAFAS 점수의 차이)를 가지고 있는 것으로 나타났다.

<표 9> 탈가정화와 진단내용의 교차분석

DSM 진단내용(초기사정)		사정후 1년내의 탈가정화(명,%)		계 (명,%)
		없음	있음	
파괴적 행동장애 ¹⁾	없음	7 (43.8)	9 (56.2)	16 (100.0)
	있음	30 (55.6)	24 (44.4)	54 (100.0)
계		37 (52.9)	33 (47.1)	70 (100.0) ²⁾

Note 1) 파괴적 행동장애(disruptive behavior disorders, DBD)의 정의는 앞의 II.연구방법을 참고할 것
(p.7)

2) $X^2=.690$, $\Phi=-.099$, $p=.406(ns)$

미래의 탈가정화 유무와 사정단계에서의 파괴적 행동장애 유무가 서로 독립적인지 여부를 확인하기 위해 실시된 교차분석은 두 변인이 독립적($X^2=.690$, $p=.406$, ns)이며 상관관계도 거의 없는 것($\Phi=-.099$, ns)으로 확인 해 줌으로써 파괴적 행동장애 유무에 관계없이 약 반정도(47.1%)의 연구 참가 표본이 미래의 탈가정화를 경험하는 것으로 밝혀졌다.

탈가정화를 경험하는 아동 및 청소년들은 모든 표준화된 측정도구에서 탈가정화를 경험하지 않을 대상들보다 프로그램 시작단계에서부터 부정적인 특성(더 많은 수의 위험요인, 더 심각한 심리 및 행동장애, 더 심각한 기능장애, 더 낮은 강점지수, 더 낮은 가족기능)을 가지고 있는 것으로 유형화되었지만 기능장애의 정도를 나타내는 CAFAS의 평균차이만이 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다 ($t=-3.680***$).

<표 10> 탈가정화와 5가지 독립변수간 t-test

사정후 1년내의 탈가정화(N=70)	위험요인	CBCL	CAFAS	BERS	FAD - GFS
없음 (n=37)	4.41	70.16	93.51	86.22	2.91
있음 (n=33)	4.91	71.45	131.82	84.42	2.78
Mean Diff.1)	.50	1.29	38.30	-1.80	-.13
t 값 (df=68)	-.895	-.560	-3.680***	.459	1.365
Eta2)	.108	.068	.407***	-.056	-.101

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

Note 1) 평균의 차이 = (탈가정화를 경험한 집단, $n=33$) - (경험하지 않은 집단, $n=37$)

2) 탈가정화의 유무가 제한적 범주를 가진 이항(binary)변인이므로 Pearson r 대신 Eta 상관계수가 사용됨.

V. 토론 및 합의

본 연구의 목적은 심각한 정서장애(SED)를 가진 아동 및 청소년들의 탈가정화(Out-of-Home Placement)의 변인들이 무엇인지를 알아보는데 있었다. 연구에서 채택된 개념적 틀은 변수간의 상관관계에서 밝혀진 사실들로부터 부분적으로 뒷받침 되었으며 각 변수들의 관계를 평가하고 연구문제 1,2,3,4를 해결하기 위해서는 위계적 이항회귀분석과 유형분석이 시도되었다. 예상과는 달리 기술적 변인들과 강점중심의 척도를 포함한 예방적 변인들은 미래의 탈가정화를 예측하는데 있어서 독자적인 영향력을 갖지 않는 것으로 밝혀졌다. 이 장에서는 각 변인 군들과 관련된 분석의 결과들을 다시 한 번 돌아보고 향후 유사연구나 사회복지 현장에 어떤 함의를 제공하는 지를 살펴본다.

1. 기술적 변인들 - DSM 진단내용과 위험요인

기술적 변인들은 탈가정화에 대해서 매우 미약한 상관관계와 예측력을 보인 것으로 평가할 수 있는데 이는 기존의 연구들(Korkeila, Lehtinen, Tuori, & Helenius, 1998; Rosenblatt, Rosenblatt, & Biggs, 2000)과는 다소 차이가 있는 발견이며, 정서장애를 가진 아동 청소년의 진단명이나 위험요인의 과다에 관계없이 약 표본의 반 정도(47%)가 탈가정화를 경험하는 것으로 밝혀졌다. 이런 관찰은 부분적으로 변수 자체가 갖는 특성에 기인 할 수도 있다고 믿어진다. 6개의 독립변인 중 가장 제한 적인 변량을 갖는 두 변인들로 구성되었기 때문에 통계적으로 유의미한 관계를 발견하는 것이 변량이 풍부한 다른 독립변인들과는 달리 상대적으로 어려울 수 있었다고 여겨진다.

DSM 진단내용과 관련하여서는 진단의 내용을 코딩하는 과정에서 좀 더 정교한 조작화가 필요하다고 생각된다. 본 연구의 표본들 중 64.3%의 아동 청소년들이 두개 이상의 Axis I 진단명을 가진 것으로 조사되었는데 서로 다른 진단명 중 어느 것이 “주(primary)” 진단명이었는지에 대한 확실한 보장이 없었기 때문에 파괴적 행동장애와 그 외의 장애를 동시에 갖는 표본에 대해서는 더 세밀한 분류가 이뤄 질수 없었다. 이런 사실은 현장에서 사정면접을 하고 사정 자료를 관리하는 사회복지사나 사정 전문가들의 업무 개선을 위해 매우 필요한 정보이며 사회복지의 교육 및 훈련에서도 강조되어야 할 부분으로 여겨진다.

2. 병리적 변인들 - CBCL과 CAFAS

병리적 변인들은 세 가지의 변인 군 중 탈가정화를 예측하는데 있어 가장 강력한 영향력을 가진 것으로 밝혀졌으며 이는 기존 유사연구의 결과와도 일치한다(Brown, & Greenbaum, 1995; Greenbaum et al., 1998; Heflinger, Simpkins, & Combs-Orme, 2000; Hodges, Doucette-Gates, & Kim, 2000; Hodges & Kim, 2000; Massey, & Murphy, 1991; Newton, Litrownik, & Landsverk, 2000; Quist & Matshazi, 2000). 본 연구에서 발견된 사실들은 왜 병리적인 변인들을 측정하는 도구들이 아동 청소년의 정신보건 연구에 여전히 유효한지에 대해서 다시 한 번 확인을 해 주었다.

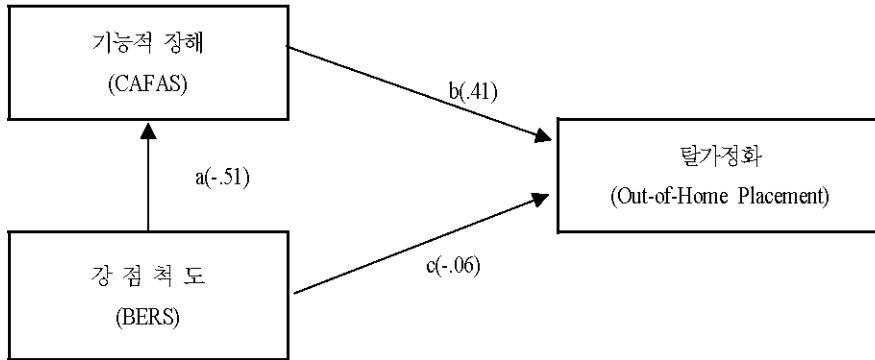
특히, 기능장애를 재는 척도인 CAFAS가 위계적 이항회귀분석과 유형분석에서 동시에 보여준 분명한 결과들은 놀라울 정도이며, 이런 결과들은 탈가정화의 고 위험군인 정서장애 아동 청소년들을 프로그램 초기에 CAFAS 점수에 따라(예로, CAFAS 점수 130 이상) 식별 가능케 하므로 임상 사회복지사들에게 초기개입과 장기적인 서비스 전략을 수립하는데 매우 유용한 정보로 쓰일 것으로 기대된다.

3. 예방적 변인들 - BERS와 FAD-GFS

본 연구의 대상들이 참여한 Children's Partnership 프로그램은 Systems of Care의 철학과 원리에 기초하여 탄생했으며, 여러 가지 고유한 원리 중 강점중심(strength-based)이나 가족 중심(family-focused)의 강조는 기존의 아동 청소년을 위한 정신보건 프로그램에서 소홀히 다뤄졌거나 무시되었던 게 사실이다(Harniss, Epstein, Ryser, & Pearson, 1999; Lindemann, 2000; Reid, Epstein, Pastor, & Ryser, 2000). 분석모형의 세 번째 단계에 강점 척도와 가족기능척도를 예방적 변인들로 채택한 것도 이런 긍정적인 사회복지현장의 변화를 수용하고자 함이었는데, 아쉽게도 분석 결과들은 이 두 변인이 탈가정화를 예측하는 데 있어 병리적 변인에서 관찰된 정도의 분명하고 독자적인 “통계적인” 영향력은 보여주지 못했다. 하지만 변수간의 상관관계에서 살펴진 내용들은 본 연구의 개념적 틀이 타당한 것임을 확인 해 주었고 향후 유사연구를 위한 연구방법의 개선이나 대안적인 분석방법을 제시해 주고 있다.

변수간의 상관관계분석(연구문제 3)에서 아동 청소년의 강점을 측정하는 BERS는 두 개의 병리적 변인들과 유의미한 역상관관계[CBCL과는 $r = -.507^{**}$, CAFAS와는 $r = -.514^{**}$]를 보여주었는데, 다음의 그림에서 보여지 듯 연구자가 세 가지의 정보 (a,b,c)를 다 가지고 있고 BERS에서 CAFAS로 가는 화살표가 논리적으로 크게 모순이 아니라면(즉, 아동 청소년의 강점이 그들의 가정과 학교에서의 기능에 영향을 준다고 믿을 수 있다면) 탈가정화를

예측하는 새로운 분석모형(경로분석)을 통해 통계적으로 무의미한 것처럼 보이던 강점척도의 역할을 재 규명 할 수 있다는 것이다.



<그림 2> 대안적 경로분석 모형

위 그림에서 b 는 CAFAS가 탈가정화에 미치는 직접적인 영향력 (direct effect)이고 c 는 BERS가 탈가정화에 미치는 직접적인 영향력이다. 여기에 추가적인 정보인 a (BERS와 CAFAS간의 상관관계 계수)를 대입하면 강점척도인 BERS는 탈가정화에 직접적인 영향력은 거의 없는(-.06) 것처럼 보이지만 CAFAS라는 매개 변수를 통해서 약 -.20(a 와 b 를 곱해서 나온)의 간접적인 영향력을 미치고 있으며 이는 BERS가 어떤 매개 변수 없이 직접 탈가정화에 미치는 영향력 보다 훨씬 크다.

Systems of Care 프로그램들이 강점중심을 표방하면서도 지금까지의 연구에서는 강점이거나 예방적 변인들이 다른 변인들과 어떤 관계를 갖고 있다거나 어떻게 프로그램의 효과성에 영향을 미치는 지에 관한 실증적인 연구가 미흡했던 게 사실이다. 위의 그림에서 보여준 것처럼 본 연구에서 관찰된 강점변인과 타 변인과의 관계를 이용하여 향후 유사연구에서는 보다 다양한 연구방법이나 분석적 대안이 모색 될 수 있다는 것도 연구 방법의 함의로써 제시 될 필요가 있다고 본다.

사회복지가 지향하는 가치들이 강점 중심의 Systems of Care의 원칙들과 잘 합치됨에도 불구하고 현재까지 사회복지 교육과 실천의 현장은 자신들이 경계해야한다고 비판해온 병리적 패러다임으로부터 자유로울 정도로 강점에 대한 관심이나 균형있는 시각을 유지하지 못했다. 아주 최근에 이르러서야 강점중심의 교과목이 생겨나기 시작했고, 강점을 이용한

사정도구의 개발이 시작되고 있는 실정이다. 병리적인 변인들의 효과성을 폄하하거나 시기할 필요도 없어 보인다. 다만 병리적 변인들과 함께 강점이나 예방적 변인들을 동시에 고려하는 균형을 유지함으로써 통합적인 사정이 가능하고 프로그램의 효과성도 제고 시킬 수 있다고 믿어진다.

4. 연구의 제한점

본 연구에서 발견된 사실들은 몇 가지 제한점내에서 이해 되어 하는데, 첫째로 표본의 선정방법이나 크기가 모 집단인 전체 정서장애 아동 청소년을 반영하고 있다고 보기 어렵다. 비록 본 연구 표본의 크기가 어느 다원변인분석을 위한 최저선 (예로, 1:10의 비율, 1은 변수 10은 변수 하나당 표본의 개수, Hair et. al., 1998)을 만족시키기는 하지만 여전히 70명의 최종 표본은 본 연구의 결과를 연구범위를 넘어서 다른 대상이나 환경으로 일반화시키기에는 매우 부족해 보인다.

두 번째 제한점은 자료의 원천과 관련되어 있는데, 연구에 쓰여진 표준화된 척도들은 대상 아동 청소년의 부모나 보호자와의 일대일 면접에 의해서 측정되었기 때문에 아동 청소년 자신들이 직접 각 척도들에 대해서 응답했을 경우와는 차이가 있는 측정치에 의해서 변인들이 계량화되었다는 지적을 피 할 수 없다. 비록 두 개의 척도(CBCL과 FAD)들은 아동 청소년을 위한 동일한 척도(YSR과 FAD 아동용 조사표)가 있었음에도 이들 자료를 이용할 수 없었던 이유는 이들 자료를 연구에 포함시키기 위해서는 연구의 참여 아동 연령을 만 11세 이상으로 조정해야하는데 [아동을 위한 별도의 척도라고 할지라도 연구 참여 아동의 보호를 위해 만 11세가 되어야만 응답 할 수 있다는 IRB(Internal Review Board)의 결정이 있었다], 연령을 상향조정하면 연구 수행이 불가능 할 정도로 많은 표본을 잃기 때문에 현실적인 대안은 아니었다.

지나치게 단순화된 종속변수(탈가정화)의 조작적 정의도 연구의 제한점이라고 여겨진다. 본 연구에서는 6가지의 제한적인 환경[생활치료시설 (residential treatment center), 장기정신병원입원(psychiatric hospitalization), 위탁가정/치료적 위탁보호 (foster home/therapeutic foster care), 응급 피난처/쉼터(emergency shelter), 소년원(juvenile detention), 성인교정시설(correctional facilities)]들을 동일하게 취급하고 정서장애 아동 청소년들이 프로그램 시작 후 일년 간 6가지 중 어느 한 곳에라도 머물렀을 경우에는 탈가정화가 발생한 것으로 간주 하였는데, 이는 환경에 이르게 된 원인과 체류 기간(예로, 범죄의 처벌로 인한 소년원에서의 60일 동안의 생활과 치료를 위한 정신병원에서의 14일간의 입원)의 차이를 고려하지 않고 종속변수를 지나치게 단순화 한 것이라고 믿어진다. 만일 여건이 허락한다면(예로, 각각의

시설을 하나의 종속변수로 분석 할 수 있을 정도로 표본이 충분이 크다거나, 향후 유사연구를 위해서는 더욱 정교한 조작적 정의가 필요 할 것으로 보이며 대안적인 분석방법 [예로, 탈가정화의 체류기간을 연속 변인(metric variable)으로 보고 다원회귀분석을 하는 방법이나 생존분석(Survival Data Analysis)의 하나인 Cox 회귀분석방법 등]들을 시도해 보는 것도 권 할만 하다.

참 고 문 헌

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychology.
- Amatea, E.S. & Sherrard, P.A.D. (1993). The ecosystemic view: A choice of lenses. *Journal of Mental Health Counseling*, 15(2) 6-21.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR(Text Revision). Washington DC: Authors
- Astor, R. A., Pitner, R., & Duncan, B. B. (1998). Ecological approaches to mental health consultation with teachers on issues related to youth and school violence. *Journal of Negro Education*, 65(3), 336-347.
- Auerswald, E.H. (1968). Interdisciplinary versus ecological approach. *Family Process*, 7, 205-215.
- Brady, K. L., & Caraway, J. S. (2002). Home away from home: Factors associated with current functioning in children living in a residential treatment setting. *Child Abuse & Neglect*, 26(11),1149-1163.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brown, E. C., & Greenbaum, P. E. (1995). Reinstitutionalization after discharge from residential mental health facilities: Comparing-risks survival analyses. In C. Liberton, K. Kutash, & R. Friedman (Eds.), *The 7th annual research conference proceedings, a system of care for childrens mental health: Expanding the research base(pp.271-276)*. Tampa, FL: Florida Mental Health Institute.
- Bubolz, M. M. & Sontag, S. (1993). Human ecology theory. In P. G. Boss, W. J. Doherty, R. LaRossa, W. R. Schumm, & A. Steinmetz(Eds.), *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach (pp.419-447)*. New York: Plenum Press.
- Burns, B. J. (1991). Mental health service use by adolescents in the 1970s and 1980s. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 144-150.
- Burns, B. J. & Friedman, R. M. (1990). Examining the research base for childrens mental health services and policy. *The Journal of Mental Health Administration*, 17, 87-99.
- Center for Mental Health Services (2003). *Comprehensive Community Mental Health Services for*

- Children Program. World Wide Web Cited from
<http://www.mentalhealth.org/publications/allpubs/CA-0013/default.asp>
- Department of Health and Human Services. (1999). *Mental Health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- Duchnowski, A. J., Kutash, K., & Friedman, R. M. (2002). Community-based interventions in a System of Care and outcomes framework. In Burns, B.J., & Hoagwood, K. (Eds.). *Community treatment for youth: Evidence-based interventions for severe emotional and behavioral disorders* (pp.17-34). New York: Oxford University Press.
- Epstein, M. H., & Sharma, J. M. (1998). *Behavioral and Emotional Rating Scale: A strength-based approach to assessment Examiners Manual*. Austin, TX: Pro- Ed.
- Epstein, M., Harniss, M., Pearson, N., & Ryser, G. (1999). The Behavioral and Emotional Rating Scale: Test-retest and inter-rater reliability. *Journal of Child & Family Studies*, 8(3), 319-327.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Forness, S. R. & Knitzer, J. (1992). A new proposed definition and terminology to replace serious emotional disturbance in the Individuals with Disabilities Education Act(IDEA). *School Psychology Review*, 21, 12-20.
- Friedman, R. M., Kutash, K., & Duchnowski, A. J. (1996). The population of concern: Defining the issues. In B.A. Stroul & R. Friedman (Eds.), *Childrens mental health*(pp.69-96). Baltimore, MD: Brooks.
- Friedman, R. M., & Hernandez, M. (2002). The national evaluation of the comprehensive community mental health services for children and their families program: A commentary, *Childrens Services: Social Policy, Research, and Practice*, 5 (1), 67-74.
- Greenbaum, P. E., Dedrick, R. F., Friedman, R. M., Kutash, K., Brown, E. C., Lardieri, S. P., & Pugh, A. M. (1998). National Adolescent and Child Treatment Study (NACTS): Outcomes for children with serious emotional and bevaioral disturbance. In Epstein, M. H., Kutash, K., & Duchnowski, A. J. (Eds.). *Outcomes for children and youth with behavioral and emotional disorders and their families*. (pp. 21-54). Austin, TX: Pro-ed.

- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis*. (5th Eds.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Harniss, M., Epstein, M., Ryser, G., & Pearson, N. (1999). The Behavioral and Emotional Rating Scale: Convergent validity. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 17(1), 4-14.
- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G., & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22(1), 55-73.
- Hodges, K. (1995). *Manual for Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS)*. Ann Arbor, Michigan: Functional Assessment System
- Hodges, K. (1999). *Child and Adolescent Functional Assessment Scale CAFAS*. In M. E. Maruish(Ed.), *Use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*(2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hodges, K. (2000). *Child and Adolescent Functional Assessment Scale: Manual for the CAFAS Computer Systems Version 5*. Arbor, Michigan: Functional Assessment System
- Hodges, K., Doucette-Gates, A., & Kim, C. S. (2000). Predicting service utilization with the Child and Adolescent Functional Assessment Scale in a sample of youths with serious emotional disturbance served by center for mental health services-funded demonstrations. *The Journal Of Behavioral Health Services & Research*, 27(1), 47-59.
- Hodges, K., Doucette-Gates, A., & Liao, Q. (1999). The relationship between the Child and Adolescent Functional Scale(CAFAS) and indicators of functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 8(1), 109-22.
- Hodges, K., & Kim, C. (2000). Psychometric study of the Child and Adolescent Functional Assessment Scale: Prediction of contact with the law and poor school attendance. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 287-297.
- Hodges, K. & Wong, M. (1996). Psychometric characteristics of a multidimensional measure to assess impairment: the Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS). *Journal of Child and Family Studies*, 5 (4), 445-67.
- Hodges, K., & Wotring, J. (2000). Client Typology Based on Functioning across Domains Using the CAFAS: Implications for Service Planning. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 27(3), 257-270
- Impara, J. C., & Murphy, L. L. (1994). *Psychological Assessment in the Schools*. The University of Nebraska Press.

- Kazdin, A. E. (1998). *Research design in clinical psychology* (3rd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Kemp, S. P., Whittaker, J. K., & Tracy, E. M. (1997). *Person-environment practice: Social ecology of interpersonal helping*. New York: Aldine De Gruyter
- Kiecolt, K. J., & Nathan, L. E. (1985). *Secondary analysis of survey data*. Newbury Park, CA: Sage.
- Knitzer, J. (1996) Meeting the mental health needs of young children and their families. In Stroul, B. A. (Eds.). *Childrens mental health: Creating systems of care in a changing society* (pp 553-572). Baltimore: Paul H. Brooks.
- Korkeila, J. A., Lehtinen, V., Tuori, T., Helenius, H. (1998). Frequently hospitalized psychiatric patients: A study of predictive factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 528-534.
- Lindemann, C. M. (2000). *Intergrative Strength-and Pathology-Based Assessment (ISPBA) of children and adolescents*. Doctoral dissertation. The Fielding Institute.
- Lyons, J. S., Uziel-Miller, N. D., Retes, F., & Sokol, P. T. (2000). Strengths of children and adolescents in residential settings: Prevalence and associate with psychopathology and discharge placement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 1-6.
- Macmann, G. M., Barnett, D. W., Burd, S. A., Jones, T., LeBuffe, P. A., O'Malley, D., Shade, D. B., & Wright, A. (1992). Construct Validity of the Child Behavior Checklist: Effects of Item Overlap on Second-Order Factor Structure, *Psychological Assessment*, 4(1), 113-116
- MACRO (2003). *CMHS National Evaluation: Aggregate data profile report*. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Center for Mental Health Services.
- Massey, O. T. & Murphy, S. E. (1991). A study of the utility of the child behavior checklist with residentially placed children, *Evaluation and Program Planning*, 14(4), 319-324.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2002). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 168-189.
- Min, M. O. (2000). *Factor related psychiatric hospitalization and repeated crisis service use of adults with a dual diagnosis of a mental illness and substance use disorder*. Doctoral dissertation. Case Western Reserve University.

- Newton, R. R., Litrownik, A. J., & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements, *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1363-1374.
- Quist, R. & Matshazi, D (2000). The Child and adolescent functional assessment scale(CAFAS): a dynamic predictor of juvenile recidivism. *Adolescence*, 35(137), 182-92.
- Reid, R., Epstein, M. H., Pastor, D. A., & Ryser, G. R. (2000). Strengths-based assessment differences across students with LD and EBD. *Remedial and Special Education*, 21(6),346-355.
- Rhee, S., Furlong, M. J., Turner, J. A., & Harari, I. (2001). Integrating strength-based perspectives in psychoeducational evaluations. *The California Aschool of Psychologist*, 6, 5-17
- Rosenblatt, A (1998). Assessing the child and family outcomes of systems of care for youth with serious emotional disturbance. In Epstein, M. H., Kutash, K., & Duchnowski, A. J. (Eds.), *Outcomes for children and youth with behavioral and emotional disorders and their families* (pp 329-362). Austin, TX: Pro-ed.
- Rosenblatt, A. B., & Rosenblatt, J. A. (2000). Demographic, clinical, and functional characteristics of youth enrolled in six California Systems of Care. *Journal of Child and Family Studies*, 9(1), 51-66.
- Rosenblatt, A. B., & Rosenblatt, J. A. (2002). Assessing the effectiveness of care for youth with severe emotional disturbances: is there agreement between popular outcome measures?, *The Journal Of Behavioral Health Services & Research*, 29(3), 259-273.
- Rosenblatt, J. A. (1997). Preliminary outcomes in a System of Care for youths with EBD:An examination of differential change across clinical profiles. Doctoral dissertation. University of California, Santa Barbara Campus.
- Rosenblatt, J. A., Rosenblatt, A. B., & Biggs, E. E. (2000). Criminal behavior and emotional disorder: Comparing youth served by the mental health and juvenile justice systems. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 27(2), 227-237.
- Stroul, B. A. (1996a) Introduction: Progress in childrens mental health. In B.A. Stroul, (Eds.). (1996). *Childrens mental health: Creating systems of care in a changing society*(pp.xxi-xxxii). Baltimore, MD: Paul H. Brooks.
- Stroul, B. A. (1996b) Profiles of local systems of care. In Stroul, B. A. (Eds.). *Childrens mental health: Creating systems of care in a changing society* (pp.149-176). Baltimore, MD: Paul H. Brooks.

- Stroul, B. A., & Friedman, R. M. (1986). A system of care for severely emotionally disturbed children and youth. Washington, DC: CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center.
- Stroul, B. & Friedman, R. M. (1996). The systems of care concepts and principles. In Stroul, B. A. (Eds.). Childrens mental health: Creating systems of care in a changing society(pp.3-22). Baltimore, MD: Paul H. Brooks.
- Touliatos, J., Perlmutter, B., & Straus, M. (2001). (Eds.), Handbook of family measurement techniques: Abstract. Volume 1. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yell, M. L., & Shriner, J. G. (1997). The IDEA amendments of 1997: Implications for special and general education teachers, administrators, and teacher trainers. Focus on Exceptional Children, 30(1), 1-19.