

## 임상에서 부모-교사 보고의 일치 : SDQ-Kr과 K-CBCL의 비교

김흥규 · 안정숙 · 김민혁

연세대학교 원주의과대학 원주기독병원 정신건강의학교실

### Agreement between Parent and Teacher Reports in Clinical Setting : Comparing SDQ-Kr with K-CBCL

Heung Kyu Kim, M.D.<sup>1)</sup>, Joung Sook Ahn, M.D., Ph.D.<sup>1)</sup> and Min Hyock Kim, M.D., Ph.D.<sup>1)</sup>

Department of Psychiatry, Wonju Christian Hospital, Wonju College of Medicine, Yonsei University, Wonju, Korea

**Objectives** : The aims of this study were to examine agreement between parent and teacher ratings of the Korean version Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Kr) for the children's psychopathology and to determine whether it is effective in diagnostics as the Korean version of Childhood Behavior Checklist (K-CBCL).

**Methods** : SDQ-Kr and K-CBCL were completed by parents and teachers of 165 children aged 6–12 years. The clinical diagnosis was made by a child and adolescent psychiatrist who did not have knowledge of the outcome. Spearman's correlations were computed for associations between parents' and teachers' ratings on a subscale level. The Mann-Whitney U test was performed for the influence of child's age and sex on the results. Finally, AUC values were calculated for the diagnostic capacity and the difference between informants was tested using the z test.

**Results** : High correlations were observed between parents' and teachers' SDQ-Kr on every scale. Parents were more sensitive to emotional symptoms of girls, while teachers appeared to be more responsive to externalized symptoms of boys, inattention-hyperactivity of young children, and emotional symptoms of seniors. Parents' SDQ-Kr demonstrated the highest prediction of attention-deficit hyperactivity disorder.

**Conclusion** : Teachers' SDQ-Kr can be used in identification of child psychopathology when parents are absent or when their reliability is considered low.

**KEY WORDS** : SDQ-Kr · Parent-Teacher Agreement · Clinical Setting.

## 서 론

최근에 심각한 문제로 대두된 학교폭력을 계기로 아동의 정신건강에 대한 사회의 관심이 어느 때보다 높아지고 있다. 주의력결핍 과잉행동장애(attention-deficit hyperactivity disorder, ADHD)와 우울증을 비롯한 아동의 행동, 정서 문제는 계속 늘고 있는데, 이 시기의 정신건강 문제는 인격발달과 적응력을 약화시켜 훗날 성인기 정신병리로 이어질 가능성을 높인다. 따라서 이에 대한 조기평가와 적극적인 치료개입이 예방의학

적 차원에서도 매우 중요하다 할 수 있다. 하지만 아동정신병리의 조기평가에 있어서 아동은 인지적, 사회적으로 미숙하여 자신의 증상을 표현하는 능력이 제한되기 때문에 가까운 주변 인물, 즉 부모나 교사와 같이 아동과 상호작용이 많고 객관적 관찰이 가능한 정보제공자가 필요하다.

아동의 정신병리를 파악하기 위해 개발된 심리검사 도구 중에서 가장 널리 사용되는 설문지는 Achenbach의 아동행동평가 척도(Child Behavior Checklist, CBCL)와 Reynolds의 아동용 행동평가체계(Behavior Assessment system for Children)가 있으며,<sup>1)</sup> Goodman의 강점난점설문지(Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) 등이 있다.<sup>2)</sup> 국내에서는 K-CBCL이 1997년에 표준화되어 아동정신병리 평가의 표준적 측정 도구로 사용되며,<sup>3)</sup> SDQ-Kr은 2002년에 표준화되어 초등 및 중학교를 중심으로 학교정신보건을 위한 정신병리 선별 도구로 사용되고 있다.<sup>4-7)</sup> 이와 같은 선별도구들은 11세 이상의 아

접수완료 : 2012년 6월 5일 / 심사완료 : 2012년 8월 1일

Address for correspondence: Joung Sook Ahn, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Wonju Christian Hospital, Wonju College of Medicine, Yonsei University, 20 Ilisan-ro, Wonju 220-701, Korea

Tel : +82.33-741-1260, Fax : +82.33-743-5385

E-mail : jsahn@yonsei.ac.kr

동이 평정하는 자기보고용뿐만 아니라 부모보고용과 교사보고용을 포함하고 있어 복수의 정보원으로부터 포괄적인 자료를 얻을 수 있게 한다.

아동은 가정과 학교와 같이 평가되는 장소와 상황에 따라 다양한 측면을 보인다. 또한 각 정보제공자는 아동의 나이, 성별, 사회경제적 상태와 같은 인구학적 요인에 따라 상호작용에 영향을 받을 수도 있다.<sup>8,9)</sup> 따라서 아동의 임상진료에서 직접면담과 함께, 이와 같은 선별도구를 통해 부모와 교사가 아동의 문제를 바라보는 견해가 서로 일치하는지를 파악하는 것은 임상 진단을 내리는데 반드시 필요하다 할 수 있다. 그리고 부모와 교사의 견해가 다를 때, 어느 부분에서 차이가 있고 그 이유가 무엇인지를 살펴보는 것이 향후 치료계획을 세우는 데 유용하게 쓰일 수 있다. 덧붙여, 조손 가족, 부모부재 가족이 늘고 있는 우리나라 현실에서 아동의 정신병리를 평가할 때 교사의 관찰보고가 부모의 보고를 대체할 수 있는지 알아보는 것도 중요할 것이다.

지금까지 부모와 교사 간 평가일치도를 조사한 국내연구는 두 개가 있는데, 모두 학교를 중심으로 지역사회 아동을 대상으로 하였다.<sup>10,11)</sup> 그리고 Park 등<sup>10)</sup>의 연구 결과를 보면, 전체 아동에게서 얻은 부주의-과잉행동과 외현화 문제가 부모-교사 간에 유의한 상관관계를 보였으나 정신과적 최종진단을 받게 된 아동에서는 상관성이 낮았다. 또한 이 두 논문은 어떠한 요인이 부모-교사 간 일치도에 영향을 주었는지는 분석되지 않았다.

본 연구는 적은 문항수로 간략하면서도 다양한 행동증상목록을 담고 있는 SDQ-Kr을 사용하여, 임상현장에서 아동의 정신병리에 대한 부모평가와 교사평가가 일치하는 정도와 차이를 보이는 증상을 조사하였고, 아동의 나이와 성별이 부모-교사 간 일치도에 어떤 영향을 주는지 각 증상차원 별로 나누어 알아보았다. 그리고 이와 같은 결과를, 가장 널리 사용되는 K-CBCL의 결과와 비교함으로써 각 도구에 따른 임상진단 예측도의 차이를 살펴보았다.

## 방 법

### 1. 대상 및 절차

2009년부터 2011년까지 대학병원 정신건강의학과 소아청소년 클리닉에 내원한 6-12세 아동 중 이들의 행동을 평가할 부모와 교사가 모두 존재하는 경우만을 일차 대상으로 삼았다. 첫 면담 후 아동의 부모와 담임교사에게 아동행동평가척도(K-CBCL)와 강점난점설문지(SDQ-Kr)를 배부하여 작성하게 한 뒤 두 번째 면담시에 제출하게 하였다. 총 192명의 일차 대상자 중 37명은 부모 또는 교사의 설문지에 결측문항이 많아 전산화 채점과정에서 제외되었다. 최종 155명 아동이 연구에 포함되었는데, 107명(69.0%)이 남아였으며 48명(31.0%)이 여아였다. 나

이를 기준으로 6-9세는 저학년(89명, 57.4%)으로 10-12세는 고학년(66명, 42.6%)으로 분류하였다. 이 연구는 본 대학병원의 의학연구윤리심의위원회의 심사를 통과하였다.

## 2. 측정도구

### 1) 한국어판 강점난점설문지(Korean version of Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ-Kr)

1997년에 영국의 Goodman<sup>12)</sup>이 개발한 SDQ를 2002년에 Ahn 등<sup>4)</sup>이 한국어판으로 표준화하였고 신뢰도와 타당도가 검증되었다. SDQ-Kr은 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-IV(DSM-IV)와 ICD 10의 진단분류학적 개념을 고려하여 임상증상의 초점을 분명하게 하였으며 부모의 심리적 저항을 줄이기 위해 긍정적 문장으로 이루어져있다. 4-16세 아동 청소년 인구를 대상으로 치료개입이 필요한 행동증상을 선별할 목적으로 사용되며, 임상에서도 활용되고 있다. SDQ-Kr은 강점 소척도인 사회지향행동 5문항과, 난점 소척도인 부주의-과잉행동 5문항, 정서문제 5문항, 행실문제 5문항, 또래문제 5문항 등 다섯 증상차원으로 구성되며 4개 난점 소척도 점수의 총합으로 총난점 점수를 구한다. 최근 6개월동안 관찰된 아동행동에 기초하여 0점부터 2점까지 3개 척도로 평정한다. 총강점 점수는 10점이며 높을수록 바람직하고, 총난점 점수는 40점, 난점의 소척도 점수들은 각각 10점씩으로 낮을수록 바람직하다. 아직 국내에서는 표준점수 규준이 없으므로 원 점수를 사용하고 있다.

### 2) 한국어판 아동행동평가척도(Korean version of Childhood Behavior Checklist, K-CBCL)

Achenbach<sup>13)</sup>가 4세에서 18세 아동을 대상으로 문제행동과 사회적 능력을 평가하기 위해 개발한 CBCL을 Oh 등<sup>3)</sup>이 1997년에 한국어로 표준화하였다. 118개의 문항인 K-CBCL은 사회능력 척도와 문제행동증후군 척도로 구성되며 문제행동증후군 척도에 8개의 소척도(위축, 신체증상, 우울/불안, 사회적 미성숙, 사고의 문제, 부주의-과잉행동, 비행, 공격성)가 포함된다. 이 중 위축, 신체증상, 우울/불안 등 3개 척도는 '내재화 문제'로, 비행, 공격성 등 2개 척도는 '외현화 문제'로 합산된다. 최근 2개월간 관찰된 아동행동에 대해 부모나 교사, 아동이 '전혀 없다', '가끔 보인다', '매우 심하다'의 3점 척도로 응답하며 채점은 문항당 0-2점이다. 표준화된 연령별, 남녀별 규준표에 맞추어 90% 이상이면 임상범위에 해당한다.

### 3) 임상진단

부모와 교사가 작성한 설문지의 채점결과를 모르는 소아정

신과 전문가가 DSM-IV 진단기준에 따라 임상적 진단을 내렸다. 설문지 채점결과와 임상진단을 비교하기 위해 임상진단을 네 범주로 묶었는데 주의력결핍 과잉행동장애는 ADHD로, 우울증, 불안장애, 신체형 장애, 적응장애, 관계상의 문제 등은 정서장애로,品行장애와 적대적 반항장애는 행동장애로 지정하였다.<sup>14)</sup> 그리고 자폐장애와 정신지체는 발달장애로 지정하였다. 공존 질병이 있는 경우에는 모두 각각의 진단범주에 포함시켰다. 연구에 포함된 155명의 아동 중 75명(48.4%)이 ADHD, 38명(24.5%)이 정서장애, 19명(12.3%)이品行장애, 39명(25.2%)이 발달장애로 진단받았으며, 중복 진단된 16명 중 10명은 ADHD와 정서장애였고, 6명은 ADHD와 행동장애였다.

### 3. 통계분석

연구에 포함된 아동의 SDQ-Kr와 K-CBCL 점수가 정규분포를 이루지 않아 비모수 검정을 시행하였다. 우선 두 척도의 부모-교사 평가의 일치도를 알아보기 위하여 SDQ-Kr 원점수와 K-CBCL 표준점수를 이용하여 각 소척도별 Spearman's rho를 산출하였다. 그리고 아동의 성별과 나이가 부모와 교사의 평가에 어떤 영향을 미치는지 Mann-Whitney U test를 시행하였다. 마지막으로 각 척도의 평가주체에 따라 임상진단을 예측하는 정도를 알아보기 위해 receiver operating characteristic (ROC) 곡선 분석을 통하여 area under the curve(AUC)를 산출

하였다. AUC 값이 1.0일 때는 해당 척도의 판별력이 완벽하다고 해석할 수 있으며, AUC 값이 0.5일때는 우연히 진단을 판별해내었다고 볼 수 있다. 그리고 다른 평가주체나 평가도구의 결과와 차이를 검증하였는데 이때 각각의 AUC는 같은 환자군으로부터 산출되었기 때문에 이들 간의 차이를 검증하기 위해 짝지은 자료분석(matched data analysis)을 적용하였다.<sup>15)</sup> AUC는 MedCalc<sup>®</sup> 12.2.1로 계산하여 비교하였고 기타 통계 분석은 SPSS<sup>®</sup> 18.0.0으로 처리하였다.

## 결 과

### 1. SDQ-Kr과 K-CBCL 각 소척도에서 부모와 교사 평가 간 상관관계

아동 문제행동에 대한 부모와 교사의 평가는 SDQ-Kr의 모든 소척도 및 총점에서 0.307-0.528로 유의한 상관성을 보였는데( $p < .01$ ), 또래문제, 형실문제, 부주의-과잉행동에서 부모와 교사 평가의 상관성이 비교적 높게 나타났다(Table 1). 반면에 K-CBCL은 신체증상, 내재화 문제의 부모-교사 평가 간 상관관계수가 각각 0.169, 0.181로 낮았으며( $p < .05$ ) 우울/불안에서는 유의한 상관성을 보이지 않았다. K-CBCL의 기타 소척도에서는 0.259-0.572로 유의한 상관관계를 보였다( $p < .001$ ) (Table 1).

**Table 1.** Scale means and correlation between parent and teacher report

	Mean score (SD)		Spearman's rho
	Parent	Teacher	
SDQ scale			
Prosocial behavior	5.31 (2.430)	3.93 (2.543)	0.389 <sup>†</sup>
Hyperactivity	6.81 (2.439)	6.15 (2.742)	0.506 <sup>†</sup>
Emotional symptom	3.45 (2.172)	2.74 (2.395)	0.307 <sup>†</sup>
Conduct problem	2.95 (2.052)	2.29 (2.180)	0.523 <sup>†</sup>
Peer problem	4.43 (2.385)	4.39 (2.592)	0.528 <sup>†</sup>
Total difficulties	17.64 (5.784)	15.51 (6.662)	0.424 <sup>†</sup>
CBCL scale			
Withdrawn	64.41 (15.938)	60.70 (18.523)	0.320 <sup>†</sup>
Somatic complaints	52.48 (10.303)	47.94 (8.443)	0.169*
Anxious/depressive	57.06 (10.274)	51.06 (11.606)	0.106
Social problems	65.34 (12.003)	59.97 (13.149)	0.572 <sup>†</sup>
Thought problems	61.23 (11.311)	60.74 (11.202)	0.307 <sup>†</sup>
Attention problems	65.31 (9.754)	62.52 (12.276)	0.423 <sup>†</sup>
Delinquent behavior	56.02 (10.586)	60.45 (10.242)	0.259 <sup>†</sup>
Aggressive behavior	59.68 (11.449)	54.52 (13.763)	0.455 <sup>†</sup>
Internalizing	58.61 (9.368)	53.23 (10.548)	0.181*
Externalizing	59.37 (10.883)	56.60 (12.342)	0.445 <sup>†</sup>
Total problems	62.25 (9.285)	59.83 (11.868)	0.321 <sup>†</sup>

\* :  $p < .05$ , † :  $p < .01$  (two-tailed). SD : standard deviation, SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire, CBCL : Child Behavior Checklist

**Table 2.** Comparison of psychopathologies by gender and informants

SDQ scale	Parent-report		p	Teacher-report		p
	Boys	Girls		Boys	Girls	
Prosocial behavior	74.57	85.65	.152	74.03	86.84	.078
Hyperactivity	79.79	74.02	.456	85.54	61.2	.002
Emotional symptom	72.47	90.32	.021	76.59	81.15	.554
Conduct problem	76.80	80.68	.613	84.33	63.90	.008
Peer problem	80.59	72.22	.279	82.08	68.9	.089
Total difficulties	78.14	77.69	.954	84.47	63.58	.007

Mann-Whitney U test with mean rank. SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire

**Table 3.** Comparison of psychopathologies by age and informants

SDQ scale	Parent-report		p	Teacher-report		p
	6-9 yrs	10-12 yrs		6-9 yrs	10-12 yrs	
Prosocial behavior	78.80	76.92	.794	78.15	77.80	.962
Hyperactivity	81.72	72.98	.227	88.75	63.51	.000
Emotional symptom	77.96	78.06	.988	71.85	86.29	.045
Conduct problem	76.31	80.29	.580	75.43	81.47	.399
Peer problem	74.08	83.29	.203	74.54	82.67	.262
Total difficulties	76.40	80.16	.605	78.35	77.53	.911

Mann-Whitney U test with mean rank. SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire

**2. 성별에 따른 부모와 교사의 민감도**

Table 2는 각 정보원이 아동의 정신병리를 보고할 때 아동의 성별에 따라 민감도가 달라지는지 평균순위를 계산하고 유의한 차이가 있는지 보여준다. 부모가 작성한 SDQ-Kr에서 여아와 남아의 정서증상의 평균순위는 각각 90.32, 72.47로 부모가 여아의 정서증상에 더 민감하였다(p<.05). 교사용 SDQ-Kr의 부주의-과잉행동, 행실문제, 총난점에서 여아보다 남아의 평균순위가 유의하게 높았다(p<.001).

**3. 나이에 따른 부모와 교사의 민감도**

모든 증상차원에서 저학년과 고학년 아동의 문제행동을 보고하는 부모의 민감성의 차이는 없었지만 교사용 SDQ-Kr에서는 저학년의 부주의-과잉행동과 고학년의 정서증상이 더 민감하게 보고되었다(Table 3).

**4. 부모평가와 교사평가의 진단 예측도**

SDQ-Kr과 K-CBCL의 소척도 점수로 외래에 내원하여 소아정신과 의사의 진단을 받은 환아를 다른 진단을 받은 환아와 구분할 수 있는지 알아보기 위해 ROC 곡선분석을 통하여 AUC를 계산하였고 보고주체에 따라 유의한 차이가 있는지 알아보았다. 부모용과 교사용 SDQ 과잉행동 소척도는 각각 AUC=0.705, AUC=0.678로 부모용과 교사용 CBCL의 주의집중문제 소척도의 AUC에 비해 모두 유의하게 높았지만 부모-교사 평가 간의 유의한 차이는 없었다(Table 4). 반항장애 진단은

**Table 4.** Prediction of clinical diagnosis

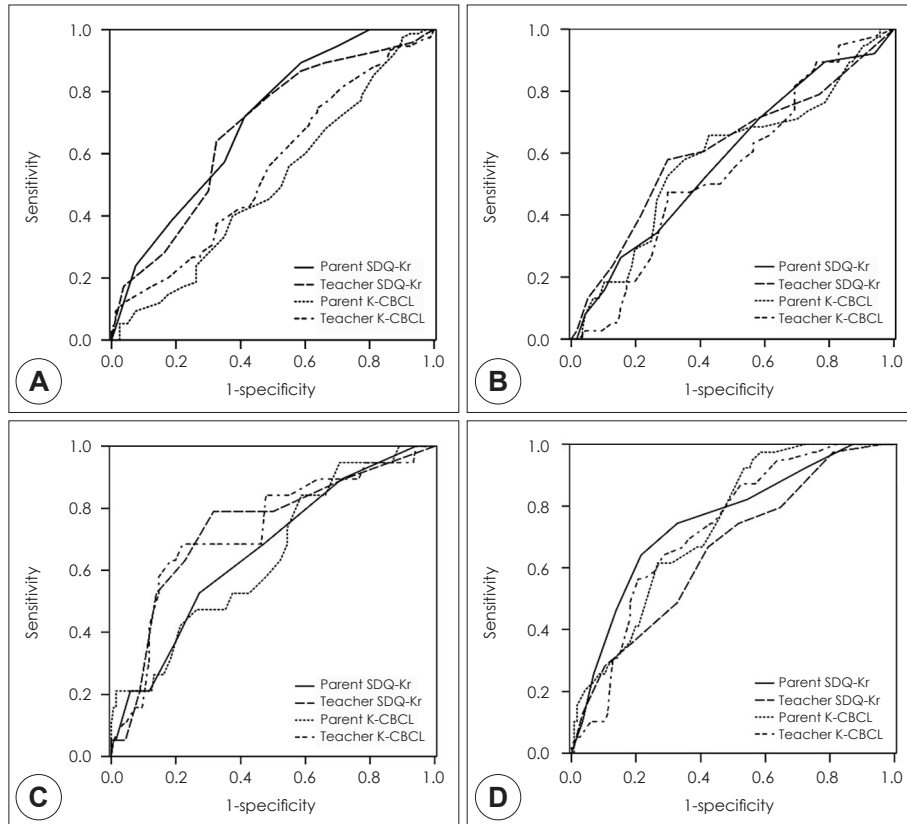
Diagnosis	SDQ		CBCL		p
	Parent	Teacher	Parent	Teacher	
ADHD	0.705	0.678	0.502	0.551	*
Emotional disorder	0.582	0.612	0.584	0.549	
Behavioral disorder	0.662	0.736	0.646	0.729	
Developmental disorder	0.750	0.656	0.736	0.724	

\* : p<.01 for z test for comparing AUC derived from the same subjects. SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire, CBCL : Child Behavior Checklist, ADHD : attention-deficit hyperactivity disorder

교사용 K-CBCL과 교사용 SDQ-Kr이 AUC>0.7 이상으로 moderate 수준의 진단 판별력을 보였다. 하지만 이는 부모용 설문지를 통해 계산한 AUC와 유의한 차이를 보이지는 않았다. 부모용 SDQ-Kr의 또래문제 소척도는 아동의 발달장애 진단에 대해 AUC=0.750으로 높은 진단 예측도를 보였고 이는 기타 설문지의 결과와 유의한 차이는 없었다. 각 임상진단에 대한 ROC curve는 Fig. 1에 제시하였다.

**고 찰**

대부분의 아동은 부모의 염려 때문에, 또는 교사나 소아청소년과 의사의 권유로 정신건강의학과 진료를 찾는다. 자신의 기분이나 행동을 세분화하여 보고하기 어려운 아동을 평가진단하고 치료계획을 세울 때는 이들로부터 직접 얻은 임상자료 외에



**Fig. 1.** ROC curves for the clinical diagnosis using SDQ-Kr and K-CBCL. (A) ROC curves for ADHD, (B) ROC curves for emotional disorder, (C) ROC curves for behavioral disorder, and (D) ROC curves for developmental disorder. SDQ-kr : Korean version of Strengths and Difficulties Questionnaire, K-CBCL : Korean version of Child Behavior Checklist, ADHD : attention-deficit hyperactivity disorder, ROC : receiver operating characteristic

부모와 교사의 관찰보고가 반드시 비증있게 고려되어야 한다.

본 연구의 주목적은, 임상아동의 행동, 정서증상에 대해 부모와 교사의 평가가 일치하는지를 조사하고, 아동의 나이와 성별이 이러한 부모-교사 일치도에 영향을 주는지를 각 증상차원 별로 분석하는 것이었다. 덧붙여, 간략한 SDQ-Kr을 사용하여 얻은 결과와 많은 문항으로 이루어진 K-CBCL의 결과를 비교함으로써 각 도구에 따른 임상진단 예측도의 차이를 살펴 보았다.

먼저 증상별 부모교사 간 평가일치도를 보면, SDQ-Kr의 모든 소척도에서 중등도의 상관관계를 보였고, 특히 또래문제, 현실문제, 부주의-과잉행동에서 더 높은 상관성이 나타났다. 반면에, K-CBCL에서는 우울/불안, 신체증상, 내재화 문제에서 낮은 상관성을 보이고 나머지 척도에서는 중등도의 상관관계가 나타났다. SDQ의 부모교사 간 일치도를 조사한 외국의 연구에서도 또래문제, 현실문제, 과잉행동 소척도의 일치도가 다른 것보다 높게 보고되어 이번 연구와 대체로 일치하는 결과를 보고하였으며,<sup>12,16,17)</sup> K-CBCL의 경우도 외현화 문제의 일치도가 내재화 문제의 일치도보다 높게 측정되었다.<sup>18)</sup> 두 설문지에서 공통적으로 관찰되는 이러한 경향은 외부로 표현되

는 문제가 정보제공자들에게 더 쉽고 명확하게 관찰되는 반면 내재화 증상은 관찰자의 세심한 판단이 필요하기 때문일 것으로 보인다. 하지만 환자가 겪는 각 증상의 특성이 평가자 간 일치도에 어떤 영향을 주는지 추후 연구에서 더 자세히 다루어져야 할 것이다. 정보원 간의 불일치는 정신건강전문가들이 아동에 대해 임상적 평가를 할 때 혼란을 줄 수 있기 때문이다. 이번 연구에서 SDQ-Kr가 모든 증상차원에서 부모-교사 간 유의한 상관관계를 보인 것은 부모가 부재할 경우라도 SDQ-Kr 교사보고용을 이용하여 아동의 증상을 비교적 정확하게 파악할 수 있음을 시사한다.

두 번째로 부모와 교사의 평가에 영향을 주는 아동의 인구학적 요인을 살펴보았다. 이에 대해 CBCL을 이용한 외국의 연구들<sup>19,20)</sup>에서는 여아에서 부모가 내재화 문제를, 남아에서는 부모가 외현화 문제를 높은 점수로 보고하였고 연령이 높을수록 부모가 외현화 문제를 높게, 부모가 내재화 문제를 낮게 보고하였다. 우리와 교육환경이 유사한 일본의 경우<sup>21)</sup> 교사가 연령이 높은 아동과 남아의 전반적인 문제행동에 대해 높게 보고하는 경향이 있었다. 이번 연구에서는 K-CBCL에서 성별과 나이가 부모와 교사의 평가에 미치는 영향은 관찰되지 않았으

나 SDQ-Kr에서는 이전 연구와 유사하게 여아에서는 부모가 정서문제를, 남아에서는 교사가 과잉행동, 현실문제, 충난점을 높게 보고하였다. 반면에 연령이 높을수록 교사가 과잉행동을 낮게 정서증상은 높게 보고하는 등 외국의 연구와는 일치하지 않는 부분도 있었다. 하지만 이전 연구가 CBCL을 이용한 연구 결과라는 점에서 이번 SDQ-Kr의 결과와 직접 비교하는 것은 무리가 있겠으며 추후 더 많은 표본을 통한 검증이 필요할 것으로 보인다. 아동의 인구학적인 요인이 정보제공자의 견해에 주는 영향을 분석하는 것은 임상에서 설문지의 결과를 선택적으로 이용하는데 유용한 정보가 될 수 있을 것이다.

세 번째로 각 설문지가 임상적 진단을 구분해 내는 정도를 알아보기 위해 ROC 곡선분석을 시행하였다. 두 설문지 모두 내재화 문제에서는 낮은 진단 예측도를 보였지만 외현화 문제 영역에서는 중등도의 예측도를 나타냈다. 또한 ADHD 진단은 부모용 SDQ-Kr이 중등도의 판별력으로 K-CBCL 결과보다 유의하게 높은 것으로 나타났다. 정신건강의학과 외래아동과 소아청소년과 외래아동을 변별해내는 능력을 조사한 저자들의 이전 연구에서도 SDQ-Kr 총난점이 AUC 0.82로 높게 나타났는데, 정신과적 진단의 판별력이 0.80-0.93으로 K-CBCL보다 우수하였다.<sup>22)</sup> 이전 연구 결과의 AUC가 전반적으로 높게 측정된 것은 이번 연구와는 달리 정신지체와 자폐성 장애를 제외하였고, 중복진단이 아닌 주진단 한 가지만 가지고 분석했기 때문으로 보인다. 외국의 연구에서는 CBCL과 SDQ가 임상 표본과 지역사회 표본을 구분하는데 높은 판별력을 가지고 있어 선별도구로서의 유용성에 대해 언급하였으며, 임상진단에서도 이번 연구와 마찬가지로 부모 SDQ가 ADHD 진단에 대해서 중등도의 진단 판별력을 가진 것으로 보고하였다.<sup>12,14,23)</sup> ADHD증상에 해당하는 항목을 5개 포함하고 있는 SDQ-Kr이 11개의 항목을 포함하는 K-CBCL보다 유의하게 높은 진단 예측도를 가지고 있다는 것은 주목할 만한데 이는 SDQ-Kr이 DSM-IV와 ICD-10 진단기준을 토대로 만들어진 것에 비해 K-CBCL은 그 외에도 미성숙, 혼돈, 불안한 몸짓, 학업부진, 안절부절못함 등 진단적 개념상 모호한 항목을 포함하고 있기 때문인 것으로 보인다.

그러나 본 연구는 결과를 해석하는데 있어서 고려해야 할 몇 가지 방법적 제한이 있다. 우선 한 지역에 한정하여 연구를 진행하였기 때문에 지역 특수성이 반영되었을 가능성이 있다. 이 때문에 본 연구 결과가 정보제공자의 일반적 시각을 반영했다고 해석하기에는 주의가 따르지만 이전 연구 결과들과 대체로 일치하였다는 점은 지역의 특수성이 크게 작용하지는 않았음을 시사한다. 다음으로, 정신과적 진단과정에서 한 명의 소아정신과 전문의가 구조화된 진단도구를 이용하지 않고 임상적 진단을 내렸기 때문에 진단 신뢰도가 높지 않을 수 있다는 것이

다. 또한 표본수가 많지 않아 개별적 임상진단 대신에 범주화된 진단으로 비교하였다는 점도 고려해야 한다. 앞으로의 연구에서는 더 많은 표본을 대상으로 각각의 임상진단에 따른 비교가 시행되어야 할 것으로 보인다. 마지막으로, SDQ-Kr의 임상적 절단점수가 정해지지 않은 상태에서 연구가 진행되었기 때문에 다각도의 통계분석에 한계가 있었다. 추후의 연구에서 이와 같은 제약점을 보완한다면 SDQ-Kr의 임상 활용성을 더 높일 수 있을 것으로 보인다.

## 결 론

본 연구는 SDQ-Kr과 K-CBCL을 이용하여 아동의 행동증상에 대한 부모-교사 평가의 일치도를 알아보고 성별과 나이가 각 정보제공자에게 미치는 영향을 조사하였다. 또 각 정보원의 평가결과를 통해 진단 예측도를 구하고 그 차이를 알아보았다. 두 설문지 모두에서 전반적으로 정보제공자의 보고가 서로 일치하는 경향을 보였으며 외현화 문제에서 진단 예측도가 높은 것으로 나타났다. 교사의 보고가 부모 보고와 크게 다르지 않고 일부 증상에서는 더 정확한 결과로 나타난 것은 부모 부재인 아동의 정신병리를 평가하는데 교사의 평가가 유용함을 보여준다. 또한 SDQ-Kr이 적은 문항수와 간결한 기술에도 불구하고 주요 행동문제 영역에서 K-CBCL과 비교하여 동등하거나 더 우수한 결과를 보여준 것은 SDQ-Kr이 대규모 선별검사뿐 아니라 임상현장에서도 널리 활용될 수 있는 설문지임을 시사한다.

중심 단어: SDQ-Kr · 부모-교사 보고의 일치 · 임상.

## References

- 1) **Tsatsanis KD.** Psychological and Neuropsychological Assessment of Children. In: Martin A, Volkmar F, editors, *Lewis Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p.363-367.
- 2) **SDQ.** Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaires. Accessed May 10, 2012. Available from URL: <http://www.sdqinfo.com>
- 3) **Oh KJ, Lee HR, Hong KE, Ha EH.** Korean version of Acad Child Behavior Checklist. Seoul: Jung-Ang publishing; 1997.
- 4) **Ahn JS, Jun SK, Han JK, Noh KS, Goodman R.** The development of a Korean version of the strengths and difficulties questionnaire. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2003;42:141-147.
- 5) **Yang SJ, Kim JM, Kim SW, Shin IS, Yoon JS.** Bullying and victimization behaviors in boys and girls at South Korean primary schools. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:69-77.
- 6) **Kim SW, Kim SY, Yang SJ, Kim JM, Shin IS, Jeong S, et al.** Psychosocial correlates of suicidal ideation in middle-school students. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2010;49:604-610.
- 7) **Ahn JS, Jang HM, Kim MH, Kim HJ, Shin JH.** Maternal problem-drinking and psychopathology of female adolescents. *J Korean Acad Addict Psychiatry* 2008;12:83-87.
- 8) **van der Meer M, Dixon A, Rose D.** Parent and child agreement on reports of problem behaviour obtained from a screening question-

- naire, the SDQ. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17:491-497.
- 9) **Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT.** Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull* 1987;101:213-232.
  - 10) **Park HI, Kim JM, Park YC, Kim SH, Ahn DH.** Agreement between parents and teachers on school children's emotional/behavioral problems. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;21:161-167.
  - 11) **Kim YS, So YK, Noh JS, Choi NK, Kim SJ, Koh YJ.** Normative data on the Korean ADHD Rating Scales (K-ARS) for parents and teacher. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2003;42:352-359.
  - 12) **Goodman R.** The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:581-586.
  - 13) **Achenbach TM.** Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry;1991.
  - 14) **Klasen H, Woerner W, Wolke D, Meyer R, Overmeyer S, Kaschnitz W, et al.** Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2000;9:271-276.
  - 15) **Hanley JA, McNeil BJ.** A method of comparing the areas under receiver operating characteristic curves derived from the same cases. *Radiology* 1983;148:839-843.
  - 16) **Goodman R.** Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1337-1345.
  - 17) **van Widenfelt BM, Goedhart AW, Treffers PD, Goodman R.** Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12:281-289.
  - 18) **Salbach-Andrae H, Lenz K, Lehmkuhl U.** Patterns of agreement among parent, teacher and youth ratings in a referred sample. *Eur Psychiatry* 2009;24:345-351.
  - 19) **Achenbach TM.** Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile. Burlington: University of Vermont;1991.
  - 20) **Crijnen AA, Achenbach TM, Verhulst FC.** Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1269-1277.
  - 21) **Satake H, Yoshida K, Yamashita H, Kinukawa N, Takagishi T.** Agreement between parents and teachers on behavioral/emotional problems in Japanese school children using the child behavior checklist. *Child Psychiatry Hum Dev* 2003;34:111-126.
  - 22) **Shin JS, Ahn JS, Choi YH, Kim HJ.** A clinical usefulness of Korean version of Strength and Difficulties Questionnaire. *Korean J Psychosom Med* 2009;17:75-81.
  - 23) **Goodman R, Scott S.** Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol* 1999;27:17-24.