

정신장애 영유아에 대한 K-CBCL 1.5-5 (Korean-Child Behavior Checklist 1.5-5) 조절곤란 프로파일의 요인구조와 정신장애 간 차이검증

경혜민*, 하은혜**

*숙명여자대학교 일반대학원 아동복지학과 아동심리치료전공 석사 과정 학생

**숙명여자대학교 생활과학대학 아동복지학부 교수

국문초록

목적 : 본 연구의 목적은 정신장애 영유아의 K-CBCL 1.5-5(Korean-Child Behavior Checklist 1.5-5) DP(Dysregulation Profile)의 요인구조를 확인하고, 정신장애 진단 집단 간 차이를 검증하였다.

연구방법 : 서울 소재의 종합병원 소아정신과, 발달장애 클리닉 등에서 2010년에서 2015년까지 수집된 자료를 활용하였다. DSM-IV에 근거하여 정신장애로 진단된 영유아 265명의 어머니에게 실시된 K-CBCL 1.5-5 자료를 최종분석에 사용하였다.

결과 : 정신장애 영유아의 K-CBCL 1.5-5 DP의 요인구조는 이중요인 모형(Bifactor)이 상대적으로 가장 적합하였다($\chi^2 = 893.722$, TLI = .782, CFI = .822, RMSEA = .064). 또한 의사소통장애, 전반적 발달장애, 정서장애, 발달지체 등 영유아의 정신장애 진단 집단 간 차이가 유의하였다($F(3, 259) = 9.780$, $p < .001$). 그 중 전반적 발달장애 집단과 정서장애 집단이 의사소통장애 집단보다 높은 조절곤란을 보이는 것으로 확인되었다.

결론 : 본 연구에서는 정신장애 영유아의 조절곤란 문제의 존재를 확인하였다. 이중요인 모형을 통해 K-CBCL 1.5-5 DP가 불안/우울, 공격행동, 주의집중문제의 특정요인과 특정요인 이상의 일반요인으로 구성된다는 것을 확인하였고, K-CBCL 1.5-5 DP의 다차원성을 규명하였다. 또한 정신장애 진단 간 유의한 차이가 있었고 조절곤란 문제는 영유아기부터 전반적 발달장애와 정서장애의 증상 발현과 심화에 기여하는 것으로 사료된다.

주제어 : 이중요인 모형, 전반적 발달장애, 정서장애, 정신장애, CBCL 1.5-5 조절곤란 프로파일

교신저자 : 하은혜(graceha@sookmyung.ac.kr)

|| 접수일: 2022.07.22

|| 심사일: 2022.08.03

|| 게재승인일: 2022.09.13

논문은 경혜민(2022)의 석사학위 논문 일부를 수정 보완한 것임.

I. 서 론

CBCL 조절곤란 프로파일(Child Behavior Checklist Dysregulation Profile; CBCL-DP)은 아동·청소년의 정서행동 및 사회적응 문제를 평가하기 위해 널리 사용되고 있는 아동·청소년 행동평가척도(Child Behavior Checklist; CBCL)에서 나타나는 프로파일이다. CBCL-DP는 CBCL의 척도들 중 'AAA 척도'라고 불리는 정서(불안/우울, Anxious/Depressed), 행동(공격행동, Aggressive Behavior), 인지(주의집중문제, Attentional Problem)의 세 가지 척도에서 임상 범위 이상의 높은 점수를 보이는 것으로 측정된다. 초기 연구에서는 CBCL-DP의 기준으로 세 척도 모두에서 70T 이상의 T점수를 절단점(세 척도의 총합 ≥ 210 또는 각 척도 ≥ 70)으로 사용하였으나, 최근 연구에서는 세 척도 모두 60T 이상의 절단점(세 척도의 총합 ≥ 180 또는 각 척도 ≥ 60)이 사용되고 있다(Meyer et al., 2009). CBCL-DP는 심각한 심리사회적 손상과 정신과적 공존 장애의 식별에 유용한 도구라는 것이 반복적으로 검증되며(Althoff et al., 2006; Holtmann et al., 2011), 현재 이 프로파일은 심각한 자기조절 문제와 함께 정서, 행동 및 인지 조절장애의 척도로 사용되고 있다(Kim & Ha, 2020).

조절곤란은 자기조절의 세 요소인 정서, 행동, 인지 영역에서 어려움으로 대표된다. CBCL-DP는 불안/우울, 공격행동, 주의집중문제의 개별적 문제와 동시에 세 가지 척도의 합으로 대표되는 문제행동 그 이상의 심각한 심리사회적 손상과 특성을 나타낸다(Althoff et al., 2010). 아동기에 높은 조절곤란을 보일 경우, 청소년기 학업 능력의 손상, 높은 우울/불안 및 수면 문제, 자해와 같은 정신건강 문제, 사회적 회피, 심리사회적 미성숙 등의 심각한 부적응으로 이어졌다(Deutz et al., 2018; Deutz et al., 2020). 또한 조절곤란 문제를 가진 아동은 청소년기에 이르러 주의력결핍과잉행동장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ADHD), 기분장애, 물질남용, 자살 등 심리장애 위험도 유의하게

높았다(Holtmann et al., 2011; Masi et al., 2015). 이와 같은 장기종단적 결과를 통해 조절곤란 집단이 학업적, 가족적, 사회적 기능 영역에서 지속적인 어려움 및 손상을 겪게 된다는 것을 확인할 수 있다. 또한 정서 및 행동의 조절곤란은 전반적인 기능의 손상과 부적응에 대한 초기의 예측변수가 될 수 있다(Dolitzsch et al., 2016; Jucksch et al., 2011)는 점에 주목할 필요가 있다.

조절곤란은 아동기와 청소년기뿐만 아니라 전생애적으로 영향을 미치는 강력한 요인임에도 불구하고, 영유아의 조절곤란에 대한 연구는 아직 제한적이다. 영유아기는 충동성을 관리하고 규칙에 따르는 경험을 통해 자기조절 능력이 형성되는 중요한 시기이므로(Calkins & Bell, 1999) 영유아는 더 많은 조절곤란 문제와 기능 장애를 내재화 및 외현화할 것으로 예측된다(Kim et al., 2012). 영아기 조절곤란 문제는 울기, 수면 문제, 섭식 문제로 대표된다. 6~30개월 영아의 울기, 수면 문제, 섭식 문제는 아동기 조절곤란과 유의한 상관이 있었으며, 영아기에 울기, 수면 문제, 섭식 문제의 세가지 문제를 모두 보인 경우 아동기에 더 심각한 조절곤란을 보였다(Winsper & Wolke, 2014). 뿐만 아니라 조절곤란 문제를 가진 영유아는 우울, 불안, ADHD, 반항성 장애의 증상을 유의하게 더 많이 보였고, 조절곤란 문제가 없는 영유아보다 사회성 및 표현적 언어 능력이 부족하였다(Kim et al., 2012). 따라서 조절곤란은 영유아기에 시작되며 이후 장기종단적인 정신건강 문제와 다양한 영역에서 부적응을 유발하기 때문에(Deutz et al., 2018; Deutz et al., 2020) 영유아의 조절곤란 문제에 대한 개입의 필요성이 제기된다.

조절곤란 문제의 심리사회적 영향력이 밝혀지면서 영유아를 대상으로 CBCL-DP의 존재를 확인하려는 시도가 이루어졌다(Basten et al., 2013; Geeraerts et al., 2015). 그 결과 이중요인 모형(Bifactor)이 가장 적합한 것으로 보고되었다. 그러나 선행연구에서는 영유아가 주로 외현화 문제로 상담기관에 의뢰되기 때문에(Geeraerts et al., 2015) 외현화 행동문제가 있는 미취학 아동만을 연구대상으로 했다는 제한점을 가진다. 조

절곤란은 내재화 장애와 외현화 장애를 통틀어 강력한 영향을 미치는 요인이기 때문에 내재화 장애를 가진 영유아도 표본에 포함시킬 필요가 있다. 따라서 본 연구에서는 선행연구의 제한점을 보완하여 전반적인 정신장애에 대한 K-CBCL 1.5-5 DP의 요인구조를 밝히기 위해 외현화 장애뿐만 아니라 정서장애와 같은 내재화 장애도 포함하여 포괄적으로 K-CBCL 1.5-5 DP를 검증하고자 한다.

CBCL-DP는 임상군의 조절곤란을 평가하는데도 유용하다(Biyao et al., 2021; Keefer et al., 2020). 외현화 장애에 속하는 자폐스펙트럼장애(Autism Spectrum Disorder; ASD)는 짜증/공격성(McCracken et al., 2002), 불안 및 우울(Gadow et al., 2004)을 포함한 여러 정서 및 행동적 조절곤란을 보인다. ASD 아동은 CBCL-DP의 점수가 높을수록 낮은 적응 능력(Uljarević et al., 2018)과 함께 분노 반추, 정신병리적 기능장애와 같은 외현화 증상을 보였으며 ASD 증상의 심각도가 증가하였다(Patel et al., 2017). 또한 내재화 장애로 대표적인 정서장애 아동은 발달 특성상 자신의 감정이나 불편함을 언어로 표현하는데 한계가 있으므로(Kang, 1994) 성인과 달리 주로 짜증, 공격성, 충동성, 주의력 문제 등의 외현화 행동문제를 보인다(Wicks-Nelson & Israel, 2000). 이와 같이 영유아기 정서장애는 내재화 증상과 외현화 증상이 공존되며 더 심각한 조절곤란을 유발할 것으로 시사된다. 불안/우울 등의 정서장애 아동도 CBCL-DP 점수가 더 높을수록 이후 청소년기에 불안과 우울 증상이 더 심화될 위험이 증가하였다(Wang et al., 2018). 이와 같이 아동, 청소년을 중심으로 정신장애 간 CBCL-DP의 차이를 단편적으로 비교한 연구는 다수 있었으나 영유아의 심리장애 전반에 대해 CBCL-DP의 차이를 포괄적으로 비교한 연구는 매우 제한적이었다. 6~18세 아동, 청소년의 장애 간 CBCL-DP를 비교한 연구(Biyao et al., 2021)는 틱장애, 불안장애, 강박장애, 우울, ADHD 등 다양하게 표본을 구성하였다. 그러나 표본이 틱장애, ADHD 등 외현화 장애에 편포되어 있어 불안, 우울 등 내재화 장애의 결과가 과소

평가되었을 가능성이 있다. 뿐만 아니라 아동, 청소년을 대상으로 연구되었기 때문에 더 어린 연령에서 진단되는 ASD, 발달지체와 같은 장애가 포함되지 않았다는 제한점이 있었다. 그러므로 본 연구에서는 이러한 제한점들을 고려하여 의사소통장애, 전반적 발달장애(Pervasive Developmental Disorder; PDD), 정서장애, 발달지체 등 다양한 진단 표본을 구성하여 정신장애 간 K-CBCL 1.5-5 DP의 차이를 비교하고자 한다.

이에 따라 본 연구에서는 정신장애 영유아를 대상으로 K-CBCL 1.5-5 DP에 대한 요인구조를 확인하였다. 또한 의사소통장애, PDD, 정서장애, 발달지체 등 정신장애 진단 집단 간 K-CBCL 1.5-5 DP의 차이를 비교하였다.

II. 연구 방법

1. 연구대상

연구대상은 2010년부터 2015년까지 서울시에 소재한 종합병원 소아정신과, 발달장애 클리닉 등에 내원하여 DSM-IV 진단 기준에 따라 정신장애로 진단받은 18개월에서 만 5세 이하의 영유아를 대상으로 수집한 자료를 활용하였다. 이 중 경계선 지적장애와 지적장애를 제외하였고, 집단의 대표성을 위해 분리불안장애 1명을 제외하였다. 또한 K-CBCL 1.5-5 응답문항에 결측치가 있는 자료를 제거하여 총 265명을 최종 분석에 사용하였다.

2. 연구도구

1) 한국판 유아 행동평가척도 부모용(Korean Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5; K-CBCL 1.5-5)

K-CBCL 1.5-5는 18개월부터 만 5세 유아의 문제를 측정하기 위해 Achenbach와 Rescorla(2000)가 개발한

척도를 Kim 등(2009)이 국내에서 표준화한 것이다. K-CBCL 1.5-5는 유아의 문제행동을 객관적으로 측정하기 위해 주양육자가 평가하며 총 100개의 문항으로 각 문항에 대해 0~2점으로 평정한다.

본 연구에서는 K-CBCL 1.5-5 DP를 확인하기 위해 문제행동증후군 척도 중에서 불안/우울, 공격행동, 주의집중문제의 세 가지 척도만을 분석에 사용하였다. 세 척도의 점수를 합한 값이 클수록 정서, 행동, 인지의 세 영역에서 자기조절의 문제가 심각하다는 것을 의미한다(Althoff et al., 2010). 표준화 연구에서 나타난 신뢰도 계수 Cronbach's α 는 불안/우울 척도에서 .71, 공격행동 척도에서 .88, 주의집중문제 척도에서 .63이었다(Oh & Kim, 2009). 본 연구에서 Cronbach's α 는 불안/우울 척도에서 .70, 공격행동 척도에서 .89, 주의집중문제 척도에서 .65, CBCL-DP에서 .90이었다.

2) 정신질환 진단 및 통계 편람 제4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV; DSM-IV)

정신질환 진단 및 통계 편람(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM)은 미국 정신의학회(American psychiatric association)에서 공식적으로 사용하는 정신장애 진단 분류 체계로 전 세계적으로 사용되고 있다. DSM과 같은 기술 체계를 구축함으로써 특정 장애를 보이는 환자의 향후 병의 진행 과정, 기저의 원인, 효과적인 치료 방법, 치료에 대한 반응성 및 예후 등에 대한 추정을 용이하게 하는 예측체계를 구축하였다(권준수, 2015). 본 연구에서는 정신과 전문의의 의학적 면담과 임상심리전문가의 종합심리평가를 통해 DSM-IV 기준에 따라 영유아의 정신장애 진단을 하였다.

3. 연구절차

본 연구는 2010년에서 2015년까지 서울 소재의 종합병원 소아정신과, 발달장애 클리닉 등에서 정신장

애로 진단받은 영유아의 어머니를 대상으로 수집한 K-CBCL 1.5-5 자료를 분석하였다. 본 연구의 진행을 위해 숙명여자대학교 생명윤리위원회(Institutional Review Board; IRB)로부터 사전에 수집된 연구 자료 활용에 대한 심의면제 조치를 받아 진행하였다(승인번호: SMWU-2111-HR-104).

4. 자료처리 및 분석

본 연구에 대한 자료 분석은 AMOS 25.0(IBM, United States of America, 2017)과 SPSS 25.0(IBM, United States of America, 2017)을 사용하였다. 분석의 절차는 다음과 같다.

첫째, SPSS 25.0을 사용하여 연구대상에 대한 기술통계를 분석하였다.

둘째, K-CBCL 1.5-5 DP의 요인구조를 검증하기 위해 AMOS 25.0을 사용하여 단일요인 모형(One-factor), 2차요인 모형(Second Order), 이중요인 모형(Bifactor)을 확인적 요인분석을 하였다. 단일요인 모형은 불안/우울, 공격행동, 주의집중문제의 각 문항들이 CBCL-DP라는 공통요인에 수렴되는 모형이다. 이 모형은 모든 증상을 조절곤란의 발현으로 본다(Deutz et al., 2016). 2차 요인 모형은 1차 요인과 2차 요인으로 구성된다. 1차 요인은 불안/우울, 공격행동, 주의집중문제이고, 세 요인은 2차 요인인 CBCL-DP로 설명된다. 이 모형은 특정요인들 사이 상호관련성을 포함하고 있으므로 공존장애에 대한 CBCL-DP의 관점을 적용할 수 있다(Deutz et al., 2016). 이중요인 모형은 각 문항들이 불안/우울, 공격행동, 주의집중문제의 세 요인 중 하나에 수렴되고, 동시에 같은 모형 내에서 조절곤란의 일반요인인 CBCL-DP에도 수렴된다(Deutz et al., 2016; Geeraerts et al., 2015).

모형의 적합도는 χ^2 외 표본크기에 민감하지 않고, 모형의 설명력과 간명성을 모두 고려한 TLI(Tucker Lewis Index), CFI(Comparative Fit Index), RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation)에 근거

하여 판단하였다. TLI와 CFI는 보통 .90 이상이면 적합도가 좋은 것으로 평가되며, RMSEA는 .05이하의 경우 적합도가 우수하고, .08이하인 경우 적합도가 적절한 것으로 해석된다(Hong, 2000; Hu & Bentler, 1999).

셋째, 의사소통장애, PDD, 정서장애, 발달지체 등 정신장애 진단 간 K-CBCL 1.5-5 DP의 차이를 비교하기 위해 정신장애 진단 집단을 독립변인으로 하고, 불안/우울, 공격행동, 주의집중문제 척도의 총합으로 측정하는 CBCL-DP를 종속변인으로 하여 일원분산분석을 실시하였다. 분석을 위해 표본의 수가 너무 적어 정규성 가정이 어려운 ADHD 2명은 제외하였다. 변량분석이 유의한 경우 어떤 집단 간 차이가 나타나는지 확인하기 위해 사후검증을 실시하였다. 또한 본 연구에서는 공존 장애의 영향력을 배제하고 영유아의 K-CBCL 1.5-5 DP의 특성을 이해하기 위해 1진단만을 사용하여 영유아의 정신장애 진단 간 K-CBCL 1.5-5 DP의 차이를 검증하였다.

III. 연구 결과

1. 일반적 특성

연구대상 중 남아는 208명(78.5%), 여아는 57명(21.5%)으로 남아가 더 많았고 3세가 143명(54.0%)으로 가장 많았다. 연령 및 성별 분포는 Table 1과 같다. 또한 연구대상의 정신장애 세부진단에서는 혼재 수용 표현

Table 1. Age and Gender for Subjects (N = 265)

Age	Male (%)	Female (%)	Total (%)
2	18 (6.8)	6 (2.3)	24 (9.1)
3	109 (41.1)	34 (12.8)	143 (54.0)
4	51 (19.2)	13 (4.9)	64 (24.2)
5	30 (11.3)	4 (1.5)	34 (12.8)
Total	208 (78.5)	57 (21.5)	265 (100)

Table 2. Diagnosis and Age for Subjects (N = 265)

Diagnosis	Age (%)				Total (%)
	2	3	4	5	
Communication disorder					
Expressive language disorder	0 (0.0)	19 (7.2)	5 (1.9)	0 (0.0)	24 (9.1)
Mixed receptive - expressive language disorder	7 (2.6)	45 (17.0)	18 (0.8)	1 (0.4)	71 (26.8)
Phonological disorder	0 (0.0)	1 (0.4)	1 (0.4)	1 (0.4)	3 (1.1)
Stuttering	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)	2 (0.8)	3 (1.1)
PDD					
Autistic disorder	2 (0.8)	16 (6.0)	13 (4.9)	14 (5.3)	45 (17.0)
PDD-NOS	6 (2.3)	18 (6.8)	8 (3.0)	6 (2.3)	38 (14.3)
ADHD	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.4)	2 (0.8)
RAD	0 (0.0)	6 (2.3)	1 (0.4)	1 (0.4)	8 (3.0)
Mood disorder	0 (0.0)	4 (1.5)	3 (1.1)	5 (1.9)	12 (4.5)
Developmental delay	9 (3.4)	33 (12.5)	14 (5.3)	3 (1.1)	59 (22.3)
Total	24 (9.1)	143 (54.0)	64 (24.2)	34 (12.8)	265 (100)

ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder; PDD = Pervasive Developmental Disorder; PDD-NOS = Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified; RAD = Reactive Attachment Disorder

성 언어장애가 71명(26.8%)으로 가장 많았고, 발달지체가 59명(22.3%), 자폐장애가 45명(17.0%)이었다. 세부 진단 분포는 Table 2와 같다.

2. 정신장애 영유아에서 K-CBCL 1.5-5 조절 곤란 프로파일(DP)의 요인구조

정신장애 영유아에 대한 K-CBCL 1.5-5 DP의 모델 적합도 검증을 위해 단일요인 모형(a), 2차요인 모형(b), 이중요인 모형(c)의 세 가지 모형(Figure 1)에 대한 확인적 요인분석을 실시하였다. 그 결과는 Table 3과 같다. 단일요인 모형(One-factor)은 모든 적합도 기준을

충족하지 못하였다. 2차요인 모형(Second Order)은 적합도 지수 중 TLI, CFI가 적합도 기준을 충족하지 못하였으나 RMSEA는 .08 이하로 양호한 적합도를 보였다. 이중요인 모형(Bifactor)의 적합도 지수는 TLI = .782, CFI = .822, RMSEA = .064로 RMSEA는 양호한 수준이었으나, TLI, CFI가 이상적 기준에 약간 충족하지 못하는 것으로 나타났다.

결과적으로 모든 기준을 충족시키는 모형은 없었으나, 표본의 크기에 영향을 받지 않으면서 모형의 간명성을 고려하는 지수인 RMSEA가 이중요인 모형에서 양호한 적합도를 보였고, 다른 모형에 비해 TLI, CFI가 향상된 것으로 나타나, 정신장애 영유아 표본에서 K-CBCL

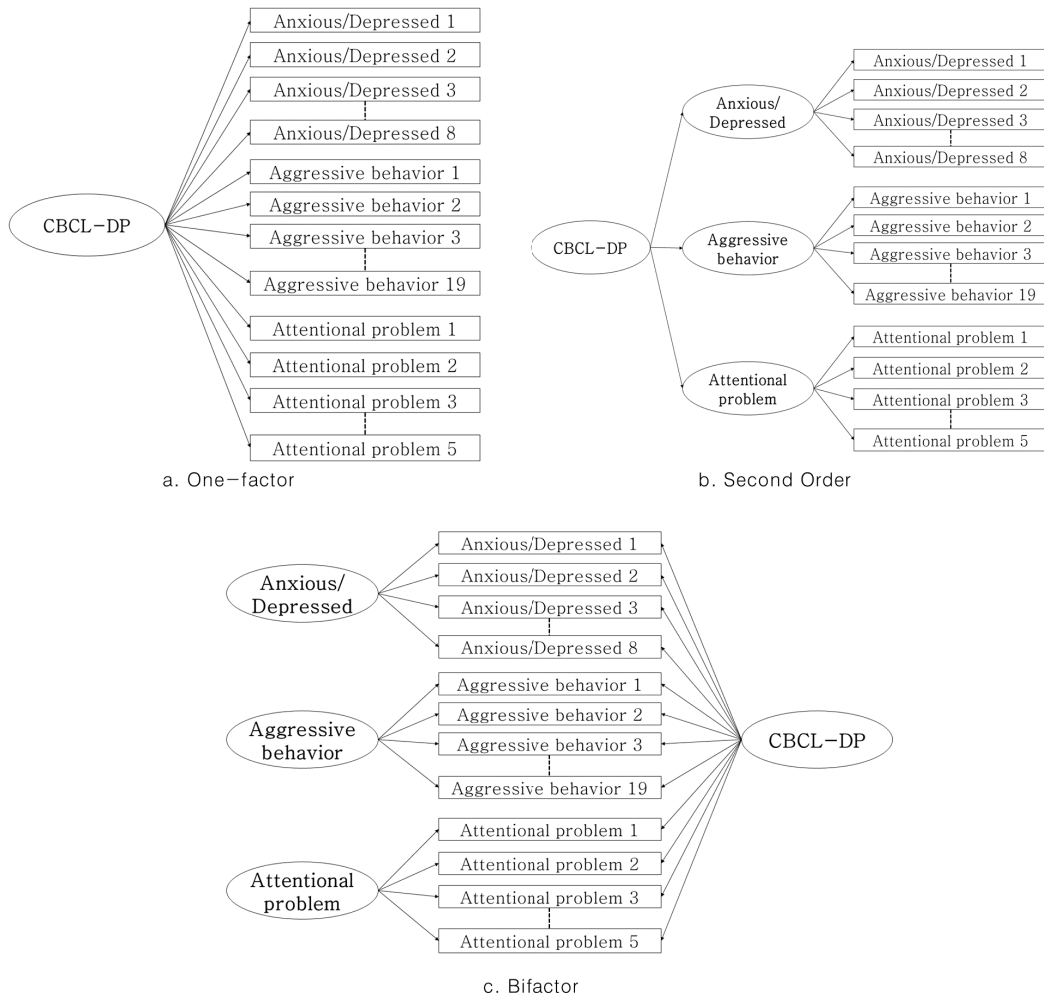


Figure 1. Competing Model of Dysregulation Profile (DP)

Table 3. Model Fit

(N = 265)

Model	χ^2	<i>df</i>	TLI	CFI	RMSEA
One-factor	1351.164***	464	.610	.657	.085
Second order	1177.441**	462	.684	.723	.077
Bifactor	893.722***	432	.782	.822	.064

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

CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker Lewis Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation

1.5-5 DP의 요인구조는 이중요인 모형(Bifactor)이 상대적으로 가장 적합한 것으로 판단하였다.

3. 영유아의 정신장애 진단 집단 간 K-CBCL 1.5-5 조절곤란 프로파일(DP)의 차이

의사소통장애, PDD, 정서장애, 발달지체 등 정신장애에 영유아의 진단 집단 간 K-CBCL 1.5-5 DP에 있어 차이가 있는지 검증하기 위해 연구대상의 유사한 세부 진단을 집단으로 묶어 분석을 실시하였다. 또한 표본수가 적어 정규성 가정이 어려운 ADHD 2명을 제외하였다. 의사소통장애 집단(a)에는 표현성 언어장애, 혼재 수용 표현성 언어장애, 조음장애, 말더듬 장애를 포함하였고, PDD 집단(b)은 자폐장애와 달리 분류되지 않은 전반적 발달장애로 구성하였다. 반응성 애착장애와 정서장애는 정서장애 집단(c)으로 명명하였고, 발달지체

(d)는 하나의 집단으로 명명하였다. 따라서 의사소통장애, PDD, 정서장애, 발달지체의 총 네 집단으로 분석을 실시하였다.

의사소통장애, PDD, 정서장애, 발달지체 등 진단 집단을 독립변인으로 하고 K-CBCL 1.5-5의 불안/우울, 공격행동, 주의집중문제의 세 가지 척도의 T점수 합인 CBCL-DP 점수를 종속변인으로 하여 일원분산분석(One-way ANOVA)을 실시하였으며, 그 결과는 Table 4와 같다.

정신장애 집단 간 K-CBCL 1.5-5 DP의 차이는 통계적으로 유의하였다($F(3, 259) = 9.780, p < .001$). 구체적으로 독립변수의 수준에 따른 차이를 탐색하기 위해 사후검증을 실시하였다. 사후검증 결과, PDD 집단($M = 178.67, SD = 19.23$)과 정서장애 집단($M = 181.75, SD = 21.17$)은 의사소통장애 집단($M = 165.96, SD = 15.55$)보다 유의하게 높은 조절곤란을 보였다.

Table 4. Differences in CBCL-DP Among Diagnostic Groups

(N = 263)

Diagnosis	CBCL-DP					
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Scheffe</i>
Communication disorder ^a	101	165.96	15.55	9.780***	.000	a < b, c
PDD ^b	83	178.67	19.23			
Emotional disorder ^c	20	181.75	21.17			
Developmental delay ^d	59	171.97	17.77			

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

a = Expressive Language Disorder, Mixed Receptive-expressive Language Disorder, Phonological Disorder, Stuttering; b = Pervasive Developmental Disorder, Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified; c = Reactive Attachment Disorder, Mood Disorder; d = Developmental Delay; CBCL-DP = Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile; M = Mean; PDD = Pervasive Developmental Disorder; SD = Standard Deviation

IV. 고 찰

본 연구에서는 다양한 정신장애 영유아를 대상으로 K-CBCL 1.5-5 DP의 요인구조를 검증하고, 정신장애 진단 집단 간 K-CBCL 1.5-5 DP의 차이를 확인하였다. 본 연구의 주요 논의는 다음과 같다.

첫째, K-CBCL 1.5-5 DP의 요인구조를 검증하기 위해 단일요인 모형(One-factor), 2차요인 모형(Second Order), 이중요인 모형(Bifactor)에 대한 확인적 요인분석을 실시한 결과, 이중요인 모형이 상대적으로 가장 적절하고 간명한 모형이었다. 적합도 기준을 완전하게 충족하는 모형은 없었으나, 모형 오류와 간명성을 동시에 고려하여 모형의 적합도를 판단하는데 중요한 지표로 사용되는 RMSEA가 이중요인 모형에서 .064로 기준인 .08 이하로 양호한 수준이었다. TLI, CFI는 각각 .782, .822로 기준인 .90 이상에 다소 못 미쳤으나 다른 두 모형과 비교했을 때 가장 우수한 수준이었다. 적합도 지수를 평가하기 위해 여러 기준이 제시되고 있지만 이는 참고적인 기준이며, 일부 적합도 지수가 낮게 나타나더라도 엄격하게 해석하지는 않는다(Kim, 2007). 특히 모형의 측정변인의 수가 많거나 복잡한 모형의 경우 적합도가 낮아지는 경우가 흔하기 때문에 적합도 지수를 해석할 때 절대적 의미를 부여하지 않는다(Hong et al., 2018). 또한 적합도 지수는 설정된 구조방정식모형이 데이터의 상황을 잘 반영하고 있는지를 나타내는 것으로, 연구 결과가 이론적으로 의미 있는지 여부에 대해서는 알려주지 않는다(Kang, 2013). 따라서 연구자는 상황에 따라 통합적으로 적합도 지수를 해석할 필요가 있다(Hong, 2000). 본 연구결과는 국내 아동을 대상으로 CBCL-DP의 요인구조를 분석한 선행연구와 일치한다(Kim & Ha, 2020; Kim & Ha, 2021). 구체적으로 지역사회 학령기 일반 아동을 대상으로 한 연구(Kim & Ha, 2020)에서는 TLI가 .788, CFI가 .809로 .90의 기준에 미치지 못하였으나, RMSEA가 .058로 적절하였다. 또한 아동복지시설 심리장애 아동을 대상으로 한 연구(Kim & Ha, 2021)에서도 TLI가 .742, CFI가 .768,

RMSEA가 .071로 적합도 지수가 모두 낮았다. 그럼에도 불구하고 선행연구는 국내 아동 표본에서 DP를 개념화하기 위한 경험적 증거를 축적하였기 때문에(Kim & Ha, 2021) 연구결과를 의미 있다고 판단하였다. 본 연구의 적합도 지수는 선행연구와 비교하여 상대적으로 높기 때문에 본 연구결과 역시 의미가 있다. 본 연구는 정신장애 영유아에서 조절곤란으로 대표되는 K-CBCL 1.5-5 DP의 이론적 구조를 파악하였고, 이를 영유아를 대상으로 개념화하기 위한 실증적인 근거를 제시하였다는 의의를 가진다.

CBCL-DP와 같은 정신병리의 요인구조에 대한 연구는 서구 문화권을 중심으로 이루어지고 있으며 아시아에서는 제한적으로 이루어지고 있다(Kim & Ha, 2021). 그러나 전 세계적으로 사용되고 있는 CBCL 1.5-5처럼 문화권에 따라 적합도 지수에 차이를 보이는 경우도 있었다. CBCL 1.5-5를 국내에서 표준화하는 과정에서 미국 원척도의 7개 하위요인 모형에 대한 확인적 요인분석을 실시한 결과, CFI, TLI, GFI 등 적합도 지수가 모두 .60 이하로 낮았으나, RMSEA가 .041~.044로 대체로 양호한 것으로 판단하여 최종적으로 미국의 7개 증후군 척도를 국내 K-CBCL 1.5-5에 적용하였다(Kim et al., 2009). 이와 같이 요인구조에 대한 적합도는 문화권의 영향을 받을 수 있다는 것이 시사된다. 그러므로 국내 영유아 및 아동 표본에서 CBCL-DP의 적합도가 일관적으로 기준을 충족하지 못하는 이유가 집단 간 문화적 차이 때문일 가능성이 있다. 한편, 외현화 장애 영유아 표본을 대상(Geeraerts et al., 2015)으로 확인적 요인분석을 한 결과에서는 RMSEA가 .046으로 .05 이하의 이상적인 기준을 충족했을 뿐 아니라 TLI, CFI도 각각 .982, .984로 모두 .90 이상의 이상적인 적합도 기준을 충족하였다. 선행연구에서도 영유아 표본을 대상으로 CBCL-DP에 대한 확인적 요인분석을 하였으나 본 연구의 적합도 지수와 차이가 발생한 이유로 표본의 구성이 다르기 때문일 가능성이 있다. 선행연구(Geeraerts et al., 2015)에서는 외현화 문제 행동을 보이는 영유아만을 대상으로 하여 비교적 동질적인 집단으로 표본을

구성하였으나 본 연구의 표본은 의사소통 장애, PDD, 반응성 애착장애, 정서장애, 발달지체 등 이전 연구보다 다양한 정신장애를 포함하였다. 이러한 포괄적인 표본 구성이 이전 연구에 비해 본 연구에서 적합도 지수가 낮게 나온 데 영향을 주었을 것으로 사료된다.

둘째, 본 연구에서 정신장애 영유아의 K-CBCL 1.5-5 DP에 가장 적합한 모형으로 판단한 이중요인 모형(Bifactor)은 일반요인과 특정요인으로 구성되어 조절곤란의 다차원성을 설명하는데 유용하다(Chung et al., 2016). 이중요인 모형은 불안/우울, 공격행동, 주의집중 문제의 정서 및 행동적 문제인 특정요인이 존재한다. 동시에 세 특정요인에서 공통적으로 공유되는 일반적인 조절장애 요인을 가정하며 광범위한 조절장애 증후군으로 개념화한다(Deutz et al., 2016). 특히 본 연구에서는 이중요인 모형의 일반요인에 대한 요인부하량이 세 가지 특정요인에 대한 요인부하량보다 높았다. 이러한 결과는 조절곤란 문제에서 일반요인의 영향력이 크다는 것을 의미한다. 이는 외현화 문제를 보이는 미취학 아동을 대상으로 CBCL-DP를 검증한 결과와도 일치한다(Geeraerts et al., 2015). 구체적으로 일반요인인 DP에 대한 요인부하량이 특정요인보다 높았고, 불안/우울, 공격행동, 주의집중 문제의 특정요인에 대한 요인부하량은 대체적으로 .30 이하로 낮았다. 특히 공격행동 척도는 다른 척도보다 요인부하량이 상대적으로 더 낮았다. 이러한 결과는 공격행동 척도가 단순히 공격적 행동뿐만 아니라 다른 사람에게 불편을 주는 행동까지 폭넓게 포함하기 때문인 것으로 판단된다(Geeraerts et al., 2015). 그러므로 영유아의 정서 및 행동 문제에 대한 진단과 개입을 할 때, 불안/우울, 공격행동, 주의집중 문제의 세 척도 모두에서 높은 점수를 받은 영유아는 특정 증후군만 보이는 영유아와 차별적인 예방 및 치료를 제공할 필요가 있다(Duetz et al., 2016; Geeraerts et al., 2015).

셋째, 의사소통장애, PDD, 정서장애, 발달지체 등 정신장애 진단 집단 간 K-CBCL 1.5-5 DP의 차이를 확인한 결과, 정신장애 진단 집단 간 K-CBCL 1.5-5 DP의

차이가 유의하였다. PDD 집단과 정서장애 집단은 의사소통장애 집단에 비해 유의하게 높은 조절곤란을 보였다. ASD의 조절곤란은 영유아 표본(Uljarević et al., 2018)과 아동, 청소년 표본(Keefer et al., 2020)을 통해 여러 차례 확인되었으며, ASD 아동은 ADHD 아동보다 심각한 조절곤란 문제를 보이기도 하였다(Joshi et al., 2018). 본 연구의 PDD 집단의 평균 DP 점수는 178.67로 세 척도의 T점수 합 180 이상의 더 허용적인 DP 기준에 근접하였다. 이러한 ASD 영유아의 조절곤란은 짜증/공격성, 불안 및 우울 등의 내재화 및 외현화된 감정 조절곤란 증상과 연관되며 문제행동을 더욱 심화시키는 것으로 시사된다. 심화된 조절곤란은 아동기에 이르러 분노 반추, 낮은 적응능력 등 아동의 심리사회적 기능 손상을 유발하는 것으로 밝혀졌다(Joshi et al., 2018; Patel et al., 2017; Uljarević et al., 2018). 또한 정서장애 집단의 DP 점수의 평균은 181.75로 세 척도의 T점수 합 180 이상의 더 허용적인 DP 기준을 충족하였다. 아동기 CBCL-DP의 청소년기 장기종단적 결과(Wang et al., 2018)에 따르면, CBCL-DP의 점수가 높을수록 이후 청소년기에 불안과 우울 증상이 심화될 위험이 증가하였다. 이와 같이 K-CBCL 1.5-5 DP를 통해 발견될 수 있는 조절곤란은 영유아기부터 PDD와 정서장애의 증상 발현과 심화에 기여하며, 조절곤란 문제는 이후 발달 과정에서 공존장애 및 심리사회적 손상의 위험을 높일 수 있다는 것이 시사된다. 뿐만 아니라 정신장애 집단 간 조절곤란을 비교한 선행연구는 6~18세 아동, 청소년을 대상으로 많이 이루어졌고, 주로 외현화 장애만을 표본으로 구성하였다(Biyao et al., 2021). 그러나 본 연구에서는 PDD와 정서장애를 포함한 보다 다양한 정신장애 집단을 구성하여 통합적으로 DP의 차이를 확인하였다는 데 의의가 있다.

본 연구의 제한점과 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구 자료가 이중요인 모형(Bifactor)에 가장 적합한 것으로 판단하였으나 이상적인 적합도 기준을 모두 충족시키지는 못하였다. 이러한 결과는 특정 요인인 불안/우울, 공격행동, 주의집중문제에 대한 요

인부하량이 낮은 것과 관련이 있을 수 있다. 따라서 K-CBCL 1.5-5 DP에서 각 문항들이 불안/우울, 공격행동, 주의집중 문제의 특징요인보다 일반요인에 더 크게 부하되는 구체적인 원인에 대한 추가적인 연구가 필요하다.

둘째, 본 연구에서는 ADHD로 진단받은 영유아가 2명으로 전체 표본의 0.8%에 불과하였다. 이에 일원 분산분석에서는 ADHD 표본이 정규성을 가정하지 못하므로 제외하였다. 그러나 ADHD 영유아 2명의 평균 CBCL-DP 점수는 222.50으로 세 척도의 T점수 합 210 이상의 엄격한 CBCL-DP 기준을 충족하는 높은 조절곤란을 보이는 것으로 나타났다. 따라서 후속 연구에서는 ADHD 영유아의 조절곤란을 다른 정신장애와 비교하기 위해 진단별 표본의 수를 비슷하게 다수 구성하여 K-CBCL 1.5-5 DP 차이를 분석할 필요가 있다.

셋째, 본 연구에서는 공존장애의 영향력을 배제하기 위해 정신장애 영유아의 1진단만을 사용하여 K-CBCL 1.5-5 DP의 요인구조를 확인하였다. 그러나 다른 공존 장애가 있을 경우 조절곤란 문제가 심화되며 그 영향력 또한 커지기 때문에(Biayo et al., 2021) 공존장애 진단에 대한 연구의 필요성도 제기된다. 그러므로 후속연구에서는 공존장애가 있는 영유아에 대한 DP 척도의 적용 및 활용 가능성에 대해 규명할 필요가 있다.

V. 결 론

본 연구에서는 임상군에 속하는 영유아에 대한 K-CBCL 1.5-5 DP의 요인구조로 이중요인(Bifactor) 모형이 상대적으로 가장 적합하였다. 이를 통해 K-CBCL 1.5-5 DP가 다차원적 구조라는 것을 규명하였고, 영유아기에도 조절곤란 문제가 존재한다는 것을 확인하였다. 또한 의사소통장애, PDD, 정서장애, 발달지체 등 다양한 진단이 포함된 정신장애 표본을 사용하여 정신장애 진단 집단 간 K-CBCL 1.5-5 DP의 차이가 존재한다는 것을 검증하였다. 이와 같이 K-CBCL 1.5-5 DP를

통해 정서 및 행동문제가 연합된 고위험군 영유아를 조기에 선별하여 정신병리 증상의 심화를 예방할 수 있기 때문에 K-CBCL 1.5-5 DP가 임상현장에서 유용하게 활용될 수 있을 것으로 예측된다.

References

- 권준수 (역) (2015). *DSM-5 정신질환의 진단 및 통계 편람*. 학지사.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Research Center for Children, Youth, & Families.
- Althoff, R. R., Rettew, D. C., Ayer, L. A., & Hudziak, J. J. (2010). Cross-informant agreement of the dysregulation profile of the child behavior checklist. *Psychiatry Research, 178*(3), 550-555. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.05.002>
- Althoff, R. R., Rettew, D. C., Faraone, S. V., Boomsma, D. I., & Hudziak, J. J. (2006). Latent class analysis shows strong heritability of the child behavior checklist-juvenile bipolar phenotype. *Biological Psychiatry, 60*(9), 903-911. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.02.025>
- Basten, M. M. G. J., Althoff, R. R., Tiemeier, H., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Hudziak, J. J., Verhulst, F. C., & Van Der Ende, J. (2013). The dysregulation profile in young children: Empirically defined classes in the generation R study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52*(8), 841-850. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.007>
- Biayo, W., Andreas, B., Christina, K., Aribert, R., & Henrik, U. S. (2021). Dysregulation profile (DP) as a transdiagnostic psychopathological factor in clinically referred children-comparisons between disorders and latent structure. *Nordic Journal of Psychiatry, 76*(1), 71-79. <https://doi.org/10.1080/08039488.2021.1936167>
- Calkins, S. D., & Bell, K. L. (1999). Developmental transitions as windows to parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry, 10*(4), 368-372. <https://www.jstor.org/stable/1449467>
- Chung, C. M., Liao, X., Song, H., & Lee, T. (2016). Bifactor approach to modeling multidimensionality of physical

- self-perception profile. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 20(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/1091367X.2015.1081594>
- Deutz, M. H. F., Geeraerts, S. B., Belsky, J., Deković, M., Van Baar, A. L., Prinzie, P., & Patalay, P. (2020). General psychopathology and dysregulation profile in a longitudinal community sample: Stability, antecedents and outcomes. *Child Psychiatry and Human Development*, 51(1), 114-126. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00916-2>
- Deutz, M. H. F., Geeraerts, S. B., Van Baar, A. L., Deković, M., & Prinzie, P. (2016). The dysregulation profile in middle childhood and adolescence across reporters: Factor structure, measurement invariance, and links with self-harm and suicidal ideation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(4), 431-442. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0745-x>
- Deutz, M. H. F., Vossen, H. G. M., De Haan, A. D., Deković, M., Van Baar, A. L., & Prinzie, P. (2018). Normative development of the child behavior checklist dysregulation profile from early childhood to adolescence: Associations with personality pathology. *Development and Psychopathology*, 30(2), 437-447. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000955>
- Dolitzsch, C., Kolch, M., Fegert, J. M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2016). Ability of the child behavior checklist-dysregulation profile and the youth self report-dysregulation profile to identify serious psychopathology and association with correlated problems in high-risk children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 205, 327-334. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.010>
- Gadow, K. D., DeVincent, C. J., Pomeroy, J., & Azizian, A. (2004). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(4), 379-393. <https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000037415.21458.93>
- Geeraerts, S. B., Deutz, M. H. F., Dekovic, M., Bunte, T., Schoemaker, K., Espy, K. A., Prinzie, P., Van Baar, A., & Matthys, W. (2015). The child behavior checklist dysregulation profile in preschool children: A broad dysregulation syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(7), 595-602. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.04.012>
- Holtmann, M., Buchmann, A. F., Esser, G., Schmidt, M. H., Banaschewski, T., & Laucht, M. (2011). The child behavior checklist-dysregulation profile predicts substance use, suicidality, and functional impairment: A longitudinal analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 139-147. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02309.x>
- Hong, S. H. (2000). The criteria for selecting appropriate fit indices in structural equation modeling and their rationales. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 19(1), 161-177.
- Hong, S. H., Hwang, S. T., & Kim, Y. R. (2018). Replication of a validation study on the Korean version of the Personality Inventory for DSM-5 (K-PID-5). *Korean Journal of Clinical Psychology*, 37(4), 558-572. <https://doi.org/10.15842/kjcp.2018.37.4.008>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Joshi, G., Wozniak, J., Fitzgerald, M., Faraone, S., Fried, R., Galdo, M., Furtak, S. L., Conroy, K., Kilcullen, J. R., Belser, A., & Biederman, J. (2018). High risk for severe emotional dysregulation in psychiatrically referred youth with autism spectrum disorder: A controlled study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(9), 3101-3115. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3542-9>
- Jucksh, V., Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Goth, K., Dopfner, M., Poustka, F., Freitag, C. M., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U., & Holtmann, M. (2011). Severe affective and behavioral dysregulation is associated with significant psychosocial adversity and impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 686-695. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02322.x>
- Kang, H. C. (2013). Discussions on the suitable interpretation of model fit indices and the strategies to fit model in structural equation modeling. *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 15(2), 653-668.
- Kang, K. M. (1994). Depression in children-an overview and the developmental perspectives on children in depression. *Journal of the Korean Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 5(1), 3-11.
- Keefer, A., Singh, V., Kalb, L. G., Mazefsky, C. A., & Vasa, R. A. (2020). Investigating the factor structure of the child behavior checklist dysregulation profile in

- children and adolescents with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 13(3), 436-443. <https://doi.org/10.1002/aur.2233>
- Kim, E. Y., & Ha, E. H. (2020). Characteristics of the factor structure of the child behavior checklist dysregulation profile for school-aged children. *The Korean Journal of School Psychology*, 17(1), 17-38. <https://doi.org/10.16983/kjsp.2020.17.1.17>
- Kim, E. Y., & Ha, E. H. (2021). Factor structure of general psychopathology and CBCL-dysregulation profile: A focus on children with mental disorder(s) in child welfare facilities. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 43-59. <https://doi.org/10.15842/kjcp.2021.40.1.004>
- Kim, G. S. (2007). *The structural equation modeling*. Hannarae.
- Kim, J., Carlson, G. A., Meyer, S. E., Buffered, S. J., Dougherty, L. R., Dyson, M. W., Laptook, R. S., Olino, T. M., & Klein, D. N. (2012). Correlates of the CBCL-dysregulation profile in preschool-aged children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(9), 918-926. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02546.x>
- Kim, Y. A., Lee, J., Moon, S. J., Kim, Y. J., & Oh, K. J. (2009). Standardization study for the Korean version of the child behavior checklist for ages 1.5-5. *The Korean Journal of Clinical Psychology*, 28(1), 117-136. <https://doi.org/10.15842/kjcp.2009.28.1.007>
- Masi, G., Pisano, S., Milone, A., & Muratori, P. (2015). Child behavior checklist dysregulation profile in children with disruptive behavior disorders: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 186, 249-253. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.069>
- McCracken, J. T., McGough, J., Shah, B., Cronin, P., Hong, D., Aman, M. G., Arnold, E., Lindsay, R., Nash, P., Hollway, J., McDougle, C. J., Posey, D., Swiezy, N., Kohn, A., Scahill, L., Martin, A., Koenig, K., Volkmar, F., Carroll, D., ... McMahon, D. (2002). Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *New England Journal of Medicine*, 347(5), 314-321. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa013171>
- Meyer, S. E., Carlson, G. A., Youngstorm, E., Ronsaville, D. S., Martinez, P. E., Gold, P. W., Hakak, R., & Radke-Yarrow, M. (2009). Long-term outcomes of youth who manifested the CBCL-pediatric bipolar disorder phenotype during childhood and/or adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 113(3), 227-235. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.05.024>
- Oh, K. J., & Kim, Y. J. (2009). *Child behavior checklist for age 1.5-5: CBCL 1.5-5*. Huno.
- Patel, S., Day, T. N., Jones, N., & Mazefsky, C. A. (2017). Association between anger rumination and autism symptom severity, depression symptoms, aggression, and general dysregulation in adolescents with autism spectrum disorder. *Autism*, 21(2), 181-189. <https://doi.org/10.1177/1362361316633566>
- Uljarević, M., Hedley, D., Nevill, R., Evans, D. W., Cai, R. Y., Butter, E., & Mulick, J. A. (2018). Brief report: Poor self-regulation as a predictor of individual differences in adaptive functioning in young children with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 11(8), 1157-1165. <https://doi.org/10.1002/aur.1953>
- Wang, B., Brueni, L. G., Isensee, C., Meyer, T., Bock, N., Ravens-Sieberer, U., Klasen, F., Schlack, R., Becker, A., & Rothenberger, A. (2018). Predictive value of dysregulation profile trajectories in childhood for symptoms of ADHD, anxiety and depression in late adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 767-774. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1059-y>
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2000). *Behavior disorders of childhood*. Prentice Hall.
- Winsper, C., & Wolke, D. (2014). Infant and toddler crying, sleeping and feeding problems and trajectories of dysregulated behavior across childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 831-843. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9813-1>

Factor Structure of the Korean-Child Behavior Checklist 1.5-5 Dysregulation Profile in Infants and Toddlers With Mental Disorders and the Difference Among Mental Disorders

Kyung, Hye Min^{*}, M.S., C.W., Ha, Eun Hye^{**}, Ph.D.

^{*}Dept. of Child Psychotherapy in Child Welfare Studies Major
The Graduate School, Sookmyung Women's University, Master's Course, Student

^{**}Dept. of Child Welfare Studies, Sookmyung Women's University, Professor

Object : This study aimed to identify the factor structure of Korean-Child Behavior Checklist 1.5-5 Dysregulation Profile (K-CBCL 1.5-5 DP) in infants and toddlers with mental disorders and verify differences in K-CBCL 1.5-5 DP among the diagnosis groups.

Methods : The participants were 265 mothers of infants and toddlers with mental disorders who completed K-CBCL 1.5-5 DP. The data was analyzed using AMOS 25.0 and SPSS 25.0.

Results : First, the bifactor model was the most suitable for the factor structure of the K-CBCL 1.5-5 DP. Second, there were significant differences among the diagnosis groups, such as communication disorders, pervasive developmental disorders, emotional disorders, and developmental delays. It was confirmed that the pervasive developmental disorder and emotional disorder groups showed significantly higher dysregulation compared with the communication disorder group.

Conclusion : This study confirmed that infants and toddlers had dysregulation problems. Using the bifactor model, the multidimensional nature of the K-CBCL 1.5-5 DP was assessed. It was also meaningful that dysregulation could contribute to onset and deepening of symptoms of pervasive developmental disorders and emotional disorders in infancy.

Keywords : Bifactor, CBCL 1.5-5 Dysregulation Profile, Emotional disorder, Mental disorder, Pervasive developmental disorder