

한국판 외상 후 스트레스 진단 척도의 신뢰도 및 타당도 연구

남 보 라 권 호 인 권 정 혜[†]

고려대학교 심리학과

외상 후 스트레스 진단 척도(Posttraumatic Diagnostic Scale, PDS, Foa et al., 1997)는 외상 후 스트레스 장애를 진단내리고, 증상의 심각도를 평가할 수 있는 유용한 도구로 알려져 있다. 본 연구의 목적은 외상 후 스트레스 진단 척도를 한국판으로 타당화 하고 그 심리 측정적 속성을 살펴본 후, 한국판에 맞는 절단점을 산출하는 것이었다. 본 연구의 참가자들은 총 47명으로, 이 중 DSM-IV 진단 기준에 따라 외상 후 스트레스 장애 진단 기준을 충족시키는 사람은 21명, 외상을 경험하였지만, 외상 후 스트레스 장애 진단기준을 충족시키지 않는 통제 집단 26명이었다. 이들을 대상으로 진단 면접과 2차례에 걸쳐 한국판 외상 후 스트레스 진단 척도를 실시하였다. 그 결과 한국판 PDS는 높은 내적 일치도(Cronbach's $\alpha = .90$)와 검사-재검사 신뢰도($r = .81$)를 나타냈으며, SCID-I(Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders)를 통한 진단과도 높은 일치도를 나타냈다($r = .84$). ROC 곡선 분석을 실시한 결과, 절단점이 20일 때, 민감도는 1.00, 특이도는 .84로 나타났으며 이러한 수치는 외상 후 스트레스 진단 척도의 높은 진단 유용성을 시사한다. 마지막으로 본 연구의 제한점과 추후 연구 방향에 대해 논의하였다.

주요어 : 외상 후 스트레스 장애, 외상 후 스트레스 진단 척도, ROC 곡선 분석

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 권정혜 / 고려대학교 심리학과 / 서울시 성북구 안암동 5가 1번지
Tel : 02-3290-2067 / Fax : 02-3290-2537 / E-mail : junghye@korea.ac.kr

외상(trauma)이란 예기치 못했던 사건을 경험한 후 겪는 심리적 충격을 의미하며, 이는 사건 자체를 지칭하는 것이 아니라 어떤 사건으로 인해서 인간이 받는 정신적인 영향을 표현하는 개념이다(Wilson & Keane, 2004). 외상성 사건을 경험한 후 나타나는 심리적인 후유증은 외상 후 스트레스 장애(Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD)로 이어지기도 한다. DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994)에서는 외상 후 스트레스 장애의 증상을 재경험, 회피, 과각성의 세 가지 주요 증상군으로 나누고 있는데, 각 증상군에 대해서 일정한 수 이상의 증상 항목들이 충족된 상태로 1개월 이상 지속되어야 진단하도록 제시하고 있다. 한편, 성폭력 피해자나 교통사고 피해자들에게서 외상 후 스트레스 장애의 증상이 부분적으로 발생할 수 있다는 연구가 있으며(Stein, Walker, Heizen, & Forde, 1997), 몇몇 연구자들은 이러한 현상과 관련하여 준 외상 후 스트레스 장애의 개념을 제안하기도 하였다. 준 외상 후 스트레스 장애는 ‘부분 외상 후 스트레스 장애(partial PTSD)’, ‘부분 진단 외상 후 스트레스 장애(subsyndromal PTSD)’, ‘역치하 외상 후 스트레스 장애(subthreshold PTSD)’ 등으로 일컬어진다. Mylle와 Maes(2004)는 준 외상 후 스트레스 장애를 부분 진단 외상 후 스트레스 장애(subsyndromal PTSD)와 부분 외상 후 스트레스 장애(partial PTSD)로 두 범주로 구분하였다. 부분 진단 외상 후 스트레스 장애(subsyndromal PTSD)란 증상 B, C, D에 각각 적어도 한 개의 증상이 존재하는 것으로 정의하였고, 부분 외상 후 스트레스 장애(partial PTSD)란 증상 B, C, D에 최소한 한 개의 증상이 있어야 하고 기능적 손상을 나타내는 증상 F가 충족될 때 적용할 수 있다(Weiss &

Marmar, 1992).

미국 정신의학협회(APA, 1994)에 따르면 일반 인구에서 외상 후 스트레스 장애의 평생 유병률은 약 1~14% 인 것으로 나타났고, 외상 경험이 있는 위험도가 높은 사람들의 경우에는 3~58%의 유병률을 보고한다고 하였다. 국내 연구에서는 자연 재해, 산업 재해 등의 외상성 경험을 한 후 외상 후 스트레스 장애로 이어지는 비율이 25.5~48% 정도로 추정되고 있다(김승태 외, 1997; 이인숙, 2003; 이선미와 김정희, 2002; 최경숙, 2002).

그러나 외상 후 스트레스 장애는 그 진단이 복잡하다는 점 때문에 사실상 알려진 것보다 유병률이 더 높을 수 있다는 의견도 제기되고 있다(Stein, McQuaid, Pedrelli, Lenox, and McCahill, 2000). 외상성 사건들이 면담 과정에서 밝혀지지 않았을 때, 임상가가 그것을 발견하지 못하는 경우도 빈번하여 외상 후 스트레스 장애의 진단을 놓치거나 오진되는 경우도 있기 때문이다. 강현숙, 정일진과 정문용(1995)은 베트남 참전 후 외상 후 스트레스 장애를 겪어온 환자가 정신분열증으로 오진되었던 사례를 소개한 바 있다. 뿐만 아니라, 실제로 외상 후 스트레스 장애를 겪고 있는 환자들이 우울증이나 다른 정신적인 장애를 주호소로 보고하는 경우도 있는데, 이 경우 외상 후 스트레스 증상이 다른 불안장애나 정서 장애 증상으로 간주되기도 하고, 혹은 반사회성 인격 장애나 사고장애로 오진되는 경우도 있었다(Anorid, 1985; Sheeran & Zimmerman, 2002; Keane, Wolfe, & Tayler, 1987; Walker & Cavenar, 1982). 이와 같은 사실은 구조화 되지 않은 방법으로 정신과적 진단을 내린 정신과 외래 환자에 대해서 반구조화된 면담을 실시하였을 때, 외상 후 스트레스 장애가 두 배 이상의

발병률을 보였다는 연구 결과에서도 지지된다 (Zimmerman & Mattia, 1999). 국내에서 빈번하게 일어나는 사고와 그 후 발생하는 정신적인 후유증에 대한 보고에 이어 외상 후 스트레스 장애의 증상과 치료에 대한 관심도 높아지고 있으며, 외상 후 스트레스 장애는 진단이 어렵고, 초기 발견이 매우 중요하다는 점에서 정확한 진단과 평가 방법의 필요성이 제기되고 있다.

외상 후 스트레스 장애에 대한 평가는 임상적인 면담과 자기보고식 척도를 사용하는 것이 일반적이다. 진단 평가에서 보다 신뢰로운 방법은 임상가가 실시하는 면담이라고 할 수 있지만, 자기보고식 척도는 시간과 경제적인 면에서 효율성이 높고, 일차적으로 외상 후 스트레스 진단 군을 선별하는데 효과적이라는 장점을 가지고 있다. 외상 후 스트레스 장애에 대한 다양한 자기 보고식 척도들이 개발되어 왔는데, 이 중 외상 후 스트레스 진단 척도(Posttraumatic Disorder Scale; Foa, Cashman, Jaycox, & Perry, 1997; 이하 PDS)는 DSM-IV 진단기준과 증상의 심각도 측정할 수 있는 유용한 도구로 알려져 있으며, 그 타당도와 신뢰도가 여러 연구에서 검증된 바 있다(Griesel, Wessa, & Flor, 2006; Sheeran & Zimmerman, 2002). 현재 국내에는 사건 충격 척도 수정판 (Korean version of Impact of Event Scale-Revised; 은현정 외, 2005)과 한국판 Davidson 외상 척도 (Korean version of the Davidson Trauma Scale; Seo et al., 2008), 한국판 MMPI 하위 척도(최영안과 노명래, 1996) 등이 표준화 되어 있으나, 이들 척도는 외상 후 증상의 심각도에 주로 초점을 맞추고 있으며, 진단도구로 사용되기 어렵다는 제한점이 있다. PDS는 사건 충격 척도나 MMPI 하위 척도와 달리 외상성 사건의

경험 여부를 확인할 수 있으며, DSM-IV의 진단 기준과 심각성에 대한 척도를 모두 포함하고 있어서 외상 후 스트레스 장애에 대한 일차적인 선별 도구로서의 기능을 수행할 수 있다. 뿐만 아니라, PTSD로 진단되지 않더라도 심각한 외상성 경험으로 인하여 나타나는 partial PTSD 증상을 평가할 수 있어, 외상성 사건의 후유증에 대해서 보다 폭넓은 평가를 실시할 수 있다는 것이 장점이라고 할 수 있다.

외상 후 스트레스 장애의 초기 발견과 개입이 매우 중요하며, 다른 장애로 잘못 진단되는 사례가 종종 있다는 점을 감안할 때, 한국판 외상 후 스트레스 장애에 대한 선별 도구는 외상 후 스트레스 장애에 대한 지속적인 연구와 정확한 치료적 계획을 세우는데 있어서 매우 유용하게 사용될 것으로 생각된다. 이에 본 연구에서는 PDS를 한국어로 변안하고, 그 신뢰도와 타당도를 검증하고자 하였다. 또한 한국판 PDS(Korean version of PDS; PDS-K)가 진단 목적으로 쓰일 때 최적의 절단점을 산출하고자 하였다.

방 법

연구대상

본 연구는 전쟁과 그 밖의 사건, 사고에 대한 경험이 있는 사람들을 대상으로 실시하였다. 베트남 참전 전우회, 전투 경찰, 고려대학교 안암 병원과 분당 차병원 정신과 외래 치료 중인 환자, 남양주 성폭력 상담소, 한국 교통 장애인 협회, 518 부상자회를 통해서 총 289명의 참가자를 모집하였다. 이 중 DSM-IV

의 외상 후 스트레스 장애 진단기준 A에 해당하는 외상성 사건 경험이 있고, 진단기준 E를 충족하는 18세~65세의 성인 47명을 연구 대상으로 하였다. 이들을 대상으로 임상 심리 전문가 1인, 연구자가 진단적 면담(SCID I의 PTSD module)을 실시하였고, 진단기준을 모두 충족하는 외상 후 스트레스 장애 집단과 진단 기준을 부분적으로 충족하는 역치 하 외상 후 스트레스 장애(subthreshold PTSD)를 통제 집단으로 구분하였다. 외상 후 스트레스 장애 집단은 총 21명, 통제 집단은 총 26명이었다. 외상 후 스트레스 장애 집단은 남자 11명, 여자 10명이었으며, 통제집단은 남자 24명, 여자 2명 이었다. 이중 재검사에 응한 사람은 전체 연구 대상 중 12명(25%)이었다. 외상 후 스트레스 장애 외상 후 스트레스 장애 집단의 평균연령은 47.6세($SD = 13.5$), 통제 집단은 41.1세($SD = 20.1$)이었으며, 두 집단 간 유의미한 차이는 없었다.

평가도구

외상 후 스트레스 진단 척도(Posttraumatic stress Diagnosis Scale: PDS)

PDS는 4개의 장으로 구성되어 있으며, 1장에서는 외상적인 사건 12가지를 제시하여, 이중 자신이 겪었던 외상 사건을 표시하고 그 사건에 대해서 간략하게 기술하도록 되어 있다. 2장에서는 1장에서 응답했던 사건들 중에서 현재의 증상들에 가장 영향을 미치는 사건 하나를 표시하고 간략하게 그 사건에 대해서 기록하도록 한다. 외상 사건 후 현재까지의 경과 시간을 확인하는 문항이 이어지며, 신체적인 상해가 있었는지, 생명의 위협을 느꼈는지, 무력감을 느꼈는지, 공포를 느꼈는지에 대

해서 ‘예’ 또는 ‘아니오’로 답하도록 하여 외상 후 스트레스 장애의 진단기준 A1과 A2를 평가한다. 3장에서는 환자가 지난 1개월 동안 증상을 경험한 빈도를 보고하는 문항들로 되어 있다. 재경험에 대해서 5문항, 회피에 대해서 7문항, 증가된 각성 반응에 대해서 5문항으로(DSM-IV-TR의 진단기준 B, C, D) 총 17개의 문항으로 되어 있다. 모든 문항은 증상의 빈도가 지난 1개월 동안 얼마나 되는지를 4점 척도로 평정하도록 되어 있어서, 0점부터 3점까지 중에서 선택한다. 또한 증상이 얼마동안 지속되어 오고 있는지도 확인하고(진단기준 E). 마지막으로 4장에서는 증상으로 인한 장애의 정도를 측정한다(진단 기준 F). 원판 PDS의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 전체 척도 .92였고, 하위척도의 내적 일치도는 재경험 .78, 회피 .84, 과도한 각성 .84로 보고되었다(Foa et al., 1997).

SCID-PTSD Module(Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - PTSD Module)

SCID는 가장 널리 사용되고 있는 DSM-IV의 축 1 진단을 내리기 위한 표준화된 진단 면담 도구이다. 훈련을 받은 임상가가 직접 시행하는 반구조화된 도구로, 개방형 질문으로 구성되어 있으며, 환자의 반응에 따라 기준에 맞는지 평가한다. PTSD Module은 총 17개의 문항으로 되어 있고 DSM-III-R의 진단기준 A, B, C, D와 증상 기간(진단기준 E), 일상 생활기능의 장애와 발병 시기를 평가한다. 한국판에 대한 평가자간 일치도 kappa값은 .70이상인 것으로 보고된 바 있다(한오수, 홍진표, 2000).

한국판 사건충격척도 수정판(Impact of Event Scale-Revised: IES-R-K)

이 척도는 외상과 관련된 심리적인 반응 양상을 확인하기 위해서 Horowitz 등이 개발한 후, Weiss와 Marmar(1997)가 개정한 척도이다. 침습, 회피, 과각성에 대한 22개의 문항으로 구성되어 있으며, 5점 척도를 사용한다. 본 연구에서는 은헌정 등(2005)이 번안하여 한국인에 맞게 표준화한 한국판 IES-R을 사용하였다. 본 연구에서 산출된 한국판 IES-R의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .94이었다.

Beck 우울증 척도 II(Beck Depression Inventory-II: BDI-II)

BDI-II는 우울증 증상을 평가하기 위해 1996년 Beck, Steer, Brown이 개발하였다. 기존 BDI를 구성하던 신체상 변화, 작업의 어려움, 체중감소, 신체적 짐착 항목이 삭제되고 초조, 무가치감, 에너지 감소, 집중곤란 항목이 새롭게 포함되었다. 수면과 식욕의 항목은 저하와 증가를 모두 측정할 수 있도록 변형되었다. 총 21개의 문항으로 되어 있고, 각 문항마다 가장 자신에게 해당된다고 생각하는 문장을 선택하여 4점 척도로 평정한다. 총점의 범위는 0점에서 63점이며, 점수가 높을수록 증상이 더 심각함을 반영한다. 0~13점은 우울증 증상이 거의 없거나 최소한인 경우이며, 14~19점은 경미한 우울증, 20~28점은 중간 정도의 우울증 그리고 29점 이상은 심각한 우울증을 의미한다. 본 연구에서는 김영환 등(2002)의 한국형 대인관계문제검사의 타당화 연구에서 권정혜가 번안하고, 권호인이 수정한 질문지를 사용하였다. 본 연구 참가자들의 자료로 산출한 한국판 Beck 우울척도-II의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .95였다.

Beck 불안 척도(Beck Anxiety Inventory; BAI; Beck et al.,1985)

개인의 불안 수준을 평가하기 위한 질문지로 1985년 Beck, Emery, Greebberg가 개발하였고, 본 연구에서는 Kwon(1992)에 의해 번역된 한국판 BAI를 사용하였다. 한 주 동안 불안을 경험한 정도를 4점 척도로 평정하도록 되어 있고, 21개 문항으로 구성되어 있는 자기보고식 척도이다. 본 연구 참가자들의 자료로 산출한 BAI의 내적 일치도(Cronbach's alpha)는 .97이었다.

연구절차

PDS는 임상 심리 전문가 1인의 도움을 받아 한국어로 번안하고, 영어와 한국어를 이중 언어로 사용하는 임상 심리학 전공 대학원생 1인이 검토하는 과정을 거쳤다. 2008년 1월부터 4월까지 베트남 참전 전우회, 남양주 성폭력 상담소, 서울 소재 기동대, 5.18 부상자회, 한국 교통장애인협회 등을 방문하여 참가자를 모집하였으며, 고려대학교 안암 병원과 분당 차병원 정신과 도움을 받아 연구에 참여 의사가 있는 사람들을 대상으로 PDS-K, IES-R-K, BDI, BAI를 실시하였다. PDS-K 1장과 2장에서 1개월 이전에 가장 심리적인 충격을 준 사건을 기술하도록 했으며, 그 결과를 토대로 DSM-IV의 외상 후 스트레스 장애 진단기준 A에 맞는지 확인하였다. 진단기준 A에 준하는 외상성 사건을 경험한 응답자를 면담 대상으로 선별 하고, 임상 심리 전문가 1인과 연구자가 SCID-PTSD Module을 실시하였다. SCID 실시에 소요되는 시간은 30~40분 정도였으며, 설문지를 실시하고 약 2주 후에 PDS-K 재검사를 시행하였다.

자료분석

외상 후 스트레스 장애 집단과 통제 집단 사이의 성별, 결혼 여부, 경제적 지위, 교육 연한에 대한 차이를 알아보기 위하여 χ^2 검증을 실시하였고, 연구 참가자들이 경험했다고 보고한 외상 사건의 유형에 대해서는 빈도분석을 실시하였으며, t 검증을 통해서 PDS-K 증상 심각도에 대한 외상 후 스트레스 장애 집단과 정상 집단의 차이를 비교하였다. 척도의 타당도를 검증하기 위해서 PDS-K와 IES-R-K, BDI, BAI와의 상관관계를 구하였다. 민감도, 특이도, 예측값(predictive value)은 표준화된 공식에 따라 계산하였고, 외상 후 스트레스 장애 집단과 외상 후 스트레스 장애가

아닌 집단을 구분할 수 있는 최적의 절단점을 구하기 위해서 SCID를 통해 외상 후 스트레스 장애로 진단 받은 모든 대상자에게 Receiver operating characteristic(ROC) 분석을 실시하였다. 자료 분석은 SPSS 12.0 version for Window를 이용하였다.

결 과

인구통계학적 특성과 외상 유형

본 연구에 참여한 사람 중 외상 후 스트레스 장애 집단은 총 21명(44.6%), 통제 집단은 총 26명(55.3 %)이었다. 성비를 살펴보면, 외상

표 1. PTSD와 Subthreshold PTSD의 인구통계학적 변인 비교

		PTSD (<i>n</i> = 21)	Subthreshold PTSD (<i>n</i> = 26)	Chi-square (<i>df</i> = 1)
성 별	남	11	24	9.74*
	여	10	2	
결혼 상태	미혼	3	13	9.39*
	기혼	12	12	
	이혼 또는 별거	6	1	
경제적 지위	상	0	4	5.21
	중	8	12	
	하	13	9	
교육 연한	13년 이상	3	12	7.41
	9년 이상 - 13년 미만	13	10	
	9년 미만	5	4	

Note. PTSD = Posttraumatic stress disorder(외상 후 스트레스 장애 집단), Subthreshold PTSD = 역치 하 외상 후 스트레스 장애 집단(통제집단), DSM-IV의 구조화된 진단 면접(SCID)에 따라 두 집단으로 분류하였음. 경제적 지위 상 = 가계월수입 500만원 이상, 중 = 100만원 이상 - 500만원 미만, 하 = 100만원 미만.

* $p < .01$.

후 스트레스 장애 집단은 남자 11명(52.4%), 여자 10명(47.6%)이었으며, 통제 집단은 남자 24명(92.3%), 여자 2명(7.7%)으로 나타나고 있어 여성에게서 PTSD 비율이 유의미하게 높은 것으로 나타났다. 뿐만 아니라 PTSD 집단에서 이혼 또는 별거가 6명(28.6%)으로 통제 집단보다 빈번했다. 이는 작은 표본을 대상으로 나타난 것이라고 할지라도, PTSD가 여성에게서 더 빈번하다는 기존의 역학연구와 일치 하는 결과이며, 이혼 또는 별거와 같은 스트레스 사건이 발병에 부정적인 영향을 미치는 것으로 생각된다(APA, 1994). 경제적 지위와 교육

연한에 대해서는 두 집단 사이에 차이가 없는 것으로 나타났다. 외상 후 스트레스 장애 집단의 평균연령은 47.6세($SD = 13.5$), 통제 집단은 41.1세($SD = 20.1$)이었으며, 두 집단은 통계적으로 유의한 차이가 없었다, $t(42) = -1.301$, ns . 인구통계학적 특성에 대한 결과는 표 1에 정리하였다.

참가자들이 PDS-K에서 보고한 외상 경험의 유형은 다양했다. 가장 많이 보고된 외상성 사건은 ‘사고나 화재’로 각각 68%로 나타났으며, 외상 후 스트레스 장애 집단과 정상 집단 모두 가장 외상적이라고 생각하는 사건을 ‘사

표 2. 외상성 사건의 유형

외상성 사건 유형	가장 외상적이라고 느끼는 사건		경험한 적이 있는 사건
	PTSD <i>n</i> (%)	Subthreshold PTSD <i>n</i> (%)	전체 <i>n</i> (%)
사고 또는 화재	8(38)	13(59)	32(68)
자연 재해	0(0)	0(0)	7(15)
가족 혹은 지인에 의한 폭행	4(19)	0(0)	9(19)
타인에 의한 폭행	0(0)	0(0)	7(15)
가족 혹은 지인에 의한 성적 폭행	1(5)	0(0)	0(0)
타인에 의한 성적 폭행	1(5)	0(0)	2(4)
전투 또는 전쟁	5(23)	3(14)	12(26)
18세 이전에 경험한 5세 이상 연상에 의한 성적 접촉	1(5)	0(0)	3(6)
감금	0(0)	0(0)	5(11)
고문	0(0)	1(5)	3(6)
생명을 위협하는 질병	1(5)	3(14)	10(21)
기타	0(0)	0(0)	12(26)
계	21	20	

Note. 경험한 적이 있는 외상성 사건은 중복 응답이 가능함.

고 또는 화재'로 보고하였다. 가장 외상적이라고 생각하는 외상성 사건에 대한 기타 응답으로는 '가족의 죽음' 등이 있었다. 평생 동안 경험한 외상성 사건이 한 가지 이상이라고 보고한 사람들은 전체의 44%였고, 59.6%가 외상성 사건을 경험한지 3년~5년이 지났다고 응답했다. 외상 후 스트레스 장애 집단이 보고한 외상성 사건의 유형별 비율은 표 2에 제시하였다.

PDS-K에서 보고된 증상 심각도와 빈도

두 집단의 외상 후 스트레스 장애의 17개 증상에 대한 응답 빈도는 표 3에 제시하였다. 참가자 전체의 응답 중에서 '외상관련 정서적 고통감' 증상에 대한 호소가 가장 많은 것으로 나타났으며, 외상 후 스트레스 장애 집단의 경우, '외상 관련 재경험', '외상 관련 정서적 고통감', '중요한 부분 회상 못함.', '집중곤란'을 제외한 대부분의 증상에 대하여 통제

표 3. 한국판 PDS의 증상에 대한 빈도

증 상	참가자 전체 <i>n</i> (%) (<i>n</i> = 47)	PTSD <i>n</i> (%) (<i>n</i> = 21)	Subthreshold PTSD <i>n</i> (%) (<i>n</i> = 26)	χ^2 (<i>df</i> = 1)
사건관련 반복적 회상	30(63)	19(90)	11(42)	11.6**
사건관련 반복적 악몽	25(53)	18(85)	7(26)	16.1***
외상관련 재경험	24(51)	15(71)	9(34)	6.3
외상관련 정서적 고통감	35(74)	18(85)	17(65)	2.5
외상관련 신체적 반응 항진	32(68)	20(95)	12(46)	12.8***
외상관련 생각, 대화, 느낌 회피	33(70)	20(95)	13(50)	11.6**
외상관련 장소, 행동, 사람들 회피	32(68)	20(95)	12(46)	12.8***
중요한 부분 회상 못함	22(47)	13(61)	9(36)	3.0
흥미나 참여 저하	31(67)	20(95)	11(44)	13.6***
단절감	29(61)	18(85)	11(42)	9.2**
정서 범위 제한	24(52)	18(85)	6(24)	17.4***
미래가 단축된 느낌	33(70)	20(95)	13(50)	11.3**
수면장애	32(68)	20(95)	12(46)	12.8***
과민상태	29(61)	19(90)	10(38)	13.3***
집중곤란	34(72)	19(90)	15(57)	6.2
지나친 경계	34(72)	20(95)	14(53)	9.9**
과장된 놀람 반응	31(66)	20(95)	11(42)	14.4***

p* < .01. *p* < .001.

표 4. PTSD 집단과 통제 집단의 PDS-K 평균

한국판 PDS 척도	연구 참가자				<i>t</i>
	PTSD		Subthreshold PTSD		
	(<i>n</i> = 21)		(<i>n</i> = 26)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
전체 점수	35.00	8.37	12.19	10.01	8.34***
재경험	9.85	3.84	3.42	3.47	6.03***
회피	14.47	3.64	5.07	4.69	7.52***
각성	10.66	3.13	3.69	3.36	7.27***

*** $p < .001$.

집단에 비해 높은 빈도로 경험하고 있었다.

외상 후 스트레스장애 집단과 통제집단 간의 외상 후 증상의 심각도의 차이가 있는지 살펴보기 위해 *t* 검증을 실시하고, 표 4에 제시하였다. 통제 집단의 PDS-K 총점 평균이 12.19(*SD* = 10.01)인데 비해서 외상 후 스트레스 장애 집단의 총점 평균은 35.00(*SD* = 8.37)로 높게 나타났고, *t* 검증 결과 전체 점수와 각각의 소척도 점수에 대해서 두 집단 간 평균 차는 유의하였다.

내적 일치도

내적 일치도는 한 구성개념을 다항목으로 측정했을 때, 항목들이 일관성을 갖는가에 관한 것이다. 이를 알아보기 위해서 항목들 간의 상관관계를 평가하였다. 본 연구에서 나타난 PDS-K 총점에 대한 Cronbach's alpha는 .95로 나타났고, PDS 원본의 총점에 대한 내적 일치도는 .92, 독일판 PDS의 내적 일치도는 .94로 보고된 바, 한국판 PDS의 내적 일치도는 원본이나 독일판과 유사한 수준이었다. 한국판 PDS의 각 증상군에 대한 소척도의 신뢰도를

살펴보면, 재경험 소척도는 .90, 회피 소척도는 .87, 그리고 증가된 각성 증상 소척도는 .81로 나타났다. 재경험, 회피, 각성 각각의 진단군에 대한 소척도 점수들과 전체 점수의 상관을 알아보기 위해 Pearson 상관 계수를 산출한 결과 .71~.95의 범위로, 비교적 높은 상관을 나타냈다. 따라서 PDS-K가 전반적으로 일관성 있는 개념을 평가하고 있다고 하겠다.

검사-재검사 신뢰도

검사의 안정성을 알아보기 위해서 12명(25%)을 대상으로 검사-재검사 신뢰도를 산출하였다. 평균 2주 간격에 대한 전체 척도의 검사-재검사 신뢰도는 $r = .81(p < .01)$ 이었다. 회피, 과도한 각성의 소척도에 대한 검사-재검사 신뢰도는 $r = .79 \sim .88(p < .01)$ 로 나타났다. 재경험 소척도의 검사-재검사 신뢰도는 $r = .53(p < .05)$ 으로 나타났다. 이상의 결과는 재경험 소척도를 제외한 나머지 소척도와 전체 척도는 검사-재검사 신뢰도는 비교적 높은 수준임을 시사하였다.

한국판 PDS의 타당도

본 연구에서는 IES-R-K, BAI, BDI-II와의 상관분석을 통해서 수렴 타당도를 확인하고, ROC 곡선 분석을 통해서 진단 도구로서의 유용성을 확인 하였다. 그 결과는 표 5에 제시 하였다.

PDS-K의 전체 점수와 각각의 소척도 점수는 BDI-II, BAI, IES-R-K와 비교적 높은 상관을 나타냈다. 특히 외상 후 스트레스 장애에 대한 세 개의 증상군은 IES-R-K의 관련 소척도와 높은 상관을 나타냈다. PDS-K 재경험 소척도는 IES-R-K 침습 소척도와의 상관이 .65로 나타났고, 이것은 IES-R-K의 회피 소척도($r = .39$)나 과각성 소척도($r = .61$)보다 높은 상관 관계를 나타냈다. PDS-K 각성 소척도와 IES-R-K의 과각성 소척도의 상관 계수는 $r = .72$

로서 IES-R-K의 소척도들 중에서 가장 높은 상관을 나타냈다. 한편, 외상성 사건 관련 자극에 대한 회피 및 정서적 마비에 대한 내용을 포함하고 있는 PDS-K 회피 소척도는 IES-R-K 회피 소척도, 수면장애/정서적 마비 소척도와 각각 $r = .48$, $r = .52$ 의 상관을 나타냈다. PDS-K 전체 점수와 BDI의 상관계수는 $r = .69$ 로 나타났다. 한국판 PDS와 BAI와의 상관 계수는 $r = .69$ 로 나타났다.

한국판 PDS의 절단점 연구

외상 후 스트레스 장애 집단과 통제 집단을 변별해내는 PDS-K의 민감도(양성인 환자를 검사를 통해 정확히 찾아내는 비율)와 특이도(음성인 환자를 검사를 통해 정확히 찾아내는 비율)를 평가하고, PDS-K의 절단점이 갖

표 5. 한국판 PDS와 타당화 도구들과의 상관관계 ($n = 47$)

척 도	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. 한국판 PDS 전체 점수	1										
2. 한국판 PDS 재경험	.89*	1									
3. 한국판 PDS 회피	.95*	.77*	1								
4. 한국판 PDS 각성	.91*	.71*	.83*	1							
5. BDI-II	.69*	.58*	.61*	.72*	1						
6. BAI	.69*	.58*	.60*	.74*	.84*	1					
7. IES-R-K 전체 점수	.70*	.62*	.63*	.68*	.71*	.71*	1				
8. IES-R-K 침습	.65*	.65*	.63*	.68*	.71*	.66*	.93*	1			
9. IES-R-K 회피	.39*	.39*	.48*	.43*	.52*	.46*	.85*	.71*	1		
10. IES-R-K 과각성	.69*	.61*	.61*	.72*	.71*	.76*	.95*	.91*	.74*	1	
11. IES-R-K 수면장애/정서적마비	.62*	.60*	.52*	.61*	.68*	.67*	.84*	.84*	.61*	.76*	1

* $p < .01$.

Note. 한국판 PDS = 한국판 Posttraumatic stress Diagnosis Scale, BDI-II = Beck Depression Inventory-II, BAI = Beck Anxiety Inventory, IES-R-K = Impact of Event Scale-Revised.

표 6. PDS 원본과 독일판 PDS와 한국판 PDS 비교

변 수	한국판 PDS (n = 47)	Foa et al. (n = 264)	독일판 PDS (n = 128-143)
내적 합치도 (Cronbach's alpha)			
재경험/재경험과 회피	.90	.78	.90
회피와 정서적 마비/정서적 마비와 과각성	.87	.84	.89
과각성/과도한경계와 크게 놀람	.81	.84	.88
전체 점수	.95	.92	.94
검사 - 재검사 신뢰도	.81	.74	-
수렴 타당도			
BDI	.69**	.79***	.70***
STAI / BAI	.69**	.74**	.62***
민감도	1.00	.75	.64
특이도	.84	.89	1.00

*** $p < .001$. ** $p < .01$.

는 유용성을 알아보기 위해 Receiver operating characteristic curve(ROC 곡선) 분석을 실시하였다. SCID를 통한 외상 후 스트레스 장애 진단(양성)과 역치 하 외상 후 스트레스 장애 진단(음성)에 준하여 도출한 양성 예측도(PPV; Positive Predictive Value; 척도에서 양성으로 분류한 환자가 진단에서 양성일 확률)와 음성 예측도(NPV; Negative Predictive Value; 척도에서 음성으로 분류한 환자가 진단에서 음성일 확률)에 대해 각각의 절단점을 적용하여 두 집단으로 나누고, 각 집단의 전체 수에 대한 PTSD 집단의 비율(PPV)과 전체 수에 대한 통제 집단의 비율(NPV)을 산출하였다. PDS-K의 ROC 곡선은 그림 1에 제시하였고, 민감도와 특이도 및 예측값을 표 7에 제시하였다.

ROC 곡선 분석을 통해 산출 되는 Area Under ROC Curve(AUROC)는 척도가 장애 유무

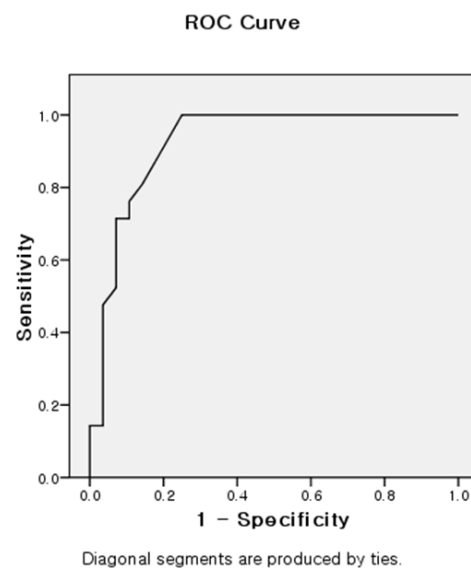


그림 1. Receiver operating characteristic curve: Area under the curve = .94, $SE = .03$, $p < .001$.

표 7. 한국판 PDS의 절단점

PDS-K 절단점	민감도	특이도	예측값	
			양성 예측도	음성 예측도
20	1.00	.84	1	.84
22	.95	.84	.95	.83
24	.90	.88	.92	.86
25	.80	.88	.85	.85
26	.80	.92	.85	.89

를 정확하게 진단하는 정도를 수량화한 값이다. AUROC의 값이 .50 이상일 경우 장애에 대한 진단이 우연보다 높은 확률을 의미하며, 그 값이 1에 가까울수록 이상적인 검사라고 할 수 있다(Bewick, Cheek, & Ball, 2004). 한국판 PDS에 대한 AUROC는 $p < .001$, 95% 신뢰 수준에서 .94로 나타났으며, 표준오차는 .03이었다. 표 7에 나타난 바와 같이 PDS-K의 절단점을 20점으로 하였을 때 민감도와 특이도의 합이 최대가 되었으며, 이때의 민감도는 1.0, 특이도는 .84, 양성 예측도(Positive Predictive value)는 1, 음성 예측도(Negative Predictive value)는 .84로 나타나 한국판 PDS가 정상 집단과 외상 후 스트레스 장애 집단을 변별하는 도구로서 유용함을 시사하였다.

논 의

본 연구는 외상 후 스트레스 장애에 대한 진단 및 연구에 기반을 마련하고, 정확한 진단에 기여하고자 PDS를 한국판으로 번안하고 그 신뢰도와 타당도를 알아보기 위해서 수행되었다. PDS-K의 장점은 DSM-IV의 외상 후 스트레스 장애에 대한 6가지 진단 기준을 모

두 포함하고 있을 뿐 아니라, 다양한 유형의 외상을 경험한 남녀 표본에 모두 적용이 가능한 자기보고 척도라는 점이다(Foa, Cashman, Jaycox, & Perry, 1997). 이러한 점에서 한국판 PDS를 활용하여 보다 효과적으로 국내의 외상 후 스트레스 장애 환자를 선별할 수 있을 것으로 기대하였다.

본 연구 결과에 따르면, 외상 후 스트레스 집단과 통제집단 간에 성별 및 결혼 상태에서 유의한 차이가 있었다. 이는 부분적으로 기존의 연구와 일치하는 결과로 생각된다. 외상 후 스트레스 장애는 남성에 비해 여성의 경우에 더 많이 진단되는 것으로 알려져 있다(Tolin, & Foa, 2006). 뿐만 아니라, 외상 후 스트레스 장애 집단에서 이혼 또는 별거 상태인 경우가 기혼인 경우에 비해 높게 나타나고 있었으며, 이것은 또 다른 스트레스 사건으로서 장애에 취약하게 만드는 요인이 될 수 있다(Klein, & Alexander, 2006).

한국판 PDS는 외상 후 스트레스 장애의 진단과 증상 심각도를 평가할 수 있는 신뢰롭고 타당한 척도로 나타났다. 한국판 PDS의 Cronbach's alpha 계수는 .95였고, 검사-재검사 신뢰도는 .53~.88의 범위로 나타났으며, 소척도와 전체점수 간 상관은 .71~.95의 범위로

나타나, PDS-K는 구성개념의 내적 안정성이 높고, 각각의 소척도들은 단일한 구성개념을 측정하는 내용들로 이루어졌음을 알 수 있다. 또한 한국판 PDS는 유사한 개념을 측정하는 BDI-II, BAI, IES-R-K 척도와 높은 상관을 나타내고 있는 바, 수렴타당도가 높은 것으로 나타났다. 한국판 PDS의 재경험과 증가된 각성에 대한 소척도는 유사한 개념을 측정하는 IES-R-K의 소척도와 비교적 높은 상관관계를 나타내고 있다. 다만, 회피에 대한 증상을 측정하는 소척도는 IES-R-K의 다른 소척도들 중에서도 회피를 측정하는 소척도와의 상관이 .48로 다소 낮게 나타났는데, 이는 IES-R-K와 DSM-IV를 따르는 PDS-K의 회피 소척도 구성 내용이 다르다는 점에서 비롯된 것으로 생각된다. PDS-K의 회피 소척도에서는 사건에 대한 생각과 대화 및 사건과 관련된 단서에 대한 회피뿐만 아니라 해리 증상을 비롯한 제한된 정서 경험, 단축된 미래에 대한 느낌이 포함되는 반면, IES-R-K에서 구사하는 회피 소척도에서는 사건에 대한 생각과 대화 및 사건과 관련된 단서에 대한 회피만 포함하고 있다는 점에서 두 소척도는 완전히 일치하지 않는다.

외상 후 스트레스 장애 집단과 통제 집단은 한국판 PDS로 측정한 증상 심각도와 빈도에 대해서 유의한 차이를 보였다. 외상 후 스트레스 장애로 진단된 사람들의 PTSD 증상 심각도는 통제집단에 비해 유의하게 높은 수준으로 나타났다. 외상 후 스트레스 증상을 경험하는 빈도 역시 외상 후 스트레스 장애 집단이 통제집단에 비해 높게 나타나고 있었다. 반면 외상을 경험하였지만 외상 후 스트레스 장애의 진단 기준을 완전히 충족시키지는 않는 통제집단의 경우에도 ‘외상관련 재경험’, ‘중요한 부분 회상 못함’, ‘집중곤란’ 증상은

비교적 빈번하게 나타나고 있는 것으로 여겨진다. 청소년을 대상으로 한 외상 후 스트레스 장애의 인지적 신념에 대한 연구에 따르면 외상 후 스트레스 장애로 진단되지 않더라도 외상성 사건을 경험한 경우 그렇지 않은 경우에 비해 자기와 세상에 대한 부정적인 신념을 가지고 있는 것으로 나타났다(안현의, 2005). 이처럼 외상성 경험이 있는 모든 사람들에게 장애가 발생하지는 않지만, 개인의 정신 건강에 부정적인 영향을 미치는 것으로 생각되며, partial PTSD의 평가 및 치료에 대한 필요성이 시사된다.

마지막으로 외상 후 스트레스 장애를 감별하는데 유용하게 사용할 수 있도록 절단점을 산출하였는데, 절단점 20에서 민감도와 특이도의 합이 최대인 것으로 나타났다. 한편, Sheeran과 Zimmerman(2002)의 연구에서는 PDS가 외상 후 스트레스 장애에 대한 간과율을 최소로 하도록 하는 선별 도구로서 효용 가치가 높다는 점을 고려할 때, 민감도가 가장 높은 15점을 절단점으로 제안하였다. 본 연구 결과 한국판 PDS의 민감도는 20점일 때 최대일 뿐 아니라, 특이도 역시 높은 편으로 나타나, 20점을 절단점으로 사용할 때 선별도구로서 유용할 수 있을 것으로 생각된다. 다만 Sheeran 등(2002)의 연구와의 차이가 나타나는 것이 본 연구에서 공병 진단을 배제하지 않은 점, 문화적인 차이 때문일 수 있으므로, 이에 대해서는 추후 연구가 필요할 것으로 보인다.

본 연구는 몇 가지 제한점을 가지고 있다. 첫째, 본 연구대상에 포함된 외상 후 스트레스 장애 집단과 통제 집단은 성비와 결혼 상태 등의 인구 통계학적 변수에서 차이가 있었다. 이러한 차이가 부분적으로는 장애와 관련 있다고 하더라도, 성비의 불균형이 연구 결과

에 영향을 미쳤을 가능성을 배제하지 못하였다. 둘째, Foa(1997)의 연구나 Griesel(2006)의 독일판 PDS 연구 보다 표본 수가 부족한 편이었다. 본 연구에서 신뢰도와 타당도는 검사의 유용성을 설명할 수 있는 수준으로 나타났지만 큰 표본을 대상을 타당화를 실시한다면 본 연구에서 통제하지 못했던 표집 오차를 보완할 수 있고, 구성 타당도를 검증할 수 있을 것으로 사료된다. 즉, 한국판 PDS의 소척도가 Foa(1997)의 연구에서 제시했던 바와 동일하게 3가지 증상군으로 구분되는가에 대해 추후 연구를 통해 확인해 볼 필요가 있을 것으로 보인다. 셋째, 참가자들이 보고하는 외상 경험이 다양하였고, 외상 경험 이후 경과 시간이 다양하였다. PDS-K는 어떠한 외상성 사건을 경험 했는지 상관없이 실시할 수 있는 척도이며, 척도를 실시하는 과정에서 외상성 사건에 대해서 보고하도록 되어 있다. 그런데 외상성 사건의 유형에 따라 그 증상이나 임상적인 특성이 다소 다르게 나타날 수 있으며, 집단의 동질성이 결여되어 있다는 점은 연구 결과에 영향을 미칠 수 있다. 더불어 일회성 사건에 대한 외상 경험자에 초점을 두어 연구를 실시하였으며, 가정폭력과 같은 지속적인 외상성 사건 경험에 대한 연구가 미흡하였다. 추후 연구에서는 보다 동질적인 집단을 대상으로 외상 후 스트레스 장애의 특성을 파악하고, 외상성 사건의 종류에 따른 비교 연구가 필요할 것으로 생각된다. 넷째, 연구 절차에서 PDS-K를 실시하여 외상성 경험이 있는 참가자에 한해서만 SCID PTSD module을 실시하였다는 점이다. 자기 보고식 척도와 면담을 각각 독립적으로 실시하여, 진단에 대한 일치도를 파악한다면 PDS-K의 진단적 기능을 보다 명확하게 파악하고 이해할 수 있을 것으로 여

겨진다.

그러나 이러한 한계에도 불구하고 외상 후 스트레스 환자 집단에 대한 연구가 매우 부족한 국내 실정에서 한국판 PDS를 타당화 하는 노력은 향후 국내의 외상 후 스트레스 장애에 대한 정확한 진단과 치료에 도움이 될 수 있을 것이다. 나아가 보다 동질적인 외상 집단과 대규모 표본을 대상으로 후속 연구를 통해 한국판 PDS의 활용성을 높일 수 있을 것으로 기대한다.

참고문헌

- 강현숙, 정일진, 정문용 (1995). 정신분열증으로 진단됐던 외상 후 스트레스 장애. *정신병리학*, 4, 126-131.
- 김승태, 김병로, 홍경수, 정유숙, 유범희, 김도관 (1997). 삼풍사고 생존자들에서의 급성 외상후 스트레스 장애: 발생빈도, 예측인자, 증상 변화에 대한 예비적 연구. *신경정신의학*, 36, 475-287.
- 김영환, 진유경, 조용래, 권정혜, 홍상환, 박은영 (2002). 한국형 대인관계 문제검사의 타당화: KIIP-C와 KIIP-PD의 신뢰도와 타당도. *한국심리학회지: 임상*, 21, 391-411.
- 안현의 (2005). 청소년의 외상 경험과 인지 변화에 관한 연구. *청소년상담연구*, 13, 31-41.
- 은현정, 권태완, 이선미, 김태형, 최말례, 조수진 (2005). 한국판 사건충격척도 수정판의 신뢰도 및 타당도 연구. *신경정신의학*, 44, 303-310.
- 이선미, 김정희 (2002). 버스사고 피해자의 심리적 특성 및 외상 후 스트레스 장애 발

- 병 관련 변인. 한국 심리학회지: 임상, 21, 547-564.
- 이인숙, 하양숙, 김기정, 김정희, 권용희, 박진경, 이나운 (2003). 일개 지역사회 재해 주민의 외상 후 스트레스 장애 정도와 관련 요인 분석. 대한간호학회지, 33, 829-838.
- 최경숙 (2001). 일부 산업재해 환자들에서 외상 후 스트레스장애. 고려대학교 대학원 박사 학위 청구논문.
- 최영안, 노명래 (1996). 참전 PTSD 환자를 평가하기 위한 한국판 MMPI 하위 척도 개발 예비 연구. 한국심리학회지: 건강, 1, 105-113.
- American Psychology Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. In. Washington: American Psychiatric Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxious disorders and Phobias: A cognitive Perspective*. New York: Basic Book, Ind., Publishers.
- Bewick, V., Cheek, L., & Ball, J. (2004). Statistics review 13: Receiver operating characteristic curves. *Critical Care*, 8, 508-512
- Domash, MD., S. L. (1982). Posttraumatic stress disorder masquerading as paranoid schizophrenia: case report. *Military Medicine*, 147, 772-774.
- Erikson, K. T. (1976). *Everything in its Path: Destruction of Community in the Buffalo Creek Flood*. New York: Simon and Schuster.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV*. (DSM-4의 제1축 장애의 구조화된 임상적 면담. (한오수와 홍진표 역). 서울: 하나의학사.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The Validation of a Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Griesel, D., Wessa, M., & Flor, H. (2006). Psychometric Qualities of the German Version of the Posttraumatic Diagnostic Scale(PTDS). *Psychological Assessment*, 18, 262-268.
- Jacobson, A., & Richardson, B. (1987). Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: Evidence of the need for routine inquiry. *American Journal of Psychiatry*, 144, 508-513.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2005). The Relationship Between Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Following Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 360-364.
- Keane, T. M., Wolfe, J., & Taylor, K. L. (1987). Post-traumatic stress disorder: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 32-43.
- Klein, Susan, & Alexander, David. A. (2006). Epidemiology and presentation of posttraumatic disorders. *Psychiatry*, 5, 225-227.
- Kwon, S. (1992). *Differential roles of dysfunctional attitudes & automatic thoughts in depression: An integrated cognitive model of depression*. Unpublished doctoral dissertation, Queensland University, Australia.
- Schiraldi, G. (2000). *Posttraumatic stress disorder sourcebook*. Illinois: McGraw-Hill.
- Seo, H.-J., Chung, S.-K., Lim, H.-K., Chee, I.-S.,

- Lee, K.-U., Paik, K.-C., et al. (2008). Reliability and validity of the Korean version of the Davidson Trauma Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 313-318.
 - Mylle, J., & Maes, M (2004). Partialposttraumatic stress disorder revisited. *Journal of Affective Disorder*, 78, 37-48.
 - Sheeran, T., & Zimmerman, M. (2002). Screening for Posttraumatic Stress Disorder in a General Psychiatric Outpatient Setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 961-966.
 - Stein, M. B., McQuaid, J. R., Pedrelli, P., Lenox, R., & McCahill, M. E. (2000). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General Hospital Psychiatry*, 22, 261-269.
 - Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research. *Psychological Bulletin*, 132, 959-992.
 - Turnbull, G. J. (1998). A review of post-traumatic stress disorder. Part II: Treatment. Injury: *International Journal of the Care of the Injured*, 29, 169-175
 - van der Kolk, B. A. (1987). The role of the group in the origin and resolution of the trauma response, In van der Kolk (Ed.), *A Psychological Trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
 - Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (pp.399-411). New York: Guilford Press.
 - Wilson, J. P., & Keane, T. M. (2004). *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
 - Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Is Posttraumatic Stress Disorder Underdiagnosed in Routine Clinical Settings?. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 187, 420-428.
- 원고접수일 : 2009. 3. 19.
1차 수정원고접수일 : 2009. 10. 5.
2차 수정원고접수일 : 2009. 11. 23.
게재결정일 : 2009. 11. 24.

Psychometric Qualities of the Korean Version of the Posttraumatic Diagnosis Scale(PDS-K)

Bora Nam

Ho-In Kwon

Jung-Hye Kwon

Korea University

The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS; Foa et al., 1997) was designed to derive information both about a possible Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) diagnosis defined by Diagnostic and Statistical Manual Disorders(4th ed.; American Psychiatric Association, 1994; DSM-IV) and the severity of the PTSD symptoms. The purpose of this study was to develop a Korean version of the PDS (PDS-K) while maintaining its original basic structure and to evaluate the reliability and validity of the PDS-K for the Korean population. The 47 participants examined in this study included 21 with PTSD (PTSD group), and 26 without PTSD (control group). Both groups were made up of those who had experienced a wide variety of traumatic events. Participants completed the PTSD module of the Structured Clinical Interview (SCID; Spitzer et al., 1990), the PDS-K, the Beck Depression Inventory- II, the Beck Anxiety Inventory, and the Korean version of Impact of Event Scale-Revised (IES-R-K; Eun et al., 2005). The PDS-K exhibited good internal consistency (Cronbach's $\alpha = .90$) and test-retest reliability ($r = .81$). Further, the PDS-K demonstrated satisfactory convergent validity which was supported by its significant positive correlations with other measures of trauma related psychopathology ($r = .61 \sim .70$). The highest diagnostic efficiency of the PDS-K was at a total score of 20, with sensitivity and specificity of 1.00 and 0.84, respectively. These findings suggest that the PDS-K possesses appropriate psychometric properties and is a valid and reliable tool for assessing the frequency and severity of PTSD symptoms.

Key words : PTSD, Posttraumatic Diagnostic Scale, Validity

[부 록]

PDS

1장

* 많은 사람들이 삶의 어떤 시점에서 매우 고통스럽고, 외상적인 사건을 경험하거나 목격하게 됩니다. 다음은 외상 사건의 목록입니다. 여러분에게 일어났거나, 혹은 목격했던 사건들을 아래 중에서 골라서 모두 v 표 해주십시오.

- (1) ☐ 심한 사고, 화재, 혹은 폭발(예; 공장, 농장, 차, 비행기, 보트 사고)
- (2) ☐ 자연 재해(예; 폭풍, 허리케인, 홍수, 대지진)
- (3) ☐ 가족 혹은 아는 사람으로부터 당한 성과 관련되지 않은 폭행
(예; 강도, 신체적 공격, 총에 맞거나, 칼에 찔렸거나, 혹은 총구의 대상이 되는 것)
- (4) ☐ 낯선 사람으로부터 당한 성과 관련되지 않은 폭행
(예; 강도, 신체적 공격, 총에 맞거나, 칼에 찔렸거나, 혹은 총구의 대상이 되는 것)
- (5) ☐ 가족이나 아는 사람으로부터 당한 성폭행 (예; 강간 혹은 강간 시도)
- (6) ☐ 낯선 사람에게 당한 성폭행 (강간 혹은 강간 시도)
- (7) ☐ 전투 혹은 전쟁
- (8) ☐ 만 18세 이전에 5살 이상 연상인 사람에 의한 성적인 접촉(성기나 가슴을 만지는 것)
- (9) ☐ 감금 (예; 교도소 투옥, 전쟁 포로, 인질)
- (10) ☐ 고문
- (11) ☐ 생명을 위협하는 질병
- (12) ☐ 기타 외상 사건
- (13) 만일 12번에 체크한 경우, 다음 란에 그 사건을 기술할 것.
(_____)

* 만일 위의 항목 중 하나라도 응답한 경우, 계속하세요. 한 항목도 해당되지 않는다면 여기서 중단하세요.

2장

(14) 1장에서 한 가지 이상의 외상 사건에 응답한 경우, 여러분에게 가장 괴로움을 주는 사건에 대해 다음의 항목을 응답하세요. 만일 한 가지 외상 사건만 응답한 경우에는, 그 사건에 대해 다음의 질문에 응답할 것.

- ☐ 사고
- ☐ 재난
- ☐ 가족 혹은 아는 사람에게 당한 성과 관련되지 않은 폭행
- ☐ 낯선 사람에게 당한 성과 관련되지 않은 폭행
- ☐ 가족이나 아는 사람에게 당한 성폭행
- ☐ 낯선 사람에게 당한 성폭행
- ☐ 전투
- ☐ 만 18세 이전에 경험한 5살 이상 연상인 사람의 성적인 접촉
- ☐ 감금
- ☐ 고문
- ☐ 생명을 위협하는 질병
- ☐ 기타

위에서 응답한 외상 사건에 대해 간단히 기술하시오.

(_____)

*** 다음은 여러분이 기술한 외상 사건에 대한 몇 가지 질문들입니다.**

(15) 외상 사건 후 현재까지의 경과 시간은?

- 1 1개월 이하
- 2 1-3개월
- 3 3-6개월
- 4 6개월-3년
- 5 3-5년

다음의 질문에 대해서는 예/아니오 중 해당되는 것에 ○표 하세요.

앞서 언급한 외상적 사건과 관련하여

- | | | | |
|------|---|-----|---------------------------|
| (16) | 예 | 아니오 | 당신은 신체적 상해를 입었는가? |
| (17) | 예 | 아니오 | 다른 사람이 신체적 상해를 입었는가? |
| (18) | 예 | 아니오 | 당신은 생명의 위협을 느꼈는가? |
| (19) | 예 | 아니오 | 다른 사람의 생명이 위협받고 있다고 느꼈는가? |
| (20) | 예 | 아니오 | 무력감을 느꼈는가? |
| (21) | 예 | 아니오 | 극심한 공포를 느꼈는가? |

3장

* 다음은 사람들이 외상적인 사건을 겪은 후에 때때로 보고하는 문제들의 목록입니다. 주의 깊게 읽어 보고, **지난 1개월 동안** 문제를 경험한 빈도에 해당되는 번호를 찾아서 0 ~ 3중 ○표 하세요. 앞장의 14번에 설명한 외상 사건에 대해 응답하면 됩니다.

- 0 전혀 아니다 혹은 1회
1 주 1회 정도

2 주 2-4회 / 1달의 반 정도

3 주 5회 이상 / 거의 언제나

(22)	0	1	2	3	외상 사건에 대해 원치 않는 괴로운 생각이나 이미지가 떠오름
(23)	0	1	2	3	외상 사건에 대한 악몽
(24)	0	1	2	3	외상 사건을 재경험, 마치 사건이 다시 일어나는 것처럼 행동하거나 느낌.
(25)	0	1	2	3	외상 사건이 떠오르면 정서적인 고통을 느낌 (예; 두려움, 화남, 슬픔, 죄책감 등)
(26)	0	1	2	3	외상 사건이 떠오르면 신체 반응을 경험 (예; 땀이 나거나, 심장이 두근거림)
(27)	0	1	2	3	외상 사건에 대한 생각, 대화, 느낌을 피하려고 함
(28)	0	1	2	3	외상 사건을 떠올리게 하는 활동, 사람, 장소를 피하려고 함
(29)	0	1	2	3	외상 사건의 중요한 부분을 기억하지 못함
(30)	0	1	2	3	중요한 활동에 대한 관심이나 참여가 줄어들음
(31)	0	1	2	3	주변 사람들과 소원하거나 단절된 느낌
(32)	0	1	2	3	정서적으로 마비된 것처럼 느낌 (예; 울 수 없거나 사랑하는 감정을 느끼기 어려움)
(33)	0	1	2	3	미래에 대한 계획이나 기대가 실현될 수 없을 것 같이 느낌 (예; 직업, 결혼, 자녀를 갖지 못할 것 같거나 오래 살지 못할 것 같이 생각함)
(34)	0	1	2	3	잠들기 어렵거나 잠을 계속 자기 어려움
(35)	0	1	2	3	지속적으로 과민해지거나 분노를 폭발하게 됨
(36)	0	1	2	3	집중하는데 어려움
(37)	0	1	2	3	지나치게 경계하게 됨 (예; 주변에 누가 있는지 점검하기, 등 뒤에 다른 사람이 있으면 불편함 등)
(38)	0	1	2	3	크게 놀라거나, 쉽게 놀라게 됨 (예; 누군가 다가오는 경우 크게 놀람)

(39) 위에서 보고한 문제들을 경험한 지 얼마나 되었습니까? (1~3번 중 하나만 표시하세요)

- 1 1개월 이하
- 2 1~3개월
- 3 3개월 이상

(40) 외상 사건을 겪은 지 얼마 후에 이러한 문제들이 시작되었습니까? (1~2번 중 하나만 표시하세요)

- 1 6개월 이하
- 2 6개월 이상

4장

*** 지난 1개월 동안** 3장에서 평가한 문제들이 다음에 제시되는 삶의 영역에서 방해가 되는지 예/아니오 중 해당되는 곳에 ○표로 응답하세요.

- | | | | |
|------|---|-----|------------------------|
| (41) | 예 | 아니오 | 직업 |
| (42) | 예 | 아니오 | 집안일 |
| (43) | 예 | 아니오 | 친구관계 |
| (44) | 예 | 아니오 | 놀이와 여가활동 |
| (45) | 예 | 아니오 | 학업 |
| (46) | 예 | 아니오 | 가족관계 |
| (47) | 예 | 아니오 | 성생활 |
| (45) | 예 | 아니오 | 삶에 대한 전반적인 만족 |
| (46) | 예 | 아니오 | 삶의 모든 영역에서의 전반적인 기능 수준 |