

김 명 선 교수지도
석사학위 청구논문

인지적 병식 척도(Beck's Cognitive
Insight Scale)의 표준화 예비 연구
-정신분열병 환자를 중심으로-

2006년

성신여자대학교 대학원
심 리 학 과
김 유 라

인지적 병식 척도(Beck's Cognitive Insight Scale)의 표준화 예비 연구

-정신분열병 환자를 중심으로-

김 명 선 교수지도

이 논문을 석사학위 논문으로 제출함

2005년 11월

성신여자대학교 대학원

심 리 학 과

김 유 라

인 준 서

김유라의 석사학위 논문으로 인준함.

심사위원 _____인

심사위원 _____인

심사위원 _____인

성신여자대학교 대학원

논문개요

본 연구는 정신분열병 환자에게서 특징적인 인지적 병식 부족을 평가하기 위하여 고안된 Beck의 인지적 병식 척도(Beck's Cognitive Insight Scale; 이하 BCIS라 함)를 한국의 정신분열병 환자를 대상으로 평가하기 위해 한국판 BCIS를 제작하고, 이것의 신뢰도와 타당도를 검증해 봄으로써, 표준화된 검사로 발전 시킬 수 있는 기초자료를 얻는데 있었다. 또한, 기존의 임상적 병식 척도가 실행기능과 정신분열병의 부적 증상과 관련된다는 선행연구에 뒷받침해, 개발된 인지적 병식 척도가 어떤 인지기능 및 증상과 관련되는지 조사해 보고자 하였다.

즉, 본 연구의 문제는 다음과 같다.

연구문제1. BCIS를 국내의 정신분열병 환자를 대상으로 실시 할 수 있도록, 한국어판 BCIS를 제작한다.

연구문제2. 한국판 BCIS 척도의 신뢰도와 타당도를 검증해 본다.

연구문제3. 개발한 인지적 병식척도인 BCIS와 기존의 임상적 병식척도인 SUMD가 각각 어떤 신경심리 기능 사이의 관련성이 있는지 조사해 본다.

연구문제4. BCIS와 SUMD와 PANSS와의 관련성을 조사한다.

연구 대상은 경기 지역 소재의 정신병원에서 정신분열병으로 진단 받은 환자들 50명을 대상으로, 병식을 측정하기 위해 BCIS, SUMD, ITAQ, 신경인지기능을 측정하기 위해 신경심리검사 배터리, 정신분열병 환자의 증상을 측정하기 위해 PANSS를 실시하였다.

본 연구 결과는 한국판 BCIS 척도가 신뢰롭고 타당하며, 기존의 임상적 병식 척도와 달리 새로운 측면인 인지적 병식을 측정한다는 것과 Beck 등이 가정한 2요인 구조가 한국판 BCIS 척도에서도 타당하다는 것을 뒷받침해 주었다.

정신분열병 환자의 인지적 병식 부족은 실행기능의 특정한 측면과 관련이 있었다. 또한, 정신분열병 환자의 인지적 병식 부족은 정신분열병 환자의 양적 증상 중 망상, 부적 증상 중 상동적 사고, 일반 정신 병리의 상동 행동, 병식 부족, 비협조성, 몰입행동과 관련이 있었다.

목 차

논문 개요

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적 1
2. 연구 문제 및 연구 가설 5

II. 이론적 배경

1. 병식의 정의 6
2. 병식에 관한 모델들 7
3. 정신분열병 환자의 병식에 관한 선행 연구들 8
4. 정신분열병 환자를 위한 병식 척도들 10
5. BCIS를 사용한 선행 연구들 13

III. 연구 방법

1. 연구 대상 15
2. 연구 도구 및 제작 절차 16
3. 평가 과정 22
4. 통계 방법 22

IV. 연구 결과

1. 평균 및 표준편차 25
2. 신뢰도 검증 26
3. 타당도 검증 28
4. BCIS와 SUMD와 신경심리기능과의 관련성 35
5. BCIS와 SUMD와 증상과의 관련성 43

V. 논의 및 제언

참고문헌

ABSTRACT

부록

표 목 차

<표 1> 정신분열병 환자의 임상적 특성	15
<표 2> BCIS, SUMD, ITAQ의 평균과 표준편차	25
<표3> 각 하위요인별 내적 합치도	26
<표4> 검사-재검사 신뢰도	27
<표5> BCIS와 다른 척도와의 상관	29
<표6> BCIS의 하위 척도간의 상관	30
<표7> BCIS의 자기 반추 척도와 각 문항간의 상관	31
<표8> BCIS의 자기 확신 척도와 각 문항간의 상관	32
<표9> 한국판 BCIS의 요인 구조	34
<표10> RCFT와 병식 척도와의 상관	35

<표11> WCST와 병식 척도와의 상관	36
<표12> TMT와 병식 척도와의 상관	37
<표13> COWA와 병식 척도와의 상관	37
<표14> STROOP과 병식 척도와의 상관	38
<표15> D2와 병식 척도와의 상관	39
<표16> CLOCK과 병식 척도와의 상관	40
<표17> K-CVLT와 병식 척도와의 상관	41
<표18> K-WAIS와 병식 척도와의 상관	42
<표19> PANSS와 병식 척도와의 상관	43
<표20> PANSS의 양성 증후군 척도와 병식 척도와의 상관	44
<표21> PANSS의 음성 증후군 척도와 병식 척도와의 상관	45
<표22> PANSS의 일반정신병리 척도와 병식 척도와의 상관	46

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

인지, 지각, 정동, 행동 등의 다양한 영역에서 이상을 보이는 정신분열병 환자에서 병식(insight)이 부족하다는 것은 오래전부터 관찰되어 왔다. 선행 연구들에 의하면 정신분열병 환자의 40-60%가 자신의 병을 부분적으로 혹은 완전히 인식하지 못한다고 하며 (Amador et al., 1994; Fennig et al., 1996), 세계보건기구(WHO)에서 실시한 연구(Carpenter et al., 1973)는 정신분열병 환자의 97%에서 병식의 부족이 관찰된다고 보고하였다. 이와 같이 병식 부족이 정신분열병의 일반적이고 특징적인 현상이고, 또한 정신분열병의 진행과정과 치료 및 입원의 순응도 등에 영향을 주기 때문에, 병식은 정신분열병 환자의 진단과 치료에 중요한 요소로 간주된다 (McEvoy et al., 1989)

정신분열병의 개념이 시대, 발병원인, 증상 및 예후에 따라 변천되어 온 것처럼, 병식에 관한 개념도 시대에 따라 변천되어 왔으며, 이에 따라 병식의 평가법도 변화해 왔다. 즉, 이전에는 병식을 단일 현상으로 여겼기 때문에 정신분열병 환자의 병식에 관한 평가도 환자가 자신이 질병을 앓고 있다는 것을 알고 있는지 혹은 알고 있지 못하는지를 중심으로 이루어졌다 (Jaspers, 1959; Lewis, 1934; Carpenter et al., 1973). 그러나 오늘날에는 병식을 단일 현상이 아닌 연속적이고 다차원적인 현상으로 간주하고 있다(Amador et al., 1994; David et al., 1992).

병의 존재와 병의 원인을 인식하고 있느냐에 초점을 두면서, 정신분열병의 예후와 정신분열병의 치료 및 환자 관리를 목적으로 발달된 병식을 임상적 병식 (clinical insight) 이라 한다.(Amador and David, 1998; Mintz et al.) 그러나 임상적 병식의 개념에 근거하여 개발된 병식 검사들이 환자들의 병식을 정확하게 반영하지 못한다는 주장들이 있어 왔다. 예를 들어, 환청이 있는 정신분열병 환자는 의사가 자신에게 말해준 대로 자신이 정신분열병을 앓기 때문에 환청을 경험한다고 이해할 수 있다. 그러나 환자에게 환청의 원인에 대해 더 자세히 물어보면, 환자는 자신에게 들리는 환청이 사탄으로부터의 메시지라고 말할 수 있다. 이 경우, 앞서 환자가 대답한 것, 즉 자신이 정신분열병을 앓기 때문에 환청을 경험한다는 대답은 이 환자의 환청에 관한 진정한 신념을 반영하지 않는다.

Beck 등 (2003)은 정신분열병 환자가 자신의 현재 상태를 잘못 해석하는 것과 더불어 자신의 망상적 믿음에 대한 교정적인 피드백을 받아들이지 못한다는 사실을 관찰한 결과, 기존의 임상적 병식 대신 인지적 병식 (cognitive insight)을 제안하였다. 인지적 병식이란 개인이 자신의 잘못된 믿음에 의문을 가지고 검토하는 능력과 자신이 다른 사람이 하지 않는 이상한 경험을 한다고 올바르게 해석하는 능력을 의미한다. Beck은 정신분열병 환자가 자신의 잘못된 믿음이나 이상한 경험들을 재평가 할 수 있는 능력인 인지적 병식이 부족하며, 이러한 인지적 병식의 부족이 정신분열병의 악화와 임상적 병식의 부족을 초래한다고 주장하였다. 정신분열병 환자의 인지적 병식 부족이 임상적 병식의 결여를 초래한다는 점에서, 두 유형의 병식이 전혀 무관하지는 않다. 그러나 인지적 병식은 환자가 자신의 잘못된 해석이나 믿음을 재평가하는 것을 강조한다는 면에서 임상적 병식과 다르다.

Beck 등 (2003)은 인지적 병식을 평가할 수 있는 질문지인 BCIS(Beck Cognitive Insight Scale)를 제작하였으며, BCIS에는 자기-반성 (self-reflectiveness)과 자기-확실성 (self-certainty)의 2가지 하위 척도가 포함되어 있다. 자기-반성 척도는 내성(introspection)과 자신이 틀릴 수 있다는 것을 아는 능력을 측정하며, 자기-확실성 척도는 자신의 신념에 대해 얼마나 확실성을 가지는지를 측정한다. 또한, Beck 등은 “환자가 자신의 믿음에 대해 가지는 자기 확실성이 자기-반성하게 되는 능력을 감소시킬 것이다.” 라는 가설 아래, R-C(자기 반성 점수에서 자기 확실성 점수 빼기)계산법을 만들어 냈으며, 이 점수를 총점으로 하였다.

Beck 등 (2003)은 인지적 병식과 임상적 병식을 측정하는 도구인 BCIS와 SUMD(Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder)를 사용하여, 수렴타당도를 연구하였는데, 그 결과 만족할만한 수렴타당도가 관찰되었으며, 특히, BCIS의 총점이 높을수록 SUMD의 정신병 인식 목록에서 정신병을 인식하고 있는 것으로 나타났으며, BCIS의 자기-반성 점수가 높을수록 SUMD의 망상 목록에서 망상을 인식하고 있는 것으로 나타났다. 또한, Pedrelli 등(2004)은 BCIS 총점과 자기-반성 점수가 Birchwood 등 (1994)이 개발한 임상적 병식 척도인 IS(Birchwood Insight Scale)의 총점 및 하위척도인 자신의 증상을 병의 부분으로 귀인 하는 척도와 관련이 있다고 보고하였다.

정신분열병 환자의 임상적 병식이 실행기능과 관련되어 있다는 연구 결과들이 있다(Young et al., 1993; Lysaker and Bell, 1994; Marks et al., 2000). 예를 들어, 병식이 부족한 정신분열병 환자가 실행기능을 측정하는 대표적인 신경심리검사로 알려진 WCST (Wisconsin Card Sorting Test)에서 더 많은 보속 오류를 보이고, 더 적은 범주를 완성한다는 연구 결과들

도 있다(Young et al., 1993; Lysaker and Bell, 1994). 이와 반대로 정신분열병 환자에서 임상적 병식과 실행 기능 사이에 아무런 상관을 발견하지 못한 연구들도 있다 (McEvoy et al., 1993; Cuesta and Peralta, 1994; Kemp and David, 1996). 이는 실행기능의 측정과 임상적 병식의 측정에 각기 다른 검사들을 사용하였기 때문이라고 여겨진다.

임상적 병식과 실행기능의 관련성에 대해서는 다수의 연구들이 보고된 반면, 인지적 병식이 어떤 신경심리 기능과 관련되어 있는지에 대한 연구들은 아직 없다. 임상적 병식에는 자신을 모니터하거나 교정하는 기능이 필요하며, 이러한 기능은 전전두엽에 의해 통제되는 것으로 알려져 있다 (Craig et al., 2005). 인지적 병식은 환자가 자신의 증상에 대한 잘못된 해석이나 이상한 경험을 재평가 하는 기능을 필요로 하기 때문에 인지적 병식이 임상적 병식보다 전전두엽에 의해 통제되는 실행기능과 더 관련이 있을 것이라고 여겨진다.

본 연구의 목적은 정신분열병 환자에게서 특징적인 인지적 병식 부족을 평가 하기 위하여 고안된 BCIS를 국내의 정신분열병 환자에게 적용할 수 있는 표준화 검사로 발전시킬 수 있는 기초자료를 얻는데 있다.

또한 인지적 병식과 임상적 병식을 측정하는 척도들을 서로 비교, 분석하여 두 유형의 병식이 정신분열병 환자의 신경 심리적 기능과 어떻게 관련되어 있는가를 알아보고자 한다.

2. 연구문제

연구문제1. BCIS를 국내의 정신분열병 환자를 대상으로 실시 할 수 있도록, 한국어판 BCIS를 제작한다.

연구문제2. 한국판 BCIS 척도의 신뢰도와 타당도를 검증해 본다.

연구문제3. 개발한 인지적 병식척도인 BCIS와 기존의 임상적 병식척도인 SUMD가 각각 어떤 신경심리 기능 사이의 관련성이 있는지 조사해 본다.

연구문제4. BCIS와 SUMD와 PANSS와의 관련성을 조사한다.

II. 이론적 배경

1. 병식의 정의

병식(insight)은 많은 학자들에 의해 다양하게 정의되어 왔으나, 현재 David(1990)와 Amador 등 (1993)이 제안한 병식의 정의가 가장 널리 받아들여지고 있다.

David(1990)는 병식을 (1) 어떤 정신적 사건들을 병리적으로 라벨을 붙이는 능력 (2) 정신병이 있다는 것을 환자가 인식하는 것 (3) 치료의 필요성을 인식하고 치료에 순응하는 것으로 정의하였다.

Amador 등(1993)은 병식을 다음과 같이 정의 하였다. (1) 병식은 인식과 귀인의 과정을 포함한다. (2) 인식은 병의 증상이나 증후의 인식을 의미하는 한편 귀인은 증상이나 증후의 원인이나 근원에 대한 설명을 의미한다. 회고적인 회상은 과거의 정신 건강 문제들을 인식하는 능력을 말한다.

즉, 병식이란 연속선상에서 일어나는 하위요소들을 가지는 다차원적인 구성 개념으로, 환자가 다음과 같은 사실들- 정신병을 앓고 있다는 것, 병의 증상을 경험하고 있는 것, 치료가 필요하다는 것, 증상의 원인이 병이라는 것-을 인식하지 못할 때 병식이 부족하다고 한다. (Amador et al., 1994; David et al., 1992).

이러한 정의들이 진단과 치료 및 환자 관리 등의 임상적 측면에만 초점을 두기 때문에 이 정의에 따른 병식을 임상적 병식 (clinical insight)이라고 부른다. 또한, 이러한 임상적 병식이라는 개념이 주로 환자가 자신이 정신병을 앓고 있다는 것을 인식하느냐에 초점을 두고 있다.

한편 인지적 병식이란 자신의 잘못된 믿음에 의문을 가지고 교정하는 능력

과 자신이 비정상적인 경험을 한다는 것을 정확하게 인식하는 능력을 나타내는 용어로, 임상적 병식에 대한 대안으로 Beck과 그의 동료들(2003)에 의해 제안되었다.

2. 병식에 관한 모델들

Birchwood 등(1994)은 병식 부족의 원인을 설명하고자 다음과 같은 모형을 제안했다.(이길자 등, 2002, 재인용)

첫째, The Neuropsychological Deficit Model(신경심리학적인 모델)로서 뇌의 기질적인 문제로 병식의 결손이 생긴다는 것이다. 병식결손증은 신경심리학적 모델의 하나로서, 정보를 받아들이고 이를 처리하여 적절한 행동이나 대처를 하는데 필요한 기초영역인 인지능력에 장애가 있다는 것이다(Cole, 1968; Kay 등, 1990; Amador 등, 1991; Lysaker 등, 1994; Young 등, 1998). 따라서 병식결손증을 두정엽 (Takai 등, 1992) 혹은 전두엽의 기능장애(Kay 등, 1990; Young 등, 1993; Kasapis 등, 1996; Smith 등, 2000)로 설명하고 있다.

둘째, 정신역동이론으로 설명 할 수 있는 Psychological Defense Model(방어기제 모델)로서 비정상적 대처방식이나 비정상적인 심리적 방어를 통하여 질병을 부정하는 것이다(Cuesta 등, 1994). 투약을 거부하면서, 정상상태보다도 정신병적인 상태를 원하는 정신분열병 환자들은 과대망상적 사고를 가지고 있으며, 이런 망상들은 생활 사건들과 상호작용 하면서 정신분열병적인 상태를 선호한다는 것이다(Van Putten, Crumpton, & DePasquale, 1993). 병에 대한 부정은 정신분열병의 초기 회복기에 우울증을 막아주는 역할을 하기도 한다(Carroll 등, 1999).

셋째, 임상적 가설로 정신분열병의 일차적 증상으로 설명한다(Carpenter 등, 1973; Wilson 등, 1986; 정두훈 등, 1998).

넷째, 인지모델로 정신적 증상에 관한 잘못된 고정된 신념으로 인해 병식의 결손이 생긴다고 설명한다. Tissot & Berand(1980)의 경우, 정신분열병 환자는 Piaget의 사고발달과정에서 논리적-실험적 추론을 하는 형식적 조작 영역에 가장 문제가 있다고 주장하였다. 정신분열병 환자들은 현실세계에서 일어나는 사건들에 대한 사고 또는 판단에 대한 현실검증장애가 있으며(Cutting & Murphy, 1998), 현실검증장애는 ‘기인한 체험에 대해 환자가 확신하는 정도’, ‘직접적으로 환자의 증상을 이해하는 데 필요한 문화적 또는 상황적 결정 요인의 존재여부’, ‘그 체험에 사로잡혀서 보내는 시간의 양’ 그리고 ‘체험의 그럴듯한 정도’ 등 네 가지 요인과 관계가 있다(Strauss, 1969).

3. 정신분열병 환자의 병식에 관한 선행 연구들

병식의 부족이 정신분열병의 특징적인 현상 중의 하나로 여겨왔기 때문에, 정신분열병 환자의 병식에 대한 연구들이 오래전부터 꾸준히 진행되어 오고 있다.

국내와 국외에서 정신분열병 환자의 병식에 관한 선행 연구들은, 정신분열병의 정신병리와 병식과의 관계, 병식과 치료순응도와의 관계 (McEvoy et al., 1989), 병식과 인지기능과의 상관, 병식과 신경 심리적 기능과의 관련성을 중심으로 연구되어 왔으며, 이러한 연구결과들이 일관되게 일치되지는 않고 있다. 따라서 병식의 정의와 신뢰로운 측정의 어려움이 병식에 대한 연구의 어려움을 가중시키는 것으로 보고, 현재 표준화된 척도들의 상호

관련성이나 이러한 도구들이 동일한 의미의 병식을 측정하는지에 대한 연구들도 진행되고 있다(Sanz et al., 1998; Manuel et al., 2000)

정신분열병에서의 병식 부족은 분열정동장애나 기분장애에서의 병식 부족보다 더 심한 것으로 나타났으며, 이러한 심한 병식 부족이 신경 심리적 역기능에 뿌리를 두고 있다고 추정하였다(Amador et al., 1994).

정신분열병 환자의 병식 부족과 신경 인지적 손상, 특히 전두엽과 두정엽의 역기능과의 연관성에 관한 연구 결과는 일치되지 않고 있다.

Young 등(1993)은 정신분열병 환자에게 SUMD와 3종류의 신경심리검사(위스콘신 카드 분류 검사, 언어 유창성 검사, Trail-Making test A와 B)를 실시한 결과, 위스콘신 카드 분류 검사에서의 범주 완성 수와 보속 반응 비율이 SUMD에서 측정된 병의 인식 부족과 높은 상관성이 있다는 것을 관찰하였다. 이들은 정신분열병 환자들이 가지는 병의 인식 부족이 전두엽에 의해 통제되는 기질적 병인을 가질 것이라고 제안했다.

Lysaker and Bell(1994)은 병식이 있는 정신분열병 환자와 병식이 없는 정신분열병 환자를 대상으로 위스콘신 카드 분류 검사를 시행한 결과, 병식이 없는 정신분열병 환자군에서 유의미하게 더 많은 보속 오류와 더 적은 범주 완성을 하였다고 보고하였다.

Amador 등(1991)은 정신분열병 환자의 병식 부족과 질병부인증 환자 사이의 유사성을 발견하고, 병식 부족이 신경학적 장애와 관련되어 있을 것이라고 제안하였다. 그러나, David 등(1995)은 높은 지능이 더 나은 병식과 관련이 있으며, 전두엽기능을 측정하는 검사들은 병식과 관련이 없다고 하였다.

또한, Cuesta and Peralta(1994)는 정신분열병 환자의 인지적 수행이 병의 병식 부족과 관련이 있지만, 특정한 인지 검사와 관련되는 것은 아니라

고 하였다. Arduini 등(2003)의 연구에서는, 전두엽의 손상을 측정하는 WCST와 병식과의 연관성이 없는 것으로 나타났다.

정신분열병 환자의 병식과 전두엽의 장애가 관련되는지를 본 연구에서, 병식의 결여는 전두엽의 손상과 관련이 없다는 보고가 있다. (김도영 등, 2000)

4. 정신분열병 환자를 위한 병식 척도들

병식이 다측면으로 구성되어 있다는 정의는 필연적으로 병식의 서로 다른 측면들을 측정하는 척도들을 개발하게 하였다.

임상적 병식은 다양한 척도들에 의해 평가되어 왔다(Amador et al., 1993, 1994; Birchwood et al., 1994; David, 1990; David et al., 1992; Davidhizar, 1987; Marks et al., 2000; McEvoy et al., 1989)

McEvoy와 그의 동료들에 의해 1989년에 개발된 ITAQ(the Insight and Treatment Attitude Questionnaire)는 병식의 여러 측면들, 즉 정신적 문제들의 실재, 정신병 치료에 대한 필요의 이해, 약물 복용의 필요성 등을 측정한다. 또한 입원 당시, “현재”로 정의된 시간, 그리고 퇴원 후 등을 포함한 서로 다른 시기에 병식을 측정함으로써, 시간에 걸쳐 병식의 진행과정을 조사할 수 있다는 장점이 있다. 면담을 하고 각 항목의 질문에 대한 환자의 반응에 따라 0점: 병식 없음, 1점: 부분적인 병식, 2점: 병식 양호 까지 점수를 줄 수 있다. 전체점수가 높을수록 병식이 높은 것을 의미한다.

PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale)에도 병식을 측정할 수 있는 문항이 포함되어 있다. 즉 일반정신병리 척도 중 하나인 관

단과 병식의 결여(lack of judgement and insight) 문항인데, 판단과 병식의 결여가 없음(1점)부터 최고도(7점)까지의 7점 척도로 채점된다.

Amador 등 (1994)이 고안한 병식평가검사(Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder: SUMD)는 전반적인 병식을 평가하는 항목들로 구성되어 있다. 즉 자신이 정신 질환을 가지고 있는지에 대한 인식, 약물치료의 효과에 대한 인식, 질환으로 인한 심리-사회적 결과 및 영향에 대한 인식의 세 가지 항목과 하위 증상의 인식에 관한 여섯 가지 항목으로 나누어져 있다. 각 항목에서 0-3점으로 측정하도록 되어 있다. 0점은 문항 내용에 해당하지 않을 경우, 1점은 정신장애를 인식할 경우, 2점은 어느 정도 인식할 경우, 3점은 전혀 인식하지 못할 경우이다. 총점수가 높으면 질환에 대한 인식도가 낮다는 것을 의미한다.

David(1990)에 의해 개발된 AI(The Awareness of Illness scale)는 병식과 관련한 단지 3개의 질문만으로 구성되어 있다. 그러나 질문에 의학적 용어를 사용하여 사람들에게 혼란을 줄 수 있는 단점이 있다.

Birchwood와 그의 동료들(1994)에 의해 개발된, IS(The Birchwood Insight Scale)는 8개의 항목으로 구성된 짧은 자기 보고식 설문지로, 대다수의 표준화된 병식 척도들이 제시하는 3요소인, 인식(awareness-정신병에 대해 인식하는지), 명명하기(relabel- 증상을 병의 일부로 귀인 하는지), 치료에 대한 필요성(need for treatment)을 측정한다.

그러나 정신분열병 환자의 병식을 측정하기 위한 기존의 척도들은 다음의 문제점들로 인하여 척도의 타당성에 의문이 제기되었다.

첫째, 각 척도들은 병식의 서로 다른 측면을 측정하도록 고안되어 있기 때

문에 어떤 척도를 사용하느냐에 따라 병식의 각각 다른 측면을 평가하게 된다. 따라서 서로 다른 측정도구들을 사용한 연구의 결과들을 비교하는 것이 어렵다.

둘째, 기존의 임상적 병식 척도는 예후와 치료, 관리를 목적으로 현상학적인 증상만을 측정하기 때문에, 망상의 유지와 발전에 중요한 역할을 하는 인지적 병식을 측정하지 못한다.

이러한 문제점들을 극복하기 위하여 Beck 등은 인지적 병식을 측정하는 척도를 개발하였다. Beck 등이 개발한 BCIS (Beck Cognitive Insight Scale)는 다음과 같이 구성되어 있다. BCIS는 2개의 하위척도로 구성되어 있는데, BCIS의 첫 번째 하위척도는 객관성, 반성, 그리고 피드백에 대한 개방성과 관련된 목록들을 포함하는 9개의 문항으로 구성되어 있으며, 자기-반성을 나타내는 것으로 간주되었다.

BCIS의 두 번째 하위척도는 성급한 결론 내리기, 옳다는 것에 대한 확신, 교정에 대한 저항과 관련된 목록들을 포함하는 6개의 문항으로 구성되어 있다. 이 문항들은 자기-확실성으로 이름 붙여졌다.

즉, 자기-반성은 내성(introspection)과 자신이 틀릴 수 있다는 것을 아는 능력을 측정하며, 자기-확실성은 자신의 신념에 대해 얼마나 확신하는지를 측정한다.

또한, Beck 등은 “환자가 자신의 믿음에 대해 가지는 자기 확실성이 자기-반성하게 되는 능력을 감소시킬 것이다.” 라는 가설 아래, R-C(자기 반성 점수에서 자기 확실성 점수 빼기)계산법을 만들어 냈으며, 이 점수가 총점이다. 이 계산법은 Pedrelli 등(2004)의 연구에서 그 유용함이 입증되었다.

BCIS (Beck Cognitive Insight Scale)는 기존의 임상적 병식 척도와는 달리 다음과 같은 유용성을 가지고 있는 것으로 알려져 있다.

첫째, 망상적 사고의 유지와 발전에 중요한 역할을 하는 인지적 측면을 측정할 수 있다.

둘째, 인지적 병식의 부족이 정신분열병 환자에게 특징적이라는 점에서 정상인집단이나 우울증 집단을 감별할 수 있다.

셋째, 개인들에게 경험들을 정확하게 해석하고, 신념을 수정하도록 가르치는 CBT(Cognitive Behavior Therapy)가 정신분열증 환자의 환청, 망상, 부적증상을 감소시키는데 효과적이라는 연구결과에 따라, 인지적 병식이라는 개념은 정신병의 정신사회적 치료에 중요한 역할을 할 것이다.

5. BCIS를 사용한 선행 연구들

Pedrelli 등 (2004)은 Beck 등 (2003)의 연구에 참여한 정신분열병 환자들보다 더 연령이 많은 노인 환자들에게 BCIS를 실시하여, 노인 환자들도 젊은 층의 환자들과 유사한 결과를 보이는지를 조사하였다. 그 결과, BCIS의 2가지 하위 척도인 자기-반성과 자기-확실성이 확인적 요인분석에 의해 지지되었다. 또한, BCIS가 높은 신뢰도를 가지는 것이 확인되었으며, 다른 병식 측정 도구인 Birchwood Insight scale(Birchwood et al., 1994)와 유의미한 상관을 보이는 것으로 나타났다. 이것은 BCIS가 신뢰성 있고, 유용한 측정도구라는 것과 Beck 등에 의해 가정된 이론적 요인들이 타당하다는 것, 그리고 더 넓은 범위의 정신병 환자들에게 BCIS를 적용하는 것이 타당하다는 것을 입증하는 것이다.

또한, 이 연구에서 BCIS와 PANSS(정신분열증상을 측정하는 척도)의 하위 척도간의 상관관계가 관찰되었는데, BCIS의 하위척도인 자기-확실성은 PANSS의 전체점수, PANSS의 하위척도인 부적증상척도, 양적증상척도와 관련이 있는 것으로 나타났으며, BCIS의 총점은 PANSS의 하위척도인 인지적증상척도와 부적 상관을 보였다. 즉 병식이 높아질수록 인지 장애가 감소하는 것을 보여주었다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 대상

2005년 9월 말부터 2005년 10월 말 사이에 경기 지역 소재의 정신병원에서 DSM-IV에 의해 정신분열병이라고 진단받은 입원 또는 외래 환자 50명을 모집하였다. 환자들은 18세 이상으로 연구자와 충분히 의사소통 할 수 있으며 연구의 목적과 내용을 이해하고 동의한 환자들만을 대상으로 하였다. 또한, 뇌손상 병력이 있거나 신경학적 질환이 동반된 환자는 제외하였다.

50명 중 4명의 외래환자를 제외한 모든 환자가 평가 당시 입원 치료를 받고 있었으며, 성별로는 남녀가 각각 28명과 22명으로 비슷했다. 평균 연령은 40세로, 20대부터 50대까지 고르게 분포하였다. 평균 교육수준은 고졸 수준이었으며, 발병연령은 평균 29.1세로 평균 11.4년 동안 약 4회에 걸쳐 입원한 병력을 가지고 있었다.

< 표 1> 정신분열병 환자(N=50)의 임상적 특성

	N(%)	평균	표준편차	범위
AGE(세)		40.00	8.72	20-58
ED(년수)		11.58	3.39	0-18
ONSET(세)		29.10	8.86	14-57
입원횟수		4.22	2.78	1-10
DURATION(년)		11.40	8.97	1-32
성별	남자	22(44)		
	여자	28(56)		
손잡이	오른손	50(100)		

2. 연구 도구 및 제작 절차

1) Beck 인지적 병식척도(Beck Cognitive Insight Scale, BCIS)

BCIS는 정신병을 가진 환자의 인지적 통찰력 정도를 측정하기 위해 고안된 자기 보고식 질문지로서, 15개의 문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 4점 척도로서, 자신이 진술문에 동의하는 정도를 0(전혀 동의하지 않음)에서 3(완전히 동의함)점까지 체크 할 수 있다.

BCIS는 2개의 하위 척도(자기반성과 자기확실성)를 가지는데, 각각 9문항과 6문항이다.

자기-반성은 내성(introspection)과 자신이 틀릴 수 있다는 것을 아는 능력을 측정하며, 자기-확실성은 자신의 신념에 대해 얼마나 확실성을 가지는지를 측정한다.

총점은 자기-반성 점수에서 자기-확실성 점수를 뺀 것이다 (R-C). R-C 점수가 높을수록 인지적 통찰력을 가지고 있는 것으로 해석한다.

본 연구에서는 2004년 발간된 Beck의 “병식 측정을 위한 새로운 도구: 인지적 병식 척도(Beck Cognitive Insight Scale)”의 부록에 수록되어 있는 영문판 BCIS를 번역, 사용하였다.

척도의 번안 및 완성 작업에는 다음의 단계를 거쳤다. 먼저 원척도의 체계와 의미를 그대로 살려서 본 연구자가 초벌 번역한 것을 지도교수님의 수정 후, 원래 척도를 알지 못하는 다른 이중 언어 사용자가 이를 다시 영어로 역번역 하고, 지도교수님이 역번역 한 것과 원래척도의 감수를 통해 번역, 역번역 및 수정작업을 완료 하였다.

이를 20명의 대학원생들에게 시행해 보고 이해가 어렵다거나 자연스럽게

않은 문항을 수정 후 최종 번역판을 완성하였다.

2) 병식 평가 검사

(Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, SUMD)

본 연구에서는 BCIS의 타당도를 검증하기 위해 Beck 등(2004)의 연구에서와 마찬가지로 Amador 등(1994)이 개발한 SUMD를 사용하였다. 이 척도는 병식의 다른 측면들을 가장 포괄적으로 측정하는 것으로 받아들여지고 있으며, 우리나라에서도 타당도와 신뢰도가 입증한 연구가 있다.

SUMD는 정신 장애, 정신 장애의 결과, 약물의 효과, 환각 경험, 망상, 사고 장애, 둔마된 정서, 무쾌감증 그리고 비사회성 등에 대한 인식 등 모두 9항목으로 구성되어, 병식의 여러 측면을 측정할 수 있다. 4점 척도로 0점은 문항 내용에 해당하지 않을 경우, 1점은 정신장애를 인식할 경우, 2점은 어느 정도 인식할 경우, 3점은 전혀 인식하지 못할 경우이다. 총점수가 높으면 질환에 대한 인식도가 낮다는 것을 의미한다. 이 척도 개발 당시 검사자간의 신뢰도는 .94로 매우 높았으며, 좋은 구성타당도로 보고되었다(Amador et al. 1994; Schwartz, 1998). 우리나라에서도 송지영 등(1998)이 이미 사용한 바 있다.

3) 병식과 치료태도에 대한 질문

(Insight and Treatment Attitude Questionnaire, ITAQ)

본 연구에서 BCIS의 타당도를 검증하기 위해 사용된 또 다른 비교 측정도구는 McEvoy와 그의 동료들에 의해 1989년에 개발된 ITAQ(the Insight

and Treatment Attitude Questionnaire)로, 우리나라에서도 김보연 등이 신뢰도와 타당도를 검증한 바 있다. 이에 따르면 Cronbach 알파 지수는 0.87, 검사-재검사에서 각 항목의 점수와 총점의 상관계수는 0.6이상, 유의도 0.001미만이였다. 이 검사도구는 구조화된 면담도구로서, 총 11개의 항목으로 구성되어 있다. 전반부 5개 항목은 질병의 인식에 관한 질문이고, 후반부 6개 항목은 약물치료와 입원, 외래 추적 관찰에 대한 태도를 평가하는 것이다. 이 척도는 병식의 여러 측면들, 즉 정신적 문제들의 실재, 정신병 치료에 대한 필요의 이해, 약물 복용의 필요성 등을 측정한다. 또한 입원 당시, “현재”로 정의된 시간, 그리고 퇴원 후 등을 포함한 서로 다른 시기에 통찰력을 측정함으로써, 시간에 걸쳐 병식의 진행과정을 조사할 수 있는 장점이 있다. 면담을 하고 각 항목의 질문에 대한 환자의 반응에 따라 0점: 병식 없음, 1점: 부분적인 병식, 2점: 병식 양호 까지 점수를 줄 수 있다. 전체점수가 높을수록 병식이 높은 것을 의미한다.

4) Positive and Negative Syndrome Scale(Kay et al., 1988)

PANSS는 소위 양성 및 음성 차원의 양상에 중점을 두고 정신분열병의 정신병리를 관찰자가 평정하는 척도이다. 모두 30개의 항목으로 구성되어 있는데, 양성 및 음성증후군소척도에순 각각 7개의 항목이 포함된다. 일반정신병리소척도는 정신분열병의 전반적인 심각도를 평가하는 것으로 16개 항목으로 이루어져 있다. 각 항목은 해당 증상이 전혀 없는 1점부터 극심한 7점까지의 7단계로 평가한다. 각 항목과 응답점에 대해서는 비교적 명확하고 상세한 조작적 정의가 기술되어 있다.

5) 신경심리검사

① 위스콘신 카드 분류 검사(Wisconsin Card Sorting Test: WCST)

WCST는 4개의 자극 카드 세트와 64개의 반응카드 2세트, 기록지로 구성되어 있다. 각 반응 카드는 하얀 판에 한 가지 색으로 하나에서 네 개의 똑같은 모양이 그려져 있으며, 별, 십자가, 삼각형, 원의 네 종류의 모양이 있고, 빨강, 노랑, 청색, 녹색의 네 가지 색이 있다. 따라서 카드는 색, 모양, 수로 분류되거나 범주화될 수 있다.

피험자는 색, 모양, 수의 분류원칙을 추론으로 알아낸 후 연속적으로 10개의 반응을 정확하게 해야 한다. 한 범주를 성공적으로 마치면 사전 설명없이 다시 분류원칙을 알아내고 새로운 원칙에 따라 다시 카드를 분류해야 한다.

Heaton에 의해 개발되었으며, 추상능력과 외부 환경 변화에 따라 인지 틀을 변환하고 유지하는 능력, 피드백을 활용하는 능력을 측정하는 도구로서, 전두엽, 특히 배외측 전두엽(dorsolateral prefrontal lobe)의 기능에 민감하다고 알려져 있다. 이 검사에서는 어떤 카드가 옳은 것인가를 계획하고, 그 계획을 집행하고, 집행된 결과가 옳은지 옳지 않은지에 따라 다음의 계획을 수정하는 등의 과정을 통해 복잡한 실행기능을 평가한다.

② 한국판 웨슬러 성인용 지능 검사(Korean-Wechsler Adult Intelligence Scale, K-WAIS) 단축형

K-WAIS의 WAIS-R의 한국판 표준화 검사로, 염태호, 박영숙, 오경자, 김정규, 이영호가 1992년에 표준화 하였다. 본 연구에서는 소검사들 중 어휘, 산수, 토막 짜기와 차례 맞추기 만을 사용하여 지능지수를 추정하며, 이

는 4가지 소 검사들로 추정된 지능과 K-WAIS 전체 소검사로 측정한 지능 간에 $r=.95$ 의 높은 상관이 있다고 보고한 연구에 근거한 것이다 (Silverstein, 1995).

③ 한국판 웨슬러 성인용 지능 검사(Korean-Wechsler Adult Intelligence Scale, K-WAIS)의 숫자 외우기(Digit span) 소검사

K-WAIS의 11개 소검사 중 언어성 검사에 포함되는 소검사 중 하나이다. 이 소검사는 숫자 바로 따라 외우기 7문항과 숫자 거꾸로 따라 외우기 7문항으로 구성되어 있으며, 각 문항에는 제1시행과 제2시행이 있다. 이 검사는 청각적 단기기억과 주의력을 평가하기 위해 사용된다.

④ Rey 도형 검사(Rey-Osterrieth Complex Figure Test, RCFT)

Rey(1941)가 개발하고, Osterrieth(1944)가 개정한 검사로 시공간 구성 능력과 시각 기억 측정 도구로서, 다양한 인지 처리과정, 즉 문제해결 전략, 계획하기, 조직화 기술, 기억 능력 등을 평가한다. 검사는 모사 단계, 즉각적 회상 단계와 지연 회상 단계로 실시되며, 채점은 모양의 정확성과 위치를 기준으로 18개 항목 별로 채점(항목 당 0.5-2점 채점: 36점 만점)하는 Osterrieth(1944)의 채점 기준에 따라 이루어진다.

⑤ K-CVLT(Korean-California Verbal Learning Test)

캘리포니아 언어학습 검사(California Verbal Learning Test: CVLT Delis 등, 1987)는 16개의 단어를 사용하여 언어적 기억과 학습전략을 평가하는 검사로 단기기억, 장기기억, 회상, 재인과 같은 다양한 기억능력을 측정할 수 있는 도구이다. 본 연구에서는 김정기 등(1999)이 표준화한 한

국판-캘리포니아 언어학습검사(K-CVLT)를 사용하며 채점은 전산화된 K-CVLT 프로그램을 통해 산출한다.

⑥ 선로 잇기 검사(Trail Making Test: TMT)

주의력, 연속능력(순차적), 정신적 융통성에 대한 속도와 시각적 탐색, 운동 기능을 측정하는 검사이다. TMT는 두 부분으로 나뉘는데, Part A에서는 1번부터 25번까지 숫자를 연결한다. Part B에서는 숫자와 철자를 번갈아가며(1-가-2-나-3...순으로)연결한다. 특히 Part B를 수행하기 위해서는 인지적 틀을 전환하는 능력이 요구된다. 채점은 완성 시간과 오류수로 한다. 검사는 대략 5-10분 소요된다.

⑦ 통제된 구어 연상 검사(Controlled Oral Word Association Test, COWA)

ㄱ, ㅅ, ㅇ의 음소로 시작되는 단어를 1분 동안 말하게 하여 음소적 언어 유창성을 평가한다. 범주적 언어 유창성 측정을 위해서는 동물 이름과 시장에서 살 수 있는 물건에 해당되는 단어를 최대한 많이 말하게 한다. 음소 언어 유창성은 전두엽 손상과 더 관련이 있는 반면, 범주적 언어 유창성은 실어증과 더 관련이 있는 것으로 보고되고 있다.

⑧ D2 Test

D2 검사는 선택적 주의 능력을 측정하는 검사로 피검자는 제한 시간 내에 유사한 시각 자극 중에서 표적 자극을 구별해 내야 한다. 처리 속도, 규칙 준수 및 수행의 질을 측정하여 개인의 주의 집중력을 평가할 수 있다. 채점에는 채점판이 사용되며, 전체 반응 수, 오류 수 및 오류 율 등이 산출된다.

⑧ Stroop Test

주의력 및 실행 기능을 측정하는 도구의 하나로, 새로운 자극이 주어졌을 때, 기존의 습관적 반응을 억제하고 달라진 요구사항에 맞게 자신의 인지 세트를 변환하는 능력(cognitive flexibility)과 선택적 주의력을 측정한다.

⑨ Clocking-Drawing

KBNA(Kaplan Baycrest Neurocognitive Assessment)의 소검사 중 하나로, 시공간기능을 측정하는 도구이다.

3. 평가과정

본 연구에서 연구자는 정확성을 위해, 환자에게 BCIS 설문지 각 문항을 크게 읽어주고 그들의 답을 기록하였다. 준거 타당도를 위해 정신분열병 환자들 50명에게 한국어판 BCIS 실시하면서, 동시에 ITAQ와 SUMD 실시하였다. 또한, 동시에 정신분열병 환자 20명에게 신경심리검사 바테리를 시행하였다.

검사-재검사 신뢰도를 위해, 정신분열병 환자 30명을 대상으로 BCIS를 1주 일 간격으로 2회 실시 하였다.

4. 통계방법

1) 평균과 표준편차

응답자들로부터 얻은 점수를 가지고 간단한 기술통계치인 평균, 표준편차

를 얻었다.

2) 신뢰도 검증

① 내적 일관성

평가 척도의 내적 일관성은 Cronbach's alpha coefficient를 산출하여 각 척도별 문항 내적 합치도를 추정하였다.

② 검사-재검사 신뢰도

검사의 측정치가 시간적 안정성을 갖는지 알아보기 위해 30명의 환자를 대상으로 재검사를 실시하였고, Pearson correlation coefficients로 상관을 계산하였다. 임상적 상태의 변화로 인한 오류를 피하기 위해 기간은 일주일 간격으로 하였다.

3) 타당도 검증

BCIS가 병식이라는 구성개념을 제대로 측정하고 있는지 평가하기 위해, 문항분석, 구성타당도, 수렴타당도를 실시하였다.

① 문항분석

문항전체 상관(Item-total correlation)을 통해 문항 분석을 실시 한다.

② 요인분석

한국판 BCIS에서도 Beck과 그의 동료들이 가정한 2가지 하위구조인, 자기-반성과 자기-확실성이 나오는지 알아보기 위해, 탐색적 요인분석을 실시하였다.

③ 구성 타당도

각 영역간의 상관관계와 각 영역에 속한 문항간의 상관관계를 계산하여 구성타당도를 검증하였다.

④ 수렴 타당도

새로운 검사인 BCIS의 타당도를 알아보기 위해, 기존의 검사로 타당도와 신뢰도가 높다고 검증된 SUMD, ITAQ, 그리고 PANSS의 일반정신병리의 하위 문항인 판단 및 병식 결여 점수와의 상관계수를 산출하였다. 또한, BCIS의 총점(R-C)점수, R점수, C점수와 SUMD의 총점, 각 하위목록과의 상관을 구하였다.

4) BCIS와 SUMD와 신경심리기능과의 관련성

정신분열병 환자에서 측정된 두 유형의 통찰력 결함이 어떤 신경인지기능과 관련이 있는지 알아보기 위해 피어슨 상관분석을 실시하였다.

5) BCIS와 SUMD와 PANSS와의 관련성

정신분열병 환자의 통찰력 결함이 정신분열병의 어떤 증상과 관련이 있는지 알아보기 위해 피어슨 상관분석을 실시하였다.

IV. 연구결과

1. 평균과 표준편차

본 연구에서 정신분열병 환자의 인지적 병식총점의 평균은 4.16(표준편차=5.52)였다. 이 점수는 Beck과 그의 동료들에 의한 연구에서, 정신분열병 환자의 인지적 병식총점의 평균이 5.74(표준편차=5.74)였던 것과 비교해 유사한 점수이다. 그러나, 자기-반성 점수의 평균은 18.64(표준편차=5.43), 자기-확실성 점수의 평균은 14.48(표준편차=3.15)로, Beck의 연구에서 각각의 점수가 13.19(표준편차=5.14), 7.45(표준편차=3.78)이었던 것과 비교해 점수 차이가 있다. 임상적 병식 척도인 SUMD와 ITAQ에서의 병식총점의 평균은 각각 13.9점과 11점 이었다.

< 표 2 > BCIS, SUMD, ITAQ의 평균과 표준편차

	N	범위	평균	표준편차
총점(R-C)	50	-7~21	4.16	5.52
자기반성	50	9~31	18.64	5.43
자기확실성	50	7~20	14.48	3.15
임상적 병식 (SUMD)총점	50	5~27	13.88	5.43
병식과치료태도 (ITAQ)총점	50	0~22	11.06	6.34

2. 신뢰도 검증

2.1. 문항내적일관성

BCIS 각 하위척도의 내적 일관성(internal consistency)을 알아보기 위해, 50명의 정신분열병 환자를 대상으로 각 하위 척도별 Cronbach의 alpha계수를 산출하였다. 한국어판 BCIS의 각 척도별 내적 일관성을 살펴보면, 표에 나타난 바와 같이 자기-반성척도의 내적일관성은 .773로 신뢰로운 것으로 나타났고, 자기-확실성척도의 내적일관성은 .559로 다소 낮았다. 그러나, 이는 각 하위척도의 문항 수가 10개 이하라는 점을 고려해 볼 때, 받아들여질 만한 수준이라고 사료된다.

< 표 4 > 문항 내적 합치도

SCALE	internal consistency	항목 수
Self-Reflectiveness	.773	9
Self-Certainty	.559	6

2.2. 검사-재검사

정신분열병 환자 30명을 대상으로 시행한 한국어판 BCIS의 검사-재검사 신뢰도는 .763($p < .01$) 이었고, 자기-반성척도는 .759($p < .01$), 자기-확실성 척도는 .619($p < .01$)로 만족할 만한 수준의 검사-재검사

신뢰도를 보였다.

< 표 5 > 검사-재검사 신뢰도

SCALE	신뢰도	항목 수
Self-Reflectiveness	.759**	9
Self-Certainty	.619**	6
총점	.763**	15

** p<.01,

3. 타당도 검증

3.1. 수렴 타당도

수렴 타당도 평가를 위해서 타당도와 신뢰도가 입증된 다른 병식평가척도인 SUMD, ITAQ의 총점과 SUMD 각 항목간의 상관관계를 구하여 보았다. 또한, PANSS의 판단과 병식 결여 문항과의 상관관계도 구하여 보았다. SUMD 총점은 문항 1,2,3의 합으로 계산되었다. BCIS 총점은 ITAQ 총점, SUMD 총점, 그리고 SUMD의 각 하위 목록인 정신장애인식, 결과의 인식, 약물효과의 인식, 사고장애의 인식, 무감동한 정서의 인식, 무쾌감증의 인식, 비사회성의 인식과 유의한 상관을 보였다. BCIS의 하위 척도인 자기-반성 척도는 ITAQ 총점, SUMD 총점, 그리고 SUMD의 각 하위 목록인 정신장애인식, 결과의 인식, 약물효과의 인식, 사고장애의 인식, 무감동한 정서의 인식, 무쾌감증의 인식, 비사회성의 인식과 유의한 상관을 보였다. <표 6>

< 표 6 > BCIS와 다른 척도와의 상관

	자기반성	자기확실성	총점
병식과치료태도총점 (ITAQ 총점)	.536**	-.004	.530**
판단과 병식의 결여 (PANSS의 G12)	-.432*	.150	-.585**
SUMD문항1 (정신 장애 인식)	-.528**	.023	-.533**
SUMD문항2 (결과 인식)	-.543**	-.083	-.488**
SUMD문항3 (약물 효과 인식)	-.362**	.090	-.408**
SUMD문항4 (환각 인식)	-.181	-.089	-.127
SUMD문항5 (망상 인식)	-.016	.101	-.074
SUMD문항6 (사고 장애 인식)	-.357*	-.077	-.307*
SUMD문항7 (무감동 인식)	-.447**	-.237	-.304*
SUMD문항8 (무쾌감증 인식)	-.459**	-.047	-.425**
SUMD문항9 (비사회성 인식)	-.407**	-.099	-.344*
임상적병식총점 (SUMD 총점)	-.543**	.006	-.538**

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

3.2. 구성 타당도

BCIS 한국어판의 각 척도간의 상관을 살펴 보았는데, 자기-반성 척도 점수와 총점간의 상관은 .834였고, 자기-확실성척도 점수와 총점간의 상관은 -.312였다. 자기-반성척도와 자기-확실성 척도 간의 상관은 .263이었다.

< 표 7 > BCIS의 하위 척도 간 상관

	자기반성	자기확실성	총점
자기반성	1		
자기확실성	.263	1	
총점	.834**	-.312*	1

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

또한, 각 척도의 평균과 문항간의 상관을 살펴 보았는데, 자기-반성척도와 각 문항인 1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14, 15 번과의 상관은 0.459에서 0.808 이었다. 4번 문항이 다소 낮게 나왔다.

< 표 8 > BCIS의 자기반성 척도와 각 문항간의 상관

문항	자기반성척도
BCIS문항1	.560**
BCIS문항3	.560**
BCIS문항4	.459**
BCIS문항5	.660**
BCIS문항6	.808**
BCIS문항8	.544**
BCIS문항12	.574**
BCIS문항14	.549**
BCIS문항15	.660**

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

자기-확실성 척도와 각 문항인 2, 7, 9, 10, 11, 13번과의 상관은 .309에서 .795였으며, 10번과 11번 문항이 자기-확실성 척도와 다소 상관이 낮

게 나왔다.

< 표 9 > BCIS의 자기-확실성 척도와 각 문항간의 상관

문항	자기확실성
BCIS문항2	.527**
BCIS문항7	.511**
BCIS문항9	.707**
BCIS문항10	.429**
BCIS문항11	.309*
BCIS문항13	.795**

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

3.3. 요인분석

원저자의 연구결과에서 나타난 2개 요인으로 추출하는 방법을 사용하였다. 문항분석을 하여, 문항 내용과 문항-총점 상관을 고려하여, 문항 분석을 하였고, 문항 분석 시에 제거된, 4번 문항, 10번 문항과 11번 문항은 포함시키지 않았

다.

요인 개수를 2개로 가정하고 주요인 분석, varimax 방식의 요인 회전을 하여 요인을 추출하였다. 2개 요인이 설명하는 총 변량은 45.65% 였다. 요인 부하량 .40 이상인 경우만 채택하여 표에 제시하였다. 요인 계수 행렬은 제안된 2 요인 구조 모델이 적절함을 나타내고 있다.

< 표 10 > 한국판 BCIS의 요인구조

각 하위 척도별 문항		요인계수	
제 1요인: 설명변량 26.35%		1	2
문항6	내가 진실이라고 확신하였던 생각들 중 일부는 나중에 잘못된 것으로 드러났다.	.807	
문항5	굉장히 실제적이라고 여긴 어떤 경험들은 아마도 나의 상상 때문에 일어났을 것이다.	.766	
문항15	내가 하는 이상한 경험들은 아마도 내가 지나치게 동요되거나 스트레스를 받기 때문에 일어난 것일 것이다.	.696	
문항1	가끔 나는 다른 사람이 나를 대하는 태도를 오해한다.	.607	
문항3	내가 겪은 기이한 경험들의 원인을 나보다 다른 사람들이 더 잘 이해할 수 있다.	.587	
문항12	나는 나의 경험들에 관한 다른 사람들의 의견을 믿을 수가 없다.	.504	
문항14	사람들이 왜 그렇게 행동하는가에 대해서는 한 가지 이상으로 설명할 수 있다.	.460	
문항8	내가 옳다고 강하게 느낀다 하더라도, 내가 틀릴 수 있다.	.428	
제 2요인: 설명변량 19.30%			
문항9	나는 나의 문제가 무엇인지 어느 누구보다도 더 잘 안다.	.809	
문항13	나는 항상 나 자신의 판단을 믿을 수 있다.	.791	
문항2	나는 내가 경험하는 것들을 항상 정확하게 해석한다.	.581	
문항7	만약 어떤 것이 옳다고 느껴지면 그것은 옳다는 뜻이다.	.513	

요인추출 방법: 주성분 분석. 회전 방법: Kaiser 정규화가 있는 베리맥스.

a 3 반복계산에서 요인회전이 수렴되었습니다.

4. 병식과 신경심리기능과의 관련성

BCIS와 SUMD가 어떤 신경심리기능과 관련되는지 알아보기 위해 피어슨 상관법을 실시하였다.

인지적 병식을 측정하는 BCIS 총점과 각 하위척도는 시공간 구성능력과 시각 기억을 측정한다고 알려진 Rey 도형검사의 점수와 유의미한 상관이 없었다. 또한, 임상적 병식을 측정하는 SUMD 총점도 Rey 도형검사의 점수와 유의미한 상관이 없었다. 여기서 모사 점수는 자극 도형을 얼마나 정확한 위치에, 정확하게 모사하였는지에 대한 점수이다.

< 표 11 > Rey 도형 검사(RCFT)와 병식 척도와의 상관

	자기반성	자기확실성	인지적 병식총점	임상적 병식총점
RCFT				
모사 점수	-.265	.043	-.339	.260
즉시회상 점수	.086	.298	-.069	-.080
지연회상 점수	.027	.235	-.103	-.221

인지적 병식 척도인 BCIS의 총점과 각 하위 척도는 실행기능을 측정한다고 알려진 위스콘신 카드분류 검사 점수와 유의미한 상관이 없었다. 또한, 임상적 병식 척도인 SUMD의 총점도 위스콘신 카드분류검사 점수와 유의미한 상관이 없었다.

< 표 12 > 위스콘신 카드 분류 검사와 병식 척도와의 상관

	자기반성	자기확실성	인지적 병식총점	임상적 병식총점
WCST				
정반응 수	.085	.129	.027	-.258
오반응 수	-.024	-.038	-.006	.272
보속 오류율	.130	.207	.035	-.001
완성된 범주 수	-.012	0.91	-.067	-.265

인지적 병식 척도인 BCIS의 자기반성 하위 척도와 정신적 유연성 및 실행기능을 측정한다고 알려진 선로잇기 검사 파트 B의 수행시간과 유의미한 부적 상관이 있었다. 즉, 자기 반성 점수가 높을 수록 TMT B 수행시에 더 적은 시간이 걸리는 것과 연관된다. 특히, TMT B를 수행하기 위해서는 인지적 틀을 전환하는 능력이 필요하다. 임상적 병식 척도인 SUMD의 총점은 선로잇기 검사 파트 A와 유의미한 상관이 있었다. <표 13>

<표13> 선로 잇기 검사(TMT)와 병식 척도와의 상관

	자기반성	자기확실성	인지적 병식총점	임상적 병식총점
TMT				
파트 A의 수행시간	-.266	-.082	-.269	.627**
파트 B의 수행시간	-.462*	-.417	-.309	.268
파트 A의 오류 수	.171	-.059	.237	-.301
파트 B의 오류 수	-.273	-.223	-.197	.179

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

인지적 병식 척도인 BCIS의 자기확실성 척도와 언어적 유창성을 평가하는 통제된 구어 연상 검사의 음소적 유창성 점수와 유의미한 상관이 있었다. 그러나, 임상적 병식 척도와는 유의미한 상관이 없었다.

<표14> 통제된 구어 연상 검사(COWA)와 병식 척도와의 상관

	자기반성	자기확실성	인지적 병식총점	임상적 병식총점
COWA				
음소적 언어 유창성 점수	.278	.444*	.074	-.144
범주적 언어 유창성 점수	.357	.291	.257	-.164

* p<.05

인지적 병식 척도인 BCIS의 총점과 각 하위 척도는 실행기능을 측정한다고 알려진 Stroop검사의 점수와 유의미한 상관이 없었다. 또한, 임상적 병식 척도인 SUMD의 총점도 stroop검사 점수와 유의미한 상관이 없었다.

<표15> STROOP과 병식 척도와의 상관

	자기반성	자기확실성	인지적 병식총점	임상적 병식총점
<u>STROOP</u>				
글자 읽기 수행 시간	-.300	-.110	-.293	.345
색깔 읽기 수행 시간	-.058	-.090	-.017	-.092
글자 읽기 오류 수	-.208	-.129	-.173	.256
숫자 읽기 오류 수	-.021	-.237	.111	-.173

** p<.01

인지적 병식 척도인 BCIS의 자기확실성 척도는 선택적 주의력을 측정한다고 알려진 D2검사의 집중력 점수와 유의미한 상관이 있었다. 집중력 점수는 수행 속도와 수행의 정확성을 통합해 주는 지표로 알려져 있다. 그러나 임상적 병식 척도의 점수와는 상관이 없었다.

<표16> D2와 병식 척도와의 상관

	자기반성	자기확실성	인지적 병식총점	임상적 병식총점
D2				
오류1 (2개의 점이 있는 d에 표시하지 않은 오류)	.141	.051	.138	-.196
오류2 (d이외의 다른 철자에 반응한 오류)	.129	-.142	.236	-.120
총 오류 수	.150	.015	.170	-.196
총반응-오류점수	-.017	.379	-.239	-.232
집중력	.145	.568**	-.154	-.115
변동률	-.087	-.014	-.095	.224

* p<.05

인지적 병식 척도의 자기-반성 하위 척도는 어의적 기억과 시지각 기억을 측정한다고 알려진 숫자 있는 시계 읽기 점수와 유의미한 상관이 있었다. 임상적 병식 척도의 총점과는 유의미한 상관이 없었다.

< 표 17 > CLOCK과 병식 척도와의 상관

	자기만성	자기확실성	인지적 병식총점	임상적 병식총점
CLOCK				
숫자 없는 시계읽기	.088	-.055	.136	.199
숫자 있는 시계읽기	.445*	.237	.393	-.295
시계 그리기 총합	.356	.100	.365	-.340

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

인지적 병식 척도의 총점은 언어적 기억 측정을 평가한다고 알려진 K-CVLT 계열적 군집과 상관이 있었다. <표 18>

< 표 18 > K-CVLT와 병식 척도와의 상관

	자기반성	자기확실성	인지적 병식총점	임상적 병식총점
<u>K-CVLT</u>				
1차 자유회상 수	.025	.009	.025	.097
5차 자유회상 수	-.232	-.212	-.154	-.090
1차-5차 자유회상 수	-.333	-.306	-.219	.081
간접목록 자유회상점수	.274	.300	.152	-.184
단기 지연 자유회상 점수	-.239	-.180	-.180	.103
장기 기억 자유회상점수	-.220	-.366	-.051	.192
장기기억/단기기억 (%)	.092	-.106	.170	.003
재인 점수	.050	.169	-.038	-.281
의미적 군집	.189	.084	.176	-.071
계열적 군집	-.346	.042	-.435*	.003

* p<.05

인지적 병식 척도의 자기 확실성 점수와 K-WAIS의 지능 간에는

유의미한 상관이 있었다. 또한, 자기 확실성 점수는 K-WAIS의 하위 검사 중 병전 지능을 추정하는데 사용되는 어휘, 토막짜기 소검사와 주의집중 능력을 측정하는 산수문제와 유의미한 상관이 있었고, 언어성 지능과도 유의미한 상관이 있었다.

임상적 병식 척도와 K-WAIS 점수 간에는 유의미한 상관이 없었다.

<표 19 > K-WAIS와 병식 척도와의 상관

	자기반성	자기확실성	인지적 병식총점	임상적 병식총점
K-WAIS				
어휘	.281	.468*	.065	.053
숫자 외우기	.186	.128	.147	.027
차례맞추기	.130	.159	.064	.150
토막짜기	.350	.433*	.167	-.170
산수문제	.404	.619**	.123	-.282
언어성 지능	.256	.553**	-.014	-.050
동작성 지능	.263	.321	.128	-.005
지능의 총합	.253	.555**	-.019	.035
IQ	.264	.489*	.032	.079

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

5. 병식과 증상과의 관련성

인지적 병식 척도의 총점은 정신분열병 환자의 증상을 측정하는 PANSS의 총점 및 일반정신병리소척도 점수와 유의미한 부적 상관이 있었고, 임상적 병식 척도의 총점과는 유의미한 정적 상관을 보였다.

<표 20> PANSS와 병식 척도와의 상관

	자기반성	자기확실성	인지적 병식총점	임상적 병식총점
PANSS				
양성증후군	-.249	.136	-.327	.167
음성증후군	-.176	.154	-.263	.262
일반정신병리	-.256	.181	-.359*	.364*
PANSS 총점	-.268	.182	-.371*	.315

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

인지적 병식 척도의 총점은 PANSS의 양성 증후군을 측정하는 소척도의 하위 문항인 망상과 부적 상관이 있었다.

<표 21> PANSS의 양성증후군 소척도와 병식 척도와의 상관

	자기반성	자기확실성	인지적 병식총점	임상적 병식총점
PANSS(양성)				
망상	-.289	.137	-.378*	.215
개념와해	-.258	.072	-.302	.241
환각행동	-.158	.270	-.306	.002
흥분	-.187	.032	-.209	-.001
과대성	-.117	.112	-.179	.321
의심/피해	-.187	.014	-.198	.107
적개심	-.127	.002	-.131	.017
양성증후군 총점	-.249	.136	-.327	.167

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

인지적 병식 척도의 총점은 PANSS의 음성 증후군 척도의 하위 문항인 상동적 사고의 점수와 유의미한 부적 상관이었다. 이것은 인지적 병식이 있을 수록, 상동적 사고 증상이 적은 것이 관련성이 있다는 것을 의미한다.

<표 22> PANSS의 음성증후군 소척도와 병식 척도와의 상관

	자기반성	자기확실성	인지적 병식총점	임상적 병식총점
PANSS(음성)				
둔마된 정동	-.010	.236	-.136	.189
감정적 위축	-.080	.234	-.207	.175
빈약한 신뢰감	-.191	.226	-.317	.109
사회적 위축	-.071	.098	-.125	.278
추상적 사고의 어려움	-.168	-.117	-.110	.207
자발성의 부족	-.194	.202	-.306	.283
상동적 사고	-.320	.057	-.358*	.305
음성증후군 총점	-.176	.154	-.263	.262

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

인지적 병식 척도의 총점은 PANSS의 일반정신병리 증후군의 상동행동, 비협조성, 판단력/병식의 부족, 몰입행동과 유의미한 부적 상관을 보였다. 인지적 병식 척도의 하위 척도인 자기반성 척도는 상동행동, 판단력/병식의 부족과 유의미한 부적 상관을 보였다.

<표 23> PANSS의 일반정신병리증후군 소척도와 병식 척도와의 상관

	자기반성	자기확실성	인지적 병식총점	임상적 병식총점
PANSS(일반)				
신체적 염려	-.109	-.046	-.087	.188
불안	-.274	-.001	-.280	.036
죄책감	.041	-.211	.155	.101
긴장	-.299	-.027	-.291	.233
상동행동	-.369*	-.023	-.365*	.202
우울	-.090	-.038	-.072	.181
운동지체	-.235	.087	-.287	.039
비협조성	-.301	.119	-.371*	.118
이상한 사고 내용	-.153	.295	-.314	.012
지남력	-.082	.154	-.167	.310
주의 장애	-.128	.200	-.238	.007
판단력/병식의 부족	-.414*	.209	-.535**	.303
의지 장애	-.190	.044	-.217	.233
빈약한 충동 조절	-.083	-.031	-.069	-.048
몰입행동	-.208	.319	-.384*	.165
사회적 회피	-.015	.108	-.073	.306
일반정신병리 총점	-.256	.181	-.359*	.364*

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

V. 논의 및 제언

이 연구의 첫 번째 목적은 국내의 정신분열병 환자를 대상으로 한국판 BCIS척도의 신뢰도와 수렴타당도, 구성타당도를 측정함으로써, 한국판 BCIS를 국내 정신분열병 환자에게 적용할 수 있는 표준화된 검사로 발전시킬 수 있는 기초자료를 얻는데 있었고, 또 다른 목적은 Beck이 병식의 개념을 인지적 병식과 임상적 병식으로 구분함에 따라, 한국판 인지적 병식 척도와 기존의 임상적 병식 척도가 각각 어떤 신경심리기능 및 증상과 관련되는지를 알아보는 것이었다.

정신분열병 환자를 중심으로 한국판 BCIS 척도를 개발한 이유는 다른 질환과 달리 이 환자들에게서 병식 부족이 특징적이라는 점에서, 정신분열병 환자의 병식척도가 필요하다고 생각되었기 때문이다.

이러한 목적과 부합되게, BCIS는 정신분열병 환자에게 특징적인 인지적 병식 부족, 즉 이상한 경험과 잘못된 귀인과 해석에 관해 재평가 하는 인지적 과정의 결함을 측정할 수 있다.

연구의 결과에서 나온 내용을 토대로 한국판 BCIS의 신뢰도, 타당도 및 요인구조를 논의하면 다음과 같다.

한국판 BCIS의 하위 척도인 자기-반성 척도와 자기-확실성 척도의 내적 합치도(Cronbach alpha)는 각각 .773과 .559으로, 원척도의 문항내적합치도인 .68과 .60과 비슷한 수준이었다. 또한, 문항 분석에 의해 4번, 10번, 11번 문항 제거시, 내적 합치도는 .776, .663로 높아졌다. 원척도의 내적합치도가 .70이하의 수준이나 이는 각 척도의 문항 수가 10개 이하라는 점에서 받아들여질 만한 수준이라고 언급하고 있다(Beck et al., 2004). 따라서, 한국판 BCIS는 인지적 병식의 일관된 측면을 측정하고 있다고 보여진

다. Beck과 그의 동료들의 연구에서는 검사-재검사 신뢰도를 제시하고 있지 않으나, 본 연구의 결과에 따르면, .76으로 비교적 양호하다고 할 수 있다.

한국판 BCIS와 이미 널리 쓰이는 다른 병식 척도인 SUMD, ITAQ와의 상관성을 측정한 결과, BCIS 총점과 다른 병식 척도의 총점간의 중간 정도의 상관을 보였다. 이것은 예상한 바대로, 인지적 병식 척도인 BCIS가 병식을 측정하고 있으나, 임상적 병식 척도인 SUMD나 ITAQ와 달리 병식의 다른 측면을 측정하고 있다는 것을 시사한다. 즉, 임상적 병식인 SUMD는 병이 있다는 정보적인 측면의 지식을 측정하는 반면에, 인지적 병식인 BCIS는 자신의 지식에 의문을 가지고 새로운 정보를 받아들이는 경향성을 측정한다.

구성 타당도를 검증하기 위해, 각 척도간의 상관을 연구한 결과, 자기-반성 척도는 BCIS 척도의 총점과 상관이 높은 반면, 자기-확실성 척도는 부적 상관을 나타냈다. 이것은 Beck이 가정한 “자신의 믿음에 대해 가지는 자기 확실성이 자기-반성 하게 되는 능력을 감소시킬 것이다.” 라는 가설을 지지하는 것이다. 또한, 각 척도의 평균과 문항간의 상관을 측정한 결과, 자기 반성 척도의 4번 문항 “나는 지나치게 빨리 결론을 내린다” 와 자기 확신 척도의 10번, 11번 문항인 “사람들이 내 생각에 동의하지 않을 때, 그들이 틀린 경우가 대부분이다”, “나는 나의 경험들에 관한 다른 사람들의 의견을 믿을 수가 없다.” 의 문항과는 다소 낮은 상관을 보였다.

앞에서 언급한 것처럼, 문항 분석에 의해 4번, 10번, 11번 문항을 제거한 척도를 가지고 요인분석을 실시 하였다. 한국판 BCIS의 요인구조를 확인하기 위해 실시한 요인분석에서는 기존의 연구와 마찬가지로, 2개의 요인으로 추출했을 때 요인 부하량 .40 이상의 항목들을 추출한 결과 2가지 요인에

속하는 항목들은 원래 저자의 척도와 비교해서 항목들이 일치하는 결과를 보였다. 각 항목별의 요인부하량에 차이는 있었지만 각 요인에 속하는 요인들은 Beck 등의 요인분석 결과를 지지하고 있다. 이는 한국판 BCIS 척도도 원척도와 마찬가지로 이론적 근거와 가설에 충실하다는 것을 뒷받침해준다고 추론해 볼 수 있다.

인지적 병식과 임상적 병식이 어떤 신경심리 기능과 관련되는지를 연구한 결과를 논의하면 다음과 같다.

인지적 병식 척도인 BCIS의 자기-반성 척도가 실행기능을 측정한다고 알려진 선로 잇기 검사의 파트 B와 유의미한 상관을 보였고, 임상적 병식 척도인 SUMD는 선로 잇기 검사의 파트 A와 유의미한 상관을 보였다. 특히 선로잇기 검사의 파트 B가 실행기능을 측정하는 것으로 알려져 왔으며, 이러한 결론은 인지적 병식이 임상적 병식과 비교해 보다 실행기능과 관련될 것이라는 것을 지지해 준다. 그러나, 실행기능을 측정한다고 알려진 위스콘신 카드 분류 검사나 Stroop 검사와는 유의미한 상관을 보이지 않다. 이는 실행기능을 측정하는 검사들이 실행기능의 서로 다른 측면을 측정하고 있기 때문인 것으로 보여진다.

실행기능은 다차원적인 구성개념으로써, 효과적이고 맥락적으로 적절한 행동에 필수적인 시작(initiation), 계획하기(planning), 가설 설정(hypothesis generation), 인지적 유연성(cognitive flexibility), 의사 결정(decision making), 조절(regulation), 판단(judgement), 피드백 사용(feedback utilization), 자기-지각(self-perception)을 포함하는 다양한 상위 인지 과정이다.

TMT, WCST, Stroop 검사는 각각 정신적 유연성, 문제 해결 능력, 습관적인 반응의 억제 측면의 실행기능과 관련되며, 실행기능의 어떤 측면과 자기

-반성 능력이 관련되는지는 추후의 연구가 필요하다.

본 연구는 높은 병식이 지능과 관련된다는 기존의 연구와 달리, 본 연구에서는 지능이 인지적 병식을 낮추는 자기-확실성 척도와 정적 상관을 보였다.

또한, 자기-확실성 척도는 언어적 유창성을 평가하는 COWA검사, 어휘 소검사, 토막짜기 소검사, 산수문제 소검사와 언어성 지능과 관련이 있었으며, 선택적 주의력을 측정한다고 알려진 D2검사의 집중력 점수와도 관련이 있었다. 이러한 결과로 유추해 볼 때, 자기 확실성은 병전 지능, 언어 능력과 주의력 또는 집중력과 관련이 있을 것이라고 추론 해 볼 수 있다.

인지적 병식과 임상적 병식이 정신분열증의 어떤 증상과 관련되는지 연구한 결과를 논의하면 다음과 같다. 인지적 병식 척도의 총점은 정신분열병 환자의 증상을 측정하는 PANSS의 총점 및 일반정신병리소척도 점수와 유의미한 부적 상관이 있었고, 임상적 병식 척도의 총점과 일반정신병리소척도 점수와는 유의미한 정적 상관을 보였다. 즉, 인지적 병식과 임상적 병식이 있을 수록, 일반정신병리의 증상들이 적은 것과 관련성이 있었다. 세부적으로, 인지적 병식은 일반정신병리 증후군의 상동행동, 비협조성, 판단력/병식의 부족, 몰입행동과 관련이 있었으며, 인지적 병식 척도의 하위 척도인 자기반성 척도는 상동행동, 판단력/병식의 부족과 관련이 있었다.

또한, 인지적 병식 척도의 총점은 PANSS의 양성 증후군을 측정하는 소척도의 하위 문항인 망상 그리고 PANSS의 음성 증후군 척도의 하위 문항인 상동적 사고의 점수와 관련이 있었다. 그러나, 임상적 병식은 음성 증상, 양성 증상과 관련성이 없었다.

즉, 인지적 병식은 양성 증상 중 망상, 부적 증상 중 상동적 사고, 일반 정신 병리의 상동 행동, 병식 부족, 비협조성, 몰입행동과 관련이 있었다.

요약하면, 본 연구는 한국판 BCIS 척도가 신뢰롭고 타당하며, 기존의 임상적 병식 척도와 달리 새로운 측면인 인지적 병식을 측정한다는 것과 Beck 등이 가정한 2요인 구조가 한국판 BCIS 척도에서도 타당하다는 것을 뒷받침 해 준다. 또한, 정신분열병 환자의 인지적 병식은 실행기능의 특정한 측면과 관련되며, 정신분열병의 일반정신병리 증후군 및 양적 증상 중 망상, 부적 증상 중 상동적 사고와 관련이 있었다.

이 연구의 제한점 및 앞으로의 연구 방향은 다음과 같다.

첫째, 연구 대상 표집에서, 연구 대상의 수가 적고, 한 지역으로 한정되어 있다는 점에서 본 연구 결과를 한국의 모든 정신분열병 환자에게 일반화 시키기에는 무리가 있다.

둘째, 병식에 영향을 줄 수 있는 여러 임상변인 및 인구학적 변인이 통제되지 못했다.

셋째, 인지적 병식 척도의 타당도 검증이 보다 다양한 측면에서 이루어져야 할 것이다.

넷째, 인지적 병식이 정신분열병 환자에게서 특징적이라는 점에서 정신병 증상이 없는 우울증이나 다른 임상집단과의 비교 연구가 더 이루어져야 할 것이다.

다섯째, 앞으로의 연구에 의해 BCIS의 하위 척도에 속하는 문항을 추가적으로 개발하는 것이 필요할 것이다.

여섯째, BCIS의 자기 반추가 실행기능의 특정한 측면과 관련되고, 인지적 병식을 낮추는 자기 확신 척도가 언어 유창성, 높은 지능과 관련있다는 본 연구 결과에 따라, 이에 대한 추후의 연구가 필요할 것이다.

참고 문헌

- 김보연, 이창욱, 박종원(1993). 정신분열병 환자의 병식에 대한 정신병리와 약물순응도의 관계. 신경정신의학회지, 32(3), 373-380.
- 박종득, 송지영(1997). 정신분열증 환자의 병식획득과 인격특성. 한국 신경정신 의학회지, 36(5), 804-811.
- 백상빈, 김진학, 심진현, 신영철, 노경선, 이시형(1997). 정신분열병 환자의 다차원적 병식과 치료성과. 정신병리학회지, 6(2), 263-271.
- 정두훈, 송지영, 염태호, 윤도준, 반건호, 김종우(1998). 정신분열병 환자의 병식과 정신병리. 신경정신의학회지, 37(6), 1013-1022.
- 김도영, 윤관수(2000). 정신분열병 환자의 병식과 인지장애의 관련성. 정신병리학회지, 9(1), 27-35.
- 강여화, 김봉조, 손진욱(2001). 만성 남자 정신분열병 환자의 병식 정도와 기질 및 성격 유형과의 관계. 신경정신의학회지, 40(5), 908-922.
- 유희정, 윤도준, 신영우, 반건호, 김종우(1999). 정신분열병 환자의 삶의 질과 병식. 신경정신의학회지, 38(2), 340-348.
- 범재명, 송지영, 박종득(1999). 정신분열병 환자의 치료자-환자 상호작용과 병식. 정신병리학회지, 8(2), 215-222.
- 기백석, 이철원(1995). 한국판 노인 우울 척도의 표준화 예비연구. 신경정신의학회지, 34(6), 1875-1885.
- 김진훈, 임선진, 윤해주(2004). 한국어판 정신증 병식평가척도의 신뢰도와 타당도 검증. 정신분열병치료학회지, 7(1), 15-22.
- 이길자, 안효자(2002). 정신분열병 환자의 자기관찰 비디오가 병식에 미치는 효과. 정신간호학회지, 11(1), 89-97.

- 이중서, 안용민, 신현균, 안석균, 주연호, 김승현, 윤도준, 조경형, 구영진, 이지연, 조인희, 박영환, 김광수, 김용식(2001). 한국판 양성 및 음성 증후군 척도의 신뢰도와 타당도. *신경정신의학회지*, 40(6), 1090-1105.
- 정희연, 주연호, 신현균, 정은기, 강웅구, 노명선, 김용식(2002). 한국판 리버풀 항정신병약물 부작용 평가 척도(LUNSERS)의 표준화 연구. *신경정신의학회지*, 41(1), 138-145.
- Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A., Warman, D.M.(2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia research*, 68, 319-329.
- Pedrelli, P., Mcquaid, J.R., Granholm, E., Patterson, T.L., McClure, F., Beck, A.T., Jeste, D.V.(2004). Measuring cognitive insight in middle-aged and old patients with psychotic disorders. *Schizophrenia research*, 71, 297-305.
- Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C., Strauss, D.H., Yale, S.A., Clack, S.C., Gorman, J.M.(1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 826-836.
- Carpenter, W.T., Strauss, J.S., Bartko, J.J.(1973). Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Science*, 182, 1274-1278.
- David, A., Buchanan, A., Reed, A., Almeida, O.(1992). The assessment of insight in psychosis. *British Journal of*

- Psychiatry, 161, 599–602.
- Markova, I.S., Roberts, K.H., Gallagher, C., Boos, H., McKenna, P.J., Berrios, G.E.(2003). Assessment of insight in psychosis: a re-standardization of a new scale. *Psychiatry research*, 119, 81–88.
- Cuesta, M.J., Peralta, V.(1994). Lack of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 359–366.
- Cuesta, M.J., Peralta, V., Zarzuela, A.(2000). Reappraising insight in psychosis : Multi-scale longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 177, 233–240.
- Stuss, D.T., Benson, D.F.,(1986). *The frontal lobes*. New York: Raven Press; 1986.
- David, A.S., Os, J., Johns, P., Harvey, I., Forester, A., Fahy, T.(1995). Insight and psychotic illness: cross-sectional and longitudinal associations. *British Journal of Psychiatry*, 167, 621–8.
- David, A.S.(1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798–808.
- Lysaker, P., Bell, M.(1994). Insight and cognitive impairment in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 656–660.
- Laroi, F., Fannemel, M., Ronneberg, U., Flekkoy, K., Opjordsmoen, S., Dullerud, R., Haakonsen, M.(2000). Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to

- structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 100, 49–58.
- Goodman, C., Knoll, G., Isakov, V., Silver, H.(2005). Insight into illness in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 284–290.
- Mintz, A.R., Dobson, K.S., Romney, D.M.(2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61, 75–88.
- Drake, R.J., Lewis, S.W.(2003). Insight and neurocognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62, 165–173.
- Sturman, E.D., Sproule, B.A.(2003). Toward the development of a Mood Disorders Insight Scale: modification of Birchwood's Psychosis Insight Scale. *Journal of Affective Disorders*, 77, 21–30.
- Sanz, M., Constable, G., Lopez-Ibor, I., Kemp, R., David, A.S. (1998). A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychological Medicine*, 28, 437–446.
- Nakano, H., Terao, T., Iwata, N., Hasako, R., Nakamura, J., (2004). Symptomatological and cognitive predictors of insight in chronic schizophrenia. *Psychiatry Research*, 127, 65–72.
- Cuesta, M.J., Peralta, V., Zarzuela, A.(2000). Reappraising insight in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 223–240.
- McEvoy, J.P., Freter, S., Everett, G., Geller, J.L., Appelbaum, P.,

Apperson, L.J., Roth, L.(1989). Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. Journal of Nervous and Mental Disease, 177, 48-51.

사이트

<http://www.schizophrenia.com/insightbiology.htm>

The Neurological Basis for Impaired Insight in Schizophrenia : A Review of the Research.

ABSTRACT

A Preliminary Study for the Development of the Korean version of Beck Cognitive Insight Scale

Yu-La, Kim

**The Department of Psychology
Graduate School of
Sungshin Women's University**

The purposes of this study were to develop a Korean version of Beck Cognitive Insight Scale(Beck et al., 2004), and to examine the reliability and validity of it. In addition, this study investigated the relationships between cognitive insight and clinical insight, and between insight, neuropsychological function and symptoms of schizophrenia.

Participants were 50 inpatients and outpatients with schizophrenia who completed a battery of measures consisting of insight scales, neuropsychological tests and PANSS.

The results indicate that a Korean version of the Beck Cognitive Insight Scale(BCIS) is a reliable and valid instrument for the assessment of cognitive insight. The Self-reflectiveness of BCIS correlated with specific aspect of executive function of

schizophrenia. There were significant associations between total score of BCIS and delusion, stereotyped thinking, general psychopathology and total score of the PANSS.

부 록

1. 일반적인 사항

2. BCIS 설문지

3. SUMD 설문지

4. ITAQ 설문지

일반적인 사항 설문지

성명	성별 <input type="checkbox"/> 1 = 남자 <input type="checkbox"/> 2 = 여자	병력번호	연령	만세
생년월일	년 월 일	주민등록번호	-	

학력	<input type="checkbox"/> 1 = 무학 <input type="checkbox"/> 2 = 초졸 <input type="checkbox"/> 3 = 중졸 <input type="checkbox"/> 4 = 고재 <input type="checkbox"/> 5 = 고졸 <input type="checkbox"/> 6 = 대재 <input type="checkbox"/> 7 = 2년제 대졸 <input type="checkbox"/> 8 = 4년제 대졸 <input type="checkbox"/> 9 = 대학중퇴 <input type="checkbox"/> 10 = 대학원재 <input type="checkbox"/> 11 = 대학원졸 <input type="checkbox"/> 12 = 기타:()			교육연한	년
직업	<input type="checkbox"/> 1 = 무직 <input type="checkbox"/> 2 = 학생 <input type="checkbox"/> 3 = 주부 <input type="checkbox"/> 4 = 단순노무직 <input type="checkbox"/> 5 = 영업직 <input type="checkbox"/> 6 = 서비스업 <input type="checkbox"/> 7 = 전문직 <input type="checkbox"/> 8 = 사무직 <input type="checkbox"/> 9 = 관리직 <input type="checkbox"/> 10 = 생산직 <input type="checkbox"/> 11 = 농업 <input type="checkbox"/> 12 = 축산업 <input type="checkbox"/> 13 = 임업 <input type="checkbox"/> 14 = 기타: ()				
종교	<input type="checkbox"/> 1 = 미혼 <input type="checkbox"/> 2 = 초혼 <input type="checkbox"/> 3 = 재혼 <input type="checkbox"/> 4 = 이혼 <input type="checkbox"/> 5 = 사별 <input type="checkbox"/> 6 = 기타:()			종교	<input type="checkbox"/> 1 = 기독교 <input type="checkbox"/> 2 = 천주교 <input type="checkbox"/> 3 = 불교 <input type="checkbox"/> 4 = 기타:() <input type="checkbox"/> 5 = 없음
손잡이	R/L [/12]	<input type="checkbox"/> 1 = 글씨 <input type="checkbox"/> 2 = 공차기 <input type="checkbox"/> 3 = 라켓잡기 <input type="checkbox"/> 4 = 성냥불켜기 <input type="checkbox"/> 5 = 가위질 <input type="checkbox"/> 6 = 바늘에 실 꿰기 <input type="checkbox"/> 7 = 뭇과 망치질 <input type="checkbox"/> 8 = 칫솔질 <input type="checkbox"/> 9 = 빗자루질 <input type="checkbox"/> 10 = 삼질하기 <input type="checkbox"/> 11 = 화투(카드)패돌리기 <input type="checkbox"/> 12 = 병따기			
SES	부모	Class			
	본인	I. 대졸이상, 최고수입 (성공한 사업가 등 상류층) II. 어느 정도 인생에 성공, 여유있는 생활이나 부를 축적할 정도는 아님 III. 고졸 이상 준전문직, 직업은 확고하나 생활은 비교적 안정 IV. 외판, 기술직 등으로 저축하려 노력하나 잘 안되는 형편 V. 박봉의 월급, 쪼들리는 형편, 중졸 혹은 그 미만 (Hollnshed & Redlich 분류)			
Age of Onset	세 (년경)	Duration of Illness	년		
입원횟수(현재포함)	회	재발횟수			

Beck Cognitive Insight Scale(BCIS)

이름: 병록번호: 검사 일시: 년 월 일

사람들이 어떻게 생각하고 느끼는지에 대한 문장들이 아래에 있습니다.

각 문장들을 주의 깊게 읽어 주세요.

각 문장에 대해 어느 정도 동의 하는지를 아래의 네 가지 중에서 하나를 골라 O표 해 주세요.

	질문	전혀 동의 하지 않는 다	약 간 동 의 한 다	많 이 동 의 한 다	완 전 히 동 의 한 다
1	가끔 나는 다른 사람이 나를 대하는 태도를 오해한다.	1	2	3	4
2	나는 내가 경험하는 것들을 항상 정확하게 해석한다.	1	2	3	4
3	내가 겪은 기이한 경험들의 원인을 나보다 다른 사람들이 더 잘 이해할 수 있다.	1	2	3	4
4	나는 지나치게 빨리 결론을 내린다.	1	2	3	4
5	굉장히 실제적이라고 여긴 어떤 경험들은 아마도 나의 상상 때문에 일어났을 것이다.	1	2	3	4
6	내가 진실이라고 확신하였던 생각들 중 일부는 나중에 잘못된 것으로 드러났다.	1	2	3	4
7	만약 어떤 것이 옳다고 느껴지면 그것은 옳다는 뜻이다.	1	2	3	4
8	내가 옳다고 강하게 느낀다 하더라도, 내가 틀릴 수 있다.	1	2	3	4
9	나는 나의 문제가 무엇인지 어느 누구보다도 더 잘 안다.	1	2	3	4
10	사람들이 내 생각에 동의하지 않을 때, 그들이 틀린 경우가 대부분이다.	1	2	3	4
11	나는 나의 경험들에 관한 다른 사람들의 의견을 믿을 수가 없다.	1	2	3	4
12	만약 누군가 나의 신념들이 틀렸다고 지적한다면, 나는 기꺼이 그것을 고려할 것이다.	1	2	3	4
13	나는 항상 나 자신의 판단을 믿을 수 있다.	1	2	3	4
14	사람들이 왜 그렇게 행동하는가에 대해서는 한 가지 이상으로 설명할 수 있다.	1	2	3	4
15	내가 하는 이상한 경험들은 아마도 내가 지나치게 동요되거나 스트레스를 받기 때문에 일어난 것일 것이다.	1	2	3	4

