

알코올 의존자의 변화동기 평가: 변화단계 척도(SOCRATES) 개발연구

전 영 민[†]

한국음주문화연구센터 카프병원

본 연구는 한국판 SOCRATES(Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale: SOCRATES-K)를 제작하여 그 신뢰도와 타당도를 검증한 것이다. 원래 SOCRATES는 문제음주자들의 변화동기를 평가하도록 설계되었으나 SOCRATES-K는 한국의 실정에 맞추어서 알코올 의존자 및 남용자의 변화동기를 평가하도록 구성하였다. 개방병동 표집(N=81) 및 폐쇄병동 표집(N=61)에 대한 자료분석 결과, SOCRATES-K의 타당도와 신뢰도가 높은 것으로 나타났다. 요인분석 결과 회전 방법에 따른 차이가 없고 비교적 직교적인 3개 요인 즉, 인식, 실천 및 양가성 요인이 추출되었다. 인식 점수는 병식 및 문제심각도와 보통정도의 정적 상관이 있었고, 양가성 점수는 보통정도의 부적 상관이 있었다. 실천 점수는 음주갈망과 높지는 않지만 유의미한 상관을 보였다. 끝으로 본 연구의 제한점과 후속 연구를 위한 제안 사항들을 논의하였다.

주요어 : 변화단계, 변화동기, SOCRATES, 양가성, 알코올의존

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 전 영 민 / 한국음주문화연구센터 카프병원 / 경기도 고양시 일산구 백석동 1241
www.karf.co.kr / FAX : 031-810-9090 / E-mail : mmpi@korea.com

변화동기는 다면적인 구성개념으로써 효과적인 치료를 위해서 반드시 필요한 요인으로 간주되고 있다(Beckman, 1980; Dean, 1958). 변화동기에 대한 개념 중, 알코올 문제를 부인하는 방어기제와 관련시켜서 변화동기를 해석하는 관점이 있다. 즉, 부인이라는 방어기제 때문에 변화동기가 부족하게 되며, 이는 회복에 큰 장애물이 된다는 것이다(Clancy, 1961; Moore & Murphy, 1961). 이런 개념에서 본다면 환자들은 동기화된 집단과 동기화되지 않고 문제를 부인하는 집단으로 구분될 수 있다(Clancy, 1964; DiCicco, Unterberger, & Mack, 1978). 변화동기의 또 다른 개념으로 알려져 있는 “바닥치기(bottoming out)”는 발달론적 개념을 시사하는데 즉, 이제 변화 하지 않고는 견딜 수 없을 만큼 충분히 고통을 경험한 후에야 동기화되지 않은 상태에서 동기화된 상태로 이동한다는 것이다.

변화동기에 대한 또 다른 개념은 어떤 행동의 장점과 단점간의 균형이 변동하는 상태로 보는 관점이다(Janis & Mann, 1977). 이 관점에서 보면 동기상태는 하나 이상의 연속적 차원에 따라 변화하며, 사회적 환경내의 다양한 요인들이 동기변화에 영향을 미친다. 치료자의 유형과 환경적 특성들이 음주문제에 대한 변화동기에 큰 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다(Miller, 1985; Miller, Benefield, & Tonigan, 1993).

Prochaska와 DiClemente(1982, 1986)는 치료자 유형과 환경적 특성 중에서 후자의 영향을 주장하면서 연속적인 변화단계를 설명하는 초이론 모델(trans-theoretical model)을 개발하였다. 이 모델은 환자가 행동변화를 시작하고 유지하는 데 있어서 연속적인 변화단계를 밟게 된다고 보고 있다. 즉, 변화욕구가 없거나 문제에 대해 인식하지 못하는 숙고전(precontemplation) 단계, 문제인식이 증가하고 문제행동의 장점과 단점을 깊이 생각

하게 되는 양가성 혹은 숙고(ambivalence or contemplation) 단계(Miller & Rollnick, 1991, 2002), 현재 행동을 변화시키는 것이 더 이롭다는 결정을 내리게 되면서 변화를 결정하고 변화를 계획하는 준비(preparation) 단계(Prochaska & DiClemente, 1992; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992), 그리고 행동을 변화시키기 위해 노력하는 실행(action) 단계로 이동한다. 만약 이러한 초기의 노력이 성공한다면 유지(maintenance) 단계로 이동하는데, 이 단계에서는 이전의 행동유형으로 되돌아가는 것을 막기 위한 재발예방(Marlatt & Gordon, 1985) 행동들을 계속 실천하게 된다.

문제음주에 대한 변화동기는 다양한 방법으로 측정된다. 환자의 변화동기에 대한 치료자의 평가는 치료결과를 예측해주는 요인으로 밝혀졌다(Brown & Miller, 1993; cf. Leake & King, 1977). 구조화된 면담에서도 음주동기와 변화동기에 대한 개방형 질문을 포함시키고 있다(e.g., Miller & Marlatt, 1984). 결정균형(decisional balance)을 이용하는 접근법에서도 환자가 인식하고 있는 변화에 긍정적인 이유와 변화에 부정적인 이유에 대한 평가를 요구하고 있다(Janis 등, 1977). Rollnick 등(Heather, Rollnick, & Bell, 1993; Rollnick, Heather, Gold, & Hall, 1992)은 음주 변화준비도를 측정하는 척도를 개발하였다. 그리고 Cox, Klinger와 Blount(1991)는 목표중심적인 동기 구조화 질문지(Motivational Structure Questionnaire)에 대해 기술하였다.

Prochaska 등(1992)은 초이론 모델의 변화단계들을 측정하는(McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983) University of Rhode Island Change Assessment (이하 URICA)를 개발하였다. URICA는 일반적인 다양한 문제에 적용할 수 있도록 설계되었는데, 응답자에게 “당신의 문제”에 관한 일반적인 사항을 질문한다. URICA가 초이론 모델의 4개 변화

단계들에 상응하는 척도들(숙고전, 숙고, 실행 및 유지)을 제공하고 있지만, 응답자들에 대한 분석은 기본적으로 응답자들의 군집 프로파일에 초점을 맞추고 있다. 즉, 응답자들의 척도점수들에 대한 군집분석을 통하여 도출된 프로파일 유형에 기초해서 응답자에 대한 단계분석을 하고 있다.

한편 Miller와 Tonigan(1996)이 개발한 변화단계척도(Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 이하 SOCRATES)는 원래 Prochaska와 DiClemente가 기술한 변화단계에 대응되는 척도로 개발되었는데, 문항 수가 적으면서도 신뢰도와 타당도가 높았고, 문제음주자의 변화에 대한 동기수준을 평가하는 데 매우 유용한 도구로 밝혀졌다. 그러나 SOCRATES는 알코올 의존자보다는 문제음주자의 변화동기를 측정하는 방향으로 설계되어 있어서 국내의 입원치료 환경과는 달리 조금 줄여서 마시는 것도 변화로 간주될 수 있는 문제점을 가지고 있다. 국내 입원환자들은 문제음주 단계를 훨씬 더 지난 알코올 의존자들이 대부분이다. 문제음주자들은 조금 줄여 마시는 것이 변화의 주된 목표일 수 있으나 알코올 의존자들은 음주 조절이 되지 않기 때문에 최종적인 변화의 목표는 단주다. 따라서 본 연구에서는 SOCRATES(버전 8.0)를 알코올 의존자 위주의 국내 입원치료환경에 맞추어서 문제음주자가 아닌 알코올 의존자 및 남용자의 변화동기를 측정하도록 제작하고, 그 신뢰도와 타당도를 검증하고자 한다. 국내의 임상장면에서 치료효과를 평가하고 치료계획을 위한 자료로 유용하게 활용할 수 있는 한국판 SOCRATES(SOCRATES-K) 즉, 변화단계 척도를 개발하고자 한다.

방 법

연구대상

알코올 사용장애자만을 전문적으로 치료하는 경기도 소재의 카프병원에서 알코올 문제로 치료받은 입원환자들을 연구대상으로 하였다. DSM-IV 기준에 근거해서 알코올 의존으로 진단된 142명이 연구대상이었는데, 이들 중 10주간의 집중 집단프로그램이 실시되는 개방병동의 환자는 81명, 14일간의 해독치료와 간단한 치료교육만 진행되는 폐쇄병동의 환자 61명이었다. 질문지는 치료프로그램을 받기 전에 실시하였다. 다만 폐쇄병동에서는 해독이 종료되는 입원 후 10일쯤에 실시되었다. 이들의 인구통계학적 특성을 표 1에 제시하였다. 요인분석을 실시한 개방병동 환자의 여성 비율은 21%로서 SOCRATES 개발연구(Miller 등, 1996)에서의 여성 비율 24%와 비슷하였다.

카프병원은 환자의 동의에 의해 자발적으로 입원하여 개방적인 환경에서 치료받는 체계이다. 다만 해독치료를 위한 폐쇄병동은 자발적으로 입원하는 형태를 띄기는 하지만 개방병동에 비해 가족들의 압력에 의한 영향이 더 크기 때문에 변화동기는 상대적으로 더 낮다. 이러한 평가를 뒷받침 해주는 증거자료로서, 연구 기간 중 해독치료를 위한 폐쇄병동에서 10주간의 심리사회적 치료를 위한 개방병동으로의 전동율은 39%였고, 폐쇄병동에서 신체적인 해독치료만 받고 바로 퇴원한 경우는 47%였다. 즉, 폐쇄병동 입원 환자의 47%는 심리사회적 치료를 거부하고 있는 것이다. 위와 같은 병동의 특성을 고려하여, 보다 신뢰성 있는 요인구조를 탐색하기 위해 요인을 추출하기 위한 자료는 개방병동 환자 81명을 대상으로 하였으며, 외적 타당도를 검증하기 위해 개방병동 환자와 폐쇄병동 환자의 요인점수를 비교하였다.

표 1. 인구통계학적 특성 및 음주 특성

특성	폐쇄병동 (n=61)	개방병동 (n=81)	전체집단 (n=142)
나이 ^a	44.20(8.18)	42.81(8.05)	43.41(8.11)
교육수준(년) ^a	13.56(2.66)	13.38(3.01)	13.46(2.85)
성별 ^b			
남	49(80.3)	64(79.0)	113(79.6)
여	12(19.7)	17(21.0)	29(20.4)
결혼 ^b			
미혼	11(18.0)	17(21.0)	28(19.7)
기혼	31(50.8)	38(46.9)	69(48.6)
별거/이혼	17(27.9)	23(28.3)	40(28.1)
기타	2(3.2)	3(3.7)	5(3.5)
문제음주연령 ^a	36.14(9.55)	33.76(9.64)	34.80(9.64)
문제음주기간(년) ^a	9.06(7.08)	10.47(7.50)	9.86(7.33)
입원횟수 ^a	3.36(4.23)	4.35(5.73)	3.92(5.14)
첫입원연령 ^a	41.10(8.39)	40.09(8.19)	40.53(8.26)
문제음주 가족력 ^a	1.76(2.71)	2.71(2.82)	1.92(2.77)

주. ^a평균(표준편차), ^b빈도(%).

측정도구

한국판 SOCRATES(이하 SOCRATES-K 혹은 한국판 변화단계 척도)의 제작

SOCRATES 척도를 구성하기 위해 초기에 사용했던 문항군은 1987년 Miller가 만들었고, 그 후 32문항 버전(2.0)이 개발되었다. 32문항 버전은 5점(매우 그렇다)에서 1점(거의 그렇지 않다)까지의 범위를 지닌 Likert식 5점 척도이며, 8문항씩으로 구성된 4개 하위척도가 있고 각 하위척도는 논리적으로 숙고전단계, 숙고단계, 결정단계, 실행단계와 일치하도록 설계되어 있다. 알과 추출법으로 직교회전을 시킨 요인분석 결과 4개 요인이 추출되었으나(Miller 등, 1990a, 1990b) 여러 문항들이 두 가지 다른 요인에 의미 있는 부하량을 보이는 문제점이 있었다.

그 후 버전2.0에서 두 요인에 함께 부하되었던 문항들을 다시 다듬거나 다른 문항으로 대체하여 버전 3.0을 개발하였고, 그 후 5.0버전에서는 각 하위척도에서 가장 부하량이 큰 상위 4개 문항씩만 포함시킨 20문항의 단축형이 만들어졌다. Miller 등 (1996)은 20문항 단축형(버전 5.0)을 실시한 Project MATCH(1993) 기저선 측정자료를 분석한 결과, 숙고전 요인과 결정 요인이 하나로 묶였으며, 또한 실행 요인과 유지 요인이 하나로 묶였다. 따라서 19문항의 3개 요인 즉, 인식(recognition), 양가성(ambivalence), 실천(taking steps) 요인으로 구성된 버전 8.0이 개발되었다. SOCRATES로 측정되는 동기화 차원들은 음주량 및 문제 심각도와 보통 정도로 상관이 있었으며, 내적 일치도 신뢰도와 검사-재검사 신뢰도도 각각 .60, .82 이상으로 모두 높았다.

본 척도의 제작은 Miller 등(1996)이 문제 음주자의 변화동기수준을 평가하기 위해 개발한 SOCRATES를 대상으로 하였다. 1차 문항 번안은 오타와 대학교 번역학 박사과정을 수료하고 주 캐나다 한국대사관의 번역사 경력이 있는 전문 번역사, 캘리포니아 임상사회사업가 자격증과 박사학위를 취득하고 알코올 및 약물분야의 임상경험이 풍부한 임상가, 그리고 임상심리학 석사학위를 취득하고 현재 캐나다에 거주하고 있는 연구원에 의해 독립적으로 이루어졌다. 1차 번안된 문항을 알코올 및 약물을 전공하시는 사회복지학과 교수 1인과 정신과 교수 1인이 2차로 문항을 검토하였다. 검토된 내용을 가지고 현장에서 알코올 치료를 담당하고 있는 임상심리전문가 1인, 임상심리사 1인 및 사회복지사 2인과의 토론을 거쳐서 최종 번안문항을 선정하였다. 이러한 과정으로 선정된 최종 문항을 가지고 예비검사를 실시한 결과 다음과 같은 몇 가지 문제점이 발견되었고, 임상심리학 박사학위를 취득한 임상심리 전문가 1인과 박사과정에 있는 임상심리사 1인이 문제점을 분석하여 최종 연구문항을 구성하였다.

첫째 실천(taking step) 하위척도는 음주행동에 있어서 긍정적인 변화를 실천하는 정도를 반영하고 있다. 문제는 무엇을 변화의 목표로 규정해야 하는냐는 것이다. 최초 선정 문항에서는 조절음주도 포함되는 음주행동에 있어서의 포괄적인 변화를 반영하는 방향으로 번안되었다. 그 결과 아직 변화를 결심하지 못하고 머뭇거리고 있는 환자들도 변화를 실천하고 있다고 답변하는 문제점이 있었다. 그러한 환자들과의 집중 면담결과 조절하기 위한 노력도 포함시켜서 이해했기 때문인 것으로 드러났다. 또한 알코올 의존이 음주에 대한 조절이 되지 않는 것을 의미하는 것이기 때문에 조절음주를 변화의 목표로 규정한

다면 이 하위척도가 측정하는 범위가 너무 넓어서 이 척도의 임상적 정보가치가 떨어질 수 있다. 따라서 변화의 목표를 단주로 규정하여 문항을 다시 다듬었다.

둘째, 단주를 변화의 목표로 규정하는 것은 이 척도의 주된 사용 대상자 문제와도 관련된다. 원척도는 과음하는 문제 음주자들의 변화동기를 평가하도록 설계되었다. 그러나 국내에서는 주로 알코올 의존자들이 입원하는 현실이다. 따라서 본 연구에서 한국판 SOCRATES 문항을 제작할 때 알코올 의존자들의 단주동기를 측정하도록 계획하였다.

셋째, 양가성 하위척도 문항의 경우 어떤 구체적인 알코올 문제에 대해 양가적인 생각과 함께 그러한 생각을 깊이 하고 있는지를 묻고 있다. 따라서 최종 선정된 양가성 문항들은 “~인지 아닌지 깊이 생각할 때가 있다”로 번안되었다. 그러나 예비검사 결과 대부분의 환자들은 하나하나 읽고 그 의미를 파악해서 대답하기 보다는 뒤에 나오는 “...깊이 생각할 때가 있다”에 초점을 맞추어서 반응하는 경향이 있고, 결과적으로 환자들의 현재 변화단계와는 무관하게 대부분 “그렇다”에 반응하는 것으로 나타났다. 즉, 이제 변화에 대해 고민하고 갈등하는 단계를 넘어서서 이미 변화를 결심하고 실천하는 환자들마저도 이러한 문항들에 대해 인정하는 반응을 보였다. 따라서 양가성 하위척도 문항들은 “~인지 아닌지 확신이 서지 않을 때가 있다”로 번안함으로써 간결하고 쉽게 질문의 의미를 파악하도록 하였다. 결과적으로 양가성 구성개념에 포함된 의미 중 알코올 문제에 대해 깊이 생각한다는 점보다는 고민하는 양가적인 감정이나 생각이 얼마나 많은지에 초점을 맞추었다.

한일병식척도(Hanil Alcohol Insight Scale: 이

하 HAIS)

HAIS는 알코올 의존 환자의 질병에 대한 인식, 치료에 대한 태도나 동기 등을 측정하기 위해 개발되었으며, 총 20문항으로 전체 병식 점수는 -20에서 20의 범위이다(김종성 등, 1998). 그들의 연구에서 HAIS는 음주로 인한 입원횟수, 음주와 관련된 신체질환의 병력 및 MAST(Michigan Alcoholism Screening Test: 장환일, 전진숙, 1985; Selzer, 1971) 점수와 유의미한 정적 상관이 있었다. 본 연구에서 사용한 HAIS의 내적 일치도 계수(Cronbach)는 .81이었다. 본 연구에서는 타당도를 검증하기 위해 이 척도를 사용하였다.

한국어판 알코올 사용장애 진단검사(Korean version of Alcohol Use Disorders Identification Test: 이하 AUDIT-K)

알코올 사용장애 진단검사(Alcohol Use Disorders Identification Test: 이하 AUDIT)는 알코올 사용장애뿐만 아니라 그 이전의 위험한 음주(hazardous alcohol intake)도 선별할 수 있는 검사이다(Babor, de la Fuente, Saunders, & Grant, 1989). AUDIT-K(이병욱, 이충현, 이필구, 최문중, 남궁기, 2000)는 AUDIT를 한글로 번안하여 그 타당도와 신뢰도를 검증한 척도이다. 본 연구에서 측정한 내적 일치도 계수는 .76이었다. 본 연구에서는 타당도를 검증하기 위해서 이 척도를 사용하였다.

단축형 강박음주갈망척도(Obsessive Compulsive Drinking Scale: 이하 OCDS)

OCDS는 14문항으로 구성되어 있으며 환자들의 술에 대한 강박적 사고와 강박적 알코올 사용을 측정하기 위해 개발되었다(Anton, Moak, & Latham, 1995). 그들은 치료기간 동안의 변화를 측정하고 치료결과를 측정하는 데 유용하게 사용할 수 있다고 주장하였다. 국내에서는 최문중

등(2002)이 우리말로 번안하여 그 신뢰도와 타당도를 검증하였다. 본 연구에서는 입원한 환자들을 대상으로했기 때문에 술 마신 것을 가정하는 문항들은 타당하지 않았다. 따라서 최문중 등이 번안한 문항들 중에서 직접적인 음주행동과 관련되는 5개 문항 즉, 7번에서 11번 문항까지를 제거한 단축형을 구성하여 사용하였다. 본 연구에서 측정한 단축형 OCDS의 내적 일치도 계수는 .89였다.

자료분석

SOCRATES 개발연구(Miller 등, 1996)에서와 동일하게 알파 추출법(alpha extraction)으로 직교회전과 사교회전 둘 다를 사용하여 요인분석을 하였다. 그들이 알파 추출법을 선택한 이유는 Cronbach 신뢰도 계수를 극대화시키기 위해서였다(Tabachnick & Fidell, 1989). 요인분석을 위해 사용한 통계프로그램은 SAS 8.1판이었다. 본 연구의 표집크기는 요인분석을 위한 표집이 충분하지는 않지만 최소한 변수의 4-5배가 되어야 한다는 기준(양병화, 1998; 이근무, 1987)에 부합된다. 자료가 요인분석에 적합한지를 검증하기 위해 Bartlett의 구형성 검증과 표본 적절성(Kaiser-Meyer-Olkin: 이하 KMO)을 측정하였다. KMO값이 1에 가까울수록 표본의 상관은 요인분석에 적합하다는 것을 의미하는데 .90 이상이면 매우 좋고 .80 정도면 양호한 수준이며 .6 정도이면 보통 수준으로 해석한다. 요인분석 이외의 통계분석에서는 SPSS 11.5를 사용하였다.

결 과

인구통계학적 특성 및 음주특성에 있어서 집단

별 차이

해독을 위해 단기 입원한 폐쇄병동의 환자집단과 생물-심리-사회적 치료를 위해 10주간 입원한 개방병동의 환자집단을 대상으로 표 1에서 제시된 특성을 T검증하였다. 검증결과 두 집단간에 의미 있는 차이를 보이는 인구통계학적 특성 및 음주특성은 나타나지 않았다.

타당도 및 신뢰도

구성타당도를 검증하기 위한 요인분석의 적절성을 검증하기 위해 Bartlett의 구형성 검증과 KMO를 측정하였다. KMO값은 .82로서 양호한 수준이었으며, 구형성 검증의 카이 제곱값은 .01에서 유의하여 표본변인간의 상관이 요인분석을 할 만큼 적절한 것으로 나타났다.

기초요인구조를 구하기 위한 요인분석은 초기 공통변량 추정치(prior communality estimates)를 SMC로 설정하고, 알파 추출법(alpha extraction)으로 직교회전과 사교회전 둘 다를 사용하였다. 우선 요인 수를 지정하지 않고 요인분석을 실시한 결과, Scree검사, 고유치, 누적설명변량 및 해석가능성을 고려할 때 원칙도 개발 당시와 같이 3개 요인이 적절하였다. 따라서 이후의 분석에서는 요인 수를 3개로 고정하였다. 두 가지 회전에 따른 차이는 첫 번째 두 요인의 순서만 바뀌었고, 문항들은 회전 방법에 따른 차이가 없이 일관성 있게 동일한 요인으로 묶였다. 또한 각 변인의 요인부하량도 큰 차이가 없었고, 요인 구조상(plot of factor pattern)에서 3개 요인은 시각적으로 뚜렷하게 구별되는 분포를 보였으며, hkp값을 .5로 설정하여 사교회전을 시킨 결과 3개 요인들 간 상관은 .00에서 .29로서 낮은 상관을 보였다. 이와 같은 이유뿐만 아니라 해석의 용이성을 위

해서도 사교회전 보다는 직교회전이 더 타당하였다. 또한 추출된 3개 요인구조는 1문항만 제외하고 원래 척도의 개발연구 결과(Miller 등, 1996)와 동일하였다. 본 연구에서 추출된 3개 요인에 대한 각 문항의 요인부하량을 표 2에 제시하였다.

3개 요인의 누적 설명변량은 86%로서 척도 개발연구(Miller 등, 1996)에서의 45%보다 훨씬 높은 매우 양호한 수준이었다. 각 문항의 요인부하량은 .30 이상으로 높았다. 문항 14번은 원래 척도개발연구에서도 실천요인으로 분류되긴 하였지만 인식요인과 실천요인에 각각 .45, .46의 비슷한 요인부하량을 보였고 본 연구에서는 인식요인에 더 큰 요인부하량을 보였다. 그리고 19번 문항은 척도개발연구에서와 동일하게 분류되기는 하였지만 인식 요인에도 비슷한 요인부하량을 보였다.

첫 번째 요인인 인식(recognition)은 반응변량의 53%를 설명하였으며 원칙도(Miller 등, 1996)에서 실천요인으로 분류되었던 14번 문항을 포함해서 8문항이 포함되었다. 인식 요인은 음주와 관련된 문제점을 인식하는 정도, 단주를 원하는 정도 및 현재 행동을 지속할 경우의 단점에 대한 지각 등을 반영하는 것으로 나타났다.

두 번째 요인인 실천(taking steps)은 반응변량의 22%를 설명하였으며, 원칙도에서는 실천요인이 1번 요인이었으나 14번 문항이 인식 요인으로 분류되면서 두 번째 요인으로 되었고 문항은 7개였다. 실천요인은 단주를 위한 구체적인 행동을 실천하고 있으며, 재발예방을 위한 치료에 전념하는 정도를 반영하는 것으로 나타났다. Miller 등(1996)은 이 요인이 성공적인 변화를 잘 예측해 주는 요인이라고 주장하였다.

세 번째 요인인 양가성(ambivalence)은 반응변량의 11%를 설명하였으며, 4개 문항이 포함되었다.

표 2. SOCRATES-K 요인분석

문 항 번 호 및 내 용	원척도*	인식	실천	양가성	공통 변량
인식(Recognition: R)					
15. 나에게 음주문제가 있다는 것을 알고 있다.	R	.79	.12	-.04	.65
7. 나는 음주문제가 있는 사람이다	R	.78	.10	-.18	.66
3. 내 음주문제를 빨리 고치지 않으면 문제는 더 심각해질 것이다.	R	.78	.18	-.15	.66
14. 예전의 음주문제로 되돌아가지 않기 위한 도움을 받고 싶다.	T	.70	.31	-.06	.60
10. 나는 심각한 음주문제를 갖고 있다.	R	.70	.28	-.11	.59
17. 나는 알코올 중독자이다.	R	.70	.07	-.22	.54
1. 정말 음주문제를 고치고 싶다	R	.66	.32	-.12	.56
12. 내 음주행동은 많은 해로운 문제를 일으키고 있다	R	.56	.15	-.30	.43
실천(Taking Steps: T)					
9. 나는 이미 술을 끊었으며, 지금은 다시 마시지 않기 위한 방법을 찾고 있다.	T	.08	.85	.06	.74
8. 술을 끊을 생각만 하는 것이 아니라 이미 실천하고 있다.	T	.10	.82	-.04	.69
4. 술을 끊기 위한 구체적인 변화 행동들을 벌써 시작했다.	T	.09	.79	-.17	.67
18. 나는 술을 끊기 위해 피나는 노력을 하고 있다.	T	.38	.72	.01	.67
13. 나는 술을 끊기 위한 구체적인 행동들을 현재 적극적으로 실천하고 있다.	T	.34	.62	.11	.53
5. 폭음하기도 했으나 지금은 단주를 실천하면서 술에 대한 생각과 행동이 많이 변화하였다.	T	.11	.61	.01	.39
19. 이제는 정말 술을 끊었으며, 다시 재발하지 않기 위한 치료에 열중하고 있다.	T	.42	.55	-.06	.49
양가성 (Ambivalence: A)					
2. 나 자신이 알코올 중독자인지 아닌지 확신이 서지 않을 때가 있다.	A	-.27	.02	.65	.50
16. 내 음주량이 지나치게 많은 것인지 아닌지 확신이 서지 않을 때가 있다.	A	-.09	.03	.63	.41
11. 내가 술에 대한 조절능력이 있는지 없는지 확신이 서지 않을 때가 있다.	A	-.01	-.11	.49	.25
6. 내 음주행동이 주변 사람에게 상처를 주고 있는지 아닌지 확신이 서지 않을 때가 있다.	A	-.24	.08	.36	.20
교유치		10.0	4.2	2.2	

* 원래 척도개발연구(Miller 등, 1996)에서 분류되었던 하위 척도명.

양가성 문항들은 음주조절력이 있는 것인지, 음주량이 너무 많은 것인지, 음주로 인한 타인의 피해가 있는 것인지 그리고 알코올 중독인지에 대해 확신하지 못하는 양가적인 생각과 감정의 정도를 강조하는 방향으로 번안하였다. 그래서 이 문항들은 인식 및 실천 요인과는 다른 구성개념을 반영하는 것으로 보인다.

본 연구에서 추출된 SOCRATES-K의 3개 요인은 다른 연구에서도 확인되었다(e.g., Isenhardt, 1994; Morgan, Morgenstern, Blanchard, McCrady, & Langenbucher, 1995; Prescott & Brtveit, 1995). 이 3개 요인은 Prochaska 등(1982, 1986)이 개발한 변화단계 구성개념들을 측정하는 것이 아니라 변화단계의 기저에 연속적으로 분포되어 있는 변화동기과정들을 반영하는 것으로 보인다(Miller 등, 1996). 3개 요인의 기술통계치를 표 3에 제시하였다. 표에서 보는 바와 같이 10주간의 전문치료를 받기 위해 입원한 개방병동 입원 환자들의 인식 및 실천 동기수준이 높고 양가성은 낮은 것으로 나타났으며, 특히 알코올 문제에 대한

인식요인이 개방병동 자료에서 더 편포되는 경향이 있다. 요인척도 점수에 대한 해석을 돕기 위해 표 4에 십분위 표를 제시하였다. 그러나 이 통계치는 비임상 전집(예를 들어 일반 음주자)과 문제음주 집단에 적용해서는 안 된다.

신뢰도 분석을 위해 각 척도의 내적 일치도 계수(Cronbach alpha)와 intraclass correlations(이하 ICC)를 산출한 결과, 인식, 양가성, 실천 하위척도의 내적 일치도 계수는 각각 .90, .63, .88 이고 ICC는 각각 .87, .63, .85 의 범위를 보여 매우 신뢰로운 것으로 나타났다. Miller 등(1996)의 연구에서 전체 표집을 대상으로 한 내적 일치도 계수는 각각 .85, .60, .83으로 본 연구의 계수 보다 조금 낮은 수준을 보였다.

또한 SOCRATES-K 척도들은 상대적으로 거의 중복되지 않는 3개 구성개념을 측정하고 있는 것으로 보인다. 직교회전 후의 요인점수를 상관 분석한 결과, 인식은 실천($r=.04$) 및 양가성($r=-.08$)과 관련이 없었으며, 그리고 실천은 양가성($r=.01$)과 상관이 없었다. 또한 사교분석($hkp=.05$)

표 3. SOCRATES-K 3개 요인의 기술통계치

SOCRATES 요인	폐쇄병동 (n=61)	개방병동 (n=81)	전체집단 (n=142)
인식			
M(SD)	32.41(5.28)	34.41(5.33)	33.56(5.38)
첨도(Kurtosis)	.58	5.23	2.53
편포도(Skewness)	-.50	-1.63	-1.08
양가성			
M(SD)	9.82(2.82)	8.38(3.43)	9.00(3.25)
첨도(Kurtosis)	-.79	-.66	-.86
편포도(Skewness)	-.21	.42	.10
실천			
M(SD)	26.95(5.17)	27.80(5.67)	27.44(5.43)
첨도(Kurtosis)	-.01	.66	.31
편포도(Skewness)	-.45	-.91	-.71

표 4. SOCRATES-K 3개 요인의 십분위 (decile ranking)

십분위 (%)	인식 범위(9-40)			양가성 범위(4-17)			실천 범위(11-35)		
	폐	개	전	폐	개	전	몸	맘	전
10	26	28	27	5	4	4	20	19	20
20	29	31	30	7	4	6	23	23	23
30	30	32	31	8	6	7	24	26	25
40	30	33	32	9	7	8	26	27	27
50	33	35	34	10	8	9	27	28	28
60	33	37	36	11	9	10	29	30	29
70	36	38	37	12	10	11	30	31	31
80	38	40	39	13	12	12	31	34	32
90	40	40	40	14	13	14	35	35	34

주. 폐=폐쇄병동(61명); 개=개방병동(81명); 전=전체집단(142명).

표 5. SCRATES-K 척도와 알코올문제 척도간의 상관

인구통계학적 특성 및 문제심각도 측정	SOCRATES-K 척도		
	인식	양가성	실천
HAIS	.47**	-.38**	.23*
AUDIT	.36**	-.42**	-.00
OCDS	.00	-.01	-.32**
음주빈도	.08	-.22*	-.10
1회 음주량	.28*	-.08	-.05
입원횟수	.08	-.25*	-.02

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

후의 요인간 상관분석 결과, 인식은 실천($r=.29$) 및 양가성($r=-.24$)과 비교적 낮은 상관이 있었으며, 그리고 실천은 양가성($r=.00$)과 상관이 없었다. 이 같은 결과는 양가성은 인식($r=.03$) 및 실천($r=.03$)과 상관이 없었으며 인식은 실천($r=.33$)과 정적인 보통 수준의 상관이 있었다는 원칙도 개발연구결과(Miller 등, 1996)와 비슷하다.

SOCRATES-K로 측정한 동기차원들은 문제심각도 측정치들 및 병식 측정치와 공변하는가? 표 5

는 SOCRATES-K 척도들과 인구통계학적 특성, AUDIT-K, HAIS 및 OCDS와의 상관계수를 보여주고 있다. SOCRATES-K 척도들 모두 알코올 문제에 대한 인식 및 치료 수용을 반영하는 HAIS 척도와 높은 상관을 보였는데, 특히 인식척도가 상대적으로 더 높은 상관을(.47)이 있는 것으로 나타났다. AUDIT는 인식 척도 및 양가성 척도와는 상관을 보였으나 실천척도와는 무관하였다. 그리고 실제적인 단주실천 행동과 높은 관련성이 있

는 OCDS는 예측대로 실천척도와 높은 상관을 보였다. 표 1에 제시한 인구통계학적 특성 변인들과의 상관을 분석한 결과 음주빈도, 1회 음주량 및 입원횟수와 상관이 있었다. 구체적으로 살펴보면, 양가성 척도는 음주빈도 및 입원횟수와 부적 상관이 있었고, 인식 척도는 1회 음주량과 정적인 상관을 보였다.

논 의

SOCRATES-K에 대한 분석 결과, 추출된 3개 요인은 신뢰도가 높고, 집단의 동기특성에 따라 연속적으로 분포되었으며, 그리고 비교적 직교하는 척도인 것으로 나타났다. Isenhardt(1994)도 유사하게 SOCRATES에서 3개 요인 즉, 결정, 실행 및 숙고 요인을 추출하였다. 군집분석(Isenhardt, 1994) 결과 역시 요인점수의 유형에 기초해서 볼 때 3개 집단이 있음을 시사하였다. 이러한 결과는 DiClemente와 Hughes(1990)가 URICA를 이용한 연구에서도 본질적으로 비슷한 양가성 집단, 비판적 집단, 실행집단이 있음을 시사하였다. 이 3개 집단들은 알코올 사용척도(Alcohol Use Inventory; Horn, Wanberg, & Foster, 1987)로 측정한 음주유형 및 음주결과에 있어서 유의미한 차이를 보였다.

원척도 개발연구 결과 및 그 이전의 연구결과들과 마찬가지로 양가성 하위척도의 내적 일치도 계수가 가장 낮았는데, 이는 양가성을 직접적으로 측정하는 것은 본질적으로 어려움이 있음을 시사한다. 즉, 알코올 문제에 있어서 양가성이란 다양한 알코올 문제에 대해 확실한 결정을 내리지 못하고 갈등하는 상태를 반영하는 것인데, 이를 4개의 질문으로 모두 측정하기에는 어려움이 있는 것 같다. 또한 이러한 결과는 4개의

질문이 양가성의 여러 측면들을 중복됨이 없이 적절하게 반영하고 있음을 시사하는 것으로 해석할 수도 있다. 본 연구에서의 각 하위척도 내적 일치도 계수는 .63에서 .90의 범위를 보였는데, 이 결과는 원척도 개발연구(.60~.85)나 혹은 DiClemente 등(1990)의 URICA 척도연구와 다르지 않고 오히려 높았다.

그러나 원척도 개발연구와는 다른 차이점이 나타났다. 첫째, 원척도 개발연구에서 실천요인으로 묶였던 14번 문항(예전의 음주문제로 되돌아가지 않기 위한 도움을 받고 싶다)이 본 연구에서는 인식요인으로 묶였다. 하지만 원척도 개발연구(Miller 등, 1996)에서도 이 문항은 실천요인(.46)과 인식요인(.45)에 거의 동일한 요인부하량을 보였던 문항이었다. 원래 이 문항의 제작의도는 현재 단주 중이고 재발하지 않기 위한 도움을 받고 싶다는 의미이지만 응답자들은 자신의 음주습관을 고치고 싶다는 의미로 해석하여 실천보다는 인식요인으로 묶였을 가능성이 높다.

두 번째 차이점은 요인간 상관에 있어서 나타났다. 직교회전 후의 요인점수를 상관분석한 결과, 인식은 실천($r=.04$) 및 양가성($r=-.08$)과 관련이 없었으며, 그리고 실천은 양가성($r=.01$)과 상관이 없었다. 또한 사교분석($hkp=.05$) 후의 요인간 상관분석 결과, 인식은 실천($r=.29$) 및 양가성($r=-.24$)과 비교적 낮은 상관이 있었으며, 그리고 실천은 양가성($r=.00$)과 상관이 없었다. 이 같은 결과는 양가성은 인식($r=.03$) 및 실천($r=.03$)과 상관이 없었으며 인식은 실천($r=.33$)과 정적인 보통 수준의 상관이 있었다는 원척도 개발연구결과(Miller 등, 1996)와 비슷하다. 그러나 인식과 양가성 간의 상관은 비록 낮기는 하지만 원척도 개발연구 결과와는 달리 부적인 상관이 있었다는 점이다. 이것은 아마 양가성 소척도의 구성개념

중 알코올 문제에 대해 깊이 생각하는 측면보다는 양가적인 생각의 강도와 양을 더 분명하게 반영하는 방향으로 문항번안이 이루어졌기 때문일 것으로 추정된다.

SOCRATES-K로 측정한 동기차원들은 문제심각도 및 병식과 보통 정도의 상관을 보였다. 문제에 대한 인식과 치료수용을 반영하는 병식척도는 예측대로 인식요인과 더 높은 상관을 보였고, 실제적인 단주실천과 높은 관련성이 있는 OCDS는 실천요인과 유의미한 상관을 보였으며, 양가성 요인은 문제 심각도를 반영하는 AUDIT와 가장 높은 부적 상관을 보여 높은 공존 타당도를 입증하였다. 특히 음주빈도가 많고 입원횟수가 많을수록 양가성 점수는 낮아지는 것으로 나타났다. 즉, 입원력이 많을수록 삶의 바닥을 치게 되면서 자신이 의존자인지 혹은 조절음주가 가능하지 등에 대한 양가적인 생각들은 어느 정도 정리가 되는 것으로 보인다. 그리고 음주빈도 및 1회 음주량과 관련해서 보면, 양가적인 생각들은 음주빈도가 잦을수록 작아지고 알코올 문제에 대한 인식수준은 폭음의 정도와 관련되는 것으로 보인다. 이러한 결과에 근거해서 보면 가끔씩 폭음하는 알코올 의존자들은 자신의 알코올 문제에 대한 인식은 높으면서도 아직 음주조절이 가능하고 알코올 의존자는 아니라고 생각할 가능성이 높다.

SOCRATES-K 점수들은 다양한 임상적 목적과 연구목적에 유용하게 사용될 수 있다. 동기화 면담 시작시점에 환자들의 변화동기를 이끌어 내는데 이용할 수 있다(Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992). 그리고 SOCRATES-K 점수의 변화는 처치된 치료법의 효과에 대한 검증자료로도 활용될 수 있다. 또한 치료 이전에 측정한 기저선 자료는 변화노력에 대한 응중을 예측해 줄 가능성이 높다. Luckie(1994)의 연구 결과에 의

하면, SOCRATES 점수들(각각 측정치를 산출하기 위해 버전 4.0의 숙고척도와 결정척도 점수를 합산하였음)은 퇴원 환자들이 추적평가를 위해 다시 내원하는 비율을 예측해 주었다.

SOCRATES-K 변인들은 변화동기 및 변화준비도의 구조를 보다 잘 이해하기 위해 다른 척도들과 결합하여 사용하면 유용하다. Curtin, Stephens와 Greaves(1992)는 대학생을 대상으로 한 연구에서, 알코올 사용 및 문제의 심각도를 고려했을 때 음주행동 변화의 장점에 대한 측정치는 SOCRATES 4.0버전의 숙고전 척도점수와 부적인 상관관계가 있었고, 숙고 및 결정 척도점수와는 보통 정도의 정적인 상관관계가 있었으며, 실행 및 유지 척도점수와는 더욱 강력한 정적 상관관계가 있었다. 이러한 요인들과 자기효능감을 함께 분석했을 때에는 지각된 변화의 장점에 대한 측정치가 숙고척도 점수와만 유일하게 정적인 상관을 보였는데, 이는 양가성(장점과 단점 모두)을 측정하기 위해 계획된 숙고척도의 목적과도 일치한다.

동기척도를 개발하고 척도규준을 만들기 위해 임상 표집을 이용하게 되면 그에 따른 고유한 제한점이 있다. 즉, 치료를 받기 위해 찾아온 개인들은 분명 일반 전집을 대표하지는 않는다. 따라서 여기서 제시한 십분위는 일반적인 정상 음주자들에게 일반화하여 적용할 수 없다. 원칙도 개발연구에서의 표집은 치료를 받으려 임상 장면에서 온 과음자들(heavy drinkers)이었고, 본 연구에서의 표집은 개방병동에 입원한 알코올 의존자들이었으나 요인구조는 비슷하였다. 그것은 아마 두 표집 모두 자발적으로 치료를 받으려 왔다는 공통점 때문인 것으로 추정된다. 그러나 이 도구를 비자발적으로 입원한 환자들에게 사용한다면 지금과는 다른 요인구조를 보이고 요인간의 관계성도 변화될 가능성이 매우 높다. 또한 SOCRATES-K는 모든 가능한 동기요인들에

대한 포괄적인 평가를 제공하지는 않는다는 점을 인식하는 것이 중요하다. 이 척도에서 직접적으로 측정하는 것은 음주문제에 대한 개인의 인식, 음주에 대한 양가성 그리고 변화실천이다. 자기효능감, 결과기대, 변화의 구체적인 장단점 그리고 음주나 금주에 대한 사회적 지지와 같이 잠재적으로 중요한 다른 동기 요인들은 SOCRATES-K에서 직접적으로 측정되지 않는다. 또한, 본 연구에서 표집이 충분하지 못하여 남성과 여성간의 요인구조차이를 분석해 보지 못했다는 한계점이 있다. 물론 Miller 등(1996)의 개발 연구에서 남녀를 구별하여 요인분석을 하지는 않았지만 동기요인의 구조에 있어서 남녀간의 차이가 있는지를 살펴 볼 필요가 있다.

본 연구에서는 개방병동과 폐쇄병동 입원환자를 비교하여 환자들의 변화동기가 연속적으로 분포한다는 점을 입증하였지만, 기본적으로 자발적인 환자들만을 대상으로 연구하였다는 제한점이 있다. 따라서 앞으로의 연구에서는 비자발적인 환자들을 대상으로 하였을 때 자발적인 입원 환자와 비교하여 의미있는 차이가 있는지 살펴볼 필요가 있을 것이다. 그리고 SOCRATES 3개 하위척도 상에서 몇 가지 점수유형이 있는지를 살펴보고 각 유형에 따른 동기의 특성들을 분석할 필요가 있다. 또한 앞으로의 연구에서는 변화 노력 및 단주율에 대한 SOCRATES-K의 예측 타당도 연구에 초점을 맞추어야 할 것이다.

참고문헌

김종성, 박병강, 김갑중, 오미경, 이충숙, 유남재, 오장균 (1998). HAIS(Hanil Alcohol Insight Scale)를 이용한 알코올 의존 환자들의 병식 평가. *중독 정신의학*, 2, 126-133.

양병화 (1998). 다변량 자료분석의 이해와 활용. 학지사.

이근무 (1987). 다변량 자료분석의 이해. 예지원.

이병욱, 이충헌, 이필구, 최문중, 남궁기 (2000). 한국어판 알코올 사용장애 진단검사(AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)의 개발: 신뢰도 및 타당도 검사. *중독정신의학*, 4, 83-92.

장환일, 전진숙 (1985). 한국에서 Michigan 주정의존 선별검사의 적용에 대한 예비조사. *신경정신의학*, 24, 46-53.

최문중, 이은, 이병욱, 이필구, 오병훈, 이충헌, 남궁기 (2002). 한국어판 강박음주갈망척도의 표준화 연구: 신뢰도와 타당도. *신경정신의학*, 41, 98-109.

Anton, R. F., Moak, D. J., & Latham, P. (1995). The Obsessive Compulsive Drinking Scale: A self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19, 92-99.

Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J. B., & Grant, M. (1989). *AUDIT-The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization.

Beckman, L. J. (1980). An attributional analysis of Alcoholics Anonymous. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 714-726.

Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211-218.

Clancy, J. (1961). Procrastination: A defense against sobriety. *Quarterly Journal of Studies on alcohol*,

- 25, 511-520.
- Clancy, J. (1964). Motivation conflicts of the alcohol addict. *Quarterly Journal of Studies on alcohol*, 25, 511-520.
- Cox, W. M., Klinger, E., & Blount, J. P. (1991). Alcohol use and goal hierarchies: Systematic motivational counseling for alcoholics. In W. R. Miller & S. Rollnick(Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 260-271). New York: Guilford Press.
- Curtin, L., Stephens, R. S., & Greaves, C. K. (1992). *Relative utility of self-efficacy and outcome expectancies in predicting readiness of change in drinking behavior*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.
- Dean, S. I. (1958). Treatment of the reluctant client. *American Psychologist*, 13, 627-630.
- DiCicco, L., Unterberger, H., & Mack, J. E. (1978). Confronting denial: An alcoholism intervention strategy. *Psychiatric Annals*, 8, 596-606.
- DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- Heather, N., Rollnick, S., & Bell, A. (1993). Predictive validity of the Readiness to Change Questionnaire. *Addiction*, 88, 1667-1677.
- Horn, J. L., Wanberg, K. W., & Foster, F. M.(1987). *Guide to the Alcohol Use Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Isenhardt, C. E. (1994). Motivational subtypes in an inpatient sample of substance abusers. *Addictive Behaviors*, 19, 463-475.
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision-making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free Press.
- Luckie, L. F. (1994). *Brief alcohol screening and intervention in a primary health care setting*. Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, research and Practice*, 20, 368-375.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.
- Miller, W. R., & Marlatt, G. A. (1984). *Manual for the Comprehensive Drinker Profile*. Florida: Psychological Assessment Resources, INC.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale(SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and*

- Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1992). *Motivational Enhancement Therapy manual: A Clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (Vol. 2, Project MATCH Monograph Series). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Miller, W. R., Meyers, R. J., Hester, R. K., Delaney, H., Montgomery, H. A., & Abbott, P. J. (1990a). *The effectiveness of the community reinforcement approach: Preliminary findings of a clinical replication trial*. Paper presented at the 5th international conference on Treatment of Addictive Behaviours, Sydney, Australia.
- Miller, W. R., Tonigan, J. S., Montgomery, H. A., Abbott, P. J., Meyers, R. J., Hester, R. K., & Delaney, H. D. (1990b). *Assessment of client motivation for change: Preliminary validation of the SOCRATES instrument*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.
- Moore, R. C., & Murphy, T. C. (1961). Denial of alcoholism as an obstacle to recovery. *Quarterly Journal of Studies on alcohol*, 22, 597-609.
- Morgan, T. J., Morgenstern, J., Blanchard, K., McCrady, B. S., & Langenbucher, J. (1995). *Assessing the factor structure of the SOCRATES with treatment and non-treatment seekers*. Paper presented at the 7th International Conference on Treatment of Addictive Behaviors, Leeuwcnhorst, the Netherlands.
- Prescott, P., & Brtveit, T. (1995). *Psychometric characteristics of SOCRATES, DrInC, and DrInC-R in a Norwegian outpatient clinic sample: How do they compare with other study?* Paper presented at the 7th International Conference on Treatment of Addictive Behaviors, Leeuwcnhorst, the Netherlands.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3-27). New York: Plenum Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 183-218.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Project MATCH Research Group. (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1130-1145.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W. (1992). Development of a short Readiness to Change Questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*, 87, 743-754.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic

instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127,
1653-1658.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1989). *Using
multivariate statistics*(2nd ed.). New York:
Harper & Row.

원고접수일 : 2004. 12. 8
게재결정일 : 2005. 1. 26

Assessing Alcohol Dependents' Motivation for Change: The Development Study on the Korean version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

Young-Min Chun

The Korean Alcohol Research Foundation KARF Hospital

This study was to construct the Korean version of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale(SOCRATES-K), and to examine its reliability and validity. Original SOCRATES is an instrument designed to assess motivation for change in problem drinkers, but the SOCRATES-K is designed to assess motivation for change in alcohol dependents. Data from a open ward sample($N=81$) and a closed ward sample($N=61$) provided support for the validity and reliability of the SOCRATES-K. Factor analyses yielded 3 relatively unrelated factors that were stable across rotations: Recognition, Taking steps, and Ambivalence. Recognition scores at baseline were found to be moderately positive related to degree of problem insight and intensity of alcohol problems, and Ambivalence scores were found to be moderately negative related. Taking steps scores were found to be mildly negative related to alcohol craving. Finally limitations of this study and suggestions for further studies were also discussed.

Keywords : Stages of Change, motivation for change, SOCRATES, ambivalence, alcohol dependence