2015

지침서

K-BHS®

한국판 벡절망척도

/ 저자명 / 김지혜, 이은호, 황순택, 홍상황

PEARSON PsychCorp

Pearson, BHS, and Beck Hopelessness Scale are trademarks in the U.S. and/or other countries, of Pearson Education, Inc. or its affiliate(s).
본 저작물의 한국판 출판권은 한국심리주식회사가 소유합니다.
저작권법에 의해 보호를 받는 저작물이므로 무단전재와 복제는 민 · 형사상 처벌대상이 됩니다.
온라인 채점은 www.koreapsy.co.kr service@koreapsy.co.kr 전화 053-422-4337

KOREA PSYCHOLOGY
한국심리주식회사

Beck Hopelessness Scale (BHS)

원 저자 및 논문

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting Psychology, 42,* 861-865.

개발 배경

BHS는 한 개인이 가지고 있는 단기 및 장기적인 미래에 대한 부정적인 기대 즉, 절망감을 측정하기 위한 자기보고식 척도로써 20문항으로 개발되었다.

척도 특성

BHS는 13-80세를 대상으로 자살 위험성이 있는 정신과 환자들의 비관주의를 측정하기 위해 개발되었으나 현재는 정상 집단의 청소년과 성인을 대상으로도 사용되고 있다(Greene, 1981; Johnson & McCutcheon, 1981). 절망감이란 한 개인이 가지고 있는 자신과 미래에 대한 부정적인 인지 도식을 의미한다. BHS는 우울하거나 자살시도를 한 적이 있는 개인의 자살 위험성을 확인할 수 있는 간접적인 지표로 활용할 수 있으나, 정상 집단의 절망감을 확인하기 위해 만든 지표는 아니므로 선별 용도로 사용하는데 있어서 주의해야 한다(Durham, 1982; Fogg & Gayton, 1976; Greene, 1981),

실시 및 채점

BHS의 실시에는 총 5-10분 가량 소요된다. BHS는 자기보고식 설문지이며 독립적으로 실시하는데 어려움이 있는 경우에는 검사자가 불러주는 방식으로 시행할 수 있다. 피검자는 각 문항에 대하여 '오늘을 포함하여' 지난 일주일 간 자신이 가지고 있었던 태도에 따라 '예' 또는 '아니오'로 표기하게 된다. 긍정 응답인 경우 점수가 상승되는 11개의 문항(Keyed True)과 부정 응답인 경우 점수가 상승되는 9개의 응답(Keyed False)으로 대략적인 균형이 맞추어져 있으므로 피검자가 한 방향으로만 대답하고 있지는 않은지 확인해야 한다. 복수 응답이 있는 경우에는 심각도가 높은 방향으로 채점하

는 것을 원칙으로 한다. 총점은 각 문항의 점수를 합산하여 산출되며, 총점 범위는 0점에서 20점에 이른다. 절단점은 BHS를 적용하는 대상과 목적에 따라 임상가의 판단에 달려있으나 CCT(Center for Cognitive Therapy)의 일반적인 가이드라인은 표 1과 같다.

표 1. 절단점에 따른 절망감 심각도 가이드라인

전체 점수	범위
0 - 3	최경도(Minimal)
4 - 8	경도(Mild)
9 - 14	중등도(Moderate)
15 - 20	고도(Severe)

점수의 해석

BHS는 한 개인이 가진 미래에 대한 부정적인 태도의 전반적인 모습만을 제시하기 때문에, 심리적인 기능의 기타 여러 측면을 살펴봐야 한다. 한 연구에서는 자살사고를 보이는 우울증 환자가 BHS에서 9점 이상을 나타낼 경우, 퇴원 이후 5-10년 사이에 자살할 가능성을 예측할 수 있다고 보고하였다(Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985). 또한 절망감은 우울보다는 자살 의도를 측정하는 예측인자라는 연구가 꾸준히 보고되고 있다. 따라서 중등도에서 고도의 BHS 점수를 보이는 개인의 경우에는 자살 가능성을 면밀하게 살펴보아야 한다.

심리측정적 속성

집단 평균 및 규준

집단 별 특징

많은 연구에서 정신과 환자 및 정상 집단을 대상으로 한 BHS의 심리측정적 속성을 밝혀왔으나, 정신장애 진단 및 통계편람 3판(American Psychiatric Association, 1980)에 근거하여 진단된 결과를 활용하지 않는 경우가 많았다. 이에 영문매뉴얼에서는 발표된 연구들뿐만 아니라 CCT의 규준집단 자료도 포함시켰다. 집단 별 평균 및 표준편차는 표 2에 제시하였다. 한편 정상 성인집단을 대상으로 한 한국판 BHS 개발 및 타당화 연구에서는 연령, 성별, 학력, 지역을 고려해 1022명을 계층 표집 하였으며, 총점 평균은 3.70(SD = 3.79)으로 나타났다.

표 2. 정신 장애 집단 별 BHS 점수의 평균과 표준편차

진단	*N*	*M*	*SD*
자살 사고자	165	9.28	6.08
자살 시도자	437	8.86	6.11
알코올 남용 및 의존	105	4.86	4.83
헤로인 중독	211	3.89	3.53
주요우울장애, 단일삽화	72	10.10	5.98
주요우울장애, 재발성	134	10.37	5.70
기분부전장애	177	9.03	5.01

신뢰도

내적 합치도(Internal Consistency Reliability)

Kuder-Richardson 신뢰도를 통해 살펴본 결과, BHS는 일곱 개의 규준 집단 모두에서 높은 내적 합치도를 보이고 있었다. 한편 대학생을 대상으로 한 연구에서는 다소 낮은 신뢰도(KR-20=.65)가 보고된 바 있다(Durham, 1982). 정상 성인 집단을 대상으로 시행된 한국판 BHS에서의 내적 일관성은 .85로 적절하게 나타났다.

표 3. 정신 장애 집단 별 BHS의 내적 합치도

진단	신뢰도(KR-20)
자살 사고자	.92
자살 시도자	.93
알코올 남용 및 의존	.91
헤로인 중독	.82
주요우울장애, 단일삽화	.92
주요우울장애, 재발성	.92
기분부전장애	.87

검사-재검사 신뢰도(Test-Retest Reliability)

CCT에 소속되어 있고 공병(co-morbidity)이 있는 21명의 환자를 대상으로 실시한 일주일 간격의 검사-재검사 신뢰도는 .69였으며, 99명을 대상으로 한 6주 간격의 검사-재검사 신뢰도는 .66으로 나타났다. 정상 성인 집단을 대상으로 평균 7.2일 간격으로 시행된 한국판 BHS의 신뢰도는 .86으로 양호하였다.

문항 분석(Item Analysis)

절망감을 측정한 BHS의 각 문항에 응답할 확률은 임상 집단 별로 다양하게 나타났다. 수정된 문항-총점 상관 또한 임상 집단 별로 다양하게 보고되었으며 각 상관은 .01 수준에서 유의하였고, 대부분의 상관이 .50이 넘는 것으로 제시되었다. 한국판 BHS에서의 수정된 문항-총점 상관은 .23에서 .65까지 다양하게 나타났다.

타당도

내용 타당도(Content Validity)

BHS는 Stotland가 제시한 절망감 개념을 따랐으며, 각 문항은 환자들에게 그들이 우울했을 때와 우울하지 않았을 때 가지고 있던 기대에 대한 묘사를 바탕으로 구성되었다(Stotland, 1969).

공존타당도(Concurrent Validity)

BHS 점수와 임상가 평정 절망감 점수의 상관을 확인한 결과, .62-.74인 것으로 나타났다(Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974). 평정자 간 상관은 .86으로 나타났다. 또한 모든 임상 집단에서 비관주의 문항을 제외한 BDI(Beck Depression Inventory)점수와 BHS점수의 상관이 .001 수준에서 유의하게 연관이 있는 것으로 밝혀졌다.

표 4. BHS와 성별, 연령, BDI 총점, BDI 비관주의 문항과의 상관계수

진단	*N*	성별	연령	BDI[a]	BDI 비관주의 문항
자살 사고자	165	.01	-.01	.61(.59)	.58
자살 시도자	437	.04	-.01	.70(.68)	.66
알코올 남용 및 의존	105	.12	.01	.76(.74)	.74
헤로인 중독	211	.11	-.07	.46(.44)	.42
주요우울장애, 단일삽화	72	-.02	.24*	.51(.49)	.56
주요우울장애, 재발성	134	.06	.11	.64(.62)	.56
기분부전장애	177	-.01	-.10	.64(.62)	.64

[a] BDI는 Beck Depression Scale이며 괄호 안의 결과는 BDI에서 비관주의 문항을 뺀 총점과의 상관임.

변별 타당도(Discriminant Validity)

비록 BHS는 정신과적 진단의 감별을 위해 고안된 척도는 아니나 Beck, Riskind, Brown과 Steer는 주요우울장애 환자의 경우 범불안장애나 통제 집단에 비해 높은 BHS 점수를 보인다고 밝혔다. 또 다른 연구에서는 정신 감정 환자와 일반 정신과 환자의 경우 BHS 평균이 각각 6.62, 6.04였던데 비해 대학생의 평균은 2.32인 것으로 나타났다(Durham, 1982).

일반 성인을 대상으로 한 연구에서 성별에 따른 점수 차이는 유의하지 않았으나 연령에 따른 차이는 정적인 상관이 있었으며, 사회경제적 상태와는 부적 상관이 있는 것으로 나타났다. 또한 혼인 상태에 따라 사별했거나 떨어져있거나 이혼한 사람은 기혼자보다 비관적인 경향이 있었으며, 기혼자는 미혼자보다 비관적이었다(Greene, 1981).

연령을 고려한 점수 조정(Modification for Age)

다수의 연구에서 BHS는 성별과 유의한 상관이 없는 것으로 나타났으며(Beck & Steer, 1993; Greene, 1981), 연령과의 상관은 주요우울장애 단일삽화 집단에서만 유의한 것으로 보고되었으나 상관의 크기가 .24로 작았다(Beck & Steer, 1993).

구성 타당도(Construct Validity)

한 연구에서 우울, 절망감, 자살 의도에 대해 부분 상관 분석을 한 결과, 우울과 자살 의도에 비해 절망감과 자살 의도가 유의하게 높은 상관을 보이는 것으로 나타났다(Minkoff, Bergman, Beck, & Beck, 1973). 또한 Kovacs, Beck과 Weissman(1975)의 연구에서 진행된 부분 상관 분석 결과, 절망감을 통제한 경우에는 우울이 자살 의도와 유의한 상관이 없었으나 우울이 통제된 경우에는 절망감과 자살 의도의 상관은 여전히 유의한 것으로 밝혀졌다. 자살 사고자와 시도자 모두에게서 우울보다는 절망감을 측정하는 것이 자살 의도를 예측하는 더 좋은 변인이 될 수 있겠다는 연구들이 발표되어 왔다(Wetzel, Margulies, Davis, & Karam, 1980). 또한 BHS는 인지치료 등의 심리치료적 개입이 있는 경우에 유의하게 낮아지는 것으로 나타났다(Blackburn & Bishop, 1983; Rush, Beck, Kovacs, Weissenburger, & Hollon, 1982).

예측 타당도(Predictive Validity)

자살사고를 가지고 있는 입원 환자 165명을 대상으로 5-10년 간 이루어진 추적연구에서 BHS는 이후의 자살에 강력한 예측변인인 것으로 밝혀졌으며, 자살을 한 11명 중 10명이 BHS가 9점 이상이었던 것으로 나타났다(Beck et al., 1985).

요인 타당도(Factorial Validity)

BHS의 요인구조를 밝히기 위하여 294명의 자살 시도자를 대상으로 시행한 주성분분석 결과, (1) 미래에 대한 느낌 (2) 동기 상실 (3) 미래에 대한 기대로 구성되어 있었다(Beck et al., 1974). 그러나 이러한 요인 구조는 임상 집단에 따라서 다른 것으로 나타났다. 예를 들면, 주요 우울 장애의 경우 (1) 동기와 결과, (2) 미래에 대한 확신, (3) 미래 성취, (4) 미래에 대한 믿음, (5) 시간에 대한 관점의 5요인으로 구성되어 있다는 주장이 있었다(Nekanda-Trepka, Bishop, & Blackburn, 1983). 이후에 이루어진 연구들에서는 1요인, 2요인, 3요인 등 다양한 요인모형들이 제안되고 있다(Chang, D'Zurilla, & Maydeu-Olivares, 1994; Hill, Gallagher, Thompson, & Ishida, 1988; Medonca, Holden, Mazmanian, & Dolan, 1983; Nissim et al., 2010). 한국판 BHS의 개발을 위하여 일반성인 집단을 대상으로 확인적 요인분석을 시행한 결과 (1) 미래에 대한 낙관주의나 희망, (2) 포기하는 것에 대한 기대, (3) 미래에 대한 기대나 계획으로 이루어진 3요인이 가장 적합도가 우수한 것으로 나타났다(Hill et al., 1988).

사회적 바람직성(Social Desirability)

사회적 바람직성과 BHS와의 관련성에 대한 문제는 BHS를 해석하는데 있어서 논란이 되어왔다. 한 연구에서는 BHS와 ESDS(Edwards Social Desirability Scale)는 부적 상관이 있으며, 사회적 바람직성을 통제할 경우에는 BHS와 현재 자살 사고나 과거 자살행동이 유의한 상관을 보이지 않는다고 주장하였다(Linehan & Nielsen, 1981). 반면 다른 연구에서는 CM(Crowne-Marlowe Scale of Social Desirability)과 BHS와의 상관은 -.30으로, BHS와 자살 행동과의 연관성에 영향을 미칠 정도가 아니라고 보고하였다(Petrie & Chamberlain, 1983). 이러한 상충된 결과들은 사회적 바람직성 평가 도구가 달랐고 대상으로 한 집단도 상이했기 때문이라는 설명이 제기되었음에도 불구하고 BHS를 사용할 경우 긍정오류(false positive)를 낮추기 위해서 사회적 바람직성 척도도 함께 사용해야 한다는 논란은 지속되었다(Holden & Mendonca, 1984). 그러나 BHS가 자살사고를 과대 추정하는 것이 과소 추정하는 것보다 낫기 때문에 BHS와 사회적 바람직성 척도를 같이 쓰는 것은 추천하지

않는다.

임상적 사용

치료가 진행되는 동안 자살의 예측변인으로서의 역할

> P.B.는 49세로 세 명의 자녀를 둔 기혼의 무직인 남성이다. 34세에 직업 적응에 어려움을 경험하며 첫 우울 삽화를 경험한 이후 여러 차례 재발해왔다. 25차례 직업을 바꾸었으며 전기와 약물을 이용하여 두 차례 자살시도를 했었다. 그가 CCT에 의뢰되기 5개월 전, 회사에서 권고사직을 당한 뒤 우울 증상이 악화되었고 두 달 반 동안 입원 중이었다. 그는 CCT에 의뢰되어 면담과 자기보고식 설문지를 통해 평가하였는데 심각한 우울 증상은 있었으나 자살사고는 없는 것으로 나타났다. BDI는 45점이었으나 자살사고 문항은 부인하였고 SSI(Scale for Suicide Ideation)에서도 현재의 자살 사고나 계획은 없었으나 BHS는 20점이었다. 치료 회기가 세 차례 진행되면서 BDI 점수는 입원 당시의 45점 보다는 낮은 35, 37, 37으로 나타났으나 BHS는 높게 유지되었다. 네 번째 회기에 나타나지 않아 이유를 물었으나 면접이 있다고 대답하였고 자살사고를 부인하여 그 주에는 회기를 갖지 않기로 하였으나 그 다음 회기에도 나타나지 않아 전화를 걸자 3일 전 자살했다는 소식을 듣게 되었다. 그의 아내도 그가 어떠한 자살에 관련된 신호도 보이지 않았었기 때문에 매우 충격적이라고 하였다.

BDI가 하락하더라도 BHS가 높게 유지될 경우, 치료자는 환자가 약속을 취소했을 때 자살 시도의 가능성을 반드시 고려해야만 한다. 환자가 자살사고를 부인하거나 자살사고를 측정하는 자기보고식 설문에서 낮은 점수를 보였으나 BHS는 자살 위험성을 높게 측정하고 있었다.

자살사고를 평가하는 것을 이끌어주는 역할

> J.D.는 34살, 미혼 남성으로 사기업에서 일하는 변호사이다. 그는 주요 우울 삽화를 경험하고 있으며(BDI=31) 자살사고는 부인하고 있음에도 BHS는 심각한 수준을 보이고 있었다(BHS=20). BHS 점수에 대해서 면담하던 중, 그가 심하게 우울할 때면 어떠한 해결책도 없을 것 같다는 생각에 압도된다고 하며 그럴 때면 권총으로 그의 뇌를 날려버리는 상상을 한다고 한다. 이러한 자살 판타지와 절망감에 대해서 얘기하자, 점차 비관적인 사고가 줄었다. 자살 말고 다른 선택이 있다는 것을 깨달은 뒤부터는 BHS 점수가 하락했고 6주 뒤에는 경미한 수준이었으며 더 이상 우울하지 않았다.

자살사고를 부인하는 J.D.나 다른 많은 환자들의 경우에는 치료자가 일상적인 질문으로 직접적으로 물어야 하며, BHS가 높게 나타나는 경우에는 각 문항에 대해 이유를 묻는 것이 중요하다. 이러한 반응을 탐색하면 자살에 대한 소망을 알 수 있다.

치료적 난관에 부딪혔을 때 자원과 해결책을 제공해줄 수 있는 단서로서의 역할

> L.W.는 44세 기혼 여성으로 19, 15살의 두 딸이 있다. 20년이 된 그녀의 배우자는 성공한 컨설턴트이다. 그녀는 기분 부전에 이은 주요 우울 삽화와 회피유형의 공황장애를 주소로 센터에 내원하였다. BDI는 24, 중등도 수준이었고, BAI는 36, 고도 수준이었으며, BHS는 20이었고 자살사고는 부인하였다. 자살사고에 대해 직접적으로 물었을 때 그녀는 "종교적인 이유로 전혀 생각해본 적이 없다."고 하였다. 치료가 시작하자 그녀는 첫째 딸이 대학으로 떠난 직후 경험하였던 공황발작과 주요우울삽화에 대해 보고하였다. 그녀는 첫째와 가까웠고 많은 것을 같이 하였다고 하며 둘째는 "항상" 부담스러운 관계였고 그녀의 배우자는 "한번도" 집에 있지 않았고 "항상" 일을 했다고 말하였다. 그녀는 혼자 집에서 며칠씩 누워있는다고 하였다. 치료 계획은 공황발작 및 회피와 활동을 하도록 하는 것에 초점을 맞추었다. 회기가 지나면서 우울증과 연관이 있는 부정적인 자동적 사고를 재구조화하는데 초점을 맞추어갔다. 초반에는 치료가 순조롭게 진행되고 있는 듯이 보였고, 공황에 대한 인지 치료에도 반응이 좋았다. 그러나 우울증이 좋아진다는 생각이 들지 않았고 그녀가 하는 활동에 대해서 만족하거나 기쁘지 않았다. 그녀는 많은 것들이 무가치감과 관련된 자동적 사고와 남편 및 둘째 딸에 대한 분노와 연관이 있다는 것을 알게 되었다. 우울 증상이 치료되지 않자 치료자는 자기보고식 설문지를 환자와 다시 보았고 BHS의 문항들에 대해서 논박하였다. 치료자는 환자가 결혼생활에 대해 가지고 있는 절망감과 자신이 변할 수 없다고 생각하는 깊은 믿음을 가지고 있다는 사실을 알게 되었고 자신이 나쁜 사람이라고 믿고 있다는 것을 깨달았다. 종교적인 믿음 때문에 결혼 생활에서도 벗어나지 못하고 자살도 할 수 없었으며 이 모든 상황에 희망이 없다는 것이 "끔찍했다". 이러한 부정적인 믿음에 대해 인식하고 논박하게 되자 환자는 빠르게 호전되었다. BHS는 20점에서 18, 16점으로 하락하였고, 4주 뒤에는 7점이 되었다.

BHS는 증상이 호전되었어도 환자가 여전히 비관적이라는 것을 알려주는 유용한 도구이다. BHS의 문항들에 대해 논박하면서, 치료자는 치료의 난관에 이르게 한 상황적인 그리고 심리적인 요인들을 알게 되었다.

치료를 원활하게 해주는 기술로서의 역할

> H.N.은 20살, 미혼의 대학생이다. 만성적인 우울증을 알아오던 그녀는 그녀의 룸메이트는 직업적인 계획을 갖고 있으나 자신은 그렇지 않다는 것을 알게 되면서부터 우울증이 악화되었다. 그녀는 자신의 감정에 대해서 잘 말하지 않아 정보를 얻기 위

해 가족들에게 연락을 취하였다. 그녀의 엄마는 H.N.이 8살 때 아빠가 돌아가신 이후로 수줍고 위축되고 혼자 지냈다고 말하였다. 초기 평가에서 H.N.의 자기보고식 척도는 다음과 같았다.: BDI=38, BAI=27, SSI=5, BHS=19. 환자가 말을 하지 않아 치료가 진행되는데 어려움이 있었다. 한참을 망설이다가 그녀는 "다른 학생들은 잘 적응하고 난 그렇지 않아요."라고 하였으며 구체적인 설명은 하지 못하겠다고 하였다. 그녀의 자동적인 사고를 탐색하려고 하였으나 여러 차례 실패하였고 BHS 문항들을 이용하여 그녀에게 접근하였다. 치료자는 "내 상황을 개선할 수 없기 때문에 포기하는 것이 나을 것 같다." "그다지 운이 좋았던 적도 없고 앞으로도 그럴 것이다.", "내가 원하는 것을 절대로 얻을 수 없기에, 무엇을 바라는 것은 바보 같은 짓이다."라는 세 문항에 집중하여 이야기하였다. 가족들이 제공한 정보를 바탕으로 각 문항들에 반박할 만한 증거를 제시했고 그녀의 흑백논리적인 생각에 대해 논박했다. 이 회기가 지나고 BHS가 현저하게 감소한 후 환자는 치료에 더욱 협조적으로 임할 수 있었다.

BHS의 특정한 관련 문항에 초점을 맞추는 것은 만연해 있는 절망감을 깨고 협조하게 되는데 도움이 될 것이다.

참고문헌

American Psychiatric Association. (1980). *Dianostic and statistical manual of mental disorder* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Beck hopelessness scale manual*. San Antonio, TX: Peason.

Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry, 142*(5), 559-563.

Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 861-865.

Blackburn, I.M., & Bishop, S. (1983). Changes in cognition with pharmacotherapy and cognitie therapy. *The British Journal of Psychiatry, 143*, 609-617.

Chang, E.C., D'Zurilla, T.J., & Maydeu-Olivares, A. (1994). Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. *Cognitive Therapy and Research, 18*, 143-160.

Durham, T.W. (1982). Norms, reliability, and item analysis of the hopelessness scale in general psychiatric, forensic psychiatric, and college populations. *Journal of Clinical Psychology, 38*(3), 597-600.

Fogg, M.E., & Gayton, W.F. (1976). Social desirability and the hopelessness scale. *Perceptual and Motor Skills, 43*, 482.

Greene, S.M. (1981). Levels of measured hopelessness in the general population *The British Journal of Clinical Psychology, 20*, 11-14.

Hill, R.D., Gallagher, D., Thompson, L.W., & Ishida, T. (1988). Hopelessness as a measure of suicidal intent in the depressed elderly. *Psychology and Aging, 3*(3), 230-232.

Holden, R.R., & Mendonca, J.D. (1984). Hopelessness, social desirability, and suicidal behavior: A need for conceptual and empirical disentanglement. *Journal of Clinical Psychology, 40*(6), 1342-1345.

Johnson, J.H., & McCutcheon, S. (1981). Correlations of adolescent pessimism: A study of the beck hopelessness scale. *Journal of Youth and Adolescence, 10*, 169-172.

Linehan, M.M., & Nielsen, S.L. (1981). Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(5), 773-775.

Medonca, J.D., Holden, R.R., Mazmanian, D.S., & Dolan, J. (1983). The influence of response style on the beck hoplessness scale. . *Canadian Journal of Behavioural Science, 15*, 237-247.

Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A.T., & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. *The American Journal of Psychiatry*.

Nekanda-Trepka, C.J.S., Bishop, S., & Blackburn, I.M. (1983). Hopelessness and depression.

The British Journal of Clinical Psychology, 22, 49-60.

Nissim, R., Flora, D.B., Cribbie, R.A., Zimmermann, C., Gagliese, L., & Rodin, G. (2010). Factor structure of the beck hopelessness scale in individuals with advanced cancer. *Psycho-Oncology, 19*(3), 255-263. doi: 10.1002/pon.1540

Petrie, K., & Chamberlain, K. (1983). Hopelessness and social desirability as moderator variables in predicting suicidal behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(4), 485-487.

Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M., Weissenburger, J., & Hollon, S.D. (1982). Comparison of the effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on hopelessness and self-concept. *The American Journal of Psychiatry, 139*(7), 862-866.

Stotland, E. (1969). *The psychology of hope*. San Francisco, CA: Jossey: Bass.

Wetzel, R.D., Margulies, T., Davis, R., & Karam, E. (1980). Hopelessness, depression, and suicide intent. *The Journal of Clinical Psychiatry, 41*(5), 159-160.

김지혜 (현, 성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 교수)

이은호 (현, 삼성서울병원 정신건강의학과 우울증센터 임상심리학자)

황순택 (현, 충북대학교 심리학과 교수)

홍상황 (현, 진주교육대학교 교육학과 교수)

Beck Hopelessness Scale. Copyright © 1978 Aaron T. Beck. Korean translation copyright © 2014 Korea Psychology Corporation Aaron T. Beck. All rights reserved. Adapted and reproduced by Korea Psychology Corporation under license from NCS Pearson, Inc.

본 심리검사도구의 한국판 출판권은 한국심리주식회사가 소유합니다. 저작권법에 따라 한국심리주식회사의 허락 없이 본 검사도구의 일부 또는 전부를 무단 복제하거나 무단전재 및 변형하는 것을 금합니다.

한국심리주식회사

PEARSON

PsychCorp

비매품

93180

9 791185 662145

ISBN 979-11-85662-14-5