

알코올중독증 집단치료에 관한 비교연구:

단주친목집단(Alcoholics Anonymous)과 치료자중심집단을 대상으로

윤현숙*

I. 문제제기

알코올중독은 과량의 알코올을 반복하여 섭취하므로써 자신의 신체 및 정신 건강은 물론 가족과 직장, 사회전반에 심각한 문제를 야기시킨다.

DSM-III-R에서는 알코올중독을 약물의존의 범주에 넣어 알코올남용과 알코올의존으로 구분하였으며, 알코올남용이란 적어도 1개월이상의 지속적인 혹은 삽화적인 음주상태로써 사회적, 직업적 기능의 손상을 포함하는 사회적 합병증, 심리적 의존 또는 병적인 사용이 있는 경우로 정의하고 있다. 알코올의존이란 알코올남용에 부가해서 내성이나 금단증상이 일어나는 경우를 말한다.¹⁾

1987년 서울의대 정신과학교실에서 실시한 정신장애의 역학조사에 의하면, 우리나라 알코올성 장애의 유병율은 인구 1,000명당 22명으로 알코올남용이 12명, 알코올의존이 10명이었고 남녀비율은 27:1로 남자가 월등히 많다고 보고하였다.²⁾ 신경정신과 입원환자중 알코올성 장애환자의 비율은 뚜렷이 증가하는 추세로 1970년대에는 2.9%-5.3%였던 것이 1980년대에는 5.2%-10.0%로 증가하였으며, 정신분열증과 조울증 다음으로 높은 비율을 차지하고 있다.³⁾ 우리나라의 경우 서양에 비해 알코올성 장애의 비율이 낮은 것으로 보고되었으나 이러한 현상은 음주에 대한 관대한 문화적 특성에 기인하는 것으로 해석하기도 한다.

알코올중독에 대한 치료적 접근은 매우 다양하며, 크게 정신치료와 행동치료, 자조집단치료인 단주친목집단(Alcoholics Anonymous; AA)으로 분류될 수 있다.⁴⁾ 정신치료는 다시 개인정신치료와 집단정신치료, 가족치료등으로 세분되며, 행동치료에는 약물을 이용한 혐오치료와 기술훈련, 스트레스관리방법등이 포함된다. 알코올중독자들의 자조집단인 단주친목집단은 치료효과가 매

* 한림대학교 사회복지학과 조교수

- 1) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.), American Psychiatric Association, 1987, pp. 165-174.
- 2) 이 정균외, "한국정신장애의 역학적 조사연구 IX-알코올중독의 유병율," 서울의대 정신의학 13:15-26, 1987.
- 3) 김 광일, "한국인의 음주양상," Culture and Alcoholism (Proceeding of the Seminar on the Prevention and Treatment of Alcoholism), 1993, pp.14-15.
- 4) Sadye L. Logan, Ruth G. McRoy, and Edith M. Freeman, "Current Practice Approaches for Treating the Alcoholic Client," Health and Social Work, Vol. 12, No. 2, 1987, pp. 178-185.

우 높은 것으로 평가되고 있으나 비전문가에 의한 운영과 단주친목집단의 익명성때문에 연구결과가 매우 부족한 상태이다.⁵⁾

최근 우리나라에서도 정신의학분야에서 알코올중독에 대한 집단치료가 시도되고 있으며,⁶⁾ 단주친목집단의 경우 1980년대 초기에 알코올중독에서 회복된 두명의 아일랜드신부에 의해 도입되어 현재 전국적으로 약 20여개의 모임이 결성되어 있다. 그러나 아직 시작단계에 불과하며 따라서 알코올중독자 집단치료에 관한 임상적 연구는 거의 없는 상태이다.

본 연구는 알코올중독 치료집단인 K병원의 단주친목집단과 C병원의 치료자 중심집단을 대상으로 두 집단의 치료결과를 평가하고 집단의 특성을 분석하고자 한다.

II. 이론적 배경

집단치료는 경제적 효율성과 집단과정을 통한 치료효과로 인해 알코올중독에 대해 가장 많이 사용되고 있는 치료접근법이다. 알코올중독자의 특징적인 심리기제인 의존(dependence)과 부정(denial), 자기혐오와 죄의식에 따른 우울 등이 집단과정을 통해 해결될 수 있다.⁷⁾

Yalom은 집단정신치료의 치료요인을 12개로 분류하였으며, 각 치료요인별로 5개의 문항으로 구성된 측정도구(Q-sort)를 개발하였다. Yalom이 제시한 12개의 치료요인은 이타주의(altruism), 집단결속력(group cohesiveness), 보편성(universality), 내면적 대인간학습(interpersonal input), 외면적 대인간학습(interpersonal output), 지도(guidance), 카타르시스(catharsis), 동일시(identification), 가족 상호작용(family reenactment), 자기이해(self-understanding), 희망의 고취(instillation of hope), 및 실존적 요인(existential factors)으로 평균 16개월동안의 외래집단정신치료를 받은 신경증과 성격장애환자 20명중 정신치료에 가장 도움이 많이 되었던 것으로 인식한 치료요인은 내면적 대인간학습과 카타르시스, 집단

5) Marc Galanter, Douglas Talbott, Karl Gallegos and Elizabeth Rubenstone, "Combined Alcoholics Anonymous and Professional Care for Addicted Physicians," American Journal of Psychiatry, 147: 1, 1990, pp.64-68.

6) 현재 우리나라에서 알코올중독자를 대상으로 실시하고 있는 집단치료는 국립서울정신병원의 [알코올 및 약물중독 회복 프로그램]과 광주 천주의 성요한 신경정신과의 [알콜상담 치료센터] 및 연세대학교 정신과학 교실에서 실시하였던 강화지역사회 정신보건센터의 활동등을 들 수 있다.

7) Celia Leikin "Identifying and Treating the Alcoholic Client," Social Casework, 67(2), 1986, pp.67-73.
Norman Winegan, Tedd A. Stephens, and Douglas Varney, "Alcoholics Anonymous and the Alcoholic Defense Structure," Social Casework, 68(4), 1987, pp.223-228.

결속력 및 자기이해의 순으로 나타났다.⁹⁾ Marcovitz에 의한 25명의 환자들로 구성된 단기집단정신치료의 연구에서는 카타르시스, 집단결속력 및 이타주의가 중요한 역할을 하였으며, 하위순서로 지도 및 가족상호작용, 동일시가 지적되었다.¹⁰⁾

또한 Maxmen의 정신과 입원환자 100명을 대상으로한 단기집단정신치료의 연구에서는 희망의 고취, 집단결속력, 이타주의와 보편성이 중요한 역할을 하는 것으로 나타났으며, 반면 지도와 가족상호작용, 동일시의 치료요인이 하위순서로 보고되었다.¹⁰⁾

알코올중독에 대한 집단치료의 치료적 요인을 살펴 보면 다음과 같다.¹¹⁾

1) 집단은 알코올중독자로 하여금 자신의 모습을 보기에 앞서 다른 집단성원들의 경험을 듣고 관찰함으로써 통찰력을 얻을 수 있는 기회를 제공한다.

2) 집단은 집단밖의 세계를 그대로 나타내는 소우주(microcosm)와 같다. 집단밖의 상황에서 경험하는 것과 유사한 경험을 집단내부에서 직접적으로 경험하므로써 상황속에서 자신의 즉각적인 경험을 지각하고 평가하도록 한다.

3) 집단은 상황에 대한 감정과 반응의 보편화(universalization)를 경험하게 한다.

4) 집단은 다른 집단성원이 집단내부의 즉각적인 상황을 어떻게 처리하고 집단밖에서의 상황을 어떻게 조절하는가를 관찰하고 경험하므로써 새로운 문제해결의 방안을 제시한다.

5) 집단은 구성원간에 지지를 제공하고 불안과 갈등의 표현을 허용하며 새로운 행위를 시도할 수 있는 안전한 기회와 장소를 제공한다.

6) 집단에 의해 일어난 행위의 변화는 알코올중독자 자신이 통찰력을 지니기 전에 먼저 발생하며 이러한 행위의 변화는 보다 쉽게 통찰력을 갖도록 한다. 상황에 대한 새로운 행위양식을 습득하므로써 자신의 감정과 반응을 저항없이 관찰하고 평가하게 되며 알코올중독자의 특징적인 부정과 회피를 극복하여 알코올중독자로서의 자신을 받아들여가기가 쉬워진다.

7) 알코올중독자는 대부분 강한 의존욕구를 지니고 있으며 다른 사람들의 감정과 의견에 자기자신을 즉각적으로 관련시키는 성향을 지니고 있다. 따라서 집단은 알코올에 대한 병적인 의존상태에 대해 집단성원간의 상호의존상태를 제공하며 집단치료의 효과를 높여준다.

8) 알코올중독에 관한 다양한 정보를 제공한다.

9) 알코올중독에서 회복한 성원을 대하면서 자신도 회복할 수 있다는 희망을 제공한다.

9) Irvin D. Yalom, The Theory and Practice of Group Psychotherapy, New York: Basic Books, 1975, pp. 1-104.

9) 이 후경, 유 계준, "단기집단정신치료의 치유인자에 대한 연구," 신경정신의학, Vol. 26, No. 3, 1987, pp. 527에서 재인용.

10) 앞글, p. 527에서 재인용.

11) 윤 현숙, "알코올중독자 집단치료에 관한 연구," 한국사회 복지학, 통권 제15호, 1990, pp. 119-134.

알코올중독에 대한 집단치료중 가장 효과적인 것으로 평가되고 있는 단주친목집단(Alcoholics Anonymous; AA)은 알코올중독자들에 의해 구성되고 이끌어지는 자조집단(self-help group)으로 미국의 단주친목연합회의 보고서에 의하면, 단주친목집단에 참여한 알코올중독자의 약 60%가 1년안에 단주하였으며, 이들중 약 50%가 재발하였으나 재발을 경험한 알코올중독자의 치료율은 75%-89%에 이르는 것으로 보고하였다.¹²⁾ 대부분의 알코올중독자는 단주친목집단외에 다른 형태의 집단치료와 개인치료에도 참여하고 있기 때문에 단주친목집단의 치료결과를 정확하게 평가하기란 매우 어려운 작업이며 따라서 단주친목연합회의 보고자료에 대해서는 의문의 여지가 많은 것으로 지적되고 있으나 단주친목집단의 치료적 효과성에 대해서는 충분히 인정되고 있다.

Emrick은 알코올중독에 대한 단주친목집단과 여러형태의 정신치료간의 치료결과에 대한 분석에서 단주친목집단이 가장 효과적인 것으로 보고하였으며,¹³⁾ Galanter등의 연구에서도 알코올중독에서 회복된 100명을 대상으로 단주친목집단과 전문가에의한 정신치료간의 치료효과를 비교하였는데 단주친목집단이 치료에 가장 도움이 되었던 것으로 지적되었으며 단주친목집단에 대한 소속감(affiliativeness)과 알코올중독자에게 도움을 제공하는 원조자로서의 역할이 치료에 중요한 기능을 하는 것으로 나타났다.¹⁴⁾

III. 조사대상 및 방법

1. 조사대상

본 연구의 조사대상은 알코올중독자를 대상으로 실시하고 있는 K병원의 단주친목집단과 C병원의 치료자중심집단이다. K병원의 단주친목집단은 알코올중독자인 집단구성원들에 의해 이끌어지고 있는 자조집단의 성격을 지니고 있는 반면 C병원의 치료자중심집단은 치료자인 정신과의사와 사회복지사에 의해 집단의 구성 및 프로그램의 내용이 계획되고, 단지 프로그램의 진행만이 알코올중독자인 집단구성원에 의해 이루어지고 있는 치료자중심집단이다.

1) 단주친목집단

K병원의 단주친목집단은 1988년 7월부터 이루어졌으며 모임참여인원은 평균 33명으로 본 조사에 응답한 인원은 28명이었다. 주로 단주기간이 오래되었으며, 다른 단주모임에 메시지를 전달하러 다니는 성원들이 단주친목집단의 익명성을 이유로 응답을 거부하였다.

12) Alcoholics Anonymous, Profile of AA Meeting, New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1990.

13) Emrick C, "Alcoholics Anonymous: Affiliation Processes and Effectiveness as Treatment," Alcoholism, Vol. 11, 1987, pp.416-423.

14) Marc Galanter, Douglas Talbott, Karl Gallegos, and Elizabeth Rubenstone (1990), pp.64-68.

집단의 초기형성단계에서는 사회복지사에 의한 적극적인 집단구성과 다른 단주친목집단으로부터의 지원이 있었으나 집단이 구성된 이후부터는 사회복지사의 개입없이 알코올중독자 자신들에 의해 집단을 이끌어가고 있다. 알코올중독이라는 문제를 지니고 있거나 과거에 알코올중독자이었던 사람들로 술을 끊고자 하는 욕구를 지닌 사람은 누구나 집단성원이 될 수 있으며, 단주라는 동일한 목표를 향하여 서로의 경험을 나눔으로써 술로부터 자유로운 생활을 할 수 있도록 도움을 제공한다. 불필요한 개인정신역동이나 성격의 변화, 가족문제해결등은 원칙적으로 다루지않는다. 새로운 구성원이 언제나 들어 올 수 있고 재발한 경우에도 다시 참여할 수 있는 개방집단이며, 입원중에도 참여하도록 권유하고 퇴원환자는 물론 외부에서 의뢰된 환자와 메시지를 전달하기위해 자발적으로 참여하는 사람들로 구성되어 있다.

치료자중심집단과는 달리 치료자가 아닌 구성원중의 지도자에 의해 집단이 이끌어진다. 집단지도자는 6개월이상의 단주경험을 지녀야하며, 매월 집단구성원들에 의해 선출되어 모임을 이끄는 책임을 지닌다.

주 2회, 각각 1시간에 걸쳐 모임이 진행되며 매주 첫번째 모임은 비공개모임으로 (단주친목교본)과 (12단계와 12전통)의 교재를 이용하여 1-2쪽정도를 함께 읽고 읽은 내용과 관련된 경험을 토의하는 방식으로 이루어진다. 두번째 모임은 공개모임으로 알코올중독자가 아닌 사람들도 참여할 수 있으며, 주로 배우자와 가족, 친구들이 관심을 갖고 참여하고 있다. 집단구성원들의 자발적인 제안에 의해 모임의 주제를 정하여 자유롭게 토의하며, 집단구성원들로부터 제안이 없는 경우에는 집단지도자에 의해 주제가 주어지기도 한다. 집단지도자는 모든 구성원들에게 발언권이 돌아 갈 수 있도록 발언시간을 제한하거나 특정 구성원이 너무 오래 이야기하는 경우 종을 이용하여 시간을 알리며, 시작과 종료시간을 지키도록 책임이 주워진다.

K병원의 사회복지사는 비공개모임에는 참여하지 않고 공개모임에만 참여하여 단지 관찰만을 할 뿐 집단에는 개입하지 않는다. 사회복지사는 입퇴원환자의 연결과 필요한 경우 집단성원들에 대한 개별적인 지도를 할 뿐 집단의 구성이나 프로그램의 내용 및 진행에는 관여하지 않는다.

2) 치료자중심집단

C병원에서 실시하고 있는 치료자중심집단은 14명으로 구성되었으며, 정신과 의사와 사회복지사에 의해 집단이 구성되고 프로그램의 내용이 계획되며, 단지 모임의 진행만이 집단구성원에 의해 이루어지고 있다.

주 1회 약 1시간 반에 걸쳐 모임이 진행되며, 프로그램의 내용은 주로 교육과 토의로 구성되어 있다. 단주교육을 위해 작성된 비디오테이프나 교재를 보고나서 함께 토의하거나 일주일간의 생활을 보고하면서 자연스럽게 토의주제를 선정하기도 한다. 자발적인 토의보다는 한 사람씩 돌아 가면서 이야기하는 약간의 강제적인 토의형식을 지니고 있다.

집단지도자는 집단성원들에 의해 선출되며, 모임시작 전에 미리 치료자를 만나 프로그램의 내용 및 진행상황들에 대해 상의해야 한다.

C병원의 사회복지사는 집단의 구성 및 프로그램의 내용을 계획하고 집단모

임에도 직접적으로 참여하여 의견을 제시하거나 집단지도자와 성원들을 통제하기도 한다.

(표 1) 단주친목집단과 치료자중심집단의 구성 및 내용

	단주친목집단	치료자중심집단
집단구성원수	28명	14명
프로그램 내용	교재연구 및 토의 교재: [단주친목교본] (12단계와 12전통)	교육 및 토의 교재: [단주친목교본] [회복에 이르는길] [달과 놀던 아이] 비디오테이프 (10종류)
프로그램 실시회수 프로그램 형식	주 2회/ 매 1시간씩 비공개모임/ 공개모임	주 1회/ 1.5시간 -
집단지도자	집단구성원 (단주경험 6개월이상)	치료자 (정신과의사/ 의료사회복지사)

2. 측정도구

본 연구에서는 집단의 특성을 파악하기위해 Rudolf H. Moos에 의해 개발된 [집단환경척도(Group Environment Scale)]를 사용하였다. [집단환경척도]는 집단의 사회환경적 특성들을 측정하는 척도로 높은 신뢰도 (Cronbach's alpha = .77)를 지니고 있으며, 관계와 개인의 성장, 체계유지 및 변화의 3차원으로 구성되어 있다. 이러한 범주는 다시 10개의 하위척도들로 세분되어 각 하위척도별로 9개의 문항으로 구성된 90문항의 측정도구이다. [집단환경척도]의 내용 및 구성을 살펴보면 [표 2]와 같다.¹⁵⁾

15) Rudolf H. Moos, Group Environment Scale Manual. Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto: California, 1986.

[표 2] 집단환경척도(Group Environment Scale)

관계의 차원 (Relationship Dimensions)

1. 결속력 (Cohesion): 집단성원들의 집단에 대한 애착과 소속감, 성원들 간의 애정과 관심의 정도
2. 지도자의 지지 (Leader Support): 지도자에 의해 집단성원들에게 제공되는 도움과 관심, 애정의 정도
3. 표현력 (Expressiveness): 집단성원들의 자유로운 감정표현의 정도

개인적 성장의 차원 (Personal Growth Dimensions)

4. 독립성 (Independence): 집단성원들의 독립적인 행동의 정도
5. 과업지향 (Task Orientation): 실제적이며 구체적인 과업성취와 의사결정 및 훈련에 대한 강조의 정도
6. 자아발견 (Self-Discovery): 개인적인 정보의 표현과 토론의 정도
7. 분노와 공격성 (Anger and Aggression): 성원들간의 부정적인 감정의 표현과 의견충돌을 받아들이고 격려하는 정도

체계유지 및 변화의 차원 (System Maintenance and System Change Dimensions)

8. 규범과 조직 (Order and Organization): 집단의 조직 및 규칙의 엄격성의 정도
9. 지도자의 통제력 (Leader Control): 지도자에게 주어진 통제력의 정도
10. 혁신력 (Innovation): 집단의 기능과 활동에 대한 다양성과 변화의 정도

IV. 연구결과분석

1. 치료결과

단추친목집단과 치료자중심집단의 치료결과를 평가하기 위하여 집단구성원들의 지난 1달간의 음주정도와 지난 1년간의 단주기간, 음주문제의 심각성에 대한 인식정도를 살펴보았다.

단추친목집단이 치료자중심집단보다 치료결과를 설명하는 변수 모두에서 우수한 것으로 나타났다. 지난 1달간의 음주정도에서 단추친목집단의 85.2%가 전혀 마시지 않은 반면 치료자중심집단은 50.0%가 술을 마시지 않은 것으로 나타났으며, 지난 1년간의 단주기간에서도 단추친목집단의 60.7%가 6개월이상 단주한 반면 치료자중심집단에서는 33.3%가 6개월이상 단주한 것으로 나

타났다. 자신의 음주문제에 대한 인식정도는 문제가 심각하다고 인식할 수록 긍정적인 것으로 보았으며, 단주친목집단의 48.1%가 자신의 음주문제를 매우 심각한 것으로 인식하였으며, 치료자중심집단의 경우 15.4%만이 심각한 것으로 인식하여 단주친목집단이 치료자중심집단보다 치료효과가 우수한 것으로 나타났다. 조사과정에서 단주친목집단성원중 단주기간이 오래되고 다른 단주친목집단에 메시지를 전달하고 있는 성원들이 응답을 거부하였기 때문에 실제 두 집단간의 치료결과의 차이는 보다 더 클 것으로 추정할 수 있다.

(표 3) 단주친목집단과 치료자중심집단의 치료결과

		단주친목집단(N=28)	치료자중심집단(N=14)
지난1달간 음주정도	전혀 안마셨다	23 (85.2%)	7 (50.0%)
	가끔 마셨다	2 (7.4%)	6 (42.9%)
	매일 마셨다	2 (7.4%)	1 (7.1%)
지난1년간 단주기간	1개월미만	4 (14.3%)	2 (16.6%)
	1-2개월	1 (3.6%)	2 (16.7%)
	2-4개월	4 (14.3%)	3 (25.0%)
	4-6개월	2 (14.3%)	3 (25.0%)
	6개월이상	17 (60.7%)	4 (33.3%)
음주문제 인식정도	전혀문제안됨	4 (14.8%)	4 (30.8%)
	아주가끔문제	1 (3.7%)	1 (7.7%)
	가끔문제됨	4 (14.8%)	3 (23.1%)
	자주문제됨	5 (18.5%)	3 (23.1%)
	매우심각하다	13 (48.1%)	2 (15.4%)

2. 집단구성원의 특성

1) 사회인구학적 특성

일반적으로 알코올중독자의 연령이 높고, 기혼이며, 교육수준이 높을 수록 보다 좋은 치료결과를 지니는 것으로 나타나고 있다.¹⁶⁾

단주친목집단과 치료자중심집단간의 사회인구학적 특성을 비교해보면, 우선

16) Rudolf H. Moos, John W. Finney, and Ruth C. Cronkite, Alcoholism Treatment: Context, Process, and Outcome, Oxford University Press, Inc., 1990, pp.43-45.

연령에 있어 평균 42.1세(SD=10.11)와 44.0세(SD=8.37)로 차이가 거의 없는 것으로 나타났으며, 30대가 42.1%, 40대가 44.7%로 대부분을 이루고 있다. 교육정도와 알코올중독자의 사회적 기능의 정도를 설명해주는 직업활동에 있어서도 두 집단간에 뚜렷한 차이는 나타나지 않았으며, 단주친목집단이 약간 교육수준이 높은 것으로 나타났다.

두 집단간에 차이가 있는 것으로 나타나는 변수는 결혼상태와 종교로써 치료자중심집단에서 기혼자의 비율이 더 높은 반면, 종교에 있어서는 단주친목집단이 더 높게 나타났다. 특히 단주친목집단은 위대한 힘에 의존하는 영적인(spiritual) 성격이 강한 것으로 집단성원의 종교여부와 집단의 영적인 특성은 상호작용하는 것으로 해석할 수 있다.¹⁷⁾

[표 4] 단주친목집단과 치료자중심집단구성원의 사회인구학적 특성

		단주친목집단(N=28)	치료자중심집단(N=14)
연령(평균)	세	42.1세	44.0세
교육정도	국졸	-	1 (7.1%)
	중졸	5 (17.9%)	3 (21.4%)
	고졸	14 (50.0%)	5 (35.7%)
	대졸이상	9 (32.3%)	5 (35.7%)
결혼상태	기혼	22 (78.6%)	9 (64.3%)
	별거	-	1 (7.1%)
	이혼	1 (3.6%)	2 (14.3%)
	사별	-	1 (7.1%)
	미혼	5 (17.9%)	1 (7.1%)
종교	불교	6 (21.4%)	2 (14.3%)
	기독교	6 (21.4%)	2 (14.3%)
	천주교	9 (32.1%)	4 (28.6%)
	유교	1 (3.6%)	-
	무교	5 (17.9%)	5 (35.7%)
직업유무	있다	20 (71.4%)	10 (71.4%)
	없다	8 (28.6%)	3 (21.4%)

17) James E. Royce, Alcohol Problems and Alcoholism: A Comprehensive Survey, The Free Press:NY, 1989, pp.302-314.

집단성원들의 사회인구학적 특성에서 두 집단간에 차이가 있는 것으로 보여지는 결혼상태와 종교의 두변수와 치료결과간의 상관정도를 살펴보았으나 결혼상태와 종교유무에 따라 치료결과에 뚜렷한 차이를 발견할 수 없었다. Moos와 Finney, Cronkite의 알코올중독 치료집단에 관한 비교연구에 있어서도 집단성원들의 사회인구학적 특성과 집단참여이전의 사회적 기능정도는 치료결과변수인 음주량과 단주기간의 차이에 대해 6.3% - 8.4%정도만을 설명해주는 것으로 나타났으며, 따라서 집단성원들의 사회인구학적 특성보다는 치료프로그램의 내용과 강도가 치료결과에 중요한 영향을 미치는 것으로 보고하였다.¹⁸⁾

〔표 5〕 결혼상태와 종교유무에 따른 치료결과

		결혼상태		종교	
		기혼	미혼	있다	없다
지난1달간 음주정도	전혀안마셨다.	22(73.3%)	5(83.3%)	22(75.9%)	6(60.0%)
	가끔마셨다.	6(11.0%)	-	5(17.2%)	3(30.0%)
	매일마셨다.	2(6.7%)	1(16.7%)	2(6.9%)	1(10.0%)
지난 1년간 단주기간	1개월미만	5(17.2%)	1(16.7%)		3(33.3%)
	1~2개월	1(3.4%)	-	3(10.3%)	2(22.2%)
	2~4개월	4(13.8%)	2(33.3%)	1(3.4%)	2(22.2%)
	4~6개월	3(10.3%)	-	5(17.2%)	-
	6개월이상	16(55.1%)	3(50.0%)	3(10.3%)	2(22.2%)
음주문제 인식정도	전혀 문제안됨	7(22.6%)	1(25.0%)	7(24.1%)	1(10.0%)
	아주 가끔 문제	2(6.5%)	-	2(6.9%)	-
	가끔 문제됨	6(19.4%)	-	4(13.8%)	3(30.0%)
	자주 문제됨	5(16.1%)	2(50.0%)	5(17.2%)	3(30.0%)
	매우 심각하다.	11(35.5%)	1(25.0%)	11(37.9%)	3(30.0%)

2) 치료경험

집단성원들의 치료경험은 현재 받고 있는 치료와 입원치료경험 및 약물치료의 유무를 기준으로 살펴보았으나 약물치료의 경우 집단성원의 40.5%가 복용하고 있음에도 불구하고 대부분 정신약물이 아닌 간질환이나 당뇨, 위장장애 등의 치료제와 영양제를 복용하는 것으로 나타나 본 연구에서 제외하였다.

치료자중심집단에서 현재 치료를 받고 있는 비율이 높게 나타났으며, 특히 입원중에 집단에 참여하고 있는 비율이 28.6%로 단주친목집단의 14.3%보다 높았다. 입원치료의 경험에 있어서는 두 집단간에 차이가 거의 나타나지 않았다.

18) Rudolf H. Moos, John W. Finney, Ruth C. Cronkite (1989), pp. 44-45.

[표 6] 집단구성원의 치료경험

		단주친목집단(N=28)	치료자중심집단(N=14)
현재치료	외래치료	5 (17.9%)	3 (21.4%)
	입원치료	4 (14.3%)	4 (28.6%)
	받지않음	19 (67.9%)	7 (50.0%)
입원치료 경험	없다	3 (10.7%)	2 (14.3%)
	있다	25 (89.3%)	12 (85.7%)

집단에 참여하면서 치료를 받고 있는 성원들중 입원치료를 받고 있는 8명은 모두 신경정신과에서 치료를 받고 있었으며, 외래치료를 받고 있는 8명중 6명은 신경정신과에서, 나머지 2명은 내과에서 치료를 받고 있었다. 두집단간에 차이를 보이는 현재의 치료경험과 치료결과간의 상관정도를 살펴보면, 현재 외래나 입원치료를 받고 있지 않은 집단이 치료결과 3변수 모두에서 우수한 것으로 나타났으나 현재 외래나 입원치료를 받고 있는 알코올중독자는 대부분 최근에 알코올로 인해 문제가 되었던 경우로써 지난 1달간의 음주정도나 지난 1년간의 단주기간에 있어 치료를 받고 있지 않은 집단보다 낮게 나타날 수 있는 가능성이 보다 높기 때문인 것으로 해석할 수 있다.

자신의 음주문제를 인식하는 정도에 있어서도 치료를 받지 않은 집단성원들이 보다 심각하게 문제를 인식하고 있었으며, 오히려 외래치료를 받고 있거나 입원중인 환자에서 문제의 심각성을 인식하는 정도가 낮게 나타났다. 알코올중독자가 자신의 문제를 인정하고 수용하는 것은 치료의 시작이며 가장 중요한 부분임에도 불구하고, 입원환자의 12.5%와 외래치료를 받고 있는 환자의 37.5%만이 문제를 심각한 것으로 인식하였다.

[표 7] 현재의 치료경험에 따른 치료결과

		결혼상태		종교
		외래치료	입원치료	치료받지않음
지난1달간 음주정도	전혀안마셨다.	3(42.9%)	2(25.0%)	25(96.2%)
	가끔마셨다.	3(42.9%)	4(50.0%)	1(3.8%)
	매일마셨다.	1(14.3%)	2(25.0%)	-
지난 1년간 단주기간	1개월미만	2(25.0%)	-	2(8.3%)
	1~2개월	-	2(25.0%)	1(4.2%)
	2~4개월	2(25.0%)	2(25.0%)	3(12.5%)
	4~6개월	2(25.0%)	-	1(4.2%)
	6개월이상	2(25.0%)	1(12.5%)	16(66.7%)
음주문제 인식정도	전혀 문제안됨	-	-	8(33.3%)
	아주 가끔 문제	1(12.5%)	-	1(4.2%)
	가끔 문제됨	3(37.5%)	3(37.5%)	1(4.2%)
	자주 문제됨	1(12.5%)	4(50.0%)	3(12.5%)
	매우 심각하다.	3(37.5%)	1(12.5%)	11(45.8%)

치료경험변수로 집단에의 참여기간을 비교해보면 단주친목집단은 19.5개월(SD=20.93)이었으며, 치료자중심집단은 31.9개월(SD=28.40)로 12.4개월이 더 많은 것으로 나타났다. 그러나 치료자중심집단은 참여기간이 3년이상인 성원과 6개월미만인 성원의 비율이 높아 성원들간의 편차가 심하기 때문에 평균값만으로 집단참여기간을 비교하기는 어렵다.

일반적으로 치료기간이 길수록 그만큼 치료경험이 많아지기 때문에 치료결과에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 가정하기도 하지만 Miller와 Hester의 연구에서는 입원기간과 치료결과간에 상관관계가 없는 것으로 보고하였으며,¹⁹⁾ Finney와 Moos, Chan의 연구에서는 오히려 입원기간이 길수록 치료결과가 나쁜 것으로 나타났다.²⁰⁾ 또한 Moos와 Finney, Cronkite의 연구에서는 알코올중독자 치료센터에서의 입원기간이 6개월이상인 경우와 프로그램의 내용이 보다 지역사회중심으로 구성된 경우에 입원기간이 길수록 치료결과가 좋은 것

19) Miller, W.R. and Hester, R.K., "Inpatient Alcoholism Treatment: Who benefits?," American Psychologist, Vol. 41, pp.794-805.

20) Finney, J., Moos, R., and Chan, D., "Length of Stay and Program Component Effects in the Treatment for Alcoholism: A Comparison of Two Techniques for Process Analysis," Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 49, pp.120-131.

으로 나타났다.²¹⁾ Ellis와 Krupinski는 입원기간의 정도는 처음 입원한 알코올중독자에게는 단기간의 긍정적인 영향을 미치지만 입원경험이 있는 환자에게는 영향을 미치지 않는 것으로 보고하였다.²²⁾

〔표 8〕 단주친목집단과 치료자중심집단성원의 집단참여기간

		단주친목집단	치료자중심집단
집단참여기간	Mean (SD)	19.46개월(20.93)	31.85개월(28.41)
	6개월미만	10 (35.7%)	3(21.4%)
	6-12개월	4 (14.3%)	3(21.3%)
	1-2년	6 (21.4%)	1 (7.1%)
	2-3년	6 (21.4%)	2(14.3%)
	3년이상	1 (3.6%)	5(35.6%)

3. 집단의 특성

집단의 특성을 파악하기 위해 [집단환경척도]를 이용하여 10개의 하위척도들의 평균값과 표준편차를 비교하였으며 통계적 유의도를 평가하기 위해 t-test를 실시하였다.

단주친목집단이 치료자중심집단보다 결속력이 높은 것으로 나타났으며, 표현력과 규범과 조직에서도 약간 높게 나타났으나 통계적으로 의미있는 차이로 볼 수는 없다. 반면 치료자중심집단에서는 지도자의 지지와 독립성, 과업지향, 자아발견, 분노와 공격성의 수용정도, 지도자의 통제력, 혁신력에서 단주친목집단보다 높게 나타났으며, 특히 지도자의 지지와 통제력, 독립성 및 혁신력에서는 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다.

21) Rudolf H. Moos, John W. Finney, and Ruth C. Cronkite(1989), pp.61-62.

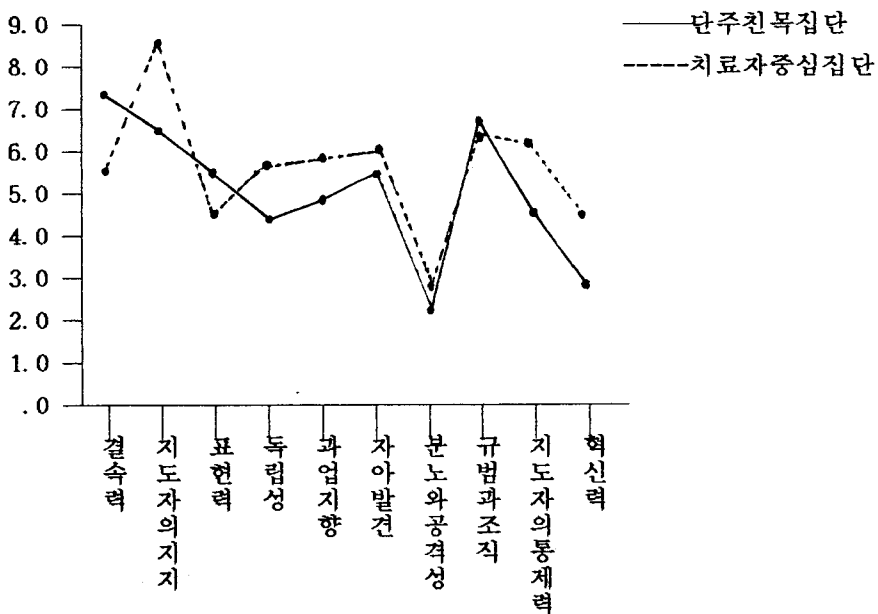
22) Ellis, A. S., and Krupinski, J., "The Evaluation of a Treatment Programme for Alcoholics: A Follow-up Study," *Medical Journal of Australia*, Vol.1, pp.8-13.

[표 9] 단주친목집단과 치료자중심집단의 특성

하위척도	단주친목집단		치료자중심집단		t 값	p
	Mean	SD	Mean	SD		
결속력	7.32	1.21	5.71	1.49	3.74	.001
지도자의 지지	6.42	1.37	8.50	.65	-5.33	.000
표현력	5.36	1.59	4.50	1.40	1.71	.095
독립성	4.21	1.50	5.78	1.58	-3.15	.003
과업지향	4.82	2.00	5.93	1.59	-1.80	.079
자아발견	5.32	1.47	5.93	1.49	-1.26	.216
분노와 공격성	2.14	2.07	2.64	2.70	-.67	.509
규범과 조직	6.64	1.74	6.21	2.11	.70	.489
지도자의 통제력	4.43	1.55	6.14	1.10	-3.69	.001
혁신력	2.68	1.70	4.28	1.98	-2.73	.009

단주친목집단과 치료자중심집단간에 나타나는 특성을 도표로 그려보면 (도표 1)과 같다.

[도표 1] 단주친목집단과 치료자중심집단의 특성



치료자중심집단은 자조집단인 단주친목집단과는 달리 치료자와 치료자의 지도를 받고 있는 지도자에 의해 집단이 운영되고 있기 때문에 지도자의 지지와 통제력이 높게 나타났으며, 단주친목집단에 비해 덜 구조화되고 다양한 프로그램을 지니고 있어 집단에서 변화와 다양성을 받아들이는 정도가 높은 것으로 해석할 수 있다. 집단성원의 독립성에 있어서도 단주친목집단의 12단계와 12전통과 같은 규율과 원칙을 지니고 있지 않기 때문에 집단성원들이 보다 자유롭게 독립적인 행동을 할 수 있다.

단주친목집단이 지니는 높은 수준의 결속력은 이 집단이 치료자중심집단보다 치료결과에 있어 뛰어난 사실을 설명해주는 중요한 치료요인으로 이해할 수 있다. Galanter등에 의해 단주친목집단과 정신치료간의 치료효과를 분석한 연구에 의하면, 단주친목집단이 지니는 치료적인 효과는 집단성원들간의 공유된 믿음과 집단결속력, 상호동일시에 의해 일어나는 것으로 설명하였다.²³⁾

단주친목집단의 창시자인 Bill W.는 단주친목집단의 정신을 회복(recovery)과 일치(unity), 봉사(service)로 설명하였다. 회복이란 단주친목집단의 12단계를 설명하는 것으로 알코올중독자는 자신이 알코올중독자이며 술을 조절할 수 있는 능력이 없다는 것을 인정하고, 위대한 힘에 자신을 맡기는 데서 출발한다. 일치란 12전통을 설명하는 것으로 집단성원들간의 지지와 애정, 전체로서의 집단의식에 관한 규율을 말하며, 익명성과 권위에 대한 거부, 집단재정의 청빈등을 포함한다. 익명성에 의해 자신을 집단에 노출시키지 않으므로써 누구나 자유롭게 참여할 수 있고 집단성원을 보호할 수 있으며, 재산이나 지위, 명예등에 따르는 권위를 거부하여 겸손을 배우고 자신의 문제를 인정하고 받아들여지게 된다. 집단의 재정적 운영에 있어서도 집단성원간의 일치를 위해 타인으로부터 기부를 받거나 기금을 모으지 않고 항상 재정이 없는 상태를 유지해야 한다. 봉사의 정신은 단주친목집단에 대한 봉사는 물론 다른 알코올중독자에 대한 봉사, 즉 술을 끊도록 도와주는 일을 말한다. 단주친목집단의 기본원리는 다른 알코올중독자와 경험을 나눔으로써 상대방은 물론 자신도 단주하게 되는 것이다. 자신의 경험을 다른 알코올중독자에게 이야기함으로써, 즉 메시지를 전달함으로써 서로 도움을 받게 된다.²⁴⁾

단주친목집단이 지니는 결속력은 단주친목집단의 정신에 나타나 있는 것처럼 집단성원들간의 회복의 원칙에 대한 공유된 믿음과 일치와 봉사정신에 의한 집단성원들간의 지지와 단결, 상호동일시에 의해 이루어지는 것임을 알 수 있다.

4. 집단지도자의 집단에 대한 이해

집단성원들과 치료자간의 집단에 대한 이해가 어느정도 일치하느냐는 집단의 구성과 프로그램의 내용 및 진행등에 중요한 영향을 미친다. 단주친목집단에

23) Marc Galanter, Dougals Talbott, Karl Gallegos, and Elizabeth Rubenstone (1990), pp. 67-68.

24) James E. Royce (1989), pp. 262-278.

단지 관찰자로서 참여하고 있는 K병원의 사회복지사와 집단에 직접적으로 개입하고 있는 C병원의 사회복지사를 대상으로 집단성원들과 치료자간의 이해의 차이를 살펴 보았다.

일반적으로 집단에 대해 책임을 지니고 있는 지도자(혹은 치료자)일 수록 집단에 대해 긍정적으로 평가하는 경향이 있으며²⁵⁾ 본 연구에서도 전체적으로 사회복지사가 집단성원들보다 높은 점수를 지니고 있다.

사회복지사가 집단에 적극적으로 개입하는 경우는 물론 개입하지 않는다 할지라도 얼마나 정확하게 집단을 파악하고 있는냐는 매우 중요한 변수이다. 치료자중심집단처럼 사회복지사가 집단을 구성하고 프로그램을 계획하며, 직접적으로 집단에 개입하는 경우 치료자의 집단에 대한 정확한 이해, 즉 치료자와 집단성원들간의 일치된 이해는 집단의 치료적 효과에 중요한 영향을 미친다. 단주친목집단의 경우에도 사회복지사가 직접적으로 개입하지는 않지만 필요한 경우 집단에 대해 전문적인 자문을 주거나 개별지도를 실시하기 때문에 치료자와 집단성원간의 일치된 견해는 중요한 변수이다.

전체적으로 단주친목집단이 치료자중심집단보다 집단성원과 사회복지사간에 커다란 견해차이를 보여주지 않았다. 단주친목집단의 사회복지사는 집단성원들보다 체계유지와 변화의 차원에서 보다 집단이 조직되었으며 규칙이 엄격하고 따라서 지도자의 통제력이 높은 반면 집단기능이나 활동에서 다양성과 변화를 받아들이는 정도가 매우 약한 것으로 파악하였다. 비전문가에 의한 집단임에도 불구하고 다른 자조집단과 달리 12단계와 12전통에 따른 원칙과 구조화된 프로그램의 내용과 진행방식등이 영향을 미친 것으로 해석할 수 있다. 반면 개인적 성장의 차원에서 집단이 성원들의 실제적인 문제해결에 도움이 되거나 집단속에서 자신을 드러내놓고 이야기하고 이러한 과정을 통해 자신을 발견하는 정도는 사회복지사가 생각하는 정도보다 적었다.

치료자중심집단의 경우는 치료자인 사회복지사와 집단성원들간에 분노와 공격성을 수용하는 정도와 규범과 조직의 척도에서 커다란 견해차이를 보여주었다. 사회복지사는 집단에서 집단성원들간의 부정적인 감정이나 분노, 의견의 불일치등이 자유롭게 표현되고 받아들여지는 것으로 파악하였으나 실제 집단성원들의 견해와는 커다란 차이가 있으며, 집단의 규범과 조직에 있어서도 집단 자체의 규범이나 조직이 아닌 치료자의 지도에 따라 집단이 이끌어지기 때문에 치료자가 생각하는 정도로 집단성원들이 생각하는 것은 아님을 알 수 있다. 단주친목집단에 비해 치료자중심집단의 낮은 치료결과는 이러한 사회복지사와 집단성원들간의 집단에 대한 커다란 견해의 차이에 의한 것일 수도 있을 것이다.

25) Rudolf H. Moos (1986), p. 4.

[표 10] 집단성원과 사회복지사간의 집단이해

	단주친목집단		치료자중심집단	
	집단성원	사회복지사	집단성원	사회복지사
결속력	7.32	8.00	5.17	5.00
지도자의 지지	6.42	6.00	8.50	9.00
표현력	5.36	6.00	4.50	2.00
독립성	4.21	4.00	5.78	5.00
과업지향	4.82	6.00	5.93	6.00
자아발견	5.32	8.00	5.93	5.00
분노와 공격성	2.14	5.00	2.64	9.00
규범과 조직	6.64	9.00	6.21	1.00
지도자의 통제력	4.43	6.00	6.14	6.00
혁신력	2.68	0.00	4.28	2.00

V. 실천적 함의

점차 우리나라에서도 알코올중독자가 증가하는 것으로 보고되고 있으며 특히 정신과 입원환자중 알코올중독자가 차지하는 비율은 크게 증가하고 있다. 그러나 이들에 대한 치료는 주로 정신과의사에 의한 개인정신치료에 의존하고 있으며, 일반적인 정신장애에 대한 치료기법이 그대로 적용되고 있다. 알코올중독 치료후의 높은 재발율은 많은 전문가로 하여금 개인정신치료에 대한 한계를 느끼게 하여 몇몇 병원에서 알코올중독자에 대한 집단적 치료가 시도되고 있으나 아직 초기단계에 머물러 있다.

알코올중독에 대한 집단치료의 높은 효과에도 불구하고 집단치료에 대한 지식과 훈련의 부족으로 여전히 많은 전문가들이 집단적 접근을 피하고 있으며, 특히 단주친목집단은 자조집단의 비전문성으로 인해 전문가들로부터 도외시되고 있다.

본 연구는 자조집단인 단주친목집단과 치료자중심집단간의 치료효과를 평가하고 두 집단의 특성을 비교분석하였다. 단주친목집단이 치료자중심집단보다 음주량과 단주기간, 문제의 인식정도를 기준으로 살펴 보았을 때 높은 치료적 효과를 지니고 있었으며, 단주친목집단이 지니고 있는 높은 수준의 결속력이 중요한 작용을 한 것으로 나타났다. 치료자와 집단성원들간의 집단에 대한 견해의 차이를 통해 치료자의 집단에 대한 정확한 이해가 매우 중요한 것임을 보여 주었다.

그러나 본 연구의 조사대상인 집단의 표본수가 적고, 개방집단으로 집단성원

들이 수시로 변화하며, 응답을 거부한 성원들도 있기 때문에 본 연구의 결과를 일반화해서 설명하는 것은 매우 위험하다.

사회복지사는 전문적인 치료개입을 통한 치료자나 상담가(therapist-counselor)의 역할도 중요하지만 클라이언트가 필요로 하는 사회적 지지망을 형성하고 조직하여 자원을 연결시켜주는 매개자(network-system consultant/broker of services-resources)의 역할도 매우 중요한 것이다.²⁶⁾

26) James K. Whittaker and Elizabeth M. Tracy, Social Treatment, Aldine de Gruyter: New York, 1989, pp. 101-126.