동의신경정신과 학회지
J. of Oriental Neuropsychiatry
Vol. 20. No. 2, 2009

익명의 알코올 중독자 모임의 불안, 우울에 대한 효과 연구

김회영*, 손현수*, 강지홍*, 심소라*, 박보라, 김지훤, 김태헌
광동한방병원 내과*
원광대학교 한의과대학 신경정신과 교실

The Study on Effect of Alcoholics Anonymous for Anxiety and Depression

Hoi-Young Kim*, Hyun-Soo Son*, Ji-Hong Kang*, So-Ra Shim*,
Bo-Ra Park, Ji-Hwon Kim, Tae-Heon Kim
Department of Internal Medicine, Kwang-Dong Oriental Medicine Hospital*
Dept. of Neuropsychiatry, College of Oriental Medicine, Wonkwang University

Abstract

Objectives :
This study was performed to assess the benefits of Alcoholics anonymous program for anxiety and depression of alcoholics. And we investigate Sasang constitution in Alcoholics Anonymous(A.A.) members to study relation between alcoholic and constitution.

Methods :
21 members of A.A. groups in korea who agreed to the purpose of this study were selected. We evaluated anxiety by BAI, depression by BDI-Ⅱ and sasang constitution by QSCCⅡ+.

Results :
The research result is as follows.
1. Eighteens of 21 A.A. members are men and the rest are women. First alcohol drinking age(mean) is 15. Getting alcohol drunk age(mean) is 20.9.
2. The duration of alcohol drinking before A.A. participation(mean) is 20.2 years. The duration of giving up drinking after A.A. participation(mean) is 26.5 months.
3. A.A. program significantly reduced anxiety of A.A. members from 10.43±1.37(mean±S.E.)(light anxiety) to 6.86±1.24(normal).

투고일: 2/3 수정일: 6/5 채택일: 6/12
교신저자 : 김태헌, 광주광역시 남구 주월동 543-8 원광대학교광주한방병원 신경정신과
Tel : 062-670-6472, Fax : 062-670-6767, E-mail : jayou88@daum.net

4. A.A. program significantly reduced depression of A.A. members from 4.14±1.14(mean±S.E.)(normal) to 2.33±0.75(normal) in the statistics, but it does not have the meaning clinically.
5. Sasang constitution classification result was Taeum group 10 people(47.6%), Soyang group 9 people(42.9%), Soeum group 2people(9.5%), Taeyang group 0 people(0%), Taeum group and Soyang group were relatively more than Soeum group.

Conclusions :
Participation in the A.A. program reduce anxiety and depression of A.A. members. This research provide data on positive effect of A.A program and may prove that the self-help program(A.A.) can help to maintain long term sobriety and improve the quality of life of its members.

Key words :
Alcoholics Anonymous, Alcoholism, Anxiety, Depression, Sasang constitution

I. 서 론

알코올 중독은 음주에 대한 통제력 상실로 특징 지워지는 만성질병으로서 알코올을 상습적으로 남용함으로 인해 건강 뿐 아니라 생활의 중요요소인 직업, 가족, 대인관계 등에 심각한 장애를 가져오는 질병이다[1,2].

이러한 알코올은 미국에서 순환기 질환, 암에 이어 3번째의 사망 원인으로서 알코올 중독자는 비알코올 중독자에 비해 사망률이 2.5배 높으며[3], 한국에서는 2006년 알코올 장애에 의한 평생 유병률이 16.2%이고, 일 년 유병률은 5.6% 이었다[4].

한의학에서는 음주로 인하여 발생되는 모든 內傷을 酒傷이라고 하는데[5], 內經에서 '酒傷'이라는 표현은 없지만, 『素問・上古天眞論』[6]에서 술로 인하여 天壽를 누리지 못한다고 하였으며, 『靈樞・論勇』[7], 『素問・厥論』[8]등에서도 술의 성질과 過飮으로 인한 병리 현상에 대하여 기술하였다.

알코올 중독자는 자신의 불안을 해결하기 위한 도피의 수단으로 음주를 하며 내면의 의존심과 공격심의 외부로의 수동적 표현으로써 음주를 하기도 하는데, 프로이드의 정신분석학에서는 유아시절 구순기의 좌절 내지는 고착이 알코올 중독이 된다고 하였고, Meninger는 자기파괴적인 욕구가 중요한 역할을 한다고 하였으며, Adler는 연속적인 불안감에 수반된 강한 열등의식과 책임감으로부터 도피하려는 욕구가 중요한 역할을 한다고 언급하였다[9].

알코올 중독에 대한 치료로는 정신치료와 행동치료, 자조집단치료인 익명의 알코올 중독자 모임(Alcoholics Anonymous, 이하 A.A.)이 있으며, 알코올 중독자들이 알코올 중독이 질병임을 스스로 인정하는 경우 치료 및 단주를 목적으로 자활단주프로그램의 하나인 A.A. 모임에 참여한다[10].

이러한 A.A. 모임은 공개적으로 알코올 중독자들끼리 경험을 공유할 수 있고, 서로에게 따뜻한 관심을 주고[11,12], 강한 정서적 유대관계를 형성하여 자존감을 높여주는 효과적인 매개체

역할을 하여[13] 단주 상태를 유지할 수 있도록 도와줌으로써, 심리적으로 감정의 통제에 어려움이 있는 알코올 중독자들에게 권장되며 그룹 심리치료의 기능도 있다[11,12].

酒傷에 대한 연구로는 박[14]의 葛花解醒湯 투여 시 알코올 대사율의 증가, 문[15] 等의 葛花解醒湯의 알콜금단증후군 치험 2례 보고, 김[16] 等의 알코올로 인한 Wernicke disease 치험 1례 等 실험 연구 및 신체적 증상에 대한 임상 연구가 주로 많았고, 불안, 우울 등의 정신적 증상에 대한 연구나 단주, A.A.모임에 대한 연구는 찾아보기 힘들었다.

서양에서의 A.A. 모임에 대한 연구로는 Bassin(1975)[17], Blumberg(1977)[18] 그리고 Naifeh(1995)[19] 등이 A.A. 모임에 참여하는 것이 알코올 중독자의 심리적 증상을 치료하는데 효과가 있다고 보고하였고, 우리나라에서는 김[20]이 A.A. 모임에 참여한 알코올 중독자가 부정직함이나 두려움에 대하여 긍정적인 변화를 많이 느낀 것으로 보고하였으며, A.A. 모임의 12단계 프로그램 중에서도 제 11단계(기도와 명상)와 제 12단계(메시지 전달 후 다른 알코올 중독자를 A.A. 모임에 인도)를 실천하는 경우일수록 긍정적인 방향으로의 심리적 변화에 대한 평균점수가 유의하게 높다고 하였다.

하지만 이러한 국내외의 여러 연구들은 A.A. 모임의 여러 심리적, 사회적, 신체적 측면에 대한 연구들로서, 알코올 중독자들에게 주로 나타나는 신경증적 증상이면서 알코올 중독의 원인이 되는 불안과 우울의 변화에 미치는 효과에 대한 연구는 찾아보기 힘들었다.

그래서 저자는 알코올 중독자의 심리적 특성 중에서 불안과 우울에 초점을 맞추어, A.A. 모임과 불안 및 우울의 변화에 대한 관련성을 규명해 보고자 하였다. 아울러 한국 고유의 체질론으로 신체적인 면에 대한 특징과 함께 정신적인 면을 중요시하는 사상의학에서의 체질과의 관련성도 살펴보았다.

II. 연구목적

본 연구의 목적은 자활단주모임인 A.A. 모임에 참여하고 있는 사람들을 대상으로 A.A. 모임의 효과가 불안, 우울에 미치는 영향을 평가하여 A.A. 모임의 긍정적인 효과에 관한 기초자료를 제공하고 알코올 중독인 사람들에게 A.A. 모임에 참여함으로써 술을 끊고 스스로의 힘으로 회복할 수 있는 길이 있다는 확신을 심어주며, 단주 후에도 계속 단주상태를 유지할 수 있도록 도움을 주는 데에 있다.

또한 사상체질검사를 통해 알코올 중독과의 관련성을 알아보고자 한다.

III. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

200○년 ○월(1차)과 ○월(2차)에 ○○과 ○○에서 활동 중인 5개 A.A. 모임에 참석했던 멤버들 중 본 연구의 목적에 동의한 21명을 연구대상으로 하였다.

2. A.A.모임의 특성

A.A. 모임은 공동의 욕구, 문제들을 나누고 상호간의 지지를 목표로 하여 장기간 유대를 형성하고 문제를 해결하는데 유용할 수 있는 자원과 활동에 대하여 정보를 교환하는 비전문적인 사람들의 자발적인 조직체로 정의 내릴 수 있다[21].

A.A. 모임의 목적은 알코올 중독을 공통의 문제로 갖고 있는 사람들이 집단 내에서 상호간에 도움을 주고받음으로써 문제를 처리, 해결하

는데 있으며, 자주 정기모임을 가지면서 자신들의 알코올 중독에 대한 이야기와 12단계 프로그램을 통한 알코올 중독 극복 방법 등에 대해 경험을 나눈다[13].

3. 연구방법

자료 수집은 저자가 직접 A.A. 모임에 참석하여 모임에 참석했던 사람들 중에서 본 연구의 목적에 동의한 사람들을 대상으로 설문지를 배포한 후 설문지 작성이 그 자리에서 완료된 경우에는 직접 설문지를 회수하였고, 집에 가져가서 설문지를 작성하겠다는 경우에는 반송봉투와 우표를 설문지와 함께 나누어주고 본인이 작성한 설문지를 봉투에 넣어서 연구자에게 우송토록 하는 방법으로 설문지를 회수하였다.

그리고 연구대상자들이 설문지를 작성하기 전에 A.A. 모임의 책임자가 본 연구의 중요성과 구체적인 목적을 설명하였고, 거짓 응답이나 불성실한 응답을 줄이기 위하여 익명성이 보장된다는 점을 강조하였다.

4. 검사도구

본 연구에서 사용된 검사도구는 다음과 같다.

1) Beck 불안척도(Beck Anxiety Inventory, BAI).

이 검사는 Beck, Epstein, Brown 및 Steer(1988)가 불안증상을 측정하기 위해 개발한 21 문항의 자기보고형 검사이다. 피검자는 지난 1주간 자신이 경험한 불안증상의 정도를 Likert 4점 척도(0점: 전혀 느끼지 않았다, 1점: 조금 느꼈다. 그러나 별 문제가 되지 않았다, 2점:상당히 느꼈다. 힘들었으나 견딜 수 있었다, 3점: 심하게 느꼈다. 견디기가 힘들었다.)에 평정하도록 되어있다.

따라서 총점의 범위는 0점에서 63점까지이다. Beck과 Steer(1990)는 BAI점수에서 0-9점을 정상수준으로, 10-18점을 경한 수준으로, 19-20점을 심한 수준으로, 30-63점을 매우 심한 수준의 불안으로 구분하고 있다.

본 연구에서는 권석만과 호주의 한 대학에 재직 중인 한국어학과 교수가 독립적으로 번안한 것(1992)을 사용하였다.

2) Beck 우울척도 Ⅱ(Beck Depression Inventory Ⅱ, BDI-Ⅱ).

이 검사는 Beck, Steer와 Brown(1996)이 DSM-Ⅲ-R과 DSM-Ⅳ의 주요 우울증의 준거에 더욱 부합하도록 BDI-I을 개정해 만든 21항목의 자기보고형 검사이다. BDI-Ⅱ는 0-3점의 Likert 4점 척도이며, 총점의 범위는 0점에서 63 점까지이다. BDI-Ⅱ의 점수의 의미는 0-13점은 '정상', 14-19점은 '가벼운 우울', 20-28점은 '중등도의 우울', 29-63점은 '심한 우울'을 의미한다. 이번 연구에서는 번역과 역번역의 과정을 거친 한국판 BDI-Ⅱ를 사용하였다.

3) 사상체질분류검사(QSCCⅡ+).

이 검사는 사상체질을 진단하는 객관적인 진단방법의 하나로서 김선호와 이정찬이 구성한 사상체질분류검사지(QSCC)를 보완하고 재구성한 것이다.

5. 효과측정

200○년 ○월에 1차 설문 당시의 BAI, BDI-Ⅱ를 통해 불안, 우울의 정도를 측정하고, 사상체질분류검사지를 통해 체질분류를 하였다. 그리고 200○년 ○월에 2차 설문 시에 BAI, BDI-Ⅱ를 통해 불안, 우울의 정도를 재조사한 후 1차 설문의 결과와 비교하여 효과를 측정하였다.

6. 통계처리

통계분석은 SPSS 12.0K for windows를 사용하였다. 나이, 단주기간 등의 조사대상 특성들

은 평균으로 나타내었고, BAI, BDI-Ⅱ 검사 결과는 평균(Mean)±표준오차(Standard error)형식으로 기록하였으며, 유의성 검증은 paired t-test을 시행하여 $p<0.05$ 이하를 유의한 것으로 하였다. 사상체질검사는 체질별 인원과 백분율로 표시하였다.

Ⅳ. 결 과

1. 조사대상자의 특성

조사된 연구대상(1, 2차 설문 모두 응답한 대상) 21명 중 남자는 18명, 여자는 3명이었고, 평균나이는 42.6세였다.

술을 처음 마신 나이는 평균 15.0세였고(Fig. 1), 술을 본격적으로(취할 만큼) 마신 나이는 평균 20.9세였으며(Fig. 2), 평균 음주 기간은 20.2년(Fig. 3), 1차 설문 당시 평균 단주기간은 26.5개월이었다(Fig. 4).

1명은 술 문제로 치료 받은 경험이 없었고, 그 1명을 제외한 나머지 20명이 처음 술 때문에 치료받은 나이는 평균 35.2 세였다. 3명을 제외한 18명이 술 때문에 입원한 경험이 있었으며, 이들의 평균 입원 횟수는 9.5회, 평균 입원기간은 15.7개월이었다.

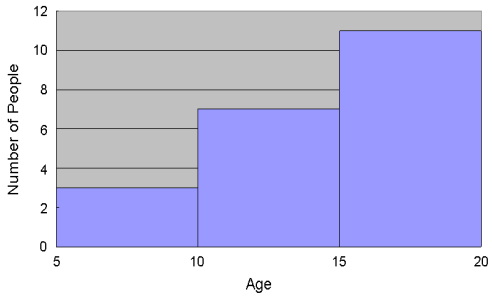


Fig. 1. First alcohol drinking age.

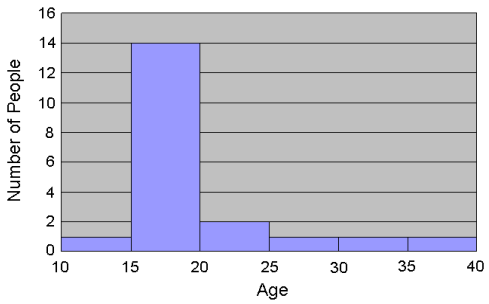


Fig. 2. Getting alcohol drunk age.

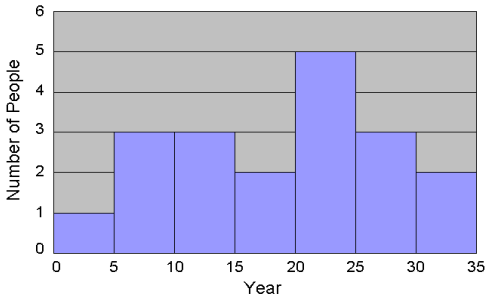


Fig. 3. The duration of alcohol drinking before A.A. participation.

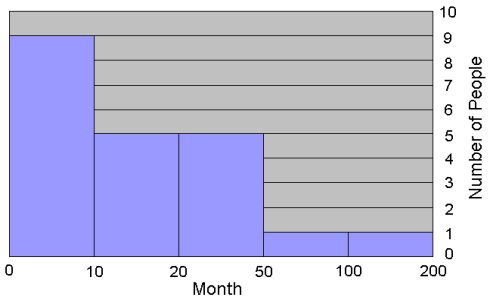


Fig. 4. The duration of giving up drinking after A.A. participation.

2. 불안에 대한 효과 비교

1차 설문 시 BAI의 평균과 표준오차는 10.43±1.37이었고, 2차 설문 시 BAI 의 점수는 6.86±1.24로서, 1차 설문 시에 비해서 유의성 있게 감소하였다($p<0.05$)(Fig. 5).

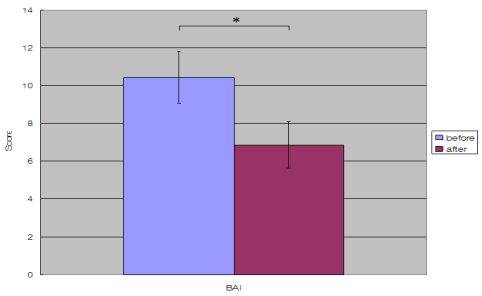


Fig. 5. Comparison of BAI for before an1d after therapy.

Data represent means±S.E. Significant differences ($p<0.05$) are indicated by *.
BAI : Beck's Anxiety Index

3. 우울에 대한 효과 비교

1차 설문 시 BDI-Ⅱ의 평균과 표준오차는 4.14±1.14이었고, 2차 설문 시 BDI-Ⅱ의 점수는 2.33±0.75로서, 1차 설문 시에 비해서 의미있게 감소하였다($p<0.05$)(Fig. 6).

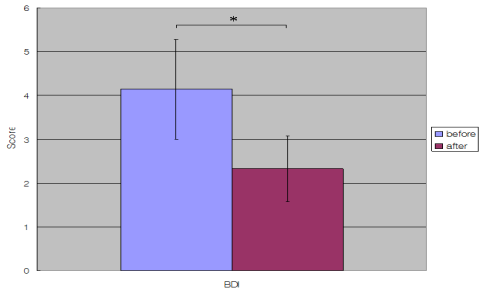


Fig. 6. Comparison of BDI for before and after therapy.

Data represent means±S.E. Significant differences ($p<0.05$) are indicated by *.
BDI : Beck's Depression Index

4. 사상체질 분석

사상체질 분석 결과 21명 중, 태음인은 10명(47.6%), 소양인은 9명(42.9%), 소음인은 2명(9.5%), 태양인은 0명(0%) 이었다(Fig. 7).

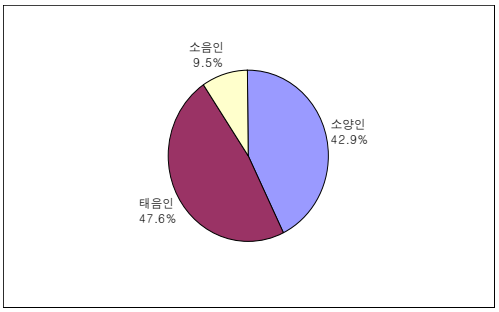


Fig. 7. Sasang constitution of 21 A.A. members.

Ⅴ. 고 찰

우리나라 음주 인구(지난 1년 동안 술을 한잔 이상 마신 사람의 비율)의 추이를 보면, 1989년 57.0%에서 1992년 57.9%, 1995년 63.1%, 1999년 64.6% 그리고, 2003년 64.4%, 2006년 73.2%로 점차 증가추세에 있다[22]. 또한 정기적으로 과도한 음주는 신체적, 심리적, 사회적으로 많은 문제를 일으키며, 2003년 기준으로 음주로 인한 경제 사회적 비용은 24조 2,719억 원이며, GDP 대비 3.33%에 이른다[23].

알코올 중독자는 자기파괴적 특성의 결과로 심각한 신체적, 정신적, 사회적 장애를 초래할 뿐만 아니라, 특히 사회에 대한 엄청난 파괴력으로 인해 높은 사회비용이 발생하므로 알코올 중독자를 치료하고 단주상태를 유지할 수 있도록 도움을 주는 것은 생리적인 측면 그리고 비용 효과적인 측면에서도 매우 중요하다.

일반적으로 알코올중독이란 습관성 음주로 인하여 음주에 대한 조절능력을 상실함으로써, 이로 인해 일상생활이나 대인관계, 직업기능 및 수행능력이 손상되고 가족에게 있어서도 주요 생활의 기능장애를 일으키는 만성적인 질환을 말하며[24], 세계보건기구(WHO)[25]에서는 알코올 중독을 전통적인 음주 습관의 범위를 벗어나 음

주를 하는 경우로서 그에 따르는 부수적인 병적 인자가 얼마만큼 유전적 체질 또는 신체 병리적, 대사적 영향을 받고 있는가에 상관없이 알코올중독으로 규정하여 문화적 측면을 강조하였다.

DSM-Ⅳ(1994)[26]에서는 알코올중독을 알코올 남용과 의존으로 분류하고 있다. 알코올 남용은 12개월 이내에 다음 중 하나 이상의 부적응 양상이 있는 경우로서, 반복적인 알코올 사용 결과로 직장, 학교 및 가정에서의 중요한 역할이나 의무 수행을 못할 때, 신체적으로 해를 주는 상황에서 반복해서 알코올을 사용 할 때, 반복적인 알코올 사용과 연관된 법적인 문제를 야기할 때, 알코올 효과로 인해 사회적 또는 대인 관계적 문제들이 지속적, 반복적으로 야기되거나 악화됨에도 불구하고 계속 알코올을 사용하여 중독 된 결과로 인해 배우자와 다투거나 신체적인 싸움을 할 경우 등을 알코올 남용으로 진단한다. 그리고 알코올 의존은 12개월 이내에 다음 항목 중 3개 이상의 부적응 양상이 나타나는 경우로서, 원하는 효과를 얻기 위해 아주 많은 양의 알코올이 요구될 때, 알코올의 특징적인 금단증상이 있을 때, 원래 의도했던 것보다 알코올을 대량 사용하거나 또는 장기간 사용할 때, 알코올 사용을 중단하려고 계속 노력하지만 뜻대로 안될 때, 알코올을 구하기 위해 많은 시간을 보내야 할 때, 알코올 사용 때문에 중요한 사회적, 직업적 및 여가활동을 포기하거나 감소하게 될 때, 알코올 사용으로 인해 지속적 및 반복적으로 육체적, 정신적인 문제가 생기거나 악화된다는 것을 알면서도 계속 음주를 할 때 등을 알코올 의존으로 진단한다.

한의학에서는 술로 인한 각종 內傷을 酒傷이라고 하였고, 병인 분류상 內傷 중 飮食傷에 포함시켰으며, 나타나는 증상을 중심으로 酒疸, 酒癖, 酒積, 酒悖, 酒瘕, 酒厥, 酒痰, 酒嗽, 酒泄, 酒癥, 酒齄鼻, 酒毒, 酒濕, 酒風, 酒齇 등의 용어를 사용하였다[27]. 이 가운데서 특히 酒癥이나 酒瘕 등 癥瘕積聚와 연관된 증후는 飮酒嗜癖을 포함하는 만성 알코올성 질환에 대하여 기술한 것으로[1] 한의학에서는 臟器障碍 위주의 신체적 장애를 주로 다루고 있다[27]. 그리고 음주로 인해 나타나는 정신증상으로는 肝浮膽橫하므로 용감해지고, 入心經하여 多笑多言하며, 入肝經하여 善怒有力하고, 入脾經하여 思睡하고, 入腎經하여 思淫하는 것이며, 또 入心臟하여 怔忡不寐한다고 하였다. 또한 오래된 음주가 사람을 恍惚失常케 하고 癲癎을 일으킨다고 한 것은 모두 酒가 人體의 神經精神系統에 영향한 증후이다[1]. 특히 상습적인 酒悖는 알코올성정신병으로 인한 정신의 황폐화와 알코올 환각증 등과 유사한 것으로 보이며[27], 飮酒嗜癖은 알코올 남용 및 의존을 말하는 것으로 酒瘕症과 일면 유사하고, 酒病이 오래되어 內臟으로 入하여 心臟과 肝膽에 침입하게 되면 怔忡不寐 및 昏狂忘懼하는 현상을 일으킬 수 있는데, 이는 飮酒嗜癖症 환자가 가지고 있는 우울증이나 불안증을 포함하여 알코올성 환각증이나 알코올 금단증후 등의 정신병적 장애와도 관련지을 수 있을 것으로 생각된다[1].

알코올 중독자의 성격을 Nerviano와 Gross[28]는 3가지 유형으로 나누었는데 첫째는 권위와의 갈등, 적개심의 조절력 악화, 충동성, 공격성 등의 심리 사회적 병리적 유형으로, 두 번째 유형은 도전보다는 미성숙을 나타내는 성격으로 수동-공격적, 충독적-연극적인 성격유형으로, 세 번째 유형은 두 성격과는 대조적으로 의존적이고 자기 지각적인 성격으로써 강박적이거나, 복종적이거나, 분열성 성격이고 정서-억압적 성격으로 나누었다.

반면에 Kolb와 Brodic[29]은 알코올 중독자를 성격장애의 측면에서 대부분이 부적격성 성격, 수동 공격적 성격이고 일부에서는 강박적 성격, 우울 감정을 가진 의존적 성격과 편집증적인 성

격을 지니고 있으며 나머지는 정신분열증, 조울병과 같은 정신병적 상태 뿐 아니라 정신신경증, 반사회적 성격장애를 나타낸다고 하였고, 불안, 우울의 신경증적 증상이 가장 많이 나타난다고 하였다.

알코올 중독의 원인으로는 질병개념, 심리학적 학습이론, 생물심리사회 이론, 의존증후군 개념, 고전적 조건화 과정, 사회 학습이론, 인격이론, 긴장-완화 이론, 정신역동이론, 정신사회이론 등으로 설명하고 있지만[30], 단일 원인에 의한 질환이 아니다. 임상적으로는 현실적인 불안이나 우울을 알코올을 통해 해결하고자 하며 이것이 습관화되어 결국엔 알코올만이 모든 불안과 우울을 해결할 수 있다는 강박적인 태도나 사고에 의해 결과적으로 습관적 음주자가 된다고 하였다[31].

이러한 불안과 우울을 자세히 살펴보면 부적응적 증상으로서의 불안은 일반적으로 위험한 일이 벌어질 것 같은 불안감, 긴장감, 초조감, 공포감 등의 정서적 경험과 더불어 심장의 빠른 박동, 땀흘림, 손발의 떨림, 호흡곤란, 소화불량, 현기증 등과 같은 여러 가지 신체적 증상을 수반한다. 아울러 이러한 불쾌한 불안경험을 피하기 위한 여러 가지 회피행동 및 강박적 행동들이 나타나게 되는데, 이러한 불안증상을 측정하는 자기보고형 검사로는 Beck Anxiety Inventory, Symptom Check List-90, MMPI가 있으며 면접자 평정 척도로는 Hamilton Rating Scale for Anxiety가 대표적이다[32].

우울은 슬픔, 공허감, 좌절감, 절망감, 죄책감, 무기력감 등의 정서적 증상과 더불어 일상생활에 대한 흥미감소, 의욕저하, 성욕 및 식욕감퇴 등의 동기적 증상이 있으며, 인지적인 면에서는 주의집중의 곤란, 기억력・사고력・판단력의 저하, 과제수행능력의 저하 등의 증상이, 행동적인 면에서는 사회생활 및 대인관계의 위축과 곤란, 지연행동, 우유부단한 행동 등을 보인다. 또한, 생리적, 신체적 측면에서는 피곤함, 활력감소, 소화불량, 두통, 불면 등의 증상을 보인다. 이러한 여러 측면의 우울증상을 측정하는 자기보고형 검사로는 Beck Depression Inventory, Zung Depression Scale, Symptom Check List-90, MMPI 등이 있으며 면접자 평정 척도로는 Hamilton Scale for Depression이 대표적이다[32].

알코올중독에 대한 치료로는 크게 정신치료와 행동치료, 자조집단치료인 익명의 알코올 중독자 모임(Alcoholics Anonymous: A.A.)이 있다[33]. 그리고 정신치료에는 개인정신치료와 집단정신치료, 가족치료 등이 있고, 행동치료에는 약물을 이용한 혐오치료와 기술훈련, 스트레스 관리방법 등이 있으며[34], 알코올 중독자들이 알코올 중독이 질병임을 스스로 인정하는 경우 치료 및 단주를 목적으로 참여하는 자활단주프로그램의 하나인 익명의 알코올 중독자 모임(Alcoholics Anonymous, 이하 A.A.)이 있다.

자조집단치료인 A.A. 모임은 1934년 알코올 중독자인 미국인 Bills와 외과의사인 Boss가 처음 회동하여 단주를 결심하고 서로 돕는 운동을 시작한 것이 확대되어 이룩되었고, 1995년 기준 세계 141개국에서 89,000개의 그룹에서 200만 명 이상의 멤버가 활동 중이다. 우리나라에서는 두 가지 경로로 들어왔는데, 하나는 미군들의 모임으로서 오래 전부터 있어 왔고, 다른 하나는 아일랜드계 신부인 안성도 신부에 의해 한국에 정착되었으며, 2002년 4월 기준 우리나라에서는 74개 그룹에서 약 2000여명의 멤버가 활동 중이다[35,36].

A.A. 모임은 멤버들의 공동문제들을 해결하고 다른 사람들이 알코올중독으로부터 회복되도록 그들을 돕기 위해 서로간의 경험과 희망을 함께 나누는 사람들의 모임으로, 술을 마시지 않고 알코올중독자들이 술을 끊도록 도와주는 것을 목적으로 발전된 단체로써 집단구성원의 자발적인 동기와 주도에 의해 스스로 문제점을

해결하고 보다 건강한 상태를 증진시키는데 특징이 있고, 12단계 프로그램을 근간으로 이루어진다[35,37,38]. 또한, 모임에서는 구성원들이 어떻게 알코올중독을 극복 했는가 등에 대한 이야기를 하는데, 일단 술을 마시면 이를 스스로 통제할 수 없다고 보기 때문에 술을 한잔도 마시지 않게 하기 위해서 서로를 일깨워준다[35]. 뿐만 아니라 A.A. 모임은 여태껏 살아온 자신의 삶에 대한 올바른 가치관을 포함한 행동체계에 변화를 주며[39], 자신들이 모두 알코올중독이라는 같은 문제로 어려움을 겪고 있다는 공동의식을 갖고, 집단동일시를 통해서 의존 욕구가 만족되는 등 사회복귀로의 자신과 긍정적인 의식이 생기는데 효과적이다[40].

A.A. 모임에서 사용하는 12단계 프로그램의 내용은 다음과 같다. 제 1단계: 우리는 알코올에 무력했으며 스스로 생활을 처리할 수 없게 되었다. 제 2단계: 우리보다 위대하신 힘이 우리를 건전한 본 정신으로 돌아오게 해주실 수 있다는 것을 믿게 되었다. 제 3단계: 우리가 이해하게 된 대로 그 신의 돌보심에 우리의 의지와 생명을 맡기기로 결정했다. 제 4단계: 두려움 없이 우리 자신에 대한 도덕적 검토를 했다. 제 5단계: 우리 자신에 대한 정확한 본질을 신과 자신에게 그리고 다른 어떤 사람에게 시인했다. 제 6단계: 신께서 이러한 모든 성격상 결점을 제거해 주시도록 완전히 준비했다. 제7단계: 겸손하게 신께서 우리의 단점을 없애 주시기를 간청했다. 제 8단계: 우리가 해를 끼친 모든 사라의 명단을 만들어서 그들 모두에게 기꺼이 보상할 용의를 갖게 되었다. 제 9단계: 어느 누구에게도 해가 되지 않는 한 할 수 있는데 까지 어디서나 그들에게 직접 보상했다. 제 10단계: 인격적인 검토를 계속하여 잘못이 있을 때마다 즉시 시인했다. 제 11단계: 기도와 명상을 통해서 우리가 이해하게 된 대로의 신과 의식적인 접촉을 증진하려고 노력했다. 그리고 우리를 위한 그의 뜻만 알도록 해주시며, 그것을 이행할 수 있는 힘을 주시도록 간청했다. 제 12단계: 이런 단계들의 결과 우리는 영적으로 각성되었고, 알코올중독자들에게 이 메시지를 전하려고 노력했으며, 우리 일상의 모든 면에서도 이러한 원칙을 실천하려고 했다[37].

A.A. 모임에 대한 국외의 연구로는 Tonigan[41]등이 A.A. 모임이나 A.A. 모임에 가입하고 있는 사람들에 대한 74편의 연구논문을 분석(meta analysis)한 결과, A.A. 모임 참여에 대한 효과는 대부분의 연구에서 단주상태와 사회적, 가정적 향상요인을 포함하는 요인으로 평가하였는데, 공통적으로 A.A. 모임에 참여함으로써 음주일수가 감소하였음을 보고하였다. 또한 Nealon-Woods[42] 등에 의하면 연구대상자 134명의 75%가 A.A. 모임에 참여하는 것이 알코올 중독 상태로부터 회복하는데 도움이 된다고 보고 하였으며, Smart와 Mann[43]은 A.A. 프로그램에 참여한 결과 간경화의 이환률과 사망률이 감소하여, 이로 인한 입원도 40%나 줄었다고 보고하였다. Kennedy와 Minami[44]는 91명의 청소년을 대상으로 한 연구에서 A.A. 비참여군이 A.A. 참여군에 비해 4.5배 재발위험이 높다고 하였다.

그리고 국내의 연구로는 정[45]은 A.A. 프로그램에 참여함으로써 음주로 인한 비정상적인 행동이 최고 32회 교정되고 의료비 및 술값을 함께 감안하면 평균 578,537원의 비용절감 효과가 있었으며, 의료이용횟수 및 기간이 감소함으로써 의료이용 측면에서도 효과가 있다고 하였다. 또한 A.A. 모임에 가입한 후에는 참여정도 및 12단계의 A.A. 프로그램 내용 실천정도에 따라서도 프로그램의 효과에 차이가 있었는데, 특히 A.A. 프로그램의 실천 12단계 중에서 제11단계인 기도와 명상을 실천하는 것과 메시지 전달 후 알코올 중독자를 A.A. 모임에 인도하는 제12단계를 실천하는 것이 단주를 지속하는데 가장

중요한 요인이라고 하였다. 그리고 이[13]는 A.A. 모임이 알코올 중독자의 재음과 재발에 영향을 주고 있는 분노표현과 대처행동에서 입원 알코올 중독자보다 더 적절한 행동을 하고 있으며 자아존중감이 더 높다고 하였으며, 신[46]은 A.A. 참여특성 중에서 메시지 전달 후 알코올 중독자를 A.A.모임으로 인도하는 제 12단계를 실천하는 것이 성공적인 이기심, 부정직, 분노 및 두려움(SDRF) 통제에 기여한다고 하여 국내외 여러 연구에서 A.A. 모임의 효과에 대해 이야기 하였다.

그 외에도 알코올 중독과 사상체질과의 관련성에 대한 연구로는 김[47]이 알코올 중독 환자의 사상체질을 분류하고 체질에 따른 MMPI 프로파일을 분석하였는데, 알코올 중독자 43명 중 태음인은 18명(41.9%), 소양인은 9명(20.9%), 소음인은 16명(37.2%), 태양인은 0명(0%)이었으며, 소양인은 6(Pa) 척도가 특징적으로 높고, 태음인은 1(Hs)-2(D)-3(Hy)-4(Pd)의 신경증 척도가 상승되어 있고, 소음인은 특징적으로 7(Pt) 척도가 상승되어 있다고 보고하였다.

하지만 기존의 연구에서는 A.A. 프로그램이 알코올 중독자들의 불안, 우울에 어떤 영향을 미치는지에 대한 연구를 찾아보기는 힘들었다. 이에 저자는 알코올 중독자들의 불안, 우울에 미치는 A.A. 프로그램의 효과를 확인하고 근거자료를 제공함으로써 알코올 중독자들에게 A.A. 모임의 참여를 통해 단주를 하고, 스스로의 힘으로 회복할 수 있다는 확신을 갖도록 도움을 주고자 이 연구를 하였다. 또한 알코올 중독의 사상체질과의 관련성도 알아보고자 하였다.

연구방법으로는 익명의 알코올 중독자 모임(A.A.)에 참여한 멤버들 중 본 연구의 목적에 동의한 21명을 연구대상으로 하였다. 연구대상자들은 2차례 설문지를 작성하였는데, 1차 설문에서는 불안의 정도를 측정하기 위해서 Beck 불안척도(BAI)를 사용하였고, 우울의 정도를 측정하기 위해서 Beck 우울척도 Ⅱ(BDI-Ⅱ)를 사용하여 불안과 우울의 정도를 측정하였으며, 사상체질 분류 검사인 QSCC Ⅱ+ 를 통해 체질분류를 하였다. 그리고 4개월 후에 이루어진 2차 설문에서는 BAI, BDI-Ⅱ를 통해 불안, 우울의 정도를 재조사한 후 1차 설문의 결과와 비교하여 효과를 측정하였다.

임상연구 결과 조사된 연구대상 21명 중 남자는 18명, 여자는 3명이었고, 평균나이는 42.6세이었는데, 정[45]의 연구에서는 연구대상 207명 중에서 여자는 12명(5.8%) 뿐이었으며, 40세 이하는 36.3%, 41-50세는 44.9%, 51세 이상은 16.9%였고, Snow[48]등에 의하면 A.A. 모임 참여정도와 성별과는 통계학적으로 차이가 없는 것으로 (p=.06) 보고한 바 있어 본 연구의 내용과 별다른 차이가 없었다.

21명의 연구대상자들이 술을 처음 마신 나이는 평균 15.0세였고, 술을 본격적으로(취할 만큼) 마신 나이는 평균 20.9세였으며, 평균 음주기간은 20.2년이었다(Fig. 1-3). 정[45]의 연구에서는 술을 처음 마신 나이가 평균 16.5세였고, 본격적으로 술을 마셨던 나이는 평균 23.5세였으며, A.A.모임 가입 전 평균 음주경력은 21.5년이라고 하였다. Pedersen과 Skrondal[49]의 연구에 의하면 술을 마시기 시작한 나이는 평균 14.8세 로서 본 연구의 내용과 별다른 차이가 없었다.

본 연구대상자들의 1차 설문 당시 평균 단주기간은 26.5 개월이었는데(Fig. 4), Montgomery[50]등의 기존의 연구에서는 4개의 A.A. 모임을 비교해 본 결과 모임 간에 단주지속기간은 유의하게 차이가 없었으며(p=.44), 평균 단주지속기간은 각각 24.9개월, 38.4개월, 40.0개월, 42.4개월로 보고하여 본 연구에서의 평균 단주기간과도 별다른 차이가 없었다.

그리고 21명 중 1명은 술 문제로 치료 받은 경험이 없었고, 그 1명을 제외한 나머지 20명이 처음 술 때문에 치료받은 나이는 평균 35.2 세

였는데, 3명을 제외한 18명이 술 때문에 입원한 경험이 있었으며, 이들의 평균 입원 횟수는 9.5회, 평균 입원기간은 15.7개월이었다.

기존의 정[45]의 연구에서도 술 때문에 의사의 치료를 받기 시작한 나이는 평균 35.1세라고 보고하여 본 연구의 결과와도 별다른 차이가 없었다.

불안의 정도를 알아보기 위해 200○년 ○월에 시행한 1차 BAI 설문조사에서는 평균 10.43, 표준오차 1.37로 가벼운 불안 정도이었는데, 200○년 ○월에 시행한 2차 BAI 설문조사에서 평균 6.86, 표준오차 1.24로 정상으로 좋아졌고, 통계적 유의성이 있었으며(Fig. 5), 정[45]의 연구에서도 A.A. 멤버 응답자 중 90.9%가 불안함에 대해 긍정적인 변화가 있었다고 하였다.

우울의 정도는 1차 BDI-Ⅱ 설문조사에서 평균 4.14, 표준오차 1.14로 정상범위였으며, 200○년 ○월에 시행한 2차 BDI-Ⅱ 설문조사에서도 평균 2.33, 표준편차 0.75로 정상 범위지만 호전이 있는 것으로 나왔는데, 통계적 유의성은 있지만 임상적으로는 모두가 정상이어서 큰 의미는 없었다(Fig. 6). 정[45]의 연구에서도 A.A. 멤버 응답자 중 88.0%가 우울함에 대해 긍정적인 변화가 있었다고 하였다.

이러한 결과들은 A.A. 모임의 멤버간의 상호지지와 12단계 프로그램이 알코올 중독자에게 나타나는 불안, 우울에 긍정적 영향을 준 것으로 생각된다.

한편 본 연구의 BAI, BDI-Ⅱ의 1, 2차 결과 모두 가벼운 불안이거나 정상이었고, 알코올 중독자의 BAI, BDI 보다 훨씬 낮았는데, 그 이유는 이들이 평균 26.5 개월 동안 단주를 하고, A.A. 활동과 프로그램을 이행하는 동안 불안, 우울의 정도가 많이 완화되었기 때문인 것으로 사료된다.

사상체질 분석 결과 21명 중, 태음인은 10명(47.6%), 소양인은 9명(42.9%), 소음인은 2명(9.5%), 태양인은 0명(0%)으로서 태음인-소양인-소음인 순으로 많았다(Fig. 7). 반면 김[51]에 의하면 정상인 203명중 태음인은 61명(30%), 소양인은 58명(28.6%), 소음인은 84명(41.4%), 태양인 0명(0%)으로서 소음인-태음인-소양인 순이었다.

그리고 알코올 중독자 43명을 대상으로 사상체질을 연구한 김[47]의 연구에서는 태음인(18명, 41.9%)-소음인(16명, 37.2%)-소양인(9명, 20.9%) 순으로 태음인이 제일 많은 점은 본 연구와 같았지만, 태음인과 소양인이 대다수인 본 연구와는 약간의 차이가 있었다.

이러한 연구결과를 종합해 본 결과 A.A.모임은 알코올 중독자의 불안과 우울을 호전시키는 효과가 있었으며, 사상체질 분석 결과 태음인과 소양인이 대부분으로 본 연구는 다른 연구와 약간의 차이가 있었다.

한편 본 연구를 진행하는데 있어서 다음과 같은 몇 가지 제한점이 있었는데, 첫째는 A.A. 모임에 참석한 멤버 모두를 연구대상으로 하지 못하고, 본 연구의 목적에 동의한 사람들만을 대상으로 하였기 때문에 결과가 왜곡될 우려가 있었고, 둘째는 자기보고식 검사뿐만 아니라 객관적 검사를 위해 HRV와 같은 한방진단기기를 함께 사용하여 연구하려 시도하였으나, 시간과 공간의 제약 등으로 인하여 본 연구에서 구체적으로 다룰 수가 없었으며, 셋째는 12단계 프로그램의 이행 정도에 따라 불안, 우울의 정도가 얼마나 호전되었는지에 대한 연구가 이루어지지 못했다.

그러나 이러한 제약에도 불구하고 A.A. 프로그램이 불안과 우울을 유의미하게 감소시킴을 확인할 수 있어 향후 알코올 중독자의 치료에 있어 많은 도움이 될 것으로 사료된다.

Ⅵ. 결 론

익명의 알코올 중독자 모임의 12단계 프로그램이 불안과 우울에 미치는 영향을 평가하고, 사상 체질과 알코올 중독과의 관련성을 알아보기 위해 본 연구의 목적에 동의한 21명을 대상으로 Beck 불안척도, Beck 우울척도 Ⅱ, 사상체질분류검사(QSCCⅡ+)를 사용하여 연구한 결과 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 알코올 중독자 21명 중 남자는 18명, 여자는 3명으로서 술을 처음 마신 나이는 평균 15.0세였고, 술을 본격적으로(취할 만큼) 마신 나이는 평균 20.9세였다.

2. 알코올 중독자 21명의 A.A. 모임 참여 전 평균 음주기간은 20.2년이었으며, A.A. 모임 참여 후 단주기간은 평균 26.5개월이었다.

3. A.A. 모임의 12단계 프로그램은 알코올 중독자의 불안의 정도를 경한 수준의 불안인 10.43±1.37(mean±S.E.)에서 정상수준인 6.86±1.24로 유의하게 감소시켰다.

4. A.A. 모임의 12단계 프로그램은 알코올 중독자의 우울의 정도를 정상수준인 4.14±1.14(mean±S.E.)에서 2.33±0.75로 감소시켜 통계적으로는 유의하게 감소하였으나 임상적으로는 큰 의미가 없었다.
5. 알코올 중독자의 사상체질을 분석한 결과 21명 중, 태음인은 10명, 소양인은 9명, 소음인은 2명, 태양인은 0명으로 태음인과 소양인이 소음인에 비해 상대적으로 많았다.

이상의 연구결과 A.A. 모임의 12단계 프로그램은 알코올 중독자의 불안과 우울을 감소시키는 효과가 있으므로 A.A. 프로그램의 참여를 통하여 단주를 실천하고, 알코올 중독 상태를 극복하는데 많은 도움이 될 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

1. 전국한의과대학 신경정신과 교과서 편찬위원회. 한의신경정신과학. 경기:집문당. 2007:339-40, 342-4, 580.
2. J.E.Royce. Alcohol Problems and Alcoholism. The Free Press. 1981:10.
3. Harrigan JA. Children of Alcoholics. Am Fam Physician. 1987;35(1):139-44.
4. 보건복지부. 정신질환실태 역학조사. 2006:6.
5. 홍성원. 김지형, 황의완. 주상의 관찰법에 대한 문헌적 고찰. 대한한의학회지. 1990;11(1):9-23.
6. 이경우. 黃帝內經素問1. 서울:여강출판사. 2000:13-51.
7. 洪元植. 精校黃帝內經靈樞. 서울:東洋醫學研究員. 1985:232-3.
8. 이경우. 黃帝內經素問3. 서울:여강출판사. 2000:121-44.
9. 宋南玉, 申東均, 洪聖均, 李吉弘. 韓國人의 알콜 精神病 및 習慣性 飮酒에 관한 臨床的 硏究. 최신의학. 1971;14(11):80.
10. Weisner C, Greenfield T, Room R. Trends in the treatment of alcohol problems in the US general population, 1979 through 1990. American Journal of Public Health. 1995;85(1):55-60.
11. 민성길. 최신정신의학. 서울:일조각. 1990:428-43.

12. Khantzian EJ, Mack JE. Alcoholics Anonymous and contemporary psychodynamic theory. Recent Dev Alcohol. 1989;7:67-89.
13. 이영희. 알코올 중독자의 자활단주 참여 효과성에 관한 비교연구. 대구대학교 대학원. 2005:9, 17-8, 50.
14. 朴鎬湜. 葛花解醒湯이 마우스의 알콜 대사에 미치는 영향. 원광대학교 대학원. 1989.
15. 문영호, 원진희, 이종범, 윤준철, 배남규, 김태균. 葛花解醒湯의 알콜금단증후군 치험 2례 보고. 대한한방내과학회지. 2001:22(3):295-301.
16. 김성균, 이승희, 라수연, 김민석, 정희, 이유경, 이태훈, 김경훈. 알코올로 인한 Wernicke disease의 치험 1례. 대한한방내과학회지. 2001:22(4):723-28.
17. Bassin A. Psychology in action. Red, white, and blue poker chips, an AA behavior modification technique. Am Psychol. 1975;30(6):695-6.
18. Blumberg L. The ideology of a therapeutic social movement: Alcoholics anonymous. J Study Alcohol. 1977;38(11):2122-43.
19. Naifeh S. Archetypal foundations of addiction and recovery. J Anal Psychol. 1995;40(2):133-59.
20. Kim HJ, Shin ES. Changes in self-evaluated health states after the participation to the AA program. Korean J. of Health Policy & Administration. 2000;10(3):88-107.
21. 중앙사회복지연구회. 사회사업사전. 서울:이론과 실천. 1996.
22. 통계청. 사회통계조사.
23. 이락현. 음주의 경제사회적 비용추계. 연세대학교 석사학위논문. 2006:59.
24. Royce J. E. Alcohol Problem and Alcoholism: A comprehensive survey. New York: The Free Press A Division of Macmillian Inc. 1981.
25. WHO. Mannual of the international stastical classfication of disease. Injuries and Causes of Death 1. Gevenva. 1984.
26. DSM-Ⅳ:Diagnostic and Stastical Mannual of Disorders. American Psychiatric Association. 1994.
27. 박종현, 김연섭. 酒傷에 관한 문헌적 고찰. 濟韓東醫學術院. 2000;5(1):28.
28. Nerviano VJ, Gross HW. Personality types of Alcoholics on Objective Inventories. A review. Journal of Studies on Alcohol. 1983;44(5):837-51.
29. Kolb, L. C. & Brodic, H. K. Morden Clinical Psychiatry, 10th, Philadelphia. Saunders. 1982:616-40.
30. 남궁기. 주정의존 환자의 충동성 및 스트레스 내인력. 아주대학교 석사학위논문. 1995:3.
31. Arieti S. American Handbook of Psychiatry. New York: Basic Books. 1963.
32. 권석만. 우울과 불안의 관계. 심리과학. 1996;5(1):13-8.
33. Logan SL, McRoy RG, Freeman EM. Current Practice Approaches for Treating the Alcoholic Client. Health Social Work. 1987;12(3):178-86.
34. Marc Galanter, Douglas Talbott, Karl Gallegos, Elizabeth Rubenstone. Combined Alcoholics Anonymous and Professional Care for Addicted Physicians. American Journal of Psychiatry. 1990;147(1):64-8.
35. 한미영. 단주자조모임에 참여하는 알코올중독자의 지각된 가족지지와 희망과의 관계연구. 이화여자대학교 석사학위논문. 2003:12-3.

36. www.aakorea.co.kr/a.a.history.htm
37. A.A 한국연합. A.A 란 무엇인가?. A. A 한국연합단체 한국지부. 2003.
38. 이만홍, 이호영. 집단정신치료의 최근 동향 및 문제점에 관한 고찰. 신경정신의학. 1988;27(4):608-9.
39. 송월수. 알콜중독증 환자가 가족관계에 미치는 영향. 고려대학교 경영정보대학원 석사학위 논문. 1996.
40. 이정균. 정신의학. 서울:일조각. 1981.
41. Tonigan JS, Toscova R, Miller WR. Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: sample and study characteristics moderate findings. Journal of Studies on Alcohol. 1996;57(1):65-72.
42. Nealon-Woods MA, Ferrari JR, Jason LA. Twelve-step program use among Oxford House residents: spirituality or social support in sobrietry?. Journal of Substance Abuse. 1995;7(3):311-8.
43. Smart RG, Mann RE. Recent liver cirrhosis declines: estimates of the impact of alcohol abuse treatment and Alcoholics Anonymous. Addiction. 1993;88(2):193-8.
44. Kennedy BP, Minami M. The Beech Hill Hospital: Outward Bound Adolescent Chemical Dependency Treatment Program. Journal of Substance Abuse Treatment. 1993;10(4):395-406.
45. 정윤철. 자활단주(Alcoholics Anonymous) 프로그램의 효과 평가에 관한 연구. 연세대학교 박사학위논문. 1998:21, 24, 57, 81, 88.
46. 신인순, 김한중, 정윤철. 익명의 알콜중독자(AA) 모임 참여군의 심리적 통제에 대한 예측인자. 예방의학회지. 2001;34(1):73-9.
47. 김종우, 김지혁, 황의완. 알콜리즘 환자의 인격특성에 관한 임상적 고찰. 동의신경정신과학회. 1992;3(2):67, 81.
48. Snow MG, Prochaska JO, Rossi JS. Processes of change in Alcoholics Anonymous: maintenance factors in long-term sobriety. Journal of Studies on Alcohol. 1994;55(3):362-71.
49. Perderson W, Skrondal A. Alcohol consumption debut: predictors and consequences. Journal of Studies on Alcohol. 1998;59(1):32-42.
50. Montgomety HA, Miller WR, Tonigan JS. Differences among A.A. groups: implications for research. Journal of Studies on Alcohol. 1993;54(4):502-4.
51. 김판준. 사상체질에 따른 식이습관에 관한 연구. 동의대학교 학위논문. 2002:5.