

사회적 문제해결에 따른 알코올 중독자의 유형분류

최 이 순[†]

연산정신병원

박 권 생

계명대학교 심리학과

본 연구는 알코올 중독자들의 사회적 문제해결 능력 결합의 양상에 따라서 알코올 유형을 분류하고자 하였다. 분류를 위한 도구로 한국판 사회적 문제해결 척도(SPSI-R)을 사용하였으며 SPSI-R을 구성하는 5개의 하위 척도별 점수변화 양상을 기초로 232명의 알코올 중독자를 대상으로 위계적 군집분석이 실시되었다. 연구결과, 전반적 결합형(Type 1), 경미한 결합형(Type 2), 특정영역 결합형(Type 3)으로 분류하였다. 전반적 결합형은 5개의 하위 척도가 모두 떨어지는 형이고, 경미한 결합집단은 합리적 해결기술 척도가 약간 떨어지고, 특정영역 결합형은 긍정적 문제지향, 합리적 해결기술 척도가 떨어지는 형이다. 결론적으로, 알코올 중독자라 할지라도 유사한 특성을 가진 환자 집단이 분류됨을 확인하였고, 이러한 결과는 알코올 중독자들의 음주 문제를 해결하기 위해서 사회적 문제해결 훈련을 실시할 경우 각 유형에 맞추어 개입을 하는 것이 효과를 최대화 시킬 수 있음을 암시한다. 그리고 본 연구의 제한점과 후속연구에 대한 시사점이 논의되었다.

주요어 : 알코올 유형, 전반적 결합형, 경미한 결합형, 특정영역 결합형

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 최 이 순 / 연산병원 / 부산시 연제구 연산6동 1849-8 번지
FAX : 051-861-0007 / E-mail : mind625@hanmail.net

알코올중독이란(alcoholism)이란 일반사회에서 허용되는 사회적 기준치 이상의 주류를 과도하게 마심으로써 신체적, 심리적 및 사회적 기능을 해치는 만성적 행동장애이다. 정신장애의 진단과 통계 편람 제 4판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV: DSM-IV)에 의하면 알코올 관련장애는 물질관련장애(substance-related disorder) 중 하나로서 만성적으로 알코올을 과다 사용함으로써 심리적 문제나 대인관계 및 의학적 문제를 야기하는 질환이며, 알코올 사용장애와 알코올 의존장애로 구분된다. 한국에서는 알코올 중독에 대한 특별한 정의는 내리지 않고 미국 정신 의학회 진단법(DSM-IV)을 그대로 사용하고 있다. 흔히 말하는 알코올 중독이란 알코올 의존장애에 해당된다. 주요 일선 임상가들은 술에 집착을 하고, 강박적일 정도로 술을 마시고, 끊었다가도 또 다시 재발할 정도의 상태를 중독이라고 하고 있다. 과거에는 알코올 중독자를 그저 술주정뱅이로서 치료도 잘 되지 않는 골치 아픈 존재로 다루었지만, 최근에는 치료가 가능한 질병에 걸려 있는 중증 환자로 다루어지고 있다.

DSM-IV(APA, 1994)에 의하면 알코올 중독은 단일 정신장애로 정의되고 있다. 하지만, 알코올 중독자들은 여러 측면에서 각각 서로 다른 다양한 임상적 특징을 가지고 있다. 때문에 알코올 중독에 대한 이해를 증진시키고 보다 효율적인 치료적 접근을 도모하기 위해서는 이 장애를 임상적 특징에 따라 구분할 필요가 있다. 이러한 요구는 알코올 중독을 분류하기 위한 시도로 이어졌고 그 시도는 오랜 동안 많은 연구자들에 의해 전개되었다.

Jellineck(1960)은 알코올 중독을 원인과 경과 및 음주형태에 따라 5가지 형태로 분류하는데 이 가운데 Delta형과 Gamma형을 진정한 의미의 알코올 중독으로 간주한다. Gamma형은 조직의 내

성이 형성된 경우로 일단 마시기 시작하면 끊지 못하는 조절장애가 특징이며, Delta형은 하루 내지 이를 정도의 단기간 조차도 금주가 불가능한 것이 특징이다. Jellinek에 의한 알코올 중독의 분류가 임상적으로 많은 주목을 받은 것은 사실이지만 추후연구에서 Delta형과 Gamma형 간에는 임상경과와 예후에 있어서 서로 차이가 없는 것으로 밝혀졌다.

Cloninger(1987)는 다양한 특징들을 변수로 한 군집분석을 이용하여 알코올 중독을 두 가지 유형으로 분류하였다. 환경에 의해 영향을 받는 (millieu-limited) 형인 제 1형은 장애의 발생이 늦고 상대적으로 알코올 중독이 심하지 않고 예후도 나쁘지 않다. 이에 반해, 제 2형은 중독이 일찍 발병하며 알코올 중독의 가족력이 있고, 심각한 사회적 문제들을 가지고 있고 알코올에 대한 의존이 심하다. 한편, Babor 등(1992)은 아동기 행동특성, 유전적 취약성, 문제음주의 발생연령, 의존정도, 만성합병증, 성격특성 등 복합적인 변인을 이용하여 A형과 B형으로 분류하였다. A형은 늦게 발병하며 성장과정에 문제가 없고, 알코올 의존도가 낮으며 알코올로 인한 문제가 적다. 이것은 Cloninger(1987)가 제안한 제 1형 알코올 중독과 유사하다. B형은 조기 발병하며 성장과정에서 문제가 많았고, 심한 의존을 보이며, 유전적인 취약성이 있으며, 정신병리가 심하며 예후가 나쁘다. 이것은 Cloninger (1987)가 제안한 제 2형 알코올 중독과 유사하다. Cloninger(1987)와 Babor 등(1992)에 의해 분류된 알코올 중독의 유형들은 예후와 관련이 있어서 주목을 받았지만 치료 방법과의 관련이 희박하고 분류를 위한 평가방법이 너무 복잡하다는 단점이 있다.

최근 우리나라에서는 알코올 사용 척도(Alcohol Use Inventory: AUI)를 가지고 알코올 중독을 분류하려는 시도가 전개되고 있다(이덕기, 신진규, 정

영인, 2000; 임명호 등, 1997). 이덕기 등(2000)은 알코올 중독을 세 유형으로 분류하였다. 1형은 알코올의 심리적, 신체적 의존과 음주로 인한 합병증 및 조절 장애가 가장 심하고, 주로 혼자 술을 마시며 폭음하는 특징을 가졌다. 2형은 음주로 인한 이득이 세 유형 중 가장 많았으며, 주로 대인관계의 맥락 속에서 음주하고 지속적으로 술을 마시는 특징을 나타냈다. 3형은 상대적으로 가장 경한 유형으로 금단 증상과 신체적 합병증이 문제가 되었다.

알코올 중독으로 진단 받은 사람들이 서로간에 각각 다른 특징을 가지고 있다는 증거는 대단히 많다(Babor et al., 1992; Cloninger, 1987; Howard, Kivlahan, & Walker, 1997). 다양한 특성을 가진 알코올 환자를 비슷한 특성을 가진 환자들로 분류하여 치료적 개입을 하는 것은 치료 효과를 최대화시킬 수 있다.

알코올 중독을 여러 유형으로 구분하려는 이러한 시도의 목적은 임상 실제에서 각 유형별로 적합한 치료를 선택하려는 데에 있다. 그럼에도 불구하고 그 동안의 알코올 분류 결과는 주로 알코올에 대한 진단 및 이해에 이용 가능할 뿐 치료적 개입과 관련된 분류는 사실 이루어지지 않았다고 볼 수 있다. 특히, 알코올 중독자의 대인관계 및 사회 적응문제의 심각성을 지적하면서도 이에 따른 구체적인 분류와 치료적인 접목은 생각하지 못하고 있다.

알코올 중독에 대한 인지 사회학습이론적 접근에서는 알코올 중독자들이 사회적 문제 상황에 대한 대처전략 반응이 부적합하게 발달되었으며 또한 대처반응에 대한 효능감 기대가 낮기 때문에 알코올을 사용하게 되고, 그 결과 문제상황에 대한 걱정이 감소되고 정서상태를 통제할 수 있게 되기 때문에 음주행위가 강화를 받는다고 보고 있다(Cummings, Gordon, & Marlatt, 1980;

Marlatt & Donovan, 1982). 따라서 치료의 초점을 사회적 적응능력 및 사회적 문제해결 능력향상에 맞추어야 한다고 주장한다.

알코올과 관련된 기존의 연구들에서도 알코올 중독자들이 사회적 문제해결 능력에 있어서 일반인 보다 낮은 능력을 가지고 있음을 보고하고 있다(Allman, Taylor, & Nathan, 1972; Cooper, Russell, Skinner, & Frone, 1992; Fromme & Rivet, 1994). 예컨대, 알코올 중독자들은 사회적 문제해결 능력에 있어서 결함을 가지고 있고 이로 인하여 사회적 적응에 곤란을 느끼게 되어, 그에 대한 도피의 수단으로 알코올을 탐닉하게 되며 이 과정을 통하여 알코올 중독에 이르게 된다. 그러나, 알코올 중독자들의 경우 사회적 문제해결 능력의 결함을 가지고 있다 하더라도 환자들마다 손상의 정도나 손상과정에 차이가 있을 것으로 볼 수 있다.

최이순(2003)은 알코올 중독자들의 사회적 문제해결 능력에 결함이 있음을 확인함으로써 알코올 중독자들이 정상인에 비해 사회적 문제해결 능력이 떨어진다는 선행연구 결과(Chaney, O'Leary, & Marlatt, 1978; Intargliata, 1978; Marlatt, Baer, Donovan, & Kivlahan, 1988)를 재확인하였다. 또한 이 연구를 통해 알코올 중독자들의 문제지향 과정과 문제해결 과정의 결함을 구체적으로 알아낼 수 있었다. 이러한 결과는 D'Zurilla 와 Nezu(1999)가 주장한 바 SPSI-R(Social Problem Solving Inventory-Revised)은 문제해결 과정적 측면의 결함을 파악할 수 있는 유용한 도구다, 라는 말과 일치한다고 할 수 있다. 이 척도는 문제 지향성을 측정하는 2개의 하위 척도와 문제 해결에 필수적인 요소 기술을 측정하는 3개의 하위 척도로 구분되어 있다. 그렇기 때문에 이들 하위 척도별 측정치를 종합적으로 고려할 때 발견되는 결합의 양상에 따라 알코올 중독자 집단이

상이한 유형으로 분류될 것으로 기대하였다.

그럼에도 불구하고 아직까지 알코올 중독자들의 사회적 문제해결 능력의 구성요소별 결합에 따른 분류 역시 이루어지지 않고 있다. 사회적 문제해결 과정을 구성하는 각 요소들은 각각의 기능과 특징이 있으므로 환자에 따라서 요소기능 결합양상이 다를 수 있다. 예컨대, 어떤 환자는 문제를 긍정적으로 대하지만 합리적 해결기술이 매우 저조할 수도 있고, 또 어떤 환자는 그 반대일 수도 있다.

따라서, 본 연구에서는 사회적 문제해결 능력의 결합에 따라 알코올 중독자를 군집화 할 수 있는지를 알아보려 하였다. 또한 이 분류의 결과로 나타나는 각 유형간의 사회 인구학적 변인과 음주시작 연령, 문제음주 시작 연령, 가족력, 단주에 대한 자기 효능감, 음주 유혹 정도, 정신 병리 등을 비교하여 검토해 봄으로써 향후 알코올 중독자의 구체적인 치료전략을 세우는데 도움을 주고자 하였다.

방 법

연구 대상

부산시내 정신과 병원에 입원 중인 알코올 중독 환자 300명 중 알코올 의존이라는 진단 기준에 부합되더라도 알코올 의존 이외의 정신과 질환이 공존하는 자, 심한 인지기능의 저하가 의심되는 자, 또는 본 연구에 비협조적인 자를 제외한 232명이 연구대상이었다. 이들 알코올 중독자들은 금단증상으로 인한 영향을 배제하기 위해 입원 후 최소 2주간의 해독 기간이 지난 후 연구에 참여하였다. 연구에 참여한 환자들의 인구학적 및 음주와 관련된 특성을 요약하면 표 1과

표 1. 전체 알코올 중독자의 일반적인 특성(N = 232)

변 인	평균(표준편차)
연 령(년)	49.61(9.14)
학 력(년)	10.34(3.24)
문제음주 연령(세)	32.54(10.82)
음주시작 연령(세)	20.25(5.02)

같다.

알코올 중독자들은 주로 기혼(105명, 45%)었으며, 미혼(58명, 25%)도 있고, 이혼이나 별거한 사람도 30%(43명, 26%) 정도 되었다. 전체 알코올 중독자의 44% (104명)가 직계가족에서 알코올 리즘의 가족력이 있었으며, 54%(126명)가 가족력을 갖고 있지 않았다.

측정 도구

본 연구에서는 한국판 사회적 문제해결 척도(SPSI-R), 미시간 알코올 선별 검사(MAST), 단주 효능감 척도, 음주 유혹 척도 그리고 간이 정신 진단 검사가 이용되었다. 한국판 SPSI-R은 문제해결력을 측정하기 위해, MAST는 알코올 중독정도를 알아보기 위하여 이용되었다.

한국판 SPSI-R은 D'Zurilla 등(1999)의 SPSI-R을 최이순(2002)이 우리말로 번안한 5점 척도로 다음과 5개의 하위 척도 총 52문항으로 구성되어 있다. 긍정적 문제지향(Positive Problem Orientation: PPO)성을 평가하는 문항 5개, 부정적 문제지향(Negative Problem Orientation: NPO)성을 평가하는 문항 10개, 합리적 해결기술(Rational Problem Solving: RPS)을 평가하는 문항 20개, 충동/부주의 스타일(Impulsivity/Carelessness Style: ICS)을 평가하는 문항 10개, 회피 스타일(Avoidance Style: AS)을 평가하는 문항 7개로 구성되어 있다. 이 검사의

검사-재검사 신뢰도 계수 r 은 PPO가 .64, NPO .75, RPS .85, ICS .89, AS .78이고, 검사의 내적 일치도(internal consistency)를 나타내는 Cronbach α 는 PPO가 .63, NPO .83, RPS .91, ICS .79, AS .78이다.

이 척도에서는 사회적 문제해결의 전반적 능력을 나타내는 점수 즉, 문제해결 능력 점수(Social Problem Solving: SPS)와 5개의 각 하위 척도별 점수를 분리하여 계산한다. 이렇게 얻어진 지수는 그 값이 높을수록 문제해결 능력이 높은 것이라 볼 수 있다. 하위 척도의 점수들은 각 척도의 문항수로 나누어주고, NPO, ICS, AS 척도는 전환점수(reversed score)로 계산하였다. 그러므로 각 하위 척도의 점수도 높을수록 해당 능력이 강한 것으로 해석한다. 또한 역기능적 문제해결 차원(부정적 문제지향, 충동/부주의 반응, 회피 반응)과 건설적 문제해결 차원(긍정적 문제지향, 합리적 해결기술)으로 해석을 하기도 한다.

Selzer(1971)가 개발한 미시간 알코올 선별 검사(Michigan Alcohol Screening Test: MAST)는 음주행동에 대해 직접적으로 질문을 하는 자기 보고식 검사로, 25개의 문항으로 구성되어 있으며 각 항목에 대하여 다른 가중치가 주어져 있다. 이 검사는 각각 0-12점은 정상범위, 13-18점은 경계선 음주, 19점 이상일 경우 중독가능성을, 26점 이상이면 확실한 중독상태라고 본다.

단주 효능감 척도(Alcohol Abstinence Self Efficacy Scale: AASES)와 음주 유혹 척도(Temptation to Drink Scale: TTDS)는 단주에 대한 자신감과 음주 유혹의 정도를 알아보기 위하여 40개의 문항을 번안하여 사용하였다. AASES와 TTDS는 각 20문항으로 된 5점 척도로 술에 관한 여러 상황에서 어느 정도 단주 자신감을 가지는지와 어느 정도 음주 유혹을 받고 있는지를 묻는 것이다. 이 척도의 내적 신뢰도는 $\alpha = .95$ 로 매우 높고 음주

유혹 척도와 단주 효능감간의 상관계수 $r = -.58$ 을 보이고 있다(DiClemente, Carbonari, Montgomery, & Hughes, 1994).

간이 정신진단 검사는 Derogatis와 Cleary(1977)가 개발한 Symptom Checklist-90-Revision(SCL-90-R)을 김광일, 김재환, 원호택(1984)이 우리나라 말로 번안하여 표준화한 검사이다. SCL-90-R은 자기 보고식 다차원 증상목록검사(multidimensional self report symptom inventory)로서 비교적 적은 문항수로 단 시간 내에 측정할 수 있는 장점이 있다. 이는 총 90 문항으로 이루어졌으며 신체화(Somatization), 강박증(Obsessive-compulsive), 대인예민성(Interpersonal sensitivity), 우울(Depression), 불안(Anxiety), 적대감(Hostility), 공포불안(Phobic anxiety), 편집증(Paranoid ideation), 정신증(Psychoticism) 등 9개의 증상차원과 전체 정신병리 수준차원으로 구성되어 있다. 증상의 정도에 따라 '전혀 없다'(0점)에서 '아주 심하다'(4점)까지 5점 평정을 하게 되어 있다.

절차

검사는 한국판 SPSI-R, MAST, AASES, TTDS 그리고 SCL-90-R을 각 피험자에게 개별적으로 실시하였다. 검사는 척도에 대한 소개와 함께 응답과정에서 주의해야 할 사항들을 연구자가 설명한 후 연구에 참여할 의사가 있는 사람들을 선별하여 실시하였다. 참여자들은 스스로 문항을 읽고 답을 하는 자기-보고식으로 응답하였다.

자료분석

사회적 문제해결력 결합 양상에 따라 환자들을 분류하기 위해, SPSI-R을 통하여 얻어진 다섯 개의 하위 척도 점수를 기준으로 위계적 군집분

석을 실시하였다. 위계적 군집분석에서 유사성 측정치로는 피어슨의 상관계수를 사용하였는데, 이는 척도 상에서 같은 양상을 보이는 대상을 묶는 것이 목적이기 때문이다. 이 과정을 통하여 적절한 군집 수를 탐색한 후, 자연스러운 군집을 형성하기 위하여 비위계적인 K-means 군집 분석을 사용하였다. 이 단계에서는 앞의 단계에서 적절한 것으로 판단된 군집수를 설정하여 군집을 추출하였다. 이처럼 먼저 위계적 군집분석을 실시하여 군집수를 결정하고 이를 바탕으로 비위계적 군집분석을 실시하는 것은 적절한 군집의 추출을 위해서 흔히 추천되는 방식이다.

군집분석이 정확하게 이루어졌는지를 알아보기 위하여 군집분석에서 나누어진 집단을 독립 변인으로 하고 SPSI-R의 각 하위 척도 점수와 총 점을 종속변인으로 하여 변량분석을 실시하였다. 분류된 집단의 판별 타당도를 알아보기 위하여, 사회 인구학적 변인과 음주시작 연령, 문제음주 발생 연령, 가족력 유무, 중독의 정도, 단주에 대한 자기 효능감, 정신병리의 유형간 차이를 각 변인의 특성에 맞추어 변량분석으로 비교하였다.

결 과

군집 분석에 의한 유형분류

SPSI-R 점수를 기초로 실시한 위계적 군집분석 그리고 K-means 군집분석 결과 연구 대상이 3개의 유형(집단)으로 분류되었다. 이 세 가지 유형에 따라 SPSI-R의 전체 점수와 각 하위 척도별 점수 평균을 다음 표 2로 정리하였다. 표 2의 안에는 SPSI-R 전체 점수 그리고 하위 척도별 점수에서 나눈 세 개의 유형간 차이를 변량분석한 결과 및 사후검증 (Scheffe test)한 결과가 제시되어 있다.

표 2에서 볼 수 있는 바와 같이, 전체 참여자 232명 중 70명은 1형으로, 139명은 2형으로, 나머지 23명은 3형으로 분류되었다. 먼저 SPSI-R의 전체 점수인 문제해결능력 점수는 2형이 가장 높았고, 다음으로 3형과 1형의 순서로 나타났다. SPSI-R의 하위 척도별로 살펴보면, 긍정적 문제지향의 경우 2형의 점수가 가장 높았고, 다음으로 1형과 3형의 순서로 나타났다. 부정적 문제지향의 경우 3형의 점수가 가장 높았으며, 다음으로 2형과 1형의 순서로 나타났다. 합리적 해결기술의 경우 2형의 점수가 가장 높았으며, 다음으로 1형과 3형의 순서로 나타났다. 충동/부주의 스타일의 경우 3형의 점수가 가장 높았으며, 다음으

표 2. 세 유형별 SPSI-R 점수의 평균, 표준편차, 변량분석 및 사후검증표

	1형(<i>n</i> =70)	2형(<i>n</i> =139)	3형(<i>n</i> =23)	<i>df(b/w)</i>	<i>F</i>	사후 검증
문제해결 능력	9.73(1.12)	13.70(1.89)	12.02(1.12)	2/229	139.15 *	A<C<B
긍정적 문제지향	1.99(.63)	2.64(.66)	1.00(.53)	2/229	75.41 *	C<A<B
부정적 문제지향	1.83(.55)	2.88(.51)	3.24(.43)	2/229	116.06 *	A<B<C
합리적 해결기술	1.57(.44)	1.80(.56)	.80(.46)	2/229	37.81 *	C<A<B
충동/부주의 스타일	1.99(.46)	2.86(.54)	3.31(.48)	2/229	87.96 *	A<B<C
회피 스타일	1.95(.54)	3.06(.62)	3.47(.41)	2/229	106.59 *	A<B<C

* *p* < .001, 사후검증: A = 1 형, B = 2 형, C = 3 형

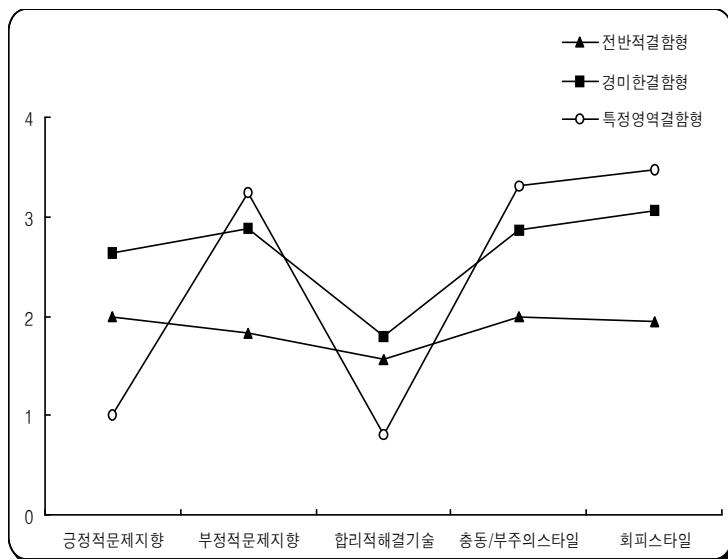


그림 1. 유형별 SPSI-R의 하위 척도 점수의 분포

로 2형과 1형의 순서로 나타났다. 회피 스타일에 있어서는 3형의 점수가 가장 높았으며, 다음으로 2형과 1형의 순서로 나타났다.

그림 1은 SPSI-R 하위 척도별 점수 변화 양상에 따른 세 집단간 차이를 그림으로 나타낸 것이다.

그림 1을 보면, 1형은 사회적 문제해결 능력이 가장 떨어지는 유형으로 5개의 하위 척도의 점수가 모두 떨어져서 프로파일이 가라앉아 있는 형이다. 이 유형은 역기능적 차원(부정적 문제지향, 충동/부주의 스타일, 회피 스타일) 뿐만 아니라 건설적 차원(긍정적 문제지향, 합리적 해결기술)에도 문제가 많은 것이 특징이다(이하 전반적 결합형으로 언급). 2형은 많은 알코올 환자들이 모여 있는 유형으로 3형과 1형 보다 사회적 문제해결 능력이 높은 유형이다. 그러나 정상인에 비해서 특히 합리적 해결기술에 결함이 있는 것으로 나타났다(최이순, 2003). 이 유형은 역기능적 차원에는 문제가 없으나 건설적 차원 중에서

도 합리적 해결기술 적용의 문제가 결함인 것으로 보인다(이하 경미한 결합형으로 언급).

3형은 가장 작은 환자들이 모여 있는 독특한 유형으로 각 하위 구성요소 간의 편차가 극단적인 경향이 있다. 문제지향 과정 중 부정적 측면의 점수는 높고 긍정적인 측면의 점수는 낮았다. 또한 문제해결 중 합리적 해결기술의 점수는 낮고, 충동/부주의 스타일과 회피 스타일의 점수는 높은 프로파일로 하위 척도별 점수 변화가 심하다. 따라서 이 유형은 역기능적 문제해결차원(부정적 문제지향, 충동/부주의 스타일, 회피 스타일)에는 특별한 문제가 없으나, 건설적 차원(긍정적 문제지향, 합리적 해결기술)에 결함이 큰 유형이라 할 것이다(이하 특정영역 결합형으로 언급).

각 유형간 음주와 관련된 특성의 비교

연구 대상자의 유형별 연령, 음주시작 연령,

표 3. 세 유형별 음주 관련 특성의 평균, 표준편차, 변량분석 및 사후검증표

	전반적 결합유형 = A	경미한 결합유형 = B	특정영역 결합유형 = C	df (b/w)	F	사후검증
연령	49.16(8.11)	49.91(9.74)	49.22(8.61)	2/229	.18	
음주시작 연령	19.76(4.42)	20.86(5.40)	17.81(3.19)	2/229	3.89 *	C < B
문제음주 시작연령	30.67(10.71)	33.79(11.19)	30.88(7.21)	2/229	3.89	
중독정도	29.47(11.86)	25.02(11.04)	26.43(12.19)	2/229	3.54 *	B < A
단주 효능감	2.94(.68)	3.14(.84)	2.48(.93)	2/229	6.87 **	C < B
음주유혹	3.04(.67)	2.61(.72)	2.72(1.10)	2/229	7.46 ***	B < A

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

문제음주시작 연령, 가족력의 유무, 중독정도 및 단주 효능감의 차이 그리고 이들 차이의 통계적 유의성을 분석한 결과를 표 3으로 정리하였다.

표 3에서 알 수 있듯이 연령과 문제음주시작 연령에서는 세 유형간 차이가 없는 것으로 드러났다. 그러나 음주시작 연령은 특정영역 결합형이 경미한 결합형 보다 어린 것으로 드러났다. 중독정도는 전반적 결합형이 경미한 결합형보다 심각했다. 단주효능감의 경우 경미한 결합형 집단이 특정영역 결합형 집단 보다 높았다. 음주 유혹은 전반적 결합형 집단이 경미한 결합형 집단에 비해 강한 것으로 드러났다. 전반적 결합형의 환자들은 단주에 대한 자신감이 특정영역 결합 집단과 차이가 없었으나 음주 유혹 점수는 가장 높아 모순된 결과를 보이고 있다.

각 유형간 정신병리에 관한 비교

다음은 정신병리검사(SCL-90-R) 결과를 세 가지 유형(집단)별로 정리하고 집단간 차이의 유의성을 분석한 결과를 표 4에 제시하였다.

표 4에 제시되어 있듯이 전체 병리수준과 9개

의 증상차원 모두에서 전반적 결합형 집단이 경미한 결합형 및 특정영역 결합형 집단보다 심각한 것으로 나타났다.

논 의

일반적으로 질병을 치료함에 있어서 그 질병을 분류하고 분류된 각 유형의 특징을 규명하는 작업은 필수적인 과정이다. 본 연구의 목적은 알코올 중독자들의 사회적 문제해결 능력결합의 양상에 따라서 알코올 유형을 분류하는 것이었다. 이에 따라 알코올 환자들을 그들의 사회적 문제해결 능력에서 나타나는 결손의 특징을 기준으로 분류할 수 있는지를 검토하였다. 환자들의 SPSS-R 검사점수를 기준으로 군집분석한 결과를 요약하면 다음과 같다.

알코올 중독자의 사회적 문제해결 요소 과정의 결합 유형을 알아본 연구의 결과 세 가지 유형, 즉 전반적 결합형, 경미한 결합형, 특정영역 결합형으로 분류할 수 있음이 분명해졌다. 이러한 결과는 지금까지 알코올 중독자들의 분류

표 4. 세 유형별 정신병리 검사 점수의 평균, 표준편차, 변량분석 및 사후검증표

	전반적 결합유형 =A	경미한 결합유형 =B	특정영역 결합유형 =C	df (b/w)	F	사후 검증
전체병리 수준	56.01(14.36)	46.37(8.59)	42.61(7.88)	2/229	23.75 *	B, C<A
신체화	54.19(12.74)	46.86(9.19)	45.22(7.79)	2/229	13.48 *	B, C<A
강박증	54.11(12.52)	45.27(7.43)	42.52(7.40)	2/229	25.17 *	B, C<A
대인 예민성	54.50(12.73)	46.12(8.52)	42.52(7.40)	2/229	21.72 *	B, C<A
우울	55.93(13.25)	47.99(8.73)	44.26(7.97)	2/229	18.00 *	B, C<A
불안	56.04(13.52)	46.76(8.76)	44.52(6.86)	2/229	21.75 *	B, C<A
적대감	53.14(12.20)	46.37(6.78)	44.36(5.05)	2/229	16.77 *	B, C<A
공포불안	57.49(15.17)	47.83(8.02)	47.96(8.55)	2/229	19.72 *	B, C<A
편집증	55.06(14.90)	46.70(8.11)	42.91(7.39)	2/229	18.56 *	B, C<A
정신증	58.63(15.07)	49.38(8.54)	44.91(7.67)	2/229	21.88 *	B, C<A

* $p < .001$

를 시도한 선행연구 결과(Barnes, Murray, Patton, Bentler, & Anderson, 2000; Schuckit, 1991)와 비교해 볼 때 새로운 방식의 분류라고 할 수 있다. 이들 세 가지 유형을 구체적으로 살펴보면, 전반적 결합형은 모든 요소 과정의 점수가 떨어지는 양상을 보이는 환자들로 총 232명의 분류대상 중 약 30%인 70명이 이 유형에 속하는 것으로 드러났다. 이들은 문제를 부정적으로 대하며 충동/부주의 반응과 회피반응을 자주 시도하는 반면, 문제를 긍정적으로 대하는 능력과 문제해결 기술의 합리적 전개능력이 떨어지는 것을 그 특징으로 한다. 이들은 정신병리수준, 음주 유혹의 정도가 가장 높았는데, 이러한 결과는 심각한 알코올 중독자들의 특징과 일치하는 것이며(Cox, 1987; Rohsenow, 1983), 이덕기 등(2000)의 알코올 사용 척도(AUI)에 의한 유형분류 중 1형과 유사하므로 이 분류의 타당성이 입증되었다고 하겠다.

전반적 결합형은 역기능적인 문제해결(부정적 문제지향, 충동/부주의 반응, 회피 반응)을 시도하며 건설적인 문제해결(긍정적 문제지향, 합리적 해결기술)을 시도하지 못한다는 점이 특징이다. 문제를 대하는 태도

뿐만 아니라 기술 적용에서도 결합을 보이고 문제상황에서 신중하지 못하고 충동적이며 쉽게 포기하고 회피하는 스타일을 가진다. 따라서, 문제해결 훈련 프로그램을 실시할 때 이점에 일차적인 초점을 둘 필요가 있다.

전반적 결합형 집단은 알코올 문제해결에 필 요한 동기화가 가장 낮은 집단으로서 문제를 위협으로 받아들이고 해결할 수 있다는 자신감이 없으므로 회피하고, 시도하는 경우에는 충동적이고 부주의한 행동을 보인다. 또한 흥미롭게도 오히려 전반적 결합형 집단은 다른 유형집단에 비하여 음주유혹을 가장 강하게 받으면서도 단주 자신감이 높게 나왔다. 이는 알코올 환자들의 주

된 특징인 ‘부정’이라는 자기방어가 너무 강하기 때문으로 보인다. 따라서 이 집단에는 향후 문제 해결훈련을 실시할 경우 전반적 문제해결 능력을 강화시키고, 참여동기를 높이고 지속적인 지원을 제공하며, 학습내용을 쉽게 이해하도록 전달하고 행동연습을 강화하는 것이 중요하다고 할 것이다.

경미한 결합형은 232명 중 약 60%로서, 가장 많은 수를 차지하는데 합리적 해결기술 적용에서만 결함을 나타내었으며 그 정도도 크지 않았다. 문제상황에 직면시 문제를 해결하고자 하는 동기화는 높은 편이므로 적극적으로 관여한다. 그리고 문제상황을 회피하거나 충동적인 반응으로 대처하지는 않으나 합리적이고 조직적인 문제해결기술을 적용하는 능력이 부족하므로 문제 해결에서 실패할 확률이 높다. 그러므로 문제해결 프로그램을 실시할 때 합리적 해결기술 능력 향상에 일차적인 초점을 둘 필요가 있음을 알 수 있다. 이 유형은 이덕기 등(2000)의 알코올 사용 척도(AUD)에 의한 유형분류 중 3형과 유사하며, Cloninger(1987)가 제안한 1형, Babor 등(1992)이 제안한 A형과 유사하다. 따라서 이들은 알코올 중독자들 중 아직까지 심각한 상태에 접어든 것은 아니며 알코올 중독자들 중에서는 사회적 적응력이 가장 높은 편으로 보인다.

특정영역 결합형은 전체의 10%인 23명으로 가장 적은 수의 환자를 포함하는 유형이다. 문제해결 지향과정 중 긍정적인 지향과정에서 심한 결함을 가지고 있고, 합리적 해결기술 적용능력이 경미한 집단보다 심하게 낮은 편이다. 부정적 문제지향 과정과 긍정적 문제지향 과정은 개념상 중복되는 부분이 있으며, 전자는 정서적인 요소와 더 관련이 있고 후자는 인지적인 요소와 더 관련이 깊다(D`Zurilla, 2001, 10, 1, personal communication; Maydeu-Olivares & D`Zurilla, 1996,

1997). 따라서 이 유형의 경우 문제를 대하는 태도에서 정서적인 부분보다는 긍정적인 인지처리가 심하게 결함을 보이고 있다고 해석된다. 문제상황에서 불안이나 우울감이 없고 자신만만한 태도를 취하나 실제 인지적인 처리는 비합리적이다. 즉, 문제를 해결할 수 있다고 믿지 못하고, 아무리 노력한다고 해도 문제를 해결할 수 있다고 믿지 않는다. 그래서 문제를 회피하지는 않으나 첫 시도가 실패하면 포기할 수 있는 유형이며 문제상황에 대해 충동적이거나 회피적이지는 않지만 합리적인 기술적용을 하지 못하는 경향이 있다. 따라서 사회적 문제해결 훈련시 긍정적인 인지처리를 강조하고 기술을 합리적으로 적용하도록 집중적으로 훈련시킬 필요가 있음이 확인되었다. 이 유형은 이덕기 등(2000)의 알코올 사용 척도(AUD)에 의한 유형분류 중 2형과 유사하다.

음주 시작연령, 중독의 정도와 단주에 대한 자신감 등에서도 세 가지 유형간 차이가 있는 것으로 밝혀졌다. 전반적 결합형은 경미한 결합형보다 중독의 정도가 심하며 음주 유혹도 높았다. 이것은 중독의 정도가 심각함에 따라 사회적 문제해결 능력도 빈약함을 시사한다. 그리고 음주 유혹이 높으면서 단주에 대한 자신감이 높았다. 높은 음주 유혹 점수는 사회적 기능의 저하와 신체적, 심리적 의존을 나타낸다고 할 수 있다. 따라서, 전반적 결합형은 단주와 음주 유혹에 대한 점수가 같이 높은 것은 내적인 갈등이 많음을 시사하고 있으며 사실은 단주에 대한 자신감이 없으며 판단력이 부정확하고 병식이 없고 문제상황에 대한 인식이 부족한 것으로 해석된다. 경미한 결합형과 특정영역 결합형은 중독의 정도나 음주 유혹의 차이는 없었으나 특정영역 결합형이 음주연령이 다소 빠른 편이다. 이러한 결과는 Booth(1991)의 음주시작 연령이나 문제음주

연령이 빠를수록 문제의 심각성이 심함을 밝힌 것과 일치한다.

정신병리적인 측면에서도 세 유형간 유의미한 차이가 있었다. 경미한 결합형과 특정영역 결합형간에는 차이가 없었지만 모든 정신병리적 증상에 있어서 전반적 결합형이 경미한 결합형과 특정영역 결합형에 비하여 심각하였다. 이러한 결과는 사회적 문제해결 과정에 따른 유형 분류 기준의 타당성을 확인한 것이다.

요약컨대, 본 연구 결과, 알코올 중독자들은 그들의 사회적 문제해결 능력 결손의 특성에 따라서 3개의 유형으로 분류될 수 있음이 분명해졌다. 각 유형간에는 문제해결 능력의 정도와 그 구성요소의 특성이 달랐다. 따라서 각 유형에 대한 사회적 문제해결 훈련을 시킬 때 결함이 있는 과정을 집중적으로 훈련시킴으로서 보다 큰 효과를 기대할 수 있을 것이다. 예컨대, 전반적 결합유형은 역기능적 문제해결 패턴(부정적 문제지향, 충동/부주의 반응, 회피 반응) 뿐만 아니라, 건설적 문제해결 패턴(긍정적 문제지향, 합리적 해결기술)을 집중 훈련시켜야 할 것이다. 그리고 경미한 결합형은 문제해결기술의 합리적 운영기술 함양에 일차적인 초점을, 특정영역 결합형은 건설적 문제해결(긍정적 문제지향, 해결기술의 합리적 적용)을 향상시키는 데 보다 집중적인 훈련을 시킬 필요가 있을 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 문제 해결 과정의 어느 단계에서 어려움을 겪는지를 진단하는 방법에서 자기 보고식 평가만을 사용하였으나 문제해결기술의 행동평가 방법을 같이 병행함으로써 좀 더 정밀한 진단평가를 할 수 있을 것이다. 즉, 수단-목적 문제해결(Means-Ends Problem Solving)과 같은 가상적 상황들에서 실제 문제해결 행동을 평가할 필요가 있었으나 알아보지 못하였다. 알코올 중독자들의 특성이 합리화, 부정 및 투사가 주된 것이므로 환자의 보고가 어느 정도 신빙성이 있는지가 의문시 된다. 둘째, 입원한 남자환자만을 대상으로 하였으나 외래환자와 여자환자와의 비교 등을 하지 못하였다. 세째, 본 연구에서 알코올 중독자들을 세 유형으로 분류하는 것이 타당하다는 결과가 나왔으나, 유형에 따른 치료 혹은 예후와의 관련성을 입증해 주는 연구가 필요하다는 것이다. 이는 차후의 연구과제로 생각할 수 있다.

참고문헌

- 김광일, 김재환, 원호택 (1984). 간이 정신진단 검사 실시요강. 서울: 중앙적성.
- 이덕기, 신진규, 정영인 (2000). 알코올 사용 척도에 의한 알코올 의존의 유형과 그 특성에 관한 연구. *신경정신의학*, 39, 1132-1142.
- 임명호, 백기청, 이경규, 홍성도, 김현후, 이민규 (1997). 알코올 사용장애의 유형별 특징. *신경정신의학*, 36, 850-860.
- 최이순 (2002). 개정판 사회적 문제해결 척도의 타당도와 신뢰도. *한국심리학회지: 임상*, 21(2), 413-428.
- 최이순 (2003). 알코올 환자들의 사회적 문제해결 능력 결함. *한국심리학회지: 임상*, 22(4), 927-934.
- Allman, L. R., Taylor, H. A., & Nathan, P. E. (1972). Group drinking stress: Effects on drinking behavior, affect, and psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 129, 669-678.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (4th ed)*. Washington DC : American Psychiatric Press.
- Babor, T. F., Hoffman, M., DelBoca, F. K.,

- Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S., & Rounsville, B. (1992). Types of alcoholics I: Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.
- Barnes, G. E., Murrary, R. P., Patton, D., Bentler, P. M., & Anderson, E. R. (2000). *The addiction-prone personality*. New York: Plenum Press.
- Booth, B. M. (1991). Patient factors predicting early alcohol-related re-admissions for alcoholics: Role of alcoholism severity and psychiatry comorbidity. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 37-43.
- Chaney, E. F., O'Leary, M. R., & Marlatt, G. A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.
- Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., & Frone, M. R. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 139-152.
- Cox, W. M. (1987). Personality theory and research. In H. T. Blane & K. E. Leonard (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 55-89). New York: Guilford Press.
- Cummings, C., Gordon, J. R., & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. In W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors* (pp. 291-321). New York: Pergamon.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Factorial invariance across gender for the primary symptom dimension of the SCL-90. *British Journal of Clinical Psychology*, 16, 347-356.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G., & Hughes, S. O. (1994). An alcohol abstinence self-efficacy scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(2), 141-148.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem-Solving Therapy: A social competence to clinical intervention*. New York: Springer Publishing Company.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (1999). *Manual for the Social Problem Solving Inventory-Revised*. New York: Multi-Health Systems.
- Fromme, K., & Rivet, K. (1994). Young adults' coping style as a predictor of their alcohol use and response to daily events. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 85-97.
- Howard, M. O., Kivlahan, D., & Walker, R. D. (1997). Cloninger's tridimensional theory of personality and psychopathology: Applications to substance use disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 48-66.
- Jellineck, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New York: Heaven, Hillhouse.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (1982). Behavioral psychology approaches to alcoholism. In E. M. Pattison & E. Kaufman (Eds.), *Encyclopedic handbook of alcoholism* (pp. 560-577). New York: Gardner.
- Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1996). A

- factor-analytic study of the social problem solving inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 115-133.
- Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1997). The factor structure of the problem-solving inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 13, 206-215.
- Rohsenow, D. J. (1983). Alcoholic's perceptions of control. In W. M. Cox (Ed.), *Identifying and measuring alcoholic personality characteristics* (pp. 37-51). San Francisco: Jossey-Bass.
- Schuckit, M. A. (1991). Alcohol and alcoholism. In Harrison (Ed.), *Principles of internal medicine* (pp. 2146-2151). New York: McGraw-Hill.
- Selzer, L. M. (1971). The Michigan Alcholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.

원고접수일 : 2003. 9. 17
제재결정일 : 2004. 2. 26

Subgrouping of Alcoholics by Social Problem Solving Inventory

Yi-Soon Choi

Yeonsan Mental Hospital

Kwon-Saeng Park

Keimyung University

This study was to classify alcoholics into several subtypes, according to the deficit patterns in social problem-solving process. In study, using five subscale scores of SPSI-R for 232 alcoholic inpatients, the cluster analysis was performed to identify a small number of groups such that within-group differences were minimized with between-group differences maximized. As a result, three subgroups emerged, which included one group with global deficits(called type 1), another group with mild deficits(type 2), and the other group of focal deficits(type 3). The current findings suggest that benefits from social problem solving training are increased to the substantial amount when social problem solving program is customized specifically to patient characteristics by subgroups having different types of problem solving process deficits. The limitations and suggestions for future research were also discussed.

Keywords : alcohol subtype, global deficits type, mild deficits type, the other group of focal deficits type