

## 자발적으로 입원한 알코올 의존자의 변화동기 하위유형\*

전 영 민<sup>†</sup>

한국음주문화연구센터 카프병원

본 연구에서는 치료응종(Compliance)과 치료효과를 향상시킬 수 있는 중재법 개발을 촉진시키고 환자의 동기수준에 맞는 치료법을 제공할 수 있도록 하기 위해 알코올 의존자의 동기 하위유형을 확인하고자 하였다. 한국어판 변화단계 척도(The Korean version of Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale: SOCRATES-K)를 90명의 알코올 의존자에게 실시하여 군집분석 한 결과 4개 집단이 확인되었다. 집단 구성원들은 숙고전 집단 14%(n=13), 숙고 집단 42%(n=38), 낙심 집단 12%(n=11), 실행 집단 31%(n=28)로 분포되었다. 인구통계학적 특성, 음주 과거력이나 정신병리 및 성격에 있어서 집단간에 의미 있는 차이는 없었다. 실행집단은 자신들의 알코올 의존성에 대해 매우 잘 알고 있고 자신들의 음주행동을 현재 변화시키고 있으며, 금주에 대한 자기효능감이 높았다. 낙심 집단은 자신들의 알코올 의존성에 대해 잘 알고 있지만 단주를 실천하지는 못하고 또한 금주에 대한 자기효능감도 낮았다. 숙고 집단은 알코올 문제에 대한 어느 정도의 인식을 가지고 있으며 절주하거나 단기간의 단주도 시도해 보는 등의 노력을 하지만 아직 자신이 알코올 의존자임과 조절음주가 불가능하다는 사실을 온전하게 받아들이지 못하고 갈등하고 있다. 숙고전 집단은 문제에 대한 인식수준과 실천 노력수준이 매우 낮고, 알코올 의존자인지에 대해서도 받아들이지 못하고 있으며, 금주에 대한 자기 효능감도 매우 낮다. 현재의 연구결과들은 SOCRATES-K가 자발적으로 입원한 알코올 의존자들을 임상적으로 의미 있는 하위유형으로 분류하는 데 사용될 수 있음을 시사하며, 또한 환자들의 동기 하위유형에 맞추어서 치료법을 제공하는 데 있어서 하나의 기준자료가 될 수 있음을 시사한다.

주요어 : 변화단계, 변화동기, SOCRATES, 성격평가, 자기효능감, 양가성, 알코올의존, 자발적 입원

\* 본 연구는 2005년도 한국음주문화 연구센터의 학술연구비에 의해 수행되었음. 연구자는 자료수집에 도움을 주신 카프병원의 조성민, 지홍 선생님에게 감사드립니다

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

다양한 알코올 의존 환자를 치료해 본 임상가라면 환자 중에는 현재의 행동에 대한 변화동기가 높은 상태에서 치료를 받으러 오는 환자도 있고, 반면에 현재의 행동변화에 대해 매우 양가적인 태도를 가지고 오는 환자도 있다는 점을 잘 알고 있다(Miller & Rollnick, 1991, 2002). 국내에서도 보면 자발적으로 입원한 환자들마저도 가족에 대한 죄책감이나 가족의 압력에 의한 입원이기 때문에 실제로는 변화를 원하지 않는 경우가 많다. 따라서 임상가와 연구자는 환자의 변화동기 수준에 어떤 의미 있는 유형이 있는지를 알고 싶어한다. 만약 변화동기의 수준에 어떤 일정한 하위유형이 있다는 사실이 확인된다면, 환자의 동기수준에 맞는 치료법을 실시함으로써 치료에 대한 불필요한 저항을 피하고, 결국 치료효과를 향상시킬 수 있는 것이다(Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

중독행동(addictive behavior) 및 알코올 의존에 적용하고 있는 동기(motivation)에 대한 기존의 개념에 따르면, 의존자는 자신의 문제를 '부인(denial)'하는 병적인 특질을 본래부터 가지고 있기 때문에 그러한 부인 방어기제를 부수고 들어가야만 변화하는 방향으로 동기화 된다는 것이다. 그러나 그러한 모델과는 불일치하고 이론적으로도 상반되는 연구결과들이 보고되면서 동기에 대한 새로운 관점이 지지 받고 있다 (Miller, 1985, 1989; Miller, et al., 1991). 가장 큰 관점의 변화는 동기를 역동적인 연속적 단계에 따라 변화하는 것으로 간주하면서, 사람들은 이 단계들의 연속선상에서 전진하거나 퇴보하게 된다는 것이다. Horn (1972, 1976)은 사람들이 건강과 관련된 행동을 변화시키는 데 있어서 4개 단계 즉, 변화에 대해 생각하기(숙고) 단계, 변화실행에 대해 결정하기 단계, 단기변화 단계 그 후의 장기변화 단계를 순차적으로 밟게 된다고 설명하고 있다. DiClemente

와 Prochaska(1982)는 담배를 끊고 싶어(즉, 스스로 동기화 되어) 금연 상담소를 찾은 흡연자들을 연구한 결과, 변화결정, 적극적 변화(active change) 및 유지(maintenance)라고 하는 3개의 단계가 확인되었다. McConaughy, Prochaska와 Velicer(1983)는 숙고전(precontemplation), 숙고(contemplation), 결정하기(decision making), 실행(action) 및 유지(maintenance)라고 하는 5단계의 개념적 변화수준을 확인하였으나 후속연구(McConaughy, DiClemente, Prochaska, & Velicer, 1989)에서는 숙고전, 숙고, 실행 및 유지라고 하는 4개 단계를 확인하였다.

DiClemente 등(1991)도 변화단계 이론을 강하게 지지하는 연구 결과를 도출하였다. 즉, 그들의 금연치료에 자발적으로 지원한 흡연자들은 숙고전 단계, 숙고단계나 준비(preparation) 단계에 속하는 것으로 분류되는 것으로 나타났다. 이 세 집단간의 예측된 차이는 현재의 흡연유형, 변화과거력(예를 들어, 이전의 금연 시도 횟수), 자기 효능감 및 변화과정(processes of change) 영역들에서 나타났다. 또한 피험자들의 변화단계는 금연 시도를 실제로 했었는지 여부 및 1개월과 6개월 후의 금연성공 여부를 잘 예측해주는 요인으로 밝혀졌다(DiClemente et al., 1991). 이 모델은 심리치료 환자 및 니코틴 의존자를 대상으로 개발되었지만, 이후 알코올 의존(DiClemente & Hughes, 1990), 약물남용(Isenhart, 1994) 및 섭식장애(Prochaska, Norcross, Fowler, Follick, & Abrams, 1992)를 포함하는 다른 중독 행동, 그리고 체중 줄이기 및 햇빛 노출과 같은 다양한 건강관련 행동(Prochaska, et al., 1994)으로까지 확대되었다.

알코올 의존치료에 있어서 이러한 모델이 시사하는 바는 중요하다. 첫째, 치료목표는 반드시 내담자의 변화단계에 맞추어야 한다. 예를 들어, 숙고전 단계의 내담자들에게서 완전한 금주를 기대하는 것은 적절한 목표가 아닐 것이다. 그

내담자는 문제가 있다는 사실을 전혀 인식하지 못하기 때문에 금주 필요성을 생각하지 않을 것이다. 오히려 보다 적절한 목표는 문제가 있는 것으로 결정 내리는 단계로 내담자를 이동(moving)시키는 것일 것이다. 둘째, 치료목표들이 내담자마다 다르기 때문에 치료방법 역시 내담자의 변화단계에 맞추어야 한다. 상이한 변화단계에 있는 내담자들은 그들의 변화단계에 일치되는 상이한 중재법을 필요로 한다. 마지막으로 이러한 관점에서는 동기수준이 치료환경 및 치료적 관계의 영향을 쉽게 받는 것으로 주장하고 있다 (Miller, 1985, 1989; Miller et al., 1991). 따라서 내담자 및 치료자/치료프로그램은 내담자의 동기수준에 대해 공동 책임이 있다.

DiClemente 등(1990)은 알코올문제 치료를 위해 내원한 성인 외래환자를 대상으로 University of Rhode Island Change Assessment(이하 URICA; McConaughy et al., 1983) 척도를 실시하여 수집한 224개 자료를 군집분석하였다. URICA의 4개 하위척도(숙고전, 숙고, 실행 및 유지)를 사용했을 때 숙고전 집단, 숙고 집단, 양가성 집단, 참여 집단, 비관여(uninvolved) 집단을 확인하였다. 그들은 이러한 5개 집단간에 알코올 남용차원들 음주유혹 및 금주효능감 측정치에서 유의미한 차이를 발견하였다. Carney와 Kivlahan(1995)은 재향군인 병원에 약물 및 알코올 치료를 위해 입원한 환자들을 대상으로 DiClemente 등(1990)의 연구를 반복 연구한 결과, 숙고전 집단, 숙고 집단, 양가성 집단, 참여집단이라고 하는 4개 하위 집단을 도출하였다. 숙고전 집단은 알코올 및 약물사용 심각도 측정치에서 유의미하게 낮은 점수를 보였고 입원 치료 횟수도 적었다. 한편 거주시설에서 알코올남용 및 의존 치료를 받는 환자들을 대상으로 한 연구(Willoughby & Edens, 1996)에서는 2개 집단 즉 숙고전단계 집단과 숙

고/실행 단계집단이 가장 적합한 것으로 나타났다. 위와 같이 동일한 동기척도를 사용했지만 외래, 입원 및 거주시설 등과 같이 치료환경에 따라, 그리고 알코올 의존 및 남용과 같이 대상자의 진단유형에 따라 동기하위유형이 약간씩 다른 결과를 보였다.

URICA 외에 변화단계를 평가하기 위해 변화단계 척도(Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale: 이하 SOCRATES; Miller, 1991)가 개발되었다. Isenhardt(1994)는 다른 약물도 남용하는 알코올 남용 입원환자 165명을 대상으로 20 문항으로 된 SOCRATES 수정판을 사용하여 자료를 수집하고 요인분석과 군집분석을 실시하였다. 그 결과 결정(determination), 실행(action) 및 숙고 차원이 도출되었다. 이 척도들은 분류된 문항내용에 있어서 SOCRATES의 인식(recognition), 실천(taking steps) 및 양가성(ambivalence) 하위척도와 각각 일치하였다. 결정, 실행 및 숙고 차원에 대해 군집분석한 결과, 비관여(uninvolved) 집단, 양가성(ambivalent) 집단, 실행(active) 집단으로 명명할 수 있는 3개 하위집단이 확인되었다. 이 3개 집단은 인구통계학적 특성이나 다면적 인성검사 2 프로파일에서 아무런 차이가 없었다. 그러나 알코올 사용 및 남용 측정치에서 비관여 집단은 다른 두 집단보다 유의미하게 더 낮은 점수를 보였다. 양가성 집단과 실행 집단은 알코올 사용 및 남용 측정치에서 아무런 차이를 보이지 않았다. 양가성 집단은 높은 갈등수준과 매우 낮은 실행(action) 수준을 보였다. 실행 집단은 자신들의 의존성을 인식하고 있고 자신들의 행동을 변화시킬 준비가 되어 있는 것으로 보였다. 현재의 연구는 동기 측정도구, 하위 집단들이 비교되는 변인 및 피험자의 유형(다른 약물도 함께 사용하는 알코올 남용자가 아닌 순수한 알코올 의존 입원환자)에 있어서 기존 연구와는 구별되는

점이다.

전영민(2005)은 19문항으로 구성된 SOCRATES 8.0판을 번안하여 한국어판 SOCRATES(이하 SOCRATES-K)를 제작하고 그 신뢰도와 타당도를 검증하였다. 원래 SOCRATES는 문제음주자들의 변화동기를 평가하도록 설계되었으나 SOCRATES-K는 한국 치료환경에 맞추어 알코올 사용장애자의 변화동기를 평가하도록 구성하였다. 개방병동 표집(N=81) 및 폐쇄병동 표집(N=61)에 대한 자료분석 결과는 SOCRATES-K의 높은 타당도와 신뢰도를 입증하였다. 요인분석 결과 회전방법에 따른 차이가 없고 비교적 직교적인 3개 요인 즉, 인식(recognition), 실천(taking steps) 및 양가성(ambivalence) 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.

현재 연구의 주요 목적은 동기 수준에 있어서 알코올 의존 입원환자들의 하위집단을 밝히는 것이다. 이러한 연구결과를 통해 치료응종(treatment compliance) 및 참여도를 향상시키기 위한 개입방법을 각 하위집단에 맞추어서 선택할 수 있고, 결과적으로 선택된 개입방법의 치료적 효과를 향상시킬 수 있을 것이다. 동기 하위집단에 대한 포괄적인 모습을 그려내기 위해 인구통계학적 변인 및 음주과거력 변인, 알코올 의존 과거력, 알코올 의존수준, 한국형 음주갈망척도, 알코올 문제에 대한 병식(insight), 우울, 불안, 음주유혹 및 금주 자기효능감 등 다양한 척도상에서 하위집단을 비교하였다. 마지막으로 이 하위 집단들을 알코올 사용척도(Alcohol Use Inventory; 이하 AUI; Horn, Wanberg, & Foster, 1974) 및 Personality Assessment Inventory(이하 PAI; 김영환, 김지혜, 오상우, 임영란, 홍상황, 2001)상에서 비

교하였다.

## 방 법

### 연구대상

알코올 사용장애자만을 전문적으로 치료하는 경기도 소재의 카프병원에 2004년 3월부터 11월 까지 자발적으로 입원한 알코올 의존 환자들을 연구대상으로 하였다. 자발적으로 입원하였다는 의미는 병원에 입원할 때 술을 마시지 않은 상태에서 내원해야 하며, 10주 동안의 치료과정에 대한 환자 본인의 동의를 있어야 한다는 것이다. 또한 실질적으로 자의적 퇴원이 가능할 뿐만 아니라 개방형 병동으로 운영되기 때문에 강제적인 차단은 불가능하다. DSM-IV 기준에 근거해서 알코올 의존으로 진단된 90명이 연구대상이었다. 이들의 인구통계학적 특성은 표 1에 제시하였다. 모든 척도들은 입원한지 1주일 이내에 실시되었다. 그리고 AUI는 6월 이후에 입원한 45명에게만 실시되었다.

### 측정도구

#### 한국어판 SOCRATES(이하 SOCRATES-K 혹은 한국어판 변화단계 척도)

본 척도는 Miller와 Tonigan(1996)이 문제 음주자의 변화동기수준을 평가하기 위해 개발한 SOCRATES를 전영민(2005)이 신뢰도와 타당도를 검증한 것으로서 알코올 사용장애자의 변화동기를 평가하도록 구성되었다. 요인분석 결과 3개 요인 즉, 인식(recognition), 실천(taking steps) 및 양가성(ambivalence)이 추출되었다. 인식 요인은 음주와 관련된 문제점을 인식하는 정도, 단주를 원

표 1. 인구통계학적 특성 및 음주 특성

특 성	통계치	특 성	통계치
나이 <sup>a</sup>	42.37(8.43)		
교육수준(년) <sup>a</sup>	13.38(2.98)		
성별 <sup>b</sup>		문제음주연령 <sup>a</sup>	32.87(9.66)
남	70(77.8)	문제음주기간(년) <sup>a</sup>	10.86(7.57)
여	20(22.2)	입원횟수 <sup>a</sup>	4.66(6.09)
결혼 <sup>b</sup>		첫입원연령 <sup>a</sup>	39.27(8.45)
미혼	21(23.3)	문제음주 가족력 <sup>a</sup>	1.88(2.73)
기혼	42(46.7)		
별거/이혼	23(25.5)		
기타	4(4.4)		

주. <sup>a</sup>평균(표준편차), <sup>b</sup>빈도(%).

하는 정도 및 현재 행동을 지속할 경우의 단점에 대한 지각 등을 반영하는 것으로 나타났다. 실천 요인은 단주를 위한 구체적인 행동을 실천하고 있으며, 재발예방을 위한 치료에 전념하는 정도를 반영하는 것으로 나타났다. Miller 등(1996)은 이 요인이 성공적인 변화를 잘 예측해주는 요인이라고 주장하였다. 마지막으로 양가성 요인은 음주 조절력이 있는 것인지, 음주량은 너무 많은 것인지, 음주로 인한 타인의 피해가 있는 것인지 그리고 알코올 중독인지에 대해 확신하지 못하는 양가적인 생각들의 정도를 반영하는 것으로 나타났다. 본 연구에서 인식, 실천 및 양가성 하위척도의 내적 일치도 계수(Cronbach)는 각각 .92, .90, .68 였다.

#### 한일병식척도(Hanil Alcohol Insight Scale: 이하 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). 그들

의 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. 특히 비자발적으로 입원한 환자보다 자발적으로 입원한 환자의 HAIS 점수가 더 높았다. 본 연구에서 사용한 HAIS의 내적 일치도 계수는 .81이었다.

#### 알코올 사용장애 진단검사(Alcohol Use Disorders Identification Test: 이하 AUDIT)

음주사용의 문제 정도 혹은 알코올 의존의 심각도를 평가하기 위해 세계보건기구에서 개발한 AUDIT를 사용하였다(Babor, de la Fuente, Saunders, & Grant, 1989). 이 척도는 건강에 위험하거나 해로운 수준으로 알코올을 사용하는 사람들을 선별할 수 있는 척도이다. 본 연구에서는 AUDIT를 한글로 번안하여 그 타당도와 신뢰도를 검증한 한국어판 AUDIT(이병욱, 이충헌, 이필구, 최문중, 남궁기, 2000)를 사용하였다. 이병욱 등의 연구에서 1주일 간격으로 측정한 검사-재검사 신뢰도는

.96이었고, 내적 일치도 계수는 .92로 나타나 높은 신뢰도를 보였으며, MAST점수와 상관은 .86으로 매우 높았다. 본 연구에서 측정된 내적 일치도 계수는 .76이었다.

**단축형 강박음주갈망척도(Obsessive Compulsive Drinking Scale: 이하 OCDS)**

OCDS는 14문항으로 구성되어 있으며 환자들의 술에 대한 강박적 사고와 강박적 알코올사용을 측정하기 위해 개발되었다(Anton, Moak, & Latham, 1995). 그들은 치료기간 동안의 변화와 치료결과를 측정하는 데 유용하게 사용할 수 있다고 주장하였다. 국내에서는 최문종 등(2002)이 우리말로 번안하여 그 신뢰도와 타당도를 검증하였다. 본 연구에서는 입원한 환자들을 대상이었기 때문에 술 마신 것을 가정하는 문항들은 타당하지 않았다. 따라서 최문종 등이 번안한 문항들 중에서 직접적인 음주행동과 관련되는 5개 문항 즉, 7번에서 11번 문항까지를 제거한 단축형(전영민, 2005)을 구성하여 사용하였다. 본 연구에서 측정된 단축형 OCDS의 내적 일치도 계수는 .89였다.

**한국어판 알코올사용검사(Alcohol Use Inventory: 이하 AUI)**

한국어판 AUI는 Horn, Wanberg와 Foster(1974, 1987)가 개발한 것을 이덕기 등(1998)이 번안하여 119명의 남자 알코올 의존환자들을 대상으로 그 신뢰도와 타당도를 검증한 척도이다. 이덕기 등의 연구결과, 음주량 하위척도를 제외하고 나머지 23개 척도의 내적 일치도 계수는 .60 이상으로 높았으며, 알코올 의존 심각도 및 정신병리와 높은 상관이 있었다.

**Personality Assessment Inventory(이하 PAI)**

PAI(Morey, 1991)는 다면적 인성검사(Hathaway & McKinley, 1967)의 문제점을 보완하기 위하여 개발된 질문지이다. 국내에서는 김영환, 김지혜, 오상우, 임영란, 홍상환(2001)이 이를 표준화하였는데, 이 척도에는 정신병리 및 성격유형을 평가할 수 있는 척도뿐만 아니라 알코올문제 척도도 포함되어 있는 것이 특징이다.

**금주 자기효능감 척도(Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale: 이하 AASE)**

금주 자기효능감 척도(DiClemente, Carbonari, Montgomery, & Hughes, 1994)는 전형적인 음주단서를 대표하는 20가지의 음주상황에서 유혹의 정도와 금주 자기효능감을 평가한다. 효능감 기대는 행동변화를 매개하고 변화노력 및 효과적인 실천을 증대하는 것으로 보고 있다(DiClemente et al., 1994). 본 연구에서는 3명의 전문가들이 독립적으로 번안하여 전영민(2005)이 구성한 질문지를 사용하였다. 20문항의 음주유혹 상황은 4개 하위척도로 구성되는데 즉, 부정적 정서(negative affect), 사회적/긍정적 상황(social/positive), 신체 및 기타 걱정(physical & other concerns), 금단 및 갈망(withdrawal and urges)이다. 본 연구에서 각 하위척도의 내적 일치도 계수는 .75에서 .92 범위로 신뢰도가 높은 것으로 나타났다.

**Beck 우울 척도(Beck Depression Inventory; 이하 BDI)**

우울증상의 수준을 평가하기 위해 Beck, Ward, Mendelson, Mock와 Erbaugh(1961)에 의해서 개발된 BDI를 사용하였다. 본 연구에서는 이영호와 송종용(1991)의 번역본을 사용하였으며, 내적 일치도 계수는 .88이었다.

상태-특성 불안 척도(Stait-Trait Anxiety Inventory; 1995).  
이하 STAI)

상태불안 정도를 평가하기 위해 Spielberger (1970)가 개발하고, 국내에서 김정택(1978)이 번안한 STAI를 사용하였다. 본 연구에서의 내적 일치도 계수는 .91이었다.

#### 분석절차

자료분석에는 SPSS 11.5 통계프로그램을 이용하였다. 군집분석에서 사용한 절차는 Aldenderfer와 Blashfield(1984)가 추천한 방법을 따랐는데, 사회과학 분야에서 가장 일반적으로 사용하는 방법이다. 즉, 군집의 수를 결정하기 위해 먼저 유사성 측정치로서 squared Euclidean distance를 사용하여 Ward(1963)의 위계적 군집화 알고리즘을 적용하였다. 최초 군집화 방법으로서 이 방법을 선택함으로써 비록 3개 척도 프로파일의 형태보다는 프로파일의 상승 정도에 더 초점을 맞추게 되겠지만, 이 방법을 통해 군집내의 변량을 최소화시키고 군집간의 차이를 최대화시킬 수 있다. 따라서 이러한 군집화 절차는 작지만 더욱 잘 구별되는 군집들을 찾을 수 있다. 적절한 군집의 수는 군집계수의 변화크기에 대한 분석, SPSS의 Dendrogram에 대한 분석, 그리고 군집의 해석 용이성에 근거해서 결정하였다.

그 후 군집구성원은 K-means 반복분할절차로 결정하였다. 이 절차에서는 군집 센트로이드(centroids)를 추정하기 위한 시작 점수(seed points)로서 최초 위계적 군집화 방법으로 계산한 위계적 집단평균값을 사용한다. 그 후 K-means 절차는 Euclidean distance에 기초해서 가장 가까운 센트로이드에 사례들을 할당한다. 이러한 절차는 군집구조를 찾아내는 데 있어서 어떤 방법보다 우수하기 때문에 추천되고 있는 방법이다(Schinka,

## 결 과

### 군집분석

SOCRATES-K의 3개 하위척도 점수를 대상으로 유사성 측정치로서 squared Euclidean distance를 설정하고 Ward 방식의 위계적 군집분석을 실시하였다. 적절한 군집의 수를 결정하기 위해 군집계수의 변화크기에 대한 분석, SPSS의 Dendrogram에 대한 분석, 그리고 군집의 해석 용이성을 고려하였다. Cluster-agglomeration schedule의 군집계수의 변화크기에 대한 분석 결과, 유사한 값들로 변화하는 선형성에서 벗어나는 지점이 3지점이었는데, 이는 4개 정도의 군집 수를 시사하는 것이다. Dendrogram에 대한 분석에서도 4개 정도의 군집이 가능하였다. 따라서 가능성 있는 3개 4개 및 5개 군집분해(cluster solution) 각각에 대해 3개 하위척도 점수의 군집별 평균값 프로파일을 조사하였다. 그 결과 4개 군집분해가 군집에 대한 해석에 있어서 가장 타당하였다. 따라서 군집 구성원을 결정하기 위한 후속 분석단계에서는 4개 군집을 사용하였다. K-means 반복분할절차를 사용하여 환자들을 4개 군집에 할당하여 각 군집별 환자의 수와 하위척도 점수를 표 2에 제시하였다.

군집 1 구성원들은 알코올 문제에 대한 인식 점수와 단주에 대한 실천점수는 상수준이고 양가성 점수는 낮았다. 따라서 군집 1은 단주를 위한 구체적인 노력을 하는 실행 집단으로 명명하였다. 임상장면에서는 인식점수가 35점 이상(상수준), 양가성 점수 8점 이하(하수준), 실천 점수 32점 이상(상수준)이면 실행집단으로 볼 수 있

표 2. 경험적으로 도출된 집단의 빈도와 평균점수

집단명	사례수	%	인식 척도	양가성 척도	실천 척도
실행	28	31.1	38.89 <sup>ab</sup>	5.64 <sup>ab</sup>	32.07 <sup>abc</sup>
낙심	11	12.2	36.55 <sup>cd</sup>	6.73 <sup>cd</sup>	19.09 <sup>ade</sup>
숙고	38	42.2	33.74 <sup>ac,e</sup>	10.79 <sup>ac</sup>	29.11 <sup>bdf</sup>
숙고전	13	14.4	26.85 <sup>bde</sup>	10.85 <sup>bd</sup>	22.69 <sup>cef</sup>
			$F = 65.47^{***}$	$F = 26.09^{***}$	$F = 70.09^{***}$

<sup>a,b,c,d,e,f</sup> 동일한 윗첨자는 각 척도내에서 집단간의 유의미한 차이를 나타냄.

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

을 것 같다.

군집 2는 인식점수는 보통상 수준이고 양가성 점수는 낮지만 실천점수가 매우 낮았다. 따라서 군집 2는 알코올 문제에 대한 인식수준은 매우 높은 편이고 양가적인 생각들은 정리되어 자신들이 알코올 의존자이고 조절음주가 불가능함을 깊이 인식하고 있지만 단주를 실행할 자신감은 부족한 낙심 집단으로 명명하였다. 임상장면에서는 인식점수가 35점 이상(상 수준), 양가성 점수 8점 이하(하 수준), 실천 점수 25점 이하(하 수준)이면 낙심 집단으로 볼 수 있을 것 같다.

군집 3은 실천점수는 보통상 수준이고 인식점수는 보통하 수준이지만 양가성 점수는 높았다. 따라서 군집 3은 문제에 대한 인식은 조금 있고 조금은 문제를 개선하기 위해 조절음주를 생각하는 등의 실행노력을 한다고 생각하지만 여전히 알코올의 장점을 버리지 못하고 양가적인 갈등 속에서 고민하는 숙고 집단으로 명명하였다. 임상장면에서는 인식 점수가 31-34점(중 수준), 양가성 점수 9점 이상(상 수준), 실천 점수 26-31(중 수준)이면 숙고 집단으로 볼 수 있을 것 같다.

마지막으로 군집 4는 인식점수는 가장 낮고 실천점수도 보통하 수준으로 낮으면서도 양가성

점수는 가장 높다. 따라서 군집 4는 가족의 압력과 같은 외적인 요인으로 입원하였지만 아직은 자신에게 심각한 문제가 있다고는 생각하지 않으며 양가적인 생각들이 많아 숙고전 집단으로 명명하였다. 임상장면에서는 인식점수가 30점 이하(하 수준), 양가성 점수 9점 이상(상 수준), 실천 점수 25점 이하(하 수준)이면 숙고전 집단으로 볼 수 있을 것 같다.

#### 집단에 대한 기술 및 평가

연령, 학력, 결혼상태, 음주빈도, 음주량, 첫음주연령, 알코올 문제기간, 입원횟수, 첫입원연령 및 문제 가족의 수에 대한 일원변량분석 및 카이제곱 빈도분석 결과 4개 집단간 유의미한 차이는 없었다. 그러나 낙심집단은 다른 집단에 비해 음주빈도( $F(3,84)=1.91, p=.14$ ), 음주량( $F(3,84)=2.24, p=.09$ )에서 더 많고 첫 입원연령( $F(3,84)=1.74, p=.16$ )에서는 더 낮은 경향이 있었으며, 이는 낙심집단이 음주와 연합된 생활이 많아서 음주문제는 더 심각하고 더 젊은 나이에 시작되었음을 시사한다.

AUI에 대한 다변량분석 결과( $N=45$ ; 연구기간 중 후반기 50명의 환자들에게만 AUI를 실시하여



표 3. 집단간 AUI 척도 평균점수<sup>c</sup>

AUI척도	실행 집단	낙심 집단	숙고 집단	숙고전 집단	F
치료수용	100.38 <sup>ab</sup>	92.40 <sup>b</sup>	94.70	85.66 <sup>a</sup>	4.03 <sup>*</sup>
문제인식	38.11 <sup>ab</sup>	36.67	27.50 <sup>b</sup>	21.51 <sup>a</sup>	3.74 <sup>*</sup>

<sup>ab</sup> 동일한 윗첨자는 각 척도내에서 집단간의 유의미한 차이를 나타냄.

<sup>c</sup> 일원변량분석에서 유의미한 차이를 보인 척도만을 포함시켰음.

<sup>\*</sup>  $p < .05$ .

45명 자료를 수집했음), 1차 척도 중에서 염려 및 인식(concerns and acknowledgments) 하위척도가 유의미한 차이를 보였다, Wilks's Lambda=.499,  $F(3, 45)=1.95$ ,  $p < .05$ . 표 3에 염려 및 인식 하위 척도에서 유의미한 차이를 보인 치료수용 및 문제인식 척도에 대한 사후분석결과를 제시하였다. 기대했던 바와 같이, 동기화 수준에 따른 하위집단들 중 실행 집단은 치료수용에 있어서 낙심집단이나 숙고전 집단에 비해 유의미하게 높은 점수를 보였다. 또한 실행 집단은 알코올 문제에 대한 인식점수에 있어서도 숙고 집단이나 숙고전 집단에 비해 유의미하게 높았다.

AUI외에 AUDIT-K, HAIS, OCDS, AASE, BDI 및 STAI에 대한 변량분석을 실시하여 그 결과를 표 4에 제시하였다. 분석결과 음주갈망을 반영하는 OCDS와 AASE의 음주유혹 척도들, 우울 및 상태불안에서 집단간 차이가 없었다. 그러나 음주문제의 심각도를 반영하는 AUDIT-K에서는 실행 및 낙심 집단의 점수가 숙고전 집단에 비해 유의미하게 높았다,  $F(3, 85)=5.43$ ,  $p < .01$ . 알코올 문제에 대한 병식을 반영하는 HAIS에서는 실행 집단의 점수가 숙고 및 숙고전 집단보다 높았고, 낙심집단도 숙고전 집단보다 높았다,  $F(3, 83)=16.90$ ,  $p < .01$ . 4가지 음주상황에서 금주할 자신감

표 4. 집단간 외부 변인 평균점수<sup>d</sup>

외부변인	실행 집단	낙심 집단	숙고 집단	숙고전 집단	F
AUDIT-K	29.00 <sup>a</sup>	31.91 <sup>b</sup>	26.24	22.54 <sup>ab</sup>	5.43 <sup>**</sup>
HAIS	14.11 <sup>ab</sup>	12.82 <sup>c</sup>	10.94 <sup>a</sup>	2.75 <sup>bc</sup>	16.90 <sup>**</sup>
AASE					
부정적 정서	18.28 <sup>ab</sup>	11.50 <sup>a</sup>	14.39	10.14 <sup>ab</sup>	4.49 <sup>**</sup>
사회적/긍정적 상황	19.72 <sup>ab</sup>	13.00 <sup>a</sup>	15.64	11.86 <sup>ab</sup>	5.12 <sup>**</sup>
신체 및 기타 걱정	19.72 <sup>ab</sup>	13.00 <sup>a</sup>	17.64	11.86 <sup>ab</sup>	4.73 <sup>**</sup>
금단 및 갈망	19.11 <sup>ab</sup>	14.00 <sup>a</sup>	15.93	12.43 <sup>ab</sup>	3.69 <sup>**</sup>

주. AASE=Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale.

<sup>abc</sup> 동일한 윗첨자는 각 척도내에서 집단간의 유의미한 차이를 나타냄.

<sup>d</sup> 일원변량분석에서 유의미한 차이를 보인 척도만을 포함시켰음.

<sup>\*\*</sup>  $p < .01$

을 반영하는 금주 자기효능감 척도의 부정적 정서( $F(3,571)=4.49, p<.01$ ), 사회적/긍정적 상황( $F(3,571)=5.12, p<.01$ ), 신체 및 기타 걱정( $F(3,571)=4.73, p<.01$ ) 그리고 금단 및 갈망( $F(3,571)=3.69, p<.01$ ) 에서는 실행집단의 점수가 낙심집단보다 높았고 낙심집단은 숙고전 집단보다 높았다.

마지막으로 4개 집단의 PAI 척도 점수에 대해 다변량분석을 실시하였다. PAI를 실시한 표집은 연구기간 중 후반기에 입원한 50명이었다. 분석 결과 유의미한 차이는 없었다, Wilks' Lambda=.42,  $F(3, 46)=1.01, p=.45$ .

## 논 의

SOCRATES-K의 인식, 양가성 및 실천 척도차원에 대한 군집분석 결과, DiClemente 등(1991)의 변화단계 이론을 강하게 지지하였으며, 알코올 남용자들을 대상으로 한 Isenhardt(1994)의 연구결과와도 일치하는 연구결과가 도출되었다. 즉 10주 동안의 입원치료에 자발적으로 참여한 알코올 의존자들은 변화단계와 개념적으로 일치하는 4개의 동기 하위집단 즉, 숙고전, 숙고 및 낙심, 실행 집단이 확인되었다. Isenhardt의 연구에서의 양가성 집단은 본 연구에서 숙고 집단, 비관여 집단은 본 연구에서 숙고전 집단, 그리고 실행 집단은 본 연구에서도 동일한 명칭인 실행집단에 해당되는 것으로 나타났다. 다만 낙심집단은 후술하겠지만 준비단계에 가깝지만 전형적인 준비 집단으로는 볼 수 없는 측면이 있다.

분포상으로 보면, 자발적으로 입원한 개방병동의 환자들이라는 특징과 일치되게 31%가 이미 실행단계에 있었다. 그러나 숙고 단계에 있는 환자들이 54.4%(숙고 및 낙심집단) 정도이고, 더구

나 숙고전 단계의 환자들이 14% 정도가 있다는 것은 자발적으로 입원하기는 하였으나 실질적으로 가족들의 보이지 않는 압력에 의해 입원하는 경우가 많다는 것을 시사한다.

집단간에 인구통계학적 특성 및 PAI 프로파일에서 유의미한 차이는 없었다. 이 같은 결과는 이전의 연구 결과와도 일치하며 (DiClemente & Hughes, 1990; Isenhardt, 1994), 내담자의 변화단계가 역동적인 본질을 지니고 있음을 시사하는 것이다. 즉, 변화단계라는 개념은 자연스런 변화과정으로써 환자는 연속적인 변환단계에 따라 전진하고 후퇴하게 된다는 견해에 기초를 두고 있다. 환자의 동기(즉, 변화단계)는 당면한 상황, 대인간 차원 및 개인내적 차원에 따라 함수적으로 변화한다. 성격유형 및 인구통계학적 특성 요인들과 같이 보다 뿌리깊은 생득적 요인들은 내담자의 동기수준에 상대적으로 작은 영향을 미치는 것으로 볼 수 있다.

숙고전 집단은 문제에 대한 인식수준도 가장 낮고 해결되지 않은 양가성 사고는 가장 많았으며, 단주 실천노력은 가장 낮았다. 이 집단은 양가성 점수가 높으면서 인식점수는 가장 낮기 때문에 자신이 알코올 의존자인지를 고민하는 것이 아니라 알코올 의존자임을 부인하고, 지나치게 마시는 것은 아닌 애주가이며 다른 사람에게 피해를 주지 않고 잘 조절해가면서 마시고 있다고 생각하는 특징이 있다. 또한 이 집단은 자신의 알코올 문제를 강하게 부인하고 있거나 혹은 스스로의 판단으로는 음주빈도가 많지 않다고 생각하고, 알코올로 인한 심각한 문제가 없는 것으로 '느끼고' 있으며, 당연히 음주상황에서 금주할 마음도 없는 것으로 볼 수 있다.

숙고 집단은 SOCRATES-K의 문제 인식에 있어서 실행집단이나 낙심집단보다는 낮고 숙고전 집단보다는 높은 보통 수준으로 볼 수 있다. 해

결되지 않은 양가성 사고는 여전히 높은 편이며, 치료를 수용하고 단주실천을 하는 정도에 있어서는 낙심집단보다는 오히려 높고 실행집단보다는 낮은 보통 수준을 보였다. 즉, 숙고 집단은 자신이 알코올 의존자인지 아닌지, 그리고 조절 음주가 가능한지에 대해 상당한 정도의 의문을 품고서 변화에 대해 고민하고 있는 것으로 해석할 수 있다. 이러한 고민과 갈등이 단주 실천에 대한 결심(즉 낙심 및 실행 단계로의 변화)을 지연시키거나 방해할 수 있을 것이다.

낙심 집단은 변화단계 이론으로 보면 다양한 양가적인 생각들을 해결하였지만 단주를 실행할 자신감은 없어 준비단계에 있는 독특한 집단으로 생각된다. 본 연구에서 경험적으로 도출된 낙심 집단의 특성에는 또 다른 특징적 측면이 있는 것 같다. 즉, 낙심 집단은 문제에 대한 인식에 있어서는 실행 집단보다는 낮고 숙고 집단보다는 높은 수준으로 나타났다. 그러나 단주 실천 노력을 반영하는 SOCRATES-K와 AUI의 실천척도 및 치료수용 척도에서 낙심 집단은 숙고 집단보다 오히려 낮은 것으로 나타났다. 또한 이와 같은 결과와 일치되게 금주 자기효능감에 있어서도 유의미하지는 않지만 낙심 집단은 숙고 집단보다 오히려 낮았다. 또한 AUDIT-K로 측정된 알코올 의존의 심각도에 있어서 낙심 집단은 숙고전 집단보다 높았다. 이와 일치되게 음주력에 있어서 집단간 유의미한 차이는 없었지만 어떤 경향성은 나타났다. 즉, 낙심집단이 다른 집단에 비해 음주빈도, 음주량에서 더 많고, 첫 입원연령에서는 더 낮은 경향성이 있었다.

이 같은 결과들을 종합해 보면, 낙심 집단이 음주와 연합된 생활이 많고 만성화되었으며 잦은 입원경험을 통해 음주문제에 대한 인식은 높고, 또한 자신이 알코올 의존자라는 측면에 대해서는 받아들이면서도 음주와 연합된 생활이 너

무 깊고 만성화되어서 단주를 실천할 동기는 오히려 떨어지는 특징이 있다. 다시 말해서 문제인식 수준도 높고 자신이 알코올 의존자임은 누구보다 깊게 인식하면서도 단주에 대한 자기효능감은 가장 낮은 집단이다. 따라서 치료적 입장에서는 이들의 단주 자기효능감을 어떻게 향상시키느냐 하는 것이 이들을 단주 실행단계로의 이동(move)을 촉진시키는 열쇠가 될 것으로 보인다. 또 한 가지 특징은 변화에 대한 개념의 차이에 있다. 숙고집단의 양가성 점수는 높고 동시에 실천점수도 중간 수준으로 낮지 않고, 반면에 낙심 집단의 양가성 점수는 낮고 동시에 실천점수는 어떤 집단보다 낮은 것을 볼 때, 숙고 집단은 조절음주도 변화라고 보고 실천하고 있고, 낙심 집단은 오랜 알코올 의존 경험으로 인해 조절은 불가능하다고 보고 단주만이 진정한 변화라고 인식하고 있는 것으로 분석된다.

실행 집단은 예측대로 SOCRATES-K의 인식척도와 실천척도, AUI의 문제인식 척도와 치료수용 척도에서 가장 높은 점수를 보였다. 이 같은 결과와 일치되게 금주에 대한 자기효능감에 있어서도 가장 높은 점수를 보였다. 또한 실행 집단은 어떤 집단보다 자신이 알코올 의존자이며 음주조절능력이 없음을 깊이 받아들이고 있다. 본 연구에서 입원 1주일 내에 측정된 점수를 기초로 도출한 실행집단의 환자들이 31%나 되는 것은 개방병동에 자발적으로 입원한 환자들의 특징이 반영된 것으로 보인다. AUDIT-K로 측정된 알코올 의존의 심각도에 있어서 실행집단은 숙고전 집단보다 높았다. HAIS의 병식에 있어서도 AUI와 SOCRATES-K 문제인식 및 인식척도 점수와 일치되게 가장 높은 점수를 보였다. 따라서 실행 집단은 변화에 대한 동기수준이 가장 높은 것으로 볼 수 있다. 또한 AUDIT-K에서 집단간 차이가 유의미하다는 것은 환자들이 보고하는

알코올 의존 증상의 심각도는 환자의 변화동기에 대한 의미 있는 예측 인자로 볼 수 있음을 시사한다. 이러한 결과는 널리 알려져 있는 “바닥치기(bottoming out)” 개념을 뒷받침하는데 즉, 이제 변화를 하지 않고서는 견딜 수 없을 만큼 고통을 충분히 경험한 후에야 동기화되지 않은 상태에서 동기화된 상태로 이동한다는 것이다. 다만 알코올 의존에 대한 심각도가 높고 만성화되었을 경우 본 연구에서 도출된 낙심 집단과 같이 알코올 의존에 대한 인식 수준은 높지만 금주에 대한 자기효능감과 단주 실천 동기는 오히려 낮을 수 있다.

이러한 결과들이 시사하는 바는 환자들의 동기수준에 맞는 치료적 접근법을 사용해야 할 필요성이 있다는 것이다. 예를 들어 동기수준이 가장 낮은 숙고전 집단들에게는 알코올 문제를 지나치게 거론하기 보다는 먼저 입원 과정에서의 불만과 주변 가족들에 대한 서운함을 반영적으로 경청해주면서 환자와 치료자의 신뢰감을 쌓는 것이 중요하다. 신뢰감이 쌓였을 때 환자 스스로 생각하는 문제부터 시작해서 알코올에 대한 문제에 대해 함께 다루어 가는 것이 필요할 것이다. 알코올 교육뿐만 아니라 알코올 문제에 대한 포괄적인 평가결과들이 이들의 문제인식 향상에 결정적인 도움이 되기도 한다. 숙고 집단은 알코올 문제에 대해 어느 정도 인식하면서도 아직 알코올의 장점에 대한 미련을 버리지 못하고 있는 양가적 생각이 많은 수준이기 때문에 동료 환우와의 집단 토론을 통해 알코올의 부정적인 결과에 대한 이해를 높이는 것이 필요할 것이다(예를 들어 결정균형 기법을 사용할 수도 있다; Janis & Mann, 1977; Velasquez, Maurer, Crouch, & DiClemente, 2001). 그리고 낙심 집단에게는 양가적인 생각들은 모두 정리되었지만 단주에 대한 자기의 능력에 대해 확신하지 못해

단주를 포기하거나 머뭇거리고 있는 집단이기 때문에 집단 프로그램을 통해 서로의 작은 성공 사례들을 나누고, 각자의 숨겨진 능력들을 찾아 줌으로서 자기효능감을 향상시켜 주는 것이 이들의 단주결심과 단주실천을 촉진시키게 될 것이다. 마지막으로 실행 집단에게는 단주에 필요한 구체적인 사회기술들을 학습시키고, 지지망을 구축하고, 재발예방 기술을 훈련시키며, 또한 계속적인 동기화 면담을 통해 현재의 단주노력을 격려할 필요가 있다.

이러한 생각들은 앞으로의 연구에서 검증과정을 통해 더욱 발전시켜야 할 과제로 남아 있다. 그러나 이 결과들은 환자의 동기수준에 맞는 개별화된 치료적 접근법의 필요성을 입증하였다. 또한 본 연구를 통해 집단간의 차이점들을 더욱 잘 이해할 수 있게 되었다. 또한 인구통계학적 특성이 다르고, 치료환경이 다르고(예를 들어, 강제 입원/자발 입원, 입원/외래), 의존의 수준이 다른(예를 들어, 문제음주자/알코올 사용장애자) 표집을 연구한다면 또 다른 의미 있는 하위 집단을 확인할 수 있을 것이다.

본 연구에서 확인한 하위집단은 다른 연구 결과들과 비슷하다. 비록 방법은 과거의 연구들과 비슷하지만 중요한 차이점이 있다. 동기를 기존 연구에서와는 다른 도구 즉 19문항으로 된 SOCRATES-K를 사용하여 평가하였고 알코올 남용자들이 아닌 자발적으로 입원한 알코올 의존자들을 대상으로 연구하였다는 점이다. 또한 표집이 남성들만이 아닌 여성들도 22% 포함되어 있다는 점이다. 따라서 본 연구 결과는 이와 유사한 전집에만 일반화시킬 수 있다.

본 연구의 제한점은 자발적으로 입원한 환자들만을 대상으로 하였고, 그에 따라 표집이 충분하지 않아 비자발적으로 입원하는 환자들은 물론이고 자발적으로 입원한 환자들에게 적용하는

데에도 한계가 있다는 점이다. 앞으로의 연구에서는 다양하고 큰 표집의 환자군을 대상으로 한 연구가 필요하다. 또한 처치 전과 처치 후의 결과들에 대한 연구와 3개월 및 6개월 추적연구가 필요하다. 이러한 종단적인 치료효과 연구는 이러한 집단들의 치료 응종과 치료 전념(involvement or commitment)을 향상시키는 데 필요한 중재법의 유형을 밝히는 데 도움이 될 것이다. 또한 강제로 입원한 알코올 의존자들을 대상으로 한 연구를 통해 현재 집단의 일반화 가능성과 또 다른 하위집단이 있는지를 확인할 필요가 있을 것이다. 국내 현실에서는 자발적인 입원보다는 강제로 입원하는 환자들이 많기 때문에 이들에 대한 동기 하위집단을 확인하고 그 특징들을 파악하는 것이 중요할 것이다.

### 참고문헌

- 김영환, 김지혜, 오상우, 임영란, 홍상환 (2001). 성격평가 질문지 실시요강. 학지사.
- 김중성, 박병강, 김갑중, 오미경, 이충숙, 유남재, 오장균 (1998). HAIS(Hanil Alcohol Insight Scale)를 이용한 알코올 의존 환자들의 병식 평가. *중독 정신의학*, 2, 126-133.
- 김정택 (1978). 특성불안과 사회성과의 관계. 고려대학교 석사학위논문.
- 이덕기, 이경한, 김시근, 김종철, 조진석, 변원탄 (1998). 알코올 의존환자에서의 알코올사용검사(Alcohol Use Inventory)의 신뢰도와 타당도 연구. *중독 정신의학*, 2, 165-182.
- 이병욱, 이충현, 이필구, 최문중, 남궁기 (2000). 한국어판 알코올 사용장애 진단검사(AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)의 개발: 신뢰도 및 타당도 검사. *중독 정신의학*, 4, 83-92.
- 이영호, 송중용 (1991). BDI, SDS, MMPI-D 척도의 신뢰도 및 타당도에 대한 연구. *한국심리학회지: 임상*, 10, 98-113.
- 장환일, 전진숙 (1985). 한국에서 Michigan 주정의존 선별검사의 적용에 대한 예비조사. *신경정신의학*, 24, 46-53.
- 전영민 (2005). 알코올 의존자의 변화동기 평가: 변화단계척도(SOCRATES) 개발연구. *한국심리학회지: 임상*, 24, 207-223
- 최문중, 이은, 이병욱, 이필구, 오병훈, 이충현, 남궁기 (2002). 한국어판 강박음주갈망척도의 표준화 연구: 신뢰도와 타당도. *신경정신의학*, 41, 98-109.
- Aldenderfer, M. S., & Blashfield, R. K. (1984). *Cluster Analysis*. Newbury Park, CA: Sage.
- 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.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Camey, M. M., & Kivlahan, D. R. (1995). Motivational Subtypes Among Veterans Seeking Substance Abuse Treatment: Profiles Based on Stages of Change. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9,

- 135-142.
- DiClemente, C. C., & Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse, 2*, 217-235.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G., & Hughes, S. O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol, 55*, 141-148.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors, 7*, 133-142.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W.F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 295-304.
- Hathaway, S., & McKinley, J. C. (1967). *The Minnesota Multiphasic Inventory Manual*. New York: The Psychological Corporation.
- Horn, D. (1972). Determinants of change. In R. G. Richardson (Ed.), *Proceedings of the Second World Conference on smoking and Health*. London: Pitman Medical.
- Horn, D. (1976). A model for the study of personal choice health behavior. *International Journal of Health Education, 19*, 89-98.
- Horn, J. L., Wanberg, K. W., & Foster, F. M. (1974). *The Alcohol Use Inventory*. Denver, Center for Alcohol Research and Evaluation.
- Horn, J. L., Wanberg, K. W., & Foster, F. M. (1987). *Guide to the Alcohol Use Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Isenhart, 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.
- McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy, 26*, 494-503.
- 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. (1989). Increasing motivation for change. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (pp. 67-80). New York: Pergamon.
- Miller, W. R. (1991). *The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*. Unpublished manuscript. Albuquerque, NM: University of New Mexico.
- 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.
- Morey, L. C. (1991). *The Personality Assessment Inventory Manual*. Odessa FL, Psychological Assessment Resources.
- 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.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Fowler, J. L., Follick, M. J., & Abrams, D. B. (1992). Attendance and outcome in a work-site weight control program: Processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive Behaviors*, 17, 35-45.
- Schinka, J. A. (1995). PAI Profiles in Alcohol-Dependent Patients. *Journal of Personality Assessment*, 65, 35-51.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manuals for the Stage-Trait Anxiety Inventory*. PAL. Alto. CA: Consulting Psychologist Press.
- Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C., & DiClemente, C. C. (2001). *Group Treatment for Substance Abuse: A stages-of-change therapy manual*. New York: Guilford Press.
- Ward, J. (1963). Hierarchical grouping to optimize an objective function. *Journal of the American Statistical Association*, 58, 236-244.
- Willoughby, F. W., & Edens, J. F. (1996). Construct Validity and Predictive Utility of the Stages of Change Scale for Alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 8, 275-291.

원고접수일 : 2005. 1. 26

게재결정일 : 2005. 3. 22

## Motivational Subtypes in a Voluntary Inpatient Sample of Alcohol Dependent Individuals

Young-Min Chun

The Korean Alcohol Research Foundation KARF Hospital

Motivational subgroups in a voluntary inpatient sample of alcohol dependent individuals were identified to facilitate future development of treatment interventions aimed at enhancing compliance and outcome. The Korean version of Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale(SOCRATES-K) from 90 subjects were subject to cluster analyses and resulted in 4 groups. The Cluster membership was distributed as follows: Precontemplation, 14%( $n=13$ ), Contemplation, 42%( $n=38$ ), Discouragement, 12%( $n=11$ ), Action, 31%( $n=28$ ). There were no differences on demographic or alcohol drinking history or Personality Assessment Inventory(PAI) profiles. The Action group appeared to be very aware of their dependence and be changing their drinking behavior, and scored high on measures of Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale(AASE). The Discouragement group appeared to be very aware of their dependence, but appeared to be a low level of action and scored low on measures of AASE. The Contemplation group appeared to be a moderate recognition and action, but still a high level of ambivalence. The Precontemplation group appeared to be a lower recognition and action and scored low on measures of AASE, but a high level of ambivalence. The results suggest that the SOCRATES-K can be used to identify clinically meaningful subtypes of voluntary inpatient alcohol dependent individuals, and have implications for treatment matching and enhancing treatment motivation.

*Keywords* : Stages of Change, motivation, SOCRATES, PAI, self-efficacy, ambivalence, alcohol dependence, voluntary inpatient