

익명의 알콜중독자(AA) 모임 참여가 주관적 건강상태에 끼친 영향

김 한 중, 신 인 순^{1)†}

연세대학교 의과대학 예방의학교실, 연세대학교 보건대학원¹⁾

<Abstract>

Changes in Self-evaluated Health States after the Participation to the AA Program

Han Joong Kim, Ein Soon Shin¹⁾

Department of Preventive Medicine, Yonsei University School of Medicine

Graduate School of Health Science and Management, Yonsei University¹⁾

The Alcoholics Anonymous(AA) program has been known to be effective in many countries in helping alcoholics to stop drinking and to change their attitudes, beliefs, and behaviors. In this study, we examined AA activities among Korean AA members and measured the self-evaluated physical, social, and mental changes following the entry into the AA program. Out of identified 300 AA members who were attending 18 different AA group meetings at the time of the survey, 207 completed the self-administered questionnaire(response rate of 69.0%). T-test and ANOVA were used to compare the scores of physical(4-items), social(4-items), and mental(10-items) changes according to the level of AA activities. The proportion of the respondents who practiced the 11th step (meditation) or the 12th step (take alcoholics to a meeting after carrying messages) on the regular basis was 66.6% and 37.2%, respectively. The average time spent in meditation per week was 4.8 ± 5.47 hours. The length of participation in AA meetings has significantly positive impact on the average score of changes in all the 3 health states; physical($p < .01$), social($p < .05$), and mental states($p < .01$). Also, practicing the 11th step was significantly associated with

† 교신저자 : 신인순(02-361-5097, shines@yumc.yonsei.ac.kr)

improvement of social($p<.01$) and mental($p<.05$), while practicing the 12th step improved only mental states($p<.01$).

Our findings demonstrated that not only the length of participation in AA meetings but also the practice of regular meditation(11th step) and taking alcoholics to an AA meeting after carrying messages(12th step) are very important for AA members, and lead to great positive changes in physical, social, and mental states following entry into the AA program.

Key Words : Alcoholics Anonymous(AA), self-evaluated health states

I. 서 론

알콜중독자는 자기과괴적 특성(Carroll, 1993)의 결과로 심각한 신체적, 정신적, 사회적 장애를 초래할 뿐만 아니라, 특히 사회에 대한 엄청난 파괴력으로 인해 높은 사회비용이 발생하므로 알콜중독인 사람들을 치료하고 단주상태를 유지할 수 있도록 도움을 주는 것은 인간적인 측면 그리고 비용 효과적인 측면에서도 중요하다(Collins, 1993; Humphreys와 Moos, 1996).

알콜중독자들이 알콜중독이 질병임을 스스로 인정하는 경우 치료 및 단주를 목적으로 자활 단주 프로그램의 하나인 익명의 알콜중독자(AA: Alcoholics Anonymous) 모임에 참여하고 있다(Weisner 등, 1995).

AA프로그램은 12단계의 규칙과 12가지 전통을 가지고 있다. 12단계의 프로그램 실천단계 중에서는 자신의 잘못을 타인에게 고백하고 인정하는 제 5단계, 기도와 명상 단계인 제 11단계 그리고 다른 알콜중독인 사람을 도와주는 제 12단계가 중요시되고 있다(Carroll, 1993). AA프로그램의 정신을 가장 잘 나타내고 있는 한 기도문은 “평온함을 청하는 기도”이며, 이 기도문(신(神)이며, 내가 변화시킬 수 없는 것을 받아들이는 평온함과 내가 변화시킬 수 있는 것을 변화시키는 용기, 그리고 이를 구별하는 지혜를 내게 허락하소서)은 모든 12단계 프로그램에서 그 정신적 지주로 쓰여지고 있다. AA모임의 가장 두드러진 특징으로는 알콜중독이 질병이라는 확고한 신념 하에 알콜중독자들을 아무런 조건 없이 수용한다는 점이다(Marron, 1993).

국제적인 알콜중독인 익명의 사람들 모임에 관한 목록(International AA Directory, 1993-1994)에 의하면 1994년말 현재 158개국에서 AA모임이 운영되고 있다. Robertson(1988)은 1988년말 현재 미국에서 AA모임에 가입되어 있는 사람은 약 200만명 정도이며, 매10년마다 2배씩 규모가 커지고 있다고 하였다. Weisner 등(1995)은 여자의 가입이 증가하는 추세이며, 결혼하지 않은 사람들이 결혼한 사람들에 비해 약 두배 정도 더 가입되어 있다고 하였다. 1990년

US National Alcohol Survey 자료에 의하면 조사대상자의 9%가 AA모임에 참여하여 12단계 프로그램을 실천한 것으로 보고했다(Room과 Greenfield, 1993).

한국에는 1977년 AA프로그램의 실천을 통하여 알콜중독상태로부터 회복할 수 있었던 한 멤버가 이 프로그램을 전했으며, 1982년 12월 첫 모임을 시작했다. 1998년 5월말 현재 이 프로그램에 참여하고 있는 멤버는 약 300명 이상인 것으로 추산되며, 약 30개 그룹이 서울과 지방에서 활동하고 있다(익명의 알콜중독자들, 1994).

알콜중독자들을 대상으로 AA 프로그램의 중요성과 효과에 관한 연구는 많이 이루어져 왔다(Pisani 등, 1993; Chiauuzzi와 Liljegren, 1993; Johnson과 Herringer, 1993; Carroll, 1993; Snow, 등, 1994). 이들 연구들은 일반적으로 AA 프로그램의 효과를 단주지속기간과 같은 지표로 평가하고 있다(Tonigan 등, 1996). 그런데 알콜중독자들이 AA모임에 참여하고 12단계 프로그램을 실천함으로써 단주를 지속하는 효과 이외에도 본인에게 혹은 주위사람과의 관계에 있어서 어떤 변화(Marron, 1993)가 있었는지에 대한 평가도 중요하게 다루어져야 한다.

Jerrell과 Ridgely(1995)는 AA가입 6개월 전과 AA가입 6개월, 12개월, 18개월 후의 사회심리적 기능과 삶에 대한 만족도를 자기기입식 조사표로 조사하여 비교해 본 결과 사회적 측면에서는 가족에 대한 적응정도가 AA가입 전에 비하여 가입 후에 통계학적으로 유의하게 높아졌다고 보고하고 있다. 같은 연구에서 정신적인 장애정도를 평가해 본 결과 AA가입 전에 비해 가입 후에, 그리고 가입기간이 지날수록 정신적인 장애정도가 낮아졌음을 보고하였다.

Snow 등(1994)은 AA프로그램 참여 후 알콜중독자들의 행동양식의 변화와 AA모임에의 참여정도와의 관계를 연구하였는데, AA에 주당 1회 이하 참여하는 군에 비하여 주당 2-3회, 그리고 4회 이상 참여하는 군에 있어서 행동양식의 변화가 유의하게 더 컸다고 하였다. 또한 변화과정의 지표로 인지능력을 평가해 본 결과 AA가입상태나 참여정도에 따라서 통계적으로 유의하게 차이가 있었다. Watson 등(1997)은 AA 모임에의 참여정도에 따라서 네군으로 나누어 결과변수(단주 및 삶의 질)를 비교해 본 결과 가끔 그리고 보통정도로 AA모임에 참여하는 군이 AA 비참여군에 비하여 좋은 결과를 보였으나, 빈번히 참여하는 군이 가끔 그리고 보통으로 참여하는 군 보다 더 좋은 결과를 보이지는 않았다고 하였다.

이와 같이 AA에의 참여 효과에 관한 연구가 부분적으로는 이루어져 왔으나, AA프로그램에의 참여가 알콜중독자의 신체적, 사회적, 가정적, 그리고 심리적 측면에 끼치는 영향을 종합적으로 평가한 연구는 이루어진 바 없으며, 특히 우리 나라에서는 AA모임이 시작된지 15년 이상 지났음에도 불구하고 그동안 AA프로그램에 대한 체계적인 평가나 연구가 이루어진 바 없을 뿐만 아니라 시작단계에 있는 우리 나라 AA모임 참여군을 대상으로 AA에 가입하여 활동한 이후 어떤 변화가 있었는지가 평가된 바 없다. 따라서 저자들은 1998년말 현재 한국AA협회에 등록되어 있는 18개 AA모임에 참여하고 있는 전국의 멤버들을 대상으로 AA가입 후에 본인이

느낀 신체적, 사회적, 심리적 측면의 긍정적인 혹은 부정적인 변화를 평가하고자 하였다.

이 연구의 구체적인 목적은 첫째, AA모임에 참여하고 있는 알콜중독자들의 음주특성 및 AA 참여특성을 파악하고, 둘째, AA프로그램 참여 후 본인이 느낀 신체적, 사회적, 심리적 측면의 변화를 측정하고, 셋째, AA모임 참여정도 및 AA프로그램 실천여부에 따라서 본인이 느낀 신체적, 사회적, 심리적 변화의 크기에 차이가 있는지를 비교해 보고자 하였다.

II. 연구방법

1. 조사대상 및 자료수집방법

1998년 5월말 현재 AA연합단체 한국지부에서 발간한 전국 AA그룹 일람표에 있는 서울, 부산, 인천, 안양, 의정부, 광주, 대구에서 활동 중인 18개 익명의 알콜중독자(AA) 모임에 설문조사 당일 참석했던 AA멤버들을 연구대상으로 하였다.

자료수집방법은 조사원이 직접 AA모임에 참석하여 그날 모임에 참석했던 모든 사람에게 조사표를 배포한 후 조사표 작성이 그 자리에서 완료된 경우에는 직접 조사표를 회수하였고, 집에 가져가서 조사표를 작성하겠다는 경우에는 반송봉투와 우표를 조사표와 함께 나누어주고 본인이 작성한 조사표를 봉투에 넣어서 연구자에게 우송토록하는 방법으로 조사표를 회수하였다.

연구대상자들이 조사표를 작성하기 직전에 AA모임의 책임자는 본 조사의 중요성과 연구의 구체적인 목적을 설명하였으며, 거짓 응답이나 불성실한 응답을 줄이기 위하여 익명성이 보장된다는 점을 강조하였다. 조사표는 본 조사시에 배포된 300부 중 조사원이 직접 98부를 회수하였고, 우편으로 112부를 회수하여 총 210부를 회수하였다. 이 중에서 연구에 사용할 수 없는 빈 조사표가 3부 우편으로 회수되었으므로 실제로는 207명(응답률 69.0%)의 자료가 분석에 사용되었다.

구조화된 자기기입식 조사표를 만들어 연구하였으며, 조사표의 내용 타당도를 검토하기 위하여, 서울지역에 있는 AA모임 1개를 대상으로 예비조사를 실시한 후 조사표의 내용을 일부 수정하여 본 조사에 사용하였다.

2. 변수의 측정

조사대상자의 특성으로는 일반적 특성, 음주특성, 그리고 AA 참여특성을 조사하였다. 일반적 특성에는 성, 연령, 결혼상태, 학력, 직업, 종교, 그리고 월 평균수입이 포함되었으며, 음주특성으로는 술을 처음 마신 연령, 본격적으로 술을 마신 연령, AA가입 전 음주경력(년), 그리고

AA가입 전과 후의 음주빈도를 조사하였다. AA 참여특성에는 AA 가입 안내자, AA 가입년도, 참여하고 있는 AA모임의 수, AA모임시간, 월 평균 및 주당 평균 AA모임 참여횟수, 1개월 이상 AA모임 불참 경험 및 불참 기간, 규칙적인 기도와 명상의 실천여부(제 11단계) 및 기도와 명상의 장소, 메시지 전달 후 알콜중독자를 AA모임에 인도한 경험 유무(제 12단계)가 포함되었다.

AA 프로그램 참여 후 본인이 느낀 신체적, 사회적, 심리적 변화는 Miller와 Kurtz(1994)의 분류기준을 참고하였으며, 부정적인(나쁜) 변화, 변화없음, 그리고 긍정적인(좋은) 변화로 측정하였다. 그리고 긍정적인(좋은) 변화는 약간, 보통정도, 그리고 많기로 구분하여 조사하였다.

신체적 측면의 변화는 환청 및 환시, 수면상태, 전반적인 건강상태, 그리고 성생활에 있어서의 변화 이렇게 4가지 항목으로 측정하였다. 사회적 측면(4항목)은 가족과의 관계변화, 가족 이외의 주위사람과의 관계변화, 직업 및 일과 관련된 변화, 그리고 전반적인 사회에 대한 태도변화를 측정하였다. 심리적 측면은 10항목(부정직함, 두려움(공포심), 외로움, 수줍음, 불평불만, 불안(초조)함, 우울함, 분노심, 열등감, 죄책감)에 대한 태도변화를 측정하였다. 설문조사 문항의 내적 일치도는 Cronbach's α 계수로 평가하였는데, 신체적 측면(4항목)의 경우에 .781였고, 사회적 측면(4항목)의 경우 .848였으며, 심리적 측면(10항목)의 경우 .985였다.

3. 분석방법

AA모임 참여정도 및 AA 프로그램 내용(제 11단계 및 제 12단계)의 실천여부에 따라서 본인이 느낀 신체적, 사회적, 심리적 변화의 크기에 차이가 있는지를 검토하기 위하여 t 검정 및 분산분석(ANOVA)을 하였다. 분산분석 결과 유의한 경우에는 다중비교(Tukey방법)를 실시하였다. 변화의 크기는 점수화(1-5)하여 분석에 사용하였으며, 이때 평균 변화점수가 높을수록 긍정적인 방향으로의 변화의 크기가 큰 것을 의미한다.

Ⅲ. 연구결과

1. 조사대상자의 특성

가. 일반적 특성

조사대상자의 일반적 특성은 표1과 같다. 응답자의 92.3%는 남자였으며, 연령별로는 40세 이하가 36.3%, 41-50세가 44.9%, 그리고 51세 이상이 16.9%였다. 결혼상태가 이혼(별거 8명 포함)

인 경우는 15.5%였다. 학력은 고졸 이하가 59.9%였고, 전문대졸 이상이 36.7%였다. 직업은 무직인 경우가 28.0%였으며, 종교는 기독교 및 천주교인 경우가 45.9%를 차지하였다. 월 평균수입이 100만원 이하인 경우는 32.9%였고, 월 평균수입이 201만원 이상인 경우는 30.0%였다.

<표 1> 연구대상의 일반적 특성

변 수	구 분	응답자수 (%)
성 별	남 자	191 (92.3)
	여 자	12 (5.8)
	무응답	4 (1.9)
연 령	40세 이하	75 (36.3)
	41-50세	93 (44.9)
	51세 이상	35 (16.9)
	무응답	4 (1.9)
결혼상태	미 혼	34 (16.4)
	결 혼	106 (51.2)
	이 혼	32 (15.5)
	무응답	35 (16.9)
학 력	고졸 이하	124 (59.9)
	전문대졸 이상	76 (36.7)
	무응답	7 (3.4)
직 업	유	120 (58.0)
	무	58 (28.0)
	무응답	29 (14.0)
종 교	기독교·천주교	95 (45.9)
	기 타 ¹⁾	93 (44.9)
	무 응 답	19 (9.2)
월 평균수입	100만원 이하	68 (32.9)
	101-200만원	49 (23.7)
	201만원 이상	62 (30.0)
	무 응 답	28 (13.4)
계		207 (100.0)

주 : 1) 무교(60명), 불교(26명), 기타(7명)

나. 음주특성

조사대상의 AA가입 전 음주경력은 평균 21.5년이었고, 음주경력이 가장 긴 경우는 49년이였다. 술을 처음 마신 나이는 평균 16.5세였으며, 본격적으로 술을 마셨던 나이는 평균 23.5세인 것으로 조사되었다. 술 때문에 의사의 치료를 받기 시작한 나이는 평균 35.1세로 본격적으로 술을 마신지 약 12년 후에 의사의 치료를 받기 시작하는 것으로 나타났다 (표2).

<표 2> 연구대상의 음주력

구 분	평균±표준편차 (n)	최저값	최고값	중앙값
AA가입 전 음주경력(년)	21.5±8.65 (204)	1	49	20
술을 처음 마신 나이(세)	16.5±4.07 (204)	15	28	17
본격적으로 술을 마신 나이(세)	23.5±6.22 (205)	15	50	21
술 때문에 의사의 치료를 받기 시작한 나이(세)	35.1±8.08 (183)	16	64	35

AA가입 전과 후의 음주빈도를 보면 술을 매일 마시는 경우가 AA가입 전에는 50.2%, AA가입 후에는 3.9%를 차지하여 AA가입 후에 매일 술을 마시는 경우가 46.3% 줄어든 것을 알 수 있다 (표 생략).

다. AA 참여특성

AA 가입특성을 보면 (표3) 우리 나라에서는 1982년 12월에 첫 모임이 있었는데, AA 가입기간이 1-2년인 경우가 응답자의 44.9%였고, 17.9%는 AA 가입기간이 7년 이상인 것으로 나타났다. AA모임 가입당시의 안내자를 보면 의사가 40.5%로 가장 많았고, 가족(20.5%), 본인(19.5%) 순서여서 의사의 도움이 가장 컸음을 알 수 있다.

연구대상이 참여하고 있는 AA모임의 특성을 보면 (표4) 연구대상 1명이 참여하고 있는 AA모임의 수는 평균 2.6개 모임이었는데 최고 5개 모임에 참여하고 있었으며, AA모임 시간은 60분이 가장 많았다. AA모임 참여횟수는 주당 평균 3.0회 였고, 월 평균 12.3회였다. AA모임 불참기간은 평균 6.8개월인 것으로 나타났다.

<표 3> AA 가입 안내자 및 가입기간

항 목	구 분	응답자수 (%)
AA 가입 안내자	친 구	3 (1.5)
	본 인	39 (19.5)
	가 족	41 (20.5)
	의 사	81 (40.5)
	직장동료	1 (0.5)
	기 타	35 (17.5)
	계	200 (100.0)
AA 가입기간	1-2 년	88 (44.9)
	3-4 년	46 (23.5)
	5-6 년	27 (13.8)
	7년 이상	35 (17.9)
	계	196 (100.0)

<표 4> 참여하고 있는 AA모임의 특성 및 참여정도

항 목	평균±표준편차(n)	최저값	최고값	중앙값
참여하고 있는 AA모임의 수(개)	2.6± 1.96 (192)	1	5	2
AA모임 시간(분/회)	63.8± 5.28 (199)	30	120	60
주당 평균 AA모임의 참여횟수(회)	3.0± 1.79 (201)	1	7	2
월 평균 AA모임의 참여횟수(회) ¹⁾	12.3± 7.71 (153)	1	30	10
AA모임 불참 기간(개월)	6.8±15.42 (58)	1	60	2

주 : 1) 1-5회 (15.7%, n=24), 6-10회 (38.6%, n=59), 11-15회 (26.1%, n=40), 16회 이상 (19.6%, n=30)

AA프로그램 내용(제 11단계 및 12단계)의 실천 여부는 표5와 같다. 제 11단계인 기도와 명상을 실천하는 경우는 66.7%였고, 주당 기도와 명상을 위해 쓰는 시간은 평균 4.8시간인 것으로 나타났다. 기도와 명상의 장소로는 '집'이라고 응답한 경우가 47.7%로 가장 많았고, '기도원'에서 기도와 명상을 실천하는 경우는 없는 것으로 조사되었다. 그리고 응답자의 37.2%만이 제 12단계인 메시지 전달 후 알콜중독자를 AA모임으로 인도한 경험이 있는 것으로 응답하여, 제 11단계에 비하여 실천이 안되고 있음을 알 수 있다.

<표 5> AA프로그램 내용(제 11단계 및 12단계)의 실천여부

항 목	구 분	응답자수 (%)	
제11단계 ¹⁾	기도와 명상의 실천 여부	예	138 (66.7)
		아니오	42 (20.3)
		무응답	27 (13.0)
		계	180 (100.0)
기도와 명상의 장소 ²⁾	집	63 (47.7)	
	기도원	0 (0.0)	
	교회/성당	22 (16.7)	
	병 원	19 (14.4)	
	기 타	28 (21.2)	
	계	132 (100.0)	
제12단계 ³⁾	메시지 전달 후 알콜중독자를 AA모임에 인도한 경험 유무	유	77 (37.2)
		무	130 (62.8)
		계	207 (100.0)

주 : 1) 주당 평균 기도와 명상을 위해 쓰는 시간: 4.8 ± 5.47 시간 (n=95)

2) 기도와 명상을 실천한다고 응답한 경우

3) AA모임으로 인도한 사람의 수: 7.5 ± 13.1 명 (n=77)

2. AA프로그램 참여 후 본인이 느낀 신체적, 사회적, 심리적 변화

AA프로그램 참여 후 본인이 느낀 신체적(4항목) 변화를 보면 (표6) 환청 및 환시에 대한 긍정적인(좋은) 변화(59.0%) 보다는 전반적인 건강상태(87.8%)나 수면상태(83.7%)에 있어서 비교적 긍정적인 변화를 많이 느낀 것으로 나타났다.

AA프로그램 참여 후 본인이 느낀 사회적(4항목) 변화를 보면 (표7) 직업 및 일과 관련된 변화(79.1%)에 비하여 가족과의 관계 (93.7%) 및 가족 이외의 주위사람과의 관계 (92.1%)에 있어서 긍정적인 변화를 많이 느낀 것을 알 수 있다.

<표 6> AA 프로그램 참여 후 본인이 느낀 신체적 측면의 변화 () : %

항 목	부정적인 (나쁜) 변화가 있었다	변화가 없었다	긍정적인 (좋은) 변화가 약간 있었다	긍정적인 (좋은) 변화가 보통정도 있었다	긍정적인 (좋은) 변화가 많이 있었다	계
환청 및 환시	3(2.2)	52(38.8)	16(11.9)	25(18.7)	38(28.4)	134(100.0)
수면 상태	6(3.3)	24(13.0)	38(17.4)	40(21.7)	82(44.6)	184(100.0)
전반적인 건강	2(1.0)	22(11.2)	38(19.4)	49(25.0)	85(43.4)	196(100.0)
성 생활	9(5.2)	33(19.0)	33(19.0)	39(22.4)	60(34.5)	174(100.0)

<표 7> AA 프로그램 참여 후 본인이 느낀 사회적 측면의 변화 () : %

항 목	부정적인 (나쁜) 변화가 있었다	변화가 없었다	긍정적인 (좋은) 변화가 약간 있었다	긍정적인 (좋은) 변화가 보통정도 있었다	긍정적인 (좋은) 변화가 많이 있었다	계
가족과의 관계	4(2.1)	8(4.2)	47(24.5)	51(26.7)	82(42.7)	192(100.0)
가족이외의 주위사람과의 관계	1(0.5)	14(7.4)	53(28.2)	49(26.1)	71(37.8)	188(100.0)
직업 및 일과 관련된 변화	8(4.4)	30(16.5)	46(25.3)	37(20.3)	61(33.5)	182(100.0)
전반적인 사회에 대한 태도변화	4(2.1)	11(5.8)	49(25.9)	52(27.5)	73(38.6)	189(100.0)

AA프로그램 참여 후 본인이 느낀 심리적(10항목) 변화를 보면 (표8) 외로움(83.7%)이나 수줍음(82.0%)에 비하여 부정적함(92.8%)이나 두려움(공포심) (93.0%)에 대하여 보다 긍정적인 변화를 많이 느낀 것으로 조사되었다.

<표 8> AA 프로그램 참여 후 본인이 느낀 심리적 측면의 변화 (): %

항 목	부정적인 (나쁜) 변화가 있었다	변화가 없었다	긍정적인 (좋은) 변화가 약간 있었다	긍정적인 (좋은) 변화가 보통정도 있었다	긍정적인 (좋은) 변화가 많이 있었다	계
부정직함	3(1.5)	11(5.7)	52(26.8)	56(28.9)	72(37.1)	194(100.0)
두려움(공포심)	1(0.5)	12(6.5)	48(25.8)	60(32.3)	65(34.9)	186(100.0)
외로움	4(2.2)	26(14.1)	47(25.5)	44(23.9)	63(34.2)	184(100.0)
수줍음	2(1.2)	29(16.8)	53(30.6)	34(19.7)	55(31.8)	173(100.0)
불평불만	5(2.6)	14(7.3)	55(28.8)	46(24.1)	71(37.2)	191(100.0)
불안(초조)함	3(1.6)	14(7.6)	56(30.3)	51(27.6)	61(33.0)	185(100.0)
우울함	2(1.1)	19(10.6)	54(30.0)	45(25.0)	60(33.0)	180(100.0)
분노심	4(2.2)	17(9.2)	47(25.4)	55(29.7)	62(33.5)	185(100.0)
열등감	1(0.6)	23(12.8)	47(26.1)	51(28.3)	58(32.2)	180(100.0)
죄책감	3(1.6)	14(7.6)	43(23.4)	56(30.4)	68(37.0)	184(100.0)

3. AA모임 참여정도 및 AA프로그램 내용(제 11단계 및 12단계)의 실천여부에 따른 신체적, 사회적, 심리적 변화의 비교

AA모임 참여정도 및 AA프로그램 내용(제 11단계 및 12단계)의 실천여부에 따라 신체적, 사회적, 심리적 변화의 크기를 점수화 하여 비교한 결과 표9와 같다. AA 가입기간에 따라 긍정적인 방향으로의 신체적($p<.01$), 사회적($p<.01$), 그리고 심리적($p<.01$) 변화에 대한 평균점수가 통계학적으로 유의하게 차이가 있었다. 특히 AA 가입기간이 7년 이상인 경우가 1-2년인 경우에 비하여 유의하게 긍정적인 변화를 많이 느낀 것을 알 수 있다.

기도와 명상을 실천하는 경우가 실천하지 않는 경우에 비하여 심리적($p<.05$) 변화에 대한 평균점수가 유의하게 높았다. 메시지 전달 후 알콜중독자를 AA모임에 인도한 경험이 있는 경우가 없는 경우에 비하여 사회적($p<.01$), 그리고 심리적($p<.01$) 변화에 대한 평균점수가 유의하게 높았다.

<표 9> AA모임 참여정도 및 AA프로그램 내용(제 11단계 및 12단계)의 실천여부에 따라
본인이 느낀 신체적, 사회적, 그리고 심리적 변화의 비교

변 수	신체적 변화 ¹⁾		사회적 변화 ²⁾		심리적 변화 ³⁾	
	Mean±SD	t or F value	Mean±SD	t or F value	Mean±SD	t or F value
AA 가입기간						
1-2 년 ^a	3.0±1.20		3.4±1.32		3.1±1.28	
3-4 년 ^b	3.3±1.23	4.49** ⁴⁾	3.6±1.17	4.53** ⁵⁾	3.3±1.24	6.00** ⁶⁾
5-6 년 ^c	3.2±1.42		3.6±1.34		3.5±1.13	
7년 이상 ^d	3.8±0.86		4.2±0.74		4.1±0.81	
월평균 AA모임 참여횟수						
1-5 회	3.0±1.43	1.96	3.6±1.29	0.45	3.5±0.96	1.49
6-10 회	3.2±1.15		3.7±1.12		3.2±1.30	
11-15 회	3.7±1.18		3.9±1.27		3.7±1.19	
16회 이상	3.3±1.19		3.6±1.06		3.6±1.20	
1개월 이상 AA모임에 빠져본 경험유무						
유	3.72±.96	.96	3.86±.88	-1.40	3.75±.86	.39
무	3.55±.95		4.05±.82		3.69±.92	
제 11단계 실천여부						
예	3.76±.91	1.94	4.04±.85	1.48	3.83±.86	2.01*
아니오	3.37±.97		3.80±.84		3.46±.93	
제 12단계 실천여부						
예	3.79±.99	1.52	4.18±.79	2.79**	4.04±.82	3.40**
아니오	3.51±.93		3.82±.85		3.48±.87	

* p<.05, ** p<.01

주 : 1) 4개 항목의 평균 점수(1-5점)를 사용: 부정적인(나쁜) 변화=1, 변화 없음=2, 긍정적인(좋은) 변화가 약간 있었음=3, 긍정적인(좋은) 변화가 보통정도 있었음=4, 긍정적인(좋은) 변화가 많이 있었음=5

2) 4개 항목의 평균 점수(1-5점)를 사용

3) 10개 항목의 평균 점수(1-5점)를 사용

4), 5) 다중비교(Tukey방법) 결과 a와 d 간에 유의한 차이를 보임 (p<.05)

6) 다중비교(Tukey방법) 결과 a와 d, 그리고 b와 d 간에 유의한 차이를 보임 (p<.05)

IV. 고 찰

이 연구는 우리 나라에서 아직 크게 활성화되어 있지 않은 자활단주 프로그램인 AA모임(김경빈, 1992)에 참여하고 있는 알콜중독자들을 대상으로 AA 프로그램 참여 후의 효과(신체적, 사회적, 그리고 심리적 변화)를 처음으로 평가하고, 실증적인 자료를 제시하였다는 데에 의의가 있다. 저자들은 이 연구를 통하여 AA모임에 지속적으로 오랫동안 참여하는 것뿐만 아니라 AA프로그램의 내용을 잘 실천에 옮기는 것이 특히 사회적, 심리적 측면의 긍정적인 변화에 중요한 역할을 한다는 결론을 얻었다.

연구 목적을 중심으로 연구 결과를 살펴 보면 다음과 같다. 첫째, AA모임에 참여하고 있는 알콜중독자들의 일반적 특성, 음주 특성 및 AA 참여특성을 파악하고자 하였다. 조사된 우리 나라 AA 멤버의 대부분(92.3%)은 남자였으며, 이는 알코올 중독이 남성에서 많다는 국내 보고들(김광일, 1992; 김용식과 이정균, 1975; 이문성, 1984; 임영진, 1982)과 일치하는 것으로, 앞으로 여성의 AA참여자 수가 많아지면 여성만을 위한 AA모임이 생기는 등 AA모임이 특성을 갖고 세분화되어 가는 양상이 나타날 것으로 생각된다. Snow 등(1994)은 AA참여정도(상·중·하)와 성별과는 통계학적으로 차이가 없는 것으로 보고한 바 있으며, 같은 연구에서 AA참여군과 비참여군 간에도 연령, 교육수준, 수입은 역시 차이가 없다고 하였다. 연령별 분포를 보면 41-50세가 44.9%로 가장 많은 것으로 조사되었는데, 심재용 등(1989)의 연구에서도 41-50세가 40.0%로 가장 높은 분율을 보였고, 알콜성 정신장애자를 대상으로 실시한 임영진(1982)의 연구에서도 평균연령이 42.9세인 것으로 나타나서 본 연구대상과 비슷한 연령분포를 보이고 있음을 알 수 있다. 결혼상태를 보면 이혼(별거 포함)한 경우가 15.5%, 미혼이 16.4%였는데, 김진학(1992)의 연구대상 중 정신요양원에 등록된 주정중독환자(52명)의 경우를 보면 이혼이 19.2%, 미혼이 23.1%인 것으로 나타나서, 자활단주 프로그램인 AA에 참여하고 있는 본 연구대상 보다 이혼에 대한 분율이 약간 높은 것을 볼 수 있다. 그러나 AA 참여군을 대상으로 한 다른 연구에서는 이혼(별거 포함)이 10.3%인 것으로 보고된 바 있다(심재용, 1989). 학력은 36.7%가 전문대졸 이상인 것으로 조사되었는데, 학력이 높을수록 알콜중독이 알콜성 정신병 보다 많다는 보고도 있다(오태원과 윤석하, 1980). 또한 심재용 등(1989)의 연구에서는 무직인 경우가 32.8%였는데, 본 연구에서는 28.0%가 직업이 없는 것으로 응답하였다. 이를 통하여 본격적인 음주 후에 결국 사회적 기능장애가 초래되었음을 알 수 있다.

종교는 기독교·천주교인 경우가 45.9%였고, 불교 12.6%, 그리고 무교가 29.0%였는데, 이는 심재용 등(1989)의 조사 결과 (기독교·천주교 41.1%, 불교 12.5%)와 비슷한 분포를 보이고 있다. 그런데 1995년도 인구동태신고 집계(통계청, 1996)에 의한 우리 나라 전체 인구의 종교분포를 보면 기독교가 19.8%, 천주교 6.7%, 불교 23.3%, 그리고 무교가 48.9%인 것으로 조사된 바

있어서, 본 조사대상의 종교가 기독교·천주교인 경우가 보다 많고 불교나 무교인 경우가 적었는데, 그 이유는 첫째, 우리 나라에서는 특히 기독교 단체나 천주교회가 주체가 되어 AA모임의 장소를 제공하고 운영하고 있는 경우가 많기 때문이며, 둘째, 12단계 치료(김경빈, 1992)가 기독교적 배경에서 출발하여 영적인 삶(spirituality)(Carroll, 1993)을 실천하도록 되어있는 프로그램이기 때문인 것으로 생각해 볼 수 있겠다. 특히 우리 나라에서는 종교가 불교인 경우 기독교적 배경을 갖고 있는 AA모임에 대한 적응이 문제시 될 수 있으며, AA모임의 활성화를 위하여 이에 관한 연구가 앞으로 진행되어야 할 것으로 생각된다.

본 연구대상의 AA가입 전 음주빈도를 보면 50.2%에서 매일 술을 마신 것으로 응답하였는데, 이는 알콜성 장애자들 중 73.0%가 거의 매일 술을 마신다는 보고(오태원과 윤석하, 1980)에 비하여 약간 낮은 수준이었음을 알 수 있다. 1995년 Census에 의하면 우리 나라 20세 이상 성인 중 '술을 마신다'고 응답(63.1%)한 경우의 8.4%가 '거의 매일' 술을 마시는 것으로 조사된 바 있다(통계청, 1996). 술을 처음 마신 나이는 평균 16.5세(N=204)로 조사되었는데, 알콜중독의 심각성에 대한 조기 교육 및 홍보를 통하여 조기 음주 예방을 위한 노력이 필요하다. Pedersen과 Skrondal(1998)의 연구에서는 술을 마시기 시작한 나이는 평균 14.8세인 것으로 보고한 바 있는데, 이때 남자는 평균 14.5세, 여자는 평균 15.1세로 우리 나라의 경우 보다 음주 시작 연령이 다소 낮은 것을 알 수 있다.

AA가입 안내자를 보면 의사가 40.5%로 가장 많은 것을 알 수 있었고, 친구(1.5%)나 직장 동료(0.5%)에 의해서 AA에 참여하는 경우는 거의 없는 것으로 조사되었다. 그 이유는 특히 우리 나라에서는 일부 정신과, 내과 혹은 가정의학과 의사들을 제외하고 그 효과가 세계적으로 인정되고 있는 자활단주 프로그램인 AA모임이 있다는 것이 일반인들에게 널리 홍보된 바 없기 때문인 것으로 생각된다. 따라서 알콜중독이 당사자 개인의 문제가 아니라 가족이나 주위사람들에게 피해를 입히는 경우가 대부분이기 때문에 이를 통제하는 방법의 하나로 AA모임을 정부 차원에서 적극적으로 지원하고 모임의 장소를 제공하는 등의 활성화 방안을 검토해 볼 필요가 있다.

AA 가입기간을 보면 응답자의 절반 정도(44.9%)가 AA모임에 참여한지 1-2년밖에 안된 것으로 미루어 우리 나라에서는 AA모임이 이제 막 시작하는 단계에 있음을 간접적으로 알 수 있으며, 지금이 전국적으로 (지역사회 단위로 혹은 직장단위로) AA모임을 홍보하고 확산시켜서 알콜중독으로 고통받는 사람들을 1명이라도 더 구제하기 위한 적절한 시기인 것으로 판단된다.

알콜중독자들이 참여하고 있는 AA모임의 특성이나 참여정도에 관한 조사결과를 보면 Mckay 등(1998)은 연구대상의 72.5%에서 주당 AA참여횟수가 0-3회, 그리고 27.5%는 4회 이상인 것으로 보고한 바 있다. Montgomery 등(1993)에 의하면 4개 AA모임을 대상으로 멤버들이 참여하고 있는 AA모임의 수를 비교해 본 결과 유의하게 차이가 있었으며($p=0.0001$), 참여하

고 있는 평균 AA모임의 수는 각각 3.3개, 4.6개, 5.0개, 4.7개였다. Carroll(1993)의 연구는 미국 북 캘리포니아 지역에서 운영되고 있는 약 20개 AA모임을 대상으로 하였는데, 연구대상의 93%에서 주당 적어도 2회 이상 AA모임에 참여한다고 하였다. 따라서 우리 나라 AA멤버들의 주당 평균AA모임 참여횟수(3.0회) 및 참여하고 있는 AA모임의 수(2.6개)는 외국의 연구결과와 비슷한 수준인 것으로 판단된다.

이 연구에서 AA프로그램 내용의 실천 여부는 제11단계와 12단계만을 선택적으로 조사하였는데, 응답자의 66.7%는 기도와 명상을 실천하는 것으로, 그리고 응답자의 37.2%는 메시지 전달 후 알콜중독자를 AA모임에 인도한 경험이 있는 것으로 나타났다. 그런데 이 연구결과 AA모임에 빠지지 않고 적극적으로 참여하는 것도 중요하지만 AA프로그램 12단계 내용을 잘 실천하는 것이 단주 상태를 유지하고, 긍정적인 측면에서 내적인 그리고 외적인 변화를 일으키는 효과에 보다 기여할 수 있을 것으로 생각된다.

두 번째로 저자들은 AA프로그램 참여 후 본인이 느낀 신체적, 사회적, 그리고 심리적 변화를 긍정적인(좋은) 혹은 부정적인(나쁜) 변화로 평가하였다. 신체적 측면의 변화는 네 가지 항목으로 측정하였는데, '환청 및 환시'의 경우에 변화가 없거나(38.8%) 부정적인(나쁜) 변화(2.2%)가 있었다는 응답이 '전반적인 건강상태'나 '수면상태'의 경우 보다 많아서 '환청 및 환시'는 단순히 AA모임에 참여함으로써 치료되고 교정되는 것이 아니라는 것을 알 수 있었으며, 이런 증세가 심각한 경우에는 반드시 병원치료를 병행해야 그 효과가 클 것으로 기대된다. 그러나 응답자의 87.8%는 AA모임에 참여함으로써 '전반적인 건강'상태에 긍정적인(좋은) 변화가 있었다고 스스로 평가하였으므로 이러한 측면이 AA참여에 따른 중요한 효과 중의 하나로 평가될 수 있을 것이다.

AA 프로그램 참여 후 본인이 느낀 사회적 측면의 변화를 보면 응답자의 93.9%가 '가족과의 관계'에서, 그리고 92.1%는 '가족이외의 주위사람과의 관계'에서 긍정적인(좋은) 변화가 있었다고 응답하여, AA모임에의 참여가 특히 가족을 포함한 대인관계의 개선에 크게 기여했음을 알 수 있었으며, 사회적응 측면에서 가족에 대한 적응정도가 AA가입 전에 비하여 AA가입 후에 통계적으로 유의하게($p<.01$) 높아졌다는 Jerrell과 Ridgely(1995)의 연구 결과와도 일치하는 것이었다. 또한 본 연구대상의 32.8%가 무직인 것으로 조사되었음에도 불구하고 응답자의 79.1%에서 '직업 및 일'에 있어서 긍정적인 변화를 보고한 점은 알콜중독 상태로부터 자활하는 것을 도와주는 AA프로그램의 역할이 간접적으로나마 입증되었다고 사료된다.

알콜중독자는 초조함, 분노 등 심리적 취약성이 특징적이며(Hill, 1983), 이 연구에서는 알콜중독자의 심리적 취약성을 교정하는 측면에서의 AA의 효과를 검토해 보고자 하였다. 10가지 측정 항목 중에서는 '부정직함'(92.8%)과 '두려움'(93.0%)에 대한 긍정적인 변화를 가장 많이 느낀 것으로 나타났으며, '수줍음'(82.1%)에 대한 긍정적인 변화의 비율이 가장 낮았다. 그러나 대

부분이 긍정적인 효과가 있었다고 보고함으로써 AA의 심리적 취약성 교정 기능 역시 본 조사 자료를 통하여 입증할 수 있었다.

셋째, 이 연구에서는 AA프로그램 참여 후 본인이 느낀 변화를 신체적, 사회적, 그리고 심리적 측면으로 구분하여 측정된 후 AA모임 참여정도 및 AA프로그램 내용(제 11단계 및 12단계)의 실천여부에 따라 긍정적인 방향으로의 변화의 크기를 점수화 하여 비교해 보았다. 분석 결과 AA가입기간이 7년 이상인 경우가 1-2년인 경우에 비하여 유의하게 신체적, 사회적, 그리고 심리적 변화(긍정적인)를 많이 느낀 것으로 평가되었다. 그리고 기도와 명상을 실천하는 경우에는 심리적 측면에서, 메시지 전달 후 알콜중독자를 AA모임에 인도한 경험이 있는 경우에는 사회적 측면 및 심리적 측면에서 보다 긍정적인(좋은) 변화를 많이 느낀 것을 알 수 있었다. 따라서 AA모임에 보다 오래 참여한 경우일수록, 그리고 제11단계와 제12단계, 즉 AA프로그램 12단계의 내용을 잘 실천에 옮기는 사람일수록 보다 AA프로그램의 긍정적인 효과를 크게 느끼는 것으로 생각해 볼 수 있겠다. 그런데 Snow 등(1994)이 AA모임에 주당 3회 이상 참여하는 경우가 1회 이하로 참여하는 군에 비하여 행동양식의 변화가 유의하게 컸다고 보고한 것과는 다르게, 본 연구 결과에 의하면 긍정적인 변화의 크기가 AA가입기간에 따라서는 통계학적으로 유의한 차이가 있었으나, AA모임 참여횟수에 따라서는 유의한 차이를 보이지 않아서 기존 연구결과와 차이가 있었다.

본 연구의 설계 및 방법에 있어서 다음과 같은 몇가지 제한점이 있었다. 첫째, 본 설문조사의 응답률은 69.0%였는데, 익명성을 보장해야 하는 AA모임의 전통적인 규칙상 응답군에 대한 비응답군의 일반적인 특성의 차이를 비교해 볼 수 없었다. 알콜에 관한 질문이 포함되었던 1990년 캐나다에서 실시한 Ontario Health Survey(Dewit와 Beneteau, 1998) 분석결과와 응답률을 비교해 보면 자기기입식 조사표를 사용한 경우 본 연구의 응답률 보다 8% 더 높은 77%수준이였으며, 이때 비응답군이 응답군에 비하여 정규교육을 받지 않은 것으로, 수입에 의한 차이는 없는 것으로 보고하였다. 둘째, 단면연구였고, 자기 기입식 조사표를 사용하였을 뿐만 아니라 알콜을 중독자의 부정직한 특성 및 기억에 의한 편의로 인하여 조사된 자료의 신뢰도 및 타당도가 문제시 될 수 있다. 그러나 본 연구에서는 과거에 알콜중독자였으나 조사시점에서는 자활단주프로그램인 AA모임에 참여하여 이미 단주를 하고 정상적인 생활을 하고 있거나 단주와 정상적인 삶을 위해 노력하고 있는 사람들만을 연구대상으로 하였기 때문에 알콜중독인 사람들의 일반적인 특성인 부정직한 측면이 어느 정도는 교정된 집단이라고 생각해 볼 수 있겠다. 셋째, 이 연구에서는 AA 프로그램 가입 후에 느낀 변화를 측정할 때 각 항목별로 긍정적인(좋은) 혹은 부정적인(나쁜) 변화에 대한 명확한 판단기준을 사용하지 않고 AA멤버들 본인이 스스로 평가한(self-evaluated) 측정치를 사용한 제한점이 있다. 또한 동일한 항목의 동일한 변화에 대하여 응답자 개개인의 평가기준이 서로 다를 수 있기 때문에 이에 의한 편의도 배제할

수 없다. 넷째, 이 연구에서 신체적, 사회적, 심리적 변화의 크기를 AA모임 참여정도 및 AA프로그램 내용(제 11단계 및 12단계)의 실천여부에 따라 차이가 있는지를 비교할 때 AA참여기간 및 월 평균 AA모임 참여횟수는 각각 네 군으로 구분하여 분석에 사용하였는데, 이때 변수를 구분하는 기준을 정함에 있어서 연구자의 주관적 판단이 개입되었다. Snow 등(1994)은 주당 AA모임 참여횟수가 1회 이하인 경우는 하, 1-2회인 경우는 중, 3회 이상인 경우는 상으로 구분하여 분석에 사용한 바 있다. 다섯째, AA프로그램 내용의 실천여부를 측정하는 변수로 제 11단계와 12단계만을 사용하였으므로, 제 1단계부터 10단계까지의 내용은 본 연구에서 제외되었다.

이상과 같은 연구의 제한점이 있음에도 불구하고 이 연구는 AA모임에의 참여가 참여자의 주관적 건강상태에 끼친 영향을 평가한 것으로 AA참여의 효과성 평가와 관련된 국내 최초의 실증적인 연구 논문으로 의의가 있으며, 연구 결과는 여러 가지 측면에서 중요하게 사용될 수 있다. 첫째, 실증적인 자료를 제시함으로써 AA프로그램에의 참여를 통하여 알콜중독 상태를 극복할 수 있다는 확신을 주고, AA프로그램을 모르는 상태에서 알콜중독으로 고통받고 있는 알콜중독자 본인 및 피해가족들에게 좌절되고 포기된 삶에 희망을 줄 수 있으며, AA프로그램의 효과를 널리 알리는 계기가 될 수 있다. 둘째, 본 연구결과를 토대로 하여 현재 운영되고 있는 AA프로그램을 보다 효과적인 프로그램으로 발전시킬 수 있다. 셋째, 보건복지부나 관련 기관에서는 알콜중독으로 인한 피해 및 비용을 최소화하고 국민의 삶의 질을 향상시키기 위한 대안으로써 AA프로그램의 효과를 인정하고, 이에 대한 정부차원의 홍보 및 지원 방안을 검토해 볼 필요가 있다.

이 연구는 단면연구의 틀로 AA프로그램에 참여하고 있는 알콜중독자만을 연구대상으로 하였으나, 앞으로 전향적인 연구설계로 AA프로그램에 참여하고 있는 알콜중독자와 참여하지 않고 있는 알콜중독자를 비교하여 AA프로그램의 효과를 보다 정확하게 평가하는 연구가 필요할 것으로 생각된다.

V. 요약 및 결론

저자들은 1998년말 현재 한국AA협회에 등록되어 있는 18개 AA모임에 참여하고 있는 전국의 AA멤버들을 대상으로 AA 참여특성을 파악하고, AA가입 후에 본인이 느낀 신체적, 사회적, 그리고 심리적 변화가 AA모임 참여정도 및 AA프로그램 내용의 실천여부에 따라서 차이가 있는지를 연구하기 위하여 구조화된 조사표를 개발하여 사용하였으며, 207명의 자료를 수집하여 (응답률 69.0%) 분석한 결과는 다음과 같다.

1. AA 참여특성을 보면 월 평균 AA모임 참여횟수는 12.3 ± 7.71 회였으며, 참여하고 있는 AA

모임의 수는 평균 2.6 ± 1.96 개였고, AA모임 불참기간은 평균 6.8 ± 15.42 개월 이었다. AA프로그램 내용의 실천 여부를 보면 제 11단계인 기도와 명상을 실천하는 경우는 66.7%였고, 주당 기도와 명상을 위해 쓰는 시간은 평균 4.8 ± 5.47 시간인 것으로 나타났다. 그리고 조사대상의 37.2%만이 제 12단계인 메시지 전달 후 다른 알콜중독자를 AA모임으로 인도한 경험이 있는 것으로 응답하였다.

2. AA참여기간이 7년 이상인 경우가 1-2년인 경우에 비하여 신체적($p < .01$), 사회적($p < .05$), 그리고 심리적 측면($p < .01$) 모두에서 긍정적인 방향으로의 변화에 대한 평균점수가 통계학적으로 유의하게 높았다. 기도와 명상을 실천하는 경우가 실천하지 않는 경우에 비하여 심리적($p < .05$) 변화에 대한 평균점수가 유의하게 높았으며, 메시지 전달 후 알콜중독자를 AA모임에 인도한 경험이 있는 경우가 없는 경우에 비하여 사회적($p < .01$), 그리고 심리적($p < .01$) 변화에 대한 평균 점수가 높았다.

따라서 저자들은 이 연구를 통하여 AA모임에 지속적으로 오랫동안 참여하는 것뿐만 아니라 AA프로그램의 내용을 잘 실천에 옮기는 것이 특히 사회적, 심리적 측면의 긍정적인(좋은) 변화에 있어서 중요한 역할을 한다는 결론을 얻었다. 이 연구는 우리 나라에서는 아직 크게 활성화되어 있지 않은 자활단주 프로그램인 AA모임에 참여하고 있는 알콜중독자들을 대상으로 AA 프로그램 참여 후의 효과(신체적, 사회적, 그리고 심리적 변화)를 처음으로 평가하고, 실증적인 자료를 제시하였다는 데에 의의가 있으며, 앞으로 알콜중독인 사람들이 AA프로그램에 보다 많이 참여하여 알콜중독 상태를 극복하고 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 기본 여건을 마련하는 일이 중요하므로 이를 위한 지속적인 노력이 요구된다.

참 고 문 헌

- 김경빈. 한국에서의 알코올 중독 치료 모델. Proceeding of the seminar on the prevention and treatment of alcoholism (Culture and Alcoholism), Department of Psychiatry, College of Medicine, Yonsei University, World Health Organization, 1992 : 쪽 45-62
- 김광일. 한국인의 음주양상. Proceeding of the seminar on the prevention and treatment of alcoholism (Culture and Alcoholism), Department of Psychiatry, College of Medicine, Yonsei University, World Health Organization, 1992 : 쪽 9-24
- 김용식, 이정균. 농촌남성의 음주에 대한 연구. 신경정신의학 1975; 14(4): 376-388
- 김진학. 주정중독관리의 지역사회적 접근 -강화지역사회 정신보건센터의 주정중독관리체계-. Proceeding of the seminar on the prevention and treatment of alcoholism (Culture and Alcoholism), Department of Psychiatry, College of Medicine, Yonsei University,

- World Health Organization, 1992 : 쪽 25-37
- 심재용, 이연수, 이혜리, 강정원. 단주 친목에 참가하고 있는 알콜 중독자의 특성 및 가족 요인에 관한 연구. 가정의학회지 1989; 10(12): 24-37
- 오탈원, 윤석하. 종합병원 정신과에 입원한 알콜성 장애자들. 신경정신의학 1980; 19(3): 221-233
- 이문성. 알콜올 정신장애의 임상적 고찰. 신경정신의학 1984; 23(3): 303-312
- 임영진. 입원한 알콜올 정신장애자에 대한 임상적 연구. 신경정신의학 1982; 21(3): 471-479
- 통계청. 1996년 인구동태통계연보. 쪽 175
- AA 한국연합단체 한국지부. 익명의 알콜중독자들. 1994
- Alcoholics Anonymous World Service. International AA Directory (1993-1994). 1992
- Carroll S. Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. Journal of Studies on Alcohol 1993; 54(3): 297-301
- Chiauzzi EJ, Liljegren S. Taboo topics in addiction treatment and empirical review of clinical folklore. Journal of Substance Abuse Treatment 1993; 10(3): 303-316
- Collins GB. Contemporary issues in the treatment of alcohol dependence. Psychiatric Clinics of North America 1993; 16: 33-48
- Dewit DJ, Beneteau B. Predictors of the prevalence of alcohol use and related problems among Francophones and Anglophones in the province of Ontario, Canada. Journal of Studies on Alcohol 1998; 59(1): 78-88
- Hill PS. Alcoholism: Images, impairments, interventions. Postgraduate Med 1983; 74(5): 87-91, 95, 99
- Humphreys K, Moos RH. Reduced substance-abuse-related health care costs among voluntary participants in Alcoholics Anonymous. Psychiatric Services 1996; 47(7): 709-713
- Jerrell JM, Ridgely MS. Evaluating changes in symptoms and functioning of dually diagnosed clients in specialized treatment. Psychiatric Services 1995; 46(3): 233-238
- Johnson E, Herringer LG. A rate on the utilization of common support activities and relapse following substance abuse treatment. Journal of Psychology 1993; 127(1): 73-77
- Marron JT. The twelve steps. A pathway to recovery. Primary Care 1993; 20(1): 107-119
- Mckay JR, McLellarn AT, Alterman AI, Cacciola JS, Rutherford MJ, O'Brien CP. Predictors of participation in aftercare sessions and self-help groups following completion of

- intensive outpatient treatment for substance abuse. *Journal of Studies on Alcohol* 1998; 59(2): 152-162
- Miller WR, Kurtz E. Models of alcoholism used in treatment: contrasting AA and other perspective with which it is often confused. *Journal of Studies on Alcohol* 1994; 55(2): 159-166
- Montgomery HA, Miller Wr, Tonigan JS. Differences among AA groups: implications for research. *Journal of Studies on Alcohol* 1993; 54(4): 502-504
- Pedersen W, Skrandal A. Alcohol consumption debut: predictors and consequences. *Journal of Studies on Alcohol* 1998; 59(1): 32-42
- Pisani VD, Fawcett J, Clark DC, McGuire M. The relative contributions of medication adherence and AA meeting attendance to abstinent outcome for chronic alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 1993; 54(1): 115-119
- Robertson N. *Getting better: inside Alcoholics Anonymous*. William Morrow & Co., New York, 1988
- Room R, Greenfield T. Alcoholics Anonymous, other 12-step movements and psychotherapy in the US population, 1990. *Addiction* 1993; 88(4): 555-562
- 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): 362-371
- 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
- Watson CG, Hancock M, Gearhart LP, Mendez CM, Malovrh P, Raden M. A comparative outcome study of frequent, moderate, occasional and nonattenders of Alcoholics Anonymous. *Journal of Clinical Psychology* 1997; 53(3): 209-214
- 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