

정신보건서비스 환경에 따른 이용자들의 음주 행태

이 선 혜*

[요 약]

알코올은 주요정신질환을 가진 개인의 임상적 예후 및 재활성과에 부정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 국내 정신보건서비스 환경에서는 이에 대한 인식이나 개입이 아직 초기 단계에 머물러 있어 향후 보다 적극적이고 구체적인 개입이 요구되고 있으나, 이에 대한 방안을 모색하는데 필요한 이용자들의 음주행태에 관한 이해는 매우 부족하다. 본 연구에서는 주요정신질환을 가진 이용자들의 음주행태를 서비스환경에 따라 살펴보고 개입의 방안을 제시하는데 목적을 두었다. 이를 위해 수도권에 위치한 지역이용기관, 정신보건입소시설, 비정신보건입소시설 총 14개 기관에서 주요정신질환자 151명을 모집하여 음주행위에 관해 설문 및 면접 조사를 실시하고 수집된 자료를 분석에 사용했다. 분석결과, 최근음주자의 비율과 음주빈도는 지역이용기관에서 전반적으로 높았으나 최근음주자들의 음주행위 심각성은 정신보건입소시설에서 가장 높게 나타났으며 1일 순알코올 소비량은 비정신보건입소시설에서 가장 높게 나타났다. 나아가, 서비스환경의 폐쇄성이 이용자들의 음주여부를 통제하는 데는 주요한 요인으로 작용하나 음주행위의 심각성 면에서는 성별과 정신적 기능상태가 함께 관여되어 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 개입방안의 모색에 서비스 환경별, 각 환경내 이용자 개인별 특성이 고려되어야 할 필요성을 뒷받침해 주는 것으로써, 결론에서는 서비스 환경별로 음주자에 대한 개입의 방향과 초점을 언급했다.

주제어 : 주요정신질환, 음주행위, 정신보건서비스

*중앙대학교 사회복지학과 전임강사

1. 서 론

주요정신질환을 가진 사람들에 있어서 음주는 정신과적 증상에 부정적인 영향을 미침으로써 정신보건 서비스의 제공에 커다란 장애로 작용해 왔다. 음주는 주요정신질환의 증상들을 악화시키고 항정신병 약물의 효과를 왜곡시킴으로써 임상적 예후와 재활성화에 부정적인 영향을 미치고 재발의 위험을 높이는 것으로 지적되고 있다(Caton et al., 1993; Drake et al., 1989). 이러한 사실은 정신보건서비스의 역사가 오랜 사회에서는 이미 널리 인식되어 서비스 환경별로 적합한 개입모델들이 다양하게 개발, 적용되고 있다(Evans & Sullivan, 1990; McLaughlin & Pepper, 1992; Minkoff, 1989). 최근 국내 임상현장에서 정신질환을 가진 서비스 이용자들의 음주행위가 발견되는데 대해 관심이 일고는 있으나(윤명숙, 1999; 장수미, 2000), 그 양상에 대한 이해는 아직 부족한 실정이다. 특히, 국내 정신보건서비스 환경이 외국의 경우와는 달리 장기입소시설 및 비정신보건시설을 포함하고 있어 문제 양상을 이해하는 과정에 복잡성을 더하고 있다.

국내에서는 최근까지 입원 및 입소 중심의 치료 및 보호가 정신보건서비스의 주류를 이루는 가운데, 상당수의 환자들은 각종 의료시설 외에도 정신요양시설, 기타 사회복지시설 등 다양한 유형의 환경에서 격리된 생활을 유지해 왔다. 근자에 지역사회 중심의 정신보건서비스 패러다임이 도입되어 환자들의 사회복귀가 서비스의 궁극적 목표가 됨에 따라 이들 시설들은 점차로 서비스의 비중을 재할애 두고 이를 위한 적절한 역할을 모색해야하는 시점에 와 있다(서동우, 1999). 한편, 지역정신보건서비스 체계의 확대와 함께 사회복지 이용 및 입소시설, 정신보건센터 등이 신설 운영되면서 이런 유형의 서비스환경을 이용하는 환자군이 형성되고 있다. 이러한 가운데, 관련 행정당국을 비롯하여 연구자, 실무자, 환자 및 가족의 관심은 재활성효과로 옮겨가고 있다. 선행연구를 통해 밝혀진 재활성과와 음주와의 높은 상관관계(Caton et al., 1993; Drake et al., 1989)를 고려해 볼 때, 이제 국내에서도 지역사회와의 접촉에서 필히 발생하게 되는 이용자들의 음주행위 및 그에 대한 적절한 대응에 보다 많은 관심을 가져야 할 현실적 필요성이 대두하고 있다.

이러한 필요성에 입각하여 본 연구에서는 국내 정신보건서비스를 이용하는 사람들의 음주행태를 고찰하고 이를 기초로 적절한 개입의 방향을 제시하는데 그 목적을 둔다. 일반적으로 음주행위는 알코올에 대한 접근성(access)에 의해 영향을 받는 측면이 있는데, 서비스 이용자들의 경우 그 접근성은 서비스환경의 특성에 의해 영향을 받기 때문에 이용자 집단의 음주행위를 서비스환경과 무관하게 일률적으로 논의하는데는 무리가 있다. 따라서, 본 연구에서는 지역이용기관의 이용자들은 물론이고 폐쇄적인 것으로 인식되고 있으나 지역사회와의 접촉 기회가 존재하는 서비스환경의 거주자들까지도 모두 포함하여, 이들의 음주행태를 서비스환경 간에 비교 분석하고 이를 기초로 각 서비스환경에 적절한 개입의 방향과 차별화된 전략을 제시하고자 한다. 이를 위한 구체적인 연구문제는 다음과 같다.

연구문제 1. 정신보건서비스 이용자들의 음주경험은 서비스 환경별로 어떠한 차이가 있는가?

연구문제 2. 정신보건서비스 이용자들의 음주행태와 음주행위 심각성은 서비스 환경별로 어떠한 차이가 있는가?

연구문제 3. 정신질환자의 음주에 직접적인 영향을 미치는 요인들을 통제한 상태에서, 정신보건서비스 환경 특성이 이용자들의 음주여부에 미치는 영향은 어떠한가?

연구문제 4. 정신질환자의 음주에 직접적인 영향을 미치는 요인들을 통제한 상태에서, 정신보건서비스 환경 특성이 이용자들의 음주행위 심각성에 미치는 영향은 어떠한가?

2. 선행연구 고찰

1) 논의대상 및 용어정의

정신질환과 음주의 중복문제와 관련하여 논의의 대상이 되는 집단의 특성은 매우 광범위하다. 정신적 문제로는 정신증을 비롯하여 신경증에 이르는 다양한 임상 유형이 논의되며, 알코올은 단독으로 언급되기보다는 약물을 포함한 포괄적인 물질사용 차원에서 연구되는 경향이 있다(Minkoff & Drake, 1991). 관련 문헌에서는 정신적 문제와 물질사용에 관련된 문제를 동시에 가지고 있는 경우를 진단기준에의 부합여부 또는 치료환경에 따라 여러 가지로 지칭하는데, 그 중 이중진단(dual diagnosis),¹⁾ 공병 또는 공동이환(comorbidity), 동시발생(co-occurrence), 정신질환을 가진 물질남용자(MICA, mentally ill chemical abuser)가 대표적인 것들이다(Drake et al., 1991). 학술적 논의에 포함되는 대상의 임상적 특징은 대단히 광범위한 반면, 프로그램 개발 및 개입에 있어서는 질환의 경과와 예후에 있어 특히 음주에 민감하게 반응하는 주요정신질환자 집단으로 한정하는 경향이 있다(Minkoff & Drake, 1991). 여기서의 논의대상도 정신증, 우울장애, 양극성장애를 포함하는 주요정신질환자로서 음주를 하는 경우인데, 그 범위는 일차적으로 정신보건서비스 이용자에 국한된다.

2) 주요정신질환과 알코올의 관계

정신질환과 알코올 사용의 관계에 대한 논의의 초점은 주요정신질환의 예후와 치료 및 재활성과에 있다. 1970년대 무렵부터 정신과 환자의 입원이 알코올을 포함한 물질남용과 깊은 관련성이 있다는 임상적 관찰(Crowley et al., 1974)이 나오게 되면서, 연구자들은 정신상태에 대한 알코올의 영향에 보다 많은 관심을 가지고 연구하게 되었다. 일반적으로, 알코올은 중추신경억제제(CNS depressant)로서 정신분열증 환자의 정신증적 증상들을 악화시키고 우울증 환자들의 우울수준과 자살관념화를 증가시키는 것으로 보고되고 있다(Schuckit, 1979). 물질의 사용으로 행동 패턴에 이러한 변화가 일어나게

1) 특히, '이중진단'은 한 사람에게 있어서 DSM진단기준(DSM-IV, 1994)에 의한 정신질환과 물질사용장애의 두 가지가 각각 성립하는 경우를 지칭하는 것이 일반적이다(Slaby, 1991).

되면 정신질환의 증상이 왜곡되어 질환을 정확히 진단하고 치료계획을 수립하는데 어려움이 발생하게 된다(Lehman et al., 1994).

주요정신질환자들이 왜 물질을 사용하는가에 대해 그간 여러 가지 가설이 제기된 바 있다. 첫째, '자가처방설(self-medication hypothesis)'(Khantzian, 1985)에서는 환자가 심리적 동요나 고통스런 감정들을 감소시키기 위해 물질을 사용한다고 보고 있으며, 사용되는 물질은 우연이 아니라 '기분을 풀기 위한' 특정한 효과를 염두에 두고 선택되는 것이라고 보고 있다(Schneier & Siris, 1987). 이러한 견해는 부정적인 정신건강상태가 음주행위를 유발한다는 주장과 맥을 같이한다. 둘째, 일부에서는 질환 자체로 야기되는 기능손상, 즉 부정적 정서상태, 인지손상, 내적단서에 대한 해석오류, 낮은 자존감, 자기통제 및 자기효능감 결여, 역할수행 미흡, 사회기술 손상, 대처역량의 한계, 사회적지지 결여 등이 물질사용 행위의 요인이 된다고 보는 견해도 있다(Mueser et al., 1997).

3) 주요정신질환자의 음주관련 행태

여러 가지 관찰연구에 따르면, 정신과 질환이 없는 일반 물질사용장애자와 달리 주요정신질환자들의 상당수는 소량의 알코올과 약물을 사용하며(Drake et al., 1990; Lehman et al., 1994; McHugo et al., 1993), 그들과는 다른 육체적 및 심리적 경험을 하며, 의존증상을 일으킬 확률이 적고, 사용에 따르는 주관적 고통이 덜한 것으로 보고 있다 (Mueser et al., 1997). 그러나, 주요 실증연구들에 따르면 정신과 환자들, 특히 주요정신질환자들의 알코올 및 약물사용은 결정적으로 재입원을 상승(Caton et al., 1993)을 초래하고 있는데, 과도한 양은 물론 적당량이나 소량을 사용하는 집단에서도 높은 재입원율을 보이고 있다(Drake et al., 1989).

이들은 또한 지역사회에서 생활하는 경우, 단일진단을 받은 이들에 비해 사회경제적 또는 법적 지위 면에서 상대적으로 불리한 위치에 있고 구직이나 대인관계에서 문제의 심각성이 높으며 문제해결 및 자기관리 능력의 수준이 낮으며 미약한 사회지지망을 가지고 있기 때문에, 스트레스 상황에 적절히 대처하는데 어려움이 있는 것으로 평가되고 있다(Ford, L., et al., 1991; Schmidt, L., 1992). 물질사용 관련문제만을 단독으로 가진 경우와 비교할 때 이들은 특히 심리사회적 적응 면에서 뒤져 전형적으로 금전관리문제, 정신상태의 불안정, 정신과 약처방에 따르지 않는 행위, 재활프로그램 참여율 하락, 주거불안정 등 지역사회 생활을 어렵게 하는 심각한 문제들을 드러내고 있는 것으로 조사된 바 있다(Mueser et al., 1997).

그럼에도 불구하고 지역정신보건서비스의 역사가 오랜 외국에서도 이러한 현상에 대한 관련 전문가들의 인식 부족과 서비스 구조상의 문제(Ridgely et al., 1990)로 1990년 무렵까지만 해도 이에 대한 개입이 거의 이루어지지 못했다. 특히, 물질사용장애를 감지하기 위한 기존의 도구들(예를 들어, MAST, ADS, ASI)은 정신과 환자들이 있어서 임상적으로 유의미한 수준의 남용을 측정하는데 민감하지 못한 한계를 가지는 것으로 지적되고 있어(Mueser et al., 1997) 사례발견에 근본적인 어려움이 존재하고 있음을 알 수 있다. 더욱이, 이들 환자들은 정신보건서비스를 받고 있는 상태라 할지라도 일반적으로 자신들의 물질사용 행위와 관련하여 변화의 동기가 전혀 형성되어 있지 않은 것으로 관찰되

고 있어(Drake et al., 1990), 관여(engagement) 전략을 사용하여 동기유발과 참여기간을 증대시키는 시도를 하는 등 개입절차상에 보다 세밀한 전략을 도입하고 있다(Drake et al., 1991).

4) 주요정신질환자의 음주행태에 영향을 미치는 요인

알코올 관련 문헌에서는 음주행태에 영향을 미치는 요인으로 성별, 나이, 직종, 직업유무를 포함하는 인구사회적 요인, 알코올중독 가족력을 포함하는 가족요인, 사회문화적 및 환경적 요인을 드는 것이 일반적이다(NIAAA, 1997; KODCA, 2000), 그 중 주요정신질환자들의 음주행태에 영향을 미치는 요인으로 환경적 요인의 하나인 알코올 가용성(availability)을 우선적으로 꼽을 수 있다. Gruenewald 등 (1993)은 알코올 가용성을 물리적, 사회적, 법적, 경제적 가용성의 4가지로 분류하여 고려하고 있다. 그 중 물리적 가용성은 개인이 알코올을 수중에 넣는 과정에서 용이함 정도를 말하며 사회적·주관적 가용성은 알코올을 수중에 넣으려는 의지, 알코올 대접과 복용에 대한 의무감, 주변인의 음주 수준을 칭하는 것으로 이 개념들은 본 연구대상의 음주행태를 설명하는데 유용하다.

위 절에서 논의된 외국의 선행연구는 주로 단기입원 위주의 정신보건서비스 환경 안에서 이루어진 조사나 관찰에 기초하고 있기 때문에 논의의 대상이 지역사회에 거주하는 서비스 이용자들이다. 그러한 이유로 주요정신질환자들의 음주양태에 관한 논의에서 물리적 가용성에 관한 언급은 거의 없다. 반면에, 우리나라의 정신보건서비스는 여러 유형의 정신 및 비정신보건기관을 통해 전달되고 있으며 이들 서비스 환경은 이용자들의 알코올에 대한 물리적 가용성에 있어서 상당한 차이가 보이고 있다. 예를 들어, 의료기관이나 정신요양시설의 경우 입원이나 입소 중 알코올 반입이나 사용은 금지되는 반면, 부랑인시설의 경우 입소자의 70% 이상이 주요정신질환자로 구성되어 있으나(서동우, 1999) 서비스 제공자들에 의해 알코올이 간헐적으로 제공된다. 이러한 차이는 이용자들의 음주행태를 결정하는 주요한 요인으로 작용할 수 있기 때문에 그들의 음주행태는 의료시설을 제외하고는 외국의 경우와는 다른 양상을 보일 것이다.

주요정신질환자들의 음주행태에 영향을 미치는 또 다른 요인으로 사회적·주관적 가용성을 들 수 있다. Bachrach(1986-7)은 정신과 환자들이 탈시설화되는 서비스 환경 속에서 '정상인과 같은 삶을 영위하고자 하는 내적 욕구' 때문에 준거집단의 물질사용 규범(norm)을 따르는 것으로 보고 있다. 이것은 본 논의대상에도 적용되는 것으로, 일부 환자들은 자신이 속한 사회문화적 하위집단의 규범을 따르려는 욕구를 충족시키는 과정에서 음주하게 되는 것이라고 볼 수 있다. 관련문헌에 나타난 이들 집단의 특성, 즉 청장년층의 남성이 주류를 이룬다는 관찰 결과 (Drake & Wallach, 1989)는 이러한 규범을 반증하는 것이라 하겠다.

현대 한국사회의 경우, 음주는 개인이 중간집단, 즉 회사나 단체, 클럽이나 동호인 등을 지향하여 구성원이 되고자 하는 행위인 동시에 중간집단이 개인을 규합하기 위한 특성을 가지고 있다(한태선, 1998). 이렇듯 사회생활에 공동체적 특성이 강하게 작용하기 때문에 이에 따라 환자들이 인식하는 사회적·주관적 가용성도 높아지게 될 것이다. 이러한 경향은 알코올에 대한 물리적 가용성이 높은 지역사회 거주자 집단에서 보다 두드러지게 나타날 것인데, 주류문화에 포함되고자 하는 그들의 욕구가

강할수록 음주에 따르는 위험 특히 증상악화의 가능성도 높아진다. 그러나, 우리나라의 술에 대한 관대함으로 인해 일반인의 경우도 외국에 비해 문체에 대한 인식율과 치료율이 훨씬 낮은 실정을 감안할 때, 정신보건서비스 현장에서 주요정신질환자의 음주행위 및 그에 따르는 위험부담이 평가절하될 가능성이 있다.

3. 연구방법

1) 연구대상

본 연구의 대상은 주요정신질환자 집단 중 음주자 하위집단으로, 정신보건관련 서비스 이용자로 상정한다. 여기서 주요정신질환의 범주에는 정신장애진단통계편람(DSM)에 의한 정신분열증 및 기타 정신증, 우울장애, 양극성장애가 포함되며, 음주는 DSM 진단기준의 충족여부에 관계없이 최근 음주 경험이 있는 경우 모두 연구대상에 포함된다. 이들은 현재 국내 정신의료기관, 정신요양시설, 사회복지시설, 정신보건센터, 부랑인(성인)시설, 무허가기도원의 다양한 서비스 환경에 분포되어 있는데(서동우, 1999), 그 중 정신의료기관과 무허가기도원 이용자들은 연구대상에서 제외되었다. 우선, 정신의료시설 입원환자의 경우는 입원 중에는 금주상태이므로 최근 음주에 관한 조사를 실시할 수 없기 때문이다. 무허가기도원의 경우는 전문서비스 인력이 부재한 상황에서 체계적인 개입방안에 관한 논의에 포함될 수 없다고 판단되어 제외시켰다. 부랑인시설의 경우는 정신과 진단을 받는 입소자를 대상으로 정신과 촉탁의를 통한 약 처방이 이루어지므로 본 연구에서는 이 경우를 최소한의 정신보건서비스로 간주하고 그 이용자들을 연구대상에 포함시켰다.

그 외에 조사시점 현재 정신보건서비스 환경의 범위를 벗어난 주요정신질환자 하위집단(이영문 외, 1996)도 연구대상에서 제외되었는데, 여기에는 지역에 거주하면서 지역정신보건서비스를 이용하지 않는 집단과 노숙자 쉼터, 부랑인(부녀)보호소 등의 임시시설을 이용하는 집단이 포함된다.

2) 표집과 자료수집

본 연구의 분석자료는 주요정신질환을 가진 정신보건서비스 이용자의 음주에 관한 설문조사 자료의 일부이다. 이 조사에는 연구자의 조사 요청을 수락한 서울 및 경기지역 14개 기관에서 총 198명의 이용자들이 참여했으며, 참여기관의 유형에는 정신요양시설(3개소), 사회복지시설(3개소), 정신보건센터(6개소), 부랑인시설(2개소)이 포함된다(〈표 1〉 참조). 수도권 남부지역은 최근 지역정신보건사업이 활발한 관계로 기존의 기관이나 시설과 함께 다양한 유형의 서비스 환경이 밀집되어 있는 조건을 이루고 있어 연구대상을 표집하기에 용이한 장점이 있었다.

〈표 1〉 서울·경기지역 유형별 표집기관 현황

기관유형	총 기관	표집기관	표집기관/총기관(%)
정신요양시설	7	3	42.9%
사회복귀시설	12	3	25.0%
정신보건센터(민간위탁형)	26	7	26.9%
부랑인시설	5	2	40.0%

출처 : 보건복지부 (2000), 정신보건시설총람(1999년 12월 31일 기준)

대상의 선정기준은 모집 당시 주요정신질환 진단이 있으며 면접에 응할 수 있을 정도로 정신적 기능이 안정된 상태라는 비교적 포괄적인 정의를 적용했다. 기관별로 응답대상은 시설의 경우 정원의 약 10% 내외, 사회복귀시설의 경우 약 30%, 정신보건센터의 경우 주간재활프로그램 참석자 전원을 선정하는 것을 원칙으로 삼았다. 이러한 기준 하에 기관 실무자의 추천과 응답자 본인의 동의를 거쳐 조사가 실시되었다. 자료수집에는 자기응답식의 설문지가 사용되었으나, 응답의 신뢰성을 높이기 위해 연구자를 포함하여 정신과 환자에 대한 경험이 있는 면접조사원들이 부분적으로 일대일 면접을 실시하였다.

본 연구에서는 조사 참여자 198명 중 음주에 관련된 문항에 응답한 184명을 일차적으로 선별하고 그 중 음주경험이 있는 151명의 자료만을 분석에 사용했다. 음주관련 항목으로는 음주경험 및 빈도, 알코올 유형, 음주관련 문제 및 인식, 치료경험이 포함되었으며, 연구참여자들의 특성상 문항수나 면접 및 작성시간 등을 고려한 관계로 정보 수집의 범위에 다소 제한이 있었다.

3) 주요변수 및 측정도구

본 분석에서는 정신보건서비스 환경, 음주경험 및 행태에 관련된 변수들, 음주행위의 심각성, 인구 사회적 변수가 사용되었다. 알코올 관련 문헌에서는 음주행태에 관한 조사연구간에 변수선정 및 변수의 측정방법이 매우 다양하게 나타나고 있다. 이에 따라, 본 연구에서는 주요정신질환과 물질남용 및 의존의 이중진단 집단을 대상으로 주로 수집되는 변수들(Robertson 등, 1996)과 표준화된 척도를 중심으로 문항을 구성했다.

(1) 정신보건서비스 환경의 유형화

주요정신질환을 가진 서비스 이용자들의 음주양태는 일차적으로 알코올에 대한 물리적 가용성, 즉 개인이 알코올을 수중에 넣는 과정에서 용이함 정도에 의해 결정되는데, 국내 정신보건서비스 환경은 물리적 가용성의 정도에 따라 세 가지 유형으로 분류될 수 있다.

첫째, 알코올에 대한 물리적 가용성 수준이 가장 높은 환경은 지역사회에 거주하는 환자들을 대상으로 하는 기관(이하 지역이용기관)으로, 이용자의 알코올 접근에 대한 통제가 거의 불가능한 곳이다.

여기에는 정신보건센터, 낮병원, 사회복지 이용시설이 포함된다. 둘째, 물리적 가용성이 지역이용기관에 비해 상대적으로 낮은 환경은 부랑인시설로, 이 환경에서는 입소자들에게 알코올이 제공되나 입소자들은 그 제공시거나 양에 대해 통제력이 거의 없다. 부랑인시설은 기관의 주요사업대상이 정신질환자 집단은 아니나 해당 질환자들에게 면담과 투약의 최소한도 서비스를 제공하고 있다. 이러한 실질적 기능을 고려하여 일부 연구(서동우, 1999)에서는 부랑인시설을 정신보건시설의 범주에 포함시키기도 하는데, 본 연구에서는 법률상 정신보건기관과의 혼동을 피하기 위해 이 서비스환경을 비정신보건 입소시설(이하 비정신입소시설)로 명명한다. 셋째, 물리적 가용성이 가장 낮은 수준인 환경은 만성, 중증의 정신질환자들을 대상으로 하는 정신보건입소시설(이하 정신입소시설)로 생활반경 내 알코올 반입이 원칙적으로 금지되는 곳이다. 본 연구에서는 여기에 정신요양시설과 사회복지 입소시설을 포함시켰다. 이렇게 볼 때, 서비스 환경은 알코올에 대한 물리적 가용성이 높은 순서부터 지역이용기관, 비정신입소시설, 정신입소시설의 순으로 정리될 수 있다.

(2) 음주 경험 및 행태

주요정신질환을 가지고 있는 사람들의 '최근' 음주경험 및 행태는 음주 및 숙취경험(일), 알코올 유형, 음주빈도, 음주관련 문제 발생횟수, 알코올 소비량 면에서 살펴보았다. '최근'은 '지난 30일 동안'으로 조작 정의했는데 이 기간은 다음에서 설명할 알코올복합척도에서 상정하는 보고기간과 일치하는 것이다. 음주량은 알코올의 유형, 음주단위(잔, 사발, 병), 1회 통상 음주량을 함께 보고하도록 했다. 알코올 소비량은 1회 통상 음주량과 최근 음주횟수에 기초하여 산출했다. 본 연구에서 사용한 알코올량 환산기준은 <표 2>와 같다.

<표 2> 본 연구에서 이용한 알코올량 환산표

알코올의 종류	기준량(ml)	에탄올 농도(%)	순알코올 함량(단위:잔/잔)
맥주	355	4.0	14
소주	360	25.0	13
막걸리	750	6.0	9
정종(청하 기준)	360	15.0	6
양주(위스키 기준)	750	40.0	15
포도주	750	7.5	15

참조 : 음주문화연구센터 (2002). 『알코올백과』, <표 1> 주종별 순알코올의 계산 (p. 396).
인도주의실천의사협회, 1999. 『노숙자 건강실태보고서』, <표 2> 알코올량 환산표 (p. 7).

(3) 음주행위의 심각성

본 연구에서는 음주행위의 심각성을 측정하기 위해 중독을심각성지표(Addiction Severity Index)의 하위척도인 알코올복합척도(alcohol composite scale)를 본 연구자가 번역하여 사용했다. ASI는 알코

을, 약물, 복합물질 사용자 및 정신질환을 가진 물질남용자 성인집단에 적절한 도구로서, 알코올복합점수는 문제의 심각성에 대한 개인차 또는 개입 전후차를 양적으로 비교하는데 유용한 도구로 평가되고 있으며(McLellan 등, 1995) 검사-재검사 신뢰도는 $\kappa > .83$ 으로 높게 나타난 바 있다(Blake 등, 1995).

본 조사에서 사용한 알코올복합척도는 총6문항으로 구성되어 있는데, 여기에는 월평균으로 보고되는 음주일 및 숙취일 수, 알코올 구입비용, 음주관련 문제발생일 수, 음주로 인해 곤란을 당한 정도에 대한 주관적 견해 (1-5점 Likert척도), 음주 치료의 중요성에 대한 주관적 견해 (1-5점 Likert척도)에 관한 문항이 포함된다. 알코올복합점수는 0-1 사이에 분포하며 1에 가까울수록 심각한 상태를 의미한다. 복합척도의 6문항 중 구입비용과 치료에 관한 견해를 제외한 4문항은 음주경험 및 행태에 관한 기술통계분석에도 사용되었다.

(4) 인구사회적 변수와 기타 변수들

표본의 특성을 살펴보기 위한 변수에는 성별(남자=0, 여자=1), 나이, 학력(교육년수), 종교, 이환기간, 정신건강상태가 포함되었다. 정신건강상태는 정신적 기능(psychiatric functioning)으로 조작정의하고 Brief Symptom Inventory(BSI) 중 Global Severity Index(GSI) 점수를 사용해 측정했다. BSI는 정신과 환자군 및 비환자군을 대상으로 9개 범주(신체화, 강박증, 대인관계 민감성, 우울, 불안, 적개심, 공포, 편집성, 정신증)의 심리적 증상정도를 측정하는데 널리 사용되는 척도로 본 연구에서는 김재환과 김광일(1984)이 우리말로 번역한 것을 활용했다. 본 연구에서 사용한 GSI 점수는 '기능수준(level of functioning)'을 나타내는 실질적인 지표로(Rounsaville et al., 1986) 0-4 사이에 분포하며 수치가 높을수록 증세가 심하고 기능이 떨어지는 것으로 해석되며, 검사-재검사 신뢰도 계수는 .90 이었다(Derogatis & Lazarus, 1994).

4) 분석방법

주요정신질환을 가진 서비스 이용자 중 음주경험자를 서비스 환경에 따라 세 집단으로 나누고, 음주경험, 음주행태, 음주행위 심각성에 대해 집단 간 비교를 실시했다. 연구문제별 분석방법은 다음과 같다.

연구문제 1. 이용자의 최근 음주경험을 파악하기 위해 음주 및 숙취 경험에 대한 기술통계분석을 실시하고 그 결과를 서비스환경간에 비교했다.

연구문제 2. 이용자의 최근 음주행태 및 음주행위 심각성을 파악하기 위해 제 항목들에 대한 기술통계분석을 실시하고 그 결과를 서비스환경간에 비교했다. 이와 함께, 음주경위에 대한 개별 응답자료를 활용하여 기술통계분석 결과와 함께 보고했다.

연구문제 3. 정신보건서비스 환경 특성이 서비스 이용자들의 음주여부에 미치는 영향을 분석하기 위해, 서비스환경의 알코올에 대한 물리적 가용성을 독립변수로, 그리고 음주에 직접적인 영향을 미치는 개인적 요인들(나이, 성별, 정신건강상태)을 통제변수로 설정한 상태에서 최근 음주여부에 대한

Logistic 회귀분석을 실시했다. 세 가지 서비스환경은 두 개의 가변인(dummy variable)으로 처리하여 분석했다.

연구문제 4. 정신보건서비스 환경 특성이 서비스 이용자들의 음주행위 심각성에 미치는 영향을 분석하기 위해, 서비스환경의 알코올에 대한 물리적 가용성을 독립변수로, 그리고 음주에 직접적인 영향을 미치는 개인적 요인들(나이, 성별, 정신건강상태)을 통제변수로 설정한 상태에서 최근 음주행위 심각성에 대한 OLS 회귀분석을 실시했다. 세 가지 서비스환경은 두 개의 가변인으로 처리하여 분석했다.

이상의 분석에는 SPSS-Win 10.0을 사용했다.

5) 조사대상의 특성

본 알코올관련 설문문에 참여한 총 184명 중 평생동안 음주를 한 적이 있다고 응답한 사람은 151명으로(82.6%), 지역이용기관, 비정신입소시설, 정신입소시설에 고루 분포되어 있다(〈표 3 참조〉). 평생음주 경험자 비율에 대한 집단간 비교 결과는 $p>.05$ 로서, 서비스 이용자들은 평생 음주경험에 있어서 서비스환경간 별다른 차이가 있다는 증거는 없었다. 여기서 보고된 평생음주자의 비율은 일반성인을 대상으로 한 최근자료의 87.6% (재갈정, 2001)와 크게 다르지 않은 것이다.

본 연구의 주요 분석대상인 음주경험자 151명에 대한 일반적 특성은 다음과 같다. 〈표 4-1〉과 〈표 4-2〉를 보면, 조사대상 전체 (N=151)는 남녀가 약 6:4의 비율로 구성되어 있는데, 지역기관과 정신입소시설의 성비는 전체의 경우와 비슷하나 비정신입소시설의 경우는 상반된다. 종교는 주거유형에 관계없이 응답자의 약 2/3가 기독교라고 답했다. 지역집단은 다른 시설집단들에 비해 평균연령이 10년 정도나 낮은 30대 초반으로 평균 이환기간도 절반에 불과했다. 학력은 비정신보건시설 집단에서 평균 3년 정도 교육년수가 낮았으며, 전체적인 기능면에서 세 집단 간에 차이가 있다는 증거는 없었다. 지역집단에서 두드러지는 이러한 특징은 표집에서 그 원인을 찾기보다는, 오히려 지역정신보건서비스 이용과 함께 발병초기 입원율이 감소 또는 입원간격(admission interval)이 증가함에 따라 지역기관 이용자의 연령층이 상대적으로 낮아지는 현실을 반영하는 것으로써 이해될 수 있겠다.

〈표 3〉 응답자의 평생 음주경험 (N=184)

(단위 : 명)

평생 음주경험	전체	지역이용기관	비정신보건입소	정신보건입소	통계량
	184	100	37	47	
있다	151 (82.6%)	79 (82.8%)	31 (83.8%)	41 (80.4%)	$\chi^2=.175$ (df=2)
없다	33 (17.9%)	17 (17.7%)	6 (16.2%)	10 (19.6%)	

〈표 4-1〉 분석대상의 특성 (N=151)

(단위: 명)

특성		전체 (%)	지역이용기관	비정신입소시설	정신입소시설
		151 (100%)	79 (100%)	31 (100%)	41 (100%)
성별	남자	96 (63.3%)	54 (68.4%)	12 (38.7%)	30 (73.2%)
	여자	55 (36.4%)	25 (31.6%)	19 (61.3%)	11 (26.8%)
종교	개신교	59 (39.1%)	31 (39.2%)	8 (25.8%)	20 (48.8%)
	천주교	34 (22.5%)	14 (17.7%)	12 (38.7%)	8 (19.5%)
	불교	17 (11.3%)	7 (8.9%)	5 (16.1%)	5 (12.2%)
	없음	40 (26.5%)	27 (34.2%)	6 (19.4%)	7 (17.1%)
	기타	1 (0.7%)	0	0	1 (2.4%)

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

〈표 4-2〉 분석대상의 특성 (N=151)

특성	전체	지역이용기관	비정신입소시설	정신입소시설	통계량
	151명	79명	31명	41명	
	평균 (SD)	평균 (SD)	평균 (SD)	평균 (SD)	
나이(세)	37.22 (8.89)	32.34 (6.99)	43.65 (6.40)	41.88 (8.34)	F = 38.181***
학력(년)	11.37 (3.16)	11.96 (2.32)	8.84 (3.87)	12.15 (3.07)	F = 14.906***
이환기간 (년)	11.73 (8.25)	8.20 (6.93)	15.85 (6.79)	16.08 (8.45)	F = 19.437***
정신건강상태 (GSI) [†]	1.10 (.993)	1.25 (.812)	.823 (.765)	1.03 (1.05)	F = 2.758

†Global Severity Index, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

4. 연구결과

1) 서비스환경별 최근 음주경험

본 분석대상인 음주경험자 151명 중 1/3 정도가 지난 30일 동안 음주한 적이 있는 것으로 보고했다 (〈표 5〉 참조). 지난 30일간 음주한 경험이 있는 최근음주자의 비율은 지역기관의 경우 54%, 비정신입소시설 13%, 정신입소시설 10%의 순으로 나타났으며, 숙취(intoxication)는 지역기관 이용자의 30%가 경험한 것으로 보고했다. 서비스 환경 내 알코올 반입이 금지된 정신입소시설에서 최근 음주

경험을 보고한데 대해 해당 응답자와 실무자로부터 음주 경위에 대한 응답을 받은 결과, 정신입소시설 이용자의 음주는 주로 공휴일이나 명절을 전후로 외출하는 기간 동안에 발생하는 것으로 나타났다. 사회복지 입소시설의 경우, 요양시설에 비해 외부출입에 대한 규제가 낮아 알코올의 물리적 사용성이 높아지면서 최근에 음주를 경험한 이용자들이 발생한 것으로 추측된다.

〈표 5〉 최근 음주경험 (N=151)

(단위 : 명)

내 용	전체 151	지역이용기관 79	비정신입소시설 31	정신입소시설 41	통계량
최근음주자	51 (33.8%)	43 (54.4%)	4 (12.9%)	4 (9.8%)	$\chi^2 = 33.070$ (df=2)***
최근숙취자	15 (10.0%)	14 (17.7%)	0 (0%)	1 (2.6%)	

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

〈표 6〉 사용한 알코올 유형 및 음주빈도

(단위 : 명)

내 용		전체 151 (%)	지역이용기관 79 (%)	비정신입소시설 31 (%)	정신입소시설 41 (%)
최근음주자		51 (33.77)	43 (54.43)	4 (12.90)	4 (9.76)
알코올 유형별 음주자 (명) ⁺	맥주	36 (69.2)**	34(79.1)	0 (0)	2 (40.0)
	소주	20 (38.5)	18(41.9)	1 (25.0)	1 (20.0)
	막걸리	8 (15.4)	8(18.6)	0 (0)	0 (0)
	양주	3 (5.8)	2 (4.7)	1 (25.0)	0 (0)
	포도주	4 (7.7)	3 (7.0)	0 (0)	1 (20.0)
	기타	4 (7.7)	1 (2.3)	2 (50.0)	1 (20.0)
	음주빈도 (회)	월1회 이하	21 (14.0)	15 (19.0)	4 (12.9)
	월2-3회	19 (12.7)	19 (24.1)	0 (0)	0 (0)
	주1-2회	5 (2.3)	5 (6.3)	0 (0)	0 (0)
	주3-4회	4 (2.7)	3 (3.8)	0 (0)	1 (2.5)
	매일	1 (0.7)	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)
	무응답	1			1

⁺복수응답

** ()안의 백분율은 최근음주자(N=51)에 대한 것임.

2) 서비스환경별 최근 음주행태

평생음주자 151명 중 최근 음주자(N=51)를 대상으로 최근 음주행태를 분석한 결과, 그들의 음주행태는 서비스환경별로 <표 6>과 같이 나타났다. 최근 음주자의 대부분(80%)이 지역이용자들인데, 이

들이 주로 사용하는 알코올의 유형(복수응답함)은 맥주(79.1%)와 소주(41.9%)로 나타났으며 음주빈도는 월1-3회가 대부분이었으나 주 1회 이상도 11%를 넘고 있다. 정신 및 비정신입소시설의 경우 위에서 보고된 경위를 통해 현재음주자가 발생하고 있는데, 서비스환경의 특성상 알코올에 대한 물리적 가용성이 낮기 때문에 음주빈도가 대부분 월1회 수준이나 최근음주자의 비율은 10% 내외나 된다.

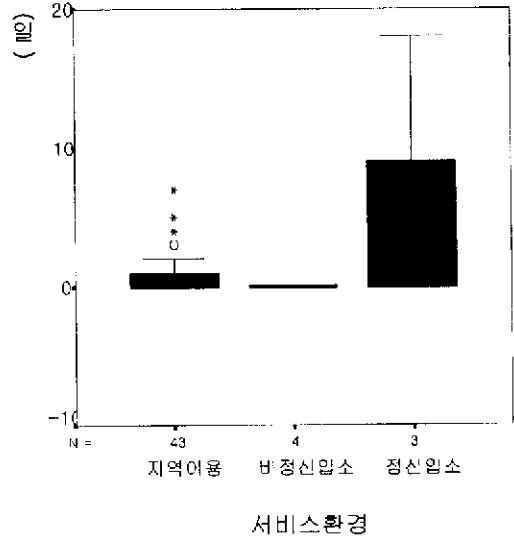
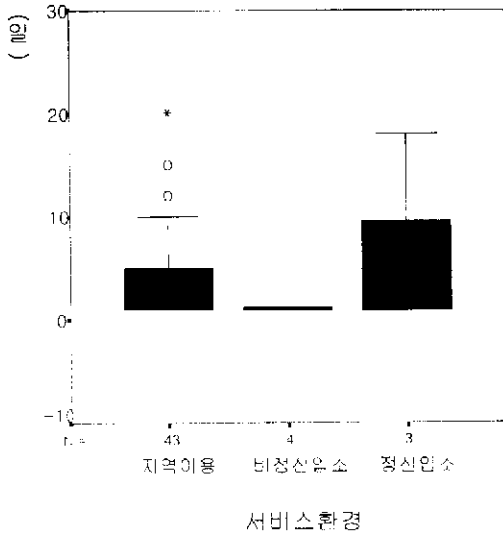
〈표 7〉은 최근 알코올사용의 정도를 나타내고 있는데, 서비스환경 간 차이를 용이하게 비교할 수 있도록 그 결과를 〈그림 1〉 - 〈그림 6〉으로 제시했다. 이 두 가지 자료를 함께 살펴보면, 물리적 가용성이 가장 낮은 정신입소시설은 1회 순알코올 소비량을 제외한 모든 항목(월평균 음주 및 숙취 횟수, 음주관련 문제 발생횟수, 총 순알코올 소비량, 알코올심각성지표)에서, 비정신입소시설에서는 1회 순알코올 소비량에서 그 정도가 가장 심각한 것으로 나타났다. 비정신입소시설에서는 사회적 음주(social drinking)의 일환으로 명절, 월말 생일잔치, 기타 행사시 알코올을 제공하고 있는데, 제공되는 알코올의 양은 행사횟수에 따라 월별 차이가 다소 있으나 1회 제공 총량은 1인 소주 1-2잔으로 제한되는 것으로 보고되었다. 다만, 이 서비스환경에서 1회 알코올 소비량이 가장 많은 것으로 나타나는 이유는 "술 좋아하는 것을 알고 다 몰아주기 때문..."이라는 기관측의 설명과 같이 음주자가 타인의 몫까지 모두 마시기 때문인 것으로 풀이된다.

〈표 7〉 최근 알코올사용 정도 (N=51)

내 용	전체 (51명)	지역이용기관 (43명)	비정신입소 (4명)	정신입소 (4명)
	평균 (SD)	평균 (SD)	평균 (SD)	평균 (SD)
음주횟수 (일)	3.96 (4.43)	4.05 (4.12)	1 (0)	6.67 (9.82)
숙취횟수 (일)	1.22 (2.99)	1.0 (1.96)	0 (0)	6.0 (10.40)
음주관련 문제 발생횟수 (일)	.56 (2.62)	.21 (.52)	0 (0)	4.5 (9.0)
1회 순알코올 소비량 (ml)	67.44 (123.77)	66.93 (120.71)	120.25 (219.86)	36.5 (39.90)
총 순알코올 소비량 (ml)	104.70 (387.18)	317.16 (634.90)	120.25 (219.86)	423.25 (810.00)
알코올심각성지표 (ASI)	.2061 (.1088)	.2054 (.097)	.1608 (.1438)	.2769 (.2131)

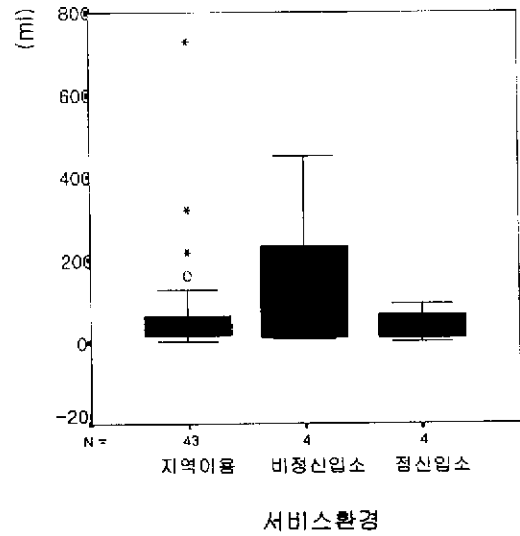
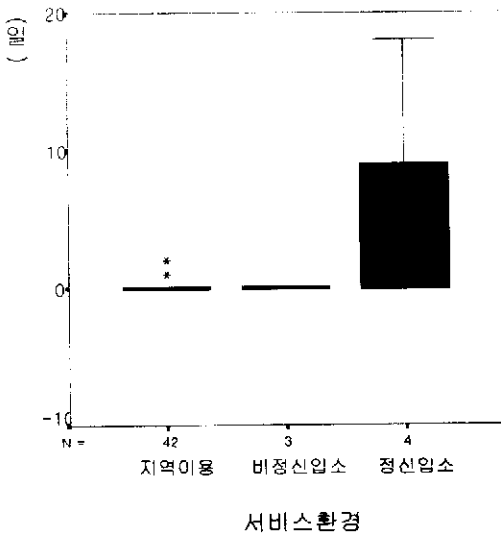
<그림 1> 최근(지난 30일간) 음주일 수

<그림 2> 최근 숙취일 수



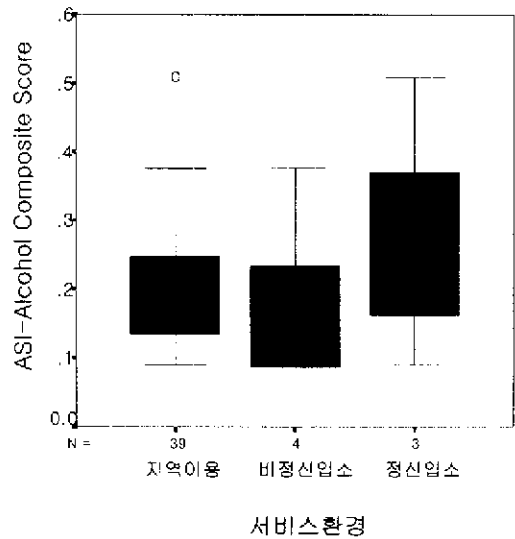
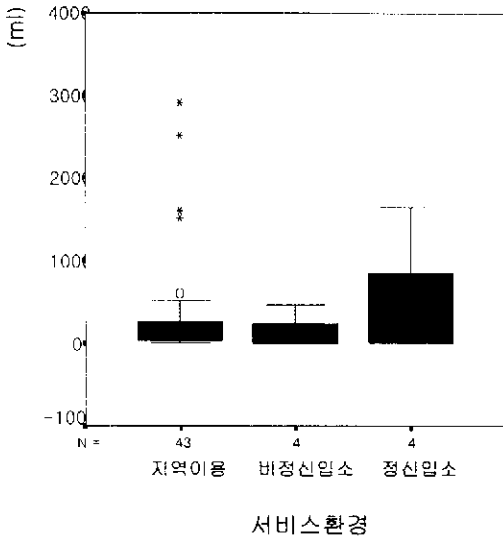
<그림 3> 최근 음주관련 문제 발생일 수

<그림 4> 최근 1회 알코올 소비량



<그림 5> 최근 총알코올 소비량

<그림 6> 알코올심각성지수(ASI)



3) 서비스환경 특성이 최근음주 여부에 미치는 영향

서비스환경의 차이가 이용자들의 최근음주 여부에 미치는 영향의 정도를 알아보기 위해, 서비스환경을 알코올에 대한 물리적 가용성에 따라 세 수준으로 배열하고 나이, 성별, 정신적 기능을 통제된 상태에서 로지스틱 회귀분석을 실시했다 (N=148). 분석결과에 따르면(〈표 8〉 참조), 세 영향요인들을 통제된 상태에서 이용자의 음주 개연성(Odds Ratio)은 물리적 가용성과 유의미한 부적 상관관계를 보였다($p < .001$). 즉, 비정신입소시설과 정신입소시설에서 이용자들의 음주 개연성이 각각 지역이용기관의 11%와 7% 수준인 것으로 나타났다.

〈표 8〉 서비스환경 특성이 최근음주 여부에 미치는 영향 : Logistic 회귀분석 (N=148)

독립변수	B	S.E.	\wedge OR
비정신입소시설*	-2.245	.671	.106***
정신입소시설*	-2.724	.693	.066***
나이	.023	.027	1.024
성별	.105	.424	1.110
정신건강상태	.299	.235	1.348
constant	-.978	.995	.376

$X^2=37.083$ (df=5)***
-2Log likelihood = 154.807

*가변인 (0,1): 지역이용기관은 비정신입소시설=0 그리고 정신입소시설=0

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

4) 서비스환경 특성이 최근음주행위의 심각성에 미치는 영향

위 분석에서는 평생음주자들을 대상으로 서비스환경 특성이 이용자들의 최근 음주여부에 미치는 영향에 초점을 두었으나, 이 분석에서는 최근음주자들을 대상으로 최근 음주행위의 심각성을 종속변수로 설정하고 서비스환경 특성 및 음주행위에 직접적인 영향을 미치는 개인적 요인들과의 함수관계를 살펴보았다 (N=51, 분석결과(〈표 9〉 참조). 서비스환경 요인이 최근 음주행위의 심각성에 미치는 영향은 유의미하지 않은 것으로, 성별과 정신건강상태는 유의미한 것으로 나타났다. 구체적으로, 최근음주자 집단에 있어서 음주행위 심각성은 서비스환경간에 별다른 차이를 보이지 않으며 오히려 성별 및 정신건강상태와 밀접한 연관성이 있어 남성 음주자인 경우, 정신적 기능이 나쁠수록 심각성이 높아지는 것으로 드러났다.

〈표 9〉 서비스환경 특성이 최근음주행위의 심각성에 미치는 영향 : OLS 회귀분석 (N=51)

독립변수	B	S.E.	t-value
비정신입소시설 ⁺	.0526	.062	.851
정신입소시설 ⁺	-.104	.072	-1.433
나이	-.0013	.002	-.623
성별	-.074	.032	-2.288*
정신건강상태	.0485	.017	2.814**
constant	.192	.076	2.521*

R² = .286 (Adj.R² = .209)
F = 3.690**

⁺가변인 (0,1): 지역이용기관은 비정신입소시설=0 그리고 정신입소시설=0

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

5. 논 의

본 연구에서는 음주가 주요정신질환자들의 임상적 예후 및 재활성화에 부정적인 요인으로 작용한다는 선행연구에 근거하여, 국내 정신보건서비스 이용자들을 대상으로 그들의 음주행태에 관한 탐색적 이해를 도모하고 서비스환경의 특성에 적절한 개입의 방향을 제시하고자 했다. 이를 위해 본 연구에서는 수도권에 위치한 14개 정신보건시설 이용자 151명을 대상으로 그들의 음주행태에 관한 기초자료를 수집하여 그들의 음주행태에 대한 서비스환경간 비교분석을 실시했다. 여기서는 위 분석결과를 간략히 요약 논의하고 서비스환경별 개입의 방향 및 전략을 포함하는 실천적 함의를 도출하고자 한다.

첫째, 최근음주의 경험에 있어서 음주자 및 숙취자 비율은 지역집단에서 가장 높게 나타났다. 이러한 결과는 지역기관에서 알코올의 물리적 가용성이 높는데 비해 정신입소시설에서는 시설 내 알코올 반입이 금지되어 있고 비정신입소시설에서는 제한적으로 공급되는 실정을 반영하는 것이다. 지역이용기관의 최근음주자 비율(지난 30일 기준) 54%는 우리나라 일반성인 중 현재음주자 비율 80.1%(제갈정, 2001)보다는 적은 것이나,²⁾ 주요정신질환에 있어서는 소량의 알코올도 의미있는 부정적인 행동변화, 나아가 위기상태를 초래할 수 있다는 실증연구들(Caton et al., 1993; Drake et al., 1989)에 기초할 때 응답자의 절반 이상이 최근 음주자인 점은 간과될 수 없는 부분이다. 또한, 입소시설들에서 최근음주자의 비율이 10% 내외로 나타났는데, 이 점은 폐쇄성과 알코올 반입 및 제공에 대한 시설의 규칙을 포함하여 알코올에 대한 물리적 가용성이 매우 낮다는 일반적 인식에서 벗어난 것으로 알코올

2) 제갈정(2001)의 음주경험 조사에서 '지난 1년' 기준을 사용했기 때문에 현재음주자 비율이 상대적으로 상승되는 경향이 있음.

입수경로 및 음주경위에 대해 시설 서비스제공자들의 주의 환기가 필요함을 시사해주는 결과이다.

둘째, 최근음주자를 대상으로 서비스환경별 음주행태를 비교했을 때 비정신입소시설, 지역이용기관, 정신입소시설의 순으로 후자로 갈수록 그 정도가 더 심각한 것으로 나타났다. 이 결과는 두 개 시설 집단의 표본크기가 적은 관계로 타당성에 취약한 측면이 있으나, 시설 특성에 대한 이해와 상기 보고된 음주경위에 응답자료가 함께 고려된다면 이용자 음주행태에 대한 탐색적 이해 과정에 통찰을 제공할 수 있을 것으로 보인다. 이러한 인식 하에, 우선 지역이용기관이 서비스 환경상 알코올에 대한 물리적 가용성이 가장 높은데도 불구하고 최근음주자의 알코올사용의 정도가 가장 높지 않은 점은 알코올에 대한 기대나 사회적 압력을 포함하는 사회적·주관적 가용성과 관련하여 설명될 수 있을 것이다. 즉, 지역기관 이용자들의 음주행위는 물리적 가용성에 의해 제한을 받지 않기 때문에 전반적으로 최근음주자의 비율 자체는 높게 나타나고 있다. 반면에 알코올에 대한 접근이 자유롭기 때문에 알코올에 대한 그들의 사회적·주관적 가용성은 상대적으로 현실적이어서 극단적인 음주행위에 대한 동기가 적고, 따라서 물리적 가용성에 비해 알코올사용의 정도는 그리 높지 않은 것으로 이해될 수 있다. 그러나, 지역 이용자들에게는 음주 기회가 많기 때문에 그에 따라 음주행위의 심각성 정도가 상승되는 경향이 있다는 점은 주지되어야 한다.

반면에, 정신입소시설은 알코올에 대한 물리적 가용성이 가장 낮기 때문에 최근 음주자의 비율 또한 가장 낮으나 그러한 통제요인의 영향에서 벗어나게 되면 알코올사용의 정도에 있어 가장 심각한 행태를 보이는데, 이점은 여기에는 사회적·주관적 가용성에 대한 그들의 인식이 왜곡되어 있는데 기인하는 것으로 추측된다. 한편, 비정신입소시설 이용자의 음주행태는 1회 순알코올 소비량에 있어서만 가장 심각하게 나타났다. 이는 시설에서 알코올이 제공되며 시설 내에서 음주행위가 발생하는 환경적 여건을 반영하는 것으로, 이 시설의 음주자들에게는 정신입소시설 음주자와 같은 극단적인 음주행동을 할 필요성이 상대적으로 적고 음주 환경 자체가 음주와 관련한 문제행동이 발생할 가능성이 낮은 특징이 있다. 정신입소시설과 달리 비정신입소시설 이용자들은 대부분이 가족이나 친지가 없거나 연락두절된 무연고자들로, 외출하여 음주하고 돌아오는 기회가 절대적으로 적기 때문에 기타 음주관련 행위의 정도가 정신입소시설 음주자에 비해 덜할 수 밖에 없으며 이러한 실정은 연구결과에서 간접적으로 제시되고 있다. 그러나, 1회 순알코올 소비량에서도 나타난 바와 같이, 시설 내에 알코올이 존재하는 한 소수에 의해 남용될 소지가 매우 높아 이러한 남용기전에 대해 서비스 제공자들의 주의 환기가 요구된다.

셋째, 서비스환경 특성이 이용자들의 최근음주 여부에 미치는 영향에 관해서는, 비정신입소시설과 정신입소시설에서 이용자들의 음주 개연성이 각각 지역이용기관의 11%와 7% 수준인 것으로 나타나 시설의 폐쇄성에 기초한 알코올의 물리적 가용성이 주요정신질환을 가진 서비스 이용자들의 음주 여부를 결정하는 일차적인 요인임이 확인되었다. 서비스환경의 폐쇄성 자체가 이용자들을 음주행위로부터 통제하는 효과를 가지고 있는 점은 분명하나, 시설 이용자들의 음주율이 10% 내외를 보인 점은 폐쇄성 자체가 금주를 담보할 수 있다는 일반적인 인식에서는 상당히 벗어난 것이다.

넷째, 최근 음주자의 음주행위 심각성에 영향을 미치는 요인들에 대한 회귀분석에서, 음주행위 심각성은 서비스환경간에 별다른 차이를 보이지 않으며 오히려 성별 및 정신건강상태와 밀접한 연관성

이 있어 남성 음주자인 경우, 정신적 기능이 나뉘수록 심각성이 높은 것으로 나타났다. 지역사회에 비해 시설의 알코올에 대한 물리적 가용성이 훨씬 낮음에도 불구하고 음주행위 심각성에 있어서 환경간 별다른 차이를 보이지 않은 점은 시설 이용자들의 음주행위에 대한 재인식의 필요성을 시사하는 결과이다. 남성 이용자에 관한 결과는 본 연구대상과 유사한 집단을 대상으로 하는 여러 선행연구(예를 들어, Drake & Wallach, 1989)와 일치하는 것으로, 남성의 사회적·주관적 가용성, 특히 음주에 대한 기대(expectancy)가 여성에 비해 높게 나타나는 경향(Cooper et al., 1992)과 관련지어 설명될 수 있을 것이다. 또한, 이 연구에서는 정신적 기능이 나뉘질수록 음주행위의 심각성 또한 증가하는 것으로 나타났는데 이에 대한 논의는 이중진단의 유형(typology)에 관한 것으로써 본 연구의 범위를 벗어나므로 여기서는 생략한다.³⁾

6. 결론 및 제언

이상의 논의를 바탕으로 서비스환경의 특성에 적합한 개입의 방향과 전략을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 지역기관 이용자들의 경우 알코올의 물리적 가용성이 여러 서비스 환경 중 가장 높기 때문에 사회적 음주자들이 다수 포함되어 집단 내 음주자 비율이 현저하게 높게 나타나는 것으로 볼 수 있다. 따라서, 지역이용기관에서는 다수의 이용자를 표적으로 예방적 차원의 접근에 중점을 두어야 할 것인데, 여기에는 정신질환에 대한 알코올의 작용 및 부정적 영향, 사회적 규범과 관련된 음주 요인(예를 들어, 회식과 음주, 주위의 권유 등), 음주관련 문제(폭력 및 파손)에 초점을 둔 개입프로그램들이 도입될 수 있을 것이다. 동시에, 음주행위의 심각성 정도가 높은 하위집단에 대해서는 개별적으로 치료적 접근이 따라야 할 것인데, 이러한 치료적 접근에는 음주의 요인으로서 자가처방설이나 기능 및 인지손상 요인을 중심으로 수립된 문제사정 및 개입전략에 관한 논의들(Lehman et al., 1989)을 참고할 수 있을 것이다.

둘째, 정신입소시설 음주자는 서비스 환경의 특성상 알코올에 대한 접근이 강하게 통제됨에도 불구하고 음주기회를 갖게 되면 지역기관 이용자들과 비슷한 수준의 음주행위 심각성을 보였다. 이에 따라, 개입의 초점은 사회적·주관적 가용성에 대한 인식 왜곡에 바탕을 둔 남용행위에 맞춰져야 할 것이다. 특히, 시설별로 최근음주자를 중심으로 음주경위에 대한 이해가 있어야 할 것이며 이를 바탕으로 이용자의 외부 접촉 과정 및 절차에 대한 모니터링 체계가 수립되어야 할 것이다. 시설 이용자들의 사회복귀 가능성에 대한 논의가 진행되고 있는 이 시점에서, 사회복귀에 따른 알코올 가용성의 급격한 변화가 이들의 음주행태, 나아가 재활성구에 유의미한 영향을 미칠 수 있다는 점이 진지하게 논의되어야 하고 그에 따른 영향을 최소화하기 위한 일련의 예방적 조치가 마련되어야 할 것이다.

셋째, 비정신입소시설, 특히 본 연구에 포함된 부랑인시설의 경우에는 사회적 음주의 목적으로 서

3) 이중진단 유형에 관한 보다 상세한 논의는 Lehman, Myers, Dixon et al. (1994)를 참조할 것.

비스환경 내에서 알코올이 제공되고 있는 까닭에, 소수 이용자에 한해 서비스환경 내에서 알코올 남용행위가 발생하는데 대해 서비스 제공자의 각별한 주의가 요구된다. 이에 따라, 알코올 제공의 절차와 방식이 본래적 목적과 의도에 가능한 부합할 수 있도록 하는 방안이 시설차원에서 강구되어야 할 것이다.

덧붙여, 이용자들의 음주여부는 서비스환경의 폐쇄성 정도에 의해 통제되는 효과가 있으나 음주행위의 심각성 자체는 폐쇄성에 따른 왜곡된 사회적·주관적 가용성, 성별(남성)과 정신건강상태(공정적 상태)의해 영향을 받는 것으로 분석되었으므로, 서비스환경별로 이러한 특성에 부합하는 소수의 특정 음주자들을 대상으로 중장기 음주행위 모니터링을 포함하는 개별화된 전략을 모색하는데 중점을 두어야 할 것이다. 이러한 개입전략을 보다 구체적으로 수립하기 위해서는 향후 서비스 환경별로 최근음주자의 개인적, 임상적 특성 및 음주경위 및 경로에 초점을 맞춘 심층적 이해가 그 바탕을 이루어야 할 것이다. 이러한 유형의 후속연구는 정신보건서비스의 환경이 지역사회로 옮겨가고 있는 이 시점에서 주요정신질환자들의 알코올 사용에 대한 보다 적극적인 개입 전략을 마련하는 계기를 제공할 수 있을 것이다.

7. 연구의 한계

본 연구는 주요정신질환자들의 음주행태를 서비스 환경별로 고찰하고 개별화된 개입전략의 필요성을 환기시키기 위한 탐색적 성격의 연구로서, 다음의 몇 가지 제한점을 내포하고 있다. 우선, 본 연구의 목적은 정신보건서비스 이용자들의 임상적 예후와 재활성과에 부정적 영향을 미치는 음주행위에 대해 서비스환경별로 개입의 방향을 제시하는데 있으므로, 유사한 특성을 가졌다할지라도 부랑인 임시보호시설이나 노숙자 쉼터 등에서 발견되는 대상들은 비이용자들로 연구대상에 포함되지 않았다. 국내 역학조사가 미비하여 쉼터와 같은 임시보호시설에서의 중복문제 발생률에 관한 이해에는 근본적인 한계가 있으나 문제의 심각성은 쉼터 관련 선행연구를 통해 간접적으로 제시되고 있는 바(권구영 외, 1999), 향후 이 집단을 대상으로 음주행태에 대한 이해와 아울러 적절한 개입에 대한 논의가 이루어져야 할 것이다. 둘째, 수도권을 중심으로 표집이 이루어진 이유로 지역기관 이용자 집단의 경우 특히 대도시 거주자의 특성을 반영하고 있기 때문에 놓여진 지역이용자 집단을 포함하는 고찰을 위해서는 별도의 연구가 수행되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 권구영·김성현·서미경. 1999. "노숙자의 정신건강문제에 관한 연구", 『정신보건과 사회사업』, 제8집, pp. 25-47.
- 김재환·김광일. 1984. 간이정신진단검사(SCI-90-R)의 한국판 표준화 연구II, 『정신건강연구』, 2호, pp. 278-311.
- 서동우. 1999. 『전국 정신보건시설의 정신건강 프로그램 및 재원화자의 정신건강 실태조사』, 서울: 한국보건사회연구원, 보건복지부.
- 윤명숙. 1999. "알코올중독자의 회복과정 원조를 위한 지역사회 재활프로그램에 관한 연구", 『정신보건과 사회사업』, 제8집, pp. 135-160.
- 이영문. 1996. "무연고 정신장애인의 정신사회재활", 『용인정신의학보』, 제3권 제1호, pp. 15-24.
- 인도주의실천의사협의회. 1999. 『노숙자 건강실태보고서』.
- 장수미. 2000. "알콜중독과 다른 정신질환을 가진 이중장애의 특성과 개입", 한국정신보건사회사업학회 서울지부 9월 월례집담회 자료.
- 장환일 등. 1995. "한국에서의 Michigan 주정의존 선별검사의 적용에 대한 예비조사", 『신경정신의학』, 제24권 제1호, pp. 46-53.
- 재갈정. 2001. 『한국인의 음주실태』, 한국음주문화연구센터.
- 한태선. 1998. 『음주의 사회문화적 의미: 공동체 문화를 중심으로』 정책연구자료 98-01, 서울: 한국보건사회연구원.
- Bachrach, L., 1986-87. "The context of care for the chronic mental patient with substance abuse," *Psychiatric Quarterly*, 58(1), pp. 3-14.
- Belcher, J.R., 1989. "On becoming homeless: A study of chronically mentally ill persons," *Journal of Community Psychology*, 17, pp. 173-185.
- Berkson, J., 1946. "Limitations of application of four-fold tables to hospital data," *Biometric Bulletin*, 2, pp. 47-53.
- Caton, C.L.M., Wyatt, R.J., Felix, A., Grumberg, J., & Dominguez, B., 1993. "Follow-up of chronically homeless mentally ill men," *American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 1639-1642.
- Cooper, M.L., Russell, M. et al., 1992. Stress and alcohol use: The moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), pp. 139-152.
- Crowley, T.J., Chesluk, D., Dilts, S., et al., 1974. "Drug and alcohol abuse among psychiatric admissions: a multidrug clinical-toxicological study," *Archives of General Psychiatry*, 30, pp. 13-20.
- Derogatis, L.R., & Lazarus, L., 1994. "SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales." In Maruish, M.E., *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Drake, R.E., McHugo, G.J., & Biesanz, J.C. 1995. The test-retest reliability of standardized instruments among homeless persons with substance use disorders, *Journal of Studies on*

- Alcohol*, 56, 161-167.
- Drake, R. E., McLaughlin, P., Pepper, B., & Minkoff, K., 1991. Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder: An overview. In K. Minkoff & R. E. Drake (Eds.), *Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder* (pp. 85-93). San Francisco: Jossey-Bass.
- Drake, R. E., Osher, F. C., Noordsy, D. L., & Hurlbut, S.C., 1990. "Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia," *Schizophrenia Bulletin*, 16(1), pp. 57-67.
- Drake, R. E., Osher, F. C., & Wallach, M. A., 1991. "Homelessness and dual diagnosis," *American Psychologist*, 46(11), 1149-1158.
- Drake, R. E., & Wallach, M. A., 1989. "Substance abuse among the chronic mentally ill," *Hospital and Community Psychiatry*, 40(10), pp. 1041-1045.
- Drake, R. E., Wallach, A., & Hoffman, J.S., 1989. "Housing instability and homelessness among aftercare patients of an urban state hospital," *Hospital and Community Psychiatry*, 40, pp. 46-51.
- DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed.). 1994. Washington DC: APA.
- Evans, K., & Sullivan, J.M. 1990. *Models of treatment and their integration in Dual diagnosis: Counseling the mentally ill substance abusers*, New York: The Guilford Press. (Chapter 2, pp. 13-37).
- Ford, L., Snowden, L.R., & Walser, E.J., 1991. "Outpatient mental health and the dual-diagnosis patient: Utilization of services and community adjustment," *Evaluation and Program Planning*, 14(4), pp. 291-298.
- Hasin, D., Endicott, J., & Lewis, C., 1985. "Alcohol and drug abuse in patients with affective syndromes," *Comprehensive Psychiatry*, 26, pp. 283-295.
- Khantzian, E. J. 1985. The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence, *American Journal of Psychiatry*, 142(11), pp. 1259-1264.
- Kessler R. C, McGonagle K. A, Zhao S., et al., 1994. "Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey," *Archives of General Psychiatry*, 51, pp. 8-19.
- Lehman, A. F., Myers, C. P., & Corty, E., 1989. Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes, *Hospital and Community Psychiatry*, 40(10), 1019-25.
- Lehman, A. F., Myers, C. P., Dixon, L. B., & Johnson, J. L., 1994. "Defining subgroups of dual diagnosis patients for service planning," *Hospital and Community Psychiatry*, 45(6), pp. 556-561.
- McHugo, G. J., Paskus, T. S., & Drake, R. E., 1993. "Detection of alcoholism in schizophrenia using the MAST," *Alcohol Clinical Experimental Research*, 17, pp. 187-191.
- McLaughlin, P., & Pepper, B. 1992. Modifying the therapeutic community for the mentally ill substance abusers. In K. Minkoff & R. E. Drake (Eds.), *Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder* (pp. 85-93). San Francisco: Jossey-Bass.
- McLellan, A. T. et al., 1992. The fifth edition of the Addiction Severity Index, *Journal of Substance*

- Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Minkoff, K., 1989. An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, pp. 1031-1036.
- Minkoff, K. & Drake, R. E., 1991. (Eds.), *Dual diagnosis of major mental illness and substance disorder*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Miles, K. M., 1997. "The course and treatment of substance use disorder in patients with severe mental illness." In *Treatment of Drug-dependent individuals with comorbid mental disorders: NIDA Research Monograph 172*, Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., et al., 1990. "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study." *Journal of the American Medical Association*, 264, pp. 2511-2518.
- Ridgely, M. S., Goldman, H. H., & Willenbring, M., 1990. Barriers to the care of persons with dual diagnoses: Organizational and financing issues. *Schizophrenia Bulletin*, 16, pp. 123-132.
- Robertson, M., Zlotnick, C., Pegas, H., Matteo, T., Kaplan, E., & Clark, R. 1996. *The Bonita House model: Intensive early engagement of adults with dual diagnoses in residential treatment*. Alcohol Research Group: Berkeley, CA.
- Rounsaville, B. J., Kosten, T.R., Weissman, M.W., & Kleber, H.D., 1986. "Prognostic significance of psychopathology in untreated opiate addicts." *Archives of General Psychiatry*, 43, pp. 739-745.
- Schmidt, L., 1992. "A profile of problem drinkers in public mental health services." *Hospital & Community Psychiatry*, 43, pp. 245-250.
- Schneier, E. R., & Siris, S.G., 1987. "A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: Patterns of drug choice." *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, pp. 641-652.
- Schuckit, M. A., 1983. "Alcoholism and other psychiatric disorders." *Hospital and Community Psychiatry*, 34, pp. 1022-1027.
- Schuckit, M. A., 1979. *Drug and Alcohol Abuse*, NY: Plenum.
- Slaby, A. E., 1991. "Dual diagnosis: fact or fiction." In Gold, M.S. & Slaby, A.E., *Dual diagnosis in substance abuse*, New York: Marcel Dekker, Inc.
- Tessler, R. C., & Dennis, D., 1989. *A synthesis of NIMH funded Research Concerning Persons who are homeless and mentally ill*, Washington, DC: NIMH, Division of Educational and System Liason.

Type of Service Setting and Drinking Behavior in Persons with Major Mental Illnesses

Lee, Sun-Hae

(Full-time Lecturer of Social Welfare, Chung-Ang University)

The use of alcohol is recognized as having negative consequences on clinical and psychosocial outcomes in service users with major mental illnesses. This necessitates an introduction of intervention measures in domestic mental health service in Korea. Since research basis on which such measures are developed lacks, this paper aims at exploring drinking patterns of Korean service users and suggesting directions and strategies for intervention. The data came from 151 service users recruited at 14 service settings in Seoul Metropolitan area. The quantitative part of the data includes their recent drinking experiences in terms of patterns and severity; the qualitative part includes information on the drinking context. The data were compared among three types of service settings, each of which differs in physical availability of alcohol by their users. Each group revealed distinctive features in drinking patterns, the author thus suggested directions and strategies of intervention specific to type of service setting.

[접수일 2002. 6. 18 게재확정일 2002. 7. 25]