

친지에 의한 클라이언트의 우울증상 및 사회기능 측정의 유효성 연구*

박 선 영**

[요 약]

다양한 형태의 심리사회적 개입이 우울증을 겪는 클라이언트에게 가져오는 변화는, 대략, 우울증상의 완화와 클라이언트 개인이 수행하던 사회기능의 증진이다. 우울증에 대한 기존 임상적 개입의 성과 연구에서 이러한 변화의 측정자로서 클라이언트에게 의미있는 타자인 가족이나 친척 혹은 친구(친지)의 역할은 간과되어 왔다. 본 연구는 우울 클라이언트의 일상생활의 다양한 측면을 자세히 관찰할 수 있는 친지의 위치에 초점을 두어 친지의 클라이언트에 대한 측정의 유효성을 고찰하였다. 미국에서 수행된 한 우울증 치료를 위한 심리사회적 개입연구의 자료를 사용하여 클라이언트의 친지가 치료개입 전·후 우울증상과 사회기능을 어떻게 보며, 그 측정이 치료 종결 후 6개월 및 1년이 경과된 시점(추적기간)에서 클라이언트가 보이는 우울증상과 사회기능을 얼마나 설명하는가를 탐구하였다. 세 가지 주요 발견은 다음과 같다. 첫째, 일반적으로 치료 전 보다는 치료 후에 친지가 측정한 우울증상과 사회기능이 추적기간 중 클라이언트의 증상과 사회기능을 더 강하게 설명하였다. 둘째, 특히 친지가 측정한 사회기능의 네 척도 중 클라이언트의 실제적인 수행에 대한 측정과 친지가 기대하는 수행 정도의 측정이 추적기간 중 우울증상 및 사회기능을 유의하게 설명하였다. 셋째, 친지의 치료 전 측정 중 사회기능 측정은 증상 측정이 추적기간 중 사회기능의 변량을 설명하는 것 이상의 설명력을 추가하였다. 치료 후 측정에서는 친지의 증상 측정이 사회기능 측정이 추적기간 중 증상 및 사회기능의 변량을 설명하는 것 이상으로 설명력을 추가하였다. 이러한 발견은 정신건강전문가와 연구자들이 친지를 클라이언트의 치료에 참여하여 도움을 줄 수 있는 협력자로 여겨야 한다는 주장을 뒷받침할 수 있다. 연구결과와 관련한 논의 및 함의를 고찰하였고 본 연구의 한계점 및 후속연구를 위한 제언을 하였다.

주제어: 우울증상, 사회기능, 클라이언트의 친지(가족), 성과측정, 장기 추적연구

* 이 논문의 초고를 읽고 귀한 조언을 주신 익명의 검토자에게 깊이 감사 드린다.

** 이화여자대학교 강사

1. 연구 목적 및 필요성

심리사회적 개입이 클라이언트에게 미치는 영향은 감정, 인지, 신체, 그리고 사회 기능에 이르기까지 다양하게 일어날 수 있다. 우울증에 대한 임상적 개입의 성과를 개인의 내적 및 사회기능 등 각각으로 보자면, 클라이언트와 치료자 외에 다른 측정자가 필요하다. 특히 사회기능을 조명해 볼 때, 일상생활 속에서 클라이언트에게 중요한 사람이며 서로 의미있는 상호작용을 하여 클라이언트를 오랫동안 가까이에서 관찰할 수 있는 친지¹⁾의 참여가 중요하게 대두된다. 클라이언트의 대부분의 생활이 치료실이 아닌 가정과 이웃에서 이루어지는 점을 고려할 때, 친지가 치료로 인해 클라이언트에게서 일어나는 변화를 어떻게 보며 그 측정이 궁극적으로 치료 종결 후 일정기간 동안 클라이언트의 증상 및 기능 상태를 설명하는 데 어떠한 함의를 줄 것인지는 정신건강전문가 및 연구자에게 새로운 통찰력을 제공할 수 있다.

Davidson과 Davidson(1983), Fiske(1975), Hogarty(1975) 등은 친지가 클라이언트의 기능 측정에 참여하도록 정신건강전문가들에게 일찍이 권고하였다. 그러나, 실제 연구면에서는 클라이언트에 대한 치료의 성과(outcome) 연구에서 친지의 참여는 상대적으로 간과되어 왔다. 이는 우울증에 대한 개입 연구에만 국한되지 않고 임상개입 연구 전반에서 볼 수 있는 현상이다. 두 가지 개괄적인 보고가 이런 사정을 시사한다. Lambert(1983)는 1976년에서 1980년 사이 *Journal of Consulting and Clinical Psychology(JCCP)*²⁾에 수록된 임상연구를 검토한 결과 216개 연구의 3%에서만 친지가 단일 측정자로 참여했고 대부분 클라이언트나 정신건강전문가들의 측정에 의존했다고 보고했다. McRoberts와 Lambert(1992)는 JCCP의 1987-1991년의 132개 연구들 중 9%에서만 친지가 단일로 혹은 다른 측정자와 함께 참여하였다고 보고했다. 친지가 측정한 영역은 주로 클라이언트의 행동과 가족기능에 관한 것이었다. 이 두 보고는 친지가 하는 측정의 유용성에 대한 의식이 부족한 것을 반영한다. 또한 친지의 참여에 대한 클라이언트의 동의를 얻기가 쉽지 않고, 연구자가 친지를 동원하는 데 필요한 시간과 자원이 부족한 점도 중요한 이유로 지적할 수 있다.

한국의 사정도 비슷하여 정신건강서비스 개입의 전과 후에 클라이언트의 증상 및 기능을 친지가 측정할 것을 활용하는 방안은 앞으로 연구되어야 할 영역이다. 구체적으로 우울증을 겪는 클라이언트의 친지에 대한 연구도 앞으로 기대해야 할 부분이다. 개괄적인 범주로서 정신장애인의 가족에 대한 한국의 연구주제는 네 가지로 볼 수 있다. (1) 정신장애인을 보호(care)하는 와중에 가족이 겪는 부담

1) 이러한 의미에서 본 연구에서 사용하는 “친지”는 의미있는 타자(significant other)를 일컫는다. 혈연에 기반한 협의의 “가족”보다 “친지”는 포괄적인 의미를 가지며, 부모, 배우자, 동거자, 혹은 친구들 중에서 클라이언트가 개인적으로 자신에게 또한 자신의 생활에 중요한 사람이라고 간주하며 연구참여에 동의한 인물이다.

2) JCCP는 미국 심리학회(American Psychological Association) 산하의 학술잡지로서 임상개입 연구지 중 최고의 권위를 지닌다. Lambert와 McRobert가 한 연구지만 조사하였으므로 표본대상은 협소하나, 엄격한 심사과정을 통한 질이 높은 연구들을 대표할 것으로 사료된다.

과 스트레스; (2) 그 가족이 어려움에 대처하는 방식과 바라는 서비스; (3) 가족교육 및 치료 프로그램을 통한 가족의 부담, 스트레스, 태도, 대처, 관계 등의 변화, 그리고 (4) 최근의 관심으로 가족이 클라이언트의 치료에 참여할 필요성과 그에 미치는 가족 개인적, 치료자와의 관계, 치료자 및 기관의 태도 등의 영향에 관한 연구이다.³⁾ 1980년 대 후반부터의 이 흐름을 고려할 때 우리나라 연구자들이 정신질환자 가족의 어려움에 관심을 갖는 것에서 가족을 클라이언트의 재활에 기여할 수 있는 원조자로 보기 시작했다는 것을 알 수 있다. 이렇게 연구자 및 임상개입자들 사이에서 가족의 참여적인 역할이 인식되고 있는 터에 제기할 수 있는 다음 질문은 과연 클라이언트의 변화를 측정하는 주체로서 친지가 제공하는 정보가 임상적으로 얼마나 유효한가이다. 본 연구에서 탐구하려는 바 즉, 친지의 측정이 클라이언트 재활에서 경험적으로 유효하다면 친지 참여의 필요성을 직접적으로 역설할 수 있으리라고 사료된다.

본 연구는 미국에서 수행된 우울 클라이언트를 대상으로 한 심리사회적 개입연구의 자료를 통해 클라이언트의 친지가 치료개입의 전과 후의 우울증상과 사회기능을 어떻게 보며, 그 측정이 치료가 종결되고 6개월 및 1년이 지난 시점(추적기간)에서 클라이언트의 증상 및 사회기능을 어느 정도 설명하는지 보고하고자 한다. 이러한 연구는 정신건강서비스를 받는 클라이언트의 주요 일상생활 환경에서 상호작용하는 친지의 치료 및 재활의 협조자로서의 중요성을 경험적으로 입증하고 동시에 그 의견을 도입하여 임상개입의 성과(outcome)연구에서 새로운 측정방법을 모색해 볼 수 있다는 데에도 의의가 있다. 또한, 경험적 연구가 실천에 중요한 함의를 주어 실천 전략의 수정과 개발에 도움을 주는 기회가 될 것이다.

친지가 임상개입 성과연구에 참여하여 클라이언트의 증상 및 사회기능을 측정한 기존 연구가 부족하므로, 본 연구는 탐색적인 방식을 택하여 다음의 세 가지 주제에 대해 살펴보고자 한다. (1) 친지가 치료 전과 후 각 시점에서 측정한 클라이언트의 우울증상 및 사회기능이 치료 종결 후 추적기간 중 클라이언트의 상태를 어느 정도 설명하는가를 알아본다. (2) 구체적으로, 친지가 측정한 치료 전과 후 어느 때의 어떤 변수(우울증상과 사회기능)가 추적기간 중 어떤 기능 영역(우울증상과 사회기능)을 어떻게 구별적으로 설명하는가를 밝혀낸다. (3) 친지가 치료 전·후에 측정한 클라이언트의 우울증상이 추적기간 중 클라이언트의 상태를 설명하는 것 이상으로 사회기능이 과연 추가적인 정보를 제공할 수 있는가를 탐구한다.

3) 이 개념적 요약은 1987년 이래로 연구된 52개의 석사학위논문과 15개의 학회지 출간 연구논문을 기초로 하였다.

2. 선행연구 고찰

1) 클라이언트의 우울증상과 사회기능

개념적으로, 사회기능은 증상과 구별된다. 증상은 심리, 정신의학적으로 진단이 가능하고 정신건강 전문가들 간에 어느 정도 합의가 가능하다. 예를 들면, DSM(Diagnostic and statistical manual of mental disorders)이나 ICD(International classification of disease)와 같은 진단기준의 형성을 보면 정신질환의 기준에 대한 합의의 가능성을 알 수 있다. 이에 비해 사회기능 혹은 사회적응의 개념은 수많은 방법으로 조작되고 측정될 수 있다. 이는 인간행동이 여러 측면과 구성요소로 이루어지고 (James, 1983 [1890]; Mead, 1956 [1934]), 이들을 계량화하는 방법에 따라 다른 발견이 나타날 수 있기 때문이다. 또한, 학제마다 각 연구목적에 따라 임의적으로 혹은 개념적인 전제가 없이 사용하는 경향도 간과할 수 없다.

우울증의 임상개입 연구에서 성과의 측정영역은 증상에 편중되어 왔다(예: Elkin et al., 1985; Rush et al., 1977; Simons et al., 1984; Weissman et al., 1979). 그 측정은 주로 클라이언트가 벡 우울증척도(Beck Depression Inventory)를 사용하여 자기보고를 하거나 치료자나 독립적인 임상평가자가 해밀튼 우울증척도(Hamilton Rating Scale for Depression)를 사용하여 클라이언트의 증상을 보고한다. 친지가 보는 클라이언트의 우울증상은 성과연구에서 매우 드물게 사용되었다.

우울증의 감정, 인지, 및 신체적 증상이 대인관계 및 사회기능에 끼치는 장기적이고 부정적인 영향을 고려할 때, 증상의 완화가 임상개입의 단기적 목표가 되는 것은 필수적이다. 그러나, 포괄적인 정신건강과 인간의 안녕(well-being)이라는 시각에서 볼 때, 증상의 부재가 곧 건강한 상태일 수는 없고 (Jahoda, 1958), 사회기능을 직결하여 증진시킨다고 볼 수 없다(Weissman & Bothwell, 1976). 사회기능이 증진하는 경우, 그 변화의 속도에 있어서 사회기능은 증상보다 뒤늦을 수 있는데(Howard, Leuger, Maling, & Martinovich, 1993), 사회기능의 향상에는 재학습의 훈련과 사회기술을 본인 것으로 습득하는 데 상당한 시간이 필요하기 때문인 것으로 생각된다. 사회기능이 클라이언트 본인 및 그 의미있는 타자가 기대하는 만큼 회복되지 않는 상황은 우울증 재발의 한 원인이 될 수도 있다. 따라서 임상개입 성과의 측정에서 증상이 사회기능에서의 변화를 당연히 가져오므로 증상만을 측정한다는 가정에는 한계가 있다. 비슷한 증상 수준에서도 어떤 클라이언트는 일상의 여러 상황에서 역할을 제대로 수행할 수 있는가 하면, 그럴 수 없는 클라이언트가 있다는 점을 인식하면 증상과 사회기능 두 측면을 동시에 측정할 필요가 있다. 우울증상에 비해, 우울증을 겪는 클라이언트의 사회기능은 그 개념 및 경험적인 측면에서 다양한 이슈를 내포하여 연구 개발의 여지가 많다고 본다.

2) 클라이언트의 사회기능의 개념과 시각

사회기능은 개인과 사회환경을 동시에 고려하는 개념으로서 개인이 구체적인 상황에서 역할 수행을 얼마나 적절히 잘 하는가로 평가하게 된다. 어느 사회나 개인구성원이 사회구조적 그리고 대인관계적 위치⁴⁾ 따라 수행하도록 기대되는 역할이 있고 그 효과적 수행정도는 개인과 주위 사람들 그리고 일반 사회환경의 기준에 의해 합의를 이루거나 혹은 다양하게 판단될 것이다(Lauer & Handel, 1983).

사회기능과 더불어 정신건강 분야의 문헌에서 흔히 사용되는 또 하나의 개념이 사회적응이다. 사회적응과 사회기능의 개념적 관계를 보면, 사회적응은, 좀 더 복잡적이어서 사회기능과 역할 수행을 포괄한다고 할 수 있다(Platt, 1981). 사회적응의 초점은, 특정 사회 일반이 표면적으로 또 암묵적으로 규정해 놓은 사회적 기능 및 역할 수행의 기준에 근거하여 개인이 얼마나 잘 부응하는가에 따라 그 적응 수준을 판단하는 데에 있다. 사회적응이 사회기능보다 기존 사회의 가치 기준을 더 강하게 반영하고 지지하는 개념이다.

사회적응을 측정하는 여러 도구가 개발되어 왔는데, 크게 구분하여, (1) 사회적응을 개인의 능력과 성취 면에서 긍정적이며 강점으로 보는 입장; (2) 좋다·나쁘다의 가치적 개념 없이 기능 수행 면에서 중립적으로 보는 입장; 그리고, (3) 사회부적응이나 장애를 조명하여 부정적인 면을 강조하는 입장이 있다 (Katschnig, 1983). 본 연구에서는 주로 사회기능을 사용하였다. 사회적응은 기존 사회제도 및 일정기준을 의식하는 개념이고, 사회기능은 역할에 따른 행동적인 면에 중점을 두는 실제적 개념이기 때문이다.

3) 친지에 의한 클라이언트의 증상 및 사회기능 측정 연구

친지는 클라이언트의 증상 및 사회기능을 다양한 사회상황에서 관찰할 기회가 치료자보다 상대적으로 많고, 클라이언트의 기능을 그 본인 다음으로 자세히 관찰할 수 있다. 정신건강전문가들은 클라이언트의 사적인 생활로부터 소원하여 잘 알 수 없거나 관찰할 기회가 없기 때문에 친지가 제공하는 일상생활과 관련된 관찰 및 의견은 귀중한 자료가 될 수 있다. 예를 들면, 입원 병동 내에서 적응을 잘 하던 환자가 실제 사회상황에서는 기능이 도태되는 경우가 있다. 이 때, 그 친지는 상황변화에 따른 클라이언트 기능의 괴리적 현상에 대해 중요한 정보를 제공해 줄 수 있다. 개인-친지-사회라는 체계의 역동에서 보면, 친지는 클라이언트 개인과 사회의 중간 위치에서, 클라이언트 개인의 기능 수준과 사회전반이 기대하는 적절한 사회기능 수준을 중재 및 타협할 수 있다. 이는 정신건강서비스 계획 및 실천 그리고 궁극적으로 클라이언트의 재활에 친지가 기여할 수 있는 긍정적인 측면이다.

4) 본 연구에서는 위계적인 의미가 내포되어 있는 지위(status)보다는 중립적인 의미의 위치(position)를 선호하여 사용하였다.

정신건강과 임상개입 연구자들이 친지가 보는 클라이언트의 기능에 관심을 갖게 된 것은 1960년대 초로 지역사회 정신건강운동의 흐름과 궤를 같이하여 대두되었으나(Hogarty & Katz, 1971; Ellsworth, et al., 1968; Weissman & Botwell, 1976), 실제 심리사회적 개입에서 친지가 동원된 예는 소수에 불과하다. 특히 우울 클라이언트에 초점을 둔 연구는 더욱 한정되어 있다. 따라서 폭넓게 정신 질환 증상 및 사회기능 측정에 친지를 동원한 몇 가지 연구와 관련 척도에 대해 살펴본다.

Hogarty와 Katz(1971) 그리고 Katz와 Lyster(1963)는 퇴원하여 지역사회에 거주하는 정신질환자들을 대상으로 클라이언트와 친지가 작성할 수 있는 표준화된 척도로 켓츠적응척도(Katz Adjustment Scale [KAS])를 개발했다. 그 연구자들은 사회기능의 정상적인 기준을 제시하기 위해서가 아니라 행동적인 측면을 재는 도구의 타당성을 제공하려는 의도를 강조하였다. KAS-R(Katz Adjustment Scale-Relative's Form)은 친지가 보는 클라이언트의 증상, 일상 생활상황에서 사회 및 친지가 기대하는 과업수행 정도, 클라이언트의 여가시간 활용 및 그에 대한 친지의 만족도를 측정한다.

KAS-R의 장점은 행동적인 사회기능에 초점을 두므로 친지가 클라이언트의 감정을 재해석할 필요가 없고(따라서 편의를 개입가능성이 적고), 친지가 클라이언트와의 사적 관계를 생각해 방어적인 태도를 취할 가능성이 적다는 것이다. 단점으로는 우울증 뿐 아니라 정신병적 증상이 있는 환자까지 포함하도록 많은 항목으로 구성되어 있으므로, 연구자가 클라이언트의 상태에 맞게 사용해야 한다는 사실이다.

KAS-R의 개발과정 중의 연구로서, Katz와 Lyster(1963)는 퇴원 후 10개월 이상 지역사회에 거주한 여러 종류의 정신질환증상자 집단을 대상으로 하였다. 그들은 친지가 측정한 클라이언트의 증상에 관한 척도와 실제로 클라이언트가 수행한 기능의 정도를 재는 척도가 정신건강전문가가 측정하는 클라이언트의 적응력과 상관관계가 높으며($r = -.59, .79$), 친지가 측정한 클라이언트의 실제 수행력과 클라이언트가 수행하기를 기대하는 정도 간의 차이 점수가 클라이언트가 지역사회적응이 잘 된 경우와 빈약한 경우를 구별했다고 보고했다. 한편, Clum(1976)은 친지의 정신질환자의 기능에 대한 기대치가 환자의 증상 및 입원기간과 밀접히 관련한다고 보고했다(즉, 친지의 기대치가 높을수록 증상이 덜 심하고 입원기간이 짧다). Schooler, Goldber, Boothe, 그리고 Cole(1967)은 상관관계의 방향에는 혼합된 결과를 보였으나 친지의 기대를 재는 척도가 환자의 입원 전 정신병적 증상, 발병 속도, 그리고 입원기간과 관련되었다고 보고했다. 친지가 재는 클라이언트의 실제 과업수행 정도는 입원기간과만 연관되는 것으로 나타났는데 단기 입원환자가 장기 입원환자보다 퇴원 후 높은 과업수행 정도를 보였다. Michaux, Katz, Kurland, 그리고 Gansereit(1969)는 회귀분석을 통해 증상척도, 실제로 수행하는 정도, 그리고 친지가 클라이언트에 대해 기대하는 정도가 정신질환자의 지역사회 복귀 1년 후 증상 및 사회적응을 예측한다고 보고했다.

Ellsworth와 그 동료들은(1968) 정신분열증 환자들이 상황에 따라(입원 병동 내, 가정, 지역사회) 다르게 행동하고 적응하는 것을 목격하고 정신건강전문가의 측정과 함께, 환자의 자기보고를 신뢰할 수 없어서, 친지로 하여금 지역사회적응척도(Community Adjustment Scale [CAS])를 작성하도록 하여 그 보충적인 정보를 활용했다. 연구시작 당시 KAS-R을 비롯한 적합한 척도가 부재하여 자체적으로 개발한 CAS이 사용되었다. CAS는 증상 및 증상적 행동, 대인관계 기술, 사회적 활동, 그리고 고

용의 다섯 측면으로 구성되어 있고, 네 번에 걸쳐(입원 전, 퇴원 당시, 입원 후 3주 및 3개월 시점) 측정하였다. 연구자들은 상관관계 분석을 통해 병동 직원들이 증상을 통해 환자의 입원기간을 설명하는 만큼 친지는 환자의 지역사회적응을 통해 입원기간을 예측했다고 보고했다. 이 연구는 친지의 측정이 병동직원의 측정만큼 타당하다는 것을 강조하였으나, 친지가 측정한 증상과 지역사회 적응이라는 두 가지 변수가 각각 입원기간을 어느 정도로 비슷하게 혹은 다르게 설명하였는지는 밝히지 않았다.

Weissman과 그 동료들은(Weissman et al., 1974, 1979) 특히 우울 클라이언트를 대상으로 사회적응척도(Social Adjustment Scale [SAS])를 개발했다. Weissman은 사회적응이 개인의 타인과의 상호작용과 역할에서의 만족감과 수행 정도를 반영하는 것으로 개인의 성격, 개인 및 가족사, 그리고 문화의 영향을 받고 수정되는 것으로 보았다. 사회기능과 증상을 구분하여 연구해야 한다는 주장 하에 Weissman 팀은(1974, 1979) 항우울증약과 대인관계치료의 효과를 비교하기 위해 외래환자를 대상으로 SAS를 개발하였다. SAS는 클라이언트의 일, 사회/여가활동, 가족관계, 배우자 및 부모역할, 그리고 경제적 독립성의 다섯 측면에서의 적응 정도를 측정한다. Weissman 팀은 친지의 측정이 구체적으로 실제적인 면에서 어떤 함의를 주었는지와 그것이 장기적인 면에서 클라이언트의 임상개입에서 어떤 의미를 갖는지는 제시하지 않았다. 다만, 동일한 척도를 기초로 친지의 측정이 클라이언트나 정신건강전문가가 한 측정과 비슷한 타당성을 지니는 정도로만 보고하였다.

이상의 기존 연구로부터 본 연구와 관련해 세 가지 요점을 볼 수 있다. 첫째, 연구자들은 증상 및 사회기능을 구분하여 측정하였고, 둘째, 정신장애인 클라이언트의 친지가 클라이언트의 증상과 사회기능을 의미있게 측정할 수 있고 정신건강전문가와의 의견과도 공유하는 면이 있으며, 셋째, 친지가 자신 및 사회적 기준에 근거하여 클라이언트가 수행하기를 기대하는 바가 임상적 함의를 제공하는 것을 보여주어 그 기대가 반드시 비현실적인 것은 아니라는 것을 알 수 있다.

증상과 사회기능의 두 측정 영역을 동시에 볼 때, 친지가 의학적 이해를 필요로 하는 증상보다는 사회기능을 관찰하는 것이 상대적으로 용이할 것이라는 추측을 할 수 있다. 그러나, 우울증상 중 상당한 내용이(예: 수면 및 식습관, 감정 표현, 대인관계 등에서의 변화) 타인의 눈에 띄는 것이므로 클라이언트에게 의미있는 타자로서 친지가 관찰하는 데 무리가 없을 수 있다.

4) 클라이언트의 기능에 대한 측정자로서 친지에 대해 연구자가 고려할 사항

친지에 의한 클라이언트의 증상 및 사회기능 측정의 활용은 그 초점이 클라이언트의 치료와 재활임을 염두에 두어야 한다. 연구자는 친지의 연구참여에 대한 클라이언트의 의견을 선행적으로 묻고 동의를 구해야 한다. 클라이언트는 자신이 받는 정신건강서비스나 치료에 대해 친지가 모르기를 바랄 수 있고 친지가 자신을 평가하는 것을 거부할 수도 있다. 이러한 경우에 친지는 측정에 참여할 수 없다. 클라이언트가 동의한 다음, 연구자가 고려해야 할 것은 클라이언트와 일정한 시간 동안 상호작용이 있는지, 치료 전·후로 클라이언트의 상태에 대해 친숙히 알 수 있는지, 그리고 친지들이 측정에 참여할 의사가 있으며 질문지나 인터뷰에 응하는 등 연구에 참여할 수 있는지 등이다(Davidson & Davidson, 1983; Fiske, 1975). 클라이언트의 기능에 대해 높은 기대를 가지고 있고 치료를 적극적으로

로 도우려는 친지는 그렇지 않은 친지에 비해 클라이언트의 정신 및 사회기능을 다르게 볼 수 있으며, 이런 차이는 연구에서 발견한 사항을 일반화하는데 주의를 요구할 것이다(Park, 2002).

친지의 입장을 심리적인 면에서 이해할 때, 가족 외의 외부인에게(예: 치료자, 독립적 임상평가자, 면접인) 클라이언트의 사적인 일을 노출시키는 과정에서 친지가 불안감이나 창피감을 경험할 수 있다는 점도 연구자가 고려해야 한다.

클라이언트와 친지의 관계 측면에서, 친지의 클라이언트에 대한 감정적 개입은 치료 후 그 상태를 보는데 긍정적 혹은 부정적인 편의(bias)를 발생시킬 수 있다. 예를 들면, 자신에게 중요한 인물이기 때문에 지나치게 긍정적으로 측정할 수 있다. 다른 한편, 클라이언트, 치료자, 그리고 친지 삼자 관계에서, 클라이언트와 치료자 사이에 형성되는 치료적 관계에 대해 친지가 느낄 수 있는 소외감은 부정적 편의를 유발할 수 있다(Brody & Farber, 1989; Roberts, 1996).

3. 연구질문

본 연구는 친지가 클라이언트의 심리사회적 개입 전·후에 측정된 우울증상과 사회기능을 독립변수로, 외부 임상평가자가 측정된 치료 종결 후 6개월 및 1년 후 시점에서 클라이언트의 우울증상 및 사회기능을 종속변수로 하여 다음의 세 연구질문에 답하고자 한다.

1) 치료 전과 후의 측정에 초점을 두어, 친지가 치료 전과 종결 후 각각의 시점에서 한 클라이언트의 우울증상 및 사회기능 측정이 치료 종결 후 추적기간 중의 클라이언트의 상태를 어떻게 설명하는가?

2) 측정 시점과 영역을 구체화하여, 친지가 치료 전과 후에 측정된 우울증상과 사회기능 각 영역이 치료 종결 후 6개월 및 1년 후 각 시점의 우울증상과 사회기능을 어떻게 구별적으로 설명하는가?

3) 증상과 사회기능의 상대적 우월성을 고려하여, 치료 전·후 각 시점에서 친지가 측정된 클라이언트의 증상이 추적기간 중 클라이언트의 증상 및 사회기능을 설명하는 것 이상으로 사회기능이 얼마만큼의 설명력을 더 추가하는가? 또 그 반대(두 독립변수의 역순 분석)는 어떠한가?

4. 연구방법

1) 연구대상 및 표집

본 연구는 미국 국립정신건강연구원(National Institute of Mental Health)의 후원으로 실행된 우울증치료 협동연구프로그램(Treatment of Depression Collaborative Research Program [TDCRP], Elkin, 1985, 1989)의 자료를 이차적 분석법으로 사용하였다. 그 자료 중 친지에 의한 클라이언트의 증상 및

사회기능 측정이 있는 사례만을 뽑아 사용하였다.⁵⁾

TDCRP의 클라이언트는 광고를 보고 외래 클리닉에 자발적으로 온 250명을 두 차례에 걸친 진단과 기능검진을 한 후, 우울증상 외 다른 신체 및 조직적인 이상과 정신분열증상이 없이, 연구진단기준 척도(Research Diagnostic Criteria [RDC])에 의해 단일적으로 주요우울증(major depression)을 겪는 것으로 판정된 239명이었다. 이들은 네 가지 치료법 중 하나에 무작위로 배치되었다. 클라이언트의 대부분이 백인이고(89%), 여성(70%)이었으며, 나이는 21세에서 60세로 분포하였다.

클라이언트가 친지의 참여를 허락하고 친지가 실제로 연구에 참여한 사례는 163이었다. 이 163명의 클라이언트들은 성별(여성 71%), 나이(35세 \pm 8.4), 교육의 분포(대졸: 41%; 단기대학: 33%; 고졸 혹은 이하 26%) 면에서 전체 239명의 클라이언트와 비슷하였다. 다만, 163명의 표본이 전체 239 클라이언트보다 결혼 및 동거관계에 있는 비율(47% 대 40%)과 별거, 이혼 혹은 사별율(39% 대 33%)이 약간 높았다.

친지의 인구사회학적 성격을 간단히 보면, 163명 친지들의 나이는 19세에서 77세에 분포하며 평균 나이는 38세였고 여성이 상대적으로 많았다(61.3% 대 38%). 클라이언트와의 관계로는, 배우자가 가장 많았고(35%), 동거하지 않는 친구(27%), 어머니(11%), 동거하는 친구(8%), 딸(5.5%), 여형제(4.9%), 그 외 다른 친척(3.7%), 비혼인 관계의 파트너(3.1%) 순이었다. 그 외 아버지(2명)와 아들이(1명) 소수 있었다. 친지가 클라이언트와 함께 지내는 시간은 하루 평균 4시간이고 친지들은 대개 클라이언트와의 관계에 만족한다고 보고하였다.

본 연구분석에서 기본 표본크기 163은 치료 전·후 그리고 추적기간 중 변수와 상응시켰을 때 발생하는 결측값으로(missing data) 작아지고, 추적기간 시점 및 측정영역에 따라 다른 표본크기를 보인다.

3) 측정도구

(1) 친지에 의한 측정도구

TDCRP는 친지가 측정하는 클라이언트의 증상 및 사회기능을 위해 Katz와 Lyster(1963)가 개발한 켈츠적응척도(Katz Adjustment Scale-Relative's Form [KAS-R])를 사용하였다. KAS-R은 4점 척도의 자기보고식 205 문항으로 구성된다. 각 항목은 과거 3주간의 클라이언트의 행동을 근거로 측정된다. 친지는 KAS-R을 치료 개입 전과 종결 직후, 그리고 종결 후 16주, 6개월, 1년, 및 1년 반 시점에서 측정하였다. 이 중 본 연구는 치료개입 전과 후 두 시점의 측정만을 사용하였다.

5) TDCRP의 설계와 연구방법 등 자세한 사항은 Elkin et al.(1985, 1989)을 참조하기 바란다. TDCRP에서 사용한 네 가지 치료법은 인지행동치료, 대인관계치료, 항우울증약과(imipramine hydrochloride) 임상적 관리(clinical management)의 병행, 그리고 통제집단이다(위약과 최소한의 임상적 관리). 각 치료법은 16주 동안 진행되는 것을 기본 원칙으로 하였다. 본 연구에서는 기존의 관련 연구가 부재한 상황에서 친지의 측정의 개괄적인 유효성에 초점을 두었고, 치료방법에 따른 차이는 분석하지 않았다.

① 친지에 의한 우울증상 측정

친지에 의한 클라이언트의 증상 측정은 KAS-R의 다섯 하위척도 중 증상과 증상적 행동을 묻는 127문항 중 감정 및 그 기복, 자기비판적/자해적 행동, 그리고 신체화 증상 등 우울증에 관한 23문항으로 이루어졌다. 각 문항별 사항은 “전혀-가끔-자주-항상”의 정도로 측정하도록 하였다. 점수는 23에서 92로 분포할 수 있고 높은 점수일수록 우울증상이 심한 것으로 해석된다.

② 친지에 의한 사회기능 측정

친지가 보는 클라이언트의 사회기능은 KAS-R에서 사회적 과업에 대한 수행정도를 묻는 16문항으로 구성된 “실제수행” 척도와 이들 과업의 수행에 대한 친지의 기대를 묻는 16문항의 “기대수행” 척도로 측정되었다. 클라이언트가 수행한 가사, 가족내 관계, 친구 및 이웃에서의 사회적 역할에 대한 수행정도를 “하지 않는다-약간 한다-정기적으로 한다-적용되지 않는다”로 측정하도록 하였다. 점수는 0-48로 분포할 수 있으며 점수가 높을수록 수행을 잘 하는 것으로 측정되었다.

기대수행 척도는 클라이언트가 각 역할에 대해 수행하도록 친지가 기대하는 바를 “할 것으로 기대하지 않았다-약간 할 것으로 기대했다-정기적으로 하리라고 기대했다-적용되지 않는다”로 측정하도록 하였다. 실제수행과 마찬가지로 점수가 분포되고 높은 점수일수록 기대 정도가 높은 것으로 측정되었다.

<표 1>이 증상 및 사회기능 척도 각각의 내적 일관성을 보여준다. 알파 값이 세 척도 모두 중간 수준 이상이며($\alpha > .69$), 증상 척도가 상대적으로 높고($\alpha > .84$), 치료 후 측정 때에 치료 전보다 높다(치료 전 평균 $\alpha = .75$, 후는 $\alpha = .79$).

<표 1> 친지에 의한 측정도구 각각의 치료 전·후의 내적 일관성(Cronbach α)

	증상: 23 항목	실제수행: 16 항목	기대수행: 16 항목
치료 전	.84 (n = 152)	.71 (n = 157)	.69 (n = 159)
치료 후	.88 (n = 98)	.78 (n = 99)	.71 (n = 100)

③ 실제수행과 기대수행 간 차이의 측정

친지가 보는 우울 클라이언트 개인의 실제적 기능수행 정도와 클라이언트의 발병 전 상태와 사회적 기대를 의식하여 친지가 나름대로 정한 기대수준 간에는 차이가 있을 수 있다. 이러한 실제와 기대간의 차이를 친지의 입장에서 측정하는 표준화된 도구가 없어서, 본 연구에서는 Katz와 Lyerly(1963)의 방법을 따라 실제수행과 기대수행 척도의 차이 점수를 내어 이 요인을 탐구하였다. 점수가 클수록 친지가 클라이언트에 대해 증상 및 사회기능에 대해 기대하는 바만큼 현실적으로 수행을 못하는 것으로 해석된다.

2) 치료 종결 후 추적기간의 측정

본 연구는 친지가 측정하는 클라이언트의 우울증상 및 사회기능이 치료 종결 후 6개월 및 1년이 지난 시점 즉 추적기간 중의 클라이언트의 우울증상과 사회기능 두 영역을 설명하는 정도를 통해 그 유효성을 탐구하였다. 추적기간을 단기적 그리고 장기적 측면에서 보기 위하여 이 두 시점을 택하였고 사회기능은 증상에 비해 뒤늦게 진전될 수 있는 가능성도 고려하기 위해서였다. 추적기간 중의 클라이언트의 우울증상과 사회기능은 치료에 직접 개입하지 않는 독립적인 임상평가자(independent clinical evaluator)⁶⁾가 측정한 것을 사용하였다.

비록 TDCRP에는 추적기간 중 친지가 KAS-R을 통해 측정한 클라이언트의 증상 및 사회기능 자료가 있으나, 본 연구는 독립적인 임상평가자에 의한 자료를 사용하였다. 이는 일반적으로 같은 측정자에 의한 도구간의 상관관계가 높은 요인을 제한하기 위해서였다.

① 추적기간 중의 우울증상 측정

추적기간 중의 클라이언트의 우울증상은 “우울증상부재주간”(number of depression-free weeks)의 수로 측정되었는데, 이는 장기추적평가(Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation [LIFE]) 도구에서 추출한 것이다. LIFE는 반 구조화된 인터뷰 적도로 치료 종료 후 6개월마다 시행되었고, 임상평가자가 묻고 클라이언트가 주기적인 우울증상을 회고적으로 서술하면 임상평가자가 정신의학상태측정(Psychiatric Status Rating) 도구를 사용하여 측정하는 방식이다(Shea et al., 1992). LIFE는 몇몇 연구(예: Evans et al., 1992; Gallagher-Thompson et al., 1990; Simons et al., 1985)에서 추적기간 중 증상을 측정하기 위해 사용되었다. LIFE를 측정한 독립적인 임상평가자간의 일치도와 내적 일관성은 .82에서 .93으로 높게 분포하였다.

② 추적기간 중의 사회기능 측정

추적기간 중 클라이언트의 사회기능은 소수의 연구(예: Faravelli et al., 1986; Weissman, et al., 1981)에서만 연구되었다. 본 연구는 친지의 측정이 증상과 사회기능 영역을 어떻게 비슷하게 혹은 구별적으로 설명하는가를 탐구하는 취지에서 포함시켰다. 여기서는 Weissman과 그 동료(Weissman et al., 1974, 1979)가 우울증이 있는 클라이언트의 사회기능을 위해 개발한 수정된 사회적응척도(modified Social Adjustment Scale [SAS])를 독립적인 임상평가자가 측정한 것을 사용하였다. 오점 척도의 48항목으로 된 SAS의 다섯 하위(일, 사회/여가활동, 가족관계, 배우자/부모 역할, 경제적 독립성)척도 중 본 연구는 사회/여가 적응을 재는 20항목과 직장, 주부, 학생으로서의 일의 적응을 평가하는 18항목을 사용하였다.⁷⁾ 일 적응을 사용한 이유는 사회적 상호작용을 강조하는 사회/여가적응과

6) 본 연구의 모(母)연구인 TDCRP는 아홉 명의 독립적인 임상평가자를 기용하였고 이들은 치료자의 인적 및 치료의 성격을 모르도록 설계되었다.

7) 본 연구는 “사회기능”을 주로 사용하며, SAS의 사회적응으로 명명되어 있는 척도를 지칭할 때만

달리 일의 기능은 목적 지향적이고 임금과 생산성에 초점을 두게 된다는 면을 고려하기 위해서였다. TDCRP에서 SAS를 측정된 임상평가자 간의 일관성이 사회/여가 적응에서는 .90에서 .97사이였고 일 적응에서는 .89에서 .92였다.

4) 자료 분석방법

본 연구의 세 가지 연구질문을 탐구하기 위해 사회과학을 위한 통계패키지 SPSS(Statistical Package for Social Science)를 사용했다. 처음 두 가지 연구질문을 고찰하기 위해 친지가 측정된 우울증상 및 사회기능 척도(독립변수)와 추적기간 중의 독립적인 임상평가자에 의해 측정된 클라이언트의 우울증상 및 사회기능 각 척도간의 이변수 상관관계(Pearson's product-moment correlation)를 사용하였다. 이 분석은 친지의 치료 전·후와 추적기간 6개월과 1년 시점, 그리고 구체적 측정 영역 각각에 따라 이루어졌다. 독립변수가 종속변수 즉 추적기간 중 클라이언트의 우울증상 및 사회기능의 각 종속변수를 설명하는 정도는 이변수 상관관계수 값 r 을 제공하여 확인하였다.⁸⁾

세 번째 연구질문을 위해 단계적 다중회귀분석(hierarchical multiple regression analysis)을 사용하였다. 한 독립변수가 다른 독립변수보다 어느 정도의 설명력을 추가하는가를 분석하기 위해 첫 번째 변수를 회귀분석에 먼저 투입하고 그 다음 다른 독립변수를 투입하였다. 두 번째 독립변수를 투입한 후 변화하는 R^2 값이 첫 번째 투입한 변수가 보인 설명력 이상으로 두 번째 독립변수가 종속변수를 추가적으로 설명하는 것으로 확인하고 그 값을 백분율로 환산하여 해석했다. 그 다음 독립변수를 역순으로 입력하여 첫 번째 독립변수가 두 번째 독립변수가 보인 설명력 이상으로 더하게 되는 설명력을 확인하였다.

4. 연구결과 분석

1) 친지의 치료 전·후 측정에 의한 추적기간에 대한 설명력

<표 2>와 <표 3>은 치료 전과 후의 시점에서 친지가 측정된 클라이언트의 우울증상과 사회기능 변수들과 치료 후 6개월 및 1년 시점에서 독립적인 임상평가자가 측정된 클라이언트의 상태(우울증상부재구간과 사회적응 척도) 각각의 이변수 상관관계 계수값을 보여준다.⁹⁾

“사회적응”을 사용하였다.

- 8) 치료 전·후 KAS-R의 네 척도 각각이 추적기간 중 증상 및 사회기능을 설명하는 분산을 보고하기 위해 상관관계수 값을 제공하여 보고하였다. 이는 단일 회귀분석을 사용하여 R^2 를 구하는 것과 기본적으로 같고 여기서의 목적이 다중회귀분석을 통해 베타 값을 비교하는 것이 아니므로 보다 간단하고 직접적인 방식을 사용하였다.
- 9) 이 분석의 초점은 독립변수와 종속변수간의 이변수 상관관계이다. 독립변수간의 상관관계는 치료 전에는 .16부터 .59, 치료 후 시점에서는 .17 - .69로 분포하였다. 독립변수간 즉, 친지에 의한 증상적

치료 전과 후의 측정을 개괄적으로 보면, 친지의 측정과 클라이언트의 추적기간 중 상태가 상식적으로 납득할 방향의 관계를 갖는다는 것을 알 수 있다. 즉, 친지가 보기에 수행을 하는 정도와 추적기간 중에 클라이언트가 우울증상 없이 지내는 주의 수와 사회/여가 활동을 하고 일의 기능을 하는 정도가 긍정적 관계에 있는 것이다(일부 척도의 측정 방향이 반대인 것을 고려해야 함. 연구방법 참조)

상관관계의 강도를 전반적으로 보면, 치료 후에 친지가 한 측정이 추적기간 중의 클라이언트의 상태를 보다 빈번히, 더 강하게 설명하였다. 추적기간을 단기 6개월과 장기 1년으로 나누어 볼 때 그 설명력은 친지의 측정 및 추적기간 중의 구체적 시점과 영역별로 다르다는 것을 알 수 있다.

<표 2> 치료 전 증상 및 사회기능과 추적기간 중 변수간의 상관관계(Pearson's r)

임상평가자의 측정 및 추적기간 친지의 측정	우울증상부재주간		사회/여가 적응		일 적응	
	6개월 (n = 127)	1년 (n = 116)	6개월 (n = 138)	1년 (n = 131)	6개월 (n = 135)	1년 (n = 128)
실제수행	.174*	.181	-.319**	-.249**	-.187*	-.233*
기대수행	.104	.062	-.148	-.209*	-.095	-.245**
기대 - 실제수행	-.080	-.136	.203*	.059	.108	.006
우울 증상	-.078	-.066	.149	.042	-.009	-.050

*p < .05.

**p < .01.

<표 3> 치료 후 증상 및 사회기능과 추적기간 중 변수간의 상관관계(Pearson's r)

임상평가자의 측정 및 추적기간 친지의 측정	우울증상부재주간		사회/여가 적응		일 적응	
	6개월 (n = 97)	1년 (n = 89)	6개월 (n = 96)	1년 (n = 89)	6개월 (n = 95)	1년 (n = 87)
실제수행	.321**	.294**	-.400**	-.275**	-.263**	-.301**
기대수행	.126	.213*	-.367**	-.323**	-.216*	-.327**
기대 - 실제수행	-.221*	-.123	.113	.018	.094	.042
우울 증상	-.350**	-.420**	.376**	.215*	.278**	.184

*p < .05.

**p < .01.

도와 세 가지 사회기능 관련 척도간의 상관성은 치료 전에는 .16 -.39, 치료 후 시점에서는 .17 -.51로 강한 수준(.80 이상)이 아니었다.

2) 친지에 의한 측정의 추적기간 중 구체적 영역에 대한 설명력

치료 전 시점에서 친지에 의한 실제수행 측정은 추적기간 6개월 시점의 세 영역을 모두 설명했다. 실제수행 측정은 사회/여가 적응을 10%($p < .01$), 우울증상 부재주간과 일 적응을 각각 3%($p < .05$) 설명했다. 친지에 의한 기대와 실제수행의 차이 점수는 사회/여가 적응만을 4%($p < .05$) 설명했다. 친지의 기대수행과 증상 측정은 추적기간의 세 영역 모두에서 아무 설명력을 보이지 않았다.

친지의 치료 전 측정이 1년 후 시점에서의 사회기능을 설명하는 것을 보면, 실제 수행 및 기대수행 측정이 사회/여가 적응과 일 적응의 변량을 각각 비슷한 정도로 (사회/여가 적응을 6% & 4%, 그리고 일 적응을 5% 및 6%, 모두 $p < .01 - < .05$) 설명하였다. 기대와 실제수행의 차이 점수와 증상 측정은 추적기간의 어떤 영역도 의미있게 설명하지 못하였다. 또한 추적기간 중 우울증상부재주간은 친지가 측정한 어떤 변수에 의해서도 유의하게 설명되지 않았다.

치료 종료 후에 친지가 한 측정은 전반적으로 더 큰 설명력을 보였다. 추적기간 6 개월 시점에서, 실제수행 측정은 사회/여가 적응의 변량을 가장 많이 설명하고(16%), 그 다음 우울증상부재주간(10%), 일 적응(7%, 모두 $p < .01$)이다. 기대수행 측정 역시 사회/여가 적응을 가장 잘 설명하고(13%, $p < .01$), 일 적응은 통계적으로 의미는 있으나 상대적으로 미약하게 설명되었다(5%, $p < .05$).

친지에 의한 기대-실제 간 차이 점수는 우울증상부재주간만을 설명하였다(5%, $p < .05$). 친지의 증상 측정 역시 사회/여가 적응을 가장 잘 설명하고(14%), 그 다음 우울증상부재주간(12%), 일 적응(8%, 모두 $p < .01$) 순이었다.

추적기간 1년 시점에서는 6개월 때 보다 설명력이 떨어지는 영역이 있다. 실제수행 측정은 우울증상부재주간과 일 적응의 변량을 각각 9% 설명하고, 사회/여가 적응의 변량을 8% 설명하였다(둘 다 $p < .01$). 기대수행 측정은 일 적응을 가장 잘 설명하고(11%), 다음으로, 사회/여가 적응(10%), 그리고 우울증상부재주간이었다(5%, 모두 $p < .01 - < .05$).

친지의 기대-실제수행 간 차이 점수는 추적기간 중 아무 영역도 설명하지 못했다.

친지에 의한 우울증상 측정은 추적기간 중 우울증상부재주간을 상대적으로 잘 설명하고(18%, $p < .01$), 그 다음 사회/여가 적응을 설명하였다 (5%, $p < .05$).

요약하면, 대체적으로 치료 후 측정이 장기 추적기간 중 클라이언트의 증상 및 사회기능에 대한 설명력이 약간 높다(치료 전 측정: 3 - 10%의 변량 설명 vs 치료 후: 5 - 18%의 변량 설명). 치료 전과 후의 측정을 각각 보면, 친지가 치료 전에 보기에 일상생활에서 사회기능을 잘한 클라이언트가 치료 종료 후에도 사회기능을 잘 할 수 있을 가능성이 높다는 것을 부분적으로 보여주었다. 치료 전 시점에서 친지가 클라이언트의 기능에 대해 기대하는 정도는 단기 추적기간보다는 장기 즉, 1년 후 시점에서의 클라이언트의 사회기능을 잘 설명하여 친지가 기대하는 바가 오히려 장기적 가능성에 대한 설명력이 있다는 것을 보였다.

치료 후 측정에서 친지에 의한 실제수행 측정이 추적기간 두 시점 모두에서 증상 부재주간과 사회

기능을 상대적으로 높게 설명했다. 증상 측정이 치료 후에 훨씬 강한 설명력을 발휘하여 특히 우울증상부재주관을 두 추적기간 모두에서 잘 설명하였고 6개월 시점에서의 사회/여가 적응과 일 적응을 잘 설명했다. 친지의 기대수행도 치료 후 측정이 더 유효하여 특히 사회/여가 적응과 일 적응을 잘 설명했다. 따라서, 친지가 치료 후에 한 기대하는 바에 대한 측정도 치료 종결 후 1년에 걸쳐 클라이언트가 사회기능을 수행하는 정도를 알아낼 수 있음을 보여주었다.

기대와 실제 간 차이 점수는 상대적으로 가장 미미한 설명력을 보였다. 치료 전의 기대-실제수행 간의 큰 차이 점수가 추적기간 6개월 시점의 클라이언트의 사회/여가 적응이 떨어지는 것과, 치료 후 기대-실제수행의 큰 차이가 추적기간 6개월 시점에서 클라이언트가 우울증상 없이 지내는 주간 수가 적은 것을 설명하는 정도였다.

3) 친지의 측정에 의한 추적기간 중 영역에서의 추가적 설명력 분석

친지에 의한 치료 전 클라이언트의 사회기능과 우울증상 측정의 추적기간에 대한 추가적 설명력을 위계적인 다중회귀를 이용해 변량을 분리하여 분석함으로써 어느 독립변수가 클라이언트의 장기적 기능을 알려주는데 어느 만큼 더 기여하는지 통계적으로 유의한 결과를 중심으로 서술한다. 분석마다 다른 표본크기는 자유도로 알 수 있다.

<표 4-1> 친지에 의한 치료 전 증상 및 실제수행 측정의 추적기간에 대한 위계적 회귀 분석 결과

추적기간	단계	R ²	R ² 변화량	Beta	자유도
1년 후	사회/여가 적응				
	1. 증상	.002	.063**	.042	1, 129
	2. 증상 실제수행	.065		-.059 -.271**	2, 128
6개월 후	일 적응				
	1. 증상	.000	.042*	-.009	1, 133
	2. 증상 실제수행	.042		-.090 -.220*	2, 132
1년 후	1. 증상	.002	.073**	-.050	1, 126
	2. 증상 실제수행	.075		-.155 -.289**	2, 125

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

<표 4-1>부터 <표 4-3>을 보면, 치료 전 시점에서, 친지가 측정한 실제수행과 기대수행은 증상 측정이 추적 기간 중 사회/여가 적응과 일 적응을 설명하는 것 이상으로 의미있는 설명력을 추가하였다(p

< .05 - < .01). 역순으로 분석하였을 때, 증상 측정은 실제 및 기대수행 측정이 보이는 설명력 이상을 추가하지 않았다. 구체적으로, 치료 전 실제수행 측정은 추적기간 6개월 시점의 일 적응을 증상 측정이 보인 설명력 이상으로 4%를 더 설명하였다($p < .05$). 마찬가지로 실제수행 측정은 1년 후 시점에서의 사회/여가 적응을 6% 더 설명했고($p < .01$) 일 적응을 7% 더 설명하였다($p < .01$).

기대수행 측정은 6개월 시점에서 증상 측정이 일 적응을 설명한 것에 추가적으로 7%를 더 설명했고($p < .01$), 1년 후의 사회/여가 적응을 4% 더 설명했다($p < .05$).

실제수행과 기대수행의 차이 점수는 6개월 시점의 사회/여가 적응을 3% 더 설명했다($p < .05$).

<표 4-2> 친지에 의한 치료 전 증상 및 기대수행 측정의 추적기간에 대한 위계적 회귀 분석 결과

추적기간	단계	R ²	R ² 변화량	Beta	자유도
1년 후	사회/여가 적응				
	1. 증상	.002		.042	1, 129
	2. 증상 기대수행	.044	.042*	.005 -.209*	2, 128
6월 후	일 적응				
	1. 증상	.002		-.050	1, 126
	2. 증상 기대수행	.068	.066**	-.091 -.259**	2, 125

* $p < .05$.
** $p < .01$.

<표 4-3> 친지에 의한 치료 전 증상 측정과 기대-실제수행 차이 점수의 추적기간에 대한 위계적 회귀분석 결과

추적기간	단계	R ²	R ² 변화량	Beta	자유도
6개월 후	사회/여가 적응				
	1. 증상	.022		.149	1, 136
	2. 증상 기대-실제수행 차이 점수	.052	.030*	.108 .178*	2, 135

* $p < .05$.

<표 5-1>부터 <표 5-3>을 보면, 치료 전 측정과 달리 치료 종료 후 측정에서는 친지의 증상 측정이, 사회기능 측정이 증상에 추가한 것보다, 더 빈번하게(12번 대 5번) 설명력을 추가했다. 또한 증상 측정은, 사회기능 측정이 보인 설명력 이상으로 우울증상부재주관을 잘 설명하였다.

구체적으로, 친지에 의한 증상 측정은 실제수행이 보인 설명력 이상으로 6개월 추적기간 중의 우울

증상부재주간을 5%($p < .01$), 사회/여가 적응을 4%($p < .05$) 더 설명하였다. 1년 후 시점에서는 우울증상부재주간만을 10%($p < .01$) 더 설명했다.

친지의 증상 측정은 추적기간 6개월 시점에서 기대수행 측정이 보인 설명력 이상으로 우울증상부재주간을 11%($p < .01$), 사회/여가 적응을 4%($p < .05$), 그리고 일 적응을 6%($p < .05$) 더 설명했다. 1년 후 시점에서는 기대수행이 보인 설명력 이상으로 우울증상부재주간만을 16%($p < .001$) 더 설명했다.

친지의 증상 측정은 기대수행과 실제수행간 차이 점수가 보인 설명력 이상으로 6개월 시점의 우울증상부재주간을 14%($p < .01$), 사회/여가 적응을 13%($p < .001$), 그리고 일 적응을 7%($p < .05$); 1년 후 시점의 우울증상 부재주간을 16%($p < .001$) 그리고 사회/여가 적응을 5%($p < .05$) 더 설명했다.

<표 5-1> 친지에 의한 치료 종료 후 실제수행 및 증상 측정의 추적기간에 대한 위계적 회귀분석 결과

추적기간	단계	R ²	R ² 변화량	Beta	자유도
우울증상부재주간					
6개월 후	1. 실제수행	.103		.321	1, 95
	2. 실제수행 증상	.151	.048*	.194 -.252*	2, 94
1년 후	1. 실제수행	.086		.294	1, 87
	2. 실제수행 증상	.187	.101**	.120 -.362**	2, 86
사회/여가 적응					
6개월 후	1. 증상	.141		.376	1, 94
	2. 증상 실제수행	.201	.060*	.234 -.283*	2, 93
	1. 실제수행	.160		-.400	1, 94
	2. 실제수행 증상	.201	.041*	-.283* .234*	2, 93
일 적응					
1년 후	1. 증상	.034		.184	1, 85
	2. 증상 실제수행	.093	.059*	.050 -.277*	2, 84

* $p < .05$.

** $p < .01$.

언급한 대로, 친지가 측정한 사회기능이 증상 측정에 추가하는 설명력이 그 반대 경우보다 덜 빈번

하게 나타났다. 친지의 실제수행 측정은 증상 측정이 보인 설명력 이상으로 6개월 시점의 사회/여가 적응을 6%($p < .05$), 1년 후 시점의 일 적응을 6%($p < .05$) 추가적으로 설명했다.

<표 5-2> 친지에 의한 치료 종료 후 기대수행 및 증상 측정의 추적기간에 대한 위계적 회귀분석 결과

추적기간	단계	R ²	R ² 변화량	Beta	자유도
우울증부재주간					
6개월 후	1. 기대수행	.016		.126	1, 95
	2. 기대수행 증상	.129	.113**	.078 -.339**	2, 94
1년 후	1. 기대수행	.046		.213	1, 87
	2. 기대수행 증상	.205	.159***	.172 -.402***	2, 86
사회/여가 적응					
6개월 후	1. 증상			.376	
	2. 증상 기대수행	.141 .243	.102**	.332 -.332**	1, 94 2, 93
	1. 기대수행	.160		-.400	1, 94
	2. 기대수행 증상	.201	.041*	-.283 .234*	2, 93
1년 후	1. 증상	.046		.215	1, 87
	2. 증상 기대수행	.138	.092**	.183 -.304**	2, 86
일 적응					
6개월 후	1. 기대수행	.047		-.216	1, 93
	2. 기대수행 증상	.110	.063*	-.182 .254*	2, 92
1년 후	1. 증상	.034		.184	1, 85
	2. 증상 기대수행	.130	.096**	.152 -.311**	2, 84

* $p < .05$.

** $p < .01$.

*** $p < .001$

<표 5-3> 친지에 의한 치료 종료 후 기대-실제수행 차이 점수 및 증상 측정의 추적 기간에 대한 위계적 회귀분석 결과

추적기간	단 계	R ²	R ² 변화량	Beta	자유도
우울증부재주간					
6 개월 후	1. 기대-실제	.221		-.221	1, 95
	2. 기대-실제 증상	.362	.141**	-.099 -.312**	2, 94
1년 후	1. 기대-실제	.015		-.123	1, 87
	2. 기대-실제 증상	.178	.163***	.049 -.439***	2, 86
사회/여가 적응					
6개월 후	1. 기대-실제	.013		.113	1, 94
	2. 기대-실제 증상	.143	.130***	-.041 .392***	2, 93
1년 후	1. 기대-실제	.000		.018	1, 87
	2. 기대-실제 증상	.051	.051*	-.078 .245*	2, 86
일 적응					
6개월 후	1. 기대-실제	.009		.094	1, 93
	2. 기대-실제 증상	.078	.069*	-.019 .286*	2, 92

*p < .05.

**p < .01.

***p < .001

친지의 치료 후 기대수행 측정은 증상 측정이 보인 설명력 이상으로 6개월 시점의 사회/여가 적응을 10%(p < .01), 1년 후 시점의 사회/여가 적응을 9%(p < .01) 그리고 일 적응을 10%(p < .01) 추가적으로 설명하였다.

친지의 치료 후 기대수행 측정과 실제수행 측정의 차이 점수는 세 장기추적 영역 중 어떤 영역에서도 증상 측정이 보인 것 이상의 설명력을 추가하지 못하였다.

5. 논의 및 함의

1) 연구결과에 대한 논의

본 연구는 미국의 우울증치료 연구자료를 사용하여 우울증을 겪는 클라이언트의 변화를 측정하는 일환으로 그 일상생활 참여자로서 친지가 측정할 증상 및 사회기능이 치료 종결 후 추적기간 중의 클라이언트의 상태를 설명하는 정도를 탐구하였다. 주요 연구발견에 따라 세 가지를 논의할 수 있다.

첫째, 친지에 의한 증상 및 사회기능 측정을 치료 전·후로 비교하여 보았을 때, 전반적으로 치료 후 측정이 추적기간 중 클라이언트의 상태를 더 강하게 설명하였으며 통계적으로 의미있는 결과를 더 빈번하게 보였다. 이는 치료 전보다 후 측정이 추적기간에 대해 더 강한 설명력을 갖는다는 심리사회적 개입 측정의 일반적 경향과 부응하는 것이다. 즉, 치료 후 측정은 추적기간 중 측정과 시간상 더 근접하므로 강하게 연관될 수 있고 따라서 치료 후 클라이언트 상태를 더 잘 설명할 수 있는 것이다.

둘째, 본 연구는 치료 전·후의 측정 시점을 구분하여 보는 것에 덧붙여 구체적 영역을 함께 고려해야 한다는 것을 경험적으로 보여주었다. 즉, 치료 전 친지에 의한 측정 중 어떤 것도 추적기간 중 6개월 및 1년 후 시점에서의 증상(우울증상부재주간)을 효과적으로 설명할 수 없었다. 반면, 사회/여가 적응은 6개월 및 1년 후 시점 모두에서 친지의 치료 전 실제수행 측정에 의해, 일 적응은 6개월 시점에서는 실제수행 측정에 의해 그리고 1년 후 시점에서는 실제수행과 기대수행 측정에 의해 잘 설명되었다. 치료 후 측정에서는 추적기간 중 우울증상부재주간은 친지의 증상 측정에 의해 두 추적기간 모두에서 가장 잘 설명되고 실제수행 측정에 의해서도 잘 설명되었다. 사회/여가 적응은 6개월 시점에서 실제수행 측정에 의해, 1년 후 시점에서 기대수행 측정에 의해 가장 잘 설명되었다. 일 적응은 6개월 시점에서 실제수행과 증상 측정에 의해, 1년 후 시점에서 기대수행 측정에 의해 가장 잘 설명되었다. 이러한 발견으로부터 두 가지 함의를 도출할 수 있다. 즉, 친지의 증상 측정은 치료 전 보다는 후의 시점에서의 측정이 더 효과적이는데 이는 앞서 언급한 시간적 근접성과 함께, 친지가 치료 전에는 증상보다는 클라이언트의 사회기능에 더 익숙하며, 치료가 진전되면서 증상에 대한 인식이 증가하는데 기인할 수 있다. 이는 측정이라는 면에서 볼 때, 친지에만 국한되는 것이 아니라 인간으로서 어느 측정자에게나 일어나는 현상이다. 친지의 증상 측정이 추적기간 중 증상영역을 잘 설명한 데에는 같은 영역을 측정하는 도구 간의 상관관계에 기인했을 가능성도 있다. 이 가능성은 사회기능 측정과 추적기간 중의 사회기능 간의 관계에도 적용된다.

세 번째 연구질문은 친지가 측정하는 사회기능과 증상이 상대 변수 보다 치료종결 이후 클라이언트의 기능을 얼마나 더 효과적으로 설명하는가하는 것이었다. 분산의 설명력을 나누어 분석한 결과, 치료 전 시점에서 친지의 사회기능 측정은 증상 측정이 제공하는 것 이상의 설명력을 추가하였으나, 치료 종료 후의 측정에서는 그 반대였다. 치료 전에 행한 친지의 사회기능 측정은 사회/여가 적응 및 일 적응을 설명하는 데 있어 증상 측정이 보인 것 이상으로 설명력을 더하였으나, 이 현상은 추적기

간 중 우울증상부재주관을 설명하는 데에서는 발생하지 않았다. 치료 후 시점에서는 친지의 증상 측정이 사회기능 측정이 추적기간을 설명하는 것 이상으로 설명력을 추가하는 경우가 그 반대보다 두 배 이상 많았고, 이는 특히 추적기간의 증상 및 사회기능 모두에서 발생하여 특기할 사항을 제공하였다. 즉, 친지의 치료 후 사회기능 측정이 증상 측정이 보인 설명력 이상으로 추가하는 것은 추적기간 중 사회기능 영역에서만 발생하였으나 증상이 사회기능이 설명하는 것 이상의 설명력을 더하는 것은 추적기간 중 증상 및 사회기능 모두에서 발생하였던 것이다.

이 발견은 두 가지 점에서 추론이 가능하다. 첫째, 이 결과는 측정 간 시간적 근접성, 친지의 관찰력 증가와 함께, 친지의 증상 측정이 실제적인 효과성을 지니는 것을 보여주는 발견이다. 둘째, 친지의 사회기능 측정은 사회기능 영역에서만 추가적 설명력을 보인 반면, 증상 측정은 추적기간 중 증상 및 사회기능 두 영역 모두를 잘 설명한 점에 대해서는 증상과 사회기능의 인과관계와 관련해 추론해 볼 수 있다. 우울증을 겪는 클라이언트의 경우 증상의 호전은 사회기능의 향상을 초래할 수 있으며 사회기능은 증상의 개선 없이 결과하기가 힘들 것으로 사료된다. 따라서 친지의 증상 측정이 추적기간의 두 영역 모두에서 사회기능을 능가하는 우월한 설명력을 보였을 것이다. 이는 앞서 언급한 유사한 측정 도구간의 상관관계에 기인한 추론을 벗어나는 결과여서 더욱 의미 있다.

친지가 사용한 사회기능을 재는 구체적인 측정도구 면에서, 실제수행과 기대수행은 비슷한 설명력을 보였고, 기대수행이 보인 추적기간 중 변수에 대해 보인 유의한 설명력은 기존 연구(Clum, 1976; Katz & Lyerly, 1963; Michaux et al., 1969; Schooler et al., 1967) 결과와 마찬가지로 친지의 기대가 실제적 가치를 지닐 수 있다는 것을 보여준 데 긍정적인 의미가 있다. 한편, Katz와 Lyerly(1963)의 연구결과와 달리, 본 연구에서는 기대와 실제수행 측정 간 차이 점수는 전반적으로는 효과성을 발휘하지 못 하였다. 다만 치료 전 시점에서 이 차이 점수는 추적기간 6개월 시점의 사회/여가 적응을, 치료 후 시점의 차이 점수는 추적기간 6개월 시점의 우울증상부재주관을 설명하여 단기적이고 국부적인 정보를 제공하였다.

2) 방법론적 함의

이상에서 논의한 발견은 한국에서 우울증을 비롯한 정신질환을 겪는 클라이언트의 가족 및 친지의 활용을 연구하는 데 방법론적인 함의를 준다. 첫째, 친지에 의한 치료 후 측정의 상대적으로 강한 설명력을 바탕으로 임상 개입이 및 연구자들이 시간과 물리적 제한의 이유로 한 시점에서만 평가를 하여 치료 종료 후 예후를 가늠해야 한다면, 치료 후 친지의 평가를 활용하는 것이 좋을 것으로 생각된다.

둘째, 본 연구는 클라이언트의 “어떠한” 영역의 재활을 위해 “어느 시점”에서의 친지의 의견을 반영할 것인가를 구체화하는 작업이 필요하다는 것을 보였다. 이를 위해서는 우선 기본적으로 한국의 정신장애인의 친지들이 일상생활에서 주시하는 클라이언트의 증상 및 기능의 구체적인 측면과 친지가 치료자, 치료 기관, 치료방법에 대해 중요하게 생각하는 목적과 가치 등을 질적 연구방법론을 통해 탐구할 필요가 있다. 이러한 연구는 한국의 정황에 맞고 친지의 특성에 맞는 양적 측정도구를 개발하는

데에도 큰 기여를 할 것이다. 질적 연구와 양적 연구의 상호보조적 기능은 우리나라의 친지들이 무엇에 치료의 목표를 두고 어떤 사회적 가치를 중시하는지에 대한 기본 이해가 없이 외국의 연구를 반복(replicate)하는 데에서 볼 수 있는 한계점을 극복할 수 있을 것이다. 나아가, 친지의 측정과 함께 클라이언트와 정신건강전문가들의 경험에 비추어 중요하게 대두되는 성과영역을 포함시켜 비교 연구한 후 친지가 보는 증상 및 사회기능 측정이 얼마나 강한 혹은 약한 설명력을 보이는지 검정할 필요도 있을 것이다.

셋째, 친지의 치료 전 사회기능 측정이 보이는 추적기간 중 클라이언트의 상태에 대한 긍정적인 설명력은 그들이 일상생활에서 클라이언트를 관찰하며 갖게 되는 의견이 유효성을 가질 수 있다는 점을 시사하였다. 혹자는 측정방법론과 사람 즉 관찰자의 이슈가 맞물려 있는 해석에 대해 더 단일적으로 순수한 친지의 효과만을 추출해 보고 싶을 수 있다. 이 이슈는 질적 연구방법의 병행에 의해 가능할 것이며, 앞으로 개발의 여지가 많다.

3) 사회복지 실천적 함의

한국과 미국의 문화적 상황의 차이가 명백히 존재하나, 정신질환자의 사회기능 향상의 중요성과 친지를 그 재활의 원조자로 활용할 필요성은 공통적인 사실이라고 하겠다. 이 점을 고려하여 본 연구의 발견은 실천적 함의를 준다. 첫째, 우울 클라이언트의 친지가 측정하는 치료 성과 중 증상과 사회기능이 실제적인 유용성을 보이므로 우리 한국 임상 실천가 및 연구자들이 앞으로 친지의 의견을 활용할 방안을 모색할 필요가 있다. 한국 정신건강 전문가들의 경험에 비추어 친지가 클라이언트의 증상 및 사회기능을 일상생활 환경에서 관찰할 수 있는 방법을 개발하는 것이 필요할 것이다. 예를 들면, 본 연구에 비추어 볼 때, 친지가 치료 전에 측정한 클라이언트의 사회기능은 치료 계획을 세우는데 중요한 자료가 될 것이며, 친지는 치료 과정 중 일어나는 클라이언트의 기능을 가정 및 이웃에서 모니터하는 역할을 맡을 수도 있을 것이다.

둘째, 친지에 의한 클라이언트의 구체적인 기능에 대한 측정을 활용하는 것은 정신질환자 가족교육에 경험적 근거를 제공하여, 친지가 인지적인 지식과 이해만 갖추는 것이 아니라 실천적인 행동전략을 개발하는 데 도움을 줄 수 있을 것이다. 즉, 장기적인 면에서 치료 후 추적기간 중 친지가 측정하는 증상 및 사회기능은 재활의 징후를 탐지하는 데에 중요한 기여를 할 수 있을 것이다. 예를 들면, 친지가 추적기간 중 클라이언트의 재활의 전조증상을 관찰하고 그에 따라 임상개입가는 간헐적으로 위기 개입을 하여 증상의 악화를 예방할 수 있을 것이다.

이러한 경험적 자료를 바탕으로 한 함의는 정신질환자를 가족 및 친구로 둔 친지를 치료와 연구에 동참시킴으로써 치료의 협력자로 또 극복자로서의 적극적인 역할을 개발한다는 데에서 의미가 있을 것으로 사료된다. 김서원(1996)과 서미경의 최근 연구(2002)에 의하면 이러한 측정자로서의 친지의 적극적 참여를 위해 고려하고 변화하여야 할 점들이 있다. 즉, 친지의 사회경제적 위치에 따른 참여의 한계와 그들이 경험하는 정신질환 및 관련 전문가에 대한 괴리감 등은 교육과 전문가 쪽에서의 원조(outreach)로 보완해야 할 측면이다. 정신건강서비스 기관의 새로운(innovative) 심리사회적 개입법에

대한 개방적인 자세와 정신건강전문가들의 가족 참여에 대한 호의적 인식도 병행되어야 할 것으로 생각된다. 본 연구 결과는 비록 미국의 경우에서 비롯한 것이지만, 혹시 친지의 참여에 회의적인 한국의 정신건강서비스 기관과 전문가들에게 근거를 기반으로 한 실천(evidence-based practice)을 위한 하나의 경험적 자료로 제공될 수 있을 것이다. 친지에 의한 변화 측정의 핵심은 클라이언트에 대한 임상적 도움이므로 그 가능성을 보여주는 연구발견들이 속속 출현하여 기관과 전문가들을 설득할 수 있고 가족에게 적극성을 부여할 수 있는 실제적 근거로 기여하여야 할 것이다. 이러한 변화는 연구와 실천의 밀접한 상호작용을 통해 가능하다.

6. 연구의 한계 및 후속연구를 위한 제언

본 연구의 한계점을 지적하면, 첫째, 본 연구의 자료 및 대상이 미국의 임상개입 연구프로그램에서 추출한 것이기 때문에 비교 대상으로 삼을 때 유의하여야 한다. 본 연구의 대상은 특정 임상개입 하에 있던 우울증이 있는 클라이언트의 친지였고, 그 증상 및 사회기능의 측정이 일반적인 정신질환자 친지들이 작성하는 경우의 전체 측정 범위에서 어느 수준인지는 알 수 없었다.

둘째, 첫 번째 지적에 따라, 본 연구결과를 일반화할 때 사회, 문화적, 그리고 특정 연구프로그램의 대상이라는 특성을 고려하여야 한다.

본 연구의 결과 및 한계점을 고려하여 후속연구를 위한 제언을 세 가지 측면에서 할 수 있다. 첫째, 친지의 시각이 치료성가를 측정하는 데 기여하는 정도는 다른 측정자와(예: 클라이언트) 비교하였을 때 보다 구체적으로 상대적인 의미를 알 수 있으나, 본 연구는 친지의 측정 자체가 지니는 설명력과 함의를 선행적으로 보고하였다. 따라서 한국에서 앞으로 우울증을 겪는 클라이언트 혹은 정신질환자 일반의 친지가 측정하는 바의 유효성을 클라이언트와 정신건강전문가의 측정과 비교하는 연구가 나와 그 상대적 유효성을 보다 명확히 할 필요가 있다.

둘째, 본 연구는 미국의 성과연구프로그램의 자료를 사용하였으나 치료 개입법의 구체적 고려 없이 친지에 의한 측정의 유효성 일반에 초점을 두었다. 이 분석에서 나온 정보량도 상당하였다. 다양한 치료법에 따라 클라이언트의 기능에 대한 친지의 기대와 목표가 어떻게 다르며, 그것이 클라이언트 변화측정과 어떤 관계가 있는지는 앞으로 연구할 과제일 것이다. 치료법에 따른 측정 문제는 추적기간 중 클라이언트의 우울증상과 사회기능의 다른 변화패턴(예: 사회기능의 뒤늦은 증진)을 더욱 구체적으로 연구하는 데에도 도움이 될 것이다.

끝으로, 친지의 측정에 관한 후속 연구는 친지의 특성과 클라이언트와의 관계에 따라 다를 수 있는 관찰력과 기대 등도 고려할 필요가 있다. 예를 들면, 친지가 그 사회경제적 상황에 따라 또 친지와 관계(부모, 배우자, 자녀, 혹은 친구)에 따라 클라이언트에 대한 기대가 다르고 치료와 연구에 대한 참여도가 다를 수 있을 것이다. 또한 친지의 성별에 따른 측정의 차이도 의미있는 이슈가 될 수 있다.

참 고 문 헌

- 김서원. 1996. “정신장애인 치료 과정에 있어서 가족의 참여에 영향을 미치는 요인 연구”, 석사학위논문. 카톨릭대학교 대학원.
- 서미경. 2002. 정신장애인 가족의 치료참여에 관한 연구, 『한국사회복지학』, 제51호, pp. 119-140.
- Brody, E. M. & Farber, B. A. 1989. “Effects of psychotherapy on significant others”, *Professional Psychology, Research, and Practice*, 20, pp. 116-122.
- Cum, G. A. 1976. “Role of stress in the prognosis of mental illness”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, pp. 54-60.
- Davidson, C. V., & Davidson, R. H. 1983. “The significant other as data source and data problem in psychotherapy outcome research”, In M. J. Lambert, E. R. Christensen, & S. S. DeJulio (Eds.). *The Assessment of Psychotherapy Outcome* (pp. 569-602). New York: John Wiley & Sons.
- Elkin, I., Parloff, M. B., Hadley, S. W., & Autry, J. H. 1985. “NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and research plan”, *Archives of General Psychiatry*, 42, pp. 305-316.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotskey, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., & Parloff, M. B. 1989. “National institute of mental health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments”, *Archives of General Psychiatry*, 46, pp. 971-982.
- Ellsworth, R. B., Foster, L., Childers, B., Arthur, G., & Kroeker, D. 1968. “Hospital and community adjustment as perceived by psychiatric patients, their families, and staff”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, pp. 1-41.
- Evans, M. D., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J., & Tuason, V. B. 1992. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, pp. 802-808.
- Faravelli, C., Ambonetti, A., Pallanti, S., & Pazzagali, A. 1986. Depressive relapses and incomplete recovery from index episode. *American Journal of Psychiatry*, 143, pp. 888-891.
- Fiske, D. W. 1975. The use of significant others in assessing the outcome of psychotherapy. In I. E. Waskow, & M. B. Parloff (Eds.). *Psychotherapy Change Measures* (pp. 189-201). (DHEW Pub. No. (ADM) 74-120). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Hill, C. E., O’Grady, K. E., & Elkin, I. 1992. Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (1), 73-79.
- Hogarty, G. E. 1975. Informant ratings of community adjustment. In I. E. Waskow, & M. B. Parloff (Eds.). *Psychotherapy change measures* (pp. 202-221). (DHEW Pub. No. (ADM) 74-120). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Hogarty, G. E., & Katz, M. M. 1971. Norms of adjustment and social behavior. *Archives of General Psychiatry*, 25, pp. 470-480.

- Gallagher-Thompson, D., Hanley-Peterson, & Thompson, L. W. (1990). Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), pp. 371-374.
- Garfield, S. L. & Bergin, A. E. 1994. Introduction and Historical Overview. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed) (pp. 3-18). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Jahoda, M. 1958. *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- James, W. 1983 [1890]. *The principles of psychology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Katschnig, H. 1983. Methods for measuring social adjustment. In T. Helgason (ed.). *Methodology in evaluation of psychiatric treatment* (pp. 204-218). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Katz, M. M., & Lyerly, S. B. 1963. "Methods for measuring adjustment and social behavior in the community: I. Rationale, description, discriminative validity, and scale development", *Psychological Reports*, 13 (suppl. 4). 503-505.
- Lambert, M. J. 1983. "Introduction to assessment of psychotherapy outcome: historical perspective and current issues", In M. J. Lambert, E. R. Christensen, & S. S. DeJulio (Eds.). *The Assessment of Psychotherapy Outcome* (pp. 3-32). New York: John Wiley & Sons.
- Lauer, R. H., & Handel, W. H. 1983. *Social psychology* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- McRoberts, C. H., & Lambert, M. J. 1992. *Current trends in psychotherapy outcome measurement*. Unpublished manuscript.
- Mead, G. H. 1977 [1956]. *On social psychology*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Mechanic, D. 1974. "Social structure and personal adaptation: some neglected dimensions", In G. V. Coelho, D. A. Hamburg, & J. E. Adams (Eds.). *Coping and Adaptation* (pp. 32-44). New York: Basic Books.
- Michaux, W. W., Katz, M. M., Kurland, A. A., & Gansereit, K. H. 1969. *The first year out*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Park, S. 2002. Assessing change in psychosocial treatment outcome for depression from multiple perspectives: the client, the significant other, and the therapist. University of Chicago, IL, Unpublished Doctoral Dissertation.
- Platt, S. 1981. "Social adjustment as a criterion of treatment success: Just what are we measuring?", *Psychiatry*, 44, pp. 95-112.
- Roberts, J. 1996. "Perceptions of the significant others of the effects of psychodynamic psychotherapy", *British Journal of Psychiatry*, 168, pp. 87-93.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. 1977. "Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients", *Cognitive Therapy and Research*, 1, pp. 17-38.
- Schooler, N. R., Goldberg, S. C., Boothe, H., & Cole, J. O. 1967. "One year after discharge: community, adjustment of schizophrenic patients", *American Journal of Psychiatry*, 123 (8), pp. 986-995.
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Glass, D. R., Dolan, R. T., & Parloff, M. B. 1992. "Course of depressive symptoms

- over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program", *Archives of General Psychiatry*, 49, pp. 782-787.
- Simons, A. D., Garfield, S. L., & Murphy, G. E. 1984. "The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression", *Archives of General Psychiatry*, 41, pp. 45-51.
- Simons, A. D., Lustman, P. J., Wetzel, R. D., & Murphy, G. E. 1985. Predicting response to cognitive therapy of depression: the role of learned resourcefulness. *Cognitive Therapy and Research*, 9(1), 79-89.
- Weissman, M. M., & Bothwell, S. 1976. "Assessment of social adjustment by patient self-report", *Archives of General Psychiatry*, 33, pp. 1111-1115.
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Dimascio, A., Neu, C., Goklaney, M., & Klerman, G. L. 1979. "The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes", *American Journal of Psychiatry*, 136 (4B), pp. 555-558.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., Paykel, E. S., et al. 1974. "Treatment effects on the social adjustment of depressed patients", *Archives of General Psychiatry*, 30, pp. 771-778.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., Prusoff, B.A., Sholomsskas, D., & Padian, N. 1981. Depressed outpatients. Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 38, 51-55.

Effectiveness of the Assessment of the Depressive Symptomatology and Social Functioning as Rated by the Client's Significant Other

Park, Sun-Young
(Lecturer at Ewha Womans University)

This study investigated the effectiveness of the assessment of psychosocial treatment outcome in symptomatology and social functioning as rated by the depressed client's significant other in explaining the client's symptomatology and social adjustment at 6 and 12 month follow-up period after the 16-week psychosocial treatment was terminated. The data were drawn from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program of the U.S. Significant others of depressed clients have rarely participated in the assessment of treatment outcome, although they are major participants of the clients' daily life and have meaningful opportunities to observe the clients' functioning in different social situations. Thus, this study aimed to examine the explanatory power of the significant others' outcome assessment in depressive symptomatology and social functioning for the long-term outcome in symptomatology and social adjustment. The outcome measures used by the significant others were actual performance, expected performance, gap between actual and expected performance, and symptomatology drawn from the Katz Adjustment Scale-Relatives Form. Three major findings were: (1) in general, the posttreatment assessment by the significant other demonstrated stronger explanatory power of the follow-up status than the assessment rated at pretreatment in all of the four outcome domains; (2) the significant other's assessment of actual and expected performance at both pre- and posttreatment demonstrated significant explanatory power of the follow-up status in symptomatology and social/leisure and work adjustment; and (3) the significant other's assessment of social functioning at pretreatment improved the explanatory power over and above the explanation by symptomatology in the follow-up status of social/leisure and work adjustment; however, at posttreatment, symptomatology improved the explanation over and above social functioning more frequently in predicting both symptomatology and social/leisure and work adjustment. These findings suggest the effectiveness of the measures of symptomatology and actual and

expected performance as assessed by significant others. The results imply that mental health professionals and researchers need to involve the depressed client's significant other in the treatment and make good use of their contribution in treatment planning and further intervention in the follow-up period to prevent relapse.

[접수일 2002.10.15 게재확정일 2003.10.20]