

치매노인 주부양자의 부양스트레스 감소를 위한 인지행동 집단상담 프로그램 개발

이 은 희 윤 가 현

전주의 성요한 병원

전남대학교 심리학과

(요약) 본 연구의 목적은 치매노인 주부양자들의 부양스트레스(부양부담, 우울 및 불안)를 감소시키기 위해 Marriott 등(2000)이 사용한 개인기반 개입프로그램을 국내에서 효과적으로 사용할 수 있도록 개입방식, 회기 수 및 회기시간 등을 수정하여 인지행동 집단상담 프로그램으로 개발하는 것이었다. 이 인지행동 집단상담 프로그램의 주요개입대상은 주부양자들과 사회·물리적 환경이며 지식, 인지 재구조화, 인지기술, 정서 및 행동기법, 이완요법, 사회적 지지 등이 개입영역이고, 개입강도는 직접 대면방법으로 매주, 120분간, 총 8회기로 운영하였으며, 개별화 정도는 소수집단인 '중상'이었다. 본 연구자가 개발한 프로그램의 효용성 확인을 위해 정신병원 외래에서 치매진단을 받고 외래에서 약물치료 중인 치매노인의 주부양자 12명을 대상으로 프로그램을 시행했다. 연구 결과, 사후 검사에서 주부양자들의 부양부담, 우울 및 불안수준이 모두 유의미하게

이 논문에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 500-740 광주광역시 북구 유동 115-1번지 전주의 성 요한 병원 이은희 앞으로 하시기 바랍니다. 저자의 e-mail 주소는 mariafk@hanmail.net입니다.

감소된 것으로 나타났다. 따라서 본 인지행동 집단상담 프로그램은 국내 주부양자들의 부양스트레스 감소에 효과적이라는 것이 확인되었다. 끝으로 본 연구의 의의와 제한점 및 추후 연구를 위한 제언을 논의하였다.

[Key words: 부양부담, 부양스트레스, 불안, 우울, 인지행동 집단상담 프로그램, 주부양자, 치매노인]

서 론

현대 사회는 평균수명 증가와 출산율 감소에 따른 인구고령화 현상으로 치매, 당뇨병, 심장병, 및 뇌졸중 등과 같은 만성적인 질병 유병률이 높아져서 노인들에 대한 가족들의 부양부담 증가와 같은 사회 문제가 커지고 있다 (Parks & Novielli, 2000). 인구고령화 현상과 그에 따른 만성적인 질병들 중에서도 특히 치매 유병율은 65세 이후에는 연령이 5세 증가할 때마다 2배씩 증가하고 (Eisdorfer, 1996), 인지 및 행동장애 때문에 24시간동안 보호와 관리를 요하므로 부양가족들은 심각한 신체적, 정신적 스트레스를 경험하게 된다 (홍여신 · 이선자 등, 1995). 우리나라의 경우 65세 이상 노인의 치매 유병률은 1990년대 중반에 이미 8%를 넘었고, 시간이 흐를수록 상당수의 노인들이 치매로 고통을 받을 것으로 추정되어 치매노인과 부양가족들의 수는 갈수록 늘어날 전망이다 (변용찬, 1997).

치매노인이나 노부모를 부양하고 있는 가족들이 부양상황에서 경험하는 신체적, 심리적, 정서적, 사회적, 및 경제적인 어려움을 부양부담 또는 부양스트레스(caregiving burden or distress)라고 한다 (George & Gwyther, 1986; Zarit, Anthony & Boutselis, 1987). 치매노인 부양자들의 부양스트레스 관련 연구들에 의하면, 부양자들은 활동 제한을 비롯하여 긴장감, 부담감, 우울, 삶에 대한 회의, 원망, 불쾌감, 상실감, 좌절감, 불안, 분노, 적대감 등을 경험하고 있으며 (Bass, McClendon, Deimling, & Nukherjee, 1994; Knight, Lutzky, & Macofsky-Urban, 1993), 부양스트레스 감소를 위한 개입연구들에서는 부담감, 우울 및 불안변인 등을 개입효과 측정치로 사용하고 있다 (Ostwald, Hepburn, Caron, Burns, & Mantell, 1999; Schulz, O'Brien,

Bookwala, & Fleissner, 1995; Wright, Litaker, Laraia, & DeAndrade, 2001).

치매노인의 문제행동에 대한 개입방법으로 사용되는 약물치료는 주부양자의 부양스트레스를 감소시킬 수 있다 (Donaldson, Tarrier, & Burns, 1997). 그러나 치매의 비가역적인 특성이나 약물치료의 한계 등을 고려할 때 치매노인의 문제행동뿐만 아니라 그에 대한 주부양자의 반응과 대처방법을 바꾸는 것은 주부양자의 부양스트레스를 감소시키는 매우 중요한 개입방법이 된다. 치매노인 부양과 관련된 연구들에서는 치매노인 주부양자들(primary caregivers)은 치매노인의 문제행동의 정도가 심할수록 그리고 사회적 지지가 낮을수록 부양부담감과 우울을 더 많이 경험하게 된다 (Donaldson 등, 1997). 특히 한국의 경우는 미국에 비해 치매노인 주부양자의 우울 정도가 더 심하고, 부양에 대한 만족감도 더 낮게 나타나 (윤가현, 1998), 주부양자의 우울 감소를 위한 연구가 절실하다. 그리고 주부양자들이 치매노인에 대해 부정적인 태도를 더 강하게 보일수록 부양스트레스를 더 많이 경험할 뿐만 아니라 치매노인의 상태를 실제보다 더 심각하게 받아들이고, 또한 노인을 입원시키는 경향도 더 크다고 보고하였다 (Haley, Levine, Brown, Berry, & Hughes, 1987; Kinney & Stephens, 1989).

주부양자는 부양과정에서 치매노인과의 관계가 부정적으로 변하거나 노인이 지나치게 무언가를 요구하거나 의존적이라고 느낄 경우에는 부양스트레스를 더 많이 경험한다 (Barusch, 1988; Cicirelli, 1988). 이렇게 치매노인 부양상황에 대한 개인의 지각이나 인식이 주부양자의 부양스트레스를 좌우한다는 관점은 인지행동개입의 기초이론으로 사용되고 있는 Lazarus와 Folkman(1984)의 스트레스-대처과정 모델(stress-coping process model)에 근거하고 있다. 스트레스-대처과정 모델을 기초로 치매노인 주부양자 개입에 있어서 인지적 접근의 중요성을 강조한 Cohen, Anderson과 Cairl(1998)은 주부양자의 신념이 치매경과 중에 생기는 사건과 환경에 영향을 끼칠 뿐만 아니라 치매로 인한 요구에 얼마나 잘 대처하는지를 결정하는 강력한 요소라고 주장했다. 근래 인지행동 치료에 근거한 개입연구의 관심이 부쩍 증가하고 있는데, 그 이유는 전술한 바와 같이 부양스트레스가 주부양자의 인지

적 성향에 따라 달라진다는 전제 하에 개발된 인지행동개입이 치매노인의 문제행동을 줄여주고 주부양자의 부양스트레스를 감소시켜주며 주부양자의 대처능력을 향상시키는 효과가 있기 때문이다 (Bourgeois, Schulz, & Burgio, 1996; Chang, 1999; Marriott, Donaldson, Tarrier, & Burns, 2000).

스트레스 건강과정 통합모델(Cohen, Kessler, & Gordon, 1995)은 환경적인 스트레스 인자와 부양자의 건강 관계를 연결시키기 위하여 대처방식에서의 변화를 강조한 스트레스 과정모델을 반복한 모형 틀이다. Cohen 등(1995)은 이 모델이 치매부양상황에서 스트레스나 다른 행동 및 인지적 변화들이 나타나거나 감소되는 특정 경로를 보여줌으로써 주부양자를 위한 개입의 기본 틀을 제공한다고 주장하였다. 본 연구에서는 이들의 주장을 근거로 스트레스 건강과정 통합모델을 인지행동 집단상담 프로그램의 기본 틀로 사용하였다.

본 연구의 인지행동 집단상담 프로그램에서 사용한 개입전략들을 간략하게 표현하면 [그림 1]과 같다. [그림 1]을 참고로 스트레스 건강과정 통합모델에서 요소들 간의 순차적 관계를 설명하면, 먼저 스트레스 인자나 환경적 요구에는 치매노인 기능의 한계와 문제행동, 사회·환경적 스트레스 인자가 포함된다. 따라서 주부양자가 일차적 평가에서 치매노인 부양상황이 지나치다고 생각하면 스트레스가 지각된다. 일차적 평가 후에 주부양자는 자신이 부양상황에 대해 지각한 스트레스 인자에 위험요소들이 잠재되어 있는지, 또는 이에 대처할 수 있는 적응능력이 자신에게 충분하게 있는지를 이차적으로 평가한다. 여기에서 주부양자는 부양상황이라는 환경적 요구가 지나치게 위협적이고, 또 자신이 갖고 있는 대처 자원이 부적절하다고 평가할 경우에 스트레스를 지각한다. 주부양자는 스트레스에 대한 반응으로 부정적인 정서(부담감, 우울, 불안)를 경험한다.

이러한 부정적인 정서는 다시 스트레스 인자가 되어 일차적 평가나 이차적 평가과정을 반복하게 되며, 극단적으로는 주부양자에게 우울장애를 유발시키는 직접적인 원인이 된다. 또한 주부양자의 부정적 정서는 수면, 식사, 치료 등을 방해하여 정신과적 혹은 신체적 질병에 대한 위험요인을 증가시키기도 한다. 그러나 일차적 평가에서 스트레

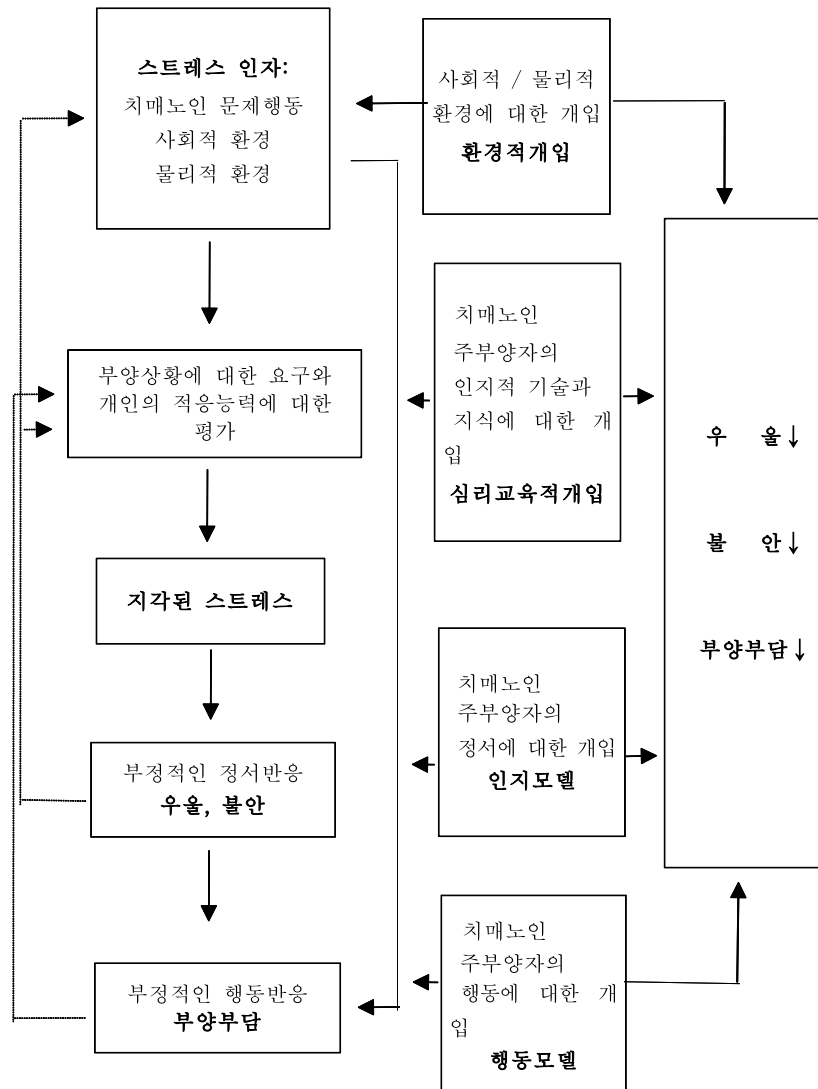
치매노인 주부양자 스트레스 감소 프로그램

스 인자가 별로 크지 않고, 대처할 능력도 충분하다고 판단한 주부양자는 자신을 자랑스럽게 생각하는 긍정적인 정서를 경험하게 된다 (Schulz & Salthouse, 1999). 이렇게 주부양자들의 인지는 치매경과 중에 일어나는 사건과 환경에 영향을 끼칠 뿐만 아니라 치매환자의 요구에 자신이 얼마나 잘 대처하는지를 결정하는 강력한 요인이 된다 (Cohen 등, 1998). 따라서 이 모델은 치매노인 주부양자의 부양스트레스 감소를 위해 인지행동치료기법들을 사용하는 이론적 근거가 된다.

최근에는 사회·물리적 환경개입, 약물치료와 기억 재훈련과 같은 치매노인에 대한 다양한 개입을 병행하는 것이 개입의 상승효과를 나타내리라는 주장이 제기되고 있다. 즉 사회·물리적 환경개입이론은 기능적 환경 압박모델과 자기 통제이론을 근거로, 부양상황을 수정해서 치매노인과 주부양자 활동을 지지하려는 것이다.

Lawton 등은 치매노인의 저하된 기능에 알맞게 주변 환경을 변화·단순화시켜 문제행동이나 다른 장애를 최소화시킬 수 있다고 했다 (Lawton, Moss, Fulcomer, & Kleban, 1982). 즉, 치매노인에게 ‘환경에 대한 지배감이나 역량’을 향상시켜주면 문제행동이 감소되어 주부양자의 부양스트레스도 감소되는 효과가 있다 (Marriott 등, 2000). 자기통제이론에 의하면, 환경이나 인지 및 정서를 변화시키는 것은 주부양자에게 부양상황을 계속 통제할 수 있도록 해주어서 부양스트레스 감소나 자기 효능감 증진을 가져온다. 또한 인지행동치료에 기반을 둔 가정 환경적 개입은 여성 치매노인 주부양자와 소수민족의 기능적 의존성을 관리하는 자기 효능감과 심리적 자원들을 향상시켜 주고, 치매노인의 일상생활능력 저하와 문제행동이 감소되는 효과가 있다 (Gitlin, Corcoran, Winter, Boyce, & Hauck, 2001).

주부양자가 질병에 대해 왜곡되거나 잘못된 관점을 갖고 있기 때문에 장애에 대한 정확한 정보를 획득할 수 없다고 설명하는 것이 질병에 대한 결점모델의 입장이다. 따라서 심리교육에서는 주부양자가 갖고 있는 질병에 대한 잘못된 관점이 무엇인지를 파악하여 교정할 수 있는 정보제공이 무엇보다 중요하다 (Tarrier & Barrowclough, 1986). 어떤 학자는 교육과 심리 치료 방법에 기초를 두고 대처기술훈련이 이루어져야 효과적이라고 주장하였다 (Meichenbaum, 1985). 즉,



[그림 1] 스트레스 건강과정 통합모델에 기초한
인지행동 개입전략 모델

대처기술이 효과가 있으려면 주부양자에게 질병에 대한 지식과 인지행동 치료기법들을 제공할 때 새로운 교육모델을 사용해야 한다. 상호작용 모델에서는 주부양자에게 정보가 제시되는 방식과 내용이 지식을 흡수하는 양을 결정하기 때문에 전문가가 제공하는 정보가 부양자의 질병모델과 일치되지 않으면 정보로서의 효과가 없다고 본다. 본 연구의 개입프로그램에서는 결점모델과 상호작용모델을 통합한 통합모델을 적용하고 있는데, 이 모델에서는 치매부양상황에서 필요한 대처전략에 대한 관련 정보를 제공해주는 것이 복잡한 의학적인 지식을 교육하는 것보다 훨씬 더 도움이 된다는 입장을 취하고 있다.

인지행동치료는 정신 병리를 개인의 역기능적 신념으로 설명하려는 인지적 접근이며, 인지모델에 기초한 심리치료의 일종이다 (조용래, 1998). 인지행동치료는 우울증 치료를 시작으로 출발했으나 현재는 교육이나 소득 수준, 배경, 연령, 문제유형에 관계없이 다양한 맥락에서 모든 심리장애에 효과적인 치료방법으로 알려져 있다 (Person, Burns, & Peroff, 1988). 인지행동치료는 인지활동이 감정 및 행동에 영향을 미친다는 인지모델을 바탕으로, 인지 재구조화, 대처기술 훈련, 이완요법 및 문제해결 기술 등의 치료기법을 사용하고 있다. 인지모델에 따르면 부양스트레스는 치매노인 부양상황에 대한 개인의 사고방식 및 행동양식과 밀접한 관계를 갖고 있기 때문에 치매노인 주부양자들이 자신의 감정을 해석하는 방식, 즉 부양상황에 대한 사고와 역기능적 믿음을 수정한다면 부양스트레스가 감소된다고 가정할 수 있다. Beck 등에 의하면, 인지 재구조화는 인지행동치료에서 심리적 고통이나 기능장애의 원인이 되는 주부양자의 비합리적 신념들을 보다 건설적인 생각으로 바꿀 수 있도록 돕는 중요한 기법이라고 하였다 (Beck, Hollon, Young, Bedrosian, & Budenz, 1985; Goldfried, 1980). 또한 인지 재구조화는 자신의 부적응 상황을 인식시켜 현실검증으로 상황에 적응하도록 교정하는 일련의 치료적 작업이다 (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

국내의 한 연구에서는 인지 재구조화 기법이 스트레스가 높고 사회적 지지가 낮다고 지각하거나, 또는 자존감이 결여된 대상자에게 적용하여 큰 효과가 있었다 (김주현, 1995). 본 연구에서는 부정적인 자

동적 사고에 초점을 맞추어서 스트레스 인자를 포함한 치매부양상황이나 치매노인에 대해 갖고 있는 역기능적 신념을 변화시키기 위하여 인지 재구조화 기법을 사용하였다. 치매노인 주부양자의 부양스트레스(혹은 스트레스 관리)에 대한 행동모델은 학습이론에 기반을 두고서 근육이완기법, 모델링, 자기주장 기법 등을 활용한다. 특히, 근육이완요법은 주부양자의 스트레스 수준감소에 효과적인 방법이라고 알려져 있다. 그리고 행동모델은 스트레스 자극을 파악하여 그 자극에 대한 주부양자의 반응을 변화시키든지, 또는 자극강도를 줄이거나 제거하는데 초점을 둔다. 여기에서는 스트레스가 되는 노인의 문제행동이 일어나기 전 사건(선행사건)과 그 이후에 나타나는 결과(후행사건)를 연속선상에서 평가하여, 문제행동을 강화시키는 자극들을 제거하거나 모델링을 통해 새로운 대처행동을 학습시킨다. 또한 대인관계와 사회적 지지를 확보하도록 자기주장훈련을 가르치며, 역할연기를 통해 문제행동에 효과적으로 반응할 수 있도록 돕고, 치매노인의 기능변화나 부양자의 삶이 변해서 오는 걱정과 상실감도 함께 다루어 준다. 본 연구의 인지행동 개입프로그램에 포함된 개입전략들은 주부양자의 지식 및 정보의 증가, 의사소통기술의 향상, 사회적 지지, 자기 효능감이나 자기 통제감 증가 등의 효과가 있는 것으로 보고되고 있으나 본 연구에서는 부양스트레스를 부담감, 우울 및 불안수준만으로 개입효과를 측정했다 (Ostwald 등, 1999; Schulz 등, 1995; Wright 등, 2001).

치매노인 주부양자를 위한 효과적인 개입프로그램은 기본적인 이론도 중요하지만 개입내용들도 매우 중요하다. 본 연구에서 사용하는 개입내용과 프로그램 운영방법을 좀 더 설명하면 다음과 같다. 여러 연구자들이 언급한 개입내용들은 크게 심리적, 교육적 및 사회적인 요소들로 범주화할 수 있다 (Brodaty, Gresham, & Luscombe, 1997; Toseland, Rossiter, Peak, & Smith, 1990). Brodaty 등(1997)은 인지행동치료를 기반으로 한 주부양자의 효과적인 개입프로그램에는 교육적 요소(정보, 부양기술 향상, 문제해결 및 행동기술 향상, 위기상황이나 법적·경제적 문제 계획하기), 심리적 요소(지지, 감정표출, 그룹상호작용, 감정공유, 지식, 학습, 상호지지, 인정, 통찰치료, 인지치료, 이완 훈련, 스트레스 관리), 정서적 요소(스트레스, 화, 슬픔, 우울, 불안,

죄책감에 대한 자기관리, 대인관계와 의사소통 기술) 및 지지체계(개인, 가족, 지역사회, 전문영역)등이 포함되어야 한다고 제안했다. 특히 인지행동 개입프로그램에는 개입목표가 되는 주요 대상(주부양자, 치매노인, 사회·물리적 환경), 주요 개입영역(인지기술, 지식, 행동, 정서), 개입 강도(개입자가 주부양자나 치매노인과 접촉하는 시간이나 빈도) 및 개별화(개입내용을 주부양자의 개인적 욕구에 맞추는 정도)와 같은 개입전략 등이 포함되어야 한다 (Schulz & Salthouse, 1999).

본 연구의 인지행동 집단상담 프로그램에서는 개입의 주요대상이 주부양자들과 사회·물리적 환경이고, 개입 영역은 지식, 인지 재구조화, 인지기술, 정서 및 행동기법, 이완요법, 사회적 지지 등이며, 개입 강도는 직접 대면 방법으로 매주, 120분간, 총 8회기로 구성하였고, 개별화의 정도는 소수집단으로 '중상' 정도였다. 본 연구에서 개입형태를 집단상담으로 한 이유는 부양자가 지각하는 부양스트레스와 사회적 지지는 부적 상관관계가 있으며 부양스트레스와 치매노인의 시설수용 여부와는 정적 상관관계가 있다는 주장에 근거하였다 (Zarit, Greene, Ferraro, Townsend, & Stephens, 1996).

주부양자들은 집단 개입방식을 통하여 자신의 감정을 다른 사람에게 얘기함으로써 부양스트레스가 둔화되고 자신을 스트레스와 분리할 수 있다. 그리고 중재전략으로서의 집단치료는 고립감을 감소시키고 서로를 모델로 삼을 수 있으며, 감정표현에 대한 허용적인 분위기를 만드는 등 여러 가지 잠재적인 이득이 있다 (Yalom, 1985). 또한 전문가가 진행한 집단개입은 사람들에게 스트레스에 대처하도록 돕는 사회적 지지 기능을 갖는데, 특히 사회적 고립이나 사회적 지지가 부족한 치매노인 주부양자에게 효과적이며 (Knight 등, 1993; Schopler & Galinsky, 1993; Toseland 등, 1990), 교육, 문제해결, 스트레스 감소와 정서적 지지에 초점을 둔 지지집단은 치매노인에 대한 주부양자의 지각을 개선하는 효과가 있다 (Labrecque, Peak, & Toseland, 1992).

유은정(2002)도 매주 1회, 90분씩, 총 8회 실시한 집단 지지프로그램이 부담감소, 삶의 질, 관계의 질에서 주부양자에게 긍정적인 효과가 있다고 하였다. 역시 주부양자의 복잡한 개인적인 욕구를 고려하여 부양상황에 적용할 수 있는 체계적이고 구체적인 기술훈련이 포함된

집단개입이 효과적이라고 주장한 개입연구들이 보고되었다 (Davies, Priddy, & Tinklenberg, 1986; Hinchliffe, Hyman, & Blizard, 1992).

집단개입방식은 개인의 욕구를 소홀히 다룰 가능성이 단점으로 지적될 수 있으나 이를 고려한 소수의 집단은 오히려 경제적으로 유리하고, 또 치료적 의미도 크다 (Roskies 등, 1986). 집단상담기간, 즉 개입강도를 8회기로 정한 이유는 대부분의 주부양자 개입연구들이 1.5-2시간 정도, 6-8주 회기를 사용해도 어느 정도 효과가 있고 거의 모든 심리치료에서 기본적으로 주 1회의 치료형태를 선호하는 것에 근거하여 회기 간격은 매주 1회로 하였다. 프로그램 제공 장소는 주부양자가 치매노인에 대한 걱정이나 부담에서 벗어나서 일정기간동안 편안한 상태로 부양과 관련된 새로운 기법이나 지식들을 학습하는 개인 시간을 가질 수 있다는 장점 때문에 병원내의 집단 상담실을 사용하였다. 다음은 인지행동 집단상담 프로그램의 구체적인 내용이다.

인지행동 집단상담 프로그램

본 프로그램의 주목적은 치매노인 주부양자의 부양스트레스, 우울 및 불안을 감소시키는 것이다. 이를 위하여 치매와 그 증상에 대한 이해 및 정서적인 지지를 제공하고, 스트레스에 대한 평가 및 자기이해를 통해 부양상황에서 오는 어려움들을 대처하는 분명한 조망을 갖도록 도와줌으로써 주부양자가 부양상황을 전체적으로 잘 예측하고, 자신의 정서 상태를 잘 통제하고, 치매노인을 더 일관된 태도로 대할 수 있도록 하는 것이다.

본 연구자가 만든 주부양자 매뉴얼은 첫 회기에 참석자들에게 제공된다. 프로그램 진행 방법은 집단치료에 참석하는 구성원의 적정 인원수는 대략 8-12명이라고 한 Yalom(1985) 및 집단과정이 방해받지 않으려면 주부양자 개입집단 구성원의 수가 8-10명을 초과하지 않아야하고 가장 적당한 수는 4-5명이라고 한 Brodaty 등(1997)의 제안에 따라 소집단(6-7명)으로 접근했고, 120분의 프로그램을 1주 1회기, 총 8회기를 운영했으며, 프로그램 진행자는 주진행자 1명과 보조진행자 1명이었다. 치매노인 주부양자들에게는 자신의 생각이나 감정을 자유롭게 표현하도록 격려했고, 참석자들의 상호교류 역시 지지를 받았

치매노인 주부양자 스트레스 감소 프로그램

다. 개입장소는 주부양자들이 얼굴을 서로 보면서 상호작용을 하도록 원으로 배치된 조용하고 편안한 분위기의 집단 상담실을 사용하였으며, 집단 진행 중에는 간단한 다과를 제공하여 친밀감을 조성하였다.

본 연구 인지행동 집단상담 프로그램의 개입 내용은 다음과 같이 크게 3부분으로 나누어진다. “치매와 스트레스”를 다루는 1-3회기는 심리 교육적 개입부분으로 부양 상황에 대한 주부양자의 주관적 관점이나 지각(혹은 사고)이 변화되면 심리적 고통이 감소된다는 인지적 접근에 근거하여, 치매 질병에 대한 정보제공, 부양에 대한 동기강화, 자기 통제감을 증가시키고 주부양자에게 자기 자신을 적절하게 돌보기 위해서 잠시 부양과업을 떠나 즐거운 활동에 참여하는 것이 중요함을 교육시킨다. “스트레스 관리하기” 부분인 4-6회기에서는 주부양자가 경험하는 스트레스와 그에 대한 심리적, 행동적 관리 방법을 다루었다. 이들 회기에서는 자기-모니터링, 이완요법, 인지행동 반응들을 토대로 하여 더 적응적인 스트레스 관리 방법들을 소개하였다. 스트레스 관리에서는 주부양자의 현재 감정과 회피반응을 평가하고, 자기회생, 소외행동 및 스트레스 인자에 대한 반응들과 같은 역기능적 신념을 변화시키는 것을 주목적으로 한다. “대처기술 배우기”인 7-8회기에서는 행동적 모델을 기본가정으로, 연속적인 전략 단계들을 사용하여 대처기술을 습득한다. 여기에서 대처란 주부양자가 부담이 된다고 인정하는 내·외부적 요구를 관리하기 위해 인지적이고 행동적인 노력의 경주를 말한다 (Lazarus & Folkman, 1984).

다음은 각 회기내용들을 상세하게 설명해 놓은 것이다. 먼저, 1회기의 목표는 참석하는 구성원간에 친밀감을 형성하고 치매와 그 증상에 대하여 정확하게 이해하며 근육이완훈련을 통하여 신체·정서적 안녕을 도모하는 것이다. 따라서 집단원간 관계를 형성하기 위해 진행자는 먼저 자신 및 보조 진행자를 소개한 후에 집단구성원 각자가 자신을 소개하는 시간을 갖는다. 소개할 때는 이름과 소속, 프로그램을 통해 얻고 싶은 것 등에 대해 이야기한다. 구성원들에 대한 소개가 끝나면 집단상담이 진행되는 동안에 지켜야 할 규칙, 특히 비밀보장에 대해서 강조하고, 시간엄수와 다른 구성원들에 대한 배려, 그리고 경청의 필요성과 중요성에 대해 설명한다. 집단이 준수해야 하는 네 가

지 규칙(① 시간을 잘 지키고 불참 시에는 미리 연락한다. ② 남들이 이야기할 때 잘 경청하고 판단이나 평가하지 않는다. ③ 모두가 공평하게 대화에 참가할 수 있도록 기회를 준다. ④ 본 집단 내에서 나온 개인적인 이야기는 비밀을 유지한다.)을 종이에 적어서 모든 구성원들이 볼 수 있는 장소에 붙여놓은 것이 도움이 된다.

각 회기가 진행되는 순서는, 시작 시에 집단 구성원들 상호간 인사와 함께 지난 1주일 동안 즐거웠던 일을 구체적으로 떠올려 보고, 그 일이 나의 어떤 욕구를 만족시켜주었는지를 이야기하는 “즐거운 일 나누기” 시간을 갖는다. 그리고 그 회기의 교육내용과 목적을 설명한 후에 그 목적에 따라 다양한 활동들이나 대화가 이루어질 것이기 때문에 적극적으로 참여해주기를 당부한다. 또한 매 회기마다 근육이완 훈련을 통하여 각 신체부위의 긴장을 제거함으로써 신체·정신적 안정을 도모하며, 이를 위해 소요되는 시간은 보통 20분 정도이다. 각 회기의 주제를 다룬 후에는 반드시 주부양자의 피드백을 듣는 시간을 갖고, 마지막에는 다음 모임의 날짜, 시간, 장소 등을 확인하는 “나눔 시간”을 약 10분 정도 갖는다.

1회기의 주제는 치매와 그 증상에 대하여 정확하게 이해하는 것으로, 주부양자의 치매지식이나 신념에 대한 사전 검사의 정보를 근거로 해서 부양자에게 좀 더 개인적으로 접근한다. (예: 부양하고 있는 노인이 갖고 있는 문제들이 무엇이라고 생각합니까? 치매의 원인은 무엇이라고 생각합니까? 노인의 증상들이 치매라는 질병 때문에 생긴 것이라고 믿으십니까, 아니면 다른 요인 때문이라고 생각합니까? 앞으로 노인의 상태가 예전처럼 회복될 수 없고 계속 더 나빠질지도 모른다는 것을 이해하고 있습니까, 아니면 곧 좋아질 것이라고 생각합니까? 치매 노인의 증상에 대처하기 위해서 당신이 주로 사용하는 전략은 무엇입니까? 인생에서 가장 스트레스가 되었던 고통스러운 경험은 무엇이었습니까? 치매 노인 때문에 가장 스트레스를 받고 있는 문제는 무엇입니까? 치매 노인을 부양하는 것이 힘들 때는 주로 어떻게 대처하고 계십니까?).

그 다음에는 질병에 대한 통합모델에 입각하여 치매 진단과 원인, 유형(알츠하이머형 치매, 혈관성치매, 두부외상과 관련된 치매, 알코올

치매노인 주부양자 스트레스 감소 프로그램

중독과 관련된 치매, 중추신경계감염·독성대사 장애·산소결핍증 상태 후 치매 등), 증상(기억력 장애, 지남력 상실, 언어 장애, 실행증, 실인증, 실행기능 장애, 판단력 장애, 시공간 능력 장애, 정신병적 증상 등), 경과에 대한 일반적인 특성을 설명하고, 현재 주부양자들이 경험하고 있는 치매노인 부양과 관련된 어려움에 대해 자유롭게 이야기할 수 있도록 격려한다. 특히, 부양자가 치매에 대해 갖고 있는 잘못된 지식과 치매노인이 보이는 증상, 즉 문제행동 및 기능저하로 인한 제한점 등에 대하여 자세히 살펴보고 노인의 특정 증상과 질병의 유전 가능성에 대한 정보도 제공한다. 또한 건망증(a)과 치매(b)의 차이(a. 체험한 내용의 일부분을 잊어버린다, b. 체험한 내용 전체를 잊어버린다; a. 물건이나 사물에 대해 가끔씩 망각한다 b. 망각이 점점 더 심해진다; a. 말이나 적혀 있는 지시를 따르지 못하는 일이 드물게 발생한다 vs b. 빈번히 발생한다; a. 기억회상 지연이 가능하다 b. 점차적으로 불가능해진다; a. 주변 환경에서 기억단서를 찾아낼 수 있다 b. 점차적으로 불가능해진다; a. TV, 책 혹은 영화의 내용에 대한 이해력을 유지할 수 있다 b. 점차적으로 불가능해진다; a. 계산속도가 이전보다 늦다 b. 점차적으로 이해가 불가능해진다; a. 자기를 돌볼 수 있다 b. 점차적으로 불가능해진다)도 알려준다.

치매 예방을 위한 15가지 생활수칙을 알려주어 치매에 대한 이해를 돕는다[머리를 써라, 하루 1시간 이상 장기나 바둑을 두거나 2시간 이상 책을 읽어라, 매일 일기를 써라, 왼쪽 손이나 발(왼손잡이는 오른손과 발)을 많이 사용해 뇌를 고르게 발달시켜라, 스포츠와 같이 정신적, 육체적 긴장과 이완이 반복되는 취미생활을 즐겨라, 한 달에 한번 이상 음악이나 미술작품을 감상하라, 하루에 3번 이상 10분씩 정신수양을 하거나 공상을 즐겨라, 항상 웃는 표정을 지어라, 혼자서 지내는 시간을 가급적 줄여라, 충격이 가지 않도록 머리를 잘 보호하라, 알코올 섭취를 최대한 줄여라, 알루미늄으로 된 식기 사용을 줄여라, 1주일에 2시간 이상 산이나 호숫가, 바닷가와 같이 음이온이 풍부한 곳에서 맑은 공기를 호흡하라, 하루 6시간 이상 수면을 취해 뇌를 쉬게 하라, 세포산화를 방지하는데 효과가 있는 비타민 A, C, E와 섬유질이 함유되어 있는 신선한 야채와 과일을 많이 섭취하라, 고혈압, 심

장병, 고지혈증, 당뇨병과 같은 성인병을 조기에 발견하여 적절히 치료하라]. 회기를 마무리하는 나눔 시간에는 이번 회기에 참여하면서 느낀 점이나 배운 점에 대해 피드백하는 시간을 갖고 다음 모임 날짜, 시간, 장소 등을 확인한다.

2회기에서는 치매노인의 문제행동과 스트레스와의 관련성을 교육하고 주부양자의 스트레스 대처방식을 파악하는 것이 주된 교육내용이다. 회기의 목표는 첫째, 치매노인이 현재 가지고 있는 스트레스 취약성에는 어떠한 것들이 있는지를 파악하고 둘째, 주부양자의 스트레스 인자와 대처방식을 구체적으로 파악하는 것이며 셋째, 치매노인의 스트레스 대처방식에 대한 주부양자의 대응양식을 살펴보는 것이다.

이 회기의 구체적인 내용은 다음과 같다. 치매노인은 자신의 능력 이상의 것을 요구받거나 비난, 잔소리, 혹은 낯설고 시끄러운 환경 등에 접하면 스트레스를 받는다. 따라서 치매노인에게 스트레스를 주지 않으려면 노인의 능력이 어느 정도나 저하되었는지를 잘 평가해야 한다. 치매노인은 불안이나 고통을 문제행동으로 표현하기 때문에 노인의 행동을 잘 관찰하면 스트레스 증가 여부를 쉽게 알 수 있다. 부양자들에게 가장 최근에 치매노인과 다투거나 압박을 가했던 행동들이 있었는지를 생각해보고, 그때 노인이 어떻게 반응했는지를 떠올려 봄으로써 치매노인의 스트레스와 문제 행동의 관계를 파악하도록 돕는다. 이때 다음과 같은 질문들이 도움이 된다. (예: 치매노인이 주로 어떤 것 때문에 스트레스를 받게 될 것이라고 여기십니까? 치매노인께서는 스트레스를 받으면 어떻게 대처하시는 것 같습니까?).

치매 노인은 스트레스에 대한 폭발의 역치가 낮기 때문에 쉽게 불안한 행동을 보인다. 따라서 적절한 방법으로 스트레스를 줄여 주지 않으면 문제행동을 일으킬 수 있으며, 치매노인의 문제행동(증상)은 대부분 환경 자극에 대한 대처 능력의 결여 때문에 생기는 것이라고 설명한다. 특히, 치매노인은 환경 자극에 노출되면 안절부절못하거나 폭력적이 되거나 흥분하게 된다. 치매 증상이 악화되고 환경 조절 능력이 저하될수록 치매노인은 더 많은 스트레스를 경험하게 된다는 사실을 강조한다. 이때 치매 노인의 질병에 대한 주부양자의 신념을 알아보는 것은 주부양자가 치매라는 병에 대한 새로운 관점을 배우는데

치매노인 주부양자 스트레스 감소 프로그램

매우 중요하다. 주부양자의 신념을 알아보기 위해서는 사전 검사를 통하여 알아낸 정보를 이용하여 다음과 같이 질문하는 것이 도움이 된다. (예: ~한 문제행동에 대한 책임이 치매노인에게 있다고 말했는데, 당신은 그러한 노인의 행동을 변화시키려고 어떻게 노력했고, 노인은 그것에 대해 어떻게 반응했나요? 노인이 문제행동을 하면 ~한 전략을 이용하는 경향이 있다고 했는데, 그것에 대한 노인의 반응은 어떻습니까? 노인은 ~한 말이나 말투로 당신이 화를 내거나 비난하는 것을 싫어한다고 했는데, 거기에 어떻게 대처했습니까? 그리고/혹은 ~한 말이나 말투 때문에 치매노인과 싸운 적이 있습니까? 그 때 노인은 어떻게 반응했습니까? 싸우거나 비난하는 것이 노인의 행동을 더 악화시킬 것 같지는 않다고 말했는데 지금은 어떻게 생각합니까? 전에는 옆에서 노인을 재촉하는 것이 도움이 된다고 말했는데 그것에 대해 지금은 어떻게 생각합니까?).

주부양자가 자신의 스트레스를 감소시키기 위해서는 부양과정에서 지각한 스트레스가 무엇인지를 알고 이를 적절하게 관리할 수 있어야 한다. 따라서 치매노인 부양과정에서 지각하는 스트레스에 대해 교육할 필요가 있다. 우선 치매노인과의 부정적인 상호작용의 결과로 부정적인 감정들과 스트레스를 경험한다는 것을 주부양자들에게 인식시키기 위해서 다음과 같이 질문한다. (예: 당신이 부양상황에서 느끼는 스트레스는 주로 어떤 것들입니까? 그리고 그때 어떤 감정을 경험합니까? 당신은 주로 어떤 상황에서 스트레스를 느끼십니까? 당신이 스트레스를 받았을 때에는 주로 어떻게 대처하나요? 스트레스 상황에서 당신의 신체는 어떻게 반응한가요? 당신은 스트레스의 원인이 무엇이라고 생각하십니까?).

주부양자들은 자신의 감정을 잘 인식하지 못할 수 있기 때문에 부양상황에서 경험하는 슬픔이나 죄책감, 분노, 수치심, 외로움 등의 감정들을 먼저 설명한다. 그리고 치매 노인을 부양하는 과정에서 경험한 사건이나 감정을 생각해 본 다음에 현안하게 이야기하도록 하고, 이러한 감정들이 정상적임을 강조한다. 치매노인을 비난하거나 적대적으로 대하는 행동은 주부양자 자신이 경험하는 스트레스와 불만족 수준 및 치매노인의 문제행동을 증가시키므로 정서적인 지지나 칭찬, 격려 등

이 오히려 주부양자의 우울이나 부담감 수준을 낮추어준다는 사실과 구체적인 치매관리 전략들을 3회기에서 소개한다 (Hinrichsen & Niederehe, 1994).

3회기에서는 자신의 부양상황에서 부양자가 스트레스를 어떻게 적절하게 대처할 지를 알아보는 것이 주된 교육내용이다. 이 회기의 목표는 ① 주부양자들에게 치매노인 부양과 관련된 다양한 서비스 정보를 제공 ② 주부양자의 자기관리 방법을 살펴보고, 부양스트레스(예: 외로움, 고립, 불안 등)를 예방하는 방법을 제시하며, ③ 도움을 효과적으로 요청하는 태도에 대하여 논의하는 것이다.

이 회기의 구체적인 내용은 다음과 같다. 먼저 ‘즐거운 일 나누기’를 한 후에 부양상황에서 현재 주부양자 자신이 갖고 있는 욕구가 무엇인지를 파악하고 그러한 욕구들(휴식시간, 정기건강진단, 노인을 돌보는데 필요한 전문적인 조언, 치매노인의 상태를 파악하거나 돌볼 수 있는 의학적인 도움, 방문간호, 주간보호, 요양원 등의 다양한 서비스 형태 등)을 만족시킬 수 있는 다양한 정보를 제공한다.

또한 치매노인 부양상황과 관련하여 주부양자가 주로 사용하고 있는 대처방법을 다음과 같은 질문을 사용하여 알아본다. (예: 치매노인의 행동에 대하여 당신에게 책임이 있다고 말했습니다. 그때 어떤 느낌이 들었습니까? 화가 나거나 원망스럽지 않았습니까? 지금은 그것에 대해 어떻게 생각합니까? 치매노인의 문제행동에 대한 대처방법은 어떻습니까? 노인에게 예전과 같은 기준과 기대를 갖는 것이 도움이 된다고 생각했는데 지금은 어떻습니까? 너무 부담스러워서 다른 사람에게 도움을 요청할 수 없다고 했는데, 지금은 어떻게 생각합니까? 치매노인에게 나름대로의 대처전략을 사용하는 경향이 있다고 말했는데 그렇게 하고 난 후에는 어떤 느낌이 듭니까?).

그리고 주부양자가 스트레스 상황에서 할 수 있는 자기관리방법(부양에 대해 다른 가족들의 도움을 구한다, 자신만의 시간을 갖는다, 자신의 한계를 인정한다, 조언을 구한다, 주부양자 자신의 중요성을 잊지 않는다)에 대하여 알아보고 치매관리전략에는 ① 비난형(치매로 인해 생긴 어려움 들을 노인 탓으로 돌린다, 노인이 실수를 했을 때 잘못을 알아차리도록 왜 그랬는지의 설명을 강요한다, 노인에게 내가

치매노인 주부양자 스트레스 감소 프로그램

기대하는 방식으로 생활하도록 강력히 요구한다, 노인이 보다 나은 행동을 하도록 잔소리를 한다, 노인에게 말을 듣지 않으면 좋지 않을 것이라고 위협한다, 노인께 화를 내거나 소리를 질렀다. 그것이 노인을 알아듣게 만드는 유일한 방식이다, 노인께 나 자신이나 다른 가족들에게 걱정을 끼칠 일들을 하지 말라고 말씀드렸다, 나는 어떤 일을 하거나 어떤 방식으로 하거나 노인이 그것에 동의하도록 한다, 노인에게 내가 얼마나 걱정하고 있는가를 말한다), ② 격려형(노인께 자신의 감정이나 기분들을 표현하시도록 한다, 내가 괜찮다고 생각되는 행동에 노인이 했을 때 칭찬해준다, 노인에게 신체적인 애정표현을 많이 해드린다, 노인이 혼자서 친구들을 방문하는 등 교우관계를 유지하도록 격려한다, 노인이 하지 못하는 일들도 스스로 할 수 있는 만큼 도전해보도록 격려한다, 노인이 긍정적인 행동을 하도록 돕는다, 노인이 수용하고 따라 줄 수 있는 의견을 제시하려고 노력한다), ③ 적극형(노인에게 정신적으로나 정서적으로 자극을 주는 상황을 꾸미도록 노력한다, 어떤 사태가 발생하는 것을 예방하기 위해 노인께서 하는 일들을 눈여겨본다, 노인이 더 이상 할 수 없는 일들을 내가 대신해 주고 있다, 노인을 보호하기 위해 위협이나 문제가 발생할 수 있는 주변 환경을 개선한다, 노인께서 기분이 상하는 것 같으면, 그분의 관심을 다른 곳으로 돌리려고 한다, 주변에 있는 모든 사람들에게 똑같은 방식으로 노인을 대해 주도록 말한다, 노인이 신체활동이나 운동을 충분히 하시는가를 확인한다)이 있음을 알려주고, 효과적인 전략으로 격려 및 적극형을 주로 사용하도록 권한다.

치매노인과의 부정적인 상호작용은 부양자뿐만 아니라 치매노인에게도 해로운 영향을 줄 수 있다는 스트레스 건강과정 통합모델을 제시한다 ([그림 1] 참고). Schulz 등은 일상생활을 통제하지 못하게 될지도 모른다는 위협감을 많이 느끼는 사람일수록 그 보상작용으로 적응 전략을 더 찾게 되는데, 만약 적절한 적응전략을 찾지 못하면 불안과 우울을 경험하게 된다고 하였고 (Schulz, Heckhausen, & O'Brian, 1994), Haley(1997)도 자기효용성이 높은 주부양자는 부양스트레스가 적다고 하였다.

다음에는 주부양자들에게 치매노인과 더불어 살기 위한 효과적인

방법들을 교육한다. (예: 규칙적인 일상생활을 한다; 자립하도록 돕는다; 존엄성이 유지되도록 돕는다; 대립하지 않는다; 항상 유머 감각을 갖는다; 안전을 유지한다; 건강을 유지한다, 노인의 시력 및 청력이 저하되지 않았는지 살핀다; 얼굴을 마주보면서 눈높이를 맞춰 천천히 명확하게 말한다. 또 노인의 몸짓에 신경을 쓰고 적절한 행동이나 단어를 사용하며 먼저 노인이 주의를 기울이도록 한 후에 말하는 등, 의사소통을 유지하는데 도움이 되는 방법을 익힌다; 친척들의 사진에 이름 써서 붙이기, 치매노인의 방문을 밝은 색으로 칠하거나 이름을 써놓기 등, 기억을 증가시키는 방법을 익힌다). 또한 증상에 따른 대처 방법의 사례들(지남력이 떨어진 어머니, 의심이 많은 아버지, 아들을 비난하는 아버지 등)에서 적절한 반응과 부적절한 반응을 살펴본다. 그리고 치매노인과 대화 시에는 ‘누가, 언제, 어디서, 무엇을, 어떻게’에 따라서 단순하고 구체적으로 이야기하는 것이 좋다고 설명하고 치매노인의 요구를 확인하는 것 역시 중요하다는 것을 교육한다.

치매 증상이 악화되면 일상생활 수행능력이 감퇴되면서 생각하지 못한 사고가 생길 위험성도 증가된다. 특히, 가정에서는 주로 한 사람이 간호를 전담하기 때문에 주부양자의 어려움을 덜어주기 위한 환경적인 뒷받침이나 내부 개조를 통해 스트레스가 되는 자극들을 변화시킬 수 있는 효과적인 환경개입이 필요하다. 또 신체 기능을 보강할 수 있는 방법(출입문 및 부엌 등의 위험 요소를 차단하고 미끄럼 방지 바닥재나 창문 안정장치를 설치, 휠체어 사용 시 바닥 문턱 제거, 욕실 개조 및 안전장치 설치), 인지 능력을 보강할 수 있는 방법(개인적인 애장품, 사진 및 가구들을 잘 활용하여 노인의 과거 기억들을 떠올려 주체성을 확보하도록 돕기-이때 치매노인의 경우 최근보다는 어렸을 때의 기억을 많이 하므로 젊은 시절의 사진 또는 물건을 사용할 것-), 소음 조절(이중창 설치, TV시청 시간 줄이고 치료적 효과가 있는 음악 틀기), 가정에서 실시할 수 있는 구조적인 개조 방법(현관문에는 벨이나 종을 달아 치매노인이 나가면 소리가 나도록 한다, 거실과 베란다에는 핸드레일 손잡이를 설치하고 문턱을 없앤다, 욕실바닥은 미끄럽지 않게 하고 야간에는 보조등을 설치한다, 거실과 주방 사이에 문을 설치하거나 위험한 주방용품은 서랍에 넣고 잠근다, 치매노

치매노인 주부양자 스트레스 감소 프로그램

인의 방은 쉽게 눈에 띄는 인상적인 표시를 해놓는다, 가구는 노인의 신체적인 특성에 알맞게 선택한다) 등에 대하여 논의한다. 또한 치매노인과 주부양자가 거주하는 지역사회 내에 있는 서비스 시설 현황표를 첨부해서 보다 쉽게 도움을 받을 수 있도록 한다.

4회기의 주제는 스트레스 관리와 이완훈련에 대한 이해 및 적용으로, 스트레스와 스트레스에 대한 자신의 반응을 기록하는 방법을 가르치고 연습시킨다. 회기의 목표는 ① 주부양자들의 스트레스 인자와 대처행동 및 그 결과를 구체적으로 살펴보고, ② 이완훈련의 이론적인 근거에 대하여 학습하며, ③ 긴장-이완 훈련을 연습하고 일상생활에서 적용할 수 있도록 돕는 것이다.

이 회기는 즐거운 일 나누기, 스트레스 평가 및 모니터하기, 이완훈련의 이론적 근거에 대한 교육, 이완요법의 적용, 마무리 시간으로 구성되어 있다. 먼저, 스트레스 상황에 처하였을 때 신체가 반응하는 방식(근육긴장, 어지러움, 심장 박동률 증가, 가슴이 조마조마함 등), 생각이 떠오르는 방식(난 결코 제대로 대처할 수 없을 거야, 나는 노인을 적절하게 부양하고 있지 않아, 모든 사람이 날 지켜보고 있어 등과 같이 부정적인 최악의 상황이 벌어질 것이라는 생각), 감정을 느끼는 방식(놀람, 신경이 날카로워짐, 긴장, 몽롱해짐, 주의집중곤란 등), 행동하는 방식(스트레스 상황을 회피하기, 알코올 섭취, 약물 복용 등)에 대해서 알아본다. 또한 ‘스트레스 면접 질문지’(귀하께서 스트레스를 주로 받으시는 상황은? 스트레스를 받으면 신체적으로나 감정적으로 어떤 상태가 되고, 이 때 생각나는 것들은 무엇입니까? 주로 어떻게 스트레스에 대처하십니까? 당신의 스트레스가 되는 원인들은 무엇입니까? 치매노인의 스트레스는 주로 어떤 것이라고 생각하십니까? 치매노인께서는 자신의 스트레스에 어떻게 대처하십니까?), ‘스트레스 감소를 위한 연습용지’(스트레스가 발생한 상황을 적으시오, 이 상황에서 당신의 신체적인 반응은? 그때 머리 속에서 자동적으로 떠오른 생각은 무엇이었습니다? 어떤 느낌이 들었습니다? 어떤 행동을 했습니까?)를 통하여 스트레스를 받는 상황, 원인, 대처방법, 그리고 치매노인과 관련된 스트레스 및 스트레스 증상을 자각하고 인식해본다.

여기에서는 1회기부터 실시해왔던 이완훈련에 대한 이론적 배경을

설명한다. Jacobson에 의하면, 긴장은 생리적 긴장과 심리적 긴장으로 구분되고, 모든 종류의 심리적 긴장은 반드시 어떤 형태의 생리적 또는 신체적 긴장을 수반한다. 따라서 주요 신체부위의 근육을 의도적이고 점진적으로 수축시켰다가 서서히 풀어주는 동작을 반복하면 심리적 긴장을 자유자재로 통제할 수 있다. 점진적 근육 이완법은 반복적인 훈련을 통해 근육의 긴장상태를 이완상태로 전환시키는 방법을 익히는 것이다. 그렇게 함으로써 근육만 이완되는 것이 아니라, 교감신경 항진으로 인한 심신전체의 긴장이 함께 저하되는 것이다.

이완훈련에 대한 이론적 배경을 설명한 후에는 긴장-이완 요법을 반복함으로써 부양자가 자신의 신체에 긴장된 부분이 있는지를 살피도록 훈련한다. (예: 의자에 편안하게 앉으십시오. 그리고 현재 행해지고 있는 일에만 집중하십시오. 당신 신체내의 느낌, 즉 당신의 몸속에서 일어나는 현상에만 집중하도록 하십시오. 이런 과정을 해나가면서 당신의 모든 근심을 마음에서 떨쳐내 버리십시오. 이완훈련을 단계적으로 안내해 드리면 앞으로 원하는 시간에 언제든지 상쾌하게 이완되는 느낌이 들 수 있습니다. 편안함을 좀 더 확실하게 느끼기 위해서 옷이나 넥타이, 시계, 벨트 등의 장신구를 느슨하게 풀어 놓으십시오. 의자에 앉은 채 여러분의 신체내의 느낌에 집중하면서 모든 주의를 첫 번째 근육집단, 즉 오른쪽 팔과 손에 집중하십시오. 마음속에서 그 근육집단을 그림으로 상상해 보십시오. 그 다음 팔을 올리고 손을 펴 쥐어서 그 근육집단에 긴장을 만들고, 그 느낌에 주의를 기울이면서 약 10초간 긴장을 유지하십시오. 가능한 만큼 근육을 단단하고 팽팽하게 만드십시오. 그리고 순간적으로 당신의 팔을 느슨하게 함으로써 모든 긴장을 풀어버리십시오. 이완된 감각과 조금 전에 경험한 긴장된 감각을 20초 동안 비교해 보시길 바랍니다. 이제 한 번 더 팔을 올려서 오른쪽 팔과 손의 근육들에 긴장감과 팽팽함이 느껴지도록 해서 10초간 그 상태를 유지하십시오. 긴장을 유지하고 그 긴장된 느낌을 먼밀하게 살펴보십시오. 얼마 전에 느꼈던 긴장과 지금의 이완된 느낌을 비교하고 대조하십시오).

이완요법은 특별한 기계가 필요하지 않고 긴장과 이완을 쉽게 구분할 수 있도록 도와주며, 불안을 가장 적게 일으키는 긴장감소기법이다.

치매노인 주부양자 스트레스 감소 프로그램

기 때문에 불면증이나 긴장성 두통, 주관적 불안, 스트레스와 관련된 증상이나 질병회복 및 주부양자의 불안과 우울증에 효과적이라고 알려져 있다. 따라서 이완요법을 배워서 적용할 수 있는 기술로 정기적인 훈련이 필요하다. 다시 한번 강조하고 ‘긴장감 평가 기록일지’(날짜, 시간, 하고 있던 행동, 긴장감을 느끼는 신체부위를 적고 신체의 긴장감 수준을 1-10까지의 숫자로 체크하기)와 ‘이완 기록일지’(날짜와 이완된 시간을 적고 이완하기 전의 상태와 이완한 후의 상태를 각각 매우 이완됨(1)에서 매우 긴장됨(10)까지 체크하기]를 작성하는 것을 과제로 내준다.

5회기의 목표는 ① 스트레스에 대한 심리적인 측면을 관리하는 이론적 근거에 대하여 학습하고, ② 실제 생활에서 경험한 사례들과 관련하여 사고와 감정의 관계를 살펴보고, ③ 일상생활에서 자신이 갖고 있는 부정적인 인지의 타당성을 논박하는 것이다. 이 회기의 구체적인 내용은 즐거운 일 나누기, 스트레스에 대한 심리적 반응의 이해, 부정적자동적인 생각 찾기, 생각 바꾸기, 나눔 시간으로 구성되어 있다.

먼저 진행자는 “스트레스에 대한 심리적인 증상이란 사람들이 불안할 때 나타내는 인지 및 정서적인 반응을 말하는 것으로써 인지모델에서는 불안이 그 상황에 내재된 위험을 지나치게 확대, 평가함으로써 생기는 것이라고 본다. 특히, 위험에 대한 과대평가 여부는 자기 자신과 우리가 살고 있는 세상에 대한 관점에 달려있는데, 우리가 자신을 무능하게 보거나 적대적으로 세상을 보는 경우보다 분별력 있고 유능하며 우호적으로 지각하는 경우에는 그 상황에 내재된 위험을 덜 과장하게 된다.”고 설명한다. 그리고 사고와 감정의 관계를 다음과 같이 구체적인 예를 들어 설명한다. 즉, 우리는 상황을 잘못 해석하기 쉽고, 상황을 생각하는 방식에 따라 느낌이 결정될 수 있으며, 사건에 대한 걱정이 불안을 야기할 수 있다는 것에 대해 교육한다. (예: 박 여사는 직장에서 귀가했는데 집안이 킁킁하였고, 아무도 없는 것처럼 보였다. 거실로 들어서자 위층에서 무슨 소리가 나는 것 같았고 갑자기 도둑이 침입해 있을 지도 모른다는 걱정이 들기 시작했다. 그녀의 마음속에는 모든 장면이 스쳐 지나갔다. ‘도둑일지도 몰라, 내 보물과 TV를 훔쳐갈지도 모르지, 어쩌면 무기를 갖고 있을 수도 있어.’ 박 여

사는 현기증이 나기 시작하는 것을 느꼈고, 심장이 점점 더 빨리 뛰어서 급기야는 숨을 제대로 쉴 수 없게 되었다. 그 때였다. 남편이 계단을 내려오는 것이 보였다. 남편은 일찍 퇴근해서 이층 침실에서 잠을 자고 있다가 부인이 오는 소리에 깬 것이다. 박 여사는 남편을 보고 매우 기뻐했고 침입자와 대면하지 않아도 된다는 생각에 안도의 한숨을 쉬었다).

또한 어떤 상황에서 불안해하거나 긴장하는 밑바탕에는 우리가 의식하지 못하는 역기능적 신념이 있기 때문에 역기능적 신념을 인식하는 것이 중요하다는 것을 알려준다. 역기능적 신념의 예는 다음과 같다 (모든 일이 완벽하게 진행되지 않으면 끝이다, 나는 다른 사람의 행복에 책임이 있다, 어떤 일에 성공하지 못했다는 것은 그것이 실패했음을 의미한다, 내가 만약 스트레스를 받고 있다는 것을 드러내 보인다면 다른 사람들은 나를 형편없다고 생각할 것이다). 그리고 이러한 사고(역기능적 신념)와 감정의 관계는 치매노인 부양 상황에서도 똑같이 적용될 수 있다는 것과 부양 상황에서 생각할 수 있는 역기능적 신념 및 자동적 사고에 대하여 구체적인 예를 들어 설명한다 (치매노인이 나를 못살게 하려고 일부러 이런 행동을 한다, 내가 아무리 치매노인을 열심히 돌봐주어도 누구하나 내 고통을 알아주지 않을 거야, 가족들은 전혀 나를 도와주지 않아, 모든 책임을 나한테 떠넘기고 자신들은 편하고 즐겁게 생활하고 있어, 이렇게 살다가는 나도 미쳐버리고 말거야! 내가 기분이 나쁘다고 아픈 노인한테 화를 내다니 나는 참 못된 인간이야, 나는 치매노인을 누구보다도 더 잘 모셔야만 해. 그렇지 않으면 나는 평생을 죄책감에 시달리게 될 거야!).

주부양자가 경험하는 부양 스트레스, 즉 부정적인 정서반응들을 알아보기 위해 질문기법(전에는 노인의 문제가 정상적인 노화과정의 일부이고, 기억문제는 단지 사소한 것이라고 생각했었는데, 지금은 어떻게 생각하고 있습니까? 현재 노인의 상태가 이렇게 된 이유는 무엇 때문이라고 생각하십니까? 당신은 그것이 질병의 증상은 아니라고 했는데, 지금은 어떻습니까? 노인의 상태가 나빠지지 않고 좋아질 것이라고 하셨는데 지금은 어떻습니까? 당신이 그렇게 생각하는 증거가 무엇입니까? 그 상황을 다른 방식으로 설명해볼 수 있습니까?)이나

치매노인 주부양자 스트레스 감소 프로그램

역할연기, 인지모델 등을 이용하여 부정적인 자동적 사고나 비합리적 사고, 혹은 역기능적 신념(그 당시의 상황을 떠올리며 “그 때 무슨 생각이 떠올랐습니까? 떠오른 생각과 함께 그때 느꼈던 감정을 적어 보십시오.”)을 알아낸다. 특히 질문기법이나 역할연기를 이용해서 부양상황에 대한 주부양자의 인지와 그에 대한 의미(예: 치매노인의 행동에 대한 지각 및 다른 사람의 의견에 대한 중요성)를 찾아내는 것이 중요하다. 또한 부정적인 자동적 사고가 주부양자의 부정적인 정서반응이나 행동과 연결되어 있음(인지모델)을 주지시키고, 이를 생산적이고 건설적인 사고로 바꾸는 인지 재구조화 기법을 교육한다.

인지 재구조화 기법에서는 주부양자와 치매노인과의 관계, 치매노인에 대한 자녀의 부양의무, 부양에 대한 신념, 부양의 가치와 중요성 등에 대한 비합리적인 신념을 합리적인 신념으로 변화시키는 것이 개입의 초점이다. 먼저 자동적 사고를 수정하기 위해서는 가장 화가 나거나 긴장되었을 때 떠오르는 생각이나 지배적인 생각 등을 찾아서 보다 생산적이고 건설적인 생각으로 바꾸도록 노력해야 한다. 자동적 사고의 타당성을 검증하는 데는 다음과 같은 질문들이 효과적이다. (예: 당신을 잘 알고 믿을만한 사람이라면 이 상황을 어떻게 생각할까요? 당신은 자신의 행동보다는 당신의 느낌에 근거해서 판단을 내리지는 않았나요? 만약 그 일이 발생했다고 하더라도 그것이 그렇게도 나쁜 상황인가요? 너무 비현실적인 기준에 자신을 맞추려고 하지는 않나요? 흑백 논리로 생각하고 있지는 않나요? 모든 일에 과도하게 책임을 지려고 하지는 않나요? 당신은 평소에 모든 일들을 과도하게 통제하려고 하지는 않나요?).

이런 질문들을 통해 새롭게 생산적인 생각을 이끌어 내는 것이 중요하다. 그리고 이러한 생각이 힘든 부양상황에 도움이 되는지, 혹은 방해가 되는지를 다시 한번 검토하여 그 효과성을 평가할 필요가 있다. 이를 위해 비현실적인 기대(나는 모든 것을 완벽하게 해내야 해, 사람들은 내가 하는 모든 일을 꼭 인정하고 받아들여야만 해, 세상은 공정하고 정의로워야 해), 자기 비하(내가 완벽하게 행동하지 못하면 완전히 가치 없는 존재가 될 거야, 그들이 바보가 아니라 내가 진짜 바보야), 엄청난 실패라는 생각(완벽하지 않으면 끝장이야, 한 가지라

도 잘못되면 그것은 전체가 잘못된 것이야, 내가 완벽하게 해내지 못한다면 그것은 아무 것도 하지 않은 것이나 마찬가지야), 나는 그 일을 해낼 수 없다는 생각(이런 일은 일어나지 말았어야 했는데, 내가 어떤 노력을 해도 그 일은 결국 실패하고 말거야) 등의 비생산적 사고의 예를 들어준 후 새로운 기술을 개발할 수 있도록 상황, 감정정도, 비생산적인 생각, 새로운 생각, 새로운 행동을 적어보면서 의도적으로 비생산적인 자기 대화를 생산적인 자기 대화로 바꾸어본다. 이때 주부양자의 현재 감정을 평가(0-100%)하고, 회피나 자기희생, 소외 행동 등의 스트레스 인자에 대한 개인의 반응들을 함께 다룬다.

끝으로 위에서 실시한 생산적인 자기 대화와 지금까지 학습한 내용을 바탕으로 ‘일상 사고기록일지’를 작성해 오도록 과제를 내준다. 일상사고 기록지에는 날짜, 당시의 상황 및 정서, 그 때의 부정적인 사고, 부정적인 사고를 평가하기 위한 질문 및 답, 합리적인 반응, 부정적 사고를 믿는 정도나 및 느낌의 종류, 느낌의 강도(1-100%)를 평가해본 결과와 이후에 취할 수 있는 행동 등을 포함해야 한다. 이러한 내용들을 표로 만들어 보여주고 어떻게 과제물을 작성해야 하는지를 자세하게 설명한다.

6회기의 주제는 스트레스에 대한 행동적 측면의 관리로 여기에서는 스트레스가 있을 때 자신이 취한 회피 행동의 결과를 예측하여 그 행동을 변화시킬 수 있는 구체적 단계를 계획하도록 도와준다. 회기의 목표는 ① 부양상황에서 보이는 특정 행동들을 살펴보고, ② 스트레스 상황에 대한 대안적인 반응 및 행동을 논의하고, ③ 부정적 자동적 사고에 도전하여 대안적인 해결책을 마련하도록 훈련하는 것이다.

이 회기의 구체적인 내용은 다음과 같다. 이 회기는 즐거운 일 나누기, 스트레스에 대한 행동적 반응의 이해, 실제적인 행동관리를 할 수 있는 방법 탐색, 스트레스에 대한 행동반응 통제하기, 마무리 모임으로 구성되어 있다. 먼저 스트레스에 대한 행동적 반응으로 회피행동과 과도한 책임행동에 대하여 설명한다. 회피행동은 스트레스를 주는 다른 상황을 피하는 것으로 스트레스 관리를 대신하는 것이다. 예를 들면, 아내가 치매환자라고 말하면 친구들이 집에 놀러오지 않을 것이라고 믿는 부양자는 친구들이 계속 집에 놀러오도록 하기위해 그런

치매노인 주부양자 스트레스 감소 프로그램

애기를 하지 않는다. 즉, 친구들이 계속 놀러오는 이유가 자신이 부인을 치매라고 말하지 않았기 때문이라고 믿는 것이다. 과도한 책임행동이란 치매노인에게 정서적으로 과도하게 몰입되어 치매노인과 지나치게 많은 시간을 보내는 과보호 상태로, 다른 활동을 전혀 못하는 자기 희생적인 것이다. 이처럼 주변 사람들을 적절하게 이용하지 못하거나 다른 사회적인 활동에 불참하려는 경향은 스스로를 스트레스에 취약하게 만든다.

다음으로 사회적 지지나 기분전환을 하기 위해 필요한 활동을 하고 싶은 욕구가 있는지를 확인하기 위하여 자신이 가지고 있는 사회적 자원을 평가하고, 자신의 생활방식을 알아본다. 이를 위한 실제적인 행동관리 단계는 첫째, 치매노인 주부양자가 친지들에게 질병이나 부양상황에서 전개되는 문제들을 솔직하게 털어놓고 이와 관련된 어려움을 다른 사람과 논의할 수 있도록 의사소통 방법을 교육하고 연습한다. 이 과정은 3단계로 진행되는데, 1단계에서는 다른 사람과의 만남을 시도하고(예: 화요일 저녁에 나는 내 친구 OO에게 전화를 한다), 2단계에서는 질병에 대하여 언급하고(예: 내 남편의 병에 대해 이야기한다), 3단계에서는 문제에 대해 논의한다(예: 요즘 집을 나가서 배회를 하는 일이 많고 그것 때문에 어렵다고 말해야지).

둘째, 다른 가족에게 도움을 요청한다(가족 구성원에게 연락하기, 부양하는 것을 도와줄 수 있는지 물어보기, 도움을 줄 수 있는 날짜와 시간을 선정하기, 정해진 시간에 도움을 받기, 그 시간에 부양이 아닌 다른 활동을 하도록 계획해서 실행하기). 셋째, 연락이 끊긴 친구에게 다시 방문해달라고 청한다(친구에게 연락하기, 자신이 보살피고 있는 치매노인의 병에 대해 설명하기, 초대하기, 만나기, 필요하다면 두 번째 초대하기, 다시 만나기). 넷째, 즐거운 활동들을 소개한다(현재/이전의 생활방식은 어떻습니까? 치매노인 때문에 생활에 제약이 있는 상황에서, 당신이 생각하는 가장 최선의 생활방식은 무엇입니까? 사회적인 모임이나 행사에 참여하십니까? 취미활동을 하십니까? 자주 외출하십니까? 긴장을 풀고 쉬고 싶을 때 어떻게 합니까?).

또한 부양자의 시간관리 기술에 대해 논의하고 효과적인 시간관리 기술을 제시한다. 먼저 오늘 하고 싶은 일을 목록으로 작성하여 일의

우선순위를 결정하기, 꼭 오늘 해야 하는 일을 알아보기, 일을 하는데 걸리는 시간을 추정하기, 해야 할 일들 사이에 짧은 휴식시간을 끼워 넣기, 어떤 일을 처리할 시간이 없으면 목록을 다시 한번 살펴보고 덜 중요한 일부터 지우기, 당신이 편안하고 실용적이며 적절하다고 생각 되는 일들의 순서를 정하기, 한 번에 한 가지만 일하기, 하루의 중간 시점에 일의 목록들을 한 번 더 살펴보고 필요하다면 계획을 조정하기, 당신이 해낸 일에 대해서는 스스로를 칭찬하기 등이다.

이러한 것들을 바탕으로, 부양자가 취미생활 등 최대한 이상적인 활동을 할 수 있는 목표를 세우고 ‘이상적인 생활방식 안내 기록일지’를 작성한다. 기록일지의 내용으로는 친구 만나기, 좋아하는 라디오 프로그램 듣기, 윈도우쇼핑하기, 산책하기, 지역사회 일에 참여하기, 게임하기, 오찬 모임에 참석하기, 운동이나 춤 교습에 참여하기, 버스나 기차여행, 야간학교에 다니기, 밤에 친구와 외출하기, 종교행사 참석, 그림 그리기, 극장에 가기, 음악 감상하기, 성가대에 참석하기 등에서 선택할 수 있다. 그리고 이상적인 생활방식으로 노력을 해야 하는 것과 비교적 실행에 옮기기 쉬운 것을 고르도록 한다. 또 즐거운 활동에 대한 계획을 실천하기 위해, 그 활동을 언제 시작할 것인지, 그 동안 누가 치매노인을 돌봐 줄 것인지, 어떻게 그곳까지 가실 것인지, 비용은 얼마나 드는 것인지, 혼자 또는 다른 사람과 함께 가는지, 그 활동을 하기 전에 필요한 다른 것이나 문제는 없는지, 문제가 있다면 그것을 어떻게 극복할 것인지, 다음 모임 때까지 달성해야 할 단계는 무엇인지, 또 다음 모임은 언제인지를 작성하도록 한다.

또 부양자가 부양 외의 다른 일반적인 상황에서도 회피반응이나 부적응 행동들을 사용하고 있는지를 알아보고 그 이유와 적절한 대처 방안을 논의한다. 즉 과거에는 어떤 활동을 즐겼다고 했는데 현재도 그런 활동을 할 시간이 있는지, 만약 시간을 낼 수 없다면 그 이유는 무엇인지, 이상적인 상황이라면 그런 활동을 할 수 있는 시간이나 상황조정이 가능한지, 만약 그렇게 조정할 수 없다면 그 이유는 무엇인지 등을 논의한다. 필요한 경우에는 가족에게 부양에 대해 도움을 청하거나, 또는 친구들에게 방문을 요청하는데 필요한 단계들을 구체적으로 설정하고 이를 수행하였는지를 평가할 수 있도록 ‘목표달성 요약

치매노인 주부양자 스트레스 감소 프로그램

기록일지'를 과제로 내준다. 그리고 이런 상황에서 일어날 수 있는 잠재적인 문제점을 예상하여 이를 해결할 수 있는 역할연기, 모델링, 리허설기법 등을 연습시킨다.

타인에게 화를 내거나 참을성 없이 행동하는 것은 부정적인 긴장을 가속화시키면서 상대방도 그렇게 반응하도록 유도하는 것이다. 이런 경우에는 감정이 폭발되어 타인과 불화를 일으키게 된다. 그러나 자신의 긴장행동을 관리할 수 있는 사람은 강력하면서도 통제된 방식으로 언어를 사용하여 자신의 요구사항이나 불만을 표시할 수 있다. 이러한 긴장행동관리의 원칙을 기초로 불쾌한 감정을 바꾸고, 통제력을 잃지 않고 자신의 권리를 주장하여 상황을 재빨리 바꾸어 놓을 수 있는 기술들을 교육한다.

긴장행동 관리를 위한 학습의 첫째 단계는 자신의 긴장행동을 인식하는 것이다. 먼저, 긴장 행동에 대해 개인적으로 알 수 있는 신호를 정하고, 감정 상태(예: 좌절)와 긴장 행동(예: 고함지르기)간의 관계 및 긴장 행동을 일으키기 쉬운 상황과 대인 관계 상황을 인식시킨다. 둘째 단계는 새로운 기술을 개발하는 단계로 바람직하지 못한 행동을 지연시키고, 양립할 수 없는 행동에 관심을 두는 것이다. 예를 들면, 고함을 지르거나 참을성 없이 배회하는 행동을 막기 위해서는 천천히 말하거나 요구나 불만 사항을 적대감을 갖지 않고 통제된 방식으로 말로 표현하는 것을 훈련시킨다. 셋째 단계는 새로운 기술을 적용하는 단계로 요구나 불만 사항을 적절하고 통제된 방식으로 표현하기, 일상생활에서 바람직한 행동을 증가시키기, 신체를 이완시키고 온화한 목소리로 침착하게 말하기, 주의 깊게 경청하여 타인과의 상호작용을 향상시키면서 안정감 찾기, 정서적 혼란이 생기면 자신에게 행동통제가 필요하다는 경고로 받아들이기 등이다.

스트레스에 대한 행동반응을 통제하기 위해 이에 관한 기록일지를 작성해 오도록 하며, '스트레스에 대한 행동반응 통제하기 질문지'에는 여러 가지 예를 수록해둔다. 여기에는 먼저 변화시킬 특정행동을 선택하는 것(예: 기분이 상할 때마다 고함을 지른다), 목표행동 수정을 위한 특정 상황을 언제, 어디서, 누구와 할 것인지를 선택하는 것(예: 매주, 다음 주 금요일부터 시작하며, 가족회의에서, 아내, 동생, 처제와

함께 등), 목표행동 수정을 위한 전략을 준비하는 것(예: 양립할 수 없는 행동으로는 내 목소리가 높아지는 것을 느끼자마자 가능한 한 천천히 말하기, 자연행동으로는 고함을 지르게 되면 다음 60초간 아무 말도 하지 않기), 결과를 기록하는 것(결과: 3차례 고함을 질렀다. 한 번은 고함을 질러버렸고 두 번은 고함을 지르는 소리가 평소보다 짧았다; 느낀 점: 좋아, 시작이다) 등이 포함된다.

7회기의 주제는 치매노인의 행동에 대한 적응적인 대처방식이다. 회기의 목표는 ① 어려운 부양상황이나 고통스러운 정서를 다루기 위해 효과적인 대처전략이나 기술들을 습득하는 것이고, ② 치매노인의 행동을 보다 적응적인 방식으로 반응하고 관리하는 기술을 획득하는 것이며, ③ 주부양자가 가지고 있는 욕구와 강점들을 파악함으로써 적절한 대처전략을 수립해보도록 연습하는 것이다.

7회기의 구체적인 내용은 즐거운 일 나누기, 스트레스 대처 기술 알아보기, 스트레스 인자의 배경정보 알기, 부양스트레스를 일으키는 특정한 상황을 변화시키는 전략 탐색하기, 마무리 모임으로 구성되어 있다. 먼저 ‘치매부양자 만족척도’를 작성하여 부양상황에 대한 주부양자의 만족도를 알아본다. 여기에는 “치매노인은 내가 도움을 주면 고맙게 여긴다, 내가 치매노인을 돌보아주는 것을 가족이나 친구들이나 의료종사자들이 알아준다, 치매노인으로부터 사랑과 애정을 받는다, 치매노인을 돌보는 일 자체가 좋다, 치매노인이 행복과 만족을 느끼는 모습을 보는 것이 좋다, 치매노인과 더 가까워지는 것이 좋다, 치매노인의 위엄과 자존감을 유지시켜준다, 다른 가족 구성원과 관계가 개선되었다, 내가 매우 중요한 역할을 담당하는 느낌이 든다, 부양으로 인해 새로운 기술들(예: 문제해결 기술, 금전관리, 가정 유지)이 개발되었다, 부양으로 인해 관용과 인내심이 발달했다, 치매노인과 같이 즐길 수 있는 활동과 관심사를 새롭게 개발했다, 치매노인으로부터 받았던 친절과 사랑을 갚을 수 있는 기회이다, 상황이 역전되었다면 노인도 나를 도왔을 것으로 알고 있다, 종교적 혹은 개인적인 신념을 실제 상황에 적용해볼 수 있다” 등의 문항들이 수록되어 있다.

자신의 강점(치매 증상에 반응하는 부양자의 효과적인 대처 전략이나 적응 방식, 효과적인 삶의 기술, 치매노인과의 관계에서의 만족

치매노인 주부양자 스트레스 감소 프로그램

및 긍정적 측면으로 공유된 경험들과 유대감/연결 그리고 상호 배려 및 이해, 치매노인과 좋은 관계, 사회적 지지, 현실적으로 도움이 필요할 때 기꺼이 도움을 청하기, 치매노인을 돌보는 일에서 잠시 쉬는 것을 당연하게 여기기, 질병에 대한 충분한 이해), 욕구(대처하기가 어렵고 스트레스를 받는 증상들, 부양자가 자신의 역할기대에 대한 변화와 치매노인이나 자신의 생활방식에 있어서의 변화, 치매노인과의 관계 변화 때문에 경험하는 스트레스) 등에 대해서도 자세히 알아본다.

또한 다음과 같은 질문을 통해 주부양자의 스트레스 인자에 대한 배경정보를 파악한다. 즉 이전 평가에서는 “노인의 ~행동 때문에 스트레스를 받는다.”고 했는데, 그 행동이 가장 최근에 일어난 것은 언제입니까?(지난주에는 그런 행동이 없었다면, 스트레스를 주는 다른 행동을 찾는다), 그런 행동이 어디에서 일어났습니까?(장소 혹은 방), 언제, 누구랑 같이 있을 때 일어났습니까? 등을 질문한다. 또한 선행 사건을 찾아보고(그 행동 이전에 어떤 일들이 일어났습니까? 평상시와는 좀 다르거나 이상한 일은 없었습니까? 그 사건이 일어나기 전까지만 본다면 그 날은 어떻습니까? 치매노인과 관련해서는 그 날이 어떤 날이었습니까? 일이 순조로웠습니까? 할 일이 많았습니까? 당신이나 치매노인에게 다른 약속이 있었습니까? 그 날 치매노인이 주간보호센터에 가야했던 날이었습니까?), 또 그 결과를 평가하여 행동분석용지에 기록한다(치매노인이 그런 행동을 하고 난 후에는 어떤 일이 일어났습니까? 당신은 어떻게 행동하고 반응했습니까? 치매노인에게 뭐라고 말했습니까? 노인의 행동에 대처하기 위해 어떻게 했습니까? 그런 행동이 다시 일어나지 않도록 방지하려고 노력했습니까?).

이어서 실제적인 개입만으로도 스트레스 관리가 가능한지, 주부양자의 지각과 반응을 변화시키는 관리방법이 더 바람직할 것인지, 아니면 이 두 가지 전략을 함께 결합시키는 것이 문제해결에 도움이 될 것인지에 관한 대처기술을 검토하고 실행해본다. 이때 ‘치매 증상 사전’을 참조해서 주부양자가 치매노인의 증상을 정확하게 잘 이해하고 있는지를 알아보고 필요하다면 재교육시킨다. 주부양자들에게 프로그램이 진행되는 동안 개입 기록지에 스트레스가 되는 치매노인의 행동이나 상황, 그 행동이나 상황이 발생한 횟수, 이용하고 있는 개입 전

략, 개입 수행 여부, 개입 결과를 기록하도록 하여 부양자가 적용하고 있는 개입 전략이 문제 행동이나 상황 빈도를 경감 시키는데 도움이 되는지를 평가할 수 있도록 한다.

8회기의 주제는 상실감 관리 및 치매노인 행동에 대한 적응적 반응이다. 회기의 목표는 ① 주부양자가 경험하는 상실감을 규명하고 이 바탕에 깔려 있는 사고와 대처방법을 인식하며, ② 인지 재구조화 모델을 작성하여 비합리적인 신념을 합리적인 신념으로 바꾸어보는 것이다. 이 회기는 즐거운 일 나누기, 상실감에 대처하기, 개입도표 및 인지적 재구조화 도표 작성하기, 마무리 모임으로 구성되어 있는데 이를 좀 더 살펴보면 다음과 같다.

먼저 부양자의 상실감에 대해서 구체적인 실례를 들어보고, 치매노인의 기능감소 때문에 주부양자가 경험하는 상실감과 자신의 삶의 질이 변화하는데서 오는 걱정 등과 관련된 감정반응(예: 우울, 불안 등)들을 다룬다. 이 때, 부양자 자신이 경험하는 상실감을 규명하고 구체적인 정서와 사고에 대처하도록 돕기 위해 치매 노인을 부양하면서 변화 이전 삶과 치매상태의 진행에 따라 치매노인의 관계가 어떻게 변했는지 등을 질문한다.

다음으로는 주부양자에게 부양과 관련하여 상실감을 경험했던 상황을 머릿속에 떠올려보고 그런 상황이나 생활 사건들을 극단적으로 생각하는지 혹은 긍정적인 측면을 전혀 보지 못하거나 현재의 상황을 받아들이지 못한지 등을 살펴도록 질문한다. 도움이 되는 질문들로는 당신이 그렇게 생각하는 증거가 있는지, 그 상황에 대한 객관적인 사실이 무엇인지, 당신 생각과는 다른 대안이 있는지, 객관적인 대안을 고려할 때 무엇이 가장 옳다고 보는지, 당신처럼 생각하면 어떤 효과가 있는지, 그러한 사고가 당신의 느낌과 행동에 어떤 영향을 주는지, 그런 식으로 생각할 때 장·단점은 무엇인지, 보다 유용한 다른 대안을 찾을 수 있는지, 당신이 범한 사고의 오류는 무엇인지 등이 있다.

또한 중요한 사건(예: 진단, 치매노인의 능력 상실, 사회적 조건의 변화), 부정적인 자동적 사고(예: 끔찍한 상황이 벌어졌다, 우리의 삶은 이제 끝이다, 우리의 관계가 황폐해졌다, 이젠 산송장과 다름없다, 사람이 알맹이는 없고 껍데기만 남아있는 것 같다, 아무도 우리에게

관심이 없을 것이다), 행동적 반응, 정서적 반응, 인지적 반응, 신체적 반응을 기록하는 개입도표를 이용하면 보다 구체적으로 파악할 수 있다는 것을 예시를 통해 보여준다. 필요하다면 부정적인 자동적 사고를 논박하는 추가 훈련을 실시한다. 이어서 노인의 치매진단에 대해 같이 의논하도록 격려를 받았던 경험 및 그 때의 감정들을 이야기하면서 스트레스를 감소시키고 스트레스로부터 완전히 분리되도록 훈련한다.

치매노인과 관련된 인지 재구조화 모델의 예시에서는 활성화 경험 혹은 사건(예: 치매노인이 머느리인 내가 물건을 훔쳐갔다고 보는 사람들마다 이야기함), 이에 대한 합리적인 신념(예: 치매이기에 그렇게 말씀하시는 거야, 나를 도둑이라고 생각해서 그러는 것이 아니라 치매 증상의 일종이야, 저런 증상을 어떻게 도와드릴 수 있을까?) 혹은 비합리적인 신념(예: 평소에도 나를 그렇게 미워하더니 일부러 더 나를 힘들게 하려고 저런 말을 하는구나, 이런 치매노인을 모시고 살아야 하다니 나는 정말로 운이 없다, 돌봐주는 고마움도 모르고 해도 너무 한다)에 대하여 설명한다. 그리고 바람직한 정서적 결과(치매노인에 대한 이해와 연민), 바람직한 행동적 결과(치매노인의 관심을 다른 곳으로 돌리고, 적절하게 대처한다), 바람직하지 않은 정서적 결과(화, 분노, 서운함, 짜증스러움, 적대감), 바람직하지 않은 행동적 결과(치매노인에게 화를 내고 소리 지르며 무시한다)와 비합리적인 신념에 대한 논박(치매 노인이 일부러 그렇게 말한 증거가 어디에 있는가? 치매노인을 모시게 된 것은 내가 재수가 없는 탓인가? 치매 증상의 일종인가 나에 대한 개인적인 감정인가?)을 통하여 나타낼 수 있는 인지적 효과(치매노인을 모시면서 그런 소리를 듣는 게 짜증스럽고 화날 때도 있지만 그게 일부러 그런 것은 아니야, 가끔 억울한 느낌이 들기는 하지만 치매증상 때문에 그러는데 어쩔 수 없지), 정서적 효과(짜증스럽고 화날 때도 있고 이렇게 고생하는데 몰라준다는 생각 때문에 억울할 때도 있지만 치매노인에 대한 적대감이 생기지는 않는다, 불쌍한 마음이 들어서 노인과 관계가 좀 더 편안해 진다), 행동적 효과(노인의 그런 행동 때문에 화를 내거나 소리를 지르기보다는 증상이라고 생각하고 적절한 대처방법을 찾는다)를 다룰 수 있도록 격려한다.

그리고 주부양자가 인지 재구조화 모델을 작성해보면서 치매노인

부양 상황에서 갖고 있는 비합리적인 신념을 논박을 통하여 이를 보다 합리적인 신념, 적절한 느낌, 바람직한 행동으로 변화시키는 것을 도와준다. 이 회기는 인지집단 상담프로그램의 마지막 회기이기 때문에 특별히 전체 프로그램을 평가하고 적극적으로 참여해준 것에 대해 감사를 표하는 시간을 갖는다.

지금까지 설명한 본 연구의 인지행동 집단상담 프로그램의 개요를 <표 1>에 간단히 제시했다. 인지행동 집단상담 프로그램은 Marriott 등(2000)의 개별접근적인 프로그램을 기초로 고안된 것으로 이 프로그램이 국내 치매노인 주부양자의 부양스트레스(부양부담, 우울 및 불안) 감소에 효과가 있는지를 다음과 같이 검증하였다.

연구 방법

연구 대상자

연구대상자는 현재 광주·전남 지역에 거주하고, 신경정신과에서 치매로 진단 받은 노인들을 부양하는 주부양자 12명이었다. 인구통계학적 특성에서는 주부양자들이 모두 여성으로 대부분 고졸이상(91.7%), 기혼(91.7%)이었으며, 직업이 없는 경우(75.0%)가 더 많았고, 딸과 며느리의 비율은 반반이었다. 건강상태는 '보통 이상'(91.7%)을 유지하고 있고, 도움을 주는 가족(58.3%)이 있는 경우가 조금 더 많았다. 주부양자의 평균연령은 47.7세이었고, 부양기간은 9.4년이었으며, 1일 간병시간은 16.7시간이었다.

측정 도구

부담감 척도(*Burden Interview; BI*). 부담감 척도(BI)는 주부양자가 최근 일주일 동안에 치매노인을 모시면서 가장 빈번하게 느꼈던 주관적 스트레스를 측정하기 위해 개발되었고, 22개의 자기보고식 문항으로 구성되어 있다 (Zarit, Orr, & Zarit, 1985). 각 문항의 반응형태는 Likert식 5점 척도(1='전혀 그렇지 않다', 2='그렇지 않다', 3='그저 그렇다', 4='그렇다', 5='매우 그렇다')이며, 점수가 높을수록 부담감

치매노인 주부양자 스트레스 감소 프로그램

이 높음을 의미한다. 부담감 척도는 당황-분노, 노인의 의존성, 자기 비난감 등 3개의 하위요인으로 이루어져 있다. 본 연구에서의 내적 일치도 계수 α 는 사전, 사후 검사에서 각각 .80와 .92이었다.

우울척도(*Center for Epidemiological Studies Depression Scale; CES-D*). 우울척도(CES-D)는 Radloff(1977)가 일반인을 대상으로 우울증의 역학적 연구를 통해 개발한 자기보고식 도구로 20문항으로 구성되었다. 주부양자는 지난 1주일 동안 이들 문항에 대해 어느 정도 빈번하게 경험했는지를 4점 척도[0='전혀 그렇지 않다(1주일에 1일 이하)', 1='그런 느낌이 약간 들었다', 2='그런 느낌이 자주 들었다', 3='거의 항상 그런 느낌이었다(1주일에 5-7일 정도)']로 평정하며, 점수가 높을수록 우울증상이 심함을 의미한다. CES-D는 연령, 교육수준, 거주 지역, 인종이나 문화 등이 서로 다른 계층의 응답자들에게 이용할 수 있는 척도로, 미국은 우울 집단의 분류기준이 16점인데 비해서 우리나라에서는 24점을 기준으로 했을 때 우울/비우울 집단을 가장 잘 변별한다고 보고되었다 (박애순, 1998). 본 연구에서의 내적 일치도 계수 α 는 사전, 사후 검사에서 각각 .87과 .82이었다.

불안척도(*Spielberger State Anxiety Scale*). 불안척도는 주부양자가 느끼는 불안수준의 정도를 20개 문항으로 보고하도록 구성된 자기보고식 질문지이다 (Spielberger, Gorsuch, & Lushen, 1970). 불안척도는 Likert식 4점 척도(1='전혀 그렇지 않다', 2='그렇지 않다', 3='그렇다', 4='매우 그렇다')로 평정하며, 점수가 높을수록 부양자의 불안수준이 높음을 의미한다. 본 연구에서의 내적 일치도 계수 α 는 사전, 사후 검사에서 각각 .91와 .90이었다.

연구절차 및 자료 분석

본 연구에서 주부양자에 대한 설문지 작성을 위한 연구보조자는 심리학과를 졸업하고 정신보건 임상심리사 수련과정에 있는 2명의 수련생들이었는데, 주부양자로부터 솔직한 정보를 얻을 수 있도록 개별 면접을 위한 별도의 교육 및 훈련을 받은 자들이었다. 그들은 주간 보

<표 1> 인지행동 집단상담 프로그램의 개요

회기/주제	내용	목적
1. 치매란 무엇인가?	- 진행자와 주부양자 소개 - 부양에 따르는 어려움 토로 - 치매진단, 원인, 증상 및 경과 등 교육 - 부양에 대한 역기능적 신념 파악	· 치매 이해와 정서적 지지 - 불안감소 - 우울감소 - 부양부담감소
2. 치매노인과 스트레스	- 스트레스 취약성 모델 제시 - 질병에 대한 통합 모델 - 치매노인증상에 대한 잘못된 대처방법교육	· 증상에 대한 지식 - 불안감소 - 우울감소 - 부양부담감소
3. 부양상황에 대처하기	- 치매노인의 증상 평가 - 주부양자의 잘못된 믿음 수정 - 스트레스 과정모델 제시 - 주부양자의 욕구 파악 - 인지 모델 소개	· 스트레스 평가 및 자기이해 - 불안감소 - 우울감소 - 부양부담감소
4. 스트레스 관리와 이완훈련	- 스트레스란 무엇인가? - 부정적인 자동적 사고 찾기 - 이완훈련 교육 및 시연	· 지식 및 정보증가 - 불안감소 - 우울감소 - 부양부담감소
5. 스트레스에 대한 심리적 반응관리	- 인지모델 재학습, - 질문기법 설명 및 연습 - 부정적 인지에 대한 논박 연습 - 잘못된 사고나 신념 수정	· 지식 및 정보증가 - 우울감소 - 부양부담감소
6. 스트레스에 대한 행동적 반응관리	- 스트레스 대처 행동 원리 - 일반적인 회피/부적응적 행동 인식 - 역할연기, 모델링 기법 - 행동 변화를 위한 단계 계획 - 시간관리 기술	· 지식 및 정보증가 - 불안감소 - 우울감소 - 부양부담감소
7. 대처기술훈련: 행동관리	- 치매주부양자 강점과 욕구 파악 - 치매노인의 문제행동 분석 - 개입전략과 적용연습 - 치매노인의 증상 재교육	· 자기 이해와 대처기술 증가 - 불안감소 - 우울감소 - 부양부담감소
8. 대처기술훈련: 상실감 관리	- 상실감과 감정반응 교육 - 상실감에 내재된 부정적 자동적 사고 인식 - 소크라테스 식 질문기법 연습 - 대안 제공 - 치매노인에 대한 긍정적인 인지 재 개념화	· 정서적 지지 및 대처기술증가 - 우울 감소 - 불안 감소 - 부양부담 감소

치매노인 주부양자 스트레스 감소 프로그램

호센터나 외래치료를 받고 있는 치매노인의 주부양자들을 개별적으로 만나서 본 연구의 목적을 설명하고 동의한 경우에 설문 내용을 읽어 주고 주부양자들에게 직접 응답하도록 하였다. 주부양자에 대한 설문지는 인지행동 집단상담 프로그램 시행 전(사전 검사)과 개입 프로그램이 종료된 지 1주일 후(사후 검사)에 실시하였다. 주부양자의 일반적 특성에 대한 자료 분석은 실수와 백분율로 산출했으며, 인지행동 집단상담 프로그램을 받기 전(사전검사)과 후(사후검사)의 종속변인(부양부담, 우울 및 불안)의 점수 차이는 paired *t*-test로 분석했다.

결 과

인지행동 집단상담 프로그램에 참여한 주부양자들의 부양부담, 우울 및 불안변인에 대한 사전검사와 사후검사 결과는 <표 2>에 제시되어 있다. 부양부담 점수는 사전검사 64.25점, 사후검사 54.33점이었으며 ($t=2.837, p<.05$), 우울 점수는 사전검사 21.17점, 사후검사 5.92점이었고 ($t=3.242, p<.01$), 불안점수는 사전검사 47.17점, 사후검사 40.58점으로 유의한 차이가 나타났다 ($t=3.500, p<.01$). 이는 인지행동 집단상담 프로그램이 치매노인 주부양자의 부양부담, 우울 및 불안과 같은 부양스트레스를 감소시킬 수 있음을 확인해준 것이다.

논 의

국내에서는 1990년 초부터 치매와 관련된 연구들이 활발하게 전개되기 시작했으나 그 동안은 주로 치매노인에 대한 정신의학적 측면이

<표 2> 주부양자의 부양부담, 우울 및 불안의 사전 및 사후검사

종속변인	사전검사(<i>n</i> =12)		사후검사(<i>n</i> =12)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
부양부담	64.25	9.95	54.33	13.18	2.837	.016
우울	21.17	7.60	15.92	5.66	3.242	.008
불안	47.17	9.37	40.58	8.32	3.500	.005

나 간호방법과 관리방법, 그리고 치매에 영향을 미치는 요인에 대한 연구들이 주류를 이루고 있어, 치매노인 주부양자들의 부양스트레스 감소를 위한 개입논문들은 상당히 부족한 실정이었다. 따라서 본 연구는 인구 고령화 현상으로 치매노인의 수가 급증함으로써 부각되는 현실적이고 시급한 사회적·임상적인 치매노인 부양문제에 초점을 맞추었으며, 다양한 인지행동 치료기법들과 환경개입, 사회적지지 등 포괄적이고 다면적인 개입방식이 치매노인 주부양자들의 부양스트레스 감소에 효과적임을 확인한 것으로, 국내에서 치매노인 주부양자의 부양스트레스에 대한 관심을 고취시키고 그들의 심리적 고통을 감소시켜주는 구체적·실천적인 방법을 제시하였다는 점에서 의의가 있다.

최근에 Marriott 등(2000)은 주부양자의 부양스트레스와 치매노인의 비인지적 증상간의 관계를 연구하기 위해 정보제공, 인지 재구조화, 스트레스 관리, 대처기술과 이완훈련 등을 사용한 인지행동치료 개별 개입프로그램으로 주부양자의 심리적 고통뿐만 아니라 치매노인의 비인지적 증상도 감소되었다고 보고했다. 본 연구자는 연구의 목적에 따라 Marriott 등(2000)의 프로그램에서 회기 간격이나 시간, 회기 수 및 개입유형 등을 수정하여 인지행동 집단상담 프로그램을 개발했다. 그리고 본 연구자가 개발한 개입프로그램의 효과를 확인하기 위해 12명의 치매노인 주부양자들에게 매주 1회, 회기당 2시간, 8회기 동안 인지행동 집단상담 프로그램을 실시한 결과, 이 프로그램이 치매노인 주부양자의 부양부담, 우울 및 불안수준 감소에 효과적임을 확인하였다. 이 효과는 Marriott 등(2000)의 선행연구 결과를 지지하는 것이다.

역시 본 연구는 Cohen 등(1995)의 스트레스 건강통합모델을 기본틀로 하여 국내 최초로 인지행동 집단상담 프로그램을 개발했다고도 할 수 있는데, 본 연구의 프로그램은 선행연구들에서 주장하는 바와 같이 개입효과를 최대화하기 위해 부양자들의 다양한 욕구를 반영하는 포괄적이고 다면적인 개입방식으로 구성했다. 즉, 본 연구의 인지행동 집단상담 프로그램에서는 치매노인에 대해서는 약물치료를 통하여 문제행동 및 정신과적 증상들을 조절하였고, 치매노인 주부양자들에게는 심리교육, 인지 재구조화, 이완훈련, 대처기법을 사용했으며, 치매노인과 주부양자들의 스트레스 인자를 줄이기 위한 환경개입도

치매노인 주부양자 스트레스 감소 프로그램

포함하여 다면적인 접근을 시도했다. 아울러 집단개입유형을 사용하는 치매노인 주부양자들에게 사회적 지지를 제공하기 위함과 동시에 집단을 소수인원으로 구성하여 집단개입방식에서 간과되기 쉬운 개인의 욕구를 최대한 반영한 점에서도 그 의의가 크다. 이 프로그램은 주부양자가 중년기 여성들인 점을 감안해서 부양환경을 포함한 자신의 전체 삶을 스스로 통제하고 주관하는 주체로서의 인식을 갖고, 보다 긍정적이고 적극적인 삶을 살 수 있도록 인지 재구조화 훈련기법을 사용해서 바람직한 효과를 나타냈다는 또 다른 의의를 지닌다.

Brodaty 등(1994)은 교육적인 정보, 경험적 연습, 자료 읽기, 스트레스 관리와 문제해결기법으로 구성된 훈련프로그램을 월 1회, 5회기 동안 제공했으나 스트레스, 부양부담, 생활만족도 등에서 개입효과가 나타나지 않았다 (Brodaty, Roberts, & Peters, 1994). 그들은 논의에서 주부양자의 욕구를 고려하지 않은 것이 개입효과에 부정적인 영향을 주었을 것으로 추정했다. 그러나 김양이(1999)는 적절한 개입 회기수가 6-7회기 이상이라고 주장했고, 대부분 개입 연구들에서는 주 1회를 기준으로 치료를 제공하므로 Brodaty 등(1994)이 개입한 월 1회는 회기간격이 너무 길고, 또 총 5회의 회기 수는 사회적 지지를 제공할 수 있는 충분한 기간이 되지 못했을 것으로 추정된다. 이러한 근거를 바탕으로 본 연구에서는 개입 횟수를 총 8회기로 정해서 긍정적인 개입효과가 나타났다. 그러나 추후연구에서는 시간 제약이 많은 치매노인 주부양자들의 입장을 더욱 배려해서 가능하면 최소의 개입 회수 및 개입시간을 찾아내는 것이 필요하다. 또한 다른 선행연구들에서는 정서적인 역할을 수행하면서 역할긴장과 심리적 부담이 많은 여성들에게 인지행동 개입이 효과적이라고 했는데 (Barusch & Spaid, 1989; Brody, 1985; Enright, 1991; Quayhagen & Quayhagen, 1988), 본 연구에서 나타난 개입효과로 보았을 때 여성 주부양자가 대부분인 국내의 실정에서는 앞으로 인지행동 집단상담 프로그램이 임상장면의 실천적인 측면에서 도움이 될 것으로 판단된다.

Bourgeois 등(1996)은 개입프로그램의 효과를 검증하기 위해서는 반복연구를 통해서 그 효과를 확인해야 하므로 다른 주부양자 집단에서도 개입효과를 반복해서 검증할 수 있도록 개입요인, 즉 개입내용

들과 개입결과 변인들을 명확히 기술하는 것이 필요하다고 했으며, David 등은 여러 선행연구들을 개관한 후에 효과적인 개입연구에는 명확한 이론적인 틀이 필요하다고 했다 (David, Biegel, & Schulz, 1999). 이들의 제언에 따라 본 연구의 인지행동 집단상담 프로그램은 반복연구가 가능하도록 프로그램의 기초이론들과 함께 개입에 필요한 요소들을 구체적으로 설명했다. 또한 본 연구의 프로그램은 주부양자들의 부양부담, 우울 및 불안을 측정하는 객관적이고 표준화된 측정도구를 사용하였는데, 이러한 표준화된 측정도구들은 최근 다른 국외 연구들에서도 공통적으로 사용하는 것들로서 개입프로그램의 비교가 가능하다는 점에서 시사하는 바가 크다.

마지막으로 본 연구의 제한점 및 추후연구를 위한 제언을 세 가지로 정리해보았다. 첫째, 본 개입프로그램은 외국에서 개발한 인지행동 치료 프로그램을 국내 상황에 맞추어 수정을 한 후 그 효과를 검증한 것으로 프로그램에 참여한 주부양자의 사례수가 적고, 또한 임의 표출법을 이용하였기 때문에 연구결과를 일반화하는데 한계가 있다. 따라서 추후연구에서는 사례 수를 늘려 반복연구를 해보면서 인지행동 집단상담 프로그램의 개입효과를 확인해야 할 것이다.

둘째, 본 연구가 외래치료를 받는 치매노인 주부양자의 대상으로 하였기 때문에 약물치료를 받지 않거나 다른 서비스를 받고 있는 주부양자에게 일반화시키기는 쉽지 않다. 따라서 추후연구에서는 보건소나 복지관, 혹은 병원을 이용하지 않아서 드러나지 않은 치매노인 주부양자들이 불이익을 당하지 않도록 그들의 부양스트레스를 감소시키기 위한 다양한 접근법도 시도되어야 할 것이다.

셋째, 인지행동 집단상담 프로그램 과정평가를 위해, 본 연구에서는 질적 자료수집결과에 대한 내용만 제시했을 뿐 구체적인 과정평가가 이루어지지 못했다. 이러한 제한점을 보완하기 위해, 추후연구에서는 심층면접을 통하여 과정평가와 개입집단에 참여한 주부양자 각 개인의 특성과 양상을 확인할 수 있는 분석방법을 사용할 필요가 있다.

넷째, 추후연구에서는 본 연구에서 확인하지 못한 개입프로그램 효과의 지속성을 밝히는 것이 필요하다.

참 고 문 헌

- 김양이 (1999). 치매노인 주부양자를 위한 스트레스 관리훈련의 효과. 서울여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 김주현 (1995). 혈액투석환자에게 적용한 지시적 심상요법의 효과. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 박애순 (1998). 합병 집단과 우울증 집단의 부부갈등, 인지적 평가 및 대처방식. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 변용찬 (1997). KDI주관 '97년 국가정책개발사업' 치매관리 mapping 개발연구. 한국보건사회연구원, 12, 38-39.
- 유은정 (2002). 집단 지지프로그램이 치매환자 가족 간호자에게 미치는 효과 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 윤가현 (1998). 노인성 치매노인의 주부양자가 지각하는 심리적 부담 및 부양의무감의 비교 문화적 연구. 한국노년학, 18, 75-90.
- 조용래 (1998). 역기능적 신념과 부적응적인 자동적 사고가 사회 공포증에 미치는 영향. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 홍여신 · 이선자 · 박현애 · 조남옥 · 오진주 (1995). 노인성 치매환자 가족간호 향상을 위한 교육프로그램 효과에 관한 연구, 간호학회지, 25, 45-60.
- Barusch, A. (1988). Problems and coping strategies of elderly spouse caregivers. *The Gerontologist*, 28, 677-685.
- Barusch, A., & Spaid, W. (1989). Gender differences in caring. *The Gerontologist*, 29, 667-676.
- Bass, D., McClendon, M., Deimling, G., & Nukherjee, S. (1994). The influence of a diagnosed mental impairment on family caregiver strain. *Journal of Gerontology*, 49, 146-155.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorder and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A., Hollon, S., Young, J., Bedrosian, R., & Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 42, 142-148.

- Bourgeois, M., Schulz, R., & Burgio, L. (1996). Intervention for caregivers of patients with Alzheimer's disease: A review and analysis of content, process, and outcomes. *The International Journal of Aging and Human Development*, 43, 35-92.
- Brodaty, H., Gresham, M., & Luscombe, G. (1997). The Prince Henry Hospital dementia caregivers training programme. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 183-192.
- Brodaty, H., Roberts, K., & Peters, K. (1994). Quasi-experimental evaluation of an educational model for dementia caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 195-204.
- Brody, E. (1985). Women in the middle and family help to older people. *The Gerontologist*, 21, 471-480.
- Chang, B. (1999). Cognitive-behavioral intervention for homebound caregivers of persons with dementia. *Nursing Research*, 48, 173-182.
- Cicirelli, V. (1988). A measure of filial anxiety regarding anticipated care of elderly parents. *The Gerontologist*, 28, 478-482.
- Cohen, D., Anderson, B., & Cairl, R. (1998). Management of families caring for relatives with dementia: Issues and interventions. In V. Kumar & C. Eisdorfer (Eds.), *Advances in the diagnosis and treatment of Alzheimer's Disease* (pp. 351-375). New York: Springer.
- Cohen, S., Kessler, R., & Gordon, L. (1995). *Measuring stress*. New York: Oxford University Press.
- David, E., Biegel, D., & Schulz, R. (1999). Caregiving and caregiver interventions in aging and mental illness. *Family Relations*, 48, 345-354.
- Davies, H., Priddy, J., & Tinklenberg, J. (1986). Support groups for male caregivers of Alzheimer's patients. *Clinical Gerontologist*, 5, 385-395.

- Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (1997). The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *British Journal of Psychiatry*, 170, 62-68.
- Eisdorfer, C. (1996). Families in distress: Caring is more than loving. *Psychiatric Annals*, 26, 285-288.
- Enright, R. (1991). Time spent caregiving and help received by spouses and adult children of brain-impaired adults. *The Gerontologist*, 31, 375-383.
- George, L., & Gwyther, L. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- Gitlin, L., Corcoran, M., Winter, C., Boyce, A., & Hauck, W. (2001). A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: Effect on efficacy and up set in caregivers and on daily function of persons with dementia. *The Gerontologist*, 41, 4-14.
- Goldfried, M. (1980). Psychotherapy as coping skills training. In M. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York: Plenum.
- Haley, W. (1997). The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*, 48, 25-29.
- Haley, W., Levine, E., Brown, S., Berry, J., & Hughes, G. (1987). Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35, 405-411.
- Hinchliffe, A., Hyman, I., & Blizard, B. (1992). The impact on carers of behavioral difficulties in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 579-583.
- Hinrichsen, G., & Niederehe, G. (1994). Dementia management strategies and adjustment of family members of older patients. *The Gerontologist*, 34, 95-102.

- Kinney, J., & Stephens, M. (1989). Caregiving hassles scale: Assessing the daily hassles of caring for a family member with dementia. *The Gerontologist*, 29, 328-332.
- Knight, B., Lutzky, S., & Macofsky-Urban, F. (1993). A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research. *The Gerontologist*, 33, 240-248.
- Labrecque, M., Peak, T., & Toseland, R. (1992). Long-term effectiveness of a group program for caregivers of frail elderly veterans. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 575-588.
- Lawton, M., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, 37, 91-99.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. Gentry (Ed.), *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.
- Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioral family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 176, 557-562.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon.
- Ostwald, S., Hepburn, K., Caron, W., Burns, T., & Mantell, R. (1999). Reducing caregiver burden: A randomized psycho-educational intervention for caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist*, 39, 299-309.
- Parks, S., & Novielli, K. (2000). A practical guide to caring for caregivers. *American Family Physician*, 62, 2613-2620.
- Persons, J., Burns, D., & Perloff, J. (1988). Predictors of dropout

- and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 557-575.
- Quayhagen, M, & Quayhagen, M. (1988). Alzheimer's stress: Coping with the caregiving role. *The Gerontologist*, 28, 391-396.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Schopler, J., & Galinsky, M. (1993). Support groups as open systems: A model for practice and research. *Health and Social Work*, 18, 195-208.
- Schulz, R., Heckhausen, J., & O'Brian, A. (1994). Control and the disablement process in the elderly. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 139-152.
- Schulz, R., O'Brien, A., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35, 771-791.
- Schulz, R., & Salthouse, T. (1999). *Adult development and aging: Myths and emerging realities*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushen, R. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychology Press.
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., & Vitaliano, P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The revised memory and behavior problems checklist. *Psychology and Aging*, 7, 622-631.
- Tarrier, N., & Barrowclough, C. (1986). Providing information to relatives about schizophrenia: Some comments. *British*

- Journal of Psychiatry*, 149, 458-463.
- Toseland, R., Rossiter, C., Peak, T., & Smith, G. (1990). Comparative effectiveness of individual and group intervention to support family caregivers. *Social Work*, 35, 209-217.
- Wright, L., Litaker, M., Laraia, M., & DeAndrade, S. (2001). Continuum of care for Alzheimer's disease: A nurse education and counseling program. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 231-252.
- Yalom, I. (1985). *Theory and practice of group psychotherapy* (3rd Ed.). New York: Basic Book.
- Zarit, S., Anthony, C., & Boutselis, M. (1987). Interventions with caregivers of dementia patients: Comparison of two approaches. *Psychology and Aging*, 2, 225-232.
- Zarit, S., Greene, R., Ferraro, E., Townsend, A., & Stephens, M. (1996). *Adult day care and the relief of caregiver strain: Results of the adult day care collaborative study*. Symposium presented at the annual meetings of the Gerontological Society of America, Washington, D. C.
- Zarit, S., Orr, N., & Zarit, J. (1985). *Families under stress: Caring for the patient with Alzheimer's disease and related disorders*. New York: New York University Press.

**Development of a Cognitive-Behavioral Group Intervention
Program in Reducing Psychological Distress for the Primary
Caregivers of the Demented Elderly Persons**

Eun-Hee Lee

Gahyun Youn

St. John of God Hospital
Gwangju, Korea 500-740

Department of Psychology,
Chonnam National University,
Gwangju, Korea 500-757

The purpose of this study was to develop the cognitive-behavioral group intervention program in reducing caregiving burden, depression, and anxiety for the primary caregivers of the demented persons. The intervention program was developed based on the cognitive-behavioral individual intervention by Marriott et al. (2000). It consisted of 3 parts; psychological education, stress management, and coping skills. 12 primary caregivers participated in the cognitive-behavioral group intervention program of 2 hours per week for 8 sessions in order to investigate the effect of cognitive-behavioral intervention program. The data was analyzed with paired *t*-test. And the result showed that caregiving burden, depression, and anxiety of the primary caregivers were significantly decreased after the intervention. In conclusion, the cognitive behaviour group intervention program can be effective for the caregivers of persons with dementia.

(논문접수일: 2005년 8월 11일)

(수정논문접수일: 2009년 9월 28일)

(논문게재승인일: 2005년 10월 27일)