

# 조현병 대상자를 위한 그룹 행동활성화 프로그램의 효과

송 승 권<sup>1</sup> | 황 정 하<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> 국립나주병원

<sup>2</sup> 전남대학교

\* 교신저자: 황정하 (jhwang@jnu.ac.kr)

## 초 록

조현병 환자를 대상으로 하는 근거기반 정신사회적 중재프로그램에 대한 요구는 증가하고 있다. 본 연구의 목적은 조현병 대상자들에게 그룹 행동활성화(GBA) 프로그램이 정신병적 증상, 우울감, 주관적 안녕감에 효과적인지, 그리고 지역사회 중재프로그램으로 활용이 가능한지 검증하는 데 있다. 이를 위해 G정신건강복지센터 등록 조현병 회원 중 연구 참여를 희망하는 회원 35명을 모집하였다. 실험집단 18명, 통제집단 17명의 참여자를 프로그램 참여 욕구에 따라 할당하였고, 10회기의 그룹 행동활성화 프로그램 진행 전·후 사전·사후검사 결과를 비교 분석하였다. 연구결과 그룹 행동활성화 프로그램은 실험집단의 정신병적 증상과 그 하위척도, 우울감, 주관적 안녕감에서 유의미한 호전을 보였다. 본 연구가 무선택당을 하지 못한 한계점이 있지만 그룹 행동활성화 프로그램이 조현병 대상자의 정신병적 증상과 음성증상을 효과적으로 호전시킬 것이라는 가설을 입증하였다. 본 연구결과를 토대로 지역사회에서 근거기반의 정신사회적 중재로서 그룹 행동활성화 프로그램이 활용 가능한지를 논의하였다.

**주요 용어:** 조현병, 음성증상, 무쾌감증, 행동활성화, 정신사회적 중재

## 알기 쉬운 요약

**이 연구는 왜 했을까?** 지역내 조현병 환자는 삶의 의욕이 줄거나 자신의 감정 표현이 줄어들어 일상적 사회활동이 점차 줄어들어 가는 것을 쉽게 목격할 수 있다. 이러한 조현병 환자의 증상을 개선하기 위한 사회적 중재 프로그램을 개발하려는 다양한 노력이 지속적으로 있었다. 따라서 우리는 지역사회정신건강복지센터 이용인을 대상으로 그룹 행동활성화 프로그램이 지역내 조현병 환자의 이러한 증상을 개선하는데 효과가 있는지를 살펴보았다.

**새롭게 밝혀진 내용은?** 과거 연구에서 우울증 환자에게 효과적인 것으로 밝혀진 행동활성화 프로그램이 조현병 환자에게도 이들의 주요한 증상을 감소시킬 뿐만 아니라 이들이 느끼는 주관적인 삶의 만족도를 높이는 것으로 나타났다. 따라서 향후 지역사회내 정신건강복지센터에서 조현병 환자들에게 제공될 수 있는 좋은 프로그램 중 하나가 될 수 있을 것으로 기대한다.

**앞으로 무엇을 해야 하나?** 본 연구의 결과는 조현병 환자의 증상을 감소시키는 검증된 사회중재 프로그램이 많지 않은 상황에서 효과적인 프로그램적 대안의 가능성을 제시하였다. 앞으로 이와 유사한 프로그램적 개입노력이 지역사회 현장에서 더욱 활성화될 필요가 있다. 특히 병원의 약물치료와 지역내 정신건강복지센터에서 그룹 행동활성화 프로그램이 함께 제공된다면 조현병 환자의 증상을 보다 효과적으로 개선하는 계기가 될 것이다.

본 논문은 제1저자(송승권)의 전남대학교 대학원 석사학위논문을 수정·보완한 것임.

IRB No. 1040198-190516-HR-039-02, 전남대학교

- 투 고 일: 2020. 10. 28.
- 수 정 일: 2021. 01. 05.
- 게재확정일: 2021. 01. 25.

## 1. 서론

조현병은 전 세계적으로 평생 유병률이 인구의 약 1%로서 비교적 흔한 정신병의 하나이다(민성길, 2017, p.255). 보건복지부에서 5년마다 실시하는 정신질환 실태 역학조사에 의하면, 우리나라의 조현병 스펙트럼 장애의 평생 유병률을 0.5%로 추정하고 있다. 2016년 기준 조현병 스펙트럼 장애를 앓고 있는 환자는 총 11만 3천명으로 추산된다. 또한, 일생동안 한 번이라도 조현병의 증상(환청, 환시, 조망망상, 피해망상 등)을 경험한 적이 있는 사람은 전체 인구 중 약 1.8%로 나타났으며 그 규모는 약 71만여 명으로 추정된다(보건복지부, 2016, p.222).

조현병의 대표적인 증상은 크게 양성증상(positive symptoms)과 음성증상(negative symptoms)으로 구분해 볼 수 있다. 양성증상에는 환각(hallucinations), 와해된 언어(disorganized speech), 망상(delusions) 등과 같은 증상이 있으며 현대의학에서 약물치료를 통해 상당부분 완화되는 예후를 보이고 있다. 음성증상에는 무의욕증(avolition), 무언어증(alolia), 무쾌감증(anhedonia), 단조로운 정동(blunted affect), 사회성 결여(asociability) 등 증상이 있다. 음성증상은 양성증상과는 달리 약물치료 후에도 지속적으로 나타나는 경우가 흔하며, 높은 증상재발과 재입원을 경험하게 하는 원인이 되기도 한다.

현재까지 개발된 조현병 치료 약물은 환각이나 망상과 같은 양성증상의 호전과 재발 방지에 효과적인 예후를 보였다. 그에 반해, 조현병의 핵심 병리라고 할 수 있는 음성증상 및 인지기능 저하와 관련한 효과에 대한 연구결과는 여전히 충분하지 않으며 음성증상에 대한 약물치료의 효과 역시 제한적으로 보고하고 있다(김성완, 2018, p.235; Fusar-Poli et al., 2015, p.898). 또한 조현병 환자의 음성증상, 대인관계, 사회적 및 직업적 기능과 가족 관계의 개선을 위한 생물학적 치료법이 여전히 부족한 관계로 약물치료를 보완할 수 있는 근거 기반 정신사회적 중재<sup>1)</sup> 프로그램의 개발 및 적극적인 활용이 제기되고 있다(김성완, 2018, p.235; Choi, Jekal & Lee, 2016, p.1759; Kirkpatrick et al., 2006, p.218).

현재 조현병의 증상을 호전시키기 위해 근거 기반 정신사회

적 중재프로그램으로 권고되고 있는 주요한 개입프로그램으로는 가족중재(Family Intervention), 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy), 지원고용(Supported Employment), 신체건강관리를 위한 식습관개선(Life Style Intervention), 조기중재(Early Intervention), 사회기술훈련(Social Skill Training) 등이 있다(김성완, 2018, p.241). 그러나 인지행동치료를 포함한 몇 가지 정신사회적 중재들은 조현병 환자의 음성증상 개선에 효과가 크지 않다는 연구결과가 있으며, 또한 한 개의 정신사회적 중재만을 단독으로 사용하기보다 다른 정신사회적 중재와 혼합하여 제공했을 때 그 효과가 좋다는 연구도 있다(김성완, 2018, p.238; Velthorst et al., 2015, p.463; Wykes, Steel, Everitt, & Tarrier, 2008, p.532). 또한, 앞서 소개한 정신사회적 중재들의 경우, 조현병 환자의 자발적 참여 의지와 동기가 요구된다. 그러나 조현병 환자의 특성상 약물치료로 양성증상이 호전되더라도 음성증상으로 인해 자발적 동기나 사회활동에 참여 욕구 등이 현저하게 저하된 상태이기 때문에 정신사회적 중재서비스를 성공적으로 제공받게 하기 위해서는 참여자의 동기를 향상시켜줄 수 있는 별도의 개입노력이 요구된다.

최근에 주목받고 있는 근거 기반 정신사회적 중재프로그램 중 하나로 개발된 행동활성화(Behavioral Activation, BA) 프로그램은 구조적이고 단기적인 심리·사회학적 접근법으로서 우울증에 대한 강력한 치료적 대안으로 제시되었다(이가영, 2016, p.19). 행동활성화 프로그램은 긍정적 강화를 통해 일상생활에서 보상경험을 증가시키는 활동을 지속적으로 활성화할 뿐만 아니라 이러한 활성화를 방해하거나 활동에 따른 보상에 대한 접근을 제한하는 방해물들을 해소하는 것을 목표로 한다(Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz & Lewinsohn, 2011, p.4). 또한 이러한 행동활성화의 우울증에 대한 효과는 국내·외 다수의 연구를 통해 입증되었다(이가영, 차윤지, 서호준, 최기홍, 2016, p.314; 허정선, 2019, p.100; Hopko, Lejuez, LePage, Hopko & McNeil, 2003, p.463; Dimidjian et al., 2006, p.667; Cuijpers et al., 2007, p.324; Dobson et al., 2008, p.475; Mazzucchelli et al., 2009, p.404). 특히 급성기 우울증 환자들을 대상으로 한 대규모 연구를 통해 행동활성화가 항우울제를 활용한 약물치료나 인지치료만큼의

1) 재발 예방과 일상생활 속에서 대처방식을 증진하고 더 나은 사회적·직업적 기능을 할 수 있도록 도움을 주는 것으로, 약물치료가 증상 감소에 초점을 두는 반면 정신사회적 중재는 감정적 지지를 제공하고 조현병과 관련된 결핍의 회복이라는 관점에서 제공된다(대한정신분열병학회, 2008, p.237).

효과를 지니고 있을 뿐만 아니라 환자의 순응도 역시 2배 이상으로 이끌어내면서 치료 종결 후 6~9개월이 경과해도 치료 효과가 지속적으로 유지된다는 임상적 증거를 제시하였다(Dimidjian et al., 2006, p.668; Dobson et al., 2008, p.476). 이러한 실증적 연구의 근거를 토대로 미국심리학회(American Psychological Association)는 행동활성화가 우울증에 대해 경험적으로 유효한 치료 중 하나이며 매우 강력한 효과를 지닌다고 하였다.

조현병의 음성증상과 우울증의 증상은 구별되지만, 조현병 음성증상 중 무의욕증, 무쾌감증은 우울증의 두 가지 핵심 증상 중 하나인 무쾌감증이나 긍정정서의 감소라는 특징과 유사하다고 볼 수 있다. Mairs 등(2011)은 비활동성과 무의욕증의 측면에서 우울증과 조현병 음성증상이 공통적인 증상적 특징을 가진다고 지적하였다(Mairs, Lovell, Campbell & Keeley, 2011, p.487). 최수희 등(2010)의 연구에서도 자기보고식 설문지와 실험기반의 평가법을 사용하여 조사한 결과, 조현병 환자군과 우울증 환자군 모두에게서 무쾌감증 수준이 정상대조군에 비해 유의미하게 상승되었음이 밝혀졌다(최수희, 박일호, 구정훈, 최경목, 박민경 & 김재진, 2010, p.575). 이 외에도 우울증과 음성증상 사이의 범진단적 유사성을 보여주는 선행연구들도 있다(Barch, Pagliaccio, & Luking, 2015, p.411; Guessoum, Le Strat, Dubertret, & Mallet, 2020, p.33; Lambert, C et al., 2018, p.619). 이와 같이 조현병의 음성증상과 우울증의 유사성을 반영한 근거기반 정신사회적 중재를 개발에 대한 흐름은 지속적으로 나타나고 있다(Nagy, Cernasov, Pisoni, Walsh, Dichter, & Smoski, 2020, p.204).

한편, 국내·외에서 조현병 환자를 대상으로 한 치료방법으로 행동활성화 프로그램의 적용이 시도되었으며, 행동활성화 프로그램이 우울증 환자와 조현병 환자 모두에게 효과가 있음을 경험적으로 밝힌 바 있다(이태주, 오준호, 이선정, 선우연지, 신경자, 구훈정, 2019, p.390; 최혜임, 송명주, 제갈은주, 최기홍, 2014, p.895; Maris et al., 2011, p.499; Choi, Jekal & Lee, 2016, p.1759). 그럼에도 불구하고 그 인과관계를 중단연구를 통해 입증한 실험연구 사례수가 충분하지 못한 상황이며, 행동활성화 프로그램이 조현병 음성증상에도 효과가 있는지에 대해서는 예비연구나 제한된 사례연구 정도로만 진행되어 행동활성화가 조현병 음성증상 치료에 유의미한 치료효과가 있는지 설명하기에는 여전히 실증적인 한계가 있다. 따라서 본 연구에서는 행동활성화 프로그램이 조현병 환자의 증

상 완화에 실증적 효과가 있는지를 살펴보았다. 특히, 조현병 치료에 널리 인정받고 있는 인지행동치료 이외에 근거기반 정신사회적 중재로서의 행동활성화 프로그램이 그룹단위 조현병 대상자들에게 치료적 대안이 될 수 있을지를 실증적인 실험연구를 통해 입증하였다.

## II. 이론적 배경

### 1. 행동활성화

행동활성화 치료는 Skinner의 급진적 행동주의로부터 처음 시작해서 Hayes의 기능적 맥락이론으로 발전해 왔다(Jonathan et al., 2017, p.41). 이러한 기능적 맥락이론에 근거를 두고 있는 행동활성화 치료에 있어서 행동은 개인의 삶 속에서 이해해야 하며, 행동의 목표는 기능적이고 실용적인 목표에 따라 결정된다고 본다. 행동활성화는 참여자의 행동 변화를 위해서 과거의 강화자극과 현재의 행동을 유지하고 강화하는 변별자극을 차별적으로 강조하면서 조작적 행동을 구체화한다. 또한 이러한 조작적 행동의 활성화를 목표로 자발적이고 목표 지향적인 속성을 지니고 있다고 보았다(Jonathan et al., 2017, p.44).

행동활성화는 Hollon과 Garber(1990)에 의해 우울증 치료를 위한 인지치료에 사용되는 임상 절차의 집합으로 정의되었으며, 우울증 환자들을 위한 행동주의 이론과 행동주의 사례 연구 결과들을 바탕으로 발전해왔다(Dimidjian et al., 2011, p.3). 그 중 Dimidjian과 동료들(2011)은 행동활성화의 목표를 다음과 같이 구체적으로 정의하였다. ① 즐거움이나 숙달 경험을 제공하는 적응활동을 증가시킨다. ② 우울증을 유지하거나 악화시키는 위험 요소와 관련된 활동을 감소시킨다. ③ 보상으로의 접근을 제한하거나 보상에 대한 혐오적 조건형성을 증가시키는 문제들을 해결한다(Dimidjian, 2011, p.4). 이러한 목표는 우울증 그 자체를 문제로 인식하기보다는 우울하게 만드는 환경을 문제로 가정함으로써 개입의 초점을 대상자에서 대상자의 환경으로 맞추고 있다.

한편, Kanter 등(2010)은 행동활성화 치료 효과성을 검증하는 선행연구들을 검토하여 다수의 행동활성화 매뉴얼을 통해 요약·정리하였는데, 행동활성화 기술을 8개로 구분하여 설명하였다. 이러한 행동활성화 기술은 ① 일상 활동 모니터링

(Activity Monitoring), ②수반성 관리(Contingency Management), ③가치 및 목표 평가(Values and Goals Assessment), ④활동계획 세우기 (Activity Scheduling), ⑤회피 행동 다루기(Procedures Targeting Avoidance), ⑥생각하는 행동 다루기(Procedures Targeting Verbal Behavior), ⑦이완훈련(Relaxation), ⑧기술훈련(Skills Training)이다 (Kanter et al., 2010, p.611).

이러한 행동활성화 치료기술 외에도 행동활성화의 장점은 적용의 용이성(feasibility)에 있다. 무엇보다도 치료자들이 쉽게 습득할 수 있고, 참여자 역시 어렵지 않게 따라할 수 있어 지역사회기반 개입노력에서 그 시간과 비용 측면에서 효율적으로 운영할 수 있는 프로그램이다. 예를 들면, 조현병환자의 정신증상을 효과적으로 감소한다고 알려져 있는 인지행동치료의 경우에 인지행동치료를 시행하는 전문가는 최소 1년 이상의 훈련을 필요로 하고 있으며 지역사회에 거주하고 있는 조현병환자들에게 적용하기에는 비용이 많이 든다. 그러나 행동활성화는 효과적인 치료 전달을 위한 기술들이 비교적 간단하여 단기간에 치료자 훈련이 가능한 것으로 나타나 비용-효율적이라고 말할 수 있다(Ekers et al., 2011, p.71). 본 연구에서는 행동활성화를 “즐거운 활동을 찾아내 스스로 세운 계획에 따라 실행하여 행동의 범위를 넓혀가는 것”으로 정의하였으며, Lejuez 등(2001)의 행동활성화에서 사용한 4가지 치료 기술을 활용하여 일상활동기록지, 목표 평가, 목표에 기반한 활동을 증가시켜 참여자로 하여금 긍정적인 경험의 기회를 높이는 노력을 하였다. 즉 과거의 긍정적인 경험을 기억하며 앞으로도 지속적으로 긍정적인 경험을 할 수 있도록 스스로 계획하고 실행하는 것을 목표로 총 10회기의 그룹 행동활성화 프로그램을 서호준 등(2018)이 개발한 조현병을 위한 행동활성화 치료자용 매뉴얼을 활용하여 운영하였다.

## 2. 행동활성화 프로그램에 대한 선행연구

### 가. 행동활성화를 통한 우울증 치료연구

근거기반 정신사회적 중재 프로그램 중 하나로 등장한 행동활성화(Behavioral Activation, BA)는 구조적이고 단기적인 심리학적 접근법으로써 우울증에 대한 강력한 치료적 대안으로 제시되고 있다(이가영, 2016, p.19). Lewinsohn은 정적 강화를 수반하는 반응이 낮게 일어나게 되면 우울증상을 야기될

수 있다고 밝히면서 1974년부터 우울증에 대한 개입치료로써 행동활성화가 처음으로 개발되어 적용되기 시작했다(이가영 등, 2016, p.3). 이후 행동활성화는 다양한 버전의 행동활성화 치료로 확대되었다. 여러 가지 버전으로 개발·적용됨에도 행동활성화의 우울증에 대한 효과가 국내·외 다수의 연구를 통해서 입증되었다(이가영, 차윤지, 서호준, 최기홍, 2016, p.314; 허정선, 2019, p.100; Hopko et al., 2003, p.463; Dimidjian et al., 2006, p.667; Cuijpers, Van Straten & Warmerdam, 2007, p.324; Dobson et al., 2008, p.475; Mazzucchelli, Kane & Rees., 2009, p.404). 특히 급성기 우울증 환자들을 대상으로 한 대규모 임상연구를 통해 행동활성화는 항우울제를 활용한 약물치료나 인지치료만큼의 효과를 지니며, 이들보다 2배 이상의 환자 순응도를 보였을 뿐만 아니라 치료 종결 후 6~9개월이 경과된 후에도 치료효과가 유지된다는 임상적 증거를 확보하였다(Dimidjian et al., 2006, p.668; Dobson et al., 2008, p.476). Jacobson 등(1996)의 연구에서는 인지행동치료 풀패키지(full package) 내에서 행동활성화 개입(BA)만 사용한 집단, 행동활성화 개입과 자동적 사고의 수정을 포함한 집단, 인지행동치료 개입을 활용한 집단을 비교해 본 결과, 행동활성화 개입이 인지행동치료 전체 패키지와 비슷한 효과를 이끌어 낼 수 있음을 밝혔고, 행동활성화 개입만의 단독치료(독립적 치료)로서의 효과도 입증하였다(Jacobson et al., 1996, p.303).

이러한 선행연구의 결과를 근거로 미국심리학회(American Psychological Association)는 행동활성화가 우울증에 대해 경험적으로 지지되는 치료 중 하나이며 매우 강력한 효과를 지니고 있다고 발표하였다(이가영, 2016, p.314). 이렇게 우울증에 대한 근거기반의 실천 기술로써 행동활성화는 국내에 도입된 이후 번안된 행동활성화 매뉴얼과 2편의 학술논문 등이 발표되었다. 이가영 등(2016, p.313)의 연구에서는 우울증 진단을 받은 4명의 대상자에게 행동활성화 치료를 실시하여 행동활성화가 우울증 환자의 우울수준, 활동수준의 변화, 기능수준의 변화에서 모두 긍정적인 변화를 나타냈다고 보고하였으며, 이러한 결과에 근거하여 서호준, 최기홍, 이은별과 한여울(2018)은 지역사회기반 행동활성화 프로그램을 우울증 대상자와 조현병 대상자용으로 구분하여 개발하였다. 허정선(2019, p.91)의 연구에서는 기존의 행동활성화가 부정적인 인지 및 정서를 완화하는데 초점이 맞춰져 있던 것에서 벗어나 긍정적인 사고와 정서 및 활동을 향상시키는 내용을 포함하는

새로운 버전으로 활용하여 그 효과를 입증하였다. 이 연구에서는 우울증 진단을 받은 참여자를 실험집단과 통제집단 각각에 10명씩 배정하여 우울, 긍정 정서, 부정적 자동적 사고, 긍정적 자동적 사고, 행동활성화 수준에 대해서 사전·사후 결과를 비교하였다. 그 결과, 집단 내에서는 우울이, 집단 간에는 긍정 정서에서 유의미한 차이가 있었으며, 집단-시간과의 상호작용 효과에서는 긍정적 자동사고와 부정적 자동사고에서 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다.

#### 나. 행동활성화를 통한 조현병 치료연구

현재까지 조현병 환자를 대상으로 한 행동활성화 프로그램의 효과에 대한 선행연구는 많지 않다. 먼저 해외 연구에서는 1편의 예비연구 사례에서만 조현병 환자를 대상으로 한 행동활성화 치료의 효과를 검증하였다. Mairs 등(2011)은 음성증상에서 나타나는 비활동성과 무욕증이 우울증에서 나타나는 비활동성, 무욕증과 공통적인 증상적 특징을 지닌다고 지적하면서 우울증의 효과적인 치료법으로 알려진 행동활성화가 조현병 대상자의 음성증상과 우울을 호전시킬 수 있을 것으로 보았다(Mairs, Lovell, Campbell & Keeley, 2011, p.487). 이러한 가정을 입증하기 위해 8명의 조현병 환자를 대상으로 행동활성화 예비연구를 진행하였다. 그 결과, 음성증상에 대한 임상전문의의 평정과 참여자의 자기보고식 평정 방법 모두에서 큰 효과크기가 나타났음을 보고하였으며, 6개월 경과이후 사후 추적관찰에서도 임상전문의의 평정과 자기보고식 평정 모두에서 이전과 비슷한 정도로 효과크기를 유지하고 있음을 밝혔다. 우울감과 기능 영역에서 역시 큰 효과크기를 보였으며, 6개월 경과이후 추적관찰에서도 우울감과 기능 영역에서 작은 효과크기가 있음을 밝히면서 행동활성화가 집단 수준에서 음성증상과 우울감 및 기능의 변화에 효과가 있음을 증명하였다.

국내에서 조현병을 대상으로 한 행동활성화 연구사례는 현재까지 총 6편 정도가 발표되었다. 최혜임, 송명주, 제갈은주와 최기홍(2014, p.895)의 연구와 Choi, Jekal과 Lee(2016)의 연구에서는 조현병의 음성증상에 대한 행동활성화의 예비연구로서 그 효과를 검증하였다. 최혜임 등(2014, p.895)의 연구에서는 당초 12회기로 구성된 동기·행동활성화 프로그램에 참여한 환자들의 피드백을 반영하여, 10회기의 동기·행동활성화 프로그램으로 재구성하여 조현병으로 확진된 총 8명의

참여자들에게 동기행동활성화 프로그램을 실시하였다. 그 결과, 음성증상에서 중간 이상의 효과크기가 나타났으며, '동기와 즐거움'에 대한 자기보고 설문 척도의 하위척도인 '사회적 즐거움, 여가, 가까운 관계, 활동을 위한 동기' 등에서 중간 정도의 효과크기가 나타났다. Choi, Jekal과 Lee(2016, p.1759)의 연구에서는 지역사회 정신건강센터를 이용하는 조현병 환자 중 41명의 참여자를 모집하여 실험집단에 22명, 통제집단에 19명을 배정한 후 총 10회기의 동기행동활성화 프로그램을 실시하여 그 효과를 분석하였다. 이 연구에서는 한국판 양성 및 음성 증후군 척도(Positive and Negative Syndrome Scale, 이하 PANSS)를 5개 요인으로 나누어 분석한 결과 '음성증상', '인지증상', '우울증상'에서 평가 시기별 집단 간 유의미한 상호작용 효과가 나타났으며 중간 이상의 효과크기가 있는 것으로 보고하였다. 또한 '간단 음성증상 평가 도구'와 '동기와 즐거움', '감정표현' 등 모두에서 중간 정도의 효과크기가 있는 것으로 나타났다. 반면에 '동기와 즐거움 척도(Motivation and Pleasure Scale-Self Report)'로 측정된 동기 수준 영역에서는 총점과 모든 하위척도에서 평가 시기별 집단 간 유의미한 상호작용 효과가 관찰되지 않았다. 그 외 신경인지검사 중 '한국판 청각 언어 학습 검사(Korean Auditory Verbal Learning Test, K-AVLT)'에서 실험집단과 통제집단 간 유의미한 차이가 나타났으며, '기호쓰기 검사'와 '선로 잇기 검사 A형(Trail Making Test-A, TMT-A)'에서는 일정한 경향성이 관찰되었다.

이태주, 오준호, 이선정, 선우연지, 신경자와 구훈정(2019, p.390)의 연구에서는 10명의 조현병 환자를 대상으로 행동활성화를 활용한 집단치료를 제공하고 사전·사후검사 결과를 비교하였다. 그 결과 조현병 환자의 양성증상과 음성증상 모두에서 감소 효과가 있는 것으로 보고하였다. 반면, 우울감에서는 집단 간 통계적으로 유의미한 효과가 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과의 원인을 동반질환이 있는 환자의 연구 참여와 행동활성화가 우울증을 유의미하게 감소시키기보다는 이전보다 악화를 막는 효과를 제한적으로 보인다는 것으로 유추한 바 있다.

이가영, 차윤지, 서호준과 최기홍(2016, p.107)은 지역사회 정신건강센터를 이용하는 조현병 음성증상 환자들을 대상으로 행동활성화 프로그램이 지역사회 기반 사례관리 맥락에서 효과가 있는지 살펴보았다. 그 결과 음성증상과 양성증상, 인지적 증상, 정서적 불편감, 기능수준에서 유의미한 개선효과

를 보였다고 보고하였다. 또한, 차윤지(2018, p.50)의 연구에서는 행동활성화 치료자의 치료 프로토콜 충성도 및 태도가 행동활성화 프로그램에 미치는 영향을 살펴보면서 그 참여대상을 우울증군과 조현병군으로 구분하여 비교하였다. 그 결과 행동활성화 치료를 실시한 치료자의 치료 충성도 및 태도가 높거나 긍정적일수록 대상환자의 우울이나 조현병 증상 역시 감소한다는 것을 밝혔다.

마지막으로 송하림(2020, p.57)의 연구에서는 조현병 환자의 음성증상과 노력기반 의사결정에 행동활성화 프로그램이 효과가 있는지 확인한 결과, 임상가가 평정한 음성증상에서는 유의미한 감소효과가 나타났으나 참여자에 의해 자기보고된 예기적 즐거움과 사회적·직업적 기능에서의 유의미한 변화가 나타나지 않았다.

이상의 국내·외 선행연구에서 행동활성화 치료가 우울증 대상에서 뿐만 아니라 조현병 대상에서도 일부 효과가 있음을 검증하는 연구사례들이 있었으며, 이들 대부분이 우울증 외 조현병 대상자의 음성증상에서도 유의미한 변화를 있음을 밝혀냈다. 그러나 여전히 행동활성화 프로그램과 조현병 대상자의 증상에 관한 실증연구 사례 수는 부족한 실정이다.

### III. 연구방법

#### 1. 조사대상자

본 연구는 우울증 환자에게 효과가 있다고 알려진 행동활성화가 조현병 대상자의 정신병적증상이나 음성증상에도 그 효과가 있는지 확인하고 지역사회에서 정신사회적 중재로서 활용가능한지 점검하는 것을 목적으로 수행되었다. 먼저 실험 연구조사 대상자는 G정신건강복지센터에 등록된 조현병 스펙트럼 장애 환자 중 프로그램에 참여 의사를 밝힌 회원에 대하여 담당사례관리자의 동의를 거쳐 1차적으로 선정되었다. 참여자의 연령은 만 19세 이상 성인을 대상으로 하였고, DSM-5(APA, 2013, p.93)에서 정의하는 조현병 스펙트럼 및 기타 정신병적 장애에 해당하는 진단을 받은 대상자 중 지난 3개월 간 정신건강의학과 전문의에게 처방받은 항정신성 약물을 안정적으로 복용하고 있는 대상자를 참여기준으로 선정하였다. 단, 참여 제외 대상자로는 지적장애를 포함한 발달장애를 동반하고 있는 대상자, 기질성 뇌손상과 관련한 정신질

환이나 경련 관련 질환을 동반하고 있는 대상자, 물질사용장애 혹은 약물 남용 관련 병력을 동반하고 있는 대상자, 사례담당자가 심각한 자살사고 및 자살 위험 상태를 경험한 자라고 판단한 자는 본 연구의 대상자에서 제외되었다. 이러한 대상자 선정·제외 기준에 따라 모집된 인원은 총 35명이었으며, 이중 사전 스크리닝 과정에서 우울점수가 극단값으로 높은 대상자를 실험집단과 통제집단에서 각각 1명씩 총 2명을 조건미충족으로 제외하였다. 그 외 남은 33명의 참여자들 중 현재 행동활성화 프로그램에 대한 참여욕구가 있는 대상자와 없는 대상자를 실험집단(17명)과 통제집단(16명)으로 각기 구분하여 배정하여 실험연구를 실시하였다. 실험집단에 배정된 인원은 그룹치료의 효과를 극대화하기 위하여 1개 그룹당 8~10명 단위가 되도록 A그룹(9명)과 B그룹(8명)으로 나누어 배정하였다. 각 집단별 중도탈락자는 실험집단에서는 프로그램 참여도중 서비스 거부로 참여를 자발적으로 중단한 2명과 통제집단에서는 증상악화로 입원한 대상자 1명이 있었다. 결과적으로 본 연구에서는 실험집단과 통제집단 각각 15명을 대상으로 수집된 자료를 분석하였다. 연구 참여자 모집과정은 [그림 1]과 같다.

#### 2. 연구 진행

본 연구에서 활용한 행동활성화 프로그램 매뉴얼은 2018년에 가톨릭대학교 의과대학 정신건강의학과, 고려대학교 심리학과, 정신건강 기술개발사업단에서 공동으로 개발한 '조현병을 위한 행동활성화 매뉴얼'을 기반으로 하였다. 연구자는 정신건강사회복지사로 정신건강의학과 병원에서 1년의 정신건강사회복지사 임상수련 과정을 수료 후 지역사회정신건강복지센터에서 4년간 근무하였으며, 근무 중 그룹인지행동치료 교육 수료 및 보조진행자로 5기수(1기수 당 15회기)에 참여한 경력이 있다. 이 매뉴얼을 활용하기에 앞서 본 연구자는 2018년 8월 14일 전남대학교병원에서 개최된 지역사회 기반의 행동활성화 프로그램 워크숍을 참여·수료하였으며, 개발자에게 전자우편을 통해 연구수행 도구로서 매뉴얼 활용을 위한 동의를 받았다.

그룹 행동활성화 프로그램 진행은 A그룹과 B그룹 모두 연구자가 직접 수행하였으며 1명의 정신건강전문요원이 프로그램 보조진행자로 참여하였다. 연구진행은 [그림 1]과 같이 대상자 선정 후 참여자를 실험집단과 통제집단으로 배정하였고

두 집단 참여자 모두를 대상으로 사전검사를 실시한 후 실험 집단에만 그룹 행동활성화 프로그램에 참여시켰다. 총 10회기의 프로그램 진행 후 실험집단과 통제집단 모두 사후검사를 실시하여 사전·사후 검사 결과를 통계적으로 비교·분석하였다.

### 3. 그룹 행동활성화 프로그램 구성

행동활성화 프로그램은 조현병 환자들의 음성증상을 완화하기 위해 일상활동 기록지, 목표 평가, 목표에 기반한 활동을 증가시킴으로써 긍정적인 경험의 기회를 높이고, 과거의 긍정적인 경험을 기억하게 하며, 그러한 긍정적인 경험을 지속할 수 있도록 스스로 계획하고 실행하는 것을 목표로 다양한 활동을 구조화한 프로그램이다.

그룹행동활성화 프로그램의 진행은 ‘조현병을 위한 행동활성화 매뉴얼’을 기반으로 각 회기의 단계별 프로토콜을 엄격히 준수하여 진행하였으며, 첨부자료인 활동지를 수정 없이 그대로 사용하였다. 단, 행동활성화 프로그램의 특성상 반복적으로 목표를 세우고 활동 후 점검 및 피드백 하는 것이 이루어져 참여자들이 추가적인 활동을 요청함에 따라 매뉴얼 제작자가 개발한 ‘우울증을 위한 행동활성화 매뉴얼’의 붙임자료에서 주간 목표활동점검표를 차용하여 5회기~10회기까지 적용하였으며, 참여자들이 1주일 동안 수행한 활동을 점검하는 용

도로 일부 활용하였다. 본 프로그램의 각 회기별 구체적인 내용은 <표 1>에 요약하여 제시하였다.

### 4. 자료수집방법 및 윤리적 고려

본 실험연구를 위한 자료수집은 프로그램 참여 욕구의 여부에 따라 실험집단과 통제집단으로 각각 배정하여 집단별 사전·사후점수를 측정하는 방법으로 수행되었다. 연구 참여자는 연구 참여 과정에 대한 서면동의서를 작성한 후 사전검사를 진행하였다. 실험집단은 그룹 치료 효과의 극대화를 위해 A(10명)와 B(8명) 2개의 그룹으로 나누어 참여하게 하였고, 통제집단 참여 대상자에게는 다음 번 그룹 행동활성화 프로그램 진행 시 우선적으로 참여가 가능함을 안내하였다. 사전검사는 약 1시간에 걸쳐 진행되었고, 반구조화 된 측정도구인 양성 및 음성증후군 평가도구(PANSS)와 우울척도(CES-D), 주관적 안녕감척도(SWN-K)를 활용하여 측정하였다. 모든 검사는 연구자의 감독 하에 진행되었으며, 양성 및 음성증후군 평가도구(PANSS)는 평가의 정확성을 위해 정신건강의학과 전문의와 임상 경력 3년 이상의 정신건강임상심리사가 평가를 수행하였고 사전검사와 사후검사 모두 동일한 평가자에 의해 실시되었다. 또한 평가자는 참여자가 실험 또는 통제 집단 중 어느 그룹에 속하는지 모르는 상태(blind)로 평가를 진행하

그림 1. 연구 참여자 모집과정

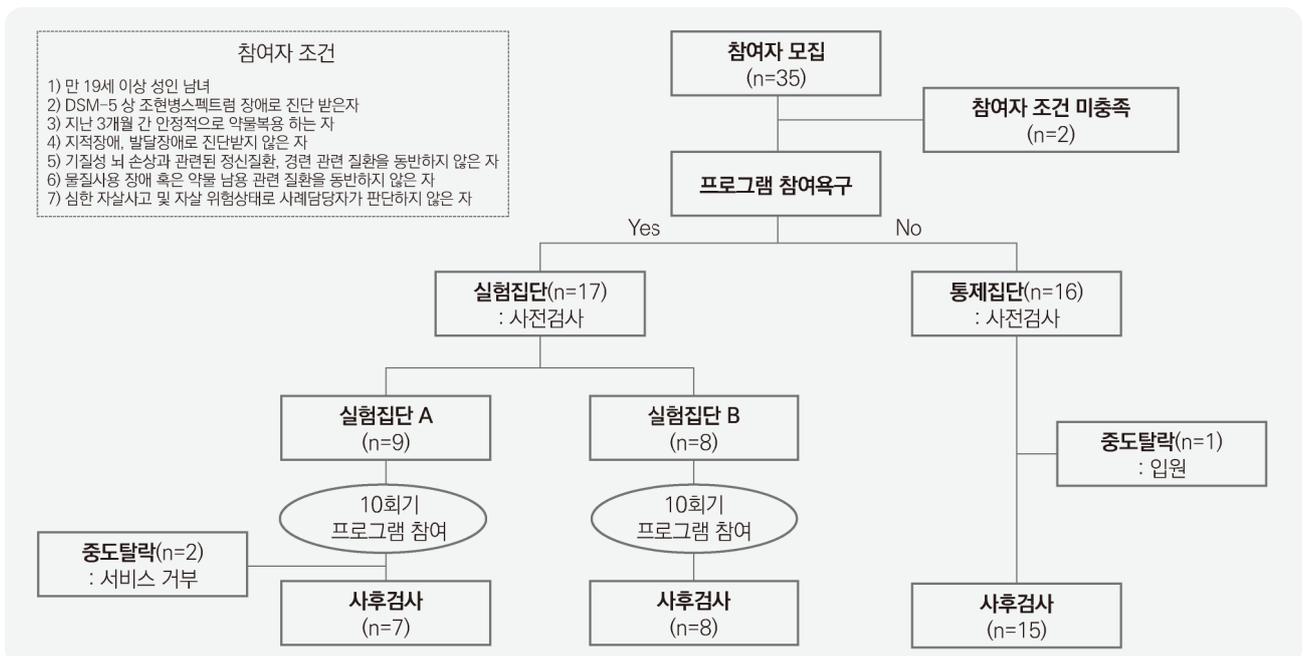


표 1. 그룹 행동활성화 프로그램 회기별 구성

회기	회기목표	세부내용
1	- 프로그램 소개 - 행동활성화에 대해 이해하기 - 활동기록지 작성법 익히기	• 참여자들 소개하기 및 프로그램 소개 • 규칙설정, 증상교육 및 행동활성화 치료 원리 설명 • 활동기록지 작성방법 설명 및 과제부여
2	- 즐거운 활동 찾기 - 활동기록지 점검하기 - 삶의 목표 정하기	• 활동기록지 점검 및 활동수준그래프 작성하기 • 삶의 목표 검토(가족관계, 대인관계, 교육/진로, 취미/건강) • 활동기록지 작성 과제 부여
3	- 활동기록지 점검하기 - 활동계획하기	• 활동기록지 점검 및 활동수준그래프 작성하기 • 체크리스트 및 활동목록 작성하기 • 삶의 목표와 다음 주 활동 계획 연결하기 • 기분이 추가된 활동기록지 작성 과제 부여
4	- 활동기록지 점검하기 - 실천한 활동 점검하기	• 활동기록지 점검 및 활동수준그래프 작성하기 • 실천활동 점검하기 • 기분이 추가된 활동기록지 작성 과제 부여
5	- 활동기록지 점검하기 - 활동계획하기	• 활동기록지 점검 및 활동수준그래프 작성하기 • 주간 목표활동 점검표 점검 • 체크리스트 작성 및 다음 주 활동 계획하기 • 기분이 추가된 활동기록지 작성 과제 부여
6	- 삶의 목표 중간점검하기1 - 현실적인 삶의 목표 재설정하기	• 활동기록지 점검 및 활동수준그래프 작성하기 • 주간 목표활동 점검표 점검 • 삶의 목표 재점검하기1 • 체크리스트 작성 및 다음 주 활동 계획하기 • 기분이 추가된 활동기록지 작성 과제 부여
7	- 활동기록지 점검하기 - 실천한 활동 점검하기	• 활동기록지 점검 및 활동수준그래프 작성하기 • 실천활동 점검하기 • 기분이 추가된 활동기록지 작성 과제 부여
8	- 활동기록지 점검하기 - 활동계획하기	• 활동기록지 점검 및 활동수준그래프 작성하기 • 주간 목표활동 점검표 점검 • 체크리스트 작성 및 다음 주 활동 계획하기 • 기분이 추가된 활동기록지 작성 과제 부여
9	- 삶의 목표 중간점검하기2 - 최종적인 삶의 목표 재설정하기	• 활동기록지 점검 및 활동수준그래프 작성하기 • 주간 목표활동 점검표 점검 • 삶의 목표 재점검하기2 • 체크리스트 작성 및 다음 주 활동 계획하기 • 기분이 추가된 활동기록지 작성 과제 부여
10	- 활동 되돌아보기 - 활동유지 계획하기	• 활동기록지 점검 및 활동수준그래프 작성하기 • 주간 목표활동 점검표 점검 • 행동활성화 프로그램 되돌아보기 • 프로그램 이후 활동유지 계획세우기

였다. 사전검사 완료 후 실험집단은 약물치료와 이미 제공하고 있는 정신건강복지센터 프로그램에 더해 매주 1회기 씩 진행되는 총 10회기의 그룹 행동활성화 프로그램에 참여하였으며, 프로그램은 1회기 당 약 1시간 30분 동안 진행되었다. 통제집단은 약물치료와 센터가 제공하는 기존 프로그램에만 참여하도록 하였다. 모든 연구 참여자들은 연구가 진행 되는 동안 주치의의 판단에 따라 유연하게 약물을 조정받았으며, 사후검사 완료 후 검사 참여에 대한 사례비를 지급 받았다. 통제집단

의 경우 추후 제공될 그룹 행동활성화 프로그램에 우선적으로 참여할 수 있는 기회가 있음을 안내하였다.

본 연구수행의 윤리적 고려를 위해 연구 참여자에게는 실험연구를 실시하기 전 서면으로 연구의 목적과 소요시간, 예상되는 불편 및 혜택, 비밀 보장, 동의 철회의 가능성 등과 관련한 안내문을 제공하였으며, 서면 동의를 얻었다. 본 연구의 개시 전 기관연구윤리심의위원회(IRB)의 승인을 받은 뒤 진행되었다(승인번호: 1040198-190516-HR-039-02).

## 5. 평가도구

### 가. 양성 및 음성증후군 척도(PANSS)

양성 및 음성 증후군 척도(PANSS)는 1991년에 발간된 Kay의 영문판 PANSS를 이중서 등(2002)이 한국어로 번역하여 그 타당도와 신뢰도가 검증된 표준화된 척도이다. 이 척도는 양성 및 음성 증후군 차원의 양상에 중점을 두고 조현병의 정신병리를 관찰하여 평정하는 척도로서, 총 30개의 항목으로 구성되어 있다. 양성 및 음성 소척도(sub-scale)에는 각각 7개의 항목이 포함되고, 일반정신병리 소척도는 조현병의 전반적인 심각도를 평가하는 것으로 16개 항목으로 이루어져 있다. 각 항목은 해당 증상이 전혀 없는 경미한 상태인 '1점부터 극심한 상태인 '7점'까지의 7단계로 평가된다.

한국판 PANSS의 내적 일관성(Cronbach's  $\alpha$ )은 양성증후군 소척도 .73, 음성증후군 소척도 .84, 일반정신병리 소척도는 .74로 보고되었다(이중서 등, 2002). 본 연구에서 나타난 한국판 PANSS의 내적 일관성(Cronbach's  $\alpha$ )은 각 하위척도 별로 양성증후군  $\alpha$ =.782, 음성증후군  $\alpha$ =.812, 일반정신병리  $\alpha$ =.836 등으로 모두 내적 일관성이 양호한 것으로 나타났다.

### 나. 우울척도(CES-D)

CES-D(The Center for Epidemiological Studies Depression Scale, 이하 CES-D)는 우울증의 지역사회 역학 조사용으로 미국 정신보건연구원(National Institute of Mental Health: NIMH)에 의해 1971년에 개발된 20개의 문항으로 구성된 자기보고형 우울척도이다. 지난 일주일 동안 경험했던 우울증상의 빈도에 따라 우울증상을 네 단계 수준으로 측정하며, 증상의 심각도는 각 문항마다 '0점'에서 '3점'까지이며 총점은 '0'에서 '60점'까지가 된다. 이 연구에서 사용된 CES-D는 조맹제 등(1991)이 우리나라의 지역적 문화와 우울감정의 언어적 표현 관습에 부합하도록 번역한 것으로 내적 일관성(Cronbach's  $\alpha$ )은 일반인 군(N=540)에서  $\alpha$  = .9098, 임상 환자군(N=164)에서  $\alpha$  = .9331, 그리고 주요우울증 군(N=46)에서  $\alpha$  = .8933으로 나타났으며, DSM-III-R 주요우울증 대상으로 분석된 최적 절단점은 '25점'이었다. 그러나 이 연구에서는 우울증을 진단하는 진단적 의미의 점수보다는 우울의 정도를 평가하는 척도로서 활용하였다. 총 점수가 높을수록 우울정도가 심한 것

으로 해석할 수 있다. 본 연구에서 나타난 CES-D의 내적 일관성(Cronbach's  $\alpha$ )은  $\alpha$ =.943으로 양호한 것으로 나타났다.

### 다. 한국판 주관적 안녕감 척도(SWN-K)

Naber 등(1995)은 조현병 환자의 주관적 안녕감을 측정하기 위해 '항정신병약물치료중 주관적 안녕감 척도(Subjective Wellbeing under Neuroleptic Treatment Scale; SWN)를 개발하였다. 이 척도는 차원 특이적(안녕감)과 질병특이적(조현병)의 자기보고형 삶의 질 척도로 분류할 수 있으며, 총 38문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서 사용된 척도는 2001년 Naber와 그의 동료들이 주관적 안녕감 척도를 5개의 하위요인(정신기능, 자기통제, 정서조절, 신체기능, 사회통합)으로 나누어 각 4문항씩으로 축약하여 20문항으로 개발한 것을 김성완 등(2007)이 한국어로 번안하여 표준화된 척도를 사용하였다. 즉 140명의 정신과치료를 받고 있는 환자군을 대상으로 한 신뢰도와 타당도 검증에서 내적 일관성(Cronbach's  $\alpha$ )은  $\alpha$  = .874로 보고되었다. 본 연구에서 SWN-K의 내적일관성은  $\alpha$  = .757로 나타났다.

## 6. 자료분석

본 연구에서 수집된 자료는 SPSS 21.0 프로그램을 통해 자료가 분석되었으며, 통계적 자료 분석 절차는 다음과 같다.

첫째, 본 연구에서 측정도구로 활용된 각 평가도구의 신뢰도 점검을 위해 신뢰도 분석(Cronbach's  $\alpha$ )을 실시하였다.

둘째, 그룹 행동활성화 프로그램 참여 실험집단과 통제집단이 인구통계학적 특성에서 차이가 있는지를 살펴보기 위해 범주형 변수(이산형 변인)의 경우 카이제곱검정(chi-square test) 검증을, 연속변수의 경우 독립표본  $t$  검정(independent  $t$ -test)을 통해 .05 수준에서 통계적 유의성을 분석하였다.

셋째, 측정 변인에 대한 실험집단과 통제집단의 사전점수 동질성 검증을 위해 독립표본  $t$  검정을 .05 수준에서 차이검정을 실시하였다.

넷째, 실험집단과 통제집단 간 프로그램 참여 유무에 대한 그 효과성을 비교·검증하기 위해서 사전검사 점수를 공변량으로 투입하여 조정된 사후검사 점수를 가지고 두 집단 간 점수를 비교하는 공분산분석(Analysis of Covariance, ANCOVA)을 실시하였다.

다섯째, 실험집단과 통제집단 각각 프로그램 참여 전후 그 효과성을 비교검증하기 위해 두 개의 연속형 변수 간 평균을 비교하는 대응표본 *t* 검정(Paired sample *t*-test)을 실시하였다.

#### IV. 연구결과

##### 1. 연구 참여자의 특성

연구 참여자의 인구사회학적 특성은 <표 2>와 같다. 실험집단과 통제집단 모두 남자가 여자보다 더 많은 비중을 차지하고 있었으며, 연령은 두 집단 모두 20대가 가장 많은 비중을 차지하였다. 학력은 두 집단 모두 고등학교 졸업이 가장 많았

으며, 모든 참여자가 조현병 스펙트럼 장애 진단을 받았다(조현병 32명, 조현정동장애 1명). 발병기간으로는 실험집단은 5년 미만과 10년 이상이 6명으로 같았고, 통제집단은 10년 이상인 경우가 가장 많았으며, 치료기간은 실험집단에서는 5년 미만이, 통제집단에서는 5년 미만과 10년 이상이 6명으로 가장 많은 비중을 차지하였다. 입원 횟수는 실험집단과 통제집단 모두 1회 이상 5회 미만인 경우가 가장 많았다. 실험집단과 통제집단의 인구사회학적 특성에 차이가 있는지 확인하기 위해  $\chi^2$ 검정을 실시한 결과, 모든 변인에서 유의미한 차이가 없는 것으로 나타나 두 집단 간 동질성이 확보되었다고 볼 수 있다. 실험집단 참여자 중 2명은 각각 2회기와 6회기에서 서비스 참여거부로 중도에 탈락하였으며, 통제집단에서는 1명이 입원하여 중도탈락하였다. 따라서 실험집단 15명과 통제집단 15명이 최종 결과분석에 활용되었다.

표 2. 연구참여자의 인구사회학적 특성 차이검증

구분		실험집단 n(%)	통제집단 n(%)	전체 n(%)	<i>t</i>	<i>p</i>
성별	남자	9(52.9)	12(75.0)	21(63.6)	1.317	.198
	여자	8(47.1)	4(25.0)	12(36.4)		
	전체	17(100.0)	16(100.0)	33(100.0)		
연령	20대	8(47.1)	8(50.0)	16(48.5)	.302	.125
	30대	5(29.4)	4(25.0)	9(27.3)		
	40대	1(5.9)	2(12.5)	3(9.1)		
	50대	2(11.8)	2(12.5)	4(12.1)		
	60대 이상	1(5.9)	0(0.0)	1(3.0)		
	전체	17(100.0)	16(100.0)	33(100.0)		
	학력	중졸	1(5.9)	0(0.0)		
고졸	12(70.6)	10(62.5)	22(66.7)			
대졸	4(23.5)	6(37.5)	1(30.3)			
전체	17(100.0)	16(100.0)	33(100.0)			
발병기간	5년 미만	6(35.3)	4(25.0)	10(30.3)	-.833	.411
	5년 이상 10년 미만	5(29.4)	4(25.0)	9(27.3)		
	10년 이상	6(35.3)	8(50.0)	14(42.4)		
	전체	17(100.0)	16(100.0)	33(100.0)		
치료기간	5년 미만	7(41.2)	6(37.5)	13(39.4)	-.188	.852
	5년 이상 10년 미만	4(23.5)	4(25.0)	8(24.2)		
	10년 이상	6(35.3)	6(37.5)	12(36.4)		
	전체	17(100.0)	16(100.0)	33(100.0)		
입원횟수	0회	5(29.4)	2(12.5)	7(21.2)	-1.379	.178
	1회 이상 5회 미만	10(58.8)	10(62.5)	20(60.6)		
	5회 이상	2(11.8)	4(25.0)	6(18.2)		
	전체	17(100.0)	16(100.0)	33(100.0)		

## 2. 실험집단 및 통제집단 사전점수 동질성 확인

각 집단 간의 개입 효과 분석에 앞서, 집단 간 기초선의 동질성을 확인하기 위해 각 측정도구의 집단 간 독립표본  $t$  검정 (Independent sample's  $t$ -test)을 실시한 결과 <표 3>과 같이 나타났다.

정신병적 증상을 측정하는 한국판 양성 및 음성증후군 척도(PANSS)는 총점( $t=.530, p=.600$ )과 모든 하위척도: 양성 증상( $t=-.889, p=.382$ ), 음성증상( $t=1.769, p=.088$ ), 일반정신병리( $t=.460, p=.649$ )에서 모두 집단 간 유의미한 차이를 보고하지 않았다. 우울감을 측정하는 우울척도(CES-D)를 통해 측정된 우울감은 집단 간 유의미한 차이를 보고하지 않았다( $t=1.099, p=.281$ ). 조현병 환자의 주관적 안녕감을 측정하는 한국판 주관적 안녕감 척도(SWN-K)는 총점( $t=-1.003, p=.324$ )과 모든 하위척도: 정신기능( $t=-.400, p=.692$ ), 자기통제( $t=-1.426, p=.165$ ), 정서조절( $t=-.417, p=.680$ ), 신체기능( $t=-1.261, p=.234$ ), 사회통합( $t=-.745, p=.462$ )등 모두에서 집단 간 유의미한 차이를 보고하지 않았다.

위 결과를 종합해 보면, 양성 및 음성증후군, 우울감, 주관적 안녕감에서 실험집단과 통제집단 간 유의미한 차이가 확인되지 않아 사전점수에 대한 집단 간 동질성이 확보되었다.

## 3. 연구 결과

공분산분석의 가정을 충족하여 각 척도검사의 사전점수를 통제된 상태에서도 집단 간 유의미한 차이가 있는지 확인하기 위해 공분산분석을 실시하였다. 각 척도별 사후점수에 대한 공분산분석 결과는 <표 4>와 같다. 먼저 양성증후군 및 음성증후군 척도에서는 총점( $F=11.307, p<.01$ )과 하위 항목인 양성증후군( $F=5.981, p<.05$ ), 음성증후군( $F=9.978, p<.01$ ), 일반정신병리( $F=8.025, p<.01$ )에서 모두 집단 간에 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다. 즉, 그룹 행동활성화 프로그램이 조현병 대상자들의 양성증상, 음성증상, 일반정신병리 호전에 긍정적인 영향을 미쳤다고 볼 수 있다. 우울감은 사전점수를 공변량으로 통제된 상태에서 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다( $F=.317, p=.578$ ). 주관적 안녕감의 경우도 사전점수를 공변량으로 통제된 상태에서 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다( $F=.1347, p=.256$ ). 즉, 우울감과 주관적 안녕감의 경우 사전점수가 사후점수에 영향을 주었을 것으로 판단된다.

다음은 각 척도별 검사 결과, 집단별 변화 추이를 살펴보기 위해 사전점수와 사후점수의 변화량에 대해 대응표본  $t$  검정을 실시하였다. 그 결과 <표 5>, [그림 2]와 같다.

표 3. 실험집단 및 통제집단 사전점수 동질성 확인

	실험집단 (n=15)		통제집단 (n=15)		$t$	$p$
	M	SD	M	SD		
양성 및 음성증후군						
총점	73.13	14.87	70.60	11.02	.530	.600
양성증상	16.07	4.15	17.60	5.23	-.889	.382
음성증상	20.80	3.61	18.07	4.77	1.769	.088
일반정신병리	36.27	9.65	34.93	5.74	.460	.649
우울감	20.33	11.64	15.13	14.16	1.099	.281
주관적 안녕감						
총점	76.00	15.22	82.13	18.14	-1.003	.324
정신기능	14.93	3.65	15.53	4.52	-.400	.692
자기통제	14.80	3.41	16.80	4.22	-1.426	.165
정서조절	15.73	3.41	16.33	4.40	-.417	.680
신체기능	14.93	4.13	16.93	4.85	-1.216	.234
사회통합	15.60	3.27	16.53	3.58	-.745	.462

표 4. 사후점수 공분산분석

		구분	사후점수			
			SS	MS	F	p
PANSS	양성증후군	사전점수	487.302	487.302	74.743***	<.001
		집단(B)	38.997	38.997	5.981*	.021
	음성증후군	사전점수	196.250	196.250	31.338***	<.001
		집단(B)	62.487	62.487	9.978**	.004
	일반정신병리	사전점수	1005.973	1005.973	33.692***	<.001
		집단(B)	239.611	239.611	8.025**	.009
총점	사전점수	2916.087	2916.087	32.760***	<.001	
	집단(B)	1006.453	1006.453	11.307**	.002	
우울감 (CES-D)	사전점수	2924.746	2924.746	76.397***	<.001	
	집단(B)	12.148	12.148	.317	.578	
주관적 안녕감 (SWN-K)	사전점수	4260.429	4260.429	185.524***	<.001	
	집단(B)	52.724	52.724	1.347	.256	

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

양성 및 음성증후군에서 양성증후군은 <표 5>와 같이 실험 집단에서 사전점수와 사후점수 간에 통계적으로 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타났다( $t = 3.435, p < .01$ ). 평균 비교 결과, 사후점수( $M = 13.33$ )가 사전점수( $M = 16.07$ )보다 더 낮은 것으로 평가되었다. 그러나 통제집단에서는 사전점수와 사후점수 간에 유의미한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다. 즉, 집단 별 양성증후군 점수의 변화 추이를 살펴보면 [그림 2]와 같이 실험집단에서는 양성증후군에 대한 사후점수가 감소하는 추이를 보였으며, 통계적으로도 유의미하였다. 반면, 통제

집단에서는 양성증후군에 대한 사후점수의 차이가 거의 없었으며, 통계적으로도 유의미하지 않았다.

양성 및 음성증후군에서 음성증후군은 <표 5>와 같이 실험 집단에서 사전점수와 사후점수 간에 통계적으로 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타났다( $t = 4.681, p < .001$ ). 평균 비교 결과, 사후점수( $M = 17.00$ )가 사전점수( $M = 20.80$ )보다 더 낮은 것으로 평가되었다. 그러나 통제집단에서는 사전점수와 사후점수 간에 유의미한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다. 즉, 집단 별 음성증후군 점수의 변화 추이를 살펴보면 [그림 2]와

표 5. 사전 - 사후점수 차이검정

척도	집단구분	사전점수(n=15)		사후점수(n=15)		t	p
		M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)		
PANSS	양성증후군	실험집단	16.07(4.15)	13.33(4.97)	3.435**	.004	
		통제집단	17.60(5.23)	17.00(4.77)	1.210	.246	
	음성증후군	실험집단	20.80(3.61)	17.00(3.16)	4.681***	<.001	
		통제집단	18.07(4.77)	18.33(4.01)	-.385	.706	
	일반정신병리	실험집단	36.27(9.65)	30.53(8.35)	3.175**	.007	
		통제집단	34.93(5.74)	35.20(7.73)	-.257	.801	
총점	실험집단	73.13(14.87)	60.87(14.48)	3.986**	.001		
	통제집단	70.60(10.91)	70.53(13.05)	.038	.970		
우울(CES-D)	실험집단	20.33(11.64)	17.00(10.71)	2.202*	.045		
	통제집단	15.13(14.16)	14.20(14.16)	.490	.632		
주관적 안녕감(SWN-K)	실험집단	76.00(15.22)	79.13(14.20)	-2.324*	.036		
	통제집단	82.13(18.14)	82.33(19.81)	-.111	.913		

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

그림 2. 척도별 사전-사후 점수 변화 추이



같이 실험집단에서는 음성증후군에 대한 사후점수가 감소하는 추이를 보였으며, 통계적으로도 유의하였다. 반면, 통제 집단에서는 음성증후군에 대한 사후점수의 차이가 거의 없었으며, 통계적으로도 유의하지 않았다.

양성 및 음성증후군에서 일반정신병리는 <표 5>과 같이 실험집단에서 사전점수와 사후점수 간에 통계적으로 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타났다( $t=3.175, p<.01$ ). 평균 비교 결과, 사후점수( $M=30.53$ )가 사전점수( $M=36.27$ )보다 더 낮은 것으로 평가되었다. 그러나 통제집단에서는 사전점수와 사후점수 간에 유의미한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다. 즉, 집단별 일반정신병리 점수의 변화 추이를 살펴보면 [그림 2]와 같이 실험집단에서는 일반정신병리에 대한 사후점수가 감소하는 추이를 보였으며, 통계적으로도 유의하였다. 반면, 통제집단에서는 일반정신병리에 대한 사후점수의 차이가 거의 없었으며, 통계적으로도 유의하지 않았다.

양성 및 음성증후군에서 총점은 <표 5>와 같이 실험집단에서 사전점수와 사후점수 간에 통계적으로 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타났다( $t=3.986, p<.01$ ). 평균 비교 결과, 실험집단에서 사후점수( $M=60.87$ )는 사전점수( $M=73.13$ )보다 낮은 것으로 평가되었다. 그러나 통제집단에서는 사전점수와 사후점수 간에 유의미한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다. 즉, 집단별 양성 및 음성증후군 점수의 변화 추이를 살펴보면 [그림 2]와 같이 실험집단에서는 양성 및 음성증후군에 대한 사후점수가 감소하는 추이를 보였으며, 통계적으로도 유의하였다. 반면, 통제집단에서는 양성 및 음성증후군에 대한 사후점수의 차이가 거의 없었으며, 통계적으로도 유의하지 않았다.

우울감은 <표 5>와 같이 실험집단에서 사전점수와 사후점수 간에 통계적으로 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타났다( $t=2.202, p<.05$ ). 평균 비교 결과, 사후점수( $M=17.00$ )가 사

표 6. 프로그램에 대한 참여자의 소감 및 의견

<p>프로그램 참여 소감</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시간을 계획적으로 더 잘 쓰게 된 것 같다.</li> <li>• 매 시간 피드백 주는 것이 좋았다.</li> <li>• 전에는 계획 없이 생활했는데 계획하고 실천하니 더 잘 되었던 것 같다.</li> <li>• 일상생활을 기억할 수 있어서 좋았다.</li> <li>• 프로그램 참여 후 활동량이 늘어나고 활력이 생겼다.</li> <li>• 목표를 세워보니 일상에서 바꾸고 채워야 할 것들이 많다는 걸 느꼈다.</li> <li>• 프로그램이 끝난 후에도 활동량을 늘려봐야겠다.</li> <li>• 계획대로 잘 안 되는 것 같다. 노력이 중요한 것 같다.</li> <li>• 내 삶을 변화시켜주었고 꿈을 확실히 볼 수 있어 좋았다.</li> <li>• 재미있었다. 이 프로그램이 많은 곳에 전파 됐으면 좋겠다.</li> <li>• 다른 회원들도 이 프로그램을 통해 도움 받았으면 좋겠다.</li> </ul>
<p>프로그램 건의사항</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 다른 참여자들과 이야기하는 시간이 더 있으면 좋겠다.</li> <li>• 프로그램이 조금 더 여유로웠으면 좋겠다.</li> <li>• 다른 참여자들이 조금 더 적극적이었으면 좋겠다.</li> <li>• 프로그램 끝나고도 이 계획대로 생활하는지 점검해줬으면 좋겠다.</li> </ul>

전점수(M=20.33)보다 더 낮은 것으로 평가되었다. 그러나 통제집단에서는 사전점수와 사후점수 간에 유의미한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다. 즉, 집단 별 우울감 점수의 변화 추이를 살펴보면 [그림 2]와 같이 실험집단에서는 우울감에 대한 사후점수가 감소하는 추이를 보였으며, 통계적으로도 유의미하였다. 반면, 통제집단에서는 음성증후군에 대한 사후점수의 차이가 거의 없었으며, 통계적으로도 유의미하지 않았다.

주관적 안녕감 총점은 <표 5>와 같이 실험집단에서 사전점수와 사후점수 간에 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다( $t = -2.324, p < .05$ ). 평균 비교 결과, 사후점수(M=79.13)는 사전점수(M=76.00)보다 높은 것으로 평가되었다. 그러나 통제집단에서는 사전점수와 사후점수 간에 유의한 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다. 즉, 주관적 안녕감 점수의 변화 추이를 살펴보면 [그림 2]와 같이 실험집단에서는 주관적 안녕감에 대한 사후점수가 증가하는 추이를 보였으며, 통계적으로도 유의미하였다. 반면, 통제집단에서는 주관적 안녕감에 대한 사후점수의 차이가 거의 없었으며, 통계적으로도 유의미하지 않았다.

프로그램 종결 후 실험집단 참여자들로부터 프로그램에 대한 소감 및 개선사항에 대한 서술형 질문지를 작성토록 하였다. 이를 통해 수집된 서술형 의견을 요약·정리하면 <표 6>과 같다. 실험집단 참여자의 대부분이 전반적으로 만족한다는 의견을 주었으며, 프로그램 참여를 통해 의미있는 활동들을 스스로 찾아보고 평소 하지 않았던 일들을 시도해봄으로써 활력을 찾는다고 보고하였다. 따라서 프로그램 종료 후에도 일부 참여자에 대한 개별적인 접근으로 행동활성화의 계획세우기,

기록하기, 피드백 및 점검을 사례관리의 방법으로 활용하기도 하였다.

## V. 결론 및 논의

본 연구는 조현병 대상자에게 그룹단위로 진행된 행동활성화 프로그램이 실증적으로 그 효과가 있는지를 분석하였으며, 그 분석결과를 통해 도출된 주요한 내용을 요약·정리하고 실천적 함의에 대해 논의하면 다음과 같다.

첫째, 그룹 행동활성화 프로그램에 참여한 실험집단의 참여자들은 통제집단에 비해 유의미하게 정신병적 증상이 감소하였다. 양성 및 음성증후군 척도를 활용하여 측정된 정신병적 증상은 총점뿐만 아니라 모든 하위척도인 양성증상( $F=5.981, p < .05$ ), 음성증상( $F=9.978, p < .01$ ), 일반정신병리( $F=8.025, p < .01$ )에서 모두 유의미한 감소 효과를 나타냈다. 사전점수를 공변량으로 하여 사전점수의 효과를 배제한 상태에서도 유의미한 효과가 나타나 그룹 행동활성화 프로그램의 참여 결과로 사후점수의 변화가 유의미하게 나타났음을 통계적으로 입증하였다. 이러한 결과는 PANSS 5요인 모델을 기반으로 결과를 보고한 최혜임, 송명주, 제갈은주와 최기홍(2014, p.895), 이가영, 차윤지, 서호준과 최기홍(2016, p.107), Choi, Jekal과 Lee(2016, p.1759), 송하림(2020, p.57) 등 선행연구와 PANSS 3요인 모델을 기반으로 결과를 보고한 최혜임(2014, p.895), 이태주, 오준호, 이선정, 선우연지, 신경자와 구훈정(2019, p.390) 등 선행연구 결과와도 일치하였다.

둘째, 그룹 행동활성화 프로그램에 참여한 실험집단의 우울감은 사전점수를 공변량으로 제거하지 않은 상태에서 유의미하게 감소하였다( $t=2.202, p<.05$ ). 이러한 결과는 우울감의 유의미한 감소를 보고한 Mairs, Lovell, Campbell과 Keeley(2011, p.487)의 연구와 Choi, Jekal과 Lee(2016, p.1759)의 연구와도 일치하는 결과이다. 다만 사전점수를 공변량으로 했을 때 유의미한 결과가 나오지 않았고( $F=.317, p=.578$ ) 사전점수를 고려하지 않았을 때는 유의미한 변화가 나타난 것으로 보아 사전점수가 사후점수에 영향을 주었음으로 추정된다.

셋째, 그룹 행동활성화 프로그램에 참여한 실험집단의 주관적 안녕감은 사전점수 공변량을 통제하지 않고 수행된 대응표본  $t$  검정을 통한 사전-사후점수 차이검증에서는 실험집단의 주관적 안녕감 수준이 그 총점에서 통계적으로 유의미하게 향상된 것으로 나타났다( $t=-2.324, p<.05$ ). 반면 사전점수를 공변량으로 통제한 공분산분석 결과에서는 통계적으로 유의미하지 않게 나타났다( $F=1.347, p=.256$ ). 이러한 결과는 선행연구인 이가영(2016, p.108)의 연구에서 행동활성화 프로그램에 참여 한 치료집단에서의 삶의 질 수준이 유의미하게 향상된 것과 유사한 맥락이라고 할 수 있다.

본 연구를 통해 도출된 분석결과를 바탕으로 지역사회 정신건강복지 현장에서의 실천적 함의를 제시해 보면 다음과 같다. 첫째, 국내에서 개발된 ‘행동활성화 프로그램 매뉴얼’(서호준 등, 2018)의 활용가능성과 그 효과가 실증적으로 입증되었다. Choi, Jekal과 Lee(2016)의 연구와 이가영(2016)의 연구가 본 매뉴얼을 개발하기 위해 실행되었던 연구사례라고 볼 수 있으나 이 매뉴얼이 출판된 이후 실제로 매뉴얼의 활용가능성과 그 효과를 입증한 연구는 아직 전무하였다. 따라서, 본 연구를 통해 국내에서 최초로 번안되어 매뉴얼화 된 ‘조현병을 위한 행동활성화 매뉴얼’의 활용가능성과 그 효과를 실증적으로 입증하였다. 또한 지역사회 정신건강복지센터에 등록된 조현병 대상자들에게 이 프로그램의 활용가능성을 입증했다는 점과 적용가능성이 높은 연구라는 점에서 의미가 있다고 볼 수 있다.

둘째, 기존 선행연구에서 제기된 제한점을 일부 반영하여 보다 체계화된 연구조건을 충족하고 지역사회에 기반한 개입 프로그램으로써 활용가능성을 확인하였다. 이전의 예비연구의 성격을 지닌 최혜임 등(2014, p.895)의 연구에서는 7명의 비교적 작은 표본을 대상으로 수행되었다는 한계를 극복하고

자 본 연구에서는 총 32명으로 표본으로 확대하여 수행하였다. 또한, 이가영(2016, p.111)의 연구에서 제안한 프로그램 회기 수의 확대 실시 권고를 반영하여 기존 7회기에서 총 10회기로 그 회기 수를 확대하여 운영하였다는 점에서 의의가 있다고 볼 수 있다. 분석방법에서도 Mairs 등(2011, p.493), 최혜임 외(2014, p.893), Choi 등(2016, p.1759), 이태주 등(2019, p.388)의 연구에서 사전-사후점수를 비교한 것과 달리 본 연구에서는 사전점수를 공변량으로 하는 공분산분석을 통해 사전점수 영향을 통제한 상태에서 효과를 입증하였으며, 행동활성화 프로그램의 개발자 그룹이 아닌 지역사회정신건강복지센터에서 근무하는 실무자가 개발된 행동활성화 매뉴얼을 기반으로 직접 프로그램을 진행하고 연구결과를 도출해냄으로써 지역사회에서 활용가능한 정신사회적 중재인지에 대한 평가를 할 수 있었다.

셋째, 본 연구는 그룹 행동활성화 프로그램으로 그룹단위로 수행되었으며, 그 효과가 입증되었다. 기존 선행연구에서 행동활성화를 개인단위로 개별적인 접근방법을 통한 그 효과를 입증한 사례가 있다. 이러한 개인단위 접근방법은 소수의 대상자에게 집중적인 개입을 할 수 있는 장점이 있으나 인적·물적 인프라가 부족한 지역사회에서 적용하기에는 시간적으로 비용적인 한계로 인해 적용되는 데는 한계가 있다. 따라서 본 연구에서는 그룹 단위 행동활성화 프로그램의 효과는 실증적으로 검증하였다는 점에서 의의가 있다고 볼 수 있다. 이러한 결과는 정신건강관련 인프라가 부족한 지역사회에서 그룹단위 프로그램으로 구조화함으로써 충분히 활용 가능한 대안이 될 수 있다고 볼 수 있다. 이후 추가적인 반복(replication)연구를 통해 관련 매뉴얼의 질적 수정·보완 역시 가능할 것으로 생각된다.

마지막으로, 지역사회에 비용 효과적이고 검증된 정신사회적 중재 프로그램의 대안으로서 그룹 행동활성화 프로그램의 효과 및 활용도를 검증하였다는 점에서 의의가 있다. 조현병 대상자의 음성증상 개선을 위한 근거기반의 정신사회적 중재 프로그램이 부족한 현실에서 음성증상 개선을 위해 실증적으로 검증된 대안적인 프로그램을 제시하였다는 것은 일선 현장에 주는 실천적 함의가 있다고 볼 수 있다.

이러한 실천적 함의에도 불구하고 본 연구의 한계점을 요약·정리하면 다음과 같다. 첫째, 무선할당을 통한 진실실험설계 방법으로 참여자들을 무작위 배정하지 못하였다. 참여자들은 연구참여자 모집 당시 즉시 프로그램에 참여하길 원하는 사람

과 나중에 참여하길 원하는 사람으로 구분되어 실험집단 및 통제집단에 각기 배정되었다. 그렇기 때문에 참여자들 중 조금 더 자신의 증상에 대해 변화욕구가 있는 사람이 실험집단에 배정되었을 가능성이 존재한다. 분석결과 실험집단과 통제집단 간의 사전점수 동질성 검사에서 집단 간 동질성이 확보되기는 했으나 연구결과의 내적 타당도를 확보하기 위해서는 무선헌당을 통한 연구참여자의 무작위 배정이 요구된다. 따라서 후속 연구에서는 무선헌당을 통해 그룹행동활성화의 효과를 재확인하는 것이 필요하다. 둘째, 참여자의 음성증상을 평가할 때 음성증상 3요인 가설(양성증상, 음성증상, 일반정신병리)을 채택하였다. 조현병 환자를 대상으로 하는 행동활성화 연구에서 최혜임 등(2014, p.875)의 연구와 이태주 등(2019, p.389)의 연구를 제외한 나머지 연구에서는 음성증상 3요인보다 명확하게 증상을 평가할 수 있는 5요인 가설(음성증상, 양성증상, 인지적 요인, 정서적 불편감 요인, 적대적 요인)을 채택하여 결과를 보고하였다. 그러나 본 연구에서는 PANSS를 해석함에 있어 구조화된 면담법과 자세한 평가지침이 제시되어 있고 비교적 짧은 시간에 조현병의 증상을 포괄적으로 측정할 수 있으며 기존 연구에 널리 쓰여 온 PANSS 3요인 가설을 기반으로 음성증상을 측정하였다. 실제로 이태주 등(2019, p.389)의 연구에서도 3요인 가설을 채택하였고 지역사회에서 음성증상을 5요인으로 평가하기에는 숙련된 면

담자가 존재해야하기 때문에 지역사회에서 5요인으로 분석하기에는 어려움이 따른다. 다만 추후 연구에서는 5요인 가설을 기반으로 음성증상을 보다 명확하고 세밀하게 분석할 필요가 있다. 셋째, 참여자들의 다른 서비스의 중복수혜에 따른 효과와 자유로운 약물 변경 및 선택을 모두 통제하지 못했다. 윤리적인 고려에 따른 결정으로 연구에 참여한 참여자들은 자신의 약물을 주치의와 상의하여 자유롭게 변경할 수 있었으며, 지역사회 정신건강복지센터에서 제공되는 다른 프로그램에 참여하는 것 역시 제한을 두지 않았기 때문에 본 연구 결과가 순수하게 그룹 행동활성화 프로그램만의 효과라고 단정하기 어렵다. 따라서 추후 연구에서는 그룹 행동활성화 프로그램의 순수한 효과를 확인하기 위해 윤리적인 점을 고려한 상태에서 프로그램에 중복 참여를 통제하여 외부효과 개입가능성을 차단하여 검증해 볼 필요가 있다.

송승권은 전남대학교에서 사회복지학 석사학위를 받았으며, 현재 국립나주병원에서 정신건강사회복지사로 재직 중이다. 주요 관심분야는 정신건강, 조현병, 정신사회적 중재이며, 현재 조현병 대상자를 위한 정신사회적 중재 프로그램 등을 연구하고 있다.  
(E-mail: ssk5518@naver.com)

황정하는 미국 매릴랜드대학교에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 현재 전남대학교 생활복지학에서 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 아동·청소년복지와 사회복지서비스 전달체계 등이다.  
(E-mail: jhwang@jnu.ac.kr)

## 참고문헌

- 김성완. (2018). 조현병 환자를 위한 정신사회적 중재. *신경정신의학 회*, 57(3), pp.235-243.
- 김성완, 신일선, 김재민, 유준안, 안용민, 권준수 등. (2007). 단축형 항정신약물치료 중 주관적 안녕감 척도의 표준화 연구. *대한정신약물학회지*, 18(4), pp.221-230.
- 대한정신분열병학회. (편). (2008). *결정적 시기의 정신분열병 환자를 위한 정신사회적 중재*. 서울: 학지사.
- 대한조현병학회. (편). (2013). *조현병 마음의 줄을 고르다*. 서울: 군자.
- 민성길. (편). (2017). *최신정신의학*. 서울: 일조각.
- 서호준, 최기홍, 이은별, 한여울. (2018). *조현병을 위한 행동활성화 치료자용 매뉴얼*. 서울: 가톨릭대학교 의과대학 정신건강의학과, 고려대학교 심리학과, 정신건강기술개발사업단.
- 송하림. (2020). *조현병 음성증상 및 노력 기반 의사결정에 대한 행동활성화 프로그램의 효과*. 석사학위논문, 고려대학교.
- 이가영. (2016). *사례관리 장면에서 조현병 음성증상 환자를 위한 행동활성화 프로그램의 효과*. 석사학위논문, 고려대학교.
- 이가영, 차윤지, 서호준, 최기홍. (2016). 우울증을 위한 행동활성화 치료의 적용가능성: 사례연구. *인지행동치료*, 16(3), pp. 299-322.
- 이중서, 안용민, 신현균, 안석균, 주연호, 김승현, 김용식. (2002). 한국판 양성 및 음성증후군 척도(Positive and Negative Syndrome Scale)의 신뢰도와 타당도. *신경정신의학*, 40(6), pp.1090-1105.
- 이태주, 오준호, 이선정, 선우연지, 신경자, 구훈정. (2019). 조현병 음성증상에 대한 행동활성화의 효과성 검증 예비연구. *인지행동치료*, 19(3), pp.379-398.
- 최수희, 박일호, 구정훈, 최경목, 박민경, 김재진. (2010). 정신분열병 및 우울장애 환자에서 무쾌감증의 특성 비교. *대한신경정신의학 회*, 49, pp.570-577.
- 최혜임, 송명주, 제갈은주, 최기홍. (2014). 조현병 음성증상의 심리치료에 대한 개관. *한국심리학회*, 33(4), pp.875-905.
- 허정선. (2019). *우울증에 대한 행동활성화 치료의 효과 및 기제 검증*. 박사학위논문, 중앙대학교.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders(5th edition)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Barch, D. M., Pagliaccio, D., & Luking, K. (2015). Mechanisms underlying motivational deficits in psychopathology: similarities and differences in depression and schizophrenia. *In Behavioral neuroscience of motivation*, pp.411-449.
- Choi, K. H., Jaekal, E., & Lee, G. Y. (2016). Motivational and Behavioral Activation as an Adjunct to Psychiatric Rehabilitation for Mild to Moderate Negative Symptoms of Individuals with Schizophrenia: A Proof of Concept Pilot Non-Randomized Controlled Study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1759.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, pp.318-326.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E. et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), pp.658-670.
- Dimidjian, S., Barrera Jr, M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression. *Annual Review of Psychology*, 7, pp.1-38.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J. et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), pp.468-477.
- Ekers, D., Richards, D., McMillan, D., Bland, J. M., & Gilbody, S. (2011). Behavioral activation delivered by the non-specialist: phase II randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), pp.66-72.
- Fusar-Poli, P., Papanastasiou, E., Stahl, D., Rocchetti, M., Carpenter, W., Shergill, S., & McGuire, P. (2015). Treatments of negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis of 168 randomized placebo-controlled trials. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), pp.892-899.
- Guessoum, S. B., Le Strat, Y., Dubertret, C., & Mallet, J. (2020). A transnosographic approach of negative symptoms pathophysiology in schizophrenia and depressive disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, pp.1-50.

- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27, pp.458-469.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K. et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp.293-304.
- Jonathan, W. K., Andrew, M. B., & Laura, C. R. (2017). **행동활성화 치료**. [Behavioral Activation: Distinctive Features]. (하승수 역). 서울: 학지사. (원저출판 2012).
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bove, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C.(2010). What is behavioral activation?: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30(6), pp.608-620.
- Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter, W. T., & Marder, S. R. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), pp.214-219.
- Lambert, C., Da Silva, S., Ceni, A. K., Rizvi, S. J., Foussias, G., & Kennedy, S. H. (2018). Anhedonia in depression and schizophrenia: a transdiagnostic challenge. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 24(7), pp.615-623.
- Llerena, K., Park, S. G., McCarthy, J. M., Couture, S. M., Bennett, M. E., & Blanchard, J. J. (2013). The Motivation and Pleasure Scale - Self-Report (MAP-SR): Reliability and validity of a self-report measure of negative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 54(5), pp.568-574.
- Mairs, H., Lovell, K., Campbell, M., & Keeley, P. (2011). Development and pilot investigation of behavioral activation for negative symptoms. *Behavior Modification*, 35(5), pp.486-506.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral Activation Treatments for Depression in Adults: A Meta-Analysis and Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, pp.383-411.
- Naber, D., Moritz, S., Lambert, M., Rajonk, F., Holzbach, R., Mass, R. et al. (2001). Improvement of schizophrenic patients's subjective well-being under atypical antipsychotic drugs. *Schizophrenia Research*, 50, pp.79-88.
- Nagy, G. A., Cernasov, P., Pisoni, A., Walsh, E., Dichter, G. S., & Smoski, M. J. (2020). Reward network modulation as a mechanism of change in behavioral activation. *Behavior modification*, 44(2), pp.186-213.
- Velthorst, E., Koeter, M., Van Der Gaag, M., Nieman, D. H., Fett, A. J., Smit, F., ... & De Haan, L. (2015). Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 45(3), pp.453-465.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), pp.523-537.

# The Effects of Group Behavioral Activation Program for Schizophrenia

Song, Seungkwon<sup>1</sup> | Hwang, Jeongha<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Naju National Hospital

<sup>2</sup> Chonnam National University

## Abstract

The need has increased for evidence-based psycho-social intervention for community-dwelling patients with schizophrenia. This study was conducted to confirm whether the group behavioral activation program (GBAP) is effective to psychotic symptoms, depression, subjective well-being. A total of 35 enrolled schizophrenic patients from a community mental health center in G-province participated in the study. The experimental group was divided into A and B groups for the effect of group treatment, and PANSS, CES-D, SWN-K were measured by pre-post tests. A total of 10 sessions were conducted weekly for 10 weeks, and it was conducted in group-focused program. A covariance analysis (ANCOVA) was performed to verify the effectiveness of the program in detail with the pre-score as covariates, and some paired t-tests were performed to compare pre-post scores. The results showed that the GBAP showed significant improvement in the psychotic symptoms and sub-scales such as positive symptoms, negative symptoms, general psychopathology. Based on these results, this study introduced the GBAP as an evidence-based psycho-social intervention program that can be effectively utilized in the community.

**Keywords:** Schizophrenia, Negative Symptoms, Anhedonia, Behavioral Activation, Psycho-Social Intervention