

의학 석사학위 논문

낮병원을 경험한  
정신분열병 환자의 회복 단계

아주대학교 대학원

의학과

김신영

낮병원을 경험한  
정신분열병 환자의 회복 단계

지도교수 이 영 문

이 논문을 의학 석사학위 논문으로 제출함.

2006년 8월

아 주 대 학 교 대 학 원

의 학 과

김 신 영

김신영의 의학 석사학위 논문을 인준함.

심사위원장 이영문 인

심사위원 정영기 인

심사위원 임기영 인

아주대학교 대학원

2006년 6월 22일

## 감사의 글

이 논문을 마치기까지 도움을 주신 많은 분들께 감사드립니다.

회복에 대한 개념을 생각하게 하시고 논문의 착상부터 마칠 때까지 조언과 격려를 아끼지 않으신 지도교수 이영문 선생님께 깊은 감사드립니다. 연구에 깊은 관심을 가지고 연구진행 과정에서 세심한 조언을 해주시고 논문이 완성되도록 부족한 부분을 꼼꼼히 지적해주신 정영기 선생님과 임기영 선생님께 진심으로 감사드립니다. 논문이 진행되는 긴 시간동안 옆에서 지켜봐주시고 끊임없는 격려와 조언으로 힘을 주신 노재성 선생님, 신윤미 선생님, 조선미 선생님, 안병은 선생님, 그리고 정신과 의국원들, 정신과 치료진들께도 감사드립니다.

그리고 무엇보다 이 논문이 나올 수 있게 자신들의 경험을 들려주시고 저에게 회복을 이해할 수 있게 해주신 연구 참여자들에게 진심으로 감사드립니다.

마지막으로 지금까지 제가 학업을 계속 진행하고 성장할 수 있도록 물심양면으로 지원해 주시고, 격려와 배려를 아끼지 않고 지지해 준 양가 가족들께 감사의 마음을 전하고 싶습니다. 그 중에서도 항상 흔들리지 않고 중심을 지킬 수 있도록 끊임없이 지지해주고 사랑으로 감싸주며 힘이 되어준 남편에게 한없는 감사의 마음을 전하며, 많은 시간을 함께 해주지 못했는데도 건강하고 밝게 자라고 있는 딸 수빈이에게도 고마운 마음을 전하고 싶습니다. 수빈이가 건강하게 자랄 수 있도록 사랑을 아끼지 않아 제가 마음놓고 이 논문에 정성을 기울일 수 있도록 항상 저희 가족 곁에서 지켜주는 현순복 여사께도 깊이 감사드립니다.

## 낮병원을 경험한 정신분열병 환자의 회복 단계

본 연구는 정신분열병으로 진단받은 사람들이 경험하는 회복 단계를 심층적으로 파악하고 이들의 회복경험을 통하여 낮병원이 회복에 기여한 부분을 알아보고, 이를 기반으로 향후 회복에 대한 연구의 토대가 되고 정신보건영역에서 회복 지향적인 치료 및 재활에 도움이 되고자 시행하였다.

연구 참여자는 낮병원에 3개월 이상 등원한 정신분열병 환자 11명이었다. 자료수집은 다수의 연구자들이 회복의 조건으로 기술한 전반적 자기개념, 자기효능감과 자존감, 회복에 대한 태도(희망, 자기 책임감, 질병을 넘어서 삶을 꾸리기), 가족이나 사회에 대한 태도와 견해, 낮병원과 치료진에 대한 태도와 견해, 직업재활에 대한 태도와 견해에 대한 반구조적 질문을 통한 심층면담을 진행하여 이루어졌다. Anthony(2002)가 제시한 회복의 과정에 따라 장애에 압도됨, 장애에 저항함, 장애를 받아들이고 살아감, 장애를 초월하여 살아감의 4단계로 분류하였다.

연구 결과, 본 연구에 참여한 환자들도 Anthony가 제시한 회복 단계를 밟아가고 있었다. 이 과정은 꾸준히 향상되지 않고 단계의 퇴행을 겪기도 하였고, 환자들마다 속도나 경과도 차이를 보였다. 또한 환자들은 낮병원 경험이 회복 과정에 기여하고 있었다고 밝혔으며 이에 대해 잘 이해하고 설명하였다. 본 연구는 환자들의 회복과정을 환자의 시각에서 심층적으로 탐색하고 환자가 주체가 되는 정신보건의료가 필요함을 확인하였다는 데 의의가 있다.

---

핵심어 : 회복, 정신분열병, 낮병원, 정신과적 재활

## 차 례

국문요약 .....	i
차 례 .....	iii
표차례 .....	v
I. 서론 .....	1
A. 문제의 제기 .....	1
B. 이론적 배경 .....	2
1. 회복의 정의 .....	2
2. 낮병원 .....	4
C. 회복 개념과 관련된 선행 연구 .....	6
D. 연구 목적 .....	7
II. 방법 .....	8
A. 연구 설계 .....	8
B. 연구대상 .....	8
1. 낮병원의 치료 환경 및 구조 .....	8
2. 연구 참여자의 보호 및 윤리적 고려 .....	10
C. 면담 과정 및 자료수집 .....	11
D. 자료 분석 .....	13
III. 결과 .....	14
A. 일반적 특성 .....	14
B. 회복 단계 .....	16
1. 장애에 압도됨(Overwhelmed by the disability) .....	18
2. 장애에 저항함(Struggling with the disability) .....	20
3. 장애를 받아들이고 살아감(Living with the disability) .....	24
4. 장애를 초월하여 생활함(Living beyond the disability) .....	28
IV. 고찰 .....	30
V. 결론 .....	36

참고문헌 .....	38
부록 .....	42
ABSTRACT .....	46



## 표 차 례

Table 1. Semi-Structured Questionnaires for evaluation of recovery .....	12
Table 2. Demographic data .....	15
Table 3. Phases of recovery .....	17

# I. 서 론

## A. 문제의 제기

20세기 중반까지도 정신분열병은 Emil Kraepelin이 조발성 치매(dementia praecox)라고 한 것처럼 황폐화 경과(deteriorative course)를 겪는 것이 필연적인 것으로 생각되었다 (Benjamin 등, 2003). 그러나 1950년대 초 항정신병약물(antipsychotic drug)이 개발되면서 1960년대와 1970년대의 탈원화 운동(deinstitutionalization)과 재활치료(psychiatric rehabilitation)를 이끌 수 있는 기반을 마련하였다(Geller, 2000). 재활 치료는 역사회생활에서 필요한 기술의 훈련과 지원에 서비스의 초점을 두므로서 새롭고 효과적인 재활프로그램을 개발시켰고, 그 결과 정신분열병의 예후에 대한 긍정적인 연구결과들이 보고되었다. Harding 등이 20년 이상 추적 연구한 결과, 1950년대에 퇴원한 정신분열병 환자의 60% 이상이 사회에 적응하여 사회일원으로 가족, 친구들과 지낼 수 있었고 스스로를 돌볼 수 있는 상태였다(Harding 등, 1987; Harding 등, 1992). 이런 연구들을 통해 정신분열병에 대한 인식의 변화가 생겼으며, 회복개념의 토양이 되었다. 1980년대에 들어서면서 환자들의 주관적인 경험을 기술한 글들이 발표되었고, 회복의 경험이 알려졌다(Deegan, 1988; Anonymous, 1989; Anthony, 1993; Spaniol 등, 1994). 또한 새로운 비정형 정신약물의 개발은 환자들의 증상 조절과 재활의 성과를 높여 환자들의 회복을 촉진시켰고 회복에 대한 기대를 높였다(배정규, 2004; Liberman, 2002a).

이와 함께 정신과적 치료와 재활 과정에서 치료자, 전문가들만으로는 효과에 한계가 있고 환자 및 가족들의 참여가 매우 중요한 요소임이 밝혀졌다

(Anthony, 1993; Spaniol 등, 1994). 그 동안 치료와 정신재활서비스의 수혜자로서 수동적인 역할에만 머물던 환자와 가족들이 평가와 치료 과정에서 적극적으로 참여하고 나아가 정책결정에까지 영향력을 행사하려는 ‘소비자 운동’의 움직임이 일어났다. 정신보건서비스 체계의 가치, 목표, 신념등이 서비스 제공자, 대상자와 가족간의 적극적인 협력중심으로 변화됨에 따라 대상자중심의 서비스, 대상자 중심의 평가, 대상자 참여 연구가 중요시되고 있다(새미래정신재활연구소, 1999; 김지영, 2002; 이영문, 2002; Anthony, 2005).

따라서 환자들의 치료와 재활의 경과를 더 호전되도록 하기 위해서 환자들의 경험을 아는 것은 매우 중요하게 되었다. 1990년대 Anthony 등에 의해 회복운동(recovery movement)이 전개되고, 이에 대한 질적 연구들이 시행되었으며,(Anthony, 1993) 2000년대가 되면서 치료자들 사이에서 결과로서의 회복을 정의할 만한 조작적 정의를 찾아내기 위한 노력이 진행되고 있다(Liberman, 2002b; 2005).

그러나 한국에서는 1990년대 정신과적 재활이 늦게 시작되어 활성화 단계에 있으나 아직 회복의 개념이 자리 잡지 못하고 있다. 국내에서 시행된 정신질환자들의 회복에 대한 연구는 회복 경험에 대한 실체 이론 개발(김지영, 2002), 회복과 관련된 변인 연구(김나라, 2004), 회복태도를 측정하는 척도개발연구(배정규, 2004)가 있지만 정신분열병 환자들이 회복 과정에서 밟아나가는 단계에 대한 연구는 시행된 바가 없다.

## **B. 이론적 배경**

### **1. 회복의 정의**

회복은 정신 질환이라는 큰 재앙을 딛고 일어나 삶의 새로운 의미와 목적을 발달시켜 가는 것으로 개인적이고 독특한 과정이다. 회복은 병이 완쾌되지 않았더라도, 병에 의해 생긴 장애에도 불구하고 만족스럽고 희망적이며 사회에 기여하는 삶을 사는 과정이다(Deegan, 1988; Anthony, 1993; Council Report, 2004).

회복은 결과(outcome)와 과정(process)으로 보는 두 가지 관점이 존재하는 데, 치료자들은 회복을 치료나 재활의 결과로 삶의 질이 증진된 것으로 받아들이는 데 반하여, 환자나 보호자들은 과정으로 느낀다(배정규, 2004; Liberman, 2002a; 2002b). 회복의 과정은 자기투쟁과 극복을 반복하며 자신의 삶을 재구성해 가는 과정이며, 성장하고 성숙되어 가는 삶의 과정이다. 발병초기에 환자들은 병을 현실로 인정하지 못하고 정신과 환자라는 사실에 낙담하고 삶을 포기하기도 하지만, 자신들이 정신분열병 환자이기 이전에 한 인간이라는 사실을 중요하게 깨닫고, 정신분열병이 있어도 인간답게 살아야겠다는 간절함과 의지로 자신의 삶을 새롭게 구성해 나간다(김지영, 2002).

회복은 개념적으로 내적 조건과 외적 조건으로 나누어 생각할 수 있다. 내적 조건은 가장 기본적으로 회복이 가능하다고 믿으며, 변화를 믿고 장점에 초점을 맞추어 미래를 생각하며 낙관적으로 보는 희망(hope), 증상을 조절하고 병을 자신의 전체가 아니라 일부로 재개념화함으로써 자기(self)를 회복하는 과정인 치유(healing), 자기안의 힘을 끌어내어 자율성(autonomy), 용기(courage), 책임(responsibility)을 갖는 역량강화(empowerment), 사회와 재관계를 맺는 관계형성(connection)이 있다. 외적 조건은 정신질환자들에 대한 편견을 최소화하고 평등한 권리를 갖을 수 있도록 하는 인간 권리(human rights), 회복을 증진하는 방법

으로 사회적 믿음을 형성하는 긍정적 치유문화, 회복의 단계, 상황에 맞고 회복을 촉진하는 최선의 서비스를 제공하는 회복지향적인 서비스가 있다(Drake, 2000; Dixon, 2000; Mead와 Copeland, 2000; Jacobson과 Greenley, 2001).

회복에 대한 이해를 위해서 재활과 회복을 대조해서 생각해 보는 것이 도움이 될 것이다. 재활은 장애를 가진 사람들이 사회에 다시 적응할 수 있도록 제공되는 서비스와 기술을 말하는 데 비해 회복은 장애의 시련을 수용하고 극복하는 사람들이 살아가는, 실제적인 삶의 경험을 말한다(Dixon, 2000; Council Report, 2004). 재활은 세상에서 바라보는 관점(world pole), 즉 관찰자들의 관점이고, 회복은 같은 현상에 대한 자기 자신의 관점(self pole), 즉 주관적인 관점이다(Deegan, 1988).

## 2. 낮병원(Day Hospital)

낮병원은 부분입원(partial hospitalization)의 한 종류로서 증상적, 의학적, 정신적, 심리사회적인 면을 포함한 통원치료시설이다. 이것은 입원치료와 외래치료의 중간단계로서 외래환자 진료상황에서는 제공되지 않는 집중적이고 포괄적이며 통합된 여러 전문분야로 이루어진 치료를 제공한다. 종합병원의 입원시설과 동등한 집중적이고 포괄적인 치료를 행하지만 지역사회에서 독립적이고 생산적인 삶을 살도록 환자를 돌려보내는 것을 목표로 한다(이영문, 1997; 윤성철 등, 1997; Marshall 등, 2001). 낮병원은 급성정신병을 앓고 있을 때부터 서비스를 제공할 수 있어, 급성 증상에서 어느 정도 호전된 환자를 대상으로 하며, 유지(maintenance), 훈련(training), 재활(rehabilitation)에 중점을 주는 낮치료(day care)와 구별된다.

낮병원의 인력구성은 정신과 의사, 사회사업가, 간호사, 임상심리사, 작업치료사, 직업재활 전문가 등으로 이루어진다. 의사는 진단, 약처방, 위기중재, 타과 의사와의 협조 등의 역할을 하고 사회사업가는 낮병원의 프로그램을 모니터링, 가족치료, 가족대상 프로그램, 직업 상담 등의 역할을 한다. 또한 간호사는 투약, 외래투약에 참여, 타과와의 연결에 관여한다(신동수 등, 1994). 낮병원의 구체적인 프로그램은 개인정신치료, 집단정신치료, 투약, 행동치료, 작업치료, 가족치료, 사회적 지지, 직업재활, 교육, 가정방문 등이다. 일단 환자들이 병원에서 퇴원하게 되면 곧바로 사회적응이 어려운 경우가 많다. 이러한 환자를 대상으로 일상생활의 기술이나 대인관계 훈련을 통해 스스로의 약물복용 훈련을 겸하게 되면 환자들의 사회복귀는 빨라지게 된다. 낮시간동안 환자들이 서로 모여 자기들의 문제들을 해결해보도록 노력하며 저녁시간에는 가정으로 복귀하게 된다. 환자를 위한 프로그램으로는 약물치료, 개별 면담, 집단치료, 인간관계 훈련, 사회기술훈련, 집단활동 등이 있으며, 가족을 위한 프로그램으로는 정신건강교육, 가족지지모임, 가족 상담 등이 있다(이영문, 1997).

낮병원의 치료적인 요인으로는 구조화된 환경, 대인관계, 약물복용, 이타주의, 카타르시스, 학습, 가족 지지의 증진, 지역사회와의 관계형성, 자율성 확립, 안전성, 행동에 대한 되먹임 등을 들 수 있다(Hoge, 1988). 증상의 조절이 어느 정도 진행된 상태에서 치료가 진행되는 낮치료와 달리 증상의 급성기부터 증상의 소실, 사회의 구성원으로서 삶을 살아가는 단계까지 다양한 균을 볼 수 있다. 낮병원은 입원 치료의 약 1/3의 경비로도 치료기능을 원활히 수행하므로 의료비용의 절감도 할 수 있는 경제적 이점도 지니고 있어 이를 보편화하는 방향은 정신보건의 큰 목적이 되고 있다(최기은과 조맹제, 1994; Marshall 등, 2001).

낮병원은 약물을 통한 증상 관리에서부터 시작하여 재활 프로그램들을 진

행하는 데 있어 낮치료에 비해서 좀 더 집중적인 서비스와 관심을 제공할 수 있으며 이는 회복 지향적인 서비스를 제공하는 데에 용이하다고 판단되었다. 이러한 낮병원의 치료 환경이 정신분열병 환자들의 회복의 과정에 적절한 외적 조건을 제공하고 있는 지, 있다면 어떠한 부분을 제공하여 주는 지 알아보기 위하여 낮병원을 선택하였다.

### C. 회복 개념과 관련된 선행 연구

정신보건영역에서 회복개념이 대두된 1990년대 이후, 정신질환자를 대상으로 회복의 의미나 그 과정을 이해하려는 질적 연구들이 활발하게 이루어지고 있다. 하지만 개인마다 개별적이고 독특한 내적인 경험이라는 회복의 특성 때문에 (Anthony, 1993), 단순히 한 가지 정의나 차원으로 규정하거나 그 회복과정을 몇몇 차원으로 정확하게 측정하기도 어렵다. 때문에 회복과 관련된 연구들은 회복과정, 회복의 개념적 모형, 회복에 중점을 둔 중재방법, 회복의 주관적 또는 개인적 차원과 같은 다양한 측면에서 시행되었다(김지영, 2002).

대표적인 예로 Anthony(2002) 등은 4년간 12명의 환자를 대상으로 질적 연구를 진행하였다. 이 연구에서는 장애에 압도됨(overwhelmed by the disability), 장애에 저항함(struggling with the disability), 장애를 받아들이고 살아감(living with the disability), 장애를 초월하여 살아감(living beyond the disability)등 4단계의 회복과정을 설명하고, 환자들의 주관적 경험을 기술하였으며, 회복의 과제로 정신분열병 경험을 이해하는 설명의 틀을 갖게 되는 것, 질병 자체의 관리, 사회에서 의미있고 생산적이며 가치있는 역할을 하는 것을 들었다. 회복의 장애요인은 물질남용(substance abuse), 가난과 사회적 차별, 인종, 발병

연령이었고 회복을 촉진하는 요인은 지지적인 사람들, 효과적인 약물, 지지적인 치료 환경의 접근성과 의식주의 기본적인 충족, 종교적 믿음이었다.

최근에는 회복에 대한 조작적 정의를 내리려는 노력들이 시행되고 있다 (Lieberman, 2002b; 2005).

국내에서는 김지영(2002)이 정신분열병으로 진단 받은 사람들 중 자신이 회복되었다고 생각하거나, 정신재활기관의 전문가들이 정신장애를 극복한 것으로 인정하는 사람들 11명을 대상으로 질적 연구를 하였다. 이 연구에서 연구자는 회복의 경험을 ‘삶의 재구성’ 과정으로 보다 성장하고 성숙해 가는 삶의 과정임을 밝혔다. 환자들은 전문가들에게 받은 서비스나 지지도 도움이 되었지만, 자조집단 활동을 통해 받은 회원들간의 상호지지를 중요하게 생각하였고, 특히 다른 환자에게 본보기가 되는 역할모델이 되었을 때, 자신감과 희망을 갖게 되었으며, 회복을 위한 노력을 하게 됨을 알 수 있었다. 연구자는 회복된 환자가 주축이 되는 자조집단의 활성화 방안이 필요하고 정신재활기관에서 회복된 대상자들이 준 전문가의 역할을 수행할 수 있도록 하는 제도 마련이 필요하다고 제안하였다.

#### **D. 연구 목적**

본 연구의 목적은 낮병원을 경험한 정신분열병 환자들이 정신분열병으로부터 회복해 가는 단계를 알아봄으로써, 환자들의 회복 과정을 이해하고, 외적 조건을 제공하는 치료 환경인 낮병원이 회복에 미치는 영향을 알아보고자 한다. 또한 이를 통하여 향후 정신분열병의 회복을 연구하는 데 토대가 되고, 치료환경에서 회복을 지향할 수 있는 외적 조건을 조성하여 회복을 촉진하고자 한다.



## II. 방 법

### A. 연구 설계

회복의 과정은 매우 복잡하고 다양한 부분이 관련되어 있으며 충분히 이해되지 않아, 이를 더 잘 이해하기 위해서는, 구별되는 인자들을 분석하는 양적 연구보다는 역동적인 과정을 질적으로 연구하는 것이 적절한 연구 방법론이다 (Rutter, 1987; Murray, 1998).

본 연구는 회복의 과정을 살펴보기 위해 회복의 정도를 평가하는 반구조적 질문을 통한 심층 면담을 진행하여 환자들의 주관적인 경험을 살펴보는 질적 연구를 시행하였다.

### B. 연구대상

1998년 1월 1일부터 2005년 5월 30일까지의 기간 중 아주대병원 낮병원에 등원했고, 두 명의 정신과 의사가 Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)에 따라 정신분열병으로 진단(First, 1999)한 64명의 환자 중 3개월 이상 등원한 환자들에게 연락하였다. 연구자는 이들에게 연구의 주제, 목적, 방법론 등에 대해 설명한 후 연구 참여에 동의한 11명을 연구 대상으로 하였다.

#### 1. 낮병원의 치료 환경 및 구조

##### (A) 치료 환경

1995년 개원한 아주대의료원 낮병원(day hospital)은 경기도 지역정신보건이 활성화되고 시스템이 잘 갖추어진 수원에 위치하여, 주변에 다수의 낮치료(day care) 및 재활기관이 많이 존재하여, 낮병원과 낮치료가 명확히 구분된 지역에서 운영되고 있다. 따라서 낮병원은 집중적인 치료 및 정신과적 재활, 사회적 지지가 필요한 환자군을 대상으로 운영되고 있으며 이에 맞추어 더 집중적이고 지지적인 치료 및 재활을 제공하기 위해 환자 수는 10명 이내로 제한하고 있다.

#### (B) 치료진

낮병원 치료진은 정신과 의사 2인(전문의 1명, 전공의 1명), 정신과 간호사 1명, 사회복지사 1명의 4명의 주 치료진이 있고, 5~6명의 프로그램 진행자들과 20명 정도의 자원봉사자들이 있다. 치료자들은 환경 치료에 근간을 두고 낮병원을 통하여 인간관계를 좀 더 건강하게 할 수 있도록 하기 위해, 대인관계를 맺을 수 있는 지지적인 환경을 제공하며, 프로그램도 이에 맞게 진행하고 있다.

낮병원 자원봉사자들은 1997년부터 대학생 동아리 형태의 성격을 띠며 꾸준히 유지되고 있으며 2달에 한 번씩 정기적인 자원봉사자 교육을 받을 뿐 아니라, 자원봉사자들간의 교류가 활발하여 그 자체적인 교육, 전수가 이루어지며, 각 자원 봉사자들도 단기간만 활동하는 것이 아니라 2~3년 이상 꾸준히 활동을 지속하고 있다.

#### (C) 치료 프로그램

낮병원은 환경치료에 근간을 두고 회복 지향적인 서비스를 제공하고 있다. 정신질환에 대한 이해, 병식의 획득, 약물 복용의 중요성 등의 교육을 위한 정신 건강교육, 정신질환에 대한 교육과 함께 회원가족 간의 경험을 공유하고 지지하기 위한 가족교육, 생활을 구조화하고 관리할 수 있도록 하기 위한 주간치료모임과 평가, 인지 기능의 향상을 위한 인지재활치료, 대인관계 기술을 익히고 연습하는 사회성 훈련, 인간관계 훈련 및 차모임, 낮병원에서 일어나는 대인관계와 문제들에 대해 함께 토의하는 자치모임, 개인 면담, 여가 활동과 함께 사회와의 접촉을 늘려갈 수 있는 외출, 비디오 감상, 레크레이션, 요리 모임, 스윙댄스, 음악치료, 생활제조, 미술치료, 종이접기, 서예, 신문읽기 등 다양한 프로그램이 진행되고 있다.

## 2. 연구 참여자의 보호 및 윤리적 고려

연구자는 자료수집과정과 연구결과를 해석하고 기술하는 과정에서 발생할 수 있는 윤리적인 쟁점들을 인식하고 연구 시작 단계부터 이를 고려하였다. 참여자들에게 처음 연락할 때부터 연구의 주제, 목적, 방법론에 관해 설명하였고 연구 참여 여부는 자발적으로 결정하도록 하였다. 그리고 연구 참여자가 원하지 않을 때는 언제든지 연구 참여를 철회할 수 있음을 알려주었다. 연구 참여자에게 연구 참여와 관련되어 어떤 불이익이나 강제성이 없음을 자세하게 설명하였고 면담과정에서 알게 되는 모든 사항은 비밀로 하기로 약속하였다. 참여자들이 연구 참여를 자발적으로 결정하고 연구결과를 기술하는 과정에서 면담내용을 인용해도 좋다고 허락할 때 면담을 진행하였다. 자료수집과정에서는 참여자들의 자발

성을 존중하기 위해 답변을 강요하지 않도록 주의하였다. 연구결과를 제시하는 과정에서 참여자들의 익명성을 보장하기 위해 병력이나 일반적인 배경들은 자세하게 기술하지 않았다.

### C. 면담 과정 및 자료수집

2005년 10월 전화 연락을 통하여 연구주제, 목적, 방법에 대해 간단히 설명 후 동의된 환자에 대해 환자가 편한 시간에 아주대병원 정신과 면담실에서 면담을 진행하였다. 연구자인 정신과 의사 1명과 환자가 외부로는 소리가 노출되지 않도록 방음이 된 조용한 장소에서 마주보고 앉아 면담을 진행하였다. 회복의 정도를 파악하기 위해 각 환자별로 반구조적 질문(semi-structured questionnaires)을 통한 심층면담을 진행하였다. 반구조적 질문은 김지영(2002), 김나라(2004), 배정규(2004), Deegan(1998), Anthony(1993, 2002), Jacobson과 Greenley(2001), Liberman(2002b, 2005) 등 다수의 연구자들이 기술한 회복의 조건 및 정도를 표현하는 지표로 기술하고 연구에 이용한 전반적 자기개념, 자기효능감과 자존감, 회복에 대한 태도(희망, 자기 책임감, 질병을 넘어서 삶을 꾸리기), 가족이나 사회에 대한 태도와 견해, 낫병원과 치료진에 대한 태도와 견해, 직업재활에 대한 태도와 견해로 구성되었다. (Table 1, 부록 참고)

**Table 1. Semi-Structured Questionnaires for evaluation of recovery**

항목	질문
전반적 자기개념	자기자신과 삶에 대해 어떻게 생각하는가?
자기 효능감과 자존감	자신이 노력하면 생활에 있어 어느 정도의 효과를 보거나 좋은 변화가 가능하다고 생각하는가? 자신이 얼마나 존귀하고 가치있는 존재라고 생각하는가?
회복에 대한 태도	희망 자신의 삶에 대해 얼마나 희망과 변화가 가능하다고 생각하는가? 희망의 내용과 정도는? 자신의 증상에 대해 더 이상 가족이나 다른 사람을 원망·탓하지 않고 증상을 인정하고 받아들이며, 스스로 증상관리·대처하려고 노력하는가? 현재 자신의 대인관계, 일·직업, 여가생활을 위해 얼마나 노력하고 있는가? 질병을 넘어서 삶을 꾸리기를 위하여 어떤 노력을 하고 있고 어떤 성과들이 있었나?
가족이나 사회에 대한 태도와 견해	자신의 가족과 사회에 대해 어떻게 생각하는가?
낫병원과 치료진에 대한 태도와 견해	낫병원과 치료진에 대해 어떻게 생각하는가?
직업재활에 대한 태도와 견해	자신의 직업재활에 대해 어떻게 생각하는가?

환자의 지각에 면담자 오류(interviewer bias)를 최소화하기 위해 개방형 질문으로 시작하여 응답에 따라 추가로 질문들이 진행되었다. 면담시간은 대략 60분 정도로 진행되었고 면담내용은 녹음되거나 서면으로 기록되었다. 질문항목 외에 면담시 환자의 태도, 인지, 정서 등 면담자가 받은 환자의 인상, 특징에 대해 기록하였다.

환자의 일반적 특성과 과거력, 병력, 경과는 면담 및 입원, 외래, 낮병원의 차트, 각 환자별 치료진을 통하여 확인한 바를 기록하였다.

#### **D. 자료 분석**

Table 1에 제시한 반구조적 질문을 통해 심층면담을 한 후 수집된 자료는 Anthony 등(2002)이 회복의 과정으로 제시한 장애에 압도됨, 장애에 저항함, 장애와 함께 살아감, 장애를 초월하여 살아감의 4단계에 따라 분류하였다. 각 단계에 해당하는 환자의 회복 정도를 기술하고 이를 통하여 각 단계를 이해하는 동시에 회복 과정의 특성을 살펴보았으며 회복에 미친 낮병원의 영향 등을 각 내용에 따라 분석하였다.

### III. 결 과

#### A. 일반적 특성

본 연구 참여자는 남자 5명, 여자 6명이었고 모두 미혼이었으며, 연령은 20세부터 41세까지였다. 환자들의 성별, 나이, 교육 정도, 사회경제적 상태, 발병연령, 유병기간, 낮병원 등원 기간, 현재 직업 상태는 Table 2와 같았다. 환자들 중 사례4, 7, 8의 환자는 정신지체를 중복진단 받았다.

**Table 2. Demographic data**

사례 번호	성별/나 이	교육정도 (년)	사회경제 적 상태	발병연령 (세)	병의 기간 (년)	낮병원 등원 기간(개월)	현재 직업 상태
1	F/28	12	하	17	11	5	병원 식당 영양실 근무
2	F/22	16	중	20	2	3	계약직
3	M/27	13	중	16	11	12	전문대 사회복지학과 재학
4	M/29	12	중	21	8	16	부모 식당일 도움
5	M/20	7	중상	13	7	19	낮병원 등원중
6	F/26	13	중상	16	10	4	전문대 재학
7	F/26	12	중상	19	7	17	직업재활과정
8	F/24	8	하	17	7	30	직업재활과정
9	M/23	13	중	15	8	9	4년제 대학 휴학중
10	M/41	14	중	25	16	6	부모 사업장 근무
11	F/20	14	중상	18	2	7	전문대 재학



## B. 회복 단계

본 연구에 참여한 11명의 환자들을 Anthony가 기술한 회복의 4단계 과정에 따라 분류하고 살펴보았다. 각 환자들의 회복 단계와 그 단계를 보여주는 대표적인 내용의 예시를 Table 3에 간략히 표시하였다.

**Table 3. Phases of recovery**

사례번호	회복 단계	대표적인 내용 기술
1	장애를 받아들이고 살아감	“내가 사회인이라는 것. 아프지만 사회에 뛰어들어 일하고 있구나. 자신감이 막 넘쳐요. 이것 해냈으니까 다른 것도 해낼 수 있다고 생각해요...포기하지 않는 것이 회복에 이르는 길이 아닐까..” “나병원 선생님들이 많은 관심을 보여주고 희망을 줬어요...나병원에서 교육을 받고 정신분열병인 것을 알고, 약의 효과를 알았어요...꾸준히 약을 먹는 것이 기본이죠.”
2	장애를 받아들이고 살아감	“사회는 싫어도 해야되고...나병원에서는 칭찬을 잘 해주는 데, 제가 그것 때문에 착각한 것 같아요...사회처럼 칭찬 많이 안해주고, 잘못했을 때는 따끔하게 해주면 좋겠어요.” “좋았던 것은 성격을 바꿀 수 있었던 것 같아요. 프로그램을 통해서 대인관계하는 방법을 배워서 나병원 이후에는 다른 사람들에게 칭찬도 많이 해주고, 고마워하는 것도 많아졌어요. 그리고 주간계획을 통해 계획하고 규칙적으로 생활할 수 있었어요.”
3	장애를 받아들이고 살아감	“나병원을 다니면서 사람들을 돕는 사회복지사가 되고 싶어졌어요. 병이 있는데도 대학에 합격하여 뿌듯했어요. 시합보는 것이 어렵지만 잘 될 것이라고 믿는 게 중요하고 연습하면 된다고 생각해요.” “나병원에서 다른 사람들과 같이 어울리면서 내성적이던 성격이 외향적이고 활발하게 바뀌었고, 나중에 사회에 나가서 적응을 잘 해야겠다는 생각을 했어요.”
4	장애에 저항함	“취업을 하고 싶어 재활원 선생님께 부탁도 하고 컴퓨터로 찾아보기도 하며, 컴퓨터를 배우고 싶어서 복지관과 우체국을 스스로 찾아가 배웠어요...(그렇지만) 취직했을 때는 몸이 피곤해서 한 달 만에 그만뒀어요.” “한글을 몰라서 창피했을 때, 나병원 다닐 때 한글을 배워 드디어 세상에서 사는 것 같다고 느꼈고 글을 잘 하게 되니까 어디가서나 잘 할 수 있다는 자신감이 생겼어요.”
5	장애에 저항함	“(나병원에 다니면서) 대중교통을 이용하게 된 것이 성공적이었어요...시작보다 유지하는 게 중요하고 어려운데, 나병원을 계속 다니며 지금 잘 하고 있기 때문에 앞으로도 잘 할 수 있을 거예요.” “나병원을 다니면서 사람들을 많이 만나고 규칙적인 생활을 하면서 사교적으로 변하였고,...대체로 생활에 만족스럽고 나병원을 평생 다니고 싶어요.”
6	장애에 저항함	“병이 생긴 것은 게으른 제 책임이 반이고, 말을 함부로 하는 아버지 책임이 반이에요. 마음이 평안해지기 위해서 약을 먹고 약을 먹으면 낫는다는 믿음이 있고 든든해요. 약을 잘 챙겨먹으면 환청에 끌려다니면서 다시 입원할 일은 없을 것 같은 확신이 들어요.” “나병원을 다니면서 현실감을 갖게 된 것 같고, 사람들과 어울리며 동질감을 느낄 수 있어서 좋았어요. 배려받았고, 가족같은 느낌이예요.”
7	장애에 저항함	“약을 꾸준히 먹어야 하고 안먹어서 제발하면 제 잘못이지요. 증상이 있을 때도 있지만 거기에 집중하지 않고 딴 생각을 해요.” “나병원에서는 회원들끼리 어디 아픈 지 다 알기 때문에 공감해줘서 좋았고, 치료진들이 입장바퀴 생각해주고 약물 치료도 해주고 상담해서 답답한 마음을 털어놓을 수 있어 가슴의 응어리를 해결할 수 있었고 병도 나을 수 있었던 것 같아요. 정신과 병동에 입원했을 때는...답답하고 가뭄농는 것이 싫었는데, 제발했을 때 나병원에서 조절할 때는 나병원에 온다는 것이 좋고 힘들지 않았고 사람들이 반겨줘서 좋았어요.”
8	장애에 저항함	“처음에는 나사돌리는 것이 잘 안되었는데, 노력하니깐 됐어요...사람들과 친해지려고 반갑게 인사하고 언니라고 불러도 되냐고 물어봐요.” “나병원에서 약을 챙겨줘서 잘 먹게 되었고, 치료사, 회원, 자원봉사자들이 잘해줘서 좋았어요.”
9	장애에 압도됨	“면담에 집중하지 못하고 혼잣말과 silly smile을 보이며 환청에 압도되어 있고 매우 혼란스러운 상태를 보임. 그러나 나병원 이야기가 나오자 집중을 하면서 “자원봉사를 하고 싶은데, 약을 먹어도 괜찮나요?”라고 하였고, 이유는 “어려 사람과 어울리는 것이 좋아서”라고 함.
10	장애에 저항함	“일을 하면 약기운으로 뻗뻗한 것도 풀어지고 잠도 덜 자게 되어 일을 하는 게 좋아요.” “나병원이 깨끗하고 환경이 좋았고 프로그램 전체가 잘 되어 있었어요. 약 때문에 무작정 잤는데, 나병원 와서 규칙적인 생활을 하면서 생활관리가 됐어요. 선생님들이 많이 신경써준다고 느꼈어요. 고맙죠.”
11	장애에 저항함	“학교 공부가 너무 어려워요. 못 따라 가겠어요. 자격증도 해야 하는데, 할 수 있을지 모르겠어요. 친구도 없어요. 왜 그런지 잘 모르겠어요.” “다른 사람들과 잘 어울리지 못했는데, 친구들이 있어서 좋았어요. 선생님들 만나는 것도 좋고, 가족처럼 따뜻해요. 나병원에서 자원봉사를 하고 싶어요.”

## 1. 장애에 압도됨(Overwhelmed by the disability)

### (A) 일반적 개념

이 시기는 정신질환의 발병시부터 시작하여 수 개월에서 수 년까지 지속될 수 있다. 매일매일의 삶은 정신적으로, 때로는 육체적으로도 투쟁의 연속이다. 이 시기에 속하는 환자는 자신에게 벌어진 것을 이해하고 통제하기 위해 노력하지만 자주 혼란스럽고 자신이 다른 사람들로 부터 떨어져 나간 듯한 느낌을 받으며 통제력을 상실하여 자신의 삶을 통제할 능력이 없다고 느낀다. 환자는 자기 확신감(self-confidence)이 없고 내적 또는 외적인 경험에 의해 압도당할 것 같은 두려움을 느낀다. 다른 사람과의 관계를 갈망하지만 가족을 비롯한 다른 사람들과의 관계가 전혀 없거나 취약하다. 새로운 관계가 생기는 것은 매우 어렵고 대부분 일시적이다. 환자는 명확한 목표, 즉 현실에 뿌리내릴 만한 목표를 갖을 수 없다 (Anthony, 2002).

### (B) 연구 참여자 사례

본 연구에서는 한 명의 환자가 이 단계에 해당하였다.

사례9의 환자는 낮병원을 등원한 8개월 동안 매우 경과가 좋아 증상이 소실되고 낮병원에서 회장 역할을 하였으며 가족관계도 호전되었다. 환자는 본인의 바램과 가족 및 치료진의 기대를 받으며 대학으로 복학하였으나, 이후 심적인 부담이 심하였고 약물 복용을 중단한 후, 증상이 재발하여 집에서 고립된 생활을 하던 중 본 연구 참여 요청을 받았다. 환자는 면담시 매우 혼란스러운 상태로 눈

맞춤을 거의 하지 못하고 혼잣말을 하며 히죽히죽 웃어, 환청에 압도되어 있는 것으로 보였으며 면담에 전혀 집중하지 못하였다.

유일하게 낮병원에 대한 주제가 나오자 자원봉사를 하고 싶다며 집중을 하고 면담을 진행하였다. 환자는 낮병원에 다시 나오고 싶었지만 환자가 낮병원을 종결한 이후 낮병원 회원들도 많이 바뀌고 치료진도 많이 달라져 “낯설어서 못왔다”고 하였다. 환자는 “솔직히 병원에 오는 것이 힘들지만...또다른 사람들을 만나고 수업하는 것이 좋았고, 다른 회원이 웃겨서 재미있어요”라며 “자원봉사를 해보고 싶은 데, 약을 먹어도 되나요?”라고 물었고 자원봉사 잘 할 자신있다며, 자원봉사를 하고 싶은 것은 “여러 사람과 어울리는 것이 좋아서”라고 하였다. 환자는 이번 연구를 위한 면담 이후 낮병원에 다시 등원하여 다니기 시작하였다. 환자는 입원이 필요할 정도로 정신병적 증상이 악화된 상태였으나 부모가 입원을 거부하고 환자와 보호자 모두 낮병원 치료는 동의하였다.

### (C) 토의

이 환자의 경우 낮병원은 회복 과정에서 급성 증상 조절을 위한 입원을 대체하는 부분 입원의 역할을 하였다. 환자는 낮병원의 기능 중 새로운 사람을 만나서 대인 관계를 맺고 어울릴 수 있는 장으로서의 낮병원의 기능, 즉 사회적 지지를 중요하게 생각하였다. 환자는 낮병원을 다니면서 회복의 과정을 밟아나가며 더 나은 기회와 회복에 대한 기대를 가지고 학교로 돌아갔으나 불안정감, 취약성이 증가되었던 것으로 보인다. 이는 Anthony(2002)가 말한 것처럼 회복 과정에서 성장이 불안정성과 취약성을 증가시킨다는 것과 맥락을 같이 한다고 볼 수 있겠다. 환자의 성장이 정신보건시스템, 이 환자의 경우는 낮병원에서 받던 지지

를 잃게 되면서 삶을 관리하는 데, 어려움을 겪게 하는 것도 이에 해당할 것이다. 그 과정에서 환자는 회복의 과정에서 단계의 퇴행을 겪었지만 회복의 경험, 즉 낮병원에서의 긍정적인 경험으로 회복의 과정을 다시 시작하였다. 이 환자의 경우를 통하여 회복이 일직선의 과정이 아니라는 것을 알 수 있었고, 회복의 과정이 매우 힘들고 지치고 때로는 상처받을 수도 있으며, 이런 상황들을 끊임없이 견어내고 포기하지 않는 참을성이 필요하다는 것을 알 수 있고, 다시 시작할 수 있는 환자내부의 희망, 용기와 이를 가능하게 할 수 있는 치료적 여건이 중요하다는 것을 경험할 수 있었다.

## 2. 장애에 저항함(Struggling with the disability)

### (A) 일반적 개념

급성기를 넘어서 환자는 자신에게 일어난 일을 설명하기 시작한다. 환자는 종종 의학적이거나 정신사회적인 용어로 표현한다. 환자는 만족스러운 삶을 살아가기 위해서 장애를 극복하는 방법을 개발할 필요를 인정하게 된다. 그러나 장애는 그 순간에도 현실이며 지속되고 있어, 실패에 대한 두려움도 매우 크다. 환자는 정신 보건 시스템으로부터 자원(resource)과 지지를 받아 이루어진 빈약한 안정성을 잃을 것 같은 두려움 때문에 새로운 활동을 시작하는 것을 매우 경계한다. 만약 환자가 증상을 조절할 수 있다는 자기 확신을 갖고 있지 않다면 성공적으로 다룰 수 있을 것으로 보이는 조치도 미루려할 것이다.

약물 치료는 도움이 되지만 이 단계를 넘어서기에는 종종 충분치 않다. 일부의 환자들은 계속해서 힘들게 하는 약물 부작용과 싸우고 있거나, 약물에도 호

전되지 않는 급성 증상을 경험한다. 사고 장애, 환청, 우울감, 불안같은 증상을 조절하기 위해 잠자기, 친구와 대화하기, 무시하고 하던 일 하기(cutting back on activities), 약물 복용하기, 스트레스 피하기 같은 대처 방식(coping strategies)을 이용한다. 또한 이 단계에 있는 사람은 물질 남용(substance abuse)을 통제하고 심각한 건강상태를 조절하기 위해서 싸울 것이다. 이 단계는 자기 자신의 이익을 위해 살 수 있는 능력에 관한 장점과 확신을 확립하는(build) 단계로 특징지을 수 있다(Anthony, 2002).

#### (B) 연구 참여자 사례

이 연구에 참여한 환자 중 7명의 환자가 정신 질환에 저항해 애써 나아가는 상태에 있어 가장 많은 인원수가 이 단계에 있었다. 사례5의 환자는 20세 남환으로 13세에 정신분열병이 조기 발병하였고, 약물 중단을 반복하여 8번의 입원을 하였다. 환자는 마지막 입원 후 낮병원에 등원하여 19개월간 꾸준히 프로그램에 참여하고 약물 치료도 지속하고 있었다.

환자는 병명을 정신분열병으로 알고 있었고 급성기에 대해 “증상은 잘 생각나지 않지만 그 때는 심리적으로 주위 환경이 복잡하고 혼란스러웠으며 부모님이 친부모가 아니라고 의심스러웠고 입원이 부당하다고 생각한 적도 있었어요. 하지만 지금은 그 때 일을 생각하지 않으려고 하고 서운하게 하는 일이 있어도 실체가 아닌 데, 내가 그렇게 받아들일 수 있어서 기억하지 않으려고 하고 실제로 그렇더라도 신경쓰지 않으려고 한다.”고 하며 나름대로 병을 받아들이고 현실과 증상 사이에서 타협하며 스트레스를 피하기 위한 적응방식을 가지고 있었다. 환자는 약물 복용이 불면 등의 증상을 호전시키고 약물 복용이나 병의 관리에

대해 자신의 책임으로 생각하고 있었다. 환자는 1시간 정도 소요되는 인근 지역에서 택시를 타고 등원하였었는데, 대중교통을 이용하고 남은 돈을 용돈으로 이용하도록 하면서 버스를 타고 등원하였다. 환자는 이 경험을 언급하며 “대중교통을 이용하는 것이 성공적이었다. 어떤 것을 계획해서 특별히 더 발전하고자 하는 부분은 없고, 난이도에 따라 다르겠지만 어떤 일이든 노력하면 할 수 있다...시작보다 유지하는 게 중요하고 어려운데, 낮병원을 계속 다니며 지금 잘 하고 있기 때문에 앞으로도 잘 할 수 있다”고 하여 희망과 자기 효능감을 표현하고 있었다. 환자는 “...낮병원을 다니면서 사람들을 많이 만나고 규칙적인 생활을 하면서 사교적으로 변하였고,...대체로 생활에 만족스럽고 낮병원을 평생 다니고 싶다.”며 삶에 대한 만족감을 표현하였으며 대중교통 이용 후 지각에 대해 “집이 먼데, 규칙이 너무 엄격한 것 같고 느슨했으면 좋겠지만, 일찍 일어나면 지각을 안 할 수 있고 노력해야겠다.”고 하였고, 종결 모임 때 자신의 소감에 대해 치료진이 구체적인 것을 요구하는 것에 대해 “선생님이 그럴 것을 알기 때문에 최대한 구체적으로 이야기하려고 하고 좀 더 노력해야겠다”고 하는 등 질병 이외의 삶에서 노력하고 있었고 자신의 책임이라고 말하고 있었다.

환자는 급성 증상이 없는 상태로 약물 치료를 스스로 챙기며 잘 하고 있으나 모임 중에도 강박 증상 때문에 어려움을 겪기도 하고 하였으며 이제 사회와의 연결을 하나씩 시작하며 나아가는 중이나 좀 더 적극적으로 참여하지는 못하고 있는 상태였다. 그러나 환자는 서서히 변화하고 있었고 스스로 이런 부분을 느끼며 자기 효능감을 찾아가는 것으로 보였다.

(C) 토의

이 환자의 회복에 낮병원의 경험이 미친 영향은 사회와의 연결을 지속하고 확장해갈 수 있는 시도를 할 수 있도록 끈을 유지해준 것이라고 생각된다. 환자는 낮병원이라는 사회와 지속적인 접촉을 하며 대인관계를 하는 기술을 익히고 사회와 더 쉽게 또 보편적으로 이동하는 대중교통을 이용하게 되었으며 이 과정을 통해 자기 효능감을 증가시키고 더 큰 변화를 가져올 수 있는 가능성을 높이고 있다. 이러한 경험은 사례 4의 환자에서도 확인된다. 환자는 “한글을 몰라서 창피했는데, 낮병원 다닐 때 한글을 배워 드디어 세상에서 사는 것 같다고 느꼈고 글을 잘하게 되니까 어디가서나 잘 할 수 있다는 자신감이 생겼”다며 낮병원을 통하여 사회와 연결되는 경험을 하고 이를 통하여 자기 효능감과 가능성을 경험하였다. 사례 6의 환자 역시 “낮병원을 다니면서 귀신이 나를 죽일 수 없다는 것을 알게 되어 무서워하지 않아도 된다는 것을 깨달았고, 현실감을 갖게 된 것 같아요. 사람들과 어울리며 동질감을 느낄 수 있어서 좋았어요.”라며 낮병원을 통해 정신병적 세계에서 현실로 나오게 되는 경험을 이야기하였다.

이 단계에 있는 환자들은 직업상태가 낮병원, 직업재활, 학생, 가족 사업을 돕는 등 다양한 상태에 있었다. 환자들은 약물 복용을 잘 하고 있었고, 약물의 중요성을 알고 있을 뿐 아니라 자신이 책임지고 먹어야 하며 그렇지 않으면 재발한다는 것을 알고 있었는 데, 낮병원의 정신 건강 교육 등을 통하여 알게 되었다고 하였다. 또한 환자들은 낮병원에서 다른 환자들과의 관계를 소중하게 여겼고, 사회적 지지를 많이 받았다고 하였다. 낮병원의 친근한 분위기와 다른 사람들이 자신을 보살피 주고 도와주었다고 느끼고 있었으며, 모든 환자들이 낮병원을 종결한 다음에도 외래를 보러 병원에 오면 항상 낮병원을 들렀고, 대부분의 환자들이 캠프나 체육대회 등에 참여하였다.

정신지체와 중복 진단을 받은 세 명의 환자(사례4, 7, 8)는 모두 이 단계에



남아 있었고, 이 환자들은 연구대상 중 낮병원 등원 기간이 긴 편에 속하였다. 이 세 환자가 단계상으로는 정체된 것처럼 보이지만 환자들의 회복 과정이 멈춰져 있는 것은 아니었다. 약을 거의 챙겨 먹지 않다가 점차 스스로 챙겨 먹게 된다든지, 부적절한 모습을 보이던 환자가 적절한 복장, 행동, 말을 하게 되는 등 대인관계 기술이 발달하고, 일상생활 재활동도 어렵던 환자가 이를 적절히 수행하게 된 후 직업재활을 하게 된다든지 여러 가지 변화들이 서서히 진행되고 있었다.

### 3. 장애를 받아들이고 살아감(Living with the disability)

#### (A) 일반적 개념

이 회복 단계에 있는 환자는 장애와 타협이 이루어지고 장애를 다루는 데, 자신감을 갖는다. 환자는 자기 삶을 통제하는 데 더 강한 자기감(sense of self)과 확신을 갖는다. 환자는 장애가 있어도 만족스러운 삶을 살 수 있다는 것을 배운다. 환자는 이제 장애를 다루기 위해 효과적인 대처방식을 이용하고 많은 의미 있는 역할들을 할 수 있다는 것을 확신하다. 삶에서 주변 사람들, 역할, 환경에서 일관성(consistency)과 안정성(security)이 있다. 환자는 여전히 장애에 의해 제한된다고 느끼면서도 세상에서 자신의 자리를 찾아 살아간다(Anthony, 2002).

#### (B) 연구 참여자 사례

면담에 응한 환자들 중 3명의 환자가 장애를 받아들이고 생활하는 회복의

단계에 이르러 있었다.

사례1의 환자는 28세 미혼 여성으로 현재 병원 식당 영양실에서 근무하고 있었다. 환자는 고등학교 1학년인 17세 때 정신분열병을 진단받고 5번의 입원을 하였고, 첫 번째 퇴원 후 낮병원에 등원하였다. 낮병원을 종결한 이후에도 낮병원에서 자원봉사자를 하였고 졸업회원(과거 낮병원을 경험하고 사회적 활동을 하고 있는 환자)들 중 회장 역할을 하기도 하였다. 환자는 clozapine을 스스로 복용하였고 치료에도 협조적이었으나, 알코올 중독인 아버지가 술을 마시고 폭력을 행사하는 등의 문제가 있을 때면 매우 심한 불안감 보이며 환청이 나타나 22세 때 자살시도하여 다발성 외상을 입고 수술을 하기도 하였다. 환자는 가족의 도움을 전혀 받을 수 없고 회복 과정에서 장애요인으로 작용하고 있어, 가족과의 분리를 시도하고 주치의가 사례관리자의 역할을 하였으며 직업재활센터를 통해 현직장에 취직하였다. 환자는 청결에 대한 강박증상으로 일이 늦고, 의심(doubt)에 대한 강박증상으로 힘들 때도 있었으나 자신의 병과 증상에 대해 동료 아주머니들에게 설명하며 양해를 구하고 자신의 걱정이 기우라고 생각하며 다른 데에 관심을 돌리며 증상으로 조절할 수 있다며 “내가 불안을 조절하게 된 것이죠...반사를 시켜요.”라고 하였다. 환자는 예전 치료자들과 안부 전화를 주고받으며 관계를 유지하고, 힘들 때는 이를 통해 기분 전환도 하며 도움을 받기도 한다고 하였다.

환자는 “사실은 생활하면서 힘들고, 약을 꾸준히 먹어도 계속 좋은 상태로만 가지는 않거든요. 저 같은 경우도 어쩔 때는 길에서 막 불안하고 포기하고 싶”을 때도 있다면서 증상의 악화, 회복 단계의 퇴행이 있을 수 있다는 것을 표현하였다. 그러나 환자는 증상 조절에 대해 자신감을 보이고 있었고, 스트레스시에 환청 등 증상이 악화된다는 것을 알고 이런 상황을 조절하여야 한다는 것을

알고 노력하고 있으며, 증상의 악화시 치료진에게 도움을 청할 방법을 알고 있어 장애를 잘 조절하고 있었다. 환자는 “포기하지 않는 것이 회복에 이르는 길이 아닐까. 그리고 자신감 좀 갖는 것. 그리고 일단 제일 중요하고 가장 기본적인 것은 선생님들을 믿고 따르고 약을 잘 먹는 것이죠.”라며 정신분열병에서 회복하는 것에 대한 자신의 생각을 필역하기도 하였다. 환자는 증상의 악화를 반복할 때 치료진에게 연락하고 위기 개입을 받았으며 낮병원에 재등원하여 다시 회복의 단계를 밟을 수 있었다고 하였다.

환자는 함께 근무하는 동료들과 관계 형성을 위해 인사를 잘 하고 먼저 말을 건네며 혼란 일에 대해서는 이유를 설명하는 등 노력하고 있었다. 환자는 직업을 갖는 것이 중요하다며 “내가 사회인이라는 것, 아프지만 사회에 뛰어들어 일하고 있구나. 자신감이 막 넘치고, 이거 해냈으니까 다른 것도 해낼 수 있다고 생각해요...직업을 가지고 일을 하는 것을 개인적인 의미로만 생각하지 않고 정신장애우들을 대표하고 있다는 생각을 하고 내가 모범을 보이면 다른 장애우들이 생활하는 데 바탕이 될 것이라고 생각하며 열심히 해요...나중에 사회복지사가 되거나 직업재활을 할 수 있도록 돕는 일 등 장애우들을 돕는 일을 하고 싶은 꿈이 있어요...꿈을 버리지 않으면 꿈을 닦아간다고 하잖아요.”라며 희망을 표현하였고, 질병을 넘어서 삶에 대한 책임감과 사회와의 재관계형성을 해나가고 있었다. 환자는 11명의 참여자 중 가장 긍정적이고 적극적인 태도를 보였다.

환자는 “낮병원 선생님들이 많은 관심을 보여주고 희망을 줬어요.”라며 회복을 믿는 긍정적인 낮병원의 분위기와 희망에 대해 이야기하여 치료적 기대가 치료의 결과에 영향을 줄 수 있다고 밝혔다. 환자는 “낮병원에서 교육을 받고 정신분열병인 것을 알고, 약의 효과를 알았어요...꾸준히 약을 먹는 것이 기본”이라며 약물 치료 및 정신건강교육의 중요성을 강조하였다.

사례2의 환자는 “낮병원을 포함해 병원에 있던 사람들이 착하고 순수해서 사회에서 가장 나은 사람인 것 같고 좋은 사람들이 많았어요.”고 하였으며 병원에서 알게 된 여러 명의 환자들과 만나고 취미 생활을 함께 하고 있었다. 사회에 대해서 “싫은 일도 해야 하고 싫어도 좋은 척하고 잘해줘야 해서 사람을 이중적으로 만든다”며 “낮병원은 칭찬을 잘 해주는 데, 제가 그것 때문에 착각한 것이 있는 것 같아요. 아기가 되가는 것 같아요. 사회에서는 그렇게 칭찬 안해주는 데, 사회처럼 칭찬 많이 안해주고, 잘못했을 때는 따끔하게 해주면 좋겠어요. 좋았던 것은 성격을 바꿀 수 있었던 것 같아요. 대인관계하는 방법을 배워서 낮병원 이후에 다른 사람들에게 칭찬도 많이 해주고, 고마워하는 것도 많아졌어요.”라며 낮병원의 치료 효과 중 대인관계의 경험, 교육적인 측면을 강조하였고, 지나친 지지가 환자들의 자율성을 해치거나 퇴행시킬 수 있는 위험이 있다는 것을 지적하였다. 또한 환자는 낮병원이 효율적이고 규칙적인 생활(structure)을 도와준다는 것을 표현하며 “계획하는 것을 (낮병원 종결) 이후에도 계속 유지할 수 있도록 보살펴 줄 수 있었으면 좋겠어요. 연락을 자주해주고 방문도 하고 같이 만나게 해주고 모임도 자주 해주면 좋겠어요.”라며 사후 관리에 대해 기대하는 바를 언급하였다.

### (C) 토의

이 단계의 환자들은 전단계의 환자들에 비해 장애 외의 자신을 삶의 비중을 키우고 사회에서 자신의 자리를 잡고 있었으나 간간히 증상을 경험하거나 병에 대한 편견으로 인해 삶을 살아가는 데, 영향을 받는 부분이 있었다. 그러나 좀 더 현실적이고 사회 생활에 기반을 둔 생각과 꿈, 걱정을 하고 있었고 낮병원

에 대해서도 막연한 호의를 표현하지 않고 도움이 된 구체적인 것들을 이야기하고 구체적인 조언과 기대를 하는 것도 빠트리지 않았다.

이 단계의 환자들 3명 중 2명(사례 2와 3)은 첫 발병 후 증상 조절한 후 약물 치료와 재활 과정이 잘 진행되어 증상의 악화나 회복 과정의 퇴행을 경험하지 않았다. 이와 달리 나머지 한 환자(사례 1)는 약물을 잘 복용하고 스스로 병을 잘 관리하기 위해 노력하였지만 가족에게서 받는 스트레스로 증상의 악화 과정, 즉 증상에 압도되는 단계로의 퇴행을 몇 차례 겪었다. 그러나 이 환자는 여기에서 정체하지 않고 다시 회복의 과정을 시작하였고, 전체적인 경과를 증상에 압도되는 정도나 시간 등이 줄어들었고, 연구 당시에는 증상 조절, 스트레스 관리에 대한 통제력을 충분히 가지고 있는 상태였다. 나머지 두 환자도 자신의 회복 과정에 닥병원 이 도움이 되었다고 하였지만, 주변에 지지 체계가 없고 스트레스에 민감하고 악화 경험이 여러 차례 있는 사례 1의 환자는 닥병원이 자신의 회복에 미친 영향에 대해 매우 강조하였다.

#### 4. 장애를 초월하여 생활함(Living beyond the disability)

##### (A) 일반적 개념

이 단계에 장애는 환자의 삶에서 매우 작은 부분에 지나지 않으며, 만족스럽고 사회에 기여할 수 있는 삶을 사는 데 큰 방해요인으로 작용하지 않는다. 환자는 자기 자신과 다른 사람들, 다양한 살아가고 배우고 일하는 환경과 더 잘 연결되었다고(connect) 느끼며 삶의 의미와 목표를 지각하고 있다. 이 단계는 결과로서의 회복의 개념과 유사하다(Anthony, 2002).

Anthony의 연구에서와 같이 본 연구에서도 이 단계에 해당하는 환자는 없었다.

## IV. 고 찰

본 연구는 정신분열병 환자들의 회복 과정을 이해하고자, 낮병원을 경험한 11명의 정신분열병 환자들을 대상으로 심층 면담을 통해 국내에서 처음으로 회복의 단계를 살펴본 질적 연구이다.

본 연구에 참여한 환자들은 Anthony(2002)가 제시한 회복의 단계를 밟아 가고 있었다. 정신분열병 환자들의 회복의 과정은, 속도의 차이나 퇴행의 과정이 있기는 하였지만, 진행되고 있으며 정신분열병의 예후에 대한 부정적인 시각들처럼 반드시 황폐화 경로로 가는 것은 아니었다(Anthony, 1993). 사례 9의 환자의 경우 낮병원 치료를 받으면서 장애와 함께 살아가는 단계까지 이르렀던 환자가 약물치료를 중단한 후 증상에 압도되는 단계로 퇴보하기도 하였지만, 회복의 과정이 멈춘 것은 아니었다. 환자는 낮병원에서 경험한 긍정적인 경험을 통하여 다시 낮병원에서 치료를 받고자 하는 의욕을 갖고 있었고, 이는 회복의 과정을 다시 시작할 수 있는 밑거름이 되었다. 사례 1의 환자의 경우에도 증상의 악화가 반복되었지만, 치료자들에 대한 믿음과 기대, 치료자들의 위기 개입, 낮병원 재등원 등을 통해 위기를 극복하고, 전체적인 경과를 회복의 과정을 밟아왔다. 본 연구에 참여한 환자들을 통해 회복의 과정이 일직선의 과정이 아니라는 것을 확인할 수 있었다.

회복 과정을 경험하던 약물 중단이나 스트레스 등으로 인하여 증상에 압도된 단계로 퇴행하였을 때, 낮병원은 부분입원으로서의 역할을 수행하였다. 이는 환자의 치료와 회복 과정을 다시 시작할 수 있도록 하였고, 입원을 피하여 환자들이 입원 과정에서 경험하게 되는 불편감을 피하게 해주었다. 위의 환자들 뿐 아니라 사례 7의 환자도 증상 악화시에 고립되고 답답한게 느껴지는 입원을 다

시 경험하지 않고 낮병원에서 사회적인 지지를 받으며 증상을 조절했던 것에서 도움을 받았다고 하였다.

증상에 압도된 단계에 있는 사례 9의 환자를 제외한 상위 단계에 있는 환자들은 모두 약물을 잘 복용하고 있었고 약물이 재발을 막아준다는 것을 알고 있었으며 낮병원을 통하여 이를 알게 되었다고 하였다. 장애에 저항하는 단계에 있는 환자들은 약물이 중요하고 약을 먹지 않으면 재발하고 약을 먹는 것과 재발하는 것은 자신에게 달린 일임을 아는 정도였다. 장애를 받아들이고 살아가는 단계의 환자들은 약물과 정신건강교육의 중요성을 강조하며 낮병원 프로그램에서 이 부분을 강조해야 한다고 제안하였다(Mead와 Copeland, 2000).

회복의 과정은 유병기간, 치료기간과는 직접적인 연관은 없었다. 다만 치료를 지속하는 경우에는 오랜 시간이 걸리고 매우 느리더라도 서서히 회복이 진행됨을 알 수 있었다. 정신 지체로 중복 진단된 사례 4, 7, 8의 환자들은 회복의 속도가 다른 환자들에 비하여 더디게 진행된다고 보여, 지능이 회복의 속도를 더디게 하는 인자가 될 수 있다고 생각되었다. 이는 정신분열병 환자의 인지적 손상이 적응적 기능 손상과 상당히 관련 있음을 밝힌 연구들과 맥락을 같이 한다(Penn 등, 1993; Bellack 등 1994; Bowen, 1994). 그러나 이러한 평가는 지능이 낮은 환자들이 자신의 회복 경험을 말로 잘 설명하지 못하여 나타나는 문제일 수도 있음을 감안해야 할 것이다.

본 연구에 참여한 환자 중 3명의 환자(사례 3, 6, 11)가 고등학교 시기에 정신분열병이 발병하여 정신과 치료를 받고 증상 조절이 잘 되어 전문대학에 다니고 있었다. 재활의 개념, 양적인 연구의 입장에서 평가하면 이들은 매우 좋은 성적을 보이는 같은 등급의 환자로 평가될 것이다. 그러나 이 연구에서 이들은 병에서 회복된 정도가 달랐다. 사례 11의 환자는 학업 능력이나 기술 습득이 미약



하였고 대인관계에서 미숙한 면이 많았으나 이에 대한 적절한 고민과 대처가 부족한 상태로 장애에 저항하는 단계에 있었다. 그러나 사례 3의 환자는 관계사고로 인한 고통을 호소하고 학업 성취의 어려움에 대해 토로하기도 하였으나, 이에 대해 자신이 극복해야 할 과제임을 알고 대처하기 위해 노력하는 태도를 보이고 있었으며 장애와 함께 살아가는 단계에 이르러 있었다. 이 두 환자를 대조적으로 보아도 회복이 단순히 객관적인 지표들로만 평가될 수 없음을 알 수 있다. 또한 대학에는 진학하지 못하였지만 현재 취직하여 장애와 함께 살아가는 사례 1의 환자를 보면 병식, 병을 관리하고 책임지는 면, 현실적인 생각, 희망 정도 모두 대학에 진학한 환자들보다 장애를 극복하고 사회에서 역할을 수행해나가고 있는 면은 월등하였다. 본 연구를 통해 연구자는 단순히 객관적인 지표들로 환자들의 병의 경과, 회복의 정도 등을 이해하는 것이 잘못된 평가를 할 수 있는 함정임을 알 수 있었다. 양적으로 보는 연구와 질적인 연구에서 보이는 결과는 매우 다를 수 있음을 확인한 것이며 그동안 우리가 보아온 객관적 결과라는 것들이 얼마나 환자들의 상태, 생각을 잘 반영하였을 지 다시 생각해볼 필요가 있다.

환자들은 낯병원을 통해 새로운 사람들과 관계를 맺고 이 관계에서 지지를 받고 사회와 소통하는 방식을 배웠고, 낯병원을 마친 이후에도 이 때 형성한 관계를 지속하는 경우가 대부분이었으며 이 관계를 소중하게 생각하였다. 낯병원은 정신질환이 있다 하더라도 인간이기에 당연히 갖는 인간의 권리를 가지고 있음을 환자들이 알게 하고 인간의 권리를 지키기를 지향하며, 일차적으로 환자와 가족들이 갖는 편견을 감소시키며 회복을 믿는 긍정적 치유문화를 형성하여 회복 지향적인 서비스를 제공하는 회복의 외적 조건을 갖추어 주는 역할을 충실히 해주고 있다. 이와 동시에 환자 개개인에게 희망(hope), 치유(healing), 역량강화(empowerment), 관계형성(connection)의 내적 조건을 갖추어 줄 수 있도록 도와주는

역할을 하였다. 환자들은 낮병원에서 새로운 관계를 경험하고 형성하면서 자신 혼자가 아님을 느끼고 세상과 연결되는 경험을 하며, 작은 시도들을 통해 변화 가능성을 느끼고 역량이 강화되며 회복에 대한 희망을 가졌다. 환자들의 경험을 통하여 작은 성공이 회복에 대한 희망을 가져오는 하나의 과정이 된다는 것을 알 수 있었고, 직업이나 학업을 갖는 것이 자신감을 매우 높이고 회복을 촉진하는 중요한 부분임을 확인할 수 있었다. 회복에 대한 문헌들은 회복에 대한 믿음과 희망을 강조한다(Dixon, 2000; Jacobson과 Greenley, 2001; Anthony, 1993; 2004; 2005). 그러나 이것은 현실감도 없이 낙천적인 것만 늘어놓는 허황된 꿈이어서는 안될 것이다. 사례 2의 환자가 지적한 것처럼 치료환경에서 경험하는 사회적 지지와 장점의 강조는 치료환경, 본 연구의 경우는 낮병원에 적응하고 사회로 한 걸음 나아가는 데에 많은 도움을 주는 치료수단이지만, 지나치거나 현실감 없는 지지적 표현은 환자들의 퇴행(regression)을 조장하거나 사회와의 괴리감으로 좌절하게 하고 회복의 방해요인이 될 수도 있다.

환자들은 자신의 상태에 대해 치료진들이 생각하는 것보다 자신의 상태를 잘 이해하고 있었고 자신의 삶이나 치료, 재활, 회복에 대해 잘 설명하였으며, 귀담아들어야 할 낮병원 치료에 대한 조언도 제시하였다. 환자들은 자신의 경험을 토대로, 졸업회원들의 모임 등을 통한 사후관리 및 대인관계를 촉진하고, 현재 낮병원을 경험하고 있는 환자(이하 현회원)들에게 졸업회원들의 회복경험을 나눌 수 있는 만남을 제공하여, 회복에 대한 희망과 믿음을 나누며, 직업재활의 중요성과 가능성을 알리는 것에 대해 강조하였다. 또한 사례 2의 환자는 지나친 칭찬이 회원의 퇴행을 조장하고 현실에서 오는 괴리감으로 과도한 좌절을 경험하거나 사회적응에 방해가 될 수 있음을 지적하고 사회에 적응할 수 있도록 하기 위해서는 현실에 맞는 사회적 지지와 적절한 피드백이 필요하다고 지적하였다. 사

레 1의 환자는 증상관리가 회복의 기본이 되므로 정신건강교육이 필요하다고 강조하였으며, 자기 성취감과 사회의 일원이 됨으로써 자존감의 증가 등을 주는 직업재활이 중요하다고 강조 하는 등 회복을 지향하기 위한 낮병원의 역할에 대한 의견을 제시하는 데 적극적인 참여자로서의 모습을 보였다. 이는 문헌 및 연구들을 통한 재활과 회복을 촉진하는 치료적 인자들과 같은 내용이다(Anthony, 1993; Anthony, 2000; Torrey, 2000; Anthony, 2004). 이를 통해 볼 때 환자들의 주관적인 경험에 대한 자기 보고는 매우 신뢰할 만함을 확인할 수 있었고, 낮병원을 비롯한 정신보건서비스에서 환자들이 직접 계획하고 평가하고 관여할 수 있는 치료 과정이 필요하다. 환자들이 서비스를 계획하고 평가하고 수정할 수 있어야 그들에게 적합한 과정을 만들어갈 수 있을 것이다. 또한 회복 과정의 지속성을 생각할 때, 낮병원 종결 이후에도 회복 과정을 이어가고 더 나아갈 수 있도록 사후 서비스가 진행되어야 할 것이다. 물론 이것도 가장 바람직한 것은 환자들이 주체가 되어 만들어지고 운영되어야 할 것이나, 치료진에서도 이런 방향으로 함께 진행해 나가는 것이 필요할 것이다.

여기서 치료나 연구 과정에서 환자들을 바라보는 시각에 대해 생각해 볼 것이 있다. 치료자나 연구자들이 환자들의 자기 보고에 대한 신뢰성을 의심하거나 환자들이 스스로의 회복 과정을 잘 이해하고 표현하는 것에 대해 놀라움을 표현하는 것은 정신분열병 환자들을 정신질환이라는 질병 자체로 바라보고 있음을 단적으로 보여준다는 것이다. 환자들을 질병 자체로만 본다면 환자들에게 치료의 주체를 맡게 하는 것은 매우 불안해보일 것이다. 그러나 회복에 대한 연구들은 환자들이 정도의 차이는 있으나 질병을 넘어 자신의 삶과 사회의 일원으로서 주체적으로 살아가고 있음을 보여준다.(김지영, 2002; Anthony, 2002) 따라서 정신분열병 환자를 질병 자체로만 보지 않고 질병을 갖고 있는 한 인간(person

with severe mental illness)이라는 총체적인 시각으로 이해하며, 회복을 위한 그들 자신의 책임과 적극적인 역할을 강조하고, 기능장애보다는 강점에 중점을 둔 정신재활서비스를 제공하게 될 때, 보다 질적이고 효과적인 방법으로 대상자의 요구를 충족시키게 될 것이다. 이런 면들을 볼 때 치료자들에게 필요한 것은 환자와 회복에 대한 믿음과 희망, 사회적 지지가 되어주는 것, 환자들의 능력에 대한 평가절하나 퇴행을 조장하지 않는 것 등이라고 생각된다(Torrey, 2000).

본 연구는 단면적(cross section)으로 한 연구로 각 환자들의 최근의 회복 단계를 살펴보고 정신분열병 환자들의 회복 과정을 이해하여 한 환자가 발병시부터 회복의 단계를 어떻게 밟아나가는 지를 순차적으로 살펴볼 수는 없는 한계가 있었다. 따라서 발병시부터 장기간 면담을 진행하여 한 환자의 변화 단계를 시기별로 확인하며 진행된다면 더욱 생생하게 정신분열병 환자의 회복의 과정을 잘 이해할 수 있을 것으로 기대된다.

또한 본 연구는 낮병원을 경험한 회원 중 추적 관찰이 되는 환자들 중 연구에 자발적으로 동의한 환자들이 참여하여 표본의 편중(selection bias)이 있을 수 있으며, 반구조적 질문을 통하여 자료를 수집하여 연구자의 면담자 오류(interviewer bias)가 있을 수 있다. 수집된 자료를 분석하는 과정에서도 연구자가 객관적으로 연구를 진행하기 위해 최대한 노력하여도 연구자의 주관에 따라 영향을 받았을 수 있다. 그러나 회복 과정은 매우 주관적인 과정으로 이러한 한계가 회복 과정을 알아보는 데, 중요한 영향을 주지는 못할 것으로 생각한다.

## V. 결 론

본 연구는 정신분열병 환자들이 회복 단계를 밟아나가는 과정을 질적인 방법을 통해 살펴 보았고, 외적 조건을 제공해야할 치료환경인 낮병원이 회복에 미치는 영향을 알아보았다.

본 연구에서 한국의 정신분열병 환자들도 Anthony가 이야기한 회복의 단계를 밟아가고 있었다. 외국의 여러 문헌에서 제시한 것처럼 정신분열병 환자들의 회복 과정은 분명히 진행되고 있으나 그 과정은 환자에 따라 속도가 다르게 퇴행했다가 다시 진행되기도 한다.

그리고 낮병원은 이러한 정신분열병 환자들의 회복 과정을 촉진한다. 환자들이 낮병원이 회복을 촉진하는 가장 중요한 요인으로 본 것은 다른 환자들과 치료진의 사회적 지지였다. 이와 더불어 주간 계획 등을 통한 일상생활 변화의 성공에서 오는 자존감의 증진, 정신 건강 교육을 통한 질병에 대한 자기책임감 확립과 약물 복용, 사회성 훈련을 통한 대인관계 기술의 획득 등을 회복 요인으로 들었다.

이와 같은 결론을 통해 볼 때, 정신분열병 환자들을 위한 정신보건서비스에 대해 몇 가지 제언을 하고자 한다.

환자들은 자신의 회복 정도를 잘 이해하고 이를 잘 표현할 수 있으며 자신의 회복에 도움이 된 치료 요인을 밝힐 수 있었다. 이는 회복 단계가 높을수록 더욱 잘 나타났다. 정신보건영역에서 환자들이 자신의 삶과 치료, 재활을 충분히 이해하고 있다는 것을 믿고, 환자들의 주관적 경험이 존중받고, 자신의 회복 과정의 주체로서 받아들여져야 한다. 환자들이 주체가 되어 회복을 지향하고 촉진

할 수 있는 프로그램과 시스템 개발이 필요하며, 이를 위해 회복된 대상자가 주축이 되는 자조집단의 활성화 방안이 필요하고 정신보건영역에서 회복된 환자들이 준전문가의 역할을 수행할 수 있을 것으로 기대된다.

본 연구에 참여한 환자들이 낮병원 치료 과정에서 졸업회원의 지속적인 사후 관리와 사회적 지지를 유지할 수 있는 모임의 필요성, 회복한 졸업회원의 경험을 현회원에게 전달할 수 있는 방안 마련, 환자의 회복에 방해가 되고 퇴행을 조장하는 지나친 지지가 아닌 사회적으로 적절한 수준의 지지와 피드백이 있어야 한다고 제안하였다. 이는 낮병원에만 해당되는 것은 아니라고 생각한다. 정신보건서비스를 제공하는 여러 기관에서도 치료와 재활 과정에 이와 같은 것들이 도움이 될 수 있을 것이다.

본 연구가 향후 정신분열병의 회복을 연구하는 데 토대가 되고 치료환경에서 회복을 지향할 수 있는 외적 조건을 조성하여 회복을 촉진하는 데 도움이 되길 기대한다.

## 참고문헌

1. 김나라: 만성 정신분열병의 회복에 관한 연구. 서울, 고려대학교, 2004
2. 김지영: 정신분열병 환자의 회복 경험: '삶의 재구성' 과정. 서울, 이화여자대학교, 2002
3. 배정규: 정신장애인의 재기태도와 삶의 질. 대구, 계명대학교 대학원, 2004
4. 신동수, 이부영, 조맹제: 낮병원 치료-2년간 추적연구. *신경정신의학* 33: 75-84, 1994
5. 새미래정신재활연구소: 정신재활프로그램이론 안내서, 1999
6. 윤성철, 이후경, 김선재, 정상경, 함웅, 이규항: 정신병환자의 통합치료를 위한 낮병원 모델. *신경정신의학* 36: 969-986, 1997
7. 이영문: 지역사회 정신보건의 방법론. *대한의사협회지* 40: 171-178, 1997
8. 이영문: 정신보건서비스의 개념화. 한국정신사회재활협회 춘계학술대회 발표자료 1-32, 2002
9. 최기은, 조맹제: 보호병동 치료 후 낮병원으로 전원된 정신분열병 환자의 임상 특성. *신경정신의학*, 29: 569-583, 1994
10. Anonymous: How I've managed chronic mental illness. *Schizophr Bull* 15: 635-640, 1989

11. Anthony WA: Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 16: 11-23, 1993
12. Anthony WA: A recovery-oriented service system: setting some system level standards. *Psychiatr Rehabil J* 24: 159-168, 2000
13. Anthony WA: The process of recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 14: 327-336, 2002
14. Anthony WA: The recovery effect. *Psychiatr Rehabil J* 27: 303-304, 2004
15. Anthony WA: Psychiatric rehabilitation and the science of possibilities. *Psychiatr Rehabil J* 28: 313-314, 2005
16. Benjamin JS, Virginia AS: Schizophrenia. In Synopsis of psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 9th ed. Lippincott Williams & Wilkins, pp. 471-504, 2003
17. Bellack AS, Sayer MO, Mueser KT, Bennett M: Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *J Abnorm psychol* 103: 371-378, 1994
18. Bowen L, Wallance CJ, Glynn SM, Nuechterlein KH, Lutzker JR, Kuehnel TG. Schizophrenic individuals' cognitive functioning and performance in interpersonal interactions and skills training procedures. *J Psychiatr Res* 28: 289-301, 1994
19. Council Report. Rehabilitation and recovery now. London, Royal College of Psychiatrists, pp.1-22, 2004



20. Deegan PE: The lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J* 11: 11-19, 1988
21. Dixon L: Reflections on recovery. *Community Ment Health J* 36: 443-447, 2000
22. Drake RE: Introduction to special series on recovery. *Community Ment Health J* 36: 207-208, 2000
23. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders. New York, New York Psychiatry Institute, 1999
24. Geller JL: The last half-century of psychiatric services as reflected in psychiatric services. *Psychiatr Serv* 51: 41-67, 2000
25. Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A: The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 144: 727-735, 1987
26. Harding CM, Zubin J, Strauss JS: Chronicity in schizophrenia: Revised. *Br J Psychiatry* 161 (suppl 18): 27-37, 1992
27. Hoge MA, Farrell SP, Munchel ME, Strauss JS: Therapeutic factors in partial hospitalization. *Psychiatry* 51: 199-210, 1988
28. Jacobson N, Greenly D: What is recovery? A conceptual model and

- explication. *Psychiatr Serv* 52: 482-485, 2001
29. Liberman RP, Kopelowicz A: Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century. *Int Rev Psychiatry* 14: 245-255, 2002a
  30. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D: Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 14: 256-272, 2002b
  31. Liberman RP, Kopelowicz A: Recovery from schizophrenia. *Psychiatr Serv* 56: 735-742, 2005
  32. Mead S, Copeland ME: What recovery means to us: consumers' Perspectives. *Community Ment Health J* 36: 315-328, 2000
  33. Murray J: Qualitative methods. *Int Rev Psychiatry* 10: 312-31, 1998
  34. Penn DL, Does AJV, Spaulding WD, Garbin CP, Linszen D, Dingeman P: Information processing and social cognitive problem solving in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 181: 13-20, 1993
  35. Rutter M: Psychosocial resilience and protective mechanism. *Am J Orthopsychiatry* 57: 316-331, 1987
  36. Spaniol L, Koehler M, Hutchinson D: The recovery workbook, Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University, pp. 11-32, 1994
  37. Torrey WC, Wyzik P: The recovery vision as a service improvement guide for community mental health center providers. *Community Ment*

*Health J* 36: 209-216, 2000

## 부 록

### I. 회원과의 면담내용(녹음 및 메모) - (60분 내외 소요)

\* 외모 및 행동관찰·면접태도:

#### 1. 전반적 자기개념

(질문: 자기자신과 삶에 대해 어떻게 생각하는가? 긍정적/부정적인 면들)

#### 2. 자기효능감/자존감

- 자기효능감(질문: 자신이 노력하면 생활에 있어 얼마나 효과나 좋은 변화가 가능하다고 생각하는가?)

- 자존감(질문: 자신이 얼마나 존귀하고 가치있는 존재라고 생각하는가?)

3. 재기에 대한 태도

- 희망(hope)

(질문: 자신의 삶에 대해 얼마나 희망과 변화가 가능하다고 생각하는가?  
희망의 내용/정도?)

- 자기 책임감(taking personal responsibility):

(질문: 자신의 증상에 대해 더 이상 가족이나 다른 사람을 원망·탓하지 않고 증상을 인정하고 받아들이며, 스스로 증상관리·대처하려고 노력하는가?)

- 질병을 넘어서 삶을 꾸리기(Getting on with life beyond illness):

(질문: 현재 자신의 대인관계, 일·직업, 여가생활을 위해 얼마나 노력하고 있는가? 구체적으로 어떤 노력을 하고 있고 어떤 성과들이 있었나?)

4. 가족이나 사회에 대한 태도와 견해

(질문: 자신의 가족과 사회에 대해 어떻게 생각하는가? 긍정적/부정적인 면들)

5. 센터와 치료진에 대한 태도와 견해

(질문: 센터와 치료진에 대해 어떻게 생각하는가? 긍정적/부정적인 면들, 요구 사항)

6. 직업재활에 대한 태도와 견해

(질문: 자신의 직업재활에 대해 어떻게 생각하는가? 센터·정부에 대한 요구사항?)

II. 조사자의 평가

- 인지(주의집중, 사고전개, 사고내용):

- 정서(정서적 안정과 적절함):

- 사회(대인관계 기술과 유지):

- 재기(희망, 책임, 질병넘기):

- 기타 특이사항:

- GAF Score:

- ABSTRACT -

## **The Process of Recovery in People with Schizophrenia Exposed to Day Hospital Care**

Shin-young Kim

Department of Medical Sciences  
The Graduate School of Medicine, Ajou University

(Supervised by Associate Professor Young Moon Lee)

In the past, schizophrenia was recognized as a progressively deteriorating disorder with a chronic course. People with schizophrenia have been considered as subjects who participate passively in the process of treatment. But, it has come to surface that they are active participants in their own process of recovery and that their emotions and interpretation of the disorder affects greatly the stages of the illness.

Recovery has recently become an important concept in the mental health and rehabilitation. However, there have been only few research in Korea. This qualitative study intended to understand the process of recovery from



schizophrenia, to facilitate future research on recovery, and to promote recovery-oriented mental health service.

Subjects were eleven individuals with a diagnosis of schizophrenia who participated in day hospital program for more than three months. Qualitative method, using deep interview with semi-structured questionnaires, was applied. The qualitative analysis showed the empirically derived description of the process of recovery according to 4 phases, which were overwhelmed by the disability, struggling with the disability, living with the disability, living beyond disability.

The process of recovery from schizophrenia of each consumer is clearly evident and day hospital exposure seems to have an positive effect on their recovery experience. Experts of mental health should develop and practice psychiatric rehabilitation services that are centered on the patients.

---

Key words : Schizophrenia, Process of recovery, Day hospital, Psychiatric rehabilitation