

외래정신분열증환자와 입원정신분열증환자 가족의 특성

김 유 숙

서울여자대학교

73명의 통원치료 및 입원하고 있는 정신분열증환자와 가족에 대하여 면접과 SCT, Paper Sculpture 등의 심리검사를 통하여 다음의 결과를 얻었다. 입원의 형태에 따라서 환자를 주로 돌보는 가족원이 상당히 달랐다. 즉 외래환자의 경우는 전원 부모가 돌보고 있었으나 입원환자의 경우에는 형제의 비율이 높았다. 또한 입원환자의 경우에는 가족의 조건이 이루어지지 못하여 입원을 계속하고 있는 장기입원환자가 많았다. 환자의 정서적 안정과 가족의 정서적 안정과는 밀접한 관계가 있었다. 입원전 환자가족이 대처에 곤란을 느낀 행동에 관하여 요인분석을 한 결과 무위, 자폐, 식사거부와 같은 음성증상요인과 흥분, 불순행동, 폭력행위와 같은 양성증상요인이 나타났다. 또한 이러한 음성증상요인은 장기입원환자가족이 퇴원을 유지하는 큰 요인이라는 것도 알 수 있었다.

정신질환에게 있어서 가족의 중요성은 비교적 오래 전부터 인식되어 왔다. 그러나 임상에서 가족을 치료의 단위로서 적극적으로 생각하게 된 것은 1950년대 가족치료가 발전하면서부터이다. Jackson(1974)은 정신장애를 그 개인의 질병으로서 생각하기보다는 그들을 둘러싼 사람들, 특히 가족과의 대인관계에 의해서 질병의 소양이 길러진다고 보았다. 그리고 더 나아가 가족이 때로는 발병의 계기가 되며, 어떤 때는 환자의 증상을 악화시키기도 하고 증상의 개선을 저해하기도 한다고 하였다. 그외의 많은 가족치료가들도 환자의 증상은 가족을 배제하고는 생각할 수 없다는 입장에서 치료에 있어서의 가족의 중요성을 강조하여 왔다.

또 한편으로는 환자의 사회복귀라는 측면에서 가족의 중요성을 조명하여 볼 수 있다. 1950년대에 접어들면서 항정신병약의 개발과 함께 정신장애자의 외래통원치료가 가능해짐을 계기로 정신의학의 치료형태도 점차로 입원중심의 형태에서 지역사회속에서 치료를

행하는 방향으로 전환되었다. 그러나 이러한 치료형태의 변화를 시도하는 일본정부의 정책과는 달리 일본의 입원환자의 입원기간은 더욱 장기화되는 경향이 있다(厚生省, 1986). 이것은 병자체가 치유되기 힘들고 재발되기 쉽다는 의학적인 이유를 배제하지는 않으나 주된 이유는 그들이 안주할 수 있는 심리적·정서적·물리적 환경으로서의 가정이나 사회의 여건이 정비되지 못한 점을 지적하지 않을 수 없다. 즉 정신질환자의 문제는 원인론에서나 환자의 사회복귀에 있어서 가족이 미치는 영향은 상당히 중요하다.

따라서 본 연구에서는 환자의 증상의 악화나 호전은 환자와 가족사이의 상대적인 사건이라는 가정하에 한 지역을 선정하여 그 지역에 살고 있는 정신 분열증환자의 그 가족을 대상으로 입원에서 현재까지의 가족상황과 상호관계를 입원군과 외래군으로 나누어 고찰하였다.

방 법

연구대상

본 연구의 대상자는 일본의 농촌지역인 Chichibu 보건소가 파악하고 있는 그 지역의 정신장애자 953명중에서 73명을 선정하였다. 입원군의 선정은 Chichibu시에 있는 유일의 시립정신병원에 입원중인 정신분열증 환자 135명중에서 조사기간중에 가정방문을 고려하여 병원으로부터 편도 두시간이내의 지역에 살고 있는 72명을 선정, 그 가족에게 조사협조를 의뢰하였다. 그중 조사기간중 퇴원, 주소불명, 가족의 면접거부로 18명이 조사대상에서 제외되어 최종적으로 54명을 입원군의 대상으로 하였다. 한편 통원군은 현재 의료기관에서 통원치료를 받고 있으면서 Chichibu보건소에서 실시하는 Day care에 참가하고 있는 정신분열증환자 22명중 본인이 면접을 거부한 3명을 제외한 19명을 대상으로 하였다.

연구방법

5년간의 대학원과정을 통하여 동경대학부속병원에서 임상실습을 한 면접자가 7개월간 조사지역에 체재하면서 면접조사는 실시하였다. 조사기간은 두부분으로 나눌 수 있는데, 전반부 3개월간은 그 지역의 지역정신위생활동을 파악하는 한편, 환자와의 신뢰관계를 형성하기 위하여 병원과 보건소에서 환자와 같이 활동한 시기이다. 후반부의 4개월간은 환자와 그 가족을 대상으로 면접, 심리검사를 실시하였으며 환자를 담당하고 있는 의료진에게도 질문지조사를 실시하였다.

환자의 면접조사는 두번에 걸쳐서 실시되었는데 첫 번째는 본 연구자에 의하여 미리 작성된 질문항목에 따라 최초입원 당시의 상황과 기분, 현재상태와 가족과의 관계, 환자의 장래계획에 대하여 질문하였다. 두 번째의 면접은 정서적 안정성과 가족과의 관계를 파악하기 위하여 간단한 문장완성검사(SCT)와 Paper sculpture를 실시하였다.

가족과의 면접은 본 연구자가 단독으로 가정방문을 하여 이루어 졌으며 면접내용은 미리 작성된 질문지는 없었으나 발병당시의 상황과 가족의 대처, 현재 환자의 상태 및 환자의 장래계획에 대하여 대상가족 전부

에게 같은 질문을 하여 자유롭게 진술하도록 하였다. 면접이 끝난후 환자에게 실시하였던 동일한 심리검사를 실시하였다.

의료진에 대한 질문지 조사는 우선 담당간호사에게는 전국정신장애가족연합회의 조사항목에 기초하여 환자의 일상생활에 대한 평가와 가족의 협력도등을 평가하도록 하였다. 또한 입원군에 대하여서는 주치의에게 퇴원가능성을 중심으로 현재 상태를 진단하도록 하였다.

조사도구

SCT는 동경대학정신과에서 사용하고 있는 10개의 자극어로 된 검사를 그대로 사용하였다. 또한 가족의 구조와 관계를 파악할 수 있는 semiprojective task로 알려져 있는 Family paper sculpture를 실시하였다. 이것은 가족성원을 상징하는 각종 조각을 가지고 그것들을 책상위에 배열함으로써 가족의 구조를 파악하며, 배열이 끝난 후에는 끈을 사용하여 가족과의 정서적 거리 정도를 나타내게 한다. Paper sculpture는 본래 Kanter & Duhl(1973)에 의해 개발된 family sculpture를 가족구성원 전체가 참여하지 않고 개인만으로도 실시할 수 있도록 Linda Bell(1985)이 개발한 것이다.

가족의 정서적 상태에 대한 객관적인 평가를 위하여 투영적기법에 의해서 얻어진 검사결과와 면접과정에서의 자료를 Beavers-Timberlawn Family Evaluation Scale(BT)을 토대로 가족의 정서를 평가하였다. BT는 본래가족의 정서를 entropy와 negentropy의 개념으로 평가하려고 시도하면서 가족구조, 가족신화, 목표를 향한 연합, 자율성, 가족의 애정등 다섯차원을 Likert식 척도에 따라 평가, 종합적으로 정서적 안정성을 평가하도록 되어 있다. 본래의 척도는 10단계이지만 본 연구에서는 정서적으로 안정된 1단계에서 부터 정서적으로 불안정한 5단계로 나누어 평가하였다.

분석방법

연구대상자 73명에 대한 환자, 그 가족에 대한 면접 결과및 의료진의 질문지조사의 결과를 위래군과 입원군으로 나누어 검토하였다. 또한 환자와 그 가족의 정서적 안정성의 관계를 파악하기 위하여 두변인의 상관관계를 살펴보았다. 그리고 환자의 장래에 대한 가족

의 태도를 고찰하기 위하여 입원전에 가족이 곤란하게 느꼈던 환자의 문제행동에 대한 요인분석과 환자의 장래에 대한 가족태도를 종속변인으로 한 중다회기분석을 하였다.

결 과

지역 보건소에서 파악하고 있는 관내의 정신장애자 953명을 진단별로 보면 본 조사의 대상이 된 정신분열증환자는 전체의 47.8%가 되며 그 외의 질병은 간질, 우울증, 신경증군의 순서이다. 또한 본 연구의 입원군의 대상이 되는 Chichibu시에 있는 유일의 정신병원에 입원 또는 통원중인 환자는 37.5%이며, 나머지 62.5%는 자택에서부터 편도 두시간이상이 걸리는 다른 지역의 의료기관을 이용하고 있는데, 이렇게 먼지역의 의료기관을 선호하는 이유는 정신질환이 있다는 사실이 이웃에 알려지는 것을 꺼리기 때문으로 추정된다. 또한 본 연구의 통원군의 대상이 되는 보건소의 Day care를 이용하고 있는 사람의 비율은 극히 적어서 2.9%에 지나지 않는다.

면접대상자의 특성

면접대상자의 특성을 입원군과 외래군으로 나누어 표 1에 간단히 정리하였다. 우선 연령을 보면 30대부터 50대가 많아서 78.0%이며, 발병추정연령은 30세이전이 79.4%이다. 기혼자는 15.1%로 독신자가 압도적으로 많고 환자의 보호자도 대부분 고향의 부모나 형제들이다. 환자의 증상을 가장 먼저 발견한 사람은 대부분 동거가족으로 73.6%에 이른다. 또한 37.0%의 가족은 입원에 이르기까지의 환자나 가족모두 정신질환에 대하여 의논할 상대가 없어서 가족만의 힘으로 문제해결을 시도하였다.

환자가 생각하는 입원의 동기는 「구체적인 사건」(35.2%)과 「소란을 피워서등의 막연한 표현」(31.0%)을 드는 경우가 많다. 첫번째 입원시의 기분은 「입원하고 싶지 않았다」가 46.5%로 가장 많지만, 「입원하고 싶었다」고 대답한 환자도 22.5%나 된다. 그리고 환자의 76.1%가 자신의 현재 상태는 좋다고 대답하였다. 81.7%의 환자는 자신의 가족과의 관계는 좋다고 대답하여 환자는 가족에 대하여 비교적 긍정적인 느낌을

가지고 있음을 알 수 있다. 특히 어머니를 자신의 좋은 이해자로서 꼽는 환자는 31.0%에 달하며 입원당시 들봐 준 사람이 어머니인 경우는 39.7%이다.

외래군과 입원군의 특징

외래군의 연령은 40대이하가 9명(47.4%)이며 입원군에 비하여 학력이 높다. 환자는 모두 입원경력이 있었으나 총입원년수는 4년까지가 12명(63.2%)으로 입원년수는 비교적 짧다. 현재 전원이 통원치료중이며 의료비역시 전원이 통원의료비공적부담제도를 이용하고 있다. 그리고 보호자는 대부분이 부모로 15명(78.9%)에 달하고 있다.

첫번째 입원전에 가족이 대응하기 곤란하였던 환자의 행동상의 문제를 Wing의 정신분열증환자의 행동양식에 의한 분류를 참고로 하여 정리하였다. 그 결과를 보면 가족에 의하여 가장 많이 열거된 행동은 「불면」(100.0%), 「혼잣말, 의미없는웃음」(84.2%), 「무위」(78.9%), 「환각, 망상」(63.2%), 「흥분, 불손한 행동」(57.9%)의 순서이다. 환자의 현재상태를 「좋다」고 대답한 가족이 52.6%나 되지만, 「좋지않다」(26.3%)고 대답한 가족도 입원군에 비하여 많다. 환자의 장래에 대하여 최소한의 경제적 자립을 희망하는 가족(52.5%)이 현재 상태에 만족한다고 대답한 가족(36.8%)을 웃돌고 있다. 환자와의 면접에서는 자신의 현재의 정신적·육체적상태가 좋지 않다고 대답한 환자가 입원군에 비하여 훨씬 많아서 31.6%에 이른다. 의료진은 환자 혼자서 가능하다고 판단한 행동으로서 「통원·복약」(73.7%) 「신변정리」(63.2%), 「금전관리」(57.9%)를 들고 있다.

입원군은 50세이상인 23명(42.6%)이며, 학력은 중학 졸업이하가 많다. 발병추정연령은 30세이후가 적었음에도 불구하고(12명, 22.2%) 첫번째 입원을 30세이후에 한 환자가 20명(37.0%)에 달한다. 마지막 입원의 총년수가 10년이상인 환자가 61.1%에 이르러 장기입원환자가 많다. 이것은 일본 정신질환자평균입원일수(厚生省, 1986)인 536일과는 상당한 거리가 있으며 이러한 사실은 대상자가 만성정신분열증환자라는 사실을 감안하더라도 입원일수가 도시보다 상당히 길다. 보호자의 48.1%가 부모이지만 외래군과 비교하여 보면 적다. 반면에 보호자로서 형제가 한명도 없는 외래군과

표 1. 면접대상자의 특성

조 사 항 목	입원군		외래군		합 계	입원·외래 유의수준
	남	여	남	여		
	27	27	11	8	73(100.0)	
1) 연령						
30세미만	0	2	2	2	6(8.2)	
30세~39세	6	8	4	1	19(26.0)	
40세~49세	8	7	3	4	22(30.1)	
50세~59세	9	6	1	0	16(21.9)	
60세 이상	4	4	1	1	10(13.7)	$p < .05$
2) 총입원년수						
2년미만	1	1	2	1	5(6.8)	
2년~4년	5	7	5	4	21(28.8)	
5년~9년	3	4	2	2	11(15.1)	
10년~20년	8	10	1	1	20(27.4)	
20년 이상	10	5	1	0	16(21.9)	$p < .01$
3) 혼인상태						
미혼	19	16	8	4	47(64.4)	
기혼	5	3	2	1	11(15.1)	
이혼·사별	3	8	1	3	15(20.5)	n. s.
4) 보호자						
아버지	6	7	5	6	24(32.9)	
어머니	8	5	4	0	17(23.3)	
형제	6	8	0	0	14(19.2)	
배우자	3	4	2	1	10(13.7)	
기타가족	4	3	0	1	8(11.0)	$p < .05$
5) 문제행동(중복회답)						
불면	19	15	11	8	53(72.6)	
무위	19	9	9	6	43(58.9)	
자괴	10	5	6	3	24(32.9)	
식사거부	4	6	3	3	16(21.9)	
배회·가출	21	13	3	5	42(57.5)	
흥분상태	14	17	7	4	42(57.5)	
폭력행위	11	7	4	0	22(30.1)	
불결행위	5	2	0	0	7(9.6)	
화재위험	4	3	2	0	9(12.3)	
자살위험	1	1	1	1	4(5.5)	
성적문제	2	6	0	0	8(11.0)	
가족간의 문제	0	3	0	0	3(4.1)	

조 사 항 목	입원군		외래군		합 계	입원·외래 유의수준
	남	여	남	여		
혼жат말	12	14	9	7	42(57.5)	
이상한 행동	15	7	1	1	24(32.9)	
환각·망상	9	10	6	6	31(42.5)	$p < .05$
6) 가족에의한 환자상태						
좋다	9	11	8	2	30(41.1)	
그저그렇다	5	3	1	3	12(16.4)	
좋지않다	4	7	2	3	16(21.9)	
모르겠다	9	6	0	0	15(20.5)	$p < .05$
7) 장래계획						
계속입원	13	15	11	8	73(100.0)	
어떤시기까지입원	5	3			8(11.0)	
모르겠다	3	5			8(11.0)	
좋아지면퇴원	6	4	3	3	10(13.7)	
현재상태로만족			1	1	7(9.6)	
규칙적생활희망			7	3	2(2.7)	
자립희망					10(13.7)	
8) 환자의 일상생활 (가능하다고 생각되는것)						
신변정리	12	15	6	6	39(53.4)	
금전관리	10	5	7	4	26(35.6)	
규칙적생활	7	9	4	2	22(30.1)	
통원	4	12	7	7	30(41.1)	
상태가 악화될때의조치	0	3	6	1	10(13.7)	
자신에게 맞는일	2	7	2	1	12(16.4)	
타인에게 상담가능	6	8	4	3	21(28.5)	
대인관계	3	5	5	3	16(21.9)	
취미생활	1	5	5	2	13(17.8)	
장래의 생활계획	4	3	4	3	14(19.2)	n. s.

주. 검증방법은 Chi-square test, Mann-Whitney U test를 사용함

는 달리 형제가 차지하는 비율이 14명(25.9%)에 달한다. 또한 년 6회이상 면회를 오는 가족은 72.2%로 일본 전국조사(1986)가 13.7%에 지나지 않은 것과 비교하면 가족의 면회횟수는 상당히 높으나, 최근 2년동안의 외박횟수를 보면 46.3%가 전혀 없다. 또한 환자의 현재 상태에 대해서도 「잘 모르겠다」고 대답한 가족과

환자에 대하여 걱정하고 있는 것이 별로 없다고 대답한 가족이 각각 20%를 넘으며 47.9%의 가족은 환자에게 별다른 기대를 하지 않는다고 대답하였다. 이러한 결과에서 생각하면 본 연구의 입원군 가족은 도시보다는 아직도 가문중심의 의식이 남아 있어서 환자를 가족으로부터 완전히 배제하지는 못한채 표면적으로는

긍정적인 자세를 나타내고 있으나 심리적으로는 상당히 거리를 가지고 있음을 추론할 수 있다.

첫번째 입원전에 가족이 대응하기 곤란하였던 행동상의 문제로서 「불면」(63.0%), 「배회, 가출」(63.0%), 「홍분, 불손한 행동」(57.4%), 「무위」(50.0%), 「혼잣말, 의미없는 웃음」(48.1%), 「기이한 행동」(40.7%)의 순이며, 외래군에 비하여 「불결행위」 「화재의 염려」 「성적문제」 「가족간의 문제」의 비율이 높다. 환자의 면접은 의사소통이 전혀 되지 않아서 면접이 불가능한 입원군의 2명을 제외한 71명에 대하여 실시되었다. 환자 자신은 현재 자신의 상태를 82.7%가 좋다고 대답하고 있다. 또한 현재 하고 싶은 것으로는 「별로없다」(40.4%), 「퇴원하고 싶다」또는 「퇴원하여……하고 싶다」(36.5%)라고 대답한 환자가 많다. 그러한 환자의 대답과는 달리 환자의 가족은 66.7%가 계속 입원을 희망한다고 대답하였다. 그리고 주치의에게 환자의 퇴원가능성의 판정을 의뢰하였다. 그 결과 현재 전혀 가능

성이 없는 환자가 44.4%이며, 환자의 증상보다는 가족의 이해등의 가족의 조건이 갖추어지면 현재도 퇴원이 가능하다고 판정된 환자는 42.6%에 달한다. 그러나 주목할만한 사실은 환자의 현재상태에 대한 주치의의 판정과 담당간호사의 평가에는 상당한 차이가 보였다는 것이다. 그 결과는 표 2에 정리한 것처럼 의사에 의하여 퇴원이 가능하다고 판정된 남자군의 5명(18.5%)은 담당간호사에 의해서 현재의 상태가 나쁘다고 평가되었다. 반대로 주치의에 의하여 퇴원의 가능성이 전혀 없다고 판정된 여자군의 6명(22.2%)에 대해서는 담당간호사는 가볍다고 평가하고 있다.

환자의 정서적 안정성과 가족의 안정성

환자와 그 가족에게 각각 SCT와 Paper Sculpture를 실시한 결과와 면접의 자료를 토대로 정서적 안정성을 1단계부터 5단계까지로 평가되었다. 즉, 정서적으로 안정되어 있는 1단계, 정서적인 동요는 있으나 일상생

표 2. 환자의 상태에 대한 의사판정과 간호사의 평가 - 입원군 -

의사 에 의 한 판 정	퇴원 가능성 없음 치료하면퇴원가능 가족조건이형성되면 현재도퇴원가능 기타 합계	간호사의 평가										
		남자군 (27명)					여자군 (27명)					합계
		상당무거움	약간무거움	약간가벼움	상당가벼움	상당무거움	약간무거움	약간가벼움	상당가벼움			
3 (11.1)	8 (29.6)	3 (11.1)	0 (0.0)	1 (3.7)	3 (11.1)	5 (18.5)	1 (3.7)	24 (44.4)				
1 (3.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.7)	1 (3.7)	0 (0.0)	3 (5.6)				
3 (11.1)	2 (7.4)	2 (7.4)	3 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (22.2)	7 (25.9)	23 (42.6)				
0 (0.0)	1 (3.7)	1 (3.7)	0 (0.0)	1 (3.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.7)	4 (7.4)				
7 (25.9)	11 (40.7)	6 (22.2)	3 (11.1)	2 (7.4)	4 (14.8)	12 (44.4)	9 (33.3)	54 (100.0)				

표 3. 환자와 가족의 정서적 안정성 - 외래군 -

	환	자			합 계
		2 단계이하	3 단계	4 단계	
가	2 단계이하	6 (31.6)	4 (21.1)	1 (5.3)	11 (57.9)
	3 단계	1 (5.3)	3 (15.8)	2 (10.5)	6 (31.6)
족	4 단계이상	0	1 (5.3)	1 (5.3)	2 (10.5)
	합 계	7 (23.7)	8 (42.2)	4 (21.1)	19 (100.0)

Spearman Rank Correlation R=.486 p<.05

표 4. 환자와 가족의 정서적 안정성 -입원군 -

		환		자	
		3 단계이하	4 단계	5 단계	합 계
가	3 단계이하	7 (14.3)	7 (14.3)	3 (6.1)	17 (34.7)
	4 단계	5 (10.2)	10 (20.4)	2 (4.1)	17 (34.7)
족	5 단계이상	0	11 (22.4)	4 (8.2)	15 (30.6)
	합 계	12 (24.5)	28 (57.1)	9 (18.4)	49 (100.0)

Spearman Rank Correlation R = .310 p < .05

활이 가능한 2단계, 정서적 동요로 일상생활에 지장이 있는 3단계, 정서적 동요로 일상 생활이 상당히 곤란한 4단계, 정서적으로 불안정하여 오히려 다른 사람의 원조를 배제하는 5단계로 나눈다. 외래군의 결과를 표 3에 정리하였는데 비교적 정서적 안정을 보이는 1, 2단계에 속하는 가족이 11명(57.9%)이며, 환자의 상태도 2단계에 속하는 환자가 7명(36.8%)에 달하며, 환자의

가족과의 상관계수는 0.486으로 p < .05수준에서 의미있는 차이가 있다.

입원군의 경우에는 직계가족이 아닌 경우와 검사의 실시가 불가능한 5가족을 제외하여 그 결과를 표 4에 정리하였다. 정서적으로 불안정하여 일상생활에 곤란이 있는 4단계에 속하는 가족이 17명(34.7%), 정서적으로 경직되어 있는 5단계에 속하는 가족이 15명(30.6%)이며 환자의 경우에도 5단계에 속하는 9명(18.4%)으로 환자가 가족과의 상관계수가 0.310이며 이것은 p < .05수준에서 유의한 차이가 있다.

표 5. 환자의 행동상의 문제에 대한 요인분석

	FACTOR 1	FACTOR 2	COMMUNALITY
불면	-0.119	0.080	0.020
무위	0.428	0.101	0.194
자폐	0.733	-0.096	0.546
식사거부	0.451	0.034	0.204
배회, 가출	-0.170	-0.023	0.029
흥분, 불순행위	-0.239	0.721	0.577
폭력행위	-0.012	0.694	0.482
불결행위	0.284	0.118	0.095
화재의 위험	0.102	0.191	0.047
자살위험	-0.080	-0.245	0.066
성적문제	0.004	0.073	0.005
가족내문제	-0.340	-0.155	0.140
혼잣말, 혼자웃음	-0.330	-0.107	0.121
기이한 행동	0.017	0.240	0.058
망상·환청의 호소	-0.120	-0.099	0.024
고유치	2.071	1.873	
(%)	(54.2)	(45.8)	100.0%

환자의 장래에 대한 가족의 태도

첫번째 입원을 하기 전에 가족이 대응하기 곤란하였던 환자의 행동상의 문제는 그후 가족의 환자에 대한 커다란 감정적 요인이 되며 더 나아가 환자의 장래에 대한 가족의 태도에도 영향을 미친다고 생각하였다. 따라서 입원전에 가족이 대응하기 곤란하였던 환자의 행동상의 문제 15항목의 양상을 알기 위하여 요인분석을 하였다. 그 결과는 표 5와 같다. 제1요인으로서 무위, 자폐, 식사거부와 같은 음성증세의 요인이, 제2요인으로서 흥분, 불순한 행동, 폭력행위와 같은 양성증세요인이 추출되었다. 이렇게 추출된 두가지 요인은 Wing(1960)에 의한 만성정신분열증환자의 행동평가에서 얻은 SW(Social Withdrawal)와 SE(Social Embarrassing)와 동일하다. 따라서 환자의 가족이 대응하기 어려워져서 입원을 결심할 때의 환자의 행동양식은 크게 음성증세요인과 양성증세요인으로 나눌 수 있다.

입원환자의 장래에 대한 가족의 태도를 종속변수로, 배경에 관한 항목과 앞의 요인분석에서 추출된 2개의 요인을 합하여 17개의 항목을 독립변수로 하여 중다회

표 6. 입원환자가족의 장래에 대한 태도의 중다회귀분석

선택된 항목	편회기계수	표준화편회기계수
양성증세가 있다	-0.8687	-0.2700
기혼이다	-2.2840	-3.3932
장애자연금을 받는다	1.3729	0.2393
총입원횟수가 적다	0.4390	0.2201
학력이 낮다	1.2929	0.3217
연령이 젊다	0.6498	0.2569
음성증세가 있다	0.7091	0.2132
남자이다	0.8754	0.1591

-5.6878

중다상관계수 = .5082

기분분석을 실시하였다. 이러한 17개의 독립변수를 변수 증감법(F=1.5을 중단기준으로함)을 적용하여 단계에 연요인 8개 항목을 선택하였다. 그 결과는 표 6과 같다. 환자의 장래에 대하여 앞으로도 입원을 계속시키고 싶다고 생각하는 가족과 관련이 강한 변수는 입원전 양성증세가 별로 없었고 미혼이며 장애자연금을 받고 있으며 입원회수가 적으며 낮은 학력과 연령이 낮으며 음성증세가 있으며 남자라는 8개 항목이 단계적으로 축출되었다. 공격원조를 받고 있으며 총입원횟수가 적다는 요인이 축출된 점에서 입원환자에 대하여 안이하게 공격원조가 행해지면 오히려 환자의 장래에 대하여 가족들의 태도가 소극적이 된다는 사실을 추론할 수 있다. 또한 양성증세가 적으며 음성증세를 나타낸 환자의 가족이 퇴원에 대하여 소극적이라는 사실은 입원전에 가족이 대응하기 곤란한 행동상의 문제가 입원군의 가족의 환자의 장래에 대한 태도를 결정하는데 큰 요인임을 알 수 있다. 특히, 흥분 불순한 행동이나 폭력행위와 같은 양성증세요인을 나타내는 환자는 곧 어떤 형태의 대처를 하지 않으면 안되기 때문에 신속한 의료적 처치를 받게 되므로 가족은 위기감을 비교적 빨리 해결할 수 있다. 반면에 가족이 병이라고 판단하기 어려운 무위, 자폐, 식사거부와 같은 음성증세요인은 환자의 대응에도 곤란할 뿐 아니라 가족의 스트레스를 지속시키게 되므로 환자에 대한 부정적인 태도가 더욱 심화된다고 추정된다.

논 의

본 연구는 정신분열증 환자와 가족의 생생한 느낌이나 생각을 듣기위하여 수차례에 걸친 개별면접과 심리검사를 선택하였기때문에 면접대상자의 수가 제한되었다. 따라서 이번의 연구결과를 조사지역에 사는 정신분열증환자와 그 가족전체에게 일반화시키는 것은 어려울 것이다. 그러나 Anderson(1986)은 정신분열증환자의 성공적인 사회복귀요인으로 환자, 가족, 의료진의 의사소통을 들고 있는데, 본 연구는 한 사람의 정신분열증환자에 대하여 환자, 가족, 의료진이라는 세 측면에서 현재의 상황과 장래에 대하여 고찰하였다는 점에서 의의가 있다고 본다.

면접결과에서는 우선 환자를 돌보는 가족의 고령화 문제를 지적하지 않을 수 없다. 환자의 발병추정연령이 비교적 낮고 독신자가 압도적일 때 환자를 주로 돌보고 있는 사람은 부모 및 형제가 많았는데, 면접한 가족에는 70세 이상의 부모가 34.6%에 달한다. 이 결과는 일본정신장애가족연합회의 조사(1986)에서도 지적하였듯이 고령화하고 있는 정신장애자와 그들 부모의 문제가 얼마나 심각한지를 느낄 수 있는 것으로 현재 돌봐주고 있는 부모의 사후대처에 대한 제도적인 필요성을 나타내는 것이다.

입원전에 자신의 일에 대하여 상담할 수 있는 사람을 가진 환자는 23.9%에 지나지 않았다. 또한 입원할 때까지의 위기를 가족만이 해결하려고 했던 가족도 37.0%였다. 그리고 상담을 한 경험이 있는 가족도 입원에 이르기까지의 상담자로서 동직원, 민생위원등을 들고 있어서 가족의 상담내용은 대부분 경제적 원조에 관한 것이었음을 알 수 있다. Gottlieb(1983)는 원조를 정서적으로 도와주는 행동과 과제해결행동으로 분류했는데 본 연구의 결과를 보면 환자는 물론 가족역시 정서적인 지지로서의 원조는 거의 받지 못했음을 알 수 있었다. 宗像(1984)역시 가족은 사회로부터 고립된 속에서 정신장애자의 보살핌을 계속하고 있다고 언급하면서 고립된 가족에게 적절한 원조를 할 수 있는 사회자원의 필요성을 강조하였다.

가족에 대하여서는 「사이가 좋다(좋았다)」고 대답한 환자가 많아서 자신의 가족에 대하여 긍정적인 느낌을

가지고 있음을 알 수 있었다. 특히 어머니는 환자에게 있어서 중요한 위치에 있었으며 많은 환자가 좋은 이해자로서 어머니를 들었으며, 실질적으로도 입원중에 주로 돌봐 준 사람의 39.2%가 어머니였다. 一宮(1986)은 독신남자의 정신장애자를 어머니가 돌보는 경우가 환자의 예후가 좋았다는 조사결과를 근거로 정신장애자에게 있어서 어머니의 중요성을 강조하고 있는데 이번의 결과는 그것을 지지하는 하나의 방증이다.

외래군의 특징은 입원군은 비교적 많은 가족, 환자가 환자의 현재상태에 대하여 「좋은 상태」라고 대답한 것과는 달리 외래군은 대부분의 환자와 가족이 「좋지 않다」고 대답하였다. 외래군에서 환자의 상태가 「좋지 않다」고 느끼는 환자와 가족이 많은 것은 입원군에 비하여 생활능력에 대한 요구수준이 높은 것에 기인한다고 추론할 수 있으나, 지역사회속에서 환자가 생활하여 나가는 것의 어려움도 시사하고 있다고 본다.

의료의 전문가는 사회복지의 조건으로서 자주 가족의 요건을 들고 있다(高宮, 1985). 본 연구도 그러한 사실은 뒷받침하는 것으로서 외래군은 대부분이 부모가 환자를 돌보고 있었으며 그 비율은 입원군보다 높았다. 石原의 조사(1982)에 의하면 발병한지 15년이상 경과하게 되면 부모가 사망하여 형제가 보호자가 되는 경우가 많은 것과 환자의 발병경과년수가 15년이상인 경우 「환자는 가족과 함께 지내는 것이 좋다」고 생각하기보다는 「병원에 있는 편이 좋다」고 생각하는 가족이 급격히 증가한다고 하였다. 이것은 같은 가족구성원이라도 환자와 가족과의 관계나 가족내에 위치에 의하여 환자에 대한 가족의 허용도가 전혀 다르다는 것을 시사한다. 다시말하면 정신장애자의 부모는 자신이 자녀를 환자로 만들어 버렸다는 죄의식을 느끼는 사람이 많으나(石原, 1982), 정신장애자의 형제는 자신도 환자와 같은 입장에서 있다고 말할 수 있으므로 부모의 죄의식과는 다른 막연한 불안을 느끼고 있다고 생각된다. 이것은 Hoover(1972)에 의하여 형제는 부모나 환자에게 거리를 둠으로서 자신의 과정을 방지하고 있다는 보고가 그러한 사실을 뒷받침한다. 그렇다면 정상인 형제가 환자인 형제에 대하여 양면적인 감정을 가지게 되는 것은 당연한 일이며, 이러한 형제들이 가지고 있는 불안이 해결되지 않는 한 환자에 대

하여 적극적인 태도를 취할 수 없는 것은 충분히 예상할 수 있는 일이다. 그러므로 앞으로는 의료진이 형제가 가지고 있는 불안에도 눈을 돌릴 필요가 있을 것이며, 가족이 허용할 수 있는 협력의 한계를 파악하여야 할 것이다.

환자의 장래를 둘러싼 주치의, 환자, 가족사이의 견해에는 차이가 있었다. 특히 입원군에는 상당한 차이가 있어서 주치의에 의해서 퇴원이 가능하다고 판단된 11명의 환자에 대한 삼자의 차이는 두드러졌다. 이는 坂部(1976)조사에서 밝혀져 있듯이 주치의 환자, 가족 삼자의 사회복지에 대한 예측은 비판적인 방향에서는 일치도가 높으나 낙관적인 예측에서는 차이가 있다는 결과와 일치한다. 또한 환자가 사회복지할 가능성에 대한 의사의 판정결과와 간호사의 평가에도 차이가 있다. 그러한 차이는 남자의 경우가 더욱 두드러졌다. 간호사의 환자에 대한 상태의 평가는 비교적 신변처리를 혼자서 할 수 있어서 간호사가 돌보기가 쉽다고 예상되는 여자군에 대해서는 가볍다고 판단한 환자가 많으며 반대로 돌보기가 어려운 남자군에 대해서는 중세가 무겁다고 보는 경향이 있다. 坂部(1976), 一宮(1986)의 조사에도 같은 경향을 나타내어 간호사의 평가에 의한 퇴원가능성은 여자쪽이 높았다.

외래군과 입원군의 정서상태는 각각의 가족과 $p < .05$ 수준에서 의미있는 차이가 있다. 이것은 다시말하면 환자증상의 악화와 개선은 환자와 가족사이에 상대적인 사건이라고 말할 수 있겠다. Beavers(1985)는 가족의 기능이나 정서적 상태를 이해하는 척도로 entropy라는 개념을 사용하였는데, entropy란 원래 열역학의 개념이지만 가족치료에서는 가족성원 한사람의 정서적 혼란이 가족전체에 파급되어 가족 전체가 정서적으로 혼란상태에 빠져들어 가는 경향을 나타낼때 쓰는데, 폐쇄적인 가족일수록 증대된다. 왜냐하면 폐쇄적인 가족은 자신의 가족 경계선밖의 외부세계와는 접촉하기를 거부함으로써 혼란에서 벗어나는데 필요한 정보가 부족하여 보다 심한 혼란상태로 빠져들기 때문이다. 본 연구에서도 어떤 문제가 발생하면 가족이 오히려 다른 사람의 도움을 거절하고 경직되어 버리는 가족이 입원군에 15가족이나 있었다. 또한 이러한 entropy가 높은 가정은 정서적으로 뭉쳐 있어서 가족서로의 병리적인 기능이나 정서적 상태도 빠르게 전달된다. Falloon

(1985)은 가족의 정서적 반응과 재발의 가능성에 대한 연구에서도 정서적 반응이 높은 가족과 생활하는 환자의 재발가능성이 높다는 결과가 나와서 본 조사의 결과와 일치한다. 따라서 의료전문가는 정신분열증환자의 가족요인에 좀더 많은 관심을 가지며 가족교육등의 프로그램을 개발하여 나가는 것이 바람직하다고 생각된다.

참고문헌

Anderson, C. M. et al., (1986). Schizophrenia and the family. New York: Guilford press.

Atkinson, F. M. (1986). Schizophrenia at home: A guide to helping the family. Groom Helm.

Caplan, G. (1981). Mastery of Stress: Psychosocial Aspects. *American Journal of Psychiatry*, 138, 413-420.

Falloon, I. R. et al., (1985). Family Management of Schizophrenia: A study of clinical, social, family, and economic benefits. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Foley, V. (1974). An introduction to family therapy: Grune & Stratton.

Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (1985). Family Therapy. Monterey: Brooks / Cole Publishing company.

Hoover, C. F. et al (1972). Siblings in the families of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 26,

334-342.

一宮祐子(1986). 精神分裂病の轉歸— 定型分裂病129例の20年以上繼續觀察— . 神經學會誌, 88, 206-234.

石原邦雄(1979). 精神障害者と家族の醫療と福祉について. 研究報告書, 日本國立精神衛生研究所.

石原邦雄(1982). 精神病の長期化と家族の對應. 精神衛生研究, 28, 93-107.

厚生省保健醫療局精神保健課(1986). 我が國の精神保健, 厚生環境問題研究會.

宗像常次(1984). 精神醫療の社會學, 弘文堂.

坂部先平(1976). 精神分裂病者の社會復歸— 醫師, 患者及び家族の主觀的豫測を中心として— . 精神醫學, 18, 493-499.

高宮登男(1985). 所謂長期在院問題をめぐつて. 精神神經學會誌, 87, 858-868.

竹村堅次(1977). 家族の治療的役割. 現代精神醫學大系 5卷C, 中山書店.

Wing, J. K. (1960). The measurement of behaviour in chronic schizophrenia. *Acta Psychiatria Scandinavica*, 35, 245-254.

山本和朗(1983). コミュニティの問題. 精神の科學8, 岩波書店.

全國精神障害者家族會連合會(1986). 日本精神障害者と家族の生活實態白書. 調査研究報告書, 全國精神障害者家族會連合會.

The Characteristics of the Families of Schizophrenic In-and Outpatients

You Sook Kim

Seoul Women's University

The following are the results of interviews and psychological tests including SCT and paper Sculpture applied to 73 schizophrenic in-and outpatients and their families. It was found out that patients were looked after by different family mebers according to whether or not they were in hospital. In case of outpatients all of them were looked after by their parents, while inpatients were looked after more likely by their siblings than by their patents. There were many protracted inpatients who were continuing to stay in hospital due to family reasons. There existed a significant positive relationship between patients' eomotional stability and their families'. The families of outpatients were emotionally more stable than those of inpatients. Patients' behaviors which their families found it very difficult to cope with before they were hospitalized were analyzed into two patterns: social withdrawal symptoms such as inactivity and refusal of meal and social embarrassing symptoms such as act of violence. It was observed that such social withdrawal symptoms were the main reasons why the families of inpatients hesitated to get the patients out of hospital.