

# 작업치료 참여 정신분열증 환자들의 스트레스, 대처 유형, 지각된 사회적 지지 및 자기 지각

신현균 한양순 이영문 한일우

용인정신병원 임상심리과 용인정신병원 정신과

본 연구는 작업치료에 참여하는 정신분열증 환자 88명과 작업치료에 참여하지 않는 정신분열증 환자 52명에 대해 스트레스, 대처 유형, 지각된 사회적 지지, 및 자기 지각을 비교하였다. 그 결과, 연령, 학력, 입원기간, 유병기간, 결혼상태, 및 증상의 정도 등의 인구 통계학적 변인에서는 두 집단간 차이가 없었다. 반면에 작업치료를 받은 환자들이 통제집단에 비해 더 긍정적인 자기 지각을 보였고, 스트레스 대처 유형으로 신비적 대처 (mysterious coping)를 더 적게 사용하였으며, 타인으로부터 정서적 지지를 더 많이 받은 것으로 지각하는 경향성 ( $p=.053$ )을 나타냈다. 또한 스트레스 유형에 있어서 재활집단은 '스트레스 없음'과 '대인관계 문제'를 주로 경험하는데 비해, 통제집단은 '스트레스 없음', '대인관계문제', 이 2가지 영역 이외에도 '퇴원 안됨', '건강문제' 등 다양한 스트레스를 경험하는 것으로 나타났다. 마지막으로 본 연구의 제한점과 앞으로의 재활치료 및 연구방향이 논의되었다.

최근들어 만성 정신분열증 환자에 대한 구체적이고 실질적인 재활치료 방안이 개발, 발전되고 있는 추세를 보이고 있다. 재활치료는 만성 정신장애자에게 각자의 환경에서 생활과 일에 필요한 신체적, 정서적, 지적 기능을 향상시키도록 가르치는 치료법으로 정의되며 (Anthony & Nemece, 1984) 환자의 기술 향상과 환경 자원의 개발에 초점을 둔다. 즉, 재활치료의 궁극적인 목표는 지역

사회 적응을 위해 환자의 현재 기능 수준을 유지하거나 강화하는데 필요한 기술을 가르치고 환경자원의 개발을 피하는 것이다.

Anthony등 (1984)은 정신과적 재활의 개념적 틀의 하나로서 정신장애의 취약성-스트레스-대처-능력 모형 (Vulnerability-Stress-Coping-Competence Model)을 제시한 바 있다. 이는 주요 정신장애의 발병, 경과, 그리고 증상의 추이 및 사

회적 기능을 생물학적, 환경적, 행동요인간의 복합적인 상호작용으로 설명하고 있다. 이 모형에 의하면 대처(coping), 능력(competence) 등의 방어요인들이 활성화됨으로써 정신 생물학적 취약성과 사회 환경적 스트레스에 의한 손상(양성과 음성 증상), 기능상실(사회적 기술의 결핍 등), 그리고 열악 조건(무직, 무숙소 등)의 발생이 방어, 완화된다. 이와 같이 정신장애를 스트레스가 직결된 장애라고 개념화할 때 재활 치료의 요체는 환자의 대처기술과 지지적 환경을 개발하는 과정이 된다(Liberman, 1984).

만성 정신분열증 환자에 있어서 재활치료의 중요성은 다음의 사실들에 의하여 강조되고 있다. 만성 정신분열증의 음성 및 결손 증상은 양성 증상에서와 달리 약물치료의 효과가 좋지 못할 뿐 아니라 약물치료 자체만으로는 일상생활에 필요한 기술이나 대처방법을 가르쳐 주지 못하며 만성 환자의 제한된 대처능력은 증상을 악화시킬 가능성을 높인다는 연구 보고가 있다(Liberman, 1982). 만성 환자의 50% 이상이 사회적, 개인적 기능 결손을 보이고, 이들의 70%가 미고용 상태며(Goldstrom & Manderscheid, 1982) 퇴원 후 고용율은 10-30% 수준이고, 그 중에서 단지 10-15%만이 퇴원 후 1-5년 사이에 고용상태가 유지될 뿐이다(Anthony et al., 1984).

재활치료의 과정은 진단, 계획, 및 치료의 3단계로 구성된다(Anthony & Nemeo, 1984). 우선 첫단계인 진단과정에서는 재활의 목표가 환자의 기술 향상과 사회 환경 개발에 있기 때문에 전형적인 정신과적 진단과는 다르게, 현재 보유한 기술 능력과 환경에 적용하는데 필요한 기술 수준이 상세하고 구체적으로 진단 평가되어야 한다. 또한 환경 차원 측면의 상황도 평가되는데, 작업 소장 등의 관리책임자, 시간적인 면 등이 평가된다. 이러한 진단적 평가를 근거로, 계획 단계에서는 새로 습득해야 할 기술 내용, 현재 기능의 활용 방안 등이 검토된다. 치료 단계에서 치료 시행은 기술 훈련과 환경자원 개선에 초점을 둔다. 최근

에는 흔히 특정 기술을 환자에게 직접 가르치며 이를 위해 설명, 시범, 습득과 적용의 반복 훈련 등의 포괄적인 교습 방법을 사용한다. 프로그램은 각 환자의 수준에 따라 마련되며 보통 심한 중증 환자일수록 보다 구체적이고 상세한 프로그램이 필요하다.

재활치료의 주요 기법으로는 사회 기술 훈련, token economy, 정신 사회적 재활 등이 있는데 그 중 정신사회적 재활이란 1940년대에 시작된 환자들의 자조 그룹 형성에서 유래한 것으로, 여기서는 환자들 스스로가 작업활동을 계획, 시행하며 사회적 지지망을 형성하고 문제를 해결하여 삶의 질을 향상시킨다. 미 전역에 이와 유사한 재활 센터가 수백개 이상 산재해 있어 식당운영, 인쇄작업, 각종 교육을 제공하는 등 다양한 활동을 시행하고 있으며 임시 고용 프로그램에 따라 직장 적용을 시도하기도 한다.

이러한 정신 사회적 재활치료 중, 작업치료는 만성 정신장애자의 직업과 관련된 문제의 해결을 위해 시도되었다. 만성 정신장애자들은 낮은 자존감, 자신감의 저하, 및 좌절 인내력의 부족 등으로 인한 실패와 거절에 대한 두려움 때문에 사회적으로 철수되어 있으며, 그 결과로 성공적인 직업 경험이나 미래의 직업 성공에 대한 자신감의 결여, 독립적으로 살아갈 수 있는 능력의 부족, 및 적절한 사회적 지지망의 부족 등의 사회적, 직업적인 문제를 갖게 된다. 따라서 작업치료에서는 이들의 실패에 대한 두려움을 현실적으로 다루어 주고 단기간의 목표를 설정해 실패를 줄여서 자존감과 동기를 고무시키며 기술을 키워주는 접근법이 요구된다. 이를 위한 작업치료는 다단계로 나누어 수행될 수 있는데, 즉 단순작업에서부터 점진적으로 잠재능력을 발휘할 수 있는 작업으로 단계적인 진행을 함으로써 퇴원 후의 직업 적용에 준비할 수 있게 된다.

병원 내에서의 작업치료가 부여할 수 있는 재활 측면은 다음과 같다. 첫째, 공동집단의 사람들과 의미있는 접촉을 가질 수 있는 기회를 환자에게 부

여한다. 둘째, 사회적으로 인정되는 작업 습관, 일에 대한 인내력, 및 실제적인 기술을 발달시킨다. 셋째, 현실검증을 할 수 있는 상황을 부여한다. 이를테면, 진취성을 이용하는 일, 책임있는 행동을 취하는 일, 권위에 대한 태도를 탐구하는 일, 동료와의 협력적인 작업관계를 촉진하기 위한 검토 등이 있다. 넷째, 지시, 비평, 실패, 성공 등을 받아들이는 능력을 검토할 기회를 준다. 다섯째, 환자가 자신의 능력이나 그 한계를 알 기회를 준다. 즉 그들 능력 내에서 자신이 기능하게 되는 것을 배울 기회를 준다. 여섯째, 취미에의 관심을 발달시킨다. 이것은 사회 관계를 용이하게 하고 자아를 보강시키는데 도움이 된다. 일곱째, 사회적 기술을 재강화시킨다. 이는 사회적인 기술이나 관습을 알거나 이들 기술을 실제로 활용할 수 있는 기회를 통하여 가능하다.

재활치료의 효과에 대한 선행 연구들을 살펴보면 Anthony와 Buell(1974)은 작업치료의 장기적인 효과를 연구한 결과, 성공적으로 작업치료를 받은 환자는 추후 연구에서 기저율에 비해 재입원과 퇴원 후 취업의 두 측면에서 효과적인 결과를 보여주었다고 보고하였다. 그러나 대부분의 작업치료 연구들은 주로 작업치료 후 외부 적응(취업 등)에 초점을 둔 연구들이었으며, 그 매개 과정인 심리사회적 측면들에 대한 연구는 거의 없었다. 심리사회적 과정을 다룬 연구로는 Hoffman(1965)의 연구를 들 수 있는데 그에 의하면 작업치료는 의미있는 작업 경험을 가능하게 하고 퇴원 후 적응을 위한 자금 마련, 대인관계의 증가, 및 자존감의 고양에 좋은 효과가 있다고 하였다. 또한 Anthony와 Jansen(1984)에 의해 수행된 선행 연구의 개관에 의하면, 퇴원 후 직업 역량을 잘 예언할 수 있는 변인으로, 증상, 진단범주, 지능보다는 보호 감독 하에서의 작업 적응의 정도, 병전 취업력, 타인과 잘 지내는 능력(일반적인 사회적 기능), 자아 강도, 및 자아 개념 등을 들었다.

1970-1980년대에 이르러서 정신 사회적 재활은 환경에 복종하기보다는 대처하도록 하고, 증상의

감소보다는 건강한 측면을 개발하는 것, 또한 특정 상황 속에서 어떤 일을 하는 능력을 키워주는 것에 초점이 맞추어졌다. 이러한 정신사회적 재활의 개념은 사회적 지지(social support)의 개념과 부합하는데, 1970년대 중반까지 사회적 지지에 대한 연구는 사회적 관계와 연관된 스트레스 사건(예, 생활사건)에 노출되는 것이 실제로 정신병리를 일으키는지에 대한 원인론적 증거를 찾는데 중점을 두었다. 그런데 1970년대 후반에 발표된 일련의 중요한 연구들에 의하여 사회적 관계가 개인을 스트레스의 유해한 요소로부터 보호해 줄 수 있다는 주장들이 나오면서 사회적 지지를 하나의 자원으로 보기 시작하는 중대한 개념적 변환이 이루어졌다(Caplan, 1974; Cassel, 1976; Cobb, 1976). 일반적으로 초기 연구에서는 사회적 지지가 가족, 친구, 이웃, 기관이나 기타 사람들에 의해 제공된 여러 형태의 돈과 원조를 의미하는 것으로 개념화되어져 왔으나, 후속 연구에서는 사회적 지지가 구조적인 측면과 기능적 측면으로 구분되어 연구되어 왔다(김승기, 권택술, 김현우, 1991; Kessler, Price, & Wortman, 1985). 구조적인 측면에서는 사회접촉의 빈도, 독신여부, 사회망의 참여정도와 더불어 사회망의 크기와 구성변수 등을 포함시킨 연구가 수행되었다(김혜순, 1988; Kessler et al., 1985). 한편 Heller 등(1986)에 의하면 사회망과 같은 객관적인 지지자원과 개인이 지각하는 주관적인 지지 사이에는 차이가 있다고 하면서 외부에서 지지가 있더라도 그것을 지각하지 않는 경우에는 진정한 사회적 지지로서의 가치를 가질 수 없다고 하였다. 이와 같이 스트레스와 적응적 결과를 매개하는 완충 변인으로써의 사회적 지지가, 구조적 측면보다는 지각된 지지의 측면에서 많이 다루어지게 되었다. 여기서 지각된 지지란 사람들이 보호받고 존중받으며, 필요할 때 중요한 타인이 있으며 만족스런 대인관계를 맺고 있다고 느끼는 다양한 사회생활의 여러 측면에서 발달되는 일반화된 평가(generalized appraisal)라고 할 수 있다. 사회적 지지의 이러

한 기능적 측면으로는 문제해결에 필요한 재원이거나 도구를 제공하는 물질적 지지, 새로운 취업 기회를 알려주거나 문제해결 방법을 설명하는 것과 같은 정보적 지지, 정서 표출을 도와주고 존중과 사랑을 표현해 줌으로써 편안함을 느끼게 하는 정서적 지지, 그리고 자신감을 심어 주거나 타인에게 비취진 자신을 봄으로써 자신을 평가하게 해주는 자존감 지지로 크게 나눌 수 있다(김혜순, 1988; Kessler, 1985).

사회적 지지 개념을 통하여 정신병환자의 재활을 예언하는 연구(Brown, Monck, Carstairs, & Wing, 1962)가 수행되었으며, Strauss(1981)는 정신분열증의 경과에서 스트레스적인 생활사건 뿐 아니라 일이나 사회적 지지 등이 중요한 역할을 한다는데 주목하고 이러한 요소들이 치료과정의 중요한 요소임을 지적하였다. Anthony와 Nemeo(1984)은 재활에 대한 개념적 모델에서 스트레스의 중요성과, 정신장애에 대한 방어 요인들로 대처와 능력(competence)을 지적하고 있고, 또한 Meichenbaum과 Turk(1982)는 질병의 발생 및 그 정도를 결정하는 것은 스트레스를 일으킬 수 있는 신체적, 환경적 요구가 아니라 스트레스에 대한 대처의 성질에 따른다고 하여 스트레스 자체뿐 아니라 대처유형이 적응에서 중요한 부분이라 생각하였다. Guttman(1964)은 환경을 조절하고 통제하는 방식으로, 외적 환경을 적극적으로 통제하려는 능동적 통제유형(active coping), 외적 사건을 변화시키기보다는 자기 자신을 환경에 맞게 변화시키며 외부세계에 순응하고 타협하려는 수동적 대처 유형(passive coping), 및 문제해결을 위해 적극적인 시도나 노력을 하기보다는 신비나 우연에 내맡기려는 신비적 대처유형(mysterious coping)을 든 바 있다.

이상에서 살펴본 바에 따르면 지금까지의 작업치료 연구들은 주로 치료 후 외부적응에 초점을 둔 연구들이었으며 그 매개 과정인 심리 사회적 측면들, 즉 사회적 지지나 대처 유형 등에 대한 연구는 거의 없었다. 따라서 본 연구에서는 재활치료로서

의 원내 작업을 하는 환자들이 대한 심리 사회적 변인들 가운데 스트레스와 대처유형, 지각된 사회적 지지, 및 자기 지각(self-perception)을 알아 보려 한다. 즉 작업치료에 참여하는 환자들이 그렇지 않은 환자와 비교해서 스트레스와 대처 유형, 사회적 지지, 및 자기 지각 등에서 차이를 보이는지 알아보려 하며, 이러한 연구의 결과는 재활치료의 효과에 대한 시사점을 제공해 줄 수 있을 것이다. 또한 현재까지 작업치료의 성차에 관한 이론이나 사전 연구는 없었지만, 외현상 재활치료를 받는 여성 환자들이 남성 환자에 비해 더 적극적이고 활발한 면을 보이고 있는 바, 위의 변인들에서 성차의 여부를 알아보는 것도 탐색적인 연구로서 의미있는 것으로 보인다.

## 방 법

### 피험자 및 절차

용인정신병원에서 원내작업에 참여하고 있는 만성 정신분열증 환자 77명(남성 46명, 여성 31명)이었으며 평균 작업 기간은 19개월(표준편차=26개월), 그리고 작업유형은 주로 수작업과 직원 보조직이었다. 한편 비교집단으로는 재활치료에 참여하지 않는 만성 정신분열증 환자 52명(남성 25명, 여성 27명)을 연구대상으로 하였다. 증상의 정도가 유사한 피험자 집단을 선정하기 위해, 정신과 전문의에 의해 실시된 간이 정신과적 평가척도(Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS)에서 30점 이하(현재 정신과적 증상이 별로 없으며 외현적인 행동상 문제가 적은 상태)의 환자만을 입원 환자들 중에서 선정하였다. 현재 정신과 약물 복용상태를 살펴보면, 작업치료에 참여하고 있는 만성 정신분열증 환자 77명은 Haloperidol 10-20mg 혹은 Chlorpromazine 300-500mg을 유지하고 있으며, 비교집단 52명은 Haloperidol 12-22mg 혹은 Chlorpromazine 300-500mg을 유지하고 있다. 두 집단의 연령, 학력, 입원기간,

유병기간, 및 결혼 상태 등의 인구 통계학적 변인에 대한 평균, 표준편차, 및 t 검증과 X<sup>2</sup> 검증 결과는 표 1 및 표 2와 같다.

표 1. 집단별 연령, 학력, 입원기간, 및 유병기간에 대한 평균, 표준편차, 및 t값

	재활집단 (N=77)	통제집단 (N=52)	t값
연령(년)	37.79(6.85)	36.65(7.49)	.89
학력(년)	9.92(3.47)	9.89(3.03)	.10
입원 기간(달)	46(33.34)	37(29.25)	1.64
유병 기간(년)	9.48(4.87)	9.13(5.73)	.37

표 2. 집단별 결혼 상태 및 X<sup>2</sup>값

	재활집단(N=77)	통제집단(N=52)	X <sup>2</sup> 값
미혼	44(57.1%)	35(67.3%)	3.44
기혼	29(37.7%)	17(32.7%)	
이혼	4(5.2%)	0(0%)	

연령, 학력, 입원기간, 유병기간, 및 결혼상태 등에 대한 인구 통계학적 변인을 살펴본 결과 집단 간에 유의한 차이를 보이지 않았다.

연구자료 수집기간은 1992년 5월부터 6월까지였으며 4명에서 12명씩 집단적으로 조용한 방에서 질문지를 실시하였다. 환자들에게는 입원환자들의 현재 생활에 대해 조사해서 도움을 주기 위한 목적으로 질문지를 실시하는 것이라고 말해 주고, 연구자가 질문지들 각각에 대해 알기 쉽게 설명을 해주었으며, 모든 환자가 질문지를 끝까지 완성할 때까지 연구자가 대기하였다.

## 연구 도구

### 1) 자기 지각 척도

이 척도는 김정희(1987)가 제작한 것으로 好惡度에서 긍정적이거나 부정적인 행동사 30개(긍정적 행동사 25개와 부정적 행동사 5개)로 구성되어 있으며, 응답자들이 각각의 행동사들에 대해서 그

것이 어느 정도 자신을 잘 나타내고 있는지에 대하여 5점 척도 상에 표시하도록 되어 있다. 점수가 높을수록 긍정적인 자기 지각을 뜻하며 김정희가 보고한 결과에 의하면 이 척도의 검사-재검사 신뢰도는 .88이었다.

### 2) 대인관계 지지 평가지

Cohen과 Hobeman(1983)이 개발한 지각된 사회적 지지 척도로 정보적 지지, 소속감 및 정서적 지지, 물질적 지지, 자존감 지지의 네개의 하위척도로 구성되어 있다. 각 하위척도는 12문항씩 총 48문항이며 각 문항에 대해 '그렇다/아니다'로 반응하게 되어 있으며 총 문항의 1/2이 부정적으로 기술되어 반응경향성을 배제할 수 있도록 구성되어 있다. 본 연구에서는 김정희, 이장호(1986)가 번안하고 그것을 다시 송종용(1988)이 재번안한 것을 사용하였다. 재번안된 척도의 Alpha 계수는 물질적 지지가 .79, 소속감 및 정서적 지지가 .78, 정보적 지지가 .84, 자존감 지지가 .74로 보고되어 있다.

### 3) 지각된 스트레스에 관한 개방형 질문지

지각된 스트레스를 측정하기 위해 최근 1주일 동안 스트레스를 받고있는 사건을 적게 하고 그 사건이 현재 생활에 어느 정도 문제가 되는가를 평정하도록 하였다. 여기에 기술된 사건을 스트레스 유형의 지표로 삼았으며, 문제가 되는 정도에 대한 점수를 스트레스의 정도로 보았다. 기술한 스트레스 사건에 대한 평정은 '전혀 문제가 안된다(0)'에서 '대단히 큰 문제가 된다(4)'로서 5점 척도로 구성되어 있다.

### 4) 대처행동 측정 도구

Guttman(1964)의 자아 통제방식(Ego Mastery Type)에 기초하여 김애순(1986)이 제작한 척도로 능동적, 수동적, 그리고 신비적 대처행동에 대하여 각각 10개씩 기술된 문항(총 30문항)으로 구성되어 있으며, 각 문항은 5점 척도로 구성되어 있다. 수동적 대처행동 문항은 역으로 채점되어 능동적 대처행동 문항과 합산되어 단일 차원

으로 계산되었다.

### 분석 방법

본 연구의 주요 분석으로는 각 척도별로 재활여부와 성에 대한 2×2 요인 설계를 사용하였다. 지각된 스트레스 분석에서는 피검자가 주관적으로 기술한 내용들을 연구자 2인이 내용적인 유사성에 기초해서 9가지 범주로 나누어 분석하였다(표 4 참조).

## 결 과

자기 지각과 지각된 사회적 지지에 대해 재활여부와 성을 독립변인으로 하여 변량 분석을 실시한 결과는 표 3과 같다.

표 3. 자기 지각 및 지각된 사회적 지지에 대한 변량 분석표

변량원	평균	표준편차	F
자기지각			
집단			5.881*
재활집단	73.20	18.90	
통제집단	69.00	11.70	
성			.266
남	69.90	18.30	
여	66.30	12.30	
집단×성			1.058
지각된 사회적 지지			
집단			2.482
재활집단	27.12	7.68	
통제집단	24.00	5.16	
성			1.136
남	24.96	6.84	
여	26.88	6.00	
집단×성			4.260*

\* p<.05

자기 지각 점수는 재활집단이 통제집단에 비해 유의미하게 높은 바 재활집단이 더 긍정적인 자기

지각을 하는 것으로 나타났으나 성의 주효과나 상호작용 효과는 유의미하지 않았다.

지각된 사회적 지지에 있어서는 재할 여부나 성에 대한 주효과는 유의미하지 않았으나 상호작용 효과가 유의미하게 나타났다. 즉 여성 재활집단이 가장 사회적 지지를 많이 받고 있다고 지각하는 것으로 나타났다.

사회적 지지의 하위 유형별 분석에 의하면 정서적 지지에서만 재활집단이 통제집단에 비해 정서적 지지를 더 많이 받는다고 지각하는 경향성을 보였으며(F=3.824, p=.053), 물질적 지지, 정보적 지지, 및 자존감 지지에서는 집단간 차이를 보이지 않았다.

두 집단의 스트레스 유형을 비교한 결과는 표 4와 같다. 두 집단 간 X<sup>2</sup> 검증 결과 X<sup>2</sup>값은 4.42(p<.05)로 스트레스 유형에서 유의미한 집단간 차이를 보였다. 즉 재활집단에서는 현재 스트레스가 없다고 응답한 환자가 27.6%로 가장 많았고 다음이 '대인관계 문제', '퇴원 안됨', '일과 관련된 문제'였다. 통제집단에서는 '스트레스 없음', '퇴원 안됨', 및 '대인관계 문제'가 각각 16.3%로 가장 많았으며 그 다음이 '건강문제' 및 '기타'(각각 14.3%)로 나타났다. 재활집단 내에서 성차가 있었는데 남성의 경우 스트레스가 없다고 응답한 경우가 37.8%로 가장 많았던 반면에 여성의 경우 '대인관계 문제'가 38.7%로 가장 많았다. 통제집단 내에서도 성차가 있었는데 재활집단과 마찬가지로 남성의 경우 스트레스가 없다고 응답한 경우가 22.7%로 가장 많았던 반면에 여성의 경우 '대인관계 문제'가 25.9%로 가장 많았다. 스트레스 생활사건의 심각성 여부에서는 집단 간 차이가 유의미하지 않았다.

스트레스 대처유형에서 적극적 및 소극적 대처 방식에서는 집단간 차이를 보이지 않았으나 신비적 대처방식에서는 집단간 차이가 유의미하였다. 즉 재활집단에 비해 통제집단이 신비적 대처를 더 많이 하는 것으로 나타났다. 신비적 대처방식에 대한 변량분석 결과는 표 5에 제시되어 있다.

표 5. 집단별 신비적 대처 유형에 대한 변량 분석표

변량원	평균	표준편차	F
집단			5.298*
재활집단	16.30	5.50	
통제집단	20.80	3.80	
성			.964
남	16.90	4.70	
여	19.30	4.60	
집단×성			.436

\* p < .05

논 의

연구결과 작업치료를 받는 집단이 통제집단에 비해 더 긍정적인 자기 지각을 보였고 타인으로부터

더 정서적 지지를 더 많이 받고 있는 것으로 지각하는 경향성을 보였으며(p=.053) 스트레스 대처 유형으로 신비적 대처를 더 적게 사용하였다. 이런 결과는 재활집단이 적응에 중요한 여러 심리 사회적 변인들에서 통제집단보다 긍정적인 면을 현재 더 많이 보이고 있다는 것을 나타낸다. 본 연구에서 두 집단의 중요 인구 통계학적 변인들, 즉 연령, 학력, 입원기간, 유병기간, 및 결혼 상태에서 차이를 보이지 않았기 때문에 이러한 긍정적인 효과가 이들 변인들에 기인된 것은 아니지만 본 연구를 통해 재활치료가 이러한 심리 사회적 변인들에 어느 정도 영향을 주었는지를 밝혀내기는 어려울 것으로 보이며 이는 추후 연구를 통해 밝혀져야 할 것으로 생각된다.

두 집단의 스트레스 유형을 분석한 결과를 보면, 재활집단의 경우 '스트레스 없음'과 '대인관계

표 4. 집단별 스트레스 유형 및 빈도

유형*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
재활집단										
남	17 (37.8%)	6 (13.3%)	5 (11.1%)	4 (8.9%)	4 (8.9%)	4 (8.9%)	1 (2.2%)	0 (0%)	4 (8.9%)	45
여	4 (12.9%)	12 (38.7%)	5 (16.1%)	3 (9.7%)	2 (6.5%)	0 (0%)	3 (9.7%)	1 (3.2%)	1 (3.2%)	31
	21 (27.6%)	18 (23.7%)	10 (13.2%)	7 (9.2%)	6 (7.9%)	4 (5.3%)	4 (5.3%)	1 (1.2%)	5 (6.6%)	76
통제집단										
남	5 (22.7%)	1 (4.5%)	3 (13.6%)	1 (4.5%)	1 (4.5%)	2 (9.1%)	1 (4.5%)	4 (18.2%)	4 (18.2%)	22
여	3 (11.1%)	7 (25.9%)	5 (8.5%)	3 (11.1%)	2 (7.4%)	1 (3.7%)	0 (0%)	3 (11.1%)	3 (11.1%)	27
	8 (16.3%)	8 (16.3%)	8 (16.3%)	4 (8.2%)	3 (6.1%)	3 (6.1%)	1 (2.0%)	7 (14.3%)	7 (14.3%)	49

- \* 1. '스트레스 없음'
- 2. '병동 내 대인관계 문제'
- 3. '퇴원 안됨(면회 안옴)'
- 4. '일과 관련된 문제(피로, 실수)'
- 5. '가족과의 문제(가족 걱정, 갈등)'
- 6. '병원 시설에 대한 불만(시간제한, 더운물)'
- 7. '증상(환청 등)'
- 8. '신체적 건강문제'
- 9. '기타(결혼문제, 직업문제, 술)'

문제가 51.3%로 주류를 이룬 반면에 통제집단은 다양한 스트레스를 경험하는 것으로 나타났다. 즉 '스트레스 없음', '대인관계 문제', '퇴원 안됨', '건강문제', 및 '기타'가 유사한 빈도를 나타내었다. 또한 남성의 경우는 스트레스가 없다고 한 경우가 가장 많은데 비해 여성의 경우는 '대인관계 문제'를 가장 많이 언급하였다. 스트레스의 유형에서 집단간 차이가 있었던 데 비해 그러한 스트레스가 현재 생활에 미치는 심각성의 정도에서는 집단간 차이가 없었다. 스트레스 대처유형을 보면 능동적, 수동적 대처유형에서는 집단간 차이가 없었으나 재활집단이 신비적 대처를 덜 사용하였다. 즉 재활집단이 미신적이거나 비현실적인 대처 유형을 적게 사용하는 것으로 나타났는데 이는 입원환자들이 병실에서 고립되고 철수되어 생활하는데 비해 재활치료에 참여하는 환자들이 비교적 현실적인 상황에서 생활하는 것에 기인된 결과로 볼 수 있을 것이다.

지각된 사회적 지지에 대한 결과를 살펴보면 사회적 지지의 하위유형들 중 정보적 지지, 물질적 지지, 및 자존감 지지에서는 재활집단과 통제집단간에 차이를 보이지 않았으나 재활집단이 정서적 지지를 더 많이 받는 것으로 지각하는 경향성을 보였는데, 이는 같은 작업장 내에서의 동료들 간에 같은 관심사를 가지고 상호작용하게 됨으로써 더욱 친밀한 대인관계가 가능하고 따라서 서로에게 정서적인 지지를 제공할 수 있는 기회가 증가하기 때문인 것으로 사료된다. 특히 지각된 사회적 지지에서 여성 재활집단이 가장 사회적 지지를 많이 받는 것으로 지각한 것은 스트레스 유형에서 여성 재활집단이 대인관계 문제를 많이 경험하는 것으로 나타난 결과와 함께 살펴볼 때, 이러한 결과는 잦은 대인적 접촉으로 인해 대인관계의 문제가 많이 발생함으로써 스트레스도 많이 받지만, 또한 동시에 사회적 지지도 많이 받는 것으로 지각할 수 있다는 것을 나타낸다. 이러한 성차에 대한 보다 심도깊은 이해를 위해서는 앞으로 추후 연구가 필요할 것으로 보인다.

본 연구의 문제점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에 사용된 질문지들이 정신과 환자용으로 제작된 것이 아니었기 때문에 입원되어 있는 환자에게 해당되지 않는 문항들이 포함되어 있었으며 이해하기에 힘든 어려운 용어들이 간혹 포함되어 있었다는 점, 둘째, 본 연구에서 사용한 재활 작업치료가 사실상 치료적 개입이 많지 않은 단순 작업치료였다는 점 등을 들 수 있다.

현재 만성 정신분열증 환자의 재활은 매우 중요한 문제이지만 외국의 활발한 재활 프로그램과는 대조적으로 국내에서는 생소한 집 등의 몇 사례를 제외하고는 이러한 프로그램이 실행되고 있지 않으며 재활치료에 관한 연구도 거의 없는 실정이다. 그런 점에서 본 연구에서 다른 재활치료는 이론적인 근거나 경험적 지식에 기초해서 이루어지지 않은 단순 작업치료이기는 하지만, 이러한 프로그램에 참여하고 있는 환자들이 프로그램에 참여하고 있지 않은 환자들에 비해 자기 지각, 스트레스, 대처유형, 및 지각된 사회적 지지에서 긍정적인 면이 많았다는 점에서 앞으로의 재활치료 및 그에 대한 연구를 활성화시키는데 도움이 될 수 있을 것으로 생각된다.

앞으로의 연구 방향은 본 연구의 결과와 문제점들을 고려해 만성 정신분열증 환자에 적합한 재활 프로그램, 즉 더욱 긍정적인 자기 지각을 가능하게 하고 사회적 지지를 증가시키며 적극적인 스트레스 대처 유형을 학습할 수 있게 하는 개입 프로그램을 개발, 실시할 필요가 있겠다. 더 나아가 환자 개인의 능력 및 특성에 맞고 환자의 잠재력을 발휘시킬 수 있는 다단계 작업치료가 추진되어야 하겠으며 정신과 환자에게 적합한 다양한 평가 방법(행동관찰, 척도 제작 등) 및 사전에 동일한 두 집단을 선정해 재활치료의 장기적인 효과에 대한 연구가 이루어져야 할 것이다. 또한 이들의 스트레스와 대처유형, 자기지각 및 사회적 지지 등의 적용과 관련된 매개변인이 재활치료를 통해 어느 정도나 향상될 수 있는지, 또 이러한 변인들이 퇴원 후의 적응(취업, 업무능력, 대인관계 등)에



어떻게 영향을 주는지 등에 대하여 추후 연구되어야 할 것이다.

## 참고문헌

- 김승기, 권택술, 김현우(1991). 생활사건, 사회 지지, 대처방식에 대한 전환장애와 신체화 장애와의 비교 연구. *신경정신의학*, 30(5), 840-848.
- 김애순(1986). 성인기의 연령증가와 상황 평가에 따른 대처 행동양식의 차이. 연세대학교 석사학위논문.
- 김정희(1987). 지각된 스트레스, 인지세트 및 대처방식의 우울에 대한 작용: 대학 신입생의 스트레스 경험을 중심으로. 서울대학교 박사학위논문.
- 김혜순(1988). 정신분열병 환자의 사회적 지지망에 관한 연구: 서울 지역 대학병원 입원환자를 중심으로. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 송중용(1988). 사회적 지지와 심리적 적응간의 관계 및 사회적 지지가 이중과제의 수행과 불안에 미치는 영향. 서울대학교 석사학위논문.
- Anthony, W. A. (1980). A Rehabilitation model for rehabilitating the psychiatrically disabled. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 24, 7-21.
- Anthony, W. A., & Buell, G. J. (1974). Predicting psychiatric rehabilitation outcome using demographic characteristics: A replication. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 421-422.
- Anthony, W. A., Buell, G. J., Sharratt, S., & Althoff, M. E. (1972). Efficacy of psychiatric rehabilitation. *Psychological Bulletin*, 78, 447-456.
- Anthony, W. A., Cohen, M., & Cohen, B. (1983). Philosophy, treatment process and principles of the psychiatric rehabilitation approach. *New Directions in Mental Health*, 17, 67-79.
- Anthony, W. A., & Jansen, M. (1984). Prediction the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implications. *American Psychologist*, 39, 537-544.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The Practice of psychiatric Rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- Anthony, W. A. & Nemece, P. B. (1984). *Psychiatric Rehabilitation, In Schizophrenia*, In. A. S. Bellack (Ed.), Orlando, Grune & Stratton Inc, 376-408.
- Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., & Wing, J. K. (1962). The influence of family life on the course of schizophrenia illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and Community Mental Health*. New York: Behavioral Publ.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Health Service*, 4, 471-82.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(59), 300-14.
- Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Goldstrom, I., & Manderschied, R. (1982). The chronically mentally ill: A descrip-

- tive analysis from the uniform client data instrument. *Community Support Services Journal*, 2, 4-9.
- Guttman, D.L.(1964). An exploration of ego configurations in middle and later life. In B.L. Neugarten(Ed.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy*, 4, 30-71. Orlando: Academic Press Inc.
- Heller, K., & Swindle, R.W.(1986). Component social support processes: comments and integration. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54, 446-470.
- Hoffman, H. J.(1965). Paid employment as rehabilitative technique in a state mental hospital: A demonstration. *Mental Hygiene*, 49, 193-207.
- Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B.(1985). social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Liberman, R. P.(1989). Schizophrenia: Psychosocial treatment. *Comprehensive Text Book of Psychiatry*(5th ed.), Baltimore, Williams & Wilkins, 797-800.
- Liberman, R.P.(1982). Social factors in schizophrenic, In L. Grinspoon(Ed.), *The American Psychiatric Association Annual Review*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 97-111.
- Liberman, R. P.(1984). Psychosocial therapies for schizophrenia. In H. I. Kaplan and B. J. Sadock(Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*(4th ed), Baltimore: Williams and Wilkins, 724-734.
- Meichenbaum, D., & Turk, D.(1982). Stress, coping and diseased: A cognitive behavioral perspective. In W. J. Neufeld(Ed.), *Psychological stress and psychopathology*. 289-305, New York: McGraw-Hill.
- Sylph, J. A., Ross, H. E., & Kedward, J. B.(1977). social disability in chronic psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1391-1394.

## **Stress, Coping, Perceived Social Support, and Self-Perception in Schizophrenics Participating in Psychiatric Rehabilitation**

**Hyun-Kyun Shin and Yang-Soon Han**

Department of Clinical Psychology, Yong-In Mental Hospital

**Young-Moon Lee and Il-Woo Han**

Department of Psychiatry, Yong-In Mental Hospital

In this study, 77 schizophrenic inpatients participating in the psychiatric rehabilitation and 52 schizophrenic inpatients were compared concerning on stress, coping, perceived social support, and self-perception. The result showed that there was not significant difference between two groups in demographic variables such as age, education, the duration and number of hospitalization, marital status, and the severity of symptoms. However, rehabilitation group showed more positive self-perception, less mysterious coping than those of control group. In addition, rehabilitation group showed a tendency to perceive more emotional support from others than that of control group. With regard to the type of perceived stress, there was significant difference between two groups; most subjects of the rehabilitation group reported 'no stress' or 'difficulty in interpersonal relationship', but control group reported various type of stress such as 'no stress', 'difficulty in interpersonal relationship', 'discharging problem', and 'health problem'. The limitation of this study and the direction of future research were discussed.