

# 정신분열병 환자의 가족교육 프로그램 개발연구

손 명 자

계명대학교 심리학과

가족은 정신분열병의 치료경과에 중요한 역할을 할 수 있다. 가족으로 하여금 환자의 증상행동에 보다 효율적으로 대처할 수 있도록 하기위해 가족교육 프로그램이 발전되었다. 본 글은 두 부분으로 나누어진다. 첫번째 부분은 미국의 가족교육 프로그램 발달사를 통해 가족교육의 필요성을 제시하고, 가족개입의 연구결과를 기술하였다. 두번째 부분은 본 연구자가 개발한 가족교육 프로그램의 개발과정과 그 내용을 소개하였다. 더하여 프로그램에 대한 평가와 앞으로의 프로그램을 위한 제언을 하였다.

우리는 아직도 정신분열병의 원인과 진행과정 그리고 예후를 충분히 설명하지 못하고 있다. 그럼에도 불구하고, 현재의 정신건강전문가들이 대체로 받아들이고 있는 최선의 접근 모형은 생물학적 취약성 - 스트레스 - 대응능력 모형(vulnerability-stress-coping competence model) 내지, 생물학적 소인-스트레스모형(diathesis-stress model)이다.

이 설명개념들에 의하면, 정신분열병이란 개인이

가진 생물학적 취약함 위에, 환경적 스트레스 혹은 생활사건 경험과, 이를 해결하는 능력의 결핍이 합해져서, 상호작용적으로 발생하는 병이다. 따라서 항정신병약물이 스트레스에 대한 역치를 높이고 손상을 완화시킨다 해도, 스트레스에 직면하여 그것을 극복할 기술이 부족하고, 심리적 사회적 지원이 제공되지 않으면, 정신분열병은 회복되기가 힘들다 (Strauss, 1986). 다르게 표현하면, 정신분열병 환자는 다면적이고 종합적인 개입봉사를 받게될 때, 정신분열병을 극복할 수 있다는 말이된다. 많은 연구자들

1) 본 연구는 1993년도 한국학술진흥재단 자유공모과제 연구의 일부임.

이 환자는 목적지향적이며, 적극적인 대응의지를 갖고 있다고 주장하고 있다(Anthony, Cohen & Farkas, 1990; Strauss, 1989; Wiedl & Sch tner, 1991).

그러므로 정신분열병에는 약물을 포함한 종합적 접근이 필수적이다. 정신의학이 보다 발달한 나라들에서는 종합적 접근을 하기위하여, 심리사회적 재활프로그램(psychosocial rehabilitation program)이 다양하게 개발되었고, 그 개입효과도 긍정적으로 평가되고 있다. 예로써, 사회기술훈련, 직업재활, 교육재활, 사례관리, 거주지재활, 자조집단, 가족교육 등이 있다.

이들은 약물처방에 더하여, 환자의 기능수준을 높이는 교육훈련과, 그를 지원하는 자원개발을 초점적 과제로 삼고 있다. 이 중에서 가족교육은 환자에게 심리적, 사회적 지원을 해줄 수 있는 가장 큰 자원인 가족을 치료에 참여시키는 프로그램이다. 가족교육 프로그램은 환자의 가족을 교육하여 환자의 병에 효과적으로 대처할 수 있도록 도와주는 것을 목적으로 한다. 여기에는 가족이 환자의 치료에 긍정적 역할을 할 수 있다는 전제가 포함된다. 말하자면 이제 가족은 환자를 돕는 공동협력자로 인정되고 있다는 것이다.

본 연구자는, 가족교육이 우리의 현재 실정에 가장 시급하게 필요하다고 생각하고, 또한 기존의 정신건강 의료전달체계의 구조 속에서 무리없이 수용될 수 있을 것으로 예상하여, 가족교육프로그램의 개발에 들어갔다.

본 연구는 두부분으로 나누어진다. 첫번째 부분에서는 가족교육의 당위성을 논하고 가족프로그램이 다양한 미국에서의 예를 들어 그 연구결과와 문제점을 살펴 볼 것이며, 두번째 부분에서는 본 연구자가 개발한 가족교육 프로그램을 소개할 것이다.

## 가족교육에 대한 소개

### 가족교육의 당위성

정신분열병 환자의 가족을 치료의 긍정적 자원으로 받아들이는 태도는 당연하고도 자연스러운 것이다. 그러나 다른 질병과 달리, 정신분열병 환자의 가족들은 오랫동안 정신건강전문가들에 의해 병의 원인제공자로서 인식되어 왔다. 따라서 그들과 가족 간에는 암묵적 긴장이 있어 왔다(Intagliata, Willer, & Egri, 1986). 이것은 정신질환을 가족의 탓으로 돌리는 강력한 이론들이 정신건강전문가들의 생각을 지배해 왔기 때문이다. 예를 들어, '정신분열증을 만드는 어머니'(schizophrenogenic mother; Fromm-Reichmann, 1948)와 가족체계지향적 이론가들(family system oriented therapist; Haley, 1980)의 주장이 그것이다. 이들의 주장은 이상행동을 통하여 가족체계 속의 평형상태가 유지된다는 것인데, 그러한 주장에 근거한 가족치료가 정신분열병을 치료했다는 객관적 자료는 없다(Howells & Guirguis, 1985).

한편 가족에 대한 긍정적 태도가 지난 20년간 극적으로 확산되어 왔다. 여기에는 정신의학분야의 몇 가지 역사적 발전이 작용했다. 이들을 통해 인식변화의 진행과정을 살펴봄으로서, 가족교육의 당위성을 알아보고자 한다.

우선 첫번째의 발전은 생물학적 소인-스트레스 모형의 출현이나. 이 모형 자체가 가진 중요한 함의는, 가족이 병의 극복에 긍정적 역할을 할 수 있는 가능성을 가지고 있다는 사실이다. 과거의 생각과는 달리, 오히려 가족은 환자의 스트레스를 완화, 제거시키고, 스트레스로부터 환자를 보호해 줄 수 있는 자원인 것이다. 이제 가족은 더이상 정신분열병의 발생 책임자로 비난 받아서는 안되며, 환자에게 죄의식을 느낄 필요가 없다.

가족의 중요성이 인정받게 된 두번째 계기는 1960년부터 일어난 탈병원화(dehospitalization)운동의 후유증에서 연유된다. 가장 큰 결과적 현상은 그때까지 병원이 환자를 맡아 돌보았지만, 이제 환자를 돌보는 책임을 가족이 떠맡게 되었다는 점이다. 미국의 경우, 퇴원환자의 65%가 가정에 머물게

되었다(Minkoff, 1978). 그러나 가족은 그들을 돌볼 아무런 준비를 갖추지 못한 상황이었다. 따라서 가족들은 환자를 위한 자원의 역할을 하게 되었을 뿐만 아니라, 환자를 돌볼 능력을 필요로 하게 되었다.

세번째의 발전은 이렇듯 가족의 역할이 중요해졌기 때문에, 가족에 대한 연구가 활발하게 수행되었다는 점이다. 24시간 환자를 돌보는 일이 주는 스트레스와 고통, 이상행동에 대처하는 가족들의 적응반응, 그리고 전문가에 대한 가족의 태도와 욕구 등이 조사되었다.

가족들의 스트레스와 고통에 대한 연구 결과에 따르면, 가족들은 초인적인 인내로 환자를 돌보고 있으며, 엄청난 물질적, 신체적, 정서적 고통을 겪고 있다는 사실이 알려졌다. 가족들은 처음에는 스트레스를 경험하고, 거부와 충격, 불안, 분노, 절망, 슬픔, 우울로 이어지는 정서적 고통을 경험한다. 또 대처능력이 없는 결과로 결혼관계에도 긴장이 생기고, 가족전체의 갈등이 생겨서 가정이 붕괴되기도 한다. 가족구성원들의 사회생활에도 변화가 오고, 이전에 해왔던 일상의 일들이 중단된다 (Hatfield, 1990; Terkelsen, 1987).

이상행동에 대처하는 가족들의 적응반응에 대한 연구에서는, 가족들이 보통의 본능적인 반응으로 대처하고 있음이 알려졌다. 즉 가족들은 환자를 지원하고, 참으면서 자신이 할 수 있는 모든 것을 함으로써 환자를 도울려고 한다. 그러나 이러한 본능적인 반응들은 대부분의 질병극복에는 도움이 되지만, 정신분열병을 앓는 환자에게는 사태를 더욱 악화시킬 뿐이다. 즉 너무 강한 인간관계, 지나친 허용, 구조화되지 않은 환경은 오히려 이상행동을 강화시키는 것이다. 피롭고 혼란되어 있는 환자들은 제한된 장소와 거리를 둔 인간관계에서, 보다 편안하고 긍정적인 반응을 보인다. 이런 환자의 이상한 욕구에 대해 지식을 갖게 되면, 가족은 환자를 보다 잘 통제할 수 있을 것이다(Anderson, Reiss & Hogarty, 1986).

환자가족들이 정신건강전문가들을 어떻게 지각하며, 그들에게 무엇을 원하는가에 대한 연구 결과

를 보면, 가족들의 정신건강전문가에 대한 지각과 태도는 부정적으로 나타났다(Holden & Levine, 1982; Spaniol & Zipple, 1988; Spaniol, Jung, Zipple, & Fitzgerald 1987; Terkelsen, 1983).

정신건강전문가에 대한 가족들의 불만은 크게 두 가지이다. 하나는 정신건강전문가들이 가족들을 정신장애를 일으키거나 유지시키는 병리적 매개자로 본다는 것에 대한 것이다. 가족들은 전문가들의 태도에서 비난받고 무시되는 느낌, 죄의식, 분노 등을 경험한다고 하였다. 따라서 전문가들이 자신들을 소외시키고, 자신들의 스트레스와 좌절감에 공감하지 못하며, 냉정하고, 정서적인 지원을 해주지 않는다고 했다. 다른 하나는 정신건강전문가들이 환자의 병에 관하여 정보를 주기를 꺼리며, 일상 생활 속에서 일어나는 증상행동을 다루거나 재발을 시키는데 필요한 정보나 기술을 가르쳐 주지 않는다는 사실이다. 그 중에서도 가족들의 가장 큰 불만은 약물복용이 필요한 이유, 특정 약물을 처방한 이유, 적절한 약의 용량, 부작용 등에 대한 정보를 제공하지 않는다는 점이다.

그러나 정신건강전문가들은 가족들이 느끼는 강한 불만을 대부분 모르고 있다는 것이다. 따라서 이 문제의 해결에 어려움이 있다. 조사에 의하면, 대부분의 정신건강 전문가들은 현재 제공받고 있는 정신건강 봉사활동에 환자가족들이 일반적으로 만족하고 있으며, 의료장면에서 보이는 전문가들의 행동에 대해서도 만족하고 있다고 믿고 있었다(Spaniol & Zipple, 1988). Hatfield(1990)는 가족들과 전문가들 간의 이런 지각의 차이에 대해서 다음과 같이 지적하였다: "정신건강전문가들이 나쁜 의도가 있는 것은 아니다. 그들은 대부분 환자를 진실로 도우기를 원하고, 헌신적이다. 그러나 그들은 주요 정신병의 발병원인을 부모에게 돌리는 치료모형으로 훈련 받았다. 따라서 가족의 욕구를 존중하고 교육시키고 지원해주는 접근방법의 가치를 배우지 못했으며, 또한 그러한 기술을 습득하지도 못했기 때문이다." 이에 더하여, 또한 진단이 항상 분명한

것이 아니어서, 부정확한 정보를 줄까봐 두려워하기 때문이다. 그리고 정신분열병이라고 알려 줄 때, 가족들이 경험하게 될 좌절과 놀람에 대한 염려와, 낙인 찍는것에 대한 두려움이 있는 것이다.

그러나 가족들은 질병의 경과와 예후에 대한 정보가 아무리 비참하더라도, 질병에 대하여 아는 것이 도움이 된다고 생각한다. 알아야만이 가족이 해야 할 일과 하지 말아야 할 일을 결정하고 통제할 수 있는 것이다(Anderson, Reiss & Hogarty, 1986).

이렇게 가족이 자신의 행동을 통제할 수 있는 기준을 알게 한다는 측면에서, 한편으로 가족의 표현된 정서(expressed emotion: EE)에 대한 연구가 또한 가족의 영향력을 인식하게 해주었다(Smith & Birchwood, 1990; Leff & Vaughn, 1985). 표현된 정서란 가족의 집안내 정서적 분위기를 일컫는데, 즉 따뜻함, 비난, 적대감 및 정서적 과잉관여 등이 포함된다. 연구자들은 가족 내의 정서적 분위기가 정신분열병 환자의 경과에 영향을 준다는 점을 밝혀 냈으며, 가족교육은 높게 표현된 정서(High EE)를 낮게 표현된 정서(Low EE)로 바꾸어 주므로, 치료효과에 긍정적 영향을 미친다는 점을 알게 되었다(Bellack & Muesser, 1993; Vaughn, 1989).

마지막으로, 가족의 역할이 인정받게 된 네번째의 촉진적 계기는, 가족들의 조직체가 만들어져서 환자와 가족들의 욕구에 대한 강력한 주장을 펴는 운동을 시작했다는 사실이다. 미국의 경우, 정신질환자 가족연맹(National Alliance for Mental Illness: NAMI)이 그 예이다. NAMI의 활동은 정신질환의 치료에 대한 강력한 힘으로 작용하고 있으며, 실제로 가족교육을 지원하고 있다(Hatfield, 1991; Zipple & Spaniol, 1987b).

이상에서 서술한 네가지 발전을 통하여, 가족의 경험 뿐만아니라, 그 중요성이 인식되면서 가족에 대한 정신건강전문가의 태도는 가족과 협조하는 방향으로 바뀌어 갔다. 그 결과로 가족교육프로그램이 개발되었던 것이다. 그래서 오직 부분적으로만

회복된 채 병원에서 퇴원하는 환자를, 아무 대처기술도 없는 상황에서 맞이하여, 또 다시 악화되는 일을 반복해온 가족들에게도 무엇을 할 수 있다는 희망을 심어주게 된 것이다.

### 가족교육 프로그램들

가족교육 프로그램의 모형들은 다양하며, 접근방향과 강조하는 내용, 전체적 교육시간과 추수시간, 제시방법 등에 따라 차이가 있다. 현재의 가족교육 프로그램들을 강조하는 내용에 따라 분류해보면, 아래의 4가지 종류로 나눌 수 있으며, 모든 가족교육개입법은 이들 중 한가지 이상의 접근을 포함하고 있다(Zipple & Spaniol, 1987a).

- ① 교육적 개입법: 일차적으로 정신장애에 관한 정보를 제공하려는 목적
- ② 기술훈련 개입법: 일차적으로 환자를 다루는 기술을 발전시키기 위한 목적
- ③ 지원적 개입법: 일차적으로 가족이 스트레스에 대처할 수 있도록 정서적 능력을 강화시키는 목적
- ④ 종합적 개입법: 정보와 기술훈련, 그리고 지원을 종합한 단일개입법

많이 사용되고 있는 프로그램을 소개하면, Anderson, Reiss & Hogarty(1986), Barrowchough & Tarrier(1987), Goldstein & Kopeiken(1981), Falloon, Boyd & McGill(1984), Hatfield(1991), Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries & Sturgeon(1982), Meisel & Mannion(1982), Zipple & Spaniol(1987a) 등이 실시하고 있는 프로그램들이 있다.

위의 프로그램들은 각기 나름대로의 특징들이 있으나, 효과적인 가족접근 방법으로서의 요소를 공통적으로 포함하고 있는데, 주내용은 다음과 같다(Lam, 1991; Strachan, 1986),

- ① 치료자와 가족 간에 진실한 동맹관계를 맺는다.
- ② 환자의 성격발달과정이나 가족의 역사를 밝

히기 보다, 현재의 행동에 초점을 맞추고 그에 대한 대응능력을 개선시킨다.

- ③ 정신분열병의 생물학적 소인에 대한 정보를 제공함으로써, 환자를 나무라지 않으며 가족의 죄의식을 감소시켜 준다.
- ④ 가족간의 정서표현강도를 감소시키고, 의사소통을 분명하게 하고 개선시킨다.
- ⑤ 실제적 문제 해결을 위해 구체적인 행동적 기술을 사용하는 대응전략을 가르친다.

### 가족교육의 효과에 대한 연구 결과

가족교육에 대한 연구는 그결과가 일관되게 보고되지 않고 있다. 특히 가족교육이 단독개입으로 사용되는 처치에서는 가족의 지식습득, 태도의 변화, 가족행동의 변화, 그리고 환자의 재발방지 등에 있어 다양한 결과를 보고하고 있다(Berkowitz, Kuipers & Leff, 1984; Cozolino, Goldstein, Nuechterlein, West & Snyder, 1988; Falloon, Boyd, McGill, Williamson, Razani, Moss & Gilderman, 1985; Hogarty, Anderson, Reiss, Kornblith, Greenwald, Javna & Madonia, 1986; Hogarty, Anderson, Reiss, Kornblith, Greenwald, Ulric & Carter, 1991; McGill, Falloon, Body & Wood-Siverrio, 1983; Reilly, Rohrhaugh & Lachner, 1988; Smith & Birchwood, 1987; Tarrier, Barrowclough, Vauughn, Bamrah, Porceddu, Watts & Freeman, 1988).

이러한 연구들의 결과를 요약해 보면 다음과 같다.

먼저 객관적 평가치에서의 결과는 긍정적인 효과가 있다는 보고와 별다른 효과가 없다는 보고가 있어서 일관된 경향성을 서술하기 어렵다. 그러나 중속측정치의 종류별로 대체적인 경향성을 서술할 수 있는데, 즉 가족교육이 정신분열병환자의 재발율과 장애의 정도를 경감시키는지의 여부에 대해서는, 결과들이 서로 일치하지 않는다. 가족의 질병에 관한 정보습득과 파지에 있어서는, 대체로 긍정적인

효과가 제시되었다. 환자의 정신장애에 대한 가족의 태도에서도, 긍정적 변화가 제시되었다. 환자에 대한 가족의 행동에서는 변화가 없었다.

그런데 가족들의 주관적 평가는 위의 결과와 달리 일관되게 긍정적으로 평가되었다. 즉 가족들은 가족교육에 만족를 표현했고, 가족교육이 자신에게 도움이 되었다고 보고하였으며, 지원을 제공받는다는 느낌, 자신감의 증가, 심리적 고통의 감소 및 부담감의 감소 등을 보고하였다.

이러한 상이한 결과들은 가족교육의 당위성에 대해 혼란을 줄 수 있다. 그러나 Kazarian & Vanderheyden(1992)은 연구결과를 다양하게 만든 몇 가지 요인들을 분석하여 보고하였다. 첫째, 연구방법에 문제가 있었다. 즉 통계적으로 유의미한 결과를 보이기에는 가족교육에 참여한 가족의 수가 너무 적었으며, 또한 종속변인 및 종속측정치가 변화를 예민하게 측정하기에는 둔감한 것이었다. 둘째, 가족교육의 실시방법과 내용이 최적의 것이라 할 수 없었다. 즉 프로그램이 충분히 집중적이거나 길지 못했다는 점, 실시장소가 정신병원이었기 때문에 가족들에게 적합한 장소가 아니었다는 점, 교육내용의 초점이 특정문제에 구체적이기 보다 일반적이었던 점, 교육내용이 너무 복잡하고 기능적 가치가 적었다는 점 등이다. 셋째, 가족교육 프로그램이 환자와 상호작용할 수 있으며, 가족의 특징과도 상호작용할 수 있기 때문이다. 예를 들면, 환자의 병의 단계별 차이, 만성이나 급성이나 라는 요인 등이 가족교육의 효과를 다르게 할 것이다. 그리고 가족의 병원에 대한 일반적 믿음수준과 '표현된 정서'의 수준, 가족 중 누가 교육받는가, 가족의 교육수준, 가족의 경제수준 등이 변인으로 작용할 것이다.

따라서 가족교육의 효과를 불분명하게 하는 이상의 요인들을 고려할 때, 아직 가족교육개입을 비효과적이라고 평가하기는 이르다. 처치효과를 정확히 알기 위해서는 가족교육 프로그램의 효과적 요소와 비효과적 요소가 분리되어 연구되어야 할 것이다. 또한 가족개입이 단독개입으로 처치되지 않고 종합

적 접근 속에서 다른 치료(예로써, 사회기술훈련)와 결합하여 제공된다면, 그 효율성이 보다 크게 작용할 것이다(Hogarty et al., 1986).

더구나 가족교육이 계속 실시되어야 하는 근거는 가족교육을 받은 가족들이 도움이 되는 것으로 평가하고 있고, 죄의식과 자기비난에서 벗어나게 해준다고 보고하고 있는 점에서 찾아 볼 수 있다. 그러므로 환자보다 가족의 삶이라는 입장에서 볼때에도 가족교육의 필요성은 있다고 하겠다. 또한 이것을 바탕으로 하여, 가족을 치료적 공동협력자로서 장기적 치료에 참여하도록 할 수 있는 것이다.

### 가족교육 프로그램의 개발

#### 프로그램의 개발과정

##### 1. 예비프로그램의 개발

미국에서 현재 널리 사용되고 있는 몇 가지 가족교육 프로그램들을 구입하여 검토하였다. 그 중, 우리 현실에 적합하리라고 판단된 5종류의 프로그램을 선정하여, 그 요강 및 저서 7권을 번역하였다. 번역작업은 1993년 3월부터 동년 8월까지 6개월에 걸쳐 수행되었다. 번역된 자료는 다음과 같다.

Anderson, C.M., Reiss, D.J., & Hogarty, G.E. (1986). *Schizophrenia and the Family: A Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management*. New York: Guilford Press.

Falloon, I., Boyd, J.L., & McGill, C.(1984). *Family Care of Schizophrenia*. NY: Guilford Press.

Hatfield, A.B.(1990). *Family Education in Mental Illness*. NY: Guilford Press.

Hatfield, A.B.(1991). *Coping with Mental Illness in the Family: A Family Guide(rev. ed.)*. NAMI Book No.6. Arlington, VA: NAMI Press.

Meisel, M. Mannion, E.(1989). *Teaching Manual*

*for Coping Skills Workshops*. Philadelphia, Pennsylvania: T.E.C.(Training and Education Center) Network.

Zipple, A.M., & Spaniol, L.(1987 b). *Families that Include a Person with a Mental Illness: What They Need and How to Provide It: Trainer Manual*. Boston, MA: Boston University.

Zipple, A.M., & Spaniol, L.(1987 b). *Families that Include a Person with a Mental Illness: What They Need and How to Provide It: Participant Workbook*. Boston, MA: Boston University.

번역과정에는 7명의 연구자가 참여하였다.

1993년 9월부터 1994년 1월까지 4개월에 걸쳐, 번역된 자료를 토대로, 연수회 교재를 제작하였다. 각 내용영역별로 1명의 연구자가 1차 집필한 뒤, 7명의 연구자가 모여서, 1차 집필된 자료를 검토하고 토의하였다. 연수회 교재는 총 30쪽 분량이었으며, 4개 내용영역으로 구성되었다.

##### 2. 예비 프로그램의 실시

예비프로그램의 실시를 위한 준비작업은 다음과 같았다.

- 1) 1993년 9월에, 국립부곡정신병원을 예비프로그램 실시기관으로 선정하였다. 이후, 구체적인 교육일정 및 세부사항들을 협의하였다.
- 2) 1993년 10월에, 의사, 간호사, 사회복지사 등 병원의료진을 대상으로 가족교육의 내용에 관한 브리핑을 실시하였다.
- 3) 1993년 12월에 4회에 걸쳐, 환자가족들을 대상으로, 가족교육 설명회를 개최하였다.
- 4) 가족교육 홍보 팸플렛을 제작하여 외래 대기실에 비치하였으며, 환자 가족들에게 우편으로 우송하였다.

예비프로그램은 연수회와 사후가족관리로 구성되었다.

## 1) 연수회:

1994년 1월에 이틀간 실시하였다. 강사의 수는 총 5명이었는데, 첫날(1월 12일)에 2명, 둘째날(1월 19일)에 3명의 강사가 강의하였다. 첫날과 둘째날 교육을 모두 이수한 환자가족의 수는 40여명이었다. 연수회의 내용은 다음과 같았다.

- \* 정신분열증이란 무엇인가? (120분): 정신분열증의 진단, 증상, 원인, 약물복용의 필요성, 약물부작용에 대한 대처방법 등.
- \* 바람직한 집안분위기를 조성하는 방법 (80분): 스트레스가 적은 집안분위기를 조성하는 방법, 환자와 대화하는 방법 등.
- \* 문제행동을 다루는 방법 (120분): 환각, 망상, 난폭한 행동에 대한 대처방법, 재발경고신호를 관찰하는 방법, 환자의 생활목표를 설정하는 방법 등
- \* 가족들이 바람직한 일상생활을 유지하는 방법 (60분): 가족들의 마음가짐, 구체적인 행동지침 등.

## 2) 사후가족관리:

동년 2월부터 8월까지 6개월간, 총 9회의 사후가족관리를 가졌다. 1회 사후가족관리의 시간은 90분간이었다. 사후가족관리시간에는 환자와 같이 생활하면서 생긴 구체적인 사건들 및 문제점들을 집단토의하였다. 사후가족관리를 담당한 강사는 2명이었으며, 끝까지 사후가족관리에 참석한 가족은 18명이었다.

## 3. 가족들로부터의 자료수집

연수회 후에 가족들에게 연수회에 대한 견해를 자유롭게 질의응답식으로 알아보았다. 가족들은 무엇보다도 이러한 교육이 가족을 대상으로 실시되었다는 것에 대해 고마워 했으며, 연수회 내용에 대해서도 대체로 만족하였다. 그러나 너무 많은 양의 내용이 단시간내에 설명되었고, 또한 하루종일의 기간이 힘들다고 했다. 그리고 배운것을 실제로 환자

에게 사용할 수 있을지에 대해 자신이 없어하며, 특히 난폭한 행동과 약물을 복용하지 않는 문제에 대한 대응책을 원하였다.

가족교육에 참여한 가족들 중 25명으로부터 또하나의 참고자료를 수집하였다. 자료수집방식은 질문지로 14개 질문을 제시하고, 자유응답하도록 하였다. 결과를 수량적으로 분석하지는 않았으며, 4개 내용영역으로 구분하여, 개략적인 응답의 요지를 요약해 보았다.

## 1) 가족들이 진단명을 알고 있는가?

- \* 가족들은 대부분 진단명을 분명히 알고 있었다.
- \* 진단명을 알게 된 경위는, 첫번째 발병 때, 환자의 행동과 말이 이상하다고 느낌으로써, 의사로부터 설명을 듣기 이전에, 짐작으로 알게 된 경우가 많았다.
- \* 전체 가족의 2/3 정도가 의사로부터 정확한 진단명을 통보받았다.
- \* 전체 가족의 1/3 정도는 의사로부터 적절하지 않은 진단명을 통보 받았는데, 예로써 환병, 우울증, 내성적인 성격, 노이로제, 뇌의 충격 등이었다.

## 2) 진단명을 알려줄 때의 의사의 설명이 어떠했는가?

- \* 대부분의 가족들이 의사가 별다른 설명없이 진단명만 간략히 말해 주었다고 보고하였다.
- \* 진단명을 알려줄 때 의사로부터 들은 추가적인 설명으로는 입원시켜야 한다, 약물치료가 필요하다, 수양이 필요하다, 지속적인 치료가 필요하다, 대화가 필요하다 등이었다.
- \* 완치가가능성에 대한 의사의 답변은 '두고 봅시다', '치료를 해봐야 안다' 등의 답변이 많았으며, 첫번째 발병인 경우에는 주로 '완치가 가능하다'는 대답을, 여러번 발병한 경우에는 주로 '완치가 불가능하다'는 대답을 들었다고 보고하였다.

3) 가족들이 약물사용(필요성, 부작용)에 대한 지식을 어느정도 보유하고 있는가?

- \* 가족들은 약물의 명칭, 용량, 작용방식 등을 전혀 알지 못하고 있었으며, 약물의 명칭을 진정제로 알고 있는 경우가 많았다.
- \* 약물처방에 대한 불만은 거의 없었으며, 대부분 의사의 약물처방을 전적으로 믿고, 처방대로 준수하려고 생각하고 있었다.
- \* 대부분의 가족들은 의사로부터 수년간 약물복용을 하여야 한다는 설명을 들었다고 보고 하였으며, 대부분 언제까지 약을 복용하여야 하는지를 알고 싶어 하였다.
- \* 대부분의 가족들은 약물이 부작용이 심하고, 몸에 해로울 것이라고 생각하고 있었으며, 약물의 장기복용으로 인하여 후유증이 있을까봐 걱정하고 있었다. 비록 소수이기는 하지만, 부작용을 염려하여 가족들이 환자의 약물복용을 중단시키는 사례들이 있었다.

4) 가족들이 걱정하는 환자의 문제행동은 어떠한 것인가?

- \* 전체 가족의 절반 정도가 환자의 약물복용 거부 때문에 힘들다고 보고하였다.
- \* 전체 가족의 절반 정도가 환자가 재발할까봐 걱정하고 있었다.
- \* 전체 가족의 1/3 정도가 폭언, 폭력, 기물파손 등 난폭한 행동을 다루기 힘들어 하였으며, 이때 주로 눈치보기, 달래기, 비위 맞추기, 빌기 등으로 대처하고 있었다.
- \* 전체 가족의 1/3 정도가 환자가 가족들을 수시로 원망하는 것, 가족들의 사생활을 방해하는 것, 창피하게 행동하는 것, 환자가 밤에 잠을 자지 않고 들락거리는 것 등을 다루기 힘든 행동으로 언급하였다.
- \* 그 외에도, 환자의 망상적인 발언, 고집이 센 것, 가족들을 따라 다니는 것, 가족들을 피하는 것 등이 다루기 힘든 행동으로 언급되었다.

5) 가족들이 환자치료에 어느정도 참여해 왔는가?

- \* 대부분 환자치료에 자신이 참여하고 있다고 응답하였다. 그러나, 참여방식은 의사와의 면담에 국한되었다.
- \* 의사와의 면담시간은 대체로 한달에 1회 또는 2회 정도였으며, 면담시간이 부족하다고 느끼고 있었다.
- \* 면담내용은 환자상태에 대한 질문과 답변이 전부인 것으로 나타났다.
- \* 따라서, 가족들은 환자치료에 실질적으로 참여하지 못하고 있는 것으로 판단된다.

6) 환자의 치료가능성에 대한 희망의 정도

- \* 가족들은 '완치가 되었으면'하는 바람을 가지고 있다고 보고하였으나, 그 가능성에 대해서는 대부분의 가족들이 불가능할 것이라고 생각하고 있었다.
- \* 대부분의 가족들은 '환자가 더 악화되지 않고, 취미생활 정도로 소일할 것'이라고 예상하고 있었다.
- \* 따라서 대부분의 가족들은 환자의 치료가능성에 대하여 비관적인 견해를 갖고 있으며, 절망감을 느끼고 있는 것으로 판단되었다.

7) 치료자에 대한 가족들의 희망사항

- \* 대부분의 가족들이 의사와의 면담시간이 늘기를 희망하고 있었다.
- \* 대부분의 가족들이 의사로부터 구체적이고 자세한 설명을 들을 수 있기를 희망하였다. 설명을 듣고 싶어하는 내용은 대체로 공통적이었는데, 구체적으로, 환자의 상태, 약물의 부작용, 치료기간, 완치가능성, 병의 원인, 난폭한 행동을 할 때의 대처방법, 재발을 방지할 수 있는 방법, 증상이 심할 때의 대처방법 등이었다.
- \* 환자치료에 대한 희망사항으로는 '환자에게



친절하게 대해 주었으면, 환자가 용기와 희망을 가질 수 있도록 해 주었으면, 환자가 스스로 약을 복용하도록 교육시켜 주었으면, 환자가 스스로 자기관리를 할 수 있도록 교육을 시켜 주었으면, 증상이 심한 환자와 증상이 가벼운 환자를 구분하여 수용하였으면, 환자와의 면담시간을 늘려 주었으면' 등의 응답이 대표적인 응답들이었다.

#### 4. 프로그램 내용의 수정

예비프로그램을 실시해 보고, 가족들로부터 참고 자료를 수집해 본 결과, 프로그램에 다소의 문제점이 있음을 발견하였다.

1) 강의시간이 부족하였다. 또 가족들이 교육받은 내용을 생활장면에서 제대로 활용하지 못하고 있었다

2) 환자들의 약물복용거부가 매우 일반적임을 감안할 때, 환자에 대한 약물교육과 가족에 대한 약물교육이 매우 철저히 이루어져야 한다고 판단되었다.

3) 난폭한 행동에 대한 대처방법을 보다 구체적으로 교육해야 할 필요가 있다고 판단되었다.

따라서 다음과 같이 프로그램을 수정하였다.

1) 연수회를 5회기(이전 2회기)로 구성하였다. 또 강의시간을 15시간(이전 9시간)으로 늘렸다. 강의시간에 실습을 병행하도록 하였다. 약물관리와 난폭한 행동관리에 관한 교육을 강화하였다.

2) 연수회 교재를 174쪽(이전 30쪽)으로 늘렸다. 동시에 구체적인 예들을 많이 수록하고, 활자크기를 확대하고, 그림을 많이 제시하고, 용어 및 문장을 평이하게 고쳤다. 이 과정에서 김철권(양산정신병원, 정신과전문의)의 가족교육 교재를 참고자료로 활용하였다.

3) 사후가족관리 시간을 120분(이전 90분)으로 늘렸다.

#### 본 프로그램의 내용

본 프로그램은 연수회와 사후가족관리로 구성되어 있다. 연수회는 5회기로 구성되어 있으며, 1회기는 3시간 동안의 강의 및 실습으로 진행된다. 사후가족관리는 9회기(3개월 간 2주에 1회, 3개월간 1달에 1회)로 구성되어 있으며, 1회기는 2시간 동안의 토의로 진행된다. 프로그램의 구체적인 내용은 다음과 같다.

##### 1. 제 1주: 제 1부: 정신분열병

1) 인사 및 교육내용 소개 (30분): 강사, 참관자, 및 참여가족들이 각자 자기소개를 한다. 가족교육의 필요성, 목적, 전체 교육일정, 교육내용, 교육방식, 강사의 역할, 참석가족의 역할 등을 설명한다.

2) 정신분열병이란 무엇인가? (20분): DSM-IV의 진단기준, 정신질환의 종류, 정신분열병의 발병률, 유병률, 발병연령, 치료방법, 예후 등을 설명한다.

3) 정신분열병의 원인은? (40분): 소인-스트레스 모형을 설명한다. 뇌의 구조, 뇌의 전기-화학적 정보 전달 방식, 뇌의 도파민통로, 약물의 작용기전, 유전경향성, 신체-심리-사회적 요인의 상호작용방식 등을 설명한다.

4) 정신분열병의 치료 (50분): 약물치료와 재활치료를 설명한다. 약물의 효과, 약물복용 거부환자 설득방법, 약물부작용 및 그에 대한 대처방법 등을 설명한다. 사회복귀를 위한 재활치료의 필요성, 종류 등을 설명한다.

5) 약물부작용 관찰방법 실습(20분): 약물부작용의 예를 도표로 제시하고, 환자의 약물부작용 양상을 기록하도록 한다. 발표, 토론, 논평한다.

##### 2. 제 2주: 제 2부: 환자의 증상 및 체형

1) 양성증상 및 음성증상(40분): 환청, 망상, 횡설수설하는 말, 이상한 행동, 난폭한 행동 등, 각각의 양성증상과, 주의력 저하, 주의집중력 저하, 관심과 의욕의 저하, 대인관계의 회피, 감정의 결여, 언어의 빈곤 등, 각각의 음성증상을, 예를 들어 가면서, 자

세히 설명한다.

2) 증상에 대한 이해 실습(20분):

3) 환자의 내적경험(40분): 정보처리과정을 설명하고, 환자들의 주의력 및 주의집중력 저하, 과중부하, 감각의 변화, 사고의 혼란, 정서적 경험, 의욕상실, 대인관계 회피 등에 대하여, 환자들의 실제보고를 인용하면서 그들의 주관적 경험이 어떠한지를 자세히 설명한다.

4) 병의 경과 및 재발경고신호(40분): 전구기, 활성기, 잔류기의 특징적인 양상 및 환자의 주관적 경험의 변화과정을 설명한다. 재발경고신호의 특징 및 양상, 그 탐지방법 및 조치방법 등을 설명한다.

5) 재발경고신호 관찰방법 실습(20분):

3. 제 3주: 제 3부: 가족과 환자의 관계형성

1) 가족들의 공통적인 정서경험(20분): 놀람, 부인, 두려움, 불쌍함, 창피함, 무력감, 분노, 슬픔 등, 가족들의 공통적인 감정을 설명하며, 이러한 감정이 자연스러운 것임을 강조한다.

2) 감정 명료화하기 실습(20분):

3) 가족들의 공통적인 대응방식(20분): 맞추어주기, 설득하기, 나무라기, 무시하기, 회생하기 등, 가족들의 공통적인 대응방식을 설명하며, 이러한 대응방식이 비효율적임을 강조한다.

4) 대응방식 명료화하기 실습(20분):

5) 환자와 대화하는 방법(50분): 바람직하지 않은 대화방식의 예, 바람직한 대화방식의 원칙, 환자의 말에 귀기울이는 기술, 감정을 전달하는 기술, 요구사항을 말하는 기술 등을 설명한다.

6) 대화하는 방법 실습(30분):

4. 제 4주: 제 4부: 환자의 행동관리

1) 집안분위기를 잘 유지하는 방법(50분): 스트레스와 증상간의 관계, 스트레스의 개념, 스트레스가 적은 집안분위기를 유지하는 방법 등을 설명한다. 다루기 힘든 행동을 환자가 지켜야 할 집안규칙으로 정하여 다루는 방법을 설명한다. 가족들이 자신

들의 실제 경험을 발표하도록 하며, 평가 및 조언을 해준다.

2) 집안규칙 정하기 실습(20분):

3) 문제행동을 다루는 방법(90분): 일반적인 지침을 설명한다. 환각, 망상, 난폭한 행동에 대한 대처방법을 각각 자세히 설명한다. 가족들이 자신들의 실제 경험을 발표하도록 하며, 평가 및 조언을 해준다.

5. 제 5주: 제 5부: 사회복귀

1) 환자의 일상생활(30분): 환자의 자율성과 책임감을 증진시키는 방법, 정상적인 대인관계, 취미생활, 직업 등을 유지할 수 있도록 도와 주는 방법 등을 설명한다. 커피, 술, 담배, 이성관계, 종교생활 등에서의 유의점을 설명한다.

2) 목표설정 및 달성(30분): 환자의 욕구를 파악하여 실현가능한 목표로 구체화시키는 방법을 설명한다. 환자의 노력을 격려하고 촉진시키는 방법을 설명한다.

3) 목표설정하기 실습(20분):

4) 가족의 일상생활(30분): 가족들이 지녀야 할 환자에 대한 올바른 마음가짐을 설명하고, 가족들의 생활지침을 설명한다. 자기자신을 돌보는 일이 환자를 돌보는 일의 시작이라는 점을 특히 강조한다. 가족들간의 역할분담 필요성을 강조한다.

5) 가족들간의 역할분담 계획짜기 실습(20분):

6) 기타 유의사항(30분): 자살시도 가능성에 대비하는 방법, 입원기간 동안의 가족들의 과업, 면회지침, 외출외박시의 지침, 의료보험을 적절히 이용하는 방법 등을 설명한다.

6. 사후가족관리: 6개월간 총 9회

사후가족관리는 강의종료 2주일 후부터 시작한다. 초반에는 2주에 1회씩 6회의 모임을 갖고, 후반에는 4주에 1회씩 3회의 모임을 갖는다. 6개월간에 걸친 총 9회의 사후가족관리가 끝나면, 가족모임(가족협회)에 참여하도록 한다.

제 1회 사후가족관리 때는 미흡했다고 판단된 강의내용을 재교육한다. 흔히 약물부작용관찰표와 재발경고신호관찰표 작성요령을 다시 강의한다. 그리고 가족들 상호간에 서로를 보다 잘 알 수 있도록, 환자의 병력과 그로 인한 자신의 고통을 자세히 이야기하도록 한다.

제 2회 사후가족관리 때부터는 퇴원한 환자의 가족들로부터 퇴원후 환자와 함께 거주하면서 생긴 일들을 자세히 보고하도록 한다. 강사는 가족들의 구체적인 대응방법을 확인하고, 잘못된 방법과 잘못된 방법을 구체적으로 지적한다. 잘못된 내용방법에 대해서는 개선방법을 제시해 준다.

사후가족관리의 횟수가 거듭될 수록, 강사의 지적, 논평, 충고는 점차 줄어들게 되며, 대신에 다른 참가가족들이 서로간에 지적, 논평, 충고를 해주게 된다. 또 증상행동이나 문제행동에 대한 토의보다는, 목표수립, 실천계획수립, 실천결과보고 등의 토의에 보다 많은 시간이 소비되게 된다. 또 가족들은

점차 공동의 문제에 관심을 많이 갖게 되며, 상호교류가 빈번해 지고, 가족협회 활동에 높은 관심을 보이게 된다.

### 가족교육에 대한 평정 결과

현재 본 프로그램이 환자 및 가족에게 미치는 효과를 검증하기 위한 연구가 진행 중이다. 그러나, 아직 자료수집이 완료되지 않은 상태이므로, 본 논문에서는 그 자료를 제시할 수가 없다.

단지 연수회에 대한 가족들의 평정결과를 제시하고, 프로그램에 대한 본 연구자의 주관적인 견해를 제언하고자 한다.

연수회에 대한 가족들의 평정결과는 표 1에 제시되어 있다. 이 결과는 연수회 종료 직후에 가족들에게 '가족교육 연수회 평가지'를 나누어 주고, 평정하도록 한 것이다. 평가지는 9문항으로 구성되어 있으며, 각 문항에 대하여 5점 평정척도 상에서 평정하도록 되어 있다. 평정척도의 채점방향은 점수가 낮

표 1. 연수회 후의 가족들의 평정결과

문 항 의 내 용	평균(표준편차)
1. 연수회가 당신에게 어느 정도 도움이 되었습니까?	4.33 (0.70)
2. 연수회가 얼마나 체계적이었다고 생각합니까?	3.80 (0.91)
3. 질문과 토의를 하는 시간이 충분했습니까?	3.53 (1.09)
4. 정신분열병의 원인과 약물치료에 대하여 배운 것은 어느 정도입니까?	4.13 (0.72)
5. 정신분열병이 증상이 어떤 것인지에 대하여 배운 것은 어느 정도입니까?	4.00 (0.73)
6. 정신분열병으로 인해서 환자가 일으키는 여러가지 문제를 어느 정도 이해하게 되었습니까?	4.07 (0.68)
7. 이 연수회에서 배운 것이 앞으로 정신분열병에 대처하는데 어느 정도 도움이 되겠습니까?	4.13 (0.72)
8. 정신분열병의 치료에 대한 앞으로의 희망은 어느 정도입니까?	3.80 (0.75)
9. 이 연수회에서 가족들간에 서로 이야기를 나누는 것이 당신에게 어느 정도 도움이 되었습니까?	3.93 (0.85)

을 수록 부정적(즉 1점은 '아니다')이며, 점수가 높을 수록 긍정적(즉 5점은 '그렇다')이다.

이 결과는 가족들이 연수회에 대하여 상당히 만족하고 있음(M=4.33)을 보여준다. 즉 연수회를 통하여, 정신분열병의 원인과 약물치료(M=4.13), 증상(M=4.00), 환자가 일으키는 문제(M=4.06), 대처방법(M=4.13) 등을 상당히 많이 배웠다고 평정하였다.

그러나 질문 및 토의 시간을 더 늘려야 할 필요성(M=3.53)과 연수회를 보다 체계적이 되도록 해야 할 필요성(M=3.80)이 있는 것으로 판단된다.

정신분열병의 치료에 대한 앞으로의 희망을 묻는 항목에서 다른 항목들에 비하여 다소 낮은 평정점수(M=3.80)가 나왔으나, 이것은 결코 낮은 수치가 아니다. 즉 응답분포를 보면, 전체 25명의 응답자 중 '전혀 희망이 없다' 및 '별로 희망이 없다'고 평정한 응답자는 한명도 없었으며, '다소 희망이 있다'(6명), '상당히 희망이 있다'(6명), '매우 희망이 있다'(3명)는 응답이었다. 이 결과는, 많은 환자가족들이 연수회에 참여하기 전에는 치료에 대하여 비관적인 견해를 가지고 있었다(예비프로그램 연수회 시의 자료수집 결과 참조)는 점을 감안할 때, 가족들이 연수회를 통하여 이전보다 치료에 대하여 낙관적인 견해를 갖게 되었다고 해석할 수 있다.

## 논의 및 결론

정신분열병은 개인의 기능 전반에 걸쳐 심각한 손상을 주기 때문에, 그의 삶을 파괴시킬뿐 아니라, 함께 생활하는 가족의 삶에도 막대한 영향을 준다. 그리고 대부분의 환자가 장기적인 보살핌을 필요로 하기 때문에, 환자의 가족은 이것에 대처하는 마음가짐을 결정하고, 필요한 정보와 기술을 배워서, 투병생활에 들어가야 한다.

우리나라는 외국의 경우처럼 아직 탈병원화 현상도 일어난 바 없고, 지역사회적 치료접근의 필요성도 크게 인식되어 있지 않다. 그리고 환자의 일부만

이 과학적 의료혜택을 받을수 있으며, 또 입원했다 하더라도 장기적인 입원체제가 되어 있지 않아, 대부분이 가정에서 보호 받고 있는 실정이다(김이영, 김광일, 손준호, 1986). 이러한 현실에서, 가족에게 병에 대한 정보와 대처방법을 가르쳐 주지 않으면, 온 가족이 혼란과 좌절 속에 빠질 수 밖에 없을 것이다.

교차문화연구에 따르면, 선진화된 국가들보다 오히려 개발도상국에서 상대적으로 정신장애의 치료에 강점들을 가지고 있다고 한다(Lefley, 1990, Deva, 1990). 가장 큰 힘은 핵가족화한 산업국가에서는 사용하기 힘든 가족자원을 효율적으로 동원할 수 있다는 점이다. 따라서 가족교육의 측면에서 볼 때, 가족의 참여동기가 높을 것이기 때문에, 가족교육이 쉽게 수용될 것이라고 예상할 수 있다. 그리고 정신건강전문가들이 가족을 지원체계로서 환자의 회복과정에 받아들이고 통합시키려는 태도가 아직 남아 있을 것이며, 또한 가족과 친척들의 다원적 지원체계가 환자로 인한 고통을 나누어 가지며 지원할 수 있을 것이다.

문화적 차이가 주는 또다른 잇점은, 개인이 지역 사회 속에서 독립적 기능을 하는것에 가치를 높게 두는 문화 보다는 상호의존성을 강조하는 사회가 심한 환자에게 보다 건디기 쉬운 환경을 제공한다는 점이다(Hatfield & Lefley, 1987). 이러한 건강한 상호의존성은 바로 가족교육의 본질이기도 하다.

우리나라의 경우, 산업화로의 전환기에 있기 때문에, 이러한 강점을 아직도 가지고 있다고 판단된다. 따라서 기존의 정신건강체계에서 가족교육을 받아들이는 자세에 있어서, 그리고 실제 가족들에게 수용되는 정도에 있어서 크게 어렵지 않을 것이다. 그러나 외국의 가족교육 프로그램을 검토해 볼 때, 그들의 가치체계와 사회분위기에 적합한 가족교육프로그램이 우리나라 가족에게 어느정도 부합할 것인가 하는 것이 의문이다. 그러므로 가족교육 프로그램을 만들 때, 연구자들은 이미 개발된 그들의 모형을 이용하되, 문화적 차이를 고려하여 프로

그램을 계속 수정시켜 나가야 하는 문제가 있다.

Hatfield(1990)는 가족교육을 지속적으로 발전시켜 나가기 위해 고려해야 할 사항을 두가지 측면에서 제언하였다.

첫째, 가족교육이 실시되는 장면의 상황적 특성을 고려해야 한다. 가족을 돕는 최선의 방법에 대해서도 다른 철학적 신념이 있을수 있으며, 익숙하지 않은 새로운 접근방법에 대한 저항감이 있을수 있다는 사실을 인식해야 한다. 그래서 가족교육프로그램이 어느 기관의 전체 프로그램에서 고립되어서 실시되어서는 안되며, 전체 의료진과 직원이 협조할 지원준비가 되어 있어야만 가족교육이 효율적으로 실시될 수 있다.

둘째, 환자가족의 특성을 고려해야 한다. 삶의 내용이 다양하듯이, 환자가족의 욕구와 태도도 다양할 것이다. 예로써 가족의 경제적 배경에 차이가 있을수 있는데, 이것은 가족교육을 하는 장소와 집과의 거리, 교통편, 직장인인 경우 직장에서 나오는 어려움, 나머지 식구를 돌보는 문제, 식구들의 건강의 상실 등이 관계된다. 또한 교육적 수준의 차이는 정보를 이해하는 능력, 정신분열병에 대한 일반지식, 읽거나 쓰는 능력들이 관계된다. 가족과 환자와의 관계에 있어서도 부모이거나 배우자, 형제에 따라 교육내용이 다를 수 있다. 환자를 돌보며 살아온 투병기간이 또한 중요한 요인이다, 첫번째 에피소드를 경험한 가족과, 몇년씩 혹은 10년이상 겪고 있는 가족은 욕구와 부딪히는 문제에서 차이가 있다.

우리나라의 경우 아직까지 이러한 Hatfield(1990)의 제언을 실천하기에는 상당한 난관이 있는 것으로 판단된다. 그의 첫번째 제언의 요지는 "전체 의료진과 직원의 협조가 있어야만 한다"는 것인데, 이를 위해서는 가족교육 실천가들의 강한 실천의지가 필요하다. 왜냐하면, 우리나라의 정신보건 의료진들 대다수는 아직까지 전통적인 치료철학(예로써, 정신역동이론)을 고수하고 있으며, 새로운 재활철학을 받아들이지 못하고 있기 때문이다. 따라서, 가족교육 실천가들은 가족교육 프로그램을 개발해

야 할 뿐만 아니라, 동료 의료진 및 행정가들에게 재활철학을 소개하고 교육해야만 하며, 자신의 모든 업무에서 재활철학 실천의 모범을 보여야만 한다. Hatfield(1990)의 두번째 제언의 요지는 "환자 가족들의 특성에 따라 각각의 특성에 맞는 다양한 가족교육 프로그램들이 필요하다"는 것인데, 이를 위해서는 가족교육 실천가들의 풍부한 실천 경험이 필요하다. 아울러 가족들의 상태에 대한 철저하면서도 광범위한 연구가 수행되어야만 한다. 또한 가족교육에 대한 효과검증연구가 철저히 수행되어야만 한다.

이제 본 연구자가 개발한 시범적 가족교육 프로그램에 대한 본 연구자의 주관적인 견해를 서술하고자 한다.

첫째, 가족교육에 대한 가족들의 주관적 만족도가 매우 높다. 이것은 가족교육을 통하여 의료진과 가족 간의 원만한 협조체제를 이룰 수 있는 가능성을 시사해 준다.

둘째, 가족들은 교육을 통하여, 정신분열병에 대한 보다 낙관적이고 수용적인 견해, 환자에 대한 보다 호의적인 태도, 문제상황에 대한 자신감 등을 지니게 되는 것으로 판단된다. 이는 가족교육이 그 자체만으로, 상당한 가족치료적 효과가 있음을 시사해 주는 것이다.

셋째, 가족들은 교육전에 비하여, 약물관리를 철저히 하게 되었으며, 그것만으로도 환자의 재발방지에 상당히 기여할 것으로 판단된다.

넷째, 교육효과를 극대화하기 위해서는, 교육내용이 매우 구체적이면서도 실질적이어야 한다는 점을 확인하였다. 따라서, 구체적인 예와 방법이 자세히 소개되어 있는 잘 구성된 가족교육 교재가 필요하다.

다섯째, 강의에 의한 정보제공만으로는 실제 상황에서 배운 지식을 사용하기 어려워 한다. 따라서, 실습부분을 강화해야 할 필요가 있겠다. 또한 가족 개별적 상황에서 부딪히는 특정문제들을 자세히 다루어 주어야 할 것이다.

여섯째, 가족이 환자와 지낸 투병기간에 따라 교육내용이 달라져야 한다. 즉 투병기간에 따라 가족의 적응반응이 변화하기 때문에, 그것에 적합한 내용이 필요하다.

일곱째, 가족들의 연령, 경제수준, 교육수준, 시간적 여건에 따라, 교육에 참여할 수 있는 정도가 다르므로, 다양한 형식의 가족교육모델이 개발되어야겠다.

여덟째, 같은 교육내용이라고 하더라도, 강사의 열의와 확신이 매우 중요한 변인으로 작용한다는 점을 확인하였다.

한 국가의 정신의학의 발전이 경제적 수준에 힘입고 있지만, 경제수준만이 그것을 좌우하는 것은 아니라고 본다. 우리보다 경제발달이 뒤쳐진, 인도, 필리핀, 아프리카 지역 등에서도 가족교육은 이미 실시되고, 연구되고, 보고되고 있다. 우리나라에도 전통적인 가족치료는 그동안 실시되고 있는 줄로 안다. 그러나, 심리사회재활적 가족교육은 일부 병원에서 이제 시작하고 있는 단계이며, 가족교육에 대한 연구도 극히 미약한 실정이다(김철권, 1993). 따라서, 다양한 가족교육 프로그램이 빨리 개발되어, 정신분열병 환자를 가진 가족들에게 사용되어야 할 것이다.

앞으로의 과제는 크게 두가지이다. 한가지는 기존의 프로그램을 우리나라 환자가족에 맞도록 더욱 정교화하는 일이며, 나아가 다양한 형식의 가족교육 프로그램을 개발하는 일이다. 또 한가지는, 재활철학과 구체적인 방법론을 훈련받은 열성적인 강사를 양성하는 일이다.

### 참고문헌

김이영, 김광일, 손준호(1986) 정신질환의 의료전달 체계를 위한 시안. *정신건강연구*, 4, 244-266.  
 김철권(1993). 정신분열병 환자의 가족을 위한 교육 프로그램. *부산정신의학*, 2, 24-43.  
 Anderson, C.M., Reiss, D.J., & Hogarty, G.E.

(1986). *Schizophrenia and the family: A practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York: Guilford Press.  
 Anthony, W.A., Cohen, M., & Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.  
 Barrowclough, C., & TARRIER, N. (1987). A behavioral intervention with a schizophrenic patient. *Behavioral Psychotherapy*, 15, 252-271.  
 Bellack, A.S., & Muesser, K.T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 317-336.  
 Berkowitz, Eberlein-Vries Kuipers, & Leff (1984). Educating relatives about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 418-429.  
 Cozolino, L.J., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., West, K.I., & Snyder, K.S. (1988). The impact of education about schizophrenia on relatives' expressed emotion. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 675-687.  
 Deva, M.P. (1990). Psychosocial rehabilitation in the developing world: Progress and problems. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 14(1), 21-27.  
 Falloon, I.R.H., Boyd, J., & McGill, C. (1984). *Family care of schizophrenia*. NY: Guilford Press.  
 Falloon, I.R.H., Boyd, J., McGill, C., Williamson, M., Razani, J., Moss, H., & Gilderman, A. (1985). A Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896.  
 Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychtherapy. *Psychiatry*,

11. 263-273.

- Goldstein, M.J., & Kopeiken, H.(1981). Short-term and long-term effects of combining drug and family therapy. In M.J.Goldstein (Ed.), *New developments in interventions with families of schizophrenics*(New directions for mental health services, No. 12, 5-26). San Francisco: Jossey-Bass.
- Haley, J.(1980). *Leaving home: The therapy of distributed young people*. New York: McGraw-Hill.
- Hatfield, A.B.(1990). *Family education in mental illness*. NY: Guilford Press.
- Hatfield, A.B.(1991). *Coping with mental illness in the family: A family guide*. NAMI Book No.6. Arlington, VA: NAMI Press.
- Hatfield, A.B., & Lefley, H.P.(1993). *Surviving mental illness: Stress, coping, and adaptation*. NY: Guilford Press.
- Hatfield, A.B., & Lefley, H.P.(Eds.)(1987). *Family of the mentally ill: Coping and adaptation*. New York: Guilford Press.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Geenwald, D.P., Javna, C.D., & Madonia, M.J.(1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Geenwald, D.P., Ulrich, R.F., & Carter, M.(1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 48, 340-347.
- Holden, D.F., & Levine, R.R.J.(1982). How families evaluate mental health professionals. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 628-633.
- Howells, J.G., & Guirguis, W.R.(1985). *The family and schizophrenia*. New York: International Universities Press.
- Intagliata, J., Willer, B. & Egri, G.(1986). Role of the family in case management of the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 699-708.
- Kazarian, S.S., & Vanderheyden, D.A.(1992). Family education of relatives of people with psychiatric disability: A review. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15,( 3), 67-84.
- Lam, D.(1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia : A review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.
- Leff J.P., & Vaughn, C.(1985). *Expressed emotion in families : Its significance for mental illness*. New York : Guilford Press.
- Lefley, H.P.(1990). Rehabilitation in mental illness : Insights from other cultures, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(1), 5-12.
- McGill, C.W., Falloon, I.R., Boyd, J.L., & Wood-Siverio, C.(1983). Family education in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 934-938.
- Meisel, M. Mannion, E.(1989). *Teaching manual for coping skills workshops*. Philadelphia, Pennsylvania: T.E.C.(Training and Education Center) Network.
- Minkoff, K.(1978). A map of the chronic mental patient. In J.Talbot(Ed.), *The chronic mental patient*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Reilly, J.W., Rohrhaugh, M., & Lachner, J.M.(1988). A controlled evaluation of psychoeducation

- workshops for relatives of state hospital patients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 429-432.
- Smith, J., & Birchwood, M. (1987). Specific and non-specific effects of educational interventions with families of schizophrenic patients. *British Journal of psychiatry*, 150, 645-652.
- Smith, J., & Birchwood, M. (1990). Relatives and patients as partners in the management of schizophrenia : The development of a service models. *British Journal of psychiatry*, 156, 654-660.
- Spaniol, L.J., & Zipple, A.M. (1988). Family and professional perceptions of family needs and coping strengths. *Rehabilitation Psychology*, 33(1), 33-45.
- Spaniol, L.J., Jung, H.F., Zipple, A.M., & Fitzgerald, S. (1987). Families as a resource in the rehabilitation of the severely psychiatrically disabled. In A.B. Hatfield & H.P. Lefley (Eds.), *Family of the mentally ill: Coping and adaptation* (167-190). New York: Guilford Press.
- Strachan, A.M. (1986). Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: Toward protection and coping. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 678-698.
- Strauss, J.S. (1986). Discussion: What does rehabilitation accomplish? *Schizophrenia Bulletin*, 12, 720-723.
- Strauss, J.S. (1989). Subjective experiences of schizophrenia. Toward a new dynamic psychiatry-II. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 179-187.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J., Porceddu, K., Watts, S., & Freeman, H. (1988). The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioral intervention with families to reduce relapse. *British Journal of psychiatry*, 153, 532-542.
- Terkelsen, K.G. (1983). Schizophrenia and the family: II. Adverse effects of family therapy. *Family Process*, 22, 191-200.
- Terkelsen, K.G. (1987). The meaning of mental illness to the family. In A.B. Hatfield and H.P. Lefley (eds.), *Family of the mentally ill: Coping and adaptation*, New York: Guilford Press.
- Vaughn, C.E. (1989). Expressed emotion in family relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 13-22.
- Wiedl, K.H., & Schtner, B. (1991). Coping with symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 525-538.
- Zipple, A.M., & Spaniol, L.J. (1987 a). Current educational and supportive models of family intervention. In A.B. Hatfield & H.P. Lefley (Eds.), *Families of the mentally ill: Coping and adaptation*. New York: Guilford Press.
- Zipple, A.M., & Spaniol, L. (1987 b). *Families that Include a Person with a Mental Illness: What They Need and How to Provide It: Participant Workbook*. Boston, MA: Boston University.
- Zipple, A.M., & Spaniol, L.J. (1987 b). *Families that include a person with a mental illness: What they need and how to provide it: Trainer manual*. Boston, MA: Boston University.



## **Development of family education program for persons with schizophrenia.**

**Myung-Ja Son**

Keimyung University

Family can play an important role in the course of treating schizophrenia. Family education programs have been developed, with which family could cope more effectively with their relative's symptomatic behaviors. The author has developed a family education program in Korea. This article consists of two parts. In the first part, the author reviewed the development of the American family education program, emphasizing the necessity of family education, and described the outcome of family intervention. The second part introduced the process and the content of the Korean family education program for person with schizophrenia. In addition, the evaluation of the program and suggestions for the future were proposed.