韓國心理學會誌 : 臨床
Korean Journal of Clinical Psychology
1995. Vol. 14, No. 1, 15-27

# 만성 정신분열병 환자의 퇴원후 관리 치료를 위한 가족심리교육훈련의 효과[1)]

손 명 자

계명대학교 심리학과

본 연구는 만성정신분열병 환자의 가족을 대상으로 저자가 개발한 가족교육훈련 프로그램을 실시하여, 그것이 환자의 치료에 미치는 효과를 검증하였다. 가족교육훈련은 5회기의 가족교육과 9회기의 추수지도로 구성되었다. 실험집단(14명)과 통제집단(15명)에 대하여 사전검사와 사후검사를 실시하여 이원변량분석을 하였다. 그 결과, 환자의 재입원율, 환자의 증상 중 일부, 즉 SCL-90-R에서의 강박증, 전체심도지수, 표출증상심도지수, BPRS에서의 적개심, 과대감, 개념적 비조직화, 비협력성, 정서적 철수, 위생소홀, 기괴한 행동, 고양된 기분, 주의산만, 그리고 생활기능 중 일부, 즉 개인위생관리에서 유의한 긍정적 효과가 있었다. 또한 통계적으로 유의한 수준은 아니었으나 가족의 심리적 고통을 경감시켜 주는 경향이 시사되었다. 따라서 저자가 개발한 가족교육훈련 프로그램은 환자의 치료에 부분적으로 도움이 되는 것으로 판단된다.

정신분열병은 다각적이고 종합적인 치료개입을 필요로 하는 질병이다. 정신분열병환자에게는 약물처치로서 증상을 완화시키고, 환경적 스트레스를 줄이고, 환자의 사회적응 능력을 개발시키며, 더하여 환자가 이용할 수 있는 사회적 지원을 제공해 주어야 한다 (Bellack, 1989).

정신분열병환자의 가족을 대상으로 하는 가족교육, 혹은 가족치료는 비록 그것이 간접적인 영향을 줄지라도 환자가 받을 수 있는 모든 개입 중에서 가장 중요한 부분을 차지한다. 그 이유는 환자에게 필요한 위의 다각적인 접근 요소와 가족이 관련되기 때문이다 (손명자, 1994). 즉 가족의 협력 없이는 그 접근들이 최선의 실행이 되기 어렵다는 사실이다. 따라서 가족교육을 통하여 가족은 각각의 실행 속에서 그들의 참여몫을 배움으로서 환자의 치료에 긍적적 영향을 미칠 수 있을 것이다.

1) 이 논문은 1993년도 한국학술진흥재단의 공모과제 연구비에 의하여 연구되었음.

그리고 무엇보다도 중요한 사실은, 가족이 환자의 치료에 대해 누구보다도 높은 관여동기를 가지고 있으므로 가족은 환자를 위해 동원할수 있는 가장 큰 자원이라는 점이다. 따라서 이 자원을 활용하는 것은 자연스럽고 당연한 일이다(Holden & Levine, 1982, Spaniol & Zipple, 1988).

그럼에도 불구하고 전통적으로 가족은 치료장면에서 제외되거나, 오히려 발병의 원인제공자로서 경원시 되어 왔다(Strachan, 1986, Terkelsen, 1987). 그러나 1970년대 후반부터 진행된 정신사회재활적 접근에 따라, 가족이 가진 긍정적 가치를 새롭게 인식하게 되면서부터 가족을 환자를 돕는 일에 공동협력자로서 받아들이게 되었던 것이다.

그이후 여러가지 모형의 가족교육 또는 가족치료 프로그램들이 개발되었다(Anderson, Reiss, & Hogarty, 1986; Falloon, Boyd, & McGill, 1984; Hatfield, 1991; Meisel & Mannion, 1989; Tarrier, Barrowclough, Vaughn, Bamrah, Porceddu, Watts, & Freeman, 1988; Zipple, & Spaniol, 1987a; Zipple, & Spaniol, 1987b). 그리고 이 모형들은 각각 포함되는 주된 내용과 실시 회수, 장소, 실시 시기, 환자를 포함시키는 여부, 그리고 제시방법 등에서 차이를 가지고 있다(Kazarian & Vandenheyden, 1992).

그러나 이러한 다양성에도 불구하고 각 프로그램들은 효과적인 접근을 위해 필요한 공통적인 요소를 포함하고 있다. Lam(1991)은 그 요소들이란, 1) 치료자와 가족간에 진실한 동맹관계를 맺는다; 2) 환자의 성격발달과정이나 가족의 역사를 밝히기 보다, 현재의 행동에 초점을 맞추고, 그에 대한 대응능력을 개선시킨다; 3) 정신분열병의 생물학적 소인에 대한 정보를 제공함으로써, 환자를 비난하지 않으며 가족의 죄의식을 감소시켜 준다; 4) 가족간의 정서표현 강도를 감소시키고, 의사소통을 분명하게 하고 개선시킨다; 5) 실제적 문제해결을 위해 구체적인 행동적 기술을 사용하는 대응전략을 가르치는 것들이라고 분석했다.

한편 다양한 가족모형에 따라 프로그램들의 효과에 대한 연구가 수행되었다. 연구들의 결과를 종합해 보면, 가족들의 주관적 평가에서는 긍정적인 효과가 보고되고 있으나, 객관적 평가치에서는 결과가 일치하지 않고 있다. 즉 가족들은 주관적 평가에서 가족교육에 만족을 표현했고, 가족교육이 자신에게 도움이 되었다고 보고 하였으며, 지원을 제공 받는다는 느낌, 자신감의 증가, 심리적 고통의 감소 등을 지적하였다. 그리고 환자의 정신장애에 대한 가족의 태도에서도 긍정적인 변화가 보고되고 있다.

그러나 객관적 평가치에서는 가족교육이 재발율과 장애의 정도를 경감시키는지에 관하여 서로 불일치하는 결과가 나타났다. 그리고 환자에 대한 가족의 행동이 변화하였는지에 관해서는 대체로 변화가 없다고 보고되고 있다. 그런데, 몇달 혹은 그 이상의 장기간 제공되는 가족교육의 실행에서는 몇가지의 연구를 제외하고는 환자에게나 가족들에게 좋은 성과를 이루어내고 있어 프로그램의 지속성이 가장 중요한 요인인 것 같다(Bellack & Mueser 1933).

아직 결론짓기 이르지만, 가족교육이 계속 실시되고 평가되어야 하는 타당성에 대해 몇가지 사실을 들 수 있다(Kazarian & Vandenhyden, 1992). 첫째, 프로그램에 참여 했던 가족들이 도움이 되는 것으로 평가를 한다. 두번째로, 가족교육이 비교적 장기적인 개입이기 때문에, 이를 통해 가족들은 지원을 받게 되며, 치료에 있어 치료동맹을 맺어 협력하고 환자의 장기적인 치료에 관여할 수 있다. 세번째로, 아직 프로그램의 내용과 제시방법, 제시형태, 시기, 그리고 프로그램과 가족내 정서표현수준(Expressed Emotion: EE), 환자의 종류, 환자의 증상의 특성, 성차 등과의 상호작용에 관한 연구가 충분히 수행되지 않았다. 또한 효과적 비효과적 요소가 가려지지 않았기 때문에, 가족교육 프로그램이 비효과적이라고 하기에는 아직 이르다 할 수 있다.

우리나라의 임상현장에서는 최근에 들어와서 정신분열병 환자가족을 위한 교육프로그램이 실시되기 시작했다. 현재 변원탄과 김철권(1995)이 개발한 프로그램과 본 연구자(손명자, 1994)가 만든 프로그램이 있으며, 국내에서의 효과검증연구는 이제 시작단계이다. 가족교육과 관련하여 현재까지 보고된 연구결과(박유미, 1992; 심경순, 1994)는 가족교육 직후 정신

분열병에 대한 가족의 지식과 태도 및 환자에 대한 가족의 태도 등에 있어서 긍정적 효과를 보고하고 있다. 그러나 가족교육 프로그램 개입이 환자에게 미치는 효과에 대한 연구는 아직 없다. 과연 가족교육이 환자의 재발율과 증상을 경감시켜 주고, 환자의 일상생활기능을 증가시켜 주는데 도움을 주는가? 환자의 심리적 고통도 감소시키게 되는가? 가족교육을 받음으로서 가족 자신들의 심리적 부담도 줄어들 것인가를 알아보고 싶었다.

우선 본 연구에 사용된 프로그램의 특성은 손명자(1994)의 보고에서 기술된 바와 같이, 여러가지 기존의 외국 가족교육 모형들을 종합하여 만든 것이다. 본 연구는 이 모형의 가족교육 프로그램이 우리나라 환자가족에게나 환자에게 효과적인지, 어떤 점이 앞으로 더 보완되어야 하는지를 탐색하기 위해 실행되었다.

연구대상 가족에 대해서는 외국의 많은 선행연구들이 초기에는 높은 정서표현(high expressed emotion) 가족집단만을 대상으로 하였으나, 최근에 들어 낮은 정서표현(low expressed emotion) 가족집단에게도 가족교육의 효과가 보고되고 있고(Randolf, Eth, Glynn, Paz, Leong, Shaner, Strachan, Vort, Escober, & Liberman, 1994), 더하여 근본적으로 정서표현이란 것은 원인 요인이기보다 환자의 증상행동에 대한 반응적 결과라는 해석이 제시되고 있기 때문에, 교육대상 가족의 선택에 있어 정서표현 수준을 배제하였다.

또한 가족교육 실시에 있어 환자를 참여시키는 프로그램도 있으나, 본 연구에서는 환자를 참여시키지 않았다. 왜냐하면 가족이 질문하거나 고통을 호소할 때 환자가 있는 곳에서는 주저하고 포기하기 때문이다(Cosolino, Goldstein, Nuechterlein, West, & Snyder, 1988).

가족교육 프로그램을 실행하는 장소의 경우, 선행연구들이 기관이나 환자의 집 중에서 선택하여 실시했는데, 본 프로그램은 병원장면에서 제공하기로 하였다. 무엇보다도 개별가정에서 할 경우, 비용효율성의 측면에서 보편적 프로그램이 되기 힘들 것이다. 더하여 가정에서 실시한 것과 같은 프로그램을 병원에서 가족집단에게 제공했던 연구(Randolf et. al., 1994)에서도 유사한 효과를 얻고 있어, 본 프로그램의 병원장면 실행에서는 긍정적 효과를 기대할 수 있을 것이다.

## 방법 및 절차

### 피험자

본 연구의 피험자는 만성정신분열병 환자 29명(실험집단 14명, 통제집단 15명)이다. 처치집단 14명은 국립정신병원 환자 7명과 신경정신과의원 환자 7명이며, 통제집단은 신경정신과의원 환자 15명이다.

본 연구의 피험자 기준은 다음과 같다: 1) DSM-III-R 기준에 의하여 정신분열병으로 진단받은 환자; 2) 만성정신분열병 환자(발병 후 2년 이상 경과); 3) 퇴원시에도 정신분열병 진단이 여전히 유효한 경우; 4) 연령은 10대-40대; 5) 이중진단자 제외(예로서, 강박장애, 알콜중독, 약물남용); 6) 심장질환자 제외.

실험집단과 통제집단의 인구학적 특성은 〈표 1〉에 제시하였다.

〈표 1〉에 제시된 인구학적 변인들 중 실험집단과 통제집단 간에 차이가 나는 변인이 있는지 통계검증해 보았다. 성별에 대해서는 $\chi^2$ 검증을, 나이, 학력, 투병기간에 대해서는 t검증을 행하였다. 그 결과, 보호자의 성별에서 유의한 차이가 있었다. 이것은 교육참여가족이 주로 환자의 어머니였기 때문이다.

처치집단의 환자는 병원의 전통적인 약물치료와 가료를 받으며, 더하여 그들의 가족이 가족교육을 제공받는 환자들이다. 통제집단에서는 환자들이 병원의 약물치료와 가료만 받는다.

### 측정도구

본 연구의 종속변인은 네가지이다: 1) 환자의 재입원율; 2) 환자의 증상의 정도 ; 3) 환자의 일상생활기능의 정도; 4) 가족의 심리적 고통의 정도.

표 1. 피험자의 인구학적 특성

| 변 인 | | 처치집단 ($N$=14) | 통제집단 ($N$=15) | |
|---|---|---|---|---|
| 환 자 | 성 별 남 | 6명 | 9명 | |
| | 여 | 8명 | 6명 | |
| | 나 이 (만연령) | 27.6 (6.7) | 29.1 (5.6) | |
| | 학 력(교육연한) | 12.1 (2.1) | 12.2 (2.7) | |
| | 투병기간 (년) | 7.9 (4.5) | 6.9 (3.5) | |
| 보 호 자 | 성 별 남 | 2명 | 9명 | $\chi^2$ = 6.43 |
| | 여 | 12명 | 6명 | ($p$ <.05) |
| | 나 이 (만연령) | 52.6 (9.7) | 53.7 (8.3) | |
| | 학 력 (교육연한) | 10.4 (3.0) | 10.2 (3.5) | |

수치는 평균(표준편차)임.

1) 환자의 재입원율은 재입원 환자의 수로 측정하였다.

2) 환자의 증상 정도는 간이정신진단검사(Symptom Checklist-90-Revision : 이하 SCL-90-R)(김광일, 김재환, 원호택, 1984)와 확장된 간편정신장애평정척도(Expanded Brief Psychiatric Rating Scale: 이하 BPRS)(Lukoff, Nuechterlein, & Ventura, 1986)로 측정하였다.

SCL-90-R은 정신과적 증상의 유무와 그 정도를 측정하는 검사로서, 12개 척도, 총 90문항으로 구성되어 있는 자기보고형 지필지형 검사이다.

BPRS는 원척도를 저자가 번역하여 사용하였다. 이 척도는 정신과적 증상의 유무와 그 정도를 평가는 도구로서, 총 24개의 항목으로 구성되어 있으며, 면접기법 및 평정기법을 훈련받은 전문가가 약 30분 정도 소요되는 면접을 수행하여, 면접수행 결과를 바탕으로 각 항목들을 7점 평정척도(1점은 증상없음, 7점은 증상이 극심함) 상에서 평정하도록 되어 있다.

3) 환자의 일상생활기능의 정도를 측정하기 위하여 Wallace(1985)의 독립적 생활기술 질문지(Independent Living Skills Survey : ILSS)와 Evenson과 Boyd (1993)의 세인트루이스 지역사회 생활기술 질문지 (The St. Louis Inventory of Community Living Skills)를 참고하여 저자가 개발한 "생활기능평가지"를 사용하였다. 이 평가지는 다양한 영역에서의 일상생활 수행수준을 평가하기 위한 것으로서, 4개 생활영역, 12개 항목으로 구성되어 있다. 이 평가지는 환자의 일상생활을 관찰한 경험을 토대로 환자의 가족들이 평정하도록 되어 있으며, 각 항목별로 5점 평정척도 (1점은 매우 불량한 수준, 5점은 매우 양호한 수준) 상에서 평정하도록 되어 있다.

4) 가족의 심리적 고통의 정도는 SCL-90-R로 측정하였다.

## 절 차

평가도구

평가자 훈련을 실시하였으며, 특히 BPRS의 경우, 평정자간 일치도를 .80수준 이상으로 높이기 위하여,

계속적으로 평가자간의 토론을 반복하였다. 평가자는 임상심리전문가 또는 임상심리학 박사과정생 4명이었다.

가족교육프로그램 및 실시

프로그램: 연구자가 개발한 것이다(손명자, 1994)

실시: 가족교육프로그램은 강의와 실습 5회기(매주 1회, 1회기 3시간)에 이어, 9회기의 추수지도(매달 2회기씩 3개월, 그이후 매달 1회기씩 3개월, 1회기 90분)를 받는다. 추수지도에서는 교육내용의 재학습과 실천결과를 점검을 하였다. 강사는 임상심리전문가 2명이었다.

사전검사

사전검사는 환자가 퇴원하기 직전에 실시하는 것을 원칙으로 하였다. 실시 시기는 구체적으로는 다음과 같다: 1) 환자의 SCL-90-R은 퇴원 1주일 전에 실시하였다; 2) 환자의 BPRS는 퇴원 직전에 검사자가 환자를 면접하여 평가하였다; 3) '생활기능평가지'는 환자가 퇴원하고 2주일간 집에서 생활한 후 가족이 평정하도록 하였다; 4) 가족의 SCL-90-R은 가족교육 1회기 직후에 실시하였다.

대부분의 경우, 환자가 입원해 있는 동안 가족들이 가족교육을 받았기 때문에, 실험집단의 경우 가족의 SCL-90-R이 먼저 수집되었으며, 대체로 가족교육을 시작한 뒤 2-3개월 뒤에 환자의 SCL-90-R, BPRS, 및 생활기능평가지가 수집되었다. 그러나 통제집단의 경우에는 환자에 대한 평가시기에 가족 SCL-90-R을 수집하였기 때문에, 가족의 사전검사 SCL-90-R 실시시기에서 실험집단과 통제집단 간에 다소의 차이가 있다.

사후검사

사후검사는 사전검사 후 9개월이 경과한 뒤에 실시하는 것을 원칙으로 하였다. 사후검사에 들어가기에 앞서서 연구자 또는 임상심리전문가가 환자와 보호자를 30분 정도 면담하였으며, 그 뒤 개별적으로 사후검사를 실시하였다.

## 결 과

### 1. 환자의 재입원율

환자의 재입원율은 〈표 2〉에 제시하였다. $\chi^2$ 결과 분석에서 실험집단과 통제집단 간에 유의한 차이가 있었다( $\chi^2$=4.33, $p$〈.05). 참고적으로 환자의 약물복용 여부를 조사하였다. 실험집단의 경우 14명이 모두 약물복용을 준수하고 있으나, 통제집단은 12명은 약물복용을 준수하고 있으나 3명은 약물을 복용하지 않고 있다. 이 차이는 통계적으로 유의한 차이는 아니다.

표 2. 환자의 재입원율

| | 실험집단 ($N$=14) | 통제집단 ($N$=15) | |
|---|---|---|---|
| 재입원 함 | 0 | 4 | $\chi^2$=4.33 |
| 재입원 안함 | 14 | 11 | ($p$〈.05) |

### 2. 환자의 증상의 정도

환자의 증상의 정도는 SCL-90-R과 BPRS로 측정하였다.

환자의 SCL-90-R 결과는 〈표 3〉에 제시하였다. 이원변량 분석결과 강박증척도, 전체심도지수, 표출증상심도지수에서 $p$〈.05 수준에서 상호작용효과가 있었다.

환자의 BPRS 결과는 〈표 4〉에 제시하였다. 환자의 BPRS에 대하여 이원변량분석을 행한 결과, 전체 24개 문항 중 9개 문항에서 유의한 상호작용 효과가 있었다. 즉 문항8(과대감), 문항17(비협력성), 문항18(정서적 철수), 문항21(기괴한 행동)의 경우 $p$〈.01 수준에서, 문항5(적개심), 문항11(개념적 비조직화), 문항20(위생소홀), 문항 22(고양된 기분), 문항 24(주의산만)의 경우 $p$〈.05 수준에서 상호작용 효과가 통계적으로 유의하였다.

표 3. 환자의 SCL-90-R 결과

| 척 도 | 실험집단(N=14) | | 통제집단(N=15) | | F | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 사전검사 | 사후검사 | 사전검사 | 사후검사 | | |
| 1. 신체화 | 45.1 ( 8.9) | 42.1 (15.3) | 42.0 ( 6.3) | 44.1 ( 8.5) | 0.98 | .332 |
| 2. 강박증 | 48.6 (14.1) | 35.9 (16.7) | 43.1 (10.0) | 42.2 ( 8.8) | 5.19 | .031* |
| 3. 대인민감성 | 50.1 (10.4) | 44.0 (17.4) | 44.0 ( 8.4) | 45.0 (11.8) | 1.94 | .175 |
| 4. 우울 | 46.6 ( 8.4) | 42.9 (16.6) | 42.4 ( 8.1) | 43.6 ( 9.6) | 0.66 | .425 |
| 5. 불안 | 49.9 (13.1) | 43.5 (19.1) | 44.6 ( 9.3) | 43.4 ( 9.4) | 0.58 | .453 |
| 6. 적대감 | 49.8 (12.1) | 43.7 (15.7) | 45.2 ( 8.3) | 45.0 ( 9.3) | 0.98 | .331 |
| 7. 공포불안 | 51.6 (12.7) | 47.8 (20.8) | 47.7 ( 8.2) | 45.1 ( 6.5) | 0.04 | .844 |
| 8. 편집증 | 51.3 (13.6) | 44.4 (23.1) | 46.1 (10.7) | 47.7 (12.8) | 1.93 | .176 |
| 9. 정신증 | 51.0 (12.7) | 42.5 (23.6) | 46.5 ( 9.3) | 47.1 (13.4) | 1.79 | .192 |
| 10. 전체심도지수 | 48.1 (11.1) | 38.2 (16.9) | 42.8 ( 9.3) | 43.1 (10.8) | 4.20 | .050* |
| 11. 표출증상심도지수 | 51.3 (10.8) | 43.4 (16.6) | 42.3 (11.8) | 49.0 (11.7) | 4.21 | .050* |
| 12. 표출증상합계 | 45.6 (10.8) | 42.5 (21.3) | 41.4 (11.3) | 40.7 (12.3) | 0.12 | .736 |

수치는 T점수 평균(표준편차)임. *$p$ <.05

표 4. 환자의 BPRS 결과

| 문 항 내 용 | 실험집단(N=13) | | 통제집단(N=15) | | F | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 사전검사 | 사후검사 | 사전검사 | 사후검사 | | |
| 1. 신체적 걱정 | 1.79 (0.89) | 1.64 (1.15) | 1.87 (0.99) | 2.20 (1.42) | 0.56 | .460 |
| 2. 불안 | 2.14 (0.94) | 1.64 (1.33) | 1.80 (1.27) | 2.53 (1.55) | 3.61 | .068 |
| 3. 우울 | 2.00 (0.96) | 1.71 (1.59) | 1.67 (1.05) | 2.33 (1.68) | 1.58 | .219 |
| 4. 죄책감 | 2.21 (1.05) | 1.71 (1.14) | 1.60 (1.18) | 2.13 (1.77) | 1.98 | .170 |
| 5. 적개심 | 1.86 (1.29) | 1.58 (1.01) | 1.13 (0.51) | 2.20 (1.47) | 5.61 | .025* |
| 6. 의심 | 2.00 (1.47) | 2.07 (1.90) | 1.60 (1.35) | 2.13 (1.77) | 0.47 | .499 |
| 7. 이상한 사고내용 | 2.86 (1.79) | 2.50 (2.24) | 1.20 (0.56) | 2.27 (1.99) | 3.30 | .080 |
| 8. 과대감 | 2.64 (2.20) | 1.79 (1.84) | 1.00 (0.38) | 1.80 (1.32) | 9.57 | .005** |
| 9. 환각 | 2.07 (1.69) | 1.92 (2.06) | 1.00 (0.38) | 2.13 (2.07) | 2.42 | .131 |
| 10. 지남력 | 1.14 (0.36) | 1.36 (1.39) | 1.00 (0.38) | 1.33 (1.29) | 0.05 | .822 |
| 11. 개념적 비조직화 | 1.93 (1.07) | 1.57 (1.16) | 1.00 (0.38) | 1.60 (0.82) | 5.81 | .023* |
| 12. 흥분 | 1.64 (1.00) | 1.64 (1.08) | 1.40 (0.63) | 1.73 (1.03) | 0.48 | .495 |
| 13. 운동지체 | 1.57 (0.93) | 1.36 (0.74) | 1.40 (0.82) | 1.67 (0.81) | 1.54 | .225 |
| 14. 둔화된 정서 | 1.79 (0.89) | 1.50 (0.94) | 1.53 (0.64) | 2.07 (1.10) | 3.23 | .083 |
| 15. 긴장 | 1.50 (0.76) | 1.42 (0.85) | 1.60 (0.73) | 2.20 (1.27) | 1.98 | .171 |
| 16. 상동증과 자세 | 1.14 (0.36) | 1.14 (0.66) | 0.93 (0.26) | 1.20 (0.56) | 1.08 | .309 |
| 17. 비협력성 | 1.00 (0.00) | 1.00 (0.39) | 1.20 (0.41) | 2.47 (1.55) | 10.14 | .004** |
| 18. 정서적 철수 | 1.43 (0.51) | 1.14 (0.53) | 1.40 (0.63) | 2.00 (0.92) | 9.32 | .005** |
| 19. 자살시도 | 1.36 (0.49) | 1.86 (1.70) | 0.93 (0.26) | 1.13 (0.35) | 0.46 | .501 |
| 20. 위생소홀 | 1.21 (0.42) | 1.00 (0.39) | 1.67 (0.98) | 2.67 (1.63) | 6.22 | .019* |
| 21. 기괴한 행동 | 1.50 (0.76) | 0.92 (0.27) | 0.93 (0.26) | 2.07 (1.79) | 10.30 | .003** |
| 22. 고양된 기분 | 1.71 (0.99) | 1.14 (0.53) | 1.13 (0.64) | 1.73 (1.22) | 6.54 | .016* |
| 23. 운동과잉성 | 1.29 (0.72) | 1.07 (0.48) | 1.13 (0.35) | 1.67 (1.18) | 3.41 | .076 |
| 24. 주의산만 | 1.42 (1.16) | 1.07 (0.48) | 1.47 (0.64) | 2.27 (1.28) | 5.07 | .033* |

수치는 평균(표준편차)임. * $p$ <.05 ** $p$ <.01

### 3. 환자의 일상생활기능의 정도

가족이 평정한 환자의 생활기능평가지 결과는 〈표 5〉에 제시하였다. 생활기능평가지 평정 결과에 대하여 이원변량분석을 행한 결과, 전체 12개 문항 중 문항1(개인위생관리)에서만 유의한 상호작용효과가 있었다($p < .05$). 12개 문항을 4개의 범주영역별로 묶어서 이원변량분석을 행하였으나 4개 범주영역 모두에서 유의한 상호작용효과가 없었다.

### 4. 가족의 심리적 고통의 정도

가족의 심리적 고통의 정도는 SCL-90-R로 측정하였다. 가족의 SCL-90-R 결과는 〈표 6〉에 제시하였다. 이원변량 분석결과 모든 척도에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

표 5. 생활기능평가지 결과

| 문 항 내 용 | 실험집단($N$=14) | | 통제집단($N$=15) | | $F$ | $p$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 사전검사 | 사후검사 | 사전검사 | 사후검사 | | |
| 1. 개인위생관리 | 3.79 (1.37) | 4.21 (0.58) | 4.00 (0.66) | 3.1 (1.2) | 6.93 | .014* |
| 2. 외모관리 | 4.00 (1.17) | 3.93 (1.83) | 3.80 (0.94) | 3.1 (1.1) | 2.26 | .144 |
| 3. 주변정리정돈 | 3.14 (1.17) | 3.29 (0.99) | 3.33 (0.90) | 3.0 (0.9) | 1.03 | .319 |
| 4. 건강관리 | 3.57 (1.09) | 3.17 (0.73) | 3.13 (1.19) | 2.7 (1.0) | 1.54 | .225 |
| 5. 여가시간관리 | 2.93 (1.27) | 3.21 (1.12) | 2.73 (1.03) | 2.7 (1.4) | 0.21 | .652 |
| 6. 집안에서의 자기역할하기 | 3.29 (0.83) | 3.36 (0.93) | 3.27 (0.88) | 3.4 (1.1) | 0.02 | .881 |
| 7. 가족들의 사생활 존중하기 | 3.43 (0.94) | 3.29 (0.99) | 3.53 (1.30) | 3.3 (1.0) | 0.05 | .817 |
| 8. 대화나누기 | 3.57 (0.94) | 3.43 (1.22) | 3.13 (0.99) | 3.1 (1.1) | 0.10 | .759 |
| 9. 사람사귀기 | 2.93 (0.73) | 2.93 (1.33) | 2.60 (1.12) | 2.9 (0.9) | 0.32 | .574 |
| 10. 나들이 | 3.71 (0.99) | 3.71 (1.07) | 3.20 (1.32) | 3.3 (0.9) | 0.08 | .780 |
| 11. 재산관리 | 3.43 (1.02) | 3.43 (1.45) | 3.47 (1.25) | 3.3 (0.9) | 0.18 | .671 |
| 12. 직업활동 | 2.64 (0.93) | 2.86 (1.23) | 2.93 (1.10) | 2.9 (1.5) | 0.15 | .698 |
| 범주 1: 자기자신을 돌보는 것 (문항 1,2,3,4,5) | 3.49 (0.75) | 3.67 (0.61) | 3.40 (0.74) | 2.9 (1.0) | 3.60 | .069 |
| 범주 2: 가족들과의 생활 (문항 6,7) | 3.36 (0.69) | 3.32 (0.80) | 3.40 (0.97) | 3.3 (1.0) | 0.01 | .936 |
| 범주 3: 대인관계 (문항 8,9) | 3.25 (0.67) | 3.18 (1.15) | 2.87 (0.99) | 3.0 (1.0) | 0.25 | .618 |
| 범주 4: 외부활동 및 경제활동 (문항 10,11,12) | 3.26 (0.73) | 3.33 (0.99) | 3.20 (0.94) | 3.2 (1.0) | 0.06 | .812 |

수치는 평균(표준편차)임.

* $p < .05$

표 6. 가족의 SCL-90-R

| 척 도 | 실험집단(N=14) | | 통제집단(N=15) | | F | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 사전검사 | 사후검사 | 사전검사 | 사후검사 | | |
| 1. 신체화 | 49.1 (12.2) | 41.8 ( 8.6) | 46.7 ( 8.3) | 47.2 (10.2) | 3.00 | .095 |
| 2. 강박증 | 46.1 (13.1) | 41.8 ( 8.4) | 42.7 ( 7.7) | 43.4 (10.4) | 1.33 | .259 |
| 3. 대인민감성 | 45.4 (12.3) | 42.5 (10.3) | 42.7 ( 6.6) | 41.5 ( 8.3) | 0.14 | .714 |
| 4. 우울 | 48.0 (13.0) | 42.9 (13.5) | 45.8 ( 9.7) | 44.1 (10.7) | 0.55 | .466 |
| 5. 불안 | 50.1 (15.4) | 46.7 (9.25) | 46.7 (10.3) | 45.9 ( 8.5) | 0.35 | .558 |
| 6. 적대감 | 48.5 (13.8) | 44.2 (14.6) | 44.6 ( 8.2) | 43.9 (12.0) | 0.54 | .468 |
| 7. 공포불안 | 47.6 ( 8.8) | 46.0 ( 7.9) | 47.4 ( 9.0) | 45.5 ( 7.1) | 0.09 | .764 |
| 8. 편집증 | 47.0 (11.4) | 47.9 (13.3) | 41.7 ( 5.6) | 44.3 (10.1) | 0.47 | .501 |
| 9. 정신증 | 48.3 (15.3) | 48.3 (12.3) | 42.8 ( 4.5) | 45.7 ( 9.4) | 0.24 | .629 |
| 10. 전체심도지수 | 47.4 (15.0) | 42.6 ( 8.3) | 43.4 ( 7.9) | 43.1 ( 8.5) | 1.19 | .285 |
| 11. 표출증상심도지수 | 48.9 (14.3) | 42.9 (15.5) | 46.8 ( 8.7) | 44.0 (11.7) | 0.45 | .507 |
| 12. 표출증상합계 | 45.4 (12.5) | 47.0 (17.1) | 41.9 ( 9.3) | 44.8 (13.9) | 0.06 | .805 |

수치는 T점수 평균(표준편차)임

## 논 의

본 연구의 결과는 정신분열병 환자의 퇴원후 증상 개선 및 생활기능회복에 가족교육훈련이 부분적으로 도움이 된다는 점을 시사한다.

즉, 환자의 재입원율이 감소되고, 환자의 일부 증상들 즉 SCL-90-R에서의 강박증, 전체심도지수, 표출증상심도지수, 그리고 BPRS에서의 적개심, 과대감, 개념적 비조직화, 비협력성, 정서적 철수, 위생소홀, 기괴한 행동, 고양된 기분, 주의산만이 경감되었으며, 생활기능에 있어서 개인위생관리가 개선되었다. 이러한 긍정적 결과는 가족이 교육을 통하여 환자의 약물복용에 대한 관리를 철저히 하고, 환자와의 관계를 원만히 유지하며, 위기시에 적절히 대처하였기 때문인데, 이러한 점은 사후측정시의 가족의 보고에서 확인되었다.

그러나 본 연구에서 사용된 종속측정치의 수가 많았음을 감안할 때, 현재의 결과로서는 가족교육의 효과가 높다고 결론지을 수는 없다.

전체 결과들 중 다음 두가지 측면은 해석이 필요한 것으로 판단된다. 한가지는 재입원율과 환자의 BPRS에서는 통계적으로 유의한 결과가 나타나고 있으나, 환자의 생활기능평가지와 SCL-90-R에서는 유의한 결과가 상대적으로 적은 점이다. 이를 해석하는 한가지 가능한 관점은 각 측정도구의 자료수집방식을 고려하는 것이다. 즉 환자의 재입원율과 BPRS는 주로 환자에 대한 전문가의 평가를 반영하며, 생활기능평가지와 SCL-90-R은 주로 가족 또는 환자본인의 평가가 나타났다는 점이다. 그렇다면 가족교육이 전문가가 판단하기에는 증상을 경감시키는 효과가 있지만, 가족이나 환자가 주관적으로 느끼는 증상경감효과는 전문가의 그것에 비하여 낮다고 해석할 수 있겠다.

또 한가지는 예상과는 달리 가족의 SCL-90-R에서 유의한 결과가 나오지 않았으며, 단지 1개 척도 즉 신체화 척도에서만 개선 경향성이 있었다는 사실이다. 그러나 자료(표 6)를 검토해 보면 실험집단의 SCL-90-R 평균점수가 통제집단의 그것에 비하여 사후검사에서 전반적으로 낮아지는 경향성을 보이고 있다.

본 연구의 결과를 선행연구들의 결과와 비교하기에는 어려움이 있다. 그 이유는 본연구에서 사용된 가족교육훈련 프로그램이 선행연구들 중 어느 하나를

모방한 것이 아니라, 그 내용에 있어서 여러 프로그램의 절충형이기 때문이다. 또, 실시기간도 단기프로그램(1-2회기 프로그램)과 장기프로그램(1년이상의 집중프로그램)의 절충형이다. 선행연구에서 단기프로그램의 경우 대체로 치료효과를 입증하지 못하였다는 보고가 많고, 장기프로그램의 경우 대체로 치료효과를 입증하였다.

그러나 직접적인 비교의 어려움에도 불구하고, 본 연구와 가장 유사한 연구로는 Randolf등(1994)의 연구를 들 수 있다. 이 연구는 본 연구와 다음과 같은 유사점이 있다: 1)가족교육 실시장소가 병원이다; 2) 높은 정서표현 가족집단과 낮은 정서표현 가족집단이 모두 참여한다; 3) 교육내용에 있어서 정신분열병에 대한 정보를 제공하며, 의사소통기술과 문제해결기술 전략을 교육한다. 그러나, 본 연구가 5회기 교육과 9회기 추수지도 등 총 14회기로 구성되어 있으며 실시기간이 8개월 소요되는데 비하여, Randolf등(1994)의 연구는 총 25회기로서 12개월이 소요되는 장기프로그램이라는 차이점이 있다.

Randolf등(1994)의 연구결과는 다음과 같다: 1) 교육참석 가족의 환자가 전통적 치료집단 환자보다 증상악화 빈도가 감소된다; 2) 높은 정서표현 가족의 환자와 낮은 정서표현 가족의 환자 모두에게 증상악화에 대한 예방적 이득이 있다; 3) BPRS 점수에서 전체적 개선은 없었으나, 악화되는 증상의 수가 더 적은 경향성을 보였다. 이러한 연구결과는 본 연구와 유사한 점이 있다. 본 연구에서도 통제집단의 경우 사전검사(퇴원시 검사)보다도 사후검사(퇴원 9개월 후 검사)에서 증상악화 경향을 보여주고 있는데, 가족교육이 그러한 증상악화를 방지해 주는 기능을 하는 것으로 판단된다.

전체적으로 가족교육의 치료적 효과에 대한 선행연구 결과는 효과를 입증한 연구와 효과를 입증하지 못한 연구가 혼재되어 있는데, 긍정적 결과를 얻지 못한 연구들이 가지고 있는 문제점을 Kazarian과 Vanderheyden(1992)은 다음과 같이 분석하였다. 첫째, 연구방법의 문제인데, 피험자 수가 너무 적거나, 변화를 측정하기에는 둔감한 종속측정치를 사용하였기 때문이다. 둘째, 가족교육의 실시방법과 내용이 최적의 것이 되지 못하였기 때문이다. 셋째, 환자의 특성과 가족의 특성에 따라 같은 내용의 프로그램이라도 그 효과가 달라지기 때문이다.

Kazarian과 Vanderheyden(1992)의 지적에 따라 본 연구의 문제점을 검토해 보면 다음과 같은 문제점을 발견할 수 있다: 1) 피험자의 수가 소수이어서, 통계적으로 유의한 차이를 입증해 내는데 어려움이 있었다; 2) 처치집단과 통제집단의 보호자의 성별에 유의한 차이가 있었다. 환자의 생활기능평가와 보호자의 SCL-90-R에 이 요인이 작용했을 수 있다. 3) 주로 정신병리의 종류와 정도를 측정하는 종속측정도구가 많았으며, 생활기능을 평가할 수 있는 측정도구가 빈약하였다. 즉 보다 정교화된 생활기능 평가도구가 필요하며, 아울러 삶의 질(quality of life)을 측정할 수 있는 도구가 필요하다; 4) 가족들이 실생활에서 교육받은 내용을 보다 잘 활용할 수 있도록 교육내용과 교육방법을 보다 개선해야 할 필요성이 있다. Tarrier 등(1988)은 강의교육만 가지고는 환자의 증상재발방지에 영향을 줄 수 없다고 하였으며, Cosolino 등(1988)도 강의교육만 가지고는 6개월 이내에 배운 정보도 사라지고 미래에 대한 낙관도 낮아진다고 보고하였다; 5) 환자의 특성과 가족특성 요인이 고려되지 않았다. 특히 가족의 경우, 교육 참여자가 주로 어머니들이며, 그 외에 아버지 혹은 아버지 어머니 함께, 그리고 언니 누나들이었다. 문제는 가족 중 한사람만이 교육을 받을 때 나머지 가족들의 태도와 행동까지 환자에게 긍정적인 영향을 주도록 바꿀 수가 있느냐는 것이다. 더구나 참여교육자 이외의 사람이 집안결정권을 가졌을 때 교육내용을 실천하기 어렵게 된다. 환자의 특성과 가족의 특성에 따라 보다 특정집단에 적합하게 제공되어야 할 것이다. 한가지 대안으로서 Leff 등(1989, 1990)은 기관에서의 가족교육과 더불어 초기에 1-2회 정도 가정에서 환자를 포함한 가족교육시간을 갖는 것이 바람직하다고 제안하였다.

일단 가족교육의 전반적인 효과가 입증된다면, 그 다음 과제는 긍정적인 치료적 효과를 가져오는 요인이 무엇인가를 구체적으로 밝힐 수 있는 연구를 수

행하는 일이다.

전술한 바와 같은 여러가지 제한점이 있음에도 불구하고, 전체적으로 볼 때, 본 연구는 가족교육이 어느정도 치료적 효과가 있음을 시사해 주고 있다. 가족교육 결과 환자의 재입원율이 감소된다면 환자와 가족의 입장에서 뿐만 아니라 정신보건정책 면에서도 비용절감 효과가 있다(Falloon et.al., 1985). 우리는 현재 정신보건예산이나 정신보건전문인력 등이 매우 부족하다. 가족교육은 좋은 치료적 대안이 될 수 있다고 생각하며, 임상현장에서 가족교육이 활발히 이루어져야 할 것이다.

## 참고문헌


김철권 · 변원탄(1995). 정신분열병을 극복하는 방법. 서울 : 신한

박유미(1992). 정신과 환자가족 교육이 가족의 태도 변화에 미치는 영향에 관한 연구. 성심여자대학교 대학원 석사학위논문.

손명자(1993). 재활정신의학 : 임상심리학의 새로운 전망. 한국심리학회지 : 임상, 12(2). 1-15.

손명자(1994). 정신분열병 환자의 가족교육 프로그램 개발연구. 한국심리학회지 : 임상, 13(1). 170-186.

심경순(1994). 가족정신교육이 정신분열병 환자 가족의 재활치료적 태도에 미치는 영향. 대구대학교 대학원 석사학위논문.

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. (1989). A comprehensive model for the treatment of schizophrenia. In : Bellack, a.s., ed. *A clinical guide for the treatment of schizophrenia*. New York : Plenum Press, 1-22.

Bellack, A.S., & Muesser, K.T. (1993). Psychsocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 19*, 317-336.

Berkowitz, Eberlein-Vries Kuipers, & Leff. (1984). Educating relatives about schzophrenia. *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.

Evenson, R.C., & Boyd, M.A. (1993). The St. Louis Inventory of Community Living Skills. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 17*, 93-99.

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 managment in the prevention of morbidity of schizophrenia : Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry, 42*,887-896.

Glynn, S.M., Randolf, E.T., Eth, S., Paz, G.G., Leong, G.B., Shaner, A.L., & Strachan, A. (1990). A psychipathology and expressed emotion in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 157*, 877-880.

Goldstein, M.J., Rodnick, E.H., Evans, J.R., May, P. R., & Steinberg, M. (1978). Drug and Family therapy in the aftercare treatment of acute schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 35*, 1169-1177.

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.

Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Geenwald, D.P., Javna, C.D., & Madonia, M.J. (1986). Family psychoeducation, socal 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., Ulric, R.F., & Carter, M. (1991). Family psychoeducation, socal skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia : II. Tow-year effects of a controlled study on relpse and adjustment. *Archives of Gernal Psychiatry, 48*,340-347.

Holden, D.F., & Levine, R.R.J. (1982). How families evaluate mental health professionals, *Schizophrenia Bulletin, 4*, 628-633.

Kazarian, S.S., & Vanderheyden, D.A. (1992). Family education of relatives of people with psychiatric disability : A review. *Pshychosicial Rehabilitation Journal, 15*, 67-84.

Lam, D. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia : A review of empirical studies. *Psychological Medicine, 21*, 423-441.

Leff, J.P., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I., & Vaughn, C. (1989). A trial of family therapy versus relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 154*, 58-66.

Leff, J.P., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I., & Vaughn, C. (1990). A trial of family therapy versus a relatives group for schizophrenia : Two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry, 157*, 571-577.

Leff J.P., & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families : Its significance for mental illness.* New York : Guilford Press.

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.

Randolf, E.T., Eth, S., Glynn, S.M., Paz, G.G., Leong, G.B., Shaner, A.L., Strachan, A., Vort, W.V., Escober, J.I., & Liberman, R.P. (1994). Behavioral family amnagement in schizophrenia outcome of a clinic-based intervation. *British Journal of Psychiatry, 164*, 501-506.

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 effecs 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*, 33-45.

Strachan, A.M. (1986). Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia : Toward protection and coping. *Schizophrenia Bulletin, 12*, 678-698.

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 familes 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.

Wallace, C.J. (1986). Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin, 12*, 604-630.

Zipple, A.M., & Spaniol, L. (1987a). *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. (1987b). *Families that include a person with a mental illness : What they need and how to provide it : Trainer manual*. Boston, MA : Boston University.

# Family psychoeducation Training in the Aftercare Treatment of Schizophrenic patients

**Myung-Ja Son**

Keimyung University

The psychoeducation training program was delivered to families of patients with chronic schizophrenia and examined its effectiveness on treatment of patients. Fourteen experimental families participated in the program consisted of 5 sessions of education and 9 sessions of aftercare treatment in addition to traditional care, while as a control group, 15 families receiving traditional care only.

The result showed that the relapse rate was reduced among schizophrenic patients receiving family education program, as well as a part of symptoms and a particular living skill improved. There is a trend suggesting that families' psychological, emotional burden was reduced.

And so this psychoeducation program is considered to be useful in treatment of schizophrenic patients.