

만성 정신분열병의 회복과 관련된 변인에 대한 연구*

김 나 라[†] 김 명 식 권 정 혜
고려대학교 심리학과

본 연구에서는 회복에 대한 개념을 정의하고, 만성정신분열병으로부터 회복하는데 어떠한 변인들이 관련 되었는지 경험적으로 살펴보기 하였다. 이를 위해 서울과 경기도 내 낚병원, 사회복귀시설, 정신보건센터에 등록한 124명의 만성정신분열병 환자들을 대상으로 일반인지기능, 증상, 사회적지지 및 사회인지기능을 평가하고, 이들 변인들과 회복과의 관계를 살펴보았다. 또한 회복을 '희망', '자기 책임감', 그리고 질병을 넘어서 삶을 꾸리기'의 세 가지 하위요소로 정의하였다. 회복의 심리 주관차원의 두 가지 요소인 '희망'과 '자기 책임감'을 평가하는 도구로는 Corrigan 등(1999)의 회복평가척도(Recovery Assessment Scale)를 사용하고, 회복의 행동 기능적 차원에 속하는 '질병을 넘어서 삶을 꾸리기' 요소는 사회적응척도(Social Adjustment Scale)를 사용하여 평가하였다. 일반인지기능은 MMSE-K, 증상은 BPRS, 사회적지지자는 사회적지지척도(Social Network Grid), 사회 인지는 사회행동배열과제와 K-WAIS의 차례맞추기로 각각 평가하였다. 회복을 설명하는 변인들 검증하기 위해 단계적 회귀분석을 실시한 결과, 첫째, '희망'과 '자기 책임감'의 하위요소들로 구성된 심리 주관차원의 회복은 사회적 지지와 사회인지기능 중 사회행동배열과제에서의 수행이 유의하게 설명하였다. 둘째, 질병을 넘어서 삶을 꾸리기'의 하위요소로 구성된 회복의 행동 기능적 차원은 사회적 지지, 증상 그리고 일반인지기능이 유의하게 설명하였다. 따라서 사회적 지지와 사회인지기능이 '희망'과 '자기 책임감' 같은 심리 주관 차원의 회복을 유의하게 예측하는 반면, 사회적지지, 증상 및 일반인지 기능이 질병을 넘어서 삶을 꾸리기 같은 행동-기능적 차원의 회복을 유의하게 설명하는 것으로 밝혀졌다. 향후, 만성장애인들의 회복 과정을 살피고, 이들의 회복을 촉진하는 보다 다양하고 효율적인 프로그램의 개발 및 적용 연구가 있어야 할 것이다.

주요어 : 만성정신분열병, 회복, 지역사회적응, 사회적 지지, 사회인지

* 이 연구의 자료 수집을 도와주신 성동정신보건센터, 수원시정신보건센터, 성모사회복귀시설, 성남시정신보건센터, 서대문정신장애인종합훈련시설, 평택시정신보건센터, 구의연세사회문화센터, 송파정신장애인사회복귀시설 선생님들과 고려대학교 심리학과 유연지, 강혜성, 김승혜, 지연경, 이해연, 이병희, 홍소영에게 감사드림.

† 교신저자(Corresponding Author) : 김 나 라 / 고려대학교 심리학과 / 서울시 성북구 안암동 5-1

FAX : 02-3290-1635 / E-mail : tantara2@korea.ac.kr

지금까지의 정신분열병과 같은 만성 정신장애를 가진 환자들의 지역사회에서 적응에 관한 대부분의 선행 연구들에서는 주로 지역사회 적응과 증상, 인지기능, 사회적 지지, 그리고 사회인지 기능과의 관련성을 살펴보았다. 지역사회 적응과 증상과의 상관 연구들(Johnstone, Macmillan, Frith, Benn, & Crow, 1990; Bellack, Sayer, Mueser, & Bennett, 1994)은 합의점을 찾기에는 아직 더 많은 연구가 필요하며(하경희, 2000; Montero, 1998), 인지 기능(Wykes, Sturt, & Kats, 1990; Penn, Does, Spaulding, Garbin, Linszen, & Dingeman, 1993; Bowen Wallace, Glynn, Nuechterlein, Lutzker, & Kuehnel, 1994; Bellack, Gold, & Buchanan, 1999), 사회적지지(최인숙, 1987; 이상균 1992; 이근영 1993; 김연수 1995; Caron, Tempeir, Mercier, & Leoffre, 1998), 그리고 사회인지 기능(Corrigan & Toomey, 1995; Penn, Spaulding, Reed, & Sullivan, 1996)은 지역사회 적응과의 관련성이 밝혀지기는 하였으나, 각각의 변인들이 어떻게 지역사회에서의 적응에 영향을 미치며, 그 영향력이 다른 변인들과 비교해 볼 때 얼마나 상대적으로 유의한지 등에 대한 종합적인 이해는 아직 이루어지지 못하고 있다.

최근에 정신장애인들의 지역사회 적응을 넘어 정신장애로부터의 회복을 다루고자하는 노력이 일어나고 있다. 즉, 심각한 정신 질환으로부터 회복하여 지역사회에서 재기하고, 성공적으로 적응하는 요인들에 대해 관심을 기울이기 시작한 것이다(Spaniol, 1991). 회복을 연구해온 연구자들은 회복을 심각한 정신 질환을 가진 사람이 자신의 정신장애의 제약 내에서 만족스러운 삶을 사는 것으로 정의하여 왔다(Anthony, 1993; Deegan, 1988; Leete, 1989; Unzicher, 1989). 이것은 신체 장애인들이 신체

질병 혹은 외상의 결합을 극복할 수 있으며, 적절한 도움과 편의가 제공되는 경우, 대부분의 목표를 달성하고 자신의 역할을 수행 할 수 있다는 연구결과들과 비교될 수 있을 것이다.

Kraepelin(1913)은 정신분열병 환자는 필연적으로 점진적인 내리막길을 경험할 것이며, 결국 치매에 걸리거나 무능력해진다고 주장했었다. 그러나 종단 연구는 이런 주장을 지지하는데 실패했다. 스위스와 미국의 베몬트주(Vermont)에서 30년 혹은 그 이상 심각한 정신질환을 앓아온 대규모의 정신분열병 환자들을 대상으로 정신질환이 환자들에게 어떻게 장기간 영향을 끼치는지 추적 연구가 있었다(Harding, 1988). 그 결과 연구표본의 반 이상, 거의 3분의 2가 더 이상 입원이 필요하지 않았으며, 일을 할 수 있는 영역이 제한되기는 하였지만, 직업 생활을 영위할 수 있었고, 가족 혹은 친구들과 함께 살았다는 것이 밝혀졌다. 회복은 정신건강서비스 분야에서 전통적인 개념에 도전하는 하나의 혁명의 정조라고 볼 수 있을 것이다. 이것은 명백하게 희망을 보여주고 있으며, 심각한 정신질환을 앓고 있는 환자의 삶에서 잠재력을 시사하게 한다.

정신장애로부터 회복된다는 것은 정신장애 및 정신장애의 예후에 대한 부정적인 선입견에 의해 거의 인식되어오지 못했다. 그러나 정신장애로부터 회복의 개념은 필립 피넬(Philip Pinel)시대부터 존재해 왔으며, 1950년대 탈원화 이후의 자조운동(self-help movement), 1990년대 소비자운동(consumer/survivor/ex-patient movement)과 정신 재활 프로그램으로 그 맥을 이어 왔다. 그리고 회복은 이제 정신과 증상을 경험한 사람들에게도 관련된 중요한 단어가 되었다.

Mead와 Copeland(2000)는 자신들이 경험한 회

복을 기술하면서 회복의 의미와 중요성을 설명하였는데, 이들은 회복의 필수요소로 희망, 개인적 책임, 교육, 권리 주장(advocacy), 그리고 동료 지지를 강조하였다. 이 밖에도 정신분열병, 정신분열정동장애, 그리고 양극성 장애 같은 심각한 정신질환을 가진 사람들을 대상으로 한 치료연구들에서, 많은 환자들이 만성 정신질환에 의해 황폐화된 삶과 이로 인한 많은 파괴적인 부작용을 극복하고, 만족스럽고 의미 있는 삶으로의 변화를 경험하는 것을 발견할 수 있다(Mueser, Drake, & Noordsy, 1998; Drake & Becker, 1993).

회복에 대한 연구들 중, 향후 회복연구를 위해 매우 필수적인, 회복을 측정하는 객관적인 도구를 개발하려는 연구가 있었다. Gifford, Schmook, Woody, Vollendorf와 Gervain(1995)은 심각한 정신질환을 가진 네 명의 환자들이 회복에 대한 자신들의 이야기를 전술한 것을 토대로 설명적 분석을 하였다. 그 결과 39개 문항의 회복척도(Recovery Scale)를 만들었다. 이후 이 회복척도에 대한 심리학적 구성개념을 알아보기 위해 Corrigan, Gifford, Rahisid, Leary와 Okeke(1999)는 집단 프로그램 구성원 12명을 대상으로 이들 문항들을 검토하게 하고, 그들의 피드백을 기초로 변형하여 41개 문항의 회복평가척도(Recovery Assessment Scale)를 만들었다. Corrigan 등(1999)은 이것을 시카고대학 병동 프로그램(University of Chicago Partial Hospitalization Program)에 참가하고 있는 회원들 중 심각한 정신 질환 진단을 받았으며, 적어도 2년 전까지 세 번 이상 병동에 입원한 경험이 있는 35명의 회원을 대상으로 신뢰도와 동시타당도를 검증했다. 동시타당도를 결정하기 위해 다양한 심리학적 변인들과 비교하는데, 연구결과 회복은 성공적인 삶의 세 개

의 측정치(자기-존중, 자기-지향 권한부여, 삶의 질)와 관련 있었다. 또한 단계적 중다회기 분석 결과 회복평가척도를 통해 평가되는 회복은 자존감 척도(Rosenberg Self-Esteem Scale)와 권한부여척도(Empowerment Scale)의 자기-지향 권한부여(self-orientation to empowerment)와는 독립적인 변인으로 밝혀졌다. 즉 회복평가척도가 심리사회적 구성개념과 상관이 있기는 하지만, 회복을 측정하는 독립적인 도구라는 가정이 지지되었다. 또한 회복은 사회적 지지와 상관이 있어서 많은 대인관계 지지를 받은 사람이 회복을 더 많이 경험하는 경향을 보였다. 하지만 이들의 연구는 정신과적 증상이 다양한 35명의 참가자만을 대상으로 하였던 연구여서 그 연구 결과를 일반화하기에는 한계점이 있었다.

Noordsy Torrey, Muserer, Mead, O'Keefe, 그리고 Fox(2002)는 회복을 세 요소로 선택 분류하여 정의하고, 회복의 세 요소-‘희망(hope)’, ‘자기 책임감(taking personal responsibility)’, ‘질병을 넘어서 삶을 꾸리기(getting on with life beyond illness)’를 측정할 수 있는 척도들을 제안하였다. 이들 요소들은 심리-주관 차원 행동 및 기능의 차원에서 측정될 수 있다. 각 분류의 측정은 무력감 척도(Beck Hopelessness scale), 통제 소재 질문지(Locus of Control Questionnaire), 도구적 그리고 사회적 역할 기능 척도, 그리고 삶의 질의 주관적 평가 같은 현존하는 평가 도구를 사용하여 측정할 것을 제안하였다.

이에 본 연구에서는 회복을 Noordsy 등(2002)의 정의에 의해 세 요소-희망, 자기 책임감, 질병을 넘어서 삶을 꾸리기-로 분류하여 정의하고 이를 심리-주관차원과 행동-기능차원에서 평가하고자 한다.

회복의 심리-주관 차원에 속하는 희망과

‘자기-책임감’ 요소는 Corrigan 등(1999)이 개발한 회복평가척도로써 평가할 수 있다. Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster, 그리고 Keck(2002)는 회복평가척도의 요인분석연구에서 척도의 5 요인 모형을 제안하면서 요인 1은 ‘자기 확신과 희망’(personal confidence and hope), 요인 2는 ‘도움의 요청’(willingness to ask for help), 요인 3은 ‘목표지향 및 성공지향’(goal and success orientation), 요인 4는 ‘타인에 대한 신뢰’(rely on others), 그리고 마지막 요인 5는 ‘증상 대처’(symptom coping)였다고 밝혔었다. 이와 더불어, Corrigan 등(1999)은 이전에 회복평가척도의 구성타당도 연구에서 회복평가척도가 자존감 척도(Rosenberg Self-Esteem Scale)와 권한부여척도(Empowerment Scale)의 자기-지향 권한부여(self-orientation to empowerment) 그리고 삶의 질(quality of life)의 측정도구들과 관련 있음을 밝혔었다. 따라서 본 연구에서는 여러 가지 척도를 사용하여 각 요인을 측정하기보다, Corrigan 등(1999)의 회복평가척도를 사용하여 회복의 심리-주관적인 차원인 ‘희망’과 ‘자기 책임감’ 요소를 측정하고자 하였다.

행동-기능적 차원에 속하는 ‘질병을 넘어서 삶을 꾸리기’는 환자가 생활 기술을 습득하고 사회에서 건강한 성인으로서 역할을 할 수 있는지 정도를 반영하는 개념이다(Noordsy 등, 2002). 삶에서 의미 있는 역할들을 수행하는 것은 심각한 정신질환을 가진 사람들이 사회에서 제외되기보다는 사회의 한 구성원으로서 그들 스스로를 정의하도록 하는 핵심적인 회복 과정이다(Noordsy, Totrey, Mead, Brunette, Potenza, & Backlar 2000). 또한 ‘질병을 넘어서 삶을 꾸리기’는 의미 있는 대인관계의 발전과 일 혹은 다른 의미 있는 구조화된 활동의 요

소들을 포함하는 개념이다(Noordsy 등, 2002). 따라서 ‘질병을 넘어서 삶을 꾸리기’의 측정은 다양한 삶의 역할들에서 그들 스스로의 정체성을 기술해보는 것으로 평가될 수 있으며, 환자의 대인관계, 일, 여가와 같은 활동의 양을 평가하는 것이 또한 필요하다. 따라서 생활에서 취할 수 있는 여러 가지 역할들과, 직업 그리고 그 밖의 활동의 양을 평가하는 사회적응척도(Social Adjustment Scale)를 통해 회복의 세 번째 요소이자 행동-기능적 차원에 속하는 ‘질병을 넘어서 삶을 꾸리기’를 측정할 수 있겠다.

이에 본 연구는 회복평가척도와 사회적응척도를 재활현장에 있는 정신장애인들에게 실시해 그들의 회복정도를 측정해 보고자 하였다. 이러한 시도는 지역사회 재활현장에 있는 정신장애인의 회복 정도를 알 수 있을 뿐만 아니라, 정신장애인들의 재활을 용이하게 하고 지역사회에의 통합을 촉진하기 위해 제공되어야 할 서비스가 무엇인가를 밝히는데 중요한 정보를 제공할 것이라고 생각된다.

또한 선행 연구들을 통해 만성정신분열병 환자의 지역사회에서의 적응에 관련되며, 이들의 적응에 중요한 예측치들로 알려진 변인들이 회복과 어떻게 관련되어 있는지도 연구해 보고자 한다. 만성정신분열병 환자들의 지역사회 적응과 관련된 변인들로 알려진 인구통계학적변인, 증상, 인지기능, 사회인지 기능, 사회적 지지가 회복과 어느 정도 관련되어 있는지를 살펴보고자 한다. 이를 통해 회복에 영향을 주는 변인에 대한 이해를 높이고, 보다 효과적인 재활 전략을 위한 구체적인 시사점을 찾아보고자 한다.

방 법

연구대상

본 연구에서는 DSM-IV에 의해 정신분열병으로 진단되어 발병 후 2년 이상 경과한 만성정신분열병 환자로, 현재 경기도와 서울시의 지역사회 정신보건센터, 사회복귀시설 그리고 낚부원에 등록된 124명을 대상으로 실시하였다.

연구에 참여한 환자들의 진단분포는 정신분열병 112명, 정신분열정동장애 4명, 정신분열병과 정신지체 이중진단을 받은 3명, 정신분열병과 양극성장애 이중진단을 받은 1명, 정신분열병과 강박장애 이중진단을 받은 2명, 정신분열병과 불안장애 이중진단을 받은 1명, 정신분열병과 간질의 이중진단을 받은 1명이었다. 연구에 참여한 환자들의 124명의 자료를 모두 분석에 사용하였다.

절차

정신과 전문의에 의해 정신분열증으로 진단된 환자를 대상으로 자기보고식 척도로 구성된 회복척도, 사회지지척도, 사회적응척도를 집단으로 실시하였다. 자기보고식 척도를 완성한 피험자에게 개별적으로 사회인지 기능검사와 일반인지 기능검사를 실시하였다. 인구통계학적 설문지와 증상평가는 환자가 속한 지역사회 기관에서 환자를 관리해온 사회복지사 혹은 정신보건전문간호사에게 평가하도록 하였다.

연구도구

인구통계학적설문지

선행 연구에서 정신분열병의 예후와 관련

있는 것으로 나타난 요인들을 본 연구의 질문지를 통해 평가하였다. 질문지에는 연구 참여자의 성별, 학력, 거주형태, 결혼상태, 초발연령, 입원기간, 재입원수, 지역사회 머문 기간, 발병 전 직업유무, 발병 후 직업유무, 범죄사실 유무, 가족 총 수입에 응답하도록 하였다.

BPRS(Brief Psychiatric Rating Scale)

Overall과 Gorham 이 1962년에 원래 정신과 약물의 유용성을 측정하려는 목적으로 개발되었으나, 이후에 정신과 환자의 기술적 분류에도 유용한 것으로 밝혀져서 환자의 지속적인 사정과 관리를 위해 정신과 의사나 임상심리사, 정신보건전문간호사들도 효율적으로 사용하고 있다. BPRS는 불안-우울, 위축-지연, 적대-의심, 사고장애의 4가지 범주로 구성되어 있다. 불안-우울범주에서는 불안, 죄책감, 우울감 및 신체적 짐작정도를 측정하고, 위축-지연범주에서는 정서적 위축, 운동지연 및 무딘 감정을 측정하고, 적대-의심범주에는 적대감, 의심증 및 비협조성을 측정하며, 사고장애범주에서는 환각 개념 외에 및 기이한 사고내용을 측정하도록 되어 있다. 각 문항은 '없음'에서 '매우 심함'까지 7점 척도로 점수가 낮을수록 정신병리가 낮음을 의미한다. 본 연구에서는 정신병리 평가를 위해 18문항의 BPRS(Overall & Klett, 1972)척도를 사용한다. Flemenbaum과 Zimmermann(1973)에서 짹진 면접의 평정자간 신뢰도는 .70에서 .90의 범위로 안정적이었으며, 우리나라에서 수행된 김민경, 이봉건 전양환(2003)의 연구에서는 .58-.78로 안정적이었다.

간이 정신상태검사 Korea Version of Mini-Mental Status Examination(MMSE-K)

Folstein, Folstein과 McHugh(1975)에 의해 개발

된 것으로서 5분에서 10분 정도의 짧은 시간 내의 환자들의 지적 상태를 손쉽게 평가할 수 있는 방법으로 정신과 환자들, 뇌 손상 환자들의 지적상태와 인지능력 장애를 평가하는데 사용되어 왔다. MMSE-K는 인지기능 장애가 있다는 막연한 인상을 더욱 구체화시키고 초기와 그 이후에 연속적인 평가를 할 수 있어 시간의 경과 또는 치료에 의한 악화 및 호전 여부를 평가할 수 있다(김혜원, 고영진, 강세윤, 장영아, 1998). 최스미(1991)의 연구에서 측정한 번안된 문항의 신뢰도 내적 일치도 (Cronbach α)계수는 .80이고 검사-재검사 신뢰도는 .91로 보고 되었다.

사회행동 배열과제

권정혜, 전진수, 최기홍(2003)이 개발한 검사로 6가지의 실질적인 사회적 상황과 각 사회적 상황을 구성하는 9개 행동으로 이루어졌다 각 상황은 패스트푸드점에서 점심 먹기, 동네 병원에 가서 진료 받기, 백화점에서 구두사기, 벼룩시장에서 자전거 사기, 은행에서 송금하기, 서비스센터에서 전화기 수리하기이다. 각 문항에 해당되는 9개의 행동절차를 한 세트의 카드(8cm×2cm)로 만들어 참가자에게 제시하였다. 제한시간은 없고 환자가 다 맞추고 나면 검사자는 카드의 뒷면에 표시된 카드의 글자 기호(한, 드, 밤, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)를 답안지에 기록한다. 각 문항 당 8점을 만점이 되도록 하였다. 모든 문항의 정답은 언제나 1-2-3-4-5-6-7-8-9이며 이를 행-동, 동-배, 배-열, 열-과, 과-제, 제-재, 재-맞-맞-추-기의 8개 쌍으로 나누어 각 쌍의 순서를 제대로 배열하면 1점, 틀리게 배열하면 0점으로 채점한다. 사회행동배열과제의 내적 일치도 (Cronbach α) 계수는 .87로 내적일치도가 매우

높은 것으로 밝혀졌으며(권정혜 등, 2003), 본 연구에서 내적 일치도(Cronbach α) 계수는 .84 이었다.

K-WAIS 차례맞추기 소검사

K-WAIS(1992) 11개의 소검사 가운데 차례맞추기 그리고 숫자와우기를 실시하였다. 차례맞추기 소검사는 10개 문항으로 구성되어 있으며, 전체상황에 대한 이해력과 계획능력을 측정한다(리광철, 오상우, 정일관, 백영성, 박민철, 2002). 차례맞추기 소검사의 반분 신뢰도 평균은 .47이었다(염태호, 박영숙, 오경자, 김정규, 이영호, 1992).

사회적 지지 평가

본 연구에서 사회적 지지정도를 측정하기 위해 사용한 척도는 Whittaker 와 Tracy에 의해 고안된 사회적 지지척도(Social Network Grid)로서 태영숙(1985)과 최인숙(1987)이 표준화하고 이것을 이상균(1992)이 수정한 척도를 그대로 인용하였다. 사회적 지지정도는 총 8개 문항으로 정서적, 관계적, 실제적(물질적지지), 예우적 지지 등에 대해 측정하도록 되어 있다. 지지의 정도는 5점 척도로 측정되며 각 지지영역의 점수 총합이 높을수록 지지정도가 많음을 나타낸다. 태영숙(1985)에 따르면 사회적지지 측정도구의 내적 일치도(Cronbach α) 계수는 .82-.84였다. 본 연구에서 내적 일치도(Cronbach α)는 .94였다.

회복평가척도 Recovery Assessment Scale

정신분열병 환자의 심리 주관적 회복 수준을 평가하기 위해서 Corrigan 등(1999)이 개발한 회복평가척도를 번안하여 사용하였다. 회복평가 척도는 41개 문항의 자기보고식 척도로 5점

척도를 사용한다. 5점은 매우 동의함을 나타낸다. 문항은 '나는 스스로 더 나아지게 만들 수 있다'와 같은 진술문이며, 실시시간은 문항을 피검자에게 읽어주고 응답하게 하는데 약 20분이 소요된다. 총점이 높을수록 회복정도가 좋은 것이다. Corrigan 등(1999)의 연구에서 검사-재검사 신뢰도 $r=.88$ 이며, 내적 일치도(Cronbach α) 계수는 .93이었으며, 본 연구에서 내적 일치도(Cronbach α) 계수는 .93 이었다.

사회적응척도 Social Adjustment Scale

정신분열병 환자의 행동기능상의 회복 수준을 평가하기 위해 사용할 지역사회적응 척도는 Weissman와 Sallye(1976)을 주축으로 Yale 의 과대학 연구팀에서 개발된 Social Adjustment Scale(SAS)이다. SAS는 사회적응에 있어서 총 7개의 역할 분야(직업상의 역할, 사회적 관계 및 여가 활동시 갖는 역할, 핵가족 구성원으로서의 역할, 확대가족 구성원으로서의 역할, 부부로서의 역할, 부모로서의 역할, 이성교제에 서의 역할)를 살펴보는 53개의 문항으로 이루어져 있다. 각 역할에 대하여 행동적인 측면과 감정적 혹은 만족도의 측면에 대한 내용들을 담고 있고, 각 역할분야에서의 갈등상황 및 역할 수행정도를 평가하도록 구성되어있다. 각 문항은 5점 척도로 이루어지며 높은 점수는 낮은 점수에 비해 상대적으로 사회적응에 좀 더 많은 장애가 있는 것을 의미한다.

조도현(1983)이 SAS 척도에서 이성교제에 대한 문항을 사회적 관계 및 여가활동의 영역으로 포함시키고 재정에 관한 문항을 제외시켜 총 51개의 문항으로 변안하였다. 이것을 이정화(2003)의 연구에서는 부모 및 배우자로서의 역할을 핵가족 내에서의 역할에 어느 정도 포함 될 수 있다고 보고 4가지 하위역할에 대해

25문항으로 축소시켜 구성한 척도를 사용하였다. 본 연구에서도 이정화(2003)의 연구에서 사용하였던 25문항으로 구성된 척도를 사용하였으며, 내적 일치도(Cronbach α)계수는 .78이었다.

결과

인구통계학적 변인

본 연구에 참여한 124명의 인구통계학적 자료를 분석하였다. 분석결과는 표 1에 제시하였다. 분석결과 남자 85명(68.5%), 여자 39명(31.5%)으로 구성되었고, 평균연령은 35.07세(8.22), 학력은 국졸 2명(1.6%), 중졸 12명(9.7%), 고등학교중퇴 8명(6.5%), 고졸 62명(50.0%), 대학교 중퇴 19명(15.3%), 대졸 21명(16.9%) 이었다. 결혼상태는 미혼 111명(89.5%), 기혼 6명(4.8%), 기타 7명(5.6%)으로 기타 7 명의 결혼 상태는 모두 이혼이었다. 참여자의 거주형태를 살펴보면 혼자 거주 8명(6.5%), 부모와 거주 107명(86.3%), 배우자와 거주 2명(1.6%), 배우자, 자녀와 거주 2명(1.6%), 친척과 거주 2명(1.6%), 기타 거주 형태 3명(2.4%)으로 기타거주 형태는 3명 모두 쉽터에 거주하였다. 참여자들은 12명(9.7%)이 낫병원을, 54명(43.5%)이 정신보건센터를, 58명(46.8%)이 사회복귀시설을 재활기관으로 등록하여 이용하고 있었다. 참여자들의 초발연령은 21.55세(5.84), 평균 입원 횟수는 3.21회(3.14)이었다. 발병 전에 직업을 가진 적이 있었던 참여자가 36명(29.0%), 직업을 가진 적이 없었던 참여자가 87명(70.2%)이었다. 발병 전 직업유형으로는 서비스업 2명, 사무·기술직 6명, 단순노동 3명, 공장 노동 4명, 판매직 1명, 전문직 2명, 기타 5명이었다. 발병 후 직업

표 1. 성별, 연령, 학력 및 등록기관 분포

변인						
성별	남 85명(68.5%)			여 39명(31.5%)		
평균연령	35.07세(8.22)					
학력	국졸	중졸	고교중퇴	고졸	대학교 중태	대졸
	2명(1.6%)	12명(9.7%)	8명(6.5%)	62명(50%)	19명(15.3%)	21명(16.9%)
등록기관	낮병원	12명 (9.7%)	정신보건센터	54명(43.5%)	사회복귀시설	58명(46.8%)
거주형태	혼자 거주	부모와 거주	배우자, 자녀와	친척과 거주	기타 거주 형태	
	8명(6.5%),	107명(86.3%)	거주 2명(1.6%)	2명(1.6%)	3명(2.4%)	
결혼상태	미혼	111명(89.5%)	기혼	6명(4.8%)	이혼	7명(5.6%)
병전 직업경험	있음 36명(29.0%),			없음 87명(70.2%)		
발병후 직업경험	있음 38명(30.6%)			없음 85명(68.5%)		

을 가진 적이 있었던 참여자가 38명(30.6%), 발병 후 직업 경험이 없는 참여자가 85명(68.5%) 이었다. 교차분석결과 본 연구의 인구통계학적 변인 중 회복의 심리-주관, 행동-기능 차원과 유의하게 관련된 변인은 없었으며, 어떤 인구 통계학적 변인들도 자료 분석결과에 유의한 영향을 주지 않았다.

회복과 사회인지 기능, 인지기능, 증상, 및 사회적 지지의 상관관계

변인들 각각의 평균과 표준편차 그리고 변인들간의 상관을 구하여 표 2에 제시하였다. 변인들 간의 상관분석 주요 결과를 요약하면, 사회인지 기능을 평가하는 두 측정도구, 사회 행동배열과제와 차례맞추기 사이의 상관이 유의하였으며 ($r=49$, $p<.01$), 일반인지 기능과 사회인지 기능 사이의 상관도 유의하였다 (사회 행동배열과제, $r=.57$, $p<.01$; 차례맞추기, $r=.42$, $p<.01$). 회복을 희망과 자기-책임감의 요인을 포함하는 심리-주관적인 수준과 질병을 넘

어서 삶을 꾸리기요인의 행동-기능적인 수준에서 각각 평가하는 회복평가척도 와 사회적응척도 사이 상관은 유의하였다 ($r=-.39$, $p<.01$).

회복의 심리-주관 수준을 측정하는 회복평가척도는 증상 ($r=-.21$, $p<.05$), 사회적 지지 ($r=.52$, $p<.01$)와 상관이 유의하였고, 행동-기능적 수준을 측정하는 사회적응척도는 사회인지 기능(차례맞추기, $r=-.23$, $p<.05$), 인지기능 ($r=-.26$, $p<.01$), 증상 ($r=.37$, $p<.01$) 그리고 사회적 지지 ($r=-.45$, $p<.01$)와 상관이 유의하였다.

회복과 관련된 변인에 관한 검증

일반인지 기능, 증상, 사회적 지지, 사회인지가 심리-주관 및 행동-기능차원의 회복을 설명하는 정도에 있어서 상대적인 중요도를 검증하기 위해 일반인지 기능, 증상, 사회적 지지, 그리고 사회인지 기능을 측정하는 차례맞추기와 사회행동의 점수들을 독립변인으로 하고 회복평가척도 또는 사회적응척도의 점수를 종속변인으로 하여 단계적 회귀분석(stepwise

표 2. 변인들간의 상관, 평균, 표준편차

	1 회복평가 척도	2 일반인지 (MMSE-K)	3 사회인지1 (사회행동 배열과제)	4 사회인지2 (차례맞추기)	5 증상 (BPRS)	6 사회적지지	7 사회적응 척도
1							
2	.13						
3	.13	.58 **					
4	.05	.42 **	.49 **				
5	-.21 *	-.13	-.15	-.17			
6	.52 **	.04	-.09	.09	-.16		
7	-.39 **	-.29 **	-.13	-.23 *	.37 **	-.45 **	
M	148.69	26.84	30.78	8.66	53.22	83.73	59.81
SD	24.43	2.53	11.34	2.77	14.88	18.74	12.67

* $p < .05$. ** $p < .01$.

regression analysis)을 실시했다.

회복평가척도를 종속변인으로 하여 회망과 자기-책임감요소로 구성된 회복의 심리-주관차원에 대한 단계적 회귀분석 결과 사회적 지지 ($\beta = .52$, $p < .001$)와 사회인지 기능 중 사회행동 배열과제의 수행 ($\beta = .18$, $p < .05$)이 회복을 유의하게 설명하였다. 즉 회복의 심리-주관 차원에 대한 단계적 회귀분석 결과 사회적 지지를 더 많이 받았다고 지각할수록, 사회인지기능이 좋을수록 높은 회복 정도를 설명하였다. 그러나 일반인지 기능과 증상은 회복평가척도의 점수

를 유의하게 설명하지 못했다. 자세한 내용은 표 3과 같다.

회복의 행동-기능 차원을 측정하는 사회적응에 대한 단계적 회귀분석 결과 사회적 지지 ($\beta = -.39$, $p < .001$), 증상 ($\beta = .29$, $p < .001$), 그리고 일반인지 기능 ($\beta = -.21$, $p < .007$)이 유의하게 사회적응점수를 설명하였다. 즉 사회적 지지를 더 많이 받았다고 지각할수록, 증상이 약할수록 그리고 인지기능이 좋을수록 더 좋은 행동-기능 수준의 회복을 설명하는 것으로 보인다. 사회인지는 심리-주관 차원과 달리 행동-기능 차

표 3. 회복의 심리-주관차원에 대한 일반인지 기능, 증상, 지지, 사회인지 기능의 단계적 회귀분석

독립변인	B	β	t(SE)	R^2	ΔR^2	F 값
사회지지	.69	.53	6.98(.10) ***			
사회행동	.39	.18	2.34(.17) *	.30	.03	25.78 ***

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

표 4. 회복의 행동-기능 차원에 대한 일반인지 기능, 증상, 지지, 사회인지 기능의 단계적 회귀분석

독립변인	B	β	t(SE)	R^2	ΔR^2	F값
사회지지	-.27	-.39	-5.21(.05)***			
증상	.24	.29	3.76(.07)***			
인지기능	-1.04	-.21	-2.75(.38)**	.35	.04	20.12 ***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

원을 측정하는 사회적응에서 사회인지 기능의 유의한 효과가 검증되지 못했다. 그 대신 사회적 지지, 증상, 일반인지 기능이 유의하게 설명하였다. 자세한 내용은 표 4와 같다.

논 의

본 연구는 지역사회 정신보건센터, 낚병원, 사회복귀시설에 등록하여 재활치료를 받고 있는 만성정신분열병 환자를 대상으로 회복 수준을 평가하고, 이들의 회복에 영향을 미치는 변인들을 알아보고자 하였다. 자료는 124명의 정신분열병으로 진단된 정신장애인들에게 회복평가척도, 사회적지지척도, 사회적응척도의 자기보고식 척도와, 일반인지 기능, 증상, 사회인지 기능 검사를 실시하여 수집하였다.

본 연구 결과 회복평가도구는 정신분열병 환자들의 사회적응척도와 높은 상관을 보였다. 특히 회복에 대한 '희망'과, '자신에 대한 책임감' 등 회복에 대한 개인 내적인 심리 주관차원이 실제로 행동 차원, 다시 말해 기능상, 적응상의 호전과 관련이 깊음을 시사하였다.

다음으로, 회복의 심리-주관차원에 대한 단계적 회귀분석을 한 결과, 회복의 심리-주관차원은 사회적 지지와 사회인지가 유의하게 설명하였고, 반대로 회복의 행동-기능 차원은

사회적 지지, 증상, 인지기능이 유의하게 설명하였다.

본 연구결과 사회적 지지가 심리 주관차원에서와 행동-기능적 차원 모두에서 회복을 잘 설명해주는 것으로 밝혀졌다. 사회적 지지는 회복의 심리-주관 차원뿐만 아니라, 행동-기능적 차원에서도 가장 큰 설명력을 가졌다. 이는 국내외에서 수행된 연구들에서 사회적 지지가 높을수록 사회 기능과 적응이 양호한 것으로 나타난 결과들(House, 1981; Caron 등, 1998; 최인숙, 1987; 이상균, 1992; 이근영, 1993; 김연수, 1995; 하경희, 2000; 강옥경, 2001)과 일치할 뿐만 아니라, 사회적응에 대한 다른 변인들과 그 예측치를 비교하였을 때 만성정신장애인들이 주관적으로 지각하는 사회적 지지가 사회기능 수준을 가장 잘 예측할 수 있다는 것을 밝힌 것이다. 그러므로 회복을 향한 과정에서 보다 많은 지지를 경험하고 지각하는 것이 개인의 내적 차원의 회복뿐만 아니라, 개인의 기능상, 적응차원의 호전에도 매우 중요한 영향을 미치는 것 같다. 다만, 많은 지지를 얻는 것이 회복을 이끄는지, 아니면 더 회복한 사람이 더 많은 지지를 지각하는 것인지의 관계는 알 수 없었다.

회복의 심리-주관 차원에는 사회인지 기능을 측정하는 측정도구 중 사회행동배열과제로 측정되는 사회인지 기능이 회복을 유의하게 설

명하는 것으로 밝혀졌는데, 이것은 만성장애인들이 지역사회의 일상생활 속에서 실질적으로 경험하게 되는 상황을 파악하고 상황에 맞는 적절한 행동이 무엇인지 아는 것이 회복과 관련이 깊음을 시사하는 것이다. 즉 만성 정신장애인들이 자신들이 속한 사회적 상황에 대한 지식을 습득하고, 접촉하게 되는 사회적 상황에서 대처할 수 있다는 자신감과 희망을 얻는 것이 회복을 촉진 할 수 있음을 의미하는 것으로 보인다. 향후 연구에서 이 점에 대해 보다 심층적으로 연구해보고 고려해 볼 필요가 있으며, 이러한 논의가 이후 연구에서 지지된다면 만성 정신분열병 정신장애인들이 재활현장에 시사하는 바가 크다고 할 수 있겠다.

본 연구 결과, 증상은 심리·주관차원의 회복을 예측하지 못하였고, 회복의 행동기능 차원의 호전에 영향을 주는 것으로 나타났다. Corrigan 등(1999)의 회복평가척도 연구에서는 더 많은 증상이 보고된 사람들이 더 낮은 회복 수준을 보고하였다. 본 연구 결과 또한 증상과 심리·주관 차원의 회복수준과 부적상관은 유의하였다. 하지만 증상이 심리·주관 차원의 회복 수준을 유의하게 예측하지는 못하였기 때문에 선행 연구 결과가 부분적으로 지지되었다. 그러나 증상은 행동기능차원의 회복을 설명하는 설명량이 두 번째로 높았는데, 정신분열병 정신장애인에게 증상의 감소는 더 나은 기능적 사회적응과 깊은 관련이 있음이 시사되었다. Addington과 Addington(1999)의 연구에서 부적증상들은 사회문제해결, 삶의 질, 그리고 신경인지 기능과 관련 있지만, 부적 증상들이 신경인지 기능과 사회 기능과 독립적인 관계를 맺고 있는지는 알 수 없었다. 하지만 본 연구의 중다회귀분석결과는 정신분열병의 증상이 사회적 지지와 인지기능과 독립적인

변인으로 기능적 사회적응을 설명할 수 있는 가능성은 시사하고 있다. 하지만 증상을 평가하는 도구의 특성상 부적증상과 정적증상을 구별하여 분석하지 않았기 때문에, 이들의 행동·기능적 차원에서의 호전을 예측하는데 어떠한 특정 증상이 관련 있는지, 아니면 전반적인 증상의 수준이 행동·기능차원의 호전을 예측하는 것인지에 대해서 알 수 없었다. 따라서 앞으로 이에 대한 더 깊이 있는 연구가 필요할 것으로 보인다.

또한 인지기능 수준과 심리·주관 차원의 회복과의 관련성에 관한 가설은 지지되지 않았다. 대신에 사회인지 기능 좋을수록 사회적지지 수준이 높을수록 회복의 심리·주관적인 차원의 호전을 예측하였다. 이는 정신분열병 정신 장애인의 회복의 개인 내적 과정이 인지기능의 회복 과정을 반영하기 보다는, 이들의 생활 현장에서 일어나는 과정이며, 이들이 접촉하고 있는 삶의 현장에 밀접한 실질적인 도움을 제공하는 것이 회복을 촉진하는 것으로 보이며, 일상생활에서 경험하는 상황들에 대응할 수 있다는 자신감을 얻는 과정인 것으로 생각된다. 그러나 심리·주관차원과는 독립적으로, 인지기능의 변화가 행동·기능적 차원의 향상을 이끄는가의 물음에 대해 본 연구 결과는 두 영역에서 관련이 있음을 시사하였다. 몇몇 선행 연구 자료들을 살펴보아도 두 영역에서의 변화가 연관 있음을 제안하고 있음을 알 수 있다. Buchanan, Holstein과 Breier(1994)는 1년간 기억에서의 변화가 정신분열병 환자의 삶의 질에 변화와 상관있음을 발견하였고, Wykes, Reeder, Corner, William과 Everitt(1999)는 인지적 유동성(flexibility)에서의 변화가 8주 동안의 비교적 짧은 치료기간동안 사회기능의 향상과 관련됨을 보고하였다. 이러한 연구들은 매우

기초적이지만, 고무적이며, 신경인지 영역에서의 변화가 기능 향상을 가져올 수 있을 거라는 가설을 지지하였다. 그렇다고 하더라도 얼마나 많은 신경인지의 변화가 의미 있는 효과를 불러오는데 필요하지에 대해서는 앞으로 더 많은 연구가 필요하다. 그러나 본 연구에서 인지기능이 기능적 호전을 설명하는 정도는 다른 변인들과 종합적으로 고려했을 때 비교적 적은 영향력을 가지고 있었다. 이는 본 연구에서 인지기능평가에 사용한 검사도구가 제한적인 수준의 인지기능을 평가하였기 때문에 발생할 결과일 수 있다. 그리고 또 다른 한 가지 가능성은 인지기능이 사회기능 호전에 직접적인 영향력을 가지기 보다는 다른 변인이 행동-기능상의 호전을 매개하는 변인으로 존재하기 때문일 수도 있다.

본 연구 결과의 제한점으로는, 첫째, 보다 충분한 수의 표본을 확보하지 못하였기 때문에 본 연구 결과를 만성 정신분열병 환자집단 전체에 일반화하여 적용하는데 한계가 있다. 둘째, 참가자들이 복용하는 약물의 종류와 용량, 복용 기간 등을 통제할 수 없었다. 따라서 약물이 검사 수행에 영향을 미쳤을 가능성을 배제할 수 없었다. 그럼에도 불구하고 본 연구는 지역사회의 재활현장에서 만성정신장애인을 대상으로 어떠한 변인들이 이들의 회복을 주요하게 설명하는가를 직접 평가하였다는 데 의의를 가질 수 있다. 또한 회복을 측정하는 도구를 번안하여 신뢰도를 검증하고, 만성정신장애인들에게 실제적으로 사용하여 그 유용성을 평가하였다는 데도 의의가 있다고 하겠다. 이에 더하여, 본 연구에서는 회복을 결과변인으로 간주하여 만성 정신분열병의 회복 정도를 평가하였지만, 앞으로 과정변인으로서의 회복에 대해 더 많은 연구가 수행되어야 할 것

이다.

본 연구에서는 정신장애인의 재활현장에 있어 사회적 지지와 사회인지 기능, 그리고 인지기능이 매우 중요한 역할을 하는 것이 검증되었다. 앞으로는 만성 정신장애인들의 회복이 어떻게 이루어지는지 관찰하고, 이들의 회복을 촉진하는 보다 다양하고 효율적인 프로그램의 개발 및 적용 연구가 있어야 할 것이다.

참고문헌

- 강옥경 (2001). 정신장애인의 주관적 삶의 질에 영향을 미치는 사회 환경 요인: 지역사회 정신보건 서비스 중심으로. 서울대학교 일반대학원 석사학위 논문.
- 권정혜, 전진수, 최기홍 (2003). 사회행동배열과 제의 개발과 타당도 연구: 정신분열병 환자의 사회인지 능력을 측정하는가? *한국심리학회지: 임상*, 22(3), 629-630.
- 김민경, 이봉건, 전양환 (2003). Brief Psychiatric Rating Scale-평정방법에 따른 평정자간 신뢰도와 자기보고식 검사와의 상관연구. *한국심리학회지: 임상*, 22(3), 685-698.
- 김연수 (1995). 정신장애인의 삶의 만족도와 사회적 지지도에 관한 연구. 이화여자대학교 일반대학원 석사학위 논문.
- 김혜원, 고영진, 강세윤, 장영아 (1998). 뇌 손상 환자에서 Mini-Mental State Examination과 기능적 회복의 상관 관계, 대한재활의학회지, 22, 1179-1184.
- 리광철, 오상우, 정일관, 백영석, 박민철 (2002). 정신분열병 환자의 인지결함. *한국심리학회지: 임상*, 21(2), 377-389.
- 염태호, 박영숙, 오경자, 김정규, 이영호 (1992).

- 한국판 웨슬리 기능검사(K-WAIS) 실시 요강. 서울: 한국 아이던스.
- 이근영 (1993). 사회적지지가 퇴원한 정신분열증 환자의 사회적응에 미치는 영향에 관한 연구. 숭실대학교 석사학위 논문.
- 이상균 (1992). 정신건강에 대한 지역사회기반의 사회사업실천에 관한 연구. 서울대학교 석사학위 논문.
- 이정화 (2003). 정신장애인의 사회적응에 영향을 미치는 환경적 요인에 관한 연구. 지역사회 정신보건 서비스 기관 이용자 중심으로. 충남대학교 행정대학원 석사학위 논문.
- 조도현 (1983). 만성정신분열증 환자의 자가 보고에 의한 사회 적응 평가. 신경정신의학, 22(4), 258-607.
- 최스미 (1991). 뇌손상 환자의 특성과 인지능력의 회복에 관한 연구, 대한 간호학회지, 22(4), 464-475.
- 최인숙 (1987). 사회적 지지가 정신질환자들의 사회적응에 미치는 영향에 관한 연구. 성심여자대학교 석사학위 논문.
- 태영숙 (1985). 암환자가 지각한 사회적 지지와 우울과의 상관관계. 이화여자대학교 일반대학원 석사학위 논문.
- 하경희 (2000). 정신장애인의 사회적응에 영향을 미치는 요인. 서울대학교 일반대학원 석사학위 논문.
- Addington, J., & Addington D. (1999). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 173-182.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- Barton, R. (1959). *Institutional neurosis*. Bristol: Wright and Sons.
- Bellack, A. S., Sayer, M. O., Mueser, K. T., & Bennett, M. (1994). Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 371-378.
- Bellack, A. S., Gold, J. M., & Buchanan, R. W. (1999). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: Problems, prospects, and strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 257-274.
- Bowen, L., Wallace, C. J., Glynn, S. M., Nuechterlein, K. H., Lutzker, J. R., & Kuehnel, T. G. (1994) Schizophrenic individuals' cognitive functioning and performance in interpersonal interactions and skills training procedures. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 289-301.
- Buchanan, R. W., Holstein, C., & Breier, A. (1994) The comparative efficacy and long-term effect of clozapine treatment on neuropsychological test performance. *Biological Psychiatry*, 36, 717-725.
- Caron, J., Tempeir, R., Mercier, C., & Leoffre, P. (1998). Components of social support and quality of life mentally ill, low income individuals and a general population group. *Community Mental Health Journal*, 34(5), 459-475.
- Corrigan, P. W., Gifford, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 35(3), 231-239.
- Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O.,

- Sangster, Y., & Keck, L. (2002). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Psychiatry Services*
- Corrigan, P. W., & Toomy, R. (1995). Intepersonal problem solving and information processing deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(3), 395-403.
- Dayson, D. (1993). The TAPS project 12: Crime, vagrancy, death and readmission of long-term mentally ill during their first year of reproviaion. *British Journal of Psychiatry*, 162(suppl.19), 40-44.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.
- Drake, R. E., & Becker, D. (1993). *A working life: the individual placement and support model*. Concord, NH: NHDPRC.
- Flemenbaum, A., & Zimmermann, R. L. (1973). Inter-and intra-rater Reliability of Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report*, 32, 783-792.
- Folstein, M. F., Folstein, S. F., & Mchugh P. R. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry*, 12, 189-198.
- Gifford, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. (1995). Construction of a scale to measure consumer recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills*.
- Harding, C. M. (1988). Course types in schizophrenia: An analysis of European and American studies. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 633-643.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Co.
- Johnstone, E. C., Macmilian, J. F., Frith, C. D., Benn, D. K., & Crow, T. J. (1990). Further investigation of predictors of outcome following first schizophrenic episodes. *British Journal of Psychiatry*, 144, 889-895.
- Kirk, S. A. (1976) Effectiveness of community services for discharged mental hospital patients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46, 646-659.
- Kraepelin, E. (1913). *Lectures on clinical psychiatry*(3rd ed.). New York: William Wood.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 197-200.
- Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: consumer's perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36, 315-328
- Montero I. (1998). Social adjustment in a schizophrenia: Factors predictive of short-term social adjustment in a sample of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 97, 116-121
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Noordsy, D. L. (1998). Integrated mental health and substance abuse treatment for sever psychiatric disorder. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4, 129-139.
- Noordsy, D. L., Torrey, W. C., Mead, S., Brunette, M., Potenza, D., & Copeland, M. E. (2000). Recovery-oriented pharmacology: redefining the goal of antipsychotic

- treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(3), 22-29.
- Noordsy, D. L., Torrey, W. C., Muserer, K., Mead, S., O'Keefe, C., & Fox, L. (2002). Recovery from severe mental illness: an intrapersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14, 318-326.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep.* 18, 799-812.
- Overall, J. E., & Klett, C. J. (1972). *Applied multivariate analysis*. New York: McGraw-Hill.
- Penn, D. L., Does, A. J. W. V., Spaulding, W. D., Garbin, C. P., Linszen, D., & Dingeman, P. (1993). Information processing and social cognitive problem solving in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 13-20.
- Penn, D. L., Mueser, K. T., Doonan, R., & Nishith, P. (1995). Relation between social skill and ward behavior in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 16, 225-232.
- Penn, D. L., Spaulding, W. D., Reed, D., & Sullivan, M. (1996). The relationship of social cognition to ward behavior in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20, 327-335.
- Solomon, P., Davis, J., & Gordon, B. (1984). Discharged state hospital patients' characteristics and use of aftercare: Effect on community tenure. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1566-1570.
- Spaniol, L. (1991). Editorial. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14, 1.
- Spaulding, W. D., Fleming, S. K., Reed, D., Sullivan, M., Storzbach, D., & Lam, M. (1999). Cognitive functioning in schizophrenia: Implications for psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 275-289.
- Unzicker, R. (1989). On my own: A Personal journey through madness and re-emergence. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 71-77.
- Weissman, M. M., & Sallye B. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives General Psychiatry*, 33, 1111-1115.
- Wing, J. K., & Lindstroem, E. (1970). *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wykes, T., Sturt, E., & Kats, R. (1990). The prediction of rehabilitative success after three years: The use of social, symptom, and cognitive variables. *British Journal of Psychiatry*, 157, 865-870.
- Wykes, T., Reeder, C., Corner, J., William, C., & Everitt, B. (1999). The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 291-307.

원고접수일 : 2004. 9. 30

제재결정일 : 2005. 8. 21

A Study on The Recovery of Korean Chronic Schizophrenics

Kim Na Ra Kim Myung Shig Kwon Jung-Hye

Department of Psychology, Korea University

Recovery has become an important concept in the mental health and rehabilitation recently. However, there have been only a few empirical and objective studies until now. This study intended not only to define the recovery conceptually and empirically, but also investigated what variables were related to the recovery of chronic schizophrenics among variables such as general cognitive function, symptoms, social cognition, and social support.. The subjects were 124 chronic schizophrenics, who were enrolled and participated in community mental health center for more than 2 years. Independent variables, which was supposed to influence the recovery of the chronic schizophrenics, was Dependent variable was the recovery, composed of recovery scale and rehabilitation outcome. Stepwise regression analysis showed social support was the strongest predictor of both recovery and social function. Social cognition was important determinate of recovery. These data suggested that a promising way of recovery from chronic mental illness might be giving them appropriate social support and helping them to perceive social support. It was also proposed clinicians should consider social cognition as important target when developing rehabilitation plans.

Keywords : Recovery, Chronic Schizophrenia, Rehabilitation, Social Support, Social Cognition.