

사회기술훈련프로그램의 효과성연구

-정신분열증환자를 중심으로-

전 석 균(세브란스병원 정신의료사회사업사)

I. 서론 및 문제제기

정신분열증환자의 사회적 기능저하와 결핍 그리고 사회적 역기능 등은 정신분열증(schizophrenia)이 처음 기술되기 시작할 당시부터 주된 특징의 하나로 인식되어 오고 있으며, 사회적 관계의 저하는 정신분열증을 진단하기 위해서 중요한 기준이 된다.¹⁾ 정신분열증의 정신적 혼란상태와 사회기술의 결핍 사이에는 밀접한 관계가 있으며, 사회기술은 환자의 회복과 사회적응에 중요한 영향을 끼친다.

정신분열증환자들은 인간관계를 수립하고 유지하는데 있어서 사회기술의 부족과 결핍을 지니고 있을 뿐만 아니라, 정신의학적 치료가 된 후에도 많은 환자들은 잔여적으로 남아있는 정신적, 심리적 결핍(residual mental and psychological deficits)을 가진 채로 사회로 복귀한다는 점이 문제이다.²⁾ 또한 이들을 받아들이는 사회의 태도는 편견을 가지거나 지나치게 거부하는 경향이 있으며³⁾⁴⁾ 지역사회생활의 대부분은 사회적으로 적절하고 효과적인 기술을 요구하기 때문에 사회기술이 결핍된 환자들의 경우에는 지역사회내에서의 만족스러운 생활을 유지하기가 어렵기도 하다. 이로 인하여 타인과의 관계를 만족시키는 것이 차단되고 외로움과 좌절감, 고립감을 경험하게 된다. 또한 환자들에게 있어서 혼자 있는 것이 삶의 한 방법이 되고, 사회적 상호작용은 드물며 때로는 사회적으로 부적절하고 부적합한 행동으로 나타나기도 한다. 이들은 친구나 가족들로부터 소원해지고 타인들과 적절한 의사소통을 어려워하며, 일(직업)을 찾고 유지하는 것에 어려움을 겪는다. 심지어는 일상생활에 필요한 개인적인 일조차 잘 처리하지 못하는 어려움이 있기도 하다. 이러한 다양한 결핍들은 정신적 증상들과 합쳐져서 기능수행능력을 제한시키고, 사회적인 요청과 생활상의 스트레스에 대처하도록 지지해주는 사회지지망으로의 통합을 실패하게 만든다.⁵⁾⁶⁾

- 1) C. J. Wallace, "Community and interpersonal functioning in the course of schizophrenic disorders," Schizophrenia Bulletin, 10(1984), pp.233-257.
- 2) R.C.Tessler & R.W.Manderscheid, "Factors affecting adjustment to community living," Hospital and Community Psychiatry, 33(1982), pp.203-207.
- 3) 고복자, "회복된 정신질환환자의 사회복귀에 대한 일반인의 태도," 신경정신의학, 제18권 (1979), pp.151-170.
- 4) J.Lantz & J.Belcher, "Schizophrenia and existential vacuum," International Forum for Logotherapy, 10(1987), pp.17-21.

최근 20-30년 사이에, 정신건강영역에서의 세계적인 추세는 환자의 개인치료나 가족간의 역동적인 분석이라는 관점에서 벗어나서 지역사회정신의학, 예방정신의학, 정신재활(psychiatric rehabilitation), 사후지도, 사회망 등에 대한 관심이 고조되고 있는 추세이다. 또한 정신약물학의 발전과 더불어서 지역사회중심의 프로그램과 재활이 활성화되고 있다. 그러므로 치료시설로부터 퇴원한 환자는 재입원하지 않고 가정이나 지역사회에서 별 문제없이 오랫동안 기능할 수 있도록 이들의 사회적응능력을 향상시켜주는 것이 매우 중요하다.

김철권등⁷⁾의 연구에 의하면, 우리나라의 많은 병원에서는 심리사회적 재활프로그램이 실시되고는 있으나 그 내용과 질적인 면은 빈약하고 초보단계에 있으며, 체계적인 프로그램의 실시나 평가가 거의 없는 현실이라고 하였다. 그러나 이러한 빈약한 상태임에도 불구하고 대부분의 한국정신건강 치료전문가들은 재활프로그램의 중요성을 인식하고 있다고 하였다. 이러한 연구결과는 향후 심리사회적 재활프로그램의 활성화와 특히 환자들을 위한 사회기술훈련의 임상적 적용과 보편화가 중요함을 의미한다. 또한 정신보건법의 제정이 거론되고 있는 현시점에서 지역사회를 기반으로 한 재활프로그램의 준비와 실천이 필요하다 하겠다.

II. 연구의 목적

연구자는 1985년부터 정신의료(보건)사회사업 업무의 일환으로 환자들을 위한 사회기술훈련을 실시해오던 동안에 이 프로그램이 환자들의 치료와 재활과정에서 매우 긍정적인 영향을 주고있다고 느껴오던 차에 객관적인 평가를 위하여 실험적, 탐색적 연구를 하게 되었다. 치료와 재활의 최종목적은 사회적응과 사회적 기능회복이며 사회적응능력을 향상시키기 위해서는 구조화되고 직접적인 훈련방법을 활용하는 사회기술훈련이 효과적이라고 판단되어서 이 프로그램을 실시하였다. 궁극적으로는, 프로그램의 효과성 측정을 통하여 임상실천 분야에서의 프로그램정착과 보급 뿐 아니라, 재활과정중에 있는 환자들을 돕고 사회사업가들의 역할의 중요성을 인식시키고자 하는 것에도 목적을 두고 있다.

-
- 5) R.P.Liberman, K.T.Mueser, D.J.Wallace, M.E. Jacobs, T.Eckman & H. K. Massel, "Training skills in the psychiatrically disabled: Learning, coping and competence," Schizophrenia Bulletin, 12(1986), pp.631-647.
 - 6) B.A.Paradis, "An integrated team approach to community mental health," Social Work, 1987, pp.101-104.
 - 7) 김철권, 김명정, 변원탄, "한국에서의 생리심리사회적 재활의 현실태," 부산정신 의학, 제 2집(1993), pp.1-13.

III. 이론적 준거들

1. 생리심리사회적 재활과 사회기술훈련

생리심리사회적 재활(bio-psycho-social rehabilitation)이란 정신질환자들의 손상과 증상들을 최소화시키고 그들의 최적의 독립, 삶의 질 향상, 선택적인 사회적 역할에서의 기능을 최대화시키고 유지시키는 것에 목적을 두고서 포괄적인 인간서비스를 전달하려는 치료철학이다. 정신과적 재활의 개념적인 틀은 취약성-스트레스-대처-능력(vulnerability-stress-coping-competence)의 모형에 근거하고 있다. 이는 주요 정신질환의 발병, 경과, 증상의 추이 그리고 사회적 기능을 생물학적, 환경적, 행동적 요소들간의 복합적인 상호작용으로 설명한다.⁸⁾⁹⁾ 특히 정신분열증에서의 증상발현과 악화는 생물학적 취약성이 증가할 때, 개인의 능력을 초월하는 과도한 긴장을 일으키는 생활사건이 발생할 때, 사회지지망이 위축될 때 그리고 개인의 사회적 문제해결능력이 약화될 때 일어난다. 일반적으로 매일의 대인관계 사건과 좌절들이 대처능력을 초월할 때 그 개인은 더욱 혼란스럽고 긴장되는 사회적 상황을 경험하게 되고 이는 정신생물학적 취약성을 더욱 능가하여 증상의 재발을 촉발한다. 이와 같이 증상의 악화는 환경적인 스트레스를 완화시켜주는 방어적(보호적)인 요소의 부족 때문에 생기기도 한다.¹⁰⁾ 그러나 대처능력은 방어인자를 활성화시켜서 취약성과 스트레스에 의한 손상(예:양성, 음성증상들), 기능상실(예:사회기술의 결핍), 열악한 조건발생(예:무직) 등을 방어하거나 완화시킨다.

심리사회적 재활의 한 형태인 사회기술훈련은 재활에 있어서 중요한 요소로 인정되고 있는데, 직접적, 적극적인 학습원칙을 적용하는 이 프로그램은 문제해결능력을 증진시키고 정신증상에 대한 방어력을 부여한다. 이는 개인, 집단, 가족, 환경 치료 및 직업훈련상황 등 많은 영역에서 효과적이라는 사실이 인정되고 있다.¹¹⁾

2. 사회기술훈련과 정신적 증상과의 관계

정신분열증의 치료는 다른 질환의 치료와 마찬가지로, 우선은 현존하는 증상을 해소시키는 것이 일차적 목표가 된다. 적절한 양의 약물은 증상을 완화시키고 재발을 연기하거나 중단시킨다. 그러나 전반적인 증상들이 약물로 통제되거나 관해상태(remission)가 될 때조차도 환자들은 사회적 상호작용에서 현저한 어려움을

8) R.P.Lieberman, "What's schizophrenia?" Schizophrenia Bulletin, 8(1982), pp.435-437.

9) K.H.Neuchterlenin & M.E.Dawson, "A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes," Schizophrenia Bulletin, 10(1984), pp.300-312.

10) D.Dorsen & R.W.J.Neufeld, "Stress responses and coping among paranoid and nonparanoid, episodic and remitted schizophrenics," Canadian Journal of Behavior Science, 21(1989), pp.280-294.

11) W.A.Anthony & R.P.Lieberman, "The practice of psychiatric rehabilitation," Schizophrenia Bulletin, 12:4(1986), pp.532-555.

경험한다. 즉, 약물치료로써 증상조절이 되었을 경우에도 현저한 기술결핍이 발견된다. 이는 증상이 호전되었다라도 사회기술의 부족현상이 개선되지 않은 채로 가정이나 지역사회로 복귀한다면 결국은 재발할 확률이 그만큼 높아진다고 할 수 있다.

20여년 전부터 외국에서는 환자들에게 실질적인 도움을 주는 새로운 방법들이 개발되어왔는데, 생물학적 취약성과 사회환경적 스트레스의 해로운 영향으로부터 환자를 보호하는 절차들을 발전시키는 것이었다. 그 중의 주된 방법이 사회기술훈련이다. 더우기 신경정신약물과 사회기술훈련의 결합된 적용은 정신분열증을 위한 최선의 접근으로 인식되고 있다.¹²⁾ Bellack등¹³⁾은 낮병동프로그램에 참여함과 동시에 사회기술훈련에 참가한 정신분열증환자들은 낮병동프로그램에만 참여한 환자들보다 6개월 후의 추적조사결과, 증상의 감소가 있었다고 보고했다. 장기간 후의 추적조사를 해보면, 사회기술훈련은 정신적 증상의 재발을 방지한다기 보다는 효과적으로 연장시켜 준다는 연구결과가 있기도 하다.¹⁴⁾

3. 사회기술훈련프로그램의 범위

사회기술훈련의 범위는 개략적으로 다음과 같다.

- 1) 대화기술
- 2) 개인위생유지기술 및 약물유지기술
- 3) 자기주장행동기술
- 4) 교체기술 및 대인관계기술
- 5) 개인적인 정보처리기술
- 6) 직업면접기술(자기소개, 면접시 대처방법)
- 7) 직업유지기술(고용주, 감독자, 동료직원과의 원만한 관계유지)
- 8) 구직기술(직업지원서 기록방법, 정보입수방법 등)
- 9) 집구하기와 유지기술

4. 사회기술훈련의 절차들

1) 준비 및 계획단계

일반적으로 집단은 2명의 치료자와 약 6-8명의 환자들로 구성하고, 주2회의 모

12) R.P.Liberman & P.W.Corrigan, "Designing new psychosocial treatments for schizophrenia," *Psychiatry*, 56(1993), pp.11-19.

13) A.S.Bellack, S.M.Turner, M.Hersen & R.F.Luber, "An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients," *Hospital and Community Psychiatry*, 35(1984), pp.1023-1028.

14) G.E.Hogarty, S.M.Anderson & D.J.Reiss, "Family psychoeducation, social skills training and medication in schizophrenia: The long and short of it," *Psychopharmacology Bulletin*, 23(1987), pp.12-13.

임에 최소한 1개월이상의 훈련기간을 가지는 것이 보통이다. 집단규모에 있어서 너무 큰 집단일 경우에는 모든 성원들에게 훈련기회를 충분히 제공할 수가 없고, 구성원들 간에 기술수준이 큰 차이가 나거나 서로 다른 요소의 문제들을 가질 가능성이 많다. 성원들이 심한 잔여증상과 주의집중장애를 가진 경우에는 많은 성원들에게 주의를 기울이고 개입하는 것이 어렵게 된다. 반대로 너무 작은 집단일 경우에는 자극이 과다해서 위축될 수가 있으므로 훈련의 목적이나 치료자의 관리능력, 참석환자들의 기능수준 등을 고려하여 적절한 규모의 집단을 구성해야 한다. 프로그램을 위한 준비도구로는 시연장면의 녹화와 시청을 위해서 비디오녹화장비와 TV모니터가 필요하다. 역할시연장면을 카메라로 촬영하는 것이 어떤 환자에게는 심적인 부담이 되기도 하지만, 카메라는 관찰자아(observing ego) 역할을 해주는 잇점이 있다. 기타 도구로는, 필요시마다 필기할 수 있는 칠판과 큰종이, 필기구, 의자, 책상, 과제부여시에 활용할 양식화된 과제기록카드 등이 필요하다.

준비단계에서 그 개인의 사회기술을 사정하는 것은 매우 중요하다. 그 이유로는 사정을 통해서 그 개인의 손상정도와 기능제약을 확인할 수 있으며, 표적문제와 개입의 목표가 수립될 수 있기 때문이다. 사회기술에 대한 정보는 개별면담, 가족면담, 주요인물들과의 면담, 환자의 상호작용에 대한 직접적인 관찰, 역할극이나 구조화된 상호작용에서 나타난 대인관계행동에 대한 관찰, 문제상황에 대한 반응, 자기보고식 행동평가서, 여러가지 면담 및 기록자료, 기존의 치료자로부터 획득된 정보 등을 통해서 얻을 수가 있다. 앞에서 언급한 사정방법에는 비정형사정방법과 정형사정방법으로 구분할 수 있겠다. 사정을 위한 기본적인 질문들을 예를 들자면, 다음과 같다.

일상생활에서의 대인관계에서 어떤 종류의 어려움을 느끼는가? 가장 큰 어려움은 무엇인가? 어떤 상황에서 그러한 어려움이 발생하는가? 어려움이 발생하면 주로 어떤 식으로 행동하는가? 어려움이 발생하면 그 결과는 어떠한가? 자주 발생하는 부적절한 행동이나 부적합한 행동은 무엇인가? 직업적, 사회적 목표는 무엇인가? 단기, 장기 목표는 무엇인가? 등이다.

목적설정을 위해서 치료자는 훈련상황에서 활용할 사회적 상황들을 구체화시켜야 한다. 목적설정은 가능한한, 환자와의 공동작업을 통해서 수립하는 것이 좋다. 그러나 어떤 환자의 경우에는 훈련의 전단계나 초기단계에서 적절한 목적설정을 위해서 방향제시와 지도가 필요하다. 이러한 경우라 할지라도 목적설정과 훈련장면 설정을 위해서는 환자와 함께 공유한다는 생각을 가지는 것이 중요하다. 훈련장면들은 환자 자신들이 경험한 상황을 묘사하는 것이 효율적이다. 훈련과정은 최소한의 도전을 받는 사회적 상황부터 시작하여 모임이 진행함에 따라서 복합적인 기술이 요구되는 상황에 이르기까지 다양하게 진행한다. 훈련장면을 선택하기 위해서는 달성이 가능하고, 긍정적이고, 기능적이며, 높은 빈도를 나타내는 것을 먼저 선택한다.

2) 진행단계

(1) 소개 및 지시(introduction)

훈련모임의 첫 단계에서는 모임의 목적과 진행과정, 어느 영역에 관심을 두어야 하는 사회적응을 위해서 요구되는 사회기술이 어떠한 것인지 등을 소개하면서 성원들의 참여동기를 촉진시키고 훈련모임에 대한 기대를 가지도록 돕는다.

(2) 역할시연(role rehearsal)

역할시연을 위해서 각 환자는 문제영역에 입각한 상황(장면)을 구성하고 설정된 장면에서 상대역할을 할 사람을 선택한다. 상대역할자는 보조치료자이거나 집단성원 중에서 선택될 수 있다. 사회기술이 심하게 결핍된 환자는 집단 앞에 서서 어떤 행동을 한다는 것이 무척 불안하고 당혹스럽게 느낄 수 있으므로, 진행자는 격려와 지지를 함으로써 역할수행을 하도록 돕는다. 집단성원들의 사회적 접촉기회를 늘리기 위해서는 다양한 보조역할자를 집단에 참여시키기도 한다. 예를 들어, 그 기관의 입사고용담당자, 가족성원들 등이다. 집단내에 새로운 사람들을 참여시키는 것이 긍정적인 측면이 있기는 하지만, 무차별적인 활용은 오히려 부담감을 생기게 할 수 있으므로 환자의 대처능력, 활용자원의 유용성, 치료 및 재활의 목표 등을 고려해야 한다. 집단내의 환자들이 역할상대자로 활용되기도 하는데, 연구자의 훈련경험에 의하면 어떤 환자는 자신이 선정한 문제상황에서의 역할시연 때보다, 상대역할을 할 때의 사회행동이나 대처기능이 더욱 건강하고 적절하게 반응하는 경우도 있었다.

(3) 환류와 사회적 강화(feedback & social reinforcement)

역할시연 후에는 비디오화면을 통하여 그 사람의 반응을 보면서 환자 본인의 의견이 제시되고 집단성원이나 참석한 치료자들로부터 조언을 듣는다. 강화를 주는 방법은 성원의 학습과 집단안정도에 매우 큰 영향을 줄 수 있으므로 효과적으로 이루어져야 한다. 우선은 긍정적인 측면과 이전보다 변화된 면들을 조언하고 나서 개선점이나 부족한 점을 얘기한다. 사회적 강화, 격려, 성공에 대한 잦은 경험은 환자의 관심과 노력을 유지시켜준다. 칭찬이나 승인의 무분별한 사용은 변화의 극대화를 감소시키기 때문에 지나치게 사용하는 것은 학습효과를 떨어뜨릴 수가 있다. 성원들 간의 사회적 강화는 집단경험을 통해서 활용할 수 있는 유의한 학습기회이다.

(4) 시범(modeling)

단순히 언어적 지시나 소개가 도움을 주기도 하지만 핵심적인 정보를 전달하기 위한 방법 중 한가지는 시범을 보이는 것이다. 시범시에 실행은 간략하면서도 가장 중요한 반응요소에 초점을 둔다. 반복적인 시범이 필요한 환자도 있다.

(5) 과제부여(home assignment)

훈련된 기술들이 일반사회상황에서도 일반화되기 위해서는 훈련모임 사이의 추가적인 실천이 필요하다. 이는 훈련상황에서의 성공적인 수행이 직접적인 지시나 도움이 없이도 실제상황에서 유지되는 것이 중요하다는 의미이다. 과제부여시에는 과제에 대한 기억과 관심을 유지시키기 위해서 인쇄된 양식의 과제부여카드에 본인이 직접 내용을 적게 하여 다음 모임시간까지 휴대하도록 한다. 과제는 구체적이고 실질적이며 성공가능성을 최대화하게 될 어려움의 정도와 상황을 잘 조정해야 한다. 과제를 주는 방법 외에 훈련모임을 실제상황에서 갖는 방법도 있다. 즉, 거리나 공공기관, 음식점, 가정 등에 직접 찾아가서 실시하는 방법인데 다소 번거롭고 시간을 많이 필요로 하는 단점이 있기는 하지만 실제상황에서의 적용기회가 기 때문에 고무적인 방법이라고 할 수 있다.

3) 일반화단계

훈련상황에서 습득한 기술들을 다른 환경에서도 실행할 수 있게 하는 한 방법은 다양한 사회적 상호작용을 다루는 일반적인 전략을 환자들에게 훈련시킴으로써 가능하다. 사회기술의 일반화에는, 훈련 밖의 상황에서 표적기술들을 수행하는 자극일반화(stimulus generalization)와 훈련된 반응들이 유사하게 수행되지만 기능상으로는 다른 기술들을 유도해내는 등 반응의 종류들에서 융통성을 지니는 반응 일반화(response generalization), 획득된 기술들이 훈련이 끝난 후에도 오랫동안 지속되는 영속성(durability) 등이 있다. 훈련효과와 일반화를 위해서 가장 널리 사용되는 절차는 실제적인 실천이다. 여기에는 과제부여를 통해서 훈련상황과 실제상황을 연결시켜주는 방법이 있다. Liberman등은 사회기술을 유지하기 위한 또 하나의 전략으로서 추적관리 기간동안에 'booster session'의 필요성을 제안했다.¹⁵⁾

IV. 연구방법

1. 대상환자군

실험집단과 통제집단의 대상환자군은 DSM-IV의 기준에 의하여 정신과전문의가 정신분열증으로 진단한 환자들이며, 실험당시에 낮병원(day hospital)프로그램에 다니고 있었다. 두 기관에 있는 환자들을 대상으로 하였는데, 각 기관의 의사나 사회사업가에게 환자의 사회적 기능, 증상정도, 성별 등에 따라서 구체화시킨 후, 무작위 방법으로 두 집단에 할당하였다. 프로그램 중간에 낮프로그램을 중단하였

15) R.P.Liberman, K.H.Nuechterlein & C.J.Wallace, "Social skills training and the nature of schizophrenia," Social Skills Training:A practical handbook for assessment and treatment.(New York:Guilford Press,1982), pp.5-56.

거나 실험연구과정에서 탈락한 대상자 수를 뺀 나머지 대상자수는 기관A에서는 실험집단 7명, 통제집단 7명이었고, 기관B에서는 실험집단 7명, 통제집단 4명이었다. 그 결과 본 연구는 실험집단 14명, 통제집단 11명을 대상으로 비교실험연구를 실시하였다.

실험집단과 통제집단의 인구학적 자료는 다음과 같다. 평균나이는 실험집단이 25.6세, 통제집단은 28.0세였다. 결혼상태는 두 집단성원 모두가 미혼이었으며, 평균학력은 실험집단이 13.4년, 통제집단이 14.4년으로서 비슷한 학력수준을 나타냈다. 현재의 직업상태는 두집단 모두가 무직이었고, 발병당시의 나이는 실험집단이 20.1세, 통제집단이 23.1세였다. 총입원회수와 입원기간은 실험집단이 3.4회:15.2개월이었으며, 통제집단은 2.4회:8.8개월로서 실험집단이 통제집단 환자군에 비해서 더욱 높은 빈도의 입원과 입원기간을 경험하고 있었다. 정신분열증 증후군형태로는 실험집단의 92.3%가 음성아형이었고 통제집단은 음성아형이 100%였다.

2. 평가도구

사회기술훈련프로그램의 효과성을 검증하기 위해서 다음의 다섯가지 평가척도를 사용하였다. 1)2)3)은 자기보고식 평가척도이고 4)5)는 평가자에 의해서 측정되는 도구이다. 자기보고식 평가도구는 신뢰도검증을 위하여 설문지에 대한 예비조사를 실시하였고, 두명의 평가자에 의해서 측정되는 평가도구는 사전조사에서 평가자간의 내적 일치도를 산출하였다.

- 1)대인관계변화척도(Relationship Change Scale, RCS)
- 2)자기주장척도(Rathus Assertiveness Scale, RAS)
- 3)문제해결에 대한 자기평가척도(Problem Solving Inventory, PSI)
- 4)사회행동척도(Social Behavior Scale, SBS)
- 5)양성음성증후군척도(Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

RCS는 문선모가 번안하여 사용한 적이 있다.¹⁶⁾ 본 연구에서는 135명의 대학생을 대상으로 평가도구의 신뢰도를 구한 결과 Cronbach α 계수는 .88이었다. RAS는 Rathus에 의해서 개발되었다.¹⁷⁾ 이 척도는 사회기술훈련의 효과성측정에 민감하여 평가수단으로 널리 사용되며 훈련의 목적을 구체화하기 위해서도 활용된다. 본 연구를 위해서는 설문내용을 번안한 후, 신뢰도검증을 한 결과, Cronbach α 계수는 .86이었다. PSI는 Heppner등¹⁸⁾이 개발하였다. 본 연구에서는 설문내용을 번안한

16) 문선모, "인간관계훈련 집단상담의 효과에 관한 일연구," 경상대논문집, 제19권 (1980), pp.195-204.

17) S.A.Rathus, "A 30-item schedule for assessing assertive behavior," Behavior Therapy,4(1973), pp.398-406.

18) P.P.Heppner & C.H.Petersen, "The development and implications of a personal

후, 신뢰도를 구한 결과 Cronbach α 계수가 .90이었다. SBS는 피험자로 하여금 주어진 사회적 상황에서 역할상대자와 역할시연을 하게 한 후, 비디오녹화 장면에서 나타난 피험자들의 언어적, 비언어적 행동을 평가자가 측정하도록 제작된 척도이다.¹⁹⁾ 본 연구에서는 두 명의 훈련된 평가자가 측정한 척도점수의 산술평균을 통계치로 사용하였는데, 사전검사에서 평가자 간의 내적 일치도는 .82였다. Kay등이 고안한 PANSS는 정신분열증환자의 증상을 평가하기 위해서 널리 사용되고 있는 척도이다.²⁰⁾²¹⁾ 본 조사에서는 두명의 정신과전문의가 환자 개개인과의 20-30분 개별면담을 통하여 증상측정을 실시하였다. 두명의 평가자로부터 얻은 점수의 산술평균을 통계치로 활용하였다. 두명의 평가자 간의 내적 일치도는 .83이었다.

3. 설계 및 자료처리

연구실험을 위해서 93년8월과 94년2월에, 두 개의 기관에서 각각 프로그램을 진행하였다. 각 기관에서 실험집단은 주2회씩, 총15회(37.5시간)의 훈련이 실시되었다. 각 모임당 소요시간은 120-150분 정도였다. 훈련과정에는 연구자가 직접 개입했으며, 1-2명의 보조치료자가 함께 참여하였다. 실험집단과 통제집단의 피험자들은 훈련 일주일 전과 일주일 후에 자기보고식 평가척도와 평가자에 의한 평가가 실시되었다. 자료처리는 SPSS/PC+를 이용하였고, 실험집단과 통제집단별로 평균, 표준편차 및 t-value를 산출하였다.

V. 연구결과

1. 동질성검증

프로그램 개입이전의 실험집단과 통제집단의 동질성 여부를 파악하기 위하여 각 집단의 사전검사에서 나타난 평균과 표준편차를 이용하여 동질성검증을 실시하였다. 결과는 <표 1>에서 보는 바와 같다.

problem solving inventory," Journal of Counseling Psychology, 29(1982), pp.66-75.

19) P.Trower, B.Bryant & M.Argyle, Social Skills and Mental Health, London:Methen Co., 1978.

20) S.R. Kay, A.Fiszbein & L.A.Opler, "The positive and negative syndrome scale(PANSS) for schizophrenia," Schizophrenia Bulletin, 13:2(1987).

21) 민성길 감수, 양성 및 음성증상척도 평가지침서, (주)한국안센메디칼부, 1991.

<표 1> 5개 평가척도에 의한 실험집단과 통제집단 간의 동질성검증

평가척도	집 단	N	Mean	SD	t-value	P
RCS	실험집단	14	63.64	13.71	-2.48	0.021*
	통제집단	11	77.18	13.40		
RAS	실험집단	14	81.42	16.20	-0.91	0.372
	통제집단	11	87.00	14.31		
PSI	실험집단	14	104.78	20.95	-0.35	0.731
	통제집단	11	107.18	13.19		
SBS	실험집단	14	66.78	12.98	-0.37	0.713
	통제집단	11	68.63	11.79		
PANSS	실험집단	14	76.96	19.19	0.33	0.747
	통제집단	11	74.81	13.65		

p<0.05*

<표 1>에 의하면, 두 집단간의 동질성검증을 실시한 결과, 실험집단과 통제집단은 RCS(p<0.05)를 제외한 4개의 평가척도 상에서 유의미한 차이가 없었다(p>0.05). 이는 두집단이 프로그램 실시 이전에 4개의 평가척도에서는 동질성을 가지고서 실험에 임했으며, 대인관계변화척도에서는 실험집단이 통제집단보다 낮은 평균점수로써 실험에 임했다.

2. 결과분석

두 집단별 5개 평가척도점수의 평균, 표준편차 및 t-value는 <표 2>에서 보는 바와 같다. 실험집단의 개입효과를 나타내는 사전-사후검사의 평균비교는 RCS, RAS, PSI, SBS에서 유의미한 향상이 있었으나, 통제집단에서는 의미있는 차이가 없었다(p>0.05). PANSS에서는 실험집단(p<0.001)과 통제집단(p<0.01)에서 모두 의미있는 차이가 있었다.

사전-사후검사의 차이값에 대한 두 집단간의 t-검증결과는 <표 3>과 같다. PSI(0>0.05)를 제외한 RCS, RAS, SBS, PANSS에서는 유의미한 차이(p<0.001)가 있었다. 이는 PSI를 제외한 4개의 평가척도에서 사회기술훈련프로그램 실시 전후의 점수에서, 실험집단과 통제집단 간에는 유의한 차이가 있음을 나타내고 있다. 이러한 결과는 실험집단에 대한 사회기술훈련프로그램의 효과성을 입증해주고 있다.

<표 2> 두 집단별 5개 평가척도점수의 평균, 표준편차 및 t-검증결과

평가도구	집 단	N	사 전		사 후		t-value	P
			Mean	SD	Mean	SD		
RCS	실험집단	14	63.64	13.71	82.89	11.39	-7.92	0.000***
	통제집단	11	77.18	13.40	77.36	15.79	0.88	0.401
RAS	실험집단	14	81.42	16.20	97.64	14.85	-6.01	0.000***
	통제집단	11	87.00	14.31	84.72	14.12	0.99	0.347
PSI	실험집단	14	104.78	20.95	116.57	19.19	-4.65	0.000***
	통제집단	11	107.18	13.19	109.81	17.03	-0.64	0.593
SBS	실험집단	14	66.78	12.98	88.25	7.81	-8.37	0.000***
	통제집단	11	66.63	11.79	71.40	11.24	1.00	0.051
PANSS	실험집단	14	76.96	19.19	55.03	18.43	8.52	0.000***
	통제집단	11	74.81	13.65	69.90	12.11	4.05	0.002**

p<0.01**, p<0.001***

<표 3> 사전 사후검사의 차이값에 대한 두 집단 간의 t-value

평가도구	집 단	N	Mean	SD	t-value	P
RCS	실험집단	14	19.29	9.11	6.60	0.000***
	통제집단	11	0.18	6.87		
RAS	실험집단	14	16.21	10.10	5.21	0.000***
	통제집단	11	-2.27	7.64		
PSI	실험집단	14	11.79	9.49	1.88	0.077
	통제집단	11	2.64	13.76		
SBS	실험집단	14	21.46	9.60	6.55	0.000***
	통제집단	11	2.77	4.14		
PANSS	실험집단	14	-21.93	9.63	-5.98	0.000***
	통제집단	11	-4.91	4.02		

p<0.001***

VI. 실천적 함의와 제언

실제생활에서의 사회적응도를 정확하게 측정하기 위해서는 독립적이고 생산적인 사회생활, 건전한 취미활동, 의미있는 대인관계의 유지, 증상의 재발정도 등 여

러가지 측면을 점검해야 한다. 그러나 본 연구에서는 프로그램평가에 따르는 효과성에 초점을 두고 있기 때문에 훈련과정을 통하여 사회적응에 필요한 요소들에서 어떠한 변화가 초래되었는지를 검증하였다. 환자들의 사회적응과 재활을 돕는 사회기술훈련프로그램은 상기의 5가지 요인들을 긍정적으로 변화시킨다는 것이 입증되었다. 즉 사회기술훈련프로그램은 정신약물로써 증상들이 어느 정도 통제된 외래환자군에서 훈련의 효과가 있음이 증명되었다. 그 효과란 환자들의 표적행동에서의 향상 뿐아니라 대인관계기술의 증진, 전반적인 자기주장의 향상, 문제해결에 대한 자기평가에서의 향상, 정신증상의 감소 등을 포함하고 있다. 이러한 결과는 사회기술훈련프로그램이 환자들의 치료와 재활을 위해서 도움을 주는 개입방법이라고 할 수 있겠다.

더우기 재활과 사회복귀에 중점을 두고서 진행되고 있는 정신보건법의 제정을 앞두고, 정신건강전문가들은 사회사업가에 대한 역할기대로써 환자들의 사회복귀와 재활에 대해서 큰 비중을 두고 있다. 정신보건사회사업 임상실천 분야에서는 환자들의 사회복귀를 촉진시키고 이들이 사회의 한 구성원으로 적용해나가도록 돕는 역할이 매우 중요하다는 사실을 시사해주고 있다.

본 연구는 몇가지 연구의 한계점을 가지고 실시되었기 때문에 향후 더욱 발전된 연구를 위해서 몇가지 제언을 하고자 한다.

1. 정신분열증 이외의 다양한 진단군이나 성장인구집단을 대상으로 한 프로그램의 유용성을 검증해보는 것도 좋을 것이다.
2. 훈련과정 속에서 간헐적으로 가족을 개입시키기는 했지만, 정기적인 가족의 참여는 시도하지 못했다. 재활과정에서 가족이 차지하는 비중이 크므로 가족의 협조 속에서 훈련을 실시해보는 것도 유익하리라 생각된다.
3. 훈련이 끝난 사람들을 위한 추후프로그램이나 지지집단의 개발도 고려할 필요가 있을 것이다.
4. 실험연구대상의 수를 확대하여 병력, 입원기간, 입원회수, 나이, 가족내의 지지정도, 환자의 사회지지망 등과 사회기술훈련프로그램의 효과성과의 상관관계를 탐색 해보는 것도 학문적으로나 임상적으로 큰 의미가 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 고복자, "회복된 정신질환환자의 사회복귀에 대한 일반인의 태도," 신경정신의학, 제18권, 1979.
- 김철권, 김명정, 변원탄, "한국에서의 생리심리사회적 재활의 현실태," 부산정신의학, 제2집, 1993.
- 문선모, "인간관계훈련 집단상담의 효과에 관한 일연구," 경상대논문집, 제19권, 1980.
- 민성길 감수, 양성 및 음성증상척도 평가지침서, (주)한국안센메디칼부, 1991.
- 박강규, "정신분열증환자의 재활치료," 신경정신의학, 제29권 1호, 1990.
- 전석균, "정신질환자를 위한 사회기술훈련에 관한 고찰," 한국사회복지학, 제17호, 1991.
- Anthony, W.A. & Liberman, R.P., "The practice of psychiatric rehabilitation," Schizophrenia Bulletin, 12:4, 1986.
- Bellack, A.S., Tuner, S.M., Hersen, M. & Luber, R.F., "An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients," Hospital and Community Psychiatry, 35, 1984.
- Curran, J.P. & Monti, P.M.(Eds.), Social Skills Training: A practical handbook for assessment and treatment, New York: Guilford Press, 1982.
- Dorsen, D. & Neufeld, R.W.J., "Stress responses and coping among paranoid and nonparanoid, episodic and remitted schizophrenics," Canadian Journal of Behavior Science, 21, 1989.
- Heppner, P.P. & Petersen, C.H., "The development and implications of a personal problem solving inventory," Journal of Counseling Psychology, 29, 1982.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M. & Reiss, D.J., "Family psychoeducation, social skills training and medication in schizophrenia: The long and short of it," Psychopharmacology Bulletin, 23, 1987.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. & Opler, L.A., "The positive and negative syndrome scale(PANSS) for schizophrenia," Schizophrenia Bulletin, 13:2, 1987.
- Lantz, J. & Belcher, J., "Schizophrenia and existential vacuum," International Forum for Logotherapy, 10, 1987.
- Liberman, R.P., "What's schizophrenia?" Schizophrenia Bulletin, 8, 1982.
- Liberman, R.P. & Corriagn, P.W., "Designment new psychosocial treatments for schizophrenia," Psychiatry, 56, 1993.
- Liberman, R.P., Mueser, K.T., Wallace, C.J., Jacobs, M.E., Eckman, T. & Massel, H.K., "Training skills in the psychiatrically disabled: Learning, coping and competence," Schizophrenia Bulletin, 12, 1986.
- Neuchterlenin, H.K. & Dawson, M.E., "A heuristic vulnerability/stress model of

- schizophrenic episodes," *Schizophrenia Bulletin*, 10,1984.
- Paradis, B.A., "An integrated team approach to community mental health," *Social Work*, 1987.
- Rathus, S.A., "A 30-item schedule for assessing assertive behavior," *Behavior Therapy*, 4,1973.
- Tessler, R.C. & Manderscheid, R.W., "Factors affecting adjustment to community living," *Hospital and Community Psychiatry*, 33,1982.
- Trower, P., Bryant, B. & Argyle, M., *Social Skills and Mental Health*, London: Methen Co., 1978.
- Wallace, C.J., "Community and interpersonal functioning in the course of schizophrenic disorders," *Schizophrenia Bulletin*, 10,1984.