

정신장애인의 정신질환 증상 대처 경험에 관한 연구

김남희, 송승연, 김효정*
한국후견·신탁연구센터 전임연구원

A Study on the Coping Experience of Mental Disorder Symptoms

Nanghee Kim, Seung-yeon Song, Hyojung Kim*
Researcher, Korean Research Center for Guardianship and Trusts

요약 본 연구는 정신건강서비스 패러다임을 의료적 모델에서 인권적 모델로 전환하기 위한 경험적 근거기반을 마련하고자 당사자의 관점에서 정신장애 증상에 대한 개인적 대처와 통찰경험을 탐색하는 데 목적이 있다. 이를 위해 정신장애인 당사자 8명을 대상으로 심층인터뷰를 진행하였고 근거이론 방법을 활용하여 분석하였다. 연구 결과 132개의 개념, 23개의 하위범주, 그리고 11개의 상위범주로 유목화할 수 있었다. 연구 결과 정신장애인들은 증상에 대한 깊은 통찰을 통해 증상에 대한 자신만의 관점을 갖게 되는 한편 증상에 대한 대처방법을 찾고자 노력하고 발견함으로써 증상과 함께, 증상을 관리하며 일상생활을 영위하고 있었다. 따라서 우리 사회에 맞는 정신장애인에 대한 대안적 모델을 개발함에 있어 정신장애인 스스로 통찰의 기회를 통해 자신만의 대처방안을 찾으려 의견을 마련하는 것이 필요할 것이다.

주제어 : 정신장애인, 증상 대처경험, 근거이론, 인권모델, 회복패러다임

Abstract This work aims to explore personal coping and insight experience in mental disorder symptoms from the perspective of the parties in order to lay an empirical basis for the transition of the mental health service paradigm from a medical model to a human rights model. For this purpose, in-depth interviews with 8 persons with mental disorders were conducted and a model of practice was suggested through analysis using the grounded theory. As a result, 11 categories, 23 sub-categories and 132 concepts were identified. According to the analysis of this study, people with mental disorders have changed their perspective on symptoms through in-depth insight into their identities and symptoms as mental disorders, and discovered their own autonomous ways to cope with symptoms, managing their daily lives. Therefore, in developing a Korean alternative model for people with mental disorders, it is necessary to prepare conditions to find their own countermeasures through opportunities for insight.

Keywords : People with mental disorder, Experience of coping with symptoms, Ground theory, Human rights model, Recovery paradigm

1. 연구의 필요성

한국은 2008년 12월 UN장애인권리협약(CRPD)을 비준하였고, 2009년 1월 10일 그 효력이 발효되었다

[1]. UN 장애인권리협약(CRPD) 비준국으로서 협약이행의 책무가 있어, 정부는 2011년 6월 협약이행사항에 관한 국가보고서를 UN장애인권리위원회에 제출하였

*This work is supported by the Ministry of Education of the Republic of Korea and the National Research Foundation of Korea(NRF-2019S1A3A2099593)

*Corresponding Author : Hyojung Kim(hyojung0108@naver.com)

Received February 9, 2021

Revised May 4, 2021

Accepted May 20, 2021

Published May 28, 2021

고, 2014년 9월 위원회심의를 받은 바 있다[1]. UN 장애인권리위원회의 심의 결과는 많은 우려와 권고를 담고 있는데, 정신장애인이 강제입원 및 강제치료에 노출되지 않고 치료과정에서 그들의 상황, 욕구, 선호가 반영된 의사결정이 존중될 수 있는 제도적 절차가 필요하다는 점을 강조하였다[1]. UN 장애인권리협약(CRPD)은 정신장애를 치료의 대상으로 보는 의료적 모델이 아니라, 정신장애인이 지역사회에서 일상적인 생활을 하도록 지원하는 것에 중점을 두고, 증상관리가 필요한 경우 비장애인과 마찬가지로 지역사회에서 통합된 생활을 지속하며 치료를 받을 수 있어야 한다는 관점을 채택하고 있다[2].

강제입원 및 강제치료는 정신질환, 특히 조현병 환자에 대해 약물치료를 가장 중요한 치료방법 또는 거의 유일한 치료방법이라는 인식에 바탕을 둔다. 따라서 정신장애인의 증상관리와 재발방지를 위해서는 약물처방을 하는 치료진 요구에 순응해야 하는 것이 정신장애치료를 중추로 여겨지고 있다[3-5]. UN 장애인권리협약(CRPD)도 근거하고 있는 장애의 생물심리사회모델을 임상에서 외면만 채택한다면, 정신질환은 신경계 손상이나 결함 등 생물학적 원인이 대인관계나 사회적 스트레스 요인의 영향을 받아 발병된다고 보는 것에 초점을 맞추게 된다. 증상통제를 위해 약물치료를 가장 우선시하는 것에는 변화가 없다는 것이다. 이러한 관점은 정신질환자의 내적 경험과 주관적인 세계를 정신병리학적 틀에서 이해함으로써 개인의 경험과 맥락을 다루지 못한다는 비판을 받고 있다[6].

한편, 의료모델의 관점을 넘어 정신질환의 대처과정에서 개인의 심리내적 성장을 강조하는 레질리언스모델, 강점모델 등이 있다[7,8]. 하지만 이러한 개입 역시 의료모델을 주도적인 치료방법으로 상정하고 보완적 차원에서 대안을 제시하고 있어, 여전히 정신장애는 증상개선을 위한 치료가 가장 중요한 '질환'이라는 관점을 반영하는 한계가 있다. 이러한 한계를 지적하며 치료과정에서 정신장애인의 주도적 참여와 자율성의 가치를 지향하는 회복모델이 등장하였다[9,10]. 회복모델은 정신장애인이 자신의 삶의 의미에 대해 지속적이고 긍정적인 감각을 발견하려는 과정을 강조하며, 증상은 치료를 통해 개선해야 하는 목표라기보다는 삶의 일부로 다루어진다[9-12]. 회복모델의 맥락 하에 정신장애인은 스트레스 상황을 긍정적으로 재평가하고, 의미를 재

구성하고 협상하는 과정 속에서 효능감을 성취하는 주도적 대처(proactive coping) 방법을 활용한다[13-15]. 최근에는 주류 의료적 모델에 기반한 약물담론에 대한 대안적 시도가 꾸준히 이어지고 있으며 국내에서는 이를 소개하는 사례연구가 수행되고 있다[16-20]. 스위스 베른의 소테리아 하우스는 인본주의적 모델로 공감과 따뜻한 돌봄을 강조하며[20] 핀란드의 오픈다이얼로그는 위기개입이 필요한 정신장애인의 집에 치료팀이 방문하여 당사자의 이야기를 듣고 경험을 나누는 것으로 민주적이며 당사자 주체적인 특징이 있다[17]. 일본 베텔의 집 사례는 당사자 입장에서 환청이나 망상을 연구하고 개인의 다양성과 아이디어의 극대화를 강조한다[19]. 그러나 이는 약물치료에 대한 훌륭한 대안은 되겠지만, UN 장애인권리협약(CRPD)이 지향하는 장애의 인권모델에는 미치지 못하는 한계가 있다. UN 장애인권리협약(CRPD)에 기반한 인권모델은 정신장애인의 시민권을 인정하며 그들이 경험하는 경험을 다양성으로 수용하고, 자기선택, 자율성 등을 강조한다[2]

의료모델을 대체하며, 정신장애인의 시민권과 다양성을 수용하는 인권모델을 임상현장에서 실현하기 위해서는 무엇보다 정신질환 상태에서도 당사자가 자기 삶을 영위할 수 있는 자율적 주체임을 존중하는 것에서 출발하여야 한다. 그 점에서 보면 정신장애 당사자가 체득한 다양한 증상대처방법과 통찰경험, 그리고 타인의 지시가 아닌 자율적 통제감에 기반한 증상대처경험을 탐색하는 것은 장애학 또는 장애인권의 관점에서 매우 중요한 의미가 있다.

증상대처에 있어 정신장애인의 주체성과 효능감, 그리고 자율성과 주도적 참여를 강조하는 대안모델들은 정신장애인 당사자의 개인적 경험에서 그 대안을 찾는다. 그러나 관련한 국내 연구들은 해외 사례를 소개하고 한국적 함의를 도출하거나[16-18], 약물치료 담론에 대한 연구[20]가 주를 이루고 있어 개별화된 당사자의 다양한 증상대처방법과 통찰경험에 대한 연구가 매우 제한적이다. 이에 본 연구는 정신장애인 당사자를 대상으로 당사자의 자율적 통제감에 기반한 개인적 증상대처 경험에 대해 탐색하고 실천적, 정책적 함의를 제시하였다.

2. 연구방법

2.1 연구참여자 선정과 자료수집 및 분석방법

본 연구는 정신장애인의 정신질환 발병 후 증상에 대처하는 과정의 경험 탐색을 통해 정신장애인 당사자 입장에 대한 대안적 모델 적용의 가능성을 탐색하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 온라인으로 연구참여자가 모집공고문을 게재하는 동시에 정신장애인 당사자 단체와 정신건강서비스 관련 단체 등을 통해 정신질환을 겪고 있지만, 일상생활, 사회생활을 영위하고 있는 정신장애인 당사자 연계를 의뢰하였다. 그 결과 연구의 취지를 이해하고 자발적으로 참여의사를 밝힌 8명의 정신장애인이 연구에 참여하였다. 연구참여자들중 7명은 조현병으로 환청, 환시 경험이 있거나 현재도 겪고 있었으며, 1명은 심한 망상증이 있었다. 인터뷰는 연구참여자들이 원하는 장소에서 2019년 9월~ 2020년 1월 동안 개별 심층인터뷰로 진행되었다.

Table 1. Characteristics of participants

Participants	Age	Onset of mental illness	Mental illness	Symptoms	Medication Status
A	50s	late 20s	• schizophrenia	Auditory, Visual, tactile illusion	only in acute phase
B	50s	early 20s	• schizophrenia	Auditory illusion	Use
C	30s	mid-20s	• depressive disorder • schizophrenia	Auditory illusion	Use
D	50s	mid-late 20s	• schizophrenia	Auditory, Visual tactile illusion	not use
E	40s	early 20s	• depressive disorder • schizophrenia	Auditory, tactile illusion	Use
F	50s	early 20s	• delusional disorder	delusion	Use
G	50s	early 20s	• schizophrenia	Auditory illusion	Use
H	30s	early 20s	• schizophrenia	Auditory illusion	less use than prescription

본 연구의 자료수집은 반구조화된 질문지를 활용하여 정신장애인 당사자들을 대상으로 개별집단 인터뷰를 통해 수행되었다. 질적연구는 사회현상 가운데 비교적 적은 경험으로 인해 학문적으로 정립되지 않은 분야에 대한 이해와 함의를 제공하고, 이러한 사례를 바탕으로 새로운 결과를 도출하는 장점이 있다[21]. 특히 실제로 현상을 경험하고 있거나 경험했던 당사자들의 '살아 있는 경험[22]'과 그 이면의 의미를 당사자의 시각에서 이해하기 위해서는 계량화된 양적 연구보다는 질적 연구방법이 적합하다. 그 중 근거이론은 참여자의 개인적, 사회적 경험을 바탕으로 그 의미를 밝히는 장점을

가지고 있으므로 정신장애인 당사자들이 증상에 대처하는 과정의 경험을 구조화할 수 있는 모형을 탐색하는데 적절하다[23]. 본 연구에서는 Strauss와 Corbin의 근거이론[24]을 연구방법으로 선택하여 정신장애인 당사자들의 증상에 대한 대처 과정 경험을 살펴보았다.

2.2 연구의 엄격성 및 윤리적 고려

본 연구는 연구자가 소속된 기관의 기관생명윤리위원회 승인 후 진행하였다[HYUIRB-202007-001-1]. 인터뷰 질문지는 사전에 연구참여자들에게 이메일로 발송하였으며 인터뷰에 앞서 연구참여자들에게 연구주제와 연구목적에 대해 설명하였다. 다음으로 인터뷰 내용은 연구목적으로만 사용되며 참여자 인적사항에 대한 비밀유지, 인터뷰 중단을 원할 시에 언제든지 중단할 수 있음을 고지하였고 자발적으로 연구에 참여하는 것임을 다시 한 번 확인하였다. 그리고 인터뷰 녹음과 개인정보 활용에 대한 동의를 구하고 연구 참여 동의서에 서명을 받았다.

연구에 앞서 연구자들은 생명윤리교육, 연구윤리교육을 수료하였다. 질적 연구에서는 연구를 통해 해석된 내용에 대한 신뢰성과 간주관성을 확보하는 것이 가장 중요하다[25]. 이에 연구자들은 정신장애 문헌연구를 다양하게 탐색하였고, 연구참여자들의 경험을 이해하고 분석하는데 있어 문헌연구 내용과 연구자들의 관점이 반영되지 않도록 지속적인 의견교환을 하였다. 그리고 인터뷰 자료 외에 메모, 현장노트 등을 함께 활용하여 연구의 신뢰도와 타당도를 향상하고자 하였다. 해석을 진행하는 과정에서 궁금한 사항은 연구참여자에게 재확인하는 과정을 거쳤다.

3. 연구결과

연구참여자 인터뷰를 통해 수집된 자료를 분석한 결과, 총 132개의 개념, 23개의 하위범주, 그리고 11개의 상위범주로 유목화되었다. 이러한 결과를 기초로 정신장애인의 증상대처 과정에 대한 개념적 틀, 핵심범주와 이야기 윤곽, 상황모형 등을 도출하였다.

개념적 틀은 연구하고자 하는 중심현상을 보다 정확하게 설명하기 위해 인과적 조건, 맥락적 조건, 중재적 조건, 작용/상호작용 전략, 그리고 결과에 해당하는 범주들을 서로 연결하고 재배치하는 것이다. 본 연구에서

정신장애인의 증상대처 과정의 개념적 틀은 Fig. 1과 같이 도출되었다.

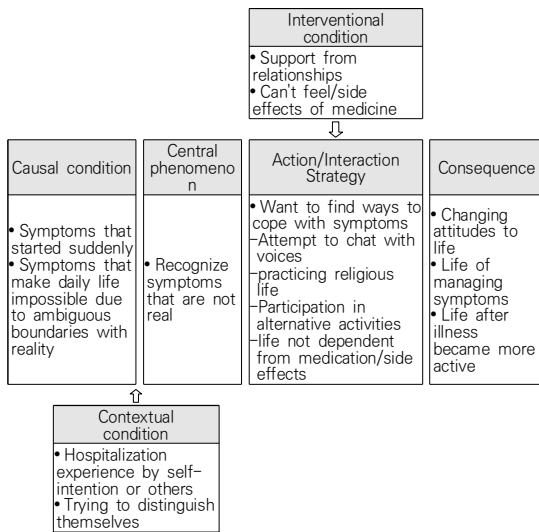


Fig. 1. Conceptual Framework

3.1 인과적 조건

인과적 조건이란 중심현상과 인과적 관계에 있는 선행사건, 즉 중심현상이 일어나도록 만든 모든 원인을 일컫는다[24]. 본 연구의 인과적 조건은 ‘불현듯 시작된 증상’과 ‘현실과의 경계가 모호하여 일상생활을 불가능하게 하는 증상’이었다. 참여자들은 어느 날 갑자기 증상이 시작되었다고 기억하고 있다. 그렇게 시작된 증상은 환청, 환시, 환촉 등 다양한 형태로 나타나는데 현실인지 아닌지 구분은 어려웠고 그 때문에 일상생활을 영위하는 것 역시 불가능해졌다.

처음 증상은 잠을 못 자는 것부터 시작했어요. 잠을 오랫동안 못 잤어요. 불면증... 스트레스를 많이 받은 거죠. 잠을 점점 못 자게 됐어요. 하루에 1시간도 못 잤거든요. 사람들이 있잖아요. 그 사람이 있으면 사람만 있는 게 아니에요. 그래서 제가 하나 지었어요. 반생명, 반생명이 있었던 거야. 그래서 사람 있는데 못 가는 거예요. (A)

영업 끝나고 혼자 있는데 창문 밑에서 소리가 나더라고. 그래서 제가 그 때 무슨 얘기를 했냐면 ‘너네들이 사람인지 아닌지 모르겠지만 혹시 친구가 필요하다고 그러면 내가 상대해 줄 수는 있어’. (D)

그러니까는 다른, 옆집이나 멀리 떨어진 데서도 제 마음을 다 읽는다고 생각했어요. 그래서 그 사람들이 뭐 얘기하는 거? 막 그런 시끄러운 잠음 같은 게 들렸던 거 같아요. (H)

3.2 중심현상

중심현상이란 참여자가 일련의 전략을 통해 조절하거나 해결하려는 중심 생각이나 사건을 말하는 것으로 ‘여기서 무엇이 진행되고 있는가’를 나타낸다[24]. 본 연구에서는 ‘현실이 아닌 증상을 인지함’으로 나타났다. 참여자들은 처음에는 증상이 현실인지 아닌지 구분하기 어려운 상태에서 일상생활마저 해체되는 상황에 다다르게 된다. 그러면서 본인이 스스로 이상해서 또는 주변에 의해서 병원에 입원하여 환우들과의 대화를 통해서, 혹은 본인이 경험하는 이상한 현실에 대해 스스로 의문을 품고 현실인지 아닌지를 구분해내려는 노력 과정을 통해 현실이 아닌 증상을 자각하게 된다.

“어떤 걸 듣고 있어요?” 물어보면 우리 당사자들이 얘기를 해줘요. “나는 텔레파시가 될 수 있어요.” 그래서 ‘이게 나만 그런 게 아니구나’라는 걸 이제 병원에 가 가지고... 아, 내가 선택받았거나 그런 문제가 아니구나’도 포함해서. (D)

요양하고 운동하고 하면서 한번 이렇게 싸이클을 정리하는 거죠. 그래서 그때 처음으로 ‘그게 다 환청이었어’ 반성도 되게 많이 하고 참회도 되게 많이 하고, 그때 증상에 대해서 ‘그게 증상이었구나’ 그런 것들이 한 켠에 몰려오더라고. (A)

3.3 맥락적 조건

맥락적 조건이란 현상 안에 속한 속성들과 관련한 조건으로 작용/상호작용 전략을 다루고 조절하며 특정 현상에 대응하기 위해 취해지는 조건이다[24]. 본 연구에서 중심 현상인 ‘현실이 아닌 증상을 인지하게 됨’을 가져오는 맥락적 조건으로 ‘자타의에 의한 입원 경험’과 ‘스스로 구분하고자 노력함’이라는 맥락이 자리하고 있다. 즉, 증상이 발현되고 일상생활 영위가 어려운 참여자들은 자의 또는 타의에 의해 병원을 경험하게 되고 그곳에서 환우나 의사와의 대화를 통해 증상이 현실

이 아님을 인지하게 된다. 또는 스스로 환청이나 환시가 실제인지 아닌지를 구분하기 위해 테스트를 하며 실체가 아님을 알게 되는 경우도 있었다.

잠을 못 자니까 병원에 갔다가 결국은 정신병원으로 가서 거기서 강제입원이 된 거죠. 그리고 나서 되게 심각한 디프렉션 상태가 되면서 그때 '내가 뭐가 잘못됐구나' 그때 알게 됐죠. (B)

이게 어디까지가 증상이고 병이고 어디까지가 현실인지에 대해서 되게 혼돈스러웠어요. 그 때 스님이 도와줬을 거야. 세계를 인식하는 법을, 자연스럽게 거기서 공부해 됐거든요? 그 때 뭐가 생겼냐면 내 병의 정체에 대해서 조금 알았어요. (A)

그거가 언제 그랬냐면 재발했을 때, 그러니까 재발했을 때 그 부분에서 내가 지금 보고 있는 게 맞는지 확인해 본 적이 있었는데. (D)

3.4 작용/상호작용 전략

이 전략은 일정한 상황, 문제, 사건들에 대해서 개인이나 집단이 생성한 반응으로 현상을 다루거나 대처하기 위해 택하는 의도적인 행동반응이다[24]. 본 연구에서 작용/상호작용 전략은 '대처방법을 찾고자 함'이었고 그 하위범주로는 '환청과 대화를 시도함', '종교적 삶을 실천함', '대안적 활동에 참여함', '의료에 종속되지 않는 삶을 추구함'이었다.

참여자들은 증상임을 인지하고 극복하기 위해 증상에 대처하는 방법을 찾아가는데 어느 한 가지의 정답이 있는 것이 아니라 나름의 전략을 사용하여 자신에게 맞는 대처법을 찾는 노력을 기울이고 있었다.

그렇게 생각해봤는데 그거를 해봤어요, 역으로 환청을, 내가 환청하고 대화를 시도해봤어요, 시도해봤는데, 아, 이런 얘기를 했어요. 제가 이 환청 이름도 달았어요. 뭐라고 했냐면 악마소리꾼. (C)

보건소에서 와보면 좋다고 그래서 갔어요. 프로그램 받으려...그래서 그때 생각한 게 뭐냐면 '내가 가진 거는 없지만 가능하면 많이 와서 가능하면 인사라도, 가능하면 같이 활동이라도 해야 되겠다'라고, 각 사람들하고 굉장히 자율적으로 친하게 지내기 시작했죠. (D)

처음에만 급성기 때만 조금 쓰고 입원과정에서 철저하게 약을 줄여, 어느 정도냐면 거의 약을 안 먹다시피 한 상태에서 퇴원을 시켜요. 그리고 나머지는 어떻게 하나면 내가 이겨 내야 돼. (A)

약보다는 제 개인적으로는 그냥 신앙, 신앙... 지금까지 생각했던 그 생각했던 것들이 그 전에 안 들어왔던 가치가 생기는, 가치를 두게 되고. (G)

3.5 중재적 조건

중재적 조건이란 현상과 관련된 광범위한 구조적 상황을 말하며, 주어진 상황 또는 맥락에서 전략을 추진하거나 억제하는 방향으로 작용하는 범주를 일컫는다[24]. 본 연구에서 중재적 조건으로 '관계를 통해 지지를 얻음', '약물효과를 못 느낌/부작용'으로 나타났는데 이를 통해 '증상에 대한 대처방법을 찾고자 함'이라는 작용/상호작용 전략을 추진하였다.

한 달에 한 번씩 외래를 간단 말이에요. 8월에 약을 타다 먹었어요. 먹었는데 다음날 되니까 이게 몸이 꼬이더라고. 약을 바꿔 달라고 해 갖고 바꿔서 먹었는데 그래도 그게 안 없어지는 거예요. (D)

정신과 약을 먹어도 환청이 줄지도 않아, 줄지도 않고 그냥 소리는 크게 들리고 밤에 잠 자는 것도 힘들었어요. (C)

의사는 뭐가 있었냐면, 되게 존중했어요. 저를, 이런 저런 얘기도 하고, 그냥 정이 들은 거야. 그래서 약은 안 먹고 주기적으로 병원은 계속 갔어요. (A)

친구도 사귀 수 있고 같이 친해질 수 있겠다. 그런 식으로 생각이 바뀌더라고? 그러면서 사람을 사귀다 보니까 어떻게 사귀었냐면 재밌는 말도 해주고, 같이 놀러도 가고. (F)

3.6 결과

결과는 어떤 현상에 대처하거나 그 현상을 다루기 위해 취해진 작용/상호작용 전략에 따라 중심현상이 조정되면서 최종적으로 나타나는 것이다[24]. 본 연구에서는 '삶에 대한 태도가 변화함', '증상을 관리하며 사는

삶, '병후에 열심히 살게 된 삶'으로 나타났다. 즉, 병으로 인한 증상임을 알게 되고 그에 대한 대처방법을 찾는 과정과 그 과정에서 맺은 관계를 통해 얻게 되는 지지는 참여자들의 삶에 대한 태도를 변화시켰다. 또한 증상이 사라지지는 않았지만 그러한 증상을 관리하며 삶을 지속하는 방법을 깨닫고 이행하고 있었다.

사람을 피해서 혼자 하는 일을 했는데 여기 와서 여러 사람이랑 일하니까 힘든 것도 있는데, 그거를 좀 극복해 보고 싶고. 그리고 여기서 다른 일들 단순, 여기 일도 많이 어려운 건 아닌데 여러 가지 일을 좀 배울 수 있어서 그것도 좋은 거 같고. (H)

'내가 이 병을 얻어서 이런 많은 사람들을 만나며 경험했기 때문에 글을 쓸 수 있었고 그 글을 통해서 등단도 했던 거고 시집도 내게 된 게 아닌가?' 하는 생각도 있거든요. (E)

그 다음 시간에 복귀를 하는 차원에서 '지난번에 배웠던 거를 응용해 갖고 제가 뭘 한 번 보여드릴게요.' 그래서 앞으로 나가서 한 번 해보고, 속으로 굉장히 많이 떨리고 그렇죠. 그래서 성격 바꾸려고, 소심하고 내성적이었던 그걸, 그렇게 하고 진전이 있었죠. (D)

내 관리를 해야 되니까, 그냥 약은 받아놓고 안 먹고, 의사 만나고, 왜냐하면 그게 자기관리예요. 내가 병식을 유지하기 위해서, 의사를 만나고, 의사는 또 도와주고 하면서 그냥 상담을 하기 위해서 병원에 간 거지. 주치의가 되게 잘 해줬어요. 선생님도 변해가는 거거든요. 되게 존중하시고... (A)

3.7 이야기 윤곽과 상황모형

정신장애인의 증상대처 과정의 핵심범주는 '증상임을 인식하고 대처방법을 찾는 과정에서 관계를 통한 지지를 얻고 이전에 비해 변화한 삶을 살게 됨'이었다. 극심한 스트레스 상황에서 불현듯 시작된 증상은 현실로 받아들여지며 참여자들의 일상생활도 위협했다. 이러한 상황에서 참여자들은 자의 또는 타의에 의해 입원을 경험하면서 의사나 비슷한 처지의 환우들과의 대화를 통해 그것이 현실이 아닌 증상임을 알게 되거나 스스로 의문을 갖고 테스트를 통해 구분해 내는 경우도 있었다.

증상임을 인지하였다고 해서 증상이 없어지는 것은 아니었다. 증상으로 인해 괴로운 현실은 여전했다. 하지만 증상임을 알고 있기에 그에 대한 대처방법을 찾고자 노력한다. 즉, 환청과 대화를 시도해본다든지, 종교적 삶을 실천한다든지, 관련 기관의 프로그램과 같은 대안적 활동에 참여하며 집중하거나 의사의 도움을 받되 종속되지는 않는 등 자신에게 맞는 방법들을 찾아 나간다. 이 과정에서 관계를 맺게 되고 그러한 관계를 통해 얻는 지지는 대처 방법을 찾는 과정에서 더욱 힘이 된다. 참여자들은 증상이 완전히 사라지지는 않았어도 이전과는 다른 변화한 삶의 태도를 갖고, 증상을 나름의 방식으로 관리하며 살아가고 있음을 확인할 수 있었다.

상황모형은 연구 중인 현상과 관련된 다양한 상황조건이 작용/상호작용 전략과 관련되어 어떻게 결과에 영향을 미치는가를 설명하는 분석도구로서 증심현상에 대한 설득력 있는 설명을 제시해 준다[26].

정신장애인들의 증상대처 과정의 상황모형은 다음 Fig. 2와 같다. 첫째, 증상이 나타난 후 대처방법을 찾는 과정을 개인, 가족, 사회적 차원의 관계를 통해 보면 개인 수준은 증상이 발현된 후 현실과 구분이 되지 않은 채 일상생활이 어려운 상황으로 스스로 이러한 현상을 구분하고자 하는 노력 또는 자-타의에 의한 입원경험을 통해 현실이 아닌 증상임을 인식하는 것이다. 둘째, 대인 내 수준 면에서는 관계를 맺거나 그 관계 속에서 지지를 받으며 대처방법을 찾아 나가는 단계이다. 셋째, 이러한 경험을 통해 삶의 태도가 변화하고, 증상이 사라지지는 않았어도 증상을 관리하며 일상생활을 지속하게 된다.

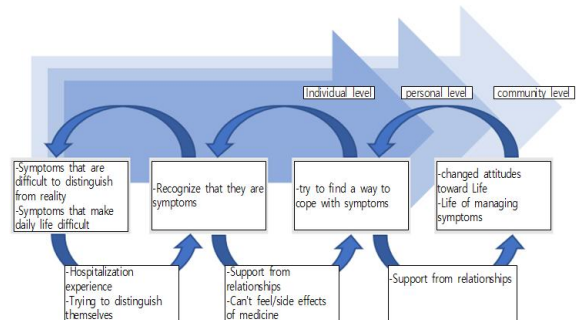


Fig. 2. The process of coping with symptoms

4. 논의 및 결론

본 연구는 의료모델에 기반한 정신건강서비스의 패

러다임을 정신장애인 당사자가 지역사회에서 일상생활이나 사회생활을 수행하는 주체로서의 삶을 살아가는 주체로 인정하고 지원하여야 한다는 회복패러다임 또는 인권패러다임을 전환하는 것이 당사자의 삶에서 그 근거를 찾을 수 있는지를 확인하기 위해 당사자의 관점에서 정신장애 증상에 대한 개인적 대처과정을 탐색하는 것에 목적이 있다. 연구결과를 토대로 도출된 정책적·실천적 함의는 다음과 같다. 첫째, 연구에 참여한 정신장애인들은 '관계맺기'를 통해 자신의 증상을 이해하고, 약물을 복용할지 여부, 얼마나 복용할지 여부 등을 스스로 결정하는 역량을 발전시켜 갔다. 이 점은 정신건강전문가들의 주류 시각과는 차이가 있다. 주류적 시각에서는 정신장애인들이 자신의 병을 인정하지 않고 약물치료를 거부하는 것을 정신질환의 증상의 하나로 보고 처방한 약물복용을 지속하는 것을 정신질환 관리의 핵심으로 보고 있다. 그리고 정신장애인들이 자신의 병을 인정하고 약물치료에 순응하도록 설득하는 것을 과업으로 인식한다. 정신과의사가 약물을 처방하는 이유는 증상을 제거하는 것에 가장 큰 목적이 있다. 즉 정신질환으로 진단받으면 먼저 약물을 통해 환청, 망각 등 증상을 없애는 것이 가장 우선이고, 그때까지 정신질환자의 가족생활, 사회생활은 유보된다. 본 연구결과와 참여자들 또한 자신들이 겪는 정신적 어려움(환청 등)에 대한 의료진의 대응책은 정신과 약물치료였음을 보고한다. 그것이 어느 정도 효과가 있었기도 하였지만, 약물치료 효과의 명확한 한계점들이 언급되었고, 또한 이 과정에서 당사자의 관점이 배제되는 현상들이 나타났다. 본 연구에 참여한 당사자들의 반응은 국제적인 흐름인 '목소리 듣기 운동(Hearing Voices Movement)'에서 추구하는 것과는 일맥상통한다. 의료모델 관점에서 '환청'은 '조현병'과 같은 뇌질환에서 비롯되는 의미 없는 증상으로 간주된다. 하지만 1990년대 당사자들은 이에 대한 한계를 지적하고 목소리를 단순히 질병의 증상으로서 바라보는 것이 아니라 '의미 있는 현상'으로서 인식하는 관점으로 전환하였다. '목소리 듣기 운동'을 통해 독특한 경험으로 특징지어지는 사회적 내러티브를 개발하는 것은 관련 행동에 대한 명료성과 관용을 야기할 수 있으며, 이는 목소리 청자에 대한 사회적 포용을 향상시킬 수 있다[27]. 그 점에서 보면 정신장애인 당사자들의 사회적 관계맺기에 중점을 둔 대안적 정신건강 서비스의 도입이 필요하다는 함의를 도출할 수 있다. 당

사자가 운영하거나 참여하는 위기쉼터, 일상쉼터 등의 서비스는 당사자들의 관계맺기를 통한 증상 자기관리 및 사회생활 영위에 기여할 수 있을 것이라고 판단된다.

둘째, 정신건강서비스를 제공하는 과정에 당사자의 자기결정권을 존중하는 것이 매우 중요하다는 것을 알 수 있다. 연구결과에 의하면 정신질환 증상이 나타날 때 정신장애인에게는 강제입원 또는 사실상 가족에 의해 압박을 받은 입원과 약물치료라는 하나의 대안만이 제시되어 왔다. 그러나 약물복용에도 불구하고 증상이 없어지지 않는 경우가 적지 않았고, 다른 한편 당사자들의 약물치료거부는 가족과 의료진에 의해 묵살되어 왔다. 이런 거부당함은 당사자의 자존감을 훼손하는 역효과를 가져오게 된다. 이를 다시 극복하는 데에는 새로운 동료들 만나 그 속에서 자기 역할을 찾음으로써 비로소 가능하게 된다는 것이 드러났다. 당사자다 다시 자기 삶을 회복하는데 핵심적 역할을 수행한 것은 다른 동료의 지지와 협력이라는 사실은, 당사자에게 가장 필요한 권익옹호서비스는 의사결정지원과 동료지원서비스(peer support)라는 국제적인 흐름과도 일맥상통한다는 점을 알 수 있다. 동료지원은 일반적으로 정신적 어려움을 경험한 당사자들이 다른 당사자들이 원하는 사회적·개인적 변화를 가져오기 위해 상호적으로 사회적 및 정서적 지원을 제공하거나, 상호 간에 제공받는 것으로 정의된다[28]. 동료지원가는 경험적 지식에 뿌리를 두고 있기 때문에 따뜻하고 공감적인 지원과 격려를 제공할 수 있으며, 당사자의 자기결정권을 보장해주고, 회복을 위한 롤모델을 제공할 수 있다는 측면에서 강점이 있다[29]. 연구에 참여한 당사자들의 경험에서도 동료지원의 중요성을 다시 한 번 확인할 수 있다.

셋째, 문제의 원인을 개인에게 맞추는 과도한 의료모델(Medical Model)을 벗어나 사회적 모델(Social Model) 기반의 관점으로 정신장애인의 실천과 정책이 변화될 필요가 있다. 의료모델은 정신장애가 생물학적 기반을 가지고 있으며, 따라서 '질환'을 가지고 있는 특정 개인의 문제라고 가정하게 된다[30]. 의료모델로 정신장애인을 바라보면, 강력한 약물치료 등의 개입을 시행하여 그 손상을 제거하는 것이 정당화된다[31]. 하지만 이와 달리, 본 연구결과에 의하면 참여자들은 다양한 사람들과 관계를 맺고, 그 관계 속에서 지지를 받으며 대처방법을 찾아가는 것으로 나타났다. UN CRPD 또한 장애인을 "다양한 장애와의 상호작용으로 다른 사람

들과 동등한 조건으로 완전하고 실질적인 사회참여를 저해하는 장기간의 신체적, 정신적, 지적 또는 감각적인 손상을 가진 사람”으로 정의하며 사회적 모델 관점에서 정신장애인을 바라보고 있다. 이처럼 본 연구결과는 개인이 지니고 있는 손상에 초점을 두었던 전통적인 의료 모델 관점으로부터, 한 사람이 살아가고 있는 다양한 삶의 영역으로 초점을 두는 것이 필요함을 시사한다. 관련 선행연구 또한 사회적 모델을 정신장애인에게 적용하였을 때, 특정 ‘개인’을 표적으로 삼고 개입하는 것 대신, 관련된 사람들이 공동으로 ‘사회적 구조’를 목표로 하고 개선할 수 있는 긍정적인 잠재력을 언급한다[32].

서구에서 다양한 대안적 모델이 소개되고 있지만, 이를 한국사회에 도입하기 위해서는 먼저 대안적 모델 적용의 경험적 근거가 마련될 필요가 있을 것이다. 본 연구 분석결과 연구참여자들은 정신장애인으로서의 정체성과 증상에 대한 깊이 있는 통찰을 통해 증상에 대한 시각이 변화되고 자신만의 자율적인 증상대처 방법을 발견하고 증상과 함께 뒹굴며 증상통제를 넘어 새로운 삶의 방향을 향해 살아가고 있음을 알 수 있었다. 이런 경험적 근거로부터 약물치료를 통한 치료를 지향하고, 실현되지 않는 완치의 환상에 집착하는 의료모델보다는 당사자의 삶을 있는 그대로 존중하고, 그들 상호 간의 관계맺기, 상호지원에 초점을 둔 대안적 서비스의 도입이 더 효과적일 수 있다는 시사점을 얻을 수 있었다.

본 연구의 한계 및 실무에 적용함에 있어 고려해야 할 점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 정신장애인 정신질환 증상대처 경험에 관해 연구하였다는 측면에서 의미가 있지만, 당사자들만을 대상으로 분석이 이루어졌다는 한계가 있다. 이를 위해 추후 당사자뿐만 아니라, 가족, 정신건강전문가 등과 같이 다양한 집단을 대상으로 증상 대처 과정에서 일어날 수 있는 상호작용에 대해 분석해보는 후속 연구가 이루어질 필요가 있다. 둘째, 본 연구를 통해 증상에 대처하는 과정에서 무엇보다 당사자의 자기결정권을 증시해야 한다는 것이 드러났다. 하지만 실천 현장에는 복잡하고 다양한 관계가 존재한다. 실제로 우리의 삶은 사회와 독립되거나 단절되어 있지 않고, 끊임없이 사회와 ‘상호작용’하면서 살아간다. 이를 위해 현실적으로 당사자의 자기결정권을 존중하기 위해선, 가족과 전문가, 주변 사람들의 합의가 필요하며 이 과정에서 ‘함께하는 의사결정’(shared decision making)을 실무에 적용해보는 것도 하나의

방안이 될 수 있다.

본 연구는 정신장애인들의 증상에 대한 자기관리와 대처, 사회생활 경험에서 직면하는 다양한 차별과 극복 방법 등을 연구함으로써 정신질환 증상 대처에 관한 사회과학적 연구를 시도하였다는 점에서 의의가 있다. 장애인권리협약의 중요한 원칙인 강제입원·강제치료의 폐지와 지역사회 기반 치료와 대안적 치유를 지향하기 위해서도 향후 더 넓고 깊이 있는 당사자 연구가 진행될 필요가 있을 것이다.

REFERENCES

- [1] Ministry of Health and Welfare. (2019). *The Combined Second and Third Periodic Report under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. The Republic of Korea
- [2] CRPD. (2006). *Conventions on the Rights of Persons with Disabilities*, (Online). www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm.
- [3] M. S. Kim. (2018). The Experience of Recovery from Severe Mental Illness: A Qualitative Meta-Summary. *Social Science Research Review*, 34(1), 85-110. DOI : 10.18859/ssrr.2018.02.34.1.85
- [4] D. Y. Roh, J. G. Cahng & C. H. Kim. (2012). Improving Medication Adherence in Patients with Severe Mental Illness. *The Korean Journal of Psychopharmacology*. 23(4), 155-165.
- [5] J. H. Kim, Y. H. Piao, Q. Shen & Y. C. Chung. (2018). Pharmacotherapeutic Strategies to Prevent Relapse in Schizophrenia. *Journal of the Korean Neuropsychiatric association*, 57(3), 225-229. DOI : 10.4306/jknpa.2018. 57.3.225
- [6] M. Slade. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*, Cambridge University Press.
- [7] K. A Lee & K. H. Ha. (2012). A Study on the mental health Social worker's Experience of the Strengths-based Practice at Community Psychiatric Rehabilitation Centers. *Mental Health & Social Work*, 40(2), 63-90.
- [8] M. M. Choi. (2012). Study on Strategies for Strengthening Resilience of People with Chronic Mental Illness through Professionals' Experiences. *Mental Health & Social Work*, 40(3), 202-230.
- [9] W. A. Anthony. (1993). Recovery from mental

- illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-24.
DOI : 10.1037/h0095655
- [10] L. Davidson, M. J. O'Connell, M. Staeheli, R. Weingarten, J. Tondora & A. C. Evans. (2001), Concepts of recovery in behavioral health: History, review of the evidence, and critique, *New Haven, CT: Yale University School of Medicine, Department of Psychiatry*.
- [11] L. Davidson & J. S. Strauss. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65(2), 131-145.
DOI: 10.1111/j. 2044-8341.1992.tb01693.x
- [12] D. Roe & M. Chopra (2003). Beyond coping with mental illness: Toward personal growth, *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 334-344.
DOI: 10.1037/0002-9432.73.3.334
- [13] E. Greenglass, R. Schwarzer, D. Jakubiec, L. Fiksenbaum & S. Taubert. (1999). The proactive coping inventory (PCI): A multidimensional research instrument, In *20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR)*, Cracow, Poland (Vol. 12, p. 14).
- [14] K. H. Kim. (2001). Proactive Coping Inventory, *Journal of Social Science*, 12, 23-34.
- [15] Y. K. Oh & E. J. Kim. (2014). Relationships among Personal Standards Perfectionism, Evaluative Concerns Perfectionism, and Satisfaction with Life: Mediating Role of Proactive Coping. *Korean Journal of Health Psychology*, 19(4), 1167-1184.
DOI : 10.17315/kjhp.2014. 19.4.015
- [16] S. Y. Song. (2018). An Exploratory Study on Mad Studies as an Alternative Approach for the People with Psychiatric Disability. *Journal of Critical Social Welfare*, 59, 297-345.
- [17] Y. P. Lee. (2018). Is the Bethel House an Alternative Community for the mentally disabled? - Focused on the Social Welfare Program View -. *Korean Journal of Social Welfare Education*, 42, 57-84.
- [18] Y. P. Lee. (2019). The legal policy implications of self-determination experience in the use of antipsychotics by the mentally challenged. *Journal of Law and Politics research*, 54, 141-178.
DOI : 10.17926/kaolp.2019.19.2.141
- [19] J. E. Lee. (2017). *A Study on the Mentally Disabled's Actual Participation in Research and Mutual Help*. A Master's thesis. The Catholic University of Korea, Bucheon.
- [20] J. Y. Bae & Y. P. Lee (2020). A study on the experience of medication discontinuation among people with mental disabilities. *Korean Journal of Social Welfare Studies*. 51(1), 41-82.
- [21] I. S. Kim. (2016). *Qualitative research methods and Analysis in Social Work*. Jipmoondang.
- [22] D. K. Padgett. (2008). *Qualitative methods in social work research : Challenges and rewards*. CA: Sage.
- [23] Y. Y. Choi. (2017). Experience and practice task of operation of corporation guardianship service for a vindication of the rights. *Journal of Disability and Welfare*, 36, 61-82.
DOI : 10.22779/kadw.2017.36.36.61
- [24] A. L. Strauss & J. M. Corbin. (1996), Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Grounded Theory, Kim, Suji · Shin, Kyounglim Trans.,《Basics of qualitative research》, Hanul Academy.
- [25] J. A. Song & K. H. Kang. (2018). Meaning of Alcohol Dependence of Female Alcoholics through Phenomenological Case Study. *Korean Journal of Qualitative Research in Social Welfare*, 12(1), 25-52.
DOI : 10.22867/kaqsw.2018.12.1.25
- [26] C. S. Song. (2016). A Ground Theory Approach to the Adaptation Process of the Spinal Cord Injured Persons, *Journal of East-West Nursing Research*, 22(2), 158-169.
DOI : 10.14370/jewnr.2016.22.2.158
- [27] E. Longden, J. Read & J. Dillon. (2018). Assessing the impact and effectiveness of hearing voices network self-help groups, *Community mental health journal*, 54(2), 184-188.
.DOI : 10.1007/s10597-017- 0148-1
- [28] P. Solomon. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 392-401.
DOI: 10.2975/27.2004.392.401
- [29] S. Johnson, D. Lamb, L. Marston, D. Osborn, O. Mason, C. Henderson & S. Sullivan. (2018). Peer-supported selfmanagement for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 392(10145), 409-418.
DOI : 10.1016/S0140-6736(18)31470-3
- [30] R. Bentall. (2004). *Madness Explained: Psychosis*

and Human Nature. Suffolk: Penguin.

- [31] H. Lester, & J. Q. Titter. (2005). 'Listen to my madness': understanding the experiences of people with serious mental illness, *Sociology of health & illness*, 27(5), 649-669.
DOI : 10.1111/j.1467-9566.2005. 00460.x
- [32] J. Russo & S. Wooley. (2020). The Implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: More Than Just Another Reform of Psychiatry, *Health and Human Rights*, 22(1), 151-162.

김 낭 희(Nanghee Kim)

[정회원]



- 2004년 2월 : 성균관대학교 사회복지학과(인문학사)
- 2006년 8월 : 서울대학교 사회복지학과(사회복지학석사)
- 2015년 8월 : 서울대학교 사회복지학과(사회복지학박사)

- 2018년 11월 ~ 현재 : 한국후견·신탁연구센터 연구원
- 관심분야 : 정신건강, 중독치료재활
- E-Mail : nanghkim@gmail.com

송 승 연(Seung-yeon Song)

[정회원]

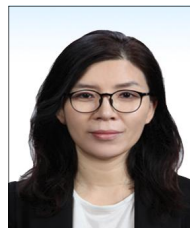


- 2010년 2월 : 성공회대학교 사회복지학과(문학사)
- 2016년 2월 : 가톨릭대학교 사회복지학과(문학석사)
- 2020년 2월 : 가톨릭대학교 사회복지학과(문학박사)

- 2020년 7월 ~ 현재 : 한국후견·신탁연구센터 연구원
- 관심분야 : 정신장애인, 정신건강복지
- E-Mail : yeon0825@hanmail.net

김 효 정(Hyojung Kim)

[정회원]



- 1994년 2월 : 상명대학교 예술대학(미술학사)
- 2002년 8월 : 상명대학교 정치경영대학원(사회복지학석사)
- 2015년 2월 : 강남대학교 사회복지전문대학원(사회복지학 박사)

- 2016년 9월 ~ 현재: 한국후견·신탁연구센터 연구원
- 관심분야 : 노인복지, 지역사회복지, 의사결정지원
- E-Mail : hyojung0108@naver.com