

# 지역사회의 '정신건강' (Community Mental Health)

: Pooled time series 모델 분석을 통한 정신분열증 환자의 생활환경과 삶의 질에 관한 연구

양 옥 경\*

I. 문제제기	1. 자료
II. 지역사회 이해-주거 형태를 중심으로	2. 변수 및 측정방법
III. 연구결론 및 가설	3. 분석방법
IV. 자료 및 분석방법	V. 결과분석
	VI. 맺음말

## I. 문제제기

심한 정신병이나 장기간 지속되는 정신질환을 가진 사람들에 대한 전통적인 치료 접근방법은 대단위 정신병원을 중심으로 환자의 치료와 보호 뿐만 아니라 일반 시민이 위험하다고 경계시하는 정신병자들로부터 가족을 포함한 사회 일반을 보호하고자 하는 목적으로 지금까지 지배적인 치료 방법으로 진행되고 있다. 기존의 접근방법에 도전하면서 "최소한의 규제"를 보장하는 환경 속에서의 재활을 강조하는 대안적 시도가 약 30년전부터 짧은 역사속에서 지속적으로 이루어지고 있다. 지역사회 정신건강(community mental health)접근법으로 요약되는 새로운 시도는 단순한 증상의 주절에서 재활로의 전환과, 치료자의 입장에서 소비자의 입장(client's point of view)으로의 전환을 표방하면서 정신의학적 치료와 보호의 측면에서 특기할 만한 시각으로 평가된다.

두 접근법이 갖는 이론적 시각은 물론이고, 구체적인 치료 방법에 있어서도 엄청난 차이를 보이고 있다. 정신의약품(antipsychotic drug agents)의 도래로 정

\* 이화여자대학교 사회사업학과 조교수.

신병의 두드러진 증상이 조절되면서 실행이 가능해진 지역사회에서의 치료와 보호의 방법은 현재 심리사회치료 분야의 새로운 동향과 궤를 같이 하면서 더욱 박차가 가해지고 있다. 새로운 동향은 "생리학적·심리학적·그리고 [사회] 환경적 견해들의 진정한 통합"<sup>1)</sup>에 의한 치료 접근법을 의미한다. 즉, 그동안 간과되어온 사회환경적 요소의 중요성을 인식하면서, 사회환경적 요소와 생리심리적 요소의 동시적인 고려를 통한 치료로 요약되는 새로운 동향은 진정한 의미의 전인간(whole person)으로서의 치료를 표방하고 있다.

사회·환경적 요소의 중요성에 대한 인식은 탈시설화(deinstitutionalization) 개념에 의해 비롯된다. 탈시설화에 따른 관심은 대체로 다음과 같은 것들이다. 정신질환자들이 지역사회에서 생활할 수 있는가, 지역사회에서도 구체적으로 어떤 주거환경(living situation)이 가장 적합한가, 그리고 궁극적으로 어떤 생활 환경이 그리고 어떤 형태의 사회적 지지(social support)가 삶의 질이라는 측면에서 가장 바람직한가.

치료와 보호의 소재지가 정신병원에서 지역사회로 이행됨에 따라 정신병 환자들의 주거의 소재지도 정신병원에서 지역사회로 이동함은 당연한 일이다. 탈시설화와 함께 일어난 지역사회 정신건강 접근법은 "최소한의 규제"라는 슬로건을 표방하면서 정신병 환자들을 지역사회로 돌려 보내는 것을 기본 틀로 설정하였고,<sup>2)</sup> 그 결과 대다수가 그들의 가족에게 돌아갔고 나머지는 특수주거치료 시설에 배치되었다.

그러나 적절한 계획과 준비없이 시행되었던 단순한 생활환경의 변화는 정신질환자들의 주거지를 중심으로 심각한 문제들을 유발시켰다.<sup>3)</sup> 이를테면 계속해서 반복되는 주거의 이전,<sup>4)</sup> 특수주거치료 시설의 구조적인 문제, 장기 입원으로

- 
- 1) Kane, John M. "Treatment of Schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, No. 10, 1987, pp.34-55.
  - 2) Segal, S. P. and U. Aviram, *The Mentally ill in Community-Based Sheltered Care*, New York : Wiley-Interscience, 1978.
  - 3) Segal, S. P. & J. Baumohl, "Engaging the Disengaged : Proposals on Madness Vagrancy", *Social Work*, September, 1980, pp.358-365.  
Freedman, R. I. and A. Moran, "Executive Summary of the Report, 'wonderers in Promised Land : The CMI and Deinstitutionalization', Introduction to the Supplement", *Medical Care*, 22(12) : Supplement, 1984.
  - 4) Ridgway, P. & P. J. Carling, *Strategic Planning in Housing and Mental Health*, Community Residential Rehabilitation Project Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, and Center for Change Through Housing and Community Supports, University of Vermont, 1987.  
Freedman, R. I. and A. Moran, "Executive Summary of the Report, 'wonderers in Promised Land : The CMI and Deinstitutionalization', Introduction to the Supplement", *Medical Care*, 22(12) : Supplement, 1984.

인한 독자적 사회생활 기능의 상실, 가족들의 물질적·정신적 피해,<sup>5)</sup> 그리고 거리의 배회자가 되어 일반 시민의 경계의 대상이 되는 것<sup>6)</sup> 등이 종종 현실적인 문제로 대두 되었다. 따라서, 본 연구가 갖는 사회적·임상적 의의는 탈시설화의 이념을 바탕으로 그동안 진행된 지역사회 정신건강 치료 접근법이 적면하고 있는 문제점 중 주거지와 관련된 일련의 문제들을 지적·평가하면서 문제의 해결을 모색하는데 있다.

정신질환자의 주거에 관한 문제는 특히 현재 미국 정신건강학계가 당면하고 있는 중심 연구과제 중의 하나이다. 이러한 과제는 최근 만성 정신질환자 집단 중 '새로운 소집단'에 대한 인식으로 인해 더욱 두드러진 문제로 부각되었다. 여기서의 소집단이란 18세에서 35세 사이의 젊은 세대로서 "young adult chronics"<sup>7)</sup>라 불리우는 집단으로, 발병시기가 비교적 빠르고, 대체로 정신분열증을 앓고 있거나 심하게 앓았던 사람들로서, 사회로의 완전 귀환이 거의 불가능한 사람들이다. 이러한 소집단이 갖는 특징은 다음과 같다. 첫째, 탈시설화와 지역사회 정신건강 치료 및 보호의 접근 방법의 영향으로 정신병원이나 기타시설에 6개월 이상 장기 입원하지 않으며, 둘째, 재입원이 되풀이 되더라도 장기 입원이 아닌 단기 입원의 형식이며, 따라서, 셋째, 주거지도 정신병원이나 기타시설로 옮겨지지 않은 채 입·퇴원하여 원래의 지역사회로 돌아오게 된다. 한편, 단기 입원은 장기 시설화와는 대조적으로 절대의존성이나 사회에서의 독자적 생활기능의 상실등이 적다는 것을 특징으로 하고 있다. 이러한 장점은 소집단 자체에 내재하고 있는 젊음이 갖고 있는 특성, 즉 독자적 생활이나 삶에 대한 열의 및 미래에 대한 희망과 더불어 지역사회에서 정상에 가까운 사회생활의 가능성을 시사해 준다. 그러나 현실적으로 이용가능한 시설의 대부분이 비록 지역사회라고 하더라도 규제와 통제에 틀에서 크게 벗어나지 못하고, 따라서 지역사회가

- 5) Wasow, Mana, "The need for Asylum for the Chronically Mentally Ill", Schizophrenia Bulletin, 11(2), 1985, pp.162-167.
- Hatfield, A. B, "Psychological Costs of Schizophrenia to the Family", Social Work, 23, 1978, pp.355-359.
- Mittleman, G, "First Person Account: The Pain of Parenthood of the Mentally Ill", Schizophrenia Bulletin, 11(2), 1985, pp.300-303.
- Willis, M. J. "The Impact of Schizophrenia on Families: One Mother's Point of View", Schizophrenia Bulletin, 8(4), 1982, pp.617-619.
- 6) Talbott, J. A, "The "Chronic Patient and Public Psychiatry", Psychiatric News, 20(4), 1985, p.2.
- 7) Pepper, B, "Where (and how) Should Young Adult Chronic Patients Live? the Concept of Residential Spectrum", Tie Lines, 2(2), 1985, pp.1-6.
- Lieberman, R. P. and D. W. Foy, "Psychiatric Rehabilitation for Chronic Mental Patients", Psychiatric Annals, Vol. 13, No.7, 1983, pp.539-543.

표방한 재활의 가능성을 구현하지 못하고 있는 실정이다.

이러한 실정은 상대적으로 독자적인 생활을 절실하게 원한다는 소집단의 특성과 정신질환자이기 때문에 반(semi)의존적이며 반(semi)독립적인 생활을 할 수 밖에 없다는 상호 부조화적인 상황에 적합한 주거시설의 확보를 요구하게 된다. 이러한 요구는 단순히 지역사회에서의 양적인 주거지 확보라는 문제 뿐만 아니라 소집단이 갖고 있는 특성을 긍정적으로 유도할 수 있는 주거지의 질적인 상태 및 환경의 구비를 통해 궁극적으로 지역사회에서의 삶의 질이라는 총체적인 문제에 접근하는 것이다.

따라서 본 연구는 소집단을 분석대상으로 설정하면서, 위에서 제기한 문제를 중심으로 정신질환자의 삶의 질이 주거상태와 어떻게 관련되어 있는가를 분석하려 한다. 이러한 시도는 어떻게 하면 이들을 지역사회에서 하나의 구성원으로 생활할 수 있도록 도와줄 수 있는가의 방향을 제시함과 동시에 지역사회 정신건강 접근법을 대안적인 분석틀로서 규정하는 작업의 일환이다.

이 글의 첫 부분은 지역의 주거형태를 소개하고 각 형태의 문제점을 논의할 것이다. 두번째 부분은 본 연구의 질문과 가설을 제시하고, 이와 관련된 이론 및 기존의 연구 결과를 검토하고자 한다. 세번째 부분은 분석자료와 변수들을 밝히고, 아울러 분석방법에 관해서 설명할 것이다. 마지막으로, 분석에 따른 결과를 기술하고, 결과에 의거한 이론적·실천적 방향과 함께 정책적 함의를 제시할 것이다.

## II. 지역의 이해—주거형태를 중심으로

이 장은 정신질환자들의 살고 있는 주거지의 형태를 소개하고 각 주거형태의 문제점을 고찰함으로써 지역사회정신건강 접근법의 효과적 적용을 위해 새로운 주거형태의 발전의 필요성을 모색하는 기초자료를 제공하려고 한다.<sup>8)</sup>

정신질환자가 현재 살고 있는 주거의 종류는 매우 다양하다. 여기서는 다양한 종류를 크게 5가지로 나누어 그 특징 및 주요 문제들을 요약 논의하고자 한다. 첫번째 형태는 대단위 시설을 기본 골격으로 설정하는 정신병원, 양로원, 그리고 교도소가 여기에 해당된다. 대단위 시설의 일반적 특징은 장기 수용·절대 의존성·최대한의 규제 및 단일화이다. 이러한 시설은 심한 정신병적 증상으로 인해 사회에서 생활할 수 없는 이들을 장기 격리 수용하여 치료하는데 효

8) 주거의 종류 및 안정성이 정신질환자의 삶의 질과 어떻게 관련되어 있는가에 관한 논의는 다음장에서 집중적으로 검토하고 있다.

과가 있다는 고전적인 인식에서 비롯된 것이다. 그러나 지역사회 정신건강 접근법에 의거한 치료·재활에 비추어 볼 때, 특히 장기 수용될 경우, 가장 부적합한 생활장소인 것으로 간주되고 있다. 구체적으로 이러한 시설들은 시설화증(institutionalization)<sup>9)</sup>, 시설화적 신경증(institutional neurosis)<sup>10)</sup>, 사회성 파손의 증상(social-breakdown syndrome)<sup>11)</sup>, 및 부적합증(inadequacy syndrome)<sup>12)</sup>을 조장시키는 대표적 주거의 범주로 평가되고 있다. 요컨대 대단위 시설은 의존성과 규제로 특징지어 진다.

두번째는 특수주거치료 시설로 요약되는 것으로 대단위 시설과 마찬가지로 절대 의존성, 최대한의 규제 및 단일화를 기본적인 성격으로 한다. 그러나 특수주거치료 시설이 규모면에서 소규모이라는 점과 (최소 4명부터 최대 8명까지), 지점학적으로 대단위 시설이 시외 변두리에 떨어져 있는 것에 비해 좀 더 지역사회 속에 위치하고 있다는 점에서 대단위 시설과는 다르다. 다양한 종류로 구성되어 있는 주거치료 시설의 두드러진 특징 중의 하나는 의존성 및 규제의 정도에 따라 각 주거의 종류를 연속체(continuum) 선상에 나열시킬 수 있다는 점이다. 정도의 차이를 명확하게 보이는 특수주거치료 시설들에는 halfway house, foster home, group home, 과 sheltered apartment가 있다. 실제로 특수주거치료시설에 정신질환자가 들어오게 되면, 연속체 과정을 거치게 되어 있는데, 즉 각자의 병의 정도에 따라 위에서 나열한 연속체 선상의 시설 순서대로 옮겨 다니게 되며 결국에는 연속체 프로그램을 '졸업'(graduate)하게 되고 사회에서 독립적인 생활을 하도록 되어 있다.

특수주거치료 시설의 문제점에는 크게 세가지가 지적되고 있다. 첫번째문제는 주거시설을 통한 치료를 마치고 독립적인 생활을 할 경우 정신병의 재발율이 높다는 것이다.<sup>13)</sup> 그 이유로는 대단위 시설과 마찬가지로 의존적이고 규제적이어서 시설화 증상을 낳으며, 형식적인 과정 중심의 프로그램으로 환자개인의

9) Goffman, E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, Garden City, New York: A Doubleday Anchor, 1961.

10) Barton, R. Institutional Neurosis, Bristol, England: Wright, 1959.

Wing, J. K. "Institutionalism in Mental Hospitals", British Journal of Social and Clinical Psychology, No. 1, 1962, pp.38-51.

11) Gruengary, E. M. Evaluating the Effectiveness of Community Mental Health Services, New York: Milbank, 1966.

12) Cumming, J. "Inadequacy Syndrom", Psychiatry Quarterly, No.37, 1963, pp.732-733.

13) Ridgway, Priscilla and P. J. Carling, Strategic Planning in Housing and Mental Health, Community Residential Rehabilitation Project Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, and Center for Change Through Housing and Community Supports, University of Vermont, 1987.

특성을 감안한 개별화가 결여되어 있다는 것을 지적할 수 있다. 그로 인해, 독립했을 경우 생소한 환경에서의 적응이 어려워진다. 뿐만아니라, 독립생활을 할 준비가 아직 채 되지 않은 상태에서 졸업함으로써 독립을 못하고 병이 재발하여 다시 연속체 과정을 되풀이 해야 하는 문제점이 있다. 이 연속체 과정의 반복의 문제는 특수주거치료 시설의 두번째 문제점인 “만성적 이동성(chronic transit)”<sup>14)</sup>과 밀접한 관련이 있는데, 독립적 생활의 실패에 따른 반복 및 연속체 선상에서의 계속적인 주거의 이전이라는 부정적 결과를 초래한다. 마지막으로, 이런 특수주거치료 시설을 유지하고 프로그램을 운영하는 데는 막대한 자금지출이 요구된다.

세번째 형태는 가족거주로 대부분의 경우 부모의 집이 이에 속한다. 이 형태는 의존성 및 규제를 표방한다는 점에 있어서는 위의 두 형태와 비슷하지만 그 정도는 훨씬 낮다. 가족거주가 안고 있는 문제점은 크게 두가지로 요약할 수 있다. 하나는, 독자성(autonomy)을 결여하고 있다는 점이다. 정신질환자의 연령은 성장발달주기의 측면에서 보았을 때 부모에게서 독립하려는 단계이다. 비록 이들이 정신질환자라 하더라도 가족거주는 부모로부터 규제를 받고 상대적으로 독자성을 결여하는 형태이므로 적절한 주거의 형태가 아니다. 다른 하나는, 정신질환자와 가족 구성원간의 상호 교류성에 관한 것이다. 지금까지 가족들은, 특히 부모의 경우, 정신의료 전문치료자들로부터 자녀들의 정신병, 특히 정신분열증 발병에 절대적 책임이 있다고 비난받아 왔으며,<sup>15)</sup> 최근 expressed emotion 연구에 따르면 부모와의 대면(face to face contact)이 정신병 재발이라는 측면에서 부정적 결과를 초래한다고 한다.<sup>16)</sup> 따라서 이러한 연구문헌들은 정신질환자들을 부모로부터 분리시키는데 바람직하다는 견해를 피력하고 있다. 반면에 부모들은 병자이지만, 성장한 자녀를 집에 데리고 살면서 돌보는 것이 엄청난 정

14) Yang OK Kyung, The Quality of Life Among Young Adults with Schizophrenia : Two-year Exploratory Study on the Level of Life Satisfaction In a Normative Living Situation in the Community with Good Community Support Programs, Ph. D. Dissertation, University of Wisconsin-Madison, 1990, pp.82-83.

15) Hirsch, Staven R. and J. P. Leff, Abnormalities in Parents of Schizophrenics, Institute of Psychiatry Maudsley Monographs #22, London : Oxford University Press, 1975.  
Bateson, G., D. D. Jackson, J. Haley, and J. H. Weakland, "Toward a Theory of Schizophrenia", Behavioural Science, No. 1, 1956, pp.251-264.

Lidz, T, "The Family, Personality Development, and Schizophrenia", The Origins of Schizophrenia, Excerpta Medica International Congress Series, No. 151, 1967.

Wynne, L. C., I. Ryckoff, J. Day, and S. Hirsch, "Pseudomutuality in the Family Relations of Schizophrenics", Psychiatry, No. 21, 1958, pp.205-220.

Laing, R. D, The Divided Self : A Study of Sanity and madness, Chicago, 1960.

신적 스트레스와 경제적 부담이 된다고 호소하면서<sup>17)</sup> 이들을 돌보는데 필요한 서비스 및 교육 프로그램 마련을 요구하고 있다.<sup>16)</sup> 요컨대 정신질환자의 부모와 정신의료 전문가 사이에 존재하는 문제 핵심의 차이로 인해 정신질환자의 거주 형태로서 가족거주의 문제점도 더 극명화된다.

네번째는 rooming house로서 일반적으로 SRO(single room occupaney)라고 칭해지고 있는 주거의 형태이다. 정신질환자가 정신병원에서 퇴원한 후, 또는 특수주거치료 시설을 졸업한 후, 가족이 없거나 가족에게 돌아가지 못하게 되는 경우 대부분 도시의 번민가에 있는 낡은 옛 호텔같은 건물에 방하나를 얻어 생활하게 된다. 이 경우에는 정신의학적 치료 및 보호 뿐 아니라 사회적 서비스 (social service) 및 사회적 지지(social support)가 거의 주어지지 않는다. 이 주거의 형태는 사회여론의 비판적 대상이 되고 있으며 더 나아가 지역사회접근법의 실패나 사회제도적 오류를 지적하는 대표적인 경우로 종종 거론되고 있다.<sup>20)</sup>

지금까지 살펴보았듯이 기존의 정신질환자의 주거형태는 쉽게 극복할 수 없

16) Brown, G. W., G. M. Carstairs, and G. G. Topping, "Post Hospital Adjustment of Chronic Mental Patients", Lancet, No.2, 1958, pp.685-689.

Brown, G. W., J. L. T. Biridy, and J. K. Wing, "Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders : A Replication", British Journal of Psychiatry, No.121, 1972, pp. 241-258.

Vaughn, C. and J. Leff, "The Measurement of Expressed Emotion in the Families of Psychiatric Patients", British Journal of Social and Clinical Psychology, No.15, 1976, pp.157-165.

Vaughn, C. and J. Leff, "The Role of Expressed Emotion in Relapse of Schizophrenia : A Two-year Follow-up", British Journal of Psychiatry, No.139, 1981, pp.102-104.

17) Grad, J. and P. Sainsbury, "Mental illness and the Family", The Lancet, NO.1, 1963, pp.544-547.

"The Effects that Patients Have on Their Families in Community Care and a Control Psychiatric Service : A Two Year Follow-up", British Journal of Psychiatry, No.144, 1968, pp. 265-276.

Raymond, M., A. Slaby, and J. Lieb, "Familial Responses to Mental Illness", Social Case Work, Vol.56, No.8, 1975, pp.492-498.

Doll, W., "Family Coping with the Mentally III : An Unanticipated Problem of Deinstitutionalization", Hospital and Community Psychiatry, Vol.27, No.3, 1976, pp.183-185.

Hatfield, Agnes B., "Psychological Cosis of Schizophrenia to the Family", Social Work, Vol. 23, 1978, pp.355-359.

Intagliata, J. B. Willer, and G. Egri, "Role of the Family in Case Management of the Mentally III", Schizophrenia Bulletin, Vol. 12, 1986, pp.699-708.

Lefley, H. P., "Aging Parents as Caregivers of Mentally Ill About Children : An Emerging Social Problem", Hospital and Community Psychiatry, Vol.38, 1987, pp.1063-1070.

18) Hatfield, Agnes B., R. Fierstein, & D.M. Johnson, "Meeting the Needs of Families of the Psychiatrically Disabled", Psychosocial Rehabilitation Journal, Vol.6, No.1, 1982, pp.27-40.

Hatfield, Agnes B., "Help-seeking Behavior in Families of Schizophrenics", American Journal of Community Psychology, Vol.7, No.5, 1979, pp.563-569.

는 본질적인 문제를 안고 있다. 이에따라, 최근 미국 정신건강 학계에서는 독자적 주거(independent living)가 최선의 방법이라고 조심스럽게 거론되고 있다. 그러나 놀랍게도 여기에 관한 경험적 연구가 거의 없는 상태이며, 독자적 주거형태가 정신질환자들에게 적합한가하는 문제는 아직까지 논란이 되고 있다. 따라서 본 연구는 독자적 주거를 정신질환자의 하나의 주거형태로 설정하여, 이것의 적합성 여부를 개진하고자 한다. 형태적으로 독자적 주거지란—본 논문에서는 정상적 주거(normalive residence)로 규정하고 있다<sup>19)</sup>—보통 시민이라면 누구든지 살 수 있는 보통 집들이나 아파트로 규정된다. 자신의 소유나 임대모두를 포함하는 이 주거형태의 일차적인 특징은 정신질환자 자신에게 모든 생활의 책임과 자유 그리고 자율성(autonomy)이 보장된다는 점이며, 정신질환자이기 때문에 다른 지역사회 주민과 격리되어 특수한 형태의 주거생활을 하지 않는다는 점이다. 이런 의미에서 이 주거의 형태는 최근 몇 년 동안 정신건강 전문치료 요원 및 정신질환자와 그 가족으로부터 각광을 받고 있는 것으로써<sup>20)</sup> 참된 “집”의 의미를 함축한다. 여기에 사는 정신질환자들은 타인에게 의존하는 삶이 아닌 스스로 생활을 꾸려나가는 삶을 보장받는데, 임대료 지불, 공과금 납부, 시장보기, 식사준비, 청소, 빨래 등이 그 구체적인 예가 된다.

그러나, 이러한 주거생활 역시 문제가 없는 것은 아니다. 정신질환자들이 갖고 있는 병의 특성상 위와같은 일들을 독자적으로 처리하면서 생활할 능력이 불완전하기 때문에 정신건강 전문요원의 도움과 지지가 없이는 진정한 의미에서의 정상적 주거가 거의 불가능하다는 한계를 지니고 있다. 따라서 정상적 주거가 정신질환자에게 보장되어야 할 가장 좋은 생활의 장소인지, 어떤 치료 및 보호서비스가 주어져야 하는지가 문제 핵심으로 대두된다. 이러한 문제와 관련하여 이 글은 정상적 주거형태가 정신질환자의 삶의 질이라는 측면에서 다른

20) Newsweek, 1984.

The New York Times, 1986.

San Francisco Examiner, 1976.

United Press Internation, 1975.

19) 본 논문에서는 정상적 주거라고 규정한 이유는 이와 같은 주거의 형태가 정상인들이 거주하는 형태일 뿐 아니라 독자적 주거지라는 용어가 내포하고 있는 독립이라는 의미가 만성정신질환자에게 기대할 수 없는 것이기 때문에 독자적 주거지라는 용어는 부적합하게 쓰여지고 있음을 지적하고 정정하기 위함이다.

21) Blanch, Andrea, P. J. Carling & P. Ridgway, "Normal Housing with Specialized Supports: A Psychiatric Rehabilitation Approach to Living in the Community", Rehabilitation Psychology, Vol.33, No.1, 1988, pp.47-55.

Tanzman, Beth & J. T. Yoe, "Vermont Consumer Housing and Supports Preference Study", Unpublished Executive Summary Report, 1989.



주거형태와 어떻게 다른 양상을 보이고 있는지를 밝힘으로써 선언적인 주장의 수준에 머무르고 있는 기존의 논의를 한단계 높이고자 한다.

### Ⅲ. 연구질문 및 가설

이 장에서는 연구질문과 가설을 제시하고 각 가설과 관련된 이론 및 기존의 연구 결과를 검토할 것이다.

질문1 : 주거의 종류와 정신질환자의 지역사회에서의 삶의 만족도와는 어떤 관계가 있는가?

가설1 : 정상적 주거에서 생활하는 정신질환자가 여타 종류의 주거에서는 사는 정신질환자보다 높은 삶의 만족도를 보일 것이다.

위의 질문과 관련된 논의는 에릭슨(Erikson)의 심리사회발달이론(psychosocial development theory)과 사회화 시각(socialization perspective)에서 비롯된다. life-span approach에 의하면 본 연구의 대상인 젊은 세대는 성장발달 과정 중에서 독립과 자율을 목표로 삼고 있는 단계에 있는데,<sup>22)</sup> 부모로부터 독립하고 전문치료자들의 24시간 보호·감독으로부터 독립하여 살고 싶은 욕구가 있다고 주장한다. 따라서 정상적 주거생활이 여타 주거에서의 생활보다 훨씬 더 만족하는 삶을 보장한다고 가정한다. 성장발달 이론과 함께 사회화 과정 시각에 따르면, 특히 미국과 같은 사회에서는 부모로부터 독립이 젊은층의 주요 관심사이며, 주거의 독립이 성인으로서의 독립과 자율의 상징으로 여겨져왔다.<sup>23)</sup> 이는 곧 정

22) Erikson, Erik, "Growth and Crises of the Health and Personality", Psychological Issues, Vol. 1, 1959, pp.50-100.

Fesick, Frank A. "Parents, Peers, Youth Culture and Autonomy in Adolescence", Adolescence, Vol.19, 1984, pp.143-157.

Gould, Roger L. "The Phases of Adult Life: A Study in Developmental Psychology", American Journal of Psychiatry, Vol.129, 1972, pp.521-531.

Levinson, Daniel J. "A Conception of Adult Development", American Psychologist, Vol.41, No.1, 1986, pp.3-13.

23) Newman, Barbara M. and P. R. Newman, Development Through Life: A Psychosocial Approach, Fourth Edition, The Dorsey Press, 1987.

Carter, Betty and M. McGoldrick, "Overview: The Changing Family Life Cycle—A Framework for Family Therapy", In B. Carter and M. McGoldrick, Eds., The Changing Family Life Cycle, Second Edition, Allyn and Bacon, 1989, pp.3-28.

Aylmer, Robert C. "The Launching of the Single Young Adult", In B. Carter and M. McGoldrick, Eds., The Changing Family Life Cycle, Second Edition, Allyn and Bacon, 1989, pp.191-208.

상적 주거생활을 통하여 이 발달단계의 욕망을 충족시키며 삶의 만족을 의미한다.

위에서 제시한 가설은 몇몇 연구에서 경험적으로 지지되고 있다. 즉, group home이나 supervised apartment와 같은 지역사회에서의 거주가 정신병원이나 양로원에서 사는 것보다 훨씬 더 삶에 만족한다는 결과를 보였다.<sup>24)</sup> 뿐만 아니라, 지역사회에서의 거주자들 중에서도 독자적 주거생활을 하는 정신질환자가 foster home에서 사는 것보다 더 높은 삶의 질을 보였다.<sup>25)</sup> 이상의 연구결과들을 종합해 보면, 독립·자율·그리고 사생활의 보장(privacy)이 사회에서의 주거생활의 만족도에 영향을 미치는 중요한 변수들로 작용하고, 따라서 정상적인 주거형태가 이러한 만족을 반영하는 가장 적절한 형태임을 알 수 있다.

질문2 : 주거의 안정성과 지역사회에서의 삶의 만족도와는 어떤 관계가 있는가?

가설2 : 주거가 안정된 정신질환자가 불안정한 정신질환자보다 더 높은 삶의 만족도를 보일 것이다.

위의 가설과 직접 관련된 일관된 이론은 없으나 지금까지의 주변 연구 결과에 의거하여 가설로 설정하였다. 연구자는 주거의 “만성적 이동(chronic transit)”이라는 용어 및 개념을 정의하고 소개한 바 있다. 앞에서 지적했듯이 이것은 연속체 속의 단계별 특수주거치료 프로그램이 갖고 있는 구조적인 문제점을 의미하는 것으로, 이 주거치료 프로그램은 환자의 병의 상태가 좋아짐에 따라 높은 단계의 주거종류로 올라가게되어 결국에는 독자적 주거까지 이르는 것이 특징이다.

이 프로그램이 갖는 주된 문제점은, 환자의 병의 상태의 변화가 아니라 각

---

24) Lehman, Anthony F., P. Possidente, and F. Hawker, "The Quality of Life of Chronic Patients in a State Hospital and in Community Residences", Hospital and Community Psychiatry, Vol. 37, No.9, 1986, pp.901-907.

Stein, Leonard I. and M. A. Test, "Alternative to Mental Hospital Treatment: I. Conceptual Model, Treatment program, and Clinical Evaluation", Archives of General Psychiatry, Vol. 37, 1980, pp.392-397.

Shadish, William R. et al, "The Subjective Well-being of Mental Patients in Nursing Homes", Evaluation and Program Planning, Vol.8, 1985, pp.239-250.

Chen, C. and J. Cole, "Landlord-supervised Cooperative Apartment: A New Modality for Community-based Treatment", American Journal of Psychiatry, Vol.130, No.2, 1973, pp. 156-159.

25) Weinman, B. and R. J. Kleiner, "The Impact of Community Living and Community Member Intervention on the Adjustment of the Chronic Psychotic Patient", In L. I. Stein and M. A. Test, Alternatives to Mental Hospital Treatment, Plenum Press, 1978.

프로그램의 형식적 구성에 따라 환자가 다음 단계로 옮기게 되는 경우가 대부분이며, 단계별 연속체에서 졸업하여 독자적 주거생활 당시, follow-up없이 방치해 놓아서 재발의 횟수가 빈번하고, 재발 당시, 특수주거치료 프로그램의 단계를 다시 처음부터 밟아오게되는 악순환을 반복하게 된다는 것이다. 그 결과 이들은 자신들의 정신질환이 영구만성적이듯, 영구적으로 계속 이동하게 되는데, 이런 상황에서 정신질환 상태가 좋아지거나 지역사회로 귀환하여 만족스러운 삶을 살기를 기대하기란 거의 불가능이라는 것이다.

Appleby와 Desai에 의하면 주거의 이동 횟수와 병의 재발이 상관관계가 있다고 지적되고 있다.<sup>26)</sup> 즉, 1년간 2회 이상 이동하는 (high mobility) 집단이 연간 2회 미만의 낮은 이동을 하는 집단보다 재발 확률이 높은 것으로 나타났다. 그러나 주거이동 횟수가 재발율에 지대한 영향을 미친다고 저자들은 주장하고 있지만, 실제로 이 두 변인은 상호 영향을 미친다. 즉, 재발 당시 재입원으로 인한 이동에의 영향을 배제할 수 없기 때문에, 두 변인 중 어느 한 변인이 다른 변인의 원인이라고 결론지을 수는 없다. 그러나 주거의 불안정성이 환자에게 부정적 영향을 미친다는 결론은 유추할 수 있다. 다른 한 연구는 주거지 체재기간이 길수록 환자의 만족도도 높다고 주장하였는데, 이 연구는 어떤 주거의 종류이거나를 막론하고 체재기간의 장단이 환자의 만족도에 영향을 미친다고 하였다.<sup>27)</sup>

**질문3 : 가족이나 전문치료자의 사회적 지지가 고려되었을 때, 주거의 종류와 지역사회에서의 삶의 만족도와는 어떤 관계가 있는가?<sup>28)</sup>**

**가설3a :** 정상적 주거에서 생활하거나 rooming house에서 사는 정신질환자들은, 가족의 지지가 있을 때 높은 삶의 만족도를 보일 것이다.

**가설3b :** 정상적 주거에 거주하면서도 가족의 지지가 없으면 rooming house에 살면서 가족의 지지가 있는 경우 더 높은 삶의 만족도를 보일 것이다.

**가설3c :** 정상적 주거에서 생활하거나 rooming house에서 사는 정신질환자들은, 전문치료자의 지지가 있을 때 높은 삶의 만족도를 보일 것이다.

26) Appleby, L and P. Desai, "Residential Instability : A perspective on System Imbalance", American Journal of Orthopsychiatry, Vol.57, No.4, 1987, pp.515-524.

27) Lehman, Anthony F., P. Possidente, and F. Hawker, "The Quality of Life of Chronic Patients in a State Hospital and in Community Residences", Hospital and Community Psychiatry, Vol.37, No.9, 1986, pp.901-907.

28) 이 질문은 가족 및 전문치료자의 지지를 고려하고 있는 만큼, 가족이나 전문치료자와 함께 생활하는 정신질환자들은 논의 대상에서 일단 제외되었다.

가설3d : 독자적 주거에 거주하면서도 전문치료자의 지지가 없으면, rooming house에 살면서 전문치료자의 지지가 있는 경우 더 높은 삶의 만족도를 보일 것이다.

위의 가설을 설명하는 직접적인 이론적 논의는 없으나, 스트레스-취약성 (stress-vulnerability) 이론을 통해 논의의 근거를 마련하고 있다. 일반적으로 정신질환자들은 종종 사회로부터의 고립을 원하거나 인간관계를 맺고 싶어하지 않는다고 인식되어져 왔다. 한편으로는 이들이 과다 자극적인 인간 상호교류관계에서 스트레스를 받는데 취약한 것은 사실이다.<sup>29)</sup> 다른 한편으로는 이들 또한 사람들과 함께 교류하기를 즐기며, 특히 친척이나 친구들과 즐거운 관계를 맺기를 좋아한다는 것이다.<sup>30)</sup> 그런가하면 부모와 함께 살면서 과다 자극적인 교류관계가 설새없이 일어날때 높은 재발을 낳고 병의 예후에도 악영향을 미친다고 expressed emotion 학파는 주장한다.<sup>31)</sup>

그러나 연구자는 만약 이들이 부모에게서 독립하여 독자적인 생활을 하면서 부모와 교류한다면 그다지 악영향을 받지 않으며 차라리 다각적인 지지를 받을 것이라는 입장을 취하고 있다. 사실, 정신질환자에게 있어서의 가족으로부터의 지지는 다양하게 주어진다. 예를들어, 가족은 자원공급의 중심부이며,<sup>32)</sup> case

29) Strauss, John S. and W. T. Carpenter, Schizophrenia, New York : Plenum, 1981.

Wing, John K, "The Social Context of Schizophrenia", American Journal of Psychiatry, Vol 135, 1977, pp.1333-1339.

Beeks, C. Christian, "Social Support and Schizophrenia", Schizophrenia Bulletin, Vol 7, No. 1, 1981, pp. 58-72.

30) Lamb, H. Richard, "Board-and-care Home Wanderers", Archives of General Psychiatry, Vol37, No2, 1987, pp.135-137.

31) Brown, G. W., G. M. Carstairs, and G. G. Topping, "Post Hospital Adjustment of Chronic Mental Patients", Lancet, No2, 1958, pp.685-689.

Brown, G. W., J. L. T. Birley, and J. K. Wing, "Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders : A Replication", British Journal of Psychiatry, No.121, 1972, pp. 241-258.

Vaughn, C. and J. Leff, "The Measurement of Expressed Emotion in the Families of Psychiatric Patients", British Journal of Social and Clinical Psychology, No15, 1976, pp.157-165.

"The Role of Expressed Emotion in Relapse of Schizophrenia : A Two-year Follow-up", British Journal of Psychiatry, No. 139, 1981, pp.102-104.

32) Spaniol, Jung, Zipple et al, 1984.

Feedman, R. I. and A. Moran, "Executive Summary of the Report, 'Wanderers in Promised Land : The CMI and Deinstitutionalization', Introduction to the Supplement", Medical Care, 22(12) : Supplement, 1984.

33) Intagliata, J., B. Willer, and G. Egri, "Role of the Family in Case Management of the Mentally III", Schizophrenia Bulletin, Vol 12, 1986, pp.699-708.

34) Willis, M. J. "The Impact of Schizophrenia on Families : One Mother's Point of View", Schizophrenia Bulletin, 8(4), 1982, pp.617-619.

manager이며,<sup>35)</sup> 또한 정신적 지지자이다.<sup>36)</sup> 한 조사는 boarding home에 사는 사람중 36%가 오랜기간동안 가족과의 정규적 접촉을 유지하고 있었다고 보고하는데,<sup>37)</sup> 이는 상당수가 가족과의 접촉을 즐기고 있고, 접촉에 따른 부정적 영향이 있지 않았다는 증거로 해석된다.

본 연구에서 전문치료자로부터의 지지는 지역사회 지지서비스(community support program)로 규정되는데, 이것은 정신질환자들의 퇴행성과 자발성상실의 특수성을 배려하여<sup>38)</sup> 이들에게 outreach의 방법으로 장기적 지지를 주는 것으로,<sup>39)</sup> 지역사회 정신건강 치료 및 보호의 서비스에서 누락되어 필요한 서비스를 못받게되는 경우가 없도록 하는데 그 일차적 목적이 있다.<sup>39)</sup> 또 다른 목적은 지역사회 지지서비스를 통하여 지역사회에서 하루하루 생활하는 방법-예를들어, 설거지·청소·빨래·장보기·돈계산 및 예산짜기-등을 시설아닌 현장에서, 모의연습을 통해서가 아니라 실제 상황을 경험하면서 배우게 된다.

## IV. 자료 및 분석방법

### 1. 자료

본 연구는 정신분열증을 갖고 있는 젊은이 84명을 대상으로 2년간에 걸쳐 6개월 간격으로 측정한 5세트의 자료(시발절 포함)를 분석한 longitudinal study이다. 본 연구에서 사용되는 자료는 미국 위스콘신 주 테인카운티에서 수집한 "Longterm Community Treatment of Young Schizophrenics"(LCTYS) 연구자료이다(연구책임자 : Mary Ann Test 교수). 이 연구는 실험연구이기 때문에 실험대상집단(experimental group)과 통제집단(control group)이 있는데, 실험대상집단은 테스트와 스타인(Test & Stein)에 의해 구성된 TCL(Training for Community

35) Lamb, H. Richard, "Board-and-care Home Wanderers", Archives of General Psychiatry, Vol.37, No.2, 1960, pp.135-137.

36) Kane, John M. "Treatment of Schizophrenia", Schizophrenia Bulletin, No. 10, 1987, pp.34-55. 이 글에서 케인(Kane)은 정신의학적 치료도 중요하지만 특히 퇴행 및 자발성 상실·자신감 회복 및 삶의 질에는 사회사업의 상호관계지지서비스(interpersonal support service)가 매우 중요하다고 역설하였다.

37) Test, Mary Ann, "Effective Treatment of the Chronically Mentally Ill : What is Necessary?", Journal of Social Issues, Vol.37, No.3, 1980, pp.350-364.

38) Stein, Leonard I and M. A. Test, "Alternative to Menard Hospital Treatment : I. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation", Archives of General Psychiatry, Vol. 37, 1960, pp.382-397.

39) Test, Mary Ann & L. I. Stein, "Training in Community Living : Research Design and Results", in L. I. Stein & M. A. Test, Eds., Alternatives to Mental Hospital Treatment, 1978, pp.15-29.

Living)의 프로그램을 중심으로 하는 community mental health service를 받는 집단이다. 반면에 통제집단은 데인카운티가 원래부터 제공하고 있는 기존의 mental health after-care service를 받고 있는 집단이다.

분석에는 LCTYS연구 프로그램에 들어 온 남녀를 포함한 총 122명을 표본으로 한다. 이들은 무차별로 실험대상집단과 통제집단에 배치되었다. 이들이 LCTY 연구에 들오을 수 있는 자격 요건은, i)정신분열증 진단; ii) 18세에서 30세 사이의 나이; iii) 데인카운티 주민; 그리고 iv) 6개월 이상 정신병원이나 기타 시설에 입원하지 않았어야 할 것이다. 덧붙여서, 알콜중독이나 정신박약이 주증상인 경우에는 자격요건에서 제외되었다. 이렇게 해서 들어온 122명 중 4명은 2년이 되기 전에 죽고, 5명은 도중에 탈락하여 도합 113명이 남았는데 이는 살아있는 대상자 중 95.76%에 해당한다. 분석 가능한 113명 중 84명만

(표 1) 분석대상자 분포(N=84명)

변 수		N	남 자	여 자
성 별		84명	61명(72.6%)	23명(27.4%)
나 이	평 균	23.14세 (SD=3.63)	22.61세 (SD=3.31)	24.57세 (SD=4.10)
결혼상태	미혼	74명(88.1%)	58명(95.1%)	16명(69.6%)
	별거/이혼	5명(6.0%)	2명(3.3%)	3명(13.0%)
	기혼	5명(6.0%)	1명(1.6%)	4명(17.4%)
정신병의 종류	정신분열증	64명(76.2%)	49명(80.3%)	15명(65.2%)
	정신분열증-다른종류	20명(23.8%)	12명(19.7%)	8명(34.8%)
최초의 정신건강 전문기관과 접촉당시 나이	평 균	18.96세 (SD=4.76)	18.89세 (SD=4.54)	19.17세 (SD=5.40)
병원 입원의 경험 여부	예	69명(82.1%)	48명(78.7%)	21명(91.3%)
	아니오	15명(17.9%)	13명(21.3%)	2명(8.7%)
첫 입원 당시 나이	평 균	20.54세 (SD=3.29) (69명)	20.23세 (SD=3.04) (48명)	21.24세 (SD=3.78) (21명)
총 입원 기간	평 균	64.28일 (SD=64.02) (69명)	68.73일 (SD=68.63) (48명)	54.10일 (SD=52.06) (21명)

이 본 연구의 통계 분석에 사용되었는데, 이는 원래 표본의 74.33%에 해당하는

다.<sup>40)</sup> 이 84명의 특성은 113명이나 최초의 122명에 비해 크게 다를 것은 없으나, 84명 중에는 113명의 집단보다 남자와 실험대상집단 소속자의 비중이 더 컸다. 본 연구의 분석 대상이며 새로운 소집단의 특성은 <표 1>에 제시되어 있다.

## 2 변수 및 측정방법

종속 변수는 삶의 만족도이다. 삶의 만족도란 한 개인이 자신의 삶에 대해 만족하는가 불만족하는가에 대한 인시으로서, 개인의 주관적인 판단을 말한다. 이 변수는 매일매일의 삶에서 오는 만족도를 지칭하는데, 생활여건 및 환경, 그리고 인간관계를 통한 사회생활등이 이에 속한다. 본 연구에서 이 만족도는 웨어weather가 만들고 테스트(Test)가 수정한 「Satisfaction with Life Scale」로 측정하였다. 21개의 항목을 통해서 측정된 만족도는 요인분석(factor analysis)을 통해 7개의 차원(dimension)을 통해 7개의 차원(dimension)으로 나뉘어졌고 그중 본 연구와 관련이 있는 두개의 차원-즉, 주거의 만족도와 일반 삶의 만족도-을 선택하였다.<sup>41)</sup>

독립 변수는 3개의 변수 군으로 나누어져 있다. 첫번째 군은 주거상태에 관한 것으로 주거의 종류와 주거의 안정성으로 이루어져 있다. 주거의 종류는 5가지 범주를 포함하여, 대단위 시설·특수주거치료 시설·가족거주·rooming house, 그리고 정상적 주거이다. 주거의 종류는 불연속 변수(categorical variable)인 관계로 모조변수(dummy variable)로 처리하였다. 주거의 안정성은 주거 이동의 횟수와 현·주거에서의 체재기간의 두개의 변수로 구성된다.

두번째 독립변수군은 배경변수로서 인구학적 성격 및 임상적 특성으로서, 성별·나이·정신병의 정도·그리고 실험집단 소속의 변수들이다. 정신병의 정도는 정신분열증의 특성에서 핵심을 이루는 3가지 증상을 중심으로 조작하였다. 증상의 정도는 18개 항목의 「Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS)」에 의해 측정된 것으로, 요인분석을 통해 나누어진 5개의 증상 중 본 연구에서 관심있는 세 가지 증상만 사용했는데, 정신증 증후·심리사회성의 퇴행·그리고 우울증/불

40) 113명이 84명으로 줄어든 이유는 이 84명만이 2년간 5세트에 걸쳐 측정·조사한 자료 중 본 연구가 사용하는 변수에 있어서 모든 자료를 갖추고 있었기 때문이다. LCTYS는 자연발생적 연구라서 연구기간동안 제약없이 정신질환자를 받았으며 이들이 서비스를 원하지 않을 때에는 연구 자료에 공백을 남기는 영향이 미치더라도 강요하지 않았다.

41) 요인분석에 관한 자세한 설명은 Yang(1990) pp.99-100과 Appendix A를 참조할 것.

42) 요인분석에 관한 자세한 설명은 Yang(1990) pp.106-108과 Appendix A를 참조할 것.

〈표 2〉 변수들의 측정방법

변 수 명		측 정 방 법
종속변수		
삶의 만족도	1) 주거의 만족도 2) 일반 삶의 만족도	「Satisfaction with Life Scale」에 의한 요인분석 스코어(score)
독립변수		
1. 주거상태		
1) 주거종류	1) 대단위시설 2) 특수주거치료시설 3) 가족거주 4) rooming house 5) 정상적 주거	삶의 만족도 측정당시의 주거종류(모조변인)
2) 주거의 안정성	1) 이동횟수 2) 체재기간	6개월간의 이동횟수 현주거지에서 체재일수
2. 인구학적 및 임상적 특성		
1) 성별	1) 남자 2) 여자	(모조변인)
2) 나이	18세에서 30세 사이	실제나이
3) 실험 치료집단소속	1) 실험대상집단 2) 통제집단	(모조변인)
4) 정신병의 정도	1) 정신증 증후 2) 심리사회성의 퇴행 3) 우울증/불안	「Brief Psychiatric Rating Scale」에 의한 요인분석 스코어
3. 지지		
1) 가족의 지지	부모와의 접촉	접촉횟수
2) 정신건강 전문요원의 지지	1) 높은 지지 2) 낮은 지지	높은지지=TCL, MCT, SLA의 소속 낮은지지=그 외의 경우

안이 그 세가지이다.<sup>4)</sup>

마지막 독립변수군은 정신질환자가 받는 지지로서 부모로부터 받는 것과 정신건강 전문요원으로부터 받는 것의 두가지로 분리하였다. 부모에게서 받는 지지는 자료수집 당시로부터 역으로 2개월동안 부모와 만난 횟수에 의해 측정되었고, 정신건강 전문요원의 지지는 자료수집당시로부터 역으로 2개월 동안 Community Support Program(CSP)의 소속여부에 의해 지지의 유·무로 분리 측



정되었다. 분석대상자가 CSP를 대표하는 TCL, MCT(Mobil Community Team), SLA(Special Living Arrangement)의 프로그램 중에 속해 있으면 지지를 받고, 그렇지 않을 경우 지지를 받지 못하는 것으로 판단되었다. TCL은 앞에서도 언급했듯이 원래 연구의 실험 프로그램으로서 적극적(assertive) outreach 지지 프로그램의 대명사처럼 알려져 있는 것으로, 정신질환자가 살고 있는 곳에 전문 요원이 방문하여 도움을 주는 형식으로 되어 있으며, 도움 및 지지의 정도가 각 정신질환자의 회복·발전의 정도에 맞추어 달라진다. MCT와 SLA는 TCL만큼 지속적이고 적극적이지는 않지만, 주거에 관해서는 비슷한 수준에서 지지 서비스를 준다는 점에서 여기에 포함시켰다.

이상의 변수에 관한 정의 및 측정 방법은 <표 2>에 요약되어 있다.

### 3. 분석방법

통계분석은 중다회귀방법(multiple regression method)과 longitudinal 자료 분석을 위해 pooled time series 모델을 사용하였다. 기존의 time series 모델 대신 새로운 pooled time series 모델을 통해 분석한 이유는 기존의 time series 모델에서 무시되는 분석 집단 각 개인의 분산(variance)을<sup>43)</sup> 고려할 수 있다는 데 있다. 즉, 84명의 개인적 차이가 5세트의 시간대(time period)에 차이를 하나의 방정식 안에서 동시에 그 영향을 볼 수 있다는 것이다. 또한 기존의 time series 모델을 쓸 경우 5세트의 시간대간의 독자성(independence)의 가정에 심각한 의문이 생기기 쉬운데<sup>44)</sup> 이러한 문제는 시간대를 모조변인 처리함으로써 체계적으로 조절된다. <sup>45)</sup> 분석 단위는 사람-시간대(person-period)로서 전체분석 사례수는 420이다.

## V. 결과분석

앞에서도 지적했듯이 본 연구는 정신질환자의 주거상태를 논의의 핵심부분으로 설정하고 있는 만큼 이에 관한 기본 정보를 개괄하는 것은 매우 중요하다.

43) Ostrom, C. W., Jr, Time Series Analysis : Regression Techniques, Sage University Series Paper on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-009, Beverly Hills, CA : Sage, 1987.

44) Campbell, Donald T. & J. C. Stanley, Experimental and Quasiexperimental Designs for Research, Chicago : Rand McNally & Company, 1963, pp.37-43.

45) Sayrs, L. W, Pooled Time Series Analysis, Sage University Papers Series : Quantitative Applications in the Social Sciences, #70, Sage Publications, 1969, pp.26-32.

(표 3) 자료수집시기별 거주상황

시 기	주 거 형 태	N	평균체재기간(단위=일)
시발점	정상적 주거	27	43.00(SD=64.59)
	rooming house	13	42.15(SD=48.46)
	가족거주	23	39.48(SD=53.40)
	특수거주치료시설	4	9.00(SD=10.83)
	대단위 시설	17	21.53(SD=20.59)
6개월시	정상적 주거	35	111.77(SD=60.33)
	rooming house	13	104.85(SD=65.30)
	가족거주	25	119.08(SD=66.24)
	특수거주치료시설	8	85.88(SD=66.14)
	대단위 시설	3	31.00(SD=8.19)
12개월시	정상적 주거	44	106.70(SD=68.31)
	rooming house	11	63.00(SD=66.12)
	가족거주	21	148.48(SD=61.94)
	특수거주치료시설	7	101.57(SD=70.08)
	대단위 시설	1	202.00(SD=0)
18개월시	정상적 주거	40	108.85(SD=78.24)
	rooming house	11	124.09(SD=75.11)
	가족거주	25	116.48(SD=71.85)
	특수거주치료시설	5	129.00(SD=73.16)
	대단위 시설	3	72.67(SD=83.97)
24개월시	정상적 주거	36	117.54(SD=60.66)
	rooming house	16	102.75(SD=72.91)
	가족거주	22	128.86(SD=68.32)
	특수거주치료시설	5	94.40(SD=67.48)
	대단위 시설	5	72.25(SD=45.98)

6개월 간격으로 수집된 주거에 관한 기본 자료를 살펴보면 (표 3)과 같다. 모든 시기에서 정상적 주거의 비중은 큰 것으로 나타나고 있다. 또한 체재기간의 표준편차가 큰 것으로 미루어 보아 단기·장기 체류자의 차이가 큼에도 불구하고, 평균 3개월 이상씩 거주하고 있었음을 알 수 있다. 다음으로 비중이 큰 것은 가족거주, rooming house 순이고 대단위 시설 및 특수주거치료 시설은 비교적 제한된 숫자만이 이용하고 있는 것으로 나타나고 있다.

분석 결과는 주거에 대한 만족도와 정신질환자의 일반적 삶에 대한 만족도로

(표 4) 만족도에 관한 pooled time series 중다회귀분석결과  
(N=420 person-periods)

변 수	주거의 만족도 방정식		일반 삶의 만족도 방정식	
	b	Beta	b	Beta
(상수)	3.2878		2.7472	
rooming house(d)*	-.3510**	-.1381	.0186	.0079
가족거주(d)	.0330	.0162	.0886	.0471
대단위 시설(d)	-.7852***	-.2180	-.1602	-.0482
(정상적 주거)**	-.6559**	-.1791	-.2116	-.0628
주거의 이동성	-.0046	-.0076	-.0215	-.0389
체재기간	-.0016*	-.1298	-.0015*	-.1307
시발점(d)	-.2057	-.0901	-.0266	-.0127
6개월(d)	-.1881	-.0824	-.0941	-.0448
12개월(d)	-.0433	-.0190	-.0614	.0292
18개월(d)	-.0542	-.0238	-.0294	-.0140
(24개월)				
치료집단소속(통제집단)	.0258	.0112	.0407	.0193
성별(여성)	.0404	.0197	.1247	.0662
나이	-.0072	-.0284	.0099	.0424
정신증 중후	-.1390*	-.1241	.0453	.0439
심리사회성의 퇴행	.0518	.0362	-.0099	-.0075
우울증/불안	-.1309*	-.1143	-.4844**	-.4595
R <sup>2</sup>	0.149		0.230	

\*\*\*P<0.001, \*\*P<0.01, \*P<0.05

\*(d) : dummy variable(모조변수)를 의미.

\*\* 모조변수로 측정했을 때 준거(reference)집단을 의미.

세분되어 구성되고 있다(표 4). 개별적 배경 변수들이 통제되었을 때 정상적 주거에서 생활하는 정신질환자들은 대단위 시설, 특수주거치료 시설, 또는 rooming house에 사는 정신질환자들보다 주거에 대한 만족도가 통계적으로 유의미한 수준에서 더 높은 결과를 보이고 있다. 그러나 부모의 집에 사는 경우는 정상적 주거에 사는 경우와 별 차이가 없는 것으로 나타났다. 주거의 이동 횟수는 별 영향력이 없으나 현 거주지에서의 체재기간은 부적인(negative) 영향력을 보인다. 즉, 현 주거지에서 짧게 산 정신질환자가 오래 산 정신질환자보다 더 만족한다는 것이다. 시간 변수는 전혀 영향력을 미치지 못하는 것으로 나타

났다.

한편, 일반 삶에 대한 만족도에 관한 결과를 보면, 개별적 변수들이 통제되었을 때 단지 체재기간만이 부적인 영향을 보여줄 뿐, 주거의 종류 및 시간 변수 어느 것도 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 그러나 정신질환자들의 개별적 배경 변수들의 영향을 살펴보면 우울증/불안이 일반적인 삶에 대한 만족도에 지대한 영향을 미치는 것을 알 수 있다.

위에서 살펴본 분석결과를 해석하는데는 조심을 기울여야 할 필요가 있다. 왜냐하면 이 결과는 타당도(validity) 문제를 내포하고 있기 때문이다. 즉, 분석 자료는 자료 수집 당시의 주거형태와 그 곳에서의 체재기간으로 구성되어 있기 때문에 동일한 시간대(time period) 내에서의 주거이전의 경험이 반영되지 못하고 있다. 이는 통계적 의미에서 autocorrelation error를 범할 개연성이 높다.<sup>46)</sup> 이러한 문제를 해결하기 위해 선행시기의 만족도를 통제하는 타당도 검증을 하고 있다. 구체적으로 이것은 <표 4>의 방정식에 선행시기의 만족도 변수를 함께 고려하는 것으로 이에 관한 결과는 <표 5>에 요약되어 있다. 선행시기의 만족도라는 것은 통계 분석 대상이 되고 있는 바로 이전 시기의 만족도를 의미하는 것으로서, 예를 들어 6개월때는 시발점이, 18개월때는 12개월 당시의 만족도를 의미한다.

<표 5>를 살펴보면, 개별적 배경 변수들이 통제되었을 때, 정상적 주거에 사는 정신질환자들은 대단위 시설, 특수주거치료 시설, 또는 rooming house에 사는 정신질환자들보다 주거에 대한 만족도가 통계적으로 유의미한 수준에서 더 높은 결과를 보였다. 가족거주의 경우는 정상적 주거생활과 별 차이가 없는 것으로 나타났다. 주거의 이동횟수, 현 주거지에서의 체재기간, 그리고 시간 변수는 주거에 대한 만족도에 유의미한 영향력을 미치지 못하는 것을 나타냈다.

삶의 만족도의 또 하나의 차원인 일반 삶에 대한 만족도의 경우, 개별적 특성 변수들이 통제되었을 때 주거상태는 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 그러나, 단지 개별적 특성중의 우울증/불안의 정도만이 일반적 삶의 만족도를 설명하는데 있어서 유의미한 변수로 나타나고 있다.

이상의 두 모형(표4와 표5)을 비교하여 보면, 결과가 매우 유사함을 알 수 있다. 특히 주거형태 변수는 거의 같은 결과를 보이고 있다. 그러나 주거의 안정성을 나타내는 현 주거지에서의 체재기간은 신뢰도 검증 모형에서는 더 이상 유의미한 변수로 작용하지 않고 있다. 시간 변수 역시 별다른 차이가 없는 것

46) Wonnacott, Thomas H. & R. J. Wonnacott, *Regression : A Second Course in Statistics*, New York : John Wiley & Sons, 1981, pp.220-221.

(표 5) 만족도에 관한 pooled time series 종다회귀분석결과 : 신뢰도 검증 모형

(N = 420 person - periods)

변 수	주거의 만족도 방정식		일반 삶의 만족도 방정식	
	b	Beta	b	Beta
(상수)	2.6334		2.2954	
선행시기 만족도	.2548***	.2546	.2195***	.2190
rooming house(d)	-.3013*	-.1186	.0406	.0174
가족거주(d)	.0139	.0068	.0833	.0443
특수주거치료시설(d)	-.7506***	-.2085	-.1251	-.0387
대단위 시설(d)(정상적 주거)	-.6355**	-.1737	-.2271	-.0674
주거의 이동성	.0073	.0123	-.0160	-.0290
체제기간	-.0014	-.1080	-.0014	-.1156
6개월(d)	-.0181	-.0079	-.0472	-.0225
12개월(d)	.0992	.0435	.1115	.0531
18개월(d)	.0424	.0186	-.0277	-.0132
(24개월)				
치료집단소속(통제집단)	.0118	.0051	.0473	.0224
성별(여자)	.0373	.0182	-.0988	-.0525
나이	-.0010	-.0395	.0063	.0271
정신증 증후	-.1257*	-.1122	.0421	.0416
실리사회성의 퇴행	-.0012	-.0009	-.0056	-.0043
우울증/불안	-.1246	-.1088	-.4597***	-.4360
R <sup>2</sup>	0.206		0.275	

\*\*\*P<0.001, \*\*P<0.01, \*P<0.05

으로 나타나고 있다.

주거형태와 사회적 지지간의 상호작용 분석은 삶의 만족도의 두 차원 모두에 유의미한 관계가 전혀 없는 것으로 나타났다.

이상의 결과를 가설 검증과 관련지워서 종합·요약하면 다음과 같다. 첫째, 처음에 설정한 가설과 달리 정상적 주거생활과 가족거주와는 별다른 차이가 없으며, 두 경우 모두 상대적으로 높은 만족도를 보인다. 여기에는 다음과 같은 몇가지 해석이 가능하다. i) 이들이 부모에게 의존함으로써 받는 도움이 부모와 같이 사는데서 오는 불편함보다 클 가능성; ii) 부모의 집이 정상적 주거보다 더 좋을 가능성; iii) 부모의 집이 있는 지역의 주위 환경이 좋을 가능성

; 그리고 iv) 이들의 나이가 그래로 아직 어려서 부모와 함께 사는 것이 별 문제가 되지 않을 가능성이 있다.

둘째, 주거의 안정성이 만족도와 전혀 상관관계가 없는 가장 큰 이유로는 자료의 조작화의 제한점을 들 수 있겠다.<sup>47)</sup>

셋째, 주거의 종류에 상관없이 우울증/불안만이 일반 삶에 대한 만족도에 관계가 있는 가장 큰 이유는 일반적 삶에의 만족이란 그 당시의 만족이나 느낌의 반영인 만큼 우울할 때 삶에 만족하지 않는 것은 당연한 이치이다. 그러나 여기서 주지해야 할 것은 정상적 주거생활을 하면서도 삶에 대한 일반적인 만족 수준이 낮다는 것은 지역사회에서의 완전한 통합이 이루어지고 있지 않음을 시사한다.

넷째, 정신질환자에 대한 가족의 보조와 지지가 영향력이 없는 이유는 다음과 같다. i) 가족과의 접촉 횟수가 통계적 방법을 적용할 수 있는 정상분포의 요건을 갖추고 있지 않았으며; ii) 가족과의 상호교류를 볼 수 있는 표본의 수가 54명으로 줄었고; iii) 접촉과 지지의 질보다는 양을 측정하였던 자료 자체의 제한점이 있다.

끝으로, 정신건강 전문요원의 지지 변인이 통계적으로 무의미한 결과를 보인 이유는 i) 접촉을 맺는 표본의 수가 50명으로 줄었으며; ii) 정상적 주거생활을 하고 있는 정신질환자의 대다수(80-100%)가 지지를 받고 있음에 따라 개인적 차이가 없는데서 비롯된다. 이러한 결과는 정신건강 전문요원의 outreach적접촉을 통한 지지가 없이는 정상적 주거생활이 효과를 거둘 수 없다는 연구자의 논지를 강력하게 뒷받침하고 있다.

## VI. 맺음말

본 연구는 최소한의 규제 속에서 정신질환자의 재활에 역점을 두고 있는 지역사회 정신건강 접근을 전통적인 치료법에 대한 대안적 시도로 정착시키고자 하는 작업의 일환이다. 구체적으로는 정신질환자의 주거형태와 만족도의 내용을 경험적 연구를 통해서 밝혀 보고자 하며, 이에 관한 연구 결과와 정책적 함의를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 새로운 소집단으로 규정되는 18세에서 30세 사이의 정신질환자들은 대단위 시설, 특수주거치료 시설, 또는 rooming house와 같은 규제적이며 의존적인

47) 자료조작화의 제한점에 관한 설명은 Yang(1990) pp.247-249를 참조할 것.

수거보다 독자적으로 생활할 수 있는 정상적 주거에서 더 만족한다. 그렇다고 하더라도 정상적 주거에서 생활하는 정신질환자에게 지역사회 지지 서비스 (community support program)가 절대적으로 요구된다. 따라서 정책적인 방향 역시 일반지역사회에 이미 산재하고 있는 일상적 주거지 확보와 함께 지속적이고 적극적인 지지 서비스를 제공하도록 유도되어야 할 것이다.

둘째, 일반적으로 지지 서비스를 받지 못하고 있는 가족거주의 경우, 만족도에 있어서는 정상적인 주거생활의 정신질환자와 비슷한 수준을 보이고 있다. 이는 부모를 비롯한 가족이 지역사회 지지 서비스의 일차적 담당자인 전문 치료요원의 역할을 대행하는 것으로 해석된다. 이러한 상황은 또 다른 문제를 발생시키는데, 이를테면 가족이 보살핌의 부담(burden of care)을 전담하게 되고, 이에 따라 정신질환자들이 가족거주에서 이탈되는 더 심각한 상황을 초래한다. 이러한 문제에 직면해서 모색될 수 있는 정책은 크게 2가지가 있을 수 있다. 하나는 현존의 가족거주상태를 그대로 유지하면서 정신질환자에게는 지역사회 지지를 포함한 각종 서비스를 제공함과 아울러 부모에게도 보살핌(caring)의 정보와 자원을 이용할 수 있는 여건을 마련하는 것이다. 다른 하나는 가족거주에서 사회적 지지가 충분히 뒷받침이 되는 정상적 거주로 옮기는 것이다.

셋째, 매우 중요하다고 인식되었던 주거의 안정성 변수는 삶의 만족도에 의미있는 영향을 미치지 않는 것으로 나타나고 있다. 그렇다고 해서 안정성 변수 자체가 중요하지 않다고 평가해서는 않된다. 왜냐하면 분석절차에서 밝혀듯이 표본의 절반 정도가 한 주거지에서 2개월도 채 살지 못하고 있기 때문이다. 이러한 현상으로 인해 질문 3의 분석에서는 표본의 수가 절반으로 줄었고, 절반으로 줄어든 표본은 중다회귀 통계분석에서 무의미한 결과를 보이는 근본 원인으로 작용하고 있다. 그러므로 주거의 안정성 보장이 정책적 제시의 고려대상이 되어야 할 것이다.

넷째, 주거지에 대한 만족도와는 달리 일반적인 삶에 대한 만족도 측면에서 정상적 주거생활과 여타 주거생활과는 별다른 차이가 없이 만족하고 있는 것으로 나타나고 있다. 이것은 정신질환자들이 육체적으로는 지역사회에서 일반인들과 함께 생활하면서도, 이들이 지역사회의 구성원으로 사회생활을 영위하여 살고 있지 못함을 시사하는 것이다. 따라서, 지역사회 정신건강 전문요원들은 이들에게 사회생활의 참여의 기회를 가급적 많이 제공하고, 사회의 구성원으로서 역할을 발휘할 수 있는 일들을 제공하여야 할 것이다. 정책적 지원 역시 이러한 전문요원의 역할 수행을 뒷받침해 주는 것이어야 할 것이다.

이상의 연구결과는 본 연구의 제한점을 인식하는 범위 내에서 해석되어야

할 것이다. 본 논문이 안고 있는 제한점으로는 첫째, 분석 대상자의 수(N)가 많이 줄어든 것이라 하겠다. 실험연구에는 피실험자의 누락이 있게 마련인데, 임상실험, 특히 자연발생적 임상실험연구에서는 불가피한 문제이다. 둘째, 변수를 측정하는데 있어서 질적인 면보다는 양적인 면만을 편향적으로 측정함으로써 삶의 질을 설명하는 내용으로 충분하지 못하다는 지적을 할 수 있다. 셋째, 본 논문이 사용하고 있는 분석 자료는 9년에 걸쳐 수집된 것임에도<sup>49)</sup> 불구하고 분석의 편의상 시간 과정의 항상성을 전제함에 따른 문제를 갖고 있다. 이 세가지 제한점들은 pooled time series 통계 분석 방법에 의해 어느 정도 극복은 되었지만 결코 완벽하다고 할 수는 없을 것이다.

---

49) 2년의 longitudinal study가 9년에 걸쳐 수집된 자료를 사용하게 된 이유는 원래의 연구가 12년간 계약없이 정신질환자를 받았고 서비스 제공자 입장에서의 2년간이 아니라 각 정신질환자가 서비스 프로그램 안에서 2년간 머무른 기간을 말하기 때문이다. 따라서 1978년에서 1985년에 걸쳐 들어온 환자들로서 1987년까지 9년의 기간을 총망라한다.