

## 대학병원 정신과 입원환자의 심리·사회적 문제에 관한 연구

김 창 곤\*

### I. 서론

1917년 Mary Richmond의 사회적 진단(Social Diagnosis)이래 사회사업영역에서 심리·사회적 사정은 끊임없는 시도 속에 화두(話頭)로 자리해 왔다고 생각된다.

최근까지 국내에서 시행한 의료사회사업가들의 직무수행에 관한 연구에서 “심리·사회적 문제해결직무”는 1978년, 1985년, 1997년 모두 각각 최우선순위로 보고되었으며, 가까운 홍콩에서도 심리·사회적 사정은 의료사회사업가 및 의사, 간호사들이 기대하는 중요한 역할 중의 하나이다(Chack-kie Wong, Becky Chan and Victor Tam, 2000). 또한, 일본과 한국에서 각각 1992년과 1997년에 의료사회사업가의 직무표준화를 위한 연구가 시행되었으나, 아직 임상에서의 표준화된 사정도구는 개발되지 않은 것으로 사려된다.

Meyer(1993)에 따르면 실제적인 문제는 임상적인 진단, 행동의 범주화와 징후학 등과 같이 사용되고 있는 분류체계가 사회사업의 사정의 범위에 비해서 너무 좁다는 것이다. 심리·사회적인 사건을 모두 포괄하는 보편적으로 알려진 분류도표는 아직 없다. 사회사업실천가에게 실천에 기초하고 있는 사건이나 범주에 대해 알려주는 다축적인 접근법 역시 없다(Meyer, 1995: 264-267).

임상에서 다학제간의 Team Work이 중시되는 정신과 영역에서, 특히 협의진단시 사회사업가의 심리·사회적 사정은 흔히 두 가지로 제시되어 온 것으로 생각된다. 하나는 DSM-IV의 Axis.

---

\* 숭실대학교 강사

IV., 다른 하나는 사회사업가의 주관적인 경험에 의한 직관에 근거한 사정이다. 여기서 전자는 정신과 의사의 고유영역이므로, 협의진단 시 이것을 제시할 경우, 사회사업가가 팀에 존재할 이유가 없는 것이요, 후자의 경우는 그것의 인과관계나 설명을 할 명확한 근거가 없게 된다.

또한 협의진단을 제외한 다른 업무에서도 정신과 환자들에 대한 사회사업가의 사정은 명확한 이론적 토대나 근거(기초자료) 등을 제시하지 못하고 있다.

우리는 사회사업가로서 클라이언트나 환자가 자신들이 필요로 하는 도움을 가능한 즉각적이고 효율적으로 받기를 원한다. 다시 말해서 이것은 클라이언트나 환자의 문제에 대한 단일하고 포괄적인 사정이 있어야 하는 필연성을 요구한다.

따라서, 사회사업가의 명확한 개입과정과 계획을 위해서 이러한 사정도구의 필요성에는 이론의 여지가 없다고 생각된다. 또한 당연히 이러한 사정도구는 더 나은 질적 내용과 더 빠른 신속성, 더욱 비용-효과적이며, 효율적인 사정과 개입계획을 제시하는 도구여야 할 것이다.

다행히도 최근 국내 임상사회사업연구회(2001)의 교수진들에 의해 NASW(1994)에서 10여년에 걸쳐 개발한 [임상사회복지사정분류체계(PIE 메뉴얼 및 PIE체계론)]을 번역 출간한 것은 임상사회사업가들에게 여간 반가운 일이 아니다. 그러나 PIE분류체계 역시 정신의료영역이나 기타 특수영역에서 아직 검증된 표준도구가 아니고, 사회적 기능과 역할 그리고 환경적 요소의 사정내용은 인정되지만, 클라이언트나 환자의 심리·사회적 문제의 포괄적인 측면은 아직 과정 중인 문제가 열려있다고 사려된다.

본 연구의 목적은 정신의료영역에서 사회사업가가 환자 및 가족의 심리·사회적 문제를 사정하기 위한 포괄적이고 보편적인 사정도구의 개발을 그 목적으로 한다. 구체적인 목적은 일 대학병원 정신과 입원환자를 대상으로 심리·사회적 문제의 특성을 파악하여, 현장실무에 적용하는 한편, 국내 대학병원 정신과 입원환자의 심리·사회적 문제를 사정하기 위한 포괄적이면서도 보편적인 사정의 기초자료를 제공하는 것이다.

## II. 이론적 배경

### 1. 심리사회적 사정의 정의

심리사회적 사정에 대한 정의는 그 사정내용이 다양하고, 사회사업가들의 기능 및 역할이 각

나라에 따라 상이하므로, 학자마다 다른 견해를 내세울 수 있으나, 여기서는 Johnson, Turner, Goldstein, Barker의 견해를 간략히 살펴보기로 한다.

Johnson(1981)은 심리·사회적 사정의 목적은 특이한 진단에 도달하도록 하는 것이라고 했고, Turner(1988)는 심리·사회적 진단이 문제를 명명하고 확인하는 것뿐만 아니라, 클라이언트의 강점을 인식하는 것을 포함하여 진행하는 과정이라 했으며, Goldstein(1988)은 인간과 환경 간에 작용하는 것으로 심리·사회적 사정을 설명하였다(김규수, 1999: 272).

Barker(1995)는 심리·사회적 사정을 문제해결을 위한 사회사업가의 요약판단으로 '심리·사회적 진단'이라고도 했다. 이 기술은 (DSM-IV, ICD, [PIE]System 등과 같은) 진단적 라벨을 포함할 수 있으며, 심리검사결과와 법적인 지위, 문제유평의 간략한 표현, 소유자산 및 자원의 기술, 결과의 예후 및 예견, 문제의 해결을 위해 세워진 계획 등도 포함할 수 있다. 개입과정을 통해볼 때, 심리·사회적 사정은 "과정상의 업무"이며, 새로운 정보가 수집되었을 때, 상황 및 목적이 변경되었을 때, 목적에 대한 과정이 설정되었을 때, 지속적으로 수정된다(Barker, 1995:304).

따라서, 심리·사회적 사정이란 심리적, 사회적, 환경적 측면에서 환자나 클라이언트의 질병 또는 문제의 심리·사회적 원인 및 소인 그리고 심리·사회적 문제와 강점까지도 진단하는 사회사업가의 구조화된 개입을 형식화하기 위한 과정이라고 할 수 있겠다.

여기서는 심리·사회적 문제에 대해서만 논하고자 한다.

## 2. 이론적 배경

심리사회적 사정의 기초가 되는 이론은 사정내용 및 목적에 따라 다양하게 달라질 수 있다고 생각된다. 여기서는 심리·사회적 모델을 위주로 간략히 살펴보기로 한다.

심리·사회적 사정의 기원은 환경적 상황이 개인에게 결정적인 영향을 미치며, 이 사회적 요인을 다루는 데 있어서 개개인이 독특하다고 보았던 Mary Richmond(1917)의 사회적 진단(Social Diagnosis)에서 유래한다(김창곤, 1999: 115)

심리·사회적 모델의 기초가 되는 주요이론은 자아개념에 초점을 맞춘 정신분석학 이론이다. 자아심리학은 사회사업실무에 통합되면서, 생리심리사회적 과정에 관한 초점과 인지적 발달, 극복과 적응, 스트레스와 같은 발달적 쟁점의 2가지 초점을 강조했다(김규수, 1999: 271).

심리·사회적 접근은 클라이언트의 생활력에 초점을 두고 '환경내 인간'을 강조하며, 자아심리학적 접근은 자아중심개입의 기저가 되는 자아기능의 사정에 초점을 두며, 인지 행동적 접근은 사회환경에 의해 이루어지는 학습에 반응하는 것으로 여겨지는 클라이언트의 현재행동을 강조하며, 생태 체계적 접근은 체계와 실천의 생태적 흐름을 일반화시켰고, 심리·사회적 요인과 관련하여 서술되며, 생활모델적 접근은 삶의 과정을 사정하는 데 있어서 변천, 환경상의 장애물, 생활과정의 사정 중, 인간상호적 과정에 초점을 두고 있다.

그러나, 심리·사회적 문제는 PIE의 분류체계가 보여주듯이 단순하고 논리를 배제한 문제의 표준적 서술로서 문제의 설명 및 분석에는 미흡하여, 클라이언트의 문제를 설명하고, 원인을 분석하는 것은 개별사회사업가의 몫으로 남겨놓고 있다. 따라서 심리·사회적 문제에 대한 이론적 배경은 이제 사회사업가들이 현장실무에서 쌓아가야 할 과제로 남아있는 셈이다.

### 3. 심리 사회적 사정도구들

심리·사회적 사정도구들은 다양하고 많지만, 포괄적인 도구를 찾아보기 어렵다. 이러한 포괄적인 도구에는 1)PIE 체계분류, 2) DSM-IV의 Axis IV. , 세계정신의학회가 제시한 3) 정신분열병 환자의 심리·사회적 평가, 의학교육에 있어서 심리·사회적 측면의 기초사정도구로 활용되고 있는 4) PROS(Psychosocial Review of Systems), 미네소타 대학병원에서 개발된 5) Psychosocial Problem List 등이 있다(김창곤. 1999: 58-77).

여기서는 7년간의 임상에서의 기초자료를 근거로 개발된 Psychosocial Problem List를 도구로 적용하였다.

## Ⅲ. 연구대상 및 방법

### 1. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상환자는 1999년 3월부터 2000년 12월까지 S대학병원 정신과에 입원한 환자 686명 중, 면접이 불가능한 환자나, 의사의 지시에 따르지 못하는 퇴원환자 및 재입원 환자 등

을 제외하고, 정신보건사회복지사 수련과정의 사례로 적합하다고 생각되는 123명의 환자를 대상으로 선정하여, 환자 및 그 가족들에게 직접면접조사를 시행하였고, 이 조사내용을 자료로 심리·사회적 사정(Psychosocial Assessment)을 시행하였다.

## 2. 측정도구

본 연구에서 사용된 1차 측정도구는 한국정신보건사회사업학회가 정신보건사회복지사 수련과정에서 요구하고 있는 심리·사회적 사정(Psychosocial Assessment)양식을 사용했으며, 2차 측정도구는 각 사례에 대한 심리·사회적 문제 사정을 위해, 미네소타 대학병원 사회사업과에서 7년간 내원 환자 및 가족들을 대상으로 가장 빈번한 심리·사회적 문제들의 기록을 표준화하기 위해 사용한 공식적인 문제항목과 정의(Spano, Robert M., 1980: 16)를 내용으로 하는 심리·사회적 문제 리스트(Psychosocial Problem List)를 사용했다. 전자의 심리·사회적 사정양식은 1997년부터 국내 정신보건사회복지사 수련과정에서 현재까지 사용하고 있으며, 후자의 심리·사회적 문제목록은 연구자가 C대학병원 정신과의 다학제간 협의진단시 심리·사회적 사정을 위해 10여 년간 사용해왔으며, 6명의 정신보건사회복지사 수련생들에게 사전교육 후, 시행했다.

## 3. 조사내용 및 분석방법

조사내용은 1) 사회인구학적 특성과 2) DSM-IV에 의한 진단명, 그리고 3)심리·사회적 문제(24항목) 등이다.

사회인구학적 특성과 각 심리·사회적 문제들의 분포를 알아보기 위해 빈도분석을, 진단군별 차이를 알아보기 위해서는 Chi-square 검정을 하였고, 이러한 통계처리는 SPSS for Windows 8.0을 사용했다.

## 4. 연구의 한계

본 연구는 몇 가지 아래와 같은 한계점을 가지고 있다.

첫째, 한국판 심리·사회적 문제 리스트 척도에 대한 신뢰도 및 타당도 연구가 안되었다. 특히 10번의 교육항목 및 24번의 교육항목 등은 자칫 혼동할 우려가 있으며, 일부 항목은 한국상황에 맞도록 문항분석을 통해서 이에 대한 조사 및 조정할 필요가 있다고 생각된다

둘째, 정신과 면접의 특성상 정보제공자(환자 및 가족등)가 제공한 정보내용 및 조사자(정신보건사회복지사 수련생)의 면접기술에 따른 양자간의 신뢰도 모두 한계가 있다.

셋째, 일 대학병원 정신과 입원환자 중, 수련과정에 적합한 사례들만을 추출하였으므로 타 대학병원 및 의료기관의 정신과 환자들에게 확대적용하기에는 한계가 있다.

## IV. 조사결과 및 고찰

### 1. 조사결과

#### 1) 사회인구학적 특성의 조사결과

대상환자들의 사회인구학적 통계자료는 아래 <표 1>에 정리되어 있다. 대상환자들의 성별은 남자가 61%, 여자가 39%로 여자보다 남자가 1.6배 많았다. 나이는 20대가 40%(N=49)로 가장 많았고, 30대는 35.9%(N=44)로 20, 30대가 전체의 75.9%(N=93)의 분포를 보였고 평균나이는 31.5세였다.

학력은 고졸이 56.1%(N=69)로 가장 많았으며, 종교는 기독교와 무교가 각각 33.3%(N=41), 37.4%(N=46)로 유사한 분포를 보였고, 결혼상태는 미혼이 56.1%(N=69), 기혼이 34.1%(N=42)였으며, 의료보장은 의료보험환자가 85.4%(N=105)의 분포를 보였다.

사회경제적 수준은 중간계층이 39.0%(N=48), 중하계층이 27.6%(N=34)를 차지했다. 직업은 무직이 52.8%(N=65)로 가장 높았고, 임시직은 32.5%(N=40), 정규직은 14.4%(N=18)에 불과했다. Chi-square검정에서 진단별 차이는 성별만이 통계학적으로 유의미( $p=0.002$ )하였다.

<표 1> 사회인구학적 특성

| 구분      | N   | %     | 구분             | N   | %     |
|---------|-----|-------|----------------|-----|-------|
| 1) 성별   | 123 | 100.0 | 5) 결혼상태        | 123 | 100.0 |
| 남       | 75  | 61.0  | 미혼             | 69  | 56.1  |
| 여       | 48  | 39.0  | 기혼             | 42  | 34.1  |
| 2) 나이   | 123 | 100.0 | 이혼             | 4   | 3.3   |
| 15 - 19 | 8   | 6.4   | 사별             | 1   | 0.8   |
| 20 - 29 | 49  | 40.0  | 동거             | 3   | 2.4   |
| 30 - 39 | 44  | 35.9  | 별거             | 4   | 3.3   |
| 40 - 49 | 13  | 10.5  | 6) 의료보장        | 123 | 100.0 |
| 50 - 59 | 7   | 5.6   | 의료보험           | 105 | 85.4  |
| 60 - 64 | 2   | 1.6   | 의료보호1종         | 5   | 4.1   |
| 3) 교육   | 123 | 100.0 | 의료보호2종         | 10  | 8.1   |
| 무학      | 1   | 0.8   | 기타             | 3   | 2.4   |
| 국졸      | 4   | 3.3   | 7) 사회경제적 수준    | 123 | 100.0 |
| 중졸      | 8   | 6.5   | 상              | 2   | 1.6   |
| 고졸      | 69  | 56.1  | 중상             | 17  | 13.8  |
| 초대졸     | 5   | 4.1   | 중              | 48  | 39.0  |
| 대졸      | 36  | 29.3  | 중하             | 34  | 27.6  |
| 4) 종교   | 122 | 99.1  | 하              | 22  | 17.9  |
| 무교      | 46  | 37.4  | 8) 직업          | 123 | 99.7  |
| 기독교     | 41  | 33.3  | 정규직(Full-time) | 18  | 14.4  |
| 천주교     | 9   | 7.3   | 임시직(Part-time) | 40  | 32.5  |
| 불교      | 17  | 13.8  | 무직             | 65  | 52.8  |
| 기타      | 9   | 7.3   |                |     |       |

## 2) 진단군별 분포

대상환자군의 진단별 분포는 다음 <표2>와 같다.

대상환자군은 정신분열병과 기분장애, 그리고 기타로 구분하였으며, 정신분열병군은 정신분열병과 분열정동장애를, 기분장애군은 양극성 장애 및 우울 장애를, 기타는 알츠하이머형 치매, 외상 후 스트레스 장애, 발모광, 정신지체, 알코올 의존 등의 환자를 각각 포함하고 있다.

진단군별 분포는 기분장애가 39.0%(N=48), 정신분열병이 31.7%(N=39), 그리고 기타가 29.3%(N=36)이다.

<표 2> 진단군별 분포

| 진 단 군 별                | N   | %     | 비 고   |
|------------------------|-----|-------|---|
| 1)정신분열병(Schizophrenia) | 39  | 31.7  | * 정신분열병(Schizophrenia)<br>* 분열정동장애(Schizoaffective Disorder)  |
| 2)기분장애(Mood Disorder)  | 48  | 39.0  | * 양극성 장애(Bipolar Disorder)<br>* 우울장애(Dipressive Disorder)   |
| 3)기타                   | 36  | 29.3  | * 알츠하이머형 치매(Dementia of the Alzheimer's Type)<br>* 외상후 스트레스 장애(PTSD)<br>* 발모광(Trichotillomania)<br>* 정신지체(Mental Retardation)<br>* 알코올의존(Alcohol Dependence)등 |
| 계                      | 123 | 100.0 |   |

### 3) 심리·사회적 문제의 조사결과

#### a. 대학병원 정신과 입원환자의 심리·사회적 문제

아래 <표 3>에서 보여주는 바와 같이 전체 대상환자군의 심리·사회적 문제의 조사결과, 1) 정신병리적 증상들/장애들의 분포가 98.4%(N=121)로 가장 높았고, 25)사회적 서비스 평가가 0.8%(N=1)로 가장 낮았다. 2)주거, 3)가족/부부관계, 4)건강문제/장애/상실에 대한 적응문제는 각각 50%이상의 분포를 보였고, 5) 우울, 6)불안반응, 7) 결정을 내리는 문제, 8) 일/직업/교육적 문제들, 9) 건강유지, 10)돌봄의 지속성, 11)자기개념, 12)자살, 12)치료와 관련된 문제들, 12)신체적 호소 및 특성, 15) 교육, 16)재정문제 17)성 등의 17항목이 각각 20%이상의 분포를 보였다.

#### b. 진단군별 심리·사회적 문제

심리사회적 문제의 진단군별 분포는 Chi-square검정에서 약물사용과 우울, 재정문제, 대인관계 및 사회활동, 법적인 문제들에서 진단군에 따른 차이가 통계적으로 유의미하였다. 따라서 나머지 20항목의 심리·사회적 문제는 진단군별로 별 차이가 없음을 시사해준다고 생각된다.



<표 3 > 정신과 입원환자의 심리·사회적 문제

| 심리·사회적 문제            | 순위 | N     | %    |
|----------------------|----|-------|------|
| 1. 건강문제/장애/상실에 대한 적응 | 4  | 65    | 52.8 |
| 2. 불안반응              | 6  | 58    | 47.2 |
| 3. 행동문제              | 7  | 54    | 43.9 |
| 4. 약물사용              | 19 | 21    | 17.1 |
| 5. 아동학대              | 21 | 14    | 11.4 |
| 6. 돌봄의 지속성           | 10 | 39    | 31.7 |
| 7. 결정을 내리는 문제        | 19 | 21    | 17.1 |
| 8. 우울                | 5  | 61    | 49.6 |
| 9. 교육                | 15 | 30    | 24.4 |
| 10. 환경적인 문제들         | 23 | 3     | 2.4  |
| 11. 가족/부부관계          | 3  | 70    | 56.9 |
| 12. 재정문제             | 16 | 28    | 22.8 |
| 13. 건강유지             | 9  | 40    | 32.5 |
| 14. 대인관계 및 사회활동      | 2  | 83    | 67.5 |
| 15. 법적 문제들           | 18 | 23    | 18.7 |
| 16. 신체적 호소 및 특성      | 12 | 33    | 26.8 |
| 17. 주거               | 24 | 2     | 1.6  |
| 18. 정신병리적 증상들/장애들    | 1  | 121   | 98.4 |
| 19. 자기 개념            | 11 | 34    | 27.6 |
| 20. 성                | 17 | 26    | 21.1 |
| 21. 사회적 서비스 평가       | 25 | 1     | 0.8  |
| 22. 자살(자기 파괴적)       | 12 | 33    | 26.8 |
| 23. 치료와 관련된 문제들      | 12 | 33    | 26.8 |
| 24. 일/직업/교육적 문제들     | 8  | 53    | 43.1 |
| 25. 기타               | 22 | 6     | 4.9  |
|                      |    | N=123 |      |

<표 4> 심리사회적 문제의 진단군별 분포

| 심리사회적 문제             | 정신분열병 |      | 기분장애  |      | 기타    |      | Chi-square test |    |       |
|----------------------|-------|------|-------|------|-------|------|-----------------|----|-------|
|                      | N(39) | %    | N(48) | %    | N(36) | %    | $\chi$          | df | p     |
| 1. 건강문제/장애/상실에 대한 적응 | 16    | 41.0 | 25    | 53.2 | 24    | 66.7 | 4.95            | 2  | 0.084 |
| 2. 불안반응              | 20    | 51.3 | 20    | 41.7 | 18    | 15.0 | 0.78            | 2  | 0.679 |
| 3. 행동문제              | 17    | 43.6 | 16    | 33.3 | 21    | 58.3 | 4.89            | 2  | 0.087 |
| 4. 약물사용              | 4     | 10.3 | 3     | 6.3  | 14    | 38.9 | 17.06           | 2  | 0.000 |
| 5. 아동학대              | 6     | 15.4 | 7     | 14.6 | 1     | 2.8  | 3.81            | 2  | 0.149 |
| 6. 돌봄의 지속성           | 14    | 35.9 | 10    | 20.8 | 15    | 41.7 | 4.30            | 2  | 0.116 |
| 7. 결정을 내리는 문제        | 9     | 23.1 | 10    | 20.8 | 2     | 5.6  | 4.92            | 2  | 0.085 |
| 8. 우울                | 14    | 35.9 | 19    | 39.6 | 28    | 77.8 | 15.94           | 2  | 0.000 |
| 9. 교육                | 10    | 25.6 | 13    | 27.1 | 7     | 19.4 | 0.78            | 2  | 0.678 |
| 10. 환경적인 문제들         | 1     | 2.6  | 1     | 2.1  | 1     | 2.8  | 0.24            | 2  | 0.981 |
| 11. 가족/부부관계          | 20    | 51.3 | 33    | 68.8 | 17    | 47.2 | 5.28            | 2  | 0.071 |
| 12. 재정문제             | 12    | 30.8 | 14    | 29.2 | 2     | 5.6  | 8.75            | 2  | 0.013 |
| 13. 건강유지             | 12    | 30.8 | 15    | 31.3 | 13    | 36.1 | 0.27            | 2  | 0.874 |
| 14. 대인관계 및 사회활동      | 33    | 84.6 | 28    | 58.3 | 22    | 61.1 | 7.27            | 2  | 0.026 |
| 15. 법적 문제들           | 3     | 7.7  | 8     | 16.7 | 12    | 33.3 | 8.21            | 2  | 0.016 |
| 16. 신체적 호소 및 특성      | 7     | 17.9 | 14    | 29.2 | 12    | 33.3 | 2.54            | 2  | 0.281 |
| 17. 주거               | 1     | 2.6  | 0     | 0    | 1     | 2.8  | 1.28            | 2  | 0.527 |
| 18. 정신병리적 증상들/장애들    | 39    | 100  | 46    | 95.8 | 36    | 100  | 1.61            | 2  | 0.447 |
| 19. 자기 개념            | 10    | 25.6 | 15    | 31.3 | 9     | 25.0 | 0.63            | 2  | 0.731 |
| 20. 성                | 6     | 15.4 | 13    | 27.1 | 7     | 19.4 | 2.02            | 2  | 0.364 |
| 21. 사회적 서비스 평가       | 1     | 2.6  | 0     | 0    | 0     | 0    | 2.15            | 2  | 0.342 |
| 22. 자살(자기 파괴적)       | 12    | 30.8 | 13    | 27.1 | 8     | 22.2 | 0.71            | 2  | 0.702 |
| 23. 치료와 관련된 문제들      | 13    | 33.3 | 15    | 31.3 | 5     | 13.9 | 4.50            | 2  | 0.105 |
| 24. 일/직업/교육적 문제들     | 15    | 38.5 | 21    | 43.8 | 17    | 47.2 | 0.63            | 2  | 0.729 |
| 25. 기타               | 2     | 5.1  | 3     | 6.3  | 1     | 2.8  | 0.57            | 2  | 0.751 |
| *N= 123 **p<0.05     |       |      |       |      |       |      |                 |    |       |

진단군별 및 전체대상환자군의 심리·사회적 문제분포는 1)건강문제/장애/상실에 대한 적응, 3) 행동문제, 6) 돌봄의 지속성, 8) 우울, 11) 가족/부부관계, 13) 건강유지, 14) 대인관계 및 사회활동, 18) 정신병리적 증상들/장애들, 19)자기개념, 22)자살, 23) 치료와 관련된 문제들, 24) 일/직업/교육적 문제들의 12항목에서 정신분열병, 기분장애, 기타 진단군이 모두 20%이상의 분포를 보였고, 전체 대상환자군에서도 이 12항목이 20%이상의 분포를 보였다.

이상에서 정신과 환자의 심리·사회적 문제 중, 가족문제, 부모상실에 대한 적응문제, 신체적 호소 및 특성, 행동문제 등에 대한 국내문헌들을 고찰해보면 다음과 같다.

박영숙과 이근후(1999)는 정신과 환자가족의 사회·심리적 특성에 관한 연구에서 정신과 환자가족은 일반가족에 비해 정서 안정성, 가족의 내적 개방성, 가족 결속, 가족외적 개방성, 부부간 성적관계, 고부갈등, 자녀에 대한 무조건적 사랑, 자녀에 대한 지배성, 가부장제 가족의 특징에서 차이를 보였고, 정신과 환자의 가족과 일반가족이 차이를 보이지 않는 사회심리적 요인은 자녀에 대한 애착과 효도라고 했다.

이준혁과 김정기(1995)의 연구에서는 15세 이전의 부모의 사별율은 기분장애와 신체장애에서 높게 나타났으며, 가족 내 정신질환의 빈도는 기분장애, 주정중독, 불안장애에서 높게 나타났다.

문유선 등(1995)의 연구에서는 정신과 입원환자 1인당 평균 1.23개의 진단명을 가지고 있었으며, 가장 흔한 신체적 문제는 변비, 상기도 감염, 백선, 알콜성 간질환, 치아우식증의 순이었고, 계통별로 가장 흔한 분류는 소화기질환, 피부계질환, 이비인후과계질환, 치과계 질환의 순이었다.

김동현 등(1992)의 연구에서는 정신과 입원환자의 난폭행위는 입원초기, 욕구좌절로 인한 것이 많았고, 시간은 오후 8시에서 10시 사이였다. 대상은 기물 및 다른 환자, 반 이상은 예상한 상태에서 일어났고, 남자, 40세 미만, 비교적 높은 교육수준, 배우자가 없는 경우에 많았다. 난폭행위의 다섯가지 변인은 과거력, 미혼, 입원시 지남력 상실, 타의입원, 부모의 알콜남용이 유의미한 변인으로 밝혀졌으며, 이 변인으로 입원 중 82.7% 난폭행위를 예측할 수 있었다. 한편, 김상현과 이귀행(1992)의 연구에서는 정신과 입원환자의 공격행위는 성별차이는 없었으며, 40세 미만에서, 12시부터 18시 사이, 폐쇄병실에서, 타의입원환자에게 유의미하게 많았다. 이시형 등(1995)의 연구에서는 어머니를 구타한 정신과 환자의 주된 이유는 정신병적 증상(환청, 망상

등), 부모에 대한 원망, 불만 등, 요구사항이 만족되지 않아서, 별 이유 없이 짜증나고 답답해서 등이었다.

c. 정신분열병 환자의 심리사회적 문제

정신분열병의 심리사회적 문제는 2)불안반응, 11)가족/부부관계, 14) 대인관계 및 사회활동, 18) 정신병리적 증상들/장애들에서 50%이상의 높은 분포를 보였고, 건강문제/장애/상실에 대한 적응문제, 불안반응, 행동문제, 돌봄의 지속성, 결정을 내리는 문제, 우울, 교육, 재정, 건강유지, 자기개념, 자살, 치료와 관련된 문제들, 일/직업/교육적 문제들에서 각각 20%이상의 분포를 보였다.

여기서 정신분열증의 심리·사회적 문제 중, 부모상실, 행동문제, 가족문제, 우울, 불안반응 등에 대한 국내 문헌들을 살펴보면 아래와 같다.

신상철과 우행원(1970)은 남녀 정신분열병환자의 53.7%가 19세 이전에 부모중 적어도 한쪽이 상을 조실하였다고 보고했으며, 정호성 등(2000)은 정신분열병환자의 분노 경험과 표현은 건강대조군 보다 상태분노가 유의하게 높았고, 특성-기질은 유의하게 낮았으며, 분노 표현척도 중에서 분노억제와 분노통제는 건강 대조군에 비해 정신분열병군에서 유의하게 낮았다고 했다.

김종녕(1975)은 한국인 정신분열병 환자의 부친에 관한 연구에서 “환자의 부친은 가정내 생활, 부부생활, 성생활, 직장생활, 그리고 사회생활에서의 대인관계가 원만하지 못하고, 적응실패를 초래한 경우가 많고, 피동공격성 인격이나, 반사회성 인격 등 인격장애를 지닌 경우가 많으며, 습관성 음주나 정신장애, 특히 정신분열증의 기왕력을 갖고 있으며, 정신분열증 환자는 사춘기 이전에 부친의 경제적 위기나 결혼상의 제반 문제로 인하여 6개월 이상의 부친박탈을 경험하였다”고 했다.

김영화와 이근후(1985)는 청소년 정신분열증환자 모친의 연구에서 정신분열병환자 모친군의 정신병리적 특성이 적대감, 정신증, 우울 및 불안의 순서로 높았다고 했으며, 김영진 등(1994)의 연구에서는 정신분열증환자의 어머니들이 정상군에 비해 사별, 별거, 재혼이 더 많았고, 결혼생활에 대한 만족도도 낮았다.

장광철과 박민철(1992)은 정신분열증 환자의 우울과 불안은 전반적 기능수준이 회복됨에 따라 우울점수와 불안점수가 각각 낮아졌다고 했다.

| 심리사회적 문제           | 정신분열병 |      |    | 기본장애 |      |    | 기타 |      |    | 전 체 |      |    |
|--------------------|-------|------|----|------|------|----|----|------|----|-----|------|----|
|                    | N     | %    | 순위 | N    | %    | 순위 | N  | %    | 순위 | N   | %    | 순위 |
| 1.건강문제/장애/상실에대한 적응 | 16    | 41.0 | 6  | 25   | 53.2 | 4  | 24 | 66.7 | 3  | 65  | 52.8 | 4  |
| 2. 불안반응            | 20    | 51.3 | 3  | 20   | 41.7 | 6  | 18 | 15.0 | 6  | 58  | 47.2 | 6  |
| 3. 행동문제            | 17    | 43.6 | 5  | 16   | 33.3 | 8  | 21 | 58.3 | 5  | 54  | 43.9 | 7  |
| 4. 약물사용            | 4     | 10.3 | 20 | 3    | 6.3  | 21 | 14 | 38.9 | 10 | 21  | 17.1 | 19 |
| 5. 아동학대            | 6     | 15.4 | 18 | 7    | 14.6 | 20 | 1  | 2.8  | 21 | 14  | 11.4 | 21 |
| 6. 돌봄의 지속성         | 14    | 35.9 | 8  | 10   | 20.8 | 17 | 15 | 41.7 | 9  | 39  | 31.7 | 10 |
| 7. 결정을 내리는 문제      | 9     | 23.1 | 16 | 10   | 20.8 | 17 | 2  | 5.6  | 19 | 21  | 17.1 | 21 |
| 8. 우울              | 14    | 35.9 | 8  | 19   | 39.6 | 7  | 28 | 77.8 | 2  | 61  | 49.6 | 10 |
| 9. 교육              | 10    | 25.6 | 14 | 13   | 27.1 | 14 | 7  | 19.4 | 16 | 30  | 24.4 | 19 |
| 10. 환경적인 문제들       | 1     | 2.6  | 23 | 1    | 2.1  | 23 | 1  | 2.8  | 21 | 3   | 2.4  | 5  |
| 11. 가족/부부관계        | 20    | 51.3 | 3  | 33   | 68.8 | 2  | 17 | 47.2 | 7  | 70  | 56.9 | 15 |
| 12. 재정문제           | 12    | 30.8 | 11 | 14   | 29.2 | 12 | 2  | 5.6  | 19 | 28  | 22.8 | 23 |
| 13. 건강유지           | 12    | 30.8 | 11 | 15   | 31.3 | 9  | 13 | 36.1 | 11 | 40  | 32.5 | 3  |
| 14. 대인관계 및 사회활동    | 33    | 84.6 | 2  | 28   | 58.3 | 3  | 22 | 61.1 | 4  | 83  | 67.5 | 16 |
| 15. 법적 문제들         | 3     | 7.7  | 21 | 8    | 16.7 | 19 | 12 | 33.3 | 12 | 23  | 18.7 | 9  |
| 16. 신체적 호소 및 특성    | 7     | 17.9 | 17 | 14   | 29.2 | 12 | 12 | 33.3 | 12 | 33  | 26.8 | 2  |
| 17. 주거             | 1     | 2.6  | 23 | 0    | 0    | 24 | 1  | 2.8  | 21 | 2   | 1.6  | 18 |
| 18. 정신병리적 증상들/장애들  | 39    | 100  | 1  | 46   | 95.8 | 1  | 36 | 100  | 1  | 121 | 98.4 | 1  |
| 19. 자기 개념          | 10    | 25.6 | 14 | 15   | 31.3 | 9  | 9  | 25.0 | 14 | 34  | 27.6 | 24 |
| 20. 성              | 6     | 15.4 | 18 | 13   | 27.1 | 14 | 7  | 19.4 | 16 | 26  | 21.1 | 17 |
| 21. 사회적 서비스 평가     | 1     | 2.6  | 23 | 0    | 0    | 24 | 0  | 0    | 25 | 1   | 0.8  | 25 |
| 22. 자살(자기 파괴적)     | 12    | 30.8 | 11 | 13   | 27.1 | 14 | 8  | 22.2 | 15 | 33  | 26.8 | 12 |
| 23. 치료와 관련된 문제들    | 13    | 33.3 | 10 | 15   | 31.3 | 9  | 5  | 13.9 | 18 | 33  | 26.8 | 12 |
| 24. 일/직업/교육적 문제들   | 15    | 38.5 | 7  | 21   | 43.8 | 5  | 17 | 47.2 | 7  | 53  | 43.1 | 8  |
| 25. 기타             | 2     | 5.1  | 22 | 3    | 6.3  | 21 | 1  | 2.8  | 21 | 6   | 4.9  | 22 |

\* 순위는 각 진단군별 25항목의 심리·사회적 문제 중 순위임.

d. 기본장애의 심리·사회적 문제

기본장애는 1)건강문제/장애/상실에의 적응, 11)가족/부부관계, 14)대인관계 및 사회활동, 18)정신병리적 증상들/장애들에서 50%이상의 높은 분포를 보였고, 불안반응, 행동문제, 돌봄

의 지속성, 결정을 내리는 문제, 우울, 교육, 재정문제, 건강유지, 신체적 호소 및 특성, 자기개념, 성, 자살, 치료와 관련된 문제들, 일/직업/교육적 문제들은 각각 20%이상의 분포를 보였다.

기분장애의 부모상실, 정신병리적 증상으로서의 망상, 환각, 가족문제와 관련하여 결혼상태 및 만족도, 역학 등에 대한 국내 문헌들을 살펴보면 다음과 같다.

권재호 등(1994)은 환자의 부모상실에 관한 연구에서 부모상실과 주요우울증 발병은 밀접한 연관이 없지만, 6세에서 18세 사이의 사춘기전후에 모친의 상실이나 19세 이후의 양친상실은 주요우울증 발병과 밀접한 관련이 있다고 보고했다. 이철 등(1994)은 단극성 및 양극성의 환자군에서 망상 및 환각이 동반된 정신병적 우울증이 있었으며, 망상내용은 죄책망상, 피해 및 관계망상, 허무망상, 신체망상의 순으로 많았고, 환각의 내용은 환청과 환시, 그리고 2가지 이상의 환각도 나타났다고 했으며, 이문숙 등(1993)은 조증환자군에서도 급성기에는 정신분열증과 유사한 수준의 망상, 환각 및 사고장애의 증상이 나타남을 볼 수 있으며, 또한 많은 조증 증후 항목에서 수반조증군과 비수반조증군에 비해 현저히 높은 점수가 나타났다고 했다.

이정근과 이규향(1996)의 연구에서 주요우울증의 결혼 상태는 별거/이혼이 미국 12.2%, 캐나다 11.4%, 레바논 0.3%, 한국 0.7%였으며, 주요우울증에서 60%이상에서 나타나는 증상은 식욕 부진은 레바논, 타이완, 한국, 불면 및 무력감은 모든 나라, 초조증은 레바논, 무가치성과 죄악감은 푸에르토리코와 타이완을 제외한 모든 나라, 집중력 장애는 한국을 제외한 모든 나라, 사고지연은 캐나다, 레바논, 타이완, 한국, 죽음에 대한 사고는 프랑스, 타이완, 한국을 제외한 모든 나라에서 나타났다.

이봉현 등(1996)의 연구에서는 경한 생활 스트레스 중 불안장애군은 개인능력요인에서, 우울장애군은 환경스트레스요인에서 대조군에 비해 유의하게 높은 취약성을 보였다.

김은경 등(1999)은 기혼여성의 경우, 결혼생활의 불만족감이 우울증의 발생 및 유지에 중요한 영향을 끼치며, 그 내재적인 사고과정에서 역기능적 태도가 인지적 취약성 요소로 작용하는 것으로 보였다.

이상에서 문헌고찰을 통해 살펴본 각각의 심리·사회적 문제에 대한 국내 연구결과들은 사회사업가가 임상에서 정신과 환자의 심리·사회적 문제를 사정시 참고할 수 있는 기초자료라고 생각된다.

#### e. 기타 정신과 입원환자의 심리·사회적 문제

기타 대상환자군에서는 1)건강문제/장애/상실의 적응, 3)행동문제, 8)우울, 14)대인관계 및 사회활동, 18) 정신병리적 증상들/장애들에서 50%이상의 분포를 보였고, 약물사용, 돌봄의

지속성, 가족/부부관계, 건강유지, 법적 문제들, 신체적 호소 및 특성들, 자기개념, 자살, 치료와 관련된 문제들, 일/직업/교육적 문제들이 각각 20%이상의 분포를 보였다.

한편, 14) 대인관계 및 사회활동과 18) 정신병리적 증상들/장애들은 정신분열병, 기분장애, 기타 진단군에서 모두 50%이상의 분포를 보여주고 있어, 정신과 입원환자들의 가장 중요한 심리·사회적 문제임을 시사해주고 있다.

## V. 결론 및 제언

이상의 결과들에서 내린 결론은 다음과 같다.

첫째, 대학병원 정신과 입원환자의 심리·사회적 사정 시, 정신병리적 증상들/장애들, 주거, 가족/부부관계, 건강문제/장애/상실에 대한 적응문제, 우울, 불안반응, 결정을 내리는 문제, 일/직업/교육적 문제들, 건강유지, 돌봄의 지속성, 자기개념, 자살, 치료와 관련된 문제들, 신체적 호소 및 특성, 교육, 재정문제, 성문제 등을 고려할 수 있다고 사려된다.

둘째, 이러한 심리·사회적 문제의 결과는 문제의 원인을 개인의 대인관계 및 사회적 상호관계에서 파악하는 PIE분류체계가 단순하고 논리를 배제한 문제의 표준적 서술로서 문제의 설명 및 원인분석에 미흡하고, 문제의 원인을 개인의 내부에서 파악하고 있는 DSM-IV는 본질적인 낙인화와 병리적 초점, 그리고 환경적 관심의 결여 등의 특성을 고려하여 임상에서 상호보완적 적용이 요구된다.

일 대학병원 정신과 입원환자를 대상으로 한 연구결과는 대학병원 정신과 및 정신의료영역의 환자들을 대상으로 확대 적용하기에는 무리가 있으며, 극히 미미한 결과지만, 정신의료사회사업영역에서 고유의 도구가 전무한 현실에서 향후, 이러한 실무현장의 기초연구들이 영역별 및 진단별 심리·사회적 문제의 특성에 대해 지속적으로 이루어지는 한편, PIE의 임상적용에 대한 연구도 병행되어, 타 전문영역뿐만 아니라, 사회적으로도 인정될 수 있는 정신의료사회사업영역의 고유한 임상도구들이 개발되어야 할 것이다.

## 참고문헌

- 김재호, 이길홍, 박두병(1994). 주요우울증, 정신분열증, 양극성 장애 환자들에서의 부모상실에 관한 비교연구. *신경정신의학*. 33(6).
- 김규수(1999). 정신보건사회사업실천론. 서울: 형설출판사.
- 김동현(1992). 정신과 입원환자의 난폭행위의 임상적 특징 및 예측인자. *신경정신의학*. 31(3).
- 김종녕(1975). 한국인 정신분열증 환자의 부친에 관한 정신의학적 연구. *신경정신의학*. 14(3).
- 김상원, 이귀행(1992). 정신과 입원환자의 공격행동에 관한 연구. *신경정신의학*. 31(2).
- 김영진, 주선희, 이무석(1994). 청소년 정신분열증환자 모친의 정신병리. *신경정신의학*. 33(5).
- 김영화, 이근후(1985). 청소년 정신분열증 환자 모친의 정신병리에 관한 연구. *신경정신의학*. 24(1).
- 김은경, 이호택, 백주희, 이상연, 홍종문, 이재원, 김선무, 허통옥(1999). 기혼 여성 우울증 환자의 결혼만족도와 역기능적 태도가 우울에 미치는 영향. *신경정신의학*. 38(4).
- 김창곤(1999a). 호스피스환자의 심리사회적 사정. 1999 한국사회복지학회 춘계 학술대회자료집.
- 김창곤(1999b). 정신의료사회사업실무를 위한 심리사회적 사정. 한국정신보건사회사업학회 춘계학술대회 자료집.
- 문유선, 오병훈, 김도훈, 이해리, 민경준, 임기영, 유계준(1995). 정신과 입원환자의 신체적 문제에 대한 조사. *신경정신의학*. 34(6).
- 박영숙, 이근후(1999). 정신과환자의 가족의 사회심리적 특성에 관한 연구. *신경정신의학*. 38(6).
- 신상철, 우행원(1970). 정신분열증환자의 조실부모. *신경정신의학*. 9(1).
- 이문숙, 한성희, 최종혁(1993). 조증에서의 정신병적 증상. *신경정신의학*. 32(6).
- 이시형, 신영철, 여인중, 오강섭(1995). 어머니를 구타한 정신과 환자. *신경정신의학*. 34(2).
- 이정균, 이규향(1996). 한국 정신장애의 역학적 조사연구(XVII) -주요우울증 및 양극성 기분장애와 국가별 비교-. *신경정신의학*. 35(5).
- 이준혁, 김정기(1995). 일 종합병원의 신경정신과 입원환자에 대한 임상적 고찰(1987년~1991년). *신경정신의학*. 34(6).
- 이봉현, 조숙행, 박동일(1996). 정신과 환자군에서 경한 스트레스요인(Minor Stressor)의 평가 -불안, 우울장애 환자를 중심으로-. *신경정신의학*. 35(5).
- 이철, 정규인, 전태연(1994). 단극성 및 양극성 우울증의 망상과 환각. *신경정신의학*. 33(4).



- 제임스 칼스 카린완드레이(임상사회사업연구회 역, 2001). 임상사회복지사정 분류체계. 서울: 나남출판.
- 장광철, 박민철(1992). 입원한 정신분열증 환자의 우울과 불안. 신경정신의학. 31(3).
- American Psychiatry Association(1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(4th ed.). Washing DC: American Psychiatric Press.
- Barker(1995). The Social Work Dictionary. Washing DC: NASW Press.
- Chack-kie Wong, Becky Chan & Victor Tam(2000). Medical Social Workers in Hong Kong hospital. International Social Work. 43(4).
- Karls, James M.. (1994) PIE Manual . Washing DC: NASW Press
- Karls, James M. & Wandrei, Karin E.(1994). PERSON -IN- ENVIRONMENT SYSTEM, Washing DC: NASW Press.
- Meyer, C. H.(1995). Encyclopedia of Social Work. Washington, DC. :NASW Press.
- Spano, Robert M.. (1980). Accountability, evaluation and Quality Assurance in a Hospital Social Service Department. Quality Review Bulletin. Oct.