

정신분열병 환자 가족에 대한 해결중심 집단상담 프로그램의 효과

정 순 아¹⁾ · 양 수²⁾

서 론

연구의 필요성

정신질환의 치료가 병원 중심에서 지역사회 중심으로 바뀌어감에 따라 환자의 탈원화와 입원 기간이 짧아지고 있으나 퇴원환자의 재활을 위한 지역사회 자원의 부족으로 대부분의 환자들이 가정에서 생활해야 하는 현실에서 가족의 부담은 가중되고 있다. 정신분열병 환자의 가족은 환자의 질환이 만성화되어감에 따라 경제적·사회적 손실과 분노, 죄책감, 수치심, 우울 등의 정서적 고통을 경험하게 된다. 환자와 함께 24시간을 보내야 하는 가족들은 이와 같은 스트레스로 일상생활 자체가 위협을 받는 것은 물론 환자를 돌보는 책임 문제로 서로 다투거나 갈등이 심각한 상황에 직면하기도 한다. 발병 초기에는 치료를 위해 전력투구하다가도 재발과 재입원이 반복되면 만성적인 피로, 절망, 자포자기 등으로 치료와 재활에 대한 신념을 포기하게 된다. 따라서 이러한 가족의 고통과 부담을 해결하기 위한 가족중재의 필요성이 점차 강조되고 있다.

정신건강 전문가들은 가족을 정신분열병의 원인제공자로 보던 과거의 관점에서 돌봄 제공자이며 치료진과의 협력자로 인식을 바꾸고 있고, 가족의 근본적·잠재적 능력이 환자에게 도움을 줄 수 있다고 본다. 즉 환자의 정신사회재활에 있어서 정서적·실제적 지지자이며 비공식적 사례관리자로서의 가족의 역할을 중요하게 생각한다(Worley, 1997). 최근 우리나라에서도 퇴원 후 환자가 복귀하는 가족 환경의 중요성에 대한 인

식이 확대되고, 환자의 치료 및 재활에 효과적으로 역할을 할 수 있도록 가족을 치료체계 안으로 끌어들이려는 움직임이 있기는 하나 미비한 상태이다. 가족 스스로도 환자의 입원이나 퇴원 후 자신들의 역할이 필요하다는 것은 알고 있으나 효과적인 대처방법을 몰라 구체적인 역할을 하지 못하고 있다.

정신분열병 환자의 가족을 위한 가족치료가 정신재활치료의 주요 구성요소로 자리잡기 시작하면서 정신교육적 방법과 행동치료를 기초한 치료기법들이 개발되고 체계적인 연구결과들이 발표되면서 많이 활용되어 왔다. 그러나 이런 중재방법은 가족의 욕구보다는 주로 환자의 재활과 정신질환에 대한 정보제공에 초점을 두고 있기 때문에 장기적인 효과가 지속되지 못하며, 가족 자체를 중재의 대상으로 하여 가족환경을 구체적으로 조정·변화시켜 문제를 해결하기에는 한계가 있음이 지적되고 있다(Lee, et al., 1999).

한편 20세기 후반부터 시작된 사회구성주의는 주관적인 경험을 이해함으로써 사물을 알 수 있다는 주장으로 객관적인 현실보다는 개인의 정서적 구성에 관심을 갖는 이론으로 사회조직에 대한 보편성이나 규범에서 벗어나려는 혁신적인 가족상담 모델을 제시하는데 공헌했다. 이 이론의 접근방법에 가장 많은 영향을 받은 것이 해결중심 가족치료이다. 해결중심 가족치료는 1978년 설립된 Milwaukee의 단기가족치료센터를 중심으로 하여 Steven de Shazer와 In Soo Berg가 핵심 인물로 이들은 해결방안의 개념을 보다 구체적이며 직접적으로 표현하고자 하였다. 해결중심 가족치료는 문제의 원인보다는 해결책에 초점을 두고 인간의 강점, 자원, 건강한 특성을 발견하여 문제해결에 활용하는 상담 방법이다. 중재의 목표는

주요어 : 정신분열병 환자 가족, 해결중심 집단상담 프로그램

1) 서강정보대학 간호과, 2) 가톨릭대학교 간호대학

투고일: 2004년 1월 30일 심사완료일: 2004년 10월 25일

대상자의 역기능에 초점을 두지 않고 과거보다는 미래와 현재에 초점을 두며, 그들의 문제해결 능력을 인정하여 해결방안을 모색한다(Kim, 2001).

해결중심 가족치료는 만성 알코올 중독, 마약중독, 가정폭력, 성폭력과 같이 치료가 어려운 대상자들의 문제를 단기간에 치료하면서 미국을 비롯하여 많은 나라에서 매우 유용한 단기치료로 인정받아 활용되고 있으며, 1987년부터 국내에 소개되면서 문제 청소년의 부모, 비행 청소년, 알코올 중독자, 장애아의 어머니, 노숙자, 문제 부부, 아동학대, 실직자, 성폭력 등 다양한 대상자에게 개별 또는 집단으로 적용한 실험연구를 근거로 그 효과성을 검증하는 논문들이 많이 발표되고 있다(Kim, 2001). 그러나 정신분열병 환자의 가족을 대상으로 한 연구로는 해결중심치료가 가족환경 척도의 일부 영역에서 효과가 있었다는 Eakes, Walsh, Markowkis, Cain과 Swanson (1997)의 보고 이외에 국내의 연구는 거의 없는 실정이다.

정신분열병 환자 가족을 위한 중재가 효과적이라면 가족의 욕구에 부응한 중재가 이루어져야 하는데 많은 연구에서 가족들의 가장 중심적 욕구는 정보, 기술, 지지에 있음이 보고되고 있다. 또한 표출정서를 많이 보이는 가족과 함께 생활하는 정신분열병 환자는 그렇지 않은 가족의 환자보다 재입원과 재발률이 더 높았다는 연구들이 발표되면서 가족의 정서적 분위기의 중요성이 강조되고 있다(Butzlaff & Hooley, 1998). 그러므로 가족의 부담감을 감소시키고, 환자의 지지자 원으로서 가족이 긍정적인 역할을 할 수 있도록 돕기 위해서는 질병과 관련된 정보제공, 효과적인 대처 및 문제해결 기술, 사회적 지지가 필요한데, 이러한 방법으로 가족교육을 포함한 해결중심적 접근이 효과가 있을 것으로 생각된다.

따라서 본 연구는 정신분열병 환자 가족에게 해결중심 집단상담 프로그램이 가족 부담감과 표출정서를 완화시키고 적극적 대처와 가족지지를 증가시키는지 그 효과를 규명하기 위해 시행하였다.

연구 목적

본 연구의 목적은 정신분열병 환자 가족을 대상으로 해결중심 집단상담 프로그램이 가족 부담감, 적극적 대처, 표출정서 및 가족지지에 미치는 효과를 규명함으로써 간호중재 방법의 한 방안으로 활용하기 위한 것이다.

연구 가설

제 1가설 : 해결중심 집단상담 프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 가족부담감 점수가 낮을 것이다.

제 2가설 : 해결중심 집단상담 프로그램에 참여한 실험군은

대조군보다 적극적 대처 점수가 높을 것이다.

제 3가설 : 해결중심 집단상담 프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 표출정서 점수가 낮을 것이다.

제 4가설 : 해결중심 집단상담 프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 가족지지 점수가 높을 것이다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 해결중심 집단상담 프로그램이 정신분열병 환자 가족의 부담감, 적극적 대처, 표출정서 및 가족지지에 미치는 효과를 조사하기 위한 유사 실험연구로 비동등성 대조군 전후설계(nonequivalent control group pretest-posttest design)이다.

연구 대상

대상자는 광주광역시 1개 정신병원, 1개 정신재활센터, 2개 정신보건센터에서 외래 및 주간 프로그램에 참여하고 있는 정신분열병 환자의 주 돌봄제공 가족(이하 가족) 중 연구에 참여하기로 동의한 가족과 환자로서 선정기준은 다음과 같다.

- DSM-IV의 진단기준에 의해 정신분열병 진단 후 약물치료 중에 있지만 임상경과가 안정적인 환자 및 그 환자와 함께 기거하고 있는 가족
- 질문지 내용을 읽고 이해할 수 있는 자
- 환자 가족 중 뚜렷한 신체적, 정신적 질환이 발견되지 않은 가족
- 18세에서 65세 사이에 있는 자

자료수집

본 연구는 2001년 5월 12일부터 12월 8일까지 시행되었는데, 4개 기관의 사회복지사에게 연구목적을 설명 후 의뢰받은 가족 중에서 프로그램에 참여하기로 동의한 가족과 환자 각각 56명을 대상으로 하였다. 환자 가족과 환자 각각 28명씩을 실험군과 대조군에 배정하였고 배정 방법은 가나다 순으로 대상자 이름에 번호를 붙인 뒤 홀수는 실험군에 짝수는 대조군에 임의 배정하였다. 환자의 경우 설문지에 응답을 하지 않거나 불성실하게 응답한 대상자를 실험군과 대조군에서 실험 전 각각 4명을 제외한 24명을 최종 분석대상으로 하였다.

연구절차

연구자는 실험군 가족 9-10명을 한 집단으로 3집단을 구성하였으며, 한 집단마다 해결중심 집단상담 프로그램을 주 1회, 8주 동안 8회 실시하였고 1회에 180분 정도 소요되었다. 프로그램은 1개 정신보건센터 교육실에서 한 집단에 8주씩 총 24주에 걸쳐 연구자 단독으로 진행하였다. 대조군 가족은 정신병원이나 정신보건센터에서 주 1회 혹은 월 1회 실시하는 가족교육이나 자조모임에 부정기적으로 참여한 적은 있으나 체계적인 가족교육을 받은 적은 없었다. 실험 전후 자가보고식 측정도구를 이용하여 실험군과 대조군 가족에게 가족 부담감, 적극적 대처 및 표출정서를 측정하고 환자에게 환자가 지각한 가족지지를 측정하였다. 연구자는 해결중심치료 초급, 중급, 숙련과정 및 집단 수퍼비전 과정을 수료하였으며 다른 진행자의 해결중심 프로그램에 보조자로 참여하면서 상담자로서의 준비를 하였다.

● 해결중심 집단상담 프로그램(Solution-focused group counseling program)

해결중심 집단상담 프로그램은 가족들에게 정확한 정보제공과 문제해결을 통한 가족부담감의 감소에 초점을 두고 가족교육과 해결중심 집단상담으로 구성하였다. 가족교육은 연구자가 문헌고찰을 통하여 가족들의 요구를 중심으로 개발한 교육자료를 이용하였고, 교육내용은 가족의 역할과 태도, 정신분열병의 원인, 증상, 치료와 재발예방, 스트레스 대처방법, 의사소통 방법으로 구성되어 있다. 해결중심 집단상담은 Selekman(1991)과 Metcalf(1998)의 프로그램을 기초로 정신분열병 환자 가족의 특성을 고려하여 연구자가 내용을 재구성하였다. 정신분열병 환자의 가족이 스스로의 강점과 잠재적인 자원을 발견하고, 집단 구성원들간의 칭찬과 지지를 통하여 문제를 해결해나감에 변화에 대한 자신감을 향상시키기 위한 목적으로 관계형성, 문제의 기술과 목표설정, 목표의 구체화, 변화의 동기유발과 해결책 구축, 변화와 목표 점검, 변화의 강화, 유지 및 확대, 변화의 확인 및 마무리 순으로 내용을 구성하였다. 매 회기마다 긍정적 변화에 관한 질문, 가족교육, 주제별 논의, 메시지 전달, 과제부여의 순으로 진행하였다 <Figure 1, Appendix 1>.

연구도구

● 가족 부담감(Family burden)

가족의 부담감은 Montgomery, Goynea와 Hooyman(1985)이 개발한 도구를 Hah, Kim, Kim과 Park(1998)이 번역, 수정, 보완하여 만든 14문항의 4점 척도를 사용하였으며, 점수가 높을수록 가족의 부담감 정도가 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 변안 당시 Cronbach's $\alpha = .91$ 이었고, 본 연구에서는

| Sessions | Contents |
|----------|---|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> · Program orientation · Question to change before attendance · Giving messages & tasks |
| 2-3 | <ul style="list-style-type: none"> · Question to positive change · Education : family's roles and attitudes · Problem description and object setting · Giving messages & tasks |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> · Question to positive change · Education : etiologies and symptoms of the schizophrenia · Specification of objects · Giving messages & tasks |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> · Question to positive change · Education : treatment of the schizophrenia · Motivating of change & seeking for solution · Giving messages & tasks |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"> · Question to positive change · Education : prognosis and relapse of the schizophrenia · Review of changes and objects · Giving messages & tasks |
| 7 | <ul style="list-style-type: none"> · Question to positive change · Education : stress management · Reinforcement, maintenance, and expansion of changes · Giving messages & tasks |
| 8 | <ul style="list-style-type: none"> · Question to positive change · Education : communication skill · Confirmation of changes and conclusion · Giving messages & tasks |

<Figure 1> Solution-focused group counseling program

Cronbach's $\alpha = .91$ 이었다.

● 적극적 대처(Active coping)

적극적 대처는 Lazarus와 Folkman(1984)의 대처방법 척도를 사용하였다. 적극적 대처는 문제중심적 대처와 사회적 지지의 추구를 합한 27문항으로 이루어졌으며, 점수가 높을수록 적극적 대처를 하고 있음을 의미한다. 도구개발 당시의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .87 \sim .95$ 였고 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .94$ 였다.

● 표출정서(Expressed emotion)

표출정서는 Cole과 Kazarian(1988)이 개발한 표출정서 측정 도구(Level of Expressed Emotion : LEE)를 Kim(1997)이 번역한 정·오형 척도로 점수가 높을수록 표출정서의 정도가 높음을 의미한다. LEE는 과잉간섭, 감정반응, 비판적 태도, 낮은 인내/높은 기대가 4개 영역 각 15문항씩 총 60문항으로 구성되어 있다. 신뢰도는 변안 당시 Cronbach's $\alpha = .82$ 였고, 본

연구에서는 Cronbach's $\alpha = .90$ 이었다.

였고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha = .95$ 였다.

● 가족지지(Family support)

가족지지는 Won과 Cho(1998)가 만든 20문항의 5점 척도를 사용하였다. 점수가 높을수록 환자가 지각한 가족지지의 정도가 높음을 의미하며, 개발당시의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .94$

자료분석

수집된 자료는 SAS 프로그램을 이용하여 두 집단의 동질성 검증은 χ^2 -test와 t-test로 분석하였다. 프로그램 실시 전·후

<Table 1> Homogeneity of general characteristics of families between the experimental and control groups

| Characteristics | Exp. (n=28) | | Cont. (n=28) | | χ^2 | p |
|---|-------------|---------|--------------|---------|----------|--------|
| | N | (%) | N | (%) | | |
| Age(years) | | | | | | |
| ≤50 | 4 | (14.3) | 4 | (14.3) | 1.33 | .5134 |
| 51-60 | 10 | (35.7) | 14 | (50.0) | | |
| ≥61 | 14 | (50.0) | 10 | (35.7) | | |
| Relationship | | | | | | |
| Mother | 26 | (92.9) | 26 | (92.9) | .00 | 1.0000 |
| Sibling | 2 | (7.1) | 2 | (7.1) | | |
| Marital status | | | | | | |
| Married | 23 | (82.1) | 19 | (67.9) | 3.65 | .3014 |
| Single | 1 | (3.6) | 1 | (3.6) | | |
| Widowed | 3 | (10.7) | 8 | (28.5) | | |
| Divorced | 1 | (3.6) | 0 | (0.0) | | |
| Religion | | | | | | |
| Buddhism | 5 | (17.9) | 1 | (3.6) | 3.56 | .3136 |
| Protestant | 7 | (25.0) | 11 | (39.3) | | |
| Catholic | 11 | (39.3) | 11 | (39.3) | | |
| None | 5 | (17.8) | 5 | (17.8) | | |
| Education | | | | | | |
| Elementary school | 4 | (14.3) | 6 | (21.4) | 2.49 | .4769 |
| Middle school | 12 | (42.9) | 11 | (39.3) | | |
| High school | 10 | (35.7) | 11 | (39.3) | | |
| College | 2 | (7.1) | 0 | (0.0) | | |
| Job | | | | | | |
| Yes | 5 | (82.1) | 5 | (82.1) | .00 | 1.0000 |
| No | 23 | (17.9) | 23 | (17.9) | | |
| Family monthly income (Ten-thousand Won) | | | | | | |
| ≤50 | 6 | (21.5) | 8 | (28.6) | 2.57 | .6330 |
| 51-100 | 9 | (32.1) | 7 | (25.0) | | |
| 101-200 | 10 | (35.7) | 7 | (25.0) | | |
| ≥201 | 3 | (10.7) | 6 | (21.4) | | |
| Total | 28 | (100.0) | 28 | (100.0) | | |

<Table 2> Homogeneity of general characteristics of patients between the experimental and control groups

| Characteristics | Exp. (n=24) | | Cont. (n=24) | | χ^2 | p |
|-----------------|-------------|---------|--------------|---------|----------|--------|
| | N | (%) | N | (%) | | |
| Gender | | | | | | |
| Male | 15 | (62.5) | 15 | (62.5) | .00 | 1.0000 |
| Female | 9 | (37.5) | 9 | (37.5) | | |
| Age(years) | | | | | | |
| ≤30 | 11 | (45.8) | 10 | (41.7) | 1.02 | .6001 |
| 31-40 | 8 | (33.4) | 11 | (45.8) | | |
| ≥41 | 5 | (20.8) | 3 | (12.5) | | |

<Table 2> Homogeneity of general characteristics of patients between the experimental and control groups(continued)

| Characteristics | Exp. (n=24) | | Cont. (n=24) | | x ² | p |
|----------------------------|-------------|---------|--------------|---------|----------------|-------|
| | N | (%) | N | (%) | | |
| Marital status | | | | | | |
| Married | 3 | (12.5) | 2 | (8.3) | 1.11 | .5741 |
| Single | 17 | (70.8) | 20 | (83.4) | | |
| Divorced | 4 | (16.7) | 2 | (8.3) | | |
| Religion | | | | | | |
| Buddhism | 2 | (8.3) | 1 | (4.2) | 2.86 | .4134 |
| Protestant | 9 | (37.5) | 10 | (41.7) | | |
| Catholic | 4 | (16.7) | 8 | (33.3) | | |
| None | 9 | (37.5) | 5 | (20.8) | | |
| Education | | | | | | |
| ≤Middle school | 2 | (8.3) | 2 | (8.3) | 1.43 | .6995 |
| High school | 13 | (54.2) | 12 | (50.0) | | |
| College | 9 | (37.5) | 10 | (41.7) | | |
| Duration of illness(years) | | | | | | |
| ≤1 | 0 | (0.0) | 6 | (25.0) | 8.02 | .0909 |
| 2-5 | 7 | (29.1) | 5 | (20.8) | | |
| ≥6 | 17 | (70.9) | 13 | (54.2) | | |
| Number of admission | | | | | | |
| ≤2 | 8 | (33.3) | 5 | (20.8) | 1.23 | .5408 |
| 3-5 | 13 | (54.2) | 14 | (58.4) | | |
| ≥6 | 3 | (12.5) | 5 | (20.8) | | |
| Total | 24 | (100.0) | 24 | (100.0) | | |

집단 내에서의 종속변수의 차이는 paired t-test로, 집단간의 차이는 t-test로 분석하였다.

적극적 대처, 표출정서, 가족지지에 대한 동질성 검증에서 실험군과 대조군 간에 유의한 차이가 없었다<Table 1, 2, 3>.

연구 결과

대상자의 일반적 특성에 대한 동질성 검증

연구 대상 가족은 모두 여성으로서, 실험군과 대조군 모두에서 26명이 환자의 어머니이고, 2명이 누이 또는 자매였다. 연령은 32-65세로 평균연령은 실험군 54.2세, 대조군 56.3세였다. 환자의 경우 실험군과 대조군 각각 남성 15명, 여성 9명이었고, 연령은 19-46세의 범위로 평균연령은 실험군 31.2세, 대조군 32.2세였다. 환자의 유병 기간은 6년 이상인 경우가 62.6%로 가장 많았고 입원횟수는 3-5회가 56.3%로 가장 많았다. 대상자의 일반적 특성과 프로그램 실시 전 가족부담감,

<Table 3> Homogeneity of variables between the experimental and control groups

| Variables | Exp. | Cont. | t | p |
|-------------------|-----------|-----------|------|-------|
| | Mean(SD) | Mean(SD) | | |
| Family burden | 3.00(.48) | 3.02(.45) | -.09 | .9282 |
| Active coping | 2.70(.50) | 2.62(.43) | .68 | .5020 |
| Expressed emotion | 1.29(.13) | 1.29(.12) | .20 | .8447 |
| Family support | 3.78(.81) | 3.61(.50) | .85 | .3981 |

가설검정

- 제 1가설 : “해결중심 집단상담 프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 가족부담감 점수가 낮을 것이다.”를 검정한 결과는 <Table 4>와 같다. 프로그램 실시 전·후 차이에 대해 두 군간의 가족부담감 점수가 유의한 차이를 나타내어(p=.0085) 제 1가설은 지지되었다. 집단 내 차이를 보면, 실험군은 프로그램 실시 전 3.00±0.48점에서 프로그램 실시 후 2.64±0.55점으로 유의하게 감소하였지만(p=.0017), 대조군에서는 차이가 없었다(p=.9204).
- 제 2가설 : “해결중심 집단상담 프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 적극적 대처 점수가 높을 것이다.”를 검정한 결과는 <Table 4>와 같다. 프로그램 실시 전·후 차이에 대해 두 군간의 적극적 대처 점수에 유의한 차이는 없었으나(p=.0571), 집단 내 차이에서는 실험군이 프로그램 실시 전 2.72±0.51점에서 프로그램 실시 후 3.11±2.60점으로 유의하게 증가하였고(p=.0212), 대조군에서는 차이가 없었으므로(p=.4896) 제 2가설은 부분적으로 지지되었다.
- 제 3가설 : “해결중심 집단상담 프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 표출정서 점수가 낮을 것이다.”를 검정한

<Table 4> Effects of solution-focused group counseling program within and between the two groups

| Scales | Group | Before Mean(SD) | After Mean(SD) | t ^a | p | Difference (After-Before) Mean(SD) | t ^b | p |
|--------------------------|-------|-----------------|----------------|----------------|-------|------------------------------------|----------------|-------|
| family burden (n=28) | Exp. | 3.00(.48) | 2.64(.55) | -3.49 | .0017 | -0.37(.56) | -2.73 | .0085 |
| | Cont. | 3.02(.45) | 3.02(.56) | .10 | .9204 | | | |
| active coping (n=28) | Exp. | 2.72(.51) | 3.11(.60) | 2.45 | .0212 | 0.35(.77) | 1.95 | .0571 |
| | Cont. | 2.63(.45) | 2.70(.44) | .70 | .4896 | | | |
| expressed emotion (n=28) | Exp. | 1.29(.13) | 1.22(.13) | -2.84 | .0084 | -0.08(.15) | 2.78 | .0082 |
| | Cont. | 1.29(.12) | 1.30(.11) | .57 | .5718 | | | |
| family support (n=24) | Exp. | 3.78(.81) | 3.90(.73) | -.84 | .4047 | 0.13(.70) | .71 | .4838 |
| | Cont. | 3.61(.12) | 3.62(.56) | .14 | .0893 | | | |

t^a : paired t-test t^b : t-test

결과는 <Table 4>와 같다. 프로그램 실시 전·후 차이에 대해 두 군간의 표출정서 점수에 유의한 차이를 나타내어 (p=.0082) 제 3가설은 지지되었다. 집단 내 차이에서는 실험군이 프로그램 실시 전 1.29±0.13점에서 프로그램 실시 후 1.22±0.13점으로 유의하게 감소하였으나(p=.0084), 대조군에서는 차이가 없었다(p=.5718).

- 제 4가설 : “해결중심 집단상담 프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 가족지지 점수가 높을 것이다.”를 검증한 결과는 <Table 4>와 같다. 프로그램 실시 전·후 차이에 대해 두 군간의 가족지지 점수에 유의한 차이를 나타내지 않아 (p=.4838) 제 4가설은 기각되었다. 집단 내 차이에서도 실험군과 대조군 모두에서 유의한 차이를 나타내지 않았다(p=.4047, p=.0893).

논 의

해결중심 집단상담 프로그램의 효과를 확인하기 위한 본 연구에서 프로그램 실시 후 실험군의 가족부담감이 유의하게 감소하였으나 대조군에서는 차이가 없어 두 군간에 유의한 차이를 나타내었다. 이러한 결과는 정신분열병 환자 가족을 대상으로 한 가족교육이 가족의 정서적 부담이나 스트레스를 감소시킨다는 연구결과와 일치하였다(Harrison, Dadds, & Smith, 1998). 많은 정신분열병 환자 가족들은 병에 대한 올바른 지식이 없기 때문에 발병에 죄책감과 수치심을 느끼고 이런 감정이 정서적 고통과 부담을 가중시킬 뿐 아니라 환자의 예후에도 부정적인 영향을 미친다(Leff & Vaughn, 1981). 또한 증상의 심각성이나 문제행동이 가족 부담의 가장 강력한 예측인자로서, 가족 부담을 완화시키기 위해서는 질병에 대한 교육뿐 아니라 효과적인 대처전략과 사회적 지지의 제공이 필요하다고 본다(Greenberg, Kim, & Greenly, 1997).

본 프로그램은 질병에 대한 정보제공과 문제해결 지향적인 방법으로 상담을 진행하며 참여자들은 집단을 통해 자신의 고통이 자신만의 문제가 아닌 모든 구성원들이 겪고 있는 공통

된 문제임을 인식하게 된다. 또한 연구의 참여자들끼리 위로, 격려, 공감 및 정서적 지지를 하는 과정에서 서로의 경험과 대처방법의 공유, 사회적 고립감과 낙인의 감소, 사회적 지지망과 자조집단의 형성이 가능했으며, 상담자는 가족과 환자의 강점과 성공경험, 환자와의 삶이 가족에게 주는 의미, 환자와 가족이 서로에게 도움이 된 점을 발견해서 강조하고 인정해주었기 때문에 부담감 완화에 효과적이었다고 해석된다.

본 연구에서 가족의 적극적 대처는 프로그램 실시 후 실험군에서 유의하게 증가하였다. 이러한 결과는 환자 가족이 질병에 대한 지식이 많을수록 효율적인 대처를 많이 사용하며, 지식이 적을수록 환자의 문제증상을 회피하거나 포기하는 대처를 많이 한다는 선행연구를 볼 때, 정신분열병에 대한 교육이 가족들의 적극적 대처에 효과적이었음을 알 수 있다(Harrison, et al., 1998; Lim & Ahn, 2000). 해결중심 집단상담 프로그램에서는 긍정적 변화를 위한 질문을 계속하여 변화를 유도하고, 척도질문으로 문제해결에 대한 전망, 동기 및 진전 상태를 구체적인 수치로 표현하도록 하여 제한된 시간 동안에 변화의 동기를 강화하고 다음 단계로 발전하기 위해 해야 할 것을 탐색하도록 돕는다. 또한 실패나 부정적인 경험의 과거에 집착하지 않고 미래를 구상하고 구체화할 수 있도록 돕고 긍정적인 변화의 노력을 증대시킴으로써 적극적인 대처를 유도하기 때문에, 본 연구 결과 실험군에서 적극적 대처가 유의하게 증가한 것으로 사료된다(Corcoran, 1997).

그러나 본 연구에서 프로그램 실시 후 실험군이 적극적 대처에 유의한 증가가 있으나, 대조군에서도 약간의 증가가 있어 두 군간에 차이가 없었는데, 이는 대조군 가족이 본 프로그램에는 참여하지 않았으나 기관에서 실시하는 가족교육 또는 자조모임에 간헐적으로 참여하고 있기 때문에 나타난 결과로 해석된다.

한편 해결중심 접근은 문제중심 접근과 달리 해결이 문제와 관련되어 있지 않을 수도 있고, 문제를 해결하는데 반드시 문제를 이해할 필요는 없다. 즉 해결중심 접근은 대상자가 가치를 두는 목표를 향해 자신의 능력을 집중하는 어려운 과정

을 통해 해결책을 모색한다. 따라서 고통을 유발하는 환경의 문제를 다스리거나 변화시키는 문제중심적 대처와 사회적 지지의 추구를 합한 개념인 적극적 대처가 해결중심적 접근에서의 대처방법과는 다소 차이가 있을 것으로 생각되지만, 본 연구에서 실험군 가족 집단 내에서 프로그램 후 적극적 대처가 유의하게 증가한 것은 의미있는 것으로 해석할 수 있다.

본 연구에서 가족의 표출정서는 실험군에서 프로그램 실시 후 유의하게 감소하였으나 대조군에서는 차이가 없어 두 군간에 유의한 차이가 없었다.

이는 해결중심 집단상담 프로그램이 분노 경향이 있는 환자들의 분노 감소에 효과가 있었다는 Schorr(1997)의 연구결과와 유사하였다. 감정을 있는 그대로 표출하는 가족은 환자의 증상에 대한 인내력과 이해심이 부족하고 환자에게 불만과 부정적인 감정을 직접적으로 토로하는 경우가 많다고 한다. 가족들은 특히 정신분열병 환자의 음성증상을 조절 가능한 것으로 인식하며, 환자의 질병을 자주 의심하고 부인하며, 발병을 환자에게 투사하고 환자 스스로 행동을 조절할 수 있다는 잘못된 신념을 가지고 있다(Weisman, Regeser, Karno, & Jenkins, 1993). 또한 표출정서가 높은 가족의 경우, 가족 내 갈등상황에서 환자의 자기주장 능력과 대처능력이 현저하게 저하되어 있는데, 이것이 또한 가족의 표출정서를 유도하는 요인이 된다고 한다(Muser, et al., 1993). 파괴적이고 혼란스러운 환자의 행동은 가족에게 스트레스를 주고, 분노, 좌절 등의 강한 표출정서를 유발하게 되며, 이는 다시 환자의 증상을 악화시키는 악순환을 초래한다고 한다(Kavanagh, 1992). 본 연구에서는 정신분열병에 대한 올바른 정보의 제공이 가족들의 잘못된 인식을 교정하여 갈등상황에서 표출정서를 효과적으로 조절할 수 있도록 하였고, 문제의 해결과정을 도움으로써 갈등을 해소시켜 주었기 때문에 표출정서의 완화에 효과적이었다고 생각된다. 즉 갈등이 있는 경우 예외질문을 통하여 갈등이 일어나지 않은 예외상황을 관찰하여 우연적인 성공을 의도적으로 실시하도록 강화시키는 방법을 사용하기에 더욱 효과를 높일 수 있었던 것으로 생각된다.

본 연구에서 가족지지는 실험군의 프로그램 실시 전·후 그리고 실험군과 대조군간에 유의한 차이가 없었다. 이는 만성정신질환자를 대상으로 지역사회 정신보건사업의 효과를 측정 한 결과 사업기간에 따라 가족지지가 높아지기는 하나 16-18개월이 경과되었을 때 유의한 차이가 있었다는 선행연구(Won & Cho, 1999)의 결과로 미루어 볼 때, 가족지지의 변화를 확인하기 위해서는 1년 이상의 장기적인 접근이 필요함을 알 수 있었다. 본 연구에서 8주간의 프로그램 실시 후 유의한 차이는 아니지만 가족지지가 증가 경향이 있었음을 볼 때, 해결중심적 접근의 특징이 단기적인 효과에 있지만 프로그램의 직접적인 대상자가 아닌 환자가 지각한 가족지지의 효과를 확인하

기 위해서는 추가 상담 과 추후 반복측정이 필요하다고 본다.

또한 본 프로그램 과정에서 가족들이 환자를 적극적으로 지지하는 옹호자로서의 자신의 역할과 지지의 필요성을 이야기하고 공감을 표현했으나, 구체적인 지지방법을 모색하고 행동으로 옮긴 후 환자가 그것을 지각하기까지에는 어느 정도 시간이 걸릴 것으로 생각된다. 한편 프로그램에 참여했던 대상이 가족원 중 한 명뿐이었기 때문에 참여하지 않은 다른 가족원으로부터 받는 지지정도가 변하지 않은 상황에서 환자가 전반적으로 지각하는 지지정도에 미치는 영향은 제한적일 수밖에 없으며, 이 프로그램이 가족의 문제해결에 초점을 두었지만, 환자에 대한 지지에 영향을 미칠 수 있는 구체적 중재가 적었던 점이 가족지지의 변화에 차이가 없었던 이유로 생각된다.

결론 및 제언

본 연구는 해결중심 집단상담 프로그램이 정신분열병 환자 가족의 부담감, 적극적 대처, 표출정서 및 가족지지에 미치는 효과를 알아보기 위하여 시도되었다.

대상자는 광주광역시에 있는 1개 정신병원과 정신재활센터 및 2개의 정신보건센터 등 4개 기관에서 외래 치료 및 주간 프로그램에 참여하고 있는 정신분열병 환자와 그 가족 중에서 실험군 가족 28명, 실험군 환자 24명, 대조군 가족 28명, 대조군 환자 24명으로 총 104명이다.

자료수집 기간은 2001년 5월부터 동년 12월까지였으며 실험군 가족에게만 8주간의 해결중심 집단상담 프로그램을 1주에 1회씩 총 8회, 1회당 180분 동안 실시하였고 실험군 환자와 대조군은 실시하지 않았다. 실험 전후 2회에 걸쳐 실험군과 대조군에게 가족 부담감, 적극적 대처, 표출정서 및 환자가 지각한 가족지지를 측정하였다.

자료분석은 SAS 프로그램을 이용하여 두 집단의 일반적 특성과 각 변수에 대한 동질성 검증은 χ^2 -test와 t-test, 프로그램 실시 전후의 집단 내 차이는 paired t-test, 집단간 차이는 t-test로 검증하였다.

연구 결과 해결중심 집단상담 프로그램 제공 후 가족 부담감, 표출정서가 유의하게 감소하였고, 적극적 대처의 증가 있었으나 유의한 차이가 없었으며, 가족지지는 유의한 변화가 없었다. 따라서 해결중심 집단상담 프로그램은 정신분열병 환자 가족의 부담감과 표출정서를 감소시키는데 효과적이었으므로, 정신간호 실무에서 가족간호를 위한 유용한 중재방법으로 활용될 수 있을 것으로 사료된다.

추후연구에서는 프로그램에 가족 전체 또는 환자를 포함한 연구를 통해 그 효과의 차이를 비교해 보고, 프로그램의 장기적인 효과를 알아보기 위한 추후 반복측정 및 환자의 증상완

화와 재발률에 미치는 효과를 확인하는 연구를 제언한다.

References

- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2000). Family interventions in schizophrenia and related disorders : a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr. Scand*, 102(2), 81-97.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse : a meta-analysis. *Arch. Gen. Psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Cole, J. D., & Kazarian, S. S. (1988). The level of expressed emotion scale : a new measure of expressed emotion. *J. Clin. Psychol*, 44(3), 392-397.
- Corcoran, J. A. (1997). Solution-oriented approach : working with juvenile offenders. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14, 277-288.
- Eakes, G., Walsh, S., Markowkis, M., Cain, H., & Swanson, M. (1997). Family centered brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia : a pilot study. *Am. J. Fam. Ther*, 19(2), 145-158.
- Greenberg, J. S., Kim, H. W., & Greenly, J. R. (1997). Factors associated with subjective burden in sibling of adult with severe mental illness. *Am. J. Orthopsychiatry*, 67(2), 231-241.
- Hah, Y. S., Kim, S., Kim K. S., & Park H. S. (1998). The effects of community-based mental health program on burden of family carers of mentally ill patient. *J Korean Acad Psych and Ment Health Nurs*, 6(2), 170-178.
- Harrison, C., Dadds, M., & Smith, G. (1998). Family caregivers' criticism of patients with schizophrenia. *Psychiat Serv*, 49(7), 918-924.
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 160, 601-620.
- Kim, H. M. (2001). *The effect of the solution-focused group counseling program on the self-efficacy, self-esteem, depression, and hope of the homeless*. Unpublished doctoral dissertation, The Kyungpook National University of Korea, Taegu.
- Kim, M. Y. (1997). *The effectiveness of integrated family therapy management program for the family of schizophrenic patients*. Unpublished masters thesis, The Yonsei University of Korea, Seoul.
- Lazarus, R. S., & Forkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. NY : McGraw-Hill.
- Lee, M. H., Kim, S. C., Kim, S. Y. J., Kim, S. A., Park, S. L., Kim, M. Y., & Seo, J. H. (1999). *Mental Health Services*, 4(1), 40-49.
- Leff, J., & Vaughn, C. E. (1981). The role maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia : a two-year follow-up. *Br. J. Psychiatry*, 130, 102-104.
- Lim, Y. M., & Ahn Y. H. (2000). Knowledge and coping of family caregivers with schizophrenic patients. *J Korean Acad Psych and Ment Health Nurs*, 9(2), 195-208.
- Metcalf, L. (1998). *Solution focused group : ideas for groups in private practice, school, agencies, and treatment programs*. NY : Free Press.
- Montgomery, R. J. V., Goynea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subject and objective burden. *Fam Relat*, 34, 19-26.
- Muser, K. T., Bellack, A. S., Wade, J. H., Sayers, S. L., Tierney, A., & Hass, G. (1993). Expressed emotion, social skill, and response to negative affect in schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 102, 339-351.
- Schorr, M. (1997). Finding solutions in a roomful of angry people. *Journal of Systemic Therapies*, 16(3), 201-210.
- Selekman, M. (1991). The solution-oriented parenting group : a treatment alternative that works. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 10(1), 336-349.
- Weisman, A., Regeser, S. L., Karno, M., & Jenkins, J. (1993). An attributional analysis of expressed emotion in Mexican-American families with schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 102, 601-606.
- Won, J. S., & Cho, H. (1999). The effects of different duration of community based mental health rehabilitation program on perceived family support of mentally ill patients. *J Korean Acad Psych and Ment Health Nurs*, 8(1), 179-189.
- Worley, N. K. (1997). *Mental health nursing in the community*. St. Louis : Mosby.

The Effects of Solution-focused Group Counseling Program for the Families with Schizophrenic Patients

Chung, Soon-Ah¹⁾ · Yang, Soo²⁾

1) Department of Nursing, Seokang College, 2) College of Nursing, The Catholic University of Korea

Purpose: This study was designed to examine the effects of a solution-focused group counseling program on the family burden, active coping, expressed emotion, and family support in schizophrenic patients and their families. **Method:** The subjects consisted of 48 schizophrenic patients and 56 families. Twenty-four schizophrenic patients

and 28 families were assigned to both the experimental and control groups. The solution-focused group counseling program was conducted for the families of the experimental group, but not for the control group or the patients of the experimental group. **Result:** There was a significant greater decrease in scores of family burden and expressed emotion in the experimental groups than the control groups. There was a larger increase in active coping scores in the experimental groups than the control groups, but it was not significant. There was no significant difference between the two groups in family support scores. **Conclusion:** This program may be an effective nursing intervention program for families with schizophrenic members.

Key words : Solution-focused group counseling program, Families with Schizophrenic Patients

• Address reprint requests to : Yang, Soo

College of Nursing, The Catholic University of Korea

505, Banpo-dong, Seocho-gu, Seoul 137-701, Korea

Tel: +82-2-590-1290 Fax: +82-2-590-1297 E-mail: sooy@catholic.ac.kr

<Appendix 1>

해결중심 집단상담 프로그램

제 1회 관계형성

- ① 진행자 소개
- ② 프로그램의 목적, 진행과정, 회기별 내용 소개
- ③ 자기소개 및 참여 동기 발표를 통해 신뢰관계, 친밀감, 공감대를 형성한다.
- ④ 정신분열병에 대한 전반적 질문을 통해 이해정도를 확인한다.
- ⑤ 참석 전 변화에 관한 질문
- ⑥ 과제 : 변화되고 싶은 점 생각해보기

- 긍정적인 변화, 성공경험, 강점을 공개적으로 인정하고 격려함으로써 변화의 동기를 유발한다(대처질문, 예외질문, 관계질문).
- ⑤ 메시지 전달
- ⑥ 과제 : 좋아지거나 달라진 것 관찰해오기

제 2-3회 문제의 기술 및 목표설정

- ① 긍정적 변화에 관한 질문
 - 끌어내기, 확대하기, 강화하기
- ② 교육 : 가족의 역할과 태도, 가족 자조모임의 필요성
- ③ 문제의 기술
 - 가장 어려운 점, 도움을 받고 싶은 점을 확인한다.
- ④ 목표설정
 - 과제 발표
 - 가장 먼저 해결하고 싶은 문제를 말하도록 한다.
 - 기적질문을 통한 목표설정
- ⑤ 해결책을 향한 이동
 - 기적이 일어났을 경우 또는 기적의 한 부분을 이루기 위해 가장 먼저 할 수 있는 작은 일을 확인한다.
- ⑥ 메시지 전달 : 잠재력, 가능성, 장점, 강점을 발견하여 인정하고 칭찬
- ⑦ 과제 : 일주일 동안 일어난 긍정적 변화를 관찰해오기

- 제 6회 변화 및 목표점검
- ① 긍정적 변화에 관한 질문(끌어내기, 확대하기, 강화하기)
 - ② 교육 : 스트레스의 의미, 스트레스에 대한 반응양상, 대처방법(인지요법, 이완요법, 호흡법)
 - ③ 척도질문으로 변화의 정도 평가
 - 현재의 점수에서 변화를 확인하고 점수를 더 높이거나 유지할 수 있는 방안을 모색한다.
 - ④ 메시지 전달
 - ⑤ 과제 : 변화를 유지시키기 위한 방법 생각해보기

제 7회 변화의 강화, 유지 및 확대

- ① 긍정적 변화에 관한 질문(끌어내기, 확대하기, 강화하기)
- ② 교육 : 정신분열병의 예후, 재발의 원인, 재발경고 징후 및 대처방법
- ③ 변화의 강화, 유지 및 확대
 - 관계질문을 통하여 가족이나 주변 사람들이 참여자의 변화를 인식하고 있는지 알아본다.
 - 문제해결을 위한 긍정적 신념을 갖도록 권한부여를 한다.
 - 변화를 유지시키기 위한 방법을 논의하고 성공적이었던 것을 확대해나가도록 한다.
- ④ 메시지 전달 : 칭찬과 인정
- ⑤ 과제 : 프로그램 전과 비교해서 좋아지거나 달라진 점 관찰해오기

제 4회 목표의 구체화

- ① 긍정적 변화에 관한 질문(끌어내기, 확대하기, 강화하기)
- ② 교육 : 정신분열병의 원인, 증상 및 대처방법
- ③ 목표의 구체화
 - 작은 것, 구체적이고 행동적이며 분명한 것, 더 나은 것의 시작으로 확대해 간다(관계성질문, 척도질문).
- ④ 메시지 전달
- ⑤ 과제 : 자신과 환자의 강점과 성공경험 발견해오기

- 제 8회 변화의 확인
- ① 긍정적 변화에 관한 질문(끌어내기, 확대하기, 강화하기)
 - ② 교육 : 바람직한 의사소통 방법, 경청하기, 공감하기, 요구하기, 칭찬하기, 자기표현
 - ③ 변화의 확인
 - 조금이라도 좋아지거나 달라진 점을 이야기한다.
 - 척도질문을 통해 변화의 정도를 확인한다.
 - 다른 사람들의 변화와 성장을 서로 인정, 칭찬, 격려한다.
 - 변화의 노력을 높이 평가하고 잠재력과 가능성을 강조한다.
 - ④ 마무리하기
 - 종결에 대한 느낌을 이야기한다.

제 5회 변화의 동기유발과 해결책 구축

- ① 긍정적 변화에 관한 질문(끌어내기, 확대하기, 강화하기)
- ② 교육 : 치료의 종류와 약물의 필요성, 작용, 부작용 및 대처방법
- ③ 예외상황의 탐색을 통한 해결책 구축
- ④ 예외를 지속시키기 위한 요소 찾기 : 성공경험, 강점 발견하기
 - 과제 발표