

정신요양원에 수용중인 만성정신분열병 환자들에 대한 환경치료적 접근

아주대학교 의과대학 정신과학교실

이 영 문 · 김 영 기 · 노 재 성

Approach of Milieu Therapy to Chronic Schizophrenics in Asylum

Young Moon Lee, Young Ki Kim and Jae Sung Noh

Department of Psychiatry, Ajou University School of Medicine

The purpose of this study is to evaluate whether milieu therapy can improve the attitude of chronic schizophrenic patients in asylum and can change safely the environment of the closed ward. During June 1995 to December 1995, the authors have administered milieu therapy to 80 women inmates for 7 months at one women-ward of Salang-Bat asylum located in Kyungki-Do.

The results were as follows:

1) The group after the milieu therapy administered scored higher in practical orientation subscale of ward atmosphere scale(WAS) than before the milieu therapy.

2) The group under milieu therapy approach scored higher score in practical orientation subscale of WAS than the group under custodial administered ward.

The conclusion derived from this study is that if the asylum should apply milieu therapy in the closed ward in spite of heavy work and cost to obtain a better and sounder beneficial result.

Key Words: Chronic schizophrenia, Milieu therapy, Ward Atmosphere Scale(WAS).

서 론

환경치료(milieu therapy)는 치료적 공동체(therapeutic community)라는 용어로도 불린다. 1940년대 두 차례의 세계대전을 겪은 영국에서 치료자 수는 적고 전쟁으로 인해 정신과 환자는 급증한 상태에서 기존의 치료자 대 환자간 일 대 일의 치료방식으로는 올바른 치료가 행해 질 수 없다는 시대적 상황하에서 환경치료는 시작되었으

며, 영국의 한 육군병원에서 군인들 간의 계급제도를 이 용한 환자권익체계를 도입한 것이 치료의 효시로 알려져 있다. 이전까지 정신과 입원치료에 관행처럼 내려오던 권위적이고 억압적인 태도를 지양하고 치료진이나 환자 모두가 함께 병실운영에 참여할 수 있도록 구성된 병실 운영체계가 등장하게 되었다¹².

당시 초창기의 환경치료 병실 내에서는 모두가 유니폼 을 벗고 자유복장을 하였으며 환자의 치료과정에 의사, 간호사만이 아닌 기존의 병실 환자들이 참여하는 방식은 매우 충격적인 일로 받아들여졌다. 이는 정신과 입원치 료 체계에 혁명적인 변화를 초래하였다고 보아도 무난할 것이다¹⁰.

병실의 모든 운영은 민주적인 투표에 의해 결정이 되 었으며 환자는 입원 직후부터 자신을 위한 치료적 결정 과정을 알고 있어야 했으며, 책임이 뒤따르고 그만큼 권 한이 이양되는 형태의 병실운영이 이루어졌다. 또한 치

저자연락처: 이영문, (442-479) 경기도 수원시 팔달구 원천 동산 5번지, 아주대학교 의과대학 정신과학교실. Tel (0331) 219-5109, Fax (0331) 219-5109

*본 연구는 1995년도 보건복지부 정신보건 용역사업의 연구비 지원에 의해 진행되었으며 연구의 요지는 1996년도 신경정신의학회 추계학술대회에서 발표되었음.

료과정을 환자들이 알고 있어야 하며 민주적, 자치적, 허용적, 현실직시적인 병실환경은 환자들의 참여를 적극적으로 지지한다는 점에서 기존의 치료방식과는 큰 차이를 보였다.

1960년대 들어 환경치료의 운영철학은 정신장애인의 치료가 수용이 아닌 지역사회 관리라는 정신보건의 흐름을 주도하는데 결정적인 원칙이 되었으며, 1950년대 항정신병 약물의 개발 이후 더욱 가속되었다. 민주적인 운영방식이 기본이지만 정신보건요원들의 결정이 매우 중요하게 되었으며 지역사회 관리를 목표로 하는 치료계획의 수립이 포함되었다.

현재 낮병원, 정신사회 재활센터(psychosocial rehabilitation center), 직업재활(vocational rehabilitation), 거주시설(residential facility) 등의 재활치료를 환경치료적 운영방식은 필수적이다. 또한 환경치료는 정신장애를 앓는 사람을 대하는 사회의 인식을 긍정적으로 바꾸는 기본적인 이론배경이 되어 있다⁵.

미리 밝혀두지만 환경치료라는 의학적 모형은 정신장애인의 치료적 환경개선을 통해 정신장애의 치유에 도움이 되도록 운영되어야 한다. 이는 단시일 내에 이루어지는 것이 아니며 시설내부 종사자들의 근본적인 철학이 바뀌지 않고는 불가능하다. 모든 환자에 대한 치료계획이 수립되어 있어야 하며 이를 실행해 나가는 전체 구성원 간의 결집된 힘이 있어야 한다.

현재 거의 모든 대학병원급 이상의 정신과 입원병실에서는 자신들의 사정에 적합한 환경치료적 모형을 운영하고 있다. 환자들의 인권에 대한 문제나 폭력 등의 문제가 없어진지는 벌써 오래되었다. 환자들은 치료적 권리에 관심을 가지며 올바른 치료가 행해지지 않으면 이에 대해 항의를 할 것이다. 환자들의 치료적 권리에 대한 요구는 앞으로 더욱 가시화될 것이다. 이제부터 정신요양시설도 모든 시설의 운영을 보호자에게 공개하고 자신들의 관리방식에 대해 평가를 받아야 하며 시정할 부분은 과감히 고쳐나가야 한다.

우리나라 정신보건시설의 48.2%를 점유하고 있는 정신요양원은 '95년 6월 30일 현재 75개의 시설에 18,444명의 정신질환자들이 입소되어 있다⁷. 현재 대부분의 정신요양원은 만성정신질환자들에 대하여 수용위주의 치료를 하고 있으며 이러한 환경에서는 환자의 의견이나 자율성은 무시될 수밖에 없다. 그러나 이러한 시설에서 환경치료를 적용한다면 환자 스스로의 책임감, 현실감 등이 격려되어져 치료에 대한 태도나 치료결과에 바람직한 영향을 줄 것이다. 1950년 이후 정신불구자 수용시설의

형태로 운영되던 정신요양원은 1983년 KBS-TV '추적 60분'을 통해 기도원에 수용된 정신질환자의 실태를 방영한 것이 계기가 되어 큰 변화를 맞이하게 되었으며 1984년 10월 '정신질환 관리 종합대책'이 최초로 수립되었다.

정신질환 전문요원 확보를 위해 의사가 없는 정신요양원에 정신과 전문의가 촉탁으로 위촉된 것은 1987년이며 1989년부터는 일부시설에 일반 공중보건의가 배치되어 순회진료를 시작하였다. 1984년 이후 정신요양원의 시설과 인력을 확충하여 24개 시설을 양성화시켰으며 기준 이하의 일부시설은 폐쇄조치하여 지금에 이르고 있다. 기타 사회복지시설 중 유희시설을 정신요양원으로 전환시켰으며 1988년부터 1992년까지 민간정신병원과 정신요양원의 운영을 지원하는데 주력하여 총 1,200억원의 국가예산이 투자되었다².

이번 연구에서 정신요양원에 환경치료를 도입하게 된 것은 정신장애인 관리의 방법 변화를 전제로 한 것이다. 정신보건법 등의 제도적 장치 이전에 정신장애인을 대하는 기본적 태도는 매우 중요하다. 특히 많은 수의 환자를 수용하고 있고 보호자의 의무가 소홀히 되는 시설에서의 정신보건 담당자들의 태도는 향후의 정신보건을 지향하는데 큰 변수로 작용할 수 있다. 현재 관리방안의 변화가 없이는 새로운 제도의 도입이 오히려 악영향을 미칠 수도 있으며 잘못된 관행이 계속 지속되는 악순환을 불러일으킬 뿐이다. 정신보건요원의 수가 더 많아지고 환자 입원비의 상승이 있다고 하더라도 정신보건시설 내의 관리직원들의 인식변화가 없이는 올바른 정신보전이 이루어지지 않는다.

이번 연구에서는 환경치료가 가진 기본적 철학이 요양시설 내에 파급될 수 있는 기틀을 만들고 이를 통해 정신요양시설의 종사자들이 정신장애인의 근본적인 문제를 의학의 틀에서도 볼 수 있도록 하는 것이다.

환경치료의 치료효과를 평가하는데 있어 병실기능에 대한 인식에 있어 환자와 치료자간의 차이를 대별하는 연구들이 있었고 다른 한편으로는 환경이 서로 다른 병실에서의 치료적 프로그램의 유용성 및 차이점 등과 치료결과에 대한 연구들도 병행되어 왔다^{9,11}.

국내의 병실환경에 대한 연구로는 이만홍 등이 Moose의 병실환경척도를 번안하여 국내의 정신과 병실에 적용 후 10개 하위척도에 대한 내적합치도(internal consistency), 상관분석(intersubscale intercorrelation) 및 몇가지 변인에 대한 분석을 실시하여 외국의 결과와 비교, 고찰한 바 있다³. 또한 이만홍 등은 각기 다른 유형의 치료환경을 가진 병실을 수용적 병실, 의학적 병실, 치료적 공동

체 병실 등으로 나누어 구분하고 각각의 병실에서의 병실환경 지각정도를 비교분석한 바 있다⁴.

그 외에도 배안 등, 전석군 및 이만홍이 다양한 질병군으로 구성된 의학적 병실에서 환경치료적인 접근을 시행한 후에 Moose 등의 WAS를 이용한 병실환경 평가를 연구한 바 있으며, 이영문 및 강대엽은 만성정신분열병 환자들이 집단으로 입원해 있는 민간정신병원에서의 환경치료적인 접근이 시도된 후 이에 대한 병실환경 평가를 보고하였다^{1,6,8}.

이번 연구는 정신요양시설 내부에 정신의학적 모형인 환경치료의 적용을 통해 요양시설 내부의 환경이 어떻게 조정이 되며 앞으로 정신의료법인의 등장으로 인한 정신요양병원으로 체제변화가 이루어질 때 치료적 역할을 담당할 수 있도록 시설내부의 변화를 가져오는 것이다.

또한 1995년 6월부터 시작하여 동년 12월까지 한시적으로 시행이 되었지만 객관적인 평가를 통해 어떠한 변화가 있었으며 이를 통해 앞으로의 요양시설 운영 및 관리에 도움이 되는 요소들을 알아보는 데 있다.

즉, 기존에 환경치료를 시행하지 않던 만성정신분열병 환자를 대상으로 환경치료를 시행함으로써 환경치료가 치료에 임하는 환자들의 태도나 병실환경에 바람직한 변화가 있으리라는 가설하에 연구를 진행하였다.

연구 대상

1. 연구대상

연구대상으로 1995년 5월 현재 경기도 화성군 동탄면에 위치한 사랑밭 재활원에는 남자병실 80명, 여자병실 80명, 혼합병실 40명, 자유병실 35명 등 총 235명이 입소하여 있다.

모든 병실에 환경치료를 시행하기에는 시간적 제한성과 인적 자원의 부족으로 인해 여자병실 80명을 대상으로 우선적인 환경치료적 접근을 시도하였다. 시기는 1995년 6월부터 동년 12월까지 총 7개월이었으며 시행된 프로그램은 내용은 후술하겠다. 남자병실은 1995년 11월에 시작되었으며 현재도 진행중인 관계로 이번 평가에는 포함시키지 않고 여자병실에 대한 대조군으로서의 역할만을 하였다.

혼합병실은 이번 연구전과 차이가 없는 병실운영이 계속되었으며 자유병실에는 환자교육, 작업프로그램의 조정만이 행해졌다.

환경치료를 부적합한 환자군으로는 65세 이상 노인환자들 중 의사소통이 불가능한 노인성 치매나 기질성 뇌

증후군 환자들이었다. 또한 정신지체가 너무 심하여 자기 관리가 불가능한 환자 5명을 제외한 75명이 환경치료의 적용대상이 되었다.

진단은 미국정신과학회 준거기준(DSM III-R)에 따라 2명의 정신과 전문의에 의해 일치된 정신분열병 진단명을 따랐고 신체적 합병증이 있었던 환자는 치료 전후에 병실프로그램에 참여하였다. 환자군은 모두 환경치료의 변화에 매우 긍정적이었으며 프로그램 자체를 어려워하지 않고 적극적으로 수용하였다.

프로그램을 도입하는 과정에 가장 어려웠던 점은 기존의 관리형태의 시간적 배분문제였다. 즉, 새로운 프로그램에 직원들이 참가함에 따라 평소 진행되던 다른 활동이 옮겨지게 되었으며 이에 따른 직원들의 근무 적용에 무리가 따르게 되었다. 예를 들면 기존의 병실모임은 다른 요일에 행하고 있었으나 연구진의 참여로 인해 새로운 시간으로 옮겨지게 되었고 그 시간대에 행하던 다른 활동이 또 다른 시간으로 옮겨지게 되는 식이었다. 이 혼란은 당분간 계속되었으나 1개월의 시간내에 점차 자리를 잡게 되었다.

2. 연구방법 및 평가도구

환경치료 도입과정에서 실시한 기본 프로그램은 Table 1과 같다.

환경치료 도입과정에서 실시한 기본 프로그램은 평가군의 분류는 다음과 같은 군으로 나누어 분석되었다.

Table 1. Basic programs of milieu therapy approach

치료프로그램	비 고 사 항
환자권익체계*	80명으로 구성된 여자병실, 남자병실에 시행
병실모임*	83년 이후 시행된 모임을 변형
개인정신치료	기존의 촉탁의 진료형태를 유지
집단정신치료*	8~10명을 대상으로 직원교육용 모델로 시행
치료자모임*	1) 지역사회 정신보건 중심의 치료자 교육 2) 권익체계 조정을 위한 그룹조정회의
다원적팀접근	1) 직업재활과 거주시설 운영회의 2) 기존의 촉탁의 중심 치료회의 3) 기존의 시설장 중심의 직원회의
회진	기존의 병실직원 중심의 환자과약 회진
리더그룹모임*	병실의 생활지도사에 의해 시행
사회성 훈련*	매주 1회, 8~10명을 대상으로 시행
집단활동프로그램*	수직공예가 기존의 작업치료사에 의해 시행되고 있었으며 음악, 서예, 오락, 차마시기, 원외 외출 등이 추가됨

1) 환경치료 적용 병실(여자병실)과 비적용 병실의 비교

2) 여자병실 내 환경치료 적용 전후의 비교: 이번 연구에 이용된 병실환경 평가에 대한 도구는 미국 스탠포드 대학의 사회생태학 연구실을 중심으로 한 병실평가척도(Ward Atmosphere Scale, WAS)로 병실환경을 사회통계학적인 방법을 이용하여 객관적이고 정량적인 방법으로 평가하는 가장 좋은 방법으로 인식되고 있으며 환경치료에 대한 내부적 변화과정을 양적인 단위로 바꾸어 평가하는

가장 보편화된 방법이다.¹³

병실환경척도는 3가지 차원의 영역으로 나누어 현재 그 병실이 지향하고 있는 치료적 개입이 명확한가를 평가한다(Table 2).

첫째는 인간관계 차원으로 참여, 지지, 자발 등이 여기에 속한다. 두번째는 치료프로그램 차원으로 자율, 실제지향, 개인문제 지향, 분노와 적개심 등이 속하며 이를 통해 치료프로그램이 환자들에게 정확하게 전달되고 있는가를 평가한다. 마지막으로 병동체제유지 차원이 있다. 이는 질서와 조직, 프로그램의 명확성, 직원통제 등이 속하는데 이 차원의 평가가 높으면 병동은 체제유지가 잘 되고 있다고 판단하지만 너무 높은 점수는 오히려 병동이 기계적인 순환을 하고 있다는 것을 암시하기도 한다.

현재 병실의 프로그램과 환경이 얼마나 치료적인가를 평가하고 그 정보를 토대로 개선을 하기 위해서는 객관화된 평가도구가 필요하다. 병실환경척도는 치료환경의 특성을 가장 타당성있게 분류하고 정량적으로 평가할 수 있는 설문도구로써 다음과 같이 10개의 하위척도를 구성하는 100문항으로 되어있다. 10개 하위척도의 세부적인 내용은 Table 3과 같다.

3) 통계방법: 본 연구의 통계방법으로 여자병실에 대한 환경치료 전후비교는 paired t-test가 사용되었고 환경

Table 2. Composition of ward atmosphere scale

WAS	1. Relationship dimension (3 subscales, 30 items)	1. Involvement
		2. Support
		3. Spontaneity
	2. Treatment Program dimension (4 subscales, 40 items)	4. Autonomy
		5. Practical orientation
		6. Personal problem orientation
		7. Anger & Aggression
	3. System Maintenance dimension (3 subscales, 30 items)	8. Order & Organization
		9. Program Clarity
		10. Staff control

Table 3. WAS subscale definitions

1. 참여(Involvement; I) : 환자들이 병실에서 하루 하루를 적극적으로 열성적으로 참여하는지를 평가한다. 병실에 대한 금지, 집단 의식, 열성의 정도 등의 환자태도가 평가된다.
2. 지지(Support; S): 환자들이 다른 동료환자를 얼마나 돕고 지지하는가, 직원들이 환자의 요구를 잘 이해하고 기꺼이 돕고 격려하는가, 의사들이 환자를 얼마나 격려하고 생각해 주는가를 측정한다.
3. 자발(Spontaneity; Sp): 환자가 다른 동료나 직원들에게 자신의 감정을 솔직하고 자유롭게 표현하고 행동하도록 치료환경이 얼마나 도와주고 있는가를 측정한다.
4. 자율(Autonomy; A): 환자들이 자신의 문제나 직원과의 관계에서 얼마나 자족적(self-sufficient)이고, 독립적이 되도록 격려되어지는가, 환자들이 얼마나 자신의 책임감과 자기 지향적으로 행동하도록 하는가를 평가한다.
5. 실제지향(Practical orientation; Po): 환자들이 퇴원 후 장래생활을 준비하는데 있어 병실 프로그램이 얼마나 도움을 주는가를 평가한다. 새로운 작업을 위한 훈련이나 미래를 보는 안목과 실제적인 목표를 설정하고 추진해 나가는가 하는 등이 고려된다.
6. 개인문제지향(Personal Problem orientation; PPO): 환자들이 스스로의 감정, 문제, 과거 등에 관하여 다른 환자나 직원과 의논함으로써 스스로 생각하고 이해할 수 있도록 얼마만큼 격려하고 있는가를 측정한다.
7. 분노와 적개심(Anger and Aggression; AA): 환자가 다른 환자나 직원과 언쟁하고 토론하는 것 또는 공개적으로 화를 내고 분노를 표현하는 것이 어느 정도 허용되고 격려되는가를 측정한다.
8. 질서와 조직(Order and Organization; OO): 예를 들면, 환자들이 규칙을 잘 따르는가, 병실이 잘 유지되고 있는가, 직원들이 시간약속을 잘 지키는가, 활동 프로그램이 면밀하게 계획되어 지는가 등의 질서와 조직이 병실에 얼마나 중요하게 여겨지는가를 측정한다.
9. 프로그램 명확성(Program clarity; Pc): 병실의 일상생활 등에서 기대되는 목표 및 병실의 규칙과 진행과정 등을 환자들이 얼마나 확실하게 아는가를 측정한다.
10. 직원통제(Staff control; Sc): 규칙과 계획을 준수하는 것, 직원과의 관계 등에 있어서 직원이 환자들을 제한하고, 효과적으로 통제하는 것이 얼마나 필요하냐를 측정한다.

Table 4. Comparison of subscales between the women-ward before and after milieu therapy(N=40)

하위척도	시행전 score	시행후 score	P값
참여성	5.32±2.01	5.84±1.92	N.S.
지지도	5.82±1.83	6.34±1.85	N.S.
자발성	3.53±1.63	4.03±1.61	N.S.
자율성	4.84±1.33	4.95±1.43	N.S.
실제지향성	5.47±2.08	6.29±1.98	S.
개인문제지향성	4.65±1.81	4.75±1.70	N.S.
분노표현	4.42±1.39	4.24±1.76	N.S.
질서의식	5.92±1.75	6.33±1.40	N.S.
프로그램 명확성	5.18±1.87	5.34±2.18	N.S.
직원통제	6.59±1.86	6.46±1.48	N.S.
Total	51.5±9.2	54.9±10.5	S.

* N.S.: not significant, S.: significant, P<0.05

치료를 적용한 여자병실과 대상병실과의 비교는 two-tailed student's t-test가 사용되었으며 유의수준은 0.05로 하였다.

결 과

1. 여자병실의 환경치료 전후의 병실평가척도 비교

대상환자 75명 중 환경치료 전후 모두에 노출된 40명의 만성정신분열병 환자를 대상으로 한 환경치료 전과 환경치료 후의 평가는 통계적으로 의미있는 변화를 보였다. Table 4와 같이 전체적인 점수가 환경치료 전에는 51.5±9.2였으나 환경치료 시행후에는 54.9±10.5로 상승하였다.

하위척도별로 보면 참여성, 지지도 등 대부분의 하위 척도에서는 유의미한 차이가 관찰되지 않았으나 실제지향성에서는 통계적으로 의미있는 증가가 관찰되었다.

2. 환경치료 전후의 병실비교

Table 5는 환경치료 시행전의 적용병실과 비적용 병실 간의 차이를 비교한 것이다.

이를 보면 환경치료 시행전의 병실환경 지각은 환경치료를 시행하지 않은 남자병실의 하위척도가 오히려 여자병실보다 더 높은 점수를 나타내고 있다.

환경치료 시행전의 병실환경지각을 세분화하여 살펴보면 환경치료를 시행하기 전 여자병실은 지지도가 5.9±1.8로 대상병실의 6.7±2.0에 비해 현저하게 더 낮은

Table 5. Comparison of subscales between the groups of milieu ward and of custodial before milieu therapy approach by t-test

하위척도	여자병실 (N=40)	대상병실 (N=80)	P값
참여성	5.24±1.85	5.87±2.10	N.S.
지지도	5.89±1.84	6.66±2.02	S.
자발성	3.38±1.58	4.13±1.55	S.
자율성	4.55±1.37	5.23±1.52	S.
실제지향성	5.56±2.11	5.64±4.88	N.S.
개인문제지향성	4.44±1.84	4.59±2.17	N.S.
분노표현	4.04±1.59	3.77±1.66	N.S.
질서의식	6.07±1.79	6.61±1.69	N.S.
프로그램 명확성	5.17±1.78	5.56±2.04	N.S.
직원통제	6.45±1.86	6.16±1.57	N.S.
Total	51.3±8.9	54.1±10.2	N.S.

* N.S.: not significant, S.: significant, P<0.05

Table 6. Comparison of subscales between the groups of milieu ward and of custodial after milieu therapy approach by t-test

하위척도	여자병실 (N=40)	대상병실 (N=80)	P값
참여성	5.79±1.93	5.82±2.22	N.S.
지지도	6.34±1.84	6.61±2.29	N.S.
자발성	4.03±1.61	4.00±1.61	N.S.
자율성	4.95±1.43	5.15±1.61	N.S.
실제지향성	6.23±1.99	5.74±1.94	S.
개인문제지향성	4.75±1.69	4.57±1.91	N.S.
분노표현	4.21±1.75	4.16±1.83	N.S.
질서의식	6.33±1.39	6.49±2.21	N.S.
프로그램 명확성	5.34±2.18	5.23±1.93	N.S.
직원통제	6.46±1.48	6.24±1.66	N.S.
Total	54.7±10.4	53.4±10.6	N.S.

* N.S.: not significant, S.: significant, P<0.05

상태였으며, 자발성은 3.4±1.6, 자율성은 4.6±1.4로서 대상병실의 4.1±1.6, 5.2±1.5 등에 비해 통계적으로 더 낮게 지각된 상태였음을 알 수 있다. 또한 전체적 점수에서도 51.3±8.9, 54.1±10.2로 통계적 의미는 없으나 대상병실에 비해 더 낮게 지각되고 있었다.

이에 비해 Table 6와 같이 환경치료를 시행한 후에 평가된 점수분포에서는 여자병실의 거의 모든 하위척도 점수는 상승하였고 지지도, 자발성, 자율성의 하위척도에서 대상병실과 차이가 없어졌으며 오히려 실제 지향성을 평가하는 하위척도는 6.2 ± 2.0 으로서 5.7 ± 1.9 보다 더 상승하여 통계적인 차이를 나타내었음을 알 수 있다. 하지만 전체 점수에서는 유의미한 차이를 보이지는 않았다. 또한 전체적 점수에서도 54.7 ± 10.4 으로 대상병실의 53.4 ± 10.6 보다 통계적 차이는 없으나 역전된 점수를 나타내었다.

고 찰

여자병실의 환경치료 전후의 병실평가척도 비교에서 전체적인 하위척도에서 대부분이 환경치료 시행후의 점수가 더 높아졌지만 특히 통계적으로 의미가 있는 것은 실제지향성으로 이는 5.47 ± 2.08 에서 6.29 ± 1.98 로 큰 차이를 나타내었다. 이와 함께 참여성, 지지도, 자발성 등이 높아진 것은 환경치료의 원칙인 민주적, 자치적, 허용적, 현실직시적인 접근이 환자들로 하여금 적극적 태도를 격려하여 나타난 것으로 판단되며, 반대로 직원통제 점수가 낮아진 것은 환경치료로 인해 직원들의 비권위적인 태도가 환자들에게 전달된 것으로 해석할 수 있다.

특히 Table 4는 동일한 환자군이 3개월 간격으로 시행한 검사의 결과이기 때문에 지금까지의 다른 연구들에 비해 신뢰도가 높다고 할 수 있으며 이를 참고로 다음의 환경치료적 병실운영의 전체적인 방향을 그릴 수가 있다.

또한 프로그램의 명확성이 큰 차이를 나타내지 않았는데 이는 환경치료를 실시한 기간이 7개월이라는 얼마 되지 않는 기간이었기 때문에 각 프로그램에 대한 환자들의 인지도가 분화되지 않은 까닭일 수 있다.

이영문 및 강대엽의 연구에서 자발성(spontaneity subscale)에서 환경치료 후에 더 높아진 결과가 발견된 바 있으며 직원통제(staff control subscale)에서는 환경치료 시행 후에 더 낮은 결과가 보고된 바 있는데 이번 연구에서도 통계적으로 의미가 있지는 않았지만 환경치료 시행 후에 자발성에서는 증가가, 직원통제에서는 감소가 발견되었다⁶.

환경치료 전후의 대상병실과의 비교에서 환경치료를 시행하지 않은 상태에서는 전반적으로 여자병실의 병실환경지각이 더 낮은 수준이었음을 알 수 있다. 그러나 환경치료를 시행한 후에는 대부분 두 병실간의 하위척도의 역전현상이 일어나 환경치료를 시행한 여자병실은 모

든 하위척도의 상향조정이 일어난 반면 환경치료를 시행하지 않은 병실은 아무런 변화가 없이 나타나 환경치료 적용이 병실의 환경지각 변화에 큰 영향이 있음을 알 수 있게 한다. 통계적인 유의성이라는 면에서 본다면 하위척도의 호전은 있었지만 전체적으로 보아 의미있는 호전은 없었다고 볼 수 있으나 임상적 유의성으로 보자면 분명히 긍정적인 영향을 주었다고 할 수 있다. 환경치료 시행 전에 대상병실에 비하여 의미있게 낮았던 지지도(Support subscale), 자발성(Spontaneity subscale) 그리고 자율성(Autonomy subscale)에 대하여 그 차이가 무의미한 수준으로 적어졌다는 것도 주목해야 할 부분이다. 특히 실제지향성에 대한 평가에서는 환경치료를 시행한 여자병실에서 대상병실에 비해 유의미한 차이를 나타냈다. 이는 현실직시적인 면을 중요시하는 환경치료 분위기 하에서 환자들이 자신의 현실적인 문제 즉, 퇴원이나 퇴원 후 겪어야 할 직장, 가정과 관련된 문제 등 자신의 장래에 대하여 생각하고 함께 이야기 할 기회를 갖게되었기 때문에 나온 결과라고 생각된다.

이같은 병실환경척도의 변화는 몇가지 점을 시사한다. 먼저 환경치료를 시행하게 되면 환자들의 병실환경지각이 변화하며 이는 병실운영에 대한 자발성 및 자율성이 향상됨을 알 수 있는 것이다.

또 환경치료를 시행하지 않은 병실은 장기요양시설의 특성이 그대로 반영되어 시간의 흐름에 아무런 변화 없이 기계적인 병실지각환경이 이루어진다는 것이다. 또 다른 변화로는 환경치료를 시행하면서 환자들은 장기수용에 대한 무기력감, 희망좌절 등에서 벗어나 자신의 문제를 파악하려고 하고 이를 해결해보고자 하는 노력이 증가한다는 점이다. 실제지향성이나 개인문제 지향성 등은 통계적 의미는 없으나 상향조정된 점수분포를 나타내었다.

이번 연구는 1995년 6월부터 진행되어 동년 12월까지로 제한되어 있기 때문에 시간제한적이고 시험적인 방법의 적용이 우선할 수밖에 없었다. 한시적인 연구기간에 따라 직원들의 태도변화와 병실의 큰 방향성 변화에 초점을 두었으며 이를 바탕으로 지역사회 관리방안을 연결시키는데 일정한 원칙을 두었다. 교육의 방법에 있어서도 정신과 지식을 많이 강조하는 것보다는 전체적인 흐름변화를 익히는데 주력하였다. 그러나 너무 짧은 연구기간이라 연구가 끝난 뒤에도 이번 연구의 방법론이 계속될 수 있을 것인가는 단정지을 수 없다. 다만 정신장애인 수용에 있어 획일적인 방법에서 탈피하여 새로운 관리가 가능할 것인가에 대한 평가는 이루어질 수 있을

것이다.

정신요양시설이 변화한다는 의미는 어떤 면에서 아주 조그만 사실에서부터 출발해야 할지도 모른다. 병실의 환경을 조정하려는 노력은 쉽게 이루어질 수 있으며 어떤 변화를 통해서든 환자에게 도움이 될 수 있다는 시설 종사자들의 믿음이 절실히 요구된다.

물론 정부의 요양시설에 대한 정책도 변해야 한다. 병실내 환자들을 위한 프로그램을 지향하는 시설에는 더 많은 혜택이 주어져야 하고 아무런 변화가 없는 곳에는 혜택이 적어야 한다.

지금까지 오갈 데 없는 환자들을 수용관리하던 방식은 이제 더 이상 존재할 수가 없다. 아무리 치료해도 사회 생활이 불가능한 환자가 아닌 정신요양시설에 있는 환자들에 대해서 우선 재활치료적 접근을 요양시설이 앞장서서 행해야 하는 시기가 온 것이다.

이번 연구에서 짧은 기간의 수행기간이었지만 연구자들은 환자들의 사고와 감정의 많은 부분을 치료자나 치료시설의 관리방식에 의존한다는 것을 알 수 있었다. 몇 년째 똑같은 약물에 똑같은 수용관리를 가지고는 정신요양시설이 변화할 수가 없다. 시설에 대한 자기투자가 필요한 이유는 바로 이런 점 때문이다.

결 론

기존에 만성정신질환자에 대하여 수용위주의 치료를 하던 정신요양원에 입소하고 있는 만성정신분열병 환자들을 대상으로 7개월간 환경치료를 실시한 결과 다음과 같은 결론을 얻을 수 있었다.

1) 환경치료 전후의 비교에 있어서 실제 지향성의 하위척도와 전체 병실평가척도에서 환경치료 시행 후가 시행 전에 비하여 의미있게 증가하였다.

2) 환경치료 전후의 병실환자를 각각 대상병실의 환자와 비교하였을 때 환경치료 후 병실에서 실제지향성의 하위척도가 대상병실의 환자에 비하여 의미있게 증가하였다.

또한 그 외의 하위척도에 있어서도 임상적으로는 증가

한 것을 관찰할 수 있었다.

따라서 수용위주의 관리를 하는 정신요양원에 환경치료를 적용한다면 비록 그에 따르는 인력 교육과 노력 그리고 정신과 환자 치료에 있어서의 철학의 변화 등이 필요하다고 하더라도 바람직한 변화를 가져오리라고 생각된다.

참 고 문 헌

1. 배안, 이기연, 이만홍: 치료공동체로의 재구성에 따른 평가와 문제점. 신경정신의학 25: 440-450, 1986
2. 이동모: 우리나라 정신보건정책의 현황과 정책. 정신보건정책 및 지역정신사업의 발전 방향에 대한 세미나, 1994
3. 이만홍, 신정호, 박정주, 임경호: 정신과 병실의 치료환경에 대한 평가(I)-병실환경평가척도의 신뢰도 검사 및 몇가지 변인에 관한 고찰. 신경정신의학 25: 236-247, 1985a
4. 이만홍, 박정주, 신동범: 정신과 병실의 치료환경에 대한 평가(II)-3개 병실환경에 대한 특성간의 비교연구. 신경정신의학 24: 370-381 이영문: 정신요양원의 발전적 방향전환. 정신보건연구회 93년도 심포지움, 1993, 1985b
5. 이영문: 환경치료의 이론과 실제. 1판, 경기도, 용인, 용인정신병원, 1993, pp15-43
6. 이영문, 강대열: 만성 정신분열병 환자들의 병실환경지각. 신경정신의학 33: 130-140, 1994
7. 이호영, 이영문, 이은설: 정신요양원 수용자의 사회복귀 및 거주 시설 운영에 관한 연구, 보건복지부, 아주의대 정신과학교실, pp213-228, 1995
8. 전석균, 이만홍: 의학적 병동에서의 환경치료적 접근. 신경정신의학 26: 320-333, 1987
9. Almond R, Keniston K, Boltax S: The value system of a milieu therapy unit, Arch Gen Psychiatry 19: 545-561, 1968
10. Clark DH: The therapeutic community. Brit J Psychiatry 131: 553-564, 1977
11. Jackson M: Therapeutic Community. New York, Basic Books, 1969, pp1-100
12. Jones M: Therapeutic Community, New York Basic Books 1953, pp1-100
13. Moos RH: Ward Atmosphere Scale: Manual. Consulting Psychologist Press, Palo Alto California, 1974a