

2020년도 한국정신건강사회복지사협회

제4차 법정정보 교육 개별과정(부산)

일시 : 2020년 7월 21일(화) 09:00 ~ 18:00

장소 : 부산유라시아플랫폼 1F 104호

주최 :  한국정신건강사회복지사협회



한국정신건강사회복지사협회
THE KOREA ASSOCIATION OF MENTAL HEALTH SOCIAL WORKERS

목 차

§ 일정표

§ 가족에 대한 정보제공과 교육의 실제 한지연 (송국클럽하우스)	7
§ ‘30년만의 휴식, 행복을 나누는 삶’ 백숙기 (송국가디언스클럽)	23
§ MAD STUDY 정원철 (신라대학교)	27



일 정 표

08:30 ~ 09:00	오전 교육 등록 확인
09:00 ~ 12:00	가족에 대한 정보제공과 교육의 실제 한지연 (송국클럽하우스)
12:00 ~ 13:00	‘30년만의 휴식, 행복을 나누는 삶’ 백숙기 (송국가디언스클럽)
13:00 ~ 14:00	점심시간 및 오후 교육 등록 확인
14:00 ~ 18:00	Mad Study 정원철 (신라대학교)



한국정신건강사회복지사협회
THE KOREA ASSOCIATION OF MENTAL HEALTH SOCIAL WORKERS

가족에 대한 정보제공과 교육의 실제

한지연

송국클럽하우스



가족에 대한 정보제공과 개입

-30년만의 휴식, 행복을 나누는 삶-

송국클럽하우스 과장 한지연
송국가디언스클럽 부회장 백숙기



목차

01 정신장애인 가족에 대한
관점

02 정신장애인 가족의 경험

03 정신장애 가족에 대한
정보제공 및 교육의 실제

04 30년 만의 휴식, 행복을
나누는 삶

정신장애인 가족에 대한 관점

01

정신장애에 대한 관점의 변화

02

정신장애 가족에 대한 병리적 관점

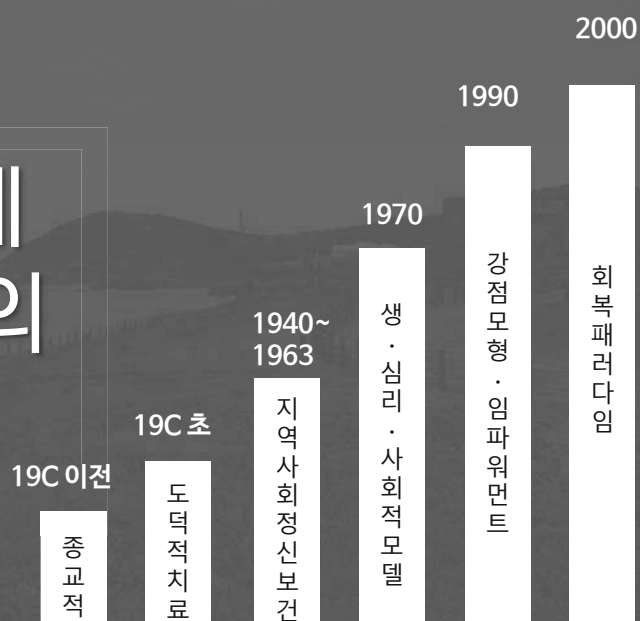
03

정신장애 가족에 대한 반응적 관점

04

정신장애 가족에 대한 파트너십 관점

정신장애에 대한 관점의 변화



- **종교적 접근** : 사회통제적 측면의 치료, 비인간적 처우
- **도덕적 치료**(moral treatment) *Dorothea Dix* :
배회, 방치된 정신장애인의 치료와 보호를 위해 대안위 보호시설 필요를 주장(시설화 시작)
- **1940년 지역사회정신보건** : 1963년 미국 지역사회정신보건법(Community Mental Health Act) 통과시설화 운동 시작, 가족이 정신장애인의 일차적 보호의무, 1950년대 이후 가족치료 등장 배경
 - 정신장애의 원인을 가족문제에서 찾으려고 함(병리적 관점)
 - 정신분석, 대상관계이론을 통한 치료적 접근
- **1970년 생·심리·사회적 모델(biopsychosocial model) 등장** : 정신장애는 생물학적 장애, 가족의 역기능은 정신장애를 대처하는 과정에서 발생하는 가족의 스트레스와 높은 감정표출로 인한 영향으로 바라봄 (반응적 관점)
 - 체계이론, 스트레스 취약성 이론, 감정표출이론 (의사소통, 대처능력, 문제해결)
- **1990년 이후 회복지향 정신보건서비스 패러다임 변화** :
권한부여(empowerment)모델로 가족에 대한 접근방법 변화, 정신장애인의 치료와 회복에 있어 협력자로 바라봄(파트너십 관점), 정신보건체계에 있어 가족의 강점을 활용한 새로운 파트너십
 - 이야기치료(narative therapy), 해결중심적 단기가족치료

• 병리적 관점

- 정신장애인의 일탈된 행동이나 증상들이 역기능적인 가족 상호작용에서 기인된다는 전제를 가짐.
- 프로이트의 영향으로 정신장애 뿐 아니라 대부분 성인의 문제를 어린시절 양육과정의 문제로 귀인 시키려는 경향에서 나타남.
- Fromm-Reichman의 정신분열형 어머니(Schizophrenogenic mother)이론, Lidz, Bowen, Bateson
- 무의식적으로 자식을 거부하는 냉정하고 무심한 어머니와의 초기관계에서 조현병이 발생한다고 보며 심리적, 사회적 기술을 발달시킬 기회를 얻기 못한 원인을 가족의 병리적 구조로 바라봄.
- 가족을 정신장애인의 원인으로 비난, 치료에 참여시키거나 협력적 관계를 맺지 않게 됨.
- 병리적 관점에서는 정신장애 증상과 가족의 상호작용과의 관계를 입증하는데 일반화의 어려움 있음. 가족의 역기능은 선행조건 < 후속조건이라는 관점이 더 설득력을 가짐.

• 반응적 관점

- 체계이론에서 볼 때 정신병적 증상이 가족의 욕구에서 출발한다는 병리적 관점(부정적 측면)과 가족체계의 항상성을 유지시키고 기능하기 위한 자구책으로 보는 관점(긍정적 관점)으로 볼 수 있음.
- 반응적 체계로서 가족이 정신장애인의 병적 증상에 의해 심각한 영향을 받을 수 밖에 없기에 가족의 보호부담, 대처, 역할 등을 이해할 수 있도록 돕는 관점
- 반응적 관점에서는 가족이 정신장애의 원인으로 보지는 않음. 하지만 일차적 보호제공자인 가족의 정서적 반응이 생물학적으로 취약한 정신장애인의 질병 경과에 영향을 줄 수 있다고 바라봄.
- 가족의 대처능력을 효율적으로 향상시키고 필요한 정보를 제공하는 등의 개입방식을 통해 감정표출을 통제하는 접근이 필요하다고 본다. (스트레스 취약성, 감정표출 이론)

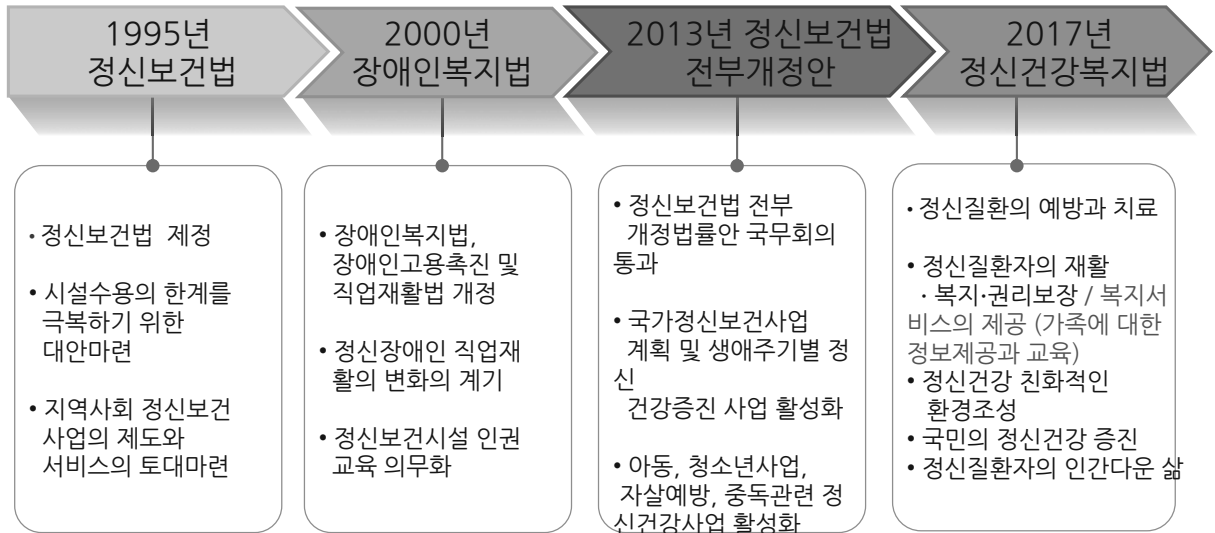
• 파트너십 관점

- 정신장애의 생물학적 원인에 대한 폭넓은 견해 확산, 지역사회 중심으로 정신보건서비스의 패러다임의 변화
- 가족을 정신장애인의 회복에 매우 중요한 치료적, 지지적 자원으로 인식(일차적 보호제공자)
- 가족을 치료의 파트너십으로 인정하고 가족의 능력과 강점에 초점을 두는 권한부여(empowerment)모델로 가족에 대한 접근방법의 변화가 생김.
- 가족은 정신장애인 가족의 자원과 능력에 대해 가장 잘 알고 있는 체계이며 변화와 성장의 잠재력을 가지고 정신장애인의 회복과정에 중요한 영향을 미칠 수 있는 존재임.
- Friesen(2003)는 정신장애인 가족에게 권한부여 관점으로 접근하기 위해 필요한 이론적, 서비스 전달체계, 실무 역할 변화를 언급함.

관 점	정신장애의 원인	정신장애인에 대한 개념	가족에 대한 개념
병리적 관점	가족의 역기능적 상호작용의 결과이므로 정신분석학적 혹은 가족치료적 접근의 필요성이 제기	정신장애인은 병리적 가족의 희생자이거나 잘못 양육되어 일탈적이고 역기능적인 행동을 보이는 사람	정신장애의 원인으로 일탈 행동과 증상에 대한 책임을 지며 증상치료를 위해 정신장애인과 분리되어야 할 존재
반응적 관점	정신장애는 생물학적 원인(신경전달물질, 유전적 요인, 뇌의 장애 등)에 하나의 질병	정신장애인은 환자이므로 약물치료가 우선적으로 시행되어야 하고 사회적 지지가 필요한 사람	가족의 정상적이지 못한 상호작용은 만성적 장애를 보호하는 부담과 대처에서 나오는 정상적 반응, 그러나 정신장애에 대한 가족의 잘못된 대처가 재발의 원인
파트너십 관점	정신장애는 생물학적 원인에 의해 발병되었지만 지속적인 지지와 재활로 손상된 기능은 회복가능	심리사회적 재활, 자조집단, 직업기술, 일상생활기술, 교육, 권리옹호 등이 필요한 장애인	재활과정의 동반자이고 치료자원이며 치료자와 정보를 공유하고 협력해야 하는 파트너
출처: Riebschlefer(2001), 서미경(2014)재인용 p,14-15			

가족치료의 발전과정	
	• 1950년대 이전, 가족치료의 터전 : 프로이트(S. Freud), 프롬 라이히만(F. Fromm-Reichman) • 1950년대, 가족치료의 주춧돌 : 네이션 애커먼(N. Ackerman), 리츠(T. Lidz), 보웬(M. Bowen), 그레고리 베이트슨 • 1960년대, 가족치료의 정착기 : 돈 잭슨, 사티어(V. Satir), 미누친(S. Minuchin) • 1970년대, 가족치료의 전성기 : 카터(B. Carter)와 맥골드릭(M. Goldrick), 미누친, 제이 헤일리, 밀턴 에릭슨, 엡스타인과 그의 동료들, 앤돌피, 스키너 등을 비롯한 미국, 캐나다, 유럽, 영국등에서 다양한 가족치료학자 등장 / 전통적인 사회과학 패러다임에 근거한 1차 가족치료 • 1980년대, 가족치료의 황금기 : 드 세이저와 인수 버그, 앤드슨(C. Anderson), 화이트(M. White), 슈어츠(R. Schwartz), 클렌(M. Clenn) , 호프만 등 / 절충적인 기법(해결중심, 심리교육, 외재화, 내면가족체계 모델 등) 2차 가족치료 • 1990년대 이후, 학파를 초월하는 시기 : 드 세이저(해결중심적 치료), 화이트(이야기치료), 앤더슨(다중음성 협력), 안데르센(반영팀), 존슨과 그린버그(정서중심 가족치료), 슈어츠(내면가족치료) 후기구성주의, 치료사와 가족이 평등한 입장에서 협력, 상호작용에 의한 3차 가족치료 • 체계가 문제를 만드냐? 문제가 체계를 만드냐? • 문제를 해결 < 문제의 영향을 분리, 협력에 기반을 둔 접근

법과 환경의 변화



정신장애인 가족의 경험

01

보호부담

02

가족의 대처

03

가족의 인식

04

가족-전문가 관계

- **정신장애 질병의 특성** : 순환적, 만성적, 사회적 편견과 낙인
- **정신장애가 가족에게 미치는 영향** : 일상생활, 건강과 복지, 사회적 관계, 경제적 상태에서의 어려움 (객관적 보호부담, 주관적 보호부담), 다른 장애부모와의 보호부담 비교 연구, 상실모델, 만성적 슬픔모델 (분노, 죄책감, 우울, 위축, 고통의 공감 등 / 증상에 대처방법, 올바른 정보 및 교육, 지지체계를 위한 자조집단 등
- 서미경(1996), 부모가 지각하는 보호부담이 정신장애인과 부모의 인구통계학적 배경에 따른 차이연구
 - 정신장애인 부모의 보호부담 순위 : 사회생활장애<가사부담<사회적고립<가족갈등<제도적 지원부족<사회적 재활미흡
 - 정신장애인의 성별에 따른 보호부담의 차이 : 여성<남성
- **형제의 부담** : 혼란과 좌절, 죄책감, 두려움과 불안, 슬픔, 분노 등 / 정보, 교육과 지식, 자조집단의 지원필요
- **배우자 부담** : 정상적 상호작용의 부재, 자녀양육에 대한 부담, 성적 친밀감의 한계, 사회적 고립, 경제적 어려움, 유전에 대한 두려움, 정신보건전문가들의 잦은 이동 등 / 교육, 지지, 자녀양육에 대한 상담, 보호부담 경감의 지원필요
- **자녀의 부담** : 경제적 어려움, 사회적 관계 제한, 부모역할 수행의 어려움 / 치료와 교육, 스트레스 관리, 다양한 기술훈련, 양육지원프로그램 등

- **감정표출(expressed emotion)** : 비판적 표현, 적대감, 지나친 정서적 관여, 불만, 온정 등
 - 높은 EE는 정신장애인의 증상악화에 있어 간접적인 요인이 됨(질병의 진행-다른 요인들이 증상 악화-가족이 높은 EE로 대처)
- **증상이나 행동에 대해 가족들의 적절한 대처방법** : 수용, 냉담, 한계설정
 - **약 복용에 대한 대처** : 약의 효과와 부작용에 대해 잘 알고 복용과정에 대한 설명
 - **기이하고 비정상적인 행동** : 위험하거나 허용할 수 없는 행동 VS 위험하지 않고 정도가 심하지 않은 행동
 - **반사회적, 공격적 행동에 대한 대처** : 허용되는 행동과 허용되지 않는 행동의 기준, 한계 설정, 경찰과 신뢰감 형성, 외부의 도움
 - **사회적 위축과 고립에 대한 대처** : 사회재활활동의 권유, 집안일의 역할 등
 - **외모와 위생의 무관심에 대한 대처** : 부드럽게 위생상태와 옷차림을 지적, 구체적인 방법과 행동, 기술훈련, 적극적 격려와 긍정적 자기이미지 수립
 - **자해·자살행동에 대한 대처** : 공감, 존재가치를 인정, 혼자아님, 원하는 바, 가족의 요구 확인, 전문가의 도움
- **가족의 대처를 돕는 효과적 방법** : 의사소통기술, 문제해결기술, 스트레스관리 기술, 가족규칙 수립기술, 인지행동적 대처

- **정신장애에 대한 가족의 반응 : 일련의 단계과 경험의 과정을 거침** (김길중·김철권, 1993 ; 한지연, 2016)
- **정신장애에 대한 가족의 태도 : 가족의 태도가 정신장애의 조기발견, 치료, 재활의 전 과정에 중요한 영향을 미침** (생물학적 원인, 대인관계이론의 원인, 통합적인 이해와 합리적 기대를 통한 치료적 협력을 이끌어내는 것이 중요)
- **사회적 낙인(대중, 전문가, 가족)에 대한 가족의 인식 : 가족 내 지지, 대중매체의 긍정적 보도, 전문가와의 상담, 치료의 진보, 낙인을 극복하고자 하는 적극적 노력의 필요성이 중요**
- **가족의 보호만족 : 보호경험으로부터 얻게 되는 긍정적 정서나 바람직한 측면, 강점관점 적용, 생애사적 연구** (김연수, 2006; 한지연, 2017)
 - 정신장애인에 대한 민감성 증가, 인생의 우선순위에 대한 철학적 사고증가, 내적 강점인식, 신앙심, 개인으로서의 성장, 가족에 대한 친밀감, 의무를 다했다는 성취감
- **가족에 대한 정신장애인의 기여 : 정서적 도움, 도구적 도움** (성인자녀가 부모에게 주는 지지와 도움척도, Greenberg, 1995)
 - 정신장애인이 가족으로부터 얼마나 많은 지지를 받았는가에 따라 정신장애인의 기여정도의 차이가 있음
 - 질병경과가 다양하여 정상적 성인의 역할을 수행함, 타 형제에 비해 부모의 욕구에 더 잘 반응, 노부모의 일상을 돕거나 사회적 지지자원이 됨.

- **가족에 대한 전문가의 인식**
 - 병리적 관점에서 가족을 이해할 경우 가족을 위한 서비스가 효과적일 수 없음.
 - ‘정신장애가 건강하지 못한 가정에서 비롯된다’는 문항에 동의한 비율 : 미국<한국
 - 정신보건기관에 근무하는 전문가 집단(간호사)임상심리사)사회복지사)의사) 이 가족이나 가족요인을 정신장애의 주요 발병원인으로 보며 가족의 저항을 치료의 방해요인으로 바라봄 (서미경, 2002)
 - 가족의 죄책감, 수치심, 불안을 통한 높은 감정표출 강화, 가족의 접촉을 방해하고 제한함.
 - 이론과 실천의 모순, 비효과적 개입
- **전문가에 대한 가족의 인식**
 - 전문가에 대한 가족의 긍정적이 인식은 협력적 관계 형성에 매우 중요한 영향을 미침.
 - 죄책감, 도움이 되지 않음 VS 권위와 전문성에 의한 수혜장의 입장에서의 무조적인 고마움
- **효과적인 가족-전문가의 상호인식**
 - 주요 정부와 위기관리 방법의 공유
 - 회복과 약 복용을 포함한 포괄적인 보호의 효율적 제공
 - 안전한 보호제공
 - 가족의 치료참여의 기회 제공(가족의 입장을 존중, 치료 및 재활에 있어 가족의 관여와 참여)

가족에 대한 정보제공 및 교육

01

가족교육프로그램

02

가족자조모임

03

가족에 대한 정보제공(평생계획, 주거, 재정, 고용, 법적)

가족교육프로그램

<http://www.familylink.or.kr>



Family Link
정신질환으로 어려움을 겪는 가족과 함께

Family link란? | 게시판 | 자료실 | 가족강사 | 관련사이트

Family Link란?
교육소개
교육내용
교육진행방식
재정지원요청
오시는길

교육소개

한국정신사회재활협회는 용인정신병원 세계보건기구 협력기관과 함께 가족과 함께하는 교육 프로그램(Family Link)의 한국이민을 개발 후 전국교육을 시행하고 있습니다.

이 교육은 정신질환을 가진 사람(당사자)의 가족을 대상으로 하는 가족교육 프로그램으로서, 전문가들이 가족교육을 전적으로 이끌기 보다는 가족교육을 좀 더 효과적으로 수행하기 위하여, 가족 중에서 가족교육을 시행할 교육자를 양성하여 이들이 교육 프로그램을 시행하도록 지원하는 데 그 목적이 있습니다.

이 교육은 미국의 NAM(National Alliance for the Mentally ill)의 Family-to-Family 프로그램을 기초로 하였고, 아시아 사회와 문화에 적절하게 수정되어 개발되어 그간 아시아 7개 국가에서 번역출간 되었습니다. 한국에서는 2004년 일차번역 후 초판을 발간하였고, 한국 상황에 맞추어 지속적으로 수정 및 보완하고, 필요한 교육 내용을 추가하여 2017년 개정7판을 발간하게 되었습니다.

가족과 함께하는 교육 프로그램(Family Link)은 Johnson & Johnson사와 한국언어의 후원으로 제작되었으며, 보건복지부의 후원 하에 한국의 당사자 가족에게 제공됩니다.

앞으로도 당사자에 대한 이해, 정신질환 관리 및 중요사항을 위해 관련지식과 정보를 제공하는 노력을 지속적으로 할 것이며, 이 교육 프로그램이 당사자와 가족의 회복과 행복한 삶에 도움이 되기를 바랍니다.



교육진행방식

HOME > Family link란? > 교육 진행방식

‘가족과 함께하는 교육 프로그램’은 강사가 교육을 진행하는 가운데 참가자들이 마음을 열고 적극적으로 교육에 참여하는 것을 원칙으로 합니다. 참가자들이 자신의 경험을 바탕으로 한 다양한 의견을 제시하고 토론함으로써 정보를 공유하고 사기를 북돋울 수 있는 장을 제공합니다.

- 기초과정** 정신질환(조현병, 우울증, 조울증)을 가진 사람의 모든 가족들이 참석하실 수 있으며, Family Link 교재 1~7과 내용과 가족강사와의 만남시간을 통해 정신질환에 대한 정보 전달 및 가족의 경험을 공유합니다.
- 지역심화과정** 초과정 이수자가 참석할 수 있으며, Family Link 교재 8~12과 내용을 주제로 정보전달 및 가족의 경험을 공유하며, 강의시간을 해합니다.
- 중앙심화과정** 지역심화과정 이수자가 참석할 수 있으며, 가족들에게 필요한 특강시간과 그룹별 강의시간을 거쳐 가족강사 자격증을 취득합니다.

한국에서의 Family Link는 위의 세 단계를 거쳐 가족강사를 양성하고 있습니다.

교재내용



HOME > Family link란? > 교재 내용

제1과.....	정신질환의 이해
제2과.....	누가 나를 이해해 줄 것인가?
제3과.....	정신질환에 대한 약물치료
제4과.....	함께하는 의사결정
제5과.....	위기관리
제6과.....	가족으로서의 행복한 생활과 즐거운 인생
제7과.....	회복
제8과.....	가족의 스트레스 관리
제9과.....	재발 방지를 위한 계획
제10과.....	권리와 옹호
제11과.....	당사자를 위한 평생계획
제12과.....	미래를 향한 전진



National Center for Mental Health

보건복지부와 함께 하는

정신건강 가족교육



온/오프 라인

○ 대상
전국 정신질환-장애인 가족

○ 교육내용
정신질환 가족을 위한 의료서비스, 사회서비스, 가족의 경험 공유

○ 교육목적
가족의 정신질환을 인정하고 위기상황 극복을 돕고, 가족 자조모임 등을 통해 가족에 대한 지원제공

○ 교육일정
2020년 6월-11월(연 48회)

일시	주제	강사
6월 12일(목) 13:00-16:00	정신질환과 치료에 대한 이해 사회서비스의 종류와 활용 방안 치료와 회복에 대한 가족의 경험	전준수 교수 서울대학교병원 정신건강의학과 윤미경 부원장 광주광역시건강증진센터 김혜숙 목동구립노년복지센터
7월 25일(토) 13:00-16:00	정신질환과 치료에 대한 이해 사회서비스의 종류와 활용 방안 치료와 회복에 대한 가족의 경험	이현정 교수 고려대학교의료원, 정신건강의학과 이승연 부원장 서울시립건강증진센터 정희자 목동구립노년복지센터
9월 26일(토) 13:00-16:00	정신질환과 치료에 대한 이해 사회서비스의 종류와 활용 방안 치료와 회복에 대한 가족의 경험	안석균 교수 서울대학교병원, 정신건강의학과 송재용 부원장 경주시립건강증진센터 배정애 목동구립노년복지센터
11월 28일(토) 13:00-16:00	정신질환과 치료에 대한 이해 사회서비스의 종류와 활용 방안 치료와 회복에 대한 가족의 경험	이종선 교수 서울대학교병원, 정신건강의학과 김민영 실장 도봉구립노년복지센터 김진경 목동구립노년복지센터

- 교육장소
국립정신건강센터 11층 열린강당
- 신청방법
[온라인신청] 국립정신건강센터 홈페이지
정신보건교육신청(www.ncmh.go.kr)
[오프라인신청] 국립정신건강센터
정신건강교육과 TEL.02-2204-0339
- ② 보건복지부 국립정신건강센터 유튜브 채널 온라인 생중계
(<https://www.youtube.com/channel/UC9hA406w820n79W72n>)
- 본 교육과정은 보건복지부 국립정신건강센터에서 호스트로 방화자료를 준수하여
본/외국인으로도 동시에 수강하는 등 지원됩니다.

가속교육프로그램

* 부산광역시 · 장애인복지프로그램 보급사업 (2014년-2018년)

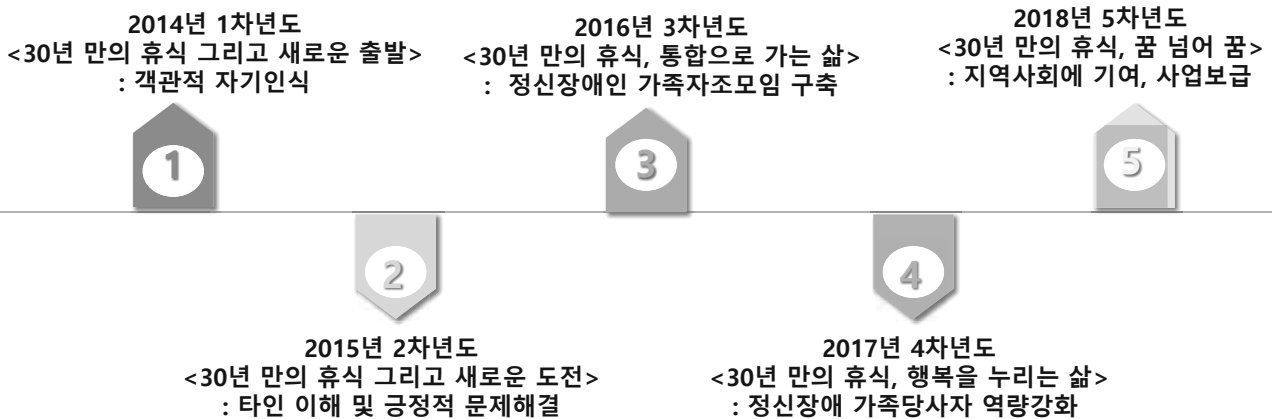
정신장애자녀를 둔 부양가족의 삶의 회복력 증진프로그램 “30년만의 휴식, 행복을 나누는 삶”

• 사업배경

- 가족은 정신장애의 가장 중요한 지지체계
- 정신장애자녀로 인한 스트레스와 죄책감
- 정신장애인 가족의 보호부담 가중
- 가족의 신체적, 심리적, 정서적, 사회적 회복의 필요성
- 정신장애 가족의 회복력 강화
- 위기와 문제 상황을 극복할 수 있는 힘과 강점을 가진 존재
- 가족의 역량강화, 사회참여, 사회적 역할의 기회제공

• 사업목적

정신장애인 자녀를 둔 부양가족의 건강한 삶을 위해 심리, 신체 및 정신, 정서지지를 위한 가족 프로그램을 실시하여 가족 회복탄력성 증진과 자녀와 정서적으로 독립(분리)된 삶을 살아갈 수 있도록 지원한다.



• 사업방향



가죽 자조모임

정신장애인 가족자조모임(가디언스클럽) 연혁 및 소개

2014년	- 부산 지역사회 정신재활시설 가족자조모임 “아미가디언스클럽” 정유찬 회장님 특강 - 장애인복지프로그램 지원(보급사업) : 2014년 정신재활시설 송국클럽하우스 가족자조모임을 위한 동기부여
2015년	- 연합가족워크샵 실시 (송국클럽하우스&아미정신건강센터 가족지원) - 송국클럽하우스 가족자조모임 발족 “송국가디언스클럽” (12월 2일)
2016년	- 송국가디언스클럽 4월 창단 (회칙, 임원진선출, 회비납부 등) - 아미, 송국 가족자조모임활성화(가족회복매뉴얼제작, 카카오톡그룹활성화, 간담회 및 임원진 월례회 실시)
2017년	- 정신재활시설 가족자조모임 지원 (컴넷하우스) - 정신보건법 개정에 따른 50인 토론회를 위한 역량강화 및 가족워크샵 실시(송국, 컴넷, 아미) - 정신장애 자녀를 둔 가족의 생애사 “인생의 숲을 거닐다” 출간
2018년	- 지역사회정신재활시설의 가족자조모임 네트워크 확대(컴넷가디언스 가족자조모임 발족) “컴넷가디언스클럽” - 정신장애인을 위한 정책, 제도의 개선을 위한 지원방안 모색(정책토론회 발제) - 자생력있는 자조모임을 위한 정신장애인 가족자조모임 “가디언스클럽” 창단, 중장기 계획을 위한 미션빌딩
2019년	- 정신장애 자녀를 둔 가족의 삶 이야기 “인·생 매거진” 출간 - 정신재활시설 가족자조모임 지원 (부산소테리아하우스) - 가디언스클럽 사회적 협동조합 추진 중



30년만의 휴식, 행복을 나누는 삶

#

세상을 바꾸는 가디언스

#

기다림의 씨앗

#

가족의 회복

#

진정한 행복

‘30년만의 휴식, 행복을 나누는 삶’

백숙기

송국가디언스클럽

세상을 바꾸는 가디언스

기다림의 지혜

백숙기(송국가디언스클럽 부회장)

Q
&
A

Q...



M E M O

M...

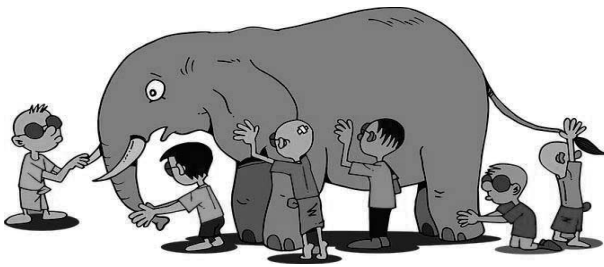


Mad Study

정원철

신라대학교

정신장애인 회복과 당사자주의 & Mad Studies



정원철(Ph.D)
신라대학교 사회복지학과 교수

한국사회복지상담학회장
한국교류분석상담 학회장 역임
정신건강사회복지사

강의의 목적

- 정신장애에 대한 개입의 주요 개념을 고찰
- 정신증에 대한 치료, 재활, 회복의 이슈를 고찰
- 정신의학주의 경도가 초래하는 문제점 고찰
- 메드스터디의 배경과 주 내용 파악
- 사회복지사가 취할 입장은 ...

정신질병 치료의 역사- I



- 18세기말- 도덕치료 등장 "감금도 치료적으로 사용하라 " – R. Pinel
처벌 금지 , 햇빛과 신선한 공기, 작업 , 산책을 제공, 친절 , 이해로 환자를 치료하여 좋은 결과를 얻음
- 19C-20C초 – 생물정신의학(Kraepelin)과 역동정신의학(Freud)이 양립
- Eugen Bleuler (1857~1939) 조현병을 '조발성치매'로 명명
- Dorothea L Dix (1802~1887) 정신질환자수용소 개선 운동, 주립정신병원 설립 기여
- S. Freud(1856-1939) 정신분석 창시 , 초기 인생의 억압이 질병의 요인 ..

정신질병 치료의 역사-II



- Adolf Meyer (1866~1950) 정신장애에 사회성을 반영(전체적 인간)하는 주장을 펼침
- Melanie Klein (1882~1960) 대상관계이론창시
- E. Moniz (1874~1955) 1936년에 전두엽 절개술로 정신외과술을 시술
- 1938년 Cerleitti(1877~1963)등이 전기충격치료를 개발
- E. Erikson (1902~1995)성격발달은 인생 초년 뿐 아니라 전생애 동안 계속됨을 주장 ..

정신질환 치료의 역사- Ⅲ



- 1952년- 정온제인 Chlorpromazine을 필두로 여러 정신약물이 개발
- 1960년 – 행동치료와 인지치료가 활성화되기 시작
- 1945년-대한신경정신의학회 발족
- 1950년대 초 한국전쟁 때 미군 병원에 정신건강사회복지사 최초 채용
- 1995년- 정신보건법 제정으로 정신건강사회복지사 법제화, 정신사회재활시설 운영

한국의 정신보건 지표 (2016)



- 강제 입원율 61.4% (이탈리아 10% 미만)
- 등록 정신장애인 취업율 8.3%
- 인구10만명당 자살율 25.6명(등록정신장애인 96.3명)
- 입원 재원기간(중앙값) 303일, 90일 미만은 26.6%
- 조현병환자 1개월 이내 재입원율 19.4%(이탈리아, 11.7%)

한국의 정신보건 지표 (2016)



- 재원기간: 2000년 277일, 2016년 303일로 증가
- OECD 10만명당 병상수: 0.59, 한국: 0.91(개방병상: 19.2%)
- 정신병상 수: 2003년(66,468), 2010년(89,559), 2016년(96,924)

한국의 정신보건 지표 (2016)



- 인구 10만명당 정신보건인력: 42.0명(미국 125.2명, 영국 318.9명)
- 인구 10만명당 거주 서비스 정원: 4.7명(호주 54.9, 이태리, 33.4)
- OECD 국가 연령별 표준화 자살사망률 28.7명(평균, 12.1)
- 등록 정신질환자 인구 10만 명당 자살율: 96.3명

한국의 정신보건 지표(2016)



- 정신건강 의료지출 선진국의 6분의 1 수준
- 국민1인당 정신보건 지출 44.8달러 : 영국 277달러, 미국 272.달러
- 정신장애인의 정신보건시설 및 지역사회 재활기관 등록율:
약 30%인 6만2938명
- 정신병동 간호사 1명 당 13명의 환자 담당, 일본의 3배 이상

객관적 진실?

TRUTH

절대 진리
보편 지식

VS

회의주의
상대주의
구성주의

해석과 정의



진리는 발견되는 것이 아니라 만들어지는 것이다 - 로티

진리는 없고 오직 해석만 있을 뿐 - 니체

과학혁명이란 자연의 내재적 성질에 대한 통찰이 아니라 자연에 대한 메타포어적 재진술이다.

세상과 해석



一切唯心造
色卽是空 空卽是色

道可道非常道
名可名非常名

Concept

postmodernism

포스트모더니즘의 주장

- 1)현실은 언어에 의해 창조되며, 언어를 떠난 객관적 사실은 존재하지 않는다.
- 2)모든 해석은 주관적이며 가치에 관한 보편적 기준은 없다.
- 3)지식은 정치적 성격을 갖는다.

postmodernism

포스트모더니즘의 공헌

- 1) 기존의 절대적 가치에 대한 해방적 요소를 제공
- 2) 독단과 편견으로부터의 자유를 제공
- 3) 특정 이념에 포로가 되는 것의 곤란함을 인식시켜 줌
- 4) 상대주의를 함의, 이질적인 삶의 양식에 대한 관용을 제시





생각해 봅시다

정신의학적 담론을 얼마나 신뢰, 지지하나요?

정신건강사회복지사의 차별적 정체성은 ?

정신장애 개입의 패러다임

강제수용, 증상완화
의료적 관점



기능향상, 전문가중심
재활관점



당사자 개인의 인식개선
회복관점



?

정신장애 개입의 패러다임

전문가중심주의
정신의학주의
치료, 재활

VS

당사자주의
회복
광기연구

정신의학주의-1



- 의료적 모델을 기반으로 상당한 증거와 의학적 자료 축적
- 정신질환 치료에 가장 많은 권위를 확보
- 의료법의 토대에서 활동함으로써 사회적 승인이 가장 강함

정신의학주의-2



- 생물학적 접근을 강조하고 약물치료와 입원치료를 강조
- 전문가중심주의를 표방
- 일방성, 심리사회적 측면을 경시하는 경향, 제반의 인권문제를 초래

반정신의학(anti-psychiatry)-1

- 60-70년대 정신의사, 심리사 등의 전문가가 주도
- 생의학적 관점에 반대, 정신의 분류 금지, 의료모델, 강제 약물치료를 거부
- 광기(mad)를 사회가 특정인에게 부과한 압력이나 가족갈등의 산물로 이해
- 서비스 제공자와 이용자 간 동등한 계약, 진정성, 존중의 상호작용을 강조

반정신의학-2

- 전문가의 시각이 아니라 환자의 주관적 관점이 중요함을 강조
- 정신장애인에게 부여된 판단에 '괄호치기' 할 것을 주장
- 정신병원은 '진짜 문제'를 가림. 따라서 폐지해야 올바른 대응이 가능
- 정신문제는 사회구조 측면에서 발생되고 접근도 이에 부합해야 함

반정신의학-3

- 강제 입원 금지, '시설'의 폐쇄, 지역사회로의 복귀를 강조
- 정신장애인을 탄압하는 사회적 측면에 사회행동의 필요성 주장
- 전문가가 주로 주도하고 당사자의 참여는 매우 제한적이었음
- 한국에서는 상대적으로 움직임이 약함

치료와 재활

치료 모델

증상의 호전에 초점

전문가 중심

약물치료, 정신치료

재활 모델

기능과 불리익에 초점

질병의 결과를 최소화

교육과 훈련, 제도개선
옹호

재활과 회복

- 재활은 회복으로 가는 길을 여는 것
- 회복은 상태, 재활은 방법
- 모든 재활이 회복의 가치와 부합되는 것은 아님
- 재활은 일반적, 회복은 개인적이고 심리적인 측면

회복(recovery)

- '병으로 인한 한계가 있다 하더라도 만족스럽고, 희망적이며, 기여하는 삶을 사는 것'
- 회복은 개인이 정신질환의 절망적 결과를 극복하고 성장하여 삶의 새로운 의미와 목적을 개발시켜 나가는 것을 포함

정신장애의 회복과정은 증상과 장애가 지속적으로 존재하는 동안에도 계속 진행될 수 있다

W. Anthony -

회복의 정의

- 1유형은 '사회적 관계형: '세상 속으로 나아가는 삶'
- 2유형은 '정상 추구: '잃어버린 건강을 되찾은 삶'
- 3유형은 '자기만족형: '자족하는 편안한 삶'
- 4유형은 '자기관리형: '자기 앞가림을 하는 삶'

질병모델	회복모델
정신병리	고통스러운 경험
질병에 대립 (anti-disease)	건강을 지향(pro-health)
의사와 환자	경험을 통한 전문가
진단	개인적 의미
과학적(일반적)	인본주의(개별적) 의학모델
치료기반	성장과 발견(강점중시)
정상으로 복귀	성숙한 인격으로의 변환
전문가에 의한 관리	자가관리

회복의 개념화



- 회복의 개념화는 정신건강 주체의 역할과 권력, 배제, 책임성, 성과에 영향
- 임상적 회복(임상가에 의한 증상감소) VS 개인적 회복(당사자가 결정, 책임)
- 정신의학적 회복: 정신의학에 덜 동조하는 입장에서의 회복은 배제시킴
- 포괄적 사회요소 기반의 회복이 아니라면 정신의학주의의 연속에 지나지 않음
- 심리사회적 회복 요소가 강화될 필요성이 많음

회복의 요인

- hope
- Dignity
- Resilience
- Self-responsibility
- Empowerment
- Self value
- Self-help



Predictors of recovery

- Supportive family
- Respectful therapeutic alliance
- Good premorbid social competence
- No substance abuse
- Adherence to treatment
- No primary negative symptoms
- Early intervention for psychosis
- Normal neurocognition



Nothing about us Without us

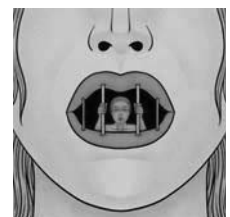
자기결정권, 자기 대표성

정신장애인의 당사자 활동은 정신증상을 완화시키고, 입원을 감소시키며, 희망을 제공하고, 사회 지지망을 확시키며, 삶의 만족도를 증진시킨다(Castelein et al., 2008; Davidson et al., 2012; Solomon, 2004)

정신장애인의 당사자주의는 정신장애인 자신을 증상이 있는 환자로서가 아닌, 스스로의 권리를 가지고 지역사회에서 독립된 인격으로 인정받으며 살아가는 것을 의미(오혜경, 2006).

언어가 사고를 지배한다
그들은 누구인가? !!

PATIENTS
USER
CONSUMER



정신장애인 당사자 운동-1



- 70년대 부터 활성화(예: 광기해방전선, 정신과환자해방프로젝터, Madness Network, News)
- 권력의 불평등을 초래하는 의료모델(정신장애인의 수동화, 일방화, 병원화, 낙인화)을 반대
- 이들은 스스로를 소비자, 생존자, 이전 환자, 서비스이용자, 이전 수감자로 묘사
- MNN의 활동: 정신약물치료에 대항하는 주장 수집, 당사자 주장의 담론화 시도

정신장애인 당사자 운동-1



- Phoenix Rising: 당사자 2명이 잡지 출간
- '정신병의 신화': 사회규범에서 벗어난 일탈행동으로 낙인찍는 것에 반대
- 정신장애의 낙인을 없애고자 '자조'와 '옹호' 활용을 중시
- **80년** 들어 정신건강공공 체계에서 당사자운동에도 자금을 지원하기 시작

정신장애인 당사자 운동-3



- 생물학적 소견도 수용하는 온건당사자 조직 태동
- 온건 조직은 증상, 병리 중심에서 탈피, 강점과 능력중심의 접근을 주장
- 급진/온건 조직이 공존하다가 21세기의 'Mad Studies'로 다시 합류
- 한국의 경우 당사자운동에 당사자의 주체적 활동 비중이 높지 않음



Sanism(정신질환차별주의)



- 나치의 정신질환자 7만명 학살
- 20세기 초 정신장애인 결혼금지 시도, 불임시술 검토 ...
- 인종차별, 성차별, 민족차별, 성적취향 차별, 정신장애인 차별
- 경찰 총기사살자 1000명 중 ¼이 정신장애인(미국)
- 정신장애인은 전수조사 및 강제로 입원시켜야 마땅한 대상(한국)

Sanism(정신질환차별주의)



- '경조증 연예인'
- '드라페토매니아(Drapetomania)
- '정신건강이 위험한 대통령'
- 낙인을 넘어 이미 주거, 고용 등에서 상당한 차별에 노출
- '정신과 진단과 치료'가 낙인을 부채질함
- 'Mad에 차별', 'Sane에 특권' 부여

한국의 현실

- 정신의학 중심의 기울어진 운동장: 병리중심, 수동적, 약물만능주의
- 97천 병상, 입원 중심의 정신보건체계
- 지역사회정신보건 기반 미비
- 입원 문턱은 높였으나 탈원화의 증거는 안 보임
- 생정신의학 중심의 담론 성행, 생물적기반을 벗어난 주장은 무시

한국의 현실

- 화학적 불균형인가? 권력의 불균형인가?
- 당사자, 경험자의 목소리를 대변하는 분위기와 조직의 미비
- 임상회복, 개인화, 뇌의 문제를 강조, 약물효과의 신봉
- '정신장애인 입원 만능'의 마녀사냥식 접근이 여전히 횡행
- 일방적인 생화학적 접근을 저지할 대응 주체가 마땅치 않음

지금의 코로나 사태로 불안과 우울이 급증한다면
이를 진단하고 약을 먹일 것인가?

생의료 모델의 남용, 권력불균형, 특히 정신과 의사와 서비스 이용자
사이의 권력 불균형과 지식과 증거의 편향된 사용이 문제임

정신건강에 미치는 사회결정요인, 빈곤 등의 영향력은
정신과 진단범주로 인해 은폐되어져 있다.

정신질환의 위기가 아니다. 정신건강시스템이 만들어낸 부담과
장벽에 의해 만들어진 위기가 있을 뿐.. 확실히 정신의학은 위기이다 .

- 다이니우스 푸라스 유엔 건강권 특별보고관의 인터뷰 중에서 -

핀란드 Open dialogue의 예-1

- '불확실성에 대한 관용' 원칙:

신속히 약을 처방하지 않고, 몇 주간 지켜본다
3회 이상의 회의를 통해 약물치료를 결정
문제의 맥락 파악과 회복에 필요한 시간의 확보를 중시함

- 약물은 다양한 치료방법 중 하나일 뿐

때로 약물의 작용이 도움이 될 수도 있음
하지만 약물이 환자의 심리적 자원을 동시에 감소시킬 수 있음도 중시
약물치료가 일방적으로 이루어지는 것을 배제

핀란드 Open dialogue의 예-2

- '신속한 개입의 원칙:

문제 발생 24시간 이내에 개입하도록 함
물론 바로 약을 투입하지 않고 다양한 방법을 숙고
이를 '처음 며칠간 창문이 열려있는 상태 ' 라고 부름

- 환자의 망상과 환청을 목소리(독백)으로 이해

독백은 서로 연결되어 위기 경험을 구성
종종 당사자 자신의 고통과 처지, 대응방식을 구하는 도구로 이해되어야 한다

왜 mad(광기) 인가?



Mad studies

- 당사자, 반정신의학자, 활동가, 비판적정신과의사, 급진임상가들의 지식체계
- 'Mad'의 필요성: 차별에 대응하는 긍정적, 전복적, 적극적, 정치적 의도
- 성적소수자의 'Queer'
- Not patients but 'mad people', 'mad experience', 'madness'
- Mad Matters(2013), Mad Studies Conference(2016)



Mad studies의 필요성

- 광기의 억압, 정신의학만능주의에 대항
- 당사자의 억압받는 정체성이 주요 기반
- 의료모델 탈피, 당사자 관점 용어의 부재로 인한 왜곡, 괴리감, 해석의 문제
- 장기치료 및 입원치료의 비인간화 및 비효과성의 부각
- 제공자와 이용자간의 심각한 권력 불균형의 인식



Mad studies의 특징



- 정신의학 중심의 용어가 파생하는 낙인과 차별의 시정
- 당사자 EMPOWERMENT 도구를 확보할 필요성
- 당사자가 직접 연구의 주체로 활동하도록 하는 토양 마련
- 당사자 중심 연구를 활용하는 개인을 주류 정신건강체계에 편입시킴
- 당사자의 관점, 우선 순위, 치료와 해에 관한 당사자 견해를 검열 없이 탐구

Mad studies의 특징



- 기존의 객관성, 중립성, 과학성의 엄격한 연구들의 배제
- 자기성찰성 비판적 자기분석, 자문화기술지, 스토리텔링기법 등 적용
- 비판적 인종차별학, 여성학, 퀴어학, 문화기술지 등의 연구방법론을 차용
- 전통적인 정신의학적 연구를 통제할 수 있는 근거를 확보

Mad studies의 과제

- 당사자의 관점과 당사자활동의 현황, 효과성을 적극 연구
- 당사자 출신 연구자를 적극 양성
- 질적 연구를 통한 당사자 입장을 다양한 방법으로 개념화
- 외국의 mad study 결과를 공유
- 기존 정신의학 중심 연구에 대한 비판적 사고와 대응방안을 공론화
- 당사자 중심의 새로운 연구 방법론을 모색



참고문헌

국가정신보건현황 3차 예비조사결과보고서, 보건복지부, 2017, 국립정신건강센터

박정임, 이금진, 지역사회 정신장애인의 자기결정에 관한 사회복지사와 당사자의 주관적 인식 분석, 2010, 한국보건사회연구원

엄재선, 이성규, 정신장애인 당사자 활동에 관한 현상학적 연구, 2018 정신보건과 사회사업

송승연, 정신장애인의 대안적 접근으로서 Mad studies에 대한 탐색적 연구, 2018, 비판사회정책

정원철, 정신보건서비스에서의 소비자주의 구현을 위한 NAMI 교육프로그램에 관한 연구, 2012, 리더십 연구

이용표, 송승연, 배진영 (2018). 핀란드 오픈다이얼로그에 관한 탐색적 연구.

한국장애인복지학, 40(0): 291-319.

마인드포스트

MEMO

MEMO

- 발 행 처 : 한국정신건강사회복지사협회
- 발 행 인 : 한국정신건강사회복지사협회장 이미경
- 주 소 : (04376) 서울시 용산구 한강대로 43길 13, 319호
- 전 화 : 02) 702-5638
- 팩 스 : 02) 701-5632
- 홈 페 이 지 : <http://www.kamhsw.or.kr>
- 발 행 년 도 : 2020년 7월
- 인 쇄 처 : 예일기획

