

만성정신질환의 지역사회적 치료

고신대학교 의학부 신경정신과학교실
김 진 학

Community Care of The Chronic Mental Patients

Jin-Hak Kim

*Department of Neuropsychiatry,
Kosin Medical College, Pusan 602-702, Korea*

= Abstract =

With the advent of community psychiatry, the importance of the care of the chronic mental patients has been stressed. In this paper, the author discussed the definition of the chronic mental patient, community as a treatment setting and various programs for community care. The experience of Kang-Hwa community mental health center as a model for developing the national plan for the community care of the chronic mental patients has been illustrated.

Key words : Chronic Mental Patient, Community Care, Community Mental Health Center

서 론

일반적으로 만성화된 정신장애는 경제·사회적 배경에 따라 발달하고 만연되어서, 현대사회에서는 만성정신장애를 사회정책적으로 해결해야 하는 사회문제중의 하나로 간주하고 있다⁵⁾. 특히 2차대전 이후에 구미 선진각국에서^{28 35 56 65)} 탈원화(de-institutionalization) 정책으로 요약되는 지역사회정신보건운동이 진행되었고, 제3의 정신과 혁명으로 평가되고 있다^{37 41)}.

탈원화와 지역사회적 치료를 가능하게 한 역사적 요인들은 (1) 효과적인 항정신성 약물의 소개, (2) 2차대전이후, 다양한 훈련 배경의 정신보건전문가들의 증가, (3) 삶의

근거지에서부터 가까운 장소에서의 치료원칙, (4) 정신질환자들의 시민적 권리를 옹호하기 위한 법적제도의 마련, (5) 만성정신질환자 관리 비용의 감축 및 변용하려는 경제적 동기, (6) 병원 위주의 치료가 퇴원후 환자의 지역사회 적응을 돕지 못하고 있다는 연구결과 등에서 찾아 볼 수 있다²¹⁾. 이외에 정신보건 전문가들의 헌신적인 노력과 인본주의적인 치료(humane approach)를 통한 정신질환자들의 기능향상에 대한 기대감 등이 지역사회적 치료를 정착시키게 되었다. 이런 역사적 배경하에서 지역사회적 치료는 장기입원시설에서의 수용화 증후군(institutionalism)의 폐해를 없애고, 의존·수동적 생존을 벗어나서 지역사회에서 독립적 생활

능력을 유지하게 하는 것, 지역사회 정신보건센터를 주축으로 분산된 치료체계를 구축하여 지역사회가 치료를 담당하게 하는 것 등을 그 이상적 목적으로 발전하였다¹¹⁾.

한편 지역사회적 치료에 대한 평가는 탈원화 정책의 진행, 지역사회 치료체계 구축의 문제점, 재정적 효용성에 집중되어 있으나^{11, 15, 24, 27)}, 지역사회적 치료를 통한 정신질환자들의 삶의 질적인 측면의 평가 역시 정신보건전문가들은 강조하고 있다^{43, 44, 61)}. 또 다른 관점에서 고려해야 할 것은 지역사회 치료체계가 과연 만성정신질환자의 요구를 적절히 수용할 수 있었는가, 지역사회적 치료접근은 정신질환의 만성화 예방에 어떤 영향을 미쳤는가 하는 점이다. 저자는 만성정신질환자에 대한 지역사회적 치료경험을 발표한 바 있고, 정신질환자의 만성화를 차단하기 위한 방안으로 장기수용시설인 정신요양원과 지역사회 정신보건센터의 연계프로그램을 제시하였다^{3, 4)}.

우리나라의 경우 지역사회적 치료는 국가정신질환 관리방안의 하나로 제안되고 있으나^{1, 8, 9, 10)}, 시범사업등의 실제적 경험과 장기입원시설에 대한 연구는 극소수에 불과한 실정이다^{2, 3, 4, 6, 7)}. 본 논문은 만성정신질환자를 대상으로 한 지역사회적 치료의 문제점을 요약 토론하고, 강화지역사회 정신보건센터모델을 예시함으로써 향후 우리나라의 지역사회 정신보건사업 모델 모색에 기여하고자 한다.

만성 정신질환

지역사회 치료체계의 중심인 지역사회 정신보건센터는 대상 지역권(유역, catchment area) 전인구의 정신보건문제를 책임지게 된다^{37, 41)}. 지역사회적 치료의 성패는 그 지역 대상인구의 특성과 요구를 적절히 반영하는데 달려있다고 해도 과언이 아니다. 특히 만성정신질환자의 요구를 반영하지 못한 치료체계는 지역사회 정신보건운동의 실패요소로 지적된다⁴⁰⁾. Talbott⁶⁰⁾는 만성정신

질환자 치료에 있어서 지역사회적 치료모델과 효율성을 토론한 논문에서 지역사회적 치료가 더 많이 적용되지 못하고 있는 요인들중에 이 환자들의 특성과 요구에 대한 연구 부족을 기술하고 있다. 즉, 만성화를 야기하고 예방할 수 있는 것은 무엇인가, 어떤 형태의 치료구조가 어떤 환자들에게 특히 효과가 있으며, 얼마나 많이 필요한가에 대한 해답을 제시하고 있지 못하다는 것이다. 지역사회적 치료는 입원 시설에서의 인간창고와 같은 현상^{6, 30, 54)}에 대한 고려와 함께 정신보건 전문가들이 만성정신질환자의 기준, 특성, 요구(needs)를 파악할 수 있는 임상적인 훈련을 필요로 한다.

만성정신질환자는 만성 경과의 중증의 주요 정신질환을 앓고 있으며, 사회적 혹은 직업적 기능장애를 나타내는 환자들이다. 따라서 만성정신질환은 진단, 만성경과의 이환기간, 사회적 장애정도의 수준에 따라 정의될 수 있다¹³⁾. 진단적으로는 만성정신분열증, 주요기분장애, 망상장애, 기질성 뇌후증군 등이 속하고 주정 및 약물중독, 정신지체, 심한 인격장애 등도 포함시키고 있다³¹⁾. 사회적 장애 정도는 정신질환 그 자체의 자연 경과, 병전 성격과 같은 요인외에도 질병으로 이환되기 이전 혹은 이후의 사회적 고립정도 등과 같은 외적 요인과 밀접하게 관련되어 있다. 이런 요소들은 질병에 대한 주변의 태도와 개인의 자의식에 부정적인 영향을 미칠뿐만 아니라 치료에 대한 기대 수준을 낮추어 장애정도를 악화(regression)시키게 된다¹³⁾. 또 탈원화정책은 만성정신질환을 정신과적 병력이나 입원 기간만으로 정의할 수 없게 하였다. 병력과 임상양상이 만성화 경과를 따르는 젊은 정신질환자들(young adult chronic patients)에 대한 보고가 이를 타당성있게 반증해 주고 있다^{12, 49)}.

Test와 Stein⁶³⁾은 만성정신질환자들의 특성을 다음과 같이 요약하고 있다: 이들은 조그만 스트레스에 직면해도 심한 정신병리

를 보인다; 사회보장금이나 생활비 마련, 대중교통수단의 이용, 세탁이나 식사 준비하는 등의 생존 기술이 결여되어 있다; 자신들을 아주 무력하다고 보기 때문에 가족이나 시설의 많은 지원에 의존하고 있으므로 이러한 지원이 차단되면 역시 심한 정신병리를 드러내는 경향이 있다; 보호와 지도를 받는 작업환경에서 기술을 배우고 익힐 때와는 달리, 혹은 혼자만의 작업을 부여 받았을 때와는 달리 경쟁관계 속에서 작업을 할 때는 매우 많은 스트레스를 받고 있어서 직업을 계속 유지하는 것이 어렵게 된다; 대부분 타인들과 긴밀한 관계를 이루는데 어려움을 느끼고 있다. 그러므로 만성정신질환자들은 매우 다양한 치료 형태를 요구하게 된다. 또 이런 특성들은 질병자체에 의해서라기 보다는 사회적 요소에 의해 영향을 받기 때문에 지역사회에서의 정신사회적 재활훈련(Psychosocial Rehabilitation)과 같은 지역사회적 치료모델의 적용이 효율적인 결과를 나타낸다.^{16 17 38}.

치료장소로서의 지역사회

만성정신질환자들은 탈원화 정책을 통해서 수용시설화된 정신병원에서 지역사회로 퇴원하여 외래치료시설에서 치료를 받게 되었다. 정책적으로 입원환자들의 퇴원을 촉진하고 입원치료 기간은 짧아졌다. 따라서 치료의 장이 지역사회로 옮겨 가고 입원환자들의 흐름에 주목하게 되었다. 미국의 경우, 1950년대 말에 56만이 넘는 병상수가 현재는 13만 이하로 격감하였다³⁷. 미국의 탈원화율은 75%, 영국 50%, 스웨덴 40%, 프랑스 20%, 네덜란드 20% 등이다²⁹. NIMH Data에 의하면 1955년도 환자 진료건수의 3/4이 입원치료였는데 반하여, 1977년에는 70%가 외래 치료였다⁶⁷.

그렇다면, 탈원화 이후에 지역사회가 진정한 치료장소로 변화하였는가?

첫째, 지역사회로 만성정신질환자들이 복귀하였는가? 대부분의 탈원화된 환자들은

지역사회의 외래치료소(aftercare clinic)에서 치료와 재활서비스를 받고 있다. 일부는 새로운 유형의 주거치료시설로 옮겨 갔다. Talbott³⁷는 단지 환자들의 치료와 생활의 장소가 열악한 수용시설에서 또 다른 비참한 환경의 지역사회로 옮겨진 transinstitutionalization에 불과하다고 비판하였고, 연구 결과들이 확인해주었다^{20 55 59}. 또 심한 환자들의 경우 장기입원이 제한되고 입원실은 단기응급시설로 이용이 집중되어서 결과적으로 자주 재입원하는 revolving-door syndrome을 야기하게 되었다⁵³. 결국 수용시설을 제거하는 것만으로는 만성정신질환자들을 지역사회로 복귀시킬 수 없었다. 또한 지역사회 자체가 환자들을 소외시키는 거대한 수용시설화 할 수도 있다. 입원치료와 지역사회적 치료가 대조적인 것은 사실이지만, 치료환경에 상관없이 적극적이고, 개인 특성에 맞는 치료가 필요하다⁶.

둘째, 지역사회에서 만성정신질환자들은 필요한 치료에 접근할 수 있었는가? 또 계속적인 치료가 제공되었는가? 탈원화된 이후에 만성정신질환자들은 입원시설에서 제공받았던 약물치료, 내과적 치료, 주거문제, 작업활동 및 사회적 유대관계 등을 지역사회에서 구해야 했다. 그러나 환자들의 제한된 기능수준으로는 지역사회에 산재되어 있고, 유기적인 연결을 이루지 못하고 있는 지역사회 치료시설에서 이런 도움을 구할 수 없었다¹⁶. 또 환자들이 상당한 수준의 기능을 유지하기 위해서는 이러한 지원이 지역사회로의 전환기에만 일시적으로 필요한 것이 아니고 지속적으로 제공되어야 한다^{41 42 57}. 치료의 연속성이 없으면 퇴원후 지역사회에서 증발해 버리는 추적 불가능한 경우가 빈번히 발생한다. 그런 이들을 연속적으로 치료하는 것, 예를 들면 입원 혹은 수용시설과 지역사회 자원을 연결하는 것이 전략적으로 매우 중요하게 취급되어야 한다⁵². 유기적인 관계를 유지하는 하나의 체계가 있다면, 이는 분명히 포괄적인 치료

서비스를 제공할 수 있으며 쉽게 환자들이 이용할 수 있을 것이다. 이 경우에는 병원을 대신하는 중간 주거시설이 핵심적인 요소가 된다. 이는 입원에 대한 대안이 되며, 병원이나 수용시설로부터 바로 퇴원하는 것보다 지역사회에 더 부드럽게 융합하게 해 준다. 또 탈원화에 이은 외래치료 위주의 치료체계에서는 치료의 연속성은 환자의 선택에 달려 있다. 그러나 저자의 경험으로는 환자의 인구사회학적 특성보다 치료유형이나 기능 정도, 장애 정도와 연관이 있는 것 같다. 따라서 사례별 관리의 중요성이 강조되어야 한다^{33 36)}.

셋째, 지역사회는 치료적 환경으로 변화할 수 있는가? 환자의 가족과 주민들은 개념적으로는 환자들이 지역사회로 복귀하는 것을 찬성하지만 그들과 같이 살아가는 것은 원치 않고 있다. 주민들은 환자들의 난폭하고 이질적인 행동에 두려움을 느끼고, 가족들 역시 심리적, 경제적 부담으로 고통을 호소한다³⁹⁾. 그러나 정신보건 전문가들의 직접적인 지원으로 잘 이겨낼 수 있다고 보고되고 있다²²⁾. 지역사회 정신보건센터는 지역사회의 요구를 적절히 반영하는 철학을 갖고 있고, 또 이런 과정을 통해서 지역사회 참여나 지원을 얻을 수 있기 때문에 지역사회를 치료적 환경으로 구성하도록 노력을 하여야 한다. 정신요양원이나 양로원과 같은 지역사회의 자원을 치료적 환경으로 재구성하는 노력, 환자가족들의 고통에 대해 민감하게 지원을 하는 일, 지역사회 자체에서 치료기금의 조성, 정신보건교육, 위기개입 프로그램의 실용화 등의 노력으로 비로소 지역사회가 치료적 환경으로 변모할 수 있을 것이다.

지역사회적 치료프로그램

지역사회적 치료는 지역사회 내에서 입원위주의 치료를 대신할 수 있는 모든 치료형태를 말한다. 즉 정신병원에서 치료를 대신하는 치료(alternatives to the mental

hospital)이거나, 퇴원후 치료(aftercare)를 하기 위한 치료행위 등이다⁶³⁾. 전통적인 입원치료를 대신하는 지역사회적 치료는 병원 시설에 대한 의존(institutional dependency), 일상생활 능력의 위축, 정신질환자라는 편견(stigmatization) 등을 제거할 수 있고, 지역사회내에서 건강한 행동유형 및 적응기술을 배울 수 있는 기회를 갖게 한다. 또 입원치료에 드는 비용을 절감할 수 있고, 병원환경보다 구속을 적게 받는 치료 환경을 제공하게 된다^{57 60)}.

입원치료를 대체하는 지역사회적 치료프로그램은 치료 환경에 따라 분류할 수 있다. 가정 환경에서의 재가치료(home-based care); 비병원-비가정 환경에서의 정신사회적 재활프로그램(예, Fountain House¹⁴⁾, Soteria House^{46 47)}, The Lodge Program²⁶⁾ 등); 병원치료의 변형으로서 부분입원(partial hospitalization) 치료인 낮병원(day hospital) 또는 주간치료소(day care center); 지역사회 자체에서 이루어지는 지역사회 생활훈련(Training in Community Living) 프로그램 등으로 구분할 수 있다.

입원치료를 대체하는 치료프로그램 및 퇴원후 치료는 입원치료에 비교하여 재입원을, 지역사회에서의 독립적인 생활, 직업 적응 및 삶의 질에 있어서도 만족도가 높았다. Pasamanick 등⁴⁸⁾은 가정방문을 통해 정기적으로 약물투여 및 가정에서의 간단한 지지치료를 받은 환자들이 입원치료를 받은 환자들보다 입원없이 지역사회에서 생활한율이 더 높았고(90% vs 75%), 재입원율도 적었다(46% vs 24%)고 보고하였다. Davis 등²³⁾은 이 연구 프로젝트를 계속한 결과 지속적인 치료(continuity of care)가 중요한 관건이라고 하였다. 6명의 환자들이 훈련 받은 비전문가들과 공동생활을 할 수 있는 치료프로그램인 Soteria House의 연구 결과에서는 재입원율이 적었고, 직업적응, 독립적인 생활능력 등이 향상되었다^{46, 47)}. Polak과 Kirby^{50 51)}는 재가치료, 주간치료를 시

행하여 지역사회적 치료의 효과성을 입증하였다.

부분입원치료는 정신보건전문가들 사이에 “day”, “night”, “evening” hospital 또는 day treatment center 등으로 불리는 일종의 통원치료 프로그램으로서 비의료적(non-medical)인 환경에서 운영되는 정신사회적 재활프로그램(즉, 자조집단, Fountain House, 치료적 사회집단 등)과는 다르다³⁹⁾. 조직적이고 포괄적이며 집중적인 치료를 필요로 하는 중증의 환자에게 진단, 내과적·정신과적 치료, 정신사회적 치료, 직업재활 같은 치료를 제공하게 된다. 그러므로 중증의 정신질환이 있으나 난폭한 위험이 적은 환자들이 입원치료시설의 환경보다 구속이 적고 경제적인 환경에서 효과적인 치료를 받을 수 있다. Herz³⁴⁾의 추적 연구에서는 부분입원치료를 받은 환자들이 정신병리, 기능수준이 우수하게 평가되었고, 2년동안의 병원 입원일 수도 26.8일로서 전통적인 입원치료 환자들의 115.1일 보다 적었다. 또 부분입원치료는 외래치료만 받은 환자와 비교해서도 우수한 치료효과를 보여 주었다.^{32 45 66)}

Stein과 Test^{57 58)}는 지역사회 생활훈련(Training in Community Living) 프로그램을 적용시켜 입원 대상 환자들을 지역사회에서 치료하였으며, 역시 좋은 결과를 보고하였다. 이 프로그램은 입원 대상이 되는 환자들을 약물치료, 정신치료 및 기타 정신사회적 치료기법을 각 환자에 맞도록 적용(tailored approach)하며, 지역사회 적응기술을 강조한다. 또한 가족들과 협력하여 같이 치료해 나간다. 따라서 대단히 적극적(assessive)인 치료프로그램으로 알려져 있다.

이상의 몇가지 치료프로그램들은 독립적으로 각기 개발되었으나, 지역사회 정신보건센터에서 지역사회적 치료원칙에 따라 포괄적인 치료를 제공하고 대상인구에 책임을 지기 위해서는 하나의 치료체계 속에서 유기적인 연계 운영이 되어야 할 것이다. 저자 역시 강화지역사회 정신보건센터에서 지역

사회적 치료프로그램들(표 1, 표 2)을 유기적인 치료체계 속에서 운영하여 긍정적인 결과를 보고하였다^{3 4)}. 다음에 저자의 실제적 경험을 토대로 지역사회 정신보건센터 모델을 예시하고자 한다.

지역사회 정신보건센터 모델 일례

알콜중독자를 포함한 입원대상이 되는 만성정신질환자와 정신요양원에서 퇴원한 환자들을 등록하여 재가치료와 정신사회적 재활훈련을 하였다. 외래치료소와 정신요양원에서 약물치료를 하였고, 지역사회병원의 개방병실과 정신요양원의 폐쇄병실을 단기 입원치료시설로 일부 이용하였다. 간호사와 사회사업가가 가정방문 간호사 및 사례관리자(case manager) 역할을 수행하였다. 정신사회적 재활요법은 교회, 성당, YMCA, 과수원 등 지역사회의 가능한 모든 장소에서 이루어졌으며, 입원시설들과 유기적인 조화를 이룰 수 있도록 발전되었다. 또 환자들의 기능에 따라 융통성있게 운영되도록 사례관리를 강조하였다. 초기에는 가정방문치료(혹은 재가치료)를 주로 개발하였다. 그러나 지역사회 주민들이 문제가 생기면 환자들을 쉽게 가까운 정신요양원에 입원시키고 퇴원 후에 치료를 중단하는 경향이 많고 재발이나 문제의 발생이 일상생활에 적응을 하지 못한 때문임을 주목하여 다양한 지역사회적 치료기법을 적용하여 사후치료(혹은 퇴원후 치료, aftercare) 체계를 개발하였다.

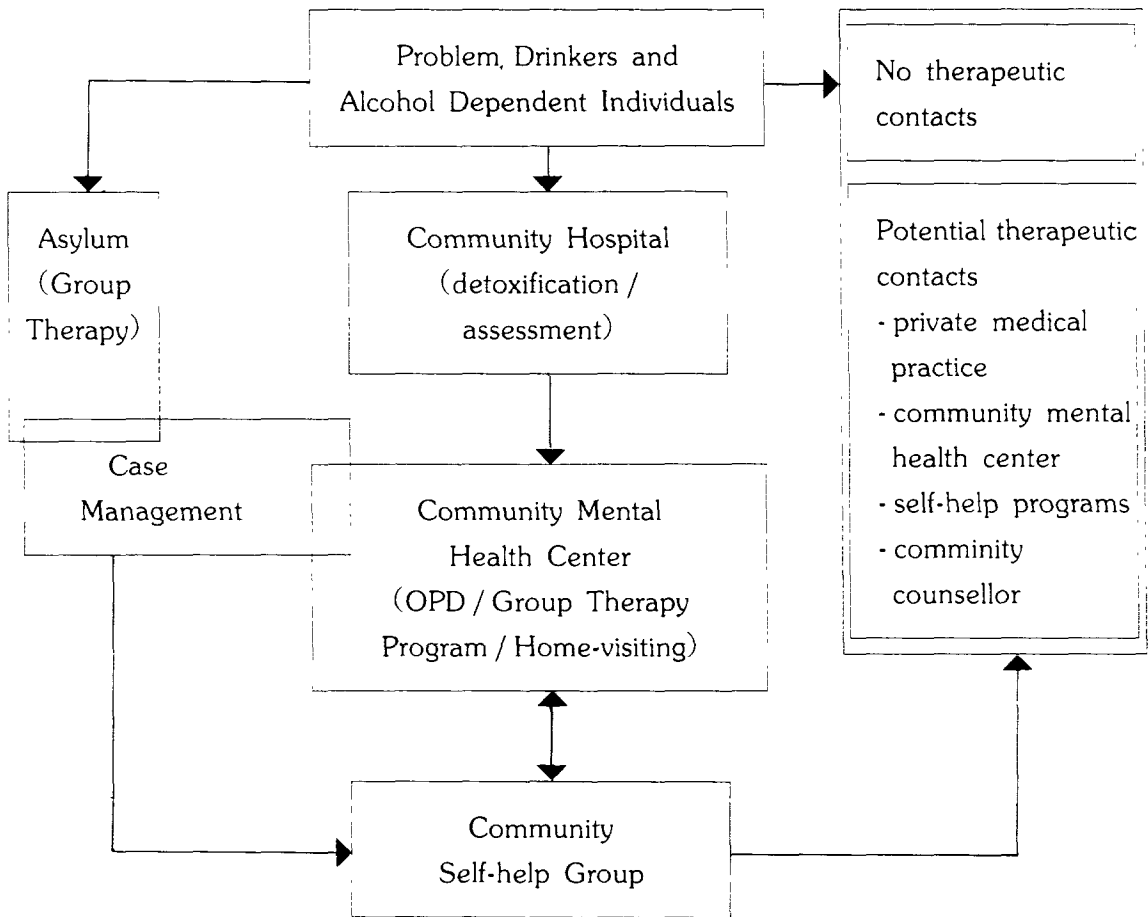
재가치료(Hoem-based care, 혹은 가정방문치료) : 일주일에서 최소 한달간격으로 가정방문치료사가 가정방문을 하여 환자에게 약물을 지속적으로 복용해야 하는 중요성과 환자들이 혐오하는 부작용 등을 검색하고 설명하는 것을 기본으로, 개인적인 지지치료나 가족에게 환자와 적응하는 문제를 상담, 교육하고, 필요한 경우는 환자가 가정 일이나 농사일 등을 돕게 지도함으로써 가족과의 적응을 돕는 일을 한다. 물론 가정 내의 위기나 환자에게 중요한 결정을 할 일이

Table. 1 Management Programs of Chronic Mental Patients in Kang-Hwa Community Mental Health Center

Programs	Management of Non-medical Mental Institution	Community Rehabilitation	Homevisiting Program
Treatment Services			
1) Inpatient	1. Psychiatric assessment & diagnosis 2. Management of drug administration 3. Psychosocial treatment 4. Management of therapeutic community		
2) Aftercare	1. Post-discharge care planning 2. Registration for homevisiting care	1. Regular psychiatric interview 2. Monitoring of drug compliance 3. Family crisis intervention 4. Emergency calls for homevisiting	1. Helping adjust to everyday life 2. Monitoring & education of drug 3. Case management 4. Education & support of caretakers
3) Rehabilitation	1. Rehabilitation programs in residential setting 2. Occupational therapy 3. Sanctuary	1. Group therapy 2. Play & occupational therapy 3. Social-skills training 4. Self-help group	1. Social-skills training 2. Advising to participate rehabilitation program
Linking-to-Community	1. Volunteers program for mental asylum 2. Screening before admission	1. Utilization of community resources 2. Job allocation 3. Partial hospitalization	1. Developing a referral system
Community Support System	1. Regular assessment of the need of patients and family 2. Counselling and education of caretakers 3. Crisis intervention ; advising brief hospitalization 4. Citizen advisory boards		

생기면 치료팀에게 쉽게 연락할 수 있는 관계를 형성하는 것은 무엇보다도 중요하다.

Table. 2 Alcoholism Management System in Kang-Hwa Community Mental Health Center



환자들은 자신들의 독립적인 삶의 공간에서 살면서 가정방문 치료요원들로부터 필요한 도움을 받게 된다. 이들에게 지역사회내에서 사는데 필수적인 사회적 생존기술을 지도한다. 예를들면, 시장보기, 교통시설 이용하기, 사회보호 혜택을 받는 방법, 여분의 한가한 시간을 보내는 것 등을 지원하는 것 역시 활동 대상이 된다

외국의 경우 이런 서비스를 받는 환자들의 15~25%는 공격적이나 파괴적인 행위 혹은 자살과 같은 문제들 때문에 단기간의 입원을

검하게 되는 예가 많다. 그러나 강화의 경우를 보면, 이런 필요불급한 문제들 보다도 가족편에서 볼때 대리모나 대리가정처럼 중간주거시설⁸⁾이 없기 때문에 생기는 문제들로 하여 장기간 가정내 관리에 지친 나머지 장기 수용을 의뢰하는 경우가 빈번히 발생한다. 지역적 상황을 고려할 때, 단기 입원 시설이 없고, 장기 수용시설이 근접한 거리에 있고 오랜동안 수용이 상례화 되어 더욱 유혹을 받는다. 이 경우에 대체치료시설로서 중간주거시설은 결정적으로 매우 유용했을

것이다.

사후치료체계(Aftercare System) : 지역 사회 치료에서 손쉽게 많이 이용되는 방안이 단기 입원후에 퇴원후 치료(aftercare, 혹은 사후치료)를 강구하는 것이다. 많은 저자들이 운용의 실상을 소개하고 있는데 단순히 외래치료소에서 상담을 하거나 낮병원에서 맡아 하기도 한다. 이런 여러 프로그램의 참여자들로는 입원시 치료를 담당했던 치료자에서 부터 자원봉사자 등이 활용이 되고 있다. 자원봉사자들 중엔 환자 가족이나 과거에 환자였던 사람들이 참여하는 예가 있는데 비록 적은 수이긴 하지만 꽤 극적인 기대와 효과를 거두기도 하여 다른 자원봉사자들의 참여를 높이고 환자들에게도 적극적인 기대수준을 향상시키는 역할을 하여왔다. 이런 사후치료의 잇점은 대인간의 적응 기술이나 지원을 제공하는 외에도, 지속적인 약물치료를 강조하고 더욱 효과적으로 수행하기 때문에 상습적 반복입원을 극복하는 것으로 보인다. 단순한 사후치료보다는 환경치료적 기술을 적용한 주간치료프로그램(Day care program)이 더 좋은 효과를 내었다.

사례관리(Case Management) : 사례관리는 지역사회에서의 환자의 생활수준을 질적인 면에서 향상시키는데 목표를 두고 있다. 사례관리는 문제해결식 기능을 갖고 있으며, 서비스들간의 부족한 점을 메우고 서비스체계 내의 문제를 해결하는 과정이라고 할 수 있다. 중요한 요소로는 환자가 서비스를 제공하는 사람, 기관, 프로그램을 찾아 올 수 있도록 하고, 환자가 지역사회에 적응을 하는데 직면하게 되는 문제에 관해 배우도록 하며, 또 환자가 가지고 있는 문제들을 서비스 제공자나 지역사회 주민들과 해결하는 목적을 가지고 있는 활동이다. 그외에 각 환자들에 대한 특정 서비스 계획을 발달시키는 것을 포함하고 있다. 이때 사례관리자는 환자가 병원이나 혹은 지역사회에 있던간에 지속성이라는 관점에서 환자와 계속 접촉하

고 있어야 하는 사람이나 팀이 된다. 사례관리자는 환자들이 공식·비공식의 지원체계를 효율적으로 활용할 수 있게 하고, 환자가 그 기회나 서비스에 관한 선택을 정당히 할 수 있도록 돕고, 적절한 때에 필요한 도움을 구할 수 있게 하고, 자조그룹(self-help) 활동에로의 기회와 용기를 주며 모든 서비스가 환자들의 목표에 맞도록 조화를 이루게 한다. 사례관리자는 사회사업가적 역할과 직접적 치료자의 역할을 동시에 수행할 수 있는 상당히 다방면의 기능을 하게 된다.

제안 : 지역사회적 치료의 철학

지역사회적 치료는 지역사회적 치료프로그램이나 시설의 개발로 파악될 수 없다. 지역사회 정신보건운동의 맥락에서 파악되어야 한다. 지역사회 정신보건운동은 사회문화적인 환경이 정신질환의 양상, 경과에 영향을 미친다고 전제하고 있으므로, 각 사회의 특성, 정신병원 및 수용시설들의 상황에 따라 치료프로그램을 개발하고, 지역사회 자원(communitary resources)을 활용하게 된다^{37, 41)}. 따라서 외국의 모델을 우리나라에 도입했다고 해서 지역사회적 치료가 성공할 수 없으므로 우리나라의 만성정신질환자들이 치료받는 시설 및 현황을 파악하고, 치료를 담당할 정신보건전문가들의 양성이 우선되어야 하고 이들이 참여하는 하나의 정신건강운동(Mental Health Movement) 양상으로 전개되어야 할 것으로 생각된다. 특히 정신과 의사의 직접적인 참여가 중요하며 지역사회적 치료경험을 갖을 수 있는 전문의 훈련이 강조되고 있다²¹⁾. 정신병원은 환경치료, 정신사회적 재활치료의 경험을 쌓아야 하고, 단기입원 혹은 낮병원 제도를 정착시켜 나감으로써 교육, 훈련의 기회가 신장될 것이다.

지역사회적 치료정신은 각국에서 지역사회 정신보건법이 제정된 이래로 치료받을 권리의 평등성, 치료받을 기회의 근접성에 기초를 두고 발전되어 왔다^{1, 5)}. 지난 30여

년간의 선진 외국의 경험은 지역사회의 만성정신질환자에게 관심이 다시금 옮겨가고 있다. 만성정신질환자를 대상으로 한 지역사회적 치료는 정신요양원을 포함한 지역사회의 모든 치료시설 혹은 행정부처들 간의 책임성(responsibility), 치료의 단순화, 연속성 및 과학성이 뒷받침이 되어야 할 것이다³⁾. 또 지역사회의 진정한 치료장소로서 활용하기 위해서는 소위 편리한 체계(user-friendly system), 인간적 치료환경을 지속적으로 개발하는 노력이 필요하다. 지역사회의 치료적 변화는 곧 만성정신질환자들의 삶의 터전을 제공해 줄 것이다.

REFERENCES

1. 김광일, 김이영 : 정신질환의 국가관리 발전 방향. 정신건강연구 7 : 179-187, 1988
2. 김종주, 박남진, 박민철, 오상우, 고병익 : 만성정신질환의 현황 및 문제점 : 정신질환 시설 수용자를 대상으로. 신경정신의학 24(부록) : 15-22, 1985
3. 김진학 : 강화지역사회 정신보건사업. 정신보건사업의 정책 방향에 관한 세미나(보고서), 서울, 연세대학교 인구 및 보건개발 연구소, 1991, 69-112
4. 김진학 : 주정중독관리의 지역사회적 접근. 주정중독의 예방과 관리에 관한 세미나(보고서), 서울, 세계보건기구, 1992, 25-37
5. 김한주 : 지역사회 정신보건법. 사회정책과 사회복지, 2nd ed. 서울, 법문사, 1990, 207-230
6. 신승철 : 강화지역 일 정신요양원 상황 분석. 신경정신의학 27(6) : 1120-1130, 1988
7. 이기연 : 치료공동체적 접근에 의한 정신요양시설 환경 재구성에 관한 연구 (석사학위). 이화여자대학교 대학원, 1989
8. 이만홍 : 정신과 진료체계 내에서의 만성정신질환의 관리방안 : 강화도 정신보건사업 시안. 신경정신의학 24(부록) : 30-44, 1985
9. 이호영 : 지역사회 정신보건 의료전달체계. 정신보건 정책세미나(보고서), 서울, 보건사회부, 1987
10. 이호영, 신승철, 김병후, 이만홍, 김일순, 유승흠, 서일, 이명근, 김소야자, 김선아 : 강화지역사회 정신보건사업. 최신의학 31(1) : 113-122, 1988
11. Bachrach LL : Deinstitutionalization : An analytic review and sociological perspective. Rockville, Md, National Institute of Mental Health, 1976
12. Bachrach LL : Young adult chronic patient ; an analytical review of the literature. Hosp Com Psychiatry 33 : 189-197, 1982
13. Bachrach LL : Defining chronic mental illness. Hosp Com Psychiatry 39(4) : 383-388, 1988
14. Beard JH : The rehabilitation services of Fountain House, In : Alternatives to Mental Hospital Treatment, ed by Stein LI, Test MA, New York, Plenum, 1978
15. Borus JF : Deinstitutionalization of the chronically mentally ill. N Eng J Med 305 : 339-342, 1981
16. Borus JF, Hatow E : The patient and the community. In : Schizophrenia : science and practice, ed by Shershow JC, Cambridge, Harvard University

Press, 1978, 171-196

17. Braun P, Kochansky G, Shapiro R et al. : Overview : Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *Am J Psychiatry* 138(6) : 736-749, 1981
18. Campanelli PC, Lieberman HJ, Trujillo M : Creating residential alternatives for the chronically mentally ill. *Hosp Com Psychiatry* 34 : 166-7, 1983
19. Casarino JP, Wilmer M, Maxey JT : American Association for Partial Hospitalization(AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization . *Int J Partial Hospitalization* 1 : 5-21, 1982
20. Caton CL : The new chronic patient and the system of community care. *Hosp Com Psychiatry* 32(7) : 475-8, 1981
21. Chacko RC, Adams GL, Gomez E : The care of the chronic mental patient : a historical perspective. In : *The Chronic Mental Patient in a Community Context*, ed by Chacko RC, Washington DC, American Psychiatric Press, 1985, 2-24
22. Creer C, Wing J : Living with a schizophrenic patient. *Br J Hosp Med* 14 : 73-82, 1975
23. Davis AE, Dinitz S, Pasamanick B : Schizophrenics in the New Custodial Community : Five Years After the Experiment. cited from Braun P, Kochansky G, Shapiro R et al. : Overview : Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *Am J Psychiatry* 138(6) : 736-7649, 1981
24. Dowell DA, Ciarlo JA : Overview of the community mental health centers program from an evaluation perspective. *Community Ment Health J* 19(2) : 95-125, 1983
25. Dworkin RJ, Adams GL : Cues of disability and treatment continuation of chronic schizophrenics. *Soc Sci Med* 22(5) : 521-6, 1986
26. Fairweather GW : The Fairweather Lodge : a twenty-five year retrospective. *N Direct Ment Health Serv* 7 : 1-100, 1980
27. Gardner EA : Community mental health center movement : Learning from failure. In : *An assessment of the community mental health movement*, ed by Barton WA, Sanborn CJ, Massachusetts, Lexington Books, 1977, 103-115
28. Giel R : Care of chronic mental patients in the Netherlands. *Social Psychiatry* 21 : 245-32, 1986
29. Gittelman : Deinstitutionalization, cited from Holmberg G : Treatment, care and rehabilitation of the chronic mentally ill in Sweden. *Hosp Com Psychiatry* 39(2) : 191, 1988
30. Goffman E : *Asylums*. New York, Doubleday, 1961
31. Goldman HH, Gattozzi AA, Taube CA : Defining and counting the chronically mentally ill. *Hosp Com Psychiatry* 32 : 21-27, 1981
32. Guy W, Gross M, Hogarty GE, et al. : A controlled evaluation of day hos-

- pital effectiveness. Arch Gen Psychiatry 20 : 329-338, 1969
33. Harris M : Case Management with the chronically Mentally Ill. Am J Orthopsychiatry 57 : 296-302, 1987
34. Herz MI, Endicott J, Spitzer RL : Brief hospitalization : a two year follow-up. Am J Psychiatry 134 : 502-507, 1977
35. Holmberg G : Treatment, care, and rehabilitation of the chronic mentally ill in Sweden. Hosp Com Psychiatry 39(2) : 190-4, 1988
36. Intagliata J : Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled : the role of case management. Schizophr Bull 8 : 655-674, 1982
37. Kaplan HI, Sadock BJ : Synopsis of Psychiatry, 6th ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1991, 143-146
38. Kiesler C : Mental hospital and alternative care : Noninstitutionalization as potential public policy for mental patients. Am Psychol 37 : 349-359, 1982
39. Kirk SA, Therrien ME : Community mental health myths and the fate of former hospitalized patients. Psychiatry 38 : 209-217, 1975
40. La Fond JQ, Durham ML : Back to the asylum : The future of mental health law and policy in the united stated. New York, Oxford, Oxford University Press 1992
41. Lamb HR : Community psychiatry and prevention. In : Textbook of Psychiatry, ed by Talbott, JA, Hales RA, Yudofsky SC, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1988, 1141-1160
42. Lamb HR, Goertzel V : The long-term patient in an era of community treatment. Arch Gen Psychiatry 34 : 679-682, 1977
43. Lehman AF, Possidente S, Hawker F : The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. Hosp Com Psychiatry 37 (9) : 901-907, 1986
44. Lehman AF, Ward NC, Linn LS : Chronic mental patients : the quality of life issue. Am J Psychiatry 139 : 1271-1276, 1982
45. Linn M, Caffey EM, Klett CJ, et al. : Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. Arch Gen Psychiatry 36 : 1055-1066, 1979
46. Mosher LR, Menn AZ : Community residential treatment for schizophrenia : two-year follow-up. Hosp Com Psychiatry 29 : 715-723, 1978
47. Mosher LR, Menn A, Matthews SM : Soteria : evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. Am J Orthopsychiatry 45 : 455-467, 1975
48. Pasamanick B, Scarpitti FR, Dinitz S : Schizophrenics in the community : an experimental study in the prevention of hospitalization. cited from Braun P, Kochansky G, Shapiro R et al. : Overview : Deinstitutionalization

- of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *Am J Psychiatry* 138(6) : 736-749, 1981
49. Pepper B, Kirshner MC, Ryglewicz H : The young adult chronic patient : overview of a population. *Hosp Com Psychiatry* 32 : 463-469, 1981
50. Polak PR : A comprehensive system of alternatives to psychiatric hospitalization. In *Alternatives to Mental Hospital Treatment*, ed by Stein LI, Test MA, New York, Plenum, 1978
51. Polak PR, Kirby MW : A model to replace psychiatric hospitals. *J Nerv Ment Dis* 162 : 13-22, 1976
52. Pomp HC, McGovern MP : Integrating state hospital and community-based services for the chronically mentally ill. *Hosp Com Psychiatry* 39(5) : 553-5, 1988
53. Rieder RO : Hospitals, patients, and politics. *Schizophr Bull* 11 : 9-15, 1974
54. Rosenhan DL : On being sane in sane places. *Science* 179 : 250-258, 1973
55. Shafstein SS, Turner JEC, Clark HW : Financing issues in the delivery of services to the chronically mentally ill and disabled. In : *The chronic mental patient : problems, solutions, and recommendations for a public policy*, ed by Talbott JA, Washington DC, American Psychiatric Association, 1978, 137-150
56. Stefanis GN, Madianos MG, Gittelman M : Recent developments in the care, treatment, and rehabilitation of the chronics in Greece. *Hosp Com Psychiatry* 37 : 1041-4, 1986
57. Stein LI, Test MA : Alternatives to mental hospital treatment. *Arch Gen Psychiatry* 37 : 392-397, 1980
58. Stein LI, Test MA, Marx AJ : Alternative to the hospital : a controlled study. *Am J Psychiatry* 132 : 517-522, 1975
59. Swank GE, Winer D : Occurrence of psychiatric disorder in a county jail population. *Am J Psychiatry* 133 : 1331-1333, 1976
60. Talbott JA : Community care for the mentally ill. *Psychiatr Clin North Am* 8(3) : 437-448, 1985
61. Tantam D : Quality of life and the chronically mentally ill. *Int J Soc Psychiatry* 34 : 243-7, 1988
62. Taube CA, Thompson JW, Rosenstein MJ et al. : The chronic mental hospital patients. *Hosp Com Psychiatry* 34 : 611-615, 1983
63. Test MA, Stein LI : Community treatment of the chronic patient. *Schizophr Bull* 4(3) : 350-364, 1978
64. Turner T : Community Care. *Br J Psychiatry* 152 : 1-3, 1988
65. Watt JA, Guebaly NE : The chronic mental patient : the position of the canadian psychiatric association. *Can J Psychiatry* 26 : 494-500, 1981
66. Weldon E, Clarkin JE, Hennessey JJ, et al. : Day hospital versus outpatient treatment : a controlled study. *Psy-*

chiatr Q 51 : 144-150, 1979

67. Witkin MJ : Trends in patient care episodes in mental health facilities, 1955-1977. cited from Dowell DA, Ciarlo JA : Overview of the community men-

tal health centers program from an evaluation perspective. Community Ment Health J 19(2) : 95-125. 1983
