creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

심리학석사 학위논문

조현병 환자 가족의 외상성 스트레스와 표출정서의 관계

2023년 2월

서울대학교 대학원

심리학과 임상·상담심리학 전공

이 건 희

조현병 환자 가족의
외상성 스트레스와 표출정서의 관계

지도교수 이 훈 진

이 논문을 심리학석사 학위논문으로 제출함
2022년 10월

서울대학교 대학원
심리학과 임상·상담심리학 전공
이 건 희

이건희의 심리학석사 학위논문을 인준함
2022년 12월

위 원 장 _____ (인)

부위원장 _____ (인)

위 원 _____ (인)

국 문 초 록

본 연구는 조현병 환자의 가족이 환자를 돌보는 과정에서 겪는 돌봄 외상 경험과 그에 따른 심리적 후유증인 외상성 스트레스 증상을 탐색하는 한편, 가족의 외상성 스트레스 증상이 환자를 대하는 부정적 태도인 표출정서에 미치는 영향을 탐색하였다.

가족 협회 및 커뮤니티를 통하여 모집한 조현병 및 조현정동장애 환자의 가족 88명과 패널을 통하여 모집한 지역사회 일반인 278명의 자기보고 자료를 분석하였다. 분석 1에서는 돌봄 외상 사건 질문지를 통하여 가족이 환자를 돌보는 과정에서 겪는 외상적 경험의 실태를 조사하였고, 일반인 집단과의 비교 분석을 통하여 가족에게서 특징적으로 나타나는 외상성 스트레스 증상을 탐색하였다. 단순 외상성 스트레스 증상으로는 한국판 사건 충격 척도(IES-R-K)로 측정한 침습, 과각성, 회피, 수면·정서적 마비·해리가 포함되었고, 복합 외상성 스트레스 증상으로는 한국판 Beck 절망감 척도(K-BHS)로 측정한 절망감과 간이 정신 진단 검사(SCL-90) 중 신체화 하위척도로 측정한 신체화가 포함되었다. 분석 결과, 가족이 일반인에 비하여 높은 수준을 보이는 외상성 스트레스 증상은 과각성과 신체화인 것으로 나타났다. 특히 신체화의 경우, 가족은 일반인 중 외상 경험 심각도가 상위 30%인 고외상 집단과 유사한 수준을 보였다. 가족의 외상성 스트레스 증상과 관련되는 변인들을 탐색한 결과, 환자의 양성증상 심각도는 가족의 침습을, 환자의 음성증상 심각도는 가족의 절망감을 상대적으로 잘 예측하였다. 또한 가족을 대신하여 환자를 돌볼 수 있는 이차적 돌봄 제공자와 돌봄으로 인한 고민을 털어놓을 수 있는 정서적 조력자는 가족을 외상성 스트레스 증상으로부터 보호하는 요인이었다.

분석 2에서는 환자 가족 자료를 대상으로 가족의 돌봄 외상 경험과 환자에 대한 표출정서 간의 관계에서 외상성 스트레스 증상과 자기비난 및 타인비난이 어떠한 역할을 하는지 살펴보았다. 환자에 대한 표출정서

는 한국판 표출감정 평가 척도(FQ-K)를 통하여, 자기비난 및 타인비난은 한국판 인지적 정서조절 전략 척도(K-CERQ)를 통하여 자기보고식으로 측정되었다. 분석 결과, 가족이 환자를 돌보는 과정에서 외상적 경험을 많이 할수록 침습 증상이 심화되어 환자에 대한 정서적 과관여(과도한 걱정과 간섭)로 이어지는 것으로 나타났다(침습의 완전매개효과). 또한 환자의 양성증상과 정서적 과관여의 관계를 침습이 완전매개하였고, 환자의 음성증상이 가족의 절망감을 심화시켜 환자에 대한 비판적 태도로 이어지는 것으로 나타났다(절망감의 완전매개 효과). 가족이 평소에 사용하는 타인비난 전략은 전반적으로는 부적응적인 대처로 나타났으나 환자의 음성증상에 따른 절망감의 영향력을 상쇄시켜주는 효과도 있는 것으로 나타났다.

본 연구는 그동안 심리 서비스가 필요한 대상으로 주목받지 못하였던 조현병 환자 가족의 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스 증상을 확인하였다는 점에서 의의를 지닌다. 또한 조현병 환자 가족의 외상적 경험이 환자의 회복을 저해하는 표출정서로 전환되는 과정을 이해함으로써, 가족에 대한 심리적 지원과 그를 통한 환자의 회복에 필요한 기초자료를 제공하였다는 점에서 의의를 지닌다. 마지막으로, 본 연구의 한계점과 미래 연구 방향을 논의하였다.[1)]

주요어 : 조현병, 가족 돌봄 제공자, 외상성 스트레스, 신체화, 표출정서, 타인비난

학 번 : 2021-23864

---

1) 본 연구는 2022년도 서울대학교 사회과학대학의 재원으로 미래기초 사회과학연구인력 육성사업의 지원을 받아 수행되었다. 또한 장훈장학회의 학위논문 후원사업의 지원을 받아, 인바이트의 Invitation-based Panel을 대상으로 일반인을 표집하였다.

목 차

국문초록 ····· i

서 론 ····· 1

외상 경험과 심리적 증상 ····· 4

조현병 환자 가족의 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스 ··· 6

조현병 환자 가족의 외상성 스트레스와 표출정서 ····· 9

조현병 환자 가족의 돌봄 외상, 외상성 스트레스와 표출정서의 관계에서 자기비난 및 타인비난의 역할 ····· 14

문제 제기 및 연구 목적 ····· 16

방 법 ····· 21

참 여 자 ····· 21

측정도구 ····· 22

통계분석 ····· 26

결 과 ····· 28

분석 1. 조현병 환자 가족의 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스의 실태: 일반인 집단과의 비교 ····· 28

분석 2. 가족의 돌봄 외상 경험과 표출정서의 관계에서 외상성 스트레스 증상과 자기비난 및 타인비난의 역할 ····· 52

논 의 ····· 66

참고문헌 ····· 89

부　　록 ····· 105

영문초록 ····· 140

표 목 차

표 1. 가족 집단의 주요 변인 기술통계 및 상관관계 ····· 31
표 2. 일반인 집단의 주요 변인 기술통계 및 상관관계 ····· 32
표 3. 가족 집단의 돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건의 종류와 빈도 ····· 34
표 4. 일반인 집단의 외상 및 스트레스 사건의 종류, 빈도, 심각도 ····· 35
표 5. 가족과 일반인 집단 간 성비 비교 ····· 36
표 6. 가족, 고외상 일반인, 저외상 일반인 집단 간 성비 비교 ····· 36
표 7. 가족과 일반인 집단 간 외상성 스트레스 증상의 차이 38
표 8. 가족, 고외상 일반인, 저외상 일반인 집단 간 외상성 스트레스 증상의 차이 ····· 41
표 9. 환자의 질병 특성 변인 및 가족의 돌봄 특성 변인과 외상성 스트레스 증상 간 상관 ····· 46
표 10. 질병 및 돌봄 특성 변인으로 외상성 스트레스 증상을 예측하는 단순회귀분석 ····· 48
표 11. 양성증상 및 음성증상으로 외상성 스트레스 증상을 예측하는 다중회귀분석, 단순회귀분석 ····· 49
표 12. 돌봄 조력자 및 정서적 조력자의 존재로 외상성 스트레스 증상을 예측하는 다중회귀분석 ····· 49
표 13. 환자의 질병 특성 변인, 가족의 돌봄 특성 변인, 자기비난 및 타인비난과 표출정서 간 상관 ····· 51
표 14. 외상성 스트레스 증상으로 표출정서를 예측하는 다중회귀분석 ····· 53
표 15. 돌봄 외상 경험과 정서적 과관여의 관계에서 침습의

매개효과 ····· 55
표 16. 음성증상과 비판의 관계에서 절망감의 매개효과 ····· 58
표 17. 양성증상 및 음성증상과 비판의 관계에서 신체화의 매개효과 ····· 60
표 18. 음성증상, 절망감, 비판의 관계에서 타인비난의 조절된 매개효과 ····· 62
표 19. 양성증상과 정서적 과관여의 관계에서 침습의 매개효과 ····· 65

그 림 목 차

그림 1. 성별에 따른 가족과 일반인 집단 간 과각성의 차이 ····· 38
그림 2. 돌봄 외상 경험과 정서적 과관여의 관계에서 침습의 매개모형 ····· 55
그림 3. 음성증상과 비판의 관계에서 절망감의 매개모형 ···· 58
그림 4. 양성증상 및 음성증상과 비판의 관계에서 신체화의 매개모형 ····· 60
그림 5. 음성증상, 절망감, 비판의 관계에서 타인비난의 조절된 매개모형 ····· 63
그림 6. 절망감과 비판의 관계에서 타인비난의 조절효과 ··· 63
그림 7. 양성증상과 정서적 과관여의 관계에서 침습의 매개모형 ····· 65

서 론

조현병 환자와 마찬가지로, 가족 역시 발판이 흔들리고 현실이 변형되는 두려움을 경험한다. 환자는 더 이상 내가 알던 사람이 아니고, 세상은 더 이상 내가 알던 곳이 아니다.

Harriet Lefley(1987)

정신장애인의 가족은 그동안 정신장애에 관한 연구와 실천의 가장자리에서 '숨겨진 희생자(hidden victims)'로 살아왔다(Tungpunkom et al., 2013). 가족은 정신장애를 가진 환자와 한 지붕 아래서 정신장애라는 혼란스럽고 만성적인 사건의 생존자로 살아간다. 그럼에도 정신건강 분야의 오랜 역사 속에서 가족은 환자의 정신장애를 발병시킨 원인으로 비난받는 동시에 환자를 돌보는 거의 유일한 보호의무자로 살면서, 비난과 책임이라는 이중 부담을 짊어져 왔다(강동호 등, 1995; 서미경, 1999; Torrey, 2019/2021). 중증 정신질환 연구자인 정신의학자 Harriet Lefley(1987)는 이를 두고 "가족을 발병 기제로 지목하는 가설이 문화적 차원에서 전승되는 장애는 정신장애가 유일하다(p. 6)"고 하였다.

정신장애 중에서도 조현병(schizophrenia)은 환각, 망상, 혼란스러운 언어 및 행동, 그리고 음성증상을 특징으로 하는 중증 정신장애이다(American Psychiatric Association, 2013). 서두에 소개된 Lefley(1987)의 글은 조현병 환자의 가족으로 살아가는 경험을 조현병의 특징인 현실의 변형 및 붕괴에 빗대어 생생하게 표현하고 있다. 조현병은 호전과 악화를 반복하며 만성화되는 특성이 있고 예측이 어려운 행동이 나타나기도 한다. 이에 따라 가족은 충격, 혼란, 불안, 공포, 걱정, 우울, 상실감, 비애, 죄책감, 수치심, 낙인 등 다양한 심리적 후유증을 호소한다(김미경, 2000; 배성일 등, 1990; 서미경, 2007; 송현주, 1996; Cleary et al., 2020; Harrison et al., 2001; Scottish Schizophrenia Research Group, 1987;

Tungpunkom et al., 2013). 정신과 서비스를 이용하는 조현병 환자 가족의 3분의 1이 임상 사례에 해당된다는 보고가 말해주듯(Gibbons et al., 1984), 환자를 돌보다가 그 자신도 병을 얻는다는 국내 조현병 가족 단체 회원들의 이야기는 과장이 아닌 현실이다.

가족이 조현병 환자를 돌보는 과정에서 겪는 어려움은 주로 의학, 간호학, 사회복지학 분야에서 돌봄 부담(caregiving burden)이라는 개념으로 연구되었다. 돌봄 부담은 크게 객관적 돌봄 부담과 주관적 돌봄 부담으로 나뉜다(Hoenig & Hamilton, 1966). 객관적 돌봄 부담은 환자의 증상과 관련된 행동과 그로 인하여 발생하는 현실적인 제약을 가리킨다. 이를테면 환자의 환청, 망상, 비논리적인 말, 공격적 행동, 자기파괴적 행동, 개인위생 관리의 어려움, 의욕 결여, 대인관계 결여, 비정상적인 식사 및 수면 습관, 가족 기능의 붕괴, 가족의 정체성과 역할의 변화, 사회적 낙인 등이다(강동호 등, 1995; Marsh, 1992). 주관적 돌봄 부담은 주로 죄책감, 수치심, 분노, 절망감, 불안, 환자에 대한 상실감 등의 정서적 고통을 가리킨다(강동호 등, 1995; Hatfield, 1978; Marsh, 1992). Shiraishi와 Reilly(2019)는 23개 질적 연구에 관한 체계적 문헌 고찰을 통하여, 조현병이 가족에게 미치는 부정적 영향으로 외상적 경험, 삶과 건강에 대한 기대 상실, 인적 및 사회적 자원의 부족, 불확실성과 예측불가성, 가족 와해, 대인관계 갈등, 이해의 어려움, 낙인, 유전성을 꼽았다.

가족은 조현병이 일으키는 가늠할 수 없는 조류 속으로 함께 들어가며, 그 안에는 종착점이 있는 여정 대신에 끝나지 않는 돌봄의 순환(ongoing circle of caregiving)이 기다리고 있다(Shiraishi & Reilly, 2019). 그만큼 조현병의 경과는 만성적이고 순환적이어서, 15년 내지는 25년의 유병기간 동안 추적이 가능하였던 75%의 환자 중 증상과 사회적 기능 면에서 만족스러운 회복을 보인 경우는 50%에 그쳤다는 보고가 있다(Harrison et al., 2001). 또한 가족은 돌봄의 책임을 오롯이 짊어져야 하지만 누구도 자신의 이야기에 귀 기울이지 않는 사회에 산다. 이러한 점에서 Milliken(2001)은 조현병 환자를 자녀로 둔 부모가 '권리가 박탈된(disenfranchised) 부모'로서 살아간다고 표현하였다. 최근 국내의 정신

장애인 가족 단체들에서는 정신건강복지법의 보호의무자 조항(정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제 39조)을 폐지하거나 대체하는 개정안에 대하여 논의하면서, 그간 가족들에게 고스란히 부과되어 온 책임을 국가의 정신건강 시스템과 분담하기 위한 첫 걸음을 떼었다. 또한 자신이 겪은 고통을 다른 가족들이 겪지 않도록 돕기 위하여 자조 모임을 운영하고 가족 강사로 활동하고 있는 가족들도 많다.

그에 비하면, 조현병 환자 가족을 고통의 당사자로 바라보고 이들이 경험하는 심리적 어려움의 실태를 살펴본 국내 임상 및 상담심리학 연구는 매우 부족한 실정이다. 이는 임상 및 상담심리학 분야 내에서 조현병이라는 장애 자체에 대한 관심과 이해가 고도화되는 것과는 대비되는 모습이다. 또한 심리학 외 분야에서도, 조현병 환자 가족에 대한 국내 연구와 심리교육(psychoeducation)은 가족의 심리적 어려움을 구체적으로 사정하고 개입하는 접근보다는, 환자의 재발 방지나 회복에 있어서 가족이 중요한 치료 기제이자 파트너가 되도록 돕는 접근에 무게가 실려 있다. 물론 이는 과거에 가족을 발병 원인으로 바라보던 병리적(pathogenic) 관점에서 벗어나 치료의 협력자로 바라보는 파트너십(partnership) 관점으로 옮겨가고 있다는 긍정적 신호로 볼 수도 있다(서미경, 1999). 그럼에도 가족이 특징적으로 경험하는 심리적 고통과 그것이 환자에게 미치는 영향에 대한 세밀한 이해는 더 필요한 실정이다. 임상 및 상담심리학 분야는 심리적 고통에 대한 개념화, 평가, 치료기법이라는 자원을 살려서 의학, 간호학, 사회복지학 등의 유관 분야들을 보완하며 조현병 환자 가족을 심리학적으로 이해하고 돕는 데 기여할 수 있으리라 사료된다.

이러한 심리학적 이해 및 개입의 기초자료를 제공하려는 시도로, 본 연구는 조현병 및 조현정동장애 환자 가족의 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스의 실태를 확인하고, 이러한 외상성 스트레스가 환자에 대한 태도에 미치는 영향을 알아보고자 하였다. 조현병 및 조현정동장애를 지닌 사람을 지칭하는 용어인 '당사자', '환자', '장애인'에 내포된 사회적 및 법적 의미가 각기 다르나, 본 연구는 의료기관에서 진단을 받은 환자로 참여자를 한정하였으므로 '환자'라는 용어를 사용하였다.

외상 경험과 심리적 증상

본 연구는 조현병 환자 가족의 돌봄 경험 중에서도 외상적인 경험에, 그리고 이들의 심리적 어려움 중에서도 외상성 스트레스 증상에 초점을 맞추었다. 따라서 외상적인 경험과 외상성 스트레스 증상에 대하여 먼저 개관할 필요가 있다. 정신장애 진단 및 통계 편람 제 5판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5: DSM-5)의 외상 후 스트레스 장애(posttraumatic stress disorder: PTSD) 진단 기준에서 정의하는 외상 사건(traumatic event)은 "죽음, 심각한 상해, 혹은 성적인 폭력을 실제로 당하거나 위협을 당하는 사건"을 의미한다. 외상 경험이란, "이러한 외상 사건을 직접 겪거나, 타인에게 외상 사건이 일어나는 것을 목격하거나, 가까운 사람에게 외상 사건이 일어났음을 알게 되거나, 외상 사건의 혐오스러운 세부 내용에 반복적 또는 극단적으로 노출되는 것"을 의미한다(American Psychiatric Association, 2013).

PTSD 진단 기준에서 정의하는 외상 사건 외에도 다양한 사건들이 외상 사건만큼 또는 그보다 높은 수준의 심리적 증상을 초래한다는 발견들이 잇따르면서, 외상 사건의 정의를 확장해야 한다는 논의가 이루어져 왔다(서영석 등, 2012; 이동훈 등, 2018; Robinson & Larson, 2010). 이러한 확장된 정의에 따르면, 외상 사건은 DSM-5에서 정의된 사건 외에도 개인의 적응에 심각한 위협이 되고 매우 높은 수준의 스트레스를 유발하는 일련의 사건들을 포함할 수 있다(Tedeschi & Calhoun, 2004). 여기에는 부모의 별거 혹은 이혼, 본인의 별거 혹은 이혼, 가족의 심각한 신체적 및 정신적 장애, 가족 구성원과의 극심하고 빈번한 다툼, 대인관계에서의 배신 경험, 경제적 어려움 등 다양한 사건들이 포함된다(서영석 등, 2012; 이동훈 등, 2018). 실제로 전국 성인 651명을 인구센서스 기준에 따라 모집한 연구에서, DSM-5의 진단 기준을 충족시키는 사건과 진단 기준을 충족시키지 않는 사건이 초래하는 PTSD 증상(침습, 과각성, 회피), 우울, 불안, 신체화, 정서조절곤란에는 유의미한 차이가 없었다(이동훈 등, 2018). 동 연구에서 651명의 성인 중 10명은 자녀의 심각한 신체

적 혹은 정신적 장애를 보고하였고, 그중에서 상당수인 7명이 해당 사건을 가장 고통스러운 외상 사건이라고 응답하였다. 또한 서영석 등(2012)은 전국의 청소년, 대학생, 성인 968명을 대상으로 합의적 질적 방법을 통하여 46가지의 외상 사건 범주를 도출하였다. 외상 후 스트레스 진단 척도(PDS)에서 절단점 이상의 점수를 받은 사람들을 잠재적 PTSD 집단으로 구분하였을 때, 여기에는 사랑하는 사람의 생명 위협 또는 영구적 장애, 가족 내 심리적 폭력 등의 사건을 경험한 사람들이 포함되었다. 이러한 결과들은 DSM-5에 정의되는 것보다 외상 사건의 범주를 더 넓게 정의할 수 있다는 주장을 지지하며, 넓은 의미의 외상 사건에 조현병 환자를 비롯한 정신장애인을 돌보는 경험이 포함될 수 있음을 시사한다.

외상 경험에 관한 정의가 PTSD 진단 기준에 제시된 경험으로 제한되었던 것처럼, 외상 경험에 따른 심리적 증상 역시 전통적인 PTSD 증상인 침습(intrusion), 과각성(hyper-arousal), 회피(avoidance)로 오랜 시간 제한되어 왔다(Anders et al., 2012). 침습이란, 외상 사건과 관련된 장면이나 감정이 기억이나 꿈 등의 형태로 재경험되는 것을 의미한다. 과각성은 외상 경험 이후에도 과민 반응과 과도한 경계를 나타내고 사소한 자극에도 짜증이나 분노를 보이는 것을 특징으로 한다. 회피란, 외상 사건과 관련된 기억, 생각, 감정이나 그것을 연상시키는 단서들을 피하려는 노력을 의미한다(권석만, 2013; American Psychiatry Association, 2013). 그러나 이러한 PTSD 증상만으로는, 학대나 감금 등과 같이 주로 대인관계 맥락에서 발생하는 지속적이고 반복적인 외상 사건의 심리적 후유증들을 놓치게 된다는 지적이 제기되었다. Herman(1992)은 복합 외상 후 스트레스 장애(complex posttraumatic stress disorder: CPTSD)라는 대안적 진단 개념을 통하여, 장기적으로 반복되는 특성을 지닌 외상인 복합 외상(complex trauma)이 정서조절, 의식변화, 자기 및 타인 지각, 대인관계, 의미체계 등의 광범위한 영역에서 심각한 변형을 일으킨다고 제안하였다. 이와 유사한 맥락에서 van der Kolk 등(1996, 2005)은 달리 구분되지 않는 극심한 스트레스 장애(disorders of extreme stress not otherwise specified: DESNOS)라는 진단 개념을 통하여, 복합 외상의 생

존자들이 정서조절 및 충동의 변화, 주의력 및 의식의 변화, 신체화, 자기 지각의 변화, 가해자 지각의 변화, 대인관계의 변화, 절망감과 기존 신념 상실 등 의미체계의 변화를 나타낸다고 제안하였다. 조현병 환자 가족이 돌봄 과정에서 맞닥뜨리는 외상적 경험은 가족이라는 친밀한 대인관계 속에서 반복적으로 발생하므로, 이들은 전통적인 PTSD 증상뿐만 아니라 절망감이나 신체화 등 복합 외상의 후유증을 경험할 가능성이 있다.

본 연구에서는 선행연구들이 제안해 온 대로, DSM-5의 기준보다 더 넓은 범위에서 조현병 환자 가족의 외상 경험을 정의하였다. 그러면서도, DSM-5의 PTSD 진단 기준에서 정의하는 외상 경험과 구분하기 위하여, 가족의 외상 경험을 '돌봄 외상 경험'이라고 명명하였다. 그리고 외상 경험에 따른 다양한 유형의 심리적 증상들을 통칭하기 위하여 '외상성 스트레스 증상(traumatic stress symptoms)'이라는 용어를 사용하였다. 주로 전통적인 PTSD 증상을 측정하기 위하여 사용되는 사건 충격 척도(IES)의 하위요인(침습, 과각성, 회피, 수면·마비·해리)을 '단순 외상성 스트레스 증상'으로, 만성적인 외상에 따른 CPTSD 증상 중 일부로서 포함한 절망감과 신체화를 '복합 외상성 스트레스 증상'으로 명명하였다.

조현병 환자 가족의 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스

조현병 환자의 가족은 환자를 돌보는 과정에서 다양한 돌봄 외상 경험을 맞닥뜨린다. 환자의 신체적 및 언어적 폭력, 자해, 예측하기 어려운 행동, 비자발적 입원, 차별받는 경험, 정신과 병동의 환경, 심지어는 진단명을 알게 되는 것조차도 가족에게는 외상적인 경험이 될 수 있다(Hanzawa et al., 2013; Kingston et al., 2016; Loughland et al., 2009; Shiraishi & Reilly, 2019). 또한 정신증적 증상이 재발할까봐 두려워하거

나(Jungbauer et al., 2004; Sveinbjarnardottir & de Casterli, 1997), 마치 환자가 죽은 것처럼 생각될 정도의 상실감과 비애를 느끼기도 한다(Godress et al., 2005; Hernandez & Barrio, 2015; Rachamim et al., 2021).

그럼에도 불구하고, 비교적 최근에서야 가족의 경험을 조현병이라는 거대한 사건을 맞닥뜨린 사람이 겪는 외상으로 바라보는 관점이 생겨났다. 급성으로 입원한 정신증 환자의 가족들이 침습, 과각성, 회피를 특징으로 하는 급성 스트레스 반응 증상(stress response symptoms)을 보인다는 발견 이후로(Boye & Malt, 2002), 조현병을 비롯한 정신증 환자 가족의 외상 후 스트레스 증상(posttraumatic stress symptoms: PTSS)을 다룬 연구들이 나타났다(Barton & Jackson, 2008; Godress et al., 2005; Hanzawa et al., 2013; Loughland et al., 2009; Rady et al., 2021). 이를테면 정신장애인 자녀를 둔 부모는 질병을 상기시키는 단서들에 대하여 사고 및 감정의 침습과 회피를 경험하고 적응에 어려움을 겪을 수 있다(Godress et al., 2005). Barton과 Jackson(2008)의 연구에서는 발병 초기 정신증 환자의 보호 제공자 중 35%가 PTSS를 나타냈으며, 국내 표본을 대상으로 한 Hanzawa 등(2013)의 연구에서는 국내 조현병 환자 가족의 20.6%가 진단 기준 이상의 PTSS를 나타냈다. 또한 정신증 환자의 보호 제공자 중 77%가 환자로부터 보통 내지는 심각 수준의 공격성을 경험하며, 이들 중 거의 절반이 임상적으로 유의미한 PTSS를 보인다는 보고가 있다(Loughland et al., 2009). Rady 등(2021)의 최근 연구에서는 중증 정신질환 환자의 보호 제공자 중 37%가 PTSS를 나타냈으며, 15%는 외상 후 스트레스 장애(posttraumatic stress disorder: PTSD) 진단에 부합하였다. 또한 중증 정신질환 환자의 가족 중 40% 가까이가 단순한 상실감을 넘어서서 사별 이후 지속되는 병리적 애도 증상인 복합비애(complicated grief)를 겪으며, 이러한 복합비애가 PTSS와 우울 증상, 그리고 신체 건강 악화와 관련된다는 보고도 있다(Rachamim et al., 2021).

이처럼 조현병 환자 가족의 경험을 외상이라는 관점으로 바라보는 연구가 일부 있으나 여전히 많지 않은 편이고, 특히 국내 심리학 분야에서

는 매우 부족한 실정이다. 또한 앞서 소개한 선행연구들은 조현병 환자 가족이 경험하는 PTSS의 심각성을 제시하였다는 의의가 있으나 다음과 같은 한계를 지닌다.

첫째, 외상성 스트레스 증상의 측정치로 침습, 과각성, 회피로 대표되는 단순 외상성 스트레스 증상 측정치만을 사용하였다. 그런데 조현병 환자 가족의 돌봄 경험은 만성적이고 복잡한 경험으로 이루어진다(Kingston et al., 2016; Onwumere et al., 2008). 호전과 악화를 반복하며 만성화되는 조현병의 병적 특성, 그리고 환자와 가족이 오랜 시간 함께 지내는 관계적 특성을 고려할 때, 단순 외상성 스트레스 증상만으로는 이들의 심리적 어려움을 포괄하기 어렵다. 따라서 지속적이고 반복적인 외상 사건에 노출된 사람들이 보이는 심리적 후유증인 절망감(hopelessness)과 신체화(somatization) 등 복합 외상성 스트레스 증상의 측정치를 포함하여 조현병 환자 가족의 단순 및 복합 외상성 스트레스증상을 종합적으로 탐색하는 연구가 필요하다.

둘째, 일반 인구 및 다른 외상 경험 인구에 비하여 조현병 환자 가족에게서 특징적으로 나타나는 외상성 스트레스 증상을 확인하기 어려웠다. 조현병 환자 가족은 환청, 망상, 혼란스러운 언어 및 행동 등의 양성증상에 대한 불안과 공포를 경험하면서도(Jungbauer et al., 2004; Landon et al., 2016; Schmid et al., 2009; Scottish Schizophrenia Research Group, 1987), 만성화된 돌봄으로 인하여 삶에 대한 기대 저하와 각종 신체 관련 증상을 나타내기도 하는 등(Gupta et al., 2015; Mitsonis et al., 2007; Shiraishi & Reilly, 2019), 다양한 외상성 스트레스 증상을 보일 수 있다. 따라서 일반인 집단, 특히 그중에서도 외상 경험에 심각하게 노출된 집단과의 비교를 통하여, 조현병 환자 가족에게서 두드러지는 외상성 스트레스 증상은 무엇인지 확인할 필요가 있다.

셋째, 국내 조현병 환자 가족의 외상성 스트레스 증상과 연관된 질병 및 돌봄 관련 변인을 폭넓게 탐색하는 시도가 부족하다 보니, 가족의 외상성 스트레스 증상을 경감하기 위한 후속 연구와 개입이 활성화되기 어려웠다. 따라서 환자의 질병 특성 변인(예: 동반이환, 초발 연령, 유병기

간, 양성증상 및 음성증상의 심각도, 발병 전후 변화)과 가족의 돌봄 특성 변인(예: 환자와 함께 지내는 시간, 환자와의 친밀도, 돌봄 관련 인프라·심리 서비스·사적 지지체계의 충분도, 경제적 부담, 사회적 편견, 돌봄 관련 수치심 및 죄책감)이 외상성 스트레스 증상과 보이는 상관관계를 확인할 필요가 있다.

요약하면, 다양한 외상성 스트레스 증상 측정치를 통해 조현병 환자 가족에게서 특징적으로 나타나는 외상성 스트레스 증상을 확인하고, 더 나아가 이들의 외상성 스트레스 증상과 관련된 질병 및 돌봄 관련 변인에 관한 기초자료를 제공하는 연구가 필요하다.

조현병 환자 가족의 외상성 스트레스와 표출정서

표출정서(expressed emotions)는 조현병 환자의 가족이 환자에게 보일 수 있는 감정 표출 방식으로 처음 연구되기 시작하였다(Brown, 1959). 표출정서는 가족이 환자에게 보이는 특정한 감정 혹은 감정 표현에 국한되기보다는, 가족이 평소에 환자에 대하여 느끼고 표현하는 전반적인 방식을 의미한다(Hooley & Gotlib, 2000). 표출정서는 정서적 과관여(emotional over-involvement)와 비판(criticism)이라는 두 가지 하위요인으로 구성된다(Leff & Vaughn, 1985). 정서적 과관여는 환자에 대하여 지나친 걱정과 간섭, 자기희생, 과잉보호 등을 표현하는 것을 의미하는 반면에, 비판은 환자의 행동이나 성격에 대하여 분노, 실망, 혐오 등을 비판적이고 탓하는 톤으로 표현하는 것을 의미한다(Hooley & Gotlib, 2000). 표출정서는 조현병을 비롯한 여러 정신장애의 재발을 강력하게 예측하는 요인이라는 연구가 누적되었다(Asarnow et al., 2001; Butzlaff & Hooley, 1998; Hahlweg et al., 1989; Hinrichsen et al., 2004; Kavanagh, 1992).

표출정서를 측정하는 전통적인 방법은 Camberwell Family Interview(CFI)

라는 반구조화된 면담으로, 가족이 환자에 대하여 지난 3개월 동안 느낀 바를 자연스럽게 표현하도록 한다. 그 과정에서 가족이 말하는 내용, 목소리 톤, 몸짓 등을 CFI에 숙련된 전문가가 평정하여, 약 1시간 30분의 면담 시간 동안 7회 이상 정서적 과관여, 비판, 적대감을 표현한 개인을 높은 표출정서 집단으로 분류한다(Leff & Vaughn, 1985). CFI가 비교적 오랜 면담 시간과 숙련된 전문 인력을 요구한다는 한계를 지님에 따라, 이후 표출정서를 측정하는 방식은 CFI를 5분 동안의 면담으로 간소화한 Five-Minutes Speech Sample(FMSS; Magaña et al., 1986), 가족으로부터 오는 표출정서를 환자가 응답하는 자기보고식 설문인 Levels of Expressed Emotions(LEE; Cole & Kazarian, 1988), 환자에게 보이는 표출정서를 가족이 응답하는 자기보고식 설문인 Family Questionnaire(FQ; Wiedemann et al., 2002) 등으로 다양해졌다. 표출정서를 측정하는 데 있어서 특히 어려운 점은, 표출정서는 가족이 환자에게 보이는 분노나 적대감 등의 부정적 감정 및 태도를 포함하는 개념이므로 매우 민감하게 측정되어야 한다는 것이다. 전통적인 측정 방식인 CFI는 가족의 목소리 톤이나 몸짓 등을 민감하게 측정할 수 있지만 가족 한 명당 기록 및 평가에 4시간이나 소요되어 시간소모적이라는 단점이 있다. 따라서 CFI를 대체하여 표출정서를 타당하게 측정할 수 있을 만한 시간효율적인 방법을 찾아내는 것이 표출정서 관련 연구의 주요 과제라는 지적이 제기되어 왔다(Kavanagh, 1992; Wiedemann et al., 2002). 어떤 방식으로 측정하든 표출정서는 가족이 일상적인 관계에서 환자에게 나타내는 걱정스러워하거나 비판적인 반응, 생각, 태도, 행동 등을 폭넓게 측정하는 개념에 가깝다.

조현병 환자의 가족 연구에서 표출정서 개념은 오랜 시간 중요한 자리를 차지해왔다. 특히 표출정서는 조현병의 발병보다는 경과, 즉 증상의 재발과 악화에 영향을 미친다는 연구가 누적되었다(Amaresha & Venkatasubramanian, 2012; Cechnicki et al., 2013). 이러한 연구들이 일관되게 전달하는 교훈은 분명하다. 환자의 재발을 방지하고 회복을 돕기 위해서는 환자에 대한 과도한 간섭이나 비판을 줄이고 환자와 차분하고

명확한 의사소통을 할 필요가 있다는 것이다(Torrey, 2019/2021). 그러나 표출정서 개념의 교훈을 자칫 오독하면 환자를 대하는 가족의 태도가 조현병을 '만든다'는 가족 병인론을 강화할 우려가 있다(서미경, 2007; Hatfield et al., 1987). 이는 어머니의 나쁜 양육과 가족의 나쁜 분위기가 조현병을 초래한다는 20세기 전반의 '나쁜 어머니 이론'과 20세기 중반의 '나쁜 가족 이론'을 표출정서 담론이 은밀한 형태로 재생산한다는 비판과도 맞닿아 있다(Torrey, 2019/2021). 또한 표출정서 개념이 가족의 돌봄 경험을 통합적으로 그려내지 못한다는 비판도 있다. 표출정서라는 가족의 결핍에 집중하느라 그들의 헌신과 강점을 통합하지 못한다는 점, 그리고 가족의 표출정서에 영향을 미치는 다양한 맥락들, 이를테면 반복되는 절망, 지역사회 자원의 부족, 전문가의 이해 부족 등을 통합하지 못한다는 점에서 그러하다(서미경, 2007; Hatfield et al., 1987).

표출정서를 조현병 환자 가족의 고유한 특성으로만 이해하는 것은 표출정서 개념의 본래 의도와 다를 뿐만 아니라, 표출정서가 어떤 맥락 안에서 생겨나고 강화되는지에 대한 큰 그림을 놓치게 만든다. 특히 표출정서가 조현병의 발병보다는 경과와 관련된다는 연구 결과들은 표출정서와 조현병 간의 관계를 양방향으로 해석할 수 있음을 시사한다. 다시 말해 표출정서가 조현병의 경과를 악화시키기도 하지만, 조현병의 경과가 악화되면서 증가하는 돌봄 관련 스트레스에 대처하기 위하여 가족의 표출정서가 나타난다는 해석도 가능한 것이다(Kavanagh, 1992; King, 2000; Steel & Wykes, 2013). 스트레스 대처에 관한 Lazarus와 Folkman(1985)의 고전에서 스트레스 대처(stress coping)란 스트레스 상황을 직면했을 때 문제를 변화시키거나, 회피하거나, 부정적 정서를 완화하고 통제하려는 인지적 및 행동적 노력을 의미한다. 표출정서는 가족이 조현병이라는 혼란스럽고 만성적인 생애사건 속에서 적응하고 생존하기 위한 나름의 스트레스 대처일 수 있다. 환자를 보호하면서 느끼는 불안과 두려움을 외부로 표출하는 것이 환자를 제외한 나머지 가족들의 기능을 유지하는 데는 도움을 줄 수 있기 때문이다(양옥경, 1996).

앞서 설명하였듯, 조현병 환자 가족의 외상성 스트레스를 이해하기 위

해서는 그들이 돌봄 과정에서 겪는 외상 및 스트레스 사건이 가족이라는 친밀한 대인관계 맥락에서 지속적이고 반복적으로 발생한다는 것을 고려해야 한다. 만성적인 외상을 경험한 사람은 과각성, 침습, 회피 등의 전통적인 외상 후 스트레스 증상뿐만 아니라 정서조절곤란, 부정적 자기개념, 대인관계 문제 등 전반적인 자기조직화의 어려움(disturbance in self organization)과 행동 조절의 어려움을 나타낸다(Cloitre et al., 2011; Herman, 1992; World Health Organization, 2018). 실제로 조현병 환자 가족은 기존 선행연구들에서 제시하는 외상 후 스트레스 증상뿐만 아니라 다양한 정서적 어려움과 표출정서를 나타낸다는 점에서, 표출정서가 만성적인 돌봄 외상 경험에 따른 스트레스 대처이자 자기조절 방식이기도 하다는 반응적(reactive) 관점이 필요하다(서미경, 2007).

조현병 환자 가족의 외상성 스트레스에 관한 연구 자체가 부족하기에, 이들의 외상성 스트레스와 표출정서 간의 직접적인 관계를 살펴본 연구도 부족한 실정이다. 대체로 상관 연구이기는 하지만 표출정서가 돌봄 경험에 따른 스트레스 대처 및 반응일 수 있음을 간접적으로 시사하는 연구 결과가 존재한다. 예컨대 가족의 높은 스트레스와 돌봄 부담은 표출정서와 유의미한 관련성을 보였으며(Alvarez-Jimenez et al., 2010; Elsherif et al., 2020; van Os et al., 2001), 우울이나 불안 등 지속적인 심리적 어려움을 가진 보호 제공자는 환자의 행동을 보다 위협적으로 인식하고 부적응적인 방식으로 반응하는 것으로 나타났다(Barrowclough et al., 1997). 또한 가족이 환자에 대하여 느끼는 상실감도 표출정서와 관련되는 것으로 보고되었다(Hinojosa-Marqués et al., 2019; Patterson et al., 2005).

조현병 환자 가족의 외상성 스트레스와 표출정서 간의 직접적인 관계를 살펴본 연구도 일부 존재하지만 혼재된 결과를 보인다. Boye 등(1998)의 연구에서는 일반 정신건강 척도(GHQ)를 통하여 측정한 침습과 심리생리적 활성화가 표출정서 하위요인 중 비판과는 관련이 없었고 정서적 과관여와는 관련이 있었다. 해당 연구는 외상성 스트레스를 측정하는 데 특화된 도구가 아닌 일반 정신건강 척도(GHQ)를 사용하였고, 참

여자가 조현병의 급성 증상으로 인하여 입원한 환자의 가족에 국한되었다는 한계가 있다. 반면에 Kingston 등(2016)의 연구에서는 외상 후 스트레스 증상을 보다 직접적으로 측정하는 도구인 사건 충격 척도(IES)를 사용하였으나, 이들 연구에서 침습, 과각성, 회피는 표출정서와 유의미한 정적 상관을 보이지 않았다. 해당 연구는 참여자 수가 32명으로 적다는 한계가 있다. 또한 두 연구 모두 가족의 외상성 스트레스 증상 측정치로 단순 외상 관점의 증상인 침습, 과각성, 회피만을 포함시켰다는 한계가 있다. 따라서 본 연구는 Boye 등(1998)의 한계를 보완하고자 외상 후 스트레스 증상을 직접적으로 측정할 수 있는 사건 충격 척도(IES)를 사용하는 것과 더불어, Kingston 등(2016)의 한계를 보완하고자 보다 큰 표본크기를 확보하고자 하였다. 또한 두 연구 모두의 한계를 보완하고자 복합 외상 관점의 외상성 스트레스 증상 측정치를 포함하였고, 유병기간에 따라 외상성 스트레스 및 표출정서의 변화가 있는지 추가적으로 확인하였다.

표출정서를 만성적인 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스에 따른 대처로 해석한다고 해서, 표출정서가 조현병의 경과에 미치는 부정적 영향을 배제하는 것은 아니다. 또한 표출정서가 조현병 재발의 원인이 아니라 결과라는 역-인과관계를 주장하는 것도 아니다. 여러 선행연구에서 보고되었다시피 가족의 표출정서는 여전히 조현병 환자의 재발을 예측하는 주요 인자이고, 설령 양자 간의 인과관계가 분명하지 않다고 하더라도 표출정서를 완화하는 개입이 재발을 감소시켰다는 점에서 표출정서는 중요한 개입 표적이다(Hogarty et al., 1986). 그럼에도 가족의 표출정서를 외상성 스트레스에 대한 대처로 이해하는 것은 두 가지 측면에서 유용하다. 첫째, 현상 기술 측면에서 가족의 표출정서와 환자의 조현병 경과 간의 상호적이고 순환적인 관계를 이해하는 데 도움이 된다. 둘째, 개입 측면에서 가족의 외상성 스트레스를 감소시키는 것이 표출정서를 완화해줌으로써 환자의 재발을 감소시킨다면, 이는 가족에 대한 치료적 개입이 가족과 환자 모두에게 유용하다는 임상적 함의를 줄 수 있다.

조현병 환자 가족의 돌봄 외상, 외상성 스트레스와 표출정서의 관계에서 자기비난 및 타인비난의 역할

조현병 환자 가족의 외상성 스트레스가 표출정서에 미치는 영향력을 조절하는 심리적 기제로서 부적응적 인지적 정서조절 전략(maladaptive cognitive emotion regulation strategies)의 역할을 살펴볼 수 있다. 부적응적 인지적 정서조절 전략이란 인지적 변화를 통해 정서를 조절하는 방법들 중 부적응적인 방법으로서, 자기비난(self-blame), 타인비난(other-blame), 반추(rumination), 파국화(catastrophizing)로 구성된다(Garnefski et al., 2001). 부적응적 인지적 정서조절 전략 중 자기비난이란 자신이 경험한 일에 대하여 자기를 비난하는 생각을 통해 정서를 조절하는 인지적 전략이다. 반면에 타인비난이란 자신이 경험한 일의 원인을 타인에게 돌리거나, 타인이 잘못한 점을 생각하는 방식으로 정서를 조절하는 인지적 전략이다. 한편, 인지적 정서조절 전략의 하위요인인 타인비난이 어떤 사건의 원인과 책임을 타인에게 귀속시킴으로써 자신의 감정을 조절하는 방식이라면, 표출정서의 하위요인인 비판은 그 대상이 돌봄 대상인 환자에게 국한되며 환자에 대한 짜증, 귀찮음, 요구, 의견 불일치 등 부정적이고 비판적인 태도 전반을 가리킨다는 차이가 있다(부록 5, 부록 6의 설문 척도 내용 참고).

복합 외상 및 대인 외상 생존자 혹은 PTSD 증상을 보이는 개인은 부적응적 인지적 정서조절 전략을 더 많이 사용하는 것으로 나타났다(박철옥, 2015; 이수림, 2015; Liu et al., 2019; Seligowski et al., 2015). 복합 외상 생존자에게서 자기비난이 자주 나타나며(안현의 등, 2009), 대인 외상 생존자는 다른 유형의 외상 생존자보다 타인비난 전략을 많이 사용하는 경향이 있는 것으로 알려져 있다(Liu et al., 2019).

조현병 환자 가족의 돌봄 외상 경험 역시 지속적이고 대인관계적인 특성을 지니며, 자기비난과 타인비난은 조현병 환자 가족에게서도 자주 나타날 수 있는 정서조절 전략이다. ‘내가 …… 했더라면 가족이 병에 걸리지 않았을 텐데, 가족의 병을 더 빨리 알아차릴 수 있었을 텐데’라는

형태의 자기비난은 조현병을 비롯한 중증 정신장애를 가진 사람을 돌보는 가족에게서 흔하게 나타나는 대처 방식이라는 보고가 있다(Terkelsen, 1987; Vasconcelos e Sa et al., 2017; Wasow, 1994). 또한 조현병 환자의 가족 역시 주로 환자와의 대인관계 속에서 외상 및 스트레스 사건을 경험한다. 중증 정신질환 연구자인 Torrey(2019/2021)는 지난 35년간의 조현병 임상 사례 및 최신 연구를 집대성한 그의 저서에서 “비난과 수치는 모든 가족의 발목을 잡고 위협하는 가장 위험한 괴물이다(p. 440)”라고 지적하며, “서로에게 책임을 전가하고 맞비난하는 격한 상황으로 몰아넣는다(p. 440)”는 임상적 관찰을 내놓았다. 종합하면, 가족의 입장에서 조현병 환자는 대인 외상 경험을 제공한 존재이기에 탓을 하고 싶은 대상이기도 하지만, 자신이 책임지고 돌봄을 제공해야 할 대상이기에 환자의 병은 가족 본인에 대한 책망으로 돌아오기도 한다. 따라서 가족은 돌봄 외상 경험에 따른 외상성 스트레스를 조절하는 과정에서, 가족 특성과 환자 특성에 따라 개인차는 있겠으나 자기비난과 타인비난 전략을 혼용할 가능성이 있다.

가족이 사용하는 자기비난 전략 및 타인비난 전략은 환자에 대한 표출정서의 하위요인인 정서적 과관여 및 비판과 각각 차별적으로 관련될 수 있다. 죄책감과 자기비난은 자신과 관련된 잘못된 행동이나 사건을 정정하고 보상하는 행동을 촉진하며, 실제로 자기비난이 표출정서 하위요인 중 정서적 과관여와 관련된다는 연구가 있다(Bentsen et al., 1998; Hatfield, 1981; Wasserman, 2012). 반면에 타인비난 전략은 공격성을 예측하고, 타인비난 사고가 분노와 관련되며, 병의 원인을 환자에게 귀인하는 것이 표출정서 하위요인 중 비판과 관련된다는 연구가 있다(서수균, 2011; 서수균, 권석만, 2006; Alvarez-Jimenez et al., 2010; Domínguez-Martínez et al., 2017). 따라서 가족의 외상성 스트레스 증상이 정서적 과관여로 이어지는 경로는 자기비난 전략이 조절하고, 외상성 스트레스 증상이 비판으로 이어지는 경로는 타인비난 전략이 조절할 가능성이 있다.

문제 제기 및 연구 목적

조현병 환자 가족은 돌봄 경험 속에서 다양한 외상적 경험과 그에 따른 심리적 증상을 맞닥뜨린다. 이러한 가족의 고통은 환자의 회복을 저해하는 부정적 태도인 표출정서로 전환될 우려가 있다. 그럼에도 조현병 환자 가족의 외상성 스트레스와 표출정서에 관한 연구, 특히 국내 심리학 분야의 연구는 부족한 실정이다. 본 연구는 다음의 세 가지 문제 제기에 초점을 맞추었다. 첫째, 환자의 회복을 돕는 자원으로서가 아닌, 심리적 고통의 당사자로서 가족에 대한 국내 연구가 필요하다. 둘째, 가족의 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스 증상에 대한 기초자료를 제공하는 연구가 필요하다. 셋째, 가족의 표출정서가 외상성 스트레스 증상에 따른 대처 및 자기조절 방식일 수 있다는 관점을 가지고 외상성 스트레스 증상과 표출정서의 관계를 살펴보는 연구가 필요하다.

본 연구는 상기한 문제의식을 다루고자 크게 두 부분의 연구로 구성되었다. 첫 부분은 조현병 환자 가족의 외상적 경험과 외상성 스트레스 증상에 대한 기초자료를 탐색하는 것이었으며, 가족의 외상성 스트레스 증상에 관한 선행연구의 한계를 다음과 같이 보완하고자 하였다. 첫째, 선행연구는 가족의 외상성 스트레스 증상을 전통적인 PTSD의 틀 안에서 다루었고, 그 외에 만성적 외상 경험에 뒤따를 수 있는 다양한 심리적 증상들을 포괄하지 않았다(Barton & Jackson, 2008; Hanzawa et al., 2013; Loughland et al., 2009; Rachamim et al., 2021; Rady et al., 2021). 그러나 조현병 환자 가족은 환자의 순환적이고 만성적인 경과에 따라 다양하고 지속적인 외상 경험에 노출된다. 따라서 본 연구는 단순 외상 관점의 증상을 측정하는 사건 충격 척도(IES)의 하위요인인 침습, 과각성, 회피, 수면·마비·해리 외에도, 장기적으로 반복되는 복합 외상의 심리적 결과물로 알려진 절망감과 신체화를 측정치로 포함하였다(Herman, 1992; van der Kolk, 1996). 둘째, 선행연구는 주로 조현병 환자 가족 내에서만 분석을 실시하였으므로, 일반인 혹은 고외상 일반인 집단에 비하여 조현병 환자 가족에게서 두드러지는 외상성 스트레스 증

상을 확인할 수 없었다. 따라서 본 연구는 조현병 환자 가족과 일반인, 그리고 일반인 중에서도 외상 경험 심각도가 상위 30%인 고외상 집단의 외상성 스트레스 증상 수준을 비교하였다. 셋째, 선행연구에서는 조현병 환자 가족의 외상성 스트레스 증상과 관련된 변인들을 종합적으로 탐색하지 못하였다. 이에 따라 가족 내에서도 어떠한 특성을 공유하는 개인들이 외상성 스트레스 증상에 취약한지 확인하기 어려웠다. 가족의 표출정서를 다룬 선행연구는 가족의 성격, 환자 증상의 통제소재(locus of control)에 대한 믿음, 환자 증상의 유형 등을 표출정서와 관련된 변인으로 제시하였다는 의의를 지니지만, 각 연구마다 초점을 맞춘 변인이 한정되어 있다 보니 다양한 변인을 탐색하기는 어려웠다(Hall & Docherty, 2000; Hooley & Gotlib, 2000; Hooley & Hiller, 2000; Hooley & Licht, 1997; King et al., 2003; Peterson & Docherty, 2004). 따라서 본 연구는 환자의 질병 특성과 가족의 돌봄 경험을 폭넓게 묻는 질문지를 통하여, 가족의 외상성 스트레스 증상 및 표출정서와 관련된 다양한 변인을 탐색하였다.

따라서 탐색적 연구 질문은 다음과 같았다. 우선, 침습, 과각성, 회피, 수면·마비·해리, 절망감, 신체화로 구성된 6가지 외상성 스트레스 증상 중에서 가족 집단이 일반인 집단에 비하여 높은 수준을 나타내는 증상이 무엇인지 확인하였다(연구 질문 1). 더 나아가, 일반인 집단을 외상 및 스트레스 사건 경험의 심각도에 따라 상위 30%의 고외상 집단과 하위 30%의 저외상 집단으로 구분하였을 때, 가족 집단이 고외상 집단보다 높거나 비슷한 수준을 보이는 외상성 스트레스 증상은 무엇인지 확인하였다(연구 질문 2). 끝으로, 가족의 돌봄 부담이 유병기간, 증상, 문제행동 등의 장애 관련 요인과 가족관계, 사회적 지지 등의 요인에 따라 달라질 수 있다는 선행연구(서미경, 박근우, 2016)를 참고하여, 가족의 외상성 스트레스 증상 및 표출정서와 관련된 질병 특성 및 돌봄 특성 변인을 탐색하였다(연구 질문 3).

다음으로, 본 연구의 두 번째 목적은 가족이 환자에게 나타내는 표출정서가 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스 증상에 따른 대처일 수 있다

는 관점에서, 외상성 스트레스 증상과 표출정서의 관계를 통계 모형으로 검증하는 것이었다. 특히 가족의 표출정서에 관한 선행연구의 한계를 다음과 같이 보완하고자 하였다. 표출정서는 조현병의 재발과 악화를 예측하는 변인이며, 가족의 표출정서를 완화하는 개입이 환자의 재발을 감소시키는 것으로 알려져 있다(Amaresha & Venkatasubramanian, 2012; Cechnicki et al., 2013; Hogarty et al., 1986). 표출정서가 조현병의 경과를 악화시키기도 하지만, 조현병의 만성적이고 혼란스러운 경과에 따른 스트레스에 대처하기 위하여 가족의 표출정서가 나타난다는 해석도 가능하다(Kavanagh, 1992; King, 2000; Steel & Wykes, 2013). 가족의 돌봄 부담이 표출정서와 유의미한 상관을 보인다는 결과(Alvarez-Jimenez et al., 2010; Elsherif et al., 2020; van Os et al., 2001), 우울, 불안, 상실감 등이 환자에 대한 위협적인 인식이나 부적응적 대처와 관련된다는 결과(Barrowclough et al., 1997; Hinojosa-Marqués et al., 2019; Patterson et al., 2005) 등은 가족의 외상성 스트레스 증상과 표출정서 간의 관련성을 간접적으로 시사한다. 한편, 외상성 스트레스 증상과 표출정서 간의 직접적인 관계를 살펴본 소수의 연구는 혼재된 결과를 보인다. Boye 등(1998)의 연구에서는 침습과 심리생리적 활성화가 표출정서 하위요인 중 정서적 과관여와 관련되었다. 반면에 Kingston 등(2016)의 연구에서는 침습, 과각성, 회피가 표출정서와 유의미한 관련성을 보이지 않았다. 두 연구는 각각 외상 후 스트레스 증상을 직접적으로 측정할 수 있는 도구를 사용하지 않았다는 점, 그리고 참여자의 수가 적었다는 점에서 한계를 지녔다. 또한 두 연구 모두 전통적인 PTSD 증상인 침습, 과각성, 회피 외에 가족의 만성적인 돌봄 외상 경험에 따른 심리적 증상을 반영할 만한 지표를 포함하지 않았다는 한계를 지닌다. 따라서 본 연구는 외상 후 스트레스 증상을 측정하는 도구를 포함하고, 참여자 수를 충분히 확보하며, 가족의 복합 외상성 스트레스 증상 측정치로 절망감과 신체화를 추가하였다.

본 연구에서 검증하고자 한 연구 가설은 다음과 같다. 우선, 사전 분석을 통하여 본 연구가 검증하려는 모형의 매개변인으로 포함시킬 외상

성 스트레스 증상을 선정하였다. 구체적으로는, 다중회귀분석을 통하여 6가지의 외상성 스트레스 증상 중 표출정서의 각 하위요인인 정서적 과관여와 비판을 잘 예측하는 증상을 탐색하였다. 이렇게 선정된 외상성 스트레스 증상이 돌봄 외상 경험과 정서적 과관여의 관계, 그리고 돌봄 외상 경험과 비판의 관계를 매개하는지 검증하였다(가설 1, 2). 다음으로, 조현병 환자 가족의 외상성 스트레스가 표출정서에 미치는 영향력을 조절하는 심리적 기제로서 부적응적 인지적 정서조절 전략인 자기비난과 타인비난의 역할을 살펴보았다. 자기비난과 타인비난은 복합 외상 및 대인 외상 생존자에게서 흔히 나타나는 것으로 알려져 있으며(안현의 등, 2009; Liu et al., 2019), 조현병 환자 가족의 돌봄 경험 속에서도 자주 나타나는 것으로 알려져 있다(Terkelsen, 1987; Torrey, 2019/2021; Vasconcelos e Sa et al., 2017; Wasow, 1994). 자기비난은 자신의 잘못된 행동을 수정하고 보상하려는 행동을 촉진하며, 표출정서 하위요인 중 정서적 과관여와 관련된다는 연구가 있다(Bentsen et al., 1998; Hatfield, 1981; Wasserman, 2012). 반면에 타인비난은 공격성 및 분노와 관련되며, 병의 원인을 환자에게 귀인하는 것은 표출정서 중 비판과 관련된다(서수균, 2011; 서수균, 권석만, 2006; Alvarez-Jimenez et al., 2010; Domínguez-Martínez et al., 2017). 따라서 앞선 가설 1과 가설 2을 통해 검증할 매개모형에서, 돌봄 외상 경험과 정서적 과관여를 매개하는 외상성 스트레스 증상의 효과는 자기비난에 의하여 조절되는 반면에(가설 3), 돌봄 외상 경험과 비판을 매개하는 외상성 스트레스 증상의 효과는 타인비난에 의하여 조절될 가능성이 있다(가설 4).

조현병 환자 가족과 일반인 집단 비교에서 다룬 탐색적 연구 질문을 정리하면 다음과 같다.

연구 질문 1. 조현병 환자 가족 집단이 일반인 집단에 비하여 유의미하게 높은 수준을 보이는 외상성 스트레스 증상은 무엇인가?

연구 질문 2. 조현병 환자 가족 집단이 일반인 중 고외상 집단에 비하여 유의미하게 높거나 비슷한 수준을 보이는 외상성 스트레스 증상은 무엇인가?

연구 질문 3. 조현병 환자 가족 집단의 외상성 스트레스 증상 및 표출정서와 유의미한 상관을 보이는 질병 특성 변인 및 돌봄 특성 변인은 무엇인가?

가족의 돌봄 외상 경험과 표출정서의 관계에서 외상성 스트레스 증상과 자기비난 및 타인비난의 역할을 검증하고자 한 가설을 정리하면 다음과 같다.

가설 1. 조현병 환자 가족 집단의 돌봄 외상 경험과 정서적 과관여의 관계를 외상성 스트레스 증상이 매개할 것이다.

가설 2. 조현병 환자 가족 집단의 돌봄 외상 경험과 비판의 관계를 외상성 스트레스 증상이 매개할 것이다.

가설 3. 조현병 환자 가족 집단의 돌봄 외상 경험과 정서적 과관여의 관계를 매개하는 외상성 스트레스 증상의 영향력은 자기비난이 낮을수록 감소할 것이다(자기비난의 조절된 매개효과).

가설 4. 조현병 환자 가족 집단의 돌봄 외상 경험과 비판의 관계를 매개하는 외상성 스트레스 증상의 영향력은 타인비난이 낮을수록 감소할 것이다(타인비난의 조절된 매개효과).

방 법

참여자

본 연구의 참여자는 총 394명으로, 조현병 및 조현정동장애 환자를 가족으로 둔 만 19세 이상의 성인 94명, 그리고 만 30세 이상의 일반인 300명을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 가족 94명은 한국조현병회복협회, 대한정신장애인가족협회, 아름다운동행의 가족 정기모임 및 온라인 커뮤니티를 통해 모집하였다. 비교 집단인 일반인 300명의 경우 장훈장학회로부터 후원을 받아 인바이트의 Invitation-based Panel을 대상으로 자료를 수집하였다.

최종적으로 집단 비교에 포함된 참여자는 총 366명이었다. 가족 94명 중 환자의 진단이 조현병 및 조현정동장애에 부합하지 않거나 가족이 아닌 참여자 6명을 분석에서 제외하여 88명의 가족이 최종 분석에 포함되었다. 가족 참여자 중 남성은 28명(31.8%), 여성은 60명(68.2%)이었으며 평균 연령은 만 50.52세(*SD* = 15.93, 범위 19~85세)였다. 환자와의 가족관계는 부모 49명(55.7%), 형제자매 29명(33.0%), 자녀 6명(6.8%), 배우자 3명(3.4%), 조부모 1명(1.1%) 순으로 많았다. 환자와 동거하는 경우는 68명(77.3%)이고, 동거하지 않는 경우는 20명(22.7%)이었다. 가족 참여자가 보고한 환자의 인구통계학적 특성은 다음과 같다. 환자 중 남성은 56명(63.6%), 여성은 32명(36.4%)이었고 평균 연령은 만 37.36세(*SD* = 12.66, 범위 14~71세)였다. 조현병을 가진 환자는 72명(81.8%), 조현정동장애를 가진 환자는 16명(18.2%)이었다. 이들 중 조현병 및 조현정동장애 외에 다른 정신질환의 동반진단이 1가지인 경우는 18명(20.5%), 2가지인 경우는 17명(19.3%), 4가지인 경우는 2명(2.2%), 동반진단이 없는 경우는 51명(58.0%)이었다. 모든 동반진단을 포함하여 정신질환을 공식적으로 처음 진단받은 연령은 평균 만 24.40세(*SD* = 10.46, 범위 2~70

세)였다. 유병기간은 1년 미만 3명(3.4%), 1~5년 20명(22.7%), 6~10년 18명(20.5%), 11~20년 22명(25.0%), 21년 이상 25명(28.4%)이었다.

비교 집단인 일반인 300명 중 Interquartile range(IQR) 값을 기준으로 이상치에 해당하는 22명을 분석에서 제외하여 278명의 일반인이 최종 분석에 포함되었다. 일반인 참여자 중 남성은 152명(54.7%), 여성은 126명(45.3%)이었으며 평균 연령은 만 48.29세(*SD* = 9.80, 범위 30~79세)였다. 가족 집단이 주로 환자의 부모와 형제자매로 구성되어 평균 연령대가 높았으므로 가족 집단과 일반인 집단의 연령대를 근사시키기 위하여 일반인은 만 30세를 연령 하한선으로 두고 모집하였다. 또한 이후의 집단 간 비교를 위하여 일반인 참여자 중 외상 및 스트레스 사건 경험의 심각도 총점이 상위 30%인 참여자와 하위 30%인 참여자를 각각 고외상 일반인 집단과 저외상 일반인 집단으로 구분하였다. 본 연구는 자발적으로 연구 참여에 동의하는 가족 및 일반인만을 대상으로 실시되었으며, 서울대학교 생명윤리위원회 사전 승인을 받아 진행되었다(IRB No. 2206/001-008).

측정도구

돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건 질문지. 가족이 조현병 환자를 돌보는 과정에서 겪을 수 있는 사건의 경험 빈도를 묻는 질문지이다. Kingston 등(2016)이 정신증을 가진 환자 가족의 스트레스 사건을 묻기 위하여 사용한 체크리스트, 그리고 조현병 환자 가족 단체에서 가족교육과 인터뷰를 통해 얻은 자료를 바탕으로 14가지 사건의 빈도를 묻는 문항을 구성하였다. 각 문항에 대하여 '겪은 적 없다(0점)'에서 '매우 자주 겪었다(4점)'의 5점 리커트 척도로 응답하도록 하였다. 본 연구에서 내적 합치도는 .87로 나타났다.

일반 외상 및 스트레스 사건 질문지. 사고 및 상해, 재난, 대인외상, 적응의 어려움 등 다양한 외상 및 스트레스 사건에 대한 경험 여부를 측정하기 위해 송승훈(2007)이 개발하고 이수연과 이동훈(2017), 설지윤 등(2019)이 수정한 질문지이다. 해당 사건에 대한 경험이 있는지 없는지 이분적으로 응답하는 기존 질문지와는 달리, 본 연구에서는 18가지 사건에 대하여 해당 사건을 경험했을 당시의 주관적 고통감을 '별로 심각하지 않다(1점)'에서 '매우 심각하다(4점)'로 응답하도록 하였다. 그리고 해당 사건을 경험하지 않았다면 '겪은 적 없다(0점)'로 응답하도록 하였다. 본 연구에서 내적 합치도는 .95로 나타났다.

한국판 사건 충격 척도(Korean version of Impact of Events Scale-Revised: IES-R-K). 외상 관련 증상 중 침투적 재경험과 의도적인 회피 증상을 측정하고자 Horowitz 등(1979)이 개발한 사건 충격 척도(Impact of Events Scale: IES)에 Weiss와 Marmar(1997)가 과각성 증상을 포함시켜 사건 충격 척도 수정판(Impact of Events Scale-Revised: IES-R)을 개발하였다. 본 연구에서는 은헌정 등(2005)이 번안 및 타당화한 척도를 사용하였다. 원문인 IES-R이 침습 증상 8문항, 과각성 증상 6문항, 회피 증상 8문항의 3요인 구조였던 것과는 달리, 은헌정 등(2005)의 IES-R-K에서는 침습 증상 5문항, 과각성 증상 6문항, 회피 증상 6문항, 수면장애 및 정서적 마비와 해리 증상(이하 수면·마비·해리 증상) 5문항의 4요인 구조가 확인되었다. 동일한 연구에서 IES-R-K의 PTSD 감별 절단점은 24~25점으로 산출되었다. 즉, 실제로 PTSD 진단 기준에 부합하는 개인을 PTSD로 분류하는 민감도가 1.00으로 가장 높으면서도 PTSD를 가지지 않은 개인을 PTSD가 아니라고 분류하는 특이도가 0.60으로 가장 높게 보존되는 IES-R-K의 절단점은 24점에서 25점으로 나타났다. 또한 PTSD 증상을 어느 정도 충족하면서도 진단 기준에는 부합하지는 않는 사람과 일반인을 판별하는 부분 PTSD에 대한 절단점은 17~18점으로 산출되었다. 즉, PTSD 경향성을 지닌 개인을 PTSD 경향이 있다고 분류하는 민감도가 1.00으로 가장 높으면서도 특이도가 0.51로 가

장 높게 보존되는 IES-R-K의 절단점은 17점에서 18점으로 나타났다(은헌정 등, 2005). IES-R-K는 지난 7일간 경험한 외상 관련 증상의 정도에 대하여 '전혀 아니다(0점)'에서 '매우 그렇다(4점)'의 5점 리커트 척도로 응답한다. 은헌정 등(2005)의 연구에서 내적 합치도는 .83이었고 검사-재검사 신뢰도는 .89로 나타났다. 본 연구에서 전체 문항의 내적 합치도는 .96이었고, 하위요인별 내적 합치도는 침습이 .92, 과각성이 .92, 회피가 .90, 수면·마비·해리가 .81로 나타났다.

한국판 Beck 절망감 척도(Korean Beck Hopelessness Scale: K-BHS). Beck 등(1974)이 미래에 대한 부정적 기대를 평가하기 위하여 개발한 20문항의 척도로, 본 연구에서는 이를 김성건 등(2015)이 번안 및 타당화한 것을 사용하였다. 각 문항에 '예' 혹은 '아니오'로 응답하며, 20문항 중 9문항은 역문항으로 구성된다. 김성건 등(2015)의 연구에서 내적 합치도는 .85였고 검사-재검사 신뢰도는 .86으로 나타났다. 본 연구에서 내적 합치도는 .91로 나타났다.

간이 정신 진단 검사(Symptom Check List-90: SCL-90)의 신체화 척도. Derogatis 등(1976)이 개인이 호소하는 9개 차원의 증상을 평가하기 위하여 개발한 90문항의 척도 중 신체화 증상을 평가하는 하위척도이다. 본 연구에서는 김광일 등(1984)이 번안 및 타당화한 척도를 사용하였다. 지난 7일간 주관적으로 경험한 여러 가지 신체 증상의 정도를 '전혀 없다(0점)'에서 '아주 심하다(4점)'의 5점 리커트 척도로 응답하도록 되어 있다. 본 연구에서 내적 합치도는 .89로 나타났다.

한국판 인지적 정서조절 전략 척도(Korean version of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: K-CERQ)의 자기비난 척도 및 타인비난 척도. 부정적 사건에 직면한 개인이 정서를 조절하는 데 사용하는 인지적 책략을 확인하기 위하여 Garnefski 등(2001)이 개발한 36문항의 척도 중 자기비난 전략과 타인비난 전략을 측정하는 하위척도이다.

36문항의 전체 척도는 적응적 인지적 정서조절 전략으로 분류되는 5개 하위요인인 수용, 긍정적 재조명, 해결중심적 사고, 긍정적 재평가, 균형있게 바라보기, 그리고 부적응적 인지적 정서조절 전략으로 분류되는 4개 하위요인인 자기비난, 타인비난, 반추, 파국화로 구성되며 각 하위요인당 4문항씩으로 이루어진다. 본 연구에서는 안현의 등(2013)이 번안 및 타당화한 척도 중 자기비난을 측정하는 4문항과 타인비난을 측정하는 4문항을 선별하여, 가족 집단만을 대상으로 사용하였다. 각 문항에 대하여 '거의 그렇지 않다(1점)'에서 '거의 언제나 그렇다(5점)'의 5점 리커트 척도로 응답하도록 되어 있다. 안현의 등(2013)의 연구에서 내적 합치도는 자기비난이 .83, 타인비난이 .87로 나타났다. 본 연구에서 내적 합치도는 자기비난이 .81, 타인비난이 .93으로 나타났다.

한국판 표출감정 평가 척도(Korean version of Family Questionnaire: FQ-K). Wiedemann 등(2002)이 조현병 환자의 가족이 환자에게 보이는 태도 및 행동 양상을 측정하기 위하여 개발한 20문항의 척도이다. 정서적 과관여와 비판이라는 두 가지 하위요인이 각 10문항씩으로 구성된다. 본 연구에서는 김진훈 등(2006)이 번안 및 타당화한 척도를 가족 집단만을 대상으로 사용하였다. 가족 응답자가 '전혀 아니다/매우 드물다(1점)'에서 '매우 자주 그렇다(4점)'의 4점 리커트 척도로 응답하도록 되어 있다. 김진훈 등(2006)의 연구에서 내적 합치도는 .82, 검사-재검사 신뢰도는 .81이었으며, 예측 타당도 검사에서 평균 점수인 44.53점보다 높은 점수를 얻은 가족 집단에서는 낮은 점수를 얻은 가족 집단에 비하여 환자의 재입원이 유의하게 많았다. 본 연구에서 내적 합치도는 정서적 과관여가 .80, 비판이 .86으로 나타났다.

질병 및 돌봄 특성 질문지. 환자의 질병 특성과 가족이 환자를 돌보는 과정과 관련된 변인 및 경험을 측정하기 위한 질문지로 연구자가 DSM-5(APA, 2013)과 환자 가족들과의 교류 경험, 본 연구의 목적을 고려해 구성하였다.(부록 7 참조) 환자의 질병 특성 변인은 다음과 같이 구

성되었다; 동반진단 가짓수, 첫 진단 연령, 유병기간, 양성증상 심각도, 음성증상 심각도, 가족이 지각한 환자의 발병 전후 변화도. 가족의 돌봄 특성 변인은 다음과 같이 구성되었다; 환자와 동거하면서 함께 지내는 시간, 환자와의 친밀도, 가족교육 및 가족모임에 대한 참여도, 환자의 정신질환과 관련하여 이용할 수 있는 정보·시설·제도의 충분도, 가족의 심리적 어려움과 관련하여 이용할 수 있는 상담 및 심리치료 서비스의 충분도, 유사시 돌봄 조력자의 존재, 돌봄 과정에서의 고민과 걱정을 털어놓을 수 있는 정서적 조력자의 존재, 환자를 돌보는 과정에서 가족이 지각한 경제적 부담, 가족이 지각한 조현병에 대한 사회적 편견, 환자의 진단명을 처음 들었을 때의 스트레스, 환자를 돌보는 과정에서의 수치심 빈도, 환자를 돌보는 과정에서의 죄책감 빈도.

통계분석

본 연구에서는 R 4.2.1을 사용하여 통계분석을 실시하였다. 집단 비교의 구체적인 절차는 다음과 같다. 첫째, 주요 변인의 기술통계치를 확인하고 주요 변인 간 Pearson 상관분석을 실시하였다. 둘째, 성별, 연령, 학력에 따른 집단 간 동질성을 검증하기 위하여 카이제곱검정, 독립표본 *t*검정, 일원분산분석을 실시하였다. 셋째, 성별에 따른 가족 집단과 일반인 집단 간의 외상성 스트레스 증상 차이를 검증하기 위하여 이원분산분석을 실시하였다. 넷째, 가족 집단 내에서 부모와 형제자매, 조현병 환자와 조현정동장애 환자, 주된 돌봄 제공자가 본인인지 아닌지에 따른 외상성 스트레스 증상 차이를 검증하기 위하여 독립표본 *t*검정을 실시하였다. 다섯째, 가족 집단 내의 질병 및 돌봄 관련 변인의 기술통계치를 확인하였다. 여섯째, 가족 집단 내의 질병 및 돌봄 관련 변인과 외상성 스트레스 증상 및 표출정서의 관련성을 탐색하기 위하여 Pearson 상관분석과 Spearman 상관분석 및 회귀분석을 실시하였다.

돌봄 외상 경험과 표출정서의 관계에서 외상성 스트레스 증상과 자기비난 및 타인비난의 역할을 검증한 구체적인 절차는 다음과 같다. 첫째, 6가지 외상성 스트레스 증상이 서로를 통제하고서도 표출정서를 예측하는지 확인하기 위하여 다중회귀분석을 실시하였다. 둘째, 다중회귀분석에서 유의미한 예측력을 보인 외상성 스트레스 증상을 이후 연구 모형의 매개변인으로 선정하였고, Hayes(2021)의 PROCESS macro for R 4.0.2를 통하여 연구 모형을 검증하였다. 구체적으로는 돌봄 외상 경험과 표출정서의 관계에서 외상성 스트레스 증상이 매개효과를 보이는지 검증하고자 model 4를 사용하였고, 이러한 매개효과를 자기비난 및 타인비난이 조절하는지 검증하고자 model 14를 사용하였다. 각 분석마다 10,000회의 부트스트래핑(bootstrapping)을 실시한 후 95% 신뢰구간을 산출하여 효과의 유의성을 검증하였다. 셋째, 이와 동일한 방법으로, 양성증상 및 음성증상과 표출정서의 관계에서 외상성 스트레스 증상의 매개효과(model 4)와 자기비난 및 타인비난의 조절된 매개효과(model 14)를 검증하는 추가 분석을 실시하였다.

결 과

분석 1. 조현병 환자 가족의 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스의 실태: 일반인 집단과의 비교

분석 1의 목적은 조현병 환자 가족의 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스 증상의 실태를 파악하여, 외상과 관련된 가족의 심리적 어려움에 개입하는 데 필요한 기초자료를 마련하는 것이다. 또한 가족 집단과 일반인 집단 간 비교를 통하여 가족 집단이 특징적으로 나타내는 외상성 스트레스 증상을 확인하고(연구 질문 1, 2), 이들의 외상성 스트레스 증상 및 표출정서와 관련된 다양한 질병 및 돌봄 관련 변인들을 탐색하였다(연구 질문 3).

가족 집단의 주요 변인 기술통계 및 상관

가족 집단에게서 측정한 주요 변인의 평균 및 표준편차와 주요 변인 간 상관을 표 1에 제시하였다.

우선 가족의 외상성 스트레스 증상과 관련된 주요한 상관분석 결과는 다음과 같다. 첫째, 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스 증상 간의 상관이다. 돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건의 가짓수는 단순 외상성 스트레스 증상인 침습, 과각성, 수면·마비·해리와 유의미한 정적 상관을 보였고, 각각 $r(86) = .34$, $p = .001$; $r(86) = .33$, $p = .002$; $r(86) = .27$, $p = .011$, 회피와는 경향성을 보인 반면에, $r(86) = .20$, $p = .061$, 복합 외상성 스트레스 증상인 절망감, 신체화와는 유의미한 정적 상관을 보이지 않았다, 각각 $r(86) = .06$, $p = .589$; $r(86) = .11$, $p = .288$. 이와 유사하게, 돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건의 빈도 총점은 단순 외상성 스트레스 증상

인 침습, 과각성, 회피, 수면·마비·해리와는 유의미한 정적 상관을 보인 반면에, 각각 $r(86) = .42$, $p < .001$; $r(86) = .43$, $p < .001$; $r(86) = .29$, $p = .007$; $r(86) = .28$, $p = .008$, 복합 외상성 스트레스 증상인 절망감, 신체화와는 유의미한 정적 상관을 보이지 않았다, 각각 $r(86) = .15$, $p = .168$; $r(86) = .14$, $p = .208$.

둘째, 부적응적 인지적 정서조절 전략인 자기비난 및 타인비난과 외상성 스트레스 증상 간의 상관이다. 자기비난은 회피 및 수면·마비·해리를 제외한 모든 외상성 스트레스 증상과 유의미한 정적 상관을 보였다; 각각 침습, $r(86) = .37$, $p < .001$; 과각성, $r(86) = .35$, $p < .001$; 절망감, $r(86) = .25$, $p = .018$; 신체화, $r(86) = .44$, $p < .001$. 타인비난은 모든 외상성 스트레스 증상과 유의미한 정적 상관을 보였다; 각각 침습, $r(86) = .41$, $p < .001$; 과각성, $r(86) = .37$, $p < .001$; 회피, $r(86) = .40$, $p < .001$; 수면·마비·해리, $r(86) = .37$, $p < .001$; 절망감, $r(86) = .29$, $p = .006$; 신체화, $r(86) = .34$, $p = .001$.

다음으로 가족의 표출정서와 관련된 주요한 상관분석 결과는 다음과 같다. 첫째, 돌봄 외상 경험과 표출정서 간의 상관으로, 돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건의 가짓수는 표출정서 하위요인 중 비판과 유의미한 정적 상관을 보였으며, $r(86) = .23$, $p = .032$, 빈도는 정서적 과관여 및 비판과 유의미한 정적 상관을 보였다, 각각 $r(86) = .31$, $p = .004$; $r(86) = .32$, $p = .002$.

둘째, 외상성 스트레스 증상과 표출정서 간의 상관으로, 모든 유형의 외상성 스트레스 증상이 정서적 과관여와 유의미한 정적 상관을 보였다; 각각 침습, $r(86) = .50$, $p < .001$; 과각성, $r(86) = .50$, $p < .001$; 회피, $r(86) = .42$, $p < .001$; 수면·마비·해리, $r(86) = .38$, $p < .001$; 절망감, $r(86) = .41$, $p < .001$; 신체화, $r(86) = .39$, $p < .001$. 또한 모든 유형의 외상성 스트레스 증상이 비판과 유의미한 정적 상관을 보였다; 각각 침습, $r(86) = .52$, $p < .001$; 과각성, $r(86) = .60$, $p < .001$; 회피, $r(86) = .56$, $p < .001$; 수면·마비·해리, $r(86) = .53$, $p < .001$; 절망감, $r(86) = .56$, $p < .001$; 신체화, $r(86) = .55$, $p < .001$.

셋째, 인지적 정서조절 전략 중 자기비난 및 타인비난과 표출정서 간의 상관을 표 13에 제시하였다. 자기비난은 정서적 과관여, 비판 모두와 유의미한 정적 상관을 보였다, 각각 $r(86) = .28$, $p = .008$; $r(86) = .39$, $p < .001$. 타인비난 역시 정서적 과관여, 비판 모두와 유의미한 정적 상관을 보였다, 각각 $r(86) = .35$, $p < .001$; $r(86) = .43$, $p < .001$.

일반인 집단의 주요 변인 기술통계 및 상관

일반인 집단에게서 측정한 주요 변인의 평균 및 표준편차와 주요 변인 간 상관을 표 2에 제시하였다. 일반인의 외상성 스트레스 증상과 관련된 주요한 상관분석 결과는 다음과 같다. 일반 외상 및 스트레스 사건의 가짓수는 절망감을 제외한 모든 외상성 스트레스 증상과 유의미한 정적 상관을 보였다; 각각 침습, $r(276) = .45$, $p < .001$; 과각성, $r(276) = .45$, $p < .001$; 회피, $r(276) = .38$, $p < .001$; 수면·마비·해리, $r(276) = .46$, $p < .001$; 신체화, $r(276) = .23$, $p < .001$. 마찬가지로, 일반 외상 및 스트레스 사건의 심각도 총점은 절망감을 제외한 모든 외상성 스트레스 증상과 유의미한 정적 상관을 보였다; 각각 침습, $r(276) = .51$, $p < .001$; 과각성, $r(276) = .50$, $p < .001$; 회피, $r(276) = .43$, $p < .001$; 수면·마비·해리, $r(276) = .49$, $p < .001$; 신체화, $r(276) = .23$, $p < .001$.

표 1. 가족 집단의 주요 변인 기술통계 및 상관관계 (N = 88)

	돌봄 사건 가짓수	돌봄 사건 빈도	침습	과각성	회피	수면 마비 해리	절망감	신체화	자기비난	타인비난	표출정서 (정서적 과관여)	표출정서 (비판)
돌봄 사건 가짓수	-											
돌봄 사건 빈도	.73***	-										
침습	.34**	.42***	-									
과각성	.33**	.43***	.86***	-								
회피	.20	.29**	.73***	.78***	-							
수면·마비·해리	.27*	.28**	.69***	.83***	.79***	-						
절망감	.06	.15	.44***	.49***	.43***	.48***	-					
신체화	.11	.14	.50***	.63***	.50***	.59***	.54***	-				
자기비난	.09	.22*	.37***	.35***	.20	.19	.25*	.44***	-			
타인비난	.06	.12	.41***	.37***	.40***	.37***	.29**	.34**	.36***	-		
표출정서 (정서적 과관여)	.12	.31**	.50***	.50***	.42***	.38***	.41***	.39***	.28**	.35***	-	
표출정서 (비판)	.23*	.32**	.52***	.60***	.56***	.53***	.56***	.55***	.39***	.43***	.73***	-
M	11.40	23.78	7.34	7.36	8.92	6.20	7.33	9.98	9.72	8.84	15.59	13.31
(총점)	(14)	(56)	(20)	(24)	(24)	(20)	(20)	(48)	(20)	(20)	(30)	(30)
SD	2.64	9.80	5.07	5.63	6.09	4.28	5.87	8.55	3.51	3.90	5.31	5.93

*$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

표 2. 일반인 집단의 주요 변인 기술통계 및 상관관계 (N = 278)

	일반 사건 가짓수	일반 사건 심각도	침습	과각성	회피	수면·마비·해리	절망감	신체화
일반 사건 가짓수	-							
일반 사건 심각도	.89***	-						
침습	.45***	.51***	-					
과각성	.45***	.50***	.84***	-				
회피	.38***	.43***	.77***	.78***	-			
수면·마비·해리	.46***	.49***	.80***	.85***	.74***	-		
절망감	.005	.03	.16**	.15*	.19**	.13*	-	
신체화	.23***	.23***	.41***	.46***	.39***	.40***	.35***	-
M (총점)	11.22 (18)	27.39 (72)	6.71 (20)	5.69 (24)	8.25 (24)	5.28 (20)	6.43 (20)	6.87 (48)
SD	5.13	18.45	4.55	5.41	5.56	4.05	5.25	5.21

*$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

가족의 돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건 기술통계

가족 참여자가 조현병 환자를 돌보는 과정에서 경험한 외상 및 스트레스 사건의 종류와 빈도를 표 3에 제시하였다. 사건 질문지에는 주로 환자의 증상과 행동, 환자의 입원과 치료, 환자와 외부환경 간의 갈등, 가족 내부의 갈등과 관련된 사건이 포함되었다. 그 외에 참여자가 경험한 돌봄 관련 스트레스 사건을 주관식으로 작성하도록 하였으며, 이러한 주관식 응답을 부록 8에 제시하였다.

가족 참여자는 사건 질문지에 제시된 14가지 사건 중 평균 11.4가지 (*SD* = 2.64, 범위 4~14가지)를 경험하였으며, 약 78%의 가족이 10가지 이상의 사건을 경험하였다. 가족이 '자주' 겪었다고 보고한 사건은 환자의 양성증상 목격(42%), 환자의 음성증상 목격(41%), 증상의 재발(32%), 가족 간 갈등 및 불화(31%), 환자의 가족에 대한 차별 및 낙인(28%), 환자의 위험하거나 예측 불가한 행동(26%), 환자에 대한 차별 및 낙인(25%), 비자발적 입원(25%), 환자의 행동으로 인하여 경찰서나 민원센터 등에 방문 및 연락(25%), 치료 환경에서의 부정적 감정 경험(24%), 환자의 욕설 및 공격적 언어(24%), 환자의 신체적 폭력 및 위협(15%), 환자의 자해 및 자살 시도 혹은 위협(11%) 순이었다.

각 사건에 대하여 가족이 '한 번이라도' 겪었다고 응답한 비율을 살펴보면, 환자의 욕설 및 공격적 언어(81%), 환자의 신체적 폭력 및 위협(75%), 비자발적 입원(71%), 환자의 행동으로 인하여 경찰서나 민원센터 등에 방문 및 연락(68%), 환자의 자해 및 자살 시도 혹은 위협(64%) 등 심각한 사건에 노출된 가족이 상당수임을 알 수 있다.

표 3. 가족 집단의 돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건의 종류 및 빈도 (N = 88)

	돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건의 종류	한 번이라도 겪었음	자주 겪었음
1	환자로부터의 신체적 폭력 및 위협	66 (75%)	13 (15%)
2	환자로부터의 욕설, 공격적인 언어, 언어적 위협	71 (81%)	21 (24%)
3	환자에 대한 차별이나 낙인이 담긴 언행을 직접적 혹은 간접적으로 보고 들음	79 (90%)	22 (25%)
4	환자의 가족에 대한 차별이나 낙인이 담긴 언행을 직접적 혹은 간접적으로 보고 들음	69 (78%)	25 (28%)
5	환자의 자해나 자살시도 혹은 그러한 위협	56 (64%)	10 (11%)
6	그 밖에 환자의 위험하거나 예측 불가한 행동	76 (86%)	23 (26%)
7	환자가 비자발적으로 입원됨	62 (71%)	22 (25%)
8	환자가 입원하거나 치료받는 정신과 병동의 사람들, 환경, 분위기에서 부정적인 감정을 경험함	77 (88%)	21 (24%)
9	환자의 행동으로 인하여 경찰서, 민원센터, 보험사 등에 방문하거나 연락함	60 (68%)	22 (25%)
10	환자의 양성증상(환각, 망상, 기이하거나 혼란스러운 언어)을 목격함	84 (96%)	37 (42%)
11	환자의 음성증상(의욕 없음, 무관심함, 고립됨, 감정 표현이 거의 없음 등)을 목격함	84 (96%)	36 (41%)
12	환자의 증상이 호전되었다가 재발됨	75 (85%)	28 (32%)
13	환자의 돌봄과 관련하여 다른 가족 구성원 간 갈등, 불화, 말다툼, 폭력을 경험함	71 (81%)	27 (31%)
14	그 밖에 환자를 돌보는 과정에서 경험한 스트레스 사건 (주관식 응답)	73 (83%)	32 (36%)

주 1. ‘자주 겪었음’: 해당 사건의 빈도를 ‘자주 겪었다 = 3’ 혹은 ‘매우 자주 겪었다 = 4’로 평정한 경우.
주 2. 문항 14(그 밖에 환자를 돌보는 과정에서 경험한 스트레스 사건)에 대한 주관식 응답을 부록 8에 제시하였음.

일반인의 외상 및 스트레스 사건 기술통계

일반인 참여자가 경험한 사고 및 상해, 재난, 대인외상, 적응의 어려움 등 다양한 외상 및 스트레스 사건의 종류, 빈도, 심각도를 표 4에 제시하였다. 일반인 참여자는 사건 질문지에 제시된 18가지 사건 중 평균 11.2가지(*SD* = 5.13, 범위 0~18가지)를 경험하였다.

표 4. 일반인 집단의 외상 및 스트레스 사건의 종류, 빈도, 심각도 (*N* = 278)

	일반 외상 및 스트레스 사건의 종류	한 번이라도 겪었음 (단위: 명)	경험 당시 고통감이 심각했음 (단위: 명)
1	사고 및 상해 (교통사고, 산업재해, 화재, 건물붕괴, 절단사고, 폭발 등)	177 (64%)	90 (51%)
2	전염성 재난 (신종플루, 조류독감, 구제역, 콜레라, COVID-19 등)	198 (71%)	110 (56%)
3	자연재난 (홍수, 태풍, 지진, 폭설, 산사태 등)	168 (60%)	88 (52%)
4	폭행, 강도 등의 범죄 피해	129 (46%)	82 (64%)
5	성추행 및 성폭력	133 (48%)	91 (68%)
6	본인의 심각한 신체적 질병	167 (60%)	76 (46%)
7	가족의 신체적 질병	211 (76%)	114 (54%)
8	가족의 정신적 질병	151 (54%)	88 (58%)
9	가까운 가족 또는 친척의 사망	253 (91%)	136 (54%)
10	친한 친구의 사망	169 (61%)	94 (56%)
11	부모의 이혼 혹은 별거	111 (40%)	49 (44%)
12	가족 구성원과의 갈등 또는 다툼	142 (51%)	85 (60%)
13	주변 대인관계 문제 (다툼, 갈등, 언쟁, 이별, 실연, 사기 등)	142 (51%)	56 (39%)
14	법적 구속 (본인 및 가족 구성원)	92 (33%)	63 (69%)
15	가정의 경제적 상황의 변화 (부도, 파산, 신용불량 등)	150 (54%)	94 (63%)
16	본인 또는 가족 구성원의 해고나 실직	179 (64%)	77 (43%)
17	적응의 어려움 (학교, 사회, 군대 등에서 겪은 소외, 따돌림, 언어 및 신체적 폭력 경험 등)	159 (57%)	64 (40%)
18	학업의 실패 (중요한 과목이나 시험에서의 실패)	188 (68%)	45 (24%)

주. '경험 당시 고통감이 심각했음': 해당 사건을 겪은 사람 중 그 사건으로 인한 주관적 고통감을 '심각하다 = 3' 혹은 '매우 심각하다 = 4'로 평정한 경우.

집단 간 동질성 분석

집단 비교에 앞서, 가족과 일반인 집단이 인구통계학적 정보인 성별, 학력, 연령 면에서 동질적인지 확인하기 위하여 카이제곱검정 및 독립표본 t검정을 실시하였다. 두 집단 간 학력과 연령 차이는 통계적으로 유의미하지 않았으나, 성비에서 유의미한 차이가 나타났다, $\chi^2(1, N = 258) = 13.07$, $p < .001$. 마찬가지로 가족과 고외상 일반인(외상 경험 상위 30%), 저외상 일반인(외상 경험 하위 30%) 집단이 인구통계학적 정보인 성별, 학력, 연령 면에서 동질적인지 확인하기 위하여 카이제곱검정 및 일원분산분석을 실시하였다. 세 집단 간 학력과 연령 차이는 통계적으로 유의미하지 않았으나, 가족 집단의 성비가 고외상 일반인 및 저외상 일반인의 성비와 차이를 보였다, $\chi^2(2, N = 258) = 11.00$, $p = .004$. 따라서 이후에 집단 간 차이를 분석할 때는 성별을 또 다른 독립변인으로 투입하는 이원분산분석을 실시하였다. 집단 간 성비 비교 결과를 표 5와 표 6에 제시하였다.

표 5. 가족과 일반인 집단 간 성비 비교 (N = 258)

		가족 (n = 88)	일반인 (n = 278)	χ^2 (df = 1)
성별	남 (단위: 명)	28 (32%)	152 (55%)	13.07***
	여 (단위: 명)	60 (68%)	126 (45%)	

***$p < .001$.

표 6. 가족, 고외상 일반인, 저외상 일반인 집단 간 성비 비교 (N = 258)

		가족 (n = 88)	고외상 (n = 84)	저외상 (n = 86)	χ^2 (df = 2)
성별	남 (단위: 명)	28 (32%)	45 (54%)	46 (54%)	11.00**
	여 (단위: 명)	60 (68%)	39 (46%)	40 (46%)	

**$p < .01$.

가족과 일반인 집단 간 외상성 스트레스 증상의 차이

연구 질문 1에 따라, 가족 집단과 일반인 집단의 외상성 스트레스 증상 비교 결과를 표 7에 제시하였다. 가족 집단과 일반인 집단의 성비가 유의미한 차이를 보였으므로, 성별을 통제하는 이원분산분석을 실시하였다. 전반적으로 모든 외상성 스트레스 증상에서 일반인보다는 가족이, 남성보다는 여성이 높은 절대적 수치를 보였으나, 그 차이가 통계적으로 유의미한 경우는 침습, 과각성, 신체화였다. 구체적인 결과는 다음과 같다.

우선, 외상성 스트레스 증상 중 침습에서는 성별 간 차이만이 유의미하였다, $F(1, 362) = 5.49$, $p = .020$, $\eta^2 = .01$. 다음으로, 과각성에서는 집단과 성별의 상호작용효과, 집단의 주효과, 성별의 주효과가 모두 유의미하였다, 각각 $F(1, 362) = 4.63$, $p = .032$, $\eta^2 = .01$; $F(1, 362) = 6.43$, $p = .012$, $\eta^2 = .02$; $F(1, 362) = 6.52$, $p = .011$, $\eta^2 = .01$. 과각성에 대한 집단과 성별의 상호작용효과를 해석하기 위하여 상호작용 도표를 그림 1에 제시하였다. 과각성 수준에 있어서 여성의 경우에는 가족과 일반인 간 유의미한 차이를 보이지 않았으나, $t(125.41) = 0.27$, $p = .789$, 남성의 경우에는 가족이 일반인보다 유의미하게 높았다, $t(33.32) = 2.64$, $p = .013$, Cohen's $d = 0.64$. 끝으로, 신체화에서는 집단의 주효과, 성별의 주효과가 유의미하였다, $F(1, 362) = 17.34$, $p < .001$, $\eta^2 = .05$; $F(1, 362) = 10.22$, $p = .002$, $\eta^2 = .03$.

요약하면, 가족 집단이 일반인 집단보다 통계적으로 유의미하게 높은 수준을 보인 외상성 스트레스는 과각성과 신체화였다. 특히 과각성은 남성 가족 집단이 남성 일반인 집단에 비하여 유의미하게 높았고, 신체화는 성별과 관련 없이 가족 집단이 일반인 집단에 비하여 유의미하게 높았다.

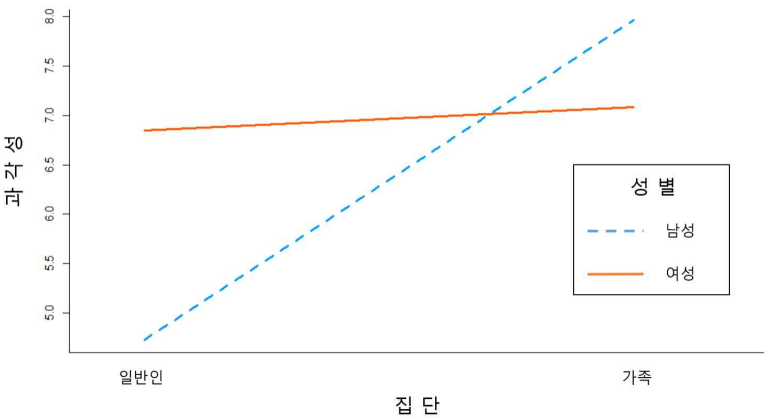
표 7. 가족과 일반인 집단 간 외상성 스트레스 증상의 차이 (N = 366)

	가족 (n = 88)		일반인 (n = 278)		전체 (N = 366)		F	효과 크기 η^2
	남 (n = 28)	여 (n = 60)	남 (n = 152)	여 (n = 126)	남 (n = 180)	여 (n = 186)		
침습	7.34(5.07)		6.71(4.55)				1.23	
	7.75(5.18) =	7.15(5.05)	5.97(4.16) <	7.61(4.84)	6.24(4.37)	7.46(4.90)	5.49*	.01
			집단 × 성별 상호작용				3.51	
과각성	7.36(5.63)		5.69(5.41)				6.43*	.02
	7.96(6.15) =	7.08(5.40)	4.73(4.80) <	6.85(5.87)	5.23(5.15)	6.92(5.71)	6.52*	.01
			집단 × 성별 상호작용				4.63*	.01
회피	8.92(6.09)		8.25(5.56)				0.94	
	8.36(5.12) =	9.18(6.51)	7.82(5.50) =	8.76(5.60)	7.91(5.43)	8.90(5.90)	2.28	
			집단 × 성별 상호작용				0.01	
수면 마비 해리	6.20(4.28)		5.28(4.05)				3.39	
	6.25(4.17) =	6.18(4.37)	4.78(3.79) <	5.89(4.27)	5.01(3.87)	5.98(4.30)	3.82	
			집단 × 성별 상호작용				1.23	
절망감	7.33(5.87)		6.43(5.25)				1.85	
	8.04(6.28) =	7.00(5.69)	6.00(5.33) =	6.95(5.13)	6.32(5.52)	6.97(5.30)	0.82	
			집단 × 성별 상호작용				2.03	
신체화	9.98(8.55)		6.87(5.21)				17.34***	.05
	8.68(9.36) =	10.58(8.16)	5.90(4.94) <	8.03(5.31)	6.33(5.90)	8.85(6.46)	10.22**	.03
			집단 × 성별 상호작용				0.02	

주 1. 부등호 표시: 집단 간 차이가 통계적으로 유의미함. 등호 표시: 집단 간 차이가 통계적으로 유의미하지 않음.

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

그림 1. 성별에 따른 가족과 일반인 집단 간 과각성의 차이



가족, 고외상 일반인, 저외상 일반인 집단 간 외상성 스트레스 증상의 차이

연구 질문 2에 따라, 가족 집단의 외상성 스트레스 증상을 일반인 중 외상 경험 심각도가 상위 30%인 고외상 집단(이하 고외상 일반인 집단) 및 일반인 중 외상 경험 심각도가 하위 30%인 저외상 집단(이하 저외상 일반인 집단)과 비교한 결과를 표 8에 제시하였다. 가족 집단이 고외상 일반인 집단 및 저외상 일반인 집단과 유의미한 성비 차이를 보였으므로, 성별을 통제하는 이원분산분석을 실시하였다. 전반적으로 단순 외상성 스트레스 증상인 침습, 과각성, 회피, 수면·마비·해리에 대해서는 고외상 일반인, 가족, 저외상 일반인 순으로, 그리고 남성보다 여성이 높은 절대적 수치를 보였다. 복합 외상성 스트레스 증상인 절망감과 신체화에 대해서는 가족, 고외상 일반인, 저외상 일반인 순으로, 그리고 남성보다 여성이 높은 절대적 수치를 보였다. 그중에서 통계적으로 유의미한 결과는 다음과 같다.

우선, 단순 외상성 스트레스 증상인 침습, 과각성, 회피, 수면·마비·해리는 고외상 일반인, 가족, 저외상 일반인 순으로 유의미하게 높은 수준을 보였다; 각각 침습, $F(2, 252) = 39.37$, $p < .001$, $\eta^2 = .24$; 과각성, $F(2, 252) = 36.06$, $p < .001$, $\eta^2 = .22$; 회피, $F(2, 252) = 26.23$, $p < .001$, $\eta^2 = .17$; 수면·마비·해리, $F(2, 252) = 32.29$, $p < .001$, $\eta^2 = .20$. 또한 침습, 과각성, 수면·마비·해리에서 남성보다 여성이 유의미하게 높은 수준을 보였다; 각각 침습, $F(1, 252) = 5.68$, $p = .018$, $\eta^2 = .02$; 과각성, $F(1, 252) = 4.98$, $p = .027$, $\eta^2 = .02$; 수면·마비·해리, $F(1, 252) = 5.83$, $\mathrm{p} = .017$, $\eta^2 = .02$.

다음으로, 복합 외상성 스트레스 증상 중 절망감은 세 집단 간 차이가 유의미하지 않았고, $F(2, 252) = 1.47$, $p = .233$, 성차도 유의미하지 않았다, $F(1, 252) = 0.45$, $p = .502$. 신체화에서는 가족과 고외상 일반인 집단이 저외상 일반인 집단보다 유의미하게 높은 수준을 보였다, $F(2, 252) = 13.23$, $p < .001$, $\eta^2 = .10$. 또한 남성보다 여성이 유의미하게 높았다,

$F(1, 252) = 6.80$, $p = .010$, $\eta^2 = .03$.

요약하면, 가족 집단이 일반인 중 외상 경험 심각도가 상위 30%인 고외상 집단만큼 높은 수준을 보인 외상성 스트레스 증상은 신체화였다.

표 8. 가족, 고외상 일반인, 저외상 일반인 집단 간 외상성 스트레스의 차이 (N = 258)

	가족[a] (n = 88)		고외상[b] (n = 84)		저외상[c] (n = 86)		전체 (N = 258)		F	사후검정	효과크기 η^2
	남 (n = 28)	여 (n = 60)	남 (n = 45)	여 (n = 39)	남 (n = 46)	여 (n = 40)	남 (n = 119)	여 (n = 139)			
	7.34(5.07)		9.74(4.64)		3.79(3.56)				39.37***	b > a > c	.24
침습	7.75(5.18)	= 7.15(5.05)	8.53(4.13)	< 11.13(4.86)	2.93(3.05)	< 4.78(3.87)	6.18(4.78)	7.58(5.25)	5.68*		.02
				집단 × 성별 상호작용					2.84		
	7.36(5.63)		9.38(5.99)		2.83(3.87)				36.06***	b > a > c	.22
과각성	7.96(6.15)	= 7.08(5.40)	8.13(5.52)	< 10.82(6.26)	1.72(2.61)	< 4.10(4.66)	5.61(5.68)	7.27(5.99)	4.98*		.02
				집단 × 성별 상호작용					2.90		
	8.92(6.09)		11.37(5.50)		5.36(4.64)				26.23***	b > a > c	.17
회피	8.36(5.12)	= 9.18(6.51)	10.87(5.22)	= 11.95(5.82)	4.57(4.67)	= 6.28(4.49)	7.84(5.68)	9.12(6.15)	3.09		
				집단 × 성별 상호작용					0.14		
수면	6.20(4.28)		8.01(4.59)		3.14(3.13)				32.29***	b > a > c	.20
마비	6.25(4.17)	= 6.18(4.37)	7.22(4.38)	= 8.92(4.70)	2.24(2.30)	< 4.18(3.64)	5.07(4.29)	6.37(4.61)	5.83*		.02
해리				집단 × 성별 상호작용					1.48		
	7.33(5.87)		6.51(4.96)		5.95(5.10)				1.47		
절망감	8.04(6.28)	= 7.00(5.69)	5.89(4.84)	= 7.23(5.05)	5.52(5.34)	= 6.45(4.83)	6.25(5.45)	6.91(5.25)	0.45		
				집단 × 성별 상호작용					1.12		
	9.98(8.55)		8.44(5.71)		5.08(4.28)				13.23***	a = b > c	.10
신체화	8.68(9.36)	= 10.58(8.16)	7.31(5.35)	= 9.74(5.90)	4.13(3.95)	< 6.18(4.44)	6.40(6.34)	9.08(6.87)	6.80**		.03
				집단 × 성별 상호작용					0.04		

주 1. 사후검정: a = 가족 집단. b = 고외상 일반인 집단. c = 저외상 일반인 집단.

주 2. 부등호 표시: 집단 간 차이가 통계적으로 유의미함. 등호 표시: 집단 간 차이가 통계적으로 유의미하지 않음.

*p < .05. **p < .01. ***p < .001.

가족의 외상성 스트레스 증상 및 표출정서와 관련된 변인 탐색

연구 질문 3에 따라 가족 집단 내 분석을 통해 어떠한 가족 내 변인이 외상성 스트레스 증상 및 표출정서와 관련되는지 탐색하였다. 분석 방법으로는 가족 집단 내 비교, 상관분석, 회귀분석을 사용하였다.

가족 집단 내 외상성 스트레스 증상 비교. 각 외상성 스트레스 증상에 대하여 환자와의 가족관계가 부모인 참여자와 형제자매인 참여자 간 비교, 환자의 진단이 조현병인 참여자와 조현정동장애인 참여자 간 비교, 주된 돌봄 제공자가 본인인 참여자와 다른 구성원인 참여자 간 비교를 실시하였다. 세 가지 비교 모두에서 집단 간 외상성 스트레스 증상의 차이가 유의미하지 않았다. 비교 결과는 부록 9에 제시하였다.

질병 특성 변인 및 돌봄 특성 변인과 돌봄 외상 경험 및 외상성 스트레스 증상의 상관. 환자의 질병 특성 변인 및 가족의 돌봄 특성 변인과 돌봄 외상 경험 및 외상성 스트레스 증상 간 상관을 표 9에 제시하였다. 환자의 질병 특성 변인은 다음과 같이 구성되었다; (1) 동반진단 가짓수, (2) 첫 진단 연령, (3) 유병기간, (4) 양성증상 심각도, (5) 음성증상 심각도, (6) 가족이 지각한 환자의 발병 전후 변화도. 가족의 돌봄 특성 변인은 다음과 같이 구성되었다; (7) 환자와 동거하면서 함께 지내는 시간, (8) 환자와의 친밀도, (9) 가족교육 및 가족모임에 대한 참여도, (10) 환자의 정신질환과 관련하여 이용할 수 있는 정보·시설·제도의 충분도, (11) 가족의 심리적 어려움과 관련하여 이용할 수 있는 상담 및 심리치료 서비스의 충분도, (12) 유사시 돌봄 조력자의 존재, (13) 돌봄 과정에서의 고민과 걱정을 털어놓을 수 있는 정서적 조력자의 존재, (14) 환자를 돌보는 과정에서 가족이 지각한 경제적 부담, (15) 가족이 지각한 조현병에 대한 사회적 편견, (16) 환자의 진단명을 처음 들었을 때의 스트레스, (17) 환자를 돌보는 과정에서의 수치심 빈도, (18) 환자를 돌보는 과정에서의 죄책감 빈도. 상기한 질병 특성 변인 및 돌봄 특성 변인의

기술통계를 표 9에 함께 제시하였으며, 평균과 표준편차를 기술할 수 없는 변인 (6) ~ (14)의 응답 빈도를 부록 10에 제시하였다. 부록 10에는 주로 가족이 사회 환경으로부터 지각하는 인프라, 서비스, 지지 체계 등에 관한 내용이 포함되어 있으므로 가족의 심리 외적 어려움을 이해하는데 도움이 될 수 있다.

환자의 질병 특성 변인과 가족의 돌봄 외상 경험 및 외상성 스트레스 증상 간의 주요한 상관분석 결과는 다음과 같다. 동반진단 가짓수는 모든 유형의 외상성 스트레스 증상과 유의미한 정적 상관을 보였다; 각각 침습, $r(86) = .32$, $p = .003$; 과각성 $r(86) = .38$, $p < .001$; 회피 $r(86) = .32$, $p = .003$; 수면·마비·해리, $r(88) = .38$, $p < .001$; 절망감, $r(86) = .40$, $p < .001$; 신체화, $r(86) = .40$, $p < .001$. 유병기간은 회피와 유의미한 부적 상관을 보였다, $r(86) = -.26$, $p = .015$. 양성증상 심각도는 돌봄 외상 경험의 가짓수, $r(86) = .34$, $p = .001$; 돌봄 외상 경험의 빈도, $r(86) = .40$, $p < .001$; 그리고 모든 유형의 외상성 스트레스 증상과 유의미한 정적 상관을 보였다; 각각 침습, $r(86) = .31$, $p = .004$; 과각성, $r(86) = .28$, $p = .008$; 회피, $r(86) = .27$, $p = .011$; 수면·마비·해리, $r(86) = .22$, $p = .041$; 절망감, $r(86) = .35$, $p < .001$; 신체화, $r(86) = .27$, $p = .012$. 음성증상 심각도는 돌봄 외상 경험의 빈도, $r(86) = .24$, $p = .023$, 그리고 모든 유형의 외상성 스트레스 증상과 유의미한 정적 상관을 보였다; 각각 침습, $r(86) = .27$, $p = .013$; 과각성, $r(86) = .27$, $p = .012$; 회피, $r(86) = .29$, $p = .006$; 수면·마비·해리, $r(86) = .22$, $p = .039$; 절망감, $r(86) = .48$, $p < .001$; 신체화, $r(86) = .28$, $p = .009$. 환자의 발병 전후 변화는 신체화와 유의미한 부적 상관을 보였다, $r(86) = -.27$, $p = .011$.

가족의 돌봄 특성 변인과 돌봄 외상 경험 및 외상성 스트레스 증상 간의 주요한 상관분석 결과는 다음과 같다. 환자와 함께 지내는 시간은 수면·마비·해리, 신체화와 유의미한 정적 상관을 보였다, 각각 $r(86) = .32$, $p = .003$; $r(86) = .21$, $p = .045$. 환자와의 친밀도는 수면·마비·해리, 절망감, 신체화와 유의미한 부적 상관을 보였다, 각각 $r(86) = -.22$, $p = .037$; $r(86) = -.37$, $p < .001$; $r(86) = -.25$, $p = .017$. 가족교육 및 가족

모임 참여도는 돌봄 외상 경험의 가짓수와는 유의미한 정적 상관을, $r(86) = .31$, $p = .004$, 절망감과는 유의미한 부적 상관을 보였다, $r(86) = -.26$, $p = .016$. 환자에 대한 돌봄을 대신해줄 수 있는 조력자의 존재는 수면·마비·해리, 절망감, 신체화와 유의미한 부적 상관을 보였다, 각각 $r(86) = -.25$, $p = .020$; $r(86) = -.34$, $p = .001$; $r(86) = -.31$, $p = .004$. 한편, 돌봄 과정에서의 고민과 걱정을 털어놓을 수 있는 정서적 조력자의 존재는 모든 외상성 스트레스 증상과 유의미한 부적 상관을 보였다; 각각 침습, $r(86) = -.38$, $p < .001$; 과각성, $r(86) = -.34$, $p = .001$; 회피, $r(86) = -.35$, $p < .001$; 수면·마비·해리, $r(86) = -.29$, $p < .001$; 절망감, $r(86) = -.38$, $p < .001$; 신체화, $r(86) = -.26$, $p = .013$. 가족이 돌봄 과정에서 지각하는 경제적 부담은 돌봄 외상 경험의 가짓수, 및 빈도와 유의미한 정적 상관을 보였다, 각각 $r(86) = .36$, $p < .001$; $r(86) = .37$, $p < .001$. 환자를 돌보는 과정에서 수치스럽거나 창피한 감정을 느끼는 빈도는 신체화와 정적 경향성을 보였고, $r(86) = .20$, $p = .07$, 그 외에 다른 외상성 스트레스 증상과는 유의미한 정적 상관을 보였다; 각각 침습, $r(86) = .28$, $p = .008$; 과각성, $r(86) = .33$, $p = .001$; 회피, $r(86) = .32$, $p = .002$; 수면·마비·해리, $r(86) = .26$, $p = .014$; 절망감, $r(86) = .32$, $p = .003$. 한편, 환자를 돌보는 과정에서 죄책감이나 잘못한 것 같은 감정을 느끼는 빈도는 수면·마비·해리와 정적 경향성을 보였고, $r(86) = .20$, $p = .06$, 그 외에 다른 외상성 스트레스 증상과 유의미한 정적 상관을 보였다; 각각 침습, $r(86) = .34$, $p = .001$; 과각성, $r(86) = .36$, $p < .001$; 회피, $r(86) = .26$, $p = .016$; 절망감, $r(86) = .23$, $p = .033$; 신체화, $r(86) = .29$, $p = .006$.

추가적으로, 가족의 돌봄 외상 경험을 구성하는 사건들 각각이 주로 어떠한 외상성 스트레스 증상과 관련되는지 확인한 상관분석 결과를 부록 11에 제시하였다.

상관분석의 주요 결과를 간략히 요약하자면 다음과 같다. 환자가 조현병 외에 진단받은 동반 정신장애의 가짓수가 많을수록 가족의 외상성 스트레스 증상은 심각하였다. 한편, 환자의 유병기간이 오래되더라도 회피

를 제외하고는 가족의 외상성 스트레스 증상이 감소하지 않는 것으로 나타났다. 또한 환자의 양성증상과 음성증상이 심각할수록 가족은 돌봄 외상 경험을 더 자주 하고 외상성 스트레스 증상이 심각하였다. 가족교육 및 가족모임에 대한 높은 참여도는 낮은 절망감과 관련되었다. 돌봄을 대신해줄 수 있는 이차적 돌봄 제공자가 많을수록 수면·마비·해리, 절망감, 신체화가 낮았으며, 고민과 걱정을 들어주는 정서적 조력자가 자주 있을수록 모든 외상성 스트레스 증상이 낮았다. 또한 환자를 돌보는 과정에서 수치심과 죄책감을 자주 느끼는 것은 높은 수준의 외상성 스트레스 증상과 관련되었다.

표 9. 환자의 질병 특성 변인 및 가족의 돌봄 경험 변인과 외상성 스트레스 증상 간 상관 (N = 88)

	환자의 질병 특성 변인						가족의 돌봄 특성 변인											
							관계		자원/지지							스트레스 및 부정정서		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	동반 진단 (개수)	진단 연령 (세)	유병 기간	양성 증상	음성 증상	발병 전후 변화	함께 지내는 시간	친밀도	교육/ 모임 참여	정보/ 시설/ 제도	심리 서비스	돌봄 조력자 존재	정서적 조력자 존재	경제적 부담	사회적 편견	초기 스트 레스	수치심	죄책감
사건 가짓수	.10	-.16	.27*	.34**	.13	-.02	,05	-.15	.31**	-.09	-.03	-.18	-.17	.36***	-.07	-.003	.18	.16
사건 빈도	.21*	-.07	.12	.40***	.24*	.14	-.01	-.08	.13	-.18	-.15	-.06	-.19	.37***	.08	.06	.19	.27*
침습	.32**	-.09	-.14	.31**	.27*	.02	.005	-.10	-.003	-.02	-.21	-.08	-.38***	.19	-.004	.19	.28**	.34**
과각성	.38***	-.12	-.18	.28**	.27*	-.04	.13	-.16	.03	.06	-.17	-.18	-.34**	.21	-.05	.18	.33**	.36***
회피	.32**	-.12	-.26*	.27*	.29**	-.06	.12	-.21	.05	-.08	-.14	-.09	-.35***	.20	-.05	.19	.32**	.26*
수면·마비·해리	.38***	-.11	-.12	.22*	.22*	-.14	.32**	-.22*	.07	.08	-.08	-.25*	-.29***	.14	-.04	.13	.26*	.20
절망감	.40***	-.10	-.10	.35***	.48***	-.02	.13	-.37***	-.26*	-.04	-.20	-.34**	-.38***	.16	-.02	-.04	.32**	.23*
신체화	.40***	-.12	.01	.27*	.28**	-.27*	.21*	-.25*	.03	.07	-.06	-.31**	-.26*	.15	-.06	.05	.20	.29**
M (총점)	0.68	24.4	-	4.85 (16)	6.33 (16)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9.15 (10)	8.86 (10)	6.06 (10)	6.69 (10)
SD	0.94	10.46	-	3.42	3.93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.20	1.72	3.00	2.84

주. 변인 3의 기술통계(응답 빈도)는 참여자에, 변인 6~14의 기술통계(응답 빈도)는 부록 10에 제시하였음.
*$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

질병 특성 변인 및 돌봄 특성 변인이 외상성 스트레스 증상에 미치는 영향. 외상성 스트레스 증상과 유의미한 상관을 보이는 변인 중 환자의 질병 특성에 해당하는 유병기간, 양성증상, 음성증상, 그리고 가족의 사회적 지지 체계에 해당하는 정서적 조력자와 돌봄 조력자가 외상성 스트레스 증상을 예측하는 단순회귀분석 및 다중회귀분석을 실시하였다.

우선, 정서적 조력자, 돌봄 조력자, 유병기간을 예측변인으로 투입한 단순회귀분석의 결과를 표 10에 제시하였다. 고민과 걱정을 들어주는 정서적 조력자의 존재가 가족의 침습, 과각성, 회피의 감소를 예측하는 것으로 나타났으며, 각각 b = −1.68, t = −3.82, p <.001, *adjusted* R^2 = .13; b = −1.73, t = −3.50, p <.001, *adjusted* R^2 = .11; b = −1.88, t = −3.52, p <.001, *adjusted* R^2 = .12, 유사시 돌봄을 대신해줄 조력자의 존재가 가족의 수면·마비·해리 감소를 예측하는 것으로 나타났다, b = −1.20, t = −2.37 p = .020, *adjusted* R^2 = .05. 또한 짧은 유병기간이 가족의 회피 증상 증가를 예측하는 것으로 나타났다, b = −1.18, t = −2.26, p = .026, *adjusted* R^2 = .05.

다음으로, 양성증상과 음성증상을 예측변인으로 투입한 다중회귀분석 및 단순회귀분석의 유의미한 결과를 표 11에 제시하였다. 음성증상을 통제하였을 때에도 양성증상이 침습의 증가를 유의미하게 예측하였다, b = 0.36, t = 2.16, p = .033, *partial correlation* = .23. 즉, 가족의 침습 경험은 환자의 음성증상보다 양성증상으로부터 더 영향을 받는 것으로 나타났다. 또한 양성증상을 통제하였을 때에도 음성증상이 절망감의 증가를 유의미하게 예측하였다, b = 0.59, t = 3.90 p < .001, *partial correlation* = .39. 즉, 가족의 절망감은 환자의 양성증상보다 음성증상으로부터 더 영향을 받는 것으로 나타났다. 이전 분석에서 가족이 특히 높은 수준을 보인 신체화 증상의 경우, 다중회귀분석에서 양성증상과 음성증상은 서로를 통제하였을 때 각각 신체화의 증가를 유의미하게 예측하지는 못하였다. 다만, 단순회귀분석에서 양성증상과 음성증상의 총합은 신체화의 증가를 유의미하게 예측하였다, b = 0.45, t = 3.18, p = .002, *adjusted* R^2 = .09.

끝으로, 돌봄 조력자와 정서적 조력자를 예측변인으로 투입한 다중회귀분석의 유의미한 결과를 표 12에 제시하였다. 돌봄 조력자와 정서적 조력자는 서로를 통제하였을 때에도 각각 절망감의 감소를 유의미하게 예측하였는데, 돌봄 조력자보다는 정서적 조력자의 설명력이 더 컸다; 각각 돌봄 조력자, b = −1.44, t = −2.04, p = .045, *partial correlation* = −.22; 정서적 조력자, b = −1.53, t = −2.80, p = .006, *partial correlation* = −.29. 또한 정서적 조력자를 통제하였을 때에도 돌봄 조력자는 신체화의 감소를 유의미하게 예측하였다, b = −2.27, t = −2.11, p = .038, *partial correlation* = −.22.

전반적으로, 양성증상과 음성증상을 독립변인으로 투입한 다중회귀모형은 절망감의 변량을 약 24% 설명하였고, 돌봄 조력자와 정서적 조력자를 독립변인으로 투입한 다중회귀모형은 절망감의 변량을 약 17% 설명하였다. 이는 동일한 독립변인을 투입한 회귀모형으로 다른 외상성 스트레스 증상을 예측하였을 때보다 높은 설명량이다. 즉, 외상성 스트레스 증상들 중에서도 특히 절망감은 환자의 증상 심각도와 주변의 지지 체계로부터 많은 영향을 받는 것으로 나타났다.

표 10. 질병 및 돌봄 특성 변인으로 외상성 스트레스 증상을 예측하는 단순회귀분석 (N = 88)

종속변인	예측변인	b	SE	t	R^2	*adjusted* R^2	F
침습	정서적 조력자	−1.68	0.44	−3.82***	.14	.13	14.57***
과각성	정서적 조력자	−1.73	0.50	−3.50***	.12	.11	12.20***
회피	유병기간	−1.18	0.52	−2.26*	.06	.05	5.11*
	정서적 조력자	−1.88	0.53	−3.52***	.13	.12	12.41***
수면·마비·해리	돌봄 조력자	−1.20	0.51	−2.37*	.06	.05	5.63*

*$p < .05$. ***$p < .001$.

표 11. 양성증상 및 음성증상으로 외상성 스트레스 증상을 예측하는 다중회귀분석, 단순회귀분석 (N = 88)

종속변인	예측변인	b	β	SE	t	부분 상관 계수	adjusted R^2	F
침습	양성증상	0.36	.24	0.16	2.16*	.23*	.10	5.73**
	음성증상	0.22	.17	0.14	1.52	.16		
절망감	양성증상	0.33	.19	0.17	1.90	.20	.24	14.74***
	음성증상	0.59	.40	0.15	3.90***	.39***		
신체화	양성+음성증상	0.45	-	0.14	3.18**	-	.09	10.08**

주. b: 비표준화된 회귀계수. β : 표준화된 회귀계수.
*$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

표 12. 돌봄 조력자 및 정서적 조력자의 존재로 외상성 스트레스 증상을 예측하는 다중회귀분석 (N = 88)

종속변인	예측변인	b	β	SE	t	부분 상관 계수	adjusted R^2	F
절망감	돌봄 조력자	-1.44	-.22	0.71	-2.04*	-.22*	.17	9.86***
	정서적 조력자	-1.53	-.30	0.55	-2.80**	-.29**		
신체화	돌봄 조력자	-2.27	-.23	1.08	-2.11*	-.22*	.10	5.94**
	정서적 조력자	-1.37	-.18	0.83	-1.66	-.18		

주. b: 비표준화된 회귀계수. β : 표준화된 회귀계수.
*$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

질병 특성 변인 및 돌봄 특성 변인과 표출정서의 상관. 환자의 질병 특성 변인 및 가족의 돌봄 특성 변인과 표출정서 간 상관을 표 13에 제시하였다. 환자의 양성증상 심각도는 표출정서 하위요인 중 정서적 과관여, 비판 모두와 유의미한 정적 상관을 보였다, 각각 $r(86) = .31$, $p = .004$; $r(86) = .47$, $p < .001$. 음상증상 심각도 역시 정서적 과관여, 비판 모두와 유의미한 정적 상관을 보였다, 각각 $r(86) = .33$, $p = .002$; $r(86) = .31$, $p = .004$. 환자와 함께 지내는 시간은 정서적 과관여와 유의미한 정적 상관을 보였다, $r(86) = .24$, $p = .026$. 환자와의 친밀도는 비판과 유의미한 부적 상관을 보였다, $r(86) = -.32$, $p = .002$. 가족의 심리적 어려움과 관련하여 이용할 수 있는 상담 및 심리치료 서비스의 충분도는 정서적 과관여와 유의미한 부적 상관을 보였다, $r(86) = -.37$, $p < .001$. 돌봄을 대신해줄 수 있는 조력자의 존재는 정서적 과관여, 비판 모두와 유의미한 부적 상관을 보였다, 각각 $r(86) = -.21$, $p < .046$; $r(86) = -.22$, $p = .035$. 이와 마찬가지로, 돌봄 과정에서의 고민과 걱정을 털어놓을 수 있는 정서적 조력자의 존재 역시 정서적 과관여, 비판 모두와 유의미한 부적 상관을 나타냈다, 각각 $r(86) = -.39$, $p < .001$; $r(86) = -.40$, $p < .001$. 가족이 지각한 조현병에 대한 사회적 편견은 정서적 과관여와 유의미한 정적 상관을 보였다, $r(86) = .45$, $p < .001$. 환자의 진단명을 처음 들었을 때의 스트레스 역시 정서적 과관여와 유의미한 정적 상관을 보였다, $r(86) = .43$, $p < .001$. 환자를 돌보는 과정에서 경험하는 수치심은 정서적 과관여, 비판 모두와 유의미한 정적 상관을 보였으며, 각각 $r(86) = .23$, $p = .028$; $r(86) = .34$, $p = .001$, 죄책감 역시 정서적 과관여, 비판 모두와 유의미한 정적 상관을 보였다, 각각 $r(86) = .45$, $p < .001$; $r(86) = .45$, $p < .001$.

표 13. 환자의 질병 특성 변인, 가족의 돌봄 특성 변인, 자기비난 및 타인비난과 표출정서 간 상관 (N = 88)

	환자의 질병 특성 변인						가족의 돌봄 특성 변인												부적응적 인지적 정서조절 전략	
							관계		자원/지지							스트레스 및 부정정서				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
	동반 진단 (개수)	진단 연령 (세)	유병 기간	양성 증상	음성 증상	발병 전후 변화	함께 지내는 시간	친밀도	교육/ 모임 참여	정보/ 시설/ 제도	심리 서비스	돌봄 조력자 존재	정서적 조력자 존재	경제적 부담	사회적 편견	초기 스트 레스	수치심	죄책감	자기 비난	타인 비난
표출정서 (정서적 과관여)	.07	-.06	-.07	.31**	.33**	.18	.24*	-.08	.06	-.09	-.37***	-.21*	-.39***	.18	.45***	.43***	.23*	.45***	.28**	.35***
표출정서 (비판)	.18	-.11	-.06	.47***	.31**	-.04	.16	-.32**	-.07	-.03	-.20	-.22*	-.40***	.17	.19	.11	.34**	.45***	.39***	.43***
M (총점)	0.68	24.4	-	4.85 (16)	6.33 (16)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9.15 (10)	8.86 (10)	6.06 (10)	6.69 (10)	9.72 (20)	8.84 (20)
SD	0.94	10.46	-	3.42	3.93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.20	1.72	3.00	2.84	3.51	3.90

주. 변인 3의 기술통계(응답 빈도)는 참여자에, 변인 6~14의 기술통계(응답 빈도)는 부록 10에 제시하였음.
*$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

분석 2. 가족의 돌봄 외상 경험과 표출정서의 관계에서 외상성 스트레스 증상과 자기비난 및 타인비난의 역할

분석 2의 목적은 가족의 표출정서가 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스 증상에 따른 대처일 수 있다는 관점에서, 돌봄 외상에 따른 외상성 스트레스 증상이 표출정서에 미치는 영향을 확인하는 것이다. 우선, 사전 분석을 통하여 분석 2에서 검증하려는 매개모형 및 조절된 매개모형의 매개변인으로 포함시킬 외상성 스트레스 증상을 선정하였다. 구체적으로는, 다중회귀분석을 통하여 6가지의 외상성 스트레스 증상 중 표출정서의 각 하위요인인 정서적 과관여와 비판을 잘 예측하는 증상을 탐색하였다. 이렇게 선정된 외상성 스트레스 증상을 모형에 포함시켜, 가족의 돌봄 외상 경험이 외상성 스트레스 증상을 거쳐서 표출정서로 이어지는 매개효과를 검증하였다(가설 1, 2). 그리고 이러한 매개효과를 부적응적 인지적 정서조절 전략인 자기비난과 타인비난이 조절하는지 검증하였다(가설 3, 4).

표출정서에 영향을 미치는 외상성 스트레스 증상 탐색

분석 2에서 검증하려는 매개모형과 조절된 매개모형의 매개변인으로 삼을 외상성 스트레스 증상을 선정하기 위하여 사전 분석을 실시하였다. 구체적으로는 외상성 스트레스 증상들로 표출정서를 예측하는 다중회귀분석을 실시하여, 가족의 표출정서에 상대적으로 영향을 더 많이 미치는 외상성 스트레스 증상을 확인하였다(표 14). 이때 과각성은 다른 외상성 스트레스 증상들과 높은 상관을 보여 다중공선성을 키우는 변인으로 확인되었으므로 다중회귀분석에서 제외하였다(*Variance Inflation Factor* = 7.11).

표출정서의 하위요인 중 정서적 과관여에 가장 큰, 그리고 통계적으로

유의미한 영향을 미치는 외상성 스트레스 증상은 침습으로 나타났다, b = 0.37, t = 2.50, p = .014, *partial correlation* = .35. 반면에 표출정서 하위요인 중 비판에 가장 큰, 그리고 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 외상성 스트레스 증상은 절망감으로 나타났다, b = 0.30, t = 3.01, p = .003, *partial correlation* = .43. 그 뒤를 이어서 신체화 역시 비판을 유의미하게 예측하였다, b = 0.15, t = 1.99, p = .049, *partial correlation* = .36. 이에 따라 분석 2의 모형 검증에서 정서적 과관여를 종속변인으로 삼는 모형에는 침습을, 비판을 종속변인으로 삼는 모형에는 절망감과 신체화를 매개변인으로 포함하였다.

추가로 다중회귀모형의 전체적인 설명력을 살펴본 결과, 외상성 스트레스 증상들로 정서적 과관여를 예측하는 다중회귀모형의 설명력은 약 26%인 반면에, 비판을 예측하는 다중회귀모형의 설명력은 약 45%로 나타났다. 즉, 6가지 외상성 스트레스 증상의 세트는 표출정서 하위요인 중에서도 정서적 과관여보다 비판의 변량을 더 잘 설명하였다.

표 14. 외상성 스트레스 증상으로 표출정서를 예측하는 다중회귀분석 (N = 88)

종속변인	예측변인	b	β	SE	t	부분 상관 계수	*adjusted* R^2	F
표출정서 (정서적 과관여)	침습	0.37	.36	0.15	2.50*	.35***	.26	7.27***
	회피	0.09	.11	0.14	0.63	.24***		
	수면·마비·해리	-0.15	-.12	0.21	-0.74	.15**		
	절망감	0.19	.21	0.10	1.81	.28***		
	신체화	0.08	.12	0.08	1.01	.21***		
표출정서 (비판)	침습	0.13	.11	0.14	0.88	.30***	.45	15.13***
	회피	0.26	.27	0.14	1.88	.37***		
	수면·마비·해리	-0.03	-.02	0.20	-0.15	.29***		
	절망감	0.30	.30	0.10	3.01**	.43***		
	신체화	0.15	.21	0.07	1.99*	.36***		

주. b: 비표준화된 회귀계수. β : 표준화된 회귀계수.
*$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

돌봄 외상 경험과 정서적 과관여의 관계에서 침습의 매개효과

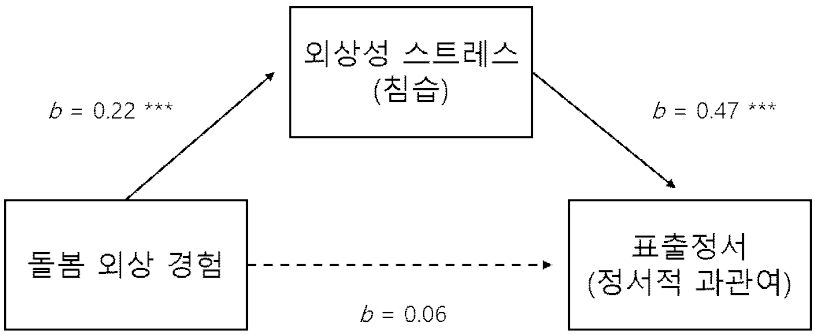
가설 1을 검증하기 위하여, 가족의 돌봄 외상 경험(돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건의 빈도)과 정서적 과관여의 관계를 외상성 스트레스 증상인 침습 증상이 매개하는지 확인한 결과를 표 15와 그림 2에 제시하였다. 돌봄 외상 경험이 침습으로 향하는 경로가 유의미하였고, b = 0.22, SE = 0.04, *95% CI* [0.13, 0.30], 침습이 정서적 과관여로 향하는 경로 역시 유의미하였다, b = 0.47, SE = 0.10, *95% CI* [0.26, 0.67]. 돌봄 외상 경험이 침습을 거쳐서 정서적 과관여로 이어지는 간접효과는 유의미하였으나, b = 0.10, SE = 0.03, *95% CI* [0.04, 0.17], 돌봄 외상 경험이 정서적 과관여에 미치는 직접효과는 유의미하지 않았다, b = 0.06, SE = 0.05, *95% CI* [-0.04, 0.16]. 종합하면, 침습은 돌봄 외상 경험과 정서적 과관여의 관계를 완전매개하였다. 즉, 가족이 환자를 돌보는 과정에서 외상적 경험을 많이 할수록 그러한 경험이 의식 속으로 침투하는 증상이 심화되어 환자에 대한 과도한 걱정과 간섭으로 이어질 수 있다. 따라서 가설 1은 지지되었다.

표 15. 돌봄 외상 경험과 정서적 과관여의 관계에서 침습의 매개효과 (N = 88)

	b	*Boot SE*	*95% CI*	
			Boot LLCI	*Boot ULCI*
돌봄 외상 경험 → 침습	0.22***	0.04	0.13	0.30
침습 → 표출정서(정서적 과관여)	0.47***	0.10	0.26	0.67
돌봄 외상 경험 → 표출정서(정서적 과관여)	0.06	0.05	-0.04	0.16
침습의 간접효과	0.10	0.03	0.04	0.17

주1. *Boot LLCI*: 95% 신뢰구간 하한값. *Boot ULCI*: 95% 신뢰구간 상한값.
주2. 간접효과: 돌봄 외상 경험 → 침습 → 표출정서(정서적 과관여).
***$p < .001$.

그림 2. 돌봄 외상 경험과 정서적 과관여의 관계에서 침습의 매개모형



***$p < .001$.

돌봄 외상 경험과 비판의 관계에서 절망감 및 신체화의 매개효과와 타인비난의 조절된 매개효과

가설 2를 검증하기 위하여, 가족의 돌봄 외상 경험과 비판의 관계를 외상성 스트레스 증상인 절망감 또는 신체화가 매개하는지 확인하고자 하였다. 그러나 분석 1의 결과에 따르면 모형의 매개변인인 절망감과 신체화가 독립변인인 돌봄 외상 경험과 유의미한 상관을 보이지 않았으므로, 분석 2에서 매개모형을 구성할 수 없었다. 따라서 돌봄 외상 경험과 비판의 관계를 외상성 스트레스 증상이 매개한다는 가설 2는 지지되지 않았다. 이에 따라 가설 2를 필요조건으로 하여 외상성 스트레스 증상의 매개효과를 타인비난이 조절한다는 가설 4 역시 지지되지 않았다. 가설 2와 가설 4가 지지되지 않음에 따라, 앞선 분석 1의 결과를 토대로 하여 독립변인을 수정한 모형을 분석한 뒤 추가 모형 분석에 제시하였다.

돌봄 외상 경험, 침습, 정서적 과관여의 관계에서 자기비난의 조절된 매개효과

가설 3을 검증하기 위하여, 가설 1에서 지지된 침습의 매개효과를 자기비난이 조절하는지 확인하였다. 자기비난의 조절된 매개 지수는 유의하지 않았다, b = -0.003, SE = 0.006, *95% CI* [-0.017, 0.008]. 즉, 돌봄 외상 경험과 정서적 과관여를 매개하는 침습의 영향력은 자기비난에 따라 달라지지 않는 것으로 나타났다. 따라서 가설 3은 지지되지 않았다. 자기비난의 조절된 매개효과에 관한 결과를 부록 12에 제시하였다.

추가 모형 분석

절망감과 신체화가 돌봄 외상 경험과 상관을 보이지 않는다는 분석 1의 결과에 따라, 분석 2에서 구성하고자 했던 가설 2와 가설 4의 모형은 성립하지 않았다. 따라서 분석 2를 보완하고자, 분석 1에서 환자의 양성증상과 음성증상에 대하여 밝혀낸 결과를 토대로 추가 모형 분석을 실시하였다. 분석 1의 결과에 따르면, 환자의 음성증상이 가족의 절망감을, 환자의 양성증상 및 음성증상 총합이 가족의 신체화를, 그리고 환자의 양성증상이 가족의 침습을 예측하였다. 이에 따라, 추가 모형에서는 돌봄 외상 경험 대신에 양성증상과 음성증상을 독립변인으로 투입하였다.

음성증상과 비판의 관계에서 절망감의 매개효과

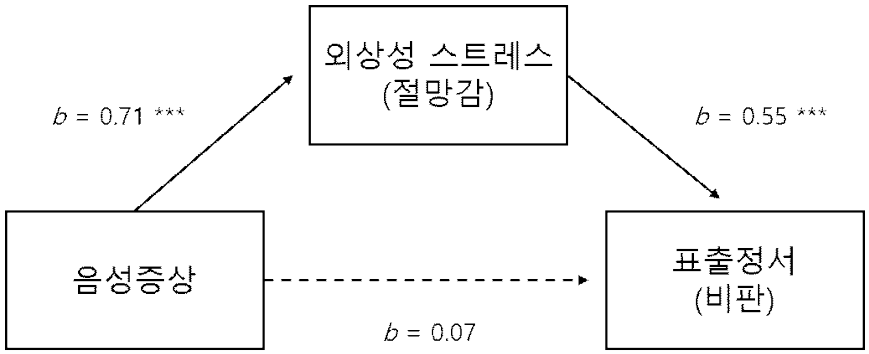
가설 2가 지지되지 않음에 따라, 앞선 분석 1의 결과를 토대로 추가 분석을 실시하였다. 분석 1에서는 환자의 음성증상이 양성증상을 통제하고도 가족의 절망감을 유의미하게 예측하였다. 또한 환자의 음성증상은 가족이 환자에게 보이는 비판과도 유의미한 상관을 보였다. 이에 따라 가설 2 모형의 독립변인 위치에 돌봄 외상 경험 대신 음성증상을 투입한 추가 모형 분석을 실시하여 표 16과 그림 3에 제시하였다. 음성증상이 절망감으로 향하는 경로가 유의미하였고, b = 0.71, SE = 0.16, *95% CI* [0.39, 1.01], 절망감이 비판으로 향하는 경로가 유의미하였다, b = 0.55, SE = 0.10, *95% CI* [0.34, 0.75]. 음성증상이 절망감을 거쳐서 비판으로 이어지는 간접효과는 유의미하였으나, b = 0.39, SE = 0.11, *95% CI* [0.19, 0.64], 음성증상이 비판에 미치는 직접효과는 유의미하지 않았다, b = 0.07, SE = 0.14, *95% CI* [-0.19, 0.35]. 종합하면, 절망감은 음성증상과 비판의 관계를 완전매개하는 것으로 나타났다. 즉, 환자의 음성증상이 심각할수록 가족의 절망감이 심화되어 환자에 대한 비판적 태도로 이어질 수 있다.

표 16. 음성증상과 비판의 관계에서 절망감의 매개효과 (N = 88)

	b	*Boot SE*	*95% CI*	
			Boot LLCI	*Boot ULCI*
음성증상 → 절망감	0.71***	0.16	0.39	1.01
절망감 → 표출정서(비판)	0.55***	0.10	0.34	0.75
음성증상 → 표출정서(비판)	0.07	0.14	-0.19	0.35
절망감의 간접효과	0.39	0.11	0.19	0.64

주1. *Boot LLCI*: 95% 신뢰구간 하한값. *Boot ULCI*: 95% 신뢰구간 상한값.
주2. 간접효과: 음성증상 → 절망감 → 표출정서(비판).
***$p < .001$.

그림 3. 음성증상과 비판의 관계에서 절망감의 매개모형



***$p < .001$.

양성증상 및 음성증상과 비판의 관계에서 신체화의 매개효과

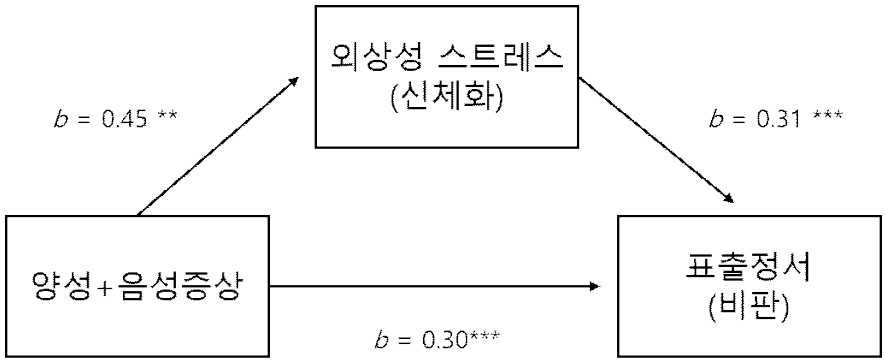
분석 1에서는 돌봄 외상 경험과 신체화 간의 관련성이 확인되지 않은 대신에, 환자의 양성증상 및 음성증상의 총합이 신체화를 유의미하게 예측하였다. 또한 양성증상 및 음성증상의 총합은 가족이 환자에게 보이는 비판과도 유의미한 상관을 보였다. 이에 따라 가설 2 모형의 독립변인 위치에 돌봄 외상 경험 대신 양성증상 및 음성증상 총점을 투입한 추가 모형 분석을 실시하여 표 17과 그림 4에 제시하였다. 양성증상 및 음성증상이 신체화로 향하는 경로가 유의미하였고, b = 0.45, SE = 0.14, *95% CI* [0.16, 0.71], 신체화가 비판으로 향하는 경로가 유의미하였다, b = 0.31, SE = 0.07, *95% CI* [0.18, 0.44]. 양성증상 및 음성증상이 신체화를 거쳐서 비판으로 이어지는 간접효과, b = 0.14, SE = 0.05, *95% CI* [0.05, 0.23], 그리고 양성증상 및 음성증상이 비판에 미치는 직접효과, b = 0.30, SE = 0.09, *95% CI* [0.13, 0.48]이 모두 유의미하였다. 종합하면, 신체화는 양성증상 및 음성증상과 비판의 관계를 부분매개하는 것으로 나타났다. 즉, 환자의 양성증상과 음성증상이 전반적으로 심각할수록 가족의 심리적 고통이 몸으로 표현되는 신체화 증상이 심화되어 환자에 대한 비판적 태도로 이어질 수 있다.

표 17. 양성증상 및 음성증상과 비판의 관계에서 신체화의 매개효과 (N = 88)

	b	*Boot SE*	*95% CI*	
			Boot LLCI	*Boot ULCI*
양성증상 + 음성증상 → 신체화	0.45**	0.14	0.16	0.71
신체화 → 표출정서(비판)	0.31***	0.07	0.18	0.44
양성증상 + 음성증상 → 표출정서(비판)	0.30***	0.09	0.13	0.48
신체화의 간접효과	0.14	0.05	0.05	0.23

주1. *Boot LLCI*: 95% 신뢰구간 하한값. *Boot ULCI*: 95% 신뢰구간 상한값.
주2. 간접효과: 양성증상 + 음성증상 → 신체화 → 표출정서(비판).
**$p < .01$. ***$p < .001$.

그림 4. 양성증상 및 음성증상과 비판의 관계에서 신체화의 매개모형



**$p < .01$. ***$p < .001$.

음성증상, 절망감, 비판의 관계에서 타인비난의 조절된 매개효과

가설 4가 지지되지 않음에 따라 추가 분석을 실시하였다. 환자의 음성증상과 가족의 비판을 매개하는 절망감의 영향력이 가족이 평소에 사용하는 타인비난 전략의 수준에 따라 달라지는지 확인하였다. 타인비난의 조절된 매개효과에 관한 결과를 표 18와 그림 5에 제시하였다. 타인비난의 조절된 매개 지수는 유의하였다, b = -0.033, SE = 0.017, *95% CI* [-0.068, -0.003]. 즉, 평소에 정서조절을 위하여 타인비난 전략을 많이 사용할수록 음성증상과 비판을 매개하는 절망감의 효과는 감소하는 것으로 나타났다. 구체적으로는, 타인비난의 값이 M - 1SD, M, M + 1SD로 증가할 때 조절된 매개효과는 각각 0.69, 0.51, 0.33으로 감소하였다. 난수 생성을 통하여 추출한 숫자 10개로 부트스트래핑의 seed 값을 달리하였을 때에도, 10개의 부트스트래핑 결과 모두에서 조절된 매개 지수의 신뢰구간은 0을 포함하지 않는 것으로 나타났다.

종합하면, 가설 4에서 상정한 모형에서 돌봄 외상 경험 대신 음성증상을 독립변인으로 투입하는 경우, 타인비난은 조절된 매개효과를 보이기는 하였으나 가설 4와는 반대 방향으로 효과를 보였다.

부적응적인 인지적 정서조절 전략으로 알려진 타인비난이 오히려 절망감의 매개효과를 감소시킨다는 결과를 적절하게 해석하기 위하여, 절망감과 비판의 관계에서 타인비난의 조절효과를 그림 6으로 제시하였다. 가족의 절망감이 증가함에 따라 환자에 대한 비판도 증가하지만, 이러한 절망감의 영향력(기울기)은 평소에 타인비난 전략을 적게 사용하는 가족에게서 더 강하게 나타나는 모습을 살펴볼 수 있다.

표 18과 그림 6을 토대로 타인비난의 조절된 매개효과를 다음과 같이 정리할 수 있다. 첫째, 환자의 음성증상에 따른 가족의 절망감이 증가하면서 환자에 대한 비판도 증가하였다. 둘째, 이러한 절망감의 영향력은 평소에 타인비난 전략을 적게 사용하는 가족에게서 더 강하게 나타났다. 셋째, 평소에 다른 사람들에게 타인비난 전략을 많이 사용하는 가족은 환자에 대한 비판도 많이 나타냈다. 종합하면, 평소에 타인비난을 적게

하는 가족은 환자에 대한 비판도 적지만 절망감이 증가함에 따라 이들의 비판은 평소에 타인비난을 많이 하는 가족에 비하여 더욱 가파르게 증가하였다. 이러한 결과의 해석과 임상적 함의를 논의에서 제시하였다.

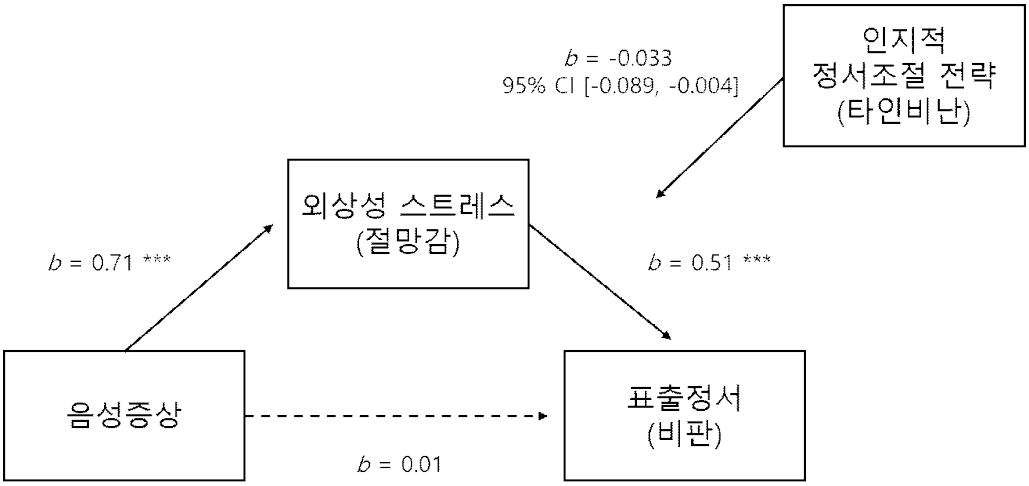
표 18. 음성증상, 절망감, 비판의 관계에서 타인비난의 조절된 매개효과 (N = 88)

	b	*Boot SE*	*95% CI*	
			Boot LLCI	*Boot ULCI*
음성증상 → 절망감	0.71***	0.16	0.39	1.01
절망감 → 표출정서(비판)	0.51***	0.11	0.29	0.72
타인비난 → 표출정서(비판)	0.56***	0.16	0.20	0.83
절망감×타인비난 → 표출정서(비판)	-0.05*	0.02	-0.089	-0.004
음성증상 → 표출정서(비판)	0.01	0.14	-0.25	0.31
타인비난의 조절된 매개 지수	-0.033	0.017	-0.068	-0.003

타인비난의 값에 따른 조절된 매개효과		*SE*	*95% CI*	
			Boot LLCI	*Boot ULCI*
$M-1SD$	0.69	0.14	0.41	0.98
M	0.51	0.10	0.31	0.71
$M+1SD$	0.33	0.12	0.10	0.56

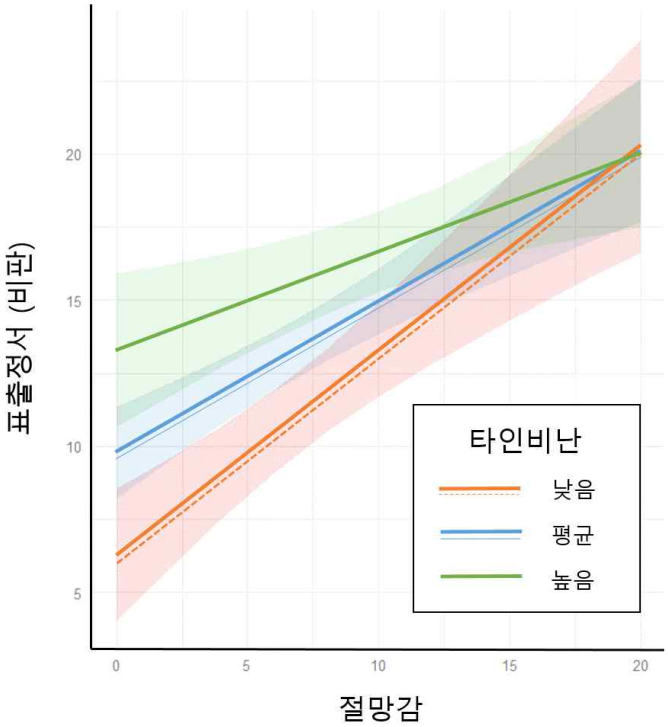
주1. 타인비난: 평소 일상에서 사용하는 부적응적 인지적 정서조절 전략(자기비난, 타인비난, 반추, 파국화) 중 타인비난 전략.
주2. 표출정서(비판): 환자에 대한 비판적 태도 및 반응.
주3. *Boot LLCI*: 95% 신뢰구간 하한값. *Boot ULCI*: 95% 신뢰구간 상한값.
***$p < .001$.

그림 5. 음성증상, 절망감, 비판의 관계에서 타인비난의 조절된 매개모형



$***p < .001.$

그림 6. 절망감과 비판의 관계에서 타인비난의 조절효과



양성증상과 정서적 과관여의 관계에서 침습의 매개효과

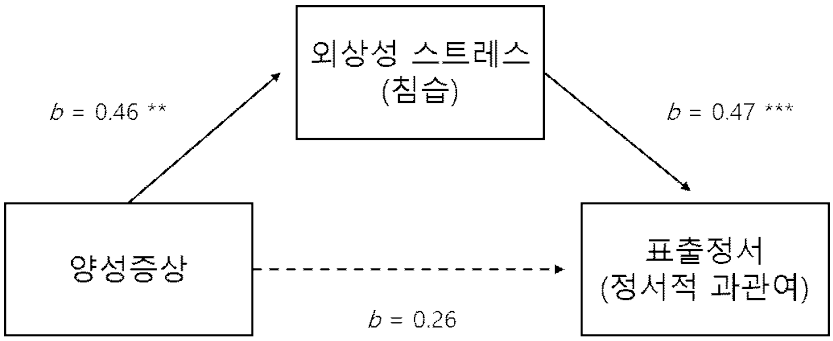
앞선 분석 1에서 음성증상을 통제하고도 양성증상이 침습을 유의하게 예측하였다는 결과를 토대로, 돌봄 외상 경험 대신에 양성증상을 독립변인으로 투입한 매개모형을 추가 분석하였다. 환자의 양성증상 심각도와 가족의 정서적 과관여의 관계를 침습 증상이 매개하는지 확인한 결과를 표 19과 그림 7에 제시하였다. 양성증상이 침습으로 향하는 경로가 유의미하였고, b = 0.46, SE = 0.16, *95% CI* [0.13, 0.77], 침습이 정서적 과관여로 향하는 경로가 유의미하였다, b = 0.47, SE = 0.11, *95% CI* [0.25, 0.66]. 양성증상이 침습을 거쳐서 정서적 과관여로 이어지는 간접효과는 유의미하였으나, b = 0.21, SE = 0.09, *95% CI* [0.05, 0.40], 양성증상이 정서적 과관여에 미치는 직접효과는 유의미하지 않았다, b = 0.26, SE = 0.27, *95% CI* [-0.01, 0.57]. 종합하면, 침습은 양성증상과 정서적 과관여의 관계를 완전매개하는 것으로 나타났다. 즉, 환자의 양성증상이 심각할수록 그와 관련된 경험이 가족의 의식 속으로 침습하는 증상이 심화되어 환자에 대한 과도한 걱정과 간섭으로 이어질 수 있다.

표 19. 양성증상과 정서적 과관여의 관계에서 침습의 매개효과 (N = 88)

	b	*Boot SE*	*95% CI*	
			Boot LLCI	*Boot ULCI*
양성증상 → 침습	0.46**	0.16	0.13	0.77
침습 → 표출정서(정서적 과관여)	0.47***	0.11	0.25	0.66
양성증상 → 표출정서(정서적 과관여)	0.26	0.27	-0.01	0.57
침습의 간접효과	0.21	0.09	0.05	0.40

주1. *Boot LLCI*: 95% 신뢰구간 하한값. *Boot ULCI*: 95% 신뢰구간 상한값.
주2. 간접효과: 양성증상 → 침습 → 표출정서(정서적 과관여).
**$p < .01$. ***$p < .001$.

그림 7. 양성증상과 정서적 과관여의 관계에서 침습의 매개모형



**$p < .01$. ***$p < .001$.

논 의

조현병을 가진 자녀를 둔 가족 상담가 설운영(2021)은 언론 기고문에서 정신장애인 가족을 '고통의 난민'이라고 표현한 바 있다. 정신장애에 대한 편견 어린 시선으로 인하여, 이들은 자신의 고통을 아무에게도 말하지 못하고 몸으로 감내하면서 삶의 음지를 난민처럼 표류한다는 것이다. 가족의 고통을 양지로 끌어올려 이해하고 지원하기 위해서는 가족을 환자의 그림자가 아니라 심리 서비스의 정당한 수혜자(valid recipients)로 바라보는 관점 위에서, 이들의 심리적 후유증과 대처 방식에 관한 이해가 선행되어야 한다. 이러한 작업의 일환으로 본 연구는 조현병 환자 가족이 환자를 돌보는 과정에서 맞닥뜨리는 외상적 경험과 그에 따른 외상성 스트레스 증상을 탐색하였다. 또한 가족이 외상성 스트레스 증상에 대처하는 과정에서, 환자의 회복을 저해하는 것으로 알려진 태도인 표출정서가 나타날 수 있음을 확인하였다.

분석 1의 목적은 조현병 환자 가족의 돌봄 관련 외상 경험과 다양한 외상성 스트레스 증상의 실태를 파악하는 것이었다. 조현병 환자 가족이 순환적이고 만성적인 병의 경과에 따라 지속적인 외상 경험에 노출된다는 것을 고려하여(Kingston et al., 2016), 단순 외상 관점의 증상인 침습, 과각성, 회피, 수면·마비·해리뿐만 아니라 복합 외상 관점의 증상인 절망감과 신체화를 외상성 스트레스 증상 측정치로 포함하였다. 조현병 환자 가족이 일반인에 비하여 높은 수준을 보이는 외상성 스트레스 증상을 확인하기 위하여 집단 간 비교 분석을 실시하였다. 또한 가족의 외상성 스트레스 증상 및 표출정서와 관련된 다양한 질병 및 돌봄 관련 변인들을 탐색하기 위하여 상관분석과 회귀분석을 실시하였다. 연구 질문 1, 2, 3을 중심으로 분석 1의 주요 결과 및 논의를 상술하면 다음과 같다.

첫째, 가족이 일반인에 비하여 높은 수준을 보인 외상성 스트레스 증상은 주로 몸으로 표현되는 증상인 과각성과 신체화였다(연구 질문 1). 조현병 환자 가족이 침습, 회피, 과각성으로 대표되는 외상 후 스트레스 증상을 나타낸다는 연구 결과들은 이미 존재하지만(Barton & Jackson,

2008; Boye & Malt, 2002; Hanzawa et al., 2013; Kingston et al., 2016), 그중에서도 특히 과각성의 수준이 높게 나타났다는 점에 대해서는 추가 논의가 필요하다. Kardiner(1941)는 전쟁 생존자에게서 흔히 관찰되는 생리신경증(physioneurosis)에 관하여 기술한 바 있다. 전쟁을 경험한 사람의 신체는 생리적 자극에 대한 역치가 낮아져 만성적인 경계와 과민 반응을 보이게 된다는 것이다. 조현병 환자의 가족 역시 환자의 증상과 관련된 예측 불가한 상황으로 인하여 높은 수준의 과각성을 경험할 가능성이 있다. 실제로 가족에게서 불안 증상을 기반으로 하는 심리적 고통이 흔하게 나타나며, 가족이 환자의 자해나 정신증 증상의 재발에 대한 공포(frightening)를 경험한다는 양적 및 질적 연구 결과들이 존재한다(Jungbauer et al., 2004; Landon et al., 2016; Schmid et al., 2009; Scottish Schizophrenia Research Group, 1987). 본 연구에서 가족의 과각성 수준과 관련하여 주목할 만한 결과는, 일반인과 가족의 과각성 수준 차이가 여성 집단이 아닌 남성 집단에서만 나타났다는 점이다. 여성이 남성보다 더 높은 비율로 외상 후 스트레스 장애를 경험한다는 연구 결과(Tolin & Foa, 2008)와 일관되게, 본 연구에서도 전반적으로는 여성이 남성보다 높은 수준의 과각성을 나타냈다. 다만, 일반인 집단과는 달리 가족 집단에서는 이러한 성차가 나타나지 않고 남성 가족도 여성 가족만큼이나 높은 과각성을 보였다. 이는 일반적으로 조현병 환자의 여성 가족이 남성 가족보다 더 높은 수준의 우울 및 불안과 돌봄 부담을 나타낸다는 연구와 일치하지 않는 결과이다(Yu et al., 2019). 따라서 다른 가족 표본을 대상으로 조현병 환자의 남성 가족이 실제로 과각성에 취약한지, 만약 그렇다면 어떠한 요인 때문인지 확인하는 연구가 필요하다.

둘째, 특히 신체화 증상의 경우에는 가족이 일반인 중 상위 30%의 고외상 집단과도 비견되는 수준을 보였다(연구 질문 2). 만성 조현병 환자의 가족이 건강한 일반인 집단보다 높은 수준의 신체화를 나타낸다는 선행연구가 존재하지만(Mitsonis et al., 2007), 본 연구 결과는 고외상 집단을 비교 집단으로 삼았을 때에도 신체화가 가족의 주된 외상성 스트레스 증상임을 시사한다. 앞서 살펴보았듯 가족은 환자의 증상과 관련하여

불안과 공포로 명명되는 생리적 긴장과 과각성을 경험할 수 있으며, 이러한 생리적 반응이 누적되면서 신체 건강에 악영향을 주고 만성적인 신체화 증상으로 이어질 수 있다. 신체화 증상은 비단 조현병 환자의 가족에게만 국한되지는 않는다. 진단과 상관없이 간병이 필요한 환자를 돌보는 가족 돌봄 제공자는 일반인에 비하여 심장 통증, 복통, 피로, 사지 통증 등의 신체화 증상을 높은 수준으로 나타냈다(Gräsel, 1995). 그럼에도, 조현병 환자의 가족은 다른 질병(예: 알츠하이머병, 암, 뇌졸중) 환자의 가족에 비하여 수면의 어려움, 불면, 통증을 경험할 가능성이 높았다(Gupta et al., 2015). 또한 조현병 환자의 가족을 돌보기 시작한 이후로 건강이 악화되었다고 보고한 가족이 36%, 항상 피로감을 느끼게 되었다고 보고한 가족이 35%에 이르렀다(Gupta et al., 2015). 가족의 이러한 신체적 질환이나 신체화 증상은 또 다른 정신적 어려움과도 연관될 수 있는데, 국내 정신장애인 가족(조현병 71%)을 대상으로 한 연구에서 신체질환이 있는 가족 집단은 높은 수준의 우울감을 보였다(김현숙, 2018). 이러한 연구 결과들은 조현병 환자 가족이 환자의 증상을 맞닥뜨리고 지속적인 돌봄을 제공하는 과정에서, 위험을 감지하고 대비하는 신체적 시스템이 소진되어 제 기능을 잃어버릴 수 있음을 시사한다.

한편, 신체화 증상은 자신의 고통을 언어적으로 표현하기 어려운 사회문화적 맥락에 놓인 사람들이 해당 문화에서 용인될 수 있을 만한 방식으로 고통을 호소하는, 이른바 고통의 관용적 표현 방식(idioms of distress)이라는 관점이 있다(Kirmayer & Young, 1998; Laria & Lewis-Fernändez, 2001). 따라서 조현병 환자 가족의 신체화 증상은 긴장과 과각성에 따른 신체적 마모로 이해할 수도 있으나, 가족이 처한 사회문화적 맥락(예: 조현병에 대한 사회적 편견으로 바깥에 도움을 청하기 어려움, 가족에게 집중된 돌봄 책임, 돌봄 제공자로서 외상의 현장을 빠져나올 수 없음) 속에서 미처 외부에 말하지 못한 고통이 몸의 흔적으로 나타나는 것이라고 이해할 수도 있다. 추후 연구에서는 Laria와 Lewis-Fernändez(2001)가 제안했듯이 신체화 증상을 사회문화적 맥락과 분절시켜 이해하는 탈맥락화(decontextualization)를 경계하고, 양적 방법

론뿐만 아니라 질적 방법론과 실제 임상적 일화에 대한 분석을 통합하는 접근이 필요하다. 이러한 다방법론적 접근을 통하여 조현병 환자 가족의 신체화 증상이 생성되고 유지되는 사회문화적 맥락은 무엇인지, 신체화 증상이 가족에게 일시적으로 가져다주는 심리적 이점과 장기적으로 몰고 오는 부정적 결과는 무엇인지 살펴볼 필요가 있다.

셋째, 다양한 질병 및 돌봄 관련 변인들이 가족의 외상성 스트레스 증상과 연관되는 것으로 나타났다(연구 질문 3). 우선, 질병 관련 변인 중에서 주목할 만한 것은 환자의 양성증상 심각도와 음성증상 심각도로, 모든 유형의 외상성 스트레스 증상과 유의미한 정적 상관을 보였다. 특히 양성증상 심각도는 음성증상 심각도에 비하여 침습을 상대적으로 잘 예측하였다. 이는 환자의 기능 저하로 특징되는 음성증상에 비하여 망상, 환각, 공격적이거나 기이한 언행 등의 강렬한 자극으로 구성된 양성증상이 가족의 자전적 기억에 통합되지 못하고 원치 않게 재경험될 가능성이 높음을 시사한다. 또한 음성증상 심각도는 양성증상 심각도에 비하여 절망감을 상대적으로 잘 예측하였다. 이는 항정신병약물에 의하여 잘 치료되지 않고 만성화되는 특성이 있는 음성증상이 가족으로 하여금 환자와 삶 전반에 대한 기대를 내려놓게 만들 수 있음을 시사한다(Brain et al., 2018; Shiraishi & Reilly, 2019). 한편, 가족이 특징적으로 나타내는 외상성 스트레스 증상인 신체화의 경우, 양성증상과 음성증상의 총합에 의하여 유의미하게 예측되었다. 이러한 결과는 환자의 증상 유형에 따라 가족의 외상성 스트레스 증상의 유형이 달라질 수 있음을 시사한다. 그 밖에, 환자의 동반진단 가짓수가 많을수록 가족의 전반적인 외상성 스트레스 증상 수준이 높았다. 또한 유병기간이 늘어남에 따라 가족의 회피 증상은 감소하는 것으로 나타났다. 이는 정신질환을 가진 자녀를 둔 부모들의 침습 및 회피 증상이 시간이 지남에 따라 어느 정도 감소했다는 연구 결과와 부분적으로 일치한다(Godress et al., 2005). 그러나 본 연구 결과를 달리 말하면, 회피 증상 외에 나머지 외상성 스트레스 증상은 유병기간이 오래 되어도 크게 감소하지 않았다고도 볼 수 있다. 이는 만성적 슬픔 모델(chronic sorrow model; 서미경, 2007; Atkinson, 1994)을

일부 지지하는 결과이다. 만성적 슬픔 모델에 따르면, 정신장애의 순환적이고 만성적인 경과, 그리고 상실의 대상인 환자가 가족 내에 지속적으로 존재한다는 특수성으로 인하여 가족은 일상적인 애도의 단계를 밟지 못하고 만성적 슬픔을 나타내게 된다(서미경, 2007; Atkinson, 1994). 조현병 환자의 부모 집단과 두부외상 환자의 부모 집단을 비교한 연구에서, 조현병 부모 집단의 애도반응이 더 오랫동안 지속되었고 이들 중 4분의 3은 시간이 흘러도 환자의 상실을 수용하기 어려워하였다(Atkinson, 1994). 또한 국내 연구에서 정신장애인 가족의 주관적 돌봄 부담이 1년 전과 대비하여 감소하는 경우는 26%에 불과하였다(강동호 등, 1995).

한편, 환자의 양성증상 및 음성증상이 가족의 외상성 스트레스 증상에 미치는 영향에 관하여 해석할 때는 유의해야 할 사항이 있다. 하나는, 본 연구에서 측정된 환자의 양성증상 및 음성증상 심각도는 임상적 관찰에 따른 객관적 지표가 아니라, 가족이 지각한 증상 심각도라는 점이다. 다른 하나는, 구체적으로 양성증상 및 음성증상의 어떤 속성이 가족의 외상성 스트레스 증상에 영향을 미쳤는지에 대하여 여전히 여러 해석 가능성이 열려 있다는 점이다. 환자의 증상으로 인하여 어떠한 구체적인 행동이 활성화되거나 사건이 발생했기 때문일 수도 있지만, 환자의 증상에 내재된 불안정성, 예측불가성, 순환성, 또는 사회적 편견 자체가 핵심일 수도 있다. 이를테면 Greene 등(1982)은 환자의 증상으로 인하여 활성화된 특정 행동보다는, 증상에 내재된 정서적 불안정성이 가족의 심리적 고통과 연관된다고 제안한 바 있다. 또한 정신장애인 가족의 정서적 경험에 관한 질적 연구에서, 가족은 환자가 언제 다시 발병할지 모른다는 불확실성, 그리고 타인에게 그로 인한 정서적 불편감을 표현할 수 없다는 것을 어려운 점으로 꼽았다(Sveinbjarnardottir & de Casterli, 1997). 특히 본 연구에서 돌봄 외상 경험의 가짓수나 빈도와 유의미한 상관을 보이지 않은 절망감과 신체화의 경우, 환자의 증상으로 인한 구체적인 행동이나 사건보다는 그 증상에 내재한 불확실성, 부정적 기대, 그리고 그 증상에 대하여 타인과 소통할 수 없는 환경이 핵심일

가능성이 있다. 따라서 추후 연구에서는 양적 방법론뿐만 아니라 질적 방법론을 병행하여 환자의 양성증상 및 음성증상으로부터 가족이 현상학적으로 '무엇'을 지각하였는지 확인할 필요가 있다.

다음으로, 돌봄 관련 변인 중 가장 주목할 만한 것은 돌봄 조력자(환자에 대한 돌봄을 대신해줄 수 있는 사람)의 존재와 정서적 조력자(돌봄 과정에서의 고민과 걱정을 털어놓을 수 있는 사람)의 존재였다. 특히 돌봄 조력자는 수면·마비·해리, 절망감, 신체화의 감소를 유의미하게 예측하여, 이들 외상성 스트레스 증상이 이차적 돌봄 제공자에 의하여 경감될 가능성을 시사하였다. 이는 이차적 돌봄 제공자의 부재가 조현병 환자 가족의 부정적인 정신건강을 예측한다는 국내 연구 결과와 맥을 같이 한다(최해경, 2000). 한편 정서적 조력자는 모든 외상성 스트레스 증상의 감소를 유의미하게 예측하여, 말하기 어려운 정보나 불편한 감정을 믿을 만한 사람에게 표현하는 것이 정신장애인의 가족에게 중요한 욕구라는 연구 결과를 뒷받침하였다(Sveinbjarnardottir & de Casterli, 1997). 그럼에도 불구하고, 본 연구에서 22%의 가족은 이차적 돌봄 제공자가 없는 것으로 나타났고, 45%의 가족은 이차적 돌봄 제공자가 한 명뿐인 것으로 나타났다. 특히 정서적 조력자가 없다고 응답한 가족이 52%에 이르렀다. 다시 말해, 물리적으로든 정서적으로든 가족에 대한 지원이 제공될 때 가족의 다양한 외상성 스트레스 증상이 경감될 수 있음에도 불구하고, 상당수의 가족들은 그러한 보호요인 없이 돌봄 외상 경험에 노출되어 있음을 알 수 있다. 그밖에, 환자와 함께 지내는 시간은 수면·마비·해리 및 신체화와 유의미한 정적 상관을 보였다. 또한 환자와의 친밀도는 수면·마비·해리, 신체화, 절망감과 유의미한 부적 상관을 보여, 오랜 기간에 걸쳐 누적되는 가족의 외상성 스트레스가 환자와의 소원한 관계와도 관련될 수 있음을 시사하였다. 가족이 돌봄 과정에서 느끼는 수치심과 죄책감은 전반적인 외상성 스트레스 증상과 관련되었다.

넷째, 다양한 질병 및 돌봄 관련 변인들이 가족의 표출정서와 연관되는 것으로 나타났다(연구 질문 3). 우선 돌봄 외상 경험의 빈도와 모든 유형의 외상성 스트레스 증상이 정서적 과관여 및 비판과 유의미한 정적

상관을 보였다. 이는 가족의 높은 정서적 스트레스 및 돌봄 부담이 환자에 대한 표출정서 및 부적응적 대처와 관련된다는 기존 연구들과 일치하는 결과이다(Alvarez-Jimenez et al., 2010; Barrowclough et al., 1997; Elsherif et al., 2020; van Os et al., 2001).

다만, 외상성 스트레스와 표출정서 간의 직접적인 관련성을 살펴본 선행연구들과는 일치하지 않는 결과도 있었다. 이를테면 Boye 등(1998)의 연구에서는 침습과 심리생리적 활성화를 포함하는 스트레스 반응 증후군이 표출정서 하위요인 중 비판과는 관련이 없었고 정서적 과관여와 관련 있었다. 또한 Kingston 등(2016)의 연구에서는 침습, 과각성, 회피로 구성된 외상 후 스트레스 증상이 표출정서와 유의미한 정적 상관을 보이지 않았다. 이러한 연구 결과상의 불일치는 참여자의 특성과 측정도구의 차이로 설명할 수 있다. 우선 Boye 등(1998)의 연구는 조현병의 급성 증상으로 인하여 입원한 환자의 가족을 대상으로 연구를 실시하였고, 외상 후 스트레스 증상을 직접적으로 측정하는 사건 충격 척도(IES)와 같은 도구가 아닌 일반 정신건강 척도(GHQ)를 사용하였다. 다음으로 Kingston 등(2016)의 연구에서는 침습, 과각성, 회피로 구성된 외상 후 스트레스 증상을 사건 충격 척도(IES)를 통해 측정하기는 하였으나, 참여자 수가 32명으로 적었고 참여자가 돌보는 환자의 평균 유병기간이 약 8년이었다. 반면에 본 연구의 참여자가 돌보는 환자의 유병기간은 과반수가 10년을 넘겼고, 20년을 넘긴 경우도 전체의 28%를 차지할 만큼 비교적 만성화되어 있었다. 가족이 환자에게 나타내는 표출정서가 갑자기 생겨나는 것이 아니라 반복되는 좌절과 의사소통 실패의 산물이라면, 외상성 스트레스 증상과 표출정서의 관련성은 만성화된 가족에게서 더 강하게 나타날 가능성이 있다. 다만 본 연구에서 유병기간과 외상성 스트레스 증상, 유병기간과 표출정서의 관련성은 유의미하지 않았으므로, 물리적인 유병기간이나 동거기간보다는 환자와 가족 간 상호작용의 양과 질이 가족의 외상성 스트레스와 표출정서에 어떠한 영향을 미치는지 알아보는 후속 연구가 필요하다. 또한 표출정서를 측정하는 방법에도 차이가 있다. Kingston 등(2016)은 5분 동안의 반구조화 면담인

Five-Minutes Speech Sample(FMSS)을 사용한 반면에, 본 연구는 가족이 자기보고식으로 응답하는 Family Questionnaire(FQ)를 사용하였다. Kingston 등(2016)은 외상 후 스트레스 증상과 표출정서 간 관련성이 발견되지 않은 이유 중 하나로, 1시간 30 동안의 반구조화 면담인 Camberwell Family Interview(CFI)에 비하여 축약된 면담인 FMSS가 표출정서를 과소추정하였을 가능성을 제시하였다. 이러한 관점에서, 본 연구에서 사용한 FQ는 가족이 면담자를 만나서 이야기할 필요가 없기 때문에 사회적 바람직성이 덜 개입하여 표출정서가 비교적 솔직하게 기록되었을 가능성도 있다. 다른 한편으로는, 환자에게 본인이 가정 내에서 지각한 표출정서를 묻는 방법도 고려할 수 있다. FMSS를 통하여 가족으로부터 측정한 표출정서는 조현병 환자의 정신증 재발을 예측하지 못하였고 환자로부터 지각된 비판이 재발을 예측하였다는 연구 결과도 있다(Tompson et al., 1995). 핵심은, 표출정서를 측정하는 방법에 따라 연구 결과가 달라질 가능성이 있다는 것이다. 따라서 후속 연구에서는 표출정서를 측정하는 다양한 방법을 활용하여, 측정 방법에 상관없이 연구 결과가 견고하게 지지되는지 확인할 필요가 있다. 이를테면 CFI나 FMSS와 같은 면담 방식, FQ와 같은 가족용 자기보고 설문, Levels of Expressed Emotions(LEE; Cole & Kazarian, 1988; 배헌석, 2000)와 같은 환자용 자기보고 설문을 병용하는 방법이 있다. 만약 이 과정에서 면담 방식과 자기보고 방식 간의 불일치나 가족의 자기보고와 환자의 자기보고 간의 불일치가 발생한다면, 그것대로 유용한 연구 질문과 임상적 정보를 얻을 수 있을 것이다.

가족의 돌봄 관련 변인 중에서 돌봄 조력자(환자에 대한 돌봄을 대신해줄 수 있는 사람)와 정서적 조력자(돌봄 과정에서의 고민과 걱정을 털어놓을 수 있는 사람)의 존재는 표출정서와 유의미한 부적 상관을 보였다. 이러한 결과는 지역사회로부터의 지지, 사회관계망의 밀도, 지지 집단에 대한 소속 등이 정신장애인 가족의 적응적 대처와 가족 기능에 기여한다는 기존 연구와 맥락을 함께한다(서미경, 1999; 조은정 등, 2017). 이처럼 돌봄의 어려움과 정서적 어려움을 분담해 줄 수 있는 조력자의

존재는 표출정서의 보호요인임에도 불구하고, 앞서 살펴본 대로 본 연구에 참여한 상당수의 가족이 조력자 없이 돌봄을 이어나가고 있는 것으로 나타났다.

또한 심리치료 서비스의 부재, 가족으로부터 지각된 사회적 편견은 표출정서 중 정서적 과관여와 연관되었다. 다시 말해, 가족이 이용할 수 있는 심리치료 서비스가 부족하고 조현병에 대한 사회적 편견이 만연한 상황일수록, 가족은 결과적으로 환자의 회복에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 불안과 걱정을 더 많이 드러내는 것으로 나타났다. 또한 정보와 대처 방식 위주의 심리교육은 가족의 돌봄 부담을 완화하고 정신장애에 대한 이해를 높이는 효과는 있었지만 부정정서를 완화하는 효과는 없었다(Bulger et al., 1993). 그럼에도, 본 연구에서 가족 본인이 이용할 수 있는 상담 및 심리치료 서비스가 충분하다고 인식하는지 묻는 문항에 상당수인 79%의 가족이 충분하지 않다고 답변하였고, 5%만이 충분하다고 답변하였다. 또한 조현병에 대한 사회적 편견이 얼마나 심각하다고 인식하는지를 0점에서 10점까지의 점수로 묻는 문항에는 평균 9.15점(*SD* = 1.20)이 기록되었다. 다시 말해, 가족의 정서적 과관여를 낮추기 위해서는 가족을 대상으로 하는 상담 및 심리치료 서비스가 확충되고 조현병에 대한 사회적 편견이 개선되는 것이 도움이 될 수 있으나, 현실은 기대에 미치지 못하는 실정임을 알 수 있다. 이러한 결과는 환자의 증상과 그에 따른 가족의 심리적 후유증이 심각할수록, 그리고 가족의 지지 체계가 빈약할수록 환자의 재발 위험을 높이는 부적응적 대처가 늘어날 수 있음을 시사한다.

그 밖에도 환자와의 친밀도는 표출정서 중 비판과 유의미한 부적 상관을 보였다. 친밀도가 떨어진 가정에서 비판적 태도가 많이 나오는지 비판적 태도가 친밀도를 떨어뜨리는지는 확인하기 어려우나, 환자와 가족 간 관계의 질이 중요한 요인이라는 점은 분명하다. 일례로, Bulger 등(1993)의 연구에서는 조현병 환자의 부모가 돌봄을 만족스럽게 여기는지 부담스럽게 여기는지를 결정하는 요인은 환자의 증상 심각도가 아니라 부모-자녀 관계의 질인 것으로 나타났다.

또한 환자를 돌보는 과정에서 경험하는 수치심 및 죄책감은 표출정서와 유의미한 정적 상관을 보였다. 이는 수치심 및 죄책감이 조현병 환자 가족이 만성적으로 경험하는 부정정서이며, 환자에 대한 표출정서와도 관련된다는 선행연구 결과들과 일치한다(Bentsen et al., 1998; Cherry et al., 2017; Cleary et al., 2020; Hatfield, 1981; Wasserman et al., 2012). 수치심은 외부귀인과 분노 행동을 촉진하고 죄책감은 잘못을 복구하고 개선하기 위한 보상적 행동을 촉진한다는 점에서(Elison et al., 2014; Lee et al., 2001; Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2003), 수치심이 비판을, 죄책감이 정서적 과관여를 차별적으로 예측할 것이라는 논의가 제기되었고 이에 대한 혼재된 결과들이 존재한다(Besten et al., 1998; Cherry et al., 2017; Wasserman et al., 2012). 본 연구에서는 수치심과 죄책감이 표출정서 하위요인에 따라 차별적인 관련성을 보이지 않았고, 이는 수치심과 죄책감 모두가 표출정서 전반을 예측한다는 Wasserman 등(2012)의 관찰에 더 가까운 결과이다.

다섯째, 연구 질문 1, 2, 3 외에도 가족의 돌봄 외상 경험 및 외상성 스트레스 증상과 관련하여 다음과 같은 결과를 확인하였다. 가족은 환자를 돌보는 과정에서 다양한 외상 및 스트레스 사건을 경험하는 것으로 나타났다. 가족이 자주 겪었다고 보고한 사건은 순서대로 환자의 양성증상 목격(42%), 환자의 음성증상 목격(41%), 증상의 재발(32%), 환자 돌봄으로 인한 가족 간 갈등 및 불화(31%), 환자의 가족으로서 경험하는 차별 및 낙인(28%), 환자의 위험하거나 예측 불가한 행동(26%), 환자에 대한 차별 및 낙인(25%), 비자발적 입원(25%), 환자의 행동으로 인하여 경찰서나 민원센터 등에 방문 및 연락(25%), 치료 환경에서의 부정적 감정 경험(24%), 환자의 욕설 및 공격적 언어(24%), 환자의 신체적 폭력 및 위협(15%), 환자의 자해 및 자살 시도 혹은 위협(11%)이었다. 이는 가족이 환자의 신체적 및 언어적 폭력, 자해, 예측하기 어려운 행동, 비자발적 입원, 차별받는 경험, 정신과 병동의 환경, 정신증적 증상의 재발 등 심각한 스트레스를 초래할 수 있는 사건에 장기적으로 노출되어 있다는 선행연구와 일치하는 결과이다(Hanzawa et al., 2013; Jungbauer et

al., 2004; Kingston et al., 2016; Loughland et al., 2009; Shiraishi & Reilly, 2019; Sveinbjarnardottir & de Casterli, 1997). 특히 가족이 한 번이라도 겪은 사건이라고 응답한 비율을 살펴보면, 환자의 자해 및 자살 시도 혹은 위협(64%), 환자의 비자발적 입원(71%), 환자의 행동으로 인하여 경찰서나 민원센터 등에 방문 및 연락(68%) 등 단 한 번의 경험으로도 심각한 스트레스를 초래할 수 있는 사건에 상당수 가족이 노출된 적이 있었다.

이러한 가족의 돌봄 외상 경험 빈도는 단순 외상성 스트레스 증상으로 분류된 침습, 과각성, 회피, 수면·마비·해리와는 유의미한 정적 상관을 보인 반면에, 복합 외상성 스트레스 증상으로 분류된 절망감 및 신체화와는 유의미한 정적 상관을 보이지 않았다. 단순 외상성 스트레스는 주로 일시적인 외상 경험에 따른 표면적인 증상을 반영하는 반면에, 복합 외상성 스트레스는 벗어날 수 없는 만성적이고 구조적인 대인 간 외상 경험에 따른 자기(self), 성격구조, 신념체계 차원의 변화를 반영한다는 제안이 있다(Herman, 1992; van der Kolk, 1996; World Health Organization, 2018). 이러한 맥락에서, 가족의 단순 외상성 스트레스는 돌봄 관련 사건들 그 자체에 대한 표면적인 반응에 가까운 반면에, 이들의 절망감과 신체화는 사건 그 자체보다는 그 사건에 내재된 '끝나지 않고', '말할 수 없다'는 속성에 기인할 가능성이 있다. 즉, 가족의 절망감은 지속되는 돌봄의 순환(ongoing circle of caregiving)이 끝나지 않으리라는 절망적인 기대를 반영하는 것일 수 있다(Shiraishi & Reilly, 2019). 또한 가족의 신체화는 이들의 돌봄 책임을 분담해주거나 이들의 정서적 경험에 귀 기울이지 않는 사회 구조 속에서, 자신의 고통을 사회가 용인하는 문법으로 표현하는 마지막 수단일 수 있다(Kirmayer & Young, 1998). 실제로 본 연구에서 가족의 절망감과 신체화는 환자의 양성증상 및 음성증상이 심각할수록, 그리고 돌봄 조력자 및 정서적 조력자가 부족할수록 증가하였다.

분석 1은 조현병 환자 가족이 다양한 돌봄 외상 경험을 맞닥뜨린다는 점, 그리고 이들이 일반인에 비하여 특히 과각성과 신체화 등 몸으로 표

현되는 외상성 스트레스 증상을 특징적으로 보인다는 점을 확인하였다는 의의를 지닌다. 또한 환자의 증상, 돌봄 조력자 및 정서적 조력자의 존재 등 가족의 외상성 스트레스 증상 및 표출정서와 관련된 다양한 변인들을 탐색하여 추후 가족의 정신건강 및 대처에 관한 기초자료를 마련하였다.

분석 1의 결과에 따르면, 절망감과 신체화는 돌봄 외상 경험이 아닌 환자의 양성증상 및 음성증상에 의하여 유의미하게 예측되었으며, 환자의 양성증상과 음성증상은 각각 가족의 표출정서 중 정서적 과관여와 비판을 유의미하게 예측하였다. 이러한 분석 1의 결과를 이후 분석 2에서 연구 가설 검증 외에 추가 분석을 실시하는 데 활용하였다.

분석 2의 목적은 가족이 환자에게 나타내는 표출정서가 외상성 스트레스 증상에 따른 대처일 수 있다는 관점에서, 외상성 스트레스 증상과 표출정서의 관계를 살펴보는 것이었다. 우선, 다중회귀분석을 통하여 특히 어떠한 외상성 스트레스 증상이 표출정서 각 하위요인을 잘 예측하는지 확인하였다. 이때 확인된 외상성 스트레스 증상을 이후 연구 모형의 매개변인으로 포함시켰다. 다음으로, 매개모형을 통하여 가족의 돌봄 외상 경험이 외상성 스트레스 증상을 거쳐 표출정서로 이어지는지 검증하였다. 또한 조절된 매개모형을 통하여 이러한 매개효과가 인지적 정서조절 전략인 자기비난 및 타인비난에 의하여 조절되는지 검증하였다. 끝으로, 추가 모형 분석을 통하여 환자의 양성증상 및 음성증상이 가족의 외상성 스트레스 증상을 거쳐서 표출정서로 이어지는지 검증하였다. 분석 2의 주요 결과 및 논의를 상술하면 다음과 같다.

첫째, 정서적 과관여와 비판에 각각 유의미한 영향을 미치는 외상성 스트레스 증상이 상이하였다. 외상성 스트레스 변인들을 서로 통제한 다중회귀분석에서 정서적 과관여에는 침습이, 비판에는 절망감과 신체화가 유의미한 영향을 미쳤다. 이는 이전 연구들에서는 다루어지지 않은 의미있는 결과이지만, 구체적인 해석을 하기 위해서는 침습이 정서적 과관여로 이어지는 경로와 절망감 및 신체화가 비판으로 이어지는 경로에 대한 후속연구가 필요하다. 전반적으로 침습, 과각성, 회피, 수면·마비·해리, 절망감, 신체화로 구성된 외상성 스트레스 변인들이 정서적 과관여를 예측

하는 다중회귀모형의 설명력은 26%이고 비판을 예측하는 다중회귀모형의 설명력은 45%인 것으로 나타났다. 즉, 외상성 스트레스 변인들은 표출정서 하위요인 중에서도 비판을 더 잘 설명하였다. 이러한 결과는 기존 연구들에서 가족이 경험하는 정서적 고통이나 돌봄 부담을 주로 비판보다는 정서적 과관여와 연관 지었던 것과는 맥락을 달리한다(Alvarez-Jimenez et al., 2010; Domínguez-Martínez et al., 2017; Patterson et al., 2005; van Os et al., 2001). 이는 그간의 연구들에서 가족의 정서적 고통으로 포함시켰던 우울, 불안, 상실감과 본 연구에서 포함시킨 외상성 스트레스 증상이 서로 다른 특성을 지니기 때문일 수 있다. 또한 조현병 환자와 그 가족을 20년간 추적한 종단연구에서, 표출정서 하위요인 중에서도 특히 비판이 환자의 양성증상 심각화와 재발을 잘 예측하였다(Cechnicki et al., 2013). 이는 비판에 큰 영향을 미치는 외상성 스트레스 증상에 개입하는 것이 환자의 재발 방지를 도울 수 있음을 시사한다. 종합하면, 가족이 경험하는 정서적 고통이나 외상성 스트레스 증상의 유형에 따라 환자에게 돌아가는 부정적 영향의 유형도 달라질 수 있다.

둘째, 가족의 돌봄 외상 경험이 침습을 거쳐서 정서적 과관여로 이어지는 완전매개효과가 유의하였다. 또한 환자의 양성증상이 가족의 침습을 거쳐서 정서적 과관여로 이어지는 완전매개효과가 유의하였다. 다시 말해 환청, 망상, 혼란스러운 언어 및 행동을 특징으로 하는 양성증상, 그리고 그 밖에 외상적 사건들은 가족의 자전적 기억 체계에 적절하게 통합되지 못하고 강렬한 자극으로 재경험될 수 있다. 환자에 대한 정서적 과관여가 이미 일어난 잘못을 복구하거나 앞으로 일어날 잘못을 방지하기 위한 보상적 행동에 가깝다는 점에서(Wasserman, 2012), 가족은 외상적 사건과 환자의 증상으로 인한 불안을 완화하고 대비하기 위하여 환자에 대한 깊은 염려와 개입을 보일 가능성이 있다.

셋째, 환자의 음성증상이 가족의 절망감을 거쳐서 비판으로 이어지는 완전매개효과가 유의하였다. 주로 만성화된 조현병 환자에게서 나타나는 음성증상은 의욕 저하, 주변 사람에 대한 무관심, 감소된 감정 표현, 사회적 고립 등을 특징으로 하며, 양성증상과는 달리 약물치료에도 잘 반

응하지 않는다(권석만, 2013; 김성완, 2018). 따라서 환자의 음성증상을 맞닥뜨리는 가족은 돌봄의 순환이 앞으로 끝나지 않으리라는 절망적인 기대를 가지게 될 수 있다(Brain et al., 2018; Shiraishi & Reilly, 2019). 절망감과 비판적 태도의 관계를 직접적으로 살펴본 연구는 미비하지만, 조현병 환자를 자녀로 둔 어머니의 우울이 비판과 관련된다는 연구 결과가 있다(Alvarez-Jimenez et al., 2010). 또한 암 환자의 가족에 관한 연구에서, 절망감이 높을수록 문제해결에 초점을 둔 대처전략은 덜 사용하고 일시적으로 부정정서를 완화하는 대처전략을 더 많이 사용하였다(Tokem et al., 2015). 이러한 결과들은 조현병 환자의 가족이 환자의 음성증상에 따른 절망감을 해소하는 방편으로 환자에 대한 분노나 비판적 표현을 나타낼 수 있음을 시사한다. 또한 그간 음성증상과 비판 간의 관계를 다룬 연구들은 주로 증상의 통제소재를 매개변인으로 삼았다. 즉, 양성증상과는 달리 음성증상은 환자 개인의 의지와 노력에 달려 있다고 생각하게 되어(내적 통제소재) 환자에 대한 비판적 표현이 증가한다는 것이다(서미경, 2007). 본 연구는 통제소재 외에도 가족의 절망감이 음성증상과 비판을 이어주는 중요한 기제일 수 있음을 밝혔다는 의의를 지닌다.

넷째, 환자의 양성증상과 음성증상이 가족의 신체화를 거쳐서 비판으로 이어지는 부분매개효과가 유의하였다. 이는 환자의 양성증상에 대한 불안과 긴장, 그리고 음성증상에 대한 지속적인 돌봄이 누적되어 가족의 신체질환과 신체화 증상으로 표출되며(Gupta et al., 2015; Jungbauer et al., 2004), 이에 따라 환자에 대한 비판이 증가할 수 있음을 시사한다. 조현병 환자 가족의 신체화 증상과 비판의 관계를 특정하여 확인한 연구는 찾기 어려우나, 정신장애인 가족의 신체질환이 우울을 동반하며(김현숙, 2018) 조현병 환자를 둔 어머니의 우울은 비판과 관련되었다(Alvarez-Jimenez et al., 2010)는 선행연구 결과를 종합하여 본 연구 결과를 이해할 수 있다.

다섯째, 환자의 음성증상과 가족의 비판을 매개하는 절망감의 영향력을 타인비난 전략이 완충해주는 것으로 나타났다(조절된 매개효과). 즉,

평소에 타인비난 전략을 적게 사용하는 가족은 환자에 대한 비판도 적게 나타내기는 하지만, 이들은 환자의 음성증상에 따른 절망감의 영향을 더 크게 받아 비판이 가파르게 증가하였다. 이러한 결과를 두고 타인비난 전략이 적응적이라거나 타인비난을 증진하는 개입을 해야 한다고 해석하는 것은 부적절하다. 우선, 타인비난은 부적응적 인지적 정서조절 전략으로서 우울증상, 신체증상, 부정적 대인관계, 적대감 등 다양한 정서적 및 신체적 부적응과 관련된다(김은혜, 서수균, 2013; 류혜라, 박기환, 2014; 이아름, 이민규, 2013; 이유현 등, 2014; Tennen & Affleck, 1990). 또한 표 18과 그림 6에서 확인할 수 있듯, 평소에 부정적인 감정에 대처하기 위하여 타인비난을 많이 하는 가족은 환자에 대해서도 비판을 많이 하는 경향이 있다. 따라서 결과적으로는 타인비난을 줄이는 것이 환자에 대한 비판을 줄이는 데에도 도움이 된다. 그럼에도 타인비난을 적게 하는 가족이 절망감의 영향력에 더욱 취약하다는 결과 자체는 다음과 같은 임상적 함의를 지니기에 중요하다. 첫째, 평소에 타인비난을 하지 않는 가족이 절망감의 영향을 강하게 받는다는 것은, 그만큼 가족의 절망감을 감소시키는 개입이 중요함을 시사한다. 타인비난의 조절된 매개효과를 달리 표현하자면, 평소에 타인비난과 환자에 대한 비판을 적게 표출하는 가족이라고 하더라도 절망감이 매우 커질 경우 타인비난을 자주 하는 가족만큼이나 환자에게 높은 수준의 비판을 표출할 수 있다(그림 6). 이는 그만큼 가족의 절망감이 환자를 대하는 태도에 강력한 영향을 미친다는 것을 의미하며, 절망감에 대한 개입의 필요성을 강조하는 결과이다. 둘째, 평소에 타인비난을 자주 하는 가족이 절망감의 영향을 약하게 받는다는 것은, 타인비난이 부적응적이기는 하지만 절망감을 영향을 상쇄시키는 나름대로의 대처 방식일 수도 있음을 시사한다. 실제로 본 연구에서 고민과 걱정을 공유할 수 있는 정서적 조력자의 존재가 절망감의 감소를 예측하였다는 점에서, 타인비난에 포함된 정서 표현이나 고통의 공유 등의 심리적 기능은 절망감을 견디는 데 어느 정도 도움이 될 가능성이 있다. 이러한 타인비난의 이점은 보존하되 단점은 덜어낸 적응적 대안을 찾아내는 것이 중요하다. 추후 연구는 타인비난 전략의 어떠한 속

성이 가족의 절망감을 완충해주는지 밝혀내어 실제 개입 방법으로 구현할 필요가 있다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 국내 임상 및 상담심리학 분야에서 심리적 개입이 필요한 대상으로 크게 주목받지 못하였던 조현병 환자 가족을 대상으로 연구를 진행하였다. 해외 정신건강 분야에서는 가족을 환자의 회복을 위한 수단으로 바라보는 과거의 패러다임에서 벗어나, 정신장애라는 중대한 생애 역경을 헤쳐나가는 데 있어서 도움을 받을 권리가 있는 정당한 수혜자(valid recipients)로 바라보는 관점이 도입되고 있다(Lefley & Wasow, 1994). 본 연구는 이러한 가족 중심 관점이라는 기반 위에서, 가족의 외상적 경험과 외상성 스트레스 증상을 탐색하였다. 추후 연구 및 개입에서도 조현병에 대한 가족의 지식과 역량을 키우는 것뿐만 아니라, 가족의 외상적 경험과 심리적 고통에 대한 전문적인 이해와 공감을 심화하려는 시도가 병행되어야 할 것이다. 본 연구는 이러한 시도를 위한 발판을 마련하였다는 데 의의가 있다.

둘째, 가족의 외상적 경험과 증상을 탐색하는 데 그치지 않고 그것이 환자에 대한 표출정서에 미치는 영향을 탐색하였다. Lefley와 Wasow(1994), 그리고 Torrey(2019/2021) 등은 가족이 환자의 조현병을 만들었다거나 가족을 통해서만 조현병이 치유될 수 있다는 낡은 관점을 비판한 바 있지만, 그렇다고 해서 그들이 조현병 회복에 있어서 가족의 역할이 중요하다는 사실을 간과한 것은 아니다. 서로 다른 패러다임들에서 가족의 역할과 책임을 얼마나 강조하는지와는 상관없이, 조현병이 환자와 가족의 관계와 정체성을 변형시킬 만큼 중대한 역경이라는 것, 그리고 환자의 고통과 가족의 고통이 서로 연결되어 있다는 것은 분명하다. 가족의 외상적 경험과 외상성 스트레스 증상이 환자에 대한 부정적 태도로 이어질 수 있다는 본 연구 결과는, 임상 장면에서 가족에 대한 치료적 개입이 가족의 고통을 경감할 뿐만 아니라 환자의 회복에도 도움이 될 수 있음을 시사한다. 또한 본 연구는 표출정서를 조현병 환자 가족의 고유한 병리적 특성으로 이해하는 전통적 관점에서 벗어나 외상성 스트레스에 따

른 대처 및 반응으로 이해하고자 하였다. 물론 외상성 스트레스와 표출정서 간의 인과관계를 확인하는 것은 본 연구의 방법론으로는 가능하지 않으며, 연구 범위를 벗어나는 것이기도 하다. 본 연구는 표출정서의 원인을 확인하는 것보다는 표출정서를 둘러싼 맥락, 즉 조현병이라는 외상적인 역경을 마주하고 처리해야 하는 가족의 상황과 심리적 고통을 이해하는 것에 초점을 맞추었다. 즉, 본 연구는 조현병 환자 가족의 표출정서를 맥락화(contextualization)하는 시도였다는 점에서 의의를 지닌다.

셋째, 가족의 외상성 스트레스 증상 및 표출정서와 관련된 다양한 변인들을 탐색함으로써 후속 연구에 필요한 기초자료를 제공하였다. 특히 환자의 양성증상 및 음성증상 심각도뿐만 아니라 가족을 둘러싼 사회적 지원 체계가 외상성 스트레스 증상 및 표출정서를 감소시키는 데 중요한 역할을 할 수 있음이 시사되었다. 다른 한편으로는, 그럼에도 가족의 돌봄을 보조할 수 있는 인프라, 조력자, 심리 서비스는 여전히 부족한 실정이라는 것이 확인되었다. 특히 가족은 자신의 정서적 고통을 이해하고 경감해줄 수 있는 조력자나 심리 서비스가 매우 부족하다고 인식하고 있었다. 해외의 질적 연구들은 가족들이 정신장애에 대한 낙인으로 인하여 자신의 고통을 외부에 표현하지 못하고 혼자서 감내하고 있음을 일관되게 지적하고 있다(Brown, 2021; Milliken, 2001; Shiraishi & Reilly, 2019; Sveinbjarnardottir & de Casterli, 1997). 본 연구는 이러한 문제상황을 다시금 확인하였다는 의의를 지닌다. 추후 연구에서는 가족의 심리적 특성을 잘 이해하고 도움을 줄 수 있는 국내 자조집단과 전문인력의 현황을 파악하고, 가족에게 특화된 심리 서비스의 양과 질을 증대하기 위한 방법을 고찰할 필요가 있다.

본 연구의 한계점 및 추후 연구 제언은 다음과 같다. 첫째, 표본의 대표성, 성별 불균형, 스크리닝, 하위 집단 구분 시 등분산성 저해 등 주로 표본 모집 및 처리 과정에서 한계를 보였다. 우선 가족 표본과 관련된 한계점은 다음과 같다. 표본의 대표성 측면에서, 본 연구의 가족 참여자는 상대적으로 가족 기능, 대처 능력, 지지 체계가 잘 갖추어져 있는 가족 집단일 가능성이 있다. 의료기관이 아닌 가족 협회 및 커뮤니티를 통

하여 가족 참여자를 모집함에 따라, 자조집단에 참여하면서 환자의 만성화된 정신장애에 대한 경험치가 높아진 가족 표본이 다수 유입되었을 수 있다. 실제로 본 연구의 가족 참여자 중 가족교육 및 가족모임에 전혀 참여하고 있지 않은 경우는 36%에 불과한 반면에 한 달에 한 번 이상 정기적으로 참여하고 있는 경우는 35%에 이르렀다. 정신장애인 가족 자조집단 참여자와 비참여자를 비교한 미국 연구에서 자조집단 참여자는 정신장애에 대한 정보와 대처 능력뿐만 아니라 구성원들 간의 우애나 조직에 기여한다는 느낌 등 사회적 이점을 얻는 것으로 나타났다(Norton et al., 1993). 국내 연구에서는 조현병 환자 가족에 대한 6회기 가족교육 프로그램이 조현병에 대한 병적 지식을 높여주는 한편 환자에 대한 불안과 거부감을 낮추는 것으로 나타났다(설진화, 2004). 본 연구에서는 가족교육 및 가족모임 참여도가 낮은 절망감과 관련되었다. 또한 본 연구의 가족 참여자가 돌보는 환자는 유병기간이 6년 이상인 경우가 74%에 이르렀으며 1년 미만인 경우는 3%에 불과하였다. 물론 정신장애는 다른 유형의 장애나 상실 경험에 비하면 시간이 흘러도 가족의 심리적 어려움이 잘 감소하지 않는 경향이 있지만(강동호 등, 1995; 서미경, 2007; Atkinson, 1994), 발병 초기 단계의 가족보다는 만성화 단계의 가족이 더 높은 가족 기능과 대처 능력을 보인다는 연구 결과들이 존재한다(조은정 등, 2017; Baronet, 2003; Bulger et al., 1993). 종합하면, 본 연구는 기존 가족교육 및 가족모임에 장기간 참여하고 있는 가족을 다수 포함하고 있으며, 실제 지역사회 내의 전체 가족들의 심리적 어려움은 본 연구에서 나타난 것보다도 더 클 가능성이 있다. 따라서 추후 연구에서는 의료기관을 이용하는 초발 환자의 가족 등 지지 체계가 아직 갖추어지지 않은 가족까지 연구 참여자를 확장할 필요가 있다. 또한 본 연구의 가족 참여자 성별은 남성 32%, 여성 68%로 불균형을 나타냈다. 이는 가족모임 참여자가 주로 환자의 어머니로 구성되기 때문인 것으로 보이는데, 추후 연구에서는 부부 단위 혹은 가족 단위의 참여자 모집을 통하여 남성 가족의 참여도를 높이면서도 한 가족 내 성별과 역할에 따른 차이까지 확인할 수 있는 연구 설계가 필요하다.

일반인 표본과 관련된 한계점은 크게 세 가지이다. 우선, 가족 중 조현병 환자가 있는지를 기준으로 스크리닝하지 못하였다. 따라서 일반인 참여자 중 조현병 환자를 돌보는 가족이 일부 포함되었을 가능성이 있다. 다음으로, 일반인 참여자의 외상 및 스트레스 사건 경험 빈도(표 4)를 살펴보면 각 사건을 한 번이라도 겪었다고 보고한 비율이 선행연구와 비교하였을 때 매우 높게 나타난다. 이를테면 교통사고 및 기타 사고의 경험 빈도는 서영석 등(2012)의 연구에서는 25%, 이동훈 등(2018)의 연구에서는 20%로 나타나는 반면에 본 연구에서는 64%로 나타났다. 그리고 가족 구성원과의 갈등 또는 다툼의 경험 빈도는 이동훈 등(2018)의 연구에서는 42%로 나타나는 반면에 본 연구에서는 51%로 나타났다. 이러한 응답 비율의 차이는 사건의 유형에 따라 달라지기는 하지만, 거의 모든 사건에 대하여 본 연구의 응답 비율이 높게 나타났다. 이는 설문 응답 과정에서 측정 오류가 발생하였을 가능성을 시사한다. 이를테면 일반인 참여자 중 일부는 외상 및 스트레스 사건 질문지에 응답할 때, 자신이 직접 겪은 사건이 아니더라도 '만약 해당 사건을 겪는다면 그것은 일반적으로 얼마나 심각한 사건인지' 가정하면서 응답하였을 가능성이 있다. 본 연구에서 일반인의 외상 및 스트레스 사건 응답이 사용된 것은 일반인을 고외상 집단과 저외상 집단으로 구분할 때이다. 따라서 고외상 집단과 저외상 집단을 구분하여 외상성 스트레스 증상을 비교한 결과(표 8)를 해석할 때는 주의가 필요하다. 다만, 외상 및 스트레스 사건 응답 점수가 높게 나타난 고외상 집단은 기대되는 대로 저외상 집단보다 거의 모든 외상성 스트레스 증상에서 높은 점수를 보였다. 이는 측정 오류가 고외상 집단과 저외상 집단 모두에서 고르게 발생하였을 가능성을 시사한다. 다른 한편으로는, 본 연구에 참여한 일반인 참여자의 외상 경험이 상대적으로 높을 가능성도 있다. 실제로 본 연구의 일반인 참여자의 단순 외상성 스트레스 증상 측정치인 사건 충격 척도 평균 점수는 25.94점(SD = 17.99)으로 나타났다. 이는 비록 조현병 환자 가족 참여자의 평균 점수인 29.83점(SD = 19.28)보다는 낮은 점수이지만, 은헌정 등(2005)의 연구에서 PTSD 감별 절단점이 24~25점이었던 것을 감안하면 매우 높

은 점수이다. 종합하면, 본 연구에 포함된 일반인 참여자 내에는 조현병 환자 가족을 비롯하여 외상 경험이나 외상성 스트레스 증상의 수준이 높은 참여자가 다수 포함되었을 가능성이 있다. 이는 본 연구에서 모집된 일반인 참여자의 대표성에 의문을 제기하는 결과이다. 다만, 이러한 편향은 일반인보다 가족의 외상성 스트레스 증상이 높게 나타날 것이라고 기대한 본 연구에 불리한 방향으로 작용하였을 가능성이 더 크다. 따라서 추후 연구는 설문지의 측정 오류를 줄이는 한편 인구센서스 기준에 따라 인구통계학적 특성의 비율을 맞추어 일반인 집단을 모집할 필요가 있다. 추가적으로, 일반인 참여자를 고외상 집단과 저외상 집단으로 나누는 과정에서 외상성 스트레스 증상 측정치에 대한 등분산성이 저해되는 결과가 발생하였으므로 이원분산분석 결과를 해석할 때는 주의가 필요하다. 일반인 집단의 모집과 관련된 제한점을 극복하는 또 한 가지의 방법은, 조현병 환자 가족의 비교 집단으로 일반인이 아닌 신체장애인 가족이나 다른 정신장애인 가족을 모집하는 것이다. 환자에게 돌봄을 제공한다는 공통점이 있으면서도 환자가 지닌 장애의 특성에서 차이를 보이는 비교 집단을 둘 경우, 돌봄 경험 자체가 아닌 장애의 특성에 의하여 설명되는 심리적 후유증을 확인할 수 있기 때문이다. 따라서 추후 연구에서는 일반인보다 유의미한 비교 집단을 설정할 필요가 있다.

둘째, 연구 설계 면에서 양적 횡단 연구에 제한되었다. 우선, 본 연구는 환자의 증상이나 돌봄 외상 경험으로 인하여 가족이 외상성 스트레스 증상을 나타내고, 이러한 외상성 스트레스 증상에 대처하는 과정에서 환자에 대한 표출정서가 강화될 수 있다고 가정하였다. 그러나 이러한 시간 경과에 따른 가족의 스트레스와 대처의 변화는 횡단적 설계만으로 확인하기 어렵다. 따라서 추후 연구에서는 종단적 설계를 통하여 가족의 외상성 스트레스 증상, 환자에 대한 표출정서, 그리고 환자의 재발에 따른 가족의 돌봄 외상 경험에 이르는 악순환의 과정을 시간 순서대로 확인할 필요가 있다.

셋째, 본 연구는 가족의 외상성 스트레스 증상이 지니는 의미와 기능에 대해서는 알려주지 못한다. 이를테면 가족이 일반인에 비하여 높은

수준을 보인 신체화 증상이 어떠한 사회문화적 맥락 속에서, 어떠한 심리적 기능을 수행하는지 확인할 수 없었다. 또한 외상성 스트레스 증상이 환자에 대한 표출정서로 해소되는 과정을 확인하기 어려웠다. 이를테면 가족의 침습 증상이 환자에 대한 정서적 과관여로 이어지는 과정, 그리고 가족의 절망감이 환자에 대한 비판으로 이어지는 과정에 대하여 본 연구는 생생한 현상학적 그림을 제공하지 못한다. 따라서 추후 연구에서는 사례 연구 등의 질적 방법론을 통하여 가족의 외상성 스트레스 증상과 표출정서의 구체적인 양상과 맥락을 그려 넣을 필요가 있다.

넷째, 본 연구는 가족의 외상성 스트레스 증상에 개입하는 것이 중요하다는 시사점을 남기기는 하지만, 구체적인 개입 방법 및 효과를 확인하지는 못하였다. 추후 연구에서는 가족의 돌봄 외상에 대한 개입이 일반적인 외상에 대한 개입과는 어떻게 달라야 하는지 밝혀야 한다. 이를 위해서는 가족의 돌봄 외상 경험 자체에 대한 이해가 심화되어야 한다. 이를테면 가족의 돌봄 외상 경험을 보다 대표성 있게 반영하는 사건 질문지가 개발될 필요가 있으며, 가족의 주관적 고통 및 기능 손상에 크게 기여하는 돌봄 외상 경험은 무엇인지 확인할 필요가 있다. 또한 외상성 스트레스 증상에 초점을 맞춘 개입이 가족의 정서적 어려움 감소와 대처능력 향상에 도움이 되는 것으로 알려진 기존의 가족교육과 대비하여 얼마나 효과적인지 확인할 필요가 있다.

다섯째, 외상성 스트레스 증상의 측정치와 표출정서의 측정 방법을 다양화하는 것이 필요하다. 우선, 본 연구에서 복합 외상성 스트레스 증상으로 포함한 절망감과 신체화 외에도 만성적 외상의 생존자는 정체성 문제, 정서조절 문제, 대인관계 문제 등 자기(self)를 다루는 역량의 손상을 경험하는 것으로 알려져 있다(Briere & Runtz, 2002; Herman, 1992). 조현병 환자의 가족 역시 다양한 정서적 어려움, 정체성 변화, 대인관계 갈등을 경험한다는 점에서(Milliken, 2001; Shiraishi & Reilly, 2019), 추후 연구는 가족이 만성적인 돌봄 외상 경험에 따라 나타낼 수 있는 자기조절 및 성격 차원의 변화를 확인할 수 있어야 한다. 다음으로, 표출정서를 측정하는 방법은 본 연구에서처럼 가족의 자기보고식 설문에 기대는 방

법 외에도(Wiedemann et al., 2002), 전문가와의 면담에서 자연스럽게 드러나는 표출정서의 횟수를 세는 방법(Leff & Vaughn, 1985; Magaña et al., 1986), 그리고 환자가 가족으로부터 지각한 표출정서를 자기보고식 설문으로 측정하는 방식(Cole & Kazarian, 1988) 등으로 다양하다. 가족이 환자에 대한 과도한 염려나 비판적 태도를 보고하는 것은 사회적 바람직성 차원에서 어려운 일일 수 있음을 감안하여, 추후 연구에서는 미묘한 표출정서를 측정할 수 있는 방법을 고려할 필요가 있다. 또한 연구참여자를 가족 단위로 모집하여, 한 가족 내에서 각 구성원마다 표현하거나 지각하는 표출정서의 유형과 수준을 비교하는 작업 역시 의미 있는 결과를 도출할 수 있을 것이다.

마지막으로, 가족의 긍정적 돌봄 경험이나 외상 후 성장을 포함하는 강점 관점의 연구도 필요하다. 이는 본 연구의 범위를 벗어나는 주제이기는 하나, 가족이 지닌 결핍뿐만 아니라 이들의 역량과 강점에도 주목해야 한다는 논의가 지속되고 있다(서미경, 2007). 또한 Tedeschi와 Calhoun(1996)은 외상 후 성장(posttraumatic growth)이라는 개념을 통하여, 외상은 생존자에게 고난이기도 하지만 다른 한편으로는 성장의 비옥한 토양이 되기도 한다는 견해를 내놓은 바 있다. Shiraishi와 Reilly(2019)는 23개 질적 연구들에 대한 체계적 문헌 고찰에서 조현병은 가족에게 부정적 영향 외에도 가족 결속, 존경, 긍정, 애정, 연민, 지식과 기술의 습득, 자신감, 가족 개인의 성장, 감사 등의 긍정적 영향을 함께 가져다준다고 보았다. 또한 국내 간호학 및 사회복지학 분야에서는 가족의 희망(이종은, 현미열, 2003)이나 외상 후 성장(윤명숙, 박은아, 2012)에 영향을 미치는 요인을 확인하려는 연구가 수행되었다. 추후 연구는 조현병 환자 가족의 심리적 고통을 이해하고 공감하는 것뿐만 아니라 이들이 환자를 위하여 숙고하고 헌신하는 과정에서 체득하는 지혜와 역량에도 귀를 기울일 필요가 있다.

상기한 한계점에도 불구하고, 본 연구는 그동안 환자의 그림자로 살아온 가족 역시 조현병이라는 혼란스럽고 기나긴 역경 속에서 다양한 외상적 사건과 외상성 스트레스 증상을 마주한다는 것을 확인하였다. 또한

가족의 외상성 스트레스 증상이 환자에 대한 부정적 태도인 표출정서에 미치는 영향을 이해함으로써 환자의 고통이 가족의 고통으로 전환되고, 가족의 고통이 다시 환자의 고통으로 전환되는 악순환의 고리를 조명하고자 하였다.

Hatfield(1978)가 기술하였듯, “환자의 회복은 치료자의 사무실이 아니라 환자가 살아가는 곳에서 일어난다(p. 358).” 환자가 가족의 품에서 회복하듯이, 환자의 가족 또한 우리 사회의 올바른 이해와 공감 속에서만 회복할 수 있다. 정신장애인 가정에 대한 이해와 공감을 촉진하는 연구가 활발하게 이루어지기를 바라면서, 본 연구에서 수집한 가족 집단 88명의 주요 데이터를 개인식별정보가 제거된 형태로 부록 13에 공유하였다. 이 데이터를 다른 통계 기법으로 분석하거나 다른 가족 표본의 데이터와 비교하는 등 이롭게 활용하는 연구들이 생겨나기를 기대한다.

참 고 문 헌

강동호, 김철권, 변원탄 (1995). 정신분열병 환자 가족의 객관적·주관적 부담에 관한 연구. 신경정신의학, 34(1), 193-203.

권석만 (2013). 현대 이상심리학 (2판). 학지사.

김광일, 김재환, 원호택 (1984). 간이정신진단검사 실시요강. 중앙적성연구소.

김미경 (2000). 정신장애인 가족의 스트레스와 스트레스 대처방법에 관한 연구. 호남대학교 대학원 석사학위논문.

김성건, 이은호, 황순택, 홍상황, 이건석, 김지혜 (2015). 한국판 벡절망척도의 신뢰도 및 타당도 연구. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 54*(1), 84-90.

김성완 (2018). 조현병 환자를 위한 정신사회적 중재. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, *57*(3), 235-243.

김은혜, 서수균 (2013). 내현적 자기애성향과 적대감 사이에서 부적응적 대처의 매개효과. 한국심리학회지: 일반, 32(3), 533-548.

김진훈, 김대호, 강유미, 박성혁, 이창훈, 장동원 (2006). 한국어판 표출감 정평가척도의 신뢰도와 타당도. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association, 46*(2), 144-150.

김현숙 (2018). 정신장애인 가족의 부담감, 우울, 총신체활동량이 심혈관 질환 예방건강행위에 미치는 영향. 한양대학교 대학원 박사학위논문.

류혜라, 박기환 (2014). 대학생의 거부민감성이 우울증상에 미치는 영향에 대한 인지적 정서조절의 중재효과. 한국심리학회지: 건강, 19(1), 203-218.

박철옥 (2015). 복합외상경험자의 상담을 통한 자기 회복과정: 근거이론 적용. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.

배성일, 임효덕, 김영환 (1990). 정신과 환자 가족의 스트레스 지각 및 대응전략. 신경정신의학, 29, 885-895.

배헌석 (2000). 정신과 환자가 지각한 가족 표출정서의 한국판 척도개발 연구. 계명대학교 대학원 석사학위논문.

서미경 (1999). 정신장애인 가족의 대처에 관한 연구. 한국사회복지학, 37, 217-239.

서미경 (2007). 정신장애와 가족. 집문당.

서미경, 박근우 (2016). 정신장애인의 기여와 객관적 부담이 가족의 성장에 미치는 영향: 통제감의 매개효과. 사회과학연구, 32(3), 33-59.

서수균 (2011). 비합리적 신념과 공격성 사이에서 부적응적 인지전략과 대인관계양상의 매개효과. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 23(4), 901-919.

서수균, 권석만 (2006). 내담자 집단의 분노와 우울 수준에 따른 분노사고와 비합리적 신념의 특성. *Korean Journal of Clinical Psychology, 25*(2), 417-427.

서영석, 조화진, 안하얀, 이정선 (2012). 한국인이 경험한 외상사건: 종류 및 발생률. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 24(3), 671-701.

설운영 (2021.09.06.). 정신질환, 고통의 저편에 있는 사람들. 마인드포스트. http://www.mindpost.or.kr/news/articleView.html?idxno=6031

설지윤, 김창대, 고유림 (2019). 글쓰기가 대인 간 외상 경험자의 자서전적 기억 특성, 인지적 재평가와 정서반응에 미치는 효과. 상담학연구, 20(3), 99-120.

설진화 (2004). 퇴원한 정신분열병 환자와 가족에 대한 지역사회복지관에서의 단기가족교육 프로그램의 효과. 한국사회복지학, 56(2), 261-283.

송승훈 (2007). 한국판 외상 후 성장 척도(K-PTGi)의 신뢰도와 타당도. 충남대학교 대학원 석사학위논문.

송현주 (1996). 정신분열병 환자 부모 스트레스와 가족기능에 관한 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.

안현의, 이나빈, 주혜선 (2013). 한국판 인지적 정서조절전략 척도(K-CERQ)의 타당화. 상담학연구, 14(3), 1773-1794.

안현의, 장진이, 조하나. (2009). 자기체계의 손상으로 본 복합외상증후군. 한국심리학회지: 일반, 28(2), 283-301.

양옥경 (1996). 지역사회정신건강. 나남출판사.

윤명숙, 박은아. (2012). 정신장애인 가족의 외상 후 성장 영향요인. 한국가족복지학, 38, 201-228.

은헌정, 권태완, 이선미, 김태형, 최말례, 조수진 (2005). 한국판 사건충격척도 수정판의 신뢰도 및 타당도 연구. 대한신경정신의학회지, 44(3), 303-310.

이동훈, 김지윤, 이덕희, 강민수 (2018). DSM 진단기준과 대인 및 비대인 외상사건에 따른 성인의 PTSD 증상, 심리적 디스트레스, 정서조절곤란의 차이. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 30(3), 741-773.

이수림 (2015). 외상 경험 및 인지적 정서조절전략이 외상후스트레스장애와 외상후성장에 미치는 영향. 인문학논총, 39, 93-124.

이수연, 이동훈 (2017). 대학생의 가족 및 타인에 의한 대인외상경험과 심리적 증상의 관계에서 가족기능의 매개효과. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 29(2), 451-479.

이아름, 이민규 (2013). 부적응적 인지적 정서조절전략과 신체증상의 관계에서 용서의 매개효과. 한국심리학회지: 일반, 32(1), 45-61.

이유현, 정소희, 최웅용 (2014). 성별에 따른 인지적 정서조절전략이중학생의 또래관계에 미치는 영향. 상담학연구, 15(6), 2491-2508.

이종은, 현미열. (2003). 정신질환자 가족의 부담감, 자존감 및 희망에 관한 연구. 정신간호학회지, 12(3), 268-278.

조은정, 김현수, 김종천 (2017). 정신질환자 가족기능에 영향을 미치는 요인연구: 발병초기와 만성 정신질환자의 비교. 한국가족복지학, 57(0), 99-124.

최해경 (2000). 성인 정신분열증 환자 가족의 정신건강: 스트레스를 일으키는 자극, 자원, 보호상황에 대한 인식이 미치는 영향. 한국가족복지학, 5, 277-298.

Alvarez-Jimenez, M., Gleeson, J. F., Cotton, S. M., Wade, D., Crisp, K., Yap, M. B. H., & McGorry, P. D. (2010). Differential predictors of critical comments and emotional over-involvement in first-episode psychosis. *Psychological Medicine, 40*(1), 63-72.

Amaresha, A. C., & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: An overview. *Indian Journal of Psychological Medicine, 34*(1), 12-20.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Anders, S. L., Shallcross, S. L., & Frazier, P. A. (2012). Beyond criterion A1: The effects of relational and non-relational traumatic events. *Journal of Trauma & Dissociation, 13*(2), 134-151.

Asarnow, J. R., Tompson, M., Woo, S., & Cantwell, D. P. (2001). Is expressed emotion a specific risk factor for depression or a nonspecific correlate of psychopathology? *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*(6), 573-583.

Atkinson, S. D. (1994). Grieving and loss in parents with a schizophrenic child. *American Journal of Psychiatry, 151*(8), 1137-1139.

Baronet, A. M. (2003). The impact of family relations on caregivers' positive and negative appraisal of their caretaking activities. *Family Relations, 52*(2), 137-142.

Barrowclough, C., & Parle, M. (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry, 171*, 26-30.

Barton, K., & Jackson, C. (2008). Reducing symptoms of trauma

among carers of people with psychosis: Pilot study examining the impact of writing about caregiving experiences. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 42*(8), 693-701.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(6), 861.

Bentsen, H., Notland, T. H., Munkvold, O. G., Boye, B., Ulstein, I., Bjørge, H., Uren, G., Lersbryggen, A., Oskarsson, K., Berg-Larsen, R., Lingjaerde, O., & Malt, U. F. (1998). Guilt proneness and expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses. *British Journal of Medical Psychology, 71*(2), 125-138.

Boye, B., & Malt, U. F. (2002). Stress response symptoms in relatives of acutely admitted psychotic patients: A pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry, 56*(4), 253-260.

Boye, B., Munkvold, O. G., Bentsen, H., Notland, T. H., Lersbryggen, A. B., Oskarsson, K. H., Uren, G., Ulstein, I., Lingjærde, o., & Malt, U. F. (1998). Pattern of emotional overinvolvement in relatives of patients with schizophrenia: A stress syndrome analogue? *Nordic Journal of Psychiatry, 52*, 493 - 499.

Brain, C., Kymes, S., DiBenedetti, D. B., Brevig, T., & Velligan, D. I. (2018). Experiences, attitudes, and perceptions of caregivers of individuals with treatment-resistant schizophrenia: A qualitative study. *BMC Psychiatry, 18*(1), 1-13.

Briere, J., & Runtz, M. (2002). The inventory of altered self-capacities (IASC): A standardized measure of identity, affect regulation, and relationship disturbance. *Assessment, 9*(3), 230-239.

Brown, B. (2021). 'You'd think they'd know': Social epistemology and informal carers of mental health service users. *Social Theory*

& Health, 1-19.

Brown, G. W. (1959). Experiences of discharged chronic schizophrenic patients in various types of living group. *The Milbank Memorial Fund Quarterly, 37*(2), 105-131.

Bulger, M. W., Wandersman, A., & Goldman, C. R. (1993). Burdens and gratifications of caregiving: Appraisal of parental care of adults with schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry, 63*(2), 255-265.

Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry, 55*(6), 547-552.

Cechnicki, A., Bielańska, A., Hanuszkiewicz, I., & Daren, A. (2013). The predictive validity of expressed emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. *Journal of Psychiatric Research, 47*(2), 208-214.

Cherry, M. G., Taylor, P. J., Brown, S. L., Rigby, J. W., & Sellwood, W. (2017). Guilt, shame and expressed emotion in carers of people with long-term mental health difficulties: A systematic review. *Psychiatry Research, 249*, 139-151.

Cleary, M., West, S., Hunt, G. E., McLean, L., & Kornhaber, R. (2020). A qualitative systematic review of caregivers' experiences of caring for family diagnosed with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing, 41*(8), 667-683.

Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*(6), 615-627.

Cole, J. D., & Kazarian, S. S. (1988). The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of*

Clinical Psychology, 44(3), 392-397.

Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry, 128*(3), 280-289.

Domínguez-Martínez, T., Medina-Pradas, C., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2017). Relatives' expressed emotion, distress and attributions in clinical high-risk and recent onset of psychosis. *Psychiatry Research, 247*, 323-329.

Elison, J., Garofalo, C., & Velotti, P. (2014). Shame and aggression: Theoretical considerations. *Aggression and Violent Behavior, 19*(4), 447-453.

Elsherif, Z. A., Behilak, S., & Abdelraof, A. S. E. (2020). The relationship of relatives' illness perception, expressed emotion and their burden in caring for patients with schizophrenia. *American Journal of Nursing Research, 8*, 624-631.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*(8), 1311-1327.

Gibbons, J. S., Horn, S. H., Powell, J. M., & Gibbons, J. L. (1984). Schizophrenic patients and their families a survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *The British Journal of Psychiatry, 144*(1), 70-77.

Godress, J., Ozgul, S., Owen, C., & Foley-Evans, L. (2005). Grief experiences of parents whose children suffer from mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 39*(1-2), 88-94.

Gräsel, E. (1995). Somatic symptoms and caregiving strain among family caregivers of older patients with progressive nursing needs. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 21*(3), 253-266.

Greene, J. G., Smith, R., Gardiner, M., & Timbury, G. C. (1982). Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: A factor analytic study. *Age and Ageing, 11*(2), 121-126.

Gupta, S., Isherwood, G., Jones, K., & Van Impe, K. (2015). Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry, 15*(1), 1-11.

Hahlweg, K., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Magaña, A. B., Mintz, J., Doane, J. A., Miklowitz, D. J., & Snyder, K. S. (1989). Expressed emotion and patient-relative interaction in families of recent onset schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(1), 11.

Hall, M. J., & Docherty, N. M. (2000). Parent coping styles and schizophrenic patient behavior as predictors of expressed emotion. *Family Process, 39*(4), 435-444.

Hanzawa, S., Bae, J. K., Bae, Y. J., Chae, M. H., Tanaka, H., Nakane, H., Ohta, Y., Zhao, x., Iizuka, H., & Nakane, Y. (2013). Psychological impact on caregivers traumatized by the violent behavior of a family member with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry, 6*, 46 - 51.

Harrison, G., Hopper, K. I. M., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J. O. E., Dube, K. C., Ganev, K., Giel, R., an der Heiden, W., Holmberg, S. K., Janca, A., Lee, P. W. H., León, C. A., Malhotra, S., Marsella, A. J., Nakane, Y., Sartorius, N., Shen, Y., Skoda, C., Thara, R., Tsirkin, S. J., Varma, V. K., Walsh, D., & Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: A 15-and 25-year international follow-up study. The *British Journal of Psychiatry, 178*(6), 506-517.

Hatfield, A. B. (1978). Psychological costs of schizophrenia to the family. *Social Work, 23*(5), 355-359.

Hatfield, A. B. (1981). Coping effectiveness in families of the mentally ill: An exploratory study. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 3*, 11-19.

Hatfield, A. B., Spaniol, L., & Zipple, A. M. (1987). Expressed emotion: A family perspective. *Schizophrenia Bulletin, 13*(2), 221-226.

Hayes, A. (2021). The PROCESS macro for R (version 4.0.2) [Software].

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391.

Hernandez, M., & Barrio, C. (2015). Perceptions of subjective burden among Latino families caring for a loved one with schizophrenia. *Community Mental Health Journal, 51*(8), 939-948.

Hinojosa-Marqués, L., Domínguez-Martínez, T., Sheinbaum, T., Cristóbal-Narváez, P., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2019). Relatives' attachment anxiety mediates the association between perceived loss and expressed emotion in early psychosis. *PLoS ONE, 14*(10), e0223425.

Hinrichsen, G. A., Adelstein, L., & McMeniman, M. (2004). Expressed emotion in family members of depressed older adults. *Aging & Mental Health, 8*(4), 355-363.

Hoenig, J., & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry, 12*(3), 165-176.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J.,

Greenwald, D. P., Javna, C. D., & Madonia, M. J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry, 43*(7), 633-642.

Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology, 9*(3), 135-151.

Hooley, J. M., & Hiller, J. B. (2000). Personality and expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(1), 40.

Hooley, J. M., & Licht, D. M. (1997). Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 298.

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*(3), 209-218.

Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2004). The disregarded caregivers: Subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin, 30*(3), 665-675.

Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. National Research Council.

Kavanagh, D. J. (1992). Recent development in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 160*, 601-620.

King, S. (2000). Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults? *Schizophrenia Research, 45*(1-2), 65-78.

King, S., Ricard, N., Rochon, V., Steiger, H., & Nelis, S. (2003).

Determinants of expressed emotion in mothers of schizophrenia patients. *Psychiatry Research, 117*(3), 211-222.

Kingston, C., Onwumere, J., Keen, N., Ruffell, T., & Kuipers, E. (2016). Posttraumatic stress symptoms (PTSS) in caregivers of people with psychosis and associations with caregiving experiences. *Journal of Trauma & Dissociation, 17*(3), 307-321.

Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine, 60*(4), 420-430.

Landon, J., Pike, B., Diesfeld, K., & Shepherd, D. (2016). The experiences of parents providing support to adult children with schizophrenia. *International Journal of Mental Health and Addiction, 14*(4), 385-399.

Laria, A. J., & Lewis-Fernändez, R. (2001). The professional fragmentation of experience in the study of dissociation, somatization, and culture. *Journal of Trauma & Dissociation, 2*(3), 17-46.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1985). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.

Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame based and guilt based PTSD. *British Journal of Medical Psychology, 74*(4), 451-466.

Leff, J. & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Guilford Press.

Lefley, H. P. (1987). The family's response to mental illness in a relative. *New Directions for Mental Health Services, 1987*(34), 3-21.

Lefley, H. P., & Wasow, M. (1994). *Helping families cope with*

mental illness. Harwood Academic Publishers.

Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic Review, 58*(3), 419-438.

Liu, J., Subramaniam, M., Chong, S. A., & Mahendran, R. (2019). A systematic examination of cognitive emotion regulation strategies, global emotion dysregulation, and cognitive insight in relation to posttraumatic stress disorder symptoms among trauma exposed patients with early nonaffective psychosis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.*

Loughland, C. M., Lawrence, G., Allen, J., Hunter, M., Lewin, T. J., Oud, N. E., et al. (2009). Aggression and trauma experiences among carer-relatives of people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*, 1031 - 1040.

Magaña, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., Miklowitz, D. J., Jenkins, J., & Falloon, I. R. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research, 17*(3), 203-212.

Marsh, D. T. (1992). *Families and mental illness: New directions in professional practice*. Praeger Publishers.

Milliken, P. J. (2001). Disenfranchised mothers: Caring for an adult child with schizophrenia. *Health Care for Women International, 22*(1-2), 149-166.

Mitsonis, C. I., Pagkalis, N. K., Dimopoulos, N. P., Liolios, K. I., Stamatopoulou, K. E., Andriotis, N. M., Kariki, N. K., Tsakiris, F. E., Maragkoudaki, E. E., & Katsanou, M. E. (2007). Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *European Psychiatry, 22*(S1), S126-S126.

Norton, S., Wandersman, A., & Goldman, C. R. (1993). Perceived

costs and benefits of membership in a self-help group: Comparisons of members and nonmembers of the Alliance for the Mentally Ill. *Community Mental Health Journal, 29*(2), 143-160.

Onwumere, J., Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Fowler, D., Freeman, D., Watson, P., & Garety, P. (2008). Caregiving and illness beliefs in the course of psychotic illness. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*(7), 460-468.

Patterson, P., Birchwood, M., & Cochrane, R. (2005). Expressed emotion as an adaptation to loss: Prospective study in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry, 187*(S48), s59-s64.

Peterson, E. C., & Docherty, N. M. (2004). Expressed emotion, attribution, and control in parents of schizophrenic patients. *Psychiatry, 67*(2), 197-207.

Rachamim, L., Nacasch, N., & Sinay, I. (2021). Complicated grief, depression, health and attachment style in first degree relatives of individuals with a chronic psychotic disorders. *Community Mental Health Journal*, 1-10.

Rady, A., Mouloukheya, T., & Gamal, E. (2021). Posttraumatic stress symptoms, quality of life, and stress burden in caregivers of patients with severe mental illness: An underestimated health concern. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 431.

Robinson, J. S., & Larson, C. (2010). Are traumatic events necessary to elicit symptoms of posttraumatic stress? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2*(2), 71.

Schmid, R., Schielein, T., Binder, H., Hajak, G., & Spiessl, H. (2009). The forgotten caregivers: Siblings of schizophrenic patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 13*(4),

326-337.

Scottish Schizophrenia Research Group. (1987). The Scottish first episode schizophrenia study: IV. Psychiatric and social impact on relatives. *The British Journal of Psychiatry, 150*, 340-344.

Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 44*(2), 87-102.

Shiraishi, N., & Reilly, J. (2019). Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: A systematic review and qualitative meta-summary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 54*(3), 277-290.

Steel, C., & Wykes, T. (2013). The positive symptoms of schizophrenia. In L. G. Castonguay, & T. F. Oltmanns (Eds.), *Psychopathology: from science to clinical practice* (pp. 344-369). Guilford Pubn.

Sveinbjarnardottir, E., & de Casterli, B. D. (1997). Mental illness in the family an emotional experience. *Issues in Mental Health Nursing, 18*(1), 45-56.

Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2003). *Shame and guilt*. Guilford Press.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18.

Tennen, H. T., & Affleck, G. (1990). Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin, 108*(2), 209-232.

Terkelsen, K. (1987). The evolution of the family response to mental illness through time. In A. B. Hatfield, & H. P. Lefley (Eds.). *Families of the mentally ill: Coping and adaptation* (pp. 151-166). Cassell.

Tokem, Y., Ozcelik, H., & Cicik, A. (2015). Examination of the relationship between hopelessness levels and coping strategies among the family caregivers of patients with cancer. *Cancer Nursing, 38*(4), E28-E34.

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2008). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, S*(1), 37 - 85.

Tompson, M. C., Goldstein, M. J., Lebell, M. B., Mintz, L. I., Marder, S. R., & Mintz, J. (1995). Schizophrenic patients' perceptions of their relatives' attitudes. *Psychiatry Research, 57*(2), 155-167.

Torrey, E. F. (2021). 조현병의 모든 것 (정지인 역). 심심. (원전은 2019에 출판).

Tungpunkom, P., Napa, W., Chaniang, S., & Srikhachin, P. (2013). Caregiving experiences of families living with persons with schizophrenia: A systematic review. *JBI Evidence Synthesis, 11*(8), 415-564.

van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., & Mandel, F. S. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaption to trauma. *The American Journal of Psychiatry, 153*(Suppl), 83-93.

van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies, 18*(5), 389-399.

van Os, J., Marcelis, M., Graven, S., & Delespaul, P. (2001). High expressed emotion: Marker for a caring family? *Comprehensive*

Psychiatry, 42(6), 504-507.

Vasconcelos e Sa, D., Barrowclough, C., Hartley, S., & Wearden, A. (2017). Self-blame attribution in relatives of people with recent - onset psychosis: associations with relatives' distress and behavioural control. *British Journal of Clinical Psychology, 56*(2), 172-188.

Wasow, M. (1994). Professional and parental perspectives. In H. P. Lefley, & M. Wasow (Eds.), *Helping families cope with mental illness*. (pp. 27-38). Harwood Academic Publishers.

Wasserman, S., de Mamani, A. W., & Suro, G. (2012). Shame and guilt/self-blame as predictors of expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 196*(1), 27-31.

Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). Guilford Press.

Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E., & Hahlweg, K. (2002). The family questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research, 109*(3), 265-279.

World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.).

Yu, Y., Zhou, W., Liu, Z. W., Hu, M., Tan, Z. H., & Xiao, S. Y. (2019). Gender differences in caregiving among a schizophrenia population. *Psychology Research and Behavior Management, 12*, 7-13.

부 록

부록 1. 돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건 질문지 (가족용 사건 체크리스트) ····· 106
부록 2. 일반 외상 사건 질문지 (일반인용 사건 체크리스트) ····· 108
부록 3. 한국판 사건 충격 척도 수정판(IES-R-K) 110
부록 4. 간이 정신 진단 검사(SCL-90) 중 신체화 척도 112
부록 5. 인지적 정서조절 전략 척도(CERQ) 중 자기비난과 타인비난 척도 ····· 113
부록 6. 가족 설문지(FQ-K; 한국판 표출정서 척도) ····· 114
부록 7. 질병 및 돌봄 특성 질문지 ····· 116
부록 8. 돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건 체크리스트 주관식 응답 ····· 121
부록 9. 가족 집단 내 외상성 스트레스 증상 비교 ····· 124
부록 10. 돌봄 특성 변인의 기술통계(응답 빈도) ····· 126
부록 11. 개별 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스 증상 간 상관분석 ····· 129
부록 12. 돌봄 외상 경험, 침습, 정서적 과관여의 관계에서 자기비난의 조절된 매개효과 ····· 132
부록 13. 가족 집단의 주요 변인 데이터 ····· 133

부록 1. 돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건 질문지
(가족용 사건 체크리스트)

다음은 환자인 가족을 돌보는 과정에서 경험할 수 있는 사건들입니다. 지금까지 이러한 사건들을 겪은 적이 있는지, 만약 있다면 얼마나 자주 겪었는지 해당되는 번호를 골라 주시기 바랍니다. 한 번도 겪은 적이 없는 경험이라면 '0'으로 표시해 주십시오. (문항을 하나도 빼놓지 말고 반드시 한 가지로만 대답해 주십시오.)

		겪은 적 없다	매우 드물게 겪었다	드물게 겪었다	자주 겪었다	매우 자주 겪었다
1	환자로부터의 신체적 폭력 및 위협	0	1	2	3	4
2	환자로부터의 욕설, 공격적인 언어, 언어적 위협	0	1	2	3	4
3	환자에 대한 차별이나 낙인이 담긴 언행을 직접적 혹은 간접적으로 보고 들음	0	1	2	3	4
4	환자의 가족에 대한 차별이나 낙인이 담긴 언행을 직접적 혹은 간접적으로 보고 들음	0	1	2	3	4
5	환자의 자해나 자살시도 혹은 그러한 위협	0	1	2	3	4
6	그 밖에 환자의 위험하거나 예측 불가한 행동	0	1	2	3	4
7	환자가 비자발적으로 입원됨	0	1	2	3	4
8	환자가 입원하거나 치료받는 정신과 병동의 사람들, 환경, 분위기에서 부정적인 감정을 경험함	0	1	2	3	4

9	환자의 행동으로 인하여 경찰서, 민원센터, 보험사 등에 방문하거나 연락함	0	1	2	3	4
10	환자의 양성증상(환각, 망상, 기이하거나 혼란스러운 언어)을 목격함	0	1	2	3	4
11	환자의 음성증상(의욕 없음, 무관심함, 고립됨, 감정 표현이 거의 없음 등)을 목격함	0	1	2	3	4
12	환자의 증상이 호전되었다가 재발됨	0	1	2	3	4
13	환자의 돌봄과 관련하여 다른 가족 구성원 간 갈등, 불화, 말다툼, 폭력을 경험함	0	1	2	3	4
14	그 밖에 환자를 돌보는 과정에서 경험한 스트레스 사건이 있다면 적어 주십시오. (_____)	0	1	2	3	4

부록 2. 일반 외상 사건 질문지
(일반인용 사건 체크리스트)

다음은 우리가 살아오면서 겪을 수 있는 다양한 사건 및 사고 경험들입니다. 각 경험을 겪었을 당시의 주관적 고통감은 어느 정도인지 해당되는 번호를 골라 주시기 바랍니다. 한 번도 겪은 적이 없는 경험이라면 '0'으로 표시해 주십시오. (문항을 하나도 빼놓지 말고 반드시 한 가지로만 대답해 주십시오.)

	사건 유형	주관적 고통감	겪은 적 없다	별로 심각하지 않다	약간 심각하다	심각하다	매우 심각하다
1	사고 및 상해 (교통사고, 산업재해, 화재, 건물붕괴, 절단사고, 폭발 등)	주관적 고통감	0	1	2	3	4
2	전염성 재난 (신종플루, 조류독감, 구제역, 콜레라, COVID-19 등)	주관적 고통감	0	1	2	3	4
3	자연재난 (홍수, 태풍, 지진, 폭설, 산사태 등)	주관적 고통감	0	1	2	3	4
4	폭행, 강도 등의 범죄 피해	주관적 고통감	0	1	2	3	4
5	성추행 및 성폭력	주관적 고통감	0	1	2	3	4
6	본인의 심각한 신체적 질병	주관적 고통감	0	1	2	3	4
7	가족의 신체적 질병	주관적 고통감	0	1	2	3	4

8	가족의 정신적 질병	**주관적 고통감**	0	1	2	3	4
9	가까운 가족 또는 친척의 사망	**주관적 고통감**	0	1	2	3	4
10	친한 친구의 사망	**주관적 고통감**	0	1	2	3	4
11	부모의 이혼 혹은 별거	**주관적 고통감**	0	1	2	3	4
12	가족 구성원과의 갈등 또는 다툼	**주관적 고통감**	0	1	2	3	4
13	주변 대인관계 문제 (다툼, 갈등, 언쟁, 이별, 실연, 사기 등)	**주관적 고통감**	0	1	2	3	4
14	법적 구속 (본인 및 가족 구성원)	**주관적 고통감**	0	1	2	3	4
15	가정의 경제적 상황의 변화 (부도, 파산, 신용불량 등)	**주관적 고통감**	0	1	2	3	4
16	본인 또는 가족 구성원의 해고나 실직	**주관적 고통감**	0	1	2	3	4
17	적응의 어려움 (학교, 사회, 군대 등에서 겪은 소외, 따돌림, 언어 및 신체적 폭력 경험 등)	**주관적 고통감**	0	1	2	3	4
18	학업의 실패 (중요한 과목이나 시험에서의 실패)	**주관적 고통감**	0	1	2	3	4

부록 3. 한국판 사건 충격 척도 수정판(IES-R-K)

[가족 참여자용 지문] 환자인 가족을 돌보는 과정에서 자신에게 가장 큰 스트레스가 되었던 경험 한 가지를 떠올리며 다음의 질문에 응답하십시오. 지난 일주일 동안 어떠셨는지 해당되는 번호를 골라 주시기 바랍니다. (문항을 하나도 빼놓지 말고 반드시 한 가지로만 대답해 주십시오.)

[일반인 참여자용 지문] 위에서 응답한 경험 중 자신에게 가장 큰 스트레스가 되었던 경험 한 가지를 떠올리며 다음의 질문에 응답하십시오. 지난 일주일 동안 어떠셨는지 해당되는 번호를 골라 주시기 바랍니다. 만약 위에서 경험한 사건이 없을 경우, 그 밖에 자신에게 가장 큰 스트레스가 되었던 경험을 떠올리며 응답해 주십시오. (문항을 하나도 빼놓지 말고 반드시 한 가지로만 대답해 주십시오.)

		전혀 아니다	약간 그렇다	그런 편이다	꽤 그렇다	매우 그렇다
1	그 사건을 떠올리게 하는 것이 나에게 그때의 감정을 다시 불러일으켰다.	0	1	2	3	4
2	나는 수면을 지속하는 데 어려움이 있었다.	0	1	2	3	4
3	나는 다른 일들로 인해 그 사건을 생각하게 된다.	0	1	2	3	4
4	나는 그 사건 이후로 예민하고 화가 난다고 느꼈다.	0	1	2	3	4
5	그 사건에 대해 생각하거나 떠오를 때마다 혼란스러워지기 때문에 회피하려고 했다.	0	1	2	3	4
6	내가 생각하지 않으려고 해도 그 사건이 생각난다.	0	1	2	3	4

7	그 사건이 일어나지 않았거나, 현실이 아닌 것처럼 느꼈다.	0	1	2	3	4
8	그 사건을 상기시키는 것들을 멀리하며 지냈다.	0	1	2	3	4
9	그 사건의 영상(이미지)이 마음속에 갑자기 떠오르곤 했다.	0	1	2	3	4
10	나는 신경이 예민해졌고 쉽게 깜짝 놀랐다.	0	1	2	3	4
11	그 사건에 관해 생각하지 않으려고 노력했다.	0	1	2	3	4
12	나는 그 사건에 관해 여전히 많은 감정을 가지고 있다는 것을 알지만 신경 쓰고 싶지 않았다.	0	1	2	3	4
13	그 사건에 대한 나의 감정이 무감각하고 둔해질 때가 있었다.	0	1	2	3	4
14	나는 마치 그 사건 당시로 돌아간 것처럼 느끼거나 행동할 때가 있었다.	0	1	2	3	4
15	나는 그 사건 이후로 잠들기가 어려웠다.	0	1	2	3	4
16	나는 그 사건에 대한 감정이 물밀듯 밀려오는 것을 느꼈다.	0	1	2	3	4
17	내 기억에서 그 사건을 지워버리려고 노력했다.	0	1	2	3	4
18	나는 집중하는 데 어려움이 있었다.	0	1	2	3	4
19	그 사건을 떠올리게 하는 어떤 것에도 식은땀, 숨쉬기 어려움, 메스꺼움, 두근거림 같은 신체적인 반응을 일으켰다.	0	1	2	3	4
20	나는 그 사건에 관한 꿈을 꾼 적이 있다.	0	1	2	3	4
21	내가 주위를 경계하고 감시하고 있다고 느꼈다.	0	1	2	3	4
22	나는 그 사건에 대해 이야기하지 않으려고 노력했다.	0	1	2	3	4

부록 4. 간이 정신 진단 검사(SCL-90) 중 신체화 척도

오늘을 포함하여 지난 일주일 동안 아래의 문제 때문에 얼마나 괴로워했는지를 평가해보십시오. 그런 후에 오른쪽에 있는 다섯 가지 응답 중 자신의 상태를 가장 잘 나타낸 답에 표시해 주십시오. (문항을 하나도 빼놓지 말고 반드시 한 가지로만 대답해 주십시오.)

		전혀 없다	약간 있다	웬만큼 있다	꽤 심하다	아주 심하다
1	머리가 아프다.	0	1	2	3	4
2	어지럽거나 현기증이 난다.	0	1	2	3	4
3	가슴이나 심장이 아프다.	0	1	2	3	4
4	허리가 아프다.	0	1	2	3	4
5	구역질이 나거나 게운다.	0	1	2	3	4
6	근육통 또는 신경통이 있다.	0	1	2	3	4
7	숨쉬기가 거북하다.	0	1	2	3	4
8	목이 화끈거리거나 찰 때(냉할 때)가 있다.	0	1	2	3	4
9	몸의 일부가 저리거나 쩌릿쩌릿하다.	0	1	2	3	4
10	목에 무슨 덩어리가 걸린 것 같다.	0	1	2	3	4
11	몸의 어느 부위가 힘이 없다.	0	1	2	3	4
12	팔다리가 묵직하다.	0	1	2	3	4

부록 5. 인지적 정서조절 전략 척도(CERQ) 중 자기비난과 타인비난 척도

모든 사람은 때로 부정적인 일이나 불쾌한 일을 경험합니다. 이런 일에 당신은 자신만의 방식으로 반응합니다. 당신이 부정적인 일이나 불쾌한 일을 경험할 때 일반적으로 떠오르는 생각에 표시해 주십시오. 이 질문에 옳고 그른 답은 없으니 먼저 떠오르는 답을 솔직하게 표시해 주시기 바랍니다. (문항을 하나도 빼놓지 말고 반드시 한 가지로만 대답해 주십시오.)

		거의 그렇지 않다	가끔 그렇다	보통이다	자주 그렇다	항상 그렇다
1	그 일이 내 잘못이라고 생각한다.	1	2	3	4	5
2	그 일이 일어난 것은 다른 사람의 책임이라고 생각한다.	1	2	3	4	5
3	기본적으로 그 일의 원인이 분명히 나한테 있다고 생각한다.	1	2	3	4	5
4	나는 그 일에 대해 남들이 잘못한 점을 생각한다.	1	2	3	4	5
5	나는 그 일이 다른 사람 잘못이라고 생각한다.	1	2	3	4	5
6	그 일에 대해 책임져야 할 사람은 나라고 생각한다.	1	2	3	4	5
7	기본적으로 그 일의 원인이 다른 사람에게 있다고 생각한다.	1	2	3	4	5
8	나는 그 문제에서 내가 저지른 실수를 생각한다.	1	2	3	4	5

부록 6. 가족 설문지(FQ-K; 한국판 표출정서 척도)[2)]

아래에는 환자인 가족과의 일상적인 관계에서 종종 발생할 수 있는 태도나, 반응, 생각 등이 열거되어 있습니다. 아래의 항목을 읽고, 최근 개인적으로 환자에 대해 이런 일이 얼마나 자주 발생했는지 각 문항에 표시해 주십시오. 이 질문에는 옳고 그른 답이 없으니 먼저 떠오르는 답을 솔직하게 표시해 주시기 바랍니다. (문항을 하나도 빼놓지 말고 반드시 한 가지로만 대답해 주십시오.)

		전혀 아니다	드물다	자주 그렇다	매우 자주 그렇다
1	환자로 인해 나 자신에 대해 충분히 신경 쓰지 못한다.	0	1	2	3
2	환자에게 어떤 행동을 하라고 계속해서 다시 부탁하게 된다.	0	1	2	3
3	환자가 앞으로 어떻게 될지에 대해서 생각한다.	0	1	2	3
4	환자 때문에 신경이 예민해져 짜증이 난다.	0	1	2	3
5	해결책을 찾기 위해 질병의 원인에 대해 부단히 숙고한다.	0	1	2	3
6	환자에 대한 비난을 참게 된다.	0	1	2	3
7	환자 때문에 잠을 잘 수 없었다.	0	1	2	3
8	환자와 의견을 일치하는 것이 어렵게 느껴진다.	0	1	2	3
9	환자의 무언가가 불쾌하게 느껴지면 이를 다른 사람에게 이야기하지 않는다.	0	1	2	3
10	환자는 내가 그를 위해 하는 행동에 대해 고마운 마음을 표현하지 않는다.	0	1	2	3

2) 척도 사용을 위해서는 강유미(yumikang@hanmail.net)에게 교신이 필요하다.

11	환자를 위해 내 욕구를 무시한다.	0	1	2	3
12	환자가 귀찮을 때가 있다.	0	1	2	3
13	환자가 매우 걱정된다.	0	1	2	3
14	환자는 단지 반항하기 위해 어떠한 행동을 한다.	0	1	2	3
15	나는 스스로 병이 있다고 생각했었다.	0	1	2	3
16	환자가 계속해서 내게서 무언가를 원하면 화가 난다.	0	1	2	3
17	환자는 내 삶에서 중요한 의미를 지니고 있다.	0	1	2	3
18	환자에게 다르게 행동하라고 요구하게 된다.	0	1	2	3
19	환자를 보살피기 위해 중요한 것들을 포기했다.	0	1	2	3
20	환자에 대해 화가 나게 된다.	0	1	2	3

부록 7. 질병 및 돌봄 특성 질문지

1. 가족(환자)이 조현병과 조현정동장애 외에 추가로 진단받은 정신질환이 있다면 모두 골라 주십시오. (해당사항이 없을 경우 '없음'을 선택해주십시오.)

□ 없음
□ 지적장애
□ 의사소통장애(예: 언어장애, 말더듬)
□ 자폐스펙트럼장애
□ 주의력결핍 및 과잉행동장애(ADHD)
□ 학습장애
□ 우울장애
□ 양극성장애
□ 불안장애
□ 강박장애
□ 외상 및 스트레스 관련 장애
□ 섭식장애
□ 수면-각성장애(예: 불면장애, 과다수면장애, 기면증)
□ 알코올관련장애
□ 성격장애
□ 기타: _____

2. 가족(환자)이 공식적으로 진단받은 연령은 몇 세입니까? (만 나이)

만 _____세

3. 귀하가 생각하거나 전해 듣기로는 가족(환자)이 처음 전조증상을 보인 연령은 몇 세 쯤인 것 같습니까? (만 나이)

만 _____세

4. 가족(환자)의 발병 후 현재까지의 유병 기간은 총 몇 년입니까?

① 1년 미만 ② 1년~5년 ③ 6년~10년 ④ 11년~20년 ⑤ 21년 이상

5. 다음은 조현병을 가진 사람이 나타낼 수 있는 증상들입니다. 귀하의 가족(환자)이 최근 1개월 간 나타낸 증상이 있는지, 만약 있다면 얼마나 심각하다고 생각하는지 해당되는 번호를 골라 주시기 바랍니다. (문항을 하나도 빼놓지 말고 반드시 한 가지로만 대답해 주십시오.)

		없다	별로 심각하지 않다	약간 심각하다	심각하다	매우 심각하다
1	망상	0	1	2	3	4
2	환각	0	1	2	3	4
3	공격적인 말투 및 행동	0	1	2	3	4
4	이상한 말투 및 행동	0	1	2	3	4
5	의욕 없음	0	1	2	3	4
6	무관심함	0	1	2	3	4
7	고립됨	0	1	2	3	4
8	감정 표현이 거의 없음	0	1	2	3	4

6. 귀하는 가족(환자)이 발병 이전과 비교했을 때, 발병 이후로 성격, 태도, 언행, 일상기능 등에서 얼마나 달라졌다고 느끼십니까?

① 전혀 달라지지 않았다 ② 거의 달라지지 않았다 ③ 보통이다
④ 달라졌다 ⑤ 매우 달라졌다

7. 가족(환자)과 동거한다면, 일주일 동안 함께 있는 시간은 평균적으로 몇 시간입니까? (수면시간 제외)
(※ 하루 기준이 아니라, 일주일(월화수목금토일) 기준으로 응답해 주십시오. 수면시간은 제외하고 깨어 있는 동안 함께 있는 시간을 기준으로 응답해 주십시오. 동거하지 않는 경우, '동거하지 않음'에 체크해 주십시오.)

① 동거하지 않음 ② 1시간~20시간 ③ 21시간~40시간 ④ 41시간~60시간
⑤ 61시간~80시간 ⑥ 81시간 이상

8. 귀하와 가족(환자)과의 친밀도는 어느 정도라고 생각하십니까?
① 전혀 친밀하지 않다 ② 친밀하지 않다 ③ 보통이다 ④ 친밀하다
⑤ 매우 친밀하다

9. 귀하는 가족(환자)의 정신질환과 관련된 가족교육, 가족협회, 장애인협회, 가족 자조모임 등에 어느 정도 참여하십니까?
① 참여하지 않는다 ② 1년에 한 번 참여한다 ③ 6개월에 한 번 참여한다
④ 한 달에 한 번 참여한다 ⑤ 일주일에 한 번 이상 참여한다

10. 귀하는 가족(환자)의 정신질환과 관련하여 이용할 수 있는 정보, 시설, 제도 등이 충분하다고 생각하십니까?
① 전혀 아니다 ② 아니다 ③ 보통이다 ④ 그렇다 ⑤ 매우 그렇다

11. 귀하는 가족(환자)을 돌보는 과정에서 자신이 겪는 심리적 어려움과 관련하여 받을 수 있는 상담이나 심리치료 서비스가 충분하다고 생각하십니까?
① 전혀 아니다 ② 아니다 ③ 보통이다 ④ 그렇다 ⑤ 매우 그렇다

12. 귀하는 가족(환자)을 돌보는 과정에서 경험한 심리적 어려움과 관련하여 심리상담 서비스 혹은 정신과 진료를 이용하신 적이 있습니까?
① 없다
② 심리상담 서비스 + 정신과 진료 모두 이용한 적 있다
③ 심리상담 서비스만 이용한 적 있다
④ 정신과 진료만 이용한 적 있다

13. 귀하의 가족 구성원 중에서 가족(환자)을 돌보는 가장 주된 역할을 하는 사람은 누구입니까?
① 본인 ② 본인의 배우자 ③ 본인의 부모 ④ 본인의 형제자매
⑤ 기타

14. 귀하가 개인적인 사정으로 인하여 가족(환자)을 돌볼 수 없을 때 그 역할을 대신해줄 사람이 있습니까? 있다면 몇 명입니까? (예: 배우자, 다른 가족원, 친척 등)

① 없다 ② 1명 ③ 2명 ④ 3명 ⑤ 4명 이상

15. 귀하는 가족(환자)를 돌보는 과정에서 자신의 고민과 걱정을 털어놓을 수 있는 사람이 있습니까?

① 전혀 없다 ② 대부분 없다 ③ 보통이다 ④ 대부분 있다
⑤ 항상 있다

16. 귀하의 가정은 가족(환자)을 돌보는 데 있어서 경제적 부담을 느끼십니까?

① 전혀 아니다 ② 아니다 ③ 보통이다 ④ 그렇다 ⑤ 매우 그렇다

17. 귀하는 현재 조현병에 대한 사회적 편견이 다른 질환이나 장애에 비하여 얼마나 심각하다고 생각하십니까?
(0: 전혀 심각하지 않다 ~ 10: 매우 심각하다)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. 귀하가 가족(환자)의 진단명을 처음 들었을 때의 스트레스(예: 충격, 혼란, 괴로움, 좌절 등)는 어느 정도였습니까?
(0: 스트레스가 전혀 없음 ~ 10: 살면서 겪을 수 있는 최대 스트레스)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. 귀하는 가족(환자)을 돌보는 과정에서, 수치스럽거나 창피한 감정을 얼마나 자주 느끼십니까?
(0: 전혀 느끼지 않는다 ~ 10: 매우 자주 느낀다)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. 귀하는 가족(환자)을 돌보는 과정에서, 죄책감이나 잘못한 것 같은 감정을 얼마나 자주 느끼십니까?
(0: 전혀 느끼지 않는다 ~ 10: 매우 자주 느낀다)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

부록 8. 돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건 체크리스트 주관식 응답

돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건 체크리스트의 주관식 문항에 응답한 내용을 부록 표 1에 제시하였다. 가족 73명(83%)이 응답하였으며, 그 중에서 개인을 특정할 수 있는 정보가 담겨 있거나 완결되지 않은 응답을 제외한 모든 응답을 중복 여부와 상관없이 제시하였다. 응답이 지나치게 긴 경우에는 원문을 최대한 살리되 간결하게 다듬었다.

부록 표 1. 돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건 체크리스트 주관식 응답

그 밖에 환자를 돌보는 과정에서 경험한 스트레스 사건이 있다면 적어 주십시오. (　　)	
1	환자가 이상한 요리를 만들어줘서 먹은 적 있음.
2	볼일이 있어서 다른 곳에서 하루 자고 올 때 환자를 혼자 두는 것에 대한 불안과 초조.
3	환자가 기도로만 치유가 가능하다고 믿으며 항상 기도에만 매달리고 있음.
4	주변 이웃들이 자녀의 정신질환을 알게 될까봐 걱정됨.
5	밖에서 사소한 트러블이 생겼을 때 환자가 잘못하지 않았음에도 가해자가 됨.
6	증상(환청)의 재발.
7	갑자기 택시비를 부쳐달라는 전화를 하루에 세 번씩 받은 적이 있음.
8	재발에 대한 두려움과 재발 이후의 상실감.
9	평상시 말투로 대화를 시도하는데 환자가 갑자기 폭력적으로 나옴.
10	친척들로부터도 상황을 이해받지 못하고 두려운 존재로 인식되어 정서적으로 고립됨.
11	예측이 어려움.
12	발병 후 다른 가족원이 도와주지 않고 온전히 혼자서 환자를 돌봐야 할 때.
13	배고픔 등이 심해졌을 때 적절한 표현을 하지 못하고 가족원을 때림.
14	환자가 잠을 자지 않음.
15	환자와 관련된 유튜브 촬영, 신문사 및 방송사 연락에 응하였으나 본인과 환자에게 어떤 도움이 되었는지 모르겠고 이용당한 느낌이 듦.

16 환자가 과거 경험을 반복적으로 말하며 고통스러워함.

17 퇴원 직후 모르는 사람이 자신에게 말을 거는 것으로 착각하여 쳐다본 것을 계기로, 시비가 붙어 신체 접촉이 있었음.

18 비자발적 입원이 너무 힘듦.

19 주 보호자인 어머니의 하소연을 들어줘야 하는 부담감과 죄책감.

20 보호자로서 항상 불안감을 가지고 생활함.

21 환자의 발병이 부모 때문이라는 죄책감과 부모 사후에 누가 돌볼지에 대한 걱정.

22 게임을 하지 못하게 막거나 게임머니를 주지 않았을 때 TV를 부수고 자해 위협을 한 적이 있음.

23 눈치 없는 행동.

24 대화를 본인 위주로 생각하여 오해하고 화냄.

25 신체를 치아로 물고 놓아주지 않아서 응급실에서 치료를 받은 적이 있음.

26 비정상적인 행동.

27 치료 방법에 대한 가족원 간의 의견 대립.

28 항상 재발의 위험성을 생각하고 있음.

29 강박적인 사고와 증세로 인하여 같은 질문을 수없이 반복적으로 물어볼 때.

30 지나치게 예민하고 다른 사람을 적으로 보아 다투기를 잘함.

31 자녀가 환청을 듣고 폭력적인 행동을 폭력적인 행동을 보이면 배우자 역시 함께 힘들어해서 두 사람을 케어해야 하니 너무 힘듦.

32 청결 유지가 어려움.

33 재발 징후가 보일 때, 그리고 약물 부작용으로 눈빛이 흐려지거나 배가 나올 때.

34 계절 변화에 따른 재발로 인하여 나타나는 행동 장애.

35 말도 안 되는 소리를 하며 트러블이 생김.

36 환자가 환청을 듣고 자동차를 발로 차는 사건으로 인하여, 수리비를 변상하고 설명하는 과정에서 수치심과 좌절감을 느낌.

37 환자가 가족을 제외한 다른 친밀한 인간관계 맺기를 어려워함.

38 집안일을 할 때 너무 힘듦.

39 병원 예약은 만석이고 학교 특수교육 대상자에서는 배제외어 이민을 심각하게 고려함.

40 환자가 인지하지 못하거나 잘 모르는 사항을 훈육해야 할 때의 스트레스.

41 환자가 친숙한 엄마에게만 자신의 부정적 감정을 쏟아냄.

42 환자의 폭력으로 인한 스트레스, 환자의 무기력한 모습을 보고 있는 데서 오는 스트레스.

43 사람이 많은 공간에서 공격적인 행동을 보일 때 힘으로 막기가 어려웠고, 주변 사람들의 못마땅해하는 시선을 견디기 힘들었음.

44 환자의 기분이 왔다갔다 하는 이유를 알 수 없어서 대처하기 어렵고, 이유 없는 짜증을 받아주는 것도 이제는 한계까지 와서 지침.

45 장기간 지쳐서 힘들고, 정부와 사회의 도움이 절실함.

46 주변의 낙인과 편견, 병원의 불친절한 정보 전달.

47 사건사고가 생기면 파출소에서 전화가 오는데, 전화기가 울리는 것 자체에 대한 스트레스가 있음.

48 환자는 의학적 치료를 받고 있는데, 다른 가족원은 종교적으로 병을 해결하자고 해서 가족원 간의 갈등이 있었음.

49 환자가 돌발행동을 하거나 12시간 이상 잠에 취해 있음.

50 환자의 병식, 강제입원, 약 복용 거부로 인한 부모와의 갈등.

51 환자의 강제입원, 약을 먹게 된 것에 대한 원망, 약의 부작용, 의사의 태도.

52 일시적 폭력성.

53 형제 간의 불화.

54 환자로부터의 폭언으로 인하여 가족에게 공황장애가 왔음.

55 급성기 때 입원의 어려움.

56 음성증상이 호전되지 않을 것에 대한 좌절감과 절망감이 나락으로 떨어지게 함. 특히 친구들이 본인들의 자녀에 대하여 이야기할 때 심해짐.

57 환자가 운동을 하려고 하지 않음, 체중 증가, 의욕 없음.

58 환자의 상태가 나빠질 때.

59 환자가 병식이 없어 병원에 가지 않으려고 함.

60 어린 자녀에게 환자의 이상한 말과 행동을 설명하고, 어른들 사이에 충돌하고 갈등하는 모습을 보여줘야 한다는 것이 스트레스.

61 환자가 매일 1회씩 복용해야 하는 약을 매주 1회씩 거르면서 불면과 직장에서의 번아웃을 경험함.

62 사건사고를 통한 트라우마.

63 환자로부터 살해 위협을 받은 적이 있음. 환자의 병세가 마을에 알려져서 환자 본인의 학교 생활에 지장이 있었음. 환자의 배우자는 잦은 이사로 인한 스트레스가 있었음.

부록 9. 가족 집단 내 외상성 스트레스 증상 비교

각 외상성 스트레스 증상에 대하여 가족관계, 진단명, 주된 돌봄 제공자 여부에 따른 가족 집단 내 비교를 실시하였다(부록 표 2). 세 가지 비교 모두에서 집단 간 외상성 스트레스 증상의 차이가 유의미하지 않았다. 우선, 모든 외상성 스트레스 증상에 대하여 부모와 형제자매 간의 차이가 통계적으로 유의미하지 않았다; 각각 침습, $t(65.46) = -0.24$, $p = .815$; 과각성, $t(64.28) = 0.24$, $p = .809$; 회피, $t(57.23) = -0.75$, $p = .454$; 수면·마비·해리, $t(59.83) = 0.32$, $p = .749$; 절망감, $t(55.72) = -1.56$, $p = .125$; 신체화, $t(60.87) = 0.22$, $p = .825$. 다음으로, 모든 외상성 스트레스 증상에 대하여 조현병 환자 가족과 조현정동장애 환자 가족 간의 차이가 통계적으로 유의미하지 않았다; 각각 침습, $t(25.15) = -0.03$, $p = .974$; 과각성, $t(22.36) = 0.34$, $p = .740$; 회피, $t(22.67) = -0.15$, $p = .882$; 수면·마비·해리, $t(25.18) = 0.45$, $p = .659$; 절망감, $t(21.35) = 0.51$, $p = .616$; 신체화, $t(21.34) = 0.80$, $p = .435$. 끝으로, 모든 외상성 스트레스 증상에 대하여 주된 돌봄 제공자가 본인인 가족과 그렇지 않은 가족 간의 차이가 통계적으로 유의미하지 않았다; 각각 침습, $t(75.49) = 0.18$, $p = .854$; 과각성, $t(79.10) = -0.08$, $p = .986$; 회피, $t(82.88) = -0.65$, $p = .516$; 수면·마비·해리, $t(81.67) = -0.39$, $p = .701$; 절망감, $t(76.26) = -1.22$, $p = .227$; 신체화, $t(83.65) = -0.34$, $p = .736$.

부록 표 2. 가족 집단 내 외상성 스트레스 증상 비교

	가족관계 (N = 78)			진단명 (N = 88)			주된 돌봄 제공자 (N = 88)		
	부모 (n = 49)	형제 자매 (n = 29)	t	조현병 (n = 72)	조현 정동 장애 (n = 16)	t	본인 (n = 37)	본인 아님 (n = 51)	t
침습	7.45 (5.42)	7.72 (4.72)	-0.24	7.33 (5.22)	7.38 (4.44)	-0.03	7.46 (5.24)	7.25 (4.99)	0.18
과각성	7.73 (6.04)	7.41 (5.40)	0.24	7.46 (5.67)	6.94 (5.60)	0.34	7.35 (5.56)	7.37 (5.73)	-0.08
회피	8.86 (6.13)	9.97 (6.35)	-0.75	8.88 (6.16)	9.12 (5.97)	-0.15	8.43 (5.63)	9.27 (6.43)	-0.65
수면 마비 해리	6.47 (4.45)	6.14 (4.36)	0.32	6.29 (4.41)	5.81 (3.75)	0.45	6.00 (4.06)	6.35 (4.47)	-0.39
절망감	6.90 (5.69)	9.07 (6.09)	-1.56	7.49 (5.83)	6.62 (6.17)	0.51	6.43 (5.96)	7.98 (5.77)	-1.22
신체화	10.69 (8.91)	10.24 (8.56)	0.22	10.33 (8.48)	8.38 (8.99)	0.80	9.62 (7.80)	10.24 (9.13)	-0.34

주. 모든 t 값에 대한 p-value가 α = .05 수준에서 통계적으로 유의미하지 않았음.

부록 10. 돌봄 특성 변인의 기술통계(응답 빈도)

문항의 특성상 평균과 표준편차를 제시할 수 없는 돌봄 관련 변인의 응답 빈도를 부록 표 3 ~ 12에 제시하였다. 주요 결과를 요약하면 다음과 같다. 가족 88명 중 상당수인 87%가 환자가 발병 이후 성격, 태도, 언행, 일상 기능 등의 광범위한 영역에서 달라졌다고 지각하였으며, 39%는 매우 달라졌다고 지각하였다(부록 표 3). 77%의 가족이 환자와 동거하고 있었으며, 수면시간을 제외하고 환자와 일주일에 40시간 넘게 접촉하는 가족은 41%, 80시간이 넘도록 거의 종일 접촉해 있는 가족도 17%에 이르렀다(부록 표 4). 74%의 가족이 환자와의 관계를 친밀 또는 매우 친밀하다고 인식하였으며, 친밀하지 않다고 인식한 가족은 4%였다(부록 표 5). 가족교육 및 가족모임에 참여하고 있지 않은 가족은 36%였고, 한 달에 한 번 이상 정기적으로 참여하는 가족은 35%로 나타났다(부록 표 6). 다만, 본 연구의 모집공고가 협회 및 커뮤니티에 이미 가입된 가족을 대상으로 전달되었기 때문에, 실제 지역사회 내에서 교육 및 모임에 참여하지 않는 가족은 더 많을 가능성이 있다. 환자의 정신장애와 관련하여 이용할 수 있는 정보, 시설, 제도가 충분하다고 인식하는지 묻는 문항에는 68%의 가족이 충분하지 않다고 답변하였고, 8%만이 충분하다고 답변하였다(부록 표 7). 가족 본인의 심리적 어려움과 관련하여 이용할 수 있는 상담 및 심리치료 서비스가 충분하다고 인식하는지 묻는 문항에는 상당수인 79%의 가족이 충분하지 않다고 답변하였고, 5%만이 충분하다고 답변하였다(부록 표 8). 22%의 가족은 본인 대신 환자를 대신 돌봐줄 조력자가 없는 것으로 나타났고, 45%의 가족은 조력자가 있더라도 1명인 것으로 나타났다(부록 표 9). 또한 환자를 돌보는 과정에서 고민과 걱정을 털어놓을 수 있는 정서적 조력자가 전혀 혹은 대부분의 경우에 없다고 응답한 가족이 과반수인 52%였다(부록 표 10). 환자를 돌보는 과정에서 경제적 부담을 느끼는지 묻는 문항에 거의 절반인 49%의 가족이 경제적 부담을 느낀다고 응답하였고, 26%는 경제적 부담을 느끼지 않는다고 응답하였다(부록 표 11). 환자를 돌보는 과정에서 발생하는 가

족 본인의 심리적 어려움으로 인하여 심리상담이나 정신과 진료를 받은 적이 있는지 묻는 문항에는 과반수인 51%의 가족이 그렇다고 응답하였다(부록 표 12).

종합하면, 상당수의 가족이 환자의 발병 이후 변화를 체감하고 있었으며 가족 본인도 심리상담이나 정신과 진료를 받을 만큼 심리적 어려움을 호소하고 있었다. 그럼에도 불구하고 가족은 환자를 돌보는 과정에서 활용할 수 있는 인프라 및 지지 체계가 부족하다고 인식하였다. 특히 가족 본인의 심리적 어려움을 다룰 수 있는 상담 및 심리치료 서비스가 매우 부족한 것으로 나타났는데, 이는 가족에 대한 임상 및 상담심리학 분야의 이해도와 접근성이 더욱 높아져야 함을 시사한다.

부록 표 3. 가족이 지각한 환자의 발병 전후 변화 (성격, 태도, 언행, 일상기능 등) (N = 88)

전혀 달라지지 않았다	거의 달라지지 않았다	보통이다	달라졌다	매우 달라졌다
1명 (1%)	7명 (8%)	4명 (4%)	42명 (48%)	34명 (39%)

부록 표 4. 환자와 동거하면서 함께 보내는 시간 (일주일 기준, 수면시간 제외) (N = 88)

동거하지 않음	1시간~20시간	21시간~40시간	41시간~60시간	61시간~80시간	81시간 이상
20명 (23%)	19명 (21%)	13명 (15%)	13명 (15%)	8명 (9%)	15명 (17%)

부록 표 5. 가족이 지각한 환자와의 친밀도 (N = 88)

전혀 친밀하지 않다	친밀하지 않다	보통이다	친밀하다	매우 친밀하다
2명 (2%)	2명 (2%)	19명 (22%)	42명 (48%)	23명 (26%)

부록 표 6. 정신장애와 관련된 가족교육 및 가족모임에 대한 참여도 (N = 88)

참여하지 않는다	1년에 한 번 이상	6개월에 한 번	한 달에 한 번	일주일에 한 번 이상
32명 (36%)	6명 (7%)	19명 (22%)	24명 (27%)	7명 (8%)

부록 표 7. 환자의 정신장애와 관련하여 이용할 수 있는 정보, 시설, 제도의 충분도 (N = 88)

전혀 아니다	아니다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
25명 (28%)	35명 (40%)	21명 (24%)	6명 (7%)	1명 (1%)

부록 표 8. 가족의 심리적 어려움과 관련하여 이용할 수 있는 상담 및 심리치료 서비스의 충분도 (N = 88)

전혀 아니다	아니다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
40명 (46%)	29명 (33%)	14명 (16%)	4명 (4%)	1명 (1%)

부록 표 9. 환자를 돌보는 역할을 대신해줄 돌봄 대리인의 존재 (돌봄 조력자) (N = 88)

없다	1명	2명	3명	4명 이상
19명 (22%)	40명 (45%)	23명 (26%)	5명 (6%)	1명 (1%)

부록 표 10. 환자를 돌보는 과정에서 고민과 걱정을 털어놓을 수 있는 대상의 존재 (정서적 조력자) (N = 88)

전혀 없다	대부분 없다	보통이다	대부분 있다	항상 있다
9명 (10%)	37명 (42%)	16명 (18%)	19명 (22%)	7명 (8%)

부록 표 11. 환자를 돌보는 과정에서 가족이 지각한 경제적 부담 (N = 88)

전혀 아니다	아니다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
6명 (7%)	17명 (19%)	22명 (25%)	29명 (33%)	14명 (16%)

부록 표 12. 환자 돌봄에 따른 심리적 어려움으로 인해 심리상담 혹은 정신과 진료를 이용한 경험 (N = 88)

없다	심리상담	정신과 진료	심리상담 + 정신과 진료
43명 (49%)	6명 (7%)	18명 (20%)	21명 (24%)

부록 11. 개별 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스 증상 간 상관분석

각각의 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스 증상 간 상관분석 결과를 부록 표 13에 제시하였다. 주요 결과는 다음과 같다. 사건 1(환자로부터의 신체적 폭력 및 위협)은 침습, 과각성, 수면·마비·해리와 유의미한 정적 상관을 보였다, 각각 $r(86) = .27$, $p = .010$; $r(86) = .29$, $p = .006$; $r(86) = .24$, $p = .027$. 사건 2(환자로부터의 욕설, 공격적인 언어, 언어적 위협)는 유의미한 상관을 보인 외상성 스트레스 증상이 없었으나 절망감과 정적 경향성을 보였다, $r(86) = .20$, $p = .060$. 사건 3(환자에 대한 차별이나 낙인이 담긴 언행을 직접적 혹은 간접적으로 보고 들음)은 유의미한 상관을 보인 외상성 스트레스 증상이 없었으나 침습과 정적 경향성을 보였다, $r(86) = .20$, $p = .058$. 사건 4(환자의 가족에 대한 차별이나 낙인이 담긴 언행을 직접적 혹은 간접적으로 보고 들음)는 침습, 과각성, 회피, 수면·마비·해리와 유의미한 정적 상관을 보였다, 각각 $r(86) = .27$, $p = .011$; $r(86) = .31$, $p = .003$; $r(86) = .27$, $p = .011$; $r(86) = .23$, $p = .034$. 사건 5(환자의 자해나 자살시도 혹은 그러한 위협)는 회피와 절망감을 제외한 모든 외상성 스트레스 증상과 유의미한 정적 상관을 보였으며, 회피와는 정적 경향성을 보였다; 각각 침습, $r(86) = .28$, $p = .008$; 과각성, $r(86) = .33$, $p = .002$; 수면·마비·해리, $r(86) = .32$, $p = .002$; 신체화, $r(86) = .24$, $p = .027$; 회피, $r(86) = .21$, $p = .053$. 사건 6(그 밖에 환자의 위험하거나 예측 불가한 행동)은 침습, 과각성과 유의미한 정적 상관을 보였으며, 각각 $r(86) = .34$, $p = .001$; $r(86) = .28$, $p = .007$, 절망감과는 정적 경향성을 나타냈다, $r(86) = .19$, $p = .069$. 사건 7(환자가 비자발적으로 입원됨)은 침습과 유의미한 정적 상관을 보였다, $r(86) = .21$, $p = .045$. 사건 8(환자가 입원하거나 치료받는 정신과 병동의 사람들, 환경, 분위기에서 부정적인 감정을 경험함)은 침습과 유의미한 정적 상관을 보였으며, $r(86) = .21$, $p = .046$, 과각성과는 정적 경향성을 나타냈다, $r(86) = .20$, $p = .069$. 사건 9(환자의 행동으로 인하여 경찰서, 민

원센터, 보험사 등에 방문하거나 연락함)는 침습, 과각성과 유의미한 정적 상관을 보였다, 각각 $r(86) = .30$, $p = .005$; $r(86) = .22$, $p = .036$. 사건 10(환자의 양성증상을 목격함)은 유의미한 상관을 보인 외상성 스트레스 증상이 없었다. 사건 11(환자의 음성증상을 목격함)은 침습 및 과각성과 유의미한 정적 상관을 보였으며, 각각 $r(86) = .25$, $p = .018$; $r(86) = .30$, $p = .005$, 회피와는 정적 경향성을 나타냈다, $r(86) = .20$, $p = .067$. 사건 12(환자의 증상이 호전되었다가 재발됨)는 과각성, 회피, 수면·마비·해리와 유의미한 정적 상관을 보였으며, 각각 $r(86) = .27$, $p = .011$; $r(86) = .23$, $p = .035$; $r(86) = .30$, $p = .005$, 침습과는 정적 경향성을 나타냈다, $r(86)$, $p = .062$. 사건 13(환자의 돌봄과 관련하여 다른 가족 구성원 간 갈등, 불화, 말다툼, 폭력을 경험함)은 절망감과 신체화를 제외한 모든 외상성 스트레스 증상과 유의미한 정적 상관을 보였다; 각각 침습, $r(86) = .35$, $p < .001$; 과각성, $r(86) = .39$, $p < .001$; 회피, $r(86) = .28$, $p = .009$; 수면·마비·해리, $r(86) = .31$, $p = .004$.

부록 표 13. 개별 돌봄 외상 경험과 외상성 스트레스 증상 간 상관 (N = 88)

	돌봄 관련 외상 및 스트레스 사건												
	사건 1	사건 2	사건 3	사건 4	사건 5	사건 6	사건 7	사건 8	사건 9	사건 10	사건 11	사건 12	사건 13
	신체적 폭력	언어적 폭력	환자 차별·낙인	가족 차별·낙인	자해 자살시도	예측 불가 행동	비자발적 입원	입원·치료 환경	경찰서 민원센터 연락·방문	양성증상 목격	음성증상 목격	증상 재발	다른 가족원 갈등
침습	.27*	.16	.20	.27*	.28**	.34**	.21*	.21*	.30**	.18	.25*	.20	.35***
과각성	.29**	.16	.19	.31**	.33**	.28**	.17	.20	.22*	.10	.30**	.27*	.39***
회피	.20	.07	.10	.27*	.21	.17	.09	.13	.16	.03	.20	.23*	.28**
수면·마비·해리	.24*	.12	.05	.23*	.32**	.19	.06	.17	.13	-.12	.08	.30**	.31**
절망감	.16	.20	.05	.02	.06	.19	.12	-.01	.03	-.08	.09	.17	.19
신체화	.05	-.005	.04	.11	.24*	.08	.12	.15	-.006	-.15	.04	.14	.15
M	1.40	1.61	1.80	1.62	1.08	1.69	1.44	1.69	1.43	2.19	2.17	1.88	1.85
SD	1.09	1.18	1.03	1.20	1.06	1.08	1.26	1.09	1.28	1.14	1.04	1.13	1.28

*$p < .05$. **$p < .01$. ***$p < .001$.

부록 12. 돌봄 외상 경험, 침습, 정서적 과관여의 관계에서 자기비난의 조절된 매개효과

부록 표 14. 돌봄 외상 및 스트레스 사건, 침습, 정서적 과관여의 관계에서 자기비난의 조절된 매개효과 (N = 88)

	b	*Boot SE*	95% *CI*	
			Boot LLCI	*Boot ULCI*
돌봄 외상 및 스트레스 사건 → 침습	0.22***	0.04	0.13	0.30
침습 → 표출정서(정서적 과관여)	0.44***	0.11	0.21	0.64
자기비난 → 표출정서(정서적 과관여)	0.17	0.16	-0.16	0.48
침습×자기비난 → 표출정서(정서적 과관여)	-0.02	0.03	-0.07	0.04
돌봄 외상 및 스트레스 사건 → 표출정서(정서적 과관여)	0.06	0.05	-0.04	0.16
자기비난의 조절된 매개 지수	-0.003	0.006	-0.017	0.008

주1. 자기비난: 평소 일상에서 사용하는 부적응적 인지적 정서조절 전략(자기비난, 타인비난, 반추, 파국화) 중 자기비난 전략.
주2. *Boot LLCI*: 95% 신뢰구간 하한값. *Boot ULCI*: 95% 신뢰구간 상한값.
***$p < .001$.

부록 13. 가족 집단의 주요 변인 데이터

ID	진단명	성별	연령	학력	환자 성별	환자 연령	가족관계	동반진단	유병기간	양성증상 심각도	음성증상 심각도
1	2	2	31	5	1	38	3	1	4	10	9
2	1	2	60	4	1	35	1	2	4	6	8
3	2	2	63	3	1	29	1	2	3	3	12
4	1	1	68	4	2	35	4	1	3	4	9
5	1	2	43	4	1	45	3	1	5	4	8
6	1	2	63	3	1	42	1	1	5	2	4
7	2	2	54	4	2	27	1	1	3	1	1
8	2	1	50	4	2	47	2	2	4	6	5
9	2	2	70	2	2	41	1	3	4	4	6
10	1	1	64	4	2	60	3	2	5	13	15
11	2	1	52	2	1	17	1	1	2	1	9
12	1	1	53	4	1	58	3	1	5	2	8
13	1	2	57	2	1	27	1	1	4	2	5
14	1	2	59	4	2	33	1	2	4	9	9
15	1	2	48	4	2	14	1	2	1	10	12
16	1	2	59	2	1	20	1	2	4	6	5
17	1	2	54	3	1	29	1	1	3	3	4
18	1	2	32	4	2	34	3	3	4	10	9
19	1	1	54	4	1	22	1	1	3	6	10
20	1	1	85	3	1	53	1	3	5	6	4
21	2	2	32	5	1	29	3	2	3	0	7
22	1	2	19	1	2	48	1	2	2	4	7
23	1	1	71	2	1	41	4	1	5	2	16
24	1	2	55	4	1	21	1	3	3	4	5
25	1	1	72	5	1	47	1	1	5	3	4
26	1	2	59	4	2	29	1	3	2	1	5

ID	진단명	성별	연령	학력	환자 성별	환자 연령	가족관계	동반진단	유병기간	양성증상 심각도	음성증상 심각도
27	1	2	64	5	2	41	1	1	5	0	2
28	1	1	74	5	2	43	1	1	5	4	11
29	1	1	68	4	1	46	1	3	5	6	4
30	1	2	42	1	1	70	1	3	5	5	3
31	2	2	53	4	1	55	2	1	5	0	0
32	1	2	63	4	1	60	2	1	5	6	4
33	1	2	73	3	2	47	1	1	5	8	7
34	1	1	65	5	1	34	1	1	4	3	4
35	1	2	66	3	1	41	1	1	5	6	4
36	1	1	43	4	1	44	3	2	5	3	3
37	1	2	59	4	1	28	1	1	2	2	4
38	1	1	32	4	2	56	1	1	5	6	11
39	1	1	33	3	1	31	3	2	2	7	13
40	1	2	26	4	1	35	3	3	2	4	7
41	1	2	52	3	2	25	1	1	2	10	7
42	1	2	63	4	1	31	1	2	4	3	6
43	1	1	31	4	1	36	3	1	2	6	6
44	1	1	38	3	1	27	3	2	2	6	7
45	1	2	60	3	1	36	1	2	2	7	8
46	1	1	36	5	1	35	3	1	4	4	0
47	1	2	34	4	2	36	3	1	4	8	4
48	2	2	49	5	1	15	1	5	1	8	14
49	1	2	37	5	2	37	1	1	4	2	2
50	1	1	39	4	1	37	3	3	4	9	12
51	2	2	58	4	1	30	1	1	3	0	2
52	1	1	62	4	1	30	1	2	3	2	3
53	1	2	24	4	1	22	3	3	2	10	6
54	1	2	30	4	2	32	3	3	2	8	13
55	1	2	51	3	1	21	1	1	2	1	7
56	1	1	73	5	2	41	1	3	5	12	12

ID	진단명	성별	연령	학력	환자 성별	환자 연령	가족관계	동반진단	유병기간	양성증상 심각도	음성증상 심각도
57	1	2	45	5	2	50	3	1	4	0	1
58	1	1	39	4	1	44	3	3	4	8	16
59	1	2	71	5	1	20	5	1	2	0	1
60	1	2	67	1	1	48	1	1	5	2	7
61	2	1	64	4	1	37	1	1	3	2	0
62	1	2	29	4	1	26	3	5	3	10	5
63	1	2	32	3	2	62	1	1	3	12	3
64	1	2	75	4	1	44	1	3	5	7	5
65	1	2	53	2	1	29	4	3	4	1	2
66	1	2	30	3	1	28	3	1	3	7	6
67	1	2	76	3	2	40	1	1	5	4	4
68	1	1	41	4	2	71	4	1	5	4	6
69	1	1	47	4	1	25	1	1	3	1	0
70	2	2	49	2	1	21	1	2	2	3	9
71	1	1	36	5	2	34	3	1	2	11	9
72	1	2	22	2	1	19	3	3	1	3	10
73	1	1	47	4	1	50	3	1	5	6	11
74	1	2	59	4	1	27	1	1	4	8	8
75	1	2	35	3	1	36	3	1	4	8	5
76	1	1	62	4	1	28	1	2	2	0	8
77	1	2	61	4	1	28	1	2	2	0	8
78	2	2	38	4	2	64	1	1	2	1	0
79	1	2	27	4	2	30	3	1	2	8	8
80	1	2	69	1	2	46	1	1	5	5	4
81	1	2	31	4	1	29	3	3	3	8	11
82	1	2	75	3	1	44	1	1	3	1	3
83	1	2	40	4	2	64	4	1	3	7	2
84	2	2	61	2	1	35	1	1	3	0	3
85	1	2	59	5	2	49	3	1	4	3	12
86	1	2	20	2	2	51	4	1	5	1	6

87	2	2	30	4	2	33	3	1	4	9	1
88	2	2	31	4	2	33	3	1	4	9	1

ID	돌봄 외상 경험	사건충격척도 (침습)	사건충격척도 (과각성)	사건충격척도 (회피)	사건충격척도 (수면·마비·해리)	절망감	신체화	자기비난	타인비난	표출정서 (정서적 과관여)	표출정서 (비판)
1	35	10	5	16	4	37	10	9	6	16	14
2	16	9	8	10	7	32	12	8	10	19	14
3	20	6	3	6	2	33	4	9	8	18	11
4	18	3	2	8	5	30	0	8	10	13	16
5	22	7	7	7	6	25	14	10	10	16	15
6	23	2	1	1	3	35	4	6	4	13	5
7	36	4	3	6	8	33	2	10	13	20	16
8	27	11	9	12	9	40	4	8	7	18	15
9	16	8	9	10	6	26	27	16	4	23	22
10	32	12	16	11	8	21	27	20	16	25	24
11	24	15	20	16	11	21	18	10	8	24	20
12	33	8	11	15	6	36	8	6	6	15	6
13	20	7	6	9	4	30	8	4	8	16	7
14	30	5	5	11	5	36	17	8	5	24	20
15	20	15	11	12	9	23	8	16	16	20	21
16	26	7	9	9	6	33	2	4	4	12	5
17	39	7	11	11	7	39	1	8	8	16	10
18	42	10	9	13	2	36	7	12	9	16	15
19	24	4	2	7	5	33	2	9	9	22	10
20	39	8	9	6	7	29	6	9	8	6	6
21	29	10	3	1	3	35	0	17	5	11	1
22	29	18	10	5	2	37	0	14	8	23	12
23	28	0	0	0	0	38	0	6	10	18	10

ID	돌봄 외상 경험	사건충격척도 (침습)	사건충격척도 (과각성)	사건충격척도 (회피)	사건충격척도 (수면·마비·해리)	절망감	신체화	자기비난	타인비난	표출정서 (정서적 과관여)	표출정서 (비판)
24	11	6	12	6	13	39	0	9	9	16	10
25	13	1	1	3	5	35	5	7	6	13	8
26	6	1	4	5	6	34	13	8	8	13	12
27	14	6	1	4	2	39	5	11	11	11	4
28	26	2	0	4	4	35	2	12	8	21	14
29	14	5	4	4	3	36	14	9	9	12	11
30	17	7	9	9	9	34	18	10	8	13	14
31	11	11	11	11	9	37	19	12	16	23	20
32	34	7	8	9	5	40	11	9	9	23	21
33	39	19	19	24	18	30	20	10	17	26	28
34	21	10	6	4	3	33	2	8	4	13	12
35	28	0	2	0	1	40	8	11	12	13	12
36	19	0	0	1	2	39	2	4	4	5	1
37	16	8	7	10	2	38	6	10	8	15	12
38	26	14	16	16	13	38	10	7	6	18	15
39	36	13	11	14	14	25	15	6	12	16	22
40	6	4	3	10	3	33	3	7	4	9	10
41	38	15	18	18	13	39	27	16	16	20	21
42	38	14	13	15	9	28	16	11	11	19	11
43	23	4	4	10	5	37	3	8	4	7	9
44	25	9	14	8	8	28	20	15	13	17	15
45	11	3	3	6	5	30	11	11	8	20	10
46	25	1	1	3	1	38	1	11	6	6	9
47	9	4	1	8	4	29	11	12	4	12	19
48	32	15	16	18	12	21	24	12	6	20	17
49	25	15	18	18	15	39	13	12	12	11	16
50	27	10	9	8	8	30	27	14	12	12	13
51	30	1	5	9	5	38	13	11	6	14	12
52	31	4	2	4	2	40	1	7	6	8	8

ID	돌봄 외상 경험	사건충격척도 (침습)	사건충격척도 (과각성)	사건충격척도 (회피)	사건충격척도 (수면·마비·해리)	절망감	신체화	자기비난	타인비난	표출정서 (정서적 과관여)	표출정서 (비판)
53	39	10	17	18	12	28	13	10	4	17	19
54	21	12	12	15	12	20	25	14	11	20	17
55	9	0	3	10	3	36	8	12	12	15	7
56	37	15	18	18	15	20	24	8	8	20	20
57	12	3	0	0	3	39	10	14	8	7	4
58	40	11	13	15	12	23	12	7	7	18	18
59	8	2	2	2	2	37	2	5	5	15	9
60	10	0	0	0	0	39	9	6	8	0	0
61	22	9	13	9	8	29	1	7	4	22	19
62	43	16	17	21	14	22	22	15	20	18	24
63	18	0	0	0	1	38	1	4	4	10	3
64	45	14	14	10	12	30	31	16	6	24	18
65	25	10	9	10	10	40	7	7	6	11	7
66	15	2	2	4	5	31	14	4	4	19	16
67	14	5	6	6	5	36	12	8	8	12	10
68	10	9	8	7	4	28	6	7	8	15	12
69	20	3	1	1	1	40	1	4	4	6	6
70	18	1	5	7	4	37	5	8	9	19	16
71	36	18	11	11	1	37	2	14	14	21	16
72	23	10	12	18	10	32	13	14	8	6	12
73	37	4	7	6	5	30	1	7	8	16	14
74	24	5	2	1	1	26	14	6	4	16	19
75	14	14	8	22	13	23	3	4	20	19	17
76	20	14	15	13	10	26	29	11	12	17	11
77	11	9	12	12	10	25	23	11	12	12	17
78	24	5	1	2	0	39	2	8	10	15	6
79	13	9	11	12	10	31	22	12	12	13	13
80	16	5	7	6	5	28	21	9	14	20	19
81	22	3	5	15	4	24	8	16	10	19	21

ID	돌봄 외상 경험	사건충격척도 (침습)	사건충격척도 (과각성)	사건충격척도 (회피)	사건충격척도 (수면·마비·해리)	절망감	신체화	자기비난	타인비난	표출정서 (정서적 과관여)	표출정서 (비판)
82	23	15	17	24	11	27	22	10	16	25	26
83	27	3	3	3	4	38	4	8	6	16	12
84	9	4	2	19	9	40	2	7	8	7	4
85	22	2	0	3	0	40	1	10	11	13	14
86	34	1	2	0	3	32	4	8	16	12	12
87	32	3	5	0	3	28	2	16	4	12	18
88	21	5	1	4	0	24	1	11	10	15	14

변인 코드 설명

1. 진단명: 1 – 조현병(정신분열증), 2 – 조현정동장애(분열정동장애)
2. 성별: 1 – 남성, 2 – 여성
3. 연령: 만 나이 (단위: 세)
4. 학력: 1 – 중졸 이하, 2 – 고졸, 3 – 전문대졸, 4 – 대졸, 5 – 대학원졸 이상
5. 환자 성별: 1 – 남성, 2 – 여성
6. 환자 연령: 만 나이 (단위: 세)
7. 가족관계: 1 – 부모, 2 – 배우자, 3 – 형제자매, 4 – 자녀, 5 – 조부모, 6 – 기타
8. 동반진단: 1 – 없음, 2 – 있음(1개), 3 – 있음(2개 이상)
9. 유병기간: (단위: 년)

Abstract

The Relationship Between the Traumatic Stress and Expressed Emotions in Family Caregivers of People with Schizophrenia

Keon Hee Lee
Department of Psychology
The Graduate School
Seoul National University

The present study explored the traumatic stress symptoms of family caregivers of people with schizophrenia resulting from traumatic caregiving experiences. Furthermore, the present study examined whether expressed emotions, an attitude known to hinder the recovery of patients, appear as coping with traumatic stress symptoms. Eighty eight families of patients with schizophrenia or schizoaffective disorder were recruited via family communities, and 278 general adults were recruited via Internet survey panels.

Participants' self-reported data were quantitatively analyzed.

In Analysis 1, the actual state of traumatic caregiving experiences in the family caregivers was investigated through the event checklist, and the characteristic traumatic stress symptoms of the family caregivers were identified through comparative analyses. In the present study, traumatic stress symptoms consisted of simple traumatic stress symptoms and complex traumatic symptoms. Simple traumatic stress symptoms consisted of invasion, hyper-arousal, avoidance, and sleep problem·emotional numbness·dissociation, which were measured by Korean version of Impact of Events Scale-Revised (IES-R-K), while complex traumatic stress symptoms consisted of hopelessness and somatization, which were measured by Korean Beck Hopelessness Scale (K-BHS) and Symptoms Check List-90 (SCL-90) respectively. As a result, the family caregivers showed a higher level of hyper-arousal and somatization than the general adults. In particular, the family caregivers showed a similar level of somatization to the high-trauma group among the general adults. Secondly, disorder-related and caregiving-related variables associated with the families' traumatic stress symptoms were explored. The severity of the positive symptoms significantly predicted invasion when controlling the severity of the negative symptoms, while the severity of the negative symptoms significantly predicted hopelessness when controlling the severity of the positive symptoms. In addition, the more secondary caregivers were available, the lower sleep problem·emotional numbness·dissociation, hopelessness, and somatization symptoms family caregivers suffered. The presence of emotional assistants who listens to family caregivers' concerns was related to a lower level of all types of traumatic stress symptoms.

Analysis 2 examined the mediation effect of the traumatic stress

symptoms on the relationship between traumatic caregiving experiences and expressed emotions(emotional over-involvement, criticism), which were measured by Korean version of Family Questionnaire (FQ-K). Furthermore, it was examined whether such mediation effect was moderated by self-blame or other-blame, which are sub-factors of Korean version of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (K-CERQ). As a result, invasion symptoms of family caregivers fully mediated the relationship between traumatic caregiving experiences and emotional over-involvement. In addition, hopelessness of family caregivers fully mediated the relationship between the negative symptoms and criticism. Although family caregivers' usual other-blame was a maladaptive coping strategy related to criticism toward patients, it buffered the mediation effect of hopelessness on the relationship between the patients' negative symptoms and caregivers' criticism toward the patients.

The present study identified traumatic caregiving experiences and traumatic stress symptoms in family caregivers, who have not received enough attention as people in need of professional psychological intervention. In addition, the vicious circle between the patients' pain and family caregivers' pain was suggested, in that traumatic stress symptoms of family caregivers could lead to expressed emotions, which are known to exacerbate the patient's condition. Finally, the limitations of the present study and suggestions for future research were discussed.

Keywords : schizophrenia, family caregivers, traumatic stress, somatization, expressed emotions, other-blame

Student Number : 2021-23864