

동료지원활동에 참여한 정신장애인의 회복과정에 관한 근거이론 접근

A Study of Grounded Theory on The Recovery Process of People with Psychiatric Disabilities
in Peer-support Activities

이근희¹

KH Lee MSW

초 록

- **연구목적** : 본 연구는 사회복귀시설에서 동료지원활동에 참여한 정신장애인의 회복과정을 탐색하는 것이다.
- **연구방법** : 자료분석은 질적자료 분석 소프트웨어인 ATLAS.ti7을 활용하여 코딩한 후, Corbin과 Strauss(2008)의 근거이론 방법론에 따라 개방코딩, 축코딩, 패러다임에 의한 범주분석과 과정분석을 실시하였다. 선택코딩에서 핵심범주를 도출하고 이야기 기윤곽과 상황모형을 기술하였다.
- **연구결과** : 개방코딩을 통해 115개의 개념, 46개의 하위범주, 19개의 범주가 도출되었다. 동료지원활동에 참여한 정신장애인의 회복과정의 핵심범주는 '강인한 생명력을 가진 담쟁이처럼 동료와 함께 절망의 벽을 넘어 세상을 향해 나아감'으로 나타났다.
- **결 론** : 이와 같은 연구결과를 바탕으로 본 연구는 동료지원활동에 참여하게 된 배경, 동료지원활동에서의 중심경험, 동료지원 활동과 회복과정에 영향을 준 배경과 요인, 주변 환경과의 상호작용을 통해 회복으로 나아가는 과정을 중심으로 논의하였다.
- **주요용어** : 동료지원, 정신장애인, 회복과정, 근거이론, 사회복귀시설

Abstract

- **Objective** : This study examines the recovery process of people with psychiatric disabilities in the peer-support activities at the rehabilitation institute.
- **Methods** : Based on the grounded theory of Corbin and Strauss(2008), the open coding, the axial coding, and the category and process analysis by paradigm are implemented after the coding for data analysis to utilize ATLAS.ti7, the software for analyzing qualitative data.
- **Results** : There are 115 concepts, 46 sub-categories, and 19 categories through the open coding. The core category of the recovery process of people with psychiatric disabilities in the peer-support activities at the rehabilitation institute is 'to rise from the ashes of despair and to build bridges to the world like the ivy having a tenacious hold on life.'
- **Conclusion** : Based on the result of study, this study make the discussions focusing on the background to participate in the peer-support activities, the center experience from the peer-support activities, the background and factor to influence on the peer-support activities and the recovery, and the recovery process by the interaction with environment.
- **Key words** : Peer-support, People with Mental Disorders, Recovery, Grounded Theory Rehabilitation Institute

1 _ 국립서울병원 의료 사회사업과

I. 서론

1. 연구의 필요성

정신장애의 치료와 재활을 위한 정신보건의 흐름은 의료모델과 재활모델을 거쳐 회복모델로 변화되어 왔다. 의료모델은 1950년대의 정신의학적 접근에서 시작되었고, 재활모델은 1960년대의 지역사회 정신보건운동과 탈시설화 그리고 1970년대 중반의 지역사회복지 및 재활운동을 기반으로 진행되어 왔다(Anthony, Cohen and Farkas, 1990). 1980년대부터 시작된 소비자 운동의 영향으로 1990년대 들어서 정신보건영역에서도 회복모델이 본격화되었다(Davidson et al., 2012). 회복모델과 기존 모델의 가장 큰 차이점은 정신장애인을 더 이상 '환자'가 아닌 정신보건서비스의 '소비자/생존자'로 보는 점이다(Anthony, 1993).

정신장애에 대한 관점은 만성화에서 최근에는 회복가능성으로 이동하는 추세이다. 이 관점은 조현병환자의 장기추적 연구에서 유의미한 회복이 밝혀지고(Harding et al., 1987) 유전학, 뇌영상기술, 신경심리학의 발달과 함께 긍정적인 치료 성과들이 계속 보고되고 있고(이유상·권준수, 2011) 비정형 항정신병약물²⁾의 우수한 효과(정영철 등, 2006)와 지역사회정신보건을 통해 적극적인 정신사회 재활치료(Emsley and Oosthuizen, 2003)가 이루어지면서 힘을 얻게 되었다.

회복의 기준과 관련하여 의료모델에서는 증상의 감소나 관해, 기능의 회복 정도, 재입원 여부, 사회활동 참여 등 객관적인 결과로 회복여부를 평가한다(Harrow and Jobe, 2005; Liberman et al., 2002; Torgalsboen and Rund, 1998). 이러한 기준들은 의료모델에서 기인한 전문가 관점의 회복 기준이다. 그러나 정신장애의 회복을 증상과 기능만으로 판단해서는 안 된다. 지속적인 양성증상이 존재함에도 불구하고 사회적·직업적 기능을 유지할 수 있는 정신장애인의 경우, 기존의 회복개념을 적용하기 어려울 수 있기 때문이다.(정영철 등, 2006). 그러므로 전문가 중심의 회복견해와 달리 소비자관점의 회복개념이 요구된다.

소비자관점의 회복은 소비자/당사자의 입장에서 회복을 재정의한 것이다. 회복모델은 증상의 유무나 기능의 높고 낮음 그 자체보다는, 정신장애인으로 살아가는 삶의 과정을 소비자/당사자가 주체가 되어 어떻게 경험하고 받아들이는가를 중요하게 본다. 회복모델의 등장은 정신보건서비스에서 주체적인 소비자로서 관점의 전환이며 자신들을 재정의한 중요한 변화인 것이다.

그동안 정신장애인은 정신보건서비스 제공과 정책개발 과정에서 주체적인 '소비자'로 인정받지 못하고 '치료를 받아야 할 환자'로

대상화 되어왔다. 이것은 정신보건서비스 체계 안에서 소외와 무가치를 경험하면서 스스로를 옹호하지 못했기 때문이다(Prescott, 2001). 이와 같은 문제에 대응하기 위해 1990년대에 정신장애인 당사자들이 주체가 되는 소비자운동이 등장하였다(Davidson et al., 2012; Mead et al., 2001; Prescott, 2001).

Nelson(2001)등은 정신장애인들의 문제인 힘과 통제의 결여, 낙인, 빈곤, 실업, 열악한 주거 등에 대처하기 위해 단일화된 압력 집단이 되어 자신들의 입장을 밝혀야 함을 강조하였다. 이러한 변화를 위해 정신장애인들이 조직화된 목소리를 내고 정책개발에 영향력을 행사하며 동료지원³⁾서비스를 제공해야 한다는 것이다(Campbell, 2003). 동료지원활동에서 이루어지는 지지적인 관계, 지지집단, 관계형성은 회복의 요소로 강조되고 있으며 당사자 연대와 상호지지, 관계형성을 목적으로 한 회복모델의 한 맥락이다. 동료지원활동이란 정신장애인이 다른 동료 정신장애인을 위하여 서비스를 제공하는 역할에 참여하는 것이다. 일반적으로 동료지원활동은 자조집단, 인터넷지지집단, 동료제공서비스, 동료운영서비스, 동료파트너십, 당사자직원으로 나눌 수 있다(Solomon, 2004: 393-394).

정신장애인 당사자가 상호지지를 제공하는 동료지원은 정신장애인의 회복에서 긍정적 요소로 밝혀져 왔다. 동료지원활동을 통해 서비스제공자 역할에 참여한 정신장애인은 안녕감과 자존감, 자기효능감 등에서 긍정적인 변화를 경험하였다(Moran et al., 2012; Yanos, Primavera and Knight, 2001).

우리나라의 지역사회 정신보건서비스 운영방식은 1995년 정신보건법 통과 이후 양적인 성장⁴⁾에도 불구하고 여전히 의료모델과 재활모델에 머물러 있다(이용표 외, 2006). 1990년대 회복모델의 등장에 영향을 받아 2000년대 이후 회복모델에 대한 필요성과 관심이 증가하고 있다(김도윤, 2011; 김미영, 2011). 선행연구에서 정신장애인이 동료지원활동을 통해 자기회복의 경험을 하고(하경희, 2012), 동료의식 증진과 함께 부정적이던 자신의 정신장애 경험을 새로운 차원의 활동으로 전환시켰으며, 서비스를 받은 정신장애인은 동료의 방문으로 인해 회복에의 희망과 모델링을 통해 자기 낙인감이 완화되었다(송경옥, 2010). 이러한 효과에도 불구하고 동료지원활동에 대한 연구는 매우 제한적으로 이루어져 왔다(송경옥, 2010; 심경순, 2005; 이미경, 2011; 하경희, 2012). 이러한 연구들은 참여자들의 경험의 의미에 초점을 맞추고 있어서, 동료지원활동 과정에서 정신장애인이 갖는 내면적 의미와 활동이 이루어진 맥락에 대한 이해를 통해 회복과정을 이해하는 것이 필요하다.

공공 전달체계에 기반 한 전문가 중심의 서비스 전달방식은 당사자의 욕구를 충분히 반영하지 못하고 있으며(양옥경 외, 2010; 최성

2 _ 항정신병 약물은 1세대 항정신병 약물과 2세대 항정신병 약물로 나뉜다. 2세대 항정신병 약물을 비정형 항정신병약물이라고도 하는데 1세대 항정신병 약물에 비해 추체외로 부작용이 현저히 적고 음성증상에 효과가 있다(최신정신의학, 2006).

3 _ 본 연구에서는 peer support를 동료지지 대신 동료지원으로 해석한다. 2013년 서울시정신건강증진센터와 한국장애인고용공단이 연계해 실시한 동료지원활동가 직무개발 과정에서 용어를 '동료지지' 보다 동료지원으로 하는 것이 작업으로서 의미를 가질 수 있다는 점에서 동료지원으로 해석한다(서울시정신건강증진센터, 2013 동료지원가 매뉴얼).

4 _ 만성정신장애인의 재활과 회복을 담당하는 정신보건센터와 사회복귀시설은 꾸준히 증가해 2011년 6월 기준으로 사회복귀시설 255개, 정신보건센터 164개소가 운영되고 있다.

남, 2012), 회복모델에서 강조하는 당사자들의 서비스 주체화와 상호지지, 연대 실천은 아직 초기단계라고 볼 수 있다. 이렇듯 우리나라는 회복모델 도입의 초창기에 해당되므로 서구와는 다른 정신보건서비스 환경 안에서의 동료지원활동과 회복과정에 대한 심층적인 탐색이 더욱 요구된다.

2. 연구의 목적과 의의

본 연구의 목적은 사회복귀시설에서 동료지원활동에 참여한 정신장애인의 회복과정을 탐색하는 것이다. 즉 정신장애인이 어떠한 요인과 배경으로 동료지원활동에 참여하게 되는지, 활동에 영향을 미치는 개인적, 환경적 요인은 무엇인지, 동료지원활동을 통해 회복으로 나아가는 과정은 어떠한지에 대해 심층적 이해를 목적으로 한다. 연구질문은 ‘사회복귀시설에서 동료지원활동에 참여한 정신장애인의 회복과정은 어떠한가?’이며 하위질문은 다음과 같다.

- 첫째, 정신장애인이 동료지원활동에 참여하게 된 배경은 무엇인가?
- 둘째, 정신장애인이 동료지원활동에 참여하여 얻게 된 경험은 어떠한가?
- 셋째, 정신장애인의 동료지원활동 과정에 영향을 주는 배경과 주요 요인은 무엇인가?
- 넷째, 정신장애인이 동료지원활동을 하면서 주변 환경과 어떻게 상호작용하는가?

II. 이론적 배경

1. 회복모델에서 회복의 관점

정신보건서비스 모델과 회복의 개념은 시대의 흐름에 따라 변화해 왔다. 또한 정신보건 서비스 과정에서 정신장애인이 주체이자 소비자로서 인식이 변화되며 소비자 운동이 확산된 것이 회복모델이 등장하게 된 주된 배경이라고 볼 수 있다.

회복모델은 소비자관점에서 회복의 의미를 재 정의한 것으로 개인적인 측면, 영성, 희망과 긍정적 측면 등을 많이 강조한다는 점(정영철 외, 2006)에서 의료모델이나 재활모델의 회복에 대한 관점과 다르다. 회복모델의 등장은 의료모델과 재활모델에 대한 비판과 함께 1990년대 소비자 운동의 확산으로부터 영향을 받았다(Anthony, 1993; Frese and Davis, 1997). 소비자운동의 영향으로 정신장애인(소비자), 정신보건전문가, 연구자들은 정신보건서비스 불만족에 대한 소비자들의 목소리를 내기 시작했다(Deegan, 1988). 또한 종종 정신질환의 상태는 종종 평생 지속되기 때문에 질환과 공존할 수 있는 회복이라는 새로운 개념 적용이 필수적이라는 견해(Pratt 등, 2007)에서 비롯되었다.

회복모델의 기본전제는 정신장애를 가진 사람들도 회복할 수 있으며, 회복하고 있다는 것이다(Frese and Davis, 1997). 여기서

강조하는 회복의 개념은 정신장애인 당사자가 주체가 되어 질병으로 인한 제약이 있음에도 만족스럽고 희망적이며 공헌하는 삶을 사는 것(Anthony, 1993)이고, 증상 완화여부와는 관계없이 정신과적 진단을 초월하여 생동감 있고 가치 있는 삶을 지향하는 것이다(Deegan, 1995; Frese and Davis, 1997).

회복모델에서는 회복과정을 독특하고 정신장애인들이 증상과 무관하게 회복과정을 선택할 수 있으며, 자신의 삶을 능동적으로 가꾸어 나갈 수 있다고 본다(Anthony, 1993). 아울러 회복과정은 단선적으로 진행되지 않고 자기발견, 자기혁신, 변화의 과정으로 복합적으로 이루어진다고 본다(Spaniol et al., 1994). 회복모델에서는 회복을 증상의 완화에 초점을 두기보다는, 회복 중인 사람들이 개인적 성공을 경험하며, 당사자들의 적극적인 참여와 자기결정, 그리고 비공식적인 지지체계에 의해 가능하다고 본다(Sullivan, 1994).

2. 동료지원활동의 개념과 유형

동료지원이란 자조집단을 비롯한 다양한 동료지원활동을 포괄한 개념이다. 동료지원의 개념에 대해 Gartner와 Reissman(1982)은 사회적·개인적 변화를 가져오기 위해 정신장애인 당사자가 동일한 어려움을 가진 동료에게 상호 지지를 제공하는 것이라 정의하였다. 동료지원활동의 범위와 관련해 Solomon과 Draine(2001)은 금전적 보상이 있는 활동과 자원봉사 모두 동료지원활동에 포함된다고 하였다. 이 맥락에서의 동료는 심각한 정신장애를 가진 개인으로서 정신건강서비스를 받았거나 받고 있고 그렇게 인식을 하는 사람이다.

동료지원활동의 종류에 대해 Solomon(2004:393-394)은 자조집단, 인터넷지지집단, 동료제공서비스, 동료운영서비스, 동료파트너쉽, 당사자직원의 여섯가지로 분류하였다. 이러한 동료지원활동의 유형을 다음과 같이 설명하고 있다. ① 자조집단은 동료지원활동의 가장 오래된 형태로 ‘Schizophrenia Anonymous’, ‘우리 스스로(on our own)’ 같은 형태가 해당된다. ② 인터넷 지지집단은 면대면의 요소가 결여된 인터넷 상의 정신장애인 상호 간의 지지집단 활동이다. 인터넷 지지집단의 경우 높은 익명성과 멤버 사이의 인간적인 교류가 적은 것이 특징이다. ③ 동료제공서비스는 동료상담을 비롯하여 정신장애를 갖고 있는 동료가 다른 정신장애인을 돕기 위하여 서비스를 제공하는 것이다. ④ 동료운영서비스는 정신장애인 당사자가 서비스제공과 관련된 모든 것을 직접 운영하는 것이다. 동료운영서비스는 회복을 촉진하는 긍정적 결과를 경험적으로 증명해내고 있다(Carpenter, 2002). ⑤ 동료파트너쉽은 비정신장애인과 정신장애인이 서비스제공을 함께 운영하는 것이다. 클럽하우스에서 정신장애인들이 함께 참여해 서비스를 제공하는 형태가 여기에 해당된다. ⑥ 당사자직원은 동료지원활동의 가장 적극적인 형태라고 할 수 있다. 정신보건서비스 기관에 정신장애인 당사자가 직원으로 고용되어 직접 서비스를 제공하는 것이다.

3. 동료지원활동의 등장배경

동료지원활동의 등장배경은 정신건강소비자 운동의 영향으로 시작되었다(Moran et al., 2012). 1960년대의 시민권리 운동은 소비자주의와 역량강화 개념을 강조하였고 이는 자조집단의 부흥으로 이어졌다. 나아가 1970년대에는 생존자운동(survival movement)으로 이어졌고, 1970년대 후반 지역사회정신보건의 발달에서 생성된 지지집단은 심각한 정신장애를 가진 사람에 대한 지지체계로 인식되어 왔다(Stroul, 1993). 지역사회지지체계는 동료지원과 동료서비스 제공을 촉진시켰고 공식적·비공식적인 지원체계의 개발과 확장에 있어 주요한 촉진제였다(Solomon, 2004).

당사자주의를 기반으로 한 소비자운동에서 장애당사자들은 자신들을 대상화해 온 전문가 중심주의를 비판하고, 자신의 권리와 인권을 스스로 주장하는 주체로 거듭나고 있다. 소비자운동의 영향으로 소비자 단체는 법률, 정신건강에 관한 정책과 제도, 재정 등에 대해 소비자의 욕구와 필요에 대한 목소리를 높이게 되었다(Anthony, Cohen and Farkas, 1990). 장애인운동 역시 장애 그 자체로부터의 해방이 아니라, 차별로부터의 해방을 추구하였고(구스노끼, 1991; 김상호, 1994; 이동석, 2003), 장애에 접근하는 방식과 정책결정 과정에 많은 변화를 이끌어 냈다.

소비자운동이 정신보건 영역에 미친 영향 중 하나는 자조집단의 형성이다. 지역사회정신보건운동의 중요한 결실로 당사자주의에 기반을 둔 정신장애인 자조집단이 형성되었다. 정신장애인들의 모임인 '우리 스스로(on our own)'와 같은 모임을 만들어 서비스 의존자가 아닌 서비스 소비자의 관점에서 스스로를 옹호하고자 하는 의식 전환과 함께 성장 발전하게 되었다. 정신장애인을 위한 최초의 자조집단은 1994년에 형성된 WANA(We Are Not Alone)⁵⁾라고 할 수 있다(양옥경, 2006).

소비자운동은 정신보건서비스의 접근방식에도 영향을 주었다. 정신보건의 방향이 개인의 회복탄력성에 초점을 두고(Chamberlin, 1990; Deegan, 1988; Frese and Davis, 1997), 정신장애 증상과 무관하게 자신의 삶을 능동적으로 가꾸어 나갈 수 있다고 새롭게 규정하게 되었다.

4. 동료지원활동과 회복에 관한 선행 연구

정신장애의 회복과 관련한 연구에서 동료지원은 회복의 주요 요소로 논의되어 왔다(Solomon, 2004; Yanos, Primavera and Knight, 2001). 회복당사자이면서 사회복지사인 Mead와 Copeland

(2000)는 자신들이 경험한 회복의 필수 요소로 희망, 개인적 책임, 교육권리 옹호, 그리고 동료지원을 꼽았다. 타인을 돕는 활동이 회복의 주요 요소임을 강조하였는데 Fisher와 Ahern은 정신장애로부터 회복된 사람들은 타인을 돕는 것이 삶의 의미와 목적을 제공했다고 밝혔다(Fisher and Ahern, 1999). 이것은 소비자 입장에서 공급자 역할로 전환되어 정신보건 시스템에서 일하는 것을 포함하는 것으로 타인을 돕는 삶을 통하여 역량이 강화되는 것이다.

정신장애인의 자조집단에는 자기개방, 보편성, 소속감, 정보의 공유, 역할모델, 사회적 기술의 개발, 상호간의 피드백이라는 장점이 있다(Davidson et al., 1999; Goldstrom et al., 2005). 정신장애인 당사자가 상호 신뢰 관계를 기반으로 동료지원활동을 하는 과정에서 역량이 강화되는 것 역시 회복의 촉진요인이 된다. 동료지원활동을 통해 '서비스제공자' 역할에 참여한 정신장애인은 정서적, 영적, 사회적, 직업적, 안녕감 등에서 긍정적인 변화를 경험하고(Moran et al., 2012) 자존감과 자기효능감이 높아지며, 그들의 지역사회 참여율 또한 높아지는 것으로 나타났다(Yanos, Primavera and Knight, 2001). 이와 같이 동료지원활동은 소외와 낙인으로부터의 극복을 돕고 자기효능감과 자존감을 높이는 기제로 작용하고 있다.

동료운영서비스에서 상호지지 서비스에 참여한 정신장애인은 비교집단에 비해 자아존중감, 자기효능감, 회복수준이 더 높았다. 동료운영서비스에 참여한 정신장애인은 동료운영서비스가 회복을 위한 좋은 환경이 되며 회복을 촉진시킨다고 하였다(Campbell and Leaver, 2003). 소비자 운영 서비스와 상호원조 조직은 포괄적으로 소비자 역량강화와 회복을 돕기 때문에(Carpenter, 2002) 이와 같은 연구들은 정신보건서비스 제공과정에서 당사자인력의 적극적 활용을 제안하고 있다.

국내의 동료지지활동과 관련한 연구에서 정신장애인들은 자조집단 활동을 통해 자신감과 희망을 갖게 되고 회복을 위해 노력하게 된다고 하였다(김지영, 2003). 동료제공서비스의 효과와 관련한 연구에서 동료지원활동은 정신장애인의 자기낙인감 완화에 효과가 있는 것으로 나타났다(송경옥, 2010). 동료지원활동에 참여한 정신장애인은 문제와 정보를 공유하고 상호지지를 통해 정신장애로부터의 회복에 긍정적인 경험을 한다. 동료지원활동으로서 동료상담이 갖는 의미와 관련하여 박용선(2012)은 자신에 대한 신뢰의 회복, 깊이 있는 인간관계의 구축을 경험하였다. 동료파트너십에 해당하는 클럽하우스에 참여한 정신장애인은 '일 중심 일과'를 통해 다양한 활동을 경험하면서 주체적인 삶, 긍정적인 자기인식, 사회구성원으로 참여 등을 경험하게 되었다(이규영, 2010).

5 _ 1994년 미국 뉴욕에서 10명의 정신장애인들이 형성한 자조모임인 WANA(We Are Not Alone)에서 비롯된 '클럽하우스'는 정신장애인들이 지역사회에서 자신의 삶을 회복하기 위해 활동하는 곳으로, 현재 약 30개국에 300여 개가 운영되고 있다 (출처: 웰페어뉴스, 2012.11.5).

5. 우리나라에서 회복모델과 동료지원활동 실천현황

1) 회복모델 실천현황

지역사회정신보건으로의 정책변화로 인하여 사회복귀시설은 양적인 성장을 이루었으며 그 결과 2011년 기준으로 전국에 255개가 운영 중이다(중앙정신보건사업지원단, 2013). 사회복귀시설은 정신장애인의 삶의 질 향상과 재활을 위해 집중적인 사례관리서비스를 제공하고 있다. 그러나 사회복귀시설은 양적인 성장에도 불구하고 의료모델과 재활모델에 머물러 있어 정신보건서비스의 소비자인 정신장애인들로부터 비판을 받고 있다(양옥경 등, 2010; 서울시정신보건사업지원단, 2011). 정신장애인들은 전문가 중심의 운영 방식과 그로 인한 무력감과 소외감에 대해 불만을 제기했으며, 그들이 진정으로 원하는 것은 성인으로서 의미 있는 활동에 참여하여 자신들에게 필요한 서비스와 기술을 제공받는 것이라고 주장하였다(하경희, 2007). 이렇듯 전문가중심의 운영방식은 정신장애인 당사자의 주도적인 참여와 동료관계의 활성화, 스스로를 위한 옹호와 연대를 저해하는 요인으로 작용하였다.

최근 들어 사회복귀시설들에서 의료모델과 재활모델의 한계를 극복하고자 강점기반모델, 역량강화모델, 회복모델로 서비스 제공 모델을 변화시키려는 시도들이 일어나고 있다. 회복모델의 본격적인 도입은 2006년 한울지역정신건강센터에서 시작되어 보급되었다(송경옥, 2007). 한울지역정신건강센터의 시설장과 직원들은 회복모델에 대해 함께 공부하였고, 그것을 기관의 운영원리에 적용하였다. 동료제공서비스인 동료상담을 본격적으로 시작하여 다른 사회복귀시설에도 도입하도록 영향을 주었다⁶⁾. 한울지역정신건강센터의 회복모델 실천은 당사자직원의 배출, 한국정신장애인 연합의 창립을 이끌며 우리나라 정신보건서비스에서 회복모델을 확산시키는데 중추적인 역할을 하였다. 회복모델을 보급하기 위해 한국사회복귀시설 협회 차원에서는 당사자 활동가를 양성하는 ‘정신장애인 리더십 프로그램’을 전국의 3개 권역으로 나누어 2007-2009년까지 실시하였다.

한편, 강점기반모델은 일부 사회복귀시설들을 중심으로 발전되어 왔다. 2007년부터 몇몇 사회복귀시설들은 강점기반모델을 본격적으로 도입하였고 2012년과 2013년에 8개의 기관이 연대해 강점모델 보급을 위한 워크숍을 실시하는 등 강점기반모델이 점진적으로 확산되고 있다(아름다운세상, 2013). 그러나 이러한 변화를 시도 중인 일부 기관을 제외하고는 대부분의 사회복귀시설은 전문가 주도의 의료와 재활모델 방식으로 운영되고 있다(김규수, 2009).

위에서 살펴본 바와 같이 우리나라 정신보건서비스에서 회복모델

은 2000년대 후반부터 관심을 받기 시작했고, 일부 기관에서만 회복모델이 적용되고 있다. 이처럼 회복모델의 실천이 미약했던 요인은 짧은 정신보건의 역사 뿐 만이 아니라 다음과 같은 정신장애인에 대한 사회전반의 인식과 관련되어 있다. 첫째, 정신장애인이 지역사회정신보건에서 소비자로서 인정받고 서비스의 중심이 되기보다 전문가에게 도움을 받는 수동적인 존재로 인식되었다. 의료모델이나 재활모델에 익숙한 정신보건전문가는 서비스 제공자로서 역할을 강화해 온 측면이 있다. 둘째, 우리나라 정신보건의 틀이 장기수용 중심, 입원치료 중심에서 벗어나지 못하고 있는 것(국가인권위원회, 2009; 서수경 외, 2009)도 당사자주의가 활성화되지 못한 원인이다. 당사자주의 기반은 역량강화를 통해 가능하나 장기입원과 의료모델에서는 당사자주의를 기반으로 한 자조, 옹호의 역량이 키워지기에는 한계가 있었다. 셋째, 정신장애에 대해 당사자와 가족 스스로가 갖는 낙인감, 사회의 편견(국가인권위원회, 2008) 역시 정신장애인 당사자주의가 미약했던 원인이다. ‘정신과 환자, 낙오자’라는 자기낙인과 그로 인해 느끼는 무력감은 스스로를 사회로부터 배제시키는 결과를 초래하였다. 넷째, 우리나라의 문화적 측면에서 정신장애를 가족의 잘못, 책임으로 인식하여 정신보건서비스 이용에 있어 소비자로서의 권리의식을 갖지 못하게 한 것도 원인이다(박향경, 2012). 다섯째, 정신보건서비스를 제공하는 전문가의 회복모델에 대한 학습과 실천, 이념에 대한 교육의 부재(송경옥, 2007) 역시 의료와 재활모델 서비스 지속의 한 원인이라 할 수 있다.

2) 당사자 운동과 동료지원활동 실천현황

우리나라의 장애인 당사자운동은 한국장애인연맹(DPI: Disabled Peoples' International Korea)이 1986년 9월 창립되어 활동해오고 있다. 정신장애인 당사자운동은 타 분야 장애인 당사자 운동에 비해 미약하며 단체의 결성 또한 매우 늦었다. 2007~2009년 한국사회복귀시설협회 주최로 진행된 ‘정신장애인 리더십 프로그램’은 회복모델을 기반으로 하여 당사자들에게 주체됨과 자기 입장 옹호의 중요성을 교육하였다. 이 과정을 통해 배출된 당사자활동가들이 중심이 되어 2010년 3월 한국정신장애인연합을 창립하게 되었다. 그러나 활동에 참여하는 정신장애인 당사자와 활동의 수준은 아직 시작단계이다.

한편 전문가, 가족, 인권활동가, 정신장애인 당사자의 인권단체인 한국정신장애연대(KAMI; Korean Alliance on Mental Illness)⁷⁾는 정신장애인의 차별과 부정적 인식, 편견에 맞서 인권을 증진하기 위하여 2010년 발족된 비영리단체이다. 이후 정신장애인자립지원센터가 2012년 창립되었다. 이러한 단체의 활동은 아

6 _ 2011-2012년 한울지역정신건강센터를 비롯한 14개 사회복귀시설이 회복모델에 기반을 두어 정신장애인이 주체적으로 참여한 동료상담, 자조모임, 당사자프로그램을 운영하였다(한울지역정신건강센터, 2012. 동행연대 사업성과 보고서).

7 _ 한국정신장애연대(Korean Alliance on Mental Illness(까미))는 정신장애인의 차별과 부정적 인식, 편견에 맞서 인권을 증진하기 위하여 2010년 발족되었다. 까미는 당사자, 가족, 전문가, 인권활동가 등 다양한 사람들이 함께 모인 비영리단체이다. <http://kami.ne.kr/>.

직까지는 당사자가 구심점이 되기보다 전문가와 가족에 의해 운영되고 있어 우리나라 정신장애인 분야에서 당사자운동이 더 확대될 필요가 있음을 보여준다.

회복모델의 실천이 미흡한 만큼 정신장애인들이 중심이 되는 동료지원활동도 매우 미약하다. 국내에서는 정신보건기관에서 동료지원 서비스를 제공하는 현황이나 실태에 대한 조사도 없는 상황이고, 기관마다 동료지원서비스의 정도와 활동 내용에 차이가 있다. 동료지원활동의 종류에는 자조집단, 인터넷지지집단, 동료제공서비스, 동료운영서비스, 동료파트너쉽, 당사자직원(Solomon, 2004:393-394) 등이 있는데, 현재 우리나라에서는 자조집단, 인터넷지지집단, 동료제공서비스, 동료파트너쉽, 당사자직원이 많이 진행되고 있다.

자조집단은 기관차원에서 회원들의 모임으로 진행되고 있으며 당사자만의 자조집단은 아직 그 수가 제한적이다. 기관차원에서 운영되는 자조집단의 경우 여전히 전문가 중심의 운영방식을 유지하고 있는 문제점이 제기되었다(이미경, 2011).

인터넷지지집단은 '아름다운 동행⁸⁾'을 비롯한 몇몇의 인터넷 카페를 예로 들 수 있다. 대표적인 카페의 경우 2000명 이상이 가입하여 참여하고 있다. 이들은 정신장애 극복 수기와 정신장애인이 쓴 문학작품을 게재하기도 하고 가족교육, 조현병, 생활태도, 항정신병 약물 등에 대한 다양한 정보를 공유하며 온라인에서 활발한 상호지지를 이루어내고 있다.

동료지원활동의 경우 한울지역정신건강센터가 중심이 되어 2010-2012년 동료상담가를 양성하고 동료상담을 실시하는 '동행' 프로그램이 운영되었다. 사회복귀시설이 회복모델을 기반으로 한 동료상담, 자조모임, 당사자프로그램을 운영하는 것이다. 2012년의 경우 14개 기관에서 46명의 동료상담가가 활동하였다(한울지역정신건강센터, 2012). 이러한 성과를 기반으로 서울시는 2012년에 한울지역정신건강센터와 협력하여 정신장애인 적합 직종 17개 직무를 개발하는 정신장애인 취업활성화 프로젝트를 실시했다. 2013년에는 개발된 직무 중 하나인 동료지원가 양성과정을 통하여 10명의 동료상담가를 배출하고 각 기관에서 근무하게 하는 등의 성과를 내었다(서울시정신보건사업지원단, 2013).

동료파트너쉽의 경우 클럽하우스의 운영방식이 해당된다. 사회복귀시설 255개 중⁹⁾ 2013년 현재 14개소가 클럽하우스 모델로¹⁰⁾ 운영되고 있다. 클럽하우스는 기관운영에 있어 '직원과 회원의 친밀한 동료관계'를 중심으로 정신장애인 당사자의 참여를 강조한다. 이 모델은 직원과 회원이 파트너쉽을 가지고 동등하게 기관을 운영하는 것이 원칙이다. 클럽하우스 모델은 1948년 미국에서 Fountain House가 설립된 후 1989년 클럽하우스 모델에 대한 스탠다드가 개발되어 국제적으로 동일한 원칙을 기반으로 운영되

고 있다. 우리나라의 클럽하우스는 1986년에 개원하여 클럽하우스 모델이 확산되는데 기여한 '태화 샘솟는 집'이 대표적이다. 태화 샘솟는 집은 2004년 한국 클럽하우스 세미나를 주관하였고, 2012년 10월에는 아시아클럽하우스 컨퍼런스를 주최할 정도로(태화샘솟는 집, 2012) 국제적인 위상을 인정받고 있으며, 이 외에도 정신장애인 인권을 위한 다양한 활동을 펼치면서 우리나라 정신보건의 역사에서 중요한 의미를 차지하고 있다.

당사자직원의 경우 그 현황조차 파악이 되지 않은 실정이다. 회복모델을 본격적으로 실시한 한울지역정신건강센터와 산하기관을 중심으로 당사자직원이 선발되어 기관 안에서 동료지원업무를 담당하고 있다. 이상의 살펴본 바와 같이 정신장애인 동료지원활동은 초기 단계이지만 점차 확산되고 있음을 볼 수 있다.

III. 연구방법 및 과정

1. 근거이론 연구방법

본 연구는 동료지원활동에 참여한 정신장애인의 회복경험에 관한 실체이론을 도출하고자 자료수집과 자료분석의 과정에서 Corbin과 Strauss(2008)의 근거이론방법을 사용하였다.

2. 연구참여자

연구참여자 선정은 의도적 표집과 눈덩이 표집방법을 활용하여 연구목적에 적합한 참여자로 하였다(Corbin and Strauss, 2008). 대상자 표집은 다양한 유형의 동료지원 활동에 참여한 정신장애인 중 회복과정을 잘 보여주는 전형적 사례를 대상으로 각 기관의 실무자나 시설장으로부터 한 기관에 2명 이내로 추천을 받아 진행하였다. 심층면접을 통한 자료수집이 주가 되므로 자기표현과 원활한 의사소통이 가능하며, 연구에 참여, 녹취, 기록하는 것에 자발적으로 동의하는 자로 선정하였다.

참여자는 동료지원활동의 유형별로 서울·경기 지역을 중심으로 하였고 동료지원활동이 활발한 대구지역을 포함하여 모집하였고 자료의 포화가 이루어졌다고 판단한 시점에 인터뷰를 중단하여 최종적으로 21개 기관에서 35명이 참여하게 되었다. 연구참여자의 수를 동료지원활동 유형별로 분류하면 동료제공서비스 12명, 동료파트너쉽 8명, 자조모임 7명, 당사자직원 8명 이었다. 그러나 실제 동료지원가들은 기관 안에서도 다양한 동료지원활동에 동시에 참여하는 경우가 있었다. 이런 경우, 동료지원활동 가운데 주된 경험에 초점을 두고 인터뷰를 진행하였다.

8 _ <http://m.cafe.daum.net/blueskyap>(다음카페 아름다운 동행)

9 _ 2011년 12월말 기준 255개소, 2013년 보건복지부 정신건강사업안내 p.12

10 _ 국제클럽하우스 연맹에 등록된 한국의 클럽하우스는 14개이다. 출처: <http://www.iccd.org>

★ 표1. 연구 참여자의 인구학적 특성

항목	구분		빈도
성별	남		23
	여		12
나이	20대		3
	30대		11
	40대		17
	50대		4
유병기간	1 - 5년		0
	6 - 10년		6
	11 - 15년		13
	16 - 20년		8
	21 - 25년		6
	26년 이상		2
발병나이	10대		7
	20대		18
	30대		10
장애등록여부 y/n	등록		29
	미등록		6
동료 지지 활동 참여 기간	1 - 12개월		2
	-36개월		9
	-60개월		6
	-120개월		13
	121개월 이상		5
결혼	기혼		4
	미혼		31
학력	초졸		1
	중졸		1
	고졸		16
	대졸		16
	대학원졸		1
진단명	조현병		26
	분열정동		3
	조울증		3
	주요우울증		3
기관 이용기간	1년 미만		1
	2년 미만		4
	5년 미만		12
	10년 미만		13
	10년 이상		5
동료지원활동 유형	동료제공		12
	동료파트너십		8
	자조모임		7
	당사자직원		8
수당(월)	당사자직원	정규직	180만원
		계약직	30만원
	동료제공서비스		2만원
	자조모임		2만원
동료파트너		무급	

3. 자료수집 방법

2013년 4월부터 8월까지 5개월에 걸쳐 서울·경기지역과 대구 지역을 포함해 21개 기관, 35명을 대상으로 심층면담을 통해 수집되었다. 1인당 면접 횟수는 1-2회였고, 소요 시간은 1회 60분에서 120분으로 평균 90분 정도였다. 1차 인터뷰 참여자는 35명이며, 2차 인터뷰까지 진행한 경우는 3명 이었다. 대부분의 참여자가 이용 중인 기관에서 인터뷰하기를 선호하여 연구자가 해당 기관에 직접 방문하여 기관 상담실에서 인터뷰를 실시하였다.

4. 자료분석방법

자료분석의 첫 단계인 코딩작업은 질적자료분석 소프트웨어 ATLAS.ti 7를 활용하였다. 자료분석은 Corbin과 Strauss(2008)의 근거이론 방법으로 실시하였다. 먼저 수집된 녹음자료는 텍스트로 전사하여 원 자료(raw data)로 사용하였다. 인터뷰 현장에서 기록한 참여자의 비언어적 메시지, 감정상태, 반응 등도 자료에 포함시키고 분석에 활용하였으며, 면담 후 축어록(transcript)을 작성하여 자료 분석의 신뢰성과 타당성을 높였다. 자료의 수집과 동시에 분석을 시작하는 순환과정을 반복하면서 추가된 자료가 현상 연구에 새로운 정보를 제공하지 않는 '자료의 포화시점'까지 분석을 진행하였다.

5. 질적연구의 엄격성

연구의 엄격성을 확보하기 위해 Guba와 Lincoln (1989)의 신뢰성(credibility), 전이가능성(transferability), 의존가능성(dependability), 확인가능성(conformability)의 기준을 충족시키기 위해 다음과 같은 연구과정을 거쳤다.

첫째, 신뢰성을 확보하기 위하여 다양한 유형의 동료지원활동에 참여한 정신장애인으로 참여자를 선정하였다. 인터뷰 과정에서 연구자는 참여자들과 신뢰관계의 구축과 민감한 경청을 통해 참여자가 편안하게 이야기할 수 있도록 하였다. 체험자료는 어느 정도 포화되었다고 생각될 때까지, 5개월의 기간을 두고 심층인터뷰로 수집하였다. 면담내용은 모두 녹음되었으며 연구자가 직접 반복 청취를 하여 필요하였다. 추가적인 질문이나 확인과정이 필요한 경우 2차 인터뷰를 진행하였다. 자료분석 전 연구자의 가정과 선 이해를 미리 밝히고 이를 통해 중립적인 입장을 갖도록 노력하였다. 실재를 잘 반영한 자료 수집을 위해 인터뷰 후 기관 사례관리자와의 면담을 시도하였고 동료확인과정을 거쳤다. 코딩에 대해 동료들을 비롯하여 동료지원활동 분야에 연구경험이 있는 전문가와 함께 검토하였다. 그밖에 정신장애인들의 활동일지, 동료지원활동 수기, 동료지원활동 사업보고서 등의 자료를 수집하여 비교하면서 회복경험의 유사성을 분석하였다.

둘째, 전이가능성을 높이기 위해 본 연구자는 연구진행 과정, 자료 수집 과정을 풍부하고 상세하게 기술하도록 노력하였다. 35명의 사례에 대한 심층 인터뷰를 통해 인터뷰 자료를 풍부하게 하였고 현상의 많은 차원과 범주를 포함시켰다. 필요한 경우 2차 인터뷰를 진행하였으며 인터뷰 사전에 개방코딩 결과를 보여주어 정신장애인의 회복과정을 정확하게 분석했는지 확인하였다.

셋째, 본 연구자는 의존가능성을 높일 수 있도록 시간적 여유를 갖고 인터뷰를 진행하였다. 면접 시 연구자의 주관과 편견을 배제하려고 노력하였고, 비구조화된 면담으로 참여자들의 경험을 최대한 반영하였다. 연구결과가 연구자나 연구참여자들에게 공감되기 위해 상세히 기술하였다. 아울러 본 연구자는 정신보건 실천 현장에 근무하면서 정신장애인의 동료지원활동 과정을 지속적으로 관찰하였다. 분석 과정에서 사회복지학과 박사과정 수료생, 질적연구로 박사학위를 받은 동료, 본 주제에 관련된 연구를 해온 학자 등과 함께 확인 과정을 거치며 의존성을 확보하기 위해 노력하였다.

넷째, 확인가능성을 확보하기 위해 본 연구자는 연구결과가 믿을 만하고 실제적이며 확인할 수 있도록 연구의 과정과 절차를 독자들에게 구체적으로 제시하였다. 연구문제 제기, 연구참여자 선정, 연구방법론을 자세히 기술하고, 연구목적 달성을 위한 자료수집 과정과 자료분석 절차를 원칙에 맞게 상세히 기록하였다. 자료분석 과정에서 연구자의 편견을 배제하고 중립성을 유지하도록 노력하였고, 녹취록과 연구일지 등 연구와 관련된 자료는 모두 보관하였다.

IV. 연구결과

1. 개방코딩 : 근거자료의 범주화

개방코딩 결과 동료지원활동에 참여한 정신장애인의 회복과정과 관련하여 최종적으로 115개의 개념, 46개의 하위범주, 19개의 범주가 도출되었다.

★ 표 2. 개방코딩 결과

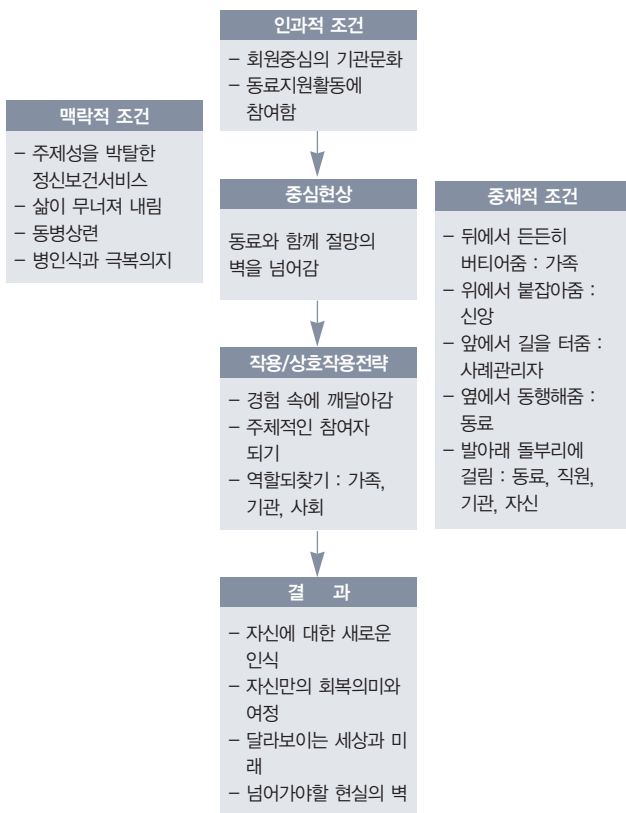
개념	하위범주	범주	
- 집에서와 다른 하루를 보냄 - 회원들과 교류하면서 고립감을 벗어남	1) 할 일과 만남이 있는 곳	1. 회원중심의 기관문화	인과적조건 (동료지원활동에 참여하게 된 요인)
- 환자취급 안받고 사람취급 받음 - 직원들로부터 존중받고 격려 받음	2) '사람' 대 '사람'의 만남		

개념	하위범주	범주	
<ul style="list-style-type: none">- 자조모임 리더를 맡음- 기관에서 동료상담을 시작하여 참여함- 당사자 직원으로 선발되어 참여함- 기관운영을 직원과 함께 해나감	1) 기관에서 활동 기회가 주어짐	2. 동료지원 활동에 참여함	인과적조건 (동료지원활동에 참여하게 된 요인)
<ul style="list-style-type: none">- 활동에 자신감이 있어 시작함- 직원을 돕고자 참여함- 동료를 돕고자 참여함	2) 활동 권유를 받아들임		
<ul style="list-style-type: none">- 도움을 받는 사람에서 도움을 주는 사람으로 변화함- 자신의 가치를 재발견함	1) '살아 숨 쉬는 나'를 경험함	3. 동료와 함께 절망의 벽을 넘어감	중심현상 (동료지원활동의 중심경험)
<ul style="list-style-type: none">- 동료에게 힘이 되고 싶은 간절함이 생김- 서로에게 자극과 힘이 되어줌- 동료와 같이 성장을 경험함	2) 서로 의지하며 올라감		
<ul style="list-style-type: none">- 죽음처럼 공포스러운 입원경험- 입원한 자신이 기가 막힘- 항정신병약은 고통유발제	1) 트라우마로 기억되는 정신과 치료	4. 주체성을 박탈한 정신 보건 서비스	맥락적 조건 (동료지원활동에 참여 이전의 선행배경)
<ul style="list-style-type: none">- 과거 이용 기관 : 절대권력의 시설장- 과거 이용 기관 : 짜인 틀에 맞추어짐- 환자취급 당하고 무시당함	2) 폐쇄병동 같은 지역사회 기관경험		
<ul style="list-style-type: none">- 증상으로 인해 휘둘림- 자꾸 재발이 되지만 왜 아픈지 모르고 지냄	1) 혼돈에 빠짐	5. 삶이 무너져 내림	
<ul style="list-style-type: none">- 이대로 인생이 끝이구나 생각됨- 절망감으로 우울하고 살아갈 희망이 없어짐	2) 강탈당한 꿈과 희망		
<ul style="list-style-type: none">- 가족 친구로부터 상처받고 고립됨- 스스로 결정하지 못하고 남에게 의존함- 자기낙인감으로 심리적으로 점점 위축되어 감	3) 고립과 위축		
<ul style="list-style-type: none">- 내 자신도 불쌍한데 동료도 불쌍함- 내가 겪은 고통을 동료도 다 겪고 있음- 소외와 무시를 당하는 같은 처지의 동료들	1) 같은 고통을 가진 동료	6. 동병상련	
<ul style="list-style-type: none">- 우리는 엄청난 고통을 이겨낸 사람들(동료의식)- 지금도 잔존증상으로 시달리고 있음- 직원과 가족은 당사자가 아니어서 이 고통을 모름	2) 남들은 이 고통을 모름		
<ul style="list-style-type: none">- 교육 받으면서 증상을 인식함- (증상인식 후) 치료의 희망이 생김- 삶의 다른 영역을 생각할 여지가 생김	1) 증상의 인식과 치료의 희망	7. 병인식과 극복의지	

개념	하위범주	범주		개념	하위범주	범주	
<ul style="list-style-type: none">- 재발을 안 하려고 굳게 결심함- 병에 대해 공부하면서 자기 관리를 해나감- 노력하면서 (급성) 증상이 안정됨	2) 병을 극복하려 결심함	7. 병인식과 극복의지	맥락적 조건 (동료지원활동에 참여 이전의 선행배경)	<ul style="list-style-type: none">- 증상이 심한 동료를 보면서 마음을 다잡음- 잔존증상으로 힘들지만 무시하려고 노력함- 미래를 위해 현재의 고통을 견디어 냄	1) 이겨나감	13. 경험 속에 깨달아감	작용/ 상호작용 전략 (동료 지원 활동에서 동료 지원 활동가의 대처과정)
<ul style="list-style-type: none">- 가족이 없었다면 회복하기 힘들었을 것임- 부모님이 홀로서기를 가르쳐 주려고 함	1) 버팀목이 되어주는 가족	8. 뒤에서 든든히 버티어줌 : 가족		<ul style="list-style-type: none">- 경험하고 실수하면서 배워나감- 활동가끼리 힘든 점을 공유하고 해결해 나감	2) 배워나감		
<ul style="list-style-type: none">- 부모님이 나를 고치기 위해 늑어서까지 고통 받으심- 내 병으로 인해 부모님에게 죄스러운 마음이 듦	2) 부모님에게 죄책감이 듦			<ul style="list-style-type: none">- 동료상담 이용자에게 맞는 상담방법을 찾게 됨- 동료를 잘 돕고자 자원을 연결해줌	1) 도움 방법을 모색함 (동료제공서비스)	14. 주체적인 참여자되기 : 활동 유형별 차이	
<ul style="list-style-type: none">- 신앙이 인생에 나침반 역할을 해주었음- 증상으로 힘들 때 신앙에 의지함	1) 위에서 붙잡아 줌 : 신앙	9. 위에서 붙잡아줌 : 신앙		<ul style="list-style-type: none">- 스스로 기획하고 운영해 나감- 스스로 하면서 직원이 관여하는 것은 없어짐	2) 의존에서 자립으로 (자조모임)		
<ul style="list-style-type: none">- 시설장이 회원중심으로 기관을 운영함- 시설장이 격의 없이 친구 처럼 회원을 대해줌	1) 회원중심, 친구 같은 시설장	10. 앞에서 길을 터줌 : 사례관리자		<ul style="list-style-type: none">- 기관의 주요한 결정과 운영에 참여함- 함께 일하면서 주인의식을 갖게 됨	3) 주인의식 갖기 (동료 파트너십)		
<ul style="list-style-type: none">- 회원이 주도하게 맡기고 옆에서 서포트해 줌- 작은 것을 해내도 격려하고 칭찬해줌- 직원은 롤모델 사회복지사가 되기로 결심함	2) 직원 : 활동의 조력자이자 롤모델			<ul style="list-style-type: none">- 일하면서 사회생활을 배워 나감- 당사자 직원의 강점을 발휘함- 역할갈등에서 문제인식을 함	4) 새옷에 맞추어감 (당사자직원)		
<ul style="list-style-type: none">- 동료를 보면서 내 모습을 보게 됨- 동료로 부터 배우고 자극받음	1) 거울효과, 역할모델	11. 옆에서 동행해줌 : 동료	중재적조건 (동료지원활동과정에서 영향요인)	<ul style="list-style-type: none">- 가족 안에서 인정받고 역할을 해나감- 부모님에게 책임감과 의무감을 갖게 됨	1) 가족 안에서 역할 되찾기	15. 역할 되찾기 ; 가족, 기관, 사회	
<ul style="list-style-type: none">- 동료와 고민을 나누며 도움을 받음- 서로에게 힘과 의지가 되는 존재	2) 삶의 용기를 주는 친구			<ul style="list-style-type: none">- 직원과의 관계가 동등해짐 (호칭, 역할)- 직원과 협력적인 관계를 해나감	2) 직원과 동등한 관계 맺기		
<ul style="list-style-type: none">- 진행을 맡기고서도 중간에 참견을 함- 활동 자체보다 서류 완성을 강요함- 직원의 잦은 이직이 우리의 성장을 방해함	1) 직원이 동료 지원활동에 방해가 됨	<ul style="list-style-type: none">- 활동 후 자신감이 생겨 취업을 할 수 있게 됨- 취업 해 부모님에게 손을 안 벌림		3) 취업해 사회 구성원으로 역할찾기			
<ul style="list-style-type: none">- 회원들이 당사자 직원을 더 무시함- 실수에 대해 동료들이 비난함- 동료의 거부로 활동을 못 하게 됨- 의욕이 없고 회피하고 도망가는 회원들	2) 동료회원의 무시와 회피	12. 발아래 돌부리에 걸림 : 동료, 직원, 기관, 자신		<ul style="list-style-type: none">- 자신감을 갖게 되면서 증상의 영역이 줄어들기 시작함- 활동을 하면서(증상이 좋아져) 항정신병 약물이 줄게 됨- 내면의 통찰이 생김 : 자기 이해- 정신장애를 감당할 힘이 생김- 자신감, 리더십, 융통성이 생김	1) 성취감이 증상을 덮어줌	16. 자신에 대한 새로운 인식	
<ul style="list-style-type: none">- 동료지원 활동비가 너무 적음- 활동에 대한 수당이 거의 없어 경제적으로 어려움	3) 활동비가 적어 어려움			<ul style="list-style-type: none">- 병을 인정하고 내 뺏으로 받아들이- 회복으로의 출구를 찾음- 자신만의 회복의 의미를 재정의 함	2) 달라진 나를 발견함 : 역량강화됨		
<ul style="list-style-type: none">- 당사자직원으로서 능력이 부족하게 여겨짐- 당사자직원의 역할에 대한 갈등	4) 역할갈등 (당사자직원)			<ul style="list-style-type: none">- 병을 인정하고 내 뺏으로 받아들이- 회복으로의 출구를 찾음- 자신만의 회복의 의미를 재정의 함	1) 자신만의 회복여정	17. 자신만의 회복 의미와 여정	
				<ul style="list-style-type: none">- 성장하고 후퇴하는 것이 반복됨- 회복은 이제 시작, 더 좋아질 것이라 기대함	2) 회복은 현재진행형		

개념	하위범주	범주	
<ul style="list-style-type: none"> - 여기서 끝이 아니라 희망이 보임 - 꿈이 생겼고 그 꿈을 달성하기 위해 노력함 - 사회의 장벽에 맞서 당사자운동 결심함 	1) 삶의 목표와 희망을 되찾음	18.	결 과 (동료 지원활동 후 회복의 과정)
<ul style="list-style-type: none"> - 비장애인들처럼 결혼하고, 자식낳고, 평범하게 살고 싶음 - 사회에 나가서 보통 사람들과 만나고 싶음 	2) 동년배의 삶을 지향함	달라 보이는 세상과 미래	
<ul style="list-style-type: none"> - 과거의 상처가 덮여져 있다가 올라와 힘이 듦 - 증상/부작용에 따라 비판적이기도 하고 희망적 이기도 함 	1) 잠겨있던 고통이 수면위로 떠오름	19.	
<ul style="list-style-type: none"> - 기관 밖의 대인관계는 아직도 힘들 것 같음 - 나이가 들어가니 미래가 막막하고 불안함 - 경제적 자립이 부담됨 	2) 홀로 살아갈 앞날이 두려움	넘어가야 할 현실의 벽	

★ 그림 1. 동료지원활동에 참여한 정신장애인의 회복과정 패러다임



1) 인과적 조건은 어떠한 현상이 발생하게 된 원인이나 조건을 설명해주는 사건이나 일들로 구성된다(Corbin and Strauss, 2008). 자료분석 결과 '동료와 함께 절망의 벽을 넘어감'이라는

현상을 가져온 원인은 '회원중심의 기관문화', '동료지원활동에 참여함'으로 나타났다.

참여자들은 현재의 기관을 이용하게 되면서 회원중심의 기관문화를 접하게 되었다. 회원중심의 기관은 회원이 함께 참여하는 방식으로 운영되어 집에서와는 다른 활기찬 하루를 보내게 되었다. 참여를 촉진하는 기관 문화에서는 회원 간의 교류가 활발해지면서 '관계'를 경험하게 되고 직원과의 관계에서도 '사람 대 사람'으로 만나 서로 격려하고 존중함을 경험하였다. 회원과 직원 간의 관계가 신뢰와 협력을 기반으로 운영되는 것이다. 이와 같이 회원중심의 기관문화는 참여자들을 능동적으로 만들고 참여자들 관계의 역동을 증진시켰다.

2) 중심현상은 참여자가 작용/상호작용 전략을 통해 조절하거나 해결하려는 중심생각이나 사건을 말하는 것으로 여기서 무엇이 진행되는가를 나타내 준다(Corbin and Strauss, 2008). 본 연구에서 중심현상은 '동료와 함께 절망의 벽을 넘어감'으로 나타났다. 하위범주는 '살아 숨 쉬는 나를 경험함', '서로 의지하며 올라감'으로 도출되었다. 참여자들은 자신과 같은 어려움에 처한 동료를 지원하는 경험에서 살아 숨 쉬는 듯 생동감을 경험하고 자신의 가치를 발견하게 된다. 이 과정에서 서비스 이용자 뿐 아니라 제공자인 연구참여자 역시 성장하는 경험을 하게 되었다.

3) 맥락적 조건은 어떠한 현상 안에 속한 속성들과 관련한 조건으로 작용/상호작용 전략을 다루고 조절하며 특정 현상에 대응하기 위해 취해지는 조건으로 차원적으로 설명될 수 있다(Corbin and Strauss, 2008). 본 연구에서는 '동료와 함께 절망의 벽을 넘어감'의 중심현상을 가져오는 맥락적 조건으로 '주체성을 박탈한 정신보건서비스', '삶이 무너져 내림', '동병상련', '병인식과 극복의지'로 나타났다. 참여자들은 정신장애 발병 후 정신보건서비스 안에서의 부정적인 경험과 삶이 무너져 내린 경험을 하였다. 정신장애인 당사자와 동료들 사이에 공유된 경험이 그들만의 동료의식과 동료지원활동의 동기를 갖게 하였다. 우리나라 정신보건 체계 안에서 정신장애인 당사자만이 경험하는 이러한 공통적인 경험이 동료지원활동을 하는 강력한 배경이 되는 것이다.

참여자들은 정신병원 치료과정에서 정신병이라는 충격과 더불어 강제입원과 비인권적이고 강제적인 치료경험, 장기입원의 트라우마를 경험하였다. 정신병원을 퇴원 후 이용한 제공자중심의 정신보건 기관에서 역시 지역사회에 또 하나의 폐쇄병동처럼 비균형적인 제공자-소비자의 관계를 경험시켰다. 정신장애인들은 이렇게 자기결정권이 박탈되고 권위주의와 강제된 정신보건서비스 안에서 주체성을 잃어 무기력감을 경험하게 되었고 궁극에는 '정신질환자'라는 병으로 지배된 자아상을 지니게 되었다.

또한 참여자들은 정신병의 발병으로 인해 혼돈을 경험하고 꿈과 희망을 강탈당하며 주위로부터 고립되면서 점점 위축되는 삶을 살게 되었다. 삶이 총체적으로 무너져 내리는 것처럼 절망적인 경험들은 정신장애를 앓은 당사자들만의 공통된 경험이다.

참여자들은 사회복귀시설에 와서 같은 병을 갖고 있는 동료들을 만나게 되었다. 같은 처지에 놓인 동료들을 보면서 그들에게 동병상련의 마음을 갖게 되었다. 동료들과 고통스러웠던 과거의 경험을 공유하면서 힘든 과정을 견디고 다시 회복을 향해 나아가게 하는 원동력이 되었다. 한편, 기관에 와서 병을 인식하게 되면서 치료의 희망을 갖게 되고 병을 극복하려고 결심하고 노력하려는 의지도 갖게 되었다.

4) 중재적 조건은 현상에 속하는 보다 광범위하고 구조적인 상황이다. 주어진 상황이나 맥락적 조건에서 취해진 작용/상호작용 전략을 촉진하거나 억제하는 방향으로 작용한다(Corbin and Strauss, 2008). 본 연구에서 '동료와 함께 절망의 벽을 넘어감'이라는 현상에서 취해진 작용/상호작용 전략을 중재하는 조건으로는 '뒤에서 든든히 버티어줌: 가족', '위에서 붙잡아줌: 신앙', '앞에서 길을 터줌: 사례관리자', '옆에서 동행해줌: 동료', '발아래 돌부리가 나타남: 동료, 직원, 기관, 자신' 등으로 분석되었다.

참여자들은 동료지원활동을 하는 과정에서 가족, 신앙, 직원, 동료와 상호작용하면서 맥락적 조건에서 취해진 작용/상호작용 전략을 촉진하거나 억제하는 방향으로 작용하게 된다. 가족은 전반적인 회복과정에서 그리고 동료지원활동 과정에서 든든히 버티어 주고 지원을 해준다. 신앙은 증상으로 지칠 때 그리고 정신병이라는 인생의 역경에서 힘들 때 붙잡아주는 강력한 존재이다. 사례관리자는 때로 동료지원활동의 방해가 되기도 하지만 그 보다는 모델링이 되어주고 동료지원활동에서 힘들 때 적절한 조력자의 역할을 해준다. 동료는 힘든 회복의 여정에서 동반자가 되어주고 서로 편안하게 자기개방을 하면서 서로 이해하고 이해받는 존재가 되었다.

이와 같은 주변의 지원이 강할수록 동료지원활동을 하면서 경험하는 중심현상이 강하게 나타난다. 반면에 기관의 지원이 적고, 직원이 간섭을 많이 하고, 동료들의 무시와 회피, 당사자 직원에 대한 역할갈등 등의 부정적인 영향이 강할수록 동료지원활동을 하면서 경험하는 중심현상을 약하게 하는 방향으로 작용한다. 이처럼 중재적 조건은 중심현상을 강하거나 약하게 중재하면서 작용/상호작용 전략을 증가시키기도 하고 감소시키기도 하는데 영향을 미치는 조건으로 작용하고 있다.

5) 작용/상호작용 전략은 어떠한 상황, 문제, 사건, 일들에 대하여 개인이나 집단이 생성한 반응들이다. 누구에 의해서 어떻게 라는 질문에 의해 제시되며 현상을 다루거나 대처하기 위해 택하는 의도적인 행동반응이다(Corbin and Strauss, 2008). 본 연구에서 작용/상호작용 전략은 '경험 속에 깨달아감', '주체적인 참여자 되기', '역할 되찾기: 가족, 기관, 사회'로 나타났다.

'경험 속에 깨달아감' 전략에서 참여자들은 동료지원활동 과정에서 경험하게 되는 다양한 상황과 어려움에 대처하고 이기고 배워나가면서 깨달음을 얻게 되었다. 이를 구체적으로 살펴보면 '이겨나감'의 전략에서는 증상으로 인해 힘들지만 미래를 위해 현재의 고통을 견디어 낸다. 그리고 자신보다 증상이 힘든 동료를 보면서 마음을

다잡아 나간다. '배워나감'의 전략을 사용하여 활동하면서 실수하는 과정에서 좌절하지 않고 배워나간다. 동료들과 힘든 점을 공유하고 해결해 나가며 적극적인 동료지원활동가가 되어간다.

'주체적인 참여자 되기' 전략에서는 동료지원활동 유형별로 대처 전략에 차이를 보였다. 동료제공서비스에서는 서비스이용자를 도움 방법을 모색해 나갔다. 자조모임은 초기 의존적인 모임에서 이후 당사자가 주도하는 자립적인 자조모임으로 운영하게 되었다.

동료파트너십에서는 주인의식을 갖고 참여하였다. 당사자 직원은 힘들기도 하지만 새로운 상황에 맞추어 나가며 사회생활을 배우고 때로는 동료들에게 서비스를 제공하는 과정에서 당사자 직원으로서의 강점을 발휘하게 되었다. 당사자직원 입장에서 역할갈등을 경험하면서 사회복귀시설의 운영방향에 대한 문제를 인식하게 되었다.

'역할 되찾기' 전략에서는 동료지원활동을 해나가면서 발병으로 인해 단절되었던 가족/기관/사회수준에서 자신의 역할을 다시 찾게 되었다. 밀려난 경계로부터 자신의 역할을 다시 수행하게 되는 것이다. '가족 안에서 역할 되찾기'에서는 가족으로부터 인정받고 자신의 위치에서 역할을 하게 되었고 병을 잊바라지 한 부모님에게 자식으로서의 책임감과 의무감을 갖게 되었다.

'직원과 동등한 관계맺기'는 정신보건서비스의 소비자로서 직원과 동등한 관계에서 협력적으로 대응해 나갔다.

'사회구성원으로 역할 찾기' 전략에서는 동료지원활동 후 성취 경험을 통해 자신감, 책임감, 업무능력 향상, 리더십이 성장되어 취업을 해서 사회의 구성원이 되고 있다. 취업을 해서 돈을 벌게 되어 자랑스럽고 부모님으로부터도 경제적인 자립을 하게 되었다.

이런 대응전략에서 나타나듯이 참여자들은 동료를 돕는 과정에서 가족, 기관, 사회에서 자신의 역할을 다시 찾아가게 되었다. 동료지원활동이 사회적 배제를 극복하고 사회통합으로 나가는 징검다리로서 역할을 하고 있는 것이다.

전략은 '동료와 함께 절망의 벽을 넘어감'의 현상을 다루거나 대처하기 위해 택한 의도적인 행동반응이다. 경험 속에 깨달아가는 정도가 강할수록 이겨나가고 배워나가는 것을 적극적으로 하게 된다. 또한 주체적인 참여자가 되려는 태도가 능동적일수록 동료지원활동의 각 영역에서 주도성을 찾아가게 되었다. 역할 되찾기 수준이 높은 경우 가족, 기관, 사회 안에서 자신의 역할을 적극적으로 찾아가는 전략을 발휘해 나간다.

6) 결과는 어떠한 현상에 대처하거나 다루기 위해 취해진 작용/상호작용 전략에 따라 중심현상이 조정되면서 최종적으로 나타난 결과물이다(Corbin and Strauss, 2008). 참여자들이 문제나 상황에 대해 어떠한 유형의 작용/상호작용을 통해 반응하면서 당면한 문제나 상황에 대해 대처하는 방법을 밝혀내는 것이다. 패러다임 모형에서 마지막으로 귀결되는 결과는 이러한 대처의 최종 산물이다.

본 연구에서 '동료와 함께 절망의 벽을 넘어감'이라는 중심현상을 다루기 위해 취해진 작용/상호작용 전략의 결과로서 '자신에 대한 새로운 인식', '자신만의 회복의미와 여정', '달라 보이는 세상과 미래', '넘어가야 할 현실의 벽' 등으로 분석되었다.

‘자신에 대한 새로운 인식’에서는 동료지원활동의 성취감이 증상을 덮어주고 경험과정에서 점진적으로 변화된 자신을 발견하게 되었다. 리더쉽, 융통성, 책임감 등의 영역에서 역량 강화된 자신을 인식하게 되었다.

‘자신만의 회복 의미와 여정’에서는 병을 수용하고 자신의 몫으로 받아들이는 진정한 수용이 일어나게 되었다. 병으로 혼돈 속에 있다가 이제 회복의 출구를 찾게 되면서 자신만의 회복의 개념을 정리하고 회복이 지속적으로 일어나는 과정임을 알게 된다. 증상 존재여부와 기능의 높고 낮음의 차원을 넘어서 자신만의 회복의 의미를 재 정의하게 되었다.

‘달라 보이는 세상과 미래’에서는 동료지원활동 후 자신의 삶이 여가서 끝이 아니라는 희망을 보게 되고, 삶의 목표를 찾고 달성하기 위해 노력하게 되었다. 참여자들이 바라는 미래의 모습은 취업해서 어른처럼 생활하고 비장애인으로 결혼하고 자식을 낳으며 평범하게 사는 삶, 즉 동년배들의 삶을 경험할 수 있기를 간절히 바라고 있다. 그러나 참여자들은 달라 보이는 세상과 미래의 이면에 있는 ‘넘어가야 할 현실의 벽’과 마주하게 된다. 홀로 감당해야 하는 현실 속에서 삶에 대한 실제적인 고민을 하게 된다. 회복과정에서 잠겨 있던 과거의 고통스러운 기억이 수면 위로 떠오르기도 하고 동년배들이 살고 있는 바깥 세상은 지향하는 곳이기도 하지만 한편으로 내닫기가 두렵기도 하다. 취업을 해야 하지만 그동안 정신장애인에게 주어진 일자리는 육체노동이 대부분이고 급여가 낮아 버티기가 힘들었기에 한편으로 취업에 대한 두려움이 남아 있다. 이처럼 참여자들은 동료지원활동에 참여한 후 자기 자신에 대해 그리고 세상과 자신의 미래에 대해 희망을 갖게 되었지만 한편으로 독립된 성인으로 살아가기 위한 실제적인 고민을 시작한다. 이것은 병의 회복과정에서 현실의 삶을 바라볼 수 있는 힘이 생겨나고 스스로 책임져야 할 몫임을 인식하면서 오게 된 결과라고 할 수 있다.

참여자들이 동료지원활동을 하면서 전략을 통해 대처한 결과에서 최종 산물인 자신에 대한 새로운 인식이 높은 경우, 달라진 나를 발견하는 정도가 강하게 된다. 자신만의 회복의 의미를 깨닫고 회복여정을 가는 것에 수용적일수록 병의 수용 정도와 회복에 대한 태도가 긍정적이게 된다. 달라 보이는 세상과 미래가 긍정적일수록 삶의

목표와 희망을 위해 적극성을 발휘하게 되며, 현실의 벽에 대한 태도가 소극적일 수록 부담감과 막막함의 정도가 크게 된다.

2. 선택코딩 : 핵심범주

동료지원활동에 참여한 정신장애인의 회복과정은 ‘강인한 생명력을 가진 담쟁이처럼 동료와 함께 절망의 벽을 넘어 세상을 향해 나아가감’으로 도출되었다.

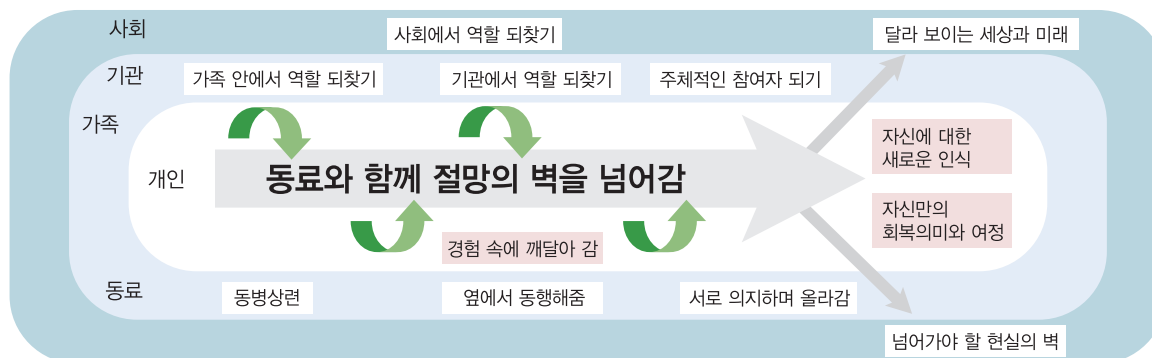
참여자들이 동료지원활동을 하는 과정에서 경험하는 중심현상은 ‘동료와 함께 절망의 벽을 넘어감’이다. 이런 중심현상은 정신병으로 인하여 삶이 무너지는 경험을 하다가 동료지원활동을 시작하였다. 동료를 돕는 새로운 역할을 통해 자신이 ‘살아 숨 쉬는’을 느끼게 된다. 동료와 함께 성장하면서 절망의 벽 너머의 세상을 향해 나아가면서 자신의 삶의 여정을 이어가는 것이다.

3. 상황모형

상황모형은 어떠한 현상이 일어나는 상황과 그 상황의 다양한 조건들이 상호작용하여 나타난 결과를 설명하는 최종단계로 모형은 통해 이해하는 과정이다(Corbin and Strauss, 2008). 그림모형의 활용은 서로의 연결성을 한눈에 조망할 수 있어 주어진 현상과 많은 상황간의 관계를 명확하게 볼 수 있다. 상황모형은 개인, 가족, 기관, 사회의 다층으로 상황을 연결시켜 현상을 둘러싼 주변 체계와의 역동적 관계를 보여줌으로써 상황이 발생하는 경로와 결과로 귀결되는 과정에 대한 이해를 촉진시킨다.

본 연구에서 ‘동료와 함께 절망의 벽을 넘어감’의 상황모형은 〈그림 2〉와 같다. 동료지원활동에 참여한 정신장애인의 회복과정에 대해 참여과정에서부터 회복으로 나아가는 과정까지 개인수준, 가족/기관/동료수준, 사회수준에 따른 조건, 작용/상호작용 전략, 결과 간의 관계를 보다 설득력 있게 제시해 준다. ‘동료와 함께 절망의 벽을 넘어감’이라는 현상에 영향을 미치는 범주들이 따로 분리된 것이 아니라 현상을 중심으로 연결되었으며 개인, 가족, 기관, 사회의 수준에서 서로 역동적인 영향을 주고받는다.

★ 그림 2. 동료와 함께 절망의 벽을 넘어감 상황모형



V. 고찰

1. 논의

첫째, 본 연구에서 정신장애인들이 동료지원활동에 참여하게 된 배경은 '기관 문화'와 '관계'가 중요한 요인으로 밝혀졌다. 회원중심의 기관문화에서는 동료지원활동의 기회가 마련되고 당사자의 주체적인 참여를 촉진시키는 것을 볼 수 있었다. 이것은 당사자운동이 미약한 우리나라에서 동료지원활동의 배경으로서 정신보건기관의 역할이 중요함을 보여주는 것이다.

둘째, 본 연구결과에서 동료지원활동에 참여한 정신장애인의 중심 경험은 새로운 역할을 통해 자신의 가치를 재발견하고 동료와 함께 성장하는 것이다. 이러한 측면은 회복과정이 동료와의 관계맺기와 역할수행 경험을 통해서 더욱 촉진된다는 점에서 동료지원활동에 참여 경험이 없는 정신장애인의 회복과정과 차별성을 가진다.

셋째, 참여자들은 동료지원활동에 참여하면서 가족, 여성, 사례관리자, 동료로부터 영향을 주고받음을 확인할 수 있었다. 특히 가족은 정서적 측면, 실제적 돌봄제공자 측면에서 역할이 크다. 이것은 정신보건서비스 환경 안에서 가족의 돌봄 역할을 대체해 줄 지원체계가 빈약하여(국가인권위원회, 2008) 가족은 정신장애인의 돌봄을 전적으로 담당하고 있다(서미경, 2006). 이러한 가족의 돌봄 부담을 완화하기 위해서는 가족에게도 지지집단이 중요하며(박향경, 2012) 주거의 마련, 경제적 부담 완화, 직업재활지원 등 적절한 서비스와 정책이 마련되어야 함을 보여주는 것이다. 회복과정에서 영향 요인 중 사례관리자와 관련해서는, 사례관리자들이 참여자들을 인정하고, 믿고 기다려주는 과정에서 자신의 존재감을 확인받고, 그 다음 단계로 나갈 힘을 얻게 되었다.

넷째, 본 연구에서 동료지원활동에 참여한 정신장애인의 회복과정은 주변 환경과 상호작용을 하면서 배우고 성장해 나가는 '과정으로서의 회복'이다. 즉, 동료지원활동과정에서 얼마나 배우고 성장하고 주체적인 대응을 하는가에 따라 결과가 달라지는 것이다. 이러한 전략을 발휘 할 수 있게 된 배경엔 동료지원활동을 하면서 자기결정과 자율성을 경험하게 되고 이것은 자기효능감과 자기통제감에 긍정적으로 작용한 것이다.

VI. 결론

본 연구결과를 기반으로 정신보건 실천 방향에 대한 결론은 다음과 같다.

1. 회복지향의 정신보건 서비스 운영

본 연구에서 소비자중심으로 운영되는 기관에서 동료지원활동에 참여한 정신장애인은 동질감과 유대감을 기반으로 함께 성장해 나감을 볼 수 있다. 그러므로 동료지원활동이 활성화되기 위해서는 정신보건기관의 역할이 중요하다. 정신보건기관이 회복지향의 정신보건서비스로 운영되기 위해서는 '기관 문화'와 '관계'의 변화가 요구된다.

기관문화는 당사자의 주체적인 참여를 촉진시키고 동료지원활동이 촉진되도록 운영되어야 한다. 당사자활동가를 배출하기 위해 동료들 간의 교류를 촉진하는 방식으로 운영되고, 동료지원활동가가 후속 활동가를 배출하는 견인차 역할을 할 수 있도록 지원해야 한다. 동료지원가가 회복모델에 대한 교육을 다른 동료를 대상으로 실시하는 것은 소비자관점의 회복에 대한 이해를 확장시킬 수 있고 회복의 실천전략을 주체적으로 마련할 수 있게 할 것이다.

2. 회복촉진자로서 사례관리자의 역할하기

김연희와 하경희(2005)의 연구에서 사회복귀시설에 참여한 이용자들은 사회복귀사와의 관계 자체를 서비스의 주요 요소로 경험하는 것을 볼 때, 사례관리자와의 실천관계가 중요함을 볼 수 있다. 본 연구결과에서도 사례관리자들의 태도는 정신장애인의 회복에 중요한 영향을 미치고 있음이 밝혀졌다. 회복과정에서 영향 요인 중 사례관리자와 관련해서는, 사례관리자들이 참여자들을 인정하고, 믿고 기다려주는 과정에서 자신의 존재감을 확인받고, 그 다음 단계로 나갈 힘을 얻게 되었다. 직원과의 관계에 대해 긍정적으로 인식할수록 회복에 긍정적이라는 김미영(2011)의 연구와 같은 맥락이다.

한편, 참여자들의 경험에서 사회복귀시설은 동료지원활동에 긍정적 역할도 하였지만 동료지원활동을 하기에 적합한 토양이 되지 못함을 보여주고 있다. 참여자들이 동료지원활동을 수행하는 과정에서 기관의 직원들이 간섭하고, 행정업무를 강요하며, 프로그램 중심으로 운영하면서 활동에 방해가 되고 있다. 직원의 잦은 이직 역시 동료지원활동의 방해요인으로 작용하고 있다. 그러므로 직원은 동료지원활동가를 믿고 성장하도록 기다려주는 적절한 조력자 역할이 요구된다.

3. 동료지원활동가에 대한 지원

당사자직원의 역할갈등은 동료지원활동에 걸림돌이 되고 있음을 볼 수 있다. 당사자직원의 경우 직장 안에서 자신의 역할, 위치, 업

무, 직원과 동료 회원과의 관계에서 혼란을 경험하였고, 이로 인해 낮은 근무 만족도와 자신감을 느끼고 있는 상태였다. 이러한 배경에는 우리나라 정신보건실현 현장에서 당사자직원이 근무하기 시작한 것이 아직 시작 단계라 일반직원이 당사자직원과 동료로서 파트너십을 형성한 경험이 없는 것이 원인이라 할 수 있다. 한편으로 일반 직원들의 내면에 전문가주의가 자리 잡고 있는 것이 원인일 수도 있다.

이러한 문제와 관련하여 Campbell(2003)은 동료지원활동의 장점과 아울러 운영에서 고려할 점을 제시하였다. 동료지원가가 활동하는 것의 장점은 정신건강서비스의 제한된 자원을 보충할 수 있고 서비스전달체계의 능력이 확장될 수 있어 정신장애인의 회복 향상에 비용효과적인 방법이라 보고되고 있다. 그러나 동료지원활동이 공공정신건강 시스템에 대한 성과 향상에 기여할 수 있으나 정신장애인들간의 관계로 인해 주류화 도달에 실패하거나, 종종 동료에 의해 전달되는 서비스가 비효과적으로 나타나기도 하였다. 그러므로 당사자직원이 근무를 시작할 때 역할혼란 기간을 단축하고 효율적인 서비스 전달자 역할을 하기 위해 명확한 업무부담, 초기 업무 적응 과정에서 배려와 지원, 직장 동료와의 유대감 강화, 서비스 질에 대한 모니터링과 수퍼비전이 필요함을 강조하고 있다.

동료지원에서는 회피하고 참여자들을 무시하며 도움을 거절하는 문제가 있었다. 이런 문제점을 해결하기 위한 방법에 대해 참여자들은 문제가 있는 회원들이 한 번에 변화되기는 어려우므로 참여자들이 점진적으로 다른 회원들에게 모델링이 되어주고 기다리며 참여를 유도하는 과정이 동료지원활동 초기에 필요하다고 제안하였다. 이와 같이 당사자직원이 근무하면서 경험하는 어려움에 대해 적절한 지원과 중재를 통해 그들이 근무를 안정적으로 해나가도록 지원이 필요하다.

4. 가족에 대한 새로운 접근 방식

우리나라 정신보건 환경의 맥락 안에서 가족을 이해하고 사회복지시설에서 가족에 대한 접근 방식도 달라져야 함을 보여주고 있다. 참여자들은 기관과 사례관리자는 친절하지만 자신의 인생을 끝까지 책임져주지 않는다고 말한다. 본인들이 의지할 곳은 가족뿐이라고 말한다. 우리나라에서 가족의 돌봄부담이 큰 것(서미경, 2008)에는 정신보건서비스 환경이라는 사회적 상황과 무관하지 않다. 정신보건서비스 환경 안에서 가족의 돌봄역할을 대체해 줄 지원체계가 빈약하여 가족은 정신장애인의 돌봄을 전적으로 담당하고 있다. 그러므로 사회복지시설을 비롯한 정신보건서비스 제공 기관에서 가족에 대한 접근이 질병에 대한 교육, 의사소통교육 등 가족을 돌봄 제공자에 초점을 둔 접근에서 탈피해 가족에 대한 심리적인 지원을 할 수 있는 방향으로 변화가 필요하다(박향경, 2012). 초기 발병단계에서 가족에 대한 심리적 지원과 적절한 정보제공 및 서비

스 연결을 목적으로 서울시정신건강증진센터에서 운영하는 정신건강 상담전화¹¹⁾와 초기정신증환자 초기개입프로그램 'STEP'은 정신병 초기에 혼돈을 경험하는 가족에게 필요한 지원의 사례가 될 수 있다(서울시정신보건센터, 2011). 지역사회에 거주하는 정신장애인의 생존권을 보장해 주기 위해서는 주거, 경제적, 심리적 부담을 지원해 줄 자원, 서비스, 정책이 마련되어야(정신장애인지역사회 생존권연대, 2013) 가족이 온전히 돌봄부담을 감당하지 않도록 해야 한다.

VII. 참고문헌

- 구스노끼 도시오(1991). 장애우 해방운동의 원칙.《함께 걸음》. 통권 36호(7월호). 51-53.
- 국가인권위원회(2008). 정신장애인 인권실태조사 결과발표 및 토론회 자료집. (2008년 12월 17일 토론회실시)
- 국가인권위원회(2009). 정신장애인 인권보호와 증진을 위한 국가 보고서.
- 김규수(2009). 정신장애인에 대한 정신보건 정책현황에 따른 사회복지시설 대응전략 한국사회복지시설협회 춘계세미나 자료집, 5-35.
- 김도윤(2011). 지역사회정신보건프로그램 환경이 정신장애인의 회복에 미치는 영향: 자기효능감의 매개효과를 중심으로, 한남대학교 대학원 사회복지학과 박사학위논문.
- 김미영(2011). 정신장애인의 회복모형 연구, 이화여자대학교 사회복지전문대학원 박사학위청구논문
- 김상호(1994). 한국사회복지운동에 관한 정치사회학적 고찰: 그람시적 시각에서, 경북대학교대학원 석사학위 논문.
- 김연희 · 하경희(2005). 사회복지시설 서비스 이용자의 참여경험에 관한 현상학적 연구. 《정신보건과 사회사업》. 19; 92-124.
- 김지영(2003). 정신분열병 환자의 회복경험: '삶의 재구성' 과정, 이화여자대학교 박사학위논문.
- 박용선(2012). 정신장애인 자립생활의 마중물: 동료지원활동, 정신장애인 동료지원서비스 개발과 확대를 위한 사회복지시설 연대활동, 상반기 워크숍 자료집.
- 박향경(2012). 정신장애인 어머니가 경험한 가족생활 내러티브 탐구, 이화여자대학교 사회복지전문대학원, 박사학위 청구논문.
- 서미경(2006). 성인정신장애인의 평생계획 모형: 뉴질랜드 정신보건서비스를 중심으로, 한국사회복지학, 58(2): 33-56.
- 서미경(2008). 《정신장애와 가족》. 아산재단 연구총서. 241집. 집문당.
- 서수경 · 김윤 · 박종익 · 이명수 · 장홍석 · 이선영 · 이진석(2009).

11 _ 서울시정신건강증진센터에서는 1577-0199 정신건강 핫라인을 운영 중이다.

- 우리나라 정신질환자의 의료이용 현황과 장기입원 관련 요인. *예방의학회지*. 42(6): 416-423.
- 서울시정신보건사업지원단(2011). 정신장애인 대상 실태조사.
- 서울시정신보건사업지원단(2013). 서울시정신보건관계자 역량강화를 위한 워크샵 발표자료.
- 서울시정신보건센터(2011). 회복을 향해 한걸음 더. 초발정신질환자를 위한 사례관리매뉴얼.
- 송경옥(2007). 한국사회복지시설의 정신장애인 회복패러다임의 한국적 적용의 실제, 한국사회복지시설협회 추계세미나 자료집. 21-69.
- 송경옥(2010). 사회복지시설프로그램의 정신장애인의 self-stigma 완화효과에 관한 탐색적 사례 연구. *한울지역정신건강센터의 동료방문서비스 프로그램 동행을 중심으로*. 한국정신보건사회복지학회 춘계학술대회 자료집. 103-119.
- 심경순(2005). 취업한 정신장애인의 자조집단에 대한 현상학적 연구. *질적연구*. 6(2): 35-49.
- 아름다운세상(2013). 강점기반실천 연대기관 워크숍 자료집.
- 양옥경(2006). 정신보건과 사회복지. 나남출판.
- 양옥경 · 이기연 · 이은정 · 박향경(2010). 서울시 사회복지서비스 정책개선방안 연구. 서울특별시.
- 이규명(2010). 클럽하우스를 이용하는 정신장애인의 회복과정에 대한 질적연구. 대구대학교 사회복지학과 석사학위 청구논문.
- 이동석(2003). Priestly의 장애 이론 유형에 따른 한국 장애인 제도 및 운동의 변천에 관한 연구. 성공회대학교 사회개발대학원 석사학위 논문.
- 이미경(2011). 자조집단에 참여하는 정신장애인의 회복경험. 한국정신보건사회복지학회 춘계학술대회 자료집. 165-213.
- 이용표 · 강상경 · 김이영(2006). 정신보건의 이해와 실천패러다임. 한국사회복지시설협회 편. EM커뮤니티.
- 이유상 · 권준수(2011) 조현병, 정신분열병의 새로운 명칭 탄생. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, (50): 16-19.
- 정신장애인지역사회생존권연대(2013). 정신장애인 탈원화와 지역사회생존권보장을 위한 토론회 자료집. (토론회 2013. 10. 2.)
- 정영철 · 조광현 · 박태원(2006). 정신분열병의 치료 반응, 관해 및 회복. *대한정신약물학회지*. 17(1): 5-12.
- 중앙정신보건사업지원단(2013). 중앙정신보건사업지원단 사업보고서.
- 최성남(2012). 사회복지시설 연대활동 발전과정 및 의의, 동행성과 보고서자료집, 한울지역정신건강센터 발간.
- 태화샘솟는 집(2012). 아시아클럽하우스 컨퍼런스 자료집.
- 하경희(2007). 지역사회 정신보건서비스를 이용하는 정신장애인이 인식한 임파워먼트 실천의 효과에 관한 연구. 서울대학교 박사학위논문.
- 하경희(2012). 정신장애인의 동료지원활동에 관한 연구, *《정신보건과 사회사업》*. 40(3): 175-201,
- 한울지역정신건강센터(2012). 정신장애인 동료지원서비스 개발과 확대를 위한 사회복지시설 연대활동. 동행 상반기 워크샵 자료집.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R. and Farkas, M.(1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston : Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A.(1993). "Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s". *Psycho social Rehabilitation Journal*. 16(4): 11-23.
- Carpenter, J.(2002). " Mental Health Recovery Paradigm:Implications for Social Work". *Health and Social Work*. 27(2): 86-94.
- Campbell, J., and Leaver, J.(2003). "Emerging new practices in organized peer support".NTAC's National Experts Meeting on Emerging New Practices in Organized Peer Support, Alexandria, VA, Retrieved from <http://www.consumerstar.org/pubs/Emerging New Practices in Organized Peer Support.pdf>, March.
- Chamberlain J.(1990). "The Ex-Patients' Movement: where we've been and where we're going". *J Mind Behav*. 11: 323?336.
- Corbin, J., and Strauss. A.(2008). *Basics of Qualitative Research*, New Deli: 3e SAGE Publication.
- Davidson, L., Chinman, M. L., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D. A. and Kraemer Tebes, J.(1999). "Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence". *Clinical Psychology:Science and Practice*. 6(2):165-187.
- Davidson, L., Chyrell Bellamy, Kimberly Guy, Rebecca Miller (2012). "MENTAL HEALTH POLICY PAPER-Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience". *World Psychiatry*. 11:123-128.
- Deegan, P.E.(1988). "Recovery: The lived experience of rehabilitation". *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 11(4): 12-19.
- Deegan, P.E.(1995). "Recovery as a journey of the heart". *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 19(3): 91-97.
- Emsley R., Oosthuizen P.(2003). "The new and evolving pharmacotherapy of schizophrenia". *Psychiatric Clin North Am*; 26: 141-163.
- Fisher, D. B., and Ahern, L.(1999). *People can recover*

- from mental illness, National Empowerment Center Newsletter. Spring.
- Frese F. J., and Davis, W. W.(1997). "The consumer-survivor movement recovery and consumer professionals". Professional Psychology' Research and Practice 28: 243-245.
- Gartner, A., Riessman, F.(1982). "Self-help and mental health". Hospital & Community Psychiatry. 33: 631-635.
- Goldstrom, I., Campbell, J., Rogers, J., et al.(2005). "National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services", Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res. 33: 92-103.
- Guba Egon G. and Lincoln, Yvonna S.(1989). Fourth Generation Evaluation, Newbury Park, CA: Sage Publications. 233-243.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S, Brier, A.(1987). "The Vermont Longitudinal Study of Persons with Severe Mental Illness II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia". American Journal of Psychiatry. 144 (6): 727-735.
- Harrow M., Jobe T., H.(2005). "Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review". Can J Psychiatry. 50:892-900.
- Liberman, R. P., Koperlowicz, A., Ventura, J., and Gutkind, D.(2002). "Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia", International Review of Psychiatry. 14:256-272.
- Mead, S., and Copeland, M. E.(2000). "What recovery means to us: consumer's perspectives". Community Mental Health Journal. (36): 315-328.
- Moran Galia S., Zlatka Russinova, Vasudha Gidugu, Jung Yeon Yim, and Catherine Sprague(2012). "Benefits and Mechanisms of Recovery Among Peer Providers With Psychiatric Illnesses", Qualitative Health Research. 22(3):304-319
- Nelson, G., Lord, J., and Ochocka, J.(2001). "Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumer=survivors". Journal of Community and Applied Social Psychology. 11: 125-142.
- Pratt, W. C., Gill, J. K., Barrett, M. N. and Roberts, M. M.(2007). Psychiatric Rehabilitation, 2/E, Elsevier academic press.
- Prescott, L.(2001). Defining the Role of Consumer-Survivors in trauma-Informed Systems. In M. Harris and R.D. Fallot (eds.) Using Trauma Theory to Design Service Systems. no 89. San Francisco: Jossey-Bass. 83-89.
- Spaniol, L., Koehler, M., and Hutchinson, D.(1994). Leader's guide: The recovery workbook, Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation (김현수 역(2005). 정신장애로부터 어떻게 회복할 것인가. 하나의학사).
- Solomon, P.(2004). "Peer support/peer provided services underlying processes, benefits and critical ingredients", Psychiatric Rehabilitation Journal. 27(4): 392-401.
- Solomon P., Draine J.(2001). "The state of knowledge of the effectiveness of consumer provided services". Psychiatric Rehabilitation Journal. 25: 20-27.
- Stroul, B. (1993). Rehabilitation in community support systems, In R. Flexer & P. Solomon (Eds.), Psychiatric Rehabilitation in Practice. Andover Medical Publishers, Boston.
- Sullivan, W. P.(1994). "A long and winding road: The process of recovery from severe mental illness." Innovations and Research: In Clinical Services, Community Support, and Rehabilitation. 3(3):19-27.
- Yanos, P. T., L. H. Primavera, and E. L. Knight(2001). "Consumer-run service participation, recovery of social functioning and medicating role of psychological factors". Psychiatric Services. 52:493-500.