

# 조기정신증 대상자를 위한 지역사회 기반 사례관리 경험: Social Treatment for Early Psychosis 프로그램을 중심으로

신소연<sup>1</sup> · 최희승<sup>2</sup>

서울대학교 간호대학 박사수료<sup>1</sup>, 서울대학교 간호대학 · 간호과학연구소 교수<sup>2</sup>

## Experiences of Community-based Case Management for Early Psychosis: Focusing on Social Treatment for Early Psychosis (STEP) Program

Shin, Soyoun<sup>1</sup> · Choi, Heeseung<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ph.D. Candidate, College of Nursing, Seoul National University, Seoul

<sup>2</sup>Professor, College of Nursing · The Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul, Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to explore the experience of case management for early psychosis and identify factors influencing care management. **Methods:** We conducted in-depth interviews with 10 mental health professionals who implemented the Social Treatment for Early Psychosis (STEP) program. The collected data were analyzed using qualitative content analysis. **Results:** The findings consisted of 4 categories and 15 subcategories. Case management should develop expertise considering the desires of young adults, and grew as experts by promoting family cooperation and coping with mental crises. Administrator's support and peer support programs had a positive impact, while the absence of collaborative systems with psychiatric institution were identified as limitations in the operating system of the basic center. Consulting and monitoring of the metropolitan center provided a foundation for case management at the basic center, while the government's support policy is needed to improve of working environment and set up the youth-friendly early intervention system. **Conclusion:** The results suggest that case management for early psychosis requires multilateral and cooperative efforts by strengthening the capabilities of case managers, establishing an integrated case management network of basic and metropolitan centers, and expanding the government's human and physical infrastructure.

**Key Words:** Case management; Community mental health services; Early psychosis; Qualitative research

### 서 론

#### 1. 연구의 필요성

정신병적 장애는 재발과 악화를 자주 거듭하는 만성적인 질

병으로, 대상자와 가족의 삶에 고통을 주고 사회적인 손실을 야기한다. 이와 같은 만성화를 예방하기 위해 정신증(psychosis)의 전구기(prodromal period) 단계에서 급성기로의 진행을 예방하는 조기 개입에 관심이 높아져 왔다. '조기정신증(early psychosis)'이라는 용어는 1990년대 초반부터 대두되기 시작

**주요어:** 조기정신증, 사례관리, 지역사회정신건강서비스, 질적연구

**Corresponding author: Choi, Heeseung** <https://orcid.org/0000-0002-2649-4972>

College of Nursing, Seoul National University, 103 Daehak-ro, Jongro-gu, Seoul 13080, Korea.

Tel: +82-2-740-8852, Fax: +82-2-740-8852, E-mail: hchoi20@snu.ac.kr

- This article is a revision of the first author's master's thesis from Seoul National University.

- This research was supported by the BK21 four project (Center for Human-Caring Nurse Leaders for the Future) funded by the Ministry of Education (MOE, Korea) and National Research Foundation of Korea (NRF).

Received: Apr 12, 2021 | Revised: May 25, 2021 | Accepted: Jun 15, 2021

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

하였는데[1], 이는 뚜렷한 정신병적 증상이 나타나기 전인 전 구기를 포함하여 정신병적 증상의 발현 후 최대 5년 이내 기간을 의미한다[2].

생애 처음으로 정신병적 증상이 발현한 초발정신증(first-episode psychosis) 이후 첫 5년 이내의 기간은 높은 취약성을 가지면서 동시에 최대의 회복이 가능한 결정적 시기이다[3]. 또한 정신병적 증상의 발현 이후 첫 치료를 받기까지의 기간을 의미하는 미치료 기간이 짧을수록 초발정신증의 예후에 긍정적인 영향을 준다[4]. 반면, 초발정신증 발병 이후 첫 3년 내에 치료가 이루어지지 않으면 재발이 반복되고 장기적인 치료저항이 일어난다[5]. 이와 같이 결정적 시기의 중요성이 보고되면서 전 세계적으로 정신증의 조기중재 프로그램 개발에 관심이 집중되고 있다. 특히 정신증 예방 프로그램에 대한 메타분석 결과, 인지행동치료는 정신증의 발병을 초기에 예방하는데 효과적인 것으로 나타났다[6].

국내에서는 2009년 서울시 정신건강복지센터에서 STEP (Social Treatment for Early Psychosis Program) 프로그램이 개발되었는데, 이는 조기정신증에 특화된 인지행동치료 매뉴얼을 통해 전문적이고 구조화된 사례관리 프로그램을 제공하는데 목적을 두고 있다[7]. STEP 프로그램은 3단계의 프로그램을 제공한다[7]. 먼저 One STEP은 입원중인 초발정신질환자를 대상으로 지역사회 사례관리자가 방문하여 지역사회 서비스를 연결하는 프로그램이다. 다음 단계인 Two STEP은 지역사회 기반의 인지행동치료 프로그램으로 조기정신증의 이해, 개별 인지상담, 집단 프로그램 등을 다루는 사례관리 매뉴얼을 제공한다. 마지막으로 Three STEP은 평가 후 서비스를 종결하거나 타 기관에 연계하는 과정이다.

조기정신증에 대한 국내 선행연구를 살펴보면, 초반에는 조기정신증 시스템 및 프로그램 개발에 대한 연구가 주로 이루어졌고[2,7], 최근 들어 조기정신증 대상자의 예방과 회복을 위한 중재 프로그램의 유의미한 효과가 보고되었다[8,9]. 하지만 조기정신증에 대한 국내 연구는 아직 미흡하며, 조기정신증 대상자를 위한 사례관리 현장과 증거기반 프로그램에 대한 이해가 부족하다.

최근 발표된 제5차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2030, 2021~2030)은 정신증의 만성화를 예방하기 위한 지역사회 중심의 조기발견체계 구축과 초발정신질환자의 치료 지원을 강조하였다[10]. 또한 2021년 정신건강사업 안내에서 보건복지부는 기초형 정신건강복지센터의 주요사업으로 초발정신질환자에 특화된 사례관리 서비스와 프로그램의 운영을 제시하였다[11]. 조기정신증에 특화된 사례관리 프로그램의 개발에도

불구하고 국내 정신건강복지센터의 정신건강사업은 여전히 만성정신질환자에 중점을 두고 있으며, 조기정신증 사례관리 프로그램은 일부 자치구에서 제한적으로 진행되고 있다[12].

STEP 프로그램이 정착되기 위해서는 지역사회 실무 현장을 이해하고 사례관리에 영향을 주는 요인들을 통합적인 관점으로 살펴보는 것이 필요하다. 이에 본 연구는 질적 내용분석방법으로 STEP 프로그램을 적용하는 사례관리자의 경험을 탐색하여, 조기정신증 사례관리에 영향을 주는 요인들을 살펴보고 사례관리 활성화 방안을 모색하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 지역사회에서 조기정신증에 특화된 STEP 프로그램을 적용하는 사례관리자의 경험을 탐색하여, 조기정신증 사례관리에 영향을 주는 요인을 살펴보는 것이다. 이를 위한 주요 연구 질문은 “조기정신증 사례관리를 하면서 어떠한 경험을 하셨나요?”이다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 조기정신증 사례관리 경험에 대한 통합적인 요약을 직접적으로 서술하기 위한 질적서술연구(qualitative descriptive design)이다[13]. 내용분석(content analysis) 방법은 조기정신증 사례관리 경험을 체계적으로 범주화하여 객관적으로 서술하기 위해 채택하게 되었다[14].

### 2. 자료수집 및 윤리적 고려

자료수집은 연구자가 속한 기관의 생명윤리위원회의 심의를 통과한 후 2016년 7월부터 2016년 10월까지 진행되었다. 연구참여자 모집 방법은 의도적 표집과 눈덩이 표집방식에 의해 이루어졌다. 서울시 정신건강복지센터(이하 광역센터) 담당자에게 기초형 정신건강복지센터(이하 기초센터)의 조기정신증 사례관리자를 소개받거나 참여자 모집공고문을 통해 연구참여자를 모집하였다.

연구자는 연구참여자들과 개별 심층면담을 통해 자료를 수집하였다. 자료수집에 앞서 연구목적과 녹음 진행과정을 설명한 후, 자발적으로 참여를 희망하는 연구참여자를 선정하였다. 연구자는 연구참여자의 익명성과 비밀이 보장되고 언제든지 참

여를 철회할 수 있음을 사전에 설명하고 서면동의서에 서명을 받았다. 면담기록지는 부호화하여 입력하였고, 수집된 자료는 잠금 장치가 있는 서랍장과 컴퓨터 파일에 보관하였다. 면담 횟수는 1회였으며, 면담시간은 40~100분 정도 소요되었다. 면담 장소는 센터 사무실이나 연구참여자가 원하는 조용한 장소에서 이루어졌다. 면담분위기는 현장 노트에 기록되었고 자료가 포화되었을 때 면담을 종료하였다.

심층면담은 정신건강복지센터와 정신의료기관에서 수년간 근무한 정신건강간호사 1인에 의해 진행되었다. 연구자는 조기정신증 사례관리와 관련된 교육을 비롯하여 다수의 질적연구 세미나에 참석하였으며, 대학원 과정에서 질적연구방법론을 수강하였다. 면담 질문은 “조기정신증 사례관리를 하면서 어떠한 경험을 하셨나요?”의 광범위한 주요질문으로 시작하여, “조기정신증 사례관리에 도움을 주었던 경험은 무엇이었나요?”, “조기정신증 사례관리를 하면서 어려웠던 경험은 무엇이었나요?”, “기초센터와 광역센터가 어떠한 방식으로 조기정신증 사례관리 프로그램을 운영하면 좋을까요?” 등의 세부 질문으로 구체화되었다.

### 3. 연구참여자

연구참여자 선정기준은 서울시 광역센터나 기초센터에서 1년 이상 조기정신증 사례관리를 하면서 STEP 프로그램을 진행한 경험이 있는 정신건강전문요원이다. 서울시 25개구 기초센터는 조기정신증 사례관리를 위한 전담인력이 없는 상황이어서 연구참여자 선정에 한계가 있었다.

### 4. 자료분석

본 연구의 필수된 자료는 내용분석 방법으로 분석하였다[14]. 먼저 필사한 진술문을 반복적으로 읽으면서 주요 질문과 관련된 의미 단위(meaning unit)에 밑줄을 그었다. 본 연구에서 의미 단위는 표면적 내용분석과 잠재적 내용 분석을 모두 고려한 구문 또는 문장으로 보았다. 의미 단위들이 본래의 의미를 벗어나지 않도록 재진술하고 유사한 내용을 통합하는 과정을 반복하면서 이를 코드로 명명하였다. 유사한 코드를 통합하는 과정을 통해 1차 범주를 도출하였고, 1차 범주를 바탕으로 코드를 재검토하면서 의미상 혼란을 주는 표현을 삭제하고 세분화하여 새로운 범주를 제안하였다. 1차 범주에는 사례관리자 요인, 대상자 요인, 구조적 요인, 네트워크 요인이 선정되었는데, 재검토하면서 대상자 요인이 사례관리자의 관점으로 통합

되었고 네트워크 요인에서 정부의 지원 정책이 새로운 범주로 재정립되었다. 수정된 2차 범주에서 추상화 과정을 거쳐 최종적으로 4개의 범주가 도출되었고, 그에 따른 하위 범주가 분류되었다.

### 5. 연구의 질 확보

본 연구는 질 확보를 위해 신뢰성(credibility), 감사가능성(auditability), 적합성(fittingness), 확인가능성(conformability)의 기준을 고려하였다[15]. 첫째, 신뢰성 확보를 위해 개방형 질문으로 면담을 시작하였고, 분석 내용이 연구참여자의 의도와 일치하는지 연구참여자 검토(member check)를 실시하였다. 또한 정신간호학전공 교수 1인과 함께 질적자료를 분석하였으며, 최종 범주를 도출하는 과정에서 서로의 의견이 일치될 때까지 지속적으로 자료를 검토하고 수정하는 작업을 진행하였다. 둘째, 연구 절차에 따라 다른 연구자도 동일한 결과에 도달할 수 있도록 하는 감사가능성을 확립하고자, 자료수집방법과 자료분석 절차에 대해 자세하게 기술하였다. 셋째, 적합성이란 연구결과를 다른 상황에서도 적용할 수 있는가를 나타내며, 본 연구에서는 연구참여자의 일반적인 특성과 현상에 대한 다양한 의견을 심층적으로 기술함으로써 적합성을 높이고자 하였다. 마지막으로 중립적인 결과를 위한 확인가능성을 높이기 위해서 면담 도중 불분명한 내용은 바로 질문하여 의미를 확인하였고 연구자의 선입견을 최소화하고자 하였다.

## 연구 결과

본 연구참여자는 총 10명이며, 3명의 정신건강간호사와 7명의 정신건강사회복지사로 구성되었다. 이 중 8명의 근무지는 서울시 기초센터였고 나머지 2명은 서울시 광역센터였으며, 조기정신증 사례관리 경력은 5년 3개월부터 1년까지 다양했다(Table 1). 본 연구결과, 지역사회기반 조기정신증 사례관리에 영향을 주는 요인으로 ‘사례관리자의 역량’, ‘기초센터의 운영 체계’, ‘광역센터의 컨설팅과 모니터링’, ‘정부의 지원 정책’ 등 4개의 범주에서 15개의 하위 범주가 도출되었다(Table 2).

#### 범주 1. 사례관리자의 역량

첫번째 범주는 사례관리자의 역량으로 도출되었으며, 사례관리자가 사례관리를 경험하는 시간적 흐름에 따라 7개의 하

**Table 1.** General Characteristics of Participants

(N=10)

ID	Sex	Age (year)	Career of case management (year)	Position
1	Female	36	4.3	Mental health social worker
2	Female	24	2.7	Mental health nurse
3	Female	33	5.3	Mental health nurse
4	Female	34	3.8	Mental health social worker
5	Female	29	4.2	Mental health social worker
6	Female	27	1.7	Mental health social worker
7	Female	31	1.0	Mental health social worker
8	Male	30	1.0	Mental health social worker
9	Female	27	2.2	Mental health nurse
10	Female	24	1.3	Mental health social worker

**Table 2.** Experiences of Community-based Case Management for Early Psychosis

Categories	Subcategories
The case manager's capacity	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Increasing awareness of the importance of early intervention</li> <li>· Recognizing the need to strengthen professional capabilities</li> <li>· Building rapport through a client-centered approach</li> <li>· Providing case management considering clients' needs and functional levels</li> <li>· Seeking ways to improve parental awareness and cooperate</li> <li>· Coping with a psychiatric crisis that cannot be vigilant</li> <li>· Experiencing the rewards and growth from clients' noticeable changes</li> </ul>
The basic center's operating system	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Establishing the project's foundation with administrator's interest and support</li> <li>· Providing recovery-oriented peer support programs</li> <li>· The need for continuity and systematicity of specialized programs</li> <li>· The lack of a medical collaboration system for continuity of care</li> </ul>
The metropolitan center's consulting and monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Developing content and providing professional training for practitioners</li> <li>· Establishing a foundation for case management at local centers</li> </ul>
The government's support policy	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Improving poor job environment for case managers</li> <li>· Establishing a youth-friendly early intervention system</li> </ul>

위주제를 추출하였다. 연구참여자들은 조기정신증 대상자를 만나면서 조기 개입의 중요성을 실감하였고, 인지행동치료 프로그램을 적용하기 위해 전문적 역량을 강화해야 하는 필요성을 인지하게 되었다. 연구참여자들은 대상자 중심의 접근을 통해 신뢰관계를 형성하였고, 대상자의 차별화된 욕구와 다양한 기능 수준에 따른 사례관리를 제공하고자 하였다. 연구참여자들은 정신과적 위기 상황과 가족의 협조를 구하는 과정에서 어려움을 경험하기도 하였지만, 대상자의 빠른 회복을 지켜보며 전문가로 성장하는 경험을 하였다.

**1) 조기 개입의 중요성에 대한 인식 증가**

연구참여자들은 정신보건시설 근무 경력에도 불구하고, 대부분 STEP 실무자 교육을 통해 조기정신증의 개념을 처음으로 접하게 되었다(연구참여자 1,2,7~9). 조기 개입의 중요성

에 대한 사례관리자의 인식은 대상자의 빠른 회복을 경험하며 강화되었고, 정신증의 조기 개입을 위해서는 만성정신질환과 조기정신증을 구별하는 사례관리자의 전문적 민감성이 요구되었다(연구참여자 3,4).

‘애(대상자)가 과연 좋아질 수 있을까’ 확신이 없었는데 몇 명 계속 좋아지는 경험을 하다 보니까 아! 이게 되는구나. 이론적으로 나오는 조기 개입의 중요성을 딱 체감을 하니까... 정말 중요하다는 생각이 들었어요.(연구참여자 2)

조기정신증이라는 개념이 없으면 그냥 조현병으로 보는데 그걸 캐치(catch)할 수 있는 민감성이 중요한 거 같아요.(연구참여자 4)



## 2) 전문적인 역량 강화의 필요성 인지

연구참여자들은 STEP 프로그램을 직접 진행하기 위해 전문적인 역량을 강화해야 했다. 무엇보다 어려운 인지행동치료의 개념을 대상자에게 어떻게 설명해야 할지 고민이 되었고, 회기마다 프로그램을 준비하고 연구하는 시간이 필요했다고 진술했다(연구참여자 4~10). 예를 들어, 자신만의 프로그램 슬라이드를 만들거나(연구참여자 6), 생각기록지를 직접 작성해 보고(연구참여자 9), 관련 세미나에 참석하였다(연구참여자 10). 이러한 노력에도 불구하고 기초센터의 높은 업무 부담률로 인해 연구참여자들은 자기개발의 한계에 직면하고 있었다(연구참여자 3~10).

저는 서울 광역 교육뿐만 아니라 전라도 광주북구센터 조기정신증 교육에도 참석했어요. 교육 받으면서 직접 집단 프로그램에 참석해서 한 회기를 같이 실습해보니까, 저희 센터에서 활용할 수 있겠다는 생각이 들었어요.(연구참여자 10)

처음에 실무자 교육받고 의욕에 불타지만 실질적으로 하려면 내 업무가 너무 많거든요. 준비된 틀이 있어도 미리 공부해야 하고 멘트를 준비해야 하고 점검도 해야 하고. 만성(만성정신질환자) 사례관리보다 시간이 많이 가요. 업무 조절을 해주면 좋겠지만 현실적으로 불가능한 거 같아요.(연구참여자 7)

## 3) 대상자 중심 접근을 통한 신뢰관계 형성

연구참여자들은 대상자와 신뢰관계를 형성하기 위해 정신병적 증상보다 문제 해결에 초점을 두고, 정상적인 삶을 회복하도록 돕는데 집중하였다. 이를 위해 예전에 가졌던 의학적인 관점이나 권위적인 태도를 내려놓고 대상자 중심 접근을 통해 친밀하게 다가가고자 노력하였다(연구참여자 3,4,8). 예를 들어, 대상자가 사례관리자를 ‘언니’라고 부르도록 허용하거나(연구참여자 4,7), 대상자가 편안하게 느끼는 카페나 맛집에서 프로그램을 진행하였다(연구참여자 6~8). 특히 청소년 시기의 고민과 그들만의 문화를 이해하는 것이 중요하다고 보고하였다(연구참여자 3,8,9).

“남들은 다 이상하다고 하고 내가 미친 사람 같은데 선생님하고 이야기를 할 때는, 이 시간만큼은 내가 괜찮다고 느껴져요.”라고 했을 때 되게 좋았거든요. 진단 중심에서 벗어나서 지금 고통스러운 걸 해결하기 위해 접근하면 좀 더 믿어주는 거 같아요.(연구참여자 4)

20대 초반의 남학생이었는데 군대로 인해서 스트레스를 받고 있는 친구였어요. 저는 군필자로서 군대 이야기를 많이 했던 거 같아요. 제가 남자 간호사니까 여자 주치의에게 말하지 못하는 약 부작용, 발기부전. 그런 거를 물어보고 그랬어요.(연구참여자 8)

## 4) 대상자의 다양한 욕구와 기능 수준에 맞춘 사례관리 제공

청소년기 및 초기성인기에 해당되는 조기정신증 대상자는 발달과업을 이루기 위해 취업과 학업에 대한 높은 욕구를 보이고 있었다. 만성정신질환자와 차별화된 사례관리에 대한 욕구를 보이는 대상자를 위해 연구참여자들은 전문적인 취업교육을 제공하거나(연구참여자 4,5), 함께 고용센터에 방문하여 ‘청년취업성공패키지’를 안내하였다(연구참여자 2). 또한 조기정신증 대상자의 경우, 인지기능 변화의 정도가 다양해서 이에 대한 개별화된 사례관리가 요구되었다. 예를 들어, 인지기능이 좋은 대상자들은 인지행동치료의 개념을 잘 이해하고 예후가 좋았지만(연구참여자 3,8,5), 인지기능이 저하된 대상자는 인지행동치료의 개념을 어려워하여 대상자의 이해력과 집중력을 높이기 위한 사례관리자의 노력이 필요하였다(연구참여자 2,4,6,8).

처음에는 만성(만성정신질환자)하고 같이 프로그램을 했는데, 한 아이가 “나도 저렇게 직업도 없이 20년을 맨날 여기 다녀야 하나요?” 우리가 볼 때는 기능이 좋으신 만성분인데.. 잘된 모델링의 시선이 우리랑 너무 달라서 충격을 먹었어요.(연구참여자 7)

인지행동치료를 적용해보면, 인지기능이 높은 친구들은 딱딱 이해가 되는데 낮은 친구들 같은 경우에는 다 알겠다고 하고 나중에 다른 대답을 하더라고요. 다 적용이 되는 것은 아니구나! 이런 생각이 들었어요.(연구참여자 8)

## 5) 부모의 인식 개선과 협력 증진 방안 모색

연구참여자들은 자녀의 정신질환을 부정하는 부모가 치료를 방해하는 장애물이 된다고 호소했다. 청소년기 대상자의 경우, 치료비를 감당하는 부모의 의견이 중요하였고(연구참여자 5,10), 보호자의 거부로 인해 정신과 치료가 중단되는 사례가 많았다(연구참여자 3,8). 대부분의 부모들은 자녀의 정신병적 증상을 부정하였고(연구참여자 3,4,6), 정신과 약물치료에 대한 편견을 가지고 있었으며(연구참여자 5,7), 오히려 민간요법이나 종교에 의지하였다(연구참여자 4,5,7). 이로 인해 대상자의 미치료 기간이 길어지고 정신증으로 이행되는 경우가 많았

다(연구참여자 10). 이러한 부모의 협조를 구하기 위해서는 정신질환에 대한 인식이 개선되고 조기정신증 대상자의 가족을 위한 차별화된 가족교육이 필요하다는 의견이 제시되었다(연구참여자 6).

부모님은 내 자식이 정상이길 바라는 열망이 가득하셨기 때문에, 대상자가 증상을 보고해도 아니라고 부정해서서 조기 친구가 병식을 형성하기에 의견 차이가 컸어요.(연구참여자 4)

어머니가 무당을 찾아가시고 안마 같은 거 받았다고 하는데.. 그러는 동안에 (증상이) 너무 악화되어서 제가 광역센터에 넘겼을 때에는 이미 입원을 해야 하는 상황이었고, 입원하고도 한동안 회복이 잘 안되었던 걸로 알고 있어요.(연구참여자 5)

전체 가족 교육에 참석하시면 거부감이 있으실 거 같아요. 왜냐면 놀라실 수 있어요. 만성분들은 공감하는데 초발이신 분들은 공감이 안되는 부분들이 분명히 있기 때문에... 그래서 저는 먼저 주제를 확인하고 나서 가족에게 참석을 권유하고 있어요.(연구참여자 6)

## 6) 방심할 수 없는 위기 발생과 대처

연구참여자들은 조기정신증 대상자가 정신과적인 위기를 자주 경험한다고 보고하였다. 특히, 조기정신증 대상자들은 양성증상이 회복되면 임의로 정신과 약물 복용을 중단하여 재발하는 경우가 많았다(연구참여자 3,5~7). 또한 조기정신증 대상자들은 자살 위험성이 높았는데 정신병적 증상, 병식, 치료에 대한 불안감, 가족과의 갈등 등이 원인으로 파악되었다(연구참여자 1,3,6,7,9,10). 이러한 정신과적 위기 상황에 대처하기 위해 연구참여자들은 조기정신증 대상자를 위한 지속적인 사례관리와(연구참여자 5,9), 자살예방교육의 중요성을 언급했다(연구참여자 1).

특히 양성증상이 있는 초발 친구들은 증상이 나아졌다 싶으면 바로 센터와 연락을 중단하고, 부모도 우리 자녀 괜찮다고 그러다가 약물 중단하고, 그러다가 더 안 좋아 지시면 그때 가서 본인들이 다시 문을 두드리시거나 연락해보면 이미 재발되어 있고, 그때 가서 ‘선생님이 좋아져도 연락 계속하고 끈을 놓지 말라고 했는데...’ 후회를 하더라고요.(연구참여자 5)

갑자기 자살시도해서 입원하고, 다시(사례관리)하겠다고 하고... 제가 조금하게 이렇게 하자하자 한다고 해서

친구들이 움직여주지 않더라고요. 그래서 친구들이 도와달라는 말이 나올 때까지 기다려줘야되었던 거 같아요.(연구참여자 9).

## 7) 눈에 띄는 변화가 주는 보람과 성장 경험

연구참여자들은 대상자에게 교육을 제공하면 스펀지처럼 받아들이고(연구참여자 6), 눈에 띄는 변화를 볼 수 있어서 보람을 느꼈다고 진술했다(연구참여자 3,5,9). 또한 대상자의 정신과적인 위기에 조급해 하기보다 점차 유연하게 대처하게 되었고(연구참여자 1,5,9), 대상자와 의미있는 인간관계를 맺으면서 치료자인 연구참여자도 전문가로 성장해가는 경험을 하었다고 고백했다(연구참여자 1,2).

처음에는 지하철 타고 혼자 병원에 가는 것도 힘들어하던 친구가 지금은 프로그램에 항상 혼자 나오고 내가 아파봤으니까 앞으로 정신보건사회복지사를 하고 싶다고 물어보더라고요. 그런 거 보면서 저도 감사하고 보람 있었어요.(연구참여자 9)

스스로 해결되지 못한 미해결된 감정이 대상자한테 갈 수 있잖아요? 특히 가장 민감한 조기 친구들에게 그런 거를 돌아보지 않으면 진짜 독이라고 생각하거든요. 내가 성장하는 경험을 한 게 이 일을 하면서 얻은 가장 큰 경험이에요. 내가 성장하고 나를 무기로 대상자를 성장시키고...(연구참여자 1)

## 범주 2. 기초센터의 운영 체계

조기정신증 사례관리에 영향을 주는 두번째 범주는 기초센터의 운영 체계이다. 상임 팀장의 리더십이 조기정신증에 특화된 사례관리 프로그램의 기초를 다지는데 결정적인 영향을 미쳤고, 정신병적 증상을 경험하는 초기 성인기의 동료들(peers)과 함께 하는 프로그램을 제공하는 것이 대상자의 회복에 긍정적인 영향을 미치고 있었다. 반면, STEP 프로그램의 지속성과 체계성 부족과 정신의료기관과의 연계체계 미흡이 기초센터 운영 체계의 한계점으로 지적되었다.

### 1) 관리자의 관심과 지원으로 사업의 기초 마련

조기정신증 사업 초기에 상임 팀장의 리더십과 교육지원이 중요한 역할을 감당했다는 의견이 지배적이었다.(연구참여자 3~5). 연구참여자들은 상임 팀장이 전문강사를 섭외하고(연구참여자 5,7,8), 관련 교육비를 지원해 주는 것에 대한 만족감을

표현하였다(연구참여자 9). 또한 관리자가 실적에 대한 압박을 주지 않고(연구참여자 6,7) 정서적 지지를 제공해 주어서 조기정신증 사업을 지속할 수 있었다고 하였다(연구참여자 2,8,9).

상임팀장님이 조기정신증 사업에 관심이 없었더라면 지금까지 올 수 없었을 거예요. 상임팀장님이 초반에 관심이 되게 많으셔서 스티디를 시작했고 지금까지 왔지, 팀원 혼자서는 절대 할 수 없는 일이에요. (중략)…전 상임팀장님과 센터장님, 보건소장님을 모셔서 조기정신증 교육을 했으면 좋겠어요. 팀원들만 붙들고 그냥 이야기하고 끝나는 거예요.(연구참여자 5)

(상임)팀장님이 광주까지 교육 갔다 오라고 교통비도 지원해주시고... 정말 감사해요. 아직 센터 직원들도 같이 배워가고 있는 시기라 알려 줄 수 있는 사람이 별로 없어서, 전 주로 광역센터 교육에 가서 물어봤어요.(연구참여자 9)

## 2) 동료들과 함께 회복하는 프로그램 제공

연구참여자들은 센터에서 제공하는 집단 프로그램에서 대상자가 비슷한 정신병적 증상을 경험하는 동료들을 만나면서, 함께 진로를 고민하고 정서적 유대감을 형성하게 된다고 진술하였다. STEP 프로그램은 개인보다 집단 프로그램에서 적용할 때 상호작용이 활발했고(연구참여자 3), 자조모임은 대상자에게 다양한 문화체험의 기회를 제공하고 있었다(연구참여자 3,5,6). 특히 동료 멘토링 프로그램은 같은 질병을 경험한 동료가 직접 경험한 치료와 회복 과정을 대상자에게 공유하며, 긍정적인 회복 모델을 제시하고 있었다(연구참여자 7).

집단으로 하면 나만 그런 줄 알았는데 다른 친구들도 그런다는 걸 아니까 조금 더 마음을 좀 더 놓는다고 할까? 프로그램을 하다 보면 서로 자극이 돼요. 공부하고 취업한 친구도 있고. 나도 재들처럼 뭔가 해야겠다는 생각이 든다고 하더라고요.(연구참여자 3)

회복이 잘된 친구들 중에 본인처럼 힘들었던 친구들에게 이야기를 해주고 싶다고 해서 3명을 멘토로 섭외했죠. 사실 저희보다 그 친구들이 다 했어요. 같이 문화체험하고 공부하고 그런 것들이 굉장히 도움이 컸던 거 같아요. (연구참여자 7)

## 3) 특화된 프로그램의 지속성과 체계성 필요

서울시 25개구의 기초센터는 STEP 프로그램을 시작하지

않은 단계부터 시행착오를 겪으며 정착하는 단계까지 다양한 과정을 경험하고 있었다. 연구참여자들은 STEP 프로그램을 지속적으로 적용하면서 축적된 사례 경험이 도움이 되었고(연구참여자 3~5), 센터 직원들 간의 슈퍼비전도 활발하게 이루어진다고 하였다(연구참여자 4). 따라서 STEP 프로그램이 정착될 때까지 조기정신증 전담인력을 유지하는 것이 필요하다고 강조했다(연구참여자 5,7~9). 나아가 지역적인 편차가 해소되고 STEP 프로그램이 체계적으로 정착하길 바라는 기대감도 언급되었다(연구참여자 5).

타 센터로 벤치 마케팅을 다녀왔는데 거기는 우여곡절을 많이 겪으셨더라고요. 자조 모임도 활성화되어 있고 오래되었으니까 뭔가 자리 잡힌 느낌이 들었어요. 저희는 아직 그쪽에서 했던 시행착오를 경험하고 있는 거 같아요.(연구참여자 7)

조기정신증 사업을 시작한 연도들이 각 구마다 달라서 광역에서는 어느 수준에 맞춰야 할지 애로점이 있었을 거 같아요. 아직 시작을 안 한 센터들도 있는데, 동일한 수준이 되었으면 하는 바람이 있어요.(연구참여자 5)

## 4) 치료 연속성을 위한 의료 협력 시스템 미비

연구참여자들은 자치구 정신의료기관과의 연계체계 구축에 대한 어려움을 호소하였다(연구참여자 2,3,6,7,9) 연구참여자들은 대상자의 외래 치료에 동행하거나 기초 센터의 사업을 홍보하며 정신의료기관과 협력관계를 형성하고자 하였지만, 정신의료기관에서 One STEP 프로그램을 시도하지 못했다고 진술했다(연구참여자 5~10). 이러한 이유로는 자치구 내 입원 병동의 거리가 멀거나, 입원 환자의 대부분이 만성정신질환자인 현실이 언급되었다(연구참여자 10). 무엇보다 지역사회 연계에 대한 의료인의 인식이 부족하고, 특히 초발정신질환자가 많은 대학병원에서 대상자 의뢰가 원활하지 않다는 문제점이 제시되었다(연구참여자 7~9).

제가 병원에 있었을 때 솔직히 센터 연계는 간호사 업무가 아니고 사회사업과 일이라고 생각했어요. 퇴원할 때 종이 한 장 주면서 간단하게 “센터 서비스 받을래? 말래?” 그리고 끝났거든요.(연구참여자 8)

저희 구는 관내 입원 병원이 한군데 밖에 없는데, 거리가 굉장히 멀고 만성정신질환자만 거의 입원해요. 그래서 현실적으로 병원에서 One STEP 진행이 불가능해요.(연구참여자 10)



사실 대학병원에 조기정신증 환자가 제일 많잖아요? 거기서 하면 효과적인데 들어가기가 문턱이 높죠. 심지어 저희 위탁 병원도 못 넘고 있으니까요. 퇴원통지서도 잘 보내주지 않으세요.(연구참여자 7)

### 범주 3. 광역센터의 컨설팅과 모니터링

세번째 범주는 광역센터의 사례관리 컨설팅과 모니터링으로 나타났다. 광역센터는 사례관리자에게 전문적인 매뉴얼과 실무자 교육을 제공하였고, 조기정신증 대상자를 발굴하기 위한 집중평가 서비스와 조기정신증 지킴이 교육을 진행하고 있었다. 이러한 광역센터의 사례관리 컨설팅과 지속적인 모니터링은 기초센터의 조기정신증 사례관리 기반을 마련하는 선도적인 역할로 평가되었다.

#### 1) 콘텐츠 개발과 실무자 교육 제공

서울시 광역센터는 근거 기반의 매뉴얼 개발과 실무자를 위한 전문교육을 제공하고 있었다. 연구참여자들은 사례슈퍼비전 교육을 통해 전문가에게 슈퍼비전을 받고(연구참여자 4,8,9), 실무자들과 정보를 공유하며 전문적인 역량을 강화할 수 있었다(연구참여자 5,9). 반면, Two STEP 프로그램에 대해서는 전문가용 샘플(연구참여자 7), 진행 슬라이드(연구참여자 6), 시청각 자료(연구참여자 9,10) 등이 추가되어 대상자의 이해력과 집중력을 높이고, 실무위주의 인지행동치료 교육이 보완되길 바란다는 의견이 있었다(연구참여자 4).

광역센터에서 다양한 방식으로 강의를 진행해주시는 게 너무 좋았어요. 슈퍼비전 교육도 되게 인상 깊었던 거 같아요. 사실 정신과 전문의가 4시간 가량 같이 이야기해주는 시간을 갖기가 쉽지 않잖아요? 사례관리자로서 지도도 많이 받고.(연구참여자 4)

제 기준이지만, STEP은 일대일로 깊이 있게 하기 좋고 교제도 체계적으로 세련되게 잘 되어 있어요. 근데 이해하기가 어려웠고 집단으로 하기에는 부담이 되었어요. 반면에 광역센터 자료는 재미있는 동영상도 있으니까 집단 안에서 딱 집중이 되고 쉽게 웃으면서 할 수 있는 느낌을 받았어요.(연구참여자 9)

#### 2) 기초센터의 사례관리 기반 마련

서울시 광역센터는 기초센터의 조기정신증 사례관리 기반을 마련하기 위해 노력하고 있었다. 이러한 노력의 예로 유입

된 정신증 고위험군을 평가하고 의뢰하는 집중평가 서비스를 제공하고, 서울시에 정신증의 조기개입 정책을 제안하는 역할을 담당하고 있었다(연구참여자 1). 특히 조기정신증 지킴이 교육은 정신증 고위험군을 조기에 발견하고 의뢰를 활성화하는 효과적인 체계로 자리잡고 있었다(연구참여자 1). 반면 One STEP 프로그램이 본래 취지대로 입원한 초발정신질환자에게 제공되기 위해서는 기초센터보다 광역센터 차원에서 정신의료기관의 의료인을 대상으로 연계강화교육을 제공하고, 정신의료기관과의 상호협력 시스템을 구축해야 한다는 의견이 제시되었다(연구참여자 2,4,6).

저희가 (광역센터) 직접서비스를 하는 목적은 먼저 뛰 어보고 ‘아! 이런 거 좋다더라’ 효과성을 검증해서 기초센터에서 조기정신증 사례를 집중적으로 볼 수 있는 환경을 뒷받침해주는 거라고 생각해요. 저희는 늘 기초센터로 직접서비스를 이관하는 게 목적이예요.(연구참여자 1)

병원에서 One STEP이 좀 더 활성화되었으면 좋겠어요. 저는 광역센터에서 병원 직원에게 One STEP 교육을 직접 진행했으면 좋겠어요.(연구참여자 8)

### 범주 4. 정부의 지원 정책

네번째 범주에는 정부의 지원 정책이 도출되었다. 사례관리자의 열악한 직무 환경을 개선하기 위한 전문인력의 확보와 표준화된 평가 지침에 대한 정부의 정책 지원의 필요성이 언급되었다. 이와 더불어 정부는 청년 친화적인 정신건강 인프라를 확충하여 체계적인 조기 개입 시스템을 구축해야 한다는 의견이 제기되었다.

#### 1) 열악한 사례관리 직무 환경 개선

정부의 지원정책으로는 사례관리자의 직무 환경을 개선하기 위한 인력과 예산의 지원이 필요한 것으로 나타났다. 기초센터의 사례관리자는 높은 사례부담률을 토로하며(연구참여자 3~7,9,10), 전문성을 요구하는 조기정신증 전담 인력의 필요성을 강조했다(연구참여자 4~8,10). 반면 사례부담률이 적은 광역센터의 연구참여자는 전문가로 성장할 수 있는 업무환경에 만족감을 표현하였다(연구참여자 1,2). 더불어 정부차원에서 만성정신질환자와 차별화된 조기정신증 사례관리를 위한 질적 평가기준(연구참여자 4,5)과 표준화된 평가지침(연구참여자 3,9)을 마련해야 한다는 의견이 제시되었다.



저희(기초센터)는 조기정신증 전담인력이 없고 전 직원이 나눠서 하기 때문에 우선 순위가 미뤄질 수밖에 없는 게 있어요. 정부차원에서는 초발(초발정신질환자)에 더 집중하겠다고 하지만 사실 광역센터랑 다르게 지역에서 그렇게 모든 인력과 에너지를 쏟기에는 환경적인 제한이 너무 많은 거 같아요.(연구참여자 4)

사례관리자 3명이 대상자(중증정신질환자)를 각자 100명씩 보는데 어떻게 초발을 집중적으로 보겠어요? 너무 말이 안 되고 마음이 아파요. 선생님들 능력이 안 되는 게 아니고 여건이 안 되는 거예요. 사실 저희(광역센터)는 혜택 받은 환경이라고 생각해요.(연구참여자 1)

작년(2015년)에는 5년 이내 발병한 초발대상자나 퇴원 후 3개월 이내 대상자가 센터에 등록하면 인센티브 평가에 들어갔는데 올해(2016년)는 전혀 포함이 안되요.(연구참여자 3)

## 2) 청년 친화적인 조기 개입 시스템 구축

연구참여자들은 청소년기에 특화된 정신건강 서비스가 턱없이 부족하며, 정신증의 조기 개입을 위해서는 지역사회 정신건강 인프라를 확충해야 한다고 목소리를 높였다. 구체적으로 청소년 사회복귀시설(연구참여자 4,6,8,9)과 조기정신증 대상자를 위한 단기 입원시설이나 전문병원의 필요성이 언급되었다(연구참여자 4,8). 또한 문턱이 낮은 청소년 상담소가 확충되고(연구참여자 1,2), 정신증 고위험군 평가와 조기 중재를 위한 전문 센터가 설립되어야 한다는 의견을 제시하였다(연구참여자 1).

서울에 청소년 사회복귀시설이 ‘비상’ 하나만 있는 건 너무 부족해요.(연구참여자 6)

호주의 ‘Head space’ 기관(청년 특화 정신건강센터)은 청년들이 모든 문제를 가지고 상담하러 오는 기관이에요. 동성애, 마약, 주거문제, 취업, 정신건강, 우울증이든 상관없이 다 오게 만들었고.. 영등포 타임스퀘어같은 복합문화시설 내에 있어요. 청년들을 위한 이런 공간이 필요해요.(연구참여자 1)

## 논 의

신체 질환과 마찬가지로 정신질환도 조기발견이 중요하며, 미치료 기간이 길수록 정신병적 증상과 사회적 기능에 부정적인 영향을 미친다[16]. 국내 초발정신질환자의 약물치료 1년 이내 증상 관해율은 약 64%로 높게 나타났지만[17], 초발정신

질환자의 첫 입원 후 정기적인 외래 이용률은 42.8%로 저조하였다[18]. 본 연구는 조기정신증 사례관리자의 경험을 통해 사례관리에 영향을 주는 요인들을 살펴보았다. 이에 최종적으로 도출된 ‘사례관리의 역량’, ‘기초센터의 운영체계’, ‘광역센터의 컨설팅과 모니터링’, ‘정부의 지원 정책’ 등의 요인을 기반으로 초발정신질환자를 조기에 발견하여 회복에 이르기 위한 사례관리 방안을 모색하고자 한다.

첫째, 사례관리자의 역량이 조기정신증 사례관리에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 조기정신증의 개념에 대한 사례관리자의 인식은 STEP 실무자 교육을 통해 새롭게 형성되었다. 이는 정신건강전문요원조차 조기정신증에 대한 개념이 부족한 현실을 반영하며, 추후 정신증의 조기 개입에 대한 지역사회 실무자 교육을 확대해야 함을 시사한다. 연구참여자들은 STEP 프로그램을 적용하면서 전문성을 강화하기 위해 노력하였고, 이는 사례관리자의 자기효능감이 강화되는 긍정적인 결과를 가져왔다. 반면에 연구참여자들은 만성정신질환자의 높은 사례부담률로 인해 소진을 경험하기도 하였다.

또한 연구참여자들은 대상자와 신뢰관계를 형성하기 위해 정상화 개념(normalization)으로 접근하고자 하였다. 정상화 개념은 정신병적 증상을 경험하는 대상자가 일반인과 다른 사람이 아니며, 증상이 아닌 문제의 연속선상에 있다는 관점에 기반을 두고 있다. 조기정신증의 개념은 초발정신질환자와 정신과 진단 기준에 미치지 못하는 임상적 고위험군(ultra-high risk for psychosis)을 모두 포함하고 있다. 특히 질병노도의 시기에 청년들의 일탈 행동을 정신병적 증상과 구분하는 것은 쉽지 않으며, 실제 STEP 프로그램의 종료시점에서 16%의 대상자의 진단명이 변경되었다[7]. 성급한 정신병적 진단은 대상자에게 낙인감과 치료에 대한 거부감을 줄 수 있으므로, 정상화 개념을 통해 대상자의 낙인을 감소시키고 치료 순응도를 높이는 접근이 필요하다. 이를 위해 조기정신증 사례관리자는 청년들의 문화를 이해하고 상황에 따라 유연하게 대처하면서도 대상자와 치료적 경계를 유지하는 전문적인 노련함을 갖추어야 할 것이다.

주목할 점은 조기정신증 대상자의 경우 취업과 학업에 대한 욕구가 높으므로, 만성정신질환자와 차별화된 사례 개입이 필요한 것으로 나타났다. 정신증의 50%가 10대 중·후반에 시작되고 75%가 20대 중반까지 발병하는데[19], 이 기간은 개인의 정체성이 발달하고 학업과 진로를 준비하는 시기이다. 서울시 광역센터에서 Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS)를 통해 서비스 욕구 영역을 분석한 결과, 만성정신질환자는 정신병적 증상과 주간/여가활

동 영역에서 서비스를 받기 원했지만, 초발정신질환자는 교육 및 훈련과 부모자녀 관계 영역에서 높은 욕구를 보였다[7]. 이러한 차별화된 욕구를 반영하여 조기정신증 대상자의 학업과 직업영역에서 발달과업을 달성하기 위한 집중사례관리를 제공할 필요가 있다. 이와 더불어 조기정신증 대상자는 기능의 수준이 다양하여 이를 고려한 개별화된 사례 개입이 요구되었다. 초발정신질환자의 경우, 약물치료 후 증상이 관해되더라도 초기에 기능이 회복되지 못하면, 7년 내에 기능이 회복되는 경우는 14%에 불과하였다[20]. 이는 초발정신질환자의 기능 수준을 초기에 사정하고 정신사회적 기능을 회복하기 위한 심리사회적 프로그램을 제공하는 것이 중요함을 시사한다.

본 연구결과 정신증의 초기 개입에 가장 큰 장벽은 자녀의 정신질환을 인정하지 않고 치료를 거부하는 가족으로 나타났다. 이는 조기정신증 자녀를 둔 부모의 정신병에 대한 낙인과 지식 부족으로 인해 초기 개입이 저해된다는 연구[21]와 같은 결과였다. 정신질환자의 가족은 최초의 진단자로서 치료를 선택하고 경제적 지원을 제공하므로 초기 치료에 결정적인 역할을 감당한다. 따라서 초발정신질환자의 가족이 치료에 협력하며 대처역량을 강화하도록 가족 교육을 확대해야 한다.

연구참여자들이 직면한 또 다른 난관은 대상자의 갑작스런 약물치료를 중단으로 인한 정신과적 위기상황이었다. 연구참여자들은 대부분의 대상자가 양성 증상이 회복되면 6개월 내에 약물을 중단하고, 1년 이내에 증상이 재발한다고 보고하였다. 이는 초발정신질환자의 28~54%가 1년에서 3년 사이에 재발한다는 연구[22]와 일치하였다. 본 연구에서 조기정신증 대상자는 자살위험성이 높다고 보고되었는데, 선행연구[23]에서도 초발정신질환자는 만성정신질환자보다 높은 자살률을 보였다. 이는 조기정신증 대상자와 그들의 가족을 대상으로 하는 위기 대응과 자살예방 교육의 중요성을 보여주는 결과로 볼 수 있다.

앞서 언급한 어려움에도 불구하고 연구참여자들은 조기정신증 대상자의 눈에 띄는 변화를 지켜보며 초기 개입의 중요성과 회복 잠재력을 실감하게 되었다. 이러한 회복 사례들은 연구참여자들이 전문가로서 정체성을 회복하고 성장하는 원동력이 되었다. 강점 관점 사례관리는 대상자의 변화를 도우면서 사례관리자도 직무수행능력, 직무 만족도, 사례관리 인식에서 긍정적인 변화를 경험한다[24]는 측면에서 본 연구결과와 맥락을 같이 한다.

둘째, 기초센터의 운영체계가 조기정신증 사례관리에 미치는 영향을 살펴보고자 한다. 본 연구결과, 기초센터의 상임 팀장은 조기정신증 프로그램의 초석을 다지는 결정적인 역할을

감당하였다. 지역사회에서 조기정신증 사례관리에 대한 관리자의 적극적인 관심과 지원이 강화된다면, 사례관리자의 역할에 의존하는 개인차원에서 팀과 조직차원으로 사례관리자의 역할이 확장되고, 전문업무영역이 구조적으로 정립될 수 있을 것이다. 이러한 측면에서 STEP 프로그램이 활성화되기 위해서는 팀원뿐만 아니라 상임 팀장, 센터장, 보건소장을 대상으로 하는 관리자 교육이 효과적인 전략임을 확인할 수 있었다. 또한 만성정신질환자를 위한 재활 프로그램과 차별화된 조기정신증 대상자를 위한 집단 프로그램과 동료지원 서비스를 제공하는 것이 대상자의 회복을 촉진하는 것으로 나타났다. 발병 초기 자신의 변화에 혼란스럽고 외부에 드러내길 두려워하는 대상자들에게 센터에서 제공하는 STEP 집단 프로그램, 자조모임, 멘토링 프로그램 등에서 만난 동료들은 자신만이 힘든 게 아니라는 안도감과 정서적 지지를 제공하였다. 이는 초발정신질환자를 위한 인지행동치료는 또래 관계를 통한 상호작용, 모델링의 효과로 인해 일대일보다 그룹에서 효과적이었다는 연구[25]와 일치하며, 동료지원서비스가 정신질환자의 재입원을 예방하고 회복에 긍정적인 영향을 준다는 보고[26]와 유사한 결과이다.

반면 조기정신증에 특화된 STEP 프로그램의 지속성과 체계성 부족은 기초센터의 구조적인 문제점으로 드러났다. 서울시 25개구의 기초센터는 STEP 프로그램을 시작하지 않은 단계부터 시행착오를 거치면서 자리매김 해나가는 단계에 이르기까지 다양한 시기를 경험하고 있었다. 전국의 기초센터에서 조기정신증 사례관리 프로그램이 활성화되어 사례관리자의 역할이 정립된다면, 지역 네트워크 통한 체계적인 조기 예방 효과를 기대할 수 있을 것이다. 또 다른 구조적 문제점으로 치료의 연속성을 저해하는 기초센터와 정신의료기관과의 연계시스템이 지적되었다. 서울시 정신의료기관에서 지역사회로 연계된 대상자 중 초발정신질환자 의뢰율은 6%에 불과했으며[27], 초발정신질환자들이 많은 대학병원에서 대상자 의뢰가 원활하지 않았다. 이는 자치구 수준에서 지역적 경계가 없는 정신의료기관과의 연계체계 구축이 어려운 실정임을 반영한다고 볼 수 있다.

셋째, 광역센터의 컨설팅과 모니터링이 조기정신증 사례관리에 영향을 미치는 주요요인으로 나타났다. 먼저, 서울시 광역센터는 STEP 프로그램을 개발하고 이에 대한 실무자 교육과 사례 슈퍼비전을 제공하고 있었다. STEP 프로그램은 조기정신증 대상자의 정신병적 증상과 학업과 취업기능에서 유의한 효과를 나타냈으며[8], 역량강화에 대한 사례관리자의 긴급함을 해소하고 이론과 실재가 조화된 근거 기반 메뉴얼을 제공

했다는 측면에서 의의가 높다. 2012년 광주북구 정신건강증진센터(이하 광주북구 센터)에서도 조기정신증 대상자를 위한 집단인지치료 프로그램이 개발되어 우울, 주관적 웰빙, 치료에 대한 태도, 스트레스 등에 미치는 효과가 검증되었으며[9], 이를 근거로 스마트폰 앱을 활용한 사례관리 프로그램이 적용되고 있다[28]. 본 연구에서도 광주북구 센터의 실무자 교육은 다양한 시청각 자료와 실무위주의 교육을 제공하여 연구참여자의 만족도가 높았다. 광주북구 센터의 청년 특화 사례관리 프로그램은 STEP 프로그램과 상호 보완되는 자료로 유용하게 활용될 수 있을 것이다.

이와 더불어 정신증 고위험군의 조기발견 및 조기개입체계를 구축하기 위한 서울시 광역센터의 조기정신증 지킴이 교육은 효과적인 대상자 발굴 체계로 자리매김하고 있었다. 2019년부터 서울시 광역센터는 조기정신증 관련 직접서비스를 기초센터로 이관하고자, 기초센터 실무자가 직접 정신증 고위험군을 평가하고 유관기관 종사자들에게 조기정신증 지킴이 교육을 진행하기 위한 강사양성교육을 지원해왔다[10]. 미국 포틀랜드에서 교육, 의료, 정신건강 전문가들에게 정신증 고위험군 의뢰를 교육한 결과, 의뢰된 대상자의 20%가 초발정신질환자로 판명되었다[29]. 이는 지역사회기반 조기발견 교육의 효과를 보여주며, 조기정신증 지킴이 교육의 중요성을 시사한다고 볼 수 있다. 광역센터는 기초센터 사례관리자가 정신증 고위험군을 체계적으로 평가하고 조기에 집중사례관리를 제공하도록, 자치구 실무자의 의견을 지속적으로 모니터링하며 방향성을 제시해야 한다.

앞서 언급했듯이 연구참여자들은 기초센터 차원에서 의료기관 협력시스템 구축의 한계를 실감하였고, 연계 필요성에 대한 의료진의 인식을 강화해야 한다고 주장했다. 서울시 광역센터는 2018년부터 2020년까지 중증정신질환자의 퇴원 후 치료 연속성을 위해 병원기반사례관리 시범사업을 운영하였다. 이에 정신건강간호사, 정신건강사회복지사, 정신건강의학과전문의, 동료지원가, 회복자상담가가 협력하는 다학제 팀을 구성하였고, 협력의료기관을 선정하여 지역사회 서비스 전달체계를 구축하고자 하였다. 병원기반사례관리에 의뢰된 대상자 중 초발정신질환자는 약 45%로 높은 비중을 차지하였으며, 중증정신질환자에 비해 퇴원 후 기능 향상이 두드러졌지만 병식 변화와 연계율이 미흡하여, 초발정신질환자에 특화된 서비스 전달체계의 필요성이 대두되었다[10]. 다학제팀내에서 정신건강간호사는 퇴원계획자로서 정신의료기관과 지역사회를 연결하는 역할을 감당할 수 있다. 퇴원전환기 모델(Transitional Discharge Model, TDM)은 병동간호사와 동료지원가가 협력

하여 입원 환자의 지역사회 정착을 지원하기 위해 개발되었는데, 대상자의 정신병적 증상, 기능, 삶의 질이 개선되고 재입원을 감소하는 결과를 가져왔다[30]. 이는 정신의료기관과의 연계 강화의 필요성을 제시한 본 연구를 뒷받침하는 결과로 볼 수 있다.

넷째, 정부의 지원 정책으로는 조기정신증 사례관리자의 열악한 직무 환경 개선과 지역사회 정신건강 인프라 구축이 필요한 것으로 나타났다. 무엇보다 사례부담률이 높은 중증정신질환자 관리팀과 구분된 조기정신증 대상자만을 위한 전담 인력의 확보가 되어야 집중적인 사례관리가 가능할 것이다. 또한 본 연구결과 조기정신증 사례관리는 대상자 유입 경로, 의뢰율, 미치료 기간, 회복 지표 등을 포함한 별도의 평가기준이 요구된다는 의견이 제시되었다. 정부는 중증정신질환자와 차별화된 조기정신증 집중사례관리를 평가하기 위한 표준화된 가이드라인을 마련해야 한다.

이와 더불어 청년들의 정신건강을 위해 특화된 조기개입 시스템과 지원 정책이 미흡하여, 조기정신증 사례관리의 연속성과 통합성을 저해하는 요인으로 지적되었다. 먼저 조기정신증에 특화된 정신재활시설과 정신건강증진센터와 연계된 단기입원병동의 필요성이 제기되었다. 이를 위해 국립정신건강센터는 국가기관으로서 초발정신질환자를 위한 응급 서비스와 단기 집중치료 시스템을 마련하고, 정신건강복지센터와 지속적으로 협업해야 한다. 광주북구 센터와 전남대 병원에서 운영 중인 '마인드링크'는 국내 최초의 청년 특화 정신건강복지센터이며, 2016년 개소한 이래 청년 친화적인 조기개입 서비스를 제공하고 있다고 평가되고 있다. 정부는 이와 같이 서비스 접근성을 강화한 청년 친화적인 상담 시설을 확충하고, 정신증 고위험군을 집중적으로 평가하기 위한 전문센터의 사업을 강화해야 한다.

본 연구결과를 바탕으로 조기정신증에 특화된 사례관리 활성화를 위해 다음과 같이 제언을 하고자 한다. 첫째, 사례관리자는 전문지식과 기술을 강화하고 청년들의 욕구에 유연하게 대처해야 한다. 둘째, 정신의료기관은 초발정신질환자가 치료의 연속성을 경험하도록 정신건강증진센터와 상호협력적인 시스템을 구축해야 한다. 셋째, 기초센터는 조기정신증 사례관리 프로그램의 정착을 지원하고, 만성정신질환자와 차별화된 동료지원 프로그램과 가족교육을 제공해야 한다. 넷째, 광역센터는 사례관리 컨설팅과 모니터링을 지속적으로 제공하고, 이를 기반으로 통합적인 조기정신증 사례관리 시스템을 구축하여 전국적으로 확대해 나가야 한다. 마지막으로, 전문인력과 청년친화적인 정신건강 인프라를 확충하는 정부의 정책적 지



원과 실천 의지가 뒷받침되어야 한다.

본 연구는 서울시 광역센터와 기초센터에서 근무 중인 정신건강전문요원을 대상으로 연구를 진행하였으므로 연구의 결과를 일반화하기에는 한계가 있다. 또한 서울시 25개구 정신건강증진센터의 STEP 프로그램 적용 수준이 각자 다르고, 대부분이 아직 초기단계인 것도 연구의 제한점이 될 수 있다. 그럼에도 불구하고 본 연구는 조기정신증에 특화된 사례관리 실무현장을 이해하고, 광역센터와 기초센터에서 제공하는 사례관리 현황을 파악하여 상호협력 방안을 마련했다는 데 의의가 있다. 추후 조기정신증 사례관리자의 역할이 정립되고 발휘되는 단계에서 사례관리자의 경험과 조기정신증 대상자의 사례관리 참여 경험을 탐색하는 추가적인 연구가 이루어질 필요가 있다.

## 결론

본 연구는 STEP 프로그램을 적용하는 사례관리자의 경험을 탐색하여 조기정신증 사례관리 활성화 방안을 모색하기 위해 수행되었다. 본 연구결과 조기정신증 사례관리에 영향을 주는 요인에는 ‘사례관리자의 역량강화’, 조기정신증에 특화된 ‘기초센터의 운영체계’와 ‘광역센터의 컨설팅과 모니터링’, ‘정부의 지원 정책’ 등이 도출되었다. 조기정신증 사례관리가 활성화되기 위해서는 사례관리자의 개인적인 역량 강화뿐만 아니라, 기초센터와 광역센터가 통합사례관리 네트워크를 구축하고, 정부가 인적·물적 인프라를 확충해 나가는 다각적인 차원에서의 상호협력이 요구된다. 조기정신증에 특화된 사례관리는 서비스 공급 주체가 다원화되면서 정체성의 변화를 겪고 있는 정신건강복지센터가 직면한 위기를 극복하고, 지역사회에서 컨트롤 타워로 자리매김하기 위한 전문적인 대안이 될 수 있을 것이다.

## CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflicts of interest.

## ORCID

Shin, Soyoun <https://orcid.org/0000-0002-7097-4551>  
 Choi, Heeseung <https://orcid.org/0000-0002-2649-4972>

## REFERENCES

1. An SK. Development of prevention and psychological intervention program for early psychosis. *Mental Health Policy Forum*. 2008;2(1):206-222.
2. Lee MS. Early psychosis from early detection to early intervention. Seoul: Seoul Mental Health Center; 2009. 6 p.
3. Brichwood M. Early intervention and sustaining the management of vulnerability. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000;34(1):181-184. <https://doi.org/10.1177/000486740003401S27>
4. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;205(2):88-94. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127753>
5. Singh SP, Fisher HL. Early intervention in psychosis: obstacles and opportunities. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005; 11(1):71-78. <https://doi.org/10.1192/apt.11.1.71>
6. Hutton P, Taylor PJ. Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2014;44(3):449-468. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000354>
7. Lee MS. One more step towards recovery: Case management manual for first-episode psychosis. 2nd ed. Seoul: Seoul Mental Health Center; 2014. 11 p.
8. Lee MS, Ahn SR, Son NY, Kim JH, Park HY, Cho YJ. A study on the effectiveness of community-based case management program for the first episode psychosis. *Korean Neuropsychiatric Association*. 2013;52(4):223-230.
9. Kim SW, Lee JY, Lee GY, Yu HY, Park C, Kang HJ, et al. Effects of group cognitive-behavioral therapy in young patients in the early stage of psychosis. *Psychiatry Investigation*. 2017;14(5): 609-617. <https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.5.609>
10. 5th Korean National Health Plan 2030, 2021~2030. Sejong: Ministry of Health and Welfare, 2021. 30 p.
11. 2021 Mental health guideline. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2020. 65 p.
12. Lee HW. 2020 Seoul mental health welfare center annual report. Seoul: Seoul mental health welfare center; 2020. 67 p.
13. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*. 2000;23(4):334-340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
14. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
15. Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*. 1986;8(3):27-37. <https://doi.org/10.1097/00012272-198604000-00005>
16. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;205(2):88-94.



- <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127753>
17. Chung S, Bahk WM, Kwon JS, Park JH, Ahn JH, Goh JK, et al. Symptom remission and functional outcomes in patients with recent-onset schizophrenia: a one-year prospective observational study. *Korean NeuroPsychiatric Association*. 2007;46(5):480-491.
  18. Park JI, Jang HS, Lee JS, Lee MS. The structural causes and perpetuating factors affecting long-term hospitalization. Seoul: the National Human Rights Commission of Korea; 2008. 134 p.
  19. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf RON, Demeyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):168-176.
  20. Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Killackey E, et al. Road to full recovery: longitudinal relationship between symptomatic remission and psychosocial recovery in first-episode psychosis over 7.5 years. *Psychological Medicine*. 2012;42(3):595-606.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291711001504>
  21. Connor C, Greenfield S, Lester H, Channa S, Palmer C, Barker C, et al. Seeking help for first-episode psychosis: a family narrative. *Early Intervention in Psychiatry*. 2016;10(4):334-345.  
<https://doi.org/10.1111/eip.12177>
  22. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*. 2012; 139(1-3):116-128.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.007>
  23. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Lester D, Shrivastava A, Girardi P, et al. Suicide risk in first episode psychosis: a selective review of the current literature. *Schizophrenia Research*. 2011;129(1):1-11.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.03.008>
  24. Noh HL, Park HO, Yoo SK. Changes in practitioners providing strength-based care management. *Research of Case Management*. 2011;2(1):67-85.
  25. Saksa JR, Cohen SJ, Srihari VH, Woods SW. Cognitive behavior therapy for early psychosis: a comprehensive review of individual vs. group treatment studies. *International Journal of Group Psychotherapy*. 2009;59(3):357-383.  
<https://doi.org/10.1521/ijgp.2009.59.3.357>
  26. Shin SY, Choi HS. A systematic review on peer support services related to the mental health services utilization for people with severe mental illness. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2020;29(1):51-63.  
<https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2020.29.1.51>
  27. Lee MS. 2005-2008 Seoul mental health center annual report. Seoul: Seoul Mental Health Center; 2008. 12 p.
  28. Kim SW, Lee GY, Yu HY, Park JH, Lee YS, Kim JY, et al. Development of smartphone application for cognitive behavioral therapy-based case management in patients with schizophrenia. *Korean Society for Schizophrenia Research*. 2016;19(1):10-16. <https://doi.org/10.16946/kjsr.2016.19.1.10>
  29. McFarlane WR, Cook WL, Downing D, Verdi MB, Woodberry KA, Ruff A. Portland identification and early referral: a community based system for identifying and treating youths at high risk of psychosis. *Psychiatric Services*. 2010;61(5):512-515.  
<https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.5.512>
  30. Reynolds W, Lauder W, Sharkey S, Maciver S, Veitch T, Cameron D. The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004;11(1):82-88.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00692.x>