

성인 정신질환자 가족의 정신질환 수용 경험과 상담요구에 관한 합의적 질적 연구*

김 지 수 김 태 선[†]
아주대학교
학생 교수

본 연구는 성인 정신질환자 가족의 정신질환 수용 경험과 상담요구에 대해 탐색하고자 하였다. 이를 위해 성인 정신질환자를 둔 가족 12명을 대상으로 심층면담을 실시한 후 합의적 질적 연구방법으로 분석하였다. 분석 과정을 통해 총 5개의 영역, 16개의 범주가 도출되었다. 5개의 영역은 ‘진단 후 초기 심리적 반응’, ‘수용 경험’, ‘상담 경험’, ‘진단 초기 상담요구’, ‘이후 지속적인 상담요구’이었다. 이 중 ‘진단 후 초기 심리적 반응’영역에는 ‘인지적 반응’, ‘정서적 반응’, ‘행동적 반응’의 범주로 나타났다. ‘수용 경험’영역에는 ‘수용을 어렵게 하는 요인’, ‘수용에 도움이 되는 요인’, ‘개인 내적인 변화’, ‘당사자 및 가족 관계의 변화’의 범주가 포함되었다. 그리고 ‘상담 경험’영역에는 ‘상담 참여 여부’, ‘상담 접근의 환경적 제약 요인’, ‘상담 접근의 개인적 제약 요인’이 도출되었다. ‘진단 초기 상담요구’영역에는 ‘진단 초기에 상담이 필요하다고 느낌’, ‘기대하는 바’, ‘상담 형태’의 범주로 도출되었다. ‘이후 지속적인 상담요구’영역에서는 ‘상담의 필요성이 지속됨’, ‘기대하는 바’, ‘상담 형태’의 범주로 구성되었다. 본 연구 결과를 토대로 성인 정신질환자의 가족이 가족구성원의 정신질환을 수용하는 심리적 경험과 상담요구에 대한 시사점과 후속연구에 대한 제언을 논의하였다.

주요어 : 정신질환, 정신질환자 가족, 정신질환 수용 경험, 상담요구, 합의적 질적 연구

* 본 연구는 김지수(2025)의 아주대학교 석사학위논문 ‘성인 정신질환자를 둔 가족의 정신질환 수용경험과 상담요구에 관한 합의적 질적 연구’ 중 일부를 발췌, 수정한 내용임.

[†] 교신저자 : 김태선, 아주대학교 교육대학원 상담심리 전공 부교수, 경기도 수원시 영통구 월드컵로 206
Tel: 031-219-1792, E-mail: taesunkim@ajou.ac.kr



Copyright ©2026, The Korean Counseling Psychological Association
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

가족은 각 구성원들의 생각, 감정, 행동의 정서적인 기능이 상호 의존하여 정서 체계로서 움직이는 하나의 ‘정서적 단위(emotional unit)’라 할 수 있다(Kerr & Bowen, 1988). 이에, 한 가족구성원이 정신질환으로 진단을 받으면, 다른 가족구성원들도 사회적, 정서적, 심리적 및 경제적인 부담을 느끼며, 건강한 삶, 대인관계 혹은 사회적 지위 등의 광범위한 상실을 경험한다(Panes et al., 2018). 이러한 상실은 명확한 부재보다 지속적인 심리적 동요를 동반하는 모호한 상실 경험으로 더욱 큰 혼란을 일으키기도 한다(Boss, 1999/2023). 이는 보건복지부에서 정신질환자를 돌보는 가족을 대상으로 한 실태조사에서도 나타났는데, 정신질환자의 가족 중 38%는 우울증 같은 정신질환이 있었으며, 5명 중 1명은 자살까지 생각할 만큼 심각한 심리적 어려움을 경험했고, 전체의 약 3분의 2에 해당하는 가족들이 환자 돌봄에 대해 높은 부담을 지각하는 것으로 나타났다(한국보건사회연구원, 2024). 이에 본 연구에서는 정신질환자 가족의 경험과 어려움에 대해 살펴보고자 하며, 본 연구에서의 ‘정신질환자’는 ‘정신장애인’을 포함하여 정신질환 진단 및 통계 편람 제5판 개정판에 따라 정신 기능의 기초가 되는 심리적, 생물학적, 발달 과정에서의 기능장애를 반영하는 개인의 인지, 감정 조절, 그리고 행동에 임상적으로 현저한 장애를 보이며, 사회적, 직업적 또는 다른 중요한 활동들에서 심각한 고통이나 장애와 연관된 사람으로 정의하고자 한다(American Psychiatric Association, 2022/2023).

정신질환자 가족과 관련한 연구를 살펴보면, 정서적·경제적인 부담(오경옥, 홍춘실, 2000)과 청소년기 이후 생소한 정신과 질환 및 이에 대한 사회적 편견으로 인한 위축감과

사회적 지지체계 전반이 부족한 상황에서 보호 부담을 온전히 감당해야 하는 고립감(정보경, 윤명숙, 2013; 최해경 외, 2020) 등과 같이 일상의 전반적인 영역에서 어려움을 경험하는 것으로 나타났다. 양극성장애 당사자의 가족 돌봄자는 문제 행동, 역할 기능의 장애, 가정 내 일상생활의 혼란에 대한 부담을 보고했으며, 신체적 건강 문제와 우울 증상을 경험하고 사회적 지지를 적게 느끼고 당사자의 낮은 경제적 능력으로 인해 경제적인 부담이 더해지는 것으로 나타났다(Perlick et al., 2007). 이는 조현병 당사자의 가족 돌봄자들에게서도 높은 신경증이나 우울 증상과 같은 비슷한 양상으로 나타났다(Magafia et al., 2007).

이와 같이 정신질환자의 가족은 당사자의 발병과 함께 자책감, 정서적 충격, 불안감, 돌봄에 대한 부담감, 가족관계의 갈등 등의 고통을 경험하였지만, 사회적 편견과 차별로 인해 이러한 어려움을 외부에 드러내지 못하고 홀로 고통을 감수해야만 하는 상황에 놓여 있었다(박선희, 김서현, 2024; 채인숙, 2007). 특히 당사자를 돌보는 만족감은 돌봄자의 삶의 질에 긍정적인 영향을 주지만, 정신장애에 대한 사회적 차별 인식이 높을수록 이러한 긍정적인 관계가 약화되며 가족의 심리적 복지가 저하되고 가족부담과 정신질환자에 대한 부정적인 태도가 증가하는 것으로 나타났다(김문근, 2009; 정보경, 윤명숙, 2013). 게다가 한국의 가족주의 문화로 인해 정신질환자의 가족은 가족 전체의 행복과 효도를 위해 고통스러운 경험에도 사랑과 책임감으로 보호자 역할을 감당하였고, 그 결과 친구와의 약속이나 학교 행사에 불참하거나 연애와 결혼과 같은 일상을 포기해야 할 정도로 삶의 영역을 희생하는 경험으로 이어졌다(임다슬, 2024; 최명민,

권자영, 2012).

정신질환자 가족의 이와 같은 어려움에 대한 대처와 해결 방안을 모색하려는 연구가 국내외에서 이루어지고 있다. 국외 연구 동향을 살펴보면, 외로움, 편견, 비애 등 정신질환자 가족의 다양한 심리적 경험이 폭넓게 보고되어 왔으며(Guan et al., 2023; Williams-Wengerd & Solheim, 2021; Yin et al., 2020), 최근에는 강점 발견과 성장, 회복을 지원하려는 연구 또한 증가하고 있다(Chiba et al., 2025; Wyder & Bland, 2014). 국내에서도 이러한 흐름과 유사하게 가족의 외상 후 성장, 삶의 질, 심리적 안녕감 향상에 주목하는 긍정적인 관점에서의 연구들이 이루어지고 있다(오서현, 하진의, 2020; 윤명숙, 박은아, 2012; 이지민, 이동귀, 2024). 이와 같은 정신질환자 가족의 삶의 질과 심리적 안녕감은 당사자에게도 긍정적인 영향을 미치며 만성 정신장애인의 자존감 회복과 삶에 대한 희망 형성에 기여하고, 이는 다시 회복의 원동력으로 작용하여 선순환 과정으로 연결되었다(김요완, 정현주, 2019). 따라서 정신질환자 가족의 정신건강은 당사자의 회복을 넘어 가족 전체의 성장과 회복으로 확장되는 연결 고리로서, 정신질환자 가족의 삶과 경험을 깊이 이해하고 면밀히 살피는 것이 필요하다.

정신질환자의 가족에 대한 연구에서 두드러진 점은 진단 초기에 경험하는 어려움이었다. 정신질환 진단 초기 단계는 가족들에게 있어 심리적으로 강렬하고 격동적인 시기로, 가족들이 경험하는 심리적 반응을 면밀하게 살펴보는 것은 필요하다. 여러 연구에서 가족구성원이 진단을 받은 초기에 가족은 정신질환자의 망상적 사고, 환청, 환시 등의 증상으로 인해 놀라움과 우울, 두려움, 불안, 막막함, 절망

감, 하늘이 무너져 내림 등을 경험하고, 병이 낫는다는 희망이 없는 것으로 나타났다(안소영, 김명찬, 2024; 하수정, 김영경, 2014). 또한 발병 초기 증상을 인지하지 못해서 조기 치료가 지연된 것은 아닌지에 대한 후회와 자신의 잘못된 양육 방식이 원인이 되었을지도 모른다는 죄책감으로 인해 정서적 고통스러움을 경험하였고, 자녀의 강제 입원과 관련된 경험은 트라우마로 남아 자녀에 대한 안타까움을 동반하기도 하였다(정숙희, 하명은, 2023).

이 같은 진단 초기에 주목되는 것은 정신질환자 가족의 질환에 대한 수용 여부이다. 정신질환 수용이란 힘과 희망을 축진하는 최종적인 결과물보다는 정서적, 인지적, 행동적인 과정이라는 관점에 따라(Spaniol & Gagne, 1997), 본 연구에서는 정신질환을 통제하거나 고칠 수 없는 것으로 인정하고 현실에 적응하는 지속적인 과정으로 정의하였다. 정신질환에 대한 가족의 수용에 따라 경험이 달라지는데, 정신질환자의 가족은 정신질환을 수용하기까지 혼란스러움과 좌절, 비애, 분노, 상실감으로 인해서 심리적 저항을 경험할 뿐만 아니라 사회적인 편견으로 인해서 수용에 어려움을 겪는다(이경순, 1997; Woolis, 2012/2023). 하지만 이러한 감정을 극복하고 수용에 이르게 되면 정신질환자의 가족은 마음이 자유로워지는 긍정적인 변화를 경험하고 심리적 안녕감이 높아지고 공감적 대화를 통하여 정신질환자와의 관계가 치유적으로 회복되는 것으로 나타났다(안소영, 김명찬, 2024; 채완순, 2007; 채인숙, 2007; 최장원, 장대연, 2024). 이와 같은 수용의 과정은 비유적 표현으로 설명되는데, Muhlbaier(2002)는 바다를 향해하는 여정에 빗대어 6개의 단계로 인식의 발전: 폭풍우 경고, 위기: 폭풍을 마주함, 불안정성의 순

환과 반복되는 위기: 위험한 바다에 표류, 안정성을 향한 움직임: 내부 나침반 재조정하기, 안정성의 지속: 항해하는 기술을 마스터, 성장과 옹호: 실존하는 바다의 항해로 설명하였다. 국내에서도 정신장애 자녀를 둔 가족들이 경험한 바를 사계절에 비유하여, 자녀의 발병으로 인해 ‘그리던 봄’은 매우 짧게 끝나고, 천둥과 번개가 내리치는 태풍을 맞이한 ‘기나긴 불볕더위에 지쳐가는 여름’을 지내며, 변화를 받아들이고 새로운 삶을 열어가는 ‘비움으로 채워지는 계절, 가을’을 보내고, 순간순간 절망과 슬픔도 있지만 희망이라는 따뜻한 겨울 바람에 감사함을 느끼며 ‘겨울의 여정’을 걸어가는 것으로 묘사하였다(한지연, 최송식, 2016).

이는 발달장애인의 가족을 대상으로 한 선행연구들에서도 유사하게 보고되었는데, 가족구성원의 장애를 수용하는 것은 삶의 질을 높이는 데에 중요한 과정으로 나타났다(김윤희, 김진숙, 2014; 김현옥 외, 2009; 김혜자, 정혜숙, 2014). 특히 김윤희와 김진숙(2014)은 발달장애 어머니의 장애수용 과정에서 촉진요인과 제한요인 및 개인적 특성과 환경적 요인에 따른 개인차를 고려하여 상담에서의 개입 방법을 구체적으로 살펴보았다. 지금까지의 장애수용 관련 연구들은 주로 발달장애인의 가족을 대상으로 이루어졌는데, 정신질환자의 부모가 정신지체인의 부모에 비해 보호 부담을 더 크게 느끼고 사회적 지지는 더 적게 지각하는 경향이 있는 것으로 나타났다(서미경, 2001; Greenberg et al., 1993). 그럼에도 아직까지는 정신질환 당사자를 대상으로 한 수용 경험 연구(김선주, 염동문, 2013; 박지원, 이정화, 2024)와 정신질환자 가족의 돌봄 경험에 초점을 두어서 연구(류세나, 조현미, 2022; 박지영, 권태연, 2022; 정숙희, 하명은 2023; 한지연,

최송식, 2016)가 이루어져, 가족구성원의 정신질환을 수용하는 가족의 주관적인 경험에 초점을 맞춘 연구는 여전히 부족한 실정이다. 따라서 정신질환자의 가족을 대상으로 정신질환을 수용을 하는 데 있어서 어떤 점이 수용을 어렵게 하고 촉진하는지에 대한 구체적인 수용 경험을 살펴보는 연구가 이루어질 필요가 있다.

나아가 가족의 정신질환 수용을 촉진하고 조력하는 상담요구에 대해서도 본 연구에서는 파악하고자 한다. 상담 서비스 요구를 상담활동, 상담환경, 상담자·상담방법, 상담내용의 하위 영역으로 하여 개인이 어떠한 상담서비스를 요구하는지를 이해한 손연아와 손은령(2012)의 관점에 따라, 본 연구에서는 상담요구를 정신질환자의 가족이 상담을 통해 어떤 도움을 기대하는지에 대한 필요로 정의하였다. 정신질환자의 가족에게는 사회적 지지가 삶의 질을 조절하는 중요한 변인으로 작용하고(이유리, 최희철, 2017), 일상생활 지원 부담과 주관적 경제적 부담보다도 정서적 부담을 가장 크게 느끼는 것으로 나타났(박혜영 외, 2000), 정신질환자의 가족을 대상으로 하는 심리적 지원이 활성화될 필요가 있다. 실제로 정신질환자의 가족은 여러 선행연구와 실태조사에서 지속적으로 심리상담에 대해 높은 요구를 보였다. 양옥경(1995), 이지민과 이동귀(2024)의 선행연구에서 참여자들은 정신질환자 가족의 정신건강과 삶의 질을 위해 전문적인 상담이 필요하다고 하였고, 보건복지부에서 실행한 정신질환자 및 가족지원 서비스 확충을 위한 실태조사에서도 정신질환자의 가족은 ‘가족상담 및 가족 정서지원’(61.7%)을 가장 필요한 자원으로 뽑았다(한국보건사회연구원, 2024). 전반적으로 상담에 대한 요구가 확인되었을

뿐만 아니라 자조집단, 가족상담, 스트레스 관련 프로그램 등 다양한 형태의 지원에 대한 요구 또한 제기되어 왔다. 정신질환자의 가족들이 서로 경험을 공유하고 의견을 나눌 수 있는 자조집단의 필요성과 함께, 가족의 자기돌봄 기술과 가족탄력성을 증진시키기 위한 통합적 가족개입 프로그램 및 스트레스 관리 프로그램의 제공이 중요하다고 제안하였다(오서현, 하진의, 2020; 윤명숙, 박은아, 2012; 최명민, 권자영, 2012). 기존의 여러 선행연구들을 통하여 정신질환자의 가족이 심리상담에 대한 지속적인 요구가 있다는 것을 파악할 수 있었으나, 심리상담의 필요성을 제기하는 데 그쳐 실제로 가족이 진단을 처음 마주하고 수용해 가는 과정에서 구체적으로 어떤 요구가 있는지 충분히 살펴보지는 못했다. 따라서 본 연구에서는 질적연구 방법을 활용하여 정신질환자 가족의 직접적인 목소리를 반영하여 구체적인 상담 요구를 파악하고, 이를 토대로 상담 개입 방안을 마련하고자 한다.

본 연구에서는 선행연구에서 질환자 가족의 어려움에서 유사한 부분이 있다고 밝혀진 (George et al., 2022) 조현병 스펙트럼 장애와 양극성 장애로 진단명을 제한하고자 했다. 두 질환은 구별되는 질환이지만, 다음과 같이 질환자의 가족이 공통되게 경험하는 부분들이 있기 때문이다. 먼저, 조현병 스펙트럼 장애는 망상, 환각, 와해된 언어나 행동의 양성증상과 정서적 둔마, 언어의 빈곤 등의 음성증상이 주요 특징으로 보고된다(권석만, 2025). 반면, 양극성 장애는 극심한 우울 삽화에서 유별나게 쾌활한 상태에 이르는 극단적인 기분 변화가 반복되는 특성이 있다(조용래, 김빛나, 2020). 이처럼 두 질환의 다른 증상을 주요 특징으로 하는 다른 질환이지만, 두 질환은 모

두 순환적이고 만성적인 경과를 보이며, 반복적인 증상의 재발이 있다는 점에서 공통점이 있다. 이는 삶의 질 저하와 삶의 목표 상실 등 부정적인 경험을 초래하고 대인관계, 직장 및 가정생활 전반에 심각한 영향을 미쳐 적응과 회복 과정을 어렵게 한다(김인경, 성경미, 2025; 박원명, 전덕인, 2019; 박은주, 2011). 이러한 특성으로 인해 인생의 주요한 과업이나 사건이 매우 역동적으로 나타나는 성인기에 (윤가현 외, 2020) 조현병 스펙트럼 장애나 양극성 장애를 갖고 있는 정신질환자는 사회적 지지망이 협소하고 일상생활의 많은 부분을 가족에게 의존하게 되어, 가족이 일차적인 보호와 재활의 책임을 갖게 되는 경우가 많다(양옥경, 1995). 한국보건사회연구원(2024)의 실태조사에서도 정신질환자를 돌보는 가족이 보고한 진단명은 조현병 스펙트럼 장애, 양극성 장애, 우울장애의 순으로 나타났으며, 유병기간이 20년 이상으로 장기화될수록 조현병 스펙트럼과 양극성 장애의 비중이 높아지는 경향이 확인되었다. 이는 다른 정신질환에 비해 두 질환이 장기적인 돌봄이 요구되며, 만성화될수록 조현병 스펙트럼과 양극성 장애로 진단받은 정신질환자를 돌보는 가족은 일반 대조군에 비해 우울감 점수와 중등도 이상의 우울 증상을 경험하는 비율이 높은 것으로 보고되었다(심민영 외, 2008). 이에 따라 본 연구에서는 조현병 스펙트럼 및 양극성 장애로 진단을 받은 성인 정신질환자의 가족에 초점을 맞추었다.

이상의 배경과 문제의식을 출발점으로 하여, 본 연구는 합의적 질적 연구방법(Consensual Qualitative Research [CQR])을 통해 성인 정신질환자 가족의 수용 경험과 상담요구를 보다 심층적으로 이해하고자 했다. 정신질환자의

가족은 사회적 낙인으로 인해 환자에 대한 이야기하기를 꺼려하는 것으로 나타나(최이순, 1996), 질문지를 활용한 자료 수집 방법으로는 자신의 이야기를 솔직하게 드러내는데 제한이 있어 정신질환자 가족 내면의 복잡한 경험을 이해하는 데 한계가 있을 수 있다. 이를 극복하기 위해 연구자와 연구대상자 간의 라포형성을 높일 수 있는 면담 형식의 질적 연구 방법이 적절하다고 판단했다. 질적연구방법 중에서도 CQR은 관찰만으로는 이해할 수 없는 내면의 경험을 조사하는데 유용하고, 연구자들과의 합의 과정을 거쳐 연구자의 주관적 가치가 연구 결과에 편향되어 영향을 미치는 것을 최소화한다는 장점을 가지고 있어, 기존의 질적 분석이 가지는 객관성 결여와 반복된 결과를 기대하기 어렵다는 한계점을 보완할 수 있다(Hill, 2012/2016). 따라서 정신질환자의 가족이 정신질환을 수용하는 내적 경험의 본질을 생생하게 이해하고 상담요구를 심층적으로 탐색하기 위해서 합의적 질적 연구방법이 적절하다고 할 수 있다.

따라서 본 연구에서는 합의적 질적 연구방법을 사용하여 성인 정신질환자 가족의 정신질환 수용 경험과 상담요구에 대해 알아보고자 한다. 본 연구의 결과는 상담 현장에서 성인 정신질환자의 가족을 더 깊이 이해하고 정신질환을 수용할 수 있도록 효과적으로 개입할 수 있는 틀을 마련하는 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대된다. 또한 상담자는 정신질환자 가족이 보고한 상담요구를 기반으로, 이들을 구체적으로 도와 가족구성원의 정신질환 진단을 성장의 발판으로 받아들일 수 있는 기회를 제공할 수 있을 것이다. 이에 본 연구의 연구문제는 다음과 같다.

첫째, 성인 정신질환자를 둔 가족은 가족구

성원의 정신질환 진단으로 인해 어떤 심리적 경험을 하는가?

둘째, 성인 정신질환자를 둔 가족은 가족구성원의 진단을 수용하는 과정에서 어떤 어려움과 도움을 경험하는가?

셋째, 성인 정신질환자를 둔 가족은 정신질환을 수용하는 과정에서 어떤 상담을 요구하는가?

방 법

연구참여자

본 연구의 참여자는 가족(부모, 자녀, 형제자매) 중 성인 정신질환자가 있는 성인으로, 모집 공고문을 보고 자발적으로 참여하였다. 연구 참여를 위한 모집 공고문은 복지센터에 게시하였으며, 눈덩이 표집 방법을 통해 연구자 또는 연구참여자에게 참여 의사를 밝힌 경우 모집 공고문을 전달하였다. 참여자들은 모집 공고문에 포함된 링크에 접속하여 본 연구의 목적과 방법, 연구 참여로 인한 이익 및 해, 동의 철회의 자유 등에 대해 숙지하고 동의한 후, 자기점검리스트를 통해 연구 참여 가능 여부를 확인하도록 하였다. 자기점검리스트는 정신질환 수용 경험에 대한 정의를 바탕으로 총 5개의 문항으로 구성되었으며, 연구참여자 보호와 연구 목적의 적합성을 고려한 질문이었다. 이를 통한 참여자의 자기보고와 면담 과정에서 연구자가 추가적으로 수용 경험 여부를 확인하여 연구 대상자를 선정하였다. 자기점검리스트의 구체적인 질문의 내용은 가족구성원이 조현병 스펙트럼 혹은 양극성 장애로 진단을 받은 지 3년이 지났는지,

진단을 받은 당시의 경험에 대한 회상이 가능한지, 가족구성원의 정신질환 진단에 대해서 현재는 받아들였는지, 수용 경험과 상담요구에 대해서 말하는 것에 큰 어려움이 없는지, 현재 심한 우울감이나 대처하기 어려운 스트레스는 없는지에 대한 것이었다. 가족구성원이 정신질환으로 진단을 받은 지 3년이 지난 경우로 설정한 이유는 실질적인 경험 이후 3년 이내에는 회상이 비교적 수월하지만(Hill, 2012/2016) 진단 초기의 경험을 생생하게 기억하여 면담 과정에서 불편감을 느낄 가능성이 높다고 판단하였고, 정신질환 진단을 수용하는 과정을 탐색하는 본 연구의 목적에 따라 진단 이후 일정 기간이 지난 뒤의 회고적 면담이 적절할 것이라고 보았다. 따라서 참여자의 선정 기준은 상기 연구에 관심이 있고 심층 면담에 동의하여 60분 이내의 시간을 할애하여 대면 혹은 비대면(전화, zoom 등) 면담에

응할 수 있고, 극심한 우울 및 스트레스로 정신과적 진단을 받지 않은 자이며 사전 온라인 질문 자기점검리스트의 질문에 긍정적으로 답변(모두 ‘예’라고 답변)한 자이며, ‘아니오’라고 답변하는 경우 연구대상에서 제한될 수 있음을 설명문에 사전 고지하였다. 연구자는 개별적으로 연락을 취하여 참여자 선정 기준에 부합하는지 확인한 후, 구두로 연구 목적 및 방법과 연구 과정 중 원치 않는 질문에 대해서는 답을 거부할 수 있으며 연구 참여에 대한 의사를 철회하거나 거부할 수 있음을 재안내하고 연구 참여에 대한 동의 여부를 다시 확인하였다.

최종적으로 12명을 대상으로 심층 면담이 이루어졌으며 연구참여자들의 인구학적 특성은 다음과 같다. 여성 10명, 남성 2명이었고, 연령대는 20대가 6명, 30대가 2명, 50대 1명, 60대 3명이었다. 당사자의 진단명은 조현병 7

표 1. 연구참여자의 인구통계학적 특성

	참여자 연령대	참여자 성별	당사자 연령대	당사자 진단명	진단시기	참여자-당사자의 관계
1	20대	여	20대	양극성장애	9년	형제자매
2	20대	여	50대	양극성장애	4년	자녀-부모
3	20대	남	20대	조현병	10년	형제자매
4	20대	여	20대	조현병	5년	형제자매
5	30대	여	40대	조현병	20년	형제자매
6	60대	여	60대	양극성장애	16년	형제자매
7	30대	남	70대	조현병	8년	자녀-부모
8	60대	여	30대	조현병	17년	부모-자녀
9	20대	여	20대	양극성장애	5년	형제자매
10	60대	여	20대	조현병	5년	부모-자녀
11	50대	여	20대	양극성장애	5년	부모-자녀
12	20대	여	60대	조현병	10년	자녀-부모

명, 양극성장애 5명이었으며, 연령대는 20대가 6명, 30대가 1명, 40대가 1명, 50대가 1명, 60대가 2명, 70대가 1명이었다. 진단을 받은 시기는 4년에서 20년 사이였으며, 평균 9.5년이였다. 참여자와 당사자와의 관계는 형제자매 6명, 자녀-부모 3명, 부모-자녀 3명이였다. 연구 참여자의 인구통계학적 특성은 표 1과 같으며, 참여자의 비밀보장을 위하여 개인정보는 크게 유목화하여 최소한의 정보만 제시하였다.

연구자

본 연구의 연구팀은 Hill(2012/2016)의 권고에 따라 연구자를 포함한 3명의 평정팀과 2명의 감수자로 구성되었다. 연구자는 상담전공 석사과정생으로 연구 방법론 교과목 수강 및 질적연구 워크샵 및 특강을 수강하였고, 평정자 1인은 상담전공 석사학위 소지자로 질적연구 방법을 포함한 연구방법론 특강을 수강하였다. 또 다른 평정자 1인은 상담전공 박사과정 수료생으로 CQR로 질적연구를 수행한 경험이 있으며, 질적연구방법 수업 및 워크샵을 수강한 경험이 있다. CQR로 질적연구를 수행한 경

험이 없는 평정팀 2인은 10주 동안 매주 2시간씩 CQR에 대해 학습하고 CQR을 활용한 국내외 논문들(김정현, 2020; 손보영, 2021; 정광훈, 2022, Hill et al., 2003; Hill et al., 2017; Knox et al., 2009; Knox et al., 2017)을 논의하고, 자료 분석과 코딩, 수정 및 검토의 과정을 연습했다.

본 연구의 감수자 2인은 다수의 상담, 슈퍼비전의 경험이 있고 여러 질적연구를 수행하고 지도한 경험이 있어 질적 연구 방법에 개방적이고 익숙한 연구자이자 상담전공 교수이다. 감수자 1인은 논문지도 교수로 본 연구의 설계부터 인터뷰 초안과 데이터를 분석하는 전 과정을 감수하였고, 외부 감수자 1인은 평정 과정과 결과를 감수하였다.

면담 질문지

본 연구에서는 성인 정신질환자를 둔 가족의 정신질환 수용 경험과 상담요구에 대한 심층 면담을 실시하기 위해 반구조화된 면담 질문지를 구성하였다. 면담 질문지의 질문 선정 과정은 다음과 같다. 1차적으로 문헌연구 결

표 2. 반구조화된 면담질문지

1. 가족구성원이 정신질환진단을 받은 후, 어떠셨나요?
2. 가족구성원의 정신질환에 대해서 얼마나 알고 계신가요?
3. 가족구성원이 정신질환 진단을 받은 것과 관련해서, 정신질환을 진단받은 당사자의 가족으로서 상담을 받은 적이 있나요?
4. 추가적으로 정신질환을 진단받은 당사자의 가족을 대상으로 상담과 관련된 어떤 필요나 바람이 있나요?
5. 가족구성원의 정신질환 진단에 대해 받아들이는 과정이 어떠했나요?
6. 가족구성원의 정신질환을 수용하는 과정에서 상담을 받은 적이 있나요?
7. 추가적으로 상담과 관련된 어떤 필요나 바람이 있나요?
8. 위의 과정을 거쳐 정신질환을 받아들인 이후에는 어떤 변화가 있었나요?

과를 토대로 질문지를 구성한 후, 감수자의 피드백을 받아 질문 문항을 삭제, 추가, 재배열하였다. 1차로 수정된 질문지를 바탕으로 성인 정신질환자를 둔 가족 2인을 대상으로 예비 면담을 시행하여, 이해가 어려운 내용을 확인하고 기존 질문에서 질문 제시 순서를 수정하였다. 감수자의 피드백을 받아 질문 문항을 2차로 수정한 최종 반구조화된 면담질문지는 표 2와 같다. 면담은 질문 내용을 바탕으로 진행되었으며, 필요한 경우 보충 설명을 하였다.

연구 절차

사전 편견 및 기대 처리

편견과 기대는 질적연구 과정에서 피할 수 없으며 연구자가 어떻게 자료를 이해하고 해석하는지에 영향을 미칠 수 있기 때문에, 편견과 기대를 다루는 것은 여러 가지 면에서 연구의 질을 높이는 데 중요한 역할을 한다(Hill, 2012/2016). 따라서 평정팀은 연구 주제에 대한 기대, 분석 과정에 미칠 수 있는 개인적 요인, 면담질문지를 바탕으로 예상되는 답변을 독립적으로 작성한 후에, 팀원들과 함께 편견과 기대를 공유하는 시간을 가졌다. 팀원들은 모두 정신질환자 혹은 정신질환자의 가족을 만나 본 경험이 있었으며, 연구를 통해서 정신질환자의 가족에 대해서 더 깊이 이해하고 효과적인 상담 개입 방법을 모색할 수 있을 것이라는 기대가 있었다. 또한 진단 초기에는 가족들이 자신을 돌볼 여유가 없는데 수용하게 되면서 가족으로서 할 수 있는 한계가 있음을 인식하고 자신에게 집중할 여유가 생길 것이라고 보았다. 하지만 수용했음에도 복합적인 감정들이 오가며 혼란스러움이 반복될

것이란 의견도 있었다. 자료 분석 시 논의한 편견과 기대를 인식하면서 연구 자료의 의미를 이해하고자 노력하였다.

자료 수집

본 연구는 기관생명윤리위원회(IRB)의 심의 및 승인을 받은 후(202501-HS-001), 2025년 1월부터 4월까지 연구참여자 모집 및 심층 면담이 이루어졌다. Hill(2012/2016)이 2~15명의 연구참여자가 적절하다고 한 근거를 바탕으로, 2명을 대상으로 예비 면담을 실시한 후 12명을 대상으로 심층 면담을 진행하였다. 면담을 완료한 참여자들에게 소정의 답례품(커피 쿠폰)을 제공하였다.

예비 면담 및 심층 면담은 모두 연구자 1인이 진행하였다. 연구참여자의 편의를 위해(Matthews & Elizabeth, 2008) 연구참여자가 대면 혹은 비대면 면담 방식을 선택하도록 하였다. 최종적으로 총 12명의 심층 면담 참여자 중 3명은 대면으로, 9명은 비대면으로 진행하였다. 면담에 앞서 녹음에 대한 동의를 구하고 면담을 진행했으며, 면담 시간은 약 60분간 소요되었다. 면담 과정 중에는 정확한 전사와 참여자와의 능동적인 상호작용을 위하여 메모를 하였으며 면담 이후에도 참여자와의 경험에 대한 메모를 하였다. 면담이 종료된 이후에는 자료분석 과정에서 연구자가 추가 면담을 요청할 수 있다는 점과 분석 내용에 대한 검토를 요청할 수 있음을 안내하였고, 모든 참여자들은 동의하였다. 면담을 진행한 연구자가 면담 내용을 축어록으로 작성했으며, 주요 원자료인 축어록의 의미가 상실되지 않도록 최대한 있는 그대로 작성하도록 노력하였고, 참여자들의 개인정보가 담겨있거나 특정한 개인적인 내용 및 구체적인 지역명은 삭제 또는

익명화하여 연구참여자의 정보가 특정되지 않도록 보호하였다.

자료 분석 및 감수 과정

Hill(2012/2016)이 제시한 절차에 따라 평정팀은 영역 및 핵심내용 코딩과 교차분석의 과정으로 수행하였다. CQR의 첫 번째 단계인 영역 목록 도출을 위해, 연구주제와 관련된 문헌 및 면담 질문지를 바탕으로 축어록 내용을 각자 코딩 및 분석하고 모여서 합의하는 과정을 반복하였다. 먼저 1사례의 축어록에 대해 읽고 각자 영역을 설정한 후 합의 과정을 거치면서 ‘진단 당시 심리적 경험’, ‘정신질환 수용과정’, ‘실제 상담 경험’, ‘상담요구’의 4개 영역으로 초기 영역 목록을 도출하였다. 모든 축어록을 검토하면서 정신질환 수용과정 영역에 진단 당시 심리적 경험이 포함될 수 있는지에 대해 지속적으로 토의하고 이전 사례로 돌아가 데이터틀 다시 확인하는 과정을 거치면서 수용과정 영역에 포함시켜, ‘수용과정’, ‘실제 상담 경험’, ‘진단 초기 상담요구’, ‘후기 상담요구’의 4개 영역 목록으로 수정하였다. 영역 설정 시 잠재적으로 관련이 있거나 흥미롭지만 어떤 영역과도 맞지 않는 데이터는 삭제하지 않고 기타로 표시하여 별도의 영역을 만들었다. 다음으로 핵심개념 추출을 위해, 축어록에서 연구 목적에 맞는 의미 단위로 축약하고, 불일치하는 부분은 평정팀이 만장일치가 될 때까지 합의하였다. 전체 사례를 읽고 축어록 내용을 숙지한 후 모여, 핵심개념이 참여자가 한 말에 가장 가깝게 요약되었는지, 맥락상 필요한 세부적인 내용이 추가되어야 하는지에 대한 의견을 나누고 합의하는 과정을 거쳐 핵심개념을 명확히 하고자 했다. 평정팀은 참여자의 의도를 추론하거나 전문적인

용어 사용을 피하고자 하였으며 사전에 논의한 팀 구성원들의 신념이나 편견으로부터 분리하여 핵심개념을 추출하고자 하였다. 모든 사례의 영역과 핵심개념을 구성한 후 1차 감수를 받았다. 감수자는 영역의 제목이 적절한지, 데이터가 영역에 적절하게 배치되었는지, 핵심개념이 영역에 적절한지, 핵심개념이 참여자의 말과 가까운지를 검토하였다. 감수자는 수용과정의 영역이 너무 크게 구성되어 복잡하다는 의견을 제시하여 평정팀은 다시 데이터로 돌아가서 살펴보고 수용과정에 진단 이후의 경험이 포함되지만, 본 연구에서는 진단 후 초기에 보인 심리적 반응과 이후 전개되는 수용 경험을 구분하여 분석하고자 최종적으로 ‘진단 후 초기 심리적 반응’과 ‘수용 경험’으로 영역명을 수정하고 두 영역으로 구분하기로 합의를 이루었다. 수정된 영역 목록은 과정을 더 쉽고 명확하게 분류할 수 있도록 하였다.

영역과 핵심 개념 작업을 완료한 후, 교차분석을 실시하였다. 상대적으로 작고 쉬운 영역에서부터 시작하여 교차분석 작업에 능숙해지하고자 하였다. 작업할 영역을 확정된 후, 해당 영역의 핵심 개념을 검토하고, 사례마다 공통 요소나 주제를 확인하여 유사한 핵심개념을 덩어리로 묶어 범주를 개발하였고, 하위 범주를 구성하여 각 범주의 명칭에 대해 합의하는 과정을 거쳤다. 이 과정을 모든 영역에 반복한 후 합의한 결과에 대해 2차 감수를 받았다. 감수자는 핵심개념이 잘 드러나도록 하위범주명을 동사형으로 통일하고 간결하게 드러낼 수 있는 용어로 범주명을 설정하기를 제안하였다. 평정팀은 재합의의 과정을 거쳐 최대한 이야기체로 참여자들의 말이 적절하게 반영되도록 하위범주명을 동사형으로 수정하

였다. 또한 수용 경험의 영역에 순환 범주를 포함하여 5개의 범주로 구성되었으나, 가역적이고 순환적인 부분은 수용의 전반적인 과정에서 어렵게 하는 요인으로 포함될 수 있을 것으로 판단하여 4개의 범주로 수정하였다. 이후 외부 감수자로부터 추가적으로 감수를 받아 범주의 정확성과 적합성을 검토하였고 데이터에 중점을 두어 분석할 것을 강조하였다. 결과 총 5개의 영역과 16개의 범주로 합의되었다.

결 과

본 연구에서 합의적 질적 분석 방법을 적용하여 분석한 결과, 5개의 영역과 16개의 범주로 구분되었다. 각 범주의 대표성을 확인하기 위해 Hill 등(2005)이 제시한 기준에 따라 빈도수를 부여하였다. 본 연구에서는 12명의 참여자를 대상으로 하였으므로 ‘일반적’은 11-12사례, ‘전형적’은 6-10사례, ‘변동적’은 2-5사례, 1사례는 ‘드문’으로 표기하였다. 다만 1사례에서만 나타나는 경우는 ‘드문’으로 표기하여 범주에 포함시키거나 평정팀과 논의를 거쳐 다른 범주에 추가하거나 최종적으로 제외하였다. 최종 분석 결과를 표 3에 제시하였다.

영역 1: 진단 후 초기 심리적 반응

진단 후 초기 진단 후 초기 심리적 반응은 ‘인지적 반응’, ‘정서적 반응’, ‘행동적 반응’의 3개 범주와 14개 하위 범주로 분류되었다. 이에 대해 살펴보기 전에 면담 과정에서 진단 이전의 시점에서도 정신질환자의 가족은 여러 경험을 한 것으로 나타났다. 갑작스러운 증상

발현으로 인하여 극단적인 상황이 일어날까 노심초사하고 가족구성원의 이전과는 다른 모습에 무서움과 불안함을 보고하였다. 게다가 병원에 가족구성원을 데려가서 정확한 진단을 받고 치료를 시작하고 싶은데, 주변의 도움이 없고 어떤 병원을 찾아가야 하는지 정확한 정보가 없거나 정확하지 않은 진단으로 치료에 진전이 없는 등의 난감함과 당황스러움을 경험하였다.

인지적 반응

가족구성원이 조현병 혹은 양극성 장애로 진단을 받은 후, 가족들은 질환에 대한 예후와 대처 방법에 대한 고민을 가장 많이($n=8$, 전형적) 경험한 것으로 나타났다. 또한 진단 이전에 의심했던 기간이 길고 증상이 해당 진단으로밖에 설명되지 않을 것이라 예상했던 참여자들은 진단을 받아들일 수 있었지만($n=5$, 변동적), 증상이 일시적일 뿐이며 단순한 사춘기의 일환으로 해석하는 경우 진단을 믿기 어려워 부인하기도($n=3$, 변동적)했다. 또한 제한된 사전지식으로 인해 치료를 받으면 나아질 것이라고 생각하는 반응도 있었다($n=4$, 변동적).

어떻게 감당해야 되나 그런 거가 있었죠. 일단. <질환에 대한 예후 및 대처에 대해 고민함, 사례 8>

당사자가 약간 좀 정신적으로 많이 힘들지 않나 약간 병원에 가야 되는 수준이지 않나라고 생각했던 기간이 꽤나 길었었어서. 막상 이제 딱 그걸 진단받았을 때는 그럼 우리가 생각했던 게 맞았구나. 이렇게 생각이 들어서 엄청 막 당혹스

표 3. 성인 정신질환자를 둔 가족의 정신질환 수용 경험과 상담요구

영역	범주	하위범주	빈도 (사례 수)
진단 후 초기 심리적 반응	인지적 반응	질환에 대한 예후 및 대처에 대해 고민함	전형적(8)
		가족의 정신질환 진단을 받아들임	변동적(5)
		치료를 받으면 나아질 것이라고 생각함	변동적(4)
	정서적 반응	믿기 어려워 부인함	변동적(3)
		앞이 캄캄한 것과 같은 막막함과 절망감을 느낌	전형적(7)
		자책과 주변을 향한 원망스러움을 느낌	전형적(7)
		모호함이 명확해짐에 따른 안도감	변동적(5)
		사회적 편견으로 인해 막연한 두려움을 느낌	변동적(4)
		입원과 관련된 슬픔과 고통	변동적(3)
	행동적 반응	왜 하필 우리 가족에게 이런 일이 일어났는지에 대한 분노와 좌절감	변동적(3)
		치료활동에 대해 직접적으로 조력함	전형적(9)
		질환을 이해하고자 정보를 수집함	전형적(8)
		당사자를 조심스럽게 대하고 배려함	변동적(5)
		다른 가족구성원들의 이해를 촉진하고자 노력함	변동적(2)
수용 경험	수용을 어렵게 하는 요인	참여자의 노력에도 불구하고 바뀌지 않는 상황에 지침	변동적(5)
		수용 과정이 가역적이고 순환적임	변동적(5)
		도움을 요청할 지지자원이 부족함	변동적(4)
		사회적 편견으로 드러내지 못함	변동적(3)
		당사자의 증상이 완화되는 속도가 기대보다 더딤	변동적(3)
	수용에 도움이 되는 요인	참여자는 수용했더라도 변함없는 가족 분위기	변동적(2)
		질환과 치료에 관한 지식이 증가함	전형적(9)
		주변 사람들로부터 심리적 지지를 받음	전형적(6)
		당사자의 마음을 이해하게 되면서 연민의 감정을 느낌	변동적(5)
		당사자의 증상이 호전됨	변동적(4)
		적극적이고 개방적인 참여자의 개인적인 특성	변동적(3)
		종교를 통해 인간의 한계를 수용함	변동적(2)
	개인 내적인 변화	부정적인 감정이 감소하고 긍정적인 감정이 생김	전형적(9)
		현실을 인정하고 있는 그대로 받아들임(부정하지 않음)	전형적(8)
		가족이기에 책임지기로 결정함	전형적(7)
		진로 선택에 영향을 줌	변동적(2)
	당사자 및 가족 관계의 변화	당사자와 긍정적인 상호작용이 증가함	전형적(9)
		당사자와의 관계가 회복됨	변동적(5)
		가족 전체의 응집력과 협력적 관계가 증진됨	변동적(3)

표 3. 성인 정신질환자를 둔 가족의 정신질환 수용 경험과 상담요구 (계속)

영역	범주	하위범주	빈도 (사례 수)
상담 경험	상담 참여 여부	상담 받은 경험이 없음	전형적(8)
		상담 받은 경험이 있음	변동적(4)
	상담 접근의 환경적 제약 요인	상담기관에 대한 정보가 부족함	변동적(5)
		경제적인 부담이 큼	변동적(3)
	상담 접근의 개인적 제약 요인	당사자를 돌보면서 시간적, 심적 여유가 부족함	전형적(7)
		상담에 대한 효과성을 의심함	변동적(5)
		다른 자원(예, 기관으로부터의 교육과 종교)으로 충분하다고 느낌	변동적(4)
		상담의 낙인효과에 대해 우려함	드문(1)
진단 초기 상담요구	진단 초기에 상담이 필요하다고 느낌		일반적(12)
	기대하는 바	가족구성원으로서 구체적이고 실제적인 대처방안을 알기 원함	전형적(10)
		정서적인 지지와 위로	전형적(7)
		증상과 관련한 지식을 알기 원함(발생원인, 호전 정도, 예후 등)	전형적(6)
		상담자의 높은 전문성	변동적(2)
		입원 과정에 대한 지식을 알기 원함	변동적(2)
		연계할 수 있는 기관에 대한 정보 제공을 원함	변동적(2)
	상담 형태	혼란스러운 감정을 1대 1로 안전하게 표현	전형적(7)
		유사한 경험을 가진 사람들과 조언과 지지를 나눔	전형적(6)
		가족이 함께 문제를 이해하고 치료에 공동 참여	변동적(3)
이후 지속적인 상담요구	상담의 필요성이 지속됨		일반적(12)
	기대하는 바	당사자의 안정화 지속을 위한 대처방안 획득	전형적(7)
		참여자 자신에 대한 성찰과 감정 조절을 원함	변동적(5)
		전문적이고 맞춤형 정보를 원함	변동적(4)
		다른 가족 간의 갈등을 조절하는 방법을 알기를 원함	드문(1)
	상담 형태	유사한 경험 공유로 장기 돌봄 소진에 대한 보편성과 위안	전형적(7)
		장기 돌봄 과정에서의 개별적 정서 부담을 다룰 공간	변동적(4)
		가족들의 상처를 서로 이해하고 소통 회복	변동적(4)

렵거나 급작스럽진 않았고 그렇게 그냥
좀 자연스럽게 받아들였던 것 같아요.

<가족의 정신질환 진단을 받아들임, 사
례 1>

굉장히 모범적인 애였는데 그때 당시에 갑자기 학교를 안 간다고 하고 그런게 좀 껴병으로 그러니까 사춘기라고 잘 못 생각했던 것 같아요. 사춘기가 아닐까 약간 조금 부인하는 이제 그런 생각을 했었고. <믿기 어려워 부인함, 사례 11>

정서적 반응

정신질환자의 가족은 앞이 캄캄한 것과 같은 막막함과 절망감의 반응($n=7$, 전형적) 자책과 주변을 향한 원망스러움의 반응($n=7$, 전형적)이 주로 나타났다. 또한 진단으로 인해 오히려 명확해져 안도감을 느끼고($n=5$, 변동적), 사회적 편견으로 인해 막연한 두려움을 느끼기도 했으며($n=4$, 변동적), 입원과 관련된 슬픔과 고통을 호소하였고($n=3$, 변동적), 왜 하필 우리 가족에게 이런 일이 일어났는지에 대한 분노와 좌절감을 경험하였다($n=3$, 변동적).

막막했던 것 같아요. 부모님이 너무 바쁘셔가지고 거의 신경을 못 쓰고 그러셨는데. 그때는 제가 따로 살게 되어서 좀 누가 그럼 동생을 돌보지?라는 좀 막연한 걱정이 컸던 것 같아요. <앞이 캄캄한 것과 같은 막막함과 절망감을 느낌, 사례 4>

해결 방법은 없어 이런 이런 병이야 이렇게만 저한테 얘기해 주는 것 같아서 좀 막막함을 좀 느꼈고... <앞이 캄캄한 것과 같은 막막함과 절망감을 느낌, 사례 5>

초반에는 좀 이제 많이 힘들고 이제

좀 형에 대한 원망도 좀 많이 했었어요. 이제 너무 힘들니까 그때는 너무 힘들었고 신경을 너무 많이 써야 되고 이제 굉장히 이제 스트레스였던 말이에요. 돌발적인 상황들 그 자체가. <자책과 주변을 향한 원망스러움을 느낌, 사례 3>

그냥 미워하는 마음 그리고 내가 왜 이런 집에 태어났지 왜 내 자매는 그렇지 제 친구들의 자매들은 항상 되게 좋은 이렇게 친구 같은 자매였거든요. 근데 저는 그러지 못하는 거에 대한 불만도 있었고 그런 감정들이 조금 죄스럽게 느껴질 때가 있었던 것 같아요. 다른 사람들은 이 상황에서 이렇게 생각하지 않을 텐데 나처럼 나는 왜 더 착하지 못할까 왜 이렇게 좀 못 됐을까 이런 생각? <자책과 주변을 향한 원망스러움을 느낌, 사례 5>

뭔가 평생 갖고 살았던 의문이 풀린 거에 대한 좀 해소감 같은 거 이제 딱 병명이 나오니까. <모호함이 명확해짐에 따른 안도감, 사례 12>

조현병이라는 그 병 자체가 이제 좀 뭔가 사회적으로도 좀 많이 무서운 단어였던 것 같아요. 그래서 그 당시에 제가 느끼기에도 혹시나 이제 가족이지만 이제 이걸 어떻게 좀 해야되지 약간 거기에서 오는 약간 좀 막연한 두려움도 좀 있었던 것 같아요. <사회적 편견으로 인해 막연한 두려움을 느낌, 사례 3>

(입원 과정에서 당사자를 안정시키기

위해서 강제로 약물을 투여하고 통제하는 것을 보면서) 그거 진짜 있잖아, 피눈물 나. <입원과 관련된 슬픔과 고통, 사례 6>

받아들이기 어려웠던 점은 일단 믿어지지 않았다 해야 되나 왜 우리한테 이런 일이 일어났지 그런 거죠. <왜 하필 우리에게 이런 일이 일어났는지에 대한 분노와 좌절감, 사례 11>

행동적 반응

대부분의 정신질환자의 가족은 치료활동에 대해 직접적으로 조력하였고($n=9$, 전형적), 정신질환을 이해하고자 여러 방법을 통해 정보를 수집한 것으로 나타났다($n=8$, 전형적). 또한 당사자를 조심스럽게 대하고 배려하고자 했으며($n=5$, 변동적), 다른 가족구성원들이 정신질환에 대해 이해할 수 있도록 촉진하고자 노력했다($n=2$, 변동적).

일단 엄마를 모시고 병원에 갔거든요. 누나랑 같이 복지센터도 한 번 갔던 것 같아요. <치료활동에 대해 직접적으로 조력함, 사례 7>

의료진이나 아니면 이제 논문이나 이런 거 찾아보기도 하고 그런 식으로 동생이 어떤 형태인지 좀 제가 이해하려고 노력했던 것 같아요. <질환을 이해하고자 정보를 수집함, 사례 4>

치료가 필요하다는 거를 계속 납득시켜야 했었으니까. <다른 가족구성원들이 정신질환에 대해 이해할 수 있도록 촉진

하고자 노력함, 사례 2>

영역 2: 수용 경험

수용 경험은 ‘수용을 어렵게 하는 요인’, ‘수용에 도움이 되는 요인’, ‘개인 내적인 변화’, ‘당사자 및 가족 관계의 변화’의 4개의 범주와 19개의 하위범주로 분류되었다.

수용을 어렵게 하는 요인

참여자의 노력에도 불구하고 바뀌지 않는 상황에 지치고($n=5$, 변동적), 수용 과정이 가역적이고 순환적($n=5$, 변동적)인 것이 수용을 어렵게 하는 것으로 나타났다. 또한 도움을 요청할 지지자원이 부족하고($n=4$, 변동적), 사회적 편견으로 드러내지 못하고($n=3$, 변동적), 당사자의 증상이 완화되는 속도가 기대보다 더디고($n=3$, 변동적), 참여자는 수용했음에도 변함없는 가족 분위기($n=2$, 변동적)로 인해서 수용에 어려움을 경험했다.

정상 생활을 하기 힘들고 그러다 보니까 이제 약을 또 이제 병식이 병에 대한 인식이 없는 게 가장 문제였거든요. <참여자의 노력에도 불구하고 바뀌지 않는 상황에 지침, 사례 8>

그 증상들이 발현될 때 또 시작이네. 뭔가 이렇게 생각하게 되거나 짜증난다 그런 식으로 이제 불현듯이 한 번씩 혹은 이렇게 불만의 감정들이 올라오기는 하는. <수용 과정이 가역적이고 순환적임, 사례 12>

그리고 주변에 우리 가족 주변에 아무

도 그런 사람이 없으니까 그런 것 때문에... <도움을 요청할 지지자원이 부족함, 사례 11>

거의 공유할 수 있는 창구는 사실 많이는 없었던 것 같아요... (조현병에 대한 안 좋은 인식과 관련한) 소리를 들으면서 자랐던 제가 동생이 그런 병을 가졌다고 생각하니까 너무 어떻게 납득을 해야 될지 잘 모르겠더라고요. <사회적 편견으로 드러내지 못함, 사례 4>

진짜 왜 자꾸 이러지 더 나아질 수는 없는 건가 약간 그런 생각을 좀 하면서 좀 그랬던 것 같습니다. <당사자의 증상이 완화되는 속도가 기대보다 더딤, 사례 3>

그때 좀 들었던 생각이 바뀌지 않을 것 같구나. 이거는 진짜 우리 가족 안에서 문제가 해결될 거는 기대하면 안 되겠다 그런 생각을 했고. <참여자 수 용했더라도 변함없는 가족 분위기, 사례 2>

수용에 도움이 되는 요인

참여자는 질환과 치료에 관한 지식이 증가($n=9$, 전형적)하고, 주변 사람으로부터 심리적인 지지를 받음($n=6$, 전형적)이 수용에 도움이 되었다고 보고했다. 또한 일부 참여자들은 당사자의 마음을 이해하게 되면서 연민의 감정을 느끼게 되고($n=5$, 변동적), 당사자의 증상이 호전된($n=4$, 변동적) 점을 요인으로 보고했다. 또한 적극적이고 개방적인 참여자의 개인적인 특성($n=3$, 변동적)과, 종교를 통해 인간

의 한계를 수용함($n=2$, 변동적)이 도움이 된 것으로 나타났다.

(간호사의 교육으로) 식사하는 것부터 해서 어떻게 행동하면 좋은지 약 먹는 거 어떻게 체크하면 될지 뭐 이런 것들 팁 같은 것도 좀 알려주시고... (조울증에 대한) 이해를 도와주시려고 많이 좀 노력을 해주셔가지고 저도 그래도 너무 낯설지 않게 엄마의 병을 좀 받아들일 수 있지 않았나 싶어요. <질환과 치료에 관한 지식이 증가함, 사례 2>

환청이 심한 요인이 있죠. 증상이 보니까는 이 조현병에 대한 증상이 거의 대부분 그거예요. 그게 다 요인인 거예요. 그래서 아 애는 이거구나. <질환과 치료에 관한 지식이 증가함, 사례 10>

부모님들이 얘기하는 과정에서 이 병이 이제 심각한 거구나 그거를 더 많이 느꼈죠. 그리고 이제 알게 됐고 받아들이는 것 같아요. 그다음에 이거 굉장히 오래 가는 거구나. <질환과 치료에 관한 지식이 증가함, 사례 11>

부모님이 더 이제 힘드셨을 텐데도 불구하고 어느 날 한 번 그냥 고생이 많다 약간 이런 식으로 얘기를 해주신 적이 있었거든요. 그래도 우리 가족이니까 또 형이고 하니까 그래서 그런 생각으로 좀 많이 바뀌었던 것 같습니다. <주변 사람들로부터 심리적 지지를 받음, 사례 3>

저 혼자만 감당하는 게 아니라 누군가

우리 가정을 위해서 엄마를 위해서 기도해 주고 있는 것 자체만으로도 심리적으로 여유를 가지게 만든 것 같아요. <주변 사람으로부터 심리적 지지를 받음, 사례 7>

(자해하는 모습을) 보면서 본인이 얼마나 괴롭겠나 이런 생각이 들면서 이해하려고 노력했던 것 같아요. 그때 처음으로 동생이 안쓰러워지면서 그냥 받아들이기로 마음을 먹었던 것 같아요. <당사자의 마음을 이해하게 되면서 연민의 감정을 느낌, 사례 4>

개인 내적인 변화

수용을 경험한 이후로 개인 내적으로는 부정적인 감정이 감소하고 긍정적인 감정이 생긴 것을 가장 많이 보고하였다($n=9$, 전형적). 또한 전형적으로 현실을 인정하고 있는 그대로 받아들임(부정하지 않음)이 있었고($n=8$), 가족이기에 책임지기로 결정하는 변화($n=7$)를 경험한 것으로 나타났다. 2명의 참여자들은 진로 선택에 영향을 준 것으로 보고했다(변동적).

옛날엔 마냥 창피했는데 지금은 그러지 않고 그런 변화들이 있는 것 같아요. <부정적인 감정이 감소하고 긍정적인 감정이 생김, 사례 4>

그냥 엄마가 나한테 무슨 대단한 사랑을 안 줘도 그냥 살아 있는 것만으로도 저는 이제는 감사한 것 같아요. <부정적인 감정이 감소하고 긍정적인 감정이 생김, 사례 7>

옛날에는 화가 많이 났는데 근데 요즘은 좀 화라기보다는 어떤 면에서는 또 예쁜 모습이 보이더라고요. 뭐라 그래야 되지 귀엽다 그래야 되나 그런 모습이 좀 보이는 것 같아요. 좀 안타까울 때도 있지만 좀 화는 많이 사라진 것 같아요. <부정적인 감정이 감소하고 긍정적인 감정이 생김, 사례 11>

완치는 힘들고 이제 내가 옆에서 그냥 그래도 증상이 더 심해지지 않게 좀 도와줘야겠다 그냥 이런 생각으로 그냥 살고 있는 것 같아요. <현실을 인정하고 있는 그대로 받아들임(부정하지 않음), 사례 3>

동생이 어떤 병을 앓고 있든 그냥 그래도 제 하나뿐인 동생이라는 마음으로. <가족이기에 책임지기로 결정함, 사례 4>

당사자 및 가족 관계의 변화

수용을 경험한 이후로 많은 참여자들은 당사자와 긍정적인 상호작용이 증가하는 경험($n=9$, 전형적)을 하였다. 변동적으로는 당사자와의 관계가 회복되었고($n=5$), 가족 전체의 응집력과 협력적인 관계가 증진($n=3$)된 것으로 보고했다.

말을 이제 하면서 웃으니까 자꾸 이제 웃느라고 또 연습을 하는 거죠. 이제 예쁘다 마음이 예쁘고 착하고 좋다. 요즘에는 더 자기가 생각도 좀 많아지고 결정도 좀 잘하려고 하는 것 같다 이런 식으로. <당사자와 긍정적인 상호작용이 증

가함, 사례 11>

부모님이랑 동생 사이의 갈등도 심한 편이었는데 부모님이 그래도 이해하려고 노력하고 또 특히 부모님이 그냥 아무것도 안 하시는데 시끄럽다 하고 동생이 막 소리 지르고 막 그러는 행동에 대해서 좀 받아들이려고 하시는 것 같아요. <가족 전체의 응집력과 협력적 관계가 증진됨, 사례 4>

영역 3: 상담 경험

상담 경험은 ‘상담 참여 여부’, ‘상담 접근의 환경적 제약 요인’, ‘상담 접근의 개인적 제약 요인’의 3개의 범주와 8개의 하위범주로 분류되었다.

상담 참여 여부

8명의 참여자들은 상담 경험이 없었으며(전형적), 4명의 참여자들은 상담 경험이 있었다(변동적). 상담을 받은 경험이 있는 참여자들은 마음을 터놓고 이야기할 수 있고 당사자에 대한 이해도가 높아져 도움이 되었지만, 배우자로 연장할 수 있는 상담 횟수가 짧고 구체적인 대처 방법을 알지 못해서 아쉬움을 느꼈다고 보고하였다.

상담 접근의 환경적 제약 요인

상담기관에 대한 정보가 부족하고($n=5$, 변동적), 경제적인 부담이 컸던 점($n=3$, 변동적) 상담받기 어려웠던 환경적인 이유로 나타났다.

상담을 누가 받아보라고 하는 사람도

없었고 받는 데가 있다는 것도 모르고. <상담기관에 대한 정보가 부족함, 사례 6>

(당사자의 병원비로 인해) 비용적인 문제도 가장 컸던 것 같아요. <경제적인 부담이 큼, 사례 5>

상담 접근의 개인적 제약 요인

참여자는 당사자를 돌보면서 시간적, 심적 여유가 부족했던($n=7$, 전형적) 점이 가장 많이 보고되었다. 또한 상담에 대한 효과성을 의심하고($n=5$, 변동적), 다른 자원(예, 기관으로부터의 교육과 종교)으로 충분하다고 느끼고($n=4$, 변동적), 상담의 낙인효과에 대해 우려한 점($n=1$, 드문) 상담받기 어려웠던 개인적인 이유로 나타났다.

근데 나까지 돌아볼 여유도 없었고요. 너무 힘들어서 애한테만 다 올인을 하고 저는 그냥 일 끝나면 바로 집에 가서 막 바로 집에 뛰어가서 뽀글은지. <당사자를 돌보면서 시간적, 심적 여유가 부족함, 사례 10>

만약에 상담을 받는다면 동생이랑 받아야지 그게 제 혼자 받는다고 의미가 있나라는 생각 때문에 그랬던 것 같아요. <상담에 대한 효과성을 의심함, 사례 4>

저까지 받을 들이면 뭔가 다 문제가 있어 보이는 느낌 때문에도 더 상담을 안 받으려고 했던 것 같아요. <상담의 낙인효과에 대해 우려함, 사례 5>

영역 4: 진단 초기 상담요구

진단 초기 상담요구는 ‘가족구성원이 정신 질환 진단을 받은 초기에 상담이 필요하다고 느낌’, ‘기대하는 바’, ‘상담 형태’의 3개의 범주와 9개의 하위범주로 분류되었다.

진단 초기에 상담이 필요하다고 느낌

모든 참여자들은 가족구성원이 정신질환으로 진단을 받은 초기에 상담이 필요하다고 느꼈다(일반적).

누구한테 나도 힘든 거를 도움을 받고 그게 필요하잖아요. 근데 나는 계속 그걸 못하고 있으니 어쩌면 나도 막 마음이 막 병이 들지 않았나 싶어요. <사례 10>

기대하는 바

대부분의 참여자들은 가족구성원으로서 구체적이고 실제적인 대처방안을 알기 원하였다($n=10$, 전형적). 또한 정서적인 지지와 위로($n=7$, 전형적)를 받기 원하였고, 증상과 관련한 지식을 알기 원하였다(발생원인; 호전 정도; 예후) ($n=6$, 전형적). 또한 일부 참여자들은 상담자의 높은 전문성($n=2$, 변동적)과 입원 과정에 대한 지식($n=2$, 변동적)과 가족들이 교육을 받을 수 있는 기관뿐만 아니라 당사자가 상담 혹은 사회 적응 훈련을 받을 수 있도록 연계할 수 있는 기관에 대한 정보 제공을 원하였다($n=2$, 변동적).

혼란스럽고 그 당시에 형을 이제 어떻게 봐야 될지도 좀 모르겠었던 것 같고 기존에 형이랑 그렇게 지냈던 관계가 어떻게 또 풀어가야 될지 그리고 또 형이

환자니까 앞으로 어떻게 일상생활에 좀 형과 함께 그렇게 지내야 할지. <가족구성원으로서 구체적이고 실제적인 대처방안을 알기 원함, 사례 3>

아버지가 이렇게 되기까지 내 무언가 때문에 이렇게 되지 않았더라는 위로. 또 아버지가 이렇더라도 이 병이 유전이 되지 않을 거라는 또 안도감 같은 것들... <정서적인 지지와 위로, 사례 12>

왜 그렇게 행동하는지 그리고 왜 조현병 환자가 그 병을 가지게 됐는지를. <증상과 관련한 지식을 알기 원함(발생원인, 호전 정도, 예후 등), 사례 7>

상담 형태

혼란스러운 감정을 개인적으로 안전하게 표현하는 것에 대한 요구($n=7$, 전형적)가 가장 높게 나타났고 그 다음으로는 유사한 경험을 가진 사람들과 조언과 지지를 나누기를 바랬으며($n=6$, 전형적), 가족이 함께 문제를 이해하고 치료에 공동으로 참여하는 것($n=3$, 변동적)에 대한 요구가 가장 낮게 나타났다.

진단받았을 당시는 개인 상담이 필요했을 것 같아요. 뭔가 집단 상담이나 가족 상담은 나중에 뭔가 제가 이런 걸 좀 더 받아들이고 약간 혼란스러운 게 조금 잠재워졌을 때 이렇게 좀 오픈할 수 있을 때 하면은 너무 좋을 것 같고 진단받았을 당시에는 어찌 됐건 제 저 자신이 너무 취약했기 때문에 이런 저를 좀 이렇게 다스려줄 토닥토닥해줄 그런 사람이 필요했을 것 같아요. <혼란스러운 감정을 1대 1로 안전하게 표현, 사례 12>

지금 이렇게 살고 있는 게 잘하고 있는 건지 이런 거에 대한 것도 모르니까 그런 부분에서 좀 같은 처지에 있는 사람들의 조언을 들을 수 있으면 좋았을 것 같아요. <유사한 경험을 가진 사람들과 조언과 지지를 나눔, 사례 5>

비단 당사자의 문제만 아니고 가족 구성원이 다 연결돼 있던 부분인 거예요. 그래서 당사자만 혼자 약을 먹고 병원에 입원시킨 것만으로 치료가 안 돼요. 그래서 가족들이 다 구성원들이 상담을 받을 수 있도록 가족 상담이 좋을 것 같아요. <가족이 함께 문제를 이해하고 치료에 공동 참여, 사례 8>

영역 5: 이후 지속적인 상담요구

이후 지속적인 상담요구는 ‘상담의 필요성이 지속됨’, ‘기대하는 바’, ‘상담 형태’의 3개의 범주와 7개의 하위범주로 분류되었다.

상담의 필요성이 지속됨

심리적 부담은 진단 초기에 국한되지 않고 진단 이후에도 이어져, 모든 참여자들은 진단 이후에도 지속적으로 상담이 필요하다고 느꼈다(일반적).

더 이상 또 도움받을 곳이 없다 보니
까 좀 힘들기도 했고 제 스스로 판단해서
이렇게 결정을 내릴 때도 있으니까
그런 과정에서 좀 어려움도 있었어요.
<사례 2>

기대하는 바

당사자가 치료를 통해 증상이 완화된 부분

도 있지만, 증상이 재발하지 않고 안정화 지속을 위한 대처방안을 참여자들이 획득하는 것을 가장 많이 요구하였다($n=7$, 전형적). 또한 참여자 자신에 대한 성찰과 감정 조절하기를 원하였고($n=5$, 변동적), 참여자마다 다른 개별적인 상황에 맞게 전문적이고 맞춤형 정보를 원하였다($n=4$, 변동적). 그리고 1명의 참여자는 다른 가족 간의 갈등을 조절하는 방법을 알기를 원했다(드문).

약으로 이게 완치가 되는 그런 병이 아니니까 계속 어쨌거나 계속 이런 증상들은 나타날 거니까 그럴 때 우리가 어떻게 말을 해야 되고 이 마음을 어떻게 해야 하려야 되고. <당사자의 안정화 지속을 위한 대처방안 획득, 사례 11>

감정이 좀 격해지는 순간들이 있다고
했잖아요. 그런 것들을 좀 뭐가 누그러뜨리고
이성적으로 할 수 있는 약간 그런
것으로 도와주는 그런 상담. <참여자 자신에
대한 성찰과 감정 조절을 원함, 사례 3>

온라인 상에 너무 잘못된 정보도 많고
그러다 보니까 막연한 불안한 느낌이었던
것 같아요. 그래서 좀 정확한 정보나...
<전문적이고 맞춤형 정보를 원함, 사례 4>

저도 이제 어느 순간 많이 지치더라고요.
되게 많이 지쳤어요. 변하지 않는 저희
가족의 모습... 제가 어떻게 대처해야
되는지 모르겠더라고요. <다른 가족 간의
갈등을 조절하는 방법을 알기를 원함,

사례 2>

상담 형태

유사한 경험을 공유하여 장기 돌봄 소진에 대한 보편성과 위안을 얻기를 바랐으며($n=7$, 전형적), 그 다음으로는 장기 돌봄 과정에서 개별적으로 경험하는 정서 부담을 다룰 공간에 대한 요구($n=4$, 변동적)와 가족들의 상처를 서로 이해하고 소통을 회복하는 것에 대한 요구($n=4$, 변동적)가 있었다.

(장기화될수록) 지치는 정도가 좀 커지다 보니까 그때 오히려 비슷한 상황의 사람들을 만나면 더 힘을 얻을 수 있을 것 같습니다. <유사한 경험 공유로 장기 돌봄 소진에 대한 보편성과 위안, 사례 1>

그 병으로 인해서 가족 체계 안에서 너무 많은 상처들이 있었고 각 구성원들의 마음을 좀 헤아려주면서 구성원들의 상호작용들을 도와줄 수 있는 다시 가족원할한 가족 구성원으로서 교류가 될 수 있게끔 도와주는 전문가가 있으면 너무 좋을 것 같아요. <가족들의 상처를 서로 이해하고 소통 회복, 사례 12>

논 의

본 연구에서는 가족의 정신질환에 대해 수용하였다고 보고한 성인 정신질환자의 가족들을 대상으로 진단초기의 경험, 정신질환 수용 경험, 상담요구에 대해 구체적으로 탐색하고자 하였다. 이를 위해 가족구성원 중 조현병

스펙트럼 혹은 양극성 장애가 있는 가족구성원을 둔 성인 12명을 대상으로 심층면접을 실시하였다. 합의적 질적 분석 방법으로 자료를 분석한 결과 총 5개 영역과 16개 범주가 도출되었다. 5개의 영역은 ‘진단 후 초기 심리적 반응’, ‘수용 경험’, ‘상담 경험’, ‘진단초기 상담요구’, ‘이후 지속적인 상담요구’이었다. 본 연구를 통해 밝혀진 결과에 대한 논의는 다음과 같다.

첫째, 가족의 정신질환 진단 초기에 정신질환자 가족의 심리적 경험을 인지, 정서, 행동적 반응으로 나누어서 살펴볼 수 있었다. 인지적 반응으로는 진단에 대한 인정 여부와 상관없이 가족의 정신질환에 대한 예후와 향후 대처방안에 대한 고민이 가장 지배적으로 나타났다. Rose 외(2002)의 결과와 유사하게 가족들은 진단 이후 증상의 심각도, 예후, 발병원인, 지속기간 등 정신질환에 대한 지식을 알고자 했다. 참여자에 따라 가족의 정신질환 진단을 인정하기도 하고 부인하는 경우도 있었는데, 이러한 차이는 진단 이전 경험의 차이에서 기인한 것으로 보인다. 진단 이전 당사자의 증상을 이해하기 위해 오랜 시간 여러 노력을 했던 참여자는 진단 후에 비로소 정확한 진단명을 알게 됨에 따라 즉각적으로 진단을 인정한 반면, 당사자의 증상이 일시적이거나 사춘기 발달의 특성으로 생각했던 참여자는 가족의 정신질환 진단을 믿기 어려워 부인하는 경향이 있었다. 이는 정신질환 진단에 대해 가족에게 설명할 때 임상적 정신질환이 개인의 성격특성이나 발달 과정의 인지 및 행동의 변화와 어떻게 다른지 충분히 설명하는 것이 중요함을 시사한다. 정서적 반응으로는 앞이 캄캄한 것과 같은 막막함, 절망감, 원망스러움, 자책과 같은 여러 복합적인 감정을

경험하는 것으로 나타났다. 선행연구에서도(안소영, 김명찬, 2024; 정숙희, 하명은, 2023; 하수정, 김영경, 2014) 당사자의 정신증적 증상에 가족들은 놀라움, 우울, 두려움, 불안함을 경험하고 병이 나올 것이란 희망이 없어 막막함, 절망감을 나타냈었다. 이러한 혼란스러운 감정의 소용돌이를 가족들이 충분히 표현하도록 하고 타당화하는 정서적 지지 기반의 상담개입이 중요함을 보여준다. 한편, 이러한 복합적인 감정과 혼란스러움 속에서도 가족들은 당사자의 치료와 회복을 위해 적극적으로 대처하는 행동적 반응이 전형적으로 나타나 이 시기에 가족들의 대처에 필요한 자원 제공이 중요함을 시사한다. 또한 일부 참여자들은 치료 과정에 협조하지 않고 오히려 상처를 주는 다른 가족구성원들을 이해시켜야 하는 이중적인 부담을 경험했다. 이처럼 동일한 가족 내에서도 가족구성원마다 진단에 대한 반응이 다를 수 있으므로 이를 이해하고 돌봄 역할의 차이로 인한 갈등을 조정할 수 있도록 돕는 조력이 필요함을 시사한다.

둘째, 수용 과정에서 이를 어렵게 하거나 촉진했던 여러 요인이 보고되었으며 개인 내적 및 가족 간 관계의 변화가 함께 나타났다. 앞서 살펴본 진단 초기의 다양한 반응은 수용 과정을 거치며 안정되어갔지만, 여전히 수용을 어렵게하는 여러 요인들이 있었다. 이러한 요인은 공통된 의견으로 수렴되기보다는 모두 변동적으로 나타났는데, 이는 수용의 장벽이 확일적으로 규정되기 어렵고 개인 내적 특성과 사회적 지지자원, 가족의 분위기와 같은 환경적 요인이 복합적으로 작용한 결과로 해석된다. 가장 빈번하게 보고된 바는 가족들의 지속적인 노력에도 불구하고 당사자의 병식이 없는 상태가 지속되고 이해하기 어려운 증상

이 반복되면서 경험한 심리적 소진이었다. 또한 가역적이고 순환적인 특징으로 인해 수용 이후에도 증상이 재발하면 가족들의 삶이 다시 황폐해지고 일상에 제약이 생기면서(Tessler et al., 1987) 수용 이전에 경험했던 절망감과 답답함이 반복되었다. 이는 정신질환 수용은 단일 시점에 완결되는 것이 아니라 순환적인 과정으로 이해될 수 있으며(채완순, 2007), 조현병 스펙트럼 장애와 양극성 장애가 만성적이며 재발을 반복하는 특징(권석만, 2025)을 고려할 때 가족을 위한 지속적인 정서적 지원 체계 마련이 필요하다. 또한 여러 선행연구(이경순, 1997; 최이순, 1996; 한지연, 최송식, 2016; Woolis, 2012/2023; Wyder & Bland, 2014)의 결과와 마찬가지로, 정상과 비정상의 이분법적인 사고를 바탕으로 정신질환을 ‘비정상’으로 보는 사회적 편견으로 인해 주변에 어려움을 드러내지 못하고 도움을 요청하기 어려운 점을 보고하였다.

반면 수용에 도움이 되었던 요인은 공통적으로 수렴되어 나타났는데, 그중에서 정신질환과 치료에 대한 지식의 증가가 가장 전형적으로 보고되었다. 교육 및 서적 등에서 설명된 망상, 환청 등의 증상이 당사자가 보이는 행동과 일치한다는 것을 알게 되면서 가족들은 이전보다 정신질환을 낫설지 않게 받아들일 수 있었고, 실용적 지식(예, 식사, 행동 방식, 약 복용 체크 등)을 습득함으로써 구체적인 대처 능력을 향상시킬 수 있었다. 이처럼 증상과 대처방식에 대한 지식의 증가는 가족의 돌봄 부담, 거부감 등의 정서적인 어려움을 감소시키고 당사자에게 심리적 안정감을 제공한다는 점에서(이선훈, 강유진, 2024), 상담자는 정신질환자의 가족에게 각 정신질환의 특성과 증상 및 재발 신호, 가족의 역할과 대

처방안 등에 대한 구체적인 지식을 전달하는 심리교육적 개입을 병행할 필요가 있다. 또한 Tessler 외(1987)와 Wyder와 Bland(2014)가 강조한 것처럼, 가족, 친구, 의료진 등 주변 사람들의 지지가 전형적으로 보고되었다. 하지만 참여자들은 사회적 편견으로 인해 충분한 공감을 받지 못하거나 오히려 상처를 받는 경우가 많아 지지적 관계 형성에 어려움을 겪었다. 이러한 한계를 보완하기 위해 동료가족지원에 대한 사례연구(한지연, 심경순, 2023)가 최근 이루어지고 있으나, 여전히 관련 연구와 제도적 기반이 미비하여 사회적지지 프로그램과 관련된 추가 연구가 이루어질 필요가 있다.

수용을 경험한 참여자들의 보고에 따르면, 수용 이후 가족들은 개인 내적인 변화와 정신질환자 및 가족관계의 변화를 경험하였다. 개인 내적인 변화로는 진단 초기에 경험했던 화, 창피함 등의 부정적인 정서 감소와 감사함과 애뜻함 등의 긍정적인 감정들의 증가가 전형적으로 나타났다. 채완순(2007)의 결과와 유사하게, 수용 단계에 이르면 유연한 마음과 사회적 낙인으로부터 자유로워지고 마음을 열게 되었다. 또한 가족들은 완치가 어렵다는 현실을 인정하고 있는 그대로 받아드리게 되면서, 당사자의 회복과 치유에 대한 가능성과 불확실성의 현실 사이에서 균형을 맞춰가며 희망을 재정립하고 가족들이 할 수 있는 책임의 한계를 인식하게 되었다(Rose et al., 2002; Wyder & Bland, 2014). 그리고 정신질환과는 별개로 하나뿐인 가족이기에 함께 감당하기로 결심하는 변화가 전형적으로 나타났다. 이는 합리적인 판단이나 개인적 이익보다 혈통 중심의 ‘우리’라는 집단적 가치를 우선시하는 한국의 가족주의 문화 맥락에 따른 것으로 해석된다(장성숙, 2003). 정신질환자 및 가족 관계

의 변화로는 여러 선행연구 결과(안소영, 김명찬, 2024; Rose et al., 2002)와 유사하게 당사자와 긍정적인 상호작용의 증가와 가족 관계의 회복이 보고되었다. 병원을 같이 오가면서 대화가 늘어났고, 당사자가 좋아하는 것을 해주려는 노력이 관계에 긍정적인 영향을 주었다. 결국 정신질환자 가족의 수용 경험은 회복으로 이끄는 데에 중요한 선결과제였다는 점에서, 수용은 정신질환자 가족의 삶의 질을 향상하는 핵심적인 단계로 볼 수 있다(김혜자, 정혜숙, 2014, Zauszniewski et al., 2010).

셋째, 상담을 받지 못한 경우가 상담을 받은 경우보다 더 많았으며, 상담 이용에 여러 환경적, 개인적 제약 요인이 나타났다. 참여자들은 상담의 필요성을 강조하였으나 대체로 실제 상담으로 이어지지 못하였으며, 상담 경험이 있더라도 여러 제약으로 인해 상담을 중단하게 되었다. 상담 이용 경험이 없거나 중단의 배경에는 다양한 환경적, 개인적인 요인들이 작용하고 있었다. 환경적인 제약 요인으로는 주변에 상담을 권유하는 사람이 없어 상담 기관에 대한 정보가 부족한 점이 보고되었다. 상담 요청 결정에 상담 지식과 인식이 결정적인 중재 조건이 된다는 점에서(오현수, 김진숙, 2012), 정신질환자 가족들에게 상담에 대한 지식과 정보를 제공하는 홍보 활동이 활성화될 필요가 있다. 또한 정신질환자의 가족은 경제적인 부담으로 인해 상담 이용에 어려움을 경험하였다. 참여자들은 스스로 경제활동이 어려운 당사자를 대신해 경제적인 책임을 감당하고 있었고 자기 돌봄보다 당사자의 의료비 및 입원비 등의 치료비 지출이 우선시되는 상황으로 인해 상담비 지출을 주저하였다. 경제적인 부담은 상담 이용을 제한하는 주요 요인으로 작용할 수 있어(김석웅, 2023),

정책적으로 상담비 지원을 확대하여 상담 접근성을 높일 필요가 있다. 개인적인 제약 요인으로는 증상의 돌발성과 자해·자살과 같은 위기 상황으로 인해 자기 돌봄을 위한 심적·시간적 여유 확보의 어려움이 전형적으로 나타났다. 비록 드물게 도출된 주제이지만 한 참여자는 본인까지 상담을 받으면 가족 전체가 문제가 있는 것으로 보이는 낙인을 우려하였다. 상담 이용이 다른 사람들에게 부정적으로 지각될 수 있다는 인식으로 인해 전문적 도움을 회피하게 된다는 점을 고려하여(이민지, 손은정, 2007), 향후 연구에서는 이러한 낙인 인식이 정신질환자 가족의 상담 접근성에 미치는 영향에 대해 살펴볼 필요가 있다. 앞서 살펴본 상담을 받기 어려웠던 요인들은 Karimirad 외(2022)가 제시한 경제적인 부담, 부족한 사회적 지지와 사회적 편견, 자기 돌봄을 위한 충분한 시간 부족, 가족의 지지 부족, 충분하지 않은 지식으로 인해 정신질환자의 가족들이 필요한 지지를 받지 못하고 서비스 접근이 제한되었다는 연구 결과와 일관된다는 점에서, 정신질환자 가족의 서비스 욕구가 충분히 충족되지 못하고 있는 현실(남자연 외, 2024)이라고 볼 수 있다. 온라인 상담 등 다양한 상담 제공 방식 마련, 정신질환자 가족에게 특화된 상담 프로그램을 활성화하여 상담 접근성을 높이는 방안이 마련될 필요가 있다.

넷째, 진단 초기부터 이후 전반에 걸친 가족들의 상담 요구를 살펴본 결과, 상담의 필요성은 모든 시점에서 일반적으로 보고되었으나 진단 초기와 이후 시점에 따라 상담에서 기대하는 바와 상담 형태는 상이하였다. 양옥경(1995)과 이지민, 이동귀(2024)의 연구 결과와 유사하게, 본 연구에서도 진단 초기와 이후 시점 모두에서 상담에 대한 요구가 높게

나타났다. 이는 정신질환자 가족의 상담 요구가 특정 시점에 국한되는 것이 아니라 진단 초기부터 이후 과정에 이르기까지 지속적으로 제기된다는 점을 시사한다. 진단 초기에는 당사자의 치료를 도울 수 있는 구체적이고 실제적인 대처방안과 증상, 입원 과정 등에 대한 지식을 알기 원하였다. 가족들이 환자의 질병에 대한 지식이 향상될수록 증상에 대해서 효율적으로 대처할 수 있다고 밝힌 임영미와 안양희(2000)의 연구 결과에 비추어볼 때, 진단 초기 단계에서 증상, 예후, 경과, 대처방안 등에 대한 구체적인 정보를 제공하는 것은 중요하다. 또한 가족들은 진단 당시 경험한 자책감과 질환의 유전 가능성에 대한 불안감 등의 복합적인 감정으로 인해 정서적인 지지와 위로를 강조하였다. 진단 시점 이후로는 당사자의 증상을 자극하지 않는 의사소통 방법과 같이 안정화를 지속할 수 있는 대처방안을 알고 자신의 감정을 성찰하고 조절할 수 있기를 기대하였다. 또한 일부 참여자들은 진단 이전부터 지속된 가족 내 갈등과 당사자의 비협조적인 태도로 인해 심리적 소진을 경험했으며 이에 대처하는 방안에 대한 필요를 보고하였다. 상담 형태와 관련하여, 진단 초기에는 안전함이 중요한 요구로 나타났으나, 돌봄이 장기화되는 상황에서는 보편성에 대한 요구가 높게 나타났다. 이는 진단 초기에 경험하는 혼란스러운 감정을 안전하게 표현하고 정리할 수 있는 개인상담을 제공하는 것이 필요하며, 이후에는 유사한 경험을 가진 가족들과 경험을 나누고 지지를 받을 수 있는 집단적 장을 마련하는 것이 중요함을 시사한다. 일부 참여자들은 가족상담을 통해 가족 체계 내 상처를 회복하고 상호작용을 개선할 수 있는 전문가의 개입이 필요하다고 보고하였다. 하지만 진단

초기와 이후 모두 가족 전체가 참여하는 가족 상담에 대한 요구는 가장 낮게 나타났는데, 이는 진단 이후 가족 구성원들의 상이한 반응으로 상담 참여에 대한 인식 차이가 발생하고 그로 인해 가족 구성원 모두의 동의를 얻어 상담에 참여하는데 어려움을 경험한 결과로 해석된다. 따라서 진단 초기와 이후 시점의 상담요구를 반영하여 정신질환자 가족의 필요에 맞는 상담적 개입이 이루어질 필요가 있다.

본 연구의 주요 결과 및 시사점을 바탕으로 의의를 정리하면 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 정신질환자 가족의 경험을 실증자료로 제시함으로써 정신질환자 가족의 심리 사회적 경험을 폭넓게 이해할 수 있는 기초자료를 제공했다는 데 의의가 있다. 그동안 진단 초기 가족들의 경험과 관련한 연구들에서는 정서적 반응에 초점을 두어 이루어졌는데(안소영, 김명찬, 2024; 정숙희, 하명은, 2023; 하수정, 김영경, 2014), 본 연구는 인지적·행동적 반응을 포괄하여 진단 초기 경험에 대한 이해를 확장하였다. 또한 Rose 외(2002)의 연구에서 정신질환자의 가족이 경험하는 다양성과 복잡성에 대해 탐색할 필요성이 제기된 바와 같이, 주로 돌봄에 초점을 두었던 기존 연구의 한계를 넘어 정신질환자 가족의 수용 경험을 살펴볼 수 있었다. 둘째, 질적연구를 통해 정신질환자 가족의 목소리를 직접 반영한 상담 요구를 구체적으로 살펴보았다는 데 의의가 있다. 본 연구를 통해 정신질환자 가족들이 상담받기 어려웠던 이유와 상담요구에 대해 자세히 살펴보고자 시도한 것은 정신질환자 가족의 상담 이용에 대한 통합적 이해를 제공하였다. 이를 바탕으로 향후 가족의 상담 서비스 이용이 확대되고 장기적으로는 소진 예방 및 심리적 안녕감 증진에 기여할 수 있기를 기대한다.

셋째, 본 연구는 정신질환자의 가족이 경험하는 독특하고 특수한 심리적 경험을 살펴보았다는 점에서 의의가 있다. 본 연구 결과는 상담자들이 정신질환자의 가족이 겪는 심리적 경험의 특수성을 보다 깊이 이해하며 상담 과정에서 개입의 방향성을 설정하고 가족의 정신질환 수용을 촉진하는 프로그램, 심리교육 프로그램 등을 개발하는 데 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

끝으로 본 연구가 가진 제한점과 후속 연구를 위한 제언을 하고자 한다. 첫째, 본 연구는 정신질환 진단 시점 이후로 수용하는 과정에 초점을 두었으나, 면담 과정에서 진단 이전에도 증상 출현으로 인해 가족들이 혼란스러움과 복합적인 심리적 경험을 한 것으로 나타났다. 이에 따라 진단 이전 시점까지 경험의 범위를 확장한 후속 연구의 필요성이 제기된다. 둘째, 본 연구는 참여자 선발 시 부모, 형제자매, 자녀 등 정신질환을 겪는 가족구성원과의 친밀도나 돌봄 관여 수준을 고려하지 않았으나, 이에 따라 경험하는 바가 다르게 나타날 수 있으므로 향후 연구에서는 이에 따른 차이를 탐색하는 것도 필요하겠다. 셋째, 본 연구는 한 가족구성원이 지각한 경험을 중심으로 기술되었기 때문에, 가족 전체의 다양한 반응을 반영하지 못했다는 한계가 있다. 실제로 면담 과정에서도 동일한 상황에 대한 가족구성원의 반응에 차이가 존재함을 확인할 수 있었다. 따라서 향후 연구에서는 가족구성원 각자의 입장을 다각도로 탐색함으로써 가족 내 역동을 심층적으로 이해할 필요가 있다. 넷째, 본 연구는 가족들의 상담요구를 진단 초기와 이후 시점의 변화 양상에 중점을 두어 분석하였으나, 향후 연구에서는 상담 경험 유무 및 지속 여부에 따라 비교 집단을 구성하여 각

집단에 따른 상담요구에 대한 공통점과 차이점을 탐색할 필요가 있다.

참고문헌

- 권석만 (2025). 현대 이상심리학 3판. 학지사.
- 김문근 (2009). 가족의 정신장애인 가정 외 보호 욕구에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *정신보건과 사회사업*, 32, 5-40.
- 김석웅 (2023). 심리서비스에 대한 대국민 설문조사. *한국심리학회지: 임상심리 연구와 실제*, 9(3), 547-562.
- 김선주, 염동문 (2013). 정신장애인의 차별경험이 생활만족도에 미치는 영향에 관한 연구: 장애수용의 매개효과를 중심으로. *정신건강과 사회복지*, 41(3), 5-33.
- 김요완, 정현주 (2019). 만성 정신장애인의 가족관계에 관한 질적 연구. *미래사회복지연구*, 10(3), 153-188.
- 김윤희, 김진숙 (2014). 발달장애자녀 어머니의 장애수용 과정. *상담학연구*, 15(5), 1911-1935.
- 김인경, 성경미 (2025). 만성 조현병 환자의 회복에 영향을 미치는 요인. *한국산학기술학회논문지*, 26(1), 88-97.
- 김정현 (2020). 대학생의 비자살적 자해 유지 경험. *청소년복지연구*, 22(4), 117-157.
- 김현옥, 김경호, 박지현 (2009). 장애 아동 양육자의 장애 수용과 희망에 관한 근거이론 연구. *한국가족복지학*, 27, 35-72.
- 김혜자, 정혜숙 (2014). 자폐성장애 자녀 어머니의 장애수용 경험에 관한 질적 연구. *사회연구논총*, 1(30), 279-316.
- 남자연, 손인서, 김태훈, 남윤영 (2024). 정신질환자 가족 관점에서의 정신건강서비스 이용 경험. *신경정신의학*, 63(1), 38-48.
- 류세나, 조현미 (2022). 정신재활시설을 이용하는 정신장애인 가족의 돌봄 경험 - 포토보이스방법론을 적용하여. *한국콘텐츠학회논문지*, 22(3), 547-559.
- 박선희, 김서현 (2024). 정신질환자 가족을 돌보는 청년의 일상생활 경험. *한국사회복지조사연구*, 82, 5-42.
- 박원명, 전덕인 (2019). 양극성장애: 조울병의 이해와 치료. *시그마프레스*.
- 박은주 (2011). 정신장애인의 생애경험에 관한 연구 - 정신질환발병 이후의 경험을 중심으로. *한국사회복지학*, 63(1), 5-28.
- 박지영, 권태연 (2022). 코로나 시기, 주돌봄자의 정신장애인 돌봄 경험: 고립, 묶임 그리고 미완의 연대. *가족과 문화*, 34(2), 92-127.
- 박지원, 이정화 (2024). 정신장애인의 가족건강성과 정서적 지지가 삶의 만족에 미치는 영향: 장애수용의 매개효과. *정신건강과 사회복지*, 52(1), 125-154.
- 박혜영, 배안, 김진학, 김명규 (2000). 만성 정신질환자 보호자의 가족부담과 서비스 욕구. *대한정신의학회*, 5(2), 197-206.
- 서미경 (2001). 성인정신장애인을 돌보는 부모에 관한 연구. *신경정신의학*, 40(3), 443-451.
- 손보영 (2021). 다문화가정 자녀의 심리적 적응에 대한 보호요인. *인문사회* 21, 12(1), 2311-2322.
- 손연아, 손은령 (2012). 개인특성에 따른 대학생의 상담준비도와 상담서비스요구. *교육연구논총*, 33(2), 103-121.
- 심민영, 임선진, 김진훈, 권오향, 조성진, 김석

- 주, 김계현, 이병학, 한덕현 (2008). 만성 정신질환자 가족의 우울증상 및 관련 요인 조사. *신경정신의학*, 47(4), 341-346.
- 안소영, 김명찬 (2024). “나의 어머니는 조현병입니다.” ‘조현병’을 앓는 어머니를 둔 자녀 경험에 관한 협력적 자문화기술지. *가족과 가족치료*, 32(2), 239-270.
- 양옥경 (1995). 정신장애인 가족에 관한 연구-가족의 보호부담, 대처기제, 서비스욕구를 중심으로. *신경정신의학*, 34(3), 809-829.
- 오경옥, 홍춘실 (2000). 지역사회 만성정신질환자를 돌보는 가족의 부담감과 정신건강. *정신간호학회지*, 9(4), 499-513.
- 오서현, 하진의 (2020). 조현병 환자 가족의 가족탄력성과 심리적 안녕감의 관계에서 스트레스 대처방식의 매개효과. *정서·행동장애연구*, 36(4), 71-88.
- 오현수, 김진숙 (2012). 내담자의 상담요청 결정과정에 관한 질적 연구. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 24(4), 781-805.
- 윤가현, 권석만, 김경인, 김신우, 남종호, 서수연, 송현주, 신민섭, 유승엽, 이영순, 이현진, 전우영, 천성문, 최준식, 최혜연 (2020). *심리학의 이해* 5판. 학지사.
- 윤명숙, 박은아 (2012). 정신장애인 가족의 외상 후 성장 영향요인. *한국가족복지학*, 38(12), 201-208.
- 이경순 (1997). 정신질환자 가족의 경험에 관한 연구. *대한간호학회지*, 7(4), 202-212.
- 이민지, 손은정 (2007). 낙인과 전문적 도움 추구 의도 간의 관계: 전문적 도움추구 태도의 매개효과. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 19(4), 949-966.
- 이선훈, 강유진 (2024). 조현병 가족 개입에 관한 지난 30년 국내 연구동향-인식론적 지형분석을 중심으로-. *가족과 가족치료*, 32(1), 54-86.
- 이유리, 최희철 (2017). 정신장애인 가족의 보호부담과 삶의 질과의 관계에서 가족탄력성과 사회적 지지의 조절효과. *한국콘텐츠학회*, 17(11), 229-241.
- 이지민, 이동귀 (2024). 청년 조현병 환자 부모의 자녀 돌봄 경험과 서비스 요구에 관한 개념도 연구. *재활심리연구*, 30(4), 29-49.
- 임다솔 (2024). 중증 정신질환 가족을 돌보는 가족돌봄 청년 사례연구. *한양대학교 공공정책대학원 석사학위논문*.
- 임영미, 안양희 (2000). 정신분열병 환자 가족 간호자의 지식과 대처. *정신간호학회지*, 9(2), 195-208.
- 장성숙 (2003). 한국문화와 현실역동상담의 상담자-내담자 관계. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 15(2), 147-160.
- 정광훈 (2022). COVID-19로 인해 전환된 화상상담의 내담자 경험에 관한 합의적 질적 연구. *학습자중심교과교육연구*, 22(1), 865-881.
- 정보경, 윤명숙 (2013). 중장년기 정신장애인의 형제자매 경험. *한국장애인복지학*, (22), 85-108.
- 정숙희, 하명은 (2023). 정신장애인 자녀를 둔 부모의 돌봄 경험에 대한 개념도 연구: B클립하우스 가족 자조모임 참여자 중심으로. *미래사회복지연구*, 14(1), 5-32.
- 조용래, 김빛나 (2020). 양극성 장애: 기분의 상승과 하락을 반복하는 사람들. 학지사.
- 채완순 (2007). 정신장애인 자녀의 부모장애 인식과정 - 정신분열병 부모를 둔 자녀를 중심으로. *정신보건과 사회사업*, 27, 92-121.

- 채인숙 (2007). 정신장애인 성인자녀를 돌보는 가족경험에 대한 현상학적 연구: 주보호자의 심리적 안녕감을 중심으로. 부산대학교 대학원 박사학위논문.
- 최명민, 권자영 (2012). 만성정신질환자 형제자매의 보호자 됨의 과정과 그 역할유형에 관한 연구. *한국사회복지학*, 64(4), 311-336.
- 최이순 (1996). 정신질환자 사회적 낙인(stigma)에 대한 환자 가족들의 태도. *한국심리학회지*, 15(1), 69-89.
- 최장원, 장대연 (2024). 비장애 형제의 돌봄 부담과 삶의 만족도의 관계에서 장애 수용의 완전매개경로 분석. *한국융합과학회지*, 13(8), 147-165.
- 최해경, 김정은, 김현 (2020). 사회적 지지와 성인 정신적 장애자녀 기여 요인이 고령 부모의 돌봄 경험에 미치는 영향. *미래사회복지연구*, 11(1), 208-236.
- 하수정, 김영경 (2014). 정신질환 자녀를 둔 노인의 자아통합과정. *질적연구*, 15(1), 48-62.
- 한국보건사회연구원 (2024). 정신질환자 및 가족지원 서비스 확충을 위한 실태조사. <https://www.kihasa.re.kr/publish/report/view?seq=64714>
- 한지연, 심경순 (2023). 정신장애인 가족을 위한 동료가족지원 참여경험에 관한 사례연구. *사회복지정책과 실천*, 9(2), 85-127.
- 한지연, 최송식 (2016). 정신장애자녀를 둔 가족의 돌봄경험에 대한 현상학적 연구. *정신보건과 사회사업*, 44(2), 5-34.
- American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR 정신질환의 진단 및 통계 편람: 제 5판 수정판 (권준수, 김봉년, 김재진, 신민섭, 신일선, 오강섭, 원승희, 이상익, 이승환, 이현정, 정영철, 조현상, 김민아 역). 학지사. (원본 출판 2022년).
- Boss, P. (2023). 모호한 상실: 해결되지 않는 슬픔이 우리를 덮칠 때 (임재희 역). 작가정신. (원본 출판 1999년).
- Chiba, R., Miyamoto, Y., Funakoshi, A., Hirota, M., Hayashi, Y., Yamanouchi, T., Mitsui, M., Inagaki, A., & Cheng, S.-T. (2025). Benefit finding and growth among family caregivers of individuals with mental illness: A scoping review. *Journal of Family Nursing*, 31(1), 16-30.
- George, J. K., Kate, F., Linda, K. B., Anuradhi, J., & Sue, M. C. (2022). A systematic review comparing caregiver burden and psychological functioning in caregivers of individuals with schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorders. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1-24.
- Greenberg, J. S., Greenley, J. R., McKee, D., Brown, R., & Griffin-Francell, C. (1993). Mothers caring for an adult child with schizophrenia: The effects of subjective burden on maternal health. *Family Relations*, 42, 205-211.
- Guan Z., Poon A. W. C., & Zwi A. (2023). Social isolation and loneliness in family caregivers of people with severe mental illness: A scoping review. *American Journal of Community Psychology*, 72(3-4), 443-463.
- Hill, C. E. (2016). 합의적 질적 연구: 사회과학 현상 탐구의 실질적 접근 (주은선 역). 학지사. (원본 출판 2012년).
- Hill, C. E., Kanazawa, Y., Knox, S., Schauerman, I., Loureiro, D., James, D., Carter, I., King, S., Razzak, S., Scarff, M., & Moore, J.

- (2017). Meaning in life in psychotherapy: The perspective of experienced therapists. *Psychotherapy Research*, 27, 381-396.
- Hill, C. E., Kellems, I. S., Kolchakian, M. R., Wonnell, T. L., Davis, T. L., & Nakayama, E. Y. (2003). The therapist experience of being the target of hostile versus suspected-unasserted client anger: Factors associated with resolution. *Psychotherapy Research*, 13(4), 475-491.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196.
- Karimirad, M. R., Seyedfatemi, N., Mirsepassi, Z., Noughani, F., & Cheraghi, M. A. (2022). Barriers to self-care planning for family caregivers of patients with severe mental illness. *Journal of Patient Experience*, (9), 1-7.
- Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation: The role of the family as an emotional unit in clinical practice*. W. W. Norton Company.
- Knox, S., Dubois, R., Smith, J., Hess, S. A., & Hill, C. E. (2009). Clients' experiences giving gifts to therapists. *Psychotherapy*, 46, 350-361.
- Knox, S., Hill, C. E., Knowlton, G., Chui, H., Pruitt, N., & Tate, K. (2017). Crying in psychotherapy: The perspective of therapists and clients. *Psychotherapy*, 54, 292-306.
- Magafia, S. M., Ramfrez Garcia, J. I., Hernandez, M. G., & Cortez, R. (2007). Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*, 58(3), 378-384.
- Matthews, J. C., & Elizabeth, P. (2008). Using technology to enhance qualitative research with hidden populations. *Qualitative Report*, 13(2), 301-315.
- Muhlbauer, S. A. (2002). Navigating the storm of mental illness: Phases in the family's journey. *Qualitative Health Research*, 12(8), 1076-1092.
- Panes, I. I., Tuppal, C. P., Renosa, M. D. C., Baua, M. E. P., & Vega, P. D. (2018). Family experiences of mental illness: A meta-synthesis. *Nurse Media Journal of Nursing*, 8(2), 102-112.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Chessick, C., Wolff, N., & Kaczynski, R. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 9(3), 262-273.
- Rose, L., Mallinson, R. K., & Walton-Moss, B. (2002). A grounded theory of families responding to mental illness. *Western Journal of Nursing Research*, 24(5), 516-536.
- Spaniol, L., & Gagne, C. (1997). Acceptance: Some reflections. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 75-77.
- Tessler, R. C., Killian, L. M., & Gubman, G. D. (1987). Stages in family response to mental illness: An ideal type. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10(4), 3 - 16.
- Williams Wengerd, A. M., & Solheim, C. (2021). Grief experiences in parents of adult children with serious mental illness. *Journal of Family Theory & Review*, 13(4), 528-549.
- Woolis, R. (2023). 사랑하는 사람이 정신질환을

- 않고 있을 때 (강병철 역). 꿈꿀자유 서울
의학서적. (원본 출판 2012년).
- Wyder, M., & Bland, R. (2014). The recovery framework as a way of understanding families' responses to mental illness: Balancing different needs and recovery journeys. *Australian Social Work*, 67(2), 179-196.
- Yin, M., Li, Z., & Zhou, C. (2020). Experience of stigma among family members of people with severe mental illness: A qualitative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 141-160.
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2010). Resilience in family members of persons with serious mental illness. *The Nursing Clinics of North America*, 45(4), 613-626.
- 원 고 접 수 일 : 2026. 01. 16
수정원고접수일 : 2026. 03. 18
게 재 결 정 일 : 2026. 03. 27

A Consensual Qualitative Study on the Acceptance Experiences of Mental Illness and Counseling Needs Among Families of Adults with Mental Illness

Ji Soo Kim

Tae Sun Kim

Ajou University

Student

Professor

This study aimed to explore the experiences of accepting mental illness and the corresponding counseling needs among families of adults with mental illness. In-depth interviews were conducted with 12 family members of adults with mental illness. The Consensual Qualitative Research (CQR) analysis yielded 5 domains and 16 categories. The ‘initial psychological reactions’ domain comprised cognitive, emotional, and behavioral responses. The ‘acceptance experiences’ domain involved factors hindering or facilitating acceptance, intrapersonal changes, and changes in relationships with the individual with mental illness and other family members. The counseling experiences included participation in counseling and the environmental or personal barriers. The ‘counseling needs after diagnosis’ domain included perceived needs for counseling, expectations and preferred counseling formats, while the ‘continuous counseling needs’ domain reflected ongoing needs for counseling, expectations and preferred counseling formats. Based on these findings, implications and suggestions for future research were discussed.

Key words : Mental Illness, Families of Individuals with Mental Illness, Acceptance Experience, Counseling Needs, Consensual Qualitative Research (CQR)