

정신장애인을 위한 직업재활

손 명 자[†]

계명대학교 심리학과, 새미래 심리건강연구소

정신장애를 가진 사람들의 진정한 회복은 직업을 가짐으로서만이 가능하다. 따라서 직업재활서비스는 정신장애인의 치료와 재활에 핵심적인 요소로 부각되고 있다. 대부분의 정신장애인은 취업을 하기를 원하고 있으며, 또한 적당한 지원을 받는다면 충분히 직업을 수행할 능력이 있다. 그러나 정신장애에 대한 편견과 제도상의 제약이 그들의 직업재활을 막고 있다. 이제 우리나라의 임상심리학자를 포함한 정신보건전문가들도 직업재활서비스를 제공해야 하는 상황에 이르렀다. 본 글의 목적은 정신보건 분야에서 직업재활이 활발하게 실천되기를 촉구하는 것이다. 먼저 정상인과 달리 정신장애인에게 직업이 주는 특별한 이득이 무엇인지를 알아봄으로써 직업의 중요성을 강조하였다. 또한 효과적인 직업재활프로그램의 방향을 모색하기 위하여 현재 직업재활접근법에서 쟁점이 되고 있는 문제들과 그 실재를 알아보았다. 더하여 임상심리학자가 직업재활전문가 역할을 해야 하고, 할 수 있는가를 논하였다. 끝으로 우리나라의 정신장애인 직업재활을 발전시키기 위한 몇 가지 과제를 제시하였다.

주요어 : 정신장애인¹⁾, 정신재활, 지원고용, 직업재활

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 손 명 자 / 계명대학교 심리학과 명예교수, 새미래 심리건강연구소

대구시 달서구 용산동 230-12 그랜드M타워 1306호 / TEL : 053)657-6571 / E-mail : mjs285@kmu.ac.kr

1) 우리나라에서는 mental disorder와 psychiatric disability를 정신장애라는 용어로 함께 사용하고 있으나 양자는 대상과 서비스의 초점에 있어 차이가 있다. 먼저 mental disorder는 그 정도나 기간에 관계없이 모든 정신과적 진단을 일컫는다. psychiatric disability라는 용어는 장기적 정신질환으로 인하여 어떤 과제나 기능을 수행하는 능력, 혹은 어떤 역할을 수행하는 능력의 제약을 가진 상태를 말하며, 이러한 제약을 가진 사람들이 바로 정신재활(psychiatric rehabilitation) 서비스의 대상이다. 본 글의 '정신장애인'이라는 용어는 정신재활에서 사용하는 의미이다.

정신질환은 장기간의 치료에도 불구하고 재발이 반복된다. 따라서 투병의 기간이 길어지면서 본인은 물론 가족도 지치고 희망을 잃게 된다. 이것은 정신질환이 다른 질병처럼 증상 자체만의 문제가 아니기 때문이다. 정신질환 증상을 가지는 것(손상단계)은 하나의 외상경험이며 후속적으로 개인에게 부정적인 영향을 끼쳐서 인생 전체를 바꾸어 놓는다. 그 진행 과정을 살펴보면, 대부분의 경우 급성기에 약물복용을 하면서 증상이 완화되나, 불행히도 그 다음에는 사회적 기능이 떨어지고(기능결함 단계), 결국에는 직장인 혹은 학생 등의 사회적 역할을 수행하지 못하는 단계(능력장애 단계)에 이르게 된다. 그리고 이것만으로 끝나지 않고, 여기에 더하여 이들에게 보내는 사회적 낙인과 차별화는 더욱 그들을 일어서지 못하게 만든다(불이익 단계). 정신질환의 영향이 이렇게 진행되는 것이므로 한 개인이 약물 치료를 통해 증상에 대한 두려움에서 자유로워진다고 해도 후속적인 심리적, 사회적 어려움을 극복하기가 매우 힘든 일로 남게 되는 것이다(Anthony, 1993; Dauwalder & Hoffman, 1992).

따라서 Anthony(1993)는 ‘병 자체보다 병의 결과로부터의 회복이 더 어렵다’라고 말한바 있다. 약물이 증상을 완화시켜 준다 해도 부족한 사회기술이나 자신감 및 희망감이 저절로 향상되는 것이 아니다. 왜냐하면, 약물이 그러한 것을 가르쳐줄 수 없기 때문이다. 그러므로 이 부분은 그 자체가 별도의 서비스를 필요로 한다. 즉 정신장애를 가진 사람들이 병으로부터 진정한 회복을 하기 위해서는 치료 약물을 통한 정신병리의 감소와 사회적 기능과 역할을 향상시키는 서비스를 함께 제공받아야 한다(Anthony & Liberman, 1986; Glyn &

Mueser, 1992). 여기에 환경적 지원은 필수적이다.

정신질환의 바로 이러한 특성에 대한 인식이 고조되면서 1960년대에 서구에서는 탈 병원화운동(dehospitalization movement)과 지역사회정신보건운동(communitary mental health movement)이 일어나고, 그 결과 지역사회정신보건센터들이 설립되면서 정신장애인들에게 사회복귀 프로그램을 제공하기 시작했다. 그러나 이 새로운 기관들은 원래의 설립목적에 달성하지 못한 것으로 평가 받기도 했는데, 가장 큰 이유는 지역사회정신보건센터에서 기존의 병원과 마찬가지로 계속 증상을 완화시키는 일에만 치중하여 그들이 사회로 복귀하는데 필요로 하는 정신재활(psychiatric rehabilitation, 혹은 psychosocial rehabilitation)²⁾ 서비스를 제대로 제공하지 못했다는 것이다. 더욱이 그 중에서도 본 글의 주제인 직업재활을 간과하였다는 점은 정신장애인들에게 기관이 외면당하게 된 중요한 요인으로 지적되고 있다(Becker & Drake, 1994; Yankowitz, 1990). 직업재활은 재활서비스의 핵심적 역할을 하는데, 그 이유는 직업을 가지고 생산적인 지역사회구성원으로서의 역할을 담당하게 될 때 비로소 정신장애인의 실질적인 회복이 이루어지기 때문이다.

정신장애인이 사회로 통합되는데 직업이 이와 같이 중요한데도 불구하고 불행하게도 정신장애인의 대부분이 미취업 상태이다. 정신장애인이 사회속에서 직업을 가지고 사는 비율이 20%-30%, 혹은 보다 낮게는 10%-15%라

2) 정신사회재활(psychosocial rehabilitation) 접근법은 정신장애에만이 적용되는 것이 아니라 신체장애 혹은 만성적 신체질환에도 해당되기 때문에 정신장애인에 대한 정신사회재활을 구분하여 정신재활(psychiatric rehabilitation)이라 부른다.

고 보고되고 있다(Brekke, Lewin, Wolkon, Sobel & Slade, 1993; Rogers, Anthony & Jansen, 1988). 우리나라의 경우에는 정확한 자료도 없으며, 일간지에서 2%라고 추정하고 있을 뿐이다. 그러나 여기서 한 가지 언급해야 할 점은, 이렇게 취업비율이 낮은 것은 그들이 일하기 싫어하거나 일할 능력이 없어서라는 주장은 사실이 아니라는 것이다. 정신장애인의 70%가 일하기를 원하고 있으며(Rogers, Danley & Anthony, 1992), 또한 대부분 일할 능력을 가지고 있다(Anthony & Jansen, 1984).

이렇게 정신장애인의 취업률이 낮은 이유에는 복합적인 요인이 작용하는데, 우선 정신질환의 특성과 비효율적인 직업재활 지원방법, 정신장애에 대한 사회적 태도와 낙인, 그리고 정신보건전문가들의 태도와 능력이 직업재활 활동에 방해물이 되고 있는 것이다(Anthony, 1994; Garske & Stewart, 1999).

우리나라는 1995년 정신보건법 제정 이후 이제 정신재활을 정신보건분야에서 받아드려 시행하고 있다. 이에 힘입어 2000년도부터 정신장애인이 장애인 군에 포함되고, 아울러 현재 우리나라의 모든 장애인의 직업재활에 채택되고 있는 모형인 지원고용(supported employment)³⁾ 제도의 혜택을 함께 받을 수 있게 되었다. 따라서 미약하나마 이제 직업재활을 해 볼 수 있는 법적, 제도적 조건은 어느 정도 갖추어진 셈이다. 그러나 문제는 기존의 우리나라

장애인 직업재활 사업은 신체장애인(정신지체자 포함)을 대상으로 한 역사만을 가지고 있기 때문에 노동부의 직업재활체계에서나 정신보건체계 양자 모두에게 정신장애인을 위한 직업재활 사업은 새롭고 낯선 분야일 수밖에 없다는 점이다.

본 글의 목적은 정신보건분야에서 직업재활이 활성화되기를 촉구하는 것이다. 보다 구체적으로는 임상심리학자들이 정신장애인의 직업재활의 중요성을 인식함으로써 수행하고 있는 역할 속에 직업재활 활동을 포함시키거나, 아니면 직접 서비스를 제공하지 않더라도 최소한 같은 현장에서 직업재활을 다루는 다른 전문가들의 일을 돕고 협조할 수 있도록 기초적인 개념을 전달하는데 있다.

이러한 목적을 위해 본 글은 우선 정신장애인의 회복에 있어 직업이 주는 특장의 이득을 강조할 것이다. 다음으로 현재 직업재활접근법들이 가지고 있는 쟁점과 실재를 논의함으로써 우리의 정신장애인 직업재활 모형을 개발하는데 고려해야 할 요인들을 모색해 보고자 한다. 또한 직업재활 전문 인력의 자격요건에 관해 언급하면서, 과연 직업재활분야가 임상심리학자가 할 수 있고, 해야 하는 영역인가를 알아볼 것이다. 끝으로 정신장애인 직업재활을 활성화시키기 위해 우리가 도전해야 할 과제를 논한다.

정신장애인이 직업으로부터 얻을 수 있는 이득

정신장애인에게 직업은 일반인의 경우와 다른 독특한 의미를 가진다. 왜냐하면, 근본적으로 대부분의 문화권에서는 직업이 개인의 가

3) 지원고용 모형은 세 가지 필수조건을 명시하고 있다. 1, 유급고용(직업준비를 위한 장기적 기술 훈련과정 없이 즉각적 고용) 2, 일반 직장에 통합(장애를 가진 근로자와 일반 근로자가 함께 일하는 환경통합) 3, 작업현장에서 지속적이며 장기적인 지원제공(취업 후에도 현장에서 감독, 재훈련, 교통편, 자기관리 등에 대한 지원)

치와 정상성, 그리고 사회적 정체성을 규정하고 있기 때문이다(Aviram, 1990). 따라서 직업을 갖는 것은 정신장애로부터의 회복에 최종적 목표가 될 수밖에 없으며, 여기에 도달하지 못한다면, 혹은 최소한 직업에 대한 희망을 갖지 못한다면 그들은 결코 지역사회일원으로서 살아가기 어려울 것이다. 일이란 그들을 사회로 재통합하도록 도와주는 기능을 가지고 있을 뿐만 아니라 정신장애인에게 치료적 효과를 가져다준다. 이와 같이 일반인들과 다르게 정신장애인에게 직업이 주는 특징의 이점을 알아볼 필요가 있겠다.

치료적 효과로서

일은 증상을 완화시키고, 재발과 재입원을 줄여 감소시킨다. 특히 감정의 둔화, 언어빈곤, 주의집중 결함 등의 음성증상의 악화를 예방하는 효과를 가지고 있다. 또한 일을 하는 것은 자아기능과 관련되므로 개인의 자아형성을 도와주며, 현실에 입각하여 행동하게 함으로써 현실 검증력을 강화시켜 퇴행을 막아준다(Anthony, Rogers, Cohen & Davies, 1995.; Lysaker & Bell, 1995; Strong, 1998).

심리적 이득으로서

직업을 가지면 개인의 자존심과 소속감, 생활 만족감, 스트레스 대응능력, 정신장애를 극복한다는 지각, 자기능력감, 동기 등이 고양되고, 거꾸로 의료기관에 대한 의존심이 감소된다(Alverson, Becker & Drake, 1995, Bellack & Mueser, 1986; Bond, Resnick, Drake, Xie, McHugo & Bebout, 2001; Casper & Fishbein, 2002; Van Dongen, 1996; Young & Ensing, 1999). 따라

서 직업은 정신장애인이 환자역할에서 벗어나 생산적인 사회구성원으로서의 자기정체성을 갖게 해준다고 할 수 있다(Fabian, 1992; Harding, Strauss, Hafez & Liberman, 1987).

사회적 관계성 측면에서 볼 때

정신장애인의 사회적 기술이 개선된다. 그 이유는 일자체가 심리적 강화를 줄 뿐 만 아니라, 적합한 사회적 행동에 대한 기대를 받는 것, 그리고 집단이 함께 문제해결에 초점을 두는 상황이 직장환경의 요구에 보다 잘 순응하도록 하는 것 같다(Lysaker & Bell, 1995). 더하여, 직장은 자연적인 사회적 접촉을 가능하게 하는 시간과 공간적인 구조를 제공한다. 일을 통한 관계는 지나치게 친밀하지 않고 일정한 형식과 거리가 유지되는 관계일 수 있으므로 자연스러운 대인관계를 형성할 수 있다. 따라서 직업현장을 통하여 개인이 의존할 수 있는 사회적 지원체계를 넓히게 된다(Angel & Test, 2002; Drake & Sederer, 1986; Keys, 1982; Jackson, 1992).

경제적 이득의 차원에서 볼 때

일에서 생기는 수입은 독립적인 삶과 질 높은 생활을 할 수 있게 한다(Bryson, Lysaker & Bell, 2002). 또한 지역사회 속에서 생활하는 기간을 유지하게 되면, 결국 입원을 예방하므로 개인의 의료비 부담을 줄여준다. 더하여 국가재원 측면에서도 입원율이 낮아지고 의료서비스 사용횟수가 감소되면, 정신건강 의료비용을 절감하는 효과가 있는 것이다(Dincin & Witheridge, 1992; Drake, Becker & Bond, 2003).

가족의 입장에서 보면

여러 측면에서 그들이 겪고 있는 고통을 감소시킨다. 우선 입원비를 줄여서 경제적으로 환자를 위한 지출이 줄어들고 오히려 가정에 보탬이 된다. 그러나 무엇보다도 직장인이 되어 사회에 통합되어 가는 가족의 모습을 본다는 것은 나머지 가족에게 안도와 기쁨, 희망을 안겨주는 것이다(손명자, 김상희, 2002).

정신장애인 직업재활 접근법의 기본 쟁점 및 실제

정신장애인의 직업재활은 신체장애인의 직업재활에 비하면 아직 그 역사가 짧다. 그리고 현재 적용되고 있는 지원고용 제도도 처음부터 신체장애와 발달장애를 위한 모델을 가지고 시작되었으며, 그 후 정신장애의 특수성에 따라 수정과 발전을 해왔다(Anthony & Blanch, 1987; Bellamy, Rhodes & Albin, 1986; Fabian & Wiedefeld, 1989). 물론 지원고용 모형의 기본 가정과 철학은 신체장애, 발달장애, 정신장애 모두에게 적용될 수 있는데, 이것은 세 분야의 특성이 개인의 생활기능저하와 능력의 장애(disability)를 가진다는 점에서 공통점을 가지고 있어서이다. 그러나 직업재활 실제 현장에서는 세 장애군 간에 큰 차이가 생긴다. 그 이유는 각 장애가 가진 특성과 이것이 개인에게 미치는 영향이 다르고, 그들에 대한 사회적 반응도 다르기 때문이다. 따라서 정신장애인의 경우에 다른 장애 분야에 대한 지원고용모형의 개입절차를 그대로 적용하는 데는 한계성이 있다(Anthony et al., 1987). 다른 장애군과는 상이한 서비스 초점과 직업재활 전략

을 요구하며, 정신장애인의 특수성에 맞는 절차가 없이는 그들의 직업재활은 성공하기 힘들 것이다.

세계적으로 정신장애인 직업재활 사업은 다른 장애인의 경우보다 역사가 짧은 것은 하나, 그동안 성공적인 직업재활을 위한 필수 요소가 무엇인가에 대한 연구와 논쟁들이 계속 있어왔다. 이러한 요소들은 우리나라의 현장에도 정신장애인 직업재활정책이나 직업재활프로그램을 개발할 때 신중히 고려해야 할 사항들이라고 할 수 있다. 주요 논쟁점들은 다음과 같다.

쟁점 1. 직업재활의 평가 문제

정신장애인의 직업재활을 평가하는 데는 크게 두 가지 영역이 있다. 한 가지 평가영역은 직업재활서비스를 제공한 후 그 효과를 알 수 있는 성과준거(outcome criteria)에 관련되는 것이며, 두 번째 영역은 이 직업재활의 성과에 영향을 주는 예언지표(predictive indicator)들을 알아내어 측정하는 것이다.

먼저 어떤 개입법이든지 목적은 성과(outcome)를 얻기 위한 것이다. 따라서 의도하는 성과가 무엇인지를 분명하게 정의하지 않고는 효과를 알아볼 수 없다. 직업재활 성과준거를 정확히 선택하고 그것의 평가도구를 잘 만들어야 하는 구체적인 이유를 들어보면, 첫째, 연구 측면에서 직업재활 성과를 무엇으로 평가하느냐 하는 것은 연구결과를 상이한 결론에 도달하게 할 수 있다. 그러므로 직업적 성과측정치를 선택할 때는 그것이 프로그램의 특성과 의도에 적합한 준거치 인가를 결정하는 것이 중요하다(Bond, 1992). 둘째, 성과자료는 직업재활 프로그램의 비용효과성 혹은

비용효율성에 관한 정보를 줌으로써 기관의 프로그램 운영에 대한 의사결정의 근거를 제공하고, 나아가 국가의 정신보건서비스제도의 초점에 영향을 줄 수 있다. 셋째, 직업재활프로그램을 담당하는 전문가의 경우, 노력의 결과에 대한 확인은 성과측정치를 통해서이다. 이것은 일에 대한 개인적 성취감을 맛보게 할 수 있고 혹은 프로그램을 수정, 보완할 기회를 주기도 한다. 끝으로, 무엇보다 정신장애인은 직업을 가질 능력이 없다고 생각하는 사회 일반의 편견을 없애기 위해서는 직업재활의 성과에 대한 분명한 정보를 제공해야 할 필요가 있다.

그동안 직업재활에 대한 성과측정치는 다양하게 정의되고 측정되어왔다. 전통적으로 직업성과는 취업유무, 직업유지기간, 임금, 직무수행수준 그리고 입원을 감소 등 조작적이며 가시적 성과치를 가지고 증명되어 왔다. 그러나 Anthony 등(1984)은 단순히 이러한 객관적 측정치만으로 개인의 직업성과를 충분히 평가한다고 할 수 없다고 하였다. 따라서 최근에는 보다 세부적인 고용형태 즉 심지어 취업 전 프로그램 참석을 포함하여 임시고용, 부분고용, 전일고용, 경쟁고용, 자원봉사활동 등을 모두 알아보고 있으며, 또한 직업을 통한 이차적 이득인 직업이의 분야의 변화도 다양하게 검토하고 있다. 여기에는 사회적 기능, 증상변화, 심리적 안녕감, 삶의 만족감, 자율성의 정도, 의사결정과정에서의 역할, 일에 대한 만족도, 자존감 등 보다 개인의 주관적 지각이 포함된다(Honey, 2000).

두 번째 평가영역은 직업재활의 성과에 영향을 주는 개인적 요인에 관한 것이다. 이것은 직업적 성과에 대한 예언지표라고 할 수 있으며, 그동안 가장 많이 연구되어 온 예언

치는 증상과 진단명, 직업경험, 사회기술, 직무기술, 그리고 인구학적 변인들이다. 이 중 가장 큰 관심은 진단명과 증상으로 직업재활의 성공을 예언할 수 있는가에 대한 것이다.

먼저 정신질환 증상은 직업재활 성과를 예언하지 못하는 것으로 밝혀졌다(Anthony, 1994; MacDonald-Wilson, Rogers & Anthony, 2001; Srinivasan & Thara, 1997; Xie, Dain, Becker & Drake, 1997). 마찬가지로 개인의 진단분류와 직업성과 간에도 미미한 상관이 있을 뿐이다(Anthony et al., 1984; Danley, Sciarappa & MacDonald-Wilson, 1992; Regenold, Sherman & Fenzel, 1999; Xie et al., 1997). 이것은 일반적인 기대와는 상반되기 때문에 반복적으로 연구되고 있는데, 증상과 진단범주가 직업성과에 상관성이 높다는 연구도 있으나(Arns & Linney, 1995; Bell & Lysaker, 1995; Rogers, Anthony, Cohen & Davies, 1997), 이들이 가진 직업성과의 예언적 가치가 높지 않다는 연구가 우세하다.

따라서 직업재활에서는 전통적 심리검사는 잘 사용되지 않는다. 왜냐하면, 이들이 직업재활에 제공하는 정보가 별로 없기 때문인데, 예를 들면, 기존의 지능검사 성격검사, 적성검사 점수들은 정신장애인의 직업수행을 예언하지 못하는 것으로 알려져 있다(Anthony, Cohen, Farkas & Gagne, 2002). 이것은 전통적 평가의 특성이 진단과 정신병리적 증상패턴, 강도, 그리고 예후에 관한 정보를 제공하는 것이기 때문이다. 더하여 과거의 배경정보를 토대로 원인적 설명을 하기 위하여 검사결과를 가지고 환자의 심층세계를 이해하고 정신역동적이고 해석적인 설명을 목적으로 하고 있다(손명자, 1996; Corrigan, 1995).

오히려 미래의 직업성공을 기대할 수 있는

변인으로서 작업기술(work skills)의 측정치가 증상보다 예언가가 높은 것으로 드러났다(Anthony, 1994; Cook & Rosenberg, 1994; Drake, McHugo, Bebout, Becker, Harris, Bond & Quimby, 1999; Man Hong & Sue, 1997). 이러한 결과는 개인의 증상이나 진단명과 그가 가진 전반적 기술 간의 관계가 독립적이라는 연구결과와도 부합된다고 하겠다(Dellario, Goldfield, Farkas & Cohen, 1984; Farkas, O'Brien, Cohen & Anthony, 1994).

최근에 직업재활에 대한 신경심리평가의 예언적 타당성에 관한 논의가 있다(Cook & Razzano, 2000; Green, 1996; Lysker, Bell, & Beam-Goulet, 1995). 여러 가지 검사를 통해 개인의 인지기능 수준과 양식을 확인하여 직업재활 예후에 대한 추정과 현실적인 목적을 결정하고, 알맞은 교육, 직업적 배치, 매일의 기능을 돕기 위한 인지적 전략을 알아낸다. Malla, Lazosky, McLean, Rikwood, Cheng과 Norman(1997)도 인지적 한계성 혹은 강점을 간파하게 되면 현실적인 재활 목표를 세울 수 있으므로 스트레스와 증상 재발을 예방할 수 있기 때문에, 신경심리검사는 정신분열병을 가진 사람들에게 직업재활서비스를 제공할 때 도움이 된다고 제안하였다. Cook과 Razzano(2000)도 신경심리검사가 증상과 약물 부작용의 영향과는 별도로 신경인지적 신경운동적 손상을 알아보는데 중요한 도구라고 하였다.

한편 개인이 가진 진단명이나 증상 외에 인구학적 특성으로서 개인의 학력, 나이, 성, 발병시기, 이전의 병원경력, 결혼상태 등과 고용성과간의 관계에 대한 연구도 많았으나, 모두 예언적 지표가 되지 못하는 것으로 밝혀졌으며, 오직 과거 직업경험만이 유의한 상관을 보이고 있다.(Anthony & Jasen, 1984; Bond,

Dietzen, McGrew & Miller, 1995; Drake et al., 1999; Jacob, Wissusik, Collier, Stackman & Burkeman, 1992). 물론 이상의 결과들과 불일치한 보고들도 나오고 있지만(이금진, 2000; 최희수, 1999; Lysaker & Bell, 1995), 대체적으로 환자의 인구학적 특성이 직업적 성공과 관련이 없는 것으로 받아들이고 있다.

그러나 문제를 더욱 복잡하게 만드는 것은 정신장애인들이 직업을 갖는데 실제적인 방해요인은 직무능력 자체 보다 직업을 유지하는데 어려움이 있다는 점이다(Becker, Drake, Bond, Xie, Dain & Harrison, 1998; Bond & Boyer, 1988). 즉 사회기술(social skills) 결핍과 관련되는 현장에서의 대인관계적 문제와 정서적 문제가 일의 성격 자체보다 직장을 그만 두는 주된 원인으로 드러났다(Becker et al., 1998; Tsang & Pearson, 1996; Wallace, Tauber & Wilde, 1999). 여기에 더하여 고용 후 후속적 지원이 따르지 못한 것도 큰 비중을 차지하고 있다(Lehman, 1995).

이와 같이, 직업재활과정에서 적절한 결정을 내리도록 중요한 정보를 주는 지표가 무엇인가를 알아내는 것은 쉽지 않다. 직업재활 성공을 예언할 수 있는 강력한 지표가 없기 때문에, 지원고용모델의 경우 개인의 직업준비도에 의해 서비스 참가자를 선별하지 않고, 직업을 갖기를 원하는 사람은 누구나 참가할 수 있게 하고 있다. 당연하게도, 직업재활에 있어서 평가의 목적은 예언을 통해 환자를 배제하기 위한 것이 아니고, 어떻게 하면 직업수행을 가능하게 하도록 할 것인가에 초점이 있게 된다(Becker & Drake, 2003; Powell, Pancsofar, Steere, Butterworth, Itzkowitz & Rainforth, 1991). 따라서 직업재활 프로그램에서는 한 개인이 특정 직업을 수행하는데 요구되는 특정 기능

을 가지고 있는지, 혹은 부족한지, 그리고 그 직업을 수행하는데 어떤 훈련과 지원을 필요로 하는지를 알아보는 것이 주가 되어야 하는 것이다.

끝으로, 직업재활 평가는 단순히 한 개인이 평균적인 일자리에 자질이 있는가를 결정하는 것이 아니다. 오히려 작업장마다 요구하는 기술이 다르므로 개별적 직장환경에서 이루어지는 상황적 평가(situational assessment)가 이상적이며, 이러한 환경특수성은 직업의 성공에 중요한 요인이 된다. 왜냐하면, 정신장애인의 경우 개별적 능력에 차이가 있고 또한 신체장애인과 달리 한 장면에서 습득한 기술을 일반화하는데 어려움을 가지고 있으므로, 동일한 내담자라도 환경이 달라지면 상이한 기능수준과 양상을 나타낼 수 있기 때문이다(Farkas, O'Brien, Cohen & Anthony, 1994; Schultheis & Bond, 1993).

쟁점 2. 선훈련-후배치 전략과 선배치-후훈련 전략의 문제

이 문제는 직업재활 프로그램 절차에서 직업훈련(job training)과 직업배치(job placement)를 시간적으로 어느 것을 우선 시키느냐 하는 기본적 전략을 결정하는 주제이므로 큰 관심사가 되고 있다. 이 문제에 관해 선훈련-후배치(Training-Placement) 절차와 선배치-후훈련(Placement-Training) 절차라는 두 가지 상반되는 모형이 있으며, 그 사이에 다양한 절충적 전략들이 존재한다.

이 두 가지 모형에 따라 정신장애를 가진 사람들의 경우 정상적인 직업에 바로 투입하느냐, 투입하기 전에 사전 훈련단계를 거치며 점진적으로 준비시켜서 직장에 나가게 하느냐

를 결정하게 된다. 구체적으로, 취업 전에 진로교육을 받거나 보호받는 일거리를 통해 기술을 익히는 훈련이 필요한가? 아니면, 일단 고용 된 후 현장에서 직접적인 도움을 제공해야 하는가? 어느 것이 성과에 우위가 있느냐 하는 것이다. 우선 양자가 직업재활 실제에서 어떻게 다르게 운용되는가를 알아보고자 한다.

먼저 선훈련-후배치 모형은 흔히 전통적 직업재활 절차라고 일컬어지는데, 정신장애인을 직업 스트레스로부터 보호하기 위해 점진적으로 어려운 단계를 거치면서 교육하고 훈련시켜서 적응력과 기술을 다진 후, 최종적인 정상적 경쟁고용(competitive employment) 직업에 배치시키는 절차이다. 이 방식은 정신장애가 그 특성상 청소년기에 발병하고 이로 인해 직업경험이 결핍되어 있어서 바로 현장에 투입하면 실패하게 될 것이라고 가정하고 있다. 그러므로 고용 전에 이루어지는 준비단계 활동들에 많은 시간을 투입하는 경향이 있다. 예를 들면, 직업기술을 훈련하기 위해 병원 내 작업프로그램, 보호작업장, 임시고용 등의 과정을 거쳐서 정상적 직무에 배치하고 직업을 유지하도록 해준다.

대조적으로 선배치-후훈련 모형은 최근의 지원고용 모형이 지향하는 기본전략이다. 그 특성은 복잡한 평가과정이나 긴 훈련과정을 생략하고 즉시적으로 내담자를 직업에 배치하는 것이다. 그리고 직업배치 이후 사후지도에 주력하여 주로 작업현장에서 행해지는 지원활동을 많이 한다. 즉 직업재활전문가나 직무지도원이 고용현장에서 필요로 하는 직업기술과 대인관계기술을 평가하고, 현장에서 훈련하고 지원한다.

이 모형의 주장은 첫째, 잔여증상을 가지면서 안정과 악화를 반복하는 정신질환의 특성

때문에 오랜 기간의 준비단계를 거친다해도 선훈련-후배치 접근법이 기본적으로 가정하는 점진적 향상을 가져오기가 어려울 것이라는 점이다(Bond, 1992; Bond & Dincin, 1986). 즉 직업준비기간을 길게 두어도 적응력과 기술이 비례적으로 향상되지 않는다는 것이다. 둘째로, 사전 기술훈련이나 보호작업장에서 습득한 기술이 실제의 다른 현장에 일반화되기 어렵다는 점이다(Benton & Schroeder, 1990). 셋째로, 정신장애를 가진 사람들은 직업기술이나 직업획득보다 고용 후 작업환경에 적응하여 직업을 유지하는 것이 더 힘든 문제라는 사실이다(Becker, Bebout & Drake, 1998; Bond & Boyer, 1988). 이와 같은 이유로 사전 교육이나 직업기술훈련 등 직업준비단계에 많은 노력을 기울이기보다 바로 현장에 투입하고 현장에서 필요한 직무를 배우고 현장지원을 통한 직업유지가 더 효과적이라고 볼 수 있다. 더하여 평가와 훈련의 경우도 현장에서 동시에 이루어짐으로써 일반화의 어려움을 우려할 필요가 없어진다고 할 수 있다(Ford, 1995).

따라서 두 접근법의 효과를 비교한 연구가 많이 수행되었는데, 선배치-후훈련의 지원고용 프로그램이 보호작업장 프로그램보다 우수하다는 결과가 지배적이다(Cook & Razzano, 1995, 2000; Drake, Becker, Biesanz, Torrey, McHugo & Wyzik, 1994; Drake, Becker & Bond, 2003). 지역 사회정신보건센터의 낮치료프로그램을 지원고용프로그램으로 전환하여 실시하고 지금까지의 전통적 직업연계 재활서비스 집단과 비교하였더니 양자간에 입원, 증상악화, 탈락율은 차이가 없었으나 전자에서 고용율, 직무만족도가 높게 나타났다(Becker Bond, MacCarthy, Thompson, Xie, McHugo & Drake, 2001; Bond, Dietzen, McGrew & Miller, 1995). 또한 직업을

획득하고 유지하는 사람수가 지원고용서비스를 받은 집단에서 평균 58%이며, 기술훈련, 보호작업장, 직업상담을 받은 집단은 21%이었다(Mueser, Drake & Bond, 1997). 더하여 환자, 가족, 정신보건전문가의 경우도 지원고용으로 전환한 서비스에 보다 만족하였다(Torrey, Becker & Drake, 1995). 나아가 전통적으로 선훈련을 강조해 온 보호작업장의 경우 오히려 외부로 일자리를 찾아 나서지 않고 보호적인 기관에 대한 의존성을 증가시키게 되었다. 그 결과 초기 단계의 직무에만 머무르게 되는 경향이 드러났다(Bellamy, Rhode, Mark & Albin, 1988).

이상의 연구결과에 따라 현재 외국의 경우 정신장애인 분야에서는 선배치-후훈련의 방식을 선호하고 있다. 따라서 직업배치 이전에 실시하는 평가와 훈련기간을 줄여나가는 추세이며, 기간을 어느 정도 단기화 시키느냐에 따라 다양한 방식들이 운용된다. 그러나 대부분의 프로그램이 직업준비 단계보다 직업유지 단계에 시간과 노력을 더 투입한다는 점에서는 공통점을 가지고 있다.

그러나 이러한 경향에도 불구하고, 모든 정신장애인이 지원고용법에 맞는 것은 아니라는 사실을 간과해서는 안될 것이다. 치료과정의 초기에 있는 심한 정신장애인에겐 오히려 보호적 서비스가 필요하고, 경쟁적 직업에 살아남기 위해 오랜 준비기간이 소요되는 사람도 있다(Drake, et al., 2003). 따라서 보호작업장이나 전이고용법 같은 소위 전통적 방법도 공존해야 할 것이다. 즉, 이러한 서비스를 통해 일하는 습관과 실제 취업의 연습을 해봄으로써 자신감과 성취감을 높일 수 있는 것이다. 이런 서비스는 기능이 높은 내담자에게 부적절할 수 있으나, 아주 심한 장애를 가진 사람

들에게는 현실적인 대안이 된다.(Black, 1992; Cornors, Graham & Pulso, 1987). 기본적으로 환자들의 욕구가 다양하므로 직업재활서비스도 다양성이 요구된다고 하겠다.

쟁점 3. 고용 전 진로교육의 문제

직업훈련과 직업배치 중 어느 것을 우선 시키느냐 하는 위의 논쟁에서 간과된 한 가지 주제가 있다. 즉 직업훈련에서 무엇을 훈련하느냐 하는 점이다.

정신장애인을 위한 고용 전 훈련에는 세 가지 활동이 포함될 수 있다. 첫째는 직업에 대한 태도의 정립, 동기화, 목표 직업의 선택 등의 진로 탐색이 있고, 두 번째로는 직장을 구하는 기술, 직장환경에서의 적응기술을 배우는 교육이며, 세 번째가 직무 자체의 능력을 연습시키는 기술훈련이 있다. 따라서 모든 사전훈련 프로그램에는 이 세 가지 요소가 정도의 차이는 있으나 포함되어 있다고 할 수 있다.

여기에서 지적해야 할 한 가지 사항은, 정신장애인의 경우 정신지체나 신체장애를 가진 사람들과 달리 세 번째의 직무기술에 있어서 비교적 기술습득이 빠르다는 점이다(Bond & Boyer, 1988). 그럼에도 불구하고 전통적인 선훈련-후배치 접근법의 직업훈련(특히 보호작업장)에서는 세 번째의 직무기술에만 치중하여 앞서의 진로탐색과 현장적응 교육은 간단히 다루고 있는 것이다. 물론 수준 높은 기능을 요구하는 직무라면 정상인의 경우처럼 따로 훈련을 받거나 그것을 배울 수 있는 교육기관(예로, 대학)에 가야 할 것이다. 실제로 이를 위해 교육재활(educational rehabilitation)이 각광을 받고 있으며 직업적 성공율을 높이고 있다(Unger, 1994; Unger & Pardee, 2002).

그렇다면 첫 번째와 두 번째의 진로교육이 정신장애인의 직업재활에 반드시 필요한가, 하는 문제를 우선 알아보아야 할 것이다. 즉 그러한 교육이 없이는 그들이 취업을 하기 힘들며, 하더라도 견디어 낼 수 없는 것인가? 과연 정신장애인의 직업재활 실패는 진로교육의 부족 때문에 초래되는 것인가?

진로교육의 중요성에 대한 몇 가지 이유를 들어본다. 첫 번째의 직업에 대한 태도, 동기, 직업선택, 진로탐색 교육이 필요한 이유는 정신장애를 가진 사람의 경우, 대부분 그 증상이 청년 초기에 발병하는데, 이시기는 자신의 정체성을 확립할 뿐 만 아니라 자신의 직업적 선호를 확인하고, 직업세계 속의 여러 가능성들을 생각해보는 기간인 것이다. 게다가 입원과 퇴원을 반복하면서 성인으로서의 직업경험도 가져보지 못하였기 때문에 그들은 직업에 대한 개념이 모호하고 자신의 능력을 현실적으로 평가하지 못하거나 혹은 개발하지 못하였다. 그러므로 우선 직업을 선택하기 전에 직업에 대한 태도를 분명히 하고 어떤 직업을 원하는가를 찾아보기 위하여 진로탐색과 진로개발 과정을 통해 직업세계에 대한 지식을 얻고, 일의 의미를 이해하며, 여러 활동(예, 직장 체험)을 통해 선호하는 직업을 결정하고, 이것을 성취하기 위한 직업목표를 수립하는 등의 절차가 필요한 것이다. 특히 사기가 떨어져 있고, 일에 대한 마음의 준비가 되어 있지 않은 사람들에게는 변화에 대한 욕구를 가질 수 있는 주관적 경험이 필요하다(Ferdinandi, Yootanasumopun, Pollack & Bermanzohn, 1998).

이러한 사실은 정신장애를 가진 사람이 직업재활에 실패하는 이유 중 하나가 취업한 일자리가 스스로 선택한 것이 아니라는 점에서 증명된다. 예로서 직업선호성과 목적에 맞

는 일을 짊어워서 직업의 적합도를 높일 때 그 직업에 머무는 기간이 두배나 길고 직업만족도도 더 높아졌다(Anthony & Blanch, 1987; Becker, Drake, Farabaugh & Bond, 1996; Smith, 2000). 이외에도 직업에 대한 긍정적이고 수용적인 태도와 현실적인 목적설정이 성공적 직업유지에 기여했다(Dorio, Guiter, Solheim, Dvorkin & Marine, 2002). 또한 직업에 대한 동기, 태도, 가치감, 희망감, 소속감, 진로탐색 효능감이 중요한 요인으로 나타났다(Averson, Averson, Drake & Becker, 1998; Fabian, 2000; Mowbray, Bybee, Harris & McCrohan, 1995; Regenold, Sherman & Fenzel, 1999). 따라서 Anthony(1994)는 이러한 개인내적 요인들이 작용하기 때문에 앞에서 언급한바와 같이 임상적 혹은 인구통계학적 변인들과 직업성과 간에 상관성이 불명확하게 된다고 지적하였다.

두 번째, 직업을 구하는 기술의 교육이나 직장적응 교육이 필요한 이유를 들어보면, 정신장애인은 병으로 인한 공백기간 때문에 직업을 구하는 기술이 서툴러서 직장을 얻지 못하며, 더하여 취업을 한 후에도 현장에서 생기는 인간관계를 다루는 기술이 부족하고, 직업현장에 적응하지 못하기 때문에 직업을 오래 유지하지 못하고 그만두는 경우가 많다(손명자, 김상희, 2002; Hursh, Rogers & Anthony, 1988). 따라서 사전교육에서 이러한 요인들을 다루어 적응기술을 미리 습득하도록 해주어야 하는 것이다(손명자, 김효정, 조현주, 이은진, 2004; Trotter, Minkoff, Harrison & Hoops, 1988).

이와 같이 사전 진로교육이 이렇게 중요함에도 불구하고 심지어 선 훈련을 강조하는 직업재활서비스에도 직무기술 훈련에만 치중하고 이들이 간과되고 있으며, 더구나 선배치 방식을 택할 때, 사전교육 기간은 극히 짧은

평가에 지나지 않으므로 진로탐색 과정과 구직 기술, 직장적응 기술은 거의 다루어지지 못한다(Becker, Bebout & Drake, 1998). 이 문제는 선배치-후훈련 방식을 취하고 있는 지원고용 서비스의 성과연구에서 드러나는데, 이러한 서비스를 받은 사람들이 경쟁직 고용율은 높지만 문제는 6개월 이내에 그만두는 사람이 41-71% 이고 대부분이 단순직의 초보적 일자리에 고용되고 있는 것이다. 그리고 그 효과도 경쟁고용의 경우에만 해당되고 재입원율, 삶의 질, 자존감 등의 비직업적 성과에 있어서는 비교집단에 비해 높지 않다(Bond, Drake, Mueser & Becker, 1997). 따라서 선배치-후훈련 모형이 갖는 문제점을 고려한다면, 직업재활 과정에 개인의 가치와 선호도에 맞게 직업을 선택하게 하는 기간이 요구된다. 이것은 자기 삶에 관여시켜 책임지게 하는 것이다. 따라서 재활에 필수적인 과정변인으로서 이 부분을 포함하지 않는 프로그램은 비효과적일 것이다(MacDonald, Wilson, Revel, Nguyen & Peterson, 1991; Paulson, Post, Herinckx & Risser, 2002). 또한 취업 후 직장적응 문제가 정신장애인의 직업재활에 큰 비중을 차지한다면 우리는 선 훈련 활동 중에 진로교육을 필수적인 부분으로 강화시키는 프로그램을 제공해야 할 것이다. 결론적으로 선 훈련 전략의 비효율성을 지적하기에 앞서서 어떠한 선 훈련을 할 것인가가 논의의 초점이 되어야 할 것이다.

쟁점 4. 고용 후 지원의 문제

재활접근은 전통적 치료접근과 달리 개인이 가진 손상(impairment)보다 장애(disability)문제를 더 중요하게 생각한다. 또한 장애에 대한 관점도 변화하여 장애를 개인적 결함이라기보다

개인과 사회 구조간의 관계적 산물로 본다(Smull & Bellamy, 1991). 그러므로 정신장애인의 문제에서도 사회적 책임이 강조되고 있으며, 개입의 초점도 개인으로부터 환경으로 향하고 있다. 따라서 정신장애를 가진 사람들에 대한 모든 서비스는 환경적 지원의 차원에서 이루어진다고 할 수 있다. 직업재활의 경우에도 지원고용(supported employment)이라는 개념이 여기에서 비롯된 것이다.

현재 우리나라를 비롯해서 대부분의 나라에서 채택하고 있는 지원고용 모형에서는 직장배치를 빨리 하고 배치 후 현장지원을 무제한적으로 제공하는 것을 원칙으로 삼고 있다. 따라서 직업재활 지원의 문제는 대부분 고용 후에 제공되는 것에 초점을 맞추고 있는 것이다.

그렇다면 일반인과 달리 정신장애를 가진 사람들이 고용이 된 후 성공적으로 직무를 유지할 수 있기 위해서는 어떤 추가적 지원이 필요한가? 또 지원에 적합한 장소는 어디며, 그 기간은 얼마나 지속해야 되는가? 제공되는 지원이 한시적인가, 무제한적인가? 그리고 그 개입의 적정수준은 어느 정도인가? 이러한 문제들은 정신장애인의 성공적 직업유지에 관련된 결정요인들이다.

우선, 지원에 사용되는 자원(resource)에는 인적 지원(장애인 고용촉진기관의 직업재활상담가, 직업재활전문가, 직무지도원, 정신보건 전문가, 고용주, 부모, 친구)과 물적 지원(돈, 교통편, 시간, 프로그램 활동), 제도적 지원(서비스 체계, 장애인 고용촉진법)이 있다. 그리고 고용 후 지원활동에는 고용계약, 직무분석, 직무수행평가, 현장훈련, 직장 내의 중재, 상담 등이 포함된다.

연구를 보면, 지속적 지원을 제공한 경우 직업유지기간을 50%에서 80% 이상까지 증가

시켰다(Cook & Razzano, 1992.; Lehman 1995). 특히 지원 제공자와의 지속적인 접촉이 정신장애를 가진 근로자들의 직업유지를 가능하게 하는 가장 중요한 요인으로 나타났는데(Bond & McDonel, 1991.; Frey, 1994.; MacHugo, Drake & Becker, 1998; Test, Allness & Knoedler, 1995), 이것은 지속적인 관심과 격려를 받는 것이 강화요인으로 작용하여 성공적으로 직업을 유지할 수 있게 한 것으로 해석된다. 결국 지원의 지속성은 직업기능을 방해하는 문제들(잔여증상, 재발의 위험, 배운 기술을 다른 상황에 전이하는 어려움, 동료와의 관계 어려움, 낮은 작업동기)로 인하여 일어나는 직업유지의 어려움을 완화시키는 것 같다(Trotter, Minkof, Harrison & Hoops, 1988). 정신장애인에겐 직장에서의 어떤 변화도 직업적 안정에 부정적 영향을 줄 수 있는데, 만일 지속적으로 지원을 받고 있으면 직장에서 불가피하게 일어나는 변화를 미리 파악하고 해결하여 상황이 견잡을 수 없을 정도로 악화되는 것을 예방해 줄 수 있게 된다(손명자, 김상희, 2002).

지원은 직무현장 내 뿐만 아니라 밖에서도 가능하며, 지원의 강도와 형식은 근로자와 직장의 필요성에 따라 달라진다. 지원은 직업재활전문가 뿐만 아니라 가족, 정신보건 사례관리자, 직장 외 동료지지그룹에 의해 제공될 수 있는데, 특히 현장 상사들과 동료들의 역할이 크다. 또한 직업의 성공은 개인의 전체 생활과 고립되어서 일어나는 것이 아니기 때문에 직업과 직접 관련이 되지 않는 문제에도 지원이 필요한 것이다. 이와 같이 지원의 지속성이 강조되고 있음에도 불구하고 지속적 지원은 비용과 시간이 많이 소요되므로 직업재활 정책의 철학과 재원에 따라 개입 정도가 달라지게 된다.

지원에 관하여 한 가지 강조하고 싶은 점은, 장애인에 대한 지원의 철학과 목적이 단지 약한 자를 도와준다는 것 이상의 것이라는 것이다. 전통적으로 장애인 서비스 분야에서는 장애인이 의사결정능력을 가지고 있지 않다고 가정하고 전문가가 대신하여 최선이라고 판단되는 목표를 설정한다. 이 경우 도움은 일방적으로 제공된다. 그러나 최근의 방향인 지원 패러다임에서는 아무리 장애를 가지고 있는 사람이라도 스스로 결정할 수 있는 능력이 있다고 가정하고 그 권리를 존중한다. 따라서 장애인 스스로가 자신에게 유익한 지원을 선택 할 수 있도록 해야 한다는 점을 강조한다. 지원은 양자간의 협동적인 관계 속에서 제공되고, 그 목적은 장애를 가진 개인에게 삶에 대한 선택과 기회를 부여하여 삶의 질을 고양시키는 것이어야 한다.

우리나라 정신장애인을 위한 직업재활 과제

이제 직업재활은 세계적으로 정신장애인을 위한 최선의 서비스로서 인정받고 있다. 이는 지원고용의 개념아래 직업재활이 괄목할만한 성과를 내고 있다는 보고의 결과이기도 하다. 우리나라도 지역사회정신보건사업을 추진하면서 직업재활의 중요성을 인식하게 되었다. 그러나 아직 그 경험이 일천하며 기존의 직업재활체계와 정신보건체계에 정신장애인의 직업재활을 어떤 식으로 접목할 것인지가 구체화되어 있지 않다. 따라서 정신장애인을 위한 직업재활서비스를 효율적으로 실행하기 위해 우리가 도전해야 할 과제가 무엇인지를 논의해보고자 한다.

정신장애인 직업재활 서비스의 이원적 구조 간 에 협조체계 강화하기

우리나라도 2000년 이후 정신장애인이 일반 장애인과 같은 처우를 받게 됨에 따라 장애인 직업재활법의 수혜자가 되었다. 그러나 정신장애인은 신체장애인(혹은 발달장애인)과 그 특성상 차이가 있기 때문에 그것을 정신장애인에게 그대로 적용한다는 것은 무리가 있으며, 설령 정신장애인이 이 체계를 활용한다 해도 효과를 창출해 내기가 어렵다. 따라서 기존의 다른 장애인에 대한 지원체계와는 차별화되는 정신장애인 직업재활 관련법의 수정과 보완이 필요한 것이다.

무엇보다도 가장 큰 제도상의 문제는 정신장애인 직업재활 서비스가 직업재활체계와 정신보건체제로 분리된 이원적 전달체계를 가지고 운영되고 있다는 사실이다. 이것은 선진국에서도 마찬가지로 지적되고 있는 문제인데 (Drake, 1998). 정신장애를 가진 사람들의 직업재활은 정신장애와 직업이라는 두 가지 영역과 관계되기 때문이다. 직업재활체계란 모든 유형의 장애인들에게 직업적 서비스를 제공하는 직업재활기관을 일컬으며, 현재 우리나라는 노동부산하의 장애인고용촉진공단과 있고, 대도시에 사무소를 개설하여 모든 장애인과 함께 정신장애인 직업재활서비스를 제공한다. 반면 정신보건체계의 경우는 정신보건서비스기관에서 임상적 서비스와 함께 직업적 서비스도 함께 제공한다. 즉 공, 사립 정신병원, 지역사회정신보건센터, 정신장애인 사회복지시설, 주거시설, 혹은 종합사회복지관들이 각기 직업재활서비스를 실시할 수 있다.

물론 직업재활활동은 양 기관의 협조 속에서 이루어진다. 양 체계는 정신장애인이 사회

에서 독립적 생활을 유지하도록 도움을 주는 공동의 목적 아래서 각기 다른 역할을 하면서 함께 일하고 있다. 그러나 문제는 양자가 정신장애인 직업재활에 필요한 체계이지만, 양 체계 사이에 긴밀하게 협조할 수 있는 제도가 없이는 각자의 역할을 충분히 발휘하기 어렵다는 것이다. 따라서 서비스 실천과정에서 양측간에 어떠한 서비스 의뢰체계를 가지고 연계성을 유지하느냐, 혹은 어떤 형식으로 협조하느냐에 따라 정신장애인에 대한 직업재활서비스의 질이 좌우된다고 하겠다(Becker & Drake, 2003; Brown & Basal, 1989; Weinstock & Toms-Barker, 1995). 만일 협동이 잘 안되는 상황에서 의뢰되는 경우, 정신장애인 스스로가 양 기관을 통합해야 하는 부담을 지게 되며 따라서 중간에 탈락하기 쉽다.

본질적으로 양 체계는 서로 다른 필요와 목적에서 발달하여 와서 기능하는 방식이 아주 다르다. 즉, 직업재활기관은 오직 취업을 하도록 하는 것이 목적이다. 게다가 직업재활기관은 정신장애인을 포함한 모든 종류의 장애인에게 서비스를 제공해야 한다. 따라서 직업상담가는 정신장애인의 특성을 잘 알지 못한다는 문제를 가지고 있다고 할 수 있다. 반면, 정신보건전문가의 경우는 주된 업무가 정신건강의 유지에 있으며 증상완화와 사회적응에 초점을 두고 있다. 그러므로 그들은 직업을 스트레스로 간주하기 때문에 직업 갖는 것을 우려하는 경향이 있다. 더하여 그들은 직업세계와 직업재활에 대한 지식과 경험이 없다. 이러한 이유로 노동부의 직업재활상담가는 정신장애라는 새로운 분야에 대한 부담을 가지고 있고, 정신보건전문가에게도 직업재활 임무가 낯설고 부과적인 일이 되고 있다.

두 체계 간 협력이 잘 이루어지는 서비스가

되기 위해서는 몇 가지 조건이 전제되어야 할 것이다. 우선 직업재활체계의 직업재활상담가는 정신장애인과 기타 장애인간의 차이를 알고 있어야 한다. 정신장애의 특성을 알아야 하며, 무엇보다 환자가 증상을 가지고 있어도 재활된다는 사실을 인식하고 타성화된 여러가지 편견을 버려야 할 것이다. 그들의 특성을 알게 되면 표준적 절차보다 정신장애인의 장점과 결함, 욕구와 흥미를 고려하여 참여동기를 불러일으키는 서비스가 중요하다는 것을 인정하게 될 것이다. 반면 정신보건기관의 직업재활전문가는 직업세계와 직무현장에서 일어나는 상황에 대해 알 필요가 있다. 그리고 장애인 고용관련정책이나 법적 조치에 대한 지식을 가지고 해당 장애인고용촉진공단 지방사무소 등의 노동관서와 적극적 협조를 할 수 있어야 한다.

더하여 협력방안을 구체화해야 하는데, 우선 양자간에 체계적 통합계획안을 수립하는 것이 바람직하다. 즉 양자 고유의 활동을 규정하는 동시에 공동의 표적대상과 요구되는 성과기준을 합의하고, 동일한 접근, 동일한 태도를 가지며, 동일한 목표아래서 의사결정권을 공유해야 한다. 협조관계 유지를 위한 한 가지 방법으로 예를 든다면 양측이 매주 한번씩 만나는 시간을 가짐으로 정신장애인들에게 필요한 것이 충족되고 있는지, 아닌지를 알아차릴 수가 있고, 문제가 생긴 경우 그것을 해결할 수 있는 새로운 서비스에 대해 추천이 가능해 질 것이다(Anthony, Howell & Danley, 1984; Becker & Drake, 2003; Knoedler, 1994).

우리나라의 경우, 최근에 들어 장애인고용촉진공단과 정신보건기관들이 연계방안을 활발하게 논의하고 있다(강필수, 강용주, 2001; 주민선, 2003). 아직은 사례중심의 시도에서

벗어나지 못하고 있지만 양 체계 간의 협력을 통해 정신장애인의 직업재활 효과를 증명하는 연구가 계속된다면 보다 효율적인 협력방안이 수립될 것으로 보인다.

정신장애인 직업재활을 위한 직무 편의조치를 활성화하기

전통적인 정신장애인 직업재활 프로그램들은 정신장애인의 직업기술이나 기능을 향상시켜서 그들로 하여금 직장애 적응하도록 하는 것이 목적이다. 그러나 최근의 지원고용 모형은 정신장애인이 직업을 가지지 못하는 이유에는 개인적 결함보다 환경적 지원의 부족이 더 큰 비중을 차지하고 있다고 보고 있기 때문에, 오히려 직장환경을 정신장애인에게 맞도록 변화시켜 주는 일에 초점을 맞추고 있다. 이에 따라 지원고용 프로그램은 취업 후 직업유지를 위한 사후관리에 역점을 두고 있으며, 편의조치(accommodation)적 지원은 사후관리의 핵심활동이다.

직업유지에 필요한 편의조치란 근로자가 겪고 있는 장애를 보완해 주기 위하여 일의 절차나 과정, 장비, 작업공간을 변화시키는 조치를 제공하는 것으로, 이것은 고용된 장애인이 직무를 성공적으로 수행하게 하는데 중요한 지원기능을 한다.

그렇다면 어떤 편의조치가 정신장애인에게 필요한 것인지가 문제이다. 정신장애는 기타 장애와는 다른 종류의 편의조치가 요구된다. 그 이유는 정신질환에 의해 영향을 받는 기능영역이 다른 질환의 기능영역과 다르기 때문이다. 즉 그들은 사회적, 인간관계적, 정서적, 인지적 영역에서 기능상의 한계성을 갖고 있다(Ruttman, 1994). 따라서 정신장애인이 직장

을 떠나는 주된 이유가 인간관계상의 기능(상사나 다른 동료와 상호관계 맺는 것, 대화하기, 작업환경에서 사회적 단서를 해석하기), 인지적 결함(과제집중력, 과제학습)과 관계가 있게 되는 것이다(Wallace, Tauber & Wilder, 1999).

따라서 정신장애인에게 요구되는 편의조치는 이러한 기능영역과 관련되기 마련이다. 일반적으로 추천되고 있는 직장 편의조치는 융통성 있는 작업시간(근무시간, 휴식시간의 조정), 작업환경조정(물리적 환경), 직무변경과 재편성(직무공유, 직무조정), 인적 자원제공(직무지도원 교육, 상사, 동료근로자에 대한 교육, 직업재활상담가) 등이다(새미래 정신재활연구소, 2003; Fabian, Waterworth, & Ripke, 1993; Zuckerman, 1993).

신체장애인에게 필요한 직장 편의조치는 물리적 환경의 수정 혹은 조정이 주된 것이라고 한다면, 정신장애인에게 요구되는 것은 물리적 작업환경뿐만 아니라 개인적이고 눈에 보이지 않으며 보다 모호한 사람의 조력이 주가 된다. 이와 같은 정신장애인의 특성을 고려해 볼 때 유형적인 편의를 제공하는 것도 필요하지만, 인적 지원이 가장 필요한 편의조치라는 것이 특징적이다. 즉 직무지도원과 상사나 직장동료들에게 정신장애를 이해시키기 위한 별도의 교육이 필요하고, 언제든지 의논할 수 있도록 직업재활전문가나 정신보건전문가와 연결망이 쉽게 동원될 수 있도록 해야 한다. 이들은 결국 정신장애인에게 어떤 편의가 필요한지를 알아내고 만들어내는데 도구적 역할을 할 수 있는 사람들이기도 하다. 여기에 더하여 근로자 자체도 개인차가 많고 직장도 다양하기 때문에 상황에 따라 편의조치는 신축성이 있게 실시되어야 할 필요가 있다(MacDonald-

Wilson, Rogers, Massaro, Lyass & Crean, 2002).

편의조치에 대한 연구결과를 보면, 편의조치를 제공받은 고용인들이 받지 못한 사람들에 비해 직업유지기간이 매우 높았으며, 또한 제공받은 편의조치의 수가 많을수록 더 오랫동안 직업을 유지했다(Fabian, Waterworth & Ripke, 1993; Mancuso, 1990). 이와 같이 다양한 편의조치가 정신장애인 직업재활에 필수적인 요소라는 사실이 경험적 연구에서 증명됨에 따라 선진국의 경우, 편의조치를 강력하게 제도적으로 명시하고 있다.

우리나라는 아직 정신장애인의 직업적 기능 향상에 치중하고 있으며, 직업현장에서 제공되는 편의적 지원에 대해서는 제도적으로나 현장 실제에서 활발하게 논의되지 못하고 있다. 지금은 일반 장애인 편의조치법에 따라 편의제공이 가능하기는 하나, 정신장애인에게만 적용되는 세부사항은 앞으로 만들어야 하는 상황이다. 직장 편의조치를 활성화시키기 위해서는 우선 우리나라의 정신장애인들이 어떤 편의조치가 요구되는지를 알아보고, 편의기준을 설정하고 조작적 정의와 함께 수량화하는 척도를 만들어야 할 것이다(김상희, 손명자, 정현희, 2005; MacDonald-Wilson, Rogers & Massaro, 2003). 물론 정신장애인에 대한 편의조치는 관찰이 가능한 물리적 환경의 변화라기보다 대부분 무형의 작업환경 변화이기 때문에 조작적 정의가 어렵다. 그럼에도 불구하고 이러한 노력이 전제되지 않으면 기존의 신체장애 혹은 발달장애 집단에 적용되는 편의조치와 차별화된 제도를 마련할 수 없을 것이다.

직장 편의조치의 중요성은 또한 고용주에게 직장 편의조치의 종류와 제도적 효용성에 대한 정보를 줌으로써 정신장애인을 고용하도록

하는 전략이 될 수 있다는 점에서도 강조된다(Fabian, Waterworth & Ripke, 1993). 노동부에서는 정신장애인을 포함한 장애인의무고용제, 고용장려금, 장애인고용시설 자금융자 등을 통하여 고용을 독려하고 있지만, 성공적인 직장생활 유지에 관건이 되는 편의조치를 제도화하여 고용주들이 활용하는데 용이하게 하지 않으면 그들은 정신장애인을 고용한 후, 한두 번의 실패경험만으로 정신장애인 고용을 포기하려 할 것이다.

결론적으로 정신장애인의 직업적 성공에는 직업획득보다 작장유지가 더 관건이며, 고용성과의 예측치로서 인구학적 변인이나 임상적 변인이 큰 비중을 갖지 못하고 오히려 직장 편의조치가 더 직업재활의 강력한 요인이라면, 정신장애인을 위한 직장 편의조치에 대한 관심과 연구는 시급하다고 할 것이다.

정신보건기관에서 주된 서비스로 직업재활프로그램을 포함시키기

보건복지부는 세계적인 추세에 따라 지역사회에 정신보건센터, 사회복귀시설, 주거시설 등의 정신보건기관들을 확충하고 있다. 그리고 직업재활 사업도 지원을 강화하기 시작하고 있다. 그러나 아직도 이것이 핵심적인 서비스이며 이를 위해 전체서비스의 방향을 조정해야 된다는 인식에는 이르지 못하고 있는 것 같다.

직업재활의 발전은 기본적 철학의 변화가 없이는 어렵다고 생각된다. 또한 이 철학의 변화는 경험적 근거가 제시되지 않고는 한낱 이상주의에 지나지 못한다. 미국의 경우 1987년부터 더욱 정신장애인 직업재활에 지원고용 제도를 강화시키면서 정신장애인 직업재활 사

업이 활발해 졌으며, 현재는 지원고용 모형의 대표적인 IPS(Individual Placement and Support) 프로그램을 기존의 지역사회정신보건센터의 전체 서비스로 전환시킨 프로그램이 각광을 받고 있는 실정이다(Becker & Drake, 2003; McCarthy, Thompson & Olson, 1998)

이렇게 직업재활이 환자의 삶과 재기에 효과가 있다면 우리의 임상현장도 정신장애인의 직업재활을 강화시켜야 할 것이다. 즉 현장에서 실시하고 있는 기존의 서비스에 직업재활 서비스를 포함 시키고, 각 기관의 전체적 방향을 직업재활로 표방하는 것이 요구된다. 그렇다면 현장에 직업재활 서비스를 어떤 방식으로 포함시키느냐가 문제일 것이다. 즉 한 기관 내에서 제공하고 있는 임상적 치료와 재활서비스에 더하여 직업재활 활동을 어떻게 통합하며, 서로 어떻게 협력적 관계를 가지는가, 또한 노동부의 직업재활기관과의 연계관계는 어떻게 맺을 것인가이다.

접목방식은 몇 가지로 가능하다(손명자, 김상희, 2002). 첫째, 정신보건기관의 전문가들이 직업재활 대상자를 직업재활기관(장애인 고용 촉진공단)의 지원고용서비스에 연결시켜주는 방식이다. 연결 후 고용되면 정신보건서비스를 지속적으로 제공하는 것이다. 이 경우 정신보건 기관의 직원과 직업재활 기관의 담당자간에 긴밀한 협조관계를 가지지 않으면 실패할 가능성이 있어 위험부담이 큰 방식이다. 그러나 정신보건기관 직업재활담당자의 일은 훨씬 줄어든다는 이점이 있다.

둘째, 정신보건기관의 모든 전문가가 전체적 서비스 중의 일부분으로서 고용지원원을 직접 제공하는 책임을 가지는 것이다. 즉 정신건강서비스도 하고 직업재활서비스도 제공하는 것이다. 그러나 이것은 양자를 다 잘해야

한다는 조건이 있고 일의 부담이 많아지기 때문에 현실적으로 힘든 일이다. 그러나 지원고용 서비스가 종결되어도 정신보건기관에서 장기적 지원을 해 줄 수 있으며, 내담자들이 동일한 기관에서 정신보건 서비스와 사전 교육, 그리고 직무현장 지도를 동일한 사람에게 받게 되면 안정감을 가지고 직무에 임할 수 있다는 이점이 있다.

셋째, 정신보건기관이 직업재활을 주된 사명으로 표명하고 자체에 직업부서를 독립적으로 두고(직업재활기관에서 인력을 지원 받든지, 혹은 자격있는 직업재활전문가를 채용하든지), 다른 직원들의 서비스를 받고 있는 내담자들에게 필요한 모든 직업서비스를 제공하는 방법이다. 이 경우에도 한 기관에 한사람의 직업재활 담당자가 모든 사례를 관리할 수는 없다. IPS 프로그램에서는 한 전문가가 20명-25명(직업에 대해 양가적인 관심을 가지고 있는 내담자도 사례에 포함)의 사례만 관여하기를 권하며 이들은 다른 일은 하지 않고 오직 직업재활 업무만 하도록 되어 있다(Becker & Drake, 2003).

필자의 생각으로는 세 번째의 방법이 바람직하고 가능하다고 생각한다. 선진국에서는 직원수가 많고 팀 접근을 하고 있다는 점이 우리의 현실과 차이가 있지만, 현재 우리의 기관규모를 볼 때 직업재활 인력만 지원 받는다면 무리 없이 운영이 가능할 것이다. 아니면 기존의 일부 직원이 직업재활업무로 전환해야 할 것이다. 정신보건기관이 직업재활을 핵심서비스로 할 경우, 모든 다른 프로그램도 성공적 직업재활을 위한 서비스라고 할 수 있다. 무엇보다도 중요한 점은 우선 기존의 직원들이 직업재활의 이론과 원리, 연구결과, 시행안내서를 이해하고 있어야 한다. 또한 모든

내담자와 그 가족들에게도 직업재활프로그램의 중요성과 절차를 미리 알려주어야 한다. 하지만 어떤 내담자들은 취업을 원하지 않고 혹은 당분간 쉬고 싶어서 기관에서 사회적 모임과 활동만을 하기를 원할 것이다. 물론 이들에게 필요한 일반적 서비스는 지속된다(Torrey, Mead & Ross, 1998).

이 방식을 성공시키기 위해서는 직업재활전문가는 같은 기관의 다른 전문가와 정보를 공유하고 긴밀하게 협조해야 한다. 만일 어느 내담자가 다른 전문가에게서 받는 서비스가 무엇인지를 전문가 서로가 모르고 전체적인 것을 파악하지 못하여 내담자가 상이한 정보들을 받게 되면 내담자가 그 정보들을 조절해야 하는 책임을 지게 되는 것이다. 따라서 전체 직원이 매주 정규적 미팅을 가지고 내담자의 서비스계획의 모든 측면을 서로 협의하고, 필요하면 개인적 대화도 나눌 수 있어야 한다.

한국의 정신장애인 직업재활 모형 개발을 위해 연구를 수행하기

현재 우리나라에서 채택하고 있는 지원고용 모형은 원래 신체장애와 발달장애를 가진 사람들의 고용을 위해 개발된 것이기 때문에 정신장애인에게 적용할 때는 다른 나라와 마찬가지로 보완이 불가피하다. 그 이유는 여러 가지 측면에서 세 집단이 차이가 나기 때문이다(Anthony & Blanch, 1987). 정신장애인은 다른 장애인과 달리 손상의 범주와 이것이 불러일으키는 영향이 다르고 질병의 진전과정이 다르다. 더하여 장애가 외견상으로 확실하게 드러나지 않으며, 여기에 정신질환에 대한 편견이 작용하여 장애를 드러내기 싫어한다는 점이 있다(Garske & Stewart, 1999).

따라서 정신장애인을 위한 직업재활 서비스를 일찍부터 실시하고 있는 나라들에서는 이러한 정신장애의 특수성을 고려하여 보호작업장(Sheltered Workshop), 전이고용 프로그램(TE: Transitional Employment; Beard, Propst, & Melamud, 1982)이 있고, 지원고용에도 적극적 지역사회 치료 프로그램(PACT: Program of Assertive Community Treatment; Stein, & Test, 1980), 개별배치, 지원 프로그램(IPS: Individual Placement and Support; Becker, & Dreake, 1993), 선택, 취업, 유지 프로그램(CGK: Choose, Get, Keep; Danley, & Anthony, 1987) 등 여러 모형들을 개발하여 사용하고 있다. 그러나 우리의 직업세계와 고용정책의 특수성이 그들과 같지 않으므로 어느 것이 우리에게 적합한지, 혹은 다양화가 요구되는지, 아니면 또 하나의 새로운 모형이 가능한지는 검증을 해봄으로써 선택이 가능하다. 결국 경험적 검증과정을 거친 후에야 우리에게 유용한 모형이 드러날 수 있을 것이다. 그러기 위해서는 우선 체계적이고 통제된 연구를 통하여 외국에서 개발된 프로그램들을 그대로 실시해보고 시행착오를 겪어가면서 효과가 높은 것들을 채택하는 실험적 시행절차가 요구된다.

이러한 연구의 수행에는 여러 가지 연구과제가 포함될 것이다. 우선적 연구주제는 먼저 무엇을 직업재활프로그램에 대한 성과 측정치로 할 것이냐를 결정하고, 그 평가도구를 만들어 내는 일이다. 이미 다른 나라에서 개발된 성과치 범주를 사용하는 것도 가능할 것이다. 그러나 그들이 개발한 측정 도구의 문항이 문화적으로 맞지 않거나 해당 사례수가 드문 항목들이 있어 우리나라에 맞는 도구로 수정해야 할 필요가 있다.

최근 성과측정도구의 연구에서 새롭게 제시

되고 있는 점은 질적 연구의 필요성이다. 그동안 정신장애인 직업재활 성과를 평가하는데 적용되어온 수량적 접근법에 대한 비판이 제기되고 있다. 양적 분석이 주관적 경험의 본질을 놓치고 있으므로, 무엇이 일어났는가에 대한 정보를 주지만 왜 그 현상이 일어났는지를 이해하는 데는 소용이 되지 않는다는 것이다(Honey, 2000). 따라서 질적 분석을 통해 정신장애인 자신이 바라는 성과측정치가 무엇이며, 나아가 직업재활 과정에서 무엇이 도움이 되었는지에 대한 그들 자신의 견해를 알아보아야 한다(Graffam & Nacarella, 1997).

또 하나의 연구주제는 이 성과들에게 어떤 개입요인이 어떤 영향을 주는가를 알아보는 것이다. 즉 특정 직업재활 모형 프로그램이나 특정 전략이 가진 강점과 약점을 평가하는 것이다. 여기에는 고용 전 진로교육의 내용과 효과의 검증(김효정, 2004), 직장배치와 사전 훈련의 비교 연구 및, 편의조치는 어떤 것이 도움이 되는지(김상희, 손명자, 정현희, 2005), 등의 연구가 포함될 것이다.

정신장애인 직업재활전문가 양성하기

직업재활에 관련된 전문가들을 일컫는 용어는 다양하다. 우리나라의 경우, 보통 직업재활 상담가는 노동부 소속의 직업재활기관에 소속된 직업재활 담당직원을 일컫고, 직업재활 전문가라는 용어는 보건복지부 소속의 정신보건기관에 근무하는 직업재활 담당 전문가를 말한다. 그 외 작업현장에서 직무기술을 일정기간 동안 가르치는 직무 지도사(Job Coach)가 있다. 외국의 경우에는 고용 상담가(Employment Counselor), 직무 개발사(Job Developer), 직업 사례관리사(Vocational Casemanager)등의 역할도 있

지만 우리나라의 경우는 아직까지 업무가 분화되어 있지 않다.

현재 우리나라에는 정신장애인 직업재활 전문가를 양성하는 제도가 미비한 실정이다. 직업재활기관인 장애인 고용촉진 공단에서는 전공과 관계없이 인력을 뽑아 어느 정도의 교육으로 모든 종류의 장애인 직업관련 직무를 맡긴다. 따라서 정신장애인만의 직업재활 전문가는 없다고 할 수 있다. 장애인 종합복지기관에서도 규정이 없이 얼마간의 현장 경험의 유무에 따라 역할을 준다. 더구나 정신보건기관에서는 직원의 개인적 관심과 능력에 의지하여 직업재활서비스를 제공한다. 병원에 근무하는 작업치료사의 경우도 정식 교육이 따로 없고 사회복지사의 일을 겸하고 있는 것이 대부분이다.

그러므로 현재로서는 직업재활기관의 담당자와 장애인종합복지기관, 그리고 정신보건기관의 전문가 모두가 정신장애인 직업재활에 대한 전문가로서의 소양을 갖추지 못하고 있다고 할 수 있다. 따라서 이들 모두에게 새로운 분야의 교육을 강화할 필요가 있는 것이다. 먼저 직업재활기관의 상담가의 경우, 신체장애 혹은 발달장애를 가진 장애인의 직업재활 교육과 경험을 가지고 정신장애인을 동시에 다루고 있는 상황이므로, 정신장애의 특성을 모른다는 점에서 역할을 수행하는데 한계에 부딪치고 있기 때문에 지금까지 다루어 온 집단에게 사용되던 방법과는 다른 개입방법, 평가절차, 관계형성법을 배워야 한다. 그 다음, 정신보건기관의 직업재활전문가를 위해서는 직업재활프로그램의 실시와 훈련 그리고 직업세계 및 법적 조치 등에 대해 새로운 교육이 제공되어야 할 것이다.

직업재활 관련 전문가를 어떤 명칭으로 부

르고 어떤 기관에서 어떤 역할을 맡던 간에 이들은 먼저 정신장애인에 대한 지식이 필요하고, 이들이 가진 조건이 재활과정에 주는 영향을 예기하고 관리할 수 있어야 한다. 또한 직업재활의 토대가 되는 정신재활접근법에 대한 지식과 경험이 요구된다. 즉 정신장애인과 일하는 직업재활 관련 인력은 정신장애인의 재활원리를 실현하는데 전문적 기술을 가져야 한다. 그리고 무엇보다도 장기적이고 긍정적인 전망을 가지고 낙관적인 태도와 그들의 잠재력에 대한 믿음을 정신장애인에게 전달하는 것이 중요하다(Anthony, 1979; Hilburger, 2000). 끝으로, 이러한 교육은 일회성의 전시적 직원교육으로는 이루어지지 않는다. 직업재활서비스를 위한 전문인력이 갖추어야 할 지식, 기술, 태도, 가치관이 무엇인지가 우선 정의되어야 하고, 그리고 이러한 정의가 직업재활 교과과정으로 이어진 체계적 교육이 요구된다. 이를 위해서는 직업재활 인력의 자격요건을 구비시키는 양성제도가 수립되어야 하며, 이 제도는 노동부 산하 장애인 고용촉진공단에서 주관할 일이다. 이를 위해 재정보화가 필수적이며 사후평가체제도 포함되어야 한다.

직업재활전문가와 임상심리전문가

직업재활과 임상심리학과는 상호독립적인 것이 아니다. 임상심리학과 정신재활 접근법 간의 관계와 마찬가지로 직업재활은 임상심리학의 하위분야이기도 하며, 또한 다른 정신보건 전공학문의 하위분야가 될 수 있다. 다시 말하면, 직업재활은 여러 전공분야의 전문가들이 개별적 배경을 가지고 접근할 수 있는 다학문적 특성을 가지고 있다. 현재 다

양한 학문적 배경을 가지고서 직업재활 분야에서 일하는 사람들을 보면, 정신장애를 가진 사람들에 대한 직업의 중요성을 인정하고 그 일에 개인적 의미부여를 하는 사람들이다. 따라서 현재 우리나라는 정신보건체계 분야에서 정신장애인 직업재활을 위해 일하고 있는 인력은 정신과 의사, 임상심리사, 사회복지사, 정신과 간호사 등으로 다양하다. 그러나 그들이 아직 정신장애 특성에 관한 지식과 경험은 있어도, 그들의 교육배경과 훈련과정이 정신재활서비스나 직업재활서비스가 요구하는 것과는 거리가 멀기 때문에 충분한 조건을 갖추었다고 말할 수 없다.

직업재활을 발전시킨 정신재활이 정신보건 분야에 출현한 것이 최근의 일이며, 임상심리학에서 거론되기 시작한 것도 임상심리학의 오랜 역사에 비추어 볼 때 최근인 1980년대에 들어서이다. 그동안 정신재활분야의 발전에 혁신적 공헌을 한 심리학자들이 있어왔고, 그동안 IUPUI, Xavier 대학교 등 여러 심리학과에서 직업재활을 포함한 정신재활을 대학원 교과목에 포함시켜 성공적인 발전을 하고 있다(Bond, Hellkamp, Dilk, & Eberlein, 1993). Corrigan(1995)은 심리학자가 배우는 과목들이 정신재활의 이해와 실천에 알맞다고 주장한다. 이것은 정신재활프로그램은 행동적 학습원리에 기반을 두고 있기 때문이며(Geczy & Sultenfus, 1994), 특히 진로교육의 경우에 사회인지 이론이 적용된다(Fabian, 2000).

우리나라의 경우에는 현재 심리학 학부와 임상심리 대학원의 교과과정 그리고 정신보건 임상심리사 수련과정이 거의 전통적인 임상심리학 중심으로 이루어져 있다. 따라서 여기서 키워진 임상심리학자가 갖추고 있는 소양에는 정신재활에 관한 지식이나 경험이 부족하며,

더욱이 정신재활에 중요한 위치를 차지하고 있는 직업재활서비스에 관해서는 거의 모르고 있는 실정이다.

이러한 상황임에도 불구하고 임상심리학자가 직업재활서비스를 해야 한다고 주장하는 이유는 첫째, 임상심리학자가 일하는 장소가 병원 체계에만 존재하던 이전과 달리, 지금은 지역사회정신보건센터 및 사회복지시설 등 지역사회에 기반을 둔 새로운 기관의 수가 점차 증가하고 있으므로 임상심리학자가 이러한 곳에서 근무할 가능성이 높아졌다는 점이다. 이런 기관에서는 주로 정신재활서비스를 제공하며 더하여 직업재활이 중요한 활동이 되고 있다.

둘째, 무엇보다도 정신장애인 다수가 직업재활을 원하기 때문에 그것이 직접적이든 간접적이든 우리의 기능에 포함되지 않는다면, 그들의 요구에 부응하지 못하는 결과가 된다. 또한 직업재활이 발전되고 있는 세계적인 추세를 볼 때, 만일 직업재활서비스에 참여하지 못한다면 전문가로서의 우리의 역할은 미약해질 수 밖에 없다. 임상심리학자가 직업재활서비스를 제공해야 하는 세 번째의 이유는, 임상심리학자는 정신장애의 특성에 대해 어느 분야보다도 철저한 교육적 배경을 가지고 있기 때문에 정신재활 및 직업재활에 관련된 교육과 훈련을 더한다면 최적의 전문가가 될 수 있기 때문이다. 필자가 자문하고 있는 재활센터에서도 임상심리학자가 직업재활을 맡아 성공적으로 이끌고 있다.

끝으로, 이제 정신보건분야의 서비스는 다학문적 팀 접근법으로 운영되어야 내담자에게 최적의 성과를 만들어 낼 수 있다는 사실이 분명해졌다. 따라서 한 기관에서 임상심리학자의 역할이 정신보건서비스만을 담당하고 직업재활서비스를 직접 하지 않더라도 직업재활

에 포함된 활동들을 파악하고 직업재활을 담당하는 다른 팀 구성원과 함께 의논하며 내담자를 관리하지 않으면 결국 본인이 담당하고 있는 내담자가 필요로 하는 것의 일부에만 관여하는 격이 된다. 더하여 기관의 전체적인 흐름에서 소외되기 쉽다. 그러므로 임상심리학의 교과과정에 정신재활 및 직업재활에 대한 과목이 개설되어야 하고, 이를 통해 기초적인 지식을 가지고 현장에 나가야 할 것이다.

지금으로서는 기존의 교육배경을 가진 임상심리학자가 지역사회 재활현장에 근무하게 될 때 당황하고 실망하며 준비한 전문성과 걸맞지 않는 곳에 와 있다는 느낌을 갖게 된다. 심리치료나 심리검사 상황처럼 내담자와 일대일의 관계에서 심리적 수준의 문제만 다루어 오다가, 통제할 수 없는 수많은 요인들의 영향을 받고 있는 내담자에게 그 동안 배워온 심리치료적 접근법과 기법들을 적용할 때 그것이 부적절하고 전혀 효과가 나타나지 않으므로 이론과 실재가 현격히 다른 괴리감에 빠진다. 더하여 지금까지는 정신과의사, 간호사, 사회복지사 등 각 전문가의 역할과 업무가 명확히 구분되고 제한되어 있어 전문성이 엄격하게 요구되었으나, 정신재활 분야에서는 영역 간을 넘나드는 일반적 기능이 요구되므로 자신이 아니더라도 누구나 할 수 있는 일이라는 생각이 든다(Cnaan, Blankert, Messinger & Gardner, 1988). 또한 전통적 임상심리학에서는 외부환경과 구분된 전문가의 사무실에서 스스로 찾아오는 내담자를 만나는 것과 달리 정신재활 내지 직업재활 서비스에서는 내담자를 찾아 나서며 근무시간의 많은 부분이(예로, PACT의 경우 83%) 그들의 실제생활 장면에서 만남으로 이루어진다.

현재 임상심리학자의 기능은 전통적 임상심

리학에서 요구하는 활동에 비중을 두느냐, 새로운 정신재활접근법에서 요구하는 활동을 하느냐에 따라 달라진다. 물론 이상적으로는 양자의 모든 활동을 해야 하지만, 일하는 장소에 따라 요구하는 기능이 한정되며, 혹은 임상심리학자의 개인적 신념과 능력에 따라 기능이 결정되기도 한다.

임상심리학과 직업재활은 본질적 차이가 아니라 요구특성의 차이를 가지고 있다. 이미 가지고 있는 지식과 경험을 상황적 요구에 맞게 적절하게 활용할 것이 요구되는 것이다. 임상심리학자의 직업이 존재하는 이유는 정신장애를 가진 사람들의 고통을 덜어주고 세상 속에서 만족한 삶을 꾸리도록 도움을 주기 위해서이다. 그들이 직업을 갖기를 소원한다면, 그리고 그 길이 그들로 하여금 정신장애라는 인생의 엄청난 재난에서 재기하게 하는 가장 뛰어난 길이라면, 그것을 우리의 역할 속에 포함해야 할 것이다.

결 론

이제 정신재활 분야에서 직업재활 프로그램은 정신장애를 가진 사람들의 재발을 방지하고 삶의 질을 높이며, 회복과정에 기여하는 중요한 서비스임이 증명되고 있다(Bond, Becker, Drake, Rapp, Meisler, Lehman, Bell, & Blyer, 2001; Provencher, Gregg, Mead & Mueser, 2002)). 더하여 비록 우리나라와는 다른 의료체계가기는 하지만 여러 종류의 서비스와 비교해 볼 때 지원고용 프로그램이 비용 효율성도 높다는 평가를 받았다(Rogers, 1997).

직업재활은 재활의 꽃이라고 일컬어 질 정도로 내담자와 가족, 그리고 전문가가 합심해

서 만들어 내는 최종적 산물이다. 정신장애인은 정신보건서비스와 직업재활서비스 양자를 제공받을 때만이 회복할 수 있다. 그러므로 현재 정신보건 현장에서 주된 활동이 되고 있는 정신보건서비스에 더하여 직업재활서비스가 활성화되어야 할 필요가 있다. 이제 분명한 것은 그들이 증상이 완화되어 그냥 삶을 유지하는 것만으로 만족하지 않는다는 점이다. 그들은 스스로의 힘으로 병을 관리하는 법을 배우고 정상적인 기능을 회복하기를 원한다. 이러한 욕구는 결국 건강한 성인의 지표인 직업으로 초점을 향하게 한다.

지역의 사회복귀시설에 자문활동을 하고 있는 필자는 병원에서 퇴원하여 집 이외에 갈 곳이 없는 그들에게 여러 가지 프로그램을 통해 사회에 나갈 준비를 하도록 도와주고 있다. 그러나 그들이 직업을 갖지 못하면, 혹은 최소한 직업에 대한 희망을 갖지 못하면 모든 노력은 헛된 것이라는 생각에 이르렀다. 기관에 1-2년간 다니면서 결국 직업과 연결이 되지 않으면 그들은 차츰 진정한 사회인으로 살아갈 수 있는 희망을 잃고 다시 무기력해져서 집에 있게 된다. 그리고는 다시 증상이 악화되어 입원하는 것을 무수히 보아왔다. 또한 반대로 직업을 가지고 있을 때는 옷차림과 모든 것이 정상인과 구별하기 힘들 정도로 생활을 잘 해나간다는 것을 알았다.

얼른 생각하면, 지금 우리나라의 사정이 정상인의 실직문제도 심각한데 정신장애인이 어떻게 취업을 할 수 있을 것인가 라고 무력감을 느낄 수 있을 것이다. 그러나 필자는 오히려 실직자 대책이 활발한 지금이 좋은 기회라고 생각한다. 이제 정신장애인도 장애인 군에 들어가 있으므로 다른 장애인들처럼 직업재활 서비스를 받을 자격이 있다. 국가가 시행하는

직업재활제도는 정신장애인 측면에서 볼 때 그들이 이용할 수 있는 가장 큰 자원이다. 그렇다면 그 자원을 활용할 수 있도록 하지 않는다는 것은 우리의 책무를 다하지 못하고 있는 것일 것이다. 지역사회정신건강을 지향하는 현재의 정신보건정책이 성공하기 위해서는 정신재활접근법이 정신건강 현장에서 제대로 실현되어야 하며, 직업재활은 그것의 핵심 분야이다. 임상심리학자가 그 중요성을 알고 직업재활에 노력을 기울이기만 한다면 어느 분야보다 직업재활 서비스분야에서 많은 기여를 할 수 있을 것으로 생각한다.

우리 모두는 정신장애인을 위한 분야를 직업으로 가진 이상 그들에게 의미 있고 가치로운 일을 하기를 원한다. 그래서 그들을 위하여 우리가 무엇을 할 수 있는가를 결정할 때 우리는 먼저 정신장애인이 필요로 하는 것이 무엇인가를 살펴야 한다.

증상과 직업능력 간에 상관이 별로 없다고 한다면, 무엇이 직업재활 성공의 결정요인인가? 여기에 우리가 해야 할 일이 있을 것이다. 증상을 가진 환자이기 때문에 직업을 가질 수 없다는 생각은 경험적 연구결과를 무시하는 것이다. 편견과 왜곡된 시각이 있는 한, 아무리 뛰어난 기능을 가지고 직업을 가질 수 있는 정신장애인이 있어도 그것을 발휘하지 못하며, 또한 사회구성원인 생산성 있는 근로자로서 사회에 기여하기를 원하는 그들의 소원이 이루어지지 않을 것이다.

최근에 기존의 지역사회정신보건센터의 서비스를 지원고용 서비스로 전환하는 혁신적인 프로그램이 시도되고 그 우수성이 드러남에 따라 직업재활이 최우선적 과제가 되고 있다는 보고는 우리에게 새로운 도전을 불러일으킨다.

참고문헌

- 김상희, 손명자, 정현희 (2005). 정신장애인을 위한 직장편의. 한국심리학회지: 일반, 24(1), 1-22.
- 김효정 (2004). 정신장애인 직업재활을 위한 취업 전 교육프로그램의 효과. 석사학위논문, 계명대학교. 대구.
- 새미래정신재활연구소 (2003). 정신장애인 고용주를 위한 안내서. 대구: 도서출판 정신재활.
- 손명자 (1996). 기능평가: 재활정신의학의 진단. 한국심리학회지: 임상, 15(1), 235-254.
- 손명자, 김상희 역 (2002). 정신장애인을 위한 지원고용: 선택, 자원, 전략의 실제. 대구: 도서출판 정신재활. (Ford, L. H. 1995. *Providing employment for people with long-term mental illness*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.)
- 손명자, 김효정, 조현주, 이은진 (2004). 정신장애인을 위한 취업 전 교육프로그램. 대구: 도서출판 정신재활.
- 강필수, 강용주 (2001). 정신장애인 직업재활을 위한 기관간 연계방안. 중증장애인 직업영역개발 사업, 157-195. 한국장애인고용촉진공단.
- 이금진 (2000). 정신장애인의 직업유지기간에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 석사학위논문, 이화여자대학교. 서울.
- 주민선 (2003). 사회복지시설에서 정신장애인의 직업재활. 정신장애인의 효과적인 직업재활 방향, 1-30. 한국장애인고용촉진공단 전북지사.
- 최희수 (1999). 정신분열병환자의 직업재활 성과

- 의 예측요인에 관한 연구. 박사학위논문. 서울여자대학교. 서울.
- 황태연 (1999). 정신장애인을 위한 직업재활의 과제와 대책. 정신장애인 직업재활세미나 자료집, 59-68.
- Alverson, M., Becker, D. R., & Drake, R. F. (1995). An ethnographic study of coping strategies used by people with severe mental illness participating in supported employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(4), 115-128.
- Angel, B., & Test, M. A. (2002). The relationship of clinical factors in environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 259-271.
- Anthony, W. A. (1979). *The principles of psychiatric rehabilitation*. Baltimore: University Park Press.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W. A. (1994). Characteristics of people with psychiatric disability that are predictive entry into the rehabilitation process and successful employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), 3-13.
- Anthony, W. A., & Blanch, A. (1987). Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(2), 5-23.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation* (2nd ed.). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Nemec, P. B. (1987). Assessment in psychiatric rehabilitation. In B. Bolton(Ed.). *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation* (pp.299-312). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Anthony, W. A., & Howell, J. M., & Danley, K. (1984). Vocational rehabilitation of the psychiatrically disabled. In M. Mirabi(Ed.). *The chronically mentally ill: Research and services* (pp.215-237). Jamaica, NY: Spectrum Publications.
- Anthony, W. A., & Jansen, M. A. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implications. *American Psychologist*, 39, 537-544.
- Anthony, W. A. & Liberman., R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- Anthony, W. A., Rogers, E. S., Cohen, M. R., & Davies, R. R. (1995). Relationship between psychiatric symptomatology, work skills and future vocational performance. *Psychiatric Services*, 46, 353-358.
- Arns, P. G., & Linney, J. A. (1995). Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and societal benefits. *Psychiatric Services*, 46, 508-510.
- Auerbach, E. S., & Richardson, P. (2005). The long-term work experiences of persons with severe and persistent mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28(3), 267-273.

- Averson, H., Averson, M., Drake, R. E., & Becker, D. R. (1998). Social correlates of competitive employments among people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 34-40.
- Aviram, U. (1990). Community care of the seriously mentally ill: Counting problems and current issues. *Community Mental Health Journal*, 26, 69-88.
- Beard, J. H., Propst, R. N., & Malmamud, T. J. (1982). Fountain House Model of Psychiatric Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5(1), 47-53.
- Becker, D. R., Bebout, R. R., & Drake, R. E. (1998). Job preferences of people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 46-50.
- Becker, D. R., Bond, G. R., MacCarthy, D., Thompson, D., Xie, H., McHugo, G., & Drake, D. (2001). Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatric Services*, 52, 351-357.
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (1993). *A working life: The Individual Placement and Support(IPS) Program*. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (1994). Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30, 193-206.
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Becker, D. R., Drake, R. E., Bond, G. R., Xie, H., Dain, B. J., & Harrison, K. (1998). Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Community Mental Health Journal*, 34, 71-82.
- Becker, D. R., Drake, R. E., Farabaugh, A., & Bond, G. R. (1996). Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supporter employment programs. *Psychiatric Services*, 47, 1223-1226.
- Bell, M., & Lysaker, P. (1995). Psychiatric symptoms and work performance among people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 46, 508-510.
- Bell, M., Lysaker, P. H., & Milstein, R. M. (1996). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 51-67.
- Bellack, A. S., & Mueser, K. T. (1986). A comprehensive treatment programs for schizophrenia and chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 22, 175-189.
- Bellamy, G. T., Rhodes, L. E., Mark, D. M., & Albin, J. M. (1988). *Supported employment: A community implementation guide*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Benton, M. K., & Schroeder, H. E. (1990). Social skills training with schizophrenics: A meta-analytic evaluation. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 58, 741-747.
- Bidwell, G. (1969). Ego strength, self-knowledge, and vocational planning of schizophrenics. *Journal of Counseling Psychology*, 16, 45-49.

- Black, B. J. (1992). A kind word for sheltered workshop. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(4), 87-89.
- Bond, G. R. (1992). Vocational rehabilitation. In R. P. Liberman(Ed.). *Handbook of psychiatric rehabilitation* (pp.244-275). Allyn and Bacon.
- Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F., Bell, M. D., & Blyler, C. R.(2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52, 313-322.
- Bond, G. R., & Boyer, S. L. (1988). Rehabilitation programs and outcomes, In J. A. Ciardiello, & M. D. Bell(Eds.). *Vocational rehabilitation of persons with prolonged mental illness* (pp. 231-263). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Bond, G. R., Dietzen, I. I., McGrew, K. H., & Miller, L. D. (1995). Accelerating entry into supported employment for persons with psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 40, 91-111.
- Bond, G. R., & Dincin, J. (1986). Accelerating entry into transitional employment in a psychosocial rehabilitation agency. *Rehabilitation Psychology*, 31, 143-155.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Becker, D. R. (1997). An update on supported employment for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 48, 335-346.
- Bond, G. R., Hellkamp, D. T., Dilk, M. N., & Eberlein, L. (1993). Psychology and psychiatric rehabilitation. In M. D. Farkas, & W. A. Anthony (Eds.). *Psychiatric Rehabilitation & Community Support. Monograph*, 1(1), 35-45. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Bond, G. R., & McDonnel, E. C. (1991). Vocational rehabilitation outcomes for persons with disabilities: An update. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 1, 9-20.
- Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 489-501.
- Brekke, J. S., Levin, S., Wolkon, G. H., Sobel, E., & Slade, E. (1993). Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 599-608.
- Brown, M. A., & Basal, D. (1989). Understanding differences between mental health and vocational rehabilitation: A key to increased cooperation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(4), 23-33.
- Bryson, G., Lysaker, P., & Bell, M. (2002). Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 249-257.
- Casper, E. S., & Fishbein, S. (2002). Job satisfaction and job success as moderators of the self-esteem of people with mental illness. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 26, 33-42.
- Cnaan, R. A., Blankertz, L., Messinger, K. W., & Gardner, J. R. (1988). Psychosocial rehabilitation: Toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 61-77.
- Cook, J. A., & Razzano, L. A. (1992). Natural

- vocational supports for persons with severe mental illness: Thresholds supported competitive employment program. In L. Stein(Ed.). *Innovations in mental Health Services* (pp.23-42). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Cook, J. A., & Razzano, L. A. (1995). Discriminant function analysis of competitive employment outcomes in a transitional employment program. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 5(2), 27-139.
- Cook, J. A., & Razzano, L. (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: Recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 87-103.
- Cook, J. A., & Rosenberg, H. (1994). Predicting community employment among persons with psychiatric disability: A logistic regression analysis. *Journal of Rehabilitation Administration*, 18, 6-22.
- Cornors, K., Graham, R. S., & Pulso, R. (1987). Playing the store: Where is the vocational in psychiatric rehabilitation? *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10(3), 21-33.
- Corrigan, P. W. (1995). Wanted: Champions of psychiatric rehabilitation. *American Psychologist*, 50, 514-521.
- Danley, K., & Anthony, W. A. (1987). The choose-get-keep approach to supported employment. *American Rehabilitation*, 13(4), 6-9, 27-29.
- Danley, K., Sciarappa, K., & MacDonald-Wilson, K. (1992). Choose-get-keep: A psychiatric rehabilitation approach to supported employment. In R. P. Liberman(Ed.). *Effective Psychiatric Rehabilitation* (pp.87-97). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Dauwalder, J. P., & Hoffman, H. (1992). Chronic psychoses and rehabilitation: An ecological perspective. *Psychopathology*, 25, 139-146.
- Dellario, D. J., Goldfield, E., Farkas, M. D., & Cohen, M. R. (1984). Functional assessment of psychiatrically disabled adults: Implications of research finding for functional skills training: In A. S. Halpern, & M. J. Fuhrer(Eds.). *Functional assessment in rehabilitation* (pp.239-252). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Dincin, J., & Witheridge, T. F. (1982). Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 645-650.
- Dorio, J., Guiter, A., Solheim, L., Dvorkin, C., & Marine, S. (2002). Differences in job retention in a supported employment program Chinook Clubhouse. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 289-298.
- Drake, R. E., (1998). A brief history of the Individual Placement and Support Model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 22(1), 3-7.
- Drake, R. E., Becker, D. R., Biesanz, J. C., Torrey, W. C., McHugo, G. J., & Wyzik, P. F. (1994). Rehabilitation day treatment vs. supported employment: I. Vocational outcomes. *Community Mental Health Journal*, 30, 519-532.
- Drake, R. E., Becker, D. R., & Bond, G. R. (2003). Recent research on vocational rehabilitation for persons with severe mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 451-455.

- Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R., & Quimby, E. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 627-633.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Becker, D. R., Anthony, W. A., & Clark, R. A. (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illnesses. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 64, 391-399.
- Drake, R. E., & Sederer, L. I. (1986). Inpatient psychosocial treatment of chronic schizophrenia: Negative effects and current guideline. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 897-907.
- Fabian, E. S. (1992). Supported employment and the quality of life: Does a job make a difference? *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 36(2), 84-97.
- Fabian, E. S. (2000). Social cognitive theory of careers and individuals with serious mental health disorders: Implications for psychiatric rehabilitation programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(3), 262-269.
- Fabian, E. S., Waterworth, A., & Ripke, B. (1993). Reasonable accommodation for workers with serious mental illness: Type, frequency, and associated outcomes. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 163-172.
- Fabian, E. S., & Wiedefeld, M. F. (1989). Supported employment for severely psychiatrically disabled persons: A descriptive study. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(4), 53-60.
- Farkas, M. D., O'Brien, W. F., Cohen, M. R., & Anthony, W. A. (1994). Assessment and planning in psychiatric rehabilitation. In J. R. Bedell(Ed.). *Psychosocial assessment and treatment of persons with severe mental disorders* (pp.3-30). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Ferdinandi, A., Yootanasumopun, V., Pollack, S., & Bermanzohn, P. (1998). Predicting rehabilitation outcome among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 49, 907-909.
- Frey, J. L. (1994). Long term support: The critical element to sustaining competitive employment: Where do we begin? *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), 127-134.
- Garske, G. G., & Stewart, J. R (1999). Stigma and mystical thinking: Barriers to vocational rehabilitation services for persons with severe mental illness. *Journal of Rehabilitation*, October/November/December, 4-8.
- Geczy, B., & Sultenus, J. F. (1994). Contributions of psychologists to inpatient care of persons with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 54-57.
- Glynn, S. M., & Mueser, K. T. (1992). Social learning program. In R. P. Liberman(Ed.). *Handbook of psychiatric rehabilitation* (pp.127-152). Allyn and Bacon.
- Graffam, J., & Nacarella, L. (1997). Disposition toward employment and perspectives on the employment process held by clients with psychiatric disabilities. *Australian Disability Review*, 3, 3-15.

- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychology*, 153, 321-330.
- Harding, C. M., Strauss, J. S., Hafez, H., & Liberman, P. B. (1987). Work and mental illness: I. Toward an integration of the rehabilitation process. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 317-326.
- Hilburger, J. (2000). A rehabilitation counselor education program with a specialization in vocational rehabilitation of people with severe mental illness. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 31(4), 15-17.
- Honey, A. (2000). Psychiatric vocational rehabilitation: Where are the customers' views? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(3), 270-279.
- Hurshy, N. C., Rogers, E. S., & Anthony, W. A. (1988). Vocational evaluation with people who are psychiatrically disabled: Results of a national survey. *Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin*, Winter, 149-155.
- Jackson, R. (1992). How work works. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 63-67.
- Jacob, H. E., Wissusik, D., Collier, R., Stackman, D., & Burkeman, D. (1992). Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome. *Hospital Community Psychiatry*, 43, 365-369.
- Keys, L. M. (1982). Former patients as volunteers in community agencies: A model work rehabilitation program. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 1017-1018.
- Knoedler, W. (1994). Individual Placement and Support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. [Discussion]. *Community Mental Health Journal*, 30, 207-209.
- Lehman, A. F. (1995). Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 645-656.
- Lehman, A. F., Goldberg, R. W., & Dixon, L. B. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 59, 165-172.
- Littrell, K. (1995). Maximizing schizophrenia treatment outcomes: A model for integration. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 75-77.
- Lysaker, P., & Bell, M. (1995). Work performance over time for people with schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(3), 141-145.
- Lysaker, P., Bell, M., & Beam-Goulet, J. (1995). Wisconsin card sorting test and work performance in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 56, 45-51.
- Lysaker, P., Bell, M., Milstein, R., Bryson, G., Shestopal, A., & Goulet, J. (1993). Work capacity in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 278-280.
- MacCarthy, D., Thompson, D., & Olson, S. (1998). Planning a statewide project to convert day treatment to supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 30-33.
- MacDonald-Wilson, K. L., Revell, W. G., Nguyen, N., & Peterson, M. E. (1991). Supported employment outcomes for people with psychiatric disability: A comparative analysis. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 1, 30-44.
- MacDonald-Wilson, K. L., Rogers, E. S., &

- Anthony, W. A. (2001). Unique issues in assessing work function among individuals with psychiatric disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 11, 217-232.
- MacDonald-Wilson, K. L., Rogers, E. S., Massaro, J. M. (2003). Identifying relationships between functional limitations, job accommodations, and demographic characteristics of persons with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 15-24.
- MacDonald-Wilson, K. L., Rogers, E. S., Massaro, J. M., Lyass, A., & Crean, T. (2002). An investigation of reasonable workplace accommodations for people with psychiatric disabilities: Quantitative findings from a multi-site study. *Community Mental Health Journal*, 38, 35-50.
- MacHugo, G. J., Drake, R. E., & Becker, D. R. (1998). The durability of supported employment effects. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 55-61.
- Malla, A. K., Lazosky, A., McLean, T., Rickwood, A., Cheng, S., & Norman, R. M. G. (1997). Neuropsychological assessments as an aid to psychosocial rehabilitation of severe mental disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(2), 169-173.
- Man Hong Sue, A. (1997). Predicting employment outcomes for people with chronic psychiatric illness. *Occupational therapy in Mental Health*, 13(4), 45-48.
- Mancuso, L. (1990). Reasonable accommodations for workers with psychiatric disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(2), 3-19.
- Menchetti, B. M., & Udvari-Solner, A. (1990). Supported employment: New challenges for vocational evaluation. *Rehabilitation Education*, 4, 301-317.
- Mowbray, C. T., Bybee, D., Harris, S., & McCrohan, N. (1995). Predictors of work status and future work orientation in people with psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(1), 17-28.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Bond, G. R. (1997). Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 123-137.
- Paulson, R. I., Post, R. L., Herinckx, M. A., & Risser, P. (2002). Beyond components: Using fidelity scales to measure and assure choice in program implementation and quality assurance. *Community Mental Health Journal*, 38, 119-128.
- Powell, T. H., Pancsofar, E. L., Steere, D. E., Butterworth, J., Itzkowitz, J. S., & Rainforth, B. (1991). *Supported employment: Providing integrated employment opportunities for persons with disabilities*. New York: Longman.
- Provencher, H. L., Gregg, R., Mead, S., & Mueser, K. T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 132-144.
- Regenold, M., Sherman, M. F., & Fenzel, M. (1999). Getting back to work: Self-efficacy as a predictor of employment outcome. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(4), 361-367.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., Cohen, M., &

- Davies, R. (1997). Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients. *Community Mental Health Journal*, 33, 99-112.
- Rogers, E. S., Anthony, W. A., & Jansen, M. A. (1988). Psychiatric rehabilitation as the preferred response to the needs of individuals with severe psychiatric disability. *Rehabilitation Psychology*, 33, 5-14.
- Rogers, E. S., Danley, K., & Anthony, W. A. (1992). Survey of client preferences for vocational and educational services. Unpublished manuscript. Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Ruttman, I. D. (1994). How psychiatric disability expresses itself as a barrier to employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), 15-35.
- Schultheis, A. M., & Bond, G. R. (1993). Situational assessment ratings of work behaviors: Changes across time and between settings. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(2), 107-119.
- Smith, M. K. (2000). Recovery from severe psychiatric disability: Finding of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(1), 149-158.
- Smull, M. W., & Bellamy, G. T. (1991). Community services for adults with disabilities: Policy challenges in emerging support paradigm. In L. H. Meyer, C. A. Peck, & L. Brown(Eds.). *Critical issues in the lives of people with severe disabilities*(pp.527-536). Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co.
- Srinivasan, T. N., & Thara, R. (1997). How do man with schizophrenia fare at work: A follow-up study from India. *Schizophrenia Research*, 25, 149-154.
- Strong, S. (1998). Meaningful work in supportive environments: Experiments with the recovery process. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 31-38.
- Stein, S. I., & Test, M. A (1980). An alternative to mental health treatment. I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Test, M. A., Allness, D., & Knoedler, W. H. (1995, October). *Impact of seven years of assertive community treatment*. Paper presented at the American Psychiatric Association Institute on Psychiatric Services, Boston, MA.
- Torrey, W. C., Becker, D. R., & Drake, R. E. (1995). Rehabilitation day treatment vs. supported employment: Consumer, family, and staff reactions to a program change. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 67-75.
- Torrey, W. C., Mead, S., & Ross, G. (1998). Address the social needs of mental health consumers when they treatment programs convert to supported employment: Can consumer-run services play a role? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 73-76.
- Trotter, S., Minkof, K., Harrison, K., & Hoops, J. (1988). Supported work: An innovative approach to the vocational rehabilitation of persons who are psychiatrically disabled. *Rehabilitation Psychology*, 33, 27-36.
- Tsang, H., & Pearson. V. (1996). A conceptual

- framework for work-related social skills in psychiatric rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*, 62, 61-67.
- Unger, K. V. (1994). Access to educational programs and its effect on employability. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), 117-126.
- Unger, K. V., & Pardee, R. (2002). Outcome measures across program sites for postsecondary supported education programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 298-303.
- Van Dongen, C. J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 32, 535-548.
- Wallace, C. J., Tauber, R., & Wilde, J. (1999). Teaching fundamental workplace skills to persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 1147-1153.
- Weinstock, P., & Tom-Barker, S. (1995). Mental health and vocational rehabilitation collaboration: Local strategies that work. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(4), 35-50.
- Xie, H., Dain, B. J., Becker, D. E., & Drake, R. E. (1997). Job tenure among persons with severe mental illness. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40, 230-239.
- Yankowitz, R. B. (1990). Employment programing and psychiatric disabilities. *New Directions for Mental Health Services*, 45, 37-48.
- Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219-231.
- Zuckerman, D. (1993). Reasonable accommodations for people with mental illness under the ADA. *Mental and Physical Disability Law Reporter*, 17, 311-319.
- 원고접수일 : 2005. 10. 11.
게재결정일 : 2005. 1. 8.

Vocational rehabilitation for persons with psychiatric disability

Myung-Ja Son

Department of Psychology, Keimyung University
Semire Psychological Health Center

The true recovery of persons with psychiatric disability can be achieved only through work. Thus vocational rehabilitation services have been widely recognized as critical elements of both therapy and rehabilitation in the advanced countries. Most of persons with psychiatric disability desire to perform competitive jobs and also are able to do so with reasonable supports. However, the reality is that social prejudices and systematic restrictions exist as main obstacles to psychiatric vocational rehabilitation. Now it has arrived at the point that mental health professionals including clinical psychologist have to provide the vocational rehabilitation. The aim of this article is to urge to be delivered vocational rehabilitation in mental health field of this country. First, the importance of work was highlighted in terms of the benefits work can provide uniquely for persons with psychiatric disability. Also theoretical and practical issues in the approaches of vocational rehabilitation were discussed to find an effective vocational programming. In addition, discussion was made about whether clinical psychologists should and could make a vocational rehabilitation professionals as their career. Finally, several impending tasks necessary for developing vocational rehabilitation for persons with psychiatric disability were suggested.

Keywords : person with psychiatric disability, psychiatric rehabilitation, supported employment, vocational rehabilitation