

재활정신의학 : 임상심리학의 새로운 전망

손 명 자

계명대학교 심리학과

본 글은 정신건강분야에서 최근에 발전된 재활정신의학에 대해 소개하였다. 그 목적은 아직도 한국에서는 크게 논의되지 않고 있는 이 분야를 알리고, 그 적용가능성을 탐색해 보는 것이었다. 먼저 재활정신의학의 발전사를 통하여 그 출현의 당위성을 알아 보았으며, 기초가 되는 이론적 모형과 개입전략의 절차를 서술하였고, 대표적인 프로그램들의 내용을 설명하였다. 더하여 재활정신의학을 우리나라의 기존의 정신건강체계에 수용할 수 있는 방법을 모색해 보았다. 끝으로, 재활정신의학의 활성화를 위하여 요망되는 임상심리학자의 교육 및 훈련 과정의 보완방향에 관하여 논의하였다.

정신장애를 치유하거나 개선시키려는 수많은 노력들이 임상현장에서 시도되어 왔고, 수용되거나 거부되어 왔다. 그 중에서 최근에 크게 발전되어 정신장애의 문제에 새로운 희망을 주고 있는 접근방법이 재활정신의학(psychiatric rehabilitation)분야이다. 이 분야는 1970년대에 시작되어 80년대에 와서 급격한 발전을 이룩하였다. 이제는 미국 등 많은 나라에서 정신건강 의료전달 체계속에 확고하게 자리를 잡았으며, 신뢰롭고 유망한 접근방법으로 인정받고 있다.

이제까지의 전통적 치료개입 방법은 그것이 기초하고 있는 생물학적 모형(bio-medical model) 자체가 그 타당성에 있어 도전을 받고 있으며, 개입의 효과 역시 많은 비판을 받고 있다. 물론, 아직도 우리는 정신장애의 본질에 있어 분

명히 밝혀진 지식을 가지고 있지 못하다. 그러나 현재 이 분야의 연구자들이 대개 받아들이고 있는 대안적 개념은 생물학적 취약성-스트레스 모형(diathesis-stress model) 혹은 생물학적-취약성-스트레스 대응능력 모형(vulnerability-stress-coping competence model)이라 할 수 있다.

재활정신의학은 이 새로운 개념을 가장 잘 반영하고 실천하는 접근방법이다. 우선 재활정신의학에서는 '환자'라는 용어보다는 '정신의학적 무력을 가진 사람(a person with psychiatric disability)'이라는 기술적 표현을 주로 사용하고 있다. 이 용어에는 이들이 다른 사람과 같은 기본적 욕구와 바램을 가지고 있으며, 생활할 수 있는 장소와 배울 기회와 지원해 줄 사람들을 필요로 하는 사람들이라는 의미가 들어있다.

재활정신의학의 목적은 정신의학적 무력을 가진 사람들에게 그들이 선택한 환경속에서 최소한의 전문가의 개입을 받으면서, 성공적으로 기능하고 만족감을 가질 수 있는 상태를 증대시켜 주는 것이다(Anthony, Cohen & Cohen, 1983).

이러한 신념을 가진 이 분야의 사람들에 의해 이제 재활정신의학은 통제된 임상적 실험을 통해 얻어진 축적된 자료를 가지고 있으며, 임상적 효과 뿐만 아니라 정신건강시설과 정신건강 전문인력문제에 있어서도 그 타당성과 효율성이 높이 평가되고 있다(Anthony, Cohen & Farkas, 1990).

현재 새로운 정신보건법이 제정되려는 시점에 있는 우리나라는 정신의료전달체계에 있어 새로운 국면에 접어들고 있다고 할 수 있다. 염태호(1992)가 지적했듯이 임상심리학은 새로운 책임과 역할을 수행해야 될 전환기에 처해 왔다. 분명한 것은 지금까지 우리가 주력해 왔던 심리평가 기능만으로는 사회적 요청을 충족시켜주지 못할 것이라는 사실이다. 심리치료 및 재활개입을 포함하는 다양한 역할을 수행할 수 있는 능력과 지식이 필요해진 것이다.

이런 상황에서, 본 글은 아직도 한국에서는 낯설게 여겨지고 있는 재활정신학을 소개하고 그 실행화를 촉구함으로써, 임상심리학에 새로운 발전방향을 제시하고자 한다.

먼저 재활정신의학의 당위성을 그 발전사를 통해 알아보고, 기본이 되는 정신장애에 대한 개념의 모형과 그에 따르는 철학을 살펴 볼 것이다. 실천에 있어 구체적 재활개입의 절차와 전략을 기술한 후, 대표적인 활동프로그램들을 소개하려 한다. 끝으로, 우리 현실에서 재활정신의학의 수용 가능성과 적용가능성을 검토해 볼 것이다.

재활정신의학의 출현

재활정신의학의 발전에는 역사적으로 여러가지 상황들이 기여했지만(Anthony & Liberman,

1986), 그 중에서도 미국에서 1960년대 초부터 많은 기대를 가지고 전국적으로 설립되었던 지역사회 정신건강센터(Community Mental Health Center, CMHC)의 활동과 기능이 가장 중요한 계기를 마련해 주었다고 할 수 있다.

지역사회 정신건강센터는 현재의 재활정신의학이 주장하는 것과 동일한 취지를 가지고 있었다. 즉 정신장애자를 가능한 병원에 입원시키지 않아야 된다는 것, 그리고 빨리 퇴원시킬 수 있도록 훈련과 사회봉사를 받도록 하며, 정상인과 같이 지역사회 속에서 생활할 수 있도록 도와주어야 한다는 것이다.

그러나 시간이 지나면서 지역사회 정신건강센터는 그 기능에 있어 몇 가지 비판을 받게 되었다. 첫번째는 그러한 혁신적인 신념에도 불구하고, 지역사회 정신건강센터가 당초의 기대에 미치지 못했으며, 더우기 심한 정신장애자에게 필요한 종합적 봉사를 제공하지 못했다는 비판이다.(Iscoe & Harris, 1984). 그 이유는 관련전문가들과 기구조직이 전통적 관점과 기능만을 유지하였기 때문에, 결국 기존의 정신병원의 기능을 보충하는 역할밖에 하지 못했다는 것이다. 그리고 그 밖의 유사전문가들은 심한 장애를 다루는 방법과 기술이 부족했다. 다시 말하자면, 취지는 좋았으나 그것을 실천해 줄 방법론과 기술이 준비되어 있지 않았던 것이다.

지역사회 정신건강센터에 대한 두번째 비판은 부수적인 탈병원화(dehospitalization) 운동에 기인하는 것인데, 환자들이 병원에서 사회로 나왔을 때 재정착할 수 있는 준비작업이 되어 있지 않았기 때문에 거리를 방황하게 되어 오히려 주민들의 불만을 사게 된 것이다. 이러한 결과는 환자들이 경험했던 병원생활의 상황을 고려해 볼 때 당연한 것이라고 할 수 있다.

환자들은 병원에서 자극이 결핍된 환경 속에서 매마른 생활을 하게 되며, 결과적으로 자신을 관리하거나 사회적 관계를 맺거나 생활을 꾸려나갈 수 있는 기술이 심하게 부족하게 된다. 그런 가운

데 퇴원을 했을 때 사회속에서 자리잡고 살기는 당연히 힘든 일이다(Glynn & Muesser, 1986). 그리고 이런 어려움은 입원기간이 길어질수록 더욱 심화되어 사회로 복귀할 가망은 더욱 없어진다(Talbot & Glick, 1986). 그래서 미국의 경우 정신과 병상의 60%를 1년 이상 입원해 있는 사람들이 차지하고 있으며, 이들 중 90%가 약물치료에 반응하지 않는다고 보고되고 있다(Paul, 1984).

지역사회 정신건강센터가 직면하게 된 이러한 현상들은 정신건강전문가들로 하여금 근본적으로 정신장애에 대한 개념의 틀을 바꾸어야 할 필요를 인식하게 했고, 새로운 조망에 입각한 구체적 방법론을 창출하고 다양한 프로그램과 기술을 습득해야 되겠다는 결론에 이르게 했던 것이다.

환자들이 지역사회속에서 살아갈 수 있도록 사회적 기술과 직업능력을 습득시키고, 사회적 지원을 해주는 접근개입이 필요하다고 믿게 된 전문가들은 여러 곳에서 혁신적인 방법들을 시도했다. 이러한 때에 개선방법을 모색하고 있던 지역사회 정신건강센터가 그들의 새로운 모형과 프로그램이 쉽게 실천되는 현상이 될 수 있었던 것이다.

초기의 연구들로서 Carkhuff(1972), Liberman, King과 DeRisi(1976), Paul과 Lentz(1977), Anthony(1977)등의 경험적 결과들이 보고되고, Fountain House등의 초기 심리사회재활센터(Psychosocial Rehabilitation Center)들이 그 성과를 보고함에 따라 여러 나라에서 이 모형을 따르게 되었으며, 이러한 활동들이 오늘날의 재활정신의학 영역이 발전하는데 큰 역할을 했다.

결론적으로 재활정신의학은 전통적 개입의 한계에 부딪힌 시점에서 새로운 대안으로 시작된 것이라고 할 수 있다.

재활정신의학의 모형

지역사회 정신건강센터의 실패는 결국 그 의료진과 기구가 정신장애에 대한 생물-의학모형에서

벗어나지 못했기 때문이다. 물론 정신건강 영역에는 역사적으로 수많은 가설들이 제시되었었다. 이제 정신건강 관련 전문가들은 대부분의 정신장애의 시발과 과정, 그리고 치료결과를 잘 설명해 주는 개념으로서 생물학적 취약성-스트레스-대응능력 모형을 받아들이고 있다(Anthony & Liberman, 1986).

이 개념에 의하면 정신장애란 타고난 생물학적 취약성과 환경적 스트레스, 이에 대한 행동적 대응능력과의 복합적 상호작용의 산물이다. 그러므로 치료적으로 약물에 의해 신체적 취약성이 완화된다해도 심한 스트레스에 직면했을 때, 그것이 극복할 수 있는 환자의 기술능력을 증가하고, 또한 사회적 지원이 부족하다면, 재발의 가능성이 높게 된다. 반면, 개인의 문제해결능력과 인간관계기술, 직업능력이 배양되고, 더하여 사회적 지원을 받는다면, 일정한 취약성에도 불구하고 스트레스의 영향력을 감소시켜서 증상의 악화를 막을 수 있게 된다.

따라서 이 개념의 틀에 따른다면 환자에게 무엇이 필요한 것인지가 분명해 진다. 사회적 유능성을 길러주는 훈련과 직업훈련, 그리고 가정과 사회적 지원을 해주는 것이 요구되는 것이다. 따라서 일차적인 관심의 초점은 정신장애자의 바램과 욕구가 무엇인지를 아는 것이며, 더하여 사회적 지원 자원인 가족과 사회의 역할을 높이 인정하고 이용하는 것이다.

이 모형의 수용은 재활정신의학의 철학을 만들어 내었다고 할 수 있다. 즉 정신의학적 무력을 가진 사람에게는 자기가 선택한 환경속에서 살고, 배우며, 일할 수 있도록 사회적 기술을 익히고 사회적 지원을 받으며 재적응하는 과정이 필요하다는 것이다. 이러한 철학은 우리에게 심한 정신장애자도 잠재적 생산능력을 가지고 있다는 믿음을 전해주고 있다(Anthony, Cohen & Farkas, 1990).

재활정신의학의 방법론적 모형은 유사한 가치와 철학을 가진 기존의 신체재활(physical rehabili-

tation)의 원리를 받아들이고 있으며, 이에 정신 치료적 접근의 기술을 통합시켜 확대시켰다 (Anthony, 1982). 재활정신의학은 신체장애처럼 정신장애의 진전과정을 손상(impairment), 무력(disability), 그리고 불리(handicap)의 세 단계로 나눈다.

정신과적 손상(사고장애, 망상, 환각, 우울, 기억상실, 무감각 등)은 사회환경속에서 기대되는 과제를 수행하는 능력을 제한시키거나 수행할 수 없게 하므로서, 무력(자기관리 못함, 인간관계로 부터의 철수, 책임포기, 직업능력 상실 등)을 낳고, 이것은 되돌아 손상을 더욱 악화시킨다. 그리고 무력은 그 개인을 타인에 비해 불리한 위치에 놓이게 하는데, 고용주가 만일 정신장애자를 고용하기를 꺼리거나 낙인찍어 구별하면 이 불리함은 되돌아 다시 무력과 손상을 심화시킨다.

표 1에서 나타난 바와 같이, 재활치료는 각 단계마다 개입의 방법이 다를 수 있는데, 전통적 정신과적 치료는 주로 손상단계의 개입에만 노력을 기울여서 증상만 경감시키거나 제거시키는 작업을 해 왔다고 할 수 있다(Farkas, Anthony & Cohen, 1989).

그러나 환자가 병원에서 약물에 의해 최적상태로 치료가 되었다 해도 이차적 결함인 사회적 능력이 없으면 불리한 입장에 처한다. 이는 약물자체가 생활기능과 대응기술을 가르치지 못하기 때문이다. 그러므로 재활개입은 나머지 무력단계와 불리단계들에 주력한다. 물론 이 무력의 감소가 자동적으로 손상의 완화를 가져다주는 것은 아니다.

전통적 치료와 재활정신의학의 접근방향의 차이는 전자가 질병을 최소화, 즉 생물학적 취약성을 완화시키는데에 있고, 후자는 스트레스 관련요인을 완화시켜 건강을 최대화하는데 있다고 하겠다. 따라서 치료와 재활은 상호보완적이며, 배타적일 수는 없다.

한 개인의 기능적 회복이 지속적 결함이나 증상에 의해 한정되어 질 수 밖에 없을 때는, 재활전략은 그 개인을 도와 보상적인 환경속에서 살고, 배우고 일할 수 있도록 하는데까지 그 목표를 두고 현실적으로 도달할 수 있는 기능수준에 그를 적응하게 한다. 재활절차의 실시 시기는 정신장애의 급성적 에피소드나 약화가 약물에 의해 안정된 후 즉시 시작할 수 있다.

표 1. 재활모형의 단계

단 계	1. 손상단계	2. 무력단계	3. 불리단계
정 의	심리적, 생리적, 해부적 구조 또는 기능에 있어서, 상실이나 이상이 생긴 상태	인간으로서 정상적이라 할 수 있는 범위와 방식으로 행동을 수행하는 능력이 손상으로 인해 제한되고 결핍된 상태	특정한 개인이(손상이나 무능으로 인하여) 불이익을 겪게 되는 것으로서, 그 개인의 정상적인 역할수행에 제한이나 장애가 가해지는 상태
예	환각 망상 우울	직무능력, 사교능력, 일상생활의 유지능력의 부족	취업이 안되는 것 거주지가 없는 것
대표적 개입법	장애의 제거나 경감에 초점을 둔 치료개입	개인의 능력과 환경적 지원의 개발에 초점을 둔 임상적 재활개입	그 개인이 생활하고 있는 사회 체계의 변화에 초점을 둔 사회적 재활개입

재활정신의학의 절차

재활정신의학의 개입전략은 두 가지 측면, 무력과 불리의 단계로 나누어 설명할 수 있다. 전자를 위해서는 환자가 사회에 재적응하는데 필요한 사회기술을 발전시키고, 후자에 대해서는 가족과 사회적 지원을 제공하고 개발해 주는 것이 포함된다. 습득된 기술과 이에 대한 지원체계가 통합되어질 때 양자는 지역사회 속에서 그들이 독립적 기능을 하는데 영향을 미칠 수 있을 것이며, 그렇게 될 때만이 문제의 악순환을 막을 수 있는 것이다.

재활정신의학 개입의 모든 절차는 세 가지 과정을 포함하고 있다(Anthony & Liberman, 1986). 즉 ① 진단 평가하기 ② 계획하기 ③ 개입하기이다(표 2).

첫번째의 진단 평가하기는 계획단계를 위한 기초를 마련하는 것인데, 환자의 증상과 기능수준과 지원적 자원의 수준을 평가하여 진단적 정보를 수집하는 것이다. 전통적 진단법이 증상을 기술하는데 반해, 재활진단은 환자의 현재의 기술 기능

과, 그의 생활환경과 사회적, 직업적 환경속에서 받을 수 있는 지원의 수준을 사람, 장소, 물건 등에 따라 조작적으로 정의 내린다.

두번째 계획하기는 환자의 환경을 변화시킬 수 있는 개입방안을 구체화한다. 환자자신에 대해서는 사회적 기능수준을 높이기 위한 방법을 단계적으로 계획하고, 환경적 차원에서는 필요한 협조를 구하거나 환자권익옹호와 개선방안을 찾아내고, 이 계획을 수행하는데 책임있는 사람이나 기관을 조직한다.

마지막으로 개입하기에는 위의 계획된 재활방안을 구체화한다. 앞에서 언급한 두가지 주된 개입 절차, 즉 기술습득과 사회적 지원 발전의 프로그램들이 여기에 포함된다. 자원개발개입은 현재 있는 자원과 내담자를 연결시키거나(자원조정), 혹은 그에게 필요한 특정한 방식으로 기능하지 못하고 있는 자원을 수정(자원수정) 하기도 한다(Farkas & Anthony, 1989).

그리고 이상의 재활활동을 이루어 볼 때 재활실천가는 각 단계마다 환자로 하여금 열심히 참여하여 활동할 수 있도록 하기 위해서는, 전체적 재활 목표 설정과 기능적 평가, 자원 평가, 재활계획, 직접적 기술 가르치기, 기술 프로그램짜기, 자원 조정, 자원 수정 등에 필요한 기술에 있어 능숙한 전문가가 되어야 한다. 그리고 이러한 절차들이 사용하는 방법은 사회학습이론에 기초를 두고 있으며, 보다 적극적이며, 직접적인 학습이 특징이다. 기술습득에는 가르치기, 행동시연, 역할놀이, 행동조형, 사회적 강화물, 토큰경제체계, 교정적 피이드백, 일반화활동이 적용된다(Wallace & Liberman, 1985).

표 2. 재활정신의학의 세가지 과정과 실천가의 활동들

진단하기	전반적인 재활목표를 수립하기 기능에 관한 평가를 수행하기 자원에 관한 평가를 수행하기
계획하기	목표기술 및 목표자원의 우선순위를 결정하기 담당자를 선정하고 조직화하기 일정표 작성하기 계획을 점검하기
개입하기	기술개발 직접적인 가르치기 기술프로그램 짜기 자원개발 자원 조정하기 자원 수정하기

재활정신의학의 프로그램들

재활정신의학 분야의 프로그램들은 다양한 정신건강 현장에서 시도되고 발전되어 왔다. 실천을 통해 프로그램들을 더욱 발전시켰으며, 일부는 전통적 프로그램을 보완하여 사용되고, 다른 것은

완전히 기존의 방법을 대치하기도 했다(Anthony & Farkas, 1989).

대표적인 프로그램들을 간략히 소개하면 다음과 같다.

1. 심리사회적 치료 프로그램

(Psychosocial Treatment Program)

Paul과 Lentz(1977)가 6년간에 걸쳐 실시한 실험적 연구에서 시작되었는데, 사회학습이론에 기초한 이 심리사회적 치료프로그램은 만성적 정신장애자들을 위한 효율적 방안으로 인정되어 보급되고 있다.

이 연구에서 사용한 치료개입단계의 주된 요소는 아래와 같다.

① 환자의 자기관리, 인간관계 기술을 습득시키고, 일탈적 부적합 행동을 감소, 제거시키기 위한 훈련

② 토근경제체계의 사용(Allyon & Azrin, 1965)의 방법에 동기적 구조를 첨가한 수정된 방법).

③ 지속적이고 점진적인 일반화 훈련(퇴원 후 점진적으로 줄여가는 사후자문처우 포함).

평가를 보면, 이 프로그램의 개입효과는 극적이라 할 수 있는데, 우선 환자의 측면에서 볼 때 ① 적용적 기능이 증가되었고, 정신병리적 행동이 감소되었으며, ② 항정신성 약물투여의 필요량이 줄어들었고, ③ 퇴원과 더불어 지역사회에서 성공적으로 정착하는 비율의 상승(97%)을 들 수 있다.

구조적 측면에서는 환자의 깨어있는 시간중에 치료적 활동시간이 기존의 병원에서 5%에 비해 85%이며, 스텝구성에서 20%가 전문가, 80%가 비전문가(고교출신 보조원)를 사용하고, 동일 조건에서 30% 이상의 더 많은 환자를 취급할 수 있어 결국 3-4배의 경비효율성을 갖는다고 한다. 또한 이 프로그램은 기존의 정신병동이나 지역사회 정신건강센터 등 아무기관에서나 적용할 수 있어 실시장면상의 용이성이 있다(Glynn & Mueser, 1986).

위의 연구 이후 후속 연구들이 실시되고(Anthony, Baldwin, O'Neal & Beck, 1991, Nelson & Cone, 1979), 비록 그 결과가 Paul과 Lentz의 수준에 미치지 못하는 못하나, 진단평가체계가 만들어지면서(Paul & Licht, 1988, Paul & Shleit, 1989) 보다 활발히 보급되고 있다. 그중 Camarillo 주립병원의 임상연구병동은 UCLA의 Clinical Research Center for Rehabilitation의 지원아래 1986년 당시 3000명 이상의 정신건강 전문가들에게 기술적 도움과 전문적 훈련을 제공했다고 보고하고 있다.

2. 거주지 재활프로그램

(Residential Rehabilitation Program)

어떤 사람이던지 거주할 곳이 있다는 것은 삶의 안녕에 필수적 조건이다. 더구나 정신장애로 병원이나 어떤 기관에 장기간 지낸 사람들에게 거주할 곳을 마련해 주는 것이 재활사업에 있어 최대의 문제이다. 거주란 환자가 사회로 정착하는데 중요한 지원역할을 하므로 이것 없이는 환자가 안정된 생활을 할 수 있을 것을 기대하기 어렵다(Carling & Ridgway, 1989).

그런데 이 거주지 재활에 있어서도 환자들이 병원에서 지역사회로 나가 가족과 함께 살거나 독립 생활을 할 수 있기까지 점차적인 전환과정이 필요하다. 환자의 기능 수준에 따라 거주하면서 회복할 수 있도록 치료적, 재활적 수준이 단계별로 제공되는 거주지 연계(residential continuum)가 마련되어야 하는 것이다. 그래서 여러 형식의 거주지 제도가 생겼는데 예를 들면, Boarding Home, Apartment Program, Group Home, Family Foster Care 등이 있다.

이 제도가 운영되는 프로그램 내용을 보면 4가지 단계 수준의 범위안에서 환자가 거주지를 선택할 수 있는데, 각 수준마다 치료 개입의 구조와 생활상의 지켜야 할 요구사항이 정해져 있다. 환자는 자신의 기술수준과 지원의 필요성에 맞추어 거주지를 선택하고 수준이 향상됨에 따라 적합한 다

른 거주지로 옮겨간다.

이 프로그램에 대한 결과 평가는 아래와 같다 (Carling & Ridgway, 1989).

① 환자의 기능 수준이 보다 높아지고 독립적인 생활 장면으로 옮겨가고 안정을 찾아가는 과정의 발전을 보였다.

② 이 프로그램에 대한 환자들의 긍정적 표현과 참여 정도를 볼 때 그들이 만족하고 있다.

3. 직업 재활프로그램

(Vocational Rehabilitation Program)

병원에서 사회로 나간 정신장애자 중에 20-25%만이 직업을 가지고 있고, 그 중 심한 환자인 경우 15% 미만이 일을 하고 있을 뿐이다 (Anthony & Dion, 1986). 흔히 정신과적 환자는 어떤 직업도 가질 수 없다고 생각하는데, 일반 사람에게도 직업이 없다는 것은 정신건강에 치명적 위협이 된다고 한다면, 더구나 정신적으로 약한 사람들에게 아무것도 할일이 없다는 것은 자신이 소용없는 존재라는 무가치감으로 해서 더욱 취약한 점을 심화시키게 될 것이다.

전통적 병원제도는 환자를 스트레스로부터 차단시켜서 보호수용하려는 노력을 한다. 그러나 그들에게 기술을 습득시키고, 사회적 지원을 베풀어 주고, 직업적 성숙도를 개선시켜서 그들이 만족한 직업환경을 선택하고 성취해서 유지할 수 있도록 하는 제도와 간호가 필요하다.

따라서 재활정신의학은 환자가 원하는 직업에 요구되는 수준까지 직업기능을 개발시켜 주고, 그에 필요한 지원과 자원을 찾는 프로그램들을 개발하였다.

그 프로그램들의 내용을 보면 다음과 같다.

① 직업적 성숙을 개발시킨다. 즉 직업인으로서의 역할에 대한 동기화를 명백하게 규정하고, 또 그 특정직업에서 요구하는 기술과 정보를 제공하는다.

② 환자로 하여금 자신의 장애에 적합한 고용환경을 선택하는데 도움을 주는 절차에 참여시키므

로 자신의 회복을 위해 결정하는 책임을 갖도록 한다.

③ 직업고용에 필요한 직업환경 연락망을 제공하여 이용하도록 한다.

직업재활방안을 실시한 결과는 긍정적으로 나타났다 (Danley, Rogers & Nevas, 1989). ① 환자의 이 프로그램에 대한 참여도가 높아졌는데, 예를 들어 1978년에 50%의 환자가 이 직업재활활동에 참여했었지만, 1986년의 보고는 100%가 참여했다 (Lang & Rio, 1989). ② 정신장애자 고용비용도 증가하고 직업을 유지하는 기간이 길어졌고 재입원율이 낮아졌다. ③ 고용주나 정신건강 전문가들에게 정신장애자도 소득있고 의미있는 직업에 고용되어 참여할 수 있다는 믿음이 높아졌다.

최근의 연구들에 따르면 (Bell, Milstein & Lysaker, 1993, Gill & Pratt, 1993) 작업참여에 대한 보수의 유인가를 사용하므로써 심한 정신장애자에게도 좋은 성과를 얻고 있다. 또한 Arns와 Linney (1993)는 심한 정신장애자에게 직업상태를 개선시킨 결과 자기 효능감, 자기 존중감, 생활 만족감에서 긍정적이고 유의한 변화가 일어났다고 보고했다.

4. 지역사회 지원조직

(Community Support System : CSS)

주정부에서 지원하는 지역사회 지원조직이 있다 (Bachrach, 1982, Hoult, 1986). 이 기구는 장기 정신과 환자가 지역사회 속에서 살아가는데 생기는 여러가지 욕구들을 제공해 주기 위하여 여러 재활프로그램들과 연결시켜주고, 봉사가 필요한 환자를 식별하고, 그의 기본적 욕구를 충족시킬 수 있도록 도와주는 연락망이다. 따라서 정신건강 봉사와 위기개입, 종합적 심리사회 재활 봉사, 사후관리, 주거지원, 가족지원, 권익옹호 봉사를 제공하며, 공식적이거나 비공식적인 도움을 줄 수 있는 기관을 사용하도록 촉구한다 (Stroul, 1989).

지역사회 지원조직의 활동에 대한 평가에 있어서는, 그것이 종합적인 접근일수록 장애의 재발을 방지하는데 효과적이었으며, 그리고 심리사회 영역에 대해 집중적이고, 직접적인 도움과 가르침을 줄 때, 환자의 사회적 적응에 의미있는 변화가 일어났다고 보고되고 있다(Test, 1984).

5. 사후 환자관리 프로그램

(Case Management Program)

정신장애자가 퇴원한 후에 사후간호계획(after-care planning)을 효율적으로 운영하는 것은 재활 과정에 중요한 부분이다. 이 점에 있어 기존의 제도에서는 퇴원계획과 사후간호가 부족하다(Intagliate, 1982, Nemas & Furlong-Noramn, 1989).

한 연구(Wasylenki, Goreing, Lancee, Ballantyne & Farkas, 1985)에서 실시한 프로그램을 보면, 퇴원계획과 환자관리에 대해 훈련받은 전문가가 퇴원 후 간호를 지속하면서 환자에게 필요한 것이 무엇인가를 평가하고 이 프로그램을 이용하도록 훈련하며, 사회생활기술을 습득하는 것을 도와주고 지원해 주고 있다.

이 연구의 퇴원 후 6개월 조사에서 나타난 결과는 이 프로그램이 환자들이 필요한 것을 충족시켰으며, 따라서 이 활동에 많은 의뢰가 왔고, 사용이 증가되었고, 참가한 환자들의 만족수준이 대단히 높았다. 2년 후 조사에서는 앞서의 효과에 더하여 더 중요한 효과가 나타났는데, 참가했던 환자들이 통제집단에 비하여 직업인, 학생, 주부, 자원봉사자와 같은 생산적 일을 더 많이 하고 있으며, 또한 독립생활을 보다 많이 하고 있고, 사회적으로 덜 고립되어 있음을 발견했다.

6. 가족개입 프로그램

(Family Intervention Program)

가족은 정신장애의 재활에 필요한 사회적 지원을 줄 수 있는 가장 가치있는 자원이다. 그러나 지

금까지 환자의 가족과 치료자간에 암묵적으로 긴장이 있었는데, 그 이유는 치료자들이 환자의 문제의 원인이 가족에게 있다는 생각에서 가족들로 하여금 죄의식을 갖도록 했기 때문이다(Strachan, 1986). 그래서 가족은 환자를 위해 할 수 있는 일이 제한되어 있고 무력할 수밖에 없었다.

이제 정신건강 전문가들은 가족을 새로운 관점에서 볼 필요가 있게 되었다. 가족은 환자의 치료 과정에 긍정적 역할을 할 수 있고, 재활에 필요한 많은 것 즉, 전문가관이 줄 수 없는 간호의 지속성과 협조를 할 수 있다. 무엇보다도 그들은 가족인 환자를 도우려는 열성과 동기수준이 높다. 그럼에도 불구하고 그들은 정신장애에 대한 지식과 기술이 없고 지원체계에 대한 정보도 갖지 못한 것이다(Spaniol & Zipple, 1988).

재활요법은 가족이 기여할 수 있는 측면을 6가지로 나누고 있다(Intagliata, Willer & Egri, 1986). (1) 평가: 가족이 환자의 욕구와 상태를 가장 잘 파악할 수 있다. (2) 연결: 봉사기관과 환자를 계속 연결시킨다. (3) 감독: 치료의 적합성과 효율성을 감찰한다. (4) 일상생활보조: 환자의 생활을 돕고, 생활기술을 익히게 한다. (5) 위기개입: 환자의 위기발견과 적절한 조치를 한다. (6) 권익주장: 환자의 권익보호를 한다.

이상에서 열거한 가족의 기능을 활용하는 프로그램이 만들어져서 체계적으로 적용되고 있다. 그 내용은 가족에게 환자의 증상과 약물에 대한 올바른 정보를 주고, 환자를 도와주는 방법, 문제해결과 의사소통을 훈련하는 교육프로그램이다. 그리고 이 프로그램은 퇴원 후에도 지속적 접촉을 유지함으로써 환자관리방안의 중요한 부분이 된다.

이러한 가족교육 프로그램은 그 결과에 있어 좋은 반응이 나타났는데, 재입원율이 감소되었으며 행동장애가 줄어들었으며, 약물의 양이 감소되고 가족관계가 개선되었다고 보고되었다(Strachan, 1986). 더하여 환자가족이 안정적 생활을 유지하는데도 도움을 받았는데, 가족교육 훈련후 가족들의 정신장애에 대한 지식 수준이 증가되었을 뿐 아

나라 주관적 고통과 가족의 책임부담이 감소되었다(Lam, 1993).

7. 자조집단 프로그램

(Self-Help Group Program)

자조집단이란 퇴원 후 환자들이 모여 서로의 생각과 필요를 이해하고 경험을 공유하며 협동을 하기 위한 모임이다.

정신장애자들은 지금까지 전문가가 구조화해서 제공하는 간호만 받았기 때문에 전문가의 시간에 맞추어야 도움을 받을 수 있으며 필요한 때에 이용하기가 어려웠다. 그리고 환자는 언제나 도움을 받는자의 입장이었으며 타인을 도와주는 자로서의 가치있는 존재가 될 수 있는 기능은 무시되어 왔었다. 이런 상황에서 환자들은 동료끼리 서로 관계를 맺고 지지하는 가운데 유사한 경험을 나누며 공감적 지지를 받을 때 도움을 받는다는 사실을 깨닫게 된 것이다. 그리하여 환자들은 필요한 때에 언제나 도움을 줄 수 있는 일정한 장소에 모여, 서로 도와주므로써, 남을 도와주는 자의 역할도 할 수 있도록 집단을 구성하게 되었다(Chamberlin, 1989).

따라서 이 자조집단은 두가지 주된 목적을 가지고 있는데, ① 환자의 권리문제에 대해 정치적으로 주장할 수 있는 기구를 조직하며 ② 구성원간에 상호적 지원을 하는 집단으로서 기능하는 것이다.

자조집단은 이제 재활정신의학의 전문가와 협조해서 서로가 필요한 대안들을 제시하고 기술적 도움도 받으면서 더욱 발전되고 있다. 수많은 사람들이 자조집단을 통해 심리적 지지와 정보를 얻고 있으며, 사회적 응집력을 만들어 개인의 힘으로는 불가능한 사회제도의 개선을 향한 압력집단이 되었다(Iscoe & Harris, 1984). 가장 규모가 크고 대표적인 집단으로는 전국 정신질환자 연맹(National Alliance for Mental Illness, NAMI)이 있으며, 지역마다 이러한 자조집단이 결성되어 있다.

이상에서 재활정신의학의 여러 프로그램들을 소

개했는데, 최근에는 이 분야가 더욱 확대되어 교육재활프로그램도 시도되고 있다. 이것은 병원이 아닌 다른 장소에서 교육을 제공하는 것이 특색이다. 성과를 보면 병원을 기피하는 젊은층에게 새로운 자기상을 심어주는 계기가 되고 그 이용이 크게 늘어가고 있다(Cook & Solomon, 1993).

결론과 제언

우리나라의 정신건강 봉사체제는 그 정책과 시설 및 전문인력의 측면에서 국민정신건강의 현황을 비추어 볼 때, 그 수요에 절대부족 현상을 보이고 있다(김이영, 김광일, 손준호, 1986). 그리고 새로운 정신보건법이 실현된다 해도 커다란 변화를 기대하기 어렵다. 그 이유는 정신장애에 대한 전통적 개념의 틀에 의해 관리되는 현재의 의료전달체제에서 벗어나지 않고서는 단순히 병원수나 전문인력의 보완만으로는 근본적 접근이 되지 못하기 때문이다.

이제는 앞서 발전한 나라들의 정신건강분야에서 이미 받아들여지고 있는 재활정신의학의 새로운 모형과 그에 따른 프로그램들이 시도되어야 할 때라고 생각한다.

그러나 재활정신의학의 발전과정에서 보았듯이, 그 출현이 많은 시행착오와 탐색끝에 얻어지는 것이라면, 우리의 경우 지역사회 정신건강센터도 운용해보지 않은 상태에서 과연 재활정신의학의 적용이 순조롭게 될 수 있는가가 문제이다. 또한 재활정신의학에 대한 지식과 축적된 기술도 가지고 있지 못한 상황에서 재활정신학을 기존의 정신건강체계에 접목시켜 나가는 더욱 어려운 일일 것이다.

그러나 정신과 의사등 많은 정신건강관련 전문가들이 현재의 정신건강 봉사체제에 변화가 있어야 되겠다는 점에 대해서는 공통된 인식을 하고 있는 것 같다. 이들은 단지 조직의 방향에 벗어나지 못하거나, 아니면 현실적으로 기술을 습득하지 못했기 때문에 시도할 수 없을 뿐이다.

Anthony와 Farkas(1989)는 조직의 경영자나 정신건강전문가가 기존의 프로그램을 수정하고 쇄신시키려는 모험을 가지 않고서는 정신건강 분야에 발전이 없을 것이라고 주장한다. 앞선 연구자들은 기존의 정신건강영역에 재활정신의학의 보급을 위하여 두가지 사항을 가장 고려할 것을 강조하고 있다(Backer, Liberman, & Kuehnel, 1986, Cohen, 1989).

한가지는 재활정신의학은 종합적 접근이므로 지역사회 정신건강센터 뿐만 아니라 병원장면, 기타 어떤 기관에서도 실천가능하다는 것이다. 따라서 분산적 운영방식도 바람직하다고 추천한다.

다른 하나는 재활정신 의학을 기존의 제도에 통합시키는 일은 보건정책의 근본적 변화와 비용, 기구가 관련되기 때문에 개개의 프로그램을 가지고 접근하는 것이 보다 쉽다는 것이다. 그러므로 우선 프로그램의 수준에서 시작하며, 이를 위해서는 그 프로그램을 완벽하게 준비하고, 가장 잘 통제할 수 있는 영역에서부터 시작하는 것이 안전하다는 것이다.

우리나라의 정신건강체계에 재활정신 의학을 실시하는데 있어 긍정적인 측면을 든다면 다음과 같다. 첫째, 기존의 개입방법과 상충되는 프로그램이 아니면 같이 사용하는 것이 오히려 상호보완적일 수 있다는 점이다.

둘째, 무엇보다도 재활정신 의학의 경제적 효율성이 높다고 보고되고 있다는 사실이다(Glynn & Mueser, 1986). 재활정신 의학이 가지고 있는 이론과 활동을 볼 때 그 기술을 임상심리학자가 가장 잘 습득할 수 있고, 또 마땅히 해야 할 부분이라고 판단된다. 이 분야에서 활동하고 있는 연구자들의 면면을 훑어보면 정신과의사, 임상심리학자, 사회사업가들이 주된 인력들인데 그 중 임상심리학자가 가장 많은 수입을 알 수 있다. 따라서 만일 임상심리학자가 재활정신 의학의 정착을 속달한다고 전제할 때, 인력의 활용을 효율적으로 한다면 경제성이 장애요소가 되지는 않을 것이다.

세번째의 긍정적인 조건은 개발도상국에는 정신

장애자의 재활에 가장 중요한 지원자인 가족의 기능이 아직 남아있다는 사실이다. 그리고 산업화된 선진국에 비하여 재활에 필요한 경제적 조건은 불리하지만 전통적 가치가 과학적 모형과 병합되어질 때 좋은 예후를 만들어 낼 수 있다(Lefley, 1990, Schanker & Menon, 1993).

전통적 치료법에 훈련되고 경험을 쌓아온 전문가들로 하여금 새로운 분야를 수용하도록 하기 위해서는 그에 대한 당위성과 체계적 연구결과를 통한 효율성을 제시해야 할 것이다. 그러나 우리로서는 현재 외국에서 그동안의 실천경험의 결과로 축적된 자료를 참고할 뿐이다.

그러므로 우리는 우선 가능한 프로그램수준에서 연구와 경험을 쌓아서 임상현장에 도전하고, 평가받도록 준비하는 것이 필요하다. 그 하나의 예로 가족훈련 프로그램은 병원에서 가정에 이르기까지의 중간기관이 전무하다시피한 우리나라에서는 가장 시급하고 접근가능한 분야라고 생각된다. 그래서 본 연구자와 동료들은 가족심리교육훈련 프로그램의 시안을 만들어서 실험을 실시하고 있다.

희망적인 현상은 양산정신병원에서 기관 전체의 개입방법을 재활정신 의학적 접근으로 시도하고 있다는 점이다. 이곳의 주최로 연전에 재활정신 의학의 대표적 인물 중의 한 사람인 Liberman.R이 연수회를 가진 바 있다. 그리고 몇몇의 기관들이 부분적으로 재활정신 의학적 프로그램을 도입하고 있는 것으로 알려져 있다.

이제 본 연구자는 한국 임상심리학계에 대하여 몇 가지 제언을 하고자 한다. 기존의 우리의 교육 및 훈련방식은 재활정신 의학과 같은 새로운 접근방법의 시도에 장애가 되고 있다고 생각한다. 즉, 대학원 교육은 현장과의 연계가 부족할 뿐만 아니라, 전문성이 결여된, 일반적이고 전통적이며 비특성화된 교과과정으로 운용되고 있다. 또, 임상심리전문가 자격규정은 심리평가 영역이 지나치게 강조되어 있으며, 새로운 접근법들의 훈련과 경험이 전문가 훈련의 일부분으로 인정되지 않고 있다. 따라서 대학원 교과과정 및 전문가 훈련과정

이 재활정신의학 및 기타의 새로운 접근법들이 활성화될 수 있는 방향으로 보다 특성화, 전문화, 세분화되어야 할 것이다.

이를 위하여, 첫째, 대학원은 각 학교별로 자신들의 교과과정의 특징을 보다 명백히 해야 할 것이다. 둘째, 현행의 전문가 자격규정은 심리평가가 전문인 임상심리전문가만을 인정하고 있으며, 기타의 전문가는 인정받지 못하도록 되어 있다. 따라서 현재의 전문가 자격규정에서 심리평가에 관한 훈련의 비중을 낮추도록 해야 하며, 그 대신 재활정신의학, 인지치료, 임상신경심리학, 건강심리학 등 각 전문영역별 훈련 이수 내용을 전문가 훈련의 일부분으로 인정할 수 있도록 보완되어야 할 것이다.

심리학자는 광범위한 심리학적 이론과 다양하게 적용될 수 있는 실천방법들을 습득하고 있기 때문에, 정신장애에 대한 어떠한 개선된 모형 아래에서도 공헌을 할 능력을 가지고 있다(Smith, Schwebel, Dunn & McIver, 1993). 우리는 정신장애를 가진 사람들이 무엇을 원하는가를 알아야 하고, 우리의 능력을 가지고 그에 맞추어 봉사해야 할 것이다.

끝으로, 한국의 임상심리학이 변모해야 할 새로운 상황에서 재활정신의학이 우리에게 많은 가능한 역할과 비약의 기회를 제공해 줄 수 있기를 기대한다.

참고문헌

김이영, 김광일, 손준호(1986). 정신질환의 의료 전달체계를 위한 시안. 정신건강연구소, 제4권, 244-266.

염태호(1992). 정신보건법은 과연 필요한가-임상심리학회 의견. 심리학회보, 제75호, 6-10.

Allyon, T., & Azrin, N.(1965). The Measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 8,

357-383.

Anthony, W.A.(1977). Psychological rehabilitation: A concept in need of a method. *American Psychologist*, 32, 117-126.

Anthony, W.A.(1982). Explaining "psychiatric rehabilitation" by an analogy to "physical rehabilitation". *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 61-65.

Anthony, W.A., Baldwin, L.J., O'Neal, L.G., & Beck, N.C.(1991). Social-learning procedures for increasing attention and improving basic skills in severely regressed institutionalized patients. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 22(4), 265-269.

Anthony, W.A., Cohen, M., & Cohen, B.(1983). The philosophy, treatment process and principles of the psychiatric rehabilitation approach. *New Directions in Mental Health*, 17, 67-69.

Anthony, W.A., Cohen, M., & Farkas, M.(1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony, W.A., & Dion, G.(1986). Psychiatric rehabilitation: A research review. *Rehabilitation Research Review*. Washington, D.C.: Catholic University, Data Institute, NARIC.

Anthony, W.A., & Farkas, M.D.(1989). The future of psychiatric rehabilitation. In M.Farkas & W.Anthony, (Eds.), *Psychiatric rehabilitation program: Putting theory into practice*. Boston: Johns Hopkins University Press.

- Anthony, W.A., & Liberman, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- Arns, P.G., & Linney, J.A. (1993). Work, self, and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(2), 63-79.
- Bachrach, L.L. (1982). Assessment of outcomes in community support systems: Results, problems, and limitations. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 39-60.
- Backer, T.E., Liberman, R.P., & Kuehnel, T.G. (1986). Dissemination and adoption of innovative psychosocial interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 111-118.
- Bell, M.D., Milstein, R.M., Catherine, A.M., & Lysaker, P.H. (1993). Pay as incentive in work participation by patients with severe mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(7), 684-685.
- Carkhuff, R. (1972). New directions in training for helping professionals: Towards a technology for human and community resource development. *The Counseling Psychologist*, 3, 12-20.
- Carling, P.J., & Ridgway, P. (1989). A psychiatric rehabilitation approach to housing. In M. Farkas & W. Anthony, (Eds.), *Psychiatric rehabilitation program: Putting theory into practice*. Boston: Johns Hopkins University Press.
- Chamberlin, J. (1989). Ex-patient groups and psychiatric rehabilitation. In M. Farkas & W. Anthony, (Eds.), *Psychiatric rehabilitation program: Putting theory into practice*. Boston: Johns Hopkins University Press.
- Cohen, M. (1989). Intergrating psychiatric rehabilitation into mental health systems. In M. Farkas & W. Anthony, (Eds.), *Psychiatric rehabilitation program: Putting theory into practice*. Boston: Johns Hopkins University Press.
- Cook, J.A. & Solomon, M.L. (1993). The community scholar program: An outcome study of supported education for students with severe mental illness. *Psychological Rehabilitation Journal*, 17(1), 83-97.
- Danley, K.S., Rogers, E.S., & Nevas, D. B. (1989). A Psychiatric rehabilitation approach to vocational rehabilitation. In M. Farkas & W. Anthony, (Eds.), *Psychiatric rehabilitation program: Putting theory into practice*. Boston: Johns Hopkins University Press.
- Farkas, M.D., Anthony, W.A., & Cohen, M.R. (1989). Psychiatric rehabilitation: The approach programs. In M. Farkas & W. Anthony, (Eds.), *Psychiatric rehabilitation program: Putting theory into practice*. Boston: Johns Hopkins University Press.
- Farkas, M.D., & Anthony, W.A. (Eds.). (1989). *Psychiatric Rehabilitation Programs: Putting theory into practice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gill, K.J., & Pratt, C.W. (1993). Profit

- sharing in psychiatric rehabilitation: A five year evaluation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(2), 33-41.
- Glynn, S. & Mueser, K.T.(1986). Social learning for chronic mental inpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 127, 648-668.
- Hoult, J.(1986). Community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 149, 137-144.
- Intagliata, J.(1982). Improving the quality of care for the chronically mentally disabled: The role of case management. *Schizophrenia Bulletin*. 8, 655-674.
- Intagliata, J., Willer, B. & Egri, G.(1986). Role of the family in case management of the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 699-708.
- Iscoe, I., & Harris, L.C.(1984). Social and community interventions, *Annual Review of Psychology*, 35, 333-360.
- Lam, D.(1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.
- Lang, E., & Rio, J.(1989). A psychiatric rehabilitation vocational program in private psychiatric hospital: The New York Hospital-Cornell Medical Center, Westchester Division, White Plains, New York. In M.Farkas & W.Anthony, (Eds.), *Psychiatric rehabilitation program: Putting theory into practice*. Boston: Johns Hopkins University Press.
- Lefley, H.P.(1990). Rehabilitation in mental illness: Insights from other cultures, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(1), 5-12.
- Liberman, R.P., King, L.W., & DeRisi, W.J.(1976). Behavior analysis and modification in community mental health. In H. Leitenberg(Ed.), *Handbook of Behavior Therapy and Modification*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Nelson, G.L., & Cone, J.D.(1979). Multiple baseline analyses of a token economy for psychiatric inpatients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 255-271.
- Nemec, P.B., & Furlong-Norman, K.(1989). Supports for psychiatric disabled person. In M.Farkas & W.Anthony, (Eds.), *Psychiatric rehabilitation program: Putting theory into practice*. Boston: Johns Hopkins University Press.
- Paul, G.L.(1984). Residential treatment programs and aftercare for the chronically institutionalized. In Mirabi, M., (Ed.), *The chronically mentally ill: Research and services*. New York: S.P. Medical and Scientific Books, Spectrum Publications.
- Paul, G.L., & Licht, M.H.(1989). The time-sample behavioral checklist (TSBC). In Hersen, M., & Bellack, A.S., (Eds.), *Dictionary of behavioral assessment techniques*. New York: Program Press.
- Paul, G.L., & Lentz, R.J.(1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu vs. social-learning programs*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Paul, G.L., & Shelite, I.(1988). The

- clinical frequency recording system (CFRS) : Social-learning program forms. Supplement to : Paul, G.L., and Lentz, R.J. *Psychosocial treatment of chronic mental patients*. 2nd ed. Champaign, IL : Research Press.
- Shankar, R. & Menon, M.S. (1993). Development of a framework of intervention with families in the management. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(3). 75-91.
- Smith, G.B., Schwebel, A.I., Dunn, R. L., & McIver, S.D. (1993). The role of psychologists in the treatment, management, and prevention of chronic mental illness. *American Psychologist*, 48, 966-971.
- Spaniol, I., & Zipple, A.M. (1988). Family and professional perceptions of family needs and coping strengths. *Rehabilitation Psychology*, 33, 1, 37-45.
- Strachan, A.M. (1986). Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia : Toward protection and coping. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 678-698.
- Stroul, B. (1989). Community support system for person a with long-term mental illness : A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12, 9-26.
- Talbot, J.A. & Glick, I.D. (1986). The in-patient care of the chronically mentally ill, *Schizophrenia Bulletin* 12, 129-140.
- Test, M.A. (1984). Community support programs. In A.S. Bellack (Eds.), *Schizophrenia treatment, management, and rehabilitation*. Orlando, FL : Grune & Stratton.
- Unger, K.V. (1989). Psychiatric rehabilitation through education : Rethinking the context. In M. Farkas & W. Anthony, (Eds.), *Psychiatric rehabilitation program : Putting theory into practice*. Boston : Johns Hopkins University Press.
- Wallace, C.J., & Liberman, R.P. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia : A controlled clinical trial. *Psychiatry Research*, 15, 239-247.
- Wasylenki, D.A., Goering, P.N., Lancee, W.J., Ballantyne, R., & Farkas, M. D. (1985). Impact of a case manager program on psychiatric aftercare. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 303-308.

Psychiatric Rehabilitation :
A New Perspective of Clinical Psychology

Myung-Ja Son

Kaemyung University

This paper is concerned with psychiatric rehabilitation which has been recently developed but unknown to Korea. First, it deals with the necessity of its discipline through the history of psychiatric rehabilitation. Next, the theoretical model and the steps of intervention strategy were described with its major programs. And the possibility of applying psychiatric rehabilitation to the Korean Mental Care System was mentioned. Finally, the education and training of clinical psychologists for psychiatric rehabilitation was discussed.