

# 기능평가: 재활정신의학의 진단

손 명 자

계명대학교 심리학과

정신장애를 지닌 사람들의 재활은 기술기능을 개선하는 것에 달려 있다. 따라서 기능평가는 재활정신의학의 진단에서 가장 중요한 부분을 차지한다. 재활진단의 이해를 위한 틀로서 재활정신의학의 모형을 소개하였고, 전통적인 정신의학적 진단과 비교하면서, 기능평가의 필요성을 강조하였다. 기능평가의 원리와 절차를 서술하였고, 그리고 현재의 기능평가 도구가 가지고 있는 문제점을 검토하였다. 끝으로 우리나라에서의 기능평가 실시 문제를 논하면서, 현재의 정신건강체계 속에서 수행해야 할 기능평가자로서의 임상심리학자의 역할을 검토하였다.

정신보건법이 시행되므로써 우리나라의 정신보건 분야는 새로운 국면을 맞고 있다. 또한 세계적으로 정신보건분야에는 소비자(내담자 및 가족) 중심의 서비스를 위한 활동이 활발히 진행되면서 변화되고 있다 (Anthony, 1993; Spaniol, Zipple, & Cohen, 1991). 우리의 경우도 이미 정신사회재활협회와 정신보건가족협회가 만들어지므로써, 이러한 변화를 수용하는 움직임이 보이고 있다.

이러한 상황에서 임상심리학은 지금까지의 역할에

서 변화를 모색하지 않으면 안되는 입장에 놓여 있다. 그리고 이 변화를 위한 노력은 변화 자체를 위한 것이 아니라, 어떤 변화의 방향이 요청되고 있기 때문이며, 이것은 곧 임상심리학자가 국민정신보건에 대해 가지고 있는 사명의 요청이기도 하다.

정신장애를 지닌 사람들을 진단하기 위한 심리평가와 치료 및 연구활동은 임상심리학자에게 맡겨진 주된 역할들이었다. 이 변화의 시점에서, 임상심리학은 기존의 이 3가지 활동 모두를 되돌아보고, 새로운

1) 재활정신의학에서는 환자라는 표현을 잘 사용하지 않는다. 그 사람 전체를 질병과 동일시할 가능성이 있기 때문이다. 질병은 그의 일부분일 뿐이다. 이러한 이유로 '정신과적 능력장애를 지닌 사람(person with psychiatric disabilities)'이라는 표현을 사용한다. 그러나 이 표현이 우리의 경우 아직까지 낯설게 느껴질 가능성이 있기 때문에 본 논문에서는 잠정적으로 이를 '정신장애를 지닌 사람'이라고 번역하여 사용하였다. 그리고 짧게 표현해야 할 경우에는 환자라는 용어 대신에 내담자라는 용어를 사용하였다.

역할모형을 정립해야 할 것이다. 이 글은 그 중 심리평가활동에 있어 우리가 해야 할 또 하나의 영역에 대해 논의하고자 한다.

심리평가 활동은 임상심리학의 초기부터 수행되어 온 과업이다. 그리고 그 활동내용은 지금까지 전통적인 정신의학에서 필요로 하는 정보를 수집하는 일이었다. 그러나 정신장애를 지닌 사람들을 위한 평가의 결과로 실제 우리가 어떤 서비스를 그들에게 해 주었는지, 그것만으로 충분했는지는 깊이 생각해 볼 일이다.

우리가 기여해 왔던 기존의 정신의학은 약물치료와 심리치료를 통하여 정신장애를 지닌 사람들의 병리적 증상을 경감시키는 것에 주력해 왔다. 그러나 약물을 제외하고는 기존의 치료활동 내지 서비스가 그들의 회복에 크게 영향을 미치지 못하고 있으며, 이 사실은 임상현장에서 일하고 있는 정신건강전문가들과 더불어 내담자와 그 가족, 그리고 사회일반 사람들에게도 무력감과 우려를 갖게 하고 있다.

정신장애를 지닌 사람들의 오직 10% 정도만이 직업을 가지고 있으며, 결혼율은 12%에 불과하고, 또한 71%가 아무런 여가활동도 하지 않고 있는데, 이러한 사실은 그들의 생활기능과 만족도가 매우 결여되어 있음을 말해 준다(Goldstrom & Manderscheid, 1982). 국내의 연구에서도 비슷한 결과가 보고되고 있는데, 반년 이상 지속적으로 직업활동을 유지하고 있는 비율은 23%에 불과하며(김용익, 조맹제, 김병후, 1994)<sup>2)</sup>, 삶의 만족도가 정상인들에 비하여 유의미하게 낮았다(양옥경, 1992).

정신장애를 지닌 사람들의 기능결여 문제는 일찌기 여러나라에서 일어났던 탈병원화 운동과 그결과에서 잘 드러났다. 정신약물이 그들의 증상을 완화시켜 준

다 해도, 정신병원 환경이 그들의 생활을 단조롭고 무력하게 만들므로, 병원기관에 오래 머무를 수록 점점 더 무능화되어 사회로 복귀하기 힘들어진다는 사실이 알려졌던 것이다. 그리고 탈병원화 이후의 그들의 모습은 더욱 이 문제를 확인시킨 결과가 되었다. 그들이 사회 속에서 가족과 직장, 학교, 어디에든 정착하고 살아갈 수 없었던 것은 기존의 치료가 그들에게 재활에 필요한 기술을 가르치지 못했기 때문인 것이다. 따라서 그들의 증상을 경감시키는 것만으로는 부족하며, 그들의 기능을 증진시켜야 한다는 사실이 분명해졌다. 즉 내담자들은 증상완화 이상의 것을 원하고 있는 것이다.

따라서 재활정신의학(psychiatric rehabilitation)이라는 분야가 발달하게 되었으며, 흔히 이것은 정신사회치료(psychosocial treatment) 혹은 정신사회재활(psychosocial rehabilitation)이라고 일컬어지고 있다. 재활정신의학의 목적은 장기간의 정신과적 능력장애를 지닌 사람이 스스로 선택한 환경 내에서 최소한의 전문적인 개입만 받으면서, 성공적이면서도 만족스럽게 살 수 있도록 그의 기능을 증진시키는 것이다(Anthony, Cohen, & Farkas, 1990).

기술기능의 중요성에 대한 인정은 정신의학계에서도 DSM-III 이후의 다축적 진단체계에서 나타났는데, 이는 재활방향으로의 인식이 높아 가고 있으며(Cohen & Anthony, 1984), 병리적 손상과 능력장애의 개념이 구별되고 있음을 반영한다(Frey, 1984). 그러나 실제 현장에서는 DSM체계의 축4와 축5가 임상가들에게 잘 사용되지 않고 있고, 또한 도구 자체의 취약성도 있기 때문에 정신장애를 지닌 사람들의 기술기능 진단이나 재활에 도움을 주지 못하고 있다(Goldman, Scodol, & Lave, 1992). 그리고 무엇보다도, 전통적

2) 취업율의 경우, 외국 연구문헌들을 검토해 보면 대체로 10-30% 정도로 보고되고 있는데 비하여, 국내 연구문헌들에서는 대체로 15-40% 정도로 보고되고 있다. 저자는 단순 수치비교로 우리의 경우가 취업율이 높다고 판단하는 것은 잘못이라고 생각하는데, 취업에 대한 정의와 취업의 속성이 서로 다르기 때문이다. 우리나라의 경우 취업에 대한 법률적인 정의는 주당 1시간 이상 일하는 것이다. 따라서 정부당국의 통계치는 흔히 실제보다 과장되기 쉽다. 또한 취업의 내용을 보면 우리의 경우 대개 학생 또는 노동이다. 학생의 비율이 외국보다 높은 이유는 휴학생도 학생으로 답변하기 때문일 가능성이 높으며, 노동의 경우 실제로는 거의 노동을 하지 않고 있을 가능성이 높다. 이러한 이유로 우리의 취업율에 관한 통계치는 실제보다 과장되어 있을 것으로 판단되며, 이 점에 대한 체계적인 실태조사연구가 필요할 것이다.

인 정신의학적 진단은 그 목적과 치료를 위한 제안에 있어 재활접근과는 상당한 차이가 있기 때문에, 정신장애를 지닌 사람의 재활에 소요되는 정보를 줄 수가 없다. 따라서 전통적 정신의학에서 진단이 필요하듯이, 재활법에도 고유의 진단이 요구된다.

기능평가(functional assessment)<sup>3)</sup>는 재활진단의 핵심이 되는 부분이며 재활진단을 대표한다. 기능평가는 정신장애를 지닌 사람이 세운 목표에 맞추어 필요한 기능을 평가하고, 재활방안을 수립하는데 필요한 정보자료를 준다. 또한 이것은 개입과정을 따라가며 개입의 적합성을 감찰하고 성과(outcome)를 비교할 수 있게 하는 근거가 된다.

본 글에서는 우선 기능평가를 필요로 하는 재활법의 모형을 설명함으로써 기능평가를 이해하는 틀을 제시하고, 재활진단의 필요성을 강조할 것이다. 그리고 재활진단의 원리를 서술하고, 기능평가가 시행되는 절차를 간단히 소개할 것이다. 그 다음 기능평가의 방법과 도구에 대해 알아 볼 것이다. 끝으로 우리나라에서의 기능평가의 실천에 관하여 논의해 보고자 한다.

## 재활정신의학의 모형

표 1은 재활정신의학의 기본목표와 절차에 대한 개념적 모형이다(Anthony & Liberman, 1986; Anthony & Liberman, 1992). 이 모형은 정신장애가 내담자에게 주는 영향을 손상단계와 능력장애단계, 그리고 불이익단계로 나누어 설명한다. 따라서 이 모형은 내담자의 회복단계를 3가지 수준으로 분석할 수 있게 하고, 3단계에 따른 적합한 개입방법을 제시한다.

또한 각 단계들은 위계적 인과성을 가지면서 서로가 영향을 주고 받는 상호보완적 관계를 가지고 있다(Yoman & Edelstein, 1994). 그림1은 각 단계들간

의 관계성을 보여준다. 이 재활 모형에 따르면, 정신과적 손상은 증상을 낳고, 이것은 생활과제를 수행하는 능력을 한정시킨다. 그 다음 능력부족은 정신장애를 지닌 사람들에 대한 사회의 차별대우와 낙인을 초래하고 불이익을 겪게 한다. 이 불이익은 되돌아와서 능력을 더욱 떨어뜨리고, 또한 증상을 악화시키는 요인으로 작용한다. 그러나 손상이 언제나 능력장애나 불이익을 가져오는 것은 아니라는 점을 분명히 할 필요가 있다. 손상은 단지 능력장애와 불이익을 만드는 위협을 증가시킬 뿐이다(Anthony, et. al., 1990).

물론 각 단계의 개선은 다른 단계의 개선에 도움을 줄 수 있다(Strauss, 1986). 손상이 악물로서 완화되면, 내담자가 기술을 익히고 행하는데 도움이 되며, 기술기능이 높아지고 역할을 잘 수행하게 되면, 증상이 줄어들면서 차츰 개선된 기술이 대신 자리를 잡는다. 또한 사회에서 그에게 차별대우를 하지 않고 도움을 준다면, 능력을 잘 발휘할 수 있고, 그래서 손상에까지 긍정적 영향을 끼칠 수 있다.

또한 분명한 것은, 손상단계에서 전통적인 치료적 개입에 의하여 병리현상이 제거되거나 증상이 감소된다 해도, 저하된 능력이 반드시 개선되는 것은 아니다. 즉 환각이 통제된다 해도 직장을 갖거나 학교에 갈 수 있는 것이 아니다. 또한 기술기능이 증가된다고 해서 반드시 증상으로부터 완전히 벗어나는 것이 아니다. 더구나 내담자에 대한 사회적 편견이 사라지는 것도 아니다.

따라서 이 모형은 내담자가 정신장애로부터 회복되기 위해서 받아야 할 서비스를 종합적으로 제시해 준다고 할 수 있다. 손상단계에는 기존의 치료활동이 필요하며, 능력장애단계와 불이익단계는 임상적 재활법과 사회구조적 재활법을 요한다. 그리고 각각의 개입은 서로 보완적으로 작용하면서 내담자를 회복시키는 요소들이 된다.

또 한가지 이 모형이 제시하는 점은, 치료(treatment)

3) 기능평가에는 2가지 정의가 사용되어 왔다. 하나는 적용적, 독립적 생활기술의 평가이며, 다른 하나는 행동을 통제하는 자극과 결과간의 관계에 대한 평가로서, 보통 기능적 분석(functional analysis)이라고 일컫는다(Yoman & Edelstein, 1994). 전자의 경우 신뢰롭고 타당한 기술의 평가를 위해 구체적인 행동들과 상황을 서술하므로서 후자와 혼동하기 쉬우나, 구별하여 사용하여야 한다.

표 1. 재활모형

단 계	손상(impairment)	능력장애(disability)	불이익(handicap)
정의	심리적, 생리적, 해부적 구조 또는 기능에 이상이 생긴 상태	인간으로서 정상적이라 할 수 있는 범위와 방식으로 행동을 수행하는 능력이 손상으로 인해 제한되고 결핍된 상태	특정 개인이 (손상이나 능력저하로 인하여) 불이익을 겪게 되는 것으로서, 그 개인의 정상적인 역할수행에 제한이나 장애가 가해지는 상태
예	환각 망상 우울	직무능력, 사교능력, 일상생활의 유지능력이 부족한 것	취업이 안되는 것 거주지가 없는 것
대표적 서비스	장애의 제거나 경감에 초점을 둔 임상적 치료법	개인의 능력과 환경적 지원의 개발에 초점을 둔 임상적 재활법	그 개인이 생활하고 있는 사회체계의 변화에 초점을 둔 사회구조적 재활법

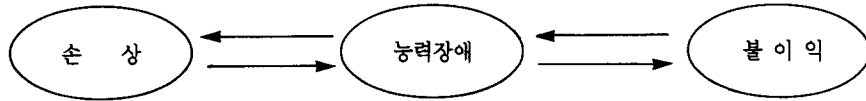


그림 1. 재활단계들의 관계

와 재활(rehabilitation)을 개념상 나누는 것이 바람직하다는 사실이다(Anthony, et. al., 1990). 물론 Liberman(1987)<sup>4)</sup>의 경우처럼, 치료를 확대 해석하여 재활을 치료의 일부분으로 간주하는 사람들도 있으나, 양자는 그 목표, 개입절차, 개입기술이 서로 다르므로, 이들을 구분하여야만 3단계에 따른 평가와 개입을 내담자에게 보다 철저히 제공할 수 있을 것이다. 치료 개입의 목표는 병리현상의 제거나 경감에 주력하는 반면, 재활법은 내담자의 능력을 강화시켜서 사회 속에서 만족한 삶을 살 수 있도록 하는데 목표가 있다. 따라서 전자가 질병의 최소화라고 한다면, 후자는 건강의 최대화라고 생각할 수 있다(Anthony, et. al., 1990).

그러므로 진단활동에 있어서도 각각이 추구하는 정보자료에 당연히 차이가 있게 마련이며, 진단의 시행절차와 사용도구가 달라진다. 치료를 목적으로 하는

전통적인 정신의학적 진단은 비록 DSM-III 이후, 정신장애를 지닌 사람들의 기능에 대한 전반적 정보를 어느정도 취급하기는 하지만, 여전히 주된 작업은 그들의 과거사와 증상에 기초하여 특정 진단군으로 범주화하는 일이다(Anthony, Cohen, & Nemeck, 1987).

반면 재활진단은 내담자로 하여금 자신이 원하는 특정환경과 역할을 수행하는데 필요한 기술기능을 평가하고, 더하여 그 기능이 수행되는데 도움이 되는 사회적 자원(social resource)을 평가한다. 이와 같이 정신의학적 진단과 재활진단은 각기 중요하게 여기는 정보가 있고, 그것을 시행하는 진단기술이 서로 다르다. 따라서 그러한 진단기술을 익히기 위한 기술훈련도 서로 다를 수밖에 없다. 그러나 치료와 재활이 상호보완적인 관계에 있듯이, 양자는 개인에게 시행되는 종합적인 서비스 측면에서 볼 때, 서로의 정보를 보충해주므로 각기 유용한 역할들을 하고 있는 것이

4) 국내에 김철권과 변원탄(1995a)의 번역서가 출판되었다.

다(Lukoff, Ventra, Nuechterlein, & Liberman, 1992).

요약하면 정신장애가 주는 영향은 3단계로 진행되며, 각 단계마다 필요한 진단활동과 개입절차가 서로 다르다. 그러므로 진단활동은 전통적 진단활동과 재활진단활동으로 나누어지며, 그에 따른 개입법은 치료법과 재활법으로 구분된다.

## 재활진단의 필요성

재활법의 목적은 정신장애를 지닌 사람이 전문가의 지원(support)을 최소한으로 받으며, 자신이 원하는 특정 환경 속에서 살아가고 배우고 일하는데 필요한 신체적 정서적 지적 기술을 수행할 수 있도록 하는 데 있다(Anthony, 1979). 따라서 재활진단의 주된 과제는 정신장애를 지닌 사람의 이러한 기술기능을 측정하는 기능평가가 된다.

재활법의 초기부터 많은 연구들이 정신장애를 지닌 사람들의 사회복귀는 그들이 가진 기술기능과 그것을 지원하는 사회적 자원에 의해 가능하다는 것을 확인해 왔다(Anthony, 1980; Anthony, Cohen, & Cohen, 1984; Anthony, Cohen, & Vitalio, 1978; Anthony & Jansen, 1984). 더하여 그들이 증상을 가지고 있음에도 불구하고 신체적, 정서적, 인간관계적, 그리고 지적인 여러가지 기술을 배울 수 있다고 보고하였다(Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier, 1987; Paul & Lentz, 1977). Anthony 와 Margules(1974)는 많은 연구들을 고찰한 후, 만성적 질환자들이 가진 오랜 병력이나 만성성이 그들의 기술습득을 방해하지 않는다고 결론 내렸다. 최근 연구들에서도 그들은 기술습득과 적용에 있어 높은 개선을 보여 주고 있다(Center for psychiatric rehabilitation, 1989).

이런 사실이 분명하다면 내담자의 재활을 위해서는 기술을 가르치고, 지원하는 것이 당연하다고 하겠다. 그러기 위해서는 그들에게 필요한 기술이 무엇인지를 알고, 그 기술의 상태가 어느 정도인지를 평가하며, 그에 도움이 될 수 있는 사회적 자원을 조사해야 한다. 그런 후에 기술기능에 관한 평가자료에 입각하여

개입절차를 계획해야 하는 것이다.

그러나 기존의 정신의학적 진단이 이러한 재활에 필요한 기술기능에 대한 정보를 주지 못하고 있다. 그 이유를 몇가지로 설명할 수 있는데, 첫째로, 정신과적 진단은 증상과 병리적 손상을 평가하여 의학적 진단명을 명명하는 것이 주된 관심이다(Anthony, et. al., 1987; Frey, 1984). 정신분열증의 경우, 비록 진단체계에는 진단기준으로서 특징적인 증상 이외에도 사회적 직업적 기능장애를 진단조건으로 하고 있어, 기능평가를 강조하고 있지만, 어디까지나 범주화와 예후를 알기 위한 것이다.

따라서 임상심리학자의 평가활동도 범주화와 예후에 국한되어 있다. 현재 임상심리학자들이 사용하고 있는 전통적인 평가 bat데리는 그 결과가 구체적 개입전략을 지적하지 못하고, 일반적인 진술에 머무르며(Corrigan, 1995), 지능검사, 적성검사, 성격검사의 점수들은 개인의 직업수행을 예언하지 못한다(Bidwell, 1969; Sturm & Lipton, 1967).

그런데 이보다 더 근본적인 문제는 개인이 가진 증상이나 진단명과 그의 기술기능 간에는 상관이 낮다는 사실이다. 일반적으로 증상을 지닌 사람은 으레히 생활기술이 부족할 것으로 믿어져 왔다. 한 연구(Townes, Martin, Nelson, Prosser, Pepping, Maxwell, Peel, & Preston, 1985)는 내담자들을 그들이 지니고 있는 각각의 기능상의 강점과 결함에 따라 6집단으로 나누고, 증상과 진단명으로 상관을 보았는데, 양자가 전연 독립적임을 발견했다. 또한 Dellario, Goldfield, Farkas, 및 Cohen(1984)은 입원한 내담자들을 대상으로 16가지 증상측정치와 19가지 다른 기능들과 상관을 내어 보았더니, 304가지 상관치 중에 오직 8개만이 통계적으로 유의미하였을 뿐이라고 했다. 그리고 약물치료가 증상에는 영향을 주지만 내담자들의 직업수행에 영향을 준다는 증거는 거의 없다(Englehardt & Rosen, 1976).

더 나아가 여러 연구들은 내담자들의 정신의학적 증상이 그들이 미래에 있어 직업을 가지고 독립적으로 생활하는 능력과 관계성이 약함을 보고하고 있다.(Center for Psychiatric Rehabilitation, 1989; Gaebel

& Pietzcker, 1987; Strauss & Carpenter, 1972; Wilson, Berry, & Miskimins, 1969). 마찬가지로 진단적 명명은 앞으로의 독립적 생활과 직업적 기능과 상관이 없다(Distefano & Pryer, 1970; Ethridge, 1968; Pietzcker & Gaebel, 1987). 따라서 증상과 진단범주를 통하여 그가 가진 현재의 기능이나 미래의 독립적 생활능력을 예언할 수 없는 것이다.

전통적 진단이 정신장애를 지닌 사람들의 기술기능을 측정하지 못하는 또 하나의 이유는, 정신의학의 진단체계가 정신장애를 지닌 사람들의 기술기능을 평가할 수 있는 도구를 갖추지 못하고 있기 때문이다.

물론 현재 사용하고 있는 진단체계인 DSM-IV에서는 기능의 전반적 평가(GAF: global assessment of functioning)를 하는 측5가 포함되어 있다. 그러나 사용목적이 분류에 있기 때문에, 실제로 내담자에게 도움을 줄만큼 구체적이지 못한 전반적인 측정도구이다(Farkas, O'Brien, Cohen, & Anthony, 1994).

이에 더하여 GAF척도 자체의 문제점들이 있기 때문에 측5의 사용을 보다 어렵게 하고 있다(Goldman, et. al., 1992). 즉 이 척도가 하나의 축에 심리적 증상과 사회적, 직업적 기능을 결합하고 있는 점이다. 따라서 측5와 측1이 높은 상관을 나타내고 있으며, 설명변인으로서 증상이 적응기능보다 측정치에 많은 영향을 주어, 적응기능의 의미를 분산시킨다. 그래서 “각 축이 상이한 범주의 정보를 준다”는 다축체계의 중심가치를 위반하고 있다는 것이다.

이와 관련하여 또 하나의 문제점은, GAF척도가 동시에 변화하지 않는 여러가지 차원을 하나의 평정척도에 통합시킨 점이 평정자를 혼란스럽게 하고 있다는 점이다. 즉 심리적 기능이 사회적 기능, 직업적 기능과 상관이 낮음에도 함께 평정하도록 함으로서 평정을 어렵게 만든다. 이상과 같은 이유로 해서 실제 임상현장에서는 GAF척도를 잘 사용하지 않고 있는 실정이다.

이러한 결함을 보완하기 위해 진단체계는 부록에 따로 사회적 직업적 기능척도와 인간관계 기능척도를 넣고 있다. 그리고 지시문에는 “어떤 기관이나 상황에서는 심리적 증상의 심각도와 독립적으로, 사회적

직업적 기능저하를 측정하여 재활에서의 진전과정을 추적하는것이 유용할 것이다”라고 쓰고 있다.

요약하면, 정신의학적 진단은 정신장애를 지닌 사람의 손상단계의 정보는 주나, 능력장애나 불이익단계에 대한 정보는 주지 않는다. 그 이유는 정신의학적 진단의 일차적 목적이 손상의 진단에 있기 때문이며, 한편으로는 현재의 진단체계가 능력장애나 불이익 차원을 진단하는 적절한 도구를 포함하고 있지 않는데 있다. 더 본질적인 문제는 손상단계에서 평가된 증상이나 진단명이 기술기능과 상관이 낮다는 사실이다. 또한 전통적 진단은 독립적 생활과 직업 등의 재활결과를 예언하지 못한다. 그러므로 재활법에는 고유의 진단체계가 필요하다.

## 재활진단의 원리

재활진단은 그 절차에 있어, 재활법이 지향하는 기본적 가치(Cohen & Anthony, 1984; Farkas, Anthony, & Cohen, 1989)를 따라 진행된다. 따라서 재활진단은 다음의 9가지 원리들을 포함한다.

### 1) 인간지향(person orientation):

질병에 초점을 두지 않고 인간에게 초점을 둔다. 즉 개인을 볼 때 질병의 증상을 나타내는 사례로서가 아니고, 내적인 힘과 원하는 것을 지닌 사람으로서 전인적으로 보아야 한다는 믿음을 중요시한다. 그러므로 재활진단은 개인의 신체적, 정신적, 지적기술과 그 기술에 대한 환경의 요구를 함께 포함하는 종합적 평가이다.

### 2) 자기결정(self-determination):

내담자 본인의 결정과 선택을 중요시한다. 재활절차는 그가 어디에서, 무엇을 하며, 누구와 함께, 언제까지 살 것인지를 스스로 선택할 수 있도록 돕는다. 이것은 모든 인간은 자기통제력과 성장잠재력을 지니고 있으며, 그 능력을 길러 주는 것만이 회복의 길이라는 믿음에 기초한다. 이러한 관점은 내담자들은 자

신이 진정으로 원하는 것이 무엇인지를 알지 못한다거나, 어떤 결정이나 선택도 할 능력이 없을 것이라고 믿는 사람들에게는 낮은 일일 것이다. 내담자들은 자신이 원하는 것을 정확하게 알고 있으면서도(Ball & Havassy, 1984), 선택능력이 없는 것은 치료환경 자체가 생애결정을 하는 능력과 숙련성을 빼앗기 때문이다(Ryan, 1976). 따라서 재활진단은 내담자의 변화에 대한 욕구와 부합하여야 하며 그 욕구를 성취하게 도와주어야 하는 것이어야 한다.

### 3) 참여(involve):

모든 재활절차에 내담자가 참여하도록 하는데 초점을 두며, 자신이 선택한 것을 열성적으로 성취하도록 동기화시킨다. 이것은 내담자 자신이 자신의 회복을 책임진다는 것을 의미한다. 또한 모든 평가 자료는 전문가와 내담자가 공유하므로 그 타당성과 수용 여부를 확인한다.

### 4) 개별화(individualization):

내담자들마다 각기 독특한 차이점을 가진 것을 인정한다. 즉 모든 재활절차를 개인의 특정한 필요와 원하는 것에 맞추어야 한다. 마찬가지로 개별화는 평가가 개별 수준에서 이루어져야 한다는 것을 말한다.

전통적 치료에서는 모든 내담자에게 똑같은 목적을 가지고 있다. 즉 퇴원하는 것, 공격적 행동을 줄이는 것, 약을 잘 먹는 것, 환청을 경감시키는 것, 등이다. 그러나 이것은 치료자 입장에서의 전반적인 목표이지 내담자의 개인차에 따른 개별적인 목표가 아니다. 각 사람은 원하는 것이 다르고, 장애를 극복하는 과정이 차이가 나며, 좋아하는 독특한 학습양식과 인간관계가 있다(Farkas, et. al., 1994). 이것이 무시될 때 내담자가 치료나 재활절차에 적극 참여하지 않을 것이며, 그 성과도 실망스러울 것이다.

### 5) 기능하기(functioning):

일상생활에서의 활동의 수행에 초점을 둔다. 재활의 목표는 증상감소나 통찰의 개발이 아니라, 내담자의 기능개선에 있다. 기술기능은 구체적인 행동단위

(behavior unit)로 정의되고 평가되어야 한다. 재활진단이 이러한 특성들을 가질 때, 내담자의 구체적 생활개선을 지향하는 재활법에 필요한 진단활동을 할 수 있다.

### 6) 환경적 특정화(environmental specificity):

실제 세계 속에서 개인이 살고 배우고 일하고 사회적 관계를 갖는 구체성에 초점을 둔다. 기능개선을 위하여 재활진단은 일반적인 환경이 아니라, 구체적인 환경을 선택한다. 이것을 강조하는 이유는, 상황이 사람들의 기술기능을 나타내게 하는데 큰 역할을 하므로, 환경에 따라 다르게 행동을 보일 수 있다는 점이다. 마찬가지로 정신장애를 지닌 사람들이 병원에서 보이는 적응기능과 밖에서 보이는 기능간에는 상관이 없다(Ellsworth, Foster, Childers, Arthur, & Kroeker, 1968). 또한 서로 다른 기능영역들 간에는 서로 상관이 적기 때문에(Avison & Speechley, 1987), 전반적인 환경에서, 전반적인 기능을 개선하려고 하는 목표는 이루어질 수 없는 것이며, 방향을 잃고 있는 격이다. 재활진단은 환경을 초점화하고, 그것과 관련된 기능을 초점화해서 진단한다. 이 환경은 또한 치료적 환경이기보다 자연적 환경(natural environment)이어야 한다.

### 7) 성과지향(outcome orientation):

개인이 가치롭게 여기는 구체적 결과를 중요시하며, 그것에 미친 영향에 따라 재활결과를 평가한다. Anthony, Cohen, 및 Kennard(1990)는 정신건강전문가들이 봉사를 함에 있어 성과 지향적이어야 하며, 이것이 기능평가의 기초가 되어야 한다고 했다. 전통적 성과측정치는 대부분 재입원율이나 재발율이었다. 이유는 그 측정치들이 쉽게 객관화되고, 드러난 경제적 이득이 있고, 유사한 연구측정치를 비교 가능하게 하기 때문이다(Athony & Farkas, 1982). 그러나 Anthony(1979)는 이러한 연구들은 내담자의 삶의 질을 무시하는 결과를 낳았다고 지적했다. 그리고 기존의 성과기준은 그 범위가 협소하고 제한적이므로 새로운 개념이 필요하다고 강조하고, 재활성과의 기준들을 부

가적인 지표로서 제시했다. 이러한 지표들이 프로그램의 평가와 개발의 기초자료가 된다.

8) 지원(support): 개인의 기능개선은 기술개발에 의해서만 가능한 것이 아니라, 자원개발에 의해서도 가능하다. 즉 환경을 개인의 필요에 적합하게 만들어 주므로써 개인의 기능을 개선할 수 있다. 구체적으로 그가 필요로 하는 인적자원, 물적자원 및 기회 등을, 개인이 필요로 하고 원하는 만큼 친절하게 제공한다. 그러므로 재활진단에서는 그에게 도움이 될 수 있는 모든 환경적 자원을 평가한다.

9) 성장잠재력(growth potential): 누구든지 적합한 기회와 지원을 받으면, 기능과 신분을 개선시킬 수 있는 타고난 능력을 지니고 있다고 가정한다. 고로 효율적인 기능평가는 내담자의 능력결함 뿐아니라 할 수 있는 것을 알아봄으로서 평형적이며 현실적 모습을 들어낸다.

### 재활진단의 절차

현재 정신사회 재활분야에는 크게 두 가지 종류의 접근방법이 있다(Munich & Lang, 1993). 즉 Liberman과 동료들의 재활치료와 Anthony와 동료들의 재활법인데, 양자는 재활의 중심적 가치에 대해서는 대체로 의견을 같이하고 있다. 그러나 전자가 치료와 재활을 결합시키고 있는 반면, 후자는 그들을 구분하고 있다. 이 차이는 재활진단의 절차에서 그 초점을 다르게 만들기 때문에 양자의 재활진단 절차가 달라진다.

진단절차의 차이를 설명하면, Liberman과 동료들의 진단절차(Kuehnel & Liberman, 1987; Liberman, Dèrissi, & Mueser, 1989<sup>5)</sup>)는 사회적 표준을 평가기준으로 사용하여 내담자의 모든 기능영역을 다면적으로 평가한다. 따라서 평가대상이 되는 기능영역에는 당

연히 증상영역도 포함되며, 위생관리, 독립적인 생활 능력, 사회기술 등 다양한 기능영역이 포함된다. 이러한 각 기능영역별로 사회일반에서 정상적이라고 여기는 수행방식과 수준을 객관적인 비교기준으로 삼아서, 개인의 기능의 정도를 평가한다. 이 경우 평가의 결과는 내담자에게 문제되는 것이 무엇인가를 규명하는 것이 되며, 문제내용은 당연히 고통을 주는 증상이거나 또는 그의 열등한 기능들이기가 쉽다.

이러한 방식으로 내담자에게 문제되는 것이 무엇인가를 먼저 규명하고, 그것을 바탕으로 임상적 치료목표와 재활목표를 결정한다. 이때 치료목표는 증상을 경감시키는 것이며, 재활목표와 계획은 치료목표가 달성된 후에 설정한다.

이러한 이유로, 그들은 정신병리학과 증상을 측정하는 것이 재활법에도 매우 중요하다고 주장한다. 즉 증상측정을 재활활동의 준비도와 프로그램의 선택에 필수적인 것으로 생각하고 증상평가를 재활법에 통합하려 한다(Lukoff, et. al., 1992). 따라서 병원장면에서의 치료와 연계된 재활을 보다 강조한다.

한편 Anthony와 동료들(Anthony, et. al., 1990; Cohen, Farkas & Cohen, 1987)의 진단절차는 이와 달리 개인적 기준을 평가기준으로 사용하며, 내담자의 모든 기능영역을 다면적으로 평가하는 것이 아니라, 개인의 목표에 한정하여 목표달성에 필요한 기능만을 촛점적으로 평가한다. 따라서 기능평가를 하기 위해서는, 먼저 개인의 욕구와 바램을 탐색하여 그가 재활목표를 선택하도록 하는 절차가 필요하다. 내담자의 선택에 의하여 재활목표가 확정되면, 그것을 달성하는데 필요한 기술기능과 자원을 평가하며, 각각에 있어서의 강점과 약점을 분석한다. 따라서 기능수행의 정도를 사회적, 개관적 기준과 비교하여 평가하지 않으며, 개인이 설정한 구체적인 목표의 달성과 관련하여 평가한다. 예를 들자면, 'A기능의 경우, 개인의 목표달성에 필요한 정도의 70%를 수행하고 있다'는 방식으로 평가한다.

평가방법은 촛점적이며 전인적이다. 그리고 이 점

5) 국내에 김철권과 변원탄(1995b)의 번역서가 출판되었다.



근은 지역사회 서비스기관이나 통원 내담자의 재활에 보다 비중을 두고 있다. 병원에서 배운 기술이 밖의 지역사회에서 일반화되지 않기 때문에 병원장면에서만 재활개입 보다 지역사회속의 적응과정을 중요시 여긴다.

Vaccaro, Pitts 및 Wallace(1992)는 위의 두 접근을 절충하고 있다. 그들은 재활을 위한 기능평가는, 아래의 4가지 영역에 대한 정보를 수집하고 통합하고 해석하는 과정이라고 했다.

① 개인이하기를 원하는 구체적인 사회적, 직업적, 도구적 역할.

② 원하는 역할을 하기 위하여 내담자가 해야 할 필요가 있는 대응기술과 능력.

③ 대응기술과 능력의 습득을 방해하는, 그래서 의학적 개입을 요하거나, 환경적 지원을 요하는, 구체적인 정신의학적, 인지적, 의지적 손상.

④ 내담자가 원하는 역할수행 능력을 강화하거나 저해하는, 구체적 환경적 요구나 지원.

그들은 또한 강조하기를, 위의 영역들은 위계적인 것이며, 기능평가를 할 때, 첫번째의 영역인 개인이 원하는 역할에 대한 평가가 출발점이 되어야 한다고 했다. Yoman과 Edelstein(1994)도 내담자가 이루어야 할 재활의 성과목표를 정하고 기능평가에서 그 목표를 확인하는 일부터 시작할 것을 권하고 있다. 이렇듯 기능평가의 절차에 대한 대체적인 의견은, 내담자가 원하는 삶의 역할과 일치하는 재활목표를 먼저 결정하고, 그 다음 그것을 성취하기 위한 기술과 능력을 평가하는 방식을 권하고 있다.

따라서 이하에서는 대표적으로 Anthony와 동료들이 사용하는 기능평가절차를 소개하고자 한다. 그들의 기능평가절차는 체계적인 면접방식으로 진행된다. 즉 별도의 기능평가척도나 검사지가 마련되어 있는 것이 아니라, 숙달된 면접자가 일련의 보조적인 면접 도구를 사용하여 체계적으로 면접을 수행하므로써 이루어진다.

Anthony와 동료들이 사용하는 기능평가절차는 재활프로그램 자체의 한 부분으로 포함되어 있어서, 재활과정 전체와 연계성을 가지고 있다는 장점이 있으

며, 또한 기능평가자를 훈련시키는 매우 체계적이며, 상세하게 짜여진 훈련프로그램과 도구가 마련되어 있다. 그들의 훈련도구는 훈련자지침서, 훈련도물, 실습 교재, OHP, 녹음테이프, 녹화테이프 등으로 구성되어 있다.

이 프로그램의 재활진단은 3가지 요소들로 구성되어 있다. 즉 1) 전반적 재활목표 설정(setting an overall rehabilitation goal), 2)기능평가(functional assessment), 3)자원평가(resource assessment), 등이다. 그 절차에 있어서는 기능평가요소와 자원평가요소를 평가하기 전에 먼저 전반적 재활목표를 수립한다. 재활목표가 설정되면 그 목표를 달성하기 위한 기능기술과 자원을 평가한다. 본 글에서는 이들 중 기능평가요소를 보다 상술할 것이다.

### 1. 전반적 재활목표 설정 절차

정의: 전반적 재활목표 설정이란 내담자가 앞으로 6개월 혹은 2년 동안 살고, 배우고, 일하며, 사회생활을 할 특정환경과 특정역할을 선택하는 것이다.

즉 내담자가 얼마동안 어디에서 어떤 역할을 하면서 살기를 원하는가를 선택하는 과정이다. 이는 내담자가 구체적인 환경과 관련하여 자신의 욕구를 선택하는 것이기 때문에 개인의 자기결정과 책임을 강조하는 것이다. 목표설정은 개입성과에 크게 영향을 준다(Smith, 1976). 그러므로 진단절차는 한사람에게 기대되는 재활목표에서 시작해서, 그 다음 기능평가와 개입프로그램을 시행하는 방식으로 돌아서 작업해야 한다(Yoman & Edelstein, 1994).

재활목표가 일단 설정되면 이것은 기능평가의 기초가 된다. 만일 내담자가 장기적인 목표를 거론하면, 단기적 목표부터 접근하기를 지도한다.

전반적 목표설정의 절차는 다음 4단계를 따라 진행한다.

① 내담자와 결속하기(connecting with clients): 내담자와 친밀한 결속관계를 수립하는 것.

② 재활준비도를 평가하기(assessing rehabilitation readiness): 내담자의 변화에 대한 관심과 상황에 대한 인식에 따라 재활개입의 준비도를 평가하는 것.

③ 선택 가능한 환경들을 기술하기(describing alternative environments): 내담자가 살고, 배우고, 일하며, 사회생활을 할 수 있는 가능한 장소들에 대해 정보를 체계적으로 수집하는 것.

④ 내담자의 개인적 기준을 확인하기(identifying personal criteria): 선택가능한 환경들을 평가하기 위해 내담자가 원하는 사적 표준을 확인, 기술하는 것.

⑤ 목표를 선택하기(choosing goal): 앞으로 6개월에서 2년동안 내담자가 살고 배우고 일하며 사회생활을 하고 싶어하는 환경을 선택하는 것

이러한 단계들을 통하여 설정된 전반적 재활 목표의 예는 다음과 같다: (예1) 김\*\*는 앞으로 6개월 동안 집에서 가족과 더불어 살고 싶다, (예2) 박\*\*는 앞으로 1년 동안 컴퓨터학원에 다닐 것이다, (예3) 이\*\*는 내년 12월까지 형님 가게에서 일하기를 원한다.

## 2. 기능평가 절차

정의: 기능평가란 특정환경 속에서 성공적이고 만족스럽게 살기 위해 필요한 중대한 기술과 내담자가 수행할 수 있는 능력을 알아보는 것이다.

전반적 재활목표가 결정되면, 이것을 성취하는데 요구되는 중대한 기술(critical skills)을 평가하게 된다. 즉 이 재활목표를 달성하는데 어떤 기술이 필요하며, 현재 어떻게 사용하고 있는가를 측정하는 것이다. 전반적 재활목표가 재활진단에 필수적인 것이지만, 그것은 성취해야 할 결과이지, 구체적으로 어떤 행동을 해야 하는지를 말해주지는 않는다. 즉 집에서 잘 지내는 것을 전반적인 목표로 할 수 있으나, 식구들과 대화하는 것, 집안일을 하는 것에 대해서는 언급이 없다. 그러므로 중대한 기술의 수행이 전반적 재활목표의 하위목표 내지 도구적 목표가 되며, 내담자가 해야 할 구체적인 재활목적들인 것이다.

선택한 환경에서 요구하는 중대한 기술들이 결정되면, 중대한 기술의 사용이 어떤 것인지를 관찰될 수 있는 행동과 상황과 빈도(예: 언제, 어디서, 무엇을, 누구와)로서 분명히 서술해야 한다. 기능평가는 기술이 행동적으로 정의되는 것이 바람직하며, 행동적 측

정단위를 가질 때, 보다 효용성이 있는 측정이 될 수 있다(Cohen, et. al., 1987). 그 다음 내담자가 이 기술을 사용하는 능력수준을 평가하여, 목표달성에 필요한 기술과 내담자가 가진 현재의 기술과의 간격을 측정한다.

이 과정을 통하여 내담자가 가진 도구적 행동수행에서 강점과 약점을 알게 된다. 강점에 대한 이해는 그의 자신감을 증가시키고, 약점에 대한 이해는 특정 기술의 필요성을 지적한다. 그러므로 기능평가 과정은 내담자로 하여금 전반적 목표를 성취하는데 있어 자신의 강점과 약점을 포괄적으로 알게 하고, 무엇이 개발될 필요가 있는가를 인식하게 한다. 이 모든 과정에서 기능평가는 내담자의 관점을 중심으로 논의해야 한다. 즉 내담자가 자신을 충분히 탐색하고 이해할 수 있도록 도와준다. 기능평가의 절차는 다음 4단계를 따라 진행된다.

1) 내담자를 지도하기(coaching the client): 내담자의 탐색과 이해를 촉진시키는 과정이며, 기능평가 전체 과정을 통해 수행되는 활동이다. 다음의 4가지 활동이 포함된다.

① 오리엔팅: 내담자에게 기능평가 활동의 내용과, 시행하는 이유, 그리고 평가활동 동안에 전문가와 내담자가 해야할 과제에 대해 설명한다.

② 정보를 물어보기: 개방적 질문과 직접적 질문을 사용하여 각 평가요소에 필요한 정보를 탐색한다.

③ 이해함을 나타내기: 전문가가 내담자의 생각과 감정, 사적인 의미에 대해 반응 해준다.

④ 의견차이를 말하기: 내담자에게 필요한 기술목록을 선택하거나 또는 그 기술을 사용하는 수준에 대해, 내담자의 판단과 다른 전문가의 생각을 말해준다.

2) 중대한 기술들을 열거하기(listing critical skills): 특정 환경 안에서 성공적이고 만족스럽게 살기 위해서, 내담자가 사용할 필요가 있는 가장 중요한 기술들을 열거하는 것이며, 다음의 3단계를 따라 진행한다.

① 환경에서 요구하는 행동을 추론하기: 예로서 말

거진 집안일을 하는 것, 약을 먹는 것, 약속 장소에 가는 것, 몸을 깨끗이 하는 것, 남이 말할 동안에 경청하는 것, 등을 들 수 있다. 여기에서 유의해야 할 점은 행동을 안하기보다 대안행동하기를 선택해야 한다는 점이다.

② 자신에게 중요한 행동을 구체화하기: 예로서 형님에게 내가 느끼고 있는 것을 말하는 것, 아버지와 시간을 같이 보내는 것, 매일 30분씩 운동하는 것, 매일 한번씩 산보하는 것, 등을 들 수 있다. 이러한 행동들은 환경에서 요구하는 것이 아닌, 내담자 자신이 필요하다고 느끼는 행동이다. 이를 알기 위한 한가지 방법은 최근의 안 좋았던 경험과 그 이유, 그것을 좋게 할 수 있는 행동이 무엇인가를 탐색하는 방법이다.

이러한 방식으로 전반적 재활목표를 달성하기 위해 자신이 중요하다고 생각되는 행동을 그것의 영향과 현실적인 측면을 고려하여 선택하고, 전 단계에서의 '환경에서 요구하는 행동'에 대한 평가결과와 종합하여, 그 중 우선적인 몇 가지를 중대한 기술로 결정한다.

③ 중대한 기술의 강함과 약함을 분석하기: 예로서 집안일 하기(+), 전화하기(+), 메모를 기록하기(-), 등으로 기록한다. 여기에서, (+)는 강함, 즉 현재 수행하고 있는 기술, (-)는 약함, 즉 현재 수행하지 않고 있는 기술을 의미한다.

3) 기술사용을 서술하기(describing skill use): 특정 환경에서 필요로 할 때, 내담자가 그 중대한 기술들을 사용하는 방식을 설명하는 것이며, 다음의 3단계를 따라 진행한다.

① 행동을 정의 내리기: 예로서 '직무와 관련된 과업시간표짜기'라고 서술한다.

② 상황을 서술하기: 예로서 '매주 일요일 저녁에 일주일 동안 해야 할 직장에서의 과업목록을 작성하고, 과업의 우선 순위를 결정하여, 과업시간표로 짜서 기록하는 것'으로 서술한다.

③ 빈도를 확인하기: 예로서 '일요일 저녁에 일주일 일을 시간표로 짜서 기록한 날의 월당 횟수'로 기술사용의 빈도를 정의한다.

4) 기술기능을 평가하기(evaluating skill functioning): 내담자가 중대한 기술들을 사용할 수 있는 가장 높은 수준을 측정하는 것이며, 다음 3단계를 따라 진행한다.<sup>6)</sup>

① 평가절차를 고안하기: 무엇을 어떻게 얼마동안 평가할 것인가를 결정한다.

② 평가도구를 만들기: 도구의 종류를 선택하고 사용자지침과 관찰항목 평정방식을 결정한다. 이때, 이미 갖추어진 표준도구들을 사용하되 개별적 내담자에게 맞도록 조정하여 사용한다. 이미 갖추어진 평가도구로는 체크리스트, 구조화된 형식의 면접기록지, 역할연기 수행자본 등이 있다.

③ 기능을 3가지 수준에서 평가하기: 3가지 수준이란 다음과 같다. (1) '자연적인 기술사용'은, 실제상황에서 자발적으로 수행하고 있는 정도를 평가하는 것이며, 요구되는 수준과 현재의 수준, 각각을 평가한다. (2) '촉구된 기술사용'은, 실제상황에서 타인이 하도록 권하면 수행하는지의 여부를 평가하는 것이다. (3) '행동수행'은, 유사한 상황에서의 역할연기에서 보이는 수행수준을 평가하는 것이다.

### 3. 자원평가 절차

정의: 자원평가는 중대한 기술기능을 배우고, 잘 사용할 수 있도록 하기 위하여 필요로 하는 중대한 자원(critical resource)을 평가하는 것이다.

그러므로 자원평가는 기능평가의 필수부분이다. 재활전문가는 내담자와 함께 그가 자신이 선택한 환경속에서 성공적으로 중대한 기술을 사용하기 위해 필요로 하는 사람들, 장소들, 물건들, 활동들을 열거하고 서술한다. 이때 물론 자원은 환경의 요구사항과 개인의 욕구에 근거해서 열거된다.

6) 부록1에 구조화된 형식의 면접기록지를 사용하여 기술기능을 평가한 예를 수록하였다.

DSM-IV에서도 축4에서 내담자의 환경적 요인을 강조하고 있으나, 정신사회적 환경적 스트레스가 되는 문제를 알아보는 것이지, 내담자에게 도움이 될 수 있는 환경을 평가하는 것이 아니다. Skodol(1991)은 축4가 개선되기 위하여서는 나쁘게 영향을 주는 문제에 더하여, 사회적 지원과 환경적 자원을 평가하는 척도를 첨가하기를 제안하고 있다. 또한 축4가 단지에 후적 중요성의 측면이 아닌, 치료를 계획하는데 초점을 맞추어 사용할 수 있도록 되어야 한다고 권했다.

일단 필요한 자원이 서술되면, 자원이 주는 현재의 지원수준과 필요한 지원수준을 평가하게 된다. 중대 자원은 평가절차에서 관찰될 수 있는 자원의 성격과, 사용상황이 분명하게 진술되는 방식으로 서술된다. 내담자에게 가용한 자원의 이해는 그가 특정환경에서 성공하는데 의존할 수 있는 자원을 분명히 알 수 있게 하며, 또한 가용한 자원의 결핍은 특정자원의 개발필요성을 지적하는 것이다.

자원평가는 다음 4단계를 따라 진행된다.<sup>7)</sup>

- ① 내담자를 지도하기(coaching the client): 내담자의 탐색과 이해를 촉진시킨다.
- ② 중대한 자원을 열거하기(listing critical resources): 내담자가 전반적 재활목표를 달성하기 위해 필요로 하는 중대한 지원자원들을 열거하는 것이다. 예로서 목표달성과 관련되어 도움을 받을 수 있는 친구, 부모의 칭찬, 용돈 혹은 생활비, 교통편 제공 등의 자원을 열거할 수 있다. 그리고 이러한 자원에 대하여 현재의 지원수준과 필요한 지원수준을 평가한다. 그리고 각각의 자원의 강점과 약점을 평가한다.
- ③ 자원사용을 서술하기(describing resource use): 특정환경에서 필요로 할 때 내담자가 중대한 자원들을 사용하는 방식을 설명한다.
- ④ 자원사용을 평가하기(evaluating resource use): 내담자가 중대한 자원을 사용할 수 있는 가장 높은 수준을 측정한다.

## 기능평가의 도구

기능평가에서 사용하는 방법들은 다양하다. 흔히 사용되는 방법은 다음과 같다.

- ① 면접법: 내담자와 가족을 면접한다. 이때 준비된 면접기록지를 활용한다.
- ② 행동관찰: 면접 중의 행동, 자연환경에서의 행동, 역할연기 중의 행동을 관찰한다.
- ③ 자기감찰: 내담자가 자신의 행동을 관찰하고 평가한다.
- ④ 검사실시: 표준화 검사, 질문지, 행동수행 체크리스트 등을 작성한다.
- ⑤ 기록검토: 과거병력과 치료에 대한 기록을 검토한다.
- ⑥ 사회활동지표: 각종 자격증, 운전면허증, 은행통장, 성적표 등을 검토한다.

이들은 대부분의 재활전문가들이 사용하는 방법들이나, 각자의 편리와 선호에 따라 사용비중이 다르다. 특히 검사법과 면접법의 상대적인 사용비중은 기관의 사명과 특성, 재활전문가 인력, 시간, 재활대상 등의 여건에 따라 결정되어질 수 있다. 따라서 면접도구를 주로 사용하고 검사도구는 면접의 보충자료로 사용하는가 하면, 시간과 인적자원을 고려해서 검사도구를 많이 실시하고 면접을 최소화 할 수도 있다.

그러나 검사법은 시간과 비용면에서 이득이 있지만, 한정된 자료만 제공한다는 단점이 있으므로, 풍부한 자료를 줄 수 있는 면접법이 우선적으로 추천된다(Anthony, et. al., 1987). 내담자의 기술기능 부족이, 전에도 그런 기술을 가져 본 적이 없기 때문인지, 전에는 배웠는데 지금은 없는 것인지, 기술수행 상황이 주는 불안 때문인지, 동기화 혹은 흥미의 결여가 수행을 잘못하게 하는지를 검사만으로는 알 수가 없다는 것이다(Cohen & Anthony, 1984).

정신의학 분야에는 그 동안 수많은 평가도구가 개발되었고, 기능평가에 사용할 수 있는 도구들도 재활 관련 문헌들 속에서 소개되었다(Anthony & Farkas,

7) 부록1에 구조화된 형식의 면접기록지를 사용하여 자원평가를 수행한 예를 수록하였다.

1982; Vaccaro, et. al., 1992; Wallace, 1986). 그러나 이 문헌들의 결론에 따르면, 재활진단에서 포괄적인 기능평가를 할 수 있는 만족한 검사도구나 면접절차 도구가 없다는 것이다. 즉 기존의 도구들이 재활평가에 필요한 특성들을 가지고 있지 않으며, 도구에 대한 설명, 대상집단, 타당도와 신뢰도에서 구성성이 결여되어 있다고 지적하고 있다. 그 중에서도 가장 큰 한계성은 환경특수성의 결여이다(Farkas, et. al., 1994). 즉 기존의 검사들의 경우 표준화의 필요성 때문에 특정환경이 아닌 보편적인 환경과 관련된 정보만 주고 있다.

이러한 정보는 결국 내담자가 가진 재활목적 속의 특정환경이 요구하는 기술과 어떤 관련성을 맺지 못하기 때문에, 실제 내담자의 재활절차에서 크게 도움이 되지 않는다. 일반적인 기능측정을 가지고는 개인차가 난다 해도 개인이 원하는 성과목적과 연결을 지우기 어려운 것이다. 그래서 이런 검사들을 사용하려면 대략적인 방식으로 사용해서, 여기서 나온 정보에 의해서 다시 환경 특정적 정보를 구하는, 부분적인 자료로 사용하는 것이 바람직하다(Anthony, et. al., 1987). Vaccaro 등(1992)도 내담자의 기능이 가지고 있는 가변성이 크기 때문에, 개인적이며 환경관련적인 정보를 줄 수 있는 기능평가가 필요하다고 했다. 이러한 이유로, 구체적 환경에 적합한 평가도구들을 개발하려는 노력이 있어 왔으나, 그 종류는 많지 않다.

현재로는 하나의 특정 재활프로그램 속에 일부로서 포함된 평가도구들이 가장 바람직하다. 그 예를 들면, 앞부분에서 설명한 Boston대학의 Center for Psychiatric Rehabilitation에서 개발한 재활정신의학 훈련기술 팩케지(Psychiatric Rehabilitation Training Technology Package)의 기능평가절차와, UCLA의 Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation에서 개발한 것으로, 독립적인 사회생활 기술들을 가르치는 모듈(Social and Independent Living Skills Module)에서 사용하는 있는 기능평가절차가 있다.

현재와 같이 기능평가의 도구가 부족한 상황에서, 재활진단을 할 때에, Vaccaro 등(1992)은 다음과 같은

방식으로 기능평가 도구를 사용할 것을 제안 하고 있다.

① 만일 기능평가의 목적이 재활에 필요한 생활기술의 넓은 영역을 결정하는 것이라면, 보다 종합적이고 포괄적인 도구 한 두 가지가 적합하다.

② 만일 목적이 재활계획의 초점이 되는 행동을 뽑어내는 것이라면, 보다 구체적인 도구가 적합하다. 그러나 측정도구로서의 적합성을 가진 이런 도구가 많지 않다.

③ 재활계획에 가장 적합한 평가절차는 특정 평가 도구 자체가 바로 전체 재활절차의 한 부분인 평가 도구를 사용하는 것이다.

④ 대부분의 현장에서 가장 바람직하게 사용할 수 있는 패키지는 한 벌의 도구가 전체적인 행동과제에서부터, 내담자가 실제로 수행하는 과제를 다 포함하는 것이다. 이런 도구는 개별적인 내담자와 프로그램에 맞도록 하여서, 그의 욕구와 목적, 그리고 재활법에 일치해야 한다.

결론적으로, Frey(1984)의 견해, 즉 “한가지 측정치를 가지고 재활과정에 중요한 모든 것을 파악하려는 시도는 걸치레일 뿐이다”라는 말은 평가도구의 한계성을 잘 대변해 주고 있다.

## 논의 및 결론

기능평가는 정신장애를 지닌 사람들에 대한 전인적 이해를 가능하게 한다. 그들이 가진 생의 목적과 원하는 역할에 따라서 심리적, 지적, 사회적 능력을 탐색한다. 내담자들이 재활법을 통하여 얻는 이득은 이 기능평가가 얼마나 정확하게 잘 파악된 것인가에 따라서 좌우된다.

이러한 기본적인 중요성 이외에도, 기능평가는 부가적 이득을 주고 있는데, 한가지는 기능평가의 기초가 앞에서 서술한 재활철학에 있기 때문에, 한 전문분야 사람들만이 아니라 다른 전문가들 간에, 또 기관과 기관사이에 의사소통을 증가시키고, 내담자와 가족과도 대화가 원활하게 했다는 점이다. 다른 하나는

기능평가 과정자체가 내담자 자신이 환경을 얼마나 통제할 수 있는가에 대한 지각을 변화시킨다는 것이다(Cohen & Anthony, 1984). 그리하여, 결과에 대한 기대감, 내지 자기-효능감을 높여서 내담자로 하여금 자기의 회복에 보다 적극적인 역할을 하게 동기화시킨다. 더구나 기능평가가 기술을 가르치는 개입프로그램과 바로 연결되어 있으므로 기능평가과정은 내담자에게 직접적이고, 참여적이며, 종합적인 경험을 갖게 한다.

그러나 미국의 경우에도 정신보건분야에서 기능평가의 가치가 이렇게 인정되면서도, 정규적인 임상실행이 되도록 보급되는 속도는 빠르지 않다. 그 이유는 재활법 자체가 우선 그 동안 현장에서 많이 운용되지 않았기 때문일 것이다. 그리고 기능평가 자체의 문제점으로는, Vaccaro 등(1992)이 지적한바와 같이, ① 기능평가를 하기에는 불충분한 시간과 불충분한 전문가자원 ② 평가원리와 도구 사용에 훈련부족 ③ 특정한 내담자들과 특정한 기관들에게 가장 적합한 평가도구를 선택할 수 있게 하는 안내서의 부족 등을 들 수 있다.

이제 이러한 상황을 고려하면서, 우리나라의 정신보건분야에서 기능평가를 시행하는 문제를 생각해 보고자 한다. 첫째로, 우리나라의 임상현장에서 재활법이 수용되고 보급되는 것이 우선 필요하다. 기능평가가 재활정신의학이 실천되지 않고 있는 현장에서 별개의 것으로 시행될 수는 없기 때문이다. 두 번째로, 기능평가 도구의 개발문제다. 외국에서 사용하고 있는 도구들을 우리가 쓸 수 있는 것으로 수정, 보완하는 작업이 필요하다. 세 번째로, 평가도구가 마련되면 기능평가 전문가의 훈련이 체계적으로 실시되어야 한다. 기존의 심리평가 업무와 마찬가지로 기능평가 활동도 철저한 훈련과 감독 없이는 수행될 수 없다.

여기에서 제기되는 문제점은, 기능평가를 함에 있어서 내담자에게 대하여 각 기능 영역별로 책임자가 나누어 평가 할 것인가, 아니면 한사람의 기능평가자가 전체를 다 할 것인가 하는 점이다.

한가지 방식은 Liberman과 동료들이 운용하고 있는 방식이다. 즉 기능평가는 특정 분야의 사람의 것

이 아니고, 여러 학문분야가 재활팀에 참여하여 협조한다. 즉 각각의 특정 평가과제를 팀 구성원 중 적합한 사람들에게 맡기고, 선임감독자의 감독과 구성원들 간의 의사소통을 통하여, 기능평가를 통합하는 것이다. 그런 후에 전체적인 재활계획을 세우며, 각 분야별로 개입하면서 지속적으로 체크한다(Vaccaro, et. al., 1992).

반면 Anthony와 동료들의 방식은 이와 다르다. 즉 한사람의 기능평가자가 평가 후, 그 자료에 근거해서 위급성과 동기수준, 성취 용이성의 기준에 따라, 우선적으로 필요한 기술과 자원개발 대상을 확인하고, 각각을 위한 구체적 개입방법을 확인한다. 그리고 각 개입프로그램을 제공할 책임을 질 알맞은 사람들을 그 기관의 여러 전문분야 사람들 속에서 확인해서 팀을 조직하고 맡긴다. 이 팀은 함께 지속적으로 내담자의 기능수준을 체크하고 논의한다(Anthony, et. al., 1990).

이러한 두 가지 기능평가 절차체계 중에 어느 것을 사용하느냐는 문제는 여러 가지 요인에 의해 결정되어 질 것이다. 이것을 두 가지 차원에서 고려해 볼 수가 있는데, 첫째는 정신건강서비스 제공기관, 내지 서비스 제공자의 측면이다. 즉, 이것은 정신건강서비스가 제공되는 장소가 어디냐 하는 문제와 밀접하게 관련되어 있다(손명자, 1993; 1995). 우선 병원이나 기관의 사명이 확고하게 재활을 지향하고 있고, 전문가 인적자원이 다양하게 구성되어 있다는 전제가 필요하고, 그런 후에는 기관의 운영자가 가진 개인적 신념과, 전문가 구성원들 간의 협조체제의 성격에 따라 좌우될 것이다.

기능평가의 절차체계에서 두 번째로 고려해야 할 점은, 서비스 이용자 곧 소비자인 내담자의 입장이다. 평가를 통해 어떻게 하면 내담자 자신이 전문가에게 전인으로서 모든 것을 이해 받고 있다고 생각될 수 있는가가 기준이 될 것 같다. 앞으로 서비스의 질과 효과에 대한 소비자의 관점이 서비스 선택을 결정하게 될 것이기 때문이다. 만일 여러사람이 각각 자기의 일부분만 알고 있다면, 결과적으로 한사람도 자기를 진실로 아는 사람이 없는 것이다.

정신장애를 지닌 사람들이 겪고 있는 고통의 특성

이, 특히 자기감(sense of self)의 상실과 자아 정체감의 혼란이므로(Estroff, 1989), 평가의 부분화는 해로운 영향을 미칠 수 있다는 것을 고려해야 할 것이다. 그들에게는 자기 전체를 이는 사람이 있다는 사실이 중요하다. 고로 내담자의 전체를 이해하는 기능평가자 뿐 아니라, 전체적 재활 진전과정을 파악하고 조정해 주는 책임자가 있어야 한다.

예로서, 미국의 어떤 내담자는 팀접근 방법을 싫어한다고 말하였다. 이유를 여러가지로 표현했는데 기본적으로는 위의 문제를 말하고 있었다. 따라서 임상 현장에서 전문가 팀 구성원이 다양하지 않고, 협조가 원활하지 않는 상황에서는 팀접근은 특히 조심스럽게 진행해야 할 것이다.

따라서 우리의 경우, 현재로서는 만일 어떤 병원기관이 정신사회재활접근법을 시행하고 있으며, 여러 전문가들의 협동이 잘 이루어지고 있다면, Liberman 모형의 기능평가가 보다 적용하기 수월 할 것이다. 왜냐하면 그것이 전통적인 임상업무 수행방식과 연속성이 있기 때문이다.

한편 지역사회내에 정신사회재활센터가 있다면, Anthony 모형의 기능평가를 사용하는 것이 바람직하다고 판단된다. 그 이유는 지역사회사회속에 거주하는 내담자들에게는 그들의 모든 기능영역을 평가하고 개선하는 방식보다는, 개별적 목표달성과 연관된 기능영역만을 초점 적으로 평가하고 개선하는 것이 성과면에서 보다 효율적일 것이기 때문이다.

아직 지역사회 내에 정신사회재활센터 같은 기관이 거의 없는 우리나라의 경우, 현재로서는 정신병원 혹은 정신과의 책임자와 인적구성에 달려 있겠지만, 정신보건법이 통과되고 이제 새로운 정신건강체계가 자리를 잡게 되면, 지역사회 속의 정신보건서비스 기관이 지역마다 설립이 되어야 하고, 따라서 누가 어떻게 좋은 재활프로그램을 실시하느냐 하는 문제는 매우 중요해질 것이다. 여기에는 국가의 정신보건정책이 크게 영향을 미칠 것이다.

기능평가자가 되는 사람은 평가도구의 사용에 숙달해야 하며, 재활의 철학과 절차, 재활진단에 대해 잘 알고 있어야 한다. 임상심리학자는 심리평가를 통해

서 정신장애를 가지고 있는 사람들을 도우는 일에 전력해 왔다. 따라서 기능평가를 익히고 사용하기에 유리한 위치에 있다고 할 수 있다. 이제는 평가활동의 폭을 보다 넓혀서 기능평가를 수행해야 할 때가 되었다. 지금까지 수행해 온 전통적인 평가에 더하여 기능평가에 많은 노력을 기울이므로서 국민정신건강에 보다 큰 기여를 할 수 있을 것이다.

Corrigan(1995)은 심리학자가 배우는 과목들이 정신사회재활의 이해와 실천에 알맞다고 주장하며, 심리학자들이 이 분야에 적극 참여하기를 요청하고 있다. 배정규(1996)는 이제는 공급자-중심적이 아니라 소비자-중심적으로 정신보건서비스의 본질이 변화하고 있으며, 임상가들의 과업에 대한 평가기준도 소비자이득과 소비자만족도에 의하여 결정될 것이라고 하였다. 따라서 임상심리학자들도 이제 기능평가와 더불어 사회기술훈련, 직업재활훈련, 교육재활훈련, 가족교육 등과 같은 과업들을 시작해야 하며, 재활상담가로서, 또한 재활분야의 지도자로서, 이 시대의 새로운 요청에 부응해야 할 것이다.

## 참고문헌

- 김용익, 조맹제, 김병후(1994). 정신보건의 현황과 정책과제. 보건복지부.
- 김철권, 변원탄(역)(1995a). 만성 정신과 환자를 위한 정신재활(R. P. Liberman(Ed.). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington DC: American Psychiatric Press. 1989). 서울:신한.
- 김철권, 변원탄(역)(1995b). 정신과 환자를 위한 사회기술훈련(R. P. Liberman, W. J. DeRisi, & K. T. Mueser. *Social skills training for psychiatric patients*. Elmsford, NY: Pergamon Press. 1989). 서울:신한.
- 배정규(1996). 정신사회재활에서의 임상심리학자의 역할. *사회과학연구*, 3(1). 대구대학교 사회과학연구소.

- 손명자(1993). 재활정신의학: 임상심리학의 새로운 전망. 한국심리학회지: 임상, 12(2), 1-15.
- 손명자(1995). 정신장애자 재활을 위한 사회기술훈련 및 직접기술가르치기. '95년 4월 임상심리학회 심포지움 학술자료집.
- 양옥경(1992). 정신장애자의 삶의 만족도에 관한 연구. 한국사회복지학, 20, 131-153.
- Anthony, W. A. (1979). *The principles of psychiatric rehabilitation*. Baltimore: University Park Press.
- Anthony, W. A. (1980). A rehabilitation model for rehabilitating the psychiatrically disabled. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 24, 6-21.
- 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., Cohen, M. R., & Cohen, B. F. (1984). Psychiatric rehabilitation. In J. A. Talbott(Ed.), *The chronic mental client: Five years later*(pp. 137-157). Orlando, FL: Grune Stratton.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Farkas, M. D. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Kennard, W. A. (1990). Understanding the current facts and principles of mental health systems planning. *American Psychologist*, 45(11), 1249-1252.
- Anthony, W. A., Cohen, M. R., & Nemece, P. B. (1987). Assessment psychiatric rehabilitation. In B. Bolton (Ed.), *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation* (pp. 299-312). Baltimore: Paul Brookes.
- Anthony, W. A., Cohen, M.R., & Vitalio, R. L. (1978). The measurement of rehabilitation outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 365-383.
- Anthony, W. A., & Farkas, M. D. (1982). A client outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation intervention. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 13-38.
- Anthony, W. A., & Jensen, M. A. (1984). Predicting vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implication. *American Psychologist*, 39, 537-544.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1992). Principles and practice of psychiatric rehabilitation. In R. P. Liberman(Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Anthony, W. A., & Margules, A. (1974). Toward improving the efficacy of psychiatric rehabilitation: A skill training approach. *Rehabilitation Psychology*, 21, 101-105.
- Ball, J., & Havassy, B. (1984). A survey of the problem and needs of homeless consumers of acute psychiatric services. *Hospital and Community Psychiatry*, 35(9), 917-921.
- Bidwell, G. (1969). Ego strength, self-knowledge, and vocational planning of schizophrenics. *Journal of Counseling Psychology*, 16, 45-49.
- Center for Psychiatric Rehabilitation(1989). *Research and training center final report (1984-1989)*. Boston: Boston University.
- Cohen, B. F., & Anthony, W. A. (1984). Functional assessment in psychiatric rehabilitation. In A. S. Halpern & M. J. Fuhrer (Eds.), *Functional assessment in rehabilitation*(pp. 79-100). Baltimore: Paul Brookes.
- Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Cohen, B. F.(1987). *Psychiatric rehabilitation training technology: Functional assessment (Trainer Package)*. Bos-



- ton: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Corrigan, P. W.(1995). Wanted: Champions of psychiatric rehabilitation. *American Psychologist*, 50(7), 514-521.
- Dellario, D. J., Goldfield, E., Farkas, M. D., & Cohen, M. R. (1984). Functional assessment of psychiatrically disabled adults: Implication of research findings for functional skill training. In A. s. Halpern & M. J. Fuhrer (Eds.), *Functional assessment in rehabilitation*(pp. 239-252). Baltimore:Paul Brookes.
- Distefano, M. K., & Pryer, M. W. (1970). Vocational evaluation and successful placement of psychiatric client in a vocational rehabilitation program. *American Journal of Occupational Therapy*, 24, 205-207.
- Ellsworth, R. B., Foster, L., Childers, B., Arthur, G., & Kroeker, D. (1968.) Hospital and community adjustment as perceived by psychiatric patients, their families, and staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 1-41.
- Estroff, S.E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 323-324.
- Englehardt, D. M., & Rosen, B.(1976). Implications of doing treatment for the social rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 454-462.
- Ethridge, D. A. (1968). Pre-vocational assessment of the rehabilitation potential of psychiatric patients. *American Journal of Occupational Therapy*, 22, 162-167.
- Farkas, M. D., Anthony, W. A., & Cohen, (1989). An overview of psychiatric rehabilitation: Tje approach and its programs. In M. D. Farkas & W. A. Anthony(Eds.), *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice*(pp. 1-27). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- 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.), *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders* (pp 3-30). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Frey, W. D. (1984). Functional assessment in the 80s: A conceptual enigma, a technical challenge. In A. S. Halpern & M. J. Fuhrer (Eds.), *Functional assessment in rehabilitation*(pp. 11-43). Baltimore: Paul Brookes.
- Gaebel, W., & Pietzcker, A. (1987). Prospective study of course of illness in schizophrenia: Part II: Prediction of outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 299-306.
- Goldman, H. H., Skodol, A. E., & Lave, T. R. (1992). Revising Axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149, 9, 1148-1156.
- Goldstrom, I. D., & Manderscheid, R. W. (1982). The chronically mentally ill: A descriptive analysis from the Uniform Client Data Instrument. *Community Mental Health Journal*, 19, 17-26.
- Harding, C. M., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A.(1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 144, 727-735.
- Kuehnel, T., & Liberman, R. P. (1987). Functional assessment. In R. P. Liberman(Ed.), *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Liberman, R. P. (Ed.). (1987). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington

- DC: American Psychiatric Press.
- Lieberman, R. P., DeRisi, W. J., & Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Lukoff, D., Ventura, J., Nuechterlein, K., & Lieberman, R. P. (1992). Integrating symptom assessment into psychiatric rehabilitation(pp. 56-77). In Lieberman, W. P. (Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Munich, R. S., & Lang, E. (1993). The boundaries of psychiatric rehabilitation. *Hospital and Community Psychiatry, 44*(7), 661-665.
- Paul, G. L., & Lentz, R. (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pietzcker, A., & Gaebel, W. (1987). Prospective study of course of illness in schizophrenia: Part I. Outcome at 1 year. *Schizophrenia Bulletin, 13*, 287-297.
- Ryan, W. (1976). *Blaming the victim*. New York: Vintage Books.
- Skodol, A. E. (1991). Axis IV: A reliable and valid measure of psychosocial stressors? *Comprehensive Psychiatry, 32*(6), 503-515.
- Smith, D. S. (1976). Goal attainment scaling as an adjunct to counseling. *Journal of Counseling Psychology, 23*, 22-27.
- Spaniol, L. J., Zipple, A. M., & Cohen, B. F. (1991). Managing innovation and change in psychosocial rehabilitation: Key principles and guidelines. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 14* (3), 27-38.
- Strauss, J. S. (1986). Discussion: What does rehabilitation accomplish? *Schizophrenia Bulletin, 12*, 720-723.
- Strauss, J. S., & Carpenter, W. T. (1972). The prediction of outcome in schizophrenia: I. Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry, 27*, 739-746.
- Sturn, I. E., & Lipton, H. (1967). Some social and vocational predictors of psychiatric hospitalization outcome. *Journal of Clinical Psychology, 23*, 301-307.
- Townes, B. D., Martin, D.C., Nelson, D., Prosser, R., Pepping, M. Maxwell, J., Peel, J., & Preston, M. (1985). Neurobehavioral approach of classification of psychiatric patients using a competency model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 33-42.
- Vaccaro, J. V., Pitts, D. B., & Wallace, C. J. (1992). Functional assessment. In R. P. Lieberman(Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation* (pp. 78-94). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Wallace, C. J. (1986). Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin, 12*, 604-630.
- Wilson, S. T., Berry, K. L., & Miskimins, R. W. (1969). An assessment of characteristics related to vocational success among restored psychiatric patients. *The Vocational Guidance Quarterly, 18*, 110-114.
- Yoman, J., & Edelstein, A. E. (1994). Functional assessment in psychiatric disability. In E. J. Bedell(Ed.), *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders* (pp 31-56). Washington, DC: Taylor & Francis.

## **Functional Assessment: Diagnosis in Psychiatric Rehabilitation**

**Myung-Ja Son**

Keimyung University

The rehabilitation of person with psychiatric disabilities depends on improving functional skills. Functional assessment then is the most important part of psychiatric rehabilitation diagnosis. The model of psychiatric rehabilitation gives a framework for understanding rehabilitation assessment. This article describes the rationale of functional diagnosis by contrasting it with traditional psychiatric diagnosis. The values and procedures of functional assessment and issues of existing instruments of functional assessment are described. Finally implementation of functional assessment technology in Korea is considered in terms of the role of the clinical psychologist in the present mental health system.

부록 1. 평가기록지 및 기록방법의 예

1. 기능평가 기록지

전반적 재활목표: 김\*\*는 1997년 12월까지 컴퓨터학원에 다니기를 원한다.

강점/ 약점	중대한 기술	기술사용서술	기술평가					
			자발적 사용		촉구된 사용		역할연기를 통한 수행	
			현재수준	요망수준	예	아님	한다	못한다
+	옷입기	김**가 학원에 갈 때 단정한 옷을 입는 빈도의 주당 일수	5일/주	5일/주				
-	제시간에 출발하기	김**가 학원에 갈 때 지각하지 않도록 제 시간에 기상하여 준비를 끝내고 늦지 않게 출발하는 날의 주당 일수	2일/주	5일/주	*		*	
-	강사에게 물어보기	학원에서 수업을 할 때 김**가 모르는 것을 손들어 물어보는 횟수의 일당 퍼센테이지	0%/일	50%/일				*

2. 자원평가 기록지

전반적 재활목표: 김\*\*는 1997년 12월까지 컴퓨터학원에 다니기를 원한다.

강점/ 약점	중대한 자원	자원사용서술	현재수준	요망수준
-	친구의 도움	김**가 지각했을 때 친구가 김**가 듣지 못한 수업내용의 필기노트를 빌려 주는 횟수의 주당 퍼센테이지	50% /주	100% /주
+	용돈	부모가 김**에게 주는 잡비의 주당액수	4만원/주	4만원/주
-	개인 컴퓨터	학원에서 배운 내용을 복습할 때 사용할 수 있는 김**의 개인용 컴퓨터의 적합성 및 유무	286컴퓨터	486컴퓨터