

만성정신장애와 신체장애에 대한 통합적 접근

김 통 원*

I. 서 론

사회통합, 사회복귀 등 재활의 궁극적인 목적이나 그 개입과정이나 방법에서 신체장애와 정신장애는 상당한 '동질성'을 가지고 있는데도 불구하고 상호간의 교류나 공동적인 해결방안을 모색하지 못하는 단절된 현상을 보이고 있다. 본 연구는 이러한 단절에서 가져오는 문제들이 결국 우리의 실정법상 장애범주의 협의성에서 비롯됨을 지적하고, 정신장애가 기존의 장애범주에 포함되기 위한 이론적 타당성의 근거로서, 정신장애와 신체장애의 동질성을 3가지 측면(만성적 성격, WHO장애분류안, 그리고 재활 서비스체계의 방향)에서 제시하였다.

본 연구에서 사용되는 용어 '신체장애'는 지체, 시각, 청각, 언어장애와 편리상 정신지체까지 포함하는 것을 의미하며, '정신장애'는 정신병(정신분열증 및 조울증), 노인성 치매, 알콜중독 및 약물남용을 뜻하는 것으로 제한한다.

II. 우리나라 장애범주의 문제점

1. 협의성

우리나라의 실정법상(장애인복지법 제2조)에는 장애인의 범주가 극히 제한되어, 장애인은 지체, 시각, 청각, 언어, 정신지체의 5가지 영역에 국한되어 있다. 반면에 세계적 추세에서는 장애자범주가 우리 보다 훨씬 넓게 사용된다. 이것은 또한 그에 상응해야 하는 서비스의 책임 역시 점차 크지고 있는 것을 의미하기도 한다(WHO, 1981). 사회문화적 요인이나 국가정책에 따라서 나라마다 조금씩 다르지만, WHO(1981)에서 제시하고 있는 장애자영역들은 다음과 같다.

- (1) 아동 및 감각장애
- (2) 정신지체
- (3) 정신병
- (4) 만성 알콜중독 및 약물남용
- (5) 만성심장 및 폐질환, 만성위장손상, 피부질환, 암, 만성통증
- (6) 노인

* 성균관대 사회복지학과 조교수

우리나라의 지체, 청각, 언어, 정신지체의 5가지 영역은 WHO에서 예시한 범주중에서 (1), (2)에만 해당된다. 따라서 심각한 사회적 장애를 가진 정신장애인이거나 내부장애인은 장애인으로 인정받지 못하고 있는 실정이다. 선진국의 장애자의 대다수를 차지하는 노인 역시 우리의 범주에서 빠져있다.

2. 자원의 불균형

우리나라에서는 장애인복지를 위해서 제공되어지는 제반 서비스나 자원들이 장애인 범주를 좁게 잡고 있는 법률체제내에서 이루어지고 있다. 다시 말해 장애인복지법 제 2조에 들어가지 않는 장애인들은 국가의 공적 서비스를 전혀 수혜할 수 없으며, 장애인복지관을 비롯한 일부 민간서비스에서도 철저하게 배제되고 있다. 등록장애인에 대한 공적서비스는 현재 7개영역에 걸쳐 약 40종류에 이르고 있다(한국장애인재활협회, 1994; 대한예수교장로회, 1994).

생계보조수당 지급	본인 부담의료비 지원
보장구 무료 지급	영구임대주택 입주시 가산점부여
자녀교육비 지원	자립자금 대여
전화요금 할인제도	LPG자동차 연료사용 허용
자동차 세제혜택	장애인용 수입물품 관세감면
상속세와 소득세 인적공제	공공시설이용요금 면제
비행기 철도 지하철 요금할인	장애인 공동생활가정 운영
장애인 의무고용제	

이들 공적서비스가 기존의 등록장애인들의 욕구를 충분히 만족시키고 있다고 보기는 어렵겠지만, 그 서비스 내용이 결코 적은 것은 아니다. 물론 정신, 내부장애인을 위한 보건 및 사회서비스가 도외시되고 있는 나라가 많다는 WHO의 지적처럼 우리나라도 그 예외는 아니다(WHO, 1981). 제도권내와 제도권밖의 서비스체제에서 이러한 극단적인 불균형은 우리의 법체계가 협의의 장애인 개념을 가지도 있는 동안은 계속 될 것이다. 파생되는 여러가지 문제점들은 다음과 같다.

- (1) 법, 정책, 서비스의 중복 및 이원화
- (2) 수요의 현실성을 무시
- (3) 형평성의 문제
- (4) 국제흐름에 역행
- (5) 소외된 장애부문에서 낙후성 심화
- (6) 전문인력간에 통합적 연결성 부족

III. 정신장애와 신체장애의 동질성

1. 만성적 성격

정신장애는 신체장애와 마찬가지로 그 장애가 만성적 성격을 가진다(Anthony & Liberman, 1992). 급성 맹장염인 경우 그 상황이 위급하지만 일단 수술만 끝나면 그 환자는 가족과 다시 생활할 수 있으며 직장에서 그 역할을 다시 수행할 수 있다. 즉 '급성'이라는 것은 집중적이지만 한정된 기간을 가진다. 반면에 정신장애와 신체장애에서 가지는 공통문제가 '만성적'이라는 것은 한정적인 시간이 아니라 상당기간 어쩌면 평생동안 문제가 지속된다는 것을 의미한다.

2. WHO 장애분류안

WHO(1980)에서 제시한 장애인분류안에 의하면 장애를 세가지 개념 즉 심신의 손상(Impairment), 불능(Disability), 불리(Handicap)으로서 단계별로 이해가능하다. 심신의 손상(I 장애)은 의학적 모델의 한요소로서 심신의 구조적 기능적 손상자체를 의미한다. 이 심신의 손상은 불능(D 장애)과 불리(H 장애)에 영향을 준다. D 장애는 개인적 차원에서 일상생활의 활동에 나타나는 장애를 의미한다. H 장애는 사회적 차원 즉 다른 사람과의 관계에서 비롯되는 것으로 장애인이 경험하는 불이익으로서 편견, 차별 등을 의미한다.

지금까지 우리나라에서 이 모델이 신체장애위주로 적용설명되어 왔으나, 세계적으로 정신장애분야에서도 현재 이 모델을 가장 널리 적용하고 있다. 처음에는 이 모델이 신체장애부문에서 비롯되었지만 곧 정신보건분야에 까지 확장되었기 때문이다. 아래표에서 보는 것처럼 WHO 장애인 분류안의 '개념의 물'은 정신장애와 신체장애 모두를 이해하는데 적용될 수 있다. 이것은 또한 정신장애와 신체장애에서 재활단계(본 연구에서는 D와 H 장애단계를 의미함)에서의 개입방법에서도 거의 동일한 접근이 가능하다는 것을 의미한다. 신체장애와 정신장애 둘다 재활의 시작은 I 장애단계의 급성적 결함 혹은 병리(Pathology)상태에서 일단 안정되고나서 부터이다. 예로서 심장질환자의 재활은 일단 심근경색증상들이 해결된 후부터 개입이 시작한다. 정신분열증도 급성적인 정신병적 증상들(망상, 환각 등)이 소멸되거나 어느정도 완화되어야 시작될 수 있다. 재활은 I 장애보다는, D 장애를 개선시키며, H 장애를 보상하는데 중점을 둔다고 하겠다(Anthony & Liberman, 1992). 재활을 위한 개입방법은 크게 D 장애를 위한 임상적 재활 (Clinical Rehabilitation)과 H 장애를 위한 사회적 재활(Societal Rehabilitation)로 나누어진다. 임상적 재활은 또 장애인의 기술(social, living, vocational skills)개발과 주변의 환경을 변화시키는 지지적 개입 두종류로 나눌 수 있다. H 장애단계의 시스템변화에 중점을 둔다. 즉 법 제정, 정책적, 사회적, 경제적 차원에서의 사회적 재활을 수행한다.

表) WHO 장애분류안

장애 단계	개입	신체 장애	정신 장애
Impairment (I 장애)	치료	(예) 산업재해에 의한 오른팔 손상	(예) 정신분열증상들 (망상, 환각 등)
		(개입) 진단,보상구장착, 물리치료	(개입) 진단, 약물치료, 병원수용
Disability (D 장애)	재활	(예) 작업능력제한	(예) social skill부족
		(개입) 기능평가, 기술훈련 작업환경변화	(개입) 평가, 사회기술 훈련, 사회적 지지
Handicap (H 장애)	재활	(예) 실업	(예) 실업
		(개입) 장애인고용촉진공단 취업알선, 장애인고용정책	(개입) 가족의 알선 장애인복지법개정

이 논문에서 많이 사용한 신체장애와 정신장애라는 용어조차도 재활단계에서는 구분해서 사용할 필요가 없다는 주장이 가능하다. 실제로 정신적 혹은 신체적이라는 형용사를 사용하여 장애상태를 정확하게 구분하는 것은 I 장애단계(의학적 수준)에서는 적용 가능하다. 그러나 그와같은 정신장애와 신체장애의 구분 사용이 D 장애단계에서는 모호해지며 H 장애단계에서는 그 구분자체가 부적절하다(WHO, 1980). 表에서 나온 보기들처럼, 신체장애와 정신장애는 I 장애에서는 그 양상이 전혀 달라 두 영역사이에 개입방법들이 판이하게 다르다. 그러나 D 장애단계에만 가도 그 장애의 양상이 비슷해서 개입방법은 주로 일상생활의 활동에 필요한 skills 훈련과 지지적 방법들이 된다. 마지막 H 장애단계에서는 사회적 불리(실업)로서 그 정도의 차이는 있지만 정신장애나 신체장애에서 가지는 장애의 종류도 동일할 뿐만 아니라 그 개입방법들도 동일할 수 있다.

3. 재활 서비스체계의 방향

장애인을 위한 서비스체계는 1950년대이후 급격한 변동을 가져왔다. 그 변동을 가져오는데 큰 영향을 주었던 요인들은 장애인 자신과 가족들에 의한 권익옹호, 경제적 비용측면, 전문서비스에 대한 불신 등이다. 그래서 새로운 서비스체계의 방향을 모색한 결과,수용위주의 시설에서 지역사회중심으로, 고도의 전문인력보다는 가족과 이웃에 의한 지지, 기존의 자원을 이용한 비용감소, 의료적인 것보다 문제해결중심, 전문적으로 세분화되기보다는 통합적 접근방법들이다(문경태,1994).

이와같은 방향의 결과로서 나온 총체적 개념이 바로 지역사회중심재활(Community Based Rehabilitation)이다. WHO에서 1981년이후 중요재활정책으로 권장되어 현재 세계적으로 80개국에서 이 방법을 활용하고 있다. 한편 정신장애에서도 가장 많이 논의되고 있으며 앞으로 나아가야 할 목표라고 믿고

있는 것이 지역사회정신보건(Community Mental Health)이다. 과연 지역사회중심재활과 지역사회정신보건은 서로 얼마나 다른 내용일까? 결론적으로 말해서 지역사회정신보건은 지역사회중심재활의 한부분이다. 정신장애가 가지는 몇몇 특성을 제외하면 거의 동일한 성격을 그대로 가지고 있다.

** 참 고 문 헌 **

- 강필수, 『장애인의 범위조정 및 확인 편의지원 방안연구』, 한국장애인고용촉진공단, 1992.
- 남정자 외, 『지역사회 정신보건 시행방안연구』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 대한예수교장로회 사회부, 『교회와 사회』, 제41호, 1994.
- 문경태, 『지역사회중심(CBR)에 관한 이해』, 『한국사회복지관협회보』, 제7호, 1994.
- 서광윤, 『일본의 「심신장애자대책기본법」의 개정에 관하여』, 미 발간서, 1994.
- 서광윤, 『장애자의 정의 및 범위』, 『장애자복지대책안』, 장애인복지대책위원회, 1989.
- 이익섭, 『장애인복지론』, 『장애인직업재활상담』, 한국장애인고용촉진공단, 1991.
- 이정균, 『한국 정신장애의 역학적 조사연구(XII)』, 『정신의학』, 제16권, 제1호, 1991.
- 이호영 외, 『강화도 정신과 역학연구: 주요 정신질환의 평생유병율』, 『신경정신의학』, 제28권, 제 6호, 1989.
- 정신보건연구회, 『우리나라 정신보건 정책 수립을 위한 제안』, 미 발간물, 1993.
- 정영기 외, 『정신장애의 입원률에 관한 비교연구: 1일시점 병원조사를 중심으로』, 『서울의대 정신의학』, 제 12권, 제4호, 1987.
- 한국보건사회연구원, 『90장애인실태조사보고서』, 1991.
- 한국장애인재활협회, 『등록장애인에게 제공하는 서비스자원현황』, 미 발간물, 1994.
- Anthony, W.A. and Liberman, R.P. (1992). 『Principle and Practice of Psychiatric Rehabilitation』, In R.P. Liberman (Ed.), 『Handbook of psychiatric Rehabilitation』, Boston: Allyn and Bacon.
- Cocks, E. (1994). 『Vocational Rehabilitation Programmes for the People with Severe Disabilities』, 『Global Efforts Rehabilitation Programmes for the Asia Pacific Decade of the Disabled』, Seoul: KNRC.
- WHO (1981). 『Disability Prevention and Rehabilitation』, TRS No. 668, Geneva: WHO.
- WHO (1980). 『International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps』, Geneva: WHO.
- WHO (1993). 『The Work of WHO in the Western Pacific Region』, 1, July 1991-30, June 1993, Manila: Regional Office for the Western Pacific.