

장애인의 심리·사회적 적응을 위한 재활 상담 기법 및 중재방안*

조 성 재 **

대구대학교 직업재활학과 교수

《요 약》

장애인 내담자 (clients with disabilities)는 재활상담사(rehabilitation counselors)에게 도전과 기회를 동시에 제공한다. 즉, 상담 과정에서 장애인 내담자에게 나타나는 문제나 상황들의 대부분은 비장애인 내담자의 그것과 매우 유사하지만, 장애는 비장애인 내담자에게서 찾아볼 수 없는 몇몇 고유한 상담상의 문제들을 촉발한다.

이 글은 재활상담사가 장애인 내담자에게 보다 효과적인 상담 서비스를 제공하는데 필요한 기법 및 중재 전략들의 소개를 주된 목적으로 하고 있다. 이 같은 목적을 달성하기 위해, 장애에 대한 심리 사회적 적응, 잠재적 문제 유형, 치료적 공통 요인, 상담 중재 어프로치, 상담과정의 일반 원칙 및 장애관련 에티켓 등의 내용을 다루었다.

주제어 : 장애인, 재활상담, 중재방안

I . 장애에 대한 심리·사회적 적응/대응

내담자의 장애에 대한 심리·사회적 적응 과정과 결과에 대한 이해는 재활상담사로 하여금 보다 효과적인 서비스를 제공할 수 있는 가능성을 높여준다. 내담자의 장애에 대한 심리·사회적 적응 과정과 이를 통해 얻어지는 장애 경험들을 이해하는 데 있어 단계 이론은 매우 유용한 개념적 준거를 제공한다.

초기 장애에 대한 심리·사회적 적응 이론가들은 적응(adjustment), 순응(adaptation), 수용(acceptance)등의 용어들로 장애의 극복 및 장애와 자기정체성과의 성공적 통합을 설명하려 했다(Lindemann, 1981; Linkowski & Dunn 1974; Livneh, 2001; Tuttle & Tuttle, 2006). 이들에 따르면, 장애인 내담자가 초기 충격을 포함한 여러 적응 단계를 거쳐 장애를 자신의 정체성의 일부로 받아들이는 수용에 이르게 될 때 장애에 대한 심리·사회적 적응이 완성된다는 것이다. 이에 따라, 수용은 장애에 대한 심리·사회적 적응

* 이 논문은 2006학년도 대구대학교 학술연구비 지원에 의한 논문임

** 교신저자(josongjae@daegu.ac.kr)

의 최종 단계로 간주된다(Livneh, 2001).

한편, 이와 같은 초기 단계이론가들의 주장에 대해 Smart (2001)는 장애에 대한 개인의 대응 (response)이 장애에 대한 심리·사회적 적응과 장애 극복을 보다 적절히 반영하는 개념이라고 주장한다. 즉, 장애에 대한 적응을 결정하는 것은 장애가 아니라 개인이 자신의 장애에 부여하는 의미이며, 장애에 대한 적응은 심리적 측면 외에 직업적, 사회적 대응 등의 여러 가지 요소들도 포함하고 있다는 것이다(Smart, 2001). 또한, Smart (2001)는 적응, 순응, 수용 등의 용어들은 장애를 병리적 현상으로 간주함으로써 장애를 바람직하지 않은 상태로 규정한다고 지적했다. 장애에 대한 수용 역시 개인의 일생을 통해 지속적으로 일어나는 것으로, 일과성 이벤트로 볼 수 없다는 것이다(Smart, 2001). 이와 같은 Smart의 주장은 장애에 대한 적응 과정을 보다 포괄적이며 장애인 당사자의 입장을 더 많이 반영하려는 시도로 볼 수 있다.

위의 주장들을 종합해 볼 때, 단계 이론은 내담자의 장애에 대한 대응 과정과 결과를 이해하고 예측하는 데 매우 유용하다. 여기서 장애에 대한 적응/대응이란 일회성 이벤트가 아닌 장애라는 변화된 정체성으로의 점진적 동화 과정을 의미하는 것이다. 한편, 이들 단계 이론들은 대부분의 장애는 점진적이고 예측 가능한 발생 경로를 보이는 바, 장애에 대한 적응을 논함에 있어 발생 시기보다는 진단 시기가 더 중요하다고 주장한다. 또한, 정도의 차이는 있으나, 이들 단계 이론 모델은 비장애인으로서의 자기 정체성과 사회 및 가족 내에서의 역할 상실에 대한 수용이 일어난 다음에야 장애에 대한 적응과 극복 과정이 시작된다는 Carrol (1961)이나 Kubler-Ross (1969)의 상실 이론에 영향을 받았다.

여러 모델들이 장애에 대한 심리·사회적 적응의 설명에 적용되었다(예, Livneh & Antonak, 1997; Tuttle & Tuttle, 2006; Wright, 1983). 가령, Livneh and Antonak (1997)은 장애에 대한 심리·사회적 적응은 8개의 점진적 단계를 거쳐 이루어진다고 주장했으며, Tuttle and Tuttle(2006)은 실명의 극복과 자존감 회복은 7개의 점진적 과정을 거쳐 완성된다고 지적하였다. 이와 같이, 적용되는 모델에 따라 거쳐야 하는 단계의 수나 각 적응 과정을 지칭하는 명칭에 있어 다소간의 차이가 존재하는 바, 이 글에서는 여러 단계이론들의 공통부분들을 취합해 재구성한 5단계 모델을 가지고 장애에 대한 심리·사회적 적응을 설명하고자 한다.

1. 초기 충격(initial shock)

이 단계에 있는 내담자에게서는 예기치 않은 장애로 인한 충격과 혼란, 통제 곤란한 정도의 감정 폭주 등의 특징이 발견된다. 초기 충격 단계에 있는 내담자들은 자신에게 일어나고 있는 일(장애)이 자신이 이해하고 받아들일 수 있는 정도를 넘어선 것이라고 느낀다.

2. 부인(denial)

초기 충격 단계를 벗어난 내담자는 자신이 장애를 가졌다는 사실 자체를 부정하려 한다. 따라서 장애가 가지는 여러 가지 함의를 이해하지 못할 뿐 아니라, 자신의 장애가 일시적인 상태라고 믿게 된다(Smart, 2001). 여기서 흥미로운 점은 지나치게 오래 지속되지 않을 경우, 부인은 긍정적 상담 효과에 기여한다는 사실이다. 즉, 장애에 대한 적응에서 전환기적 성격을 갖는 부인 단계는 내담자가 자신의 정체성을 유지하면서 장애가 가져다주는 여러 가지 변화와 자신의 장애가 영속적인 상태라는 현실에 서서히 동화해 갈 수 있도록 도와주기 때문이다. 한편, 자신의 장애를 인정하지 않음으로, 이 단계에 있는 내담자는 재활 서비스를 거부하거나 상담사를 교체하려고 시도한다.

3. 우울증(depression)

이 단계에 있는 내담자는 불확실한 미래와 불분명한 자아정체성에 대한 고민에 기인한 우울증을 경험하게 된다(Olkin, 1999). 우울증 단계에 이르게 되면 재활 프로그램에 참여하는 것은 물론, 식사나 수면 등의 일상생활을 영위할 의지와 에너지를 상실한다. 좌책감과 자기 비난은 이 시기에 볼 수 있는 대표적인 감정적 특징들이다.

4. 분노와 회의(personal anger and questioning)

내담자가 이 단계에 접어들면 자신이 장애인이 되었다는 사실이 불공평하다고 느끼기 시작한다. 또한, 무력감, 좌절, 미래에 대한 공포, 이유 없는 불쾌감이 섞인 분노를 자신과 주위 사람들에게 표출하기도 한다. 특히, 사고로 인해 장애인이 된 내담자가 사고 상황을 곱씹으며 장애를 피할 수도 있지 않았을까 하는 생각에 빠지는 모습을 자주 보게 되는데, 이런 상태가 오랫동안 지속되면 내담자의 재활 과정 전반에 매우 부정적 영향을 끼칠 수 있다(Smart, 2001).

5. 장애에 대한 적응과 성장(integration and growth)

이 단계에 도달하게 되면 내담자는 자신의 장애를 현실로 받아들이고 가치와 자기정체성을 재확립하며, 자신의 장점과 능력을 탐구하고, 이를 활용하려고 시도한다(Smart, 2001). 또한, 가족내에서 자신의 변화된 역할을 받아들일 뿐 아니라, 자신과 다른 장애인들의 권익 보호를 위한 장애인 권익옹호(advocacy)활동에도 적극적으로 참여하게 된다(Kosciulek, 1995; Smart, 2001).

II . 잠재적 문제 유형

장애인 내담자가 상담사에게 토로하는 문제의 대부분은 비장애인과 크게 다르지 않다. 그렇지만, 장애인 내담자들은 차별과 낙인, 우울증, 약물/알콜 중독, 직업/진로 개발 등의 문제에서 비장애인들에 비해 훨씬 심각한 어려움에 노출되어 있다. 재활상담사는 내담자가 상담을 필요로 하는 가장 근본적 원인 역시 상기한 네 가지 문제에 있음을 인식하고, 이 같은 문제들을 가진 내담자를 평가하고 도울 수 있는 효과적 상담 기술을 갖추도록 노력해야 한다.

1. 차별과 낙인(discrimination and stigma)

장애인에 대해 우리 사회가 가지고 있는 기대치는 매우 낮다(Schroeder, 1995). 우리 사회에 만연한 장애인에 대한 낮은 기대 수준과 장애에 대한 부정적 태도는 교육에서 고용까지 광범위한 분야에 걸쳐 장애인에 대한 차별과 격리를 초래했다. 더욱이, 장애와 장애인에 대한 막연한 공포와 일반 대중의 부정적 태도는 장애인들의 여가 및 사회 참여를 크게 제약하고 있다(Kosciulek, 1998).

한편, 장애에 대한 적응/반응의 이해에는 개인이 느끼는 차별과 낙인의 대한 다양한 경험치는 물론, 장애 유형이나 정도에 따라 상이하게 나타나는 부정적 태도 및 차별의 강도가 고려되어야 한다. 재활상담사는 오랜 동안의 차별과 부정적 태도에 노출되어 낮은 자존감과 불안을 호소하는 장애인 내담자들이 차별적 경험들을 성공적으로 이겨내고 낙인으로 인해 받는 스트레스를 효과적으로 극복하는 데 필요한 자원과 상담 기법을 숙지하고 있어야 한다.

2. 우울증(depression)

다음과 같은 이유에서 우울증에 대한 진단과 치료는 장애에 대한 적응/대응 및 성공적 재활에 있어 매우 중요하다. 첫째, 여러 문헌들은 상당수의 중도 지체장애인들이 심각한 정도의 우울증을 경험하고 있다고 지적하고 있다(Heinrich & Tate, 1996; Lichenberg, 1997). 둘째, 적지 않은 수의 중증 정신장애인은 우울증을 동반하고 있다(Sammons & Schmidt, 2001). 끝으로, 우울증은 독립생활을 저해하고 회복과 재활과정을 지체 시킨다(Olkin, 1999).

재활상담사는 우울증과 성공적인 재활 및 상담 결과간의 관계를 충분히 숙지하고 있어야 한다. 이를 위해, 재활상담사는 재활과정에서 우울증의 진단과 치료에 높은 우선순위를 부여해야 한다(Olkin, 1999).

3. 약물/알콜 중독(substance abuse)

미국의 경우, 장애인들의 알콜/약물 중독율은 비장애인에 비해 두배 가까이 높은 것으로 조사되고 있다(Rehabilitation Research and Training Center on Drugs and Disability {RRTCDD}, 2006). 약물/알콜 중독율은 척추장애, 뇌병변장애, 정신장애, 시각장애, 학습장애인들에게서 특히 높게 나타났는데(RRTCDD, 2006), 약물/알콜 중독 치료 프로그램 수립에 있어 재활상담사는 특정 장애 유형과 약물/알콜 사용간의 인과적 관계를 숙지해야 한다. 예를 들어, 극도의 외로움, 제한된 이동성과 접근성은 시각장애인들의 약물/알콜 중독을 촉발하고, 이는 다시 시력 손상의 가속화와 건강의 악화라는 악순환 구조를 만든다. 또한, 친구들의 거부와 잦은 실패를 경험하는 학습장애인들은 교우관계에서 자신의 존재를 과시하고, 일상의 여러 어려움에서 도피하는 수단으로 약물/알콜을 이용하는 것으로 조사되었다(Stevens & Smith, 2001). 약물/알콜 중독을 가진 장애인 내담자의 상담에 있어 재활상담사는 여러 관련 분야 전문가들의 협력을 구하고 이들 전문가들로 이루어진 재활팀의 조정자(coordinator) 역할을 수행해야 한다.

4. 직업/진로 개발(career development)

경제 여건의 악화와 구조조정으로 대표되는 노동시장의 변화는 장애인 내담자의 안정적 고용 획득과 지원을 주된 업무 영역으로 하는 재활상담사에게 심각한 도전을 안겨주고 있다(Ryan, 1996). 절대다수의 노동 가능 장애인들이 일할 의지가 있음에도 불구하고, 대부분 국가의 장애인 취업률은 매우 저조하며 장기간에 걸쳐 담보 상태를 보이고 있다(National Organization on Disability, 2000). 장애인 고용에 관련된 문제들로는 저고용, 미고용, 저임금, 시장성이 제한된 저급 기술 등을 들 수 있다(Curnow, 1989). 직업을 영위하는 것이 인간의 삶에서 갖는 의미를 감안 할 때, 높은 실업율과 저고용은 장애인들의 삶의 질 악화와 부정적 자기 이미지 고착화를 초래할 수 있다(Harrington, 1997). 효과적인 진로/직업 상담을 제공하기 위해, 재활상담사는 장애 학생들의 아르바이트 경험 결핍, 진로관련 결정 능력 부족, 직업인에 대한 부정적 자아개념 등, 이들의 고용을 저해하는 요인들에 대해 이해하고 있어야 한다(Kosciulek, 1998).

III . 치료적 공통 요인(therapeutic common factors)

앞에서 상술했던 장애에 대한 적응/대응 과정과 네 가지 문제 유형은 상담 과정에서 재활상담사에게 많은 어려움을 가져다준다. 이 같은 어려움을 타개하고 목표한 상담 결과

를 도출하기 위해 재활 상담사는 전문지식과 적절한 상담 기법으로 무장되어 있어야 한다.

Bertolino and O'Hanlon(2002)와 Lambert and Bergin(1994) 등은 여러 가지 상담 및 심리치료 기법의 효과를 비교 분석했다. 이들은 분석 대상이 된 모든 기법들은 내담자의 긍정적인 변화에 기여했으며, 어느 한 가지 기법이 다른 상담 기법들에 비해 의도한 변화를 이끌어내는데 탁월한 효과를 보이는 것은 아니라는 점을 발견했다. 또, 이들은 상담 기법들간의 차이점이 아닌 각 기법들에 공통으로 존재하는 요소들이 상담 과정에서 목표했던 결과 도출에 훨씬 더 중요한 역할을 한다고 주장하면서, 특정 상담 이론에 속하지 않고 일관성을 지니는 여러 상담 기법들의 공통 요소들을 치료적 공통요인(therapeutic common factors)이라 정의했다(Bertolino & O'Hanlon, 2002; Lambert, 1992). 특히, Lambert(1992)는 치료적 공통요인을 다음 네 가지로 나누어 설명하고 있다. 이들 치료적 공통 요인들은 내담자와의 신뢰에 기반한 관계 구축, 평가의 수행, 중재 전략의 적용 및 바람직한 변화의 창출을 위한 지침을 제공하는 바, 재활상담사는 아래의 내용을 정확히 이해한 후 임상 분야에 적용할 수 있어야 한다.

1. 치료외적인 부가 요인(extratherapeutic factors)

치료외적인 부가요인은 목표한 임상 결과 도출에 가장 큰 역할을 하는데(Lambert, 1992), 내담자의 기여(contribution)와 외적 영향(external influences)이 여기에 포함된다. 내담자의 기여란 내담자가 지니고 있는 장점, 능력, 활용 가능한 지원 네트워크를 의미하는 것으로, 내담자야말로 상담 과정에서 목표한 결과를 이끌어내는데 가장 핵심적 역할을 담당한다는 전제에 기반하고 있다(Bohart & Tallman, 1999). 한편, 치료외적 요인에는 상담 과정 밖에서 이러나는 기회 사건(chance events)이 포함된다. 이들은 상담 자체에 직접 관련되어 있지는 않지만, 상담 과정에서 자연발생적으로 나타나는 긍정적 변화들을 의미한다. 이들 자생적 변화들을 감지하고 확대 재생산 함으로서, 재활상담사는 내담자가 자신의 긍정적 변화를 인식하고 그것을 지속적으로 이어나갈 수 있도록 도울 수 있다(Bertolino & O'Hanlon, 2002).

2. 관계 요인(relationship factors)

상담사와 내담자간의 동반자적 파트너십을 강조하는 치료적 협력(therapeutic alliance)은 성공적인 상담 결과를 도출하는데 핵심적인 요인이다(Chan, Shaw, McMahon, Koch, & Strauser, 1997). 특히, 상담 과정에 대한 내담자의 참여의 질(quality)과 치료시 내담자가 보이는 동기 수준 및 참여의 정도는 매우 중요하다(Lustig, Strauser, Rice, & Rucker, 2002; Prochaska, 1995).

또한, 치료와 상담사와의 관계를 바라보는 내담자의 시각은 상담이 의도하는 결과를 이끌어내는데 매우 중요하다. 즉, 상담사에 대한 평판이나 문제에 대한 정확한 진단, 사용하는 기법 등의 요인들보다는 내담자가 자신의 상담사를 신뢰할 수 있고, 독립적이며, 자신의 문제에 공감을 표시한다고 느낄 때 긍정적 결과의 도출 확률이 더 높다는 것이다(Lambert & Bergin, 1994).

따라서, 재활상담사는 내담자의 동기수준이나 장애 적응 단계, 내담자가 원하는 상담의 목표나 결과, 내담자가 생각하는 자신과 상담사와의 관계 등을 반영한 중재기법을 통해 치료적 협력을 강화해야 한다.

3. 플라시보 요인(placebo factors)

플라시보 요인이란 상담과정에서의 희망과 기대수준의 역할을 지칭한다(Lambert, 1992). 즉, 내담자가 현재 사용되는 상담 기법이 합리적이고 신뢰할만한 것이라고 인식하면서, 현재 받고 있는 중재가 자신이 원하는 바람직한 결과를 가져다 줄 것이라는 희망과 기대 수준을 가질 때 긍정적 치료효과가 발생한다는 것이다(Lambert, 1992). 여기서 희망이란, 현재의 힘든 문제들이 해결될 수 있다는 상담사의 미래에 대한 긍정적 관점을 의미하는 것으로, 내담자와의 관계에서 재활상담사가 활용해야 할 핵심적 자원의 하나이다(Martone, 1997).

기대수준이란, 상담의 효과에 대한 내담자와 상담사의 기대와 믿음의 정도를 의미한다. 상담치료의 효과에 대한 내담자의 높은 기대와 신뢰는 내담자에게 좌절을 방지하고, 희망을 갖게 함으로서 긍정적 결과 도출을 촉진한다. 희망과 기대수준을 높이기 위해, 재활상담사는 내담자의 관점에서 치료절차와 방향을 신뢰할 수 있도록 만들어주어야 한다(Bertolino & O'Hanlon, 2002). 아울러, 상담의 절차와 방향은 내담자의 성공 경험을 이끌어낼 수 있도록 준비되어야 한다. 이밖에, 미래지향적 접근과 내담자로 하여금 자신이 상황을 통제하고 있다는 인식을 갖도록 상담을 진행하는 것도 유용한 방법이다(Bertolino & O'Hanlon, 2002).

4. 모델 및 테크닉 요인(model and technique factors)

모델 및 테크닉 요인이란 질문하기, 특정 중재의 적용, 숙제내기, 평가 결과 해석, 필요한 기술 교수 등을 포함한다(Lambert, 1992). 이들 대부분은 내담자로 하여금 불안에 대처하고, 문제 행동이나 사고 패턴의 변화를 시도하며, 자신을 둘러싼 환경이나 상황에 대해 새로운 의미를 부여하도록 돕는 역할을 수행한다(Bertolino & O'Hanlon, 2002). 상담에서 원하는 결과를 보다 효과적으로 도출하기 위해, 재활상담사는 상담의 방향, 절차, 사용하는 테크닉이 장애인 내담자의 세계관이나 상담 결과에 대한 기대수준과 부합하는

지의 여부를 살펴야 한다(Smart, 2001). 또한, 상담의 절차, 방향, 적용되는 테크닉은 내담자의 장점과 능력의 극대화, 내담자가 보유하고 있는 지원 네트워크의 효과적 활용, 내담자의 자존감(self-esteem)과 자기효능감(self-efficacy) 향상 등의 여러 측면들을 반영해야 한다(Szymanski, 2000).

IV. 상담 중재 접근(therapeutic intervention approaches)

장애인 내담자를 위한 상담 중재 전략은 내담자와 내담자의 가족에게 재활 과정 전반에 걸쳐 필요한 정서적, 인지적, 행동적 지원을 제공하고, 실패와 좌절을 극복할 수 있는 기술을 훈련하는 것을 주된 목적으로 해야 한다(Livneh & Antonak, 1997). 여기서는 지원 네트워크의 구축, 가족 상담, 자기 결정 능력 제고의 세 가지 중재 전략들을 중심으로 살펴보고자 한다. 이들 세 가지 중재 전략의 적용은 재활상담사가 장애인 내담자를 위한 최적의 상담 결과를 얻는 데 매우 효율적이기 때문이다(Livneh & Antonak, 1997).

1. 지원 네트워크의 구축(social support network development)

안정적 지원 네트워크의 존재 여부는 장애에 대한 성공적 적응을 통한 바람직한 재활 결과 도출에 심대한 영향을 끼친다. 건전하고 안정적인 지원 네트워크는 내담자가 직면하고 있는 고독이나 스트레스 등의 심리적 어려움을 완화시키는 역할을 수행하기도 한다(Kosciulek, 1995). 따라서 재활상담사는 직접 상담의 제공과 병행하여 내담자의 지원 네트워크 구축을 도와야 한다. 건전하고 안정적인 지원 네트워크의 구축을 위해, 재활상담사는 내담자의 거주 지역 내에 소재한 장애인 복지관이나 장애 관련 단체들을 활용하여 교육 및 재활 프로그램, 재정 지원을 포함하는 정부의 복지 시책, 장애인 및 가족 모임의 존재 여부, 여가 활동 프로그램 등에 대한 정보를 제공해야 한다(Berry & Hardman, 1998).

또한, 재활상담사는 내담자를 자신과 유사한 장애를 가진 사람들의 모임과 접촉하도록 주선해야 한다. 내담자와 그 가족은 자신들과 비슷한 과정을 겪은 다른 장애인들과 그 가족들을 통해 여러 가지 유용한 정보와 정서적 안정에 필요한 심리적 지지를 얻을 수 있기 때문이다(Sachs, 1991). 미국장애인법(Americans with Disabilities Act: ADA)에는 내담자의 가족이 내담자에게 긍정적, 부정적 영향을 미칠 수 있다는 것을 법으로 규정함으로써, 내담자의 가족이 상담과정에 동참할 수 있는 제도적 장치를 마련해 놓았다. 내담자는 유사한 장애와 적응 과정을 경험한 동료들과의 교류 과정에서 장애에 대

한 적응과 재활 과정에서 발생하는 여러 난관들을 극복하는데 필요한 여러 가지 노하우를 습득할 수 있다(Kosciulek, 1995; Livneh, 2001). 재활상담사 또한, 이들 모임에 직접 참가하여 내담자 및 모임의 다른 구성원들과 교류함으로써, 내담자의 심리적 정서적 경험을 보다 정확히 이해해 상담의 효과를 높일 수 있다(Kosciulek, 1995).

2. 가족 상담(family counseling)

장애는 당사자뿐 아니라 가족에게도 커다란 영향을 미친다(Brooks, 1991). 즉, 장애로 야기된 스트레스와 경제적 압박은 구성원의 역할과 생활 패턴 등, 가족 역동성에 근본적 변화를 야기하기 때문이다. 장애인 가족들이 직면하게 되는 문제들로는 장애인 가족 구성원의 정서적, 인성적, 신체적 변화; 필요한 재활 서비스와 정보 부재; 장애에 따른 의료, 재활, 교육에 소요되는 추가 비용 지출로 인한 재정 압박; 장기간의 간병에서 오는 스트레스와 정신적 피로 등을 들 수 있다. 이같은 문제들은 결혼 생활의 위기, 알콜 중독, 경제적 궁핍, 친지와와의 사회적 교류 단절과 같은 가족을 파괴할 수 있는 위기를 초래한다(Berry & Hardman, 1998; Williams, 1991).

그러나 장애인을 둔 가족이 직면하는 여러 가지 어려움들에도 불구하고, 재활상담 과정에서 가족은 장애인 내담자를 부양하는 자원의 일부정도로만 인식되고 있는 실정이다. 따라서 재활상담사는 장애인 내담자는 물론, 그 가족역시 상담을 통한 치유가 필요하다는 점을 숙지해야 할 것이다. 장애가 가족의 삶에 미치는 영향에 대한 이해가 점차 높아지는 상황에서, 병원, 재활기관, 정신보건 센터에서 근무하는 재활상담사들은 내담자의 가족 개개인이나 가족 전체의 상담적 욕구를 만족시켜 주어야 하기 때문이다. Marshak and Seligman(1993)은 그들의 5단계 장애인 내담자 가족 상담 모델에서, 직면하는 문제의 정도와 상담에 대한 선호에 기초하여 다음과 같이 재활상담사의 중재와 상담 강도를 개념화하고 있다.

* 1단계: 장애인 내담자의 욕구에 상담의 주안점을 둔다. 이 단계에서는 아직 내담자의 가족은 상담 과정에 포함시키지 않는다.

* 2단계: 내담자에게 필요한 실제적 정보의 제공에 역점을 두며, 가족의 개입은 최소한으로 제한한다.

* 제3단계: 이 단계에서 재활상담사는 내담자의 가족에게 자신들이 직면하고 있는 정서적, 감정적 어려움을 토로할 수 있게 도와줄 수 있다. 재활상담사는 이들이 토로하는 어려움들에 대해 공감대를 표시하거나 정서적 지지를 보여주어야 한다.

* 제4단계: 본격적인 가족 상담이 필요한 단계로, 체계적 평가와 중재 전략의 수립을 통해 가족 관계의 위기와 스트레스 등의 경감을 돕는다. 가족 구성원의 장애 발생으로 생겨난 부정적 패턴을 불식시킴으로써, 가족의 역량강화에 치중한다.

* 제5단계: 장애로 인해 파생된 가족의 여러 가지 문제들이 재활상담사의 중재 한계

를 넘어 설 만큼 그 정도가 심화되는 단계로, 전문적 가족상담사의 개입이 요망된다.

Roessler, Chung, and Rubin(1998)은 위의 5단계 상담기법 중 4단계와 5단계에 해당하는 가족 상담 서비스의 효과적 제공을 위해서 재활상담사는 구조적 및 관계적 기술을 갖추어야 한다고 지적했다. 여기서 구조적 기술이란, 문제와 욕구의 인식, 상담 결과 및 대안의 정립, 상담을 요하는 내담자 가족의 저항에 대한 대처 능력을 지칭한다. 한편, 관계적 기술은 상담을 요하는 내담자 가족 구성원과의 신뢰 관계 구축과 그들에 대한 공감대 표현을 의미한다(Roessler et al., 1998).

한편, Power and Dell Orto(2004)는 장애에 대한 적응 단계에 따라 가족 상담에 대한 재활상담사의 역할을 구분했다. 즉, 장애 적응의 초기 단계에는 장애 발생으로 인해 가족들이 갖는 충격과 두려움을 완화할 수 있도록 관찰, 경청, 격려 등의 기법을 활용하는 위기 중재자의 역할을 수행한다. 장애에 대한 적응이 일정 궤도에 오르고 나면 재활상담사의 역할은 정보 제공, 문제의 인식과 우선순위 설정, 가족 역동성 개선, 중재 전략의 수립과 적용으로 확장되어야 한다(Power & Dell Orto, 2004).

장애의 발생이 가족 체제 전반에 미치는 영향이 심각하다는 것을 감안할 때, 가족 치료 상담사가 가족체제상의 문제를 전담하고 재활상담사는 장애가 가족에 미치는 충격만을 전담하는 팀워크 접근은 상담의 효과를 크게 향상시킬 수 있을 것이다(Kosciulek, 1995). 한편, 가족 상담 과정에 장애인 당사자를 참여시킬 때는 세심한 주의가 요망된다. 즉, 장애를 갖게 된 가족 앞에서 대부분의 사람들은 자신의 감정을 들어내는 것을 부담스러워하거나 불편해하기 때문이다. 특히, 우리나라는 서구와는 달리 체면(saving face) 문화로 인해 이러한 현상이 두드러진다. 이런 경우에 있어 재활상담사는 가족 구성원을 상담에 참여시키지 않는 것이 좋다. 아울러, 상황에 따라 소집단 상담(small group counseling)이나 가족 구성원 각각에 대한 개별 상담 중 적합한 어프로치를 선택, 적용할 수 있어야 한다.

끝으로, 재활상담사는 내담자의 가족이 가진 위기 극복 스타일이나 의사소통 방식 등의 긍정적 측면들의 강화에 힘써야 한다. 효과적 위기 극복 스타일과 건전한 의사소통 수단의 재조명과 강화는 장애 발생으로 야기된 가족 간의 갈등을 해소하고, 문제 해결 능력을 향상시킬 수 있기 때문이다(Kosciulek, 1995).

3. 자기결정 능력의 제고(facilitating self-determination)

장애로 파생된 제약에 대한 부정적 이미지의 불식과 내담자의 강점 및 능력에 초점을 두고 있는 강화 중심적 접근(strength-based approach)는, 장애가 영속적인 상태이며, 내담자의 잔존 능력과 외부·내부자원의 개선이 내담자의 안녕(well-being)을 단보한다는 점에서 매우 중요하다(Olkin, 1999). 특수교육이나 장애학(Disability Study)등의 분야에서 널리 사용되는 자기결정 능력 개념은 강화 중심적 상담 접근의 효과를 높일 수 있을

것으로 기대되고 있다(Olkin, 1999). Field, Hoffman, and Spezia(1998)는 자기결정 능력을 (a) 목표를 설정하고 목표 달성 과정에 주도적 역할을 할 수 있는 태도, 능력 및 기술; (b) 주어진 여러 가능성에 대한 선별과 자신의 선택을 행동으로 옮기는 능력; (c) 자신의 운명이나 행동을 강요받지 않고 스스로 결정하는 힘; 그리고 (d) 자기 자신의 가치와 능력을 충분히 이해하고 고려한 목표의 규정과 달성 능력이라고 정의하고 있다. 따라서 내담자의 자기결정 능력 함양은 재활상담사의 주된 선결목표가 되어야 할 것이다.

내담자의 자기결정 능력 개발에는 자기인식과 가치 부여, 계획 수립, 행동, 결과의 적용과 학습, 부족하거나 잘못된 부분에 대한 보안 등의 과정들이 포함된다.

자기이해(self-knowledge)는 내담자로 하여금 자신의 삶에서 중요한 가치가 무엇인지를 결정하고, 여러 가지 가능성에 대해 탐구하며, 자신의 선호, 장점 및 단점을 이해하고, 선택 가능한 옵션을 숙지하도록 돕는 과정을 통해 습득된다. 한편, 내담자가 자신을 있는 그대로 받아들이고, 자신만이 지닌 고유한 장점을 소중히 하며, 자신의 권리와 책임을 인정하고 존중할 때 내담자는 자신을 가치 있는 존재라고 인식하게 된다.

자기결정 능력 개발의 세 번째 단계는 효과적인 계획 수립 기술의 구비이다. 여기에는 목표 설정, 목표 달성에 필요한 행동과 결과 예상, 목표 달성을 저해하는 잠재적 문제 해결 방법의 훈련 등이 포함된다. 다음으로, 재활상담사는 내담자가 수립된 계획을 행동에 옮길 수 있도록 도와주어야 한다. 자기결정능력 향상을 위한 행동에는 직장동료나 가족과의 갈등에 대처하고, 직업재활 서비스나 보조공학 기기 등의 필요한 정보에 접근하는 능력 등을 꼽을 수 있다.

네 번째 단계로, 목표 달성을 위한 계획의 수립과 실행의 결과, 장애인 내담자는 성공에 대한 경험과 자신에 관해 좀 더 많은 것을 배울 수 있는 기회를 갖게 된다. 또한, 재활상담사는 내담자의 자기결정 능력 향상을 촉진함으로써, 내담자가 목표에 대한 기대치와 수행 결과를 비교, 성취감을 경험하는 것을 도울 수 있다. 끝으로, 재활상담사는 자기결정 능력제고 과정에서 부족하거나 잘못된 부분을 보안하도록 지도하여, 내담자가 미래에 보다 효과적인 계획을 수립하고 실행에 옮김으로써 자기결정 능력을 더욱 강화할 수 있도록 지원해야 한다.

V. 상담과정의 일반 원칙과 장애관련 에티켓

위에서 살펴본 바와 같이, 장애인 내담자에게 효과적인 서비스를 제공하기 위해서는 상담 지식과 기법에 대한 일정 수준의 이해가 필요하다. 또, 재활상담사의 상담 및 재활 전반에 대한 태도나 철학적 접근은 장애인 내담자의 욕구와 목표에 부합해야 할 것이다. 아울러, 상담의 목표를 달성하기 위해서는 상담사와 내담자간의 원활한 의사소통과

상호작용이 선행되어야 할 것이다.

1. 상담의 지도 원리

아래에 소개하는 5가지의 지도 원리는 장애인 내담자를 위한 효과적 중재 어프로치의 토대를 제공해 준다.

첫째, 장애 및 장애인 접근 패러다임의 하나인 소수자 모델(minority model), 가족체계 상담 이론, 의료 서비스 체계, 법적, 정치적, 경제·문화적 측면을 아우르는 광범위한 생물학적, 사회·심리적 구조에 대한 심도 있는 이해가 필요하다(Olkin, 1999).

둘째, 장애인은 장애인계(disability community)와 전체 사회라는 두 가지 상이한 문화적 경험을 공유하는데, 이때 재활상담사는 장애인 문화(disability culture)의 성격과 특징을 이해함으로써, 신뢰 관계의 손상과 상담의 파국 등과 같은 난관을 피할 수 있다.

셋째, 장애가 내담자뿐 아니라 내담자의 가족에게도 심각한 영향을 미친다는 점을 고려해 볼 때, 장애에 대한 적응과 재활의 성공을 위해서는 장애의 발생이 가족관계 및 가족생활 전반에 미치는 영향에 대한 깊은 이해가 필요하다(Olkin, 1999).

넷째, 재활상담사는 장애 발생으로 초래되는 주변적 변화와 위에서 언급한 장애인 내담자들이 겪는 네 가지 문제 유형에 대한 심도 있는 이해가 필요하다. 끝으로, 장애인 재활상담에서 기능의 최적화와 관련하여 목표를 강조하는 강화 중심적 상담기법이 보다 광범위하게 적용되어야 할 것이다. "할 수 없다" 혹은 "해서는 안 된다." 등, 각종 장벽에 둘러싸여 무능한 존재로 치부되는 데에 익숙한 장애인들에게, 장점과 능력에 초점을 맞춘 강화 중심적 상담 어프로치는 매우 유용할 수 있다.

2. 유의할 에티켓

상담의 시작에서부터, 재활상담사는 장애인 내담자의 감정과 욕구에 민감하게 대처해야 한다. 장애인 내담자를 처음 대하게 되면, 상담사는 어떤 말을 해야 할지 혹은 무슨 도움이 필요하지나 않은지 잘 알지 못해서 난처한 상황에 빠질 수 있다. 이 같은 어색한 분위기를 타개하기 위해 재활상담사는 솔직하고 배려하는 태도를 견지하는 것이 바람직하다. 장애인 내담자에 대한 상담 계획을 수립하고 실행함에 있어, 질문의 중요성은 아무리 강조해도 지나치지 않기 때문이다.

장애인 상담 시 필요한 에티켓의 주요 요지는 신체적, 정서적, 인지적 측면에서 내담자의 사생활 침해 가능성에 대한 주의를 기울이지 말아야 한다는데 있다. 한편, Olkin(1999)이 제시하는 장애인을 대할 때 알아두어야 할 에티켓은 상담사와 내담자간의 효과적 의사소통과 상호작용 촉진에 필요한 지침을 제공하고 있는데, 이들은 아래와 같다.

1) 내담자를 뻔히 쳐다보지 않는다. 장애로 인해 확연히 드러나는 외모상의 결함, 보조기구 착용, 타인의 관심을 끄는 이상 행동이나 매너리즘을 보이는 내담자를 오랫동안 무의식적으로 응시하는 경우를 흔히 목격할 수 있다. 악의가 있지 않다 하더라도 이와 같은 행위는 내담자의 기분을 상하게 함은 물론, 내담자와 상담사간의 신뢰 관계 구축을 저해할 수 있다.

2) 지체장애나 시각장애를 가진 내담자가 도움을 필요로 할 거라고 예단하지 말아야 한다. 재활상담사는 우선 내담자가 물리적 도움이 필요한지를 확인한 다음에 원할 경우 필요한 도움을 제공해야 한다.

3) 누가 내담자인지를 분명히 해야 한다. 내담자가 도움이나 수화통역사, 혹은 가족을 동반할 경우, 재활상담사는 상담 과정에서 동반인의 역할에 대해 직접적이고 분명한 선을 그어주어야 한다. 특히 장애아동 혹은 장애청소년 내담자의 경우, 부모는 대변자의 위치를 넘어서 아동의 행동, 성격, 아동이 하고자 하는 말을 지배하려고 하는 경우가 많다.

4) 언어장애가 있는 내담자의 발음을 알아듣지 못하거나 말의 의미를 이해하지 못했을 경우, 알아듣지 못했다고 솔직히 알려주는 것이 바람직하다.

5) 내담자의 장애 때문에 일상적으로 사용하는 말들을 삼갈 필요는 없다. 가령, 시각장애를 가진 내담자 앞에서 "보다"라는 말이나 휠체어 장애인 내담자에게 "걷다"라는 표현을 써도 아무런 문제가 없다.

6) 내담자의 사전 허락 없이 휠체어나 흰 지팡이 같은 보장구를 만지는 행위는 삼가하여야 한다.

7) 상담실의 조명이나 소음, 온도와 같은 환경요인에 대한 고려는 매우 중요하다. 가령, 관절염이 있는 경우 상담실의 온도가 너무 낮으면 심한 통증을 유발할 수 있다. 반면에, 내담자가 다발성 경화증을 앓고 있다면 상담실내 온도를 적정 수준 이상으로 높여서는 안 될 것이다. 또한, 상담실 주변의 커다란 소음은 시각장애인 내담자와의 원활한 의사소통을 어렵게 함으로서 상담목표의 달성에 지장을 초래할 수 있다.

VI. 맺음말

위에서 장애인 내담자에게 효과적인 재활상담 서비스를 제공하기 위해 필요한 정보와 기법에 대해 살펴보았다. 장애에 대한 대응과 장애 적응 5단계 모델은 재활상담사에게 내담자의 장애 경험에 대한 이해를 높여 줄 것이다. 아울러, 4가지 치료적 공통 요인에 대한 이해는 재활상담사로 하여금 긍정적 상담 결과를 유인하는 요소들을 찾아 활용할 수 있는 능력을 길러줄 수 있다. 지원 네트워크 구축, 가족 상담, 자기결정 능력제고 등

의 중재 전략은 차별, 우울증, 약물/알콜 중독, 진로 선택의 어려움 등, 현재 장애인들이 직면하고 있는 여러 문제들에 대한 해법을 찾는 열쇠를 제공해 줄 것으로 기대된다. 끝으로, 장애인 내담자를 대할 때의 에티켓에 대한 이해와 활용은 내담자와의 원활한 의사소통과 신뢰에 기반한 상담적 관계 구축에 이바지할 것이다.

참고문헌

- Berry, J. O., & Hardman, M. L. (1998). *Lifespan perspectives on the family and disability*. Boston: Allyn & Bacon.
- Bertolino, B., & O'Hanlon, B. (2002). *Collaborative, competency based counseling and psychotherapy*. Boston: Allyn & Bacon.
- Bohart, A., & Tallman, K. (1999). *What clients do to make therapy work*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Brooks, D. N. (1991). The head injured family. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 13*, 155-188.
- Carroll, T.J. (1961). *Blindness: What it is, what it does and how to live with it*. Boston: Little, Brown.
- Chan, F., Shaw, L. R., McMahon, B. T., Koch, L., & Strauser, D. (1997). A model for enhancing rehabilitation counseling consumer working relationships. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 41*, 122-137.
- Curnow, T. C. (1989). Vocational development of persons with disability. *Career Development Quarterly, 37*, 269-278.
- Power, P. W., & Dell Orto, A. E. (2004). *Families living with chronic illness and disability: Interventions, challenges, and opportunities*. New York, NY: Springer.
- Field, S., Hoffman, A., & Spezia, S. (1998). *Self determination strategies for adolescents in transition*. Austin, TX: Pro Ed.
- Harrington, T. F. (1997). *Handbook of career planning for students with special needs*. Austin, TX: Pro Ed.
- Heinrich, R. & Tate, D. (1996). Latent variable structure of the Brief Symptom Inventory in a sample of persons with spinal cord injuries. *Rehabilitation Psychology, 41*, 131-148.
- Kosciulek, J. F. (1995). Impact of head injury on families: An introduction for family counselors. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 3*, 116-125.
- Kosciulek, J. F. (1998). Empowering the life choices of people with disabilities through career counseling. In N. C. Gysbers, M. J. Heppner, & J. A. Johnston, *Career counseling: Process, issues, & techniques* (pp. 109-122). Boston: Allyn & Bacon.
- Kosciulek, J. F. (1999). Implications of consumer direction for disability policy development and rehabilitation service delivery. *Journal of Disability Policy Studies, 11*, 82-94.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: MacMillan.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin &

- S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (143-189). New York: Wiley.
- Lichtenberg, P. (1997). The DOUR project: A program of depression research in geriatric rehabilitation minority inpatients. *Rehabilitation Psychology, 42*, 103-114.
- Lindemann, J. I. (1981). *Psychological and behavioral aspects of physical disability*. New York: Plenum.
- Linkowski, D. C., & Dunn, M. A. (1974). Self concept and acceptance of disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 17*, 28-32.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 44*, 151-160.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Austin, TX: ProEd.
- Lustig, D. C., Strauser, D. R., Rice, N. D., & Rucker, T. F. (2002). The relationship between working alliance and rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 46*, 25-33.
- National Organization on Disability. (2000). *Survey of the status of people with disabilities in the United States: Employment*. Washington, DC: Author.
- Olkin, R. (1999). *What psychotherapists should know about disability*. New York: Guilford.
- Prochaska, J. O. (1995). Common problems: Common solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 101-105.
- Rehabilitation Research and Training Center on Drugs and Disability. (1996). *Substance abuse, disability, and vocational rehabilitation*. Wright State University: Author.
- Roessler, R. T., Chung, W., & Rubin, S. E. (1998). Family centered rehabilitation case management. In R. T. Roessler & S. E. Rubin, *Case management and rehabilitation counseling: Procedures and techniques* (3rd ed., 231-254). Austin, TX: Pro Ed.
- Ryan, C. P. (1995). Work isn't what it used to be: Implications, recommendations, and strategies for vocational rehabilitation. *Journal of Rehabilitation, 61* (4), 8-15.
- Sachs, P. R. (1991). *Treating families of brain injury survivors*. New York: Springer.
- Sammons, M. T., & Schmidt, N. B. (Eds.) (2001). *Combined treatments for mental disorders: A guide to psychological and pharmacological interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schroeder, F. K. (1995, November). *Philosophical underpinnings of effective rehabilitation*. Sixteenth Mary E. Switzer Lecture, Worcester, MA.
- Smart, J. (2001). *Disability, society, and the individual*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Stevens, P., & Smith, R. L. (2001). *Substance abuse counseling: Theory and practice* (2nd ed). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Szymanski, E. M. (2000). Disability and vocational behavior. In R. G. Frank & T. R. Elliott (Eds.), *Handbook of rehabilitation psychology* (499-517). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tuttle, D. W., & Tuttle, N. (2006). *Self esteem and adjusting with blindness : the process of responding to life's demands*. Springfield, Ill., U.S.A.: C.C. Thomas.
- Williams, J. M. (1991). Family reaction to head injury. In J. M. Williams & T. Kay (Eds.), *Head injury: A family matter* (81-99). Baltimore: Paul H. Brookes.

Counseling Clients with Disabilities: Psychosocial Adjustment to Disability, Potential Problems Presented, and Intervention Strategies

Jo, song jae

Department of Vocational Rehabilitation, Daegu University

<Abstract>

Clients with disabilities present rehabilitation counselors with challenges as well as opportunities. Although most problems presented by clients with disabilities are very similar in nature to those of clients without disabilities, there are some unique issues (e.g., discrimination and stigma, depression, substance/alcohol abuse, etc) that a client with a disability poses in the counseling process due to his or her disabling condition. The purpose of this paper is, therefore, to outline basic knowledge in order for counselors and rehabilitation professionals to provide an effective counseling service for a client with a disability. To this end, a brief overview in the psychosocial adaptation to disability and stages of adaptation are provided. It is followed by a description of potential problems that clients with disabilities may present during the counseling process. It then moves to address therapeutic common factors which can be applied in the counseling process. Next, three counseling intervention approaches, including social network development, family therapy, and facilitating self-determination, are discussed. Finally, general principles and etiquettes related to counseling clients with disabilities are presented.

Key words: people with disabilities, rehabilitation counseling, counseling intervention strategies.

논문 접수: 2007. 4. 20 심사 시작: 2007. 5. 10 게재 확정: 2007. 6. 25