

도박중독의 재활: 타 정신장애와의 비교

이 홍 표[†]

대구사이버대학교 미술치료학과

김 태 우

KRA 유켄센터

본 연구에서는 다른 정신장애(정신병적 장애 및 알코올 중독)와 비교하여 도박중독의 재활에 대한 국내의 현황과 실태, 차이점을 살펴보고 도박중독에 있어서의 재활의 필요성과 의미 및 도박중독에 고유한 재활 영역을 제시하고자 하였다. 먼저 국내외에서는 국가 혹은 사행 산업체가 운영하는 상담, 치료 센터에서 일부 주민등록과 의료보험회복지원, 법률 지원, 거주시설 및 직업 재활 등이 제공되고 있지만 도박중독 및 그 가족의 사회 복귀 및 적응에 필요한 재활 지원은 치료에 비해 매우 부족하거나 등한시되고 있는 실정이었다. 또한 타 정신 장애와 달리 도박중독은 인지적 기능이나 일상생활 기능의 결함이 없거나 극소한 반면 사회적 역할의 손상이 심각한데 이는 도박의 고유한 본성, 도박중독으로 발전하면서 수반되는 성격적/정서적 변화, 병전의 성격적 결함 등에 기인하는 것으로 시사된다. 도박중독에서는 사회적 역할 손상과 이로 인한 신용 불량, 가족 해체, 사회 빈곤화 등 사회경제적 문제가 심각한 바, 도박중독의 재활에서 중요한 영역들은 사회복지 서비스 지원, 신용회복 지원, 금전 관리 지원, 가족의 재활 지원, 직업 재활 서비스 등이 중심이 되어야 하며, 이러한 세부적 영역을 중심으로 그 의미와 기능을 논하였다. 마지막으로 본 논의의 시사점과 제한점에 대하여 논하였다.

주요어 : 도박중독, 재활, 직업재활

[†] 교신저자(Corresponding author) : 이홍표, (712-714) 대구사이버대학교, 경상북도 경산시 진량읍 내리리 15
Fax : 053-850-4019, E-mail : youbefree@dcu.ac.kr

서론

도박중독¹⁾은 개인과 가족, 사회에 심각한 손실을 유발하는 충동 조절 장애(APA, 1994)이자 중독에 속한다(Raylu & Oei, 2002). 도박중독이 중독에 속하는 이유는 생리적, 심리적으로 각성의 추구, 도피, 갈망, 내성, 금단 증상 등 알코올이나 약물중독과 유사한 병리적 특성들이 수반되기 때문이다. 알코올중독은 가정폭력, 음주운전으로 인한 교통사고, 범죄 등의 가정 및 사회 문제를 유발할 뿐 아니라 신체적, 심리적 건강을 심각하게 위협하며 이로 인한 사회경제적 비용이 전체 GDP의 2.86%, 14조 9천억원에 이른다(정우진, 전현준, 이선미, 2006). 도박중독 역시 생리적 의존이 강한 약물 중독에 비해 심리적 의존이 강하며 외적으로 드러나는 신체적 증상이 분명하지 않다는 차이점이 있지만 개인 뿐 아니라 경제적 빈곤, 이혼, 가정해체 등 가정과 사회에 심각한 경제적, 정서적 악영향을 미치며(이홍표, 2002), 이로 인한 사회경제적 비용 역시 10조 원에 이른다(인코그룹, 2002). 사실 도박중독은 알코올중독에 비해 오히려 증상이 분명하게 드러나지 않기 때문에 도박자가 도박 행동을 쉽게 감출 수 있고 가족이나 주변 사람들이 인지하지 못하는 사이에 금전적 손실이 급속히 악화, 누적되며(Lopez, 1998), 이는 결국 가족 전체의 빈곤화를 초래하기 때문에 다른 중

독이나 정신장애에 비하여 가족과 사회에 미치는 파급효과는 더욱 심각하다고 할 수 있다.

그렇다면 도박중독의 유병률이 알코올중독에 비해 낮을까? 2006년도 보건복지부의 조사에 의하면 알코올사용장애의 1년 유병률이 알코올의존 3.2%, 알코올남용 2.5%로 전체 5.6%에 이르고 있어(보건복지부, 2006) 정신분열병이나 망상장애, 양극성 장애 등을 포함한 정신병적 장애보다 열배 이상 높았다. 이와 비교하여 도박의 경우에는 알코올 의존에 상응하는 병적 도박이 0.9~2.6%, 알코올 남용에 상응하는 문제성 도박이 1.2~4.2%로 조사되었다(김교현, 이홍표, 권선중, 2005; 한성열, 김교현, 박정열, 변종석, 이영식, 이홍표, 허태균, 2009). 이는 알코올사용장애보다 약간 낮거나 유사하며 정신병적 장애보다는 훨씬 높은 수치로, 최소 2.1%에서 6.8%의 사람들이 도박 문제로 인해 고통 받고 있음을 시사한다.

그러나 높은 유병률에도 불구하고 도박중독자 스스로가 전문적 도움을 받으러 오는 경우는 매우 드물다(이홍표, 이상규, 이재갑, 김한우, 김태우, 2007). 도박중독자들이 도움을 받지 않는 이유는 첫째, 반복적이고 과도한 도박 행동이 심리적 장애라는 병식이 없기 때문이다. 도박중독자들은 흔히 도박을 지속하는 이유를 심각한 금전적 손해나 부채 때문이라고 귀인하며, 원금을 회복하거나 부채를 갚고 나면 도박을 그만둘 수 있다고 지각한다. 그러나 도박 행동은 멈추어지지 않고 도박 행동과 금전적 손해의 악순환이 지속되며, 결국 감당할 수 없는 정도의 빚 문제가 밝혀지고 난 뒤에야 가족들에게 이끌려오게 된다. 더구나 치료 장면에서도 문제를 부인하거나 당면한 경제적인 어려움만 해결되면 도박을 하지 않을 수 있다고 주장하는 경우도 많다. 두 번

1) 이 분야에서는 병적 도박(Pathological Gambling), 습관성 도박(Habitual Gambling), 장애도박(Disorder Gambling), 문제도박(Problem Gambling)이라는 단어들 혼용되어 사용되고 있다. 필자는 이 글에서 가독성을 위해서 일반적으로 가장 많이 알려진 도박중독(Gambling Addiction)이라는 단어를 사용하였으며 이 때 도박중독은 병적 도박을 의미한다.

재는 도박중독으로 낙인찍힐 것에 대한 두려움이 강하기 때문일 것이다. 전영민(2008)의 연구에 의하면 실제로 치료에 대한 주변의 편견(67.3%)이 매우 높은 것으로 나타났는데 도박이 한국 사회에서 비도덕적이고 불건전한 행위로 받아들여지고 있으며, 이러한 부정적 인식이나 편견이 치료와 재활의 장애물이 되고 있는 것이다(이태원, 김석준, 1998; 뉴스엔 피플, 2006; 스포츠 서울닷컴, 2009). 그 외에도 상담센터에 대한 정보 부족(70.7%), 접근성 부족(69.4%), 치료비 부담(45.6%)과 상담 서비스가 도움이 되지 않을 것이라는 치료에 대한 부정적 인식(33%) 등이 장애물로 시사되고 있었다.

또 하나 전영민(2008)의 동일 연구에서 두드러진 사항은 치료자들의 84%가 상담 및 치료기관의 필요성 외에도 직업재활 센터의 필요성을 보고하고 있다는 점이다. 특히 도박중독자와 가족들의 경우에는 외래상담 및 치료기관(69%) 외에 직업재활센터(73%)의 필요성을 강하게 요청하고 있었다. 이는 치료자와 내담자 및 가족 모두 재활, 그 중에서도 특히 직업 재활을 치료를 지속하거나 가정을 유지하고 사회에 복귀하는 중요한 요인으로 받아들이고 있음을 시사한다. 사실 도박중독자들이 치료를 잘 찾지 않는 이유는 치료를 받는 것보다 당장 현실에서 부딪히는 경제적 문제가 시급하기 때문일 수 있다. 한성열, 이흥표, 허태균 및 장훈(2008)의 연구에서 도박자들의 평균 손실액은 일인당 평균 이백만원, 도박의 범위에 주식을 포함할 경우 오백만원이었다. 그러나 중독 수준별로 보면 위험성 도박(risk gambling)의 경우 3.2%, 문제성 도박자(problem gambling) 8.6%, 병적 도박자의 경우 무려 23.7%가 5천만원 이상(1천만원 이상의 경우

위험성 도박 8.3%, 문제성 도박자 20.7%, 병적 도박자 52.9%)의 경제적 손실을 입고 있어(한성열, 허태균 이흥표, 장훈, 안상섭, 2008), 중독수준이 높을수록 부채규모가 매우 높았다. 이렇게 수입에 비해 부채가 과도하며, 직업수준이 낮고 불안정하거나 오래 유지하지 못하기 때문에 목전의 경제적 압박에서 헤어나지 못하게 된다. 가족들 역시 적은 수입, 부채와 채무자들의 부채상환 압력에 시달리기는 마찬가지로, 배우자나 가족들이 대신 생활 전선에 나서는 경우도 많다. 이런 측면에서 볼 때 도박중독자와 그 가족들에게 시급한 것은 치료와 더불어 금전적 해결이나 법적 문제의 해결, 안정된 거주지와 직업의 확보인 셈이다. 도박에 대한 통제력을 회복한다고 해도 재정적 능력과 금전 관리 능력이 회복되거나 사회적 지원 체계가 확보되지 않으면 이들이 정상적인 사회 구성원으로 기능할 수 있는 가능성은 낮다. 때로 도박중독자들은 미래에 대한 희망이 불투명하다고 지각하기 때문에 사전에 치료를 포기하거나 기대를 걸지 않는데, 앞서 제시한 전영민(2008)의 연구에서 상담기관을 찾지 않는 이유에 속했던 치료비 부담과 상담/치료 서비스가 도움이 되지 않을 것이라는 인식도 이런 도박중독자와 그 가족들의 심각한 경제적 어려움 및 이에 따른 사기 저하와 낮은 삶의 만족도(이인혜, 2005)를 반영하는 것일 수 있다. 현장에서 일하는 임상가들 역시 이러한 사회경제적 문제와 재활의 필요성을 인지하기는 가족들과 마찬가지로, 치료자나 도박중독자 및 가족들 모두 직업재활의 필요성을 강하게 인정할 수밖에 없었던 것으로 시사된다.

따라서 도박중독 역시 정신 재활, 특히 직업재활의 필요성이 시급하다. 정신재활이란

장기간의 정신적 능력 저하를 지닌 사람이 스스로 선택한 환경 내에서 성공적이면서도 만족스럽게 살 수 있도록 기능을 증진시키는 것 (Anthony, Cohen & Farkas, 1990)이며 그 중에서도 직업재활은 신체적·정신적·사회적·직업적·경제적 능력을 최대한 길러줌으로써 일할 수 있는 권리와 의무를 비정신장애인과 똑같이 갖게 하며 자립을 영위할 수 있도록 하는 재활의 가장 중요하고 핵심적인 과정이다(강위영, 2001). 이러한 재활의 개념을 도박중독에 적용한다면 도박중독에 있어서의 재활이란 치료가 이루어진 뒤(혹은 치료와 동시에 진행되면서) 기능(능력, 자원)을 회복하거나 양성하여 직업 생활과 사회적 역할을 회복하고 자립을 유지하도록 하는 것이 될 것이다. 그 목표 역시 재발을 방지하고 사회 구성원으로 통합되도록 하는데 공통점이 있을 것이다. 그러나 지금까지 정신재활의 주된 대상은 주로 알코올중독이나 정신병적 장애였다. 하지만 도박중독자들은 과연 정신병적장애나 알코올사용장애에서 의미하는 그런 장애인일까? 도박중독자들이 정신병적장애나 알코올사용장애 등의 정신장애와 다른 점은 없을까? 만일 그렇다면 그 차이에 따른 재활의 의미나 기능도 달라질 수밖에 없을 것이다. 이 글에서는 도박중독과 정신분열병과 알코올중독 등 기존의 정신장애와 비교하여 재활에 어떤 공통점 및 차이점이 있는지, 국내외 기관에서 어떻게 이해하고 대처하고 있는지, 향후 도박중독에 어떤 재활적 접근이 요구되는지 논의하고 그 방안을 제시해 보고자 하였다. 본 논의에서는 기존의 정신재활에서 주 대상이 되었던 정신장애군이 정신분열병과 알코올사용장애였고 다른 장애군의 재활과정이나 연구가 극히 한정되어 있기 때문에 정신분열병 및 알코올중

독만을 비교대상으로 하였다.

도박중독의 재활: 정신재활과의 비교

정신재활에 있어서의 재활의 의미와 현황

먼저 도박중독에 있어서의 재활의 함의와 중점을 이해하기 위해 정신재활에 있어서의 재활의 의미와 그 역할을 살펴보자. 국어사전(이희승, 1996)에서 재활은 ‘다시 살림, 활용, 활동함.’으로, 이전의 잘못된 상태를 결함 상태를 극복하고 무엇인가를 되살리는 것을 통칭한다. 또한 정신재활은 증상의 제거나 경감보다 만족스러운 생활을 영위할 수 있도록 필요한 (이전의 상실된) 기능을 증진시키는 것을 의미한다(배정규, 1996). 이 때 정신재활의 초점은 손상(impairment)이 아니라 기능결함(disability)과 불이익(handicap)이 된다(손명자, 배정규, 2003). 이를 치료와 재활의 과정별로 살펴보면 첫 번째 정신 장애의 손상은 정신과적 증상이 유발, 지속되는 단계로 이 단계에서는 증상을 제거하는 치료가 초점이 된다. 두 번째 단계는 증상들이 만성화되면서 기능결함(disability)이 일어나는 단계로, 이 단계에서는 증상으로 인해 일상생활의 기능이 저하되고 이전의 정상적으로 수행하던 행동을 상실하게 된다. 세 번째 단계에서는 역할의 장애가 일어나고 불이익(handicap)을 당하는 단계로, 이 단계에 이르면 학생이나 직업인이 되지 못하거나 독립적인 생활을 하지 못하는 등 보편적인 사회인으로서의 역할을 수행하지 못하게 된다. 이를테면 만성 알코올중독이나 정신병적 장애에서는 사회적 기술과 생활 기술의 빈곤 혹은 상실로 인해 시선 접촉과 몸짓

이 빈약해지고, 얼굴 표정과 반응 시점이 부적절하며, 자발적인 사회적 상호작용이 낮아진다. 또한 직장 생활에서 작업을 견디고, 지시를 따르며, 동료와 상사와 협조하고, 문제를 해결하며, 과제를 파악하고, 일에 집중하며 도움을 청하는 능력이 부족해지거나 상실된다. Liberman(1988)과 Anthony 등(1990)이 이야기하는 정신장애의 재활은 증상 제거가 아니라 주로 이단계와 삼단계의 장애, 즉 기능 저하와 불이익을 제거하고 사회적 기능과 역할을 회복하는데 초점을 맞추고 있다. 이에 따라 재활관리자는 약물과 증상의 자기관리 훈련 뿐 아니라 주거지 선택과 유지(계약 및 보수 관련), 여가 활동과 오락 기술, 물건 구입과 계산 및 저축 등의 금전 관리, 공공기관 이용, 대인관계 형성 및 유지, 감정 표현과 자기주장을 포함한 사회기술 훈련, 각 환자의 수준에 적합한 직업능력의 측정과 기술 교육 등 매우 세세하고 구체적인 일상생활 기능을 교육하고 보완해 나가게 된다.

이러한 정신장애의 기능 회복과 사회 복귀를 위해 현재 정부에서는 수준에 따라 이용대상자를 정신분열병, 양극성 정동장애, 반복성 우울장애, 분열형정동장애 등의 1급(주위의 전적인 도움 없이는 일상생활 수행이 불가능), 2급(주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람), 3급(기능 수행에 제한을 받아 간헐적으로 도움이 필요한 사람)으로 구분하여(보건복지부, 2003), 직업과 위탁의 체제로 전국 151개 정신보건센터와 정신요양시설 58개, 사회복귀시설 170개를 설치·운영하고 있다(보건복지부, 2008).

알코올사용장애의 경우에는 어떠할까? 현재 우리나라에서는 보건복지가족부의 정신보건팀 산하에서 운영하는 중앙 알코올중독 전문치료

센터와 광역시별로 전국 30여개의 알코올중독 전문상담센터 외에 3개소(남, 여 거주시설 2개소, 이용시설 1개소)의 사회복귀시설을 설립하여 지역사회 재활과 사회 복귀를 지원하고 있다(보건복지부, 2008). 심각한 알코올중독의 경우 재활율이 높을 뿐 아니라 코르샤코프 증후군, 기억 손상, 직업 기능 상실 등 인지적, 실생활 손상이 동반되기 때문에 정신장애의 재활과정과 마찬가지로 기능과 역할 결함(불이익)의 단계를 거치게 되며, 따라서 해독과 치료 이후에는 증상 관리 및 병전의 인지적 자원과 직업 능력, 사회적 기능 및 직업적 능력을 최대한 회복하는데 재활의 초점을 맞추고 있다.

그러나 국내 재활의 상황을 살펴보면 그 필요성에 대한 인식은 높지만 실제 프로그램은 재활의 목표가 명확하지 않거나 환자 및 보호자들의 기대에 비해 운영 수준이 낮은 편이다. 일차적으로 만성 정신병적 장애의 경우에는 장애의 특성상 인지적 기능 회복, 대인관계 기술 능력 증진에 우선적 초점을 맞추게 되며, 기능 수준이 워낙 낮기 때문에 상대적으로 환자의 기능 수준에 맞는 직업수행 기술 교육, 직업 알선이나 직업 유지 등이 원활하게 이루어지지 않거나 열악할 수밖에 없다. 알코올중독의 경우에도 치료와 재활이 명확히 구분되지 못하거나 외국 프로그램의 소개에만 그치는 경우가 많다는 점을 여러 연구자들(김성곤, 2002; 권구영, 2002; 천성수 2004)이 공통적으로 지적하고 있다. 김한오(2005)는 알코올중독자의 사후관리나 직업 재활이 거의 이루어지지 않고 있다고 토로하고 있는데 실제로 국내 100여개의 기관을 대상으로 한 연구에 의하면 사회적 서비스 획득 지원(26.5%)나 직업상담(23.5%), 주거 지원(4.4%) 등의 서비스가 제공

되기는 하지만 상대적으로 제공률이 매우 저조하였다(권구영, 2002). 재활에 대한 체계적 지식과 교육과정이 부족하거나 프로그램이 환자 개인의 특성에 적합하지 않은 경우도 많았다. 예컨대 몇몇 직업재활 훈련에서는 ‘등산, 레크리에이션, 농작물 재배 프로그램 혹은 컴퓨터 교육, 이·미용 훈련’을 직업재활이라는 명목 하에 운영하고 있는데 이런 프로그램들이 과연 내담자의 기능 및 욕구에 비추어 타당성이 있는지 고려해 볼 필요가 있을 것이다. 나운환과 장원주(2002) 역시 국내 정신장애인의 직업재활을 담당하고 있는 정신보건인력들이 직업재활에 관한 지식보다는 정신보건에 관한 지식만을 갖고 직업재활 프로그램을 운영한다고 지적하면서 이들이 주로 제공하는 지역사회 직업재활 서비스들은 주로 상담, 직업적응 훈련, 사업체 개발 및 고용 의뢰, 취업 후 상담 및 사후지도였으며, 직업재활 서비스의 밑바탕이 되는 직업적 검사와 직무분석, 취업 교육 및 연구 등이 취약하였고, 이는 직업재활 전 과정에서 오류를 유발하고 내담자의 능력과 적성을 무시하는 결과를 초래할 수 있다고 주장했다.

이러한 점들로 볼 때 정신재활 중에서도 직업재활이 상대적으로 치료나 다른 재활 프로그램에 비해 열악한 상태라고 할 수 있으며 이는 앞서 여러 연구자들이 지적한 바와 같이 사회적 관심과 역량의 부족, 전문 인력의 부족에 기인한다. 또 다른 이유로 직업재활이 활성화되지 못하거나 성과가 부족한 이유는 일부 장애의 특성에도 기인한다. 심한 만성 정신과 환자들이 정상적인 사회활동에 완전히 복귀하고 나아가 자발적, 독립적으로 직업을 유지한다는 것은 거의 불가능하며, 때문에 어느 정도 정상적 생활을 할 수 있도록 환자가

필요로 하는 영역에 집중하는 것이 더 효과적일 수도 있다(나운찬, 장원주, 2002). 실제로 정신장애인이거나 만성 알코올중독자의 취업은 매우 어려운 문제로, 직업재활의 역사가 오래된 미국이나 서구에서도 대부분의 환자들이 자신들의 기능 수준에 비해 기대는 높은 반면 취업률은 이에 미치지 못해 직업재활 프로그램의 성과가 낮은 것으로 보고되고 있다(Lieberman, 1995)

도박중독 재활의 의미와 초점: 정신병적 장애 및 알코올사용장애와의 비교

도박중독자는 앞서 이야기한 증상이나 기능 및 역할의 결함이 정신병적 장애나 알코올중독과 큰 차이가 있을 수 있으며, 그렇다면 재활의 초점이나 방법도 달라야 할 것이다. 그런 의미에서 정신병적 장애 및 알코올중독과 비교하여 이들과 공통되거나 다른 도박중독자의 증상, 인지적 손상 및 특히 기능과 역할의 결함을 살펴볼 필요가 있다.

표 1에 각 정신장애의 손상 영역과 재활 프로그램을 간략하게 정리하였는데 먼저 첫째 손상단계에서 증상과 인지적 손상을 살펴보면 알코올중독 및 정신병적 장애와 비교하여 도박중독에서는 정신병적 장애에서와 같은 망상, 환각, 정서적 둔마(무감동, 무쾌감증), 현실 검증력 및 판단력 장애 등의 양성 및 음성 증상은 수반되지 않는다. 알코올중독과 비교해서는 탐닉, 내성, 금단증상, 통제력의 장애와 같은 중독의 특징을 공유하지만 심각한 만성 알코올중독에서와 같은 기억 상실, 망상, 환청, 환시, 현실 검증력 손상 등과 같은 신체적, 인지적 기능 손상은 유발되지 않는다. 두 번째로, 기능결함과 불이익 단계에서 일어나

는 사회적 기능의 결함을 살펴보면 정신분열병에서는 신체적 자조활동이나 자기보호 등 일상생활 능력이 저하되며 언어 둔마, 자발성과 상호작용 및 적절한 의사소통 능력의 손상으로 인해 대인관계를 형성하고 유지하는데 어려움을 겪는다. 알코올중독의 경우에도 알코올에 노출된 상태이거나 오랫동안 노출된 후에는 적절한 식사, 세면, 보행, 이동 등의 신체적 자조활동이나 기초적인 일상생활 기능 수행이 불가능해지거나 어려움을 겪는다. 대인관계에서는 언어적 조리가 부족해지면서 적절한 의사소통이나 상호작용이 불가능하거나 어려워지며, 일부 알코올중독자들은 책임감과 성실성이 부족하거나 주변 사람들을 이용하고 착취함으로써 결국 사회적 고립에 처하게 된다. 이에 비해 도박중독의 경우 신체적 자조활동이나 자기보호 등 일상생활의 장애는 나타나지 않으며 대인관계에서도 일상적 의사소통이나 자발적인 언어 표현력 및 상호작용 능력의 저하는 시사되지 않는다. 그러나 사회적 고립에 처하게 된다는 점에서는 알코올중독과 공통점이 있는데 이는 일부 심각한 알코올중독에서와 마찬가지로 책임감을 상실하고(병전부터 부족하였거나) 주변 사람들을 이용하고 착취함으로써 신뢰를 상실하기 때문이다. 세 번째로, 직업능력에서 일어나는 기능 결함을 비교해 보면 세 집단 모두 직업능력의 결함이 심각하다는 점에서는 동일하다. 그러나 그 원인은 각기 다른데 정신분열병 집단과 만성적이고 심각한 알코올중독군이 양성 및 음성 증상 및 인지적 능력의 손상으로 인해 지시를 이해하고 반응하며 문제를 계획, 예견하고 해결하며, 지속해 나갈 수 있는 직업 수행 능력이 손상되기 때문이라면 도박중독자들의 경우 이런 직업 수행 기술이 손상되기 때문이 아니

라 직업과 돈에 대한 기대를 상실하거나 비현실적이며, 직업이 도박을 유지하기 위한 수단으로 전락하기 때문이다.

이러한 공통점과 차이점으로 볼 때 도박중독의 경우, 병후에도 정신분열병이나 만성 알코올중독과 달리 인지적 자원이나 일상생활 기능의 손상이 적거나 없고 직업수행 기술도 상대적으로 매우 양호한 편이다. 따라서 만성적인 정신병적 장애인이나 알코올중독에서와 같이 인지적, 정서적 결함이나 일상생활 기능을 회복시키는데 재활의 초점을 둘 필요는 없을 것이다. 그러나 기능 결함과 불이익 단계에서는 도박중독자들 역시 사회적, 직업적 역할의 결함과 불이익을 경험하며, 그 원인이 정서적, 인지적 자원 및 일상생활 기술 손상보다 다른 구조적 특성, 그리고 특히 도박자의 심리적 특성에 기인하는 것으로 시사되는 바, 이러한 특성들을 좀 더 자세히 살펴보면 다음과 같다.

첫째로, 도박중독자의 역할 결함은 돈을 매개로 한 도박행위의 고유한 부적응적 본성 및 여기서 파생되는 문제점들에 기인한다. 도박중독이 알코올중독과 같은 다른 정신장애와 구분되는 가장 큰 차이점은 도박행위가 돈을 매개로 이루어지며, 이로 인해 결국 절망적인 재정 상태에 이르게 된다(APA, 1994)는 점이다. 도박자들은 돈을 잃은 후(혹은 만 후) 점점 더 많은 돈을 걸게 되고, 그러면서 손실액이 증가한다(이흥표, 2002). 대부분의 도박자는 초기 단계에서 큰돈을 만 경험이 있고(Ladouceur & Mayland, 1984), 도박에서 큰돈을 따고 승리하는 것이 손실로 인한 스트레스를 회복하는 길이라고 믿는다(Custer, 1984). Lee, Chae, Lee, & Kim(2007)의 연구에서 금전 획득에 대한 동기는 각성 및 회피동기를 증폭시키

는 매개변인이었다. 즉, 정서적 각성이나 회피에 대한 동기는 그 자체로 작용하는 것이 아니라 금전 획득, 즉 대박(big win)에 대한 욕구와 기대를 매개로 하여 작용하고 있었다. 이렇게 금전 획득에 대한 비현실적 동기는 도박 문제를 파생시키는 가장 큰 요인으로, 도박자는 높은 각성상태를 유지하거나 잃은 원금을 회수하기 위해, 혹은 도박 행동을 유지하기 위해 점점 더 많은 돈을 도박에 쏟아 붓고 상실하는 악순환에 빠지게 된다.

둘째로, 정상적인 도박행위가 도박중독으로 발전하면서 성격이 변화하고 심각한 정서, 동기, 의미, 대인관계의 문제들이 수반된다. Lesieur와 Rosenthal(1992)은 도박의 진행과정을 승리-손실-절망-포기의 네 단계로 구분하면서 병전 문제가 없는 도박자들도 결국 절망이나 포기 단계에 이르면 주변 사람 탓을 하거나 불법 행동을 저지르는 등 행동이 무분별해지며 성격이 황폐해진다고 지적하였다. 이들의 병전 사회적 기술이나 자원은 상당히 능숙한

표 1. 도박중독과 정신병적 장애 및 알코올중독의 손상 및 결함영역 비교

구분	정신병적 장애	알코올중독	도박중독
손상	중상 ○ 망상, 환각 ○ 정서적 둔마	○ 일부 망상, 환각 ○ 일부 정서적 둔마와 제한 ○ 내성, 금단증상 ○ 알코올 통제력 상실	○ 망상, 환각, 정서적 둔마는 없음 ○ 내성, 금단증상 ○ 도박 통제력 상실
	인지적 손상 ○ 10~25%가 뇌실확대 혹은 피질위축 ○ 사고장애, 판단력장애 ○ 주의력과 집중력 및 판단력장애	○ 중추신경계 손상, 피질위축 ○ Korsakoff 증후군 ○ 사고와 판단력장애 ○ 주의력과 기억력 및 판단력 저하	○ 사고장애, 주의력장애, 기억장애, 판단력장애 등의 손상이 없거나 극소함 ○ 중추신경계 손상은 없음
기능적 결함 / 불이익	사회적 ○ 언어 빈곤 ○ 일부 식사, 이동, 가사활동을 포함한 자기관리와 자기보호 등 기초일상생활기능 결함 ○ 대인관계의 상호작용 및 의사소통 저하 ○ 사회적 고립, 위축	○ 일부 대인관계의 상호작용 및 의사소통 능력 저하 ○ 식사, 보행, 이동, 가사활동 등 기초적 자기관리와 일상생활기능 저하 ○ 사회적 고립, 위축 ○ 책임감과 신뢰성이 부족하며 착취, 조종	○ 의사소통 및 상호작용 자원저하는 없음 ○ 자기관리와 자기보호 등 일상생활 장애가 없거나 극소 ○ 사회적 고립 ○ 책임감, 신뢰성이 부족하며 착취, 조종
	직업적 ○ 지시에 대한 이해와 반응 부족 ○ 금전관리의 어려움 ○ 직업수행기술의 저하, 결손	○ 자기 관리 및 금전관리의 어려움 ○ 일부 직업수행기술 부족 ○ 직업유지의 어려움	○ 직업수행기술의 저하는 없거나 극소 ○ 금전관리의 장애(대박에 대한 마술적 기대, 돈에 대한 가치관이 비현실적) ○ 직업 유지의 어려움

편이며 양심적이거나 다른 사람을 배려하고 도울 수 있는 도박자들도 많다. 그러나 도박을 계속하고 도박할 돈을 마련하기 위해 가족과 주변 사람들에게 거짓말을 하게 되고 사람들을 이용한다. 잠시 잘못을 후회하고 자책하기도 하지만 점점 더 도덕적 판단력과 죄의식이 줄어들며, 착취와 조종(manipulation)에 능숙해진다(Rosenthal, 1986). 스스로 부채를 변제하지 않는 것은 물론 가족과 동료의 돈을 몰래 쓰고 핑계를 대며 남은 가족들에게 책임을 떠넘긴다(이흥표, 2002). 가족, 직업, 돈의 의미는 점점 퇴색되거나 상실되어간다. 가족 관계에서는 자녀와 배우자를 포함한 가족들에게 화를 내고 의사소통은 단절되며 대화와 여가를 즐기지 못한다. 도박을 하느라 며칠씩 집을 나가 들어오지 않고 폭력을 행사하기도 한다. 정상적인 배우자 및 부모로서의 역할 및 책임감이 상실되는 것이다. 직업적 측면에서는 어떤 일을 하면서 즐거움을 얻는 자기목적적인 일의 가치를 상실하게 되며, 일에 노력을 쏟고 욕구를 지연하며 장기적인 성취를 추구하는 것이 불가능해진다(McCormick, Taber, Kruegelbach, & Russo, 1987). 금전 관리적 측면에서도 기능이 상실된다. 돈을 벌고 관리, 저축하며 지출하는 전반적인 과정에 장애가 발생하며, 돈의 의미는 퇴색된다. 이전에 돈과 급여가 노력과 보상의 정당한 대가였으며 가족의 현재와 미래를 책임질 매개체였다면 이제 작은 돈이나 급여는 하찮은 것으로 보인다. 돈을 번다고 해도 합리적, 장기적인 계획을 세워 저축하지 못하며 가족과 자신을 위해 정상적으로 돈을 지출하지 못한다. 예컨대 가족들에게 정상적으로 지급될 기초적인 주거비와 식비, 피복비, 양육비 등에 돈을 지출하지 못하고 사기저하(demoralization) 상태에서 음주나

쾌락에 낭비하거나 도박할 수단으로 전략해 버린다. 이러한 악순환은 일차적으로 사교적 도박자가 도박중독으로 발전하는 진행과정에서 무책임해지거나 불성실해지는 등 성격이 황폐해지기 때문이다(Custer, 1984; Resieur & Rosenthal, 1992).

셋째로, 도박중독자들의 병전 성격적 특성이나 문제점이 작용할 수 있다. 도박중독에는 병전부터 성격 문제 내지 충동 통제의 어려움이 수반되는 경우가 흔하며 그 중 가장 공통적인 특성이 충동성(Blaszczynski & Steel, 1998; 연미영, 2006)과 위험 감수적인 성향이다(Chiu, 1997; Powell, Hardoon, Derevensky, & Gupta, 1999). 이들은 욕구만족 지연력이 결여되어 있고, 지연된 만족을 평가절하하며, 즉시적인 만족을 추구한다(Petry & Casarella, 1999). 또한 위험도를 과소평가하고 위험한 행동을 매력적으로 보며 선호한다(Knowles, 1976). 이러한 충동성과 위험 감수적 성향에 수반되어 반사회적 성격장애, 자기애적 성격장애, 경계선적 성격장애 등 B군 성격장애가 흔히 나타난다(Bolen, Caldwell & Boyd, 1975; Graham & Lowenfeld, 1986; Lowenfeld, 1979; Roy, Custer, Lorenz & Linnoila, 1989). 직업적 측면에서는 경쟁적이고 근면한 장점이 있기도 하지만 일을 지속하거나 잘 마무리 짓지 못하고, 권태로움을 쉽게 느끼며, 점진적이고 지속적인 노력을 통한 성취나 보상과 가치를 평가절하한다. 이들은 도박이 아니더라도 그와 유사한 특성이 있는 투자나 투기에 성공해서 그 즉시 부와 사회적 지위를 얻는 것을 꿈꾼다(Taber, Russo, Adkins, & McCormick, 1986). 대인관계에서 관계를 맺는 기술은 부족하지 않지만 관계의 깊이가 낮고 피상적이다. 이들은 지속적이고 깊이 있는 관계를 유지하는데 어려움이 많으며 공감능력

이 부족하고 자신을 과대평가한다(Rosenthal, 1987). 이런 점에서 도박중독자들은 대인관계 기술이 부족하기 때문이 아니라 관계의 진실성과 친밀감, 책임감과 이타성이라는 덕목이 부족하다는 점에서 문제를 갖는다.

지금까지의 논의를 종합하면 도박중독자는 다른 정신 장애나 알코올중독에 비하여 인지적 기능이나 일상생활의 결함이 나타나지 않는다. 사회적 기술이나 직업적 자원 및 능력에서도 가장 뛰어난 것으로 판단되며 이들의 병전 사회적 기술이나 자원은 오히려 상당히 능숙한 편으로, 실제로 실직상태에 있다가도 다시 곧잘 직업을 구하는 모습을 보이곤 한다. 그러나 가족이나 직업, 금전적인 측면에서는 오히려 정신병적 장애나 알코올중독보다 심각한 사회적 역할 손상이 수반될 수 있는데 이는 첫째, 금전 상실 및 획득과 연관된 도박의 부적응적 본성에서 기인하는 결함, 그리고 둘째, 정상적인 도박 행동이 부적응적인 도박중독으로 발전하거나 변질되면서 나타나는 성격적, 정서적, 동기적 결함, 마지막으로 충동적이거나 B형 성격군을 중심으로 한 병전의 성격적 결함요인 등에서 기인한다고 할 것이다.

도박중독 재활의 현황 및 필수 재활영역

이러한 도박중독의 특성과 문제점을 고려한다면 도박중독의 재활은 지금까지의 정신장애와는 다른 접근이 필요한 것이다. 예컨대 직업재활의 경우 정신병적 장애나 알코올중독에서는 손상된 인지적 기능과 일상생활 기능을 회복하고 직업에 필요한 자원이나 기술을 개발하는 것이 초점이 될 수 있지만 도박중독에서는 직업기술 교육과 환자의 수준에 맞는 구

직보다 가족, 직업, 금전 등의 영역에서 그의 미를 되찾고 유지할 수 있도록 하는데 주안점을 두어야 할 것이다. 그렇다면 도박중독자들에게 현재 어떤 재활 프로그램이 제공되고 있을까? 그리고 도박중독자들에게는 과연 어떠한 재활이 필요하며 또 어떠한 방식으로 제공되어야 할까? 이에 따라 먼저 국내외의 현황을 살펴보고 도박중독자에게 필요한 재활 영역과 그 내용 및 기준을 살펴보고자 한다.

도박중독 재활의 국내외 현황

표 2에 외국의 도박중독 기관 운영방식과 치료 및 재활 운영 현황을 소개하였다. 먼저 미국의 경우를 보면 외래치료가 중심이 되고 있으며 실질적인 재활 시스템은 제공되지 못하고 있는 것으로 나타났다(Jeffrey, 2003). 미 오리건 주에서는 2001년부터 2002년까지 프로그램에 참가한 657명의 내담자중 85.8%가 외래치료였고 거주시설(residential program) 이용자는 0.2%에 지나지 않았다(Thomas, 2002). 뉴질랜드나 호주 빅토리아 주에서는 정부 구성 기금으로 직영 치료센터와 민간위탁 치료센터를 운영하고 있으며 일부 센터에서는 거주시설을 함께 운영하고 있다. 캐나다 앨버타 주의 경우에도 국가와 사업자가 공동 책임을 지고 51개 외래센터를 중심으로 지역사회 기반 치료 프로그램을 실시하면서 이 시설 내에서 거주 시설이나 쉼터를 운영하고 있다. 그러나 거주 시설에서는 치료와 재발 방지가 주목표가 되고 있으며 직업 알선과 직업기술 교육, 사후 직업 관리 등의 직업재활 서비스는 미비한 상황이었다. 이로 볼 때 외국의 경우에는 우리나라와 유사하게 치료와 재발 방지를 최우선의 과제로 삼고 외래 및 입원치료를 집중적으

표 2. 미국, 캐나다 및 호주의 도박중독 예방치료 및 재활 현황

구분	미국(오리건) (Jeffrey, 2003)	캐나다(앨버타) (AADAC, 2001)	뉴질랜드 (Ministry of Health, 2008)	호주(빅토리아) (Jasckson et al, 2003)
운영 방식	○ 위탁계약운영 ○ 주 정부에서 기금을 징수하여 지역 센터에 예방, 치료 및 연구기금을 배분, 운영	○ 주정부 직영: AADAC(알코올, 약물, 도박)전문기구설립 운영, Alber-ta Lottery Fund에서 기금 제공. ○ 사행사업자협회 운영: 책임성도박정보센터(Responsible Gambling Information Center) 설립, 운영	○ 위탁계약운영 ○ 정부의 문제성도박위원회(Problem Gambling Committee)에서 기금을 징수, 운영 ○ 정부가 3년마다 현 정책을 재수립, 위원회자문	○ 민간위탁과 정부직영 혼합 ○ 정부가 공중보건기금(Public Account of the Community Support Fund)을 조성, 배분, 운영
치료·재활	○ 상담, 치료(전화, 대면, 집단상담) ○ 응급상담 ○ 의료센터 ○ 알코올, 마약 치료 공용 ○ 재정상담 ○ 거주시설 1개, 쉽터 2개소	○ 상담, 치료(전화, 대면, 집단상담) ○ 응급상담 ○ 알코올, 마약치료 공용 ○ 종사자 교육, 문제인식 프로그램 등 ○ 재정상담 ○ 쉽터, 거주시설 운영	○ 상담, 치료(전화, 대면, 집단상담) ○ 응급상담 프로그램 ○ 재정상담 ○ 일부 거주시설 운영	○ 상담, 치료(전화, 대면, 집단상담) ○ 응급상담 ○ 재정상담 ○ 일부 거주시설 운영

로 제공하고 있는 것으로 시사된다. 그러나 비록 일부 국가나 주에 국한되어 있고 활용도가 낮기는 하지만 쉽터나 거주보호시설을 제공함으로써 곤경이나 경제적 어려움에 직면한 도박중독자들에게 일시적 생활 여건을 제공함으로써 치료를 촉진하고 사회적 안전망을 확보하고 있었다.

그럼 국내의 경우는 어떨까? 표 3에 도박중독을 담당하는 국내 주요 기관의 치료와 재활 현황을 요약하였다. 국내에는 정부에서 운영하는 중독예방치유센터 및 한국마사회, 국민체육진흥공단, 강원랜드와 같은 사행산업체에서 운영하거나 지원하는 상담 및 치료센터들이 활동하고 있다. 이 중 마사회 유켄센터는 전국 22개 연계 센터에서 주민등록 회복, 의

료보험 회복 지원, 신용회복을 위한 법률 전문가의 법적 상담 지원 등의 기초적, 필수적인 재활서비스를 제공하고 있다. 또한 강원랜드 한국 도박중독예방치유센터에서는 임시 거주시설을 제공하고 4주의 상담과정을 완료한 후 계획서를 제출할 경우 취업과 자격증 취득에 필요한 학원비, 생활비 등 직업 재활에 6개월간 월 80만원을 제공하고 있다. 그 외 국민체육진흥공단에서는 재활서비스를 실행하지 않고 있으며 2007년 정부에서 설립, 운영하고 있는 사행산업통합감독위원회의 중독예방치유센터 역시 재활 프로그램, 거주시설이나 쉽터, 직업 재활 등의 재활 서비스는 실행되지 못하고 있다.

이로 볼 때 국내의 경우 일부 기관에서 거

표 3. 국내외 주요 도박중독기관의 치료 및 재활 프로그램 현황

구분	한국마사회 (유켄센터)	강원랜드(한국도박 중독예방치유센터)	국민체육진흥공단 (경륜경정클리닉)	사행산업통합관리위원회 (도박중독예방치유센터)
치료	<ul style="list-style-type: none"> ○ 상담, 심리치료 ○ 약물/입원치료(병원비 지원) ○ 가족들의 개인심리 치료 및 통원치료 ○ 가족치료 및 교육 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 상담, 심리치료 ○ 약물/입원치료(병원비 지원) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 상담, 심리치료 ○ 약물/입원치료 (병원비 지원) ○ 부부상담 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 상담, 심리치료 ○ 가족교육 ○ 가족 집단상담 ○ 집단치료
재활	<ul style="list-style-type: none"> ○ 주민등록 회복 ○ 의료보험 회복 ○ 법률상담: 신용회복을 위한 법률전문가 상담 지원 ○ 재정상담 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 거주시설: 사회복지시설과 협약체결, 환자연계 ○ 직업재활: 4주 상담완료 후 계획서 제출 시 훈련비와 생활비 월 80만원 내 지원(6개월 한) ○ 재정상담 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 재정상담 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 재정상담

주시설이나 직업재활에 필요한 경비 지원, 기초적이고 필수적인 생활 서비스들이 시도되고 있으며, 이는 매우 바람직한 현상이라고 할 것이다. 그러나 기관간의 편차가 심해 일부 기관에 한정되거나 시험 단계에 있으며, 실질적이고 체계적인 재활 프로그램은 충분히 시행되지 못하고 있었다. 특히 도박중독자의 문제나 특성에 적합한 재활 프로그램이 개발, 보급되지 못하고 있는 것으로 시사되었다. 그리고 이는 거주시설을 제공하는 일부 국가나 주를 제외하고 국외의 경우에도 크게 다르지 않았다. 그 원인은 아마도 무엇보다 도박중독자의 재활시설 이용율이나 효율성이 극히 낮기 때문일 것이다. 예컨대 미국 오리건 주의 경우 재활 거주시설의 이용률이 전체 내담자의 0.2%밖에 되지 않았다(Jeffrey, 2003). 거주시설의 특성상, 입소자는 엄격한 규칙을 지켜야 하는데 도박중독자는 병식이 부족하고 변

화에 대한 동기가 낮아 입소율이 매우 낮으며, 입소를 하더라도 일시적 위기를 해소하기 위해 이용할 가능성이 높다. 또한 자기중심적이고 충동성이 강한 성격 특성이나 사기저하, 동기의 결여 때문에 규칙 준수나 프로그램 일정 등에 대해 강한 거부감을 보이거나 프로그램을 포기할 가능성도 있다. 실제로 일선 치료기관에서 직업이 없고 거주지가 불분명한 도박중독자들에게 쉼터 등 기존에 이용할 수 있는 사회복지시설을 소개해도 입소를 거부하는 경우가 많다. 그러나 그렇더라도 주거를 상실하였거나 불확실하고, 경제적 어려움이 극심하며, 단도박의 의지가 있다면 거주 시설이 도움이 될 수 있을 것이다. 또한 안정된 거주 환경을 지원함으로써 변화에 대한 의지를 강화하고 거주시설에서 치료와 재활 프로그램을 집중 실행한다면 사회 복귀를 촉진할 수 있으므로 거주 시설을 확대해가는 것 역시

재활의 중요한 과제일 것이다.

나누어 살펴보면 다음과 같다.

도박중독 재활의 필수영역

그렇다면 도박중독자에게 필요한 재활 영역과 그 내용은 무엇이어야 할까? 무엇보다 도박중독의 재활에는 도박중독자의 구조적 특성 및 심리적 특성에 맞는 재활 접근이 필요하다. 앞서 살펴본 바를 정리하면 도박중독자들은 심각한 경제적 빈곤과 사기 저하로 인해 가족과 사회로 복귀하는데 심각한 경제적, 현실적 어려움을 겪기 때문에 최소한의 재활 서비스 지원은 정당하다고 할 것이다. 그러나 이들이 처한 어려움은 일상생활 기술이나 대인관계의 관계형성 기술, 업무와 연관된 직업 수행 기술이 부족하기 보다는 직업과 금전에 대한 비현실적 동기와 기대를 버리지 못하고 그 가치를 상실하기 때문인 경우가 많다. 또한 질환의 진행과정에서 무책임성과 불성실성이 심각해질 수도 있으며, 병전부터 충동조절 능력이 부족하거나 자극 추구적이고 위험 감수적인 성향이 강한 경우도 흔하다. 변화에 대한 동기 역시 낮고, 대인관계가 피상적이며 거짓말과 조종에 능하기 때문에 직업재활 등의 재활 프로그램이 악용당할 소지도 높다. 이러한 심리적 특성이나 문제점은 가족과 동료관계에서 도박중독자가 신뢰를 상실하고 사회적으로 고립되게 함으로써 사회 복귀에 어려움을 겪게 한 바로 그 소인이기도 하다. 따라서 재활 접근 시 이런 점들을 고려하여 엄격한 기준이 수립, 수행되지 않는다면 재활의 효용성은 극히 낮아질 것이다. 이에 따라 도박중독자의 재활 영역과 그 내용을 기초적인 사회복귀 서비스 지원, 신용회복 관리 지원, 금전관리 지원, 가족의 재활 지원 및 직업재활 지원으로

사회복귀 서비스 지원

모든 도박자가 그러한 것은 아니지만 심각한 알코올중독 및 경제적 파탄자에서와 유사하게 심각한 도박중독자는 심각한 경제적 손실과 신뢰 상실로 인해 신용 불량이 되고 직업 불안정자나 무직자, 노숙자 등 사회 빈곤층으로 전락하는 경우가 많다. 이들은 최소한의 혹은 정상적인 사회 구성원으로 복귀할 수 있으리라는 재기의 희망과 사기를 상실하고, 이로 인해 치료와 재활 과정을 사전에 포기하는 악순환이 유발된다. 또한 빚 독촉 등을 피하기 위해 주민등록증이 말소되거나 기초적인 의료 보험료가 체납되어 의학적 치료를 받지 못하는 경우도 흔하다. 따라서 일차적으로 이들이 정상적인 제도권으로 편입되어 신체적, 심리적 치료와 재활 과정을 밟을 수 있도록 주민등록과 의료 보험 회복을 지원하는 것은 치료와 재활의 가장 기초적인 과정일 것이다. 또한 쉼터나 단기/임시 거주시설 등의 거주 재활 시설이 필요하다. 쉼터나 단기 거주시설은 일시적인 의식주를 해결하고 건강을 회복하며 물리적, 심리적 안전감을 제공함으로써 치료 및 재활의 동기를 증진시키고 사회 구성원으로서 복귀할 수 있는 기회의 공간이라는 의미를 갖는다. 이 때 기존의 알코올중독 및 노숙자 거주시설을 도박중독자들에게 개방하고 통합적으로 운영할 수도 있지만 인지적 손상에 초점을 맞춘 프로그램보다는 사회적 역할, 즉 사회적, 직업적 결함 단계에 초점을 맞추고 도박중독에 특화된 직업재활 및 신용회복, 금전관리(이에 대해서는 다음 부분에서 논하겠다) 등의 재활 프로그램을 갖춘 단기 거주시설을 국가에서 직영/위탁 운영하는 것이

효과적일 것이다. 그러나 시설이 위기 모면이나 조중에 능한 도박중독자의 특성상 위기를 모면하기 위한 단기적 피신처로 작용해서는 안 되며 이를 예방할 수 있는 교육과 상담, 엄격한 입소 및 운영 규칙 등이 정립, 병행되어야 한다.

신용회복 관리 지원

도박중독자들은 개인이 감당하기 어려운 과도한 부채, 신용 불량, 채권자들의 채권 회수 압력과 고소 등으로 인해 직업을 찾고 사회에 복귀하는데 심각한 어려움을 겪는다. 이들은 채무에 적절한 방식으로 대응하지 못하고 도박으로 돈을 따 값을 생각을 하거나, 주민등록을 말소한 채 잠적하거나, 불법적 행위에 연루되어 더 큰 잘못을 저지르기도 한다. 자신이 처한 법적 상황을 제대로 인식하지 못하거나 정상적으로 현재 사회가 제공하고 있는 적법한 부채 해결이나 신용 회복 과정에 대한 정보가 결여되어 있는 경우도 많다. 사회적, 법적 측면에서는 도덕적 해이라는 인식 때문에 정상적인 법적 지원을 받을 수 있는 경로가 차단되어 있는데 과도한 도박과 낭비로 인해 채무가 증대된 경우에는 개인 파산이나 회생 등 법적 통로를 이용한 신용 회복이 불가능하다. 따라서 도박중독자에게 부채 해결과 탕감을 통한 신용 회복의 길은 실제로 요원한 셈이다. 그러나 문제의식과 재활 동기가 높고 재발 가능성이 낮은 경우에는 최소한의 신용 회복 경로를 열어주어야 불이익을 당하지 않고 사회적 역할과 활동에 참여할 수 있다. 특히 도박자의 가족들에게는 채무가 승계되지 않고 정상적인 직업 활동을 할 수 있도록 해야 배우자와 자녀가 정서적 문제 및 빈곤의 악순환에서 벗어날 수 있을 것이다.

특히 일선에서 일하는 치료자나 재활 관리자는 채무 및 불법적/합법적(재산명시, 강제 집행, 재산분할 등) 추심에 대한 대응, 개인파산과 개인회생 등 제반 법적 대처와 신용회복 과정에 대한 지식과 방법에 능통해야 한다. 예컨대 법률적 자문을 받는다고 해도 법적 기초 지식이 없으면 막상 법률 전문가를 만나도 상황을 정확하게 설명하거나 답변을 이해하지 못하며 필요한 서류를 준비하지 못하는 경우도 허다하다. 따라서 법적 문제가 있는 내담자들에게는 법적 자문을 받기에 앞서 재활 관리자가 법적 용어로 자기가 처한 상황을 정리하고 표현할 수 있게끔 도와주거나 관련된 서식 등을 구비, 제공하는 것도 효율적 방법이다. 혹은 재활기관에서 법적 자문가를 연계해 주거나 법률 전문가의 공식적 자문과 교육을 받게 함으로서 합법적 범위 내에서 필요한 최대한의 법적 서비스를 받고 스스로 문제를 해결해 나가도록 할 수도 있을 것이다. 법률구조공단과 신용회복위원회 등 기존의 국가기관을 이용하는 것도 한 가지 방법으로, 신용회복위원회에서는 도박으로 인한 채무도 신청이 가능하며 이 역시 법률구조 공단에서 법적 서비스를 제공하고 있다. 특히 가족들은 법적 지식이나 대처능력이 부족하고 도박자의 부채를 합법적, 불법적으로(예를 들어 가족 구성원의 명의 도용이나 카드 사용) 대신 떠맡게 되거나 도박중독자 대신 채무 독촉에 시달리는 경우가 많은 만큼 가족들에 대한 법적 교육과 지지체계 확보가 필수적이다.

금전 관리 지원

금전적 문제는 거의 모든 도박중독자와 가족들에게 가장 시급하고 핵심적인 과제일 것이다. 이 때문에 GA모임에서도 채권문제 해소

를 위해 성공적으로 문제를 해결한 협심자들에게 조언을 구하는 압박감 해소 모임을 운영하고 있다(한국 단도박 친목 모임, 1994). 그러나 도박중독자들에게 직접 금전적 지원을 한다면 오히려 도박 행동이 악화될 수 있다. 따라서 금전 관리는 직접적 지원이 아니라 사회적 역할(handicap)과 가치의 손상에 초점을 맞추어 다음과 같은 부분들이 포함되어야 한다. 첫째로 돈을 벌고, 모으며, 쓰는 수입-관리(저축)-지출의 전반적인 과정에 걸쳐 계획성과 실천능력을 갖출 수 있도록 교육이 이루어져야 한다. 이 때 인지행동적 접근과 문제해결 접근이 효과적일 수 있다. 예컨대 도박자들은 현실이 궁핍함에도 불구하고 대박 기대에 익숙해 있으며 합법적인 방식으로 돈을 버는 것의 중요성을 평가절하하거나 어려움이 있기 때문에 이러한 잘못된 인지를 교정하고 어떠한 방식으로 돈을 벌 수 있고 별 것인가에 대한 합리적 논의와 계획 마련, 행동 실천과 점검이 필요하다. 나아가 돈을 적절히 저축하지 못하므로, 일정 금액의 수입에서 생활비, 교육비 등 필수적으로 지출될 금액을 상세하게 먼저 파악하고 나머지를 어떻게 어떤 방식으로 저축할지 계획을 세우고 실천할 수 있어야 한다. 또한 즐겁고 효과적으로 돈을 지출하는 법을 배워야 한다. 이들은 도박할 돈을 마련하느라고 정작 중요한 가족이나 자신을 위해서는 옷 한 벌도 제대로 사 입지 못한다. 그러므로 도박자는 나 자신을 위해 쓰는 법, 가족과 중요한 사람들을 위해 쓰는 법, 지출계획을 세워 쓰는 법 등을 배워야 한다.

둘째로 현재 부채를 파악하고 문제해결 방법에 대해 논의해야 한다. 도박중독의 경우 현재 부채액이 어디에 얼마나 있는지를 적절히 파악하고 있지 못한 경우도 많으며, 또 다

른 부채가 계속 나타나는 경우도 자주 있다. 그리고 이러한 책임은 흔히 가족들에게 전가된다. 따라서 현재 채무 리스트를 상세하고 구체적으로 파악, 작성한 뒤 향후 변제 계획을 세워야 한다. 이 때 재활 관리자는 본인이 책임감을 갖고 장기적 부채 계획을 세운 후 단기적 목표를 세분화하여 실천할 수 있도록 도와야 한다(이흥표, 이재갑, 김한우, 2004). 그러나 무엇보다 가장 중요한 부분은 돈의 가치를 회복하도록 돕는 것이다. 이들에게 돈이란 도박을 지속하고 쾌락을 얻기 위한 수단에 불과하다. 또는 다른 사람들의 인정과 환심을 사고, 자신의 가치를 증명하는 것이거나, 사회적 성공이나 명예, 권력의 상징일 수도 있다. 반면에 돈과 밀접하게 관련되어 있는 신용(credit)에 대한 가치는 상실되었거나 제한되어 있다. 이런 근본적인 비합리적 신념이 지속된다면 재활과정이 실패할 가능성이 높다. 따라서 돈과 신용이란 나에게 어떠한 의미가 있는지, 돈이 없거나 신용을 상실하였다는 것은 어떤 의미인지, 현재의 돈과 신용에 대한 개념이 어떻게 형성되었는지 그 역사와 의미를 탐색하고 이해한 후 부적응적인 돈과 신용의 의미를 재형성하고 관리할 수 있도록 도와야 한다.

가족의 재활 지원

도박중독자 뿐만 아니라 배우자와 부모 등 가족들도 심한 심리적, 경제적, 현실적 어려움을 겪는다(Lorenz & Shuttlesworth, 1983; Lorenz & Yaffee, 1988, 1989). 도박자들이 월급과 자산을 탕진하고 가족자금과 생활비에 손을 대면서(Ladouceur, Boisvert, Pepin, Loranger & Dumont, 1994) 가족 전체가 경제적 어려움에 처하거나 빈곤해진다. 배우자와 부모가 도박자 대신 가

족의 생계와 자녀 양육을 책임져야 하는 것이다. 배우자가 갑자기 생활전선에 뛰어들어야 하며 채무나 직업, 생활비, 자녀 양육문제 등을 둘러싸고 배우자와 시부모를 포함한 확대가족 간의 갈등이 일어나기도 한다. 그러면서도 여전히 채무자의 변제 압박에 시달려야 하고 도박중독자의 무책임성, 조종과 폭력에 그대로 노출되어 있다. 그 와중에서 도박중독자에게 어떻게 대응해야 할지 모른 채 거짓말과 조종에 끌려 다니거나 반복적으로 돈을 갚아주면서 도박문제를 악화시키는데 직, 간접적으로 기여하기도 한다(이홍표 등, 2007). 따라서 가족들에게도 도박중독자 이상의 재활 지원과 교육이 제공되어야 한다. 첫째로, 기초생활 수급이나 주민등록 회복, 의료보험 회복, 쉼터, 거주시설 등 앞에서 언급한 사회적 안전망이 제공되어야 한다. 둘째로, 채무 대처, 신용 회복 등에 대한 법적 지식과 대응 방안 등을 제공, 교육하고 지지체계가 확보되어야 한다. 셋째로, 배우자나 다른 구성원들이 직업을 갖고 남은 가족을 이끌어갈 수 있도록 직업에 대한 욕구 파악, 직업 적성 검사, 직업 알선, 직업 기술 교육, 사후 관리 등의 전반적인 직업 재활이 제공되어야 한다. 또한 도박중독자에 대한 부적절한 대응방식을 파악하고 이를 교정하며, 지속적인 관리와 교육과정이 제공되어야 한다.

직업재활 지원

금전 관리와 더불어 직업 재활은 도박중독자 및 그 가족들에게 현실적으로 가장 시급한 영역이다. 그러나 직업재활은 재활의 초기가 아닌 가장 마지막 단계에서 다루어져야 한다. 왜냐하면 도박에 대한 자제력을 회복하고 금전 관리나 돈의 의미 회복, 채무 대처, 신용

회복 등의 선행 재활 프로그램이 선행되지 않는다면 직업의 의미를 갖고 오래 지속하지 못하거나 쉽게 포기하기 때문이다. 도박중독자가 먼저 직업 재활의 의지를 밝힌다고 해도 단기적으로 생계 해결을 위한 구직 요구에 제한되어 있는 경우가 많다. 직업에 대한 정보를 제대로 탐색하거나 알지 못하는 경우도 많으며, 반면에 직업에 대한 정보를 충분히 찾았거나 알고 있지만 급여나 수준에 대한 높은 기대 및 희망 직종의 차이로 거부하는 경우도 자주 있다. 이는 병전의 성격 특성 및 만성적인 도박 행동으로 인해 현실감 및 금전에 대한 개념이 미약해져 있기 때문이다.

그러나 앞서 말한 것처럼 자원적인 측면에서 볼 때 도박중독자의 병전 직업 능력이나 기술은 다른 정신장애에 비해 양호한 편으로, 기능 결함은 현저하지 않다. 대체로 지적 능력이나 인지적 자원은 양호하며 새로운 직업 기술을 쉽게 획득한다. 병전의 학력이나 직업 수준이 양호하거나 높은 경우도 많다. 따라서 도박중독자의 경우에는 특정한 직업 기술을 교육하거나 교육비를 지원하는 것도 필요하지만 그 전에 먼저 동기와 자신감을 촉진하는 것, 직업의 의미를 찾거나 회복하도록 돕는 것, 내담자의 기대 수준을 현실적 여건에 맞게 조정하는 것, 병전 혹은 현재 수준의 직무 분석과 적성검사 등을 통해 적성과 욕구, 능력을 파악하고 거기에 맞는 자원 및 기술 획득을 촉진하거나 적합한 직업을 알선하는 것, 구직이나 창업 등에 성공하였을 경우 장기적으로 적응하고 지속하도록 돕는 것이 초점이 되어야 할 것이다. 이런 직업재활을 촉진하기 위해 도박중독에 특유한 직업재활센터를 운영하거나 기존의 직업재활센터를 이용할 수도 있을 것이다. 전자의 경우에는 치료나 거주시

표 4. 도박중독 직업재활과 연계 가능한 정부의 직업재활 프로그램

부처	노동부	여성부
기관	<ul style="list-style-type: none"> ○ 워크넷(노동부 산하 한국고용정보원에서 운영) ○ 고용지원센터 ○ HRD 넷(직업능력개발 훈련 정보망) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 여성 새로 일하기 센터(새일 센터) ○ 여성인력개발센터(전국 51개)
대상자	<ul style="list-style-type: none"> ○ 실업자, 재직(정규직, 비정규직) 근로자, 사업 주, 중소기업자, 영세자영업자 등 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 출산, 육아 등으로 직업 경력이 단절된 여성
프 로 그 램	<p>상담, 검사</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 직업심리검사, 자료탐색, 취업가이드 등 	좌 동
	<p>전문교육</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 직무 수행에 필요한 지식, 기술 교육 ○ 현장 체험학습 ○ 사무관리, 금융·보험, 정보통신, 기계장비, 서비스, 금속, 건설, 전기, 의료, 섬유 등 총 18개 영역에 직업전문학교 연계 ○ 재직자에게는 학원 연계 	좌 동
	<p>소양교육</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 직무에 필요한 직무 태도 교육, 취업의지 및 적응능력 제고프로그램(예: 조직협력과 팀 시너지, 비즈니스 매너, 커뮤니케이션) 	좌 동
	<p>면접교육</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 이력서 작성법, 면접대비교육 등 실제 구직에 필요한 기술 교육 	좌 동
	<p>관리방식</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 고용지원센터에서는 내담자의 직업능력 개발 훈련과정에 필요한 행정절차 지원 ○ HRD넷을 통해 자신에게 필요한 교육을 찾아 교육을 받은 후, 일정 비율로 비용 사후지원 ○ 한국고용정보원에서는 위탁 교육기관(기술자격 학원)을 선정하고 기관을 관리 ○ 교육기관에서는 교육생의 출결상황을 관리(지문인식 시스템으로 출결 관리) ○ 위탁교육기관의 교육 부실을 고용정보원에 신고할 수 있도록 포상제 운영, 프로그램의 질적 관리(쌍방향 관리 시스템 구축) ○ 청소년, 고령자, 여성, 장애인, 기업 등 수요자 특성별 사이트를 구축하여 운영 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 여성부에서 훈련과정을 선정, 운영 과정을 총괄하며 지자체 시·도 담당부서는 새일센터로 지정받고자 원하는 기관을 선정하고 운영 점검 ○ 기관은 과정별로 교육생 참여, 수료, 취업률을 관리 ○ 지각, 조퇴, 외출로 인하여 교육 참여가 1일 교육시간의 100분의 50미만인 경우 결석 처리 ○ 2개월 과정(일반)과 3개월 과정(전문) 운영. 1일 4시간 이상, 교육일수 1개월 20일

설을 함께 결합하여 도박중독자의 개개 문제에 적합한 직업재활을 제공할 수 있다는 장점이 있다. 그러나 비용 소비가 매우 크고 그 효율성이 담보되지 못한다는 문제점도 있다. 따라서 직업재활센터는 비용 및 효율성을 제고하여 치료, 거주 및 재활을 연계하여 국가에서 설립, 운영하는 것이 가장 바람직할 것이다. 둘째로 기존의 직업재활센터나 프로그램과 연계하여 직업재활을 촉진할 수 있는데 현재 정부에서는 노동부와 여성부 등에서 직업재활 센터를 운영하고 있다. 표 4에 이에 대한 자료를 제시하고 있는데 노동부와 동 기관 산하의 한국고용정보원에서는 워크넷(<http://www.worknet.or.kr>)이라는 취업정보 사이트를 운영하고 있다. 워크넷에서는 온라인상에서 직업심리검사 등을 통해 자신의 적성과 직무능력을 파악하고 전국 고용지원센터에서 지필검사 등과 관련된 행정 서비스를 무료로 받을 수 있다. 또한 선호도와 수준에 따라 ‘취업희망 프로그램’, ‘성실 프로그램’, ‘청장년층 직업 지도 프로그램’, ‘청소년 직업체험 프로그램’, ‘청년층 뉴 스타트 프로그램’, ‘취업준비 및 훈련을 위한 성취 프로그램’, ‘재취업 및 창업을 위한 개인별 컨설팅’ 등의 취업 프로그램을 실시하면서 피교육자와 교육기관을 쌍방향 관리하고 있다. 또한 직장인의 경우에도 국가와 회사에서 비용을 지원받아 다양한 자기개발 프로그램을 받을 수 있도록 하고 있다. 여성부에서도 비경제활동 상태에 있는 전업주부를 포함, 경력 단절 여성을 대상으로 직업훈련을 실시하고 경제활동 복귀를 돕고 있으며 노동부와 유사하게 직업 상담과 적성검사를 실시한 후 희망 여성의 능력, 적성, 취업의욕 등을 고려하여 이에 적합한 직업 교육을 제공한다. 그러나 의외로 도박중독자와 그 가

족들은 이러한 직업 정보나 기관들을 알지 못하거나 적절히 이용하지 못하고 있는 경우가 많다. 이러한 기존 프로그램들을 적극 활용한다면 도박중독자 및 그 가족들에게 재취업의 자신감과 희망을 키워 줄 수 있을 것이다. 또한 향후 직업재활은 전문적인 국가 운영기관이 설립, 담당하는 것이 타당할 것이며, 각 치료기관에서는 직업재활기관과 긴밀한 협력체계를 구축하여 치료 후반기의 환자를 적절한 시점에 연계하고 치료 종결 전에 사후관리 계획(after care planning)을 세워 재발을 예방함과 동시에 내담자가 직업 교육이나 구직과정, 직업유지에 적응할 수 있도록 원조하여야 할 것이다.

논 의

도박중독자와 그 가족들은 심각한 경제적 어려움, 직업 상실, 신용 불량 및 이에 따른 사회적 역할 손상으로 고통 받고 있다. 전영민(2008) 등의 조사결과에서는 내담자와 가족 모두 치료 뿐 아니라 직업 재활의 욕구가 매우 높았으며 치료자들 역시 재활 프로그램의 필요성을 높이 인정하고 있다. 따라서 이 글에서는 지금까지 정신재활의 주 대상이 되고 있는 정신장애(정신병적 장애 및 알코올중독)와 비교하여 도박중독자의 손상과 재활 목표를 파악하고자 하였다. 또한 국내외 재활 프로그램 현황 실태를 살펴본 후 재활의 필요성과 의미 및 도박중독에 고유한 재활 영역과 그 내용이 무엇인지 제시하고자 하였다.

첫째, 정신 장애의 모형에 비추어 볼 때 도박중독자는 다른 정신병적 장애나 알코올중독 등에 비하여 손상 단계나 일상생활의 기능 결

함 단계에서 흔히 나타나는 인지적 손상이나 실생활 기능의 장애는 없으며 병전의 인지적 자원이나 직업수행 기술이 양호한 편이다. 그러나 세 번째 단계인 사회적 역할 단계에서는 심각한 사회적, 직업적 장애가 일어나는데 이는 도박의 고유한 부적응적 본성 및 여기서 파생되는 문제점들, 도박에 빠지고 중독으로 발전하면서 성격이 변화하거나 심각한 정서적, 성격적, 사회적 문제들이 수반되는 것들, 충동적이거나 위험 추구적인 성격 특성들에서 기인하는 것으로 시사되었다.

둘째로, 외국의 경우 일부 국가나 주에서 쉼터나 거주보호 시설을 제공함으로써 사회적 안전망을 확보하고 있었으며 국내의 경우에도 합법적 사행산업체에서 운영하는 일부 상담/치료기관에서 주민등록 회복 지원, 의료보험 회복 지원, 신용회복을 위한 법적 지원, 거주 시설 제공, 학원비와 생활비 지원과 같은 직업재활 지원 등 재활프로그램이 시행되고 있었다. 그러나 그 외 기관에서는 재활 프로그램이 전무하였고 특히 도박중독자들에게 적합하고 체계적인 재활 프로그램은 개발, 보급되지 못하고 있었다. 이는 거주시설을 보급하는 일부 국가와 주를 제공하고 외국의 경우에도 크게 다르지 않았다. 이러한 재활 프로그램의 부재는 치료에 대한 편중, 도박중독 당사자들의 동기 결여와 거부감, 이에 따른 이용율 저하 등의 요인들이 작용할 것이다. 그러나 자제력이 허약한 개인에게 책임감을 묻는다면 이는 선후가 역전된 것일 수도 있다. 도박중독자들은 바로 그 자제력과 책임감이 부족하기 때문에 치료를 통해 자제력과 책임감을 점진적으로 회복해 나갈 수밖에 없다. 즉, 책임감은 도박중독에 선행하는 변인이 아니라 도박중독을 극복하면서 생기거나 회복되는 변인

이다. 따라서 우리 사회가 먼저 치료를 촉구하고 제공하였다면 재활을 제공할 우선적 책임 역시 사회에게 있다고 할 것이다. 만일 사회가 앞서 변화 및 재적응에 동기를 고양하고 재활 프로그램을 제공하지 않는다면 치료과정에 참여하여 자제력을 회복한다고 해도 재기의 희망이 없기 때문에 치료를 포기하거나 다시 재발을 하게 되는 악순환에서 벗어나지 못할 것이다.

도박중독자와 그 가족들이 사회 빈곤층으로 전락하지 않고 정상적인 사회 구성원으로 복귀하거나 기능할 수 있는 길을 찾는다는 측면에서 최소한의 사회적 안전망 확보와 재활 프로그램의 제공은 필수적인 사항이다. 김교현(2009)은 정부가 합법적인 도박과 불법적인 도박으로 인한 국민의 도박중독 문제에 대해 최종 책임을 져야하며, 국가는 불법적인 도박이 성행하지 않도록 하는 경제 제도와 여가문화를 가꾸고 합법적인 도박에서 발생하는 역기능이 최소화되도록 법적, 제도적 장치를 마련하고 운영할 책임이 있다고 주장했다. 그의 주장처럼 거주시설이나 직업재활센터와 같은 재활시설은 국가에서 운영하는 것이 가장 바람직할 것이다. 현재 국내에서는 도박중독자의 상담, 치료 역할을 주로 시행업체에서 운영하는 전문기관들이 담당하고 있다. 그러나 이는 병 주고 약 준다는 상식적인 비판에서 처럼 사업 주체가 치료시설과 프로그램을 제공한다는 측면에서 기형적인 구조일 뿐 아니라 국내 기존 치료기관의 대부분이 상담과 치료에 집중되어 있는 만큼 재활에 대한 지식이나 준비도도 부족하다. 특히 재활에는 재활에 대한 전문적 지식과 숙련성을 갖춘 인력, 직업과 거주, 사회적 지원 등의 제반 자원의 확보가 시급한데 이런 측면에서 볼 때 사행산업

채 상담기관의 인적, 물적 자원은 턱없이 부족하다. 따라서 기존 치료센터의 기능과 물적, 인적 자원을 확보한 국가에서 운영하는 재활 기관이 유기적으로 상호연계, 활용된다면 보다 효율적인 치료, 재활 및 사회복귀 시스템이 가능할 수 있을 것이다.

셋째로 도박중독에 필요한 재활 영역과 그 기준, 내용을 손상이나 일상적 기능 결함이 아닌 정신재활의 삼단계, 즉 사회적 역할 수행의 결함, 불이익 단계에 초점을 맞추어 사회복지 서비스 지원, 신용회복 지원, 금전 관리 지원, 가족의 재활 지원, 직업재활 지원 등으로 구분하여 논의하였다. 이 중 사회복지 지원은 무기력감과 사기저하, 재기불능 상태에 빠진 도박중독자들에게 주민등록과 의료보험 회복 지원, 쉼터나 거주시설 등을 통해 사회적 안전망을 제공하고 다시 치료과정에 참여하거나 재기의 기반을 제공한다는 점에서 의미를 갖는다. 또한 도박중독자와 가족들은 신용불량, 과도한 부채 및 기타 불법적 문제 등으로 인해 심각한 법적 문제를 겪고 있으며, 법적 대응 방안에 대한 지식이 부족하거나 신용회복 경로가 차단되어 있는 경우가 많기 때문에 합법적 범위 내에서 신용 및 법적 문제를 해결할 수 있도록 도와야 한다. 이 때 재활 관리자는 개인파산이나 회생, 신용 회복 등의 법적 지식과 방법에 능통해야 하며 법적 자문이나 교육을 통해 도박중독자나 가족들이 경험하는 압박감을 감소시키고 최대한의 신용회복 과정을 도와줄 수 있어야 한다. 또한 법적 자문가를 연계, 정기적으로 교육하거나 법률자문공단이나 신용회복위원회 등 기존 시설을 이용하여 법적 서비스를 받을 수 있도록 할 수 있을 것이다. 나아가 도박중독자들은 수입-관리-지출 등 금전 관리의 전반적 과정에

걸쳐 장애가 발생한다. 이들에게는 체계적이고 현실적인 부채 변제 계획이 결여되어 있고 금전의 의미 역시 상실되어 있다. 이런 측면에서 무엇보다 인지행동접근이나 문제해결접근 재활 등을 통해 돈의 의미와 가치를 회복하고 점진적, 체계적인 금전 관리 및 부채 변제 등을 실행해 감으로서 자기 통제감을 획득할 수 있도록 도와야 할 것이다. 또한 가족들에게도 기초생활 수급이나 주민등록과 의료보험 지원, 쉼터 등을 통해 기초적인 사회복지 시스템 확보, 채무 대처와 신용회복 지원, 직업 재활 등을 포함한 재활 지원과 교육이 제공되어야 한다. 이는 가족들과 자녀 역시 심각한 경제적 어려움과 빈곤, 채무자의 압박, 부채, 가족 갈등, 도박중독자에 대한 잘못된 대처 등에 노출되어 있기 때문이다.

마지막으로 직업 재활은 도박중독자 및 그 가족들에게 현실적으로 가장 시급하고 필요한 영역이지만 자체력 회복, 성격적 성장, 금전 관리나 돈의 의미 회복, 채무 대처, 신용 회복 등의 선행 과정을 걸쳐 가장 마지막 단계에서 이루어지는 것이 바람직하다. 그렇지 않다면 욕구만족 지연 능력의 부족, 동기의 결여, 압박감에 쫓긴 성급한 구직, 높은 기대에 맞지 않는 직업 선택과 단기적인 성과 추구 등으로 인해 직업을 오래 지속하지 못하고 포기하거나 도박행동이 재발할 위험성이 높다. 또한 도박중독자의 인지적 자원이나 직업적 능력은 다른 장애에 비해 양호한 편이기 때문에 직업 기술 교육이나 구직 자체보다는 동기와 자신감을 촉진하는 것, 직업의 의미를 찾거나 회복하는 것, 내담자의 기대 수준을 조정하는 것, 적성과 욕구를 파악하고 거기에 맞는 자원 및 기술 획득을 독려하거나 적합한 직업을 알선하는 것, 직업에 장기적으로 잘 적응할

수 있도록 사후관리를 하는 것 등이 초점이 되어야 한다. 직업은 합법적으로 돈을 벌고 가족을 부양하는 밑거름이 되는 것은 물론 삶의 의미를 재구성하고 한 개인으로서의 자아 실현을 확대해 가는 기회의 장이기도 하다. 이런 측면에서 볼 때 각 기관에서는 무엇보다 먼저 도박중독자가 직업을 갖기 위한 심리적 준비(동기, 기대 수준 조정, 직업의 의미 찾기, 적성 파악 등)를 갖출 수 있도록 해야 하며, 치료 종결기에는 사후관리를 통해 직업 교육이나 구직과정, 직업 유지 과정에 적용할 수 있도록 원조해야 한다. 또한 도박중독에 전문화된 직업재활센터를 설립, 운영할 수도 있지만 현재 노동부나 여성부, 기존의 직업재활시설 등 국가에서 운영하고 있는 직업재활 시스템과 연계하여 이를 적극적으로 활용하도록 하는 것도 효율적인 방법일 것이다.

본 연구는 지금까지 국내에서 치료에 비해 상대적으로 관심을 두지 않았거나 미비한 도박중독 재활의 필요성과 그 의미를 설명하고 임상적 지향점을 제시하고 있다는 데 의의가 있다. 그러나 본 논의의 제한점도 분명히 존재한다. 무엇보다 도박중독자의 재활에 대한 경험적 연구나 실제 프로그램이 부족하여(이는 외국의 경우에도 다르지 않았다) 논의의 한계가 많았던 만큼 앞으로 다양한 관점에서 경험적 자료와 근거가 연구, 축적되어야 할 것이다. 예를 들어 일반 성인이나 다른 정신장애 및 중독과 비교하여 도박중독자의 재활에 어떤 어려움이 있고 어떤 재활 프로그램들이 구체적으로 필요한지, 그리고 재활과정이나 그 성공, 실패가 통제력 회복에 어떠한 영향을 미치거나 상호작용하는지 등등에 대한 경험적 연구가 필요할 것이다. 무엇보다 이 과정에서 시행착오가 있다고 할지라도 각급

기관에서 재활 프로그램을 실행하고 그 효과를 검증하며 개선시켜 나가는 작업이 시급할 것이다.

참고문헌

권구영 (2002). 우리나라 알코올중독 치료 현황의 이해를 위한 기술적 연구. *사회복지리뷰* 7(1), 77-111.

김교헌 (2009). 한국 도박중독 문제의 책임과 대처. *한국심리학회지: 건강*, 14(1), 27-37.

김교헌, 이흥표, 권선중 (2005). 한국사회의 병적 도박 유행률 추정치에 대한 연구: KNODS, KMAGS 및 KSOGS 추정치의 비교. *한국심리학회지: 건강*, 10(2), 227 -242.

김성곤 (2002). 알코올중독의 재활에 대한 최신지견, *생물치료정신의학*, 8(1), 3-12.

김한오 (2005). 알코올 전문병원의 프로그램 개발 및 발전 방향. 2005년 정신보건사업 관계자 추계 워크샵.

나운환, 장원주 (2002). 정신장애인 직업재활 활성화 방안에 관한 연구: 정신보건전문가와 직업재활전문가를 중심으로. *특수 교육재활과학연구*, 41(1), 147-168.

노동부 (2009). *직능사업가이드북*.

뉴스앤피플 (2006). 부패, '도박공화국'에 '패륜 천국'이 왜 말인가. 2006. 8. 21.

보건복지부 (2008). *정신보건사업 안내*.

보건복지부 (2003). *장애등급판정기준*.

보건복지부(2006). *정신질환실태 역학조사*. 보건복지부 연구용역사업 보고서.

배정규 (1996). 정신사회재활에서 임상심리학자의 역할. *사회과학 연구*, 3(1), 311-325.

손명자, 배정규 (2003). *정신분열병과 가족*. 서

- 울: 도서출판 정신재활.
- 스포츠 서울닷컴 (2009). 집중취재 패륜범죄 저지르는 '공공의 적.' 2009. 8. 29.
- 여성부 (2009). 09년도 새일센터 전용 직업교육훈련 프로그램 운영지침.
- 이인혜 (2005). 카지노 유치지역 주민의 도박 참여 및 도박중독 실태와 삶의 만족도: 강원도 폐광지역을 중심으로. 한국심리학회지: 사회문제, 11(4), 67-82.
- 이홍표 (2002). 도박의 심리. 서울: 학지사.
- 이홍표, 이상규, 이재갑, 김한우, 김태우 (2007). 습관성 도박의 이론과 실제, 서울: 학지사.
- 이홍표, 이재갑, 김한우 (2004). 습관성 도박 치료 프로그램. 서울: 학지사.
- 이희승 (1996). 엡센스 국어사전. 서울: 민중서림.
- 이태원, 김석준(1999). 도박의 정치 경제학: 한국사회의 도박 합법화와 도박문제 확산에 관한 비판적 접근. 사회와 역사, 56, 179-214.
- 인코그룹 (2002). 병적 도박 실태조사 및 치료 프로그램. 한국마사회 및 국민체육진흥공단 연구보고서.
- 연미영 (2006). 청소년의 충동성, 가족도박수준 및 거주지역이 청소년의 도박행동, 도박 신념 및 미래의 도박행동에 미치는 영향. 한국심리학회지: 사회문제, 12(1), 1-14.
- 전영민 (2008). 중독예방·치유센터 중장기 발전계획 수립 연구. 사행산업통합감독위원회 연구용역 보고서.
- 정우진, 전현준, 이선미 (2006). 음주의 사회경제적 비용추계. 대한예방의학회, 39(1), 21-29.
- 천성수 (2004). 알코올중독예방 및 재활을 위한 보건복지적 과제. 한국알코올과학회 5(1), 75-91.
- 한국 단도박 친목모임 (1994). 새로운 시작. 서울: 뒷목 출판사.
- 한성열, 김교현, 박정열, 변종석, 이영식, 이홍표, 허태균 (2009). 전 국민 대상 대규모 도박이용실태 조사. 2009년도 한국마사회 연구용역 보고서.
- 한성열, 허태균 이홍표, 장훈, 안상섭 (2008). 도박이용실태 및 도박중독 유병률 조사. 2008년도 한국마사회 연구용역 보고서.
- 한성열, 이홍표, 허태균, 장훈 (2008). 한국사회의 도박 이용율과 이용실태 및 병적 도박 유병률: 도박종류를 중심으로. 한국심리학회지: 건강, 14(2), 255-276.
- AADAC. (2001). *Problem Gambling Information and Services Summary*. Calgary: Alberba Health Service.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(4rd ed.)*. Washington, DC: APA.
- Anthony, W., Cohen, M., & Farkas, M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Boston University. Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Blaszczynski, A. & Steel, Z. (1998). Impulsivity, personality and pathological gambling severity. *Addiction*, 93, 895-905.
- Bolen, D. W., Caldwell, A. B., & Boyd, W. H. (1975). Personality traits of pathological gamblers. In W. R. Eadington (Ed.), *The gambling papers: Proceedings of the 1975 Conference on Gambling*. Reno: University of Nevada.
- Custer, R. L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38.
- Chiu, J. W. (1997). *Predictors of Gambling Behavior*

- among College Students. US: Texas Tech University.
- Graham, J. R., & Lowenfeld, B. H. (1986). Personality dimensions of the pathological gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2(1), 58-66.
- Jackson, A. C., Thomas, S. A., & Blaszczynski, A. (2003). *Best Practice in problem gambling services*. Melbourne: Department of Justice.
- Jeffrey J. Marotta (2003). Oregon's Problem Gambling Services: Public health orientation in a stepped care approach. *The electronic journal of gambling issues*. <http://www.camh.net/egambling/issue9v1/profile/index.html>.
- Knowles, E. S. (1976). The relationship of risk motivation to the subject assessment of risk and the preference for risk. In W. R. Eadington(Ed.) *Gambling and Society: Inter-disciplinary Studies on The Subject of Gambling*. Springfield, Illinois: Charles C Thomas.
- Ladouceur, R., Boisvert, J. M., Pepin, M., Loranger, M., & Dumont, M. (1994). Social cost of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 10(4), 399 - 409.
- Ladouceur, R., Mayland, M. (1984). Evaluating of the "illusion of control": type of feedback, outcome of sequence and number of trials among occasional and regular players. *Journal of Psychology*, 121, 169-175.
- Lee, H. P., Chae, P. K., Lee, S. K., & Kim, Y. G. (2007). The five-factor gambling motivation model. *Psychiatry Research*, 150, 21-32.
- Lesieur, H. R., & Rosenthal, R. J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature. *Journal of Gambling Studies*, 7, 5- 39.
- Lieberman, R. P. (1988). *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. US: American Psychiatric Press.
- Lopez Viets, V. C. (1998). Treating pathological gambling. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors(2nd ed.)*. New York: Plenum.
- Lorenz, V. C., & Shuttlesworth, D. E. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology*, 11, 67 - 76.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1988). Pathological gambling: psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 13 - 26.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A.(1989). Pathological gamblers and theirs spouses: problems in interaction. *Journal of Gambling Behavior*, 5(2), 113 - 126.
- McCormick, R. A., Taber, J. I., Kruedelbach, N., & Russo, A. M. (1987). Personality profiles of hospitalised pathological gamblers: the California Personality Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 43(5), 521 - 527.
- Minister of Health (2008). *Problem Gambling Intervention Services in New Zealand, 2007 Service-uster statistics*. Public Health Intelligence Monitoring Report No. 18.
- Petry, N. M., Casarella, T. (1999). Excessive discounting of delayed rewards in substance abusers with gambling problems. *Drug & Alcohol Dependence*, 56, 25-32.
- Powell, J., Hardoon, K., Derevensky, J. L., &

- Gupta, R. (1999). Gambling and risk-taking behavior among university students. *Substance Use & Misuse*, 34, 1167-1184.
- Raylu, N. & Oei, T. P. S. (2002). Pathological Gambling: A Comprehensive Review. *Clinical Psychological Review*, 22, 1009-1061.
- Lieberman, R. P. (1995). 만성 정신과 환자를 위한 정신재활.(김철권, 변원탄 역). 하나의 학사.
- Rosenthal, R. J. (1987). The psychodynamics of pathological gambling: A review of the literature. In T. Galski (Ed). *The Handbook of Pathological Gambling*, Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Rosenthal, R. J. (1986). The pathological gambler's system for self-deception. *Journal of Gambling Behavior*, 2(2), 108 - 120.
- Roy, A., Custer, R., Lorenz, V., & Linnoila, M. (1989). Personality factors and pathological gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(1), 37 - 39.
- Taber J. I., Russo, A. M., Adkins, B. J., & McCormick, R. A. (1986). Ego strength and achievement motivation in pathological gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 3, 219-223.
- Thomas, L. M. (2002). *Gambling Treatment Programs Evaluation Update-2002*. Oregon department of human services. 58-59.
- 논문투고일 : 2010. 04. 20
1 차심사일 : 2010. 05. 07
게재확정일 : 2010. 07. 05

The Rehabilitation of Gambling Addiction: Comparison with the other psychiatric disorder

Heung-Pyo Lee

Daegu Cyber University

Tae-Woo Kim

KRA UCan Center

This study reviewed the present state and differences of rehabilitation programs of the gambling addiction by comparing with other psychiatric disorder(including psychotic disability and alcohol addiction). This study also intended to suggest necessities, meanings and inherent fields of the rehabilitation in gambling addiction. First of all, the government and a few gambling industries run clinic centers for gamblers and their families, but have been lacked rehabilitation services for social comeback and adaptation or devaluated rehabilitation services than therapies. Gambling addict didn't have impairments of the cognitive function and their daily abilities was better than any other psychiatric disorders. But Damage of social role or function of gambling addiction was severe. And it is caused by nonadaptive nature of gambling behavior, personality/emotional change through gambling addiction process, and previous personality problem etc. There are many severe failure of social role and its attendant bankruptcy, family's problems and social poverty in gambling addiction, Therefore, important fields in the rehabilitation of gambling addiction should be services for basic social comeback support service, credit recovery support, monetary management, support of rehabilitation of family and vocational rehabilitation. Finally, the significance and critical points of the current study has been discussed as well.

Key words : gambling addiction, rehabilitation, vocational rehabilitation