

초대의 글



국가인권위원회는 10월 10일 ‘세계정신건강의 날’을 맞아, 대한신경정신의학회와 공동으로 『국제기준에서 바라본 우리나라의 정신보건 현황과 사회적 낙인』이라는 주제를 갖고 오는 10월 9일부터 10일까지 서울, 광주에서 토론회를 개최합니다.

지금까지 정신장애인들이 처한 상황을 보면, 정신장애인에 대한 광범위한 차별로 스스로 자신의 목소리를 내지 못할 뿐만 아니라 다른 집단에 비해 인권침해를 받을 가능성이 매우 높습니다. 또한 자신의 의사와는 관계없이 강제 입원되거나 필요 이상으로 장기간 입원되고 있습니다. 왜냐하면 그동안 우리나라는 치료를 통해 정신장애인을 사회 속에 함께 살아가게 하기 보다는 병상을 더 지어 격리시키는 방향으로 정책을 진행시켜 왔기 때문입니다.

이러한 정신장애인에 대한 낙인, 차별, 배제, 인권침해 등으로부터 정신장애인을 구제하고 예방하기 위하여 법과 제도는 물론, 정신보건 서비스의 개선이 시급하며, 이를 통해 정신장애인들이 보다 나은 치료를 받고 사회로 복귀하도록 하는 것이 매우 필요합니다.

이에 국가인권위원회에서는 작년 연말부터 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서 사업을 진행하고 있습니다. 국가보고서는 정신장애인의 인권보호에 대하여 종합적이고 체계적인 인권실태를 조사하고, 그 보호 및 증진방안을 모색하기 위한 것입니다. 호주와 미국의 경우에도 정신장애인의 인권에 관한 국가보고서를 작성하여 국가적인 차원에서 정신장애인에 대한 편견과 차별을 해소하고, 인권을 증진시킨 선례가 있습니다.

이번에 개최하는 토론회는 국가보고서 작성과 관련된 3차 토론회로써 노만 사투리우스 전 세계보건기구(WHO) 정신보건국장과 국내 정신과 전문의, 기타 정신보건 관련 이해관계인이 토론자로 참여할 예정입니다. 『정신장애인 인권보호와 증진을 위한 정신보건 패러다임의 변화』라는 제목으로 개최된 1차 토론회가 “국내 정신보건의 문제점과 국가보고서 사업 추진의 필요성”을, 『정신장애인의 인권실태와 개선방안』라는 제목으로 진행된 2차 토론회가 “국내 정신보건시설에서의 강제·장기입원 문제 해결과 지역사회보호의 필요성”을 강조한 모임이었다면, 이번에 개최되는 3차 토론회는 “국제기준에 비추어 본 우리나라 정신보건 서비스의 현황과 사회적 낙인의 실태”를 점검하기 위해 준비된 자리라고 볼 수 있습니다.

우리 위원회는 이번 토론회를 통해 정신장애인에 대한 낙인 해소와 정신보건 서비스의 질적 향상을 위해 다양하고 진솔한 논의가 이루어지기를 바랍니다. 또한 궁극적으로는 정신장애인에 대한 보다 나은 치료, 그리고 인권친화적인 입법·제도 및 관행의 개선을 위한 중요한 초석이 되기를 기대합니다.

바쁘시더라도 우리의 관심사항이 함께 논의되는 자리가 될 수 있도록 많은 참여를 부탁드립니다.

2008년 10월

국가인권위원회 위원장 **안 경 환**

국제기준에서 바라본 우리나라의 정신보건 현황과 사회적 낙인

1. 서울

일 시 : 2008. 10. 9.(목) 장 소 : 세종호텔 세종홀 (3층)

시 간	내 용 및 담당자	
14:00-14:05	개회사	최경숙 (국가인권위원회 상임위원)
14:05-14:10	축 사	조수철 (대한신경정신의학회 이사장)
<제1부> 정신장애인에 대한 사회적 낙인의 현주소		
좌 장 김철준 (국가인권위원회 사무총장)		
14:10-14:30	발제 1	정신장애인에 대한 반낙인운동 Prof. Norman Sartorius (Univ. of Geneva)
14:30-14:50	발제 2	정신보건시설에 대한 지역사회 태도 사례: 공청회 비디오 상영 남윤영 (국립서울병원 기획홍보팀장)
14:50-15:20	지정토론	김용진 (정신장애인 입소시설 '오아시스' 시설장)
		양 수 (가톨릭대학교 간호대학 교수)
		유지나 (대한정신보건가족협회 조직부장)
15:20-15:35	전체 토론	
15:35-15:50	휴 식	
<제2부> 정신장애인을 위한 정신보건 서비스와 인권 현황		
좌 장 황태연 (대한신경정신의학회 정신보건특임이사)		
15:50-16:20	발제 1	정신보건서비스와 장애인 인권의 국제적 동향 Prof. Norman Sartorius (Univ. of Geneva)
16:20-16:40	발제 2	우리나라 정신보건에 대한 국제적 비교 서동우 (김포 한별병원 진료원장)
16:40-17:00	발제 3	인권지표와 한국 정신보건서비스의 현황과 과제 이영문 (중앙 정신보건사업지원단장)
17:00-17:30	지정토론	조형석 (국가인권위원회 장애차별팀장)
		이화경 (서울시 보건정책담당관)
		이기연 (이화여자대학교 사회복지학과 겸임교수)
17:30-17:50	전체 토론	
폐 회		

2. 광주

일 시 : 2008. 10. 10.(금) 장 소 : 김대중컨벤션센터 컨벤션2홀 (4층)

시 간		내 용 및 담당자	
14:00-14:10		개회사 최경숙 (국가인권위원회 상임위원)	
<제1부> 정신장애인에 대한 사회적 낙인의 현주소			
좌 장 조형석 (국가인권위원회 장애차별팀장)			
14:10-14:30	발제1	정신장애인에 대한 반낙인운동 Prof. Norman Sartorius (Univ. of Geneva)	
14:30-14:50	발제2	대중매체에 나타난 정신장애인에 대한 사회적 낙인 김성완 (전남대학교 의과대학 교수)	
14:50-15:10	지정토론	최정기 (전남대학교 사회학과 교수)	
		전현옥 (정신장애인 어머니)	
15:10-15:25	전체토론		
15:25-15:40	휴 식		
<제2부> 정신장애인을 위한 정신보건 서비스와 인권 현황			
좌 장 이충경 (보은병원장)			
15:40-16:10	발제1	정신보건서비스와 장애인 인권의 국제적 동향 Prof. Norman Sartorius (Univ. of Geneva)	
16:10-16:30	발제2	인권지표와 한국 정신보건서비스의 현황과 과제 이영문 (중앙 정신보건사업지원단장)	
16:30-16:50	발제3	정신보건서비스 현장에서 조망한 인권의 실천적 문제 배 안 (국립나주병원 의료부장)	
16:50-17:20	지정토론	한필훈 (국가인권위원회 장애차별팀 조사관)	
		황태연 (대한신경정신의학회 정신보건특임이사)	
		정광현 (광주시 정신보건사업지원단장)	
17:20-17:40	전체 토론		
폐 회			

목 차

<제1부> 정신장애인에 대한 사회적 낙인의 현주소

❖ 발제문

- 발제 1. 정신장애인에 대한 반낙인 운동 3
Prof. Norman Sartorius (Univ. of Geneva)
- 발제 2. 정신보건시설에 대한 지역사회 태도 사례 23
남윤영 (국립서울병원 기획홍보팀장)
- 발제 3. 대중매체에 나타난 정신장애인에 대한 사회적 낙인 37
김성완 (전남대학교 의과대학 교수)

❖ 토론문

- 토론 1. 정신장애인에 대한 반낙인 운동과 정신보건시설에 대한 지역사회 태도 ... 55
김용진 (정신장애인 입소시설 ‘오아시스’ 시설장)
- 토론 2. 사회가 우리에게 지지해주어야 할 것들 67
유지나 (대한정신보건가족협회 조직부장)
- 토론 3. 정신장애인에 대한 stigma 해소 73
양 수 (가톨릭대학교 간호대학 교수)
- 토론 4. ‘정신장애인에 대한 사회적 낙인의 현주소’ 토론문 83
최정기 (전남대학교 사회학과 교수)
- 토론 5. ‘정신장애인에 대한 사회적 낙인의 현주소’ 토론문 91
전현옥 (정신장애인 어머니)

<제2부> 정신장애인을 위한 정신보건 서비스와 인권 현황

❖ 발제문

- 발제 1. 정신보건서비스와 장애인 인권의 국제적 동향 103
 Prof. Norman Sartorius (Univ. of Geneva)
- 발제 2. 우리나라 정신보건에 대한 국제적 비교 129
 서동우 (김포 한별병원 진료원장)
- 발제 3. 인권지표와 한국 정신보건서비스의 현황과 과제 145
 이영문 (중앙정신보건사업지원단장)
- 발제 4. 정신보건서비스 현장에서 조망한 인권의 실천적 문제 159
 배 안 (국립나주병원 의료부장)

❖ 토론문

- 토론 1. 정신장애인의 인권보호를 위한 국가인권위원회의 방향 183
 국가인권위원회 장애차별팀
- 토론 2. 정신장애인 인권보호를 위한 서울시 지역사회 정신보건 정책 201
 이화경 (서울시 보건정책담당관)
- 토론 3. 지역사회정신보건서비스 개발 및 확대방안 209
 이기연 (이화여자대학교 사회복지학과 겸임교수)
- 토론 4. ‘정신장애인을 위한 정신보건 서비스와 인권현황’에 대한 토론문 215
 황태연 (대한신경정신의학회 정신보건특임이사)
- 토론 5. ‘정신장애인을 위한 정신보건 서비스와 인권현황’에 대한 토론문 225
 정광현 (광주시 정신보건사업지원단장)



〈제 1 부〉



정신장애인에 대한 사회적 낙인의 현주소

❖ 발제문

- 발제 1. 정신장애인에 대한 반낙인 운동
Prof. Norman Sartorius (Univ. of Geneva)
- 발제 2. 정신보건시설에 대한 지역사회 태도 사례
남윤영 (국립서울병원 기획홍보팀장)
- 발제 3. 대중매체에 나타난 정신장애인에 대한 사회적 낙인
김성완 (전남대학교 의과대학 교수)

❖ 토론문

- 토론 1. 정신장애인에 대한 반낙인 운동과 정신보건시설에 대한 지역사회 태도
김용진 (정신장애인 입소시설 '오아시스' 시설장)
- 토론 2. 사회가 우리에게 지지해줘야 할 것들
유지나 (대한정신보건가족협회 조직부장)
- 토론 3. 정신장애인에 대한 stigma 해소
양 수 (가톨릭대학교 간호대학 교수)
- 토론 4. '정신장애인에 대한 사회적 낙인의 현주소' 토론문
최정기 (전남대학교 사회학과 교수)
- 토론 5. '정신장애인에 대한 사회적 낙인의 현주소' 토론문
전현옥 (정신장애인 어머니)
- 



정신장애인에 대한 반낙인운동

Prof. Norman Sartorius
(Univ. of Geneva)

낙인과의 투쟁

- 우리가 배운 교훈 -

Norman Sartorius 교수

스위스, 제네바

*Stigma: 정신병력에 관한 선입견/汚名

Norman Sartorius, 2008

사실

- 낙인 (Stigma)은 정신질환의 치명적인 결과일 뿐만 아니라, 질병의 위험요인 및 장애와 핸디캡의 직접적인 원인이 되기도 함
- 낙인과 이로 인한 영향은 인구 집단에 따라 다름(예: 성별, 연령, 출신민족에 따라 달라짐)

Norman Sartorius, 2008

사실

- 의료 전문가(정신과 의사 및 기타 정신보건 전문가 포함), 정부 기관, 환자와 가족, 언론, 교회와 같은 사회기관을 포함. 사회의 많은 사람들이 정도의 차이는 있지만 종종 무의식적으로 **낙인의 형성에 기여하고 있음**

Norman Sartorius, 2008

사실

- **낙인을 해소하기** 위한 프로그램은 여전히 제한된 기간동안 실시되는 캠페인의 형태로 진행됨
- 국가적 더 나아가 국제적인 차원에서 낙인해소를 위한 노력은 사회와 국제단체들의 **다른 노력 속에 포함되지 못하고 있음**
- 낙인해소를 위한 노력과 프로그램들은 대체적으로 서로 분리되어 추진되고 있음

Norman Sartorius, 2008

정신분열병 환자에게 더 흔한 질환

- 결핵
- HIV 감염, **B형 및 C형 간염**
- 골다공증
- 부실한 치아 상태
- **폐기능 저하**
- **성기능 이상** 및 전립선암
- **산과적 합병증**
- 심혈관계 질환
- 비만, 당뇨, 대사 증후군
- 갑상선 기능장애
- 신경학적 장애

Norman Sartorius, 2008

Verona (1982-2001): 정신 질환자들이 피할수 있는 사망율(SMR)

전체 환자	4.31
남자	6.13
여자	2.84
정신분열병 등	4.83
중증 정동장애	4.86
경증 정동장애	2.41
약물남용	18.84
신경증/신체증상	2.48
인격장애	3.03

Norman Sartorius, 2008

높은 이환율과 사망율의 원인

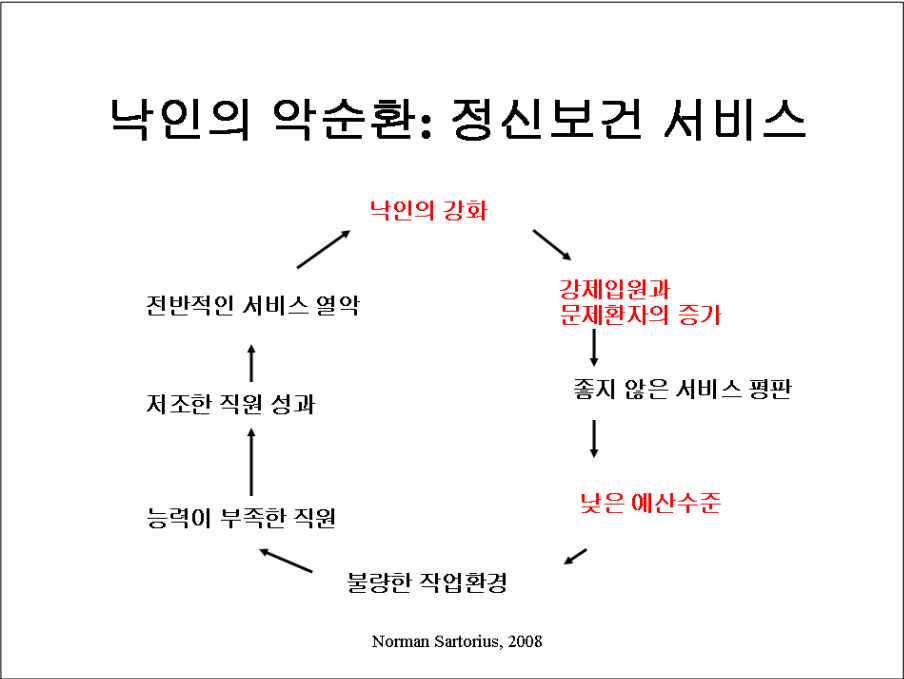
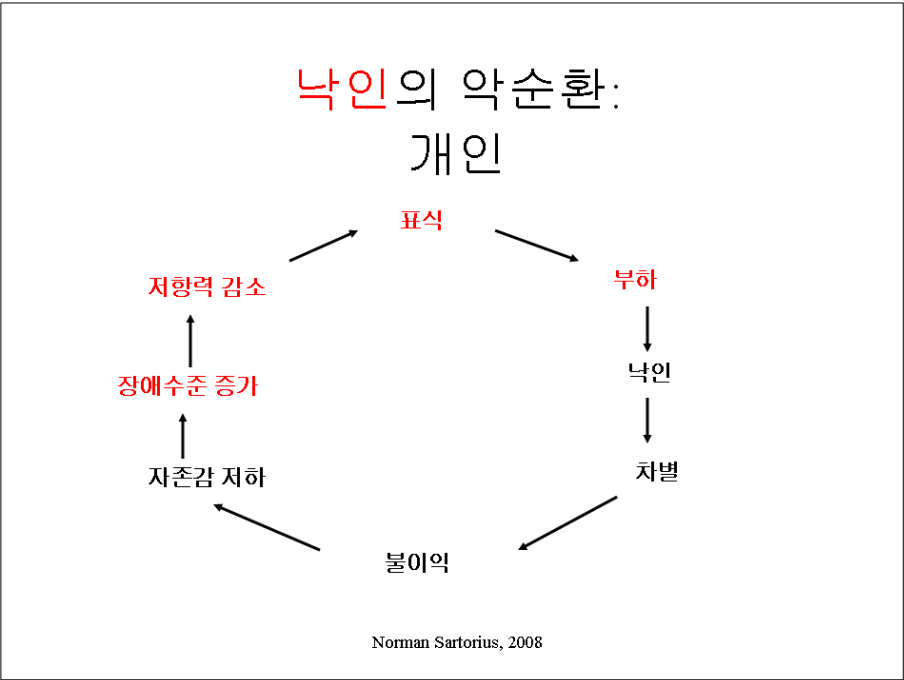
- 자존감, 의욕 및 기타 동기상실
- 자기 방치의 경향
- 질환 자체의 특성에 의한 이유
- 건강관리시스템에서의 차별
- 부실한 건강관리
- 낙인에 대한 두려움으로 도움 요청 지연
- 부적절한 법령

Norman Sartorius, 2008

WPA 프로그램 지역

- 프로그램이 진행중인 국가
 - 아프리카: 이집트, 모로코, 잠비아
 - 아메리카: 브라질, 캐나다, 칠레, 미국
 - 아시아: 인도, 일본
 - 유럽: 오스트리아, 체코공화국, 독일, 그리스, 이태리, 폴란드, 슬로바키아, 스페인, 스위스, 터키, 영국

Norman Sartorius, 2008



낙인해소운동의 표적집단

- 정신과 의사 및 정신보건 인력
- 환자와 그 가족
- 정신과 이외의 보건인력
- 사회 사업 인력 (정신보건사회복지사, 경찰, 행정서비스)
- 언론계 리더
- 입법가

Norman Sartorius, 2008

프로그램에 사용된 방법

- Speaker's bureau
- 가족, 의사 등 교육
- 언론 대표들과의 정기적인 만남
- 법적 조치
- 보도 자료 및 특별 미디어 이벤트
- 개인대 개인 설득
- NGO 창설 지원

Norman Sartorius, 2008

낙인해소 WPA 글로벌 프로그램: 교훈

- 낙인해소 프로그램은 태도의 변화, 지식증대 및 행동의 변화 순으로 성공적으로 수행됨
- 자원이 심각하게 부족한 상황에서도 프로그램이 시작되었음

Norman Sartorius, 2008

교훈(계속)

- 낙인해소 프로그램은 모든 보건 및 복지 프로그램의 정기적이고 지속적인 일부가 되어야 함
- 낙인해소 프로그램은 정신질환으로 고통 받는 사람들에게 의해 규정된 대상부터 시작되어야 하고 성공 여부도 이들에 의해 평가되어야 함
- 낙인해소운동의 새로운 패러다임을 수용하고 활용하는 것이 필요함

Norman Sartorius, 2008

교훈(계속)

- 새로운 패러다임에서는 다음과 같은 사실들이 받아들여짐:
 - 치료와 재활의 목적은 정신질환자나 정신장애인 그리고 보호자의 삶의 질을 개선하는 것임
 - 프로그램의 성공은 사회적 자산이 증가될 때 이루어질 수 있음

Norman Sartorius, 2008

교훈(계속)

- **낙인해소운동**의 대상 선정시 진보된 기회주의(enlightened opportunism)전략을 적용해야 함
- 프로그램 **실행그룹이 소진되는** 것이 극복해야 할 주요 과제임
- 낙인해소운동을 도울 수 있는 여러 사람의 연합이 소수의 결정된 리더들을 대신할 수는 없음

Norman Sartorius, 2008

교훈(계속)

- 우리가 스스로의 행동을 의식하고 이를 수정해가지 않는다면 정신질환에 대한 낙인을 만드는데 일조하는 것임
- **Social inclusion***과 평등을 통해 시민 사회를 조성할 수 있으나 낙인은 이 둘을 다 방해하며 이러한 방향으로의 발전을 저해함

* **Social inclusion**: 사회의 일원으로 받아들여 평등하게 대한다는 의미

Norman Sartorius, 2008

결론

- 낙인해소를 위한 노력은 성공할 수 있음
- 낙인 해소 프로그램은 보건 및 복지프로그램의 당연한 부분으로 정착되어야 함
- 낙인을 해소하려는 노력은 퇴치 그 이상을 의미, 모든 관계자들을 더 나은 방향으로 변화시키며 사회를 개선시킴

Norman Sartorius, 2008

Fighting stigma: lessons learnt

Professor Norman Sartorius
Geneva, Switzerland

Norman Sartorius, 2008

Facts

- Stigma is not only a pernicious consequence of mental illness: it is also a risk factor for disease and a direct cause of disability and handicap.
- Stigma and its consequences vary between different population groups (e.g. defined by gender, age, ethnic origin)

Norman Sartorius, 2008

Facts

- Many contribute to a different degree and often unconsciously to stigmatization including medical professionals (including psychiatrists and other mental health professionals) the governments, those struck by illness and their families, the media, social institutions such as the churches and various others in all societies.

Norman Sartorius, 2008

Facts

- Programs against stigma are still conceived as campaigns, with a limited duration.
- Efforts to combat stigma on national and international level are not imbedded in other efforts of societies and of international organizations.
- Anti-stigma efforts and programs are, on the whole isolated from each other.

Norman Sartorius, 2008

Diseases more prevalent in people with schizophrenia

- Tuberculosis
- HIV infection, Hepatitis B/C
- Osteoporosis
- Poor dental status
- Impaired lung functions,
- Sexual function and prostate cancer
- Obstetric complications
- Cardiovascular problems
- Obesity, diabetes, metabolic syndrome
- Thyroid dysfunction
- Neurological disorders

Norman Sartorius, 2008

Verona, 1982-2001): Avoidable mortality (SMR) for persons with mental disorders

All patients	4.31
Males	6.13
Females	2.84
Schizophrenia et al.	4.83
Severe mood disorders	4.86
Mild mood disorders	2.41
Substance abuse	18.84
Neurotic/somatoform	2.48
Personality disorders	3.03

Norman Sartorius, 2008

Reasons for higher morbidity and mortality

- Loss of self-esteem and drive and related
- Tendency of self-neglect
- Possibly constitutional reasons
- Discrimination by the health care system
- Poor quality of health care
- Stigma related delay in help-seeking
- Inappropriate legislation.

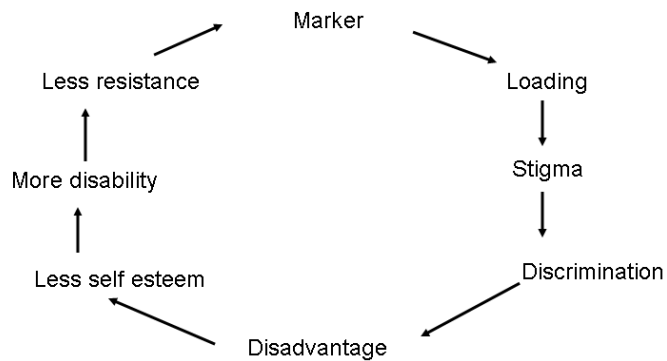
Norman Sartorius, 2008

Sites of the WPA Programme

- Countries in which the programme is underway
 - **Africa:** Egypt, Morocco, Zambia
 - **Americas:** Brazil, Canada, Chile, USA
 - **Asia:** India, Japan,
 - **Europe:** Austria, Czech Republic, Germany, Greece, Italy, Poland, Slovakia, Spain, Switzerland, Turkey, UK

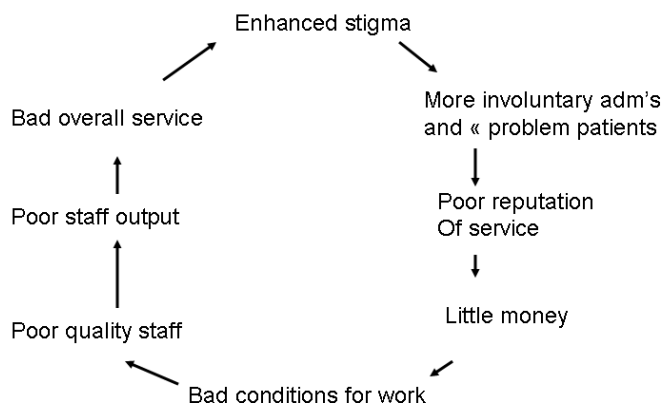
Norman Sartorius, 2008

The vicious circles of stigma: the individual



Norman Sartorius, 2008

The vicious circles of stigma: mental health services



Norman Sartorius, 2008

Target populations for antistigma work

- Psychiatrists and mental health staff
- Patients and their families
- Non-psychiatric health staff
- Social service personnel (PSW, police, administrative services)
- Media leaders
- Legislators

Norman Sartorius, 2008

Methods used in the programme

- Speakers' bureau
- Education of families, of doctors, of others.
- Regular encounters with the media representatives
- Legal action,
- Press releases and *ad hoc* media events
- Person-to-person persuasion,
- Support to the creation of NGO's

Norman Sartorius, 2008

The WPA Global Programme against stigma: lessons learnt

- Programs launched against stigma were successful in changing attitudes, increasing knowledge and changing behaviour, in that order.
- Programs have been launched even in situation of great scarcity of resources

Norman Sartorius, 2008

Lessons learnt (continued)

- Programs against stigma must become a regular and continuing part of all health and social programs,
- Programs against stigma must start from targets defined by those who suffer from mental illness and its success should be evaluated by them as well
- It is necessary to accept and use new paradigms of work against stigma

Norman Sartorius, 2008

Lessons learnt (continued)

- Among the new paradigms there is the acceptance of the fact that :
 - The purpose of treatment and rehabilitation is to increase the quality of life of those ill or disabled and of their carers
 - The success of programmes is to be sought in the increase of social capital,

Norman Sartorius, 2008

Lessons learnt (continued)

- Target selection in work against stigma should use the strategy of enlightened opportunism
- Burn-out of programme action groups is a major challenge to overcome
- The alliance of many that can help in the work against stigma cannot replace the determined leadership of the few.

Norman Sartorius, 2008

Lessons learnt (continued)

- We shall all contribute to the stigmatization of mental illness unless we are conscious of our behaviour and keep correcting it.
- Social inclusion and equity lead to the creation of civic societies. Stigma prevents both and therefore impedes progress in that direction.

Norman Sartorius, 2008

Conclusions

- Work against stigma can be successful
- Anti stigma programmes must become a regular part of health and social programmes
- Fighting stigma does more than remove it: it changes all concerned for the better and improves society.

Norman Sartorius, 2008



정신보건시설에 대한 지역사회 태도 사례

남 윤 영

(국립서울병원 기획홍보팀장)

정신보건시설에 대한 지역사회 태도 사례

남 윤 영

국립서울병원 기획홍보과

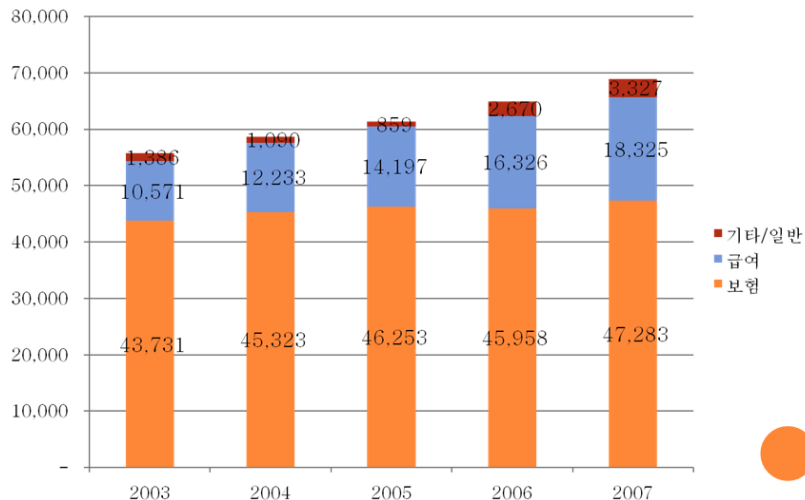
개 요

- ➔ ○ 정신보건시설에 대한 태도사례 (1)
 - 국립서울병원
 - 일반현황
 - 현대화사업 추진경과
 - 병원 이전 요구를 통해 나타난 지역사회의 태도
- 정신보건시설에 대한 태도사례 (2)
 - 정신재활 사회복귀시설 “오아시스”
 - 언론보도를 통해 나타난 지역사회의 태도

국립서울병원 - 일반현황

- 인력
 - 1961. 8. 14 국립정신병원직제공포(각령 제98호)
 - 1962. 2. 1 「국립정신병원」으로 개원(정원 : 43명, 병상 : 360)
 - 1982. 12. 30 국립서울정신병원으로 명칭 변경
 - 1996. 3. 20 소아정신병동진료소 개원
 - 2001. 3. 29 소아정신병동진료소로 명칭 변경
 - 2002. 5. 6 국립서울병원으로 개칭(정원 302명)
 - 2006. 1. 1 책임운영기관 지정·운영
- 관련법령
 - 정신보건법 및 동법시행령, 보건복지가족부와 그 소속기관 직제 등
- 주요임무
 - 정신질환의 예방과 정신질환자에 대한 진료
 - 정신과 환자의 사회복귀 촉진을 위한 낮병동 운영
 - 소아·청소년 정신질환의 진료 및 프로그램 개발
 - 국민정신보건, 정신의학 및 진료기술수준의 향상을 위한 조사·연구
 - 정신과 의료요원 및 정신보건전문요원의 교육·훈련
 - 정신보건교육·연구센터의 운영 및 교육·훈련
 - 기타 국립정신보건사업의 효율적인 추진
- 규모
 - 정원 : 308명
 - 병상수 : 960병상

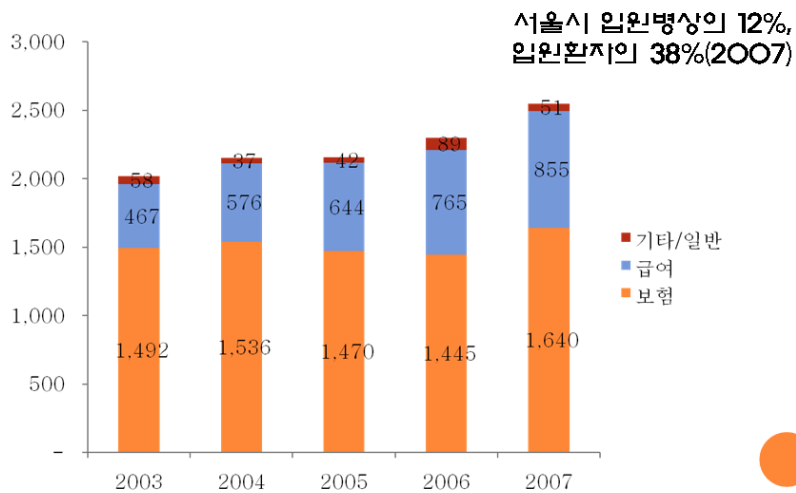
보험종별 외래환자 구성(연인원)



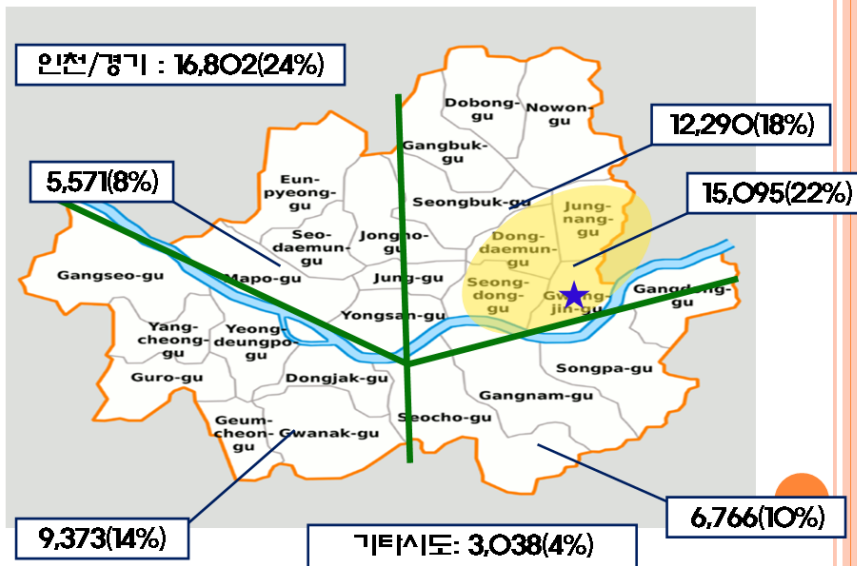
외래환자들의 진단별 분포(2007)

진단	외래환자수	(%)	보험종별		
			보험(%)	급여(%)	기타/일반(%)
계	65,936	100	72	28	1
FOO-FO3	894	14	79	17	4
F10	2,584	3.9	66	33	1
F11-F19	111	0.2	79	20	1
F20-F29	40,465	61.4	69	31	1
F30-F39	11,673	17.7	76	23	1
F40-F48	2,729	4.1	82	17	1
F70-F79	1,187	1.8	72	27	0
FO4-FO9	388	0.6	62	31	6
F50-F64	699	1.1	82	14	4
F80-F99	4,522	6.9	80	20	0
기타	684	1.0	69	31	0

보험종별 입원환자 구성(실인원)



외래환자의 거주지 분포(2007)



국립서울병원 현대화사업 추진경과

- 89. 4 : 병원현대화 기본계획 수립
- 95. 3 : 병원 이전사업계획 수립
- 03. 2~6 : 병원시설 기부자 공모방식에 의한
이전사업 추진
- 03. 3 : 현 부지 병원 재건축으로 계획 변경
- 06. 12 : 07년도 기본설계비 802백만원 정부안 확정
- 07. 5~11 : 국립서울병원의 기본방향성 및 건축설계
계획연구용역
- 07. 12 : 현대화재건축 기본설계 계약
- 07. 12 : 08년도 실시설계비 2,482백만원 정부안 확정
- 08. 6 : 현대화재건축 기본설계 완료
- 08. 7 : 사업계획 변경
 - 현대화재건축사업→국립정신건강연구원 건립사업
 - 국립정신건강연구원 설립계획 수립 연구용역

정신병원에 대한 인식 및 지역이미지 (1)

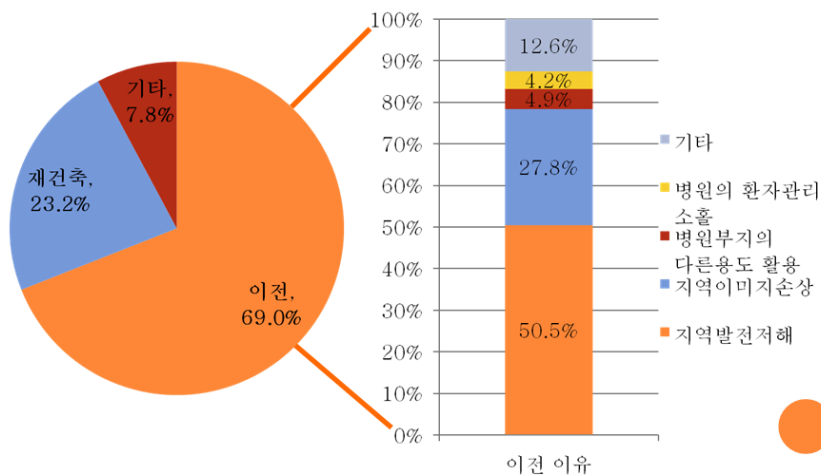
○ 국립서울병원 재건축에 따른 갈등영향 분석 및 갈등해소방안 연구 (보건복지부, 2005)

- 국립서울병원(일명:정신병원) 이전을 촉구하는 범구민대책추진위원회
 - 정신병원을 볼 줄고, 조용하고, 공기 좋은 곳에 위치하여야 함
 - 40년 전의 환경이 변했으므로 병원 이전은 당연
 - 병원의 존재가 지역의 부정적 이미지의 원인
- 주민
 - 정신병원은 쾌적하고 조용한 곳에 위치하는 것이 좋음
 - 정신병원이 있는 곳에서 사는 것이 창피함
 - 중곡동을 또라이 공장으로 불림 받음
- 광진구
 - 정신병원은 쾌적하고 조용한 곳에 위치하는 것이 좋음
 - 병원 때문에 특별히 피해보는 것은 없지만 이미지 때문에 피해보고 있음
- 정당인
 - 병원이 너무 노후 되어서 부정적 이미지가 강해질
- 가족
 - 접근성이 좋은 곳에 있기를 바람
 - 격리수용도 필요함

정신병원에 대한 인식 및 지역이미지 (2)

○ 국립서울병원 이전문제 해결을 위한 토론회 (2007)

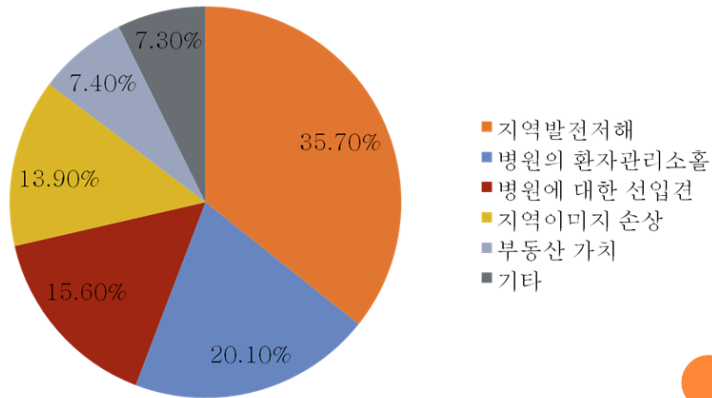
- 국립서울병원 재건축/이전 중 찬성하는것



정신병원에 대한 인식 및 지역이미지 (3)

○ 국립서울병원 이전문제 해결을 위한 토론회 (2007)

- 국립서울병원의 지역민 생활에 대한 피해 여부



- 국립서울병원(일명: 정신병원) 이전을 촉구하는 -

40만 광진구민의 결의

1. 40년간 지역발전 저해하는 국립서울병원은 조속히 이전하라!
1. 강남북 균형발전에 배치되는 국립서울병원은 조속히 이전하라!
1. 광진구의 지역간 균형발전을 위하여 국립서울병원은 조속히 이전하라!
1. 40만 광진구민의 열망인 국립서울병원 이전을 강력히 요구한다!
1. 관계당국은 국립서울병원 이전을 적극 추진하라!

범구민대책추진위원회 연락처

집장	45	09
집장	46	11
집장	45	86
집장	45	90
의장	46	224

- 국립서울병원(일명: 정신병원) 이전을 촉구하는 -

범구민대책추진위원회 발대식

- 일시 : 2005. 3.14(월) 14:00
- 장소 : 광진구청대강당

범구민대책추진위원회

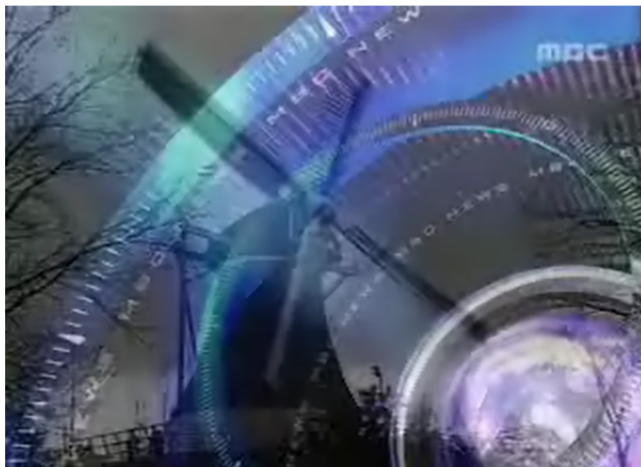
**국립서울병원 이전촉구 범국민 길기대회
(2006. 4.)**



**국립서울병원 이전촉구 범국민 길기대회
(2006. 4.)**



지역사회의 정신병원에 대한 시각 (2006. 5.)



지역사회의 정신병원에 대한 시각 (2007. 3.)



병원이전촉구 지역주민 길기대회 (2007. 9.)



병원이전촉구 지역주민 길기대회 (2007. 9.)



8(토)
7:17

넓은 병원 어디로?

강릉 17.3°

개요

- 정신보건시설에 대한 태도사례 (1)
 - 국립서울병원의 경험
 - 일반현황
 - 현대화사업 추진경과
 - 지역사회와의 태도와 변화
- ➔ ○ 정신보건시설에 대한 태도사례 (2)
 - 정신재활 사회복귀시설 “오아시스”의 경험
 - 언론보도에 나타난 지역사회의 태도

NIMBY에 메말라가는 오아시스 동작구 정신장애인 복귀 시설 주민의 반대에 부딪쳐

○ 2007-3-23 장애인신문

사회복귀시설 오아시스는 올해 1월 시설 운영을 시작했으나 아직까지 문은 굳게 닫혀있다. (중략)

동작구에 만들어진 사회복귀시설 오아시스도 이런 성격을 띄고 있다. 올해 1월 초에 문을 연 이 시설은 현재 1명의 정신 장애인도 입주해 있지 않는 상황이다. 주민들의 거센 반대에 부딪혔기 때문이다. 동작구의회 육OO 의원은 “시설에 대한 주민들의 거부감이 많은 게 사실이다”며 “주민들의 반대로 인해 시설이 운영되지 않는 것은 안타까운 일이다. 대체지를 알아보는 등 구에서도 많은 노력을 하고 있다”고 밝혔다. 그는 또 “주민들과 충분한 상의 없이 시설을 건립했던 것은 문제가 있다”고 지적했다.

오아시스의 시설장 김용진 씨는 “지난 1월부터 서울시로부터 자금을 지원받아 사업을 시작하려 했으나 주민들의 반대로 인해 일시 중단된 상황”이라고 설명하며 “처음에는 찬성하는 주민들도 터러 있었지만, 반대하는 목소리가 높아져 그분들도 제 목소리를 내지 못하고 있다”고 말했다.

취재를 위해 찾은 동작구 오아시스의 시설 내에는 시설장을 포함 3명의 직원들만이 근무하고 있었다. 1월에 사업을 시작할 때 들어오기로 한 정신장애인들은 자신의 가정에서 거주하고 있다.

(후략)



대중매체에 나타난 정신장애인에 대한 사회적 낙인

김 성 완

(전남대학교 의과대학 교수)

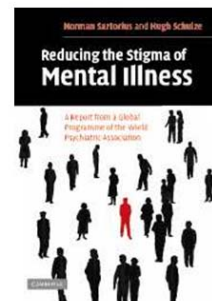
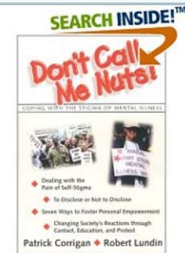
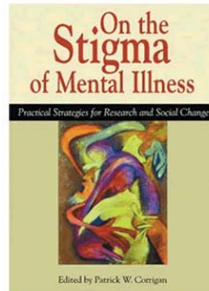
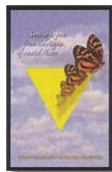
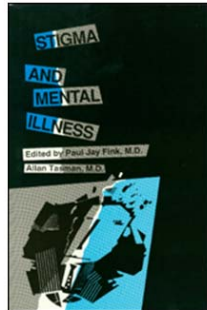
대중매체에 나타난 정신장애인에 대한 사회적 낙인

광주북구정신보건센터
전남의대 정신과
김 성 완

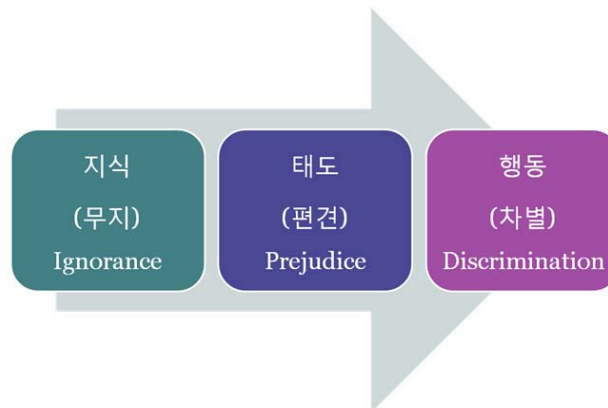
낙인 烙印 STIGMA

- 그리스어로 stigma는 ‘표시하다 (mark)’는 의미를 갖는다. 주로 장식적인, 종교적인 문신을 지칭하는 단어로 쓰였으며 정신장애인이거나 나병 환자를 차별하는 부정적인 의미로는 쓰이지 않았다.
- 그러나 노예를 구분하기 위한 표시가 사용되면서 낙인이라는 용어가 사회적 위치와 가치를 내포하는 용어로 변화해 갔다.
- 정신장애의 낙인은 정신장애를 앓는다는 이유로 그 개인을 차별하고 사회에서 격리하며(marginalization) 그를 배척하고 추방하는(ostracism) 것으로 정의할 수 있다.

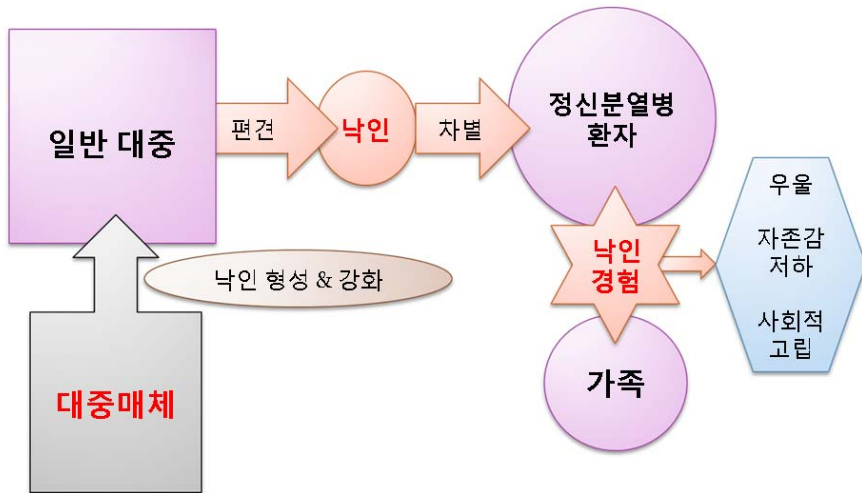
Stigma / 낙인



낙인의 3 요소



낙인 형성과 낙인 경험



낙인 경험의 결과

- 1) 구직의 어려움과 실직 (Link 1982; 1987; Link et al. 1991)
- 2) 사회적 고립 (Link et al. 1989; Perlick et al. 2001)
- 3) 우울증상과 실망 (Link 1987; Link et al. 1997)
- 4) 삶의 질 저하 (Rosenfield 1997; Markowitz 1998)
- 5) 자존감 저하 (Wright 2000)
- 6) 조기 중재 및 치료 방해 (Sirey 2001)

정신분열병 환자의 낙인에 영향을 주는 요인

한경례²⁾ · 김성완¹⁾ · 이무석^{1)†}

Factors Affecting Stigma of Schizophrenic Patient

Table 7. Correlation between stigma level and clinical variables

Variables	Devaluation	Prejudice	Secret	Total stigma
Duration	-0.03	0.06	-0.06	-0.02
OPD follow-up period	-0.07	-0.08	-0.06	-0.08
Admission number	0.01	0.07	-0.02	0.02
Family support	0.15*	0.13**	0.15*	0.16*
Depressive level	0.15**	0.23**	0.20*	0.22*

* : p<0.05, ** : p<0.01 by Spearman's Correlation or Pearson's Correlation

낙인경험 정도와 우울수준 간에 유의한 상관관계를 보임

- 이와 관련, NYT는 정신질환을 좀처럼 인정하지 않고 또 정신과 치료도 받으려 하지 않는 경향이 아시아계 미국인 사이에 널리 퍼져 있으며 이 같은 풍조가 이번 사건을 낳는 데 일조했다고 지적했다.
- 그러면서 이 신문은 "최근 미 국립정신건강연구원(NIMH)의 조사 결과 아시아계는 다른 인종에 비해 정신질환 치료를 받는 비율이 훨씬 낮은 것으로 나타났다"고 보도했다. 아울러 "미국에서 태어났거나 어렸을 때 이민 온 아시아계가 성인이 돼 입국한 경우보다 정신 질환에 더 많이 시달리는 것으로 드러났다"고 설명했다.

최근 일간지에 보도된 정신병에 대한 기사 분석*

김성완^{**†} · 윤진상^{**} · 이무석^{**} · 이형영^{**}

The Analysis of Newspaper-Articles on Psychosis*

Sung-Wan Kim, M.D.,^{**†} Jin-Sang Yoon, M.D.,^{**}
Moo-Suk Lee, M.D.,^{**} Hyung-Yung Lee, M.D.^{**}

국문초록

연구목적 :

정신병에 대한 사회적 편견과 낙인은 질병의 예방, 조기치료 및 재발을 어렵게 한다. 이러한 부정적 시각은 다양한 대중매체에 의해서 강화될 수 있다. 본 연구는 질병에 대한 일반인의 인식에 큰 영향을 줄 수 있는 신문이 정신병에 대해 기술하는 내용을 분석하였다.

방 법 :

1998년 3월부터 2000년 2월까지 2년 동안 동아일보와 조선일보의 신문기사를 천리안의 뉴스복수정보검색 프로그램을 이용하여 조사하였다. 검색어로는 일반인과 신문기사가 정신병을 지칭한다고 생각되는 정신분열, 정신병, 정신질환, 정신이상을 선택하였다. 이러한 검색어를 포함한 총 326건의 기사를 정해진 범주에

결 과 :

326건의 기사 중 부정적 기사는 직접적 177건, 간접적 51건으로 모두 228건(69.9%)이었다. 반면 객관적 또는 긍정적인 기사는 각각 29건, 14건으로 총 43건(13.2%)이었고 특별한 시각 없이는 55건(16.9%)이었다. 부정적 기사 중 가장 많은 것은 정신병 환자는 위험하거나 난폭하며 범죄를 잘 저지른다는 내용을 전달하는 기사였다(118건). 이외에도 정신병 환자는 엉뚱하거나 특이하다(27건), 사회적 기능 수행을 잘 못한다(18건), 정신병은 사회적으로 창피한 병이다(14건), 낯지 않는 만성질환이며 가족은 힘들고 부담스럽다(16건), 격리 수용해야 한다(6건)는 부정적 측면의 내용이 있었다. 또한 병의 원인에 대한 편견(18건), 상대를 비하하거나 어떤 현상의 심각성을 표현하기 위해 정신병이란 용어가 사용되는 경우(35건)와 더불어, 정신병원 입원에 대해서도 수용, 감금, 처넣다 등의 단어로 부정적인 기술(18건)을 하였다. 정신이상, 정신병이라는 용어를 사용하는 경우에 부정적 기사의 비율이 높았고, 기사에 환자가 직접 묘사되는 경우에 부정적 기사의 빈도가 높았다. 사건뉴스, 정치, 방송·문화 기사에서 부정적 기사가 많았다. 반면 건강 기사에서 부정적 기사가 상대적으로 적었고 객관적 또는 긍정적 기사의 비율은 가장 높았다.

결 론 :

정신병에 대한 신문의 올바른 보도를 유도하는 것은 일반인의 질병개념 형성과 치료방법의 선택에 긍정적인 영향을 미칠 것이며, 나아가 환자의 효율적인 사회응응에 도움이 될 것이다. 이를 위해 정신병에 대한 신문기사의 부정적인 기술과 편견 전달을 체계적으로 모니터 하는 것이 필요하다고 생각한다. 또한 대중매체를 적극적으로 활용하여 정신병에 대한 정보를 일반인에게 사실적으로 전달하려는 노력이 요구된다.

신문이 정신병을 기술하는 태도와 관점

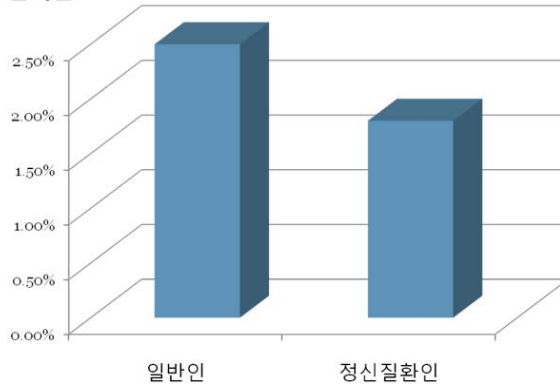
Viewpoint / 관점	Frequency(%) / 빈도(%)
Negative viewpoint / 부정적	228 (69.9)
Direct description / 직접기술	177
Indirect description / 간접기술	51
No specific viewpoint / 특별한 관점 없음	55 (16.9)
Neutral or Positive viewpoint / 중립 또는 긍정	43 (13.2)
Neutral viewpoint / 중립적	29
Positive viewpoint / 긍정적	14
Total / 총	326 (100)

부정적 기사의 내용분석 - 범죄기사

- 1) '정신병 환자는 위험하거나 난폭하며 범죄를 잘 저지른다'는 내용의 기사가 118건 (51.8%)이었다. 살인 및 살인시도와 관련된 기사는 63건으로 그 대상은 가족, 아동, 유명인 등이었고, 방법은 잔인하거나 우발적이었다.
 - 이를 묘사하는 문구에는 '마구 찢러', '칼로 여러 차례 난자', '난사', '참극', '발작', '어처구니없는' 등의 부정적인 언어가 사용되었다.

인구 10만명 당 범죄율

범죄율



2000년 대검찰청 범죄백서

ORIGINAL PAPER

Runa Munkner · Soeren Haastrup · Torben Joergensen · Peter Kramp

The temporal relationship between schizophrenia and crime

Table 3 The extent of committed crimes in relation to appearance in the psychiatric healthcare system and time at which diagnosis of schizophrenia was given

	Men				Women			
	n	Of all N = 3,121	Of all criminal offenders N = 1,603	Of all violent offenders N = 700	n	Of all N = 1,498	Of all criminal offenders N = 274	Of all violent offenders N = 81
Not criminal	1,518	48.6% ¹	–	–	1,224	81.7%	–	–
First crime committed before first psychiatric contact	1,138	36.5% ¹	71.0% ¹	–	102	6.8% ¹	37.2% ¹	–
First crime committed between first contact and diagnosis of schizophrenia	171	5.5% ⁴	10.7% ¹	–	70	4.7% ⁴	25.5% ¹	–
First crime committed after diagnosis of schizophrenia	294	9.4% ²	18.3% ¹	–	102	6.8% ²	37.2% ¹	–

범죄를 저지른 정신분열병 환자 중
첫 입원하기 전에 범죄를 저지른 경우가 71%였고,
정신과 방문 후 진단 받기 이전이 10.7%였으며,
정신분열병 진단 후 범죄를 저지른 경우는 18.3%에 불과했다.

부정적 기사의 내용분석 - 비하

- 2) ‘정신병 환자는 엉뚱하거나 특이하다’는 내용의 기사는 27건 (11.8%).
 - 이와 관련하여 ‘비정상적’, ‘뒤를린’, ‘기괴한’, ‘엉뚱한’, ‘기인’, ‘광인’, ‘괴짜’, ‘미치광이’, ‘병자로 몰려’ 등의 언어가 사용.
- 3) ‘정신병 환자는 사회적 기능이 좋지 않아 직장생활 또는 일상생활을 제대로 수행하지 못한다’는 내용의 기사는 18건 (7.9%).
- 4) ‘정신병은 치료해도 낫지 않는 만성 질병이며 가족들은 힘들고 부담스럽다’는 내용의 기사는 16건 (7.0%).
 - 이와 관련하여 ‘병원에서도 치료법이 없어’, ‘참담한’ 등의 용어가 사용.
- 5) ‘정신병에 걸리는 것은 창피한 일로 병에 걸리면 사회적으로 소외되고 고립된다’는 내용의 기사는 14건 (6.1%).
 - 이와 관련하여 ‘낙인찍혀’, ‘몰락하기까지’, ‘꺼리는’, ‘수군거림’, ‘불명예스러운’ 등의 표현이 사용.

부정적 기사의 내용분석 - 정신과 입원

- 6) ‘정신병 환자는 격리 수용해야 한다’는 내용의 기사는 6건.
 - ‘어떤 정신병자가 거리를 활보하는지조차 알 수 없는’ 등의 표현으로 탈수용화 정책을 적극적으로 반대하거나 수용화의 필요성을 시사.
- 7) ‘정신과 입원치료에 대한 부정적인 기술’로서 입퇴원에 대한 부정적 언어를 사용하거나 병원의 비인도성을 부각시키는 기사가 18건 (7.9%).
 - 검색어를 ‘정신병원’으로 확장하여 검색된 기사 중 병원 치료를 묘사하는 기사 47건의 용어 사용을 분석.
 - 이 중 ‘입원’ 또는 ‘퇴원’이라는 중립적인 용어를 사용한 경우는 15건(31.9%) 이었고, 부정적인 용어를 사용한 경우가 32건(68.1%).
 - 부정적인 용어로는 ‘수용’, ‘감힌’, ‘신세’, ‘수감’, ‘감금’, ‘보내다’, ‘넘겨지다’, ‘끌려가다’, ‘쳐넣다’, ‘탈출’, ‘나오다’ 등이 사용.

부정적 기사의 내용분석 - 은유적 표현

- 8) ‘상대를 비하하거나 어떤 현상의 심각성을 표현하기 위해’ 질병과 상관없이 정신병과 관련한 용어가 사용되는 경우가 35건 (15.4%).
 - 이와 관련하여 ‘정신병자로 취급’, ‘반정신병자’, ‘정신병적 범행’, ‘정신병적 심리’, ‘정신병적 가정파괴범’, ‘정신분열 직전영웅’, ‘정신분열적 테러’ 등의 표현이 사용.
- 9) ‘정신병의 원인과 관련한 편견’은 18건 (7.9%).
 - 이들은 정신병의 원인을 생물/심리/사회적 관점에서 균형적으로 기술하는 대신에, 의학적 근거 없이 특정 사건을 질병의 원인으로 직접적인 연관을 시키거나 유전병으로 단정하거나 귀신들림 같은 비의학적 관점이 전달되는 기사.

검색어에 따른 분석

- 부정적 내용은 ‘정신이상’(93.0%)과 ‘정신병’(81.7%)이라는 용어를 사용한 기사가 ‘정신분열’(59.3%)과 ‘정신질환’(55.7%)이라는 용어를 사용한 기사에 비해 상대적으로 높았다.
- 반면 객관적 또는 긍정적 내용은 ‘정신분열’(28.8%)과 ‘정신질환’(15.7%)을 사용할 때가 ‘정신병’(6.4%), ‘정신이상’(2.3%)을 사용할 때보다 상대적으로 높았다. 검색어에 따라 기사의 시각은 유의한 차이를 보였다($p < .001$).

Newspaper reporting on schizophrenia: A content analysis of five national newspapers at two time points

Table 1
Association between year of publication and quality of reporting on schizophrenia

Indicators of poor quality reporting	1996 % (proportion)	2005 % (proportion)	Chi square (df=1)	p	Odds ratio (95% CI) for year of publication ^a	p
Schizophrenia term used metaphorically	29% (158/548)	18% (118/648)	18.872	<0.001	0.103 (0.014–0.776)	0.027
Stigmatising descriptor used in article about person with schizophrenia	14% (38/280)	14% (45/328)	0.003	0.958	0.195 (0.026–1.487)	0.115
Equating descriptor used in article about person with schizophrenia	78% (219/280)	53% (173/328)	42.783	<0.001	0.425 (0.024–7.474)	0.558
No information included putting risk of violence into perspective in article about violence	97% (142/146)	99% (118/119)	1.278	0.383 ^b	N/A	N/A
Use of term 'release(d)' in article about hospital discharge	67% (36/54)	78% (18/23)	1.035	0.309	N/A	N/A

영국 신문은 1996/2005년의 정신분열병에 대한 기사 분석에서 태도의 변화가 없었다. 정신분열을 은유적으로 사용한 경우가 18-29%였고, 병원에서 집으로 가게 되는 경우를 '퇴원'이라는 용어를 사용하지 않고, '놓아준다/석방하다'라고 쓰는 경우가 67-78%였음.

ORIGINAL PAPER

Omer Boke · Servet Aker · Arzu Alptekin Aker · Gokhan Sarisoy · Ahmet Rifat Sahin

Schizophrenia in Turkish newspapers

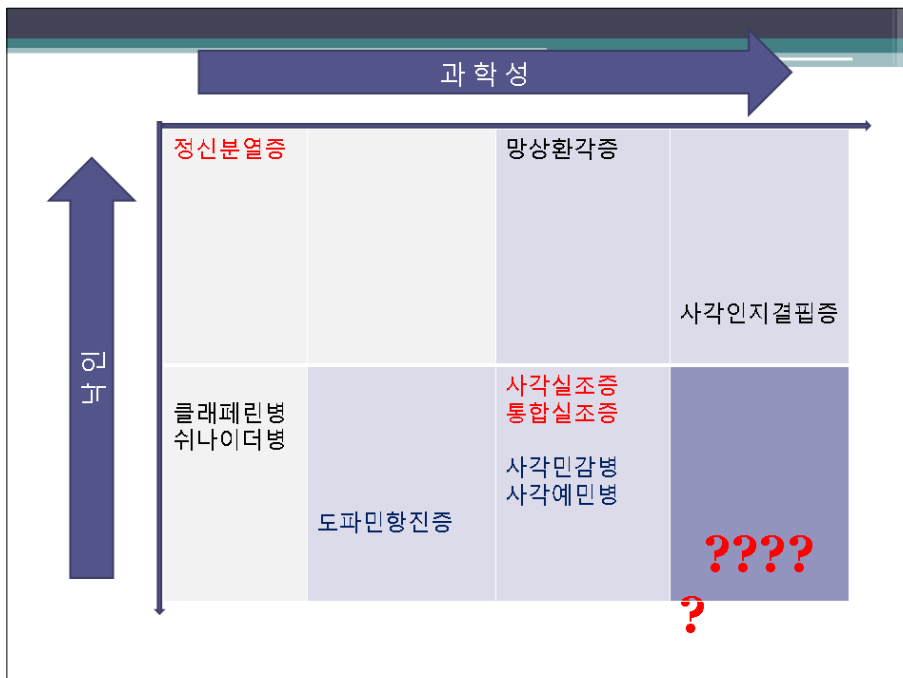
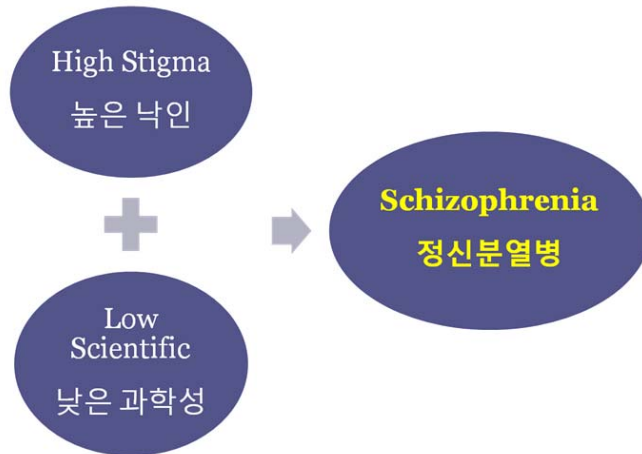
Retrospective scanning study

Table 2 Distribution of terms used with referral to disease according to positive and negative reflection

	Number	%
Positive	159	32.4
Neutral	193	39.3
Negative	139	28.3
Includes violence	99	20.2
Does not include violence	40	8.1

터키 신문기사에서 정신분열병을 부정적으로 묘사한 기사는 28.3% 였음. 총 878 건의 기사 중 387 (44.1%)건의 기사가 '정신분열'이라는 용어를 질병에 사용하지 않고 은유적인 표현으로 사용하였다.

정신분열병 명칭 변경



대구 지하철 방화사건 보도

- 한겨레 2003.02.19(수)
- 복지부 “정신질환자·장애인 부각 보도 말아 달라”

보건복지부는 대구지하철 방화사건과 관련, 피의자 김**씨가 정신질환자, 장애인 등으로 부각되는 것에 대해 바람직하지 못하다는 견해를 공식 밝혔다.

복지부는 19일 기자회견에 배포한 '방화사건 용의자 신상보도에 대한 반박문'에서 통계적으로 정신질환자 범죄율이 일반인보다 낮음에도 불구하고 우발적 범행을 더 많이 저지르는 것으로 오인시키는 보도는 장애 또는 정신질환을 반사회적 행동과 연결시키는 선입견을 갖게 한다고 지적했다.

실제로 지난 2000년 발간된 범죄백서 통계를 보면 일반인의 경우 교통범죄를 제외한 범죄 발생률이 10만명당 2천545명으로 2.5%인 반면 정신병적 장애인은 전체 17만6천396명 가운데 3천201명으로 1.8%로 나타났다.

[대구 지하철 방화] 정신질환자 관리 또 ‘구멍’

동아일보 2003년 2월18일 오후 6:24

- 대구지하철 방화 참사가 신병 또는 신체장애를 비관한 사람에 의해 저질러진 것으로 알려지면서 국가의 정신질환자 관리에 관심이 쏠리고 있다.
용의자가 어떤 형태로든 정신질환을 앓고 있는 것으로 드러날 경우 정신질환자 관리에 구멍이 뚫려 있음을 보여주는 것이어서 문제는 심각하다.

국내 정신의료기관이나 요양시설에서 정신질환 증세로 치료를 받거나 수용돼 있는 환자는 8만5300여명에 이른다.

1980년대까지는 정신질환자나 부랑아 등을 정부가 강제 수용하기도 했으나 인권문제가 제기되면서 남에게 심각한 피해를 끼치는 경우가 아니면 본인이나 가족의 요청이 있어야 수용이 가능하다. 그러나 정신질환자나 가족들은 인권 침해 등을 이유로 정신병원이나 요양시설 입소를 기피해 상당수가 치료의 사각지대에 방치돼 있는 실정이다. 이에 따라 예기치 못한 사고와 사건이 발생하기도 한다.

특별취재팀

[대구 지하철 참사] 방화 용의자 2년 전 중풍 진단

중앙일보 2003.02.19

- 감정조절 못해 범행 가능성

대구 지하철 방화용의자 김대환씨가 앓고 있는 질병과 범행은 어떤 관계가 있을까.

金씨는 정신질환자가 아니라 중풍환자다. 전문가들은 중풍으로 인한 자기 조절능력 실패가 범행의 원인이 됐을 것으로 추정한다. 중풍을 앓게 되면 신체뿐 아니라 뇌의 일부가 마비돼 중추신경계 조절이 제대로 안된다는 것이다.

신경정신의학회 백인호 이사장(강남성모병원 전문의)은 "중풍환자는 뇌의 일부가 고장났기 때문에 감정조절이 안되고 우울증이 동반돼 극단적인 행동을 할 수도 있다"면서 "우리가 흔히 알고 있는 정신질환의 일종인 우울증이나 정신분열증과는 구분해야 한다"고 말했다.

중증 정신질환자 1만명 거리 누빈다

매일신문 2003년 2월19일 오후 12:37

- 18일 발생한 대구 지하철 방화 참사 용의자가 정신 질환을 앓은 것으로 알려지면서 이와 관련한 문제가 또 한번 심각한 사회 안전의 과제로 대두됐다. 이에 앞서 지난 15일 역시 대구에서 발생했던 가족간 살인사건도 망상증의 결과로 분석되고 있다.

◇입원치료 필요 환자 역내에 1만 명: 정신분열증, 망상증, 양극성 장애 등 정신질환을 앓고 있는 전국의 환자는 전체 인구의 약 2.7%인 120여만명, 그 중 입원 치료가 필수적인 중증 환자는 13만여명 될 것으로 전문가들은 추정했다.

이 추정을 적용할 경우 대구·경북의 정신질환자는 15만여 명 되고 중증환자는 1만6천여 명에 달한다. 그러나 역내 공식 보호·치료 기관은 전문병원 10여 개와 정부지원 요양시설 7개 등이 고작이다. 여기서 수용·치료할 수 있는 환자는 5천여 명에 불과하다. 중증 환자의 절반 이상이 대책 없이 방치되고 상당수는 굶 등 민간 처방에 맡겨져 있는 셈.

....

특히 1997년부터 `계속 입원 심사 청구제'가 시행되면서 정신질환이 완쾌되지 않은 상태에서 요양시설 밖으로 내몰려야 하는 환자들까지 생겨났다.

백준기 사회복지사는 "보다 많은 환자들에게 혜택을 주기 위해 이 제도가 도입됐으나 실제로는 강제퇴원 조치됐던 환자의 80% 정도가 다시 입원하고 있다"며 이 제도가 오히려 환자 보호에 장애가 된다고 비판했다.

낙인 극복

- 이전에 정신질환을 앓고 있는 환자를 접촉한 경험이 없는 사람들은 그들을 위험하다고 여기고, 사회적 거리를 유지하려고 한다.
 - 반대로 정신병이 있는 누군가를 안다고 말한 사람들은 정신 질환을 덜 위험하다고 생각한다.
- ⇒ 이는 **정신 질환을 앓는 개인과 대중간의 직접적인 접촉을 증진하여 낙인현상을 줄일 수 있음**을 시사한다.

- 정신질환에 대한 사회적 낙인과 편견을 극복하기 위해서는 정신분열병 환자가 직접 자신의 이야기를 들려주는 대중 교육이 가장 효과적이다.
- 이러한 실제 접촉은 대중 매체에서 전형적으로 묘사되는 정신 질환에 대한 부정적인 정보에 영향을 덜 받도록 도와준다.





정신장애인에 대한 반낙인 운동과 정신보건시설에 대한 지역사회 태도

김 용 진

(정신장애인 입소시설 ‘오아시스’ 시설장)

정신장애인에 대한 반낙인 운동과 정신보건시설에 대한 지역사회 태도

김 용 진 (정신장애인 입소시설 ‘오아시스’ 시설장)

금번 주제인 ‘정신장애인에 대한 사회적 낙인의 현주소’에 따른 ‘정신장애인에 대한 반낙인운동’과 ‘정신보건시설에 대한 지역사회 태도 사례’는 2008년 한국의 정신장애인에 대한 정신보건영역과와 일반 사회의 일반적 시각의 차이를 극명하게 보여주는 발표라 할 수 있을 것이다. 특히 이런 사례의 전반적인 주제는 차별과 편견의 문제를 살펴보고, 극복할 수 있는 방안들을 제시하고 있다.

일반적으로 ‘차별이란’ 개인이 누릴 수 있는 권리를 합당치 않은 이유로 침해받는 것을 의미하는 것으로 개인의 자유권, 사회권, 연대권에 대한 침해가 있을 때 그 권리가 귀속된 개인은 차별을 받은 것이 라고 설명하고 있으며, 이에 따라 장애인 차별은 장애인이 지닌 장애를 이유로 자유권, 사회권, 연대권을 침해당하는 것을 의미하는 것이라고 할 수 있다. 이런 점에서 장애인, 특히 정신장애인의 경우, 사회적 책임과 함께 수용과 배려가 더욱 강조되어야 하는 영역임에도 불구하고, 가장 큰 편견과 낙인으로 고통 받는 대상이기도 하다.

2008년은 세계인권선언 60주년이자, 대한민국 건국 60주년이다.

세계인권선언 제 1조는 ‘모든 인간은 태어날 때부터 자유로우며 그 존엄과 권리에 있어 동등하다. 인간은 천부적으로 이성과 양심을 부여 받았으며 서로 형제애의 정신으로 행동하여야 한다.’고 하고 있으며, 제 8조에서는 ‘모든 사람은 헌법 또는 법률이 부여한 기본적 권리를 침해하는 행위에 대하여 권한 있는 국내 법정에서 실효성 구제를 받을 권

리를 가진다.’고 정의하고 있다. 이는 대한민국 헌법에서도 비슷한 정의를 내리고 있는데, 헌법 제 10조에서는 모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.’고 정의하고 있다. 즉, 모든 인간에 대한 인권을 기본적이며, 필수적 평등권으로 정의하고 있다는 것이다. 또한 이런 평등은 사회적 약자와 소수자에 대한 차별금지를 단순히 형식적인 것이 아니라 실질적인 평등으로 바라보는 것이기도 하다. 하지만, 헌법에서 보장한 평등과 인권은 현실에서 사회적 약자인 정신장애인에게서는 전혀 다르게 해석되고 적용되는 것은 부정할 수 없는 현실이다.

2008년 시행된 장애인 차별금지법은 이런 사회적 약자에 대한 법적인 보호를 의무화하고 실질적인 평등과 인권을 보장하는 기준이 되도록 하는데 큰 역할을 하고 있다. 즉, 장애인차별금지법에서 정의한 ‘모든 생활영역에서 장애를 이유로 한 차별을 금지하고, 장애를 이유로 차별 받은 사람의 권익을 효과적으로 구제함으로써, 장애인의 완전한 사회참여와 평등권 실현을 통하여 인간으로서의 존엄과 가치를 구현함을 목적으로 한다.’라고 분명한 목적성은 사회적 약자인 장애인에 대한 사회적 책임과 보호를 규정하고 있다.

이처럼 국내 여러 법과 시행령에서 장애인의 평등과 인권, 그리고 지역사회에서의 역할의 중요성을 강조하고 있다. 즉, 입원치료 뿐 아니라 지역사회 적응의 모든 과정에서 정신장애인에 대한 사회적 책임 뿐 아니라 평등의 권리와 행복을 추구할 수 있는 권리가 당연함을 역설하고 있는 것이다.

정신장애인은 지역사회에서 그들 개인뿐 아니라 그들 가족과 함께 생활하도록 하는 것은 개인의 삶의 목표이자 치료적 재활의 과정이다. 즉, 지역사회에서 안정적인 삶을 살아가도록 하는 일련의 과정은 단순한 치료적, 재활적 역할뿐 아니라 인간으로서 누려야 하는 권리임에 당연한 것이며, 이들이 지역사회에서 살아가는 것은 당연히 옳은 것이며, 그 속에서 서비스를 받을 있도록 하여야 한다는 것이 가장 효과적인 정신장애인의 재활임은 대부분의 전문가들이 동의하는 부분일 것이다.

결국 정신장애인의 평등과 인권의 보장은 지역사회라는 테두리에서 마련되고 제공되어

져야 한다는 것이다. 하지만, 현재 정신장애인에 대한 사회적 편견이나 낙인, 선입견은 이들이 지역사회에서 살아가는데 가장 큰 장애요인으로 작용하고 있다.

1. 정신보건체계에서의 정신장애인과 지역사회에서의 정신장애인

‘정신질환자도 장애인이다.’ ‘지역사회에서 그들은 살아가야 한다.’ ‘장애인은 결국 나의 가족이다.’

이런 말들은 단순한 구호로서가 아니라 장애인 개인이나 그 가족, 그리고 이들과 함께 하는 있는 정신보건영역의 관련 인력은 너무도 당연한 것이다. 하지만 이것이 이들과 반대의 집단을 형성하는 지역사회 일반 대중에게는 어떻게 받아들여질까? 이들에게 ‘정신장애인도 장애인입니다.’ 라고 하면, 대부분의 정신보건체계 내의 인력은 너무나 당연하다고 여기는 것들이 일순간 전혀 다른 것이 되어 버린다. 즉, 장애인은 지식적으로 알고 있는 동등한 인간에서, 이제는 나와 다른, 그리고 나와 함께 할 수 없는 객체로서 인식하게 되는 것이다. 결국 장애인은 병원이나, 요양원 혹은 수용된 환경에서 살아가야 할 대상으로 인지하게 되며, 이들이 자신의 옆에서 같이 살아가는 것에는 동의하지 못하는 결과로 나타나게 된다. 결국 지역사회에서 바라보는 정신장애인은 인지상정의 대상이자, 지적 경험에 의한 대상으로 인식되어지는 것이 대부분의 현실에서 나타나는 반응들인 것이다.

이런 서로 다른 견해는 결국 이해관계나 삶의 한 영역에서 공통분모를 가지게 되는 경우 극단적 갈등이 발생하게 된다. 예를 들어 장애인이 옆집으로 이사를 온다면? 그리고 이들을 위한 치료적 시설이 나와 같은 동네에 있다면? 결국 이런 갈등은 더욱 큰 문제로 발생하게 되는 것이다.

하지만, 정신장애인에 대한 이런 이중적 가치관에 의한 사회적 편견과 낙인은 결국 장애인과 장애인가족, 그리고 관련 전문가들이 겪어야만 하는 문제가 아니다. 국가와 지역사회의 책임이 무엇보다 강조되어야 하는 영역이기에 이것은 국가나 지역사회가 노력하여야 하는 영역인 것이다.

정신장애인에 대한 사회적 낙인과 편견의 문제는 단순히 전문영역에서의 활동만으로 해결될 수 없을 것이며, 단기간에 해결될 수도 없을 것이다. 이런 점에서 최근 정신장애

에 대한 인식개선을 위한 지역단위 사업이 진행되고 있는 것은 긍정적인 부분으로 평가되어야 할 것이다. 하지만 지역단위의 인식개선 사업은 그 한계성을 지니는데, 사업이 대부분 해당 시, 군, 구에서 단일 사업으로(물론 중앙정부의 예산지원은 있지만) 분절된 형태로 진행되고 있으며, 통일화된 전략하에 사업의 연속적인 수행의 어려움과 표적 집단에 대한 전문적 개입의 어려움 즉, 전략의 수립과 기술적 개념의 적용에 그 한계성을 명확히 나타내고 있다고 할 수 있다.

이런 점에서 사회적 낙인이나 편견의 해소가 민간차원에서 진행되는 사업이 아니라 국가적 책임이 강조되어야 하는 영역이라면, 그리고 그것이 국민의 두 가지 상충된 가치 갈등을 해결하여야 할 것이라면, 향후 국내 편견이나 사회적 낙인에 대한 효과적인 결과를 도출하기 위해서는 정신보건체계에서 이루어지는 모든 인식개선 사업을 재평가 하고 새로운 전략적 틀을 구축하여야 한다. 또한 중앙정부 뿐 아니라 지방과 민간의 협력을 통한 NETWORKING과 함께 연속적이며, 장기적인 사업체계를 구축하여야 한다. 그리고 표적 집단을 구체화 하여 사업을 진행하도록 하여야 더욱 효과적일 것이다.

주제발표 중, Norman Satorius 교수님의 반낙인 운동을 살펴보면, 낙인의 해소과정을 투쟁으로 과정으로 설명하고 있습니다. 즉 제한된 활동이나, 소극적 대처, 반작인 운동의 분절화 등은 문제가 되며, 이를 해결하기 위하여 WPA 프로그램을 국가단위로 시행하도록 하며, 강력한 법적 조치와 함께 다양한 이벤트와 미디어에 대한 접근을 강조하며, NGO의 지원을 포함하는 것은 현재 한국의 정신장애인에 대한 편견해소 활동에 대한 시사점이라고 여긴다.

학술적 논제로서의 사회적 낙인이나 편견은 실제 지역사회에서 만나게 되는 것은 너무도 다르다.

지역사회에서는 정신장애인이 무조건 나와 같이 있으면 안되는 그리고 지역사회의 재산권이나, 기타 발전을 저해하는 존재로 받아들여지며, 이를 정치적 수단으로 이용하게 되는 경우는 더욱 강력한 반발로서 부딪히게 되는 삶의 현실이 되기 때문이기에 통일화된 전략과 다양한 기술적 대응은 필수적인 것이라 할 수 있다. 즉 낙인을 해소하고, 정신장애인이 지역사회에서 함께 살아갈 수 있도록 하는 것에는 소극적이거나, 미온적 대처로서는 결코 해소되지 않는 것이기 때문이다. 적극적이며, 다양한 대처를 통하여 일반 시민들이 정신장

애인을 받아들이도록 하여야 하며, 낙인 해소를 위한 근본적 문제에 대한 접근 뿐 아니라 현상적 문제에 대하여서도 항시적이며, 적극적인 대응을 하여야 하는 것이다.

2. 장애인에 대한 이중적 관점, 그리고 님비

우리는 간혹 방송사들의 특집방송에서 장애인들이 주제가 되는 경우를 자주 보게 된다. 특히 이런 방송들은 장애인들의 어려운 삶이나 부당한 대우를 고발하고 해결해나가는 일련의 고정을 통해 장애인에 대한 일반 시청자(시민)의 이해와 수용을 돕도록 하는 효과를 주고 있다. 특히 브라운관을 통하여 사실적인 묘사를 통한 시청자에 대한 감성의 호소는 눈물을 가득 선사한다. 그리고 그런 과정 속에서 어려운 이들을 돕기 ARS를 누르거나, 후원을 하기도 한다.

그러면 이런 일들이 브라운관이 아니라 실제 삶의 현장에서 나와 같은 지역사회, 아니 더 좁혀서 내가 살고 있는 옆집에서 일어난다면 어떤 반응을 보일까?

주제발표의 사례처럼 정신병원이나 사회복지시설에 대한 지역사회의 태도는 모순적 양상을 보인다. 즉, 이중적 관점과 가치관을 보인다고 할 수 있다.

장애인은 도움을 주어야 하며, 이들 장애인에게 국가적 책임과 함께 사회적 수용도 필요하다고 인정하며, 지역주민들의 감성적 수용을 생각하는 반면, 정신장애인과 같은 장애인들의 재활을 위해서는 바로 나와 같은 동네(지역사회)에서 같이 생활하며, 그들의 삶의 현장에서 치료받고, 살아야 한다는 것에는 동의하지 않는 이중적 태도를 나타내게 되는 것이다. 즉 지식으로 습득된 ‘정신장애인 에 대한 수용’이 내가 아닌 다른 곳에서 일어나기를 바라는 편견과 선입견, 그리고 사회적 낙인으로 요약되는 님비현상으로 나타나게 되는 것이다.

이런 현상은 최근 정신장애인과 이들 위한 정신보건시설이 확대 보급되면서 더욱 주목을 받게 되고, 이런 주목과 같이 동반성장한 정신보건체계의 발전과 무관하지 않다.

정신장애인은 그들이 속한 지역사회에서 생활하며, 적절한 치료와 재활의 기회가 주어져야 하며, 그들이 원하는 지역사회에 무리 없이 적응토록 한다는 일련의 재활치료적 관

점의 지역정신보건 사업의 개념에 상반되는 ‘내가 살고 있는 곳이 아닌 다른 곳에서...’라는 배타적 수용으로 나타나는 역기능적 행위가 바로 지역사회의 정신장애인에 대한 님비나 사회적 낙인인 것이다.

정신장애인에 대한 태도가 극명하게 드러난 것이 바로 국립서울병원의 이전을 주장하는 주민들의 병원이전을 위한 옥구조사의 결과로 이런 시설의 운영이 ‘지역사회발전을 저해’하고, ‘병원에 대한 선입견’, ‘지역이미지의 손상’, ‘부동산 가치의 하락’이 나타난 것을 보면 알 수 있는 것이다.

이런 모순적 주장과 님비로 대변되는 지역, 개인의 이기주의에 대한 발전적 대응은 어떻게 하여야 하는 것일까?

아마, 한번쯤 이런 문제에 부딪혀본 경험이 있는 전문가나 장애인, 혹은 그 가족은 이 문제가 얼마나 해결되기 힘들며, 많은 문제를 가지고 있는지 알 것이다. 즉, 문제의 원인이 되는 장애인의 지역사회 생존과 평등, 행복추구에 저해를 주면서 장애인의 거주권이냐, 치료받을 권리, 지역사회에서 평등하게 서비스를 받을 권리를 박탈하여야만 이들의 주장을 받아들여 줄 수 있기 때문이기도 하다. 가끔 이런 반대입장의 주장은 집단적 행동으로 이어지며 이런 집단적 행동을 통한 헌법이나 장애인차별금지법, 사회복지사업법 등의 관련법을 넘어 서는 초월적 권한 행사하려 한다. 하지만 정신보건영역에서는 이런 행위는 도저히 받아들일 수 없는 것이기에 문제를 해결하기 힘들게 되는 것이다.

초기 대응에 있어 소극적 미디어 활용이나 선심성 이벤트, 혹은 반대집단의 입장에서 미온적인 설득과 같은 대응방식은 결코 문제를 해결할 수 없으며, 오히려 문제를 더욱 확대하거나 해결되지 않는 복잡성을 낳게 된다. 이에 초기 소극적 대처보다는 강력한 대응이 필요하다. 물론 이런 대응의 바탕에는 반대집단에 대한 정확한 정보의 전달과 같은 홍보와 교육이 병행되어야 한다.

님비(NIMBY)는 ‘Not In My Backyard’의 약자로 쓰레기 소각장, 장애인 시설, 노숙자 시설, 공항, 화장터, 교도소와 같이 많은 주민들이 혐오하는 특정한 시설이나 땅값이 떨어질

우려가 있는 시설이 자신이 거주하는 지역에 들어서는 것을 반대하는 사회적인 현상을 말한다. 넘비현상은 주로 주민과 중앙정부, 지방자치단체와 중앙정부의 구도로 대립하는데, 이는 거주 지역의 이익을 우선시 하기 때문이다. 비슷한 말로는 핼피 현상, 바나나 현상 등이 있으며, 모두 통틀어서 지역 이기주의라고도 한다. 라고 사전적 정의가 내려져 있다.

넘비현상의 해결은 적극적 대처를 전제로 한, 적극적인 지역사회 홍보와 미디어를 통한 홍보, 지역사회 지도층에 대한 교육, 관련 단체와의 연대 등이 필요하다. 하지만 이런 사회전반의 정신장애인에 대한 반인권적 행위에 대한 근본적인 해결은 전략의 통일화와 구조화를 통한 다양한 전술적 접근이 필요한 것이며, 지역사회에서 정신장애인을 인식하고, 받아들일 수 있는 기회를 지속적으로 제공하여야 한다. 이런 노력의 일환으로 노출과 학습이라는 전술적 개념을 적극 활용하는 것이 옳을 것으로 본다.

정신장애인이 단순한 불안의 대상이 아니라 나와 함께 살아갈 수 있는 사람, 나아가 나도 그런 정신장애인이 될 수 있으며, 그들은 결코 우리와 다른지 않은 사람임을 받아들이도록 하여야 한다는 것이다.

최근까지 대부분의 지역사회 정신보건영역의 종사자나 서비스 대상자는 마치 무슨 죄인이라도 된 듯이 주변에 알려지기를 꺼려하며 활동하여온 것이 사실이며, 이것은 결국 서비스 대상자인 정신장애인의 지역사회 적응에 더욱 저해요인이 되었다는 역설적 결과를 초래하게 된다. 또한 지역사회 구성원 또한 이질적 대상으로서 정신보건영역을 인지하게 되는 결과를 초래 할 수도 있는 것이다. 향후 정신보건체계의 시설이나 인력, 그리고 정신장애인 본인이나 그 가족이 더욱 지역사회에서 적극적으로 활동하여야 하며, 이런 활동을 위해서는 필수적으로 제도적, 행정적 뒷받침과 함께 법적 뒷받침이 이루어져야 하는 것이다. 결국 이해와 관용만을 바라는 소극적 인식개선이나 문제해결 절차만을 추구하기 보다는 적극적 활동을 통한 지역사회와의 관용과 이해, 사회적 수용을 이끌어야 한다는 것이다.

3. 사회적 낙인이나 편견에 대한 접근

정신장애와 관련된 유병률이나, 천부인권, 헌법에서의 보장을 굳이 말하지 않더라도, 그들에게 제동되어야 할 최소한의 서비스 기준이 되는 시설현황만을 살펴보더라도 이제 이들과 관련된 서비스나 장애인 개인의 지역사회에서의 삶은 이제 단순한 낙인이나 편견에 물러설 수 없는 이유이기도 하다.

그럼 정신보건서비스와 지역사회가 공존하거나 혹은 현재의 문제를 해결하고 앞으로 발전을 위한 전략적 전술적 접근은 어떻게 할 것인가?

먼저 가장 중요한 것은 국가단위의 사업이 통일성을 가질 수 있도록 하여야 한다. 즉, 단순한 예산지원의 형태를 벗어나, 국가단위의 정신보건 혹은 정신장애인 대한 인식개선 정책이 수립되어야 한다는 것이다. 현재 각 지역별 혹은 기관별 실시 프로그램을 재평가 하여 구조적 체계 속에서 일관성 있는 접근이 실시되어야 하며, 연속적인 전문적 접근과 함께 장기 전략을 수립하여야 한다.

또한 이런 활동은 불특정 다수에 대한 무차별적 활동보다는 특정집단, 단체, 개인에 대한 ‘표적 집중적 접근’이 필요한 것이다. 이는 단시간 내에 가장 큰 효과를 이룰 수 있는 수단이기도 하다. 예를 들어 홍보나 정보의 전달을 모든 연령대의 대상에게 실시하기보다, 학령기 아동이나 주부를 대상으로 한다거나, 다양한 언론매체와의 연계를 통한 정신장애에 대한 편견을 극복하는 통일된 접근(CF제작, B.I 수립 등)을 하는 등의 접근이 필요할 것이다.

둘째, 수립된 전략하에 체계적 활동이 진행되어야 한다.

체계적인 활동은 적극적으로 알리는 것과 적극적으로 찾는 것으로 나눌 수 있을 것이다. 먼저, ‘적극적으로 알리는 활동’에는 미디어의 활용, CF나 국가단위 정신보건 브랜드 제작, 교육교재 제작이나 인터넷 홍보 사이트 개설, 인터넷에 대한 홍보, 지역사회 관련 기관 및 민, 관의 연계 활동을 통한 접근 등이 있을 것이다. 이런 활동의 대표적인 사례로 서울시의 정신건강 브랜드 활동(‘BLUTOUCH’)를 들 수 있다. 이는 기업의 마케팅 기

법(공익과 감성마케팅의 적절한 조화를 이루었다.)을 적극 활용한 정신건강 브랜드의 브랜딩 활동이자 사회적 인식 개선사업이기도 하다. 또한 정신건강브랜드를 일반 시민에게 친숙하게 다가갈 수 있도록 한 것은 정신질환에 대한 시민의 부정적 이미지를 긍정적 이미지로 전환할 수 있도록 하는 시도이기도 하다.

‘적극적으로 찾는 활동’에는 사회에 전반에 대한 감시활동, 자원의 개발, 관련 자원과의 적극적 연계, 새로운 접근법의 개발 등이 있을 것이다.

여기서 감시활동(모니터링)으로서 방송매체에서의 차별적 활동에 대한 모니터링, 시, 군, 구동의 지역사회 단위에서의 감시활동, 교육환경에 대한 감시, 법적, 제도적 체계에 대한 감시등을 들 수 있을 것이다.

셋째, 정확한 정보의 전달과 사회적 수용

정확한 정보의 전달을 통한 잘못된 인식을 개선하는 것은 정신장애와 정신장애인에 대한 사회적 수용과 관용이 일어날 수 있도록 하는 밑거름이 된다.

정보의 전달은 전달대상을 명확히 정하고, 전달 내용을 전국적, 지역적, 사례별 로 체계적이며 통일된 구조적 특성을 가지고 있어야 한다. 또한 이런 구조적 특성에 더하여 감성적 접근을 통한 사회적 수용능력을 개발하고 확대하도록 하여, 그 활동영역을 확대하여야 나가야 한다. 최근 감성적 접근에 가장 많이 활용되는 매체는 인터넷이다. 대표적으로 블로거 전파, UCC, 카페활동 등을 들 수 있으며, 인터넷과 함께 대다수 국민에게 가장 쉽게 다가갈 수 있는 방송매체의 드라마, 뉴스, 교육채널을 통한 활동을 병행한다면 그 효과는 더욱 클 것이다. 다만, 이런 사업영역은 정신보건센터나 사회복지시설에서 진행하는 것에는 많은 어려움이 있으므로, 중앙정부차원에서 진행하거나 지원하는 방식을 채택하여야 할 것이다.

넷째, 주민과의 장애인 개인 및 시설의 잦은 노출이 필요하다.

이런 방식은 정신보건체제 내부의 저항에 부딪힐 수 있다. 장애인을 노출하거나, 시설을 노출하여 발생하는 문제점이 더욱 크고 다양하기 때문이다. 하지만, 대부분의 지역에

서 지역주민과의 친숙도를 확보하지 않고 시설의 운영을 보장받기는 힘들다. 결국 노출은 지역주민에 대한 적극적 인식개선 사업이기도 하며, 장애인 개인에게는 재활적, 치료적 활동이기도 한 것이다.

다섯째, 강력한 법적, 행정적 제제가 뒷받침 되어야 한다.

실제 소극적인 대처나 미온적 활동의 근본적 이유는 법은 마련되어 있으나 그 법에 의한 처벌은 없거나, 처벌수준이 낮으며, 법적 과정을 통하였다 하더라도 장애인 개인의 차별이 해소되거나 시설운영이 정상화되지 못한다는 인식에서 출발하기도 한다. 결국 이런 법적, 제도적인 뒷받침의 부족은 인식개선활동과 사회적 옹호활동을 하여야 할 전문가들의 비적극성을 유발하게 되며 차별당사자인 장애인이나 그 가족의 미온적 태도를 초래하게 되기도 한다.

헌법에서 그리고 장애인차별금지법, 사회복지사업법 등등의 많은 법이 갖는 법의 존재 목적은 그 가치에 맞추어 실제 현장에서 최고는 아니라 하더라도 최소한의 지원은 이루어져야 한다는 것이다.

모든 사회의 구성원은 그 나름의 기능을 가지고 있다. 그것이 장애인 이라고 해서 사회적 기능을 수행하지 못하거나, 다른 사회구성원에게 부정적 영향을 주지는 않는다. 오히려 그들이 있기에 사회는 더욱 기능적으로 순환되어 간다고 할 수 있을 것이다. 사회적 약자이자 소수자인 정신장애인에 대한 접근이 있어도 그만 없어도 그만이라는 식의 접근이 아닌 우리사회의 성숙을 위한 필수적 영역임을 인식하고, 그에 맞는 지원과 도움이 제공되어야 한다.

배려와 수용은 단순한 구호를 외치는 것으로 이루어지는 것이 아니다. 정신장애인에 대한 차별과 사회적 낙인의 극복은 한 개인의 노력만으로 이루어지지도 않는다. 통합적 접근과 국가와 지역사회의 통합적 지원이 함께 할 때 이루어지는 것이다.

사막이 아름다운 것은 어딘가에 샘을 숨기고 있기 때문이다

- 어린 왕자 중에서



사회가 우리에게 지지해주어야 할 것들

유 지 나

(대한정신보건가족협회 조직부장)

사회가 우리에게 지지해주어야 할 것들....

유 지 나 (대한정신보건가족협회 조직부장)

정신장애인에 대한 사회적 편견과 낙인의 문제는 당사자와 가족들이 느끼는 가장 큰 어려움이다.

자녀에게 정신질환이 생기면 부모는 자신의 양육방법이 잘못 되지 않았을까 하고 슬럼프에 빠지게 된다.

더군다나 사회범죄사건이 생기면 방송이나 언론에서 정신질환자들을 가장 먼저 용의선상에 올리는 바람에 정신장애우들을 마치 잠재적 범죄자로 취급하는거 같아서 당사자나 가족들은 마음이 더 아프다. 또한 정신질환은 조기치료만 한다면 회복되어질수 있는 가능성이 많은데도 불구하고 마치 불치의 병처럼 여기고 교육이나 취업의 기회에서도 많은 제약을 받고 있다.

요즈음은 정신질환에 대한 연구와 신약과 정보가 예전보다는 많이 발전되어서 치료에도 상당히 용의한 부분이 많다.

각 가정에서 환우의 치료를 위해서 열심으로 지지해 줄수 있고 또한 그 과정에서 지역 사회와 국가도 유기적으로 환우들에 대한 제도적 정책적 지지를 보태주어 보다 많은 환우들의 삶의 질을 높일수 있도록 일조하기를 바라마지 않는다.

가족의 입장에서 편견과 낙인의 극복방안을 몇가지 제시해 보고자 한다.

첫번째 정신질환에 대한 용어의 재고가 있어야 한다.

정신질환의 대표적인 병인 분열증의 이름은 마치 마음이 쪼개지고 인격이 분열되어 있

는 듯한 어감을 준다. 그래서 환우를 가장 지지해 주어야 할 가정에서조차 아이들의 삼촌이나 조부모님에게 아이의 병을 커밍아웃을 하는 일이 쉽지 않다. 작년에 가족협회와 환우부모님들의 동호회에서 분열증 이름바꾸기 서명운동을 했던적이 있었는데 실제로 서명을 받으면서 정신분열증에 대한 사회적 편견의 굴이 얼마나 깊은가를 뼈속깊이 느꼈었던 적이 있기에 병명바꾸기의 문제는 더이상 미뤄서 될일이 아니라고 생각한다. 분열병은 정신이 쪼개져서 치료불가한 불치병이 아니라 잘 치료되면 얼마든지 좋은 예후를 가지는 질병이기 때문에 정신분열이란 명칭속에 환우들을 가두는 지금의 병명을 하루속히 개정하여 당사자들과 가족들에게 희망을 줄수 있기를 바란다.

두번째 사회적 범죄사건이 생겼을때 언론이나 방송은 많은경우 정신질환자들을 의심하고 용의자선상에 올려 놓은 경우가 많다. 이러한 무분별한 편견은 치료받고 있는 정신장애인들에게 이중의 고통을 주고 있다. 동호회안에서는 치료가 성공적으로 잘 이루어진 분들중에 몇몇은 전문직을 가지고 있기도 하고 명랑하고 유머도 잘 통하는 분들을 종종 뵈게 된다. 이 분들은 정상과 비정상의 경계가 과연 어디인가 싶을정도로 일반인들보다 더 건강한 정신으로 회복되신 경우이다. 때문에 그분들의 커밍아웃을 하면 얼마나 좋을까 하는 작은 바램을 가져보지만 정신병력이 있는 사람들을 마치 의지가 결여된 사람 혹은 잠재적 범죄자로 취급하는 사회적 편견때문에 그들의 커밍아웃은 가족으로서는 늘 위험한 일로 간주되어 격려받지 못하고 있는 실정이다. 매스컴은 범죄가 생겼을때 정신장애인의 인권에 침해가 되는 기사를 앞다퉈 쓸것이 아니라 추측 아닌 사실성을 확인한후에 기사화하는 노력이 좀더 필요하다. 또한 언론이나 방송의 무분별하고 자극적인 기사로부터 모니터링을 할수 있는 가족들과 전문요원들이 절실히 필요한 싯점이다.

세번째 조기치료를 할수 있는 사회적 여건을 만들어야 한다.

해년마다 우리 국민들중에서 극심한 스트레스로 정신질환을 가지게 되는 확률이 높아가고 있다.

불경기와 경쟁속에서 살아남아야 한다는 무거운 중압감이 "우리나라의 자살율이 OECD국가중 단연 1등"이라는 불명예까지도 안겨주고 있다. 또한 자살을 시도한 사람들중에 0.4프로의 숫자만이 정신과 치료를 받는다는 뉴스는 정신과치료에 대한 사회적인 편

견이 어느정도인지를 가늠하게 해주는 일이다. 어떤 병이든지 치료의 시기가 좀더 빨리 앞당겨진다면 병의 예후는 훨씬 더 좋을수도 있는데 특히 정신과적 병의 경우 병을 숨기고 숨기다가 더 적절한 치료시기를 놓치고 만성으로 가는 경우가 많다. 앞으로 국가나 관련기관에서 정신질환에 대한 예방과 조기치료에 대한 홍보에 대해 좀더 적극적인 관심과 대책을 세워주기를 바란다.

네번째 정신장애인의 재활을 위한 많은 제도적 대안이 필요하다.

우선 환우들이 국민의 한사람으로서 교육과 취업의 기회에서 소외되지 않도록 많은 배려를 받아야 한다.

장애인중에서도 유난히 정신장애의 편견은 높아서 병력을 숨기지 않으면 취업의 가능성이 상당히 좁다.

분열증으로 인해서 입원과 치료를 받았던 한 청년이 공무원 시험을 치고 합격했으나 면접에서 탈락되었다는 안타까운 소식을 최근에 들었다. 분열증이 발병하면 1차적인 치료 기간에 약을 무겁게 쓴다. 서서히 증상이 회복되어 가더라도 단약하지 않고 안전하게 약을 줄여가는것이 일반적인 치료이기 때문에 공부를 하는 환우들은 약을 먹으면서 무거운 몸을 지탱하며 자신의 의지력만으로 이런 어려움과 맞서서 좋은결과를 이뤄내기도 한다. 사례의 청년의 경우 쏟아지는 잠과 집중력의 저하로 어려움을 겪으면서 이루어 낸 좋은결과였기에 많은 분들이 격려와 지지를 보냈었는데 면접에서 탈락되어서 채용이 불가능해졌다는 소식은 우리 가족들에게 커다란 슬픔을 안겨주었다. 물론 장애전형으로 시험을 봤다고는 하지만 그 장애전형 안에서도 신체장애와 정신장애의 사이에는 보이지 않는 바운더리가 더 높고 단단하게 쳐져 있는거 같아서 씁쓸한 기분을 느낀다. 6급 청각장애, 5급 시각장애인들이 느끼는 장애의 어려움도 이해는 가지만 국가가 1, 2, 3급의 정신장애를 이겨내고 이렇게 자신의 의지를 불태우며 취업을 준비했던 사람들에게 더 많은 기회를 주었더라면 하는 안타까운 마음을 가져본다.

현재 장애인의 직업재활시설이 350여곳이 되는데 유독히 정신장애인을 위한 시설은 전국적으로 7곳이라는 통계는 장애라는 범주안에서도 정신장애인이 받는 차별을 더 심각하게 느끼게 한다. 물론 신체장애쪽은 장애복지법, 전신장애쪽은 정신보건법에 근거하는 사업이기 때문에 어려움이 있었다는 설명은 이해해야할 일이기도 하지만 앞으로는 이런 재

활의 문제에서도 정신장애인들이 다른 장애와 최소한 균등한 대우와 지원을 받을수 있도록 관련기관들이 힘써주시기를 부탁드립니다.

정신장애인의 치료와 재활은 비단 가정과 병원이 맡아서 해결할수 있는 문제는 아니다. 정신장애인의 인권에 대하여 국가는 치료보다는 취업재활쪽으로 그 패러다임을 변환시켜야 할 시기인것은 아닌지 생각해본다.

사회전체가 이들의 교육과 취업재활에 관심을 가지고 따뜻한 눈으로 바라보아 줄 수 있을 때, 가정과 병원과 지역사회가 유기적 인프라를 구축하며 이들의 장애에 가능성과 희망을 불빛을 비추어줄때, 우리 정신장애인들은 비로소 안정적인 국민의 한사람으로서 자신의 역할에 최선을 다할 수 있을 것이다. 정신장애의 치료와 회복은 결국 사회전체, 국민다수가 이들을 부드러운 미소로 또한 따뜻하게 잡아주는 정감어린 악수로 여직 상처 받은 마음들을 공감하여줄때 그 속도가 당겨질 것이다.



정신장애인에 대한 stigma 해소

양 수

(가톨릭대학교 간호대학 교수)

정신장애인에 대한 stigma 해소

양 수 (가톨릭대학교 간호대학 교수)

정신질환의 치료와 재활의 목적은 정신질환자나 정신장애인 그리고 보호자의 삶의 질을 개선하는데 있으며, 이 과정에서 stigma는 대상자가 반드시 극복해야 하는 과제이다.

1995년 정신보건법 제정 이후 우리나라 정신보건 정책이 임상에서 지역사회 중심으로 확대됨에 따라 대상자들이 지역사회에서 사회의 한 구성원으로 생활할 수 있도록 치료하고 지지해야 한다는 인식이 이전보다 높아지고 있다. 또, 보건복지가족부를 비롯해 각 시군구 및 정신보건가족협회 등은 정신질환에 대한 편견과 낙인을 해소하고 부정적인 인식을 개선하기 위한 정신보건사업을 계획, 수행하고 있다.

그러나 오랜 시간에 걸쳐 형성된 정신질환과 정신장애인에 대한 낙인과 편견이 크게 달라지고 있다는 느낌은 들지 않는다. 우리들을 비롯한 사회 구성원들이 정신장애인도 다른 장애인과 동일하게 대우해야 하고 정신질환을 앓는 대상자도 다른 질병의 환자와 다르지 않다고 생각하면서도 실제로 대상자들의 삶에 직접 영향을 미치는 부분에 대해서는 여전히 부정적인 태도를 보이고 있고, 개인적으로 관계를 맺기를 꺼려하는 등의 이중적인 태도를 보이고 있다. 그로 인해 대상자들은 여전히 자신의 질병을 숨기려하고 대인관계를 제한하는 등 사회인으로서 정상적인 생활을 하지 못하고 있다. 그 이유는 무엇일까?

이에 현재까지 진행되고 있는 반 낙인 운동에 대한 세밀한 검토를 통해 좀더 체계적이고 구체적인 stigma 극복 방안을 모색하기 위한 시간을 마련한 것은 매우 시기 적절하다고 보며, 본인은 오랜 시간 처한 교육현장과 정신보건사업 현장에서 경험한 차별실태와 함께 우리나라에서 이루어지고 있는 인식개선과 stigma 극복에 대해 몇 가지 생각을 제안

해 보고자 한다.

본고에서 정신질환의 위험한 요인이며 장애 및 핸디캡의 직접적인 원인이 되기도 하는 stigma의 극복에 대해 발표자의 경험을 바탕으로 검토하고 있다.

발표자에 따르면 대상자에게 미치는 낙인의 영향은 개인의 특성과 그가 처한 환경에 따라 다르며, 대상자를 비롯하여 그 주변의 모든 사람-정신과 의사 및 정신보건 인력, 환자 및 그 가족, 정신과 이외의 보건인력, 사회사업 인력(정신보건사회복지사, 경찰, 행정서비스), 언론계 리더, 입법가-들이 낙인 형성에 기여하고 있어 그들이 낙인해소 운동의 표적 대상으로 지목되고 있다. 또한 낙인 해소 프로그램 내용에는 Speaker's bureau, 가족, 의사 등 교육, 언론 대표들과의 정기적인 만남, 법적 조치, 보도 자료 및 특별 미디어 이벤트, 개인 대 개인 설득, NGO 창설 지원 등이 포함되어 개인과 사회적 서비스 차원의 문제점들을 통합하여 개선할 수 있도록 프로그램을 구성하고 있다. 이렇게 구성된 프로그램은 효과적이었으며 이 효과의 지속성을 유지하기 위해서는 사회 전반에서 수행되고 있는 보건 및 복지사업 안에서 지원받는 프로그램으로 자리 잡고, 수행 인력들의 노력만으로 지치지 않도록 지지해야 함을 강조하고 있다. 또한 전문 인력들의 자기 인식과 함께 예산과 인력 지원 및 구체적인 평가가 필요함을 지적하고 있다.

2008년 보건복지가족부의 정신보건사업안내에 따르면 정신질환에 대한 인식개선 추진 방향의 하나로 편견해소 및 인식개선을 위한 교육, 홍보를 들고 있으며, 구체적인 방법으로 1) 홍보매체 다양화 및 민간차원의 홍보활동지원 2) 가족, 지역주민 등 대상 인식개선 교육 및 정신질환자 자조집단 활성화 3) 정신보건지도자 교육, 훈련 4) 1차 의료기관 의사 등 조기발견 및 연계를 위한 교육체계 마련을 제안하고 있다.

1. 이를 근거로 지역 현장에서는 각종 교육 사업과 홍보활동을 하고 있는데 우선 교육활동에 관하여 살펴보고자 한다.

교육의 대상은 정신장애인과 가족, 지역주민이 주를 이루고 있으며 대상자 주변의 정신보건 및 복지 관련 인력도 대상에 포함되고 있다. 교육 내용은 정신질환의 이해와 증상

관리, 약물치료의 필요성 등이 대부분을 차지하고 있고 교육방법은 대강좌나 소규모의 교육, 정보제공 등으로 강의내용을 일방적으로 전달하는 방식을 이용하고 있다.

조은영(2000)은 stigma 형성과정을 관찰학습 과정으로 설명하고 있다. 즉 정신질환을 가진 사람에 대해 stigma가 생기고 그에 따라 차별 행동을 취하는 것은 어린 시절 주변 사람들이 행동하는 것을 관찰 학습 하거나 대중 매체를 통해 접한 경험 또는 다른 사람들의 경험이나 행동을 모방하는 과정에서 일어나는 것으로 설명하였다.

또, 간호대학생을 대상으로 한 본인의 연구에서 정신간호학을 교육받기전보다 교육받은 후에 정신질환이나 대상자에 대해 stigma가 낮았으며 의료인과 일반인을 비교한 김효정(2000)의 연구에서 일반인이 의료인보다 stigma가 높았고 정신과 의료인이 타 의료인보다 stigma가 적었음을 알 수 있었다. 이들 연구결과로 볼 때 stigma극복에는 교육 뿐 아니라 대상자와의 직접 접촉이나 관찰의 경험이 중요함을 말하는 것으로, 교육방법은 단순한 정보 제공이나 지식의 전달 뿐 아니라 지역사회에서 생활하는 정신장애인과 자연스럽게 접촉할 수 있는 방법의 모색이 필요하겠다.

한편 교육의 대상은 초등학교 이하부터 자연스럽게 이루어질 수 있도록 확대되어야 한다. 금연, 음주예방, 성교육 등 모든 교육은 어릴 때부터 자연스럽게 이루어질 때 그 효과가 컸음은 이미 알고 있는 사실이다. 따라서 이들을 교육하는 교사들의 인식이나 역할을 간과할 수가 없다.

그러나 현재 우리나라에서 점차 규모를 확대하고 있는 아동 청소년 정신보건사업의 현실을 볼 때 아직도 극히 일부 학교에서만 학교정신보건의 필요성을 인지하고 정신건강 조기검진을 의뢰하고 있음을 알 수 있다.

우울을 보이는 학생에 대해 관심을 가지고 지지해야 한다기보다는 말이 없고 지저분하며 원래 그런 아이라고 취급하는 등 오히려 왕따 현상을 보이고 있으며 교사도 문제가 발생하고 나서야 미리 돌보지 못했음을 미안해 하는 경우를 흔히 본다.

초등교사를 대상으로 학생의 정신건강에 대한 인식조사와 정신건강 교육에 대한 경험 및 요구도를 조사한 연구(김금안, 2003; 양수, 유숙자, 2003)에서 교사들은 학교정신보건에 대한 필요성은 느끼고 있으나 교육을 받은 경험은 15%미만이었으며 학생들이 가지고 있는 정신건강 문제에 대해서도 동료교사들과 상의하고 건강에 대해 전문 지식을 가지고 있는 보건교사와 논의하는 경우는 극히 적어 증상을 단순한 문제행동으로 보고 처리하는

경우가 많았다. 따라서 정신건강에 관한 교육의 대상은 보건교사나 상담교사 뿐 아니라 전체 교사를 대상으로 사실적이고 과학적이며 표준화된 정보제공과 긍정적인 실제 경험을 포함하여 체계적으로 이루어져야 한다. 특히 현재 한 학교당 1명이하의 보건교사의 역할은 주로 신체질환 관리에 집중되어 있으므로 학생들의 정신건강과 관련된 문제 관리에는 손이 미치지 못하고 있는 실정이다. 따라서 보건교사의 증가와 함께 정신질환에 대한 재교육 또는 보수교육을 보건복지가족부와 교육과학기술부가 함께 추진해야 할 필요가 있다.

한편 학생들에게는 2009년부터 시작되는 초중고교에서의 의무적인 보건교육 속에 정신질환이나 정신장애를 비롯한 장애에 대한 교육을 의무화하고 ‘친구되기 프로그램’과 같이 지역사회에서 실시되는 정신장애인과 함께 하는 프로그램에 참여할 수 있는 기회를 제공하여 정신장애인을 자연스럽게 접할 수 있도록 함으로서 이들이 피해야 할 대상이 아님을 알 수 있도록 하는 것이 필요하겠다. 이에 대한 아이디어는 일반학교에서의 장애아동에 대한 통합교육에서 얻을 수 있을 것이며 다른 장애인에 대한 배려의 마음을 갖도록 하는데 걸린 시간과 노력을 이제 정신장애인에게 기울여야 할 때라고 생각한다.

2. 정신질환자/정신장애인과 가족이 갖고 있는 stigma를 낮추기 위해 지지자원의 구축이 필요하다.

정신질환자가 지각하는 낙인정도에 관한 연구(유소연, 2003)에서 보면 정신질환자들은 낙인을 높게 지각하고 있으며 학력이 낮을수록, 유병기간이 길수록 무가치감과 차별의 부정적인 지각을 많이 하고 유병기간이 길수록 비밀과 철회를 이용하여 대처하는 것으로 나타났다. 따라서 대상자 스스로 자신의 권리를 분명히 인식하고 이에 대항하는 기술을 습득할 수 있도록 역량강화 프로그램을 활성화하여, 자신의 질병을 숨기고 대인관계를 회피하기 보다는 자신의 질병과 증상에 대해 이해받고자 하는 대상에게 스스로 교육하여 적극적으로 대처하도록 도와야 할 것이다.

이를 위해서는 대상자들에게 지지자원 체계를 구축하는 것이 무엇보다 필요하다. 현재 지역사회에 거주하는 대상자들에게는 가족을 제외하고는 이렇다 할 지지체계가 없는 경우가 대부분이다. 연로한 부모가 제대로 된 지지를 제공하지 못하는 경우 대상자는 누구

의 보호도 받지 못하고 있다. 지역사회 정신보건 시설의 인력 또한 충분치 못해 위험요인이 많은 집중회원 이외에는 적절한 관심을 기울일 여력이 없다. 따라서 대상자를 알고 대상자의 질병과 증상 및 환경을 이해하는 지지체계를 구축하여 실질적인 옹호자로서의 역할이 가능하도록 해야 한다. 이는 국가의 법적 제도적 뒷받침(성년 후견인 제도)과 사회 구성원의 참여, 그리고 전문인력의 적극적인 노력이 함께 할 때 가능할 것이다.

3. 대중매체를 이용한 홍보활동을 통해 일반인의 인식개선에 보다 적극적이어야 한다.

그동안 우리나라에서 이루어지고 있는 정신질환 인식개선 사업 중 홍보활동은 비교적 활발히 진행되고 있다고 생각된다. 올해도 정신보건 가족협회가 주관하고 8개 단체가 후원하는 정신건강 축제를 계획하고 있고 지역사회 정신보건사업으로는 일반인과 함께하는 건강축제에 정신건강 분야를 포함하고 있다. 또, 보건복지부의 정신질환 인식개선 캠페인 CF 제작 배포, 정신보건 가족협회의 인식개선 전용 홈페이지 운영, 포스터, 글짓기 등의 공모전 등이 인식개선을 위한 예가 될 수 있다. 그러나 이러한 노력에도 불구하고 일반인이 보다 가까이 접하는 드라마, 영화 등의 내용에 대해서는 보다 면밀한 모니터링이 필요하다고 사료된다.

즉 국가사업의 일환으로 펼쳐진 금연 운동의 결과 TV 화면에서는 모든 흡연 장면이 사라진 대신 흡연이 필요한 장면은 음주 장면으로 대체되었다. 이에 대한 국가 및 전문요원들의 예견이 미비했음을 반성하지 않을 수 없으며 언론 관련 주도층과 정기적인 만남을 유지하고 이들에게 자연스럽게 정신장애인을 접할 수 있는 기회를 제공하는 등 이들의 인식을 개선하기 위한 구체적인 계획이 수립되어야 할 것으로 생각된다.

4. 현재도 지속되는 정신보건 현장에서의 제도적 차별이 stigma 극복을 방해하고 있다.

현재 진행되고 있는 의료급여수가의 기준 및 일반기준 개정안 중 의료인 등 인력 기준(제9조제5항 관련)의 간호인력 기준을 보면 정신질환을 앓고 있는 대상자의 적절한 간호는 이루어질 수 없고 보호관리만 가능하도록 되어 있다.

현행 정신보건법 시행규칙에서 정하는 인력기준은 전문의 대 병상수 = 1:60, 간호사 대 병상수 = 1:13 이다. 이 규칙에 따르면 간호사 1인이 근무 중 간호해야 하는 환자의 수는 최소 65명이 된다(주 40시간 3교대 근무, 근로기준법에 정해진 최소 휴가일수, 법정공휴일을 기준으로 산정).

또한 개정안에는 간호조무사 1인은 간호사 정원의 2분의 1 범위 안에서 간호사 1인으로 산정한다고 되어 있다. 만약 고시된 개정안과 같이, 간호사 정원의 50%를 조무사로 대체한다면 간호사 1인이 근무 중 담당해야 하는 환자의 수는 130명이 된다.

동시에 제 9조 3항에는 입원환자의 경우에는 1주일에 2회 이상(개인정신치료 1회 이상) 정신요법을 실시하여야 하고, 별표 4에서 정한 정신과 의사, 정신과 간호사 및 정신보건 전문요원 인력 확보수준에 따른 차등제 적용시 기관등급 G3에 해당하는 의료급여기관의 경우 1주일에 3회 이상(개인정신치료 1회 이상), 기관등급 G2 이상에 해당하는 의료급여기관의 경우에는 1주일에 4회 이상(개인정신치료 2회 이상) 정신요법을 실시하여야 한다고 되어 있다.

위와 같은 간호사 수의 기준은 환자의 인권을 존중하는 최소한의 간호 서비스조차 제공하기 어려우며, 정신요법은 물론, 투약관리 조차 제대로 할 수 없는 비현실적인 기준으로, 정신보건법 제정 이후 꾸준히 노력해온 정신의료기관의 서비스의 질을 후퇴시키는 결과를 가져올 것이다. 참고로 의료법에 명시되어 있는 다른 분야의 간호사 대 병상수는 2:5로 되어 있다. 신체를 움직일 수 없는 대상자의 간호와 동일한 기준을 고집하는 것은 아니지만 정신질환자가 동일한 환자로 대우받지 못하고 치료나 간호대상이라는 시각보다는 관리와 보호대상이라는 시각 하에 차별된다는 생각을 지울 수 없다.

또한 제 10조에는 정신과 전문의료급여 기관에서 한국표준질병사인 분류항목 중 정신 질환에 대한 외래진료 시에는 내원 및 투약 1일당 정액수가 2,770원을 산정한다고 되어 있다.

같은 진단명이라 하더라도 임상양상이 상이한 정신과 환자들의 외래 약물수가가 정액수가제 2,770원인 현실은 의료급여환자의 인권과 치료의 질적인 면에서 조정이 되어야 한다.

최근 개발된 항정신병약물을 필요에 따라 사용할 수 있도록 지원함으로써 정신질환의 만성화를 방지하는 것이 환자의 인간다운 삶에 대한 권리를 증진할 뿐 아니라, 비용면에서도 더 효율적일 것이다.

이 외에도 지역사회 정신보건 시설의 재분배와 설치, 홍보대상 연령에 맞는 홍보전략, 정신장애인의 적극적인 직업재활, 정신보건전문인력의 자기인식 강화, 언론 주도층의 적극적인 참여, 예산 지원을 위한 정부의 노력, 법적 제도적 개선을 위한 정책입안자의 관심, 장애인이 존중받는 사회문화 형성 등 수많은 분야에서 다양한 참여자들의 지속적인 노력이 유지될 때 정신질환과 정신장애인의 stigma 극복이 앞당겨지리라 생각되며, 무엇보다도 우리 각자가 대상자의 stigma형성에 기여하고 있는 부분이 없는가에 대한 깊은 통찰을 통한 우선적인 변화가 있어야 할 것이다.



‘정신장애인에 대한 사회적 낙인의 현주소’ 토론문

최 정 기

(전남대학교 사회학과 교수)

‘정신장애인에 대한 사회적 낙인의 현주소’ 토론문

‘정신장애인에 대한 반낙인운동’ 및 ‘대중매체에 나타난
정신장애인에 대한 사회적 낙인’에 대한 토론을 중심으로

최 정 기 (전남대학교 사회학과 교수)

1. 정신장애인의 인권과 낙인의 중요성

질병과 환자, 환자와 의사, 환자와 치료시설 등의 관계가 의학만의 대상이 아니라는 것은 분명한 사실이다. 예를 들면 서구의 제국주의가 식민지를 확장하는 과정에서 질병은 매우 큰 역할을 수행한 것으로 알려져 있다. 또 근대 이후 우리나라에 서양의학이 들어와서 해게모니를 잡는 과정도 단순히 과학 대 비과학의 대립으로만 설명하기에는 뭔가 부족하며, 의학 이외의 정치적인 문제나 사회적인 상황이 그 과정에서 중요한 역할을 했었다. 오늘날에 와서도 어떤 질병을 장애인으로 판단하는 문제나 어떤 사람이 의료보험의 대상자로 되는가의 문제, 도시와 농촌의 의료서비스 차이 등에서 알 수 있듯이 질병 및 환자에 대한 치료는 의학의 대상이면서 동시에 정치적인 사안이고, 사회학의 연구대상이라고 할 수 있다.

그렇지만 사회적 파급효과가 매우 크고, 사회로부터 받는 영향도 가장 큰 질병을 꼽으라면 정신질환을 들 수 있다. 물론 사회적 조건이나 역사적 맥락, 문화적 배치 등에 따라 국가마다 어느 정도 다르겠지만, 적어도 우리나라의 경우에는 정신질환은 가능한 한 숨겨야 하는 질병이고, 가족들의 명예와 관련된 질병으로 여기는 경향이 있다. 물론 이러한 사회적 태도와 가치가 정신질환의 발병 및 악화에 매우 큰 영향을 미치는 것도 사실이다. 이와 같은 과정에 나타나는 현상들, 즉 숨기고 수치로 여기는 태도, 정신질환자를 단순한 환자 이상으로 바라보는 시각 등을 낙인이라고 한다. 그리고 정신질환과 관련된 모든 제도가 현재보다 진전된 형태로 되기 위해서는 그러한 낙인에 대해 근본적인 검토를 해야만 한다. 그런 점에서 오늘 발표문이 지닌 의의가 있을 것이다.

2. 사회학적 의미의 낙인 - 두 개의 개념

사회학에서 낙인이라고 부르는 것에는 이론적으로 구별되는 두 개의 다른 계열이 있다. 그중 하나는 범죄론에서 이야기하는 낙인이론(Labelling Theory)이 있고, 다른 하나는 사회심리학이나 총체적 통제시설 연구 등에서 사용하는 낙인(Stigma)에 관한 연구가 있다. 두 이론은 모두 특정인을 사회적 해악과 관련짓는다는 점에서 유사하지만, 논의의 강조점이나 낙인을 하는 과정 및 기제 등에 있어서 차이를 보이고 있다. 오늘 발표된 글들은 스티그마 개념을 사용하고 있는데, 여기서 먼저 두 이론에 대해 좀더 자세하게 검토할 필요가 있다.

1) 낙인이론(Labelling Theory)¹⁾

낙인이론은 범죄사회학에서 그때까지의 실증주의 범죄론을 비판하는 과정에서 나온 이론으로 사회반응이론(Social Reaction Theory)이라고도 부르며, 레머트(E. Lemert)와 벡커(H. Becker) 등에 의해 발전한 이론이다. 이에 따르면 최초 범죄 등의 일탈행위를 한 사람에게 가해지는 사회적 제재 등이 사회적 낙인 및 일탈자로서의 사회적 지위를 만들어내고, 그러한 낙인의 효과들에 의해 최초의 일탈자가 직업적인 일탈자로 된다는 것이다. 낙인이론의 요지는 다음과 같다.

첫째, 이들은 일탈자가 되는 과정에 관심을 갖고 있으며, 일차적 일탈보다는 이차적 일탈, 우연적 일탈보다는 경력적 일탈에 관심을 갖고 있다.

둘째, 일차적 일탈에서 이차적 일탈로 질적 변화를 겪는데 있어서 사회적 청중의 반응 내지 낙인을 주요 요인으로 강조한다.

셋째, 이들은 법규정과 일탈의 출현적·갈등적 성격을 강조한다.

넷째, 이들은 대체로 일탈자에 대한 형사정책적인 개입에 대해 우려를 표명한다.

2) 낙인(Stigma) 이론

낙인(Stigma)을 지닌 개인이 처한 사회적 상호작용의 특수성에 대한 사회학적 연구는

1) 낙인이론에 대한 분석적 연구로는 이기현, 1988. □□낙인이론에 대한 비판적 고찰□□, 서울대학교 법학박사 논문.이 있다.

오로지 고프만(E. Goffman)의 업적²⁾이다. 그는 일생에 걸쳐 대면적 상호작용의 영역을 분리하고, 그 영역의 독립성을 구축하려고 노력하였다. 그의 업적 중 일상적인 행위양식들로부터 일탈된 변이에 대한 관심의 표명으로 정상적이지 못한, 혹은 낙인을 지닌 개인이 처한 상황을 분석한 저서가 □□Stigma□□이다.

우선 고프만이 이야기하는 ‘낙인’의 어휘적 의미를 파악할 필요가 있다. 그에 따르면 개인은 사회적으로 서로를 범주화하며, 이러한 범주는 수많은 개인적인 속성들로 구성되어 있다. 여기서 속성은 성별, 성격, 신체적 특질, 경력 상의 특징처럼 개인이 서로를 인식한 결과이며, 각 개인의 단면에 불과하다. 그러나 이러한 속성들로 이루어진 범주는 결국 각 개인의 사회적 정체성을 구성하며, 이에 따라 개인은 서로에 대한 기대감을 갖게 된다. 이로 인해 대인적 상호작용에서 남들에 의한 개인의 정체판명은 그의 실제적 정체성이 아니라 일부의 속성으로 구성된 것이며, 고프만은 이를 실질적인 사회적 정체성(virtual social identity)이라고 구분한다.

이때 ‘낙인’은 개인이 보유한 사회적 속성의 하나일 뿐이며 궁극적으로는 차이에 불과하지만, 특히 대면적 상호작용에서 실질적인 정체로 작용하여 개인의 실제적인 정체성과의 괴리를 유발시키는 경향을 갖는다. 그리고 ‘낙인’은 다수의 사회성원이 정상이라고 규정한 기준에 의거한 것이기 때문에, 그로 인해 발생한 괴리는 ‘낙인’의 보유자에게 광범위한 오명이나 수치심을 가져다준다. 또 ‘낙인’ 보유자와 정상인의 상호작용은 평면에서 평등하게 이루어지는 것이 아니며, 위계적인 구조 속에서 불평등하게 이루어지기 때문에 ‘낙인’보유자에게는 상호작용 자체가 억압적인 것으로 되는 것이다.

고프만에 따르면 ‘낙인’에는 다음의 세 가지 유형이 있다. 첫째 유형에는 여러 종류의 신체적 장애가 해당된다. 둘째는 개성적인 결함으로서 정신병, 알콜 중독, 동성애, 범죄, 자살기도, 급진적인 정치성향, 실업 등의 경력에서 추정되는 개인의 바람직하지 못한 품성들이 그 예가 된다. 셋째는 종족 낙인으로 인종이나 민족, 종교처럼 가계를 따라 전달되는 특징을 지닌다. 이는 실제로는 단순한 차이에 불과하지만, 특정한 사회구성 속에서 오명과 배제를 가져오는 것이다. 고프만은 연구의 말미에서 ‘낙인-오명-차이’의 삼위 일체적 틀을 구성하는 것이 다분히 상징적인 것일 뿐이며, 관점의 차이에 불과한 것이라고 주

2) 고프만의 업적으로는 사회와 연극의 무대로 파악하는 □□일상생활에서의 자아 현시□□(1959)와 이를 게임이론으로 정교화시킨 □□프레임 분석□□(1974)이 있으며, 일탈적인 변이에 대한 관심으로는 □□통제시설(Asylum)□□(1961)과 □□전략적 상호작용□□(1970), □□낙인□□(1964) 등이 있다.

장한다. 그러면서 그는 그러한 상징체계에 대한 지적인 해체를 시도한다. 그러나 그 상징의 껍질은 두꺼우며, 나아가 그러한 상징은 해당 사회의 문화적 배치와 직·간접적으로 관련되어 있기 때문에 쉽게 해체되지 않는 경향이 있다.

3. 발표문의 내용 검토

이상에서 우리는 범죄학의 낙인이론(Labelling Theory)이 낙인의 과정 및 그 효과를 강조하였다면, 낙인(Stigma)에 대한 사회심리학적 이론은 낙인의 사회 심리적 구성 및 그에 대한 근본적인 고민에 치중하고 있다는 것을 알았다. 이제 발표문의 내용을 비판적으로 검토하면서 나름대로 질문 및 토론거리를 제시하고자 한다.

1) 노르만 사르트리우스교수의 발표문

사르트리우스교수의 「낙인과의 투쟁 -우리가 배운 교훈」은 문자 그대로 우리에게도 매우 소중한 경험이다. 특히 정신 장애인들에 대한 제도적인 지지가 그다지 마련되어 있지 않은 우리의 현실에서 정신 장애인에 대한 반 낙인운동 소개는 우리에게 매우 소중한 자원이 될 수 있으며, 향후 우리나라에서도 그러한 형태의 운동이 일어나기를 기대해본다.

그의 발표문 중에서 다음의 몇 가지 부분들은 매우 인상 깊은 것이었다.

첫째는 낙인과 그 영향은 인구집단에 따라 다르다는 주장이다. 그동안 우리 사회는 비교적 동질적인 사회로 알려져 있으며, 따라서 집단별 인식의 차이에 대해서는 소홀하게 취급하였다. 그러나 이제는 우리 사회도 매우 다양하게 변하고 있으며, 그런 만큼 동일한 현상에 대한 인식의 차이도 클 것으로 생각한다. 이런 점에 대해 연구자나 사회단체, 관계당국의 관심이 보다 집중되어야 할 것이다.

둘째는 정신과 의사를 포함한 의료전문가 집단이 낙인의 형성에 기여하고 있으며, 이들이 낙인해소운동의 주요 대상이라고 하는 주장이다. 우리 사회에서는 정신장애인의 처지를 개선할 수 있는 거의 유일한 집단이 의사를 포함한 의료전문가들이라고 한다. 그런데 우리보다 훨씬 나은 의료서비스 체계를 갖고 있는 서구의 경험에서 그러한 주장을 하고 있는 것이다. 실제 우리나라에서 의료기관의 지나친 이윤추구가 정신장애인들의 인권을 저해하는 경향이 있다는 것을 생각한다면, 이 부분에 대한 고민도 매우 절실하다고 생

각한다.

한편 사르토리우스교수의 발제문에 대해 다음의 두 가지 점을 질문하고자 한다.

첫째, 낙인이 문화적인 현상이라면, 그래서 labelling과 stigma가 동시에 관련된 현상이라면, 여기서 소개하는 반 낙인운동은 그 현상에 대한 대응으로 너무 약한 것이 아닌가? 즉 단순한 반 낙인운동으로 문화적 배치나 사회구성을 바꿀 수 있을 것인가?

둘째, 여기서 소개하는 반 낙인운동에 대해 보다 구체적인 설명이 있어야 할 것이다. 여기서의 설명은 지나치게 운동의 이름만을 소개하는 경향이 있다. 또 낙인해소 프로그램에 대해서도 보다 자세한 설명이 필요하다. 그 경험은 우리에게는 자원이 될 것이기 때문이다.

2) 김성완교수의 발표문

김성완교수의 발제는 낙인에 대한 구체적인 경험을 실증적으로 조사한 것으로, 정신장애인에 대한 낙인이 일상적인 수준에서 일어나는 우리나라의 경험에서 매우 큰 의미가 있다. 또 실제 보도내용을 분석하고 있기 때문에 일간지를 비롯한 대중매체들의 무책임한 보도태도에 경종을 울릴 수 있는 연구결과이며, 그 만큼 적극적인 홍보가 필요한 연구라 할 수 있다.

특히 그가 대중매체와 일반대중 사이에서 형성 및 강화되는 낙인을 지적하면서 그것이 정신 장애인에게 미치는 영향에 대해 관심을 가진 것은 매우 중요한 점으로 판단된다. 지금까지 우리 사회에서는 개인과 정신보건서비스에서 낙인의 악순환이 있다는 것은 알고 있었지만, 어쩔 수 없다고 생각하는 경향이 있었다. 그리고 그 가장 중요한 요인도 낙인이었다. 낙인이 원인이자 결과인 것이다. 실제 병원에서 퇴원해야 할 환자를 퇴원시켰을 경우 가족들부터 받아주지 않는다는 사실은 정신장애인에 대한 인권침해 등 이제껏 발생한 의료기관의 지나친 조치를 합리화 하였다. 이제는 이 부분에 대한 보다 진전된 고민이 필요하게 되었다.

이와 같은 긍정적인 점을 인정하면서 필자는 김교수의 발제문에 대해 다음과 같은 두 개의 질문을 제기하겠다.

첫째, 김교수는 낙인의 3요소를 지식(무지), 태도(편견), 행동(차별)으로 규정하고 있는

데, 스타그마에 대한 개념 정의에서 알 수 있듯이, 여기에 문화적 현상으로 인식할 수 있는 부분이 더해질 필요가 있다. 발표문 중에서도 뉴욕타임즈 기사에서 아시아계 미국인들이 정신병원을 가지 않으려는 경향이 있다는 것을 언급하고 있는데, 이는 정신질환에 대한 회피 및 은폐가 아시아의 문화적 전통과 관련된 부분이라는 것을 보여주는 것이다.

둘째, 낙인형성과정에서 대중매체가 일정한 역할을 하는 것은 사실이지만, 대중매체 역시 일반적인 사회적 태도나 가치관에 따라 보도한다고 한다면, 그 부분이 먼저 강조되어야 한다고 생각한다. 나아가 의료기관 자신은 그러한 부분이 없었는지 반성이 덧붙여져야 할 것이다. 필자의 경험으로 보면, 경제적 이윤을 이야기하면서 정신병원의 잘못을 옹호 하던 병원장 및 의사들도 적지 않게 있었으며, 그 과정에서 의사들은 그러한 주장의 합리화를 위해 낙인을 강화하는 듯한 발언을 했었다.



‘정신장애인에 대한 사회적 낙인의 현주소’ 토론문

전 현 옥
(정신장애인 어머니)

“정신장애인에 대한 사회적 낙인의 현주소” 토론문

전 현 옥 (정신장애인 어머니)

[사회적 낙인]

제가 지금까지 살아온 삶속에서의 낮은 지식과, 대중 매체를 통해 보고, 듣고, 느끼며, 알아왔던 정신질환자들은 사회의 질서를 파괴하고, 가정을 무너뜨리는 전적인 책임을 갖는 자로서, 필요하다면 격리수용 되어야 한다고 생각했습니다. 제 자신 스스로가 대중매체의 부정적 견해에 익숙해져, 정신장애를 가진 환자들을 사회적 낙인자로 단정 지어 버렸던 것입니다.

그런데 그 수용되어져야만 된다면 정신질환의 병이 내 가족에게, 그것도 사랑하는 큰 딸의 삶을 주장해 나아갈 때 내 자신뿐 아니라, 가족 모두는 망연자실 할 수밖에 없었습니다. 이유인즉, 정신질환은 드라마, 소설 속에서나 다뤄지는 내용이고, 다른 이웃에게나 생길 법한, 내 현실 속에서는 생각지도 못한 관심 밖의 먼 이야기였기 때문입니다.

저는 큰 딸의 병을 인정하고 받아들이지 못했습니다. 사회 속에서 정신병자라는 낙인자로 불리우게 된다는 사실이 다른 어떤 병명보다도 두려웠고, 오히려 현실에서 밀어내고 싶었습니다. 그 결과 제 딸의 치료 방법을 알아내기 보다는 자꾸 감추어 두려 하였고, 그 상황 속에서 제 딸의 상태는 더 심해져가고, 결국에는 제 자신이 딸을 점점 낙인자로만 들어 버리는 결과를 낳고 말았습니다.

시간이 지남에 따라 딸을 포기할 수 없다는 생각에 치료 방법을 찾아 나서게 되었지만, 그 방법을 찾는 일 또한 쉽지 않았고, 더 중요한 것은 제 자신의 죄책감으로 딸을 보호해

야 하는 보호자 입장이 아닌, 좌절과 슬픔으로 저 또한 사회에서 말하는 낙인자의 모습으로 변해가는 제 자신을 발견하게 되었습니다.

우리가 살아가는 이 세상 속에서 비 장애인이라는 모든 사람은 누구나 장애인이 될 수 있는 가능성을 가진 채로 살아가고 있으며, 주위에서의 장애인을 마치 나와 다른 부류의 사람으로, 구분 시켜 버리는 그러한 미성숙한 생각이 질병을 앓는 본인 뿐 아니라 가족까지도 보호받아야 할 사회에서 조차 낙인자로 만들어져 버리는 아픔을 경험해야 했습니다.

[가족 편견]

가족의 편견은 사회의 어떠한 인식보다도 환자를 더욱 환자로 만들어 버리는 요인이라고 봅니다. 딸의 모습을 환자가 아닌 딸로 볼 수 없는 제 편견된 생각과 삶속에서 싸웠습니다. 보호자인 엄마가 딸로 보아야 함에도 불구하고 제 딸은 정신질환자라는 것과 모든 모습이 환자로 보여질 수 밖에 없었던 점이 편견일 수 밖에 없었습니다. 이렇게 환자로서 생각할 수 밖에 없었던 이유로 먼저, 정상인으로서는 먹을 수 없는 상한 음식에 집착하고, 갑작스런 폭식으로 인한 비만의 문제가 생기며, 입고 다니는 옷은 누가 보아도 연령과 자신의 모습과는 맞지 않는 것을 입고, 잠을 이루지 못하고 방황하는 모습들 곧 의식주에서의 변화가 가장 크게 나타났고, 이러한 모습을 지켜보면서 내 딸이 사회에서 말하는 정신병자라는 것을 인정할 수 밖에 없었으며, 가족모두는 자포자기 하는 식으로 그냥 지켜 볼 수 밖에 없었습니다.

또한 제 의지와는 다르게 환자인 자녀와 또 다른 정상적인 자녀들을 비교 하기 시작 하였습니다. 예를 들자면, 건강한 딸의 출근과 낮 병동에 가는 아픈 딸이 맞이하는 아침 상황 속에서 두 딸이 같은 늦장으로 지각을 하게 될 경우, 두 딸을 똑같은 마음으로 바라 보지 못했습니다. 건강한 딸의 늦장은 긍정적인 마음으로 심신이 피곤해서 그러려니 너그럽게 이해하고 받아들여졌지만, 아픈 딸의 늦장은 특별히 하는 일도 없는데 왜 그렇게 피곤하고, 그 한 가지 병원에 가는 일 조차도 하지 못하며, 왜 이렇게 제 자신을 힘들게 하

는지 이런 상황을 한탄하기도 했습니다. 건강한 자녀의 실수와 부족함은 사랑으로 받아들여졌지만, 아픈 자녀의 실수와 부족함은 그 자녀의 대해 원망과 비난이 쏟아졌습니다.

즉, 두 자녀의 같은 실수가 한 자녀에게는 관대로 이해되었지만, 한 자녀에게는 환자가기 때문에 일어날 수 밖에 없는 실수라고 단정 짓고, 편견을 갖게 되었습니다.

그러던 중 낮 병동에서 실시하는 가족과 함께하는 교육 프로그램을 통해 부정적인 편견이 아닌 보호자로서의 긍정적인 생각과 모습으로 조금씩 변해가기 시작 하였고, 제 자신 또한 프로그램과 신앙생활을 통해 제 딸을 환자로만 보지 않기 위해 노력했습니다.

이렇듯 저와 제 가족은 노력의 결과로 가정생활에 충실할 수 있는 안정을 되찾아 가게 되었고, 딸은 낮 병동에서 실시하는 많은 프로그램을 통해 점차 사회인으로서의 기능을 조금씩 회복해 가기 시작 하였습니다.

가능성을 찾게 된 가족과 딸은 뇌의 문제로 찾아오는 정신분열증이란 병이 불치병이 아니라, 먼저 가족의 이해와 관심과, 따뜻한 사랑 그리고 병원에서 담당선생님의 알맞은 처방과 또 사회의 관심과, 본인의 의지가 있다고 한다면, 사회속의 한 구성원으로서 몫을 감당할 수 있다는 것을 확신하게 되었습니다.

[극복사례]

세상에 모든 부모는 자녀들에게 내가 이루지 못한 꿈과 소망을 없어서 그 자녀를 바라보게 됩니다. 제 딸은 4년제 정규대학을 졸업하고, 세상을 향해 떳떳하게 자랑할 수 있는 곳에 입사하게 되었습니다. 제 자녀를 혼자 양육해야 되는 그러한 제 삶 속에서 큰 딸의 첫 출발은 큰 감동과 감사가 함께했습니다.

그런데 그 후 7개월 뒤 어느 날부터 원치 않는 소식이 들려오기 시작했습니다. 딸이 이종 동생의 집에서 생활하고 있었는데, 동생의 말을 빌리자면 제 딸이 밤에 잠을 자지 않고, 방 한가운데에 서 있다는 것입니다. 식사를 하지 않고 몸이 마르며 직장에서는 말은 업무를 감당하지 못한다는 소식도 들려왔습니다. 저는 두 달 동안 매 주 토요일이면 그 딸을 향해 서울로 가게 되고 주일을 함께 지냈습니다. 맛있는 음식을 먹어보려고도 하

고, 외적인 변화로 기분을 전환시키려 백화점에 가서 쇼핑도 해보고, 많은 대화를 가지려 노력도 했지만 모든 것은 다 실패였습니다. 한 주 한 주 딸은 더 좋지 않은 모습으로 변해가고 있었습니다. 저는 그 딸을 제 곁에 두기위해 광주로 데려오기로 결심 했습니다.

제 곁으로 온 딸은 식사 때가 되면 상한 음식을 찾는 것이 전부였고, 대화가 단절 되었으며 또한 대화가 오고갈 때 자신에게 맞지 않으면 소리를 지르는 등 딸의 증세는 더욱 심각해져만 갔습니다.

설상가상으로 가게는 더 기울었고, 다른 자녀의 양육문제와, 생활고의 고통으로 인해 아픈 딸의 병은 더 깊어질 수 밖에 없었습니다. 하지만 부모의 사랑과 욕심은 병든 딸을 어떻게 해서든 치료 해보아야 되겠다는 생각으로 용기를 내어서 나서게 되었지만, 그 진로를 찾는 일은 어려웠고, 막막했으며 그렇다고 스스로 없이 상담할 곳도 없었습니다. 먼저 제 딸이 이런 상황이라는 것을 말해야 하는데 그 이야기를 하기에는 세상과 주위 사람의 따가운 시선이 저를 더욱 움츠려 들게 만들었습니다. 얼마 후 오빠의 딸을 통해 어느 개인 신경정신과 병원을 찾게 되었습니다. 상담한 결과 딸의 병명은 정신분열병이며 수술을 할 수 있는 것도 아니고, 한 달 두 달 단기간에 치료될 수 있는 병이 아니라는 것을 의사선생님으로부터 듣게 되었습니다. 받아들이기 힘든 현실 이었습니다.

다시 물어 광주 시내에 있는 어느 한 병원 낮 병동에 입원을 하게 되었고, 4개월 동안 치료를 받았지만 차도가 없었습니다. 시내에 있어서 그런지 제 딸은 설상가상으로 소비벽이 늘어나게 되어 시외에 있는 병원을 찾아야 되겠다는 생각을 하게 되었고, 그러던 중 나주 정신병원에 다시 입원을 하게 되었습니다.

입원 후 한 달에 두 번 정도 면회를 갔으며 평소에 좋아하던 음식을 준비해서 딸을 만나러 갈 때 그 딸은 그 음식에만 집중하고 엄마에 대해 안중에도 없는 딸을 보면서 아무런 희망과 소망도 가질 수 없었습니다. 주위의 환자들은 음식먹는 딸의 주위를 돌면서 자기도 달라는 그 모습을 볼 때 바로 여기가 정신병원이라는 것을 실감 하였습니다. 6개월의 치료 후 낮 병동에 소속될 수 있는 건강을 회복하였고, 집에서 출 퇴근 하며 생활하게 되었습니다. 감사하게도 딸은 차를 혼자타고 내릴 수 있었으며, 혼자 집으로 오고 가는 것이 가능하다는 사실이 감사 했습니다. 그러면서도 저는 딸이 더 빨리 회복되지 않는 것에 제 자신은 지쳐가고 있었습니다. 1년이 지나면서 낮 병동에서 실시하는 프로그램 중 몇 시간씩 일을 한다는 이야기를 듣고 제게 소망이 생겼습니다.

딸의 아르바이트 자리를 병원에서 주선했고, 아침에 병원이 아닌 아르바이트 하는 곳으로 출근을 한다는 사실에 더 큰 소망을 가질 수 있었고, 어느 날은 열심히 일한 댓가로 얼마의 월급을 받아와서 저의 선물을 사주겠다는 기쁜 소식과 함께 저축도 시작하게 되었습니다. 건강할 때와는 비교 할 수 없는 생활이었지만 다시 사회 속에서 일하게 되고, 한 구성원으로서 살아간다는 사실이 건강해 질 수 있다는 확신을 가지게 되었습니다. 감당하는 일은 단순 노동이었지만 적응을 잘해준 딸이 너무나 고맙고 대견했습니다. 때로는 힘들어 할 때에 제가 동행해서 허드레 일도 함께 해주면서 버틸 수 있을 거라고 기대했습니다. 하지만 1년 반 즈음이 지난 어느 날 일을 하다가 딸은 일터에서 아무 말도 없이 그 자리를 비워 버리고 말았습니다. 이 일이 있기 전, 한달 전부터 직장에서도 연락이 왔었습니다. 근무 하는 자리를 비워서는 안되는데 딸은 하던 일을 멈추고 아무 생각 없이 밖에서 걷고 있다 던지, 비를 맞고 서 있다 던지, 식사 후 일을 시작하지 않는다는 연락이 왔습니다. 괜찮겠지 특별한 일은 아닐거야 라는 저의 안일한 대책이 결국 재발이라는 결과를 낳게 되었습니다. 그동안의 노력과 인내가 한순간의 물거품이 되면서 희망도 다시 사라지게 되었습니다.

나중에 안 일이었지만 그 때 딸은 저를 속이고 약을 먹지 않았던 것입니다.

첫 번째 재발이었습니다. 처음에 발병이 될 때 보다 재발은 더 막막했습니다. 이렇게 반복해서 재발만 하는 병인가 완쾌는 없는 것인가 정말 불치의 병인가 다시 낮 병동에 입원을 시켰고, 2년여 동안 병동에서 생활하게 되었습니다. 조그만 실수라고 넘기기에는 너무나 가혹한 결과였습니다. 여기에서 깨닫게 된 것은 딸의 생활 속에서 조그마한 변화라도 간과 할 것이 아니라, 환자가 가장 싫어 하는 약을 잘 복용하는지에 대해 먼저 확인해야 했고, 사회인으로서의 바로서는 딸의 모습에 대한 제 욕심으로 딸의 건강은 생각지 않고, 무리한 상황에서도 물러서지 않는 어리석음으로 인한 이 상황에 대한 올바른 판단력이 필요하며, 조그만 변화 속에서도 병원과 빨리 상의하고 대처해야 한다는 경험을 쌓게 되었습니다.

2년이 지난 후에 다시 병원 측에 도움으로 직장을 얻게 되었고, 또 다시 새로운 시작이었지만 그 직장은 제 딸이 감당하기엔 일이 너무 많았습니다. 정규근무시간 외에 연장근무가 너무 많았고, 이런 부당한 대우에 제 딸의 입장을 주장하고 싶었지만, 병든 자녀를 둔 저는 그곳에서마저 일할 수 없게 되지 않을까 하는 두려움 때문에 어떤 말도 할

수가 없었습니다. 또 좋지 않은 환경가운데 힘들어 하던 딸은 두달만에 다시 재발을 하게 됩니다. 다시 낮 병동으로 재 입원을 하게 되고, 그때 저는 아무리 좋은 직장이라도 제 딸의 건강적인 환경을 이해하지 못하는 직장이라면 보내지 않겠다고 결심했습니다. 자꾸 넘어지는 이런 상황 속에서 딸에게 더 큰 문제가 발생합니다. 상처가 났던지 딸이 이제는 일이 하고 싶지 않다는 이야기를 하기 시작했습니다. 예전에는 일을 하고 싶어도 일자리가 없다고 하던 딸이 일자리가 있다는 데도 두려움을 먼저 갖게 되어 버린 것입니다. 이 결과에 대한 두려움을 딸에게 어떻게 하면 극복 할 수 있을지를 생각하며 너에게 꼭 맞는 직장이 있을 것이라는 긍정적인 생각과 다시금 기회가 왔을 때 잘할 수 있으리라는 자신감을 심어주기 위해 노력했습니다. 우리 딸은 할 수 있다고, 작은 일에 늘 용기를 주는 대화를 많이 가졌습니다. 딸은 조금 씩 회복되어갔고, 그러던 딸은 저에게 엄마 직장이 생기면 나도 일할 수 있다고 고백을 했고, 그래서 낮 병동 주치의 선생님과 사물관리 간호사 선생님에게 딸의 마음을 전하고 어미로서 기도 했습니다.

그러던 중 딸에게 빵공장에서 일할 수 있는 기회가 다시 찾아왔고, 3일째 일을 하고 나서 집에 온 딸이 저에게 이런 고백을 했습니다. 엄마 나 일할 수 없을 것 같았는데, 빵판이 너무 무거워서 나는 할 수 없다는 생각이 자꾸 들었지만 알 수 없는 새 힘을 하나님께서 내게 주셔서 할 수 있다는 자신감을 제게 고백했습니다.

물론 어려움이 없었던 것은 아닙니다. 일을 관리하는 팀장님의 말할 수 없는 언어폭력으로 딸은 괴롭다고 우는 날도 있었습니다. 그러면 전 이렇게 말했습니다. 그것을 이기는 자만이 일 할수 있다고 그럴 때 마다 제 딸은 순종하며 나도 할수 있다고 용기를 가졌습니다. 어느 하루는 그 팀장님이 진영아 네가 내 지적에도 주눅 들지 않고 열심히 일하는 네 모습을 보니 네가 건강이 많이 좋아졌구나 라는 칭찬을 받았다고 기뻐하는 딸의 모습을 보며, 내 딸이 점점회복되어져 가는구나 그래 정신분열병이 불치병이 아니라, 병원과 가족과, 본인의 노력으로 치료될 수 있다는 확신이 들었습니다.

그렇게 2년반 동안 하루도 결근하지 않고 성실한 직장인이 되어준 딸이 자랑스럽습니다. 그러던 중 교회의 어느 한 지인을 통해 정신지체3급의 청년을 소개받게 되었고, 놀랍게도 둘은 양부모의 걱정과는 다르게 서로 좋아하고 의지하고 기대면서 세상을 바라보며, 사랑의 시선이 없던 딸이 청년과의 교제로 인해 사랑을 회복하고, 그 사랑을 시작으로 저와 또 형제들과, 세상을 사랑으로 바라보는 변화가 일어나기 시작했습니다.

그리고 지금 그 청년과 결혼하여서 일주일 전에 건강한 아들을 출산했습니다.

딸이 지금도 치료되어가는 과정이지만 저희 가정이 병을 극복할 수 있었던 중요한 사실은 무엇보다도 담당선생님 배한 부장선생님의 관대한 사랑과 환자들이 지칠 때 카리스마적인 리더십과, 환자들에게 알맞은 처방이 있었고, 조원에 사래관리간호선생님의 집 방문과 가족의 상담, 그리고 환자의 건강상태체크, 또 가족들의 환자에 대한 사랑과, 약복용 그리고 변화에 대한 관심, 가장 중요한 본인이 건강해 지겠다는 강한 의지가 오늘날에 좋은 결과로 나타나고 있다고 생각합니다.

앞으로 저와 제 딸의 가장 큰 비전은 저희와 같은 환경 속에서 넘어지고 포기하는 그런 환자와 가족들에게 저희가 겪었던 경험들을 나누고 함께 하고 싶은 큰 비전을 가지고 있습니다.

앞으로도 치료되는 과정에서 병원과 환자와 가족이 지난날의 반복되는 실수들을 잊지 않고, 거울삼아 서두르지도 아니하며, 하나하나 다져가는 그러한 모습으로 나아가겠습니다.

[사회적인 개선]

사회적 편견으로서는 어떠한 질병보다도 심각하게 다루어지고 있지만, 복지문제에서는 오히려 그와는 상반된 결과를 낳고 있습니다. 저의 지극히 개인적인 입장에서 말씀 드린다면 정신지체 2급 장애 판정을 가지고 있음에도 불구하고, 의료보호혜택에서 탈퇴되어 버리고, 기초생활 대상에서도 제외가 되어 버렸으며 장애등급을 다시 재판정 하겠다는 동사무소에서의 통보가 있었습니다.

결혼한 사위의 수입으로는 병원에서 딸을 관리해 주시는 사래관리자 선생님의 보호를 받을 수 없을 뿐 아니라, 지급되는 딸의 약의 비용과, 약을 먹음으로 인해 갓 태어난 자녀에게 모유를 수유할 수 없음에 어려운 생활형편 속에서 분유를 구입해야 하는 부담감도 안아야 됩니다.

물론 이 보호혜택에서 탈퇴된 사유가 저의 연금 때문이라지만, 지금까지 이 연금만으로는 딸을 보호할 수 없었고, 연금과 나라의 보호혜택지원 속에서 부족하지만 생활을 할 수 있었습니다.

그런데 가정이 세워짐으로 더 많은 지원이 있어야 함에도 불구하고 이제부터는 그 혜택을 받지 못하고, 딸의 생활을 전처럼 지속하라고 하는 것은 이치에 맞지 않다고 생각합니다. 또 딸이 혼인 신고를 하게 되면 남편의 수입이 90여만원이 넘을 경우 아무런 혜택을 받을 수 없다고 하는데, 두 부부가 정신 지체자입니다. 환자로서 더 성실하게 일하고 사회 속에서의 한 구성원이 되기 위해 노력하는 이들을 더 격려하고, 더 열심히 일하고 살 수 있도록 환경을 만들어 줘야 한다고 생각합니다. 많은 환자들의 가족을 통해 들은 이야기입니다. 일자리를 겨우 얻어 피나는 노력과 수고 끝에 월급을 받게 되면 정부의 모든 지원이 끊어짐으로 차라리 일하지 않고, 더 유익한 정부의 지원을 받겠다고 하는 이들도 있었습니다. 환자가 일을 하면서 사회인으로서의 자존감과 기능을 회복해 간다는 것에 대해 누구나가 긍정적인 생각을 가지고 있을 것입니다. 하지만 현 나라 복지를 보면 환자를 더 환자로 만들어 버리고 격리시켜 버리는 위험성을 안고 있다고 생각합니다.

이 세상에 여러 병명의 많은 장애인들이 있습니다. 그러나 이 사람들은 자기의 불이익에 대해서 나라에 자신의 목소리를 낼 수 있습니다. 하지만 정신지체장애인들은 자신의 불이익에 대해서 자기의 입장을 알리지 못합니다. 오늘 이 자리가 제가 아니라 장애인 본인이 서야 되는 자리이지만, 자신의 목소리를 내지 못함으로 보호자인 제가 이 자리에 대신 서게 된 것으로 알고 있습니다. 그럼으로 이 자리를 통해 정신지체 환자들이 나라에 말하고 싶었던 그러한 내용들이 부족하지만 저를 통해서 그들의 목소리로 대신 할 수 있었으면 합니다.



〈제 2 부〉



정신장애인을 위한 정신보건 서비스와 인권 현황

❖ 발제문

- 발제 1. 정신보건서비스와 장애인 인권의 국제적 동향
Prof. Norman Sartorius (Univ. of Geneva)
- 발제 2. 우리나라 정신보건에 대한 국제적 비교
서동우 (김포 한별병원 진료원장)
- 발제 3. 인권지표와 한국 정신보건서비스의 현황과 과제
이영문 (중앙정신보건사업지원단장)
- 발제 4. 정신보건서비스 현장에서 조망한 인권의 실천적 문제
배 안 (국립나주병원 의료부장)

❖ 토론문

- 토론 1. 정신장애인의 인권보호를 위한 국가인권위원회의 방향
국가인권위원회 장애차별팀
- 토론 2. 정신장애인 인권보호를 위한 서울시 지역사회 정신보건 정책
이화경 (서울시 보건정책담당관)
- 토론 3. 지역사회정신보건서비스 개발 및 확대방안
이기연 (이화여자대학교 사회복지학과 겸임교수)
- 토론 4. ‘정신장애인을 위한 정신보건 서비스와 인권현황’에 대한 토론문
황태연 (대한신경정신의학회 정신보건특임이사)
- 토론 5. ‘정신장애인을 위한 정신보건 서비스와 인권현황’에 대한 토론문
정광현 (광주시 정신보건사업지원단장)
- 



정신보건서비스와 장애인 인권의 국제적 동향

Prof. Norman Sartorius
(Univ. of Geneva)

정신보건 서비스: 과거, 현재 미래

N. Sartorius, MD, PhD,
스위스, 제네바.

정신보건 프로그램: 정의

- 정신보건 프로그램은 다음의 활동들을 통칭함
 - 정신질환자들의 치료
 - 정신질환 예방
 - 정신질환으로 인한 장애를 겪는 사람들의 재활지원
 - 보건의 심리사회적 측면과 경제적 발전문제를 다룸

Professor Norman Sartorius, 2008

정신보건 서비스: 정의

- 정신보건 서비스란 정신질환자의 치료를 일차적 의무로 하는 서비스 제도임
- 정신 건강관리는 정신보건 서비스, 일반보건 서비스, 가족, 그리고 기타 기관들이 제공함. 많은 국가들에서 정신 건강관리에 대한 정신보건 서비스의 기여도가 그다지 크지 않음

Professor Norman Sartorius, 2008

서비스제공에 있어 차이가 나는 한가지 이유: 인력현황

저소득 및 중간-저소득 국가

고소득 및 중간-고소득 국가

인구 10만명 당

인구 10만명 당

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| • 정신과의사: 0.05 – 1.05 | • 정신과의사: 2.70 – 10.50 |
| • 심리학자: 0.04 – 0.60 | • 심리학자: 1.80 – 14.00 |
| • 정신과 간호사: 0.16 – 1.05 | • 정신과 간호사: 5.35 – 32.95 |

Professor Norman Sartorius, 2008

정신과 병동 수 (거주민 10,000명당)

선진국, 고소득 국가		개발도상국, 저소득 국가	
일본	31.2	스리랑카	1.8
핀란드	11.6	탄자니아	0.5
미국	9.5	인도	0.2
호주	4.1	네팔	0.08
이태리	1.7	부탄	0.00

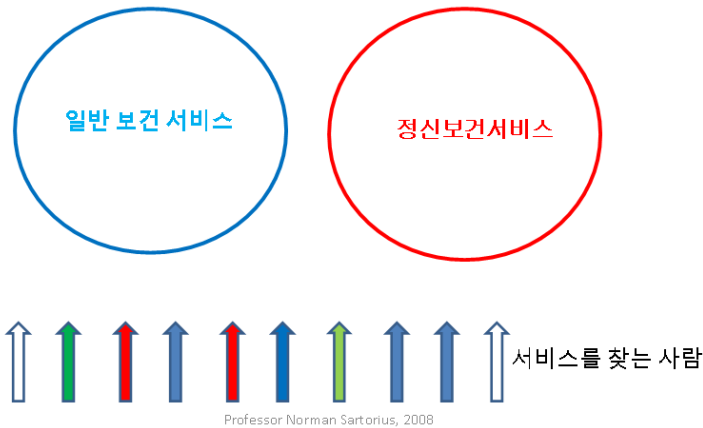
Professor Norman Sartorius, 2008

정신보건 서비스: 정의

- 정신 보건 서비스를 찾는 사람들은 다음과 같은 문제들을 갖고 있을 수 있음
 - 정신 질환
 - 신체 질환
 - 정신질환과 신체 질환 둘 다
 - 질환은 없으나 문제가 있음
 - 질환도 없고 문제도 없음
- 일반 보건 서비스의 경우도 마찬가지임

Professor Norman Sartorius, 2008

정신보건 서비스: 정의



정신보건 서비스: 정의

- 심한 행동장애와 재발되는 질환을 가진 사람들의 경우를 제외하고는, 대부분의 상담서비스는 일반보건 및 정신보건 서비스간에 구분 없이 분포되어 있음
- 불행하게도, 일반 보건서비스 인력들은 정신보건분야를 잘 알지 못하고 정신보건 서비스 인력 또한 일반 의학지식이 많지 않음

Professor Norman Sartorius, 2008

정신보건 서비스의 역사

- 2000 BNE부터
 - 정신 질환자들을 사원으로 데려가 때로는 격리시키던 형태의 마술/사원 시기
 - 정신질환을 신체질환과 구분하지 않은 여러 형태의 전통적인 치유방식이 등장

Professor Norman Sartorius, 2008

정신보건 서비스의 역사

- 중세
 - 보호시설 - 정신 질환자들을 일반인으로부터 보호하기 위해 설립한 기관
 - 보호시설 역할의 변화 - 일반인을 정신 질환자로부터 보호하고 거리를 정화하기 위한 목적
- 17**
 - 정신병원 - 정신 질환자들이 있던 요양원에 다양한 치료가 도입

Professor Norman Sartorius, 2008

정신보건 서비스의 역사

- 현대
 - 먼저 유럽에서 그리고 식민제국의 여러 지역에서 정신병원이 설립됨
 - 종합 병원에서 정신질환자 치료
 - 지역사회 정신의학 도입
 - 일차보건 분야로 정신보건서비스 부분이 도입됨
 - 통합된 치료 서비스의 필요에 대한 인식

Professor Norman Sartorius, 2008

정신보건 서비스 조직에 도입된 새로운 사항들

- 정신보건 서비스 요구의 평가가 달라짐
- 개입방법 선택에 대한 새로운 기준
- 결과의 평가에 대한 새로운 접근방식
- 치료에 대한 책임의 재분배
- 직원 교육 및 환자와 가족 교육의 변화

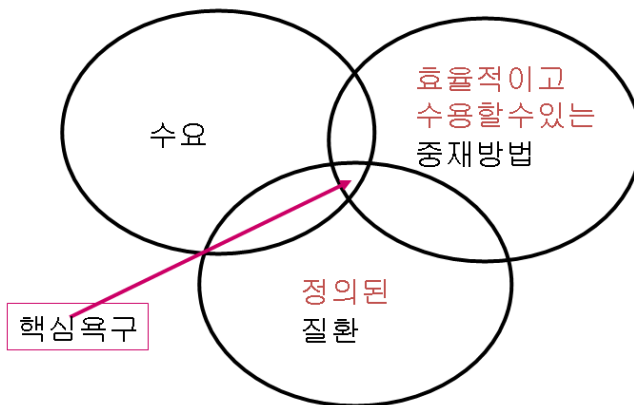
Professor Norman Sartorius, 2008

욕구 평가

- 정신질환의 빈도로 치료 욕구를 평가했던 이전의 평가방법은 더 이상 유용하지 않음. 오늘날에는 수용할만하고 효율적인 치료법이 있는 정신질환을 앓고 있는 환자들의 치료 수요로 욕구를 더 잘 정의할 수 있음.

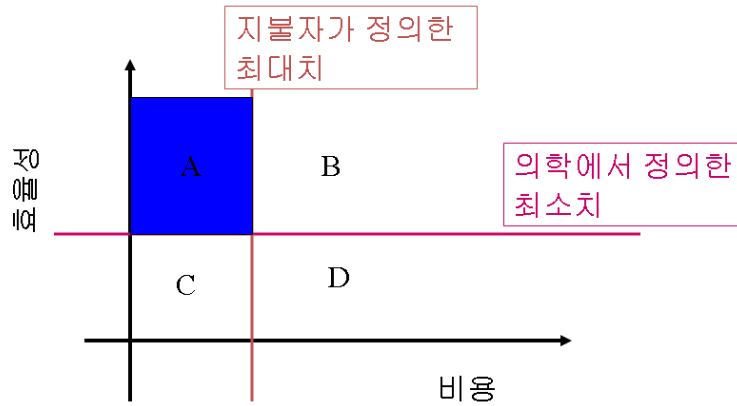
Professor Norman Sartorius, 2008

정신건강관리에 대한 욕구 평가



Professor Norman Sartorius, 2008

중재방법 선택



Professor Norman Sartorius, 2008

질병의 결과에 대한 종합적인 평가

- 결과의 평가는 보건인력, 환자 및 서비스 제공자간의 합의에 기초해 이루어져야 하며 시간의 영향 그리고 다음에 대한 치료를 감안해야 함
 - 질환의 의학적 증상과
 - 이로 인한 고통 정도
 - 질환으로 야기된 장애의 정도

Professor Norman Sartorius, 2008

관리책임의 재분배

- 잘 조직화된 환경에서는 지역사회 구성원들의 적극적인 참여를 통해 지역사회 내에서 관리가 제공되는 지역사회 관리 모델이 바람직함
- 조직이 체계화되지 않은 환경에서는 (예:도시 빈민가)상황에 맞게 조정된 여러 가지 서비스 형태가 적당

Professor Norman Sartorius, 2008

파트너쉽과 협력

- 5자간 협력의 개념 – 참여자들의 투명한 역할규명을 통해 환자, 서비스 제공자, 보건인력, 정부 및 보건산업의 참여 정도가 정의되어야 함
- 분야간 협력은 원칙뿐만이 아닌 구체적인 용어로 정의되어야 함

Professor Norman Sartorius, 2008

연수 및 교육

- 의과대학 출신의 일반 개업의를 위한 연수교육이 포함되어야 함
- 보건 및 기타 사회 서비스 인력의 교육에 서비스 제공자와 정신 질환을 경험한 사람들의 참여를 장려해야 함
- 요청을 하는 경우, 정신과 외의 타 전문의에 대한 연수교육도 제공되어야 함

Professor Norman Sartorius, 2008

연수 및 교육

- 정신보건 및 기타 보건 종사자에 대한 연수교육은 자주 접하게 되는 특정업무를 목표로, 짧게 구분된 모듈의 형태로 나누어서 진행되어야 함
- 모든 연수 교육은 참여에 기초해 진행되어야 하며, 교육 시 전문적 기술의 주입에 우선순위를 두어야 함

Professor Norman Sartorius, 2008

연수 및 교육

- 정신과 의사와 기타 보건 종사자들의 역할과 업무에 대한 예산이 책정되어야 하며, 이러한 역할과 업무는 대학 이후 교육의 기본과정이 되어야 함
- 기관과 개인에 대한 인가를 갱신할 때는 교육 참여여부가 조건이 되어야 함

Professor Norman Sartorius, 2008

결론

- 정신보건 서비스는 정신보건 프로그램의 필수불가결한 부분이 되어야 함
- 정신보건 서비스는 일반 보건 서비스와 밀접한 **협력관계**를 유지해야 함
- 정신 보건서비스는 욕구평가, 중재방법 선정 및 결과를 평가하기 위한 새로운 방식을 채택해야 함

Professor Norman Sartorius, 2008

결론

- 커뮤니티 케어는 잘 조직화된 지역사회에서
진행하기에 좋은 방식으로,
다른 환경에서는 지역에 따라 새로운
서비스 모델을 개발해야 함
- 서비스 모델의 변화가 준비되어야 하고
다른 이해관계자들과의 관계 변화와 모든
당사자들의 연수교육의 변화를 수반해야 함

Professor Norman Sartorius, 2008

Mental health services: past, present and future

Professor N. Sartorius, MD, PhD,
Geneva, Switzerland.

Professor Norman Sartorius, 2008

Mental health programmes: definition

- Mental health programmes are the aggregate of activities undertaken to
 - Provide treatment to people with mental illness
 - Prevent mental disorders
 - Help in the rehabilitation of people with a disability due to mental illness
 - Deal with psychosocial aspects of health and economic development.

Professor Norman Sartorius, 2008

Mental health services: definition

- **Mental health services** are the system of services whose primary duty is to provide treatment for people with mental disorders.
- **Mental health care** is provided by mental health services, by general health services, by families and by various other agents. In many countries mental health services make only a minor contribution to mental health care

Professor Norman Sartorius, 2008

One of the reasons for differences in the provision of care: staff ratios

Low and low middle income countries

For every 100.000 people

- Psychiatrists: 0.05 – 1.05
- Psychologists 0.04 – 0.60
- Psychiatric nurses 0.16 – 1.05

High and high middle income countries

For every 100.000 people

- Psychiatrists 2.70 – 10.50
- Psychologists 1.80 – 14.00
- Psychiatric nurses 5.35 – 32.95

Professor Norman Sartorius, 2008

Number of psychiatric beds (per 10.000 inhabitants)

Industrialized, high income countries		Developing, low income countries	
Japan	31.2	Sri Lanka	1.8
Finland	11.6	Tanzania	0.5
USA	9.5	India	0.2
Australia	4.1	Nepal	0.08
Italy	1.7	Bhutan	0.00

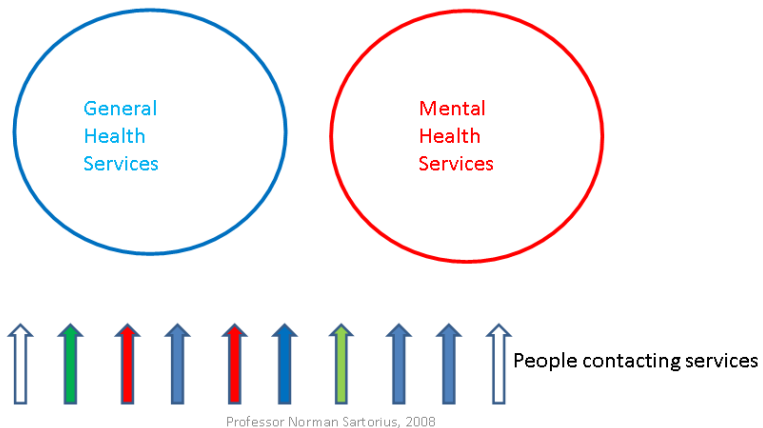
Professor Norman Sartorius, 2008

Mental health services: definition

- People who come to mental health services might have
 - a mental disease,
 - a physical disease,
 - both a mental and physical disease,
 - no disease but a problem
 - no disease and no problems
- The same is true for general health services

Professor Norman Sartorius, 2008

Mental health services: definition



Mental health service: definition

- Except for people with grossly disturbed behaviour and relapsing illnesses most of those consulting services are randomly distributed between general and mental health services.
- Unfortunately staff in general health services do not know much about mental health and those in mental health services know little about general medicine.

Professor Norman Sartorius, 2008

History of mental health services

- From 2000 BNE
 - The magic/temple period in which mentally ill were brought to temples, sometimes left there,
 - Various forms of traditional healing, without distinguishing mental from physical illness

Professor Norman Sartorius, 2008

History of mental health services

- Middle ages
 - Asylums – institutions established to protect the mentally ill from the population
 - Asylums change their role - to protect the population from the mentally ill and to «clean the streets»
- 17**
 - Mental hospitals – asylums in which the mentally ill were given various treatments

Professor Norman Sartorius, 2008

History of mental health services

- Modern era
 - Establishment of mental hospitals, first in Europe and then in various parts of the colonial empires
 - Treatment of mental disorders in general hospitals
 - Introduction of community psychiatry
 - Introduction of mental health care elements into primary health care
 - Recognition of the need for integrated treatment services

Professor Norman Sartorius, 2008

Novelties in the organization of mental health services

- Difference in the assessment of needs for mental health service
- New criteria for the selection of interventions
- New approaches to the assessment of outcome
- Redistribution of responsibility for care
- Changes in the training of staff and education of the patients and families

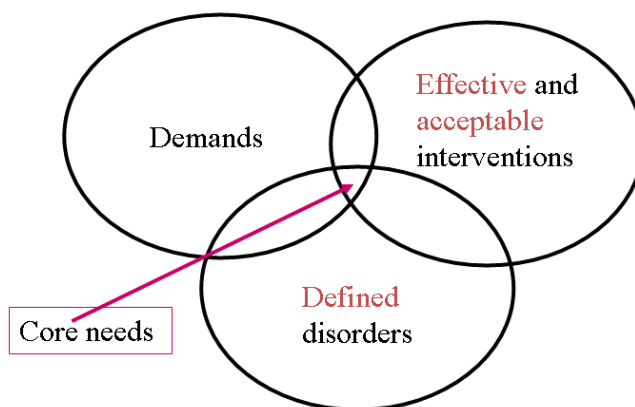
Professor Norman Sartorius, 2008

The assessment of needs

- The previously used estimation of needs by prevalence of mental disorders is no longer valid: needs are now better defined as the demands for help by those suffering from a mental disorder for which there exist acceptable and effective treatment interventions

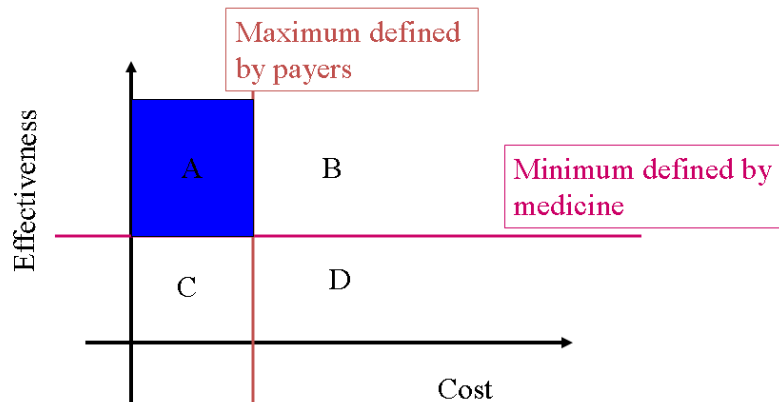
Professor Norman Sartorius, 2008

Assessment of needs for mental health care



Professor Norman Sartorius, 2008

Selecting interventions



Professor Norman Sartorius, 2008

A comprehensive assessment of outcome of a disorder

- Assessment of outcome should be based on the consensus between health workers, patients and carers and take into account the effects of time or of treatment on
 - The medical *symptoms of the disorder*,
 - The level of *distress* because of them and
 - The amount of *disability* that the disorder produced.

Professor Norman Sartorius, 2008

Redistribution of responsibility for care

- In well organized settings the community care model defined as *care provided in the community with an active involvement of community members* should be preferred
- In less well organized settings (e.g. urban slums) various forms of service adapted to the situation will have to be used.

Professor Norman Sartorius, 2008

Partnerships and alliances

- The notion of a pentalogue – the involvement of patients, carers, health workers, the government and the health industry should be defined with transparent roles of the participants.
- The inter-sectoral alliances should be defined in specific terms, not only as a principle

Professor Norman Sartorius, 2008

Training and education

- In-service training of general practitioners of medical undergraduates should be combined
- Carers and persons who experienced mental illness should be invited to participate in the education of health and other social service workers
- In-service training for non-psychiatrists should be given only to those who request it

Professor Norman Sartorius, 2008

Training and education

- In-service training for mental health and other health workers should be split into short lasting modules targetting specific frequent tasks.
- All training and education should be based on participation; inculcation of professional skills should be given priority in training.

Professor Norman Sartorius, 2008

Training and education

- The roles and tasks of the psychiatrists and other mental health workers should be budgeted and taken as the basis for their postgraduate training.
- The institutions and individuals involved in training should be subject to renewals of accreditation.

Professor Norman Sartorius, 2008

Conclusions

- Mental health services must be an integral part of mental health programmes
- Mental health services should establish close collaboration with general health services
- Mental health services should adopt new ways of assessing needs, of selecting interventions and of assessing outcome

Professor Norman Sartorius, 2008

Conclusions

- Community care might be a good way to proceed in well organized communities. In other settings new models of service have to be developed locally.
- The changes in service models must be prepared and accompanied by changes in the relationship with other stakeholders and with changes of training and education of all concerned.

Professor Norman Sartorius, 2008



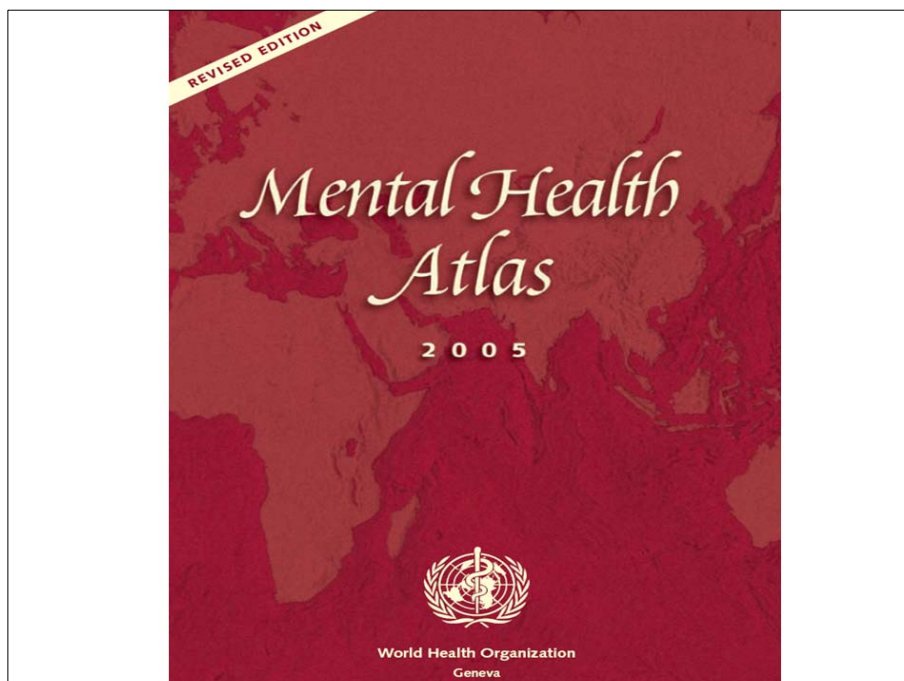
우리나라 정신보건에 대한 국제적 비교

서 동 우

(김포 한별병원 진료원장)

우리나라 정신보건에 대한 국제적 비교

서 동 우
김포한별병원





정신보건정책 보유 국가비율



WHO Regions	Countries (%)	Population coverage* (%)
Africa	50.0	69.4
Americas	72.7	64.2
Eastern Mediterranean	72.7	93.8
Europe	70.6	89.1
South-East Asia	54.5	23.6
Western Pacific	48.1	93.8
World	62.1	68.3



정신보건정책 입안 년도 비율



Years	Countries (%)
Up to 1960	6.1
1961 – 1970	0.9
1971 – 1980	7.9
1981 – 1990	22.8
1991 – 2000	53.5
After 2000	8.8

<우리나라>

- 1997년 : 정신보건발전 5개년 계획
- 2002년 : 2010 국민건강증진계획
- 2008년 : 국가정신건강정책 10개년 계획

지역사회정신보건서비스 보유 국가비율

WHO Regions	Countries (%)
Africa	56.5
Americas	75.0
Eastern Mediterranean	68.2
Europe	79.2
South-East Asia	50.0
Western Pacific	66.7
World	68.1

소득수준별 지역사회정신보건서비스 보유국가 비율

Income Group of Countries*	Countries (%)
Low	51.7
Lower Middle	51.9
Higher Middle	90.9
High	97.4

<GDP per capita>

- Low : < \$755
- Lower Middle : \$756-2,995
- Higher Middle : \$2,996-9,265
- High : > \$9,265 (우리나라 : \$14,162)



정신보건법 보유 국가비율



WHO Regions	Countries (%)	*Population coverage (%)
Africa	79.5	94.4
Americas	75.0	89.1
Eastern Mediterranean	57.1	70.8
Europe	91.8	90.1
South-East Asia	63.6	95.9
Western Pacific	76.0	13.9
World	78.0	69.1



개정 정신보건법 시행년도별 국가비율



Years	Countries (%)
Up to 1960	15.9
1961 – 1970	8.7
1971 – 1980	10.1
1981 – 1990	12.3
1991 – 2000	40.6
After 2000	12.3

<우리나라>

- 1995년 제정
- 1997년 1차 개정
- 2000년 2차 개정
- 2004년 3차 개정
- 2008년 4차 개정



물질남용대책 보유 국가비율



WHO Regions	Countries (%)	Years	Countries (%)
Africa	50.0	Up to 1960	1.7
Americas	72.7	1961 - 1970	4.2
Eastern Mediterranean	77.3	1971 - 1980	6.7
Europe	86.3	1981 - 1990	24.2
South-East Asia	72.7	1991 - 2000	59.2
Western Pacific	53.8	After 2000	4.2
World	68.8		

<우리나라>

- 2002년 2010 국민건강증진계획
- 2007년 파랑새플랜(알코올남용 국가대책)
- 2008년 국가정신건강정책 10개년 계획



별도의 정신보건예산 보유 국가비율



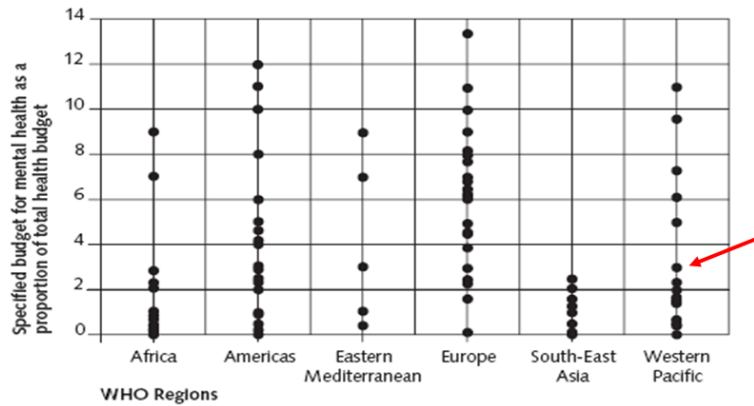
WHO Regions	Countries (%)
Africa	62.2
Americas	78.1
Eastern Mediterranean	71.4
Europe	70.0
South-East Asia	90.0
Western Pacific	59.3
World	69.2

<우리나라>

- 1997년 복지부내 정신보건과 설치 이후 별도로 구분
- 단, 의료급여 내 정신과 의료비 미구분



보건예산중 정신보건예산 비율

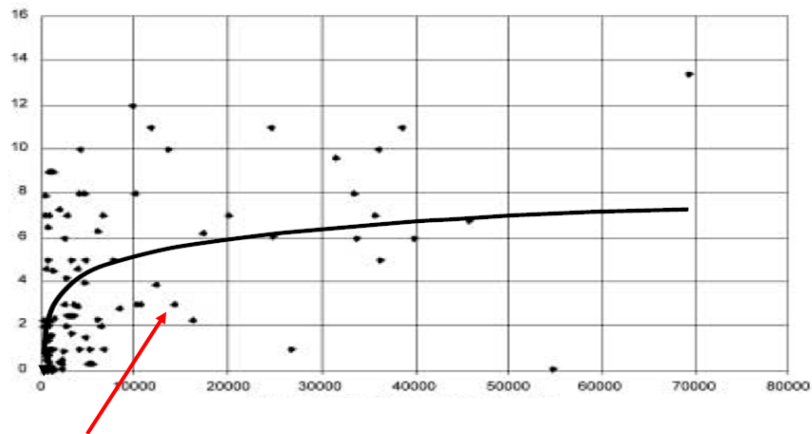


<우리나라>

• 2004년도 : 3% (2006년도 : 6%)



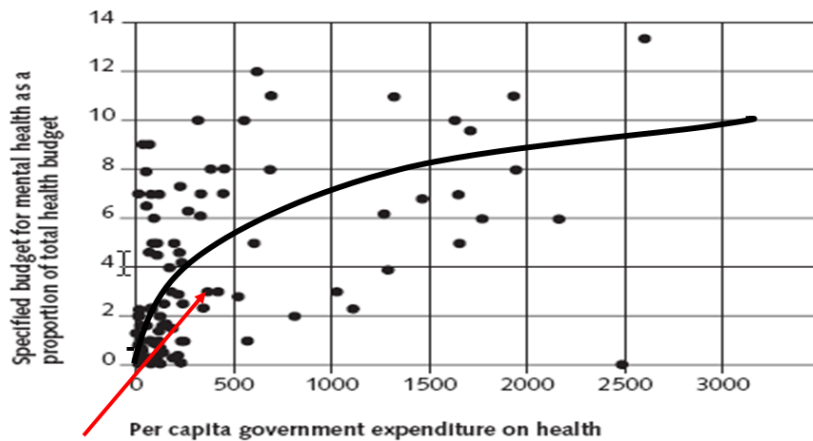
1인당 국민소득 대비 보건예산중 정신보건예산 비율



<우리나라>

* 2004년 : \$14,162, 보건예산 중 정신보건예산비율 3%

정부 보건지출 대비 보건예산중 정신보건예산 비율



<우리나라>

* 1인당 정부 보건지출 : \$421

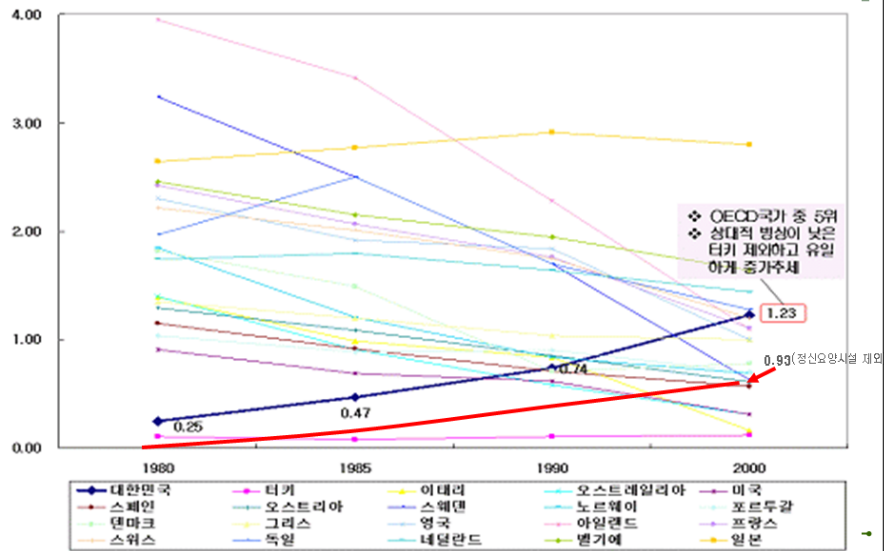
정신장애 장애인복지혜택 국가비율

WHO Regions	Countries (%)	Income Group of Countries*	Countries (%)
Africa	45.5	Low	55.2
Americas	90.9	Lower Middle	88.7
Eastern Mediterranean	85.7	Higher Middle	78.8
Europe	100	High	100
South-East Asia	81.8		
Western Pacific	65.4		
World	77.8		

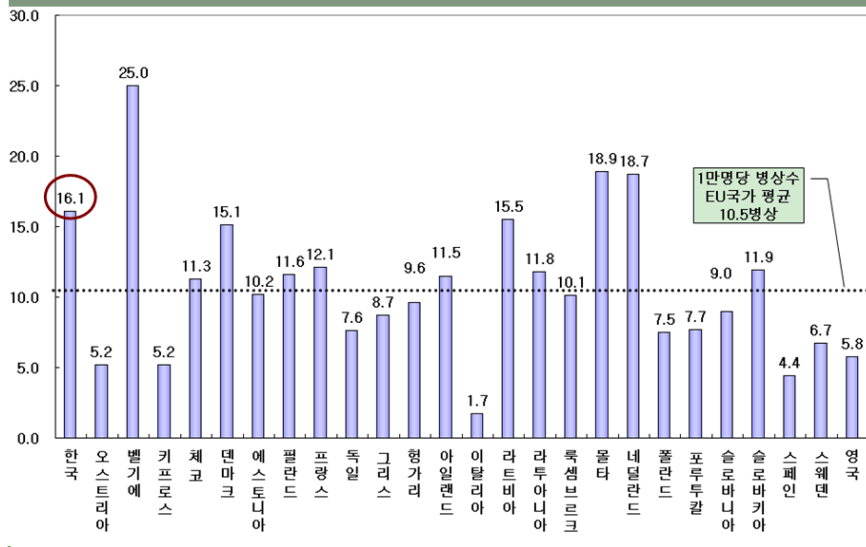
<우리나라>

* 2000년 : 장애인복지법 개정으로 법정장애 포함

OECD 국가의 정신병상수(1000명당)



EU국가 정신병상수(10,000명당)





인구 만명당 정신병상수



WHO Regions	Median per 10 000 population	Income Group of Countries*	Median per 10 000 population
Africa	0.34	Low	0.24
Americas	2.60	Lower Middle	1.59
Eastern Mediterranean	1.07	Higher Middle	7.70
Europe	8.00	High	7.50
South-East Asia	0.33		
Western Pacific	1.06		
World	1.69		

<우리나라>*

*2004년 10,000명당 13.8병상



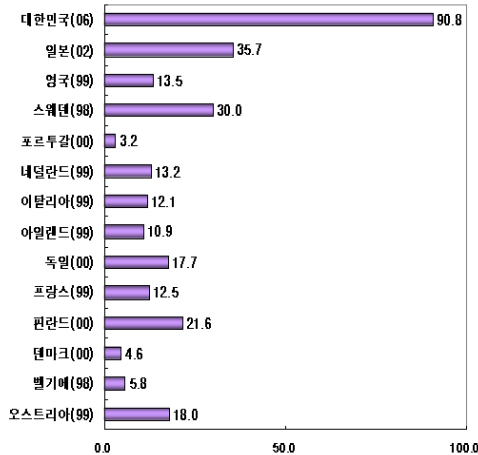
대륙별/소득수준별 인구만명당 정신병상수



WHO Regions	Psychiatric Beds per 10 000 population in each category – countries % (Population covered %)			
	0-1	1.01 – 5	5.01 – 10	>10
Africa	78.3 (83.0)	17.4 (17.0)	4.3 (0.0)	–
Americas	29.0 (22.9)	29.0 (29.8)	16.1 (42.7)	25.8 (3.8)
Eastern Mediterranean	50.0 (58.8)	40.9 (40.0)	9.1 (1.2)	–
Europe	–	25.5 (25.7)	49.0 (45.0)	25.5 (29.3)
South-East Asia	75.0 (94.9)	25.0 (5.1)	–	–
Western Pacific	48.1 (10.8)	37.0 (78.3)	7.4 (0.4)	7.4 (10.1)
World	40.5 (44.7)	27.6 (35.8)	19.5 (12.0)	12.4 (7.5)

Income Group of Countries*	Psychiatric beds per 10 000 population in each category – countries % (Population covered %)			
	0-1	1.01 – 5	5.01 – 10	>10
Low	84.5 (96.0)	12.1 (3.8)	3.4 (0.5)	–
Lower Middle	34.6 (17.3)	44.2 (72.7)	19.2 (4.7)	1.9 (5.5)
Higher middle	12.1 (32.1)	27.3 (28.6)	30.3 (32.1)	30.3 (5.4)
High	2.6 (0)	28.9 (14.0)	36.8 (53.3)	31.6 (33.7)

정신질환자 강제입원율 OECD 비교



• 강제입원비율 높은 이유

- 통계의 차이(퇴원환자기준 vs. 입원환자 기준)
- 낮은 조기발견/조기치료를
- 강제입원 위주의 문화
- 장기입원중심의 정신보건제도
- 낮은 의료급여수가로 인한 병원환경 열악
- 자의입원제도의 문제점
- 병원 내 자살/인전사고 시 병원책임을 무겁게 묻는 법원판결

특수계층 대상 정신보건프로그램

Mental Health Programmes for Special Populations

Countries (%)

Minority Groups	16.5
Refugees	26.2
Disaster Affected Populations	37.7
Indigenous People	14.8
Elderly Persons	50.5
Children	62.4

<우리나라>

- Minority Group(외국인노동자, 결혼이민자) 대상 : 없음
- 재해피해자 대상 : 없음
- 노인 대상 : 일부 지역에서만 있음
- 아동 대상 : 일부 지역에서만 있음

아동 정신보건서비스 보유 국가비율

WHO Regions	Countries* (%)	0-14 years population (%)
Africa	37.0	42.6
Americas	81.3	30.4
Eastern Mediterranean	72.7	34.6
Europe	77.6	19.1
South-East Asia	54.5	32.8
Western Pacific	50.0	32.9
World	62.4	31.3

Income Group of Countries*	Countries (%)
Low	34.5
Lower Middle	73.6
Higher Middle	72.7
High	86.8

노인 정신보건서비스 보유 국가비율

WHO Regions	Countries* (%)	60+ years population (%)
Africa	15.6	5.0
Americas	77.4	9.0
Eastern Mediterranean	54.5	5.6
Europe	63.3	17.8
South-East Asia	54.5	7.3
Western Pacific	50.0	8.1
World	50.5	9.8

Income Group of Countries*	Countries (%)
Low	17.9
Lower Middle	50.9
Higher Middle	66.7
High	89.5

노인 정신보건서비스 보유 국가비율

WHO Regions	Countries (%)	Income Group of Countries*	Countries (%)
Africa	46.7	Low	48.3
Americas	71.9	Lower Middle	59.3
Eastern Mediterranean	52.4	Higher Middle	75.0
Europe	73.5	High	75.7
South-East Asia	63.6		
Western Pacific	51.9		
World	60.5		

<우리나라>

* 1984년, 2001년, 2006년 정신질환 역학조사 실시

국가유형별 정신보건체계의 특성

□ 저개발국가형 정신보건체계 특성

- 농업사회, 농촌거주 인구 대부분
- 대가족제도 및 지역사회 지지체계 보존
- 부족한 정신병상수, 정신보건예산, 정신보건인력
- 정신보건법, 정신보건정책, 정보체계, 역학조사, 정신보건서비스 미비

□ 중진국형 정신보건체계 특성

- 산업사회, 도시화의 급속한 진행
- 대가족제도에서 핵가족제도로 변화, 지역사회 통합력 약화시작
- 정신병상, 정신보건예산 및 정신보건인력 증가
- 정신보건법, 정신보건정책, 정보체계 필요도 증가, 정신보건서비스 구축 시작

□ 선진국형 정신보건체계 특성

- 후기산업사회(정보와 산업 위주), 도시인구 대부분
- 다양한 가족 출현, 지리적 지역사회 개념에서 다양한 지역사회 개념으로 확대
- 정신병상 감소시작, 정신보건예산 및 정신보건인력 증가 지속, 보편적 정신보건서비스 확충 완료
- 정신보건법, 정신보건정책, 정보체계 안정화

국제비교를 통해 본 우리나라 정신보건 위치

□ 저개발국가 정신보건체계에서 선진국형 정신보건체계로 전환 중에 있으나 사회전체의 노력이 더 필요한 상황

- 사회의 변화속도와 같이 정신보건체계 변화도 압축적으로 일어나고 있음
- 정신병상 : 병상증가율 다소 감소했으나 여전히 증가 중
- 정신보건예산 : 비교적 빠르게 증가하나 너무 낮게 시작하고, 우선순위도 매우 낮아 적절한 서비스와 인권수준 보장을 위해서는 창피한 수준
- 정신보건법, 정신보건정책, 정보체계 등이 어느 정도 구비되고, 계속 보완 중이나 선진국수준의 인권보장이 되려면 아직도 갈 길이 먼 상태

□ 우리나라 정신병상 증가원인

- 높은 인구밀도 사회에서 정신질환에 대한 편견 높음(거주, 직업, 결혼 등)
- 장기입원 유도 의료급여 수가제도
- 지역사회 정신보건서비스 부족
- 도시화 진행과 함께 지역사회 통합도 감소 및 익명성 증가
- 핵가족화 및 독거가족 증가로 부모나 형제가 돌보던 원자들의 무연고화 (사적 지지체계 와해되었으나 대체할 공적 지지체계 미비로 조기발견이나 재발에 대한 조기대처가 어려워 중증환자 비율 높음)



인권지표와 한국 정신보건서비스의 현황과 과제

이 영 문

(중앙정신보건사업지원단장)

인권지표와 한국 정신보건의 현황과 과제

이 영 문

중앙 정신보건사업지원단

참고문헌

- OECD Health Data 2008
- Mental Health Atlas 2005
- WHO-Assessment Instrument for Mental Health Systems(WHO-AIMS, 2006)
- Information availability for measuring Quality of Mental Health Care across OECD countries(2008)
- WHO Resource Book on Mental Health, Human rights and Legislation(2005)

Presentation 방향

- 통계적 자료에 의한 정신보건현황
 - OECD data
 - WHO data
 - National Survey data
- 질적, 인권적 측면에서의 정신보건현황
 - 정신보건법 내부평가
 - 치료지표 성과 분석 등

Mental Health Atlas 2005

- 국가 정신보건정책 : yes
- 물질 및 약물 남용에 대한 정책 : yes
- 정신보건법 제정 : yes
 - 장애인 차별금지법, 장애인 고용촉진법
- 정신질환 치료를 위한 약물 리스트 : yes
- 독립적인 정신보건예산 배정 : no
- 보건예산 중 정신보건 예산 : 1-3%

Mental Health Atlas 2005

- 인구 만 명당 정신병상 수 : 13.8명
- 인구 10만 명당 정신과 의사 수 : 3.5명
- 인구 10만 명당 정신간호사 수 : 10.1명
- 인구 10만 명당 임상심리학자 수 : 0.8명
- 인구 10만 명당 사회복지사 수 : 2.6명

Mental Health Atlas 2005

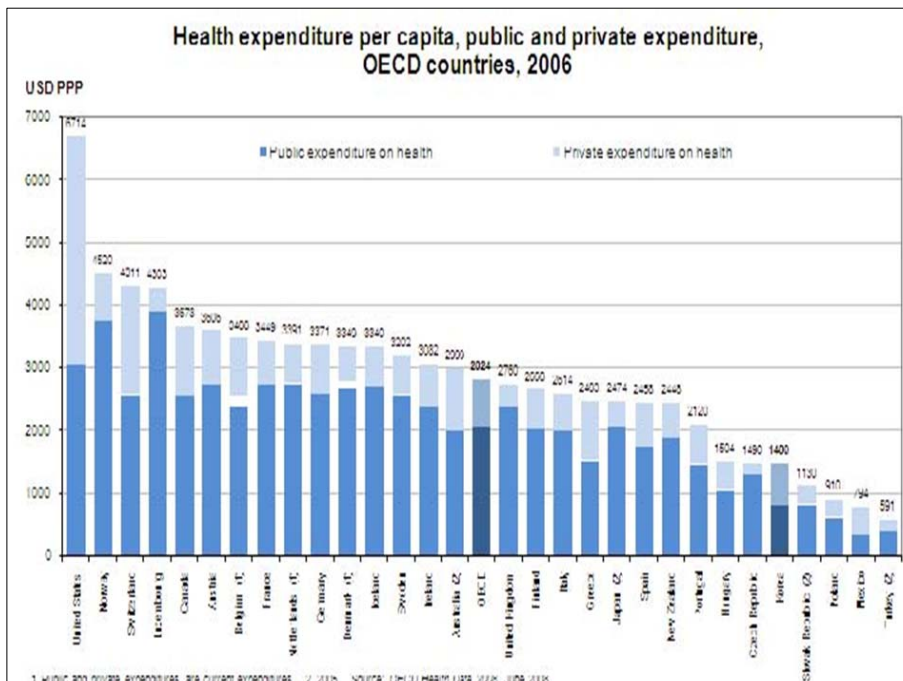
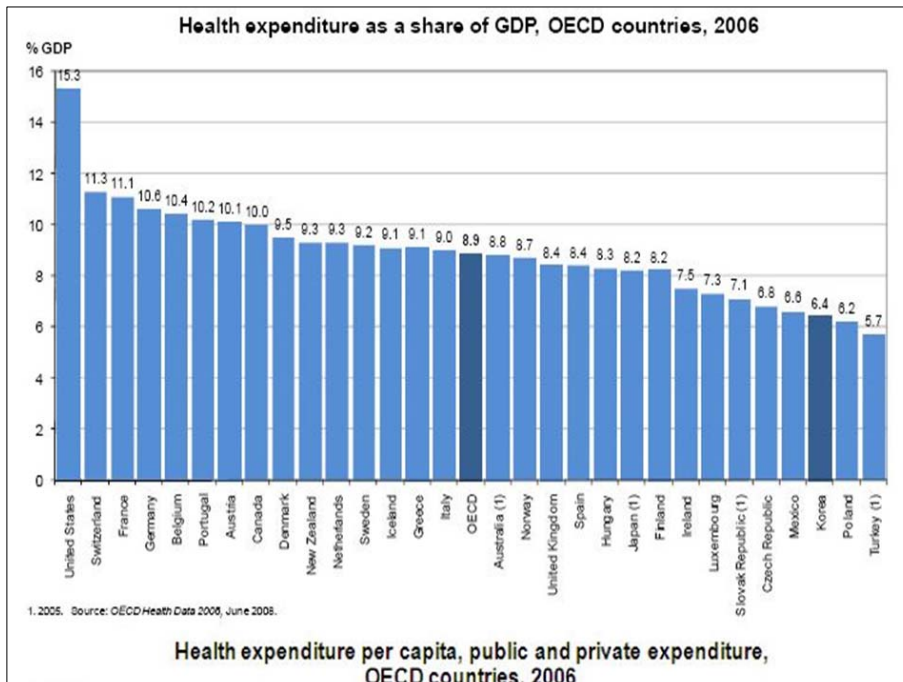
- 지역사회 중심의 치료시설 : yes
 - 지역사회정신보건센터 : 130개
 - 사회복지시설 : 200개
- 정신보건가족협회 등 정신장애인 인권옹호를 위한 활동 : yes

Summary for Mental Health Atlas 2005

- 인적 자원
 - 정신과 의사 : 3.5명 vs. 유럽 평균(9.8명)
 - 정신과 간호사 : 10.1명 vs. 유럽 평균(24.8명)
 - 임상심리학자 : 0.8명 vs. 유럽 평균(3.1명)
 - 사회복지사 : 2.6명 vs. 유럽 평균(1.5명)
- 아시아 지역의 평균보다 현저히 높은 기준을 가지고 있음.

Summary for Mental Health Atlas 2005

- 경제적 자원
 - OECD 국가 중 보건예산 28위
 - 6.4% of GDP(2006)
 - OECD 평균 : 8.9%
 - 인구 1인당 보건예산 : 1480 USD
 - OECD 평균 : 2824 USD
 - 보건예산 중 정신보건지출 비중
 - 1-3%, GDP 대비 적은 투자 국가로 분류



Summary for Mental Health Atlas 2005

- 정신보건 지표
 - 입원병상의 증가율
 - 전체적인 입원병상 수의 문제보다 지난 10년간 입원병상의 증가율이 문제
 - 재원 입원일수의 증가(150-300일/year)
 - 자살율 증가(24-25명 /10만명)
 - 지역사회 중심의 자원이 상대적으로 부족
 - 비자발적 입원 : 92%
 - Tip : 지난 15년간은 Dynamic equilibrium을 향한 변화 과정

인권중심의 정신보건지표

- 양적인 지표만으로는 부족
- Example(지속적인 관리에 대한 지표)
 - 정신과 외래 방문 횟수 기준(1 year)
 - 정신보건센터 등록 : 가정방문 횟수
 - Is that Enough?

New Indicators for Human rights

- 방문 횟수보다는 어떠한 Care를 받았는가를 나타내는 지표가 필요
 - 면담의 내용에 대한 만족도
 - 최근 약물치료의 변화가 존재
 - 가족의 부담감이 줄어들고 있는가
 - 치료과정은 지역 중심의 관리체계 내에서 이뤄지고 있는가
 - 치료과정에서의 존중감

New Indicators for Human Rights

- 원칙
 - 지역사회에서 치료 받을 권리
 - 치료가 끝나는 즉시 지역사회로 복귀할 권리
 - 지역의 문화적 배경에 적합한 치료를 받을 권리
- 한국
 - 정신보건법에 “지역사회”에 대한 명시가 제시되어 있지 않음
 - “탈수용화”에 대한 제도적 장치가 불확실

New indicators for human rights

- Consumer 중심의 원칙에 대한 평가
 - 의료기관의 접근성 문제
 - 입원기관에 대한 주관적 평가 지표
 - 강박처치에 대한 횡수, 격리 횡수
 - 강박처치에 대한 타당도, 불가피성의 존재
 - 치료과정에서의 설명 유무
 - 치료과정에 대한 당사자의 참여 유무

New indicators for human rights

- Consumer 중심의 원칙에 대한 평가
 - 지역사회 중심 치료과정에 대한 평가 지표
 - 연속적인 인권교육의 존재
 - 치료받을 권리에 대한 당사자 평가
 - 최적의 치료를 위한 권리 준수 유무
 - 장기입원을 막기 위한 제도 관리
 - 지속적 치료과정의 개인화된 계획 수립
 - 지역사회 네트워크 지원 유무

New indicators for human rights

- 중증정신장애인에 대한 지표현황
 - Outcome measurement : no
 - 임상 가이드라인 : no
 - 강박처치 및 격리에 대한 지침 : no
 - Staff 성과지표 : no
 - 약물치료에 대한 리스트업 : yes
 - 지역사회 관리에 대한 질적 지표 : no
 - 최적의 치료를 위한 가이드 라인 : no

New indicators for human rights

- 정신보건법에 대한 인권지표 개발
 - 정신보건서비스가 신체적 보건의료와 동등한 기준에 의해 제공되도록 하고 있는가
 - 독립된 정신보건 재정의 의무조항이 있는가
 - 지역사회치료 및 탈수용화에 대한 의무조항이 존재하는가
 - 정신보건시설이 환자의 알 권리를 보장하도록 의무화되어 있는가

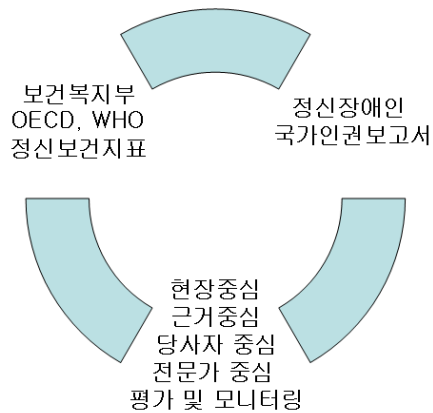
New indicators for human rights

- 정신보건법에 대한 인권지표 개발
 - 정신보건서비스 이용자들이 정신보건정책, 법령의 개발 및 서비스 계획에 참여하도록 보장 받고 있는가
 - 주거,고용,사회보장에 대한 구체적 접근이 보장되어 있는가
 - 동등한 고용기회 보장
 - 수당 및 연금수혜에 대한 평등권 보장

New indicators for human rights

- 정신보건시설에 대한 인권지표 개발
 - 구조적 측면에 대한 평가
 - 인적 자원에 대한 평가
 - 심리적 안정감에 대한 주관적 평가
 - 치료효과에 대한 주관적 평가
 - 치료과정에 대한 당사자 참여 평가
 - 지속적 치료 계획에 대한 평가

한국 정신보건의 방향



WHO MIND Project



한국 정신보건의 방향

- 당사자 중심의 치료권리에 대한 운동이 전개되어야 한다
- 인권 예민도가 높은 정신보건 지표 개발
- 정신보건 재정에 대한 사회차원의 위기의식이 필요(social investment)
- 사회통합으로서의 정신보건정책을 이해
 - Social inclusion, social integration



정신보건서비스 현장에서 조망한 인권의 실천적 문제

배 안

(국립나주병원 의료부장)

정신보건서비스 현장에서 조망한 인권의 실천적 문제

국립나주병원
배 안

1789. 8. 26
인간 및 시민의
권리선언

프랑스혁명 초기 국민의회 의원들의 채택





인권중심 정신보건의 역사

요양소: 19세기 전반

- 발병: 마음의 유전적 결함이 있는 사람에게 혼란스러운 도시생활의 압박과 스트레스가 가해져서 발병
- 치료: 확고한 규칙과 변함없는 일정을 제공, 이를 위해 평화로운 교외에 요양소 건립
- 19세기 후반- 20세기 전반: 소수의 직원이 다수의 환자를 조직적으로 통제하기 위해 환자의 기본권과 자유를 제한

2차 세계대전 전

- 정신과적 문제를 신경증과 정신증으로 구분
- 정신증: 정신보건법의 대상자이며, 대형, 격리된, 수용적 정신병원에 감금
- 정신병원: 도덕적 치료의 이상은 사라지고, 간헐적인 치료적 개입

치료공동체: 2차 세계대전 말

- Maxwell Jones: 사회적 재연계를 위한 “과도기 공동체transitional communities”
- Thomas Main: 병원 일상활동의 결정에 환자와 직원 전 구성원이 참여하고, 궁극적으로 환자의 재사회화를 목적으로 하는 공동체로서 “치료공동체” 제시
- 정신질환은 사회적응의 실패이며, 치료는 재사회화를 위한 체계적 프로그램을 통하여 개인의 권리, 권익, 능력, 도덕성과 책임성을 회복시키고자 함
- 1950년대 개방병동, 1970년대 이후 지역정신의학의 실제적 근거가 됨

탈원화: 20세기 후반

- 항정신약물에 의한 증상의 경감 가능성 제시와 장기간의 감금은 반치료적
- 가능한 입원은 피하고, 재원기간은 최소화시키며, 환자는 지역사회에 머물도록 해야 함
- 사회-정치적 전략의 변화: 사회적 지원형태로서 시설감금에서 복지국가와 사회보험 하에서 공공주거시설의 제공, 의료 및 사회사업 강화, 지역사회환자의 지도감독 등

지역사회관리: 1970년대

- 포괄적 정신의료서비스, 관리의 연속성, 지역사회 정신의료체계의 창설
- 교육을 통한 예방과 정신건강증진
- 낙인의 제거를 위한 조기치료, 접근의 용이성, 법적 형식의 최소화, 전문가 교육
- 외래치료, 보호주거시설
- 입원치료의 최소화
- 퇴원 후 사후관리

1980년대

- 일반인의 정신의학적 문제의 분화: 아동, 비행, 범죄, 부랑자, 불행한 결혼, 성적 문제
- 정신보건 전문가의 다양화: 간호사, 사회복지사, 보호관찰사, 심리사, 교육가, 작업치료사 등.
- 정신보건시설의 다양화
- 정신의료전문가는 정신적 고통의 사회적 요인의 중요성을 인식하고, 병원의 의학적 치료와 여타 사회적 기관 사이의 협력관계 확립

정신보건의 초점 이동: 20세기 말

- 공공 정신의료서비스: 중증 정신질환에 집중
- 지역사회관리의 실패: 지역사회에서 취약성을 가진 사람의 방치로부터 정신질환자로 인한 지역사회에 대한 위협으로 초점 이동
- 폭력성향의 관점에서 정신질환의 새로운 대중적 개념 발생
- 정신의학에 대한 사회-정치적 수요: 지역사회의 보호와 안전성 확보라는 관점에서 정신질환자의 통제와 감시(Crichton, 1995)

미침madness

- 자신을 정상이라고 여기는 사람이 소외되거나 주변부에 머문 사람에게 돌리는 모든 위협의 상징
- 차이는 위협으로 간주되며, 정신병원의 폐쇄된 문이나 수용소의 벽에 의해 한정되지 않는 차이를 규정하고 안전을 유지하려는 지속적인 노력이 행해짐
- 단순한 정신건강문제와 정신의학전문가의 문제가 아니라, 정신건강문제가 있는 사람에 대한 두려움과 위험감소의 필요성에 의해, 일상생활 자체가 madness에 의해 통제됨(Rose, 1999, Simon, 1997)

위험도 관리

- 위험도(경도, 중등도, 심도)에 따라 상이한 치료적 접근
- 위험도의 사정과 관리가 정신의학의 정치적 의무이며, 정신보건영역에서 일하는 사람들의 전문적 의무
- 지역사회에서 정신과 의사가 마주치는 도전은 환자에 대한 의무와 통제에 대한 사회-정치적 요구 사이의 균형유지다. : 즉, *사회보호를 극대화시키면서 환자의 치료를 극대화시키는 것이다.*

개인의 권리를 제한하는 근거

-정신장애인 보호와 정신보건 의료향상을 위한 원칙, 국제연합 총회 46/119 결의문: 일반적 제한 사항 5조, 1991-

- 해당인의 건강과 안전을 보호하기 위해
- 타인의 건강과 안전을 보호하기 위해
- 공공의 안전을 보호하기 위해
- 공공의 질서를 보호하기 위해
- 공공의 건강을 보호하기 위해
- 공공의 도덕을 지키기 위해
- 타인의 기본권과 자유를 보호하기 위해

입원 시 인권문제

선택권과 권능

- 선택권은 ‘인간은 이성적 존재로서 자신을 위한 결정을 할 권한이 있다’는 관점에 근거: 이성적 행동이라는 추정이 성립되지 않을 때 사회는 무력해진 사람의 편에서 결정을 할 수 있는 절차를 밟음
- 권능 *competence*은 사람이 자신을 위하여 결정을 내릴 수 있는 힘이 있다는 필요조건: 사람이 무력하다는 것이 입증되면, 그 사람의 권리의 많은 부분이 박탈될 수 있음

권능관련 질문

- 그 사람이 권능이 있는지의 여부를 결정할 수 있는 기준은?
- 누가 권능의 유무를 결정할 수 있는가?
- 무력해진 사람을 대신하여 누가 결정권을 행사하는가?
- 무력해진 사람의 대행자는 어떻게 결정을 내리는가?

무능력incompetence의 정의

- 정신적인 영향을 받아서 합리적이고 정상적 행동을 하지 못 할 정도의 사람
- 자신이 행하고 있는 행동의 특성과 결과를 이성적으로 이해할 만한 충분한 능력이 결여된 사람
- 자신을 돌볼 수 없음 ~ 자신의 신체적 건강, 음식, 의복이나 보호처에 대한 개인적 요구물을 적절하게 준비할 수 없음
- 정신증, 치매, 정신지체나 기타 정신질환이나 기능장애 자체만으로는 무능력하다고 하기엔 불충분

일반적 권능의 평가기준

- 상황의 자각
- 문제에 대한 사실적 이해
- 예상되는 결과의 평가
- 정보의 이성적 처리
- 자신이 처한 환경 내의 기능
- 환자에 대한 요구의 정도

보호자의 개념 변화

- 로마시대: 보호자의 책임은 무능력자의 재산만 관리: 재산보전과 공적 부담의 예방
- 현대 법: 개인의 재산보호와 개인적 일(생활환경, 의학적 치료의 선택, 사적 지위의 변화 등)에 관한 결정권 허용
- 1970년대 이후: 후견인과 보호자를 구분
 - ✓ 후견인conservator: 재산 및 유산 관리
 - ✓ 보호자guardian: 재산관리와 개인적 일에 관한 결정권 보유
- 한정 보호자limited guardian: 무력해진 기능에 대해서만 보호자가 결정권 보유(예, 약물, 수술 및 기타 의료적 처치에 대한 망상적 지각으로 인해 치료를 거부한 환자의 치료 결정권만 박탈)

제24조 보호의무자에 의한 입원

- ① 정신의료기관등의 장은 정신질환자의 보호의무자 2인의 동의(보호의무자가 1인인 경우에는 1인의 동의로 한다)가 있고 정신과전문의가 입원등이 필요하다고 판단한 경우에 한하여 당해 정신질환자를 입원등을 시킬 수 있으며, 입원등을 할 때 당해 보호의무자로부터 보건복지부령이 정하는 입원등의 동의서 및 보호의무자임을 확인할 수 있는 서류를 받아야 한다.
- ② 정신과전문의는 정신질환자가 입원등이 필요하다고 진단한 때에는 제1항에 따른 입원등의 동의서에 당해 정신질환자가 다음 각 호의 어느 하나에 정한 경우에 해당된다고 판단한다는 의견을 기재한 입원등의 권고서를 첨부하여야 한다.
 1. 환자가 정신의료기관등에서 입원등 치료 또는 요양을 받을 만한 정도 또는 성질의 정신질환에 걸려 있는 경우
 2. 환자 자신의 건강 또는 안전이나 타인의 안전을 위하여 입원등을 할 필요가 있는 경우

제25조 시장·군수·구청장에 의한 입원

- ① 정신질환으로 자신 또는 타인을 해할 위험이 있다고 의심되는 자를 발견한 정신과전문의 또는 정신보건전문요원은 시장·군수·구청장에게 당해인의 진단 및 보호를 신청할 수 있다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 신청을 받은 시장·군수·구청장은 즉시 정신과전문의에게 당해 정신질환자로 의심되는 자에 대한 진단을 의뢰하여야 한다.
- ③ 정신과전문의가 제2항의 정신질환자로 의심되는 자에 대하여 자신 또는 타인을 해할 위험이 있어 그 증상의 정확한 진단이 필요하다고 인정한 때는 시장·군수·구청장은 당해인을 국가나 지방자치단체가 설치 또는 운영하는 정신의료기관 또는 종합병원에 2주 이내의 기간을 정하여 입원하게 할 수 있다.

- ④ 제3항의 규정에 의한 자신 또는 타인을 해할 위험의 기준은 제28조의 규정에 의한 중앙정신보건심의위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 정한다.
- ⑤ 시장·군수·구청장은 제3항의 규정에 의한 입원을 시킨 때에는 당해 정신질환자의 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 자에 대하여 지체없이 입원사유·입원기간 및 장소를 서면 또는 전자문서로 통지하여야 한다.
- ⑥ 시장·군수·구청장은 제3항의 규정에 의한 진단결과 당해 정신질환자에 대하여 계속입원이 필요하다는 2인 이상의 정신과전문의의 일치된 소견이 있는 경우 당해 정신질환자에 대하여 국가나 지방자치단체가 설치 또는 운영하는 정신의료기관에 입원치료를 의뢰할 수 있다. 다만, 그 관할구역에 국가나 지방자치단체가 설치 또는 운영하는 정신의료기관이 없는 경우에는 그 외의 정신의료기관에 입원치료를 의뢰할 수 있다.
- ⑧ 시장·군수·구청장은 제6항의 규정에 의한 입원의뢰시 당해 정신질환자 및 보호의무자 또는 보호를 하고 있는 자에 대하여 계속입원이 필요한 사유 및 기간과 제29조의 규정에 의한 퇴원심사등의 청구에 관한 사항을 지체없이 서면 또는 전자문서로 통지하여야 한다.

제37조의2 외래치료명령

- ① 정신의료기관의 장은 제24조 및 제25조에 따라 입원등을 한 환자 중 정신병적 증상으로 인하여 입원등을 하기 전 자신 또는 타인을 해한 행동을 한 자로서 대통령령이 정하는 자에 대하여 보호의무자의 동의를 얻어 시장·군수·구청장에게 1년 이내에서 외래치료명령을 청구할 수 있다.
- ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 외래치료명령의 청구를 받은 때에는 기초정신보건심의위원회의 심의를 받아 1년 이내에서 외래치료를 명할 수 있다.

입원 중의 일반적 권리

치료받을 권리에 대한 오해

- 모든 환자에 대한 치료 보장: 강제로 숙박된 환자에 한함. 외래나 자발적 치료는 해당되지 않음.
- 적정 치료의 보장: 최선의 가능한 치료보다는 최소의, 헌법상으로 명한 표준적 치료를 의미함
- 효과적 치료의 보장: 법은 전문가를 고용하도록 할 수 있지만, 모든 환자가 자신이 처한 상황에서 가장 효과적인 치료를 받고 있는지를 점검할 수는 없음. 치료를 위한 전제조건은 법적으로 보장할 수 있지만, 적정의 치료가 수행되는지는 보장할 수 없음.
- 치료 선택권 보장: 병원은 환자가 선택 혹은 거부할 정도로 충분한 치료방법을 제공할 수 있는 것은 아니며, 각 환자에게 단일의 치료법 제공이 적절할 수도 있음.

방문visitation

- 환자의 지역사회 연계 유지, 효과적인 조기퇴원과 지역사회 재통합 촉진
- 제한: 입원 직후 병원 적응기, 초기 평가기간, 극도의 정신병적 및 초조 상태, 전 방문시 반생산적(주먹질 등)이거나 바람직하지 않는 결과(자살 기도 등) 야기, 다른 환자의 치료에 방해되는 경우.
- 원칙: 방문객 통제의 목적은 환자의 최선의 이익, 즉 건강과 사생활을 보호해야 하는 것이며, 임상가는 환자를 가장 먼저 보호해야 할 의무가 있다. 환자에게 최선의 이익의 관점에서 상호 동의 하에 결정.

의사소통communication

- 외부세계와 환자의 자유롭고 공개적인 의사소통은 입원으로 인해 영향 받지 않아야 한다.
- 반대: 환자에게 잠재적으로 위해가 되는 접촉(위협적, 공격적, 호색적 등)을 외부세계로부터 보호할 필요성이 있다.
- 옹호: 환자의 보호를 위하여 명백히 권익을 제한할 필요가 있는 경우를 제외하고는, 자유로운 의사소통을 허용한 하는 것이 거의 문제를 일으키지 않는다.

사생활privacy

- 효과적인 치료는 환자의 고유성과 사적 공간을 보호하는 여러 조치들과 상반되지 않는다: 개인적 소유물 보유, 사물함 제공, 개인 욕실 제공, 환자를 위한 공간 제공 등
- 사생활보호는 환자의 비밀성 보호를 의미: 타 환자 듣는 데서 환자문제를 얘기하지 않기, 환자의 기록에 대한 접근성 제한 등

위해로부터 보호받을 권리

- 신체적 폭력으로부터 자유로울 권리가 있다.
- 위해로부터 자유로울 권리는 타인에게 폭력적일 수도 있는 환자에 대한 관심과 약물, 공간 제한, 격리나 강박 등의 적합한 개입을 필요로 한다.
- 환자는 직원의 폐해로부터 보호 받을 권리가 있다. 야간과 주말 근무자에 대한 특별한 주의가 필요하며, 이를 예방하기 위해 적절한 이의신청 방법이 필수.

행동의 자유에 대한 권리

- 병원 내에서 행동은 임의적(병원 직원의 편의에 따른 격리와 강박 등)으로 제한될 수 없으며, 정당한 치료적 필요성에 의해서만 제한되어야 함.
- 격리나 강박의 유일한 합법적 근거는 환자나 타인에 대한 위해의 예방이며, 와해된 환자를 위한 자극제한과 같은 치료적 용도는 법적으로 받아들여지지 않음.
- 입원은 정신질환의 치료수단이라기 보다는 신체적 위해 예방 수단으로 보는 경향이 대세
- 절차: 환자에 대한 지속적인 관찰과 점검, 격리나 강박 중 의사의 주기적 검진과 기록, 화장실 사용과 사지 운동을 위한 주기적인 해제

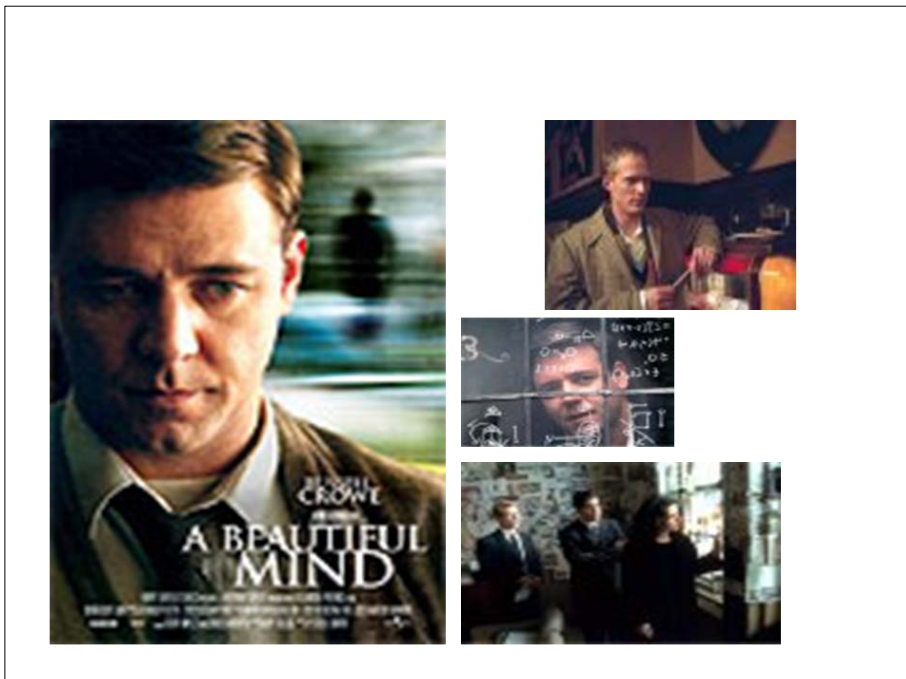
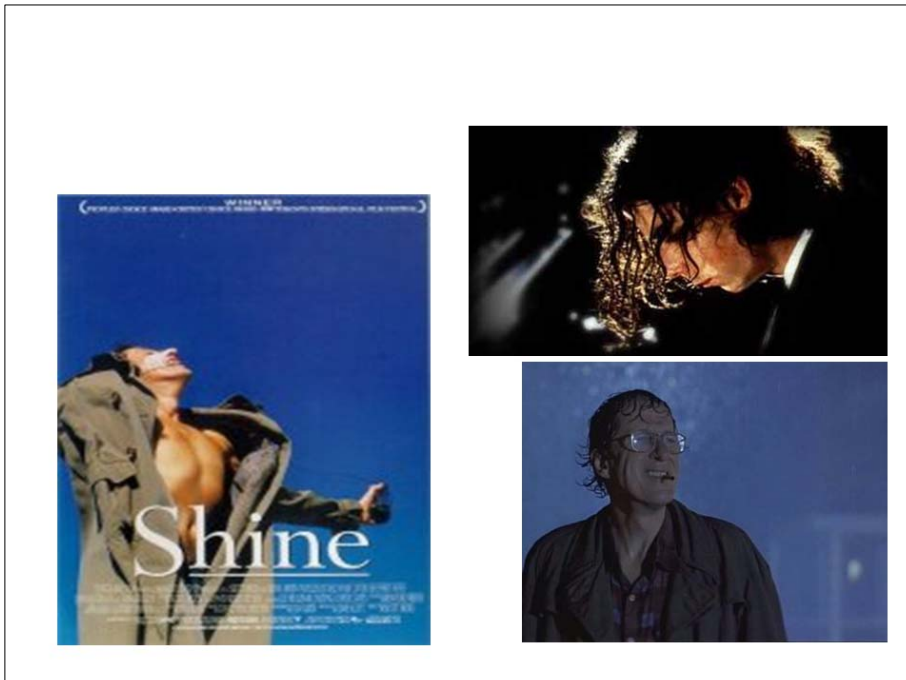
경제적 권리

- 정신과 환자가 자신의 재정적 문제와 심지어 개인적 문제(결혼, 이혼, 자녀 후견 등)까지도 관리하도록 허용하는 경향
- 자신의 자산을 합리적으로 다룰 수 없는 환자는, 법적으로 무능력자로 공식적으로 선언되지 않았을 때조차도, 낭비를 허용한 보호자에 대하여 소송을 제기할 합법적 이유를 갖음
- 돈을 낭비할 수 있는 환자의 권한의 제한이 환자에게 최선의 이익이 되고, 그러한 제한을 강제하지 않음으로 인해 임상가는 위험의 발견에 소홀할 수 있는 상황이 있음

제2조 기본이념

- ① 모든 정신질환자는 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받는다.
- ② 모든 정신질환자는 최적의 치료와 보호를 받을 권리를 보장받는다.
- ③ 모든 정신질환자는 정신질환이 있다는 이유로 부당한 차별대우를 받지 아니한다.
- ④ 미성년자인 정신질환자에 대하여는 특별히 치료, 보호 및 필요한 교육을 받을 권리가 보장되어야 한다.
- ⑤ 입원치료가 필요한 정신질환자에 대하여는 항상 자발적 입원이 권장되어야 한다.
- ⑥ 입원중인 정신질환자는 가능한 한 자유로운 환경이 보장되어야 하며, 다른 사람들과 자유로이 의견교환을 할 수 있도록 보장되어야 한다.





치료를 거부할 권리

치료 우선 V.S. 인권 우선

치료를 거부할 권리의 역사

- 사회구성원이 누리는 권리를 정신과 환자에게 허용할 수 있다는 보다 일반적인 운동에서 출발
- 비자발적 입원이 위험행동을 예방하는 것이고, 감독 하에 환자를 억류함으로써 그것이 달성될 수 있다면, 치료의지가 없는 환자의 거부를 무시하며 치료를 강제할 수 있는 권한은 없다.
- ‘단지 비자발적 입원이라는 이유로 정신질환자가 자신에게 닥칠 일을 결정할 권리를 상실하는 것은 아니다’라는 개념에서 법적 타당성 확립(1970년대 말)

치료우선 모형

- 지시된 치료를 거부하는 것이 아니라 부적합한 치료를 제한하는 것이 환자의 이익이라는 접근법: 환자가 반대하는 치료법이 적합하다고 판정되면 치료는 시행 됨.
- 치료에 반대할 권리이지 치료를 거부할 권리는 아니다.
- 치료의 질은 향상되었지만, 맨 처음 치료를 받을 지에 대한 여부를 결정하는 권리를 보장한 것은 아니다.

권리우선 모형

- 주요 관심사로서 치료를 받을 지의 여부를 결정하는 환자의 권리에 주목
- 자신의 신체에 가해질 일을 통제할 권리가 있다는 관습법에 기반
- 일반 시민과 비자발적으로 입원한 환자의 권리의 차이를 최소화시키는 것이 핵심
- 치료의 필요성과 함께, 거부하는 환자의 능력을 사정할 독립적 평가자가 필요: 권리 옹호자와 임상가의 불만족
- 치료에 관한 결정을 내릴 능력이 없는 것으로 법적으로 밝혀진 환자만 비자발적 입원을 허용

응급

- 격리, 강박, 강제 투약을 포함하여 응급상황을 다루는데 필요한 절차에 대한 임상가의 전통적 특권을 인정하였음.
- 응급개념이 임상적 정의보다는 법적 정의로 축소되는 경향: 심한 통증, 급격한 황폐화와 같은 응급에 대한 임상적 정의는 거부되고, 자신과 타인에 대한 상당한 신체 상해의 발생이나 위협, 비가역적 황폐화 가능성과 같은 법적 정의가 선호됨.
- 혐의의 관점에서 약물사용은 응급상황을 통제하기에 필요한 정도만 허용됨.
- 약물 사용을 질병의 치료보다는 행동의 통제수단이라는 비임상적 관점에서 보며, 비자발적 입원의 기준이 치료의 필요성보다는 위험성의 관점에서 보는 것과 유사

언젠가는 정신장애인이 동일국가의 다른 시민들과 정확하게 동일한 권리를 가져야만 하고, 근본적으로 그들이 선택하고 결정한 삶을 살 권리를 가져야 한다는 것을 인정하게 될 것이다.

- Judi Chamberlin -



정신장애인의 인권보호를 위한 국가인권위원회의 방향

국가인권위원회 장애차별팀

정신장애인의 인권보호를 위한 국가인권위원회의 방향

국가인권위원회 장애차별팀

1. 정신장애와 인권

정신장애인은 정신장애인에 대한 광범위한 차별로 스스로 자신의 목소리를 내기 어려우며, 다른 집단에 비해 인권침해를 받을 가능성이 매우 높다. 또한 가족들에게도 많은 심리적 고통이 수반되게 된다. 현대의 일상생활에서 가족들이 정신장애인을 보살핀다는 것은 매우 힘들고 어려운 일이며 제대로 된 치료를 받기 위해서는 경제적 부담뿐만 아니라, 특히 정신질환에 관한 사회적 편견은 극복하기 어려운 장벽이다.

그 결과 정신장애인들은 가족 및 사회 방위적 차원에서 손쉽게 ‘시설’에 격리·수용되고, 시설에서는 일반인들이 납득하기 어려운 수준의 ‘특별한 대우’를 받게 되는 경우가 많으며, 이러한 ‘시설수용 위주의 정신장애인 정책’에 대하여 인권침해 논란이 계속해서 제기되어 왔다. 이를 해소하기 위하여 1991년 UN의 ‘정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)’ 채택, 장애인권리협약(Convention on Rights of Persons with Disabilities)의 성안 등 정신장애인 인권에 대한 국제적 기준의 마련을 위해 국제적인 노력이 경주되고 있다.

우리나라의 경우, 정신장애인들 상당수가 비전문적인 시설과 열악한 환경에서 생활해 오다가, 1995년 정신보건법이 제정(1997년 시행)되어 그나마 국가 정책적으로 정신장애인에 대한 보건복지서비스가 제공되고는 있다. 국제적 기준으로 볼 때 아직 미흡한 수준이며, 그 한계를 극복하기 위한 근본적인 노력이 절실히 요구되고 있다.

정신장애인의 인권보호와 증진을 위해서는 우선, 정신장애인에 대한 권리보호 및 구제 절차가 법·제도적 차원에서 보다 명확하게 보장되어야 할 것이다. 경우에 따라 정신장애인들에 대한 강제 치료가 불가피하다 하더라도, 비자발적 입원환자가 우리나라 전체 입원 환자의 90% 이상을 차지하고 있는 우리의 현실은 그 자체로 중대한 인권문제가 아닐 수 없다. 실제로 국가인권위원회 진정사건 조사를 통해 확인된 사례들 중에는 부부간 혹은 부모자식간의 불화를 이유로 강제입원을 악용하는 어처구니없는 경우도 발생하고 있어 이에 대한 각별한 주의가 요망된다. 한 사람의 '인신의 구속'을 대수롭지 않은 일로 여기는 관행은 혹시 있을지도 모르는 억울한 피해자에게는 중대한 생명의 문제가 될 수도 있는 것이며, 강제 입원의 남용은 정신장애인의 인권을 위협하는 요인이 될 수 있다는 점도 기억해야 할 것이다.

또한 치료과정에서 환자들에 대한 폭언·폭행이나 과도한 격리·강박, 기타 비인간적인 처우를 하는 경우에 대해서도 보다 엄격한 통제가 필요하다. 얼마 전 국가인권위원회가 고발한 사건처럼 100시간이 넘는 강박으로 인해 환자가 사망한 것으로 판단되는 경우도 있었고, 의료진이 환자를 폭행한 사건도 최근까지 발생하고 있다. 물론 현장에서 정신장애인들을 치료하는 과정에서 환자들을 돌보는 데 이써 여러 가지의 애로가 있겠지만, 필요 최소한의 범위를 넘어서는 강제력까지를 용인하게 되면 시설에 수용된 정신장애인들의 인권은 더욱 취약해 질 것이 분명하다.

아울러, 통신의 자유, 사생활 보장의 자유, 종교의 자유 등도 극히 예외적인 상황을 제외하고는 모두 보장되어야 할 것이다. 그리고 이러한 권리는 단순히 선언되는 데 그치지 않고, 정신장애인들이 스스로의 인권을 보호하고 권리를 구제받을 수 있도록 실효성 있는 제도적 장치가 보완되어야 할 것이다.

다음으로, 시설수용 위주의 정책에서 탈피하여 다시 사회에서 자립할 수 있도록 지원해야만 정신장애인의 인권이 보호된다고 할 수 있을 것이다. 우리나라는 다른 나라들에 비해 인구대비 정신병상수가 지나치게 많은 편에 속하고, 한번 시설에 들어가면 너무 오랜 기간을 시설에 격리되어 있다. 만성적 환자들에게는 장기요양 치료가 불가피하겠지만,

적절한 재활 및 자립 지원으로 충분히 사회에서 생활할 수 있는 상당수의 환자들까지 시설에 장기 수용되고 있는 것은 당사자는 물론이고 우리 사회에도 결코 바람직하지 않다. 그렇다고 대부분의 경우 시설에서 이들에게 적절한 치료 프로그램이나 사회복지지원 프로그램을 제공할 수 있는 형편도 아니어서, 사회방위적 차원에서 이들을 사실상 시설에 방치하고 있다고 밖에 볼 수 없다. 물론 시설에 수용된 정신장애인들에게 사회복지 및 자립을 지원하는 정책으로 변환하기 위해서는 현행 의료수가 체계를 개선하는 한편 인프라 및 인력 확충 등 대규모 재정소요와 사회적 합의가 필요하므로 결코 쉽지 않은 일 이겠지만, 이제 더 이상 미룰 수 없는 과제이자 반드시 풀어야 할 숙제이다.

이와 더불어 정신장애에 대한 사회적 편견 해소를 위해 다양한 노력을 경주해야 할 것이다. 최근 정신보건가족협회나 정신장애인 자조모임 등이 여러 가지 노력을 하고는 있지만, 우리나라는 정신장애인 당사자들에 의한 권익운동이 아직 활성화된 단계는 아닌 것으로 평가된다. 국가는 이러한 조직을 보다 체계적으로 지원해서 이들이 자신들에 대한 편견과 차별을 스스로 극복하도록 하는 한편, 사회구성원들의 인식 개선을 위한 노력을 병행해야 할 것이다. 결국 누구나 잠재적으로는 정신장애인이 될 수 있다는 사실, 따라서 더불어 살아가는 관용과 배려가 필요하다는 사실을 마음으로 수용하는 것은 비단 정신장애인 문제만이 아니라 우리사회가 ‘사람이 사람답게 사는 세상’이 되는 계기가 될 수 있을 것이다.

2. 정신보건정책 비교

우리나라보다 정신보건정책이 앞서있는 나라들의 경우에는 지역사회에 기반을 둔 정신보건의료서비스를 행하고 있다. 즉, 이용자와 가족 중심의 치료, 예방과 재활, 회복과 사회복지에 초점이 맞추어져 있다. 그러나 우리나라의 경우 지역사회의 부재와 격리 및 시설위주의 정책으로 인하여 계속하여 병상수와 입원환자수가 증가하고 있는 실정이다.

[아래표 참조]

◎ 우리나라의 정신과 입원환자수 및 병상수의 변화



특히 문제가 되고 있는 것은 장기입원일수이다. 장기입원 일수는 다른 OECD국가와 비교하여 10배이상 높은 실정이다. 장기입원일수가 이렇게 높은 것은 하나의 이유가 아닌 정신질환이 발생했을 때 초기 대응문제, 의료수가의 문제, 심판위원회의 역할문제, 회전문 문제, 편견의 문제, 지역사회 기반의 부재 등 여러 이유가 복합적으로 작용하여 발생하였다고 볼 수 있다.

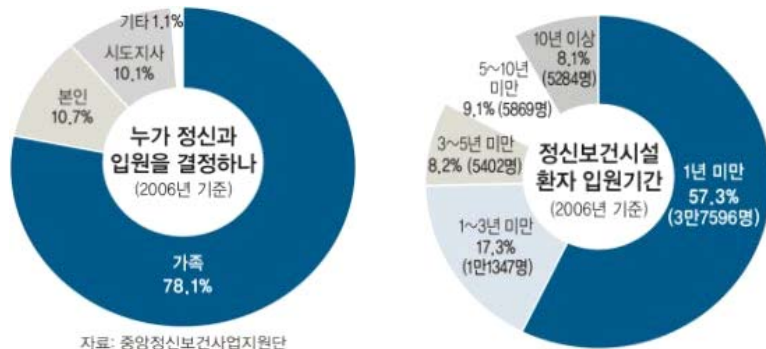
◎ OECD국가, 정신과 평균입원일수와 인구 천명당 병상수 (2000년)



(OECD, OECD Health System : Facts and Trends, 2003.)

또한 입원의 경우에도 90%이상이 비자의 입원으로 다른 여타 국가와 비교하여 많게는 10배 이상 작게는 3배 정도의 높은 비율을 가지고 있다. 이 또한 위에서 언급한 장기입원의 문제점들과 동일하며, 이러한 강제입원과 장기입원 속에서 정신장애인 당사자에 대한 인권 침해 및 자기결정권 침해의 문제가 발생하고 있다고 볼 수 있다.

우리 위원회의 진정건수와 진정유형을 분석해 보면 자기결정권 침해와 관련되어 있는 입·퇴원관련 진정과 대표적 인권침해 행위인 가혹행위에 관한 진정이 전체 진정의 거의 60%에 육박하고 있다.



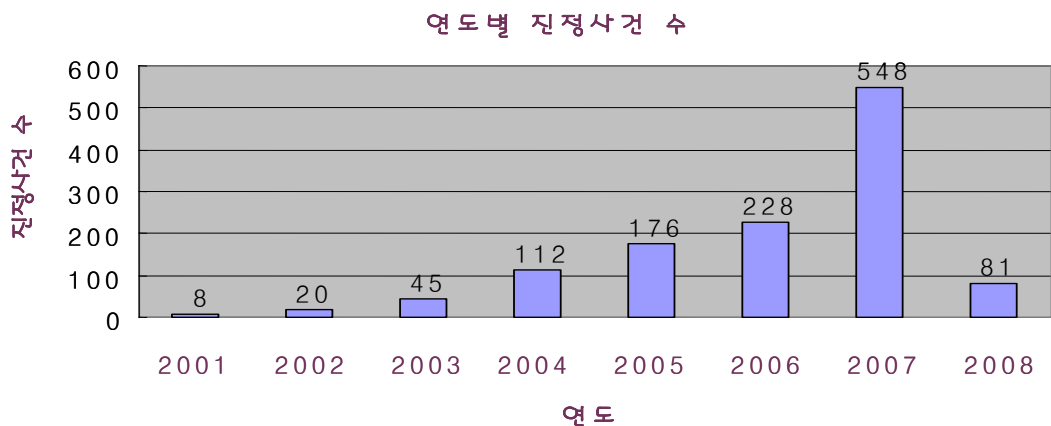
위에서 언급한 강제입원과 장기입원 및 정신장애인당사자에 대한 인권침해의 문제는 여러 가지 제도적, 사회적 원인을 가지고 있으므로 이를 해결하기 위해서는 현재의 문제 점들에 대한 전체적 조망과 원인을 분석한 종합적인 법적, 정책적, 사회적인 종합적인 대책이 제시되어야 할 것이다.

이하에서는 지금까지 정신장애 관련 국가인권위원회의 활동과 정신장애인 관련 문제 점들을 해소하기 위한 국가인권위원회의 대응책 및 활동방향에 대하여 소개하려 한다.

3. 정신장애인 관련 국가인권위원회의 활동

가. 진정사건 처리 현황

2001년 11월 25일 국가인권위원회(이하 인권위)가 설립된 이후 2008년 2월 29일까지 인권위에 접수된 침해 사건은 총 23,789건으로, 그 중에서 정신보건시설관련 인권침해 진정 사건 수는 1,218건에 이르고 있다. 2001년 이후 정신장애인 관련 진정사건은 꾸준히 증가하고 있으며 특히 2007년 이후 폭발적으로 증가하였다. 이는 인권위 진정사건 조사결과와 언론보도, 다수인 보호시설의 면진진정확대, 인권위 인권상담센터의 다수인보호시설 진정함 실태조사(2006년과 2007년), 보건복지부의 진정함 설치 지침 제정 등으로 인한 진정사건의 수가 급격히 증가한 것으로 보인다.



<그림 1> 연도별 정신장애인 관련 진정접수 현황

<표 1> 유형별 현황

(단위: 건)

유형 진정내용수	입원	퇴원	치료	가혹행위	사생활 침해	시설, 환경, 위생	알권리, 종교의 자유, 진정권방해	기타
2,599건	572	411	414	502	339	215	101	55

<표 2> 진정사건의 처리유형별 현황

처리 유형	합계	인용	조사중 해결	기각	각하	이송	조사중지	조정
건수	1,016	112	44	328	498	18	15	1

나. 권고와 실태조사

(1) 구제조치의 권고

2008년 2월까지 정신장애인 관련 인권 침해 진정사건 중 처리된 사건은 1,016건이 처리되었고 이 중 구제조치를 권고(고발 포함)한 건은 112건이었다. 그 중 고발이 30건이었으며 합의종결이 4건이다. 전체 위원회에 접수된 사건 수에서 구제조치를 권고한 비율이

3.41%일 때¹⁾, 정신장애인 관련 진정사건 수에서 인용된 비율은 9.19%로 3배 가까이 되며, 특히 구제조치의 권고 중 고발의 비중이 높는데, 위원회 전체 고발건수 중 약 68%에 달한다.

	접수사건수	인용	고발
위원회 전체 접수된 사건	29,697	1,013(3.41%)	44
정신장애관련 접수된 사건	1,218	112(9.19%)	30

또한 전체 접수사건 대비 구제조치의 권고율은 9.19%이나 이 중에서 위원회가 본안 사건을 조사할 수 없어, 각하, 이송, 조사중지 결정된 사건을 제외하면 실제 구제조치 권고율은 23.1%로 4건중 1건은 인권침해가 있다고 판단되어 구제조치가 이루어진 것이며, 또한 조사중 해결²⁾된 사건 44건을 포함하면 실제 구제된 사건의 비율은 더 높아진다.

(2) 민간보험에 있어 정신장애인의 가입 권고

인권위는 민간보험에서의 장애인 차별에 대한 실태조사를 근거로 다음과 같은 정책권고를 관계기관에게 하였다.

첫째, 법무부 장관에게 상법 제732조를 삭제할 것을 권고하였다. 상법 제732조는 정신장애인을 보호하고자 하는 취지에서 도입되었다고는 하나, 장애인 개개인의 구체적인 상황에 대한 고려 없이 획일적으로 보험에의 접근 자체를 차단함으로써 헌법과 국제인권규약에서 보장하는 보편적 권리를 침해하는 차별을 야기하고 있다는 것이다.

둘째, 재정경제부 장관에게 민간보험영역에서의 장애인 차별을 금지하기 위하여 최소

- 1) 이 비율은 전체 위원회에 접수된 사건중 구제조치가 권고된 사건의 비율만 계산한 것으로 각하 결정된 사건도 포함되어 있다. 그러나 우리 위원회가 조사할 수 없어 각하되거나 수사기관 등으로 이송된 사건을 제외하면 구제조치 권고 비율은 훨씬 높아짐.
- 2) 우리 위원회가 조사를 진행 중에 진정인과 피진정인이 원만한 합의가 이루어져 해결되거나 진정 원인이 해소된 경우에 조사중 해결이라 하므로, 실제로 구제조치가 이루어진 것으로 보아야 할 것임.

한의 차별금지 조항을 삽입하고 차별이 있다고 주장되는 행위가 있을 경우 그 행위의 정당성을 보험업자가 입증하도록 하여 차별적 기준, 절차에 대한 시정이 가능하도록 보험업법의 관련 규정을 개정할 것을 권고하였다. 또한 장애인 시설 등의 단체보험을 통한 재해대비를 위하여 실질적인 대비책이 될 수 있는 지원을 규정하는 방향으로 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」을 개정하고, 장애인 시설 등을 신체손해배상특약부보험 가입의무화대상에 포함하도록 국가가 지원하는 관련 규정을 만들 것을 권고하였다.

셋째, 금융감독원장에게 장애관련 공통심사기준을 개선하고, 보험사의 보험인수기준, 보험상품 약관 등의 불합리한 내용에 대한 적극적인 관리감독을 하도록 권고하였다.

마지막으로 국무총리에게 민간보험에서 이루어지는 장애인 차별의 실질적인 시정을 위해서 필수적으로 요구되는 정책 및 재정 지원책을 마련함으로써 기획예산처, 보건복지부를 비롯한 관련 기관들의 정책조정과 재정지원을 위한 적극적인 조치를 취하여 줄 것을 권고하였다.

다. 직권조사 및 방문조사 현황

정신보건시설 관련하여 2002년 정신병원 2개소, 2006년 정신요양시설 5개소에 대한 방문조사를 실시하였으며 2005년 3건, 2006년 1건의 정신병원 직권조사를 실시하였다.

(1) 방문조사 실시 현황

년도	방문조사 개요	조사내용	처리결과
2002	○ 정신의료기관 방문조사 - 일정 : 11. 19. ~ 11. 27. - 대상 : 정신병원 2개소	○ 제도, 관리, 시설환경 ○ 입·퇴원 과정 적법성, 의료인력 등 ○ 생활인, 시설 관계자 면접·설문 조사, 자료검토 등	○ 법령 및 제도 개선 권고시 자료로 활용
2005	○ 정신요양시설 방문조사 - 일정 : 11.23. ~ 12.1. - 대상 : 5개소		○ 해당시설에 통보, 개선하도록 조치 (2007)

(2) 직권조사 실시 현황

년도	조사명	조사개요	조사내용	처리결과
2005	정신병원 직권조사	- 병원내 알콜 중독에 대한 치료프로그램 유무, 의료 인력수, 입퇴원 절차등 시설 운영 전반에 관한 사항	- 치료프로그램 및 운용, 의료 인력수 및 입원환자수의 적정 여부, 응급 상황에 대한 대처가능 등 시설 전반 사항	- 입퇴원과정의 불법은 검찰총장에게 고발, 피진정인에게 입퇴원절차 및 방법 등 개선 권고
	정신병원 인권침해 직권조사 (2건)	- 작업치료제도 및 전화통화시제한, 병원청소, 세탁 및 환경 등 시설 전반에 관한사항	- 보호자 동의, 의사 진단없이 입원시킨 사례 - 계속입원심사청구 및 퇴원결정 불이행, 부당한 격리 및 강박 등	- 작업치료제도 등 개선 - 행자부장관에게 충북 도지사 경고 권고, - 복지부장관에게 ○○병원 행정처분 권고 등
2006	정신병원 직권조사 (2건)	- 정신질환자 인권침해여부 및 정신보건법 위반 여부에 대한 조사	- 정신질환자 인권침해 여부 및 정신과 전문인력 기준 운영 및 입원 심사 등 정신보건법 위반여부	- 인권침해에 대한 이사장 고발 및 시립 병원 위탁해지, 특별감사 권고 등

4. 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 위원회의 활동방향

우리위원회는 올해와 내년에 걸쳐 정신장애인의 인권보호와 증진을 위하여 전국단위의 실태조사, 관련법제도정비, 국가보고서 작성으로 나누어 정책적 접근을 하려 한다.

즉, 현재 우리나라의 정신질환자 인권상황, 치료 및 보호실태, 현행정신보건서비스 전달체계의 문제점, 재활 및 사회복귀 등에 인권의 관점에서 정신장애인에 관한 전국적인 실태조사를 하여 정신장애인 인권보호와 증진에 기여하고, 이용자와 가족중심의 치료, 회복과 사회복귀에 중점을 둔 치료, 정신질환자들이 지역사회에서 완전히 참여하고 일하고, 배울 수 있는 인권 친화적이고 국제적 수준의 정신보건서비스로 탈바꿈 할 수 있도록 법 제도 정비 및 정책대안을 제시할 수 있는 국가보고서를 작성할 것이다.

가. 실태조사

정신질환자 인권실태와 현 정신보건서비스 체계에 대한 정확한 진단과 선진국 수준의 인권보호 및 치료방안 개선대책 수립을 위하여 모두 6개의 실태조사를 실시하려 한다. 이러한 실태조사를 통하여 정신장애인이 사회의 일원으로 함께 일하고 배우며 건강하게 살아갈 수 있는 정신보건제도의 개선 방안 도출하고 정신장애에 대한 위원회의 정책권고 및 대안의 근거로서 사용될 예정이다.

6개의 실태조사는 1)정 신보건시설 재원자 및 시설 실태조사 2) 정신질환자에 대한 차별과 편견 실태조사 3) 장기입원의 구조적 원인과 지속요인 4) 특히 취약한 계층의 정신 보건 및 인권실태 5) 재가 정신질환자 및 가족의 생활실태 6) 정신장애인 인권개선을 위한 각국의 사례연구와 선진모델 구축이다.

나. 법제도 정비

정신보건법과 관련하여 보호의무자에 의한 강제입원, 지역사회치료명령제, 정신장애인 인권 개선을 위한 지역사회 사례관리 및 제도화 방안 등 관련 법제도를 정비하여 정신장애인의 권리확보를 위한 정신보건서비스체계 개선방안을 제시할 할 예정이다.

다. 정신장애인 국가보고서 작성

정신장애인 및 가족들의 인권실태, 치료 및 보호실태, 정신보건서비스 전달 체계 등 전국적 실태조사와 정책대안을 제시할 수 있는 종합보고서를 작성하여 정신장애인에 대한 인권 수준을 국제적 수준으로 개선할 수 있도록 정신보건복지 관련 정책·법제도 개선을 위한 정책대안을 제시할 것이다. 이러한 국가보고서는 정신장애인의 인권보장과 증진에 기여하고 향후 우리나라의 정신장애인 인권보호를 위한 비전과 방향을 제시하는 Road map이 될 것이다.

(1) 필요성

가) 급증하고 있는 정신장애인에 대한 정확한 인권실태 파악 필요

정신질환 유병율은 18세 이상 64세이하 인구의 14.4%로 매년 약 466만명이 정신질환으로 이환³⁾된다고 조사되고 있으며, 정신질환 입원환자 급등 추세(1980년 1만2천명 수준에서 2005년 68,991명으로 증가)에 있다.

< 연도별 입원환자 수 >

연 도	2000	2001	2002	2003	2004	2005
입원환자 수	51,747	56,514	58,218	62,154	67,896	68,991

나) 정신보건서비스의 획기적 전환을 위한 새로운 패러다임 필요

정부는 정신보건시설의 지원확대를 통해 병원 및 요양시설의 공급을 늘리는 정책을 추진하고 있으며, 정신보건법 시행(1997) 이후 정신병상이 1996년 21,531병상에서 1999년 8월 36,387병상으로 증가하였고 2004년 62,554병상, 2006년 7만병상이 넘는 것으로 추정된다.

현재 사회로부터 강제격리, 병원 및 요양시설에의 입원 위주의 치료, 치료과정에서 당사자 배제와 같은 정책의 틀 내에서는 정신장애인의 인권개선이 곤란하므로 시설위주의 격리와 수용정책에서 정신장애인의 인권보장과 회복에 바탕을 둔 지역사회·이용자 중심의 정책패러다임으로 대전환이 필요하다.

다. 장애인차별금지법 시행에 따른 대책 강구 시급

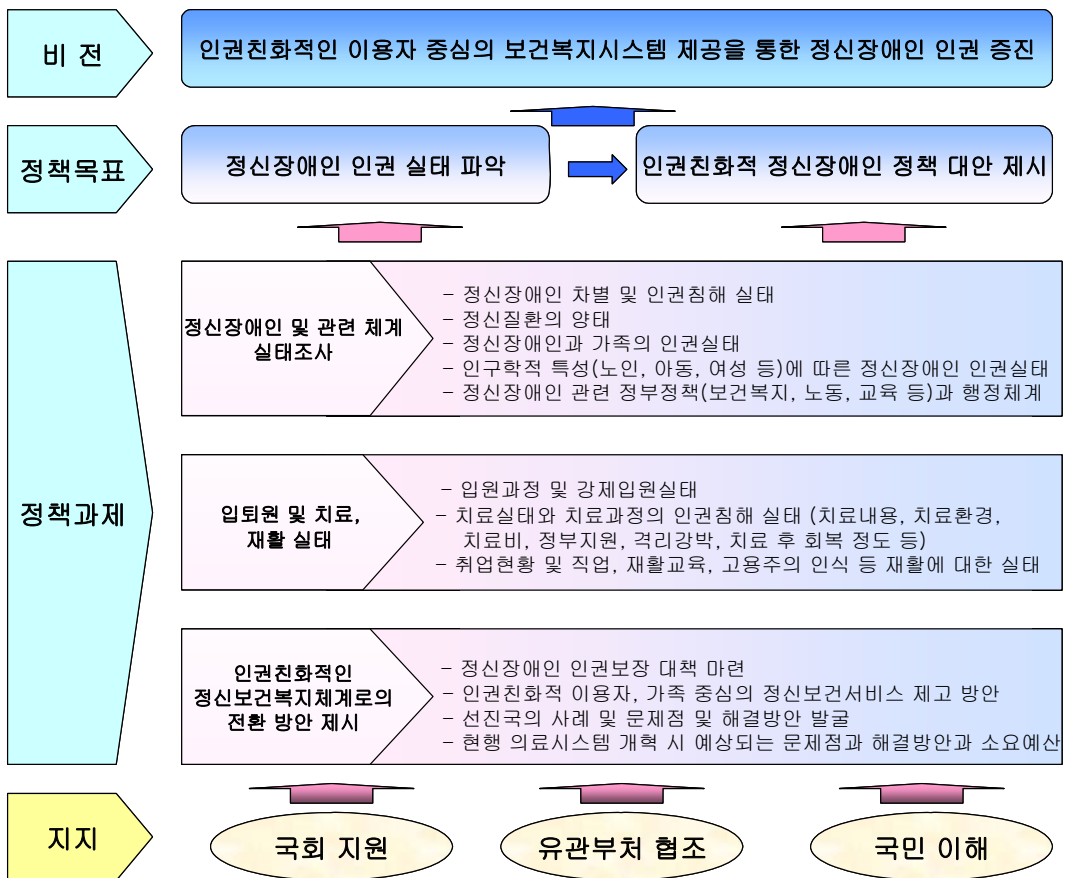
장애인차별금지법 통과와 인권감수성 향상 등으로 정신장애인 차별문제가 향후 중요한 사회적 이슈로 부각될 것으로 예상되며, 장애인차별금지법 통과로 미국의 움스태드 판결(1999)과 유사한 국내 판결이 예상되며, 지역사회 위주의 정신보건 서비스 제공 등이 시급하다.

3) 이중 불안장애, 기분장애, 정신병적 장애의 1년 유병율은 8.4% 약 273만명(이중 정신병적 장애는 0.5%로 약 176천명), 알콜사용장애 유병율은 6.8% 약 221만명(2007년도 정신보건사업안내 4쪽)

<옵스테드 판결 (Olmstead v. L.C.)>

1999.6.22. 미국 대법원은 장애인을 불필요하게 시설에 격리하는 것은 장애에 의한 차별이 될 수 있다고 판단, ADA법(American with Disabilities Act, 1990)에 의해 국가가 장애인을 시설 수용하는 것보다는 지역사회 중심의 서비스를 제공할 의무가 있다고 볼 수 있다고 판결함.

(2) 비전과 정책 개요



(3) 인권보고서 주요내용 (실태조사와 대안제시)

가) 정신장애인 인권과 제도에 대한 실태조사

- 차별 및 인권침해실태(성적, 경제적 착취여부, 신체적·정신적 학대, 비인간적 대우여부, 정신질환자에 대한 국민들의 편견과 인식정도 등),
- 정신질환의 양태(지역별, 연령별, 성별, 질환의 종류, 복합장애, 병세의 정도) 등
- 정신장애인 생활실태(주거시설, 학교교육 및 교육현황 등)
- 정신질환자의 가족 실태(장애인 자녀의 양육학업 및 보호실태, 가족들의 부담 등)
- 인구학적 등에 의한 특성에 따른 정신장애인 실태조사(여성, 아동 및 청소년, 노인, 노숙인·부랑인, 수형자·여성 재소자 등)
- 정신장애인에 대한 정부정책(예방·치료정책, 시설과 탈시설화 정책, 사회복귀정책, 주택·노동·교육정책)
- 정신보건 업무에 대한 정부 및 지방자치단체의 권한과 책임, 업무 수행실태 등
- 정신장애인 자살실태, 알코올·니코틴 사용장애 실태 등

나) 입·퇴원 및 치료·재활에 대한 실태조사

- 강제입원 실태, 사유, 입원과정 등
- 치료실태(치료에서 환자의 결정권, 인격권, 방어권여부, 치료 후 회복정도, 치료내용 및 실태, 치료환경 등 타 질병과의 비교, 치료비, 정부지원의 적절성, 격리강박실태 등)
- 치료과정에서 인권침해(투약, 약을 통제의 방법으로 신체적인 억제와 진정의 목적으로 사용하는지 여부)
- 정신장애인의 취업실태, 직업과 재활 교육실태, 고용주의 인식 실태

다) 지역사회에 기반을 둔 정신보건의료 서비스체계로 전환방안

- 정신장애인 인권보장 대책
- 이용자와 가족중심의 인권친화적인 정신보건 및 치료서비스 방안
- 현행 정신보건서비스 전달체계(공공 및 민간) 실태조사
- 선진국의 정신보건복지서비스(예방, 치료, 재활, 주거지원, 사회복귀시스템)와의

비교 및 바람직한 대안제시

- 선진국에서 의료시스템제도 개선 시 발생하는 문제점 및 해결사례
- 우리나라에서 지역사회에 기반을 둔 의료시스템으로 전환 시 예상되는 문제점 및 해결방안
- 외래치료명령제 운영실태 및 문제점 해결 방안

(4) 기대효과

정신장애인가보고서의 기대효과로는 정신장애인에 대한 정부정책의 청사진(master plan)제시 및 정책 변화 유도과 정신장애인 인권에 대한 국민과 보건업무종사자, 정책담당자의 관심 촉구 그리고 정신장애인의 인권·생활의 정확한 실태조사로 보건복지정책개발의 기초자료 정신장애인 인권침해 예방과 구제, 차별해소에 기여할 것으로 생각한다.

5. 맺음말

선진국의 경우 정신장애인에 대한 격리와 시설보호위주의 정책에서 탈피하여 지역사회에 기반을 둔 정신보건 의료서비스를 통하여 이용자와 가족중심의 치료, 예방과 재활, 회복과 사회복귀위주의 지역사회정신보건 서비스를 제공하고 있으나 우리나라는 아직도 사회로부터 격리와 시설수용위주의 정책을 유지하고 있어 강제입원이 전체입원환자의 91%에 달하고, 입원·치료·퇴원과정에서 인권침해 시비가 끊이지 않고 있으며, 사회복귀가 매우 저조하고, 치료가 되어도 돌아갈 거주시설이 없는 등 문제가 노출되고 있다.

이러한 정신장애인에 대한 낙인, 차별, 배제, 인권침해 등으로부터 정신장애인을 구제하고 예방하기 위하여 법과 제도의 개선과 정신보건 서비스의 개혁을 통해 보다 나은 치료를 받도록 하는 것이 필요하다.

우리위원회는 작년 연말부터 정신장애인의 인권보호와 증진을 위한 국가보고서 사업을 진행하고 있으며 이러한 국가보고서는 정신장애인의 인권보호에 대하여 종합적이며 체계적인 인권 실태를 조사하고, 그 보호 및 증진방안을 모색하기 위한 것이다. 호주와 미국

의 경우에도 정신장애인의 인권에 관한 국가보고서를 작성하여 국가적인 정신장애인에 대한 편견과 차별을 해소하고 인권을 보호하고 증진시킨 선례가 있다.

마지막으로 정신장애인이 기본적으로 누려야 할 소중한 인간의 가치와 권리를 행사하고 자신에게 부여된 가치로서의 삶을 살아갈 수 있도록 우리 모두가 고민하고 토론한다면, 이러한 여러분의 고민과 토론이 정신장애인의 인권을 증진시키고 더 나아가 우리나라의 정신보건정책이 바뀔 수 있는 시금석이 될 것이라 생각하며, 우리 위원회 역시 정신장애인의 인권증진을 위하여 열심히 노력할 것을 약속한다.



정신장애인 인권보호를
위한 서울시 지역사회
정신보건 정책

이 화 경
(서울시 보건정책담당관)

정신장애인 인권보호를 위한 서울시 지역사회 정신보건 정책

이 화 경 (서울시 보건정책담당관)

□□ 개 요

- 정신장애인 인권보호를 위한 우리시 정신보건정책을 아래의 3가지 기준을 중심으로 설명하고, 향후 추진계획 및 비전을 제시하고자 함
- ※ 정신장애인의 실질적 인권보호를 위해서는 자치단체 정신보건정책 전반적 수준 제고가 필수적 사안임

연번	정신보건정책	세부 내용
1	정신보건사업 기반 조성	자치단체 실정에 적합한 정신보건사업 장기계획 수립 및 조례 제정
		정신보건시설 인프라 확충 및 인권교육 강화
2	정신질환자 탈원화 정책	정신보건심판위원회 운영 활성화
		정신병상수 및 평균 재원일수 감소
		개방병상 확충
3	정신보건사업 예산 확충	연도별 정신보건사업 예산 확충

□□ 정신보건정책 추진 현황

○ 정신보건사업 기반 조성

① 정신보건사업 장기계획 수립

- 서울시 실정에 적합한 정신보건사업 장기계획을 수립하여 추진 중임
 - ▷ 「서울정신건강 2020」(정신보건사업 장기계획)을 수립(2004년)
 - ▷ 정신보건센터를 중심으로 지역사회 중심의 통합적 정신질환자 관리체계를 구축함으로써 정신장애인의 인권향상 및 복지수준을 제고하고자 함

② 정신보건 관련 조례 제정

- 전국 정신보건사업 추진에 있어 선도적 역할을 하는 서울시 정신보건사업의 체계 정비를 위해 서울시 정신보건사업 관련 조례 제정
 - ▷ 현재 조례안 마련하여 서울시 의회에 심의 의뢰 상정중임

③ 정신보건시설 인프라 확충

- 정신보건센터 확충 및 광역정신보건센터 설치·운영
 - ▷ 2008년 현재 25개 자치구 중 21개 자치구에 정신보건센터 설치
 - ※ '09년에는 24개 자치구, '10년에는 25개 자치구 전체에 센터 설치 예정
 - ▷ 전국 최초로 광역정신보건센터 및 소아·청소년 정신보건센터를 설치하여 정신보건서비스의 질적 수준 제고
- 사회복지시설 확충
 - ▷ 매년 10개소씩 정신질환자 재활을 위한 사회복지시설 확충
 - ※ 현재 전국 사회복지시설 198개소 중 서울시가 72개소임(전체 36%)
- 기타 질환별, 생애주기별 전문화된 정신보건서비스를 위해 노력중임
 - ▷ 알코올 관련 시설, 소아·청소년 관련 시설, 중증환자 관련 시설 등

④ 정신장애인 및 정신보건 관련시설 종사자에 대한 인권교육 강화

- 서울시 소재 정신보건시설 및 광역정신보건센터에서 정신장애인과 시설 종사자에게 인권강화 교육 실시
 - ※ 2006년~2008년 6월 현재까지 총 143회 1,412명에게 인권 교육 이행

○ 정신질환자 탈원화 정책 추진

① 정신보건심판위원회 운영 활성화

- 형식적 서류심사가 아닌 직접 면담을 통한 실질적 심사 시행
 - ▷ 환자 자필의견서를 접수, 퇴원을 원하는 대상자를 직접 면담하여 심사
 - ※ 퇴원대상자 중 무연고자는 광역정신보건센터에서 정신보건시설 연계

② 정신병원 병상수 및 평균 재원일수 감소

- 적정 총 정신병원 병상 수
 - 한 병원에 적정한 병상 수 규모
 - 국공립의료기관의 역할
- 초기 환자에 대한 집중적인 재원일수 관리 필요

③ 정신병원 개방병상 확충

○ 정신보건사업 예산 확충

- 연도별 정신보건사업 예산액

(단위 : 천원)

구 분	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년
정신보건사업 예 산 액	5,996,681	11,944,289	14,511,948	15,772,707	19,724,995

▷ 지역사회 정신보건사업 예산을 지속적으로 확충, 질 높은 서비스 제공

□□ 서울시 정신보건 비전 및 향후계획

- 강제입원 및 장기입원을 지양하고, 지역사회 보호체계 구축
 - ➡ 정신장애인도 인격을 존중 받으며, 더불어 함께 살아 갈 수 있는 사회 조성
- 정신보건 관련 시설 내에서의 정신장애인 인권 존중
 - ➡ 인권가이드라인 수립하여, 지속적인 지도·점검 및 인권존중 교육 실시
- 정신장애에 대한 차별 및 편견 없는 사회 구축
 - ➡ 정신질환 편견해소 및 인식개선을 위한 홍보활동 적극 추진

○ 서울정신건강 2020 추진 철저

- 제2차 4개년 계획(2009~2012) 수립, 현 실정에 적합한 정신보건정책 추진

○ 정신보건시설 인프라 확충

- 25개 전체 자치구에 정신보건센터 설치·운영
 - ▷ 현재 21개구, 2009년 24개구, 2010년 25개구 전체 설치 예정
- 사회복지시설 확충
 - ▷ 다양한 서비스 제공을 위해 이용시설 및 직업재활시설 확충

○ 정신보건 관련시설 종사자에 대한 인권교육 강화

- 정기적으로 종사자에게 인권교육을 강화하고, 시설 지도·점검시 인권 보호 현황 확인

○ 정신병원 병상수 증가 억제 및 개방병상 확충 계획 수립

- 정신보건정책이 주로 정신보건센터와 사회복지시설이 중심
- 향후 정신의료기관에 대한 관심을 가질 예정

○ 정신보건사업 예산 확충

- 정신보건사업 예산 확충 및 예산 투입방안 개선 모색
 - ▷ 지역사회 정신보건사업 예산확충 및 정신요양시설 예산 비율 감소대책 마련
 - ※ 정신보건사업 정책방향이 지역사회 복귀 중심이며, 수용중심이 아님을 상기할 때 정신요양시설에 대한 과도한 예산투입을 지양
 - ※ 전체 정신보건사업 예산 중 정신요양시설 예산 비율 : '08년부터 증가추세
- 2008년 시립은혜로운집 신규 개설
- '04년 37%, '05년 25%, '06년 22%, '07년 22%, '08년 26%

○ 정신질환 편견해소 및 인식개선사업 추진

- 서울시 정신보건브랜드 블루터치 홍보를 통한 인식개선사업 적극 추진



지역사회정신보건서비스 개발 및 확대방안

이 기 연

(이화여자대학교 사회복지학과 겸임교수)

지역사회정신보건서비스 개발 및 확대방안

이 기 연 (이화여자대학교 사회복지학과 겸임교수)

1. 한국의 지역사회정신보건서비스 현황 : 절반의 성공

- 한국의 지역사회정신보건의 압축적, 비약적 발전을 하고 있음에도 불구하고 오늘 발표자들은 공통적으로 한국의 지역사회정신보건서비스는 양적으로 아직 부족하며, 질적으로도 그 수준이나 성과에 대해서는 많은 회의를 보이고 있음. 이러한 의견에 전적으로 동의하며 한국의 지역사회정신보건서비스의 현황을 재조명해보고 향후 발전방안에 대한 논의를 전개하고자함
- 일반적으로 정신보건정책 및 서비스는 보건, 복지, 기타 사회정책들의 복잡한 구조 속에서 수립됨. 즉, 정신보건과 직접적으로 관련되어 있지 않은 많은 정책과 법규, 이념에 의해 영향을 받게 되므로 정신보건정책을 수립할 때 그 효과를 극대화하기 위해서는 사회적 물리적 환경에 대한 고려 및 협력이 반드시 필요함
- 따라서 한국의 정신보건정책 및 서비스가 이러한 여타의 사회정책들과 얼마나 유기적 연결 및 전향적 협력구도 내에서 개발되고 있는지를 점검해볼 필요가 있으며, 특히 변화하는 사회정책환경에 대한 고려가 필요할 것임
- 이러한 측면에서 변화하는 사회정책환경의 전개 방향 및 흐름을 대표하고 있는 지역화(Localization), 시장화(Marketization), 민영화(Privatization) 등에 관련된 논의가 지역사회정

신보건서비스 개발 과정에 얼마나 적극적으로 논의되고 있는지 살펴볼 필요가 있음

- 대개의 경우 지역적으로 논의되며, 타 정책변화의 추이를 관망 또는 소극적 이행의 수준을 벗어나지 못하고 있는 것으로 보임

2. For the People, By the People, Of the People ?

- 이중 지역화(Localization)와 관련된 논의 및 지역화에 기반한 정신보건서비스개발이 가장 다른 것보다 상대적으로나마 적극적으로 시도되고 있는 것으로 보임
- 즉, 지역화는 지역복지계획이나 지역정신보건계획을 통하여 지역의 특수성과 욕구에 기반하여, 지역자원의 총량을 극대화하는 방향으로, 지역의 합의에 기반한 정신보건사업을 개발하고 실행하는 것으로 요약해볼 수 있음
- 그럼에도 불구하고 지역사회 정신보건서비스의 공급주체는 정신보건센터를 중심으로 하는 직접적 서비스 기능이 강조되고 있으며, 정신보건서비스 제공을 주요목적으로 하지 않지만 지역사회에의 여타 기관에서 수행되고 있는 정신보건서비스기능에 대한 지원과 역량강화에 초점을 두지 못하고 있음
- 한편 지역사회정신보건서비스는 정신보건전문가에 의한 직접적 수행 외에 비전문가 혹은 클라이언트, 가족 등의 인적자원의 개발과 활용은 상징적 수준에 그치고 마는 것으로 보임
- 이는 우선적으로 정신보건사업의 수행방식, 더 구체적으로 정신보건사업의 일차적 책임성을 가지는 정신보건센터의 기능과 타 서비스 조직과의 기능분담에 대한 해묵은 논의가 더 이상 진전도 후퇴도 없이, 수면 아래로 가라앉아버린 결과일 것이기도 함
- 따라서 이러한 수행방식은 독점적, 전문가주의, 권위주의의 결과로 분석되기 보다는

아직은 정신보건사업의 수행기관들의 자체 사업역량개발을 시험하는 시기로, 지역사회 역량을 강화한다는 것에 대한 중요성이나 책임성에 초점을 둔 정신보건서비스제공자로서의 정체성 형성이 이루어지지 않은 것으로 분석해볼 수 있음

- 역으로 최근의 지역단위의 정신보건계획을 수립하고 이에 기반한 정신보건서비스의 개발 및 수행의 강조로 인해 지역의 욕구와 자원 등의 공급역량을 토대로 한, 합의된 개입모형이 아닌 트렌드로서의 직접서비스의 약화 및 정신건강증진사업의 확대, 더 나아가 관료적, 브로커링에 의존한 실천의 정후까지 감지되고 있음
- 즉, 전반적으로 지역의 정신보건욕구에 대비하기 위한 투입요소로서의 자원과 산출 및 성과목표의 달성에 이르는 지역사회정신보건서비스계획의 논리의 불일치 혹은 비논리성의 문제가 야기되고 있으며, 이는 결과적으로 비효율적일뿐만 아니라 서비스 성과에 부정적인 영향을 미치게 됨

3. Enabler? Facilitator!

- 이러한 문제점을 해결하기 위한 지역사회 정신보건서비스의 개발 방향은 지역정신보건사업수행기관 및 수행인력이 현재와 같이 정신장애인이거나 그 가족, 혹은 정신건강증진사업대상자들의 기능회복에 초점을 둔 개인변화모델은 분명한 성과목표를 기반으로 좀 더 정교하게 고안될 필요가 있음
- 아울러 정신건강서비스 소비자의 삶의 환경이나 삶의 조건을 개선하기 위한 다양한, 비정신보건서비스에 대한 관심의 촉구, 연계방안에 관심을 두고 잠재적 활용가능성이 있는 모든 자원의 동원 및 활용성을 높이기 위한 촉진자로서의 정체성에 좀 더 무게 중심을 두어야 할 것으로 보임

4. Give and Take? Give! and.... Take!

- 사실 이러한 촉진자로서의 역할 및 기능수행은 지역사회정신보건서비스 개발을 할 때 묵시적으로 강조되어 왔던 부분이며, 많은 수행기관들은 촉진자로서의 기능수행에 대한 심리적 ‘빚’을 가지고 있는 것으로 보임
- 이러한 심리적 빚은 쉽게 청산되지 않고 있는 것으로 보이며, 그 주요 요인은 의지의 부족이 아닌, 이러한 ‘채무’를 해결하기위한 전략의 부재로 보임
- 즉, 지역을 기반으로 사업을 수행하는 많은 조직과 서비스제공자들은 지역사회의 네트워크 구축과 협력에 대한 왕도를 기대하며, 다른 지역기관의 경험을 공유하려고 하나 그 구체적인 전략을 공유하기에는 지역적 특수성(지역 운동의 역사성, 자원의 분포 등)의 한계를 극복하지 못하는 것으로 보임
- 그럼에도 불구하고 이러한 문제의 가장 단순하지만 강력한 해결방안은 Give! and Take! 로 보임
- 결국은 지역육구에 맞는, 지역자원을 활용한, 지역사회정신보건서비스개발은 이미 우리가 하고 있던 일의 기본개념에 대한 재인식, 기본원리로부터의 전략도출에서 답을 찾아야할 것으로 보임



‘정신장애인을 위한 정신보건 서비스와 인권현황’에 대한 토론문

황 태 연

(대한신경정신의학회 정신보건특임이사)

‘정신장애인을 위한 정신보건 서비스와 인권현황’에 대한 토론문

황 태 연 (대한신경정신의학회 정신보건특임이사)

우선 오늘 10월 10일은 WHO가 제정한 정신건강의 날(World Mental Health Day)에 우리나라 역사상 가장 고귀했던 인권의 회복을 위한 외침이 아직도 생생한 이곳 빛고을 광주에서 멀리 제네바에서 내한 하신 Norman Sartorius 박사를 모시고 국가인권위원회와 대한신경정신의학회가 공동 주최하는 정신장애인 국가보고서 관련 3차 토론회의 토론을 맡게 된 것을 감사하게 생각합니다. 정신장애인의 인권신장은 정신장애인을 위한 서비스, 제도와 정책의 개선과 함께 이루어질 수 있는 것이기에, 국제적인 정신보건 서비스와 비교하여 국내 현황을 점검하고, 함께 토론할 수 있는 오늘 이 시간이 매우 중요하다고 생각하며 발제문에 대하여 다음과 같이 토론하고자 한다.

1. 정신보건관련 서비스 지표와 인권

1) 지역사회 정신보건의 발전, 탈원화와 서비스의 질

정신보건법이 국회를 통과한 1995년 이후 우리나라의 정신보건은 우리가 상상한 이상의 많은 변화와 발전을 거듭하여 왔다. 정신병원의 변화가 시작하기 전에 지역사회 정신보건 시설 확충을 통해서 퇴원할 환자를 재환시킬 환경을 조성해 나가면서 점진적인 탈원화를 이루자는 전문가의 합의 속에, 정신보건센터, 사회복지시설에 필요한 재원이 정부와 자치단체에 의해서 확보되었다. 아시아 각국의 정신보건 현황을 비교해보면, 우리나라 만큼 빠른 시간내에 필요한 정신보건 인력과 자원, 제도를 마련한 나라를 찾아보기가 힘들다. 그리하여 이제 아시아에서는 호주, 뉴질랜드, 일본의 뒤를 이어 지역사회 정신보건

의 모델로 제시될 수 있을 정도가 되어 많은 아시아의 정신보건전문가가 우리의 정신보건을 배우려하는 것은 고무적인 일이고, 이를 위해 노력을 경주해 온 정신보건전문가와 보건소등 공공의료부문과 지방자치단체의 헌신적인 노고는 당연히 치하받아야 할 것이다.

하지만 현재 우리의 정신보건의 상황을 냉철히 분석하자면 지역사회에서 치료받지 못하는 환자에게는 많은 혜택이 돌아갔지만, 이러한 지역사회시설이 장기입원환자의 탈원화에 기여한 바는 적었다고 생각된다. 이점은 탈원화와 지역사회 정신보건의 확장이 같이 시행되어 많은 만성환자의 사회복귀가 동시에 진행되었던 구미 각국과는 무척 다르다. 사회복귀시설도 병원에 장기 입원한 어려운 환자보다는 가족과 지내기 어려운 환자를 쉽게 받아들이게 되었고, 50병상 규모의 입원실이 있는 정신과의원이 급격하게 늘어나면서, OECD 국가중 유일하게 정신과 입원병상수가 증가하는 나라라는 오명을 쓰고 있는 상황에서 향후에 이러한 입원시설과 지역사회를 연결하는 형태의 Half-way House가 전국적으로 확산되는 것이 탈원화를 위해서 바람직하다고 생각하며, 탈원화를 위한 구체적인 지역사회 정책 및 지표 개발은 시급한 문제라고 생각한다.

다행스러운 것은 최근 들어 정신과 진료의 질을 높이기 위한 진료비 차등수가제의 실시에 따라 정신의료기관이 치료의 질에 따라 등급이 나뉘게 되었고, 상위 등급을 받기 위하여 치료 전문인력의 수를 늘리고, 입원기간을 줄이며, 재활 프로그램의 시행을 시작하게 된 것은 뒤늦게나마 다행스런 일이고, 환자의 치료받을 수 있는 권리를 향상시켰다는 점에서 긍정적이다. 향후 이러한 정신의료기관 등급제가 탈원화에 어떤 영향을 미칠 지 눈여겨보아야 할 것이다.

2) 치료나 인권이나 - 강박, 격리, 신체적 구속, 작업치료, 자유권

배안 선생님이 제기한 이 문제는 참으로 많은 생각을 하게 한다. 환자의 동의 없는 강박과 격리는 당연히 인권침해지만 강박이 필요한 상황이 발생한 환자의 동의를 받고 강박을 시행하는 것은 현실적으로 시행하기는 어려울 것이다. 모든 선진국의 정신의료기관에서도 자타해가 우려되는 경우 예방적 차원에서 강박을 시행하고 있으며, 단지 우리나라에서 개선되어야 할 점은 강박에 대한 지침이 적절한 가, 그 지침이 준수되고 있는가에

대한 감시체계가 있어야 한다는 것이다.

또한 작업치료라는 미명하에 진행되는 원내 작업을 부당하게 요구하는 행위는 철저하게 금해야 하겠지만, 재활치료 차원에서 환자들의 사회기능 및 직업재활을 시행하며 임금을 지불하는 경우는, 치료의 일환으로 인정하여야 재활의 활성화를 기할 수 있을 것이다. 현재 대부분의 폐쇄병동에서 서신 및 전화 사용, 건의함 설치가 되어 있는 상황이지만 환자 스스로가 자신의 권리를 주장하고, 이 주장이 전달되기 위해서는 실효성 있는 제도 보완이 필요할 것이다.

2. 성과지향적 치료전략

Norman Sartorius 교수와 이영문 교수는 이 문제의 중요성에 대해 강조하고 있다. 만성정신질환자의 ‘무엇을 만성정신질환자의 치료성으로 생각하는가?’라는 질문을 던져보면, 환자와 가족, 정신보건 전문가, 정부, 혹은 일반 대중이 각기 다른 시각을 가질 수가 있다. 우선 정신과의사들은 정신병적 증상과 행동의 치료에 초점을 두게 되고, 의사 이외의 정신보건 전문가들은 일상생활이나 사회적 기능의 호전에 좀더 비중을 두게 될 것이다. 가족과 환자 당사자는 무엇을 원할까? 재발이 없이 혹은 약을 먹지 않고 완치되어 직업을 가지고 살아가는 것을 원할 것이다. 그렇다면 정부와 대중은? 어쩌면 정부는 의료비용이나 관리비용을 줄이는 것을 목표로 삼을 것이고, 대중의 경우는 자신들의 삶이 정신장애인에 의해서 피해를 받지 않고 안전하게 생활할 수 있는 방법을 우선 생각할 수도 있다. 이렇게 서로 다른 관점에서 만성정신질환자의 치료 성과를 생각할 수 있기 때문에 이들의 사회복귀를 위한 전략도 통합적인 관점에서 고려되어야 할 것이다.

과거의 정신분열병의 치료는 몇몇 항정신병약물에 의존하여 왔고, 이런 약물들이 양성증상의 조절에는 효과적이었으나, 음성증상이나 인지증상에 대한 효과가 적고 부작용이 많아 환자들의 치료 중단을 초래하여 결국 재발을 거듭하게 만들고, 환자와 가족은 절망감에 빠져 지냈으나, 최근 새로운 비정형 항정신병약물 개발과 정신재활 기술의 발달로 인하여 회복에 대한 희망을 가지게 되었다. 90년대 중반이후 장기간 정신병원과 입원 혹은 요양원에 수용되어 있던 지역사회에서 생활을 하기 시작하였고, 지역사회 정신보건센터와 사회복귀시설 및 주거시설이 환자들의 퇴원을 기다리고 있다. 우리는 이러한 새로운

자원을 동원하여 만성정신질환의 치료적 성과를 높여가야만 한다. 성과(outcomes)란 굉장히 복잡한 여러 가지 요소가 결합된 말로써 개념화시키기가 무척 어렵다. 그러나 이러한 성과에 대해 다시 한번 이해해 봄으로써, 환자를 위한 좀 더 나은 치료와 관리를 할 수 있을 것이다.

미국의 NIMH에서 제시하는 정신병적 질환의 치료에 관한 4가지 성과의 주요 영역은 임상적(clinical) 영역, 재활적(rehabilitative) 영역, 인간적(humanitarian) 영역, 공공 복지적(public welfare) 영역이다(Attkisson 등 1992). 이러한 성과에 대한 개념의 틀은 자연스럽게 가시적인 성과(proximal outcomes)와 장기적인 성과(distal outcomes)로 나누어지게 된다. 가시적인 성과는 항정신병약물치료와 더불어 즉각적으로 나타나는 임상적 성과로 볼 수 있는데, 이것은 양성증상의 감소와 약물에 의한 부작용이 될 수 있다(Dixon 등 1995). 연구 결과를 종합해 보면 항정신병약물은 75%의 환자에서 가시적 치료성공률을 보이고, 재발율은 15-20%에 이른다(Baldessarini 등 1990; Davis 등 1989). 이 밖에도 음성증상, 우울증상, 와해된 사고와 행동, 대인관계 장애 등의 호전이 가시적인 성과로 나타날 수가 있다. 항정신병약물의 장기적인 성과는 환자와 가족의 입장에서 더 중요할 수가 있는데, 환자의 기능, 삶의 질, 가족의 안녕, 대중의 안전 등의 영역에서 생각할 수가 있다. 기존의 고전적 항정신병약물보다 새로이 개발된 비정형 항정신병약물이 여러 가지 증상의 호전을 가져와 가시적인 성과를 보이고 있으나, 아직 장기적인 성과에 대한 연구는 진행되고 있는 상태이다.

환자의 기능 상태에 관계해서 음성증상과 인지증상이 양성증상보다 더 기능 장애에 관련이 있다고 보고되고 있다. 여러 자료를 종합해볼 때, 삶의 질과 기능의 호전은 음성증상과 우울증상의 호전과 관련이 있고, 부분적으로 양성증상의 호전과 관련이 된다. 그러므로 음성증상과 우울증상의 호전을 가져오는 약물이 장기적인 삶의 질과 기능의 호전을 가져오게 되므로, 약물의 선택에서 이러한 장기적인 성과의 측면을 고려해야 하는 것이다.

3. 새로운 용어의 사용과 낙인

최근 들어 우리나라의 정신보건 전문가와 가족들은 ‘환자(patient)’라는 용어를 대체할 용어를 원하고 있다. 영어로는 client, consumer, customer, ex-patient, psychiatric-survivor,

consumer-survivor 등 많은 용어로 표현이 되고 있지만, 이를 한글로 번역하여 표기하기는 쉽지 않다. 미국의 경우 Mueser 등(1996)이 5개주에서 조사한 결과 조사자의 45%에서 Client라는 용어를 선호했고, 20%는 환자를, 단지 8%에서 consumer를 선호했다. 우리나라에서도 ‘의료 소비자 (medical consumer)’라는 용어가 등장은 했으나 아직 일반인 사이에서 널리 쓰이지는 않고 있다. 일부 가족들은 질환자, 당사자라는 용어도 사용하고, 지역사회 센터나 시설에서는 회원이라는 용어를 사용하고 있다. 본 저자는 재활 프로그램에 자발적이고 적극적인 참여를 한다는 뜻으로 '참여자(participant)'라는 용어를 처음으로 제안을 해보고자 한다. 이러한 용어의 변화가 비록 자그마할 지라도, 질병모델에서 바라본 환자라는 용어에 비해서 인격과 권리를 존중할 수 있는 토대가 될 수 있다.

최근 대한정신분열병학회와 대한정신보건가족협회가 추진하는 정신분열병 개명운동이 정신장애인의 인권과 깊은 연관이 되는 것도 이러한 용어가 가지는 부정적 낙인을 극복하는 일이 사회적인 편견을 없애는 출발점이 될 수 있기 때문이다 .

낙인은 정신질환자에 국한되지 않는다. 가족, 정신보건전문가, 정신보건시설, 약물 등 정신과와 관련된 모든 분야가 총체적으로 사회적 낙인으로 인하여 고통을 받고 있다. 국내에서는 1995년 한국정신사회재활협회가 창립되어 낙인 극복을 위한 캠페인을 전개하고 있고, 대한 정신보건 가족협회가 또한 가족과 환우를 위한 차별 극복 사업을 전개하고 있다. 하지만 위의 두 NGO의 활동으로는 부족하며, 국가가 적극적으로 나서야 한다. 호주의 경우도 우울증 극복을 위해 국가가 출자한 Beyondblue가 많은 기여를 하는 것을 볼 때 정부의 역할이 더 강화되어야 할 필요를 느낀다.

4. 정신질환으로 부터의 적극적 회복 모델(Recovery Model)

이 모델은 환자 스스로의 자조운동(self-help movement)을 기반으로 형성된 개념이다 (Deegan 1988). 이 모델은 장기 입원으로 습득되어진 환자 역할을 버리고 사회 내에서 책 임감을 가지고 자신의 안녕을 목표로 독립된 생활을 하려는 환자 스스로의 노력을 대변 하고 있다. 이 모델은 환자들의 편에서 다소간 의학, 재활 모델에 대한 불만을 표현하고 있지만, 상호보완적이 되고자 하는데 목표를 두고 있다. 이론적 바탕은 환자들 스스로가 사회 내에서 그들 자신의 장애를 가진 제한된 삶의 역할을 통해 존재를 다시 이해하고

장애를 극복한다는 데 있다. 그러므로 이 모델에 입각한 치료는 환자가 스스로 자신의 삶을 통제할 수 있게 도와주고, 동료간의 상호 지지를 통하여 자기 성장을 할 수 있게끔 하고 지지적 체계를 형성하는 것이다(Copeland 1997). 즉 병을 가진 환자의 역할에서 벗어나 의미있는 삶을 살아가는 역할을 할 수 있게끔 하는 것인데, 여기에서 전문가들은 조연자 또는 컨설턴트의 역할을 하게 된다(표 1).

Table 1. Recovery in the Care of People With Psychotic Disorders

Theoretical basis

People with psychotic disorders can redefine themselves through life roles and relationships rather than through disability

Assessment

Consumer assessment of personality relevant consequences of illness
Professional assessment of consumer's ownership of life and illness, sick roles, and institutionalization

Treatment

Consumer-driven change process
Clinician as consultant, facilitator
Mutual-help and self-help interventions
Encourage growth and consider possibilities, hopes, and dreams
Motivational interviewing
Address consequences of importance to the consumer
Shift from patient role to meaningful life roles
Shift from illness to wellness focus

Goal

A meaningful life

Research

Attempt to measure recovery process
Correlate progress in recovery with health outcomes
Professional interventions to facilitate progress in recovery

Prototype

Cancer support group
Alcoholism

이상에서 발제문에서 제기된 여러 사안에 대해 토의를 해보았다.

실질적인 정신장애인의 인권 향상을 위해서는 보건복지가족부, 인권위원회, 정신보건전문가, 가족협회 등 정신보건 관련 단체와 기관의 활동도 중요하지만, 정부의 다른 부처들의 공동의 노력이 필요하며 이것이 바로 Norman Sartorius 교수가 강조한 Intersectoral Collaboration이 될 것이다.

우리나라의 정신보건의 단기간에 많은 발전을 이룬 것은 누구도 부정할 수 없다. 지난 15년의 세월이 양적인 팽창을 이룬 기간이었다면, 이제는 새로운 정신보건에 대한 모델과 시각을 점점하고 장애인의 인권과 치료의 질 개선을 위하여 노력을 기울여야 할 때라고 생각한다.

참고문헌

- Attkisson C, Cook J, Karno M, et al (1992): Clinical services research. *Schizophr Bull* 18:561-626
- Baldessarini RJ, Cohen BM, Teicher M (1990): Pharmacological treatment. In: Levy ST, Ninan PT, eds, *Schizophrenia Treatment of Acute Episodes*. Washington DC: American Psychiatric Press. pp61-118
- Copeland ME (1997): *Wellness recovery action plan*. Brattleboro, Vt. Peach Press.
- Davis JM, Barter JT, Kane JM (1989): Antipsychotic drugs. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol 5. Baltimore, Md: Williams & Wilkins. pp 1591-1626
- Deegan P (1988): Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Reahbil J* 11:11-19
- Dixon LB, Lehman AF, Levin L (1995): Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophr Bull* 21:567-577
- Mueser KT, Glynn SM, Corrigan PW, et al: A survey of preferred terms for users of mental health services. *Psychiatric Services* 47:760-761, 1996



‘정신장애인을 위한 정신보건 서비스와 인권현황’에 대한 토론편

정 광 현

(광주시 정신보건사업지원단장)

‘정신장애인을 위한 정신보건 서비스와 인권현황’에 대한 토론문

정 광 현 (광주시 정신보건사업지원단장)

인간의 권리에 대해서 관심과 권위를 갖춘 여러 인사님들과 함께 토론하는 중요하고 의미 있는 이 자리에 참석하게된 것을 영광스럽게 생각합니다.

저는 현재 성요한병원 임상 의사, 동구정신보건센터장, 귀일요양원의 촉탁의사로 일하고 있으며 과거에 8년 동안 광주소년분류심사원에서 분류심사관으로 근무한 적도 있어서 정신과 분야에서 비교적 다양한 경험을 했다고 생각하는 사람입니다.

인간은 홀로 있을 때 한없이 자유로울 수 있으며, 공상의 세계로까지 확장되고 이것이 때로는 현실세계와 대체되어 정신 병리적 상태가 될 수도 있고, 때로는 위대한 예술이나 사상으로 승화될 수도 있다고 생각합니다.

이러한 개인적 자유에서 출발한 것이 인권의 개념이라고 생각되는데 인간은 태생적으로 사회적 동물이기 때문에 자신의 권리나 이익이 다른 사람의 권익이나 사회의 공익과 자주 충돌하는 것을 여러 분야에서 흔히 볼 수 있습니다.

여기에서 파생되는 모순과 갈등을 조정하고 해결해나가는 것은 인류사회에서 영원히 계속될 수밖에 없는 과업이며, 그래서 그러한 문제들을 다루는 인권위원회는 매우 막대한 사명이 있다고 생각합니다.

현대화된 민주사회에서도 소외되고 무시당하는 계층이 존재합니다. - 인종, 피부색, 빈

민, 장애인 등등.

그중에서도 정신질환자들만큼 두려움, 멸시, 배척을 받고 있는 대상은 없습니다.

그래서 정신질환자에 대한 권익문제가 해소될 때에 다른 모든 사회적 불평등도 해소되는 날이 되지 않을까하는 생각도 듭니다.

임상과 정신보건현장에서 경험해왔던 실제적인 문제나 개인적인 의문을 실례로 들어 보려고 합니다.

정신질환자의 특성, 사회의 통념, 잘못된 경험 때문에 현실적으로 환자의 인권이 무시되거나 간주될 수밖에 없는 상황이 많이 생기는 것이 사실이며 정신보건법의 많은 부분에서 그러한 문제들을 예방하려는 취지를 읽을 수 있습니다.

그러나 저의 개인적인 불평일 수 있겠지만 관련법규도 너무 자주 바뀌고 어려운 용어를 해석하기 어렵고, 절차도 너무 복잡하고 안전위주의 방어적인 조항이 많아서 비현실적인 면이 있다고 생각합니다.

신속한 치료적 개입이 필요할 때에 환자의 인권, 가족의 요구, 타인의 안전, 법규적용, 쫓기는 업무시간 사이에서 저희병원의 이념인 「hospitality」와 「환자중심」의 결정을 내리기가 쉽지 않습니다.

1. 병원에서

○ 적극적인 치료가 필요한 환자들을 대상으로 하는 병원은 대형화를 지양해야 합니다.

고급 전문 인력의 확보와 재정운영이 어려운 현실에서 소수의 치료요원이 많은 환자들을 대하는 상황에서는 치료보다는 관리가 될 수밖에 없어서 개개인에 대한 배려와 존중이 소홀하게 됩니다.

만성환자, 장기치료가 필요한 사람들, 재활훈련단계의 사람들, 위험한 환자들(secure unit), 성장통을 겪는 청소년들, 소아환자, 노인성 정신질환자, 심각한 가정적 문제를 갖은 사람들 등등으로 치료적 기능을 세분화한 전문병원들이 소규모로 운영할 수 있는 여건이 만들어져야 한다고 생각합니다.

○ 진단의 남용

정신과 의사는 진단명을 붙여야 그 때부터 약물의 선택, 치료적 접근, 보험수가의 청구 등이 합리화, 합법화됩니다.

반낙인운동에 모두 동감하고 지지하면서도 정신과 의사의 진단은 공식적인 낙인의 시작이 되기도 합니다.

공식 낙인 이후에 환자에게 닥쳐오는 심리적 충격(수치, 비판, 절망)과 사회적 입지(체면, 직장, 운전면허, 보험가입 등)를 생각해 보면 진단을 내린다는 것이 두려워해지기조차 합니다.

세계적으로 정신질환의 진단체계는 불완전하고 수년마다 바뀌고 있으며, 저의 40년 임상경험으로는 똑같은 환자는 하나도 없는데도 진단이라는 이름하에 분류를 해야 합니다.

신중하고 융통성있는 낙인식(?)이 필요하다고 생각합니다.

○ 환자 개인정보의 유출

병원에서 공식적으로 환자에 대한 정보를 내보내는 곳은 건강의료보험공단이며, 환자가 생활보호대상을 신청할 때 군 구청에 그리고 직장이나 사법기관에 제출하는 경우에 환자의 요구에 의하여 진단서가 제출되는 것으로 알고 있습니다. 그런데 운전면허신청을 할 때나 개인보험에 가입하려고 할 때에 거부당하고 있는 현실입니다.

사회의 안전과 회사의 영업을 보호하기 위한 법적인 근거에 의해서 행해지고 있겠지만 상당수의 환자들에게는 낙인을 재확인시켜주고, 심각한 피해를 준다고 생각합니다.

○ 약물에 대하여

뇌에 대한 연구가 눈부시게 발전하고 있지만 아직도 뇌는 인간의 내부기관 중 밝혀지지 않은 부분이 가장 많습니다.

최근 신경전달물질이론에 의한 새로운 향정신약물이나 항우울제가 쏟아져 나오고 있습니다.

1960년 후반 정통정신의학에 대한 회의와 침체가 정신과의사들로 하여금 「의학」으로 돌아가게 하였고, 뇌에 대한 활발한 연구와 지역사회정신의학의 발전을 가져왔습니다.

「약」이 가지고 있는 속명은 효능과 독성이라는 양면성을 가지고 있다는 것입니다.

제가 학생 때 약리학 교수님은 “약의 효능 자체가 부작용이다”라고 말씀하신 것을 기억합니다. 약물에 의존하여 환자들에게 “전인적인 접근”을 하는 전통적인 태도가 약화되지 않도록 하는 것이 환자들의 치료받을 권리에 대응하는 것이라고 생각합니다.

○ 병실의 지배적 분위기, 방어적 care

보통사람들이 모여 사는 곳에서도 끊임없이 뭔가 다른 일들이 일어나고 있으며 여러 가지의 상황속에서 일어나는 상호교류를 통하여 새로운 문제해결능력을 학습하고 성장해 갈 수 있습니다.

병실에서 일어나는 소란의 대부분은 “집에 보내달라”, “퇴원하겠다” 하는 것이고 일반적으로 정신질환자들은 겁 많고 온순하고 마음약한 사람들입니다.

(매일 언론에 보도되는 것을 보더라도, 낙인 받은 적이 없는 일반사람들이나 성격장애자들이 끔찍한 사고를 훨씬 더 많이 일으키고 있는 것을 쉽게 알 수 있습니다.)

제가 일하고 있는 성요한병원에서는 치료팀이 가운을 입지 않고, 환자복도 없으며, 병실에 명패를 달지 않고, 직원들과 환자들의 식당도 함께 사용하여 식사시간과 식탁의 선택이 모두 자유롭습니다.(치료적 공동체)

병실에서 일어나는 크고 작은 사건들이 환자들과 직원들에게 모두 치료적 이득과 성장을 하는 계기와 자료로 이용되어야 하며, 운영체제나 복장이나 힘이나 약물로 통제하는 “조용한 병실”은 사고는 방지할 수 있을지 모르나 반치료적이라는 것을 인식해야 합니다.

○ 치료 프로그램에 대하여

정신질환자들에 대한 수용적 환경(custodial care)에서 벗어나 치료와 재활의 측면에서 다양한 접근과 시설들이 늘어나고 있는 것은 다행스러운 발전이라고 생각합니다.

그런데 제가 방문했던 병원이나 시설들의 대부분에서 마치 군대나 수련회에서와 같이 요일별 일과표가 큼지막하게 붙어 있는 것을 볼 수 있습니다.

물론 공동생활인 만큼 최소한의 규율과 시간표가 필요하겠지만 기대되는 치료적 효과를 위해서는 환자의 상태, 능력, 연령, 신체적 조건에 따라 개별적으로 주어져야 합

니다(Individual program).

○ 언론보도에 대하여 -

각종 범죄자들과나 살인자들에게도 우리 사회는 삼심(三審)제도라는 인권보호에 매우 유익한 장치를 가지고 있습니다. 그런데 어쩌다 일어나는 정신질환자들에 의한 범죄사고는 더 큰 활자로 찍혀 나오는 것을 볼 수 있습니다. 이것은 모든 정신질환자들은 위험하다는 매우 잘못된 암묵적인 인식을 일반인들에게 주입하게 되며 그 영향은 매우 커서 전국의 130여개 정신보건센터에서 열심히 반낙인 계몽운동을 하는 효과를 쉽게 잠식해버릴 수 있습니다.

한 인간이 어떤 사유가 있어서 그런 행동을 했는지, 정말로 광기(狂氣)에 의해서 그랬는지, 변호사들 대신에 인권위원회가 일심(一審)이라도 해서 애꿎은 수십만의 환자들을 변호해주면 좋지 않을까 생각합니다.

얼마 전에 어떤 정신병원에서 환자들이 무단이탈한 것을 TV나 신문에서 “탈출”이라는 용어로 제법 크게 보도한 적이 있습니다. 탈출이라는 단어의 의미를 정확하게 되집어보지 않은 대부분의 일반국민들에게 전달되는 의미가 무엇이겠습니까? 다른 마땅한 용어가 없는지는 몰라도, 용어를 잘 만들어내는 학자들을 동원해서라도 적절한 단어를 만들어 사용해야 한다고 생각합니다.

○ 국가기관에 대한 바람

개인이나 회사의 이익만을 추구하는 기업과는 달리 의료기관이나 치료시설은 운영비 내지 이익을 기대하면서도 공익에 크게 기여하고 있음을 알고 있을 것입니다.

환자들의 권익과 사회의 안전만을 강조하여 무리한 요구나 너무 많은 규제를 가한다면 결국 안전운행을 선택하게 되고 기능은 위축되어 결과적으로 환자들에게는 불이익으로 돌아가기 쉽습니다.

예를 들어 정신병원에서는 가끔 자살이 일어납니다(병실에서의 타살사고는 거의 보고

된 적이 없습니다.) 그 귀중한 자신의 목숨을 끊어 버리는 데에는 2분도 채 걸리지 않습니다. 자살은 어느 사회에서나 일어나고, 모두 그렇게 할 수 밖에 없는 사연과 이유가 있으며 자신이 선택한 것입니다.

못된 질병에 걸렸다고 여기며 장시간 시달려온 가족들 못지않게 치료를 담당했던 직원들 또한 인간관계에서 생겨난 동정(empathy)과 기대 때문에 매우 애통합니다.

그러나 자살을 「사고」로 치부하는 사회적 통념 때문에 전혀 다른 고통과 시련을 겪어야 합니다.

자괴감, 자책감도 감당하기 어려운데 가족들의 거친 항의나 보상요구 등은 다음부터는 그럴 개연성이 있는 환자들을 기피하게 만들거나 지나친 감시와 통제를 가하게 될 것입니다.

미국 정신의학의 아버지라고도 불리우는 아돌프 마이어 氏는 “자살이 일어나지 않은 병원은 좋은 병원이 아니다. 자살을 단행할 자유까지도 박탈하기 때문이다.” 라고 말했습니다.

최선을 다했던 치료자들의 안전과 보호를 인권적 차원에서 강화해주기를 기대합니다.

2. 정신보건센터에서

○ 적은 예산, 적은 인원

오래전에 보았던 자료라서 기억이 희미하지만, 한동세 氏가 쓴 정신의학 책에서 보면 미국의 뉴욕주에서는 보건예산의 절반이상을 정신보건사업에 사용한다고 되어있었습니다(우리나라; 1~3%)

정신보건 분야의 일은 기계화나 자동화 될 수 없고 사람과 사람이 교류하면서 수행되는 것이므로 많은 인원이 필요합니다.

물론 우리나라의 정신보건사업은 아직도 시작 단계이고 이방면의 선진국들이 서구인만큼 우리나라의 문화나 사회적 변화에 알맞은 체제를 구축하려면 상당한 시간이 필요할 것이므로 지금은 배우며 경험을 축적해나가는 단계라고 생각합니다.

그러나 갈수록 커져가는 지역사회와 행정당국의 요구를 감당하기에는 요원의 숫자가 너무 적고 업무는 과중합니다(기록해야 할 서식만 50가지가 넘습니다.)

이것은 그동안 교육과 경험을 쌓아온 요원들의 이탈을 가져올 것이며 실제 그런 상황이 일어나고 있는 실정입니다.

정신보건사업에 종사하는 요원들은 전문교육과 경험, 성숙한 인격과 열정을 가져야만 할 수 있는 어려운 일입니다.

사무실에 앉아 서류를 뒤척이는 일이 아니고, 대하기가 쉽지 않은 사람들을 상대로 인간에 대한 관심과 애정, 봉사의 정신이 없으면 오래 견디기가 쉽지 않습니다.

정신보건사업의 역사가 일천한 우리나라에서는 그래도 그 분야에 대한 지식과 관심이 많은 사람은 정신과 의사 그룹이라고 생각하며, 일반적으로 나이가 아직 젊고 경험이 적은 정신보건요원들을 가르치며 자신의 경험도 쌓아갈 상근 정신과 의사를 배치할 수 있어야 한다고 생각합니다.

○ 센터의 소속과 감독체계

현재 운영되고 있는 센터들은 크게 두 가지 형태가 있습니다. 정부의 위탁에 의한 위탁형과 보건소가 직영하고 있는 직영형, 두 가지가 그것입니다.

저는 직영형태에 대한 경험이 없지만, 보건소로서는 생소한 기능, 공무원 신분이 아닌 센터 직원들과의 연대관계, 정부기관의 축소적 정책, 센터의 독자적 업무에 대한 간여 등 어려운 문제가 많을 것이라고 생각되며 개인적인 생각으로는 위탁형이 바람직하다고 생각합니다.

위탁형에도 문제가 없는 것은 아닙니다. 행정이나 사무에 익숙지 않은 정신보건요원들이 보건소의 도움을 받을 수 있고 보건소의 일부 공간을 사용하고 있으므로 임대비용, 전기 및 수도요금 등이 절약되어 센터운영에는 큰 도움이 되고 있습니다.

그러나 센터의 정신보건요원들은 공무원 신분이 아니라서, 공무원 업무수행강령에 따를 수밖에 없는 업무의 유연성 부족(예를 들어 과다한 서류의 작성 등)과 예산사용 등에 대한 결재, 담당 공무원의 잦은 교체와 그에 따른 새로운 적응 등... 협조관계가 잘 이루어지지 않을 때 발생할 수 있는 불필요한 긴장감의 우려가 상존해 있다고 생각합니다.

이미 정부조직 내에 구성되어 있는 정신보건사업지원단에 소속되어 지원과 감독을 받도록 하는 것이 전문성, 유연성, 독립적 특성을 살릴 수 있다고 생각합니다.

이 모든 것이 정신환자들을 위한 최대의 권익을 확보하는 데에 도움이 될 것이며, 일년에 한 번 모이는 유명무실한 자문위원회의 폐지, 정신보건센터의 운영위원장이 보건소장이어야 한다는 형식적 조항 등은 폐지되어야 한다고 생각하며 잘못 운영되거나 실수를 하는 소수의 센터들 때문에 모든 센터들을 의심하고 제도적 규제를 하는 것은 안이한 발상이라고 생각합니다.(제가 만일 공무원 신분이라면 이런 제안도 하지 못할 것입니다.)

○ 독거 환자들에 대하여

산업화와 핵가족화, 산아제한, 교통의 발달로 인하여 기존의 가족체계에 분화 내지 해체가 이루어지고 있는 현실입니다. 저에게서 외래치료를 받고 있는 얼마 되지 않은 숫자의 환자들 중에서도 상당수가 별다른 외부의 도움 없이 혼자 살아가는 사람들이 있습니다. 그들에게 해당지역의 정신보건센터를 찾아 도움을 받으라고 계속 권유하지만 그럴만한 의욕이나 능력, 자발성을 기대하기 어려운 것이 현실입니다.

또한 한달에 몇 차례씩 센터 요원이 가정방문하는 것으로만으로는 그 사람들이 갖은 재활 잠재력을 살리기에는 부족합니다.

이런 사람들을 대상으로 한 프로그램의 개발, 환자들의 동기를 유발시킬 수 있는 방안(대부분이 생활보호대상자임으로 프로그램 참여여부에 따른 지원비용의 차등지급 등), 그리고 정신과 의사들이나 대민봉사기관에 종사하는 해당직원들에 대한 권장 또는 의무규정 제정 등에 의해서 새로운 시스템이 필요하다고 생각합니다.

국가인권위원회가 할 일이 너무나 많겠으나, 개개인의 사소한 권익을 보호해주는 것도 중요하지만 꼭 필요한 사회적 체계를 만들어가는 데에 기여하는 것이 기대됩니다.

○ 환자들의 기밀유지와 정보의 공유에 대하여

의료법상 의료기관끼리는 환자의 치료에 대한 정보를 교환할 수 있는 것으로 알고 있으며, 환자의 개인적 정보는 엄격히 기밀이 유지되어야 할 것입니다.

그런데 현재 의료법상으로는 정신보건센터가 의료기관이 아니므로 환자에게 도움이 될

수 있는 정보를 공유할 수가 없습니다.

동구정신보건센터에서는 정신병원들을 정신보건요원들이 방문하여 동구지역에 주소를 둔 입원환자들에 대한 상황을 파악하고 있는데 현행법상 문제가 없는지 의문이 있습니다.

○ 치료의 연속성을 위하여

병원에 입원하여 증상의 완화나 회복이 된 환자들도 어느 기간동안 재발방지나 재활을 위하여 aftercare가 필요한 것이 정신질환의 일반적 특성입니다.

현재의 체계에서 가장 일선에서 환자를 대하는 정신의료기관에서 환자들이 퇴원할 때 그 지역의 정신보건센터에 검사결과, 투약내용, 필요한 서비스의 내용 등에 대한 정보를 제공하도록 보건체계를 만들어야 한다고 생각합니다

○ 입원이나 재입원이 필요한 사람들에 대하여

주간프로그램이나 가정방문서비스를 하던 환자가 악화되어 입원치료가 필요한 경우가 생기는데, 우리는 일차적으로 환자와 가족들에게 우리의 의견을 말하고 치료담당의사와 상의하도록 권유합니다. 경우에 따라서 담당의사에게 그러한 상태를 알려주기도 합니다.

그런데 독거환자이거나, 가족의 행방이 묘연하고나 비협조적일 때, 환자가 병원에 가는 것조차도 거부하는 경우에 특히 상태가 환자 자신에게 또는 다른 사람에게 위험하다고 판단될 때에는 매우 난감한 입장이 됩니다.

정신보건법상으로는 보호자가 없는 경우에 지방단체장이 임시로 보호자 입장이 되어 자의 또는 강제 입원을 시킬 수 있다고 되어있으나, 현재까지 그런 예가 한번도 없었다고 합니다.

보건소를 통하여 자치단체장에게 구두나 공문으로 올려야 할 텐데 관료적 분위기가 아직은 지배적인 현실에서 상관을 성가시게 할 수도 있는(?) 결재판을 쉽게 올릴 수 없기 때문이라고 추측되지만, 좀 더 절차가 단순한 방법으로의 개선이 필요하다 생각합니다.

○ 정신보건사업 지원단의 입장에 대하여

광주광역시 정신보건사업 지원단이 구성되고 저에게 지원단장의 명칭이 주어진지 2년

이 넘었으나 아직 아무런 업무도 시작하지 못하고 있습니다.

지방자치단체에서 별다른 필요성을 못 느끼는지?, 무관심인지?, 잊어버렸는지는 모르겠습니다.

광주에 있는 다섯 개의 정신보건센터가 경험과 정보를 나누고 서비스의 개선과 발전을 연구하여 일관성 있는 정신보건사업을 운영하는 데에는 필수적인 조직이라고 생각합니다.

그러기 위해서는 최소한 사무실 및 업무연락과 사무를 담당할 직원이 필요할 텐데 아직 단 한 푼의 예산도 배정하지 않고 있습니다.

단체장이나 지방의회를 방문하여 설득하고 로비를 하면 될까도 생각해보았지만, 저의 무능함 탓도 있겠으나 나의 시간과 노력을 제공해야 할 상황을 엮으려 사정하고 싶은 의사도 없습니다.

앞서 잠깐 언급했듯이 二重的인 지휘체계를 중앙정신보건사업지원단으로 일원화하여 지원, 감독, 예산 배정을 받게 되기를 희망합니다.

3. 귀일정신요양원에 대하여

60년전 한 사람의 仁者에 의하여 부랑자나 버림 받은 자들을 구원하기 시작하여 그 정신을 계승한 기독교녀단체에서 운영하고 있는 이 요양원은 정부의 지원이 거의 없고 인권이란 단어조차 사치스럽던 시절에도 매우 인간적인 환경에서 정신환자들을 돌보아 왔으며 전국요양원 평가에서 수차례 최우수기관으로서 인정받았습니다.

(인간대접을 한다는 측면에서 본다면 어느 정신병원보다 더 잘하고 있지요.)

정신장애인의 경우 상당수는 독립적인 생활이나 사회적 재활능력이 없는 사람들이 있습니다. 이런 사람들은 요양시설이나 주거시설에 일생을 의탁할 수밖에 없는데, 여기에 해당되는 환자들이 대형정신병원에도 많은 숫자가 있다고 봅니다.

요양원에 있는 사람들 중에서 병세가 악화되어 감당하기 어려우면 촉탁의사의 소견서에 의해 정신병원으로 입원치료를 의뢰하고 안정을 찾으면 다시 요양원으로 돌아옵니다.

그런데 만성화되어 사회복귀를 기대할 수 없는 사람들은 요양원으로 보내지지 않고 일년에 6개월 한정입원이라는 법적 규정 때문에 다른 병원으로 이동되고, 동일인이 병원을

여러개 만들어 이 「회전문 현상」을 이용하는 상황이 생기고 그 과정에서 환자의 머릿수가 돈으로 계산되어 거래(?)되는 상황까지 발생한다고 합니다.

요양원과 대형병원의 기능과 역할을 분명히 하는 체제의 개편을 시도하는 것이 환자들의 안정된 인간적 생활과 국가 재정의 절약에 도움이 될 것이라고 생각합니다.

또한 대형 요양원들도 우리의 문화와 사회체제에 알맞은 소규모의 거주시설로 재편하는 것이 정신장애인들이 보다 인간적인 삶을 누리도록 하는 것이라고 생각합니다.

지금까지 제가 말씀드린 내용은 저의 체험을 통한 개인적인 견해이며 인권위원회에서 주최한 이 세미나의 취지와는 다소 거리가 있는 내용도 있겠으나, 사회전체적인 안전을 우선으로 생각하기 쉬운 정치 행정가들의 입장을 견제하며 개개인의 자유와 권리를 우선으로 생각하는 국가인권위원회에 대한 저의 개인적인 기대가 매우 크기 때문에 반격이 두려워 아무데서나 함부로 말할 수 없는 속마음을 토로하였습니다.

(후렴) 저에게 주어진 짧은 시간에 모두 말할 수 없는 분량인 줄 알고 있으나, 후에 있을지도 모르는 다른 발표기회에 사용하려는 개인적인 목적으로 장황한 내용이 되었습니다.

memo 

memo 

memo 

국제기준에서 바라본 우리나라의 정신보건 현황과 사회적 낙인

| 인 쇄 | 2008년 10월

| 발 행 | 2008년 10월

| 발행인 | 안 경 환

| 발행처 | 국가인권위원회 장애차별팀

| 주 소 | (100-842) 서울특별시 중구 무교동길 41
금세기B/D (을지로1가 16번지)

| 전 화 | (02) 2125-9852 | F A X | (02) 2125-9848

| Homepage | www.humanrights.go.kr

| 인쇄처 | 도서출판 한학문화

| 전 화 | (02) 313-7593 | F A X | (02) 393-3016

<비매품>

사전승인 없이 본 내용의 무단복제를 금함