



06-55

05/12/25

정신장애인 인권 보호를 위한 국제세미나

International Symposium on Human Rights of the Mentally Challenged

| 일시 | 2006. 12. 7.(목) 13:00~18:00

| 장소 | 국회도서관 강당

| 주최 | 국가인권위원회

| 후원 | 국회의원 김춘진, 안명옥

국가인권위원회



EM017133

인사말씀

먼저, 이 세미나에 참석하기 위해 멀리서 찾아오신 해외전문가 여러분께 감사드리며, 바쁘신 가운데에도 이 자리를 참석해주신 내빈여러분과 전문가여러분, 정신장애인 가족, 그리고 당사자 여러분들과 함께 정신장애인 인권보호를 위한 국제세미나를 개최하게 된 것을 기쁘게 생각합니다.

지난달에 설립 다섯 돌을 맞은 저희 국가인권위원회는 지난 5년간 진정사건 조사, 직권 조사, 실태조사 등을 통하여 우리 사회의 정신장애인 인권보호를 위해 나름대로 적잖은 노력을 기울여 왔습니다.

오늘 국제세미나의 본격적 논의에 앞서 정신장애인의 인권 문제와 관련해 우리 위원회의 경험을 바탕으로 몇 가지 말씀드리고자 합니다. 그건 오늘 이 같은 세미나를 왜 개최하게 됐는지에 대한 설명이기도 할 것입니다.

정신장애는 그 특성으로 인하여 '인권'을 보호받기 쉽지 않은 측면이 있는 것이 사실입니다. 다른 사람들이 이해할 수 없는 언행을 하고 자기 자신에게 혹은 주변 사람들에게 위협을 초래하는 사례도 적지 않은데다, 스스로 정신질환이 있다는 점을 받아들이지 못하고 적절한 치료나 보호를 거부하는 경우도 있습니다. 그래서 오늘날 대부분의 사람들에게 당연한 것으로 보장되고 있는 신체의 자유, 통신의 자유, 직업의 자유 등 '기본적 인권'마저도 제한받게 되는 상황이 발생하는 것입니다.

또한, 정신장애는 당사자뿐 아니라 특히 가족들에게 말로 표현하기 어려운 고통을 주게 됩니다. 바쁘게 돌아가는 현대의 일상생활에서 가족들이 정신장애인을 보살핀다는 것은 매우 고단한 일일 뿐 아니라 비교적 제대로 된 치료를 받기 위해 치러야 하는 경제적 부담도 결코 간단치 않습니다. 완고하게 자리잡은 정신질환에 관한 사회적 편견도 정신장애인 당사자나 가족에게 극복하기 어려운 장벽입니다.

그 결과 정신장애인들은 가족 및 사회 방위적 차원에서 손쉽게 '시설'에 격리·수용되고, 시설에서는 일반인들이 납득하기 어려운 수준의 '특별한 대우'를 받게 되는 경우가 많습니다. 물론, 우리나라에서만 이러한 현상이 나타난 것은 아닙니다. 서구의 여러 나라들조차도 불과 몇십년 전에는 '시설수용 위주의 정신장애인 정책'을 견지해 왔고, 그러면

서 정신장애인에 대한 인권침해 논란이 계속해서 제기되어 왔으며, 이를 해소하기 위한 사회적 국가적 노력이 경주되어 왔습니다. 1991년 UN이 '정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care)'을 채택하게 된 것도, 그리고 이후의 여러 가지 정신장애인 인권에 대한 국제적 기준이 마련된 것도 모두 이러한 경험에서 비롯된 것이라 하겠습니다.

우리나라의 경우, 정신장애인들 상당수가 비전문적 시설과 열악한 환경에서 생활해 오다가, 1995년 정신보건법이 제정(1997년 시행)되어 그나마 국가정책적으로 정신장애인에 대한 보건복지서비스가 제공되고는 있습니다만, 국제적 기준으로 볼 때 아직 매우 미흡한 수준인 것이 현실입니다. 따라서 정신보건법 시행 10년을 돌아보면서 그 한계를 극복하기 위한 근본적인 변화 노력이 절실히 요구되는 시점이라고 판단됩니다.

우선, 정신장애인에 대한 권리보호 및 구제절차가 법·제도적 차원에서 보다 명확하게 보장되어야 할 것입니다. 경우에 따라 정신장애인들에 대한 강제 치료가 불가피하다고 하더라도, 비자발적 입원환자가 우리나라 전체 입원환자의 90% 이상을 차지하고 있는 우리의 현실은 그 자체로 중대한 인권문제가 아닐 수 없습니다. 실제로 국가인권위원회 진정 사건 조사를 통해 확인된 사례들 중에는 부부간 혹은 부모자식간의 불화를 이유로 강제 입원을 악용하는 어처구니없는 경우도 발생하고 있어서 이에 대한 각별한 주의가 요망됩니다. 한 사람의 '인신의 구속'을 대수롭지 않은 일로 여기는 관행은 혹시 있을지도 모르는 억울한 피해자에게는 중대한 생명의 문제가 될 수도 있는 것입니다. 특히 급속한 노령화가 진행되고 상황에서 자칫 강제 입원의 남용은 정신장애인 뿐 아니라 노인들의 인권을 위협하는 요인이 될 수 있다는 점도 우려해야 할 것입니다.

치료과정에서 환자들에 대한 폭언·폭행이나 과도한 격리·강박, 기타 비인간적인 처우를 하는 경우에 대해서도 보다 엄격한 통제가 필요합니다. 과거에 비해 크게 개선되고 있다고는 하지만, 아직도 이 같은 사건이 심심치 않게 발생하고 있습니다. 얼마 전 국가인권위원회가 고발한 사건처럼 100시간이 넘는 강박으로 인해 환자가 사망한 것으로 판단되는 경우도 있었고, 의료진이 환자를 폭행한 사건도 최근까지 발생하고 있습니다. 물론 현장에서 정신장애인들을 치료하는 과정에서는 환자들을 돌보는 데 얼마나 여러 가지의 애로가 있겠습니까만, 필요 최소한의 범위를 넘어서는 강제력까지를 용인하게 되면 시설에 수용된 정신장애인들의 인권은 더욱 더 취약해 질 것이 분명합니다.

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

다음으로, 시설수용 위주의 정책에서 탈피하여 가능한 경우에는 다시 사회에서 자립할 수 있도록 지원해야만 정신장애인의 인권이 보호된다고 할 수 있을 것입니다. 우리나라는 다른 나라들에 비해 인구대비 정신병상수가 지나치게 많은 편에 속하고, 한번 시설에 들어가면 너무 오랜 기간(경우에 따라서는 평생)을 시설에 격리되고 있습니다. 만성적 환자들에게는 장기요양 치료가 불가피하겠습지만, 적절한 재활 및 자립 지원으로 충분히 사회에서 생활할 수 있는 상당수의 환자들까지 시설에 장기 수용되고 있는 것은 당사자는 물론이고 우리 사회에도 결코 바람직하지 않습니다. 그렇다고 대부분의 경우 시설에서 이들에게 적절한 치료 프로그램이나 사회복지지원 프로그램을 제공할 수 있는 형편도 아니어서, 앞서 지적한 바와 같이 사회방위적 차원에서 이들을 사실상 시설에 방치하고 있다고 밖에 볼 수 없는 것입니다. 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 일이라 하겠습니다만, 이제 더 이상 미룰 수 없는 과제이자 반드시 풀어야 할 숙제라고 생각합니다. 사회보장체계가 잘 갖추어진 서구의 제도들을 우리나라에 바로 적용하기는 어렵다고 하더라도, 현실적 여건을 핑계로 차일피일 미루기보다는 법·제도·정책의 방향을 명확하게 설정하고 단계적으로 개선해 나가야 합니다.

이와 더불어 정신장애에 대한 사회적 편견 해소를 위해 다양한 노력을 경주해야 할 것입니다. 최근 정신보건가족협회나 정신장애인 자조모임 등이 여러 가지 노력을 하고는 있지만, 우리나라는 정신장애인 당사자들에 의한 권익운동이 아직 활성화된 단계는 아닌 것으로 평가되고 있습니다. 국가는 이러한 조직을 보다 체계적으로 지원해서 이들이 자신들에 대한 편견과 차별을 스스로 극복하도록 하는 한편, 사회구성원들의 인식 개선을 위한 노력을 병행해야 할 것으로 생각합니다. 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 되

는 계기가 될 수 있을 것입니다.

오늘 '정신장애인 인권보호를 위한 국제세미나'는 이와 같은 국가인권위원회의 문제의식에서 마련된 것입니다. 우리나라의 현실을 국제적 기준으로 재조망하고, 우리보다 먼저 이 문제를 고민해 온 나라들의 사례를 살펴봄으로써 정신장애인 인권 개선방향을 보다 명확하게 제시해 보자는 취지입니다. 국가인권위원회는 사회적 약자의 인권보호를 주요 전략목표중 하나로 설정하고 조직 역량을 집중하고자 합니다. 특히 정신장애인 인권과 관련해서는 앞으로 국제적 협력을 보다 강화하면서 우리나라의 현실이 적어도 국제적 기준에 미달하지 않도록 여러 가지 사업을 수행해 나갈 것입니다.

아무쪼록, 오늘 이 국제세미나가 우리나라 정신장애인 인권상황을 개선하는데 큰 도움이 되기를 바라며, 초청인사 여러분과 이 자리에 참석해주신 여러분께 다시한번 진심으로 감사를 드립니다.

2006년 12월 7일

국가인권위원회 위원장 **안 경 환**

일 정

◆ 인사말씀(13:40~14:00)

- 국가인권위원회 안경환위원장 개회사
- 국회 보건복지위원회 김춘진의원(정신보건법개정안 발의) 축사

[세미나 사회 : 서울대 신경정신과 조수철교수]

◆ Session 1 국제 인권법과 정신보건 개혁

「International Human Rights Law and Mental Health Reform」

- 발제 Clarence J. Sundram, MDRI 대표(14:00~14:30)
- 대표질의 및 답변 : 염형국 아름다운재단 공감 변호사(14:30~14:50)

◆ 휴 식(14:50~15:00)

◆ Session 2 역량강화를 통한 정신질환의 회복

「Recovery through Empowerment」

- 발제 Daniel B. Fisher, 정신과전문의(15:00~15:30)
- 대표질의 및 답변 : 홍선미 한신대 사회복지학과 교수(15:30~15:50)

◆ Session 3 스코틀랜드 정신보건법의 특징과 입법과정에서의 쟁점

「Features and Merits of Scottish Mental Health Law and Major Issues in the Legislation Process」

- 발제 Geoff Huggins, 스코틀랜드 정신보건국장(15:50~16:20)
- 대표질의 및 답변 : 홍진표 울산대 의대교수(16:20~16:40)

◆ 휴 식(16:40~16:50)

◆ 초청 전문가의 제언 및 국가인권위원회 곽노현 사무총장 정리(16:50~17:20)

◆ 발제 및 토론에 대한 참석자 질의 및 응답(17:20~18:00)

목 차

- 인사말(안경환 국가인권위원회 위원장)
- 국제 인권법과 정신보건 개혁(Clarence J. Sundram) 1
- 역량강화를 통한 정신질환의 회복(Daniel B. Fisher) 15
- 스코틀랜드 정신보건법의 특징과 입법과정에서의 쟁점(Geoff Huggins) 35

◆ 영문원고

- International Human Rights Law and Mental Health Reform 49
- Recovery through Empowerment 65
- Features and Merits of Scottish Mental Health Law and Major Issues
in the Legislation Process 85

◆ 참 고

- 정신장애우 비인권의 정치경제학 101
- 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 UN의 원칙 125
- Principles for the Protection of Persons with Mental Illness
and the Improvement of Mental Health Care 141

국제 인권법과 정신보건 개혁

「International Human Rights Law and Mental Health Reform」

Clarence J. Sundram, Esq.

President

Mental Disability Rights International

국제 인권법과 정신보건 개혁

I. 주 제

- 국제 인권 법의 근거
- 각국 국내법 전개과정
- 국제 인권법과 정신보건 시스템 내 적용에 관한 여섯 가지 테마 (하기 내용 포함)
 - 여러 국가들에서 접하는 문제의 유형
 - 적용 가능한 국제 법 조항
 - 정신장애인 보호와 정신보건서비스 향상을 위한 원칙 (MI Principles)의 적절한 수행에 관한 논의

1. 세계 인권 선언

“국제연합총회는,

모든 개인과 사회 각 기관이 이 선언을 항상 유념하면서 학습 및 교육을 통하여 이러한 권리와 자유에 대한 존중을 증진하기 위하여 노력하며, 국내적 그리고 국제적인 점진적 조치를 통하여 회원국 국민들 자신과 그 관할 영토의 국민들 사이에서 이러한 권리와 자유가 보편적이고 효과적으로 인식되고 준수되도록 노력하도록 하기 위하여, 모든 사람과 국가가 성취하여야 할 공통의 기준으로서 이 세계인권선언을 선포한다.”

2. 1993년 세계 인권 협약 (비엔나 선언)

- “세계 인권 협약은 모든 인권과 기본적 자유는 만인 공통의 권리이며, 따라서 장애인들도 무조건적으로 포함됨을 다시금 확인하는 바이다. 모든 인간은 태어나면서부터 평등하며, 삶과 복지, 교육 네트워크, 독립적인 생활, 사회 모든 측면의 적극적 참여 등에 대하여 똑 같은 권리를 가진다. 따라서 장애인에 대한 어떤 직접적 차별이나 기타 부정적 차별 대우는 모두 그 사람의 권리를 침해하는 것이다.”(63절)

II. 국제 인권 법의 근거

- 세계 인권 선언 (1948)
- 정신지체인의 권리 선언 (1971);
- 장애인 권리 선언 (1975);
- 경제, 사회, 문화적 권리에 관한 국제 협약 (1976);
- 시민권, 정치적 권리에 관한 국제 협약 (1976);
- 아동 권리에 관한 협약 (1990);
- 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙 (1991);
- 구금, 수감 중인 모든 이의 보호를 위한 원칙문;
- 장애인 기회 균등에 관한 기준 규정 (1993).
- 장애인 권리 및 존엄성 보호와 증진을 위한 국제 협약 초안 (UN 총회 상정 중)

III. 법규 전개 절차

1. 장애인 기회 균등에 관한 기준 규정

- “시민의 권리와 의무를 규정하는 국내 법규에는 장애인의 권리와 의무가 포함되어야만 한다. 국가는 장애인들이 다른 시민들과 평등한 근거 하에 인권, 시민권, 정치적 권리 등 자신의 권리를 행사할 수 있도록 해줄 의무가 있다. 국가는 장애인들의 권리에 관한 국가 법규의 전개는 물론이고 그 법규의 지속적인 평가에 장애인 조직이 관여할 수 있도록 해야 한다.” (규정 15)
- “국가는 장애인 및 그 가족 구성원, 옹호자들의 조직 형성과 강화를 위해 경제적 방식과 기타 다른 방식으로 격려하고 지원해야만 한다. 국가는 이들 조직들이 장애 정책 전개에 중요한 역할을 담당함을 인식해야 한다.” (규정 18)

2. 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙

- 정신병 시설 내외 정신장애인 모두에게 적용
- 정신질환 여부와 상관없이 정신병 시설 내 모든 사람에게 적용

3. 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙

- “이 원칙에 규정된 권리의 행사는, 해당인 또는 타인의 건강이나 안전을 보호하기 위

해, 또는 공공의 안전, 질서 및 보건 혹은 도덕, 타인의 기본권과 자유를 보호하기 위해 필요한 것으로서 법으로 규정되어 있는 사항에 의해서만 제한될 수 있다.”

IV. 국제 인권법과 정신보건 시스템 내 적용에 관한 여섯 가지 테마

- A. 존엄성과 자율성, 자유의 존중
- B. 정신보건 서비스의 전문화
- C. 피해로부터의 보호.
- D. 제약을 최소화한 환경/커뮤니티 통합.
- E. 비차별.
- F. 법 절차

1. 존엄성과 자율성, 자유의 존중

1.1 문제점

- 비인간적인 감금 환경
- 비자발적 입원 시 적절한 프로세스 결여
- 정신과 시설 퇴원과 감금에 대한 주기적인 검토 프로세스 결여
- 행위능력 여부 판결에 대한 공식적 프로세스 없이 환자는 자신의 치료에 관한 결정에 참여할 능력이 없다고 여기고 환자의 자율성을 존중하지 않는 관행
- 적절한 임상적 이유나 감독 없이 격리 및 강박 이용, 이로 인한 시설 내 자유 박탈.

1.2 국제법

- 세계인권선언 1조. 모든 인간은 태어날 때부터 자유로우며, 그 존엄과 권리에 있어 동등하다. * * *
- 세계인권선언 3조. 모든 인간은 생명과 신체의 자유, 안전에 대한 권리를 가진다.
- (시민권, 정치적 권리에 관한 국제 협약 (ICCPR), 6 (1)조, 유사한 조항.)
- 세계인권선언 9조. 어떤 사람도 임의로 체포나 구금, 추방의 대상이 되지 아니한다.
- (ICCPR, 6 (1)조, 유사한 조항.)
- 세계인권선언 12조. 어떤 사람도 자신의 사생활이나 가족, 가정, 서신에 대해 임의로 방해를 받거나 자신의 명예와 명성에 대한 비난을 받지 않는다. * * *
- (ICCPR, 17조, 유사한 조항.)

1.3 The MI Principles

- 원칙 1 (2) 인간으로서 고유의 존엄성을 토대로 한 인류애와 존경을 바탕으로 치료받아야 한다.
- 원칙 6은 비밀유지에 관한 권리를 보호하고 있다.
- 원칙 13 (1) (b) 사생활 보장의 권리 보호.
- 원칙 9: 치료는 개인의 자율성을 유지하고 강화하는 방향으로 해야 한다.
- 원칙 16: 자발적 입원 절차에서 자유권 보호.
- 치료 시 고지된 동의를 받을 의무 (원칙 11(1)).
- 동의는 적합한 관련 정보를 공개한 후 어떤 위협이나 부적절한 유도 없이 자유롭게 얻어야만 한다.
- 환자는 치료를 거부하거나 중단할 권리를 가진다. (4절)
- 환자에게 고지된 동의에 대한 권리를 포기할 것을 유도하거나 권해선 안 된다. (5절).
- 원칙 1 (6): 정신장애로 인한 법적 행위 무능력자 판정과 그에 따라 개인 대리인을 선임해야 한다는 판단은, 국내법에 의해 설립된 독립적이고 공정한 심판 기관에서 공정한 심리를 거친 후에 내려야만 한다. 법적 행위능력 여부 판정 대상자에게는 대리인을 선임할 권리가 주어져야 한다. 만약 법적 행위능력 판정 대상자가 대리인을 스스로 구하지 않은 경우, 대리인 선임에 필요한 지불능력이 없다면 무료로 대리인이 지정되어야 한다. 이때 대리인은 동일 사건에서 정신보건시설 또는 그 직원을 대리할 수 없으며, 또한 이해상충이 없다는 법원의 결정이 없는 이상은 해당 능력 판정 대상자의 가족 원을 동시에 대리할 수 없다. 법적 행위능력과 개인 대리인 필요성에 대한 결정은 국내법에 지정된 바와 같이 합당한 기간을 두고 재심되어야 한다. ***

2. 정신보건 서비스의 전문화

2.1 문제점

- 정신 보건 서비스 자체가 없다.
- 공식적인 진단 절차 결여
- 약물 치료 및 전기충격요법(ECT)에 대한 제한적인 접근 외 다른 치료 프로그램 결여
- 개인별 계획이나 치료 계획에 대한 환자 참여 결여
- 적합한 보호책이나 감독 절차 없이 약물 치료와 ECT 오용
- 특정 약물 치료 시 혈액 수치 체크 절차 결여
- 구조적 활동 결여로 인해 야기되는 기존의 정상 기능 능력 및 기술 손실

- 환자 분류 과정 결여로 인해 야기되는, 취약한 환자와 공격적인 환자의 무분별한 혼합과 그로 인한 피해와 폭력
- 약물 치료를 이용한 화학적 강박
- 환자 치료 및 감독을 하는 전문적인 지원 인력 부족

2.2 국제법

- 경제, 사회, 문화적 권리에 관한 국제 협약 (ICESCR) 12조:
- “본 협약에서 국가는 모든 이가 신체적, 정신적 보전에 대한 최상의 기준을 향유할 권리가 있음을 인정한다.”
- 이 권리를 실현하기 위한 단계에는 다음과 같은 목적의 조건이 포함되어야 한다.
 - (C) 유행병, 풍토병, 직업병, 기타 질병의 예방과 치료, 통제;
 - (D) 병이 났을 때 모든 의학적 서비스와 주의를 보장할 수 있는 조건 및 환경 형성

2.3 MI Principles

- “모든 사람은 의료보호 및 사회보호 제도 안에서 가장 적절한 정신보건의료를 제공 받을 권리가 있다.” (원칙 1 (1)).
- 원칙 4에서는 개인의 정신장애 판정은 국제적으로 공인된 의학적 기준에 따른다고 규정하고 있다.
- 원칙 8 “모든 환자는 자신의 보건적 필요성에 적합한 보건 및 사회적 의료를 받을 권리가 있으며, 기타 질환자와 같은 기준의 의료와 치료를 받을 권리가 있다.”
- 원칙 9. “모든 환자들에 대한 치료 및 의료는 자격을 갖춘 전문가에 의하여 개별적으로 처방된 계획에 근거해야 하며, 환자와 함께 논의하고, 정기적으로 검토하며, 필요 시에는 수정을 거쳐 제공되어야 한다.”
- “정신보건의료는 UN 총회가 채택한 의료 윤리 원칙과 같이 국제적으로 인증된 기준을 비롯하여 정신보건 종사자들을 위한 윤리로서 적용할 수 있는 기준들에 따라 제공되어야 한다. 정신보건 지식과 기술은 오남용 되어서는 절대 안 된다.” (원칙 9 (2) (3)).
- 원칙 10: 약물치료는 환자의 보건적 필요성에 가장 잘 부합해야 하고, 치료 및 진단적 목적으로만 이루어져야 하며, 처벌이나 다른 이들의 편의를 위하여 시행되어서는 안 된다.

- 원칙 13에서는 정신보건 시설에서 환자들이 필요로 하는 것들을 충족시킬 수 있도록 시설 내 조건과 권리를 규정하고 있다.
- 원칙 14에서는 적합한 전문 인력 및 자원에 대한 규정을 구체적으로 정하고 있다.
 - “(a) 의학 및 기타 적합한 전문적 자격을 갖춘 직원의 수가 충분하여야 하며, 모든 환자들이 사생활을 보호받을 수 있을 만큼 충분한 공간과 적절하고 능동적인 치료 프로그램
 - (b) 환자를 위한 진단과 치료 시설
 - (c) 적절한 전문적 의료
 - (d) 약물치료 제공 등 적합하고 규칙적이며 종합적인 치료

2.4 피해로부터의 보호

2.4.1 문제점

- 직원 및 동료 환자들에 의한 환자의 학대와 무시.
- 남자 환자들과 직원에 의한 잦은 여자 환자 성폭행, 강간 사고.
- 강간이나 성폭행 쇼크성 장애를 겪은 일이 있는 여성의 경우 강압적인 강박 사용으로 인해 외상후 스트레스가 발생하는 일이 잦다.
- 환자들이 아무런 보수도 없이, 혹은 시설 내의 사소한 특전을 조건으로 시설의 보수 관리 일을 하도록 강요 받는 경우.
- 환자와 직원 모두에 대한 적절한 감독 부족, 적절한 감독 및 안전을 보장할 수 없을 정도로 적은 수의 직원.
- 환자들이 약물 치료의 장점이나 위험에 대한 적절한 정보 없이, 혹은 아예 동의 없이 임상 실험에 참여.

2.4.2 국제법

- **세계인권선언 5조.** 어느 누구도 고문, 또는 잔인하거나 비인도적이거나 굴욕적인 처우나 처벌의 대상이 되어선 안 된다.
- **시민, 정치적 권리에 관한 국제 협약 7조.** “어떤 사람도 고문, 또는 잔인하거나 비인도적이거나 굴욕적인 처우나 처벌의 대상이 되어선 안 된다. 특히 어떤 이도 자유로운 자신의 동의 없이 의학이나 과학적 실험의 대상이 되어선 안 된다.”
- **세계인권선언 23조.** (1) 모든 사람은 일, 직업의 자유로운 선택, 정당하고 유리한 노동 조건에 대한 권리가 있으며 또한 실업으로부터 보호를 받을 권리가 있다.

- (2) 모든 사람은 차별 없이, 동일한 노동에 대하여 동등한 보수를 받을 권리가 있다.

* * *

- 경제적, 사회적, 문화적 권리에 관한 국제 협약 제 7조에서는 “정당하고 유리한 노동 조건을 향유할 모든 이의 권리”를 인정하고 있으며, 이는 특히 다음과 같은 사항을 보장하는 것이다.

(A) 모든 노동자에게 최소한 다음을 제공하는 보수 수준:

- (I) 종류의 구별 없이 같은 가치를 갖는 일에 대해서는 같은 보수와 공정한 임금 * * *.

2.4.3 MI Principles

- 원칙 1 (3) “모든 정신장애인 및 정신장애 치료를 받고 있는 사람은 경제적, 성적 및 기타 유형의 착취, 신체적 또는 기타 학대, 치료를 저해하는 행위로부터 보호받을 권리가 있다.”
- 원칙 8 (2) “모든 환자들은 적절치 못한 의료, 다른 환자나 직원, 기타 다른 사람들로 부터의 학대, 또는 정신적 불안이나 신체적 불편을 야기하는 기타 행동 등 위해로부터 보호받아야 한다.”
- 원칙 10 에서는 약물치료를 처벌로 사용하는 것을 금하고 있다.
- 원칙 11 에서는 격리와 강박 사용에 관해 엄격한 제한을 두고 있다. (11절);
- 정신질환 치료법으로 불임시술 금지 (12절);
- 정신장애에 대한 정신과 수술 및 기타 번복할 수 없는 침해적인 치료는 정신보건시설에 비자발적으로 수용되어 있는 환자에게는 행할 수 없다. (14절);
- 일부 예외적 상황을 제외하고, 임상시험 및 실험적 치료는 고지된 동의 없이 시술될 수 없다. (15절).
- 원칙 13 (3) (4) 환자에게 강압적인 노동을 시키거나 노동을 착취하지 못하게 보호함으로써 세계인권선언 23조의 보호책과 경제, 사회, 문화적 권리에 관한 국제 협약 7 조를 실행한다.

3. 제약을 최소화한 환경

3.1 문제점

- 정신장애인들을 위한 적절한 커뮤니티 프로그램 및 서비스가 없어 의료 및 치료를 제공하는 시설에 지나치게 의존하게 됨.

- 시설 수용 환자들은 또한 과도한 약물 치료와 강박 및 격리되는 경우가 잦고, 환자들의 보건적 필요성에 적합한 치료 프로그램을 제공할 수 있는 적절한 인력 및 자원 부족으로 인해 폐쇄 병동에 배치되는 경우가 많다.

3.2 국제법

- **세계 인권 선언 5조** 모든 사람은 의식주와 의료, 필수적인 사회 서비스를 비롯하여 자신과 가족의 건강과 복지를 위해 적합한 생활 수준을 누릴 권리가 있으며, 실업이나 질병, 장애, 상처(喪妻), 노령, 자신의 통제를 벗어나는 기타 생계 부족으로부터 보호받을 권리를 가진다. * * *.
- **세계 인권 선언 27조** “모든 사람은 공동체의 문화생활에 자유롭게 참여하며 예술을 향유하고 과학의 발전과 그 혜택을 공유할 권리를 가진다. . .”
- 아동 권리 협약에서는 “정신 및 신체 장애 아동은 인간적 존엄성을 보장하고 자기 독립을 장려하며 공동체 생활에 적극적으로 참여할 수 있도록 해주는 환경에서, 사회 기준에 맞는 적당한 삶을 향유하여야 한다.”고 인정하고 있다. (CRC, 23.1조)
- ICESCR 10(1)조:
“사회를 이루는 자연적, 기본적 구성요소인 가정에는 최대한의 보호와 지원이 주어져야 하며 ... 가정은 그에 속한 아동의 보호와 교육을 책임져야 한다.”
- ICCPR 23(1)조에도 유사한 조항이 있다.

3.3 MI Principles

- 원칙 3, “모든 정신장애인들은 가능한 한 지역사회 내에서 생활하고 일할 권리를 가진다.”
- 원칙 7, “모든 정신장애인들은 가능한 한 자신이 거주하는 지역사회에서 치료받고 보호받아야 할 권리가 있다.”
- 원칙 9, “모든 환자는 환자의 보건적 필요성과 다른 이들의 신체적 안전을 보호하기 위해 필요한 치료로서 가능한 한 제한적이지 않은 환경에서, 제약이나 방해를 최소화한 치료를 받을 권리를 가진다.”

4. 비차별

4.1 문제점

- 폐쇄 시설에 강압적으로 분리

- 결혼, 자녀 양육권, 불임수술에 관한 제한점
- 취업 배제
- 주거 이용에서의 차별
- 정신장애 진단이 이혼 근거로 이용됨.
- 선거권과 기타 시민권 행사에 대한 제한점.

4.2 국제법

- **세계 인권 선언 2조** 모든 사람은 인종, 피부색, 성, 언어, 종교, 정치적 또는 기타의 견해, 민족적 또는 사회적 출신, 재산, 출생 또는 기타의 신분과 같은 어떠한 종류의 차별이 없이, 이 선언에 규정된 모든 권리와 자유를 향유할 자격이 있다. (ICCPR 26 조, 유사한 내용)
- **세계 인권 선언 7조** “모든 사람은 법 앞에 평등하며 어떠한 차별도 없이 법의 동등한 보호를 받을 권리를 가진다. 모든 사람은 이 선언에 위반되는 모든 차별과 그러한 차별의 선동으로부터 동등한 보호를 받을 권리를 가진다.”
- ICCPR, 26조에서도 ‘차별에 대한 효과적 보호책’을 제공하고 있다.

4.3 MI Principles

- “정신장애를 근거로 한 차별이 있어선 안 된다. “차별”은 기본권의 동등한 향유를 저해하는 모든 분류, 배제, 혹은 선호를 의미한다. 정신장애인의 권리를 보호하거나 이들의 치료를 위한 특별한 조치들은 차별이라고 보지 않는다. 정신장애인 혹은 다른 개인의 인권을 보호하기 위해 필요한 것으로 이 원칙에 따라 행해진 분류, 배제, 혹은 선호 등은 차별이라고 보지 않는다.” (원칙 1 (4))
- “모든 정신장애인은 「세계인권선언」, 「경제, 사회 및 문화적 권리에 관한 국제 협약」, 「시민권 및 정치적 권리에 관한 국제협약」은 물론이고, 기타 「장애인의 권리선언」이나 「억류나 구금의 상태에 있는 사람들을 보호하기 위한 원칙문」 등 관련 협정에서 인정하는 사회, 정치, 경제, 문화적 권리를 행사할 권리를 가져야 한다.” (원칙 1 (5)).

5. 적당한 법 프로세스

5.1 문제점

- 비자발적 수용에 관한 절차가 없어 적절한 보호책 없이 비공식적으로 결정이 이루어짐.

- 행위능력 여부 판정에 대한 절차가 없어 기준이나 절차 없이 비공식적으로 결정이 이루어지며, 결정권이 환자에서 가족이나 병원 직원에게 넘어가게 됨.
- 비자발적 입원을 다른 의사나 독립적인 권한 기관이 검토하는 것에 관한 절차가 없음.
- 비자발적 입원이나 감금에 관한 주기적 검토에 관한 절차가 없음.
- 환자를 위한 대리인이나 기타 변호인을 구하기가 어려움.
- 결정에 관한 사법적 검토 부재.
- 이의제기와 진정사건 조사, 고충 처리에 관한 절차가 없음.
- 결정에 대한 이의나 진정 제기에 대해 환자에게 보복이 가해지지 않도록 하는 보호 조치가 없음.
- 시설 내 환경 감독 절차 부재

5.2 국제법

- **세계 인권 선언 8조** “모든 사람은 헌법 또는 법률이 부여한 기본적 권리를 침해하는 행위에 대하여 권한 있는 국내법정에서 실효성 있는 구제를 받을 권리를 가진다.” (ICCPR 26조 참조)
- **세계 인권 선언 9조**, 어느 누구도 자의적으로 체포, 구금 또는 추방되지 아니한다. (ICCPR, 9 (1)조 참조)
- **세계 인권 선언 10조**, 모든 사람은 자신의 권리, 의무 그리고 자신에 대한 형사상 혐의에 대한 결정에 있어 독립적이며 공평한 법정에서 완전히 평등하게 공정하고 공개된 재판을 받을 권리를 가진다.
- ICCPR 9 (4)조에서는 체포나 구금으로 인해 자유를 억압당하는 경우는 법정을 통한 절차를 밟을 권리가 주어져야 하며, 이때 법원에서는 해당인 구금의 합법성에 대해 지체 없이 판단하여 합법적이지 않은 경우 풀어줄 것을 명령할 수 있도록 해야 한다고 규정하고 있다.

5.3 MI Principles

- 원칙 12에서는 UN 원칙과 국내법에 따른 자신의 모든 권리를 환자가 이해할 수 있는 언어와 형식으로 고지해야 하며, 그 정보에는 이들 권리에 대한 설명과 권리 행사 방법이 포함되어야 한다고 규정하고 있다.
- 원칙 11에서는 환자의 고지된 동의 없이 비자발적 환자들에게 할 수 있는 치료를 제한하고 있다.

- 원칙 16-정신보건 시설에 비자발적 입원 또는 계속(연장) 입원시키기 위해서는 다음과 같은 조건이 필요하다.
 - (A) 법에 의해 해당 목적에 대한 허가를 받은 자격 있는 정신보건전문가가,
 - (B) 국제적으로 승인된 의학적 기준에 의해,
 - (C) 해당 인에게 정신장애가 있으며 또한,
 - (D) 정신장애로 인하여 환자나 타인에게 직접적이고 절박한 위해 가능성이 매우 높다고 보거나 또는,
 - (E) 정신장애가 심각하고 판단력이 손상된 사람의 경우, 해당 환자를 입원 및 계속 입원시키지 못한다면 환자의 상태가 심각하게 악화될 것으로 예상되거나 또는 이 원칙에 따른 정신보건시설 입원으로만 가능한 적정 치료나 최소제한적인 대안 치료를 할 수 없게 될 것이라 판단할 경우.
- 원칙 17에서는 비자발적 입원이나 계속입원 결정에 대해 독립적이고 공정한 심사를 요구하고 있다.
- 합당한 간격을 두고 비자발적 환자의 사건을 주기적으로 심사하기 위한 절차.
- 원칙 17 (7)에서는 환자를 정신보건 시설에 입원, 또는 계속 입원시키는 결정에 대해 상급 법원에 항소할 수 있는 권리를 제공하고 있다.
- 원칙 18에서 규정하는 권리
 - 대리인 선임 권리
 - 통역인 선임 권리
 - 독립적인 정신보건 보고서에 대한 권리
 - 제한적인 예외사항을 제외하고 기록의 사본에 관한 권리
 - 심리에 직접 참가하여 발언할 권리
- 국내법에 규정된 절차에 따라 이의를 제기할 권리 (원칙 21)
- 정부는 UN 원칙의 준수를 촉구하기 위해, 정신보건시설 조사, 불만사항의 접수 및 조사와 해결, 전문인의 위법 행위나 환자 권리 침해에 대한 징계 및 사법 절차 제도를 위한 적법한 절차와 기구를 마련해 시행토록 하여야 한다. (원칙 22).

역량강화를 통한 정신질환의 회복

「Recovery through Empowerment」

Daniel B. Fisher, MD, PhD

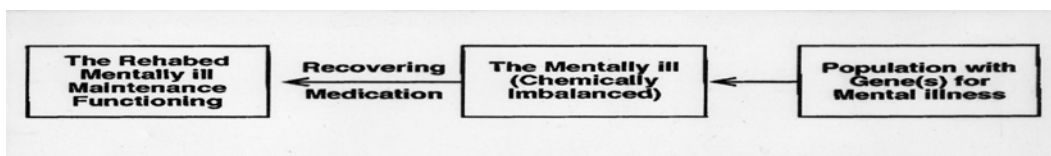
National Empowerment Ct.

[www.power2u.org]

역량강화를 통한 회복

Daniel B. Fisher, MD, PhD
 National Empowerment Ct.
www.power2u.org

정신장애인 시설 보호 모델



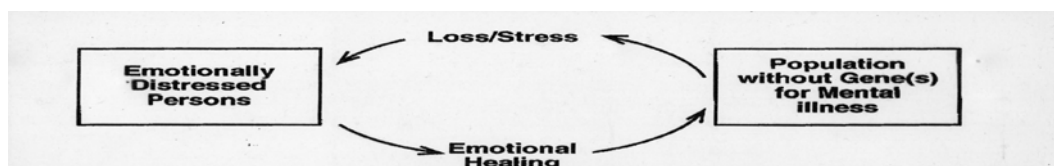
재활된 정신장애인
유지기능

약물치료를
통한 회복

화학적으로 불균형
상태의정신장애인

정신질환의 유전적
소인을 가진 사람

장기적 정상 상태로의 치료



정서적으로 고통 받는 사람

스트레스/ 손상
정서적 치료

정신질환 소인이 없는 사람

유일한 치료법으로서의 약물치료에 대한 신뢰가 무너지고 있다:

1. SSRI's(세로토닌재흡수억제제)로 치료 아동들 사이에 자살사고 증가
2. NIMH, BMJ 연구 결과, 최신 항 정신성 의약품들이 기존의 약품들보다 효과가 뛰어나지 않음이 증명됨.
3. 최신 항 정신성 약품들은 체중 증가, 당뇨병 등의 부작용 유발
4. 약품과 요법 병행 치료에 비해 약물치료법만 사용할 경우 회복률이 떨어짐. (Karon)
5. 약물 단독 치료법의 효과에 대한 근거자료 빈약
: 1968년 Greenblatt 연구의 결함,
FDA 승인은 겨우 6-8주 시험 후에 이루어짐.

장기적 연구 결과: 정신분열증은 완치될 수 있다

연구 Study	샘플 크기 Sample Size	후속조사 Follow-Up (in years)	상당히 회복된 비율 % Significantly Recovered
Bleuler (1972)	208	23	60%
Huber et al. (1979)	502	22	57%
Ciampi & Muller (1976)	289	37	53%
Tsuang et al. (1979)	186	35	46%
Harding et al. (1987)	269	32	65%

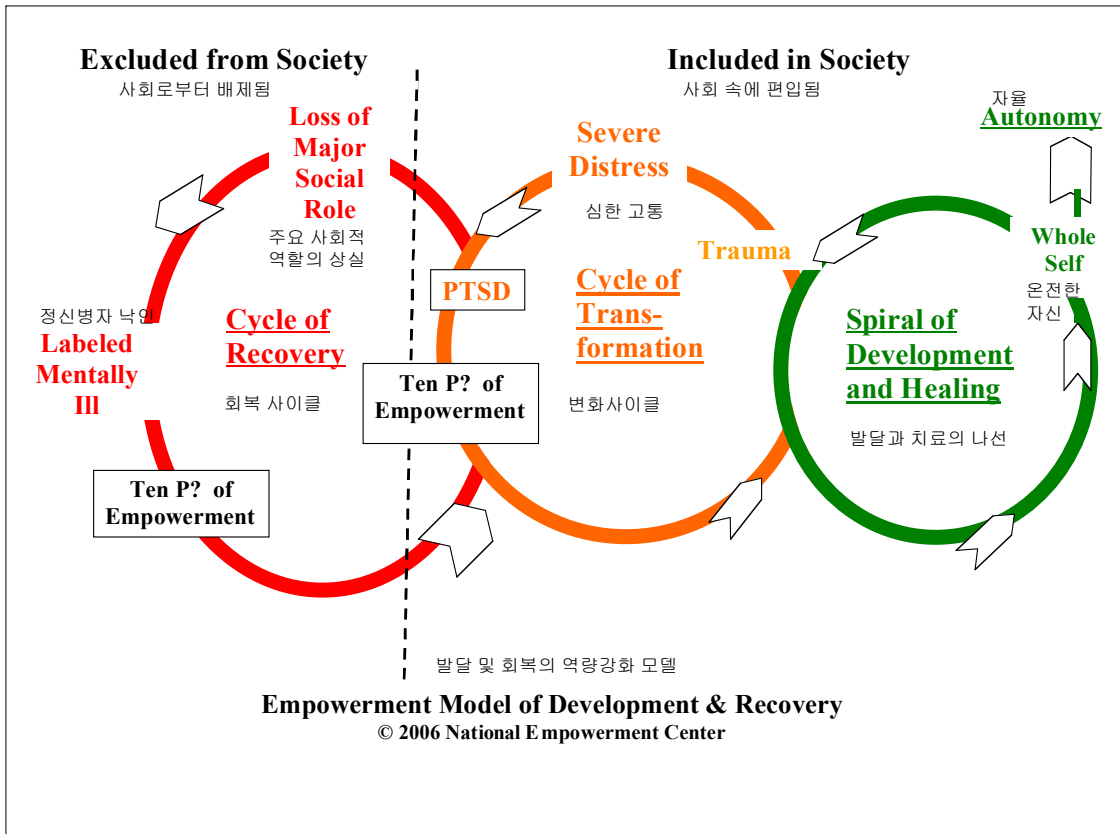
1. Bleuler (1978). The Schizophrenic Disorders. New Haven, Yale Press
2. Huber et al (1975). Long-term followup...Acta Psychiatrica Scand. 53:49-57.
3. Ciampi & Muller (1976). Lebensweg und alter...Berlin. Verlag Springer.
4. Harding et al. (1987). Vermont longitudinal study...Am. J. of Psychiatry 144: 718-735.
5. Tsuang, M. et al (1979). Long-term outcome...Arch. Gen. Psych. 36:1295-1301

회복(재기)의 원칙 (NEC 연구 결과)

- § 신뢰
- § 자기 결정권
- § 희망: 회복될 것이라는 믿음
- § 사람에 대한 믿음
- § 인간적 차원에서의 교류

회복의 원칙 (NEC 연구 결과)

- § 사람은 항상 의미를 만들어내는 존재
- § 자기 자신의 목소리를 갖는 것
- § 모든 감정은 의미를 가진다
- § 꿈을 좇는 것의 중요성
- § 존엄성과 존중의 인간관계



회복의 역량강화 모델

발달과 치료의 나선

우리는 당사자들간, 타인과의 깊은 정서적 교류를 통해 환자 (당사자)가 사회에 참여하도록 하여 의식과 자율성을 키우도록 하며, 스트레스와 손실을 이겨냄으로서 우리 삶의 개척자가 되어 스스로 역량을 강화하고 희망을 가질 수 있도록 발전하기 위해 노력한다

회복의 역량강화 모델

변화 사이클

억압된 정신적 충격 (trauma)/손실과 부족한 지원으로 인해 우리의 정서적/사회적 발전이 저해될 경우에, 우리는 억압된 분노와 슬픔, 두려움과 우리 삶에 대한 통제력 상실 등의 심각한 정서적 고통을 겪게 된다.

변화 사이클 역량강화의 10 P

이러한 감정들을 진실되고 의미있는 사람들과 나눌 수 있다면, 억압된 감정들은 열정으로 바뀔 수 있고, 우리는 외상후 스트레스성 장애(PTSD)에서 치료된다. 우리 자신에 대한 믿음과 주변의 사회적 현실 공유를 통한 교류, 우리 자신의 삶에 대한 통제권을 되찾음으로써 우리 발전의 나선을 다시 재개할 수 있다.

회복 사이클 정신장애 낙인

분노와 슬픔, 두려움을 표현할 수 없다면 우리는 개인적 현실 속에서 고통을 해결하려고 하게 되고, 자신을 위로하기 위해 스스로에게 이야기를 하는 것과 같은 증상이 나타나게 된다. 감정적 고통과 더불어 자신에게 기대되는 사회적 역할을 다할 수 없는 상태가 바로 정신질환이며, 정신질환의 형태는 방해 요소가 나타났을 당시 우리의 발달단계에 따라 다르게 나타난다.

회복

회복은 교류 재개, 신뢰를 받는 것, 자신에 대한 믿음, 변화 사이클과 발달나선을 재개할 수 있을 정도의 역량 회복을 통해 이루어진다. 이는 학생 직장인, 부모, 세입자와 같은 주요 사회적 역할과 자신의 삶에 대한 통제권을 회복하는 것을 의미한다.

회복(Recovery)은 완화(Remission) 이상의 것

완화는 증상이 사라지는 것을 의미하나, 회복은 겉으로 표출되는 증상들이 실은 발전을 재개하려는 시도임을 이해하는 것이다

회복은 재활 이상의 것

재활은 아직 정신적으로 병이 있으면서 기능하는 것을 의미한다. 회복은 단순히 지역사회 내에서 제대로 기능하는 것이 아니라, 더 이상 정신적 장애가 있는 것이 아닌, 지역사회에서의 삶 자체를 살아가는 것이다.

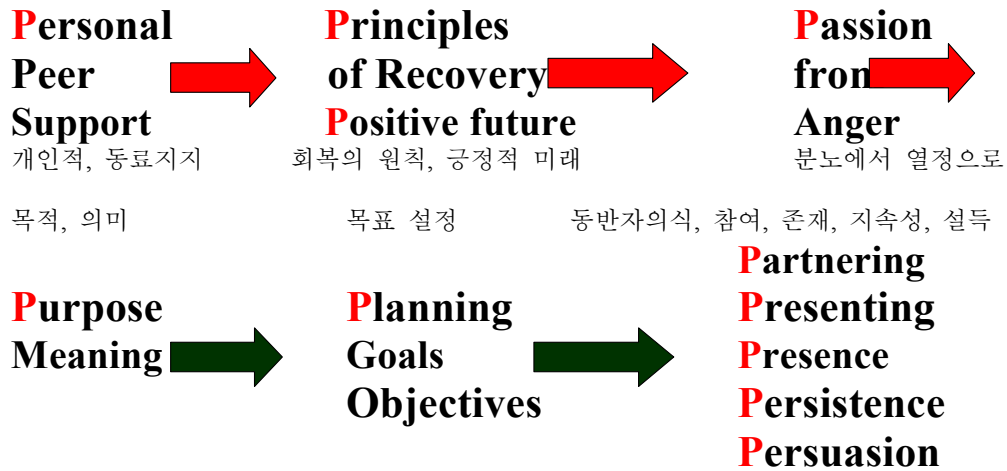
회복은 자신의 삶을 회복하는 것

회복은 자신의 삶에 대한 통제력을 되찾고 사랑과 일을 통해 자신의 꿈을 실현하는 것이다.

정신질환에서 회복된 사람의 7가지 특성

- 스스로 결정을 내린다
- 교우 관계를 회복한다
- 정신보건서비스를 이용자 이상의 주요한 사회적 역할
- 심각한 정서적 고통을 이용해 발전 재개
- 훈련받지 않은 사람일수록 자신을 아프다고 생각하지 않는다 (GAF=61 이상)
- 정신 보건 시스템 외의 주요 지원
- 약물 치료는 여러 가지 중 한 가지 도구일 뿐

역량회복의 10P 가 회복과 변화를 이끄는 방법



CEP를 통한 PRN

Peer (동료)
Recovery (회복)
Now (현재)
Through(과정)
Connecting (교류)
Expressing (표현)
Planning meaningfully
 (의미 있는 계획)

2부: 회복 중심 시스템 구축

New Freedom Commission

- **Vision:** 정신질환(장애)인 모두가 회복되는 미래
- 단순히 증상을 관리하는 것이 아니라...
회복 촉진에 초점을 둔 보호
- **Goal 2:** 당사자와 가족 중심 정신보건 의료
 - 제언 2.2: 기획, 평가, 서비스에 당사자와 가족을 참여시켜 회복 지향적인 시스템을 만든다.
- (www.mentalhealthcommission.gov)

자기 결정권과 회복, 동료 지원의 중요성을 강조하는 기타 연방 보고서들

1. 정신보건에 관한 미 보건국 국장 보고서 (1999)
2. 국가 장애 위원회 보고서 “특권에서 권리로” (2000)
3. 의약품협회 보고서 “행동 보건의 질적 취약점을 넘어서” (2005)

Figure 3.1: Model for service user involvement in mental health services

그림 3.1: 서비스 이용자의 정신보건 서비스 관여 모델
아일랜드 공화국 정신보건 위원회



회복의 10가지 요소

2006년 2월 16일 SAMHSA 의견서에서

- 자기 방향성
- 개별화 및 사람 중심
- 역량 강화
- 전체관적 관점
- 단선적이지 않음
- 강점기반
- 동료 지원
- 존중
- 책임감
- 희망

회복 문화의 임상적 장점

- 시스템 개혁의 일부로 형성
- 위험 감소
- 복종이 아닌 연합
- 동기 강화
- 팀 구축 개선
- 소진 감소
- 문화적 역량과 지역사회 통합 증가
- 약물 남용 환자와 협력
- 사회적 편견과 차별 감소
- 채용 문제 개선

이용자 중심의 회복 기반 시스템

- 1. 당사자들이 정책을 구성
- 2. 당사자들의 경험적 전문성에 근거한 교육훈련
- 3. 서비스 및 지원의 목표는 회복으로서, 이용자의 필요를 근거로 한 역량 강화에 기반
- 4. 서비스는 시스템의 회복 문화 도입 정도와 사람들의 회복 정도를 측정하여 이용자가 평가
- 5. 평가, 훈련, 정책 개발에 회복 모델 활용

당사자와 가족 주도의 회복 지향 시스템으로 변화

조직차원	관련분야	성과
개인차원	1. 사람 중심의 회복 계획 2. 가족이 계획에 참여	개인 회복
집단차원 a. 회복 센터 b. 보호 및 공유	1. 지원과 정보 2. 자신의 이야기를 함으로써, 교육	회복 문화
주정부 차원	1. 당사자와 가족에 의한 평가 2. 정책 형성	당사자 중심
국가차원		

회복 중심 시스템 구축

A. 회복 모델에 대해 직원, 당사자, 가족 교육

1. 당사자들이 **PACE (PERSONAL ASSISTANCE IN COMMUNITY EXISTENCE)**를 가르치고 직접 증언을 함으로써, 사회적 편견을 줄이고 문화적 역량을 강화
2. 당사자들 워크숍을 통한 역량강화로 우리의 목소리를 찾는다.

회복 중심 시스템 구축

B. 회복 중심 서비스와 지원

1. 사람이 이끄는 회복 계획
2. 사람이 이끄는 **PACE** 팀: 지원고용, 교육, 주거 지원
3. 자기 결정권 회복 진술
4. 동료 지원 스펙트럼
 - 당사자 조직
 - 동료 전문가와 동료중개자
 - 동료 서비스제공자

회복 중심 시스템 구축

- 당사자 조직
 - c/s/x 운동에서 성장
 - 우리 없이 우리에게 관련된 것은 없다
 - 스펙트럼: 일시보호로 부터 지원고용까지
 - 근거 중심 의학의 부각: 병원은 줄고
네트워크는 성장, 자존감과 기능 향상, 희망,
유효성, 회복 지원

회복의 실행

- 서부 뉴욕 의료 조정: 사람 중심의 회복 계획
 - 개인의 꿈에서 시작하여 목표로, 지지로,
자원으로
 - 모든 이해관계자들을 회복과 개인 중심
계획으로 훈련
 - www.carecoordination.org

회복의 실행

- 발판/다음 단계, N.H: 당사자가 운영하는 응급 구호, Warmline, 동료 지원 센터
 - WRAP(Sherry Mead와 Wellness Recovery Action Planning)에 의한 동료지지에 기초함
 - 피해를 벗어나 자신으로 돌아올 수 있도록 도움을 주기 위해 함께 함

회복의 실행

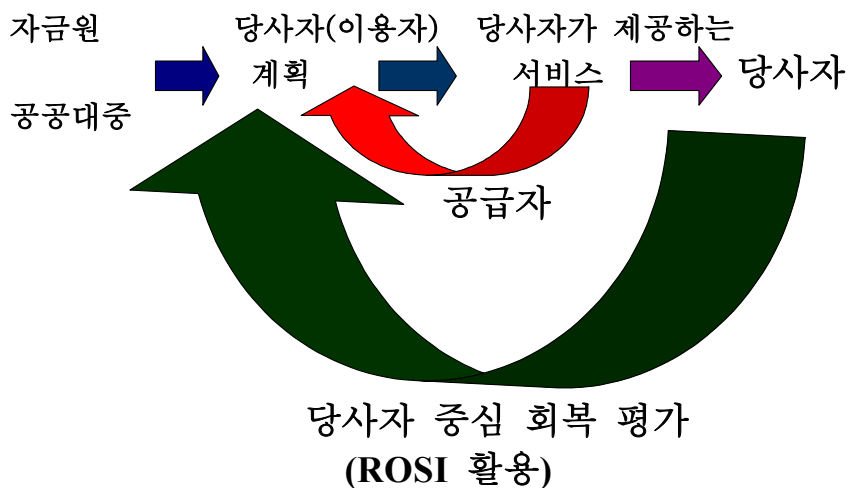
- 시스템 내 동료 활동
 - 동료 지원 조직 : Riverside Community Care, MA
 - <http://www.riversidecc.org/mentalhealth.html>
 - 동료 중개 조직 : NYAPSR: 사회적 네트워크 향상, 입원 감소, 새로운 기술
 - <http://www.nyaprs.org>
 - 동료 전문가 : Georgia
 - www.gacps.org/Home.htm

회복 중심 시스템 구축

C. 회복 중심 운영

1. 기획 및 정책 발달 과정에 당사자의 의미 있는 참여
 - 모든 회원들 교육
2. 소비자 중심 평가 팀
 - 직원 평가: 회복 지향 시스템 지표 (ROSI, Onkin, 2004)
 - 당사자 평가: 회복 측정 도구 (RMT, Ralph, 2004)

이용자 중심 시스템은 당사자 계획가에 대한 정보제공 목적을 가진
당사자 진행의 평가에 의해 운영됨



회복 실행

Consumer Quality Initiative of Mass

QuickTime?and a
TIFF (Uncompressed) decompressor
are needed to see this picture.

- 당사자 평가자의 질 평가
- 정책 입안자들에게 정보 전달
- <http://www.cqi-mass.org/index.php4>

참고문헌

- 1. Ahern, L., & Fisher, D. (2001). *PACE/Recovery Curriculum* (Manual and video). Lawrence, MA. National Empowerment Center.
- 2. Ahern, L. & Fisher, D. (2001). Recovery at your own PACE. *Journal of Psychosocial Nursing*. 39(4): 22-31.
- 3. Fisher, D. and Chamberlin, J. (2004). *PACE/Recovery through Peer Support*, Lawrence, MA. NEC.
- 4. Fisher, D., Langan, T. and Ahern, L. (2004). *A PACE/Recovery Reader*. Lawrence, MA. NEC.

스코틀랜드 정신보건법의 특징과 입법과정에서의 쟁점

「Features and Merits of Scottish Mental Health Law and
Major Issues in the Legislation Process」

Geoff Huggins

Head of Mental Health in Scotland

스코틀랜드 정신보건법의 특징과 입법과정에서의 쟁점

서론

1. 스코틀랜드는 영국, 북아일랜드와 함께 영 연방국이다. 1999년 스코틀랜드 의회가 생기면서 보건, 교육, 경제 발전 등의 정책 분야에 대한 행정, 입법권을 가지게 되었다.
2. 보건 정책은 스코틀랜드의 국가 행정조직인 스코틀랜드 행정부의 하나인 보건국의 지원으로 건강 및 지역보건(Health & Community care) 장관이 정한다. 보건 장관의 정신보건 정책 고문인 본인은 스코틀랜드의 수상인 수석 장관에게 법의학 정신보건 문제 및 정책에 대한 조언을 해주는 역할도 겸하고 있다.
3. 보건 서비스는 스코틀랜드 국가 보건 서비스 (National Health Service)에서 담당하고 있다. 이 기구는 스코틀랜드의 자치분권 이전부터 존재하던 조직으로, 1940년대 이후로 분리된 스코틀랜드 보건법규에 따라 운영되고 있다. 지방 서비스는 14개의 지역 보건원에서 관장한다. 지역 보건원은 약 1백만 인구를 담당하는 (Greater Glasgow와 Clyde) 규모에서부터 각 20,000 에서 30,000 명을 담당하는 도서 지역 보건원까지 그 규모가 다양하다. 또한 8개의 특별 보건원이 있어 국가 서비스를 관장하는데, 일례로 Scotland High Security Mental Hospital을 담당하는 State Hospital Board가 이에 해당한다.
4. 보건 서비스 전달에 있어 지역 보건원들은 32개의 스코틀랜드 지방 당국은 물론, 여러 민간 서비스 조직과 환자 및 그들의 보호자들과 협력하고 있다.

정책 개관

5. 스코틀랜드의 정신보건 법규 및 법규와 서비스 전달 사이의 상호관계를 집중하여 살

퍼볼 예정이나, 그러기 위해서는 우선 정책배경을 먼저 설명하고자 한다.

네 그룹의 인구 집단

6. 스코틀랜드 정신보건 정책개발에 있어서 네 집단에 초점을 둘 필요성이 있음을 알게 되었다.
7. 그 첫 번째 그룹은 우선 스코틀랜드에 살고 있는 모든 국민이다. 2003년 이후로 우리는 모든 국민들의 정신 보건을 향상시키기 위해 국가적 정신 보건 및 복지 증진 프로그램 (National Programme to Improve Mental Health and Wellbeing) 을 만들었다. 이 프로그램은 스코틀랜드는 물론이고 영국의 전체 국민건강의 주요 결정요소인 빈곤과 차별문제를 해결하려는 노력과 병행되었다. 이 프로그램은 국민들, 특히 젊은 이들의 회복력과 능력을 증진시켜 정신질환을 앓게 될 가능성을 줄이고 만일 정신질환을 앓게 되더라도 더욱 잘 대처할 수 있게 하려는 것이다. 또한 우리는 사회적 편견과 전체 국민들 사이의 자살 및 자해 문제를 다루기 위해 노력해 왔다.
8. 두 번째 그룹은 경미하거나 보통 수준의 정신보건 문제, 일반적으로 우울증이나 스트레스, 불안을 겪고 있는 사람들이다. 연구 결과들을 통해 보면 전체 영국 인구의 약 1/4 정도가 매년 이런 정도의 문제를 겪고 있으며, general practitioner의 약 1/3에 해당하는 시간이 이런 유형의 환자들 상담에 쓰여지고 있다. 이중 대부분의 사람들은 따로 의료적인 개입을 하지 않고도 회복되지만, 이중 일부는 치료가 필요하다. 최근 연구에서는 이런 유형의 장애 문제를 다루고 더 이상 질환으로 발전할 가능성을 줄이는 데 심리적 치료가 미치는 효과를 증명한 바 있다. 대부분의 사람들은 이런 유형의 장애를 겪으면서도 사회적인 기능을 제대로 할 수 있지만, 그들의 삶의 질은 영향을 받게 마련이며 생산성에도 차질을 빚게 된다. WHO 에서는 2020년경이면 산업사회에서 가장 많은 유형의 장애가 바로 이런 유형이 될 것이라고 한다.
9. 세 번째 그룹은 정신분열증, 조울증, 치매와 같이 심각하고 고질적인 정신질환을 앓고 있는 집단이다. 이러한 질환들은 이미 오래 전부터 정신보건 정책 및 서비스의 주요 쟁점이었으며, 강제적 조치를 사용할 필요성이 가장 많이 발생하는 질환이기도 하다. 지난 몇 년간 이들 질환 발생률은 비교적 일정한 편이었으나 기대수명이 늘어남에 따라 치매 환자 수가 늘어나고 있으며 따라서 현재 약 65,000명인 환자수는 2040년경이면 190,000명 이상으로 늘어날 것으로 예상된다.

10. 마지막 그룹은 중범죄로 유죄판결을 받았거나 혹은 일반인을 보호하기 위해 부가적인 감독과 조치를 필요로 하는 정신장애인 그룹이다. 이 환자 그룹은 스코틀랜드 경우 약 500명 정도로 그 수가 매우 적지만, 정신보건과 사법 시스템에 대한 공중의 신뢰를 무너뜨리는 사고가 일어날 수 있기 때문에 주의 깊은 관리가 중요하다.

네 가지 접근법

11. 이들 네 가지 집단이 필요로 하는 것을 다루기 위해 우리는 네 가지 접근법을 사용하고 있다. 법규와 건강증진, 서비스 재정비, 변화를 위한 지원이다. 우리는 이들 각 접근법이 모두 필수적이라고 보고 있으며, 이중 어떤 한 가지 접근법만으로는 해결할 수 없다는 것을 경험을 통해 알게 되었다. 오늘은 법규, 그리고 법규와 서비스의 상호관계를 집중적으로 다루겠지만, 다른 두 가지 접근법의 중요성에 대해서도 간단하게 짚고 넘어갈 것이다.
12. 정신보건 서비스의 개혁 작업을 통해 얻은 경험으로 우리는 국가 정책을 세우는 것 뿐 아니라 국가 기관들이 서비스 전달을 책임지는 조직들과 직접적으로 협력하여 성과를 관리하고 기술적 지원을 통해 변화과정을 지원할 필요성이 있다는 것을 알게 되었다. 정책적인 시책을 뒷받침하는 중앙의 지원이 없으면 정책의 실행이 지역적으로, 또는 해당 정책의 여러 가지 요소에 따라 각각으로 달라져 혼란을 초래하게 된다.
13. 건강증진과 관련된 작업은 일반국민(스코틀랜드 전체 국민에 대한 우리의 관심과도 중첩되는)뿐 아니라 심각하고 고질적인 정신질환으로 고통 받고 있는 사람들에게 매우 중요하다. 이 그룹은 흡연 가능성도 높고 비만 가능성도 높으며 또한 2종 당뇨병에 걸릴 가능성도 더 높다. 이들 정신장애인들은 여러 가지 예방 가능한 건강문제를 병행해서 갖는 경향이 있으며, 전체 인구보다 평균 기대 수명도 10년이나 더 짧다.

정신보건법

배 경

14. 1998년 보건부 장관은 스코틀랜드 정신보건법에 대해 국가적 검토를 시작했다. 이

는 1950년대 이래로 이 분야 법에 대해서는 처음 있는 대대적인 검토였다. 이러한 검토를 시작한 데는 두 가지 주요한 이유가 있었다. 우선 첫째로 1950년대 이래로 보호에 대한 기대가 크게 변화하여 이제 사람들은 강제 조치가 꼭 필요한 상황이 아닌 한, 환자들이 지역 공동체 내에서 통합적으로 보호를 받아야 한다고 생각하고 있었다. 둘째로 스코틀랜드 자치가 시작되면서 유럽 인권 협약 (European Convention on Human Rights)이 국내법에 적용되게 되었는데, 이 협약에서는 환자들의 인권을 충분히 보호할 수 있는 법적 체계를 갖출 것을 요구하고 있었기 때문이었다.

15. 검토는 전 영국 의회 의원으로서 유럽 연합 위원이자 전 스코틀랜드 국무부 장관이었던 브루스 밀란 (Bruce Millan)이 추진하게 되었다. 그는 보건 복지 제공자 및 전문가들과 정신복지 위원회 (Mental Welfare Commission) 대표들, 서비스 이용자 및 간호인 협회의 대표들로 위원회를 구성했다. 이 위원회는 사람들이 바꾸어야 할 필요성을 느끼는 분야가 어떤 것인지, 어떻게 바뀌기를 원하는지를 폭넓게 조사했다. 특히 서비스 제공자 및 전문가들과 더불어 서비스 이용자와 보호자들의 의견을 반영하기 위해 노력을 기울였다.
16. 스코틀랜드 각 부에서는 이 위원회의 보고서 “새로운 방향 (New Directions)”을 대폭 수용하여 2002년 9월 스코틀랜드 의회에 법안을 제출했다. 2003년 3월 이 법안이 통과되었고, 2005년 10월부터 주요 규정들이 적용되기 시작했다.

원칙

17. 밀란 위원회는 새 정신보건법에는 개정법에 따라 직무를 수행할 사람들이 반드시 고려해야 할 기준 원칙들이 포함되어야 할 것이라는 의견을 분명히 했다.
18. 스코틀랜드 정신보건법은 정신장애인들의 권리를 보호하고 그들을 위한 혜택을 보장하는 것에 관한 법이다. 정신보건법의 주요 취지는 정신장애인들이 효과적인 보호와 치료를 받을 수 있게 보장하는 것이다. 정신장애인 누구에게나 적합한 보호 및 치료는 중요한 것이지만, 특히 정신장애로 인해 의사결정력이 손상된 사람의 경우는 그로 인해 자신에게 도움이 될 치료에 대한 동의를 거부함으로써 자신의 건강과 복지, 또는 자신 및 타인의 안전까지도 위협에 빠질 수 있기 때문에 더욱 중요하다. 그러한 경우 일반적으로 환자를 위해서 사회가 개인의 자기 결정권을 무시하는

것이 올바른 결정인 경우도 있다고 받아들여지고 있다. 물론 정확히 규정된 상황에서 법에 정해진 절차대로만 개인의 권리를 침해할 수 있다는 것이 중요하다.

19. 정신보건법의 주요 원칙들은 환자가 자신의 보호 및 치료에 대한 결정을 내릴 때 참여하는 것에 초점을 맞추고 있다. 강제적 조치를 사용할 경우에는 반드시 적합한 보호 및 치료 규정이 수반되어야 할 것이며 ('상호성' 개념), 환자의 권리에 있어서는 최소한의 제약만을 가한다는 원칙에 초점을 맞추고 있다.

주요 규정

20. 2003년 개정법은 강제 조치에 대한 결정의 기준과 적용할 수 있는 조치들을 명확히 규정하고 있다. 또한 강제 조치의 기간이나 예상 기간이 늘어남에 따라 증가되는 보호책을 제공한다.

응급 입원

21. 정신장애로 보여 즉시 이에 대한 의료 및 주의가 필요한 것으로 여겨지는 환자의 경우, 정신보건법에서는 자격을 갖춘 의사/의료 전문가에 의해 최고 72시간까지 응급 입원을 허용하고 있다.
22. 해당 의사는 다음과 같이 보인다는 소견을 입증해야 한다.
 - 환자가 **정신장애**로 인해 **의사결정 능력**이 '현저히 손상' 되었으며,
 - 진단을 위해 환자를 입원시킬 필요성이 **위급하게** 요구된다. 입원시키지 않을 경우 환자의 **건강이나 안전, 복지** 또는 타인의 안전이 **심각하게 위협할** 것으로 판단되고 또한
 - 단기 입원 허가증을 발급하기 위해 준비하게 될 경우 '**바람직하지 못한 시간 지체**'가 될 것으로 보인다는 소견.
23. 응급입원 허가증을 발급하기 전에 의료 전문가는 실행 불가능한 상황이 아닌 이상 특별한 자격을 갖춘 사회복지사인 정신보건 공무원에게 자문을 구하고 동의를 얻어야 한다.

24. 정말 위급한 상황이 있을 수 있으며 또는 오히려 환자를 위해서 응급 입원 조치를 활용해야 할 때에 당장 명령을 내릴 의사가 없는 경우도 있다는 것을 인식하고 있지만, 응급입원 명령에 대한 **환자의 항소권이 없기 때문에** 환자를 정신보건 시스템에 입원시키는 경로로 단기입원 절차를 장려하고 있다.

단기 입원

25. 정신장애로 인해 의료 및 치료를 필요로 하는 사람의 경우, 인증된 의료 전문가 (특별히 훈련 받은 정신과 의사)가 병원 운영자에게 환자를 28일간 입원시킬 것을 허가하는 증서를 발급할 수 있다. 이 조치는 인증된 의료 전문가가 다음과 같은 상황으로 보인다고 판단할 경우에만 적용할 수 있다.
- 환자가 **정신장애**로 인해 **의사결정력이 현저히 손상되었다**고 보이며;
 - 진단 혹은 치료를 위해 환자의 입원이 **필요하고**;
 - 입원시키지 않을 경우 환자의 **건강이나 안전, 복지 또는 타인의 안전이 심각하게 위협할** 것으로 판단되고 또한
 - 단기입원증명서가 필요한 경우 (즉, 환자의 자발적 치료가 불가능한 경우).
26. 증명서를 발급하기 위해서는 인증된 의료 전문가가 정신보건 공무원과 상의하여 동의를 얻어야 한다.
27. 필요한 경우 이 명령에 의해 환자의 동의 없이 환자를 치료할 수도 있다 (이러한 치료에 관해 정신보건법에서 규정하는 기타 보호책에 따라야 함). 환자는 단기입원 명령에 대해 스코틀랜드 정신보건 심판위원회에 항소할 수 있으며, 담당 의료원 (환자의 의료를 책임지는 의사, RMO)은 해당 명령에 대해 항상 검토를 할 의무가 있다.
28. 새로운 정신보건법의 목적 중 한 가지는 응급 명령 사용을 줄이는 것이었고, 개정된 법이 시행되고 6개월이 지난 2006년 3월 현재 응급 명령은 상당히 감소하고 단기 입원 명령 사용이 늘어났다. 단기 입원 허가서를 발급할 때는 추가적인 보호책과 시험을 하도록 되어 있기 때문에, 이 같은 결과는 매우 바람직한 것으로 본다.

강제 치료 명령

29. 담당 의료원 (RMO)의 판단에 의해 환자가 장기간 의료 및 치료를 받을 필요가 있다고 여겨지면 담당의 (RMO)는 환자의 담당 정신보건 공무원에게 스코틀랜드 정신보건 심판위원회 측에 강제 치료 명령 (Compulsory Treatment Order (CTO))을 내려줄 것을 신청하여 최대 6개월까지 강제적인 조치를 내려줄 것을 요청할 수 있다.
30. 강제치료명령 (CTO) 신청에는 세 가지 요소가 필요하다. 의사들이 작성한 2개의 정신보건 보고서와 정신보건 공무원의 보고서, 그리고 환자의 욕구와 서비스, 치료 및 보호에 대한 정보를 담고 있는 의료 계획안이 필요하다. 정신보건 담당 공무원은 이 계획안을 작성하는 데 있어 환자의 의료 팀과 상의를 거쳐야만 한다.
31. 심판위원회에서는 심리를 열어 강제치료 명령 신청을 검토하게 되며, 이 심리에는 환자와 환자가 지정한 사람, 기타 이해관계자, 그리고 정신보건 공무원, 담당의 (RMO)가 참석할 수 있다. 환자와 환자가 지정한 사람들은 심판위원회 심리에서 무료로 법적 대리인을 선임할 수 있으며, 환자에게는 독립적인 변호를 받을 권리가 있다.
32. 심판위원회에서 CTO 허가를 내기 위해서는 다음과 같은 조건이 충족되어야 한다.
- 환자가 **정신장애**를 갖고 있으며
 - 장애의 악화를 방지하거나 또는 장애의 효과나 증상을 완화시킬 것으로 생각되는 **의료적 치료가 가능**하고
 - 환자에게 그러한 치료를 하지 않으면 환자 혹은 기타 다른 이에 **심각한 위협**이 있을 것으로 여겨지며
 - 정신장애로 인해 환자가 의료 치료에 대한 결정을 내릴 수 있는 의사결정능력이 **현저히 손상**되어 있고
 - 강제 치료 명령을 내릴 **필요**가 있을 때.
33. 강제 치료 명령은 해당 환자의 병원 입원 및 치료를 허가하거나 또는 해당 환자에게 특정 장소 또는 특정 치료 장소에 거주하게 하는 등 특정 요구사항을 부과할 수도 있다. 강제 치료 명령은 환자의 의료 및 치료 장소가 계획되어 있고 또한 의학적 치료와 사회적 의료 및 기타 환자가 필요로 하는 사회적 요건들을 고려한 계획이

세워져 있을 때만 내릴 수 있다. 서비스 제공자가 계획서의 요소 (기록으로 명시)들을 제공하지 않으면 환자는 심판위원회 개입을 요청할 수 있다. 이로써 상호주의 원칙이 더욱 강화된다.

34. 담당의 (RMO)가 제출한 신청서 요건은 심판위원회에서만 **변경할 수 있다**. 강제 치료 명령에는 정해진 심사 절차가 있으며, 특별히 연장하지 않는 한 강제 치료 명령은 6개월 후 시효가 소멸된다. 환자의 담당의 (RMO)는 해당 사안을 지속적으로 검토할 필요가 있으며, 기준에 더 이상 부합하지 않는다면 강제 치료 명령을 철회해야 한다. 의사는 명령을 6개월간 연장하고 다시 연 단위로 연장할 수도 있으나, 환자 또는 환자가 지정한 사람이 이에 대해 이의 제기가 가능하며, 심판위원회에서 최소한 2년에 한번씩 명령을 심사하게 된다.

보호책

35. 정신복지위원회 (환자의 이익을 보호하고 정신보건법 활용을 감독하기 위해 법에 의해 세워진 기구)에서는 더 이상 기준 조건이 충족되지 않는다고 여겨질 경우 강제 치료 명령을 철회할 수 있다. 그러나 현실적으로 그런 경우 위원회에서는 심판위원회에 검토를 요청한다. 정신 복지 위원회는 전반적으로 법 규정 시행을 감독하고 환자를 방문하여 치료 및 인권 보호에 관해 보고하는 의무가 있다.
36. 환자는 정신장애에 대해 어떻게 치료를 받고 싶은지에 대해 미리 사전 진술을 해 둘 수 있다. (이 사전 진술이 법적으로 정신복지 위원회에 강제적 효력을 미치지 않지만 사전 진술이 무시될 경우에는 환자가 지정한 사람과 심판위원회에게 알려야만 한다.)

장기적 입원률 변화

37. 법규 자체도 중요하지만 법규가 시행되는 사회적 환경 또한 중요하다. 1980년대 이후로 스코틀랜드에서는 정신병상 수가 감소하였다. 1980년 스코틀랜드의 정신병상 수는 약 17,000 병상이었으나, 2003년 현재 그 수는 7,000 병상을 약간 상회하는 정도로 감소하였다. 병상 점유율도 약 90%에서 85%로 약간 떨어졌다. 병상 수 감소는 특히 성인 정신보건 서비스 쪽에서 가장 크게 나타났고, 노인 층 정신 병상 수

감소는 이에 비해 적은 편이었다.

38. 흥미로운 점은 해당 기간 동안 입원률은 (최근 약간의 감소를 보이기는 했으나) 매년 30,000 건 정도로 비슷한 수준에 머물렀다는 점이다. 여성 입원자 수의 감소로 처음 입원하는 환자 수는 감소하였으나 재입원이 약간 늘었다. 평균 입원일수는 200일 이상에서 70일을 약간 넘는 수준으로 떨어졌다. 노인 환자의 평균 재원일수는 약 150일 정도로 약간 줄어들었으나 성인 재원일수는 2003년 44일로 줄어 상당한 감소를 보였으며 최근에도 계속 감소하는 추세이다.
39. 이 같이 입원 환자 병상을 줄이고 환자들을 커뮤니티 내에서 더 오랜 기간 치료하는 정책은 새로운 항 정신성 약품을 사용하는 등 더 좋은 치료 안들로 뒷받침되었고, 또한 위기를 관리하고 여러 전문 분야에 걸친 팀들을 통해 커뮤니티 내에서 지원책을 제공함으로써 제대로 유지될 수 있었다. 환자들을 커뮤니티 내에서 보호함으로써 사회 및 커뮤니티 유대가 끊어지는 것을 막고 취업도 유지할 수 있으며, 이를 통해 정신장애인들의 회복에 기여하고 그들의 보건 복지를 더 향상시킬 수 있다.
40. 이 같은 접근법은 우리 법에서도 인정되고 있는 바이다. 스코틀랜드의 개정된 정신보건법은 지방 당국들에게 정신장애인들이 쉽게 이용할 수 있는 방식으로 서비스를 전달하도록 새로운 의무를 부여함으로써 정신보건에 대한 사회의 책임을 더 확장하는데 주력하고 있다. 이는 비차별이라는 의제를 더욱 확대하여, 서비스 제공자들에게 적극적인 의무를 부여하고 환자들의 보건과 사회 복지를 더 향상시키는 데 기여하도록 하기 위한 것이다.
41. 이러한 의무는 스코틀랜드 정신보건 정책의 끊임없는 진화를 극명하게 보여주는 한 예라고 볼 수 있다. 1980년대 탈시설화 움직임에 이어 1990년대 커뮤니티 내 전문가 의료가 발달하였고, 이제 2000년대에 들어서는 커뮤니티 내의 환자들이 전문가에 의한 정신보건 서비스에 국한되지 않고 일상적인 서비스에 더욱 통합되도록 하는 변화 프로세스를 목격하고 있다. 이제는 취업과 사회적 참여를 장려하고 이들 환자들의 전반적인 보건 향상을 촉진하는 것에 초점을 두고 있다.

공식/비공식적 입원

42. 스코틀랜드의 환자 대다수는 자발적으로 시설에 입원해 있다. 이는 즉 환자들이 서

비스를 받겠다고 동의했음을 의미한다. 우리는 일반적으로 자발적 입원을 ‘비공식적’이라고 한다. 정신보건법에 의해 강제로 입원한 경우는 ‘공식적’이라고 표현한다.

43. 1986년에서 2003 사이 정신보건법에 의한 공식적 입원 비율은 꾸준히 늘어 전체 입원 중 약 8%에서 15% 이상으로 증가했다. 공식적 입원에 의해 처음으로 입원하게 되는 경우의 비율은 전체 첫 입원 중 7% 이하였으나 2003년에는 10%를 약간 상회하는 비율까지 증가했다.
44. 해당기간 1984년 정신보건법에 의한 응급, 단기, 장기 입원은 모두 증가하였으며, 그 중 증가 폭이 가장 컸던 장기입원 명령은 1985년 349건 에서 개정법이 적용되기 직전인 2004/05년 1년간은 1188건까지 늘었다. 공식 입원 비율이 늘었다는 것은 해당 기간 정신보건법에 의해 수용된 입원환자 비율이 늘었다는 것을 의미한다. 앞서 말한 바와 같이 법 개정 후에는 응급 명령이 감소하였다.
45. 이것은 입원 규정 사용이 전체적으로 줄어들 것으로 기대된다는 의미이기도 하다. 실제로는 비공식적 환자들은 더 긴 기간 동안 커뮤니티 내에서 보호를 받는 경향이 있고 입원 시설 활용은 자신이나 타인에게 위험 요소가 될 수 있는 사람들에게 적용되는 경향이 있음을 의미하는 것이다.

전반적인 의미

46. 이 수치들에서 알 수 있는 것은
 - ▶ 병상 수는 감소하였으나 입원 수치는 비교적 일정한 편이었다.
 - ▶ 성인 입원 기간은 상당히 줄었으나 노인 정신장애 환자들의 평균 입원일수는 그 보다는 감소 폭이 적었다.
 - ▶ 강제 조치 대상이 되는 사람들의 수치와 비율은 모두 증가했다.
47. 분석 결과에서 우리가 찾아야 할 더 큰 의미는, 법규 자체만으로는 환자의 입원 치료에 그다지 큰 영향을 미치지 않았다는 것인지도 모른다. 해당 기간 강제 조치 대상 환자 수는 실제로 더 늘어났기 때문이다. 그보다 실제 입원 (수용) 활용이 감소한 것은, 장기 입원 치료가 인권과 효과적인 치료 성과라는 두 가지 측면에서 모두 바람직하지 않은 방법이라고 여겨지게 된 정책 및 사회적 변화에 더욱 기인할 것이다. 이제 많은 이들이 입원 치료를 서비스의 실패 또는 결함으로 받아들이고 있다.

법규는 이 같은 변화를 지원한 것이지, 법률 개정만으로 변화를 이끈 것이 아니다.

48. 법 개정을 통해서 강제적 조치의 대상이 되는 환자들을 위한 서비스와 프로세스가 개선되었으며, 특히 다음과 같은 측면에서 그러하다.

- ▶ 장기 명령을 허가 받기 위해 치료와 사회복지, 사회적 서비스를 포함한 의료 계획을 준비할 것을 조건으로 함.
- ▶ 의료 및 치료에 관한 결정을 내릴 때 환자와 보호자, 변호인 참여
- ▶ 환자의 현재 및 과거의 희망사항을 가능한 고려하도록 하기 위해 사전 진술서를 작성
- ▶ 지방 당국에서 정신장애인들이 주요 서비스를 쉽게 이용할 수 있도록 하는 것을 의무화

결 언

49. 한국을 방문하여 발표할 기회를 갖게 되어 영광으로 생각한다. 오늘 발표한 내용들이 도움이 되었으면 한다. 이번 방문을 통해 많은 것을 배웠으며 스코틀랜드의 사례가 한국 실정에 도움이 되기를 바란다.

50. 마지막으로 네 가지를 강조하고자 한다.

51. 스코틀랜드의 사례는 정신보건 서비스를 전달하는 방법에 있어 점차적인 변화를 겪어온 과정이라고 볼 수 있다. 변화는 점차적으로 일어나는 것이며, 그러기 위해서는 변화를 기대하는 사람들(여러분)이 필요하다.

52. 더 좋은 치료 안들이 이러한 변화 프로세스에 도움이 된 것은 분명한 사실이지만, 정신보건 문제에 대한 사회적 편견을 깨고 커뮤니티 내 치료라는 개념을 사람들이 수용할 수 있게 하려는 노력이 병행되어야만 한다. 그러한 전반적인 변화 추세를 이끄는 데는, 경미하거나 보통 정도의 정신건강상의 문제는 이미 주변에서 많이 일어나고 있는 일이라는 인식이 도움이 된다. 더 많은 사람들이 정신장애를 직간접적으로 경험하고 있기 때문이다. 그러나 사람들의 태도를 바꾸려는 정신보건기구들과 서비스 선도자들의 합치된 노력의 산물이기도 하다.

- ▶ 서비스 이용자 및 보호자들이 논쟁에 참여하면서, 환자들의 질환과 적응하기 위한 필요 요건 중심에서 회복 가능성 중심으로 논쟁의 초점이 옮겨졌는데, 이는 큰 의미를 가진다. 서비스 이용자와 보호자들이 이 같은 역할을 할 수 있도록 지원해야 한다.
- ▶ 우리가 서비스를 전달하는 방식을 변화시키려는 노력, 특히 입원 중심에서 커뮤니티 서비스로 변화시키는 작업은 어렵고도 긴 시간이 걸리는 일이며, 제도와 문화적 장벽을 넘어야만 하는 일이다. 이는 분명 쉬운 일은 아닐 것이다. 모든 사람이 함께 협력해야만 이뤄낼 수 있으며, 신뢰와 협력관계 구축을 통한 지원은 변화 프로세스에 가장 큰 힘이 될 것이다.

한국의 성공을 빈다.

영문

International Human Rights Law and Mental Health Reform

International Human Rights Law and Mental Health Reform

I. Topics

- Sources of international human rights law
- Process for developing domestic legislation
- Six themes in international human rights law and their application to mental health systems including a discussion of
 - The types of problems encountered in various countries
 - The applicable provisions of international law
 - A discussion of relevant provisions of the Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care (MI Principles)

Universal Declaration of Human Rights

“THE GENERAL ASSEMBLY proclaims THIS UNIVERSAL DECLARATION OF HUMAN RIGHTS as a common standard of achievement for all peoples and all nations, to the end that every individual and every organ of society, keeping this Declaration constantly in mind, shall strive by teaching and education to promote respect for these rights and freedoms and by progressive measures, national and international, to secure their universal and effective recognition and observance, both among the peoples of Member States themselves and among the peoples of territories under their jurisdiction.”

World Conference on Human Rights June 1993, (the Vienna Declaration)

- “The world conference on human rights reaffirms that all human rights and fundamental freedoms are universal and thus unreservedly include persons with disabilities. Every person is born equal and has the same rights to life and welfare, education network, living independently and active participation in all aspects of society. Any direct discrimination or other negative discriminatory treatment of a disabled person is therefore a violation of his or her rights.” (Paragraph 63)

II. Sources of International Human Rights Law

- The Universal Declaration of Human Rights (1948)
- Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons (1971);
- Declaration on the Rights of Disabled Persons (1975);
- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1976);
- International Covenant on the Civil and Political Rights (1976);
- Convention on the Rights of the Child (1990);
- Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care (1991);
- The Body of Principles for the Protection of All Persons under any form of Detention or Imprisonment;
- Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (1993).
- Draft International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities (Pending before UN General Assembly)

III. Process for Developing Legislation

Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities

“National legislation, embodying the rights and obligations of citizens, should include the rights and obligations of persons with disabilities. States are under an obligation to enable persons with disabilities to exercise their rights, including their human, civil and political rights, on an equal basis with other citizens. **States must ensure that organizations of persons with disabilities are involved in the development of national legislation concerning the rights of persons with disabilities, as well as in the ongoing evaluation of that legislation.**” (Rule 15)

“States should encourage and support economically and in other ways the formation and strengthening of organizations of persons with disabilities, family members and/or advocates. States should recognize that those organizations have a role to play in the development of disability policy.” (Rule 18)

Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care

- Apply to people with Mental Illness whether or not they are in psychiatric facilities
- Apply to people in psychiatric facilities whether or not they are mentally ill

Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care

- “The exercise of the rights set forth in these Principles may be subject only to such limitations as are prescribed by law and are necessary to protect the health or safety of the person concerned or of others, or otherwise protect public safety, order, health or morals or the fundamental rights and freedoms of others.”

IV. Six Themes in International Human Rights Law relevant to Mental Health

- A. Respect for dignity, autonomy and liberty.
- B. Professionalization of mental health services.
- C. Protection from harm.
- D. Least restrictive environment/community integration.
- E. Nondiscrimination.
- F. Due process of law.

1. Respect for Dignity, Autonomy and Liberty

1.1 Problem Areas

- Dehumanizing conditions of confinement;
- Lack of adequate process for involuntary admissions;
- Lack of a process for periodic review of confinement and for release from the psychiatric facility;
- The routine failure to respect patients' autonomy by deeming them incapable of participating in decisions pertaining to their treatment, without any formal process for determination of incapacity;
- The use of seclusion and restraints without adequate clinical justification or supervision, resulting in additional deprivations of liberty within the institution.

1.2 International Law

- *UDHR article 1*. All human beings are born free and equal in dignity and rights.
* * *
- *UDHR article 3*. **Everyone** has the right to life, liberty and security of person.
- (Similar language in ICCPR, art. 6 (1).
- *UDHR article 9*. No one shall be subjected to arbitrary arrest, detention or exile.
- (Similar language in ICCPR, art. 6 (1).
- *UDHR article 12*. No one shall be subjected to arbitrary interference with his privacy, family, home or correspondence, nor to attacks upon his honor and

reputation. * * *

- (Similar language in ICCPR, art. 17.)

1.3 The MI Principles

- Principle 1 (2) requires treatment with humanity and respect for the inherent dignity of the human person.
- Principle 6 protects the right of confidentiality.
- Principle 13 (1) (b) protects the right to privacy.
- Principle 9 requires treatment directed towards preserving and enhancing personal autonomy.
- Principle 16 protects liberty interests in involuntary admission procedures.
- No treatment without informed consent (Principle 11(1))
- Consent must be obtained freely, without threats or improper inducements, after disclosure of adequate relevant information
- Patient has a right to refuse or stop treatment (Para. 4)
- A patient shall never be invited or induced to waive the right to informed consent (Para. 5).
- Principle 1 (6) provides: any decision that, by reason of his or her mental illness, a person lacks legal capacity, * * * shall be made only after a fair hearing by an independent and impartial tribunal established by domestic law. The person whose capacity is an issue shall be entitled to be represented by a counsel. * * *
* The counsel shall not in the same proceeding represent a mental health facility or its personnel and shall not represent a member of the family of the person whose capacity is an issue unless the tribunal is satisfied that there is no conflict of interest.. . .”

2. Professionalization of Mental Health Services

2.1 Problem Areas

- No mental health services at all;
- Lack of formal diagnostic process;

- The absence of treatment programs other than limited access to medications and ECT;
- The lack of individualized planning or participation by the patient in treatment planning;
- The misuse of medications and ECT without adequate safeguards or monitoring;
- The lack of monitoring of blood levels for certain medications
- Lack of structured activity leading to deterioration of pre-existing functioning capacities and skills;
- Lack of a process for classifying patients, leading to the indiscriminate intermingling of vulnerable and predatory patients and resultant harm and violence.
- Use of medications as chemical restraints.
- Lack of adequate professional and support staff to provide treatment and supervision of patients.

2.2 International Law

- Article 12 (1) of the ICESCR provides that:
- “The state parties to the present covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.”
- The steps to be taken to realize this right **shall** include those necessary for:
- (C) the prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases;
- (D) the creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness.”

2.3 MI Principles

- “All persons have the right to the best available mental health care, which shall be part of the health and social care system” (Principle 1 (1)).
- Principle 4 specifies that “a determination that a person has a mental illness shall be made in accordance with internationally accepted medical standards.”
- Principle 8 states that “every patient shall have the right to receive such health

and social care as is appropriate to his or her health needs, and is entitled to care and treatment in accordance with the same standards as other ill persons.”

- Principal 9. “The treatment and care of every patient shall be based on an individually prescribed plan, discussed with the patient, reviewed regularly, revised as necessary and provided by qualified professional staff.
- Mental health care shall always be provided in accordance with applicable standards of ethics for mental health practitioners, including internationally accepted standards such as the principles of medical ethics adopted by the United Nation’s General Assembly. Mental health knowledge and skills shall never be abused.” (Principle 9 (2) (3)).
- Principle 10 provides that medication shall meet the best health needs of the patient, shall be given to a patient only for therapeutic or diagnostic purposes and shall never be administered as a punishment or for the convenience of others.
- Principle 13 provides for the rights and conditions in mental health facilities to enable them to meet the needs of patients.
- Principle 14 provides specifically for adequate professional staff and resources.
 - “(a) qualified medical and other appropriate professional staff in sufficient numbers and with adequate space to provide each patient with privacy and a program of appropriate and active therapy;
 - (b) diagnostic and therapeutic equipment for the patient;
 - (c) appropriate professional care; and
 - (d) adequate, regular and comprehensive treatment including supplies of medication.”

3. Protection From Harm

3.1 Problem Areas

- Widespread abuse and neglect of patients both by the staff and by fellow patients.
- Female patients regularly report being raped and sexually abused by both male patients and staff.
- For women who have had prior histories of rape or sexual trauma, the use of

forcible restraints is often experienced as a post-traumatic stress event.

- Patients report being forced to perform institutional maintenance labor without any payment at all, or in exchange for minor privileges in the institution.
- Lack of adequate supervision of both patients and staff, and such low levels of staff as to preclude adequate supervision and safety.
- Patients participate in clinical trials without adequate information of the risks or benefits of the medications they are taking or without consent at all.

3.2 International Law

- **UDHR article 5.** No one shall be subjected to torture or to cruel, inhuman or degrading treatment or punishment.
- **International Covenant on Civil and Political Rights Article 7.** “No one shall be subjected to torture or cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. In particular, no one shall be subjected without his free consent to medical or scientific experimentation.”
- **UDHR Article 23.** (1) Everyone has the right to work, to free choice of employment, to just and favorable conditions of work and to protection against unemployment.
- (2) Everyone, without any discrimination, has the right to equal pay for equal work. * * *
- The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Article 7 recognizes the “right of everyone to the enjoyment of just and favorable conditions of work which ensure, in particular:
 - (A) remuneration which provides all workers, as a minimum, with:
 - (I) fair wages and equal remuneration for work of equal value without distinction of any kind * * *.

3.3 MI Principles

- Principle 1 (3) “all persons with a mental illness * * * have the right to protection from economic, sexual and other forms of exploitation, physical or to other abuse and degrading treatment.”

- Principle 8 (2) “every patient shall be protected from harm, including unjustified medication, abuse by other patients, staff or others or acts causing mental distress or physical discomfort.”
- Principle 10 prohibits the use of medications as punishment.
- Principle 11 places strict limitations on the use of restraint and seclusion (paragraph 11);
- Prohibits sterilization as a treatment for mental illness (paragraph 12);
- Prohibits psychosurgery and other intrusive or irreversible treatments for mental illness on involuntary patients in mental health facilities (paragraph 14);
- And, with some exceptions, prohibits clinical trials and experimental treatment on any patient without informed consent (paragraph 15).
- Principle 13 (3) (4) protect patients from forced labor and from exploitation of their work, thus implementing the protections contained in the Universal Declaration of Human Rights, Article 23, and the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Article 7

4. Least Restrictive Environment

4.1 Problem Areas

- The absence of adequate community programs and services for persons in mental illness leads to an unnecessary reliance on institutions to provide care and treatment.
- Patients in institutions are also frequently overmedicated and subjected to restraint and seclusion and placement in locked wards due to an absence of adequate staff and resources to provide treatment programs more suited to their health needs.

4.2 International Law

- *UDHR Article 25*. Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security

in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control * * *.

- **UDHR article 27** “everyone has the right freely to participate in the cultural life of the community, to enjoy the arts and to share in scientific advancement and his benefits. . . .”
- Convention on the Rights of the Child recognizes that: “a mentally or physically disabled child should enjoy a full and decent life, in conditions that insure dignity, promote self-reliance and facilitate the child’s active participation in the community.” (CRC, article 23.1)
- ICESCR Article 10(1):
“the widest possible protection and assistance should be accorded the family which is the natural and fundamental unit of society . . . while it is responsible for the care and education of dependent children.”
Similar language is also found in ICCPR Article 23(1).

4.3 MI Principles

- Principle 3, “Every person with a mental illness shall have the right to live and work, as far as possible, in the community.”
- Principle 7, “Every patient shall have the right to be treated and cared for, as far as possible, in the community in which he or she lives.”
- Principle 9 “Every patient shall have the right to be treated in the least restrictive environment and with the least restrictive or intrusive treatment appropriate to the patient’s health needs and the need to protect the physical safety of others.”

5. Non-Discrimination

5.1 Problem Areas

- Forced segregation in closed institutions
- Restrictions on marriage, right to raise children, sterilization

- Exclusion from employment
- Discrimination in Access to housing
- Using diagnosis as grounds for divorce
- Limitations on voting rights and exercise of other civil rights

5.2 International Law

- **UDHR article 2. Everyone** is entitled to all the rights and freedoms set forth in this Declaration, without distinction of any kind, such as race, color, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status. (Similar language in ICCPR Art. 26)
- **UDHR Article 7.** “All are equal before the law and are entitled without any discrimination to equal protection of the law. All are entitled to equal protection against the any discrimination in violation of this Declaration and against any incitement to such discrimination.”
- ICCPR, Art. 26 also provides for “effective protection against discrimination.”

5.3 MI Principles

- “There shall be no discrimination on the grounds of mental illness. ”Discrimination“ means any distinction, exclusion or preference that has the effect of nullifying or impairing equal enjoyment of rights. Special measures solely to protect the rights, or secure the advancement, of persons with mental illness shall not be deemed to be discriminatory. Discrimination does not include any distinction, exclusion or preference undertaken in accordance with the provisions of these Principles and necessary to protect the human rights of a person with a mental illness or of other individuals.” (Principle 1 (4))
- “Every person with a mental illness shall have the right to exercise all civil, political, economic, social and cultural rights as recognized in the Universal Declaration of Human Rights, the International Covenant on Economic, Social and

Cultural Rights, the International Covenant on Civil and Political Rights, and in other relevant instruments, such as the Declaration on the Rights of Disabled Persons and the Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment.” (Principle 1 (5)).

6. Due process of law

6.1 Problem Areas

- Lack of procedures for involuntary civil commitment, leading to informal decision making without adequate safeguards;
- Lack of procedures for the determination of incapacity, leading to informal decisions without any standards or procedures, that transfer decision making from the patient to a family member or a clinical staff member;
- The lack of procedures for review of involuntary admissions by either a second physician or an independent authority.
- Lack of procedures for periodic review of involuntary admissions or retentions;
- The unavailability of counsel or other advocates for patients;
- Lack of judicial review of decisions.
- The absence of procedures for filing complaints, for investigating complaints, and addressing grievances;
- The lack of protections for patients against reprisals for making complaints or seeking to challenge decisions;
- The absence of monitoring of conditions in institutions.

6.2 International Law

- UDHR Article 8 provides “Everyone has the right to an effective remedy by the competent national tribunals for acts violating the fundamental rights granted him by the constitution or by law.” (Also ICCPR Art. 26)
- UDHR Article 9 provides “No one shall be subjected to arbitrary arrests, detention or exile.” (Also ICCPR, Art. 9 (1))
- UDHR Article 10 provides “Everyone is entitled in full equality to a fair and

public hearing by an independent and impartial tribunal, in the determination of his rights and obligations * * *”

- ICCPR Article 9 (4) provides that anyone who is deprived of his liberty by arrest or detention shall be entitled to take proceedings before a court, in order that the court may decide without delay on the lawfulness of his detention and order his release if detention is not lawful.

6.3 MI Principles

- Principle 12 requires a notice of rights, under these Principles as well as domestic law, to patients in a form and language which the patient can understand, including an explanation of those rights and how to exercise them.
- Principle 11 limits treatment without the patient’s informed consent to involuntary patients.
- Principle 16-- involuntary admission to a mental health facility or retention requires:
 - (A) a qualified mental health practitioner, authorized by law for that purpose, who determines
 - (B) in accordance with internationally accepted medical standards
 - (C) that the person has a mental illness, and
 - (D) that because of that mental illness, there is a serious likelihood of immediate or imminent harm that person or to other persons, or
 - (E) that, in the case of a person whose mental illness is severe and whose judgment is impaired, failure to admit or retain that person is likely to lead to a serious deterioration in his or her condition or will prevent beginning of appropriate treatment that can only be given by admission to a mental health facility in accordance with the principle of the least restrictive alternative.
- Principle 17 requires independent and impartial reviews of the involuntary admission or retention decisions.

- Procedures for the periodic review of the cases of involuntary patients at reasonable intervals.
- Principle 17 (7) provides a right to appeal to a higher court against a decision that the patient be admitted to or retained in a mental health facility.
- Principle 18 provides for:
 - The right to counsel,
 - The right to an interpreter,
 - The right to an independent mental health report,
 - The right to copies of records and documents, with limited exceptions,
 - The right to attend, participate and to be heard personally in any hearing.
- The right to make a complaint through procedures specified in domestic law (Principle 21)
- States are required to have appropriate mechanisms to promote compliance with these Principles, and for the inspection of mental health facilities, and for the investigation and resolution of complaints and the institution of appropriate disciplinary or judicial proceedings for professional misconduct or violation of the rights of a patient (Principle 22).

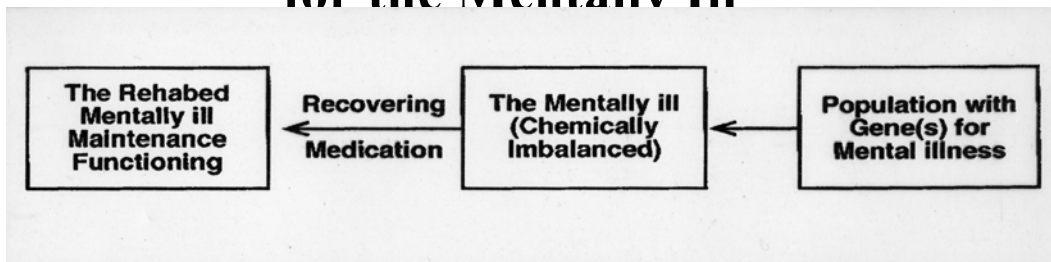
영문

Recovery through Empowerment

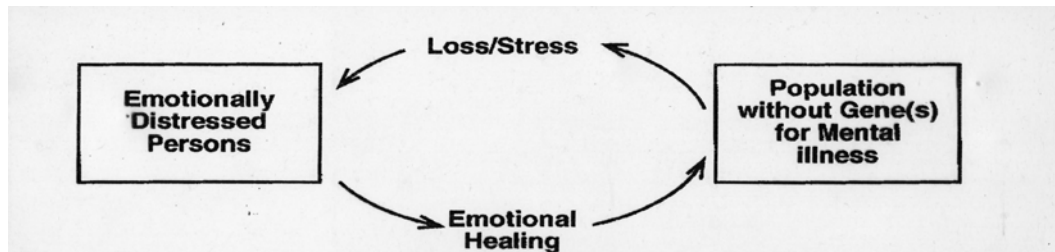
Recovery through Empowerment

Daniel B. Fisher, MD, PhD
National Empowerment Ct.
www.power2u.org

Institutional Model of Maintenance for the Mentally Ill



Healing for Chronically Normal



People are losing confidence

In medication as the only form of treatment:

1. Increase in suicidal thoughts in children on SSRI's
2. National Institute of MH and BMJ study showing newer antipsychotics no more effective than the older ones
3. Newer antipsychotics produce weight gain, diabetes, etc.
4. Low recovery rates when medication used as the only treatment compared to meds plus therapy (Karon)
5. Poor evidence base for efficacy of medication alone as treatment: Greenblatt study of 1968 flawed, FDA approval after trials of only 6-8 weeks

Long-term studies: people can recover from schizophrenia

Study	Sample Size	Follow-Up (in years)	% Significantly Recovered
Bleuler (1972)	208	23	60%
Huber et al. (1979)	502	22	57%
Ciampi & Muller (1976)	289	37	53%
Tsuang et al. (1979)	186	35	46%
Harding et al. (1987)	269	32	65%

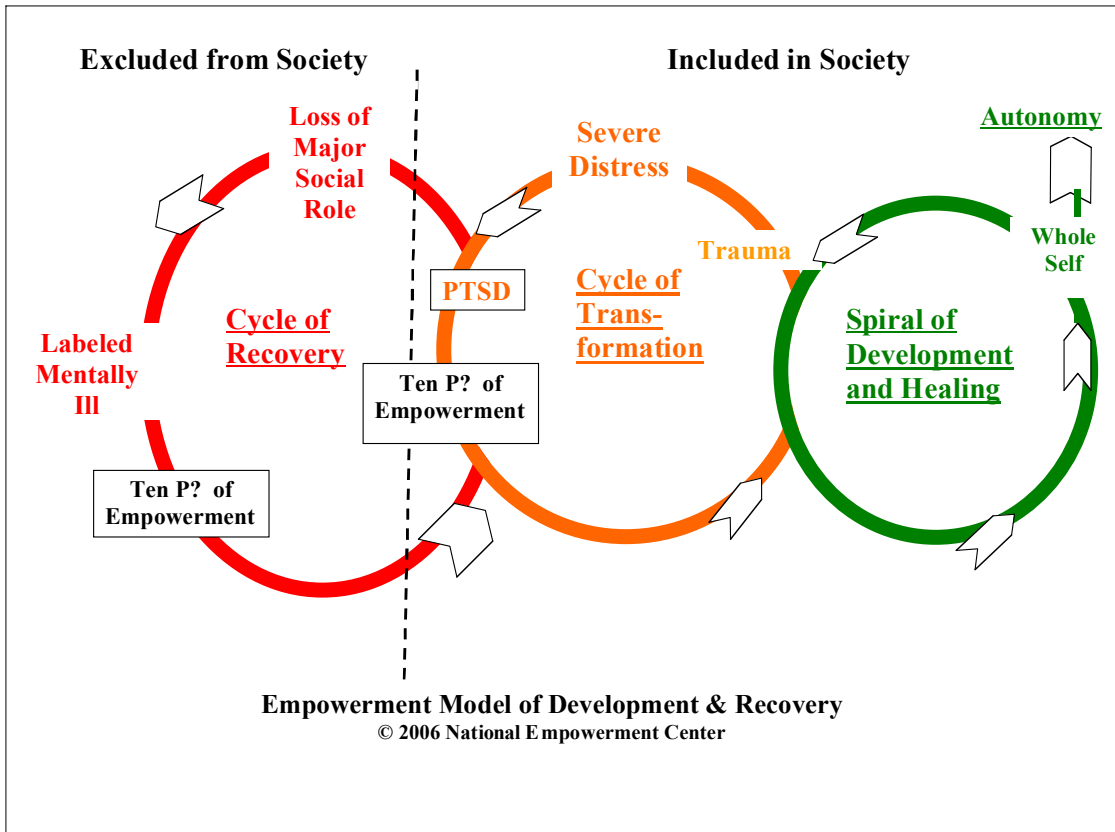
1. Bleuler (1978). The Schizophrenic Disorders. New Haven, Yale Press
2. Huber et al (1975). Long-term followup...Acta Psychiatrica Scand. 53:49-57.
3. Ciampi & Muller (1976). Lebensweg und alter...Berlin. Verlag Springer.
4. Harding et al. (1987). Vermont longitudinal study...Am. J. of Psychiatry 144: 718-735.
5. Tsuang, M. et al (1979). Long-term outcome...Arch. Gen. Psych. 36:1295-1301

Principles of Recovery
(From Research at NEC)

- § **Trust**
- § **Self-determination**
- § **Hope: believing you'll recover**
- § **Believing in the person**
- § **Connecting at a human level**

Principles of Recovery
(From research at NEC)

- § **People are always making meaning**
- § **Having a voice of one's own**
- § **All feelings are valid**
- § **Important to follow dreams**
- § **Relating with dignity and respect**



Empowerment Model of Recovery

Spiral of Development and Healing

We work to develop as a whole, participating person through deepening emotional connections with others and ourselves, which increase consciousness and autonomy; we work through stresses and loss, becoming architect of our life furthering the development of our empowered, hopeful self

Empowerment Model of Recovery

Cycle of Transformation

If our emotional/social development is interrupted by a combination of repressed trauma/loss and insufficient supports, we experience the severe emotional distress of unexpressed anger, sadness, and/or fear, and loss of control over our lives.

Cycle of Transformation **10 P's of Empowerment**

If we can share these feelings with significant, authentic people, the unexpressed emotions can be transformed into passion, we heal from post traumatic stress disorder (PTSD), and we can resume our spiral of development, through a belief in ourselves, connecting with shared social reality around us, and regaining control of our lives

Cycle of Recovery

Labeled Mentally III: If we are unable to express anger, sadness, and fear, we attempt to resolve the distress in our personal reality and ? ymptoms?a ppear, such as stories we tell ourselves for relief; the combination of emotional distress and inability to fulfill our expected social role= mental illness, whose form depends on the stage of our development when interruption occurred.

Recovery

Recovery involves reconnecting, being believed in, believing in oneself, and becoming empowered enough to resume one's cycle of transformation and spiral of development. It means (re)gaining a major social role, such as student, worker, parent, and/or tenant, and control of one's life

Recovery is more than Remission

**Remission is removal of symptoms while
Recovery is understanding that what appear to be
symptoms are attempts to resume development**

Recovery is more than Rehabilitation

**Rehabilitation is functioning though still mentally ill;
Recovery is living a life and no longer being mentally
ill, not merely functioning in the community**

Recovery is Recovery of your Life

**Recovery is gaining control of your life and fulfilling
your dreams through love and work**

Seven Characteristics of a Person Who has Recovered from Mental Illness

- **Make their own decisions**
- **Fulfilling network of friends**
- **Major social role other than consumer**
- **Uses severe emotional distress to resume development**
- **“Most untrained persons would not consider him/her
sick”(GAF= 61 and above)**
- **Primary supports outside MH system**
- **Medication one tool among many**

How the 10+ P's of Empowerment Lead to Recovery and Transformation



PRN through CEP

Peer
Recovery
Now
Through
Connecting
Expressing
Planning meaningfully

Part II: Building a Recovery-Based System

New Freedom Commission

- **Vision: “a future when everyone with a mental illness will recover”**
- **“Care must focus on facilitating recovery... not just on managing symptoms.”**
- **Goal 2: Mental Health Care is Consumer and Family Driven**
- **Rec. 2.2: “Involve Consumers and Families in Planning, Evaluation, and Services to orient the system to recovery”**
- **(www.mentalhealthcommission.gov)**

Other federal reports highlighting Importance of Self-determination, Recovery, and Peer Support

- 1. Surgeon General's report on Mental Health (1999)**
- 2. National Council on Disabilities Report, From Privileges to Rights? (2000)**
- 3. Institute of Medicine's Report, Crossing the Quality Chasm in Behavioral Health? (2005)**

Figure 3.1: Model for service user involvement in mental health services

From the MH Commission of Irish Republic



The 10 Components of Recovery

From SAMHSA Issues Consensus Statement, 2/16/06

- **Self-Direction**
- **Individualized and Person-Centered**
- **Empowerment**
- **Holistic**
- **Non-Linear**
- **Strengths-Based**
- **Peer Support**
- **Respect**
- **Responsibility**
- **Hope**

Clinical Advantages of a Recovery Culture

- **Becoming Part of System Transformation**
- **Risk Reduction**
- **Alliance instead of Compliance**
- **Improved Motivation**
- **Improves Team Building**
- **Decreased Burnout**
- **Improved Cultural Competence and Community Integration**
- **Improves work with people with substance abuse**
- **Reduces stigma and discrimination**
- **Improves recruitment into the field**

A Consumer Driven, Recovery-based System

- 1. Policies are shaped by consumers
- 2. Training based on experiential expertise of consumers
- 3. Goals of services and supports are recovery, empowerment based on needs of consumer
- 4. Services are evaluated by consumers measuring the degree to which system has adopted a recovery culture and people have recovered
- 5. Recovery model used for evaluation, training, and policy development

Consumer and Family Driven Transformation to Recovery-Based System

Level of Organizing	Areas of Involvement	Outcome
Individual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Person driven recovery plan 2. Family included in planning 	Indiv. recovery
Group <ol style="list-style-type: none"> a. Recovery centers b. Caring and sharing 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Support & information 2. Telling our stories= education 	Recovery culture
Statewide	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluation by Consumers And families 2. Policy formation 	Consumer-driven
National		

BUILDING A RECOVERY-BASED SYSTEM

A. Educating Staff, Consumers, and Families about the Recovery Model

- 1. Consumers teaching PACE (PERSONAL ASSISTANCE IN COMMUNITY EXISTENCE) and giving oral evidence which will also: reduce stigma, enhance cultural competence**
- 2. Finding Our Voice through empowerment through workshops for consumers**

BUILDING A RECOVERY-BASED SYSTEM

B. Recovery-based services and supports

- 1. Person-driven recovery planning**
- 2. Person-driven PACE team: supported employment, education, housing**
- 3. Self-determination recovery accounts**
- 4. Spectrum of peer support**
 - a. Consumer-run organizations**
 - b. Peer specialists and peer bridgers**
 - c. Peers as providers**

BUILDING A RECOVERY-BASED SYSTEM

- **Consumer-run organizations**
 - **Grew from c/s/x movement (Insane Liberation Front, MPLF to Recovery Inc:Advocacy/sup)**
 - **Nothing about us without us**
 - **Spectrum:drop in to supportive employment**
 - **Emerging evidence-base: less hosp., larger networks, improved self esteem and functioning, hope, validation, support recovery**

Implementing Recovery

- **Western NY Care Coordination:Person Directed Recovery Planning**
 - **Starts with person's dreams, then goals, then supports, then resources**
 - **Extensive training of all stakeholders in recovery and Person Centered Planning**
 - **www.carecoordination.org**

Implementing Recovery

- Stepping Stones/Next Step, N.H:Consumer-run Crisis Respite, Warmline, Peer Support Centers
 - Based on trauma informed peer support by Sherry Mead and Wellness Recovery Action Planning (WRAP)
 - Deeply being there for another to help them cast off victimhood and attain personhood

Implementing Recovery

- Peers working in the System
 - Peer supporters: Riverside Community Care, MA
 - <http://www.riversidecc.org/mentalhealth.html>
 - Peer Bridgers: NYAPSR:Improved social network, reduced hospitalization, new skills
 - <http://www.nyaprs.org>
 - Peer specialists: Georgia
 - www.gacps.org/Home.htm

BUILDING A RECOVERY-BASED SYSTEM

C. Recovery-based administration

1. Meaningful consumer participation in planning and policy development

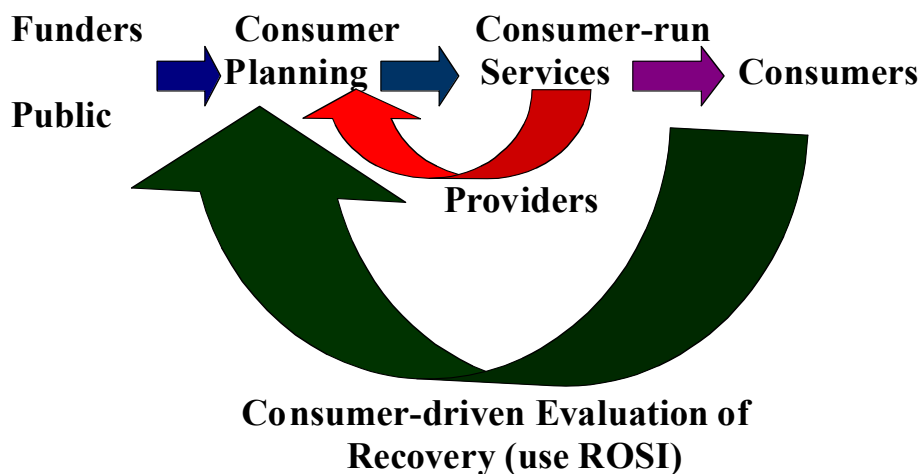
a. Training all board members

2. Consumer-directed evaluation teams

a. Evaluate staff: Recovery Oriented Systems Indicators (ROSI, Onkin, 2004)

b. Evaluate consumers: Recovery Measurement Tool (RMT, Ralph, 2004)

A Consumer Driven System Depends on Consumer-run Evaluation to Inform Consumer Planners



Implementing Recovery

Consumer Quality Initiative of Mass

QuickTime?and a
TIFF (Uncompressed) decompressor
are needed to see this picture.

- Consumer evaluators assess quality and
- Feed information back to policy makers
- <http://www.cqi-mass.org/index.php4>

References

- 1. Ahern, L., & Fisher, D. (2001). *PACE/Recovery Curriculum* (Manual and video). Lawrence, MA. National Empowerment Center.
- 2. Ahern, L. & Fisher, D. (2001). Recovery at your own PACE. *Journal of Psychosocial Nursing*. 39(4): 22-31.
- 3. Fisher, D. and Chamberlin, J. (2004). *PACE/Recovery through Peer Support*, Lawrence, MA. NEC.
- 4. Fisher, D., Langan, T. and Ahern, L. (2004). *A PACE/Recovery Reader*. Lawrence, MA. NEC.

영문

**Features and Merits of
Scottish Mental Health Law
and Major Issues in the
Legislation Process**

Features and Merits of Scottish Mental Health Law and Major Issues in the Legislation Process

Introduction

1. Scotland is a constituent part of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Since 1999 it has had its own Parliament with executive and legislative powers in respect of policy areas such as health, education and economic development.
2. Health policy is set by the Minister for Health and Community Care with support from the Health Department which is part of the Scottish Executive, the national administrative body in Scotland. I am the Health Minister's adviser on mental health policy and advise the First Minister, our head of state, on forensic mental health issues and policy.
3. Health services are delivered by the National Health Service Scotland, an organisation that predates devolution and which has operated under separate Scottish health legislation since the 1940s. Local service delivery is managed by 14 geographic health boards which range in size from Greater Glasgow and Clyde, which services about 1 million people, to the three islands boards, which each serve between 20,000 and 30,000 people. In addition, there are 8 special health boards that provide national services, including the State Hospital Board which is responsible for Scotland High Security Mental Hospital.
4. In delivering health services, boards work in partnership with Scotland's 32 local authorities, with a range of voluntary sector service provision organisations and with patients and their carers.

Policy Overview

5. I am going to focus on mental health legislation in Scotland and the interaction between legislation and service delivery, but will begin by setting out the policy context.

Four Populations

6. In developing Mental Health policy in Scotland we have found it helpful to focus on four population groups.
7. The first population group is all the people who live in Scotland. Since 2003 we have had in place a National Programme to Improve Mental Health and Wellbeing which works to promote good mental health for all people. This sits alongside work in Scotland and across the United Kingdom on tackling poverty and discrimination which are key determinants of health outcomes. Our approach is intended to promote capability and resilience, in particular, for young people to reduce the likelihood that they will develop mental illness or that if they do they will be better able to cope with it. In addition, we have taken forward work on stigma and to address suicide and self-harm in the population.
8. The second population group is those people who suffer from mild to moderate mental health problems – generally depression, stress and anxiety. Research suggests that up to 1 in 4 of the population in the United Kingdom may suffer in this way each year and that up to a third of all general practitioner time is spent in consultations with these patients. Although most recover without the need for any medical intervention, some will need treatment. Recent work has demonstrated the impact that psychological therapies can have in addressing these disorders and reducing the likelihood of further episodes of illness. While most people are able to function effectively while suffering from these disorders, their quality of life is affected and there can be a loss of productivity. The World Health Organisation says that by 2020 this will be the number one form of

disability in industrial nations.

9. The third population group is those suffering from severe and enduring mental illness – disorders such as schizophrenia, bi-polar disorder and dementia. These illnesses have traditionally been the main focus of mental health policy and services and are most likely to require the use of compulsory measures. The incidence of illness has remained fairly constant over recent years, though longer life expectancy is increasing the number of people who develop dementia and we expect to see the figure rise from about 65,000 people now to more than 190,000 by 2040.
10. The final population group is those suffering from mental illness who have also been convicted of serious criminal offences or who require additional supervision and measures to protect the public. While this group of patients is very small, about 500 patients in Scotland, their careful management is important because any incidents that occur are likely to reduce public confidence in the mental health and justice systems.

Four Approaches

11. In addressing the needs of these four populations we are using four general approaches – legislation, health improvement, service redesign and support for change. We consider that each of these approaches is necessary and our experience has shown that no one approach is sufficient on its own. I will focus today on the legislation and its interaction with services, but will briefly mention the importance of the other two approaches.
12. Experience in taking forward reform of mental health services has demonstrated that in addition to setting national policy, there is a need for national agencies to work directly with the organisations responsible for service delivery to manage performance and to support the change process through technical assistance. The absence of central support for previous policy initiatives led to variable implementation of policy both geographically and in respect of different elements

of the policy.

13. Health improvement work is important both for the general population – and overlaps directly with our focus on the whole population of Scotland – but is also important in respect of those who suffer from severe and enduring mental illness. That population is more likely to smoke, more likely to be obese and more likely to have type 2 diabetes. Those with mental illness tend to have a range of other preventable health problems and have an average life expectancy which is 10 years less than the general population.

Mental Health Legislation

Background

14. In 1998 the Health Minister commissioned a national review of mental health legislation in Scotland. This was the first major review of this area of law since the 1950s. There were two main reasons for such a review. First, the expectations of care had changed significantly since the 1950s and the presumption was now that patients should receive care in the community in an integrated way unless compulsion was absolutely required. Second, the European Convention on Human Rights, which would be integrated into national law as part of the creation of devolution for Scotland, required adjustments to the legal framework to give patients full protection of their human rights.
15. Bruce Millan – a former member of the United Kingdom Parliament, European Union Commissioner and also a former Secretary of State for Scotland – was asked to take forward the review. He established a committee of health and social care providers and professionals along with representatives from the Mental Welfare Commission and service user and carer organisations. The Committee consulted widely on both what people felt needed to change and then on its recommended changes. Special efforts were made to ensure the views of service users and carers were heard alongside those of service providers and

professionals.

16. The Committee's Report – New Directions – was largely accepted by Scottish Ministers and they presented draft legislation to put the proposals into effect to the Scottish Parliament in September 2002. The legislation was passed in March 2003 and the main provisions commenced in October 2005.

Principles

17. The Millan Committee was very clear that the new Act should contain a set of guiding principles which people performing functions under the Act should take into account.
18. Mental health law in Scotland is about securing benefits for, and protecting the rights of, people with mental disorder. Its primary objective is to make sure people with mental disorder can receive effective care and treatment. While appropriate care and treatment is important for anyone with a mental disorder it is all the more important where a person's decision-making is impaired by their mental disorder, with the result that their health, welfare or safety or the safety of others may be jeopardised by a refusal to consent to treatment which would be of benefit to them. In such situations, it is generally accepted that it can sometimes be right for society to override the individual's right to selfdetermination, for their benefit. Clearly, it is important that an individual's rights are only overridden in certain well-defined circumstances and under the controls put in place by legislation.
19. The key principles in the Act focus on the participation of the patient in making decisions on his or her care and treatment, the expectation that any use of compulsion should be accompanied by the provision of appropriate care and treatment (the idea of 'reciprocity') and the principle of least restriction in respect of the rights of the patient.

Main Provisions

20. The 2003 Act defines the criteria by which decisions about compulsion are made and the measures which may be applied. The Act provides for increasing protections as the length or potential length of the compulsory measures increases.

Emergency Detention

21. If a person is thought to be in need of immediate care and attention for what appears to be a mental disorder the Act allows for Emergency Detention for up to 72 hours by any qualified doctor/medical practitioner.

22. The doctor must certify that in his opinion it is likely that:

- the person has a **mental disorder** which causes their **decision-making** to be ‘significantly impaired’;
- it is necessary as a matter of urgency to detain that person for **assessment**; either the person’s **health, safety or welfare**, or the safety of another person, would be at **significant risk** if they were not detained; and
- making arrangements for the possible granting of a short-term detention certificate would involve ‘**undesirable delay**’.

23. Before granting an emergency detention certificate, the medical practitioner also needs to consult and gain the consent of a mental health officer, that is a specially qualified social worker, unless that is impracticable.

24. The patient has **no appeal rights** against this order and for this reason short term detention is the recommended route of entry for patients into the mental health system although it is recognised there will be cases of genuine emergency or where no suitable doctor is immediately available where use of emergency detention powers are in the patient’s interests at that time.

Short term detention

25. If a person in need of care and treatment for mental disorder any approved medical practitioner (specially trained psychiatrist) may grant a certificate which authorises the managers of a hospital to detain someone for 28 days. This can only happen where the approved medical practitioner considers it likely that the following circumstances apply:
- the person has a **mental disorder** which causes their **decision-making** to be significantly impaired;
 - it is **necessary** to detain them for assessment or treatment;
 - either the person's **health, safety or welfare**, or the safety of another person, would be at **significant risk** if they were not detained; and
 - the granting of a short-term detention certificate is **necessary** (i.e. the patient cannot be treated voluntarily).
26. To grant a certificate, the approved medical practitioner must consult and gain the consent of a mental health officer.
27. The patient may be treated without their consent on this order where necessary (subject to the other safeguards the Act provides for such treatment). The patient can appeal to the Mental Health Tribunal for Scotland against this order and their Responsible Medical Officer (the doctor who is responsible for their care) is required to keep the order under review at all times.
28. One of the objectives of the new mental health legislation was to reduce the use of emergency orders and in the first six months of the operation of the new Act – to March 2006 – we have seen a significant fall in the number of orders, accompanied by an increase in the use of short term detention orders. We see this as a good outcome because of the additional protections and tests that are attached to the short term detention certificate.

Compulsory Treatment Order

29. Where a responsible medical officer considers that a patient will need longer term care and treatment he can ask the patient's mental health officer to apply to the Mental Health Tribunal for Scotland for a Compulsory Treatment Order (CTO) which will authorise compulsory measures for a period of up to 6 months.
30. An application for a CTO has three main components - two mental health reports produced by doctors, a report prepared by the mental health officer and a proposed care plan, containing information about the needs of the patient as well as the services, care and treatment to be provided to meet those needs. The mental health officer must consult the patient's care team in preparing this plan.
31. The Tribunal will consider the application for a Compulsory Treatment Order at a hearing at which the patient, their named person, and others with an interest in the patient, the MHO and RMO may be present. Patients and their named persons can have free legal representation at tribunal hearings and patients have a right to independent advocacy.
32. For a Tribunal to grant a CTO, it must be satisfied that the following criteria are met:
 - the patient has a **mental disorder**;
 - **medical treatment is available** which would be likely to prevent that disorder worsening or be likely to alleviate the symptoms or effects of the disorder;
 - there would be a **significant risk** to the patient or to any other person if the patient were not provided with such treatment;
 - the patient's ability to make decisions about the provision of medical treatment is **significantly impaired** because of their mental disorder; and

➤ the making of the compulsory treatment order is **necessary**.

33. A Compulsory Treatment Order may authorise the detention in hospital and/or treatment of the person concerned or impose certain requirements on the person concerned, for example that they reside at a specified place or a specific place for treatment. In addition, the Order can only be made where there is a plan in place for the care and treatment of the patient and that plan must take account of medical treatment, social care and the other social needs of the patient. If elements of the plan – “recorded matters” – are not delivered by services providers then the patient can ask for the Tribunal to intervene. This gives force to the reciprocity principle.
34. Only the Tribunal may **vary** the conditions on application by either the RMO and the Order also has a built-in review mechanism as unless it is renewed the Order expires after 6 months. A patient’s doctor must keep the need for the Order under review and must revoke it if the criteria are no longer met. While the doctor may renew the order for six months and then annually, the patient or his named person may appeal against it and it will be reviewed by the Tribunal at least once every two years.

Protections

35. The Mental Welfare Commission – a statutory organisation established to protect the interests of patients and to monitor the use of the mental health act – may cancel a Compulsory Treatment Order if they consider the criteria are no longer met. However, in practice they will refer such cases to the Tribunal to consider such cases. The Commission also have a general duty to monitor the operation of the legislation and to visit patients and report on treatment and the protection of human rights.
36. Patients may make an advance statement about how they would like to be treated for mental disorder. (Although this is not legally binding the MWC, named person and Tribunal must be told if it is overridden.)

Use of Detention over Time

37. While legislation is important, it operates within a particular social context. Since the 1980s in Scotland we have seen a reduction in the number of psychiatric beds. In 1980 there were about 17,000 beds for mental illness in Scotland, but by 2003 that number had fallen to just over 7,000. The average bed occupancy has also seen a slight fall from about 90% to about 85%. The reduction in bed numbers has been greatest for adult mental health services, with a lesser reduction in old age psychiatry beds.
38. What is interesting is that across that period we have seen a fairly similar rate of admissions, with around 30,000 admissions per year, though with a slight reduction in recent years. Within that figure there is reduction in the number of first admissions as a result of a reduction in the number of women admitted and a slight increase in the number of readmissions. The average period of admission has fallen from more than 200 days to a little over 70 days. Within that figure, the average length of stay for old age patients has fallen a little to about 150 days, but the period of stay for adult beds has fallen more considerably to 44 days in 2003, with a continuing downwards trend in recent years.
39. This policy of reducing inpatient beds and treating patients for longer in the community has been supported by better treatment options, notably the availability of new anti-psychotic medicines, but also by new approaches to managing crisis and providing support within the community through multi-disciplinary teams. By maintaining people within the community we also avoid the destruction of social and community ties and preserve employment, each of which contribute to recovery and the wider health and wellbeing of those suffering from mental illness.
40. This approach is also given recognition in our legislation. Scotland's new mental health legislation focuses on the wider social response to mental health by creating new duties on local authorities to ensure that the services they deliver

are provided in a such a way as to enable those with mental illness to access them. This is an extension of the non-discrimination agenda which places a positive duty on service providers and which is intended to contribute to the wider health and social welfare of patients.

41. This duty can be seen as a tangible example of the ongoing evolution of mental health policy in Scotland. Following the move from institutions and asylums in the 1980s and 1990s as specialist care in the community was developed, we now since 2000 see a process of change in which the expectation is that patients in the community are more integrated in normal, everyday services and not restricted to specialist mental health services. There is a strong focus on promoting employment, social engagement and promoting good general health for these patients.

Formal and Informal Detention

42. Many patients in Scotland are admitted to inpatient facilities on a voluntary basis, that is they agree to receive services. We would generally describe voluntary admissions as 'informal'. Admissions under the mental health legislation, which are compulsory, we would describe as 'formal'.
43. From 1986 to 2003 the proportion of formal admissions under the mental health legislation has increased steadily from around 8% of all admissions to just over 15% of all admissions. The proportion of first admissions that are formal has also risen from just under 7% to a little over 10% of all first admissions.
44. The number of emergency, short term and long term detentions under the 1984 mental health legislation all increased throughout the period, with the growth being greatest in long term orders from 349 made in 1985 to 1188 in 2004/05, the last full year of the old legislation. Taking this with the increasing proportion of formal admissions means that the proportion of the inpatient population which is detained under the mental health legislation as increased across the period. As noted above, what we have seen under our new legislation is a reduction in the

number of emergency orders.

45. This is a trend that we would expect to see as the use of inpatient provision is reducing overall. In practice what it means is that while informal patients are now more likely to be cared for in the community for longer periods of time, the use of inpatient facilities is more likely to be used for those who may pose a risk to themselves or others.

General Messages

46. The general messages that we take from the figures are:
- while there has been a reduction in beds, the number of episodes of inpatient care has remained fairly constant
 - the period of detention for adults has fallen significantly across the period though the average admission period for old age psychiatry patients has reduced less
 - both the proportion and absolute number of people subject to compulsory measures has increased
47. Perhaps the bigger message that we might take from the analysis is that the legislation itself has not had a significant impact on the use of inpatient beds – the number of patients subject to compulsory measures has actually increased across the period – but that the reasons for the reduction in the use of detention are more attributable to policy and social changes which have made the use of long term hospitalisation less acceptable in terms both of human rights and effective treatment outcomes. The use of an inpatient admission would now be regarded by many as indicating a service failure or deficit. The legislation has supported this process, but not driven it.
48. What the legislation has done is improve the process and delivery of care for those patients that are subject to compulsory measures, in particular through:
- the requirement that a care plan addressing treatment, social work and social

services be in place for a long term order to be granted

- the participation of the patient, carers, advocacy in making decisions about care and treatment
- the creation of advance statements to ensure current and previous wishes of the patient are taken account of where appropriate
- the duty on local authorities to enable those with mental illness to access mainstream services

Final Thoughts

49. Thank for the opportunity to talk to you today and to visit your country. I hope these thoughts have been of help. I have learnt from you on my visit and would hope that you would be able to learn from me and what has happened my country.

50. I have four thoughts to conclude

- what we have seen in Scotland is a gradual process of change in how we deliver mental health services – so expect change to be gradual, but do expect change
- the change process has been helped by better treatment options, but also through work to tackle the stigma of mental health issues and to make the idea of treatment in the community acceptable to the general public. The growing understanding of the prevalence of mild to moderate mental health problems is probably helping that trend – more people have direct or indirect experience of mental illness – but it is also the product of concerted work by mental health organisations and service leaders to challenge attitudes.
- the engagement of service users and carers in the debate has shifted the focus from illness and needs to capabilities and the possibility of recovery and that is important. Support service users and carers to play this role.
- The work to change how we deliver services, particularly the move from

inpatient to community services, is hard and time consuming and there are institutional and cultural barriers to overcome. Do not expect this to be easy. Understand that you will need to work together and the change process is best supported by building trust and co-operation.

I wish you good luck in your work.

참고 1

정신장애우 비인권의 정치경제학

정신장애우 비인권의 정치경제학¹⁾

신영전(한양대 의대 예방의학교실)

들어가는 말 : 정신장애우와 인권

세계 많은 나라들의 국민들이 비인권적 상황 속에서 고통받아왔고 이 시간에도 고통받고 있다. 그러하기에 한국사회가 겪어야 했던 가부장적 봉건문화, 식민지배, 독재정권 등에 의한 정치, 사회적 고통, 특별히 이것들과 관련한 비인권의 실상은 (설령 그것이 매우 고통스러운 것이었다 할지라도) 우리 사회만의 특별한 아픔이라 할 수 없다. 하지만 최근 민주화이후 우리 사회에서 보이는 인권신장의 ‘속도’는, 비록 아직도 많은 산적한 과제를 남겨두고 있다할지라도, 세계적인 관점 하에서도 특별한 것이라 아니할 수 없다. 1997년 인권법의 제정과 국가인권위원회의 설립이 그러한 가시적 변화의 증거 중 하나라면 근자에 있었던 ‘성매매 방지 및 피해자 보호 등에 관한 법률’의 제정이나 ‘호주제 폐지’ 의결 등은 그 조기 실현의 가능성을 의심하였던 많은 이들에게 큰 충격을 줄만큼 전격적인 것이었다. 이러한 자신감을 바탕으로 2004년 9월에는 전 세계 인권운동가들을 서울로 불러 모아 인권을 논하는 ‘세계국가인권기구대회’를 유치하기도 하였다. 이제 우리는 학교나 직장 그리고 정책결정과 시행과정에서 ‘인권’을 이야기하는 것이 자연스러운 일이 되어버린 이른바 ‘인권의 시대’에 살게 된 것 같다.

하지만 문제는 이러한 인권의 증진이 모든 이들에게 고루 이루어지고 있지 않다는 것이다. 지난해 11월에 있었던 국가인권위원회 주최 ‘정신과시설 인권현장 공청회’에서 발표된 조사 결과에 따르면, 여전히 많은 정신질환자들에 대한 강제입원이 이루어지고 있고 열악한 수용시설 속에서 반인권적인 격리와 강박 등에 시달리고 있다고 한다.²⁾ 법정시설에 입소한 이들이 이러한 진데, 만 명이 훨씬 넘을 것으로 추정되는 비인가 불법시설에 수용되어 있는 이들의 인권실태는 오죽할 것인가? 1983년 모 방송국에서 참혹한 정신질환자의 실태가 보도된 후, 정신보건법도 제정되고 정부 내 주무부처도 생겨났으며, 최근

1) 이 글은 국가인권위원회 정신장애인 전문위원으로 활동중인 한양대 신영전교수가 2005년 9월 사회정신의학회에서 발표한 글임.

2) 국가인권위원회 인권침해조사국, 정신과시설 인권현황 공청회 자료집, 2004.11

지역사회정신보건관련 사업들이 증가하는 등 일부 긍정적인 현상이 목격됨에도 불구하고, 정신질환자의 인권수준은 여전히 '원시적인' 수준을 벗어나지 못하고 있으며, 더욱이 최근에는 완고한 제도의 뒤편으로 밀려나고 있는 인상이다.

한편에서는 세계 도처의 인권 운동가들이 모여 인류 모두가 예외 없이 마땅히 누려야 할 인권의 가치에 대해 열띤 토론이 이루어지고 있는 그 시간, 다른 한편에서는 여전히 대도시를 벗어나 30분만 차로 달리면 되는 거리에서, 아무런 인권보호조치도 없이 집단 감금되어, 전문가의 진단이나 치료도 받지 못한 채 하루 종일 침대에 묶여 있는 이들을 만날 수 있는 2005년 '선진한국' 인권의 이 '양극화' 현상을 우리는 어떻게 설명해야 할까?

인권에는 경계가 없다. '부자의 인권'이 따로 있고 '가난한 이들의 인권'이 따로 있지 않다. 그러기에 오늘 한국사회가 보이고 있는 이 '인권의 양극화'는 그 자체가 '반인권적'이다. 그리고 그 반인권의 중심에 바로 정신질환자들의 고통이 자리하고 있다.

“모든 인간은 태어날 때부터 자유로우며 그 존엄과 권리에 있어 동등하다. 인간은 천부적으로 이성과 양심을 부여받았으며 서로 형제애의 정신으로 행동하여야 한다.”³⁾ 이러한 세계인권 선언은 비단 정신장애우에만 국한된 이야기가 아니다. 그러나 정신장애우의 인권은 몇 가지 이유에서 특별한 의미를 가진다. 첫째, 정신장애우는 다른 집단에 비해 인권을 침해받을 가능성이 매우 높은 이들이라는 점이다. 둘째, 정신장애우에게 있어 인권은 비인권적 차별, 낙인, 배제 등으로부터 이들을 지켜주는 거의 유일한 수단이라는 점이다. 더 나아가 정신질환자의 삶의 질을 보장하는 체계를 만들어 내기 위한 새로운 시도들에서 인권은 핵심적인 (또는 거의 유일한) 동력을 제공한다. 마지막으로 정신장애우의 인권은 그 달성의 어려움과 관련하여 한 사회 인권 수준이 진정 얼마만큼 성숙하였는지를 가늠할 수 있는 인권의 '바로미터' 역할을 수행한다.

우리나라 정신장애우의 인권실태

- 보도매체에 등장하는 정신장애우의 인권침해사례를 중심으로-

정신장애우에 대한 인권침해사례는 대부분 대중매체를 통해 일반인들에게 알려진다. 따라서 그 사실관계가 구체적이지 않고, 그 진의마저도 명확하지 않은 경우가 많다. 이러한 제한점에도 불구하고 그간 대중매체를 통해 알려진 정신장애우 관련 인권침해 사례들을 고스틴(Gositn)이 분류한 네 가지 권리⁴⁾, 즉 자유권, 존엄권, 평등권, 그리고 법적권리

3) UN, Universal Declaration of Human Rights, 1948

에 따라 요약하면 (표 1)과 같다.

(표 1) 보도매체에 등장하는 국내 인권 침해 사례

분류	항목	내용
자 유 권	강제 입원	<ul style="list-style-type: none"> - 1988, 1989년 '서울○○원'의 원생 수 채우기 위한 정상아 강제 수용 사례⁵⁾ - 1991년 충북 '○○정신요양원'의 가족 의뢰에 의한 무장 직원의 정상인 강제 납치·수용 사례⁶⁾ - 2003년 경찰관이 환자의 정신질환 상태를 자의적으로 판단, 정신의료기관에 직접 이송한 사례⁷⁾ - 2004년 6월 부산 ○○병원에서 환자들의 입·퇴원 시 보호자 동의 구하지 않고 처리하고, 입원 후 3개월 이전에는 퇴원 할 수 없다는 내용의 각서 요구하며, 입원환자 3명 퇴원시키지 않고 서류상으로만 입·퇴원 처리한 사례⁸⁾ - 2004년 ○○군 조건부 정신요양시설에서 의사 진단 절차 없이 환자 강제 수용한 사례⁹⁾ - 2004년 국정감사 자료에 의하면 전국 1,090여개의 미신고 복지시설 중 24%에 해당하는 262개의 시설에 총 1,468명의 정신질환자가 불법적으로 수용¹⁰⁾
	강제 구금 및 강제 치료	<ul style="list-style-type: none"> - 1988년 인천 '○○○○원'의 구금 및 학대에 의한 원생 정○○ 자살 사건¹¹⁾ - 1990년 '서울○○원'의 감금방에서 난방도 안된 채 한○○ 사망한 사례¹²⁾ - 1991년 충북 '○○정신요양원'의 무자격자에 의한 치료제(클로로프로마진) 강제 복용 사건¹³⁾ - 1997년 '○○○○원'의 수용자 48일 독방 감금, 32명 강제 억류 사례¹⁴⁾ - 2003년 조건부 미인가 시설 '○○요양원'의 환자 침대에 묶어두어 '교육방'이라 불리는 장소에 감금, 환자들에게 전문의약품 클로로프로마진 강제 복용시킨 사례¹⁵⁾ - 2004년 9월 취업을 미끼로 정신지체장애인 56명을 집단 감금, 금품 갈취한 사례¹⁶⁾ - 2004년 '○○군 조건부 정신요양시설'의 강제 예배 참석 요구, 불응할 시 독방 감금하고, 불만 표시한 수용인에게 신경안정제 안티반 등 강제 복용시킨 사례¹⁷⁾
	사전 동의	<ul style="list-style-type: none"> - 1994년 부산 '○○○ 요양원'의 무연고 원생 15명의 시체를 동의 없이 해부 실습용으로 사용한 사례¹⁸⁾ - 2005년 2월, 경찰이 미아찾기를 이유로 무연고정신장애인 등의 DNA를 환자에게 설명과 동의 없이 직원에게 일괄서명 받아 2004년 4월부터 총 5,500건의 DNA를 채취한 사례¹⁹⁾
	경제적 자유	<ul style="list-style-type: none"> - 1990년 '서울 ○○원'의 시설 아동들의 작업 댓가 미지급 사례²⁰⁾ - 1991년 충북 '○○정신요양원'의 강제노역 댓가 미지급 사례²¹⁾ - 1998년 ○○원 산하 '○○마을 및 ○○원'의 수용인 강제노역 댓가 미지급 사례²²⁾²³⁾ - 2003년 조건부 미인가 시설 '○○요양원'의 부원장이 환자의 기초생활보장 지원금을 임의 관리한 사례²⁴⁾ - 2004년 '○○재단' 중증정신장애요양시설의 수용인 임금착복 사례²⁵⁾ - 2005년 '○○재활원 및 ○○요양원'의 원장 개인농장에서의 강제 노역 및 댓가 미지급, 수용인들의 입소 전 재산, 급여 갈취 사례²⁶⁾²⁷⁾
존 엄 권		<ul style="list-style-type: none"> - 1988년 인천 '○○○○원'의 수용인 구타 및 아동 강제 노동 사례, 주식, 부식 부족하여 원생들 영양상태 취약 사례²⁸⁾ - 1990년 '서울○○원'의 수용 아동 본드작업 및 벽돌잡업 등 유해작업 동원 사례²⁹⁾ - 1991년 충북 '○○○○요양원' 원생 김○○씨 소장파열 및 복막염 등으로 사망, 그 외에 의문사한 원생 6명, 기타 구타 및 무보수 강제 노동, 부실한 급식으로 원생 영양실조 발생 사례³⁰⁾ - 1994년 부산 '○○○요양원'의 재활' 명목 강제노역, 반항 시 폭행·투약, 운영비리 폭로 막으려 외출금지·면회제한, 가혹행위와 상습구타 등으로 원생을 잇달아 숨지게 하고 이를 자연사로 위장한 사례³¹⁾ - 1994년 충남 '○○기도원'의 환자숙소 붕괴로 원생 4명 사망, 35명 중경상, 사망한 원생을 포함하여 모두 13명이 쇠사슬로 손발이 묶여 있어 더 큰 피해 발생한 사례³²⁾ - 1997년 '○○○○○'의 수용인 구타 및 조개채취 등 강제 노역, 영양 및 급식, 위생상태 불량, 생활용수 부족 및 생필품 조달 불편 등, 라면을 미끼로 여성 수용인 성폭행 사례³³⁾ - 1998년 '○○마을 및 ○○원'의 원생 298명 중 98명 구타, 9명 성폭행, 강제노역 및 생활공간을

4) Lawrence O. Gostin, International human rights law and mental disability, The Hastings Center Report, 2004

	<ul style="list-style-type: none"> - 외부에서 폐쇄한 사례³⁴⁾³⁵⁾ - 2000년 '○○원' 시설의 지하수에서 대장균 등이 발견됐는데도 폐공 등 적극적인 조치를 하지 않고 그대로 방치해 환자 224명중 31명이 오염된 지하수를 먹고 설사와 복통 등 장티푸스 증상을 일으켜 9명이 입원해 격리 치료를 받은 사례³⁶⁾ - 2000년 '○○○ 신경정신과' 담뱃불 및 난로과열 등으로 대형화재 발생, 알콜중독환자의 폐쇄 감시를 위해 통로를 막고, 쇠창살을 설치하여 큰 피해가 발생함. 입원환자 8명 사망, 25명 화상 피해 발생 사례³⁷⁾ - 2002년 경기도 내 정신요양시설 안전점검 실시 결과, 화성시 U시설 및 용인시 S시설 각각 음용수 수질검사 결과 미기재, 소화전 펌프가동 불량, 소화기 미비치 등이 적발되어 일부 시설이 안전무방비 상태로 드러남³⁸⁾. - 2003년 모 기독교재단 모 병원의 행정편의를 이유로 입원환자를 가명으로 취급한 사례³⁹⁾ - 2003년 조건부 미인가 시설 '○○요양원'의 안수기도를 빌미로 가혹행위, 실장을 통해 폭력, 폭언 행사 등의 사례⁴⁰⁾ - 2004년 '○○재단' 중증정신장애요양시설의 극심한 구타, 강제노역 등으로 사망한 수용인 165명 발생, 수용인 영양실조 및 기저귀 미지급 등 사례⁴¹⁾ - 2005년 '○○재활원, 천혜요양원'의 부실도시락, 유통기한 지난 간식 먹이고, 생리대 대신 아기 기저귀 사용시킨 사례⁴²⁾⁴³⁾ - 2005년 '○○선교원'의 화재진압장치 미비로 인한 대형 화재 발생⁴⁴⁾ - 2005년 '○○재활원, ○○요양원'의 수용인 사육장 강제 노역 사례⁴⁵⁾⁴⁶⁾ 	
평 이 년	사생활 침해	<ul style="list-style-type: none"> - 2003년 ○○기독교재단 ○○병원의 입원환자의 전화통화 내용 기재·관리하거나 전화통화 제한, 서신 열람, 필기구 소지를 금지하여 자유로운 서신왕래를 침해한 사례⁴⁷⁾ - 2003년 조건부 미인가 시설 '○○요양원'의 전화통화 금지, 편지의 3단계 검열 등의 사례⁴⁸⁾
	신상 정보 비밀	<ul style="list-style-type: none"> - 2002년 국민건강보험공단이 경찰청에게 정신과 질환자의 신상정보를 제공한 사례, 특히 6개월 이상 입원한 중증 정신질환자에 대해 실시되는 수시적성검사 대상자를 단순히 정신과에서 약물 투여를 받고 치료가 끝난 사람까지 대상으로 통보하면서 우편물 곁에 '정신과 진료자료 첨부'라고 명시하여 숨기고 싶은 정신과 치료사실을 공개해 인권을 침해한 사례⁴⁹⁾
	강제 불임 및 강제 결혼	<ul style="list-style-type: none"> - 1983년 광주 '○○요양원'의 가족계획 실적 위해 정신장애인 100명 강제불임 시술 사례⁵⁰⁾ - 1998년 '○○마을 및 ○○원'의 이사장이 정해주는 이성끼리 짝짓기를 하고, 여자 수용인에게 피임을 위해 강제로 루프시술을 한 사례⁵¹⁾⁵²⁾ - 2005년 안양 미신고시설 '○○선교원'의 원장 남편과 남자 수용인들에 의한 여성 수용인 성폭행 및 강제결혼 사례⁵³⁾
법적 권리	<ul style="list-style-type: none"> - 2000년 ○○동 신경정신과 의원들, 간호사나 사회복지사가 아닌 아르바이트를 고용해 환자를 관리하여 환자들에게 적절한 의료서비스를 제공하지 않은 사례⁵⁴⁾ - 2003년 조건부 미인가 시설 '○○요양원' 200여명 수용되어 있는 시설에서 촉탁의를 비롯한 의료진이 전무하여 환자들이 기본적 의료서비스를 받지 못한 사례⁵⁵⁾ 	

* 이상은 대중매체 보도내용을 중심으로 정리한 것으로 실제 또는 최종법적판결 내용과 다를 수 있음

- 5) 월간 '함께걸음', [이것이 문제다] 비리책임자 처벌이라는 선례가 필요하다, 1990년 7월호
- 6) 월간 '함께걸음', [동행취재] 인권의 사각지대 "신생정신요양원"을 가다, 1992년 1월호
- 7) 국가인권위원회, 국가인권위원회 결정례집 인권침해분야 제1집, 2004, p 762
- 8) 국가인권위원회, 국가인권위원회 결정례집 인권침해분야 제1집, 2004, p 827
- 9) 한겨레신문, 2004년 6월 22일자 기사, 10면
- 10) 데일리팜, 2004년 10월 20일
- 11) 월간 '함께걸음', [이것이 문제다 2] 독백, [이것이 문제다 3] 정동열의 죽음을 단순한 자살로 묻어버리기에는..., 1988년 10월
- 12) 월간 '함께걸음', [이것이 문제다] 비리책임자 처벌이라는 선례가 필요하다, 1990년 7월호

대중 매체를 통해 보도되고 있는 인권침해 사례 내용은 강제입원, 경제적 자유 침해 등

- 13) 월간 '함께걸음', [동행취재] 인권의 사각지대 "신생정신요양원"을 가다, 1992년 1월호
- 14) 조선일보, 1997년 10월 17일자 기사, 31, 38면
- 15) 메디게이트, 2003년 11월 13일자 기사
- 16) SBS 8뉴스, 2004년 9월 13일 방송분
- 17) 한겨레신문, 2004년 6월 22일자 기사, 10면
- 18) 한겨레신문, 1994년 5월 2일자 기사, 16면
- 19) MBC 뉴스데스크, 2005년 2월 27일 방송
- 20) 월간 '함께걸음', [이것이 문제다 2] 독백, [이것이 문제다 3] 정동열의 죽음을 단순한 자살로 묻어버리기에는..., 1988년 10월
- 21) 월간 '함께걸음', [동행취재] 인권의 사각지대 "신생정신요양원"을 가다, 1992년 1월호
- 22) 세계일보, 1998년 8월 6일자 기사, 27면
- 23) 주간동아, 1998년 7월 30일자 기사
- 24) 메디게이트, 2003년 11월 13일자 기사
- 25) 매일노동, 2004년 7월 27일자 기사
- 26) 월간 '함께걸음', 특집- 장애인인권유린으로 지탄받는 청암재단, 2005년 3월호
- 27) KBS 뉴스광장, 장애인복지시설, 임금착취의혹, 대구, 2005. 2. 3
- 28) 월간 '함께걸음', [이것이 문제다 2] 독백, [이것이 문제다 3] 정동열의 죽음을 단순한 자살로 묻어버리기에는..., 1988년 10월
- 29) 월간 '함께걸음', [이것이 문제다] 비리책임자 처벌이라는 선례가 필요하다, 1990년 7월호
- 30) 월간 '함께걸음', [동행취재] 인권의 사각지대 "신생정신요양원"을 가다, 1992년 1월호
- 31) 한겨레신문, 1994년 5월 2일자 기사, 16면
- 32) 한겨레신문, 1994년 8월 31일자 18면
- 33) 조선일보, 1997년 10월 17일자 기사, 31, 38면
- 34) 세계일보, 1998년 8월 6일자 기사, 27면
- 35) 주간동아, 1998년 7월 30일자 기사
- 36) 서울경제, 2000년 9월 27일자 기사
- 37) 조선일보, 2000년 11월 13일자 기사
- 38) 국민일보, 2002년 1월 7일, 01판 27면
- 39) 국가인권위원회, 국가인권위원회 결정례집 인권침해분야 제1집, 2004, p 762
- 40) 메디게이트, 2003년 11월 13일자 기사
- 41) 매일노동, 2004년 7월 27일자 기사
- 42) 월간 '함께걸음', 특집- 장애인인권유린으로 지탄받는 청암재단, 2005년 3월호
- 43) KBS 뉴스광장, 장애인복지시설, 임금착취의혹, 대구, 2005. 2. 3
- 44) 월간 '함께걸음', 특집- 미신고시설, 인권이 없다, 2005년 4월호
- 45) 월간 '함께걸음', 특집- 장애인인권유린으로 지탄받는 청암재단, 2005년 3월호

비교적 일부 유형에 집중되어 있음을 알 수 있다. 또한 동일한 형태의 인권침해가 지속적으로 반복하여 발생하고 있음을 알 수 있다. 이렇게 대중매체를 통해 보고되고 있는 인권침해 사례는 그 성격상 그 내용과 규모에 있어 편중과 과소보고를 그 특징으로 한다는 사실을 잊어서는 안 될 것이다. 따라서 대중매체를 통해 보고되고 있지 않고, 또한 명확한 확증사례만을 가지고 한 사회의 정신보건부문 비인권실태를 파악하고 그에 근거하여 정책을 마련하는 것은 적절하지 않을 수 있으며, 보다 체계적인 사례수집과 모니터링이 필요하다.

정신장애우 비인권의 정치경제학⁵⁶⁾

1) 정신질환을 둘러싼 비인권의 역사 : 어떻게 배제되고 차별 받아 왔는가?

정신장애우에 대한 비인권의 핵심적인 내용은 ‘배제와 차별’이다. 그것은 오랜 역사를 가졌으며, 시간과 공간에 따라 다양한 형태로 나타나고 있다. 이러한 ‘배제와 차별’의 기본적인 근거를 제공하였던 것은 정신질환을 어떻게 정의하고 그 원인을 무엇이라고 규정하는가 하는 문제였다. 다시 말해, 정신질환의 정의와 원인을 규정하는 방식은 배제와 차별의 방식, 즉 정신질환에 대한 일반인들의 태도와 전문가들의 치료방식 그리고 국가의 관리방식에도 영향을 미쳤다. 이 중에서도 정신장애우에 대한 배제와 차별의 모습이 가장 극적으로 나타나는 곳이 바로 치료와 수용의 영역이다.

서양에 있어 중세와 르네상스 시대의 정신질환 개념이나 그 치료의 역사의 근간을 이루었던 것은 바로 악령론(demonology)이다. 이른바 정신장애우는 ‘악령이 깃든 자’라는

46) KBS 뉴스광장, 장애인복지시설, 임금착취의혹, 대구, 2005. 2. 3

47) 국가인권위원회, 국가인권위원회 결정례집 인권침해분야 제1집, 2004, p 762

48) 메디게이트, 2003년 11월 13일자 기사

49) 데일리메디, 2002년 7월 31일자 기사

50) 한국경제, 1999년 8월 22일자

51) 세계일보, 1998년 8월 6일자 기사, 27면

52) 주간동아, 1998년 7월 30일자 기사

53) 월간 ‘함께걸음’, 특집- 미신고시설, 인권이 없다, 2005년 4월호

54) 조선일보, 2000년 11월 13일자 기사

55) 메디게이트, 2003년 11월 13일자 기사

56) 이하 내용은 신영전, 브롬덴 추장은 무사히 그 골짜기로 돌아갈 수 있었을까? 김창엽 역, 나는 나쁜 장애인이고 싶다, 삼인, 2002의 내용을 중심으로 일부 내용을 재구성하였다.

인식이다. 그 예로 성서에서 정신병은 나병, 간질과 함께 악령에 쓰인 대표적 질병으로 그려지고 있으며, 이들 질병은 신의 권위에 도전하는 악령의 저주를 받은 결과로 간주되었다.⁵⁷⁾ 이렇게 악령론에 근거한 정신병에 대한 인식은 자연스럽게 정신질환의 치료방식에서도 각종 엑소시즘이 주를 이루도록 만들었다. 정신장애우에 대한 공격이 극에 달하던 이른바 ‘마녀사냥’시기에는 악령을 쫓아내기 위해 각종 고문이 가해졌다.⁵⁸⁾

15세기와 17세기 초까지 약 200년 동안 전 유럽을 휩쓸었던 마녀사냥은 약 50만 명을 화형장으로 보냈는데 그 중의 상당수는 정신질환과 관련을 가지고 있었다. 그러나 우리는 이러한 사건을 ‘중세기적 만행’이라 부를 수 없다. 왜냐하면 나찌 독일 하에서도 최소한 4만 명이 넘는 정신장애우들이 이른바 ‘자비살인(mercy killing)’에 의해 죽어갔다.⁵⁹⁾ 그 후 정신장애우들이 시설 안에 수용되면서도 상황은 크게 달라지지 않았다. 푸코(Foucault)가 ‘대감금시대’라고 일컫는 시기에 행해졌던 치료방법 역시 경련 진정제나 철(iron)을 먹이거나, 환자들의 피를 뽑거나, 하체를 먹여 설사를 시키거나, 토사제로 구토를 일으키는 치료방법이 행하여졌으며, 환자들을 강제로 물에 집어넣는 침수법도 많이 사용되었다.⁶⁰⁾⁶¹⁾

57) 정신병에 대한 성경적 시각을 가장 극적으로 보여주는 예 중 하나가 예수가 귀신 들린 자를 만난 이야기이다. 성경은 그 귀신 들린 자를 ‘무덤사이에 거처하고, 여러 번 고랑과 쇠사슬에 매였어도 쇠사슬을 끊고 고랑을 깨뜨렸으며...아무도 저를 제어할 힘이 없으며...밤낮 무덤사이에 서나 산에서나 소리를 지르며 돌로 제 몸을 상하고 있었던 것’으로 그리고 있다. 이 귀신들린 자에게 예수가 ‘더러운 귀신아 그 사람에게서 나오라’고 명령하였고.....‘더러운 귀신들이 나와서 돼지에게로 들어가니 거의 이천 마리나 되는 떼가 바다를 향하여 비탈로 내리달아 바다에서 몰살하였으며’, 그 후, ‘그 귀신 들렸던 자가 옷을 입고 정신이 온전하여 앉았다.’고 기술하고 있다(마가복음 5장 1-17절).

58) 악령을 쫓기 위해 스트라페이드(손을 뒤로 묶어 공중에 매달았다가 갑자기 바닥에 내동댕이치기), 블랙버진(사람의 몸통크기의 철제도구로, 안쪽에 쇠꼬챙이가 돌출 되어 있음), 손가락 비틀기, 다리 부스러뜨리기, 못 박힌 철제의자에 앉힌 뒤 밑에서 불을 때기, 가지 박힌 신발 신기기, 바늘에 꽂힌 혀대 채우기, 불에 달군 쇠로 지지기 등과 같은 각종 고문방식이 시행되었다(Zilboorg, G., A history of medical psychology, New York: W.W. Norton & Comp., 1941 : 43-50, 144-174, 김영진, 광기의 사회사, 민음사, 1997: 28-29, 57-58에서 재인용).

59) 대상선정에는 당시 독일 정신 의학계의 권위자이자 베를린 대학 교수였던 크리미스(Max de Crimis)를 위시하여 여러 정신과 의사들이 협력하였다....1939년 독일 정신병원의 환자가 30만 내지 32만 명인 데 비해 전쟁이 끝난 1946년에는 4만 명으로 감소하였다(김영진, 전계서, 1997, 242-243).

60) Zilboorg, Ibid, 1941 : 43-50, 144-174.

61) 물론, 정신장애우에 대해 인류가 언제나 이렇게 혹독했던 것만은 아니다. 때로는 정신장애우를 ‘신(神)에게 가까운 자’로서 보호하기도 했으며, 그리스의학 등 고대 시기의 곳곳에서 정신장애우에 대한 보호적인 치료들의 모습이 발견되기도 한다. 예를 들어, 그리스 의학의 전통 하에 있었던 소라누스(Soranus, 1-2세기)는 정신질환이 있는 사람은 조용한 방에서 쉬게 하여 자극으로부터 보호해야 하고, 동정심을 가지고 돌보아 주어야 하고, 연극관람 등으로 기분을 전환시켜 주어야 한다고 하였다(김영진, 전계서, 1997:10-11) 또한, 농경사회중심의 대가족제도를 기반으로 하였던 동양은 서양에 비해 정신장애우들에 대해 훨씬 관용적이었다. 김영진은 동양의 정신질환에 대한 인식은 서양의 그것과 달라서 신의 힘을 빌려 사악한 악령을 쫓아내려는

불행히도 정신장애우에 대한 배제와 차별의 역사는 아직 끝나지 않고 있다. 현재 우리 사회의 곳곳에서도 정신장애우에 대한 배제와 차별은 여전히 견고하게 자리 잡고 있다. 한국사회에서 정신장애우로서 살아간다는 것은 정치적, 경제적, 사회적으로 철저한 배제와 차별 속에서 살아간다는 것을 의미한다. 다음은 한 정신장애우 가족의 수기이다.

“언니가 미쳤어. 언니가...”....아버지는 그때부터 술에 절어 살았다. 그렇게 되니 아버지의 사업이 잘될 리가 없었다. 급기야 공장이 다른 사람한테 넘어가고, 그동안 언니에게 들어간 돈과 병원에 입원시킬 돈 때문에 넓은 집을 팔았다....입원한 언니는 3개월간 치료받고 상태가 호전되어 퇴원했다. 아버지와 어머니는 언니를 반겼으나 우린 언니가 퇴원한 것을 반기지 않았다. 다 나왔다는 확신이 없었기 때문이었고 주변의 사람들과 친구들의 이상스러운 눈초리가 두려웠기 때문이었다....그 후로 언니는 몇 번의 입원과 퇴원을 반복했지만 완치할 수는 없었다. 그렇게 되니 가세는 급격히 기울어 끼니가 어려울 지경까지 되어버렸다.....이렇게 되자 고등학교를 졸업한 오빠는 가출해 버렸고, 어머니는 과출부, 둘째 언니는 고등학교 3학년을 채우지 못하고 직업전선으로 뛰어들었다. 또한, 그렇게 술을 마셔대던 아버지는 갑작스럽게 뇌출혈로 쓰러져 세상을 떠나버렸다.⁶²⁾

회사를 잘 다니던 딸이 정신분열증의 증상을 보이는 순간부터 한 가정은 위기를 맞이하게 된다. 그에 대한 책임은 전적으로 그 환자의 가족에게 주어지기 때문이다. 당황한 가족들은 치료자를 찾아 나선다. 그러나 종합병원에 입원을 시킬 경우 한 달 동안 가족들이 부담해야 하는 경비는 적게는 100만원 많게는 300만원에 달한다. 이렇게 많은 경비를 몇 년씩 부담할 수 있는 사람은 거의 없다. 보장성이 낮은 현행 의료보험제도는 이 경우 별 도움이 되지 못한다. 가족들은 더 값싼 진료를 찾아 헤매게 된다. 결국 환자를 적절한 치료과정에 들어가게 하지 못한 가족들은 악화된 환자의 증상으로 인한 고통을 고스란히 감수해야만 한다. 어느 날 더 이상 참을 수 없다고 판단한 가족들은 딸을 맡길 곳을 찾아 나선다. 그나마 그러한 결정을 시행에 옮길 수 있을 만큼의 여력이 되는 집안의 경우 이

서양의 엑소시즘과는 달리, 정신질환의 원인을 악령보다는 억울한 영혼으로 보고 이를 달래려 했던 샤머니즘적 성격이 강했다고 하였다(김영진, 전개서, 1997:17, 181-183). 그러나 동양세계가 본격적인 산업화 시대로 들어서면서 상황은 달라졌다. 그러나 이상과 같은 개선의 노력들과 시대적, 지역적 차이에도 불구하고 정신장애우에 대한 사회적 배제와 차별은 그 정도와 내용의 차이가 있었을 뿐 여전히 우리 인류가 정신장애우를 대하는 기본적인 원칙 중의 하나였음을 부인할 수 없다.

62) 최승란, 유리상자 속의 사람들, 중앙일보 정신건강길라잡이 <http://mentalhome.joins.com>.

야기이다. 은밀한 귓속말정보에 따라 찾아가게 된 곳은 대부분 비인가 불법시설일 가능성이 많다. 시설장은 몇 백만 원의 목돈이나 월 30~50만원의 입소료를 요구한다.

농촌에서 정신분열증 아들을 데리고 살고 있던 65세의 한 어머니는 아들을 집에 혼자 둘 수 없어 돈벌이도 하러 나갈 수 없고, 아들의 증상이 악화되어 자기를 때릴 때 아무도 말려주는 사람이 없고 경찰조차 와주지 않을 때가 가장 고통스럽다고 이야기한다. 그러면서도 자기가 죽으면 이 아이가 어떻게 될 지 걱정한다.

그러나 불행히도 이야기는 여기서 끝나지 않는다. 1983년 추적 60분이라는 TV 보도에서 불법기도원에 동물처럼 쇠사슬에 묶인 채 어두운 골방에 갇혀 지내는 정신장애우들의 모습이 보도되어 사회적으로 큰 충격을 던진 사건이 있었다. 그 후 정부는 불법기도원들을 폐쇄하고 민간정신병원을 대폭 확대하는 등의 조치를 취했으나 20년이 넘은 이 시점에도 전국 불법시설에 수용되어 있는 정신장애우의 수는 약 5천명에 달하는 것으로 추정하고 있다.⁶³⁾ 몇 년 전에는 정부의 지원을 받고 있는 정식 요양시설에서 조차 아래와 같은 야만적인 상황들이 벌어지고 있음이 보도되기도 하였다.

검찰이 정신요양원 부랑인수용시설 등 전국 사회복지시설의 인권침해범죄에 대한 전면수사에 나섰다. 대검찰청은 22일 사회복지법인과 종교단체에서 운영중인 정신요양원 등에서 가혹행위나 공무원과 결탁한 각종 비리가 잦다는 첩보를 입수하고 전면 수사기로 했다고 밝혔다.....한편 「민주사회를 위한 변호사모임」(민변)은 이날 충남 연기군 「양지마을」에 수용중인 부랑인들이 가혹행위를 당했다며 운영법인과 시설책임자들을 특수감금 및 횡령 등 혐의로 고소키로 했다.....민변은 진상 조사결과 양지마을 수용자중 대부분이 수익사업이란 미명 아래 시설내 공장에서 강제노동을 하고 노동착취 과정에서 상습 폭행과 상해, 협박 등 인권침해가 자행됐으며 운영법인측이 거액의 정부지원금을 착복했다고 폭로했다.....민변은 특히 양지마을의 원생 6명이 93년부터 자살이나 사망하는 사건이 발생했고 몇몇 여자원생은 성폭행 당해 출산까지 하고 아이를 강제로 고아원에 보낸 사실이 확인됐다고 주장했다.....복지부에 따르면 양지마을 원생 2백98명을 대상으로 설문 조사한 결과 98명이 폭행을 당한 적이 있다고 응답했으며, 특히 6명은 성폭행을 당했다고 주장했다. 양지마을은 또 원생에 대해 매월 1회 이상 상담을 벌여 퇴소를 원하거나 사회복지가 가

63) 그러나 이는 대단히 과소수계된 수치이며 경기도 **군의 경우에만 약 500명이상이 비인가시설에 수용되어 있다.

능한 사람을 파악해야 하는데도 상담을 하지 않아 최장 15년4개월이나 수용생활을 하고 있는 사례도 드러났다.⁶⁴⁾

충남 서천군 장항읍 앞 바다의 유부도 소재 정신장애우 수용시설인 ‘수심원’에 수용돼 가혹행위에 시달리다 지난달 12일 탈출한 신모(51·경남 진주시 거주)씨가 17일 국회 보건복지위원회에 증인으로 출석, “수용자중 30명이 사망해 암매장됐다”고 주장했다.

신씨는 이들 중 2명은 식수 대신 짠물을 주어 죽었고 1명은 말을 듣지 않아 구타당해 사망했다며 나도 5cm짜리 쇠파이프로 갈비뼈를 맞고 철창에 갇혔었다고 폭로했다. 국감에서 이성재(국민회의) 의원은수심원은 해마다 1억7천여만원의 국고보조금을 지급 받으면서도 원생들에게 1년 내내 소금국과 콩보리밥을 제공했으며 지하수가 아닌 바닷물을 목욕물로 제공했다고 말했다.⁶⁵⁾

특히, 장항수심원 사건을 기획보도 한 TV 프로그램이 방영된 직후, 한 일간지는 그 시 청소감을 이렇게 쓰고 있다.

7년 간 한번도 빨지 않은 이불, 소금기가 가득한 물, 문도 없는 화장실, 새우젓과 단무지가 전부인 식사를 놓고 다투는 수용자들.... 그리고 사소한 잘못으로 46일간 독방에 갇혔던 수용자와 라면 한 그릇을 위해 성추행을 감수했다는 여자 수용자의 고백은 인간의 조건이 무엇인지를 되묻게 한다.⁶⁶⁾

2) 정신장애우에 대한 비인권의 정치경제학 : 왜 배제시킬까?

우리 사회는 왜 정신장애우를 차별하고 배제시킬까? 정신장애우에 대한 차별과 배제의 악순환이라는 이 거대한 수레바퀴를 돌리고 있는 구동력(驅動力)은 무엇일까? 일반인들이 가지는 생각은 이들이 위험하며, 치료가 불가능하고, 치료과정에 지나치게 많은 돈이 들어가기 때문이라는 것이다. 그러나 정신장애우에 대한 배제와 차별의 기전은 역사적으로 사회, 정치, 경제학적으로 견고하게 구조화되어있다. 우리는 이 구조화의 예들을 곳곳에서 찾아 볼 수 있다.

64) 세계일보, 1998년 7월 23일, 8월 6일

65) 중앙일보, 1997년 10월 18일

66) 동아일보, 1997년 10월 28일

인류학자 해리스(Harris)는 중세에 이루어졌던 마녀사냥과 관련하여 당시 집권세력이 마녀사냥과 처형에 몰두한 이유를 첫째, 사회혼란의 책임을 가상의 적에게 돌려서 지배세력에 대한 불만을 억누르고, 가혹행위를 통해 대중의 공격성을 발산시키기 위해서였으며, 둘째, 사회불만계층이 저항할 수 있는 잠재 에너지를 분산시키기 위하여 서로 의심하고 감시하며 싸우게 만들었다고 하였다.⁶⁷⁾

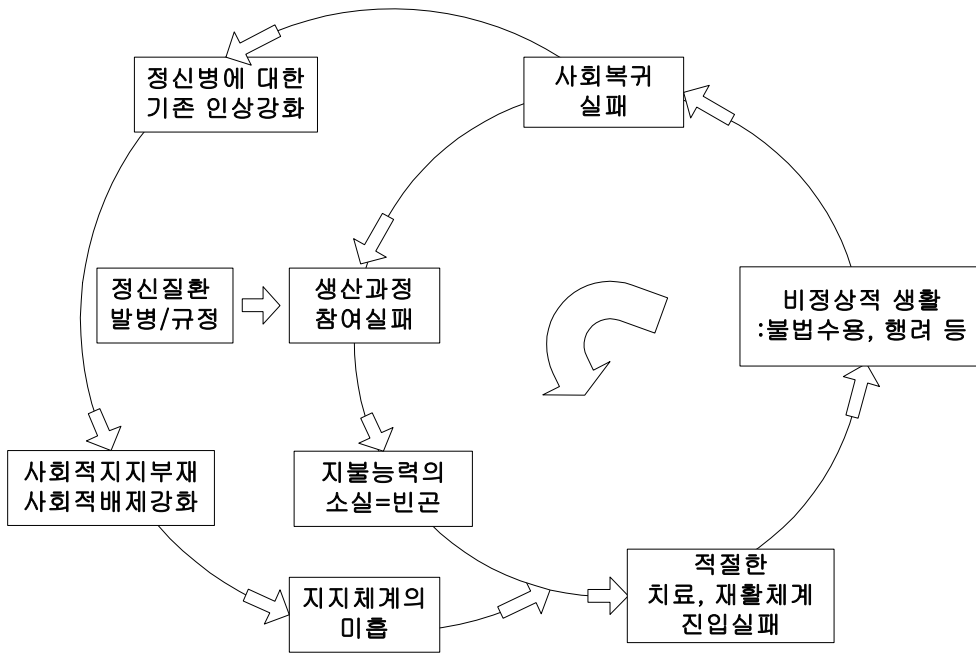
17세기 들어 나병환자가 줄어들어 비어있는 수용시설은 부랑인, 반사회적 범죄자, 가난한 사람들과 함께 정신병자들을 수용하게 된다. 이른바 빈 병상을 채웠던 것이다. 한 때 마구잡이로 잡아들였기 때문에 파리시민의 1%정도가 빈민구호 병원에 수용 당한 경험을 가지고 있었다고 한다. 이렇게 함으로써 국가는 공공의 안녕 질서를 유지하고 일을 시켜 돈도 벌 수 있게 되었다. 푸코(Foucault)는 이러한 현상을 ‘대감금’이라고 명명했고 이러한 대감금은 전 유럽적 현상이었다.⁶⁸⁾

동양에서는 서양의 대규모 수용시설과 같은 기관들이 매우 늦게 설립되기 시작하였다. 이는 정신장애우에 대한 수용정책이 산업화, 공업화, 도시화와 이에 따른 핵가족화와 관련이 깊음을 의미한다. 산업사회로의 전환이 이루어짐에 따라 가족들은 모두 일을 하러 나가야 하므로, 정신장애우를 돌볼 수 없었고 이들은 본인뿐만 아니라 가족들, 지역사회 생산적 활동에도 방해가 되는 존재로 전락하였다. 생산이라는 관점에서 볼 때, 정신장애우는 나태하고, 근로능력을 상실한 존재일 뿐만 아니라, 그들의 가족들의 생산참여마저도 가로막는 존재이며 따라서 마땅히 이 사회에서 배제되어야 할 존재이었던 것이다. 그들은 투자적 가치가 없으므로 집단수용과 관리에 드는 경비조차 가능한 최소화해야 했다.

정신질환과 관련하여 정상과 비정상을 나누는 그 기준의 모호성 문제를 제쳐놓더라도, 일단 정신질환이 발병하는 순간 이른바 그는 우리 사회에서 노동무능력자 또는 금지자로 간주되어 생산과정에 참여하는 것을 철저히 차단당한다. 이는 곧 경제적 빈곤으로 이어지게 된다. 구매력이 없이는 이용할 수 없는 우리나라의 사적(私的) 의료서비스와 취약한 복지체계는 적기에 적절한 치료와 재활체계로의 진입을 불가능하게 하고, 이는 위의 예에서와 마찬가지로 불법수용이나 행려화로 이어진다. 불법 수용이나 행려화는 곧 사회복지의 실패이며 이는 생산과정으로의 재진입을 통한 재기가 불가능해졌음을 의미한다. 이러한 정신장애우의 사회복지실패는 정신병에 대한 기존의 배제와 차별적 인식을 강화하고 사회적 지지체계의 취약으로 이어지는 이른바 ‘악순환(vicious cycle)’의 고리를 만들어 내게 되는 것이다(그림 1).

67) Harris, M., Cows, pigs, wars and witches: The riddle of culture(1975) : 문화의 수수께끼, 박종열 역, 서울, 한길사, 1982 : 185-197

68) 김영진, 전계서, 1997 : 51



(그림 1) 정신장애우의 차별과 배제의 악순환

더욱이 자본과 밀월관계에 있는 지배권력은 정신장애우에 대한 배제와 차별의 공간마저도 그냥 놓아두지 않았다. 정신질환의 진단을 통한 일련의 수용과 치료의 과정은 거대한 시장을 창출한 것이다. 우리나라의 경우만 보더라도 정신병원, 종합병원 정신과, 정신과의원, 요양시설, 사회복귀시설 등을 모두 합하면 1,200개가 넘으며 병상수는 6만 병상을 넘는다(표 2). 일반 보건복지시설까지 포함하면 그 수는 훨씬 많아진다. 이들 기관에 종사하는 인력의 규모도 약 만 명에 달한다. 정신질환의 치료와 관련한 의료보장비용이 2003년 기준으로 연간 7천500억 원에 달한다. 개인이 직접 부담하는 돈을 합하면 그 돈의 규모는 이것 보다 훨씬 크게 될 것이다(표 3).

(표 2) 정신보건관련 시설 현황: 2004년

구 분	기관 수(개소)	이용자 수(명, 병상)	재정지원(억원)	
계	1,248	-	-	
정신보건센터	117	18,925(등록)	건강증진기금(25)	
국·공립정신병원	18	7,829(병상)		
정신의료기관	시립정신병원 (종합)병원정신과	61 220	21,866(병상) 18,170(병상)	건강보험· 의료급여
	정신과의원	659	3,696(병상)	
	정신요양시설	55	13,970(병상)	국고(302)
	사회복귀시설	101	2,234(이용)	국고(62)
	알코올상담센터	17	1,009(등록)	건강증진기금(7)

(표 3) 의료급여, 의료보험 진료비와 정신질환 관련 지출 현황

구 분	유형	진료비(백만원)		비율 (B/A)*100
		정신질환(B)	전체(A)	
건강보험 + 의료급여	총합	742,502	12,922,345	5.7
	입원	532,590	5,332,881	9.9
	외래	205,772	7,192,465	2.9
	약국	4,050	396,999	1.0
건강보험	총합	361,444	10,756,805	3.4
	입원	202,657	4,331,213	4.8
	외래	158,787	6,425,592	2.5
	약국	-	-	-
의료급여	총합	381,058	2,165,540	17.6
	입원	330,023	1,001,668	33.0
	외래	46,985	766,873	6.1
	약국	4,050	396,999	1.0

(2003. 12월 현재)

이러한 정신질환을 둘러싼 거대한 시장의 출현은 정신보건영역에 또 다른 형태의 정치, 경제적 작동기전이 출현했음을 의미한다. 정신장애우의 치료와 수용의 장치들이 하나의 '상품'으로 전환된 것이다.

○○지역의 정신병원들이 정부로부터 치료비를 타내기 위해 민간 환자인 송업체와 행려환자를 불법 '거래'하고 있는 사실이 밝혀져 충격을 주고 있다. 행려병자의 경우 식사 외에는 별다른 치료비가 들지 않는 데다 1인당 월 80만원의 의료비를 정부로부터 보조받기 때문에 정신병원들이 앞다투어 환자 유치에 나서면서 이 같은 일이 벌어지고 있는 것으로 드러났다. 특히 민간 환자인송업체가 최근 잇따라 문을 연 뒤 경쟁이 심해지면서 인권침해 행위도 잦은 것으로 알려졌다.

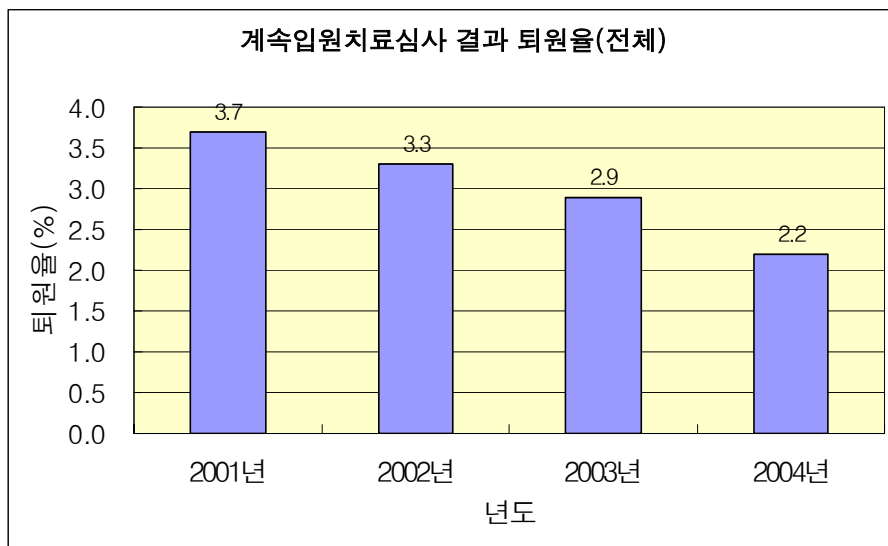
19일 ○○시 따르면 현재 ○○지역의 19개 정신병원에는 평균 4,800여명의 환자가 입원해 있으나 병상수는 모두 5,500여 개로 병상이 남아돌고 있는 상태다. 이 때문에 ○○, △△지역의 정신병원 중 상당수가 행려환자를 확보하기 위해 경쟁을 벌이면서 환자인송업체가 병자를 이송해 주는 대가로 환자 1인당 5만원의 수고비를 건네주고 있다. 그러나 최근 수고비는 10만원으로 올라가는가 하면 일부 병원의 경우 수고비 외에 월 2백만원의 전담계약을 맺고 있다. ○○과 인근 지역에 3~4개 정신병원이 잇따

라 문을 열면서 환자유치 경쟁이 과열된 탓이다.

이에 앞서 지난해 9월 이모씨(38.여)는 신분증을 소지하고 있었으나 부산 수영구 남천동 삼익아파트 옆 도로에서 한 환자이송업체에 강제로 차에 태워진 뒤 정신병원에 보내져 38시간이나 감금됐다.⁶⁹⁾

1994년 이호영 등의 연구 결과에 따르면 우리나라 정식 입원/요양시설에 입원해 있는 환자의 46.1%에서 60%는 적어도 의학적으로는 부적절한 입원인 것으로 나타났다.⁷⁰⁾ 이는 이들 중 상당수가 퇴원이 가능한데도 여러 가지 이유로 퇴원을 시키지 않고 있는 이른바 ‘사회적 입원환자’임을 의미한다.

그렇다면 정기적으로 계속입원의 적절성여부를 점검하는 제도적 장치가 마련된 1995년 12월 정신보건법의 제정 이후의 상황은 어떠할까? 우선 극히 제한된 정보만을 가지고 몇 백 명의 환자에 대한 계속 입원여부를 수명의 전문가가 몇 시간 만에, 그것도 그 적절성이 충분히 확인되지 않은 기준을 가지고 판정해 내야 하는 현 상황에서 그 장치가 적절히 작동하고 있다고 보기 어렵다. 실제로, 계속입원심사청구건수 중 불승인처리를 통한 퇴원률은 2.2%로 매우 낮으며, 더욱이 최근 지속적인 감소를 보이고 있다(그림 2). 또한, 서동우 등에 따르면 1999년 전국 정신보건시설에서 정신질환자의 평균 재원기간이 1,368일로 미국 등의 53일보다 무려 26배 긴 것으로 나타났는데⁷¹⁾, 이는 정신보건법 제정 전 1,528



(그림 2) 전국 계속입원치료심사 결과 연도별 퇴원 현황(2001~2004년)

69) 경향신문, 2001년 1월 20일

70) 이호영, 정영기, 김병후, 이영문, 김용익, 조맹제, 정신질환자 재분류 및 정신보건의료시설 기준 개발 연구, 보건복지부 용역사업 연구보고서, 1994

일과 큰 차이를 보이지 않고 있어 계속입원치료심사의 근본 취지인 환자의 탈원화 축진이 거의 이루어지지 않고 있음을 보여주고 있다.⁷²⁾

이러한 현상은 기본적으로 환자를 돌려보낼 지역사회 정신보건 여건이 성숙되어 있지 못한 것에도 이유가 있지만, 환자를 계속 입원, 수용시킴으로써 발생하는 경제적 유인이 작용하고 있을 개연성을 부인할 수 없다. 더욱이 입원이나 수용되어 있는 정신장애우를 지역사회로 돌려보낸다는 것은 병원이나 수용시설입장에서는 환자가 줄어든다는 것을 의미하고, 이것은 곧바로 경제적인 손실과 시설의 존폐를 의미하는 대단히 민감한 정치, 경제적 문제가 된다. 정신병원의 수용과 지역사회에서의 치료라는 정신장애우의 관리방식이 대단히 경제적인 배경 하에서 결정되어지고 있다는 것은 이제 그리 놀라운 사실이 아니다. 과거 1960년대 미국 정신보건부문에 불었던 ‘탈원화의 열풍’ 역시, 그것이 비록 지역사회치료라는 치료철학과 약물의 등장에 힘입은 바 크다 할지라도 기본적으로는 정신장애우의 인권을 보장하려는 사회적 분위기와 한편으로는 급증하는 의료비를 줄이기 위한 정부의 정치적 의도와의 결합을 통해 정신병원과 수용시설의 저항을 극복하면서 진행되었다는 사실에서도 우리는 그것을 확인할 수 있다.

물론 한 사회의 지배권력은 이 밖에도 수많은 지배이데올로기와 장치들을 만들어 낸다. 프로테스탄트적 성실성의 강조는 상대적으로 활동능력이 저하된 정신장애우를 더욱 초라하게 만들며, 너무나 많은 영화와 소설 속에서 정신장애우는 쉽게 범죄자로 변신하고 그에 의해 저질러지는 범죄는 극적으로 공포스럽게 각색된다. 자쯔(Szasz)의 말을 빌리자면 수많은 신화(myth)를 만들어내고 있는 것이다.⁷³⁾ 인류가 만들어 낸 가장 훌륭한 창조물이라고 추앙 받는 대의제 민주주의조차도, 소수자이며 투표권조차 주지 않는 금치산자로 낙인찍힌 정신장애우들에게는 그들의 정치적 참여를 원천적이고 제도적으로 봉쇄하는 너무나 강고한 배제의 장치일 뿐이다.⁷⁴⁾

3) 배제와 차별의 과정에서 정신의학과 전문가의 역할

정신장애우에 대한 배제와 차별의 정치경제학을 이야기함에 있어 주목해야 할 부문 중

71) 서동우, 사회인구학 및 임상적 특성과 입원시설 종류에 따른 정신보건시설 입원환자의 재원기간 분포, 신경정신의학 41:1174-1184, 2002

72) 정인원, 신철진, 손정우, 서동우, 정신보건심판위원회의 계속입원치료 심사에관한 연구, 신경정신의학, 42(4):520-527, 2003

73) 그러나 정신장애우의 범죄율은 일반인의 범죄율보다 훨씬 낮다.

74) 이남석은 다수결의 원리에 기초한 대의제 민주주의는 사회적 약자와 차이집단을 정치과정에서 배제하고 있어 태어나면서부터 ‘다수에 의한 소수의 배제’라는 속성을 가진다고 하였다(이남석, 차이의 정치-이제 소수를 위하여, 책세상문고, 2001 : 41-42).

의 하나는 이러한 과정에서 정신의학과 전문가들의 역할이다.

18세기 말 이래 학문으로서의 정신의학의 성립과 발전에 영향을 미친 것은 인간본성에 대한 사회적 믿음, 사회구성의 지배적인 형태들, 그리고 기술의 수준이었다.⁷⁵⁾ 푸코(Foucault)는 19세기에 하나의 학문으로서 그리고 체계적인 치료로서의 정신의학의 탄생은 정신병원이나 수용시설에서 이루어졌다고 하였다.⁷⁶⁾ 여기서 19세기 정신병원은 사회구조 하에서 특별한 역할을 부여받은 하나의 특별한 작은 세계였으며, 이것은 의학의 한 분야로서 정신의학의 관점, 내용 그리고 접근방법에 큰 영향을 미쳤다.⁷⁷⁾ 푸코(Foucault)는 피넬(Pinel)이 감옥과도 같았던 정신병동에서 정신장애우의 쇠사슬을 풀어준 행위조차 '수용되기 위해 해방된 것'이며, '육체적 감금에서 도덕적 감금'으로 전환되었을 뿐이라고 평가한다. 이로서 정신병 치료의 전권이 정신과 의사의 손에 맡겨지는 새로운 권위주의적 제도가 탄생하게 되었다는 것이다.⁷⁸⁾ 이는 정신장애우의 배제와 차별의 영역에서 정신의학과 전문가들이 중요한 역할을 수행해왔음을 의미한다. 조금 더 적극적으로 말하자면, 정신의학 전문가들의 정신질환 유무 판단 자체에 정신장애우에 대한 인권과 비인권의 가능성이 본질적으로 배태되어 있는 것이다.

이러한 상황은 현재에도 크게 달라지지 않았다. 우선 정신병원이나 시설의 구조와 서비스의 형태는 두 가지 원칙, 즉 철저히 관리비용을 최소화하면서 최대의 효과를 볼 수 있는 방식과 전문가의 치료와 관리가 용이한 방식으로 만들어지고 시행되어진다. 폐쇄병동을 방문해 본 사람이라면 이 구조가 여전히 벤담의 '판옵티콘(panopticon)'⁷⁹⁾을 많이 닮아 있음을 쉽게 확인할 수 있을 것이다. 이러한 관리와 치료방식들은 오늘도 여전히 정신병원이라는 공간을 통해 재생산되고 있다. 더욱이 현재 모든 정신의학 전문가들의 교육과 훈련은 대학병원과 같은 대형병원을 중심으로 이루어진다. 이 교육과 훈련의 내용과 과정은 당연히 대형병원과 거기에 속한 전문가들의 정치적, 경제적 이해관계에서 자유로울 수 없다. 교육과 훈련을 마치고 난 후에도 그들은 그 대형병원과 그 곳의 스승이자 학계원으로

75) Jablensky, A., Politics and Mental health1, The International Journal of Social Psychiatry, 38 : 1992 : 24-39

76) Foucault, M., Histoire De La Folie, Paris : Librairie Plon.

77) Jablensky A., Ibid, 1976 : 25

78) 김영진, 전계서, 1997: 261-262

79) 1971년 영국의 철학자이자 법학자인 벤담(Jeremy Bentham)이 죄수를 교화할 목적으로 설계하였다. 중앙에 높은 감시탑을 세우고, 중앙 감시탑 주위를 원형으로 돌아가며 죄수들의 방을 두도록 설계하였다. 또 중앙의 감시탑은 늘 어둡게 하고, 죄수의 방은 밝게 해 중앙에서 감시하는 감시자의 시선이 어디로 향하는지를 죄수들이 알 수 없도록 하였는데, 이렇게 함으로써 죄수들은 자신들이 늘 감시받고 있다는 느낌을 가지게 되고, 결국 규율과 감시를 내면화해서 스스로를 감시하게 된다고 하였다.

인 이들의 영향을 지속적으로 받게 된다.

또한, 이러한 전문가집단은 대단히 강력하고 배타적인 조직과 조직문화를 만들어낸다. 이러한 경향은 다른 부문 즉 정신전문 간호사, 사회복지사, 임상심리사 집단에서도 마찬가지로 있다. 이들 전문가집단은 정신보건체계내의 가장 강력한 정치적 이해집단으로서 정신질환과 관련한 치료의 방식, 국가정신보건체계의 구성과 운영방식 등에서 막강한 영향력을 발휘한다. 때로는 공권력을 무력화시킬 만큼 성장한다. 그러나 앞서 언급한 바와 같이 지배권력과 전문가 집단의 이해관계는 결국 정치적 타협과 암묵적 연대의 형태로 정리되는 경우가 많다. 문제는 이 경우, 정신장애우의 인권과 이해문제는 그 두 집단 모두에게 있어 부차적인 문제가 될 가능성이 높다는 것이다.

정신장애우 인권을 위한 모색: 우리 사회에 제동력(制動力)은 존재하는가?

물론 사회적 약자들의 배제와 차별은 정신보건의 영역에서만 일어나는 것은 아니다. 그러나 정신장애우에 대한 비인권의 문제가 더욱 중요한 이유는 첫째, 정신장애우들은 우리 사회에서 사회적 약자에게 행해지는 배제와 차별의 기전을 가장 극명하게 보여주고 있으며, 둘째, 이들이 다른 어떤 집단보다 배제와 차별을 극복할 수 있는 수단을 철저히 상실하고 있기 때문이며, 마지막으로 주체적 활동 그 자체가 불가능하다고 규정된 이들의 정치적 참여방식과 이 문제의 사회적 대응방식에 대해 그간 우리 사회의 논의는 거의 전무하기 때문이다.⁸⁰⁾

정신장애우들에 대한 배제와 차별의 악순환을 끊고 그 구동을 멈추게 할 방법은 있는가? 그리고 우리 사회에서 그러한 제동력(制動力)을 찾아내고 가동시킬 수 있을 것인가?

정신질환 분야를 연구하는 낙인론자들은 낙인의 해로운 효과를 감소시키기 위한 두 가지 일반적인 전략들을 제시하였다. 즉, 행동을 재정의(再定義)하는 것과 그리고 그 행동에 사람들이 일반적으로 반응하는 방식을 바꾸는 것이다. 전자의 전략은 정신과 의사인 토마스 자쯔(Szasz)에 의해 제안되었다. 그는 정신질환에 대한 의학적 모델을 맹렬하게 공격하였으며, ‘정신질환’은 ‘신화(myth)’라고 선언하였다. 낙인론적 시각을 지지하는 대부분의 온건한 사람들은 후자 즉 정신병원에 수용하는 것보다 외래치료, 지역사회에서의 정신치료, 약물치료 및 가정치료와 같은 대안들을 주장하였다.⁸¹⁾ 그러나 이들의 주장은 오늘

80) 맑스에게조차 정신장애우는 상대적 과잉인구인 빈곤층의 가장 밑바닥에 존재하는 피구홀빈민이었다(K. Mark, Capital, Penguin Books, 1976 : 807-810).

81) Allen E. Liska, Steven F. Messner, Perspectives on crime and deviance, 3/E, 1999, 장

날 우리 사회 정신장애우들의 절박한 현실에 비추어 볼 때 지나치게 근원적이거나 반대로 지나치게 온건하다.

많은 이들이 이러한 지배권력과 전문가들의 독점적 권력에 맞설 수 있는 제 3세력⁸²⁾의 필요성을 역설한다. 그러나 엄청난 물리력과 이념으로 중무장한 지배권력과 현대 첨단 과학기술로 독점적인 전문성을 획득한 전문가들이 만들어낸 이 거대한 거인(巨人)에 맞설 수 있는 그런 세력과 수단을 우리 사회는 가질 수 있을 것인가?

어떤 이들은 그 가능성을 정신의학의 내부에서 찾으려 한다. 자블렌스키(Jablensky)는 지난 200년 간 두 가지의 흐름이 정신의학의 정치적 역사를 이끌어 왔다고 이야기한다. 첫 번째가 이상행동(deviance)에 대한 사회적 조정자로서의 정신의학이고 두 번째가 ‘다를 권리(right to be different)’에 대한 옹호자로서의 정신의학이다. 이제 후자에서 영감을 얻은 많은 영역들에서 이른바 ‘제3의 정신의학 혁명’이 진행 중이라고 이야기한다. 그는 그 증거로 종래에 반정신의학(anti-psychiatry)나 급진적 정신의학(radical psychiatry)의 주장이라고 간주되어오던 ‘다를 수 있는 권리의 지지자로서의 정신의학(Psychiatry as advocacy of the right to be different)’이 이제는 여러 형태 조직들의 기본적인 활동 입장이 되었으며, 탈원화, 사례관리, 지속적 돌봄, 위기관리, 지역사회의 참여, 팀적 접근 등과 같은 내용을 담고 있는 정신보건부문의 개혁들이 이탈리아, 서부 유럽국가, 캐나다, 미국, 호주 등에서 속속 진행 중임을 그 예로 들고 있다.

또 어떤 이들은 한때 자살을 기도하고 치료과정 중에 경험했던 열악한 치료환경과 가혹함에 맞서 싸워 미국의 정신건강운동을 촉발시켰던 클리포드 비어스(Clifford Beers)에게서 그 희망의 일단을 찾으려고 한다. 그는 환자로서의 무기력과 피동적인 삶을 넘어, 전문가나 다른 이들이 아닌 환자 스스로 시작하고 주도하였던 ‘희망의 증거’이었기 때문이다. 이러한 가능성의 예로 제시되고 있는 것이 이른바 미국의 정신과 환자가족협회(NAMI, National Alliance for the Mentally Ill)와, 미국 뉴욕의 샘솟는 집(Fountain House) 등과 같은 환자자조모임, 가족모임, 자원봉사모임 그리고 소비자를 중심으로 한 일련의 활동들이다.

우리나라에서도 최근 지역사회 정신보건사업이 활성화되고 있으며, 정신장애우를 위한 사회복귀시설도 늘어가고 있다. 최근 국가인권위원회에서도 정신장애우의 인권문제를 중요한 과제로 다루려는 움직임이 목격되고 있다. 정신장애우들의 가족들로 구성된 가족협회와 관련 전문가들의 학회들도 속속 모양을 갖추어가고 있다. 적어도 외형적으로 보면

상희역, 일탈과 범죄사회학, 경문사, 2001 : 194

82) 환자들, 환자가족 그리고 환자지지그룹을 말한다. 그러나 환자가 문제의 당사자라는 점에서 ‘제 3세력’이란 표현은 다소 부적절해 보인다.

그 속도는 매우 빠르게 진행되고 있다.

이러한 일련의 작업들은 정신장애우와 가족들의 삶의 질을 개선시키는 데 일정정도 기여할 것임에는 틀림이 없다. 그런 점에서 이러한 작업들은 매우 중요하고 소중하다. 그러나 앞서 언급한 일련의 움직임들만으로 과연 정신장애우에 대한 배제와 차별의 악순환(vicious cycle)이라는 거대한 수레바퀴를 멈추게 할 수 있을까?

이러한 회의의 근거는 지극히 단순하다. 정신장애우의 가족도 지지자도 결국 정신장애우 그 자신일 수는 없으며, 악순환의 구동력으로 작용하였던 요인들은 앞으로도 크게 변하지 않을 것 같기 때문이다. 또한, 생산력도 구매력도 상실한 정신장애우의 정치적 활동은 정신보건의 선진국들에서도 여전히 원천적으로 봉쇄되고 있기 때문이다. 정신장애우의 목소리를 대변한다고 하는 가족, 친척, 전문가, 사회활동가들이 과연 정신장애우의 이해를 온전히 반영하고 있는 것일까라는 회의도 존재한다. 더욱이 정책영역에서 자기의 정치, 경제적 이해관계를 넘어서면서까지 정신장애우 삶의 절박함만큼이나 치열하게 정신장애우들을 위해 싸우는 이들을 발견하기란 그리 쉬운 일이 아니다.

로텔리(Rotelli)는 가히 혁명적인 조치를 통해 전국의 정신병원 문을 닫고 정신장애우들을 자신의 지역사회로 돌려보내 그 곳에서 치료받으며 살아가도록 하였던 이탈리아의 정치과정을 평가하며 ‘탈원화(de-institutionalization)란 단지 정신병동의 문을 닫아거는 것(de-hospitalization)이 아니라 수용소(asylum)의 모든 기능들(숙박, 음식제공, 세탁, 이야기 할 사람 등)이 정상적인 삶 속에서 해체되고 재구성되어야 함을 의미한다.’라고 일침을 놓았다⁸³⁾. 정신장애우의 삶의 조건들을 정상적인 삶 속에서 완전히 해체하고 재구성하는 이런 지난한 과정이 과연 정신장애우 당사자들의 우렁찬 구호 없이도 가능할 것인가?⁸⁴⁾ 아시아의 빈곤문제를 연구하였던 미르달(Myrdal)의 말처럼 ‘아래로부터의 압력이 거의 완전하게 결여되어 있는 경우에, 식민지시대로부터의 사회적, 경제적 계층화라는 불평등화가 존속하게 되고, 그러한 사태의 진전방향은 더욱 심화되는 불평등을 향하여 움직이게 되며, 가난한 대중을 돕기 위하여 꾸며진 정책조차도 실시되지 않거나, 혹은 그 반대로 그렇게 가난하지 않은 자에게 유리하게 실시되고 만다’⁸⁵⁾는 것을 우리는 너무 자주 보아왔기 때문이다.

83) Rotelli, F., The invented institution, Per la salute mentale / For Mental Health, 1/88, 1988 : 196-198

84) 어쩌면 이러한 내 생각자체가 정신장애우에 대한 나의 편견에서 비롯된 것인지 모른다. 나는 이런 나의 생각이 잘못되었기를 진심으로 바란다.

85) Myrdal K.G., The Challenge of World Poverty; A World Anti-Poverty Program in Outline, London, 1976, 최광렬역, 빈곤의 도전, 최고경연, 1990: 119

맺음말 : 다시 피넬(Pinel)을 기다리며...

정신장애우의 비인권에 대한 고찰은 다음과 같은 결론으로 우리를 이끈다.

첫째, 분명한 것은 우리 사회에서 정신장애우에 대한 비인권은 우리 사회의 정치경제학적 맥락과 긴밀한 관계를 가진다는 것이다.

둘째, 따라서 정신장애우에 대한 배제와 차별의 문화를 청산하고 자기 몫의 공간들을 당당히 확보해 나가는 방법은 앞서 언급한 이 사회의 정치경제학적 맥락 하에서 검토되고 모색되어지지 않으면 안 된다는 사실이다. 특별히 이러한 과정에서 “정신장애우의 인권은 다른 어떠한 조건에 우선 한다.” “정신장애우의 인권을 궁극적으로 실현하는 것은 그들을 집으로 돌려보내는 것이다”와 같은 정치적 슬로건이 효과적인 약물의 개발, 과학적인 임상지침이나 정교한 정치적 개혁안의 마련만큼이나 또는 더욱 중요할 수 있음을 시사한다. 실제로 이탈리아의 정신보건개혁과정을 분석한 그라텔리(Ghirardelli)와 루세티(Lussetti)는 법령 180(Law 180)의 실시로 이탈리아 정신보건체계가 일대 혼란에 빠지고 취약한 중앙정부는 국가차원의 구체적인 원칙들조차 제시하지 못하고 있을 때 ‘오직 정치적 투쟁만이 낡은 정신보건체계의 무기력과 분명한 지침의 부재를 극복하는 유일한 수단이었다.’고 회고하였다.⁸⁶⁾

셋째, 정신장애우의 배제와 차별의 역사 그리고 비관적 현실과 전망의 존재에도 불구하고 그 속에서 오늘날 이만큼의 진일보한 인권상황을 만들어내기까지는 많은 이들의 헌신이 존재했고, 특별히 그 과정에서 정신보건부문 전문가들의 역할은 매우 중요한 것이었다.

프랑스 혁명당시 파리코뮌에 참여하고 비세트르(정신병원)로 달려가 정신장애우의 쇠사슬을 풀었던 피넬(Pinel)의 정신은 그 후 푸생(Pussin)과 피사니(Pisani)의 인도적 치료법, 튜크(Tuke)의 도덕요법, 독일 라일(Reil)의 정신치료법 등으로 이어졌다. 당시 상황에서 피넬의 행동은 가히 혁명적인 사고의 전환과 용기를 필요로 하는 것이었다.

1978년 법령 180(Law 180)을 통과시킴으로써 이탈리아 전역의 정신병원에 정신장애우의 추가적인 입원을 금지시켰으며, 정신장애우를 지역사회로 돌려보내어 거기에서 치료받도록 하는 개혁을 이루어낸 정치가 바잘글리아(Franco Basaglia) 역시 정신과의사였다. 이러한 조치는 당시 정신병원들과 학계로부터 엄청난 저항을 받았다. 그럼에도 불구하고 그와 그의 정치적 동료들은 이러한 개혁을 완수했다. 식민지배하에서 고통 받고 있는 알제리 국민의 인권을 위해 헌신했던 파농(Fanon, Frantz Omar) 역시 정신과의사이자 인권운동가였다. 또한, 1990년 11월 14일 정신장애우의 인권과 관련한 카라카스 선언⁸⁷⁾의

86) Roberto Ghirardelli, Marco Lussetti, Italy, Donna R., Kemp, International Handbook on Mental Health Policy, Greenwood Press, 1993 : 139-157

과정에서도 정신의학 분야 전문가들의 역할은 절대적인 것이다. 그러므로 정신장애우에 대한 배제와 차별의 정치경제학적 악순환의 고리를 넘어서 ‘인권’에 대한 감수성과 열정에 가득 찬 정신보건전문가들과 정신장애우 인권의 옹호자들의 분투와 헌신은 모든 이들이 건강하게 함께 어울리는 새로운 세상으로 나가는 중요한 희망의 도정에서 귀중한 촉매제(catalyst)로써의 역할을 할 수 있을 것이다.

87) 카라카스선언은 기존의 정신병원의 역할을 비판적으로 검토하고, 일차 의료에 근거한 사회적 보건의료네트워크로 통합되는 지역사회 보건체계에서 정신질환자들을 돌보고, 그들의 인권과 시민권의 보호를 제도화할 것을 요구하고 있으며, 특히 라틴 아메리카 지역에서 정신장애우의 권리가 광범위하게 인식되고 법적으로 규정되는 계기를 제공하였다(PAHO/WHO, Declaration of Caracas, 1990).

참고 2

정신장애인 보호와 정신보건의료
향상을 위한 UN의 원칙

정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 UN의 원칙

1991년 12월 17일, UN 총회 결의문 46/119에 의해 채택됨.

본 UN 원칙은 장애, 인종, 성별, 언어, 종교, 정치적인 또는 기타 견해, 국가나 민족, 혹은 사회적 출신, 법적 혹은 사회적 지위, 연령, 출생적 특성을 근거로 하는 어떤 차별도 없이 적용되어야 한다.

1. 정 의

본 UN 원칙에서,

“대리인 (Counsel)”은 법적으로 혹은 기타 자격을 갖춘 대리인을 지칭한다.

“독립적인 권한기관 (Independent authority)”은 국내법 규정에 의해 권한이 부여된 독립적인 기관을 의미한다.

“정신보건의료 (Mental health care)”는 개인의 정신 상태 분석 및 진단, 정신질환이나 정신장애로 추정되는 질환에 대한 치료, 의료 및 재활을 포함한다.

“정신보건 시설 (Mental health facilities)”은 정신보건의료 제공을 주된 기능으로 하는 모든 시설 혹은 시설의 단위를 의미한다.

“정신보건 전문가 (Mental health practitioner)”는 의사, 심리치료사, 간호사, 사회복지사나 혹은 기타 정신보건에 유용한 특수한 기술을 가진 이로서, 적합한 훈련을 거쳐 자격을 갖춘 종사자들을 의미한다.

“환자 (Patient)”는 정신보건의료를 받는 사람으로서, 정신보건시설에 수용되어 있는 모든 사람은 이에 포함된다.

“개인 대리인 (Personal representative)”은 법에 의해 어떠한 특정 측면에서 환자의 이

익을 대변하는 사람 또는 환자를 대신해 특정 권리를 행사할 의무를 지니도록 지정된 사람을 의미하며, 국내법에 의해 달리 지정되지 않은 경우 미성년자의 부모 혹은 법적 후견인도 이에 포함된다.

“심사기관 (The review body)”은 정신보건시설에 비자발적으로 수용되어 있는 환자를 심사하기 위해 원칙 17조에 따라 설립된 단체를 의미한다.

2. 일반 제한 사항

이 원칙에 규정된 권리의 행사는 해당인 또는 타인의 건강이나 안전을 보호하기 위해, 또는 공공의 안전, 질서 및 보건 혹은 도덕, 타인의 기본권과 자유를 보호하기 위해 필요한 것으로서 법으로 규정되어 있는 사항에 의해서만 제한될 수 있다.

• 원칙 1 : 근본적 자유와 기본권

1. 모든 사람은 의료보호 및 사회보호 제도 안에서 가장 적절한 정신보건의료를 제공받을 권리가 있다.
2. 모든 정신장애인 및 정신장애 치료를 받고 있는 사람은 인간으로서 고유의 존엄성을 토대로 한 인류애와 존경을 바탕으로 치료받아야 한다.
3. 모든 정신장애인 및 정신장애 치료를 받고 있는 사람은 경제적, 성적 및 기타 유형의 착취, 신체적 또는 기타 학대, 치료를 저해하는 행위로부터 보호받을 권리가 있다.
4. 정신장애를 근거로 한 차별이 있어선 안 된다. “차별”은 기본권의 동등한 향유를 저해하는 모든 분류, 배제, 혹은 선호를 의미한다. 정신장애인의 권리를 보호하거나 이들의 치료를 위한 특별한 조치들은 차별이라고 보지 않는다. 정신장애인 혹은 다른 개인의 인권을 보호하기 위해 필요한 것으로 이 원칙에 따라 행해진 분류, 배제, 혹은 선호 등은 차별이라고 보지 않는다.
5. 모든 정신장애인은 「세계인권선언」, 「경제, 사회 및 문화적 권리에 관한 국제 협약」, 「시민권 및 정치적 권리에 관한 국제협약」은 물론이고, 기타 「장애인의 권리선언」이나 「억류나 구금의 상태에 있는 사람들을 보호하기 위한 원칙문」 등 관련 협정에서 인정하는 사회, 정치, 경제, 문화적 권리를 행사할 권리를 가져야 한다.

6. 정신장애로 인한 법적 행위 무능력자 판정과 그에 따라 개인 대리인을 선임해야 한다는 판단은, 국내법에 의해 설립된 독립적이고 공정한 심판 기관에서 공정한 심리를 거친 후에 내려야만 한다. 법적 행위능력 여부를 판정받는 대상자에게는 대리인을 선임할 권리가 주어져야 한다. 만약 법적 행위능력 판정 대상자가 대리인을 스스로 구하지 않은 경우, 대리인 선임에 필요한 지불능력이 없다면 무료로 대리인이 지정되어야 한다. 이때 대리인은 동일 사건에서 정신보건시설 또는 그 직원을 대리할 수 없으며, 또한 가족간 이익의 충돌이 없다는 법원의 결정이 없는 이상은 해당 능력 판정 대상자의 가족원을 동시에 대리할 수 없다. 법적 행위능력과 개인 대리인 필요성에 대한 결정은 국내법에 지정된 바와 같이 합당한 기간을 두고 재심되어야 한다. 법적 행위능력 판정 대상이 되는 정신장애인과 그 정신장애인의 대리인 및 다른 이해관계인에게, 결정사항에 대하여 상급법원에 항소할 수 있는 권리가 주어져야 한다.
7. 법원이나 기타 담당 심판 기관이 정신장애인 본인이 자신의 일을 스스로 책임질 수 없다고 결정했을 때에는, 환자의 상황에 필요하고 적합한 범위 내에서 정신장애인의 이익 보호를 보장하기 위한 조치가 취해져야 한다.

• 원칙 2 : 미성년자의 보호

미성년자의 권리 보호를 위해서는 본 UN 원칙의 목적과 미성년자 보호와 관련된 국내법의 범주 안에서 특별한 보호가 주어져야 하며, 필요한 경우 가족 구성원 외의 개인 대리인을 선정하는 것도 이에 포함된다.

• 원칙 3 : 지역사회 내에서의 삶

모든 정신장애인들은 가능한 한 지역사회 내에서 생활하고 일할 권리를 가진다.

• 원칙 4 : 정신장애 판정

1. 개인의 정신장애 판정은 국제적으로 공인된 의학적 기준에 따른다.
2. 정신장애 판정은 절대로 정치적, 경제적 혹은 사회적 상황이나 문화, 인종 또는 종교적 소속, 정신건강상태와 직접적인 관련이 없는 어떤 다른 이유로 인해 결정되어서는 안 된다.

3. 가족이나 직업적 갈등 또는 개인이 속한 사회에서 일반적으로 통용되는 도덕적, 사회적, 문화적 혹은 정치적 가치나 종교적 믿음과의 불일치 등은 절대로 정신장애를 판단하는 기준이 될 수 없다.
4. 과거 환자로서 치료받거나 입원한 기록 자체만으로는 현재 또는 미래의 정신장애를 판단하는 근거가 될 수 없다.
5. 어떠한 개인 혹은 권한기관에서도 정신장애 또는 정신장애의 결과와 직접적으로 관계된 목적을 제외하고는 개인을 정신장애인으로 규정하거나 지목할 수 없다.

● **원칙 5 : 의학 검사**

국내법에 의해 인정된 절차에 따른 경우를 제외하고는 그 어떤 사람도 자신이 정신장애를 가지고 있는지를 판정하기 위한 의학검사를 강요받을 수 없다.

● **원칙 6 : 비밀보장**

정보의 비밀보장 권리는 본 UN 원칙이 적용되는 모든 사람들에 대하여 존중되어야 한다.

● **원칙 7 : 지역사회와 문화의 역할**

1. 모든 정신장애인들은 가능한 한 자신이 거주하는 지역사회에서 치료받고 보호받아야 할 권리가 있다.
2. 정신보건시설에서 치료가 이루어질 때 환자는 가능한 한 항상 자신의 거주지 혹은 친척 또는 친구의 거주지 근방에서 치료받을 권리가 있으며, 가능한 한 빨리 지역사회로 복귀할 권리가 있다.
3. 모든 환자는 자신의 문화적 배경에 맞는 치료를 받을 권리가 있다.

● **원칙 8 : 의료 기준**

1. 모든 환자는 자신의 보건적 필요성에 적합한 보건 및 사회적 의료를 받을 권리가 있으며, 기타 질환자와 같은 기준의 의료와 치료를 받을 권리가 있다.
2. 모든 환자들은 적절치 못한 의료, 다른 환자나 직원, 기타 다른 사람으로부터의 학대,

또는 정신적 불안이나 신체적 불편을 야기하는 기타 행동 등 위해로부터 보호받아야 한다.

• 원칙 9 : 치료

1. 모든 환자는 환자의 보건적 필요성과 다른 이들의 신체적 안전을 보호하기 위해 필요한 치료로서 가능한 한 제한적이지 않은 치료를 받을 권리를 가진다.
2. 모든 환자들에 대한 치료 및 의료는 자격을 갖춘 전문가에 의하여 개별적으로 처방된 계획에 근거해야 하며, 환자와 함께 논의하고, 정기적으로 검토하며, 필요시에는 수정을 거쳐 제공되어야 한다.
3. 정신보건의료는 UN 총회가 채택한 「수감자 및 억류자들을 고문과 기타 잔인하거나 비인간적인 대우 및 처벌로부터 보호하기 위한 보건 종사자, 특히 의사들의 역할에 관한 의학 윤리 원칙」과 같이 국제적으로 인증된 기준을 비롯하여 정신보건 종사자들을 위한 윤리로서 적용할 수 있는 기준들에 따라 제공되어야 한다.
4. 환자의 치료는 반드시 개인적 자율성을 지켜주고 강화하는 방향으로 진행되어야 한다.

• 원칙 10 : 약물치료

1. 약물치료는 환자의 보건적 필요성에 가장 잘 부합해야 하고, 치료 및 진단적 목적으로만 이루어져야 하며, 처벌이나 다른 이들의 편의를 위하여 시행되어서는 안 된다. 아래 원칙 11의 15절에 따라 정신보건 전문가는 그 효능이 이미 밝혀져 있거나 증명된 약물치료만을 시행해야 한다.
2. 약물치료는 반드시 법적 허가를 받은 정신보건 전문가에 의해 처방되어야 하며, 환자 기록에 기록되어야 한다.

• 원칙 11 : 치료의 동의

1. 환자의 고지된 동의 없이는 환자를 치료할 수 없다. 단, 이 원칙의 6, 7, 8, 13, 15절에 제시된 사항은 예외로 한다.
2. 고지된 동의란, 다음 사항에 대해 이해가능하며 적합한 정보를 환자가 이해할 수 있는 언어와 형식으로 환자에게 공개한 뒤 위협이나 부적절한 유도 없이 자유롭게 얻는

동의를 말한다.

(a) 진단 평가

(b) 제안된 치료의 목적과 방법, 예상되는 기간 및 이익

(c) 덜 침해적인 치료법 등 대안적인 치료 방식

(d) 제안된 치료법에 의해 생길 수 있는 고통이나 불편, 위험 및 부작용

3. 환자는 동의 절차에 자신이 선택한 일인, 혹은 다수의 제3자의 동의를 요구할 수 있다.

4. 환자는 이 원칙의 6, 7, 8, 13, 15절 경우를 제외하고 치료를 거부하거나 중단할 권리를 가진다. 치료의 거부나 중단으로 인한 결과는 반드시 환자에게 설명해야 한다.

5. 환자에게 고지된 동의권을 포기하도록 권하거나 유도해서는 안 된다. 환자가 동의권을 포기하려 할 경우에는 고지된 동의 없이도 치료를 할 수 없다는 사실을 환자에게 설명해야 한다.

6. 이 원칙의 7, 8, 12, 13, 14, 15절 경우를 제외하고는, 다음 조건이 만족될 경우 환자의 고지된 동의 없이 제안된 치료 계획을 환자에게 실행할 수 있다.

(a) 해당 시기에 환자가 비자발적 환자로 수용되어 있는 경우

(b) 이 원칙의 2절에 지정된 정보를 포함하여 모든 관련 정보를 갖고 있는 독립적인 권한기관에서, 해당 시기에 환자가 제안된 치료안에 대한 고지된 동의를 하거나 보류할 능력이 없다고 판단하거나 혹은 환자 개인의 안전 또는 타인의 안전과 관련해 해당 환자의 동의 보류가 합당하지 않다 판단한 경우

(c) 독립적 권한기관에서 제안된 치료안이 환자의 보건적 필요성을 위한 최선이라고 판단하는 경우

7. 상기 6절은 환자를 위한 치료에 동의할 개인 대리인이 법에 의해 선임된 환자에게는 적용되지 않는다. 단, 12, 13, 14, 15절에서와 같이 이 원칙의 2절에 기술된 정보를 제공받은 개인 대리인이 환자를 대신해 동의를 한 경우에는 환자 자신의 고지된 동의 없이 환자에게 치료를 할 수 있다.

8. 이 원칙의 12, 13, 14, 15절 내용을 제외하고, 법에 의해 자격을 갖춘 정신보건전문가가 환자 및 다른 사람들의 직접적이고 절박한 위해를 막기 위해 위급하게 필요하다고 판단할 경우 환자의 고지된 동의 없이 치료를 행할 수 있다. 이러한 치료는 해당 목적에 반드시 필요한 기간을 초과하여 연장되어서는 안 된다.

9. 환자의 고지된 동의 없이 치료가 승인되는 경우라 하더라도, 치료의 성격과 가능한 대

안에 관해 환자에게 알리고 치료안의 전개에 가능한 한 환자를 참여시키도록 최대한 노력해야 한다.

10. 모든 치료는 자발 혹은 비자발성 표시와 함께 환자의 의료기록에 즉시 기록되어야 한다.
11. 환자의 신체적 강박이나 비자발적 격리는 환자나 다른 사람들의 직접적이고 절박한 위해를 막기 위한 유일한 수단인 경우에 한해, 반드시 해당 정신보건시설에서 공식적으로 승인된 절차에 따라서 사용되어야 한다. 또한 이 같은 목적에 반드시 필요한 시간을 초과하여 연장되어서는 안 된다. 모든 신체적 강박이나 비자발적 격리 사건은 그 이유와 성격, 범위를 환자의 의료 기록에 기록해야만 한다. 강박 및 격리된 환자는 인도적인 환경에 처해져야 하며, 자격을 갖춘 의료진이 정기적으로 면밀한 감독을 하고 보살펴야 한다. 관련된 개인 대리인이 있는 경우 환자의 신체적 강박이나 비자발적 격리를 반드시 즉시 통보해야 한다.
12. 불임시술은 정신장애 치료로 절대 행할 수 없다.
13. 위험성 있는 약물치료나 수술은 국내법에 의해 허가되는 경우에 한해서, 환자의 건강을 위한 최선의 방법이라고 여겨지며 환자가 고지된 동의를 했을 때만 시술할 수 있다. 환자가 고지된 동의를 할 능력이 없는 경우에는 독립적인 심사가 있는 후에만 시술을 허가할 수 있다.
14. 정신장애에 대한 정신과 수술 및 기타 반복할 수 없는 침해적인 치료는 정신보건시설에 비자발적으로 수용되어 있는 환자에게는 행할 수 없다. 또한 다른 환자들에 대해서도 국내법에 의해 허용되는 범위에서, 이미 환자가 고지된 동의를 한 상태에서 외부의 독립적인 기관이 고지된 동의를 있었음을 인정하고 해당 치료가 환자의 보건적 필요성에 가장 적합하다고 판단한 경우에만 행할 수 있다.
15. 임상시험 및 실험적 치료는 고지된 동의 없이 시술될 수 없다. 단 이 같은 목적을 위해 설립된 독립적인 당해 심사 기관의 승인이 있는 경우, 고지된 동의를 할 수 없는 환자를 임상시험 또는 실험적 치료에 포함시킬 수 있다.
16. 이 원칙의 6, 7, 8, 13, 14, 15절에 해당하는 경우 환자나 그의 개인 대리인, 또는 이해관계인에게는 환자에게 주어지는 치료에 대해 사법 및 기타 독립적인 권한기관에 이의를 제기할 수 있는 권리가 주어져야 한다.

• 원칙 12 : 권리의 고지

1. 정신보건시설에 입원하는 환자에게는 입원 즉시 가능한 한 빨리, 본 UN 원칙과 국내법에 따른 자신의 모든 권리를 환자가 이해할 수 있는 언어와 형식으로 고지해야 하며, 그 정보에는 이들 권리에 대한 설명과 권리 행사 방법이 포함되어야 한다.
2. 이러한 정보를 환자가 이해할 수 없는 경우에는, 개인 대리인이 있는 경우 개인 대리인과, 환자의 이익을 가장 잘 대변할 수 있고 또 그렇게 하려는 사람(들)에게 환자의 권리를 알려야 한다.
3. 해당 행위능력이 있는 환자는 시설에 대해 자신의 이익을 대변할 사람과 자신을 대신해 정보를 고지 받을 사람을 지정할 권리를 가진다.

• 원칙 13 : 정신보건시설 내에서의 권리와 조건

1. 정신보건시설 내의 환자들은 특히 다음 사항에 대하여 존중받을 권리를 지닌다.
 - (a) 언제나 법 앞에서 동등한 인간으로서의 인정
 - (b) 사생활
 - (c) 의사소통 및 통신의 자유. 이에선 시설 내 다른 사람들과의 소통의 자유, 검열 없이 사적인 서신을 주고받을 자유, 사적으로 대리인이나 개인 대리인의 방문을 받을 자유, 합당한 시간이라면 언제나 기타 면회인을 만날 자유, 우편 및 전화 서비스와 신문, 라디오, TV를 이용할 자유
 - (d) 종교 및 사상의 자유
2. 정신보건시설 내의 환경 및 생활 조건은 비슷한 연령의 일반인 생활과 최대한 유사해야 하며, 특히 다음을 포함해야 한다.
 - (a) 오락 및 여가활동을 위한 시설
 - (b) 교육시설
 - (c) 일상생활과 오락, 통신에 필요한 물건을 구입하거나 받을 수 있는 시설
 - (d) 환자가 자신의 사회적, 문화적 배경에 맞는 직업을 갖도록 도움을 주는 시설과 지역사회로의 복귀를 촉진할 수 있는 적절한 직업적 재활 수단을 위한 시설, 그리고 그러한 시설 사용에 대한 장려. 이 같은 방법들은 환자가 지역사회에서 직업을 얻거나 유지하도록 도와주는 직업 안내, 직업 훈련 및 배치 서비스를 포함해야 한다.

3. 어떠한 경우에도 환자에게 강압적인 노동을 시켜서는 안 된다. 시설 운영의 요건에 부합하고 환자의 필요성에 부응하는 한계 내에서, 환자가 자신이 원하는 작업의 유형을 선택할 수 있어야 한다.
4. 정신보건시설 환자의 노동이 착취당해서는 안 된다. 시설 환자들은 자신이 하는 일에 대해 정상인이 국내법이나 관습에 따라 같은 일에 대해 받는 것과 같은 수준의 보수를 받을 권리를 가진다. 또한 환자가 한 일에 대해 정신보건시설에 보수가 지불된 경우에는 반드시 이 중 합당한 몫을 받을 권리가 있다.

• 원칙 14 : 정신보건시설의 자원

1. 정신보건시설은 특히 다음 사항을 포함하여 다른 여타 보건 시설과 같은 수준의 자원을 갖추어야 한다.
 - (a) 의학 및 기타 적합한 전문적 자격을 갖춘 직원의 수가 충분하여야 하며, 모든 환자들이 사생활을 보호받을 수 있을 만큼 충분한 공간과 적절하고 능동적인 치료 프로그램
 - (b) 환자를 위한 진단과 치료 시설
 - (c) 적절한 전문적 의료
 - (d) 약물치료 제공 등 적합하고 규칙적이며 종합적인 치료
2. 당해 기관에서는 모든 정신보건시설을 적당한 빈도로 검열하여, 환자들에 대한 조건과 치료 및 의료가 본 UN 원칙에 부합하도록 해야 한다.

• 원칙 15 : 입원 원칙

1. 정신보건시설 내 치료가 필요한 사람이 있을 경우, 비자발적 입원을 피하기 위해 모든 노력을 기울여야 한다.
2. 정신보건시설의 출입은 다른 질병을 위한 여타 시설에 대한 출입과 같은 방식으로 관리되어야 한다.
3. 비자발적 입원이 아닌 환자의 경우, 아래 원칙 16에서 규정한 바와 같이 비자발적 환자로 구금되어야 할 기준에 속하지 않는 한 언제라도 정신보건시설을 퇴원할 권리를 가지며, 그러한 권리를 고지해 주어야 한다.

• 원칙 16 : 비자발적 입원

- 어떤 사람을 정신보건시설에 비자발적 환자로 입원시키거나 또는 자발적으로 정신보건시설에 입원한 사람을 비자발적 환자로 계속 입원시킬 수 있는 경우는 다음에 한한다. 법에 의해 해당 목적에 대한 허가를 받은 자격 있는 정신보건전문가가 위 원칙 4에 따라 해당 환자가 정신장애를 가지고 있다고 진단하고 다음과 같다고 판단할 경우,
 - 정신장애로 인하여 환자나 타인에게 직접적이고 절박한 위해 가능성이 매우 높다고 보거나
 - 정신장애가 심각하고 판단력이 손상된 사람의 경우, 해당 환자를 입원 및 계속 입원시키지 못한다면 환자의 상태가 심각하게 악화될 것으로 예상되거나 또는 이 원칙에 따른 정신보건시설 입원으로만 가능한 적정 치료나 최소제한적인 대안 치료를 할 수 없게 될 것이라 판단할 경우.
 - 항에 해당되는 경우에는 첫 번째 정신보건전문가와 관계가 없는 다른 정신보건전문가의 의견을 가능한 한 참조해야 한다. 이 때 두 번째 정신보건전문가가 동의하지 않는다면 비자발적 입원이나 계속 입원을 시켜서는 안 된다.
- 비자발적 입원이나 계속 입원은 우선 심사기관의 입원 혹은 계속 입원 심사 서류 중에 관찰과 예비적 치료를 위해 국내법에 정한대로 단기간동안 실시되어야 한다. 입원의 근거를 즉시 환자에게 전해야 하며, 또한 입원 사실과 그 자세한 근거를 즉시 심사 기관과 환자의 개인 대리인이 있는 경우 대리인, 그리고 환자가 반대하지 않는 경우 환자의 가족에게 알려야 한다.
- 정신보건시설의 경우, 국내법에 의한 해당 권한기관이 지정한 시설만 비자발적 입원 환자를 수용할 수 있다.

• 원칙 17 : 심사 기관

- 심사기관은 국내법에 의해 설립된 사법 및 기타 독립적인 공정한 기관으로서, 그 직무가 국내법에 의해 정해진 절차에 따라 운영되어야 한다. 심사기관은 공식적인 결정을 내리는 데 있어서, 자격을 갖춘 독립적인 정신보건 전문가 일인 이상의 조언을 참고해야 한다.
- 위 원칙 16의 2절에 해당하는 비자발적 환자의 입원이나 계속 입원 결정에 대한 심사

기관의 최초 심사는 해당 결정이 내려진 직후 가능한 한 빨리 이루어져야 하며, 국내법에 의해 규정된 대로 간단하고 신속한 절차에 따라 수행되어야 한다.

3. 심사기관은 국내법에 의해 규정된 대로 적당한 기간마다 비자발적 환자의 경우를 주기적으로 심사해야 한다.
4. 비자발적 환자는 국내법에 의해 규정된 대로 적당한 기간을 두고 심사기관에 퇴원이나 자발적 상태로의 전환 신청을 할 수 있다.
5. 개개의 심사에서 심사기관은 위 원칙 16의 1절에 제시된 비자발적 입원 기준에 여전히 속하는지를 고려해야 하며, 그렇지 않은 경우 환자는 비자발적 환자 상태를 벗어나 퇴원할 수 있어야 한다.
6. 담당 정신보건전문가는 언제라도 환자가 비자발적 환자로서의 계속 입원을 위한 요건에 더 이상 해당되지 않는다고 판단되는 경우 퇴원 지시를 내려야 한다.
7. 환자나 환자의 개인 대리인, 또는 기타 이해관계인에게는 정신보건시설 입원이나 계속입원 결정에 대해 상급법원에 항소할 권리가 주어져야 한다.

• 원칙 18 : 절차상 보호조치

1. 환자에게는 이의제기 절차나 항소 시 대변인은 물론이고 자신을 대리할 대리인을 선택하여 선임할 권리가 주어져야 한다. 환자 자신이 그러한 서비스를 확보하지 않았을 경우 환자가 지불여력이 안된다면 무료로 대리인을 확보할 수 있게 되어야 한다.
2. 또한 환자에게는 필요한 경우 통역 서비스를 받을 권리가 주어져야 한다. 통역 서비스가 필요하나 환자 스스로 이를 확보하지 않은 경우 환자에게 지불여력이 없다면 무료로 서비스가 주어져야 한다.
3. 환자와 환자의 대리인은 심리 시에 독립적인 정신보건 보고서와 기타 다른 보고서, 관계있는 구두, 서면, 기타 증거 자료를 요청하고 제시할 수 있다.
4. 환자 기록 및 제출되는 기타 보고서와 자료들은, 환자에게 해당 자료가 공개될 경우 환자의 건강에 심각한 위해가 초래되거나 다른 이의 안전에 위험을 초래할 것으로 판정되는 특별한 경우를 제외하고, 환자와 그 대리인에게 사본을 전달해야 한다. 환자에게 전달하지 않은 기록은, 국내법 규정이 있다면 그에 따라, 비밀리 전달이 가능한 경우 환자의 개인 대리인과 대리인에게 전달해야 한다. 기록 중 환자에게 알리지 않

은 부분이 있는 경우에는 환자나 환자의 대리인에게 그 사실과 이유를 고지하여야 하며, 이는 법원의 심사를 거쳐야 한다.

5. 환자와 환자의 개인 대리인 및 대리인에게는 심리에 직접 출석하여 참여하고 발언할 수 있는 권리가 주어져야 한다.
6. 환자나 환자의 개인 대리인, 대리인이 심리에 특정인 출석을 요청할 경우에는, 그 사람의 출석이 환자의 건강에 심각한 위해를 초래하거나 다른 이의 안전에 위험을 초래할 수 있다고 판정된 경우가 아닌 한 허용해야 한다.
7. 심리나 그 과정이 공개적으로 이루어져야 할지 내밀하게 이루어져야 할지와 공개적으로 보도되어도 좋을지에 대한 결정을 내릴 때는 반드시 환자 자신의 바람과 환자 및 다른 사람들의 사생활 존중을 위한 필요성, 환자의 건강에 대한 심각한 위해를 막거나 다른 이들의 안전에 대한 위험을 피하기 위한 요건을 충분히 고려하여야 한다.
8. 심리를 통한 결정과 그에 대한 이유는 서면으로 작성되어야 하며, 그 사본을 환자와 환자의 개인 대리인 및 대리인에게 전해야 한다. 결정을 전체 혹은 부분적으로 공개 발표해야 할지에 대한 결정을 내릴 때는, 환자 자신의 바람과 환자 및 다른 사람들의 사생활 존중을 위한 필요성, 환자의 건강에 대한 심각한 위해를 막거나 다른 이들의 안전에 대한 위험을 피하기 위한 요건을 충분히 고려하여야 한다.

• 원칙 19 : 정보 열람

1. 환자 (이 원칙에서는 과거 환자였던 사람도 포함하는 의미)는 정신보건시설에서 관리하는 자신의 보건 및 개인 기록에서 자신에 관련된 정보를 열람할 수 있어야 한다. 이 권리는 환자 자신의 건강에 대한 심각한 위해를 예방하고 다른 사람의 안전을 위협에 빠뜨리지 않기 위한 목적으로 제한을 받을 수도 있다. 이와 같이 환자에게 제한된 정보가 있는 경우에는 국내법 규정이 있다면 그에 따라, 환자의 개인 대리인 및 대리인에게 비밀리에 전달이 가능하다면 그렇게 해야 한다. 환자에게 제한된 정보가 있는 경우에는 환자나 환자의 대리인에게 그 사실과 이유를 고지하여야 하며, 이는 법원의 심사를 거쳐야 한다.
2. 환자나 환자의 개인 대리인 및 대리인에 의한 서면 설명은 요청이 있을 경우 환자의 자료에 포함해야 한다.

• 원칙 20 : 범죄 피의자

1. 이 원칙은 형사 범죄자로 징역 중이거나 또는 형사 절차나 수사 대상으로 유치 중인 사람으로서 정신장애를 가지고 있거나 그러한 질환이 의심되는 것으로 판단되는 사람에게 적용된다.
2. 이와 같은 사람은 위 원칙 1에서 설명하는 바와 같이 최고의 정신보건의료를 받아야 한다. 주어진 상황에서 꼭 필요한 경우 제한적인 수정과 예외는 있을 수 있으나, 가능한 한 본 UN 원칙을 최대한 적용하여야 한다. 상기 제한적인 수정과 예외 사항들도 원칙 1의 5절에 명기된 협정에 따른 권리를 침해할 수는 없다.
3. 이러한 사람들의 경우, 법원이나 기타 정당한 권한기관이 합당하고 독립적인 의학적 조언을 근거로 정신보건시설 입원을 명할 권한을 갖도록 국내법에 의해 규정할 수 있다.
4. 정신장애를 가진 것으로 판정된 수감자의 치료는 반드시 위 원칙 11에 따라야 한다.

• 원칙 21 : 이의 제기

환자 및 과거 환자였던 사람에게는 국내법에 규정된 절차에 따라 이의를 제기할 수 있는 권리가 주어져야 한다.

• 원칙 22 : 감시와 구제

정부는 본 UN 원칙의 준수를 촉구하기 위해, 정신보건시설 조사, 불만사항의 접수 및 조사와 해결, 전문인의 위법 행위나 환자 권리 침해에 대한 징계 및 사법 절차 제도를 위한 적법한 절차와 기구를 마련해 시행토록 하여야 한다.

• 원칙 23 : 실행

1. 정부는 적절한 입법적, 사법적, 행정적, 교육적, 기타 조치들을 통해 본 UN 원칙을 실행하여야 하며, 이를 주기적으로 심사하여야 한다.
2. 정부는 적절하고 적극적인 수단을 동원하여 본 UN 원칙을 널리 알려야 한다.

- **원칙 24 : 정신보건시설 관련 본 원칙의 적용범위**

본 UN 원칙은 정신보건시설에 입원한 모든 이에게 적용된다.

- **원칙 25 : 기존 권리의 구제**

본 UN 원칙에서 인정하지 않고 있거나 또는 더 좁은 범위로 인정하고 있다는 이유로, 적용 가능한 국제 및 국내법에서 인정하고 있는 권리 등 기존의 환자 권리가 제한되거나 훼손되어서는 안 된다.

참고 3

**Principles for the Protection
of Persons with Mental Illness
and for the Improvement of
Mental Health Care**

Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care

Adopted by General Assembly resolution 46/119 of 17 December 1991

Application

These Principles shall be applied without discrimination of any kind such as on grounds of disability, race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national, ethnic or social **origin, legal or social status**, age, property of birth.

Definitions

In the present Principles:

“Counsel” means a legal or other qualified representative;

“Independent authority” means a competent and independent authority prescribed by domestic law;

“Mental health care” includes analysis and diagnosis of a person’s mental condition, and treatment, care and rehabilitation for a mental illness or suspected mental illness;

“Mental health facility” means any establishment, or any unit of an establishment, which as its primary function provides mental health care;

“Mental health practitioner” means a medical doctor, clinical psychologist, nurse, social worker or other appropriately trained and qualified person with specific skills relevant to mental health care;

“Patient” means a person receiving mental health care and includes all persons who are admitted to a mental health facility;

“Personal representative” means a person charged by law with the duty of representing a patient’s interests in any specified respect or of exercising specified rights on the patient’s behalf, and includes the parent or legal guardian of a minor unless otherwise provided by domestic law;

“The review body” means the body established in accordance with principle 17 to review the involuntary admission or retention of a patient in a mental health facility.

General limitation clause

The exercise of the rights set forth in the present Principles may be subject only to such limitations as are prescribed by law and are necessary to protect the health or safety of the person concerned or of others, or otherwise to protect public safety, order, health or morals or the fundamental rights and freedoms or others.

• Principle 1 : Fundamental freedoms and basic rights

1. All persons have the right to the best available mental health care, which shall be part of the health and social care system.
2. All persons with a mental illness, or who are being treated as such persons, shall be treated with humanity and respect for the inherent dignity of the human person.
3. All persons with a mental illness, or who are being treated as such persons, have the right to protection from economic, sexual and other forms of exploitation, physical or other abuse and degrading treatment.
4. There shall be no discrimination on the grounds of mental illness. “Discrimination” means any distinction, exclusion or preference that has the effect of nullifying or impairing equal enjoyment of rights. Special measures solely to protect the rights, or secure the advancement, of persons with mental illness shall

not be deemed to be discriminatory. Discrimination does not include any distinction, exclusion or preference undertaken in accordance with the provisions of the present Principles and necessary to protect the human rights of a person with a mental illness or of other individuals.

5. Every person with a mental illness shall have the right to exercise all civil, political, economic, social and cultural rights as recognized in the Universal Declaration of Human Rights, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, the International Covenant on Civil and Political Rights and in other relevant instruments, such as the Declaration on the Rights of Disabled Persons and the Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment.
6. Any Decision that, by reason of his or her mental illness, a person lacks legal capacity, and any decision that, in consequence of such incapacity, a personal representative shall be appointed, shall be made only after a fair hearing by an independent and impartial tribunal established by domestic law. The person whose capacity is at issue shall be entitled to be represented by a counsel. If the person whose capacity is at issue does not himself or herself secure such representation, it shall be made available without payment by that person to the extent that he or she does not have sufficient means to pay for it. The counsel shall not in the same proceedings represent a mental health facility or its personnel and shall not also represent a member of the family of the person whose capacity is at issue unless the tribunal is satisfied that there is no conflict of interest. Decisions regarding capacity and the need for a personal representative shall be reviewed at reasonable intervals prescribed by domestic law. The person whose capacity is at issue, his or her personal representative, if any, and any other interested person shall have the right to appeal to a higher court against any such decision.
7. Where a court or other competent tribunal finds that a person with mental illness is unable to manage his or her own affairs, measures shall be taken, so far as is necessary and appropriate to that person's condition, to ensure the protection of his or her interests.

- **Principle 2 : Protection of minors**

Special care should be given within the purpose of the Principles and within the context of domestic law relating to the protection of minors to protect the rights of minors, including, if necessary, the appointment of a personal representative other than a family member.

- **Principle 3 : Life in the community**

Every person with a mental illness shall have the right to live and work, to the extent possible, in the community.

- **Principle 4 : Determination of mental illness**

1. A determination that a person has a mental illness shall be made in accordance with internationally accepted medical standards.
2. A determination of mental illness shall never be made on the basis of political, economic or social status, or membership in a cultural, racial or religious group, or for any other reason not directly relevant to mental health status.
3. Family or professional conflict, or non-conformity with moral, social, cultural or political values or religious beliefs prevailing in a person's community, shall never be a determining factor in the diagnosis of mental illness.
4. A background of past treatment or hospitalization as a patient shall not of itself justify any present or future determination of mental illness.
5. No person or authority shall classify a person as having, or otherwise indicate that a person has, a mental illness except for purpose directly relating to mental illness or the consequences of mental illness.

- **Principle 5 : Medical examination**

No person shall be compelled to undergo medical examination with a view to determining whether or not he or she has a mental illness except in accordance with a procedure authorized by domestic law.

- **Principle 6 : Confidentiality**

The right of confidentiality of information concerning all persons to whom the present Principles apply shall be respected.

- **Principle 7 : Role of community and culture**

1. Every patient shall have the right to be treated and cared for, as far as possible, in the community in which he or she lives.
2. Where treatment takes place in a mental health facility, a patient shall have the right, whenever possible, to be treated near his or her home or the home of his or her relatives or friends and shall have the right to return to the community as soon as possible.
3. Every patient shall have the right to treatment suited to his or her cultural background.

- **Principle 8 : Standards of care**

1. Every patient shall have the right to receive such health and social care as is appropriate to his or her health needs, and is entitled to care and treatment in accordance with the same standards as other ill persons.
2. Every patient shall be protected from harm, including unjustified medication, abuse by other patients, staff or others or other acts causing mental distress or physical discomfort.

- **Principle 9 : Treatment**

1. Every patient shall have the right to be treated in the least restrictive environment and with the least restrictive or intrusive treatment appropriate to the patient's health needs and the need to protect the physical safety of others.
2. The treatment and care of every patient shall be based on an individually prescribed plan, discussed with the patient, reviewed regularly, revised as

necessary and provided by qualified professional staff.

3. Mental health care shall always be provided in accordance with applicable standards of ethics for mental health practitioners, including internationally accepted standards such as the Principles of Medical Ethics relevant to the role of health personnel, particularly physicians, in the protection of prisoners and detainees against torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, adopted by the United Nations General Assembly.¹⁾ Mental health knowledge and skills shall never be abused.
4. The treatment of every patient shall be directed towards preserving and enhancing personal autonomy.

• Principle 10 : Medication

1. Medication shall meet the best health needs of the patient, shall be given to a patient only for therapeutic or diagnostic purposes and shall never be administered as a punishment or for the convenience of others. Subject to the provisions of paragraph 15 of principle 11 below, mental health practitioners shall only administer medication of known or demonstrated efficacy.
2. All medication shall be prescribed by a mental health practitioner authorized by law and shall be recorded in the patient's records.

• Principle 11 : Consent to treatment

1. No treatment shall be given to a patient without his or her informed consent, except as provided for in paragraphs 6,7,8,13, and 15 of the present principle.
2. Informed consent is consent obtained freely, without threats or improper inducements, after appropriate disclosure to the patient of adequate and understandable information in a form and language understood by the patient on:
 - (a) The diagnostic assessment;
 - (b) The purpose, method, likely duration and expected benefit of the proposed

1) Resolution 37/194, annex.

treatment;

- (c) Alternative modes of treatment, including those less intrusive;
 - (d) Possible pain or discomfort, risks and side-effects of the proposed treatment.
3. A patient may request the presence of a person or persons of the patient's choosing during the procedure for granting consent.
 4. A patient has the right to refuse or stop treatment, except as provided for in paragraphs 6, 7, 8, 13 and 15 of the present principle. The consequences of refusing or stopping treatment must be explained to the patient.
 5. A patient shall never be invited or induced to waive the right to informed consent. If the patient should seek to do so, it shall be explained to the patient that the treatment cannot be given without informed consent.
 6. Except as provided in paragraphs 7,8,12,13,14 and 15 of the present principle, a proposed plan of treatment may be given to a patient without a patient's informed consent if the following conditions are satisfied:
 - (a) The patient is, at the relevant time, held as an involuntary patient;
 - (b) An independent authority, having in its possession all relevant information, including the information specified in paragraph 2 of the present principle, is satisfied that, at the relevant time, the patient lacks the capacity to give or withhold informed consent to the proposed plan of treatment or, if domestic legislation so provides, that, having regard to the patient's own safety or the safety or the safety of others, the patient unreasonably withholds such consent;
 - (c) The independent authority is satisfied that the proposed plan of treatment is in the best interest of the patient's health needs.
 7. Paragraph 6 above does not apply to a patient with a personal representative empowered by law to consent to treatment for the patient; but, except as provided in paragraphs 12, 13, 14 and 15 of the present principle, treatment may be given to such a patient without his or her informed consent if the personal representative, having been given the information described in paragraph 2 of the present principle, consents on the patient's behalf.

8. Except as provided in paragraphs 12, 13, 14 and 15 of the present principle, treatment may also be given to any patient without the patient's informed consent if a qualified mental health practitioner authorized by law determines that it is urgently necessary in order to prevent immediate or imminent harm to the patient or to other persons. Such treatment shall not be prolonged beyond the period that is strictly necessary for this purpose.
9. Where any treatment is authorized without the patient's informed consent, every effort shall nevertheless be made to inform the patient about the nature of the treatment and any possible alternatives and to involve the patient as far as practicable in the development of the treatment plan.
10. All treatment shall be immediately recorded in the patient's medical records, with an indication of whether involuntary or voluntary.
11. Physical restraint or involuntary seclusion of a patient shall not be employed except in accordance with the officially approved procedures of the mental health facility and only when it is the only means available to prevent immediate or imminent harm to the patient or others. It shall not be prolonged beyond the period which is strictly necessary for this purpose. All instances of physical restraint or involuntary seclusion, the reasons for then and their nature and extent shall be recorded in the patient's medical record. A patient who is restrained or secluded shall be kept under humane conditions and be under the care and close and regular supervision of qualified members of the staff. A personal representative, if any and if relevant, shall be given prompt notice of any physical restraint or involuntary seclusion of the patient.
12. Sterilization shall never be carried out as a treatment for mental illness.
13. A major medical or surgical procedure may be carried out on a person with mental illness only where it is permitted by domestic law, where it is considered that it would best serve the health needs of the patient and where the patient gives informed consent, except that, where the patient is unable to give informed consent, the procedure shall be authorized only after independent review.

14. Psychosurgery and other intrusive and irreversible treatments for mental illness shall never be carried out on a patient who is an involuntary patient in a mental health facility and, to the extent that domestic law permits them to be carried out, they may be carried out on any other patient only where the patient has given informed consent and an independent external body has satisfied itself that there is genuine informed consent and that the treatment best serves the health needs of the patient.
15. Clinical trials and experimental treatment shall never be carried out on any patient without informed consent, except that a patient who is unable to give informed consent may be admitted to a clinical trial or given experimental treatment, but only with the approval of a competent, independent review body specifically constituted for this purpose.
16. In the cases specified in paragraphs 6, 7, 8, 13, 14 and 15 of the present principle, the patient or his or her personal representative, or any interested person, shall have the right to appeal to a judicial or other independent authority concerning any treatment given to him or her.

• **Principle 12 : Notice of rights**

1. A patient in a mental health facility shall be informed as soon as possible after admission, in a form and a language which the patient understands, of all his or her rights in accordance with the present Principles and under domestic law, and the information shall include an explanation of those rights and how to exercise them.
2. If and for so long as a patient is unable to understand such information, the rights of the patient shall be communicated to the personal representative, if any and if appropriate, and to the person or persons best able to represent the patient's interests and willing to do so.
3. A patient who has the necessary capacity has the right to nominate a person who should be informed on his or her behalf, as well as a person to represent his or her interests to the authorities of the facility.

• **Principle 13 : Rights and conditions in mental health facilities**

1. Every patient in a mental health facility shall, in particular, have the right to full respect for his or her:
 - (a) Recognition everywhere as a person before the law;
 - (b) Privacy;
 - (c) Freedom of communication, which includes freedom to communicate with other persons in the facility; freedom to send and receive uncensored private communications; freedom to receive, in private, visits from a counsel or personal representative and, at all reasonable times, from other visitors; and freedom of access to postal and telephone services and to newspapers, radio and television;
 - (d) Freedom of religion or belief.
2. The environment and living conditions in mental health facilities shall be as close as possible to those of the normal life of persons of similar age and in particular shall include:
 - (a) Facilities for recreational and leisure activities;
 - (b) Facilities for education;
 - (c) Facilities to purchase or receive items for daily living, recreation and communication;
 - (d) Facilities, and encouragement to use such facilities, for a patient's engagement in active occupation suited to his or her social and cultural background, and for appropriate vocational rehabilitation measures to promote reintegration in the community. These measures should include vocational guidance, vocational training and placement services to enable patients to secure or retain employment in the community.
3. In no circumstances shall a patient be subject to forced labour. Within the limits compatible with the needs of the patient and with the requirements of institutional administration, a patient shall be able to choose the type of work he or she wishes to perform.

4. The labour of a patient in a mental health facility shall not be exploited. Every such patient shall have the right to receive the same remuneration for any work which he or she does as would, according to domestic law or custom, be paid for such work to a non-patient. Every such patient shall, in any event, have the right to receive a fair share of any remuneration which is paid to the mental health facility for his or her work.

• **Principle 14 : Resources for mental health facilities**

1. A mental health facility shall have access to the same level of resources as any other health establishment, and in particular:
 - (a) Qualified medical and other appropriate professional staff in sufficient numbers and with adequate space to provide each patient with privacy and a programme of appropriate and active therapy;
 - (b) Diagnostic and therapeutic equipment for the patient;
 - (c) Appropriate professional care;
 - (d) Adequate, regular and comprehensive treatment, including supplies of medication.
2. Every mental health facility shall be inspected by the competent authorities with sufficient frequency to ensure that the conditions, treatment and care of patients comply with the present Principles.

• **Principle 15 : Admission Principles**

1. Where a person needs treatment in a mental health facility, every effort shall be made to avoid involuntary admission.
2. Access to a mental health facility shall be administered in the same way as access to any other facility for any other illness.
3. Every patient not admitted involuntarily shall have the right to leave the mental health facility at any time unless the criteria for his or her retention as an involuntary patient, as set forth in principle 16 below, apply, and he or she shall be informed of that right.

- **Principle 16 : Involuntary admission**

1. A person may be admitted involuntarily to a mental health facility as a patient or, having already been admitted voluntarily as a patient, be retained as an involuntary patient in the mental health facility if, and only if, a qualified mental health practitioner authorized by law for that purpose determines, in accordance with principle 4 above, that that person has a mental illness and considers:

- (a) That, because of that mental illness, there is a serious likelihood of immediate or imminent harm to that person or to other persons; or

- (b) That, in the case of a person whose mental illness is severe and whose judgement is impaired, failure to admit or retain that person is likely to lead to a serious deterioration in his or her condition or will prevent the giving of appropriate treatment that can only be given by admission to a mental health facility in accordance with the principle or the least restrictive alternative.

In the case referred to in subparagraph (b), a second such mental health practitioner, independent of the first, should be consulted where possible. If such consultation takes place, the involuntary admission or retention may not take place unless the second mental health practitioner concurs.

2. Involuntary admission or retention shall initially be for a short period as specified by domestic law for observation and preliminary treatment pending review of the admission or retention by the review body. The grounds of the admission shall be communicated to the patient without delay and the fact of the admission and the grounds for it shall also be communicated promptly and in detail to the review body, to the patient's personal representative, if any, and, unless the patient objects, to the patient's family.

3. A mental health facility may receive involuntarily admitted patients only if the facility has been designated to do so by a competent authority prescribed by domestic law.

- **Principle 17 : Review body**

1. The review body shall be a judicial or other independent and impartial body

established by domestic law and functioning in accordance with procedures laid down by domestic law. It shall, in formulating its decisions, have the assistance of one or more qualified and independent mental health practitioners and take their advice into account.

2. The initial review of the review body, as required by paragraph 2 of principle 16 above, of a decision to admit or retain a person as an involuntary patient shall take place as soon as possible after that decision and shall be conducted in accordance with simple and expeditious procedures as specified by domestic law.
3. The review body shall periodically review the cases of involuntary patients at reasonable intervals as specified by domestic law.
4. An involuntary patient may apply to the review body for release or voluntary status, at reasonable intervals as specified by domestic law.
5. At each review, the review body shall consider whether the criteria for involuntary admission set out in paragraph 1 of principle 16 above are still satisfied, and, if not, the patient shall be discharged as an involuntary patient.
6. If at any time the mental health practitioner responsible for the case is satisfied that the conditions for the retention of a person as an involuntary patient are no longer satisfied, he or she shall order the discharge of that person as such a patient.
7. A patient or his personal representative or any interested person shall have the right to appeal to a higher court against a decision that the patient be admitted to, or be retained in, a mental health facility.

• **Principle 18 : Procedural safeguards**

1. The patient shall be entitled to choose and appoint a counsel to represent the patient as such, including representation in any complaint procedure or appeal. If the patient does not secure such services, a counsel shall be made available without payment by the patient to the extent that the patient lacks sufficient means to pay.

2. The patient shall also be entitled to the assistance, if necessary, of the services of an interpreter. Where such services are necessary and the patient does not secure them, they shall be made available without payment by the patient to the extent that the patient lacks sufficient means to pay.
3. The patient and the patient's counsel may request and produce at any hearing an independent mental health report and any other reports and oral, written and other evidence that are relevant and admissible.
4. Copies of the patient's records and any reports and documents to be submitted shall be given to the patient and to the patient's counsel, except in special cases where it is determined that a specific disclosure to the patient would cause serious harm to the patient's health or put at risk the safety of others. As domestic law may provide, any document not given to the patient should, when this can be done in confidence, be given to the patient's personal representative and counsel. When any part of a document is withheld from a patient, the patient or the patient's counsel, if any, shall receive notice of the withholding and the reasons for it and it shall be subject to judicial review.
5. The patient and the patient's personal representative and counsel shall be entitled to attend, participate and be heard personally in any hearing.
6. If the patient or the patient's personal representative or counsel requests that a particular person be present at a hearing, that person shall be admitted unless it is determined that the person's presence could cause serious harm to the patient's health or put at risk the safety of others.
7. Any decision on whether the hearing or any part of it shall be in public or in private and may be publicly reported shall give full consideration to the patient's own wishes, to the need to respect the privacy of the patient and of other persons and to the need to prevent serious harm to the patient's health or to avoid putting at risk the safety of others.
8. The decision arising out of the hearing and the reasons for it shall be expressed in writing. Copies shall be given to the patient and his or her personal representative and counsel. In deciding whether the decision shall be published in

whole or in part, full consideration shall be given to the patient's own wishes, to the need to respect his or her privacy and that of other persons, to the public interest in the open administration of justice and to the need to prevent serious harm to the patient's health or to avoid putting at risk the safety of others.

• **Principle 19 : Access to information**

1. A patient (which term in the present Principle includes a former patient) shall be entitled to have access to the information concerning the patient in his or her health and personal records maintained by a mental health facility. This right may be subject to restrictions in order to prevent serious harm to the patient's health and avoid putting at risk the safety of others. As domestic law may provide, any such information not given to the patient should, when this can be done in confidence, be given to the patient's personal representative or counsel. When any of the information is withheld from a patient, the patient or the patient's counsel, if any, shall receive notice of the withholding and the reasons for it and it shall be subject to judicial review.
2. Any written comments by the patient or the patient's personal representative or counsel shall, on request, be inserted in the patient's file.

• **Principle 20 : Criminal offenders**

1. The present Principle applies to persons serving sentences of imprisonment for criminal offences, or who are otherwise detained in the course of criminal proceedings or investigations against them, and who are determined to have a mental illness or who it is believed may have such an illness.
2. All such persons should receive the best available mental health care as provided in principle 1 above. The present Principles shall apply to them to the fullest extent possible, with only such limited modifications and exceptions as are necessary in the circumstances. No such modifications and exceptions shall prejudice the persons' rights under the instruments noted in paragraph 5 of principle 1 above.

3. Domestic law may authorize a court or other competent authority, acting on the basis of competent and independent medical advice, to order that such persons be admitted to a mental health facility.
4. Treatment of persons determined to have a mental illness shall in all circumstances be consistent with principle 11 above.

- **Principle 21 : Complaints**

Every patient and former patient shall have the right to make a complaint through procedures as specified by domestic law.

- **Principle 22 : Monitoring and remedies**

States shall ensure that appropriate mechanisms are in force to promote compliance with the present Principles, for the inspection of mental health facilities, for the submission, investigation and resolution of complaints and for the institution of appropriate disciplinary or judicial proceedings for professional misconduct or violation of the rights of a patient.

- **Principle 23 : Implementation**

1. States should implement the present Principles through appropriate legislative, judicial, administrative, educational and other measures, which they shall review periodically.
2. States shall make the present Principles widely known by appropriate and active means.

- **Principles 24 : Scope of Principles relating to mental health facilities**

The present Principles apply to all persons who are admitted to a mental health facility.

- **Principle 25 : Saving of existing rights**

There shall be no restriction upon or derogation from any existing rights of patients, including rights recognized in applicable international or domestic law, on the pretext that the present Principles do not recognize such rights or that they recognize them to a lesser extent.