

세계보건기구의 퀄리티라이츠 훈련 및 지침 모듈은 양질의 정신건강과 사회복지 서비스 및 지원을 제공하고 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 권리를 증진하는 데 필요한 지식과 기술에 집중한다.

**퀄리티라이츠 훈련 모듈**은 활동, 발표, 사례 시나리오, 폭넓은 토론과 논의를 통해 이해 관계자들이 모든 국가에서 직면하는 몇 가지 중요한 난관을 다룬다. 예시는 다음과 같다.

- 난관이 되는 상황에서도 사람들의 의지와 선호도를 어떻게 존중할 수 있는가?
- 사람들의 안전을 보장하는 동시에 삶과 운명에 대한 개인의 결정권을 어떻게 존중할 수 있는가?
- 격리와 강박을 어떻게 근절시킬 수 있는가?
- 개인이 자신의 의사를 표현할 수 없는 경우, 의사결정 지원이 어떻게 이루어질 수 있는가?

**퀄리티라이츠 지침 모듈**은 훈련 자료들을 보충한다. 시민사회 단체와 지원에 관한 지침 모듈은 강력하고 지속 가능한 변화를 성취하기 위하여 각국의 시민사회 단체가 정신건강 및 사회복지 분야에서 인권 기반의 접근 방식을 옹호하는 조치를 취하는 방법에 대한 단계별 지침을 제공한다. 중요함에도 불구하고 자주 간과되는 서비스들을 효과적으로 마련, 운영하기 위해 일대일 동료지원과 동료지원 집단에 관한 지침 모듈은 구체적인 지침을 제공한다.

비매 품/무료  
04510



9 791198 337320

ISBN 979-11-983373-2-0  
ISBN 979-11-983373-1-3 (세트)



회복과 건강권

UN Photo/Martine Perret

과정 안내서



## 회복과 건강권

세계보건기구 퀄리티라이츠 핵심 훈련:  
정신건강 및 사회복지 서비스

QualityRights



용인정신병원

심리사회적, 지적 및 인지적 장애가 있는 이들을 위한 서비스 개혁 및 권리 증진

© 용인정신병원 2022

본 번역본은 세계보건기구(WHO)에 의해 작성되지 않았습니다.  
WHO는 본 번역본의 내용 또는 정확도에 책임이 없습니다.

영문판 원본 [Recovery and the right to health]  
제네바: 세계보건기구; [2019]. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO는  
법적 구속력이 있는 정식 문서입니다.

이 번역 원본은 CC BY-NC-SA 3.0 IGO에서 사용할 수 있습니다.



# 목차

감사의 말.....	III
서문 .....	XIII
지지성명서.....	XIV
세계보건기구 퀄리티라이츠 이니셔티브란?.....	XXI
세계보건기구 퀄리티라이츠 - 훈련 및 지침 도구.....	XXII
본 훈련 및 지침에 관하여.....	XXIII
진행자를 위한 지침 .....	XXV
언어적 표현에 대한 사전 주의사항.....	XXIX
학습목표, 주제 및 자료.....	XXX

서론 .....	1
주제 1: 정신건강이란 무엇인가?.....	2
주제 2: 정신건강 및 사회복지 서비스에서의 건강권 존중하기 .....	12
주제 3: 회복이란 무엇인가?.....	19
주제 4: 회복 증진하기 .....	27
주제 5: 회복 증진에서 실무자와 정신건강 및 사회복지 서비스의 역할 .....	31
참조 .....	37
부록 1: 시나리오 .....	39

## 감사의 말

### 개념화(Conceptualization)

Michelle Funk (Coordinator) and Natalie Drew Bold (Technical Officer) Mental Health Policy and Service Development, Department of Mental Health and Substance Abuse (WHO, Geneva)

### 작성 및 편집팀(Writing and editorial team)

Dr Michelle Funk, (WHO, Geneva), Natalie Drew Bold (WHO, Geneva); Marie Baudel, Université de Nantes, France

### 주요 국제 전문가(Key international experts)

Celia Brown, MindFreedom International, (United States of America); Mauro Giovanni Carta, Università degli studi di Cagliari (Italy); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (United States of America); Catalina Devandas Aguilar, UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland); Julian Eaton, CBM International and London School of Hygiene and Tropical Medicine (United Kingdom); Salam Gómez, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (Colombia); Gemma Hunting, International Consultant (Germany); Diane Kingston, International HIV/AIDS Alliance (United Kingdom); Itzhak Levav, Department of Community Mental Health, University of Haifa (Israel); Peter McGovern, Modum Bad (Norway); David McGrath, International consultant (Australia); Tina Minkowitz, Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry (United States of America); Peter Mittler, Dementia Alliance International (United Kingdom); Maria Francesca Moro, Columbia University (United States of America), ; Fiona Morrissey, Disability Law Research Consultant (Ireland); Michael Njenga, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (Kenya); David W. Oaks, Acii Insitute, LLC (United States of America); Soumitra Pathare, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Dainius Pūras, Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health (Switzerland); Jolijn Santegoeds, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (the Netherlands); Sashi Sashidharan, University of Glasgow (United Kingdom); Gregory Smith, International consultant, (United States of America); Kate Swaffer, Dementia International Alliance(Australia); Carmen Valle, CBM International (Thailand); Alberto Vásquez Encalada, Office of the UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland)

### 기여자(Contributions)

#### 기술검토자(Technical reviewers)

Abu Bakar Abdul Kadir, Hospital Permai (Malaysia); Robinah Nakanwagi Alambuya, Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities. (Uganda); Anna Arstein-Kerslake, Melbourne

Law School, University of Melbourne (Australia); Lori Ashcraft, Resilience Inc. (United States of America); Rod Astbury, Western Australia Association for Mental Health (Australia); Joseph Atukunda, Heartsounds, Uganda (Uganda); David Axworthy, Western Australian Mental Health Commission (Australia); Simon Vasseur Bacle, EPSM Lille Metropole, WHO Collaborating Centre, Lille (France); Sam Badege, National Organization of Users and Survivors of Psychiatry in Rwanda (Rwanda); Amrit Bakhshy, Schizophrenia Awareness Association (India); Anja Baumann, Action Mental Health Germany (Germany); Jerome Bickenbach, University of Lucerne (Switzerland); Jean-Sébastien Blanc, Association for the Prevention of Torture (Switzerland); Pat Bracken, Independent Consultant Psychiatrist (Ireland); Simon Bradstreet, University of Glasgow (United Kingdom); Claudia Pellegrini Braga, University of São Paulo (Brazil); Rio de Janeiro Public Prosecutor's Office (Brazil); Patricia Brogna, National School of Occupational Therapy, (Argentina); Celia Brown, MindFreedom International, (United States of America); Kimberly Budnick, Head Start Teacher/ Early Childhood Educator (United States of America); Janice Cambri, Psychosocial Disability Inclusive Philippines (Philippines); Aleisha Carroll, CBM Australia (Australia); Mauro Giovanni Carta, Università degli studi di Cagliari (Italy); Chauhan Ajay, State Mental Health Authority, Gujarat, (India); Facundo Chavez Penillas, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Switzerland); Daniel Chisholm, WHO Regional Office for Europe (Denmark); Louise Christie, Scottish Recovery Network (United Kingdom); Oryx Cohen, National Empowerment Center (United States of America); Celline Cole, Freie Universität Berlin (Germany); Janice Cooper, Carter Center (Liberia); Jillian Craigie, Kings College London (United Kingdom); David Crepaz-Keay, Mental Health Foundation (United Kingdom); Rita Cronise, International Association of Peer Supporters (United States of America); Gaia Montauti d'Harcourt, Fondation d'Harcourt (Switzerland); Yeni Rosa Damayanti, Indonesia Mental Health Association (Indonesia); Sera Davidow, Western Mass Recovery Learning Community (United States of America); Laura Davidson, Barrister and development consultant (United Kingdom); Lucia de la Sierra, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Switzerland); Theresia Degener, Bochum Center for Disability Studies (BODYS), Protestant University of Applied Studies (Germany); Paolo del Vecchio, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (United States of America); Manuel Desviat, Atopos, Mental Health, Community and Culture (Spain); Catalina Devandas Aguilar, UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland); Alex Devine, University of Melbourne (Australia); Christopher Dowrick, University of Liverpool (United Kingdom); Julian Eaton, CBM International and London School of Hygiene and Tropical Medicine (United Kingdom); Rabih El Chammy, Ministry of Health (Lebanon); Mona El-Bilsha, Mansoura University (Egypt); Ragia Elgerzawy, Egyptian Initiative for Personal Rights (Egypt); Radó Iván, Mental Health Interest Forum (Hungary); Natalia Santos Estrada, Colectivo Chuhcan (Mexico); Timothy P. Fadgen, University of Auckland (New Zealand); Michael Elnemais Fawzy, El-Abbassia mental health hospital (Egypt); Alva Finn, Mental Health Europe (Belgium); Susanne Forrest, NHS Education for Scotland (United Kingdom); Rodrigo Fredes, Locos por Nuestros Derechos (Chile); Paul Fung, Mental Health Portfolio, HETI Higher Education (Australia); Lynn Gentile, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (Switzerland); Kirsty Giles, South London and Maudsley (SLaM) Recovery College (United Kingdom); Salam Gómez, World Network of Users and Survivors of

Psychiatry (Colombia); Ugnė Grigaitė, NGO Mental Health Perspectives and Human Rights Monitoring Institute (Lithuania); Margaret Grigg, Department of Health and Human Services, Melbourne (Australia); Oye Gureje, Department of Psychiatry, University of Ibadan (Nigeria); Cerdic Hall, Camden and Islington NHS Foundation Trust, (United Kingdom); Julie Hannah, Human Rights Centre, University of Essex (United Kingdom); Steve Harrington, International Association of Peer Supporters (United States of America); Akiko Hart, Mental Health Europe (Belgium); Renae Hodgson, Western Australia Mental Health Commission (Australia); Nicole Hogan, Hampshire Hospitals NHS Foundation Trust (United Kingdom); Frances Hughes, Cutting Edge Oceania (New Zealand); Gemma Hunting, International Consultant (Germany); Hiroto Ito, National Center of Neurology and Psychiatry (Japan); Maths Jespersen, PO-Skåne (Sweden); Lucy Johnstone, Consultant Clinical Psychologist and Independent Trainer (United Kingdom); Titus Joseph, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Dovilė Juodkaitė, Lithuanian Disability Forum (Lithuania); Rachel Kachaje, Disabled People's International (Malawi); Jasmine Kalha, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Elizabeth Kamundia, National Commission on Human Rights (Kenya); Yasmin Kapadia, Sussex Recovery College (United Kingdom); Brendan Kelly, Trinity College Dublin (Ireland); Mary Keogh, CBM International (Ireland); Akwatu Khenti, Ontario Anti- Racism Directorate, Ministry of Community Safety and Correctional Services (Canada); Seongsu Kim, WHO Collaborating Centre, Yongin Mental Hospital (South Korea); Diane Kingston, International HIV/AIDS Alliance (United Kingdom); Rishav Koirala, University of Oslo (Norway); Mika Kontiainen, Department of Foreign Affairs and Trade (Australia); Sadhvi Krishnamoorthy, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Anna Kudyarova, Psychoanalytic Institute for Central Asia (Kazakhstan); Linda Lee, Mental Health Worldwide (Canada); Itzhak Levav, Department of Community Mental Health, University of Haifa (Israel); Maureen Lewis, Mental Health Commission (Australia); Laura Loli-Dano, Centre for Addiction and Mental Health (Canada); Eleanor Longden, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust (United Kingdom); Crick Lund, University of Cape Town (South Africa); Judy Wanjiru Mbutia, Uzima Mental Health Services (Kenya); John McCormack, Scottish Recovery Network (United Kingdom); Peter McGovern, Modum Bad (Norway); David McGrath, international consultant (Australia); Emily McLoughlin, international consultant (Ireland); Bernadette McSherry, University of Melbourne (Australia); Roberto Mezzina, WHO Collaborating Centre, Trieste (Italy); Tina Minkowitz, Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry (United States of America); Peter Mittler Dementia Alliance International (United Kingdom); Pamela Molina Toledo, Organization of American States (United States of America); Andrew Molodynski, Oxford Health NHS Foundation Trust (United Kingdom); Maria Francesca Moro, Columbia University (United States of America); Fiona Morrissey, Disability Law Research Consultant (Ireland); Melita Murko, WHO Regional Office for Europe (Denmark); Chris Nas, Trimbos International (the Netherlands); Sutherland Carrie, Department for International Development (United Kingdom); Michael Njenga, Users and Survivors of Psychiatry in Kenya (Kenya); Aikaterini - Katerina Nomidou, GAMIAN-Europe (Belgium) & SOFPSI N. SERRON (Greece); Peter Oakes, University of Hull (United Kingdom); David W. Oaks, Acui Insitute, LLC (United States of America); Martin Orrell, Institute of Mental Health, University of Nottingham (United Kingdom); Abdelaziz Awadelseed Alhassan Osman, AI

Amal Hospital, Dubai (United Arab Emirates); Gareth Owen, King's college London (United Kingdom); Soumitra Pathare, Centre for Mental Health Law and Policy, Indian Law Society (India); Sara Pedersini, Fondation d'Harcourt (Switzerland); Elvira Pértega Andía, Saint Louis University (Spain); Dainius Pūras, Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health (Switzerland); Thara Rangaswamy, Schizophrenia Research Foundation (India); Manaan Kar Ray, Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust (United Kingdom); Mayssa Rekhis, Faculty of Medicine, Tunis El Manar University (Tunisia); Julie Repper, University of Nottingham (United Kingdom); Genevra Richardson, King's college London (United Kingdom); Annie Robb, Ubuntu centre (South Africa); Jean Luc Roelandt, EPSM Lille Metropole, WHO Collaborating Centre, Lille (France); Eric Rosenthal, Disability Rights International (United States of America); Raul Montoya Santamaría, Colectivo Chuhcan A.C. (Mexico); Jolijn Santegoeds, World Network of Users and Survivors of Psychiatry (the Netherlands); Benedetto Saraceno, Lisbon Institute of Global Mental Health (Switzerland); Sashi Sashidharan, University of Glasgow (United Kingdom); Marianne Schulze, international consultant (Austria); Tom Shakespeare, London School of Hygiene & Tropical Medicine (United Kingdom); Gordon Singer, expert consultant (Canada); Frances Skerritt, Peer Specialist (Canada); Mike Slade, University of Nottingham (United Kingdom); Gregory Smith, International consultant, (United States of America); Natasa Dale, Western Australia Mental Health Commission, (Australia); Michael Ashley Stein, Harvard Law School (United States of America); Anthony Stratford, Mind Australia (Australia); Charlene Sunkel, Global Mental Health Peer Network (South Africa); Kate Swaffer, Dementia International Alliance (Australia); Shelly Thomson, Department of Foreign Affairs and Trade (Australia); Carmen Valle, CBM International (Thailand); Alberto Vásquez Encalada, Office of the UN Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (Switzerland); Javier Vasquez, Vice President, Health Programs, Special Olympics, International (United States of America); Benjamin Veness, Alfred Health (Australia); Peter Ventevogel, Public Health Section, United Nations High Commissioner for Refugees (Switzerland); Carla Aparecida Arena Ventura, University of Sao Paulo (Brazil); Alison Xamon, Western Australia Association for Mental Health, President (Australia).

#### WHO 인턴(WHO interns)

Mona Alqazzaz, Paul Christiansen, Casey Chu, Julia Faure, Stephanie Fletcher, Jane Henty, Angela Hogg, April Jakubec, Gunnhild Kjaer, Yuri Lee, Adrienne Li, Kaitlyn Lyle, Joy Muhia, Zoe Mulliez, Maria Paula Acuna Gonzalez, Jade Presnell, Sarika Sharma, Katelyn Tenbensen, Peter Varnum, Xin Ya Lim, Izabella Zant

#### WHO 본부 및 지역사무소(WHO Headquarters and Regional Offices)

Nazneen Anwar (WHO/SEARO), Florence Baingana (WHO/AFRO), Andrea Bruni (WHO/AMRO), Darryl Barrett (WHO/WPRO), Rebecca Bosco Thomas (WHO HQ), Claudina Cayetano (WHO/AMRO), Daniel Chisholm (WHO/EURO), Neerja Chowdary (HOHQ), Fahmy Hanna (WHO HQ), Eva Lustigova (WHO HQ), Carmen Martinez (WHO/AMRO), Maristela Monteiro (WHO/AMRO), Melita



Murko (WHO/EURO), Khalid Saeed (WHO/EMRO), Steven Shongwe (WHO/AFRO), Yutaro Setoya (WHO/WPRO), Martin Vandendyck (WHO/WPRO), Mark Van Ommeren (WHO HQ), Edith Van't Hof (WHO HQ) and Dévora Kestel (WHO HQ).

WHO 행정 및 편집 지원(WHO administrative and editorial support)

Patricia Robertson, Mental Health Policy and Service Development, Department of Mental Health and Substance Abuse (WHO, Geneva); David Bramley, editing (Switzerland); Julia Faure (France), Casey Chu (Canada) and Benjamin Funk (Switzerland), design and support

영상 기여(Video contributions)

저희에게 영상 사용을 허가해 주신 다음의 개인 및 기관에게 감사의 말씀을 드립니다:

50 Mums, 50 Kids, 1 Extra Chromosome  
Video produced by Wouldn't Change a Thing

Breaking the chains by Erminia Colucci  
Video produced by Movie-Ment

Chained and Locked Up in Somaliland  
Video produced by Human Rights Watch

Circles of Support  
Video produced by Inclusion Melbourne

Decolonizing the Mind: A Trans-cultural Dialogue on Rights, Inclusion and Community  
(International Network toward Alternatives and Recovery - INTAR, India, 2016)  
Video produced by Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Dementia, Disability & Rights - Kate Swaffer  
Video produced by Dementia Alliance International

Finger Prints and Foot Prints  
Video produced by PROMISE Global

Forget the Stigma  
Video produced by The Alzheimer Society of Ireland

Ghana: Abuse of people with disabilities  
Video produced by Human Rights Watch

Global Campaign: The Right to Decide  
Video produced by Inclusion International

Human Rights, Ageing and Dementia: Challenging Current Practice by Kate Swaffer  
Video produced by Your aged and disability advocates (ADA), Australia

I go home  
Video produced by WITF TV, Harrisburg, PA. © 2016 WITF

Inclusive Health Overview  
Video produced by Special Olympics

Independent Advocacy, James' story  
Video produced by The Scottish Independent Advocacy Alliance

Interview - Special Olympic athlete Victoria Smith, ESPN, 4 July 2018  
Video produced by Special Olympics

Living in the Community  
Video produced by Lebanese Association for Self Advocacy (LASA) and Disability Rights Fund (DRF)

Living it Forward  
Video produced by LedBetter Films

Living with Mental Health Problems in Russia  
Video produced by Sky News

Love, loss and laughter - Living with dementia  
Video produced by Fire Films

Mari Yamamoto  
Video produced by Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Mental health peer support champions, Uganda 2013  
Video produced by Cerdic Hall

Moving beyond psychiatric labels  
Video produced by The Open Paradigm Project/ P.J. Moynihan, Digital Eyes Film Producer

'My dream is to make pizza': the caterers with Down's syndrome  
Video produced by The Guardian

My Story: Timothy  
Video produced by End the Cycle (Initiative of CBM Australia)

Neil Laybourn and Jonny Benjamin discuss mental health  
Video produced by Rethink Mental Illness

No Force First  
Video produced by Mersey Care NHS Foundation Trust

No more Barriers  
Video produced by BC Self Advocacy Foundation

'Not Without Us' from Sam Avery & Mental Health Peer Connection  
Video produced by Mental Health Peer Connection

Open Dialogue: an alternative Finnish approach to healing psychosis (complete film)  
Video produced by Daniel Mackler, Filmmaker

The Open Paradigm Project – Celia Brown  
Video produced by The Open Paradigm Project/ Mindfreedom International

Open Paradigm Project – Dorothy Dundas  
Video produced by The Open Paradigm Project

Open Paradigm Project – Oryx Cohen  
Video produced by The Open Paradigm Project/ National Empowerment Center

Open Paradigm Project - Sera Davidow  
Video produced by The Open Paradigm Project/ Western Mass Recovery Learning

Ovidores de Vozes (Hearing Voices) Canal Futura, Brazil 2017  
Video produced by L4 Filmes

Paving the way to recovery - the Personal Ombudsman System  
Video produced by Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))

Peer Advocacy in Action

Video produced and directed by David W. Barker, Createus Media Inc. ([www.createusmedia.com](http://www.createusmedia.com))  
© 2014 Createus Media Inc., All Rights Reserved. Used with permission by the World Health Organization. Contact [info@createusmedia.com](mailto:info@createusmedia.com) for more information. Special thanks to Rita Cronise for all her help and support.

Planning Ahead – Living with Younger Onset Dementia

Original Video produced by Office for the Ageing, SA Health, Adelaide, Australia. Creative copyright: Kate Swaffer & Dementia Alliance International

Quality in Social Services - Understanding the Convention on the Rights of Persons with Disabilities  
Video produced by The European Quality in Social Service (EQUASS) Unit of the European Platform for Rehabilitation (EPR) ([www.epr.eu](http://www.epr.eu) – [www.equass.be](http://www.equass.be)). With financial support from the European Union Programme for Employment and Social Innovation “EaSI” (2014-2020) – <http://ec.europa.eu/social/easi>.

Animation: S. Allaeyns – QUIDOS. Content support: European Disability Forum

Raising awareness of the reality of living with dementia,  
Video produced by Mental Health Foundation (United Kingdom)

Recovery from mental disorders, a lecture by Patricia Deegan  
Video produced by Patricia E. Deegan, Pat Deegan PhD & Associates LLC

Reshma Valliappan (International Network toward Alternatives and Recovery - INTAR, India, 2016)  
Video produced by Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Rory Doody on his experience of Ireland's capacity legislation and mental health services  
Video produced by Amnesty International Ireland

Seclusion: Ashley Peacock  
Video produced by Attitude Pictures Ltd. Courtesy Attitude – all rights reserved.

Seher Urban Community Mental Health Program, Pune  
Video produced by Bapu Trust for Research on Mind & Discourse

Self-advocacy  
Video produced by Self Advocacy Online (@selfadvocacyonline.org)

Social networks, open dialogue and recovery from psychosis - Jaakko Seikkula, PhD  
Video produced by Daniel Mackler, Filmmaker

Speech by Craig Mokhiber, Deputy to the Assistant Secretary-General for Human Rights, Office of the High Commissioner for Human Rights made during the event 'Time to Act on Global Mental Health - Building Momentum on Mental Health in the SDG Era' held on the occasion of the 73rd Session of the United Nations General Assembly.

Video produced by UN Web TV

Thanks to John Howard peers for support

Video produced by Cerdic Hall

The Gestalt Project: Stop the Stigma

Video produced by Kian Madjedi, Filmmaker

The T.D.M. (Transitional Discharge Model)

Video produced by LedBetter Films

This is the Story of a Civil Rights Movement

Video produced by Inclusion BC

Uganda: 'Stop the abuse'

Video produced by Validity, formerly the Mental Disability Advocacy Centre (MDAC)

UN CRPD: What is article 19 and independent living?

Video produced by Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))

UNCRPD: What is Article 12 and Legal Capacity?

Video produced by Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))

Universal Declaration of Human Rights

Video produced by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights

What is Recovery?

Video produced by Mental Health Europe ([www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org))

What is the role of a Personal Assistant?

Video produced by Ruils - Disability Action & Advice Centre (DAAC)

Why self advocacy is important

Video produced by Inclusion International

Women Institutionalized Against their Will in India

Video produced by Human Rights Watch

Working together- Ivymount School and PAHO  
Video produced by the Pan American Health Organization (PAHO)/ World Health Organization -  
Regional Office for the Americas (AMRO)

You can recover (Reshma Valliappan, India)  
Video produced by ASHA International

재정 및 기타 지원(Financial and other support)

저희 WHO는 퀄리티라이츠 훈련 모듈 개발을 위해 아낌없는 재정적 지원을 제공한 캐나다 정부로부터 자금을 지원받는 그랜드챌린지캐나다(Grand Challenges Canada), 정신건강위원회(the Mental Health Commission), 서호주 정부, CBM 인터내셔널(CBM International) 및 영국국제개발부(UK Department for International Development)에게 감사의 말씀을 드립니다.

저희는 또한 WHO 퀄리티라이츠 모듈 검토자에게 재정적 지원을 제공한 국제장애연맹(IDA; International Disability Alliance)에도 감사의 말씀을 전합니다.

국문 번역 및 감수(Korean Translation and Supervision)

최종 감수

이효진 / (의) 용인병원유지재단 이사장

이유상 / 용인정신병원 진료원장, WHO 협력센터 센터장

국문 번역 / 감수

정나래 / 용인정신병원 임상심리과장, WHO 협력센터 학술부장

전민정, 전해수, 유도원 / 용인정신병원 임상심리과

행정 지원

유대엽 / (의) 용인병원유지재단 기획실장

최명진 / (의) 용인병원유지재단 기획실 사원

# 서문

정신건강과 안녕감을 보장하는 것은 전 세계적으로 필수적이며, 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals)의 중요한 관심사가 되었습니다.

그러나 전 세계 모든 나라에서 우리의 대응은 비참하리만치 불충분했고, 기본적인 인권으로서 정신건강을 증진시키는 데 거의 진전을 이루지 못했습니다.

10명 중 1명은 정신건강 문제로 인한 영향을 받고 있고, 2억 명에 달하는 사람들은 지적 장애가 있으며, 5,000만 명가량이 치매를 앓고 있습니다. 정신건강 문제가 있거나 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 많은 사람들은 자신의 필요사항을 충족시키며 권리와 존엄성을 존중해주는 양질의 정신건강 서비스에 대한 접근성이 부족합니다.

현재까지도 사람들은 보호시설에 갇혀 사회로부터 단절되고 공동체에서 소외됩니다. 많은 이들이 건강 서비스, 수감시설과 공동체에서 신체적·성적·정서적 학대와 방임의 대상이 되고 있습니다. 또한 그들은 케어와 치료, 거주하고자 하는 곳, 개인적 및 금전적 문제에 대한 자기 결정권이 부족합니다. 그들은 건강 관리, 교육과 고용기회에 대한 접근을 거부당하는 경우가 많고, 공동체 생활에 완전히 포용되고 참여하는 것이 박탈됩니다. 결과적으로, 정신건강 문제와 지적장애가 있는 사람들은 저·중·고소득 국가 모두에서 일반 사람보다 10년에서 20년가량 일찍 삶을 마감하게 됩니다.

건강권(right to health)은 세계보건기구(WHO)의 근간이 되는 미션과 비전이며, 보편적 의료보장(universal health coverage, UHC)을 달성하려는 우리의 노력을 뒷받침합니다. UHC의 토대는 사람들의 가치와 선호도를 존중하는 증거 기반의, 인간 중심적인 서비스를 제공하는 1차 의료(primary care)에 기초를 둔 강력한 건강 시스템(health system)입니다.

이러한 비전을 달성하기 위한 14가지의 새로운 WHO 웰리티라이즈 훈련 및 지침 모듈이 이제 이용할 수 있게 되었습니다. 모듈은 당사국들로 하여금 인간 중심적이고 회복에 기반을 둔 접근법을 시행하기 위한 지식과 기술을 구축하고, 정책에 영향을 미침으로써 국제인권기준을 실현할 수 있도록 할 것입니다. 이 모듈은 양질의 케어와 지원을 제공하고 정신건강과 안녕감을 증진시키기 위해 필요한 것입니다.

우리는 서비스 제공자인 공동체 구성원이건 간에, 정신건강 문제, 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들을 지원하기 위한 지식과 기술을 갖추어야 한다고 믿습니다.

우리는 웰리티라이즈 훈련 및 지침 모듈이 널리 사용되길 바라며, 모듈이 제공하는 접근법이 전 세계의 정신건강 및 사회복지 서비스에서 예외가 아닌 표준으로 받아들여지기를 기원합니다

테드로스 아드하놈 게브레예수스(Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus)  
사무총장 세계보건기구



## 지지성명서

데보라 케스텔(Dévoira Kestel), 정신건강 및 약물남용부 디렉터, 세계보건기구, 제네바

전 세계적으로 정신건강의 중요성에 대한 인식이 높아지고 있고, 인간 중심적인 서비스와 지원을 제공하고, 회복지향적이고 인권에 기반한 접근 방식을 장려하고 있습니다. 이러한 인식은 고, 중 및 저소득 국가들의 정신건강 시스템이 한정된 접근성, 열악한 서비스와 인권 침해로 인해 많은 개인과 지역사회를 좌절시키고 있다는 의미일 것입니다.

정신건강 서비스를 이용하는 사람들이 비인간적인 생활 환경, 해로운 치료 과정, 폭력, 방임과 학대에 노출되는 것은 용납될 수 없습니다. 사람들의 필요사항에 대응하지 못하거나 그들이 지역사회에서 독립적인 삶을 살 수 있도록 지원하는 것에 실패한 서비스에 대한 많은 보고가 있으며, 이러한 서비스를 이용한 사람들은 자주 절망하고 권한을 빼앗겼다고 느낍니다.

더 넓은 지역사회 맥락에서 정신건강 문제, 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들은 삶의 모든 측면에 스며드는 낙인과 차별, 광범위한 불평등의 대상이 됩니다. 그들은 자신이 선택한 곳에서 거주하고, 결혼하고, 가정을 꾸리고, 학교에 다니고, 직업을 찾고, 여가활동을 향유할 기회를 부정당합니다.

우리가 이러한 상황을 바꾸려면 회복 및 인권 접근법을 취하는 것이 필수적입니다. 회복 접근법은 사람들이 스스로를 케어의 중심에 두도록 하는 서비스를 보장합니다. 이는 또한 사람들에게 회복이 무엇이고, 자신에게 어떤 의미인지를 정의하도록 지원하는 것에 초점을 맞춥니다. 이 접근법은 사람들이 일, 관계, 공동체 참여와 영성 중 일부나 모든 것들을 통해, 그들의 정체성과 삶에 대한 주도권을 다시 얻고, 미래에 대한 희망을 가지며, 그들이 의미 있는 삶을 살 수 있도록 도와주는 것입니다.

회복과 인권 접근법은 매우 닮아있습니다. 두 접근법 모두 평등, 비차별, 법적 능력, 고지된 동의, 공동체 포용(모두 장애인의 권리에 관한 협약에 명시됨)과 같은 핵심적인 권리를 증진시킵니다. 그러나 인권 접근법은 이러한 권리들을 증진시킬 의무를 국가에 부여합니다.

퀄리티라이즈 이니셔티브의 일종으로 개발된 이 훈련 및 지침 모듈을 통해, 세계보건기구는 이러한 문제점을 해결하고 국가가 그들의 국제적 인권 의무를 다하도록 지원하는 결정적인 조치를 취하였습니다. 이러한 도구를 통해 다음과 같은 몇 가지 주요 조치들을 실현할 수 있습니다. 즉, 생생한 경험을 한 당사자들(persons with lived experience)의 참여 및 공동체 포용 증진, 낙인과 차별을 제거하고 권리와 회복을 증진시키기 위한 역량 구축, 그리고 정신건강 및 사회복지 서비스에서 동료지원과 시민 사회 단체를 강화함으로써 상호 지원적인 관계를 구축하고 사람들이 인권과 인간중심적인 접근법을 옹호하도록 권한을 강화하는 것 등이 가능해집니다.



저는 많은 국가들이 이 세계보건기구의 도구를 사용함으로써 정신건강 문제, 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들이 당면하는 문제에 대한 포괄적인 대응을 제공하기를 기대하고 있습니다.

### **다이니우스 푸라스(Dainius Puras), 모두가 달성 가능한 최고 수준의 신체적 및 정신적 건강을 누릴 권리에 대한 특별 보고관**

퀄리티라이즈는 권리에 기반하고 회복 지향적인 정신건강 케어에 대한 새로운 접근법을 제안합니다.

세계보건기구의 이 이니셔티브는 매우 시의적절합니다. 전 세계적으로 정신건강 케어 정책과 서비스가 바뀌어야 한다는 견해가 증가하고 있습니다. 심리사회적 장애와 기타 정신건강 문제가 있는 사람들을 위한 서비스는 너무나 자주 강압(coercion)과 과잉 의료화, 시설화에 의존해왔습니다. 이러한 현상은 정신건강 서비스 이용자와 제공자 모두에 대한 낙인과 무력감을 강화하는 것을 지속시킬 수 있으므로 받아들여서는 안 됩니다.

정책입안자, 정신건강 전문가 및 정신건강 서비스 이용자를 포함한 모든 이해관계자들은 변화를 관리하고 지속 가능한 인권 기반의 정신건강 서비스를 개발하기 위한 지식과 기술을 효과적인 방법으로 갖추고 있어야 합니다.

퀄리티라이즈 이니셔티브는 구체적으로 잘 설계된 모듈을 통해 필요한 지식과 기술을 제공함으로써 변화가 가능하고 이러한 변화가 상호이익적인 상황으로 이어질 것임을 증명하고 있습니다. 첫째로, 정신건강 서비스가 필요할 수 있는 장애인 기타 정신건강 문제가 있는 사람들은 그들의 권한을 강화하고 그들의 관점을 존중하는 서비스를 사용하기 위한 동기가 부여될 것입니다. 둘째로, 서비스 제공자들은 강압을 방지하는 방안을 적용하는 데 능숙하고 자신감을 갖게 될 것입니다. 결과적으로, 힘(power)의 불균형은 감소되고, 상호 신뢰와 치료적 동맹은 강화될 것입니다.

힘의 불균형, 강압 및 차별에 기반을 둔 정신건강 케어에서의 구시대적인 접근법을 버리는 것은 쉽지 않을 수 있습니다. 그러나 고·중·저소득 국가를 포함한 전 세계에서 권리와 근거를 기반으로 한 정신건강 서비스를 향한 변화가 필요하다는 인식이 커지고 있습니다. WHO의 퀄리티라이즈 이니셔티브와 이 훈련 및 지침 자료는 이러한 방향으로 나아가려는 모든 이해관계자를 지원하고 힘을 실어주는 데 매우 유용한 도구입니다. 저는 모든 국가들이 퀄리티라이즈를 받아들이기를 강력히 추천합니다.

### **카탈리나 데반다스 아길라르(Catalina Devandas Aguilar), 장애인의 권리에 관한 특별보고관**

장애가 있는 사람들 중에서도 특히 심리사회적 및 지적 장애가 있는 사람들은 정신건강 서비스 환경에서 자주 인권침해를 경험하곤 합니다. 대부분의 나라에서 정신건강법은 장애가 있는 사람들의 실제적인

또는 지각된 손상과 함께 '의료적 필요성' 및 '위험성'과 같은 요인들을 이유로 비자발적 입원과 치료를 허용합니다. 많은 정신건강 서비스에서 격리와 강박은 보통 정서적 위기나 극심한 고통이 있을 때 사용될 뿐만 아니라 처벌의 형태로도 사용됩니다. 심리사회적 문제와 지적 장애가 있는 여성과 소녀들은 정신건강 측면에서 강제 피임, 강제 낙태, 강제 불임을 포함한 폭력과 유해한 관행에 지속적으로 노출되어 있습니다.

이러한 배경에 맞서, WHO 퀄리티라이즈 이니셔티브는 인권 관점에서의 정신건강 서비스와 지역사회 기반의 대응을 도입하는 데 있어 필수적인 지침을 제공할 수 있으며, 장애가 있는 사람들의 시설화와 비자발적 입원 및 치료를 근절시키기 위한 길을 마련해주고 있습니다. 이 이니셔티브는 장애가 있는 사람들의 권리가 존중되는 방식으로 건강 케어와 심리사회적 지원을 제공하도록 건강관리 전문가들에 대한 훈련을 요구합니다. 장애인 권리에 관한 협약(CRPD) 및 2030 아젠다 계획의 준수를 요구함에 따라, WHO 퀄리티라이즈 모듈은 장애가 있는 사람들의 권리를 실현 가능하도록 합니다.

### **줄리안 이튼(Julian Eaton), 정신건강 디렉터, CBM 인터내셔널(CBM International)**

정신건강에 대한 관심의 제고를 발전의 우선순위로 두는 것은 케어와 지원의 큰 격차를 줄일 수 있는 기회가 되어 사람들이 이전에는 부족했던 양질의 건강 케어를 더 많이 받을 수 있는 권리를 실현할 수 있습니다. 역사적으로도 정신건강 서비스의 질은 매우 낮았고, 이를 이용하는 사람들의 우선순위와 관점을 무시하곤 했습니다.

WHO 퀄리티라이즈 프로그램은 장애인 권리에 관한 협약의 기준에 맞춰 정신건강 서비스를 평가하는 방법을 마련하는 데 중요한 역할을 해 왔습니다. 이는 그간 서비스가 진행되었던 방식에서의 인식 전환(paradigm shift)을 나타냅니다. 새로운 훈련 및 지침 모듈은 정신건강 문제와 심리 사회적 장애가 있는 사람들을 지원함으로써 더 나은 방법을 가능하게 하며, 그들의 목소리가 경청되도록 할 뿐만 아니라 회복을 북돋움으로써 더욱 건강한 환경을 요구하는 훌륭한 자원입니다. 비록 아직 갈 길이 멀기는 하지만, 퀄리티라이즈는 서비스 제공자와 이용자에게 중요한 자원이며, 세계 어디에서든 존엄 성과 존중을 소중한 가치로 여기는 서비스로서, 이에 대한 실질적인 개혁을 이끌어 냅니다.

### **샬린 선켈(Charlene Sunkel), CEO, 세계 정신건강 동료 네트워크(Global Mental Health Peer Network)**

세계보건기구의 퀄리티라이즈 훈련 및 지침 패키지는 강력한 참여라는 접근법을 요구합니다. 이것은 회복 촉진, 옹호 활동, 연구 진행, 낙인 및 차별 감소에 있어 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 생생한 경험에 대한 중요성을 인식하고 가치 있게 여깁니다. 퀄리티라이즈 도구는 인권의 기준을 준수하여 강압적인 관행을 근절하기 위한 전략을 보장합니다. 이는 생생한 경험을 한 사람들이 동료지원을 제공하는 방법과 정신건강 및 사회복지 서비스의 개발 · 설계 · 도입, 모니터링과 평가에 기여하는 방법을 보여줍니다.

생생한 경험은 지식과 기술보다도 많은 의미를 가집니다. 전문지식은 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애와 함께 사는 것의 사회적·인권적 영향, 소외되고 차별 받는 그러한 역경에 대한 깊은 이해로부터 나옵니다. 이는 고유한 개인에게 이롭거나 그들의 특정한 회복 요구 사항을 대변하는 서비스 또는 지원을 제공하는 데 종종 실패하곤 하는 정신건강 시스템을 개선하려 노력하는 것으로부터 비롯됩니다.

정신건강 시스템은 사람이 반드시 겪어야 하는 장벽을 제시하는 유일한 사회적 시스템이 아닙니다. 교육·취업·주거 그리고 전반적인 건강과 안녕감 같은 다른 삶의 기회에 대한 접근도 마찬가지로 어려울 수 있습니다. 생생한 경험을 한 사람들의 특별하고 심도 있는 관점은 개선된 정신건강과 안녕감에 기여할 수 있도록 인권을 보호하고, 또한 공동체 내 포용을 장려함으로써 삶의 질을 개선시키며, 나아가 권한 강화(empowerment)를 촉구하기 위한 사회적 시스템의 변화와 개혁의 촉매제가 될 수 있습니다.

### **케이트 스와퍼(Kate Swaffer), 회장 및 CEO, 국제치매협회(Dementia International Alliance)**

저희 국제치매협회(DAI)는 이렇게 매우 중요한 프로젝트에 WHO 퀄리티라이즈 이니셔티브와 그 협력자들과 함께 작업할 수 있어서 영광스럽고 기쁘게 생각합니다. 실제로 치매가 있는 사람들에 대한 인권은 전반적으로 무시되어 왔습니다. 그러나 이 모듈은 정신건강뿐만 아니라 인지 장애를 야기하는 신경퇴행성 질환인 치매에 대한 새로운 접근법도 소개합니다. 이 새로운 접근법과 특별하고 가능성 있는 모듈은 오직 현 상황에서 치매의 결손에만 집중하는 치매에 대한 진단 후 과정(post-diagnostic pathway)과는 달리, 치매가 있는 사람들의 권리를 증진시키고 더 긍정적으로 살도록 독려하며 지원합니다.

이 모듈은 권리에 대해 명확한 접근의 필요성을 촉진하므로 그 누구든 상관없이 모두가 사용할 수 있는 실용적인 도구입니다. 주요 인권 원칙을 언급하고, 실제로 적용할 수 있도록 하는 이 모듈은 치매가 있는 사람과 그 가족만큼이나 건강 전문가(health professional)에게도 적용 가능하며 효과적입니다. 예를 들어, DAI 정식 개시 전인 2013년부터 치매가 있는 사람들에게 무료로 제공된 동료 간 지원 서비스의 필요성과 장점을 강조하고, CRPD 제 12 조와 관련한 법적 능력 이슈와 관련성에 초점을 맞추므로써, 치매가 있는 사람들의 권리가 더 이상 부정당하지 않도록 전문가와 가족들에게 정보를 더 잘 전달할 수 있는 명확한 방법을 제공합니다. 저는 개인적으로 이 모듈이 정신건강 문제를 경험하고 있거나 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 모든 사람들이 더 나은 삶의 질을 갖고 살 수 있도록 지원할 것임을 확신합니다.

### **안나 루시아 알레라노(Ana Lucia Arellano), 회장, 국제장애연맹(International Disability Alliance)**

유엔의 장애인 권리에 관한 협약(CRPD)은, 장애가 있는 사람을 동정이나 의학적 치료의 대상으로 간주하는 것으로부터 권리의 주체로 인식하게 함으로써 인식의 전환을 요구하는 획기적인 인권

조약입니다. 이러한 인식의 전환은 지적·심리사회적 및 다수의 장애가 있는 사람들이나 더 강력한 지원이 필요한 사람들에게 특히 중요합니다. CRPD의 제 12 조는 장애가 있는 사람이 완전한 법적 능력을 행사할 수 있음을 인정한다는 점에서 이러한 인식 전환의 요구는 핵심적입니다. 이는 다른 모든 것들이 실행될 수 있는 기반을 형성하는 핵심적인 인권 조약입니다.

퀄리티라이즈는 전문가들과 의료 실무자들이 CRPD를 더 잘 이해하고 받아들일 수 있도록 하는 대단히 훌륭한 도구입니다. 이 도구는 CRPD의 원칙과 가치를 존중하는 심리사회적 장애가 있는 사람, 서비스 이용자, 정신과 생존자(survivors)와 정신건강 서비스 및 의료 분야 간에 다리를 만들어주었습니다. 퀄리티라이즈 모듈은 정신건강 서비스 이용자 및 생존자와의 긴밀한 상의를 통해 개발되었으며, CRPD 당국에 그들의 메시지를 전달했습니다. 저희 국제장애연맹(IDA)과 회원 단체들은 퀄리티라이즈 이니셔티브 하에 개발된 이 작업에 축하를 보냅니다. 저희는 “우리를 제외하고 우리에게 관해 논하는 것은 의미가 없다(Nothing about us, without us)”라고 힘껏 외치면서, 정신건강법, 정책과 시스템이 CRPD를 준수하여 변화할 때까지 세계보건기구가 지속적으로 노력해 주기를 강력히 부탁드립니다.

#### **코니 로난-보위(Connie Laurin-Bowie), 상임이사, 인클루전 인터내셔널(Inclusion International)**

WHO 퀄리티라이즈는 개인과 장애인단체(Disabled Persons Organizations)가 그들의 인권에 대해 알도록 권한을 강화하고, 당사자들이 지역사회에서 독립적으로 살 수 있게 알맞은 지원을 받도록 변화를 옹호하는 것을 목표로 합니다. 인클루전 인터내셔널은 지적 장애가 있는 사람들이 흔히 부정당하는 권리, 즉 공동체 내의 적절한 정신건강 서비스에 접근할 권리, 결정할 권리, 가정을 꾸릴 권리, 공동체 내에 거주할 권리, 적극적인 시민이 될 권리를 찾아가도록 하는 이 이니셔티브를 환영합니다. 퀄리티라이즈는 모두가 지역사회에 소속될 수 있도록 하는 정책과 관행을 만들고 영향을 미치려는 우리의 공동적인 노력에 가치 있는 공헌을 하였습니다.

#### **앨런 로젠(Alan Rosen), 교수, 울런공 대학의 일라와라 정신건강 연구소(Illawarra Institute of Mental Health, University of Wollongong) 및 호주 시드니 대학의 뇌와 마음 센터(Brain & Mind Centre, University of Sydney, Australia)**

자유는 치료적입니다. 우리의 정신건강 서비스에서 인권을 장려함으로써 치유를 이끌어 낼 수 있습니다. 가능하다면 언제든지 정신건강에 문제가 있는 사람들이 다음과 같은 것을 달성하도록 보장합니다. 첫째는 제공되는 지원과 케어에 대한 선택권 및 통제권 유지이며, 둘째는 지역사회에서 방해를 받지 않고 ‘자신의 공간에서 각자의 방식대로(turf and terms)’, 필요하면 임상과 가정에서의 양질의 지원을 제공받는 것입니다.

정신과 분야에서 인권옹호의 오랜 역사를 따라, 이 모듈은 적절한 케어에 대한 권리와 인권 및 기본적인 자유가 어떻게 충돌 없이 이루어질 수 있는지를 보여줍니다. 케어에서의 강압(구속, 격리, 강제 투약, 폐쇄

입원 병동에 갇히는 것, 제한적인 공간에 가둬지는 것, 보호시설의 창고화 등)은 반드시 없어야 합니다. 케어를 통해 최적의 자유를 얻는 것은 엄청난 변화를 수반합니다. 이는 강압을 방지하기 위한 실질적인 근거기반 대안이 광범위하게 체계화되는 것을 포함합니다. 즉, △ 개방 가능한 문, △ 개방 가능한 임시 보호 시설, △ 개방적이고 자유로운 접근, △ 개방적인 지역사회, △ 개방적인 마음, △ 비슷한 사람들 간의 개방적인 대화, △ 지역 사회 생활 지원, △ 개인 및 가족 의사소통의 개선, △ 문제해결 능력 및 지원, △ 사전 지시, △ 진정 및 안정화 훈련, △ 의사결정 지원, △ 모든 서비스 및 동료지원가의 회복 지향성, △ 모든 이해당사자와 함께 정책을 공동 제정하기 등이 포함됩니다.

UN의 장애인 권리에 관한 협약을 기반으로 하는 WHO 웰리티라이즈 프로그램은 매우 실용적인 모듈로 변화해 왔습니다. 우리와 같은 직종에 있는 사람들에게 이 모듈은 한정된 답이나 마감기한 대신 앞으로 나아갈 수 있는 경로와 시야를 제공합니다. 임상적·지지적 서비스를 최적화할 뿐만 아니라, 서비스 이용자와 그 가족들에 대한 우리의 정치적·법적·사회적 행동은 전문가로서의 보호시설적 사고(institutional thinking)와 정신건강 케어에서의 습관적 관행의 굴레에서 해방되어야 합니다. 그 다음에서야, 그리고 함께 해야만 심각하고, 지속적이거나 재발되는 정신건강 문제가 있는 사람에게 완전한 시민권과 완전한 권리를 부여하는 동시에, 권한을 강화하고, 목적이 있으며, 기여하는 삶을 살 수 있도록 전망을 크게 개선시킬 수 있습니다.

### **빅터 리마자(Victor Limaza), 활동가 및 협력자, 장애인을 위한 정의 (Justice for People with Disabilities), 다큐멘타 AC(Documenta AC), 멕시코(Mexico)**

존엄성과 안녕감은 서로 밀접한 관련이 있는 개념입니다. 최근에 심리적 고통을 신경화학적 불균형으로만 판단하는 기준이 의문시되고 있습니다. 신경화학적 불균형에 대한 관점이란 사용되는 개념이 개인의 권리를 침해하고 돌이킬 수 없는 손상을 초래할 수 있음에도 불구하고, 예상되는 위험으로부터 개인과 사회를 보호하기 위한 맥락에서 인간의 다양성에 대한 표출은 마치 공격되어야 하는 병리와 같다는 견해로부터 비롯되었습니다. 위기 상황에서도 존엄성과 결정권을 약화시키지 않으면서 주관적인 불편을 다루는 학제적이고 전체론적인 관점은 CRPD의 원칙을 존중하는 새로운 정신건강 케어 모델 제작의 토대가 되어야 합니다. 정신건강의 위기에 직면한 사람의 경험을 이해하는 것은 공감, 경청, 열린 대화, (특히 동료들과의) 동행, 의사결정 지원, 공동체 삶과 엄격한 보호장치를 통한 사전 의료의향서(advance directives) 덕분에 가능한 것입니다. 심리사회적 장애가 있는 사람은 경험으로 인한 전문가이므로 회복을 이끄는 도구를 개발할 때 꼭 포함되어야 합니다. WHO의 웰리티라이즈 이니셔티브는 인권 존중에 대한 가장 높은 기준을 적용하여 정신건강 케어를 위한 도구와 전략을 제공함으로써 이러한 인식전환의 좋은 예시가 되고 있습니다. 물론, 모두가 완전하고 공평하게 인권을 향유하는 것은 정신건강을 증진시킵니다.

## **피터 야로(Peter Yaro), 상임이사, 가나 기초수요 접근방법(Basic Needs Ghana)**

WHO의 훈련 및 지침 문서 패키지는 정신건강과 인권을 기반으로 하여 포괄적인 발전에 대한 작업을 개선하는 것을 목표로 하는 풍부한 자료 모음집입니다. 이 자료는 특히 CRPD에서 정한 개인의 요구사항과 권리를 다루기 위한 개입에서 장애에 대한 효과적인 프로그래밍과 주류화를 향해 나아가는 데 중요한 역할을 하였습니다. 퀄리티라이즈 패키지는 생생한 경험을 한 사람들이 개입의 개념화 및 도입과 더불어, 프로젝트 성과에 대한 점검 및 평가에 포함되어야 한다는 다년간의 제안에 큰 발걸음을 내딛은 것입니다. 이 지침을 통해 이니셔티브의 지속가능성은 보장될 수 있으며, 그렇기 때문에 실무자, 서비스 이용자, 보호자 및 모든 이해 당사자들이 이 문서를 이용하도록 권장됩니다. 여기에 제시된 접근법에서는 이미 취약한 사람들에게 폭력이나 학대가 가해질 여지가 없습니다.

## **마이클 은젠가(Michael Njenga), 회장, 정신장애인 범아프리카 네트워크(Pan African Network of Persons with Psychosocial Disability), 행정위원회 위원, 아프리카 장애 포럼(Africa Disability Forum), C.E.O., 케냐 정신과 이용자 및 생존자(Users and Survivors of Psychiatry, Kenya)**

전 세계적으로 정신건강을 다루는 방식에 대해 인식의 전환이 이루어지고 있습니다. 이러한 전환의 원동력은 장애인의 권리에 관한 협약(CRPD)과 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals, SDGs) 및 지속 가능 발전을 위한 2030 의제에 있습니다.

WHO 퀄리티라이즈 훈련 및 지침을 위한 도구와 자료는 이러한 핵심적인 국제 인권과 국제발전기구(International development instruments)를 토대로 만들어졌습니다. 퀄리티라이즈 이니셔티브는 인권기반 접근법을 채택하여 정신건강 서비스가 인권의 틀 내에서 제공되고 심리사회적 장애 및 정신건강 문제가 있는 사람들의 요구에 대응하도록 보장합니다. 이 자료는 또한 사람들이 거주하는 곳에서부터 최대한 가까운 곳에서 서비스를 제공해야 함을 강조합니다.

퀄리티라이즈 접근법은 각 개인의 천부적인 존엄성을 존중하고, 심리사회적 장애 및 정신건강 문제가 있는 모든 이들이 정신건강 서비스에 접근하여 목소리를 낼 수 있고, 힘과 선택권을 갖도록 보장하는 것의 중요성을 인식합니다. 이는 전 세계적으로 그리고 지역과 국가 차원에서 정신건강 시스템 및 서비스를 개혁하는 데 필수 요소입니다. 따라서 이러한 훈련도구와 지침자료가 널리 사용됨으로써 생생한 경험을 한 사람과 그들의 가족, 지역사회, 사회 전체에 실질적인 결과를 낼 수 있도록 해야 할 것입니다

## 세계보건기구 퀄리티라이츠 이니셔티브란?



세계보건기구 퀄리티라이츠는 정신건강 및 사회복지 서비스에서의 케어와 지원의 질을 향상시키고, 전 세계의 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 인권 증진을 위한 이니셔티브이다. 퀄리티라이츠는 아래의 목적들을 달성하기 위해 참여적 접근법을 사용한다.

1	낙인과 차별에 대항하고, 인권 및 회복을 증진하기 위한 역량 구축
2	정신건강 및 사회복지 서비스에서의 케어의 질과 인권 문제 개선
3	인권을 존중하고 증진시키는 지역사회를 기반으로 한 회복 지향적인 서비스 개발
4	옹호 활동과 정책 결정에 영향을 미치는 시민사회운동의 발전 지원
5	장애인의 권리에 관한 협약(CRPD) 및 기타 국제 인권 규범에 따른 국가 정책과 법률 개혁

더 많은 정보는 <https://www.who.int/activities/transforming-services-and-promoting-human-rights-in-mental-health-and-related-areas> 에서 확인할 수 있다.

# 세계보건기구 퀄리티라이츠 - 훈련 및 지침 도구

다음의 훈련 및 지침 모듈과 첨부된 슬라이드 발표자료는 세계보건기구 퀄리티라이츠 이니셔티브의 일환으로 사용될 수 있으며, <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools> 에서 확인할 수 있다.

## 서비스 개혁 도구

세계보건기구 퀄리티라이츠 평가 도구 모음


서비스 개혁 및 인권 증진

## 훈련 도구

### 핵심 모듈

인권

정신건강, 장애 및 인권

회복과 건강권 

법적능력 및 결정권

강압, 폭력 및 학대로부터의 자유

### 전문화된 모듈

의사결정 지원 및 사전계획

격리, 강박 및 기타 강압적인 관행을 근절시키기 위한 전략

정신건강 및 안녕감을 위한 회복 활동

## 평가 도구

정신건강, 인권 및 회복에 대한 세계보건기구 퀄리티라이츠 훈련의 평가: 사전훈련 설문지

정신건강, 인권 및 회복에 대한 세계보건기구 퀄리티라이츠 훈련의 평가: 사후훈련 설문지

## 지침 도구

생생한 경험을 한 당사자들에 의한, 그리고 이들을 위한 일대일 동료지원

생생한 경험을 한 당사자들에 의한, 그리고 이들을 위한 동료지원 집단

정신건강 및 관련 분야에서의 인권 향상을 위한 시민사회 단체

정신건강, 장애 및 인권 옹호

## 자조 도구

정신건강과 안녕감을 위한 인간중심적 회복 계획 자조 도구



## 본 훈련 및 지침에 관하여

퀄리티라이즈 훈련 및 지침 모듈은 국제적 인권 기준, 특히 UN의 장애인의 권리에 관한 협약과 회복 접근법에 따라 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 인권을 증진시키는 방법에 대하여 주요 이해관계자들의 지식과 기술, 이해를 향상시키고, 정신건강 및 관련 영역에서 행해지는 서비스와 지원의 질을 개선하기 위해 개발되어 왔다.

### 누구를 위한 훈련과 안내인가?

심리사회적 장애가 있는 사람

지적 장애가 있는 사람

치매를 비롯한 인지적 장애가 있는 사람

정신건강 및 사회복지 서비스를 이용한 경험이 있거나 이용 중인 사람

일반적인 건강, 정신건강 및 사회복지 서비스 관리자

정신건강 및 기타 실무자 (예: 의사, 간호사, 정신과 의사, 정신과 또는 노인전문 간호사, 신경과 의사, 노인병 전문의, 심리학자, 작업치료사, 사회복지사, 지역사회 지원자, 개인 보조자, 동료 지원가, 자원봉사자)

지역사회와 가정기반 서비스를 비롯한 정신건강 및 사회복지 서비스에 종사하는 다른 직원 (예: 케어 파트너, 미화원, 요리사, 설비직원, 관리자)

정신건강, 인권 및 기타 유관 영역에서 활동하는 비정부 기구(NGO), 협회 및 종교 기반 단체 (예: 장애인 단체(DPOs), 정신과 이용자/생존자 단체, 옹호 단체)

가족, 지원 인력 및 케어 파트너

관련 부처(보건복지부, 사회부, 교육부 등) 및 정책 입안자

관련 정부 기관 및 서비스 (예: 경찰, 사법부, 교도관, 정신건강 및 사회복지 서비스를 비롯한 감금 장소를 점검 및 감시하는 단체, 사법개혁위원회, 장애인위원회와 국가인권기관)

그 외 관련 기관 및 이해관계자 (예: 옹호자, 변호사 및 법적 지원 단체, 학자, 대학생, 지역사회는 종교지도자, 해당되는 경우 전통적인 치유자)

### 누가 훈련을 진행해야 하는가?

훈련은 생생한 경험을 한 당사자, 장애인 단체(DPOs)의 회원, 정신건강, 장애 및 관련 분야에 종사하는 전문가, 가족 등을 비롯한 다학제적 팀에 의해 고안되고 시행되어야 한다.

만약 훈련이 심리사회적 장애가 있는 사람들의 권리에 대해 구체적으로 다룬다면, 그 집단의 대표자를 훈련의 리더로 선정하는 것이 중요하다. 마찬가지로, 훈련이 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 권리에 대한 역량 구축을 목적으로 한다면, 훈련의 리더 또한 이러한 집단 내에서 선정해야 한다.

논의에 활기를 불어넣기 위해 다양한 선택지가 고려될 수 있다. 예를 들어, 훈련의 특정 부분에 대한 구체적인 지식을 가진 진행자를 훈련의 특정 부분에 초청할 수 있다. 또 다른 선택지는 훈련의 특정 부분을 위해 훈련자 패널과 함께하는 것이다.

이상적으로 진행자는 훈련이 진행되는 곳의 문화와 맥락에 친숙해야 한다. 특정 문화나 맥락에서 훈련을 진행할 수 있는 사람들을 양성하기 위해서는 훈련자를 훈련하는 회기가 필요할 수 있다. 이러한 훈련자를 훈련하는 회기에는 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들을 포함해야 한다. 정신건강 및 사회복지 서비스의 질과 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 인권 개선에 기여하는 다른 관련 지역의 이해관계자들 또한 포함되어야 한다.

#### 훈련은 어떻게 진행되어야 하는가?

이상, 다섯 개의 핵심 기본 모듈로 시작하여 모든 퀄리티라이츠 훈련 모듈을 진행해야 한다. 그 다음, 전문화된 모듈을 사용하여 더 깊이 있는 훈련을 진행할 수 있다(위 내용 참조).

모든 훈련은 수개월 동안 여러 개의 워크숍을 통해 진행될 수 있다. 각각의 개별 훈련 모듈이 하루 안에 완료되지는 않아도 된다. 훈련은 주제로 나뉘어질 수 있고, 필요 시엔 수일 동안 과정이 진행될 수 있다.

훈련 자료가 꽤 포괄적인데다 시간과 자원은 한정적일 수 있기 때문에 훈련을 통해 얻고자 하는 결과와 집단의 기존 지식 및 배경에 맞추어 훈련을 조정하는 것이 도움이 될 수 있다. 따라서 훈련 자료들이 사용되고 전달되는 방법은 맥락과 조건에 따라서 조정될 수 있다.

예를 들면, 참여자들이 아직 정신건강, 인권 및 회복 영역에 대한 어떠한 전문지식도 없다면, 다섯 개의 핵심 훈련 모듈을 이용하여 4~5일간의 워크숍을 진행하는 것이 중요하다. 5일 안 건의 예시는 <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/Sample-program-QR-training.pdf> 에서 확인할 수 있다.

참여자들이 이미 심리사회적, 지적 및 인지적 장애가 있는 사람들의 권리에 관한 기본적인 이해는 있지만, 실제로 법적 권리를 증진하는 구체적인 방법에 관해 심화 지식이 필요하다면, 1 일차에는 법적능력 및 결정권 모듈에 초점을 맞추고, 2, 3, 4일차에는 의사결정 지원 및 사전 계획에 관한 전문화된 모듈(또는 모듈에서 선택한 특정 부분)에 집중하는 식으로 워크숍을 구성할 수 있다.

**특정한 훈련 조건에 따라서 훈련 자료를 조정할 때, 불필요한 중복사항을 없애기 위해 훈련 전에 실행하려는 모든 모듈을 확인하는 것도 중요하다**

예를 들면, 모든 핵심 모듈을 포함하는 것으로 훈련이 계획되었다면, 주제 5(제12조 자세히 알아보기) 또는 주제 6(제16조 자세히 알아보기)에서는 진행할 필요가 없는데, 관련 내용이 차후의 모듈(법적 능력과 결정권과 강압, 폭력 및 학대로부터의 자유 모듈)에서 좀 더 심도있게 다뤄지기 때문이다.

그러나 모듈 2만을 기반으로 하여 입문 훈련을 계획한다면 본 모듈의 주제5와 주제6을 다루는것이 필수적인데, 이는 훈련 참여자들이 관련 이슈와 기사에 유일하게 노출되기 때문이다.

위는 훈련 자료를 사용할 수 있는 다양한 방법들의 예시이다. 특정 맥락에서는 훈련의 필요사항과 필요성에 따른 다른 변형의 대체도 가능하다.

# 진행자를 위한 지침

## 훈련 프로그램 운영 원칙

### 참여 및 교류

참여와 교류는 훈련의 성공에 있어 매우 중요하다. 모든 참여자들은 가치 있는 지식과 견해를 제공할 수 있는 개인으로 간주되어야 한다. 충분한 공간과 시간을 제공함으로써 진행자는 다른 무엇보다도 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들이 경청되고 포함될 수 있도록 해야 한다. 서비스 내의 힘의 역동과 더 넓은 사회는 몇몇 사람들이 자신의 입장을 표출하는 것에 대해 주저하도록 할 수 있다. 그러나 진행자는 일반적으로 모든 참여자들의 견해를 경청하는 것에 대한 중요성을 강조해야 한다.

일부 참여자들은 부끄럽거나 불편해하며 스스로를 표현하지 않을 수 있는데, 이는 그 집단에 대한 소속감 부족이나 불안정감의 징후일 수 있다. 진행자들은 훈련을 통해서 모두를 격려하고 그들이 참여하도록 모든 노력을 기울여야 한다. 대개 사람들은 스스로에 대해 표현할 기회를 갖고 경청됨을 느끼면, 이후에 더욱 기꺼이 발언하며 논의에 참여하게 된다. 이 훈련은 학습 경험이 공유되는 것이라 볼 수 있다. 진행자는 누구도 소외감을 느끼지 않도록 가능한 많은 질문들을 인정하고, 모두가 응답해주는 시간을 가져야 한다.

### 문화적 세심함

진행자는 문화, 젠더, 이주 상태 또는 성적 지향과 같이 참여자들의 경험과 지식을 구성하는 다양한 요소를 이해하여 그들의 다양성에 대해 유념할 필요가 있다.

문화적으로 세심한 언어적 표현을 사용하고, 훈련이 진행되는 국가 또는 지역에 사는 사람들과 관련된 예시를 제공하는 것이 좋다. 예를 들어, 국가나 맥락에 따라 사람들은 다른 방식으로 그들의 감정과 기분에 대해 묘사하고 표현하거나 자신의 정신건강에 대해 이야기할 수 있다.

아울러, 진행자는 그 국가나 지역의 특정 집단(예: 원주민, 소수민족, 종교적 소수자, 여성 등)이 직면하는 이슈 중 일부라도 훈련 동안에 간과하지 않도록 해야 한다. 또한 논의되고 있는 이슈에 대한 수치심이나 금기사항에 대해서도 고려할 필요가 있다.

### 개방적이며 비판단적인 환경

개방적인 논의는 필수적이며 모든 사람의 의견은 경청돼야 마땅하다. 훈련의 목적은 더 넓은 공동체 내에서 정신건강 및 사회복지 서비스 이용자와 심리사회적, 지적 및 인지적 장애가 있는 사람들의 인권에 대한 존중이 개선되기 위한 방법을 함께 찾아나가는 것이다. 훈련 도중 몇몇 사람들은 강한 반응과 감정을 표출할 수도 있다. 진행자는 훈련 중에 사람들이 의견과 감정을 표현할 수 있도록 기회를 제공하는 것이 중요하다. 이는 사람들이 자유롭게 자신의 경험에 대해 이야기할 시간을 갖고, 다른 사람들은 그들을 세심하면서도 존중하는

태도로 경청하고 응대하도록 한다는 것을 의미한다. 사람들과 효과적으로 소통하기 위해서 그들의 의견에 동의해야 하는 것은 아니다. 논의가 발생하면, 모든 참여자들에게 그들 모두가 동일한 목표, 즉 정신건강 및 사회복지 서비스와 지역사회에서 인권을 존중하고 함께 배우기 위해 모든 목소리를 경청해야 한다는 목표를 공유한다는 점을 상기시키는 것이 유용할 수 있다. 추후에 필요할 경우 참조할 수 있도록 몇 가지 기본 원칙을 집단에 공유하는 것이 도움이 될 수 있다(예: 존중, 기밀 유지, 비판적 숙고(critical reflection), 비차별).

어떤 사람은 과거에 자유롭고 안전하게 이야기할 기회가 전혀 없었을 수 있음을 명심하라(예: 생생한 경험을 한 당사자, 가족 구성원 및 치료진). 따라서 모든 목소리가 경청되도록 하는 안전한 공간을 조성하는 것이 필수적이다.

### 언어적 표현의 사용

진행자는 참여자들의 다양성을 유념해야 한다. 훈련에 참가하는 사람들은 다양한 배경과 교육 수준을 가지고 있다. 모든 참여자들이 이해할 수 있는 언어적 표현을 사용하고, 그들이 핵심 개념과 메시지를 이해하도록 하는 언어적 표현을 사용하는 것이 중요하다(예: 고도로 전문화된 의학적·법률적·기술적 용어, 약어 등의 사용이나 설명 지양하기). 언어적 표현과 훈련의 복잡성은 집단의 특정한 필요에 맞추어 조정되어야 한다. 진행자들은 이를 유념하여 개념과 메시지가 제대로 이해될 수 있도록 잠시 멈추고, 필요할 시엔 예시를 제공하며 참여자들과 질의응답으로 논의하는 시간을 가져야 한다. 진행자들은 가능한 한 의학적이지 않으면서도 문화적으로 특정한 고통의 모델(culturally-specific models of distress)을 논의하도록 하는 언어적 표현을 사용해야 한다(예: 정서적 고통, 평범하지 않은 경험 등). (1)

### 편의 제공

시각 및 청각 자료 사용, 읽기 쉽도록 만든 것, 수화, 몇몇 활동을 위한 필기 지원 제공 또는 사람들이 개인 지원가(assistant)와 함께 오게 하는 것처럼 다양한 의사소통 수단을 제공하는 것은 훈련과정에서 때로 필요할 수 있다.

### 현재의 입법 및 정책적 맥락에서의 운영

훈련 도중 일부 참여자들은 장애인의 권리에 관한 협약(CRPD)을 포함한 국제인권기준에 부합하지 않는 그들 국가의 입법 또는 정책 상황에 대해 우려를 표할 수도 있다. 이처럼 훈련의 일부 내용은 현재의 국가 입법 또는 정책과 모순될 수 있다. 예를 들어, 비자발적 감금과 치료를 가능하게 하는 법은 본 훈련 모듈의 전반적인 접근법과 반대된다. 또한, 의사결정지원에 대한 주제는 현존하는 국가 후견인법과 상충하는 것으로 보일 수 있다. 또 다른 우려사항은 새로운 접근법을 도입하기 위한 국가적 자원이 부족하거나 사용이 불가능할 수 있다는 것이다. 이러한 걱정에 사로잡히는 것은 참여자들이 책임, 안전, 자금과 그들이 거주하며 일하고 있는 정치적·사회적 배경에 대해 의문을 가지게 만들 수 있다.

먼저, 진행자는 모듈이 국법 또는 정책의 요건과 상충되거나, 법의 바깥에 있는 누군가를 위험에 빠뜨릴 수 있는 관행을 장려하기 위한 것이 아님을 참여자들에게 확신시켜야 한다. 법과 정책이 CRPD의 기준에 모순되는

환경에서는 정책 개정과 법률 개혁을 옹호하는 것이 중요하다. CRPD 당사국들은 이 협약과 기타 국제 인권 기구를 위반하는 사항을 중단시키는 즉각적인 의무가 있지만, CRPD의 권리를 완전히 존중하는 것은 시간이 걸리고 사회의 모든 수준에서 다양한 조치가 필요하다는 점을 인정하는 것이 중요하다.

결론적으로, 구식의 법적 및 정책 체계는 개인들이 조치를 취하는 것을 막아서는 안 된다. 법의 테두리 안에서 태도와 관행을 변화시키고 CRPD를 도입하기 위해 개인적 수준에서 매일 많은 것을 할 수 있다. 예를 들어, 만약 국법에 따라 후견인이 다른 사람을 대신하여 결정을 내리도록 하는 공식적인 의무가 있더라도, 사람들이 스스로 결정하도록 지원하고 궁극적으로 그들의 선택을 존중하는 것을 막아서는 안 된다.

이 훈련은 정신건강 및 사회복지 서비스에서 인권 기반 접근법을 조성하는 데 핵심적인 다양한 주제를 다루는 지침을 제공한다. 훈련 전반에 걸쳐, 진행자는 참여자들이 훈련 자료에서 요구된 조치와 전략이 자신들에게 어떤 영향을 미치며, 현존하는 정책 및 법률 체계 내에서 이를 어떻게 시행할 수 있는지 논의하도록 장려해야 한다. 효율적인 옹호와 함께 태도 및 행동의 변화는 정책과 법에 긍정적인 변화를 이끌어낼 수 있다.

#### 긍정적이고 활기를 띄게 하기

진행자는 훈련이 기본적인 지식과 수단을 공유하고, 참여자 본인의 맥락에서 유용한 해결책을 찾기 위한 성찰을 격려하도록 의도되었음을 강조해야 한다. 일부 긍정적인 조치가 존재하며, 참여한 당사자, 다른 사람 또는 서비스가 이를 이미 실현하고 있을 가능성이 있다. 이러한 긍정적인 예시를 기반으로 통일성을 만들고, 모두가 변화를 위한 행동가가 될 수 있음을 보여줄 수 있다.

#### 집단 활동

훈련하는 동안, 진행자는 참여자들이 집단으로 작업할 것을 요청하며, 집단은 참여자들의 선호도에 따라 융통성 있게 선택에 따르거나 무작위로 구성될 수 있다. 만약 참여자가 특정 집단을 불편해할 경우, 이를 고려해야 한다.

훈련 활동은 활발한 참여와 논의를 목적으로 한다. 이러한 활동들은 참여자들이 아이디어를 내고 스스로 해결책을 찾을 수 있도록 고안되었다. 진행자의 역할은 논의를 이끌며, 적절한 경우 특정 아이디어나 어려운 문제에 대한 논의를 활성화시키는 것이다. 만약 참여자들이 훈련의 일부 활동에 참여하길 원하지 않는다면, 그들의 의사가 존중되어야 한다.

#### 진행자 참고사항

본 훈련 모듈에서 진행자 참고사항은 파란색으로 표기되어 있다. 참고사항은 진행자를 위한 답변의 예시 혹은 기타 지시사항을 포함하는데, 이는 참여자들에게 공개하는 것을 목적으로 하지 않는다.

참여자들에게 발표되어야 하는 내용, 질문과 설명은 검은색으로 표기되어 있다. 모듈의 내용을 전달하기 위한 훈련 모듈에 첨부된 별도의 과정 슬라이드는 <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>에서 확인할 수 있다.

## 퀄리티라이츠 훈련 평가

이 훈련 패키지의 일부인 퀄리티라이츠 사전·사후 평가설문지는 훈련의 영향을 측정하고, 추후 훈련 워크숍을 개선하기 위해 만들어졌다.

참여자들은 훈련을 시작하기 전에 사전평가 설문지를 완료해야 한다. 여기에는 30분이 소요된다. 훈련이 끝나면 참여자들은 사후평가 설문지를 완료해야 한다. 이 또한 30분이 소요된다.

수기 혹은 온라인으로 설문지가 완료되면, 참여자들을 대상으로 고유의 ID 를 만들어야 한다. 이 ID 는 사전·사후 평가설문지 모두 동일하다. 예를 들어, 훈련이 진행되는 국가의 이름 뒤에 1부터 25까지의 숫자(또는 집단 내 인원 수만큼)를 붙이는 방식으로 고유의 ID 를 만들 수 있다. 이를테면 자카르타12와 같은 고유의 ID 를 부여받았다고 했을 때, 고유의 ID 가 참여자에게 알맞게 부여되었는지 확인하기 위해 훈련 시작 전에 고유의 ID 가 있는 사전·사후 설문지를 참여자의 서류철에 넣으면 도움이 될 수 있다. 설문지가 익명이기 때문에 누가 어떤 고유의 ID 를 쓰는지 알 수 없지만 개인마다 동일한 ID 가 적힌 두 설문지를 꼭 확인해야 한다.

사후평가 설문지가 완료되면, 진행자들은 논의하여 모든 참여자들이 훈련에 대해 만족스럽고 유용했던 부분과, 만족스럽지 못하고 유용하지 않았던 부분, 그리고 그들이 공유하고자 하는 다른 어떠한 견해라도 표현할 수 있도록 해야 한다. 이는 참여자들이 훈련 중에 어떤 조치와 전략을 적용할 지 판단할 수 있는 기회가 된다.

훈련 이전에 각 참여자를 위해 사전·사후 설문지를 인쇄해야 한다. 인쇄 및 배포용 버전의 파일은 다음의 링크에서 확인할 수 있다.

정신건강, 인권 및 회복에 관한 세계보건기구 퀄리티라이츠 훈련 평가: 사전 설문지:

<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PreEvaluationQuestionnaireF2F.pdf> (영문)

<https://www.yonginmh.co.kr/%EC%82%AC%EC%A0%84-%ED%9B%88%EB%A0%A8%20%EC%84%A4%EB%AC%B8.pdf> (국문)

정신건강, 인권 및 회복에 관한 세계보건기구 퀄리티라이츠 훈련 평가: 사후 설문지:

<https://qualityrights.org/wp-content/uploads/20190405.PostEvaluationQuestionnaireF2F.pdf> (영문)

<https://www.yonginmh.co.kr/%EC%82%AC%ED%9B%84-%ED%9B%88%EB%A0%A8%20%EC%84%A4%EB%AC%B8.pdf> (국문)

## 훈련 영상

진행자는 모듈 중에 사용 가능한 모든 영상들을 검토하고, 훈련에서 가장 적합한 것을 선택하여 보여주어야 한다. 영상 링크는 시간이 지나면서 변동될 가능성이 있다. 따라서 훈련 전에 링크가 작동하는지 확인하는 것이 중요하다. 만약 링크가 작동하지 않는다면 적합한 대체 영상을 찾아야 한다.

## 언어적 표현에 대한 사전 주의사항

우리는 언어(language)와 용어(terminology)가 장애에 대한 진화하는 개념화를 반영하며, 시대의 변화에 따라 다양한 사람들이 다양한 맥락에서 다른 용어를 사용하게 될 것임을 인정한다. 사람들은 자신의 경험, 상황 또는 고통을 표현할 단어와 관용구, 그리고 설명을 결정할 수 있어야 한다. 예를 들어, 정신건강 영역에서 몇몇 사람들은 ‘정신과적 진단을 받은 사람’, ‘정신장애가 있는 사람’ 또는 ‘정신질환’, ‘정신건강 문제가 있는 사람’, ‘소비자’, ‘서비스 이용자’ 또는 ‘정신과 생존자(psychiatric survivor)’와 같은 용어를 사용한다. 다른 사람들은 이러한 용어의 일부 혹은 전체를 낙인으로 여기거나 그들의 감정, 경험 또는 고통을 설명할 때 다른 표현을 사용한다. 이처럼 지적 장애는 각기 다른 맥락에서 ‘학습 장애’나 ‘지적 발달 장애’ 또는 ‘학습의 어려움’ 같이 다양한 표현으로 언급된다.

‘심리사회적 장애(psychosocial disability)’라는 용어는 정신건강 관련 진단을 받았거나, 그 용어로 자신을 규정하는 사람을 포함하기 위해 채택되었다. ‘인지적 장애(cognitive disability)’와 ‘지적 장애(intellectual disability)’라는 용어는 인지적 또는 지적 기능과 관련한 진단을 받은 사람들을 특정적으로 포함하기 위해 만들어졌으며, 이는 치매와 자폐증에 국한되지 않는다.

‘장애(disability)’라는 용어를 사용하는 것은 장애가 실제적 또는 지각된 손상이 있는 사람들의 완전하고 효과적인 사회적 참여를 방해하는 중요한 장벽이며, 그들이 CRPD 하에 보호된다는 사실을 강조한다는 맥락에서 중요하다. 이 맥락에서 ‘장애’라는 용어를 사용하는 것은 사람들이 손상(impairment)이나 질환(disorder)을 가지고 있음을 의미하지는 않는다.

우리는 또한 정신건강 및 사회복지 서비스를 ‘이용 중인 사람’ 또는 ‘과거에 이용했던 사람’이라는 용어를 사용하기도 하는데, 이는 반드시 장애를 가지고 있다고 확인된 것은 아니지만, 본 훈련에 해당하는 다양한 경험을 한 사람들을 지칭하기 위해서다.

또한 이러한 모듈에서 ‘정신건강 및 사회복지 서비스’라는 용어는 국가가 현재 제공하고 있는 광범위한 서비스를 뜻한다. 예시로는 공공, 사립 및 비정부 영역의 광범위한 건강 및 사회적 케어 제공자들이 기존의 정신건강 및 사회복지 서비스에 대한 대안으로 제공하는 가정 기반의 서비스와 지원뿐만 아니라, 지역사회 정신건강센터, 1차 의료기관, 외래 서비스, 정신과 병원, 일반병원 내 정신병동, 재활센터, 전통적인 치유자, 주간보호센터, 노인주택 및 기타 ‘그룹’ 홈이 포함된다.

이 문서에 적용된 용어는 포용성을 위해 선택되었다. 특정한 표현이나 개념을 통해 스스로를 정의하는 것은 개인의 선택이지만, 그럼에도 인권은 여전히 모든 사람에게, 어디에서나 적용된다. 무엇보다도, 진단이나 장애로 사람을 정의해서는 절대로 안 된다. 우리는 모두 고유한 사회적 환경, 성격, 자율성, 꿈, 목표와 포부, 다른 사람들과 관계를 맺고 있는 개개인이다.

## 학습목표, 주제 및 자료

### 학습목표

이번 훈련을 통해 참여자들은 다음을 학습한다.

- 정신건강과 안녕감의 개념을 이해할 수 있다.
- 사람들의 건강과 안녕감을 증진하기 위해 정신건강 및 관련 서비스가 할 수 있는 일을 탐색한다.
- 회복의 주요 구성요소와 방해 요인에 대해 이해한다.
- 건강과 회복을 촉진하고 지원하는데 있어 정신건강 및 관련 서비스의 역할에 대한 이해를 증진한다.
- 개인 및 서비스가 건강과 회복에 대한 사람들의 권리를 존중하고 보호하며 실현할 수 있는 방법을 탐색한다.

### 주제

주제 1: 정신건강이란 무엇인가? (1 시간 30 분)

주제 2: 정신건강 및 사회복지 서비스에서의 건강권 증진하기 (1 시간 45 분)

주제 3: 회복이란 무엇인가? (1 시간 35 분)

주제 4: 회복 증진하기 (1 시간 15 분)

주제 5: 회복 증진에서 실무자와 정신건강 및 사회복지 서비스의 역할 (40 분)

### 필요한 자료

복과 건강권 강의 자료(세계보건기구 퀄리티라이츠 핵심 훈련: 정신건강 및 사회복지 서비스) 는 다음의 링크를 참조하기 바란다: <https://www.who.int/publications-detail/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

장소 요건: 참여자들의 학습경험을 최적화하기 위해 교육 장소는 아래와 같은 조건을 갖춰야 한다.

모두를 수용할 수 있도록 충분히 크되, 자유롭고 개방적인 토론이 가능하도록 작아야 함. 집단으로 앉을 수 있는 자리 배치(예를 들어, 둥근 테이블에 몇몇 참여자들이 같이 앉을 수 있는 연회장 자리를 배치할 수 있음. 이 배치는 참여자들 간의 원활한 상호작용을 도울 뿐 아니라 집단 활동에 준비된 환경을 조성함)

필요 사항에 따라 훈련에 참여하는 모든 참여자들이 용이하게 참여할 수 있도록 하는 합리적인 편의 제공

비디오 사용이 가능하도록 강의실에 인터넷 연결

영상의 소리를 잘 듣게 하기 위한 앰프

프로젝터 스크린과 프로젝터 장비

진행자를 위한 1 개 이상의 마이크와 참여자를 위한 최소 3 개의 추가적인 무선 마이크(집단 테이블 당 한 개의 마이크 배치가 이상적임)

최소 2 장의 플립차트 혹은 여분의 종이와 펜



훈련 모듈을 위해 필요한 추가적인 인쇄물 자료

- 부록 1: 유세프(Youssef)의 시나리오

소요시간

약 6 시간 40 분

참여인원

현재까지의 경험에 비추어 볼 때, 최대 25명을 대상으로 훈련을 진행하는 것이 가장 효율적이다. 이는 모든 사람들이 생각을 표현하고 상호작용하기 위한 충분한 기회를 제공한다.





## 서론

WHO 퀄리티라이츠 훈련 자료 중 하나인 본 모듈은 인권을 토대로 한 접근법이 어떻게 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 회복을 촉진하는지에 대해 살펴본다. 본 모듈은 참여자들이 정신건강과 안녕감의 개념을 이해할 수 있도록 하며, 이 개념들이 각 개인에게 내재된 고유한 것임을 강조한다.

참여자들은 건강권의 의미에 대해서도 탐구하는데, 이는 건강권이 다른 모든 인권의 향유와 어떻게 연결되어 있는지, 인권 침해가 사람들의 건강과 안녕감에 얼마나 큰 악영향을 끼치는지를 이해하기 위함이다. 다음으로 이 모듈은 개인과 서비스가 사람들의 건강권과 안녕감을 존중하고 보호하며 이행하는 방법에 대해 강조한다.

본 모듈은 또한 회복의 의미를 살펴보며 서비스 이용자들이 자신의 케어와 회복을 추진하도록 보장하는 것의 중요성을 강조한다. 참여자들은 사람들이 만족스럽고 의미 있는 삶을 살도록 지원하고, 케어와 지원에 대한 선택, 의지 및 선호도를 주장하는데 있어 회복 계획이 효과적인 도구가 될 수 있음을 배운다. 마지막으로, 이 모듈은 회복의 여정에 있는 사람들을 돕는 데 있어 가족과 케어 파트너를 포함한 많은 실무자와 서비스의 역할에 대해 이야기한다.

# 주제 1: 정신건강이란 무엇인가?

## 소요시간

약 1 시간 30 분

참여자들에게 다음을 질문하며 시작하라(5 분).

‘정신건강’에 대해 어떻게 이해하고 있나요?

참여자들에게 몇 분 정도를 주어 이에 대하여 생각하고 논의하도록 한 후 플립차트에 답변을 기재하도록 하라.

## 발표: 정신건강은 무엇을 의미하는가? (25 분)

정신건강과 안녕감을 정의하는 것은 쉽지 않다.

‘정신건강이란 무엇인가?’에 대한 대답은 본질적으로 개인적이며 주관적이다. 사람들은 정신건강이 자신에게 어떤 의미인지 정의할 수 있어야 한다. 예를 들어, 이는 다음과 같을 수 있다.

- 내적인 안녕감
- 자신의 신념과 가치관에 부합하는 느낌
- 내면의 평화를 느낌
- 삶에 대해 긍정적이고 낙관적으로 느낌

다음과 같은 잘못된 이해는 지양되어야 한다.

- 정신건강은 정신적 문제나 장애가 없는 것과 동등하다.
- 정신건강은 객관적으로 정의된다.
- 정신건강이 좋은지를 결정할 수 있는 구체적인 기준이나 규준이 존재한다.

모두에게 적용되는 ‘양호한 정신건강’에 대한 정의나 기준을 내세우는 것은 문제가 될 수 있다. 이는 특정한 신념, 가치 혹은 관습을 다른 사람들에게 강요하거나 사회의 특정한 지배적 신념이나 가치, 관습에 동조하지 않는 사람들을 가려내기 위해 사용될 수 있다. 이는 배척과 차별로 이어질 수 있고, 어떤 사회나 맥락에서는 ‘비정상적인’ 행위로 간주되어 치료의 대상이 될 수도 있다.

이러한 믿음과 가치관, 규범의 예시로는 정신적으로 건강한 사람들은 일을 할 수 있어야 하며, 결혼을 하고 가정을 꾸려야 하며, 많은 압박을 받는 상황에서도 잘 대처해야 하며, 경쟁적인 근무환경에서도 잘 수행할 수

있어야 한다는 것 등이 포함될 수 있다. 이러한 기준들은 젠더나 사회적 역할에 관한 사회적 기대와 연관된다. 예를 들어 남성은 더 주장적인 반면, 여성은 더 감정적이라는 인식이 포함될 수 있다.

## 정신건강 및 진단 (2)

이것은 정신건강적 진단, 정신의학적 진단, 혹은 정신 장애의 진단과 같이 개인 및 단체마다 다른 방식으로 불린다. 의학적 용어로서는 고통을 일으키거나 이해하기 어려운 경험과 행동의 패턴을 설명하는데 쓰이며, 여기에 우울증, 불안 장애, 조현병, 정신증과 같은 명칭이 포함된다. 이는 사람들이 겪는 것이 의학적 문제나 질병의 증상 중 하나임을 시사한다.

진단을 받는 것에 대한 사람들의 견해는 매우 다를 수 있다.

- 어떤 사람들은 자신의 문제에 대한 설명을 제시하거나, 자신이 힘든 것에 대해 스스로를 탓하거나 자괴감을 느끼지 않아도 되게끔 해서, 혹은 덜 외롭게 느껴지게 한다는 면에 있어 도움이 된다고 생각할 수 있다.
- 또 다른 이들은, 진단을 받는 것이 뇌에 이상이 있다는 의미이기 때문에 낙인을 찍는 것이라고 생각한다. 정신건강 문제가 화학적 불균형에 의해 발생되거나 유전적 요인이 가장 결정적이라는 인식이 흔하지만 이를 뒷받침할 증거는 없다.
- 진단은 '정상적인' 행동이 무엇인지에 대한 판단에 기초한다. 하지만 '정상적인' 행동이 무엇인지에 대한 견해는 개인, 집단, 그리고 문화에 따라 다르다. '정상'으로 간주되는 것은 젠더나 사회적 지위에 따라 크게 달라지기도 한다. 때때로 사람들의 행동이 사회나 문화에서 받아들여지지 않기 때문에 정신과적 진단을 받기도 한다.
- 진단이 편견과 차별로 이어지고 자신이 원하는 삶을 사는 데 방해가 되기 때문에, 진단을 받은 것이 실제 고통이나 경험보다도 자신의 삶과 안녕에 부정적인 영향을 미친다고 생각할 수 있다.

사람들은 자신의 경험에 대한 대안적인 사고 방식을 선택할 수도 있다.

- 많은 사람들에게 있어, 그들이 경험한 것은 삶에서 일어났던 하나 이상의 외상적 사건의 결과일 수 있고, 그들이 느끼는 고통이나 비일상적인 경험은 그러한 사건에 대한 자연스러운 반응과 대처방식이다.
- 사람들은 또한 그들의 고통이 힘든 상황이나 스스로의 힘으로 벗어날 수 없는 사건(가난, 실업, 관계에서의 어려움, 소외, 차별)에서 비롯되었거나 이로 인해 야기된 것이라고 설명할 수 있다.
- 다른 사람들은 자신의 경험에 대한 영적인, 문화적인 혹은 다른 의미를 찾는다.

이러한 대안적 사고 방식은 힘든 상황이나 경험을 극복하도록 하고, 회복의 핵심적인 요소가 될 수 있다는 점에서 사람들에게 도움이 될 수 있다. 결론적으로, 이러한 관점들을 받아들이지 않거나 무시해서는 안 된다.

그럼에도 불구하고 사람들이 자신의 정신건강과 관련된 진단을 받아들이지 않는 것은 많은 정신건강 및 기타 전문가들에 의해 '병식 부족'이 원인으로 여겨진다.

사람들은 자신의 어려움, 고통 또는 다른 경험들을 자신이 이해할 수 있는 방식대로 정의할 권리가 있다는 것을 이해하는 것이 매우 중요하다. 고통을 겪는 사람들은 자신이 원하는 정신건강과 안녕감의 상태에 이를 수 있도록 도움을 받을 수 있어야 한다. 사람들이 자신의 고통과 경험을 어떻게 이해하고 정의하는지와 별개로, 지원과 편의를 받을 권리를 가져야 한다. 다시 말해서, 진단이 케어나 지원, 편의를 받기 위한 전제 조건이 되어서는 안 된다. 전문가와 서비스로부터 유용한 지원을 받을 수 있지만 타인과의 관계, 동료지원, 휴식이나 요가, 운동과 같은 활동들도 도움이 될 수 있다.

이 주제와 관련된 더 많은 정보를 얻으려면 아래의 문서가 도움이 될 수 있다. 정신의학 진단에 대한 간편 가이드. 정신건강 유럽, 2018

<https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/09/A-short-guide-to-Psychiatric-Diagnosis-FINAL.pdf> (2018년 11월 1일 접속).

성인 정신건강에 대한 정신의학 진단의 이해. 영국 심리학회

<https://www.bps.org.uk/system/files/user-files/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/DCP%20Diagnosis.pdf> (2017년 7월 4일 접속).

정신증과 조현병의 이해. 영국 심리학회, 2014

[https://www1.bps.org.uk/system/files/Public%20files/rep03\\_understanding\\_psychosis.pdf](https://www1.bps.org.uk/system/files/Public%20files/rep03_understanding_psychosis.pdf) (2018년 7월 8일 접속).

## 정신건강과 신체적 건강의 상호관계

참여자에게 다음을 질문하라.

신체적 장애나 문제를 가지고 사는 것이 정신건강과 안녕감에 어떤 영향을 끼칠 수 있을까요?

참여자들에게 잠재적인 긍정적 영향뿐만 아니라 부정적인 영향이나 극복할 점들을 나열하도록 하라. 본인이 괜찮다고 느낀다면 참여자들은 자신의 경험을 예시로 들 수 있다.

부정적인 영향이나 난관의 예시는 다음과 같다.

- 고통에 대처해야 함
- 고립감 또는 괴리감
- 차별

긍정적인 영향의 예시는 다음과 같다.

- 난관을 극복하는 경험
- 회복 탄력성의 발달
- 장애 운동의 일원이 되는 것
- 지원 네트워크의 긍정적인 영향

다른 사람들과 마찬가지로 신체적 장애나 문제가 있는 사람들도 정신건강에 있어 난관에 직면할 수 있지만, 이에 대한 지원에 접근하기 더욱 어려워하는 경우가 많다. 이는 서비스 제공자들이 개인의 고통을 오로지 신체적 장애로 인한 것으로 간주하고, 모두의 삶에 영향을 미칠 수 있는 동일한 스트레스나 부담, 난관은 인식하지 못하기 때문일 수 있다. 하지만 신체적 장애가 있는 사람들도 일, 타인과의 관계, 삶의 사건과 관련된 스트레스로 인해 영향을 받는다. 어떤 경우에는 서비스 제공자가 신체적 장애가 있는 사람들이 마주하는 정신건강 문제를 인지하더라도 그들을 도와줄 능력이 없다고 생각할 수 있다.

정신건강 및 사회복지 서비스가 다른 이들과 마찬가지로 신체적 장애나 문제가 있는 사람들의 필요사항에 주의를 기울이며 지원을 제공하는 것이 매우 중요하다.

#### **활동 1.1: 무엇이 정신건강과 안녕감을 향유하는 데 도움이 되는가? (30 분)**

본 활동은 참여자들이 자신의 정신건강과 안녕감에 기여하는 요소를 살펴보는 것을 목적으로 한다. 이는 정신적 안녕감의 핵심적인 기여 요인과 결정 요인에 대해 브레인스토밍하고, 이해를 공유하기에 좋은 출발점이 된다.

- 여러분이 정신적·정서적으로 괜찮다고 느끼도록 도와주는 것들은 무엇인가요?

참여자 5 명으로 구성된 소규모 집단으로 나누어라. 참여자들에게 각 집단 내에서 이야기하도록 5- 10 분 시간을 주어라.

소집단별로 논의를 마친 후 참여자들을 다시 모이게 하고, 스파이더 다이어그램을 활용하여 자신들의 생각을 적도록 한다. 플립차트를 사용하여 스파이더 다이어그램(그림 1)을 만들고 ‘정신건강과 안녕감’을 중심에, 정신건강 및 안녕감을 결정하는 요인과 이에 기여하는 요인을 갈라지는 ‘다리’로 표현하라. 참여자들이 논의 중에 자신의 아이디어를 공유할 때 그림에 ‘다리’를 추가하라. 관련된 아이디어도 각 다리 아래에 글머리 기호로 자유롭게 표기하도록 하며, 참여자들이 각 항목 사이의 연결 고리를 만들도록 안내하라.

정신건강 및 안녕감의 핵심적인 기여 요인과 결정 요인을 분류할 수 있는 한 가지 잠재적인 방법이 아래 그림에 나타나 있다. 여기에는 자신에 대한 태도, 타인과의 관계, 삶의 목적, 난관의 극복, 신체적 건강이 포함된다.



그림 1의 스파이더 다이어그램은 예시일 뿐이며, 모든 것을 포괄하지는 않는다는 점을 기억하라. 참여자들은 자신만의 아이디어와 목록을 떠올릴 것이다.

이 활동은 참여자들에게 정신건강과 안녕감이 어떤 의미를 가지는지 밝히기 위함임을 기억하라. 그들은 자신의 답변이나 반응이 고유한 것이며 옳고 그름이 없다는 것을 이해해야 한다. 예를 들어, 어떤 사람은 안녕감을 위해 신체적 건강(운동, 바른 식단 등)을 높이 삼는 반면, 다른 이들은 아닐 수도 있다. 참여자들은 정신건강과 안녕감을 위해 아래의 스파이더 다이어그램에 적힌 모든 요소가 달성되어야 한다고 느끼지 않아야 한다.

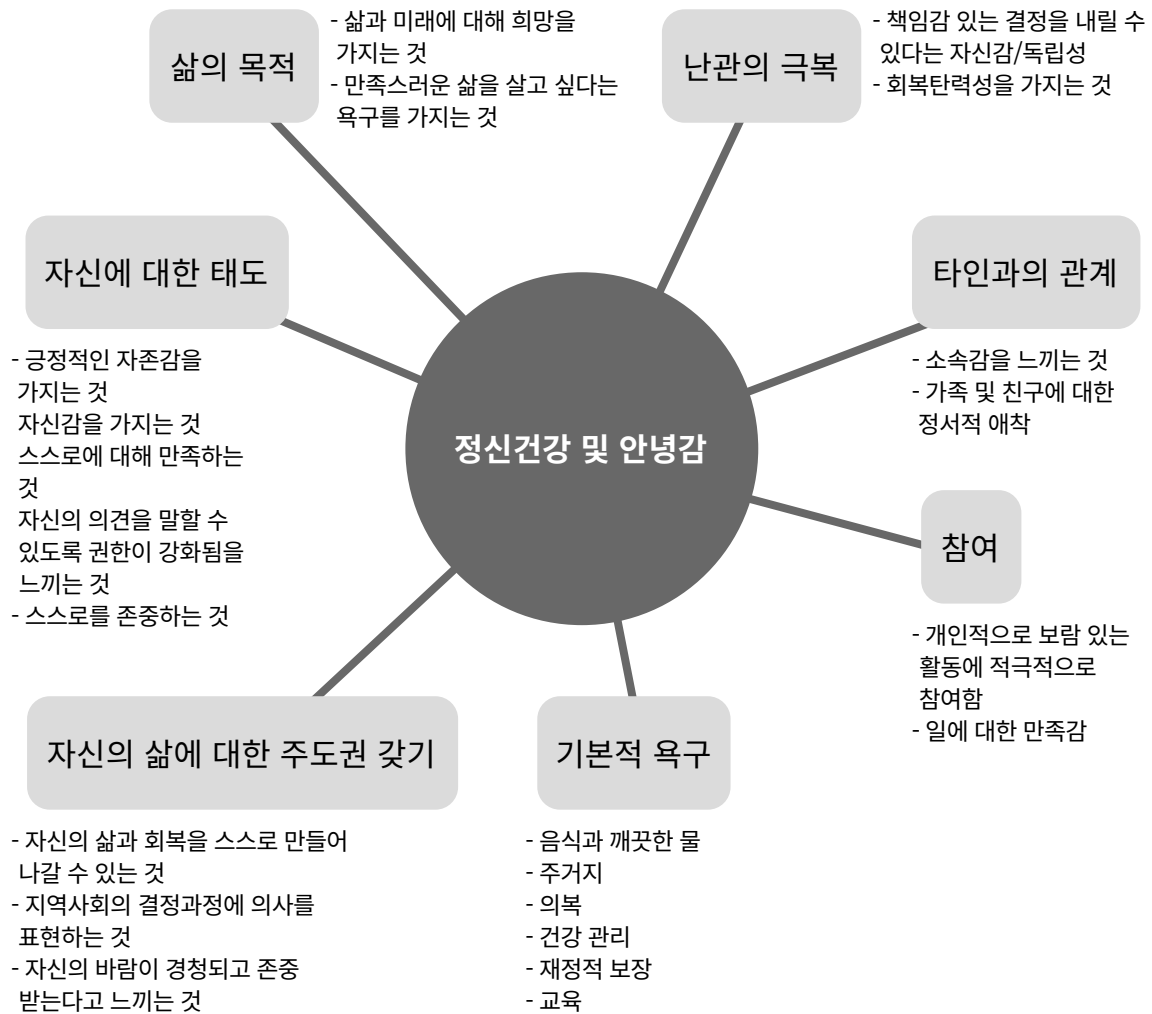


그림 1. 정신건강의 요소에 대한 스파이더 다이어그램의 예시

참여자들은 다음과 같이 응답할 수도 있다.

**- 자신에 대한 태도**

- 긍정적인 자존감을 가지는 것/자신감을 가지는 것/스스로에 대해 만족하는 것/자신이 중요하다고 느끼는 것
- 나의 의견을 말할 수 있도록 역량이 강화됨을 느끼는 것
- 스스로를 존중하는 것
- 나의 잠재력이 최대로 도달할 수 있을 만큼 권한이 강화됨을 느끼는 것
- 고통받지 않음

**- 삶의 목적**

- 삶과 미래에 대해 희망을 가지는 것
- 만족스러운 삶을 살고 싶다는 욕구를 가지는 것
- 목적 의식이 있는 것
- 인생의 목표를 설정하고 달성하는 것
- 긍정적인 관점을 가지는 것
- 인생을 즐길 능력이 있는 것
- 성장을 경험하는 것

**- 타인과의 관계**

- 차별을 받지 않고, 괴롭힘이나 폭력을 당하지 않는 것
- 소속감을 느끼는 것
- 나 자신의 권리 안에서 개인으로서 존중된다고 느끼는 것
- 가족 및 친구에 대한 정서적 애착
- 지역사회에 속하는 것
- 다른 사람들을 편하게 느끼는 것
- 다른 사람을 좋아하고 신뢰할 수 있는 것
- 나의 견해를 표현할 수 있고 다른 사람들에게 경청되는 것
- 내가 믿을 수 있고, 나를 지원해줄 수 있는 사람들이 있는 것

**- 기본적 욕구**

- 음식과 깨끗한 물
- 주거지
- 의복
- 건강 관리
- 재정적 보장

- 교육
- 위생
- 개인적 안전

#### - 참여

- 개인적으로 보람 있는 활동에 참여하는 것
- 일이나 다른 활동에서 만족감을 얻는 것
- 내가 선택한 영적, 문화적 또는 여가 활동을 하는 것
- 지역사회에서 역할을 하며 존중 받는 것
- 지역사회 문제를 해결함에 있어 환영을 받고 참여하는 것

#### - 난관의 극복

- 결정을 내릴 수 있는 자신감
- 회복탄력성을 가지는 것
- 좌절을 극복할 수 있는 것
- 환경과 삶의 변화에 대처하는 것
- 일과 가정 생활의 균형을 유지하는 것
- 활동에 집중하고 이를 관리할 수 있는 것
- 장벽을 극복하여 포부를 성취하는 것

#### - 자신의 삶에 대한 주도권 갖기

- 자율성
- 개인의 삶과 회복을 만들어 나갈 수 있는 것
- 지역사회의 결정과정에서 의사를 표현하는 것
- 개인의 바람이 경청 되고 존중받는다고 느끼는 것

주도권과 선택은 법적 능력에 대한 권리와 강하게 연결되어 있다(장애인의 권리에 관한 협약 또는 CRPD 제 12 조). (3) 이 주제는 법적 능력 및 결정권 모듈과 의사결정 지원 및 사전계획 모듈에서 더 구체적으로 설명된다.

정신건강 및 기타 실무자들이 정신건강에 영향을 미치는 일부 제한된 요소를 다루는 것에만 집중하고, 정작 긍정적인 영향을 미치는 다른 핵심적인 요소(예: 균형, 목표와 성취, 일)들은 간과하는 경우가 많다는 점에 유의해야 한다(자신의 정신건강과 안녕감에는 이러한 긍정적인 요소들이 중요하다고 여기면서도 말이다). (4)

### 발표: 정신건강 및 안녕감 보호하고 증진하기 (25 분)

무엇이 정신건강과 안녕감에 부정적인 영향을 미치는가?

발표를 시작할 때 참여자들에게 다음을 질문하라.

정신건강과 안녕감에 부정적인 영향을 미치거나 장벽으로 작용할 수 있는 요소들은 무엇일까요?

참여자들이 질문에 대해 생각할 시간을 주어라.

정신건강과 안녕감은 우리가 통제할 수 있는 것을 넘어서는 많은 요인에 의해 영향을 받는다. 사회적 요인이 정신건강과 안녕감에 결정적이라는 점을 유념하는 것이 매우 중요하다.

참여자들에게 다음 요인들의 목록을 제시하라.

- **빈곤:** 기본적인 필수품을 마련할 만한 충분한 소득이 없으면 광범위한 사회적 및 정신적 문제(스트레스, 불안, 분노, 약물 남용 등)가 발생할 수 있으므로 정신건강과 안녕감이 저해된다. 아울러 빈곤은 영양가 있는 음식, 전문적 지원, 적절한 거주지 그리고 질병에 대한 서비스와 치료를 받는 데 있어 방해물이 되어 건강에 심각한 영향을 미칠 수 있다.
- **불평등:** 사회 내에서 일부 집단이 자원과 기회를 상대적으로 적게 받고, 안전성이 덜 보장된다고 느낄 때, 집단 간 불균형과 불평등이 정신건강과 안녕감에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 다른 개인이나 집단에 비해 더 많은 불이익이나 장벽을 경험하는 경우(예: 동일한 업무를 했음에도 불공평하게 임금을 받거나 낮은 질의 건강관리 서비스를 받게 될 때), 정신건강과 안녕감에 해로운 영향을 끼칠 수 있다.
- **사회적 고립과 외로움:** 포용적이지 않은 지역사회에 거주하는 사람들은 정신건강과 안녕감에 부정적인 영향을 끼치는 소외감과 배제를 경험하게 된다. 또한, 가족 및 친구와의 지지적인 연결망에 접근하지 못할 경우에 정신건강과 안녕감은 부정적인 영향을 받을 가능성이 크다. 고립은 사망률의 중요한 위험요인으로 밝혀졌다. (5)
- **낮은 수준의 교육:** 교육 수준이 낮으면 사회에서의 완전하고 적극적인 참여 기회, 서비스와 지원에 대해 접근할 기회, 고용의 기회가 줄어든다.
- **급격한 사회적 변화:** 급격한 사회적 변화(예: 경제, 정치, 종교, 가족, 교육, 과학, 기술 등)는 사회적 가치, 신념 및 행동에 영향을 미칠 수 있으며, 우리의 안녕감과 생활방식에 영향을 미칠 수 있다. 또한, 개인의 삶에서 일어나는 특정한 사건들(예: 가족을 잃는 것, 직업과 수입을 잃는 것, 새로운 일을 시작하는 것, 부모가 되는 것)은 강한 느낌과 감정을 일으켜 정신건강과 안녕감에 부담이 될 수 있다.
- **긴급 상황:** 사람들은 종종 긴급한 상황 도중 그리고 이후에 자신의 정신건강과 안녕감에 장기적으로 부정적인 영향을 끼칠 수 있는 어려운 상황(가족과의 분리, 과밀화, 안전 부족, 식량 및 기타 자원 부족, 사생활이 존중되지 않는 것, 난민수용소 및 기타 시설에 구금되는 것)에 직면한다.

- **스트레스가 많은 근무환경:** 근무환경에서의 과도한 요구, 지원과 격려 부족, 안전에 대한 우려와 건강의 위협은 사람을 취약하고, 과소평가되며, 대처하기 어렵게 느끼도록 할 수 있다.

- **차별 및 기타 인권 침해:** 젠더, 연령, 장애, 이주 상태 등의 사회적 요인을 바탕으로 차별받고 개인의 권리가 무시되는 것은 개인의 자존감, 자신감, 삶에 대한 주도권, 미래에 대한 희망에 부정적인 영향을 미친다.

- **폭력 및 학대:** 신체적 건강에 미치는 심각한 영향 외에도 폭력과 학대로 인한 많은 부정적인 심리적 영향(외상, 공포, 외로움, 분노, 우울, 불안, 자살 사고, 지역사회에 대한 신뢰 상실을 포함)이 있다. 젠더에 따른 폭력 또한 매우 빈번하여 많은 여성, 소녀, 트랜스젠더 및 그 외의 사람들이 정신건강과 안녕감에 심각한 영향을 미치는 신체적·성적·정서적 학대의 대상이 되고 있다.

- **신체적 건강 문제:** 신체적 건강 문제와 질병은 일상생활에 많은 장벽과 난관을 야기할 수 있다. 만약 어떤 사람들(또는 그 사람과 가까운 사람)이 만성적인 신체질환을 앓고 있다면, 그들은 만족스러운 삶을 살기 위해 더 많은 장벽을 극복하고 적응해야 할 것이다.

- **서비스나 지원의 부재 또는 부족:** 적절한 건강관리 서비스나 사회복지 서비스 및 지원을 이용할 수 없다면 사람들은 관련한 문제들을 해결하지 못할 수 있다. 서비스의 부족은 이러한 문제를 악화시키고 추가적인 인권 침해를 유발하여 정신건강과 안녕감에 부정적인 영향을 끼치는 결과로 이어질 수 있다.

이러한 요소들은 서로 상호작용하여 다양한 집단 사람들의 정신건강과 안녕감에 다른 영향을 미칠 수 있다.

우리는 또한 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들에게 가장 부정적인 영향을 끼치는 것은 그들이 경험하는 사회적 편견, 부정적인 태도, 차별 그리고 다른 인권 침해임을 기억해야 한다.

인권 기구들은 위의 요인들로부터 사람들을 보호하는 것을 목표로 한다. 많은 기구들은 특히 건강권을 보호하는 데 힘쓴다.

## 인권으로서의 건강권

건강권은 전 세계의 많은 국가 헌법과 국제 및 지역의 인권기구에 명시되어 있다.

건강권의 핵심 요소들은 1946년 세계보건기구(WHO) 규약에 처음으로 명시되었다. WHO 규약은 ‘건강은 신체적·정신적·사회적 안녕감이 완전한 상태이며, 단지 질병이나 병약함의 부재가 아님’, 그리고 ‘가장 높은 수준으로 이를 수 있는 건강을 향유하는 것은 인종, 종교, 정치적 신념, 경제적 또는 사회적 조건의 구분 없이 모든 인간의 기본적 권리 중 하나’라고 명시하였다. (6)

건강권은 세계인권선언문(UDHR, 1948 년)과 경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제 규약(ICESCR, 1966)의 제 12 조와 같은 다른 국제 연합 기구 및 조약에도 포함되어 있다. 경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제규약의 제 12 조에 따르면, ‘정부는 가장 높은 수준의 신체 및 정신건강을 이루기 위해 정신건강 서비스를 포함한 건강관리 서비스에 대한 이용과 접근이 가능하여 만족스럽고 높은 질로 제공되도록 보장할 필요가 있다’고 명시한다. (7)

건강권은 CRPD 제 25 조에도 포함되어 있다. 이 조항은 장애가 있는 사람들의 건강권에 대해 개관한다. 건강권은 포괄적인 건강(inclusive health)을 의미한다. 다시 말해서, 정부는 모든 사람이 최적의 신체 및 정신건강을 누릴 수 있도록 보장하고, 누구도 장애로 인해 배제되지 않도록 할 의무가 있다. 여기에는 당사자의 의지와 선호도에 따라 지원 서비스에 접근하는 것을 보장하고, 포용과 안녕감을 지향하는 건강하고 젠더 감수성을 갖춘 환경을 조성하는 것을 포함한다.

건강권을 향유하는 것은 다른 인권 모두를 향유하는 것과 연관된다. 예를 들어, 건강권을 향유하기 위해 사람들은 착취, 폭력 및 학대로부터 자유로워야 하며, 적절한 삶의 기준과 사회적 보호를 누릴 필요가 있다. 이와 반대로, 인권 침해는 정신건강에 많은 부정적인 영향을 끼친다. 예를 들어, 착취, 폭력과 학대를 경험하는 사람들은 정서적 고통에 시달릴 가능성이 더 높다. 또한 열악한 생활 환경과 차별, 사회적 보호를 받지 못하는 것도 정신건강에 부정적인 영향을 가져올 수 있다.

포괄적인 건강의 의미를 설명하기 위하여 참여자들에게 다음의 영상을 보여주어라.

포괄적인 건강에 대한 개관, Special Olympics [3 분 17 초]  
<https://youtu.be/CDGpKMgKWbU> (2019 년 4 월 9 일 접속)

### 정신건강 및 안녕감 증진시키기

좋은 정신건강과 안녕감에 기여할 수 있는 환경과 생활조건을 만드는 것은 필수적이다. 우리 모두는 개인으로서 사람들의 정신건강 및 안녕감을 고취시키는 데 제 역할을 할 수 있다. 예를 들어, 존엄과 존중을 가지고 타인을 대하고, 가족이 정서적 지지를 필요로 할 때 곁을 지키며, 사람들이 적절한 지원을 받을 수 있도록 연결해줄 수 있다. 우리는 더 나은 환경과 향상된 생활 조건을 옹호하고, 정신건강을 저해하는 결정요인인 빈곤과 사회적 불평등에 투쟁할 수 있으며, 우리의 공동체가 모두에게 더욱 공평하도록 만들 수 있다.

정신건강 및 사회복지 서비스 또한 사람들의 자유와 고지된 동의를 바탕으로 양질의 케어와 도움을 받도록 보장하는 데 중요한 역할과 책임이 있다. 이는 공동체의 포용, 자율성 및 사람들의 의지와 선호도에 대한 존중을 증진할 것이다. 시설 보호는 이러한 목표나 건강권과 양립될 수 없다. CRPD 는 전문가들이 자신의 지식과 능력, 기술을 바탕으로 질 좋은 서비스를 만들고 개발하며, 강화시켜 나가기를 요구한다.

## 주제 2: 정신건강 및 사회복지 서비스에서의 건강권 증진하기

### 소요시간

약 1 시간 45 분

### 활동 2.1: 위대한 설계(Grand designs) (45 분)

활동을 시작하며 참여자들에게 다음을 명확히 하라.

- 본 활동의 목적은 정신병원이나 다른 시설이 오랫동안 거주하거나 머물기에 좋은 장소가 될 수 있다는 것을 시사하지 **않는다**. 사람들은 **절대** 시설에 거주하게 되어서는 안 된다.
- 지역사회와 연결되어 있지 않고 고립된 정신건강 시설은 단계적으로 폐지되어야 하며, 지역사회에서 제공되는 정신건강 및 사회복지 서비스로 대체되어야 한다.
- 사람들이 자신의 집이 아닌 곳에 거주하기를 원한다면 지역사회에서 제공하는 주거용 주택(예: 소테리아 하우스(Soteria houses))이나 종합병원의 좋은 정신건강 병동과 같이 그들의 권리가 전적으로 존중되는 단기적인 지역사회 기반 서비스를 자발적으로 이용할 수 있어야 한다.

본 활동의 목적은 정신건강 서비스가 단기적인 거주지를 제공하고, 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들이 자발적으로 이용하며, 지역사회에서 이러한 서비스를 우호적이고 편안하며 가치 있게 만들기 위해서 어떤 특징을 가지기를 바라는지 질문하는 것이다.

참여자들을 두 집단으로 나누어라.

그 후에 다음을 설명하라.

먼저, 정신건강 입원이나 주거 서비스의 **현재** 환경에 대해 생각해보라(예: 현재 사용하거나, 과거에 이용했거나, 근무 또는 방문한 적이 있는 곳).

그 다음, 그러한 환경이 **어떻게 조성되어 있어야 하는지**에 대해 토의하고 비교해보라. 이후에 이에 대해서 발표할 것이니 논의한 내용을 기록하라.

각 집단별로 다른 영역이 주어질 것이며, 마지막에 모든 아이디어들을 취합해볼 것이다.

**집단 1** 은 정신건강 입원 또는 주거 서비스의 물리적 환경에 대해 집중해볼 것이다. 집단 1 의 구성원들은 사생활, 안전, 편안한 환경을 조성하기 위해 필요한 것에 대해 생각해야 한다.

참여자의 상황과 연관이 있을 경우, 대화를 시작하기 위해 다음과 같은 질문을 할 수 있다.

- 건물의 상태는 괜찮은가?
- 건물이 지역사회 내에 위치해 있고, 접근하기 쉬운가? (예: 대중교통)
- 건물의 접근성이 좋은가? 누구나 접근 가능한가? 휠체어를 이용하거나 이동이 어려운 사람들도 접근할 수 있는가?
- 편안한 수면 공간이 제공되는가?
- 개인용품을 둘 수 있는 공간을 포함하여 사적인 공간이 마련되어 있는가?
- 청결하며 사생활이 보장되는 변기, 샤워시설 또는 목욕시설이 마련되어 있는가?
- 환경이 위생적인가?
- 안전하고 보안이 유지되며 개인의 건강이나 안녕감에 대한 위험 요소가 없도록 환경이 설계되어 있는가?
- 어디서, 어떻게 음식이 조리되는가? 개인이 직접 음식을 준비하는가?
- 개인의 문화, 흥미, 개인적인 선호도에 따라 자신의 환경을 개인적인 공간으로 만들 수 있는가? 장식품과 개인용품을 둘 수 있는가?

**집단 2**는 정신건강 입원 또는 주거환경의 전반적인 분위기에 대해 초점을 맞춰볼 것이다. 집단 2의 구성원들은 두 가지 다른 환경에서의 행동과 의사소통에 대한 암묵적 또는 공식적 규칙에 대해 생각해야 한다. 각 환경이 지역사회와 어떤 연관을 맺고, 어떻게 상호작용하는지도 고려해야 한다.

다음 질문들을 통해 대화를 시작할 수 있다.

- 전반적인 분위기는 어떻게 묘사되는가?
- 사생활 존중에 대한 규칙이 있는가?
- 사람들은 서로를 어떻게 대하는가?
- 이러한 환경에서 사람들은 서로에게 어떻게 소통하는가?
- 사람들은 자신이 원할 때 언제든지 자유롭게 이야기를 할 수 있는가?
- 친구를 사귀거나 밀접한 사회적 관계를 맺을 수 있는 기회가 있는가?
- 의사소통 수단(휴대폰, 인터넷 등)을 이용할 수 있는가?
- 단체복이 있는가 혹은 자유로운 복장을 할 수 있는가? 사람들은 낮 동안에도 잠옷을 입어야 하는가?
- 사람들은 어떤 호칭으로 불리고 어떤 방식으로 이야기를 듣는가?
- 사람들이 종교, 여가 혹은 문화적인 활동을 할 수 있는가?
- 사람들은 원하는 대로 오갈 수 있는가?
- 방문자와 방문 시간에 대한 규칙이 있는가?
- 지역사회와의 정기적인 교류가 있는가? 지역사회 활동에 관여할 수 있는가?
- 사회적 및 가족 행사가 있는가?
- 힘의 역동 측면에서 차이점이 있는가? (예를 들어, 모두가 동등한 지위를 갖는가 또는 서비스 내부에서나 서비스



사용자와 직원 간에 권력의 측면에서 위계가 존재하는가? 가정 내에서 주로 의사결정을 책임지던 사람들이 서비스 내에서 이러한 기회가 부정당하여 무력감으로 이어지는가?)

각 집단에서 논의된 바를 발표하도록 하라. 논의 말미에 전체 참여자들에게 다음 질문을 하라.

논의된 변화들 중 일부가 당신이 아는 서비스에서 실현될 수 있다고 생각하나요? 실현하는 데 어려움이 있을까요?

참여자들에게 다음 설명을 하며 활동을 마무리하라.

정신건강과 사회복지 서비스에서의 물리적 환경과 전반적인 분위기 모두 사람들의 정신건강과 안녕감에 중대한 영향을 미친다. 서비스가 개인의 요구와 기대를 충족시키기 위해 사람들이 안전하고, 존중되고, 지원받는다고 느끼도록 편안하고도 활기찬 환경을 마련하는 것이 핵심적이다.

하지만 일부 서비스의 경우 본질적으로 사람들의 권리와 안녕감을 증진시키는 데 실패할 것이며(예: 지역사회로부터 고립되고 방치된 기관), 이러한 시설은 폐쇄되고 개인의 권리를 존중하는 지역사회 기반의 서비스로 대체되어야 한다.

지역사회 기반 서비스의 예로서, 참여자들이 다음 영상을 시청하도록 하라.

세헤르(Seher), 도시 지역사회 정신건강 프로그램, Pune. Babu Trust for Research on Mind and discourse, 2013 (5 분 12 초) <https://youtu.be/Ozqq5rET9kk> (2019 년 4 월 9 일 접속).

## 활동 2.2: 이 서비스는 정신건강을 적절하게 지원하는가? (25 분)

참여자들에게 본 활동의 목적은 모두를 위한 좀 더 나은 서비스 환경을 조성하기 위해 무엇을 할 수 있는지에 대하여 깊게 탐색해보는 것임을 설명하라. 만약 참여자들이 특정한 정신건강 혹은 관련 서비스에 직접적으로 연결되어 있지 않은 경우, 본인이 알고 있거나 친숙한 곳에 대해 생각하도록 하라. 본 활동은 누군가를 비난하거나 판단하기 위함이 아니다. 학습 차원에서 참여자들의 생각을 개방적으로 공유하고, 의견 교류가 이루어지도록 장려하라.

참여자들이 다음 질문들에 대해 브레인스토밍 할 수 있도록 하라.

- 당신의 서비스는 어떻게 정신건강과 안녕감을 증진시키는가?
- 서비스에서의 인권 존중과 정신건강 및 안녕감의 증진 간에 어떤 관계가 있는지 생각해보라.
- 정신건강 ‘치료(treatment)’에만 국한된 것을 넘어서도록 하라. 이전 활동과 논의에서 언급된 정신건강과 안녕감에 기여하는 다양한 요소(정신건강의 사회적 결정요인을 포함)들에 대해 생각하며 탐색해보도록 하라.

플립차트에 참여자들의 생각을 작성하라. 서비스 간의 차이로 인해 답변들이 상당히 다를 수 있다는 점을 염두에 두어라. 참여자들이 자신이 받은 서비스에서의 실제 상황과 예시를 들며 이야기하도록 독려하라.

일부 가능한 답변들은 다음과 같다.

- 사람들의 말을 경청하고 이들을 친절과 존중을 받는 것이 마땅한 사람으로 대우하는 지지적인 치료진을 두는 것
- 원치 않는 개입과 치료를 받도록 강요하지 않는 것
- 희망과 지지, 격려를 제공하는 동료지원가를 채용하는 것
- 자율성과 독립적인 결정권을 도모하고, 서비스 이용자의 의지와 선호도를 존중하는 것
- 안녕감과 회복에 대한 긍정적이고 희망적인 메시지를 전달하는 것
- 치유에 도움이 되는 지지적인 분위기를 마련하는 것(즐겁고, 안전하고, 친절하며, 스트레스를 주지 않고, 차별 없는 환경)
- 신체적 건강 케어가 필요할 경우 적절한 관심을 제공하는 것
- 적절하고 충분한 양의 식수와 음식을 제공하는 것
- 사회 및 스포츠 활동을 제공하는 것
- 자조를 위한 기회를 제공하는 것
- 사회 연결망을 만들도록 돕는 것
- 상담이나 심리치료를 제공하는 것
- 사회적 지지와 서비스, 주거 기회에 연결해주는 것
- 교육 및 취업, 수익을 얻는 기회에 대한 접근성을 높이는 것

다음으로 참여자들에게 다음의 질문을 하라. 참여자들이 이전 질문들에 답하면서 이에 대한 대답을 이미 했을 수 있다는 점에 주목하라.

- 정신건강과 안녕감을 증진하기 위해 서비스는 무엇을 할 수 있고, 어떻게 이를 개선할 수 있나요?

가능한 답변은 다음과 같다.

- 사람들이 원하지 않는 치료와 개입을 강요하지 않고, 그들이 받아들일 수 있는 대안을 제시한다.
- 개인의 고민에 귀를 기울이고, 무엇이 그들의 기분을 좋게 만들지에 대해 묻는다.
- 누군가 도움을 필요로 할 때 차별없이 지지한다.
- 사람들이 바라는 점을 주도적으로 표현할 수 있도록 권한을 강화한다.
- 지원에 대한 다양한 요구사항을 수용하도록 융통성을 갖춘다.
- 힘든 상황에서 사용할 수 있는 대처 기술을 개발하도록 지원한다.
- 존엄과 존중 하에 사람들을 대한다.

- 사람들에게 소리를 지르고 불쾌하게 대하거나, 어떤 식으로든 폭력적으로 대하거나 학대하지 않는다.
- 서비스 환경이 우울하고, 지루하고, 불편하거나, 비위생적인 경우, 이를 바꾸고 개선함으로써 좀 더 쾌적한 장소가 되도록 한다.
- 사람들이 원할 때 가족과 친구들을 만날 수 있도록 함으로써 지역사회 내에서 그들의 삶과 사회적 연결망이 이어지도록 한다.
- 사람들이 자신의 사회적 연결망으로부터 고립되지 않도록 한다.
- 사람들에게 직원과 서비스가 케어를 향상시킬 수 있는 방법과, 무엇이 그들에게 좀 더 낫게 느껴지고 만족감을 주는지 물어본다.
- 회복에 도움이 될 수 있는 다양한 선택지에 대해 알려준다.
- 대화를 할 때 젠더, 금액의 적정성(affordability) 혹은 언어적 조건 등을 포함하여 그들이 특별히 필요로 하는 요구사항을 이해하려고 노력한다.
- 동료지원가에 대한 접근 또는 연락을 제공한다.
- 정신건강 문제의 증상이 있으면서도 만족스럽고 성공적인 삶을 영위할 수 있다는 사실을 담아 희망적이고 긍정적인 메시지를 전달한다.
- 덜 억압적인 환경으로 만들어 사람들이 자기 자신으로 사는 것을 자유롭게 느끼도록 하며 자신의 다양성을 표현하도록 한다.
- 서비스를 제공하는 직원들에게 젠더 감수성 교육을 시행한다.

### **발표: 신체적 건강 증진에서 정신건강 및 사회복지 서비스의 역할 (15 분)**

정신건강 및 사회복지 서비스 이용자의 신체적 건강에 대한 요구사항이 간과되는 경우가 종종 있다.

- 정신건강 및 사회복지 서비스에서 제공되는 일부 치료(예: 약물, ECT)는 신체적 건강에 심각한 영향을 끼칠 수 있다. 이러한 치료법에 동의하거나 거절할 수 있도록 잠재적인 위험성에 대한 정보를 제공하는 것이 매우 중요하다.
- 서비스 이용자들에게 신체적 건강과 관련된 검사 또는 치료가 제공되지 않는 경우 또한 빈번하다.
- 이는 어떠한 정신건강 문제에 신체적 원인이 있을 수도 있다는 점에서 문제가 될 수도 있다.
- 또한 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들은 당뇨와 심장혈관계 질병을 포함한 신체적 건강 문제가 생길 위험이 있다. 이는 생활 방식과 관련되어 있을 수 있지만, 약물 또한 이러한 질환들의 직접적인 원인이 되기도 한다.
- 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들이 신체적 건강 관련 증상을 호소할 때 정신건강 문제로 인한 것으로 간주되어 의견이 간과된다.
- 마지막으로, 우선시되는 다른 사람들이 있어서 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들이 의료 서비스를 장기간 대기하거나 받지 못하는 경우가 있다.
- 결과적으로 이들 대부분이 건강이 악화되거나 조기에 사망할 위험률이 높다.

'인권' 모듈에서 살펴보았듯이, 심각한 정신건강 문제가 있는 사람들은 다른 집단보다 평균적으로 10-20년 일찍 사망한다는 것이 많은 연구에서 밝혀졌다.

그러므로 그들도 다른 집단이 이용할 수 있는 신체적 건강과 관련된 다양한 서비스에 접근할 수 있어야 한다. 또한 그들이 받는 신체적 건강 케어의 질이 동일해야 한다.

정신건강 및 사회복지 서비스는 다음과 같은 조건들을 갖추어야 한다.

- 치료의 잠재적인 위해성에 대한 정확하고 종합적인 정보를 제공한다.
- 신체적 또는 정신건강에 대한 약물의 어떠한 부작용에도 면밀한 주의를 기울인다(예: 지연성 운동 마비, 당뇨, 신장이나 간 문제, 자살 사고 증가, 초조, 공격성).
- 그들의 호소 사항을 경청하고, 부작용을 겪고 있지는 않는지 정기적으로 질문하며 검사를 진행한다.
- 그들이 원할 경우 약물 복용을 중단할 수 있도록 돕는다.
- 여러 약물을 처방하는 것을 삼간다.
- 그들이 경험하는 정서적 고통을 이해하고 다루는 데 유용한 다른 비약물적 치료를 알아보는 것이 중단될 수 있으므로, 정서적 고통의 원인이 화학적 불균형이나 뇌의 이상이라는 인식을 피한다.

### **활동 2.3: 나의 서비스가 신체적 건강을 적절히 지원하는가? (15분)**

참여자들에게 다음의 질문에 대해 다시 답하도록 하라.

- 서비스는 신체적 건강 증진을 위해 무엇을 하고 있나요?

가능한 답변은 다음과 같다.

- 서비스 이용자의 건강에 관한 호소는 항상 신중하게 고려된다.
- 신체적 건강 문제를 위한 추가적인 검사와 치료가 필요할 경우, 진료를 보거나 병원으로 이송될 수 있도록 한다.
- 서비스를 받게 될 때 종합적인 신체적 건강검진을 마치고 적절한 치료를 제공한다.

다시 다음 질문을 할 때, 참여자들이 이미 답을 했을 수도 있다는 점을 유념하라.

- 신체적 건강 케어 및 서비스를 개선하기 위해 서비스는 무엇을 할 수 있나요?

가능한 답변은 다음과 같다.

- 신체적, 성적 또는 산부인과적 건강에 대한 정보를 더 많이 제공할 수 있다.
- 좀 더 건강한 음식을 제공할 수 있다.

- 신체적 활동(예: 스포츠, 산책 등)을 위한 기회를 더 제공할 수 있다.
- 다른 건강관리 서비스에 의뢰할 수 있다.
- 의료 보험과 절차에 대한 접근성을 높이고 지원할 수 있다.
- 직원들은 사람들의 신체적 건강을 더욱 주시하고 이에 더 많이 대응할 수 있다.

## 주제 3: 회복이란 무엇인가?

### 소요시간

약 1 시간 35 분

### 활동 3.1: 더 나아지는 것 (40 분)

\*주의: 본 활동을 진행하는 동안 일부 사람들에게 강한 정서적 반응을 불러일으킬 수 있다.

진행자는 이를 유념하고, 본 활동을 시작하기에 앞서 참여자들에게 자유롭게 의견을 말하거나, 잠시 쉬거나, 활동이 끝날 때까지 퇴장해 있어도 된다고 알려야 한다. 또한 진행자는 참여자가 보이는 어떠한 고통의 신호에도 주의를 기울이고 지원을 제공할 준비가 되어 있어야 한다(더 많은 정보를 위해서 진행자를 위한 지침 문서를 참고하라.).

본 활동은 참여자들이 회복 과정에서의 난관과 도움이 되는 요인들에 대해 생각해보도록 고안되었다.

참여자들에게 다음 질문을 하면서 시작하라.

- 과거 혹은 현재에 무언가로부터 회복해야 했던 시기를 떠올려보라. 예로는 신체 질병과 투쟁하는 것, 사랑했던 사람을 잃는 것, 학대의 피해자가 되는 것, 중요한 기회나 직장을 잃는 것들이 있다. 떠오르는 어떤 것이든 괜찮고, 꼭 정신건강과 관련되지 않아도 된다.
- 어떤 정서적 어려움이 있었나요?
- 긍정적이건 부정적이건, 이에 대해서 어떻게 대처했나요?
- 그 상황에서 회복할 때 무엇이 어려웠나요?

논의를 마친 후, 참여자들에게 다음 질문을 하라.

- 어떤 것이 당신이 이 상황에서 더 나아지고 극복하도록 도움을 주었나요?

참여자들이 개인적인 회복 경험에 대해 생각하고 적을 수 있도록 2-3분 시간을 주어라. 이는 회복을 하나의 여정으로 생각하도록 도와주는 데 유용할 수 있다. 한 명 이상의 사람이 그들의 경험을 자발적으로 공유할 것을 요청하라. 여기서의 목표는 집단에서 회복에 일반적으로 어떠한 것들이 포함되는지 생각하도록 하는 것이다.

다음으로 아래에 있는 표를 보여주어라.

스코틀랜드에서 실시한 연구에 따르면, 회복의 여정에 중요한 요인에는 다음이 포함된다. (13)

정체성 회복	관계
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 자신감</li> <li>- 희망과 낙관성</li> <li>- 자기 수용, 책임감, 신념과 자존감</li> <li>- 자기 효능감</li> <li>- 자의식</li> <li>- 꼬리표를 넘어서는 것</li> <li>- 권력과 자기결정 능력을 갖는 것</li> <li>- 소속감(문화적, 사회적, 공동체에서의 정체성)</li> <li>- 능동성</li> <li>- 영성</li> <li>- 대처하기</li> <li>- 주도하기</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 우정</li> <li>- 지지적인 가족관계</li> <li>- 친밀한 관계(즉, 파트너)</li> <li>- 양육하기</li> <li>- 동료</li> <li>- 반려동물</li> <li>- 서비스 전문가</li> <li>- 상호적인 신뢰와 인정</li> <li>- 희망적인 관계</li> </ul>
참여 및 의미와 목적 찾기	서비스와 지원
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 자신감</li> <li>- 희망과 낙관성</li> <li>- 자기 수용, 책임감, 신념과 자존감</li> <li>- 자기 효능감</li> <li>- 자의식</li> <li>- 꼬리표를 넘어서는 것</li> <li>- 권력과 자기결정 능력을 갖는 것</li> <li>- 소속감(문화적, 사회적, 공동체에서의 정체성)</li> <li>- 능동성</li> <li>- 영성</li> <li>- 대처하기</li> <li>- 주도하기</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 우정</li> <li>- 지지적인 가족관계</li> <li>- 친밀한 관계(즉, 파트너)</li> <li>- 양육하기</li> <li>- 동료</li> <li>- 반려동물</li> <li>- 서비스 전문가</li> <li>- 상호적인 신뢰와 인정</li> <li>- 희망적인 관계</li> </ul>

참여자들에게 질문하라.

위의 표는 당신의 회복 과정 또는 여정과 어떤 면에서 비슷하고 어떤 면에서 다른가요?

참여자들은 몇 가지 공통 요인들을 발견할 수 있을 것이다.

참여자들이 유사점들을 발견하면, 다음의 내용을 강조하라.

- 이 표에 나열된 요인들이 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들에게만 해당하는 것들이 아니라는 점이 중요하다. 모든 사람들은 자신의 삶에서 무언가로부터 회복 중이거나 회복했던 경험이 있다. 따라서 이러한 회복 요인들은 모두에게 해당될 수 있다.
- 하지만 사람들은 각자 다양한 맥락에서 다른 것으로부터 회복하므로 어떤 사람들에게는 회복이 더 어려울 수도 있다. 또한 사람들은 회복의 여정에서 각자 다른 지점에 있을 수도 있다.

### 발표: 회복 (14) (50 분)

본 발표의 목적은 회복 접근법에 대하여 소개하는 것이다. 회복 접근법은 회복과 건강권 모듈에서 좀 더 구체적으로 소개될 것임을 참여자들에게 알려주어라.

### 회복의 의미

회복의 의미는 각 사람마다 다를 수 있다. 많은 이들에게 회복이란 자신의 정체성과 삶에 대한 주도권을 되찾고, 삶에 대한 희망을 갖고, 자신에게 의미 있는 삶을 사는 것이며, 일, 관계, 공동체 참여, 영성 또는 이 중의 일부나 모든 것들을 통해 이루어질 수 있다.

이러한 회복에 대한 이해는 ‘치료받는 것’ 또는 ‘다시 정상이 되는 것’이라는 생각이나 목표로부터 벗어나게 한다. 대신에 이러한 회복의 개념은 개인이 어떠한 일을 겪어왔거나 삶의 일부에 여전히 정서적 고통이 남아있더라도, 새로운 삶의 의미와 목적을 찾고 자기 주도적인 삶을 살 수 있도록 권한을 강화하는 것에 초점을 맞춘다.

이 시점에서 참여자들에게 다음의 영상을 보여줄 수 있다.

국제 ASHA (ASHA International) (2015) 레슈마 발리아판(Reshma Valliappan), 인도, ‘당신도 회복할 수 있어요’ 프로젝트 (1분 34초) <https://youtu.be/E0YbpciUxRk> (2019년 4월 9일 접속).

레슈마 발리아판은 자신의 삶에서 회복이 어떤 의미인지에 대해 이야기한다.

- 누구나 회복의 여정에서 난관을 겪는다.
- 회복은 **고유하고 개인적**인 것이지만, 타인과의 관계와 상호작용뿐만 아니라 빈곤, 소외, 다른 인권 침해를 포함한 사회적 및 정치적 환경으로부터 많은 영향을 받는다.
- 이러한 요인들은 종종 회복에 있어 장벽이 된다.



## 회복에서의 장벽

발표의 이 시점에서 참여자들에게 다음 질문을 하라.

- 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들의 회복을 가로막는 것에는 무엇이 있나요?

집단별로 브레인스토밍하고 플립차트에 도출된 아이디어를 적도록 하라. 논의를 마친 뒤, 참여자들의 답변과 비교할 수 있도록 다음 목록을 보여주어라.

회복에는 다음과 같은 장벽이 있을 수 있다.

- 정체성, 자존감과 희망의 부족
- 잘못된 대우, 방임, 학대 또는 외상
- 빈곤
- 교육, 소득 창출, 사회적 및 기타 기회의 부족
- 가족, 친구, 사회적 및 지지 연결망과 공동체로부터 배제되는 것
- 고립감과 지원의 부족
- 낙인과 차별을 겪는 것
- 개인이 좀 더 나아지며 스스로의 삶을 주장하고 갱생할 능력을 직원이나 가족들이 믿지 않는 것
- 자신의 권리에 대해 잘 모르거나 정보를 제공받지 못한 것
- 스스로 결정을 내리는 것이 더 이상 허용되지 않거나 신뢰받지 못하는 것
- 개인의 의견이 타인들(정신건강 및 기타 실무자들, 가족 및 기타)에게 존중되지 않는다고 느끼는 것
- 회복 또는 성공에 대해 생각하는 바를 타인이 정의하는 것(예: 주변 사람들이 개인의 회복에 대해 낮거나, 지나치게 높은 기대치를 가지고 있는 것)
- 이용 가능하며, 접근 가능하고, 가격이 알맞고, 받아들일 수 있는 정신건강 및 사회복지 서비스 또는 대안의 부족
- 자신에게 도움이 될 것이라고 생각되는 상담이나 심리치료와 같은 회복 접근법과 치료를 받지 못하거나 부정당하고, 장벽에 부딪히는 것
- 정보, 치료 및 지지 선택지, 약물치료에 대한 심리사회적 치료에 대한 접근 부족
- 일반적인 애도 과정을 병리적으로 보는 것은 불필요하고 해로운 치료로 이어질 수 있다. 또한 이는 자신이 '정상적이지 않다'고 생각하게끔 만들며, 치유 과정을 방해하고, '장애의 증상'으로 간주되어 이들이 감정을 느끼는 것을 단념하도록 이끈다.
- 약물의 부정적 효과
- 정신건강 및 기타 실무자의 부정적인 태도
- 정신건강 시스템과 서비스에 종사하는 직원들에 대한 신뢰를 잃는 것
- 서비스 중단을 반대하는 가족의 과잉보호
- 회복할 수 없는 질병을 평생 가지고 살아야 한다는 말을 듣는 것

- 비슷한 경험을 해왔거나 회복 과정에 있는 다른 사람들과의 접촉 부족

이러한 문제들의 대부분은 적절한 의사소통을 통해 그리고 회복을 경험하는 사람과 그들의 가족, 동료, 다른 지원자들, 정신건강 및 기타 실무자들과 신뢰관계를 쌓으면서 해결할 수 있다. 신뢰관계를 만들기 위해서는 강압적이지 않은 개인적인 연결이 필요하다. 이것이 불가능해 보일 때도 노력을 멈추서는 안 되지만, 당사자와 교류할 수 있는 다른 사람을 찾아보는 것이 대안이 될 수 있다. 회복 중인 사람의 의지 및 선호도에 대한 존중과 이해, 적절한 의사소통을 위해 항상 노력해야 한다.

### 정신건강에서의 회복 접근법

- 이 접근법에 따르면, 회복은 사람들이 삶에서의 주도권을 되찾고, 삶의 의미와 목적을 가지도록 돕는 것을 의미한다.

- 회복 접근법에서의 회복은 증상을 치료하거나 관리하는 것을 포함할 수도, 하지 않을 수도 있다.

- 회복은 모든 사람마다 다르다. 회복은 매우 개인적인 과정이며, 중요성과 구성하는 것은 사람마다 다르다.

- 어떠한 사람에게 회복은 다음과 같은 의미를 가진다.

- 회복은 계속되는 여정이다.

- 관계를 형성하고 강화하는 것이다.

- 독립, 구직 또는 교육의 환경으로 되돌아가는 것을 포함한다.

- 회복은 공동체 생활과 활동에 다시 적극적으로 참여하는 것을 의미할 수 있다.

- 항상 그렇진 않지만, 회복은 증상이 없는 것을 의미할 수도 있다.

- 개인의 경험이 스스로에게 어떠한 의미인지를 다시 정의하는 것이다(예: 스스로를 외상의 생존자로 인식하는 것).

- 외상을 인정하고 치유할 수 있는 방법을 알아보기 위한 안전한 공간을 만드는 것을 포함한다.

- 회복은 미래에 대한 희망과 낙관성을 바탕으로 한다.

- 희망은 회복의 핵심 원칙이며, 정신건강 및 기타 실무자, 가족 구성원과 다른 지원자들이 이를 증진시켜야 한다.

- 희망은 사람마다 다르게 해석될 수 있지만, 회복에서 희망의 핵심은 ‘증상’ 여부와 무관하게 의미 있는 삶을 사는 것이 가능함을 받아들이는 것이다.

- 회복에 대한 개념의 중심에는 개인의 상황과 환경이 변할 수 있고, 개인이 이러한 상황을 관리하고 극복할 수 있다는 믿음이 있다. 이는 희망을 주는 타인과의 관계를 통해 키워 나갈 수 있다.

- 회복 접근법에서 증상, 질병 또는 장애는 꿈과 포부, 가능성이 없다는 것을 뜻하지 않는다. 따라서 꿈과 포부는 독려되고 가치 있게 여겨져야 한다.

- 연결성(connectedness)은 회복의 핵심이다.

- 사람들은 다른 구성원과 동등하게 공동체에 포함될 필요가 있다.
- 회복에는 가족과 친구와의 관계 회복 또는 새로운 의미 있는 관계를 맺는 것이 포함될 수 있다. 또한, 공동체 내 동료 지원 집단이나 다른 집단과의 교류도 이에 포함될 수 있다.

- 의미와 목적은 회복의 중요한 부분이다.

- 회복은 사람들이 삶을 다시 설계하거나 자신의 선택과 선호도에 따라 의미와 목적을 되찾도록 돕는다.
- 회복은 또한 사람들이 자신의 꿈과 삶의 목표를 이룰 수 있도록 권한을 강화하는 것이다.

- 회복은 또한 자신의 정체성을 탐색하는 것을 의미한다.

- 회복 접근법은 개인의 정체성에 위기를 가져오는 자기 낙인을 극복하도록 도울 뿐만 아니라, 스스로의 존재를 받아들이거나 자기감 및 자존감을 강화하도록 지원할 수 있다.
- 자신 스스로가 그들 삶의 전문가이기 때문에 회복은 개인과 그들의 고유한 정체성 및 자기결정권을 존중하는 것에 기반을 둔다.

- 회복은 권한 강화를 지지한다.

- 회복은 사람들의 권한을 강화하며, 다시 주도권을 갖게 하는 긍정적인 관점을 촉진한다.
- 주도권과 선택권을 가지는 것은 회복에 있어 중심적이며, 이는 본질적으로 법적 능력과 관련된다.

- 회복은 위험을 감수하는 것이다.

- 위험 감수는 회복의 여정을 시작하는데 중요한 부분이 될 수 있다.
- 결과적으로 성공하든 실패하든, 삶에서 위험을 감수하는 것은 자연스러운 일이다. 이는 삶을 살아가기 위한 필수적인 학습 과정이다. 위험을 감수하지 않고서 진보하거나 스스로의 삶을 개척할 수 없으며, 이는 정체기로 이어질 수 있다.
- 사람들이 진보하고 목표를 이루는 데 도움이 되는 긍정적인 위험 감수를 위해서는 용기와 창의성이 필요하다.

- 회복은 전체론적(holistic)이다.

- 회복이라는 행위는 단지 증상을 치료하거나 관리하는 것만이 아니다. 회복은 사회적·정서적·신체적 및 삶의 다른 측면들을 포함하여 개인을 전체적으로 보는 접근을 취한다.
- 개인의 정신건강에 부정적인 영향을 미치는 사회적 역경(예: 빈곤, 실업, 차별)을 다루는 것이 이에 포함될 수 있다.

- 회복은 외상의 치유를 포함한다. (15)
- 외상 중심적 서비스(truma-informed services)는 많은 사람들이 삶에서 외상(예: 아동기 외상, 서비스 환경에서의 학대로 인한 외상)을 경험하며, 이것이 정신적 안녕감과 삶의 질에 부정적인 영향을 끼친다는 것을 인정한다.
- 서비스는 이러한 이슈에 민감한 방식으로 케어를 제공하고, 사람들이 외상이나 재외상을 입는 것을 방지해야 한다. 이는 서비스가 내재적으로 외상을 유발하며, 회복을 저해하고, 재외상에 이르게 하는 격리, 강박, 강제 치료와 같은 폭력적이거나 강압적인 관행을 반드시 삼가야 한다는 것을 의미한다.
- 회복은 사람을 그저 문제나 장애가 아니라 한 인격체로서 보는 것을 의미한다.
- 회복은 한 사람을 전체적으로 바라보는 것으로, 개인의 능력과 강점에 초점을 두고 삶의 목표와 포부를 성취하기 위해 필요한 지원을 제공하는 것이다. 누군가가 결함으로 간주하는 것이 실제로는 그 사람과 관련된 중요한 강점일 수 있다.
- 회복과 인권은 밀접한 관련이 있다.
- 회복 접근법은 개인의 선택을 존중하며 만족스러운 삶을 살 수 있도록 지원한다.

모든 인권을 존중하는 것은 회복 접근법의 실천에 핵심적이다. 회복 접근법을 받아들이는 것은 결과적으로 인권 옹호에 기여한다.

참여자들에게 유세프(Youssef)의 경험과 두 가지의 가능성 있는 결말을 읽도록 하라. 그 뒤에 다음을 질문하라(부록1).

- 두 가지 결말 각각에서 회복이 어떻게 증진되거나 증진되지 않았는지 설명하세요.

### 시나리오 - 유세프(Youssef)

유세프는 몇 년간 깊고 무기력한 우울을 경험하고 있으며, 나아지지 않고 있다. 그는 지난 3 개월 사이 두 번의 자살 시도를 했다. 유세프는 의사인 샤르마(Sharma)에게 진료를 받고 있다. 그는 약속 장소에 도착한다.

**결말 1:** 유세프가 도착하자 샤르마는 항우울제를 다시 처방해준다. 유세프는 약국에 가서 약을 받은 뒤 자리를 떠난다.

**결말 2:** 유세프가 도착하자 샤르마는 마지막으로 방문한 이후에 어떻게 지냈는지 질문한다. 유세프가 지난 몇 주 동안 기분이 더 나빠졌다고 말하자 샤르마는 그 이유와 자신이 도와줄 수 있는 부분에 대해 질문한다. 또한 샤르마는 기분이 더 나아지기 위해 현재 유세프가 목표하고 있는 것과 미래의 목표에 대해 논의할 기회를 가진다.

유세프는 샤르마에게 삶이 외롭게 느껴지고, 자신이 직면한 상황을 이해하지 못하는 가족과 친구들로부터 멀어졌다고 말한다. 그는 또한 직장 일을 잘 하지 못하고 있어 스트레스를 받고 있고, 회복을 위해 일을 잠시 그만두어야 했다고 한다. 그는 샤르마에게 가족, 친구와의 교류가 다시 형성되고 직장으로 되돌아간다면 기분이 더 나아질 수 있을 것 같다고 이야기한다.

샤르마는 유세프가 원할 경우 그와 가장 가까운 가족과 친구와 만나서 그가 겪고 있는 상황과 그를 최대한 도울 수 있는 방법에 대해 논의할 수 있다고 제안한다. 샤르마는 힘든 시간에 대처하고 다시 일을 할 수 있도록 지원하는 사회복지사 및 지역 NGO 를 유세프와 연계시킨다. 샤르마는 또한 유세프가 지지 연결망을 다시 만들어내기 위해 연락할 수 있는 동료지원 집단 목록을 제공한다. 유세프와 샤르마는 돌아오는 주에 정기적으로 만나서 그의 회복과 회복 목표에 대해 논의하는 것을 동의한다.

결말 1은 유세프를 케어의 중심에 두지 않고, 희망을 제공하거나 그의 회복을 위해 할 수 있는 목표를 확인하거나 삶의 의미를 찾도록 하는 것에 초점을 두지 않는다. 여기서는 오직 약물로 증상을 치료하는 것에만 집중한다.

결말 2는 회복 접근법을 묘사한다. 유세프는 회복에 대한 자신의 요구사항과 목적을 결정하며, 의료 실무자는 지지적인 대화를 통해 그가 회복의 여정으로 나아갈 수 있도록 돕는다. 이 과정은 결말 1보다 오래 걸리지만, 장기적으로 유세프를 효과적으로 지원할 가능성이 높다.

발표 말미에, 참여자들이 다음 영상들을 시청하도록 하라.

회복이란 무엇인가? 유럽 정신건강(Mental Health Europe) (6 분 38 초)

<https://youtu.be/kkDi0WvoR4o> (2019 년 4 월 9 일 접속).

정신장애로부터의 회복, 패트리샤 디건(Patricia Deegan)의 강의 (4 분 08 초)

<https://youtu.be/ZdONPEyGknl> (2019 년 4 월 9 일 접속)

## 주제 4: 회복 증진하기

### 소요시간

약 1 시간 15 분

### 발표: 무엇이 회복(recovery)을 돕는가? (20 분)

회복 접근법의 핵심적인 특징 중 하나는 개인이 어떠한 회복을 추구하는지에 대한 결정이 정신건강 및 기타 실무자, 가족이나 타인에게 달려있지 않다는 것이다. 이는 회복의 여정 중에 있는 개인이 결정해야만 한다.

정신건강 및 기타 실무자를 포함한 다른 이들의 역할은 당사자와 함께 회복의 여정을 가능한 최선의 방법으로 돕는 것이다. 효과적인 지원의 핵심적인 요소는 다음과 같다.

- 좋은 의사소통 기술을 이용하는 것(예: 적극적인 경청, 희망에 초점을 둔 긍정적 메시지 사용). 의사소통 기술에 대한 좀 더 많은 정보는 정신건강 및 안녕감을 위한 회복 활동 모듈에서 제공된다.
- 당사자가 경험을 통한 전문가가 될 수 있으며, 이러한 전문기술은 정신건강 및 기타 실무자들이 전문적 훈련과 경험을 통해 갖게 된 기술과 전문성만큼이나 유효하다는 것을 이해하고 인정한다. 회복 접근법은 회복이 자신에게 의미하는 바를 알아보고 이를 표현하도록 격려하는 것을 뜻한다.

### 회복과 사회적 포용(social inclusion)

- 사회적, 교육적, 훈련, 봉사 및 취업에 참여하는 것은 개인의 회복을 돕는다.
- 서비스는 사람들이 진보하며 공동체에서 자신의 자리를 되찾거나 만들 수 있도록 권한을 강화해야 한다. 따라서 공동체로부터 개인을 고립시키는 케어에 대한 시설 모델은 회복 접근법과 부합되지 않는다.
- 우리 모두는 포용과 개방성을 증진시킴으로써 당사자들의 회복을 돕는 역할을 맡는다.

### 회복 계획

회복 계획은 회복 여정을 안내하고, 그들이 삶에 대한 주도권을 쥐거나 다시 얻고, 삶의 의미와 목적을 찾기 위해 개인이 기록하고 실행하는 문서이다.

회복 계획은 다음과 같은 면에서 유용한 도구일 수 있다.

- 삶의 방향을 정하고 앞으로 나아갈 수 있도록 돕는다.
- 그들이 원할 경우, 자신의 삶에서 중요한 사람들(가족, 친구, 동료, 의료 실무자 및 기타 타인 등)의 지원을 받도록 돕는다.

회복 계획은 당사자의 회복을 돕기 위한 잠재적인 도구이지, 그것 자체가 목적은 아니라는 점을 유념하는 것이 중요하다.

또한, 어떤 사람들은 그 순간에 도움을 받고 관계를 형성하는 것이 좀 더 유용하다고 생각할 수도 있으며, 삶의 목표를 이루는 데 계획이 필요하지 않을 수도 있다.

### 회복 계획은 어떻게 구성되는가?

- 회복 계획은 개인의 삶의 목표를 개관한다. 개인에 따라 친구와의 관계 회복, 학교로 돌아가기, 힘든 상황을 관리하기 등이 포함될 수도 있다.
- 계획은 이러한 목표들을 성취하기 위해 어떻게 작업해 나갈 것인지를 약속한다.
- 계획은 관련된 사람들에 의해 작성되며, 지원과 케어에 대한 그들의 선택, 의지와 선호도를 반영한다.
- 상황이 악화되는 것을 방지하기 위해 실행가능한 조치를 기재함으로써 고통에 대처하기 위한 개별적인 계획도 포함할 수 있다.
- 회복 계획은 또한 케어와 치료에 대한 사전 지시를 포함할 수도 있다.

본 주제는 정신건강 및 안녕감을 위한 회복 활동 모듈에서 더 구체적으로 설명된다. 또한 정신건강과 안녕감을 위한 인간 중심적 회복 계획 모듈에서 회복 계획 양식을 확인할 수 있다.

#### 활동4.1: 회복 증진에서 개인, 가족, 친구, 기타 지원가의 역할 (20분)

본 활동의 목적은 회복 접근법을 촉진하는 것이 개인 차원에서 어떻게 시작될 수 있는지를 참여자들이 탐색해보도록 하는 것이다. 그 다음에 가족, 친구와 기타 지원가들이 회복 과정에서 어떠한 중요한 역할을 하는지 알아본다.

집단에게 다음 질문을 하라.

- 어떻게 자기 자신의 회복을 증진시킬 수 있을까요?

다음과 같은 답변들이 나올 수 있다.

- 기분이 나아지게끔 하는 활동을 하며, 안녕감을 유지하고 증진하는 전략을 찾는다.
- 성장과 자기 이해를 위한 문화적 및 영적인 활동을 알아본다.
- 자신의 잠재력을 제한하는 권한을 약화시키는 꼬리표와 이야기를 받아들이지 않는다. 유사한 종류의 삶을 살았는지 여부와 상관없이, 서로의 지식과 자율성을 가치 있게 받아들이는 동료이자 동등한 존재로서 행동할 수 있는 사람들과의 관계를 형성한다.

- 학대와 차별의 경험을 자신의 탓으로 돌리지 않는다.
- 다른 사람들에게 회복이 가능하며, 자신이 회복의 중심에 있고 스스로 삶에서의 결정권을 행사한다는 것을 명확히 말한다.
- 회복 과정에서 유용한 것으로 발견한 전략들을 바탕으로 자신만의 계획을 세운다.
- 다른 사람들의 경험을 경청하고 자신의 이야기를 공유한다.
- 지역사회에 더 적극적으로 참여할 수 있는 기회를 알아본다.

참여자들이 첫 번째 질문에 답하고 나면, 다음의 질문을 하라.

- 가족과 다른 지원자들은 어떻게 회복을 촉진시킬 수 있을까요?

다음과 같은 답변이 나올 수 있다.

- 서비스와 지원자들이 당사자를 대신하여 결정하지 않고, 치료와 케어 및 삶의 다른 영역에 대한 당사자의 의견, 결정과 선택을 반드시 존중한다(본 주제에 대한 좀 더 많은 정보는 '법적 능력 및 결정권' 모듈과 '의사결정지원 및 사전 계획' 모듈에서 확인할 수 있다).
- 의견 차이가 발생할 가능성을 인정하되, 궁극적으로 개인의 선택이 존중되어야 한다. 당사자가 스스로 선택하고 그들의 정체성과 자신이 경험하고 있는 것에 대한 이해를 확립할 권리를 지원한다.
- 웰니스를 유지하고 향상시키는 데 도움된다고 생각하는 지원 선택지와 전략을 더 알아본다.
- 지역 공동체에 적극적으로 참여할 수 있도록 돕는다.
- 당사자를 가족 생활에 포함시키고, 다른 가족 구성원과 동등한 기준으로 결정한다.
- 건강관리 서비스와 지역 기관으로부터 차별없이 평등한 대우를 받는 것이 보장되도록 돕는다.

#### 활동 4.2: 사람들의 회복 경험담 (20분)

오픈 패러다임 프로젝트(Open Paradigm Project) 영상에 포함된 세 가지 개인적인 회복 경험담을 선택하라.

##### 오픈 패러다임 프로젝트:

<https://youtu.be/wbu6VWhe86U> (2019년 4월 9일 접속).

- 셀리아 브라운(Celia Brown) (7분15초):  
[https://youtu.be/7cEj\\_rE5Z-c](https://youtu.be/7cEj_rE5Z-c) (2019년 4월 9일 접속)
- 오릭스 코언(Oryx Cohen) (4분 03초):  
<https://youtu.be/0k0odQZZlBI> (2019년 4월 9일 접속)
- 세라 다비도우(Sera Davidow) (5분 46초):  
<https://youtu.be/IEvYDb7f7dk> (2019년 4월 9일 접속)



위의 링크를 통해 다음 사람들의 개인적인 경험담을 확인할 수 있다(Celia Brown, Oryx Cohen, Sera Davidow, Sean Donovan, Dorothy Dundas, Will Eberle, Dr Dan Fisher, Jenna Fogle, Marty Hadge, Leah Harris, Michael Kerins, Amy Long, Daniel Mackler, Iden McCollum, Steven Morgan, Matt Samet, Cheryl Sharp, Laura Nicole Sisson, Ciceley Spencer, Lauren Spiro, Leonard Roy Frank, Lauren Spiro, Michael Therrien Jr, Faith Rhyne, Anne Weaver, Paris Williams, Michael Wilusz).

위에 제시된 세 사람은 본 훈련 자료에 중요한 기여를 하였다.

세 영상을 시청한 다음, 당사자들의 회복의 여정 동안 어떤 것이 중요했는지에 대한 참여자들의 생각을 공유하도록 하라.

## 주제 5:

# 회복 증진에서 실무자와 정신건강 및 사회복지 서비스의 역할

### 소요시간

약 40 분

### 활동 5.1: 정신건강 및 사회복지 서비스에서 회복 증진을 위한 활동 개선하기 (40 분)

본 활동의 목적은 참여자들로 하여금 그들에게 친숙한 정신건강 또는 관련 서비스에 대해 구체적으로 떠올려보고, 회복에 대해 학습한 내용을 서비스 내에서의 지속가능한 변화로 전환하는 방법을 생각하도록 장려하는 것이다. 옹호와 인식 제고와 같은 광대한 형태의 활동뿐만 아니라 서비스 내에서 일상적으로 실천할 수 있는 구체적인 활동들을 생각하는 것이 중요하다.

본 활동을 위해 다음 제시된 표와 같이 플립차트에 세 개의 열을 만들어라.

**A 열:** 회복 접근법을 지원하기 위한 직원과 서비스 관행의 변화

**B 열:** 잠재적인 장벽

**C 열:** 장벽을 극복하기 위한 단계

먼저, 참여자들이 정신적 안녕감을 더욱 지지하고 회복 접근법을 실현하기 위해 서비스 내에서 일어나야 하는 변화를 브레인스토밍 하도록 하라. 변화를 위한 아이디어 모두를 A열에 기입하라.

### A) 회복 접근법을 지원하기 위해 직원과 서비스 관행에 어떤 변화 또는 개선이 필요한가요?

다음과 같은 답변이 나올 수 있다.

- 강제적이고, 해롭고, 학대적인 관행을 즉시 중단한다.
- 개인의 삶, 신체, 이야기와 회복 여정에 대한 주도권을 존중한다.
- 서비스 차원에서 상황에 대처하기 위해 즉각적인 조치를 취하기 위한 책임을 가진다.
- 지역사회 내에서의 포용에 더 초점을 맞춘다.
- 개인의 권한 강화와 의사결정력을 지지한다.
- 그들이 바라는 대로 가족, 친구, 동료 혹은 타인과의 관계를 회복함으로써 사회적 고립을 극복하고 사회적 연결망을 형성할 수 있도록 돕는다.
- 사회복지 서비스와 상담, 주거, 고용기관과 같은 다른 지역사회 주류 서비스와 지원에 개인을 연계해준다.
- 훈련과 기술을 개발할 수 있는 기회를 제공한다(예: 직업 훈련, 유급 고용과 기타 관련된 기술 또는 교육적 훈련).

- 서비스 내 동료지원을 장려하고 촉진시킨다.
- 자신이 원할 때 자유롭게 정신건강 또는 기타 실무자와 상담할 수 있도록 편안하고 환영하는 분위기를 형성한다.
- 개인이 고민을 논의하고 의견을 표현하며 자기 삶의 주도권을 잡도록 장려한다.
- 회복에 대한 개인적 목표를 확인하고, 유용할 경우 스스로 혹은 신뢰하는 사람의 도움을 받아 회복 계획을 작성하고 이를 따르도록 장려한다.
- 자비와 친절을 발휘한다.
- 개인이 영적, 종교적 및 문화적 자산과 경험을 원한다면 이를 지원한다(예: 기도실, 종교적 경전, 전통문화적 치유).
- 개인적 선호도에 따라 사기를 높이고 치료적인 경험에 접근하도록 도움을 준다(예: 예술, 음악, 자연, 스포츠, 일기 작성, 자조).
- 사람들이 이용할 수 있는 다양한 지원 선택지에 대한 충분한 정보를 제공한다.
- 직원들에게 개인의 권리에 대해 교육하고 국제 인권 기준을 숙지하도록 한다.
- 직원들이 개인, 그들의 가족과 케어 파트너에게 상담, 정보, 교육, 지원을 제공할 수 있는 기술을 갖도록 한다.
- 다양한 사람들의 회복을 직원이 돕거나 방해하는 방식에 대해 직원들 스스로가 숙고하고 비판적인 평가를 하도록 촉진한다(예: 차별, 젠더 감수성이 있는 서비스, 사람들의 다양한 필요사항과 배경에 대처하는 최선의 방법 등).
- 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람 혹은 다른 서비스 이용자로부터 배우고 변화하는 것에 개방적인 태도를 갖는다. 당사자가 경험을 통한 전문가임을 인정한다.
- 서비스 개정, 운영, 관리와 같은 서비스의 모든 단계에 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들이 포함되도록 한다.
- 서비스 계획 및 제공에 있어서 가족, 케어 파트너, 친구와 기타 지원자들의 참여를 환영한다.
- 몇몇 사람들이 겪은 외상을 인식하고, 이를 다루기 위해서 외상 중심적 접근법을 도입한다.

일부 참여자들, 특히 정신건강 및 기타 실무자는 상기 언급한 행위들을 실천하기 위한 자원과 시간이 부족하다는 점에 우려를 표할 수 있다. 이는 개방적으로 논의되어야 한다. 이 시점에서 진행자는 옹호와 로비 활동이 올바른 방향으로 변화를 만들어가는 데 핵심적임을 강조할 수도 있다. 또한 본 활동에서와 마찬가지로 간단하게나마 숙고하는 것이 서비스 개선의 중요한 첫 걸음이라고 강조할 수 있다.

브레인스토밍 활동을 마친 후, A열에 기입된 각 변화들을 다시 살펴보고 집단에게 다음의 질문에 대해 생각해보도록 하라.

## **B) 어떤 장벽이 이러한 방법을 실천하기 어렵게 만들까요?**

## **C) 이러한 장벽을 극복하기 위해 무엇을 할 수 있을까요?**

참여자들이 선택지들을 단기·중기·장기로 구별하도록 요청하는 것이 중요하다. 이는 서비스 내 문화를 바꾸는데 시간이 걸리며, 모든 결과가 즉시 성취되지는 않는다는 것을 강조할 기회이다.

다음 표는 회복 접근법을 실천하고 회복의 여정에 있는 사람들을 돕기 위한 단계들의 예시를 포함한다. 진행자는 논의를 위해 몇 개의 예시를 선택하여 참여자들의 아이디어에 추가할 수 있다.

서비스 X에서의 회복 접근법 실천		
A	B	C
<b>회복 접근법을 지원하기 위한 직원 및 서비스 관행의 변화</b>	<b>잠재적인 장벽</b>	<b>장벽을 극복하기 위한 단계</b>
<b>예시 1: 고용과 경제적 안정을 통해 사람들이 지역사회에 포함되도록 지원하라.</b>	<p>모든 사람들이 할 수 있는 직업은 매우 적다.</p> <p>직원들이 이 역할을 담당하기에는 시간과 자원이 부족하다.</p>	<p>직원들은 사람들을 소득창출 기회나 훈련을 제공해주는 NGO에 연결해줄 수 있다.</p> <p>정책 변화와 추가적인 자원을 위해 준비하라.</p>
<b>예시 2: 회복에 대한 개인적인 목표를 확인하고 회복계획을 세우기 위해 함께 작업하라.</b>	<p>이 접근법은 각 사람 당 더 많은 시간과 관심을 필요로 하며, 의료 실무자가 부족하고 자원이 적은 서비스에서는 어려울 수 있다. 계획을 계속해서 갱신하며 진전 사항에 대해 논의하는 것도 시간 소모적이다.</p> <p>개인적인 목표에 대해 소통하는데 있어 겪는 어려움</p> <p>직원들은 자신이 사람들의 치료와 회복을 위해 무엇이 가장 좋은지 안다고 생각할 수 있다.</p>	<p>비의료 실무자를 포함하여 회복 계획을 세우는데 도움을 줄 수 있는 사람들을 더 많이 훈련시켜라.</p> <p>서비스 전반에서 프로그램 또는 시스템을 개발하여 사람들이 본인의 바람에 따라 회복 계획을 논의하고 발전시키며 검토할 수 있도록 하라.</p> <p>개인의 회복 목표를 이해할 수 있도록 비언어적인 의사소통을 포함하여 다양한 의사소통 방법을 살펴보아라.</p> <p>회복에 대한 기관 문화와 직원의 태도를 바꾸어라. 서비스 내의 회복 훈련은 회복을 이루는데 중요한 수단이 될 수 있다.</p> <p>서비스 내 회복의 원칙을 추진할 대변인을 알아보아라.</p>

<p><b>예시 3: 일방적이고 지시적인 의사소통 대신 양방향적 의사소통을 통해 특정한 서비스와 케어 선택지 제안에 대한 사람들의 선호도를 질문하라(예: ‘당신은 이 형태의 케어와 치료를 받아야 합니다’ 대신에, ‘가능한 지원 선택지에는 이러한 것들이 있습니다. 무엇이 당신에게 가장 도움이 될 거라고 생각하나요?’).</b></p>	<p>약속된 회기 내에서 시간이 부족하여 사람들의 선호도에 대해 묻고 논의하는 데 한계가 있다.</p> <p>사람들이 제안된 치료에 동의하지 않을 경우, 직원들이 제시할 대안을 잘 모르거나 최적의 케어를 제공하지 못하는 것을 우려할 수 있다.</p>	<p>약속시간 내에 케어 선택지와 선호도를 논의하기 위해 따로 두거나, 다음 약속 전까지 선택지와 선호도에 대해 생각해오면 그 뒤에 이를 논의하고 가능하면 결정하는 것에 동의하라. 제안에 동의하지 않는 이유를 묻고, 그들이 우려하는 점을 경청하고 존중하라. 이러한 우려를 다루고, 가능한 다른 선택지에 대해서도 논의하라. 개개인마다 고유한 사회적 배경이 있고, 회복은 개인적인 것이며, 직원은 사람들을 위한 최적의 수단이 무엇인지 모를 수 있다는 사실을 상기시켜라.</p> <p>사람들이 자신의 케어와 회복을 주도하도록 격려해야 함을 기억하라. 자신의 선택권이 빼앗기고 원치 않은 치료를 강요 받는 사람이 어떻게 느낄지 다시 알려주어라.</p> <p>자비와 존엄, 존중의 마음으로 모든 사람들을 대하라.</p>
<p><b>예시 4: 회복 접근법 서비스를 이용하는 동료와 사람들에게 정보를 공유하고 이야기하라.</b></p>	<p>동료들은 정신건강 케어를 시행하기 위한 새로운 방법을 배우지 않고 작업하는 것에 압도될 수 있다. 또한 그들은 실제와 달리 이미 회복 지향적인 케어를 시행하고 있다고 생각할 수도 있다.</p>	<p>서비스 이용자나 직원들이 개인적으로 시간이 될 때 읽거나 시청할 수 있도록 자료표 또는 회복에 대한 경험담, 영상이 담긴 링크를 제공하라.</p>
<p><b>예시 5: 지역사회 자원 및 기구에 대해 이용가능한 안내책자나 자료표를 만들어라 (예: 지역사회 내 NGO에서의 소득 창출 프로그램, 주거, 음식 또는 기타 보조금과 같은 사회적 서비스를 위한 정부 기관, 교육과 직업 훈련과 기회, 동료지원 집단, 사회적 및 문화적 프로그램, 활동과 행사 등). 책자는 직원이나 서비스 이용자들이 정신건강 분야 이외의 다른 서비스에 연계되길 바랄 때 손쉽게 사용될 수 있다.</b></p>	<p>직원들이 지역사회의 모든 자원에 대한 충분한 지식을 가지고 있지 않거나, 자원에 대한 포괄적인 안내 가이드를 만들 시간이 부족할 수 있다.</p>	<p>각 직원이 지원 안내서의 일부분을 조사하고 기여할 수 있도록 집단 활동을 만들어라. 자원에 대한 안내를 위해 지역사회 내 다른 기관과 지식과 업무를 공유하고, 서비스 이용자들이 어떤 종류의 지역사회 자원에 대해 알고 싶어하고 접근하기를 원하거나 이용했었는지 의견을 전달하도록 하라.</p>

<p><b>예시 6: 사람들이 이해받고 경청된다고 느끼도록 돕기 위해 적극적인 경청 기술을 사용하라.</b></p>	<p>직원들은 때때로 소진되었다고 느끼거나, 사람들의 요구사항에 완전히 주의를 기울이는 것이 불가능할 수 있다.</p> <p>직원들이 적극적 경청을 하는 방법에 대해 적절한 훈련을 받지 못했을 수 있다.</p>	<p>소진감이 느껴지는 것을 깨닫고, 집 또는 직장에서 스스로를 케어하기 위한 시간과 장소를 알아보는 데 특별히 주의를 기울여라. 도움을 받기 위해 지도관리자나 동료에게 이야기하라.</p> <p>본 문제에 대해 지도관리자와 상담하거나, 책, 규정집 또는 온라인 자료를 통해 알아보아라.</p>
<p><b>예시 7: 서비스 주변에 유익한 자료나 장식품(예: 포스터, 예술작품 등)을 붙여, 회복과 희망의 메시지를 전달하라.</b></p>	<p>직원이 그러한 자료를 어디서 구하는지 잘 모르거나, 이를 마련하기 위한 서비스 재정이 부족할 수 있다.</p> <p>직원들은 서비스 내에 어떤 종류의 자료나 장식품을 두어야 할지 잘 모를 수도 있다.</p>	<p>온라인에서 자료를 검색하라.</p> <p>서비스를 이용 중이거나 이전에 이용했던 사람들이 서비스 주변에 희망과 회복의 메시지가 담긴 자료를 만들 수 있도록 장려하라. 사람들이 이러한 활동에 통제권과 주도성을 가지도록 하라. 관련될 경우, 그들의 작업에 대한 적절한 보수를 주어라.</p> <p>자료를 구입하기 위한 자금을 요청하라. 사람들의 아이디어와 의견을 묻고, 회복 지향적 공간을 만든 다른 서비스로부터 배우거나, 아이디어 구상을 위해 본 문제에 대한 책과 기사를 읽어라.</p>
<p><b>예시 8: 젠더 감수성이 있고 다양성에 민감한 방법으로 회복에 접근하고, 서비스를 제공하는 최선의 방법을 위해 직원들이 지원과 교육을 받도록 하라.</b></p>	<p>직원들은 자신의 경험 밖의 다양하고 복잡한 특징이 있는 사람들(예: 성별, 문화, 또는 사회경제적 상태와 관련된 요구)을 대할 때 준비되어 있지 않거나, 불가능하다고 느낄 수 있다.</p>	<p>정기적인 훈련 시간, 모임 또는 회의를 정해, 안녕감을 느끼는 데 있어 사회적 장벽을 맞닥뜨린 개인의 회복을 지원할 최선의 방법에 대해 논의하고 브레인스토밍하라. 이러한 회기들은 살아있는 경험을 한 사람, 정신건강 케어에서의 비차별성을 옹호하는 다른 서비스 및 지역사회 집단으로부터 정보를 얻을 수 있다.</p>

## 훈련을 마치며 (5 분)

참여자들에게 다음을 질문하라.

이번 회기를 통해 배우게 된 세 가지 핵심 메시지에 어떤 게 있나요?

본 훈련 회기에서의 교훈에 대해 논의하라.

- 정신건강, 안녕감과 회복은 본질적으로 개인적인 것이다.
- 인권을 존중하는 것은 정신건강과 안녕감을 보장하고 회복을 증진하는 데 있어 핵심적이다.
- 정신건강과 안녕감 증진에 있어 공정하고 포용적인 공동체를 만들도록 하는 것이 필수적이지만, 아직까지 등한시된 부분이 있다.
- 개인과 서비스는 회복의 여정에 있는 사람들을 지원하기 위해 많은 것을 할 수 있다.

## 참조

1. Guidelines on language in relation to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society; 2015. (<https://www.bps.org.uk/system/files/user-files/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/Guidelines%20on%20Language%20web.pdf>, accessed 18 November 2018).
2. Understanding psychiatric diagnosis in adult mental health. Leicester: British Psychological Society; 2016. (<https://www.bps.org.uk/system/files/user-files/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/DCP%20Diagnosis.pdf>, accessed 19 February 2017).
3. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). United Nations (UN) General Assembly Resolution A/RES/61/106, 24 January 2007. New York (NY): United Nations; 2007. (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>, accessed 20 November 2018).
4. Schrank B, Brownell T, Riches S, Chevalier A, Jakaite Z, Larkin C, et al. Staff views on wellbeing for themselves and for service users. *J Ment Health*. 2015;24(1):48–53. doi: 10.3109/09638237.2014.998804.
5. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):227-37. doi: 10.1177/1745691614568352.
6. Constitution of the World Health Organization – Preamble. Adopted in New York, NY, at the International Health Conference, 19 June to 22 July 1946. Geneva: World Health Organization; 1946. (<http://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>, accessed 2 February 2017).
7. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14 (E/C.12/2000/4) on the right to the highest attainable standard of health at the Twenty-second session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 25 April–12 May 2000. Geneva: United Nations Economic and Social Council; 2000. ([https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en), accessed 18 November 2018).
8. Young SL, Taylor M, Lawrie SM. First do no harm. A systematic review of the prevalence and management of antipsychotic adverse effects. *J Psychopharmacol*. 2015;29(4):353–62. doi: <https://doi.org/10.1177/0269881114562090>.
9. European Society of Cardiology (ESC). Heart attack patients prescribed antidepressants have worse one-year survival. Rockville (MD): ScienceDaily; 2018. ([www.sciencedaily.com/releases/2018/03/180303095445.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2018/03/180303095445.htm), accessed 18 November 2018).



10. Maslej MM, Bolker BM, Russell MJ, Eaton K, Durisko Z, Hollon SD, et al. The mortality and myocardial effects of antidepressants are moderated by preexisting cardiovascular disease: a meta-analysis. *Psychother Psychosom.* 2017;86:268-82. doi: <https://doi.org/10.1159/000477940>.
11. Equal treatment: closing the gap – a formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems: Part 1 of the DRC's formal investigation report [online publication]. Stratford upon Avon: Disability Rights Commission; 2006. (<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/DRC-Health-FI-main.pdf>, accessed 2 February 2017).
12. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ.* 2013;346:f2539. Epub 21 May 2013. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f2539>.
13. Realising recovery: learning materials. Edinburgh: NHS Education for Scotland (NES) and the Scottish Recovery Network; 2011. ([http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental\\_health-all\\_modules.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/376420/13875-nes-mental_health-all_modules.pdf), accessed 2 February 2017).
14. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry.* 2011;199(6):445-52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
15. Sweeney A, Clement S, Filson B, Kennedy A. Trauma-informed mental healthcare in the UK: what is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal.* 2016;21(3):174-92. doi: <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2015-0006>.

## 부록 1: 시나리오

### 주제 3: 발표: 유세프(Youssef)의 회복

유세프는 몇 년간 깊고 무기력한 우울을 경험하고 있으며, 나아지지 않고 있다. 그는 지난 3개월 사이 두 번의 자살 시도를 했다. 유세프는 의사인 샤르마(Sharma)에게 진료를 받고 있다. 그는 약속 장소에 도착한다.

**결말 1:** 유세프가 도착하자 샤르마는 항우울제를 다시 처방해준다. 유세프는 약국에 가서 약을 받은 뒤 자리를 떠난다.

**결말 2:** 유세프가 도착하자 샤르마는 마지막으로 방문한 이후에 어떻게 지냈는지 질문한다. 유세프가 지난 몇 주 동안 기분이 더 나빠졌다고 말하자 샤르마는 그 이유와 자신이 도와줄 수 있는 부분에 대해 질문한다. 또한 샤르마는 기분이 더 나아지기 위해 현재 유세프가 목표하고 있는 것과 미래의 목표에 대해 논의할 기회를 가진다.

유세프는 샤르마에게 삶이 외롭게 느껴지고, 자신이 직면한 상황을 이해하지 못하는 가족과 친구들로부터 멀어졌다고 말한다. 그는 또한 직장 일을 잘 하지 못하고 있어 스트레스를 받고 있고, 회복을 위해 일을 잠시 그만두어야 했다고 한다. 그는 샤르마에게 가족, 친구와의 교류가 다시 형성되고 직장으로 되돌아간다면 기분이 더 나아질 수 있을 것 같다고 이야기한다.

샤르마는 유세프가 원할 경우 그와 가장 가까운 가족과 친구와 만나서 그가 겪고 있는 상황과 그를 최대한 도울 수 있는 방법에 대해 논의할 수 있다고 제안한다. 샤르마는 힘든 시간에 대처하고 다시 일을 할 수 있도록 지원하는 사회복지사 및 지역NGO를 유세프와 연계시킨다. 샤르마는 또한 유세프가 지지 연결망을 다시 만들어나가기 위해 연락할 수 있는 동료지원 집단 목록을 제공한다. 유세프와 샤르마는 돌아오는 주에 정기적으로 만나서 그의 회복과 회복 목표에 대해 논의하는 것을 동의한다.

## 회복과 건강권

# Recovery and the right to health

세계보건기구 쉐리티라이츠 핵심 훈련  
(WHO QualityRights Core Module)

발행인	이유상 / 용인정신병원 진료원장, WHO 협력센터 센터장 이효진 / 의료법인용인병원유지재단 용인정신병원 이사장
번역 및 편집	정나래 / 용인정신병원 임상심리과장, WHO 협력센터 학술부장 전민정, 전해수, 유도원 / 용인정신병원 임상심리과
발행처	용인정신병원 WHO 협력센터 Yongin Mental Hospital, WHO Collaborating Centre for Psychosocial Rehabilitation and Community Mental Health
발행일	2023년 7월 31일
주소	17089 경기도 용인시 기흥구 중부대로 940
전화	031-288-0270
홈페이지	<a href="https://www.yonginmh.co.kr">https://www.yonginmh.co.kr</a>
ISBN	979-11-983373-2-0 979-11-983373-1-3 (세트)

© 용인정신병원 2022

본 번역본은 세계보건기구(WHO)에 의해 작성되지 않았습니다.  
WHO는 본 번역본의 내용 또는 정확도에 책임이 없습니다.

영문판 원본 [Recovery and the right to health]  
제네바: 세계보건기구; [2019]. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO는  
법적 구속력이 있는 정식 문서입니다.

이 번역 원본은 CC BY-NC-SA 3.0 IGO에서 사용할 수 있습니다.