

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 모듈은 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 모듈은 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.

비매품/무료
04510



9 791198 337320

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



WHO/Tania Habjouqa

과정 안내서

격리, 강박 및 기타 강압적인 관행을 근절시키기 위한 전략

격리, 강박 및 기타 강압적인 관행을 근절시키기 위한 전략

세계보건기구 퀄리티라이츠 전문화된 훈련

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 [Strategies to end seclusion and restraint]
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: 회복이란 무엇인가.....	2
주제 2: 격리와 강박 정의하기	4
주제 3: 개인적인 경험 및 격리와 강박의 영향	12
주제 4: 격리와 강박에 대한 가정에 도전하기	19
주제 5: 긴장된 상황을 인식하기와 성공적 대응의 요소들	27
주제 6: 민감성과 고통의 신호를 파악하고 대응하기 위해 개별화된 계획	33
주제 7: “네”, “할 수 있습니다” 라고 말하는 문화를 조성하기	36
주제 8: 지지적인 환경과 편안한 공간의 사용	39
주제 9: 긴장되고 갈등적인 상황의 점진적 약화	42
주제 10: 대응팀	44
주제 11: 격리와 강박을 근절시키기 위한 조치	49
참조	53
부록 1: 시나리오	60
부록 2: 격리와 강박에 대해 살아있는 경험을 한 사람들의 인용문.....	62
부록 3: 개별화된 계획 만들기	65
부록 4: 격리와 강박을 근절시키는 개인적인 행동들.....	66
부록 5: 격리와 강박을 근절시키는 서비스 수준의 행동들	67

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, Acui 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

V

격리, 강박 및 기타 강압적인 관행을 근절시키기 위한 전략
세계보건기구 웰리티라이즈 전문화된 훈련

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)

Peer Advocacy in Action

Video produced and directed by David W. Barker, Createus Media Inc. (www.createusmedia.com)
© 2014 Createus Media Inc., All Rights Reserved. Used with permission by the World Health Organization. Contact 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 – 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)

UNCRPD: What is Article 12 and Legal Capacity?

Video produced by Mental Health Europe (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)

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 뒷받칩니다. 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 제공자이건 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 길 이 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 제공하는데 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(International Dementia 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 이용자들과 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

- 이 훈련의 결과로, 참여자들은 다음을 학습할 수 있다.
- 격리와 강박을 사용하는 정신건강 서비스의 관행을 정의할 수 있다.
 - 정신건강 및 사회복지 서비스 전문가들과 서비스를 이용하는 사람들에 대한 격리와 강박의 신체적 및 심리적인 영향을 논의할 수 있다.
 - 격리와 강박이 어떻게 인권을 침해하는지 이해할 수 있다.
 - 정신건강 및 사회복지 서비스에서 격리와 강박을 사용하는 것에 대한 이유를 이해하고 그 이유에 도전할 수 있다.
 - 정신건강 및 사회복지 서비스에서 격리와 강박을 근절시키기 위해 이행 가능한 다른 전략에 대한 지식과 기술을 구축할 수 있다.

주제

- 주제 1: 회복이란 무엇인가?(10 분)
- 주제 2: 격리와 강박 정의하기(2 시간 40 분)
- 주제 3: 개인적인 경험 및 격리와 강박의 영향(3 시간 30 분)
- 주제 4: 격리와 강박에 대한 가정에 도전하기(1 시간 25 분)
- 주제 5: 긴장된 상황을 인식하기와 성공적 대응의 요소들(1 시간 35 분)
- 주제 6: 민감성과 고통의 신호를 파악하고 대응하기 위해 개별화된 계획(1 시간)
- 주제 7: “네”, “할 수 있습니다”라고 말하는 문화를 조성하기(40 분)
- 주제 8: 지지적인 환경과 편안한 공간의 사용(55 분)
- 주제 9: 긴장되고 갈등적인 상황의 점진적 약화(15 분)
- 주제 10: 대응팀(1 시간)
- 주제 11: 격리와 강박을 근절시키기 위한 조치(2 시간 10 분)

주의사항:

강압, 폭력 및 학대로부터의 자유 핵심 모듈은 정신건강 및 사회복지 서비스에서 일어나는 모든 범위의 강압적인 관행들에 대해 언급한다. 본 모듈은 위의 핵심 모듈에서 토론된 많은 전략에 대한 내용을 덧붙여 고안하였다. 이와 같이 본 모듈에서 토론되는 전략은 전반적으로 강압적인 관행을 근절시키는 것과 관련 있다.

필요한 자료

격리 및 강박을 근절시키는 전략에 대한 강의 자료(세계보건기구 웰리티라이츠 전문화된 훈련 코스 슬라이드)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, 자유롭게 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: 시나리오

(선택)부록 2: 격리와 강박에 대해 생생한 경험을 한 당사자들의 인용문

부록 3: 개별화된 계획 만들기

부록 4: 격리와 강박을 근절시키는 개인적인 행동들

부록 5: 격리와 강박을 근절시키는 서비스 수준의 행동들

소요시간

약 15 시간

참여인원

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

중요한 알림 사항

이 모듈을 진행함에 있어서 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들 중 폭력, 강압 및 학대를 경험한 사람들에게 정신건강 및 다른 실무자들과 분리하여 독립적으로 발언할 기회를 주는 것이 필요할 수 있다. 진행자는 토론을 허용하기 위해 훈련에 앞서 이 회기를 운영할 것을 고려해야 한다.

훈련을 진행하는 동안, 트라우마를 겪었던 경험 있는 한 명 또는 그 이상의 사람들이 확실히 역할을 수행하는 것이 필요할 수 있다.

활동 3.1, 선택지 1: 만일 이 선택지를 고른다면, 회기를 시작하기 전에 진행자는 격리 및 강박의 경험을 나눌 수 있는 한 명 또는 두 명의 강연자를 확인하고 초청해야 한다.

활동 3.6, 선택지 1: 만약 이 선택지를 고른다면, 진행자는 회기를 시작하기 전에 격리 및 강박을 시행한 적이 있고, 자신의 경험을 나누기를 희망하는 실무자나 직원이 있는지 확인하고 초청할 필요가 있다.





서론

격리와 강박은 신체적·정신적 해로움에 이르는 것으로, 도처의 많은 나라들의 정신건강 및 사회복지 서비스에서 널리 보편화된 관행들이다. 많은 직원들은 해로움이나 위험으로 인식되는 사람들을 보호한다는 명목으로 이 관행들을 사용하게 된다. 이러한 관행들을 광범위하게 시행하도록 기여하는 요인에는 서비스를 이용하는 사람들을 비인간적으로 대하는 서비스 문화 및 이를 사용하게 하는 국가적 법률 또는 정책을 들 수 있으며, 이렇듯 개인을 향한 강압적인 행동은 직원들을 무디게 만들게 하는 영향력을 끼치게 한다,

격리와 강박을 근절시키는 전략들에 관한 이 훈련의 목적은 긴장되고 갈등적인 상황들이 서비스 내에서 일어나지 않는다는 것을 의미하는 것은 아니다. 이러한 유형의 상황이 발생한다는 것이 인정되고 있기는 하다. 하지만 이 모듈이 설명하는 것과 같이, 격리와 강박의 사용은 긴장되고 갈등적인 상황들에 대해 전적으로 불충분하고, 부적절하며 용인될 수 없는 해로운 대응이다.

이 모듈은 어떻게 부정적인 태도들과 서비스 문화가 활발하게 도전적인 상황을 만드는 데 기여하는지를 조사하면서 사람들에게 그들이 용인할 수 있고 도움이 되며 관행을 바꾸어야 할 긴급한 필요성을 이해한다. 아울러, 격리와 강박을 둘러싼 ‘관습적인 지혜’에 의문을 제기할 기회를 참여자들에게 제공한다.

이 모듈은 참여자들이 격리와 강박의 신체적·심리적인 영향을 알아보고, 어떻게 이러한 관행이 인권을 침해하는지를 개략적으로 제시한다. 참여자들은 이러한 관행을 정당화하기 위해 이용된 몇몇 가정들에 도전하는 것을 배우고, 격리와 강박을 근절시키기 위해서 시행될 수 있는 주요 전략과 접근에 대한 지식과 기술을 습득하게 될 것이다.

주제 1: 회복이란 무엇인가?

소요시간

약 10 분

발표: 본 모듈에 대한 소개(5 분)

이 발표는 격리와 강박에 대한 본 모듈의 배경을 설명하기 위해 회복에 대한 개요를 간략하게 제시한다.

이 발표는 모듈의 시작 시에 모든 참여자들이 회복에 대해 동일한 개념을 공유하도록 하기 위해 회복 기반 접근을 정의하는 것을 목적으로 한다. 또한 이 발표는 격리와 강박의 실행에 대한 관계 면에서 회복 기반 접근법의 의의를 간략하게 밝히고 있다.

회복의 의미는 사람들마다 제각각 다르다. 이것은 일반적으로 한 사람이 정체감과 삶에 대한 주도권을 갖고, 의미가 있는 삶을 살며 미래에 대한 희망을 가지는 것으로 이해된다. 다음은 회복에 관한 몇 가지 인용과 정의이다.

“회복은 사람들이 치유하고 성장하기 위해 가게 되는, 자기 결정적이며 전인적인 여정이다. 회복은 희망과 권한 강화, 개인과 공동체의 일원으로서 각자가 도달하는 잠재력을 증진시킬 수 있는 선택과 기회가 제공되는 환경과 관계에 의해 촉진된다.”(2)

“회복에서 우리들이 서비스를 이용하던 이용하지 않던, 약을 복용하건 하지 않건, 그것은 중요치 않다. 회복의 방향에서 중요한 것은 우리는 우리가 원하고 있는 삶을 살고 있는가? 우리는 친구가 있는가? 우리는 공동체와 연결되어 있는가? 이다.” (3)

“사람들이 정신질환이 있는지 혹은 없는지 그리고 질환이 지나가는 과정에서 올 수 있는 소외감, 빈곤, 실직 및 차별 같은 상실 속에서도 잘 살아갈 수 있을 때 회복은 실현된다. 회복은 사람들이 완전히 건강한 상태로 회복되거나 혹은 그들이 잃어버린 모든 것을 다시 찾는다는 것을 항상 의미하는 것이 아니라, 질환을 가지고 있음에도 불구하고 잘 살 수 있다는 것을 의미한다.” (4)

회복 접근법은 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들을 포함해서, 모든 사람들이 자신의 삶에서 겪는 난관을 이겨내는 것과 관련된다. 회복 지향적인 정신건강 및 사회복지 서비스는 장애물을 극복하고 권한강화, 개인적인 성장, 포용 및 독립을 촉진하기 위해 희망과 지원의 메시지를 제공한다. 이러한 서비스들은 사람들의 선택을 존중하여 그들이 원하는 삶을 살고 스스로 케어하며, 회복 여정을 이끌어 나갈 수 있도록 한다. 이해해야 하는 핵심 포인트는 회복-지향적인 서비스들은 강압에 기반되어 있지 않다는 것이다.

비자발적 입원과 치료가 시행되는 서비스를 포함하여 강압적인 서비스 환경은 긴장과 갈등을 야기한다. 예를 들어, 사람들은 서비스 직원이 ‘위협적’이고, ‘도전적’이며, ‘비순응적’으로 느끼는 방식으로 서비스의 환경, 상황 및 치료 방식에 종종 대응할 수 있다. 이에 대한 서비스의 대응은 격리 및 강박의 사용을 포함하여 더 많은 강압을 사람들에게 가하는 것이다(강압, 폭력 및 학대로부터의 자유에 관한 모듈을 보시오).

격리와 강박의 사용은 치료적이지 않으며, 회복 접근법에 부합하지 않고 케어의 목적과 상반된다. 추가적으로, 회복 접근법을 채택하는 것과 케어, 치료, 지원 및 그들의 삶의 다른 모든 측면에 대하여 사람들의 선택을 존중하는 것은 긴장되고 갈등적인 상황이 일어나게 될 잠재력을 줄이게 된다.

주제 2: 격리와 강박 정의하기

소요시간

약 2 시간 40 분

활동 2.1: 격리와 강박의 의미(10 분)

‘격리’와 ‘강박’이라는 용어의 뜻에 대한 참여자들의 초기 개념을 짧고, 전반적으로 토론하는 것으로 시작하라. 이 활동의 목표는 참여자에게 격리와 강박, 즉 많은 사람들에게 서비스 내에서 수용가능하고 흔하며, 불가피한 기준적 절차를 구성하는 관행들에 대해 창의적이고 비판적으로 생각해 보도록 독려하는 것이다. 참여자들에게 다음 질문들을 하고 그들의 생각을 공유하도록 하라.

‘격리’와 ‘강박’이라는 단어를 어떻게 이해하나요?

아이디어를 플립차트에 적어라. 이 단어들은 다음 발표에서 정의를 내릴 것이므로, 이 시점에서 완벽한 정의를 내리려고 걱정할 필요는 없다.

활동 2.2: 격리와 강박을 확인하기(15 분)

이 활동의 목표는 정신건강 및 사회복지 서비스 장면에서 흔히 사용되고 있는 명백하고 미묘하면서도 다양한 형태의 격리와 강박에 대해 토론하는 것이다.

몇몇 예시들은 처음에는 모호하게 보일 수 있다. 이 활동의 취지는 참여자들과의 토론을 통해 어떤 것들이 격리와 강박에 해당되고 어떤 것들이 아닌지 (이들의 더욱 모호한 형태를 포함하여) 분명히 하는 것이다. 몇몇 예시는 훈련이 전달되는 상황에 따라 변화될 수 있으며, 맥락에 따라서는 수정될 수도 있음을 참고하라.

다음은 참여자들에게 제시하라.

다음은 격리, 강박 중 어디에 해당합니까? 모두 해당합니까? 아니면 모두 해당되지 않습니까?

1. 끈이나 사슬로 사람을 붙잡아 두는 것
2. 우리(cage)와 같은 형태로 만들어진 침대에 사람을 두는 것
3. 사람을 나무, 침대나 고정된 물체에 묶는 것
4. 사람을 붙들어 놓는 것
5. 사람의 팔을 강제로 잡고 옷을 입히는 것
6. 강제로 사람을 방으로 가게 하는 것
7. 사람을 방에 두고 문은 열어 놓았으나 나가는 것이 허락되지 않는 것
8. 영양실조인 사람을 먹이기 위해 그들의 손을 붙들고 있는 것

9. 사람이 먹는 것을 가끔 거부할 때 튜브로 먹이기 위해 그들을 묶는 것

10. 공식적으로는 사람들이 원할 때 자유롭게 오고 갈 수 있게 되어 있으나, ‘안전’이나 다른 이유들로 인해 문을 잠궈 버리는 것

- 이 모든 상황은 다양한 형태의 격리와 강박을 대표한다. 그 중 몇 가지는 모호하지만 정신건강 및 사회복지 서비스에서 회복과 CRPD 준수를 확보하기 위해 모두 근절될 필요가 있는 관행들이다.
- 몇 가지 예시들(예시 1~4)은 명백한 격리와 강박이다. 이를테면 우리(cage)와 같은 형태로 만들어진 침대에 사람을 두는 것, 사람을 나무·침대 같은 고정된 물체에 묶는 것, 끈이나 사슬로 사람을 붙들어 두는 것 등 참여자들은 이에 대해 논쟁하지 않을 수도 있다.
- 그러나 참여자들은 몇 가지 예시에 대해서는 강압적이지 않거나 다른 관행들보다 낫다고 여길 수 있다. 몇 가지 관행들은 참여자의 관점에 따라 당사자에게 이익이 된다고 생각하여 정당화될 수 있으며 격리나 강박이 아니라고 간주될 것이다(예: 영양결핍 상태의 사람에게 음식을 먹이기 위해 사람의 손을 강제로 붙들고 있는 것).
- 회기가 진행됨에 따라, 참여자들은 이러한 관행들이 인권 침해이고 해가 되며 당사자에게 이익이 되지 않고 회복을 방해한다는 것을 이해하게 될 것이다. 실제로 그것들은 모두 격리와 강박의 구성 요소가 된다.

발표: 격리와 강박의 형태(15 분)

이 발표는 격리와 강박을 정의하고, 이것들이 취할 수 있는 다양한 형태를 탐색해 보는 것을 목표로 한다. 이는 무엇이 격리와 강박을 구성하는지, 무엇이 격리와 강박이 아닌지에 대해 강조한다.

격리(seclusion)

- 격리는 개인이 한정된 공간(제한)을 벗어나지 못하도록 물리적으로 제한하여 타인들로부터 고립시키는 것으로 넓게 정의된다. 예시로는 사람을 특정한 장소(예: 방, 오두막, 독방)에 가두거나 특정한 구역에 두고 출입문을 잠그면서, 그곳을 떠나는 것이 허락되지 않는다고 말하며 협박하거나, 만약 떠난다면 부정적인 결과가 있을 수 있다는 말을 하는 것 등이 해당된다.

조작적 강박(manual restraint)

- 조작적인 강박은 어떤 도구의 사용 없이 손이나 몸으로 중재하는 것을 일컫는다. 가끔 이것은 ‘홀딩(holding)’이라고 말한다.
- 조작적 강박은 종종 완력을 사용하여 사람의 움직임에 신체적인 제한(전신 혹은 특정한 신체 부분)을 가한다.
- 이는 또한 사람을 땅에 끌거나 바닥에서 사람을 잡는 것 같은 신체적인 분투(struggle)를 포함하는 것으로 어느 것이든 사람에 대한 ‘직접적인’ 통제를 말한다. 때때로 팔을 등으로 꺾거나 급소를 누르는 것 같이 통제하기 위한 고통스러운 자세들을 포함한다.
- ‘엎드린(prone)’ 혹은 ‘고개 숙인(face-down)’ 강박은 흔한 형태의 조작적 강박이다. 이는 사람이 고개를 숙이고 있는 자세에서(혹은 엎드려 있을 때), 신체를 움직이는 것을 물리적으로 제지한다. 이는 자세에 따라 질식과 돌연사의 위험을 야기할 수 있어 특히 위험한 형태의 강박이다. (5), (6,7).

물리적(기계적) 강박(physical or (mechanical) restraint)

- 물리적(기계적) 강박은 흔히 사람을 고정시키거나 그들의 몸 일부분을 자유롭게 움직이는 능력을 제한하기 위해서 도구의 사용으로 이루어지는 개입을 일컫는다.
- 제한용 도구들은 일반적으로 벨트, 밧줄, 사슬, 족쇄와 조이는 옷을 포함한다. 물리적 강박은 또한 스트레이트자켓 같은 불능화 의류(disabling clothing), 불능화 장갑(disabling gloves), 불능화 가구(disabling furniture)로서 우리로 된 침대(cage-beds), 그물침대 또는 고정 의자를 포함한다.
- 사람을 나무나 다른 것에 묶는 것도 물리적 강박의 한 형태이다.

화학적 강박(chemical restraint)

- 화학적 강박을 폭넓게 정의하자면, 사람의 의지에 반하여 투여되는 약물의 사용을 말하는데, 이는 움직임 혹은 행동을 통제하기 위해 '필요한 치료(necessary treatment)'나 '비상 대책(emergency measure)'으로 불린다.
- 이는 진정제 혹은 항정신성 약물의 비자발적 사용을 포함하며, 동의 없이 이루어지는 약물의 경구 투여 혹은 주사처치를 포함할 수 있다.
- 이는 종종 자신이나 타인에게 폭력적 또는 공격적 행위와 같이 지각된 위험에 대한 반응으로 혹은 사람을 통제하거나 좀 더 다루기 쉽게 만들기 위하여 적용된다.
- 화학적 강박은 도구적 강박, 물리적 강박 혹은 격리와 함께 이에 대한 대체 수단으로 흔히 사용된다. 그러나 화학적 강박은 그 자체로 강박의 한 형태이며, 비록 종종 조금 더 긍정적인 대체 수단이라고 여겨지지만 다른 형태의 강박이나 격리에 대한 수용 가능한 대체 수단이 될 수 없다.

격리와 강박은 가끔 사람들의 옷을 벗기고 수색하는 등의 수치스럽고 모멸적인 관행들이 동반된다.

건강관리 서비스에서의 복합적인 강압적 관행들

- 격리와 강박은 대체로 같이 사용된다. 예를 들어 많은 사례들 중에서 사람들은 격리 독방 혹은 방으로 옮겨지기 위해서 도구적 혹은 물리적으로 강박된다.
- 물리적(기계적) 강박은 대체로 화학적 강박과 결합되어 이용된다. 예를 들어 많은 사례들 중에서, 사람들은 강제로 억제되고(조작적 강박) 나서야 곧 진정될 수 있게 된다.

격리와 강박을 엄격히 다루지 않는 많은 관행들은 사람들을 서비스의 외부로부터 고립되게 하기 위해 이용될 수 있다(예: 핸드폰 압수하기, 방문을 제한하거나 금지하기, 인터넷이나 다른 통신수단에 대한 접근을 제한하기). 이것은 서비스를 이용하는 사람들이 학대 신고를 제한할 수 있다.

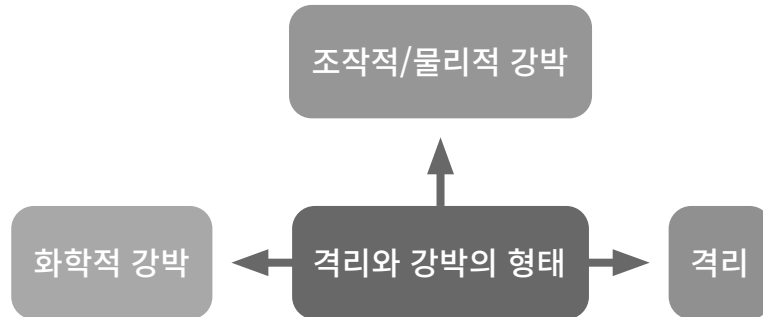
활동 2.3: 격리와 강박의 형태들 (30 분)

참여자들은 다양한 형태의 격리와 강박에 대해 서로 다른 의견을 가지고 있을 것이다. 그러므로 참여자들에게 서비스에서 겪었던 서로 다른 격리와 강박의 예시들을 확인해 보도록 격려하는 것은 유용하다. 예를 들어 약물 과다 복용, 동의된 치료 계획을 벗어나 투여된 약물 또는 개인의 의지에 반한 약물 투입에 대해 강박의 형태로 전혀 고려하지 못한 일부의 경우가 여기에 해당될 수 있다.

참여자들에게 다음을 질문하라.

1. 여러분의 정신건강이나 사회복지 서비스에서 어떠한 격리와 강박의 예시들이 사용되었습니까?
2. 여러분이 서비스에서 격리와 강박을 설명할 때 사용하는 다른 단어에는 어떤 것들이 있습니까?

아래의 예시와 유사한 그래프를 그린 후 참여자들의 예시를 적어보라.



몇 가지 가능한 답안들은 다음을 포함한다(그러나 다음에 국한되지는 않는다).

격리

- 갇힌 방에 사람을 두는 것.
- 문이 열려 있더라도, 자유롭게 방 밖으로 나가는 것을 막기 위해 방에 있으라고 요구하는 것.
- 당사자를 다른 서비스 구역 혹은 다른 서비스 이용자, 가족 및 직원과 분리시키는 것.

강박

조작적/물리적

- 당사자의 움직임을 제한하는 어떠한 조작적 방법(예: 붙들고 있는 것).
- 움직임을 제한하기 위해 어떠한 장치를 당사자에게 사용하는 것(예: 손 및 손목 끈).

화학적

- 사람에게 진정제를 투여함으로써 그들을 통제 혹은 제압하기
- 사람의 동의 없이 약물을 투여하기(사람의 생각, 움직임 및 행동에 영향을 준다고 여겨지는 약물)

주의: 참여자들은 문화나 국가의 맥락에 특정한 어떠한 형태의 격리와 강박을 강조할 수 있다. 예를 들어 인도네시아에서 물리적으로 누군가를 강박하는 행동은 ‘파성(Pasung)’으로 알려져 있다. 아프리카의 경우, 화학적 강박은 종종 ‘스토퍼(stoppers)’라고 불린다.

활동 2.4: 격리와 강박의 이미지(10 분)

이 활동은 참여자들에게 전 세계의 다양한 격리와 강박의 관행들에 대한 이미지들을 보여주고 토론하기 위해 제작되었다.

이 이미지들을 집단원들과 함께 넘겨보며 그들에게 그림이 무엇을 묘사하는지에 대해 질문하라.

여러분들은 이 그림에서 격리 혹은 강박이 보이십니까? 어떤 종류입니까?

***경고:** 이러한 이미지들이 일부에게는 동요를 일으킬 수 있음을 참여자들에게 강조하라.

발표: 격리와 강박의 관행은 인권 침해를 만든다(50 분).

격리와 강박이 인권 침해를 만든다는 문장은 훈련에 참가하는 정신건강 및 다른 전문가들로부터 강력한 반응을 불러일으킬 수 있다. 어떤 사람들은 이러한 관행들이 위험으로부터 개인이나 다른 사람을 보호하기 위해서 필요하고, 정당화된다는 의견을 낼 수 있다. 격리와 강박이 좋은 의도를 가진 직원에 의해서 실행된다는 것을 인정하는 것이 중요할 수 있다. 하지만 이러한 관행들이 위험을 야기할 수도 있다는 점과 함께, 훈련하는 동안 사람들에게 손상을 가하지 않는 방법으로 지원하기 위해 해롭지 않고 억압적이지 않은 대체 수단들이 탐색될 것이라는 점을 강조하는 것 또한 중요하다.

사람들을 격리 혹은 강박하는 것은 인권을 침해한다. 예를 들어 다음과 같은 것들이 있다.

- 자유권과 안전권
- 건강권
- 법적 능력에 대한 권리
- 폭력과 학대로부터 해방될 권리
- 고문 및 잔혹하고 비인도적이며 굴욕적인 대우나 처벌로부터 해방될 권리
- 사람의 완전함에 대한 권리
- 사생활에 대한 권리

이러한 권리들은 다음을 포함하는 많은 인권 기구들에게 보호를 받는다.

- 세계인권선언
- 시민적·정치적 권리에 관한 국제규약
- 경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제 규약
- 고문 및 그 밖의 잔혹한, 비인도적인 또는 굴욕적인 대우나 처벌의 방지에 관한 유엔 협약
- 아동의 권리에 관한 유엔 협약(CRC)
- 여성에 대한 모든 형태의 차별 철폐에 관한 유엔 협약
- 장애인의 권리에 관한 유엔 협약(CRPD).
- 고문에 관한 유엔(UN) 특별 보고관은 “격리와 강박의 절대적 금지령”을 내렸다. (8) 그는 “어떠한 기간이라도 정신장애가 있는 사람에 대하여 독방 감금을 부과하는 것은 잔혹하고 비인도적이며 굴욕적인 대우”라고 진술하였다. (9)

지난 발표들을 분명히 보여주기 위해, 참여자들에게 지난 5 년 동안 격리된 방에서 살고 있는 한 남자에 대한 다음 비디오를 보여주어라.

애티튜드 라이브(Attitude Live): 격리(Seclusion) (29 분 10 초)

<https://youtu.be/OjOXo9W68qQ> (2019 년 4 월 9 일 접속).

비디오 시청이 끝난 후, 참여자들에게 개방적인 토론을 할 기회를 주어라. 이 토론이 진행된 후, 진행자는 참여자들에게 휴식 시간을 줄 수 있다.

발표: 언제, 왜 격리와 강박이 사용되는가? (30 분)

정신건강 및 기타 종사자들은 다양한 이유들로 인해 격리와 강박에 의존할 수 있다. 대다수는 학대적이거나 폭력적인 의도는 없으나, 다양한 요소들이 이러한 관행을 이용하도록 유도한다. 예를 들면, 국가적 법률이나 정책은 사람들을 위해나 위험으로부터 보호하기 위하여 격리와 강박의 이용을 허용할 수 있고, 건강하지 않은 서비스 문화(서비스 문화에 관한 더 많은 정보는 서비스의 향상 및 개혁에 대한 지침에서 찾아볼 수 있다) 또는 지식, 훈련 및 자원의 부족 역시 격리와 강박의 사용에 기여할 수 있다.

참여자들에게 다음과 같이 질문하라.

당신은 왜 격리와 강박이 광범위하게 실행된다고 생각하나요?

가능한 답변은 다음을 포함할 수 있다.

- 사람들이 스스로나 다른 자들에게 해를 끼치거나 위험하게 하는 것을 멈추기 위해서
- 충분한 다른 방법들이 없거나, 그들을 이끌 수 있는 시간 및 자원이 없어서
- 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들을 향한 낙인과 편견 때문
- 직원을 위한 교육과 훈련의 부족 때문
- 정신건강 법률이 격리와 강박을 이용하도록 제시하기 때문

참여자들에게 이 요소들이 발표에서 탐색될 것이라고 안내하라.

정신건강 및 사회복지 전문가들은 격리와 강박의 이용에는 많은 다양한 이유가 있다고 말한다.

위해(harm)나 위험을 멈추기 위해서 (실제든 혹은 지각된 것이든)

- 사람들이 스스로를 해하는 것을 멈추거나 그들을 안전하게 하기 위해서(예: 자해 시도나 자살에 대한 대응으로).
- 사람들이 다른 사람들을 다치게 하는 것을 방지하기 위해서: 서비스 직원은 잠재적으로 해롭거나 위험한 상황을 힘으로 개입할 필요성 및 아무것도 안 하는 것 사이의 딜레마에 대해 일반적으로 지각하게 된다. 그들은

일반적으로 세 번째 선택지를 알지 못한다.

격리와 강박의 관행을 근절하는 것은 누군가가 자신이나 다른 사람들을 다치게 하는 것을 멈추게 하기 위해서 조치를 취해서는 안 된다는 것을 의미하는 것이 아니다. 누군가를 위해로부터 구하거나 그들의 생명을 구하기 위하여 즉각적인 대응을 요구하는 상황이 발생할 수 있다. 그러나 그러한 대응은 심리사회적, 지적 혹은 인지적 장애가 없는 사람들에게 취해지는 것과 동일한 방식으로 이루어져야만 한다.

여기에서 진행자는 몇 가지 예시(예: 누군가가 다리에서 뛰어내리는 것을 막기, 다른 사람을 때리는 것을 막기 위해서 누군가를 붙들기)에 대해 참여자들과 토론할 수 있다. 그 목적은 이러한 상황들 및 격리와 강박을 명확히 구분짓는 것이다.

추가적으로, 서비스 직원은 그들이 모든 것을 통제할 수 없다는 것을 인정하는 것이 중요하다. 그들은 가끔 서비스를 이용하는 사람들의 안녕을 지나치게 염려하게 되면서 극도로 제한적이고 강압적이며, 결국은 해롭고 비생산적인 방식으로 행동할 것이다.

불충분한 서비스 정책, 관행 및 자원들 때문

- 서비스 수준(service-level)의 정책들은 종종 격리와 강박의 사용을 허용한다. 이 관행들은 그들이 이에 대해 도전을 받은 바가 없었기 때문에 혹은 사람들이 이러한 관행을 바꾸는 데 무력감을 느꼈기 때문에 표준적인 절차로 여겨질지도 모른다.
- 일부 정신건강 및 사회복지 서비스에서 불충분한 직원 배치와 자원은 직원들이 그들의 서비스를 관리하려고 시도하면서 격리 혹은 강박에 의존하게 된다는 것을 의미한다.
- 서비스 직원들은 매우 엄격한 규칙, 절차 및 스케줄을 이행하기 위해 격리와 강박을 이용해야 하는 압박감을 느낀다.
- 서비스의 운영을 감독하고 이용자들을 충분히 지원하기 위한 자원이 불충분할 수 있다.
- 부정적인 서비스 문화는 서비스를 이용하는 사람들을 비인간화 시키고, 직원이 한 개인을 존중 받을 자격이 있는 인간으로 인식하는 데 있어 무감각해질 수 있다.

직원들의 불충분한 지식과 기술 때문

- 가끔 이러한 관행들은 긴장되거나 갈등적인 상황에 대한 자동적인 대응으로 사용된다.
- 직원들은 다른 긴장된 상황에 대응하거나 혹은 매우 고통스러운 사람에게 지원을 제공하기 위한 대안적인 전략에 대해 훈련되어 있지 않을 수 있다. 결과적으로, 직원들은 서비스를 이용하는 사람들에게 보살핌과 지원을 제공할 때 비강압적인 기술과 창의적인 대체수단을 사용할 수 있도록 하는 데 필요한 기술과 도구를 가지고 있지 못하게 된다.
- 어떤 사람들은 격리 또는 강박이 치료적 처치로 가능하다는 잘못된 믿음을 가지고 있다.

심리사회적, 지적 또는 인지적 장애에 대한 그릇된 이해와 가정 때문

- 자신에게 혹은 타인에게 해를 입힐 수 있거나, 다루기 어려운 사람이라는 인식과 가정을 흔히 하기 때문에 장애로 지각되거나 진단된 상태에 있는 사람에 대한 자동적 반응이 생기게 된다. 입히거나 다루기 힘든 사람이라는 인식과 가정으로 인하여 지각된 또는 진단된 상태에 있는 사람에 대한 자동적 반응을 하게 된다.
- 서비스를 이용하는 특정 집단의 사람들은 ‘문제’ 집단(젊은 사람, 소수 집단의 사람, 남자, 물질을 사용하는 사람)으로 가정되기에, 그들을 향한 선입견과 차별적 태도, 폭력적이거나 위협한 의도가 있다고 추정하게 된다.

위험성에 대한 두려움, 직원/서비스의 법적 책임 때문

- 격리와 강박 방법은 가끔씩 첫 번째 수단으로 이용되는데, 이는 격리와 강박의 결과가 다른 접근방법과 비교해서 ‘확실하다’고 인식되기 때문이다.
- 때때로 직원들은 격리와 강박이 사용되지 않았을 때에 어떠한 사건(예: 만약 누군가가 손상을 입는다면)이 발생한다면 법적 책임을 지거나 자신의 책임이 되는 것에 대해 염려한다. 이러한 상황은 직원들에게 강압적인 관행들을 이용하도록 독려하는 것이다.

통제하기 위해

- 규정에 순응하지 않는 행위 또는 행동을 엄격하게 적용하는 것은 서비스 환경 안에서 질서를 유지하거나 통제하기 위해서이다. 실제로 많은 서비스들이 개별화된 돌봄을 손상시키면서까지 질서정연한 환경을 유지할 필요성을 지나치게 강조하는 경향이 있다. 그러한 많은 서비스에서 사람들은 ‘관리하기 쉽고’, ‘통제 하에 있다’는 것을 확보하기 위하여 사람들은 통상적으로 과량의 약물이 투여되거나 진정되거나 혹은 강박된다.
- 서비스를 이용하는 사람들이 특정한 과정의 행위를 따르거나 특정한 방법으로 행동하도록 강요하거나 의무화하기 위해서이다.
- 어떤 서비스 직원은 격리와 강박의 사용에 대해, 그들의 권위를 정립하고 서비스 이용자와의 초기 상호작용에서부터 ‘행동을 관리’하기 위하여 제한을 가하는 필요한 수단으로 바라보기도 한다.

편의를 위해

- 많은 사례들에서 보았듯이, 직원들은 격리와 강박 같은 강압적인 방법을 사용하는 것이 강압적이지 않은 방법을 사용하는 것보다 긴장된 상황에 대응하거나 매우 고통스러운 사람들을 지원함에 있어서 더 쉽고 빠르다고 느낀다. 서비스하는 직원들이 부족한 경우가 특히 그러하다.

처벌하기 위해

- 지시를 따르지 않는 사람들을 처벌하는 형태의 하나로서 사용한다.
- 때때로 직원들은 격리와 강박을 사용하는 것을 처벌로 인식하지 않고 오히려 서비스 이용자들의 어떤 행위나 행동에 대한 필수적인 결과물로 여긴다.

주제 3: 개인적인 경험 및 격리와 강박의 영향

소요시간

약 3 시간 32 분

활동 3.1: 격리와 강박의 개인적인 경험 (1 시간)

이 활동은 격리와 강박이 정신적·정서적·신체적 해를 끼치는 폭력적이고 해로운 일임을 참여자들이 이해하도록 돕기 위해 제작되었다. 이 관행들을 개인적으로 경험하지 않은 사람들이 이러한 경험을 한 사람들의 입장을 이해하고 노력해 보도록 격려하는 것이 중요하다.

진행자는 다음 선택지들 중 하나를 선택하거나 더욱 포괄적인 활동을 위하여 그것들을 하나로 통합할 수 있다.

필수 주의사항: 격리와 강박의 개인적인 경험을 이해하는 가장 강력한 방법은 이러한 경험을 한 사람들로부터 직접 이에 대해 듣는 것이다. 그러므로 선택지 1 은 이 활동을 위하여 선호되는 선택이다.

선택지 1: 진행자는 정신건강 및 사회복지 서비스에서 격리와 강박의 경험이 있는 두 명의 강연자를 확인하고 초청하여, 그들의 이야기를 집단과 공유하도록 해야 한다. 진행자는 강연자에게 무슨 일이 있었는지 뿐만 아니라, 어떻게 그 일이 일어났는지 말하도록 이끌어야 한다. 그들은 경험이 정서적·신체적 측면에서 모두 어떻게 부정적으로 영향을 끼쳤는지, 혹은 그 상황에서 어떻게 격리와 강박의 이용을 막을 수 있었는지에 대해 논의해야 할 것이다. 이 기회에 앞서, 진행자는 강연자가 참여하도록 운영할 필요가 있다(이 모듈의 시작에서 추가적인 지시 사항들이 제시되어 있다).

선택지 2: 진행자는 격리와 강박에 대해 생생한 경험을 한 당사자들의 인용문(부록 2 참조)을 담은 유인물을 배부하고, 참여자들에게 격리와 강박의 관행과 관련된 사람들의 감정과 경험을 논의하도록 요청해야 한다.

사람들의 격리와 강박에 대한 경험들을 듣거나 읽은 후에 참여자들에게 물어보라.

- 여러분이 듣거나 읽은 것에 대해 어떠한 생각과 감정을 가지고 있습니까?
- 사람들이 격리되거나 강박 당했을 때 그들은 어떻게 느낄 것 같나요? 격리와 강박의 정신적·신체적 영향에 대하여 여러분은 무엇을 말할 수 있을까요?
- 이 상황에서 어떤 것이 다르게 행해질 수 있었는지 논의해 주실 분이 있을까요?

발표: 서비스를 이용하는 사람들에 대한 격리와 강박의 심리적 영향(20 분)

격리와 강박의 사용 그리고 많은 해로운 영향 및 결과와의 연관성에 대한 근거가 축적되어 왔다.

(10),(11),(12)

정신적·정서적 안녕감에 끼치는 영향

- 한 사람의 신체와 환경에 대한 통제를 상실하는 것과 아울러, 스스로의 의지에 대한 타인의 의지를 강제적으로 주장하는 것은 개인에게 매우 부정적인 감정을 야기하며, 깊은 심리적 외상을 야기하게 된다.
- 많은 사람들은 존엄성과 존중의 상실, 굴욕, 사기저하, 목살, 모욕, 두려움, 고통, 불안, 권한 약화, 자신감과 자존감의 저하, 무력함, 절망감, 난감함, 외로움, 절망, 좌절, 비통함, 분노, 고군분투, 파괴, 신뢰의 상실, 거절 및 저항 등의 감정을 경험한다.
- 사람들은 또한 해리 경험을 하거나 스스로가 몸의 외부에 있는 것 같이 느낄 수 있다.
- 격리와 강박은 외상을 야기할 수 있고, 개인의 인생에 장기적 영향을 줄 수 있다(관계, 일 등).
- 격리되고 강박 당할 때, 당사자의 힘, 통제 및 사생활의 결여는 정신건강 실무자들로 하여금 정신건강문제의 증상으로 해석될 수 있는 행동을 채택하게 만들 수 있다.
- 격리와 강박은 과거에 성적 혹은 신체적 학대 혹은 심리적 외상의 과거력이 있는 사람들에게 다시금 상처를 가할 수 있다. (13). 다른 사람들에게 격리 또는 강박이 실행되는 것을 목격한 서비스 이용자들은 또한 공포, 불안, 무력함, 외상, 재외상화 등의 심리적인 영향으로 고통받을 수 있다.
- 그들이 자상(self-mutilation)과 자살 시도를 포함하여 자해 및 자신을 향한 공격성이 증가될 수 있다.
- 추가적으로, 그들의 가족이 격리나 강박을 당한 것을 알게 된 가족 구성원과 다른 케어 파트너는 죄책감과 함께 도움을 줄 수 없다는 무력감을 경험할 수 있다.

회복에 끼치는 영향 (14)

- 격리와 강박은 반치료적이고, 사람들의 회복을 방해한다. 어떤 연구들은 억압, 특히 격리의 사용은 서비스 내에서 재원 기간이 늘어나는 것과 관련성이 있다는 것을 보여준다. (15)
- 그것들은 치료적 동맹에 손상을 주고, 건강관리 직원과 서비스를 이용하는 사람들과의 관계 와해에 대해 책임이 있다.

위에서 설명한 것과 같이, 정신건강 및 사회복지 서비스들에서 비자발적인 입원 또한 격리, 강박과 같이 비슷한 유형의 심리적 위해를 야기할 수 있다는 점을 인식하는 것은 중요하다(이에 대한 더 많은 정보를 위해서는, 강압 폭력 및 학대로부터의 자유에 관한 훈련 모듈을 참조하라).

이 시점에서, 참여자들에게 다음 중 한 가지 혹은 둘 다 보여주어라.

1. 비디오: “저는 움직일 수도, 숨 쉴 수도 없어요(I couldn't move. I couldn't breathe)” (52 초), <http://www.bbc.com/news/uk-england-37427665> (2017 년 1 월 19 일 접속), 이 영상은 페이스다운 강박에 관한 것이다.
2. 우간다: “학대를 멈춰라(Stop the abuse)”, https://youtu.be/slr_SvB1uyU (5 분 07 초), (2019 년 4 월 9 일 접속), 이 영상은 우간다의 격리, 강박 및 관련된 학대들을 보여준다.

활동 3.2: 격리와 강박 사용의 심리적 영향 (30 분)

이 활동의 목표는 강압의 사용이 이러한 관행을 겪는 사람들에게 끼치는 중대한 심리적 영향을 강조하기 위함이다.

참여자들에게 다음을 설명하라.

이 비디오는 영국에서 서비스를 이용했던 나오미 존스(Naomi Jones)의 경험을 이야기한다. 이 비디오는 비록 영국에서 녹화되었지만, 격리와 강박의 관행이 지구 전역의 고소득, 중간 소득 및 저소득 국가들에서 일어나고 있다는 것을 이해하는 것이 중요하다. 그러나 어떠한 맥락이든 사람에게 가해지는 심리적 트라우마와 영향은 중대하다.

비디오는 10 분 27 초부터 시작해야 한다.

비디오 - ‘머나먼 길(Road so far)’: <https://youtu.be/j405vpdjeUU?t=627> (2019 년 4 월 9 일 접속).
(다음 비디오는 활동 3.6 을 하는 중에 서비스 직원 관점에서의 영향을 탐색하기 위해 제시될 것이다.)

참여자들에게 다음의 질문을 하라.

나오미의 경험에 대해서 어떻게 생각하시나요? 나오미가 그녀의 경험 일부로 설명하는 단어, 감정 및 기분에는 어떤 것들이 있나요?

참여자들은 나오미의 경험에 대해 토론하도록 격려되어야 한다.

플립차트를 사용하여 나오미가 자신의 경험을 설명하기 위해 사용했던 단어들을 쓴다.

- 나오미의 강박 경험을 설명하는 용어들: 공포, 혼란, 지남력 상실, 외상, 모욕, 분노, 좌절, 고통의 증가, 처벌됨 및 외로움
- 그녀는 도움을 받거나 위로를 받거나 지원을 받는다고 느끼지 못하고, 회복을 방해받고 있다고 느꼈다.
- 또한 나오미는 사건 이후 몇 주 동안 지속된 외상 및 공포의 감정에 대해 설명한다.

발표: 서비스 이용자에서 격리와 강박의 신체적 영향 (7, 14, 16-22) (20 분)

조작적 강박은 다음과 같이 부상에 이를 수 있는 신체적 분투(struggle)를 포함한다.

- 멍
- 부러진 뼈
- 근육 소실
- 빠진 치아
- 머리 부상
- 혼수
- 숨막힘(강박되어 누워있어야만 하는 사람들은 구토한 음식, 액체 혹은 타액에 숨이 막힐 수 있는 위험에 처한다).

물리적 강박은 사람들에게 공황 상태를 야기하고 강박 상태에서 침에 숨이 막히거나 목졸림을 겪을 수 있다. 그들은 매우 의존적인 상황에 처해있기 때문에, 다음의 위험이 증가된다.

- 탈수증: 사람들은 강박 도중 혹은 강박을 시행하는 과정에서 고투로 인하여 심하게 탈수될 수 있다.
- 혈액순환 및 피부 문제: 강하게 조이는 강박과 부동 자세로 인한 피부 압박은 혈액순환을 방해할 수 있다. 이는 피부 악화와 욕창으로 이어질 수 있다. 상지 또는 하지에서 혈액순환이 심각하게 지장을 받게 되면 산소 부족으로 연부 조직이 죽게 되는 괴저 현상으로 이어질 수도 있다.
- 근육 위축

화학적 강박은 약물 주입을 통해서 통증을 야기할 수 있다.

처방되는 약물에 따라서 사람들은 다음과 같은 약물 투약의 추가적인 부정적 효과를 강제적으로 경험할 수도 있다.

- 경련, 경직, 느리거나 갑작스러운 움직임, 떨림 및 통제할 수 없이 안절부절못하는 증상(정좌불능증)을 포함하는 근육 문제
- 심장에 대한 영향, 저혈압, 어지러움, 실신
- 건조한 입, 흐릿한 시력, 변비, 환각, 기억 장애, 배뇨 곤란
- 발작의 역치 하향
- 신경이완제 악성 증후군: 경직, 열, 심장 박동 상승, 혈압의 현저한 저하나 상승을 특징으로 하는 생명을 위협하는 상태 (23)
- 생각 과정이 느려지고 둔해지는 증상, 무감동증, 어떤 행동을 수행하고자 하는 의욕의 상실, 감정의 단절 (24)

격리는 사람들이 공황 상태에 빠지고 부상이 생길 수 있다. 그들은 즉각적인 의료적 관심을 필요로 하고 제 때에 보거나 듣지 못할 수도 있어서 이로 인해 영원한 장애에 이를 수 있다. 격리는 또한 탈수나 심혈관 허탈(cardiovascular collapse)의 위험에 놓일 수 있게 한다.

여러 형태의 격리 및 강박이 혼재될 경우, 건강의 위험을 증폭시키게 된다.

모든 형태의 격리와 강박은 사망에 이를 수 있다. (25), (17), (7)

- 조사에 따르면 격리 혹은 강박 관련 사망의 원인은 질식, 심장 합병증, 약물 과잉 투여 혹은 약물 상호작용, 흉부 압박상, 액사 또는 질식, 화재 혹은 연기 흡입 및 흡인을 포함하는 것으로 나타났다.
- 격리나 강박 또한 응급 상황에서 탈출할 수 있는 사람의 능력을 방해하기 때문에 사람들을 위험에 처하게 한다(예: 불).
- 물리적 강박의 해로운 영향에 관한 과학적인 문헌에 대한 리뷰 결과에 따르면, 어떤 조작적 혹은 물리적 강박의 사용은 호흡기능 수행을 제한하는 영향을 주기 때문에 특히 위험한 것으로 나타났다. (26)
- 화학적 강박은 다른 약물과 상충되거나 다른 약물의 작용을 방해하여 과다 약물 투약 및 급사의 위험을 야기하게 된다. (27)
- 격리강박과 관련한 사망에 대한 최근 데이터는 매우 적은 양에 불과하다. 그러나 미국의 50 개 주를 대상으로 한 전국적 조사에 따르면 매년 50 에서 150 명 정도의 사람들이 정신건강 서비스 및 그룹홈에서 관행적인 강박의 직접적인 결과로 인해 사망하는 것으로 추정되었다. (28)

발표: 격리와 강박 사용의 극단적인 영향(5 분)

격리와 강박의 사용은 응급 상황에서 서비스를 이용하는 사람들의 광범위한 죽음과 관련되어 있다. 화재가 발생한 경우 사람이 움직이거나 건물을 떠날 수 없다는 것은 그들이 갇혀서 탈출할 수 없다는 것을 의미한다.

아래는 사람들이 정신건강 서비스에서 강박되어 있지 않았더라면 피할 수 있었던 대량 사망 사고의 두 가지 예시들이다.

참여자들은 그들이 인식하고 있는 다른 예시들에 대해서 나눌 수 있게 독려되어야 한다.

에르바디(Erwadi) 화재 사건 (29)

- 2001 년 8 월 6 일
- 라마나타푸람(Ramanathapuram), 타밀 나두(Tamil Nadu), 인도(India)
- 최소 25 명이 사망하였다.
- 화재가 발생했을 때, 모든 서비스 이용자들은 사슬에 묶여있었기에 산 채로 불에 탔다.

모스크바 라멘스키(Ramensky) 화재 (30)

- 2013 년 4 월 26 일
- 라멘스키(Ramensky), 러시아(Russia)
- 38 명이 사망하였다.
- 한 밤중의 화재로 잠긴 시설에서 물리적 및 화학적으로 강박되었다고 여기는 서비스 이용자들이 죽었다.

활동 3.3: 격리와 강박의 사용이 서비스 직원에게 끼치는 정신적 영향(40 분)

이 활동의 목표는 참여자들에게 격리와 강박에 대한 사용의 부정적인 영향에 대해 생각하도록 격려하는 것이다.

이 활동을 위한 두 가지 선택지가 있다. 더 선호되는 것은 선택지 1 이다.

선택지 1

회기를 시작하기 전에, 진행자는 격리와 강박의 사용에 대한 부정적인 경험을 나누는 데에 지장이 없는 전문가를 확인해야 한다(사슬로 묶이는 것, 강제 약물 복용 등을 포함한 것). 그 사람은 집단과 이야기를 공유하도록 초청되어야 한다.

격리 및 강박의 시행에 따른 부정적인 경험에 대한 강연자의 발표 이후에, 진행자는 일련의 질문과 답변을 통하여 강연자에게 토의하도록 이끌 수 있다.

- 격리 및 강박을 사용하게 된 상황의 맥락
- 감정과 불편감을 포함한 격리와 강박의 시행에 따른 영향
- 서비스를 사용하는 사람들과의 치료적인 관계에 끼칠 수 있는 부정적인 영향
- 사건의 경과를 바꾸고 격리와 강박의 사용을 방지하기 위하여 다르게 이루어질 수 있었던 것은 무엇인가?

강연자에게 강연과 관련된 질문을 할 수 있는 기회를 참여자들에게 제공해 주어야.

선택지 2

회기 전 강연자를 구하는 것이 가능하지 않다면, 강압적인 관행이 가해질 것을 두려워한 사람에게 공격을 당한 정신과의사의 경험에 대한 11 분 분량의 비디오를 공유하라.

지문과 발자국(Finger prints and foot prints) (11:07): <https://youtu.be/X8T2NEfUb3s> (2019 년 4 월 9 일 접속)

그런 다음, 참여자들을 초청하여 이 비디오에 대한 의견을 묻는다. 참여자들에게 다음과 같이 물어보아라.

- 이 경험에 대해 어떻게 생각하나요?
- 강연자가 그의 경험을 설명하면서 사용한 단어, 감정 및 기분에는 어떤 것들이 있나요?
- 강압적인 경험을 한 사람과 치료적 관계를 경험한 사람에게는 각각 어떠한 영향이 있었나요?
- 사건의 과정을 변경하고, 이 상황이 발생하는 것을 예방하기 위하여 어떠한 것들이 다르게 이루어질 수 있을까요?

발표: 정신건강 및 관련 전문가와 서비스에 대한 격리와 강박의 영향 (10 분)

격리 혹은 강박의 사용은 실무자에게도 부정적인 영향을 줄 수 있다.

- 강압적인 방법을 사용하는 것은 직원들의 신체적 부상과 연관되어 있다는 증거가 있다. 예를 들어, 한 연구는 정신건강 증사자들의 부상에서 적어도 50%가 격리 및 강박에 의한 것이라고 한다.(31), (14)
- 격리와 강박 같은 강압적인 조치를 사용하는 정신건강 및 다른 전문가들은 외상 또한 경험할 수 있다.(32),(10)
- 강제 및 강압의 사용은 치료적인 관계에 부정적인 영향을 끼치는 원한, 죄책감, 좌절 및 서비스 이용자와 직원들 사이의 불신을 야기한다.(33)
- 한편으로는 서비스 직원들이 사람들에게 좋은 케어와 지원(많은 경우에 그들이 처음으로 전문 영역에 들어오게 된 이유가 된다)을 주고자 하는 바람과 다른 한편으로는 그들이 도움을 주고자 하는 사람들을 향해 강압적이고 학대적인 방식으로 강제로 행동하는 것 사이에서 도덕적 갈등에 직면할 수 있다.
- 이러한 관행의 사용은 서비스 혹은 직원들에 대한 민사상·형사상의 소송으로 이어질 수 있다. 예를 들어 강압의 과도한 사용, 의료적 과오, 보호의 실패, 공갈 폭행 및 서비스 이용자를 위한 안전한 환경 유지에 실패하는 경우가 있다.(34)
- 격리와 강박의 사용이 비용 대비 효율적이라는 흔한 오해에도 불구하고, 이러한 주장은 연구 자료에 의해 검증된 것이 아니다.
- 격리와 강박의 사용은 다음과 같은 비용을 증가시킨다. 이는 직원의 근무 시간, 지도 감독의 증가, 진정제와 신경 안정제, 보험, 수사, 서비스의 증가, 법적 분쟁과 부상을 포함한다.(14),(35)

주제 4: 격리와 강박에 대한 가정에 도전하기

소요시간

약 1 시간 25 분

발표: 격리와 강박에 대한 가정에 도전하기 (32) (20 분)

격리 및 강박과 관련하여 도전될 필요가 있는 가정에는 어떤 것들이 있는가?

1. 가정 1: 격리와 강박은 정신건강 및 사회복지 서비스를 이용하는 사람들의 치료적 혜택을 위하여 사용될 수 있다.

- 격리 혹은 강박이 치료적이라는 개념을 지지하는 근거를 기반으로 한 연구는 없다. 반면, 앞서 언급한 것처럼 이러한 관행들이 한 개인의 신체적·정신적 안녕감을 손상시킬 수 있다는 사실이 근거로 제시되었다.

2. 가정 2: 격리와 강박은 사람들을 안전하게 유지한다.

- 격리와 강박은 신체적·정서적·정신적 위해를 야기한다.
- 앞서 살펴 보았듯이, 강박은 때때로 뼈의 골절과 심지어 죽음 등 신체적 위해를 야기한다. 또한 격리와 강박의 심리적 영향과 외상은 현저하며 오래 지속된다.
- 펜실베이니아(USA)에서 수행된 격리 및 강박 감소 프로그램의 영향을 평가한 연구에 따르면, 주립 및 사법정신병원에서 격리와 강박의 사용이 현저히 감소되었다고 하더라도 직원에 대한 공격의 증가로 귀결되지 않았고, 일부의 경우에는 직원에 대한 폭행 건수가 실제로 감소한 것으로 나타났다. (36), (37). 다른 보고들도 강압적인 조치의 감소가 직원의 부상 감소와 연관이 있음을 제시하고 있다. (38)

3. 가정 3: 격리와 강박은 폭력적인 행동을 예방한다.

- 격리와 강박은 좌절과 분노의 감정을 악화시키고, 더욱 해로운 행동을 초래한다는 사실이 근거를 통해 나타났다.
- 사실 격리와 강박 같은 강압적인 관행들과 이에 연관된 통제력 상실, 두려움 및 모멸감의 감정을 이미 경험한 사람들은 비록 폭력적이라고 하더라도, 강압적인 개입으로부터 자신을 방어하는 것 말고는 다른 선택권이 없다고 느낄 수 있다. “만약 우리가 사람들이 폭력적으로 행동하는 것을 멈추기를 원한다면 아마도 우리가 그들을 폭력적으로 대하는 것을 멈춰야 할 필요가 있다.” (39)
- 서비스를 이용하는 사람들은 격리와 강박을 징벌적 처벌(예: 약물을 복용하라는 지시를 따르지 않는 것을 포함하여 그들이 ‘들은 것’을 하지 않았다는 이유로)로 보는 경향이 있고, 이는 정신건강 및 관련 직원과 다른 이들을 향한 좌절감을 증가시킬 수 있다. 또한 이러한 관행의 사용은 ‘그들과 우리’라는 문화를 단단히 자리잡게 한다. (14).

4. 가정 4: 직원들은 잠재적으로 폭력적인 상황들을 정확하게 인식할 수 있다.

- 잠재적으로 폭력적인 행동들과 상황들을 정확하게 예측할 수 있다는 믿음은 전문가들이 격리와 강박에 의존하는 이유이다.
- 하지만 미래의 폭력과 위해를 정확히 예측하는 것은 극도로 어렵다.
- 직원들은 종종 예측할 수 없는/예기치 못한 행동들과 위험한/위태로운 행동을 구분할 수 없다. 또한 직원들은 종종 고통을 공격성과 관련 짓는다.
- 자신 혹은 다른 사람에 대한 위해 또는 폭력의 위험성이 있다는 예상에 대해 실무자가 불확실성을 가질 수 있으며, 이는 결국 과도하게 방어적인 관행 및 강압적인 관행의 이용 증가라는 문화로 이어질 수 있다. (40),(41).

5. 가정 5: 심리사회적, 지적 혹은 인지적 장애가 있는 사람들은 종종 비이성적이고, 폭력적이며 예측 불가하다.

- 한 가지 흔한 오해는 심리사회적 장애가 있는 사람들은 정신증 혹은 환각에 의해 지배되고, 이는 그들을 폭력적이고 예측 불가하며 비이성적으로 만든다는 것이다.
- 그들이 나머지 사람들보다 더 폭력적이기는 않다는 것과 사실상 그들은 범죄자라기보다는 오히려 폭력의 피해자가 될 가능성이 더 높다는 것을 보여주는 상당한 증거들이 존재한다. (42), (43), (44), (45)

6. 가정 6: 격리와 강박의 사용이 불가피한 상황들이 있다.

- 이는 격리와 강박에 대한 핵심적인 가정 중 하나이다. 우리는 다음 활동에서 이 가정에 대해 상세하게 탐색할 것이다.

활동 4.1:

격리와 강박의 사용을 위한 예외적인 상황들을 타당한 이유로 제시하는 가정에 도전하기 (25 분)

격리와 강박이 사용되어야만 하는 예외적인 상황들이 있다는 가정은 정신건강 및 사회복지 서비스에서 격리와 강박의 이용을 근절시키고자 하는 노력들과의 관계에서 가장 도전적인 이슈들 중에 하나이다. 진행자는 이에 대해 집단과 철저히 토론할 준비가 되어 있어야 한다.

일부 참여자들은 때때로 격리와 강박이 불가피할 때가 있다는 견해를 표현할 수 있다. 예를 들어, 일부 참여자들은 누군가가 위험하고 폭력적으로 행동하고 있다면 그 사람과 다른 사람에 대한 위해를 피하기 위하여 불가피할 수 있다고 주장할 수 있다. 아래의 활동은 이러한 오해를 없애기 위해 고안되었다.

이제 다음의 진술문/오해를 보여주어라.

격리와 강박의 사용을 피할 수 없는 상황들이 있습니다.

참여자들에게 다음 질문을 하고, 그 답에 대해 직접적으로 서로 토론하도록 격려한다.

1. 당신은 이 진술에 동의합니까 혹은 동의하지 않습니까? 그렇다면 왜 그렇습니까?
2. 당신은 어떠한 상황에서 격리와 강박이 불가피하다고 생각합니까?

아이디어는 플립차트에 쓸 수도 있다.

위 진술에 동의하는 일부 참여자가 내놓을 수 있는 몇 가지 상황은 다음을 포함한다(하지만 이에 국한되지는 않는다).

- 서비스를 이용하는 사람들이 서비스에서 직원이나 다른 사람들을 향해서 공격적으로 행동하거나 폭력으로 협박할 때
- 서비스를 이용하는 사람들이 서비스에서 직원이나 다른 사람들을 향해서 공격적으로 행동하거나 위협할 때
- 서비스를 이용하는 사람들이 자신의 생명이 위험하여, 즉각적인 병원의 케어와 치료가 필요할 때(예: 당뇨로 인해 긴급하게 치료를 필요로 하는 사람에게 인슐린을 주입하는 것, 자살 고위험 상태에 있는 사람을 보호하는 것).
- 서비스를 이용하는 사람들이 정신건강 및 사회복지 종사자들이 그들에게 그것이 필요하다고 믿는데도, 당사자가 약물 투약에 저항하고 있을 때

토론 후, 참여자들과 다음 사항에 대해 다루어 보라.

심리사회적, 지적 혹은 인지적 장애가 있는 사람을 위한 격리와 강박은 극단적인 상황에서도 피해야 한다.

- 격리와 강박은 마지막으로 의지할 수 있는 개입 방법이 아니다.
- 격리와 강박의 대체 수단은 사람들의 안녕감을 보호하기 위해 항상 추구되어야 한다.
- 하지만 누군가 다른 사람들에게 아주 위험한 방식으로 행동하고 있을 때, 개인이 장애가 있든지 혹은 없든지, 당신이 누군가를 멈추게 하는 것과 동일한 방법으로 멈추게 하여야 한다. 특히, 상황을 다루는 기술을 갖출 수 있도록 특별히 훈련된 집단(예: 대응 팀, 주제 10 을 참조) 혹은 어떤 경우에는 대체적으로 모든 사람의 안전을 보장하기 위하여 법 집행체(예: 경찰력)를 포함하는 방식으로 하며, 그러한 위기에 대응하는 법 집행체는 심리사회적, 지적 혹은 인지적 장애가 있는 사람들을 포함하는 장애인들의 특수성과 욕구를 이해할 수 있도록 훈련되어야 한다.

직원들은 몇 가지 사례의 경우 격리와 강박의 대안을 찾는 것이 불가능하고, 이것이 격리와 강박이 서비스에서 사용되는 이유라고 믿는다.

- 심지어 격리와 강박에 의지하기 전부터 모든 대체 수단들이 실행된 것처럼 보일지라도, 우리는 격리 및 강박의 사용을 결국 실패, 나쁜 결과 및 인권 침해로 간주해야 한다.
- 격리와 강박의 대체 수단은 항상 존재한다.
- 다음 주제에서 그러한 대체 수단들 중 일부가 논의될 것이다.

또한 격리와 강박의 사용은 서비스의 실패이고 전체 시스템의 실패이며, 이 또한 개별 직원의 실패일 수 있다.

‘격리 및 강박의 사용은 항상 서비스의 실패이다.’는 진술문은 직원들을 향한 비난으로 비춰질 수 있다. 다음을 강조하는 것이 중요하다.

- 개별 직원은 스스로가 격리 혹은 강박의 사용으로 귀결된 사건에서 자신이 역할을 잘 행사했는지 여부에 대해 꼼꼼히 생각해 볼 수 있는 성찰의 공간이 필요하다.
- 격리 혹은 강박의 사용이 범죄 행위였는지 여부에 대해 고찰하는 것 또한 필요하다. 이러한 경우에는 형사사법시스템 내에서 적절한 조치들이 취해져야 한다.

각각의 실패는 역효과(adverse event)로 간주되어야만 한다.

이는 잘못된 것을 이해하고 교정하는 기회로 이해되어야 한다.

- 또한 이는 어떻게 개인들이 부주의로 격리와 강박에 기여하게 되는지에 대하여 진지한 반성을 하도록 해야 한다(예: “나 자신, 당사자, 상황에 대한 것들 중 나의 대응이 적절하다고 여길만한 요인은 어떤 것일까?”)
- 격리와 강박을 근절시키기 위하여 제시된 모든 전략을 직원들이 살펴보고 향상시키도록 독려해야 한다.

보고서는 구체적인 사건에 대하여 작성되어야 한다.

- 이 보고서에서는 다음의 사항에 대해서 격리와 강박을 경험한 사람들의 관점을 함께 소통할 기회가 주어져야 한다(그들이 원하면, 신뢰할만한 사람의 지원이 동반된).
- 격리 혹은 강박의 이용으로 초래된 상황
- 격리 혹은 강박의 사용 자체와 영향
- 이러한 관행들이 다시금 사용되지 못하도록 하기 위해 필요하다고 생각하는 것
- 또한 이러한 상황은 서비스에서 독립적인 실체와 메커니즘에 의하여 재검토되어야 한다.
- 심각한 법적 우려가 있는 경우에는, 범죄 수사와 기소가 이루어져야 한다.

서비스 내에서의 격리와 강박의 사용에 대한 전반적인 보고서가 주기적으로 작성되어야 한다.

- 보고서는 해당 기간 동안 서비스에서 이루어진 모든 격리와 강박의 사례들을 주기적으로 (예: 일년마다) 기록해야만 한다. 보고서는 또한 격리와 강박을 근절하기 위하여 진행되는 전략을 기술하고 분석해야 한다.
- 보고서에 포함된 정보는 익명화·비식별화 되어야 한다. 이를테면 당사자들의 신원을 포함하지 않아야 한다.
- 격리와 강박의 사용에 대한 보고서는 공적으로 이용 가능하게 되어야 한다. 이는 사람들로 하여금 그들의 건강관리 공급자에 관해 더욱 많은 정보에 근거한 결정들을 내릴 수 있게 하고, 단체나 개인들이 이러한 관행들의 이용에 도전(법정에서의 법적 절차를 통하는 것을 포함하여) 할 수 있도록 해주며, 또한 정부로 하여금 특히 격리와 강박이 자주 이루어지는 서비스에 대해 조사할 수 있게 독려할 것이다.
- 규칙적인 보고를 통하여 투명성 있는 문화를 조성하는 것은 경영진과 직원들로 하여금 그들의 관행을 변경시키고 개선하도록 동기를 부여할 가능성이 있다.

활동 4.2: 격리와 강박의 사용을 이끄는 사건의 과정을 바꾸는 것은 가능한가? (30 분)

이 활동은 상황이 점진적으로 악화되는 것을 방지하고, 그 과정에서 놓쳐버린 개입의 기회를 잡기 위해 무엇을 할 수 있는지에 대해 초점을 두고 있다.

참여자들은 자신의 사례와 시나리오를 제시할 수 있다. 그들이 다음의 활동과 비슷한 방법으로 그 시나리오에 대해 되돌아 볼 수 있도록 격려하라.

다음의 시나리오를 참여자들에게 보여주고 읽어주어라.

시나리오 1: 톰(Tom)의 경험

톰은 치매가 있는 사람들을 위한 사회복지 시설에서 지내고 있다. 그는 누나에게 전화를 하길 원하는데, 그러기 위해서는 간호사로부터 전화 카드를 얻어야 할 필요가 있다. 간호사는 매우 바쁘기 때문에 그의 요청을 잠시 후에 들어주겠다고 말한다.

간호사는 많은 업무로 인해 과부화되어, 톰은 한 시간 넘게 기다려야 한다. 그는 점점 초조해지고 화가 나서 간호사실의 문을 치게 된다. 그 간호사는 그에게 “진정하라”고 요청하고, 이에 톰은 깊어지는 좌절감을 느끼게 된다.

그리고 나서 간호사는 다음과 같이 말하며 반응한다. “당신이 이런 정신 상태라면, 전화하는 것을 허락할 수 없어요”

톰은 복도를 위아래로 걸어 다니고, 점점 더 초조해지며, 문을 발로 차고 그를 지나가는 직원들에게 욕설을 한다.

톰의 초조한 상태는 물리적·화학적 강박으로 귀결되었다. 이 일은 서비스 직원들 및 그와 다른 사람들의 안전을 위해 필요했던 것으로 여긴 채 정당화되었다.

다음 질문에 답하도록 참여자들에게 요청하라.

- 1. 이 사례에 대해 어떻게 생각하시나요?**
- 2. 이러한 일은 여러분의 서비스에서 얼마나 흔한 일인가요?**
- 3. 톰의 사례에서 강박의 사용이 불가피한 상황이었나요? 이를 예방하기 위해 어떤 일이 이루어질 수 있었나요?**
- 4. 누구의 책임이었나요? 이것이 그 간호사만의 책임인가요?**
- 5. 톰의 안녕감에 이 사례가 어떠한 영향을 주었다고 생각하나요?**

토론 후, 참여자들에게 다음을 보여주어라.

톰의 시나리오 되돌아보기

- 이 시나리오의 결과는 많은 정신건강 및 사회복지 케어 서비스에서 상당히 흔한 일이라는 하지만, 이러한 일은 막을 수 있었다.
- 톰이 경험한 서비스와 직원에 대한 의존도 수준, 삶의 중요한 측면인 의사소통에 대한 통제력을 가지지 못했다는 사실이 그를 이 상황에 반응하게 만들었다.
- 사람들에게 케어와 지원을 제공하기 위한 것이라는 사실에도 불구하고, 직원의 일정이 톰의 욕구보다 우선시되었다는 사실은 직원이 서비스를 이용하는 사람들을 비인간적으로 대하는 태도를 가지고 있었음을 지적한다. 또한 이는 비행적 행동을 하고, 언어적 욕설을 하는 톰에 대한 간호사의 대응에 반영되어 있다.
- 이러한 경우, 그 간호사는 톰에게 전화카드를 제공하면서 몇 분 정도 지체될 수 있었던 자신의 업무보다 톰의 욕구를 우선시했어야 했다. 이 위기는 막을 수 있었다.
- 다른 의사들, 간호사들 및 다른 직원들은 아마도 톰이 전화하기 위하여 기다리고 있다는 것을 알면서도 톰을 지나쳤을 가능성이 높았고, 불필요한 기다림으로 인한 고통의 조기 징후를 알아차릴 수 있었을 것이다. 이는 아마 톰을 돕기 위해 하루 업무 시간 중 몇 분을 차지했을 것이지만, 직원들은 아무도 그를 돕지 않았다. 결국, 이 사건의 과정은 직원들에게 상당히 더 많은 시간을 소비하게 하였다.
- 물리적·화학적 강박의 사용은 톰에게 부정적으로 영향을 주었을 것이고(예: 무력감, 외상화, 통제력의 상실, 공포, 인간성 말살 등), 그의 안녕감에 부정적인 효과를 가지며, 서비스 비용을 늘리고, 서비스 직원들의 일하는 시간을 늘렸다.
- 톰을 도울 수 있었지만 이를 외면한 사람들은 점진적으로 상황을 악화시킨 것에 대해 개인적으로 책임이 있다고 간주될 수 있다.
- 결과에 기여할 수 있는 한 요소에는 서비스 이용자의 필요에 충분히 반응할 수 있도록 하기 위해 기존의 직원들에게 과도한 업무가 부과되는 것을 피하도록 직원을 충분히 고용하지 못한 서비스 관리의 실패를 들 수 있다. 사람들은 상황의 점진적 악화를 피하기 위해 가능한 한 언제든지 사건의 진행에 영향을 주기 위하여 적극적으로 행동할 수 있고, 행동하여야 한다. 누구든지 격리와 강박의 사용이 방지되어야 하는 관행이라는 점을 증명하기 위하여 역할을 담당하고 있다.
- 톰은 격리와 강박을 허용하는 서비스 및 자신의 요구와 기본적 인권을 무시한 서비스 직원으로 인해 낙담하게 되었다.

시나리오 2: 파티마(Fatima)의 경험

파티마는 다른 학생들과 집을 공유하고 있는 1 학년 학부생이다. 그녀는 시험을 통과하기 위하여 오랫동안 공부하고 있어서 잠이 부족하다. 그녀는 낙제할 수 있다는 것이 점점 걱정스럽다. 그녀는 수면 문제를 논의하기 위해서 지역의 1 차 보건의료센터에서 근무하는 의사를 방문하였다. 그녀는 또한 복통과 공황 발작을 경험하고 있고, 또한 아침이면 침대에서 일어나는 것이 점점 힘들어지고 있다는 점에 대해서도 설명했다.

의사는 그녀를 심리학자에게 의뢰하지만 그녀의 상황이 다른 사람들에 비해 우선순위가 아닌 것으로 보이기에 예약을 위해 그녀는 3 주를 기다려야 한다.

그 때쯤, 그녀는 매우 상태가 좋지 않게 되고, 점차 불안해하고 고통을 겪게 된다. 그녀는 심리학자와의 예약을 놓치지만, 아무도 그녀를 찾아봐 주지 않는다.

어느 날 그녀가 사람들을 집에 들어오지 못하게 하고 전화를 받지 않아, 그녀를 걱정스러워하던 하우스메이트들은 경찰을 부른다. 그 누구도 집에 들어가지 못한다면 파티마가 자살을 생각하고 있을지도 모르고, 스스로를 해칠 수도 있다고 생각하기에 그들은 두려워한다.

경찰이 도착하고 문을 부순다. 파티마와 경찰관 간의 실랑이가 이어지고 나서 파티마는 강박되고, 비자발적으로 정신건강서비스 입원시설에 수용되게 된다.

이 시나리오를 읽은 후, 참여자들에게 다음의 질문을 하여라.

1. 이 시나리오에 대해 어떻게 생각하십니까?
2. 이 시나리오가 얼마나 흔한 일이라고 생각하십니까?
3. 강박의 사용은 파티마의 상황에서 불가피했습니까?
4. 이를 예방하기 위해 어떠한 일들이 행해질 수 있었습니까?

참여자들의 생각을 나눌 기회가 생길 때, 참여자들에게 다음을 설명하라:

파티마의 사례를 되돌아보기

- 인적 자원의 부족은 그녀가 요청하였을 때와 상황이 악화되기 전에 케어와 지원이 제공되지 않았음을 의미했다.
- 파티마가 이러한 경험을 하는 내내, 도움을 제공받을 수 있었던 기회가 있었다.
- 경찰을 불렀기 때문에, 상황은 파티마에게 강압적인 일이 되었다. 경찰은 파티마를 강박하여 놓게 하였다. 강압의 사용은 그녀에게 불안과 초조를 증가시켰다.
- 경찰은 개입의 과정에서 파티마에게 진심 어린 염려를 보여주었어야 했고, 그녀를 돕기 위해서 강압적이지 않은 기술들을 사용했어야 했다(예: 문을 통해 차분하게 그녀에게 말하는 것, 그녀가 괜찮다는 것을 확인하기 위해 그들이 왔다는 것을 설명하는 것, 그녀를 위해 해 줄 수 있는 것이 있는지 묻는 것, 집에 들어오는 것을 허락할지를 그녀에게 묻는 것 등).
- 강박은 파티마에게 해로운 영향을 초래했을 가능성이 높다.
- 결국 정신건강 서비스는 그녀를 비자발적으로 입원시킴으로써 더욱 그녀를 낙담시켰다.

발표: 잃어버린 기회들의 스펙트럼 (10 분)

- 격리와 강박에 의지하는 것은 인권 침해이다.
- 누구나 사건의 과정을 바꾸기 위해 해야 할 역할을 가지고 있다. 그 과정에서 이 관행의 사용을 피할 수 있었던 잃어버린 기회들을 인식하는 것은 중요하다.
- 서비스를 제공하는 직원은 항상 서비스를 제공받는 사람의 인권과 존엄성을 존중하는 방식으로 행동해야 한다.
- 갈등적이거나 긴장된 상황은 때때로 사람들의 필요에 반응함으로써 해결할 수 있다.
- 서비스를 제공하는 정신건강 및 다른 전문가들은 그들의 관행이 강압과 폭력을 조장하는 데 기여하는지의 여부를 조사할 필요가 있다. 그들은 개인이 자유로운 상태에서 충분한 설명에 따른 동의에 기반하여 사람이 필요로 할 때, 지원을 제공하며 열정적이고 반응적인 태도를 취하면서 개인적인 책임감을 인식해야 한다.
- 각각의 실패에 대해서는, 잘못된 부분과 다음에 더 잘 이루어질 수 있는 부분을 이해하는 기회로 삼아야 한다.

주제 5: 긴장된 상황을 인식하기와 성공적 대응의 요소들

소요시간

약 1 시간 35 분

이전 주제에 대해 깊이 생각해보기 (15 분)

참여자들에게 이전 주제에 대한 생각과 의견을 공유하게 하라.

집단에게 다음을 질문하라.

격리와 강박에 대한 의견이 달라졌나요? 만약 그렇다면, 어떻게 달라졌나요? 어떻게 하면 격리와 강박에 의지하는 것을 막을 수 있을까요?

토론이 끝난 후, 격리와 강박에 대한 경험과 관점을 보여주는 영상을 재생하라. 이 동영상은 격리와 강박의 사용 및 격리와 강박이 개인과 가족에 미치는 영향에 대하여 잘 요약되어 있다.

소말리아에서 쇠사슬에 묶이고 잠기다(Chained and locked up in Somaliland)

<https://youtu.be/mbjxRgRFb88> (3 분 05 초) (2019 년 4 월 9 일 접속)

영상이 끝나면, 참여자들에게 생각을 공유하도록 요청하라. 이는 이전에 논의된 일부 이슈들에 대하여 다시 살펴보고, 격리 및 강박을 근절시키기 위한 전략의 기회를 마련하는 것이기도 하다.

발표: 긴장된 상황을 확인하기 및 성공적인 대응 요소들 (10 분)

격리와 강박을 예방하고 방지하기 위한 전략을 소개한다.

격리와 강박의 사용을 근절시키고, 긴장되거나 갈등적인 상황에 효과적으로 대응할 수 있는 몇 가지 주요 전략이 있다.

- 민감성과 고통의 신호를 탐색하기 위한 개별화된 계획
- 점진적 약화
- '네, '할 수 있습니다' 라고 말하는 문화 만들기
- 편안한 공간
- 대응팀

각 전략의 더 세부적인 내용에 대해서는 이번 훈련의 후반부에서 다룰 것이다.

이 전략들을 탐색하기 전에 상황의 고조를 피하고 적절한 대응을 채택하기 위해서는 민감성과 고통의 신호를 어떻게 인식할 수 있는지를 보는 것이 중요하다.

민감성과 고통의 신호를 인식하고 대응하기

- 서비스 직원은 때때로 긴장되고, 갈등적인 상황들에 대한 대응으로 격리와 강박을 사용한다.
- 긴장되고 갈등적인 상황들은 잘못된 소통, 이해 혹은 '자신의 역할을 다하는 사람들'(예: 서비스에서 통제와 질서를 유지하는 직원의 역할)을 포함하는 많은 원인으로부터 나타난다. 이러한 상황은 타인이 자신의 말에 귀를 기울이지 않거나 자신의 소망이 존중받지 못한다고 느낄 때 종종 발생한다.
- 사람들의 필요와 고통을 억압적이지 않은 방법으로 일찍 알아내고 대응하는 것은 상황이 점진적으로 악화되는 것을 피하게 된다.
- 민감성: 사람에 따라 고통, 좌절 또는 분노를 포함하는 일정 범위의 정서에 이르게 할 수 있는 상황이나 자극을 의미하는 민감성을 우리 모두 지니고 있다. 우리는 자신, 다른 사람들 혹은 특정한 관계에서 작용(reaction)과 반작용(counter-reaction)을 일으키는 양상을 알아차릴 수 있다.
- 모든 사람의 민감성은 다르다. 한 사람에게 강한 정서를 유발하는 것이라도 다른 사람에게는 같은 영향을 끼치지 않을 수 있다.
- 민감성과 반응의 양상은 한 개인에게서 내면의 생각과 감정으로 시작될 수 있다. 그것들은 또한 외적 사건들과 다른 사람들의 행동에 의해서 자극될 수 있다.
- 다른 사람이 자신의 내적 생각들과 기분들에 관한 반응을 경험할 수 있을 때를 기대하는 것은 누구에게나 어렵다.
- 짧은 시간 내에 활성화되는 다중의 민감성(multiple sensitivities)은 개인에게 큰 고통을 경험하게 할 수 있다. 나아가, 높은 수준의 고통으로 활성화되는 다양한 민감성은 매우 빠르게 긴장되고 갈등적인 상황으로 이어질 수 있다.

사람들의 민감성을 활성화할 수 있는 요인들의 예시는 다음을 포함한다.

- 소리나 비명을 지르는 것을 듣거나 그 대상이 될 때
- 자신의 말이 경청되고 있지 않을 때
- 사람들이 너무 가까이 다가올 때
- 자신에게 무례하게 얘기할 때
- 하기 싫은 일을 해야 하는 부담감을 가질 때
- 자신의 소지품에 대해 다른 사람이 간섭할 때
- 소음
- 주변에서 안전부절못함
- 사람들이 말을 너무 빨리 할 때

- 자신에게 혹은 주변에 무슨 일이 일어나고 있는지 이해가 되지 않을 때
- 고립되어 있을 때
- 외롭다고 느낄 때
- 가족과 친구들로부터 단절되어 있다고 느낄 때
- 나쁜 기억이 생각날 때
- 사생활이 없을 때
- 어두움
- 선택, 통제력이나 투입(input)이 없을 때
- 논쟁
- 누군가가 뻘히 쳐다 볼 때

이 요소들 중 상당수는 사실상 정신건강과 사회복지 서비스 환경에서 찾아볼 수 있다.

고통을 인식하는 방법

고통의 신체적인 신호들은 고통의 요인을 확인하고 제거하려는 목적으로 사람을 도와주거나 위로를 제공하는, 사려 깊고 지지적인 반응을 필요로 한다. (46)

- 안절부절못함
- 초조
- 서성거림
- 숨이 차거나 빠른 호흡
- 땀이 남
- 이를 악물음
- 울음
- 손을 뒤틀기
- 떨림
- 철회(withdrawal)
- 지속되는 눈 마주침
- 발화량의 증가
- 공격성
- 위협적임

활동 5.1: 토론: 민감성과 반응의 양상을 이해하기 (30 분)

이 활동은 참여자들의 정신건강 문제와 상관없이, 많은 사람들이 유사한 민감성을 가지고 있다는 점과 더불어 인내심과 공감을 갖고 다른 사람의 민감함에 반응하는 것이 중요하다는 것을 깨닫도록 도와줄 것이다.

우선 참여자들에게 무엇이 그들을 두렵게 하고, 속상하게 하며, 불안하게 하거나 스트레스를 받게 하는지에 대해 스스로 생각해보도록 유도하는 것으로 시작하라.

집단에게 다음과 같이 질문을 하고 플립차트에 아이디어 목록을 작성하라.

당신을 무섭고, 속상하고, 화나고, 불안하거나 괴롭게 하며, 다른 사람들이 불편하게 느끼는 방식으로 행동하게 하는 것에는 어떤 것(예: 화를 내고 울고 대립하게 되는 것 등)들이 있나요?

1-2 분간 각자 생각해보고, 아이디어를 공유하게 하라.

플립차트에 답변을 나열하라. 참여자는 이전 발표와 유사한 예시를 제공할 수 있다.

참여자들이 의견을 나누고 나면, 모든 사람들은 민감성이 있다는 것을 설명하라. 이 민감성을 이해하는 것은 긴장되거나 갈등적인 상황의 발현을 다루거나 해결하는 것에 핵심적이다. 이것은 특히 사람들이 그들의 회복을 위해 애를 쓰거나, 인생에서 이미 어려운 상황들로부터 한숨을 돌리기 위한 서비스들을 찾기 때문이다.

활동 5.2: 진정 조치 (15 분)

참여자들은 스스로 어떻게 민감성이나 고통을 다루는지와 더불어 그들을 도와주는 특정한 행동들이 있는지의 여부에 관해 생각해 보도록 하면서 시작하라. 참여자들에게 다음의 질문을 하라.

여러분이 좌절하거나 속이 상했을 때, 기분이 상했을 때 무엇을 하나요? 이 순간에 당신을 돕기 위해서 하고 싶거나, 다른 사람들이 해 주었으면 하는 행동에는 어떤 것들이 있나요?

1-2 분간 개별적으로 생각해보고, 각자의 아이디어를 공유하게 하라. 플립차트에 응답을 나열하라. 몇 가지 아이디어는 다음을 포함할 수 있다(그러나 그것에만 국한되지는 않는다).

- 산책하기
- 음악 듣기
- 경청해줄 만한 다른 사람에게 털어놓기.

참가자들이 의견을 공유했다면, 민감성이 활성화될 때 적절하게 반응할 수 있는 주요한 방법 중 하나는 우리 혹은 타인을 돕는 것이 무엇인지 이해하기 위하여 시간을 가질 것을 강조하라.

활동 5.3: 민감성과 고통에 반응하는 것 (20 분)

이 활동은 참여자에게 이전 발표에서 다룬 개념을 적용할 수 있는 기회를 제공한다.

시나리오 - 수잔(Susan)

1. 다음 시나리오를 읽어보시오.

수잔은 양극성 장애로 진단을 받은 젊은 여성이며, 학대를 받은 과거력이 있다. 그녀는 극도로 에너지가 넘치는 느낌이 들고, 안절부절못하며, 주변의 다른 사람으로 인해 쉽게 자극을 받으면서 며칠 동안 잠을 자지 못하였다. 이러한 이유로 그녀는 응급차를 타고 왔으며, 당신이 정신건강 전문가로 일하는 기관의 입원 서비스를 받게 되었다. 그녀는 입원 과정에서 며칠 동안 머무는 것에 동의하였다. 그녀는 이런 느낌이 들 때면 밀폐된 공간에 있는 것이 두려워진다는 점을 당신에게 털어놓는다. 그녀는 전부터 서비스를 이용할 때, 그녀가 가끔 자기 전에 고통스러워했다는 점은 분명하다. 그녀는 손으로 귀를 가리고, 듣는 것을 멈추며, 때때로 직원들과 다른 사람들에게 공격적으로 말을 한다. 서비스에서는 사람들이 오후 9 시에 방에 있어야 하고, 서비스를 이용하는 사람들은 그 시간 이후로는 공동의 바깥 공간(예: V가 있는 방)에 접근해서는 안 된다는 방침을 가지고 있다.

2. 시나리오를 읽은 후에 참여자들과 다음 질문에 대해 토의하라.

이 설명을 토대로, 수잔을 지원하기 위해 필요한 것들을 어떻게 계획할지에 대해서 당신을 도울 수 있는 정보에는 어떤 것들이 있나요?

수잔과 함께 탐색해 나가기 위해 도움이 될만한 그 밖의 다른 것이 있나요?

만약에 수잔이 자기 전에 다시 고통을 표현하면, 당신은 어떻게 반응할 것인가요?

이 활동의 목적은 참여자들에게 수잔이 소란 없이 잠들거나 그녀가 다른 사람들을 방해하지 않는 확실한 방법을 찾는 것이 아니라는 것을 설명하라. 또한, 참여자들에게 공감의 관점에서 상황을 보고 수잔이 그녀의 회복을 위해서 서비스를 사용한다는 것을 받아들이도록 격려하라. 만약 그녀가 다른 사람들의 잠을 방해한다면, 참여자들은 그녀가 지원받으면서 다른 사람들도 지원받는 확실한 방법에 관해서 생각해야 한다.

1. 토론이 끝난 후, 확인되고 사용된 전략들에 대해 읽어보라.

직원들과 상의한 후, 수잔은 일상적 활동을 위하여 그녀의 개인적인 선호도가 잘 받아들여지고 필요사항에 반응하는 다음의 전략들을 확인하였다.

- 그녀는 자신이 고통받았던 학대에 의한 트라우마와 그녀가 밀폐된 장소에 대한 두려움을 극복할 수 있도록 도와주는 지원을 제공받을 것이다.
- 그녀는 잠잘 것을 강요받지 않는다. 그녀는 언제 자는 것이 좋은 시점인지를 스스로 결정한다. 이는 그녀의 개인적 선호도가 잘 받아들여질 수 있도록, 잠자리에 드는 것과 관련한 서비스 방침을 확실히 다시 고려해볼 수 있다는 결과를 초래한다.

- 그녀는 피곤함을 느끼고, 진정이 되어 잠을 잘 준비가 될 때까지 공용 공간에서 TV 를 시청할 수 있다.
- 그녀가 원한다면 스스로 혹은 직원과 함께 산책을 나갈 수 있는 가능성이 있다. 반복해서 압두(Andu)의 상황으로 활동해보라.

시나리오 - 압두(Andu)

1. 다음 시나리오를 읽어보라.

압두는 치매로 진단받은 68 세의 남성이다. 그는 발이 불편하며 쉽게 넘어지기도 한다. 그는 요양시설 주변 및 복도를 걷는 것을 좋아하며 자유롭게 돌아다니는 것이 안전하지 않다는 말을 듣는 것에 대해 좋아하지 않는다. 만약 이러한 일이 일어나면, 그는 소리를 지르고 가고 싶은 곳을 막는 사람을 때린다. 또한 그는 직원들에게 소리를 지르고 좌절감을 느끼며 돌아다닌다.

2. 참여자들과 다음 질문에 대해 토론하라.

- 압두를 가장 괴롭히는 것은 무엇인가요?
- 서비스 직원이 그의 욕구를 수용하기 위해서 무엇을 할 수 있나요?

3. 토론이 끝난 후, 확인되고 사용된 전략에 대해 읽어보라.

압두와 시설의 직원들은 압두를 고통스럽게 하는 것을 막고, 그를 지원하고, 수용하기 위해 다음의 전략들을 찾아낼 수 있었다.

- 그가 시설 내부 및 주변에서 도움 없이 자유롭게 걸을 수 있는 산책 구역을 제공받는다.
- 또한, 직원들은 그와 함께 일주일에 한 두 번 시내 주변을 돌아다닐 수 있도록 지역 동료지원 집단의 자원 봉사자들을 준비시킨다.

주제 6:

민감성과 고통의 신호를 파악하고 대응하기 위해 개별화된 계획

소요시간

약 1 시간

발표: 민감성과 고통의 신호를 파악하기 위해 개별화된 계획 (20 분)

이 발표는 민감성과 고통의 신호를 파악하고 이해하는 것의 필요성을 강조하였던 이전의 소개 회기를 바탕으로 한다.

앞의 주제에서 우리는 민감성과 대응의 양상을 인식하는 방법에 대해 살펴보았다. 격리와 강박의 근절에 기여하는 잠재적으로 유용한 전략 중의 하나는 민감성과 고통의 신호를 파악하기 위한 개별화된 계획의 개발이다.

개별화된 계획이란 무엇인가?

- 이는 개인의 민감성과 흔한 대응 패턴에 따라 불안, 괴로움, 좌절 혹은 화가 고조되는 시기에 한 사람을 진정시키고 안정시키는 데 도움이 될 만한 행동에 대해 개요를 세우는 계획이다.
- 계획은 각 개인에게 고유하다.
- 계획은 특히 서비스의 필요를 넘어 개인의 필요에 초점을 둔다.
- 이러한 계획은 상황이 점진적으로 악화되기 전에 고통의 징후를 파악하고 민감성에 대해 반응하는 전략을 포함한다.
- 한 사람과 함께 계획을 개발하는 것은 다른 사람들이 특정 상황에서 개인의 정서와 감정이 무엇인지 이해하고, 이 상황이 일어났을 때와 장기적으로 사람의 필요를 만족시키는 효과적인 방법들을 논의하기 위한 기회이다.

개별화된 계획은 누구를 위한 것인가?

- 모든 사람을 대상으로 개별화된 계획을 개발하는 것은 적절하지 않을 수 있다. 모든 사람들이 그것을 모두 원하거나 필요로 하지는 않을 것이다. 하지만 어떤 사람들에게는 개별화된 계획을 개발하는 것은 무엇이 사람을 고통스럽고, 불안하거나 화나도록 만드는지와, 다른 사람들이 어떻게 이 상황에서 사람을 존중하고, 그들의 소망과 선호도를 존중하는 방식으로 대응하는지를 이해하는 것에 유용할 수 있다. 그러한 계획이 그들에게 유용한지 아닌지를 결정하는 것은 그 개인에게 달려 있다.
- 개별화된 계획은 심리사회적, 지적 혹은 인지적 장애가 있는 사람들만을 위한 것이 아니다. 개별화된 계획의 이용은 직원들, 가족들 및 케어 파트너에게 동등하게 적용된다. 누구나 특정한 상황에서 자신의 행동에 영향을 끼칠 수 있는 민감성을 가지고 있다. 모든 사람들은 자신의 민감성과 안정화 전략을 배우고 이해하기 위하여 노력해야 한다.

개별화된 계획은 어떻게 개발되고 이용되어야 하는가?

- 계획은 관련된 사람에 의해 개발되어야 하고, 그들이 원한다면 포함되기를 원하는 다른 사람들의 지원을 받을 수 있다. 이들에게는 가족 구성원, 정신건강 및 관련 전문가, 동료 등을 포함할 수 있다.
- 다른 사람이 아니라 계획의 개발 대상이 된 사람이 계획에 어떤 것이 들어가는지를 결정한다.
- 계획은 사람이 안정되거나 진정된 마음 상태일 때 진전되어야 한다.
- 계획이 유용할 때, 개인의 전체적인 회복 계획에 통합될 수 있다(정신건강 및 안녕감을 위한 회복 활동에 관한 모듈을 참조).
- 원하는 경우, 계획은 의료진, 대응팀 및 다른 관계자가 쉽게 접근할 수 있어야 한다(예: 서비스의 의무 기록이나 온라인 등록에 포함되는 식으로).
- 사람들은 민감성과 고통의 원인에 대해 더 알게 되면서, 개별화된 계획들은 규칙적으로 업데이트되고 재검토되어야 한다.

개별화된 계획 만들기

개인은 어떤 것이 자신에게 좌절, 분노 혹은 고통을 가져다주는지 리스트를 확인하고 만든다. 그 사람이 원하면 다른 사람들의 도움을 받을 수 있다. 사람들은 또한 그들이 고통을 어떻게 표현하는지(혹은 어떻게 고통이 나타나는지)와 다른 사람들이 주목하기를 원하는 것(예: 다른 사람들이 지지적으로 반응하는 신호로서)이 무엇인지에 대해 작성한다.

그러한 다음 개인은 고통을 제거하거나 혹은 그것을 인정하고 편안함과 지원을 요청하기 위해 기저에 있는 고통의 원인을 다루는 잠재적 전략을 인식한다. 이러한 전략은 사람에 따라 다르지만 일부 예시는 다음과 같다.

- 산책하기
- 자신의 감정을 이해해주는 사람과 있기
- 느리고 깊게 호흡하기
- 공이나 담요를 움켜쥐기
- 울거나 소리 지르기
- 편안한 공간에서 시간 보내기
- 친구나 가족에게 전화하기
- 운동하기
- 샤워하기

고통, 분노, 좌절 혹은 불안의 원인을 제거하거나 그것을 극복하도록 돕기 위해 취해지는 단계는 언제나 자발적으로 이루어져야 하며, 그 누구에게도 강요해서는 안 될 것이다.

진정 조치와 고통을 나타내는 행동들은 각 개인의 특성과 상황에 맞춰져야 한다. 어떤 사람에게 한 시점에서 효과가 있는 것이라도 다른 사람이나 같은 사람에게 다른 시점에서는 효과가 없을 수도 있다. 개개인의 필요에 맞추어진 해결점을 찾는 데 있어서는 창의성이 중요하다.

갈등과 긴장된 상황에서 일어난 문제들을 다루기 위해 개별화된 계획을 사용하는 것은, 서비스 직원과 서비스를 이용하는 사람들 상호간의 존중과 신뢰를 구축하기 위해서라도 좋은 기회가 될 수 있다.

활동 6.1: 개별화된 계획 만들기(40 분)

정신건강 및 다른 전문가들, 가족 및 케어 파트너를 포함하여 누구나 자신만의 민감성을 인식함으로써 도움을 받을 수 있다. 원치 않으면 그 어떤 것도 공개할 필요가 없다는 점을 참여자들에게 상기시켜라.

참여자들을 2 인 1 조로 나누어라. 다음에는 참여자들에게 부록 3(개별화된 계획 만들기)을 나누어준다. 그들이 원한다면 참여자들은 이 활동을 혼자서 할 수 있다.

각 쌍의 참여자들이 각각 다음에 제시된 표를 완성하도록 요청하라.

1. 무엇이 좌절, 불안, 분노 혹은 괴로움을 느끼게 하는지에 대해 각 쌍의 상대방을 인터뷰하는 것으로 활동을 시작하라.
2. 그 다음, 두 파트너는 긴장되고, 스트레스가 많거나 갈등적인 상황 동안 진정하는 데 도움이 되는 것이 무엇인지 논의하라.
3. 마지막으로, 각 쌍은 상황을 진정시켜야 할 민감성을 공유하거나 상황을 전달해 준 사람을 돕기 위한 구체적인 단계들을 확인해야 한다.

첫 번째 라운드가 끝난 후 파트너에게 역할을 바꾸어서 활동을 반복하도록 한다.

나의 민감성을 관리하기 위한 계획		
나의 민감성은 무엇인가?	무엇이 나를 진정시키는 데 도움을 주나?	어떤 구체적인 단계가 취해질 수 있는가?
예) 소음과 주변 사람들로 인해 압도되는 것을 느낌	예) 호흡을 느리게 하도록 하고 홀로 있을 수 있는 시간을 가지는 것	예) 천천히 호흡하는 것을 연습하기, 내가 진정될 때까지 혼자 있을 수 있는 조용한 장소 찾기

주제 7: ‘네,’ ‘할 수 있습니다’ 라고 말하는 문화를 조성하기

소요시간

약 40 분

발표: ‘네’ ‘할 수 있습니다’라고 말하는 문화를 조성하기(15 분)

서비스에 들어가면서, 서비스를 이용하는 사람들(특히, 조직문화라는 특징을 갖는 경우)과 그들의 의지에 반하여 서비스에 오게 된 사람들은 서비스와 직원에게 상당한 통제 권한을 양보할 것이 요구된다.

그들은 일상적인 삶, 집, 익숙하고 편한 것들, 음식, 통상적인 환경, 책과 컴퓨터, TV 프로그램, 가족, 친구, 사회적 연결망, 소유물 등으로부터 떨어져 있다. 그들은 밖으로 나가는 것, 산책하는 것, 평소의 루틴과 취미를 유지하는 것, 미술 활동에 매진하거나 자료를 쓰거나 읽는 것이 차단되어 있을 수도 있다. 통제력이 상실되고 그들의 편안함, 보안, 안전 및 안녕감을 위하여 직원에게 의존하는 상황에 놓여지는 것은 고통, 두려움, 불안 및 좌절을 야기할 수 있다.

건강관리시설 직원이 자주 ‘안돼요’라고 대답하거나 이러한 요청을 들어주는 것을 미루게 된다. 이는 과도한 업무량, 인력 부족, 부실한 교육, 서비스 규정 혹은 조금 더 일반적으로는 서비스의 무응답 문화에 기인하는 것일 수 있다.

당사자가 느끼는 좌절, 고통 및 의존성은 직원들에게는 도전하는 행동으로 잘못 인식될 수 있고, 결국은 직원들이 격리와 강박과 같은 강요 조치에 의지함으로써 갈등적인 상황으로 이어질 수 있다.

사람들은 삶의 고통으로부터 잠시 벗어나기 위해서건, 어려운 시기에 인간적인 연결과 편안함을 위해서건 혹은 평범한 삶과 일상에서 벗어나 회복하려고 하기 위해서건, 욕구를 갖고 있기 때문에 서비스를 받고 있다는 점을 반드시 이해해야 한다.

진정으로 효과적이기 위해서는, 서비스가 사람들을 ‘관리’하고 ‘통제’하는 문화에서, 서비스를 이용하는 사람들을 지원하고 회복 지향적인 것으로 바뀌는 것이 필수적이다. 이를 위해서는 직원이 당사자의 필요성과 요구사항을 부인하거나 거부하기보다 인정하고 이에 대응해야 한다.

유용한 전략은 서비스 내에서 ‘네’, ‘할 수 있습니다’ 라고 말하는 문화를 조성하는 것이다. 이는 사람들의 요청에 대한 반응으로, ‘아니오’보다는 ‘네’라고 대답하는 것이 가능한지 여부와 의사결정이 이루어지는 방식을 통하여 생각해 볼 수 있는 비판단적인 공간을 만드는 것을 포함한다. 이것은 서비스 직원이 당사자의 필요 및 요청사항과 함께 사람을 우선에 두도록 도울 것이다.

서비스를 이용하는 사람의 요청에 대해 ‘아니오’라고 답하기 전에, 실무자는 우선 요청을 **R. E. F. L. E. C. T. (속고)**해야 한다. 다음에 대하여 생각해 보라.(47)

- R - 다시 구성하기(Reframe): ‘그렇다’라고 하려면 어떻게 해야 할까?
- E - 쉬운(Easy): ‘아니오’는 쉬운 선택지인가?
- F - 감정(Feeling): ‘아니오’라고 하면 상대방은 어떤 기분이 들까?
- L - 경청하기(Listen): 당사자와 그들이 요청하는 것에 대해 실제로 경청한 적이 있나?
- E - 설명하다(Explain): 왜 요청을 들어줄 수 없는지에 대해 당사자에게 설명할 수 있는가?
- C - 창의적인(Creative): 요청을 들어줄 다른 창의적인 방법이 있을까?
- T - 시간(Time): 요청을 고려하기 위해 충분한 시간을 할애하고 있나?

심지어 이미 ‘아니오’라고 말한 상황에서조차, ‘아니오’라고 답한 동기를 **R. E. F. L. E. C. T. (속고)**하는 것이 유용하다.

- R - 다시 구성하기(Reframe): ‘그렇다’라고 하려면 어떻게 해야 했는가?
- E - 쉬운(Easy): ‘아니오’를 선택하는 것이 쉬운 선택이었는가?
- F - 감정(Feeling): 어떻게 느껴졌을까?
- L - 경청하기(Listen): 당사자의 말을 경청하였는가?
- E - 설명하다(Explain): 당사자에게 설명을 해 주었는가?
- C - 창의적인(Creative): 그 사람의 요청을 해결할 방법을 찾으려 노력하기 위해 창의성이 활용되었는가?
- T - 시간(Time): 요청에 대해 충분히 시간을 가지고 고려해보았는가?

이러한 질문을 되새기면서, 전문가이자 케어 파트너인 참여자들이 그들의 관행과 ‘먼저 네 라고 말하기’문화를 만들기 위해 어떻게 상황을 바꿀 수 있는지에 대해 좀 더 깊이 생각해 볼 수 있도록 독려한다.

실무자가 고려해야 하는 또 다른 중요한 질문은 다음과 같다.

서비스를 이용하는 사람들이 좀 더 자율적이게 되고, 이러한 요청을 할 필요가 없도록 하기 위해서 내가 그들에게 자원을 제공할 수 있을까?

이 마지막 질문에 대하여 다음 사항을 주의하는 것이 중요하다.

이것을 하는 목적은 ‘당사자를 제거하기 위해서’ 그들이 요청하는 자원이나 정보를 제공하는 것이 아니다. 종사자는 당사자의 말에 귀를 기울이고 그들이 원하는 것을 진정으로 이해하려고 노력해야 한다. 종사자는 제공할 수 있는 자원과 정보에 대해서 솔직해야 하고, 너무 많거나 관련 없는 자료로 그를 압도하지 않도록 조심해야 한다.

이는 종종 당사자에게 그들의 요청을 충족시켜 줄 수 있는 사람과 직접적으로 연결시켜 주는 것을 포함한다.

이와 동시에, 모든 요구들이 항상 충족될 수 없다는 것을 인정하는 것이 중요하다. 종종 서비스는 그 요구들을 충족시킬 수 없거나, 충족시키는 데 시간이 걸릴 수 있다. 하지만 그 사람의 요청이나 필요사항이 충족될 수 없는 상황에서는 당사자와 이에 대해 논의가 이루어져야 한다. 추가적으로, 서비스 관리 과정에서 자신의 요구들을 케어할 수 있어야 하는 점을 확실히 해야, 서비스 직원들이 완전한 주의를 기울이고 기꺼이 참여할 수 있을 것이다.

활동 7.1: 정신건강 및 사회복지 서비스에서 ‘네’ 할 수 있습니다’라고 말하는 문화 (25 분)

이 활동은 정신건강 및 사회복지 서비스에서 ‘네’, ‘할 수 있습니다’라고 말하는 문화를 조성하기 위해 취할 수 있는 방법들의 목록에 대해 참여자들의 제안을 돕기 위해 고안되었다.

정신건강 및 사회복지 전문가, 서비스를 이용하는 사람, 케어 파트너/가족에게 각각 다음과 같은 질문을 하라.

- **정신건강 및 관련 전문가에게 질문:** 서비스를 이용하는 사람이 요청했을 때 마지막으로 ‘아니오’라고 말했을 때를 생각해 보세요. 어떻게 하면 다르게 할 수 있었을까요?
- **케어 파트너 | 가족에게 질문:** 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 가족의 요구에 마지막으로 ‘아니오’라고 말했을 때를 생각해 보세요. 어떻게 하면 다르게 반응할 수 있었을까요?
- **서비스를 이용하는 사람에게 질문:** 직원 혹은 케어 파트너/가족이 당신의 요구에 대해 마지막으로 ‘아니오’라고 말했을 때를 생각해 보세요. 어떻게 하면 다르게 반응할 수 있었을까요?

플립차트에 참여자들의 다양한 답변을 기록한 후 다음 질문을 하고 나서 플립차트에 아이디어를 기록하라.

- 정신건강 및 사회복지 서비스에서 ‘네’라고 말하는 문화를 조성하려면 어떤 것이 필요한가요?
- 어떻게 하면 전문가, 서비스를 이용하는 사람, 가족과 케어 파트너 혹은 다른 사람들이 그 과정에서 관여할 수 있을까요?
- ‘네’라고 말하는 문화를 조성하거나 개선하는 데 필요한 기술에는 무엇이 있을까요?

주제 8: 지지적인 환경과 편안한 공간의 사용

소요시간

약 55 분

발표: 지지적인 환경과 편안한 공간 (15 분)

서비스의 환경은 긴장을 증가시키거나 감소시키는 역할을 할 수 있다. 강압적이거나 압제적인 환경은 갈등과 고조를 증가시킬 수 있지만, 편안하고 지원적인 환경은 회복, 건강, 포함, 희망, 탄력성, 사회적 상호작용 등을 촉진시키고 지원할 수 있다.

전체적인 환경은 지지적이어야 하며, 실제적인 예시를 보여주는 것은 서비스에서 편안한 공간을 만드는 것일 수 있다. 편안한 공간은 스트레스로부터 안식처를 제공하고, 사람들이 사생활의 영역에서 그들의 감정을 경험하고 불편함을 누그러뜨릴 수 있도록 허용해준다. 이것은 언제든지 제공될 수 있고, 점진적인 악화를 방지하는 데 도움을 줄 수 있다.

편안한 공간 (48-50)

편안한 공간은 스트레스로부터 벗어나게 해주며 사람들이 사적인 생활 내에서 감정을 경험하고 불편함을 경감하도록 한다.

- 편안한 공간은 격리실이 아니다. 이는 고통을 겪는 사람이 진정하고 이완될 수 있도록 도와주는 예방적인 도구이다.
- 이 공간은 항상 자발성에 기초하여 당사자에게 충분히 정보를 제공한 상태에서 동의를 받아 이용되어야 한다.
- 편안한 공간을 안식처 및 치유의 공간으로 사용하도록 존중하는 것이 유용하다. 그래야 편안한 공간이 단순히 서비스를 이용하는 사람을 위한 것이라거나 격리실로 인식되지 않게 된다. 그렇게 하기 위한 방법 중 하나는 안정과 휴식을 포함하는 어떤 활동을 위해서는 직원뿐만 아니라 서비스를 이용하는 사람들도 이용 가능하도록 만드는 것이다.
- 다른 사람이 편안한 공간을 사용하는 것을 제안하기 전에, 공간 사용 제안이 어떤 상황에서 불편감을 누그러뜨리기 위해 이루어진 것이 아니라는 점을 확실히 하고, 그 사람의 정서와 반응을 확인하는 것이 중요하다. 또한 이러한 제안이 반길 수만은 없다는 것을 인식하는 것도 중요하다.

편안한 공간 구성하기

- 직원 및 서비스를 이용하는 사람이 편안한 공간을 만들기 위한 계획을 개발하기 위해 함께 해야만 한다. 서비스를 이용하는 사람들이 편안한 공간에 대한 디자인, 조성 및 계획에 적극적으로 참여하도록 환영하는 것이 필수적이다.
- 논의하고 결정하기
 - 편안한 공간이 무엇을 위한 것이고, 어떻게 이용되는지 구상되며, 어떠한 종류의 환경이 만들어져야 하는지
 - 어떤 공간이 사용될 것인지
 - 편안한 공간의 가구는 어떻게 배치되고 장식될 것인지
 - 비용 지불은 어떻게 될 것인지
 - 누가 관리할 것인지

공간을 설계할 때, 공간을 사용하는 사람들의 안전은 중요한 고려사항이다. 누구에게나 안전하고 접근 가능한 보편적 디자인의 관점에서 편안한 공간을 고려하는 것이 유용할 수 있다. 유리로 된 물건, 쉽게 던질 수 있는 가벼운 물건 혹은 자신이나 다른 사람들을 해하는 데 이용될 수 있는 고정된 비품(예: 문고리)을 제거하는 것도 필수적일 수 있다.

어떤 사람에게든, 편안한 공간에 진정시키고 편안하게 하는 감각적인 자극을 포함하는 것이 고통으로부터 주의를 분산시킴으로써 그 밖의 다른 것으로 이동시키는 데 유용할 수 있다. 감각적인 접근은 항상 자발적이어야 한다.

편안한 공간에 통합될 수 있는 감각적인 접근의 예시로는 이룰테면 따뜻한 물, 부드러운 담요, 카펫이나 베개, 진정이 되는 색깔, 조도가 낮은 빛, 흔들의자, 조용하고 진정되는 음악이나 소리, 아로마테라피 등을 포함할 수 있다.

감각적인 접근은 개별화되어야 한다. 서비스 직원은 무엇이 그들에게 효과가 있는지를 보기 위해 다른 감각적인 접근을 시도해보고 싶어하면 그 사람과 함께 해보아야 한다. 또한 사람들은 그들에게 이용 가능한 감각적인 접근을 탐색할 수 있다.

어느 한 사람에게 진정 작용이 있는 것이, 다른 사람에게서는 스트레스가 될 수 있다는 점을 염두에 두는 것이 중요하다. 예를 들면 어떤 사람들은 감각적인 자극이 전혀 없거나 조금 있는 곳에서 조용히 앉아 있는 것을 선호할 것이다. 다른 사람들은 진정하는 방법으로 울부짖거나 소리치거나 드럼을 치거나 춤추거나 기도하거나, 다른 전략들을 이용하는 것이 필요할 수도 있다.

활동 8.1: 감각적 접근법 (15 분)

서비스 내의 편안한 공간에서 이용할 수 있는 감각적 접근법에 대해 참여자들 모두 각자 생각해보도록 하면서 활동을 시작하라. 다음을 참여자들에게 질문하라.

정신건강 혹은 사회복지 서비스 환경에서 사용할 수 있는 몇 가지 특정 감각적 접근법에 관해 생각해 보도록 하세요.

5-10 분 동안 각자 생각해보는 시간을 가지고 나서, 참여자들에게 자신의 생각을 공유하도록 하라.
플립차트에 의견 목록을 작성하라.

활동: 종합병원이나 기타 급성기 치료 장소에 있는 응급실 내의 편안한 공간 (10 분)

- 종합병원이나 기타 급성기 치료 장소에 있는 응급실은 매우 심각한 고통을 경험하는 사람들이 종종 가장 먼저 가는 장소이다.
- 그런 곳에서는 사람들의 고통과 불안을 악화시킬 수 있는 소음, 너무 많은 사람들, 긴 대기시간과 같은 자극과 풍부한 요인들로 바쁘고 혼란스러운 상태일 수 있다. (51)

또한 응급실 직원들은 고통을 경험하는 사람을 지원하기 위한 비강압적인 전략을 거의 교육받지 못하고 있다. 결과적으로 많은 경우 직원들은 격리와 강박의 사용에 의지하게 된다.

- 조사에 따르면, 응급실에서 격리와 강박의 이용은 매우 흔하게 발생하는 것으로 보고되었다. (52, 53)
- 응급실 내에 편안한 공간을 만드는 것은 시끄럽고 과밀하며 때로는 혼란스러운 대기실에서 기다릴 필요가 없음을 확보하기 위한 유용한 수단이다. 대신에, 그들은 부정적인 자극에서 멀리 떨어진 진정작용이 있는 환경에서 기다릴 수 있다.

활동 8.2: 서비스에서의 편안한 공간 (15 분)

이 활동은 참여자들이 서비스 내에서 편안한 공간을 만들기 위해 취할 수 있는 목록을 만드는 데 도움을 주기 위한 것이다.

다음 질문들을 하고 그에 대한 아이디어들을 플립차트에 작성하라.

정신건강 및 사회복지 서비스 내에서 편안한 공간을 구축하기 위해 해야 할 일은 어떤 것인가요?

- 어느 공간을 사용할 것인가?
- 사람들이 만들고 싶은 공간의 종류는 어떤 것인가?
- 이 공간을 만드는 데 누가 책임을 지는가?
- 방에는 무엇을 포함할 수 있는가?
- 방을 설치할 때 서비스를 사용하는 사람과 직원의 제안을 어떻게 취합하고 통합할 것인가?
- 어떻게 자금을 모을 것인가?

주제 9: 긴장되고 갈등적인 상황의 점진적 약화

소요시간

약 15 분

발표: 점진적 약화(de-escalation)에 대한 소개 (15 분)

점진적 약화는 사람들이 극도로 고통스럽거나 속이 상하는 경우, 자신과 다른 사람들을 정서적·신체적으로 부정적인 영향을 끼칠 수 있는 방법으로 행동하도록 이끔으로써 상황을 관리하는 기술이다.

점진적 약화는 상황을 해결하거나 흐트러뜨리기 위해서 갈등에 관여된 주요한 사람들과 협동적인 관계에 참여하고 정립하는 접근법이다. 점진적 약화는 이러한 상황에 효과적인 의사소통 기술을 적용한다(의사소통 기술에 대한 더 많은 정보를 위해서는 강압, 폭력 및 학대로부터의 자유에 관한 모듈을 참고하라).

점진적 약화는 상황을 해결하거나 흐트러뜨리기 위해서 갈등에 관여된 핵심 사람들과 협동적인 관계로 참여하고 만드는 접근법이다. 점진적 약화는 이러한 상황들에 효과적인 소통 기술을 적용한다(소통 기술에 관한 더 많은 정보를 위해서 강압, 폭력 및 학대로부터의 자유에 관한 모듈을 참조).

예를 들면, 점진적 약화는 적극적 경청의 연습을 포함한다. 적극적 경청은 사람에게 관심을 두어 집중하기와 반응하기의 구조화된 형태이다.

적극적 경청은 그들의 관점과 감정을 이해하기 위하여 누군가의 말에 집중하는 것이다.

적극적 경청은 사람에게 대한 완전한 집중과 한 사람이 말하는 것의 진정한 의미를 분명히 이해하기 위해 확인하는 것을 필요로 한다.

또한 적극적 경청은 개인이 말하는 것에 자신의 의미를 부여하지 않도록 신경쓰는 것을 필요로 한다. 이는 관련된 사람과 대화(독백이라기보다는)함과 동시에 그들의 감정, 생각 및 아이디어에 가치를 두는 것에 관한 것이다(적극적 경청에 대한 더 많은 정보를 위해서는 정신건강 및 안녕감을 위한 회복 활동에 관한 모듈을 참고하라).

다른 사람들을 방해하거나 위협적이라고 느끼게끔 고통을 표현하는 사람과 상호작용할 때는 관련된 모든 사람이 관여된 상태로 남아 있고, 그들의 정서적 반응을 이해하기 위해 노력할 필요가 있다.

어떤 사람들은 이러한 전략을 사용하여 갈등적이거나 긴장된 상황을 점진적으로 약화시켜 나가는 기술을 자연스럽게 가지고 있다. 하지만 점진적 약화는 누구나 배우고 실행할 수 있는 것이다. 이는 안전하고 만족스러운 결과를 도출하기 위해 효과적으로 수행된 훈련을 요구한다. 그러므로 서비스 직원은 이 주제에 대한 추가적인 훈련을 통해 혜택을 얻을 수 있다.

상황이 확대되는 것을 방지하는 팁 (54)

- 개인의 사적인 공간을 존중하기
- 개인이 갇히거나, 구석에 내몰리거나 감금되어 있다고 느끼지 않기 위해 밀폐된 공간을 피하기
- 개인에게 개입하기 위해 노력하기, 그를 지원하고 싶고 그의 의사에 반하거나 해가 될 만한 것은 하지 않을 것이라는 것을 알려주기
- 도발적이고 모욕적이며 거들먹거리게 들릴 수 있는 언어를 쓰지 않기, 언제나 예의 바르고 존중되도록 하기
- 개인에 대해서 당신이 알고 있는 것에 따라 어느 정도의 격식을 갖추어 이야기하기
- 재촉하지 않기, 들은 것에 대해 생각하고 반응할 수 있는 시간과 여유를 주기
- 개인의 고통에 대한 이유를 이해하도록 노력하고, 무엇을 필요로 하고 원하는지 이해하도록 노력하기, 그들이 기대하는 것과 당신이 할 수 있는 것이 무엇인지 직접적으로 개인과 이야기하기
- 개인이 유용하다고 여기는 게 무엇인지 물어보고 일부 선택지와 선택을 제공하기 위해 노력하기
- 개인이 말하는 것에 대해 단지 당신이 동의하지 않는다고 해서 배척하지 않기. 당신이 동의하지 않는 경우라도 동의할 수 있는 부분을 찾으려고 노력하기. 그 어느 것에도 동의할 수 없다면 동의하지 않는 것에 동의하기
- 개인이 알고 신뢰하는 사람에게 접근하도록 독려하기
- 어려운 순간이 지나가면 무엇이 발생했는지 그 사람과 탐색해보려고 노력하기

점진적 약화 기술은 상황과 문화에 따라 다를 수 있으므로 그에 따라서 적용시킬 필요가 있다.

주제 10: 대응팀

소요시간

약 1 시간

발표: 대응팀의 형성 (36, 37, 55-57) (30 분)

이 발표는 대응팀이 강압적인 조치를 사용하지 않고도 긴장되거나 갈등적인 상황에서 개입하는 데 어떻게 사용될 수 있는지에 대한 개요를 제공한다.

대응팀이란 무엇인가?

- 대응팀은 비강압적인 접근법을 수용하고 이러한 상황을 '다룰 수 없거나' 어려운 것으로 여기는 위급 상황이 있을 때 개입하며, 반응하는 것에 대한 책임을 지는 경험 많고 헌신적인 사람들의 핵심 집단이다.
- 대응팀은 국가와 서비스에 따라 다른 이름을 가질 수 있다. 예를 들어 위기 대응팀이나 정신과적 응급 대응팀이 있다.
- 대응팀은 긴장되고 갈등적인 상황을 해체하고, 안전하게 해결할 수 있는 좋은 의사소통, 점진적 약화 및 폭력 방지 기술을 이용하여 위기를 관리하는 데 효과적일 수 있다. (58)
- 팀 구성원은 갈등적인 상황에서 도움을 주고, 조력할 수 있지만 서비스에서 상황을 주도하여 예방적인 활동을 수행할 수도 있다.
- 하지만 대응팀의 개입은 개인이 단지 고통을 표출할 때는 필요하거나 적절하지 않다는 것에 주의하는 것이 중요하다. 대응팀은 한 사람 또는 여러 사람의 고통이 서로 누적하여 영향을 끼치고, 스스로 해결할 수 없을 정도로 긴장되고 갈등적인 상황이 되었을 때에만 적절하다.
- 팀은 언제나 이용 가능해야 하며, 특히나 사건의 위험이 좀 더 높을 때는 더욱 그렇다(예: 밤).

대응팀의 목적은 항상 비폭력적이고 비강압적인 방식으로 긴장되고 갈등적인 상황에 대응하는 것이다. 시간이 지나면서도 대응팀이 긴장되고 갈등적인 상황을 관리하기 위해서 강압적이고 폭력적인 방법을 사용하는 팀으로 진전되지 않는다는 점을 확실하게 하는 것이 중요하다.

- 안전에 대한 함의를 가지거나, 사람들에게서 위해를 가할 수 있는, 갈등적이거나 긴장된 상황에 대해 안전한 해결을 제공한다.
- 사람들을 통제하기보다는 돕고 지원하도록 구성된 비강압적이고 비직면적인 접근법을 개발하고 실행한다.
- 그러한 상황에서 부상이나 위해의 가능성을 줄인다.
- 가장 어려운 갈등적인 상황에 대해서는 조직화된 팀의 접근과 리더십을 제공한다.
- 비억압적인 기술과 전략에 관해 다른 사람들과 경험 및 지식을 공유하고 그들을 훈련한다. 그러한 상황이 일단 해결되면 해당 상황에 대응한 방식을 지속적으로 향상시키는 관점으로 상황을 검토하고 논의하는 데 기여한다.

구성 및 역할

대응팀은 다음을 포함해야 한다.

- 서비스와 케어에서 비강압적인 접근에 대한 사명을 가지고 있는 정신건강 및 사회복지 전문가(조무사, 간호사, 의사 및 기타 전문가)가 포함된다. 갈등적인 상황에 관여된 사람들이 대응팀 구성원과 낯선 관계라면 점진적인 확대의 위험이 있다.
- 팀에는 다른 구성원들도 포함되어야 한다(예: 동료지원가, 지역사회 옹호자, 가족 구성원).
- 대응팀의 구성은 사람들의 필요사항에 따라서 맞춰져야 한다(예: 나이, 성별, 문화, 특정한 필요사항에 민감해야 한다). 그러므로 팀의 구성이 가능한 한 젠더, 인종 및 나이의 균형을 존중하도록 확실히 하는 것이 중요하다.

다양한 구성원의 역할

- 팀 구성원은 스트레스 상황에서 중복과 혼란을 피하기 위해 명확하고 특정한 역할을 지니고 있어야 한다.
- 그날 그날에 적어도 한 핵심 집단이 정신건강 또는 사회복지 서비스에 배정되어야 한다.
- 필요할 때 서비스 밖에서 ‘호출되는(on call)’ 상태의 팀 구성원이 있을 수 있다.
- 이 구성원들은 정신건강 및 사회복지 서비스에 영구적으로 머물러 있지는 않는다.
- 그들은 필요사항에 기초하여 도움을 주기 위해 호출된다.
- 그들은 간략한 공지와 위치에 대한 보고에 따라 단시간 내에 호출될 수 있다.
- 팀 구성원들은 그들이 ‘호출되는’ 상태에 있는 시간에 대해 보수를 받아야 한다.

팀 리더

- 대응팀에는 팀 리더가 있어야 한다. 이들은 고통 상황에 있는 사람을 지원하는 데 있어서 효과적인 지도력과 점진적 약화 기술 및 경험을 가진 개인이다. 팀 리더는 팀에 참여하기 전에 서비스 관리자에 의해 선별되어야 한다.
- 효과적인 대응팀 리더는 다음과 같은 특징을 지닌다.
- 상황의 해결에 있어 비폭력적인 접근법을 증진한다.
- 갈등적이거나 긴장된 상황에 관여된 모든 사람들의 안전을 증진한다.
- 상황에서 리더십을 발휘하고, 팀의 다른 구성원들에게 역할과 책임을 부여한다(예: 구역을 정리하기, 잠재적으로 해롭거나 위험한 물건이 확실히 없도록 하기 등).
- 비강압적인 접근법에 대한 새로운 연구를 지속적으로 파악하고 공유한다.
- 언어적 및 비언어적 의사소통 기술에 능숙하다.
- 안전 문제 및 비강압적인 방법에 대해 다른 사람들의 조언을 듣고 코치한다.
- 안전하지 않은 선택과 방법에 의문을 가진다.
- 대응과 모든 사후 보고를 책임진다.

비강압적인 대응에 관한 훈련

- 팀 구성원(전문가 및 비전문가 포함)은 어떻게 위기를 예방하고 관리할지에 대해 훈련해야 한다.
- 정신건강 및 사회복지 서비스는 훈련의 질을 향상시키고, 모든 팀 구성원이 필수적으로 매년 훈련을 받게 해야 한다.
- 구성원은 그들이 개입할 상황에서 의사소통의 오류나 협력 부족을 방지하고 팀으로서 함께 대응할 수 있도록 근무 관계를 가지고 함께 훈련되어야 한다.
- 훈련은 특별한 필요와 요구사항이 있는 사람들(예: 임신부나 신체적 장애가 있는 사람 등)을 지원하는 방법을 포함하여야 한다.
- 훈련은 과거에 격리와 강박의 사용으로 귀결되었던 실제 상황의 스트레스를 시뮬레이션해야 한다. 그렇게 해야만 구성원들이 스트레스 상황에서도 차분하게 활동할 수 있다. 대응팀이 더 많은 실용적인 경험을 습득하면서, 갈등적인 상황을 흐트러뜨리는 효과는 시간이 지나면서 증가한다.
- 서비스의 모든 직원들(대응팀의 구성원뿐만 아니라) 역시 갈등적인 상황에서 비강압적인 대응에 대한 훈련을 받아야 한다.

대응팀의 활동

1. 잠재적인 위기 상황 전

- 위기가 일어날 때 현장에 있는 직원이 라디오, 무선 호출기 혹은 다른 방법들을 사용하여 상황이 벌어진 장소에 오도록 구성원을 호출함으로써 대응팀을 준비시킨다.
- 구성원들이 활성화되면, 하고 있던 것을 멈추고 상황이 벌어진 장소로 간다.
- 대응팀은 짧은 시간 안에 상황이 벌어진 장소에 도착할 필요가 있다(5분 안에).

2. 위기나 긴급 상황에 대응하기

- 팀 구성원이 도착하면, 그들은 관련된 사람과의 대화를 바탕으로 특정 상황에서 취해야 할 효과적인 조치에 대한 과거의 경험, 개인적인 관찰, 사전 계획 또는 개별화된 계획(이것들이 이용 가능한 곳에서) 등을 인식하고 있는 팀 리더와 만난다.
- 대응팀에 있는 의료진은 팀이 인식해야 하는 기존의 건강 문제(예: 심장 질환, 외상의 과거력, 약물 사용 등)가 있는지 여부와 어떤 방식으로 행동하거나 반응하도록 해야 하는지 기저의 의학적 이유가 있는지 여부를 결정해야만 한다.
- 팀 리더는 대응을 담당할 사람을 지정한다. 지정된 사람은 관련된 사람을 잘 알고 가장 좋은 관계를 가지고 있는 팀 구성원이어야 한다.
- 팀 구성원들은 상황을 촉발시킨 즉각적인 상황과 적합한 배경을 이해하고, 이를 극복하는 방법을 찾기 위해 관련된 모든 사람들과 협력한다. 이는 공유된 정보에 기초한 관계에 이르게 되고, 다시 구성원들이 사람들의 입장을 이해할 수 있도록 해준다.
- 필요 시에는 한 명 이상의 구성원이 상황과 관련이 없는 사람들(예: 꼭 필요하지 않은 직원(non-essential

staff)이나 서비스를 이용하는 사람이 현장에서 떨어져 있도록 유도해야 한다.

대응팀 구성원은 다른 직원들이 서비스를 이용하는 사람들에게 필요한 지원을 제공하고 있다는 점을 확실히 해야 한다.

- 대응팀은 환경을 안정시키기 위한 조치(예: 불빛을 약하게 하고, 소음 공해나 큰 소리를 감소시키기 등)를 취해야 하며, 주변에 해로울 수 있는 물건(예: 가구, 의료 장비)을 제거한다.
- 예를 들어 모든 사람들이 동시에 말하거나 동시에 행동하려고 달려드는 것처럼, 관련된 사람을 압도하고 혼돈을 조장해서는 안 된다. 이렇게 하는 것은 부상과 트라우마의 가능성을 증가시킬 수 있다.
- 갈등적인 상황에서도 현재의 사람과 관계가 강화될 수 있는 방법을 염두에 두고, 이 관계를 저해하는 말이나 행동을 삼가는 것이 중요하다.

3. 상황이 해소되었을 때

- 사건 이후의 검토는 가급적 빨리 수행되어야 하며 사건 이후 72 시간을 넘기지 않아야 한다.
- 무엇이 효과가 있었고 무엇이 효과가 없었는지, 또한 향후에 유사한 상황이 나타났을 때 어떻게 하면 더 잘 대응할 수 있는지를 결정하고, 결과를 검토하며 대응을 논의하기 위해 대응팀의 구성원들 사이에서 업무보고 회의가 열려야 한다.
- 대응팀은 무엇이 그러한 상황에 이르게 하였다고 생각하는지, 어떻게 처리되었는지, 또한 향후에 유사한 상황이 발생하지 않도록 예방하기 위하여 무엇을 할 수 있는지를 관련된 모든 사람들과 논의하여야 한다.
- 검토의 목적은 교훈을 얻고, 직원 및 서비스를 이용하는 사람들을 지원하며, 사람들 사이의 긍정적인 관계를 독려하는 것이다.
- 상황과 관련하여 서비스를 이용하는 사람에 대해서는, 무엇이 그러한 상황에 이르게 한 것인지, 그들이 대처한 것, 고통을 자극한 것, 반응한 것이 무엇인지, 또 대응팀이 얼마나 적절하게 상황을 다루었다고 생각하는지를 더 잘 이해하기 위해 그 사람이 준비가 되었다고 느낄 때 별도의 업무보고회의가 진행되어야 한다.
- 이는 개별화된 계획을 검토하거나 개발할 수 있는 기회이기도 하다.
- 당사자는 사건에 대한 자신의 개인적인 견해와 미래에 발생할 수 있는 유사한 사건에서 무엇이 일어나야 한다고 생각하는지 작성할 기회를 가져야 한다.
- 추가적으로, 사고 후의 검토는 위기 이후 최대한 빨리(예: 3 일 내) 이루어져야 한다. 권고 사항은 갈등 상황에 대응하고, 이를 예방하기 위한 서비스의 역량을 향상시킴으로써 미래에 취해져야 하는 조치를 강조하며 검토의 한 부분으로 만들어져야 한다. 이러한 검토의 결과는 필요에 따라 서비스 직원 및 서비스 관리자와 공유되어야 한다.

활동 10.1: 대응팀 만들기 (20 분)

이 활동은 대응팀을 만들기 위해 취할 수 있는 단계 목록을 작성하도록 참여자들을 돕기 위한 것이다. 다음 질문을 하고, 아이디어를 플립차트에 작성하라.

여러분의 서비스에서 대응팀을 구축하기 위해 무엇을 할 수 있나요?

- 누구를 관여하도록 할 것인가?
- 직원이 아닌 사람들이 어떻게 하면 대응 팀의 일부에 포함될 수 있는가? (예: 매일 참여하는 것을 기반으로 하여, 서비스에서 그들이 이용가능한가? 또는 그들이 '호출된' 상태에서 재빨리 서비스에 응할 수 있는가?)
- 이 팀을 위한 훈련을 어떻게 준비할 수 있는가?
- 자금이 필요한 경우, 어떻게 자금을 조달할 것인가?

깊이 생각해보기 (10 분)

‘깊이 생각해보기’ 시간에는 훈련에서 무엇을 배웠는지에 대해 참여자들이 좀 더 생각해 볼 수 있는 기회를 준다.

아래의 질문은 회기 이후에 깊이 생각해 볼 수 있는 질문이다. 다음 주제에서 논의할 수 있도록 답변을 적어 놓거나 간단히 자신의 답에 대해 생각해 보아도 된다.

여러분의 서비스에서 격리와 강박을 근절시키기 위해 개인으로서 당신이 할 수 있는 일은 무엇일까요?

주제 11: 격리와 강박을 근절시키기 위한 조치

소요시간

약 2 시간 12 분

이 주제의 목적은 참여자들이 이전 주제에서 기술된 전략들에 관하여 되돌아보도록 하고, 그들이 자신의 상황에서 취할 수 있는 구체적인 조치가 무엇인지 생각해 보도록 격려하는 것이다.

활동 11.1: 서비스에서 긴장되고 갈등적인 상황에 대응하는 현재의 관행(15 분, 슬라이드)

이 간략한 논의 활동은 참여자들이 그들의 서비스(그들이 친숙한 서비스일 수도 있음) 내의 갈등적인 상황에서 현재 일어나고 있는 것에 대해 이야기해 보도록 독려하기 위해서 구성되었다.

다음 질문을 참여자에게 하라.

당신의 서비스는 현재 위기 상황들을 어떻게 관리하고 있나요?

이에 대해 15 분 동안 참여자들이 자신의 생각을 나눌 수 있게 한다.

활동 11.2: 격리와 강박을 근절시키기 위한 개인적 조치(20 분)

이 활동은 훈련에 간략하게 제시된 대체적인 전략의 시행에 대해 참여자들이 논의하도록 장려하기 위한 것이다. 이는 개인적 조치를 통해 격리와 강박을 근절시키는 일에 사명을 가지도록 독려하기 위한 것이다.

참여자들이 스스로 격리와 강박을 근절시키기 위해 취할 수 있는 몇 가지 개인적인 조치에 관해서 생각해 보도록 하며 시작하라.

집단에게 다음을 질문하라.

정신건강 혹은 사회복지 서비스에서 격리와 강박을 근절시키기 위해 취할 수 있는 몇 가지 개인적인 조치는 무엇일까요?

5-10 분 동안 개별적으로 생각할 수 있게 한 후, 참여자들에게 집단과 자신의 아이디어를 공유하도록 한다. 플립차트에 응답들을 기록하라. 일부 예시는 다음을 포함할 수 있다(하지만 이에 국한되지는 않는다).

- 위기 상황에 접근하기 앞서, 숨을 고르면서 그 상황 해결에 서두르기 전 스스로 생각할 시간을 갖도록 한다.
- 누군가 나를 속상하게 하는 행동을 보이게 되면 목소리를 낮추고 차분함, 친절함, 이해함을 보이려고 노력한다.

- 긴장된 상황에 접근할 때에는 그 개인의 민감함을 염두에 두면서 당사자가 어떻게 느끼고 있을지, 어떻게 상황에 대응할 수 있을지를 생각해 본다.
- 긴장된 상황에서 직원이 고군분투하고 있는 상황을 목격하면 도와주겠다고 정중하게 제안한다.
- 격리와 강박의 사용에 대해 지도감독자에게 보고한다.
- 긴장과 갈등적인 상황을 평화적으로 완화시키기 위해 이용할 수 있는 여러 종류의 전략에 대해 다른 직원들과 논의해 본다.
- 서비스를 이용하는 사람들의 필요사항, 민감성 및 선호도를 들어주고 이해하기 위해서 그들과 함께 협업한다.
- 환경 및 전반적인 서비스 관행이 모든 사람들의 필요사항을 더 잘 충족시키고, 동시에 어떻게 향상될 수 있는지 이해하기 위해서 집단으로서 서비스를 이용하는 사람들과 함께 협업한다.
- 강압적이며 회복접근법에 부합하지 않은 서비스 관행에 대해 개별 직원에게 의문을 제기한다.
- 갈등적인 상황이 해결되고 난 후, 무엇이 잘 되었고 무엇이 잘 되지 못했는지, 무엇이 미래에 더 잘 이루어질 수 있는지에 대하여 관련된 모든 사람과 이야기를 나눈다. 또한 스스로의 가정과 행동이 상황에 어떻게 영향을 주었는지, 미래에는 이것이 얼마나 향상될 수 있는지에 대해 깊게 생각해 볼 수 있다.

목록을 작성한 후, 목록에서 집단이 공동으로 전념할 수 있는 세 가지 방법(예: 전체 집단이 누구나 전념해야 할 세 가지 이상의 개인적 수준에서의 조치를 선택)을 선택하도록 돕는다. 이러한 조치를 유인물에 있는 표에 작성할 수 있도록 한다(부록 4 참조).

활동 11.3: 격리와 강박을 근절시키는 서비스 수준에서의 조치 (1 시간)

다음으로, 서비스에서 격리와 강박을 근절시키기 위해 참여자들이 서비스 수준에서 수행될 필요가 있는 4-5 개의 변경사항을 함께 목록으로 작성하게 한다. 목록은 그러한 변화를 시행하기 위해 취해야 할 구체적인 조치를 포함해야 한다. 플립차트에 표(아래를 참조)를 그리거나 참여자들이 격리와 강박의 사용을 근절시키는 서비스 수준의 변화라는 제목의 표에 변경사항을 작성하도록 유도할 수 있다(부록 5 참조).

참여자들에게 다음과 같이 질문하라.

서비스 수준에서 격리와 강박을 근절하기 위해 시행될 수 있는 변화에는 무엇이 있는가?
(‘서비스 수준의 변화’ 칸에 기록하라)

이러한 변화를 만들기 위해 어떠한 조치를 취해야 합니까?
(‘해야 할 일’ 칸에 기록하라)

플립차트에 그려 넣을 표의 예시는 다음과 같다.

서비스 수준의 변화	취해야 하는 행동들
예: 격리와 강박을 근절시키기 위한 서비스 정책을 개발하기	조치 1: 격리 및 강박을 근절하기 위한 서비스 정책을 개발하기 위해 직원 및 서비스를 이용하는 사람들의 회의를 개최하기 조치 2: 기타 등등
예: 직원들 모두는 갈등적인 상황을 막고 관리하는 방법에 대한 기술을 보유하고 있어야 한다.	조치 1: 모든 직원들이 위기를 막고, 관리할 전략들에 대한 훈련 회기를 가진다 조치 2: 기타 등등

발표: 격리와 강박을 근절시키기 위한 서비스 수준에서의 조치 (20 분)

이전 활동에서의 논의를 요약하기 위해 참여자들에게 짧은 발표를 보여주어라.

앞에서 살펴보았듯이, 격리와 강박의 사용을 근절하기 위한 조치는 개인적 수준에서 취해질 수도 있고, 서비스 내에서 정책 및 문화적 변화를 통해서 서비스 수준에서도 취해질 수 있다.

서비스 수준에서 취할 수 있는 예시는 다음과 같다.

- 격리와 강박을 근절시키기 위한 서비스 정책을 개발한다.
- 직원이 비강압적인 전략, 절차 및 프로토콜을 모두 올바르게 준수한 경우에도 사건 또는 사고가 발생했을 때, 직원이 비난을 받거나 책임을 지지 않는다는 점을 보장하는 서비스 정책을 수립한다.
 - 매우 흔하게 직원들은 손해에 대하여 책임을 지거나 직장을 잃는 것을 두려워하기 때문에, 격리와 강박에 대한 대체적 수단을 찾는 것에 저항하게 된다. 이러한 법적 책임을 제거하는 것은 격리의 강박을 제거하는 데 있어 핵심적인 일이다.
- 트라우마에 대한 정보를 제공하는 접근법 및 회복 지향적인 활동에 대하여 모든 직원을 훈련시킨다.
- 긴장되고 갈등적인 상황을 막고 이에 대응하는 방법에 대해 모든 직원을 훈련시킨다.
- 갈등적인 상황을 관리함에 있어서 무엇이 효과가 있고, 무엇이 효과가 없는지에 대해 직원들과 평가하고 사후에 브리핑한다.
- 서비스 내에서 편안한 공간을 마련한다.
- 격리와 강박의 사용에 관해 수집된 데이터에 관하여 규칙적으로 검토하고 논의한다.

펜실베이니아 주립 병원의 격리 및 강박 감소 프로그램 (36, 37, 55, 56)

1990 년대에 펜실베이니아 공공 복지부는 정신건강병원 및 사법정신병원에서 격리와 강박을 줄이고 궁극적으로는 근절하기 위한 적극적인 프로그램을 시행했다. 수 년 동안 모든 병원에서 격리는 사라졌으며 강박의 사용 또한 0 회에 가까워지고 있다.

이 프로그램은 훈련, 관찰, 정책 개정, 문화적 변화, 정보의 투명성, 대응팀의 이용, 정신건강 및 사회복지 서비스의 제공에 회복접근법을 채택함으로써 실현되었다.

2001 년부터 2010 년까지 이 프로그램의 영향을 평가한 연구는 모든 주에 걸쳐 이 기간 동안 격리 및 강박의 사용이 현저히 감소되었음을 보여 주었다. 연구 기간 동안, 화학적 강박의 사용에 대한 지표로서 비계획적인 약물 투약의 사용 또한 감소되었다. 나아가, 우려했던 것과는 달리 직원에 대한 공격 또한 증가하지 않았다. 어떤 경우에는 직원에 대한 공격 횟수가 줄어들기도 하였다.

발표가 끝나고 난 후 영국에서 제작한 강박 감소 프로그램인 다음의 영상 ‘일단 강제하지 마세요(No force first)’를 참여자들에게 보여주어라.

일단 강제하지 마세요(No force first), 머지 케어 NHS 신탁(Mersey Care NHS Trust) (7 분 15 초) <https://youtu.be/sCNdpDK3V3g> (2019 년 4 월 9 일 접속)

발표: 정리하기 (10 분)

참가자들에게 다음과 같이 질문하라.

이번 훈련을 통해 배운 3 가지 핵심 사항들은 무엇인가요?

이 질문에 대하여 다음과 같은 핵심 메시지를 따라가도록 하라.

- 격리와 강박은 인권 침해이고, 유해하다.
- 격리와 강박에 의지하지 않으면서도 긴장되고 갈등적인 상황에 충분히 대응하거나 이를 예방할 수 있는 많은 전략들이 있다.
- 누구나 격리와 강박을 근절시키기 위해 할 수 있는 역할을 갖고 있다.
- 이러한 관행을 근절시킴으로써 누구나 이득을 얻게 될 것이다.

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. Pennsylvania Recovery Workgroup. Pennsylvania Medicaid Funded Peer Support Services. Pennsylvania (PA): Pennsylvania Office of Mental Health and Substance Abuse Services (OMHSAS); 2004. (http://164.156.7.185/parecovery/services_peer.shtml, accessed 13 February 2017).
3. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J.* 1993;16(4):11-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0095655>.
4. Mental Health Commission. Blueprint for Mental Health Services in New Zealand: how things need to be. Wellington: Mental Health Commission; 1998. (http://www.moh.govt.nz/notebook/nbooks.nsf/0/0E6493ACAC236A394C25678D000BEC3C/%24file/Blueprint_for_mental_health_services.pdf, accessed 18 January 2019).
5. Morrison L, Duryea PB, Moore C, Nathan-Shinn A. The lethal hazard of prone restraint: positional asphyxiation. Oakland (CA): Protection & Advocacy, Inc.; 2002. (<http://www.disabilityrightsca.org/pubs/701801.pdf>, accessed 14 February 2017).
6. Mental health crisis care: physical restraint in crisis A report on physical restraint in hospital settings in England. London: Mind; 2013. (https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf, accessed 14 February 2017).
7. Mohr W, Petti T, Mohr B. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry.* 2003;48(5):330-7. Epub June 2003. doi: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674370304800509>.
8. United Nations Human Rights Council (UNHRC). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, February 2013 (document A/HRC/22/53), Para. 63. Geneva: United Nations; 2013. (http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf, accessed 2 February 2017).

9. United Nations Human Rights Council (UNHRC). Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013 (A/HRC/22/53), Para. 78. Geneva: United Nations; 2013. (http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf, accessed 2 February 2017).
10. Cusack P. Restraining good practice: reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *Int J Law Psychiatry*. 2016;46:2026.
11. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19(6):416–27. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x.
12. Mellow A, Tickle A, Rennoldson M. Qualitative systematic literature review: the experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Mental Health Review Journal*. 2017;22(1):1–15. doi: <https://doi.org/10.1108/MHRJ-04-2016-0007>.
13. Borckardt JJ, Madan A, Grubaugh AL, Danielson CK, Pelic CG, Hardesty SJ, et al. Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*. 2011;62(5):477–83. Epub 1 May 2011. doi: http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.62.5.pss6205_0477.
14. The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2011. (<http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA11-4632/SMA11-4632.pdf>, accessed 14 February 2017).
15. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS ONE*. 2016;11(12). doi: 10.1371/journal.pone.0168720.
16. Ashcraft L, Anthony WA, Jaccard S. Rein in seclusion and restraints. They are not compatible with recovery-oriented services. Malvern (PA): Behavioural Healthcare; 2008. (<http://www.behavioral.net/article/rein-seclusion-and-restraints>, accessed 14 February 2017).
17. Berzlanovich A, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(3):27–32. Epub 20 January 2012. doi: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0027>.
18. Haimowitz S, Urff J, Huckshorn KA. Seclusion and restraint reduction: a risk management guide. Rochester (NH): The National Empowerment Center; 2006. (<https://www.power2u.org/downloads/R-S%20Risk%20Manag%20Guide%20Oct%2006.pdf>, accessed 14 February 2017).

19. Duxbury J, Wright K. Should nurses restrain violent and aggressive patients? London: Nursing Times; 7 March 2011. (<https://www.nursingtimes.net/roles/mental-health-nurses/-should-nurses-restrain-violent-and-aggressive-patients/5026793.article>, accessed 14 February 2017).
20. Duxbury JA. The Eileen Skellern Lecture 2014: physical restraint: in defence of the indefensible? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(2):92-101. Epub 26 February 2015. doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12204>.
21. Shalev S. A sourcebook on solitary confinement (London: Mannheim Centre for Criminology; 2008:15-17); and Scharff Smith P. The effects of solitary confinement on prison inmates: a brief history and review of the literature (*Crime and Justice*, vol. 34. 2006:441). Cited in: Interim report of the Special Rapporteur of the Human Rights Council on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 5 August 2011 (A/66/268) Para. 78. New York (NY): United Nations; 2011. (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/445/70/PDF/N1144570.pdf?OpenElement>, accessed 14 February 2017).
22. Sentinel event alert, Preventing restraint deaths. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission; 1998. (http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_8.pdf, accessed 14 February 2017).
23. Correll C. Antipsychotic use in children and adolescents: minimizing adverse effects to maximize outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:9-20.
24. Szmulewicz A, Samamé C, Caravotta P, Martino DJ, Igoa A, Hidalgo-Mazzei D, et al. Behavioral and emotional adverse events of drugs frequently used in the treatment of bipolar disorders: clinical and theoretical implications. *Int J Bipolar Disord*. 2016;4:1-12. doi: [10.1186/s40345-016-0047-3].
25. Bellenger E, Ibrahim JE, Bugeja L, Kennedy B. Physical restraint deaths in a 13-year national cohort of nursing home residents. *Age Ageing*. 2017;1(46):688--93. doi: 10.1093/ageing/afw246.
26. Barnett R, Stirling C, Pandyan AD. A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death. *Med Sci Law*. 2012;52(3):137-42. Epub 15 February 2012. doi: <https://doi.org/10.1258/msl.2011.011101>.
27. Windfuhr K, Turnbull P, While D, Swinson N, Mehta H, Hadfield K, et al. The incidence and associated risk factors for sudden unexplained death in psychiatric in-patients in England and Wales. *J Psychopharmacol*. 2011;25(11):1533-42. doi: 10.1177/0269881110379288.

28. Weiss EM. Deadly restraint: a Hartford Courant investigative report (October 11-15). Hartford (CT): Hartford Courant; 1998. (<http://www.charlydmiller.com/LIB05/1998hartfordcourant11.html>, accessed 3 February 2019).
29. Erwadi fire tragedy victims remembered. Madurai: The Hindu; 7 August 2012. (<http://www.thehindu.com/news/cities/Madurai/erwadi-fire-tragedy-victims-remembered/article3737418.ece>, accessed 14 February 2017).
30. Fire in Russian psychiatric hospital that killed 38 stirs anger over State's neglect. New York (NY): New York Times; 26 April 2013. (<http://www.nytimes.com/2013/04/27/world/europe/fire-at-russian-psychiatric-hospital.html>, accessed 14 February 2017).
31. Short R, Sherman ME, Raia J, Bumgardner C, Chambers A, Lofton V. Safety guidelines for injury-free management of psychiatric inpatients in pre-crisis and crisis situations. *J Psychiatric Services*. 2008;59(12):1376-8. Epub 13 January 2015. doi: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2008.59.12.1376>.
32. Roadmap to seclusion and restraint free mental health services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2005. (http://www.asca.net/system/assets/attachments/2661/Roadmap_Seclusion.pdf?1301083296, accessed 14 February 2017).
33. Holloman GH, Zeller SL. Overview of project BETA. Best practices in evaluation and treatment of agitation. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):1-2. doi: <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6865>.
34. Stephen S. Perspectives from the field: Legal and regulatory aspects of seclusion and restraint in mental health settings. *Networks*. Summer/Fall 2002;8(12):3-4.
35. Flood C, Bowers L, Parkin D. Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nursing Economics*. 2008;26(5):325-30. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18979699>.
36. Smith GM, Ashbridge DM, Altenor A, Steinmetz W, Davis RH, Mader P, et al. Relationship between seclusion and restraint reduction and assaults in Pennsylvania's forensic services centers: 2001-2010. *Psychiatr Serv*. 2015;66(12):1326-32. Epub 1 December 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400378>.
37. Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Correlation between reduction of seclusion and restraint and assaults by patients in Pennsylvania's state hospitals. *Psychiatr Serv*. 2015;66(3):303-9. Epub 1 March 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400185>.

38. Sanders K. The effects of an action plan, staff training, management support and monitoring on restraint use and costs of work-related injuries. *J App Res Intellect Disabil.* 2009;22(2):216– 20. Epub 8 February 2009. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00491.x>.
39. Davidow S. *Mind the gap: the space between alternatives & force.* Cambridge (MA): Mad in America; 11 December 2013. (<https://www.madinamerica.com/2013/12/mind-gap-space-alternatives-force/>, accessed 9 February 2017).
40. Wand T. Investigating the evidence for the effectiveness of risk assessment in mental health care. *Issues Ment Health Nurs.* 2012;33(1):2–7. Epub 6 January 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2011.616984>.
41. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs.* 2007;58(2):140–9. Epub 19 April 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04169.x>.
42. McFarlane AC, Schrader GD, Bookless C. *The prevalence of victimization and violent behaviour in the seriously mentally ill.* Adelaide: University of Adelaide; 2004. (<http://www.criminologyresearchcouncil.gov.au/reports/200203-16.pdf>, accessed 14 February 2017).
43. Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime victimization in adults with severe mental illness, comparison with the National Crime Victimization Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(8):911–21. doi: <http://dx.doi.org/doi:10.1001/archpsyc.62.8.911>.
44. *Another assault: Mind’s campaign for equal access to justice for people with mental health problems* London: Mind; 2007. (<https://www.mind.org.uk/media/273466/another-assault.pdf> accessed 14 February 2017).
45. Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet.* 2012;379(9826):1621–9. Epub 27 February 2012. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61851-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61851-5).
46. Covington SS. *Beyond violence: a prevention program for criminal justice-involved women. Participant workbook.* Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2013.
47. Ray MK, Rae S. *No audit: reflect to reframe in power to empower lies beyond binaries.* Cambridge: PROMISE: PROactive Management Of Integrated Services & Environments; 2016. (http://www.promise.global/2016_01_29_sp_no_audit.pdf, accessed 14 February 2017).

48. Bluebird G. Comfort rooms. Gainesville (FL): National Association of State Mental Health Program Directors; 2009. (<https://www.power2u.org/downloads/ComfortRooms4-23-09.pdf>, accessed 14 February 2017).
49. Cummings KS, Grandfield SA, Coldwell CM. Caring with comfort rooms: reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2010;48(6):26–30. Epub 1 June 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20100303-02>.
50. Office of the Senior Practitioner. Positive solutions in practice: from seclusion to solutions, Issue No. 2. Melbourne: State Government Victoria, Department of Human Services; 2007. (http://www.dhs.vic.gov.au/data/assets/pdf_file/0005/606920/osp_positivesolutionsseclusion_pdf_231007.pdf, accessed 14 February 2017).
51. El-Mallakh RS, Whiteley A, Wozniak T, Ashby M, Brown S, Colbert-Trowel D, et al. Waiting room crowding and agitation in a dedicated psychiatric emergency service. *Ann Clin Psychiatry.* 2012;24(2):140–2.
52. Zun LS, Downey L. The use of seclusion in emergency medicine. *Gen Hosp Psychiatry.* 2005;27(5):365–71. Epub 15 September 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.05.001>.
53. Downey LA, Zun LS, Gonzales SJ. Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(6):470–4. Epub 20 November 2007. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.07.006>.
54. Fishkind A. Calming agitation with words not drugs: 10 Commandments for safety. *Curr Psychiatr.* 2002;1(4):32–9. Epub April 2002. doi: <http://www.mdedge.com/currentpsychiatry/article/66121/calming-agitation-words-not-drugs-10-commandments-safety>.
55. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ, et al. Pennsylvania State hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv.* 2005;56(9):1115–22. Epub 1 September 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1115>.
56. Office of Mental Health and Substance Abuse Services. State hospital risk management summary reports. Harrisburg (PA): Pennsylvania Department of Human Services; 2017. (http://dhs.pa.gov/publications/forproviders/statehospitalriskmanagementsummaryreports/index.htm#V1V_bfl9672, accessed 13 February 2017).
57. Smith GM. Response training programs: PERT training. Shutesbury (MA): Response trainings; 2011. (www.youtube.com/watch?v=kRC4W6iGHlg, accessed 14 February 2017).

58. Hughes R, editor. Rights, risk and restraint-free care of older people: person-centred approaches in health and social care. London & Philadelphia (PA): Jessica Kingsley Publishers; 2010.

부록 1: 시나리오

주제 4: 활동 4.2 - 격리와 강박의 사용을 이끄는 사건들의 과정을 바꾸는 것이 가능한가?, 톰(Tom)

톰은 치매가 있는 사람들을 위한 사회복지 시설에서 지내고 있다. 그는 누나에게 전화를 하길 원하는데, 그러기 위해서는 간호사로부터 전화 카드를 얻어야 할 필요가 있다. 간호사는 매우 바쁘기 때문에 그의 요청을 잠시 후에 들어주겠다고 말한다.

간호사는 많은 업무로 인해 과부하되어, 톰은 한 시간 넘게 기다려야 한다. 그는 점점 초조해지고 화가 나서 간호사실의 문을 치게 된다. 그 간호사는 그에게 “진정하라”고 요청하고, 이에 톰은 깊어지는 좌절감을 느끼게 된다.

그리고 나서 간호사는 다음과 같이 말하며 반응한다. “당신이 이런 정신 상태라면, 전화하는 것을 허락할 수 없어요”

톰은 복도를 위아래로 걸어 다니고, 점점 더 초조해지며, 문을 발로 차고 그를 지나가는 직원들에게 욕설을 한다. 톰의 초조한 상태는 물리적·화학적 강박으로 귀결되었다. 이 일은 서비스 직원들 및 그와 다른 사람들의 안전을 위해 필요했던 것으로 여긴 채 정당화되었다.

주제 4: 활동 4.2 - 격리와 강박의 사용을 이끄는 사건들의 과정을 바꾸는 것이 가능한가?, 파티마(Fatima)

파티마는 다른 학생들과 집을 공유하고 있는 1학년 학생이다. 그녀는 시험을 통과하기 위하여 오랫동안 공부하고 있어서 잠이 부족하다. 그녀는 낙제할 수 있다는 것이 점점 걱정스럽다.

그녀는 수면 문제를 논의하기 위해서 지역의 1차 보건의료센터에서 근무하는 의사를 방문하였다. 그녀는 또한 복통과 공황 발작을 경험하고 있고, 또한 아침이면 침대에서 일어나는 것이 점점 힘들어지고 있다는 점에 대해서도 설명했다.

의사는 그녀를 심리학자에게 의뢰하지만 그녀의 상황이 다른 사람들에 비해 우선순위가 아닌 것으로 보이기에 예약을 위해 그녀는 3주를 기다려야 한다.

그 때쯤, 그녀는 매우 상태가 좋지 않게 되고, 점차 불안해하고 고통을 겪게 된다. 그녀는 심리학자와의 예약을 놓치지만, 아무도 그녀를 찾아봐 주지 않는다.

어느 날 그녀가 사람들을 집에 들어오지 못하게 하고 전화를 받지 않아, 그녀를 걱정스러워하던 하우스메이트들은 경찰을 부른다. 그 누구도 집에 들어가지 못한다면 파티마가 자살을 생각하고 있을지도 모르고, 스스로를 해칠 수도 있다고 생각하기에 그들은 두려워한다.

경찰이 도착하고 문을 부순다. 파티마와 경찰관 간의 실랑이가 이어지고 나서 파티마는 강박되고, 비자발적으로 정신건강서비스 입원시설에 수용되게 된다.

주제 5: 활동 5.3 - 민감성과 고통에 대응하기, 수잔(Susan)

수잔은 양극성 장애로 진단을 받은 젊은 여성이며, 학대를 받은 과거력이 있다. 그녀는 극도로 에너지가 넘치는 느낌이 들고, 안절부절못하며, 주변의 다른 사람으로 인해 쉽게 자극을 받으면서 며칠 동안 잠을 자지 못하였다. 이러한 이유로 그녀는 응급차를 타고 왔으며, 당신이 정신건강 전문가로 일하는 기관의 입원 서비스를 받게 되었다. 그녀는 입원 과정에서 며칠 동안 머무는 것에 동의하였다. 그녀는 이런 느낌이 들 때면 밀폐된 공간에 있는 것이 두려워진다는 점을 당신에게 털어놓는다. 그녀는 전부터 서비스를 이용할 때, 그녀가 가끔 자기 전에 고통스러워했다는 점은 분명하다. 그녀는 손으로 귀를 가리고, 듣는 것을 멈추며, 때때로 직원들과 다른 사람들에게 공격적으로 말을 한다. 서비스에서는 사람들이 오후 9 시에 방에 있어야 하고, 서비스를 이용하는 사람들은 그 시간 이후로는 공동의 바깥 공간(예: V가 있는 방)에 접근해서는 안 된다는 방침을 가지고 있다.

주제 5: 활동 5.3 - 민감성과 고통에 대응하기, 압두(Abdu)

압두는 치매로 진단받은 68 세의 남성이다. 그는 발이 불편하며 쉽게 넘어지기도 한다. 그는 요양시설 주변 및 복도를 걷는 것을 좋아하며 자유롭게 돌아다니는 것이 안전하지 않다는 말을 듣는 것에 대해 좋아하지 않는다. 만약 이러한 일이 일어나면, 그는 소리를 지르고 가고 싶은 곳을 막는 사람을 때린다. 또한 그는 직원들에게 소리를 지르고 좌절감을 느끼며 돌아다닌다.

부록 2:

격리와 강박에 대해 생생한 경험을 한 당사자들의 인용문

1-3

제가 경험한 바로는 강박에 대해 가장 큰 문제는 스스로가 취약해지는 느낌을 받기 시작하면서 특히 직원 같은 사람들이 자신을 해칠 것 같다는 식의 상상을 하기 시작한다는 것입니다. 직원은 여러분의 상태에 대해서 항상 기록하는 것이 법적으로 요구되기 때문에 누워있는 동안에도 창문을 통해서 그들이 당신을 응시하고 있다는 것을 알 수 있을 것입니다. 알다시피 그건 무서운 일이에요. 아주 무서워요.

- 남성

12 세 되던 해에, 저는 청소년 정신과 병동에 입원했고, 거기서 학대를 당했어요. 격리실은 저희끼리 아편 굴(padded room)이라고 부르는 곳이었습시다. 옷도 벗겨진 채로 저는 그곳에 갇혀 있었습시다. 성희롱 관련 동영상(sexual assault video)을 시청하는 것을 거부했기 때문에 저는 5 시간 동안 강제로 그곳에 있어야 했습시다. 병실에 머물러 간호사와 이야기할 수 있도록 하는 것 대신 그들은 내가 규칙에 따르지 않으면, 다시 그곳으로 가야 한다고 말했습시다.

- 청소년기에 격리와 강박을 겪었던 여성

저는 약 일곱 번의 격리를 당했습시다. 7-8 명의 사람들이 저를 쓰러트린 경험이 있고, 그보다는 덜한 적도 있습시다. 소녀이든 성인 여성이든 거기에 갇힌다면, 남아있는 거라곤 오로지 속옷과 종이 가운 그리고 아무것도 씌워지지 않은 매트리스 뿐이라 매우 굴욕적인 일입습시다.

- 여성

1

Roadmap to seclusion and restraint free mental health services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2005. (http://www.asca.net/system/assets/attachments/2661/Roadmap_Seclusion.pdf?1301083296, accessed 14 February 2017).

2

Mental health crisis care: physical restraint in crisis A report on physical restraint in hospital settings in England. London: Mind; 2013. (https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf, accessed 14 February 2017).

3

Living in hell: abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia. New York (NY): Human Rights Watch; 2016. (<https://www.hrw.org/report/2016/03/20/living-hell/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-indonesia>, accessed 4 April 2019).

근원적인 두려움이란 매우 큼니다. 여러분은 취약하고요. 격리실은 치료가 아니라 종종 처벌의 수단으로 사용됩니다. 누군가를 마치 동물처럼 대하는 방식에 대해 진정한 치료라고 생각하지는 않습니다. 사실 저는 많은 직원들이 실제로 환자들을 무서워한다고 생각합니다. 그리고 그러한 두려움에 대한 반응으로 환자들을 치료하려고 애쓰기보다는 통제하는 것으로 보입니다.

- 남성

그 당시에 그들이 강박했었던 걸 떠올려보면 어떤 면에서는 정말 가학적입니다. 강박을 당할 때, 당신은 정말 움직일 수 없습니다. 당신은 어떤 식으로든 이동할 수도 없고, 그야말로 아무 것도 할 수 없습니다. 그리고 누운 채로 있거나 엎드려서 강박을 당하면 정말 숨조차 쉴 수 없습니다. 사람의 본능은 일어서려는 것이기에, 당신은 끊임없이 이러한 상황에 맞서 지속적으로 싸우게 되는 겁니다.

- 남성

강박을 당할 때, 발을 빼려고 시도하는 과정에서도 다치게 된다고 들었습니다. 저는 감히 시도해 볼 엄두를 못 냈는데요. 왜냐하면 제 발은 너무 커서 행여나 손상될까봐 무서웠기 때문입니다.

- 남성

보통 강박이라 함은 예상한 것보다 더 그들이 많은 것을 가했기에 스스로 다치게 되는 걸로 끝나곤 했습니다.

- 여성

그들은 제가 화내는 것을 멈추자마자 나를 내보낸다고 말했습니다. 벗겨진 채로 침대에 누워있고, 문이 열린 채로 묶여 있는데도 불구하고 그들은 왜 제가 순응하지 않았는지 궁금해합니다.

- 청소년기에 격리와 강박을 겪었던 여성

격리실에서는 사람들이 당신을 보고 있습니다. 그들은 항상 반짝이는 눈으로 당신을 보고 있습니다. 이것은 매우 끔찍하고, 아주 두려운 일입니다.

- 남성

그들이 문을 열고 저를 그 곳으로 끌고 가면서 이렇게 말했습니다, ‘위험한 문제가 발생할 수 있으니, 옷을 보관할 수 없어요.’ 그리고 나서 그들은 내 옷을 벗겼습니다. 그들은 계속 나에게 영상을 틀었습니다. 가정에서 학대의 이슈로 그곳에 가 있었고, 불편함을 느꼈던 저에게 거기서 있었던 모든 것들은 오히려 증오심을 키웠을 뿐입니다.

- 청소년기에 격리와 강박을 겪었던 여성

이것이 저의 두려움을 더욱 강하게 했던 것임을 알고 있어요. 저는 거기에 도움을 받고자 왔던 것이고, 더 이상 스스로 다치지 않고, 더 나은 사람이 되는 걸 바랐습니다. 여기서의 경험은 단지 저를 더 무섭게 만들었고 아무도 이를 돕지 못했습니다.

- 여성

“저는 플라스틱 밧줄로 집에서 묶여있었습니다. 그들이 저를 사슬로 묶었을 때, 제 마음은 무너졌습니다. [갈루(Galuh)에] 처음 왔을 때 저는 사슬에 묶여 있었습니다. 저는 자주 사슬에 묶입니다. 저는 다른 사람들과 싸웠기 때문에 온 이후로 적어도 열 번은, 하루에서 길게는 일주일까지도 지속해서 사슬에 묶여 지내왔습니다. 저는 그 자리에서 멀리 떨어져 있는 화장실에 가야 했습니다. 소변을 참지 못해 실수를 하자, 직원이 화를 내고 이미 세 차례를 때렸지만 또 때리기도 했습니다. 집에 가고 싶다면 정부에 건의해보라고 말하기도 했습니다”

- 인도네시아 남성

“그들은 제 이름을 불러서, 약을 내 손에 두고 나한테 들이킬 것을 권했습니다... 그들은 제가 거절하는 것을 허락하지 않았습니다.”

—우리(Wuri)라는 한 재활센터에서 살고 있는 심리사회적 장애가 있는 여자가 말했습니다. “그들은 제가 약을 삼키게 하고 내가 만일 먹지 않으면 고립된 방에 저를 가두어 둡니다.”

- 인도네시아 여성

부록 3: 개별화된 계획 만들기

나의 민감성을 관리하기 위한 계획		
나의 민감성은 무엇인가?	무엇이 나를 진정시키는 데 도움을 주나?	어떤 구체적인 단계가 취해질 수 있는가?

부록 4: 격리와 강박을 근절시키는 개인적인 행동들

(필요하면 이 표에 열이 더 추가될 수 있다.)

서비스의 격리와 강박을 근절시키는 개인적인 행동들
예: 서비스 사용자와 그들의 개별화된 계획을 만들기 위해서 노력하기
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

부록 5: 격리와 강박을 근절시키는 서비스 수준의 행동들

서비스 수준의 변화	취해야 하는 행동들
예: 격리와 강박의 사용을 근절시키는 것에 맞추어 서비스 정책 발전하기	예: 행동 1: 직원 및 서비스를 사용하는 사람들과 회의하여 격리와 강박을 근절시키는 서비스 정책을 발전시키기 시작하기 행동 2: 기타 등등
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.

격리, 강박 및 기타 강압적인 관행을 근절시키기 위한 전략

Strategies to end seclusion and restraint

세계보건기구 퀄리티라이츠 전문화된 훈련
(WHO QualityRights Specialized Training)

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	https://www.yonginmh.co.kr
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 [Strategies to end seclusion and restraint]
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.