

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.

생생한 경험을 한 당사자들에 의한, 그리고 이들을 위한 일대일 동료지원

생생한 경험을 한 당사자들에 의한, 그리고 이들을 위한 일대일 동료지원

세계보건기구 퀄리티라이츠 지침 모듈

비매출/무료 04510

9 791198 337320
 ISBN 979-11-983373-2-0
 ISBN 979-11-983373-1-3 (세트)



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 [One-to-one peer support by and
for people with lived experience]
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

1. 서론	1
2. 개별화된 동료지원이란?	1
3. 개별화된 동료지원의 가치	3
4. 개별화된 동료지원의 이점	4
5. 동료지원에 대한 오해	7
6. 윤리부터 실행까지	9
7. 언어적 표현	17
8. 동료지원가의 역량	18
9. 직무 기술서	21
10. 동료지원가 면접 및 고용	23
11. 업무 조건	25
12. 정신건강 및 사회복지 서비스에서의 동료지원가	27
참조	36

감사의 말

개념화(Conceptualization)

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

작성 및 편집팀(Writing and editorial team)

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

주요 국제 전문가(Key international experts)

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

기여자(Contributions)

기술검토자(Technical reviewers)

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

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

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

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

WHO 인턴(WHO interns)

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

WHO 본부 및 지역사무소(WHO Headquarters and Regional Offices)

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

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

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

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

영상 기여(Video contributions)

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

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

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

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

Circles of Support
Video produced by Inclusion Melbourne

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

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

Finger Prints and Foot Prints
Video produced by PROMISE Global

Forget the Stigma
Video produced by The Alzheimer Society of Ireland

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

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

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

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

Inclusive Health Overview
Video produced by Special Olympics

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

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

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

Living it Forward
Video produced by LedBetter Films

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

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

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

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

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

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

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

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

No Force First
Video produced by Mersey Care NHS Foundation Trust

No more Barriers
Video produced by BC Self Advocacy Foundation

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

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

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

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

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

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

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

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

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)

UNCPRD: 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 길이 멀기는 하지만, 퀄리티라이즈는 서비스 제공자와 이용자에게 중요한 자원이며, 세계 어디에서든 존엄 성과 존중을 소중한 가치로 여기는 서비스로서, 이에 대한 실질적인 개혁을 이끌어 냅니다.

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

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

생생한 경험은 지식과 기술보다도 많은 의미를 가집니다. 전문지식은 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애와 함께 사는 것의 사회적·인권적 영향, 소외되고 차별 받는 그러한 역경에 대한 깊은 이해로부터 나옵니다. 이는 고유한 개인에게 이롭거나 그들의 특정한 회복 요구 사항을 대변하는 서비스 또는 지원을 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 퀄리티라이즈 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 퀄리티라이즈 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.





1. 서론

이 모듈의 목적은 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들을 위한 개별화된 동료지원을 제공하고 강화하는 방법에 대한 지침을 제공하는 것이다. 이 모듈은 소셜미디어나 온라인 동료지원과 같은 형태 대신 일대일로 ‘직접적으로’ 지원하는 것에 초점을 맞추고 있다. 개별화된 동료지원은 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들을 위한 분야보다는 정신건강 분야에서 더 확립되어 있는데, 이는 본 모듈에 이들과 관련된 실제 사례가 부족하다는 점에서도 나타난다. 그러나 이러한 종류의 동료지원은 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들에게도 동등한 가치를 지닌다.

동료지원은 다양한 단체에서 제공할 수 있다. 그러나 독립적인 동료 운영 단체를 활용하여 서비스를 제공하는 것은 매우 가치 있을 수 있는데, 이는 사람들이 구조화된 일대일 혹은 집단 상호작용에서 벗어나 다른 사람들과 연결하는데 도움이 될 수 있기 때문이다. 사람들은 어떠한 형식적인 구조나 상황과는 별개로 자신이 처한 환경에서 원하는 사람들과 자연스러운 관계를 형성할 기회를 갖게 된다.

이 모듈은 다른 웰리티라이츠 훈련 및 지침 모듈과 함께 사용되어야 한다.

2. 개별화된 동료지원이란?

이 모듈의 맥락에서 개별화된 동료지원이란 이러한 경험과 지원의 혜택을 받고자 하는 다른 동료와 유사한 이슈 및 난관을 경험한 동료가 제공하는 일대일 지원이라 볼 수 있다. 정신건강 혹은 사회복지서비스에 고용된 사람들이나, 자율적이고 독립적인 동료지원 역할을 하는 사람들 또는 비계층적 및 무급 동료지원에 관여한 사람들이 개별화된 동료지원을 제공할 수 있다. 그 목표는 사람들이 자신의 회복에 있어 중요하다고 생각하는 문제에 대해 가정이나 판단에서 벗어난 방식으로 사람들을 지원하는 것이다. 그렇게 함으로써 동료지원가들은 공감적인 청자이자 코치, 옹호자 및 파트너가 된다.

경험에 의한 전문가(experts by experience)인 동료지원가들은 스스로의 경험 덕분에 어려움을 겪고 있는 사람들과 고유한 방식으로 공감하며 연결하고 지지할 수 있다.

동료지원은 가정, 동료운영단체와 전반적인 정신건강 및 사회복지 서비스와 같은 모든 범위의 환경에서 제공될 수 있다. 이상적인 것은, 동료지원 활동에 있어서 자율성과 독립성을 유지할 수 있는 정신건강 및 사회복지 서비스에서 일할 수 있도록 주선하는 독립적인 단체와 계약하는 것이 바람직하다. 서비스는 개별화된 동료지원에 대해 사용자들의 접근이 용이하도록 할 수 있다.

동료지원은 자원봉사자 또는 유급 지원가들이 제공할 수 있다. 동료지원가들은 단체 혹은 집단에 따라서 동료 전문가, 동료 지도자, 회복 코치 등의 명칭으로 불리기도 한다.

“동료’란 단어는 단순히 특정 경험을 한 사람만을 일컫는 말이 아닙니다. 동료 간의 지원은 기본적으로 상호관계에서 사람들이 어떻게 다른 이들과 연결하고 상호작용하는지에 관한 것입니다”

… “동료 역할을 맡은 사람들은 개인적 경험으로부터 얻은 지혜를 기반으로 성장을 옹호하고 배움을 촉진합니다…” (1)

“[동료지원]은 사회적, 정서적 또는 실질적인 지원이나 그 모든 것이 될 수 있지만, 중요한 것은 이러한 지원이 상호호혜적으로 제공됨으로써 제공하는 동료이건 제공받는 동료이건 그 지원으로부터 이익을 얻을 수 있다는 점입니다.” (2)

최근 연구에서는 ‘동료란 무엇인가?’라는 질문에 대한 응답을 조사하였다. 대다수는 동료가 정신적 고통에 대한 공통의 경험 그 이상을 지닐 필요가 있다는 견해를 보였다. 또한 동료는 회복의 의미에 대한 관점, 진단 또는 경험에 대한 이해를 공유하고 특정 치료에 대한 입장을 공유할 필요도 있다. 아울러 사람들은 성별, 민족, 종교 및 연령과 같이 정신건강과 직접적으로 관련되지 않는 특성을 공유하는 것의 중요성에 대해서도 강조하였다. (3)

동료지원은 회복 접근법에 있어 핵심적이다. 동료지원가들은 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들이 충만한 삶을 살도록 하기 위해 그들의 경험을 공유하고 경청하고 격려함으로써 자신만의 회복의 의미를 찾아가도록 지원할 수 있다. (4), (5)

회복의 의미는 사람마다 다를 수 있다. 많은 사람들에게 회복이란, 공동체 참여를 통해 일과 관계, 공동체 참여 중 일부나 이 모두를 통해 자신의 정체성과 삶에 대한 통제력을 되찾고, 자신의 삶에 희망을 가지며, 자신에게 의미 있는 삶을 사는 것이다. (회복에 대한 더 많은 정보를 위해서는 퀄리티라이즈 훈련 모듈 중 ‘회복과 건강권’, ‘정신건강 및 안녕감을 위한 회복 활동’을 참조하라.)

동료지원 활동 및 행위의 예시는 다음과 같다.

- 희망과 회복에 대한 경험, 전략 및 이야기 공유하기
- 스스로의 삶과 회복에 책임감을 갖도록 사람들을 격려하기
- 관련 정보를 사람들에게 제공하기
- 사람들이 지역사회 안에서 사회적 네트워크를 구축하도록 돕기
- 사람들의 인권 존중을 보장하기 위해 사람들을 지원하기

3. 개별화된 동료지원의 가치

동료지원이 세계 각국으로 더욱 확산됨에 따라 다음을 포함한 본질적인 가치체계에 기반을 유지하며 발전하는 것이 중요하다. (6),(7)

상호성 및 평등:

동료지원은 양 당사자가 평등하고 수용적이며, 존중하는 관계 내에서 서로 배울 수 있음을 인정한다. 상호 동료지원을 통해 권력의 차이를 최소화하고, 권력은 동료관계 내에서 가능한 한 동등하게 배분된다. 동료지원가는 자신이 지원하고 있는 사람에 대해 서비스 측 제공자에게 고발하는 역할을 취하면 안되는데, 이는 그것이 상호성과 평등의 가치에 어긋나기 때문이다.

자기결정 및 권한강화(empowerment):

동료지원은 개인의 선택과 자율성을 원칙으로 하며, 동료지원가는 개인이 자신의 삶을 더 잘 주도할 수 있는 환경을 조성해야 한다. 권한강화는 개인이 스스로 의사결정을 내릴 수 있는 능력에 대한 자신감을 얻고, 강점과 효능을 증진시키는 과정이다. 사람들이 스스로 결정을 내릴 수 있도록 권한을 부여하는 데 초점이 맞춰져 있기 때문에 동료지원가와 지원을 받는 사람 간의 관계가 의존적으로 변하지 않도록 하는 노력이 필요하다.

공감:

당사자의 관점에서 그들의 경험을 이해함으로써 공감하는 능력은 개별화된 동료지원의 핵심이 되며, 동료 관계에서 더 큰 공감으로 이어질 수 있다.

회복:

회복은 고유하고 개인적인 경험이다. 개별화된 동료지원의 핵심 가치는 사람들이 그들의 삶과 안녕감을 위해 무엇이 최선인지를 결정할 수 있도록 돕는 것이다. 동료지원은 전체적으로 이루어지도록 노력하며 사람들에게 적합한 방법을 선택하기 위해 다양한 회복 경로를 탐색할 수 있는 기회를 제공한다.

“퇴원을 한지 얼마 되지 않아 저는 한 동료지원가를 소개 받았습니다. 그것은 제 회복에 있어서 가장 중요한 하나의 요인이었을 것입니다. 그와 몇 달 동안 함께하면서 저는 서서히 제 삶에 대해 이해하고 제 미래를 설계할 수 있었습니다. 회복에 대한 이야기를 듣는 것은 인상적이었으며, 저는 그가 정신 질환을 경험했기 때문에 다른 어떤 정신건강 종사자보다 믿음이 간다고 느꼈습니다.” (8)

“M의 상황을 고려해봤을 때.. 저는 항상 그의 입장에서 생각했어요. 왜냐하면 그 사람이 (집에서) 주로 빛 없이 살았잖아요? 어둠 속에서요. 물도 나오지 않고요. 저도 그런 집에서 살았었거든요. 아시겠나요? 빛도 없고, 물도 나오지 않는. 그래서... 언젠가 제가 기차를 타고 가는데, 어떤 사람이 머리에 쓰도록 했지요. 손전등을 팔길래 그걸 샀어요... 그리고 그 손전등을 M한테 가져다 줬어요..., 그걸 머리에 붙이도록

했지요, 적어도 집 안에선 빛과 함께 할 수 있도록 말이죠.” (9)

동료지원의 일부 모델은 상호성, 파트너십과 함께 지식을 만들어 나가는 것을 더 강조하며 동료 간의 관계를 양방향 과정으로 여기는 반면(예: 의도적 동료지원), 다른 모델은 한 사람이 다른 사람에게 서비스를 제공하는 기능을 더 많이 하는 경향이 있다.

4. 개별화된 동료지원의 이점 (10)

사회와 서비스에서의 구조적인 장벽과 차별은 도움을 구하는 사람들을 소외되고, 고립되고, 절망적이며 좌절하게 만들 수 있다. 개별화된 동료지원은 개인에 대해 심도 깊게 이해하는 사람들에 의해 안전하고 포용적인 사회 환경을 제공하여 희망, 참여 및 권한 강화를 촉진할 수 있다. (11)

동료지원은 고통을 경험하고 어려운 상황에 직면한 사람들과 동료지원가 모두에게 이익이 될 수 있다. 동료지원을 통해 서비스 참여 및 제공자와의 치료적 관계의 개선, 권한 강화의 증진, 개인적 성장, 회복에 대한 희망 및 사전 위기계획 이외의 입원 감소를 포함하는 주요한 이점을 제공한다. (12), (13), (14) 난관이 되었던 경험을 지식의 원천으로 변환시킴으로써 동료지원가들은 자존감과 목적을 개선하고, 심리적·정서적 안녕감을 향상시키며, 사회적 포용, 대인관계기술 및 업무능력을 향상시키는 등 이 같은 이점을 경험한다. (15), (16), (17)

서비스 장면에서 치료 관계의 강화와 입원 회수 및 기간 감소를 통해 환자의 결과를 개선하는 것은 의료 비용을 절감하는 부가적인 이점으로 이어질 수 있다. (18), (19)

비록 동료지원의 결과 평가에 있어서 특성 및 불일치의 문제 때문에 그 효과를 엄격하게 평가하기는 어렵지만(20), 정신건강서비스를 제공하는 데 있어 생생한 경험을 한 당사자를 포함시키는 것은 표준적인 케어 이상은 아닐지라도 그에 버금가는 효과가 있다는 점이 널리 인정받고 있다. (21) 이는 회복지향적 서비스를 달성하는 데 중요한 요소이며, (21)서비스를 이용하는 사람들과 동료지원가, 서비스가 모든 이해당사자들에게 실현 가능하고 수용 가능하며 유익하다고 받아들여졌다. (22),(23) 다음의 글상자에는 개별화된 동료지원의 이점을 보여주는 몇 가지가 수록되어 있다.

치매와 함께 하는 삶의 현실에 대한 영국에서의 인식 제고

인지적 장애가 있는 세 명의 동료지원 인력은 자신의 경험을 공유하고 동료지원의 핵심적인 이점에 대해 이야기한다. 그들의 이야기를 들으려면, 다음의 영상을 확인하라. <https://youtu.be/yuZF1uiKTUA> (4 분 22 초) (2019 년 4 월 9 일 접속).

의도적 동료지원 - 셰리 미드(Shery Mead)의 개인적 회고 (24)

“제가 학교에서 가정폭력 프로그램 인턴을 하고 있을 때, 한 여성분이 저를 찾아왔어요. 다른 직원으로부터 그 분이 용기 있는 생존자라고 들었지만 그 분은 아마도 상담이 필요한 것 같아 보였어요. 그 분은 지역사회 정신건강 프로그램으로 의뢰되었어요. 그 다음날 그 분이 저를 찾아와서 자신에게 심각한 정신질환이 있다고 말했어요. 그 분은 더 이상 자신을 생존자로 보지 않고 환자로 본다는 것이죠.

무슨 일이 있었을까요? 왜 갑자기 생각에 변화가 있었을까요? 어제 우리는 그분에게 무슨 일이 있었던 건지에 대해 이야기를 나눴습니다. 우리 세상의 폭력이 문제라는 것을 알고 있었어요. 오늘 그 분은 스스로에게 문제가 있다고 말하고 있고요.

이 문제가 저를 참 괴롭혔어요. 이후 몇 달 동안 우리가 대화를 나누고 나서야 점차 이야기를 꺼낼 용기를 얻을 수 있었어요. 그 분은 어쩌다가 자신이 겪었던 일을 자기에게 문제가 있는 것이라고 말하게 되었을까요?

우리는 함께 이 질문에 대해 깊게 생각합니다. 우리가 나누는 이야기가 약간의 자기 반성을 불러 일으킵니다. 우리는 진단을 받은 이후 삶이 어떻게 되었는지에 대해 이야기를 나누고, 그곳에 머물고 싶은지에 대한 몇 가지 결정을 서서히 내리기 시작합니다. 우리 둘다 진단받았다는 사실로부터 약간의 위안(안전한 느낌, 아마도 안심)을 느낀다는 것을 인정합니다. 그렇지만 우리의 경험이 왜인지 다른 의미로 다가오기 시작했습니다. 점차 우리는 우리가 ‘무언가 잘못 되었다’ 는 생각에 도전하기 시작했습니다. 그 대신, 우리에게 일어난 그 사건이 잘못된 것일지도 모른다고 생각합니다.”

스페인, 마드리드의 인스티튜토 센터(Instituto Centta)에서 이전 서비스 사용자가 시작한 개별화된 동료지원 (25)

벨렌(Belen)이 치료를 위해 클리닉에 도착했을 때, 남편의 말에 따르면 그것은 “마지막 기회”였다. 25년간 섭식장애와 투쟁한 후, 그들의 결혼 생활은 심각한 영향을 받았고 더 이상 무엇을 해야 할 지 몰랐다. 그녀는 더 나은 삶을 살고 싶었지만 그것이 가능할 거라고 믿지는 못했다. 이번엔 마지막 시도가 성공한 후 벨렌은 회복하였고 모든 수준에서 삶을 변화해 나가기 시작했다. 섭식장애가 있는 사람들은 회복의 가능성을 실제로 볼 수 없으며, 다른 삶이 가능하다는 것을 믿지 못한다.

벨렌은 이에 대해 매우 잘 알고 있었기 때문에 만약 그렇게 끔찍한 경험을 겪고 회복한 누군가가 다른 사람들에게 “저도 그런 경험을 해 봤기에, 어떤 기분인지 알아요”라고 말해준다면 그들이 더 기꺼이 노력할 것이라는 것도 알고 있었다. 벨렌은 클리닉에 대해 이야기했고, 동료지원부서를 시작할 것이라는 약속을 받아냈다. 이 부서는 섭식장애가 있는 많은 사람들의 치료 과정을 지원해오고 있다(일부는 회복 후 그 부서에 지원가로 합류하였다). 많은 사람들이 지원가와 개인적인 대화를 나누며 편안한 분위기 속에서 신뢰와 위안을 얻었다. 이는 가족들에게도 유익할 수 있는데, 치료의 일부 측면이 더 힘겨운 이유를 설명해주고 가족구성원을 더 잘 지원할 수 있는 방법에 대해 논의해 볼 수 있다.

다양성에 주의를 기울이는 것 또한 개별화된 동료지원에 유익할 수 있다. 예를 들어, 청년, 소수 민족 공동체, 또는 LGBTIQ 와 같은 특정 집단의 요구를 반영하는 동료지원 집단 및 프로그램은 회복을 촉진하고, 낙인과 차별을 해결하며, 동료지원가 및 동료지원관계에 있는 사람 모두를 포함하여 접근 장벽을 자주 마주하는 집단의 정신건강 지원에 대한 접근성을 성공적으로 개선하였다. (26), (27), (28), (29)

다양성에 대한 관심: 영국의 흑인과 소수 민족 (Black and minority ethnic, BME) 공동체 (28)

영국의 동료연구원인 자야스리 칼라틸(Jayasree Kalathil)과 진행한 인터뷰 중 “동료를 참여시키려는 노력에 있어 인종과 다양성에 대해 비판적으로 생각하는 것(또한 토크니즘과 수사학을 넘어서는 것)이 중요한 이유가 무엇인지”라는 질문에 대한 답변의 주요 내용

배경

- 정신건강 서비스는 BME 공동체 사람들의 요구를 충족하는 데 실패하고 있다.
- 이 공동체의 많은 사람들은 ‘영국 백인 공동체에 비해 조현병으로 진단받고, 비자발적으로 정신건강법에 얽매임에 따라 입원, 격리되고 과다치료(overmedicalization)를 받으며 지역사회 치료 명령을 받을’ 가능성이 더 높다.
- 차별, 높은 비율의 강압 및 흑인에 대한 차별과 높은 강박 비율, 고정관념 (예: ‘위험하다’)은 정신건강 서비스가 그들의 필요에 반응하는 방식을 약화시킬 수 있고, 가족 및 서비스 사용자가 서비스에 접근하거나 계속 남아있을 가능성을 감소시킬 수 있다.

동료 참여에서의 고유한 장벽

- 동료 참여에 대한 프레임워크는 ‘서비스 이용 경험이 있는 사람들과 서비스를 제공하는 사람들간의 협업이 어려움 없이 진행될 것’이라고 가정할 수 있다.
- 그러나 BME 동료들은 동료참여포럼에서 종종 소외되기 때문에 서비스 변화 및 서비스가 보다 평등을 지향하는 방향으로 변할 수 있는 방법에 대한 의견을 내지 못한다.
- 연구에 따르면, BME 를 배경으로 하는 많은 사람들은 사회적 지위(예: 민족 정체성)와 경험(예: 인종차별)을 동료들과 공유하는 것이 정신건강 이상으로 중요하다고 여긴다.

T.D.M: 과도기적 퇴원 모델 (Transitional Discharge Model) (10 분 20 초)은 다음의 링크, <https://youtu.be/OAwcyAZelfE>, 를 참고 바란다(2019 년 4 월 9 일 접속).

나아가는 삶(Living it Forward)(20 분 47 초)은 다음의 링크, <https://youtu.be/Rg1PdLJzx5k>, 를 참고 바란다(2019 년 4 월 12 일 접속).

5. 동료지원에 대한 오해

사람들이 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들에 의한, 그리고 이들을 위한 동료지원 제공에 대해 생각할 때, 동료지원가의 역할에 대해 오해할 수 있다. 동료 업무에 대해 흔히 발생하는 오해는 다음의 표에 요약되어 있다. (6)

오해	이것이 오해인 이유
동료지원은 회복에 힘쓰는 사람들을 위한 직업 재활이다.	동료를 지원하는 역할이 자신의 회복에 도움이 되기 때문에 그 역할을 할 사람을 선택하는 것은 흔히 일어나는 실수이다. 이는 지원을 받는 사람들에게 도움이 되지 않으며, 동료지원을 제공하는 것의 주된 목적이 되어서는 안 된다.
동료지원가들은 취약하며 업무 스트레스와 책임감 때문에 재발할 수 있다.(30)	동료지원가들은 탄력성과 안정성이 있고, 회복에 대해 강력하게 전념한다. 동료지원가들은 자신의 건강 이슈를 관리함에 있어 다른 직원과 동일한 혜택과 재량권을 제공받아야 한다. 업무가 재발을 일으킨다는 것은 근거가 없다.
효과적인 동료지원가란 정신건강 또는 관련 서비스를 받았던 사람 모두를 일컫는다.	효과적인 동료지원가는 다른 사람들을 돕기 위해 의도적으로 자신의 경험을 활용하는 데 능숙하다. 정신건강 또는 사회복지 서비스에 대한 과거경험이 유익할 수는 있으나, 필수적인 것은 아니다. 사람들과 연결하는 것에 대한 관심, 공감, 자신의 이야기를 공유하고 다른 사람들이 책임을 가지도록 격려하는 것이 더 중요한 요소이다.
동료지원가는 자살이나 약물 같은 주제에 대해 절대 논의하지 말아야 한다.	동료 간의 대화는 가벼운 주제에만 국한되어서는 안 된다. 자신의 경험 덕분에, 동료지원가들은 고통을 경험하는 더 복잡하고 괴로운 측면이나 약물치료의 장점 또는 부정적인 영향 및 기타 관련 문제에 대해 논의할 수 있는 이상적인 위치에 있다. 또한 동료지원가는 누군가가 이러한 생각을 공유하고 싶어하는 유일한 사람일 수도 있다.

오해	이것이 오해인 이유
<p>동료지원가들은 종종 ‘반 정신과적인(anti-psychiatry)’ 관점과 신념을 가지고 있기 때문에 사람들에게 약물 복용을 중단하거나 치료 제공자들의 요청을 무시하라고 말할 것이다.</p>	<p>동료 역할을 하는 사람들은 정신건강 또는 사회복지 서비스와 관련된 다양한 배경, 관점, 신념 및 경험을 가지고 있다. 그 중 일부는 긍정적이거나 부정적일 수 있다. 동료지원가는 자기 결정의 과정에서 개인의 경험과 무관하게 누군가의 이야기를 경청하고 지원하는 것이지, 자신의 관점이나 신념을 강요하는 것이 아니다.</p>
<p>정신건강서비스의 환경에서 동료지원가는 의료진과 동일한 역할을 한다.</p>	<p>동료지원가의 주된 역할은 회복, 권한 강화, 자존감 증진, 자기 효능감, 어려움에 대한 자기 관리, 사회적 포용 및 사회적 네트워크 증진의 가능성에 대한 희망과 믿음을 촉진시키는 것이다. 따라서 그들은 개인을 옹호하는 역할을 하며, 전통적인 관행의 경계 내에서 일하지 않아야 한다. 예를 들어, 그들은 서비스 이용자들에게 진단을 내리거나 약물을 처방·제공 하지 않아야 한다.</p>

르완다 전국 정신과 사용자 및 생존자 단체(NOUSPR; National Organization of Users and Survivors of Psychiatry) - 동료지원가의 가치 있는 역할 (31)

“저희 단체에서는 고통을 겪는 사람들을 지원하고 환자전문가 프로그램(Patient Experts Program)을 통해 동료에게 돌봄을 제공하는 것 이상으로 조직의 일원이 되는 것에 더 큰 장려책(incentive)은 없습니다. 많은 NOUSPR 회원들은 단체의 일원으로서 그들의 ‘가족’을 모으는 단체의 일원이 된 것에 만족해하고 자랑스러워 합니다.

환자 전문가의 주요 업무는 자신과 동료 및 가족에게 미래는 밝다는 생생한 본보기를 제공하는 것입니다. 그들은 폭력, 트라우마 및 방임을 겪어왔으나, 이제는 회복하였고 자립하여 동료들이 같은 길을 갈 수 있도록 지원합니다. 동료들에게 접근하는 방법 중 하나는 회복에 대한 스스로의 개인적인 이야기를 해주는 것입니다. 예를 들면, 다음과 같습니다. ‘저를 보세요. 저도 이 분처럼, 구속되었고, 구타를 당했고, 감전사를 당했어요. 그러나 지금 저는 이 자리에 이렇게 있어요. 여러분들을 지지하기 위해서요...’”

6. 윤리부터 실행까지

동료지원은 고유한 인간관계에 기반을 두고 있기 때문에 매일 매우 다양하게 보일 수 있다. 일반적으로, 동료지원가는 지원과 옹호를 제공하고, 자조 및 권한 강화를 증진하며, 목표설정, 능력구축 및 강점 확인 등을 통해 긍정적인 변화를 촉진한다. (30) 동료지원가의 1 차적인 책임은 서비스, 단체 또는 사회가 아니라 그들이 지원하는 사람을 대상으로 한다. 이러한 관계가 중심이 되면서, 동료지원가들이 일상 업무에서 달성해야 하는 다음의 주요 목표가 있다. (32)

- 경험과 지식을 공유하되, 원치 않는 충고는 하지 않기
- 사람들이 회복에 대한 스스로의 결정을 내릴 수 있도록 옹호하고 지지하기
- 공감하는 마음으로 사람들을 대하되, 취약한 존재로 대하지 않기
- 비임상적인 입장으로 동료 역할을 가치 있게 여기며, 병리적 언어 사용을 지양하기
- 동료 역할을 하는 다른 사람들을 지원하고 연결 상태를 유지하기
- 새로운 아이디어를 공유하고 다른 사람들이 정보를 잘 알 수 있도록 변화를 주도하는 역할을 수행하기
- 동료의 권한과 특권에 대해 인정하고 투명하게 공개하며, 이를 지속적으로 검토하기

다음의 표는 1,000 명의 동료지원가를 포함한 설문조사와 포커스 그룹을 기반으로 한 동료지원 진행을 위해 다소 수정된 윤리적, 실행 지침을 보여준다. 이 지침은 실행할 필요가 있으며 모든 국가에서 달성하기 위해 노력해야 하는 것에 대해 매우 높은 기준을 설정한다. (33)

윤리 지침	실행 지침
<p>동료지원은 자발적이다. 동료지원의 가장 기본적인 가치는 사람들이 지원을 제공하거나 받는 것에 대해 자유롭게 선택한다는 것에 있다. 그 누구도 동료역할을 강요받거나 동료지원을 강요받아서 안 된다. 동료지원의 자발적인 특성으로 인해, 다른 사람들과 신뢰를 쌓고 연결하는 것이 더 수월해진다.</p>	<p>실행: 지원 선택</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 동료지원가는 다른 사람들에게 동료지원이나 다른 서비스에 참여하도록 강요 또는 강압하지 않아야 한다. 2. 동료지원가는 자신이 지지하는 사람들이 동료지원 서비스를 선택 혹은 중단하거나 동료지원가를 변경할 수 있는 권리를 존중한다. 예를 들어, 여성이 개인적인 경험 때문에 여성 동료지원가와 연결하는 것을 더 선호할 수도 있다. 3. 또한 동료지원가의 개인적인 접근 방식이나 전문성 부족이 이러한 사람들에게 효과적인 지원을 제공하는 데 방해가 될 수 있는 경우, 특정한 배경을 지닌 개인과 함께 작업하지 않을 권리가 있다. 이러한 경우, 동료지원가는 그 사람을 다른 동료지원가나 서비스 제공자에게 연계하게 된다. 4. 동료지원가는 어떠한 정신건강 또는 사회복지서비스환경에서라도 강압을 목격하였을 때, 서비스 이용자의 선택을 옹호한다.
<p>동료지원가들은 희망적이다. 회복이 가능하다는 믿음은 절망감을 느끼는 사람들에게 희망을 가져다 준다. 희망은 많은 사람들에게 있어 회복의 촉진제가 된다. 동료지원가는 회복이 현실적이라는 것을 보여준다. 그들은 사람들이 직면하는 내적 및 외적 난관을 극복할 수 있다는 증거가 된다.</p>	<p>실행: 희망 공유</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 동료지원가는 지원을 받는 사람들이 현재 겪고 있는 투쟁과 관련된 개인적인 회복 이야기를 들려준다. 2. 동료지원가는 업무의 모든 측면에 있어 회복의 대사(ambassadors) 역할을 한다. 3. 동료지원가는 다른 사람들이 삶의 난관에 대해 개인적인 성장을 위한 기회로 재구성하도록 돕는다.

<p>동료지원가는 개방적이며 비판단적이다. 판단을 받는 것은 감정적으로 고통스럽고 해로울 수 있다. 동료지원가는 비록 다른 이들의 믿음, 태도 또는 회복에 대한 접근법이 자신의 방식과 매우 다를 때에도 회복 경험을 했다면 ‘그들이 있는 곳에서 그들을 만난다.’ 비판단적이라 함은 개방적이고 자비로운 마음을 지니며 타인을 고유한 개인으로서 완전히 수용하면서, 무조건적인 긍정적 존중의 태도로 타인을 포용하는 것을 뜻한다. 이와 관련하여, 동료지원가들은 사람들의 회복의 일부로 지닐 수 있는 영성적인 믿음의 중요성에 대해 인정한다.</p>	<p>실행: 다른 사람에 대해 판단하지 않을 것 1. 동료지원가는 잠재적인 학습의 기회로 여기며, 지원하는 사람들 간의 다양성과 다름에 가치를 둔다. 2. 동료지원가는 자신에게 가장 좋게 작용할 것이라 믿는 회복의 경로를 선택할 수 있도록 하는 개인의 권리를 존중한다. 3. 동료지원가는 다른 사람을 있는 그대로 받아들인다. 4. 동료지원가는 다른 사람을 평가하거나 판단하지 않는다.</p>
<p>동료지원가는 공감적이다. 공감은 ‘다른 입장에서 생각해 볼 때’ 생겨나는 감정적인 연결고리이다. 그들이 심지어 비슷한 난관을 겪었다고 할지라도, 동료지원가는 다른 사람이 어떤 감정을 느끼는 지 완벽히 안다고 가정하지 않는다.</p>	<p>실행: 감정적 세심함을 가지고 경청할 것 1. 동료지원가는 비판단적이고 효과적인 경청 기술을 활용한다. 2. 동료지원가는 비록 다른 사람들이 비슷한 삶의 경험을 공유하더라도 반응의 범위가 상당히 다를 수 있음을 이해한다. 3. 동료지원가는 상대방의 감정에 정서적으로나 영성적으로(spiritually) 반응할 수 있도록 사려 깊게 질문하고 세심하게 경청한다.</p>
<p>동료지원가는 존중적이다. 개개인은 가치로써, 세상에 기여할 수 있는 중요하고 고유한 무언가를 가지고 있는 존재로 간주된다. 동료지원가는 친절하고, 따뜻하며 존중하는 태도로 사람들을 대한다. 동료지원자는 차이점을 수용하고 개방하며, 다양한 사람들에게서 나올 수 있는 재능, 지식 및 강점을 공유하도록 권장한다. 동료지원가는 모든 사람의 의견을 존중하고, 허용하며 모두가 사회 전체에 동등하게 기여할 수 있다고 믿는다.</p>	<p>실행: 궁금증을 가지고 다양성을 포용할 것 1. 동료지원가는 지원하는 사람들과 스스로를 위한 개인적인 성장의 수단으로 다양성(예: 다양한 사회적 지위 및 아이디어)을 포용한다. 2. 동료지원가는 차이점이 자신과 주변 사람들의 삶에 어떻게 기여할 수 있는지 탐색할 수 있도록 사람들에게 격려한다. 3. 동료지원가는 업무에서 상호작용하는 모든 사람에게 인내심, 친절함, 따뜻함 및 존중을 실천한다. 4. 동료지원가는 모든 사람들을 기본적인 인권을 모두 누릴 만한 사람이라고 여긴다. 5. 동료지원가는 지원하는 사람과 자신을 위해 모든 범위의 경험, 강점 및 회복 접근 방식을 수용한다.</p>

윤리 지침	실행 지침
<p>동료지원가는 회복을 촉진한다 최악의 인권 침해 중 일부는 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애를 경험한 사람들에게서 나타나기도 한다. 그들은 다른 모든 사람과 동등한 생명, 자유 및 안전에 대한 기본 권리를 가진 사람이라기보다는 종종 ‘치료의 대상’으로 간주된다. 그들은 신체적, 성적, 정서적, 영성적 및 정신적 학대나 방치를 포함한 폭력의 생존자일 수 있다. 다른 사람들에게 다르다고 여겨지는 사람들은 자신이 고정 관념에 사로잡히고 낙인 찍히며, 사회에서 배제된다고 느낄 수 있다. 내재화된 억압은 사회로부터 거부 당한 사람들에게 흔히 나타난다. 동료지원가는 그들을 인간으로 대하고 비인간적이거나 사기를 떨어트리거나 굴욕감을 주는 모든 행위에 대해 경계하며, 개인의 이야기 또는 옹호를 긍정적인 변화를 위한 대리인으로 사용할 것이다.</p>	<p>실행: 교육 및 지지</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 동료지원가는 불의(injustice)에 대해 주의를 환기시키는 적절한 방법을 인식하고 찾는다. 2. 동료지원가는 불의가 사람들에게 어떤 영향을 미칠 수 있는지 이해하려고 노력한다. 3. 동료지원가들은 자신이 지지하는 사람들이 불의에 도전하고 극복하도록 격려하고, 지도하며, 격려한다. 4. 동료지원가는 지지적이고, 격려하고, 영감을 주고, 동기를 부여하고, 존중하는 언어표현을 사용한다. 5. 동료지원가는 자신과 다른 사람들을 위해 변화가 필요한 영역을 탐색할 수 있도록 지지하는 것을 돕는다. 6. 동료지원가는 모든 상황에서 직면하는 불의를 인식하고 옹호자 역할을 하며 필요한 경우 변화를 촉진한다. 7. 동료지원가는 사전 의료의향서나 회복 계획과 같이 자신의 권리와 도구에 대해 교육한다.
<p>동료지원가는 솔직하고 직접적이다. 명확하고 사려 깊은 의사소통은 효과적인 동료지원에 핵심적이다. 어려운 문제는 직접적으로 관련된 사람들과 함께 다뤄진다. 개인 정보 보호와 기밀유지는 신뢰를 구축한다. 솔직한 의사소통은 갈등적인 상황이나 다른 사람의 감정을 상하게 하는 것에 대한 두려움을 넘어서서 낙인, 학대, 억압, 위기 또는 안전과 관련된 문제를 포함하여 보살핌과 자비로써 도전적인 문제를 해결하기 위해 존중하여 협력할 수 있도록 한다.</p>	<p>실행: 배려 및 자비를 통해 어려운 문제를 해결할 것</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 동료지원가는 사생활과 기밀을 존중한다. 2. 동료지원가는 그들이 지지하는 사람이 원할 시 낙인, 학대, 억압, 위기 또는 안전에 대한 공개토론에 참여한다. 3. 동료지원가는 동료지원 관계에서 자비와 케어를 실천한다. 4. 동료지원가는 거짓 약속을 하지 않으며, 자신, 타인 또는 상황을 허위로 이야기하지 않는다. 5. 동료지원가는 진실성, 개방성, 존중 및 신뢰를 기반으로 한 동료관계를 구축하기 위해 노력한다.

<p>동료지원은 공동적이고 상호적이다. 동료지원 관계에서, 각 개인은 유동적이고 끊임없이 변화하는 방식으로 도움을 주고 받는다. 이는 사람들이 도움이 필요하며 직원이 도움을 제공하는 것으로 간주되는 치료 프로그램에서 대부분의 사람들이 경험하는 것과는 매우 다르다. 동료지원 관계에서, 각 개인은 가르치고 배울 것이 있다. 이는 동료지원가가 유급 또는 자원봉사 동료지원가인지의 여부에 관계없이 사실이다.</p>	<p>실행: 동료들이 도움을 주고 받을 수 있도록 격려할 것</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 동료지원가는 자신이 지지하는 사람에게서 배우고, 지지 받는 사람은 동료지원가에게서 배운다. 2. 동료지원가는 동료들이 인간의 기본적인 욕구를 충족하고, 받는 것 뿐만 아니라 줄 수 있도록 격려한다. 3. 동료지원가는 존중을 촉진한다. 그들은 가능한 한 권력공유와 상호관계를 불러일으키는 동료들과의 관계를 존중한다
<p>동료지원은 평등하게 공유되는 힘이다. 정의에 따르면, 동료들은 평등하다. 동료지원 관계에서 힘을 공유한다는 것은 각 개인이 아이디어와 의견을 표현하고, 선택을 제공하며 기여를 할 수 있는 동등한 기회를 갖는다는 것을 의미한다. 각 개인은 이야기를 하고, 나왔던 이야기에 대해 듣는다. 동료지원이 진정한 협력 일 때 힘의 남용은 지양된다.</p>	<p>실행: 평등 구현</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 동료지원가는 자신이 지지하는 사람과의 상호 관계를 반영하는 언어적 표현을 사용한다. 2. 동료지원가는 자신이 지지하는 사람에 대한 존중과 상호 관계를 반영하는 방식으로 행동한다. 3. 동료지원가는 자신이 지지하는 사람들에게 권력을 표현하거나 행사하지 않는다(예: 그들이 하는 것에 대해 통제하고, 그들을 위해 결정을 내리는 것 등). 4. 동료지원가는 진단을 하거나 의료서비스를 제공하지 않는다. 그들은 보완적이거나 대체적인 서비스를 제공한다.

윤리 지침	실행 지침
<p>동료지원가는 강점중심적이다. 각 개인은 그들의 삶을 더 개선하는데 사용할 수 있는 기술, 재주 및 재능을 가지고 있다. 동료지원은 강점에 초점을 맞춘다. 동료지원가는 자신들의 경험을 공유하고, 사람들이 역경을 통해 얻은 “밝은 희망(silver lining)”이나 긍정적인 측면을 볼 수 있도록 격려한다. 동료지원을 통해, 사람들은 자신의 강점을 알게 된다.</p>	<p>실행: 어떤 것이 들렸는지가 아니라, 어떤 점이 강점이었는지를 보기</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 동료지원가는 다른 사람들이 자신의 강점을 발견하고, 삶을 개선하는 데 사용하도록 격려한다. 2. 동료지원가는 자신이 지지하는 사람들의 강점에 초점을 맞춘다. 3. 동료지원가는 자신의 경험을 활용하여 강점을 제시하고 지지하는 사람들을 격려하며 영감을 준다. 4. 동료지원가는 자신이 지지하는 사람들에게 의미 있는 꿈과 목표를 탐색하도록 격려한다. 5. 동료지원가는 강점 기반의 관점에서 작업하며 동료들의 강점, 선택 및 결정을 회복의 기반으로 인정한다. 6. 동료지원가는 자신을 위해 스스로 할 수 있는 것에 대해 고치거나 다른 사람을 위해 해주지 않는다.
<p>동료지원은 투명하다. 동료지원은 정신적 고통에서 장기적인 회복을 달성하기 위해 비의료적 지원을 주고 받는 과정이다. 동료지원가는 이 과정에서 경험적으로 다른 사람을 도울 만한 자격이 있다. 투명성은 동료지원 관계에서 제공할 수 있는 것과 제공할 수 없는 것에 대해 각 개인들과 기대치를 설정하고 사생활 및 기밀유지에 관한 문제를 명확하게 하는 것을 의미한다. 동료지원가들은 모두가 쉽게 이해할 수 있도록 평이한 언어로 소통한다. 그들은 회복이 실재한다는 희망과 믿음을 불어넣기 위해 개인적인 회복 경험을 공유함으로써 ‘회복에 얼굴을 마주하였다.’</p>	<p>실행: 명확한 기대치를 설정하고 평이한 언어를 사용하기</p> <p>동료지원가는 동료지원 관계에서 기대할 수 있는 것과 기대할 수 없는 것을 명확하게 설명한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 동료지원가는 명확하고 이해하기 쉬우며 가치와 판단이 없는 언어를 사용한다. 2. 동료지원가는 지지적이고 존중적인 언어를 사용한다. 3. 동료지원가의 역할은 다른 의료실무자의 역할과 구별된다. 4. 동료지원가는 지킬 수 있는 약속만 하며 정확한 표현을 사용한다.

<p>동료지원은 인간 주도적이다.</p> <p>모든 사람은 삶의 모든 측면에 대해 결정을 내릴 근본적인 권리가 있다. 동료지원가는 사람들에게 선택사항에 대해 알려주고 선택사항에 대한 정보를 제공하며 그들의 결정을 존중한다. 동료지원가는 사람들이 안전지대를 넘어서서 실수로부터 배우고, 선택한 수준의 자유와 선택한 지역사회에 포함되게 이동할 수 있도록 격려한다.</p>	<p>실무: 문제가 아닌 사람에게 집중하기</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 동료지원가는 자신이 지원하는 사람이 스스로 결정을 내릴 수 있도록 격려한다. 2. 동료지원가는 자신이 지원하는 사람들이 다양한 선택사항에 대해 생각할 수 있도록 돕는다. 3. 동료지원가는 자신이 지원하는 사람들이 새로운 것을 시도하도록 격려한다. 4. 동료지원가는 다른 이들이 실수로부터 배울 수 있도록 돕는다. 5. 동료지원가는 회복력을 장려한다. 6. 동료지원가는 다른 사람들의 개인적인 성장을 격려한다. 7. 동료지원가는 자신이 지원하는 사람들이 삶에서 어떤 것을 원하는지, 판단하지 않고 그것을 달성하는 방법을 결정하도록 격려하고 코칭한다.
--	--

셰리 미드(Shery Mead)가 동료지원가 경험으로 배운 것들 (24)

“당신이 알아차린 가장 첫번째는 ‘도움’을 주고 싶어 안달이 날 지경이라는 것입니다. 물론 도움이 반드시 나쁜 것은 전혀 아니지만, 스스로의 만족을 위해서 나선다면, 도움은 통제감을 획득하는 것으로 바뀔 수 있습니다. 도움은 강압적이거나, 통제적이거나, 공포에 기반한다거나, 무언가를 한다는 것에 대해 도움을 주는 사람의 기분이 좋아질 수 있게만 사용된다면 양날의 검이 될 수 있죠.

[예를 들어]... 당신이 아는 누군가가 정말로 자기 파괴적인 것처럼 보이고, 그녀가 원하는 것과는 거리가 먼 일을 하고 있습니다. 이 친구는 늘 ‘나아지기’를 원하고, 회복을 위해 노력하고 싶다고 하지만, 와인 한 잔을 마신다는 것이 어느새 두 잔째가 되어 있거나, 운동을 안 한다던가, 직장을 구할 시간에 앉아서 책만 하루 종일 읽는다던가 하는 행동을 하는 거죠. [그러나]... 우리는 잠시 이 친구에 대해 더 알 시간을 가질 수 있었습니다. 만약 두 잔째로 마신 와인이 그녀를 진정시켜서, 그녀가 두려워하던 면접에 갈 수 있도록 한다면요? 만약 운동을 하지 않고 하루 내내 책만 읽는 게 그 다음날 일어나서 인터뷰를 갔던 그녀에게 정확히 필요한 행동이라면요? 이게 바로 저희가 얻었던 교훈입니다. 다른 사람이 필요할 것이라며 우리가 세우는 가정은 항상 정확한 것은 아닙니다. 우리의 가정은 우리의 관점과 ‘세계관’을 기반으로 합니다. 이는 우리에게 속해있고 우리가 아는 방식이기 때문에 존재하지만, 그것을 다른 사람에게 적용한다고 생각해보면 우리 자신이 도움이 되지 않을 뿐만 아니라 이와 동시에 친구를 잃는다는 것을 알게 될 수도 있죠.

그래서 우리는 함께 배우는 것과 돕는 것에 대해 이야기합니다... 돕는 것에 비해 배우는 것은 어떻게 다를까요? 배우다는 것은 호기심, 타인에 대한 궁금증, 그들이 알아가는 방식, 세상을 이해하는 방식을 포함합니다. 반면, 도움은 종종 당신이 이미 답을 알고 있고, 누구보다 당신이 더 잘 알며, 다른 이에게 무엇을 할 지에 대해 얘기할 수 있고, 그들이 그렇게 한다면 모든 것들이 당신이 그들의 입장에 있었을 때 했던 방식으로 풀린다는 것을 뜻합니다. 그럴 수도 그렇지 않을 수도 있지만, 한가지는 확실해요. 당신에게 효과가 있었던 것을 바탕으로 도움을 주는 것도 엄청나게 해로울 수도 있다는 것이지요.

기억해야 할 다음 원칙은 개개인보다 관계에 초점을 맞추는 것입니다... 우리가 관계에 주의를 기울일 때... 우리 사이에 일어나는 일에 대해 주목하게 됩니다. 다시 말해, 우리는 우리를 전진시킬 수도, 후퇴시킬 수도 있는 우리 사이의 '공간과 바로 여기서, 지금 일어나는 일에 집중합니다. 제가 우리 사이에 어떤 일이 일어나는 지에 대해 주목할 때, 정직, 안전, 존엄을 지원하고 아울러 궁극적으로는 제가 당신 없이 가고 싶었던 그 방향을 바꾸어 소통의 장을 열게 됩니다. 즉, 제가 당신과 당신의 변화에 주의를 기울일 때, 어떤 요소도 고려하지 않지만, 제가 스스로를 공식에 맞출 때, 단지 당신과 저의 상호작용이 어디로든 나아갈 수 있는 교류라는 것을 저는 깨닫습니다. 무작위로만 보이는, 즉 예측 불가능성이 존재한다는 것입니다. 이 무작위성과 예측 불가능성은 우리가 성공이라고 생각하는 선형적인 결과가 아니라, 동료 지원에서 정확히 우리가 추구하고자 하는 것입니다.

마지막으로, 세 번째 [원칙]은... 두려움으로 반응하지 않고, 희망과 가능성을 바탕으로 대화하는 새로운 방법을 시도하는 것입니다... 우리는 종종 두려울 때, 단지 상황이 예전으로 돌아가고, 자리를 잡으며 [그리고] 더 '안정'되기를 바랍니다. 그러나 여기서 '안정'은 목표가 아닐 수도 있습니다. 상황이 완전히 당신이 통제할 수 있는 범위를 넘어서는 것처럼 보이고, 심지어는 주변 사람들이 마치 자기들이 더 잘 아는 것처럼 말하지만, 당신이 스스로 무엇을 필요로 하고 원하는지에 대해 알고 있었던 때를 떠올려보세요. 통제 불가능하다고 여겼을 때 기회가 있을 것입니다... 그것은 당신이 '문제'에 대해 다른 사람의 경험에 의존하게 만들었을 수 있습니다. 즉, 당신의 경험에 대해서 다른 사람의 해석에 의지하게 된 것이죠. 이는 누군가가 당신에게 '그 정도는 상처도 아니다, 이미 앞질러진 물이다' 와 같은 말을 하고, 다른 사람들은 대수롭지 않게 생각하는 것에 대해 나는 왜 이렇게 힘들어하는지에 대해 의문을 가질 때 발생합니다. 또는 반대로, 당신의 행동이 스스로에게는 전혀 영향을 미치지 않는데, 다른 사람들은 당신이 상처를 입을까봐 두려워하는 경우에 일어나기도 합니다. 그리고 그들은 끊임없이 '조심해'라고 말하죠. 곧 당신은 무언가 나쁜 일이 일어날까봐 무서워하게 되고 그들의 두려움에 반응하게 됩니다. 이것은 한 사람의 감정이 다른 사람의 반응을 이끌어 복잡한 역동으로 이어집니다. 이러한 현상은 정신건강 서비스에서 그들이 우리가 속수무책이라고 말할 때 너무나도 자주 발생합니다. 우리는 그들의 두려움을 기반으로 해서 그렇게 되도록 학습해왔던 것입니다.

그래서 우리는 **도움 대신 배움에 집중**하고, 개개인 대신 관계에 주목하며, 두려움, 권력 및 통제보다는 희망과 가능성에 대한 기회를 만드는 동료지원을 하려 합니다... 그것은 재미있고, 보람차며, 그야말로 우리의 모든 관계에서 건강을 증진하는 원동력을 만듭니다 ...”

7. 언어적 표현

동료 역할을 하는 사람들이 다른 사람들에게, 그리고 다른 이들에게 말하는 방식은 중요하며, 사람들이 자신과 그들의 회복에 대해 느끼는 방식에 차이를 가져올 수 있다. 종종, 정신건강 및 사회복지 서비스에서 사용되는 언어적 표현은 힘(power)의 격차를 강화하고, 외상에 대해 민감하지 않으며, 사람들이 자신의 정체성 전체가 정신건강 시스템에 묶여있다고 느끼게 하며, 외상적인 사건에 대한 정상적인 반응을 병리화할 수 있다. 예를 들어, '서비스 사용자', '소비자' 및 '클라이언트(client)'나 지원을 받는 사람을 묘사하는 다른 용어는 비인간적으로 느껴질 수 있으며, 누군가가 스스로를 무력하다고 느끼게 하고 시스템이나 서비스 너머의 삶을 상상하지 못하게 만들 수도 있다. (1)

언어적 표현은 한 사람에게 영구적인 문제나 장애가 있음을 암시할 수 있으며, 이 또한 권한을 약화시키고, 회복을 저해할 수도 있다. 구두적 표현뿐만 아니라 문자적 표현도 똑같이 해로울 수 있다. 예를 들어, 장애 보조금을 받기 위해 개인에게 영구적인 문제 또는 손상의 증거를 제시하도록 요청하는 것(사회적 보조금이 개인의 상황을 개선하는 데 필요할 수 있다는 생각을 촉진하기보다는 개인에게 항상 문제나 손상이 있을 것임을 시사함)은 낙인을 찍을 수 있을 뿐만 아니라, 프로그램에서 사용된 언어적 표현에 공감하지 못하기 때문에 참여에 있어 주요한 장벽이 될 수 있다. (34)

적절한 언어적 표현을 선택하는 것은 어려울 수 있으며, 단어나 용어에 있어 '좋고', '나쁜' 표현에 대해 합의된 목록은 없다. 중요한 것은 특정 단어와 구절이 선택된 이유 기저의 가치를 이해하고, 특정 언어적 표현을 받아들일지에 대해 비판적인 관점에서 특정 언어적 표현의 수용에 대해 질문을 던지는 것이다.

개방적 및 폐쇄적 언어 표현 (35)

숙고해야 할 언어적 표현의 또 다른 중요한 측면은 사용된 언어적 표현이 개방적인지 혹은 폐쇄적인지 여부이다. 폐쇄적 표현은 그 사람이 동의하지 않을 수도 있는 관점을 강요하게 될 수 있으며, 자신의 다른 경험이 사람의 해석이나 판단을 통해 전해지는 결과를 낳을 수 있다. 개방적 표현은 한 사람의 경험에 대한 자신의 의미를 부여하며, 자신들의 실제 상황을 더 정확하게 설명할 수 있는 여지를 준다.

폐쇄적 vs 개방적 언어 표현의 예시

폐쇄적		개방적
지니(Jeannie)는 조현병 환자이다. (또는 조현병이 있다)	vs	지니(Jeannie)는 조현병 진단을 받았다.

폐쇄적 언어표현은 지니(Jeannie)를 진단으로만 정의하고 본인의 경험에 대한 자신만의 의미를 부여할 여지를 남겨놓지 않기 때문에 낙인을 찍고, 권한을 약화시킨다. 개방적 표현은 지니가 조현병 문제로 진단 받았다는 사실을 기술하긴 하나, 그것이 지니에게 의미하는 바에 대해 다른 해석의 여지를 남겨 놓는다.

폐쇄적		개방적
조지(George)는 처방약에 비순응적이다.	vs	조지(George)는 처방약 복용하기를 원하지 않는다.

‘비순응적’이라는 표현을 사용하는 것은 이를테면 조지(George)가 약을 복용할 필요가 있고, 이를 복용하지 않음으로써 잘못되고, 일탈적이거나 반항적인 행동을 한다는 의미를 내포한다. 개방적 표현은 조지를 판단하지 않는다는 사실을 명시하며, 조지가 선택한 이유를 설명할 여지를 제공한다.

폐쇄적		개방적
루이스(Luis)는 환청을 경험하고 있다.	vs	루이스(Luis)는 목소리를 듣고 있다.

폐쇄적 표현은 그 목소리가 실체가 아닐 뿐만 아니라 멈춰져야만 하는 나쁜 것임을 시사한다. 정작 루이스는 이러한 목소리에 아무 문제가 없다고 생각할지 모르지만, 이러한 언어적 표현은 그가 이를 두려워해야 하는 것처럼 묘사한다. 개방적 표현은 목소리를 나쁘거나 좋은 것으로 해석하지 않으며 루이스가 이를 듣고 있다는 것만 말한다. 이는 루이스가 자신의 경험에 대한 스스로의 반응을 해석할 수 있는 여지를 주게 된다.

8. 동료지원가의 역량

동료 역할을 맡는 사람들의 배경과 훈련 수준, 기술은 다양할 것이다. 그러나 동료지원가에게 필요한 몇 가지 핵심적 역량이 확인되었다. 다음의 목록은 그들의 다양한 역할과 관련된 역량 중 일부를 요약한다. (36)

역할 1: 동료지원가는 동료들을 협력적이고 케어하는 관계에 참여시킨다.

이 역할에 필요한 역량은 사람들과의 관계를 시작하고 발전시키는 동료지원가의 능력을 강조한다. 여기에는 세심한 주의를 기울여 동료들에게 다가가고 교류하는 것과 같은 대인관계 기술, 회복과 관련된 지식, 그리고 회복 지향과 일치하는 태도가 포함된다.

역할 2: 동료지원가는 지원을 제공한다.

이 역할과 관련된 역량은 사람들이 원하는 지원을 동료지원자가 제공할 수 있도록 한다는 점에서 상당히 중요하다. 이러한 역량으로는 동료의 경험과 감정을 인정하고, 회복에 대한 희망을 전달하며, 사람들이 어려움을 이해하는 다양한 방법에 대해 인식하도록 하고, 동료가 과제나 목표를 완수할 수 있도록 도움을 주는 것이 포함된다.

역할 3: 동료지원가는 회복에 대한 생생한 경험(lived experience)을 공유한다.

이 역할에 필요한 역량은 정신건강 및 사회복지 서비스에서의 역할 대부분이 생생한 경험을 공유하는 것을 강조하지 않는다는 점에서 동료지원에 있어 고유하다. 동료지원가는 자신의 회복에 대해 이야기하고, 자신의 생생한 경험을 회복의 여정에 있는 사람에게 격려와 지지가 되는 방식으로 활용하는 데 능숙해야 한다.

역할 4: 동료지원가는 개별화된 동료지원을 제공해야 한다.

이 역할에 요구되는 역량은 동료지원가가 동료에게, 그리고 동료와 함께 제공하는 지원 서비스를 맞춤 혹은 개별화하는데 도움이 된다. 동료지원을 개별화함으로써 동료지원가는 회복을 향한 다양한 경로가 있다는 생각을 할 수 있게 된다. 여기에는 동료 각각의 회복과정의 고유함을 인지하고, 동료의 문화적 및 종교적 신념과 관행을 포함한 고유의 사회적 지위를 존중하는 것이 포함된다.

역할 5: 동료지원가는 회복계획을 지원한다.

이 역할을 위해 필요한 동료지원가의 역량은 다른 사람들이 자신의 삶에 책임을 질 수 있도록 지원하는 것이다. 회복은 종종 사람들이 자신의 삶을 변화시키길 원하도록 이끈다. 회복계획은 사람들이 가정, 직장, 지역사회 및 건강과 관련된 목표를 설정하고 달성할 수 있도록 돕는다.

역할 6: 동료지원가는 자원, 서비스 및 지원을 연결한다.

이 역할을 위해 필요한 역량은 동료지원가로 하여금 다른 동료들이 자신의 회복을 향상시키는 데 필요한 자원, 서비스 및 지원을 얻을 수 있도록 돕는 것이다. 동료지원가는 다른 동료들이 정신건강 및 사회복지 분야와 지역사회에서 자원 또는 서비스에 연결되도록 지원하기 위해 이러한 역량을 적용한다. 동료지원가가 지역사회 내의 자원 뿐만 아니라 온라인 자원에 대한 지식을 갖는 것이 매우 중요하다.

역할 7: 동료지원가는 건강, 웰니스 및 회복과 관련된 기술에 대한 정보를 제공한다.

이 역할을 위해 필요한 역량은 동료지원가가 다른 사람을 코칭하거나 회복을 향상시키는 기술에 대한 정보를 제공하는 방식과 관련이 있다. 이는 동료지원가가 회복 과정에서 다른 사람들에게 제공하기 위해 지식, 기술 및 경험이 있다는 것과 회복 과정이 종종 배움과 성장을 포함한다는 것을 인식한다. 그러나 접근 방식이 동료의 선호도나 필요사항에 부합해야 한다는 것이 필수적이다.

역할 8: 동료지원가는 동료들이 위기를 다룰 수 있도록 돕는다.

이 역할을 위해 필요한 역량은 동료지원가가 잠재적인 위험을 파악하고 동료 및 다른 사람들의 위험을 감소시키는 절차를 사용하도록 지원하는 것이다. 동료지원가는 극심한 고통이 발생하는 상황을 관리하고 자신과 다른 동료의 안전 및 안녕감을 보장하기 위해 노력해야 할 수도 있다. 동료들과 만날 때는 안전한 공간을 조성하고 고통을 겪는 사람들을 안심시키는 것이 중요하다.

역할 9: 동료지원가는 의사소통을 중시한다.

이 역할을 위해 필요한 역량은 동료지원가가 동료나 다른 사람들과 구두 및 서면으로 상호작용하는 방법에 대한 지침을 제공하는 것이다. 이는 존중의 가치에 대해 소통하고 반영하기 위해 언어적 표현 및 방법을 제안한다. 여기에는 인간 중심의, 회복 지향적인 언어적 표현과 적극적인 경청의 기술을 사용하는 것이 포함된다. 이는 상호 이해를 높이고 언어적 표현을 공유할 것이다.

역할 10: 동료지원가는 협력과 팀워크를 중시한다.

이 역할을 위해 필요한 역량은 동료지원을 향상시키기 위하여 동료지원가들이 동료들 또는 타인들과 효율적인 관계를 발전시키고 유지할 수 있는 방법에 대한 방향성을 제공하는 것이다. 이러한 역량에는 대인관계 기술뿐만 아니라, 제공자를 참여시킨다는 측면에서 조직 기술(organizational skills) 및 동료들의 필요사항을 충족시키기 위해 노력을 기울이는 것이 포함된다. 이와 관련해 동료의 가족 구성원들과 지원을 모으는 것도 포함된다.

역할 11: 동료지원가는 리더십과 옹호를 촉진한다.

이 역할을 위해 필요한 역량은 정신건강 및 사회복지 서비스에서 회복지향적인 접근법의 요구를 목적으로 리더십을 제공하기 위해 동료지원가가 취하는 행동과 관련되어 있다. 이는 다른 동료들의 인권을 옹호하는 방법에 대해서도 안내한다.

역할 12: 동료지원가는 성장과 발전을 촉진한다.

이 역할을 위해 필요한 역량은 동료지원가들이 실무에서 얼마나 사려 깊고 능숙해질 수 있는지를 보여준다. 이는 현재의 역할에 있어서 동료지원가의 성공과 만족도를 증진시키고 경력 발전에 기여할 수 있는 특정한 행동을 제안한다. 동료지원의 구조를 만들고 지도감독을 제공하는 것은 동료 역할을 유지하는 데 있어 중요한 요소이다.

9. 직무 기술서

명확한 직무 기술서는 동료지원가를 유치하고 고용하는 데 필요하다. 동료지원가를 유치하고 고용하려면 명확한 직무 기술서가 필요하다. 이는 자신의 정보를 위한 것일 뿐만 아니라 특히 새로운 역할이 도입되는 경우 동료 역할이 무엇인지(그리고 무엇이 아닌지)에 대해 효과적으로 의사소통하기 위한 것이다. 명확한 직무 기술서가 없다면, 다른 동료들이 동료지원가를 진지하게 받아들이지 않고, 그들이 동료 역할에 부합하지 않는 업무를 부여받아 자신의 기술을 잘 활용하지 못하게 될 수도 있다. 이는 동료지원가와 다른 사람들 사이에 비생산적이거나 부정적인 관계로 이어질 수 있다.

동료지원가의 직무 기술서는 해당 직책의 주요 책임 및 의무 뿐만 아니라 이상적인 후보자에게 우대되는 자격요건이나 역량을 포함한다. (37),(38)

동료지원가 직무 기술서 예시 (39)

직무 기술서

직위: 동료지원가

부서: 성인 부서 - 정신건강 프로그램

보고대상자: 동료지원 전문가

책임자: 차장

초기 근무 장소: 외래 정신건강센터

계약 유형: 정규직

업무 시간: 주당 25 시간

직무 목적

동료지원가는 정신건강 또는 사회복지 서비스를 이용한 적이 있는 사람으로서, 자신의 회복 과정으로 향하기 위해 서비스를 받는 사람들에게 기회를 제공함으로써 정신건강 또는 사회복지 서비스를 이용했던 자신의 경험을 활용하고, 사람들의 필요 사항과 권리를 옹호하는 사람이 될 수 있다는 목적 하에 고용된다. 주요 목적은 다음을 포함한다.

- 외래정신건강센터를 이용하는 사람들에게 회복훈련과 지원활동을 제공함으로써 일대일로 사람들을 지원함
- 개인적인 회복 경험을 공유하고 상호호혜적인 동료 관계를 발전시킴
- 사람들이 서비스 내외에서 가능한 선택지를 찾을 수 있도록 지원함

주요 책임

동료지원가의 주요 책임은 다음과 같다.

- 희망을 불어넣고 연결고리를 만들기 위하여 서비스 이용자들을 위한 오리엔테이션 과정을 지원한다.
- 정서적 고통을 겪는 사람들에게 적극적 경청 및 긍정적인 상호작용과 함께 비판단적으로 접근하면서 이야기를 들어주고, 함께 있어줌으로써 지원한다.
- 회복 교육과 웰니스에 대한 계획을 지원하고, 사람들이 회복 과정에서 능동적으로 자기 주도적 역할을 하도록 격려하는 것을 목표로 자조 전략에 연결한다.
- 사람들이 요청할 경우, 지역사회 자원에 대한 접근 및 이용을 지원하기 위해 동행한다.
- 생생한 경험(lived experience)에 대한 팀의 이해도를 높이고 회복 과정과 그 과정에 있어서 특정한 전통적인 관행이 할 수 있는 해로운 역할에 대해 직원들을 교육한다.
- 서비스를 이용하는 사람들과 실무자들 간의 의사소통을 향상시킨다.

자격요건 및 역량

성공적인 후보자는 회복 상태에 있어야 하며 스스로가 정신건강 또는 사회복지 서비스의 이용자로서 현재 서비스를 이용 중인 이들에게 공감할 수 있는 사람이어야 한다. 또한 다음을 충족하여야 한다.

- 최소 18 세 이상이어야 한다.
- 정신건강 서비스 및 정서적 고통에 대해 생생한 경험을 한 바 있다.
- 지원과 권한부여, 희망을 지지하는 방식으로 자신의 생생한 경험을 공유할 수 있다.
- 공감하면서 경청하고, 사람들이 자신만의 해결책을 발견할 수 있도록 지원할 수 있다.
- 독립적으로 일할 수 있다.
- 회복 문화의 발전을 도울 수 있다.

10. 동료지원가의 면접 및 고용

면접의 중요한 목표는 잠재적 동료지원가가 자신의 살아있는 경험과 다른 사람을 지원하는 것의 관련성을 얼마나 잘 설명할 수 있는지 결정하는 것이다. 면접은 개인이 받은 진단의 특성이나 치료 이력, 그들이 경험했던 고통에 대한 것이 아니다. 일부 국가에서는 장애에 대한 질문이 불법이므로 이 과정에서 국가의 법률을 따라야 한다. 후보자가 이러한 정보를 공유하기를 원할 수도 있으나 고용되기 위해 그렇게 해야 한다고 생각해서는 안 된다. 그러나 후보자들이 정신건강 서비스 및 정신적·정서적 고통을 경험하고 회복의 여정을 지나왔다는 것은 중요하다. (40)

동료지원이 지역사회 또는 국가에서 새로운 역할이 될 수 있기 때문에, 이 분야에서 자격요건이나 경험을 갖추고 있는 사람은 매우 드물 수도 있다. 이러한 상황에서 면접관은 입증된 경험보다는 잠재력을 기반으로 하여 사람들을 알아볼 필요가 있을 것이다.

또한 면접 과정에 동료 또는 동료위원회를 포함하는 것 역시 중요하다. 면접 질문은 동료지원 후보자들에게 자신의 경험, 기술 및 지식이 다른 사람들의 회복에 어떤 도움이 되는지에 대해 설명하도록 한다. 면접 질문의 예시로 다음을 포함할 수 있다.

- 당신이 동료지원가 역할에 지원하게 된 동기는 무엇인가요?
- 함께 할 사람들을 지원하기 위해 당신의 강점이나 기술, 개인적인 경험을 활용할 수 있는 방법은 무엇인가요?
- 당신이 정신적 고통과 회복에 대한 생생한 경험(lived experience)을 통해 배운 것 중 이곳에서 일하는 데 유용할 것으로 생각되는 점은 무엇인가요?
- 당신의 경험과 기술이 업무에서 어떻게 차별과 평등을 지원할 수 있나요?
- 심리사회적, 지적 또는 인지적 장애가 있는 사람들에게 동료의 지원이 유익한 이유가 무엇이라고 생각하나요?
- 당신의 동료 중 한 명이 자신의 상황에 대해서 체념하고 희망이 없다고 느낀다면, 당신은 그를 어떻게 지원할 것인가요? (41)
- 이전에 동료지원과 유사한 경험을 해 본적이 있나요?

해당 직위에 지원자가 부족하면 기존의 직원을 동료 역할로 바꾸거나 직무에 적합하지 않은 지원자를 채용하거나 또는 직위에 대한 채용기준을 낮추려 하는 유혹이 생길 수 있다. 그러나 동료지원가는 다른 사람들을 지원하는 매우 중요한 역할을 하기 때문에 역할에 적합하고 존중, 평등, 상호관계, 공감 및 회복과 같은 동료지원의 가치를 지지하는 동료지원가를 찾는 것은 매우 중요하다. (41)

훈련과 지속적인 지원은 모든 동료지원가들에게 매우 도움이 되며, 이전에 동료역할을 맡아본 적이 없는 새로 모집된 동료지원가들을 위해 사전에 행해져야 한다. 이는 동료지원가 역할을 처음 하게 된 사람들이 경험이 있는 사람들에 비해 도움이 덜 되거나 덜 성공한다는 의미는 아니다. 이는 면접, 선발 과정 및 훈련 요건에 있어 다른 고려사항이 있음을 의미할 뿐이다.

서비스 내에 동료지원가를 처음 도입하는 경우, 가능한 자원이 있다면 한 명 이상의 동료를 고용하는 것이 더 바람직할 수 있다. 이는 동료역할을 맡고 있는 사람의 표류 현상이나 고립을 방지하는 데 도움이 될 것이다.

인클루전 유럽(Inclusion Europe): 탑사이드 프로젝트(Project TOPSIDE) - 유럽 내 지적장애가 있는 동료지원가를 위한 교육 (42)

탑사이드는 인클루전 유럽의 프로젝트로, 지적장애가 있는 사람들을 위한 비공식적 성인 교육의 새로운 구성요소로서 동료지원과 동료교육을 개발하는 것을 목표로 한다. 지적장애가 있는 성인에게는 비정규 교육에 대한 접근이 제한적일 수 있기 때문에, 동료교육과 지원은 개인이 자신의 삶에 대한 주도권을 갖고 적극적인 시민으로서의 역할을 수행할 수 있도록 의사결정 분야에서 중요한 기술을 개발하는 데 집중한다.

동료지원가들은 교육과정을 통해 의사소통을 향상시키는 방법과 누군가에게 적절한 도움을 주는 방법, 타인에게 공감하는 방법을 배운다. 동료지원가들은 자신들의 삶의 경험을 동료지원과 연관짓는 것을 배우고, 이러한 예시와 자신이 배운 것을 타인을 지원하기 위해 활용한다. 교육은 동료지원가들이 선택할 수 있는 다양한 가치(포용, 인간 중심적 사고, 좋은 삶, 지역사회 안에서 가치 있는 역할과 시민권을 갖기)에 대해서도 다룬다.

동료들은 이러한 기회를 스스로 보지 못하는 사람들에게 무엇이 가능한지에 대해 눈을 뜨게 해줌으로써 이들을 지원할 수 있다. 교육과정에 요약되어 있는 모든 기술들은 현실에 입각하고 실제 상황에 기반하도록 고안되었다. 점진적으로 습득되고 강화되는 기술들은 세가지 범주로 분류된다.

- 동료 대 동료 기술은 대면 또는 집단 대화에서의 의사소통과 반응, 공감을 다룬다.
- 포용적 가치 및 기술은 포용과 인간 중심적 사고, 지역사회 내에서 가치 있는 역할과 시민이 되는 것을 다룬다.
- 실용적 기술은 삶의 다양한 분야에서의 경험과 포용과 관련된 삶의 질을 다룬다(예: 가정, 권리, 일, 사회 생활).

11. 업무 조건

급여

동료 역할은 유급일 수도 무급일 수도 있다. 이는 조직의 구조와 예산에 따라 달라질 수 있다. 예를 들어, 주로 자원봉사자들에게 의존하여 운영되는 비영리 단체의 경우, 동료지원가가 급여를 받지 않을 수 있는 반면 정신건강 또는 사회복지 서비스나 지역사회에 정착한 동료지원가 단체의 동료지원가는 급여를 받을 수 있다.

급여는 한번 정해지면 변경하기 어려울 수 있으므로, 동료지원가의 급여가 어떻게 될지 충분히 생각해 보아야 한다. 생생한 경험을 한 당사자들 중 개방적이고 편안하게 자신의 경험을 다른 사람들과 논의하고, 동료 업무를 하고 싶어하며, 이를 잘 하는 사람들의 수는 적을 수 있다. 따라서 이러한 특별한 지위를 반영하여 급여를 설정하는 것은 중요하다. 특히 나머지 유급직원에 비해 임금을 낮게 설정하는 것은 동료 역할이 사소하고 덜 중요하다는 부정적인 메시지를 전달할 수 있다. (6)

또한 몇몇 국가에서는 동료지원가에게 급여를 제공할 경우 기존에 받고 있던 혜택이 잠재적으로 위태로워 질 수 있으므로, 충분한 급여를 설정하고, 동료지원가의 소득 손실로 이어지지 않도록 하는 것이 중요하다. 국가의 법률과 정책을 제정하는 사람들도 이 이슈를 염두에 두어야 한다.

한 사람은 급여를 받고, 다른 사람은 그렇지 않다면 그 관계를 대등하다고 보기 어려울 수 있다는 점에서, 급여가 일대일 동료관계에서 힘의 불균형을 초래할 수 있는지에 대해 명심해야 한다.

멘토링 및 지도감독 (30),(6)

멘토링 및 지도감독 제공은 동료지원 역할을 유지하는 데 있어 가장 중요한 요소들 중 하나이다. 동료 역할은 처음엔 저항이나 혼란에 직면할 수 있으므로, 동료지원과 회복 중심 케어에 대한 믿음이 있는 지도감독자의 지원을 받는 것이 중요하다. 이전에 동료 역할을 수행한 적이 있는 사람이 동료지원가의 지도감독자가 되는 것이 이상적이다. 그러나 이것이 항상 가능하지 않을 수도 있다. 지도감독자는 동료지원가의 역할과, 특히 동료 역할을 처음으로 도입했을 때 발생할 수 있는 어려움을 더 잘 이해할 수 있도록 적어도 회복 지향적인 실무(정신건강 및 사회복지 서비스에서의 동료지원가 섹션 참조)에 대한 교육을 받거나 경험이 있는 사람이어야 한다.

만약 이것이 가능하지 않은 경우 또 다른 선택지는 지역, 지방 또는 전국 동료간 단체(national peer-to-peer organizations)에 연락하여 보충 교육이나 지도감독을 요청하는 것이다. 이렇게 하게 되면 만약 동료지원가의 직속 지도감독자가 이전에 동료 역할을 수행한 적이 없는 경우에도 동료지원가는 여전히 동료 공동체로부터 지원을 받을 수 있다. 전화나 영상통화와 같은 간단한 통신기술을 사용하여 지리적으로 떨어져 있는 동료지원가에게 지원을 제공할 수 있다.

동료 역할의 이전 경험과 무관하게, 유능한 지도감독자는 과업 지향적 지도감독(이를테면 동료지원가의 일상적인 행정 업무에 대해 지침을 제공함)과 절차 지향적 지도감독(이를테면 동료지원가가 기술과 전문지식을 개발하는 것을 지원하거나 개선을 위한 제안을 제공함)을 모두 제공할 수 있어야 한다.

앞으로 나아갈 수 있도록 지원을 받고 있는 동료지원가 친메이 샤(Chinmay Shah) (43)

인도 구자랏(Gujarat)의 퀄리티라이즈 프로젝트의 일환으로 각 서비스에서 동료지원 자원봉사자를 모집하고 훈련하였다. 동료지원 자원봉사자의 역할은 다른 서비스 사용자에게 지원과 조언을 제공하는 것이다. 예를 들어, 여기에는 사람들이 자신의 회복 계획을 개발하고 시행하는 것, 자신의 권리에 대해 알려주는 것과 자신의 권리가 존중되도록 보장하는 것이 포함될 수 있다.

동료지원 봉사자로 일하고 있는 친메이 샤는, 아마다바드(Ahmedabad)의 정신병원 직원(staff attendant)인 비노드 막와나(Vinodh Macwana)로부터 멘토링을 받았다. 이는 그가 동료지원 자원봉사자로서의 역할을 발전시키는 데 도움이 되었다. 그는 다음과 같이 설명했다.

“저는 빈도드 바이(Vindodh Bhai)를 만날 때면 지지를 받는다는 느낌이 듭니다. 그는 우리가 서비스를 이용하는 사람들과 교류할 수 있도록 격려해주고, 스스로를 압박하지 않으면서 효과적으로 일을 해나갈 수 있도록 동기를 부여해줍니다. 우리는 매일 아침 일을 시작하기 전에 그를 만나며, 그는 늘 우리에게 미소를 나누어 줍니다. 그는 또한 우리가 필요할 때면 언제든지 그를 찾도록 독려합니다. 멘토링 과정은 매일 우리가 동료지원 기술을 발전시킬 수 있도록 도와줍니다. 우리는 멘토와 브레인스토밍을 하고 문제를 논의하면서 우리의 업무를 개선하고, 우리의 제안이 경청될 뿐 아니라 실현된다는 것을 알고 있습니다.”

성과 검토 (6)

일단 고용되면, 동료지원가는 직무 요구사항을 충족해야 한다. 그러나 동료들은 정신건강 및 안녕감과 관련하여 어려움을 겪을 수 있고, 예를 들어 업무에서 짧은(또는 더 긴) 휴식이 필요할 수 있으므로 휴가와 관련된 융통성이나 이해가 필요할 수 있다. 정기적인 인사고과는 지도감독자와 동료지원가 모두에게 업무와 우려되는 점, 그리고 잘 진행되고 있는 사항에 대해 논의할 수 있는 좋은 기회를 제공한다. 그러나 인사고과는 동료지원의 핵심 가치에 반하는 변화를 만드는 데에 사용되어서는 안 된다.

12. 정신건강 및 사회복지 서비스에서의 동료지원가

동료지원이 정신건강 및 사회복지 서비스의 직원에게 서비스의 필수적인 부분이라는 확신을 주기 어려울 수 있다. 동료지원이 정신건강 또는 사회복지 서비스에 성공적으로 통합되기 위해서는 생생한 경험을 한 사람들의 직접적인 참여를 통해 풍부한 서비스를 제공하는 것으로 간주되어야 한다. (44)

동료지원가는 서비스 이용자들이 원하는 방식대로 그들이 원할 때 언제든지 지원하기 위해 존재한다. 이는 ‘거기에 있어주며’, 경청하고, 자신에게 회복이 무엇인지를 스스로 결정할 수 있도록 돕거나 지원하거나 그들을 대신하여 옹호하는 것을 의미할 수 있다. 접근 방식에 이견이 있을 수 있고, 서비스를 이용하는 사람들의 바람과 선호도가 정신건강이나 사회복지 서비스의 방향과는 다를 수도 있다. 그러나 이것이 동료지원가와 직원들이 역할의 특성상 상충된다는 것을 의미하지는 않는다.

서비스 맥락에서 동료지원가와 계약하는 것에는 다양한 방법이 있다. 동료지원을 제공하는 최선의 방법은 서비스 외부에 있으면서도, 서비스와 긴밀히 협력하여 일할 수 있는 독립적인 동료 운영단체와 계약하는 것이다. 이러한 방식으로 서비스에서 동료지원가의 독립성이 유지될 수 있고, 이는 이해 관계의 충돌을 방지하는 데 도움이 된다. (45),(46)

미국 델라웨어 건강 및 사회복지 서비스(Delaware Health and Social Service) 약물 및 정신건강부(Division of Substance and Mental Health) 디렉터, 케빈 허손(Kevin Huckshorn)의 동료지원의 힘에 관한 인용문 (47)

“감히 제가 말씀드리자면, 병원 및 지역사회 정신건강 장면에서 동료지원의 힘은, 제가 본 다른 어떤 근거기반 실무보다도 더 중요하고 가치 있습니다. 게일 블루버드(Gayle Bluebird)의 지도 하에 저는 1991 년에 동료들을 정신건강 업무 환경에 통합시키기 시작했습니다. 이후 모든 작업에서 동료지원 직원들은 ‘마술사’와 같았습니다.

제 개인적인 경험에 있어 동료지원가들의 타고난 역량은 전설적입니다. 그리고 이 시점에서 우리가 진정으로 회복 지향적이고, 외상에 대해 잘 이해하며, 미국 장애인 법(American Disability Act)에 부합하는 치료 시스템에 도달하려면 정신건강 제공 시스템의 적어도 50%가 동료지원가여야 한다고 강력하게 믿습니다. 이는 심각한 정신 질환이 있는 사람들이 자신에게 맞는 방식으로 삶을 회복할 수 있도록 희망, 용기 및 에너지를 찾을 수 있는 시스템입니다.”

동료지원 문화 조성하기

정신건강 및 사회복지 서비스에 동료지원가를 도입하려면 변화를 위한 시간이 필요할 수 있다.

“동료지원가가 기존의 회복의 가치와 원칙을 따르고 있던 환경에 기반을 둘 때, 동료지원은 가장 효과가 있다. 동료지원가는 회복에 대한 전념을 크게 향상시킨다. 그러나 이 역할은 회복의 가치에 대해 아직 전념하지 않은 환경에 회복을 도입하도록 사용되어서는 안 된다.” (48)

동료지원 역할을 정신건강 및 사회복지 서비스에 통합하기 전에 회복지향적 케어를 도입하는 데 시간을 할애하는 것이 중요하다. 회복의 원칙에 대한 전념이 없다면 동료지원가들은 실패할 수 밖에 없게 된다. 그들의 업무에서 핵심적인 요소는 다른 동료들이 자신에게 회복이란 어떤 의미인지를 이해할 수 있도록 지원하는 것이다. 정신건강 또는 사회복지 서비스가 회복지향적 케어에 따르지 않는다면, 시작부터 동료지원가의 업무를 저해하게 될 것이다.

동료지원 문화를 조성하는 것은 일회성의 훈련 회기를 제공하는 것이 아니라, 오히려 회복 원칙을 실행으로 옮기는 지속적인 과정이다. 리더십 수용, 공식적인 인정(예: 단체나 서비스의 가치에 동료지원을 명확히 언급하는 것), 직원 훈련 및 효과적인 멘토링과 지도감독은 모두 중요한 요소이다. (49) 동료지원가가 다른 이들을 효과적으로 지원하기 위해서는 자신이 안전하고, 권한이 강화되었다고 느껴야 한다.

비슷한 맥락으로, 정신건강 또는 사회복지 서비스 제공자들은 동료지원가를 도입하는 것이 시스템에 마법 같은 변화를 일으킬 것이라고 가정해서는 안 된다. 진정으로 회복지향적인 접근법을 채택하고 동료지원을 효과적으로 도입하기 위해서는 권력구조에서의 근본적인 변화가 필요하다.

특히 동료지원 대변인(champion)이자 동료지원가들의 전환 및 실행에 있어 리더십 역할을 맡을 경영진 및 기타 서비스 직원을 확인하는 것은 도움이 될 수 있다. 이 직원들은 동료지원가들의 포용을 옹호하고 도입 과정 이전, 중반 그리고 이후에 일어나는 다른 직원들의 우려사항을 해결할 수 있다. (6) 시간이 지남에 따라 동료지원 대변인은 동료지원이 서비스의 우선순위로 유지되도록 도울 수 있다. (30)

다른 직원과 마찬가지로 동료지원가들을 위한 서비스 내 전반적으로 좋은 업무 번아웃과 이직의 위험을 줄일 수 있다.

모든 직원에게 잘 알려주고 그들을 논의에 포함하기

모든 서비스 직원은 동료지원가를 고용하는 것에 대한 서비스 내의 저항을 극복하기 위하여 미리 대비해야 한다. 직원들은 동료지원가의 재발에 대한 위험이나 그들이 업무 요구를 잘 처리할 수 있을지의 여부에 대해 염려할 수 있다. 졸업장이나 학위가 없다는 이유로 일부 직원은 동료지원가의 역량에 의문을 제기할 수도 있다.

동료지원가의 추가 영입은 동료지원가가 더 낮은 비용으로 업무의 일부나 전부를 대체할 수 있다고 생각하거나, 자원이 제한적인 환경에서 동료지원가가 불필요하다고 생각하는 경우 직원들에게는 걱정의 요소가 될 수 있다. (30)

따라서 기존 직원들이 의견을 편안하게 표현할 수 있는 환경을 만드는 것이 매우 중요하다. 시간을 할애해 직원의 어떠한 우려에도 귀를 기울이고 적절히 해결하고 대응하는 것은 동료지원가를 더욱 환영하는 환경을 조성하는 데 도움이 될 수 있다. 동료 역할, 기밀유지 및 윤리로부터 기대되는 이점과 동료지원가가 서비스에 통합되는 방법에 대해 설명해주는 것은 직원들이 이러한 변화에 더 준비할 수 있도록 돕는다.

동료지원가가 고용된 후에도 정기적인 회의를 통해 의사소통의 통로를 열어두는 것은 갈등이나 불일치의 근원을 해결하는 데 도움이 될 수 있다. 동료지원가의 고용과 함께, 동료지원가와 재직 중인 직원들의 개별적인 역할과 관련하여 생길 수 있는 모든 우려와 불안을 완화하기 위해서는 회의가 문제 해결에 대한 개방성과 참여적인 접근방식을 독려하여야 한다. (6)

정책 인식 및 훈련

동료지원을 지지하는 문화를 조성하기 위해 취해야 하는 중요한 단계는 회복의 비전과 일맥상통하는 서비스의 정책, 비전 또는 가치 성명서를 작성하는 것이다. (6) 이러한 정책 및 성명서 초안 작성 과정에 모든 직원을 참여시키는 것은 모두가 동료지원을 전적으로 이해하고 가치 있게 여기는 데에 매우 유용할 것이다. 이것은 사람들이 새로 도입되는 방향성에 대해 주인의식을 가지고 전념할 수 있게 한다(서비스 변화를 이행하는 과정에 대한 자세한 내용은 퀄리티라이츠, 서비스 개혁과 인권증진 모듈 참조).

인권 및 회복에 대한 훈련을 통해 정책 변화를 보완하면 긍정적인 환경을 조성하며 변화를 촉진할 것이다. 이상적인 것은, 직원들이 회복과 동료지원의 핵심 가치를 이해하기 위해 회복지향적인 접근 방식을 취하고 있는 서비스에 방문할 기회를 제공해야 한다. 연자들이 회복지향적인 케어에 대해 논의하는 행사는 직원들에게 유용한 정보를 제공할 수 있으며, 그 서비스가 회복 접근방식과 동료지원에 전념한다는 사실을 강조할 수도 있다.

정신건강 및 사회복지 서비스에서 동료지원가의 역할 지원하기 (6),(30)

서비스에서 동료지원가 역할을 설정하는 것은 그들이 자신의 업무를 성공적으로 수행할 수 있고 다른 직원들 역시 그들의 역할을 이해하도록 한다는 점에서 중요한 단계이다. 이는 서비스마다 상이할 수는 있으나, 고려해야 할 몇 가지 사항은 다음과 같다.

- 부서 회의:

동료지원가는 다른 직원들과 같이 회의에 참여하여야 한다. 부서 회의에 초대하는 것이 중요한 것처럼 동료지원의 가치를 존중할 필요가 있다. 예를 들어, 동료지원가는 동료가 그들에게 공유한 사적인 세부 사항을 공유하거나 당사자가 없는 곳에서 그들에 대한 논의가 이루어지는 회의에 참석하도록 압박을 받아서는 안 된다. 동료지원가의 고유한 역할을 보호해주는 것이 중요하다.

- 근로시간:

동료지원가는 다른 모든 직원들과 마찬가지로 상황에 따라 상근 또는 비상근으로 일할 수 있다. 힘든 경험을 하는 사람들을 지원하는 것, 동료지원이 낯설고 계속해서 동료 역할을 정당화하는 환경에서 일하는 것, 또는 유일한 동료지원가로서 일하는 것은 감정적으로도 체력적으로도 소진될 수 있다. 동료지원가 팀을 구성하는 것이 도움이 될 수 있는데, 이는 그들이 지식을 공유하고 경험을 주고받을 수 있도록 하기 때문이다.

- 전문화된 훈련:

동료지원가들은 기초적인 수준의 동료지원 훈련뿐만 아니라 인권, 정책 및 법률에 관한 전문적인 훈련을 통해서도 도움을 받을 수 있다. 또한 특정 계층(예: 노년층)의 배경이나 필요, 심화된 주제(예: 금연) 또는 도움이 될 만한 활동의 제안(예: 신체 및 호흡 활동) 등에 관한 교육은 그들이 동료들을 더 잘 지원하고 자신의 기술과 지식을 향상시키는 데 도움을 줄 것이다.

- 평생 교육(continuing education):

동료지원가에게 평생 교육의 기회가 주어져야 한다. 이러한 교육 기회는 온라인 동료전문가 과정이나 그 분야의 다른 동료지원가와 회의나 교과 과정의 형식으로 제공될 수 있다. 각국에서 동료지원가의 역할이 발전함에 따라 그들의 커리어를 향상시키기 위한 전문적인 발전 기회(예: 동료지원 리더, 동료지원 관리자, 동료지원 실무자 등)를 제공하도록 고려해보는 것이 유용하다.

동료지원가의 선용(good use) 및 오용(misuse) (1)

동료지원가의 일상 업무는 다양할 수 있으며, 발생 가능성이 있는 다양한 상황에 맞게 유연해야 한다. 그럼에도 불구하고, 동료 역할의 가치와 불일치하기 때문에 지양해야 하는 몇 가지 흔한 함정이 있다. 이에 대한 예시는 다음과 같다.

1. 바쁜 업무:

동료지원가는 고유한 기술과 경험을 가지고 있으며, 누구도 원하지 않는 단조로운 일이나 바쁜 업무를 하는 데 이용되어서는 안 된다. 동료지원가는 기존의 전문가들에게 부수적인 도움을 주기 위해 존재하는 것이 아니다.

2. 혼잡한 헌신(mixed loyalty):

동료지원가의 헌신은 그 무엇보다도 지원을 받는 사람을 향해야 한다. 동료지원가는 동료지원 이외의 특정한

아젠다를 가져서는 안 된다. 예를 들어, 그들의 역할은 팀의 나머지 사람들에게 제공할 정보를 찾거나 치료 계획을 완성하거나 약물 순응을 모니터링하는 것이 되어서는 안 된다.

3. 권력의 불균형:

동료지원가는 동등한 관계를 형성하기 위해 권력의 차이를 최소화하려고 노력한다. 동료지원가에게 권력의 불균형을 증가시킬 무언가(예: 나머지 직원들을 위해 커피 만드는 것을 담당하게 됨)를 하도록 요구해서는 안 된다.

사람들은 특정 상황에서의 동료 역할에 대해 명확히 알지 못할 수 있다. 다음의 표에는 동료지원을 제공할 때 흔히 거론될 수 있는 주제와, 어떤 차이점이 이를 동료역할과 일치하거나 불일치하게 만드는지에 대해 정리되어 있다.

주제	동료 역할과 일치함	동료 역할과 불일치함
약물	동료가 약물에 대한 우려나 입장을 이야기하고, 약물에 대한 정보를 얻을 수 있도록 지원하기	약물 투여하기, 동료의 약물 복용 여부에 대해 직원에게 보고하기, 개인이 치료에 대한 의구심이나 우려를 표현할 때 치료에 순응하도록 촉구하기
치료 계획	개인이 치료 계획 과정에서 자신의 목소리를 낼 수 있도록 지원하기, 사전 의료의향서를 작성하도록 독려하고 회복 증진과 일치하는 목표를 옹호하기	치료 계획 작성하기, 다른 직원을 대신하여 치료 목표에 대한 진행 보고서 작성하기
주거지 알아보기	동료가 도움을 요청했을 때 주거와 관련된 도움을 제공하기, 주거지를 알아보는 것과 관련된 개인적인 경험을 공유하기	주거지를 탐색하는 이유가 단지 치료 계획에 그 내용이 있기 때문이거나, 직원이 동료지원가에게 동료의 주거지를 탐색하는 데 집중하라고 했기 때문인 것
전화 응대	때때로 사무실에서 도움을 주고, 동료 간 지원 연락망에 응답하기	다른 직원들이 원치 않는다는 이유로 일상적으로 전화 응대 업무를 하는 것, 전화 상으로 위기 수준을 평가하여 다른 직원에게 전달하는 것

의견 불일치

동료지원가의 역할이 서비스의 규칙, 규정 또는 관행과 상충할 경우, 동료지원가와 서비스의 관행 사이에 충돌이 생길 수 있다(예: 누군가가 비자발적으로 서비스에 등록되었을 때). 그러나 동료지원가는 그것이 비록 서비스의 접근법과 상충한다 할지라도 그 영향에 대한 두려움 없이 개인을 지속적으로 옹호할 수 있어야 한다.

동료 표류현상 (30)

동료지원은 다른 동료들과 공유된 경험을 기반으로 하고, 동료지원가들이 정신건강 팀의 일원이기 때문에 정신건강 또는 사회복지 서비스에서 고유한 역할을 한다. 시간이 지남에 따라 의식 혹은 무의식적인 내·외부의 압력 때문에 동료지원가의 태도와 행동이 더욱 임상적인 접근을 하는 방향으로 변화할지도 모른다. 이는 동료지원가의 역할과 불일치한다.

이러한 현상은 ‘동료 표류현상(peer drift)’이라고 불려왔으며, ‘본인의 회복 이야기를 활용하는 것에 대한 불편감이나 방어, 그리고 서비스 제공에 있어 더욱 냉담하고 위계적인 접근으로 휩쓸려가는 것’을 포함한다. (50) 이러한 표류현상은 점진적이며 개인적으로는 인지하기 어려울 수 있는데, 그것은 회복 및 동료지원에 헌신하는 지도감독자와 팀을 갖는 것이 다른 동료지원가만큼 도움을 줄 수 있기 때문이다.

동료 표류현상에는 동료지원가가 동료들의 말에 경청하기보다 그들이 해야 하는 것에 대해 알려주거나, 사람들의 회복 대신 진단에 집중하거나, 자신의 생생한 경험이나 회복에 대한 이야기를 불편해하거나 부끄러워하는 것이 포함될 수 있다. 만약 동료지원가가 이와 같이 느끼거나 다른 사람들에게 이런 일이 일어날 수 있다고 생각할 경우, 다른 동료지원가와 연결하고 동료지원 대변인과 이야기를 나누도록 하는 것이 중요하다.

멘토링, 지도감독 및 동료지원 구조

동료지원이 멘토링, 지도감독 및 동료지원의 구조적인 맥락에서 제공될 때, 동료 표류현상의 경향에 대해 다루고 이를 최소화할 수 있다.

동료지원의 비공식적인 회의를 요구할 수 있는 동료지원 구조를 구성하는 것도 유용할 수 있다. 이는 다양한 서비스 및 공동체의 동료지원가들이 함께 모여 브리핑하고, 지식과 경험을 공유하고, 향상된 점에 대해 논의하며, 서로에게 정서적 지원을 제공하는 기회를 줄 것이다.

동료지원가는 안전하고 비밀이 보장되는 공간에서 업무 중에 발생할 수 있는 어려운 이슈에 대처하는 법을 다루고, 이에 대해 논의하는 기회를 가질 수 있다. 이 중 일부는 다른 직원들에게 일어나는 문제와는 다를 것이다. 특히 동료지원가는 그들의 개인적인 정보를 공개하고 본인의 삶에 대한 사적인 이야기를 공유하므로 직원에 비해 더욱 친근하게 느껴질 수 있어서 경계와 관련된 문제가 발생할 수 있다. (51) 동료지원과 관련해

발생할 수 있는 또 다른 난관에는 동료지원가와 다른 직원들 간의 힘의 불균형, 동료지원가로서의 스트레스 및 역할 유지에 대한 것이 포함된다. (14)

또한, 직원들 사이의 ‘구조적 역량(structural competency)’ 수준을 향상시키는 것이 중요하다. 구조적 역량이 정신건강 및 의료 형평성을 개선하는 데 필요하다는 인식이 점차 커지고 있다. (52),(53),(28),(54) 이는 구조적 및 제도적 요소(예: 인종차별, 사회경제적 소외, 복지정책)가 교차하여 특정 질환(예: 정신증)의 발생 위험을 높이고, 궁극적으로 케어의 여정, 치료(treatment)에 대한 태도, 사회적 지원의 활용 가능성 및 결과에 영향을 미치는 방식을 고려하는 것을 포함한다. (28)

구조적 역량은 회복과 동료지원의 원칙에 따라 개인에게서 보이는 문제나 결함을 중요시하지 않도록 하며, 사람들과 그들의 회복에 영향을 미치는 고유한 환경(예: 차별, 안녕감에 대한 구조적 장벽)에 집중한다.

이 분야의 역량을 강화하면 어떤 집단이 동료지원가나 동료지원 수혜자로 참여하지 않는지를 파악하는 데 도움이 된다. 이러한 집단은 대개 공동체에 참여하거나 소속되는 데 여러 장벽을 경험한다.

다음은 동료의 의미 있고 공정한 참여를 보장하기 위한 자기평가 체크리스트(55)이다.

의미 있는 동료참여를 위한 일곱 가지 요소 - 자기평가 질문지

시기

새로운 계획이나 프로그램을 구상함에 있어 가능한 조기에 동료를 포함하려 시도했는가?

a. 그러지 않았다면, 이미 프로그램이나 계획에 상당히 영향을 끼쳤을 초기 결정에서 균등치 못하고 불공평한 참여로 인해 발생한 힘의 역동이나 긴장감을 어떻게 해결할 것인가?

권한

동료들은 결정을 내리고 프로그램을 구상할 권한이 있는가, 아니면 자문 역할에만 한정되어 있는가?

만약 일부 직원들에게 정책이나 프로그램에 대해 명확한 결정을 내릴 권한이 있고 나머지 직원들은 단지 의견이나 제안만 낼 수 있다면, 이로 인해 발생하는 힘의 역동을 어떻게 해결할 것인가? 동료들이 의미 있는 기여를 할 수 있다고 느끼도록 보장하려면 어떤 절차를 밟을 수 있는가?

a. 위원회나 실무진이 참여하는 프로젝트에서 동료들은 동료가 아닌 사람들과 비슷한 위치에 있는가? 예를 들어, 동료 의장이나 공동의장이 있는가, 아니면 동료들은 지도자가 아닌 역할에만 한정되어 있는가?

보상

동료들은 동료가 아닌 사람들과 동등한 방식으로 재정적인 보상을 받는가?

a. 만약 동료가 아닌 사람들 중 일부는 보상을 받고 동료들은 그렇지 못하다면, 이러한 분열이 야기할 수 있는 위계를 해결하기 위해 어떤 조치를 취할 수 있는가?

b. 프로그램 지도자는 동료가 아닌 사람들에게는 보상을 제공하고 동료들에게는 그렇지 않을 때 발생하는 영향에 대해 충분히 고민하였는가?

인원 수

변화를 만들기 위해 임계치(critical mass)의 (또는 충분한 수의) 동료가 포함되어 있는가?

a. 만약 대다수가 동료가 아닌 집단에 단 한 명(또는 매우 적은 수)의 동료가 포함되어 있다면, 이러한 동료들이 좀 더 지지받는다고 느낄 수 있도록 조치를 취할 수 있는가?

b. 항상 그런 것은 아니지만, 동료들이 동료가 아닌 구성원이나 프로젝트 구성원보다 연차가 낮은 경우가 잦은데, 이렇게 동료가 소수일 때 편하게 발언할 수 있도록 모든 가능한 조치를 취하였는가?

웰니스

동료의 웰니스의 우선 순위가 보장되도록 조치를 취했는가?

- a. 프로젝트에 착수하거나 새로운 직책을 시작할 때, 동료들의 웰니스를 제고하는 데 공식적인 지원뿐만 아니라 비공식적인(그러나 명시적인) 지원도 기여했는가? 직원이나 다른 구성원들은 잠재적인 스트레스 요인(미묘한 차별 또는 동료의 참여를 지지하지 않는 직원이나 구성원들과의 문제)을 인지하고 이것이 초래할 수 있는 피해를 확인하였는가? (소수인) 동료들의 번아웃이나 좌절감을 다루기 위한 계획이 있는가?
- b. 동료들이 프로젝트나 집단 내에서 입지가 좁거나 연차가 낮은 경우가 잦은데, 이 상태에서 그들이 ‘옹호’할 경우 그 잠재적인 영향력이 인지되는가? 구체적인 지원 계획이 존재하는가? 예를 들어, 만약 동료가 자신보다 위치가 높은 구성원이나 리더에게 ‘의의를 제기’해야 한다고 느끼는 위치에 놓이면 어떻게 할 것인가?

투자

프로그램이나 단체가 동료의 역량 구축에 투자하였는가?

(예: 학회 및 워크숍에 참석하거나 새로운 기술을 배울 수 있도록 비용을 지원함)

- a. 만약 동료들이 소속된 프로젝트나 위원회에서 다른 구성원들에 비해 전문지식이 부족할 경우 (예: 평가위원회에 속해 있으나 평가 경험이 없음), 동료에게 더 많은 배경지식이나 추가적인 훈련을 제공하려고 노력하는가?

조직 및 프로젝트의 문화

프로그램의 리더나 관리자가 동료들의 관점을 가치 있게 여기고,

동료 참여에 대한 저항을 조직적인 차원에서 다룰 수 있도록 명확한 조치를 취하였는가?

- a. 만약 동료가 다른 프로그램 또는 프로젝트의 구성원이나 리더에게 찾아와 우려(낙인, 부정적이거나 무시하는 태도, 투자 부족에 대한 것)를 표현한다면, 이 구성원이나 리더는 해당 동료를 지원하고, 무시하는 태도에 맞서기 위한 조치를 취할 준비가 되어있는가?
- b. 우려나 고충을 표현하는 절차나 프로토콜이 있는가? 동료들이 다른 구성원이나 직원들에 대한 우려를 제기하여도 보복을 당하거나 ‘처벌을 받지’ 않는다는 보장이 있는가?
- c. 가능한 경우, 다양성이나 동료 참여에 대한 프로그램 또는 프로젝트 전반이나 내부 훈련을 고려하였는가?

참조

1. Davidow S. A handbook for individuals working in peer roles [online publication]. Western Mass Peer Network; 2014. (http://www.psresources.info/images/stories/peer_role_booklet_peer_side.pdf, accessed 8 February 2017).
2. Peer support in mental health and learning disability, Need 2 Know [online publication]. London: Mental Health Foundation; 2012. (https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/need_2_know_peer_support1.pdf, accessed 14 February 2017).
3. Faulkner A, Kalathil J. The freedom to be, the chance to dream: preserving user-led peer support in mental health [online publication]. London: Together; 2012. (<http://www.together-uk.org/wp-content/uploads/2012/09/The-Freedom-to-be-The-Chance-to-dream-Full-Report1.pdf>, accessed 20 November 2018).
4. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*. 2014;13(1):12-20. doi: <http://www.dx.doi.org/10.1002/wps.20084>.
5. 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>.
6. Legere L. The provider's handbook on developing and implementing peer roles [online publication]. Western Mass Peer Network. (http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf, accessed 14 February 2017).
7. Christie L, Smith L, Bradstreet S, McCormack J, Orihuela T, Henar Conde et al. Peer2peer vocational training course [online publication]. Lifelong Learning Programme; 2015. (https://www.scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2016/01/P2P_vocational_Training_Course.pdf, accessed 14 February 2017).
8. Mental health peer workforce study [online publication]. Adelaide: Health Workforce Australia; 2014. (<http://docplayer.net/12619198-Mental-health-peer-workforce-study.html>, accessed 14 February 2017).
9. Vasconcelos E, Lotfi G, Braz R, Di Lorenzo R, Rangel Reis T. Cartilha [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para participantes de grupos. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde; 2013. (<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201701/20170123-160926-001.pdf>, accessed 19 April 2018).

10. Intentional Peer Support - what is IPS? [website]. West Chesterfield (NH): Intentional Peer Support; 2018. (<http://www.intentionalpeersupport.org/what-is-ips/>, accessed 20 November 2018).
11. Ochocka J, Nelson G, Janzen R, Trainor J. A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 3 – A qualitative study of impacts of participation on new members. *J Community Psychol.* 2006;34:273–83.
12. Chinman M, George P, Dougherty RH et al. Peer support services for individuals with serious mental illnesses: assessing the evidence. *Psychiatr Serv.* 2014;65:429–41.
13. Resnick SG, Rosenheck RA. Integrating peer-provided services: a quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatr Serv.* 2008;59:1307–14.
14. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health.* 2011;20(4):392–411. Epub 19 July 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>.
15. Moran GS, Russinova Z, Gidugu V, Yim JY, Sprague C. Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qual Health Res.* 2012;22:304–19.
16. Salzer MS, Shear SL. Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatr Rehabil J.* 2002;25(3):281–8.
17. Ratzlaff S, McDiarmid D, Marty D, Rapp C. The Kansas Consumer as Provider program: measuring the effects of a supported education initiative. *Psychiatr Rehabil J.* 2006;29(3):174–82.
18. Lawn S, Smith A, Hunter K. Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: an Australian example of consumer driven and operated service. *J Ment Health.* 2008;17(5):498–508.
19. Sledge WH, Lawless M, Sells D, Wieland M, O'Connell MJ, Davidson L. Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatr Serv.* 2011;62(5):541–4.
20. Pitt V, Lowe D, Hill S, Prictor M, Hetrick SE, Ryan R, et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;March 28(3):CD004807. doi: 10.1002/14651858.CD004807.pub2.

21. Salzer MS. Consumer-delivered services as a best practice in mental health care delivery and the development of practice guidelines: Mental Health Association of Southeastern Pennsylvania Best Practices Team Philadelphia. *Psychiatric Rehabilitation Skills*. 2002;6(3):355-82.
22. Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J*. 2004;27(4):392-401. doi: <http://www.dx.doi.org/10.2975/27.2004.392.401>.
23. Chinman M, Lucksted A, Gresen R, Davis M, Losonczy M, Sussner B et al. Early experiences of employing consumer-providers in the VA. *Psychiatr Serv*. 2008;59(11):1315-21.
24. Mead S. Intentional peer support: a personal perspective [online publication]. West Chesterfield (NH): Intentional Peer Support; 2010. (<https://docs.google.com/document/d/1cvaXwHk8yoj6HJyhrYqfjhPETWuqzgchkwGlt0etTbQ/edit>, accessed 14 February 2017).
25. Former patient. Personal communication, Valle, Individualized peer support initiated by former patient in Madrid, Instituto Centta specialized clinic in Madrid, Spain. 2016.
26. Youth peer support in a mental health context. Evidence In-Sight [online publication]. Ottawa: Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health; 2016. (http://www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/default/files/resource/EIS_Youth_Peer_Support.pdf, accessed 22 November 2018).
27. Health Policy Project, Asia Pacific Transgender Network, United Nations Development Programme. Blueprint for the provision of comprehensive care for trans people and trans communities. Washington (DC): Futures Group, Health Policy Project; 2015.
28. Jones N. Guidance manual - Peer involvement and leadership in early intervention in psychosis services: from planning to peer support and evaluation (Technical assistance material developed for SAMHSA/CMHS). Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Publications; 2015. (<https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Peer-Involvement-Guidance-Manual-Final.pdf>, accessed 18 November 2018).
29. Willging CE, Israel T, Ley D, Trott EM, DeMaria C, Joplin A et al. Coaching mental health peer advocates for rural LGBTQ people. *J Gay Lesbian Ment Health*. 2016;20(3):214-36.
30. Morris CW, Banning LB, Mumby SJ, Morris CD. DIMENSIONS: Peer support program toolkit [online publication]. Aurora (CO): University of Colorado Anschutz Medical Campus; 2015. (<https://www.bhwellness.org/toolkits/Peer-Support-Program-Toolkit.pdf>, accessed 14 February 2017).

31. Badege S. Personal communication. 2016.
32. Davidow S. A handbook for individuals working in peer roles, p. 9 [online publication]. Western Mass Peer Network; 2014. (http://www.psresources.info/images/stories/peer_role_booklet_peer_side.pdf, accessed 8 February 2017).
33. National practice guidelines for peer supporters [online publication]. Sparta (MI): International Association of Peer Supporters (iNAPS); 2011. (<https://na4ps.files.wordpress.com/2012/09/nationalguidelines1.pdf>, accessed 14 February 2017).
34. Slade M, Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. BMC Psychiatry. 2015;15(285). doi: <http://www.dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>.
35. Davidow S. A handbook for individuals working in peer roles, p. 35-37 [online publication]. Western Mass Peer Network; 2014. (http://www.psresources.info/images/stories/peer_role_booklet_peer_side.pdf, accessed 15 February 2017).
36. Core competencies for health workers in behavioral health services [online publication]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2015. (https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tac/core-competencies.pdf, accessed 15 February 2017).
37. Legere L. The provider's handbook on developing and implementing peer roles, p. 44 [online publication]. Western Mass Peer Network. (http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf, accessed 15 February 2017).
38. Morris CW, Banning LB, Mumby SJ, Morris CD. DIMENSIONS: Peer support program toolkit, p.37 [online publication]. Aurora (CO): University of Colorado Anschutz Medical Campus; 2015. (<https://www.bhwellness.org/toolkits/Peer-Support-Program-Toolkit.pdf>, accessed 15 February 2017).
39. Legere L. The provider's handbook on developing and implementing peer roles, p. 45-46 [online publication]. Western Mass Peer Network. (http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf, accessed 15 February 2017).
40. Legere L. The provider's handbook on developing and implementing peer roles, p. 55 [online publication]. Western Mass Peer Network. (http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf, accessed 15 February 2017).

41. Legere L. The provider's handbook on and implementing peer roles, p. 55–56 [online publication]. Western Mass Peer Network. (http://www.psresources.info/images/stories/A_Providers_Handbook_on_Developing_Implementing_Peer_Roles.pdf, accessed 15 February 2017).
42. TOPSIDE [website]. Brussels: Training Opportunities for Peer Supporters with Intellectual Disabilities in Europe (<http://www.peer-support.eu/about-the-project/>, accessed 15 February 2017).
43. Shah C. Personal communication, case study, QualityRights Gujarat project, India. 2016.
44. Peer Support Resource Manual [website]. Victoria: British Columbia Ministry of Health; 2001. (http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2001/MHA_Peer_Support_Manual.pdf, accessed 15 February 2017).
45. Evidence for peer-run crisis alternatives [website]. Lawrence (MA): National Empowerment Centre (NEC); 2013. (<http://power2u.org/evidence-for-peer-run-crisis-alternatives/>, accessed 15 February 2017).
46. Ostrow L, Hayes SL. Leadership and characteristics of nonprofit mental health peer-run organizations nationwide. *Psychiatr Serv.* 2015;66(4):421–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201400080>.
47. Enhancing the peer provider workforce: recruitment, supervision and retention, p. 1 [online publication]. Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD); 2014. (https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Assessment%201%20-%20Enhancing%20the%20Peer%20Provider%20Workforce_9-15-14.pdf, accessed 15 February 2017).
48. Experts by experience: guidelines to support the development of peer worker roles in the mental health sector, p.14 [online publication]. Edinburgh: Scottish Recovery Network; 2011. (https://scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2011/09/srn_exe_form.pdf, accessed 15 February 2017).
49. Hendry P, Hill T, Rosenthal H. Peer services toolkit: a guide to advancing and implementing peer-run behavioral health services [online publication]. Albuquerque (NM): The College for Behavioral Health Leadership and Optum; 2015. (http://www.mentalhealthamerica.net/sites/default/files/Peer_Services_Toolkit%204-2015.pdf, accessed 15 February 2017).
50. Ellison ML, Mueller L, Henze K, Corrigan P, Larson J, Nathaniel Ezra Kieval et al. The Veteran Supported Education Service Treatment Manual: VetSEd [online publication]. Bedford (MA): ENRM Veterans Hospital, Center for Health Quality, Outcomes, and Economic Research; 2012. (http://www.queri.research.va.gov/tools/vetsed/VetSEd_Manual.pdf, accessed 15 February 2017).

51. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J*. 2001;25(2):134–41. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0095032>.
52. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med*. 2014;103:126–33. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.032.
53. Donald CA, DasGupta S, Metzl JM, Eckstrand KL. Queer frontiers in medicine: a structural competency approach. *Acad Med*. 2017;92(3):345–50. doi: 10.1097/ACM.0000000000001533.
54. Kirmayer LJ, Pedersen D. Toward a new architecture for global mental health. *Transcult Psychiatry*. 2014;51(6):759–76. doi: 10.1177/1363461514557202.
55. Jones N. Guidance manual - Peer involvement and leadership in early intervention in psychosis services: from planning to peer support and evaluation (p. 94–95) (Technical assistance material developed for SAMHSA/CMHS). Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Publications; 2015. (https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Peer-Involvement-Guidance_Manual_Final.pdf, accessed 18 November 2018).

생생한 경험을 한 당사자들에 의한,
그리고 이들을 위한 일대일 동료지원
**One-to-one peer support by and
for people with lived experience**

세계보건기구 퀄리티라이츠 지침 모듈
(WHO QualityRights Guidance Module)

발행인	이유상 / 용인정신병원 진료원장, WHO 협력센터 센터장 이효진 / 의료법인용인병원유지재단 용인정신병원 이사장
번역 및 편집	정나래 / 용인정신병원 임상심리과장, WHO 협력센터 학술부장 전민정, 전해수, 유도원 / 용인정신병원 임상심리과
발행처	용인정신병원 WHO 협력센터 Yongin Mental Hospital, WHO Collaborating Centre for Psychosocial Rehabilitation and Community Mental Health
발행일	2023년 7월 31일
주소	17089 경기도 용인시 기흥구 중부대로 940
전화	031-288-0270
홈페이지	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 [One-to-one peer support by and
for people with lived experience]
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.