

정신장애인의 인권보장과 제한에 관한 연구

서 미 경

(경상대학교)

[요 약]

본 연구는 장애의 특성상 인권보장이 '다수의 안전'이나 '치료적 이득'과 갈등이 있을 수밖에 없는 정신장애인의 인권 보장과 제한을 일반적으로 어떻게 이해하는지를 알아보고자 하는 것이다. 따라서 일반인 10명, 전문가 9명, 정신장애인 6명을 대상으로 각 권리(존엄성 존중, 차별대우 받지 않을 권리, 자발적 입원보장, 자유로운 환경보장)별로 문제영역(장기입원, 운전면허취득제한, 강제입원, 통신의 자유제한)을 구체화하여 면담하였다. 면담내용을 질적 분석한 결과 조사대상자들이 권리보장과 제한을 이해하는 두 가지 차원을 발견하였다. 첫 번째 차원은 권리보장과 제한을 다수에 미치는 긍정적 결과를 중심으로 정당화하느냐 아니면 인권존중의 보편적 원리를 내세워 권리중심으로 정당화하느냐 하는 것이다. 두 번째 차원은 권리보장과 제한의 판단주체를 공식적 체계에 두느냐 아니면 비공식적 체계에 두느냐 하는 것이다.

주제어 : 정신장애인의 인권, 권리보장, 권리제한, 장기입원, 강제입원

1. 서 론

우리나라 헌법 제 10조에서는 “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지고 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 침범할 수 없는 기본 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다”고 규정하고 있다. 이처럼 인권은 국가가 보장하는 인간이 인간답게 살기 위한 절대 침범할 수 없는 권리이다. 이와 같은 인권보호의 국가적 의무를 수행하기 위해 2001년 5월 “모든 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 보호하고 그 수준을 향상시킴으로써 인간으로서의 존엄과 가치를 구현”함을 목적으로 하는 『국가인권위원회법』이 제정되었다. 특히 이 법에서는 “구급, 보호시설”에서의 인권과 평등

* 이 논문은 2002년도 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF-2002-002-B00117).

권 침해의 차별행위를 조사, 규제하도록 되어 있는데 그 대표적 시설 중 하나가 정신장애인이 보호, 수용되어 있는 시설이다.

정신장애는 그 장애의 특성상 일반인으로서의 이해하기 어려운 사고와 행동장애를 보이며, 질병경과가 만성적, 퇴행적이어서 현실판단과 사회적응에 심각한 장애를 보이게 된다. 특히 대부분의 정신장애인은 병식(insight)이 결여되어 있어 권리주체로 인정받지 못해 입·퇴원을 비롯한 전반적 치료과정을 스스로 결정하고 판단하기 어려운 경우가 많다. 따라서 적절히 치료하고 보호한다는 이유로 혹은 그들이 보이는 폭력과 위협으로부터 시민의 안전을 보호한다는 이유로 정신장애인의 인권이 쉽게 침해되고 있다. 실제 1997년 한 요양원에서 수용자들이 수감에 채워진 채 독방에 감금되어 있는 것이 보도(조선일보, 1997년 10월 26일자 기사)되어 충격을 주었고, 최근에는 부산 모 병원에서 무연고자들을 퇴원시키지 않기 위해 가족들이 찾지 못하도록 가명을 사용하는 등(조선일보, 2003년 1월 2일자 기사)의 인권침해상황에 대한 진정이 제기되기도 했다. 이외에도 국가인권위원회(2003)에 접수된 진정사건을 중심으로 조사한 결과에 의하면 정신의료기관에서의 인권침해는 입·퇴원과정에서의 강제성, 불충분한 진단 및 치료과정 등 다양한 양상을 보이고 있음을 알 수 있다.

정신보건법에서는 정신장애인의 기본적 권리선언으로서 기본이념을 i) 인간으로서의 존엄과 가치, ii) 최적의 치료를 받을 권리, iii) 차별대우를 받지 않을 권리, iv) 미성년 정신장애인의 치료, 보호 및 교육받을 권리, v) 자발적으로 입원할 수 있는 권리, vi) 자유로운 환경 및 통신의 권리로 규정하고 있다. 또한 정신보건법에서는 입원·입소된 정신장애인의 인권을 보호하기 위해 중앙과 지방에 ‘정신보건심의위원회’를 두어 퇴원심사와 정신보건시설에 대한 감독과 처우개선의 심사를 담당하게 하고 있다.

그러나 심의위원회 산하 정신보건심판위원회에서 6개월마다 심사하도록 되어 있는 ‘계속입원치료 심사’ 결과 퇴원율이 매우 저조하고 5~8명 정도의 위원들이 매달 평균 300건 정도, 많게는 1,000건까지 심사하고 있다. 그러나 심판위원들조차도 낮은 ‘퇴원 불승인율’과 ‘심판의 저신뢰성’ 등을 문제점으로 지적(정인원 외, 2001)하고 있어 장기입원으로 침체되는 존엄성을 보장하지 못하고 있다. 정신보건 시설 입소·입원환자의 재원적절성을 분석한 결과에서도 전체 입소·입원환자의 45%만이 재원이 적절하였고 55%는 재원이 부적절하다고 평가(한국보건사회연구원, 1999)되어 절반이상이 불필요하게 입원·입소되어 있으며, 입원 유형 면에서도 전체 입원환자 중 90.5%가 본인이 동의하지 않은 보호의 무자에 의한 강제입원의 형태를 띠고 있어 정신보건법 실시 이후에도 정신장애인의 권리는 상당히 제한되고 있음을 알 수 있다.

이러한 권리제한은 일반인들의 정신장애인에 대한 낙인에 의해 더 강화될 수 있다. 즉, 일반인들은 정신장애인의 인권이 중요하고 그들을 잘 대접하고 치료해야 한다고는 생각하면서도 개인적 관계를 맺는 상황에서는 여전히 두렵고 언짢은 기분을 갖고 있다(조은영, 1999). 이러한 이중적 태도는 ‘여의도 광장질주사건’이나 ‘방화사건’ 혹은 최근의 ‘유치원에서의 난동’과 같은 일반인으로서의 이해할 수 없는 사건들로 인해 더욱 확고해져, 정신장애인의 인권은 인정하지만 그들로부터 시민을 보호하기 위해 혹은 보다 확실한 치료를 위해 그들의 자발성과 신체적 자유는 얼마든지 구속될 수 있다고 생각한다. 2002년 5월 경찰청의 정신장애인 “운전면허 수시 적성검사” 통보가 이런 이중성을 대표적으로 보

여주고 있다. 감사원의 권고에 따라 경찰청이 국민건강보험공단으로부터 개인의 사전 동의 없이 정신과진료기록을 넘겨받아 정신과에서 단순히 약물투여를 받고 치료가 끝난 사람까지 수시 적성검사를 통보하여 헌법상에 보장된 사생활의 비밀과 자유를 심각하게 침해하였다.

정신장애인 인권에 대한 이러한 이중성이 일반인에게서만 나타나는 것이 아니다. 정신보건서비스 제공자들 역시 최근 정신장애인의 권리를 강조하고 그들에게 권한부여(empowerment)하는 실천접근을 주장하면서 동시에 정신장애인 자신과 타인의 안전 그리고 최적의 치료를 위해 그들의 시민적 권리를 제한하는 온정주의(paternalism)를 정당화하고 있다. 서비스제공자들이 역설적으로 주장하는 온정주의는 그 어원에서도 알 수 있듯이 아버지가 자식을 대하는 것처럼 “정신장애인의 이익과 복지를 위해서는 그들의 자유를 제한하는 것이 정당하다”는 전제로 취해지는 행동(Breeze, 1998)이므로 정신장애인의 자기결정권을 최대화한다는 권한부여 접근과는 모순된다.

정신장애인 인권에 대한 기존의 연구들은 외국의 경우 각 권리에 대한 서비스제공자와 정신장애인 간의 인식차이를 비교한 연구들(Main, 1991; Soliday, 1985; Roe et al, 2002 등)이 있으나 국내에서는 대부분 인권침해실태를 보고하는 수준이어서 적극적으로 권리를 실천하는 방향을 제시하지 못하고 있다.

따라서 본 연구는 정신장애의 특성 상 인권보장에 대한 패러독스가 존재할 수밖에 없다는 전제로 연구대상자들이 i) 정신보건법에 규정된 정신장애인 인권의 보장과 제한을 어떻게 정당화시키는지? ii) 각 권리(존엄성, 차별 받지 않을 권리, 자발적 입원보장, 자유로운 환경보장)의 보장과 제한에 대한 일반인, 전문가, 정신장애인의 반응이 어떻게 다른가? 분석하였다. 인권보장과 제한에 대한 패러독스는 개인적·사회적 의미를 통해 이해되는 것이므로 연구대상자들의 다양한 경험을 분석하기 위해 본 연구에서는 질적 분석방법을 사용하였다. 즉, 정신장애인 인권보장의 표적, 변화매개, 행동체계로서 각각 기능할 수 있는 일반인, 전문가, 정신장애인 등 총 25명을 연구자가 직접 면담 한 결과를 분석하여 정신장애인 인권을 적극적으로 실천할 수 있는 실천적·정책적 제안을 하고자 하였다.

2. 문헌고찰

1) 정신장애인 인권

인권(human rights)이란 모든 인간의 보편적 권리로 어떠한 권리보다 최우선되는 속성을 가지고 있다. 그러나 실제 보편적 권리로서 인권을 실천하는 과정에서 모든 권리가 과연 동등하게 인정될 수 있는지 혹은 권리들간에 계층적 구조관계가 존재하지는 않는지에 대한 문제가 항상 제기된다. 이러한 문제들을 이해하고 접근하는 방식은 철학적, 법학적 이론에 따라 달라진다. 대표적으로 다수의 행복과 복지를 우선하는 실증주의·공리주의적 입장과 모든 개인의 권리는 다수 구성원들의 복지를 위해 희생될 수 없으며 동등한 관심과 존중을 유지하여야 한다는 원칙을 실천하는 반-공리주의적 입장으로

크게 나눌 수 있다(김강운, 1996). 이러한 논쟁은 특히 사회복지의 주요 대상자들이 소수의 불이익집 단임을 고려해 볼 때보다 뚜렷해진다. 사회복지대상 집단은 대부분 사람들이 보편적인 것으로 받아들 이고 있는 권리를 보장받기 위해 특별한 규정이 필요한 경우가 많다. 예를 들어 장애인의 취업권리를 위한 특별한 규정은 그 개인의 완전한 인간성을 실현하기 위해 반드시 필요한 것이고 전체인구에 일 반화되는 것은 아니지만 장애인의 기본적 권리의 일부가 되는 특정권리이므로 보편적 인권에 포함된 다고 할 수 있다(김형식·여지영 역, 2001:36).

이러한 맥락에서 볼 때 정신장애인의 인권 역시 그 개인의 인간성 실현을 위한 기본적 권리이지만 이들의 권리보장을 위해서는 특별한 규정을 필요로 하므로 특별한 권리이기도 하다. 정신장애인 인 권에 대한 담론은 앞서 언급한 공리주의 대 반 공리주의적 접근에 대한 논쟁에 덧붙여 치료적 법리학 (therapeutic jurisprudence)과 모순되는 갈등까지 포함한다. 즉, 정신장애인의 권리보장은 그 실천 상 때때로 사회다수의 권리와 상충될 뿐 아니라 정신장애인 개인의 치료적 이득과도 모순되므로 그들의 권리보호의 사명을 가진 정신보건전문가들의 ‘윤리적 행동’은 상당한 딜레마에 부딪힐 수밖에 없다. 이런 갈등 속에서 Rachlin 등(1975)은 정신장애인의 최우선적 권리는 “적절한 치료”이고 이는 절대적 자유권보다 우선한다고 주장하였고 Perlin 등(1995)도 정신장애인의 시민권보호와 치료적 법리학의 모순 속에서는 치료적 법리학의 관점을 따르는 것이 정신보건법의 진정한 실현이라고 주장하였다. 따 라서 이러한 논란은 치료적 목적 그리고 개인의 복지와 안정을 위한다는 온정주의가 어디까지 정당화 될 수 있는가에 초점이 있다.

이러한 갈등 속에서 정신장애인의 인권을 보장하기 위해 WHO(2001)는 정신장애인의 인권신장을 위한 지침을 25개 원칙으로 제시하였다. 이 원칙들에는 정신장애인의 기본적 자유와 권리, 정신장애 결정 기준, 비밀보장, 비자발적 입원과 치료동의를 포함한 보호와 치료기준, 정신의료기관에서의 권리, 정신의료기관의 설치기준, 심의기구의 설치, 범죄를 저지른 정신장애인의 권리보호, 정신장애인 권리 보호절차 규정 등이 포함된다. 여기에는 원칙 뿐 아니라 국가와 기관이 어느 정도 인권보장을 실천하 고 있는지를 평가할 수 있는 체크리스트도 함께 포함하고 있다. 우리나라에서도 최근 국가인권위원회 가 정신장애인 인권지표개발을 위해 노력하고 있으므로 앞으로 이를 활용한 구체적 지침서를 기대해 볼 수 있다.

2) 선행연구

정신장애인의 인권은 다수 공공의 이익과 치료적 법리학 등의 원칙과 모순될 수 있고 이를 다루는 연구방법론의 제한으로 인해 관련 연구가 매우 적은 편이다.

외국의 선행연구들은 크게 세 가지 유형으로 나누어 볼 수 있다. 첫째, 정신장애인 인권에 관한 역 사적 배경과 그 의미를 고찰한 연구들(Weiner, 1992; Ozarin, 2001 등)이 있다. 여기서는 18세기 프랑 스 혁명의 평등주의에 영향 받아 정신장애인을 억압과 구속에서 해방시켜야 한다고 주장했던 Philippe Pinel에서 보호시설의 치료적 기능수행을 입법화하려고 노력했던 Dorothea Dix, 그리고 여성운동가로 서 시설수용의 부당성을 강하게 주장하였던 Mrs. Packard와 같은 선구자들의 노력을 소개하고 있다.

둘째, 정신장애인 인권보호와 관련된 전문가들의 윤리적 결정에 관한 연구들(Chodoff, 1984; Perkins, et al, 1998; Dracy and Yutrzenka, 1997; Breeze, 1998 등)이 있다. 이러한 연구들은 대부분 정신장애인의 인권이 침해되는 가설적 사례(비밀보장과 비자발적 입원에 관한 사례)를 제시하고 여기서 전문가들이 어떤 결정을 내리며 그 결정을 어떻게 정당화시키는지 분석하고 있다. 그 결과 전문가들은 정신장애인의 시민적 권리와 치료적 결과의 유용성 사이에서 갈등을 보이지만 대체로 온정주의를 정당화하는 경향을 보인다고 하였다. 특히 Dracy와 Yutrzenka(1997)의 연구에서는 정신의료기관에서 일하는 준 전문직원(para-professional staff)들은 스스로 윤리적 규범의 심각성을 염두에 두고 그에 의해 행동이 영향 받는다고 주장하면서도 실제 그들이 보이는 행동에서는 그러한 심각성이 거의 반영되지 않는다면서 이에 대한 훈련의 필요성을 제안하였다.

셋째, 정신장애인의 전반적 권리와 치료환경, 정신장애에 대한 태도를 전문가와 정신장애인의 입장에서 비교한 연구들(Kahn, et al, 1979; Main, 1991; Soliday, 1985; Roe, et al, 2002 등)이 있다. 이러한 연구결과들을 종합해 보면 전문가들에 비해 정신장애인들이 치료환경과 입원, 격리조치 등에 대해 훨씬 부정적으로 인식하고 있으며 이런 것들이 별로 효과적이지 못하다고 생각하는 것으로 나타났다. 결국 이러한 인식의 차이는 치료적 관계를 저해하는 심각한 요인이 될 수 있다는 점에서 매우 중요하다. 특히 Roe 등(2002)은 입원된 정신장애인의 권리에 대한 장애인과 직원간의 인식차이를 31개 문항으로 된 설문도구를 사용하여 질문하였다. 그 결과 질병과 치료에 대한 정보를 얻거나 치료를 거부할 권리에 대해서는 유사한 태도를 보였으나 비자발적 입원, 신체적 억압의 사용, 비밀보장의 한계 등을 정당화하는 것에 대해 정신장애인들은 직원들과 매우 다르게 생각하였다. 이러한 결과는 병동 내 일상의 갈등을 예측할 수 있으므로 권리문제에 관한 한 직원과 정신장애인이 참여한 가운데 합의점을 찾아내는 것이 필요하다고 제안하였다.

국내의 정신장애인 인권에 관한 연구들은 매우 제한적이고 그나마 관련자료도 대부분 인권침해상황을 고발하고 보호하고자 하는 실태조사들로 상당히 1세대적인 인권담론 수준에 머물고 있다고 볼 수 있다. 즉, 적극적으로 인권을 실천하는 국가적 의무를 구체적으로 제시하는 2세대적인 인권담론에 이르지 못하였다고 볼 수 있다. 또한 외국연구들의 상당수가 비자발적 입원에 초점을 두고 있는 것과는 달리 국내의 상당수 연구들(김영미 외, 1999; 정인원 외, 1999; 이영문·김현수·이호영, 1999; 이영문 외, 1996)이 장기입원에 초점을 두고 있다는 것이 특징적이다.

먼저 장기입원에 관한 조사결과들에 의하면 우리나라 정신보건시설의 평균재원일수는 1,368일로 미국의 63일에 비해 무려 26배나 많다(한국보건사회연구원, 1999). 재원적절성을 평가한 결과 역시 평균 54.9%에서 재원의 부적절성을 보이고 있으며 특히 정신요양원의 경우 60%가량이 부적절한 재원을 보여 매우 심각한 것으로 나타났다(이영문 외, 1999). 이와 같은 장기 입원으로 인한 인권침해를 최대한 예방하기 위해 각 지방 정신보건심의위원회 산하에 정신보건심판위원회를 설치하고 있다. 그러나 각 심판위원회의 계속입원치료심사청구 중 약 4.4%만이 불승인율(2001년 8월)을 보여(정인원 외, 2001) 장기입원을 줄이는 것에 별로 기여하지 못하였고 이러한 장기입원의 문제는 보험대상자들보다 의료급여 대상자의 경우 더 심각하였다. 김윤 등(2000)의 연구에 의하면 급여대상자들의 재원 부적절성이 보험대상자들에 비해 현저하게 높아 장기입원이 많았고 의료서비스 제공량 역시 급여환자는 보

협환자의 67%수준밖에 되지 않아 결국 의료급여대상자들은 강제입원 된 상태에서 충분치 못한 의료 서비스를 불필요하게 장기적으로 받고 있음을 알 수 있다.

입원유형 면에서는 우리나라 전체 입원환자의 90.5%가 비자발적 입원으로 20~30% 정도의 비자발적 입원을 보이는 일본과 비교해 볼 때 매우 높은 수치이다(한국보건사회연구원, 1999). 이중 보호의 무자에 의한 입원이 74%로 우리나라의 경우 입·퇴원과 관련되어 보호의무자의 결정이 많은 영향을 주고 있음을 알 수 있다. 또한 입원·입소 기관에서의 통신의 자유와 관련된 욕구는 75.9%가 미충족되고 있는 것으로 나타나 입원된 정신장애인의 잠재된 욕구 중 사회적 교체에 이어 두 번째로 미충족되는 욕구로 나타났다(한국보건사회연구원, 1999).

이외에도 최근 정신장애인에게 통보된 운전면허 수시 적성검사로 인해 야기된 ‘정보유출’ 문제에 관한 신문기사 및 공청회자료 등(대한의사협회, 2002; 신경정신의학회보, 2002 등)이 있다. 이러한 자료들을 정리해 보면 정신장애인의 비밀정보는 이른바 Tarasoff 원칙¹⁾과 공공의 이익에 심각하게 반하는 경우가 아니라면 당사자의 승낙없이 정보를 유출할 수 없으며 이러한 정보유출은 정신장애인의 헌법 상 사생활의 비밀과 자유를 침해하며 정신장애에 대한 편견을 조장하는 사회적 문제를 야기하게 된다고 경고하고 있다.

다음은 직접적으로 정신장애인 인권을 다룬 것은 아니지만 지역사회에서의 심각한 인권침해의 한 형태라 할 수 있는 낙인과 편견도 인권과 관련되어 빼놓을 수 없는 주제이다. 이러한 주제에 관한 연구들을 보면, 정신장애인에 대한 지역사회의 낙인과 편견은 그들을 공격적이고 위협하며 예측하기 어려운 존재로 묘사하는 대중매체의 영향으로 더 강화되어(Wahl and Roth, 1982; Steadmal and Coccozzo, 1977; 김성완 등, 2000; 서미경·권영준·정희연, 1993 등) 이들을 국가가 보호하고 치료해 주어야 한다고 생각하면서도 정신장애인과 같이 일하거나 같은 동네에 사는 등의 개인적 관계를 맺는 것은 꺼리는 등(김광일, 1989; 양옥경, 1998; 조은영, 1999 등) 명백히 이중적 태도를 보이고 있다. 이러한 일반인의 편견과 낙인은 정신장애인 스스로를 비하하고 위축시켜 그들의 삶의 만족도와 치료순응도를 떨어뜨리고 전반적인 사회적 기능을 저하시킨다고 하였다(Link, et al, 2001; Perlick, et al, 2001; Sirey, et al, 2001 등).

3. 연구방법

1) 조사대상

질적 연구는 일반화를 목적으로 하지 않으므로 확률적 표집이 가능하지도 않고 정당하지도 않다. 따라서 비확률적 표집방법 중 의도적(purposive) 표집방법을 사용하여 연구목적에 적절한 대상자를

1) Tarasoff원칙은 평등권에 기초하여 정신장애인이 다른 사람들을 위태롭게 할 합리적 예견가능성이 명백한 경우에는 비밀보장을 전제로 한 치료를 실시하는 전문가라 하여도 잠재적 희생자에게 고지할 의무가 있다는 것이다.

연구자가 개인적, 사회적 네트워크를 통해 표집하였다. 조사는 인권의 주체가 되는 정신장애인과 정신장애인 인권보장에 핵심관련자인 정신보건전문가 그리고 정신장애인의 인권을 사회적으로 승인하게 되는 일반인을 대상으로 하였다. 우선 일반인은 정신장애인 인권의 전형적인 개념에 대한 통찰을 얻기 위해 한국표준직업분류에 의한 직업과 본 연구자가 필요하다고 생각되는 직업을 포함하여 10명을 대상으로 하였다. 그리고 정신보건전문가와 정신장애인은 다양한 인권침해 경험과 전문영역별, 성별의 다양한 의견을 반영하기 위해 기관별 의사, 간호사, 사회복지사 총 9명과 정신장애인 남·녀 각 3명씩을 대상으로 하였다. 따라서 본 연구의 조사대상자는 총 25명이고 그들의 인구사회학적 배경은 <표 1>과 같다.

<표 1> 대상자들의 인구사회학적 배경

	ID	연령	성별	직업	교육정도	결혼상태	정신보건경력, 진단
일반인	I-1	27	여	어린이집 교사	전문대졸	미혼	
	I-2	35	여	주부	대졸	기혼	
	I-3	51	여	상업	고졸	기혼	
	I-4	41	여	중등교사	대졸	기혼	
	I-5	24	여	학생	대학재학	미혼	
	I-6	31	남	경찰	고졸	기혼	
	I-7	45	남	기자	대졸	기혼	
	I-8	33	남	군인	전문대졸	미혼	
	I-9	46	남	회사원	대졸	기혼	
	I-10	41	여	공무원	고졸	기혼	
전문가	II-1	39	남	정신과의사	대졸	기혼	정신보건경력 : 10년
	II-2	38	여	간호사	대졸	기혼	정신보건경력 : 9년
	II-3	28	여	사회복지사	대졸	기혼	정신보건경력 : 5년
	II-4	32	여	정신과의사	대졸	미혼	정신보건경력 : 7년
	II-5	29	여	간호사	대졸	미혼	정신보건경력 : 5년
	II-6	27	여	사회복지사	대졸	미혼	정신보건경력 : 4년
	II-7	35	남	정신과의사	대졸	미혼	정신보건경력 : 7년
	II-8	40	여	간호사	전문대졸	기혼	정신보건경력 : 3년
	II-9	27	여	사회복지사	대졸	미혼	정신보건경력 : 3년
정신장애인	III-1	38	여	주부	고졸	기혼	진단 : 정신분열병
	III-2	46	남	농업	고졸	미혼	진단 : 정신분열병
	III-3	47	남	회사원	고졸	기혼	진단 : 알코올중독
	III-4	37	여	주부	전문대졸	이혼	진단 : 정신분열병
	III-5	34	남	무직	대학중퇴	미혼	진단 : 정신분열병
	III-6	28	여	무직	고졸	미혼	진단 : 정신분열병

2) 연구방법

본 연구는 본질적으로 개념과 실천상 패러독스를 가질 수밖에 없는 정신장애인의 기본권에 대한 것으로 이를 이해하고 반응하는 데는 대상자의 개인적·사회적 의미가 매우 중요하다. 따라서 연구대상의 주제에 대한 다양한 경험을 분석하기 위해 질적 분석방법을 사용하였다.

질적 조사의 대표적인 방법으로는 참여관찰과 면담이 있는데 연구주체가 실제 인권이 유린당하는 상황을 포착하기 어렵고 정신보건기관에서 같이 생활하는 사람이 아니고서는 그 과정에 참여하기 어려우므로 연구목적을 달성할 수 있는 사람들과의 면담을 통해 연구질문에 접근하였다.

면담은 정신보건 실무경험이 있는 연구자가 직접 실시하였다. 면담 전에 정신보건법 이념에 포함되어 있는 권리를 최근 이슈가 되고 있는 상황(존엄성은 장기입원의 문제로, 차별대우 받지 않을 권리는 운전면허취득제한으로, 자발적 입원보장은 강제입원의 문제로, 자유로운 환경보장은 입원·입소기관에서의 통신의 자유제한)으로 구체화시켜 면담지침서를 작성하였다. 면담시 처음에는 '정신장애인에겐 어떠한 권리보장이 필요하다고 생각하는지'에 대해 질문하고 점차 각 권리별로 어떻게 이해하고 있는지 그리고 구체적 상황에 적용하여 권리보장과 제한에 어떤 기준을 적용하며 어떻게 제한을 정당화시키는지 질문하였다. 질문내용을 구체적으로 서술하면, 장기입원은 '어느 정도 치료가 되어 지역사회에서 생활할 수 있음에도 불구하고 보호자의 동의가 없어 혹은 의무보호자가 없어 퇴원을 하지 못하고 몇 년씩 입원되어 있는 경우'로, 차별대우 받지 않을 권리는 '현재 통원치료중이거나 혹은 재할 과정에 있는 정신장애인이 운전면허를 취득하려고 하는 경우'로, 강제입원은 '정신장애인이 동의하지 않은 채 보호의무자에 의해 입원되거나 응급입원 된 형태'로 자유로운 환경보장은 '입원·입소된 기관에서 편지나 전화 등의 자유로운 사용'으로 개념정의 하여 각 상황에 대한 권리보장과 제한의 정당화와 그 기준을 질문하였다.

모든 면담내용은 녹음하였고 면담 직후 면담일지를 작성하여 대상자에 대한 연구자의 감정과 느낌을 기술하였다. 면담시간은 평균 1시간 정도였고 길게는 90분까지 소요되었다. 녹음된 면담내용을 축어록(verbatim)으로 풀어쓴 뒤 그 내용을 반복적으로 읽으면서 의미 있는 진술을 찾아 내용을 추상화하는 형식으로 개념화하여 그 개념들의 유사성과 상이성에 따라 범주화하였다. 자료의 범주화(categorizing)는 연관성이 있는 유사한 자료들을 특징과 속성으로 범주화하고 이렇게 분류된 범주들이 중요한 연관성이 있어 한 차원 높은 범주와 어떻게 관련되는지 반복적으로 질문하여 범주들간의 관계를 논리적으로 전개하는 것이다(최종혁, 2001). 이때 한 범주 안에 자료들은 비슷해야 하고 또한 범주들끼리는 서로 이질적이어야 한다(허미화 역, 1997: 191). 따라서 본 연구자는 축어록을 읽으면서 의미 있는 공통적 진술에 코딩하여 그 내용을 추상화하고 추상화한 개념들을 서로 묶어 범주화한 뒤 다시 범주들간의 관련성에 따라 상위 범주화하였다.

질적 연구방법을 통한 연구결과들의 객관성과 신뢰도를 높이기 위해 자료를 분석하는 과정에서 자료에 대한 코딩작업을 질적 연구방법을 사용한 경험이 있는 사회복지학과 교수와 함께 하여 분석적 다원화(analytic triangulation)방법(유태균 역, 2001 : 185)을 시도하였다.

4. 연구결과

1) 정신장애인의 권리보장과 권리제한을 이해하는 틀

본 연구에서는 정신보건법에 규정된 정신장애인의 인권(존엄성 존중, 차별대우 받지 않을 권리, 자발적 입원보장, 자유로운 환경보장) 보장과 제한을 조사대상자들이 어떻게 정당화시키는지에 대해 면담하였다. 그 결과 자료에서 반복되는 개념들을 찾아 범주화하여 크게 두 가지 차원을 발견하였다. 첫 번째 차원은 권리보장과 제한을 어떤 근거로 정당화시키는가 하는 측면이고 두 번째 차원은 권리보장과 제한의 판단을 누가 해야 한다고 생각하는가 하는 측면이다.

(1) 권리보장과 제한의 정당화(justification)

대상자들이 정신장애인의 인권 보장과 제한을 정당화시키는데 반복적으로 사용하는 개념들을 범주화하면 <표 2>와 같다. 첫 번째 범주는 ‘다수의 안전과 사회질서를 위해’, ‘가족의 안전과 부담 그리고 그들의 삶의 질을 고려하여’, ‘적은 직원으로 과밀한 병동을 효율적으로 관리하기 위해’, ‘정신장애인의 적기의 치료와 자해나 사회적 고립을 막기 위해’라는 목적으로 정신장애인의 권리를 제한하는 것이 가능하다는 결과중심의 정당화이다. 두 번째 범주는 ‘누구에게나 보장되는 기본적 권리이고 법안에서 보호되는 권리이므로 당연히 보장되어야 한다’, ‘정신장애인도 존엄성이 인정되어야 하고 능력과 장점에 의해 평가되어야 한다’, ‘정신장애인에겐 편견 없는 사회적 경험이 매우 중요하다’는 이유로 제한 없이 권리를 보장해야 한다는 권리중심의 정당화이다.

우선 결과중심의 정당화는 사회의 안전, 타인과 가족의 보호, 효율적인 관리 등의 결과에 근거(consequence-based)하여 다수에게 미치는 보다 많은 긍정적 결과를 중요시하여 정신장애인의 권리를 어느 정도 제한할 수 있다는 입장이다. 이러한 결과중심의 정당화는 Aristoteles의 행복론에서 시작되어 Bentham과 Mill에 의해 주장되는 공리주의(utilitarianism)에서 그 철학적 근거를 찾을 수 있다(서미경, 1998). 또한 정신장애인의 자율성보다 그들의 치료와 보호를 더 우선한다는 온정주의(paternalism) 역시 결과적으로 ‘최적의 치료’를 통해 정신장애인 개인뿐 아니라 그 가족 그리고 전체적인 사회비용을 절감할 수 있다는 논리이므로 결과중심의 정당화에 포함된다고 할 수 있다.

이러한 결과중심의 정당화는 정신장애인 개인, 가족, 사회의 최대행복을 고려한다는 점에서 매우 현실적인 이해의 틀인 것처럼 보이나 결과를 극대화하기 위해 정신장애인 개인의 관심과 목표가 무시될 수 있고 원리상 다수의 이익 때문에 소수의 권리가 무시되는 불공정한 분배를 낳을 수 있다(Beauchamp and Childress, 1994)는 한계가 있다. 특히 대다수의 사람들이 정신장애에 대한 올바른 지식 없이 무조건 이들을 ‘두렵고 무서운’ 존재로 인식하는 사회적 편견이 있는 이상 이런 결과중심의 사고는 인권침해상황을 쉽게 정당화시키는 근거로 제시될 우려가 있다. 이런 점에서 Chodoff(1984)는

의료모델이 지나치게 결과론적 사고에 치우쳐 있다면서 온정주의 대 자율성의 이슈는 결과와 권리 모두를 고려하여 결정되어야 한다고 주장하였다.

<표 2> 권리보장과 제한의 정당화

범주	하위 범주	개념	진 술 문
결과	사회의 안전	타인의 안전	“운전면허는 혼자 돌아다니는 것과 달라 타인의 안전을 고려해야죠.... 사고의 가능성이 있는데... 타인의 생명보호가 우선이죠.(Ⅱ-3, I-1, I-2, I-3, I-4, I-6, I-7, Ⅱ-6)” “정신병자는 남에게 해를 가할 위험성이 많기 때문에... 공격적인 경우 입원시켜야죠. 강제로라도...(I-6, I-10, Ⅱ-1, Ⅲ-1) “타인의 안전을 위해서는 환자의 병력이 공개되어야 하고 철저히 평가되어야 할 것이다. 다른 사람이 피해를 보기 때문에 어쩔 수 없다(Ⅱ-2, I-7)
		다수를 위해	“남에게 피해를 줄 소지가 있다면 다수의 안전을 위해 그 사람의 자유는 어쩔 수 없죠. 부당한 대우라 해도 할 수 없어요(I-4, I-7, I-10, Ⅱ-9)“
중심	가족	가족의 부담경감	“퇴원시켜 달라, 돈 보내달라 등의 요구사항을 자꾸 얘기하면 가족들이 너무 힘들고... 그런 차원에서 전화나 편지제한은 이해가 되죠(Ⅲ-2, Ⅱ-8)” “사실 가족 중에 누군가가 계속 환자를 돌봐야 하잖아요. 그건 너무 힘들 것 같고... 그렇다고 그냥 나 몰라라 할 수도 없고 ... 그래서 계속 입원시킬 수밖에 없을 것 같아요(Ⅱ-5, Ⅱ-3)” “환자가 악화되면 가족전체를 흔들고 어떻게 보면 평생 환자한테 시달려도 가족으로서의 환자를 병원에 장기간 입원시키고라도 가족의 균형을 회복하고 싶을 거예요(Ⅱ-4)“
		보호	“망상과 관계된 가족을 위협하거나 협박하게 되는 경우 그때는 어쩔 수없이 자유를 제한할 수밖에 없죠. 가족을 보호해야죠(Ⅱ-7, I-4)“ “정말 가족들이 나한테 어떻게 이럴 수 있나 싶어 비수를 쫓는 표현을 하면... 그때는 회복하기가 힘들어요(Ⅱ-4)“
정당화	가족의 삶 고려	가족의 삶 고려	“가족의 인생도 인생이잖아요. 가족도 사람처럼 살아야 하는데 환자 하나 때문에 엉망이 되잖아요. 그 사람의 인생도 생각해야죠(Ⅱ-4)“
		관리 목적	“편지는 너무 부작용이 심해요. 협조가 안 되는 환자가 가족에게 퇴원시키라고 구구절절 하면 가족의 죄책감이 자극되어.. 당장 데려가려 하고 설득하기 힘들어요(Ⅱ-4)“ “직원도 부족한 가운데 전화 한두 대로 몇 십 명씩 써야 하니깐, 어쩔 수 없이 제한할 수밖에 없어요. 안 그러면 하는 사람만 하게 돼요(Ⅱ-6, Ⅲ-6, Ⅱ-9, Ⅱ-1)
		병원 보호	“병원의 불합리한 처우가 밖으로 알려지면 그렇죠. 사실 치료적인 것도 있지만 관리적인 면도 무시 못하죠. 별 수 없이 중재를 위해 편지를 미리 볼 수밖에 없어요(Ⅱ-6, Ⅱ-2, Ⅱ-8)“

* 모든 진술문을 다 제시할 수 없어 유사한 응답을 한 사람들을 함께 제시하였음.

<표 2> 계속

범주	하위 범주	개념	진 술 문
결과 중심	환자 보호 및 치료	치료우선	<p>“스스로 안 좋아지는 것을 느끼면서도 그냥 넘어가고 그 시기를 놓치면 병을 인식하지 못해요... 권리문제를 떠나서 병을 그냥 두면 회복하기 힘들기 때문에 강제입원이 어쩔 수 없이 필요하죠(Ⅲ-5, Ⅲ-3)”</p> <p>“일단은 환자를 정상으로 만드는 것이 제일 중요하죠. 그래야 위험하지 않게 되고... 강제라도 입원시켜 야죠(Ⅰ-6, Ⅱ-6, Ⅱ-9, Ⅰ-3)”</p> <p>“일단 병이 생기면 의식이나 판단이 정상이 아니니깐 그 말을 들을 수는 없죠. 그렇기 때문에 다른 사람 보기에 필요하면 입원시켜야죠(Ⅰ-6, Ⅱ-6, Ⅱ-9, Ⅰ-3, Ⅲ-6)”</p>
	정당화	환자보호	<p>“가족한테 전화해서 하고 싶은 말 다하면 결국 가족들이 상처 입게 되고 환자한테 더 멀어지게 되죠. 그러면 정말 회복하기 힘들죠. 환자에게 더 치명적이죠(Ⅱ-5, Ⅱ-3, Ⅱ-9)”</p> <p>“스스로 해결 수 있으므로 자신의 안전을 위해서라도 강제치료는 필요하 다(Ⅱ-2)”</p>
권리	권리	기본권 보호	<p>“아무리 환자라 해도 프라이버시는 존중되어야 하므로... (Ⅲ-5, Ⅰ-6, Ⅰ-5)”</p> <p>“편지나 전화하는 것은 누구에게나 보장되는 것 아닌가요? 정신이 이상하다고 해서 제한할 수는 없죠(Ⅰ-10)”</p>
	보호	법안에서 보호	<p>“정상적인 생활을 할 수 있도록 모두가 도와야지. 몇 년 씩 입원하는 것은 인권침해이다. 헌법에도 보장되는데...(Ⅰ-9)”</p> <p>“법에서 보호하는 권리이니깐. 법에서 환자들의 자발적 입원을 보장하도록 하는데 가족이나 의사가 편하기 위해 억지로 입원시킬 수는 없죠. 아무리 급해도 환자를 설득해서 반드시 동의를 얻어야 합니다(Ⅱ-7)”</p>
중심	능력위주 평가	능력위주 평가	<p>“정신이상만으로 불이익을 당할 수는 없죠. 운전능력이나 관심이 있느냐가 중요합니다(Ⅰ-8, Ⅲ-6, Ⅲ-1, Ⅱ-1)”</p> <p>“정신질환자라 하여도 위험한 상황을 충분히 예측할 수 있죠. 타인뿐 아니라 자신에게도 위험한 일인데... 환자라고 해서 더 많이 사고를 낸다는 것은 아무래도... 그런 통계는 없잖아요?(Ⅰ-9)”</p>
	존엄성	편견극복	<p>“사람에게는 누구나 장점이 있잖아요. 그 장점을 살려줘야지.. 누구는 되고 누구는 안 된다는 식으로 선을 긋는 것 자체가 편견인 것 같아요. 선을 긋지 말고 할 수 있는 것을 할 수 있도록 해줘야죠(Ⅱ-8)”</p> <p>“일반인의 난폭, 음주운전이 더 위험할 때가 있는데 환자만 제한하는 것은 차별이다(Ⅰ-5, Ⅱ-4)”</p>
정당화	존중	존엄성 존중	<p>“아무리 환자라 해도 가치관, 인생관이 있잖아요. 강제로 입원되는 것은 자 존심이 상실되는 것 같아요. 최소한은 존중해야죠(Ⅲ-4, Ⅲ-2)”</p> <p>“장기입원은 기능도 퇴화되고, 반복되는 생활 속에서 매일 그 얼굴이 그 얼굴이고 나중에는 새로운 것에 두려움이 생겨요(Ⅱ-6)”</p> <p>“장기입원은 사람을 죽이는 거나 마찬가지예요. 정상적으로 살 수 있는 기회를 제한하는 거죠(Ⅰ-3)”</p>
		대화의 중요성	<p>“환자에게 이상이 있을수록 더 많은 얘기를 나눠야죠. 대화의 기회(전화나 서신)를 차단하는 것은 서로를 이해하는데 방해가 될 것 같아요(Ⅲ-4, Ⅲ-1, Ⅰ-9)”</p>

결과중심의 정당화와 달리 권리중심의 정당화에서는 정신장애인의 존엄성과 권리보호 의무를 실천에 옮겨야 하며 이를 위해 가급적이면 제한 없는 권리보장이 되어야 한다는 입장이다. 권리중심의 정당화는 Kant의 법칙론적 윤리설에서 그 철학적 근거를 찾을 수 있다. 즉, Kant는 모든 도덕적 판단은 일반화될 수 있고 순수이성(pure reason)에 근거한다고 보면서 이러한 순수이성의 실천의지로서 선의지(good will)를 규정해 놓고 인간의 행위는 반드시 선의지에 의한 의무와 일치되어야 한다고 주장하였다(서미경, 1998). 그러나 이러한 권리중심의 정당화는 모든 유사한 상황에 적용할 수 있는 보편성에 깊이 있는 통찰을 하였다는 점에서 가치가 있으나 보편적 원칙간의 갈등이 있는 경우 그 해결방안을 제시하지 못하며 경험적 요소를 배제하여 지나치게 형식적, 추상적이어서 실생활에 적용하기 어렵다는 한계가 있다(Beauchamp and Chilress, 1994). 특히 정신장애인의 경우 병식(insight)이 부족하여 어느 정도의 자율성 제한이 불가피하다는 점에서 이러한 권리중심의 정당화는 현실적 대안으로서 한계를 가진다. 예를 들어 정신보건법에 규정된 권리 중 ‘항상 자발적 입원 보장’의 권리는 실천상 불가피하게 ‘최적의 치료를 받을 권리’와 상충된다. 즉, 정신장애인에게 항상 자발적 입원을 보장하기 위해서는 반드시 필요한 ‘최적의 치료’ 시기를 놓칠 수 있기 때문이다. 따라서 권리중심의 정당화가 정신장애인의 인권보호와 존엄성 존중에 대한 보편성 있는 정당성을 제시한다 하여도 현실적 한계를 해결해야 하는 또 다른 어려움에 부딪히게 된다.

본 연구 조사대상자들은 결과중심과 권리중심의 한 극단에 치우쳐 판단하기보다는 대부분 정신장애인의 권리를 어느 정도 인정하면서도 여러 가지 결과를 고려하여 권리제한을 정당화하거나 반대로 불가피한 제한을 어느 정도 인정하면서도 그래도 정신장애인의 인권을 기본적으로 보장해야 한다는 다소 갈등적인 반응을 보였다.

(2) 권리보장과 제한의 판단주체

대상자들이 정신장애인의 권리보장과 제한을 누가 판단하는 것이 옳다고 생각하는가에 대한 개념들을 범주화하면 <표 3>과 같이 크게 두 개의 범주로 나누어질 수 있다. 즉, 의사와 법원이나 관련기관을 포함한 국가와 같은 공식적 체계가 권리보장과 제한을 판단해야 한다는 입장과 정신장애인 당사자나 가족과 같은 비공식적 체계가 판단해야 한다는 입장이 있다.

판단의 주체가 공식적 체계에 있다는 입장 중 ‘의사’가 모든 것을 판단하고 결정해야 한다는 응답이 가장 많았는데 그 이유는 의사만이 전문적 소견으로 증상을 판단하여 치료여부를 결정할 수 있고 완치여부와 자·타해의 위험성을 의사가 판단할 때만이 신뢰할 수 있다는 것이다. 또한 판단의 주체로 법원이나 관련기관을 포함한 국가를 언급하기도 하였는데 특히 가족에 의해 보호받지 못할 때 국가적 책임을 강조하였고 자격증 발급에 관련해서는 의사의 소견을 바탕으로 이를 담당하는 공식적 기관이 최종 판단해야 한다고 보았다.

판단의 주체가 비공식적 체계에 있다는 입장의 하위범주로는 가족이 판단해야 한다는 것과 정신장애인 스스로가 판단해야 한다는 입장이 있다. 가족이 판단주체라는 입장은 대부분 가족이 일차적 보호자이고 정신장애인으로 인한 보호부담을 가장 많이 가지고 있으므로 병식이 부족한 정신장애인에 대한 결정을 가족이 대신할 수 있다고 보는 것이다. 또한 공식적 체계의 판단이 아무리 합리적이라

하여도 가족이 그 판단을 따르지 않겠다고 결정하면 다른 대안이 없다는 현실이 고려되었다.

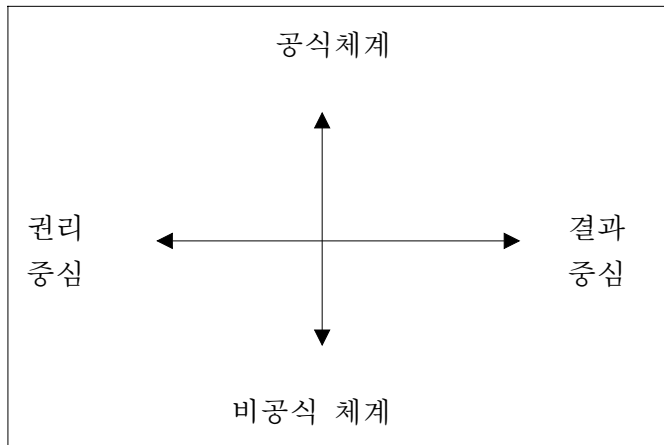
<표 3> 권리보장과 제한의 판단주체

공식적	의사	치료적 판단의 중요성	<p>“어떤 부분은 좀 치료를 받아야 하고 어떤 부분은 지역사회에서 기능할 거라는 판단은 의료진의 몫이겠죠... 아무래도 입원 자체는 의사가 판단하는 것이므로(Ⅱ-5, Ⅱ-4, Ⅰ-8, Ⅰ-6)”</p> <p>“치료목적으로 제한하는 것이죠. 의료진이 봤을 때 통제가 필요하면 통신의 자유를 제한할 수 있죠(Ⅱ-5, Ⅰ-8, Ⅰ-6)”</p> <p>“행동수정의 일부로 제한하기도 한다. punishment가 아니고 reinforcement이겠죠. 그런 것이 치료적으로 필요해요(Ⅱ-4)”</p> <p>“의사가 진단을 내리므로 당연히 치료는 의사가 결정해야죠. 강제입원이라도 의사가 결정한다면... (Ⅰ-8, Ⅰ-9)”</p>
		전문성 인정	<p>“어차피 가족은 잘 모르므로 의사가 판단해서 퇴원이 필요하다 싶으면 가족을 설득시켜 퇴원시켜야죠(Ⅲ-4)”</p> <p>“환자 스스로는 자신을 잘 판단할 수 없기 때문에 상태를 의사가 판단하여 운전시 위험할지를 예측해 주어야 한다(Ⅰ-1, Ⅰ-6, Ⅰ-7, Ⅰ-3, Ⅰ-5)”</p>
체계	국가	국가적 책임	<p>“의사들이 좋아졌다고 하면 최종적으로 국가가 결단을 내려 줘야죠. 가족이 싫으면 국가가 퇴원시켜 밖에서 살 수 있도록 해 줘야죠(Ⅲ-6)”</p> <p>“의사라고 해서 전적으로 책임질 수는 없다. 결국 자격증 발급기관에서 알아서 테스트 해야죠. 그래서 최종은 법원이 판단하든지... (Ⅱ-7, Ⅱ-1)”</p> <p>“전적으로 가족에게 맡기면 인권이 유린될 수 있으므로 만약 의견이 맞지 않으면 국가가 최종 판단을 해야한다(Ⅰ-9)”</p>
비공식적	가족	가족이외의 다른 대안 부재	<p>“어차피 퇴원해서 보호하고 경제적으로 책임져야 할 사람은 가족이니까, 결국 가족이 판단해야죠. 물론 제도적으로 장기입원은 최대한 막아야 하겠지만 그래도 가족이 싫다고 하면 어찌겠어요(Ⅰ-5, Ⅱ-4)”</p> <p>“의사나 국가가 아무리 퇴원시켜라 해도 가족이 싫다고 하면 현실적으로 대안이 없으니깐... 가족이 결정할 수밖에 없죠(Ⅰ-8, Ⅰ-2)”</p>
		일차적 보호자로서 가족	<p>“환자가 혼자 살 수 있다 해도 그냥 퇴원시킬 수는 없잖아요. 따라서 입·퇴원 결정은 가족이 할 수밖에 없어요. 만약 일방적으로 퇴원시켰다가 가족에게 해라도 주면 누가 책임지겠어요(Ⅱ-3)”</p> <p>“환자가 얼마나 이상한 행동을 하는지, 다른 사람을 얼마나 괴롭히는지는 가족이 제일 잘 알기 때문에 가족이 판단해야죠. 어차피 의사도 가족 얘기를 듣고 판단하니깐..(Ⅱ-6, Ⅰ-3)”</p>
체계	정신 장애인	자기결정 존중	<p>“판단은 개인의 문제죠. 자기가 하고 싶으면 하는 거고.. 자격증을 따려면 필기시험도 보고, 공부를 해야 하니깐, 그러니깐 할 사람이 판단해야죠(Ⅲ-5, Ⅲ-6 Ⅱ-8)”</p> <p>“가족들과 무슨 말을 언제 해야 할지는 우리들(환자들)이 스스로 결정해야지, 병원에서 허락할 때까지, 차레가 될 때까지 기다리면 감정도 지나가 버리고, 어떤 때는 할 말을 잊어버리기도 해요(Ⅲ-4, Ⅲ-1)”</p>
		당사자	치료의지의 중요성

판단의 주체가 정신장애인 당사자이어야 한다는 주장도 있다. 이러한 주장은 정신장애인이 아니라 하여도 다른 모든 사람들처럼 자신에게 최선이 되는 바를 스스로 결정하고 그렇게 되어야만 그에 필요한 노력을 기울일 수 있게 된다는 것이다. 이처럼 자발적 결정이 존중되어야만 치료과정에서도 정신장애인의 참여의지가 생길 수 있어 치료효과를 높일 수 있다고 보았다.

그러나 첫 번째 범주와 마찬가지로 판단의 주체에 대해서도 조사대상자들은 어느 한쪽의 판단에 더 많은 비중을 두면서도 대부분 다른 사람의 판단도 존중되어야 한다고 반응했다.

요약하면, 조사대상자와의 면담내용에서 반복되는 개념들을 뽑아 하위범주로 유형화시킨 후 이를 다시 범주화한 결과 조사대상자들은 정신장애인의 권리보장과 권리제한을 두 가지 차원으로 이해하고 있다. 첫 번째 차원은 권리보장과 제한의 근거로 결과중심의 정당화 대 권리중심의 정당화를 사용하는 것이고 두 번째 차원은 권리보장과 제한의 판단주체를 공식적 체계 대 비공식적 체계로 본다는 것이다. 이 두 축을 기준으로 정신장애인 권리보장과 제한을 이해하는 틀을 제시하면 <그림 1>과 같다.



<그림 1> 권리보장과 제한의 이해 틀

2) 각 기본권의 이해

(1) 존엄성 : 장기입원

정신장애인의 입원관련규정은 인신을 구속하는 경우에 해당되기 때문에 인권침해, 위법성 등의 쟁점사항이 된다(윤찬영, 2000). 특히 입원이 더 이상 필요하지 않은 사람에게 있어 폐쇄병동에서의 장기간의 입원은 정신장애인의 사회적 기능상실, 인격의 황폐화 등의 심각한 문제점들을 제기한다. 이러한 문제점들은 다시 사회적응을 제한하여 가족들의 보호부담을 가중시키므로 더욱 장기입원을 부추기는 악순환을 낳게 된다.

① 권리보장과 제한의 정당화

장기입원으로 인해 손상되는 정신장애인의 존엄성 상실 측면에 대해 본 연구 대상자들은 집단에 따라 차이 있는 반응을 보였다. 대부분의 전문가(Ⅱ-1,5,7,8,9)와 일부 일반인(Ⅰ-7,8,10)들은 정신장애인의 입장에서는 퇴원하여 사회복귀 하는 것이 당연한 권리이지만 일차적 보호책임을 지고 있는 가족의 보호부담과 그들의 인생 등 다수의 최대행복 역시 중요하게 고려되어야 한다고 보았다. 즉, 정신장애인의 권리보다 퇴원시키지 않는 가족의 입장을 결과중심으로 먼저 생각하였다. 그러나 가족과 정신장애인의 입장 모두를 고려해야 한다며 갈등하는 모습을 보인 경우도 있다. 다음은 전형적인 갈등상황이다.

“정신장애인의 입장에서는 개인을 억압한다고 볼 수 있다. 하지만 가족의 입장에서는 경제적으로 능력이 되지 않아서 못 데려가는 경우나 정신적으로 지쳐 데리고 나가지 못하는 경우도 있을 것 같다. 누구를 나쁘다고 말할 수 없지만 한 사람의 입장에서 보면 당연히 나아야 된다고 생각하지만 그렇지 못하다고 해서 가족들을 탓할 수는 없다고 생각한다(Ⅰ-4)”

“병동에 오게 있으면 환자도 지치고 치른자들도 지치는 것은 사실이거든요. 그런데 보호자의 입장에서 생각을 하면 얼마나 힘들었으면 저렇게 할까.... 입원시켜 차라니 없는 편이 더 편하다는 생각을 할 것 같기도 하고 ... 환자의 입장에서는 가족들에게 심한 배신감을 느끼기도 할 것 같고.. (Ⅱ-3)”

그러나 이런 갈등상황과 달리 상당수의 일반인(Ⅰ-2,3,5,6,9)에서는 어떠한 이유에서라도 장기입원은 부당하다는 반응을 보였다. 이들은 대부분 ‘장기입원은 정신장애인을 죽이는 것이나 마찬가지이므로 아무리 힘들어도 가족이기 때문에 책임질 수밖에 없다’며 가족의 보호책임을 강조하였다.

일반인이나 전문가와 달리 정신장애인 당사자들 모두는 장기입원을 매우 부당한 것으로 인식하였다. 장기입원이 부당한 이유로는 ‘장기로 입원하여 있으면 점점 더 회복이 불가능해지므로’, ‘장기적으로 입원하여 있으면 그 환경에 빠져들어 나중에는 퇴원을 해도 적응하지 못하기 때문에’, ‘퇴원하는 것이 당연한 정신장애인의 권리이므로’, ‘아무리 고생을 시켰다 하여도 이유 없이 가두는 것은 부당하다’ 등 권리중심으로 이해하였다.

② 권리보장과 제한의 판단주체

장기입원을 결정하는 판단주체에 대해서 권리제한을 어떻게 정당화하였는지와는 상관없이 대부분의 일반인과 전문가들은 비공식적 체계인 가족이 결정해야 한다고 보았는데 그 이유는 일차적 보호책임자가 가족이므로 가족이 퇴원을 거부하면 현실적으로 대안이 없기 때문이다. 전문가들은 가족이 보호책임을 거부하면 국가가 그룹 홈이나 주거시설을 운영하여 책임질 수밖에 없다고 하면서도 이러한 주거시설의 확보가 당장에 이루어지기 어렵다는 현실을 고려해 볼 때 아무런 대책 없는 퇴원명령은 더 열악한 시설로의 재수용 밖에 될 수 없다고 보았다. 따라서 전문가가 할 수 있는 일은 가족들을 설

득하고 치료예후에 대한 희망을 제시하는 것뿐이라는 응답도 있었다.

그러나 정신장애인들은 장기입원의 판단을 가족에게만 맡기는 것은 매우 부당하므로 입원이 필요하지 않다면 의사나 국가와 같은 공식적 체계가 강제퇴원을 유도해야 한다고 하였고 그래도 가족이 퇴원을 시키지 않으면 국가가 책임지고 재활 및 주거시설을 마련하여 원하는 사람들은 사회로 복귀할 수 있도록 도와야 한다고 하였다.

(2) 차별대우 받지 않을 권리 : 운전면허취득제한

본 연구에서는 정신장애가 있다는 이유로 차별 받아서 안 되는 권리를 운전면허취득과 관련시켜 조사대상자들과 면담하였다. 그 결과 집단에 따라 차이 있는 반응을 보였다.

① 권리보장과 제한의 정당화

대부분의 일반인(I-1,2,3,4,6,7,8,10)과 전문가(II-2,3,5,7)에서 정신장애인의 운전면허취득과 관련하여 정신장애인의 퇴행된 기능과 증상을 이유로 정신장애인의 권리보다 ‘자신과 타인의 생명보호’와 ‘다수의 안전’과 같은 결과중심의 사고를 하면서 면허발급허용을 해서는 안 된다고 하였다. 따라서 면허가 발급된다면 ‘완치되어야만’, ‘얼마간 재발이 없었는지 경과를 평가한 뒤에만’, ‘아주 경미한 증상을 가진 사람에게만’, ‘발급하여도 일반인과 달리 기준을 정하여 수시로 평가하는 제도가 있어야만’ 된다는 엄격한 제한 기준을 제시하였다. 그러나 전문가(II-4)와 일반인(I-9) 중에서도 매우 증상이 심한 경우를 제외하고서는 정신장애인의 운전이 특별히 위험하다고 볼 수 없으므로 제한이 부당하다고 생각하는 경우도 있었다. 다음이 그 예이다.

“일반 사람들의 읍주운전을 생각하면 정신장애인의 운전이 더 위험하다고 말할 수 없을 거예요. 글썄요... 현실감이 없다거나 망상 때문에 사고를 내는 경우가 있기는 하겠지만 매우 극소수이고 이건 읍주운전에 비할 수 없을 만큼 적은 수이므로 그것 때문에 전체를 제한할 이유는 없을 것 같아요(II-4)”.

이런 일반인이나 전문가들과 달리 정신장애인들은 면허증을 받는 것은 개인의 권리이고 본인의 능력만 된다면 얼마든지 가능하다고 보았다. 다음의 예가 대표적인 입장이다.

“그것(운전면허를 따는 것)은 개인이 판단할 문제이고.... 어차피 능력이 안 되면 시험에 합격하지 못하겠죠. 운전은 자신에게도 위험한 것이므로 스스로 해결방법을 찾을 수 있다(III-5)”.

정신장애인 중 유일하게 한 명(III-3)만이 면허를 제한적으로 발급해야 한다고 하였는데 이 사람의 입원한 알코올중독자로 면담 내내 다른 정신장애인과 자신이 다르다는 것을 강조하였고 제한 대상에 자신을 포함시키지 않았다. 이는 정신과 병동에서 흔히 볼 수 있는 알코올중독자의 특성으로 다른 정신장애인들과 달리 자신들은 술만 마시지 않으면 어떤 제한도 받을 필요가 없다고 생각하는 경

향이 있다.

② 권리보장과 제한의 판단주체

운전면허 취득제한의 판단에 대해 일반인들 대부분은 의사나 면허증 발급기관이 판단해야 한다고 보았으나 전문가 중 의사 2명(Ⅱ-1, Ⅱ-7)은 “의사라도 100% 예측할 수 없으므로 모든 판단을 의사에게 맡기는 것은 책임을 떠넘기는 것”이라고 하면서 그 책임은 발급기관에서 종합하여 판단을 해야 한다고 하였다. 면허발급을 제한해서는 안 된다고 생각하는 전문가도 일상적으로는 정신장애인 개인이 판단해야 하겠지만 문제가 될 경우에는 의사와 같은 공식적 체계의 도움이 필요하다고 보았다.

그러나 대다수의 정신장애인들은 면허증 발급여부는 개인이 판단하고 결정해야 하며 그에 따른 책임도 스스로 지는 것이 옳다고 생각하였다.

(3) 자발적 입원보장 : 강제입원

정신보건영역에서 진정한 의미의 “자발성”은 거의 실천하기 어렵다. 다만 어느 정도의 자발성보장을 자발성이라 할 수 있는가 하는 문제가 있다. 즉, 설득과 강요가 어느 정도인지 그리고 정신장애인의 동의가 자신의 의지에서 나온 것인지 아니면 주변의 압력에 마지못해 굴복하는 것인지에 따라 같은 자발성이라 하여도 그 의미는 상당히 다르다(McGarry and Chodoff, 1981 : 210). 본 연구에서는 강제입원을 정신장애인이 동의하지 않은 채 보호의무자에 의해 입원되거나 응급입원된 형태로 보고 이에 대해 대상자들과 면담하였다. 그 결과 다른 이슈에 비해 대상자 세 집단에서 비교적 가장 유사한 반응을 나타냈다.

① 권리보장과 제한의 정당화

세 집단에서 가장 많이 나타난 반응이 ‘치료를 위해’, ‘치료시기를 놓칠 수 있으므로’, ‘적당한 시기에 치료를 받아야 회복이 빠르므로’ 등 ‘적절한 치료’라는 온정주의를 근거로 비자발적 입원을 정당화하였다. 이외에도 ‘가족이나 주변사람들을 위해’, ‘가족이 힘들기 때문에’ 등의 결과중심의 정당화로 정신장애인의 자율성이 제한될 수 있다고 보았다. 이러한 반응은 정신장애인(Ⅲ-1,3,5,6)에서도 나타났다. 이는 Stone의 “온정주의 접근의 감사이론(thank-you theory of paternalistic interventions)”으로 설명할 수 있다. 즉, 병식이 없는 초기에는 온정주의 접근에 정신장애인이 저항하지만 나중에는 치료를 통해 장애가 감소된 것에 감사하게 된다는 것이다(Roe, et al, 2002). 본 연구에서도 정신장애인 조사 대상자 중 1명(Ⅲ-3)을 제외한 5명이 비자발적 입원을 경험했으나 그 중 3명은 그것이 결국 도움이 되었다고 해석하였다. 다음이 그 예이다.

“스스로도 쫓아가지는 것을 느끼지만 보통 그 시기는 그냥 넘기게 되고 그렇게 시기를 놓쳐 완전히 병이 진행되면 그때는 인식을 못해요. 그러면 상황이 더 나빠지니까 강제로라도 입원시켜 치료하는 것이 필요하죠(Ⅲ-5)”

그러나 일반인 2명(Ⅰ-7,10)과 전문가 중 1명(Ⅱ-7)은 정신과적 증상이 있다고 하여 모든 자율성을 제한해서는 안 되며 ‘자·타해의 위험이 있을 때’, 증상이 너무 심해 전혀 대화가 안 될 때 등 매우 제

한적으로만 강제성이 동원되어야 한다면서 정신장애인의 권리보호를 주장하기도 하였다. 정신장애인 중에서는 강제입원의 부당성을 강하게 주장한 사람들(Ⅲ-2, Ⅲ-4)도 있다. 이들은 강제입원이 자존심을 크게 손상시키며 아무리 폭력적인 사람이라 하여도 나름대로 분명 이유가 있으므로 강제 입원시키기 이전에 그 이유를 먼저 고려하는 것이 필요하다고 하였다.

② 권리보장관 제한의 판단주체

강제입원의 필요성을 판단하는 주체는 집단과 상관없이 의사이어야 한다는 응답이 가장 많았다. 그 이유는 ‘진단은 의사가 하는 것이므로’, ‘진단한 의사가 가장 잘 알고 있으므로’, ‘어차피 강제 치료할 사람도 의사이니깐’ 등이다. 또한 의사의 진단과 더불어 입·퇴원의 결정은 보호자의 몫이므로 그들의 의견도 함께 고려되어야 한다는 일반인의 응답도 있었다.

전문가 중 2명(Ⅱ-3, Ⅱ-5)은 “강제입원은 정신장애인에게 치료에 대한 거부감을 주어 치료결과를 더 나쁘게 할 수 있으므로 가급적이면 당사자인 정신장애인의 의견을 함께 고려해야 한다”고 하면서도 현실적으로 거의 불가능한 것이 문제라고 지적하였다. 그러나 “법이 지나치게 보호자의 입장에 있어 강제입원(보호의무자에 의한 입원) 규정이 보호자들의 책임을 회피하고 귀찮아서 무조건 격리시키려는 수단으로 이용되고 있다”고 지적하면서 반드시 정신장애인 당사자의 동의를 얻어 입원시켜야 한다는 전문가(Ⅱ-7)의 주장도 있었다.

(4) 자유로운 환경보장 : 통신의 자유제한

본 연구에서는 자유로운 환경보장 측면을 입원환경에서의 전화사용과 서신교환제한에 초점을 두어 대상자들과 면담하였다. 그 결과 집단별 가장 뚜렷한 차이를 보였다. 즉, 일반인들은 대부분 권리중심의 정당화-공식적 체계, 전문가들은 결과중심의 정당화-공식적 체계, 정신장애인들은 권리중심의 정당화-비공식적 체계를 주장하였다.

① 권리보장과 제한의 정당화

일반인의 경우 대부분(I-1,2,5,6,7,8,9,10) 입원환경에서 통신의 자유는 반드시 보장되어야 한다고 주장하면서 그 근거로 ‘통신의 자유는 누구에게나 있는 것이므로’, ‘통신의 자유는 자·타해의 위험이 없으므로’, ‘서신검열은 사생활 침해이므로’, ‘정신장애인에게는 무엇보다 주변 사람과의 대화가 필요하므로’ 등을 들었다. 또한 2명(I-3,4)은 ‘치료목적’이나 ‘타인의 감정을 고려’하여 제한할 수 있겠으나 그런 특별한 경우가 아니라면 보장되어야 한다고 주장하면서 비교적 권리중심의 사고경향을 보였다.

그러나 1명(Ⅱ-7)을 제외한 모든 전문가들은 가족이나 친구들과의 감정적 교류가 정신장애인의 정서적 안정에 중요하다는 것은 알지만 정신장애인과 주변 사람의 보호 그리고 관리상의 목적과 같은 결과에 초점을 두어 통신의 자유제한을 정당화하였다. 다음은 전문가들이 언급한 결과중심 정당화의 예들이다.

“보호자에 대한 적개심 등이 편지나 전화를 통해 전달되면 환자의 요구와 달리 면회를 안 오게 되거나 오히려 더 멀어지죠(Ⅱ-3)”.

“한자가 편지에 툇원시켜달라고 구구절절 적어보내면 가족들의 친책감이 자극되어 당장 데려가려 하고 설득하지 못해요. 결국 툇원하게 되요(II-4)”.

“정말 가족들이 나에게 어떻게 이럴 수 있느냐는 마음에 진짜 비수를 꽂는 그런 표현을 전화에 하면 서로의 상처만 더 깊어져 회복하기가... (II-5)”.

“병원 차원에서는 병원 내부 일이 바깥으로 나가는 것이 신경 쓰이죠... (II-2)”

“라벨하고 직원이 부족한 상황에서 관리하려면 어쩔 수 없이 제한할 수밖에 없죠 (II-6)”

그러나 전문가 중 1명(II-7)은 “가족과의 유일한 감정교류 수단이고 가족도 환자의 분노를 알아야 하므로 제한할 이유가 없다”며 정신장애인의 권리를 강조하였다.

정신장애인 당사자들은 대부분 사생활과 통신의 자유는 보장되어야 하고 특히 ‘폐쇄된 공간에서 가족과의 대화는 심리적 안정에 필수적’이므로’ 혹은 ‘입원해도 개인적 프라이버시는 존중되어야 하므로’ 제한 없는 보장이 필요하다고 하였다. 그러나 정신장애인들 중에서도 두 사람(III-2, III-6)은 가족과의 갈등을 중재하고자 하는 목적에서 그리고 여러 사람이 한 대의 전화를 효율적으로 사용하기 위해서는 불가피하게 제한될 수도 있다고 보았다.

② 권리보장과 제한의 판단주체

통신의 제한은 폐쇄된 입원환경 내에서 이루어지는 것이므로 대부분의 일반인과 전문가들은 그 판단은 전적으로 전문가들이 해야 한다고 보았다. 전문가들이 현재 통신의 자유를 허용하는 기준은 대부분 ‘치료진에게 신뢰감이 있는 경우’, ‘병동 생활을 잘 하는 경우’ 등이어서 주로 행동을 통제하는 강화(reinforce)요인으로 사용되고 있었으며 또한 회복되는 정도를 고려하여 증상이 안정되어 주변 사람과 통화가 가능하다 여겨질 때 허용한다고 하였다. 그리고 대체로 피드백이 곧바로 가능한 전화는 허용하되 서신은 미리 치료진들이 본 뒤 전달하는 경우가 많았다.

그러나 정신장애인은 ‘가족과 할 말이 있을 때’, ‘가족이 보고싶을 때’ 언제든지 스스로 결정하도록 통신의 자유가 보장되어야 하며 치료상 불가피한 경우를 제외하고는 서신 역시 프라이버시를 위해 치료진이 미리 보아서는 안 된다고 주장하였다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 ‘다수의 안전’이나 ‘치료적 이득’과 실천상 갈등이 있을 수밖에 없는 정신장애인 인권을 일반적으로 어떻게 이해하는지 그리고 정신장애인의 각 권리(존엄성 존중, 차별대우 받지 않을 권리, 자발적 입원보장, 자유로운 환경보장)의 보장과 제한을 일반인, 전문가, 정신장애인이 어떻게 다르게 이해하는지 알아보기 위해 일반인 10명, 전문가 9명, 정신장애인 6명 총 25명을 면담하여 그 결과를 질적 분석하였다. 면담 시 각 권리를 이해하는 수준이 다를 수 있으므로 각 권리별로 이슈가 되는 영역(장기입원, 운전면허취득제한, 강제입원, 통신의 자유제한)을 구체화하여 조사대상자들과 면담하였

다.

면담내용은 모두 축어록으로 풀어쓴 뒤 공통적인 개념을 발견하여 범주화시켰다. 그 결과 조사대상자들이 정신장애인의 권리보장과 제한을 이해하는 두 가지 차원을 발견하였다. 첫 번째 차원은 권리보장과 제한을 다수에게 미치는 긍정적 결과를 중심으로 정당화하느냐 아니면 정신장애인 인권존중의 보편적 원리를 내세워 권리중심으로 정당화하느냐 하는 측면이다. 대부분 응답자의 반응은 이 두 차원의 양극단보다 어느 쪽에 더 많이 비중을 두느냐에 따라 차이 있는 반응을 보였다. 두 번째 차원은 정신장애인의 권리보장과 제한을 누가 판단해야 하느냐의 측면이다. 즉, 의사와 법원, 국가와 같은 공식적 체계가 해야 한다는 입장과 정신장애인 당사자나 가족과 같은 비공식적 체계가 해야 한다는 입장이 있다.

대상자 집단별로 반응을 요약해 보면 정신장애인의 권리를 이해하는 입장이 서로 다름을 알 수 있다. 먼저 일반인의 경우, 개인적으로 피해를 볼 가능성을 기준으로 권리를 이해하는 경향이 있다. 즉, 직접적인 피해를 볼 수 있다고 생각되는 ‘운전면허취득’과 ‘강제입원’에 대해서는 ‘타인의 안전’을 가장 중요한 기준으로 제시하였고 또한 “치료의 필요성”을 언급하면서 권리제한을 결과중심으로 정당화하였다. 그러나 직접적 피해의 가능성이 적은 입원환경에서의 통신의 자유에 대해서는 ‘당연히 보장되어야 할 권리’라는 권리중심의 정당화를 많이 사용하였다. 마찬가지로 직접적 관련이 적은 ‘장기입원’에 대해서도 가족의 보호부담과 같은 결과를 고려하면서도 정신장애인의 인권을 보장해야 한다는 입장을 보였다. 그리고 권리보장과 제한의 판단주체로는 ‘의사’를 가장 신뢰하였으나 강제입원과 장기입원에 대해서는 일차적 보호제공자인 가족의 판단을 중요하게 보았다.

전문가의 경우 다른 두 집단에 비해 권리보장과 제한에 대해 많은 갈등을 보였다. 즉, 대부분 ‘치료와 보호를 위해’ 혹은 ‘자·타해의 위험을 막기 위해’라는 온정주의 접근을 지지하고 전반적으로 결과중심으로 권리제한을 정당화하였다. 특히 다른 집단에 비해 입원환경에서의 ‘통신의 자유’를 ‘치료목적’과 ‘관리상의 목적’으로 제한하는 경향이 뚜렷하였다. 권리보장과 제한의 판단이 ‘의사’를 포함한 전문가 자신들의 몫이라 생각하면서도 ‘장기입원’에 대해서만은 가족의 판단이 제일 결정적이라는 현실을 인식하고 있었다.

정신장애인의 경우 ‘강제입원’을 제외한 모든 권리에 대해서 다른 두 집단과 달리 두드러지게 ‘권리중심’의 사고로 권리보장을 주장하였다. ‘강제입원’에 대해서는 ‘최적의 치료’를 위해 강제입원이 불가피할 수도 있다는 점을 일부 인정하고 있었다. 또한 모든 권리보장의 판단주체는 정신장애인 당사자임을 주장하면서도 ‘장기입원’에 대해서는 의사와 국가가 가족에게 퇴원명령을 내리거나 가족이 책임 지지 않을 때 국가가 거주시설을 확보하여 사회복지가 필요하다고 판단되는 사람들은 모두 지역사회로 퇴원시켜 주어야 한다고 주장하였다.

이러한 결과를 바탕으로 정신장애인의 인권을 보장하기 위한 실천적, 정책적 제안을 하면 다음과 같다.

첫째, 운전면허취득과 강제입원에 대한 일반인들의 반응은 정신장애인이 매우 위험하고 예측하기 어렵다는 강한 편견에 바탕을 두고 있다. 따라서 정신장애인의 인권보호는 편견극복이 전제되어야 한다. 최근 여러 가지 편견극복을 위한 다양한 캠페인과 장애인에 대한 인식의 증대로 정신장애인에 대

한 국가적 책임은 대부분 인정하고 있으나 여전히 개인적 관계는 꺼리는 것이 현실이다. 따라서 편견 극복을 위한 보다 적극적 노력, 예를 들어 대중매체를 통한 교육이나 편견이 확고해지기 전 어린 시절에 정신장애인을 직접 경험하고 접할 수 있는 프로그램을 개발하는 노력이 필요하다.

둘째, 자유로운 환경과 장기입원에 대해서는 정신보건법에 관련규정이 명시되어 있으나 처벌, 제재, 감독에 관한 규정이 분명하지 않아 실제 인권보호에 크게 기여하지 못하고 있다. 이를 해결하기 위해 무엇보다 전문가에 대한 철저한 윤리교육을 교육하는 것이 필요하고 현실적이고 객관적인 기준으로 관련기관을 정기적으로 평가하며 정신보건심의위원회의 기능을 강화하는 것이 필요하다. 특히 장기입원과 관련하여 정신보건법상의 ‘계속입원심사’를 강화하여 신뢰성을 높일 필요가 있다. 현실적으로 ‘계속입원심사’에서 퇴원명령을 내린다 하여도 가족 거부하면 더 열악한 시설로 재입원될 수 있으므로 이를 제재할 규정이 필요하다. 그러나 이러한 제재에 앞서 무엇보다 가족에게 지속적인 보호책임을 강요하는 것이 장기입원을 부추기는 주요원인이므로 이에 대한 대책으로 평생계획(permanency plan) 수립을 제안할 수 있다. 평생계획은 일차적 보호제공자가 더 이상 보호를 제공할 수 없을 때를 대비한 법적, 주거, 재정적 계획으로 정신장애인을 사례관리 하는 과정에 이러한 평생계획을 반드시 포함시켜 장기적인 지역사회보호를 계획하는 것이다. 그러기 위해서는 정책적으로 지역사회 내 주거 및 사회복지 프로그램이 확보되어야 하고 소득보장이나 고용촉진정책과 같은 정신장애인 욕구에 적합한 장애인 복지시책이 선행되어야 한다.

셋째, 대부분 정신장애인 권리제한은 ‘정신장애인의 동의능력’을 인정하기 어렵다는 전제에서 출발한다. 즉, 판단력 부족으로 운전을 하는 것이 어렵고 병식이 없으므로 입원을 결정하지 못하며 현실성이 떨어지므로 통신의 사용을 제한해야 한다는 것이다. 따라서 불가피한 권리제한을 정당화하려면 정확한 동의능력을 평가하는 도구개발이 시급히 요청된다. 이러한 객관적 도구로 동의능력을 평가하여 능력이 인정될 경우 자기결정을 존중해 주고 만약 평가시 능력이 인정되지 못하면 정신장애인의 의견이 최대한 반영될 수 있는 대리결정이 될 수 있도록 전문가들이 노력해야 한다.

넷째, 정신장애인 인권신장을 위한 조직적인 사회적 노력을 제안할 수 있다. 윤찬영(2000) 역시 이에 대해 정신장애인의 인권보장을 위한 법적 체계를 이루어내기 위해 입법청원 및 개정운동을 모색해야 하고 언론, 정보화매체, 공청회 등을 활용하여 인권문제를 제기한 것을 제안하였다. 이에 덧붙여 정신장애인 스스로 인권을 주장할 수 있도록 역량강화(empowerment)하는 접근이 필요하고 무엇보다 의료적 모델에 치우쳐 온정주의를 지나치게 정당화하는 전문가들의 인권보장에 대한 의식제고가 시급히 요청된다.

참고문헌

- 국가인권위원회. 2003. “정신질환자의 인권보호를 위한 치료환경상의 문제점 -정신의료기관에 대한 조사를 중심으로 -”. 정신질환자 인권보호 청문회 자료집.

- 김강운. 1996. “인권의 국제적 보장에 관한 헌법학적 연구”. 원광대학교 대학원 박사 학위논문.
- 김성완·윤진상·이무석·이형영. 2000. “최근 일간지에 보도된 정신병에 대한 기사 분석”. 『신경정신의학』 39: 838-848.
- 김영미·조병만·장기용·정영인. 1999. “장기입원 만성정신질환자의 실태에 관한 조사”. 『신경정신의학』 38: 774-783.
- 김윤·박종익·강위창·홍진표. 2000. “정신의료서비스 제공량에 영향을 미치는 요인”. 『신경정신의학』 39: 860-868.
- 김형식·여지영 역, 2001. 『인권과 사회복지실천』 Jim Ife. 2001. *Human and Social Work*. 서울 : 나남출판사.
- 대한의사협회. 2002. “환자정보와 인권보호”. 환자정보와 인권보호에 관한공청회 자료집.
- 서미경·권영준·정희연. 1993. “정신질환으로 인한 낙인에 기여하는 요인”. 『순천향대학교논문집』 16: 1183-1188.
- 서미경. 1998. “정신보건영역에서의 고지된 동의(informed consent)과정에 관한 연구”. 『정신보건과 사회사업』 6: 5-24.
- 신경정신의학회보. 2002년 8월 25일자 기사
- 양옥경. 1998. “정신장애인에 대한 사회편견 연구”. 『한국사회복지학』 35:231-261.
- 유태균 역, 2001. 『사회복지 질적 연구방법론』. Deborah K Padgett. 1998. *Qualitative Methods in Social Work Research*. 서울 : 나남출판사.
- 윤찬영. 2000. “정신장애인 인권운동”. 2000년 한국정신보건사회사업학회 춘계학술 대회자료집.
- 이영문·이호영·정영기·이충순·김병후·이주훈·임기영·이만홍·오병춘·도정기. 1996. “정신의료 시설 입원/입원환자의 재원 적절성 평가도구개발연구”. 『신경정신의학』 35: 647-663.
- 이영문·김현수·이호영. 1999. “한국정신보건시설 입원/입소에 대한 재원 적절성 분석”. 『신경정신의학』 38: 973-984.
- 정인원·박환규·정영복·김수일·원구연·김교형·신찬진. 1999. “만성정신질환자의 계속 입원치료심사에 관한 연구”. 『신경정신의학』 38: 1282-1292.
- 정인원·김현·신철진·손정우. 2001. 『정신질환자의 계속 입원심사제도 표준 심사 지침 개발연구』. 보건복지부.
- 조선일보. 1997년 10월 26일자 기사
- 조선일보. 2003년 1월 2일자 기사
- 조은영. 1999. “정신질환을 가진 사람에 대한 스티그마 형성과정에 관한 연구”. 연세대학교 대학원 박사 학위논문.
- 최종혁. 2001. “질적평가방법론을 이용한 임상사회사업 연구”. 2001년 한국정신보건 사회복지사회 보수교육 자료집.
- 한국보건사회연구원. 1999. 『전국정신보건시설의 정신건강프로그램 및 재원환자의 정신건강 실태조사』. 보건복지부.
- 허미화 역, 1997. 『질적사례연구법』. Sharan B Merriam. 1994. *Case Study Research in Education: A Qualitative Approach*. 서울 : 양서원.
- Beauchamp, T. L. and J. F. Childress, J. F. 1994. *Principles of biomedical ethics* New York : Oxford University Press.
- Breeze, J. 1998. “Can paternalism be justified in mental health care?” *Journal of Advanced Nursing*

28: 206-266.

- Chodoff, P. 1984. "Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue." *American Journal of Psychiatry* 141: 384-389.
- Dracy, D. L. and B. A. Yutzenka. 1997. "Responses of direct-care paraprofessional mental health staff to hypothetical ethic violations." *Psychiatric Services* 48:1160-1163.
- Kahn, M. W., L. Obstfeld, and E. Heiman. 1979. "Staff conceptions of patients' attitudes toward mental disorders and hospitalization as compared to patients' and staff's actual attitudes." *Journal of Clinical Psychology* 35: 415-420.
- Link, B G, et al. 2001. "The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness." *Psychiatric Services* 52: 1621-1626.
- Main, S., A. B. McBride, and J. K. Austin. 1991. "Patients and staff perception of a psychiatric ward environment." *Issues Mental Health Nurses* 12(2):149-157.
- McGarry, L. and Chodoff, P. 1981. "The ethics of involuntary hospitalization." In *Psychiatric Ethics*. Sidney Bloch, Paul Chodoff. New York : Oxford University Press.
- Ozarin, L. 2001. "Pioneer for patient's rights." *Psychiatric News* 36(23): 40-41.
- Perkins, D. V, et al. 1998. "Decisions and justifications by community mental health providers about hypothetical ethical dilemmas, *Psychiatric Services* 49: 1317-1322.
- Perlick, D. A, et al. 2001. "Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder." *Psychiatric Services* 52: 1627-1632.
- Perlin, M. L., K. K. Could, and D. A. Dorfman. 1995. "Therapeutic jurisprudence and the civil rights of institutionalized mentally disabled persons." *Psychology* 1(1): 80-119.
- Rachlin, S., A. Pam, J. Milton. 1975. "Civil liberties versus involuntary hospitalization." *American Journal of Psychiatry* 132(2): 189-192.
- Roe, D., et al. 2002. "Patients' and staff members' attitudes about the rights of hospitalized psychiatric patients." *Psychiatric Services* 53: 87-91.
- Sirey, J. A, et al. 2001. "Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence." *Psychiatric Services* 52:1615-1620.
- Soliday, S M. 1985. "A comparison of patients and staff attitudes toward seclusion." *Journal of Mental Disorder* 173(5): 282-291.
- Steadmal, H., and J. Cocozzo. 1977 "Selective reporting and the public's misconceptions of the criminally insane." *Public Opinion Quartely* 41: 523-533.
- Wahl, O., and R. Roth. 1982. "Television images of mental illness: Results of a Metropolitan Washington media watch." *Journal of Broadcasting* 26: 599-605.
- Weiner, D. B. 1992. "Philippe Pinel's "Memoir on madness" of December, 11, 1794 : A fundamental text of modern psychiatry." *American Journal of Psychiatry* 49(6): 725-732.
- WHO. 2001. *Guidelines for the promotion of human rights of person with mental disorders*.

The Assurance and Restriction on Human Rights of the Mentally Ill

Seo, Mi Kyung

(Gyeong Sang National University)

The main premise of this study is that the assurance on human rights of the mentally ill is contradictory to 'the greatest happiness of the greatest number' or 'therapeutic benefits'. Accordingly this study aims to find out the conceptual framework of assurance and restriction on human rights of the mentally ill. Using qualitative method, this study conducted the in-depth interview with 10 general public, 9 professionals, 6 mentally ill regarding the several issues of human rights included long-term hospitalization, restriction on driver's licence, involuntary hospitalization, restriction on communication in psychiatric ward.

Research results are as follows ; two sets of dimensions are inferred from the analysis of interview transcript. First dimension is the focus of justification, ranging from the emphasis on positive consequences influenced to 'the greatest numbers'(the utilitarian thought) to the emphasis on assurance of rights without any conditions(the deontological thought). Second dimension is the locus of decision, ranging from the formal system included the professionals and the government agency to the informal system included the families and the mentally ill. And there are differences in attitudes toward assurance and restriction on rights of the mentally ill among general public, professionals, and the mentally ill. In detail, general public regarded that 'involuntary hospitalization' and 'restriction on driver's license' which are apt to be directly harmful to people must be justified by consequence-centered and decided by the formal system, while 'long-term hospitalization' which is less harmful to people could be justified by right-centered and decided by the formal-system. And they thought that 'restriction of communication' could be justified by right-centered and decided by the informal system.

Based on the findings, this study would conclude that practical guidelines for the promotion of human rights of the mentally ill must be developed.

Key words : human rights, assurance on rights, restriction on rights, long-term hospitalization, involuntary hospitalization

[접수일 2003. 8. 19 게재확정일 2003. 11.3]