



저작자표시-비영리-동일조건변경허락 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



동일조건변경허락. 귀하가 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공했을 경우에는, 이 저작물과 동일한 이용허락조건하에서만 배포할 수 있습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

석 사 학 위 논 문

중독 치료재활에 치료공동체적용에
관한 고찰

-교정기관 치료공동체 적용 중심으로-

2012년



HANSUNG
UNIVERSITY

한성대학교 행정대학원

중독재활학과

치료재활전공

김 기 정

석사학위논문
지도교수 조성남

중독 치료재활에 치료공동체적용에 관한 고찰

- 교정기관 치료공동체 적용 중심으로 -

Study on the application of therapeutic community in the
treatment and rehabilitation of addiction

- Focusing on the therapeutic community in the correctional
institution -

2011년 12월 일

한성대학교 행정대학원

중독재활학과

치료재활전공

김기정

석사학위논문
지도교수 조성남

중독 치료재활에 치료공동체적용에 관한 고찰

- 교정기관 치료공동체 적용 중심으로 -

Study on the application of therapeutic community in the
treatment and rehabilitation of addiction

- Focusing on the therapeutic community in the correctional
institution -

위 논문을 중독재활학 석사학위 논문으로 제출함

2011년 12월 일

한성대학교 행정대학원

중독재활학과

치료재활전공

김 기 정

김기정의 중독재활학 석사학위논문을 인준함

2011년 12월 일



심사위원장 _____ 인

HANSUNG
UNIVERSITY

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

국 문 초 록

중독 치료재활에 치료공동체 적용에 관한 고찰 -교정기관 치료공동체 적용 중심으로-

한성대학교 행정대학원

중독재활학과

치료재활전공

김 기 정

우리나라는 그동안 마약의 안전지대로 분류되어 왔으나 1999년 이후 마약류사범이 1만명을 넘어가면서 마약지수가 20을 넘어 확산방지를 위한 통제가 필요한 국가로 분류되고 있다. 마약류사범은 범법자로 낙인화 된 가운데 재범률마저 50%를 육박하고 있는 가운데 있고 특히 마약을 비롯한 약물중독은 심리적 의존과 신체적 의존이 매우 강하고 단약하였을 경우 금단증상이 심하여 치료를 받아야 되는 만성적 질환임에도 질환이라는 인식부족과 형사사법체계와 연관되어 범법자로 낙인화 되어 처벌되어지고 있다. 마약류중독자를 위한 치료재활프로그램을 민간기관들이 참여하고 있지만 교도소나 구치소 내에 수용되어 있는 마약류사범에 대한 교정시설 내 처우도 미약한 수준이며 대부분 교도소에서 치료 없이 수용되어 있는 현실이어서 효과적이고 효율적인 연속선상의 치료재활프로그램이 꼭 필요한 시기이다.

미국의 경우 마약류사범들이 너무나 넘쳐나서 많은 시행착오를 겪었던 시기도 있었지만 약물법원제도와 거주형 약물재활프로그램인 치료적 공동체를 적용하므로 많은 약물중독사범들의 재발감소와 범죄감소로 국가사회·경제적비용을 낮추고 있는 실정이다. 우리나라도 형량을 받고 있는 마약류

사범에게 교도소에 강제 구금되어 있는 기간들을 활용한 치료적 공동체를 적용함으로써 재범율과 범죄를 낮추는 치료재활프로그램이 되길 바란다.

【주요어】 마약류사범, 강제치료제도, 치료재활, 치료적 공동체



목 차

제 1 장 서 론	1
제 1 절 연구의 목적	1
제 2 절 연구의 범위와 방법	2
1. 연구의 범위	2
2. 연구의 방법	3
제 2 장 마약류 중독 치료재활의 실태	4
제 1 절 우리나라의 마약류 사범현황과 치료재활실태	4
1. 마약류의 정의	4
2. 마약류사범 일반 현황	6
3. 재범률 현황	8
제 2 절 마약류사범의 치료실태	9
1. 치료와 보호관련 법률	9
1) 마약류관리에 관한 법률(마약류중독자치료보호규정)	9
2) 치료감호법 (구사회보호법)	10
3) 보호관찰 등에 관한 법률	10
4) 정신보건법	11
5) 사회복지법	12
2. 기관별 내용	12
3. 검찰처리현황	14
4. 우리나라 치료재활 실태	16
1) 치료보호제도	17
(1) 마약류사범 입원 현황	18

(2) 치료보호기관	20
2) 보호관찰제도	21
(1) 보호관찰처분의 내용	21
(2) 약물수강명령	22
3) 치료감호제도	23
 제 3 절 교도소 내 치료재활 실태	25
1. 교도소내 마약류사범 실태	25
1) 교도소내 마약류 전과 관련사범 실태	26
2) 교도소 내 마약류사범 치료재활교육 프로그램	28
(1) 약물중독재활센터(공주감호소)치료재활	29
(2) 공주치료감호소 치료재활프로그램 교육안	30
(3) 8개 교도소 시범사업(단약동기증진) 프로그램 교육안	32
(4) 기타 교도소 단약교육프로그램	38
 제 4 절 미국의 마약류 중독 치료재활 프로그램	40
1. 미국의 강제치료제	40
2. 약물법원제도	41
1) 약물법원제도 탄생	41
2) 약물법원 주요 구성요소	41
3) 약물법원의 접근법	42
4) 약물법원 프로그램 대상자	43
3. 교도소의 약물 프로그램	43
1) 약물예방교육 프로그램(Drug Education Programs)	43
2) 비거주 약물납용 서비스	44
3) 거주 약물납용 처우 프로그램	44
(1) 구치소 프로그램	45
(2) 델라웨어주의 키-크레스트 프로그램	46
① 키 프로그램	46

② 크레스트 프로그램	46
③ 사후관리 프로그램	46
④ 민간부분의 적극 참여	47
⑤ 키 - 크레스트 프로그램의 평가	47
4. 민간위탁	48
1) 민간위탁(Civil Commitment)치료시설	48
2) 지역사회에 근거한 약물치료프로그램	48

제 3 장 치료적 공동체의 적용 50

제 1 절 치료공동체	50
1. 치료공동체의 역사	50
2. 치료공동체의 개념적 내용	53
3. 치료공동체의 치료요소	54
1) 행동형성 도구	55
2) 심리·정서적 도구	55
3) 지적·영적도구	56
4) 직업·생존기술도구	57
제 2 절 교도소 내 치료적 공동체	57
제 3 절 자조모임	60
1. AA와 12단계 역사	60
2. AA12단계의 이해	61
1) 12단계 전문	61
2) 12단계 해설	62
3) NA	67

제 4 장 교도소 내 치료적 공동체적용 활성화 제안 68

제 1 절 교도소 내 치료적 공동체 적용 활성화 제안	68
1. 마약류사범 공동생활 공간 확보	68
2. 마약류사범 관리 감독하는 운영진 확보	69
3. 단계별 권익체계 세우기	70
제 2 절 치료적 공동체 프로그램 제안	72
1. 제1단계(유도단계)	72
2. 제2단계(중심치료단계)	73
3. 제3단계(사회복귀지도)	74
제 3 절 약물예방	74
제 4 절 NA활성화	75
제 5 장 결론	76
【참고문헌】	78
ABSTRACT	84

【 표 목 차 】

【표2-1】	마약류 종류	5
【표2-2】	마약류 사범 연도별 실태	6
【표2-3】	마약류 사범 행위 유형별 현황	7
【표2-4】	마약류 사범 전체 재범률 현황	8
【표2-5】	마약류 사범 검찰 처리 현황	14
【표2-6】	우리나라 약물 남용자 강제 치료 제도	17
【표2-7】	연도별 치료보호 현황	18
【표2-8】	입원 형태 치료보호 현황	19
【표2-9】	치료보호 판별 검사 기준	20
【표2-10】	마약류 지정 치료보호 기관	21
【표2-11】	치료감호실적	24
【표2-12】	마약류 처벌실태	27
【표2-13】	마약류사범 프로그램 처우 만족도	29
【표2-14】	신입 교육안(향정1반)	30
【표2-15】	단약 교육안(향정 2반)	30
【표2-16】	재활 교육안(유해반)	31
【표2-17】	1단계: 단약동기증진 교육안	33
【표2-18】	2단계:집중교육 계획안-단약자조모임(NA)	37
【표2-19】	교정시설 단약동기증진 프로그램 시행현황	38
【표2-20】	구치소 약물프로그램 구성요소	45
【표3-1】	Jones의 정신의학 치료공동체의 특징	51
【표3-2】	심리, 정서를 돕는 치료요인 프로그램	56
【표3-3】	지적, 영적 발달을 위한 요인	57

【 그림 목 차 】

<그림2-1 > 마약류 관련 전과	26
<그림2-2 > 마약류 관련 처벌	27
<그림2-3 > 마약류 관련 행위 유형	28
<그림4-1 > 권익체계 위계도	72



HANSUNG
UNIVERSITY

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 목적

21C 현대인들은 급변하는 사회구조 속에서 정신적 긴장과 심리적 갈등, 욕구부족으로 말미암아 채워지지 않는 결핍들을 자신만의 방법인 담배, 알코올, 마약, 도박, 인터넷게임, 성 중독, 쇼핑, 먹는 것 등으로 부족한 마음속 사랑을 물질적인 것으로 채우는 다양한 중독의 홍수 속에서 살아가고 있다.

우리나라는 그동안 마약의 안전지대로 분류되어 왔으나 1999년 마약류사범이 1만명을 넘어가면서 마약지수가 20을 넘어 확산방지를 위한 통제가 필요한 국가로 분류되고 있다. 특히 마약을 비롯한 약물중독은 심리적 의존과 신체적 의존이 매우 강하여 단약하였을 경우 금단증상이 심하여 치료를 받아야 되는 만성적 질환임에도 우리나라의 현실은 질환이라는 인식 부족과 마약류사범이 형사사법체계와 연관되어 있어 치료하는 중독자의 수는 극히 적어 최근 5년간 마약류사범별 재범률은 평균 38.8%의 재범률을 보이고 있다. 현재 마약류 중독자에 대한 국가의 치료적 개입으로는 치료감호법상의 치료감호처분, 형법상의 수강명령에 의한 마약류 사범들의 약물강의, 마약류관리에 관한 법률상의 치료보호명령으로 가능하지만 그 혜택을 누리는 사람도 극히 소수이다. 마약류중독자들을 위한 치료재활프로그램을 민간기관들이 참여 하고 있지만 교도소나 구치소 내에 수용되어 있는 마약류사범에 대한 교정시설 내 처우도 미약한 수준이며 대부분 교도소에서 치료 없이 수용되어 있는 현실이어서 효과적이고 효율적인 연속선상의 치료재활 프로그램이 꼭 필요한 시기이다. 미국의 경우 마약류 사범들이 너무나 넘쳐나서 많은 시행착오를 겪었던 시기도 있었지만 약물법원제도와 거주형 약물재활 프로그램인 치료적 공동체를 활용하므로 많은 약물중독사범들의 재발감소와 범죄감소로 말미암아 국가사회·경제적 비용을 낮추고 있는 실정이다. 우리나라도 형량을 받고 있는 마약류사범에게

교도소와 구치소에 강제 구금되어 있는 기간 동안 대분류제도를 활용한 평가를 통해 치료적 공동체를 적용함으로써 재범율과 범죄를 낮추는 회복프로그램의 활용기초가 되길 바란다. 지금까지 교정시설에선 치료보다는 교정교화와 보안중심에 치중되어 있었던 상태에서 본 연구는 이러한 문제들을 해결하기 위하여 마약류사범에 대한 일반현황의 프로그램 실태를 고찰하여 치료적 공동체라는 새로운 시스템을 적용하는 제안을 하고자 한다.

제 2 절 연구의 범위와 방법

1. 연구 범위

우리나라에서 약물남용현황과 이와 관련된 마약사범에 대한 치료 및 재활에 관한 프로그램을 실행하는 정부기관과 민간기관의 교육프로그램종류와 치료에 대한 개입으로 실시하고 있는 프로그램과 교정기관인 교도소와 구치소, 형사사범에서 처리된보호관찰과 수강명령대상자들이 참여하는 프로그램을 대상으로 범위를 정하였다.

DSM-IV에서 말하는 중독(의존, 남용이라는 단어로 등재)으로 말미암아 왜곡된 지각과 비현실적 자아개념으로 부정적 자아존중감과 심리상태를 갖게 되어 치료와 재활과정에 방해적 요인으로 작용하는 재범마약류사범과 초기 마약류사범으로 교정기관이나 보호관찰, 치료보호에 있는 마약류 중독자들을 대상으로 활용하는 프로그램 실태를 고찰하고, 민영기관을 통한 프로그램 적용에 대한 보고서와 미국의 치료공동체 프로그램(Daytop, AA12단계와 12전통, 자조모임)을 조사하였다. 특히 우리나라는 마약통제 정책을 쓰고 있어 수요와 공급을 차단시키는 마약류관리에 관한 법률 제 30조“ 마약사용의 금지”로 말미암아 범법자가 되어 치료와는 먼 보안중심의 마약류사범의 처우를 위하여 마약류를 포함한 향정신성의약품, 대마를 흡입하거나 마약류투약으로 중독되어 교도소나 감호소, 보호관찰제도에 국한된 범위대상자로 선정한 것이다. 또한 연구의 수행과정으로 외국 마약류 의존자들에게 적용되는 약물법원제도의 문헌고찰과 치료공동체에 관한

국내외 발표논문, 단행본, 학술지를 포괄적으로 수집하여 고찰하므로 치료 공동체를 적용하고 있는 국내치료공동체 시설을 범위 안에 포함시켰다.

2. 연구 방법

현행 상 마약류중독자의 형사 사법적 제도 아래 마약류사범들의 현황과 실태를 살펴보고, 마약류사범들에게 시행되는 프로그램의 현황과 실태를 파악함에 있어 미국의 Daytop의 도움을 받아 치료공동체모델을 실행하고 있는 동부아동시립상담소의 나우리 치료공동체 적용에 관한 학술논문과 AA12단계와 12전통, 법무부 치료감호병원의 약물남용 대상자 프로그램, 소망을 나누는 사람들에서 적용하는 프로그램, 한국마약퇴치운동본부의 마약류사범 단약증진 재활프로그램, 송천쉼터의 거주프로그램을 살펴보았다. 아직 우리나라는 치료공동체 프로그램이 공식적으로 매뉴얼 된 것은 아니지만 각자의 실정에 맞추어 민간기관들이 치료공동체 프로그램을 적용 실현시키고 있는 과정이기에 전반적인 치료공동체의 흐름을 이해하고 정립해 가는 과정이다. 마약류사범에게 실시하고 있는 송천쉼터와 소망을 나누는 사람들, 치료감호소의 마약류사범의 프로그램, 전국구치소나 교도소의 마약류중독자의 프로그램의 실태파악과 프로그램 교육안, 내용을 살펴보는 실증적인 방법을 택하였다.

제 2 장 마약류중독의 치료재활 실태

제 1 절 우리나라의 마약류사범 현황과 치료재활 실태

1. 마약류와 중독의 정의

마약(narcotics)이란 용어는 “무감각을 의미하는 그리스어‘narkotikos’에서 유래된 것으로 수면 및 혼미를 야기해 동통을 완화시키는 물질을 말하며 WHO의 보고에 의하면 의존성(dependence)¹⁾, 내성(tolerance)²⁾, 금단증상(Abstinence syndrome)³⁾, 등의 증상을 가지고 있으며 개인에게 한정되지 아니하고 사회에도 악을 끼치는 약물로 정의하고 있다”(대검찰청 2010;2). 마약류중독은 중추신경계에 작용하여 중추신경작용을 양양하거나 억제하는 물질 중에서 신체적 의존성이나 정신적 의존성이 있는 것으로 규제 대상된 물질을 말한다. 본 연구자도 마약류에 대한 정의는 마약류범죄백서에서 정의하고 있는 용어적 정의를 사용한다. 또한 중독(中毒)이란 용어도 다양한 의미⁴⁾를 포함하고 있다. 70-80년대에 과량의 연탄가스를 마셨을 경우 “연탄가스중독”이라는 용어를 사용하였고 요즘 술을 많이 마시거나 인터넷을 오랫동안 사용하여도 “중독”이란 단어를 사용한다. 연탄가스중독이라 부르는 경우는 일시적 독성이 몸 안으로 들어와 질병이 발생하는 경우의 intoxication 의미를 함유하고 있고 물질이나 습관적인 행동

- 1) 약물을 얻기 위한 강한 갈망이나 강박적인 행동반응을 말한다.
- 2) 동일한 효과를 얻기 위해 약물의 사용량이 증가하는 것(내성)을 말한다.
- 3) 장기간 과도하게 사용하던 약물의 중단으로 발생하는 특유의 의존성으로 사회적, 직업적 및 다른 중요한 기능영역에서 임상적으로 심각한 신체적 고통이나 장애로 나타나는 현상(금단증상)을 말한다.
- 4) 의존, 남용, 내성, 금단증상 공동의존, 이중진단, 재발의 의미를 지님.
 - *물질(substance): 뇌에 영향을 주어 의식이나 마음을 변화시키는 물질
 - *남용(abuse): 사용목적과 다르게 의도적으로 사용하는 비 의학적 행위.
 - *강화(reinforcement): 보상에 의해 반복적으로 물질을 사용하거나 행위를 반복하는 상태.
 - *갈망(craving): 양성강화로 나타나는 현상으로 자극에 의해 유발되는 조건화되고 지속되는 반응상태.

이 해로운 결과를 초래함에도 불구하고 본인 스스로 조절하지 못해 강박적으로 사용하는 경우를 addiction이라 하는데 이처럼 의존(dependence)과 내성, 금단증상을 신체적, 정신적 적응행위를 동반한 후자의 경우로 중독이란 단어를 사용코자 한다.

【표2-1】 마약류 종류

마약류	향정신성 의약품	각성제(흥분제)	메스암페타민(히로뽕), 페타민류
		환각제	LSD, 페이요티 사일로사이빈 등
		억제제(안정제)	바르비탈염제류등
	마약	천연마약(양귀비) 코카 나무잎 카트(KHAT)	생아편, 몰핀, 코데인, 테바인, 헤로인 코카인(Cocaine), 크랙(Crack) 식물성 신종마약
		한의학마약	펜타조신, 아티반, 세코날, 러미나 텍스트로메드로판제제(거담제)
		합성마약	페티딘계(Pethidine), 메사돈계(Methacone) 프로폭시펜, 모르핀, 아미노부탄
		반합성마약	헤로인, 히이드로폰, 옥시코돈
	대마	대마초(마리화나, 칸나비스사티바엘)	
		대마수지(해시시)	
		대마수지(해시시 오일)	
	기타유해 화합물질:	환각작용을 일으키는 물질: 본드(접착제), 신나, 부탄가스 등	

출처: 박만오, 2005, “마약중독의 치료재활에 관한 고찰”, 한성대학교 국제대학원, P8

2. 마약류사범 일반 현황

대검찰청에 따르면 2000년 이후 점점 증가되어 오던 마약류사범이 2009년 11,876명으로 최고를 기록하면서 마약류 및 남용약물 사용경험이 있는 단순투약자를 무시할 수 없는 수준에 있음을 알 수 있다.

【표2-2】 마약류사범 연도별 현황

단위: 명(%)

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
마약	661 (6.5)	790 (7.4)	1,211 (16.6)	1,203 (15.5)	768 (10.7)	869 (11.3)	958 (9.0)	1,396 (14.1)	2,198 (19)	1,124 (11.5)
향정	7,959 (78.8)	7,918 (74.2)	4,727 (62.6)	5,313 (68.6)	5,354 (74.8)	6,007 (77.9)	8,521 (80.0)	7,457 (75.3)	7,965 (67)	6,771 (69.6)
대마	1,482 (14.7)	1,965 (18.4)	1,608 (21.3)	1,231 (15.9)	1,032 (14.4)	835 (10.8)	1,170 (11.0)	1,045 (10.6)	1,712 (14)	1,837 (18.9)
전체	10,102 (100)	10,673 (100)	7,546 (100)	7,747 (100)	7,154 (100)	7,711 (100)	10,649 (100)	9,898 (100)	11,876 (100)	9,732 (100)

출처: 대검찰청, 2001-2010년, 「마약범죄백서」, 대검찰청, 재구성.(년도별로)

【표2-2】에서 보는 바와 같이 이는 전체 마약류사범 중 향정사범 점유율이 1999년이후로 7,000명을 상회하고 세계적 동향이 아편과 코카인에서 암페타민류 각성제⁵⁾(ATS, Amphetamine-type Stimulants)남용 증가속도가 빠르게 확산되고 있는 추세에 우리나라도 대부분 마약류사범중 향정사범이 70%이상률 점유하고 있어 동남아 주변국가지역의 향정물질 밀조의 영향을 받고 있으며 유통은 물론 약물사용에도 영향을 받고 있는 있어 수요감축정책에 관심을 가지고 대처할 필요가 있음을 시사하고 있는 것이다.

【표2-3】 마약류사범 범죄유형 비율은 향정(필로폰)이 평균 4,364명으로 78.8%, 대마사범이 연평균 1,067명의 19.3%로 향정과 대마가 전체 남용사

5) 메스암페타민, 암페타민, 엑스테시, MDMA등.

범의 98.1%를 점유하여 주류를 구성하고 있다. 마약류남용의 재범을 방지하기 위해서는 남용사범과 밀매사범을 분리하여 남용사범에 대해서 대분류제도의 평가를 통한 치료재활교육이 꼭 필요 하며 동기부여 면에서도 형법을 통한 강제치료제도의 조기 치료개입이 필요하다. 또한 마약류거래 사범에 관해서는 엄정한 처벌을 통하여 범의 위중함을 알게 하고 처벌기간동안 약물수감명령을 내리므로 약물에 대한 폐해를 알게 하여 남용으로 가는 길을 차단해야 한다.

【표2-3】 마약류사범 행위 유형별 현황

단위: 명

구분			2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
남용	마약	전체	954	661	790	1,211	1,203	768	869	958	1,045
		남용	41	120	200	138	138	62	111	51	105
	향정	전체	7,066	7,959	7,918	4,727	5,313	5,354	6,007	8,521	7,457
		남용	5,050	5,827	5,454	3,109	3,244	3,085	3,533	5,132	4,849
	대마	전체	2,284	1,482	1,965	1,608	1,231	1,032	835	1,170	1,045
		남용	1,767	1,220	1,597	1,273	833	725	588	830	765
	남용사범비율	전체	10,304	10,102	10,673	7,546	7,747	7,154	7,711	10,649	9,898
		남용	6,858 (66.6)	7,167 (70.9)	7,251 (67.9)	4,520 (59.9)	4,215 (54.4)	3,872 (54.1)	4,229 (54.9)	6,013 (56.5)	5,719 (57.8)
밀매	마약	전체	954	661	790	1,211	1,203	768	869	958	1,042
		밀매	10 (1.0)	11 (1.7)	16 (2.0)	29 (2.4)	51 (4.2)	12 (1.6)	9 (1.0)	21 (2.2)	5 (0.58)
	향정	전체	7,066	7,959	7,918	4,727	5,313	5,354	6,007	8,521	7,457
		밀매	1,044 (14.8)	995 (12.5)	1,237 (15.6)	844 (17.9)	959 (18.1)	1,208 (22.6)	1,424 (23.7)	1,741 (20.4)	1,551 (20.8)
	대마	전체	2,284	1,482	1,965	1,608	1,231	1,032	835	1,170	1,045
		밀매	124 (5.4)	60 (4.0)	76 (3.9)	105	44 (3.6)	50 (4.8)	44 (5.3)	55 (4.7)	81 (7.8)

						(6.5)					
	전체	10,304	10,102	10,673	7,546	7,747	7,154	7,711	10,649	9,898	
밀매사범비율	밀매	1,178 (11.4)	1,066 (10.6)	1,329 (12.5)	978 (13.0)	1,054 (13.6)	1,270 (17.8)	1,477 (19.2)	1,817 (17.1)	1,637 (16.5)	

출처: 이철희, 2009, “마약류남용자 치료·재활정책에 대한 정책수행자와 마약류남용자의 인식에 관한 연구:Q 방법론의 활용”, 동의대학교 대학원박사논문, p.65

3. 재범률 현황

마약류사범의 재범률은 보면 2004년까지 30%를 상회 하였고, 2005년도에서 2007년까지는 평균43%로 투약사범으로 거의 절반수준에 육박하는 비율을 나타냈으며 2010년까지 10년 동안의 평균을 보면 평균36%의 높은 재범률을 나타내고 있다.

【표2-4】 마약류사범 전체 재범률 현황

단위: 명(%)

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
전체 사범	10,102	10,673	7,546	7,747	7,154	7,709	10,640	9,898	11,876	9,732
재범 인원	3,139	3,367	2,304	2,338	3,059	3,468	4,328	3,793	4,018	3,583
재범률 (%)	31.1	31.5	30.5	30.2	42.8	45.0	40.6	38.3	33.8	36.8

자료: 대검찰청, 「마약류범죄백서」, 2001-2010, 대검찰청, 재구성.

특히 다른 범죄의 재범률보다 【표2-4】와 같이 2001년에서 2010년까지 재범률 현황을 통하여 우리나라의 형사사범체계의 엄정한 사범처리가 치료재활정책의 마약류 투약 누적사범들의 재범률을 감소시키지 못한다는 사실을 반영하는 것이다. 검찰청 자료에 의하면 마약류사범의 재범률은

향정·대마·마약사범 순으로 나타나고 있는데 2005년 이후 향정사범의 재범률이 40%를 상회하고 있고 현재도 여전히 향정물질을 사용하는 자들의 재범이 줄지 않고 있는 시점에서 다른 마약류보다 심각함을 보여주고 있다. 인터넷보급으로 인한 세계화로 빠른 유통구조망도 마약류사범들이 약물을 손쉽게 구입 투약하므로 재범률을 높이는 요인이 되고 있다.

제 2 절 마약류사범의 치료실태

1. 치료와 보호관련 법률

1) 마약류관리에 관한 법률(마약류중독자치료보호규정)

[제40조] 마약류중독자의 치료보호 (별칙)

①보건복지부장관 또는 시·도지사는 마약류사용자의 마약류중독 여부를 판별하거나 마약류중독자로 판명된 자를 치료보호하기 위하여 치료보호기관을 설치·운영하거나 지정할 수 있다. [개정 2008.3.28, 2010.1.18 제9932호(정부조직법)] [[시행일 2010.3.19]]

②보건복지부장관 또는 시·도지사는 마약류사용자에 대하여 제1항의 규정에 의한 치료보호기관에서 마약류중독 여부의 판별검사를 받도록 하게 하거나 마약류중독자로 판명된 자에 대하여 치료보호를 받도록 하게 할 수 있다. 이 경우 판별검사기간은 1월 이내로, 치료보호기간은 12월 이내로 한다. [개정 2004.1.20, 2008.3.28, 2010.1.18 제9932호(정부조직법)] [[시행일 2010.3.19]]

③보건복지부장관 또는 시·도지사는 제2항의 규정에 의한 판별검사 또는 치료보호를 하고자 하는 때에는 치료보호심사위원회의 심의를 거쳐야 한다. [개정 2008.3.28, 2010.1.18 제9932호(정부조직법)] [시행일 2010.3.19]]

④제3항의 규정에 의한 판별검사 및 치료보호에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부·특별시·광역시 및 도에 치료보호심사위원회를

둔다. [개정 2008.3.28, 2010.1.18 제9932호(정부조직법) [시행일 2010.3.19]]

⑤제1항 내지 제4항의 규정에 의한 치료보호기관의 설치·운영 및 지정, 판별검사 및 치료보호, 치료보호심사위원회의 구성·운영·직무 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

2) 치료감호법(사회보호법 제 40조)

마약류·알코올 기타 약물중독자 등으로 죄를 범한 자로서 재범의 위험성이 있고 특수한 교육·개선 및 치료가 필요하다고 인정 되는자에 대하여 보호처분을 함으로써 사회복귀를 촉진하고 사회를 보호하도록 규정하고 있다.(치료감호제도 규정. 제1조, 제2조)

3) 보호관찰⁶⁾ 등에 관한 법률

구체적으로 보호관찰은 그 대상자에게 대통령령이 정하는 바에 따라 일정한 장소에 출입을 제한하거나 특정물품의 사용을 금지하거나 기타 준수사항을 부과하는 처분이다. 즉 보호관찰은 피 보호감호자가 가출소한 때, 또는 병과된 형의 집행 중 가석방된 후 그 가석방이 취소되거나 실효됨이 없이 잔형기를 경과한 때, 이러한 제도의 목적을 달성하기 위해 설치된 사회보호위원회는 피보호관찰자에 대하여 준수사항을 부과할 수 있으며, 피보호관찰자는 보호관찰담당자의 지도와 감독을 받게 된다. 보호관찰의 기간은 3년으로 하되 그 전이라도 사회보호위원회의 보호감호의 집행면제 또는 치료감호의 종료결정이 있거나 보호관찰이 개시된 자가 다시 치료감호의 집행을 받게 된 때에는 보호관찰은 종료된다(동법 제10조 3항). 가정법원이나 지방법원의 소년부가 소년에게 선고할 수 있는 보안처분의 일종이다. 사회보호법상의 보호처분에는 보호감호·치료감호·보호관찰의 3가지가 있다(제3조). 보호감호는 피 보호 감호자를 보호감호시설에 수용하여 감호·교화하는 처분으로, 사회복귀에 필요한 직업훈련을 과할 수 있고 피

6) 소년법·사회보호법·보호관찰 등에 관한 법률 등에서 이를 규정하고 있다.

보호 감호자의 동의를 있는 때에는 노동을 과할 수 있다(제7조 1항). 과거에는 필요적 보호감호와 임의적 보호감호로 나뉘어 있었으나, 현재는 필요적 보호감호는 삭제되고 일정한 요건에 해당하고 재범의 위험성이 있을 때 실시되는 임의적 보호감호만이 존재한다(제5조). 치료감호는 심신장애자, 마약 및 알코올 중독자 등의 피 치료 감호자를 치료감호시설에 수용하여 이들에게 치료를 위한 조치를 행하는 보안처분이다(제9조). 한편 보호관찰은 가출소한 피 보호 감호자와 피치료 감호자를 보호시설 외에서 지도·감독하는 것을 내용으로 하는 보안처분이다. 이를 위하여 사회보호위원회는 피 보호 관찰자에 대하여 일정한 장소에의 출입제한이나 특정물품의 사용금지 기타 필요한 사항을 부과할 수 있다(제11조).

이러한 법률이 있음에도 아직까지 치료와 재활에 관한 보호관찰등에 관한 법률이 안정되게 시행되어 감에는 많은 시간과 병식(마약류중독)에 대한 인식의 변화가 있어야 하며 우리 시대적 통념적인 사고의 틀을 깨고 재범에 대한 정책에도 주력해야 할 것이다.

4) 정신보건법(25조 4항과 보건복지부 고시 97-14)⁷⁾

정신보건법을 환자의 인권에 초점을 맞추므로 정신질환자(알코올 및 약물중독 포함)도 인간으로써 존엄성과 가치의 보장을 보장하는데 있으며

7) 정신질환자의 규정 정신질환자 중에 정신보건법에 의하여 입원치료가 꼭 필요한 환자의 진단 및 증상을 **정신보건법 25조4항**과 보건복지부 고시 97-14로 정하였다. 가. '자신 또는 타인을 해할 위험'의 인정기준 ① 정신병으로 인하여 의식장애가 심한 상태: 의식의 혼탁과 지남력, 기억력, 충동조절 능력상실 등의 증상이 심하여 자신 또는 타인을 해할 위험이 높은 상태. ② 정신병으로 인한 망상에 의해 행동이 지배당하는 상태: 다음에 열거한 망상이 심하여 그 망상에 따라 행동하면 자신 또는 타인을 해할 가능성이 높은 상태.

* 자신을 누가 해치려 한다는 피해적인 내용의 망상이 심한 경우(피해망상, 추정망상, 음독망상, 조정 망상 등)

* 자신은 살아야 할 가치가 없다는 비관적 내용을 포함하는 망상이 심한 경우(죄책 망상, 빈곤 망상, 허무망상, 자살사고 등)

* 자신은 누구보다도 위대하기 때문에 무슨 일도 할 수 있다는 내용의 망상이 심한 경우(과대망상)

* 서로 연결이 되지 않는 각종 망상을 동시에 가지고 있어서 극도의 정신 혼란을 보이는 경우.

최적의 치료를 받을 권리가 보장되는데 그 목적이 있다. 또한 정신질환자가 정상인과 차별대우를 받지 않도록 보장되어야 하며 관행적이며 잘못된 선입관을 버리고 정신질환자가 입원 시 자발적 입원이 되도록 최대한 권장 되어야 한다. 입원치료나 요양, 재활 훈련도중의 행동이나 통신 등의 자유로운 환경도 보장되어야 한다.

5)사회복지법

사회복지사업(정신보건법25조 4항에 관련된 사업 포함)에 관한 기본적인 사항을 규정하여 사회복지의 필요로 하는 사람의 인간다운 생활을 할 권리를 보장하고 사회복지의 전문성을 높이며, 사회복지사업의 공정·투명·적정을 기함으로 사회복지의 인권에 관한 부분을 증진 하도록 하는 내용을 규정하고 있다.(한국마약퇴치운동본부, 「한국의 마약퇴치 정책연구」.

2. 기관별 내용

현재 시행되고 있는 마약류정책의 배경에는, 검찰, 경찰, 관세청, 보건복지부(식품의약품안전청), 국가정보원, 국무총리의 정부정책조정기구인 마약류대책협의회⁸⁾를 2001년 12월에 발족했다. 마약류공급의 차단업무는 대검찰청, 국정원, 경찰, 관세청에서 하고 수요 감축 대책 추진업무는 식품의약품 안전청, 법무부, 청소년보호위원회 등이 담당하였다. 이처럼 업무를 담당하는 기관들이 나뉘어져 있어 마약류남용자를 범죄자로 보고 처벌하는 형사사법적인 부분과 환자로 보고 접근하는 의료적 접근법이 있는데 우리나라는 검찰이나 경찰, 관세청, 국가정보원 등은 마약류공급차단에 중점을 두고 있고 수요감축 측면에서 마약류범죄를 수사하는 담당자들이 형사처벌 위주의 정책을 펼치고 있어 치료재활은 아직도 미비한 상태에 있다.

마약류중독자의 재범률 감소를 위해서는 마약류남용자를 치료하고 재활

8) 2001년 12월 국무총리 훈령24호에 의해 국무총리 소속으로 구성됨.

시켜 재범에 빠지지 않게 하는 것이 관건이지만 예방교육도 아주 중요하다. 마약류중독의 특성상 자신의 의지와는 상관없이 물질의 갈망에 의해 재범이 불가피하게 발생하므로 마약법(법률 제3077호) 제50조, 향정신성의약품 관리법(법률 제3216호) 제31조에서 마약류사범 가운데 국가차원의 체계적인 마약류 치료재활프로그램을 실행하므로 범죄를 저지르지 않은 마약류중독자에 대한 강제치료인 치료보호를 위해 행정기관의장인 “식품의약품안전청장 또는 시·도지사는 마약 (또는 향정 신성의약품) 중독자에 대한 중독증상을 치료 또는 근절하기 위해 필요하다고 인정 할 때에는 중독자를 격리 수용소에 강제수용하거나 그가 지정하는 기관에서 치료받게 할 수 있다”라고 규정함으로써 중독자에 대한 강제수용 및 치료에 관한 근거규정을 두고 있다. 이러한 규정으로 예전의 구금·격리에만 치중하던 정책에서 약물남용에 대한 계몽과 치료재활정책의 중요성을 새롭게 인식하여 치료보호제도를 실시하고 약물수강명령처분을 확대하며 치료조건부 집행유예의 도입을 추진하는 등 마약류 남용자 치료재활분야에 대한 제도개선 노력을 기울이고 있다(강은영, 2007;15). 치료보호제도는 마약류 투약자로 구금, 격리된 자는 치료보호기관으로 하여금 판별검사를 통해 약물사용자의 중독여부를 확인하거나 치료 보호하도록 명하는 것을 말하며 범죄를 저지르지 않은 마약류중독자에게 교도소 수용 대신 치료를 받아 사회복귀의 기회를 주기 위한 것이다. 이전에 시행되던 마약법, 향정신성의약품관리법, 대마관리법이 2000년 7월에 마약류관리에 관한 법률로 통합되었으며, 치료보호의 활성화를 위하여 이전에 있었던 치료 상황에 대한 보건당국에 보고하는 의사의 의무조항이 삭제되었고, 이제 검찰을 통하지 않고도 자발적으로 치료보호를 받을 수 있는 길을 열어놓았다. 마약류관리에 관한 법률 제40조는 마약류중독자의 치료보호규정을 두고 있는데 이는 동법이 마약류중독자의 마약류 투약행위를 금지하고 이에 대해 형벌을 부과하면서⁹⁾ 마약류 중독자의 치료보호를 통한 사회복귀를 도모하고 있음을

9) 제2조 제4호 가목에 해당하는 향정신성의약품 또는 그 물질을 함유하는 향정신성의약품을 사용한 경우는 1년 이상의 유기징역(제59조 1항 6호)마약이나 제2조 4호에 해당하는 향정신성의약품 또는 그 물질을 함유하는 향정신성의약품을 사용한 경우나(제60조 1항 2호), 마약류취급자 아닌자가 제2조제4호 나목 및 다목에 해당하는 향정신성의약품 또는 그 물질을 함유하는 향정신성의약품을 사용(투약)한 경우는 (제60조 1항 3호) 10년 이하

의미한다(강은영, 2007;70).

3. 검찰처리현황

검찰의 마약류 2010년도 재판결과를 보면 실형이 55.1%, 집행유예 34.8%, 벌금 6.1%로 실형이 많은 것(대검찰청 마약류범죄백서, 2010; 94)은 마약류사범의 재범률이 높아 점점 범죄와 연결되어 있어 전환 프로그램인 치료보호나 보호관찰 등으로는 문제해결을 할 수 없으므로 치료재활에 대한 제도보완이 필요한 것이다.

【표2-5】은 전체 마약류사범 구공판¹⁰⁾율이 전년대비 4.1% 증가한 37.8%로 일반형사사범보다 여전히 높게 나타나는데 이는 범죄의 중대성 및 마약류사범의 재범률이 높는데 기인되고 있는 것을 보여주는 예이다.

마약류사범은 구약식, 기소유예, 기소중지 등 재범방지를 위한 약물예방교육, 또는 치료프로그램의 제공을 받지 않고 석방됨으로 마약류의 폐해의 심각성을 전혀 인식하지 못할 뿐만 아니라 범법자의 신분으로 전락하지 않으려는 방법에만 전념을 하고 재판과정상 미결수 신분으로 구치소에 수용되어 있는 기간 동안 함께 수용된 마약류누범자들로부터 마약류에 대한 호기심과 잘못된 정보만을 학습한 채로 사회에 나와서 오히려 잘못된 학습으로 다시 재범을 하게 될 가능성이 많아지게 된다.

【표2-5】 마약류 사범 검찰처리 현황 단위: 명(%)

구분	처리계	처리내역								미제
		기소		기소 유예	기소중 지	무혐의	소년부	타관	기타	
		구공판	구약식							
2000	10,463(100)	6,803(65.0)	535(5.1)	1,285(12.3)	983(8.9)	345(3.3)	8(0.1)	346(3.3)	45(0.4)	163(1.6)
2001	10,264	6,874	632	9,091	970	256	3(0.0)	331	34	246

의 징역 또는 1억원 이하의 벌금, 동법에 의하지 않고 대마나 제2조 제4호 가목의 향정신성의약품은 제외한 향정신성의약품을 사용한 경우는(제61조 1항 3호) 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

10) 구공판:공판公判:형사재판절차)에 회부해 재판을 받게 한다는 의미.

	100)	(67.0)	(6.2)	()	(9.5)	(2.5)		(3.2)	(0.3)	(2.4)
2002	10,902(100)	6,979 (64.0)	665 (6.1)	1,052 (9.6)	950 (8.7)	393 (3.6)	5(0.0)	608 (5.6)	56 (0.5)	194 (1.8)
2003	7,727 (100)	4,519 (58.5)	435 (5.6)	1,237 (16.0)	548 (7.1)	362 (4.7)	0(0.0)	353 (4.6)	68 (0.9)	205 (2.7)
2004	7,984 (100)	4,622 (57.9)	525 (6.6)	1,170 (14.7)	490 (6.1)	461 (5.8)	0(0.0)	423 (5.3)	121 (1.5)	172 (2.2)
2005	7,336 (100)	4,017 (54.8)	426 (5.8)	937 (12.8)	536 (7.3)	394 (5.4)	1(0.0)	463 (6.3)	345 (4.7)	217 (3.0)
2006	7,942 (100)	4,105 (51.7)	440 (5.5)	1,183 (14.9)	587 (7.4)	458 (5.8)	3(0.0)	656 (8.3)	236 (3.0)	274 (3.5)
2007	10,962(100)	5,396 (49.2)	528 (4.8)	1,487 (13.6)	862 (7.9)	795 (7.3)	0(0)	1,132 (10.3)	389 (3.5)	373 (3.4)
2008	10,363(100)	4,370 (42.4)	466 (4.5)	1,949 (18.9)	723 (7.0)	856 (8.3)	7(0.1)	1,166 (11.3)	302 (2.9)	464 (4.5)
2009	11,875(100)	4,175 (35)	767 (6.4)	3,550 (30)	720 (6)	851 (7.2)	1 (0.001)	1,157 (9.7)	448 (3.8)	711 (5.9)
2010	10,473(100)	3,954 (37.8)	396 (3.8)	2,123 (20.3)	752 (7.2)	1,050 (10.0)	1(0.0)	1,379 (13.2)	317 (3.0)	501 (4.8)

출처: 대검찰청, 「마약류범죄백서」, 2000-2010, 재구성.

특히 호기심에 시작한 상태여서 치료보호기관에 입원할 필요가 없는 단순투약자의 경우 재판을 받아도 대부분 집행유예로 석방되기 때문에 이들에게 약물예방교육의 기회도 없을 뿐만 아니라 마약의 해악성에 대한 정확한 정보는 물론 단약의 동기도 얻지 못한 채 출소하게 되는 것이 재범의 요인이요 남용으로 가는 통로가 되기도 한다. 또한 기소를 면하기 위해 구약식¹¹⁾ 행정처분 벌금형으로 처리하다 보니 마약류의 해악에 대한 경각심을 인식시키기가 어렵다. 따라서 벌금형을 내리더라도 초보단계에 있는 마약류 단순투약자들에게 보호관찰제도의 약물수강 명령 처분을 할 수 있도록 하고 교육이수조건부 기소유예¹²⁾나 보호관찰부 기소유예처분을 받은

11) 검사가 제출한 자료(서류 및 증거물)등 서면심리만으로 피고인에게 벌금·과료 또는 물수를 부과하는 간이 형사 절차로 사건종료하는 것.

12) 기소유예란 벌금보다 가벼운 처벌을 말한다.

자에게 단약동기를 부여할 수 있도록 국가가 조기개입을 해야 할 것이며 구약식이나 기소유예처분의 경우 일정기간 보호관찰과 수강명령에 약물검사를 받도록 강제하는 법적 근거(이철희, 2009;67)를 확장 할 필요가 있다.

4. 우리나라 치료재활 실태

마약류사범에 대한 치료재활은 마약류 중독 특성상 치료, 재사용, 치료의 반복적인 과정을 겪는 질환으로 인하여 늘 재발에 가능성이 있어 질환의 치료에 중점을 두고 있으며 정상적인 생활인이 될 수 있도록 하는 것이 목적이다. 마약류관리에 관한 법률 제40조에 의한 치료보호규정은 치료감호법과 보호관찰 등에 관한 법률로 마약류 죄를 저지른 자에 대한 재범을 예방하고, 사회복귀를 촉진하기 위해 재정되었다.

이뿐 아니라 마약류 남용에 따라 감염, 영양부족, 정신질환, 등의 의료적 측면의 문제, 이혼, 가정적 위기, 가산탕진, 경제적 위기에 봉착하는 경우가 많고 마약류 구입자금과 생활자금의 마련을 위해 약물거래로 체포되거나 구금될 위험이 크다. 이러한 문제들의 해결을 위하여 건전한 사회인으로 복귀하도록 법적, 제도적 장치를 해 주므로 안전한 가운데 효과적인 치료와 재활을 하도록 재정비하는 계기가 필요하다. 치료재활에 대한 연구는 2000년도 이후 사회복지의 주요영역으로 표현되어지고 이에 관한 논문은 15편정도로 아직은 미약한 가운데 있고 마약관련 전문가의 인적 구성도 외국의 비해 미약하다. 하지만 미국의 약물제도, 치료 재활 등의 검증된 사례들의 도입으로 초기과정 속에서 진행되고 있어 오류가 발생되기도 하지만 한편으론 안정된 성장이 기대되기도 한다. 우리나라에는 마약류중독자를 법적제도에 의해 전환 치료하는 치료보호제도와 치료감호제도, 보호관찰제도 등 세 가지 방법이 있다.

【표2-6】 우리나라 약물남용자 강제치료제도

구분	기관	심사 위원회	대상	절차	판별	치료 기간	기타
치 료 보 호 제 도	12개 전문 병원	치료 보호 심사 위원회 7인이내	마약 중독자 판별	보건복지부, 시, 도, 치료보호 위원회 신청으로	1개월	12개월	2개월 단위로 연장 가능
치 료 감 호 제 도	국립 감호 병원	치료감호 위원회 7인이내	금고이상 · 재범위험 약물중독자	정신과 전문의진단, 검사의 치료 감호청구		2년	가중료후 보호관찰 3년
보 호 관 찰 제 도	보호 관찰소	보호 관찰 협의회	보호관찰 대상자	법원판결		수감명령 40-50시 간	보호관찰 기간 3년

출처: 한국마약퇴치운동본부, 2004, 「약물법원제도에 관한 연구」, p.2

1) 치료보호제도¹³⁾

치료보호제도란 약물중독자 본인, 일정한 관계인, 또는 검사의 신청 또는 통보가 있을 때 소정의 판별절차를 거쳐 시·도지사가 치료보호기관을 지정하여 치료보호를 명하는 것을 말한다. 우리나라의 마약류 의존자 치료보호제도는 제도 시행 초기부터 지금까지 그 실적이 매우 저조하고 제도

13) 근거법령: 치료보호-마약류중독자 치료보호규정 제3조(대통령령)
치료감호-사회보호법 제9조 제1항과 사회보호법시행령 제5조 제1항
대통령령 제12232호(1987년)-국립감호정신병원
마약류중독자에 대한 약물중독병동을 별도로 운영함(치료모형으로서 치료감호제도, 이현정, 2001).

개편에 대한 논의가 지속되어 왔으나 정부의 치료보호제도 실효성 평가는 홍보 미진과 국가예산부족의 문제로 활성화가 미비한 결과로 나타났다.(조성남, 2001:10) 그중 국립부곡병원의 약물중독진료소를 제외한 치료보호기관은 거의 환자들이 없는 경우가 대부분이어서 치료보호실적은 매우 저조하다. 따라서 치료에 대한 동기를 촉진하는 방법으로 국가가 강제성을 띤 치료재활에 대한 조기개입이 필요하며 약물사범을 위한 적극적인 수요감축정책이 뒷받침되어야 한다.

【표2-7】 연도별 치료보호현황

단위: 빈도(%)

구분	대마	마약	향정	계
1997	-	-	43(100.0)	43(100.0)
1998	9(7.4)	3(2.4)	110(90.2)	122(100.0)
1999	23(13.1)	-	153(86.9)	176(100.0)
2000	12(7.5)	3(1.9)	144(90.6)	159(100.0)
2001	14(7.0)	3(1.5)	184(91.5)	201(100.0)
2002	21(10.9)	2(1.0)	169(88.1)	192(100.0)
2003	57(33.3)	4(2.3)	110(64.3)	171(100.0)
2004	24(12.4)	5(2.6)	165(85.1)	194(100.0)
2005	24(6.7)	4(1.1)	331(92.2)	359(100.0)
2006	18(4.6)	3(0.8)	368(94.6)	389(100.0)
2007	11	4	395	410(100.0)
2008	20	1	345	367(100.0)
2009	7	-	277	284(100.0)
2010	4	-	227	231(100.0)

출처: 대검찰청, 「마약류범죄백서」, 1997-2010, 대검찰청 재구성. (년도별로)

(1) 마약류사범 입원 현황

이상과 같이 【표2-7】 에도 2000년 이후 치료보호자 중인 자의 입원률이 다소 증가했지만 검찰의뢰 환자 수는 줄어들고 있으며 또 치료보호기관의 치료 실적이 줄어들고 있는 것은 치료와 재활을 강조하는 정부의 방침에 어긋나는 것이라고 할 수 있다. 이는 아직까지 법집행기관과 치료기관간의

이해가 부족하고 치료를 통해 재범을 막을 수 있다는 확신 부족에서 기인된 것이라고 볼 수 있다.(조성남, 2004;45) 치료보호기관에 대한 마약류사범들의 인식전환이 검찰과 치료보호 주무기관의 공조강화로 인한 것 이라기보다는 마약류 중독자들에게 치료보호기관에 관한 정보나 긍정적인 평가가 증가하면서 자진하여 병원을 찾는 사람들이 늘어난 것 때문이고, 아직도 검찰 측에서는 마약남용자를 치료를 받아야 할 질병이 있는 환자라기 보단 상습범에 대한 처벌을 받아야 하는 범죄자로 인식하고 있어서 이제까지 징역형을 부과 하는 것과 특정범죄가중등에 관한 법률적용이 치료보호보다는 형사처벌을 선호하기 때문(이경재, 2003;34)이다.

약물의존자¹⁴⁾의 문제를 해결하기 위한 정책과 사업에는 예방과 함께 치료재활도 중요한 요소로 작용된다.

【표2-8】 입원형태 치료보호현황 (단위:명)

연도별	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
환자수	159	201	192	171	194	359	389	410	366	284	231
자의 입원	31 (19.5)	48 (23.9)	65 (33.8)	102 (59.6)	127 (65.5)	200 (55.7)	244 (62.7)	304 (74.1)	266 (72.7)	251 (88.4)	222 (96.1)
검찰 의뢰	128 (80.5)	153 (76.1)	127 (66.2)	69 (40.4)	67 (34.5)	159 (44.3)	146 (37.3)	106 (25.9)	100 (27.3)	33 (11.6)	9 (3.9)

출처: 한국형사정책연구원, 「마약류예방사업 및 마약류중독자 사회복귀 활성화를 위한 체계구축에 관한 연구」, 한국형사정책연구원, p85; 대검찰청, 「마약류범죄백서2010」, 대검찰청, 재구성. p.209,

14) WHO의 제창에 따라 표기하였지만 여기서는 마약류 중독자를 말한다.

【표2-9】 치료보호 판별검사 기준

판별검사 기준 항목
★ 마약류를 병적으로 사용하는지의 여부 ★ 마약류의 사용이 사회적·직업적인 기능에 영향을 주는지의 여부 ★ 마약류를 1개월 이상 주기적으로 사용하는지의 여부 ★ 신체 검사시 육안으로 주사자국을 확인 할 수 있는지의 여부 ★ 금단증상 또는 신체적·정신적 의존증상을 확인할 수 있는지의 여부 ★ 아편계열 사용시 날린 테스트에 양성반응을 나타내는지의 여부 ★ 혈액 및 소변검사에서 마약류가 검출되는지의 여부 ★ 정신과적 면담, 언행관찰(言行觀察) 및 심리검사 결과 잠재된 정신질환이 있다고 판단될 수 있는지의 여부

출처: 식품의약품안전청 2007, 「마약류 예방사업 및 마약류중독자 사회복지 활성화
화를 위한 체계구축에 관한 연구」, 식품의약품안전청 ,p.74.

(2) 치료보호기관

2010년 4월 이전 전국적으로 24개 의료기관이 치료보호기관으로 지정되어 있었으나 실제로 치료보호의 집행은 10개 이내 병원에서만 이루어지고 있었으며, 이를 효율적으로 운영하고자 12개 기관으로 집중하여 치료할 수 있도록 개편하였다. 이 같은 현상은 실적자료에 의해 잘 나타나 있듯이 정부의 24기관의 예산지원 부족과 치료보호기관에 관한 안내정보가 없으며 마약류중독자를 다루는 전문의의 부족과 치료보호기관을 전담하는 담당자가 불명확하여 치료계획에 전적인 개입을 할 수 없다는 점이다. 또한 예산 차원에서 병원 측에 치료비를 제공해주지 못하는 조건에서 일반병원에 치료보호 실적을 기대하기란 참으로 어려운 문제들인 것이다.

【표2-10】 현 마약류 지정 치료보호기관 현황

권역별	시·도	기관명	병상수
수도권 (5개)	서울	시립은평병원	25
		국립서울병원	10
	인천	인천광역시의료원	2
	경기	의정부의료원	5
		용인정신병원	10
		계요병원	10
충청· 강원권(2개)	충남	국립공주병원	10
	강원	국립춘천병원	10
경상· 부산권(2개)	경남	국립부곡병원	200
	울산	큰빛병원	12
전라· 제주권(2개)	광주	광주시립인광정신병원	5
	전남	국립나주병원	10
합 계		12개 기관	309

출처: 식품의약품안전청 마약관리팀 내부자료(2010년 4월).

2) 보호관찰제도

(1) 보호관찰처분의 내용

보호관찰이 법제도로 시행된 것은 1989년 7월 1일 소년 비행자 위주의 보호관찰형태였으나 1997년 이후는 성인범까지 확대 실시되고 있고 성폭력, 가정폭력사범에 대한 보호관찰이 실시되고 있다. 보호관찰 처분은 보호관찰, 수강명령, 사회봉사명령의 3가지 유형이 있으며 현재 우리나라에서 마약류사범에 대한 사회내 치료재활에 가장 적합하다고 판단되는 처우유형은 수강명령이라고 할 수 있겠다.

보호관찰은 약물 사범이나 초범, 단순사용자 및 의존자에 대한 가장 일반적인 처우방법임과 동시에 중독자가 자신의 거주지에서 생활하면서 강제치료를 받게 되는 유일한 사회내처우 형태이며 형사절차상 수사단계에서부터 재판, 교정, 갱생보호단계에 이르기 까지 전 형사절차와 연계하여 실

시하고 있다.

보호관찰 등에 관한 법률 제1조는 동법의 목적을 “죄를 범한 자로서 재범방지를 위하여 보호관찰, 사회봉사, 수강 및 갱생보호 등 체계적인 사회내처우가 필요하다고 인정되는 자에게 지도·원호를 함으로써 건전한 사회복귀를 촉진하고 효율적인 범죄예방활동을 전개하므로 개인복지를 증진함과 아울러 사회를 보호함을 목적으로 한다”고 규정하고 있다. 일차적 목표는 마약류남용을 중단할 수 있도록 지원하는데 있고 보호관찰대상자는 생업종사, 주거지 상주, 범행관련 악습청산, 우범자 교제 금지, 보호관찰관의 지도·감독·방문·순응1월 이상의 여행 및 주거이전신고의무를 준수해야 한다¹⁵⁾(이철희, 2009:48) 이 기간(집행유예기간 내에서 판사가 기간 정함)에 수시 소변검사로 투약유혹에 대한 긴장을 늦추지 않도록 한다. 다시 보호감호의 집행면제결정 또는 치료감호의 집행을 받게 되면 보호관찰이 종료된다(제10조 제4항). 보호관찰기간은 3년으로 하되 제1항 제2호의 규정에 의한 피보호관찰에 대하여 계속보호관찰이 필요하다고 인정되는 경우 사회보호위원회의 결정으로 보호관찰기관을 1차에 한하여 3년간 연장할 수 있다.(보호관찰법 제10조 제3항) 기간에서 결정되는데 그 이유는 집행유예기간이 최장5년이기 때문이다.

(2) 약물수강명령

범죄성이 적은 범죄자에 대해 법원이 일정기간 강의나 훈련 또는 상담을 받도록 한데서 출발한 제도인데 약물수강명령의 경우 수강시간 동안 범죄인의 자유를 제한하는 처벌의 의미와 함께 자신의 문제를 깨닫고 변화하도록 동기를 부여하며 약물의존성향을 인식시키고 약물에 대한 유혹과 갈망이 올 때 대처하는 능력을 교육하여 치료·재활을 도모한다는 점에서 초보단계의 약물남용자에게 약물수강명령을 통해 마약류의 해악성을 인식시키고 약물남용의 재범을 방지할 수 있는 효과가 있는 형사정책수단이며 (박성수, 2005: 203) 보호관찰제도에서 마약류 등 약물사범을 대상으로 하는 프로그램으로 치료적 기능은 아주 적지만 수강명령이 동기가 되어 약

15) 보호관찰등에 관한 법률 제32조

물치료프로그램을 받는 시간이 많을수록 단약 및 재범억제효과가 높아지며 법원의 명령에 의해 강제치료를 받는 대상자는 그렇지 않는 대상자에 비해 일반적으로 오랫동안 약물치료를 받는다(김우준, 2008: 85). 그러므로 약물수강명령은 재범으로 인한 국가사회·경제비용을 줄일 수 있는 방법이며 재범을 막는 제2의 약물예방교육이 될 수 있다.

3) 치료감호제도

치료감호법 개정 시행령이 2008년개정(11월 16일) 부터 다음과 같이 11월 24일 시행한다.

제1조 목적 , 제2조 마약류 등의 종류, 제3조 감호청구서의 기재사항 및 방식, 제4조 치료감호의 방법, 제5조 동태의 보고 등, 제6조 치료감호 내용 등의 공개, 제7조 치료의 위탁, 제8조 처우개선의 청원, 제9조 피 보호관찰자의 준수사항, 제10조 피 보호관찰자 등의 신고의무, 제11조 보호관찰관의 임무, 제12조 신고 의무의 고지, 제13조 신고와 출소 통보, 제14조 위원회의 구성 ,제15조 위원회의 직원, 제16조 심사자료 송부 요청, 제17조 검사의 심사신청, 제18조 피 치료감호자 등의 심사 신청,제19조 위원회의 결정, 제20조 결정서의 기재 요건, 제21조 결정의 송달 , 제22조 회의록, 제23조 수당 등, 제24조 위원회의 운영세칙, 제25조 군 치료 감호 심의위원회 등, 제2조제1항 제3호의 치료감호대상자는 치료감호와 형이 병과된 경우 형기가 종료되거나 형 집행을 면제받은 후 치료감호를 집행한다. 범죄를 저지른 마약류중독자에 대한 강제치료를 위하여 금고이상의 형에 해당하는 죄를 범하고 재범 위험성이 있는 마약류 중독자를 검사의 청구로 법원의 판결에 따라 치료감호소에 수용, 치료하는 보호처분의 일종으로 현재 감호시설로는 공주치료감호소 「국립감호정신병원」 한 기관만이 운영되고 있으며 심신장애자와 마약류 중독자에 대한 보안처분을 통합하여 규정하고 있기 때문에 두 피 감호자 집단을 같은 시설에 수용하여 치료하고 있지만 질병의 특성과 사회 인구학적 특성, 정신 심리적 특성, 범죄경력 등 여러 가지 측면에서 많이 다른 이질적인 집단이다. 이 때문에 마약류

중독사범에 대한 치료감호는 실시 과정에서 많은 어려움을 겪고 있다. 치료 감호법 제2조 대상자는 요건은 마약·향정신성의약품·대마 기타 남용되거나 해독작용을 일으킬 우려가 있는 물질이나 알코올을 식음·섭취·흡입·흡연 또는 주입받는 습벽이 있는 중독된 자가 금고이상의 형에 해당하는 죄를 범하고 재범의 위험성이 인정된 자로 한하고 있어서 처우적인 면에서는 (치료감호법 제8조) 약물중독자라는 사실만으로는 치료감호의 대상이 되지 않지만 치료감호법은 약물 중독과 범죄간의 인과관계¹⁶⁾를 명시적으로 요구하고 있지 않다.(식품의약품안전청, 한국형사정책연구원, 2007:9) 이런 점이 치료와 보호와의 차이점이다. 우리나라에서는 마약을 사용하는 자체가 금고이상에 해당하는 죄이므로 마약류 중독자의 경우에는 다른 죄명이 없어도 중독사실이 인정되면 치료감호의 대상이 될 수 있으므로 이 기회를 치료의 기회로 삼아 강제치료 함으로 치료의 효과를 내는 방법도 치료재활의 한방법이 될 것이기에 정신질환자와 장소적 분리도 치료의 한방법이 될 것이다.

【표2-11】 치료감호실적 (단위:명)

마약류/연도별	2006	2007	2008	2009	2010
합계	53	67	52	33	9
마약	0	0	0	0	0
향정	52	66	51	33	9
대마	1	1	1	0	0

출처: 대검찰청, 「마약류범죄백서 2010」, p.210

16)이탈리아, 브라질 등의 국가에서는 약물 K용과 범죄간의 직접적인 인과관계를 규정하고 있으며 독일, 스위스, 그리스 등의 국가에서는 간접적인 관계를 규정한다. 이때 직접적인 인과관계란 명정 또는 중독상태에서 죄를 범할 것을 요구하는 것이며, 간접적인 인과관계는 알코올 기타 중독성 물질의 과용이 성격장애를 일으켜 이것이 범죄의 간접적인 원인이 되는 것을 요구하는 것.

제 3 절 교도소 내 치료재활 실태

1. 교도소 내 마약류사범 실태

사회의 안녕과 개인의 행복을 위해서 국가의 경제적비용을 위해서 교정의 역할은 아주 중요한 핵심의 역할을 할 수 있는 곳이기 때문이다. 마약류사범의 범죄에 대한 응보성에 치중하여서 아직도 전 근대적인 행형이념을 토대로 하는 교정의 방법이 수형자의 정상적인 재사회화(re-entery)을 막고 그 시간들이 형법에 의한 형벌로만 여겨져 어느 부분에선 한시도 그곳에 머물러 있기가 싫어지는 그런 곳이기 때문에 교정의 주체와 객체인 교도관과 수형자들의 사고를 전향시킬 수 있고 현실적인 치료와 재활의 활성화를 위한 혁신적이고 정책적인 교정효과성인식을 위한 개선방안이 모색되어야 할 것이다. 또한 중독자들을 위한 치료적 개입과 재활이우선이 되어야 하기에 사용투약자와 공급에 관여한 사범들을 분리하는 것도 방법이 되겠다. 아직은 우리나라가 마약의 청정국이라는 이름처럼 공급억제정책이 성공하여 다른 나라에 비하면 마약류중독자 사범이 적다고 하지만 마약류사범이 1만 명을 넘어 안전지대가 아닌 통제가 필요한 국가로 분류되고 있다.. 또한 단순투약자로 시작되어 범죄에 연결된 재범률이 높기 때문에 치료재활에 균형을 맞출 수 있는 정책도 이젠 생각해야할 시기에 이르렀다고 보여 진다. 사회로부터 단순 격리되어지는 전통적인 행형에서 교정복지 처우는 마약류중독자의 교육과 치료 등의 의미가 내포되어 있다. 1870년에 미국교도소연합의 권리선언(Declaration of Principles of the American Prison Association)은 범죄자를 처벌하는 것이 아니라 종교, 교리, 심리적 카운슬링, 직업훈련과 의학적 치료를 통하여 범죄자의 범죄적 성향을 치료함에 있다고 선언하고 있다(이순길, 2006:33).

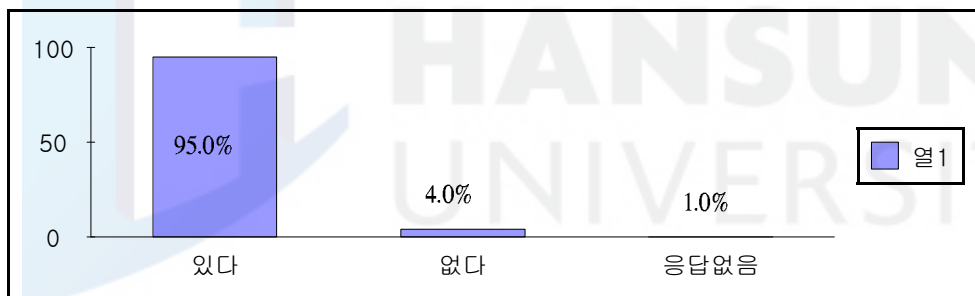
교도소에 수용중인 마약류사범들은 보안위주 교정처우에 대한 만족도가 매우 낮음에도 약물전문가의 강의, 전문가와의 상담과 정신치료, 운동·음악·미술치료에 대해서는 상대적으로 만족도가 높은 것으로 조사 되었으며 마약류수용자 대상 전문상담 및 치료에 대한 필요성을 많이 느끼고 있

었다. 마약류남용사범들의 73%는 보다 전문적인 치료가 필요하다고 생각하고 있었으며 71%는 본인의 강제치료가 처벌의 선택적 대안으로 제시된다면 기꺼이 치료를 받겠다고 응답하였다(강은영, 2007: 38). 이로 미루어 보아 마약류수형자들이 원하는 것은 전문적인 치료와 재활을 원함을 알 수 있다.

1) 교도소내 마약류 전과관련 사범 실태

보건복지부 2009년 3월부터 2010년 2월까지 진행된 마약류중독자 실태조사보고서(참여기관: 교정기관 총27개소(271명), 보호관찰소(115명), 국립부곡병원 86명, 인천마약퇴치운동본부 18명, 송천재활센터18명, 공주치료감호소 15명)에 따르면 마약류로 인한 전과를 가진 사람은 425명(95.0%)을 차지하였고 마약과 관계없는 사람은 18명(4.0%)이며, 무응답 4명(1.0%)으로 마약류와 범죄와의 상관 관계가 많음을 볼 수 있다.

<그림2-1> 마약류 전과관련 사범 실태



출처: 보건복지가족부, 「2009 마약류중독자 실태조사연구 보고서」, p.53

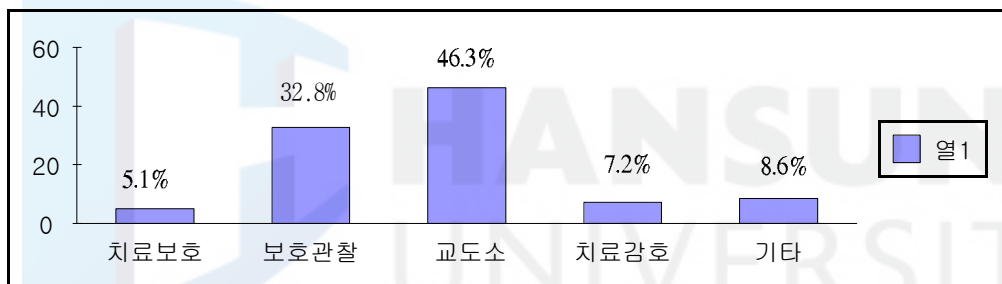
마약류 사용자 523명을 대상으로 마약류로 인한 전과를 가진 사람은 425명(95.0%)를 차지하였으며 마약류 관련 전과가 없는 사람은 18명(4.0%), 무응답 4명(1.0%)이다. 마약으로 인한 전과율과 실행율은 서로 상관성이 있으며 마약이 뇌와 신체에 미치는 영향으로 금단증상을 겪게 되며 폭력성과 감정상태를 조절하기 어려운 환경에서 사회적 관계 기술마저 발달되지 않아 범죄에 취약한 점을 가지고 있다. .

【표2-12】 마약류 처벌실태

마약류 처벌	빈도(명)	비율(%)	누적비율(%)
치료보호(병원)	30	5.1	7.1
보호관찰, 수강명령 사회봉사명령	192	32.8	45.5
실형(교도소)	271	46.3	64.2
치료감호	42	7.2	10.0
기타	50	8.6	11.8
합계	585	100.0	138.6

출처: 보건복지가족부, 2009, 「상계서」, p.54.

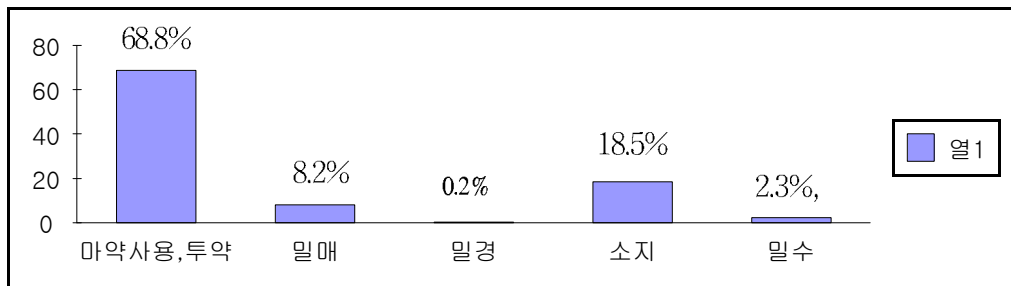
<그림2-2> 마약류사범 관련 처벌현황



출처: 보건복지가족부, 「2009 마약류중독자 실태조사연구 보고서」, p.55.

【표2-12】를 통하여 마약류로 인한 처벌은 실형이 46.3%로 가장 높았고 보호관찰·수강명령·사회봉사명령 32.8%, 치료감호 7.2%, 치료보호 병원 5.1%, 기타 8.6%로 우리나라의 마약정책을 볼 수 있다. 아직도 처벌위주의 정책이요 치료 우선적이지 않은 지금의 실태에서 실형을 받은 마약류사범들에 대한 분류와 평가를 전문적으로 하는 전문가들이 투입되어야 한다. 미국의 약물법원이 그 예요, 강제치료제도도 그중의 한가지 방법이 될 수 있다.

<그림2-3> 마약류관련 행위 유형



출처: 보건복지가족부, 「2009 마약류중독자 실태조사연구 보고서」, p.55.

마약류관련 행위로는 마약류사용/투약이 68.8%를 차지하였으며 소지 18.5%, 밀매8.2%, 밀수2.3%, 밀조0.5%, 밀경0.2%, 기타가 1.5%로 나타난 것으로 보아 마약류에 의존되어 갈망으로 인한 단순투약자의 치료와 재환이 시급함을 드러내고 있다.

2) 교도소 내 마약류사범 치료재활교육 프로그램

지금까지 교정·보호시설 수용자에 대한 프로그램¹⁷⁾은 각 교정기관에 상황에 따라 한국마약퇴치운동본부의 각지부와 민간기관이 조력하는 가운데 이루어지고 있었다. 마약류사범의 현재까지 치료재활에 관한 치우 프로그램 내용은 마약류관련 비디오시청, 전문가 강의, 마약류치료, 음악/미술/운동치료, 가족참여교육, 회복자와의 대화 직업훈련 등 이였다. 그 중 전문가 강의와 비디오시청, 마약류치료나 음악/미술/운동치료, 회복자와의 대화, 기타, 등의 순위로 나타났다.(식품의약품안전청,2007:168)

17) 설문조사 대상은 교도소16개소와 보호관찰소18개소, 국립부곡병원, 서울시립정신병원, 공주치료감호소를 대상 함.

【표2-13】 마약류사범 프로그램 처우 만족도 단위: 명(%)

구분	사회내 처우	시설내 처우	계
마약류관련비디오시청	14(10.9)	10(8.7)	24(9.9)
마약류 전문가 강의	18(14.1)	38(33.0)	56(23.0)
마약류치료	10(7.8)	9(7.8)	19(7.8)
음악/미술/운동치료	21(16.4)	20(17.4)	41(16.9)
전문가와 상담, 정신치료	16(12.5)	14(12.2)	30(12.3)
가족과 함께 참여 교육	10(7.8)	4(3.5)	14(5.8)
마약류 회복자와의 대화	20(15.6)	9(7.8)	29(11.9)
직업교육	-	1(0.9)	1(0.4)
기타	2(1.6)	2(1.7)	4(1.6)

출처: 식품의약품안전청, 2007, 「사회복귀를 위한 체계구축에 관한 연구」, p.168.

시설 내 처우 실태 프로그램 만족도[표2-13]는 전문가 강의를 선호하였고 직업에 관한 교육관심은 거의 참여하지 않는 것으로 나타났고 사회내 처우의 직업교육은 거의 참여하지 않는 것으로 보아 직업교육에 대한 참여도가 낮으므로 재활에 대한 동기부여조차 안되고 있는 것을 보여주는 예이다.

(1) 약물중독재활센터(공주교도소) 치료재활

1988년 5월부터 공주교도소에 마약류사범을 수용하고 치료처우를 계획하였으나 전문 의료진과 시설, 치료·재활프로그램의 미비, 예산부족 등 여러 가지 문제로 인해 효과를 거두지 못하고 있다. 현재 우리나라에서는 마약류사범만을 일반사범과 분리된 별도의 사동에 수용하지 않고 전국 각 교정시설에 분산 수용하고 있다. (송방식, 2002:168)이로 인해 마약류수용자들에 대한 수용관리에 주의를 기울여야 함(높은 공격성)에도 엄격한 계호(security)에 치중하여 교도소 환경에 대한 적응훈련과 교육, 교화중심의 치료·재활프로그램이 심히 미약한 가운데 있으며 단순 구금에 그치고 있어 재범방지대책을 강구하는 것에 미흡한 대처를 하고 있는 상태이다. 그

럼에도 수용중인 마약류사범들은 이러한 교정처우에 대한 만족도가 매우 낮음에도 약물전문가의 강의, 전문가와의 상담과 정신치료, 운동·음악·미술치료에 대해서는 상대적으로 만족도가 높은 것으로 조사 되었으며 마약류수용자 대상 전문상담 및 치료에 대한 필요성을 많이 느끼고 있었다. 마약류납용사범들의 73%는 보다 전문적인 치료가 필요하다고 생각하고 있었으며 71%는 본인의 강제치료가 처벌의 선택적 대안으로 제시된다면 기꺼이 치료를 받겠다고 응답하였다(강은영, 2007: 38). 다음은 공주치료감호소에서 시행하고 있는 프로그램을 살펴보자

(2)공주치료감호소 치료재활 프로그램 교육안

① 진단단계: 임상·의학적 방법으로 개인적인 특성 및 증상을 정밀 진단하여 치료에 대한 계획과 평가를 위해서 하는 단계이다. 정신과적 합병증 진단 검사내용, 혈액검사, x-레이검사(임상심리: MMPI 검사, 투사법 가습, 두개골), 뇌파검사, 심전도, 소변검사, 간 기능검사, 감염검사, 에이즈, 매독검사가 있고 임상심리로는 MMPI검사, 투사법이 있다. 이것을 관리하는 곳은 감호과 및 의료부에서 담당한다.

② 신입교육: 신입교육: 약물로 인한 폐해의 심각성을 고취하고 신입수용자에 대한 심리적 안정과 생활적응을 위하여 병동생활수칙과 중독 재활센터의 운영지침에 관한 정보교육이며 교육기간은 입소 6주 이내에 한다.

【표2-14】 신입교육안(향정1반)

시간	요일	월	화	수	목	금
10:00 ~ 11:00		생활안내	상 담	시청각교육	예 질	시청각 교 육
13:30 ~ 14:30		정보화 교육				
14:30 ~ 15:30		운동 및 산책				

출처: 공주치료감호소, 2011, 신입교육 교육내용 및 프로그램 내부 교육안.

③ 단약교육: 약물남용폐해에 대한 인식제고로 그릇된 습성을 개선하여 통합적이고 체계적인 단약교육을 실시하여 왜곡된 사고와 인지체제의 변화를 유도하므로 올바른 가치관과 규범적인 생활태도를 확립시키는 교육이며 교육기간은 8주이다.

【표2-15】 단약 교육안(향정 2반)

시간	요일	월	화	수	목	금
10:00~11:00		약물중독 예방교육 (센터장)	약 물 재발예방 (박○삼)	12단계 익명의 약물중독자들 (간호사)	분노조절 (간호사)	임상심리 1~8단계 (신○경)
11:00~13:30		세탁, 중식, 면회, 투약 등				
13:30~14:30		정보화 교육(유해·향정반 합반)				
14:30~15:30		운동 및 산책- 간호직원 총책임 : 수용담당 1명 - 간호조무원 : 3~4명				

출처: 공주치료감호소 약물중독재활센터, 2011, 「 단약교육안 」, 공주치료감호소 약물중독재활센터, 내부자료.

④재활교육 프로그램안은 16주 이내 과정으로 단약교육 이수 후에서 퇴소시까지이며 심성순화훈련, 직업교육 등 각종 사회적응훈련을 병행하여 약물중독재발을 방지하는 것을 목적으로 한다.

【표2-16】 재활교육안(유해반)

	월	화	수	목	금
10:00~11:00	운동 및 산책, -감호직원 총책임; 수용담당 1명 간호조무원;3-4명				
11:00~14:30	세탁, 중식, 독서, 면회, 투약 등				
14:30~15:30	화해 교육	임상심리	서예 (외부강사)	요가	음악치료 등 5개프로그램
15:30~16:30	정보화교육(유해·향정반 합반)				

출처: 공주치료감호소 약물중독재활센터, 2011, 「재활내부교육안」,

공주교도소의 치료감호소에 마약류사범을 수용하고 치료처우를 계획하였으나 전문 의료진과 시설, 치료·재활프로그램의 미비, 예산부족 등 여러 가지 문제로 인해 효과를 거두지 못하고 있다. 현재 프로그램의 시행에 있어서 문제점은 매뉴얼된 프로그램의 부재와 단기적인 3개월 단위의 프로그램만이 운영되고 있어 마약류 사범들의 재범율을 예방 하는데는 여러 한계점이 있다. 또 하나 아쉬운 점은 우리나라에서는 마약류사범을 일반사범과 분리된 별도의 사동에 수용하지 않고 전국 각 교정시설에 분산 수용하고 있다. (송방식, 2002:168) 이로 인해 마약류수용자들에 대한 수용관리에 주의를 기울여야 함(높은 공격성)에도 엄격한 계호(security)에 치중하여 교도소 환경에 대한 적응훈련과 교육, 교화중심이 되다보니 중독자들을 위한 치료·재활프로그램이 심히 미약한 가운데 있으며 단순 구금에 그치고 있어 재범방지대책을 강구하는 것에 미흡한 대처를 하고 있는 상태이다.

(3) 8개 교도소 단약교육 시범사업(단약동기증진) 프로그램

2011년 6월에 법무부와 보건복지부는 교도소 내 마약류사범에 대한 단약동기증진프로그램을 실행하기로 협약을 맺었으며, 총 3개월에 걸쳐 매주 1회씩 13회에 걸친 프로그램을 한국마약퇴치운동본부에서 실행하고 있으며, 회기 종료 후에는 최우수자에게 치료보호를 전제로 가석방을 하고 있다.

이는 지금까지 마약류사범에 대해서는 가석방이 전혀 없었던 점에 비추어 매우 획기적인 조치라 할 수 있다. 이 프로그램은 마약류사범들을 위한 재활프로그램으로 단약을 통한 성공적인 재사회화를 위한 동기부여와 약물문제에 대한 재인식으로 약물이 주는 피해를 알고 단약을 하게하는 동기를 부여한다. 또한 마약에 대한 갈망과 대처방안, 자기주장기술, 자기사랑하기를 본인이 스스로 단약을 통해 새로운 삶에 대한 변화의 목표를 갖게 하므로 집중교육인 단약자조모임까지 구성하고 있는 프로그램이다. 스스로 변화하려는 사실을 일깨워 출소 후 자기생활을 잘 유지할 수 있도록 NA를 통하여 지지자원을 만들어 내는 목적을 가지고 있지만 이 역시도 동기증진을 위한 동기부여에 그치고 있고 치료와재활을 위한 유지로 연결되지 못하는 한계점이 있다.

【표2-17】 1단계: 재활(단약동기증진) 프로그램 교육안

회기	회기별 주제	목표	활용도구 및 척도
1	변화의 시작	의식의 증진	★변화준비성 척도 ★자아존중감 척도 ★단약자기효능감 척도 ★재발예측척도 ★물질사용장애 선별검사 ★약물중독선별검사표 1-1.변화의 단계 1-2.나는 어디에 있는가? 1-3.버리고 싶은 나, 변화고 싶은 나 1-4.자신에게 문제가 있는가 1-5.자신의 문제가 정확히 무엇인가? 1-6.변화를 위해 나는 무엇을 할 것인가? 1-7.긴장이완법과 명상
2	약물문제에 대한 재인식	스스로 약물에 중독되어 있다는 사실을 인정하도록 하고 이것이 치료의	2-1.약물남용진단기준 2-2.약물의존진단기준 2-3.약물사용에 거는 나의 기대 2-4.시간관리 2-5.나는 누구인가?

		시작이라는 사실을 인식시킨다.	2-6.나의 자화상 2-7.일상적인 결정들 2-8.목표설정과 변화 계획
3	약물로 인한 피해인식	1) 자신의 약물 사용의 정도를 알게 하고 약물사용과 관련된 문제들을 확인할 수 있도록 함으로써 자신의 문제행동의 근원과 자신에 대해 더 알 수 있도록 한다. 2) 약물 선별 도구를 스스로 완성하고 채점하는 것에 의해 자신의 위험도를 배울 수 있도록 한다. 3) 자신이 약물의 생리적 효과와 약물이 어떻게 정신적, 신체적 피해를 주는지에 대해 비교한다. 4) 자신의 약물사용의 정도를 알 수 있는 도구를 완성한다.	3-1.약물선별검사 3-2.약물선별검사 채점표 3-3.약물은 어떤 작용을 하는가? 3-4.약물사용에 거는 나의 기대 3-5.부정 체크리스트 3-6. 3-7.편지쓰기

		5) 약물이 정신적, 신체적으로 피해를 주는 다양한 방식을 인식하게 한다.	
4	약물중독치료의 실제-약물이 뇌 및 신체에 미치는 영향과 치료	약물이 뇌 및 신체에 미치는 영향과 치료	4-1.나의 약물사용에 대한 장점과 단점 4-2.마약을 함으로써 잃는 것과 마약을 하지 않으므로 얻는 것 4-3.내가 다시 태어난다면 어떠한 삶을 살 것인가? 4-4.비합리적 (합리적)신념 4-5.나의 신체는 나에게 무엇을 원하는가? 4-6.편지쓰기
5	단약에 대한 자신감	단약에 대한 자신감 부여	5-1.나의 진정한 욕구와 삶의 목표는 무엇인가? 5-2.나는 누구를 용서 할 수 있는가? 5-3.나는 나의 잘못을 용서할 수 있는가? 5-4.자신에게 문제가 있는가? 5-5.자신의 문제가 정확히 무엇인가? 5-6.부적응적인 사고
6	갈망대처 효과적인 거절	갈망감과 충동관리, 거절연습	6-1.갈망의 원인, 생리적 기전 6-1-1.갈망감과 충동을 관리하기 위해 내가 할 수 있는 일. 6-1-2.갈망감과 충동을 관리하기 위해 내가 할 수 있는 일 6-2.거절연습 6-3.인생에서 내가 가장 가치 있게 생각하는 것은? 6-4.누가 나의 약물문제를 걱정하고 있는가? 6-5.비판관리 6-6.자기주장훈련
7	재발방지	재발방지,	7-1.재발예방

	자기주장	자기주장을 통한 강화관리	7-2.나에게 가장 유혹적인 시간들 7-3.나에게 가장 참기 힘든 시간들 7-4.응급상황에 대한 계획 7-5.내가 친구 또는 아는 사람으로부터 유혹을 받을 때 어떻게 행동하는가? 7-6.스트레스 관리하고 새로운 즐거움 찾기 7-7.재발방지를 위한 3가지 핵심
8	행복찾기	자존감 증진- 새로운 삶에 대한 가치관, 목표설정	8-1.나의 진정한 욕구와 삶의 목표는 무엇인가? 8-2.나의 귀중함과 장점은 무엇인가? 8-3.인생의 의미(내가 살아가는 이유)는 무엇인가? 8-4.이 세상에는 어떠한 사람들이 살아가고 있는가? 8-5.나에게 가장 소중한 것 8-6.인생에서 내가 가장 가치있게 생각한 것 (자신의 가치관)은 무엇인가?
9	역활극	확신과 유혹, 갈망감과 충동관리 자기 효능감 증진	9-1.재발방지를 위한 대안 9-2.나의 실천계획 9-3.목표설정과 변화 계획 9-4.나를 도와줄 수 있는 사람들 9-5.자신을 도와줄 수 있는 지지자 탐구 9-6.자원 안내 9-7.자서전 쓰기
10	사후평가와 종결		1-1변화준비성 척도 1-2.자아존중감 척도 1-3.단약 자기효능감 척도 1-4.재발예측척도 1-5.물질사용 장애 선별검사 1-6.약물중독 선별검사표 10-1.한국마약퇴치운동본부및 각 지부안내 10-2.정부지정 치료보호기관 안내

출처: 한국마약퇴치운동본부,,「마약류사범 재활프로그램」,한국마약퇴치운동본부, pp.1-4

【표2-18】 2단계: 집중교육계획안-단약자조모임(NA)

회기	회기별 주제	목표	활용도구 및 척도
1	단약자조모임 (1-6단계)	출소 후 일상생활을 하면서도 스스로 변화하려고 노력 한다면 단약을 위한 방안이 바로 NA를 통해 이루어질 수 있다는 사실을 인식시킨다.	NA12단계 단계별 수행과제
2	단약자조모임 (7-12단계)	출소 후 일상생활을 하면서도 스스로 변화하려고 노력한다면 단약을 위한 방안이 바로 NA를 통해 이루어질 수 있다는 사실을 인식시킨다.	NA12단계 단계별 수행과제
3	복습 및 종결	집단 구성원들이 그동안의 각 회기의 내용을 되짚어 생각하고 자신들이 행동을 변화에 대한 과정을 토론한다.	1-12회기 내용복습 수료증 수여

출처:한국마약퇴치운동본부,2011,「마약류사범 재활프로그램」(Task Force Team) 한국마약퇴치운동본부, p5.

2011년6월부터 협약으로 재활프로그램으로 시행되고 있는 이 프로그램은 3개월 단기과정으로 시행되고 있고 프로그램을 리더하는 강사진은 민간기관인 한국마약퇴치운동본부에서 보내는 형태라 강사들의 스케줄에 한하여 시행되고 있고 과정도 주에 2시간정도 소요하고 있으므로 마약류사범들의 생활에 대한 행동형성을 위한 재활에는 미치지 못하고 있는 실정으로 단약동기부여에만 머무르고 있어서 삶과 연결될 수 있는 보호연속성(continuum of care) 재활이 필요한 상태이다.

(4) 기타 교도소 치료재활 프로그램

한국마약퇴치운동본부와 각 지부가 실시하고 있는 【표2-19】의 9개 교도소 내 재활프로그램의 내용이 교도소마다 다르고 시행하고 있는 프로그램의 횟수, 또한 어떤 교도소는 종결이 되어 간헐적인 프로그램을 시행하고 있고 시행하는 각 교도소들도 프로그램을 뿌리 내리지 못한 가운데 있

다. 교도소에 수감 중 인 마약류 사범들이 단약증진 프로그램으로 동기가 부여되었어도 그 동기를 유지 할 수 있고 실천할 수 있는 삶의 현상이 연계되지 않아 교육을 마치고 나온다 해도 계속 연계가 된 연속선상의 치료 프로그램과 재활교육을 연결되는 기관이 거의 없고 그나마 NA는 현실적인 친목위주정도의 수준에 머물러 있어서 NA를 활성화한 생활 프로그램의 지원정책의 확립이 있어야 하며 출소 후 안정적인 재활교육을 할 수 있는 지역사회기관 활성화도 뒷받침되어져 추후지도의 연속적인 지도 감독이 있어야 한다.

【표2-19】 교정시설 단약동기증진프로그램 시행현황(2011이전)

집행기관	수행기관	수행회기	교육내용
청주 교도소	한국마약퇴치운동본부	10회기/1기 2기/년	회복경험 나누기, 약물의 폐해, 나에 대한 이해, 자기사랑하기프로그램, 대상관계이론 통한 나와 타인 이해, 마약류 의존자 가족의 경험담 NA와 송천쉼터 소개
청주여자 교도소	로템 선교회	12회기/1기 시행 후 종결	마약에 대한 이해, 자존감 향상, 사이코드라마, 미술치료, 약물사용에 대한 직면하기 약물에 대한 부정인식 바꾸기
군산 교도소	한국마약퇴치운동본부 전북지부	6회기/1기	집단상담, 단약경험 나누기, 약물이 인체에 미치는 영향과 회복, 나에 대한 이해(MBTI 성격유형검사) 대상관계이론을 통한 나와 타인의 이해 , 회복자 가족의 경험 듣기, NA및 송천쉼터 소개
목포 교도소	한국마약퇴치운동본부 광주지부	10회기/1기 2기/년	프로그램의 목적 및 일정안내, 집단규칙 정하기, 자기소개, 인생곡선 그리기, 나는 누구인가? 나의 유형별 성격알기, 중독의 이해, 분노조절 훈련, 약물 없는 삶, 대화기술 및 자기주장훈련 서약서 작성, 회복자와의 만남, 비전 제시, 치료관련기관 소개 및 연결
원주 교도소	인천소망을 나누는사람들	12회기/1기 2기/년	회복자 경험담, 직업재활

안동 교도소	한국마약퇴치 운동본부 대구지부	8회기/1기 3기/년	심리검사(BDI)시행, 오리엔테이션, 마음열기, 진짜 문제 찾기, 현실은 선택이다. 인생의 4계절, 보이지 않는 것의 중요성, 너와 나의 만남, 자신과의 만남, 설문지 시행 및 전 체 피드백 나누기 종결
마산, 진주 교도소	한국마약퇴치 운동본부 부산지부	8회기/1기 3기/년	의식의 증진: 개인면담 및 사전검사, 남용약물의 작 용, 약물남용의 폐해, 모델링: 단약에 대한 믿음, 너와 약물, 약물중독의 기전 이해, 치료보호소개, 확신과 유혹: 자기효능감, 가치관 재정립, 건강한 삶, 효과적인 거절, 역할과 환경 재평가 재발예방: 재발의 개념, 원인, 신호 사후검사 및 종결
의정부 교도소	한국마약퇴치 운동본부	15회기 /주1회 년1회	변화의 단계/ 나는 어디에 있는가? 언제가장 약물을 사용하고 싶은가? 스트레스 관리(명상), 나의 성공에 대한 보상 효과적인 의사소통, 거절연습, 비판관리, 부적응적 인 사고들, 갈망감과 충동을 관리하기 위해 내가 할 수 있는 일 약물 사용에 대한 대안 약물 사용을 피하기 위해 배우는 방법들, 나의 실 천계획/ 실수 후에 나는 무엇을 해야 할까? 사회적 지지(조력관계)/내가 어디에서 도움을 받을 까? 욕구와 자원 확인(욕구 평가, 자원안내, 자기 효능 감, 강화관리)
대구 구치소	한국마약퇴치 운동본부 대구지부	5회기/ 주1회 년 3회	의식의 증진: 개인면담 및 사전검사 남용약물의 약리적 작용 재발예방: 재발의 개념, 원인, 신호 모델링: 의식의 증진, 단약에 대한 믿음, 너와 약물, 약물중독 기전의 이해 치료보호의 실제 약물남용의 원인, 과정, 역할과 환경 재평가, 사후검사 및 종결
부산 교도소	한국마약퇴치 운동본부	월2회/ 6회기/	의식의 증진: 개인면담 및 사전검사 남용약물의 약리적 작용

	부산지부	년2회	재발예방: 재발의 개념, 원인, 신호 모델링: 의식의 증진, 단약에 대한 믿음, 뇌와 약물, 약물중독 기전의 이해 치료보호의 실제 약물남용의 원인, 과정, 역할과 환경 재평가, 사후검사 및 종결
부산 구치소	한국마약퇴치 운동본부 부산지부	주1회/ 4회기/ 년2회	의식의 증진: 개인면담 및 사전검사 남용약물의 약리적 작용, 약물의 중독과정, 모델링: 의식의 증진, 단약에 대한 믿음, 역할과 환경 재평가, 재발예방: 재발의 개념, 원인, 신호, 사후검사 및 종결

출처: 이철희, “마약류남용자 치료·재활정책에 대한 정책수행자와 마약류남용자의 인식에 관한 연구:Q방법론의 활용“, 동의대학교 대학원박사학위논문, 2009, pp.56-57

제 4 절 미국의 마약류 중독 치료재활 프로그램

1. 미국의 강제치료제도

미국의 강제치료는 1920년 몰핀 중독자를 위해 시작되었으며 1930년대 연방의 마약 강제치료프로그램이 실시되었고 60년대 민간이 참여하는 프로그램으로 확대되어 뉴욕과 캘리포니아주의 강제약물치료프로그램이 오늘날 강제치료로 발전하게 되었다. Anglin과 Maugh(1992: pp.66-90) 그리고 정책입안자들은 외부의 강제력이 없으면 만성중독자들은 자발적으로 치료에 들어와 계속 치료를 받지 않을 것을 주장했으며 다양한 법적압력과 치료결과 간의 관계를 측정한 연구들을 검토하므로 사범들이 치료프로그램에 들어와 치료를 받도록 하는 것을 높이기 위하여 강압적 조치를 사용하는 것을 지지하고 있다고 결정하였다.(R.W. Salomon, and R.J.Salomon.,1983,18:9-21) 이들은 강제적 물질남용 치료가 “치료 의뢰의 효과적인 자원일 뿐 아니라 치료 유지와 프로그램 따르기를 높이는 수단”

이라고 하였다. 이는 자유의 박탈을 갖게 되는 환경에 대한 두려움보다 대안프로그램으로 전환(diversion)하여 실제 치료하는 프로그램이 사회 내 처우를 통하여 조금의 제한이 갖는 안도감에 대한 선택이고 자기가 가진 환경을 덜 잃어버리고자 하는 사고의 발상을 선택하는 것이기에 치료시간과 치료결과는 상관이 있는 것이다. 또한 마약류관리에관한법률에서 의료인의 보고의무를 삭제해 버렸어도 자의로 치료를 촉진하기에 아직은 부족한 실정이기도 하다. 그러므로 강제적이라도 치료받게 하고 계속 치료를 받도록 동기를 유발하는 것이 참으로 중요한 치료의 시발점이 되는 것이다.

2. 약물법원제도

1) 약물법원제도 탄생

1980년과 1989년 사이 미국 총 범죄자의 수가 증가한 반면에 약물사범이 1985년 647,411명에서 1991년 1백 만 명이상으로 증가하므로 연방교도소와 주교도소의 수감자들의 25%가 약물사범이었으며 주와 지방차원의 모든 범죄60-80%가 약물과 관련되어 있고 비 약물 범죄로 체포된 사람에게도 약물 사용이 공통된 현상임을 알게 되어 마약류 사범의 증가를 흡수하기 위한 효과적인 방법을 찾게 되고 피의자의 법적, 헌법적 권리를 유지하고 보다 약물과 범죄의 악순환을 끊기 위한 특별한 약물법원 모델이 등장하게 되었다.

2) 약물법원 주요 구성요소(한국마약퇴치운동본부, 2004:pp.44-45)

1997년 미국 법무부는 약물법원의 구성요소를 설명하고 있다.

(1) 약물법원은 술과 약물치료서비스를 사법제도 사례처리과정과 통합한 것이다.

(2) 전통적인 사법제도에서 검사는 주 정부, 변호사는 고객의 최선의

이익을 위한 활동영역에 대한 이익을 대표하지만 비당사자 주의 접근법을 사용하여 기소와 변호 상담은 참가자의 정당한 처리 권리를 보호하면서 공공의 안정을 촉진한다.

(3) 형사법제도에서 참가자를 확인하여 초기 개입하여 치료 받도록 한다. 이처럼 초기개입을 위한 약물남용수준을 위한 보다 나은 정교한 정보 관리 기술과 구분시스템을 갖는 것이 핵심이다

(4) 약물법원의 프로그램과 서비스시스템은 광범위한 치료와 재활이외에 정신보건상담, 직업훈련, 지역사회에서 필요한 서비스를 제공한다.

(5) 검사는 약물법원의 참가자들에게 정기적 술과 약물 검사로 감시를 받게 하므로 회복의 핵심적 요소를 삼는다.

(6) 약물법원은 판사와 참가자간의 정기적인 법원모임으로 이어져 제재와 인센티브로 참가자의 따르기와 따르지 않기에 대응할 기회를 팀에게 제공하므로 행위변화를 유도하기 위해 조정된 전략을 참가자의 행위에 대응한다.

(7) 판사와 참가자의 상호작용은 정기적으로 약물검사를 하게 되어 만나게 되는 치료적 관계를 발전시킨다.

(8) 약물법원의 프로그램의 성공을 측정하기 위해서는 효율성을 입증하는 증거가 필요한데 훌륭한 자료수집이나 강력한 평가 없이도 그들의 일화를 통해 감시와 평가의 증거가 된다.

(9) 형사법과 치료제도에 근본적인 변화를 가져온 약물법원은 통합형 교육을 통해 약물법원 계획, 이행과 실시를 촉진한다.

(10) 약물법원, 공공기관, 지역사회단체간의 동반자관계를 공고히 하는 것이 지역의 지지를 발생시키고 약물법원의 프로그램 스태프가 지역의 자원을 잘 조직하도록 지원해준다.

3) 약물법원의 접근법

사건을 처리함에 있어서 접근하는 방법은 기소유예나 형량 선고 후 (Postadjudication)인데 체포 충격을 이용하여 바로 피의자가 되어 치료를

받게 하고 재할까지 완료하는 것으로 중죄 혐의 가능성을 피하고 재할 기회를 제공하고자 하는 것이다. 만약 치료프로그램을 완료하지 못하면 형량의 선고를 받게 된다. 이는 강제치료의 강점이자 자원으로 작용하는 점이므로 이 기회를 통한 치료의 개입이 이루어 질 수 있기 때문이다.

4) 약물법원 프로그램 대상자

약물법원 프로그램 대상자는 비폭력적 위반으로 약물소지, 재산범죄와 같은 약물남용의 문제가 있는 피의자를 대상으로 한다. 이는 재산범죄가 약물법원대상자와 어떤 연관성이 있는가? 를 생각할 때 약물남용으로 약물을 구입하기 위해 절도나 폭행, 살인 등의 범죄에 빠질 수가 있어서 이전에 유죄판결을 받은 적이 있는 피의자와 폭력위반 피의자를 허용하기도 하지만 1994년 폭력범죄 통제와 법 집행법(violent Crime Control and Law Enforcement Act 1994)연방교부금을 받은 약물법원에서는 현재나 과거의 폭력 위반자를 참여시키질 않는다.⁽¹⁸⁾또한 주마다 사법관할구역의 대상층에 대한 것이 다르다.

3. 교도소의 약물 프로그램

1) 약물 예방교육 프로그램(Drug Education Programs)

연방의 모든 교정시설에서 약물사범과 일반사범에게 의무적으로 이 프로그램에 참여토록하며 교육기간은 6개월 정도이다. 교도소에는 약물전문가와 심리사들의 감독 하에 이루어지고 있음 프로그램의 참여에 따라 수용자의 처우가 달라진다. 만약 이탈하는 자는 가장 작은 등급의 작업임금이 주어지고 중간처우의 혜택도 받지 못한다. 과정을 다 마친 수용자에게 증

18) 약물법원프로그램 대상자가 청소년이라고 조사되었으며 약 6%는 현재 폭력 위반혐의가 있는 사범, 약 16%는 이전에 폭력 위반혐의가 있는 사범이고 78%는 재범사범을 허용하고 있는데 그중 63%가 보호관찰 위반자를 허용하고 있기 때문이라고 Drug Courts: Overview of Growth, Characteristics, and Results, p.53, 의 보고서는 말한다.

명서가 수여되고 있다. 교육내용은 마약류남용의 과정에 대한 이해증진과 약물이 신체적 정신에 미치는 영향과 교정시설에서의 처우내용에 관한 소개 등이다.

2) 비거주 약물남용 서비스(Outpatient Drug Abuse Counseling Services)

교정시설에 있는 수용자가 언제든지 지원 가능한 프로그램으로 개인별 상담, 그룹회합, NA(Narcotics Anonymous) 와 같은 자조모임, 직업, 출소 후 계획 등을 나누는 상담 처우에 관한 프로그램이다. 때론 마약류남용자가 거주프로그램에 참여하기 위하여 기다리는 동안 활용하는 프로그램이다.

3) 거주 약물남용 처우 프로그램(Comprehensive Residential Drug Abuse Treatment Programs)

이 프로그램은 약물남용의 정도가 심한 수용자를 대상으로 100명~125명 정도의 인원이 9개월간에 걸쳐 교육을 받는다. 규율 위반 없이 종료한 자에게는 1년의 형을 단축해주는 인센티브를 부여하고 있고 교육내용으로 집단프로그램, 개인별 처우계획에 의한 종합검사, 집단처우, 생활방식 훈련, 전 직원에 의한 3개월마다 수용자평가, 60일 마다 처우평가, 36개월 이내 수용자 처우편입을 우선하며 종합적 이관 서비스 계획으로 내용이 구성되어 있다.(강은영, 2004,약물예방교육에 대한 효율화방안,P78)

이와 같이 교도소의 약물프로그램 특징은 구금된 상태에서 치료개입이 되는 형태로 치료환경이 우선은 유해한 현장에서 분리되어 일정기간 강제적으로 치료에 임할 수 있는 이점이 있는 것이다.

(1) 구치소 프로그램

미국의 경우 지역마다 지방자치의 특성에 의해 지역마다 교정, 구치소 프로그램이 다양하게 나타나기 때문에 단일한 교육과 전형적인 약물예방교육프로그램을 설명하기 불가능하다. 그중 가장 대표적인 프로그램이라면 캘리포니아 산타클라라 카운티의 **JET**프로그램(Jail Education and Treatment), 캘리포니아 콘타코사 카운티의 **DEUCE**(Deciding, Educating, Understanding, Counseling, and Evaluation) 로스앤젤레스의 **REACH** 프로그램(Rebuilding Education, Awareness, Counseling, and hope),뉴욕교정국의 **SAID**(Substance Abuse Interver division), 뉴욕 웨체스터 카운티의 **New beginnings**프로그램이며 구성요소를 보면 개인과 그룹상담, 직업교육, 에이즈검사, 의료처우 등 과 함께 약물교육을 실시하고 있다.(상계서, p.78)

【표2-20】 구치소 약물프로그램 구성요소

구분	JET	DEUCE	REACH	SAID	New Beginnings
그룹상담	실시	실시	실시	실시	실시
개인상담	실시	실시	실시	실시	실시
약물교육	실시	실시	실시	실시	실시
자조그룹 (Self-help groups)	실시	실시	실시	실시	실시
직업교육	실시	실시	미실시	실시	실시
재범방지	실시	실시	실시	실시	실시
의료처우	구치소 내 실시	구치소 내 실시	구치소 내 실시	구치소 내 실시	프로그램 안에서 실시
AIDS검사 가능여부	구치소 내 실시:초기 프로그램안에 서 실시)	구치소 내 실시	구치소 내 실시	구치소 내 실시	프로그램 안에서 실시

자료: 신의기·강은영, 2003, 「Evaluation of Dryg Treatment in Local Correction」, p.287.

(2) 텔라웨어주의 키-크레스트 프로그램¹⁹⁾

텔라웨어주(1988)수용자를 대상으로 치료공동체적 약물처우프로그램(Key 프로그램)을 시작하였고 후에 키 프레스트 프로그램으로 확대된 프로그램으로 교도소에서 시작하여 외부통근센터, 더 나아가 지역사회에서 사후관리 프로그램으로 이어지는 치료공동체 프로그램이다.

① 키 프로그램(key program)

1988년도 남성교정처우 프로그램 과정에서 범죄자의 위치에 따라 3단계의 프로그램이 구성되었고 교도소 내 12개월 동안 생활하면서 약물남용자들의 행동, 인지, 그리고 정서적 치료의 3가지 형태의 치료를 받게 된다. 처음의 치료는 행동에 초점을 맞추어 운영되고 단계별로 인지와 정서단계로 진행되며 대상자는 재소자중 수용기간 마지막 해에 참여하는 선발방식을 택하고 있다. 이들의 기본형태의 특징은 일상생활이 훈육과 조직화되어있고 주간에 TV나 전화사용 불허하고 부적절한 행동이 적발되었을 때 자유 시간을 박탈하는 제재를 받게 된다. 또한 필수적인 요소로서 책임감이 부여되고 일주일 내내 키 프로그램 운영자들에게 감시 받는다, 주2회 재회모임에 참가하여 재회에 필요한 문제를 상의한다.(강은영, 2004, p.80)

② 크레스트 프로그램(Crest program)

미국의 치료공동체 접근방식을 외부통근센터에 적용한 첫 프로그램으로 남·녀 참가자들은 6개월 동안 약물남용치료를 계속적으로 받도록 구성된 것이며 대상은 키 프로그램을 성공적으로 이수한 자이다. 그 밖의 작업방식에 적합한 자질을 갖춘자들도 포함하고 있으며 교도소 밖의 생활에 적용되는 시기가 되면 크레스트 상담가들은 그들의 문제를 본인이 확인하고 극복하도록 지원하게 되는데 처우단계에서 참가자들의 구직과 면접기술을 개발하도록 교육을 받고 외부통근센터에 기숙하면서 지역사회에서 작업을 하게 된다. 크레스트 프로그램을 참여하는 동안 친사회적행동을 물론 무작위로 약물검사를 받아야 하는 규정이 있다.

③ 사후관리 프로그램(Crest Aftercare program)

외부통근센터에서 프로그램 처우가 종료되는 동시에 보호관찰 감독을

19) The Key Program Orientation Manual, 1996.

받게 되는 대상자를 대상으로 6개월 동안 실시된다. 이들은 호스트 하우스(host house)에 거주하면서 보호의 책임을 가진 가정(host family)에 매월 전화통화기록을 제출하고 특정한 의무사항을 이행해야 하며 매주 집단토의, 집단상담, 약물검사 등 외부통근 센터를 방문하여 감독 받는다.

④ 민간부분의 적극 참여유도

키 프레스트 프로그램을 효과적으로 하기 위해 대상자 관리와 비용을 절감하기 위해 민간교정처우 서비스²⁰⁾(Civigenics)를 이용하는데 교정시설 내의 중독자들을 주내의 약물관련재활프로그램의 네트워크를 관리하도록 위탁하므로 15년 이상 여러 주에서 치료공동체로 명성을 얻은 키 프로그램과 함께 운영하고 있다. 씨비제닉스사는 키 크레스트 프로그램을 이수한 참가자들에게 사후관리 프로그램(집단상담, 재발방지, 자조집단과 가족상담)을 제공한다. 이 민간기관은 검사, 평가, 교정처우기획에서 이수 후 앞으로의 계획 작성과 다양한 지원을 전개하고 있다.

⑤ 키 - 크레스트 프로그램의 평가

키 프로그램을 이수하고 크레스트 프로그램에 배정되었던 약물남용의 경력을 갖고 있었던 집단과 이 프로그램에 참가하지 않은 집단을 1년 동안 비교하였더니 키크레스트 프로그램에 참가했던 47%가 약물을 전혀 사용하지 않았고, 비교집단은 16%가 약물을 사용하지 않았다고 한다. 석방 3년 후 기간 동안에도 두 집단간의 차이는 다소 줄어든 것으로 나타났지만 비교집단에 비하여 좋은 결과를 도출할 수 있다는 결과가 나왔다(Martin, et al, 1999). 또 다른 연구(Butzin et al, 2003:63-69)에서 역시 크레스트와 사후관리 프로그램을 이수한 참가자들이 석방 3년 후 비교집단에 비해 약물사용에 있어 7배의 훌륭한 결과를 보여주었다고 보고하였다. 이는 단계마다 참여하는 참가자들의 약물사용이 키-프로그램, 키-크레스트, 사후관리프로그램을 다 이수한 것 보다는 약물사용과 체포율이 높게 나왔다. 이러한 결과는 교도소와 연계된 프로그램을 계속 이수하며 치료 프로그램에 많은 시간을 참여한 참여자들의 약물접촉과 재범율의 결과가 상관이 있으며 치료기간이 오래 될수록 재범율이 감소되었다는 결과인 것

20) 씨비제닉스사: 민간교정 처우회사

이다. 비용면에서도 교정기관의 마약사범에 필요한 비용은 교정시설 하루당 24달러이며 평균75일로 총비용 1,800달러가 소요되었는데 다른 연구에서는 1997년 자료에 대한 분석을 통해 델라웨어주의 한사람당 \$938를 줄일 수 있었고, 크레스트와 사후관리를 이수한 수용자에 대하여는 \$995를 줄일 수 있었다. 이 같은 비용절감은 범죄의 감소, 건강보호비용 등을 줄임으로서 가능했던 것이다(McCollister et al., 2003:407).

4. 민간위탁

1) 민간위탁(Civil Commitment)치료시설

약물 중독자를 미국의 형사법제도 내에서 초기 치료접근 하는 것 중의 하나가 바로 민간위탁이다. 이 민간위탁은 일정기간 거주 진료와 지역사회에 근거한 사후관리를 포함하는 강제약물치료프로그램에 위탁하는 합법적인 절차이기도 하며 치료와 사후 관리하드로 약물수요를 줄이고 재활의 기회를 제공하는 치료접근법이다. 민간위탁은 1966년부터 시행하였으나 전문적인 치료프로그램의 부재와 약물중독자들을 참여하게 동기 부여를 하지 못했으며 개인의 자유를 헌법적으로 보장하는 범위 내에서만 운영했다. 그 후 1996년 교정시설 내의 중독재활프로그램이 개발되어서 교정시설 입소자의 민간위탁이 중단되었다.

2) 지역사회에 근거한 약물치료프로그램

거리범죄에 대한 치료대안(TASC)²¹⁾으로 1962년 “로빈슨 대 캘리포니아 사건”대법원 결정에서 화학물질중독을 질병으로 정의하면서 기소대신 치료를 의뢰하는 치료프로그램을 발달시켰는데 지역사회에 근거한 물질남용 치료는 약물의존사범에 대한 형사법제도의 처리절차의 대안으로 보호관찰 대상자인 사범과 보호관찰 철회(보호관찰 위반으로 교도소로 되돌아가는 것)된 마약류사범도 다시 의뢰될 수 있다. 위탁을 선택하여 연방범죄로 고

21) Treatment Alternative to Street Crime, TASC

발된 적합한 중독자에게 민간위탁을 인정한 후 검사를 통해 재화에 적합하다고 생각되는 중독자를 공중위생국장(Surgeon General)에게 3년의 시설치료(institutional treatment)와 감독 상태에서 사후관리를 위탁한다. 둘째 연방범죄로 유죄판결을 받은 적합한 중독자를 법무부장관에게 10년 이하의 시설치료와 사후관리를 위탁한다. 다만 6개월 이후 가석방이 가능하고 사회 내 감독을 받는다. 셋째 마약류중독자의 치료프로그램을 위한 재원은 주와 지방정부에서 지원받는다.



제 3 장 치료적 공동체의 적용

제 1 절 치료공동체

1. 역사

오늘날 공동체들을 있게 한 역사적 형태와 과정들은 공동체의 역사속에서 유대교의 쿰란공동체²²⁾에서 유사성을 발견할 수 있고 치료공동체(Therapeutic Community)는 자조적 접근방식(self-help approach)으로 사도운동²³⁾(apostolic movements)과 워싱턴운동²⁴⁾, 도덕적 절주운동²⁵⁾(moral temperance movement), AA²⁶⁾를 통하여 활성화 되었고 물질의존 치료재활분야에서 동료공동체(peer community)를 활용한 전인적 치료를 목적으로 하는 정신보건 등의 다양한 서비스를 통합적으로 제공하여 현재까지 이르게 되었다.

최초의 정신의학 치료공동체의 원형은 1940년대 중반 영국의 Belmont병원²⁷⁾의 사회 재활실에서 처음 개발되었고 최초의 TC는 영국의 정신의학자 Tom Main이 정신의학모델을 위해 만들어 냈다. 이 치료공동체는 대중적인 참여와 집단의 방법 사용, 환경치료, 행정적 정신의학을 강조하여 개별 치료자들을 통해 치료하던 접근 방법을 사회정신 의학적으로 접근방법을 바꾸어 사용한 것이며 환경전체가 치료적 속성을 갖도록 하는데 목표를 두었다

Maxwell Jones에 의해 시작된 정신장애우를 위한 치료공동체(therapeutic community: TC)²⁸⁾는 제3의 정신의학 혁명(third revolution in psychiatr

22) 쿰란공동체:기원전 168~기원후 68년에 존속했던 유대교의 한 종파(에세네파의 그리스도 공동체

23) 사도운동

24) 워싱턴운동:1840년 ,미국의 역사

25) 1913년 Golos Tserkvi(교회의 목소리 Voice of the Church)라는 잡지(저널)에 발표된 호소문에서 상트페테르부르크의 대주교는 성직자들에게 알콜리즘에 투쟁하라고 선언.

26) alcoholics anonymous:익명의 알코올중독자들

27) 후에 이병원은 Henderson으로 불려짐.

y)²⁹⁾으로 영국, 유럽, 미국에 까지 병원현장에서 정신질환자 치료를 위한 모델로 현재까지 유지 되고 있다.

【표3-1】 Jones의 정신의학 치료공동체의 특징

1	조직 전체가 치료성과에 영향을 준다고 여긴다.
2	사회조직은 치료의 영향을 극대화시켜줄 환경을 창출하기 위해 매우 유용하다. 사회조직이 단순히 치료를 위한 행정 단위만을 의미하는 것은 아니다.
3	치료공동체의 핵심요소는 민주화(democratization)이다. 치료공동체의 사회 환경은 환자들이 공동체 안에서 적극적인 역할을 할 수 있는 기회를 제공해 준다.
4	모든 관계는 치료적인 잠재력을 갖는다.
5	치료공동체 환경이 갖는 질적인 분위기는 치료적이다. 치료공동체 환경은 파괴적 행동에 대한 수용, 통제, 인내 사이에 균형을 이루고 있기 때문이다.
6	의사소통에 가치를 많이 둔다.
7	집단이 지향하는 것은 생산적인 일과 조속한 사회복귀이다.
8	건설적인 목적을 위해 교육적 기법과 집단압력이 사용된다.
9	직원으로부터 환자들에 이르기까지 권한이 고루 분산되어 있다.

출처: Kennard,1983, George De Leon, 「 치료공동체(역) 」, 2002, p.17.

현대의 치료공동체는 민주적(Democratic) 치료공동체프로그램의 개념적, 조직적 배경을 중심으로 한 1921년경 성직자로 구성된 종교적 조직체로 초기교회의 모습으로 돌아가자는 운동성향을 지닌 Oxford group이라고 Glaser(1974)는 말하고 있고 또 하나 위계적 치료공동체인 Synanon(1958)이 알코올 마약중독자들의 치료를 위해 세워진 미국 최초의 패쇄적 치료공동체가 되었으며 제2세대의 치료공동체인 Daytop

28) Jones의 정신의학 치료공동체의 특성, 표1참조

29) 대중참여, 집단방법의 사용, 환경치료, 행정적 정신의학을 강조하며 기존의 개별치료자들을 통해 치료하던 접근방법을 사회정신의학적 접근방법으로 바꾼 것을 말한다.

Village(1963)에 이른 것이다. 1964년부터 1971년 사이의 치료공동체 프로그램은 Synanon과 Daytop Village의 직·간접영향을 받아 급성장하였으며 제1세대 치료공동체의 모체에 참여했던 성원들이 나와 새롭게 발전시킨 형태라고 본다. 이러한 결과가 있기까지 가장 강력한 영향을 준 것은 옥스퍼드 집단, AA³⁰⁾, 알코올과 마약중독자들의 주거형 자조모임인 Synanon³¹⁾이고 현대의 형태에서 중독자 치료공동체는 시나논이 혁명적 영향을 미치며 시작되었다고 보았고 철학, 실천 방법 등의 공통요소를 전수받아 왔던 것이 지금의 치료공동체가 되었다. 처음은 일반적인 거주치료프로그램보다 더 제한적이고 구조화되어 있다. 특히 AOD(Alcoholics and Other Drug)관련자는 특정한 접근이 어떤 사람들에게 효과가 있는데 그들이 가진 회복에 관한 모델이 최고로 좋은 것이라고 믿게 되지만 여러 학문영역과 프로그램 내부를 관통하는 협력과 의뢰로 인해 빚어지는 접촉은 보통 보상적으로 올바른 이해의 증가를 불러일으키는 사회적 모델³²⁾ 개념을 가지고 있고 인간이 끊임없이 진보해온 역동적인 과정이다.

우리나라 마약류중독자들에게 입소시설을 중심으로 한 치료공동체는 송천쉼터와 소망을 나누는 사람들, 대구의 라파 교정교실이며 청소년 공동체 시설은 동부시립 아동상담센터의 나우리 프로그램과 알코올·노숙인 시설인 비전트레이닝센터, 늘푸른 자활의집을 중심으로 알코올 의존자 회복을 위한 공동체에 치료공동체를 적용하기 시작하여서 2005년도에 ‘카프남성거주시설과 여성거주시설과 중간집이 개소되었고 2008년 남성거주시설1개, 2009년 인천에 1개소를 운영하고 있다. 그 외 수원1개, 일산1개소를 운영하고 있으며 전국의 알코올 상담센터에서도 치료공동체 일부 프로그램인 AA뿐만 아니라 약물중독을 다루는 병원 셋팅에서도 활용하고 있다.

30) 오하이오주 아크론지역에서 뉴욕주식중개인과 의사인 Bill Wilson 과Bob Smith이 시작한 모임

31) 알코올중독 회복자인 Charles Dederich에 의해 생겨났는데 AA에서 경험한 철학적, 실용주의적, 심리학적 요인들을 통합하여 시나논(자조집단)을 출범시킴.

32) 캘리포니아주내의 약물중독 회복의 프로그램이며 AA의 상호부조의 개념을 가진 모델.

2. 치료공동체 개념적 내용

치료공동체 용어의 개념을 살펴보면 데이탑 빌리지에서는 치료공동체란 “자아발견과 자기향상이라는 목적을 가지고 모인 사람들의 집단”으로 정의하며, 치료공동체(Therapeutic Community: TC)는 “치유를 가능케 하는 사회조직을 구성한다는 공동의 목표 아래 모든 사람들이 다함께 기여하는 공동체로 조직된 곳”, 남용과 의존특성이 있는자(중독자)들의 회복, 교육, 훈련, 재활을 통하여 신체적, 정서적 건강을 재획득하는 것뿐만 아니라 긍정적인 생활을 유지하기 위한 능력을 개발하고 학습을 통해 삶에 대한 태도를 재형성하는 것까지를 포함한다.(De Leon, 2000)

‘치료공동체’는 뉴욕에서 대중적으로 사용되기 시작했으며 데이탑과 포에닉 하우스 프로그램에 참여하였던 일부사람들이 Jones모델 이후 새로 출현한 프로그램들을 치료적 공동체라고 말하는데 이 용어를 공식적으로 보급한 자는 푸에르토리코에서 주거형 약물재활 프로그램을 개발한 정신의학자 Efren Ramires박사가 사용하였다.치료공동체 프로그램은 장애, 사람, 회복, 올바른 생활에 대한 독특한 자조적 접근 관점을 가지고 있으며 공동체를 이용하여 치료를 위한 전인적 접근방법들을 이용하고 있다.(Williamet al., 2003) 이러한 의미에서 본 연구자는 치료공동체의 용어 사용을 데이탑 빌리지에서 정의한 것과 De Leon이 정리한 개념을 포함한 “물질의존으로 인해 질환을 가진 자들이 단·장기 기간 동안 교육, 상담, 일상생활훈련, 재활을 통해 사회·심리적, 신체적, 정신적 건강과 자아발견으로 인하여 조금이라도 자기성장이라는 성장목표를 가지고 모인 사람들이 함께 기여하는 사회 조직된 집단’이라 정리한다. 이렇듯 아직은 적용하는 단계에 있어서 치료공동체의 사회적 모델의 개념이 구분화 되어있지 않은 두 가지가 미묘하게 섞여져 있는 듯하여 구분하기 어렵지만 임상적인 모델과 사회적 모델의 치료공동체가 있음을 Thomasina Borkman(1983)은 연구를 통하여 사회적 모델 프로그램의 정의를 내렸는데 그 정의는 3가지이다. 그 첫째 사회적 모델은 Guerrero Street의 사회조절해독(detox)과 Dr. Robert O’Briant의 사회적 알코올 중독 회복 프로

그럼으로써 올라가는 가장 오래된 것인데 시설은 병원이 아닌, 공동체를 기반으로 한다. 둘째 어떤 내과 의사나 정신과 의사가 알코올중독을 진단하지 않으며 프로그램을 관리하지 않는다. 셋째 어떤 약물치료도 회복과정에 이용되지 않는다. 라는 정의를 내리지만 그중 학위를 받은 임상치료사들은 그 정의를 심각하게 받아들이지 않고 있으며 오히려 지난 10여 년 동안 사회적 운동으로 발전하고 있다고 캘리포니아의 지도자³³⁾들과 대변인들이 말하고 있다. 이렇듯 두 모델(임상적 모델과 사회적/공동체모델)은 많은 요소들에 있어 공통점을 가지고 있기 때문에 서로 배타적이지 않고 의학적 병원모델과 비교했을 때 실제로부터 추상화된 하나의 이상적인 형태 또는 하나의 개념화된 것으로 중요한 특징을 규정짓는다. 실제 임상적 치료모델이라고 불리는 치료적공동체는 대학원에서 훈련받은 사람, 임상심리, 사회적 수행, 결혼 가정 상담뿐 아니라 중독치료에 있어서도 특별한 훈련을 받은 인적 서비스 부조와 관련된 학문분야로부터 학위를 수여받는 전문가들에 의해 수행되어지는 전문적 수행에 관계된 요소들의 집합이라는 관점에서 말한다. 또 사회적/공동체모델은 사회적 운동의 주창자들로부터 발전되어 왔는데 네트워크의 구성이라는 모델에 기반을 두어 프로그램을 실행하고 진척시킨 지도자들과 실천자들을 말하고 있다.(Borkman,1983) 여기서 본 연구자는 임상적 모델의 사회적 모델을 접합한 개념을 치료적 공동체에 사용하기를 원한다.

3. 치료공동체의 치료요소

치료공동체의 관점은 약물중독을 전인적인 상황으로 보고 가치와 윤리, 환경(셋팅, 사람, 구성원들의 상호작용을 관리하는 규칙과 규범, 공유된 신념체계)을 말하며 생활철학과 스텝 모두가 역할 모델이 되는 사회학습모델을 지향하며 방법은 사고, 감정, 행동, 일, 레크리에이션을 통하여 학습하게 된다.

33) Dave Brown, Joe Collins, Martin Dodd, Bob Matthews, Bob Reynolds, Mary Ross, Ken Schonlau, Al Wright 등.

1) 행동형성 도구

치료공동체를 구성하고 있는 환경의 거주자들이 일반사회를 통합시키기 위해 구성원들에게 지위를 부여함으로 자신이 노력한 만큼의 지위의 역할을 받게 된다. 거주자들은 약물의존으로 말미암아 자기의 지위와 역할을 잊어버리고 살아왔고 각 발달단계의 과업 수행을 하지 못한 관계로 일반사회의 구성원의 지위와 역할을 잘 감당하지 못하므로 자신이 노력한 만큼 상위지위로 상승하고 하위 지위로도 하락할 수 있도록 환경을 구성하여 경험케 하므로써 거주자들에게 사회화가 이루어지고 심리적 성장이 나타나도록 구조화 한 것이다. 그리하여 재사회화를 할 때 잘 적응할 수 있는 상태로 작은 사회에서 배워가는 과정인 것이다.

치료공동체에서는 스스로의 힘으로 일상적인 운영에 참가하므로 권위와 보상이 주어지게 하고 책임도 함께 질 수 있도록 역할수행을 하므로 생존 기술 습득의 과정이며 일상의 행동형성 요인이 되게 하는 것이다.

2) 심리·정서적 도구

낮은 자존감, 혼란된 정체성, 좌절에 대한 인내심 결여, 죄책감, 우울 및 분노 등 심각한 정서상의 문제들에 의해 고통을 받을 뿐만 아니라 이런 상황이 발생할 경우 그 감정들을 다루는데 어려움을 겪게 된다. 자신의 약점을 회피하고 자신의 문제에 무감각해지려고 하는 경향을 갖는 것으로 말미암아 책임감과 의무감 결여로 나타나 사회문제를 일으키게 된다. 또한 자신의 사회적 지위 및 기능에 대한 부족에 직면했을 때 빗나간 성격으로 진전되어 반사회적 성격장애로 나타나기도 한다. 이러한 특성들을 치료과정에서는 공동체를 이용한 개입이 이뤄지며 개인 상담과 집단 상담을 통하여 내적인 측면을 드러내어 놓고 과거의 문제들을 통합하는 새로운 전략을 발전시키도록 전통적인 접근방식³⁴⁾과 건강한 삶의 문화를 배우고 혜택 받을 수 있는 더욱 큰 공동체와 연계하는 방식을 취하는 프로그램이

34)[표3-2] 참조

다.

【표3-2】 심리, 정서를 돕는 치료요인 프로그램 (전통적인방식 요약)

프로그램	내용
정규집단 (탐색)	직무위계의 스텝 중 한사람이 담당하며 해당되는 구성원들이 모이는 집단으로 치료공동체에 거주하는 기간 동안 끊이지 않고 지속되고 주 1, 2회 정도 정규 집단을 통해서 동료들에게 지지를 받고 자기문제를 해결할 수 있는 힘을 얻는 시간으로 활용된다.
개별상담	공동체에 입소 후 개인적인 문제는 개별적으로 다루어지기보다 공동체 내에서 집단적으로 다루어지지만 개별적으로 다루어야 하는 공동체 신뢰와 안정, 가족 문제, 사회복귀 등의 구체적인 사안은 개별상담을 통해 다루어진다.
참 만남 집단/마라 톤집단	이 모임은 감정적인 문제를 다루는 집단 상담으로 치료공동체 성원들끼리 발생한 일들에 대해서 스트레스를 받고 해결되지 않은 일들에 대해 다루어지며 주된 접근은 직면적인 과정(confrontational procedure)을 이용하며 변화되어야 하는 특징적인 개인적 태도와 양상을 인식하도록 하므로 공동체에 대한 안전한 환경인 것을 발견하도록 돕는다
동료직면 집단	성원들 간에 문제가 발생할 경우 같은 직위에 해당하거나 같은 부서에 해당하는 성원들 끼리 모아 그들이 직접 직면을 하므로 스트레스 요인을 해결하도록 하는 집단모임이다.

3) 지적, 영적발달 도구

회복에 있어서 인지적인 측면의 깨달음은 생활의 연속적인 과정에서 일어나며 특히 영적³⁵⁾ 변화는 개인과 공동체 사이에서 상호작용의 결과로 일어난다. 치료공동체에서 인지적인 변화가 일어났다고 전인적 장애(질병)가 치료되었다고 말하지 않는다. 생활의 연속선상에서 대인과 상호작용하며 자기정체성과의 변화도 일관성 있게 보여줄 때 영적으로 변화되었다고 타인이 인식되어지는 것이다. AA12단계에서는 12단계의 실천으로 개인적

35) 치료공동체의 영적인 것은 인간의 선량함을 나타내거나 발위하게 하는 도는 행동이나 활동이라고 정의한다. 즉 인간의 정신을 향상시키는 생산적이고 창조적인 부분까지 포함한다(이미형,2002)

성격의 성장을 통한 회복이 일어났으며 영적인 변화가 일어났다고 표현된다. 이러한 변화는 자신과 타인 앞에서 변화되었다고 수용될 때 생활이 안정되고 개인의 문제에서 가족과의 갈등에 대한 관심으로 넓혀져서 결국 약물에 의존하는 삶을 끊을 수 있도록 서로 지지적 관계로 발전 되는 것이다. 그래서 더 높은 기능적 수준으로 성장하고 변화 할 수 있게 되는 요인으로 작용하는 것이다. 치료공동체의 지적, 영적으로 도움을 주는 프로그램은 교육훈련, 세미나, 정보제공 등이 있으며 【표3-3】와 같다.

【표3-3】 지적, 영적 발달을 위한 요인

프로그램	내용
교육훈련 (정보제공)	공동체 철학, 생활철학, 규칙, 규범, 도구, 프로그램 안내, 작업 정치, 경제, 사회인식증진, 자발성, 책임감, 집단, 가치 명료화 등
세미나	삶의 주요한 문제에 대한 강의, 토론, 활동세미나, 게임 등

4) 직업·생존기술도구(Vocational & Survival Skills)

거주자들의 공동체에 기여하는 구성원이 될 것을 기대하며 개인적 능력과 공동체에서 행하는 과업의 가치에 의거하며 직업기술 자체가 아니라 취업과 책임 있는 삶의 방식에 전제가 되는 태도와 행동을 갖추는데 초점이 맞추어져 있다. 직업역할은 주방팀, 관리팀, 세탁팀, 총무팀으로 나뉘어져 일관된 작업태도 이상의 가치에 대한 헌신과 자신감, 심리적 성장이 있어야 함을 작업과정을 통해 알게 된다.

제 2 절 교도소 내 치료적 공동체

교도소 사회는 엄격한 통제와 일상생활의 모든 면을 제재하며 개인의

자유를 박탈하는 형태를 가지고 있다. 이것은 교도소내의 공식적인 규칙과 달리 비공식적인 형태의 규칙이 만들어져 단순한 괴롭힘부터 신체적 폭력과 사망에 이르기까지 제재를 만들어내며 재활이 어려운 상황이 만들어지게 된다. 이러한 환경에서 치료와 재활교육이 성공적으로 이루어지려면 공동체로서 개개인이 서로 상호작용하면서 사회에 적응하듯 각자의 안정된 환경을 이루어 갈 수 있는 규칙과 규범이 필요하다. 이는 치료가 일어나는 환경을 개인이 합쳐진 공동체가 이뤄가야 하기 때문이다. 그것은 교도소가 강제적이지만 바깥의 유해환경으로부터 분리되어 수용되므로 환경에서 오는 집안걱정이나 가족 및 경제적 걱정 없이 치료에 전념할 수 있는 환경이 될 수 있기 때문이다. 치료적 공동체는 마약류사범들을 위주로 다른 죄수와 분리되어 폭력이나 재발을 방해하는 반사회적 문화가 없는 독립된 치료적 환경을 말한다(A.D. David., 1992). 치료공동체의 치료적인 면은 사람에게 문제가 있어 증상이 나타나는 것이지 약물이 아니라는 견해를 가지고 있고 회복에 대한 치료적 공동체는 상호간에 역동을 다루는 자조이다. 그러므로 매일 매일의 활동들이 환자들에 의해서 이루어지므로 업무, 집단모임, 총회, 레크리에이션, 개인 및 사회적 시간에 있어서도 공동체의 주요전달사항이나 기대를 다른 사람에게 전달하는 것이 바로 수형자들이다. 또한 TC(Therapeutic Community: 치료적 공동체 약자)는 개인 상담이나 집단상담 외에 성취된 가치를 강화하기 위하여 명백한 보상과 제재가 주어지므로 그들만의 독특한 규칙과 규정이 있으며 이를 통해 특권을 획득한다. 모든 일상의 생활과 행동, 시설관리가 수형자들에 의해 이루어지고 이러한 규칙 규정 특권, 등이 공동체의 안전과 건강을 유지하는 것이며 교육훈련시간을 통해 환자들을 훈련하고 교육시킨다. 이러한 기본규칙을 어겼을 경우에는 즉각적 TC로부터 배출되고 형량을 받았을 경우는 교도소로 되돌아가게 된다.

심각한 약물남용의 병력을 가진 남녀환자들의 추적조사를 통해 재범율의 감소를 확인하였다. (D.S.Lipton,1995, J.A. Inciarde, 1997) 교도소 내 치료적 공동체는 3단계의 TC가 가장 효과적이다.

제1단계는 입원평가에서 환자의 초기면접을 통해 얻어진 기초자료를 가

지고 불안과 불확실성을 감소시키는데 초점을 맞춘다. 이 단계에선 핵심적인 규칙(즉, 약물사용의 금지, 폭력이나 물리적 폭력의 위협 금지)에 대한 정보제공, 주거의 규칙(게으름, 절도, 차용이나 대출의 금지, 예의를 지키는 것), 기대되는 품행(언어, 의복, 시간엄수, 출석 등), 프로그램의 핵심 사항(즉, 구조의 형태, 업무 기능, 권익체계, 각각의 단계의 과정, 철학과 관점) ; TC의 기구(즉, 지지집단이나 다른 집단들). 프로그램에서 요구하는 것이나 직면의 관점에서 이 단계에서 치료의 전체적인 강도(intensity)는 개인적인 두려움이 높아지는 것을 피하기 위하여 중간정도(moderate)로 한다. 집단과정은 치료방법에 참여시키고 수용을 촉진시키고 그룹 자체를 이용하는데 있어 환자를 훈련시키기 위해 참여시킨다. 이 단계에서 잘 적응하느냐 아니냐에 따라 초기 탈락율이 생긴다. 따라서 환자에 대한 임상적인 평가는 특정 치료에서 필요한 것과 장기간의 TC 주거치료에 대한 적합성을 명확히 하기 위해서 첫 2개월 이상 지속되어야 한다.

제2단계는 중간단계로 치료적 공동체 아래 가족적 분위기로 길거리의 외부적 부정적 영향을 제거하고 자체내 문화를 형성하여 지위와 업무상 서열, 그리고 규칙과 규정의 다양한 치료적 기법으로 지속적인 재사회화 과정을 거친다. 이는 기존의 교도소 work release와 달라야 하며 책임감과 돌봄, 응집력과 자기 존중감을 발달시킨다. 잘못된 생활양식과 행동양식을 수정하므로 개인적 성장을 추구하는 것을 목표로 하고 기간은 9개월에서 12개월, 때론 18개월이 필요할 수도 있다. 교도소 상황은 수형자들이 시간이 많기 때문에 포괄적인 치료를 받을 수 있는 시간과 기회가 있게 되어 더 치료적 공동체가 교도소 내에서 이루어져야 하는 것이 중요한 이유가 된다..

제3단계는 환자가 사회복귀지도(work release)를 마치고 자유롭게 사회에서 거주하는 것으로 보호관찰이나 다른 지역사회 프로그램의 감독을 받는다. 이 단계의 치료적 중재는 외래상담과 집단치료이다. 환자들이 사회에서 자유롭게 살고 있지만 기간을 정해 정기적으로 Therapeutic Community로 복귀하여 치료적 공동체의 구성원과 함께 재강화를 받는다.

약물남용치료를 위한 치료적 공동체는 전통적인 측면과 혁신적인 집단

과 치료적 실재를 사용하는데 의사소통기술 및 심리극과 같은 치료모델을 포함함으로써 광범위한 접근을 추구한다. 이는 정상적인 사회가 수용하는 기술과 가치들을 결코 가질 수 없거나 감정을 억압하며 살아왔기에 재활(rehabilitate)된다는 것은 대단히 어렵긴 하지만 치료적 공동체를 통하여 바람직한 사회의 가치를 발전시키는 건강한 도덕감, 책임감, 그리고 양육받고 싶어 하는 것을 배울 기회를 제공하므로 초기인생의 사회 일부를 치료과정에서 다루는 것이다. 그렇기 때문에 TC의 환경은 가장 최상의 환경이며 안전한 환경이 되어야 한다. 이를 유지하기 위한 치료전략은 ,행동치료, 인지치료, 감정치료로 이루어지며 기본규칙을 위반할 시는 즉각적인 퇴원조치가 이루어져 본래 교도소로 되돌아가 형을 산다.(조성남, 2001)

제 3 절 자조모임

1. AA와 12단계의 역사

익명의 알코올중독자들(Alcoholics Anonymous)³⁶⁾로 음주문제를 가지고 있고 알코올문제에 대해 무엇인가를 해야 할 필요를 느끼는 사람들로 누구에게나 동등한 도움을 제공하는 모임이다. A.A.의 구성원은 많은 시간 동안 음주를 하지 않았다고 하더라도 그들이 지금 현재도 역시 알코올 중독자라고 말한다. 왜냐하면 그들이 언제 회복의 과정을 이탈해 술이라는 재발 현상속에 들어가 통제 능력을 잃어버려 안전하게 음주 할 수 있다고 확신할 수 없기 때문에 회복된 알코올중독자의 예와 협력을 통해서 그냥 하루에 “한번만”음주하는 것을 멀리하도록 동기 부여 받는다. 평생을 두고 맹세하는 것이나 그들이 내일도 음주하는 것을 멀리하도록 걱정하는 것 대신에 지금 이 순간 오늘 하루 음주하지 않는 것에 초점을 둔다. A.A.의 기원은 칼 융(Carl G. Jung)이 알코올중독자 롤란드(Roland H)의 알코올 치료에 실패하자 환자에게 영적인 변화나 각성만이 강박적인 음주에서 벗어나게 해줄지 모르겠다고 말해 주었고 그 말을 들은 롤란드는 옥스퍼드

36) 익명의 알코올중독자들, 1957년 책으로 만들어짐

그룹(the Oxford Group:1세기 기독교의 가르침을 회복하려는 중독에 관심이 많은 교파)에 가입하여 회심과 단주에 성공하였으며 이것이 첫 번째 사건이며 이 이야기를 친구 에드윈에게 자신을 경험을 말해주어 에드윈도 옥스퍼드 그룹을 통하여 단주하게 된 것이 두번째며 에드윈이 빌이라는 미국의 한 알코올중독자를 찾아간 것이 세 번째이다 빌이 밥이라는 외과의사를 만나 단주에 성공한 말대로 12단계를 실천하였더니 단주에 성공하였고 이들이 모여 A.A.를 창립하였다. A.A.는 1935년 미국에서 시작되었으며 AA멤버들은 자신들의 회복의 원리를 12단계로 정리하여 1939년에 ‘익명의 알코올중독자들’이라는 책을 출판하였으며 이보다 자세히 다룬 12단계와 12전통이라는 책을 1952년에 출판하였다. AA와 12단계의 탄생 과정에서 보여주는 것처럼 12단계는 이론적으로 개념화한 뒤에 실험을 한 원리가 아니라 먼저 실험을 해 본 사람들이 자신들의 회복과정을 되짚어 이를 개념화한 것으로 AA는 영적치료(12단계)와 이성적 치료(온전한 생활)를 모두 치료의 도구로 사용하고 있다. 그래서 중독치료프로그램인 ‘인지행동치료’나 ‘동기강화치료’에 비해서도 그 치료효과가 떨어지지 않는 것으로 밝혀졌으며 현재 170개국의 10만개의 그룹에 약 200만 명의 중독자들이 참가하고 있으며 단주자의 50%가 AA를 통해 단주하고 있다는 사실은 결코 우연이 아니다. NA, GA도 AA를 활용하여 사용하여 그들의 중독 치료에 활용하고 있다.

2. AA 12단계의 이해

1) 12단계의 전문(김한오,2010, 12단계 중독치료)

[제1단계] 우리는 알코올에 무력했으며 우리의 삶을 수습할 수 없게 되었다는 것을 시인했다.

[제2단계] 우리보다 위대한 힘이 우리를 본정신으로 돌아오게 해주실 수 있다는 것을 믿게 되었다.

[제3단계] 우리가 이해하게 된 대로 그 신의 돌보심에 우리의 의지와 생

명을 맡기기로 결정했다.

[제4단계] 두려움 없이 우리 자신에 대한 도덕적 검토를 했다.

[제5단계] 우리의 잘못에 대한 정확한 본질을 신과 자신에게, 그리고 다른 어떤 사람에게 시인했다.

[제6단계] 신께서 이러한 모든 성격상 결점을 제거해 주시도록 완전히 준비했다.

[제7단계] 겸손하게 신께서 우리의 단점을 없애 주시기를 간청했다.

[제8단계] 우리가 해를 끼친 모든 사람의 명단을 만들어서 그들 모두에게 기꺼이 보상할 용의를 갖게 되었다.

[제9단계] 어느 누구에게도 해가 되지 않는 한 할 수 있는 데까지 어디서나 그들에게 직접 보상했다.

[제10단계] 인격적인 검토를 계속해서 잘못이 있을 때마다 즉시 시인했다.

[제11단계] 기도와 명상을 통해서 우리가 이해하게 된 대로의 신과 의식적인 접촉을 증진하려고 노력했다.

[제12단계] 이런 단계들의 결과 우리는 영적으로 각성되었고, 알코올중독자들에게 이 메시지를 전하려고 노력했으며 우리 일상의 모든 면에서도 이러한 원칙을 실천하려고 했다.

2) 12단계 각 단계 해설

[제1단계] 우리는 알코올에 무력했으며, 우리의 삶을 수습할 수 없게 되었다는 것을 시인했다.

⇒1단계에서는 본인의 중독의 문제를 부정하기 때문에 치료의 시발점이 되지 않고 있다는 전제하에서 자신의 중독으로 인하여 발생하는 모든 문제, 즉 AOD사용의 절제력 상실을 인정하므로 자신의 삶에 마약이 미친 영향들로 기본 삶의 질서가 어그러져 있음을 시인하는 단계이다. 이 단계가 본인 스스로에게 인정이 되어야만 중독의 문제는 물론 삶의 문제를 해결할 수 있는 변화를 맞게 되는 과정이므로 굉장히 중요한 단계이다. 이

단계에서 수행과제는 문제부정vs문제인정으로 “무력”이라는 단어가 핵심 단어이고 이 무력함에서 벗어나 나의 목표로 삼는 것은 12단계이다. 제1단계의 결과들을 지나 12단계까지 오면 영적으로 각성되어지고 수습할 수 있는 삶을 살 수 있는 것이다. 결국 바닥에 떨어져야만 더 이상 나락으로 떨어질 조금의 여지가 없을 때 올라가게 되는 원리이듯 이과정은 참으로 힘들고 어렵지만 오직 그 길밖에 다른 길이 없는 자는 그 길을 가게 되는 것이다. AA의 12단계 12전통의 제1단계에서는 다음과 같이 기술되어 있다. “왜 알코올중독자들은 각자가 밑바닥의 쓰라린 경험을 당해 보아야만 하는가? 쓰라린 경험 없이 AA의 프로그램을 성실하게 실천하려고 하는 사람은 거의 없기 때문이다. AA의 남은 11개의 단계를 실천하려면 아직도 술을 마시고 있는 알코올중독자가 꿈에도 생각할 수 없는 태도와 행동을 가져야 한다(12단계 12전통 제2판, P31).

[제2단계] 우리보다 위대한 힘이 우리를 본정신으로 돌아오게 해주실 수 있다는 것을 믿게 되었다.

⇒2단계에서 핵심어는 위대한 힘과 본정신으로 볼 수 있으며 알코올에 무력하여 수습할 힘이 없음을 인정하는 자가 당연히 도움을 위대한 힘(신)에게 요청하게 되는 것이고 무력함을 느껴본 자는 자연스럽게 2단계적 사고를 할 수 밖에 없는 것이다. 그리하여 문제해결의 주체를 내가 아닌 신으로 해결의 실마리를 풀게 되는 것이다. 그럼에도 중독에서 벗어나지 못하는 이유는 첫째 중독에 걸렸음을 철저히 인정하지 않기 때문이고, 둘째 중독을 인정해도 혼자 힘으로 벗어나려고 하기 때문이다. 셋째 혼자 힘으로 할 수없음을 인정해도 도와주는 자의 말을 듣지 않기 때문이다. 입원치료, 외래치료, AA모임, 가족의 조언을 거부하고 자기 혼자 힘으로 하는 결과는 항상 술의 절제력을 잃고 술에 젖어 사는 삶이 되는 것이 되고 보니 위대한 힘을 찾게 되는 전환시기인 것이다. 이 단계의 수행과제는 내가 해결할 것인가 아니면 신이 해결할 것인가를 결정해야 한다.

[제3단계] 우리가 이해하게 된 대로 그 신의 돌보심에 우리의 의지와 생명을 맡기기로 결정했다.

⇒3단계에서 우리가 이해하게 된 대로 신은 우리를 원상태로 돌려 놓

을 수 있는 힘이 있는 자여야 한다. 신의 정의는 기독교의 신을 말하는데 많은 사람들이 종교적 갈등으로 인해 치료적 범위에 들어오지 않으므로 특정 종교적 선입견이나 오해를 불러일으킬 수 있는 소지를 타협하여 신에 대한 것은 각자가 내릴 수 있도록 ‘우리가 이해하게 된 대로의 신’으로 표현을 쓰고 있을 뿐이다. 내가 좌지우지 할 수 있는 신은 나의 무력함, 아무것도 할 수 없는 죽은자와 같은 상태에서 중독으로부터 건져 내 줄 수 있는 힘이 없기에 초월적인 신이 필요하지만 이런 측면에서 보았을 때 초월적인 ‘신’을 받아들일 수 없는 사람에게는 AA 모임이나 가족이 당분간 그의 신이 될 수 있다. 3단계의 수행과제는 도움을 받아야 하는데 주저함 vs 도움 받을 것을 결심하여 요청함.

[제4단계] 두려움 없이 우리 자신에 대한 도덕적 검토를 했다.

⇒나의 문제들을 해결하기 위해서는 자신의 문제가 무엇인지 알아야 하는 것이다. 그러기에 나의 문제목록들을 생각 하는 것에 그치면 다시 잊어버려 행동화 시키기에 미흡한 부분이 있어서 글로 적어가면서 생각하는 과정이다. 이 단계의 수행과제는 머리로 생각하기vs 글로 목록 만들기.

이 단계는 나의 인생의 삶속에서 문제가 되어왔고 현재도 문제를 일으키는 모든 요소들을 다 적어야 하는데 생각이 잘 안날 수도 있기에 생각날 때마다 글로 메모하는 것이다. 혹여 이 단계가 어려우신 분은 12단계 12전통을 참고한다면 구체적 검토 방향이 제시되어 있다.

[제5단계] 우리의 잘못에 대한 정확한 본질을 신과 자신에게, 그리고 다른 어떤 사람에게 시인했다.

⇒4단계의 도덕적 검토는 아무도 없는 곳에서 자신에게 정직하기 위해 쓸 수 있지만 5단계에서는 제삼자에게 고백하기를 권한다. 왜냐하면 AA 모임에서는 혼자 속으로 정직하여서만 자신의 중독문제를 해결하기 어렵기 때문에 작은 문제하나하나, 내보이기 어려운 문제들에게도 정직해야 도움을 받을 수 있기 때문에 정직해야 한다. 또한 수치심을 남에게 상처로 남을 수 있기 때문에 안전지대에서 서로 공감되어 질 때 치유가 일어나고 그것으로 인해 삶의 자유와 해방감을 보기 때문이다. 이 단계에서 수행과제는 혼자 문제독백하기 vs 문제를 다른 사람에게 고백하기 이다.

[제6단계] 신께서 이러한 모든 성격상 결점을 제거해 주시도록 완전히 준비했다.

⇒ 6단계에서 문제를 알았다면 그 문제를 해결하도록 하는 단계인 것이다. 버릇고치기는 초등학생이나 70이 넘는 사람에게도 필요하며 해야 하는 것이며 적당히가 아닌 최선을 다하는 것이다. 적당한 문제개선 vs 확실한 문제개선이 이단계의 수행과제이다.

[제7단계] 겸손하게 신께서 우리의 단점을 없애 주시기를 간청했다.

⇒문제를 해결하는 과정에서 문제에 대한 태도를 자만이 아닌 겸손한 마음으로 해결과정에 임하면 비로소 개인의 성숙이 이루어지는 것이다. 수행과제는 교만vs겸손이다.

[제8단계] 우리가 해를 끼친 모든 사람의 명단을 만들어서 그들 모두에게 기꺼이 보상할 용의를 갖게 되었다.

⇒인간이 살면서 가장 많이 접하는 문제는 대인관계에서 나타나게 되는데 그 첫 작업이 명단을 만들어 그 상대에게 보상할 것을 하고 내가 용서받아야 할 것을 하는 단계이다. 이 작업은 고립에서 화해의 길로 들어가는 것으로 다른 사람의 입장까지 갈 수 있는 단계로서고립과 화해를 통한 대인관계 개선이다.

[제9단계] 어느 누구에게도 해가 되지 않는 한 할 수 있는 데까지 어디서나 그들에게 직접 보상했다.

⇒ 보상하면 우리는 무척이나 큰 것을 생각하지만 때로 지극히 작은 말 한마디가 큰 위로가 되며 격려가 될 때가 얼마나 많은가? “말 한마디로 천 냥 빚을 갚는다” 라는 말이 있듯이 대부분 중독문제에 있어서 가족들에게 말로 준 것들이 많기 때문에 물질적인 보상보다는 진심어린 말 한마디가 심리적 보상이 되어 많은 화해와 치유가 일어난다. 또한 신체적인 부분에서도 알코올과 관련된 폭력면에서도 많은 학대를 받지만 한편으론 가족이기에 측은지심이 많기 때문에 진정어린 말 한마디와 이기적인 자신만을 위한 삶에서 가족을 위한 관심과 태도는 참으로 귀한 보상이 될 수 있다는 것이다.

이 단계에서 수행과제는 이기주의 vs 이타주의이다.

[제10단계] 인격적인 검토를 계속해서 잘못이 있을 때마다 즉시 시인했다.

⇒ 5,6,7단계를 통해서 개인적 문제 해결의 열쇠를 찾고 8,9단계를 통해서 대인관계 문제해결의 열쇠를 찾아 평생에 걸쳐서 자신의 문제점을 끊임없이 검토하고 시인하고 개선하는 작업이 바로 제10단계인 것이고 수행과제는 한번으로 끝낼 것 vs 매일매일 평생에 작업을 하는 것이다.

[제11단계] 기도와 명상을 통해서 우리가 이해하게 된 대로의 신과 의식적인 접촉을 증진하려고 노력했다.

⇒ 10단계의 매일 매일의 반성, 명상, 기도로 신을 만나고 그로 인해 우리의 문제점에서 벗어 날 수 있게 되는 것이며 신의 뜻을 발견하고 알아가게 되는 것이다. 신의 뜻을 발견하고 그 뜻을 받아들이려면 자기의 뜻을 버려야 한다. 신이 나를 위해 준비한 그 뜻을 위해 살 준비가 되어야 하는 것이다. 이것이 바로 11단계의 수행과제이다.

[제12단계] 이런 단계들의 결과, 우리는 영적으로 각성되었고, 알코올중독자들에게 이 메시지를 전하려고 노력했으며 우리 일상의 모든 면에서도 이러한 원칙을 실천하려고 했다.

⇒ 우리의 출발은 알코올에 무력한 아무것도 할 수 없는 상태였지만 한 단계 한 단계를 거쳐 4-7단계의 개인문제 단계와 8-9단계의 대인관계문제를 지나 11단계에서 초월적인 신을 만나게 되고 내가 존재하는 삶의 의미 알게 되었다. 그렇다면 12단계의 목표는 영적각성이요, 메시지 전달이요, 일상생활의 12단계 원리를 적용하는 것 이어서 내 삶의 생활의 모든 언어와 행동, 감정에서 저절로 우러나게 되는 삶을 살아내는 것이 12단계의 목표인 것이다. 여기까지의 여정은 우리의 인생을 살아가는 과정 중에서 살아 내야하는 과정이요, 수행과제가 되어지는 것이다. E한 메시지 전달을 위해서는 AA모임에 나가 회복에 참여하려고 하는 자나 또한 도움이 필요한 자에게 영적으로 각성되어지는 과정들을 나누며 살아가는 것이다. 그러나 이와 같이 꿈같은 상태에 누구나 다 도달하는 것은 아니며 정말로 죽음에서 벗어나고자 하는 절박한 심정에 있는 사람이어야만 이 단계를 걸을 수 있을 것이라는 것이다. 암에 걸린 자들은 자신의 선고를 들을 때 죽

음에 이르는 고통을 경험하며 어떤 것을 선택하느냐에 따라 자신의 삶을 정리하며, 소망을 갖으며 목표를 향하게 된다. 모든 것은 본인이 어찌 생각하느냐에 따라 행동도 따라가게 되는 것이므로 자신의 문제가 대수롭지 않게 여기는 사람은 대수롭게 대처할 것이고 절박함속에서 선택하는 것이라면 모든 삶의 순간이 절박함 속에서 그것을 하나라도 놓칠세라 꼼꼼히 점검하며 갈 것이다.

3) NA(Narcotics Anonymous)

Narcotics Anonymous의 약자로서 AA의 전문을 토대로 약물사범의 자조모임으로 1940년대 후반에 태동하여 1953년 캘리포니아에서 첫모임이 시작되었다. NA는 비영리적 친교단체로서 사회적 모델의 한 부분으로 약물로 인한 문제를 가진 남녀를 위해 약물을 끊고 새로운 삶을 살기 위해 매주 정기적으로 만나 서로 도움을 주고 받는 비거주형인 네트워크적 자조집단이다.

12단계와 12전통을 핵심원리로 하여 약물의 문제를 시인하여 자신의 삶을 위대한 한 힘에게 맡기며 철저히 자신을 검토하므로 개인의 문제와 대인관계의 문제개선으로 해를 입힌 사람에 대한 보상을 하고 늘 위대한 분과 접촉하여 영적인 각성으로 일상의 생활에서 약물에 대한 메시지를 전달하며 회복을 원하는 다른 중독자들을 돕는다. NA의 성장은 1978년 3개국 200개이하의 그룹이 모여서 활동했고, 1983년 12개국 2966개 모임으로 발전했으며 1993년 13,000개모임이 19,000이상 모임을 가졌으며 2002년 108개국, 2005년 21,500개의 그룹모임, 2007년 127개국에서 25,065그룹이 43,900회 모임을 가졌고 다양한 인종과 나이 20세 이하에서 부터 50세 이상이 2003년 NA 세계컨벤션 참석자 대상으로 조사하였더니 55%가 남성이고 여성이 45%이었다. 직업 중에 70%는 풀타임으로 직업을 가졌고 파트타임으로 9%, 7%는 무직, 3%는 은퇴, 5%는 학생이었고 3%는 가사를 담당한 것으로 조사되었다. 단약기간은 몇 개월에서부터 40년까지 다양하였고 평균단약기간은 참석한 자를 대상으로 하였기에 7.4년이었다.

제 4 장 교도소에서 치료적 공동체 적용 활성화 제안

제 1 절 교도소 내 치료공동체 적용제안

1. 마약류사범 공동생활 공간 확보

현재 형사사법기관이 마약류사범을 치료에 회부하는 것은 범죄기소내용 및 이전의 범죄경력에 우선하여 이루어지고 있으며 개인의 마약류 중독성이나 다른 위험성문제들을 고려하지 않고 있는 실정이다. 마약류 중독은 당뇨나 고혈압과 같이 고질적인 만성질환이기에 지속적인 치료관리가 필요한 질병이다. 또한 마약류 중독자들은 전인적인 문제로 인하여 문제가 발생되기 때문에 발달적 단계를 다루고 일상생활을 다루는 환경이 필요하므로 교도소 내 치료적 공동체의 활성이 되려면 먼저 강제적인 제도 내에서 외부로 부터의 단약유지를 시킬 수 있는 공간확보가 필요하다.

클라(Klar,1987)는 적합한 치료환경의 선택에 대해 “구속이 최소화된 환경”일 것을 제안했다. 특히 약물 의존사범들은 뇌손상으로 인해 인지적 기능이 떨어져 평상시 일상생활의 규칙적인 생활에 적응하지 못하는 어려움에 있으므로 일상생활을 가능케 하며 약물남용이나 폭력, 재발을 방해하는 문화권이 없는 독립된 치료적 환경이 준비되어야 한다.(조성남, 2001) 이 치료적 환경은 회복의 길로 갈 수 있는 기회를 제공하므로 대통령령 제 22075호인 마약중독자치료보호규정과 마약류관리에 관한 법률 제40조에 의한 치료보호관련 법률 중 치료보호기관의 설치·운영·지정·마약류중독여부의 판별검사, 마약류중독자의 치료보호, 및 치료보호심사위원회의 구성·운영·직무 등에 관하여 필요한 사항을 규정하고 있어서 필요하면 거점교도소와 치료기관을 선정하되 각도나, 광역시에 가까운 인근지역을 묶어 협력하므로 거점 된 교도소나 구치소를 확보하는 정책적인 법안과 예산 시스템이 필요하다.

2. 마약류사범을 관리 감독하는 운영진 확보

교정시설에서는 약물남용을 치료하는 전문가가 전무한데 치료공동체를 운영을 하게 되면 당장 당면한 문제가 전문가 부족일 것이다. 지금까지는 교도관이 보안중심으로 마약류사범을 다루었고 민간기관에서 전문가들이 들어가 치료프로그램을 운영하여 그나마 치료감호소와 치료보호기관인 부곡정신병원의 약물중독진료소에서 마약류사범들을 극소수나마 치료보호하는 프로그램을 운영하고 있었으나 부곡병원의 약물진료소마저 전문의가 공석이 되어 진료를 하지 못하고 있는 실정이다. 다른 대안으로 교정시설 내에 마약류사범을 위한 치료재활프로그램을 운영함에 있어 치료적 공동체의 일차적 임상직원은 마약류에 의존되었다가 재활 회복된 사람들(ex-abusers)과 전문적으로 대학원이상의 중독을 공부하여 임상수련이 있는 자들을 확보한다. 운영진을 확보하는 데는 많은 예산이 필요하고 준 전문가나 전문가를 키우는 데도 많은 시간과 노력과 예산이 필요하다. 교도소 내 치료적 공동체의 운영진은 프로그램 운영하는 파트를 담당하는 프로그램 운영 직원확보이다. 그 구성은 책임자(director), 부책임자(deputy director), 시설관리자(house manager), 선임상담원(senior counselor), 일반상담원(junior counselor)이며 프로그램운영직원은 시설운영과 거주자 임상상태에 대한 주책임을 갖는다. 또 하나의 프로그램 지원 직원은 ①임상지원 직원(clinical support staff)으로 중독을 전공한 중독전문가(사회복지사, 중독전문가, 임상심리사, 상담사)등의 직업서비스, 의료서비스, 정신건강서비스 등을 제공하는 운영진을 말한다..

② 시설운영 직원(facility-operations staff)은 일상적인 시설활동의 기술적인 서비스, 급식서비스, 시설유지관리, 사무인력 해당업무에 훈련된 기술(자격증 갖춘)등으로 약물에서 회복된 자들이다. 비율은 거주자(마약사범)와 직원비율은 10:1에서 30:1까지 다양하다(Holland, 1982; Winick, 1980).

키 크레스트 교정시설 프로그램에서 직원과 내담자의 비율은 1:24의 비율로 맞추고 있고 다른 치료공동체의 경우 거주자 대 직원의 인원은 예

산확보와 관계가 있으므로 예산지원을 비례하여 운영직원을 선발하기를 제안하며 특수집단일수록 거주자대 직원비율이 일반적으로 작다. 구성원 거주자 대 직원의 비율이 높으면 치료공동체가 스스로의 힘으로 운영되고 있음을 보여주는 것이고 일상적인 다양한 직무를 나누어 함께 일하는 것이다. 우리나라의 교정기관의 운영직원을 확보함에는 중독전문가의 과정을 밟은 자라야 이들을 조금 더 치료와 재활의 길로 방향을 잡고 갈 수 있을 것이며 다음으로 마약류사범들을 관리 보안하는 교도관에게 중독을 공부할 수 있는 여건을 만들어 주어 전문 과정³⁷⁾을 이수하며 자조적인 (self-help) 치료공동체의 권익체계를 활용하여 관리하므로 초기의 예산확보에 대한 어려움을 보완할 것이며 차후 예산이 확보되면 전문적인 중독 치료에 필요한 다학적인 접근으로서 정신과 전문의(중독) 정신보건간호사, 중독전문가, 임상심리사, 사회복지사, 직업상담원 등 직원의 확보가 필요하다.

3. 단계별 권익체계 세우기

치료공동체 치료프로그램 조직구조를 구성하는 비중이 가장 큰 것은 바로 거주자들과 치료자도 본인 스스로인 자조자들이다.. 피라미드 구조 안에서 거주자들은 다양한 레벨로 층화된다. 거주자들의 직무직위(work positions)는 프로그램운영 직원이 관리하는데 치료공동체 사회 조직내에서 거주자들은 또한 비공식적인 위계상의 지위를 받는다. 공동체 거주자의 지위는 2가지 기준에 의한 프로그램 연배(seniority)이고 또 하나는 임상적 진전수준이다. 또한 권익체계의 지위는 성취의 가치를 재강화 시키는 뚜렷한 보상이며 체재이기도 하다. 권익의 획득은 많은 시간과 에너지, 자기변화, 실패의 위험, 실수와 좌절을 통해 이루어지기 때문에 교정 시설내에 권익체계를 세우는 것이 처음에는 어려워 직원들이 도움을 주어야 하지만 체계가 굳히어 지면 구성원들이 서로 공동체의 직무 직위를 세워가기 때문에 거주자 마약류사범들이 자조적(self-help)으로 이끌어 갈 것이다. 직

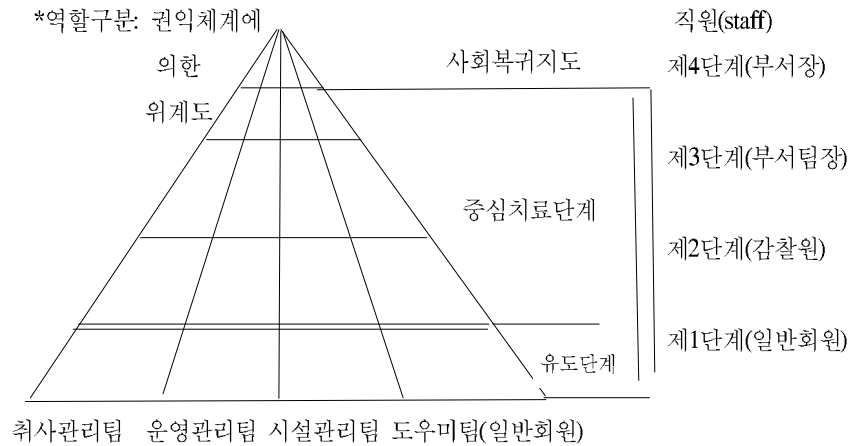
37) 학부로는 을지약물사회복지대학교, 원광디지털대학교(약물복지학과), 대학원과정으로는 한성대학원 중독재활학과가 있다.

위에 관한 권익체계는 5단계로 일반회원(general worker), 감찰원(Expeditor/Ramrod), 부서팀장(Department head, 부서장(Coordinator) , 직원(staff)이다. 여기서 일반회원은 신입회원³⁸⁾을 말하며 감찰원은 연배나 선임으로 중심치료단계에 있는 자, 부서팀장은 재활교육을 받으면서 집단모임을 리더 할 수 있을 정도의 단약유지와 공동체 거주자들의 신임을 받는 자로 하며 부서장은 치료공동체의 모든 규칙과 규정은 물론 모든 프로그램을 수료한자로서 직원을 제외한 모든 일에 본이 되는 최고의 연배자들이 한다. 단 직원은 전문적인 마약류에 관한 전문적인 지식을 갖고 공부한 자로 교도관이나 사회복지사, 간호사, 임상심리사, 준전문가(마약류 중독에서 회복의 경험을 가진 자로 5년정도의 단약상태가 유지되어 있는 자)를 활용하기 바란다.

권익체계는 1단계에서 4단계까지 각자의 치료적 공동체의 환경에 적응하며 자신의 일상생활로부터 집단모임참석, 임무에 대한 책임감, 자신의 감정들을 처리하는 모든과정속에서 거주자들의 행동 강화와 지지, 그리고 제재를 가하므로 스스로 자신의 삶을 세워가는 체계이다. 집단가족의 특성들을 가지고 사회에 적응할 수 있는 기본적인 생활를 배우며 치료공동체의 규칙과 규범, 생활철학, 집단모임과 수형자들의 회복성장과 관계가 있어 치료공동체의 구성원 모두가 평가하여 단계를 높이거나 하등 되는 평가를 통해 자신의 성장단계를 알 수 있는 지표가 된다.

38) 공동체 시설에 들어온지 30일 안에 있는 자를 통칭.

<그림4-1> 권익체계 위계도³⁹⁾



제 2 절 치료공동체 프로그램(12개월~18개월)제안

치료대상은 장기 교정시설에 구금되는 형량이 1년 이상의 마약류의존사범에 한한다. 장기 거주형 치료공동체들은 3가지의 주된 프로그램을 갖게 되는데 각 단계들은 몇가지 하위단계들로 구성되어 있다. 단계에 들어가기에 앞서 입소평가를 하게 되는데 그 평가는 형량의 재판과 치료재활 프로그램에 자발적인 동기와 준비가 있는지 공동체 생활에 적합한 사람인지를 훈련받은 전문가와 준전문가(프로그램을 졸업한 회복자)들이 구조화된 면접을 통해 평가하고 수형자(치료공동체 구성원)들이 자의적으로 치료공동체를 택한 것이기에 입소를 거부하는 사례는 거의 없지만 입소대상에서 제외하는 경우는 공동체에 위험하다고 평가되는 대상자(정신과 진단)에 대해서 하되 전과가 방화나 자살시도, 중증정신장애를 가진 자들은 제외한다.

1. 제1단계(유도단계:induction stage)

39) 한승일,2006:p.19의 틀에 역할구분과 제재를 통한 지위상승, 하락을 통한 성숙도까지 고려하여 재구성함.

유도단계는 입소 후 첫 30일 동안이 중요하며 프로그램으로 유도하기 위해서는 2개월~3개월의 시간이 지나야 하는 것이 일반적이다. 1단계의 주목적은 개인을 공동체에 동화시키는데 있다. 장기 생활을 해야 하는 것에 대한 양가감정을 가질 뿐만 아니라 조기탈락의 위험이 큰 시기이므로 적응하는 것이 중요한 시기이다. 이단계의 특수한 전략은 개인과 공동체와의 유대를 공고히 하는데 중점을 둔다. 먼저 신입 거주자는 ‘상대적 고립’이 필요한 시기이므로 시설 밖에 있는 가족이나 타인들과의 접촉을 최소화한다. 그러나 절박한 상황 및 생활환경과 관련된 스트레스(법률, 의료, 가족, 자녀, 재정)와 염려를 줄이기 위해 초기 모든 치료적 활동은 적정 수준에서 조율하며 불안이 가증되는 것을 막기 위해 위기개입⁴⁰⁾을 계획한다. 또한 신입거주자를 데리고 치료공동체 시설 곳곳을 돌아보며 치료공동체의 규칙, 제재, 수형자들의 절차들을 설명해주고 직원을 소개하고 집중적인, 오리엔테이션(교재읽기, 비디오시청, 질의응답을 통해 최고규칙, 공동체 및 시설규정, 프로그램의 핵심요소, 치료공동체에서 사용하는 도구들에 대한 정보)을 하여 공동체의 규칙과 규범, 생활에 관한 모든 것을 익히는 단계이며 적응하게 하는시기이다.

2. 제2단계(중심치료단계:Primary treatment)

이 단계에서 3가지 면으로 구성되는데 제1국면:2~4개월(치료1단계), 2국면:5~8개월(치료2단계), 3국면:9~12개월(치료3단계) 로 프로그램에서 지낸 시간과 상관관계를 갖는다. 그러므로 모든 활동 및 역할에 온전히 참여하라는 공동체의 기대가 두드러지게 증가하며 일상생활의 책임과 집단 과정 및 동료·직원 상담의 강도 또한 증가한다. 직원에 의한 공식적인 상담은 거주자들이 동료로부터의 피드백과 집단 내에서 제공되는 피드백을 활용한 능력을 저해하지 않는 범위 내에서 하며 개별상담에서 다루는 것은 치료계획, 공동체 적응, 프로그램에 대한 거주자의 저항문제, 외부의 일들로 인한 심리적 스트레스, 개인의 위기, 민감한 정보를 공공연히 노출하는데

40) 문제의 양상이 보일 때 조기 개입 하므로 거주자3·4단계와 직원들이 회의를 통한 개입.

따르는 문제를 다루며 현재의 당면한 문제⁴¹⁾의 해결에 중심을 다룬다. 이 단계에서 권익체계의 구조형성이 나타나며 일상의 생활을 통해 자신의 권익체계에 따라 치료가 되어지는 과정을 알 수 있다. 이 단계에서 아침모임은 중요 모임으로 치료공동체에 거주하는 모든 사람들이 의미 있는 하루를 시작하는데 있어서 대단히 중요한 역할을 한다. 먼저 사전모임을 통해 준비된 내용을 중심으로 진행된다. 매일 아침 공동체의 모든 거주자들과 담당직원이 모이는 자리로서 공동체의 하루를 의미있게 시작하는 예식으로서의 의미도 있다.

3. 제3단계

중간집 형태로 환자가 사회복귀지도(work release)를 마치고 자유롭게 사회에서 거주하는 것으로 보호관찰이나 다른 민간기관 또는 지역사회연계기관의 감독을 받는다. 이 단계의 치료적 중재는 외래상담과 집단치료가 있다. 환자들이 사회에서 자유롭게 살고 있지만 기간을 정해 정기적으로 연계된 지역사회 Therapeutic Community로 복귀하여 치료적 공동체의 재강화를 받는 단계를 말한다.

제 3 절 약물예방교육

미국의 교도소나 구치소는 2000년 기준으로 190만 명의 범죄자를 수용하고 있는데 이 중에서 대략 70%가 약물남용과 연관된 범죄를 저지른 것으로 추정되며(National Center on Addiction and Substance Abuse, 1998),이중 주립교도소와 연방교도소로부터 매년 60만 명 이상 수용자들이 지역사회로 돌아오는데 이 수치는 1980년대 석방된 수의 4배에 이른다고 Falcon(2002)은 말한다. 이로 인해 교정시설의 치료재활 프로그램에는 약물예방이 필수적으로 들어있다. 델라웨어주의 키 프로그램에서도 약물예방 실시가 빠짐없이 되어 있는데 그 이유는 범죄문제와 재발문제, 범죄주기와

41) 집단형성모임, 슬로건, 회합(meeting), 조언(talking to), 지적(Pull up)을 통하여 다룸

연관이 있기 때문이다. 이처럼 약물예방교육은 약물 사용전이나 약물 남용 후나 중요한 치료재활의 중요한 프로그램이다. 특히 교도소내의 약물예방교육은 2차예방⁴²⁾과 3차예방⁴³⁾으로 재발방지와 대처방안에 관한 예방이므로 치료재활에 많은 영향을 미치기 때문이다.

제 4 절 NA모임 활성화

마약류사범들이 자조적 모임으로 재사회화 과정에서 사회적 지지 효과와 재발로 이어지는 유혹들을 물리칠 수 있는 네트워크 모임이다. 회복을 경험하고 유지하는 회복자로부터 지지를 받으며 영적으로 각성된 자들이 자신의 모든 문제로부터 남에게 봉사하는 메시지를 전달하면서 이타적인 삶을 살 수 있는 근원적인 힘을 받는 곳이므로 익명성을 띠고 모이는 자조모임이다. 우리나라는 자신의 모든 문제를 정직하게 숨김없이 이야기를 하는 모임임에도 우리나라 마약통제정책을 수행하는 수사관들의 수사업적을 위하여 NA안에서 익명성으로 이루어지는 것을 수사망에 사용할 때가 많아 참으로 NA의 활성화가 어려운 상황이다. 또한 자신들의 외로움을 일시적으로 해결하기 위한 친목모임으로 모여지지 않도록 철저히 익명의 마약중독자들이 이러한 분위기를 만들어 가야 할 것이다. 삶을 나누며 힘을 얻기 위해 모이는 모임이 서로 믿지 못하는 모임이 되어서는 안 되는 일이며 자신의 형량을 줄이기 위해 서로를 고발하는 일은 참으로 아쉬운 점이다. 특히 마약을 남용하는 의존자들은 자신의 형량을 줄이기 위한 수단으로도 사용하고 있으므로 이또한 NA의 활성화를 막는 일이기 때문이다. NA에서 나눈 모든 삶의 나눔이 회복을 향해 가는 모든 이들에게 정직하고 책임감 있게 회복된 삶과 단약유지를 할 수 있는 NA모임으로 굳게 설 수 있도록 보호하는 차원이 정책적으로 보안되어야 하며 NA회원들에게도 책임의식이 구축해 가므로 활성화를 이루어가야 한다.

42) 조기개입으로 문제를 초기에 규명하여 약물사용의 원인을 차단하며 스트레스대처법과 개별상담과 집단상담, 가족상담, 자아개념개발등의 프로그램을 활용한다.

43) 치료와 재활 및 재발방지등의 약물예방으로 강박적 사용의 문제유형에서 문제의 파급효과를 감소시키고 재발을 예방하기 위하여 적극적인 약물치료, 심리치료, 가족치료, 사회기술훈련, 자조집단, 치료공동체의 개입이 이루어지는 교육이다.

제 5 장 결 론

현대를 사는 우리들에게 마약은 의료적 순기능적인 부분도 있고 남용으로 인한 역기능적인 부분도 있다. 마약에 대한 호기심, 지인의 권유, 현실도피 등의 이유로 잘못 사용한 약물에서 헤어 나올 수 없는 늪에 빠져 범법자로 낙인화 되어 사회속에서도 언제나 떼뗄 수 없는 삶을 살아가는 마약류 범죄자를 교정시설에서 신체의 자유제한 만으로 중독이라는 질병을 치료할 수 없다는 사실과 누적마약류사범들의 재범을 막는 유일한 길은 마약류 중독자들에게 치료를 받을 수 있는 기회를 부여하고 재사회화를 위한 재활교육의 치우가 교정시설 안에서 정책적인 기틀이 마련되어지고 또 그에 알맞는 프로그램이 절실히 필요하다. 우리나라는 아직까지 공급 감소정책에 치우쳐 있으며 수요 감소를 위한 치료재활정책이 미비한 수준이지만 다행히도 2011년 법무부와 보건복지부가 협약을 맺어 8개 교도소에서 시범교육을 통해 단약동기증진프로그램을 시행하고 있으며, 성적 우수자에게는 그동안 적용하지 않았던 가석방제도를 시행하고 있다. 그러나 이러한 프로그램은 기간이 3개월로 한정되어 있고 그나마 주1회 과정으로 이루어져 매일 매일의 일상적인 생활속에서 연속적인 치료과정을 통하여 이제까지 발달단계의 이루어야 할 과업을 성취하므로 자기효능감과 책임감, 정직함, 심리적 성장을 순간순간 느끼고 실제로 살아내는 단계가 필요한 마약류사범들에게 단약에 대한 동기를 증진시켜주지만 자신의 삶을 유지시킬 매일 매일의 자조적 접근과 그들의 형성되지 않고 아직도 재사회화에 대한 예비된 삶의 대처방안들이 지속되지 않은 한 재범률을 감소시키기란 참으로 어려운 문제이다. 이런 문제점들이 있는 가운데 마약류사범들은 그들의 행동, 인지, 감정들에 대한 부분들을 치료적 공동체를 통하여 자각하고 직면하면서 스스로 변화를 받아야 하는 문제를 안고 있기에 재사회화와 연계된 지역사회 치료재활기관과 적극적인 지원과 지지의 네트워크로 단약과 함께 행복한 삶을 영위할 수 있는 능력을 키워야 할 것이다. 이러한 과정을 통한 치료재활을 하기 위해선 마약류사범

으로 체포되어 형량을 사는 그 순간부터 사정을 통한 판결검사를 통하여 치료가 필요한 교도소에 수감된 마약류중독자들에게 치료적 공동체를 적용하여 수감기간 중에 제대로 된 치료를 시행한다면 치료효과는 매우 클 것이라 생각한다. 선행연구논문과 보고서를 통하여 미국에서도 교도소 내 치료적 공동체를 시행하여 커다란 효과를 보고 있다. 이에 본연구자는 치료적 공동체를 통한 교도소의 마약사범들의 치우와 삶의 질이 바뀌어지도록 적용하는 밑바탕이 되길 바라며 보호관찰이나 민간기관에서도 치료적 공동체를 적용하므로 우리사회의 범법자로 낙인된 인생들이 새롭게 변화되는 치료재활 정책기반에 도움이 되길 바란다. 또한 치료공동체의 적용에 있어서 우리나라 정책 예산에 대한 확보와 거점교도소에 관한 것, 공간확보에 대한 논의가 구체적으로 더 있기를 바란다.



【참고문헌】

1. 국내서

- 강은영, 「약물남용 예방교육의 실태와 효율화 방안」, 한국형사정책연구원, 2004.
- 김성이. 김은아, 「약물사범 치료프로그램개발 및 운영에 관한 연구」. 한국형사정책연구원, 2004.
- 김대진, 「마약류중독자 실태조사에 관한 연구」, 보건복지가족부, 2009.
- 김판임, 「쿰란공동체와 초기 그리스도교」, 비블리카 아카데미아, 2008.
- 대검찰청, 「마약류범죄백서」, 대검찰청, 2010.
- 신성만. 전영민. 권정옥. 이은경. 조현섭 역, 「중독상담과 재활」, 학지사, 2010.
- 신성만 외, 동기강화상담: 변화준비 시키기, 시그마프레스, 2006
- 이미형외 공저, 「중독자 재활을 위한 치료공동체 적용」, 현문사, 2010.
- 한국 A.A. 「GSO, 익명의 알코올 중독자들」, A.A.연합단체 한국지부, 2002.
- 조근호외 공저, 「중독재활총론」, 학지사, 2011.
- 주일경, 「약물재활복지 이론과 실제」, 정법사, 2009.
- 성 요한 알코올 상담 치료센터, 「회복에 이르는 길」, 하나의학, 1990.

2. 학술지

- 김동주, 전해경, “정신지체인의 치료공동체프로그램 적용 및 효과성에 관한 연구”, pp82-105, 2007.8 .
- 마약연구, 한국국제마약학회지, 2005-2008년.
- 차진경. 전영민, “알코올중독자 회복을 위한 치료공동체 프로그램 효과 측정 도구의 신뢰도 검증”, 한국음주문화연구센터, 2009.
- 박혜영. 배안. 신성웅. 윤우상, “공동사회모임에서 환자와 치료자가 인식한 치료요인”, 「신경정신의학」 제36권, No3, 1997.
- 이경재, “약물중독자에 대한 합리적 처우 방안”, 「한국보호관찰학회 정기 학술대회 자료집」, 2003

전종설, 송인선, “보호관찰 청소년을 위한 금연 프로그램 효과성 연구”,
한국청소년연구원, 2010

3. 번역서

마틴부스, 「아편: 황홀한 죽음의 기록」, 수막새, 2004
이영식·이재우·서정석·남범우 역), 「약물중독의 인지행동치료」, 하나의학
사, 2003.
윌리엄 B 오브라이언, 「치료공동체의 여정」, 한국치료공동체협회, 2008

4. 국외서

- Anglin, S. W., Nugent, J. F., & Ng, L. K. Y. (1976), "Synanon and Alcoholics Anonymous: Is there really a difference?", *Addiction Therapist*, 1(4), 6-9.
- Anglin, M.D. and Maugh, T.H.(1992), "Ensuring success in interventions with drug-using offenders", *annals of the american Academy of Political and social Sciences*, 521:pp.66-90
- Aron, W, S.(1975)., "Family background and personal trauma among drug addicts in the USA implications for treatment", *British Journal of Addiction*, 7, pp295-305.
- Barton, E. (1994). The adaptation of the therapeutic community to HIV/AIDS. In, *Proceedings of the Therapeutic Communities of America, 1992 Planning Conference, Paradigms: Past, Present and Future*, Decemver 6-9, Chantilly, Virginia, Washington, DC: Therapeutic, pp. 66-70.
- Butzin, Clifford A., Steven S. Martin, & James A Inciarde.(2002), "Evaluation Component Effects of a Prison-based Treatment Continuum," *Journal of Substance Abuse Treatment* 22(2),

- California Department of Corrections. (1998), *TC substance abuse Programs for inmates*, Request for Proposal #C98.243.
- David A.D.(1992), "Characteristics of Therapeutic Community Programs", Therapeutic Community of America, Planning Conference.
- De Leon, G Melnick, G., & Hawke, J. (2000), The motivation-readiness factor in drug treatment: Implications for research and policy. In D. McBride, R. Stephens & J. Levy (Eds.), *Emergent issues in drug treatment: Advances in medical sociology, Volume 7*, Greenwich, CT: JAI Press Inc, pp 103-129.
- Emrick, C. D. (1999), Alcoholics Anonymous and other 12-step groups. In Galanter, M., & H, D KJeber(Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of substance abuse treatment* (2nd ed.), Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc, pp 403-412.
- Fernando B Perfas(2003), *Therapeutic Community-A Practice Guide*, USA, iUniverse.
- Holland, S. (1983). "Evaluation community based treatment programs: A model for strengthening inferences about effectiveness", *International Journal of Therapeutic Communities*, 4(4), pp.285-306.
- Hawke, J., Jainchill, N., & De Leon, G. (2000), "The prevalence of sexual abuse and its impact on the onset of drug use among adolescents in therapeutic community drug treatment", *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*. 9(3), pp.35-49.
- Inciardi J.A., Martin S.S., Butzin C.A., Hooper R.M., Harrison L.D.(1997), "An Effective Model of Prison-Based Treatment for Drug-Involved Offenders", *Journal of Drug Issues*. Spring.
- Lieberman, M. A., Yalom, I. D., & Miles, M. B.(1973), *Encounter groups: First facts*, New York City: Basic Books.

- Lipton D.S.(1995), "The Effectiveness of Treatment for Drug Abusers under Criminal Justice Supervision", November, National Institute of Justice..
- McCollister, Kathryn E, Michael T. French, James A Inciarde, Clifford A. Butzin, Steven S. Martin, & Robert M Hooper (2003), "A Cost-Effectiveness Analysis of Post-Release Substance Abuse Treatment for Criminal Offenders." *Journal of Quantitative Criminology* 19(4), pp389-407.
- Messina, N. R., wish, E. D., & Nemes, S (1999), "Therapeutic community treatment for substance abusers with anti-social personality disorder", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1-2), pp.121-128.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.).(1991), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, New York: Guilford Press.
- Salomon. R. w., and Salomon. R. J(1983)., "The role of coercion in rehabilitation of drug abusers", *International Journal of the Addictions*, 18:pp.9-21
- Ratner, M. (1973). Daytop. A therapeutic community with an open door at the end, *Drug Program Review*.
- The Key Program Orientation Manual. 1996.
- United States General Accounting Office(1997), *Drug Courts: Overview of Growth, Characteristics, and Results*.
- Zweben, J. E.(1993), "Recovery-oriented psychotherapy: A model for addiction treatment", *Psychotherapy* 30, pp.259-268.

5.기타간행물

김한오, 십이단계의 이해와 실제, 알코올 중독전문가 양성교육, 2000.:1.

, 십이단계의 이해와 응용 및 체험, 알코올 중독전문가 양성교육,
2009,10,31

이미형 외 5인, 「미국연수 보고서」, 보건복지부, 2004

한국치료공동체협회 1주년기념 학술대회:기초과정, 2003

한국치료공동체협회 1주년기념 학술대회:심화과정, 2003

한국치료공동체협회, DAY TOP초청 학술대회, TC에서 동기화 프로그램
적용과 최근 TC 프로그램의 변화, 한국중독전문가협회, 2010

6. 논문

김보애, “비행청소년을 대상으로 한 치료공동체 프로그램 적용 및 효과성
연구”,이화여자대학교 사회복지학과 박사학위논문, 2003

김성재, “알코올리즘의 재발에 관한 이론적 모형 구축.(정신병원에 입원한
남성 알코올리즘 환자를 대상으로)”, 서울대학교 간호학과 박사학위
논문,1996.

김은아, “치료공동체 프로그램의 효과성에 관한 연구”, 한림대학교 대학원
사회복지학 석사학위 논문, 2003.

박만오, “마약중독이 치료재활에 관한 고찰”, 한성대학교 국제대학원 석사
논문, 2005.

박은호, “마약류 투약 범죄자 치료·재활 활성화방안에 관한 연구”, 광운
대학교 대학원 석사논문, 2006

손기욱, “중독연구에 대한 비판적 평가”, 한성대학교 행정대학원 석사논문,
2011

이철희, “마약남용자 치료·재활정책에 대한 정책수행자와 마약류남용자의
인식에 관한 연구: Q방법론의 활용”, 동의대학교 대학원 박사학위논
문,2009.

조성남, “약물남용자의 법적처우에 관한 연구”, 배재대학교 법무대학원 석
사논문, 2001

한승일, “음주문제가 있는 노숙인을 위한 치료공동체 프로그램의 효과성 연구”, 숭실대학교 대학원 석사학위논문,2006,
허영수,“치료공동체를 통한 약물남용자의 재활에 관한 연구”, 제21권 제3호 통권 제58호), 2006.



ABSTRACT

Study on the application of therapeutic community in the treatment and rehabilitation of addiction

-Focusing on the therapeutic community in the correctional
institution-

Kim, Ki-Jung

Major in treatment and rehabilitation

Dept. of Addiction Rehabilitation

Graduate School of Public Administration

Hansung University

Korea used to be classified as narcotic-free zone until 1999. Since then, however, it was reclassified as a country that requires narcotic-control for narcotic anti-proliferation as the number of narcotic-related violators surpassed 10,000 and narcotic-index exceed 20.

Despite the fact that narcotic-related violators are stigmatized as criminals but re-conviction rate is reaching 50%. In particular, narcotic addiction has strong psychological and physical dependence with heavy abstinence syndrome should one try to quit. Therefore, even when a narcotic-addict is under serious condition that requires treatment, the lack of awareness of narcotic-addiction as disease, coupled with criminal legal system, they are stigmatized as criminal and receive punishment.

Many private institutions that provide rehabilitation service for narcotic addicts exist but prisons or jails have inadequate correctional facilities inside to care for narcotic-addict violators. In most prisons, they serve the terms without treatment facilities for narcotic addicts. This is the time when we need more effective, efficient and continuous treatment and rehabilitation programs for narcotic-addicts.

In the US, there was a period when the sheer number of narcotic violators caused many trial and errors. however, when drug-court-system and treatment community service, a residence-type medication-based drug rehabilitation program, became available, the conviction rate of narcotic-addict violators and violation rates declined significantly, thus reducing socio-economic cost.

My hope is to provide service to narcotic-addict violators in prison during their prison terms so that we could reduce re-conviction rate by transforming it into treatment-rehabilitation program.

Key-Word: Narcotics Addict, Coerced: involuntary treatment,
Therapeutic Community.
Treatment and Rehabilitation.