

The Trust is setting-up a comprehensive and up-to-date information system on international and

national law (including case law), torture survivors and torturers.

In the landmark case of a former Chilean diplomat who was tortured and assassinated whilst living in the United States, his family invoked the Foreign Sovereign Immunity Act. In 1980, the US Court assessed damages to be \$15 million (£10 million) and compensation was agreed at \$2.6 million (£1.7million), which his family received from the Chilean government.

The purpose of this research is to:

● identify alternative methods of redress for

- Collect information

이 리서치의 목적은 다음과 같다.

- * 정보 수집.
- * 고문피해를 당한 개인 및 집단을 위해 배상 방법들의 확인.
- * 그들이 봉착한 장애물들에 대한 규정.
- * 연관된 판결기록, 결정, 판결, 결정된 소송사례, collection of damages, 소송절차와 여타의 중요한 문제들(state and diplomatic immunity)의 검토 및 조언.

On 16 March 1990, a French court found Captain Alfredo Astiz of the Argentinian navy guilty of illegal arrest, torture, and kidnapping in relation to the disappearance of two French nuns. He was sentenced to life imprisonment *in absentia*. He was unable to be tried in Argentina under a law which exempts members of their military and police force from responsibilities for crimes they were ordered to carry out. Although Astiz is still an officer in the Argentinian navy, the charge and sentence are a statement against the impunity of human rights violators.

우리의 리서치는 다음과 같은 것에 도움이 되고 정보를 제공할 수 있을 것이다.

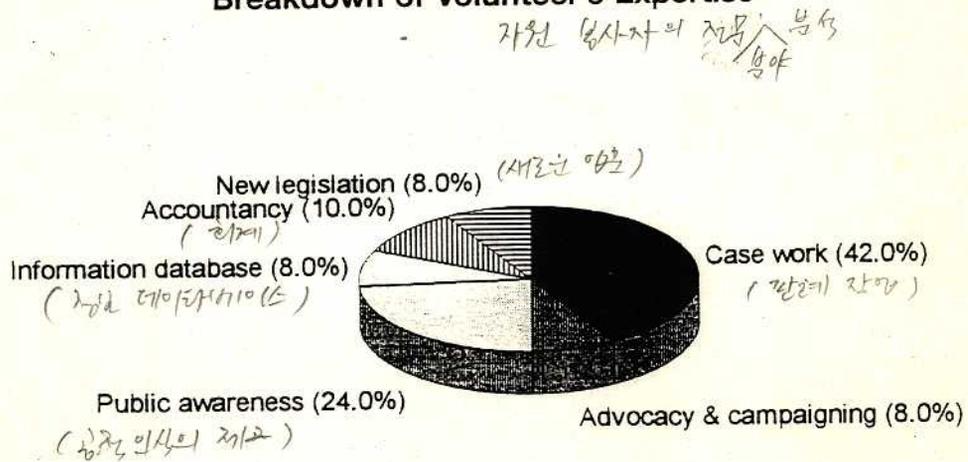
- 영국 및 외국 사례연구.
- Trust의 변호사들의 국제적인 네트워크.
- 고문피해자들과 관계된 비정부조직들.
- 국제적·특정 지역 정부의 조직들.
- 국제적 조약 단체들.
- UN의 기구들, 기관, Special Rapporteurs.
- 정치인들.
- 정부관리들.
- 국제적·국내적 입법/ 법령/ 반고문법의 촉진.
- 새로운 입법의 도입.
- 법학 전공학생들, 연구자들, 법률 실무자들.
- 출판물 및 논문들.

ADMINISTRATION AND PLANNING

The Trust is managed by the Honorary Director, Keith Carmichael and the Secretary to the Trust, William Dishington.

12 qualified volunteers have devoted their services free of charge to the work of the Trust.

Breakdown of Volunteer's Expertise



The Legal Advisory Council advises the Trust on courses of action for processing our work and

The Development Plan (1993-98) which defines

Administration & Planning

Trust는 명예이사인 Keith Carmichael와 간사인 W. Dishington에 의해 운영된다. 12명의 유능한 자원봉사자들이 무료로 Trust에 봉사해오고 있다.

법률 자문위원회가 소송 진행을 위해 취할 행동과 새로운 입법에 대해 조언하고 있다. 법률가, 법률 조직의 뛰어난 인사들이 Trust를 활동적으로 지원해 왔다.

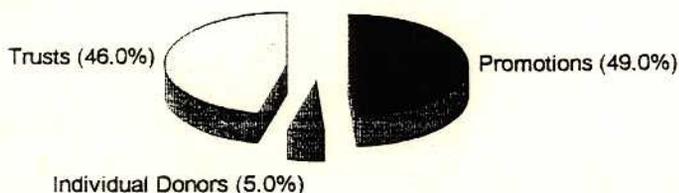
우리는 반고문 캠페인의 효율성을 제고시킬 'Friends of The Redress Trust'를 만들기 시작했다.

차후 5년간 우리의 전략, 프로그램, 우선 순위의 윤곽을 규정하는 발전계획 (1993-98)이 1993년 10월 10일에 제출되었다. 우리는 그것을 올해 말에 개정할 것이다.

감사의

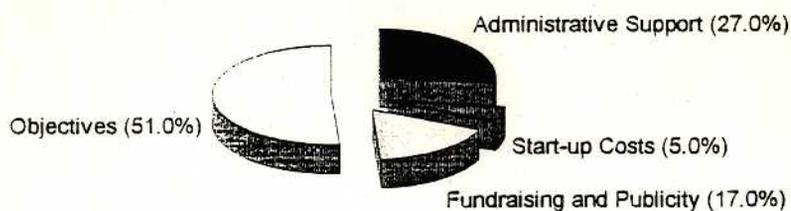
FINANCIAL REPORT

Income Analysis *(영수증)*



| INCOME | £ |
|-------------------|---------------|
| Grants | 35,220 |
| Promotions | 37,416 |
| Donations | 3,908 |
| Interest received | 227 |
| | <u>76,771</u> |

Expenditure Analysis *(지출)*



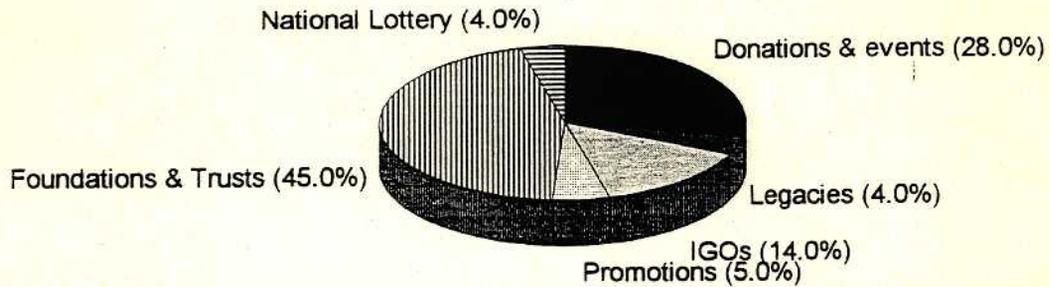
| EXPENDITURE | £ |
|------------------------------------|---------------------|
| Objectives and support costs | <u>64,155</u> |
| SURPLUS | 12,616 |
| Transfer to restricted funds | 10,206 |
| Net surplus to general fund | <u>2,410</u> |

The financial information above has been extracted from the audited accounts for the period

10 December 1992 to 31 March 1994, a full copy of which is available on request.

To carry out its important work, the Trust needs £250,000 for the year ending 31 March 1995. The overall fundraising strategy includes applications

for recurrent grants to both UK and international funding organisations, and other potential sources. Projected funding sources are targeted as follows:-



As a new charity, operating in a field as yet little understood by the majority of potential donors, it will take time to raise the financial support that we need. Forward planning of income is fraught with

uncertainty. To increase the probability of certain income we shall have to devote much of our efforts to fundraising.

We wish to thank the Foundations and Trusts who have generously supported our work:

- The Lord Ashdown Charitable Trust
- The Avenue Charitable Trust
- The Paul Balint Charitable Trust
- The Brand Trust
- The Denis Buxton Trust
- The Carmichael - Baker Trust
- European Human Rights Foundation
- The Leigh Trust
- The Victor Mishcon Trust
- The W & M Morris Charitable Trust
- The JE Posnansky Charitable Trust
- The Sir Jules Thorn Charitable Trust
- The Weinberg Foundation
- Garfield Weston Foundation
- The William Allen Young Charitable Trust

We also wish to thank the many individual donors and Friends of the Trust who have started to support

our objectives, and will ensure that they are kept informed about future progress.

Europe's Prisoners

Never a day, never a day passes
But I remember them, their stoneblind faces
Beaten by arclights, their eyes turned inward
Seeking an answer and their passage homeward.

For being citizens of time, they never
Would learn the body's nationality.
Tortured for years now, they refuse to sever
Spirits from flesh or accept our callow century.

Others escaped, yet paid for their betrayal:
Even the politicians with their stale
Visions and cheap flirtation with the past
Will not die any easier at the last.

The ones who took to garrets and consumption
In foreign cities, found a deeper dungeon
Than any Dachau. Free but still confined
The human lack of pity split their mind.

Whatever days, whatever seasons pass,
The prisoners must stare in pain's white face:
Until at last the courage they have learned
Shall burst the walls and overturn the world.

Sidney Keyes

(written six days before his nineteenth birthday)

(The Trust is most grateful to The Brand Trust for permission to use this poem).

Patrons

The Rt Hon The Lord Archer of Sandwell QC, The Rt Hon The Lord Crickhowell, Sir Peter Crill CBE,
The Dowager Countess of Dundonald, Sir Denis Forman OBE, Anthony Grey OBE,
The Rt Hon The Lord Judd, Professor Rosalyn Higgins QC, The Lord Holme of Cheltenham CBE,
Lady Langford-Holt, The Lord Lester of Herne Hill QC, Terence McCarthy, The Lord Mishcon QC (Hon) DL,
Caroline Moorehead, Rabbi Julia Neuberger, The Rt Rev The Lord Bishop of Oxford,
Dr Max Perutz OM CH CBE FRS Nobel Laureate, Dr Dallas Pratt, The Hon Lord Prosser, The Rt Hon The
Lord Richard QC, The Rt Rev and The Rt Hon The Lord Runcie MC DD Lieutenant-General Sir David
Scott-Barrett KBE MC,
John Simpson CBE, Professor David Weissbrodt, The Lord Williams of Mostyn QC,
Professor Graham Zellick.

Trustees

Leah Levin - Chair, Howard Epstein, Richard Molineux, Jan Zuckerman.

Legal Advisory Council

Geoffrey Bindman, Professor Kevin Boyle, Keith Carmichael, Louise Christian, Owen Davies, Professor David
Feldman, Professor David Harris, Professor Rosalyn Higgins QC, Oliver Thorold, Geraldine Van Bueren,
Professor David Weissbrodt.

Staff

Keith Carmichael Hon Director
William Dishington Secretary to the Trust/Information Officer
Alathea Roberts Assistant Legal Officer

Volunteers

Philip Alcock Alison Cahill, Simon Creswell, Isabel Dakyns, Philip Elles, Russell Lee, Giles Meyer, Allan
Nicklin, Emily Russell, Henry Spooner, Louise Sweet, Bob Wenham.

Auditors

Coppen, Rata & Co, Scottish Mutual House, 27/29 North Street, Hornchurch, Essex RM1 1 IRS

Evaluators

Human Rights Centre, University of Essex, Wivenhoe Park, Colchester C04 3SQ

Solicitors

Mishcon de Reya, 21 Southampton Row, London WC1N 3JG

Bankers

The Royal Bank of Scotland PLC, 28 Great Ormond Street, London WC1B 5HS

THE REDRESS TRUST

6 Queen Square
London WC1N 3AR
United Kingdom
Tel: +44 (0)71278 9502
Fax: +44 (0)71278 2252/9410

© Copyright The Redress Trust 1994

Schizophrenia

The essential features of this disorder are the presence of characteristic psychotic symptoms during the active phase of the illness and functioning below the highest level previously achieved (in children or adolescents, failure to achieve the expected level of social development), and a duration of at least six months that may include characteristic prodromal or residual symptoms. At some phase of the illness Schizophrenia always involves delusions, hallucinations, or certain characteristic disturbances in affect and the form of thought. The diagnosis is made only when it cannot be established that an organic factor initiated and maintained the disturbance. The diagnosis is not made if the symptoms are due to a Mood Disorder or Schizoaffective Disorder.

Some approaches to defining Schizophrenia have emphasized the tendency toward a deteriorating course (Kraepelin), underlying disturbances in certain psychological processes (Bleuler), or pathognomonic symptoms (Schneider). In this manual the concept is not limited to illnesses with a deteriorating course, although a minimal duration of illness is required since some evidence suggests that illnesses of briefer duration (here called Schizophreniform Disorder) are likely to have different external correlates, such as family history and likelihood of recurrence. The approach taken here excludes illnesses without overt psychotic features, which have sometimes been referred to as Latent, Borderline, or Simple Schizophrenia. Such conditions are likely to be diagnosed in this manual as Personality Disorders, e.g., a Schizotypal Personality Disorder. People who develop a major depressive or manic syndrome for an extended period relative to the duration of the disturbance are not classified as having Schizophrenia, but rather as having either a Mood or Schizoaffective Disorder.

Thus, this manual utilizes clinical criteria that include both a minimal duration and a characteristic symptom picture to identify a group of conditions that has validity in terms of differential response to somatic therapy, presence of a familial pattern, and a tendency toward onset in early adult life, recurrence, and deterioration in social and occupational functioning.

Functioning below highest level previously achieved. During the course of the disturbance, functioning in such areas as work, social relations, and self-care is markedly below the highest level achieved before onset of the disorder. If the onset is in childhood or adolescence, there is failure to achieve the expected level of social development. This diagnostic requirement is included so that people with an isolated symptom, such as an encapsulated delusion, but without a reduction in social or work

잡
제
의
호
의
호

functioning, are not given the diagnosis of Schizophrenia, which typically involves impairment in more than one area of functioning.

Characteristic symptoms involving multiple psychological processes. Invariably there are characteristic disturbances in several of the following areas: content and form of thought, perception, affect, sense of self, volition, relationship to the external world, and psychomotor behavior. It should be noted that no single feature is invariably present or seen only in Schizophrenia.

Content of thought. The major disturbance in the content of thought involves delusions that are often multiple, fragmented, or bizarre (i.e., involving a phenomenon that in the person's culture would be regarded as totally implausible, e.g., thought broadcasting, or being controlled by a dead person). Simple persecutory delusions involving the belief that others are spying on, spreading false rumors about, or planning to harm the person are common. Delusions of reference, in which events, objects, or other people are given particular and unusual significance, usually of a negative or pejorative nature, are also common. For example, the person may be convinced that a television commentator is mocking him.

Certain delusions are observed far more frequently in Schizophrenia than in other psychotic disorders. These include, for instance, the belief or experience that one's thoughts, as they occur, are broadcast from one's head to the external world so that others can hear them (thought broadcasting); that thoughts that are not one's own are inserted into one's mind (thought insertion); that thoughts have been removed from one's head (thought withdrawal); or that one's feelings, impulses, thoughts, or actions are not one's own, but are imposed by some external force (delusions of being controlled). Less commonly, somatic, grandiose, religious, and nihilistic delusions are observed.

Form of thought. A disturbance in the form of thought is often present. This has been referred to as "formal thought disorder," and is different from a disorder in the content of thought. The most common example of this is loosening of associations, in which ideas shift from one subject to another, completely unrelated or only obliquely related subject, without the speaker's displaying any awareness that the topics are unconnected. Statements that lack a meaningful relationship may be juxtaposed, or the person may shift idiosyncratically from one frame of reference to another. When loosening of associations is severe, the person may become incoherent, that is, his or her speech may become incomprehensible.

There may be poverty of content of speech, in which speech is adequate in amount, but conveys little information because it is vague, overly abstract, or overly concrete, repetitive, or stereotyped. The listener can recognize this disturbance by noting that little if any information has been conveyed although the person has spoken at some length. Less common disturbances include neologisms, perseveration, clanging, and blocking.

Perception. The major disturbances in perception are various forms of hallucinations. Although these occur in all modalities, the most common are auditory hallucinations, which frequently involve many voices the person perceives as coming from outside his or her head. The voices may be familiar, and often make insulting remarks; they may be single or multiple. Voices speaking directly to the person or commenting

on his or her ongoing behavior are particularly characteristic. Command hallucinations may be obeyed, which sometimes creates danger for the person or others. Occasionally, the auditory hallucinations are of sounds rather than voices.

Tactile hallucinations may be present, and typically involve electrical, tingling, or burning sensations. Somatic hallucinations, such as the sensation of snakes crawling inside the abdomen, are occasionally experienced. Visual, gustatory, and olfactory hallucinations also occur, but with less frequency, and, in the absence of auditory hallucinations, always raise the possibility of an Organic Mental Disorder. Other perceptual abnormalities include sensations of bodily change; hypersensitivity to sound, sight, and smell; illusions; and synesthesias.

Affect. The disturbance often involves flat or inappropriate affect. In flat affect, there are virtually no signs of affective expression; the voice is usually monotonous and the face, immobile. The person may complain that he or she no longer responds with normal emotional intensity or, in extreme cases, no longer has feelings. In inappropriate affect, the affect is clearly discordant with the content of the person's speech or ideation. For example, while discussing being tortured by electrical shocks, a person with Schizophrenia, Disorganized Type, may laugh or smile. Sudden and unpredictable changes in affect involving inexplicable outbursts of anger may occur.

Although these affective disturbances are almost invariably part of the clinical picture, their presence is often difficult to detect except when they are in an extreme form. Furthermore, antipsychotic drugs have effects that may appear similar to the affective flattening seen in Schizophrenia.

Sense of self. The sense of self that gives the normal person a feeling of individuality, uniqueness, and self-direction is frequently disturbed in Schizophrenia. This is sometimes referred to as a loss of ego boundaries, and frequently is evidenced by extreme perplexity about one's own identity and the meaning of existence, or by some of the specific delusions described above, particularly those involving control by an outside force.

Volition. The characteristic disturbances in volition are most readily observed in the residual phase. There is nearly always some disturbance in self-initiated, goal-directed activity, which may grossly impair work or other role functioning. This may take the form of inadequate interest, drive, or ability to follow a course of action to its logical conclusion. Marked ambivalence regarding alternative courses of action can lead to near-cessation of goal-directed activity.

Impaired interpersonal functioning and relationship to the external world. Difficulty in interpersonal relationships is almost invariably present. Often this takes the form of social withdrawal and emotional detachment. When the person is severely preoccupied with egocentric and illogical ideas and fantasies and distorts or excludes the external world, the condition has been referred to as "autism." Some with the disorder, during a phase of the illness, cling to other people, intrude upon strangers, and fail to recognize that excessive closeness makes other people uncomfortable and likely to pull away.

Psychomotor behavior. Various disturbances in psychomotor behavior are observed, particularly in the chronically severe and acutely florid forms of the disorder. There may be a marked decrease in reactivity to the environment, with a reduction in spontaneous movements and activity. In extreme cases the person appears unaware of

the nature of the environment (as in catatonic stupor); may maintain a rigid posture and resist efforts to be moved (as in catatonic rigidity); may make apparently purposeless and stereotyped, excited motor movements not influenced by external stimuli (as in catatonic excitement); may voluntarily assume inappropriate or bizarre postures (as in catatonic posturing); or may resist and actively counteract instructions or attempts to be moved (as in catatonic negativism). In addition, odd mannerisms, grimacing, or waxy flexibility may be present.

Associated features. Almost any symptom can occur as an associated feature. The person may appear perplexed, disheveled, or eccentrically groomed or dressed. Abnormalities of psychomotor activity—e.g., pacing, rocking, or apathetic immobility—are common. Frequently there is poverty of speech, that is, a restriction in the amount of spontaneous speech, so that replies to questions tend to be brief, concrete, and unelaborated. Ritualistic or stereotyped behavior associated with magical thinking often occurs. Dysphoric mood is common, and may take the form of depression, anxiety, anger, or a mixture of these. Depersonalization, derealization, ideas of reference, and illusions are often present, as are hypochondriacal concerns, which may or may not be delusional. Typically, no disturbance in the sensorium is evident, although during a period of exacerbation of the disorder, the person may be confused or even disoriented, or have memory impairment.

Age at onset. Onset is usually during adolescence or early adulthood, but the disorder may begin in middle or late adult life. Many studies indicate a somewhat earlier onset in males than in females.

Course. As noted previously, the diagnosis of Schizophrenia requires that continuous signs of the illness have been present for at least six months, which always includes an active phase with psychotic symptoms. When active or positive symptoms are prominent, negative symptoms, such as social withdrawal and lack of initiative, may be present, but difficult to identify. If the active phase lasts more than six months, it is not necessary to identify a distinct prodromal or residual phase, even though prodromal/residual symptoms have usually been present.

The development of the active phase of the illness is generally preceded by a *prodromal phase* in which there is a clear deterioration from a previous level of functioning. This phase is characterized by social withdrawal, impairment in role functioning, peculiar behavior, neglect of personal hygiene and grooming, blunted or inappropriate affect, disturbances in communication, bizarre ideation, unusual perceptual experiences, and lack of initiative, interests, or energy. Friends and relatives often describe the onset of prodromal symptoms as a change in personality or as no longer "being the same person." The length of this prodromal phase is extremely variable, and its onset may be difficult to date accurately. The prognosis is especially poor when the prodromal phase has taken an insidious, downhill course over many years.

During the *active phase*, psychotic symptoms—e.g., delusions, hallucinations, loosening of associations, incoherence, and catatonic behavior—are prominent. The specific psychotic symptoms are noted in criterion A of the diagnostic criteria (p. 194). In order to make the diagnosis, the psychotic symptoms must persist for at least one week, unless they are successfully treated. Onset of the active phase, either initially or as an exacerbation of a preexisting active phase, may be associated with a psychosocial stressor.

Usually a *residual phase* follows the active phase of the illness. The clinical picture of this phase is similar to that of the prodromal phase, except that affective blunting or

flattening and impairment in role functioning tend to be more common in the residual phase. During this phase some of the psychotic symptoms, such as delusions or hallucinations, may persist, but may no longer be accompanied by strong affect.

A return to full premorbid functioning in this disorder is not common. Full remissions do occur, but their frequency is currently a subject of controversy. The most common course is probably one of acute exacerbations with residual impairment between episodes. Residual impairment often increases between episodes during the initial years of the disorder. There is some evidence, however, that in many people with the disorder, the residual symptoms become attenuated in the later phases of the illness.

Numerous studies have indicated a group of factors associated with good prognosis, including absence of premorbid personality disturbance, adequate premorbid social functioning, precipitating events, abrupt onset, onset in mid-life, a clinical picture that involves confusion, and a family history of Mood Disorder.

Because knowledge of the course is very important for planning treatment, and because differences in course may reflect fundamental differences among people with Schizophrenia, a separate digit is provided for coding the course as Subchronic, Chronic, Subchronic with Acute Exacerbation, Chronic with Acute Exacerbation, or In Remission (for criteria, see p. 195).

Since a six-month duration of illness is required for the diagnosis, there is no acute type. (The DSM-III-R diagnosis of Schizophreniform Disorder is the nearest equivalent of the ICD-9-CM concept Acute Schizophrenic Episode. Frequently, an episode of Schizophreniform Disorder will persist for more than six months, in which case the diagnosis should be changed to Schizophrenia.)

Impairment. Invariably, at some point in the disorder as described above, there is impairment in several areas of routine daily functioning, such as work, social relations, and self-care. Supervision may be required to ensure that nutritional and hygienic needs are met and to protect the person from the consequences of poor judgment, cognitive impairment, or actions based on delusions or in response to hallucinations. Between episodes of illness the extent of disability may range from none to disability so severe that institutional care is required.

Complications. Although violent acts performed by people with this disorder often attract public attention, whether their frequency is actually greater than in the general population is not known. What is known is that the life expectancy of people with Schizophrenia is shorter than that of the general population because of an increased suicide rate and death from a variety of other causes.

Premorbid personality. The premorbid personalities of people who develop Schizophrenia are often described as suspicious, introverted, withdrawn, eccentric, or impulsive; Paranoid, Schizoid, Schizotypal, or Borderline Personality Disorder may be present. In such cases, since it can have prognostic significance, the Personality Disorder should be noted on Axis II, followed by "(Premorbid)."

Predisposing factors. The diagnosis is made more commonly among the lower socioeconomic groups. The reasons for this are unclear, but may involve downward social drift, lack of upward socioeconomic mobility, and high stress.

Certain patterns of family interaction have been hypothesized to predispose to the development, onset, relapse, or chronicity of Schizophrenia; but interpretations of the evidence supporting these hypotheses are controversial.

Prevalence. Studies in Europe and Asia, using a relatively narrow concept of Schizophrenia, have reported a lifetime prevalence rate of from 0.2% to almost 1%. Studies in the United States that have used broader criteria and surveyed urban populations have reported higher rates.

Sex ratio. The disorder is apparently equally common in both sexes.

Familial pattern. All investigators have found a higher prevalence of the disorder in first-degree biologic relatives of people with Schizophrenia than would be expected in the general population. Included are studies in which the adopted offspring of people with Schizophrenia have been reared by parents who do not have the disorder. Twin studies consistently show a higher concordance rate of Schizophrenia in monozygotic than in dizygotic twins. However, the experience of being a monozygotic twin does not in itself appear to predispose to the development of Schizophrenia. Although genetic factors have been proven to be involved in the development of the illness, the existence of a substantial discordance rate, even in monozygotic twins, indicates the importance of nongenetic factors.

Differential diagnosis. The diagnosis is made only when it cannot be established that an organic factor initiated and maintained the disturbance. **Organic Mental Disorders** often present with symptoms that suggest Schizophrenia, such as delusions, hallucinations, incoherence, and flat or inappropriate affect. In particular, **Organic Delusional Syndromes, such as those due to amphetamines or phencyclidine,** may cross-sectionally be identical in symptomatology with Schizophrenia. Even though an active phase of Schizophrenia may begin with confusion, the presence of persistent disorientation or memory impairment strongly suggests an Organic Mental Disorder. (Of course, it is possible for a person with Schizophrenia to have a superimposed Organic Mental Disorder.) (See also discussion of etiologic factors of Organic Delusional Syndrome, p. 110.)

Differential diagnosis of Schizophrenia from the psychotic forms of **Mood Disorder** (particularly Bipolar Disorder), and **Schizoaffective Disorder** is of special importance because of the different long-term treatment implications. The differential diagnosis can be difficult, because mood disturbance, particularly with depressive symptoms, is common during all three phases of Schizophrenia. If episodes of marked mood disturbance are present and are confined to the *residual* phase, an additional diagnosis of either **Depressive Disorder NOS** or **Bipolar Disorder NOS** should be considered. An example would be a person with Schizophrenia, Residual Type, Chronic, who develops a superimposed Major Depressive Syndrome of several months' duration without any psychotic symptoms.

If either a full depressive or manic syndrome is present at some time during the active phase, Schizoaffective Disorder and a Mood Disorder with Psychotic Features must be ruled out. If the total duration of all episodes of a mood syndrome are *brief* relative to the duration of Schizophrenia (active and residual phases), then the mood disturbance is considered an associated feature of Schizophrenia, and no additional diagnosis need be made. If the total duration of the mood disturbance is *not brief*, then a diagnosis of Schizophrenia is not made, and Schizoaffective Disorder and Mood Disorder with Psychotic Features must be considered.

If delusions or hallucinations (or catatonic symptoms in the case of a Manic Episode) occur exclusively during periods of mood disturbance, the diagnosis is **Mood Disorder with Psychotic Features**. However, if delusions or hallucinations are present for at least two weeks in the absence of mood symptoms, a diagnosis of **Schizoaffective**

Disorder is made. If loose associations, incoherence, catatonic symptoms, and flat affect (in the absence of delusions and hallucinations) overlap with the mood syndrome, then diagnoses of both **Psychotic Disorder NOS** and **Depressive or Bipolar Disorder NOS** are made. **Psychotic Disorder NOS** is also diagnosed in those unusual instances in which one of the psychotic symptoms of Schizophrenia, such as an encapsulated bizarre delusion, is present, but there is apparently no diminution in functioning from the highest previous level.

In **Schizophreniform Disorder**, by definition the duration of the illness is less than six months. The cross-sectional symptom picture may be indistinguishable from Schizophrenia, but emotional turmoil and confusion are more likely to occur in Schizophreniform Disorder. It should be noted that the six-month duration of illness required for Schizophrenia refers to a *continuous* period of illness. Thus, a person with several episodes of Schizophreniform Disorder from each of which there has been full recovery would not be diagnosed as having Schizophrenia merely because the total period of illness exceeded six months.

Delusional Disorder is distinguished from Schizophrenia by the absence of prominent hallucinations, incoherence, loosening of associations, or bizarre delusions (such as delusions of being controlled or thought broadcasting).

In **Autistic Disorder** there often are disturbances in communication and in affect that suggest Schizophrenia. However, the additional diagnosis of Schizophrenia is made only if prominent delusions or hallucinations are also present. Schizophrenia occurring in a child preempts the residual diagnosis of **Pervasive Developmental Disorder NOS**.

In **Obsessive Compulsive Disorder** and **Hypochondriasis**, the person may have overvalued ideas that are difficult to distinguish from delusions; but people with these disorders generally recognize, at least to some degree, that their symptoms and thinking are irrational, even if they are dominated by them.

In **Factitious Disorder with Psychological Symptoms**, "psychotic" symptoms are intentionally produced, and are likely to be present only when the person thinks he or she is being observed.

In **Personality Disorders**, especially **Schizotypal**, **Borderline**, **Schizoid**, and **Paranoid** types, transient psychotic symptoms may be present. However, a return within hours or days to the usual level of functioning distinguishes these disorders from Schizophrenia. It is more difficult to distinguish severe forms of Paranoid and Schizotypal Personality Disorders from Schizophrenia because of the difficulty in determining whether the paranoid ideation is of delusional intensity and whether the oddities of communication and perception are severe enough to meet the criteria for Schizophrenia. Furthermore, it is often difficult to differentiate the prodromal phase of Schizophrenia from manifestations of some of the Personality Disorders since both Personality Disorders and Schizophrenia usually develop during adolescence or early adult life.

Beliefs or experiences of members of religious or other cultural groups may be difficult to distinguish from delusions or hallucinations. When such experiences are shared and accepted by a cultural group, they should not be considered evidence of psychosis.

In **Mental Retardation**, low level of social functioning, oddities of behavior, and impoverished affect and cognition all may suggest Schizophrenia. Both diagnoses should be made in the same person only when there is certainty that the symptoms suggesting Schizophrenia, such as delusions or hallucinations, are definitely present and are not the result of difficulties in communication.

Diagnostic criteria for Schizophrenia

- A. Presence of characteristic psychotic symptoms in the active phase: either (1), (2), or (3) for at least one week (unless the symptoms are successfully treated):
- (1) two of the following:
 - (a) delusions
 - (b) prominent hallucinations (throughout the day for several days or several times a week for several weeks, each hallucinatory experience not being limited to a few brief moments)
 - (c) incoherence or marked loosening of associations
 - (d) catatonic behavior
 - (e) flat or grossly inappropriate affect
 - (2) bizarre delusions (i.e., involving a phenomenon that the person's culture would regard as totally implausible, e.g., thought broadcasting, being controlled by a dead person)
 - (3) prominent hallucinations [as defined in (1)(b) above] of a voice with content having no apparent relation to depression or elation, or a voice keeping up a running commentary on the person's behavior or thoughts, or two or more voices conversing with each other
- B. During the course of the disturbance, functioning in such areas as work, social relations, and self-care is markedly below the highest level achieved before onset of the disturbance (or, when the onset is in childhood or adolescence, failure to achieve expected level of social development).
- C. Schizoaffective Disorder and Mood Disorder with Psychotic Features have been ruled out, i.e., if a Major Depressive or Manic Syndrome has ever been present during an active phase of the disturbance, the total duration of all episodes of a mood syndrome has been brief relative to the total duration of the active and residual phases of the disturbance.
- D. Continuous signs of the disturbance for at least six months. The six-month period must include an active phase (of at least one week, or less if symptoms have been successfully treated) during which there were psychotic symptoms characteristic of Schizophrenia (symptoms in A), with or without a prodromal or residual phase, as defined below.

Prodromal phase: A clear deterioration in functioning before the active phase of the disturbance that is not due to a disturbance in mood or to a Psychoactive Substance Use Disorder and that involves at least two of the symptoms listed below.

Residual phase: Following the active phase of the disturbance, persistence of at least two of the symptoms noted below, these not being due to a disturbance in mood or to a Psychoactive Substance Use Disorder.

Prodromal or Residual Symptoms:

- (1) marked social isolation or withdrawal
- (2) marked impairment in role functioning as wage-earner, student, or homemaker

Diagnostic criteria for Schizophrenia continued

- (3) markedly peculiar behavior (e.g., collecting garbage, talking to self in public, hoarding food)
- (4) marked impairment in personal hygiene and grooming
- (5) blunted or inappropriate affect
- (6) digressive, vague, overelaborate, or circumstantial speech, or poverty of speech, or poverty of content of speech
- (7) odd beliefs or magical thinking, influencing behavior and inconsistent with cultural norms, e.g., superstitiousness, belief in clairvoyance, telepathy, "sixth sense," "others can feel my feelings," overvalued ideas, ideas of reference
- (8) unusual perceptual experiences, e.g., recurrent illusions, sensing the presence of a force or person not actually present
- (9) marked lack of initiative, interests, or energy

Examples: Six months of prodromal symptoms with one week of symptoms from A; no prodromal symptoms with six months of symptoms from A; no prodromal symptoms with one week of symptoms from A and six months of residual symptoms.

- E. It cannot be established that an organic factor initiated and maintained the disturbance.
- F. If there is a history of Autistic Disorder, the additional diagnosis of Schizophrenia is made only if prominent delusions or hallucinations are also present.

Classification of course. The course of the disturbance is coded in the fifth digit:

1-Subchronic. The time from the beginning of the disturbance, when the person first began to show signs of the disturbance (including prodromal, active, and residual phases) more or less continuously, is less than two years, but at least six months.

2-Chronic. Same as above, but more than two years.

3-Subchronic with Acute Exacerbation. Reemergence of prominent psychotic symptoms in a person with a subchronic course who has been in the residual phase of the disturbance.

4-Chronic with Acute Exacerbation. Reemergence of prominent psychotic symptoms in a person with a chronic course who has been in the residual phase of the disturbance.

5-In Remission. When a person with a history of Schizophrenia is free of all signs of the disturbance (whether or not on medication), "in Remission" should be coded. Differentiating Schizophrenia in Remission from No Mental Disorder requires consideration of overall level of functioning, length of time since the last episode of disturbance, total duration of the disturbance, and whether prophylactic treatment is being given.

0-Unspecified.

When the course is noted as "in Remission," the phenomenologic type should describe the last exacerbation of Schizophrenia, e.g., "295.25 Schizophrenia, Catatonic Type, in Remission." When the phenomenology of the last exacerbation is unknown, it should be noted as "Undifferentiated."

Specify late onset if the disturbance (including the prodromal phase) develops after age 45.

Types

The types are defined by the cross-sectional clinical picture. Some are less stable over time than others, and their prognostic and treatment implications are variable. The diagnosis of a particular type should be based on the predominant clinical picture that occasioned the most recent evaluation or admission to clinical care.

295.2x Catatonic Type

The essential feature of this type is marked psychomotor disturbance, which may involve stupor, negativism, rigidity, excitement, or posturing. Sometimes there is rapid alternation between the extremes of excitement and stupor. Associated features include stereotypies, mannerisms, and waxy flexibility. Mutism is particularly common.

During catatonic stupor or excitement, the person needs careful supervision to avoid hurting himself or herself or others. Medical care may be needed because of malnutrition, exhaustion, hyperpyrexia, or self-inflicted injury.

Although this type was very common several decades ago, it is now rare in Europe and North America.

Diagnostic criteria for 295.2x Catatonic Type

A type of Schizophrenia in which the clinical picture is dominated by any of the following:

- (1) catatonic stupor (marked decrease in reactivity to the environment and/or reduction in spontaneous movements and activity) or mutism
- (2) catatonic negativism (an apparently motiveless resistance to all instructions or attempts to be moved)
- (3) catatonic rigidity (maintenance of a rigid posture against efforts to be moved)
- (4) catatonic excitement (excited motor activity, apparently purposeless and not influenced by external stimuli)
- (5) catatonic posturing (voluntary assumption of inappropriate or bizarre postures)

295.1x Disorganized Type

The essential features of this type are incoherence, marked loosening of associations or grossly disorganized behavior, and, in addition, flat or grossly inappropriate affect. There are no systematized delusions (as in Paranoid Type), although fragmentary delusions or hallucinations, in which the content is not organized into a coherent theme, are common.

Associated features include grimaces, mannerisms, hypochondriacal complaints, extreme social withdrawal, and other oddities of behavior.

This clinical picture is usually associated with extreme social impairment, poor premorbid personality, an early and insidious onset, and a chronic course without significant remissions.

In other classifications this type is termed Hebephrenic.

Diagnostic criteria for 295.1x Disorganized Type

A type of Schizophrenia in which the following criteria are met:

- A. Incoherence, marked loosening of associations, or grossly disorganized behavior.
- B. Flat or grossly inappropriate affect.
- C. Does not meet the criteria for Catatonic Type.

295.3x Paranoid Type

The essential feature of this type of Schizophrenia is preoccupation with one or more systematized delusions or with frequent auditory hallucinations related to a single theme. In addition, symptoms characteristic of the Disorganized and Catatonic Types, such as incoherence, flat or grossly inappropriate affect, catatonic behavior, or grossly disorganized behavior, are absent. When all exacerbations of the disorder meet the criteria for Paranoid Type, the clinician should specify *Stable Type*.

Associated features include unfocused anxiety, anger, argumentativeness, and violence. Often a stilted, formal quality or extreme intensity in interpersonal interactions is noted.

The impairment in functioning may be minimal if the delusional material is not acted upon. Onset tends to be later in life than the other types, and the distinguishing characteristics may be more stable over time. Some evidence suggests that the prognosis for the Paranoid Type, particularly with regard to occupational functioning and capacity for independent living, may be considerably better than for the other types of Schizophrenia.

Diagnostic criteria for 295.3x Paranoid Type

A type of schizophrenia in which there are:

- A. Preoccupation with one or more systematized delusions or with frequent auditory hallucinations related to a single theme.
- B. *None* of the following: incoherence, marked loosening of associations, flat or grossly inappropriate affect, catatonic behavior, grossly disorganized behavior.

Specify stable type if criteria A and B have been met during all past and present active phases of the illness.

295.9x Undifferentiated Type

The essential features of the Undifferentiated Type of Schizophrenia are prominent psychotic symptoms (i.e., delusions, hallucinations, incoherence, or grossly disorganized behavior) that cannot be classified in any category previously listed or that meet the criteria for more than one category.

Diagnostic criteria for 295.9x Undifferentiated Type

A type of Schizophrenia in which there are:

- A. Prominent delusions, hallucinations, incoherence, or grossly disorganized behavior.
- B. Does not meet the criteria for Paranoid, Catatonic, or Disorganized Type.

295.6x Residual Type

This category should be used when there has been at least one episode of Schizophrenia, but the clinical picture that occasioned the evaluation or admission to clinical care is without prominent psychotic symptoms, though signs of the illness persist. Emotional blunting, social withdrawal, eccentric behavior, illogical thinking, and mild loosening of associations are common. If delusions or hallucinations are present, they are not prominent, and are not accompanied by strong affect.

The course of this type is either chronic or subchronic, since "acute exacerbation," by definition, involves prominent psychotic symptoms, and "in remission" implies no signs of the illness.

Diagnostic criteria for 295.6x Residual Type

A type of Schizophrenia in which there are:

- A. Absence of prominent delusions, hallucinations, incoherence, or grossly disorganized behavior.
- B. Continuing evidence of the disturbance, as indicated by two or more of the residual symptoms listed in criterion D of Schizophrenia.

보 도 자 료

외 무 부

제95-1호 문의전화 : 720-2408-10 보도일시 : 95. 1. 9. (월) 석간 (09:00 보도)

제 목 : 고문방지협약 가입

조 약 국
국제협약과
(725-0766)

1. 정부는 「고문 및 그 밖의 잔혹한, 비인도적인 또는 굴욕적인 대우나 처벌의 방지에 관한 협약」 (Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment) 에의 가입을 위해 가입서를 95. 1. 9. (월) 유엔사무총장에게 기탁하였음. 동 협약은 협약 규정 제27조에 따라 기탁일후 30번째 되는 날인 95. 2. 8. (수)부터 우리나라에 대하여 효력을 발생하게 된다. 이에 앞서 정부는 94. 9. 22. 동 가입안에 대하여 제40회 국무회의의 심의를 기친 바 있으며, 또한 94. 12. 15. 제170회 정기국회 제18차 본회의에서 가입동의를 받은 바 있다.
2. 고문방지협약은 1975년 12월 9일 제30차 유엔총회에서 채택된 「고문 등 금지선언」을 구속력있는 국제법으로 만들기 위한 국제사회의 노력의 결과로서 1984년 12월 10일 유엔총회에서 채택되었으며, 95. 1. 1. 현재 당사국은 86개국이다.
3. 우리나라는 고문방지협약에 가입함으로써 인권존중에 대한 국가의 시책을 대내외적으로 더욱 확고히 하고 인권문제에 대한 전반적인 인식을 세고할 수 있을 것으로 기대된다. 또한 이 협약에 가입함으로써 우리나라는 지난 90년 가입한 국제인권규약 (「경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약」과 「시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약」) 등과 함께 거의 모든 중요한 인권관련 국제협약의 당사국으로 참여하게 된다.

고문방지협약 가입 관련 참고자료

1. 협약의 주요내용

1. 협약 개요

가. 협약명

‘고문 및 그 밖의 잔혹한, 비인도적인 또는 굴욕적인 대우나 처벌의 방지에 관한 협약 (Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment)’

나. 협약 채택 경위

- 1975. 12. 9. 제30차 유엔총회, 「고문 등 금지선언」 채택 (유엔총회 결의 제3453호)
- 1984. 12. 10. 제39차 유엔총회, 「고문방지협약」 채택
- 1987. 6. 26. 「고문방지협약」 발효

다. 가입국 현황

- 1995. 1. 1. 현재 미국 등 86개국 가입 (일본은 미가입)

2. 협약 가입의의

- 인권존중에 대한 국가시책을 대내외적으로 더욱 확고히 하고 인권문제에 대한 전반적인 인식제고에 기여
- 고문방지협약 가입으로 우리나라는 90년 7월 가입한 국제인권규약 ('경제적·사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약'과 '시민적 및 정치적 권리에 관한 국제규약') 등과 함께 거의 모든 중요한 인권관련 국제협약에 당사국으로 참여

3. 협약의 주요내용

가. 고문의 정의 (제1조)

- 공무원이나 그 밖의 공무수행자가 직접 또는 이러한 자의 교사·동의·묵인 아래, 개인에게 고의로 극심한 신체적·정신적 고통을 가하는 행위
- 합법적 제재조치로부터 초래되거나, 이에 내재하거나 이에 부수되는 고통은 포함되지 않음.

나. 범죄인 인도 (제8조)

- 고문에 관련된 범죄인은 당사국 사이의 범죄인 인도조약에 따라 인도

다. 개인의 배상청구권 보장 (제14조)

- 당사국은 고문 행위의 피해자에게 적절한 배상청구권을 보장하며, 피해자 사망시 가족에게 배상청구권을 부여

라. 고문방지위원회 설치 (제17조)

- 고문방지위원회는 10명의 전문가로 구성되며, 당사국 회의에서 선출
- 위원회 위원의 임기는 4년이며 재선 가능

마. 고문방지위원회의 조사 권능 (제20조)

- 위원회는 어떤 당사국의 영토내에서 고문이 자행되고 있다는 신뢰가능한 정보 접수시, 당사국에 대하여 정보조사 협조요청과 의견제출 요청 가능
- 위원회는 정당하다고 결정하는 경우 비공개 조사를 실시하고 관련당사국에 협력을 요청하며, 관련당사국과 합의시 당사국의 영토를 방문할 수 있음.

바. 국제사법재판소에 의한 분쟁해결 (제30조)

- 협약의 해석이나 적용과 관련, 당사국간 분쟁발생시 일방 당사국의 요청에 따라 중재재판에 회부
- 중재재판 구성에 합의하지 못하는 경우, 일방당사국은 이 분쟁을 국제사법재판소에 회부 가능

4. 유보 및 선택조항 수락문제

가. 유보

- 협약 규정상 유보가 가능한 조항
 - 제20조 : 고문방지위원회의 비공개 사실조사권능
 - 제30조제1항 : 분쟁해결을 위한 국제사법재판소의 강제관할권
- 정부입장
 - 동 조항이 협약상 명시적으로 유보가 가능한 것으로 규정되어 있음에도 불구하고, 정부의 인권보장에 대한 확고한 입장을 표명하기 위해 유보없이 가입
(유보국 현황)
 - 제20조 유보국 : 중국 등 9개국
 - 제30조제1항 유보국 : 프랑스 등 10개국

나. 선택조항

- 선택대상 조항
 - 제21조 : 국가간 문제제기권
 - 제22조 : 개인의 청원권

○ 정부입장

- 동 조항들이 국가의 주권행사를 제약하거나 당사국간 불필요한 외교적 마찰을 야기시킬 가능성이 있으며, 우리나라의 현실에 비추어 볼 때 문제의 소지가 있어 금번 가입시에는 수락하지 않고 가입

※ 현재 협약 당사국중 과반수 이상이 동 조항을 수락하지 않은 실정임.

· 당사국 86개국 중 미국, 독일 등 51개국이 선택조항 불수락

가. 일본은 협약 자체 미가입

(고문 및 그 밖의 잔혹한, 비인도적인 또는 공욕적인 대우나 처벌의 방지에 관한 협약 (Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment))

나. 협약 채택 경위

- 1975. 12. 9. 제30차 유엔총회, 「고문 등 금지결의」 채택 (유엔총회 결의 제3453호)
- 1984. 11. 20. 제39차 유엔총회, 「고문방지협약」 채택
- 1987. 1. 24. 「고문방지협약」 발효

다. 가입국 현황

○ 1995. 1. 1. 현재 미국 등 51개국 가입 (일본은 미가입)

2. 협약 가입의의

- 인권증진에 대한 국가의 의무를 대내외적으로 더욱 확고히 하고 인권문제에 대한 전방위적 인식제고에 기여
- 고문방지협약 가입으로 우리나라는 91년 7월 가입한 국제인권규약(민권규약, 사회규약, 경제적 사회적 문화권 관련 국제규약)과 「경제적 및 사회적 권리를 관한 국제규약」 등의 인권 보호 규약의 주요한 관철기관으로서 당사국으로 참여

고문 및 그밖의 잔혹한 · 비인도적인 또는 굴욕적인
대우나 처벌의 방지에 관한 협약

가 입 동 의 안

제출자 : 정 부

1. 提案理由

- 이 협약에 가입함으로써 대내외적으로 정부의 확고한 인권보장 의지를 보이고, 인권존중국가로서의 우리나라의 이미지를 고양하며, 인권문제에 대한 전반적인 인식을 제고하고자 함.
- 이 협약의 제 21 조 (국가간 문제제기권) 및 제 22 조 (개인의 청원권 인정)의 선택조항은 금번에는 수락하지 아니함.

2. 主要骨子 (전문, 본문 제 33 개조로 구성)

가. 協約의 目的 (전문)

○ 고문 및 잔혹한 · 비인도적인 또는 굴욕적인 대우나 처벌을 방지하여 인간의 권리 및 기본적 자유를 존중하도록 하고, 이를 위한 국가의 의무를 천명함.

나. 拷問의 定義 (제 1 조)

- 공무원이나 그 밖의 공무수행자가 직접 또는 이러한 자의 교사 · 동의 · 묵인 아래, 개인에게 고의로 극심한 신체적 · 정신적 고통을 가하는 행위를 말함.

- 합법적 제재조치로부터 초래되거나, 이에 내재하거나 이에 부수되는 고통은 포함되지 않음.

다. 當事國 國內法에 規定 義務 (제 4 조)

- 당사국은 모든 고문행위가 자기나라의 형법에 따라 범죄가 되도록 보장하며, 고문미수·고문공모 또는 가담행위도 동일하게 취급함.

라. 管轄權 (제 5 조)

- 범죄가 자기나라 관할하의 영토내에서 또는 자기나라에 등록된 선박이나 항공기에서 실행된 경우, 범죄혐의자가 자기나라의 국민인 경우 또는 피해자가 자기나라의 국민이며 자기나라의 관할권 행사가 적절하다고 인정하는 경우에는 당사국은 관할권을 확립하기 위하여 필요한 조치를 취함.

마. 犯罪人 引渡 (제 8 조)

- 고문에 관련된 범죄인은 당사국 사이의 현행 범죄인 인도조약에 따라 인도함.

바. 個人의 賠償請求權 保障 (제 14 조)

- 당사국은 고문행위의 피해자에게 적절한 배상청구권을

보장하며, 피해자 사망시 가족에게 배상청구권을

보장하며, 피해자 사망시 가족에게 배상청구권을 부여함.

사. 拷問에 의한 陳述의 證據採擇 禁止 (제 15 조)

- 당사국은 고문에 의한 진술이 모든 소송에서 증거로 원용되지 않도록 함.

아. 殘酷한 · 非人道的인 또는 屈辱的인 待遇나 處罰

(제 16 조)

- 당사국은 고문에 미치지 아니하는 그 밖의 잔혹한·비인도적인 또는 굴욕적인 대우나 처벌을 방지하며 고문행위와 동일하게 취급함.

자. 拷問防止委員會 設置 (제 17 조)

- 고문방지위원회는 10명의 전문가로 구성하며, 당사국 회의에서 선출됨.
- 위원회 위원의 임기는 4년이며 재선이 가능함.

차. 拷問防止委員會의 調査 權能 (제 20 조)

- 위원회는 어떤 당사국의 영토내에서 고문이 자행되고 있다는 신뢰가능한 정보 접수시, 당사국에 대하여 조사협조와 의견제출을 요청할 수 있음.

- 위원회는 정당하다고 결정하는 경우 비공개 조사를 실시하고, 관련당사국에 협력을 요청하며, 관련 당사국과 합의시 당사국의 영토를 방문할 수 있음.

카. 署名·批准 또는 加入 (제 25 조 및 제 26 조)

- 서명후 국제연합 사무총장에게 비준서를 기탁하거나 또는 가입서를 기탁함.

타. 發 效 (제 27 조)

- 협약은 20번째의 비준서나 가입서가 기탁된 날로부터 30일째 되는 날 발효함.
- 협약 발효후 비준하거나 가입하는 국가에 대하여는 비준서나 가입서가 기탁된 날부터 30일째 되는 날 발효함.

파. 國際司法裁判所에 의한 紛爭解決 (제 30 조)

- 협약의 해석이나 적용과 관련, 당사국간 분쟁발생시 일방당사국의 요청에 따라 중재재판에 회부할 수 있음.
- 중재재판 구성에 합의하지 못하는 경우, 일방당사국은 이 분쟁을 국제사법재판소에 회부할 수 있음.

※ 選擇條項 (제 21 조 및 제 22 조)

(1) 國家間 問題 提起權 (제 21 조)

- 당사국은 어떤 당사국이 이 협약에 따른 의무를 다른 당사국이 이행하지 아니하고 있다고 통보하는 경우에 위원회가 이를 심리할 권능을 가지고 있음을 인정한다는 선언을 할 수 있음.
- 이 조는 선언한 당사국간에만 적용됨.

(2) 個人의 請願權 認定 (제 22 조)

- 당사국은 자기나라의 관할권 내에 소재하는 개인이 당사국의 협약규정 위반때문에 피해를 받았다고 주장하는 경우에 위원회가 그 개인 혹은 대리인 으로부터 통보를 수리하고 심리할 권능을 가지고 있음을 인정한다는 선언을 할 수 있음
- 이 조는 선언한 당사국간에만 적용됨.

3. 參考事項

가. 協約의 採擇 및 發效

- 1984. 12. 10. 국제연합 총회에서 채택
- 1987. 6. 26. 발효

나. 協約文 (國文翻譯本 및 英文本) : 첨부

「유엔拷問방지협약」 한국 회원국가입

黨政, 이번국회서 동의안 처리

내년 1월말 발효 국내刑法에 반영

정부와 민사청구 국가인권위원회가 유엔 고문방지협약에 가입하는 내용의 동의안을 29일 국회에서 통과시켰다. 이 협약은 유엔 고문방지협약에 가입하는 117개국이 지켜야 할 의무를 규정하고 있다. 이 협약은 유엔 고문방지협약에 가입하는 117개국이 지켜야 할 의무를 규정하고 있다. 이 협약은 유엔 고문방지협약에 가입하는 117개국이 지켜야 할 의무를 규정하고 있다.

정부는 유엔 고문방지협약에 가입하는 내용의 동의안을 29일 국회에서 통과시켰다. 이 협약은 유엔 고문방지협약에 가입하는 117개국이 지켜야 할 의무를 규정하고 있다. 이 협약은 유엔 고문방지협약에 가입하는 117개국이 지켜야 할 의무를 규정하고 있다.

정부는 유엔 고문방지협약에 가입하는 내용의 동의안을 29일 국회에서 통과시켰다. 이 협약은 유엔 고문방지협약에 가입하는 117개국이 지켜야 할 의무를 규정하고 있다. 이 협약은 유엔 고문방지협약에 가입하는 117개국이 지켜야 할 의무를 규정하고 있다.



金泳三(金泳三)은 30일 전 부정을 언제 저질렀던 연...
부정으로 드러나고 있는 제든지 적발되며 부정을...
세무비리문제에 언급, 정 저지르는데 견딜 수 없다...
부는 철저한 수사를 통해 는 실패를 보일 것 이라

도둑장과 오찬을 함께한...
자리에서 이같이 말하고...
「새해예산안」 12월 2일까지 통과시키는 것이 헌법...
정당 전과는 달리 이재는

여야가 함께 만든 헌법인...
말씀하지 않는 것은 있...
을 수 없다고 강조했다.
(尹重吉)
세무特監 연내 매듭
고위黨政회의
정부와 民自黨은 30일...
우후 李榮德(李榮德)과 金

平時작전통제권 어둠 환

한미국방, 44년만에...
한미국방, 44년만에...
한미국방, 44년만에...

평시작전통제권을 1일 0...
평시작전통제권을 1일 0...
평시작전통제권을 1일 0...

한미국방, 44년만에...
한미국방, 44년만에...
한미국방, 44년만에...

한미국방, 44년만에...
한미국방, 44년만에...
한미국방, 44년만에...

한미국방, 44년만에...
한미국방, 44년만에...
한미국방, 44년만에...

춤추는政策... 국민에 有形無形 피해

국민에 有形無形 피해...
국민에 有形無形 피해...
국민에 有形無形 피해...

인류 문명의 암, 고문

고문은 현대 문명사회에서 가장 추악한 정치적 범죄로 규정되고 있으며 따라서 완전 폐지되어야 마땅한 인류사적악으로 지탄받고 있다. 고문이 반드시 정치성을 갖고 자행되는 것은 아니지만 대개는 일반 형사범보다 정치범의 경우에 많이 일어나고 있다. 그것은 바로 고문이 정치적 목적을 위한 수단으로 악용되고 있다는 명백한 증거이다. 그리고 정치 목적을 위해 고문을 즐겨 사용하는 정권치고 국민적 지지나 민주적 협의의 바탕에서 정치를 펴 나가는 나라는 거의 없다. 고문은 따라서 정치적 반대자들이나 반대세력을 억압하고 분쇄하기 위해서 주로 동원되는 아비한 물리적 폭력인 것이다. 그러므로 고문은 인간을 인간으로 상정하는 것이 아니라 부정한 정권의 유지 내지는 강화를 도모하기 위해 인간을 수단 또는 대상으로 설정하는 비인간적 태도를 기초로 한다.

● 군부독재일수록 고문이 일상화

국제사면위원회(Amnesty International)의 보고에 의하면 오늘날 전 세계적으로 광범위한 고문이 자행되고 있다. 특히 그 가운데서도 국민적 기반없이 폭력통치를 하는 군부독재국가에서는 고문이 일상화되어 있다. 그리하여 흔히 '행정의 기본 논리로써' 또는 '통치의 기본적인 양식으로써' 고문이 사용되고 있는 나라들이 나타나기도 했다. 70년대의 자료에 따르면 그러한 나라로는 그리스, 포르투갈, 스페인, 터키, 인도네시아, 필리핀, 한국, 월남, 이란, 사우디아라비아, 모로코, 튀니지, 베네수엘라, 우루과이, 파라과이, 페루, 니카라과, 멕시코, 하티티, 과테말라, 도미니카공화국, 콜롬비아, 칠레, 브라질, 볼리비아, 아르헨티나 등이 꼽힌다. 그러나 여기에 열거된 나라들은 미국과 이른바 '부자(父子) 결연'을 맺은 나라들에 한정된 것이고, 그렇지 않은 나라들 예를 들면 남아공화국이나 아일랜드 등은 포함되지 않았다. 미국 영향권 밖에 있으면서도 실질적인 고문을 행하는 나라들로는 부룬디, 이라크, 말라위, 로디지아, 남아프리카, 우간다 등이 속한다. 주로 '군사평의회'가 지배하는 국가들일수록 고문도 그만큼 잔인하고 상시적으로 나타나는데, 그것은 바로 정치 또는 정권의 비민주성과 고문 사용의 범위와 빈도 사이에는 불가분의 관계가 있다는 사실을 증명하는 것이다.

● 미국지도로 고문「기술」도 발달

고문 기술의 발전은 실로 놀랍다. 고문기술은 일반 과학의 진보와 함께 인체공학이나 심리학의 발전에 힘입어 눈부시게 발전하고 있다. 과학의 사생이라고 할 이 고문 기술은 그래서 주

로 태형이나 구타에 의존하던 옛 고문방식을 이제는 '기술' 수준으로 올려 놓았다. 그리하여 런던 국립병원의 티모디 살리스 박사는 고문을 가리켜 "한때는 재간이었던 고문이 이제는 기술이 되었다"라고 개탄할 정도에 이르렀다. 미국 영향권 내에 속하는 나라들의 고문 기술은 주로 미국인들에 의해 지도되고 감독된다는 것은 이미 널리 알려져 있다. 1960년대 이후 브라질에서는 고급 장교와 경찰간부들이 정치적 반대파를 분쇄하기 위해 고문과 '살인조'로 이루어지는 비밀조작망을 결성했는데, 여기에 필요한 장비와 기술훈련은 미국의 어느 특수 캠프에서 제공받았다. 세계적으로 악명 높았던 이란 비밀경찰「사바크」의



고문은 주로 이스라엘인들이 기술·감독을 담당했다는 것이 엠네스티의 보고이다. 베트남 전쟁을 통해 미국은 호랑이 우리와 수사본부, 그리고 고문에 사용하는 전자장비 및 기타 기구에 필요한 기술과 자금을 제공했으며, 최소한 엄청난 고문을 일반적 관행으로 확산시키기 위해 도덕적 승인을 해줬다고 한다. 이란 비밀경찰 사바크는 1957년 미국 CIA가 세웠으며, 초기부터 이 기구를 운영했던 군인장교들은 미국 버지니아주 어느 해군기지에서 특수훈련을 받았고, 역시 버지니아주의 랑그리에 있는 CIA 본부에서 오리엔테이션을 받았다. 그리고 그러한 장교들이 지배권력을 형성하는 나라들일수록 국가테러주의나 고문정권이니 하는 비난과 지탄의 소리가 세계적으로 요란하다.

● 70년대 부터 정치적 고문 성행

우리나라의 경우도 앞에서 지적된 바와 같이 고문이라는 악몽에 계속 시달리고 있는 나라 가운데 하나이다. 1970년대만 해



고문의 역사는 동서를 가리지 않고 오래지만 피의자에게 고통을 가한다는 점에서는 고금이 똑같다. 그림은 이조시대의 고문 방법으로 거꾸로 매달아 잿물(灰水) 붓기(왼쪽) 불에 달군 쇠꼬챙이로 발가락 지지기(가운데) 네모진 말(刹)에 무릎 꿇리고 때리기(오른쪽)

도 각 수사기관에서 자행된 고문은 일일이 열거하기가 어려울 정도로 많다. 그 가운데서 특히 정치적 고문으로는 72년 이른바 유신헌법 통과를 위해 야당 국회의원들을 무더기로 체포해 고문한 사실은 정치적 고문의 전형으로서 지금도 많은 사람들의 뇌리에서 지워지지 않고 있다. 이미 타계한 김녹영씨를 비롯, 이세규씨, 최형우씨등 당시 신민당의원 13명이 수사기관에 의해 연행돼 며칠에 걸쳐 당한 고문사례는 몇년 후 신문에 폭로돼 많은 독자들을 경악하게 했다. 그때 고문으로 어떤 사람은 휴유증을 치료하지 못하고 건강을 해쳤으며 정치에 환멸을 느낀 나머지 정계 일선에서 은퇴하기도 했다.

1979년 10.26 이후 명동 YWCA에서 거행된 「통대에 의한 대통령선출 반대 대회」 때 체포된 인사들에 대한 고문 역시 무자비하게 이루어져 지금도 신체적으로 고통속에 사는 사람도 있다.

80년대 들어 한일합섬 이사 김근조씨의 고문 치사사건과 고숙중여인에 대한 고문 범죄조작을 이 땅의 고문이 어느 정도 일상화되어 있으며, 이 땅의 인권이 어떻게 유린되고 있는가를 보여주는 기막힌 사건들이었다. 일반 형사범 피의자들을 고문으로 죽게 만들고, 없는 범죄를 있는 범죄로 둔갑시킨 정도이면 정권이 걸린 정치문제에는 두말할 필요가 없는 것이다.

금년 들어서는 민청련 전의장 김근태씨와 이을호씨에 대한 고문이 정치문제가 되어 다시 한번 이 나라의 도덕적 수준과 정권의 행태가 국내외에 충격을 주었다. 신문·방송에는 거의 보도되지 않고 있지만 외국 정부의 항의 성명이 발표되어 국외에서는 민족적 자존심이 한꺼번에 뭉개졌고, 국내에서는 공포와 분노속에서 국민들이 크나 큰 좌절감을 맛보고 있다.

● 고문의 뿌리는 일제식민지 시대에

이 땅의 고문이 외국의 그것과 비교해서 어느 정도인지는 알 수도 없고 굳이 알 필요도 없지만 상당히 잔인하고 다양한 듯하다. 그러한 고문의 뿌리는 벌써 일제하에서부터 깊이 내리워져 있었다. 일본 경찰은 독일 나찌와 함께 고문으로 악명 높은 존재들이었지만, 일본 경찰 가운데서도 한국인 경찰이 한국 독립지사들에게 더 더욱 가혹하게 고문을 가했다는 것은 이미 밝혀

진 사실이다. 단근질, 채찍질, 전기 고문, 바늘로 손톱밑 찌르기 거꾸로 달아매기, 규구멍에 물붓기, 생식기에 심지 박기 등등 그 악형의 예는 일일이 열거하기가 어려울 정도였다. 그래서 많은 독립운동가들이 체포되어 고문을 겪는 과정에서 차라리 죽기를 원했고 또 사실상 고문으로 죽은 사람들도 많았다. 의열단 이종암사건 때 자살한 고인덕은 그 지근지근한 고문에 못이겨 발생한 것이었다. 신철휴옹의 회고에 의하면 “고문을 받을 때에는 조선놈 앞잡이들이 더 악착같이 때리고 발길질을 했다”고 한다. 그래서 자기 이름이 호명 당해 취조실로 나갈 때면 ‘차라리 죽고 싶은’ 생각에 눈앞에 캄캄해진 적이 여러번 있었다고 한다.

이렇듯 일제하의 잔인한 고문의 경험이 많은 고문 기술자들은 해방후에도 정리되거나 숙청되지 않은 채 그대로 온존된다. 해방 후 민족분단과 좌우익의 사상대립은 고문경찰(일제하의 경찰)을 정치적으로나 기능면에서나 그대로 필요한 존재로 만들었고 그같은 고문은 6.25과정 등을 통하면서 일상적인 수사 절차가 되고 말았다.

● 고문은 파쇼 체제의 마지막수단

고문이 존재한다는 것은, 특히 정치적인 고문이 존재한다는 것은 그 나라에 민주주의는 커녕 가장 기본적인 신체의 자유가 없다는 것을 뜻한다. 오늘날의 민주주의와 그 민주주의의 기본인 자유권이라는 것은 기초적으로 신체의 자유에서 비롯되고 발전된 것이다. 어떤 정치적 반대자나 개인이 특정 정권의 정치적 이익이나 이념에 반한다고 해서 무자비한 고문을 통해 찬성이나 합구가 강요된다면 그 나라의 민주주의는 처음부터 부정되는 것이다. 더구나 없는 범죄사실이 고문에 의해 날조된다면 아무리 고귀한 원칙이나 합의를 무효가 된다.

정보정치와 고문은 파쇼체제의 마지막 통치수단이다. 파쇼체제 치고 고문없는 나라 없고 고문없이 파쇼체제가 유지되는 법이 없다는 것이 인류의 역사적 경험이다. 그 악명 높던 다하우 수용소의 고문은 나찌 독일에서만 있었던 역사적 유물이 아니라 오늘날 전세계 정치 후진국에서 성장하는 인류 문명의 암인 것이다. ■

(10) 고 최동씨는 1980. 성대 국문과에 입학 근 10여년동안 학생운동과 노동운동을 통해 반독재투쟁과 노동자의 권익신장을 위해 헌신해 왔다. 1989. 1. 「인천·부천노동자회」에 대한 수사가 시작되면서 홍계동 치안본부 대공분실에 연행되어 20여일동안 거의 잠안재우기 등의 고문을 당하였고 그로 인하여 서부경찰서 유치장에서 자해를 기도하였고, 구치소에 넘어간 뒤에도 불면증 등 정신적 고통에 대해 여러 달 동안 방치되다가 종로신경정신과에서 외래진료를 받은 결과 우울증과 정신분열증세로 구치소 밖에서의 치료 판정을 받았다. 그러던중 1990. 8. 7. 「인노회사건」으로 구속되었다가 풀려난 지 1개월여만에 한양대에서 분신자살하기에 이르렀다. 구속후 조사과정에서 잠안재우기 등 정신적 고문을 받았던 그는 발작과 실어증, 극도의 무기력증 등으로 정신질환치료를 받아 왔다. 그의 죽음이후 사십구일제를 지낸지 몇 세만에 부친이 화병으로 숨졌다.⁴⁷⁾

4. 재소자의 인권

가. 교도소는 재소자가 사회에 새롭게 참여할 수 있는 사회적응을 위한 교육기관으로서의 통로구실을 해야 한다. 그러나 현재의 상황은 상당히 열악하다. 인간의 존엄과 과학에 입각한 교정행정이 도입되지 않은 것이 권위주의시대의 행형이라면 문민시대의 행형은 이를 과감히 시정해 나가야 한다. 집필권, 청원권, 상급자의 임의적인 즉석 징벌문제 등 산적한 문제가 많으며 사정바람으로 하부의 재량권이 급속히 감소되면서 교도소의 분위기는 더욱 냉각되었다. 교정과 교도기관을 표방하고 시설도 현대화되었지만 특별권력관계라는 재소자에 대한 규정이 근본적으로 재소자의 기본권을 인정하고 있지 않기 때문에 구태적인 행형현실은 개선되지 못하고 있다. 그러나 자료에 의하면 1993년도에는 그 이전에 비하여 재소자의 대우가 좀 더 나아졌고, 앞으로도 개선될 것으로 예상된다.

한편 이러한 수형기관에서의 인권침해에 관하여는 기본적으로 수형자의 과밀(UN규정으로는 한 교도소에 500명이상 수용하지 못하게 되어 있으나 서울구치소에는 4,600여명, 적은 교도소는 1,000여명정도 수용), 교화요원의 수와 전문성 부족 등이 가장 큰 원인이므로 재소자의 인권보호를 위해서는 인원과

47) 한겨레신문, 1993. 9. 19.

시설확충도 시급한 과제라 할 것이다.

재소자의 인권침해의 소지가 큰 현 행형법 및 그 시행령과 하위법규인 수용자분류처우규칙, 재소자규율, 징벌규칙 등은 일제 강점기인 1912. 칙령 제243호로 제정된 조선감옥법체계를 거의 답습한 것으로 1950. 3. 2. 제정이후 4차례에 걸쳐 부분 수정했지만 권위적이고 전근대적인 요소가 많다. 행형법 제46조는 재소자들이 규율을 어겼을 때 징계방법으로 운동금지, 점전·서신금지, 금치(징벌방) 뿐만 아니라 심지어 감식까지 할 수 있도록 하는 등 징계권남용의 소지가 크다. 이러한 법·제도의 문제점 못지 않게 의료진 및 의료시설부족 등 의료문제가 심각하다. 법무부에 따르면 전국 39개 교도소·구치소의 현재의 수용인원은 5만3천여명인데 상근의사는 겨우 10여명으로 그나마 서울구치소, 성동구치소 등 극히 일부 수용시설에만 배치된 것으로 나타났다.⁴⁸⁾

〈표 2〉 수형자(기결수) 및 미결수에 대한 1일 급식비⁴⁹⁾

| | 1993 | 1994 |
|-------|-------|-------|
| 계 | 1,110 | 1,332 |
| 주 식 비 | 479 | 503 |
| 부 식 비 | 586 | 779 |
| 연 료 비 | 45 | 50 |

(단위: 원)

〈표 3〉 전국교도소·구치소에서 발생한 단식 및 농성⁵⁰⁾

| | 1991 | | 1992 | | 1993 | |
|---|------|-------|------|-----|------|-----|
| | 건수 | 인원 | 건수 | 인원 | 건수 | 인원 |
| 계 | 193 | 1,688 | 69 | 841 | 44 | 462 |

「사유」: 국보법철폐, 구속자석방, 8·15광복절 등 각종 기념일추모, 도서·서신검열철폐, 관규위반자에 대한 징벌조치불만 등

48) 법무부, 앞의 자료, 1993. 8. 31. 기준 교도소내 폭행·범죄사건 총건수는 68건으로 재소자간 폭행이 64건, 교도관폭행이 4건으로 교도관에 의한 재소자폭행은 전혀 없는 것으로 나타났다. 실제 교도관에 의한 재소자폭행이 많이 은폐되어 있음을 알 수 있다.

49) 법무부, 앞의 자료

50) 법무부, 앞의 자료

(표 4) 전국교도소·구치소에서 발생한 소요⁵¹⁾

| | 1991 | | 1992 | | 1993 | |
|---|------|-----|------|-----|------|----|
| | 건수 | 인원 | 건수 | 인원 | 건수 | 인원 |
| 계 | 55 | 700 | 16 | 115 | 10 | 18 |

『사유』: 교도관 업무관련여, 타소이송요구, 구호제창제지, 통방제지, 재소자신동제지, 검방·전방·격리수용에 대한 불만으로 거실문을 차고 형광등·유리창 등 기물을 파손하거나 교도관을 폭행

나. 대표적 사례

(1) 1993. 2. 7. 청송 제2보호감호소에 수감중인 재소자 서재만씨의 가족은 교도소측이 외진을 요청하는 서씨의 온 몸을 포승으로 묶어 13일 동안 독방에 가두고 빗자루 막대로 발바닥을 수습차례 때렸다고 폭로하였다.⁵²⁾

(2) 1993. 5. 20. 태재준(전 전대협위원장)씨 등 시국재소자 6명은 안양교도소에서 처우개선과 동료재소자징벌방해제를 요구하며 단식농성을 하였다.⁵³⁾

(3) 1993. 6. 7. 경북 청송군 진보면 광덕리 산 3-2 청송보호감호소의 일부 교도관이 재소자들에게 가혹행위를 했다는 가족들의 호소가 있었다. 그 내용을 보면 외부진료요청에 오히려 독방에 감금, 수습차례 구타했으며 담배담배를 조사한다며 가혹행위를 가해 그 상처가 1년이 넘어도 남아 있다. 이 감호소는 1992. 8. 김아무개 교사(8급) 등 교도관 2명이 특정 재소자에게 쇠가의 수습배를 받고 담배를 팔아오다 감사반에 적발돼 대구지방교정청 징계위원회에서 해임처분을 당하는 등 말썽을 빚어 왔다.⁵⁴⁾

(4) 1993. 8. 19. 창원지법 석창목 판사는 세일중공업노조원 백종선씨 등 9명이 낸 손해배상청구소송에서 교도소에서 교도관이 소란행위방지와 진압

51) 법무부, 앞의 자료
52) 한겨레신문, 1993. 2. 8.
53) 한겨레신문, 1993. 5. 21.
54) 한겨레신문, 1993. 2. 8.

차원을 넘어 가혹행위를 한 경우 손해배상해야 한다고 판결하였다.⁵⁵⁾

(5) 1993. 2. 14. 주민등록증변조혐의로 1. 13. 마산교도소에서 만기출소한 홍장희(27. 경기도 부천시 춘의동)씨와 재소자가족인 이달기(여. 29. 경북 구미시 송정동)씨 등은 경남 마산교도소에서 교도관과 재소자의 폭행사건이 잇따르고 이에 따라 중상을 입은 재소자들이 제대로 치료를 받지 못하고 있다는 사실을 밝혔다. 홍씨에 따르면 마산교도소에 폭력 및 절도혐의로 수감되었던 장덕수(20. 경남 진해시 여좌3동)씨가 면회온 가족과 웃고 떠들었다는 이유로 면회가 끝난 후 교도관으로부터 맞아 전치 3개월의 중상을 입었으나 제대로 치료하지 않아 장씨가 의식불명의 상태에 빠지자 동마산병원으로 옮겼다. 그러나 상태가 계속 좋지 않자 형집행정지로 풀어주었다는 것이다. 또 이달기씨에 따르면 폭력 등 혐의로 5년형을 선고받고 복역중인 오빠 재규(33)씨가 동료재소자들과 어울리다 시비끝에 집단폭행당해 눈을 크게 다쳤으나 교도소측이 응급치료를 외면해 오른쪽 눈이 실명위기에 빠졌다는 것이다.⁵⁶⁾

다. 미전향장기수

미전향장기수에 대한 문제는 세계적으로도 그 유래를 찾기 어려운 한국의 인권침해사례로 비판받아 왔다. 미전향장기수는 법무부령에 따라 현행 수형자분류처우기준에 따른 처우대상에서 제외돼 감형과 가석방의 혜택을 받지 못해 그 구속기간이 길고, 뿐만 아니라 의류, 소내취업, 집회 등 모든 처우에서 사상을 포기하지 않았다는 이유 하나만으로 제외된다. 그 결과 헌법에도 보장된 기본권마저 무참히 유린당하고 상상이하의 불이익과 혹독한 처우를 받고 있다. 1993. 3. 6. 대사면이후 3월말 현재 7년이상 옥살이를 한 죄의사범 가운데 전향을 거부한 미전향장기수는 100여명에 이르며 이 가운데 아직도 복역하고 있는 사람은 35명이다. 현 복역자의 수형기간은 구속일을 기점으로 잡을 때 평균 30년 가까이 된다. 이들은 그동안 대전교도소의 '모스크바'라 불리는 15사에서 수형생활을 해왔으나 1992. 국보법폐지를 요구하며 단식농성에 들어간 뒤 광주, 대구 등 5곳에 분산 수용되었다.

55) 동아일보, 1993. 8. 20.
56) 한겨레신문, 1993. 2. 15.

형을 다 살고 풀려난 미전향자는 70여명이다.

문민정부는 초기에 미전향수인 이인모 노인의 송환과 3·6대사면조치로 미전향수문제해결에 전향적인 입장을 취하였으나, 곧바로 이어진 반대론자들의 비판에 굴복하여 더 이상의 진전된 조치를 취하지 못하였다.

(1) 1993. 3. 6. 「3·6대사면조치」로 미전향장기수 6명(홍문거 노인의 5인)이 형집행정지로 석방되었다.⁵⁷⁾

(2) 1993. 3. 19. 이인모(76) 노인이 판문점을 통해 43년만에 고향으로 돌아갔다. 이노인은 부인 김순임(66)씨와 딸 현옥(45)씨 등 마중나온 가족과 42년 7개월만에 상봉하였다. 지난 1950. 8. 인민군 중군기자로 활동하던 중 1952. 전쟁포로가 되어 1988. 출소할 때까지 34년을 교도소에서 살았다.⁵⁸⁾

(3) 1993. 6. 2. 「김국홍·함세환노인소환추진본부」결성식이 민가협 등 6개 단체와 대전, 광주 2지부 조직으로 구성되어 진행되었다.⁵⁹⁾

(4) 1993. 10. 6. 「양심수전원석방과 국보법철폐」를 내걸고 9월부터 시작된 민가협의 목요시위가 탑골공원에서 「세계 최장기수 김선명 선생 석방」을 주제로 진행되었다.⁶⁰⁾

(5) 1993. 12. 7. 북한적십자회 이성호 중앙위원장 대리가 대한적십자사 강영훈 총재 앞으로 전화통지문을 보내 김인서(김국홍·68세), 함세환(62세) 두 노인은 엄연한 전쟁포로이므로 조속히 송환해줄 것을 촉구했다. 그런데 김인서씨는 김국홍이라는 이름으로 1951. 지리산에서 체포되어 3회에 걸쳐 총 33년7개월 복역하고, 사회안전법폐지 이후 1989. 10. 12. 맨 마지막으로 청주 보안감호소에서 출소한 후 법무부 갱생보호회 광주지부에 거주하고 있고, 현재 복에는 여동생과 두 딸이 있다.

한편 함세환씨는 1953. 속리산에서 체포되어 1973. 만기출소하였으나 1975.

57) 동아일보, 1993. 3. 6.

58) 한겨레신문, 1993. 3. 6.

59) 한겨레신문, 1993. 6. 3.

60) 한겨레신문, 1993. 10. 7.

미전향을 이유로 청주보안감호소에 재수감되어 14년만인 1989. 8. 7. 출소하여 대전에 기거하고 있다.⁶¹⁾

(6) 1993. 12. 23. 성탄특사 양심수 44명 가석방대상에 43년이란 세계 최장기수 김선명(69)씨를 비롯한 7년이상 장기수 70여명이 제외된 점을 규탄하는 민가협 성명이 있었다.⁶²⁾

5. 생명권

1993년도 한 해는 천재가 아닌 인재로 인한 대형참사가 잇따랐고, 경희의료원 인공수정시술사건⁶³⁾으로 드러난 인공수정의 비윤리적 행태 등 생명권에 대한 위협, 침해가 많았다. 자살자들도 전 해에 비하여 줄지 않았다. 국가의 본질적인 의무중의 하나가 국민의 생명권을 보호해야 하는 것이라면

61) 한겨레신문, 1993. 12. 8.

62) 한겨레신문, 1993. 12. 24.

63) 경희의료원(원장 채수용) 산부인과부설 불임클리닉에서는 정자은행을 운영하면서 후천성면역결핍증(AIDS), 매독감염 등 정자제공자에 대한 기초적인 조사도 하지 않은 채 정자를 제공받아 인공수정시술을 해온 것으로 드러났다. 인공수정은 서울대, 고려대, 이화여대부속병원을 비롯한 주요 종합병원과 서울의 유명산부인과인 차병원 등 30~40곳의 병의원에서 한 달에 2백여회 정도 시술하고 있는 것으로 알려졌다. 그러나 정확한 통계는 없다. 1985. 국내에서 첫인공수정아가 탄생한 이후 불임시술이 급속하게 확산했는데도 정자의 안전성검사의무 등 윤리적 법적 규제장치가 전혀 마련되지 않아 이번 사건은 예견된 사고였다는 지적이다. 이에 따라 의학 법조계에서는 인공수정의 규제와 법적 보호를 위한 연구위원회를 만들어 유전자조작, 정자, 난자매매행위금지 등을 내용으로 하는 관련입법을 서둘러야 한다고 지적하고 있다. 현행 의료관계법에는 「비윤리적 행위를 해서는 안된다」는 포괄적 조항만 있을 뿐이며, 대한산부인과학회가 1986에 마련한 윤리강령에서도 채외수정과 관련해서는 「법률적 부부 사이에서만 시행토록 한다」고 규정해 광범위하게 행해지고 있는 타인의 정자에 의한 불임시술현실은 외면하고 있다. 그러나 기증성정자의 안전성검사는 건강한 생명의 탄생을 위하여 너무나도 당연하고 중요하며, 더욱이 불임시술은 병원의 사업성과 맞물려 앞으로 더욱 확산될 전망이다. 「부실한 정자」에 의한 시술가능성을 막는 장치는 더 이상 미룰 수 없는 시급한 과제이다. 시험관아기시술이 일찍 발달한 외국에서는 이런 부작용때문에 공인된 정자은행 등을 통해 철저한 안전관리를 하고 있다.

40 제 2부 각 부문별인권상황

(7) 서울지방경찰청은 1994. 8. 17. 외국어대 용인캠퍼스 재학중인 양태조씨 등 3명을 국가보안법위반혐의로 구속하였다. 그런데 면회를 하고난 가족들의 말에 의하면 경찰은 양씨 등 3명은 구속되기전 15일 22:00경 한양대에서 연행된 후 17일 저녁까지 잠을 거의 재우지 않았으며, 불러주는대로 자술서를 쓰라고 강요하였다고 한다.⁵⁸⁾

(8) 1994. 9. 2. 서울지방경찰청 대공분실에서는 구로·영등포지역 청소년단체 '샘'회원 등 13명을 연행하여 조사한 끝에 이들 후 고영국(21)씨 등 3명은 구속하고 6명은 불구속입건하였으며, 고교생 4명은 훈방하였다. 이 과정에서 경찰은 연행후 이들동안 가족들에게 소재지를 알리지 않았으며, 외부와 완전히 차단시킨 채 옥인동 대공분실 밀실에서 3일 오전까지 잠을 재우지 않은 것으로 알려졌다. 특히 문영기(19)씨에게는 「주체혁명의 조직관」이란 책을 보이며 “이 책으로 공부했다고 적어라”고 강요함과 동시에 책의 내용 일부를 읽어주며 받아 쓰게 하였고, 고교 1년생인 최장민(16)군에게는 “문영기가 김주석을 애도했고 ‘김주석은 좋은 사람으로 존경해야 한다’고 말했다”라고 적을 것을 강요했다고 전해졌다.⁵⁹⁾

(9) 부산지방변호사회는 1994. 12. 21. 부산 만덕국교생 강주영(9) 어린이 유괴살인사건과 관련하여 1개월간의 조사결과를 공개하면서 수사를 한 부산 북부경찰서에서 피고인 및 참고인들에게 구타와 가혹행위를 하였다고 주장했다.⁶⁰⁾ 이에 부산지방변호사회 인권위원회는 12. 26. 북부경찰서 형사과 형사계 강력2반 주임 김종두(38) 등 경관 14명을 독직폭행 및 가혹행위혐의로 대검찰청에 고발하였다.

진상조사소위원회에 따르면 10. 10. 발생한 강주영 어린이 유괴살인사건의 범인으로 구속 기소된 피고인들 중 원종성(23), 옥영민(26)은 자백을 강요당하며 무수한 구타와 가혹행위를 당하였으며, 참고인 3명도 진술번복을 위해 폭행을 당하였다고 한다.⁶¹⁾

1995. 2. 24. 이들 피고인들에 대한 선고공판에서 부산지방법원 형사제3부

58) 인권하루소식, 1994. 8. 26.

59) 인권하루소식, 1994. 9. 8.

60) 인권하루소식, 1994. 12. 23.

61) 인권하루소식, 1994. 12. 27.

(재판장 박태범 부장판사)는 경찰과 검찰에서의 피고인들의 진술이 임의의 상태에서 자백한 것으로 볼 수 없다고 하여 원종성, 옥영민, 남해경 등 3명의 피고인에 대하여 무죄를 선고하였다.⁶²⁾

4. 재소자·양심수

가. 재소자는 법률에 의하여 신체의 자유를 이미 제한당하고 있다. 형벌의 속성 자체가 그러하기 때문이다. 그러나 형벌에서 개선의 목적을 배제하고는 국가형벌권의 정당성을 찾을 수 없으므로 재소자들에게도 형벌의 목적 범위 밖에서는 기본적 자유가 보장되어야 한다. 그것이 재소자의 인권이다.

재소자가 부당하게 폭행이나 징벌을 당하는 경우, 징벌의 내용이 지나치게 가혹할 경우, 불합리한 이유로 이감될 경우, 기타 적절한 처우를 받지 못할 경우는 형벌 외의 다른 형벌을 이중으로 부담하는 결과가 되고 그것은 곧 재소자의 신체의 자유권을 부당하게 침해하는 것이다.

우리 행정제도에서 재소자의 인권이 열악해질 수밖에 없는 가장 기본적인 이유는 재소자에 대한 처우가 법률에 근거함이 없이 소장의 재량이나 법무부의 공문쪽지 한 창으로 그때 그때 변경될 수 있기 때문이다.⁶³⁾ 교도소나 구치소가 기본권보호의 사각지대가 되어서는 아니된다. 따라서 행정법의 개정으로 행정시설의 수준을 끌어 올려야 한다는 논의가 시작되지 이미 오래되었다.

나. 대표적 사례

(1) 1994. 1. 19. 군무이탈죄로 영등포교도소에 구속·수감 중이던 박석진씨는 점호 도중 교도소장에게 인사를 하지 않았다는 이유로 징벌방에 격리되었으며, 1개월간 금치처분을 받았다.⁶⁴⁾ 이러한 사실이 알려지자 2. 12. 00

62) 인권하루소식, 1995. 2. 25.

63) 박찬운, 「행정법개정 및 감옥제도의 개선을 위한 제언」-『21세기 나라의 길』, (사) 나라정책연구원, 1995. 1.호, 133쪽

64) 인권하루소식, 1994. 2. 1., 한겨레신문 1994. 2. 9.

42 제2부 각 부문별인권상황

영등포교도소 앞에서 교도소의 재소자에 대한 인권유린을 항의하는 집회가 열렸다.⁶⁵⁾

(2) 1994. 6. 24. 광주교도소에 수감중이던 박동운씨는 청원을 하려다 무산되고 오히려 대구교도소로 이감조치되었다. 이감 초기 박씨는 징벌방에 수감되었는데, 교도소측은 “입소 초기 징벌방수용관례에 따른 것 뿐”이라 밝혔다.⁶⁶⁾

(3) 대구교도소에 수감중이던 강용주(33)씨는 1994. 6. 25. 앓고 있지도 않은 자신을 병사(病舍)에 수용하여 감염의 위험에 놓인 실태의 부당함과 썩은 과일 등의 구매물품교체를 요구하는 내용의 청원서를 법무부장관 앞으로 냈다가 같은 달 27. 안동교도소로 이감되고 말았다.⁶⁷⁾

(4) 1994. 7. 20. 23:30경 영등포교도소에 수감중이던 이종식(19)씨가 독거실에서 포승으로 목을 매단 채 숨졌다. 이씨는 전날 같은 사망의 재소자와 다른 끝에 징벌방으로 격리수용되었는데, 하루만에 사망하였다.

대한변협 인권위원회의 조사결과에 따르면, 이씨의 죽음은 자살임에는 의심이 없으나, 징계절차를 거치지 않고 0.78평(폭 1.2미터, 길이 2미터 가량)의 독거실에 수용한 점, 독거실 수용기간이 보통 1개월인 점, 독거실에서는 포승과 수갑이 채워진 채로 식사와 대소변을 치르게 하는 점, 당시 최고기온이 34.3도, 최저기온이 26.2도 였으나 냉방장치나 통풍장치가 없었던 점, 1일 3회 식수와 세면물만 공급한 점 등이 문제로 지적되었다.⁶⁸⁾

(5) 1994. 7. 28. 영등포교도소 장애인수용사인 8사에 독거수용되어 있던 견정삼씨는 그날 12:00경 작업 도중 쓰러져 병원으로 후송하였으나 사망하였다. 평소 고혈압과 심장질환을 앓고 있던 견씨가 수용되어 있던 방은 높이 20센티미터, 폭 30센티미터 정도의 구멍 하나만이 복도로 향해 뚫려 있어 폭염 속에 실내온도가 매우 높을 수밖에 없는 상태였다.⁶⁹⁾

65) 인권하루소식, 1994. 2. 2.

66) 인권하루소식, 1993. 7. 3.

67) 인권하루소식, 1993. 7. 3.

68) 인권과 정의, 대한변호사협회, 1994. 11.호, 135쪽

69) 인권하루소식, 1994. 8. 3.

(6) 1994. 9. 27. 서울구치소에서 추석 특식으로 판매된 삶은 통닭을 먹은 재소자들 중 50여명이 식중독증세를 보이는 것으로 밝혀졌다. 수감중인 한 재소자에 의하면, “지난 9. 17. 한 마리당 6천원씩에 판매된 삶은 통닭은 제조원, 제조일자, 회사이름이 없었다”고 하였다. 이에 서울구치소 2사를 중심으로 한 재소자들이 문제를 제기, 9. 26. 구치소장과의 면담을 통해 소장의 사과 등을 요구했으나 거절당한 것으로 알려졌다.⁷⁰⁾

다. 양심수

개인의 양심과 실정법과의 충돌은 어느 시대에도 있어 왔다. 불법국가(Unrechtsstaat)에서는 개인의 양심이 국민다수의 양심적 승인을 얻지 못하는 약법에 대하여 주로 충돌하나 민주법치국가에서는 다수 양심결정의 형태로 서 민주적으로 성립된 법률과 소수 양심결정으로서의 개인양심 사이의 충돌로 나타난다.⁷¹⁾ 폭력을 사용하거나 옹호하지 않고, 단지 생각이 다르다는 이유로 형벌의 대상이 되는 경우, 그리하여 형벌을 부과받고 복역하면서 생각을 바꾸지 않는다는 이유로 장기간 석방하지 않는 현실은 반민주적 약법들의 개폐문제와도 맞물려 있다. “확신법은 개선되어야 할 자도 아니고, 응보되어야 할 자도 아니다. 단지 생각이 다른 자이며, 그와는 반박하고 논쟁할 수밖에 없다.”라고 한 라트브루흐의 사상을 지지하며, 양심법에 대하여 개선이 불필요하다는 입장⁷²⁾에서는 양심수의 장기 격리는 국가권력의 폭행으로 비취질 수도 있다.

1993.은 마지막으로 모두 석방되리라 기대했던 300여명의 양심수문제는 해결되지 않은 채 해를 넘겨 44년째 복역 중인 김선명(70세)씨는 세계 최장기수의 기록을 1년 갱신하였다. 국제앰네스티에서도 김선명, 안학섭(65세, 41년 복역)씨 석방요구캠페인을 벌이기로 하였고, 1994. 1. 4.에는 법무부장관에게 ‘사회주의과학원’사건 관련 황주석씨의 즉각적인 석방을 요구하는 서한을 보냈다.⁷³⁾

70) 인권하루소식, 1994. 9. 28.

71) 손동권, 「형법상 양심범처벌의 문제점」-『인암법학』, 고려대학교 인암법학회, 1994. (제2집), 309쪽

72) 박은정, 법과사회, 창작과 비평사, 창간호, 54쪽

73) 인권하루소식, 1994. 1. 13.