

성범죄자를 위한 치료프로그램 개발 및 제도화 방안(Ⅲ)

- 치료프로그램 이수자의 사후관리 방안 연구 -

Treating Sexual Offenders(Ⅲ)

- Strengthening aftercare of treatment completers in Korea -

윤정숙 | 최이문 | 류부곤 | 윤달님
최 관 | 최 겐 | 강태경

KiC KOREAN
INSTITUTE OF
CRIMINOLOGY

발 간 사

성범죄는 역사의 기록이 시작된 이래 지속적으로 발생하여 왔고 많은 무고한 사람들에게 부정적 영향을 끼쳐온 심각한 사회문제입니다. 우리나라에서도 성범죄자에 대한 강력한 처벌을 확대 시행함은 물론, 그들의 범죄성을 개선하는 치료적 조치들도 강화시켜 과거에 아동 성범죄자 등 특정 유형의 성범죄자에게만 실시되던 치료프로그램을 모든 성범죄자에게 확대 시행하고 이들을 수용하여 전담 치료하기 위한 시설을 증가시켰으며 수강명령이나 이수명령을 통한 법원단계의 처분도 점차로 확대하여 오는 등 성범죄에 대한 사회안전망을 강화하고 있습니다. 이처럼 성범죄자를 위한 치료적 조치들이 확대되고 있는 것은 성범죄가 피해자와 우리 사회에 초래하는 상처와 충격을 고려할 때 기존의 형사적 제재만으로 재범을 막기에는 한계가 있다는 인식과 함께 치료적 조치의 효과성에 대한 과학적 연구 결과가 증가하고 있기 때문입니다.

한국형사정책연구원은 지난 3년간 ‘성범죄자를 위한 치료프로그램 매뉴얼 및 제도화방안’이라는 주제 하에 성범죄자 치료프로그램 매뉴얼 및 범죄유발요인 평가 도구를 개발하고 교정시설 내 치료프로그램의 효과성을 분석하는 등 실천 현장에 보급할 수 있는 도구 개발 및 성과 분석에 힘써 왔습니다. 2014년에는 성범죄 치료분야의 실증적 연구와 모델에 비추어 우리나라의 성범죄 치료관련 제도들이 합당하게 운영되고 있는지를 살펴보고 그에 상충하는 쟁점들을 제시할 뿐만 아니라, 독일, 영국, 미국 등의 선진국들과의 비교 연구를 통하여 우리나라에 적용될 수 있는 시사점을 도출하는 등 제도 개선 방안을 모색하였습니다.

성범죄자를 포함한 범죄자 치료에서는 언제나 변화(change)라는 내적 의미가 가장 핵심적인 쟁점이며, 변화는 교정(reform)과 사회복귀(rehabilitation)라는 두 가지 목표를 가지고 있음을 주지하여야 합니다. 범죄자 치료에 있어서 교정과 사회복귀라는 두 가지 목표를 달성하기 위해서는 범죄자 치료의 과정을 교정시설 내 뿐이 아닌 지역사회로까지 연결시켜야 하며, 이러한 측면에서 범죄자의 사후치료는 매우 중요한 문제가 됩니다. 그러나 사후치료의 도입은 프로그램 개발만으로

이뤄지는 것이 아니며, 법원의 판결단계에서부터 교정이나 보호관찰시설의 형집행 단계에 이르기까지 이를 실행할 수 있는 제도적 변경이 뒤따라야 합니다. 본 연구에서는 이미 사후치료를 실시하고 있는 각국의 성범죄자 치료 제도를 검토하여 우리나라에 사후치료가 도입되기 위해 제도적으로 어떠한 부분이 보완되어야 하는지 그 방안을 제시하였습니다. 또한 사후치료를 포함, 궁극적으로 성범죄자 치료의 실효성을 높이기 위한 정책 마련을 위해 각 형사사법기관에서 재고해야할 점 등에 대해 방향도 제시하였습니다.

본 연구에 도움을 주었던 법원, 법무부 범죄예방정책국 보호관찰과, 교정본부, 치료감호소 및 현장의 성범죄자 치료자 담당 등 관계자 여러분께 감사의 말씀을 전합니다. 또한 성범죄자 치료제도의 비교법적 연구를 수행해 준 한경대학교 류부곤 교수, 한세대학교 최관 교수, 독일 함부르크대학의 윤달님 박사께도 감사의 말씀을 드립니다. 무엇보다 마지막까지 연구를 책임지고 성심껏 수행해준 한국형사정책연구원의 윤정숙 부연구위원, 최이문 부연구위원에게도 그 노고를 치하합니다.

2014년 12월

한국형사정책연구원

원장

곽상욱

목 차

국문요약	15
제1장 서론 (윤정숙)	27
1. 연구의 목적 및 범위	29
2. 성범죄의 일반적 이해	32
가. 성범죄의 발생 및 재범율	32
나. 성범죄자의 일반적 특성	34
다. 성범죄자를 위한 치료적 접근	36
3. 연구의 방법	37
제2장 성범죄자 치료에 대한 일반적 이해 (윤정숙)	39
제1절 성범죄자 치료의 이론적 배경	41
1. 범죄자 치료의 개념	42
2. 성범죄자 치료의 역사	43
가. 초기의 성범죄자 치료프로그램	44
나. Nothing Works: 치료 무용론	44
다. Something Works: 치료 일부 유용론	46
라. What Works: 치료 유용론	47
3. 성범죄자 치료의 유형 및 기관	49
가. 성범죄자 치료의 유형	49
나. 성범죄자 치료의 기관	51
제2절 성범죄자 치료의 의의 및 목적	53
1. 성범죄자 치료의 의의	53
2. 성범죄자 치료의 목적	54
가. 치료의 일차적 목적: 성범죄자의 변화	54
나. 치료의 이차적 목적: 사회 안전	55
제3절 성범죄자의 평가 및 치료	56
1. 성범죄자의 평가	56
가. 정적 위험요인 평가(보험계리적 평가)	56

나. 동적 위험요인 평가	61
다. 정적 위험요인과 동적 위험 요인을 결합한 도구	64
2. 성범죄자의 치료: 인지행동치료를 중심으로	65
가. 인지적 왜곡 및 태도 수정	65
나. 피해자에 대한 공감 능력 신장	66
다. 사회-정서적 기능의 향상	68
라. 성적 일탈성 수정	69
마. 재발방지 능력 향상	70
제4절 성범죄자 치료의 효과	70
1. 성범죄자 치료프로그램의 효과성 연구 방법	70
가. 무선 할당/무선화된 통제 집단	71
나. 기술적 방식	72
다. 위험성평가 도구 이용 분석(Risk band analysis)	72
라. 대응 비교 집단 구성(Matched comparison groups)	73
마. 메타분석	73
2. 성범죄자 치료프로그램의 효과	74
가. 치료 내 변화	74
나. 치료 후 변화(재범율 감소)	75
제5절 소결	78
가. 치료 유용성을 증대하기 위한 RNR 원칙	78
나. 성범죄자 평가 및 치료의 과학화와 개별화 추구	79
다. 성범죄자 평가 및 치료의 연속화 필요	80

제3장 우리나라의 성범죄자 치료제도 및 운영현황

(윤정숙·류부근·최걸)	81
제1절 성범죄자 치료제도의 법적 근거	83
1. 성범죄자 치료관련 법률의 내용	83
가. 시설 내 치료	83
나. 사회 내 치료	88
2. 성범죄자 치료관련 법률과 연구결과의 상충점	90
가. 평가와 치료의 연계 부족: 판결전 조사와 치료이수명령간의 관계 불명확	90

나. 이수(수강)명령 선고시간의 고정성으로 인한 사후치료 한계	92
다. 치료감호 가중료자의 사후치료 규정 불명확	92
제2절 성범죄자 치료이수명령 판결 현황	93
1. 자료 및 조사 개요	93
2. 치료이수명령 대상 성범죄자 및 피해자의 일반적 특성	93
가. 사회인구학적 특성	93
나. 범죄유형 및 경력	95
다. 피해자 특성	97
라. 재범위험성 등급	98
3. 치료이수명령 대상자의 선고처분 결과	99
가. 선고처분 유형 및 형량	99
4. 이수(수강)명령 처분 특성 분석	101
가. 이수(수강)명령의 시간 분류	101
나. 이수(수강)명령에 영향을 미치는 요인	101
제3절 성범죄자 치료프로그램 운영 현황	108
1. 정신질환을 동반한 성범죄자의 치료감호소 내 치료	108
가. 치료감호소 치료의 개요	108
나. 치료프로그램 운영현황	110
다. 치료프로그램 특징 및 내용	111
2. 교정시설 내 치료	112
가. 교정시설 내 치료의 개요	112
나. 치료프로그램 운영현황	112
다. 치료프로그램 내용	114
3. 사회 내 치료	116
가. 사회 내 치료의 개요	116
나. 치료프로그램 운영 현황	117
다. 치료프로그램 특징 및 내용	119
라. 치료프로그램 운영성과 및 개선방안	121
제4절 소결	124
가. 법원단계: 치료이수명령의 성격 명확화 및 부과방식 변경	124
나. 행정단계: 평가 및 치료의 과학화 및 개별화	125
다. 사후관리 단계: 사후치료 도입 준비	126

제4장 주요국의 성범죄자 치료제도 및 운영현황

(윤달님·최관·강태경·최이문)	127
제1절 독일의 성범죄자 치료제도 및 운영 현황	129
1. 독일의 성범죄자 치료 관련 법제도	129
가. 독일 연방형법상 성범죄의 정의	131
나. 성범죄자의 분류 심사를 위한 정신감정 및 재범위험 평가 관련 규정	132
다. 성범죄자의 정신감정 및 재범위험성평가 방법	137
라. 연방형법상 성범죄자의 정신상태에 따른 분류	143
2. 정신질환을 가진 성범죄자(약물포함)의 치료	145
가. 63조: 정신이상을 동반한 성범죄자의 치료감호소 내 치료명령	145
나. 64조: 약물중독을 동반한 성범죄자의 특수치료감호소 내 치료 명령	150
3. 예방적 구금(독일 연방형법 제 66조)	152
가. 예방구금의 기본원칙과 목표	153
나. 예방구금의 집행	153
다. 예방적 구금 조치를 받은 성범죄자들의 치료의 특수성	154
라. 예방적 구금의 문제점	158
4. 교정시설 내 치료(사회치료기관)	159
가. 시설 내 치료의 기준	159
나. 교정시설 내 사회치료기관의 역사	162
다. 사회치료기관의 통계적 현황	163
라. 사회치료기관의 성범죄자 치료의 방법	164
5. 사회 내 치료	166
가. 성범죄자 사회 내 치료의 법적인 기준과 목적	166
나. 제 68조 특수보호관찰 및 사회 내 치료 수강 명령	167
다. 제 57조 가석방 및 사회 내 치료 수강 명령	169
라. 제 56조 집행유예 및 사회 내 치료 수강 명령	170
마. 성범죄자 사회 내 치료의 현황	171
6. 사전예방 치료	177
가. 사전예방 치료의 목표	178
나. 사전예방 치료의 기준	179
다. 사전예방 치료의 특수성	179

7. 결론	182
가. 독일 성범죄자 치료 관련 제도 및 현황의 장단점	182
나. 독일 성범죄자 치료 관련 제도 및 현황의 문제점과 개선방안 ..	183
제2절 영국의 성범죄자 치료제도 및 운영현황	187
1. 영국의 성범죄자 치료 관련 법제도 및 기구	187
가. 형사사법법 2003	187
나. 성범죄자 관리법 2003	191
다. 영국의 범죄자 관리청(NOMS)	194
라. 영국의 성범죄자 평가	200
2. 정신질환을 가진 성범죄자 치료 : 보안병원(security hospital)	204
가. 정신건강법 2007	204
나. 병원치료명령	204
다. 보안병원의 치료	205
3. 교정시설 내 치료	207
가. NOMS의 프로그램 운영 기준	207
나. 교정시설 내 치료프로그램 종류	207
4. 사회 내 치료	214
가. 성범죄자의 사회 내 관리	214
나. 사회 내 치료프로그램의 실례	220
5. 영국 성범죄자 치료 관련 제도에 대한 논의	222
제3절 미국의 성범죄자 치료제도 및 운영 현황	224
1. 미국의 성범죄자 치료 관련 법제도	224
가. 성범죄자 관리에 관한 법제도의 역사(略史)	224
나. 성범죄자 관련법의 경향	226
다. 성폭력흉악범 방지법(Sexually Violent Predator Acts)	227
2. 정신질환을 가진 성범죄자에 대한 치료	232
가. 뉴욕 주	232
나. 텍사스 주	236
3. 비형사적 강제수용제도(Civil Commitment)	236
가. 비형사적 강제수용의 대상자 선정 기준	236
나. 비형사적 강제수용 대상자의 선별 절차	240
다. 비형사적 강제수용의 운영 방식	244
라. 성범죄자에 대한 비형사적 강제수용의 운영사례 I: 뉴욕 주	248

마. 성범죄자에 대한 비행사적 강제수용의 운영사례 II: 텍사스 주	253
4. 교정시설 내 성범죄자 치료	258
가. 미국 교정시설 내 성범죄자 치료프로그램 운영 현황	258
나. 뉴욕 주의 성범죄자 치료프로그램의 운영 방식	260
다. 텍사스 주의 교정시설 내 성범죄자 치료프로그램	267
5. 사회 내 치료	272
가. 뉴욕 주의 사회 내 성범죄자 치료프로그램	272
나. 텍사스 주의 사회 내 치료	279
6. 미국의 성범죄자 치료제도 시사점	282
제4절 소결	286

제5장 성범죄자 사후관리를 위한 치료적 개입(윤정숙·류부근) ... 289

제1절 사후치료제도 도입을 위한 법률적 재고	291
1. 우리나라 성범죄자 치료관련 법률의 일반적 문제점	291
가. 치료대상자의 선정 문제 I: 사전심리단계의 분류 및 평가과정의 한계	291
나. 치료대상자의 선정 문제 II: 검사의 청구로 인한 대상자 선정의 제한	292
다. 재범위험성에 대한 판단기준 문제: 임상적 평가의 필요성	293
라. 치료감호 집행 순서의 문제: 피치료자의 재오염화방지를 위한 사후치료 필요	294
마. 치료감호대상자의 해제 문제: 예후평가과정 및 재심의과정의 형식화 가능성	294
바. 수강명령과 이수명령의 구별 모호성	295
사. 이수(수강)명령 선고시간의 고정성과 기준의 모호함	295
2. 사후치료제도 도입을 위한 사법적 모델: 치료적 사법 (Therapeutic Jurisprudence)	296
가. 범죄와 범죄자에 대한 인식의 변화 - 동기의 제공	297
나. 법의 기능에 대한 인식과 방법론의 변화 - 법의 목적으로서 ‘치료’개념의 도입	298
다. 치료적 사법의 의의와 목적	299
라. 치료적 사법이념의 특징	301
마. 치료적 사법과 회복적 사법	302

바. 치료적 사법과의 구별 및 결합의 가능성	307
사. 치료적 사법 관련 쟁점	309
제2절 성범죄자의 사후치료제도 도입	314
1. 사후치료의 목적: 위험성 관리(risk management)	314
가. 위험성 관리 모델의 적용	314
나. 위험성 관리 모델의 유형	316
2. 사후치료 제도 확립을 위한 현행제도의 일반적 개선	320
가. 판결전 심리단계: 정신감정 기능의 강화	320
나. 선고단계: 치료시간 부과 폐지	322
다. 행형단계: 치료 경과를 고려한 가석방 부활 및 치료불이행자의 사회 내 치료 부과	323
3. 성범죄자 유형에 따른 사후치료제도 개선방안	324
가. 정신질환을 동반한 성범죄자의 사후치료	324
나. 시설 내(교도소) 수용자의 사후치료	327
다. 집행유예대상자의 사회 내 치료	330
라. 사전예방단계의 사회 내 치료	331
4. 사후치료제도 도입을 위한 성범죄자 치료관련 법률의 개선방안	332
가. 사전심리단계 평가 활성화를 통한 성범죄자 분류기능 강화	332
나. 예후평가 활성화를 통한 치료감호의 남용이나 불필요한 장기화의 방지	333
다. 이수명령 정체성의 확립	334
라. 이수명령 선고방식의 변경	334
마. 사후치료제도의 법제화 : 특별보호관찰제도 신설	335
바. 이수명령의 선고에 대한 법원실무의 검토와 가이드라인의 필요성	336
사. 전자감시장치 부착시 이수명령의 배제	336
 제6장 결론(윤정숙)	 337
 참고문헌	 343
 Abstract	 361

표 차례

〈표 1-1〉 성범죄 발생률	33
〈표 2-1〉 성범죄자 치료의 평균 재범률 효과	76
〈표 2-2〉 캐나다 락우드 심리서비스의 시설 내 성범죄 치료프로그램 효과	77
〈표 2-3〉 캐나다 락우드 심리서비스의 사회 내 성범죄 치료프로그램 효과	78
〈표 3-1〉 치료이수명령 대상자의 성별	94
〈표 3-2〉 치료이수명령 대상자의 거주지역	94
〈표 3-3〉 치료이수명령 대상자의 연령 분류	95
〈표 3-4〉 치료이수명령 대상자의 범죄유형	95
〈표 3-5〉 치료이수명령 대상자의 피해자연령에 따른 범죄 유형 분류	96
〈표 3-6〉 치료이수명령 대상자의 전과유형	96
〈표 3-7〉 치료이수명령 대상자의 범죄경력횟수	97
〈표 3-8〉 치료이수명령 대상자의 성범죄 피해자 성별	97
〈표 3-9〉 치료이수명령 대상자의 성범죄 피해자 연령분류	98
〈표 3-10〉 치료이수명령 대상자의 성범죄 피해자수	98
〈표 3-11〉 치료이수명령 대상자의 K-SORAS점수	99
〈표 3-12〉 치료이수명령 대상자의 선고처분 유형 및 형량	99
〈표 3-13〉 치료이수명령 대상자의 징역형량분류	100
〈표 3-14〉 치료이수명령 대상자의 치료이수시간분류	101
〈표 3-15〉 범죄유형별 치료이수시간에 대한 효과 검정	102
〈표 3-16〉 피해대상별 치료이수시간에 대한 효과 검정	103
〈표 3-17〉 피해자 장애여부에 따른 치료이수시간에 대한 효과 검정	103
〈표 3-18〉 가해자 전과유무에 따른 치료이수시간	104
〈표 3-19〉 가해자 전과유형별 치료이수시간에 대한 효과 검정	104
〈표 3-20〉 K-SORAS점수 별 치료이수시간에 대한 효과 검정	104
〈표 3-21〉 치료이수시간과 다른 요인간의 상관 관계	105
〈표 3-22〉 치료이수시간에 영향을 미치는 요인에 관한 모형	107
〈표 3-23〉 치료감호소의 성범죄자 치료프로그램 구성	112
〈표 3-24〉 교정시설의 단계별 교육실시 내용(2012년 하반기부터)	114
〈표 3-25〉 교정시설 성범죄자 치료프로그램 횟수 및 이수자 인원수 (2008~2013)	114

〈표 3-26〉 교정시설 내 성범죄자 치료프로그램 운영 과정(예시)	115
〈표 3-27〉 수감집행센터 관할지역	118
〈표 3-28〉 성범죄자 수강·이수명령 현황	118
〈표 3-29〉 서울수감집행센터의 치료프로그램 종류	119
〈표 3-30〉 수감집행센터의 표준프로그램 매뉴얼 구성표	120
〈표 3-31〉 수감명령센터의 수강(이수)명령 집행대기자현황	122
〈표 4-1〉 독일 형법상 성범죄 관련 법 조항	131
〈표 4-2〉 독일에서 사용되는 국제적인 평가도구들	138
〈표 4-3〉 독일의 (특수)보호관찰 및 집행유예 성범죄자 및 기타 강력범죄자 치료 센터	172
〈표 4-4〉 독일의 (특수)보호관찰 및 집행유예 성범죄자 및 폭력범죄자 치료 센터	173
〈표 4-5〉 독일의 (특수)보호관찰 및 집행유예 성범죄자 전문 치료 센터	173
〈표 4-6〉 영국의 교정시설 내 성범죄자 치료프로그램	208
〈표 4-7〉 영국의 사회 내 치료를 위한 재범위험성 구분	219
〈표 4-8〉 영국 사회 내 치료프로그램 New C-SOGP의 구성	222
〈표 4-9〉 미국 각 주의 성폭력흉악범법의 적용대상	241
〈표 4-10〉 미국 각 주의 성폭력흉악범법 증명기준	243
〈표 4-11〉 미국 각 주의 성폭력흉악범 치료 및 재검토 방식	245
〈표 4-12〉 미국 각 주의 성폭력흉악범법상 재평가시 입증 및 퇴원에 관한 사항	246
〈표 4-13〉 미국 주정부의 통제 하에 있는 정신병원의 성범죄자 강제수용 및 치료비용	247
〈표 4-14〉 뉴욕주 SOMTA 적용 대상자들의 범죄 종류	277

그림 차례

[그림 2-1] 공감 유형의 모델	68
[그림 2-2] 성범죄자 치료의 주요원칙	80
[그림 3-1] 치료감호소 조직도	109
[그림 4-1] 독일 형법상 형무집행 및 치료의 이중 경로 모델	144
[그림 4-2] 성범죄자 치료 효과의 메타분석 결과	147
[그림 4-3] 성범죄자 약물치료의 알고리즘	147
[그림 4-4] 사회치료기관 시설 내 치료의 단계	164
[그림 4-5] 독일의 사회 내 치료를 받는 범죄자들의 정신장애 분포	174
[그림 4-6] 독일 FORAS의 치료 관련 업무와 담당 전문가 현황	175
[그림 4-7] 뉴욕 주의 성폭력흉악범 위험성 평가 및 기록 심사 과정 (Risk Assessment and Record Review: RARR)	251
[그림 4-8] 텍사스 주의 성폭력흉악범에 대한 비행사적 강제수용 결정 절차	256

국문요약

1. 연구의 목적

본 연구에서는 성범죄자 치료를 교정과 사회복귀라는 두 개념이 포섭된 것으로 간주하고 있기 때문에 성범죄자의 치료 그 자체와 사회의 안전한 복귀 및 재통합이라는 과제가 어떻게 연속선상에서 조화롭게 이뤄질 것인가를 살펴보고 있다. 특히 성범죄자의 치료를 통한 사회의 안전한 복귀가 이뤄지기 위해서는 치료와 관련된 법제도 및 형사정책들이 사법단계별로 유기적으로 구성되어 있어 최종적으로 재통합이 이뤄지는 사회 내 관리 기관들의 개입이 실효성이 있어야 한다. 그러나 우리나라 성범죄자 치료제도는 이러한 원칙과 위배되는 측면이 있는데 가령 성범죄자 치료명령(이수 혹은 수강명령)의 선고단계에서 고정된 시간(예: 40시간 등)을 부여하여 구금형 기간 내에 일괄적으로 종료케 함으로써 사회 내 사후치료의 여지를 주지 않고 있다. 전자발찌 부착자의 경우 보호관찰 기간 동안 특정 시간의 사후치료를 받을 수 있도록 하고 있지만 역시 선고시간의 임의성과 고정성으로 인하여 사후치료적 효과를 담보할 수가 없는 실정이다. 이러한 방식은 법원이 치료명령만을 선고하고 그 기간은 특정하지 않는 다른 나라(독일, 영국, 미국 등)와 대비되는 방식으로, 치료 명령을 형벌적 제재로 취급하는 법리적 인식이 깔려있기 때문인 것으로 보인다.

치료가 과연 형벌적 제재인가 아니면 사법시스템 내에서 행해지는 치료적 조치인가에 대한 논쟁은 범죄자 치료와 관련한 그간의 형사정책 흐름의 변화(예: 사법모델 vs. 사회복귀모델)와도 밀접한 관련이 있다. 이와는 별도로 법심리학이나 법임상심리학 부분에서는 범죄자 치료의 본질적 성격이 무엇이든 간에 실천 현장에서 범죄자 치료의 효과성을 높일 수 있는 방안에 대한 실증적 연구가 지속적으로 증가하고 있다. 본 연구에서는 범죄자 치료에 관한 이러한 담론의 흐름과 실증적 결과들을 검토하여 성범죄자를 포함한 범죄자 치료에 있어 사법적 담론이나 정치적 흐름을 초월하여 실증적 연구에 기반한 정책 수립을 하도록 제안하고자 한다.

이를 위해 본 연구는 크게 6개의 장으로 보고서를 구성하였다. 제 1장에서는 연구목적과 의의를 다룰 것이며, 제 2장에서는 성범죄자 치료에 관한 일반적 문헌을 포괄하여 범죄자 치료의 이론적 배경 및 역사적 흐름을 비롯, 성범죄자 평가 방식 및 치료의 내용, 효과 등에 대해 다룰 것이다. 제 3장에서는 우리나라의 성범죄자 치료제도 및 운영현황을 논하고자 하며, 이를 위해 국내 성범죄자 치료관련 법률을 검토하고, 실질적인 치료제도의 운영 현황을 살펴보기 위해 성범죄자 치료이수 명령의 판결현황을 분석하고 각 기관별 치료프로그램 운영현황을 살펴볼 것이다. 제 4장에서는 주요국의 성범죄자 치료 제도를 검토할 예정으로, 독일, 영국, 미국의 성범죄자 치료 제도를 검토하여 각국이 성범죄 연구에 기반한 정책모델을 운영하고 있는지 확인해보고 우리나라의 제도에 도입할 수 있는 시사점을 찾고자 한다. 특히 주요국의 치료 제도를 검토함에 있어 먼저 성범죄자의 치료와 관련된 일반적 법률을 소개하고, 그 구체적 운영 현황에서는 정신질환을 동반한 성범죄자의 치료감호소 내 치료, 최고위험군 성범죄자에 해당하는 예방 구금시설 내의 치료, 교정시설 내에서의 치료, 보호관찰이나 집행유예를 선고받은 성범죄자들의 사회 내 치료에 대해 순서대로 논할 예정이다. 본 보고서의 제 5장에서는 앞서 검토된 각국의 제도 분석을 통해 우리나라의 성범죄자의 사후치료 도입을 위한 입법 방안 및 각 기관별로 정책적 모델을 어떻게 확립해야 하는지에 관해 구체적으로 다루고자 한다. 제 6장에서는 본 연구를 마무리하는 결론을 제시할 것이다.

2. 성범죄자 치료에 대한 일반적 이해

가. 치료 유용성을 증대하기 위한 RNR 원칙

성범죄자를 포함한 범죄자 치료가 과연 효과가 있느냐에 대한 지난 반세기 동안의 물음에 대해 문헌 검토를 통해 현재는 치료 유용론(What works)이 힘을 얻고 있음을 파악할 수 있다. 치료 유용론은 치료 일부 유용론(Something works)을 거쳐 특정한 원칙을 가진 치료는 효과가 있다는 이론으로 발전되면서 치료의 유용성을 보장하기 위해 어떠한 원칙을 지켜야하는지에 대한 논의를 발달시켰다. 현재 그 원칙으로 범죄학계와 법임상학계에서 널리 받아들여지고 있는 것은 대표적인

로 위험성, 욕구, 반응성(Risk, Needs, Responsivity)원칙이 있으며, 성범죄자 치료의 기법 상 이러한 원칙을 가장 잘 구현할 수 있는 치료방식은 범죄자의 생각과 감정, 행동의 연결고리를 변화시키는 인지행동치료라고 알려져 있다.

성범죄자 치료의 효과성에 대한 메타분석 연구 결과를 살펴보면 위험성, 욕구, 반응성 원칙에 충실한 치료프로그램은 그렇지 않은 프로그램보다 효과적이며, 특히 인지행동치료가 보편화된 1990년대 후반의 프로그램들부터는 이전의 치료프로그램 보다 치료를 통한 재범 감소율이 높아지고 있음을 보여주고 있다. 이러한 연구결과들에 주목할 때, 성범죄자 치료는 어떠한 정치적 담론이나 대중적 정서의 희생이 되어서는 안 되고 일관된 원칙을 견지하여 그 효과성 증대에 자원을 투입해야 함을 알 수 있다.

나. 성범죄자 평가 및 치료의 과학화와 개별화 추구

성범죄자 치료의 효과성을 증대하기 위해서는 평가 및 치료의 작업이 과학화되고 개별화될 필요가 있다. 가령, 위험성, 욕구, 반응성 모델을 적용한 심리치료에서는 먼저 치료시작 전에 재범의 위험성을 평가하여 단기 치료그룹과 중·장기 치료그룹을 나누고 그 안에서 범죄유발욕구를 평가하여 각 범죄자별로 다양한 범죄유발요인에 따라 치료를 개별화한다. 이러한 방식을 가능케 하려면 목적 및 단계에 맞는 평가도구가 마련되어야 하며, 그것을 담당하는 인력 또한 전문화되어야 한다.

우리나라의 성범죄자 재범위험성 평가도구는 사법처분 부과 목적과 치료적 욕구 파악의 기능을 위해 개발되었지만, 서구의 평가도구에 비해 아직 재범 예측도 조사 등이 충분히 이뤄지지 못했기 때문에 과학적으로 검증된 도구가 되기 위한 추가적 작업이 필요하다. 또한 성범죄자의 역동적 위험 요인을 평가할 수 있는 STABLE 2000등의 도구나, 임상적 기능이 보강된 서구의 도구들에 비하면 우리나라의 위험성평가 도구는 아직 충분히 개발되어 있지 못하며, 범죄유발욕구를 평가하는 치료 단계의 도구도 아직은 부족하다. 이러한 문제는 범죄자 평가 및 치료의 과학화 및 개별화를 향해 나아가는데 걸림돌이 될 것이다.

다. 성범죄자 평가 및 치료의 연속화 필요

성범죄자를 포함한 범죄자 치료의 핵심 결과는 치료 후 재범감소를 여부이다. 재범율 연구를 보면 치료집단은 비치료집단에 비해 재범율이 30~50% 감소하는 것으로 나타나고 있다. 그러나, 재범율 연구를 통해 또 한가지 알 수 있는 사실은 치료집단도 비치료집단과 마찬가지로 재범추적기간이 늘어남에 따라 재범율이 증가한다는 것이다. 이는 치료의 장기적 효과를 담보하기 위해 치료효과의 유지·보수를 위한 연속적인 치료가 제공될 필요가 있음을 시사한다.

사후치료는 정규치료 이후, 혹은 시설 내 치료를 마치고 실시하는 사회 내의 치료를 지칭하는 것이기 때문에 치료의 연속화를 추구할 수 있고 재범 감소를 위한 위험 관리적 목적도 지니게 된다. 많은 나라에서 사회 내 치료프로그램에 일반적인 집행유예 대상자 이외에도 가석방자, 특수보호관찰자 등을 포함시켜 사후치료를 제공함으로써 범죄자의 출소 후 재발방지를 위한 노력을 다시 한 번 재고하는데 주력하고 있다는 사실에 주목하여야 할 것이다.

3. 우리나라의 성범죄자 치료제도 및 운영현황

우리나라의 성범죄자 치료제도 및 성범죄자 치료이수명령 판결현황, 그리고 치료프로그램의 운영현황을 살펴본 결과, 치료전담기관이 설립되고(인성재활센터(치료감호소), 수강집행센터(보호관찰소), 교정심리치료센터(교도소)), 치료이수명령이 도입 및 확대 실시되었으며, 수강명령 및 이수명령의 판결시간이 증가하는 등 성범죄자 치료는 지속적으로 강화되어 가고 있음을 확인할 수 있었다.

그러나 치료이수명령의 판결현황 분석을 보면 치료이수시간이 사실상 징역형량에 비례하는 것으로 나타나 이수(수강)명령의 치료적 성격에 의문을 갖게 하는 한편, 앞서 제시한 범죄자 치료의 3가지 대전제에도 위배되는 것으로 나타났다. 향후 성범죄자 치료가 더욱 실효성이 강화되기 위해서 시급히 도입이 필요한 부분을 각 사법단계별로 정리하면 다음과 같다.

가. 법원단계: 치료이수명령의 성격 명확화 및 부과방식 변경

범죄자 치료의 목적이 재범방지과 사회재통합이라는 대전제를 고려하여 성범죄자를 대상으로 부과하는 치료이수명령의 성격은 형식상으로는 형벌적 제재일지 몰라도 내용적으로는 치료적 조치임을 명확히 했으면 한다. 앞서 치료이수명령 판결문 분석에서도 살펴보았듯이, 치료이수시간에 영향을 미치는 요인은 징역형량과 범죄의 중합이었고, 오히려 치료적 조치라면 관련이 있어야 할 재범위험성수준 등은 영향을 미치지 못했다. 우리 법에 규정된 치료이수명령의 내용이 범죄자의 변화를 통한 범인성 교정에 있음에도 불구하고, 전자발찌나 신상정보등록·공개 처분 등과 같은 원리로 치료이수시간이 결정된다면 이는 형식적으로나 내용적으로나 형벌적 조치일 수밖에 없다.

또한 현재의 이수(수강)명령 부과방식은 증거에 기반한 정책(evidence-based policy) 유형이 아니다. 앞서 경험적 연구결과와 검토를 통해 범죄자 치료의 효과성은 RNR원칙을 견지했을 때 가능하다는 결론을 도출했었다. 이에 따르면 치료의 이수시간은 위험성과 범죄유발요인을 고려하여 결정되어야 하며, 치료의 종료는 오직 범죄자의 위험요인이 감소되었을 때 결정하는 것이 가장 안전하다. 이러한 경험적 연구결과가 지지하는 방향을 만일 정책에 반영하지 못한다면 우리 형사정책이 지향하는 증거기반의 정책결정이라는 취지가 감퇴될 수 밖에 없다.

따라서 다른 형벌적 처분인 전자발찌 부착이나 신상공개와는 달리 치료이수(수강)명령은 치료적 성격의 조치라는 점과 경험적 연구결과를 참고하여 이수시간에 대한 산정은 치료기관에 이관토록 함을 제안한다.

나. 행형단계: 평가 및 치료의 과학화 및 개별화

교도소에서 피구금자를 대상으로 하는 시설 내 치료와 보호관찰소의 사회 내 치료의 경우, 이수시간에 따라 각 단계별로 과정을 분리해야하고 특정 기간 내에 대상자를 치료해야 하는 번거로움이 있다. 이는 집행의 효율성 면에서는 이점이 있으나 피치료를 과학적 방식으로 평가하고 치료하기에는 걸림돌로 작용한다. 특히, 보호관찰소의 경우 벌금형 대상자를 6개월 이내에 치료하게 하고 있으나 실질적으

로 치료이수시간은 집행 대기 시간을 포함하여 6개월 이상이 걸리는 경우가 많고 치료대상자가 치료를 거부할 경우 강제할 방법이 없기 때문에 벌금형 대상자에게 부과하는 치료이수명령의 부과방식에는 즉시적 변경이 필요해 보인다.

또한 보호관찰을 부과 받은 대상자들의 재범 위험성도 다를 수가 있기 때문에 치료의 기본적 원칙을 다시 상기하여 보다 체계적인 평가를 통해 단기 치료 그룹과 중·장기 치료 그룹으로 나누어 치료를 제공하는 것이 적절한 방식이다. 전자발찌나 성충동 약물치료 명령을 받은 특수보호관찰 대상자는 구금치료 이후 사후치료를 받는 대상자들이기 때문에 기본적 집행유예 대상자와는 다른 치료를 통해 접근해야하는 것을 제안한다. 특수보호관찰 대상자의 경우 범죄유발요인의 재발방지에 중점을 둔 치료가 제공되어야할 것이다.

다. 사후관리 단계: 사후치료 도입 준비

정신질환을 동반한 성범죄자의 치료 및 사회 내 관리를 위해 현재 명목적으로만 규정되어 있는 사후치료 규정을 실질적으로 개선하고 사후치료의 대상자 및 치료전담 기관을 선정하기 위한 준비 작업이 필요하다. 특히, 소아성애나 성격장애와 같은 만성적 범죄유발요인을 동반한 성범죄의 경우 사후관리를 통한 재발방지가 필요하므로 외국의 법제 등을 검토하여 이를 위한 체계를 구축하는 것이 필요하다.

교도소의 경우 분류심사과에서 재범위험성 평가를 통해 단기치료군과 중장기치료군을 분리해서 치료하는 것은 매우 바람직한 방향이나 이수명령시간에 따른 제한으로 원칙이 견지되지 못하는 경우도 있고, 정해진 시간 내에 정규치료를 종료한 후에는 별다른 사후치료가 없기 때문에 유지보수 회기로 구성된 시설 내의 사후치료를 준비하고, 출소 시 재범의 우려가 여전히 높은 고위험군 대상자들에게 추가적으로 사후치료가 제공될 수 있는 방안을 모색해야할 것으로 생각된다.

4. 주요국의 성범죄자 치료제도 및 운영현황

가. 독일의 성범죄자 치료제도 운영현황

독일의 현재 성범죄자 치료의 제도와 실태는 독일 형법의 특성에 따른 각 형사사법 단계별 제도와 실행 현황을 분석하여 독일 현지의 장점과 문제점을 제시하였다. 1998년 성범죄자와의 전쟁 선포 이후로 독일의 형법은 보다 강력한 처벌을 중심으로 한 집행방식을 취하면서 성범죄자의 보다 장기적인 수용 (독일 연방 형법 제 66조: 예방구금)이나 교정시설 내의 무조건적인 치료 (독일 형무집행법 제 9조: 사회치료) 등 새로운 법률조항을 내세우며 강화되었다.

이러한 변화와 더불어 지난 20여년간 독일의 성범죄자 치료는 큰 발전을 해왔는데, 형법 및 법정신과학 전문가들로 구성된 전문위원회들이 다양하게 설립되어 평가와 치료의 기준을 제정하고 주기적으로 재정비해나가는 한편, 실제 치료감호나 시설내의 치료 기관들 역시 구조적으로 재정비 되며 확산되어 왔다.

독일 형법 중 성범죄자의 치료와 관련된 법 조항은 다양한 치료의 제공을 위한 성범죄자의 분류 기준이 된다. 독일연방 형법은 역사적으로 치료감호 및 예방구금을 포함한 특수 형무집행(Maßregelvollzug)과 일반 교정시설을 통한 일반 형무집행(Straßvollzug)을 구분하되, 이 두 가지 다른 집행 경로를 이수하는 모든 범죄자들에게 치료의 기회를 제공하고 있다. 독일에서는 성범죄자의 치료에 앞서 분류 및 심사를 위한 평가과정을 두고 있는데 사전심리단계의 평가와 예후평가가 그것이며 각각의 절차와 실행 가이드라인을 비교적 상세히 가지고 있다.

성범죄자의 치료제도 운영 현황과 관련 먼저 정신질환을 가진 성범죄자의 치료에서는 치료감호를 통한 성범죄자의 치료에 관한 법률과 실정이 소개되었으며 약물중독을 동반한 성범죄자의 치료에 관해서도 함께 다루었다. 시설 내 치료에서는 일반 교정시설 내에서의 치료인 사회치료기관의 치료를 다루었으며, 해당기관에서 사용하는 치료프로그램 종류와 사회치료기관의 운영 조건 등에 대해 본문에서 자세히 소개하였다. 이어 앞서 언급된 것과 다른 특수형무집행을 이수한 성범죄자들과 특수보호관찰이나 집행유예를 선고받은 성범죄자들의 사회 내 치료를 소개하였다. 또한 최고위험군 성범죄자들에 해당하는 특별법인 예방적 구금에 대해 논하

22 • 성범죄자를 위한 치료프로그램 개발 및 제도화방안(Ⅲ)

였으며, 마지막으로 성범죄의 잠재적 위험군을 치료하는 독일 내 특별 치료 프로젝트를 소개하였다. 각 부분 사이에서는 무엇보다 사례를 제시해 이해를 돕도록 하였으며, 마지막 부분은 현재 독일 성범죄자 치료 현황의 장단점을 논의하고 개선점을 제시하였다.

나. 영국의 성범죄자 치료제도 운영현황

2절은 영국의 성범죄자 치료제도 및 이와 관련된 운영현황을 살펴보는 것에 그 목적이 있다. 본 목적을 달성하기 위해서 영국의 성범죄자 관련 내용은 크게 5개 부분으로 구성하였다. 첫째 영국의 성범죄자 치료 관련 법제도 및 기구이다. 영국의 성범죄자 치료 관련 법제도는 형사사법법 2003과 성범죄자 관리법 2003을 살펴보았다. 먼저, 형사사법법 2003은 형사사법법 1991과 비교하여 크게 7가지(① 형사사법과 관련된 양형 목적을 실정법에 처음으로 명문화, ② 법관이 범죄의 경중을 판단하는 과정에서 해당 범죄자의 전과를 고려하는 것을 허용하는 규정을 명문화, ③ 가석방후 보호관찰조건부 구금형(Custody Plus)제도를 신설, ④ 구금형 집행유예제도(Custody Minus)를 신설, ⑤ 간헐적 구금형제도(Intermittent Custody)를 신설, ⑥ 지역사회 내 처분(Community Sentence)의 종류를 신설 및 확대, ⑦ 양형기준위원회(Sentencing Guidelines Council)를 신설)의 개정 및 개혁내용을 담고 있으며 이와 관련된 구체적인 내용은 본문에 구체적으로 분석되었다. 또한 성범죄자 관리법 2003을 소개하고 구체적으로, 성범죄와 관련된 새로운 정의, 증거 기준 등에 대한 광범위한 재검토 과정을 통해 1부(Part 1)는 성범죄의 종류와 형량 등을, 2부는 성범죄 피해(Sexual Harm)로부터 영국 시민들을 보호하는 조치에 대하여 설명하였다.

그리고 성범죄자 치료 관련 담당기구와 관련하여 영국의 범죄자 관리청(NOMS)과 관련된 설치배경 및 과정 그리고 범죄자 관리청에서 제공하는 서비스의 특징, 그 효과 등에 대해서 살펴보았다. 또한 영국 범죄자 관리청에서 성범죄자 평가가 어떻게 이루어지는 지에 대해서 범죄자 평가 시스템, Risk Matrix 2000, 위험평가 및 치료필요분석, 사전사후평가, 급성 동적위험요인 평가, 기타로 구분하여 자세히 살펴보았다.

둘째, 정신질환을 가진 성범죄자 치료에 대해서는 보안병원처분과 관련하여 구체적으로 살펴보았다. 일반 성범죄자 치료가 아닌 정신질환을 가진 성범죄자 치료와 관련된 보안병원처분은 정신건강법 2007에서 그 해당 처분의 근거규정을 찾을 수 있어 먼저 정신건강법 2007에 대해서 소개하고, 그중에서도 치료명령을 위한 평가허가조항(제 2조), 치료허가(제 3조), 병원치료명령(제 37조) 등에 대해서 설명하였다. 그리고 이러한 처분을 통해 보안병원의 치료프로그램을 접하게 되는데 본 프로그램이 어떠한 기준으로 성범죄자를 분리하는지, 그리고 분리된 성범죄자들을 대상으로 어떠한 프로그램(인지행동적 치료, 변증법적 행동치료, 심리도식치료)들을 제공하는지에 대해서 설명하였다.

셋째, 교정시설 내 치료제도에 대해서 소개하였다. 일반적으로, 시설 내 처분을 받은 성범죄자들은 교도소에서 제공하는 성범죄 치료프로그램을 받게 되고, 후에 지역사회에 기반한 추가적인 개입프로그램까지 고려하여 개개인의 치료프로그램 계획을 수립하게 되며, 이러한 과정은 보호관찰 프로그램을 통해서 유동적으로 조정된다. 일반적으로, SOTP는 저위험군 성범죄자보다는 고위험군 성범죄자를 위해서 우선적으로 제공되는 것이 원칙이다. 그렇기 때문에, SOTP 진행을 위한 여러 가지 자원(물질적 등)들 역시 고위험군 성범죄자들을 위한 치료에 가장 먼저 사용되고 있다. SOTP 프로그램은 치료프로그램의 효과성을 증진하기 위하여 2010년을 기준으로 지역사회와 교정시설 모두 프로그램의 개정이 있었다. 현재, 교정시설에서 제공하고 있는 인가된 SOTP프로그램은 9가지(SOTP Rolling Programme, SOTP Core Programme, SOTP Extended Programme, SOTP Healthy Sexual Functioning Programme, SOTP Better Lives Booster, SOTP Adapted New Me Coping, SOTP Adapted Program(Becoming New Me), SOTP Adapted Better Lives Booster, SOTP Adapted Living as New Me)이며, 그 구체적인 내용 및 특징은 본문에 소개되었다.

넷째, 사회 내 치료부분에서는 성범죄자의 사회 내 관리로서 사회 내에서 효율적인 범죄자관리를 위한 협정인 MAPPA와 관련하여 그 탄생배경 및 구성, 성범죄자 구분, 그리고 구체적 관리, 위험성 평가 등의 4가지로 구분하여 설명하였다. 이러한 조직적 접근을 기반으로 하여 지역사회 내에서 성범죄자 치료와 관련하여 제공하는 치료프로그램은 크게 “일반 성범죄자”를 위한 치료프로그램과 “지적장애

를 가진 성범죄자”를 위한 치료프로그램 그리고 “인터넷음란물 관련 성범죄자”를 위한 치료프로그램으로 구분할 수 있다. 일반 성범죄자를 위한 프로그램은 각 지역에 따라 “Northumbria Sex Offender Programme”, “Thames Valley Sex Offender Groupwork Programme”, “Community SOTP” 등이 있으며, 본 프로그램들은 특정 위험군의 성범죄자들을 위해 만들어진 것이 아니라, 모든 범주(저, 중, 고, 최고위험군 등)의 성범죄자들을 위해 고안된 프로그램이며, 위험의 정도에 따라 치료프로그램의 치료정도를 달리 적용하며 진행되고 있으며 구체적인 내용은 본문에 서술하였다.

마지막으로, 영국 성범죄자 치료 관련 제도에 대한 논의로서 2004년 NOMS 탄생 이후 범죄자 관리의 비효율성 극복의 목적 달성을 위해 끊임없이 노력하였지만 그럼에도 몇가지 발생한 문제점(MAPPA의 조직이기주의 문제, 해당 지역 실정에 맞는 성범죄자 관리 및 프로그램운영으로 인한 전체적인 성범죄자 관리 및 프로그램의 기준 설정 및 통일 방해, 성범죄자 치료프로그램을 담당하는 해당 전문가 양성 문제)들에 대해서 논의하였다.

다. 미국의 성범죄자 치료제도 운영현황

최근 미국의 성범죄 관련 정책의 동향은 성범죄자의 단순한 격리보다는 성범죄의 원인을 제거 및 지속적으로 관리하는데 초점을 맞추고 있다. 그동안 미국은 성범죄자들에 대한 처벌을 강화하는 데 앞장서 왔다. 다른 국가에 비해 미국 사법부는 성범죄에 대해 상당한 중형을 선고해 왔을 뿐만 아니라 다양한 형사제재도 함께 가해 왔다. 그러나 최근의 성범죄자 치료프로그램의 발전은 미국의 성범죄 관련 정책의 변화를 잘 보여주고 있다. 다시 말해, 성범죄자들에 대한 치료제도의 발전에 힘입어 성범죄자에 대한 미국의 형사사법적 대처 방식은 성범죄자들에 대한 중형 선고 및 격리를 통한 성범죄 억지에서 탈피하여 성범죄의 원인을 밝히고 그 원인을 제거함으로써 성범죄의 재발을 방지하는 방식으로 발전하고 있다.

미국의 성범죄자 치료프로그램은 시설 내 치료, 사회 내 치료, 비행사적 강제수용 제도로 나뉜다. 우선 교도시설 내의 치료제도인 시설 내 치료는 성범죄자들로 하여금 치료프로그램에 스스로 참여하도록 권장함으로써 스스로 자신의 성적 일

탈을 통제하고 삶을 변화시키도록 이끄는 것을 목표로 삼는다. 이에 반해, 사회 내 치료는 형기를 마치거나 가석방 중인 성범죄자들을 대상으로 실시하는 제도이다. 사회 내 치료프로그램에서는 성범죄자들이 시설에 구금되지 않고 치료 및 관리를 받기 때문에 성범죄자들의 권익 보호뿐만 아니라 성범죄자들의 사회 내 적응에 더 큰 이점이 있다. 그리고 이른바 성폭력흉악범법이라고도 불리는 비행사적 강제수용 제도는 연방정부와 20개 주에서 실시되고 있다. 이 치료 프로그램은 교도소에서 형기를 마친 성범죄자들을 다시 민간 시설에 위탁 수용함으로써 위험한 성범죄자들을 기간 제한 없이 치료하는 제도이다. 특히 이러한 비행사적 강제수용 제도는 최근 법률적으로나 형사정책적으로 뜨거운 논쟁거리가 되고 있다.

미국의 성범죄자 치료제도의 가장 큰 특징은 성범죄자들의 위험성 정도에 따라 다양한 프로그램을 특화해 운영한다는 점이다. 기존의 형사처벌은 성범죄자의 범죄행위에만 초점을 맞추어 처벌의 수위가 결정되기 때문에 정신질환과 같은 요인이 성범죄의 원인이 된 경우 그러한 성범죄의 재범을 막는 데 한계가 있을 수밖에 없었다. 이에 반해, 현재의 성범죄자 치료프로그램은 개별 성범죄자들의 위험성 평가를 바탕으로 치료의 기간, 방식, 장소 등이 정해지고 성범죄의 원인을 찾아 이를 치료나 관리하기 때문에 정신질환으로 인한 성범죄의 재범을 줄이는 데 더욱 효과적일 것으로 기대된다.

미국의 성범죄 치료제도의 또 다른 특징은 다른 국가에 비해 성범죄자들의 권익 보호를 위해서 많은 노력을 기울이고 있다는 점이다. 구체적으로, 성범죄자 치료프로그램을 운영하는 기관들은 치료프로그램에 대한 상세한 가이드라인이나 매뉴얼을 만들고, 성범죄자들에 대한 처우를 투명하게 공개하고 있다. 또한 시설 내 치료의 경우 치료의 효과성 증대뿐만 아니라 성범죄자들의 기본권 보호의 측면에서 성범죄자들이 치료프로그램 참여 여부를 자발적으로 결정하는 것을 허용한다. 이러한 특징은 미국의 사법체계가 개인의 기본권을 보호하는 데에 중점을 두고 있으며, 성범죄자들의 기본권을 침해하였던 20세기 중반 성적 싸이코패스법에 대한 반성이 반영되어 있다고 보인다.

그러나 미국의 성범죄자 치료프로그램도 장점만을 가지고 있는 것은 아니다. 특히 성폭력 흉악범법의 경우, 다른 정책적 혁신들과 마찬가지로, 그 제도가 성범죄를 예방하는 효과가 있는지에 관한 경험적 근거가 없이 입법되었으며, 성범죄자의

치료 및 관리라는 명목상의 목적과는 달리 형사처벌의 대체수단으로 변용되고 있다. 이러한 문제점 외에도 운영에 있어서의 고비용 투입, 치료가능성에 대한 근거 부족, 낮은 치료 참여율, 정신의학을 형사처벌의 대체수단으로 사용한다는 비판 등이 제기되고 있다.

5. 성범죄자 사후관리를 위한 치료적 개입

본 연구에서는 성범죄자 치료의 개별화, 과학화, 연속화의 취지를 살리고 치료의 실효성을 강화하기 위한 모델로서 ‘치료적 사법’을 제안하였으며, 치료적 사법의 취지가 형사사법의 이론적 틀을 대체하는 것이 아니라 형사사법에서 치료적 조치의 실효성을 높이기 위한 ‘절차적 개선점’을 제시하는 것이라는 점을 강조하였다. 치료적 사법 모델의 검토를 통해 반치료적 결과를 발생시키는 절차를 감소시키거나 변경하고 치료적 효과를 가져오는 절차를 도입하고 활용하여, 범죄자에게 부과되는 사법절차에 의한 징벌과 강제에의 내용을 치료적 목적에 맞게 수정하고 보완하는 것이 치료적 사법의 주요 목적이라는 점을 견지하여 본 연구의 제 5장에서는 수정 및 보완이 필요한 일반사항과 각 치료기관별 구체적 실무사항, 그리고 향후 입법적 대안 등을 제시하였다. 특히 일반적 문제점으로서 특정유형의 치료대상자 선정시 명확한 가이드라인 및 과학적 평가 부족으로 올바른 치료 경로에 진입하는데 한계가 있을 수 있다는 점과 치료과정평가 기능 및 재심의 과정의 형식화 가능성, 피치료자의 위험관리를 위한 사후치료 부재, 수강(이수)명령 선고시간의 고정성과 모호함 등이 문제점으로 지적되었고, 개선방안으로서 판결전단계의 정신감정 기능 강화, 선고단계의 치료시간 부과 폐지, 행형단계의 치료 경과를 고려한 가석방 부활 및 치료불이행자의 사회 내 치료 부과 등을 위한 특별보호관찰 제도 신설 등을 대안으로 제시하였다.

KOREAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY

제1장

서론

윤정숙

제1장

서론

1. 연구의 목적 및 범위

성범죄는 역사의 기록이 시작된 이후로 지속적으로 발생하여 왔고 많은 무고한 사람들에게 부정적 영향을 끼쳐온 심각한 사회적 문제이다(Licht, 1932; Taylor, 1954). 오랜 역사 동안 성범죄가 심각한 사회 문제였음에도 불구하고, 동 문제를 향상시키려는 사회적, 학문적 노력은 매우 간헐적이었으며, 지난 20세기에 서구 사회가 성범죄에 비로소 학문적, 사회적 자원을 집중시킨 것은 1960년대 들어서였다. 이후 성범죄에 대한 과학적 연구와 정책들이 수립되어 경험적 시행착오를 거듭하면서 성범죄자와 피해자를 이해하고 치료하며 관리하기 위한 다양한 정보들이 축적되어 왔다.

우리 사회 역시 지난 수년간 성범죄 증가로 동 범죄 척결에 대한 국민적 관심과 함께 성범죄자에 대한 사회 안전망을 강화하기 위한 다양한 제도들이 시행되어 왔다. 성범죄자에 대한 강력한 처벌적 조치와 더불어 그들의 범인성을 개선하는 치료적 조치들도 강화되어 과거에 아동 성범죄자 등 특정 유형의 성범죄자에게만 실시되던 치료프로그램이 모든 성범죄자들에게 확대 시행되었고 이들을 수용하여 전담 치료하기 위한 시설들이 증가하였으며 수강명령이나 이수명령을 통한 법원 단계의 처분도 점차로 증가하여 왔다.

이처럼 성범죄자를 위한 치료적 조치들이 확대되고 있는 것은 성범죄가 피해자와 우리 사회에 가져다주는 상처와 충격을 고려할 때 기존의 형사적 제재만으로 재범을 막기에는 한계가 있다는 인식과 함께 치료적 조치의 효과성 및 실효성에 대한 과학적 연구 결과가 증가하고 있기 때문이다. 오늘날 성범죄자 치료의 재범

방지 효과라고 할 수 있는, 치료를 통한 성범죄의 재범 감소율은 30~50% 정도로 받아들여지고 있다(Lösel & Schmucker, 2005; Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009).¹⁾ 또한 성범죄자 치료의 경제적 실효성도 작지 않은데, 북미의 성범죄자 치료학회(Association for the Treatment of Sexual Abusers: ATSA)의 2003년 보고에 따르면, 인지행동치료 프로그램이 성인가해자 1명에게 6,246달러를 치료비로 투자하면 범죄 예방을 통해 잠재적 피해자를 구제함으로써 19,543달러의 사회 경제적 이득을 볼 수 있다고 밝힌바 있다.

오늘날 많은 선진국에서는 성범죄자 치료의 효과를 증대시킬 수 있는 제도적 방안을 적극적으로 모색 중이다. 미국, 캐나다, 독일, 영국 등의 선진국에서는 성범죄자 치료의 효과가 그 운영방식이나 과정, 혹은 치료자와 같은 전문 인력들에 의해 차이가 있을 수 있다는 인식하에 성범죄자 치료를 관통하는 운영상의 대원칙을 이해하고 이를 제도적으로 구현하기 위해 상당한 노력을 기울이고 있다. 특히 성범죄자 치료제도의 운영상의 대원칙을 이해하기 위해서 성범죄자 치료분야의 실증적, 이론적 연구를 참고하고 있는데, 이는 형사정책분야에서 성범죄는 단연코 그 사안의 중요성과 예방 조치의 필요에 있어 다른 어떤 범죄들보다도 최고 우선시되고 있어 그 조치의 효과성을 증가시키는데 주력하기 위해서이다.

이러한 환경 속에서 성범죄 치료분야의 연구자들 또한 다양한 연구 결과물들을 발표하고 이에 대한 검증과 반박의 과정을 통해 기존의 연구 결과와 새로운 연구 결과들을 재통합하면서 이론을 창출하여 오늘날 널리 수용되는 몇 가지 모델들을 구축해 왔다. 본 연구는 이러한 성범죄 치료분야의 실증적 연구와 모델에 비추어 우리나라의 성범죄 치료관련 제도들이 합당하게 운영되고 있는지를 살펴보고 그에 상충하는 쟁점들을 제시할 뿐만 아니라, 독일, 영국, 미국 등의 선진국들과의 비교 연구를 통하여 우리나라에 적용될 수 있는 시사점을 도출하는 등 성범죄자 치료관련 제도 개선방안을 모색하는 연구이다. 또한 성범죄자 재범방지 및 사회 안전이라는 대목적을 실현하기 위해 성범죄자의 치료적 효과를 유지할 수 있는 사후관리 방안을 중점적으로 모색하여 형사사법시스템의 개선점을 제시하는 목적도 지니고 있다.

1) 성범죄자 치료의 재범감소율 효과는 본 연구보고서 제 2장의 성범죄자 치료의 효과성 부분에 자세히 기술되어 있다.

성범죄자를 포함한 범죄자 치료에서는 언제나 변화(change)라는 내적 의미가 매우 핵심적이며, 특히 이러한 변화는 교정(reform)과 사회복귀(rehabilitation)라는 두 가지 의미를 가지고 있음을 주지하여야 한다. 즉, 범죄자 치료는 범죄유발요인을 개선하고 교정하는 목적뿐 아니라, 범죄자의 변화를 통한 사회로의 재통합 목적도 지니고 있으며, 치료를 통해 일차적 목표인 범죄유발요인의 교정에 성공하더라도 그것이 범죄자의 온전한 사회복귀를 보장하지는 못함을 주목해야한다. 즉 범죄자 치료에 있어서 교정과 사회복귀라는 두 가지 목표를 달성하기 위해서는 범죄자 치료의 과정을 교정시설 내 뿐이 아닌 지역사회로까지 연결시켜 바라볼 필요가 있고 이러한 측면에서 범죄자의 사후관리는 매우 중요한 문제로 부각되게 된다.

본 연구에서는 성범죄자 치료를 교정과 사회복귀라는 두 개념이 포섭된 것으로 간주하고 있기 때문에 성범죄자의 치료 그 자체와 사회의 안전한 복귀 및 재통합이라는 과제가 어떻게 연속선상에서 조화롭게 이뤄질 것인가를 살펴보고 있다. 특히 성범죄자의 치료를 통한 사회의 안전한 복귀가 이뤄지기 위해서는 치료와 관련된 법제도 및 형사정책들이 사법단계별로 유기적으로 구성되어 있어 최종적으로 재통합이 이뤄지는 사회 내 관리 기관들의 개입이 실효성이 있어야 한다. 그러나, 우리나라 성범죄자 치료제도는 이러한 원칙과 위배되는 측면이 있는데 가령 성범죄자 치료명령(이수 혹은 수강명령)의 선고단계에서 고정된 시간(예: 40시간 등)을 부여하여 구금형 기간 내에 일괄적으로 종료케 함으로써 사회 내 사후치료의 여지를 주지 않고 있다. 전자발찌 부착자의 경우 보호관찰 기간 동안 특정 시간의 사후치료를 받을 수 있도록 하고 있지만 역시 선고시간의 임의성과 고정성으로 인하여 사후치료적 효과를 담보할 수가 없는 실정이다. 이러한 방식은 법원이 치료명령만을 선고하고 그 기간은 특정하지 않는 다른 나라(독일, 영국, 미국 등)와 대비되게 치료 명령을 형벌적 제재로 취급하는 법리적 인식이 깔려있기 때문인 것으로 보인다.

치료가 과연 형벌적 제재인가 아니면 사법시스템 내에서 행해지는 치료적 조치인가에 대한 논쟁은 범죄자 치료와 관련한 그간의 형사정책 흐름의 변화(예: 사법모델 vs. 사회복귀모델)와도 밀접한 관련이 있다. 이와는 별도로 법심리학이나 법임상심리학 부분에서는 범죄자 치료의 본질적 성격이 무엇이든 간에 실천 현장에서 범죄자 치료의 효과성을 높일 수 있는 방안에 대한 실증적 연구가 지속적으로

증가하고 있다. 본 연구에서는 범죄자 치료에 관한 이러한 담론의 흐름과 실증적 결과들을 검토하여 성범죄자를 포함한 범죄자 치료에 있어 사법적 담론이나 정치적 흐름을 초월하여 실증적 연구에 기반한 정책 수립을 하도록 제안하고자 한다.

이를 위해 본 연구는 크게 6개의 장으로 보고서를 구성하였다. 제 1장에서는 연구목적과 의의를 다룰 것이며, 제 2장에서는 성범죄자 치료에 관한 일반적 문헌을 포괄하여 범죄자 치료의 이론적 배경 및 역사적 흐름을 비롯, 성범죄자 평가 방식 및 치료의 내용, 효과 등에 대해 다룰 것이다. 제 3장에서는 우리나라의 성범죄자 치료제도 및 운영현황을 논하고자 하며, 이를 위해 국내 성범죄자 치료관련 법률을 검토하고, 실질적인 치료제도의 운영 현황을 살펴보기 위해 성범죄자 치료이수 명령의 판결현황을 분석하고 각 기관별 치료프로그램 운영현황을 살펴볼 것이다. 제 4장에서는 주요국의 성범죄자 치료 제도를 검토할 예정으로, 독일, 영국, 미국의 성범죄자 치료 제도를 검토하여 각국이 성범죄 연구에 기반한 정책모델을 운영하고 있는지 확인해보고 우리나라의 제도에 도입할 수 있는 시사점을 찾고자 한다. 특히 주요국의 치료 제도를 검토함에 있어 먼저 성범죄자의 치료와 관련된 일반적 법률을 소개하고, 그 구체적 운영 현황에서는 정신질환을 동반한 성범죄자의 치료감호소 내 치료, 최고위험군 성범죄자에 해당하는 예방 구금시설 내의 치료, 교정시설 내에서의 치료, 보호관찰이나 집행유예를 선고받은 성범죄자들의 사회 내 치료에 대해 순서대로 논할 예정이다. 본 보고서의 제 5장에서는 앞서 검토된 각국의 제도 분석을 통해 우리나라의 성범죄자의 사후치료 도입을 위한 입법 방안 및 각 기관별로 정책적 모델을 어떻게 확립해야 하는지에 관해 구체적으로 다루고자 한다. 제 6장에서는 본 연구를 마무리하는 결론을 제시할 것이다.

2. 성범죄의 일반적 이해

가. 성범죄의 발생 및 재범율

1) 성범죄 발생률

우리나라의 성범죄 발생률을 2004년부터 2013년까지 최근 10년간 수집된 공식 통계를 이용하여 전체 범죄와 비교하여 살펴보면, 형사사법기관에서 인지된 성범죄

죄 발생 건수는 2004년 13,968건에서 2014년 26,919건으로 약 두 배 증가하였다. 인구 10만 명 당 범죄 발생률을 보면 전체 범죄는 2004년 약 4,331명에서 2013년 약 3,921명으로 큰 변화가 없는데 반해, 성폭력 범죄는 2004년 29건에서 2013년 52건으로 증가폭이 큼을 알 수 있다.

〈표 1-1〉 성범죄 발생률

연도	전체범죄		성범죄	
	발생 건수	발생비*	발생 건수	발생비*
2004	2,080,901	4,331	13,968	29.1
2005	1,893,896	3,934	13,631	28.3
2006	1,829,211	3,733	15,157	31.3
2007	1,965,977	3,987	15,386	31.7
2008	2,189,452	4,419	16,234	30.8
2009	2,168,185	4,356	17,263	32.8
2010	1,917,300	3,795	20,368	40.4
2011	1,902,720	3,750	22,132	44.3
2012	2,117,737	4,235	24,790	42.7
2013	2,006,682	3,921	26,919	52.6

주: 대검찰청 범죄분석

*발생비: 인구 10만 명당 발생비율

2) 성범죄 재범율

언론에서 제공되는 성범죄에 대한 설명은 다른 범죄 유형보다도 재범율이 높고 반복적 성향이 많은 것으로 보인다. 이것은 경험적으로 증명된 것일까? 다수의 연구를 통해 나타난 성범죄자의 동종범죄 재범율은 연구마다 다소 차이가 있지만, 보통 3년 추적조사 시 10%미만, 5년 추적조사 시 약 15%정도, 10년 추적조사에서 20%정도의 비율을 보이며(Hanson & Bussière 1998; Hanson & Thornton, 2000), 이종범죄 재범율은 위 비율의 대략 2배 내외가 된다. 물론 이러한 비율은 치료받지 않은 성범죄자의 재범율이다.

성범죄 재범율은 다른 여타 범죄와도 비교했을 때 높지 않다. 가령, 1998년 영국 교도소에서 출소한 범죄자들의 재범율을 2년 추적 조사한 결과 평균 재범율²⁾은 55%였고 가장 높은 재범율을 기록한 범죄는 절도로 75%였다. 이 밖에도 폭력

2) 재범으로 인해 유죄판결을 받은 경우이다.

범죄가 43%, 마약범죄가 39%, 사기죄가 37%였으며, 성범죄 재범율은 18%로 가장 재범율이 낮았다(Brown, 2005). 우리나라의 경우 재범율 산정을 위한 대규모의 재범추적연구가 거의 존재하지 않아 정확한 성범죄 재범율을 알 수 없지만, 가장 최근에 발표된 교정통계(2014)의 범죄 유형별 출소자 재복역률³⁾을 통해 가늠해볼 수 있다. 2008년부터 2013년까지 지난 5년간 출소한 성범죄자가 3년 내 금고형을 선고받아 재입소하는 비율은 18~25%로 전체범죄자의 평균 재입소율과 비슷하며, 강·절도나 마약 범죄의 재입소율보다 낮은 것으로 파악되고 있다. 물론 일반적으로 서구의 재범추적연구는 유죄판결(reconviction)을 재범으로 간주하기 때문에 재입소율은 매우 보수적인 재범율 추정이라고 할 수 있지만, 위의 수치는 성범죄 이외의 모든 범죄 재범을 포함한 비율이기 때문에 Hanson등의 연구에서 나온 10%보다는 2배정도 높은 수치이다.

성범죄자의 재범율이 높지 않다 하더라도, 성범죄자 집단이 매우 이질적임을 고려할 때 이들 중 상당수는 매우 반복적인 성범죄자임을 간과해서는 안 된다. 그간의 연구를 보면 성범죄 유형 중 노출증자들이 가장 높은 재범율을 보이며, 모르는 남자 아이만을 대상으로 성범죄를 저지르거나 남자, 여자아이 둘 다를 대상으로 성범죄를 저지르는 아동 성범죄자는 여자 아이만을 대상으로 아동 성범죄를 저지르는 유형보다 재범율이 높은 것으로 보고되고 있다. 이에 반해 친족 성범죄자의 경우 성범죄의 기간이 다른 유형보다 길지만 일단 형사사법시스템에 인지된 경우 아동과의 격리 조치 등 피해자 보호조치가 이뤄지는 경우가 많기 때문에 재범율이 가장 낮은 것으로 보고되고 있다⁴⁾.

나. 성범죄자의 일반적 특성

일반인이 성범죄자에 대해 가지고 있는 이미지는 대개 잔혹하고 엽기적인 방식

3) 출소자 재복역률이란 금고 이상의 형을 선고받고 교정시설에 수용된 자가 형기종료, 가석방, 사면 등의 사유로 출소한 후, 또 다른 범죄행위로 금고이상의 형을 선고받고 그 집행을 위해 3년 이내 다시 교정시설에 수용되는 비율을 의미한다(교정통계연보, 2012, p. 212).

4) 가령, Marshall과 Barbaree(1990b)의 보고에 의하면 그들이 치료한 성범죄자를 다양한 기간 동안 추적했을 때 노출증자의 재범율은 41~71%에 달했으며, 가족 이외의 남자아이를 대상으로 성범죄를 저지른 사람의 재범율은 13~40%, 가족 이외의 여자아이를 대상으로 성범죄를 저지른 사람의 재범율은 10~29%, 친족성범죄자는 4~10%였고 성인여성을 대상으로 성범죄를 저지르는 강간범의 경우는 7~35%로 나타났다.

으로 성범죄를 저지르는 연쇄 강간살인범으로 생각된다. 이는 대중들이 언론을 통해 매우 폭력적인 성범죄 사건에 반복적으로 노출된 결과일 것이다. 그러나, 지난 수십년간 이뤄진 성범죄에 대한 연구는 성범죄자 집단이 동질적이 아닌 매우 ‘이질적인(heterogeneous)’ 집단임을 보여준다.

가령 비록 형사사법시스템에 공식적으로 포착된 성범죄자의 사회인구학적 특성은 주로 저소득 계층에서 나오지만, 연구를 통해서 보고되는 계층은 비교적 다양함을 유추할 수 있다. 대학캠퍼스에서 성폭행 피해율은 대개 15~30%로 보고되고 있으며, 일반인 대상의 조사에서 성폭행 가해율은 30%정도로 나온다(예: Rapaport & Burkhart, 1984 등). 성범죄자의 90%가 정신질환을 가졌다는 국내의 연구⁵⁾도 있지만, 이는 표집방법의 특이성에서 나온 것으로 일반화시키기가 어려운데 일반적으로 성범죄자의 대다수는 정신과적으로 진단받을 정도의 정신질환이 없으며 상당수는 성범죄 범행 경력이 없다⁶⁾.

그러나 앞서 언급한 것처럼 성범죄자라는 이질적 집단을 이해하기 위해서는 그들이 재범의 가능성 면에서 다르다는 것을 인정해야 한다. 즉 특정 집단은 그들이 가지고 있는 인지적, 감정적, 행동적 특성상 범죄를 다시 저지를 특성이 높으며 특정 집단은 그렇지 않다는 것이다. 또한 아동 성범죄자와 성인대상의 성범죄자(강간범)도 그 특성이 약간씩 다르게 나타난다고 보고되고 있는데, 대개 아동 성범죄자는 강간범에 비해 ‘아동’만을 대상으로 ‘성범죄’만을 저지르는 스펙트리스트라고 불리우며 이에 반해 강간범은 보다 일반적인 범죄 경력을 가지고 있다고 이해된다(Motiuk & Brown, 2005).

이처럼 성범죄자 집단은 이질적인 것으로 간주되지만 많은 연구를 통해 성범죄자의 특성은 일반적으로 다음과 같다고 알려져 있다. 초기의 성범죄자 연구는 범죄경력이나 사회인구학적 특성에 중점을 두었는데 이러한 연구를 통해 알려진 몇 가지 사실은 일반적으로 성범죄 범행 경력이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다

5) YTN 뉴스 기사 참조: http://www.ytn.co.kr/_ln/0103_201209061148056760. 이 연구는 서울의 한 병원에서 진행되었고, 연구의 참여자가 모두 정신과적 문제를 가지고 내원하였기 때문에 이와 같은 결과가 나왔을 것으로 예상된다.

6) 미국의 정신과의사이자 저명한 성범죄연구자인 Abel은 1986년 조사연구에서 성범죄로 기소된 사람의 약 5%가 정신질환을 가지고 있다고 보고한 바 있으며(Abel 등, 1986) 이 연구는 성범죄자의 정신질환 비율을 추정할 고전적 연구로 많이 인용된다.

성범죄를 다시 범하는 비율이 높다는 것과 나이가 많고 결혼한 사람보다 결혼하지 않고 젊은 사람이 더 재범가능성이 높다는 것이었다. 오히려 성범죄자와 연관이 있을 것으로 알려진 다른 사회인구학적 특성인 피해자 나이, 부모와의 관계, 지능 지수, 다른 범죄 경력, 교육 수준 등은 성범죄 재범과 관련이 없는 것으로 나왔다. 그러나 이러한 사회인구학적 특성은 개입을 통해 변화가 불가능하기 때문에 낙인 효과가 있다는 지적이 있어왔다.

보다 최근에는 이러한 사회인구학적 특성에 사회심리적 요인, 즉 개입적 조치를 통해 변화가 가능한 요인들이 추가되게 된다. 사회심리적 요인은 경험적 연구를 통해 재범과의 상관성이 입증된 요인들로서 보통 성범죄를 지지하는 태도나 인지적 왜곡, 사회적 지지의 부족, 반사회적 생활 스타일, 제한된 자기관리 기술 등이 포함된다. 사회심리적 요인은 사회인구학적 특성과 달리 변화가 가능하기 때문에 성범죄자 치료의 목표가 되며, 치료적 경과 등을 파악하는데 유용한 도구가 된다. 또한 최근에 이러한 요인의 변화가 재범 감소에 기여한다는 사실이 알려지면서 (Hanson & Bussière, 1998) 성범죄자 치료의 중요성을 확인시켰다.

우리나라의 성범죄자가 가지는 일반적 특징도 서구에서 발표된 연구 결과와 크게 다르지 않아, 많은 연구에서 성범죄자의 사회인구학적 특징으로 압도적으로 높은 남성의 비율과 30~40대의 평균 연령, 경제적으로 취약한 계층 등을 보고하고 있으며, 동적 위험 요인으로 인지적 왜곡, 사회적 지지의 부족, 충동성/반사회적 생활 스타일, 성적 일탈성 등이 일관되게 보고되고 있다(예: 윤정숙 외, 2012; 윤정숙 외, 2013 등). 이러한 연구들은 성범죄자의 일반적 특징 중 치료적 개입을 통해 변화가 가능하다고 보는 동적 위험 요인의 중요성을 부각시키고 있다.

다. 성범죄자를 위한 치료적 접근

서구에서 비정상적 성행동에 대한 중요한 언급이 처음으로 개진된 것은 Richard von Krafft-Ebing(1886)의 책, *Psychopathia Sexualis*였다. 이 책에서는 특히 여러 비정상적인 성적 취향 가운데에서도 아동에게 성적 관심을 갖는 남성들에 대해서 서술했으며 Krafft-Ebing은 이것을 paedophilia(소아성애)라고 불렀다. 이후 여러 정신과 의사들이 자신의 책에서 성도착증적인 취향에 대해서 논의했으며 특히 이 문

제를 치료가 필요한 정신 질환으로 간주하였고 그러한 행동의 원인(origin)을 설명하는데 주력했다. 특히 이중 Von Schrenck-Notzing(1895/1956)과 Norman(1892)은 일탈적인 성적 취향이란 일탈 행위를 포함, 성적 환상에 대해 반복적으로 자위 행위를 한 결과물이라고 주장하였으며, 이러한 설명은 이후 행동주의적 설명에도 영향을 끼쳤고 오늘날에도 일부 성범죄자에게 적용될 수 있는 설명이기도 하다.

성범죄라는 일탈 행위를 이해하려는 노력은 1960년대부터 본격적으로 시작되었으며, 바로 이때 앞서 설명한 행동주의식 조건화 과정이 널리 받아들여졌다. 이후 1970년대에 성범죄의 치료에 대한 새로운 접근이 대두하기 시작하였는데, 특히 Marshall(1971)은 성적 일탈행위의 원인을 이해한다고 해도 원인을 제거하는 것만으로 치료될 수 없으며 범죄자가 자신의 욕구를 친사회적 방식으로 충족할 수 있는 ‘대안적 기술(skill)’이 필요함을 제안하여 성범죄자 치료에 전기를 마련하였다. 이후 많은 정신과의사 및 심리학자들이 성범죄자 치료에 필요한 요인들(오늘날 범죄유발요인으로 불리움)을 밝히게 되었고, 특히 범죄유발요인의 감소를 목표로 하는 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy: CBT) 기법이 발달하면서 성범죄자 치료의 효과성을 증대시켰다.

우리나라에서도 과거 성범죄자에 대한 치료가 인성교육의 수준에서 머물렀던 것과는 달리 과학적 연구 결과에 입각한 범죄유발요인의 감소에 목표를 두고 보다 장기적이고 집중적인 방식의 인지행동치료를 제공하고 있으며, 이를 위하여 전문 인력을 양성하고 치료프로그램의 매뉴얼을 개발하는 등 구체적인 노력을 기울이고 있다. 현재 성범죄자의 치료를 보다 실효성있게 구현하기 위해 지속적인 노력을 기울여야하는 부분으로 성범죄자 치료를 제공하는 기관의 전문적인 인력 양성과 지속적인 훈련이 강조되고 있으며, 이를 뒷받침할 수 있는 제도적, 정책적 장치의 필요성도 꾸준히 제기되고 있는 실정이다.

3. 연구의 방법

본 연구는 ‘성범죄자를 위한 치료프로그램 개발 및 제도화방안’이라는 제목으로 지난 3년간 연속적으로 수행되어 왔다. 그 동안 본 연구에서는 성범죄자를 위한 치료프로그램 매뉴얼과 평가 도구의 개발 등 치료현장의 실무자들이 사용할 수 있

는 도구 개발을 중점적으로 진행해 왔다. 지난 2년간의 연구는 성범죄자의 평가 및 치료에서 무엇을 내용으로 하고 어떻게 수행할 것인가를 목표로 진행해왔다면, 올해의 연구는 성범죄자 치료를 어떠한 매크로한 시스템을 가지고 이행할 것인가의 논의이다.

본 연구는 성범죄자 치료와 관련하여 증거 중심의 정책(evidence-based policy)을 지향하며 이 때 증거는 성범죄 치료와 관련하여 연구의 타당도가 입증되었고 반복 검증되어 하나의 이론으로 수용되고 있는 실증적 연구를 지칭하는 것이며, 정책이라 함은 성범죄 치료관련 법률과 법률에 근거하지 않지만 일반적으로 행해지고 있는 판결방식, 행형방식 혹은 일반적 성범죄자 치료운영방식 등이 해당된다. 이를 위해 연구 방법적으로 크게 두 가지를 선택하였다. 첫째, 성범죄자 치료에 관한 실증적 연구와 모델을 이해하기 위해 지난 수 십년간 진행된 국내외 선행연구에 대한 문헌 검토 및 분석을 시행하였다. 둘째, 성범죄자 치료에 관한 정책 및 운영 현황을 파악하기 위해 성범죄자 치료와 관련한 법률을 검토하고, 각 기관에서 발표 및 제공한 자료를 2차 분석하였으며, 판사, 정신과 전문의, 성범죄 치료자, 정책입안자 등 성범죄자 치료에 관계된 운영 주체들과 워크숍 및 심층면담을 시행하였다. 이를 통해 성범죄자 치료와 관련한 정책의 합리성을 논의하고 실증적 연구와 제도 간의 간극에서 비롯되는 쟁점들을 제시하고자 하였다.

또한 본 연구는 성범죄자 치료와 관련한 제도상의 개선점 도출을 위해 성범죄 치료 관련한 법학, 형사정책학, 범죄학, 심리학 분야의 다양한 연구들을 포섭하여 각 학문의 고유 영역이 갖는 범위를 넘어서 학제간 접목을 시도하였으며, 우리나라의 성범죄자 치료 관련한 제도뿐만 아니라, 독일, 영국, 미국 등의 성범죄자 치료 제도를 비교 고찰함으로써 우리나라의 성범죄자 치료관련 제도에 적용될 수 있는 시사점을 찾고자 하였다.

특히, 본 연구의 최종년도가 되는 이번년도에는 치료프로그램 이수자의 사후관리 방안 강화에 집중하기 위하여 우리나라를 비롯한 선진국의 치료 제도를 분석하여 각 기관에서 사후관리를 위하여 어떠한 제도적 장치를 확립해 놓고 있는지 파악하였으며, 이러한 작업이 이후 치료프로그램 이수자의 재범 방지라는 보다 실효성 있는 결과물로 생산되길 기대하였다. 본 연구의 방법론적 논의는 각 장의 보다 구체적 내용 전개를 통해 자세히 제공될 것이다.

KOREAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY

제2장

성범죄자 치료에 대한 일반적 이해

윤 정 숙

제2장

성범죄자 치료에 대한 일반적 이해

제1절 성범죄자 치료의 이론적 배경

일찍이 Bertrand Russel(1925)은 그의 저서 *What I Believe*에서 우리가 범죄자를 치료하여야 하는 이유를 전염병 환자와 비교하여 전염병 환자와 범죄자 모두 일반 대중에게 위험이 되므로 더 이상 위험이 되지 않을 때까지 자유를 구속하여 치료할 필요가 있다고 주장하였다. 이에 덧붙여 그는 현실적으로 일반 시민들은 전염병에 걸린 사람을 동정과 위로의 대상으로 여기는 반면 범죄자는 증오의 대상으로 여기기 때문에 범죄적 성향을 치료하는 교도소가 병을 치료하는 병원보다 성공적이지 못하다고 논평하였다(Russel, 1925, Crow(2001)에서 재인용).

성범죄자 치료를 논할 때, 일반인들의 인식은 왜 범죄자를 치료하여야 하는가에서 출발한다. 일반적으로 시민들은 성범죄 사건들을 언론에서 접하고, 언론에서는 주로 최고위험군 성범죄자 사건을 선정적인 이슈로 다루기 때문에 일반인은 성범죄에 대한 두려움을 가지고 있다. 이러한 두려움은 대개 성범죄자에 대한 극도의 혐오와 증오로 이어지기 때문에 성범죄자를 치료한다는 것은 마치 증오하는 사람에게 마땅히 가해야 할 채찍이 아닌 당근을 주는, 국민의 세금을 낭비하는 듯한 인식을 불러일으킨다. 범죄와 관련하여 누군가를 치료하여야 한다고 하면 오히려 그 대상은 최우선적으로 피해자가 되어야 하며 그 대상이 가해자가 된다고 하면 마치 관심을 전혀 기울일 필요가 없는, 온전한 처벌의 대상인 가해자에게 인권을 부여하여 국가 자원을 적절치 못하게 사용한다는 인식이 깔려있기 때문이다.

그동안 범죄와 관련하여 일반인들이 가해자 치료에 대한 반감을 가졌던 것은 어찌 보면 그만큼 피해자 치료에 있어 지원이 충분히 그리고 체계적으로 이뤄지지 못했기 때문일 수 있다. 범죄와 관련하여 피해자의 치료가 최우선이 되어야 한다는 것은 더 이상 논할 필요가 없는 자명한 사실이다. 성범죄 피해 당사자의 온전한 지원을 통해 상처받은 그들의 권리를 복구하는 것이야말로 형사정책의 최우선 과제이기 때문이다.

그러나, 피해자 치료와 가해자 치료라는 두 개념은 양립할 수 없거나 경쟁하는 개념이라기보다는 양립할 수 있는 개념이다. 가해자의 치료와 이를 통한 재범 방지에는 추가적인 피해자를 예방하는 데 기여할 수 있기 때문이다. 많은 범죄자들은 처벌을 통하여 범죄행위의 대가를 치르고 사회에 복귀하며, 일부는 피해자가 거주하고 있는 지역으로 복귀하기도 한다. 이러한 사실을 생각해 볼 때 앞서 Russel의 주장을 통해서도 알 수 있듯이 가해자가 시민이 살고 있는 사회에 복귀하는 경우를 대비하여 그들이 더 이상 위협이 되지 않을 때까지 자유 구속의 기회를 이용하여 치료를 제공하는 것은 범죄자 치료가 그들의 인권 강화보다는 피해자 생산 방지와 안전한 사회 구축에 있다는 점을 알 수 있다.

1. 범죄자 치료의 개념

범죄자 치료는 치료와 사회복귀를 강조하는 개념에서 파생되어 온 것이며 치료의 개념은 범죄학이나 심리학 이론과도 연관이 있다고 볼 수 있다. 범죄자 치료에 대한 이론적 배경을 보다 구체적으로 논하기 전에 우선은 치료(treatment)라는 것이 무엇을 의미하는가를 살펴볼 필요가 있다. 범죄자들을 다루는 데 있어서 치료라고 하면 우선 의학(medicine)과 연관이 있는 것으로만 생각한다. 이로 인해 범죄자 치료를 담당하는 곳이 왜 병원이 아닌 교도소나 보호관찰소인지 혹은 교도소의 범죄자 치료를 ‘치료’가 아닌 ‘교육’으로 표현해야 하는 것은 아닌지에 대한 의문들이 제기된다. 그러나 범죄자 치료를 의학과만 연관시켜 생각함으로써 파생되는 문제 중의 하나는 의학에서 말하는 치료 역시 ‘다양한 형태’를 띠고 있다는 것을 간과한다는 사실이다(Crow, 2001). 오히려 현대 의학에서 말하는 치료의 개념마저도

약물치료, 외과적 치료, 식이요법치료, 운동치료, 심리치료, 행동치료 등 다양한 형태를 포섭하고 있다는 점을 볼 때 범죄자 치료는 그것이 심리치료이든 약물치료이든 간에 의학과 연관이 돼 있는 것은 사실이지만 의학에 국한될 필요는 없다.

실제로 Crow(2001)는 치료의 영어 단어인 ‘treatment’의 의미를 설명하면서, 치료라는 것이 의학적 용어일 뿐 아니라, 우리가 사람을 다루는 방식, 즉 대우 혹은 처우의 의미도 가지고 있음을 지적하였다. 일반적으로 교정시설의 행형 규칙에는 “수형자의 처우와 관련하여 어떠한 경우든 그들의 자존감과 책임의식을 고양시켜 주도록(Crow, 2001, p. 4)”하고 있기 때문에 치료가 의학적 맥락이 아닌 처우의 맥락으로 쓰여도 그러한 처우를 통해 수형자의 자존감과 책임 의식과 같은 도덕성이 회복되는 것을 목적으로 하고 있음은 분명하다. 한발 더 나아가 Crow(2001)는 영어 단어 ‘treat’의 파생어인 ‘treaty(조약)’를 논할 때도 관련 당사자나 기관 혹은 나라가 일방적으로 어느 한 쪽의 힘을 행사한다는 의미보다는 상호간의 입장에 대한 이해와 인정을 바탕으로 타협을 하는 의미를 가지고 있다고 역설하면서 치료는 그 안에 다양한 내적 의미가 함축되어 있음을 지적하였다. 이러한 맥락에서 볼 때 ‘치료’라는 개념은 그것이 의학적 용어이든 교정시설 내 사용되는 용어이든 간에 타인을 대상으로 무언가 개입을 시도하는 것이며 그들에 대한 존중을 바탕으로 상대에 대한 ‘변화’를 목표로 하는 것이라는 점은 의문의 여지가 없다.

2. 성범죄자 치료의 역사

Wood 등(2000)은 지난 60년간 성범죄자 치료에는 크게 3가지의 상이한 접근이 있었다고 주장한다. 첫 번째 시기는 정신분석적 치료나 인본주의적 치료가 미국의 ‘성적 사이코패스’ 법률 하에 행해졌을 때를 말하며, 두 번째는 행동치료, 세 번째는 인지행동치료를 말한다. 이러한 접근의 변화는 또한 그 시대의 범죄자 치료 철학과도 연관이 있어 ‘Nothing works(치료 무용론)’, ‘Something works(치료 일부 유용론)’, ‘What works(치료 유용론)’라는 치료 철학 상의 근본적 변화와도 직결된다.

가. 초기의 성범죄자 치료프로그램

1930년대 초, 미국의 많은 주에서 ‘성적 사이코패스’법이 실행되었으며 이 법으로 인해 전과경력이 있는 성범죄자를 대상으로 비행사적 강제수용제도(civil commitment)가 실시되었다. 1960년대까지 미국 주의 반 이상이 성적 사이코패스법을 실행해왔으며, 이들을 ‘사이코패스적 성격자’, ‘성적으로 위험한 자’, ‘성적 사이코패스’라고 부르기도 하였다. 성적 사이코패스들은 정신질환이 있지는 않지만 정상성이 아니기 때문에 정기형의 부과가 효과적이지 않은 사람들로 분류되었다. 따라서 형사 판결대신에 부정기적인 민사상의 수용 처분을 부과하여 대상자가 치료될 때까지, 혹은 더 이상 사회에 위험하다고 판단이 되지 않을 때까지 구금이 가능토록 하였다.

성적 사이코패스법이 실시되던 이 시기의 치료프로그램이 어떠했는가에 대한 기록은 많지 않지만, 캘리포니아의 아타스카데로 주립병원에서 실시한 치료프로그램들을 보면 대체로 허용적인 환경 하에서 치료접근이나 치료자의 역량도 일관적이지 않은 채 동료들에 의해 시행된 것으로 보인다(Brown, 2005). 이 시기의 치료에 대한 기록이 많지 않기 때문에 평가 연구 또한 찾기가 힘들지만, Harris, Rice와 Quincy(1998)의 연구에 따르면 이 시기의 인본주의나 정신역동적 치료의 평가 결과는 그다지 고무적이지 않았다고 보고하고 있다. 따라서 성범죄자 치료는 치료 결과에 대한 비관으로 인해 위축되었고 이로 인해 1970년대에 성적 사이코패스 법률이 폐지되거나 더 이상 사용되지 않는 결과를 초래한다(Brown, 2005).

나. Nothing Works: 치료 무용론

지난 2세기 동안 형사정책의 발전은 여러 가지의 이론과 접근이 발전과 보완을 거듭해왔으며, 그 중 응보적 접근, 즉 이미 일어난 범죄를 회고적으로 바라보아 책임을 지게 하는 접근과 사회복귀적 접근, 즉 앞으로 일어날 범죄를 예방하기 위해 우리가 할 수 있는 조치를 취하는 접근이 상호 공존하며 경쟁해왔던 시기라 할 수 있다(Crow, 2001). 20세기 롬브로조의 실증주의와 의학을 포함한 과학 및 제조업의 발전은 행동주의 과학과 연결되어 문제적 행동을 예측하고 치료하는 치료적 모

텔의 지지를 가능케 했다(Crow, 2001). 그러나, 치료적 모델은 이후 몇몇 경험적 연구에서 그 효용성을 공격받으면서 1970년대 이르러 쇠퇴하게 되었으며, 이와 함께 사회복귀적 접근 또한 Martinson(1974)의 Nothing Works 선언⁷⁾으로 인해 상당히 후퇴하게 된다.

그러나, Martinson의 Nothing Works(치료 무용론)선언이 일반적으로 치료적 혹은 사회복귀적 접근의 무용성을 제기했던 것으로 인식되고 있지만, Martinson 자신도 실제로 평가 연구의 대상이 되었던 치료프로그램들이 잘못 운영되었을 가능성과 함께 치료프로그램의 효과성을 타당하게 측정하지 못하는 연구의 방법론상의 문제도 있을 수 있음을 제기하였다. 또한 이 선언은 당시의 사회적, 정치적 분위기와도 연관이 있는데, 인간의 개인적, 심리적 힘보다 사회적 힘이 범죄의 원인이라고 주장하는 좌파의 ‘비판적 범죄학’에서는 개인 치료가 범죄에 별다른 영향을 미칠 수 없음을 강조하고자 했기 때문이다(Brown, 2005).

이후 Martison의 논문은 여러 가지의 이유로 오랫동안 비판받아 왔는데, 주된 이유로는 연구에서 효과성의 준거로 사용되는 재범 측정이, 단지 재유죄판결 여부만을 사용하면서 지나치게 단순화되었으며, 이 연구에서 포함된 대부분의 프로그램들이 1970년대 당시와 관련이 없는 오래된 프로그램들이라는 이유였다(Crow, 2001). 그러나 사회복귀적 접근의 쇠퇴로 인한 결과는 여러 곳에서 목도되었는데 대표적으로 원래는 치료 및 사회복귀 모델에서 유래했던 미국의 성적 사이코패스법이 이 시기에 사법모델로 바뀌어 성범죄자를 교도소에 구금하는 법으로 변화하게 된다. 사법모델은 특히 1970년대 말과 1980년대 초에 미국에서 상당한 지지를 받았으며, 많은 주들이 각 범죄자를 기반으로 양형을 부여했던 관행에서 특정범죄에 상응하는 특정 양형 부과방식의 양형 정책을 향하면서 양형의 재량권이 축소되었고 이에 따라 교도소 인구와 비용이 급증하는 결과가 초래되기도 하였다(Crow, 2001).

비록 ‘응보’식 견해에서 사회복귀보다 처벌을 강조하였지만, 처벌의 장인 교도소

7) 1960년대에 뉴욕 주지사 형법 범죄 위원회에서는 사회복귀 프로그램의 기획을 지원하기 위해 연구팀을 조직하여 1945년부터 1967년 사이에 출판되었던 231개의 연구들을 검토하였다. 이 때 연구진들은 위원회의 예측과 달리 검토 결과가 사회복귀 프로그램을 지지하는 쪽으로 나오지 못한 것을 발견하고 한동안 결과의 출판을 보류하였으나, 결국 연구진 중 Martinson(1974)이 그 결과에 대한 학술 논문을 발표하면서 사회복귀 프로그램 중 어느 것도 재범방지에 효과적이지 않다는 ‘Nothing works’의 결론을 이끌어 된다(Crow, 2001 참조).

에서 치료무용론이 비판하는 사회복귀 프로그램이 처벌과 연계되어 이뤄지고 있다는 사실을 간과하였다. 즉, 성범죄자는 결국 사회로 돌아갈 것이기 때문에 치료가 여전히 필요함을 완전히 부인할 수 없고, 특히 지역사회의 복귀가 재범 가능성 평가가 아닌 형기에 의해서만 결정되는 경우는 재범의 위험성이 남아 있더라도 지역사회에 복귀할 수밖에 없기 때문에 치료는 필수적이다. 따라서 응보식 접근의 우세 속에서도 범죄자 치료는 완전히 빛을 잃은 것은 아니었으며 점차로 치료의 긍정적 결과를 보여주는 연구들이 등장하고 있었다.

특히 1970년대 당시 심리학계에서 정신역동 및 인본주의적 접근이 퇴조하고 ‘행동주의적 기법’이 발달하면서 범죄자 치료에 변화가 일어나고 있었다. 행동주의 및 이를 적용한 행동치료에서는 외적으로 관찰할 수 있는 성범죄자의 성적 일탈성(충동)을 다루었으며 이후 외적으로 관찰할 수 없는 인지적 요인들 또한 성범죄를 일으킨다는 주장이 대두되면서 성적 충동만을 다루는 접근들은 퇴조하게 된다. 특히 Marshall(1971)은 성적 일탈을 감소시키는 동시에 일탈이 아닌 적절한 성적 흥분과 성적 접촉이 가능하도록 사회적 기술을 훈련시켜야한다고 주장하였다. 또한 1970년대에 심리학계에 등장한 다양한 사회인지적 개념들(자존감, 자기효능감 등)이 행동치료로 통합되어 프로그램을 확장시켰고, 1980년대에 이르러 Abel은 위와 같은 요소에 공감능력 강화를 추가시키면서 프로그램의 내용을 더욱 확장시키게 된다.

다. Something Works: 치료 일부 유용론

1970년대 말과 1980년대에는 ‘Something Works(치료 일부 유용론)’으로의 변화가 일어난다. 이 시기에 교정치료의 쇠퇴에 기여했던 Martinson 자신도 어떤 프로그램은 효과가 있다고 인정하면서 기존의 입장에서 물러난다. 치료 일부 유용론으로의 변화는 치료프로그램의 효과를 검증하는 새로운 방식으로 메타분석이 활용된 것과도 연관이 있다. 1980년대 중반, 단일 프로그램에 대한 평가연구를 극복하는 방식으로 다수의 연구에서 얻어진 데이터를 집적하는 방식을 활용하여 그 효과 크기(effect size)를 보고하는 메타분석이 치료프로그램의 평가연구에 사용되면서 치료의 평균 효과 크기에 대한 긍정적인 보고(0.05~0.36)가 이뤄지게 된다(Lösel, 1995; Lipsey, 1998).

범죄자 치료프로그램에 편입되어 검토되었던 성범죄자 치료프로그램 역시 이 시기에 다시금 효과성에 있어 주목하게 되었고, 당시에 이론적 체계가 더욱 발달된 인지심리학이나 행동심리학 등의 영향을 받아 치료의 요소들에 대한 이론적 기반을 공고히 하고 치료의 목표 기술들을 구체화시키는 작업이 일어나게 된다. 이러한 치료 양식은 인지행동치료(cognitive behavioral therapy)라고 명명되어 그 효과성이 메타분석에 의해 더욱 지지받았으며 그 결과 당시의 범죄자 치료프로그램에 대한 학문적 의제가 Something Works에서 'What Works'로 빠르게 대체되게 된다.

라. What Works: 치료 유용론

1960년에서 1983년 사이 21세 미만의 청소년 범죄자들을 대상으로 이뤄진 111개의 범죄자 치료에 대한 연구 결과를 메타분석한 Garrett(1985)의 연구를 보면 인지행동치료가 재범의 감소 측면에서 가장 효과가 있는 것으로 나온다. Lösel(1995) 역시 자신의 메타분석을 통해 범죄자 치료에서 최고의 결과를 산출했던 것은 대개 인지행동치료, 기술지향적 치료(skill-oriented therapy), 다중모드적(multi-modal) 프로그램이었음을 보고하였다. 한편 당시의 시대적 분위기로 미국은 1990년대 들어 사법적 모델에서 한발 물러난 강제수용제도(civil committment)를 재도입하게 되고, 이후 영국과 캐나다 역시 제도를 상정하여 실행을 기다리게 된다. 이러한 입법은 수용된 가해자의 치료를 강조하고 있는데, 강제수용 모델에서는 성범죄자가 주체가 되는 치료나 처벌보다는 만기출소 후 다시 사회로 나온 성폭력 흉악범으로부터 사회와 시민을 보호할 수 있도록 시민이 주체가 되는 법을 제정하라는 피해자학의 대두와도 연관이 있는 것으로 알려져 있다(Brown, 2005).

한편 범죄자 치료에서 무엇이 효과가 있는지를 정립한 최고의 모델은 위험성, 욕구, 반응성 모델(Risk, Needs, Responsivity 모델: 이하 RNR 모델)로 캐나다의 범죄학자 Andrews와 Bonta(1998)가 주창한, 범죄학계에 널리 알려진 모델이다. RNR 모델의 기본이 되는 3가지 원리 즉, 위험성, 욕구, 반응성은 성범죄자뿐만 아니라 범죄자 치료의 기본 원칙으로 널리 받아들여져 있다.

우선 위험성(Risk) 원칙은 범죄자 치료에 있어서 그들의 위험성(재범을 저지할 가능성)을 고려하라는 것으로 위험성 정도에 따라 치료에 대한 반응에 차이가 있

을 수 있다는 이론이다. 위험성 원칙은 범죄자를 치료할 때 개인의 위험성에 따라 치료의 강도를 조절하는 것을 말하며 고위험군 성범죄자는 저위험군보다 치료의 강도가 높은 장기간의 치료를 받도록 한다. 위험성 요인은 크게 정적 위험 요인(static risk factor)과 동적 위험 요인(dynamic risk factor)으로 나뉜다. 정적 위험 요인은 치료적 개입을 통해 영향을 받거나 변화할 수 없는 요인으로, 나이, 결혼 유무, 전과 경력, 출소 시 나이, 최초 범행 나이 등이 이에 해당된다. 동적 위험 요인은 치료적 개입을 통해 영향을 받고 변화 가능한 요인으로, 성범죄를 지지하는 태도, 정서적 결핍, 대인관계 기술 부족, 자기통제력 부족, 성적 일탈성 등이 해당되며, 이러한 동적 위험 요인이 보통 치료의 목표가 된다(윤정숙 외, 2012).

RNR 모델의 두 번째 원칙은 욕구(Needs)원칙으로 범죄를 발생시키는 범죄자의 욕구가 무엇인지를 알아내야 한다는 것이다. 성범죄자의 범죄 욕구를 예로 들자면, 성적 일탈성에 대한 만족, 스트레스에 대한 반사회적 대처, 지루함과 자극 추구경향에서 오는 일탈행위 등을 들 수 있다. 범죄 발생 욕구의 상당 부분은 범죄자가 가지고 있는 위험 요인 특히 동적 위험 요인과 겹친다. 위험성 원칙이 ‘누구’를 치료 목표로 삼아야할 것인지에 관한 것이라면, 욕구 원칙은 ‘무엇’을 치료의 목표로 삼아야할 것인지에 관한 것이다(윤정숙 외, 2012).

반응성(Responsivity)원칙은 치료프로그램을 시행할 때 개인이 가지고 있는 반응수준을 고려해야한다는 원칙이다. 오늘날 성범죄자 치료에서 고려되는 반응요인 중 가장 중요한 것 중의 하나는 참여자의 변화에 대한 동기로 성공적 치료를 위해서는 개인이 변화하고자 하는 의지, 즉 동기가 있어야 한다는 것이다(Beech & Fisher, 2002; Garland & Dougher, 1991; Tierney & McCabe, 2002). 가령 캐나다의 예비 치료프로그램은 본격적인 치료프로그램에 참여하기 전 개인의 참여의지와 동기를 진작시키는데 초점을 두고 있는데, 예비 치료프로그램이 시행된 이후 본격적인 치료프로그램의 효과가 높아졌다는 연구들(Marshall, Marshall, Serran & Fernandez, 2006; Marshall 외, 2011)은 동기의 중요성을 다시 한 번 시사하고 있다고 하겠다.

한편 메타분석은 성범죄자 치료의 기법으로서 인지행동치료(CBT)가 가장 효과적임을 보고하였다. 인지행동치료는 사고, 감정, 행동의 복합작용을 강조하는 접근으로 개인과 환경의 상호작용을 강조한다. 이러한 영향으로 북미에서는 성범죄자

치료에 있어서 이전의 행동적 접근이 인지행동적 접근으로 급속히 변화하며, 원래 성적 일탈성을 치료하기 위해 사용했던 혐오치료 등의 행동프로그램은 인지적 요소를 가미하여 태도와 관련된 변수들을 포함시킨 인지행동치료로 확장된다. 또한 영국에서도 교정시설 내에 성범죄자 치료프로그램을 도입하려는 정책적 결정이 이뤄진 직후 실무자들이 치료유용론(What works)에 관련한 문헌을 검토하게 되어 인지행동치료 프로그램이 가장 효과적이라는 결론을 내리게 된다(Brown, 2005). 이러한 영향으로 오늘날 성범죄자 치료를 위해 어떠한 이론적 모델을 사용하던지간에 실질적 치료 방법은 거의 인지행동치료의 방식을 사용하게 된다.

1980년대와 1990년대의 범죄자 치료에 대한 메타분석 결과와 더불어 2000년대에는 특히 성범죄자 대상의 치료에 대한 메타분석 결과가 발표된다. Hanson 등의 메타분석 연구(2009)를 보면 재범을 재체포와 재유죄판결로 정의했을 때, 성범죄 재범률이 승산비 .77(고정효과 설계), .66(무선효과 설계)으로 나타나 치료를 받지 않은 성범죄자 100명이 재범을 할 때 치료를 받은 성범죄자 77명(66명)이 재범을 한다는 결과를 발표하였다. 이는 치료프로그램으로 인해 성범죄 재범률이 약 23~34% 정도로 감소됨을 보여주는 것이다. Lösel과 Schmucker(2005)가 69개의 개별 프로그램을 종합 분석한 메타분석 연구에서는 치료집단의 성범죄 재범률이 12%, 비치료집단의 성범죄 재범률이 24%로 치료받은 성범죄자는 그렇지 않은 성범죄자에 비해서 50%정도 재범률이 감소하는 것을 보였다.

3. 성범죄자 치료의 유형 및 기관

범죄자 치료의 역사를 통해 범죄자 치료의 패러다임이 변화하는 과정을 살펴보았다면, 이제 범죄자를 치료하는 것에는 어떠한 유형이 있는지를 살펴볼 필요가 있다.

가. 성범죄자 치료의 유형

1) 의학적 접근

범죄자에 대한 치료적 개입 유형에는 여러 가지가 있지만, 무엇보다도 치료라는 용어가 의학에서 출발하였기 때문에 의학적 치료를 통한 개입을 들 수 있다. 가령

약물 남용의 문제를 가진 범죄자를 치료하기 위해 약물적 치료를 제공하거나 성도착증이 심각한 성범죄자를 치료하기 위해 남성 호르몬인 테스토스테론의 생성을 억제하는 항안드로젠 약물을 통한 약물치료(일명 ‘화학적 거세’)를 실시하는 것이 대표적 예라 할 수 있다.

성범죄는 일정부분 성적 충동에 대한 생리적 반응에서 기인하기 때문에 성범죄 재범방지를 위해 이러한 충동을 억제하기 위한 의학적 접근을 적용하는데 이의 대표적인 예로는 외과적 거세(surgical castration)와 화학적 거세(chemical castration)를 들 수 있다. 외과적 거세는 유럽에서 최근까지도 사용하고 있는 방법으로 말 그대로 남성의 성기를 거세함으로써 성적충동과 공격성을 감소시키는 것이다. 일부 연구에서 고위험군 성범죄자에 대한 외과적 거세의 재범 감소 효과를 보고한 바 있다(Wille & Beier, 1989; Freund, 1980, La Fond(2005)에서 재인용). 남성의 성적 충동과 연관이 있는 것으로 알려진 테스토스테론의 생성을 억제하는 방법은 화학적 거세로 불리운다. 화학적 거세는 외과적 거세와 달리 영구적으로 남성 호르몬을 제거하지 않으며, 약의 복용을 중단할 경우 호르몬 생성이 재개된다. 그러나 항안드로젠 약물은 체중 증가, 피로, 두통, 체모감소, 우울, 내분비계 문제 등의 부작용을 갖고 있는 것으로 알려져 있어 대부분의 남성들이 약 복용에 거부감을 갖고 있다. 화학적 거세는 아니지만, 북미나 유럽의 경우 일반적으로 우울증이나 불안장애 등을 치료하는데 쓰이는 SSRI 계열의 약물(항우울제)도 성충동을 억제하는데 널리 처방되고 있다.

2) 심리적 접근

심리적 치료는 환자의 평가(진단)와 상담을 주 내용으로 하고 있으며 범죄자 치료뿐만 아니라 일반 정신질환자의 치료에서도 발전하고 있는 분야이다. 심리치료의 유형은 다양한 매개를 활용하여 이뤄지며 성범죄자의 심리치료에서는 성범죄자의 평가와 진단 및 인지행동치료를 기반으로 하는 집단 혹은 개인 상담이 가장 주된 유형으로 꼽힌다. 이 밖에 성범죄자 집단치료 내에서 진행되는 미술치료나 음악치료, 치료공동체 활동 등도 넓은 의미의 심리치료라고 볼 수 있다.

3) 사회복지적 접근

성격상 심리치료적 접근보다는 사회복지적 패러다임에 기반을 둔 것이 사례작업(casework)으로 주로 사회복지사나 보호관찰관에 의해 수행된다. 범죄자의 사회복귀를 위해 제공되는 직업훈련, 교육, 주거알선 등이 이에 해당된다고 볼 수 있다.

나. 성범죄자 치료의 기관

성범죄자 치료를 제공하는 곳은 크게 3가지 유형으로 볼 수 있다. 먼저 정신질환을 가진 성범죄자를 치료하는 치료감호소가 있다. 이 밖에 교도소는 징역형을 선고받은 구금된 성범죄자를 대상으로 치료를 제공하는 곳이며, 가석방이나 보호관찰을 받는 성범죄자를 대상으로 사회 내에서 치료를 제공하는 곳으로는 보호관찰소가 있다.

1) 치료감호소

정신질환을 가진 범죄자를 치료하는 치료감호소는 다른 말로 사법정신병원(forensic psychiatric hospital) 혹은 보안병원(secure hospital)로 불린다. 대개 정신질환을 이유로 책임무능력 판정을 받거나 혹은 한정책임능력의 판정을 받은 경우 치료감호소에 구금되어 치료를 받는다. 독일의 경우 치료감호판정을 받으면 별도의 징역형을 받지 않고 구금치료를 받으며, 수형자라는 말 대신에 환자라고 불리운다. 우리나라는 치료감호판정을 받은 경우에도 징역형을 병과 받으며, 치료가 끝난 후 실형이 남아있을 때는 교도소로 복귀하게 된다. 특히, 정신질환을 가진 성범죄자의 경우 위의 책임무능력 혹은 한정책임능력 판정을 받지 않고 정신성적장애(성도착증)로 성범죄를 저질렀고 재범가능성이 높은 경우에도 치료감호판정을 받을 수 있다. 치료감호소에 수용된 성범죄자들은 해당 정신질환의 개선을 위한 약물치료를 받게 되며, 집단치료, 개인치료 등의 심리치료를 받게 된다. 특히 성충동 조절에 어려움을 겪는 성범죄자의 경우 항안드로젠 혹은 항우울증 계열의 약물치료를 병행하면서 심리치료를 받는다.

2) 교도소

전통적으로 교도소는 범죄자 치료를 전담하는 곳으로 인식되어 왔다. 이는 교도소가 가지고 있는 교육/훈련의 잠재력 때문으로 많은 나라에서는 형형법에 수형자가 ‘올바르고 유용한 삶’을 이끌도록 훈련되는 장으로 교도소의 역할을 규정하고 있다. 가석방 시스템은 교도소의 이러한 역할 중 상당히 중요한 부분으로, 결국 출소는 부분적으로 범죄자가 자신을 교정하려는 노력에 긍정적으로 반응한 정도에 달려있다.

통상적으로 구금형을 받은 성범죄자는 죄의 반복성이나 죄질이 가볍지 않기 때문에 치료의 강제성이 부과되는 경우가 많다. 오늘날 교도소에서 범죄자 치료는 중요한 부분으로 받아들여지고 있지만, 우리나라에서 성범죄자를 비롯한 범죄자 치료가 본격적으로 이론적 틀을 가지고 이뤄진 것은 2010년 이후 정도로 보여진다. 우리나라의 경우 현재 구금된 모든 성범죄자들은 심리치료를 받게 되어 있다. 미국의 경우 과거 1990년대에만 해도 상당수의 주가 성범죄자의 치료를 자발적 의사에 맡겼으나, 2000년대에 들어서 12개의 주가 교도소 내의 성범죄자는 치료를 필수적으로 받도록 강제하고 있다(La Fond, 2005). 또한 치료가 강제적이지 않은 주들도 상당수가 가석방이나 조기석방을 위한 시간이수(good time)의 결정이 치료 완수 여부에 달려 있어 치료가 필수적으로 간주되고 있는 추세이다.

3) 보호관찰소

대개 보호관찰 명령을 조건으로 부과하는 치료 명령은 사회 내 거주하는 범죄자의 성행을 교정하는 것을 목적으로 한다. 그러나, 과거 미국과 영국처럼 치료 모델과 사법 모델의 부침을 겪었던 나라들을 보면, 사법 모델이 적용되었던 시기는 치료명령이 치료보다는 사회 내의 처벌로 인식되기도 했다. 가령 영국의 경우 1991년 형사사법법(Criminal Justice Act)이 개정되면서 사법 모델이 강화되었을 때 보호관찰소와 연결된 모든 양형 조건들, 즉 사회봉사명령, 보호관찰명령 혹은 두개의 조합 등은 ‘사회 내의 처벌’로 인식되었으며 이 때 범죄자의 배경과 개인적 환경을 강조하던 사회조사 보고서(social inquiry report)도 판결전 조사서(presentence report)로 변화하여 범행과 범죄 행동에 보다 초점을 두게 된다. 이 때의 치료프로

그램은 매우 구조화되고 처방적이어서 당시 영국의 (Pitts, 1992, Crow(2001)에서 재인용)는 효과적인 프로그램은 개인의 요구에 맞춰진 프로그램이어야한다고 주장하였다.

많은 나라에서 유죄판결을 받은 성범죄자가 가석방이나 보호관찰 명령을 받을 경우 사회 내 치료프로그램의 참여를 필수요건으로 한다. 따라서 성범죄자는 보호관찰소가 직접 혹은 위탁하여 운영하는 성범죄자 치료프로그램에 참가하여 정기적으로 정신보건 전문가와의 회합을 가지게 되어 있으며, 만일 이러한 조건을 준수하지 못할 경우 보호관찰이나 가석방이 취소되어 교도소로 돌아가게 된다. 미국의 경우 성범죄자가 경제적으로 궁핍한 경우가 아니면 사회 내 치료 비용에 대해서 스스로 지불하게 되어 있다(La Fond, 2005).

제2절 성범죄자 치료의 의의 및 목적

1. 성범죄자 치료의 의의

성범죄자 치료의 의의는 무엇보다도 재범방지에 있다. 대다수의 성범죄자들은 지역사회 내로 결국 복귀하므로 또 다른 성범죄 피해와 그로 인한 고통을 감소시키기 위해서 성범죄자들을 치료해야 한다(Brown, 2005). 우리 사회는 여전히 성범죄 재범을 우려하고 있고 또 실제로 성범죄자들 중 일부는 반복적으로 성범죄를 저지른다. 따라서 성범죄자 치료는 재범이 억제된 성범죄자 수를 극대화하는 것이라고 할 수 있다(Brown, 2005).

치료의 효과를 강조하는 것은 처벌(구금)의 효과를 부정하는 것이 아니다. 처벌의 메시지적 측면, 즉 성범죄는 처벌받아야하며 이러한 행위는 용납될 수 없다는 것을 피해자와 사회에 분명히 알리는 것은 매우 중요하다. 그러나 모든 범죄자를 다 처벌할 수는 없으며 처벌받는 모든 범죄자가 재범이 억제되는 것도 아니다. 처벌의 재범방지 효과가 절대적이지 않은 것은 사회복귀적 접근이 퇴조하여 단순히 응보적 조치가 강화되었을 때조차 재범율이 감소하지 않았음을 통해 알 수 있다.

처벌의 절대적 효과를 기대할 수 없는 것과 마찬가지로 범죄자 치료 또한 100%

효과가 있는 것은 아니기 때문에 범죄자 재범방지라는 목적을 실현하기 위해서는 구금과 치료의 조합이 필요하다. 즉 구금과 같은 처벌은 치료의 제공을 가능케 하는 장치이며, 처벌이 없이는 범죄자에게 치료의 장을 제공할 수 없다. 또한 치료가 없는 처벌로 범죄자의 범인성을 개선하지 못한다면 지역사회에 위험요소로 그대로 남게 되어 재범방지의 효과를 보장할 수 없으며 단순한 구금시설의 반복적인 출입은 시간 및 자원의 낭비이다. 이러한 측면에서 치료와 처벌은 서로 대립되는 개념이 아니며 상호 보완적인 개념으로 이해할 수 있다.

2. 성범죄자 치료의 목적

가. 치료의 일차적 목적: 성범죄자의 변화

많은 성범죄자들은 변화, 즉 다시는 성범죄를 저지르지 않기를 원한다. 그러나 자신의 태도를 변화시키고 행동을 수정할 수 있는 수단이 없다면 또 다른 성범죄를 저지르지 않기 위해 스스로 사용할 수 있는 도구가 없는 셈이다. 치료는 성범죄자들이 재범의 위험을 감소시키기 위해 사용할 수 있는 다양한 전략들을 제공하며, 이러한 전략들이 없다면 많은 성범죄자들은 자신의 성적 행동을 통제하는데 무기력감을 느낄 것이다. 치료는 그들의 자신감을 증가시키고 의지를 강화하며 재범감소를 위해 취해야하는 구체적 조치들을 제공해준다(La Fond, 2005).

물론 치료가 성범죄자에게 부정적 영향을 끼칠 수 있는 가능성도 있다. Winick (1990, La Fond(2005)에서 재인용)은 범죄자의 책임의식이나, 태도, 합리화를 변화시키는 것을 무시하고 오로지 치료적이기만 한 접근은 오히려 범죄자에게는 범죄자가 스스로를 “아프다”고 여겨 자신의 행동에 책임을 지지 않도록 할 것이며, 피해자에게는 자신의 행동을 통제할 수 없는 사람들이 그들을 침해했다는 의미를 전달함으로써 분노하게 만들 것이라고 주장하였다. 이에 대해 La Fond(2005)는 치료는 어떤 식으로든 성범죄를 저지른 개인의 책임을 최소화하는 것이 아님을 사회가 명백히 해야 하며, 가해자에게 그들이 한 것은 도덕적으로 잘못된 것이고 피해자에게 해로운 것이었음을 확실한 언어로 얘기해야 한다고 주장하였다. 또한 치료가 피해자가 받은 상처를 소홀히 하거나 가해자의 선택에 대한 책임감을 최소화시

키는 것은 받아들여질 수 없다고 덧붙였다.

현대의 치료프로그램은 이러한 치료의 부정적인 효과를 가지고 있지 않다. 즉, 인지적 재구조화를 통해 성범죄자가 피해자에게 가했던 피해를 인식하게 하고 그것에 대한 책임감을 수용하게 한다. 이러한 의미에서 치료도 또한 형사법이 심어 주려고 하는 똑같은 도덕적 교육을 강화할 수 있고 또 강화해야 한다(La Fond, 2005). 다만 방법론적으로 치료자라는 인간적인 도구와 치료프로그램이라는 일정한 구조를 통해서 이러한 도덕적 교육을 보다 자연스러운 방식으로 이끌어내는 것으로 볼 수 있다.

나. 치료의 이차적 목적: 사회 안전

성범죄자 치료의 이차적 목적은 사회 안전 및 지역사회 보호에 있다. 성범죄자의 치료는 범죄유발요인의 개선을 목표로 하고 있기 때문에 이러한 치료 요소들이 개별 성범죄자에게 잘 전달되어 변화를 일으킬 경우 그 범죄유발요인들이 감소하는 결과를 낳게 된다. 성범죄자 치료에서는 범죄유발요인의 감소와 더불어 스트레스 상황시 대처 기술이나 문제 해결 능력, 혹은 분노 조절법 등과 같이 기존의 반사회적 태도와 라이프 스타일을 대체할 수 있는 친사회적 기술 습득을 목표로 하기 때문에 성범죄자가 사회 복귀시 습득된 기술들을 잘 유지하여 재범하지 않는다면 지역사회의 안전에도 기여할 것이다.

뿐만 아니라 대다수의 선진국에서는 성범죄자가 시설 내 치료를 마친 후 사회에 복귀하였을 때에도 사후관리 차원에서 치료를 받을 수 있도록 하고 있다. 일부 최고위험군 성범죄자는 사회 복귀 후 치료이외의 집중 보호관찰, 전자감독, 약물치료 등을 집행받기도 한다. 이러한 의미에서 사후관리 단계에서의 치료는 사실상의 위험 관리(risk management)로, 이를 위해 치료자는 치료적 계획을 설립하고 위험성 및 위험 요인을 지속적으로 평가하며 다른 전문가와 정기적으로 결과를 공유한다.

제3절 성범죄자의 평가 및 치료

1. 성범죄자의 평가

성범죄자의 평가는 크게 4가지 요인을 평가하는 작업으로 분류된다: (1)기질적 요인(사이코패스나 반사회적 인격장애 특성); (2)개인사적 요인(발달기의 불행한 사건, 범죄 및 폭력 경력, 병원입원 경력, 치료거부 경력 등); (3)폭력에 대한 상황적 선행요인(범죄행동유발요인, 일탈적 사회망, 사회적 지지 부족 등); (4)임상적 요인(정신과적 진단, 약물 남용 등).

이러한 4가지 요인 중 크게 기질적 요인과 개인사적 요인은 변화하지 않는 성향을 일컬어 정적 위험요인(static risk factors)으로, 폭력에 대한 상황적 선행요인과 임상적 요인은 변화가능성이 있는 성향으로 간주되어 동적 위험요인(dynamic risk factors)으로 분류된다. 성범죄자 치료가 이뤄지는 행형단계에서는 보통 성범죄자의 평가를 위 두 가지로 나누어, 먼저 재범과 관련된 정적 위험요인으로 성범죄자 그룹을 장기치료 그룹과 단기치료 그룹으로 나누고 치료시 개별 성범죄자에게 집중해야할 동적 위험요인(=범죄유발요인)을 평가하여 치료적 니즈를 파악하고 치료 계획을 세우며 치료적 경과 및 결과를 파악한다.

가. 정적 위험요인 평가(보험계리적 평가)

1) 재범의 가장 강력한 위험 요인: 사이코패시, 범죄경력, 일탈적 성적 관심

정적 위험요인은 그 성격상 시간에 따라 위험 수준이 변화하지 않는 개인사적 성격이 강하기 때문에 장기적 위험성을 평가하는데 유용하다. 대부분의 보험계리적 위험성 평가 도구는 대개 정적 위험요인을 주로 사용하며, 몇가지 정적 요인들은 성범죄 재범을 예측하는 것이 반복적으로 입증되었다. 사이코패시 진단, 일탈적 성적 관심, 범죄 경력은 성범죄 재범과 가장 관련이 있다고 일관성 있게 보고된다(Hanson & Harris, 1998; Quinsey, Rice & Harris, 1995; Rice, Hariss & Quinsey, 1990). 가령 Gretton 등(2001)이 PCL-R(Psychopathy Checklist-Revised, 1993)⁸⁾의

청소년 버전(PCL-SV)을 사용하여 사회 내 성범죄자 치료프로그램에 참가하는 220명의 청소년 남자들을 평가한 결과, 치료전 PCL-SV 점수가 높고 일탈적 성적 흥분을 나타내는 PPG⁹⁾ 점수가 높은 가해자들이 일반적으로 재범 위험이 가장 높았다. 이 밖에도 Serin, Mailoux와 Malcom(2001)은 68명의 성범죄 수형자들을 대상으로 PCL-R 요인 1¹⁰⁾과 요인 2¹¹⁾, 일탈적 성적흥분, 재범의 관계를 7년간 추적 조사한 결과, 재범자들은 비재범자보다 요인 2가 더 유의미하게 높았으며, 아동 성범죄자는 성인 여성 대상의 성범죄자보다 성적 흥분이 다소 높았고, 성인 여성 대상의 성범죄자는 아동 성범죄자보다 재범 기간이 유의미하게 짧았다. 특히 일탈적 성적 흥분 지수가 높으면서 PCL-R점수가 높은 범죄자들은 일탈적 성적 흥분 수준은 비슷하지만 PCL-R점수가 낮은 성범죄자들보다 더 빨리 재범을 하여 다른 연구와 일치하는 결과를 보여주었다.

사이코패스는 나이나 상황, 치료 등에 따라 변화할 수 있기 때문에 역동적 위험 요인으로 간주해야한다는 주장이 있다. Birt와 Boer(2001)는 PCL-R을 317명의 캐나다 수형자들에게 사용하여 그들의 전체적인 범죄 경력과 출소 후 범행 여부 등을 조사하였다. 분기점 30점을 사용하여 사이코패스를 진단했을 때 224명은 사이코패스가 아니었고 93명은 사이코패스 범위에 속했는데, 사이코패스 범위에 속했던 사람들은 약 30년간 그렇지 않은 사람보다 더욱 폭력 및 비폭력 범죄를 저질렀다. 이러한 사실은 사이코패스 요인이 상당히 오랜 기간 동안 지속될 수 있는 특성으로 간주되며, 따라서 치료와 같은 개입에 의해 변화하기 힘든 정적 위험요인으로 간주될 가능성이 높음을 시사한다. 그러나 이를 지지하지 않는 다른 연구들도 존재하는데, 가령 Skeem, Monahan, & Mulvey(2002)의 연구에서는 사이코패스

8) PCL-R은 사이코패스진단 도구로, 성범죄와 같은 폭력범죄 재범가능성 예측에 있어서 예측력이 좋은 것으로 알려져 있다(Hare, Forth & Stachan, 1992). 처음 22문항이었던 PCL은 수정을 거쳐 20문항이 현재 사용되고 있다. PCL-R은 반구조화된 면담 기법을 사용하여 20개 항목을 평가해 사이코패스 여부를 판단한다. 각 항목에 대해 0~2점을 주도록 되어 있으며, 피검자들의 직접적인 보고에 의해서만 문항을 평가하지 않도록 하고 있다. 즉 평가자는 피검자와의 면담에만 의존하지 말고 가능한 모든 객관적인 정보를 가지고 판단을 내릴 것을 권고한다. 예를 들어 생활기록부, 경찰기록, 소년전과, 수용시설에서의 생활태도, 분류심사 결과, 가족 및 친지들에 대한 방문 면담까지 포함하여 가능한 한 최대의 정보를 바탕으로 각 문항에 대해 평가를 내리도록 되어 있다(윤정숙 외, 2012).

9) PPG는 Penile Plethysmograph의 줄임말로, 특정한 성적 자극에 대해 남성의 성기가 흥분했을 때 음경의 둘레를 측정하여 일탈적 성적 흥분 수준을 나타내준다.

10) PCL-R 요인 1은 정서적 냉혹함과 대인관계의 착취성향을 나타낸다.

11) PCL-R 요인 2는 충동성과 반사회적 라이프스타일을 나타낸다.

도 비사이코패스와 같이 치료로부터 이익을 보았으며, 특히 보상을 통한 행동 수정요법이 적절한 치료가 될 수 있다고 보고하고 있다. 최근 사이코패스의 유형을 무감정을 특징으로 하는 기질적, 선천적 사이코패스(일차적 사이코패스)와 감정 기능은 아직 살아있지만 폭력적, 착취적 특성을 장기간 학습한 이차적 사이코패스로 재분류하는 연구들이 등장하고 있는데, 이러한 연구는 이차적 사이코패스의 치료 가능성을 암시하고 있다고 보인다.

2) 나이와 성범죄 재범

나이와 성범죄 재범과 관련해서도 관계가 있는 것으로 알려져, 전체적으로 나이가 들어서 출소한 성범죄자들은 재범 가능성이 낮은 것으로 파악되고 있다. Hanson(2002)이 나이와 성범죄 재범의 관계를 성인 남성 성범죄자를 대상으로 한 추적연구에서 메타분석한 결과, 친족 성범죄자들은 출소 시 나이가 25살 미만이었을 경우 가장 높은 재범율을 보였고, 비친족 아동 성범죄자 역시 출소 시 나이가 24살 미만이었을 경우 가장 높은 재범율을 보였다. 또한 강간범과 친족 성범죄자들은 나이와 관련하여 재범율이 비교적 꾸준히 감소하는 것을 보여주었으나, 비친족 아동 성범죄자들은 50살이 될 때까지 재범 위험이 비교적 적게 감소하는 양상을 보였다. 이러한 결과는 아동 성범죄자, 특히 모르는 아동을 대상으로 성범죄를 저지르는 비친족 아동 성범죄자들의 재범 가능성은 다른 유형의 성범죄자에 비해 연령 증가 대비 재범율 감소폭이 가장 적음을 시사한다. Barbaree, Blanchard, & Langton(2003)의 연구에서도 출소 시 나이가 60세 이상일 경우 강간범, 아동성범죄자, 친족성범죄자 모두 재범율이 낮음을 보여주었으며 특히 나이대를 자세히 보면 가장 어린 나이대에서 성범죄 5년내 재범율은 16.7%인데 반해 50대 이상의 나이대에서는 3.82%로 떨어짐을 보여주었다.

그러나 Doren(2002)은 성범죄 재범과 나이의 관계를 해석할 때 주의해야할 사항을 지적하였는데, 위험성평가 결과 중위험과 저위험군에서는 나이가 재범율을 떨어뜨리는 데 중요했지만, 가장 높은 고위험군의 경우 출소시 나이 25~59세 중 어느 구간에도 재범율이 낮아지지 않았다. Thornton(2006)의 연구에서도 반복적으로 성범죄를 저지르는 연쇄 성범죄자중의 경우 나이의 효과가 큐브형인 추세를 보

여, 18~25세에 출소한 사람들의 경우 성범죄 재범율이 매우 높다가, 이후 나이에 출소한 사람들에게는 약간의 감소를 보였으나 60세가 될 때까지 감소세가 지속되지 않고 유지되었다. 이러한 결과가 시사하는 것은 위험성 평가의 다른 요인들, 특히 반복적 성범죄 경력이 높은 고위험군의 경우에는 일반적으로 기대할 수 있는 연령의 재범감소 효과를 기대하는 것이 쉽지 않다는 것으로 고위험군 성범죄자 관리에 주의를 기울여야함을 알 수 있다.

지금까지 정적 위험요인으로 성범죄 재범과 관련이 있다고 판명된 것은 이전의 성범죄 경력, 이전의 범죄 경력, 일탈적 성적 관심, 비접촉형 성범죄, 사이코패시, 출소시 나이, 첫범행시 나이, 비면식피해자, 비면식 남성피해자이다. 이러한 정적 위험요인들로 구성된 몇가지 재범위험성 평가도구들을 살펴보면 다음과 같다.

3) 재범위험성 평가도구

• SORAG(Sex Offender Risk Appraisal Guide; Quinsey et al, 1998)

폭력범죄 위험성을 평가하기 위해 먼저 개발된 VRAG¹²⁾에 성범죄 재범위험성을 평가하는 도구로 특화시켜 문항을 추가하였다. VRAG와 공통적인 문항은 10개이며 이전의 성범죄 경력, 성범죄 피해자의 연령과 성별, PPG로 측정된 성적 일탈성 등 4개 문항이 추가되어 전체 14개의 문항으로 이뤄져 있다. VRAG과 마찬가지로 PCL-R점수가 SORAG에서 가장 영향력 있는 항목이 된다. 전체 점수는 -27점에서 +51점사이로 합산된다. SORAG의 예측 타당도는 양호하며 가장 높은 수치는 Harris & Rice(2003)의 연구에서 AUC¹³⁾가 0.90으로 나타났다.

12) VRAG(Violence Appraisal Guide(Harris, Rice & Quinsey, 1993)은 폭력범죄의 재범위험성을 평가하기 위해 개발된 도구로 12개의 항목으로 구성되어 있다: 16세 때까지 생물학적 부모와 함께 살지 않음, 초등학교 시기 부적응, 알콜문제 경력, 결혼경력, 비폭력범죄 경력 정도, 조건부 출소 실패 경력, 본 범행시 나이, 본 범행의 피해자 피해정도, 본 범행시 여성 피해자 유무, 정신질환측정편람(DSM)상의 성격장애 진단 여부, 정신분열증 유무, PCL-R 점수. 도구 개발시 샘플은 7년간의 추적 조사에서 31%의 폭력범죄 재범율을 보였다. 도구의 채점방식은 각 점수가 폭력범죄 재범 기저율에서 5%의 차이를 보인다. 가령 본 범행의 피해자 성별이 남성일 경우 +1점, 여성일 경우 -1점을 부여하는 데 그 의미는 모든 다른 항목이 동등할 때 본 범행의 여성 피해자들 둔 가해자들의 26%가 재범한 반면 남성 피해자를 둔 가해자는 36%가 재범하였다는 의미가 된다.

13) AUC는 Area Under the Curve의 줄임말로 ROC(Receiver Operating Characteristics) 분석시 사용되는 값이다. ROC분석은 이항변수(예: 재범 vs. 비재범)에 대해 각 분류값(classifier)별 적중률(sensitivity)과 오답률(specificity)의 대비를 면적으로 나타내 주는데, 보통 AUC값이 .70이상일 때 어떤 분류값(classifier)의 예측 정확도가 수용할만하다고 말한다. AUC값이 .50일 때는 분류값의 기

- RRASOR(Rapid Risk Assessment for Sex Offence Recidivism; Hanson, 1997)

성범죄의 재범 예측을 위해 개발된 도구로 4개 항목으로 구성되어 있다. 과거의 성범죄 범행수(기소나 판결 기준), 교도소 출소 시 나이 혹은 지역사회에서 재범할 것으로 예상되는 기회, 남성 피해자 유무, 비친족 피해자이다. 전체 점수는 0점에서 6점 사이로 합산된다. 이후 Static-99로 발전되었다.

- Static-99(Hanson & Thornton, 2000)

Hanson과 Thornton에 의해 개발된 Static-99는 보험계리적 변인들을 사용한 10개의 정적 요인 항목으로 이루어져 있으며, RRASOR를 확장시켜 개발한 도구이다. Static-99는 전세계에서 성범죄 재범 위험성을 평가하는데 가장 많이 사용되고 있으며, 가장 타당화된 보험계리적 도구로 알려져 있다. 10개의 항목 모두 위험성을 예측하는 정적(static) 요인으로 범죄자의 나이, 친밀한 파트너와 2년 이상 동거 여부, 비성적 폭력 범죄로 인한 유죄판결 여부, 폭력 전과, 성범죄 전과, 전과 횟수, 비접촉 성범죄로 인한 유죄판결, 피해자와의 관계, 성별 등이 문항에 포함되어 있다. 10개의 항목에서 위험성이 있는 쪽으로 평가 받는 경우 1점, 그렇지 않은 경우 0점을 받게 되어 총점이 0점에서 12점까지 나올 수 있으며, 총점이 6점 이상일 경우 위험성이 높은 것으로 간주된다. 캐나다와 영국에서 1,301명의 성범죄자를 대상으로 예측 타당도를 측정한 결과 성범죄에 대해서는 AUC = .71의 예측 정확도를 산출하였고, 일반 폭력 범죄(성범죄 포함) 재범에 대해서는 AUC = .69의 정확도를 산출하였다.

- Risk Matrix 2000(Thornton, Mann, Webster, Blud, Travers, Friendship, & Erickson, 2003)

영국의 보호관찰소와 교정시설에서 널리 사용되는 Risk Matrix 2000(이하 RM2000)은 세 척도로 구성이 되어 있다. RM2000 Sexual(RM2000/S)은 성범죄, RM2000 Violence(RM2000/V)는 비성적 폭력범죄, RM2000/C는 모든 폭력범죄의 재범위험성을 예측한다. RM2000/S는 1단계로 나이, 성범죄에 대한 유죄판결의 횟수, 강력범죄에 대한 유죄판결의 횟수를 점수 매긴 후 합산하여 1단계 범주로

능이 좋지 않으며, 1.0에 가까울수록 분류값의 예측 정확도는 상승한다.

분류한다. 이후 2단계 강화 요인의 평가 내용으로 남성 피해자, 낯선 피해자, 미혼, 비접촉 성범죄 등의 유무를 평가한다. 총점이 6점 이상일 때 고위험군 범죄자로 분류된다.

- KSORAS(Korean Sex Offender Risk Assessment Scale; 이수정, 고려진, & 박혜란, 2008)

현재 전자감시 청구전조사 시에 활용되는 한국판 성범죄자 재범예측도구로서 총 15개의 문항으로 구성되어 있다. 2010년도에 이루어진 재범예측력 연구(이수정, 고려진, 최혜림, 2010)에서 2008년 이후 출소한 163명에 대하여 최대 34개월을 추적한 결과 이들의 재범 여부를 통계적으로 유의한 정도로 예측해낼 수 있음($AUC = .68$)이 확인되었다. 측정항목은 나이, 혼인관계, 최초경찰입진 나이, 본 범죄유형, 이전 성범죄 횟수, 폭력범죄 횟수, 총 시설 수용기간, 전체 수용기간의 문제행동, 피해자의 나이, 피해자와의 관계, 피해자 성별, 피해자수, 피해자와의 나이차, 범행 시 현저한 폭력사용, 범행에 대한 책임수용이며, 6점 이하는 저위험군으로, 13점 이상은 고위험군으로 분류된다.

나. 동적 위험요인 평가

1) 동적 위험요인의 정의

보험계리적 척도는 전부 혹은 거의 정적 위험요인, 즉 변화할 수 없는 개인사적 요인, 혹은 변화하더라도 매우 변화하기가 힘든 고도의 안정적 요인(예: 소아성애, 사이코패시)으로 구성되어 있다(Seto, 2008). 동적 위험요인은 변화할 수 있는 것으로 정의되며(예: 강간에 대한 태도, 아동과의 성에 대한 태도 등) 일시적으로 회복이 있는 요인들(예: 알콜 섭취 수준 등)이기 때문에 원칙적으로 이들이 치료적 개입의 목표가 될 수 있다.

몇몇 실무가나 연구자들은 성범죄자의 위험성 평가 척도에 동적 위험요인들을 포함시킬 필요가 있다고 주장하는데, 이는 기존의 보험계리적 위험성 평가 척도가 정적 요인으로만 구성되어 있어 가해자에게 위험 점수를 부과하는 방식이 딜레마를 가지고 있기 때문이다. 가령, 가해자가 자신의 보험계리적 점수로 인해 가석방

이 거절될 경우, 그들은 치료에 참여하거나 출소 후 취업을 하거나, 가족적 지지를 이끌어내는 등의 추후적 개선 노력이 전혀 의미가 없게 된다. 앞서 말한 요인들은 모두 변화 가능한 요인이며 이러한 것이 위험성 점수에 산입될 경우 위험성 기반의 의사결정에 변화를 줄 수 있는 요인이다(Seto, 2008).

정적 위험요인에 기반을 둔 평가가 ‘누가’ 특정 기간 동안 재범할 가능성이 더 있는지에 더 적합한 것이라면, 동적 위험요인에 기반을 둔 평가는 특정 정적 위험수준의 사람이 ‘어느 때’ 재범할 가능성이 높은지에 적합한 평가이다. 범죄자가 재범할 가능성은 시간에 따라 일정하게 분포되어 있지는 않다. 범행의 가능성이 높은 때와 낮은 때가 있는데, 동적 위험 요인은 바로 범행 가능성이 높은 때, 즉, 임박성을 나타낸다(Seto, 2008).

2) 동적 위험요인 평가의 필요성 및 유용성

동적 위험요인의 평가는 성범죄자 치료를 담당하는 행형 단계에서 필수적이다. 동적 위험요인은 범죄유발요인이자 재범 위험요인으로 변화가 가능한 요인이기 때문에 교도소에 입소한 성범죄자에게 어떠한 치료적 니즈가 있는지에 대해 평가하는 것이 매우 중요하기 때문이다. 또한 가석방제도나 형기 종료 단계의 추가적 구금 처분이 가능한 미국, 독일 등의 나라에서는 치료프로그램을 투여한 성범죄자의 재범 위험성이 현 단계에서 얼마만큼 변화하였는지에 대해 정확히 보고해야할 필요가 있다. Hanson과 Harris(2001)는 동적 위험요인을 급성 위험요인과 만성 위험요인 두 가지로 분류하여, 만성 위험요인을 변화가 가능하지만 비교적 시간에 따라 변화가 더딘 성향을 보이는 것으로(예: 성범죄에 대한 인지적 왜곡, 성적 일탈성 등), 급성 위험요인을 즉각적으로 변화할 수 있는 요인으로 정의하였다. 급성 위험요인은 일시적 감정 상태와 같이 현재 문제가 되어 재범의 즉시적 위험을 신호할 수 있는 요인을 말한다.

Thornton(2002)과 Hanson & Harris(2001)은 만성 위험요인을 크게 4가지 영역으로 분류하였다.

- 성적 관심/성적 조절 문제
- 왜곡된 태도/성범죄를 용인하는 태도

- 사회정서적 기능/친밀감 결핍
- 자기 관리/자기 조절 문제

Hanson 등(2007)이 캐나다와 미국 일부 주를 대상으로 실시한 재범 추적 연구에 따르면 997명의 보호관찰 중인 성범죄자를 41개월간 추적 조사한 결과 동적 위험요인과 정적 위험요인을 함께 사용하는 것이 정적 위험요인만을 사용할 때 보다 재범 위험을 잘 예측하였다.

3) 동적 위험요인 평가도구

- SARN(Structured Assessment of Risk and Need; SARN, Webster 등, 2006)

SARN은 영국의 교도소에서 개발된 도구로 성범죄자의 위험성, 치료욕구, 치료 경과를 측정하기 위해 사용된다. 영국의 교정현장에서 성범죄자를 위한 보험계리적 재범 위험성은 RM2000를 이용하여 평가되며, SARN은 임상적 평가를 위해 사용된다. SARN의 항목들은 16개로 앞서 Thornton이 제시한 4가지 영역의 만성 위험요인을 측정하도록 되어 있다. SARN이 측정하는 항목들은 다음과 같다.

- 성적 관심의 문제: 성적 집착, 아동에 대한 성적 기호, 성적 폭력, 기타 범죄와 관련한 성적 관심
- 왜곡된 태도: 대립적 성인지 태도, 성범죄에 대한 권리가 있다는 믿음, 아동 성 학대를 지지하는 태도, 강간을 지지하는 태도, 여성은 기만적이라는 믿음
- 사회성 문제: 불충분성, 왜곡된 친밀감 균형, 불평 불만적 사고, 정서적 친밀감 부족
- 자기관리 문제: 충동적 생활스타일, 부족한 문제해결력, 감정 통제력의 부족

SARN의 채점 방식은 평가시 성범죄자의 일반적 생활에 특정 요인이 없을 경우 0점, 있지만 핵심적 특성이 아닐 경우 1점, 핵심 특성일 경우 2점을 부여하게 되어 있다.

• STABLE 2007(Hanson & Harris, 2007)

Hanson과 Harris가 개발한 것으로 원래의 명칭은 SONAR였고, 2000년도에 STABLE & ACUTE 2000으로 불렸다가 2007년에 분리되어 각각 STABLE 2007과 ACUTE 2007로 불리우고 있다. STABLE 2007에서 평가하는 요인은 만성적 위험 요인이며 13개의 항목으로 구성된다: 사회적 영향력, 관계안정성, 아동과의 정서적 일치, 여성에 대한 적대감, 사회적 거부, 타인에 대한 관심부족, 충동성, 문제해결력 부족, 부정적 감정, 성충동/성적 집착, (스트레스)대처 시 성이용, 일탈적 성적기호, (보호관찰 등)감독 협조. 0점, 1점, 2점으로 평가되어 3점 이하의 경우는 저위험군으로, 4~11점은 중위험군으로 12점 이상인 경우 고위험군으로 나뉜다. 이 도구의 성범죄 및 일반 범죄 재범 예측률은 각각 $AUC = 0.67$ 과 $AUC = 0.69$ 를 보였으며, 정적 위험 요인을 측정하는 STATIC-99과 결합했을 때 수치가 각각 0.76, 0.73까지 향상되었다.

• ACUTE 2007(Hanson & Harris, 2007)

STABLE과 달리 급성 위험요인을 측정하는 도구로, 성범죄자에 대한 재범 예측도가 $AUC = 0.74$, 일반범죄에 대해 0.72의 예측도를 보였다. 측정 항목은 피해자 접근, 적대감, 성적 집착, 보호관찰의 거부, 감정적 붕괴, 사회적 지지의 붕괴, 약물 중독이다.

다. 정적 위험요인과 동적 위험 요인을 결합한 도구

1) Sexual Violence Risk-20(SVR-20: Boer 등, 1997)

캐나다에서 개발된 도구로 최종 점수로 범죄자를 재범 확률이 어느 범위에 속하는지 판정하지 않고 위험 수준에 관해 평가자의 판단에 맡기는 것이 특징이다. 따라서 진정한 보험계리적 도구라기보다는 검토 후 판정을 하는 임상도구라 할 수 있다. 특히 각 항목에 대해 범죄자의 상황에 따라 평가자가 가중치를 두도록 하는 것을 허용하며, 따라서 도구의 정확성은 그것을 사용하는 임상가의 판단에 따라 변화가능하다. 총 20개의 항목으로 이뤄졌으며 항목은 다음과 같다: 일탈적 성적

기호, 아동학대의 피해, 사이코패시 수준, 주요 정신 질환, 약물 중독, 자살이나 살해 관념, 관계 문제, 취업 문제, 폭력 범죄 경력(성범죄 제외), 전반적 범죄성, 보호 관찰 실패 경험, 성범죄 범행 빈도 높음, 성범죄 범위, 피해자에 대한 신체적 해, 무기 사용, 성범죄 빈도 및 심각도의 상승, 성범죄의 극심한 부인 및 최소화, 범죄 지지적 태도, 현실적 계획 부족, 치료에 대한 부정적 태도, 급성 동적요인 3항목(급성적 정신 질환, 최근 사회적 지지망을 상실함, 잠재적 피해자와의 잦은 접촉).

2) HAGSOR(한림성범죄자 위험성평가도구; 조은경, 2010)

우리나라에서 법무부 용역으로 개발된 도구로 현재 교정시설에서 성범죄자의 재범위험성을 평가하기 위한 도구로 활용되고 있다. HAGSOR는 10개의 정적위험요인과 13개의 동적위험요인을 평가하며, 두 요인의 점수를 합산하여 최종적으로 위험성을 산출한다. 타당화 검사에서 Static-2002, RM2000/S, KSORAS와 같은 다른 재범위험성 평가도구들과 .50이상의 높은 상관관계를 보였으며, 재범 예측도에 대한 연구가 추후 보완될 필요가 있다. 측정항목은 위 도구들과 유사하다.

2. 성범죄자의 치료: 인지행동치료를 중심으로¹⁴⁾

가. 인지적 왜곡 및 태도 수정

인지적 왜곡은 범죄 행동을 지지하는 부정확한 생각과 태도 및 신념 등을 일컫는 것으로, 성범죄자는 일반 남성에 비해 더 왜곡된 성적 사고방식을 가지고 있으며, 성범죄 재범자들은 비재범자들에 비해 인지적 왜곡 수준이 높은 것으로 알려져 있다(Hanson & Harris, 2000). 오늘날 인지행동치료의 지지자뿐만 아니라, 과거 여성운동가들도 성범죄자의 인지적 왜곡을 강조하면서 이는 남성의 여성에 대한 성폭력을 면죄하는 사회적 분위기를 반영하는 것이라고 주장한 바 있다(Brown, 2005).

14) 성범죄자의 치료 부분에서는 인지행동치료를 중심으로 치료의 가장 주된 주제들을 중점으로 간략히 다루겠다. 치료의 보다 자세한 기법 등을 위해서는 치료프로그램 매뉴얼인 윤정숙 외(2012)이나 각 치료기관의 자체개발 매뉴얼 등을 참고하기 바란다.

일반적으로 아동 성범죄자들이 보여주는 인지적 왜곡은 아동이 어른과의 성적 접촉을 원한다거나, 그러한 접촉에 동의한다거나, 아동은 어른과의 성관계에 있어 부담을 느끼지 않을 것이라는 생각 등이 있다. 또한 성인 남성은 타인에게 어떠한 피해가 가더라도 자신의 성욕을 만족시킬 자격이 있다는 생각도 대표적 인지적 왜곡에 속한다. 성인 여성을 상대로 성범죄를 저지르는 범죄자들이 보여주는 인지적 왜곡으로는 “여성이 강간당하는 것을 좋아한다”거나 “성적 접촉을 하였을 때 싫다고는 해도 사실은 동의한다” 라는 것 등이 속한다. Murphy(1990)는 인지적 왜곡이 성범죄자가 자신의 행동을 부인, 최소화, 혹은 합리화하기 위해 사용된다고 주장하였다.

성범죄자 치료 시 인지적 왜곡을 다룰 때 Marshall 등은 치료과정 전반에 걸쳐 왜곡된 사고가 나타날 때마다 계속해서 다루어져야 하며, 인지적 왜곡을 치료하기 위해 모듈을 일부러 구성하여 시행하는 것은 부적절 하다고 주장한다(윤정숙 외, 2012). 인지적 왜곡이 드러날 수 있는 상황이 없으면 성범죄자는 자신이 적절하다고 믿는 것을 말하기 때문에, 관계있는 주제를 다룰 때(예를 들면, 과거 인간관계에 대한 토론을 하는 동안) 범죄자들이 가지고 있는 왜곡(예를 들어, 여성에 대한 왜곡)을 드러내어 치료자가 효과적인 문제제기를 하는 것이 더 좋은 방법이다(윤정숙 외, 2012).

인지적 왜곡의 수정을 위한 치료로 빈번하게 사용되는 것이 도식치료(schema therapy)이다. 도식치료에서는 인지적 왜곡이란 성범죄자가 처한 현재의 내면적 혹은 외적인 상황에 의해 기저에 깔린 도식이 활성화된 것이며 잘못된 행위에 대한 책임감을 줄이려는 시도이자 자신의 이미지에 대한 방어로 본다. 이러한 자기 도식은 언제나 스스로에게 악영향을 끼치고 효과적인 치료를 방해하기 때문에 치료자는 이에 계속해서 도전하면서 성범죄자가 왜곡된 사고와 범죄의 상관성을 깨닫도록 한다.

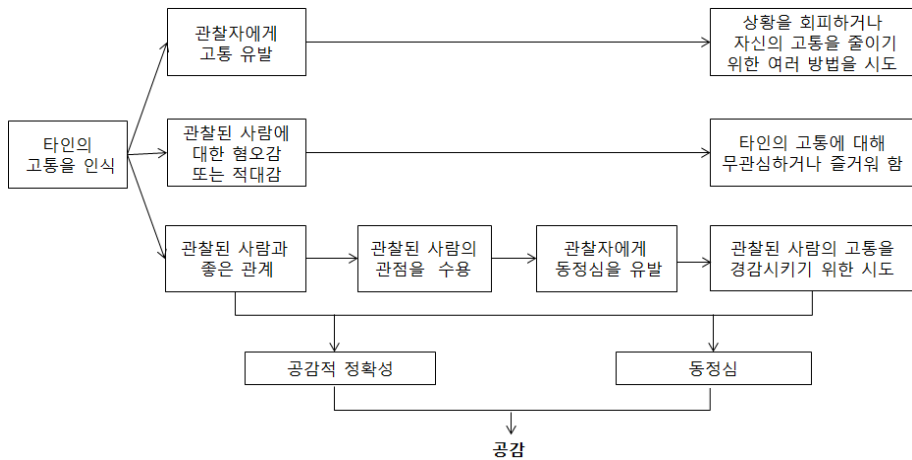
나. 피해자에 대한 공감 능력 신장

성범죄자 치료에 있어 공감능력의 신장을 목표로 할 때는 일반적인 공감 능력의 신장보다 피해자에 대한 공감 능력을 향상시킬 것을 제안하고 있다(Marshall, Anderson, & Fernandez, 1999). 가령 Marshall 등은 아동 성범죄자는 자신의 범죄

피해자에 대해서 공감능력의 결핍을 보이지만, 다른 사람의 성범죄 피해자나 비성적(non-sexual) 맥락에서는 공감능력의 결핍을 나타내지 않는다고 보고하고 있다(Fernandez, Marshall, Lightbody, & O'Sullivan, 1999; Marshall & Anderson, 1996). Hanson(2003) 또한 성범죄자가 보여주는 피해자 공감능력 결핍, 즉 비연민적 반응은 적대적인 혹은 무관심한 관계 맺기와 관점 수용의 결핍 및 타인의 고통을 인식하고도 부적절한 대처 방법을 사용하는 것으로 설명할 수 있다고 주장하였다. 즉, 적대적인 관계에서는 상대의 고통에 즐거워하게 되고, 관점 수용이 부족할 경우 친밀한 접근마저 성적 접근으로 믿고 피해자의 저항을 오해석하게 되며, 상대에 대해 적대적이지도 않고 관점도 수용하여 타인의 고통을 제대로 인식하고도 대처 기술이 발달되지 못할 경우 역시 공격행위에 이를 수 있음을 지적하였다. 따라서 성범죄자 치료에서 피해자 공감을 다룰 때 개별 성범죄자의 공감 능력 결핍의 요소가 어느 곳에 집중되어 있는지에 따라 치료 방법을 달리하여야 한다고 주장하였다.

비록 공감능력 자체가 범죄유발요인은 아니지만, 그것은 친밀한 인간관계를 맺기 위한 중요한 특징이며 친밀한 관계의 부족은 범죄를 야기하는 요인이 될 수 있다. L. E. Marshall, & Marshall은 공감 과정에 대해 보다 충분한 이해를 돕기 위해 다음과 같은 모델을 만들어 치료자에게 제공하였다. 이 모델에서 공감을 표시하지 못하는 사람들은 다른 사람이 고통스러워하는 모습을 보고 화가 나서 자신의 고통을 줄이는 데에만 열중하는데, 이러한 사람은 일반적으로 정서조절이 어렵고, 자존감이 낮고, 정서적으로 취약하다. 이러한 모습은 피해자가 받은 고통의 문제가 나올 때 성범죄자가 보이는 전형적인 반응이며, 가학적 혹은 사이코패스 성범죄자들은 고통스러워하는 사람을 싫어하고 적대적으로 대하기까지 한다. 성범죄자 치료에서는 이러한 문제를 해결하는데 초점을 맞춘다(윤정숙 외, 2012).

성범죄자의 공감 능력에 관한 연구를 보면, 상당수의 성범죄자들은 위에 서술한 것처럼 공감능력이 절대적으로 결핍되어 있지 않으나, 피해자가 받은 고통의 문제가 나오면 고통스러워하거나 방어적으로 대하기도 하고, 혹은 자신의 욕구가 피해자에 대한 걱정을 느낄 수 있는 가능성보다 우선하여 피해자에 대한 공감이 차단되기도 한다. 공감을 표시한 사람은 그림에서 하단의 경로를 따르는 사람들로, 범죄를 저지르는 동안에는 걱정을 차단하고 있었음에도 불구하고, 비록 소수이지만 치료기간 중에 피해자에 대해 충분히 공감적인 반응을 보인다(윤정숙 외, 2012).



[그림 2-1] 공감 유형의 모델

다. 사회-정서적 기능의 향상

성범죄자들은 어린 시절 양육자와 안정적인 애착관계를 형성하지 못하였을 뿐만 아니라, 신체적, 성적 학대를 당하는 등 심리적으로 매우 고통받은 시간을 보냈다는 연구결과가 있다(Ford & Linney, 1995; Loh & Gidycz, 2006; Weeks & Widom, 1998). 또한 많은 성범죄자들이 불안정한 양육이나 사회화의 결과로 적절한 대인관계 기술이 결여되어 있어 친밀감 형성에 어려움을 보이며, 사회적 지지망 또한 충분치 않은 상태에서 성을 스트레스 시 대처전략으로 사용한다(Cortoni, Heil, & Marshall, 1996; Cortoni & Marshall, 1995).

성범죄자의 사회-정서적 기능 향상을 위해 가장 중요한 것으로 대인관계 기술 개발과 문제해결능력 배양이 있다. Marshall 등은 성범죄자 치료에 있어 가장 중요한 것은 친밀한 관계 기술을 개발하는 것이며, 치료자가 관계에서 친밀감이 주는 이점(대인관계 및 인생에 대한 만족감과 신체적, 정신적 건강)과 정서적 외로움이 야기하는 문제를 알려줄 것을 강조한다(윤정숙 외, 2012). 또한 성범죄자 치료 시 Park & Endler(1986)의 세 가지 대처 방식(정서정심적, 회피중심적, 사안중심적 방식)을 이용하여, 과거에 사용했던 대처 방식의 파악과 부적절한 대처에 선행하는 정서적, 행동적 사건들을 확인하고, 인생의 문제에 적절하게 대처하지 못해서 얻게 된 결과 분석 및 적절한 대처방식을 연습한다.

라. 성적 일탈성 수정

성범죄자가 적절한 방식으로 자신의 성적 욕구를 충족하지 않는 이유는 다양한데, 가령 성인 파트너의 동의를 얻는 과정에서 효과적인 능력을 발휘하는 것에 대한 두려움이 있거나, 성관계에 대한 자신감이 부족할 수도 있고, 자신 또는 파트너의 성적 욕구를 효과적으로 충족하는 데 필요한 지식과 기술이 부족하거나, 사회적으로 용인되는 성적 행동과 관련하여 다른 사람의 인식에 대한 잘못된 신념을 가지고 있을 수 있다. 또는 성인과의 관계에서 무시당하는 느낌을 경험하였거나, 반대로 통제감을 느끼길 원할 수도 있고, 여성에 대한 분노를 표현하고자 하며, 가학적인 충동이나 다른 사람에게 모욕감을 주거나 비하하는 것과 관련된 욕구 등이 있기 때문이다(윤정숙 외, 2012).

성범죄자 치료 시 건강한 성이라는 주제를 통해 상대와의 관계에서 만족을 최대한 높일 수 있는 성적 활동 등을 대등한 관계, 자발성과 정서적 보살핌을 강조한다(윤정숙 외, 2012). 일부 성범죄자는 성적 일탈성을 구체적으로 수정하는 것이 필요한데, 성적 집착이나 성도착증 성향을 가진 경우가 그렇다. 성적 집착(또는 “성 중독”, “과잉 성욕”, “강박적 성행동”이라고도 함)은 높은 빈도의 성행위에 대한 충동을 느끼면서 그것을 통제하는 능력이 없다고 여기는 경우를 말하며, 성범죄자들 중의 30~40% 정도가 성적 집착을 경험하고 있다고 보고되어 있다(L. E .Marshall, & Marshall, 2001; 2006; L. E .Marshall, Marshall, Moulden, & Serran, 2008, 윤정숙(2012)에서 재인용). 특히 성범죄자 가운데 성 중독이 있는 경우 그들의 문제에 대하여 대처하는 방법으로 성을 이용하는 경향이 있음이 보고되고 있다(Coronti, & Marshall, 2001; Looman, 1999; McKibben, Proulx, & Lusignan, 1994; Proulx, McKibben, & Lusignan, 1996, 윤정숙(2012)에서 재인용).

Marshall 등은 애착 형성이 잘 되지 않은 남자는 상대가 누구든 가리지 않고 성관계를 하는 강도와 빈도가 높게 나타나며 이들은 대처기술이 부족하고 자존감이 낮으므로 성범죄자 치료의 많은 부분은 효과적으로 성적 집착을 극복하는 것이 되어야 한다고 주장한다(윤정숙 외, 2012). 만약 성적 집착이 지나치게 강해서 성범죄자가 치료에 집중할 수 없다면 SSRI(선택적 세로토닌 재흡수 억제제, 예; 세트랄린) 계열의 약물을 투여하는 것이 성적 집착을 감소시키는 데 효과적인 것

으로 나타나고 있다(Kafka, 2007).

마. 재발방지 능력 향상

재발방지 능력 향상 영역은 성범죄자가 잠재적으로 재발의 위험이 있는 상황에 닥쳤을 때 문제를 인식하고 대처할 수 있는 능력을 키우도록 하는 것으로 일반적으로 범죄유발요인들이 모두 다뤄진 후 진행된다. 특히 최근의 심리치료에서는 긍정심리를 활용하여 재발방지를 위한 자기관리계획을 설계하는 과정에서 범죄자의 장점을 활용하여 과거에 경험했던 것보다 더 큰 삶의 만족을 경험할 수 있는 친사회적 생활방식을 설계하도록 유도하는 것을 강조하고 있다.

제4절 성범죄자 치료의 효과

1. 성범죄자 치료프로그램의 효과성 연구 방법

성범죄자 치료의 효과성 측정은 크게 2가지 측면에서 생각할 수 있다. 첫째는 치료프로그램이 각 성범죄자의 범죄유발요인 등을 효과적으로 다루어 치료 내 변화가 이뤄졌는가이다. 범죄유발요인의 감소는 사실상 치료의 목표이기 때문에 목표 영역의 변화가 어느 정도까지 이뤄졌는지를 결정하는 것이 필요하다. 뿐만 아니라, 범죄유발요인은 아니지만 치료 참여에 결정적 영향을 주는 자존감이나, 공감 능력, 그리고 치료 후 재발방지 계획이나 지지그룹의 적절성 등도 치료 내 변화 평가 시 함께 다뤄주면 이상적인 평가 작업이 될 수 있다(Marshall, 2010).

두 번째, 성범죄자 치료의 효과성 평가의 보다 중요한 작업으로는 치료프로그램을 시행한 후 성범죄자들의 재범을 추적하는 것이다. 첫 번째 방법과는 달리 치료 받은 성범죄자의 출소 후 재범을 추적하기 위해 오랜 기간이 필요하다는 어려움이 있다. 또한 재범을 정의하기 위해서 경찰단계에서의 재체포율, 검찰단계에서의 재기소율, 법원단계에서의 재유죄판결율 등이 다양하게 사용되어 재범통계가 일관적이지 않다는 단점이 있다. 무엇보다 재범율을 통한 치료프로그램의 효과성에 대한

연구는 연구 설계나 치료와 관련된 복잡한 이슈 등으로 인하여 몇 가지 한계점을 가지고 있다. 우선 연구 설계와 관련된 문제를 보면, 공식적으로 성범죄 재범의 기저율이 비교적 낮기 때문에 유의미한 효과를 나타내기 위해서는 큰 표본이 필요하지만 경제적인 이유로 성범죄 치료평가는 대부분 적은 표본으로 실시되는 경향이 있고, 연구 설계상으로 성범죄자들을 치료 집단과 비치료 집단으로 무선허당(random assignment)하여 가외변인들을 통제하는 것이 이상적이나, 실제로 성범죄자들을 비치료 집단에 할당하여 치료 기회를 주지 않는 것은 윤리적으로 바람직한 일이 못되기 때문에 비교집단을 비치료 집단보다는 중도탈락자들을 위주로 구성하거나, 무선허당 방식이 아닌 치료 기회가 없었던 시기 혹은 지역의 성범죄자들로 구성하여 치료 집단과 비치료 집단의 동등성이 저하된다는 위험이 있다(윤정숙 & Knight, 2013).

연구 설계뿐만 아니라, 재범율의 정의로 인해 연구결과가 상이해지는 경우도 있는데 재범율을 넓게 정의하면 새로이 저지른 범죄 모두를 포괄하여, 위법행위(violation) 자체를 재범으로 보기도 하지만, 좁게 정의하여 수감(incarceration)에 국한시키기도 한다. 위법행위 자체를 재범으로 다루는 경우 재범율이 높아지는 결과가 나온다(APA, 1999, Zgoba & Simon, 2005에서 재인용). 또한 Lösel & Schmucker(2005)는 성범죄 재범율 조사는 비교적 긴 추적조사 기간을 필요로 하기 때문에 조사 대상 프로그램이 오래된 치료프로그램과 섞일 가능성이 있다는 점을 지적하였다.

가. 무선 할당/무선허당 통제 집단

무선 할당방식으로 재범율을 연구하는 것은 범죄자들을 치료 집단과 비치료 집단에 무선으로 할당하는 방식으로 집단 사이에 존재하는 사전적 차이들을 통제하는 것이 가능하고, 관찰된 효과를 온전히 치료에 의한 것으로 귀속할 수 있기 때문에 치료 효과에 대해 가장 정확한 정보를 제공해 주리라 믿고 있다(윤정숙 & Knight, 2013).

그러나 실제로 성범죄자 치료에서 무선 할당 방식을 사용하는 것은 쉽지 않은데, 범죄자들을 비치료 집단에 할당하여 치료하지 않고 사회에 내보내는 것은 윤

리적으로 합당하지 않을 뿐 아니라, 지역 사회에도 위협하기 때문이다. 우리나라의 경우 연구 기획 사전 단계에서 연구 윤리 위원회 심사가 아직 의무화되어 있지 않지만, 인간을 대상으로 하는 모든 연구에 대해 연구 윤리 위원회의 심사가 의무화되어 있는 북미의 경우 성범죄자를 비치로 집단에 할당하는 무선 할당 방식의 연구 설계는 연구 윤리 위원회의 심의를 통과하기가 힘들 뿐더러 연구비 지원도 거의 불가능하다.

또한 무선 할당을 이용하여 비치로 집단을 구성할 경우 단지 보다 과학적인 연구를 하기 위하여, 치료 참가로 얻을 수 있는 조기 출소나 가석방, 혹은 더 나은 기관으로의 이송 등, 수형자에게 돌아가는 이익을 포기해야 하는 결과가 일어난다. 이러한 연구 설계상의 결점 이외에도, 각 참가자들을 집단에 무선 할당하는 것 이외의 모든 조건 즉, 치료방식 및 인력을 동등하게 구성하고, 구조화된 매뉴얼을 만들어 엄격하게 이행해야 하는 등의 문제로 인하여 치료자가 보다 근원적인 치료 내 역동들에 집중하지 못하는 경우가 예상된다. 과도하게 정형화된 매뉴얼이나 절차 등은 오히려 억압적 요소가 될 수 있으며, 성범죄자 각각의 특이성에도 반응해야 되는 치료자의 유연성을 제한할 염려가 있어 바람직한 방식이 못된다. 이러한 이유로 인해 무선 할당 방식을 이용하여 성범죄자 치료프로그램을 평가하는 경우는 사실상 매우 드물다.

나. 기술적 방식

기술적 방식은 상당수의 평가 연구들이 사용하는 방식으로 비치로 집단을 설정하지 않고 치료 집단만을 추적하여 재범율을 파악하는 방식이다(윤정숙 & Knight, 2013). 그러나 연구 방법의 단점으로는 비교 집단이 존재하지 않기 때문에 치료 집단의 감소된 재범율이 치료에 의한 것인지 가늠하기 힘든 측면이 있다.

다. 위험성평가 도구 이용 분석(Risk band analysis)

위험성평가 도구를 이용하여 분석하는 방법은 치료 집단의 재범율을 기존의 위험성 평가 도구가 예측하는 재범율과 비교하는 방법으로, 이 방식은 비교 집단을 필요로 하지 않기 때문에 쉽게 집행될 수 있는 장점이 있으며 대부분의 범죄자들

이 치료에 참여하여 비교 집단을 구성하는 것이 힘들 때 사용하면 좋다(윤정숙 & Knight, 2013). Barbaree 등(2003)은 성범죄자 치료프로그램 이수자의 재범율을 Static-99를 사용하여 예측된 재범자들과 비교하여, 치료 집단의 재범자들이 위험성 평가도구가 일반적으로 예상하는 재범율보다 더 적음을 보고하였다. Marshall 등(2010)도 치료집단의 재범율을 Static-99나 RRASOR가 예상하는 성범죄자의 재범율과 비교하여 치료 집단의 재범율이 위험성 평가 도구가 예측하는 재범율보다 더 적음을 보고하였다. 그러나 위험성평가 도구를 이용하여 재범율을 비교하는 방식은 위의 기술적 방식과 마찬가지로 비교집단이 존재하지 않기 때문에 치료 집단의 감소된 재범율이 온전히 치료에 의한 효과인지 가늠하기가 쉽지 않다는 단점이 있다.

라. 대응 비교 집단 구성(Matched comparison groups)

대응 비교 집단 구성은 치료에 참여하는 범죄자들과 치료에 참여하지 않은 범죄자들의 재범과 관련된 요인들을 대응시키는 것으로 가령, 치료 집단과 비치료 집단의 보험계리적 위험성을 같게 하는 것이 그것이다. Olver, Wong, & Nicholaichuk(2009)의 연구를 보면 1982년부터 2000년까지 치료프로그램에 들어왔던 472명의 성범죄자를 치료 집단으로 선정한 후, 치료를 받지 않고 치료 집단과 비슷한 조건을 지닌 265명의 성범죄자로 비교집단을 구성하여 10년간 추적하였다. 범행경력이나, 나이와 같이 재범율에 영향을 줄 수 있는 가외 변인을 통제하여 순수하게 ‘치료’가 가져올 수 있는 재범의 영향력을 분석하여, 치료 효과가 비교적 오랜 기간 동안 지속된다고 보고하였다.

마. 메타분석

단일 평가 연구들에서 나타나는 성범죄자 치료프로그램의 효과성 크기에 대한 해석을 보완해 줄 수 있는 것이 메타분석이다. 메타분석은 단일 평가 연구 다수를 합하여 그 효과성 크기를 산출하는 방법으로 단일 평가가 가지고 있는 적은 표본수나, 비일관적인 효과 크기 등을 극복할 수 있는 장점을 지닌다. 메타분석은 보통 특정 기간에 저널에 출판된 논문을 주제나 제목으로 검색한 후, 자체적 코딩기준

에 부합하는 연구 결과를 걸러내어 분석한다. 메타분석의 자세한 예는 아래 치료 프로그램의 효과 부분에서 자세히 서술하겠다.

2. 성범죄자 치료프로그램의 효과

가. 치료 내 변화

대개 각 치료프로그램은 치료 내 변화가 재범을 감소로 이어진다고 가정하고 있기 때문에 치료 내 변화를 측정하는 것이 필수적으로 여겨지지만, 역설적이게도 치료 내 변화량을 측정한 프로그램은 매우 소수이다. 치료 내 변화량을 측정한 것으로 가장 큰 스케일의 연구는 영국 교정본부(Her Majesty's Prison Service, HMPS)에서 25개의 교도소를 대상으로 시행한 연구이며, 동 시기 영국 법무부(Home Office)에서도 보호관찰소의 사회 내 프로그램에 대한 유사한 평가를 실시하였다. 영국의 저명한 성범죄 연구자인 Beech 등(1999)이 수행한 이 연구에서는 성범죄자의 67%가 사전 사후 평가에서 치료 목표에 대해 유의미한 변화를 보여주었다. 또한 사회 내 프로그램에서는 81%의 성범죄자가 유의미한 치료 내 변화량을 보여주었다.

이 밖에도 Williams, Wakeling, & Webster(2007)가 영국에서 성범죄자 치료프로그램에 참여한 211명의 성범죄자들을 상대로 6개의 사전·사후 검사를 활용하여 치료 내 변화를 파악한 연구나, Mandeville-Norden, Beech와 Hayes(2008)이 사회 내 프로그램을 이수한 아동 성범죄자 341명의 사전·사후 평가 척도를 분석한 결과에서도 대부분의 척도에서 유의한 변화가 있는 것으로 나타났다. 특히 Mandeville-Norden(2008)등의 연구에서는 사전·사후 평가 상의 치료 내 변화량이 통계적으로 의미가 있다 하더라도 사후 점수가 정상 범위 내로 접근해야 하는 것의 중요성을 보여주었다.

우리나라 성범죄자 치료프로그램 효과성을 평가한 연구로서 치료 내 변화량에 주목한 연구로는 국내 교정시설 11개를 대상으로 목표한 범죄유발요인과 비범죄유발요인 중 치료 참여에 중요한 역할을 하는 자존감, 공감 능력 등을 종합적으로 평가한 연구가 있다(윤정숙 외, 2013). 이 연구에서는 현재 교정시설에서 사용하고 있는 사전·사후 평가 척도 13개 중 7개의 척도에서 치료 내 변화량이 통계적으로

유의미한 것으로 보고되었다. 현재 국내에서 사용하고 있는 사전·사후평가 척도와 유사하지만 더욱 압축된 문항과 포괄적인 영역을 측정하고 있는 MIDSA(Knight, 2008)의 한국 타당화 연구(K-MIDSA)에서도 전체 32개의 소척도 중 20개의 척도에서 사전 점수와 사후 점수의 차이를 비교한 치료 내 변화량이 통계적으로 유의미하게 나타나고 있다. 이 연구를 통해 윤정숙 등(2013)은 국내 교정시설의 치료프로그램이 인지적 왜곡이나 강간, 아동성폭행에 대한 인식, 충동성, 주관적 정서 등을 개선시키는데 어느 정도 효과적으로 작용하고 있다고 잠정적으로 결론 내렸으며, 대인관계 기술 강화나 성적 일탈성의 감소 등 보다 실천적 기술 함양에는 아직 부족한 면이 있다고 지적하였다. 아울러, 고위험군의 사후 평가 점수가 여전히 우려할만한 부분이 존재한다는 점에서 집중 치료가 필요하다는 점과 사후 평가 점수를 활용할 수 있는 표준화된 척도의 필요성을 강조하였다.

나. 치료 후 변화(재범율 감소)

성범죄자 치료프로그램의 효과성을 측정하기 위해 과거의 치료와 인지행동치료와 같은 현재의 치료를 구분할 필요가 있다. 인지행동치료는 1980년대 이후 북미에서 가장 효과적인 성범죄자 치료로 인정받고 있으며, 과거 재발방지에 초점을 맞추던 방식에서 오늘날에는 보다 범죄유발요인에 초점을 맞추는 방식으로 변화하였다. Hanson 등(2002)은 성범죄자 치료프로그램 효과성을 분석한 43개 연구의 메타분석을 통해 5년의 추적 기간 중 치료 집단은 12.3%가 비치료 집단은 16.8%가 성범죄 재범을 하였다고 보고하였고, 이 중 특히 인지행동치료를 사용한 12개의 프로그램은 이전의 프로그램과 비교하였을 때, 성범죄 재범율이 9.9%, 비성범죄 재범율이 32.0%로, 비치료 집단의 17.4%, 51%에 비해 훨씬 감소된 재범율을 보여주었다. Lösel & Schmucker(2005)는 치료 집단과 비치료 집단을 비교한 69개의 연구를 메타분석한 결과를 보고하였다. 성범죄자들의 재범율을 5년 동안 추적한 결과, 치료 집단의 성범죄 재범율은 11.1%, 비치료 집단의 성범죄 재범율은 17.5%로 치료받은 성범죄자는 그렇지 않은 성범죄자에 비해서 37%정도 성범죄 재범율이 감소하는 것을 보였다. 성범죄자 치료프로그램은 비단 성범죄 뿐만 아니라, 일반 범죄에 대한 재범율도 감소시키는 것으로 나타나, 치료집단의 성범죄자는

22.4%의 비율로 재범한 반면 치료받지 않은 성범죄자는 32.5% 재범했으며, 특히 성범죄 이외의 폭력 범죄에 있어서는 치료집단이 6.6%, 비치료 집단이 11.8%로 50% 정도 감소하는 효과가 나타났다.

〈표 2-1〉 성범죄자 치료의 평균 재범률 효과

결 과	k	OR	CI95%	Q	재범율(%)	
					치료집단	비교집단
성범죄 재범	74	1.70***	1.35-2.13	237.14***	11.1	17.5
폭력범죄재범	20	1.90***	1.49-2.33	19.68	6.6	11.8
모든범죄재범	49	1.67***	1.33-2.08	159.80***	22.4	32.5

k=비교수, OR=평균 승산비(odds ratio), Q=동질성 테스트, ***p < .001

출처: Lösel & Schmucker(2005)

Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson(2009) 역시 성범죄자 치료프로그램에 대한 메타분석 연구 결과를 발표하였다. 재범을 재체포와 재유죄판결로 정의내렸을 때, 23개의 단일 연구에 대한 메타 분석 결과를 보면, 비치료집단의 성범죄자는 48.3%의 재범율을 보였으며, 치료집단의 성범죄자는 31.8%의 재범율을 보였다. 이를 승산비로 환산했을 때, 성범죄 재범율은 승산비 .77(고정효과 설계), .66(무선 효과 설계)으로 나타났다. 이는 치료를 받지 않는 성범죄자 100명이 재범을 할 때, 치료를 받은 성범죄자 77명(66명)만이 재범을 저지른다는 의미로 약 23~34%의 재범감소율을 보이는 것이다. 성인대상 프로그램과 청소년대상 프로그램간의 효과성 크기 차이는 통계적으로 유의하지 않았으며, 시설/사회 간의 치료 효과차이도 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다.

캐나다는 1966년부터 국가적 범죄 데이터베이스 센터(Canadian Police Information Center, CPIC)를 구축하여 경찰과 검사가 기소(유예된 경우라도)를 포함 모든 범죄 정보를 입력하도록 의무화되어 있고, 우수한 연구자들에게 CPIC에 접근할 수 있는 권한을 주고 있다. 이러한 데이터베이스 구축으로 인해 캐나다 교정본부 소속의 성범죄자 치료자들은 치료프로그램을 이수한 성범죄자의 장기적 재범율을 파악하여 보고한다. 캐나다 온타리오에서 최고위험군 성범죄자를 대상으로 시설 내 치료를 제공하고 있는 ‘지역 치료센터(Regional Treatment Center, 교정본부 소

속)’가 발표한 자료에 의하면 10년의 추적 기간 동안 치료받은 성범죄자의 23.6%와 치료받지 않은 성범죄자의 51.7%가 성범죄 재범을 하였다고 보고하였다(Looman, Abracen, & Nicholaichuk, 2000). 또한 캐나다 Saskatoon지역의 고위험군 성범죄자들을 대상으로 시설 내 치료를 담당하는 지역 치료센터에서는 치료받은 성범죄자의 재범율이 14.5%, 치료받지 않은 성범죄자의 재범율이 33.2%임을 보고했다(Nicolaichuk, Gordon, Gu, & Wong, 2000).

지금까지 성범죄자 치료프로그램의 재범율을 보고한 데이터 중 가장 우수한 재범 감소율을 보고했던 프로그램은 캐나다 락우드 심리 서비스(Rockwood Psychological Services: RPS)이다. RPS는 캐나다 교정본부 소속의 Millhaven 교도소(경비고등급 교도소)와 Bath 교도소(중등급 교도소)에 성범죄자 치료프로그램을 제공하고 있다. CPIC에 입력된 데이터를 사용하여 보고된 재범율을 보면, 치료집단의 5.4년 추적 재범율은 3.2%, 8.4년 추적 재범율은 5.6%로 재범위험성평가 도구가 일반적으로 보고하는 재범 예상율 16.8%, 23.8%보다 훨씬 낮았다. 일반 범죄의 재범율 역시 치료 집단이 13.6%, 비치료 집단이 40.0%로 성범죄 치료는 성범죄 이외의 다른 범죄를 예방하는 데에도 기인하는 것으로 나타나고 있다.

〈표 2-2〉 캐나다 락우드 심리서비스의 시설 내 성범죄 치료프로그램 효과

	치료집단 재범율	재범 예상율*
5.4년 추적(N = 535)		
성범죄 재범	3.2%	16.8%
모든 범죄 재범	13.6%	40.0%
8.4년 추적(N = 535)		
성범죄 재범	5.6%	23.8%
폭력 범죄 재범	8.4%	34.8%

출처: Marshall(2010)

*STATIC-99와 RRASOR에 근거하여 재범 예상율 보고

락우드 심리 서비스는 가석방 대상자, 보호관찰 대상자, 아동보호전문기관에서 소개한 아동성범죄자 등을 위한 사회 내 치료 프로그램도 제공하고 있는데, Marshall과 Barbaree(1988)가 치료받은 성범죄자 68명과 치료받지 않은 성범죄자 58명을 약

4년간(45개월) 추적하여 비교한 자료에 의하면, 치료받은 성범죄자가 훨씬 더 낮은 비율로 재범을 저질렀으며 이러한 차이는 통계적으로 유의한 것으로 나타나고 있다.

〈표 2-3〉 캐나다 락우드 심리서비스의 사회 내 성범죄 치료프로그램 효과

	치료집단 재범율	비치료집단 재범율	
연구 1			
비친족 아동 성범죄자	13.3%	42.9%	
친족 성범죄자	8.0%	21.7%	
치료집단 A		치료집단 B	비치료집단
연구 2			
노출증 환자	23.5%	39.1%	57.1%

출처: Marshall(2010)

제5절 소결

이상 성범죄자 치료와 관련된 이론적 배경과 의의, 치료유형 및 기관, 평가 및 치료내용, 치료효과 등, 성범죄자 치료와 관련한 문헌을 포괄적으로 검토하였다. 이를 통해서 성범죄자 치료를 관통하는 몇 가지 운영상의 대원칙을 이해할 수 있었다.

가. 치료 유용성을 증대하기 위한 RNR 원칙

성범죄자를 포함한 범죄자 치료가 과연 효과가 있느냐에 대한 지난 반세기간의 물음에 대해 앞서 문헌 검토를 통해 현재는 치료 유용론(What works)이 힘을 얻고 있음을 파악할 수 있다. 치료 유용론은 치료 일부 유용론(Something works)을 거쳐 특정한 원칙을 가진 치료는 효과가 있다는 이론으로 발전되면서 치료의 유용성을 보장하기 위해 어떠한 원칙을 지켜야하는지에 대한 논의를 발달시켰다. 현재 그 원칙으로 범죄학계와 법임상학계에서 널리 받아들여지고 있는 것은 대표적으로 위험성, 욕구, 반응성(Risk, Needs, Responsivity)원칙이 있으며, 성범죄자 치료

의 기법 상 이러한 원칙을 가장 잘 구현할 수 있는 치료방식은 범죄자의 생각과 감정, 행동의 연결고리를 변화시키는 인지행동치료라고 알려져 있다.

성범죄자 치료의 효과성에 대한 메타분석 연구 결과를 살펴보아도 위험성, 욕구, 반응성 원칙에 충실한 치료프로그램은 그렇지 않은 프로그램보다 효과적이며, 특히 인지행동치료가 보편화된 1990년대 후반의 프로그램들부터는 이전의 치료프로그램 보다 치료를 통한 재범 감소율이 높아지고 있음을 보여주고 있다. 이러한 연구결과들에 주목할 때, 성범죄자 치료는 어떠한 정치적 담론이나 대중적 정서의 희생이 되어서는 안 되고 일관된 원칙을 견지하여 그 효과성 증대에 자원을 투입해야 함을 알 수 있다.

나. 성범죄자 평가 및 치료의 과학화와 개별화 추구

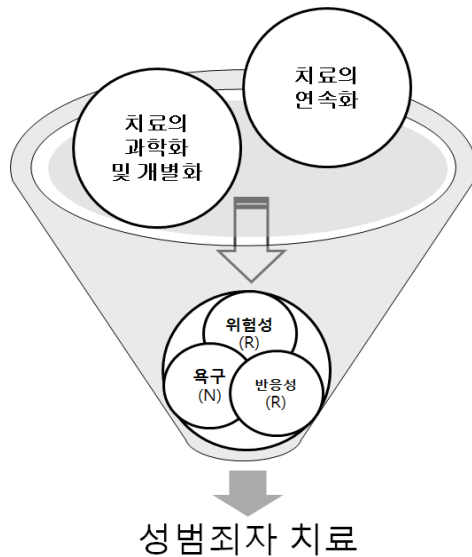
성범죄자 치료의 효과성을 증대하기 위해서는 평가 및 치료의 작업이 과학화되고 개별화될 필요가 있다. 가령, 위험성, 욕구, 반응성 모델을 적용한 심리치료에서는 먼저 치료시작 전에 재범의 위험성을 평가하여 단기 치료 그룹과 중·장기 치료 그룹을 나누고 그 안에서 범죄유발욕구를 평가하여 각 범죄자별로 다양한 범죄유발요인에 따라 치료를 개별화한다. 이러한 방식을 가능케 하려면 목적 및 단계에 맞는 평가도구가 마련되어야 하며, 그것을 담당하는 인력 또한 전문화되어야 한다.

우리나라의 성범죄자 재범위험성 평가도구로 앞서 소개된 바 있는 KSORAS나 HAGSOR는 각기 사법처분 부과 목적과 치료적 욕구 파악의 기능을 위해 개발되었지만, 검토된 많은 평가도구에 비해 아직 재범 예측도 조사 등이 충분히 이뤄지지 못했기 때문에 과학적으로 검증된 도구가 되기 위한 추가적 작업이 필요하다. 또한 성범죄자의 역동적 위험 요인을 평가할 수 있는 STABLE 2000등의 도구나, 임상적 기능이 보장된 서구의 도구들에 비하면 우리나라의 위험성평가 도구는 아직 충분히 개발되어 있지 못하며, 범죄유발욕구를 평가하는 치료 단계의 도구도 아직은 부족하다. 이러한 문제는 범죄자 평가 및 치료의 과학화 및 개별화를 향해 나아가는데 걸림돌이 될 것이다.

다. 성범죄자 평가 및 치료의 연속화 필요

앞서 검토된 많은 문헌을 통해 알 수 있듯이, 성범죄자를 포함한 범죄자 치료의 핵심 결과는 치료 후 재범감소를 여부이다. 재범을 연구를 보면 치료집단은 비치료집단에 비해 재범율이 30~50% 감소하는 것으로 나타나고 있다. 그러나, 재범을 연구를 통해 또 한가지 알 수 있는 사실은 치료집단도 비치료집단과 마찬가지로 재범추적기간이 늘어남에 따라 재범율이 증가한다는 것이다. 이는 치료의 장기적 효과를 담보하기 위해 치료효과의 유지·보수를 위한 연속적인 치료가 제공될 필요가 있음을 시사한다.

사후치료는 정규치료 이후, 혹은 시설 내 치료를 마치고 실시하는 사회 내의 치료를 지칭하는 것이기 때문에 치료의 연속화를 추구할 수 있고 재범 감소를 위한 위험 관리적 목적도 지니게 된다. 많은 나라에서 사회 내 치료프로그램에 일반적인 집행유예 대상자 이외에도 가석방자, 특수보호관찰자 등을 포함시켜 사후치료를 제공함으로써 범죄자의 출소 후 재발방지를 위한 노력을 다시 한 번 재고시키는데 주력하고 있다는 사실에 주목하여야 할 것이다.



[그림 2-2] 성범죄자 치료의 주요원칙

KOREAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY

제3장

우리나라의 성범죄자 치료제도 및 운영현황

윤정숙 · 류부곤 · 최걸

제3장

우리나라의 성범죄자 치료제도 및 운영현황

제1절 성범죄자 치료제도의 법적 근거

1. 성범죄자 치료관련 법률의 내용

이 장에서는 우리나라의 성범죄자 치료제도 및 운영 현황에 대해 살펴보하고자 하며, 이를 위해 먼저 성범죄자 치료와 관련하여 현행 법률이 어떻게 규정되어 있는지 살펴보고 법률상의 일반적 문제점과 사후치료 도입을 위한 제도상의 한계 등에 대해 파악해보고자 한다. 또한 앞서 살펴본 성범죄자 치료관련 연구결과와 비교하여 제도적으로 상충되는 부분이 있는지 살펴보고 이에 대한 해결점 등을 탐색해보기로 한다.

가. 시설 내 치료

현행 법제도상 시설 내에서 행해지는 성범죄자 치료제도는 ‘치료감호법’에 의한 ‘치료감호처분’과 ‘성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법’ 및 ‘아동 및 청소년의 성보호에 관한 법률’에 의한 ‘수감명령’ 및 ‘성폭력 치료프로그램 이수명령’으로 나눌 수 있다.

1) 치료감호처분

치료감호법 제2조(치료감호대상자) ① 이 법에서 “치료감호대상자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 치료감호시설에서 치료를 받을 필요가 있고 재범의 위험성이 있는 자를 말한다.

1. 「형법」 제10조제1항에 따라 벌할 수 없거나 같은 조 제2항에 따라 형이 감경(減輕)되는 심신장애 자로서 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 자
3. 소아성기호증(小兒性嗜好症), 성적가학증(性的加虐症) 등 성적 성벽(性癖)이 있는 정신성적 장애자로서 금고 이상의 형에 해당하는 성폭력범죄를 지은 자

치료감호법은 성범죄에 관한 치료감호의 대상자로 ‘치료의 필요성’과 ‘재범의 위험성’을 기본 요건으로 하면서, 구체적 대상자로, 형법상 책임능력이 없거나 감경되는 심신장애자로서 성폭력범죄를 저지른 자이거나, 책임능력이 있는 성폭력범죄자이지만 성도착증과 같은 성적인 부분에 대한 정신적 장애가 있는 자를 규정하고 있다.

치료감호법 시행령 제4조(치료감호의 방법) ① 치료감호를 선고받은 자(이하 “피치료감호자”라 한다)에 대하여는 법 제16조제1항에 따른 치료감호시설(이하 “치료감호시설”이라 한다)에 수용·감호하고 치료와 재활교육을 한다.

② 피치료감호자에 대하여는 심신장애의 정도 또는 제2조에 규정된 물질이나 알코올을 식음(食飲)하는 등의 습벽(習癖) 및 중독된 정도, 정신성적(精神性的) 장애의 정도에 따라 분리수용한다.

제16조(치료감호의 내용) ① 치료감호를 선고받은 자(이하 “피치료감호자”라 한다)에 대하여는 치료감호시설에 수용하여 치료를 위한 조치를 한다.

② 피치료감호자를 치료감호시설에 수용하는 기간은 다음 각 호의 구분에 따른 기간을 초과할 수 없다.

1. 제2조제1항제1호 및 제3호에 해당하는 자 : 15년

제18조(집행 순서 및 방법) 치료감호와 형(刑)이 병과(併科)된 경우에는 치료감호를 먼저 집행한다. 이 경우 치료감호의 집행기간은 형 집행기간에 포함한다.

이 때 ‘재범의 위험성’이라 함은 피치료감호청구인이 장래에 다시 심신장애의 상태에서 범행을 저지를 상당한 개연성이 있는 경우를 말하고, 그 유무의 판단에는 향후 치료를 계속 받을 수 있는 환경의 구비여부, 피치료감호청구인 자신의 재범예방 의지의 유무 등도 고려되어야 한다고 한다.¹⁵⁾ 치료감호는 법원의 판결에 의하여 치료시설에 수용하여 하는 ‘자유박탈적 시설 내 처우’이고, 그 기간의 상한

15) 대법원 2011. 1. 27. 선고 2010감도26 판결

을 15년으로 규정하고 있다. 단 살인범죄자의 경우에는 기간연장이 가능하다. 법원의 치료감호 선고에 있어서는 감호의 기간을 정하지 않으며,¹⁶⁾ 실형과 병과된 경우 치료감호를 먼저 집행하고 치료감호기간은 형의 집행기간에 산입하는 방식으로 집행한다.

제4조(검사의 치료감호 청구) ① 검사는 치료감호대상자가 치료감호를 받을 필요가 있는 경우 관할 법원에 치료감호를 청구할 수 있다.

② 치료감호대상자에 대한 치료감호를 청구할 때에는 정신건강의학과 등의 전문의의 진단이나 감정(鑑定)을 참고하여야 한다. 다만, 제2조제1항제3호에 따른 치료감호대상자에 대하여는 정신건강의학과 등의 전문의의 진단이나 감정을 받은 후 치료감호를 청구하여야 한다.

⑤ 검사는 공소제기한 사건의 항소심 변론종결 시까지 치료감호를 청구할 수 있다.

⑦ 법원은 공소제기된 사건의 심리결과 치료감호를 할 필요가 있다고 인정할 때에는 검사에게 치료감호 청구를 요구할 수 있다.

치료감호의 청구권자는 검사이며, 성범죄자의 정신성적 장애를 사유로 한 치료감호 청구 시에는 관련 전문의의 진단이나 감정을 필수요건으로 하고 있다. 치료감호 청구시한은 항소심 변론종결까지인데, 1심에서 당해 청구를 하지 않았으나 항소심에서 청구하고자 하는 경우에는 항소심법원에 바로 청구하여 병합심리가 가능하다.¹⁷⁾ 한편 검사가 당해 청구를 하지 않는 경우, 법원이 필요하다고 인정하면 검사에게 청구를 요구할 수 있다.¹⁸⁾

제7조(치료감호의 독립 청구) 검사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 공소를 제기하지 아니하고 치료감호만을 청구할 수 있다.

1. 피의자가 「형법」 제10조제1항에 해당하여 벌할 수 없는 경우
2. 고소·고발이 있어야 논할 수 있는 죄에서 그 고소·고발이 없거나 취소된 경우 또는 피해자의 명시적인 의사에 반(反)하여 논할 수 없는 죄에서 피해자가 처벌을 원하지 아니한다는 의사표시를 하거나 처벌을 원한다는 의사표시를 철회한 경우
3. 피의자에 대하여 「형사소송법」 제247조에 따라 공소를 제기하지 아니하는 결정을 한 경우

피의자에 대한 처벌이 불가능하거나 처벌하지 않기로 결정한 경우 치료감호만을 독립적으로 청구할 수 있다.

16) 법원행정처 편, 법원실무제요 형사Ⅱ, 2014, 462면.

17) 법원행정처 편, 법원실무제요 형사Ⅱ, 463면.

18) 이는 법원의 의무는 아니라고 해석된다(대법원 2011. 9. 29. 선고 2011도10159 판결참조).

제22조(가종료 등의 심사·결정) 제37조에 따른 치료감호심의위원회는 피치료감호자에 대하여 치료감호 집행을 시작한 후 매 6개월마다 치료감호의 종료 또는 가종료(假終了) 여부를 심사·결정하고, 가종료 또는 치료위탁된 피치료감호자에 대하여는 가종료 또는 치료위탁 후 매 6개월마다 종료 여부를 심사·결정한다.

제23조(치료의 위탁) ① 제37조에 따른 치료감호심의위원회는 치료감호만을 선고받은 피치료감호자에 대한 집행이 시작된 후 1년이 지났을 때에는 상당한 기간을 정하여 그의 법정대리인, 배우자, 직계 친족, 형제자매(이하 “법정대리인등”이라 한다)에게 치료감호시설 외에서의 치료를 위탁할 수 있다.

② 제37조에 따른 치료감호심의위원회는 치료감호와 형이 병과되어 형기(刑期)에 상당하는 치료감호를 집행받은 자에 대하여는 상당한 기간을 정하여 그 법정대리인등에게 치료감호시설 외에서의 치료를 위탁할 수 있다.

치료감호심의위원회는 치료감호가 시작된 후 매 6개월마다 종료 또는 가종료 여부를 심사결정한다. 치료감호심의위원회는 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 6명 이내의 위원과 정신건강의학과 등 전문의의 자격이 있는 3명 이내의 위원으로 구성하고, 위원장은 법무부차관으로 한다(법 제47조). 가종료나 위탁결정을 한 경우에는 보호관찰(3년)을 필요적으로 실시한다(법 제32조).

2) 실형선고자에 대한 수강명령/성폭력 치료프로그램 이수명령

(성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법, 아동청소년의 성보호에 관한 법률)

성폭력범죄자에 대하여 징역형 이상의 유죄판결을 선고하는 경우 법원은 500시간¹⁹⁾의 범위 내에서 수강명령 또는 성폭력 치료프로그램의 이수명령을 필요적으로 부과하도록 하고 있다.²⁰⁾

19) 2013년 이전까지는 300시간이었음.

20) 종래의 법률에서는 아청법상의 이수명령은 필수적 병과였으나, 성폭법상의 이수명령은 임의적 병과로 규정되어 있었음. 한편 부과시간에 대한 법령상의 기준이나 현재 시행중인 양형위원회의 양형기준에 이에 대한 기준은 부재한 실정임. 다만 대법원 예규에서 아래와 같은 기준을 두고 있음.

보호관찰 및 사회봉사명령 등에 관한 예규(재판예규 제1236호, 시행 2008. 06. 19)

제6조(사회봉사명령·수강명령 등의 총시간) 구체적인 사건에서 사회봉사명령·수강명령의 총시간은 대상자의 개선가능성, 범죄의 경중, 미결구금 여부 등을 종합적으로 고려하여 결정하여야 하는바, 이에 대한 일반적인 기준은 다음 각호와 같다.

형사·소년보호·가정보호사건에서 수강시간은 죄명, 피고인의 성향, 관찰 보호관찰소의 수강프로그램 등을 고려하여 정하되 8의 배수가 되도록 명한다.

성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 제16조(형벌과 수강명령 등의 병과) ② 법원이 성폭력범죄를 범한 사람에 대하여 유죄판결(선고유예는 제외한다)을 선고하는 경우에는 500시간의 범위에서 재범예방에 필요한 수강명령 또는 성폭력 치료프로그램의 이수명령(이하 “이수명령”이라 한다)을 병과하여야 한다.

⑤ 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령은 (중략) 징역형 이상의 실형(實刑)을 선고할 경우에는 형기 내에 각각 집행한다.

⑥ 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령이 (중략) 징역형 이상의 실형과 병과된 경우에는 교정시설의 장이 집행한다. 다만, 징역형 이상의 실형과 병과된 수강명령 또는 이수명령을 모두 이행하기 전에 석방 또는 가석방되거나 미결구금일수 산입 등의 사유로 형을 집행할 수 없게 된 경우에는 보호관찰소의 장이 남은 수강명령 또는 이수명령을 집행한다.

⑦ 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령은 다음 각 호의 내용으로 한다.

1. 일탈적 이상행동의 진단·상담
2. 성에 대한 건전한 이해를 위한 교육
3. 그 밖에 성범죄를 범한 사람의 재범예방을 위하여 필요한 사항

당해 수강명령 또는 이수명령은 형기 내에 교정시설의 장이 집행하도록 하며, 수강명령 또는 이수명령은 정신적 상담, 성에 대한 이해를 위한 교육 및 기타 성범죄 재범방지를 위한 교육을 그 내용을 하고 있다.

아동청소년의 성보호에 관한 법률 제21조 ⑧ 보호관찰소의 장 또는 교정시설의 장은 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령 집행을 전부 또는 일부를 여성가족부장관에게 위탁할 수 있다.

성폭력범죄의 처벌에 관한 특례법 시행령 제2조(성폭력범죄자의 재범 예방을 위한 시책 마련) 법무부장관은 법 제16조제2항에 따른 수강명령과 성폭력 치료프로그램의 이수명령의 실시에 필요한 프로그램의 개발 및 관련 전문인력의 양성 등 성폭력범죄자의 재범 예방을 위한 시책을 마련하여야 한다.

성범죄자에 대한 수강명령 또는 이수명령의 부과를 위하여 법원은 보호관찰소장에게 피고인의 신상과 재범의 위험성에 관련된 사항에 대하여 조사를 요구할 수 있으며, 당해 조사요구를 받은 보호관찰소장은 지체 없이 조사하여 보고해야 하고, 이 과정에서 보호관찰소장은 피고인 등을 소환하여 심문할 수 있다.

성폭력범죄의 처벌에 관한 법률 제17조(판결전조사) ① 법원은 피고인에 대하여 제16조에 따른 보호관찰, 사회봉사, 수강명령 또는 이수명령을 부과하기 위하여 필요하다고 인정하면 그 법원의 소재지 또는 피고인의 주거지를 관할하는 보호관찰소의 장에게 피고인의 신체적·심리적 특성 및 상태, 정신성적 발달과정, 성장배경, 가정환경, 직업, 생활환경, 교우관계, 범행동기, 병력(病歷), 피해자와의 관계, 재범위험성 등 피고인에 관한 사항의 조사를 요구할 수 있다.

② 제1항의 요구를 받은 보호관찰소의 장은 지체 없이 이를 조사하여 서면으로 해당 법원에 알려야 한다. 이 경우 필요하다고 인정하면 피고인이나 그 밖의 관계인을 소환하여 심문하거나 소속 보호관찰관에게 필요한 사항을 조사하게 할 수 있다.²¹⁾

나. 사회 내 치료

성범죄자에 대한 시설 외 처우로서의 치료제도는 성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법 등에 의한 집행유예 선고자에 대한 수강명령과 성폭력 치료프로그램 이수 명령과, 치료감호법에 의한 치료감호처분이 (가)종료된 경우 실시되는 정신보건센터의 서비스와 치료감호시설에서의 외래진료제도가 있다.

- 1) 집행유예 선고자에 대한 수강명령/성폭력 치료프로그램 이수명령
(성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법/아동·청소년의 성보호에 관한 법률)

성범죄자에 대하여 집행유예나 벌금형을 선고하는 경우 500시간의 범위 내에서 수강명령 또는 성폭력 치료프로그램 이수명령을 필요적으로 부과한다.²²⁾ 당해 수강명령 또는 이수명령은 집행유예 기간 내 또는 벌금형 확정일부터 6개월 이내에 보호관찰소장이 집행하고, 당해 수강명령 또는 이수명령의 내용은 시설 내 처우의 경우와 동일하다. 당해 수강명령 또는 이수명령을 받은 자에 대한 처우는 보호관찰의 경우를 준용한다.(보호관찰법 상의 원호, 구호, 조사 등에 관한 규정과 준수사항 등에 관한 규정의 적용을 받음). 또한 시설 외 처우로서의 수강명령이나 이수명령에 대해서도 판결전 조사제도에 관한 동일한 규정이 적용된다(성폭법 제17조).

아동청소년의 성보호에 관한 법률 제21조 ② 법원은 아동·청소년대상 성범죄를 범한 자에 대하여 유죄판결을 선고하는 경우에는 500시간의 범위에서 재범예방에 필요한 수강명령 또는 성폭력 치료프로그램의 이수명령(이하 “이수명령”이라 한다)을 병과(併科)하여야 한다.

③ 아동·청소년대상 성범죄를 범한 자에 대하여 제2항의 수강명령은 형의 집행을 유예할 경우에 그 집행유예기간 내에서 병과하고, 이수명령은 벌금 이상의 형을 선고할 경우에 병과한다.

⑤ 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령은 형의 집행을 유예할 경우에는 그 집행유예기간 내에, 벌금형을 선고할 경우에는 형 확정일부터 6개월 이내에 (중략) 각각 집행한다.

⑥ 제2항에 따른 수강명령 또는 이수명령이 형의 집행유예 또는 벌금형과 병과된 경우에는 보호관찰소의 장이 집행하고,(후략)

⑨ 보호관찰, 사회봉사, 수강명령 및 이수명령에 관하여 이 법에 규정한 사항 외의 사항에 대하여는 「보호관찰 등에 관한 법률」을 준용한다.

21) 판결전조사의 내용은 목적상 양형 산정에 참작할 수 있는 요소들을 파악하기 위함이다.

22) 성폭법 제16조와 달리 아동법 제21조 2항에는 ‘선고유예를 제외한다’는 규정이 없어 본 항의 해석 상으로는 선고유예를 하는 경우도 수강명령의 대상이 될 수 있으나, 본 조 타항의 내용상 선고유예는 제외되는 것으로 해석하는 것이 타당할 것이다.

2) 치료감호 (가)종료자에 대한 정신보건서비스 및 외래진료제도(치료감호법)

치료감호가 (가)종료되어 출소한 사람은 정신보건법에 의한 정신보건센터²³⁾에 등록하여 동 센터에 의한 상담, 진료, 사회복귀훈련 등의 서비스를 받을 수 있다. 치료감호 출소자는 치료감호시설에 대하여 출소일로부터 10년의 범위 내(경우에 따라 한차례 연장 가능)에서 외래진료를 신청하여 진료 및 치료를 받을 수 있다. 외래진료의 경우 원격진료가 가능하며, 증상이 악화되더라도 입소(입원)치료는 불가능하다.

치료감호 가종료자나 외부기관 피위탁자의 경우 보호관찰(3년)이 필요적으로 부과되며, 이 경우 피보호관찰자에 대해서는 치료감호심의위원회에 의해 치료 등의 특별준수사항이 부과될 수 있으므로, 해석 상 정신보건센터 등에서의 등록과 외래진료 등의 명령이 가능하다.²⁴⁾

치료감호법 제36조의2(치료감호소 출소자의 정신보건센터 등록 등) 치료감호가 종료 또는 가종료되거나 제24조에 따라 집행정지된 사람(이하 “치료감호소 출소자”라 한다)은 「정신보건법」 제13조의2에 따른 정신보건센터에 등록하여 상담, 진료, 사회복귀훈련 등 정신보건센터의 정신보건서비스를 받을 수 있다.

제36조의3(외래진료) ① 치료감호소 출소자가 치료감호시설에서의 외래진료를 신청한 경우에 치료감호시설의 장은 검사, 투약 등 적절한 진료 및 치료를 실시할 수 있다.

② 제1항에 따른 외래진료의 절차 등에 관하여 필요한 사항은 법무부령으로 정한다.

제36조의4(보호관찰소와 정신보건센터의 공조) ① 보호관찰소의 장과 정신보건센터의 장은 피보호관찰자의 치료 및 재범방지, 사회복귀를 위하여 상호 협조하여야 한다.

② 보호관찰소의 장은 피보호관찰자에 대한 등록, 상담, 진료, 사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등 정신보건 관련 정보를 정신보건센터의 장에게 요청할 수 있다.

③ 정신보건센터의 장은 피보호관찰자의 공동 면담 등 피보호관찰자의 치료 및 재범방지, 사회복귀를 위하여 필요한 경우 보호관찰소의 장에게 협조를 요청할 수 있다.

1. 금고 이상의 형에 해당하는 죄를 지은 때. 다만, 과실범은 제외한다.

2. 제33조의 준수사항이나 그 밖에 보호관찰에 관한 지시·감독을 위반하였을 때

3. 제32조제1항제1호에 따라 보호관찰이 시작된 피보호관찰자가 증상이 악화되어 치료감호가 필요하다고 인정될 때

23) 정신보건법 제13조의2(정신보건센터의 설치) ① 국가 및 지방자치단체는 제13조제1항에 따른 지역 사회정신보건사업의 실시를 위하여 시·군·구 단위로 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시하기 위한 정신보건센터를 설치하도록 노력하여야 한다.

24) 그러나 치료감호 종료자에 대해서는 이러한 조치가 해석상 불가능함.

제32조(보호관찰) ① 피치료감호자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하게 되면 보호관찰이 시작된다.

1. 피치료감호자에 대한 치료감호가 가중료되었을 때
2. 피치료감호자가 치료감호시설 외에서 치료받도록 법정대리인등에게 위탁되었을 때
- ② 보호관찰의 기간은 3년으로 한다.

제33조(피보호관찰자의 준수사항) ① 피보호관찰자는 「보호관찰 등에 관한 법률」 제32조제2항에 따른 준수사항을 성실히 이행하여야 한다.

- ② 제37조에 따른 치료감호심의위원회는 피보호관찰자의 특성을 고려하여 제1항에 따른 준수사항 외에 치료나 그 밖에 특별히 지켜야 할 사항을 부과할 수 있다.

치료감호법 시행규칙 제26조의2(외래진료의 기간·방법 등) ① 법 제36조의3에 따른 외래진료(이하 “외래진료”라 한다)는 치료감호소 출소자의 정신질환 치료를 위하여 출소일부터 10년의 범위에서 실시할 수 있다. 다만, 증상의 악화 등 외래진료가 계속 필요하다고 인정되는 경우에는 10년의 범위에서 한 차례만 그 기간을 연장할 수 있다.

- ② 외래진료는 치료감호시설에서 정신건강의학과 의사의 진료, 검사시설에 의한 검사, 처방 및 투약 등의 방법으로 실시한다. 다만, 치료의 편의를 위하여 필요한 경우에는 원격화상장비를 이용하여 진료할 수 있다.

- ③ 외래진료의 경우 치료감호소 출소자의 증상이 악화되더라도 치료감호시설에 입소시켜 치료할 수 없다.

2. 성범죄자 치료관련 법률과 연구결과의 상충점

앞서 살펴본 우리나라의 성범죄자 치료관련 법률에는 제 2장에서 검토된 성범죄자 치료관련 대원칙 즉, ① **치료 유용성을 증대하기 위한 RNR원칙** ② **성범죄자 치료의 과학화 및 개별화 추구** ③ **치료의 연속화 필요성**이라는 세 가지 측면에서 몇 가지 상충되는 점들이 있다.

가. 평가와 치료의 연계 부족: 판결전 조사와 치료이수명령간의 관계 불명확

현행법상 성범죄자 치료명령(수강명령 혹은 이수명령)을 부과하기 위해 법원은 판결전조사를 필요에 따라 실시하도록 요구할 수 있다(성폭력처벌 특례법 제 17조). 그러나, 판결전조사는 그 목적상 대개 보호관찰, 사회봉사 명령 등 사회 내 처분 부과에 적합성에 있는 것이기 때문에 이를 통해 파악될 수 있는 정보가 치료이수명령의 결정과 어떠한 관계가 있는지 불명확하다. 만일 관계가 있다면 가령, 판결전조사를 통해 가해자의 성적 이탈성이 드러나고 이를 개선하기 위해 죄질의 수

준과 상관없이 치료이수명령의 시간을 높이는 경우가 있을 수 있지만, 이 또한 판사들의 양형판단에 따라 달라질 것이기 때문에 예측할 수 없다.

판결전조사와 치료이수명령간의 관계가 불명확한 것은 판결전조사에서 실시되는 성범죄자 평가도구와도 관련이 있다. 현재 판결전조사에서 성범죄자 평가를 위해 실시되는 검사는 지능검사, 성격검사(MMPI, 로샤잉크반점 검사 등²⁵⁾), 재범위험성평가로 KSORAS, PCL-R, 문장완성검사 등이 있다. 이 중 치료이수명령시간의 부과와 관련이 있을 것으로 예상되는 검사는 KSORAS나 PCL-R검사가 있을 수 있겠다. KSORAS는 성범죄자의 재범위험성을 산정하는 도구이고 PCL-R은 일반적 폭력재범위험성을 평가하는 도구이기 때문에 위험등급의 산정에 참고자료로 활용될 것이다. 그러나, 이러한 결과가 이수명령시간을 결정함에 있어 아무런 영향을 미치지 않는다는 것은 다음 절의 치료이수명령 판결 분석에서 알 수 있을 것이다.

앞서 제2장에서 살펴본 범죄자 치료의 대원칙(RNR 원칙)에 의하면, 누구를 치료할 것인가를 선정하기 위해 보험계리적 재범위험성평가 도구가 사용된다. 즉 판결단계에서 치료이수시간을 결정하지 않는 서구의 경우 ‘행형단계’에서 재범위험성평가 결과를 토대로 가장 장기적인 치료가 필요한 고위험군을 가려내는 것이다. 우리나라도 비록 판결단계에서 재범위험성평가를 사용하고 있지만, 그 목적이 양형 참작에 활용되는 것이지 그 결과에 바탕하여 치료이수시간을 부과하기 위함이 아니다. 사실은 현재의 KSORAS를 판결단계에서 치료이수시간 산정에 활용한다 하더라도 KSORAS 검사만으로 무리가 있고 동적위험요인을 포함한 추가적 위험성평가 등이 실시되어야 한다. 그러나, 판결단계에서 모든 성범죄자에 대해 이러한 검사 및 평가를 시행하는 것은 사실상 불가능하기 때문에 판결단계에서는 치료이수시간을 산정하지 않음이 더 합리적으로 보인다.

그럼에도 불구하고 현행법은 성범죄자의 치료이수명령에 판결전조사가 활용되도록 명시하고 있지만 이것이 어떻게 판사들의 이수명령 및 이수시간 부과까지 연결되는지에 대해서는 가이드라인이 없다. 이것은 ‘범죄자 치료의 개별화 및 과학화 추구’라는 대전제에도 어긋난다. 이러한 상황에서는 판사들의 치료이수시간 산정에 대해 의문을 제기할 수밖에 없으며, 이를 해결하기 위한 대안으로 성범죄자 치

25) 재범위험성평가 이외에 시행되는 MMPI검사 등의 성격검사나, 로샤와 같은 투사적 평가도구는 객관성에 의심을 받아 서구에서는 성범죄자 평가에 거의 활용되지 않고 있는 검사들이다.

료의 대원칙을 고려하여 치료이수시간 산정은 판결단계보다 행형단계로 이관하여 포괄적인 평가를 실시한 후 행하도록 하는 바를 제안한다.

나. 이수(수강)명령 선고시간의 고정성으로 인한 사후치료 한계

이처럼, 현행법상 이수(수강)명령의 시간이 고정됨에 따라 치료의 경과에 따라 사후치료 여부 등이 판단되어도 시행되는 게 가능치 않다. 이는 ‘치료의 연속화’라는 대원칙에 어긋난다. 사후치료는 정규치료를 통해 치료가 불충분한 사람이나, 정규치료 후에도 재범위험성이 충분히 감소되지 않은 사람에게 시행할 수 있고 치료 이수를 토대로 가석방을 득한 경우 사회 내 치료의 형태로도 행해질 수 있다. 따라서 이수(수강)명령의 시간을 고정해버리면, 특히 우리나라와 같이 선고시간이 매우 짧은 경우, 성범죄자의 만성적 위험 요인 등의 관리를 위해 사후치료를 실시하려 해도 법적인 근거가 없게 된다. 이러한 문제를 해결하기 위해 판결단계에서 치료명령을 부과할 때 단순히 ‘구금 기간 내에’ 혹은 ‘보호관찰기간 내에’ 치료를 이수토록 명하고 형기만료 후 특수보호관찰을 받는 전자발찌 부착 대상자의 경우도 사후치료의 개념을 도입하여 그 위험 수준과 니즈에 맞게 기간을 조절할 수 있도록 시간의 부과 없이 ‘보호관찰기간 내에 치료를 받도록’ 함을 제안한다.

다. 치료감호 가중료자의 사후치료 규정 불명확

치료감호 가중료자의 사후치료에 대해서도 현행법상 불분명하다. 치료감호 가중료자가 보호관찰기간 3년 동안 특별준수사항으로 치료를 부과 받는다고 되어 있지만, 이는 의과적 치료를 지칭할 것으로 예상되며, 만성적 범죄유발요인을 가진 고위험군 성범죄자의 재범 방지를 위해 사후치료가 필요한 경우 어떠한 방식으로 해야하는 지 그 주체나 방식 등에 관해 규정이 불명확하다. 앞서 문헌 검토를 통해 확인했듯, 범죄자의 치료를 통한 교정과 사회재통합이라는 두 가지 목적을 상기시켜 볼 때 보완이 필요한 부분이다.

제2절 성범죄자 치료이수명령 판결 현황

1. 자료 및 조사 개요

앞서 우리나라의 성범죄자 치료관련 법률에서 살펴본 바와 같이 현행법상 법원은 성범죄자의 치료를 위해 치료감호명령이나 이수명령(혹은 수강명령)을 선고할 수 있다. 본 연구에서는 부정기형으로 부과되는 치료감호명령을 제외하고 우리나라 성범죄자에게 선고되는 치료 이수명령(혹은 수강명령)의 부과 시 판결에 영향을 미치는 요인 등을 알아보기 위해 본 연구 진행시점의 최근 2개월간 성범죄 치료이수명령의 판결 현황을 분석하였다.

이와 같은 분석을 위해 법원에서 제공한 최근 2개월간의 성범죄 판결문 중 기록조사를 통해 성범죄가 아닌 사건, 성범죄자 치료를 위한 이수(수강)명령이 부과되지 않은 사건은 제외하였고 고등법원에 회부된 사건은 피해자 정보 등이 명확치 않고 지방법원의 사건과 겹칠 가능성이 있어 제외하였다. 또한 연구 기간 상 전체 사건을 분석하는 것은 불가능하였기에 울산, 인천, 부산 등 5개의 지방법원을 제외한 나머지 지방법원에 접수된 성범죄 관련 판결문을 분석하였다. 이렇게 하여 검토된 사건은 모두 175건으로 2014년 8월과 9월에 판결이 이뤄졌으며, 합의부에서 결정된 사건 142건과 단독사건 33건으로 구성되어 있다.

판결문은 기록조사 형식으로 코딩 및 분석되었다. 먼저 판결문에서 공통적으로 추출할 수 있는 문항들로 기록조사지를 만들었고, 연구책임자에 의해 기록조사 방법에 대해 훈련받은 대학원생 연구인턴이 코딩작업을 완수하였다. 코딩된 내용은 SPSS 18.0을 이용하여 통계자료화 하였으며 기술통계와 가설검증 등의 분석방법을 이용하여 결과를 분석하였다.

2. 치료이수명령 대상 성범죄자 및 피해자의 일반적 특성

가. 사회인구학적 특성

먼저, 판결문에 나타난 사회인구학적 정보와 범죄경력을 중심으로 치료이수명령(이수명령과 수강명령) 대상 성범죄자의 일반적 특성을 살펴보았다.

① 성별

전체 175명의 치료이수명령 대상 성범죄자(이하부터 치료이수명령 대상자) 중 남자가 174명(99.4%)로 압도적으로 많았고 여자는 1명(0.6%)에 불과했다.

〈표 3-1〉 치료이수명령 대상자의 성별

구분	대상자 수	퍼센트
남	174	99.4
여	1	.6
합계	175	100

② 거주지역

치료이수명령 대상자의 거주지역으로는 서울이 40명(22.9%)로 가장 많았고, 경기도가 33명(18.9%), 인천과 경북이 각각 15명(8.6%), 부산과 충남이 각각 12명(6.9%), 10명(5.7%) 등으로 다양하게 나타났다.

〈표 3-2〉 치료이수명령 대상자의 거주지역

구분	대상자 수	퍼센트
서울	40	22.9
경기	33	18.9
인천	15	8.6
부산	12	6.9
대구	8	4.6
광주	4	2.3
대전	4	2.3
전북	4	2.3
전남	6	3.4
경북	15	8.6
경남	8	4.6
충북	4	2.3
충남	10	5.7
강원	5	2.9
제주	7	4.0
합계	175	100

③ 연령분류

치료이수명령 대상자의 연령을 분류해보면 20대가 36명으로 20.6%, 30대가 44명으로 25.1%, 40대가 49명으로 28%였다. 20대~40대의 비율은 전체 중 73.7%를 차지하였다. 이에 반해 50대는 35명(20%), 60대는 9명(5.1%), 70대는 2명(1.1%)이었다.

〈표 3-3〉 치료이수명령 대상자의 연령 분류

구분	대상자 수	퍼센트	누적퍼센트
20대	36	20.6	20.6
30대	44	25.1	45.7
40대	49	28.0	73.7
50대	35	20.0	93.7
60대	9	5.1	98.9
70대	2	1.1	100
합계	175	100	

나. 범죄유형 및 경력

① 범죄 유형

치료이수명령 대상자의 범죄유형에 따른 분류를 살펴보았다. 전체 대상자 중에 가장 많은 비율을 차지하는 것은 강간과 강제추행으로 강제추행이 64명(36.6%)이었고 다음이 강간으로 61명(34.9%)이었다. 이에 반해 성매수는 12명(6.9%), 카메라촬영, 음란물, 공연음란행위 등이 13명(7.4%)으로 비교적 낮은 비율을 차지하였으며, 판결 시 성범죄 관련 범죄유형이 혼합되어 있는 경우가 25명으로 14.3%를 차지하였다.

〈표 3-4〉 치료이수명령 대상자의 범죄유형

구분	대상자 수	퍼센트
강간	61	34.9
강제추행	64	36.6
성매수	12	6.9
카메라촬영, 음란물, 공연음란행위	13	7.4
혼합	25	14.3
합계	175	100

*혼합=중복 성범죄

② 피해자연령에 따른 범죄 유형 분류

치료이수명령 대상자를 피해대상의 연령에 따라 성인을 대상으로 한 경우와 13세 미만 아동을 대상으로 한 경우, 청소년을 대상으로 한 경우, 그리고 두 가지 이상의 유형이 혼재되어 있는 혼합형으로 구분하였다. 전체 대상자 중 성인대상의 성범죄자가 91명으로 52%를 차지하여 가장 많았고, 13~19세의 청소년을 대상으로 한 경우는 52명으로 29.7%, 13세미만 아동을 대상으로 한 경우는 15명으로 8.6%를 차지하였다. 혼합형의 경우는 13명으로 7.4%였다.

〈표 3-5〉 치료이수명령 대상자의 피해자연령에 따른 범죄 유형 분류

구분	대상자 수	퍼센트
성인	91	52.0
13세미만 아동	15	8.6
13-19세 청소년	52	29.7
혼합형	13	7.4
알수없음	4	2.3
합계	175	100

*혼합형=피해대상이 중복인 경우

③ 전과 경력 및 전과 유형

치료이수명령 대상자 중 전과가 없는 경우는 91건으로 52%를 차지 가장 많았고, 전과 경력이 있는 경우는 64명으로 36.5%를 차지하였다. 전과유형을 보면 동종범죄를 저질렀던 경우가 24명(13.7%), 이종범죄를 저질렀던 경우가 34명(19.4%)이었고 혼합형은 6명(3.4%)이었다.

〈표 3-6〉 치료이수명령 대상자의 전과유형

구분		대상자 수	퍼센트
전과없음		91	52.0
전과있음	동종	24	13.7
	이종	34	19.4
	혼합	6	3.4
알수없음		20	11.5
합계		175	100

*혼합=동종+이종

범죄경력횟수로는 본 범죄를 제외하고 1회가 33명(18.9%)으로 가장 많았고, 2회가 11명(6.3%)이었으며 5회 이상은 2명이었다. 자료의 한계로 범죄경력을 알 수 없는 대상자가 34명 정도 되었다.

〈표 3-7〉 치료이수명령 대상자의 범죄경력횟수

구분	대상자 수	퍼센트
없음	91	52.0
1회	33	18.9
2회	11	6.3
3회	2	1.1
4회	2	1.1
5회	1	.6
10회	1	.6
알수없음	34	19.4
합계	175	100

다. 피해자 특성

① 피해자 성별

치료이수명령 대상자의 피해자 특성을 보면, 먼저 성별은 여자가 171명(97.7%)로 압도적으로 많았고 남자는 3명(1.7%)에 지나지 않았다.

〈표 3-8〉 치료이수명령 대상자의 성범죄 피해자 성별

구분	대상자 수	퍼센트
남성	3	1.7
여성	171	97.7
알수없음	1	.6
합계	175	100

② 피해자 연령 분류

피해자의 연령을 살펴본 결과 전체 이수명령 대상자의 성범죄 피해자 중 취학 전 연령인 만 7세 미만의 피해자가 1건이 있었다. 초등학교 저학년 연령은 6건(3.4%), 고학년 연령은 9건(5.1%)을 차지하여 전체 대상자 중 13세미만의 아동이 차지하는 비율은 9.1%였다. 13세 이상 19세 이하의 청소년은 63명으로 36%를 차

지하였다. 이 밖에 20대는 40명(22.9%), 30대는 20명(11.4%), 40대는 18명(10.3%), 50대는 10명(5.7%), 60대는 8명(4.6%)이었다.

〈표 3-9〉 치료이수명령 대상자의 성범죄 피해자 연령분류

구분	대상자 수	퍼센트	누적퍼센트
7세미만	1	.6	.6
7세이상 10세미만	6	3.4	4.0
10세이상 13세미만	9	5.1	9.1
13세이상 19세이하	63	36.0	45.1
20대	40	22.9	68.0
30대	20	11.4	79.4
40대	18	10.3	89.7
50대	10	5.7	95.4
60대	8	4.6	100
합계	175	100	

③ 피해자 수

피해자 수는 1명인 경우가 148명(84.6%)으로 가장 많았으며 2명이 16명(9.1%)이었고 5명 이상인 경우도 2건 있었다.

〈표 3-10〉 치료이수명령 대상자의 성범죄 피해자수

구분	대상자 수	퍼센트	누적퍼센트
1명	148	84.6	85.1
2명	16	9.1	94.3
3명	6	3.4	97.7
4명	2	1.1	98.9
5명	1	.6	99.4
6명	1	.6	100
알수없음	1	.6	
합계	175	100	

라. 재범위험성 등급

판결문에 적시된 K-SORAS점수의 등급을 살펴보았다. K-SORAS검사는 판결문에 그 값과 등급이 명시된 경우는 많지 않았다. 값이 명시된 37명의 자료를 살펴

본 결과 K-SORAS점수에서 재범위험등급이 낮다고 나온 사람은 한 사람도 없었다. 25명(14.3%)은 중간 등급이었으며, 12명(6.9%)은 재범위험이 높음으로 산출되어 모두 재범위험성 중간등급 이상을 받았음을 확인할 수 있다.

〈표 3-11〉 치료이수명령 대상자의 K-SORAS점수

구분	대상자 수	퍼센트
중간(7-12점)	25	14.3
높음(13-29점)	12	6.9
알수없음	138	78.9
합계	175	100

3. 치료이수명령 대상자의 선고처분 결과

가. 선고처분 유형 및 형량

① 선고처분 유형 및 형량

치료이수명령 대상자의 선고 처분 유형 및 형량을 살펴보면 아래와 같다. 먼저 대상자 175명의 평균 치료 이수시간은 71시간이었으며 표준편차는 50시간으로 나타났다. 치료시간을 가장 작게 부과 받은 사람은 8시간을, 가장 많게 부과 받은 사람은 300시간을 받은 것으로 나타났다.

〈표 3-12〉 치료이수명령 대상자의 선고처분 유형 및 형량

구분	대상자 수 (대상자 비율)	평균(표준편차)	최소값	최대값
징역형	128(73.1)	46.1(42.9)개월	4	300
집행유예	17(9.7)	28.2(14.0)개월	12	60
벌금형	49(28.0)	583.7(645)만원	50	3000
성충동약물치료	1(0.6)	60.0(-)개월	60	60
신상정보공개·고지	76(43.4)	61.0(30.2)개월	24	120
전자발찌	23(13.1)	132.1(90.4)개월	24	360
봉사활동	7(4.0)	102.9(31.5)시간	80	160
치료이수시간	175(100)	71.3(50.5)시간	8	300

치료이수명령 이외의 형벌적 선고처분을 유형별로 살펴보면 전체 175명 중 징역형을 선고받은 사람은 128명으로 73.1%를 차지하였다. 이수명령 대상자 중 징역형을 선고받은 사람의 평균 징역형량은 46개월로 3년 8개월 정도를 차지하였고, 가장 적은 형량은 4개월, 가장 많은 형량은 300개월(25년)이었다. 이수(수강)명령 대상자 중 17명(9.7%)은 집행유예를 선고받았으며 평균 28개월(2년 4개월)정도를 부과 받았다. 대상자 중 벌금형을 부과 받은 사람은 49명(28%)으로 평균 벌금액은 583만원 정도였다.

이수(수강)명령 대상자 중 76명(43.4%)은 신상정보공개·고지 명령을 부과 받았으며 평균기간은 61개월(5년 1개월)이었다. 한편 전자발찌를 병과 받은 사람은 23명(13.1%)이었고 평균 132개월(11년)동안 부착되도록 선고되었다. 이수명령 대상자 중 1명은 성충동약물치료 명령을 부과 받았으며 치료기간은 60개월(5년)이었다.

② 징역형량

이수(수강)명령 대상자의 선고처분 결과 중 징역형 결과를 자세히 살펴보겠다. 먼저 징역형량을 분류해 보면, 전체 대상자 중 128명(73.1%)이 징역형을 부과 받은 것으로 나타났다. 1년 이하의 징역형을 받은 대상자는 18명(10.3%), 1년초과 2년 이하는 31명(17.7%) 등으로 나타났다. 2년 초과 3년 이하의 징역형을 부과 받은 대상자가 32명(18.3%)로 가장 많았다. 3년 이하의 징역형을 선고받은 비율은 전체 중 63.3%에 해당되었다. 한편 5년 이상의 징역형을 선고받은 비율은 18%로, 5명 중 1명꼴로 나타난다.

〈표 3-13〉 치료이수명령 대상자의 징역형량분류

구분	대상자 수	퍼센트	유효 퍼센트	누적퍼센트
1년이하	18	10.3	14.1	14.1
1년초과 2년이하	31	17.7	24.2	38.3
2년초과 3년이하	32	18.3	25.0	63.3
3년초과 4년이하	12	6.9	9.4	72.7
4년초과 5년이하	12	6.9	9.4	82.0
5년초과 6년이하	6	3.4	4.7	86.7
6년초과 7년이하	2	1.1	1.6	88.3
7년초과 8년이하	2	1.1	1.6	89.8

구분	대상자 수	퍼센트	유효 퍼센트	누적퍼센트
8년초과 9년이하	-	-	-	-
9년초과 10년이하	9	5.1	7.0	96.9
10년초과	4	2.3	3.1	100
계	128	73.1	100	
미징역형	47	26.9		
합계	175	100		

*미징역형=벌금형, 사회봉사, 치료이수 처분을 받은 경우.

4. 이수(수강)명령 처분 특성 분석

가. 이수(수강)명령의 시간 분류

① 이수(수강)명령 시간 분류

〈표 3-14〉 치료이수명령 대상자의 치료이수시간분류

구분	전체 수	퍼센트	유효 퍼센트	누적퍼센트
40시간 이하	93	53.1	53.1	53.1
40시간 초과 80시간 이하	50	28.6	28.6	81.7
80시간 초과 120시간 이하	16	9.1	9.1	90.9
120시간 초과 160시간 이하	8	4.6	4.6	95.4
160시간 초과 200시간 이하	3	1.7	1.7	97.1
200시간 초과	5	2.9	2.9	100
합계	175	100	100	

나. 이수(수강)명령에 영향을 미치는 요인

① 범죄유형별 이수(수강)명령 처분 시간

이수(수강)명령의 시간에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 몇 가지 분석을 실시하였다. 먼저 범죄유형별로 이수(수강)명령 시간에 차이가 있는지 살펴보았다. 전체 대상자의 판결문에 나타난 범죄사건과 죄명을 중심으로 크게 강간, 강제추행, 성매수, 카메라촬영 등(음란물, 공연음란관련 범죄 포함)으로 나누고 이 중 두 가지 유형 이상의 범죄를 저질러 이수(수강)명령을 선고받은 사람은 혼합형으로 분

류하였다. 5개 집단의 치료이수명령 평균시간은 각각 달랐는데, 혼합형의 이수(수강)명령 시간이 94시간으로 가장 높았으며, 다음이 강간으로 83시간, 성매수 60시간, 강제추행 58시간, 카메라 촬영 등이 43시간으로 나타났다. 범죄유형별 이수(수강)명령 시간의 평균 값 차이가 통계적으로 유의미한 지 살펴보기 위해 ANOVA를 실시한 결과 그 평균 차이는 유의한 것으로 나타났다. 이는 이수(수강)명령의 시간을 결정함에 있어 죄질의 한 요소에 해당하는 범죄유형이 영향을 미친다는 것으로 단일유형으로는 강간이 가장 높고 두 가지 이상의 복합유형 범죄를 저지른 때 판사들이 이수(수강)명령의 시간을 더 길게 부과함을 알 수 있다.

〈표 3-15〉 범죄유형별 치료이수시간에 대한 효과 검정

구분	대상자 수	평균(표준편차)	효과 검정(F값)	부분에타제곱
강간	61	83.6 (50.7)	4.804**	.102
강제추행	64	58.1 (48.2)		
성매수	12	60.0 (46.7)		
카메라촬영, 음란물, 공연음란 등	13	43.7 (22.3)		
혼합	25	94.4 (53.7)		
합계	175	71.3 (50.5)		

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

② 피해자 유형별 이수(수강)명령 처분 시간

다음은 피해자 유형별로 이수(수강)명령의 처분 시간에 차이가 있는지 알아보았다. 아래의 표에서 알 수 있듯이, 이수(수강)명령의 처분 시간은 13세 미만 아동·청소년을 대상으로 범죄를 저지른 경우 평균 98.9시간으로 가장 높았고, 다음이 피해대상이 아동·청소년과 성인 둘다인 혼합형으로 평균 90.8시간이었다. 성인을 대상으로 성범죄를 저지른 사람의 치료이수시간은 평균 69시간 정도 되었고, 청소년을 대상으로 성범죄를 저지른 사람의 치료이수시간은 평균 63시간 정도 되었다. 그러나, 이러한 차이에 대해 ANOVA를 이용하여 효과 검정을 했을 때 통계적으로 유의하지는 않았다.

〈표 3-16〉 피해대상별 치료이수시간에 대한 효과 검정

구분	대상자 수	평균(표준편차)	효과 검정(F 값)	부분에타제곱
성인	91	69.5 (50.9)	$F=2.371$	.053
13세미만 아동·청소년	15	98.9 (89.3)		
13-19세 청소년	52	63.9 (35.7)		
혼합형	13	90.8 (26.6)		
알수없음	4	40.0 (28.5)		
합계	175	71.3 (50.5)		

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

③ 피해자 장애유무에 따른 이수(수강)명령 처분 시간

피해자가 장애가 있을 때 이수(수강)명령의 처분 시간에 차이를 보이는지 살펴 보았다. 피해자가 장애가 있는 경우 평균 치료이수시간이 91시간으로, 없는 경우의 69시간에 비해 다소 높았다. 그러나, 그 차이가 통계적으로 유의하지는 않았다.

〈표 3-17〉 피해자 장애여부에 따른 치료이수시간에 대한 효과 검정

구분	대상자 수	평균(표준편차)	효과 검정(F 값)	부분에타제곱
있음	16	91.3 (42.6)	$F=2.729$	.016
없음	157	69.4 (51.2)		
합계	173	71.4 (50.8)		

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

④ 가해자 전과유형별 이수(수강)명령 처분 시간

이수(수강)명령 대상자가 과거에 범죄를 저지른 적이 있는지 혹은 전과유형별로 이수(수강)명령의 처분 시간에 차이가 있는지 살펴보았다. 먼저 전과 유무에 따른 이수(수강)명령의 평균 시간에는 통계적으로 유의미한 차이가 없었다. 또한 전과유형에 따른 평균 치료이수시간의 차이를 살펴보았을 때에도 전과유형이 동종과 이종이 혼합된 경우가 86시간으로 가장 높았으나 나머지 유형들과 비교했을 때 통계

적으로 유의한 결과를 보여주지는 않았다.

〈표 3-18〉 가해자 전과유무에 따른 치료이수시간

구분	대상자 수	평균(표준편차)	t 검정(F 값)
전과 없음	91	74.7(55.2)	.064
전과 있음	70	75.2(45.3)	

〈표 3-19〉 가해자 전과유형별 치료이수시간에 대한 효과 검정

구분	대상자 수	평균(표준편차)	효과 검정(F 값)	부분에타제곱
이중	34	78.2 (39.5)	F= .334	.011
동종	24	70.8 (60.1)		
혼합	6	86.7 (16.3)		
합계	64	76.3 (46.7)		

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

⑤ 재범위험성별 이수(수강)명령 처분시간

앞으로 재범을 저지를 가능성을 판단하는 재범위험성 등급별로 치료이수시간에 차이가 있는지 살펴보았다. 재범위험성평가 결과 중간등급을 받은 사람의 평균 치료이수시간은 91시간, 높은 등급을 받은 사람의 평균 치료이수시간은 101시간으로 재범고위험등급의 치료이수시간이 높은 경향을 보였으나 두 차이가 통계적으로 유의한 수준은 아니었다.

〈표 3-20〉 K-SORAS점수 별 치료이수시간에 대한 효과 검정

구분	대상자 수	평균(표준편차)	효과 검정(F 값)	부분에타제곱
낮음	-	-	F= .352	.010
중간	25	91.2 (33.7)		
높음	12	101.7 (74.6)		
합계	37	94.6 (49.8)		

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

⑥ 치료이수시간과 다른 요인간의 상관 관계

이와 같은 결과를 토대로 치료이수시간과 다른 요인 간의 상관 관계를 더 살펴 보았다. 치료이수시간은 징역형량과 .353으로 통계적으로 유의미한 상관관계를 보이고 있다. 이 밖에 피해자 수와도 .152의 유의미한 상관관계를 보여주고 있고, 이수(수강)명령 처분을 제외한 다른 보안처분으로는 전자발찌와 .443의 유의미한 상관관계를 보여주고 있음을 알 수 있다.

〈표 3-21〉 치료이수시간과 다른 요인간의 상관 관계

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
(1)징역형(개월)	1								
(2)치료이수시간	.353***	1							
(3)범죄경력횟수	.002	.084	1						
(4)집행유예	.913***	.060	-	1					
(5)피해자 수	.602***	.152*	.084	-.078	1				
(6)피해자 나이	.187*	.050	.130	-.008	-.051	1			
(7)신상정보	.747***	.143	.177	-	.362*	.209	1		
(8)전자발찌	.541**	.443*	.179	-	-.176	.147	.683***	1	
(9)봉사활동	.112	.372	-	.355	.801*	-.371	-	-	1

※ (1)징역형(개월) (2)치료이수시간 (3)범죄경력횟수 (4)집행유예(개월) (5)피해자 수 (6)피해자 나이 (7)신상정보(개월) (8)전자발찌(개월) (9)봉사활동(개월)

*p<.05, ** p<.01, *** p<.001

⑦ 치료이수시간 결정 모형

지금까지의 분석결과 치료이수시간과 관련이 있는 요인으로 파악된 것은 범죄 유형, 피해자 수, 징역형량, 전자발찌형량이다. 그러나 평균 비교 분석과 상관 분석으로는 법원의 치료이수시간 결정에 영향을 미치는 요인들을 파악할 수 없기에 지금까지의 결과를 고려하여 다중회귀 분석을 실시하였다. 피해자 수나 범죄유형이 징역형량과 치료이수시간 둘 다에 영향을 미치는 가외 변인이 될 수 있기 때문에 각 변수간의 영향을 통제할 필요가 있었다. 전자발찌 형량은 치료이수시간과 함께 다른 설명 변인들로 인해 영향을 받는 종속변인으로 판단되어 회귀 모형에서 제외하였다. 범죄 유형(카메라 촬영, 성매수, 강제추행, 강간, 혼합)은 성범죄 유형 중

가장 심각한 것으로 구분되는 강간 행위가 현 범죄 행위에 포함되었는지에 따라 더미 변수로 처리하였다.

법원의 치료이수시간을 결정하는 모형은 총 3가지로 설정하였다. 모형 1은 양형과 치료이수 시간에 영향을 미칠 것이라고 예측되는 가해자의 인구학적, 범죄력 관련 요인(가해자 연령, 범죄경력횟수, 동종전과 유무)과 범행 관련 요인(피해자 수, 피해자 연령, 강간 유무)을 설명변인으로 투입하였다. 모형 2는 가해자·범행 관련 요인과 더불어 성범죄 재범 위험성 평가 결과인 KSORAS 등급을 투입하여 성범죄 재범 위험성 평가 결과가 치료이수시간 명령에 미치는 영향력을 알아보았다. 마지막으로 모형 3은 가해자·범행 관련 요인, 위험성 평가 등급, 그리고 징역형량(개월)을 설명 변수로 하여 치료이수명령 시간을 예측하였다.

모형 1은 R^2 이 .124, 수정된 R^2 이 .124로 나타났다. 모형의 적합성을 위해 분산 분석을 실시한 결과 $F = 3.97(p < .01)$ 로 통계적으로 유의하였으며, 가해자·범행 관련 요인 중 강간유무 만이 치료이수시간에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 각 요인별로 치료이수시간에 얼마만큼의 영향을 미치는지 살펴본 결과, 다른 가해자·범행 관련 요인을 통제하였을 때 강간 행위가 포함되어 기소가 된 경우는 강간이 아닌 성범죄로 기소된 경우보다 치료이수시간이 32시간 증가되는 것으로 예측되었다.

성범죄 재범 위험성 평가 결과를 설명변인으로 추가한 모형 2의 경우, R^2 이 .128(수정된 R^2 이 .127)로 나타나 모형의 설명력은 약간 증가하였으나, 모형의 적합도($F = 3.49, p < .01$)는 모형 1보다 오히려 감소하는 것으로 나타났다. 가해자·범행 관련 요인이 치료이수시간에 미치는 영향력을 제외하면 KSORAS 등급은 유의하지 않았으며, 강간 유무는 다른 변인들의 영향력을 통제하더라도 치료이수시간을 여전히 잘 설명하였다($t = 4.30^{***}$).

가해자·범행 관련 요인, 위험성 평가 결과와 더불어 징역형량을 설명 변수로 추가한 모형 3은 R^2 이 .242, 수정된 R^2 이 .241이며, 모형의 적합성은 $F = 6.60(p < .001)$ 로 나타나 치료이수시간을 설명하는 힘이 가장 크고, 모형도 가장 적합한 것으로 나타났다. 공선성 진단을 위하여 VIF값을 살펴본 결과 모든 계수 값이 약 1에 가까웠다. 징역 형량이 1개월 증가할수록 치료이수시간이 30분 정도 증가하는 것으로 나타났으며, 징역 형량이 치료이수시간에 미치는 영향력으로 인해 강간유무의 영향은 더 이상 유의하지 않은 것으로 나타났다. 이는 범죄 유형 중 강간이 징역형

량과 치료이수시간 둘 다에 영향을 미치는 가외 변인이었음을 의미한다.

〈표 3-22〉 치료이수시간에 영향을 미치는 요인에 관한 모형

모형	변수	비표준화계수	표준화계수	t값	R ² (수정된R ²)
모형 1 가해자·범행 관련 요인 (F = 3.97**)	(상수)	12.175		.439	.124(.124)
	가해자연령	.426	.105	1.428	
	범죄경력횟수	1.390	.030	.406	
	동종전과유무	-4.308	-.026	-.353	
	피해자수	9.622	.136	1.868	
	피해자연령	-2.354	-.077	-1.035	
	강간유무	32.063	.318	4.284***	
모형 2 가해자·범행 관련 요인 /위험성 등급 (F = 3.49**)	(상수)	-20.120		-.410	.128(.127)
	가해자연령	.463	.114	1.532	
	범죄경력횟수	.855	.018	.245	
	동종전과유무	-5.418	-.032	-.441	
	피해자수	9.594	.135	1.861	
	피해자연령	-2.347	-.077	-1.031	
	강간유무	32.193	.319	4.295***	
모형 3 가해자·범행 관련 요인 /위험성등급 /징역형량 (F = 6.60***)	KSORAS 등급	13.997	.060	.798	.242(.241)
	(상수)	24.728		.529	
	가해자연령	.445	.110	1.577	
	범죄경력횟수	.386	.008	.118	
	동종전과유무	-1.955	-.012	-.170	
	피해자수	-1.058	-.015	-.201	
	피해자연령	-3.283	-.108	-1.537	
	강간유무	11.865	.117	1.463	
	KSORAS 등급	6.077	.026	.369	
	형량(개월)	.513	.425	4.989***	

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

이러한 결과는 현재 성범죄자에게 가해지는 치료 이수(수강)명령은 당해 범죄에 대한 처벌의 하나로 간주되고 있다는 것으로 풀이된다. 즉, 징역형량이 높아질수록 치료 이수시간은 늘어날 것으로 예상되는데 이는 치료이수명령이 징벌적 제재이며 치료적 조치의 의미를 갖기 위해 반영되어야하는 범죄유발요인 수준 등은 거의 고려되고 있지 않다는 결과가 된다. 또한 성범죄 위험성 평가인 KSORAS 결과가

치료이수시간에 전혀 영향을 미치지 않고 있어, 범죄유발요인 평가의 실효성에 대해 재고할 필요성이 존재하였다. 범죄유발요인의 정밀한 평가는 현행법체계에서 판결단계에서 이뤄지기에는 무리가 있기 때문에 치료적 조치로서 치료이수명령의 실효성을 높이기 위해서 사법계가 본 처분의 목적과 의의에 대해 다시 고민해보고 절차를 가다듬는 작업이 필요할 것으로 예상된다.

지금까지 우리나라의 성범죄 치료관련 법률과 치료이수명령의 판결현황에 대해서 살펴보았다. 제 3절에서는 성범죄자 치료기관별로 치료프로그램이 어떻게 운영되고 있는지 살펴보고 실무적 문제점들을 짚어보기로 한다.

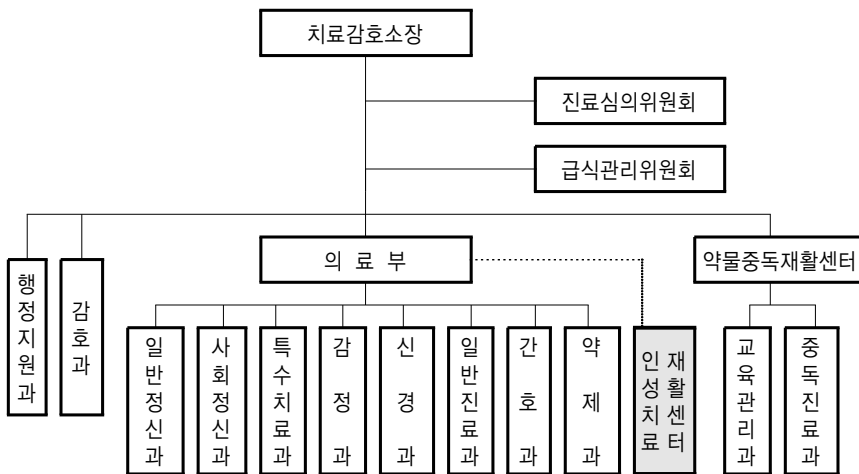
제3절 성범죄자 치료프로그램 운영 현황

1. 정신질환을 동반한 성범죄자의 치료감호소 내 치료

가. 치료감호소 치료의 개요

치료프로그램의 대상은 「치료감호법」 제2조 제1항 제1호, 제3호 치료감호대상자와 「성폭력범죄자의 성충동 약물치료에 관한 법률」 제14조제1항에 해당하는 성범죄 치료감호대상자를 대상으로 하며, 치료프로그램은 성범죄자 특성에 따라 크게 심신장애 성범죄대상자(정신분열증, 충동조절장애 및 정신지체 등 정신장애자)와 정신성적 장애자(소아기호증 등 성도착증 진단을 받은 자)로 구분하여 운영하고 있다. 치료감호소에 수용된 성범죄자²⁶⁾에 대한 관리는 치료감호소 내 의료부 소속하의 “인성치료재활센터”에서 성폭력범죄자의 치료 및 재활을 실시하고 있다.

26) 2014년 8월 31일 기준으로 성범죄자(정신성적장애자)는 89명이 수용(치료감호소 통계)



[그림 3-1] 치료감호소 조직도

치료프로그램 변천사를 보면 2008년 12월 인성치료재활센터가 개관하여 2009년 7월부터 2010년 12월까지는 미국 캘리포니아의 Coalinga State Hospital의 프로그램을 수정·보완하는 프로그램을 적용하였다(24회/60분). 이후 치료 대상자들의 인지적 왜곡이 호전되고, 인지적 오류가 일부 감소하여 반복교육을 통한 효과성 증대가 예상되나, 정서 관련 요인 변화가 유의하지 못한 것에 유의하여 한국형 심리치료프로그램 개발의 필요성이 대두되고, 2011년 12월 범죄유발요인의 핵심적 내용으로 구성된 ‘핵심 심리치료프로그램’이 개발되었다. 이후 2012년 12월 핵심프로그램을 보다 심화한 ‘확장 심리치료프로그램’ 개발되어 행동치료, 분노조절, 정서조절 프로그램 등을 추가하게 된다. 2013년 12월에는 대상자의 개별 욕구에 더욱 부응하기 위하여 ‘다중감각 심리치료프로그램’과 ‘지적제한자 핵심심리치료 프로그램’이 추가로 개발되었다.

정신장애자의 경우(조현병, 조울증 등) 사건의 일차적인 원인이 정신과적 증상에 있기 때문에 우선적으로 약물치료 등을 선행하고 사회기술훈련, 증상관리 등 개인별 취약 부분을 중심으로 치료프로그램을 운영하고 있다. 또한 정신성적 장애자의 경우(소아기호증, 관음증 등), 왜곡된 성인식 변화, 행동수정, 대인관계훈련 등으로 프로그램을 구성하여 운영하고 있는데, 최대한 유사한 문제행동(소아기호, 친족, 강간, 관음, 접촉 등)을 중심으로 집단을 구성·운영하고 있다. 특히, 정신지체

등의 지적제한자는 독자 프로그램을 개발하여 적용하고 있으며, 지적능력 수준의 저하로 개념을 이해하기 쉽게 설명하고 다양한 기자재를 활용하여 구체적인 행동을 통제하거나 교정하는 방향으로 치료프로그램을 운영하고 있다.

나. 치료프로그램 운영현황

소아성기호증 등으로 치료감호 처분을 받아 치료감호소에 입소한 성범죄자는 약 1개월간 별도의 검사병동에 수용시켜 신경기능, 임상심리, 임상병리 등의 검사를 실시하고 있는데, 증상정도에 따라 2인, 6인, 8인실에 분리 수용하고 있으며, 약물치료, 심리치료, 병동요법 및 직업재활 프로그램을 실시하고 있다. 약물치료는 2013년 3월 19일 「성폭력범죄자의 성충동 약물치료에 관한 법률」의 제정 및 시행으로 성폭력범죄를 저지른 성도착환자에 대하여 항안드로젠 계열의 성충동 약물 치료를 실시하고 있다.

성범죄자에 대한 심리치료는 크게 핵심프로그램(기본·필수과정)과 확장프로그램(심화·추가과정)으로 대별되는데, 개인별 수준에 따라 반 편성을 달리하여 운영하고 있으며, 향후 인력과 예산이 보강이 되는대로 재범방지프로그램을 추가로 개발·운영할 예정이다. 핵심프로그램은 재범과 관련이 높은 범죄유발요인의 핵심적인 내용을 다루는 과정으로 총 10가지 주제(10단계)로 구성되어 있으며, 피치료감호자의 개별 수준에 따라 차등하여 단계를 적용하고 있다. 확장프로그램은 핵심프로그램에서 공감능력, 정서 인식 능력, 변화 동기가 부족하거나 성적 일탈성이 심각하고 충동성, 공격성이 심한 피치료감호자를 대상으로 핵심프로그램과 병행 또는 모듈식(module)으로 선택하여 적용하고 있다.

이 밖에 병동요법으로는 간호사, 간호조무사, 사회복지사, 외부 강사 등이 치료 프로그램을 진행하고 있으며, 미술치료, 단주교육, 문화예술치료, 일상생활요법, 통합재활프로그램, 기초학습능력훈련(정신지체자 교육), 검정고시 대비반, 손글씨 강좌, 심성요법, 음악치료, 정신보건교육 등을 실시하고 있다. 또한 직업교육으로 외부강사를 활용하여 제과·제빵 교육프로그램, 세탁 교육프로그램 등을 실시하고 있다.

다. 치료프로그램 특징 및 내용

치료감호소 성범죄자 치료프로그램은 10명 내외의 소집단으로 운영되고 있는데, 소집단의 구성은 학습 및 모델링 효과 제고를 위해 개인별 정기평가²⁷⁾를 실시하여 소집단 구성원이 탈락하거나 새롭게 유입될 수 있는 순환형 집단으로 운영하고 있으며, 치료 목표의 실증적 선정을 위해 매분기별로 피치료감호자와 개인면담을 실시하고 있다. 치료프로그램 진행방식은 범죄유발요인을 중심으로 핵심 주제를 제시하여 구체적인 방법이나 내용은 치료자의 전문성, 역량, 집단의 역동에 따라 운영되고, 6개월마다 내부 및 외부 전문가 집단을 통한 정기 심리평가(자기 보고형) 및 치료자평정척도(TRS-2) 평가를 실시하여 피치료감호자 개인별 처우에 반영하고 있다.

또한, 인지행동치료(CBT)를 중심으로 혐오치료, 행동치료, 뉴로피드백 등의 방법으로 접근하고 있으며, 피치료감호자 개인별 특성에 따른 분류를 실시하여 집단 및 개인치료를 병행(소아기호, 정신장애, 지적장애, 충동조절장애 등)하고 있다. 치료에 자발적 참여를 증가시키기 위한 동기 유발, 역할 훈련을 통한 공감능력, 객관적 시각 함양 등을 격려하며, 집단 간 논의를 통해서 경험을 일반화하고 개인화하도록 지지하고 있다. 프로그램 구성은 다음과 같다.

- 태도 및 인지 : 적대적 성에 대한 신념, 아동학대 지지적 신념, 아동과 정서적 일치감, 반사회적 태도, 자신의 재범위험성 평가 절하, 특권의식
- 자기조절 : 부족한 행동조절, 대처, 문제해결 능력 부족, 감정조절의 실패
- 친밀감 결여 : 적절한 정서적 관계 형성 어려움, 정서적 외로움, 관계기술부족
- 성적 특성 : 성지식 부족, 일탈적·변태적 성적 관심, 성적 특권, 성적 몰두 등

27) 정기평가는 수용중인 모든 대상자에 대해 6개월 단위로 주치의를 포함한 모든 치료자가 참여하고 있으며, 단계별 성취수준, 치료자 평가척도 결과에 따라서 치료지속 여부, 집단 재편성, 프로그램 탈락 등이 결정하고 있으며, 평가 결과 핵심프로그램 이외에 추가적인 치료 효과성 확보가 필요하다고 판단되는 대상자는 확장형프로그램을 이수토록 하고 있다.

〈표 3-23〉 치료감호소의 성범죄자 치료프로그램 구성

단계	내용	단계	내용
1단계	첫 만남과 자기 소개	6단계	성관념
2단계	집단에서의 자기 개방	7단계	일탈된 성
3단계	행복, 꿈, 미래	8단계	대인관계
4단계	삶의 목표	9단계	일반적 자기조절
5단계	동기	10단계	퇴소계획

2. 교정시설 내 치료

가. 교정시설 내 치료의 개요

교정시설 내 성범죄자 치료의 제도적 변화는 크게 3가지 정도로 요약된다. 첫 번째 변화는 성범죄자에 대한 교정치료기관의 확대로, 현재 아동과 장애인 대상의 성범죄자를 집중적으로 치료하기 위한 집중 교육기관이 전국에 11개가 있고, 성범죄자 중 고위험군을 대상으로 장기치료를 제공하는 교정심리치료센터가 전국에 5개(서울남부, 포항, 청주, 군산, 밀양) 설치되었다. 두 번째 변화는 이수명령제도의 도입으로, 법원이 사회 내 처분(보호관찰, 집행유예 등) 대상자에게 성폭력 치료프로그램 참가를 명령하듯(수강명령), 시설 내 처우 대상자들에게도 교정시설 내에서 성폭력 치료프로그램을 이수하는 것을 판결단계에서 명령(이수명령)할 수 있게 되었다. 세 번째 변화는 성범죄자 치료이행의 의무화로, 2011년부터 모든 성범죄자가 치료를 반드시 받게 되었고(기본교육), 2012년 하반기에는 기본교육 시간이 기존의 40시간에서 100시간으로 늘어났다. 따라서 기존의 40시간 교육 틀에서 사실상 사각지대라고 할 수 있었던 성인여성 대상의 성범죄자들이 보다 긴 기간의 치료를 받게 되었다(윤정숙 외, 2013).

나. 치료프로그램 운영현황

1) 치료과정 분류

시설 내 성범죄자 치료는 기본교육, 집중교육, 심화교육의 3과정으로 나뉘어져 있으며 이 중 어떠한 교육을 받을 것인지는 두 가지 요인에 의해 결정된다. 첫째는

분류심사과에서 실시하는 보험계리적 재범위험성 평가(Static 99사용) 결과로, 이 평가 결과 재범 고위험군이 나오면 기본교육을 마친 후(혹은 형기시간이 충분치 못한 경우 생략) 심화교육기관인 교정심리치료센터로 이송된다. 특히 교정본부에서는 아동이나 장애인 대상의 성범죄자를 대상으로 치료를 실시하는 기관을 집중교육기관으로 지정해 놓았기 때문에, 분류심사과의 재범위험성 평가 결과 재범 위험성 수준이 중등급이나 저등급으로 나오면 집중교육기관에, 고등급으로 나오면 앞서 말한 것처럼 심화교육기관으로 이송되게 된다. 둘째는 법원에서 부과하는 이수명령 시간으로 이수명령 100시간 이하자는 기본교육기관에서, 100~200시간자는 집중교육기관에서, 이수명령 200시간 초과자는 심화교육기관에서 치료를 받게 된다. 이는, 재범의 위험성 수준과 법원이 부과한 이수명령 시간이 반드시 일치하지 않기 때문에 두 가지 요소를 다 고려하여 가령, 이수명령을 100시간 받았더라도 재범 고위험군으로 판정된 경우 기본교육에서 100시간을 채우고 심화교육기관으로 가게 된다. 따라서 실제적으로 치료이수시간은 법원이 부과한 시간보다 초과하여 집행될 가능성이 높다. 그러나, 거꾸로 이수명령을 가령 300시간 부과받았으나 재범위험성이 낮게 나온 경우는 기본교육기관에서 100시간을 채우고 추가로 교정심리치료센터에서 200시간을 더 받게 되는데, 재범의 위험성이 낮은 사람에게 장기치료를 실시할 경우 오히려 과잉치료효과로 재범의 위험이 높아질 우려가 있어 (Lovins, Lovekamp & Latessa, 2009) 이수명령 시간에는 신중을 기해야 함을 다시 한번 확인하게 된다.

교정시설의 단계별 치료에 대해 보다 구체적으로 살펴보면 기본교육은 모든 성폭력사범을 대상으로 하는 치료로 전 교정시설에서 이뤄지며 100시간으로 제공된다. 치료이수명령이 실시되기 전의 대상자들도 모두 기본교육을 받도록 되어 있다. 집중교육은 아동이나 장애인대상의 성폭력 사범을 대상으로 이뤄지며 집중교육기관으로 지정된 교도소에서 제공된다. 심화교육은 재범 고위험군에게 제공되는 치료로 300시간 이상이 제공되도록 규정되어 있다. 또한 판결 시 성폭력 치료프로그램의 이수명령을 병과 받은 자는 병과시간에 맞추어 이수명령 100시간 초과 200시간 이하자는 기본교육을 마치고 집중교육기관에서 치료를 받으며, 병과시간이 300시간을 초과하는 경우는 교정심리치료센터에 치료를 받게 되어 있다.

〈표 3-24〉 교정시설의 단계별 교육실시 내용(2012년 하반기부터)

구분	기본교육	집중교육	심화교육
실시기관	- 전 교정시설	- 집중교육기관	- 교정심리치료센터
교육대상	- 모든 성폭력사범 (필수)	- 13세미만 아동, 장애인대상 성폭력사범 중 재범위험성이 중·저인 경우 - 이수명령 100~200시간인 자	- 재범 고위험군 - 이수명령 200시간 초과자
교육시간	- 100시간	- 100시간	- 6개월 과정 - 300시간 이상
교육인원	- 5인~20인	- 5인~20인	- 5인~20인
교육진행	- 외부 단체	- 교도관(임상·상담심리관련 학위소지자 또는 유자격자)	- 교도관 (임상·상담심리 전문가)

2) 치료이수자 현황

이러한 제도적 변화에 따라 지난 2008년부터 2013년까지 교정시설에서 시행된 성범죄자 치료프로그램의 횟수는 2008년도에 108회, 인원수는 795명에 불과하던 것이 6년 만에 165회, 1,986명으로 두 배 넘게 증가하였다. 또한 6년간 성범죄자 치료프로그램을 받은 사람은 모두 9,377명으로 집계되었다.

〈표 3-25〉 교정시설 성범죄자 치료프로그램 횟수 및 이수자 인원수(2008~2013)

연도	횟수	인원
2008	108	795
2009	65	855
2010	175	1,960
2011	175	2,071
2012	167	1,710
2013	165	1,986
계	690	9,377

*교정통계연보(2014)를 이용하여 재정리함

다. 치료프로그램 내용

교정시설에서 이뤄지는 성범죄자 치료프로그램의 내용 중 가장 장기치료를 실시하는 교정심리치료센터의 프로그램 내용을 보면 다음과 같다.

〈표 3-26〉 교정시설 내 성범죄자 치료프로그램 운영 과정(예시)

과정	시간	내용
오리엔테이션 및 면담	2주	- 교육과정 소개 - 수용자 규칙 및 서약서 징구 - 개별면담 및 심리검사 실시
모듈 1 동기강화 및 집단 규범세우기	4회기	- 교육에 참여하는 동기 강화 - 집단의 응집력 증진 - 생산적인 집단 활동 및 치료적 변화를 이끌 수 있는 적절한 규범 작성
모듈 2 자존감 향상	4회기	- 자존감 향상을 통해 프로그램의 의미 강화 및 자신의 삶에 대한 적극적 태도 고양 - 의사소통기술훈련을 통해 다른 사람에게 자신의 의견을 전달하고 타인의 의견을 경청하는 방법 학습 - 자신의 장점 찾기를 통해 자신의 내부에 있는 힘을 발견하고 희망적 태도를 가질 수 있게 함
모듈 3 자기 이해 및 사건 이해	11회기	- 자기 이해를 통해 자신의 긍정적 미래를 위해 필요한 요인이 무엇인지를 알 수 있도록 함 - 성범죄 행동의 원인 및 그 행동이 계속 유지되는 자신의 문제에 대해 인식하고 분석함으로써 자신의 범죄유발요인을 이해할 수 있도록 함
모듈 4 대인관계 및 감정관리	10회기	- 대인관계에서 친밀감의 의미 및 가치를 이해할 수 있도록 함 - 역기능적 대인관계 유형을 인식하고 친밀감을 강화시키는 기술개발(갈등해결 포함) - 자신의 감정 인식하기 - 분노, 스트레스 상황 인식하고 다루기 - 문제해결방안 찾기 - 균형잡힌 자신의 생활방식 마련하기
모듈 5 성 이해	4회기	- 성인으로서 알아야 할 성지식을 좀 더 정확하게 습득할 수 있도록 함 - 성인 파트너와 서로 존중하면서 성적 친밀감을 가질 수 있는 태도를 형성함 - 성 행동 시 상호 만족할 수 있는 방법을 찾을 수 있게 함
모듈 6 피해자 이해	2회기	- 성폭력 피해자의 특성에 대해 알 수 있도록 함 - 성폭력이 피해자에게 끼친 고통에 대해 전반적으로 이해할 수 있게 함
모듈 7 행복한 삶	5회기	- 좋은 삶을 가꿀 수 있는 계획 수립하기 - 교육을 통해 수정된 자신의 목표 확인하기 - 사회에 적응하기 위한 계획 수립하기 - 재범방지를 위하여 자신의 인행 전반에 대한 계획 수립하기
총계	40회기(오리엔테이션 및 면담 2주 제외)	

전체 프로그램은 모듈식으로 구성되어 있으며, 처음 2주간은 오리엔테이션과 심리검사 등을 실시하고, 약 4회기 정도 동기강화를 위한 치료 내용이 이어지며, 이후 범죄유발요인은 아니지만 대상자의 변화의지에 대해 중대한 영향을 미칠 수 있는 자존감 향상의 연습이 4회기 동안 이뤄지게 된다.

이러한 초기과정을 끝내고 집단의 응집력이 생기면 범죄유발요인을 다루게 되고, 이를 위하여 성범죄 사건을 자신의 삶속에서 다루는 자서전 시간 등이 뒤따르게 된다. 이 시간동안 대상자들은 범죄행위에 기여했던 자신의 생각이나 감정 등을 회고하여 집단 치료시간에 논의하게 된다. 이러한 회고 시간이 끝나서 어느 정도 범죄유발요인들이 피상적인 수준에서나마 드러났을 때 본격적으로 각각의 범죄유발요인에 대해 구체적으로 다루게 된다. 이를 위한 모듈들이 표에 나타난 대인관계 및 감정관리, 성 이해, 피해자 이해 등이다. 이러한 이슈가 모두 다뤄지면 마지막으로 범죄유발요인의 재등장을 막기 위한 재발방지계획을 세우게 되고 정규치료를 마무리하게 된다.

3. 사회 내 치료

가. 사회 내 치료의 개요

보호관찰소에서 실시하는 성범죄자 사회 내 치료프로그램은 성범죄로 벌금형 혹은 집행유예 처분을 받은 자, 성범죄로 전자장치를 부착한 자, 징역형을 받았으나 수용시설에서 이수명령을 완료하지 못한 자를 대상으로 법원에서 부과한 시간만큼 집행한다.

1989년 우리나라에 보호관찰제도가 도입된 이후 성폭력사범에 대한 수강명령 집행은 지역사회 관련 인적자원을 강사로 활용하여 1일 8시간씩 5일 연속하여 집행하는 방식으로 운영되었는데, 2000년대 후반 범국민적으로 공분을 야기한 성폭력 사건(강호순사건, 조두순사건 등)이 연이어 발생되면서 성폭력·살인 범죄자에 대한 전자장치 부착 등 강력한 제재조치의 도입과 함께 이들에 대한 체계적이고 전문적인 치료프로그램이 필수적으로 병행되어야 한다는 사회적 인식 변화가 높아졌다. 이에 보호관찰소에서는 2006년부터 심리학·사회복지학 석·박사 학위소지자, 정신보건임상심리사, 정신보건사회복지사 등 전문학위 또는 자격증 소지자를 경력경쟁 채용시험을 통해 선발, 성폭력범죄 등 재범위험성이 농후한 범죄자에 대한 지도·감독에 집중적으로 투입해 오고 있으며, 2012년부터는 성폭력사범 등에 대한 체계화된 전문 치료프로그램 도입과 함께 전담인력 운영의 효과성 제고를 위

해 광역 단위 거점 보호관찰소에 성폭력·가정폭력·마약 등 약물사범에 대한 치료 프로그램을 전담하는 수강집행센터를 신설하여 법무부에서 개발한 전문 치료프로그램 매뉴얼을 활용하여 1회기당 5~6시간, 주 1회씩 집단 상담프로그램을 운영하고 있다.

나. 치료프로그램 운영 현황

1) 치료프로그램 운영기관

수강집행센터는 최초로 2012년도에 수원보호관찰소에 설치되면서 성폭력사범에 대한 치료프로그램 집행 등 수강명령 전문성 제고를 위한 중추기관으로 다양한 역할을 수행하고 있는데, 현재 서울 등 7개 광역단위 거점 보호관찰소²⁸⁾에 수강집행센터가 설치되어 사내전문강사를 활용한 치료프로그램을 전담 운영하고 있다. 보호관찰소에서 운영되고 있는 치료프로그램 집행방식은 사내전문강사가 집행하는 직접집행과 외부강사를 활용하는 협력집행 방식으로 구분할 수 있는데, 현재 전국 56개 보호관찰(지)소 중 지역 거점기관 중심으로 운영되고 있는 7개 보호관찰소 수강집행센터는 직접집행 운영 방식을 원칙으로 하고 있다. 다만, 최근 치료프로그램 대상자 증가에 따른 집행대기시간 장기화 문제를 해소하기 위해 불가피하게 협력집행 방식을 일부(전체 집행의 30% 미만) 병행하고 있다.

수강집행센터 관할 보호관찰(지)소는 거점 수강집행센터에서 프로그램을 기획·운영하고 있으며, 필요에 따라 수강집행센터 사내전문강사가 해당기관에 현지출장을 통해 치료프로그램을 진행하고 있으며 수강집행센터가 설치되지 못한 기관²⁹⁾의 경우 사내전문강사가 전문 치료프로그램을 운영하는 경우도 있으나 전담인력 부족 등 사유로 직접집행에 한계가 있어 주로 외부강사에 의한 협력집행 방식을 활용하고 있다.

28) 2014년 9월 현재 서울·수원·대구·광주·대전·부산·인천보호관찰소 등 7개 기관에서 설치·운영되고 있다.

29) 수강집행센터 미설치 기관 : 춘천, 청주, 전주, 창원, 제주 권역 기관

〈표 3-27〉 수강집행센터 관할지역

기 관 명	관할 보호관찰(지)소
서울수강집행센터	서울, 서울동부, 서울남부, 서울북부, 서울서부
수원수강집행센터	수원, 안산, 성남, 여주, 평택, 안양
대구수강집행센터	대구, 대구서부, 안동, 경주, 포항, 구미, 상주, 영덕
광주수강집행센터	광주, 목포, 순천, 해남
대전수강집행센터	대전, 홍성, 공주, 논산, 서산, 천안
인천수강집행센터	인천, 부천, 인천서부
부산수강집행센터	부산, 부산동부

수강집행센터 운영방식은 성폭력사범에 대한 치료효과 배가를 위해 기존 월요일부터 금요일까지 주 5일간 연속하여 집행하는 여타 수강명령 치료프로그램과 달리 치료프로그램 운영주기를 주 1~2회로 구조화하고 치료프로그램의 효과성 제고와 함께 장기간 지속적이고 전문적인 개입을 시도하고 있다. 특히, 성범죄자 치료프로그램의 경우 2000년 후반 성범죄자 치료프로그램 개발 당시 ‘재발방지모형’에 비중을 두는 프로그램에서 서구의 관련 자료들을 취합하고 강점 기반의 좋은 삶 모형(Good Lives Model, 이하 ‘GLM’)을 적용하는 순환형 프로그램으로 발전되어 가고 있다.

2) 치료프로그램 이수자현황

2013년 6월 「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 법률」, 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 개정으로 성범죄자에 대한 수강명령 또는 성폭력 치료프로그램 이수명령이 의무화되고, 부과시간 역시 최대 500시간까지 확대됨에 따라 수강집행대상자가 급격하게 증가되었으며, 특히, 전자발찌 부착자 등 고위험군 성범죄자 증가로 40시간 이상의 장기 치료프로그램을 이수해야하는 수강·이수명령자까지 증가하고 있다.

〈표 3-28〉 성범죄자 수강·이수명령 현황

구분	실시 사건수			40시간 이상 부과자		
	2013년 6월	2014년 6월	비고	2013년 6월	2014년 6월	비고
계	2,069	4,715	228% ↑	563	869	154% ↑
수강명령	1,777	2,498	41% ↑	540	742	37% ↑
이수명령	292	2,217	660% ↑	23	127	452% ↑

다. 치료프로그램 특징 및 내용

1) 치료프로그램의 종류

현재 수강집행센터에서 운영하고 있는 치료프로그램 종류³⁰⁾는 부과시간을 기준으로 하는 경우 40시간을 기준으로 3단계로 구분되며, 부과처분을 기준으로 하는 경우 벌금형, 집행유예, 전자장치부착자 등 3가지 유형으로 구분하여 운영하고 있다. 이외에도 서울수강집행센터는 지적 제한자들을 위한 별도의 프로그램을 운영하고 있다.

〈표 3-29〉 서울수강집행센터의 치료프로그램 종류

구 분	치료프로그램 종류
처분별	벌금형 / 집행유예 / 전자장치부착자
부과시간별	40시간 미만 / 40시간 / 40시간 이상
대상자 특성별	지적 제한자

수강집행센터에서는 법무부에서 개발한 매뉴얼을 활용하고 있는데 수강·이수명령시간이 40시간 이하의 경우에는 표준프로그램 매뉴얼으로, 40시간 이상인 경우에는 순환형프로그램 매뉴얼을 활용하여 치료프로그램을 실시하고 있고 40시간 이상 치료프로그램 이수를 부과 받은 자의 집행순서는 표준프로그램을 먼저 이수한 이후 순차적으로 순환형프로그램을 이수하도록 치료프로그램을 운영하고 있다.

2) 치료프로그램의 특징

수강집행센터 치료프로그램의 특징은 크게 세 가지로 나눌 수 있는데 첫 번째 특징은 직접집행 방식을 적극적으로 활용하고 있다는 것이다. 직접집행방식은 일정 자격요건을 갖춘 수강집행센터 소속 사내전문강사의 검증된 강의력과 수강제도 전반에 걸친 이해력을 바탕으로 치료프로그램 대상자의 범죄행동 수정에 무게중심을 두며 치료와 관리의 일원화가 가능하다는 것인데, 이는 치료프로그램 집행

30) 현재 수강집행센터에서는 부과시간, 개인별 특성 등을 감안하여 크게 성범죄자 치료 수강명령 전문 프로그램(40시간용, '11. 9. 개발완료), 순환형 상담치료 프로그램(80시간용, '13. 6. 개발완료) 등 2가지 치료프로그램을 운영하고 있으며, 향후 아동·청소년 대상 치료 프로그램을 필두로 지적제한자, 청소년 성범죄자 등 성폭력 사범의 심리성적 특성 및 위험성·육구·반응성 원칙을 반영한 유형별 프로그램을 개발할 예정이다

이외에 치료프로그램 대상자의 체계적인 관리 등 적극적인 지도감독이 불가능한 외부강사 활용방식의 한계를 상쇄할 수 있는 장점을 가지고 있다는 것이다. 두 번째 특징은 치료프로그램의 꾸준한 개발과 보완이다. 현재 법무부에서는 보호관찰 대상자용 표준프로그램(2009년 개발, 2011년 개정)과 순환형프로그램(2013년 개발)을 사용하고 있으며, 치료프로그램을 집행하는 사내전문강사의 다양한 임상경험들을 치료프로그램 개선·보완작업에 반영하고 있다. 또한 아동·청소년 대상 성범죄자 치료프로그램 개발이 진행 중에 있으며, 향후 지적 제한자, 청소년 성범죄자 등 성폭력 사범의 심리성적 특성 및 위험성·욕구·반응성 원칙을 반영한 유형별 프로그램이 개발예정에 있다. 세 번째 특징은 전문인력 양성이다. 치료프로그램 집행에 있어 협력집행 방식을 최대한 지양하기 위해 법무연수원 등 전문 교육훈련기관을 활용, 보호관찰소 직원들이 치료프로그램 전문교육을 이수토록 유도하여 자체 사내강사 육성을 위해 노력하고 있다.

3) 치료프로그램 내용

법무부에서 개발한 표준프로그램과 순환형프로그램의 교육내용을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

〈표 3-30〉 수강집행센터의 표준프로그램 매뉴얼 구성표

주 제	내 용
Module 1 동기강화	Session 1 : 자개소개 및 프로그램 소개 Session 2 : 사건 이후 부정적 감정다루기 Session 3 : 사건개요 털어놓기 Session 4 : 인생운전, 자신이해하기 Session 5 : 인생목표 설정하기
Module 2 성교육	Session 6 : 현행 법령 이해하기 Session 7 : 성폭력에 대한 올바른 이해 Session 8 : 성관련 경험 탐색하기 Session 9 : 건강한 성(性) Session 10 : 포르노 영향 점검
Module 3 인지적 왜곡	Session 11 : 인지행동 치료 모델 소개 Session 12 : 인지적 왜곡 이해하기 Session 13 : 강간통념의 수정 Session 14 : 성폭력 발생당시의 기대 검토하기 Session 15 : 계획성 인정하기 (1) Session 16 : 계획성 인정하기 (2)

주 제	내 용
Module 4 공감	Session 17 : 피해자 고통 인식하기 Session 18-1 : 역할극 Session 18-2 : 편지쓰기
Module 5 재범방지	Session 19 : 재범방지 모델 1(wolf 순환모델) Session 20 : 재범방지 모델 2(finkelhor 모델) Session 21 : 스트레스 대처하기
Module 6 변화를 위한 제안	Session 22-1 : 자기조절(분노) Session 22-2 : 자기조절(음주) Session 22-3 : 자기조절(환경) Session 23 : 대인관계 능력증진(가족) Session 24 : 대인관계 능력증진(이성) Session 25 : 자존감 향상 Session 26 : 긍정적 감정 채우기

라. 치료프로그램 운영성과 및 개선방안

1) 치료프로그램 운영성과

보호관찰소 수강집행센터는 법무부에서 개발한 성범죄자 치료프로그램을 도입·운영하면서 성범죄자들에 대한 보다 심화되고 체계화된 수강집행 전문 노하우를 축적할 수 있는 거시적인 성과 이외에도 수강집행센터가 운영되고 있는 해당 지역 법원과의 신뢰도 역시 더욱 긍정적으로 변화되고 있다는 평가를 받고 있는데, 이는 법원의 관점에서 보면 사회 내 처우를 받은 성범죄를 비롯한 가정폭력, 약물사범 등을 관리하고 있는 보호관찰소에 전문 자격을 갖춘 전담직원이 주도적으로 치료프로그램을 운영하면서 범죄자 지도감독에 적극적으로 개입을 하고 있기 때문이라 사료된다. 다만 수강집행센터가 도입된 지 아직 4년여에 불과하다는 것과 함께 아직까지 전국 56개 보호관찰소 중 7개 기관에서만 수강집행센터가 설치·운영되고 있는 점을 고려할 때 치료프로그램의 운영성과 및 효과성에 대한 논의는 시기적으로 이르다고 생각되지만, 형사정책의 궁극적인 목표인 범법자의 재범방지 측면에서 명시적인 성과를 나타내고 있다는 것³¹⁾은 향후에도 재범위험성이 농후

31) 보호관찰소내 성인 성범죄자 치료프로그램의 분석(정유희, 2014)

- 대상기간 : 2012년 2월~2013년 2월
- 대 상 자 : 수원수강집행센터 표준프로그램 이수자 128명에 대한 생존분석을 통한 재범률 비교
- ※ 재범률 비교집단은 협력집행 프로그램 이수자(N=145) 및 대상기간 동안 수강명령 없이 보호관찰 종료자(N=146)이며, 평균 추적기간은 611일

한 성폭력사범에 대한 치료프로그램 활용도는 더욱 증가할 것으로 예상된다.

2) 치료프로그램 운영상의 문제점 및 개선방안

현재 수강집행센터는 독립된 직제상 정식 기관이 아닌 보호관찰소 소속하의 비공식 하부조직 형태로 운영되고 있으며, 조직 규모 역시 센터장을 포함하여 9명 이내로 구성(성폭력 치료프로그램 전담인력은 2명~4명에 불과)되어 있기 때문에, 아직까지도 독자적인 인력과 예산편성 권한 부재 등으로 수강집행센터 운영에 많은 어려움을 내재하고 있는 실정이다. 특히, 2013년 6월 성범죄자에 대한 수강명령·성폭력 치료프로그램 이수명령이 의무화되면서 치료프로그램 대상인원이 지속적으로 증가되고 있지만, 조직과 인력규모는 여전히 담보상태에 있어 치료대상자들에 대한 체계적이고 효율적인 관리에 현실적인 한계를 보이고 있을 뿐만 아니라 운영인력 과부족으로 치료프로그램대상자들의 집행대기시간이 장기화되는 현실적인 문제점을 보이고 있다는 것이다.

〈표 3-31〉 수강명령센터의 수강(이수)명령 집행대기자현황

(단위 : 명, 기준일 : 2014. 08. 31)

기관명	운영인력	성폭력전담인력	집행대기자
서울	8	3	366
수원	9	4	210
부산	8	3	142
광주	9	3	125
인천	8	3	82
대전	8	2	86
대구	8	2	75

- 재범자 : 수강집행센터 프로그램이수자는 3.1%(124명 중 4명), 협력집행 프로그램이수자 20.7%(115명 중 30명), 비수강명령 종료자 16.4%(122명 중 24명)
- 재범횟수 : 수강집행센터 프로그램이수자 0.4회, 협력집행 프로그램이수자 28회, 비수강명령 종료자 23회
- 재범시기 : 수강집행센터 프로그램이수자는 200일이 지날 때까지 재범이 발생하지 않았고, 400일 무렵까지 4건의 사건이 발생한 후 재범이 억제되고 있는 양상이었지만, 협력집행 프로그램이수자 및 비수강명령 종료자는 400일까지 상대적으로 빠른 속도로 재범이 증가하였으며, 600일 이후 협력집행 집단이 비수강 집단보다 재범빈도가 더 높은 것으로 나타남.

또한, 현행 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률 제21조5항」에 따르면 벌금형이 확정된 이후 6개월 이내(24주)에 치료프로그램 집행을 완료하도록 규정되어 있는데, 최근 벌금형과 함께 부과된 수강·이수명령시간이 100시간을 초과하는 사례가 지속적으로 발생되고 있지만, 이는 형이 확정된 익일부터 치료프로그램을 진행하더라도 최소 25주 이상 기간이 소요되기 때문에 산술적으로도 기한 내 집행이 불가능하다는 문제점을 내재하고 있다. 이외에도 치료프로그램의 진행절차는 성폭력 사범 본인이 형이 확정된 이후 보호관찰소를 직접 방문하여 개시 신고서를 제출하면서 보호관찰관과의 면담을 통해 향후 치료프로그램 일정을 확정하는 단계가 선행되어야 하는데, 수강 또는 이수명령자 중 일부 벌금형 대상자는 의무사항인 개시신고를 기피하거나 치료프로그램 진행 도중 고의적으로 집행에 불응하여 6개월로 명시된 기한 내 집행이 불가능한 경우가 발생되고 있어 이에 대한 보완책 마련이 필요한 실정이다.

현재 3개월 이상 집행대기자가 적체되어 있는 서울 및 수원 수강집행센터에서는 벌금형과 같이 집행종료시점이 6개월 이내로 명시되어 있는 치료프로그램 대상자를 기한내 집행완료하기 위해 불가피하게 자체집행과 협력집행을 병행하고 있는데, 시간이 지날수록 치료프로그램 대기자가 누적되면서 협력집행 비율이 점증적으로 증가되고 있는 실정이다. 이는 외형적인 실적측면에서 보면 법정기한 내 집행완료라는 긍정적인 측면도 있겠지만, 수강집행 전문성 강화를 통한 재범억제를 위해 설치된 수강집행센터 도입 취지에서 볼 때 외부자원을 활용한 협력집행방식은 최대한 억제하기 위한 방안 모색이 필요하다고 하겠다. 이를 위해 가장 시급하게 필요한 것은 빠른 시일 내에 전담인력과 전담팀을 확충하는 것이다. 또한 수강집행센터는 보호관찰소에 소속된 하부기관이 아닌 보호관찰소와는 별도의 독립된 법무행정 집행기관으로 승격시켜 성폭력범죄자에 대한 치료프로그램 집행의 통일성과 형평성을 제고하는 것이 필요하다고 하겠다. 특히, 서울 및 수원 수강집행센터 성폭력 치료프로그램은 집행대기자의 심각한 적체에도 불구하고 인력여건상 2개 팀으로만 운영되고 있는데 장기집행 대기자 해소를 위해서는 최소한 2개 이상의 전담팀 신설이 시급해 보인다. 더불어 치료프로그램 집행 인력은 수강명령제도에 대한 이해력과 강의력을 겸비하고 범죄행동에 대한 요인분석과 행동수정을 유도할 수 있는 전문인력의 확보가 전제 되는 바, 내부적으로는 수강집행 실무경험

과 수강명령제도 전반에 대한 이해력과 강의력을 겸비한 내부강사 양성과 함께 외부적으로는 범죄행동에 대한 요인분석과 행동수정을 유도할 수 있는 전문인력을 확보하기 위한 다각적인 노력이 요구된다고 하겠다.

제4절 소결

이상 제 3장에서는 우리나라의 성범죄자 치료제도 및 성범죄자 치료이수명령 판결현황, 그리고 치료프로그램의 운영현황을 살펴보았다. 이를 통해 치료전담기관이 설립되고(인성재활센터(치료감호소), 수강집행센터(보호관찰소), 교정심리치료센터(교도소)), 치료이수명령이 도입 및 확대 실시되었으며, 수강명령 및 이수명령의 판결시간이 증가하는 등 성범죄자 치료는 지속적으로 강화되어 가고 있음을 확인할 수 있었다.

그러나, 치료이수명령의 판결현황 분석에서 보듯이, 치료이수시간은 사실상 징역형량에 비례하는 것으로 나타나 이수(수강)명령의 치료적 성격에 의문을 갖게 하는 한편, 앞서 제 2장에서 정리한 범죄자 치료의 3가지 대전제에도 위배하는 것으로 나타났다. 앞서 제 3장의 우리나라 성범죄자 치료관련 법률에 관한 논의나, 치료기관별 운영 현황에서 자세하게 언급되었지만 향후 성범죄자 치료가 더욱 실효성이 강화되기 위해서 시급히 도입이 필요한 부분을 각 사법단계별로 다시 한번 정리하고자 한다.

가. 법원단계: 치료이수명령의 성격 명확화 및 부과방식 변경

범죄자 치료의 목적이 재범방지와 사회재통합이라는 점을 고려하여 성범죄자를 대상으로 부과하는 치료이수명령의 성격은 형식상으로는 형벌적 제재일지 몰라도 내용적으로는 치료적 조치임을 명확히 했으면 한다. 앞서 치료이수명령 판결문 분석에서도 살펴보았듯이, 치료이수시간에 영향을 미치는 요인은 징역형량과 범죄의 중합이었고, 오히려 치료적 조치라면 관련이 있어야할 재범위험성수준 등은 영향을 미치지 못했다. 우리 법에 규정된 치료이수명령의 내용이 범죄자의 변화를 통

한 범인성 교정에 있음에도 불구하고, 전자발찌나 신상정보등록·공개 처분 등과 같은 원리로 치료이수시간이 결정된다면 이는 형식적으로나 내용적으로나 형벌적 조치일 수밖에 없다.

또한 현재의 이수(수강)명령 부과방식은 증거에 기반한 정책(evidence-based policy) 유형이 아니다. 앞서 제 2장에서 경험적 연구결과의 검토를 통해 범죄자 치료의 효과성은 RNR원칙을 견지했을 때 가능하다는 결론을 도출했었다. 이에 따르면 치료의 이수시간은 위험성과 범죄유발요인을 고려하여 결정되어야 하며, 치료의 종료는 오직 범죄자의 위험요인이 감소되었을 때 결정하는 것이 가장 안전하다. 이러한 경험적 연구결과가 지지하는 방향을 만일 정책에 반영하지 못한다면 우리 형사정책이 지향하는 증거기반의 정책결정이라는 취지가 감퇴될 수 밖에 없다.

따라서 다른 형벌적 처분인 전자발찌 부착이나 신상공개와는 달리 치료이수(수강)명령은 치료적 성격의 조치라는 점과 경험적 연구결과를 참고하여 이수시간에 대한 산정은 치료기관에 이관토록 함을 제안한다.

나. 행형단계: 평가 및 치료의 과학화 및 개별화

교도소에서 피구금자를 대상으로 하는 시설 내 치료와 보호관찰소의 사회 내 치료의 경우, 이수시간에 따라 각 단계별로 과정을 분리해야하고 특정 기간 내에 대상자를 치료해야하는 번거로움이 있다. 이는 집행의 효율성 면에서는 이점이 있으나 피치료자를 과학적 방식으로 평가하고 치료하기에는 걸림돌로 작용한다. 특히, 보호관찰소의 경우 벌금형 대상자를 6개월 이내에 치료하게 하고 있으나 실질적으로 치료이수시간은 집행 대기 시간을 포함하여 6개월 이상이 걸리는 경우가 많고 치료대상자가 치료를 거부할 경우 강제할 방법이 없기 때문에 벌금형 대상자에게 부과하는 치료이수명령의 부과방식에는 즉시적 변경이 필요해 보인다.

또한 보호관찰을 부과 받은 대상자들의 재범 위험성도 다를 수가 있기 때문에 치료의 기본적 원칙을 다시 상기하여 보다 체계적인 평가를 통해 단기 치료 그룹과 중·장기 치료 그룹으로 나누어 치료를 제공하는 것이 적절한 방식이다. 전자발찌나 성충동 약물치료 명령을 받은 특수보호관찰 대상자는 구금치료 이후 사후치료를 받는 대상자들이기 때문에 기본적 집행유예 대상자와는 다른 치료를 통해 접

근해야하는 것을 제안한다. 특수보호관찰대상자의 경우 범죄유발요인의 재발방지에 중점을 둔 치료가 제공되어야할 것이다.

다. 사후관리 단계: 사후치료 도입 준비

정신질환을 동반한 성범죄자의 치료 및 사회 내 관리를 위해 현재 명목적으로만 규정되어 있는 사후치료 규정을 실질적으로 개선하고 사후치료의 대상자 및 치료전담 기관의 선정을 위한 준비 작업이 필요하다. 특히, 소아성애나 성격장애와 같은 만성적 범죄유발요인을 동반한 성범죄의 경우 사후관리를 통한 재발방지가 필요하므로 외국의 법제 등을 검토하여 이를 위한 체계를 구축하는 것이 필요하다.

교도소의 경우 분류심사과에서 재범위험성 평가를 통해 단기 치료군과 중·장기 치료군을 분리해서 치료하는 것은 매우 바람직한 방향이나 이수명령시간에 따른 제한으로 원칙이 견지되지 못하는 경우도 있고, 정해진 시간 내에 정규치료를 종료한 후에는 별다른 사후치료가 없기 때문에 유지보수 회기로 구성된 시설 내의 사후치료를 준비하고, 출소 시 재범의 우려가 여전히 높은 고위험군 대상자들에게 추가적으로 사후치료가 제공될 수 있는 방안을 모색해야할 것으로 생각된다.

KOREAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY

제4장

주요국의 성범죄자 치료제도 및 운영현황

윤달님 · 최관 · 강태경 · 최이문

제4장

주요국의 성범죄자 치료제도 및 운영현황

제1절 독일의 성범죄자 치료제도 및 운영 현황

1. 독일의 성범죄자 치료 관련 법제도

성범죄자 치료의 효과에 관한 논쟁은 지난 40여년간 지속되어왔다. 1974년 Martinson이 “Nothing works”라는 캐치프레이즈로 범죄자 치료의 효과가 없음을 선언한 이후 전 세계적으로 치안이 강화되고 범죄자에 관한 엄중 처벌 원칙이 시행되기 시작하면서(Wilson & Kelling, 1982; Bratton & Knobler, 1998) 독일어권 국가들도 강력범죄의 가중 처벌 및 치료 법률을 재정비하기 시작하였다. 특히 1998년 독일 정부가 성범죄와 강력범죄에 대한 전쟁을 선포하면서 성범죄자에 대한 엄중 처벌 정책이 시작되었다. 이의 일환으로 독일 연방 형법 제 66조에 의거한 최고위험군의 예방적 구금 법률이 제정되어(Sicherungsverwahrung; Merkel, 2010) 형량에 무관하게 재범위험률이 높은 강력 성범죄자들을 무기한 구금 조치할 수 있게 되었다.

다른 한편으로는 형사집행법 9조가 개정되면서 교정시설 내의 사회치료시설들이 2003년에 재정립되었다. 과거 1960-1970년대에 자율적이고 개방적인 치료공동체(Therapeutische Gemeinschaft)의 개념으로 창설된 기관들은 교정시설 내에서 형량을 이수하는 성범죄자들의 폐쇄된 치료 시설로 변경되었다. 사회치료시설은 2년 이상의 형량을 선고받은 성범죄자들과 기타 강력범죄자들의 재범방지를 위한 치료 기관으로 설립되었는데 같은 시기에 영미권에서 인지행동치료에 기반을 둔

성범죄자 치료프로그램(예: SOTP; Sex Offender Treatment Program, Mann & Thornton, 1998)이 유입되면서 기존에 정신분석학적인 요소를 강하게 가지고 있던 성범죄자의 치료는 2000년대에 큰 전환점을 맞이한다. 그 결과 사회치료시설에 전보다 효과성이 강화된 성범죄자 인지행동치료가 도입되는 등 성범죄자 치료는 확대 시행되게 되는데, 이렇게 엄중 처벌주의와 인도주의적인 치료 기관이 양립하는 것은 범죄자의 사회복귀에 관한 논쟁을 반영하는 것이라 볼 수 있다. 무엇보다 독일은 다양한 성범죄자 치료 관련 제도를 통해 독일 형무집행의 근본 전제인 ‘치료적 형무집행(Behandlungsvollzug)’을 추구하며 사회안전과 재사회화(Sicherung und Besserung)의 양가적인 목표를 동시에 달성하고자 한다. 독일의 성범죄자의 수용은 전적으로 형사정책에 의해 이루어지며 미국 등에서 시행되는 비형사법적 보호수용(civil commitment)은 불가능하다.

치료를 통한 사회복귀모델과 처벌을 통한 사법모델이 팽팽하게 맞서는 가운데 독일의 성범죄자 평가와 치료는 지난 20년간 큰 발전을 해왔고, 학계의 연구 결과에 준하는 기준을 유지하고자 법조계와 정신과학 및 심리학계와 꾸준히 공조를 하고 있다. 이러한 다학제적 접근은 특히 성범죄자 평가와 치료의 수준을 표준화하고 문제점을 보완하여 개선해나가는데 주요 목표를 두고 있다. 따라서 특정분야의 전문가들로 구성된 컨소시엄(전문위원회)이 다양하게 설립되어 평가와 치료의 기준을 제정하고 주기적으로 재정비해나간다(Boetticher, Nedopil, Bosinski, & Saß, 2005; Boetticher, Kröber, Müller-Isberner, Böhm, Metz, & Wolf, 2006).

본 연구는 독일의 현재 성범죄자 치료의 제도와 실태를 연구하고자 한다. 특히 독일 형법의 특성에 따른 각 형사사법 단계별 제도와 실행 현황을 분석하며 독일 현지의 장점과 문제점을 제시할 것을 목표로 한다. 나아가서 한국의 치료제도와 차이를 입증하고 개선방안을 제시하는 전체 연구에 기여하고자 하는 것이 본 세부 연구의 목적이다.

본 연구는 다양한 문헌연구 및 전문가 인터뷰를 통하여 진행되었다. 자료수집을 위해서는 먼저 독일연방형법 및 형무집행법이 분석되었다. 또한 연구 본거지인 함부르크 법무부와의 협력을 통해 형무집행 및 예방구금 안내 자료를 제공받았으며 앞서 명시한 다양한 치료와 평가의 기준들과 이의 시행 및 충족 현황에 대한 자료 역시 수집되었다. 무엇보다 치료의 실무적인 현황을 보다 상세히 분석하기 위해

각 분야의 전문가들이 인터뷰에 참여하였다. 추가적으로 최근 독일 학계에서 발표된 각종 연구 자료와 더불어 공식 통계 자료 등이 수집되었다. 법적인 제도의 소개 이후에 제시되는 예시들은 따라서 이러한 인터뷰 및 자료의 분석 결과임을 밝힌다. 본 보고서는 광범위한 문헌조사를 기반으로 하였으나 독일 연방정부의 특성상 특정 연방주들이 다른 주들에 비해 보다 많은 문헌을 공식화했을 수 있으며, 이에 따라 특정 연방주에 대한 자료의 현황이 실제 현황에 비해 부족할 가능성을 배제할 수 없다.

가. 독일 연방형법상 성범죄의 정의

독일 형법상 성범죄는 제 13장 성적 자기결정에 대한 죄(Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung)에 의거 정의되어 있다.³²⁾ 아래 표는 성범죄 관련 법 조항과 형량을 명시한다.

〈표 4-1〉 독일 형법상 성범죄 관련 법 조항

성범죄 관련 법 조항 (한국어 번역)	성범죄 관련 법 조항 (독일어 원문)	형량
제 174조 피보호자에 대한 성적 남용	Sexueller Mißbrauch von Schutzbefohlenen	3개월~5년
제 176조 아동에 대한 성적 남용	Sexueller Mißbrauch von Kindern	3개월~10년
제 176조b 아동에 대한 성적 남용에 의한 치사	Sexueller Mißbrauch von Kindern mit Todesfolge	10년 이상
제 177조 성적 강요, 강간	Sexuelle Nötigung; Vergewaltigung	2년~10년
제 178조 성적 강요 및 강간에 의한 치사	Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung mit Todesfolge	10년 이상
제 179조 항거불능자에 대한 성적 남용	Sexueller Mißbrauch widerstandsunfähiger Personen	6개월~10년
제 180조 미성년자의 성적행위 조장	Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger	5년 이하
제 180조a 매춘자 착취	Ausbeutung von Prostituierten	3년 이하

32) 독일 형법의 번역본은 2008년 5월 우리나라의 법무부에서 공식발표된 버전을 참조하였으나 이후 독일 형법의 세부사항이 2014년 현재까지 계속 개정되었기에 차이가 존재함을 밝힌다. 예를 들어 제 184조c 청소년음란물의 배포, 취득 및 소유는 한국어 번역본에 기재되어 있지 않다. 또한 이하 본보고서에서 사용되는 용어는 번역본과 더불어 법무부 발간 보고서들을 참조하여 선택되었다.

성범죄 관련 법 조항 (한국어 번역)	성범죄 관련 법 조항 (독일어 원문)	형량
제 181조a 음행매개	Zuhälterei	6개월~5년
제 182조 청소년에 대한 성적 남용	Sexueller Mißbrauch von Jugendlichen	5년 이하
제 183조 음부노출행위	Exhibitionistische Handlungen	1년 이하
제 184조 음란문서배포	Verbreitung pornographischer Schriften	1년 이하
제 184조b 아동음란물의 배포, 취득 및 소유	Verbreitung, Erwerb und Besitz kinderpornographischer Schriften	3개월~10년

제 174~184조에 해당하는 성범죄는 다시 제 174~180, 182조는 직접적인 성범죄(“Hands-on”-Delikte)와 제181, 183, 184조(“Hands-off”-Delikte) 간접적인 성범죄로 분류되며 형법 제 12조에 의거 1년 이상의 형량이 부과되는 범죄는 모두 중죄로 치부되나 2년 이하의 형량은 제 56조에 의거 집행이 유예될 수 있어 통상적으로 2년 이상의 형량을 중죄로 일컫는다.

나. 성범죄자의 분류 심사를 위한 정신감정 및 재범위험 평가 관련 규정

독일 연방형법에 의거하여 성범죄자는 판결 시에 정신 상태에 따라 다양한 종류의 치료를 받게 된다. 또한 성범죄 중 형량 2년 이상에 해당하는 강력 성범죄나 높은 재범 확률이 의심되는 경우 법원이나 검찰 측은 전문적인 정신감정을 의뢰할 수 있다. 이러한 경우 형법 제 20, 21조에 해당하는 심신미약과 더불어 재범위험 정도가 전문가의 소견에 의해 판단되며 그 결과에 따라 성범죄자가 받는 치료의 형태와 추후의 치료 경로가 결정될 수 있다. 독일의 형법은 형사판결 이전에 범죄자의 정신 상태에 따라 다른 형태의 치료 명령을 부과하기에 정신감정이 중요한 역할을 수행한다. 법정신과학 컨소시엄에 따르면 성범죄자의 평가는 공판 전 사전심리 절차 내에서 이루어지는 형사책임 평가(Schuldfähigkeitsbegutachtung)와 치료 명령 이수 기간 내에 이루어지는 예후 평가(Prognosebegutachtung)로 크게 나누어진다.

공판 전 사전심리 절차 내에서의 정신감정은 치료 명령 및 형량책정을 위한 정신감정과 재범위험예측 및 치료 방법제시가 주 임무이다. 법원에서는 법정신과학

전문의 혹은 법심리학자에게 이러한 판단을 의뢰할 수 있으며, 무엇보다 정신장애의 수준에 따른 형법상 범죄의 책임 유무가 판정되어야하기에 주로 정신의학과 심리학의 공조가 이루어지나 주로 법정신과 의사의 주도로 이루어진다. 치료 기간 중 혹은 기간 만료 전의 재범위험 예측 및 치료 효과 검증을 위한 예후 평가는 치료의 완료 및 출소 결정의 근거 제시가 주 임무이며 정신장애의 판단이 필수 사항이 아니기에 법심리학자들이 평가를 주도하는 경우가 많다.

형사책임 평가라 통칭되는 사전심리 내의 정신감정은 독일 형법에 의거 4가지 법정신과학적 기준과 2가지 사회윤리적 기준에 의해 이루어지며, 이 6가지 조건의 충족 여부에 따라 범죄자의 치료 형태를 결정하게 된다. 이러한 4가지 정신의학적 기준 중 최소 1가지 이상의 정신장애로 인해 피의자의 2가지 사회윤리적 기능이 정신장애에 의해 성범죄 행위 당시 완전히 소실되었으며 재범위험이 없다고 판단되는 경우 피의자는 제 20조에 의한 무능력으로 성범죄 행위에 대한 처벌을 받지 않는다. 그러나 정신장애에 의해 사회윤리적 능력이 제한되었다고 판단될 경우 혹은 형사적 책임무능력을 완전히 배제할 수 없을 정도로 정신장애가 현격할 경우 피의자는 제 21조에 의거 한정책임능력 판정을 받는다. 그러나 형사 책임무능력에도 불구하고 재범위험이 높거나 책임 능력이 제한된 경우 그 정도에 따라 성범죄자는 형법 제 49조에 의거 감형을 받거나 제 63조에 의해 치료감호 판정을 받을 수 있다.

1) 형법상 성범죄자의 분류 및 평가 기준

법정신의학 전문의나 법심리학자, 범죄자 치료 기관 소속 심리치료자들은 판결과정 중에 이러한 진단 및 평가를 이하 아래에 명시되는 기준에 따라 명확하게 판단할 의무를 부여받는다. 이러한 정신감정의 결과는 담당판사 및 배심원단의 검토에 의해 수용되는데 특정 법원의 정신감정을 담당하는 기관들은 주로 지역대학병원이나 성범죄자 치료 및 평가 전문병원에 해당하여 법조계와 긴밀한 협력관계를 가지고 있기에 정신감정의 결과가 수용되지 않는 경우는 거의 없다고 볼 수 있으나 치료감호나 형무집행의 방식에 있어서 전문가의 소견이 담당판사의 의견에 조율되는 경우는 종종 있다.

① 형법상 정신의학적 기준

독일 형법 제 20, 21조에 의하여 범죄의 책임은 정신장애의 종류와 정도에 따라 무능력 및 한정능력으로 구분된다. 이러한 정신의학적 기준은 성범죄자의 수용 및 그에 따른 치료 방법을 결정하는 가장 근본적인 법적인 조건이며 따라서 아래 기준에 따른 성범죄자의 진단과 평가가 판결에서는 매우 중요한 과정에 해당한다. 이를 판단하는 법적인 기준 역시 제 20, 21조에 명시되어 있다.

- 병리학적 정신이상: 정신분열 스펙트럼 장애, 물질남용에 의한 중독상태, 뇌손상 등
- 중증 의식장애: 의식불명, 해리성 성격장애, 급성 스트레스로 인한 의식장애, 의식에 영향을 미치는 물질남용에 의한 중독상태, 의식에 영향을 미치는 극한 기분장애 증상 등
- 정신박약 및 지체: 정신지체 장애, 치매, 알츠하이머 등
- 기타 중도 정신 이상: 심각한 성격장애, 성도착장애, 충동통제장애, 물질의존장애 등

② 형법상 사회윤리적 기준

형사적 책임은 무엇보다 위의 정신의학적 기준에 의거 진단된 정신장애에 의해 성범죄자의 사회윤리적 능력이 침해되었는지에 의해 결정된다.

- 행동통제력: 성범죄자가 스스로의 행위를 통제하고 의식적으로 제어하는 능력
- 사리분별력: 성범죄자가 스스로의 행위의 불법성을 인식하는 능력

2) 성범죄자의 정신감정 및 재범위험평가 관련 기준

① 성범죄자의 분류를 위한 평가 방법 I: 사전심리 정신감정 및 재범위험성평가

치료 감호와 재범위험성평가 및 소견서 작성의 기본 조건들은 2003년 연방대법원 소속 법정신과학 컨소시엄에 의해 제안되었다. 2003년 설립된 연방 컨소시엄은 법학자, 법정신의학자, 법심리학자 및 성과학자들로 구성되어 기존의 정신감정 및 재범위험성평가의 수준을 재정비하는데에 그 목표를 두었다. 연방 컨소시엄은

2005년 사전심리 정신감정의 12가지 형식상의 기준과 10가지 내용상의 기준을 발표하였으며 그 기준은 다음과 같다(Boettcher 등, 2005; 2006).

• 형식상의 기준

- i . 의뢰 기관과 의뢰 내용의 정확한 명시
- ii . 조사 장소와 시간, 조사의 범위와 규모
- iii . 피조사자의 조사 동의의 명시
- iv . 조사와 문서화에 사용된 특정 방법의 명시(예: 비디오 녹화, 음성 녹음, 조사자 외 조사 참가자의 관찰 내용, 통역)
- v . 조사 결과의 정확한 서술과 각 조사 항목별 결론 도출 방법의 정확한 명시
- vi . 조사 내용의 서술과 내용에 대한 조사자의 해석의 명확한 분리
- vii . 기준에 과학적으로 증명된 법정신의학적 연구에 기반한 서술과 조사자의 개인적인 의견 및 추론의 명확한 분리
- viii . 조사 도중 문제점과 결론 도출이 불가능하거나 불분명한 항목의 명시(경우에 따라 소견서 작성 이전에 의뢰 기관에 통보)
- ix . 조사자 이외 조사 참가자의 역할과 개별 조사 항목의 별도 표기
- x . 기존 연구에 기반한 연구 결과를 조사에 참고할 경우 인용 규칙 준수
- xi . 명확하고 간결한 개요의 제시
- xii . 소견서의 임시성(내용상의 변경 가능성)의 명시

• 내용상의 기준

- i . 해당 범죄의 요소와 관련 정신장애에 대한 철저하고 세부적인 조사(예: 성범죄자의 경우 성적(性的) 발달과 관련된 자세한 병력 청취와 성범죄 요소의 정확한 기록 및 성도착 장애 진단기준의 검토)
- ii . 조사 방법의 장단점과 특수한 조사 방법의 사용시 조사 결과에 미칠 수 있는 영향의 명시
- iii . 정신장애 진단 및 평가를 위한 표준화된 매뉴얼의 사용(당시 예: ICD-10, DSM-IV-TR)과 사용된 기준 및 결과의 명시
- iv . 진단 변별의 가능성과 설명의 제시
- v . 정신장애와 무관한 기타 장애 및 병력으로 인한 피조사자의 일반적인 기능 손상이 존재할 경우 이에 대한 설명
- vi . 위의 일반적인 기능 손상이 해당 범죄 행위 시에 정신과학적, 사회윤리적 기능에 미쳤을 수 있는 영향에 대한 설명과 조사자의 판단 결과 제시
- vii . 법률상의 정신과학적, 사회윤리적 기준과 정신의학적 진단의 정확한 연결
- viii . 법률상의 정신과학적 기준에 의거하여 판단된 정신이상의 수준에 대한 투명하고 명확한 설명
- ix . 위의 정신이상의 여부와 그에 따른 기능 손상의 수준이 피조사자의 사회윤리적 기능에 미쳤을 수 있는 영향에 대한 설명과 조사자의 판단 결과 제시
- x . 조사자의 소견에 대한 이견의 제시 가능성 및 그 내용에 대한 서술

무엇보다 성격장애 및 성도착 증상을 보이는 피의자 혹은 성범죄 행위로 기소된 피의자의 경우 정확한 진단과 진단 변별의 가능성, 장애에 의한 정신의학적 기능 손상 수준 및 사회윤리적 기능 손상의 수준에 대한 평가가 강조되었다. 따라서 성범죄 피고자의 정신감정 시 정신장애의 여부와 수준에 따른 성적 취향 및 이상 소견이 정확하게 명시되어야 하며 본인의 성적 취향이 일상 성생활에 미치는 영향과 실제 실현의 정도가 판단되어야 한다. 또한 이러한 성적 취향과 그와 연관된 성생활의 개인적 통제 수준 및 그 수준의 변경 가능성이 제시되어야 한다. 무엇보다 과도한 성욕이나 심각한 성도착으로 재범위험성이 높다고 판결될 경우 차후 치료 및 처벌 방식에 큰 영향을 끼칠 수 있기에 관련 조사 결과에 대한 자세한 서술이 필요하다. 성적 취향보다 성격 이상이 의심되는 성범죄 피고자의 경우에는 그러한 성격 이상이 성생활 및 성범죄 행위에 미치는 영향이 정확하게 서술되어야 한다.

② 성범죄자의 분류를 위한 평가 방법 II: 수감자의 치료 지속 여부를 위한 예후 평가

성범죄에 대한 판결로 인하여 치료감호, 예방구금 혹은 교정시설 내에서의 치료 명령을 받은 수감자들의 치료의 효과와 치료 중단 시의 재범위험 가능성에 관련한 예후 평가의 기준은 연방 컨소시엄에 의해 2006년 발표되었다. 형식상의 기준은 사전심리의 12번째 항목인 임시성을 제외한 11가지 기준이며, 내용상으로는 예후 평가에 있어서는 공판 전 정신감정과 달리 보다 자세한 평가 및 진단의 방법, 소견서의 구성 요소 등이 기준으로 제시되었다.

• 내용상의 기준

i. 평가 자료와 자료 수집 방법에 대한 기준

- 포괄적인 조사자 파일 분석(전과 기록, 사건 파일, 공판 관련 서류, 치료 파일)
- 인터뷰 등의 조사가 방해받지 않고 이루어질 수 있는 환경적 요건
- 사건에 적합한(경우에 따라 여러 차례에 걸친) 인터뷰 및 기타 조사 기간
- 조사자의 성격 발달, 병력 및 현재의 정신상태에 대한 분석과 전과 및 해당 범죄에 대한 분석
- 위의 분석에 필요한 포괄적인 자료의 수집(인터뷰, 파일 분석 이외에도 제3자의 인터뷰를 통한 자료 수집을 통한 조사 내용의 비교 분석)
- 행동관찰을 통한 정신병리학적 평가 및 인터뷰 상 드러나는 성격의 분석
- 범죄학, 정신과학적인 연구를 통해 밝혀진 위험요인들의 파악을 위한 표준화된 평가 도구의 사용

- 필요에 따른 심리학적, 신경학적 추가 검사의 진행(법정신과학적인 검사 상황의 필수성 및 타당성 문제의 참작)
- ii. 진단 및 진단 변별에 대한 기준
 - 모든 진단 및 진단 변별은 표준화된 매뉴얼에 근거함(당시 예: ICD-10, DSM-IV-TR)
- iii. 소견서 작성을 위한 세부 항목에 관련된 기준
 - 소견서 의뢰 내용과 관련하여 정확한 조사의 목표(예: 가석방, 치료 감호 중단 및 그에 따른 재범위험의 가능성 등)
 - 범죄행동의 배경과 원인이 되는 요인의 개별적 분석(예: 행동 패턴, 내면화된 가치 판단의 기준, 사고 방식, 내적 동기 등)
 - 병력 및 개별적 범죄위험요인에 근거한 범죄 행동, 성격 및 성도착 장애, 성격 발달의 분석
 - 범죄학, 정신과학적 연구에 기반한 재범위험도의 통계학적 수치 제공
 - 해당 범죄 이후 조사자의 성격 발달 및 재범위험/보호요인의 변화 수준, 치료의 적합성과 효과에 대한 분석
 - 과거 소견서 상의 결론과 현재 조사자 상태의 비교 분석
 - 치료 중단 혹은 가석방 시의 재범위험성과 커뮤니티 내의 사회적 환경의 정확한 분석(예: 직장, 거주지, 이성관계 등) 및 사후 관리 치료의 필요성
 - 예후 소견이 적용되는 조건의 정확한 명시 및 사후 관리 치료 및 보호 관찰 등의 외부적 통제 수단의 예시 제공

다. 성범죄자의 정신감정 및 재범위험성평가 방법

독일의 성범죄자에 대한 정신감정 및 재범위험성평가 절차는 역시 국제적인 성범죄자의 사회복귀이론의 영향을 크게 받아 발전해왔다(Marshall 등, 2006, 2011). 지난 20여 년간 국제 학계에서 재범위험성평가를 위해 생겨난 도구들은 독일어권에서 역시 다양한 교차 검증을 거쳐 받아들여지고 사용되어 왔다(Rettenberger 등, 2009).

특히나 위의 단락에서 논한 연방 컨소시엄의 소견서 작성 기본 조건에 통계적인 재범위험도 제시와 성범죄자의 개별적인 위험 및 보호요인의 판단과 분석이 포함됨에 따라 독일어권에서도 다차원적 접근의(Convergent approach; Boer, 2006; 2008; Adjusted actuarial approach; Hanson & Bussiere, 1998) 필요성은 거듭 강조되고 있다.

① 독일에서 사용되는 국제적인 평가도구들

연방 권소시업의 기준에 따라 독일에서는 정신감정 및 성범죄자 평가 과정에서 보험계리적, 임상적 도구들을 함께 사용한다. 다음 표는 현재 독일에서 번역되어 사용되고 있는 성범죄자를 위한 국제적인 평가 도구들의 예시를 보여준다.

〈표 4-2〉 독일에서 사용되는 국제적인 평가도구들

평가 도구의 성격	평가 도구(원문)
순수 보험계리적 평가	Offender Group Reconviction Scale-II (OGRS-II)
	Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG)
	Static-99 (Hanson & Thornton, 1998) Static-2003 (Harris, Phenix, Hanson, & Thornton, 2003)
체계적 임상 평가: 위험요인	Sexual-Violence-Risk-20 (SVR-20; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997)
	Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997)
	Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP; Hart, Kropp, & Laws, 2003)
	Level of Service Inventory-Revised (LSI-R; Andrews & Bonta, 1995)
	Minnesota Sex Offender Screening Tool – Revised (MnSOST-R; Epperson, Kaul, Huot, Hesselton, Alexander, & Goldman, 1998)
체계적 임상 평가: 보호요인	Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk (SAPROF; Vogel, Ruiter, Bouman & Vries Robbé, 2007)
	Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START; Wesbter, Martin, Brink, Nicholls, & Middleton, 2004; Webster, Nicholls, Martin, Desmarais, & Brink, 2006)
응용 보험계리적 평가	STABLE-2007 & ACUTE-2007 (Hanson, Harris, Scott, & Helmus, 2007)
기타 재범위험요 인 평가	Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 1991, 2003)
	Therapist Rating Scale-10 (TRS-10; Marshall)

• Static-99

Static-99(Hanson & Thornton, 1998)와 이의 개정판인 Static-2003(Harris, Phenix, Hanson, & Thornton, 2003)은 독일에서도 법정신과학계 종사자들 중 특히 재범위험성평가 실무자들 사이에서 성범죄자 재범률의 통계적인 수치를 예측하기 위해 가장 많이 검증되고 또한 가장 널리 사용되는 순수 통계적 도구라 볼 수 있다. 북

미를 포함한 대부분의 다른 국가에서 Static의 예측 타당성이 다른 통계적 도구들에 비하여 월등하게 높았던 것에 비해 독일어권의 교차 검증에서는 중상위권의 예측 타당성을 보였다(Rettenberger & Eher, 2006; Stadtland, Hollweg, Kleindienst, Dietl, Reich, & Nedopil, 2005). 그럼에도 불구하고 국제협력연구의 비교가능성을 배제하지 않기 위하여 독일어권 국가들은 Static-99를 가장 기본적인 통계학적 도구로 사용하고 있다.

• STABLE-2007 & ACUTE-2007

동적위험요인을 측정하는 STABLE-2000과 ACUTE-2000에 이어 STABLE-2007과 ACUTE-2007 모두 캐나다에서와 마찬가지로 독일에서도 Static-99의 연구진들에 의해 번역되었으며 최근 발표된 교차 검증연구가 좋은 예후 타당성을 보임에 따라 보다 많은 치료기관들로 확산되고 있다(Rettenberger, Matthes, Schilling, Eher, 2011). 무엇보다 동적인 위험요인을 포함하지 않는 SVR-20를 대체하는 경향이 보인다.

• SVR-20

오랜 역사와 더불어 가장 널리 통용되는 임상적 도구였으며 독일 내에서 가장 높은 예후 타당도를 보이는 체계적 임상적 도구였음에도 불구하고(Rettenberger, Boer, & Eher, 2012), 동적인 위험요인을 거의 포함하지 않는다는 단점이 최근 부각되면서 일부 기관에서는 SVR-20의 사용을 중단하는 경향을 보이고 있다.

• SAPROF

SAPROF는 2007년 네덜란드 Van der Hoeven Kliniek에서 개발된 평가 도구로 재범위험요인이 아닌 보호요인들을 평가하는 도구라는 점에서 다른 도구들과는 크게 차이를 보인다. 현재 체계적 임상 평가도구 중에서는 유일하게 보호요인만을 다루는 도구로서 네덜란드와 독일의 지역적 접근성에 의해 독일에서 빠르게 확산되었으며 현재는 소견서 작성에 요구되는 보호요인 측정에 사용되는 가장 대표적인 도구로 꼽힌다. 2010년 예비연구를 거쳐 2012년 발표된 독일어권 교차 검증 결과에 의하면 성범죄자의 재범 예측에 중간 수준의 타당도를 보이는 것으로 나타났다(Yoon 등, 2010, 2012).

• START

START는 20개의 항목이 동시에 위험 혹은 보호요인으로 측정될 수 있다는 사실에서 다른 모든 평가 도구와는 다른 특징을 나타낸다. 독일어권에서 START는 현재 번역 중에 있으며 치료감호소의 특성에 맞게 개발된 점을 감안하여 소견서 작성 등을 위한 평가 도구라기보다는 치료의 진척 상황을 중간 점검할 수 있는 도구로 인식되고 있다.

• Psychopathy Checklist-Revised

PCL-R은 현재 밝혀진 재범 관련 요인 중 가장 중요한 요인의 하나인 Psychopathy를 체계적으로 평가할 수 있는 도구로서 독일에서도 매우 널리 사용되고 있다. 북미권과 달리 독일어권에서는 1991년 개정판에 제시된 북미권의 범주적 접근(categorical approach)의 준거점수(cut-off score)인 30점이나 2003년에 제시된 차원적 접근(dimensional approach)에 의거한 점수의 분산에 따라 25점 이상을 높은 수치, 33점 이상을 매우 높은 수치로 판단하는 방법 대신, 독일 범죄자들을 대상으로 한 교차 검증에 의거한 수치인 25점을 준거 점수로 사용한다(Stadtland 등, 2005). 최근 보다 정확한 방법론에 기반하여 진행된 연구에서 수치를 최소 28점 이상으로 올려야 한다는 결과가 제시되었으나 아직 25점이 통용되고 있다(Mokros 등, 2012).

• Therapist Rating Scale-10

TRS-10은 Marshall의 Rockwood 심리서비스에서 개발되었으며 집단치료 프로그램에 참여하는 성범죄자들의 치료 성과를 치료자 입장에서 판단할 수 있도록 개발된 평가 도구이다(von Franque, Marshall, & Briken, 2013). 10개의 아이টে으로 구성된 TRS는 성범죄자의 치료에 대한 이해 수준과 실제 실천 수준을 나누어 평가할 수 있어 많은 치료자들에게 긍정적으로 평가받고 있다. 2013년 함부르크에서 번역되어 함부르크 교도소 사회치료기관의 표준 평가도구로 자리 잡았으며 치료 효과의 검증을 위한 도구로 사용되나 독일의 교차 검증 수치가 미흡하여 아직 정신감정이나 예후 평가 등 보다 정확한 수치를 필요로 하는 법정 평가 절차에는 널리 사용되고 있지 않다.

② 독일 자체에서 개발된 도구들의 현황

국제적으로 사용되는 도구들 이외에도 독일 내에서도 독일의 형법체계와 특수성을 부각시키고자 개발된 도구들이 일부 있으며 지역간 협력관계에 따라 사용 현황은 다양하다.

• Integrated List of Risk Variables

통합적인 재범위험요인 체크리스트로 개발된 이 도구는 독일의 가장 저명한 법 정신과학전문회의이자 법정신의학회 회장인 Nedopil에 의해 1997년 개발되었다. 무엇보다 순수통계적 도구들이나 정신감정의 기본조건 등이 발표되지 않았던 당시 비체계적인 평가의 위험성을 비판하면서 성범죄자 및 강력범죄자의 평가를 체계화하고자 제시된 이 도구는 인덱스 범죄, 병력 및 범죄력, 인덱스 범죄 이후의 성격발달, 심리사회적 환경의 네 가지 분야에 대한 요인들을 평가한다. 이 체크리스트는 강력범죄에 대하여 중간정도의 예측 타당도를 보이며 성범죄에 대한 예측타당도는 높지 않은 것으로 밝혀져 있다(Nedopil, 2005). 그럼에도 불구하고 예후 타당도와 무관하게 사전심리 정신감정 및 재범위험성 측정을 위한 평가에 필요한 검사대상 분야를 가장 포괄적으로 포함하고 있기에 독일에서 직간접적으로 가장 널리 사용되고 있는 도구에 해당한다(Dahle, Schneider, & Ziethen, 2007)

• Empirically based Forensic Prognostic tool for Art. 63 Patients (EFP-63)

이 평가도구는 형법 제 63조에 의해 수감된 치료감호소 환자들의 예후 평가를 위해 개발되었으며 4개의 항목을 포함한다: 연령, 성격발달, 과거의 폭력 행동, 치료감호소 수감 기간 내의 폭력 행동. 도구의 개발을 위해 사용된 표본은 188명의 수감자들이었으며 이 표본에서는 유의미한 예후 타당도가 밝혀졌으나 교차 검증 결과는 아직 발표되지 않았다(Gretenkord, 2001).

• Risk Criteria of the Swiss Commission of Correctional Services

Dittmann(1998)에 의해 개발된 스위스 교정위원회의 재범위험 평가기준은 현재까지 스위스에서 널리 사용되고 있으며 독일 일부지역에서도 사용된다. 이 도구는 인덱스 범죄, 범죄력, 정신장애, 치료, 사회성 등에 관한 아이тем들을 포함하며 아이тем들을 재범요인에 미치는 영향의 정도에 따라 긍정적, 부정적으로 평가될 수 있다.

• Forensic Operationalized Therapy-Risk-Evaluation-System (FORTRES)

FORTRES는 스위스에서 가장 널리 사용되고 있는 도구 중에 하나로 2009년 집계 당시 스위스 25개 및 독일 30개 치료기관에서 사용되고 있는 것으로 밝혀졌으며 네덜란드와 오스트리아에도 사용되고 있다(Yoon, 2009).

FORTRES는 컴퓨터 기반 사용도구로 모든 평가는 컴퓨터상으로 입력되고 결과가 자동으로 출력되기에 많은 치료기관에서 효율적인 평가도구로 인정받고 있다. FORTRES의 장점은 도구를 구성하는 두가지 스케일: 위험요인-치료필요성 평가(Risk-Needs-Assessment) 및 위험 개입 효과 평가(Risk-Management)를 선택적으로 사용할 수 있다는 점이다. 따라서 실무자는 치료 이전, 치료의 중간 및 최종 평가 등 필요에 따라 척도를 선택하거나 두 가지를 동시에 사용할 수 있다.

FORTRES에 포함되는 위험요인들은 재범위험 예측지수와와의 연관성이 체계적으로 검증되고, 이들의 변화 가능성 및 변화에 관한 재범위험의 변동이 컴퓨터로 계산되어 결과가 산출된다. 따라서 비교적 복잡한 사용방법에 비해 실무자의 평가 오류로 인한 재범위험의 오측 위험이 적다는 장점은 있으나 실무자의 임상적 소견이 고려될 수 없다는 단점이 있고 무엇보다 모든 결과 산출이 스위스 개발기관에 의해 이루어지기에 사용기관의 자율성 문제가 대두된다.

• Recidivism Risk on Sexual Offenders (RRS)

성범죄자 재범위험 측정도구인 RRS는 2001년 Rehder에 의해 개발되었다. 이 도구는 성폭력범죄와 아동성범죄를 구분하여 재범위험의 통계적 수치를 산출해낸다는 장점이 있으나 사용 방법이 복잡한 편이다. 2012년에 발표된 교차검증(Suhling & Rehder, 2012) 연구에 의하면 RRS는 새로운 범죄에 의한 재수감에 대한 예측 타당도는 중간 이상인 것으로 나타났으나 성범죄 자체의 반복범죄 여부에 대해서는 전반적으로 유의미한 예측 타당도를 나타내지 못했고 가족 외의 아동에 대한 성범죄의 예측에 대해서는 유의미한 타당도를 보였다. RRS는 특정 연방주(Niedersachsen)에서 사용되고 있는 것으로 추정된다.

• SVG-5

SVG-5(Screeninginstrument zur Vorhersage von Gewaltstraftaten-5; Eher 등,

2012)는 2010년 개발된 SVG-10(Rettenberger 등, 2010)의 개정판으로 폭력범죄자들의 재범률을 예측하기 위해 개발된 순수 통계적 평가도구로 독일어권 내에서는 오스트리아에서 현재 가장 많이 사용되고 있으나 연구 연계가 강한 함부르크, 베를린 등과의 교류에 의해 빠르게 확산되고 있다. 전세계적으로 폭력범들의 예후 측정에 관한 순수 통계적 평가도구가 부족한 만큼 높은 타당도를 가진 이 도구는 국제적으로도 협력연구의 진행이 원활한 편이다. 성범죄자들 중 특히 별도의 폭력 전과가 있거나 인덱스 성범죄에 강한 폭력적 요소가 발견되어 이로 인한 가중 처벌을 받은 이들에 한해서 사용된다. 기타 교차검증에서도 SVG-5는 높은 예후 타당도를 보인다(Yoon, Rettenberger, Bluemel, & Briken, 2013).

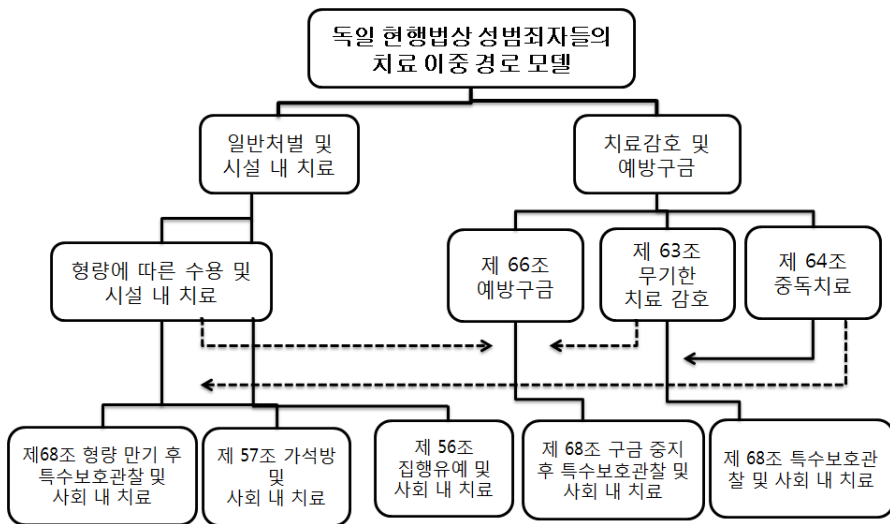
라. 연방형법상 성범죄자의 정신상태에 따른 분류

독일연방 형법은 역사적으로 치료감호 및 예방구금을 포함한 특수 형무집행(Maßregelvollzug)과 일반 교정시설을 통한 일반 형무집행(Straßvollzug)을 구분하되 이 두 가지 다른 집행 경로를 이수하는 모든 범죄자들에게 치료의 기회를 제공하고 있다. 독일 형법의 목표는 모든 성범죄자들이 치료를 제공받아 사회복귀의 기회를 얻을 수 있도록 하는 것이며, 따라서 (구)연방형무집행법 제 2조 및 지방자치 치료감호집행법 제 1조에 의거하면 형무집행의 1차적인 목표는 성범죄자의 사회복귀이며 대중의 안전은 2차적인 목표에 해당한다. 이러한 집행 경로상의 자세한 분류와 기준은 아래 세부 목차에서 논하기로 한다.

다음 그림은 독일의 처벌과 치료를 위한 이중 경로 모델(Zweispurigkeit)을 나타낸다. 그림에서 볼 수 있듯 성범죄자의 치료는 크게 일반 형무집행과 특수 형무집행에 따라 두 가지로 구분된다. 이중 경로라는 용어가 암시하듯 성범죄자가 판결을 받을 시 일반 형무집행 기간 동안 이루어지는 시설 내 치료와 형법 제 63조 치료감호는 엄격하게 분리되어 진행된다. 일반 형무집행 판결을 받는 성범죄자들의 경우 교정시설 내에서 치료를 받게 되며 특수 형무집행 중 제 63조에 해당하는 치료감호 판정을 받는 성범죄자들의 경우 치료감호소에 격리수용이 된다. 이러한 엄격한 구분은 성범죄자들을 지칭하는 용어에서도 드러나는데, 일반 형무집행 판결을 받는 성범죄자들은 “성범죄자”로 지칭되며 제 63조에 의거 치료감호 수용이 되

는 성범죄자들은 “환자”로 지칭된다. 성범죄자들은 따라서 시설 내 치료와 치료감호 중 한 가지의 판결만 받을 수 있으며, 시설 내 치료는 형량에 따라 그 기간이 좌우되는 반면 제 63조 치료감호는 정신이상의 정도에 따라 그 기간이 좌우되어 그 상한이 존재하지 않는다. 제 64조 중독치료와 제 66조 예방구금 역시 형법상 이중 경로 모델상에서는 특수 형무집행에 해당하나 이 두 가지는 형무집행의 종류와 무관하게 추가적으로 부과될 수 있는 특수 조치들에 해당한다. 즉 일반 형무집행을 선고받은 성범죄자와 제 63조 치료감호를 선고 받은 성범죄자 모두가 필요에 따라 제 64조 중독치료와 제 66조 예방구금 판정을 추가적으로 받을 수 있다.

치료 형태에 따라 형법조항들을 정리해보자면 제 63조 치료감호, 제 64조 중독치료, 제 66조 예방구금 및 일반 형무집행은 시설 내 치료에 해당되며 제 56조 집행유예, 제 57조 가석방, 제 68조 특수 보호관찰은 사회 내 치료를 제공할 수 있는 형법적 틀에 해당한다. 각각의 치료에 대해서는 해당 목차에서 자세히 다루도록 한다.



[그림 4-1] 독일 형법상 형무집행 및 치료의 이중 경로 모델

2. 정신질환을 가진 성범죄자(약물포함)의 치료

가. 63조: 정신이상을 동반한 성범죄자의 치료감호소 내 치료명령

제63조 치료감호 판결은 앞서 소개한 형법 제 20, 21조에 해당하는 형사책임 무능력 혹은 한정 능력의 상태에서 성범죄를 저지른 경우 그 재범위험성의 정도에 따라 이루어진다. 성범죄자들이 치료감호소로 이송되어 치료를 받게 되는 경우에는 치료에 정해진 기한이 없으며 성범죄와 관련된 정신이상이 치료가 되어 재범의 위험이 낮다고 판단될 시기까지 치료가 계속될 수 있다. 따라서 치료의 기간에는 상한이 없으며 치료감호 판결과 동시에 성범죄자는 환자로 판정되어 형량이 부과되지 않는다.

독일 연방 통계청의 2013년 발표 자료에 따르면 2013년 현재 독일 치료감호소에 수용된 남성 환자들 중 제 63조 치료명령을 받은 환자는 6,142명이며 평균 연령대는 30~40대이다. 이 중 성범죄자의 비율은 약 25~30% 가량으로 집계된다.

독일은 연방 정부로 각 주마다 치료감호병원이 있는데, 함부르크에 위치한 치료감호병원은 아스클레피오스(AKO)에서 위탁을 받아 운영하는 대부분의 재단병원 가운데 한 곳이다. 아스클레피오스는 함부르크 이외에도 독일 대부분의 도시에서 치료감호소를 운영하고 있으며, 치료감호 자체의 역할을 수행할 뿐만 아니라 치료감호 전문가를 전문적으로 양성하는 기관이기도 하다. 아스클레피오스 재단의 치료감호소 운영금은 보건부로부터 제공된다.

1) 치료감호소 내 성범죄자들의 주요 원인 정신질환

현재 독일에서 성범죄와 관련이 높은 정신장애로 취급되는 진단들은 성도착 이외에도 뇌손상, 정신분열 스펙트럼 장애, 기분장애, 물질남용 장애, 주의력 결핍 및 과잉행동 장애, 충동통제장애 등 넓은 분야에 걸쳐져 있다(Berner, Briken, & Hill, 2007).

치료감호소에서 가장 높은 비율을 차지하는 정신장애들은 주로 정신분열 스펙트럼 장애(47.6%), 성격장애(34%), 정신지체장애(21.2%), 뇌손상(5.5%)으로 인한 정신장애에 해당한다(Müller-Isberner, Eucker, 2009).

2) 치료감호소 내 성범죄자 치료 프로그램의 종류와 특수성

치료감호소 프로그램들의 근본은 다학제적 팀 접근이며 치료의 주요 내용은 작업치료, 활동 요법 등이 전체 치료의 2/3 비중을 차지하고 있고, 의사와 임상 심리학자가 시행하는 집단치료, 개인치료 등이 나머지 1/3의 비중을 차지하고 있으며 범죄 예방에 초점을 둔 치료 프로그램이 진행되고 있다.

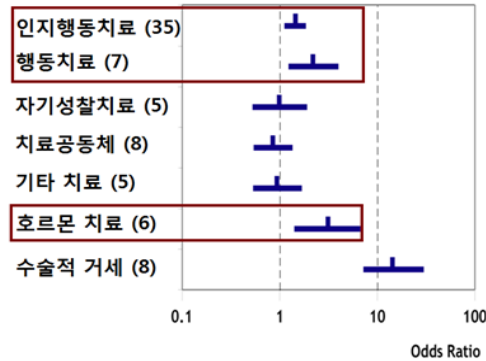
제 63조 치료감호소에서의 치료는 근본적으로 치료공동체에 기반을 둔다(Weinmann & Becker, 2006). 따라서 이러한 공동체 내에서는 치료를 전문가에게 전적으로 일임하지 않고 동료 수감자들과의 상호작용을 통해 그 치료 효과를 극대화하는 것이 목적이다. 집단 심리치료 및 개인 심리치료 이외에 공동체 생활 자체가 치료적인 효과를 가져올 것을 가정하는 것이 치료감호의 개념이며, 따라서 전문치료자들과 교도관들 이외에도 전문지식을 가진 간호사들의 역할이 매우 중요하다(DGPPN, 2005).

① 약물치료

치료적 개입에 있어서 약물치료는 심리치료가 병행되지 않을 경우 법적으로 시행이 금지되어 있다. 따라서 모든 약물치료는 정신과 전문의의 처방에 따라 심리치료와 병행되어 이루어진다. 무엇보다 아래 도표가 보여주듯이 2005년도에 발표된 Lösel과 Schmucker의 성범죄자 치료 효과에 관한 메타분석 결과에 의하면 분석에 포함된 치료 방법들 중 (인지)행동치료와 약물치료의 효과는 수술적 거세를 제외한 모든 성범죄자의 치료 방법들 중 가장 효과가 높은 것으로 나타나 동시에 사용하여 치료 효과를 보다 높이는 방안이 학계에서도 불문율로 받아들여지고 있다.

현재 독일 성범죄자들에게 제공되는 약물치료는 성범죄와 문제 행동 및 연관 정신질환의 강도에 따라 매우 다양하다. 치료감호소 내에서의 약물치료는 법적, 윤리적으로 독일 내에서 논쟁이 지속되고 있는 주제이기도 하다. 특히나 정신분열장애나 기분장애를 가진 성범죄자들이 약물치료에 보다 쉽게 응하는 반면 성격장애 환자들은 보다 낮은 순응도(compliance)를 보이는 편이다. 무엇보다 치료감호소 수감자들은 일반 정신병원의 환자들에 비해 대체적으로 치료가 없이 증상이 계속된 기간이 긴 편이고 공격성이나 충동행동 등이 기질화된 경우가 많아 치료가 어렵다. 무엇보다 공격성 자체는 장애로 분류될 수 없기에 독일 의료법상 장기적인 약물치료

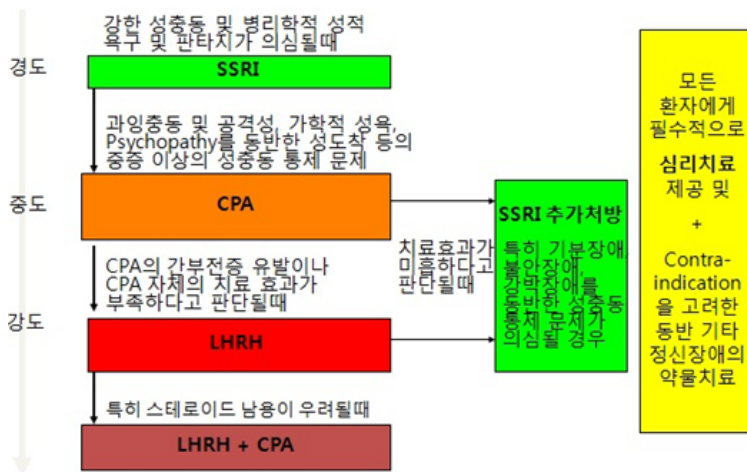
나 그에 대한 과학적인 실험 연구가 어려워 문제점으로 지적된다(Müller-Isberner, Eucker, 2009).



[그림 4-2] 성범죄자 치료 효과의 메타분석 결과

따라서 치료감호소 내에서는 특정 약물이 인가되지 않은 경우라도 사용하여 증상개선을 유도하거나 특정 약물의 부작용을 이용하는 경우도 있다. 예외적 신경이완제(Atypical neuroleptics)나 오메가-3 지방산을 이용한 경계성 성격장애 증상 개선 시도 등이 이러한 예에 해당한다고 볼 수 있다(Rocca 등, 2002; Zanarini & Frankenburg, 2003).

아래 도표는 성범죄와 관련된 정신장애의 종류와 정도에 따른 약물치료의 알고리즘을 나타낸다.



[그림 4-3] 성범죄자 약물치료의 알고리즘³³⁾

성범죄자들의 경우 특히나 남성 호르몬 억제제(Antiandrogen)를 사용한 치료가 성도착 및 과도한 성욕의 억제에 도움이 된다는 사실이 다양한 연구 결과에 의해 밝혀져 있다(Hall, 1995; Lösel & Schmucker, 2005). 그러나 골다공증 등의 심한 부작용으로 인한 치료 중단 또는 치료 거부가 최대 65%에 이르러 실제 치료감호소 내에서의 치료가 원활하게 이루어지지 않는다(Müller-Isberner, Eucker, 2009). 따라서 많은 성범죄자들에게 있어 세로토닌 재흡수 억제제(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)의 성욕 저하 부작용을 통한 치료가 해결책으로 사용되고 있다(Briken, Hill, & Berner, 2003). 무엇보다 남성 호르몬 억제제의 사용이 필요시되는 경우에도 기타 신체 혹은 정신 건강상태에 따라 실제 처방이 불가능한 경우가 있어 법적인 논란 이외에도 약물 처방과 관련된 의학적인 논란도 강하게 제기된다.

② 성격장애의 심리치료

치료감호소 내에서의 성격장애 치료는 대부분의 일반 정신과학계에서의 성격장애 환자와는 정반대의 특징을 지닌 환자들로 구성이 되어 있다. 일반적인 성격장애 환자들이 젊고, 기능 수준이 높은 반면 치료감호소의 환자들은 나이가 많고 기능 수준이 현격하게 저하되어 있기에 전형적인 치료 방법보다는 변증법적 행동치료(Dialectic Behavioral Therapy) 등 역기능적 사고방식 및 행동을 개선하고 그에 따른 사회적 상호작용의 문제점 해결을 목표로 하는 치료 방법이 보다 효과적으로 알려져 있다(Bohus 등, 2000; Wennig & Wälte, 2002).

③ 심리교육적 치료

독일에서 심리교육적 치료는 1990년대에 정신분열 장애를 가진 환자의 가족들을 위해 도입되었는데(Buttner & Kissling, 1996), 그 효과가 보다 널리 인정되면서 거의 모든 정신장애에서 환자 본인과 가족을 위한 치료프로그램에 포함되어 사용된다(Hornung & Feldmann, 2006). 심리교육적 치료는 환자의 정신장애의 수준과 기능 수준에 따라 다양하게 구성되며 정신장애의 기저에 놓인 위험요인들과 증상, 치료 방법 및 예후를 환자들에게 전달하는데 그 목표를 둔다. 무엇보다 치료감

33) 그림내의 용어 Contraindication은 예를 들어 기존에 골다공증을 앓고 있는 경우나 중증 이상의 만성 우울장애로 인한 약물을 복용 중인 경우를 지칭한다.

호소 내에서는 이러한 정신장애에 대한 이해의 증진이 추후의 심리치료 및 재범 방지 노력의 효과를 높일 수 있다는 것을 전제로 심리교육적 치료방법을 사용한다. 추가적으로는 정신장애와 성범죄 행동의 연관성에 대한 보다 자세한 이해를 통해 정신장애가 성범죄 행동을 직접적으로 야기하지 않으며 통제가 가능한 대상임을 이해시키고, 보다 능동적으로 그 통제를 위한 치료에 임할 수 있는 동기를 부여하는 것이 목표이다. 대부분의 치료감호소들이 이러한 전제에 동의하고 실제 효과를 입증하는 사례들이 많이 발표되었음에도 불구하고 양적인 연구 결과는 아직 미흡한 편이다(Fries 등, 2003).

④ 사회성 치료

사회성 치료는 행동치료의 기본 프로그램으로서 대부분의 수감자들에게 제공된다. 무엇보다 정신장애를 동반한 사회성의 결여는 성범죄 행동의 위험 요인일 뿐만 아니라 추후 사회복귀에 중요한 삶의 질에 직접적인 영향을 끼치기에 매우 중요한 치료 수단이다. 정신장애에 관한 행동치료의 영향을 받아 치료감호소 내에서도 사회성 치료프로그램들은 사회적 행동 뿐 아니라 주거, 취미 활동 등 다양한 주제에 관하여 제공된다(Müller 등, 2006). 비록 사회성 치료가 사회성 자체를 높이는데 큰 효과를 가져온다는 것이 다양한 연구를 통해 입증된 반면 심리사회적 기능 수준의 개선이나 재범 위험 자체에 미치는 영향은 아직 연구가 미흡하다.

⑤ 작업치료

오랜 역사를 가진 작업치료는 치료감호소 내에서는 수감자의 미래의 사회복귀에 이바지하는 가장 근본적인 치료의 수단으로 사용된다. 현재 방법론적으로 수준이 높은 메타분석 등의 연구는 독일 내에서 진행된 적이 없으나 대부분의 치료감호소에서 심리치료나 직업재활훈련 등에 큰 도움이 되는 것으로 받아들여져 기초적인 치료 방법으로 널리 사용되고 있다(Eikermann 등, 2006).

⑥ 운동치료

운동치료 역시 성범죄자들의 중요한 치료 방법 중의 하나로 사용된다. 무엇보다 신체지각 훈련 및 집단 내에서의 자기 체험 등이 성범죄자들의 피해자에 대한 공감 능력 형성 및 재범 방지에 효과가 있다는 가정 하에 사용되고 있으나 이를 증

명하는 연구는 알려진 바가 없다.

⑦ 기타 치료

위에 언급된 치료프로그램들 이외에도 치료감호소에 따라 인지교정치료(Cognitive Remediation), 통합심리치료(Integrated Psychological Therapy) 등 다양한 치료 방법이 시도된다.

3) 치료감호소 내 성범죄자들의 사례

① 사례 S

현재 26세인 S씨는 22세 당시 강간, 감금, 폭행, 상해로 기소되었다. 당시 그는 여자친구를 3일 동안 감금하고 반복적으로 성폭행하며 법의학적 검사 결과 여자친구를 이전부터 상습적으로 폭행하고 고문한 것으로 밝혀졌다. 정신감정 결과 S씨는 정신분열증 및 가학적 성도착 진단을 받고 제 63조 치료감호소 이송이 제안되었다. 공판 도중 정신분열증 발작으로 인해 재판장에서 기물을 파손하고 난동을 피운 S씨는 연방 형사소송법 제 126조에 의거 치료감호소에 긴급 수용되었으며 판결 이후 치료감호소에서 현재까지 계속 치료를 받고 있다.

② 사례 Z

현재 43세인 Z씨는 36세에 강간 살인으로 기소되었다. Z씨는 당시 80대의 거동이 불편한 노모를 살해하고 그 시체를 강간한 것으로 밝혀져 정신감정을 받은 결과 정신 지체 및 사체 성도착 가능성을 진단 받았고 범행 당시를 포함한 일상시의 기능 수준이 낮은 것으로 판단되어 제 63조에 의거 치료감호 판결을 받았다. 5년간의 치료 후 Z씨는 출소하여 제 68조 특별 보호관찰 명령 및 사후관리 치료 명령을 받아 지속적인 치료를 받고 있으며 정신장애인 보호시설에 거주 중이다.

나. 64조: 약물중독을 동반한 성범죄자의 특수치료감호소 내 치료 명령

독일에서는 약물 남용 자체는 범죄행위에 해당하지 않아 이러한 단일 문제에 대해서는 치료감호병원으로 수용되지 않고, 일반 병원에서 익명의 집단치료를 통해

서 회복에 이르도록 한다. 제 64조 수용은 따라서 약물 남용이 성범죄에 직접적인 영향을 끼치는 경우에 가능하며, 남용 자체 이외에도 약물 거래에 성범죄 혹은 성매매 관련 범죄가 연관되어 있을 때도 수용이 가능하다. 무엇보다 이러한 수용으로 인한 약물중독의 치료가 재범위험을 현격하게 낮추는 효과가 있을 것으로 기대가 될 때 제 64조 수용 명령이 내려진다.

제 64조 치료는 법적인 책임 및 기타 정신장애와 무관하게 이루어지며, 따라서 제 64조에 해당하는 약물 치료를 받은 성범죄자가 제 63조에 해당하는 치료감호를 계속하거나 제 66조에 의거 구금되거나 일반 교도소에서 형을 마칠 수도 있다. 약물남용 관련 범죄는 최대 2년간 치료감호소 내에 위치한 약물남용 센터에서 치료를 받으며, 이후 추가형(또는 잔형) 집행이 가능하다.

독일 연방 통계청의 2013년 자료에 따르면 현재 독일에는 3,584명이 제 64조에 의해 수용되어 있다. 지난 10여 년간의 성범죄자 치료에 관한 연구 결과에 따르면 성범죄자들의 약물 관련 진단은 40~50%에 다다른다(Abracen 등, 2000; Kafka & Hennes, 2002; Müller-Isberner & Eucker, 2009; Yoon 등, 20013). 따라서 전문적이고 효율적인 치료를 통해 약물 관련 장애를 치료하여 최소한은 중독 상태 자체를 치료하고 나아가서는 장애를 치료하여 추후에 재범위험에 보다 근본적인 영향을 끼치는 정신장애 및 위험 요인에 개입할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 과거에는 알코올 남용이 주 문제였으나 현재는 코카인과 같은 금지된 마약의 비중이 높아지고 있다. 치료는 약물이 범죄에 미치는 영향과 위험요인 위주로 치료적 개입을 진행한다.

① 사례 L

L씨는 현재 나이 62세로 3건의 아동성추행으로 5년 6개월 형을 선고 받았다. L씨는 30년 전 1건의 과실치사로 9년을 복역하였으며 그 이외의 다른 전과는 없으나 당시 범행과 더불어 현재 범행 역시 만취 상태에서 이루어졌으며 만성 알코올 중독으로 사회에서 기능을 할 수 없는 것으로 판단되었다. 제 64조 명령에 따라 치료감호소 내 중독치료기관에서 1년 6개월간의 중독치료를 받고 현재 사회치료기관으로 이송되어 성범죄자 치료프로그램에 참여하고 있다.

② 사례 H

현재 40세의 H씨는 14건의 폭행 및 1건의 강간 전과를 가지고 있는 폭력조직의 우두머리로 코카인 중독과 스테로이드 남용 및 반사회적 성격장애 진단을 받았다. 현재 강간으로 기소되었으며 과거 제 64조 명령에 따라 4개월간 치료를 받았음에도 불구하고 약물 남용으로 인한 재범을 저지른 것으로 판단되어 다시 제 64조 치료 명령을 받아 현재 치료감호소에서 중독치료를 받고 있다. 이후 H씨는 사회치료기관으로 이송될 예정이나 지속적인 치료 거부로 인해 일반 교정시설로 재이송될 것이 우려된다. 무엇보다 H씨는 재범 시 제 66조 예방구금 판정이 불가피하기에 현재 치료의 효과가 주시되고 있다.

3. 예방적 구금(독일 연방형법 제 66조)

형법 제 66조에 해당하는 예방적 구금 법률은 현재 독일 및 유럽 법조계에서 가장 논쟁 사항으로 제기 되는 법률 중 하나이다. 이 법률에 의거하여 성범죄자 중 2년 이상의 형을 선고 받은 이들은 아래의 기준에 해당할 때 예방적 구금 조치를 받을 수 있다:

- i. 성범죄자가 과거 5년 이내에 1년 이상의 형량을 2번 이상 선고받은 경우
- ii. 성범죄자가 과거 5년 이내에 2년 이상의 형량을 1번 이상 선고받아 교정시설이나 치료 감호소에서 그 형을 이수한 적이 있는 경우
- iii. 성범죄자가 과거 5년 이내에 성범죄, 살인, 과실치사, 폭행 및 상해 등의 중범죄를 저질렀거나 물질 중독상태에서 이러한 범죄를 저질러 2년 이상의 형량을 1번 이상 선고받은 경우 (형의 이수와 무관)
- iv. 성범죄자와 그의 범죄가 사회에 큰 위험을 끼친다고 판단되는 경우
- v. 성범죄자가 기질적 혹은 성향적인 이유로 반복범죄를 저지를 것으로 예상되는 경우

예방적 구금은 무기한이며 형량을 모두 이수하거나 치료감호소에서의 치료가 모두 끝난 이후에도 무기한 지속될 수 있어 종신형과는 구분되며 그에 따른 인권 문제로 인한 논쟁이 지속되고 있다.

가. 예방구금의 기본원칙과 목표

최고위험군 성범죄자의 형무집행은 함부르크 형무집행법에 의거하여 진행되고 있으므로 이하 모든 법은 2007년판 연방 형무집행법이 아닌 2011년판 함부르크 형무집행법에 준한다. 예방구금의 기본원칙과 목표는 함부르크 형무집행법에 의거하여 다음과 같다.

- i. Ultima-Ratio(최후 적용의 원칙): 예방구금은 성범죄자 처벌 및 재범 예방의 최후의 수단으로만 사용되어야 한다.
- ii. Individualisierung und Intensivierung(차별화와 강화의 원칙): 예방구금은 일반 수용과 차별화되고 그 효과가 강화되어야 한다.
- iii. Motivierung(동기부여의 원칙): 예방구금 수감자들은 치료 및 빠른 사회복귀를 위해 동기부여가 되어야 한다.
- iv. Trennung(분리의 원칙): 예방구금은 분리수용을 원칙으로 한다.
- v. Minimierung(최소화의 원칙): 예방구금으로 인한 수감자의 피해는 최소화되어야 한다.
- vi. Evaluation(평가의 원칙): 예방구금의 효과는 지속적으로 평가되어야 한다.
- vii. Rechtsschutz und Unterstützung(인권보호의 원칙): 예방구금 수감자들의 헌법상의 인권은 보호되어야 한다.

나. 예방구금의 집행

최고위험군으로 판정되어 예방구금 처분을 받은 성범죄자들은 실제 형기를 마친 후에 예방구금에 따라 무기한 구금된다. 실제 예방구금이 집행되기 전 성범죄자들은 재범위험성평가를 받게 되며 재범위험도가 형기 만료 후 출소가 가능할 정도로 확연히 낮아졌을 경우에만 예방구금이 면제될 가능성이 있다. 함부르크 형무집행법에 의거 예방구금은 가장 단기간에 성범죄자의 재범위험도를 효과적으로 낮추어 사회로 복귀시키는데 목표가 있으며 필요에 따라 특수보호관찰을 통해 성범죄자들을 출소시킬 수 있음을 명시한다. 따라서 예방구금에 들어가는 성범죄자

들은 모든 수단과 방법을 동원하여 치료되어야 하며 일반적으로 교정시설 내에서 지원하는 치료방법이 효과가 없다고 판단될 경우 개개인에 맞는 치료방법이 제공되어야 한다고 함부르크 형무집행법은 지정하고 있다. 치료프로그램에 관한 자세한 안내는 다음 목차에서 계속된다.

치료감호소 내에서 예방구금이 되어 있는 성범죄자들과 일반 교정시설 내에서 실제 형량과 무관하게 무기한 예방구금이 되어 있는 성범죄자들 모두 기타 시설 내 생활범주 내에서 다른 성범죄자들보다 큰 혜택을 받게 된다(예: 자유시간 연장, 친지방문 추가 허용 등). 이는 예방구금 명령을 받은 수형자들이 범죄 행위 자체와 무관하게 재범 위험도에 의해 수용이 되는 것이기에 이들의 기본적인 인권을 보호하기 위해서 지정된 것이다. 비록 이들의 주거 및 치료 공간이 일반 수감자들과 분리되어 있으나 교류가 금지되어 있는 것은 아니며 경우에 따라서는 예방구금 수감자들 역시 일반 수감자들과 같은 치료프로그램에 참여할 수도 있다. 무엇보다 분리 수용시설 내에서는 성범죄자들과 다른 범죄자들이 분리 수용되지 않는다.

재범위험 및 치료효과에 대한 평가는 시설 내에서는 6개월마다 이루어지며 예방구금의 지속 필요성은 매년 재평가된다. 예방구금이 5년 이상 지속될 경우 외부 전문가의 소견서를 통해서 보다 포괄적이고 세부적인 평가가 이루어진다.

다. 예방적 구금 조치를 받은 성범죄자들의 치료의 특수성

2013년 독일 연방 통계청 자료에 따르면 독일 전체에는 489명의 범죄자들이 예방구금되어있으며 2014년 함부르크 법무부 자료에 따르면 21명의 범죄자들이 함부르크에 예방구금되어있다. 현재 함부르크에는 함부르크 교도소, 함부르크 대학병원, AKO 병원 진료진으로 구성된 예방구금 전문 위원회가 3개월마다 사례회의, 치료 효과 및 방법에 대한 논의를 위해 운영되고 있다. 이러한 예방구금의 집행에 근거가 되는 범죄로는 성범죄와 연쇄살인 등의 강력범죄가 가장 큰 비율을 차지한다.

1) 예방적 구금 조치를 받은 성범죄자들의 치료의 종류

이 단락에서는 현재 함부르크 예방구금시설에서 제공되는 프로그램들을 중심으로 SOTP(Sex Offender Treatment Program; 성범죄자 치료프로그램), DBT-F(변

증법적 행동치료-범죄자판), Motivational Interviewing(동기강화적 면접)의 치료방법을 소개한다.

① 개인치료

개인치료는 기본적인 집단치료에 추가적으로 제공되며 경우에 따라 집단치료를 거부하거나 치료 효과가 부진한 수감자들의 주요 치료로 제공된다. 예방구금된 성범죄자의 경우 무엇보다 시설 내 치료자 이외에 시설 외 치료자들이 보다 적합한 치료를 제공하기 위해 시설을 방문하여 치료를 제공하는 것이 가능하다.

기본적인 치료프로그램들이 보다 포괄적인 접근과 집단 내 상호작용을 이용한 치료효과 증진을 목표로 하는 반면 개인치료에서는 특히나 정신분석학적인 치료 방법 등의 도입으로 집단 내에서 이슈화되기 어려운 요소들을 포착한다. 따라서 개인의 범죄 행동 유발 요인들의 연관성에 대한 가설과 이러한 위험요인의 효과적인 회피 및 보호요인의 발견, 강화가 보다 집중적으로 진행된다.

이외에도 주거 공동체의 관리를 담당하고 있는 사회복지사들이 주거 환경의 치료적 효과(Milieu therapy)를 이용한 개인면담을 매주 제공한다.

② DBT-F (Dialectic-Behavioral Therapy - Forensic)

DBT-F는 예방구금시설 내에서의 주요 치료프로그램 중의 하나로 제공된다. 본래 경계성 성격장애 환자들을 위해 개발된 DBT는 범죄심리학과에서 반사회적 성격장애와 반사회적 행동통제 문제를 보이는 범죄자들을 위해 변형되어 특히 치료감호 분야에서 많이 사용되고 있다(Oermann 등, 2008). 일반적인 재범 방지 치료프로그램들이 중독치료의 메커니즘에서 유래해 발달하여 재범과 관련된 위험요인들을 효과적으로 회피하는데 중점을 둔 반면(Relapse Prevention; Laws & Marshall 2003), DBT-F는 특히나 경계성, 반사회적 성격 특징을 보이는 환자들의 역기능적, 자기비하 및 자기파괴적 사고방식 및 행동패턴에 1차적으로 개입한 후 2차적으로 재범 위험요인에 개입하는 방식을 사용한다(McCann, Ivanoff, Schmidt & Beach, 2007). 따라서 1차적 개입에서는 우선 자해, 치료공동체 및 치료 자체를 방해하는 행동 및 치료대상자 자신의 삶의 질을 떨어뜨리는 행동의 개선을 주목적으로 한다. 무엇보다 기능 수준이 낮은 치료감호소의 제 63조 수감자들에 있어서는 심리

교육적인 측면이 일반적인 DBT에 비해 적극적으로 치료에 포함되어야 한다.

③ 기본집단치료

기본집단은 매주 제공되며 개별적인 성격 및 기타 위험요인과 범죄행동과의 연관성을 탐색하며 문제행동의 개선을 추구한다. 심리교육(Psychoeducation)의 성격을 강하게 띠는 이 기본집단은 일반적인 치료집단들과 달리 심리치료자들이 전문적인 지식을 기반으로 행동개선 방법을 교육하는 방식으로 진행된다. 이와 더불어 일상생활에서의 문제들을 탐색하고 다른 치료 프로그램들에서 발생하는 갈등에 대해 토론하고 성찰할 수 있는 기회를 제공한다.

④ 사회성 훈련

예방구금시설에 수감된 성범죄자들은 특히 성범죄 이외의 범죄를 저지른 경력이 많거나 연쇄성범죄로 인해 수감된 경우가 많아 사회성에 큰 문제를 보이는 범죄자 집단으로 알려져 있다. 사회성 트레이닝은 DBT-F의 영역으로서 뿐만 아니라 개인치료에 사용될 수 있으며 기존 치료방법에 중복되거나 반복되게 사용될 수 있다. 특히 집단치료에 반감을 보이거나 사회성 결여로 인해 치료가 부진한 성범죄자들의 집단치료의 준비과정으로서 개별적으로 사용되기도 한다.

⑤ 성범죄자 치료프로그램(SOTP)

독일의 대표적인 성범죄자 치료프로그램인 SOTP는 2000년도 함부르크의 심리치료사들이 영국에서 훈련을 받아 독일로 도입해오면서 독일 전역으로 퍼져나갔다(Berner & Becker, 2001; Thiel & Fuchs, 2004). 현재 함부르크에서는 기존의 SOTP보다 보호요인과 성건강 등 긍정적인 사회복귀의 요소의 비중이 높아진 2011년 비공식 개정판이 사용되고 있으나 아직 공식 개정판은 번역 중에 있다.

행동 치료 프로그램의 도입은 성범죄자의 시설 내 치료에 새로운 전환점을 가져왔다. 학계의 발전과 더불어 독일 연방 정부에서 교정시설 내 사회적 치료의 강화를 지지함에 따라 사회치료기관들은 수용 인원의 전격적인 증대와 더불어 새로운 치료프로그램들을 전격적으로 도입하였다.

SOTP는 영국 교정시설 내 치료기관에서 개발되어 독일로 유입된 프로그램이기

에 자세한 안내는 본 보고서 내 영국의 치료 현황 분석 결과에 명시되어 있는 바를 따른다.

⑥ 기타 치료 방법

예방구금시설에 수감된 성범죄자들은 필요에 따라 시설 내에서 가벼운 약물치료를 받으며 증상이 심해지는 경우 치료감호소로 이송되어 치료를 받으며 경과에 따라 수감형태를 재검토할 수 있다.

2) 예방적 구금 조치를 받은 성범죄자들의 사례

① 사례 M

M씨는 현재 나이 46세로 32세에 강간 및 폭행으로 기소될 당시 24개의 전과기록을 보유하고 있었으며 총 3건의 강간, 2건의 아동성추행, 6건의 폭행, 상해 및 8건의 마약 거래, 5건의 절도 혐의로 유죄판결을 받은 기록이 있었다. 심도 있는 정신감정을 거쳐 M씨는 심각한 반사회적 행동을 동반한 경계성 성격장애와 약물 남용 진단을 받고 제 63조에 의해 치료감호에 수감되는 동시에 지속적인 재범 위험이 판단됨에 따라 제 66조 예방구금 판결을 받았다. 38세에 치료감호 도중 M씨는 치료감호소 내에서 몰래 항안드로젠(Antiandrogen) 약물을 복용해온 사실이 드러나 다시 정신감정을 받게 되었고 성정체성 장애 진단과 함께 재범위험 재평가를 받은 결과 심각한 성정체성 장애가 경계선 성격 장애와 더불어 반사회적 행동을 야기했을 가능성이 제시되면서 치료감호소 내의 치료 효과와 더불어 성정체성 장애에 대한 추가적인 치료 시 재범위험이 현저히 낮춰질 수 있을 것이라는 의견이 제시되었다. 3년간의 치료 후 M씨는 성전환 수술을 거쳐 여성이 되었고 2년 후 재범위험 재평가의 결과 치료의 긍정적인 효과가 사회복귀의 가능성을 높였을 것으로 판단되어 제 68조 특수 보호관찰 및 사후관리 치료 명령을 받고 출소했으며 출소 3년차인 현재까지 재범을 하지 않았다.

② 사례 V

V씨는 현재 나이 39세로 33세에 강간 및 폭행으로 기소될 당시 2건의 강간 및 폭행과 6건의 폭행 전과를 가지고 있었다. 정신감정에 의해 반사회적 성격장애 및

알코올 남용 진단을 받았으나 그 수준이 치료 감호의 필요성을 정당화하지 않는다는 소견에 의해 일반 교정시설에 수감, 사회치료기관으로 이송되었으나 치료 거부로 인해 일반 교정시설에서 6년간의 형을 마치고 제 68조 특수 보호관찰 및 사회 내 치료 명령을 받고 출소했다. 치료의 지속적인 거부로 인해 재수감 가능성이 제기되자 1년간 사회 내 치료에 불규칙적으로 응했으나 결국 치료 시도가 실패하고 치료 명령이 취소되었다. 2년 후 V씨는 지난 3건의 강간과 비슷한 범행 수법으로 4번째 강간을 범해 기소되었으며 반사회적 성격장애의 심각성 및 재범 최고 위험군으로 분류되어 다시 6년형 및 제 66조 예방구금 판결을 받았다. 현재 V씨는 사회치료기관으로 이송되어 치료 가능성 평가를 받고 있다.

라. 예방적 구금의 문제점

1) 예방적 구금의 법률상의 문제점

예방적 구금의 가장 큰 문제점은 인권문제로 볼 수 있다. 최고 위험군 성범죄자의 재범 방지를 위한 독일의 예방 구금 제도 역시 1998년 성범죄와의 전쟁의 영향 이후로 빠르게 확장되었다. 성범죄로 인한 판결과 동시에 집행여부가 결정되던 예방 구금은 2002년 이후 판사의 권한으로 그 집행여부의 결정을 보류한 채로 형량을 이수한 후 재검토가 가능하도록 확장되었다(Vorbehaltene Sicherungsverwahrung [예방 구금 보류³⁴⁾]; Merkel, 2011). 또한 2004년에는 판결 당시 예방 구금 판정을 받지 않은 성범죄자들이 형량 이수 이후에 예방 구금 판정을 받을 수 있도록 재확장이 되었으며(Nachträgliche Sicherungsverwahrung [사후 예방 구금³⁵⁾]; Merkel 2011) 2008년 이 법은 14세 이상 청소년을 포함한 모든 성범죄자들에게 적용이 가능하도록 변경되었다. 이러한 독일의 강경한 형사정책은 그러나 2009년에 이어 2011년 유럽 인권 재판소의 강력한 비난을 받으며 개정 촉구를 받게 된다. 이러한

34) 형법 제66조a에 따라 사회복귀에 따른 재범위험 여부가 충분히 확신될 수 없는 경우에 법원은 예방구금 명령의 최종결정을 유보할 수 있다.

35) 형법 제66조b에 따라 일반 형량의 만기 후나 치료감호의 종료 이후에도 재범위험의 여부에 상당한 개연성이 있고, 재범으로 인해 잠재적인 피해자가 정신적 또는 신체적으로 중하게 침해될 것이 분명하고 제66조의 나머지 형법적인 조건이 충족되는 경우에는 사후적으로 예방구금이 명령될 수 있다. 이는 예방구금이 판결 시점에 법적인 근거로 불가능했던 경우를 보완하기 위해서이다.

비판에 대한 대안으로 2011년 독일 연방대법원은 예방 구금 제도의 전반적인 개선 및 2013년 5월 31일까지 부당한 예방 구금 보류 혹은 사후 예방 구금 판정을 받은 성범죄자들의 사례 재검토를 요구한다. 그러나 독일 정부는 동시에 헌법상 인권에 저촉되는 예방 구금을 받은 성범죄자들이 치료 구금 판정을 받는 것이 가능하도록 새로운 법(Therapieunterbringungsgesetz; Merkel 2011)을 제정한다. 치료 구금법은 부당한 예방 구금을 받은 성범죄자들이 높은 재범위험과 성격장애를 포함한 중증 정신장애에 의해 석방이 불가능하다고 판단될 경우 3년 가량의 치료를 위한 수감을 규정한다. 그러나 이 역시 독일 내에서도 위헌 여부에 대한 강한 논쟁을 야기하여 그 지속 여부가 불확실한 상태이다.

이러한 예방 구금 및 치료 구금의 과도한 확장은 독일 정부의 성범죄자에 대한 강경 대응책을 지속하고자 하는 노력의 일환으로 해석되나 유럽 인권재판소와 독일 연방대법원의 판결에 이어 많은 법정신의학계의 반발로 차후의 발전 방향이 제시되고 있다(Leygraf, 2012).

2) 예방적 구금의 치료 윤리적 문제점

치료와 직접적으로 관련해서 예방구금은 무엇보다 치료가 어려운 범죄자 그룹에 해당하는 수감자들에게 과도한 치료 프로그램을 제공하여 오히려 치료에 더욱 큰 반발을 보이는 역효과가 발현될 수 있다는 문제점을 가지고 있다.

또한 장기간의 형량을 선고받은 성범죄자들이 기존의 긴 형기 동안 일반 교정시설에서의 치료에 실패하거나 치료를 거부한 경우 예방구금시설로 이송된 후에 치료를 재시도하는 것이 불가능한 경우가 많다.

4. 교정시설 내 치료(사회치료기관)

가. 시설 내 치료의 기준

독일 형법상 성범죄자 치료의 목적은 성범죄자가 사회적인 책임을 다하는 사회의 구성원으로서 사회에 복귀할 수 있도록 하기 위함으로써 사회 안전은 2차적인 목적에 해당한다고 명시한다. 70년대의 인도주의적 형사정책이 성범죄자들을 출소

후에 사회에 재통합시키는데 주요 목표를 두었기에 사회치료기관을 보다 개방적인 치료공동체의 개념으로 출범시킨 반면 1998년 이후 보안 중점의 처벌적 형사정책이 시행되며 사회 치료의 성향은 성범죄자들의 치료 의무에도 불구하고 통합적 사회 내 치료보다는 분리 수용된 상태에서의 시설 내 치료에 중점을 두고 발전해왔다.

사회치료기관 내의 수감자들은 치료감호소 수감자들과는 달리 사회윤리적 기능이 보다 높은 성범죄자들로 간주된다. 따라서 성범죄자는 자신의 범죄에 따른 책임을 인정하고 앞으로 재범을 하지 않기 위한 동기부여와 동기강화에 힘써야 하며 치료자들은 이러한 목표를 달성하기 위한 치료를 제공할 의무가 있다. 또한 재범방지를 넘어서서 책임감 있는 사회 구성원으로 사회에 복귀할 수 있도록 사회성을 강화하고 사회적으로 용인되는 성생활을 지속할 수 있도록 치료가 제공되어야 하는 것이 사회치료기관의 근본적인 목표이다.

1988년 사단법인 사회치료기관 자문 위원회(Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug e. V.)에서는 사회치료기관의 운영 수칙과 치료 요건의 기본 조건을 발표했는데, 성범죄자 평가에 관한 연방 컨소시엄의 기본 조건과 마찬가지로 이 역시 대부분의 사회치료기관에서 관리 기준으로 받아들여져 있다. 2007년에 발표된 최종 개정판 기본조건은 총 18가지로 아래 표에 명시되어 있다.

• 운영 및 구조적 기본 조건

- i. 불가피한 상황을 제외한 모든 경우에 수감자는 수감된 사회치료기관에 이동 없이 머물러야한다.
- ii. 사회치료기관에서의 시설 내 치료는 형량 내의 기간 동안만 가능하기에 시간상의 조율을 통해 형기의 만료까지 치료를 받을 수 있는 것을 목표로 한다.
- iii. 사회치료기관은 제공되는 치료 프로그램의 내용과 시간적 구성에 대한 기본 방침을 준수한다.
- iv. 사회치료기관은 치료 공동체의 개념으로써 20~60명 가량의 수용인원이 가장 적합하며 이 이상의 총인원이 사회치료기관에 수용되어있을 경우 적절한 크기의 하위 공동체로 분리되어야 한다.

- v. 사회치료기관 수감자들의 주거 공동체의 크기는 8~12명을 준수한다.
- vi. 사회치료기관은 그 구조, 인사정책 및 공간적인 측면에서 자체 운영기관이어야 한다.
- vii. 사회치료기관은 중상급 공무원의 특정 채용인원을 유지할 권한을 가진다.

• 공간적인 기본 조건

- i. 사회치료기관 수감자들은 원칙적으로 개별 수감된다.
- ii. 기관 내 주거공동체는 최소 2개의 공동 사용공간과 3개의 교도관실, 사회복지사실 등의 행정관련 업무공간을 가진다.
- iii. 다수의 주거공동체는 치료실, 여가시설 및 방문자 응접공간을 공동으로 사용할 수 있다.

• 인사채용적인 기본 조건

- i. 사회치료기관의 교도관 : 수감자 인원 비율은 1 : 2~3을 기준으로 한다.
- ii. 심리치료사 및 사회복지사 : 수감자 인원 비율은 1 : 10을 기준으로 한다.
- iii. 심리치료사들은 치료자 과정을 전체 이수했거나 사회치료기관에서 600시간의 치료실습시간을 이수한다.
- iv. 전문의, 교육학 및 기타 치료 전문가들의 채용 예산이 전적으로 고려되어야 한다.
- v. 사회치료기관은 전속 비서실을 가진다.
- vi. 사회치료기관 근무자들은 기관 예산으로 외부 수퍼비전을 받을 권한이 있다.

• 문서기록 기본 조건

- i. 사회치료기관 수감자들의 모든 기록은 개별적으로 사건파일에 문서화되며 데이터 보호법에 의해 보호받는다.
- ii. 사회치료기관의 기능과 효과는 과학적으로 연구되어야하며 이 결과는 주법무부 담당부서에 보고된다.

나. 교정시설 내 사회치료기관의 역사

교정시설 내 치료기관에 대한 역사는 60년대로 거슬러 올라간다. 현재 교정시설 내의 치료기관들은 사회치료기관이라는 명칭 하에 운영되고 있는데, 이러한 사회치료기관에 대한 법률은 최초로 1969년 독일 연방 형법 제 65조에 의거하여 제 63, 64조에 해당하지 않는 경미한 정신질환이 있는 범죄자의 수용을 목적으로 제정되었다. 따라서 치료감호의 목적으로 제정된 이 법률은 재정상의 문제를 동반한 논란으로 현실화되지 못하였고, (구)형무집행법 제 123조에 의하여 사회치료기관들은 교정시설 내 산하기관으로 재분류되었다. (구)형무집행법 제 9조에 의거하여 2년 이상의 형량을 선고 받은 모든 성범죄자들은 사회치료기관으로 이송될 자격이 있으며, 기타 범죄자들 중 사회치료가 재범방지에 효과가 있을 것으로 판단되는 범죄자들과 함께 사회치료기관에 수용된다. 수감자는 이 이송을 거부할 권리가 있으며 이송이 된 이후에도 필요에 의해 다시 일반 교정시설로 재이송될 수도 있다.

앞서 설명했듯이 과거 개방형 교도소에서 보다 광범위한 사회치료 프로그램들을 제공하던 사회치료의 개념은 1998년 성범죄와의 전쟁 선포 이후 일반 교정시설 내의 부설기관의 형태로 변형되었다. 이렇게 사회와 보다 근접한 치료를 시행하던 사회치료기관들은 형무집행에 의한 방편으로 재정비되었다.

무엇보다 과거 총 4개의 시설에서 운영되던 함부르크의 사회치료는 2개의 기관으로 통합되면서 기존엔 공간적으로 일반 교도소 부지를 이용하고 있던 1개의 기관이 2000년 교도소 부설기관으로 편입되었고 1개의 개방형 치료기관은 폐쇄형 분원으로 전환되었으며 2개의 개방형 기관이 폐지되었다. 나아가서 2005년경부터는 예산 삭감으로 교도소 부설 본원에서 기본 치료를 받고 분원으로 이송되어 사회복귀 준비와 더불어 사후치료를 받던 성범죄자들을 위한 프로그램들이 대폭 폐지되었다. 비록 2009년 사회치료기관이 다시 독립적인 기관으로 공식 재설립되었으나 아직 보다 개방적이고 사회와 밀접한 과거의 치료프로그램들이 전부 재생되지는 못했다는 것이 실무자들의 의견이다.

2005년 성범죄자 프로그램 폐지에도 불구하고 성범죄자들의 치료의 틀이 크게 흔들리지 않았던 것은 2003년 공식적으로 설립된 사회 내 치료센터에서 성범죄자들이 출소 이전부터 치료를 받을 수 있었기 때문이었다고 실무자들은 보고한다. 사회 내 치료센터에 대한 자세한 안내는 다음 장에서 계속된다.

다. 사회치료기관의 통계적 현황

독일 중앙 범죄학 연구소의 발표 결과에 따르면 1988년 총 12개로 시작한 독일의 사회치료기관들은 2013년 총 66개로 늘어난 것으로 집계된다. 그 중 59개의 기관은 연방주 교정시설의 산하기관으로서 7개는 사립기관으로서 운영되고 있다. 이 중 41개의 기관은 성인남성, 21개의 기관은 청소년(남성), 4개의 기관은 여성 수감자들을 위한 기관으로 개설되었다. 이러한 사회치료기관들의 총 수용가능 인원은 2,400명 가량이며, 현재 수용되어있는 인원은 2,080명 가량으로 집계된다. 비록 여성 전용 치료기관이 마련되어있으나 실제 여성 수감자들은 38명에 지나지 않는 것으로 집계되었다. 무엇보다 1998년 성범죄와의 전쟁 선포 이후로 성범죄자들은 51.6%로 살인(살인 미수 및 과실 치사 포함; 20.8%) 및 기타 범죄(강도, 상해, 폭행, 절도 및 약물 거래 등; 27.6%)에 비하여 가장 큰 비중을 차지하는 그룹에 해당한다.

사회치료기관에 수감되어 있는 성범죄자³⁶⁾들을 범죄유형으로 나누어 살펴보면 1990년대에 다수를 차지하던 강간관련 범죄유형은(당시 59.7%) 현재 39.4%로 줄어들었고, 대신 아동대상 성범죄의 비율이 32.5%에서 53.8%로 늘어난 것으로 보고된다.

2000년 공식적으로 설립된 함부르크 사회치료시설에는 현재 139명의 범죄자들이 수감되어 있으며, 이는 독일 전체 사회치료시설 수감자들(2,042)의 6.8%에 해당한다(독일 중앙 범죄학 연구소, 2013).

사회치료시설에 수감된 범죄자들은 3~6개월간의 평가기간에 거쳐 정식수감 여부가 결정되며 일반적으로는 정식수감이 된 이후에 정식치료과정을 밟게 된다. 비록 성범죄자의 사회치료기관으로의 이송이 의무화되어 있음에도 불구하고, 치료를 거부하는 수형자들의 경우나 과도한 문제행동(약물 남용, 마약 밀매, 폭력 행동 및 절도 등)으로 다른 수형자들의 치료를 지속적으로 방해하는 경우 일반 교정시설로 재이송되는 경우가 있다. 또한 사회치료시설의 치료의 부담을 견뎌내지 못하여 역효과가 예상되는 수형자들은 스스로 일반 시설로의 재이송을 신청할 권리가 있다. 사회치료기관 측에서는 위의 문제행동이나 치료 거부 이외에도 지속되는 치료 부진이나 치료효과 침체의 경우 재이송을 결정할 수 있다. 지속되는 시도에도 불구

36) 이하 성범죄자들은 모두 남성 성범죄자들을 지칭한다.

하고 성범죄 행위 자체를 부정하는 수감자들의 경우 이에 개입하는 집단치료가 무의미하다고 판단되어 일반 시설로 재이송시키기도 한다. 2013년 함부르크 법무부와 함부르크 대학병원 연구소의 공동연구 결과에 따르면 사회치료시설로 이송된 후 일반 시설로 재이송되는 성범죄자의 비율은 약 25%에 해당하며 이는 독일 중앙 범죄학 연구소의 2013년 통계치와도 일치한다. 이렇게 재이송된 수감자들 중 형량만기 시기까지 치료를 전혀 받지 않은 성범죄자들의 경우 출소 후 치료 명령을 의무로 받게 된다.

라. 사회치료기관의 성범죄자 치료의 방법

1) 사회치료기관 내 성범죄자 치료프로그램의 종류

기본적으로 사회치료기관에서 치료를 제공하는 치료담당자들은 심리치료자 과정 전체를 마치거나 1차 시험에 합격한 심리상담 전문가들로 정신의학적인 치료는 필요에 따라 추가적으로 제공되나 대부분의 경우에는 정신과 전문의를 통한 치료는 이루어지지 않는다. 다음 도표는 사회치료시설에 수용되는 성범죄자들의 치료 경로를 나타낸다.



[그림 4-4] 사회치료기관 시설 내 치료의 단계

현재 함부르크 사회치료기관에서 성범죄자들을 위해 제공되는 치료 프로그램은 다음과 같다.

① 개인치료

사회치료기관에서의 개인치료는 기본적인 집단치료에 추가적으로 제공되며 특히 언어적이나 짧은 형량에 의해 집단치료 프로그램에 참여할 수 없는 수감자들의 경우 주요 치료로 제공된다.

예방구금 수감자들의 개인치료에 관련된 목차에서 설명했듯이 개인치료는 보다 집중적인 재범 방지효과와 집단치료의 효과를 증대하는 목적으로 사용되나 사회치료기관의 주목적은 집단치료 내에서 사회성을 높이는 것에 해당하므로 개인치료는 가능하면 적게 제공하는 것을 원칙으로 한다. 따라서 집단 치료에 추가적으로 제공되는 개인치료의 경우 그 주기가 한 달에 한번 정도이다.

주거 공동체의 관리를 담당하고 있는 사회복지사들의 개인면담은 필요에 따라 제공되며 정기적으로 제공되지 않는다.

② 집단치료

사회치료기관의 성범죄자 치료 프로그램들은 예방 구금 명령을 받은 성범죄자들과 비슷한 프로그램들이 보다 적은 빈도로 제공되고 있는 것이기에 그 자세한 설명은 생략한다.

2) 사회치료기관에 수용된 성범죄자들의 사례

① 사례 A

강간으로 인해 3년 2개월 형을 선고받은 A씨는 현재 나이 23세로 1년 반째 사회치료기관에서 복역 중이다. 태아기 알코올 증후군(Fetal Alcohol Syndrome/Alcohol Embryopathy)을 앓고 있는 A씨는 강간 이전에도 폭행 상해 및 절도 등 다양한 청소년 범죄 행위로 벌금형 및 사회봉사형에 처해진 적이 있다. 20세가 넘은 나이에 고등학교를 중퇴한 이후 단 한 번도 직업을 가져본 적이 없이 사회복지금 및 절도 행위를 통해 재정 문제를 해결하며 살아온 A씨는 소년원 등 시설에

서 거주한 적이 많아 초기에 사회치료기관에 적응하는데는 문제가 없었으나 자신의 강간범죄 행위를 강하게 부인하며 피해자에게 책임을 전가했다. 치료 1년이 지나가는 시점에서 인터뷰에 응한 A씨는 태어나서 처음으로 직업훈련을 시작했다는 성취감을 자랑스럽게 보고했으며, 자신의 범죄를 인정하고 치료프로그램을 통해 처음으로 자신이 한 범죄행동의 의미를 이해했다고 보고했다. 비록 피해자에 대한 이해나 재범 방지 요인의 증진 등의 치료 효과는 미흡하지만 강한 범죄 행동 부정으로 사회치료기관에 계속 수용될지의 여부가 미지수이던 A씨의 프로그램 내 발전은 치료자들에게 긍정적으로 평가되었다. 장기적으로 A씨는 직업훈련을 사회치료기관에서 마친 후 잔형을 집행유예 받을 것으로 예상되며 사회 내 치료 기관으로 연계되어 사후관리를 받도록 치료 계획이 세워진 상태이다.

② 사례 K

K씨 역시 강간 및 강간 미수로 인해 4년 8개월 형을 선고 받고 2년 께 복역 중이나 K씨의 치료 효과는 아직 만족스럽지 못한 편이다. 자기애성 성격 특징을 보이는 K씨는 비록 연쇄 강간 여부는 인정하였으나 본인의 성범죄 행동의 원인과 재범 방지 대책을 강구하기보다는 판결과 형무집행이 자신에게 끼치는 부정적인 영향에 대한 불만을 표출하며 치료의 근본적인 목표에 도달하지 못하고 있다. 따라서 K씨는 잔형의 집행유예를 받지 않고 형량이 만기된 후 특수 보호관찰을 통해 보다 엄격한 사후관리를 통한 치료와 모니터링이 필요할 것으로 예상된다.

5. 사회 내 치료

가. 성범죄자 사회 내 치료의 법적인 기준과 목적

특히 치료감호소가 아닌 일반 교정시설에서 출소 이후 사회 내 사후 치료 명령을 받아 치료를 받는 성범죄자들은 그 기질적 특징과 법률적 치료 조건이 매우 다양해서 치료자들의 유연성이 치료 효과에 큰 영향을 끼치게 된다(Tippelt, Stübner, & Nedopil, 2012). 독일의 사회 내 치료 기관들 중 치료감호소 소속기관들은 환자들의 출소 후 사후관리를 중점으로 운영되며 일반 교정시설 출소 이후의 사후관리

와 집행유예 시의 사회 내 치료를 동시에 담당하는 기관들은 주로 따로 지정되어 있다. 이러한 기관들의 현황은 다음 목차에서 다루기로 한다. 성범죄자들이 사회 내 치료를 받을 수 있는 법적인 기준은 형법 제 68조 특수보호관찰, 제 57조 가석방 및 보호관찰, 제 56조 집행유예에 해당한다. 제 68조 특수보호관찰은 최고위험군에 해당하는 예방구금 수감자들이 석방될때나 고위험군에 해당하는 치료감호소 출소자들과 일반 교정시설에서 치료를 거부하거나 치료가 부진하여 가석방되지 못한 소위 만기출소자 (Vollverbüßer)에게만 부과되며 제 57조 및 제 56조는 일반 형량을 선고 받은 성범죄자들에게만 부과될 수 있다. 법적인 자세한 기준은 다음과 같다.

나. 제 68조 특수보호관찰 및 사회 내 치료 수감 명령

1) 제 68조 특수보호관찰의 법률적인 특성

형법 제 68조는 형법상 형량을 부과받지 않은 치료감호소 출소자들, 예방구금 중단자들 및 이미 형량을 만기까지 이수한 교정시설 수형자들에게 부과되는 추가적인 조치이기에 엄격하게 따지면 특수형무집행(Maßregel)에 해당한다. 재범 고위험군으로 판단되는 성범죄자들의 사후관리 및 시설 내 치료 거부를 사회 내 치료로서 뒷받침하고자 하는 것이 제 68조의 목표이다. 특수보호관찰은 법원의 권한으로 2~5년까지 부과될 수 있으며 재범 최고위험군으로 판단되는 예방구금 중단자의 경우 무기한 특수보호관찰도 가능하다. 특수보호관찰이 이렇게 다양한 집단을 대상으로 하기에 사회 내 치료 명령의 효과에 대한 개별적인 연구는 제한적이다 (Jehle, 2009).

독일 형법상 이러한 특수보호관찰국은 연방주 고등법원 직속 기관으로 운영되며 재범 위험시 검찰등과의 공조로 빠르게 개입하고자 하는 것이 목표이다. 따라서 특수보호관찰 명령을 받은 성범죄자들은 특수보호관찰과 일반보호관찰 명령을 동시에 받는 경우도 있다.

2) 제 68조에 해당하는 사회 내 치료 명령

사후관리 및 사회 내 치료 명령은 성범죄자들에게 특수보호관찰의 준수 사항의 하나로 부과되며, 이러한 치료 명령에 응하지 않을 경우 성범죄자들은 치료 거부 자체가 형법상의 범죄 행위로 인정되어 재수감될 수 있다. 다음은 2007년에 개정된 특수보호관찰자들이 받을 수 있는 11개의 명령을 나타낸다.

• 제 68조 b에 의거한 특별보호관찰 대상자의 준수사항

- i. 주거지, 체류지 및 지정 행동 범위를 특수보호관찰국의 허락 없이 떠나지 말 것
- ii. 재범의 기회 또는 자극을 줄 수 있는 특정한 장소에 머물지 말 것
- iii. 재범의 기회 또는 자극을 줄 수 있는 (잠재적) 피해자 또는 특정한 사람 또는 특정한 그룹의 사람을 접촉, 채용, 훈련, 숙박시키거나 그들과 교류하지 말 것
- iv. 상황에 따라 범죄행위에 악용될 수 있는 특정한 활동을 하지 말 것
- v. 재범의 기회 또는 자극을 줄 수 있는 특정한 물건을 소지, 휴대, 또는 보관하지 말 것
- vi. 상황에 따라 범죄행위에 악용될 수 있는 자동차, 특정한 종류의 자동차 또는 다른 운송수단을 보유하거나 운전하지 말 것
- vii. 정해진 시간 및 주기에 따라 특수보호관찰국, 일반보호관찰국 및 기타 관청에 상태를 보고할 것
- viii. 주거지 또는 직장을 변경할 때마다 즉시 특수보호관찰국에 신고할 것
- ix. 실직한 경우 관할 직업중개소 또는 직업알선이 허락된 다른 관청에 신고할 것
- x. 특별한 사실에 근거하여 알콜, 기타 각성제의 남용이 재범을 유발할 우려가 존재하는 경우에 그러한 물질을 복용하지 말고 관련 검사 및 통제, 치료를 받을 것
- xi. 정해진 시간 및 주기에 따라 사회 내 치료기관에서 치료를 받을 것

이 중 사회 내 치료 명령은 필요에 따라 법원이 최소 이수 시간을 명할 수 있으나 주로 치료자의 권한에 의해 이수 기간 및 주기가 결정된다. 중요한 것은 그러

나 치료자가 성범죄자의 치료를 거부할 권리이며 특수보호관찰을 명령하는 법원은 따라서 치료 명령 부과 이전에 치료기관에 치료 가능성 평가를 위한 임시 세션을 의뢰하여 치료자의 자율성을 보호하는 것이 일반적이다(Wolf, 2007). 이러한 치료자의 자율성 보호는 특히나 성범죄자의 치료에서는 매우 중요한 개념으로 받아들여진다. 치료자가 해당 성범죄의 가해자 혹은 피해자와 개인적인 관계가 있는 경우나 기존의 치료나 평가 과정에서 부정적인 관계가 형성된 경우에 치료자는 해당 사건을 거부할 수 있다. 무엇보다 성도착장애가 있는 성범죄자의 경우 해당 치료자가 이러한 도착의 대상으로 남용될 가능성이 우려되는 경우에도 치료자의 자율성이 보호된다. 이러한 치료자의 자율성은 치료자와 성범죄자 모두에게 양질의 치료적인 관계가 형성될 수 있게 하는 기본적인 조건으로 이해될 수 있다. 또한 기존 사전심리나 예후평가 과정에서 담당 평가자였던 법정신과 의사나 법심리학자를 제외한 기타 인력이 치료를 담당하게 하여 치료 전 편견의 영향을 배제하고, 임시 세션을 통해 미리 평가 인력과 치료 인력을 구분하는 것이 가능하다. 임시 세션은 무엇보다 치료 방법 및 치료 주기를 결정하는 데에 이용될 수 있어 효과적이다. 치료의 최대 기간은 따라서 특수보호관찰의 기간과 동일하며, 기간의 종료 후 성범죄자의 자발적인 치료 의지가 있을 때는 보건부 산하의 일반 심리치료로 전환할 수 있다. 치료 거부 및 명령 불이행 시 치료자는 즉시 특수보호관찰국에 이 사실을 알려야 하며 그 외에도 치료자는 주기적인 사례회의를 통해 치료 효과를 특수보호관찰국 및 법원에 보고한다. 2007년 개정 이후 치료 명령이 이행되지 않을 경우 법원은 치료 여부와 무관하게 최대 2주에 한번씩 성범죄자가 치료자에게 근황보고를 할 것을 명령할 수 있다.

다. 제 57조 가석방 및 사회 내 치료 수강 명령

형법 제 57조에 의하여 일부의 형을 교정기관에서 살고 가석방으로 풀려나는 경우에는 교정기관에서 수료한 치료의 사후관리의 개념으로 사회 내 치료 명령을 지역사회 내 환경에서 지속하여 이수하게 된다.

법원에서는 형량의 최소 2/3 이상을 이수한 성범죄자의 경우 이수 시점까지의 치료 효과가 긍정적이라고 판단되는 경우 사회복귀 시 사회안전 및 재범위험을 고

려하여 가석방을 허가할 수 있다.

가석방된 성범죄자들은 잔형의 집행이 유예가 된 것으로 간주되어 제 56조 일반 집행유예와 동일한 조건의 보호관찰을 받게 되며 차이점은 제 57조 잔형 집행유예자들은 거의 무조건적으로 사후관리 치료 명령을 받는 것이다. 보호관찰의 조건은 형법 제 56조에 명시되어 있기에 다음 목차에서 다룬다.

라. 제 56조 집행유예 및 사회 내 치료 수강 명령

독일의 경우 성범죄의 형량이 2년 이하인 경우에는 그 형을 형법 제 56조에 의거하여 집행유예의 형태로 이수하게 될 수 있으며 이 경우에는 교정시설을 거치지 않고 바로 지역사회 내 세팅에서 치료 이수 명령을 받게 되는 경우가 대부분이다. 치료의 기간은 따라서 보호관찰 기간으로 상한되며 보호관찰 기간은 법정 2년 이상 5년 이하에 해당한다.

법원은 재범방지를 위하여 집행유예 성범죄자들에게 제 68조 특수보호관찰 대상자들과 비슷한 준수사항을 부과하는데 그 사항은 다음과 같다.

- 제 56조 b에 의거한 집행유예 대상자 준수사항
 - i. 주거지, 교육 및 근로지, 또는 여가에 관한 보호관찰국의 명령을 따를 것
 - ii. 정해진 시간 및 주기에 따라 법원 또는 보호관찰국 및 기타 관청에 상태를 보고할 것
 - iii. 재범의 기회 또는 자극을 줄 수 있는 (잠재적) 피해자 또는 특정한 사람 또는 특정한 그룹의 사람을 접촉, 채용, 훈련, 숙박시키거나 그들과 교류하지 말 것
 - iv. 재범의 기회 또는 자극을 줄 수 있는 특정한 물건을 소지, 휴대, 또는 보관하지 말 것
 - v. 부양의무가 있을시 이를 이행할 것
 - vi. 정해진 시간 및 주기에 따라 사회 내 치료기관에서 치료를 받을 것
 - vii. 적정 공공수용시설 혹은 기관 내에 거주할 것

특히나 제 56조 보호관찰 대상자들은 6번의 치료관련 조항 및 7번의 거주시설 제한의 의무를 거부할 권리가 있다. 제 57조에 의거 가석방되는 성범죄자들과의 차이가 이러한 점이며 가석방 성범죄자들은 6번 치료 조항에 불응할시 재수감될 수 있다. 제 56조 집행유예 성범죄자들은 6, 7번 조항에 불응시 반드시 집행유예가 취소되지는 않으며 주로 보호관찰 기간 내 재범 시에 집행유예가 취소된다.

마. 성범죄자 사회 내 치료의 현황

함부르크는 성범죄자의 치료에 관한 역사가 길고 독일의 다른 연방주 및 도시들에 비하여 성범죄자들의 치료 기관이 가장 모범적으로 구성되어 있는 도시라고 볼 수 있다.

성범죄자의 사후 치료가 비록 법으로 제정되어 있으나 일반 강력범과 구별이 없이 같은 시설에서 치료가 제공되거나 치료감호소와 일반 교정시설의 사후 치료가 구별이 없이 제공되는 경우가 많은 반면, 함부르크의 성범죄자 사회 내 치료기관은 함부르크 법무부와의 긴밀한 협력을 통하여 발전해왔다.

일반 교정시설에 수감되어 있었거나(형법 제 57조 및 제 68조) 형집행이 유예(형법 제 56조) 되는 성범죄자들을 대상으로 하는 치료기관들이 보다 전문적이고 독립적으로 발전해야 할 필요성이 두드러지기 시작하면서 2010년부터 매년 연방 성범죄자 교정 사후관리 전문 워크숍(Bundesfachtagung Forensischer Ambulanzen - Nachsorge Strafvollzug)이 구성되어 독일 전체 연방주들의 기관 실무자들이 모여 문제점과 개선점 및 현황 연구를 논의하고 있다. 2014년 연방 성범죄자 교정 사후관리 전문 워크숍의 발표에 따르면 총 13개의 교정 사후관리 기관이 존재하는 것으로 알려졌으나 정확한 통계적인 수치는 아직 집계중인 것으로 알려져 있다. 이렇게 사회 내 치료 기관들의 학제적 치료적 구성이 매우 다양함에 따라 이 장에서는 주로 함부르크의 현황을 예시로 하여 독일의 사회 내 치료에 대해 소개한다.

1) 사회 내 치료의 통계적 현황

2011년 연방 성범죄자 교정사후관리 전문 워크숍 발표자료에 따른 사회 내 치료기관들의 현황은 아래 표들에 열거되어 있다. 위에도 언급했듯이 독일의 연방주

에는 모두 최소 1개 이상씩의 치료감호소들이 있으며 이러한 치료감호소들은 대부분 직속 사후관리 치료 센터를 운영하기에 이러한 기관은 따로 열거하지 않는다. 일반 교정시설출소 후 (특수)보호관찰 명령과 함께 사후관리 치료를 받았거나 집행유예와 사회 내 치료 명령을 받은 범죄자들을 치료하는 기관 중 성범죄의 치료를 제공하는 기관들은 다음과 같다.

〈표 4-3〉 독일의 (특수)보호관찰 및 집행유예 성범죄자 및 기타 강력범죄자 치료 센터

연방주 및 도시	설립 연도	재정 지원	환자/치료자	치료 환자 법정 명령	치료 프로그램
Baden- Württemberg (Stuttgart)	1998	보호관찰국 (주정부 예산)	88/4	(특수)보호관찰, 집행유예	개인 심리치료
Mecklenburg-Vorpommern (Rostock)	2009	주법무부	30/2	특수보호관찰	개인 심리치료, 범죄자 친지 상담, 사회복지 업무
Rheinland-Pfalz (Ludwigshafen)	2009	주법무부	41/3	(특수)보호관찰, 집행유예	개인 심리치료, 범죄자 친지 상담, 위기개입, 사회복지 업무
Saarland (Saarbrücken)	2009	주법무부/ 심리치료학회 (법무부 예산)	68/6	(특수)보호관찰, 집행유예	사회복지 업무, 치료 연계
Sachsen-Anhalt (Halle, Magdeburg)	2008	신경정신과 전문병원 (보건부 예산)	93/7	특수보호관찰	정신과 치료, 약물치료, 사회복지 업무

2011년에서 2014년 사이에 진행된 독일 연방 제 68조 현황분석 연구에 의하면 사회 내 치료기관의 수는 급격한 성장을 통해 약 53개 가량으로 증가하였으며 이중 치료감호소 직속 사후관리 센터는 전체 사회 내 치료기관의 약 55%를 차지한다(Baur, 2014).

다음 표는 치료감호소의 사후관리 치료센터들 중 일반 교정시설 출소자 혹은 집행유예자들을 동시에 관리하는 기관들을 명시한다. 베를린을 제외하고는 이러한 사회 내 치료 기관들은 주로 병원 소속이 아니며 병원 소속이 아닌 기관들에서는 약물치료를 진행할 수 없게 되어 있는 경우도 있다. 치료감호소 출소 이후 특수보호관찰 중인 환자들이 이러한 비영리 재단 소속 기관의 치료를 받을 경우 약물치료는 치료감호소를 통해 계속될 수 있다³⁷⁾.

〈표 4-4〉 독일의 (특수)보호관찰 및 집행유예 성범죄자 및 폭력범죄자 치료 센터

연방주 및 도시	설립 연도	재정 지원	환자/치료자	치료 환자 법정 명령	치료 프로그램
Baden-Württemberg (Karlsruhe)	2008	피해자보호단체 (재단 예산 ³⁷⁾)	250/21	(특수)보호관찰, 집행유예	개인 및 집단 심리치료
Berlin	2005	대학병원 (주정부 예산)	60/3	(특수)보호관찰	개인 및 집단 심리치료, 약물치료
Thüringen (Hildburghausen)	2008	사립재단병원 (보건부 예산)	22/7	특수보호관찰	개인 심리치료, 중독치료

〈표 4-5〉 독일의 (특수)보호관찰 및 집행유예 성범죄자 전문 치료 센터

연방주 및 도시	설립 연도	재정 지원	환자/치료자	치료 환자 법정 명령	치료 프로그램
Bayern (München)	2008	기독교 단체 (재단 예산)	90/4	(특수)보호관찰, 집행유예	개인 및 집단 심리치료
Bayern (Nürnberg)	2009	천주교 단체 (재단 예산)	40/3	(특수)보호관찰, 집행유예	개인 심리치료
Bayern (Würzburg)	2011	천주교 단체 (재단 예산)	--/3	(특수)보호관찰, 집행유예	
Hamburg	1998	대학병원 (법무부 예산)	76/5	(특수)보호관찰, 집행유예	개인 및 집단 심리치료, 약물치료
Rheinland-Pfalz (Trier)	2009	사회복지재단 (법무부 예산)	13/2	(특수)보호관찰, 집행유예	개인 심리치료, 개인 상담, 위기개입
Schleswig Holstein (Kiel)	1995	사회복지재단 (주정부 예산)	65/3	(특수)보호관찰, 집행유예	개인 및 집단 심리치료

성범죄자들의 사후 치료가 비록 법으로 제정되어 있으나 일반 강력범들과 구별이 없이 같은 시설에서 치료가 제공되거나 치료감호소와 일반 교정시설의 사후 치료가 구별이 없이 제공되는 경우가 많은 반면, 함부르크의 성범죄자 사회 내 치료 기관은 함부르크 법무부와 긴밀한 협력을 통하여 발전해왔으며 현재 독일에서 가장 오래된 성범죄자 사회 내 치료기관 중 하나이다.

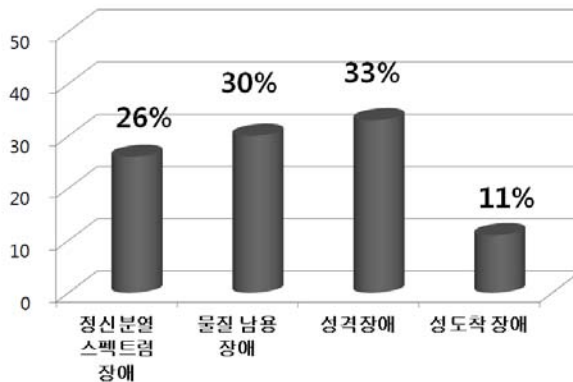
37) 비영리 단체의 재단 예산으로 운영되는 사회 내 기관의 숫자는 전체 기관의 약 30%에 이른다 (Baur, 2014)

38) 성범죄자 치료를 제공하는 재단의 예산 편성은 재단 자유이나 이러한 재단들의 예산 자체의 일부 분은 주정부 및 주법무부, 주보건복지부의 지원을 받는다.

2) 사회 내 치료 명령을 받는 성범죄자들의 주요 원인 정신질환

함부르크 사회 내 치료기관 Präventionsambulanz(성범죄예방 외래치료센터, (구)FORAS; 성범죄자 외래치료센터)는 함부르크 법무부의 재정적 지원을 받아 70명 가량의 성범죄자를 치료한다. 과거 전체명칭이었던 FORAS는 성범죄자 전담부서로 전환되고 잠재적 위험군 치료 전담부서인 PSKM(Präventionsprojekt gegen sexuellen Kindesmissbrauch; 아동성범죄 예방 프로젝트)이 추가되면서 명칭이 Präventionsambulanz로 변경되었다.

앞에서 설명한 바와 같이 사회 내 치료기관들은 주로 연방주 치료감호소, 연방주 대학병원/주병원의 부설기관이나 사회복지재단의 특별기관으로서 운영된다. 치료감호소 직영 사후관리 기관들이 사회 내 치료시설의 대다수를 차지하는 만큼 치료 대상 범죄자들의 정신장애 역시 중증 이상의 정신분열 스펙트럼 장애 및 성격장애가 다수를 차지한다(Baur, 2014; 도표 참조).

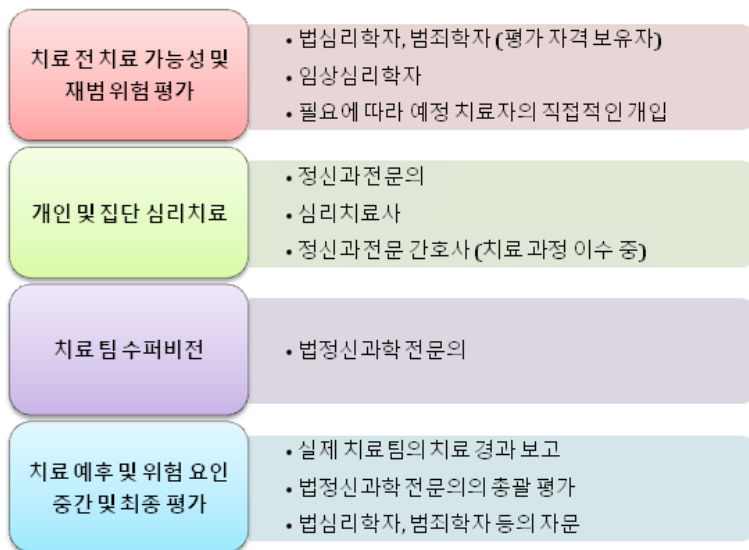


[그림 4-5] 독일의 사회 내 치료를 받는 범죄자들의 정신장애 분포

이러한 진단의 분포와 관련하여 치료감호소 직속 기관들은 주로 정신과 전문의가 총괄책임자를 담당하며 이외의 기관들에서는 주로 심리치료사가 기관운동을 담당하는 경우가 많다. 대부분의 기관에서 정신과 의사, 심리치료사, 임상심리학자 및 심리학 혹은 범죄학 연구원들을 채용한다.

FORAS는 정신과 전문의, 심리치료사, 임상심리학자, 법심리학자, 정신과 전문 간호사(심리치료자 과정 이수 중) 및 범죄학자로 구성된 다학제적 팀으로서 집행

유예, 가석방보호관찰 및 특수보호관찰명령을 이수 중인 성범죄자들의 법정 명령에 근거한 치료를 담당한다. FORAS의 특징은 공식적인 기관장인 일반정신과 및 법정신과학 전문의를 제외한 모든 전문가들이 팀으로 운영되며 그 외의 팀의 리더가 존재하지 않는다는 점이다. 이러한 인사적 구성은 위에 명시한 기타 연방주에서 주로 정신과 전문의나 심리치료사가 팀의 리더를 담당하는 방식과는 매우 이례적이다(아래 그림 참조).



[그림 4-6] 독일 FORAS의 치료 관련 업무와 담당 전문가 현황

3) 사회 내 성범죄자 치료 프로그램의 종류와 특수성

치료 기간은 개인에 따라 치료자와 대상자의 합의에 의해 조절될 수 있으나 기본적으로 함부르크 법무부에서는 (잔형)집행유예로 인한 보호관찰 기간 중에 2년간의 치료 기간을 보장하며 2년 이후에는 1년씩 연장이 가능하다.

(특수)보호관찰 기간이 만료된 후에 대상자가 자발적으로 치료를 지속하기 원할 경우에는 클라이언트의 심신상태에 따라 건강보험을 통한 치료가 가능한 경우도 있는데 이러한 경우는 함부르크에서는 전체 환자의 약 5% 가량에 해당한다.

치료감호소, 예방구금 및 형기 만료 후 출소한 특수보호관찰 대상자들의 경우 사후관리의 개념으로서의 사회 내 치료기간이 주로 3~5년인 것으로 집계되었다

(Baur, 2014). 반면 일반 교정시설에서 출소한 성범죄자들의 사후관리 치료 및 집행유예 대상자들의 사회 내 치료를 담당하는 함부르크의 치료기간은 약 2~3년으로 집계되고 있다(Yoon, Motekallemini, Rettenberger & Briken, 2013).

사회 내 치료기관들의 대체적인 특징은 시설 내 치료와 달리 매뉴얼화된 치료 프로그램들을 잘 사용하지 않는다는 것이다(Baur, 2014). 집단 치료가 제공되는 경우에도 주로 일상생활, 일반적인 성격발달, 성생활의 개선 등을 주제로 치료가 진행되는 경우가 많고(Yoon 등, 2013), 전반적으로는 개인치료를 중심으로 운영되고 있다(Baur, 2014; Zisterer-Schick, 2011)

4) 사회 내 치료 명령을 받는 성범죄자들의 사례

① 사례 B

아동 성추행 및 공공장소에서의 반복된 성기 노출 행위로 2년 6개월의 형을 마치고 특수보호관찰로 출소한 B씨는 PCL-R 23점(독일 기준 사이코패스형 성격 중후군), Static-99 6점(성범죄 재범 고위험군) 등 고위험군에 해당하는 많은 요소를 갖추고 있었다. 무엇보다 치료 과정 도중 실제 알려진 성범죄들보다 더 많은 성범죄를 저질렀음을 자백해 치료자에게 걱정을 안겨준 B씨는 그러나 3년 가량의 사회 내 치료 이후 사회 복귀에 가장 이상적인 모습을 보이며 직장, 결혼 및 자녀 출산 등 본인의 모든 목표를 성공적으로 이룩했다. 법정 치료 기간이 모두 끝나고 특수 보호관찰이 만료되었음에도 불구하고 자신의 “유일한 발판”이라던 치료기관에 정기적으로 근황을 보고하고 있다. 비록 직장 내 번아웃(소진, burn-out)이나 자녀 출산 후의 위기 등을 겪었으나 B씨는 마지막 판결 이후로 현재까지 6년째 단 한번도 성범죄 관련 행동을 보이지 않았다.

② 사례 F

청소년 성폭행으로 4년의 형량을 마치고 특수보호관찰로 출소한 F씨는 만성 알코올중독 진단을 받은 50대 중반의 남성으로 출소 직후부터 사회 내 치료기관의 치료를 거부했다. 1년여 가량의 치료 거부 이후 담당 법원에서는 치료 명령 거부로 인한 재수감 가능성을 제시했고, 이에 F씨는 다시 치료기관에 나타나기 시작했다. 그러나 F씨는 2주에 한번씩 제공된 개인치료 세션 내내 음주상태로 나타나 단

한번도 입을 열지 않았고 50분 동안 자리에 앉아 있다가 나가기를 2달 가량을 반복했다. 치료자의 변경과 특수보호관찰국 특별 사례회의 등 모든 협력기관의 노력에 F씨는 입을 열었으나 성범죄와 관련된 모든 치료는 지속적으로 거부했으며 개인치료 예약에 와서 10~15분가량 자신의 일상을 이야기하고는 다시 나가기를 3년여 가량 반복했다. 비록 F씨는 재범은 저지르지 않았으나 과도한 알코올 남용으로 치료 기간이 끝나기 전 사망했다.

6. 사전예방 치료

성도착증 환자들의 사회 내 치료는 함부르크에서는 오랜 역사를 가지고 있다. 특히나 1980년대 Eberhard Schorsch가 독일 연구 재단(DFG; Deutsche Forschungsgesellschaft)의 재정지원을 받아 성범죄자의 사회 내 치료 연구를 진행하고 Wolfgang Berner가 1985년 정신분석학적인 요소를 성범죄 위험군의 치료에 적용하면서(Berner & Bolterauer, 1985) 성범죄 전과가 있는 성인 남성들 이외에도 성도착증으로 인해 아동음란물을 남용하거나 아동 등 성범죄의 잠재적인 대상에 대한 성충동을 느끼는 남성들에 대한 치료가 제공되어 왔다. 1998년의 법률 개정 이래 지속되는 법무부의 예산 삭감 및 강한 규제에 인하여 이러한 잠재적 위험군에 대한 개입은 점점 어려워졌고, 급기야 법적인 판결이 없으면 개입이 불가능한 수준에 이르렀다.

이러한 문제점은 함부르크에 국한된 것이 아니었기에 2005년 베를린에서는 체계적인 대응책을 내세웠고 성범죄 사전예방 프로젝트인 “가해자가 되지 않는 길(Kein Täter werden)”을 개시했다. 이 프로젝트의 목표는 무엇보다 장기적으로 독일 전체에 연방주별로 잠재적 위험군의 치료 센터를 설립, 연계하고 그 치료의 수준을 통일하고 표준화하는데 있었다. 이러한 “잠재적 위험군”을 대상으로 하는 소아성범죄 예방 프로젝트는 이미 발생한 범죄행동에 개입하기 보다는 아직 발생하지 않은 범죄행동을 미연에 방지하고자 하는 사전예방(Primary Prevention)을 주목적으로 한다. 이러한 취지는 빠르게 지원을 얻어 현재 독일 전체에는 각 연방주의 주병원, 대학병원 등의 부속 기관으로 10개의 사전예방 치료 센터³⁹⁾가 설립되

39) 참고로 독일에는 16개의 연방주가 있다.

어 있으며 정기적인 네트워크 모임을 통해 협력한다(Berlin, Düsseldorf, Gießen, Hamburg, Hannover, Leipzig, Kiel, Regensburg, Stralsund, Ulm). 이 모든 기관에서 이루어지는 치료는 전적으로 무료로 제공된다.

함부르크는 법무부와의 협력에 의해 공식적으로는 2011년 사전 예방 치료 프로젝트를 정식 출범하며 사전예방 네트워크의 주요 대변 센터 역할을 맡고 있다. 이하 사전 예방 치료의 세부사항은 2014년 함부르크의 사전예방 치료 센터(Präventionsprojekt sexuellen Kindesmissbrauchs; 이하 PSKM)의 예시에 근거하여 안내된다.

가. 사전예방 치료의 목표

가해자가 되지 않는 길 프로젝트에 동참하는 10개의 기관은 각 기관의 성격에 따라 치료의 방법이나 형식에 미묘한 차이를 가지고 있다. 예를 들어 베를린에서는 아동 성도착장애를 치료가 불가능한 도착장애로 간주하여 욕구 통제와 위험 요인 대처능력 훈련에 중점을 둔 성의학적 치료에 비중을 두는 반면(Beier, Neutze, Mundt, Ahlers, Goecker, Konrad, & Schaefer, 2009), 함부르크를 포함한 일부 기관에서는 아동 성도착장애를 완치는 불가능하더라도 최소한 개선이 가능한 다른 정신장애들과 동일시하여 증상 개선 및 삶의 질 향상을 위한 통합적인 심리치료적 접근을 추구한다(Briken, Fedoroff, & Bradford, 2014).

이러한 차이에도 불구하고 이 프로젝트는 아동관련 성범죄의 잠재적 위험요소로 간주되는 아동성도착증상이 의심되는 남성들이 자발적으로 치료에 응할 수 있는 틀을 제공하여 성범죄를 미연에 방지한다는 근본적인 목표를 공유하기에 긴밀한 협력을 통한 발전을 도모한다. 성범죄를 저지르지 않은 환자들이 본인의 의지에 의해 치료 의사를 결정하는 것이기 때문에 환자와 치료자간의 비밀유지의 원칙이 엄격하게 적용되며 대부분의 치료기관에서는 익명으로 치료를 받을 수 있는 기회를 제공한다. 함부르크에서는 익명으로 진단 및 평가를 받을 수 있으나 치료가 시작됨과 동시에 본명과 생년월일 등의 기본적인 신상정보를 수집하고 있으며, 이는 예상치 못한 범죄행동의 발생 시에 법집행기관과의 빠른 협조를 통해 그 영향을 최소화하기 위한 방침이다.

나. 사전예방 치료의 기준

함부르크 PSKM은 자신의 아동관련 성범죄행동을 우려하는 모든 남성에게 치료 의뢰 기회를 제공하며 실제 치료를 받을 수 있는 조건은 아래와 같다.

- 치료 의뢰시점까지 아동관련 성범죄 혹은 아동관련 음란물 소지 등의 범죄 행위를 저지른 적이 없으나 본인의 잠재적인 위험을 우려하는 경우
- 치료 의뢰시점까지 위의 행위를 범한 적이 있으나 법집행기관을 통한 수사망에 포착되지 않은 경우
- 치료 의뢰시점 이전에 과거의 범죄 행위로 인한 형량을 이수한 적이 있으며, 그 이후에 재범을 한 적이 없으나 본인의 잠재적인 재범위험을 우려하는 경우

PSKM에는 2013년 중간 집계 결과 157명의 남성들이 치료를 의뢰하였으며 그 중 29명이 PSKM에서 제공하는 치료가 필요한 것으로 판정되었다. 25명은 현재 치료 중에 있으며 13명의 의뢰인들이 진단 및 평가를 받고 있다. 22명은 기타 일반 심리치료 기관으로 인계되어 치료를 받고 있고 27명은 성범죄행동에 의해 수사를 받고 있는 것으로 밝혀져 프로젝트에서 제외되었다.

다. 사전예방 치료의 특수성

1) 사전예방 치료의 방법

사전예방 치료를 의뢰하는 대부분의 남성들은 무엇보다 일반 성범죄자들에 비해 월등히 높은 심리사회적 기능수준을 보인다. 따라서 이들의 치료의 포커스는 일반적인 성범죄자들의 치료와는 다른 접근 방식을 필요로 한다. PSKM에서는 현재 주당 1회 집단심리치료를 중심으로 제공하며 필요에 따라 개인치료를 추가적으로 제공한다. 집단치료의 중점사항은 다음과 같다.

- 문제 행동을 유발할 수 있는 위험 요인이나 위험 상황에 대한 인식 증진
- 위험 행동 통제를 위한 동기 부여

- 성적 충동 통제 및 그에 따른 스트레스 해소 훈련
- 보호요인의 강화
- 본인의 행동에 대한 책임
- 자존감 증진 훈련
- 대인관계 및 이성관계 개선을 위한 사회인지적 능력 개발

2) 가족 및 친지를 위한 치료 제공

사전예방 치료의 또 다른 특징 중 하나는 치료 의뢰 남성이 가해자가 되지 않는 길 프로젝트를 통해서 가족이나 친지와 함께 치료를 받을 수 있는 기회를 제공한다는 것이다. 특히나 위험 행동 및 이상 성행동을 보이는 의뢰자들은 이미 주변에서 문제 행동을 지각하고 있으나 대처 방법을 몰라 당황해하는 경우가 많은데, 이를 위해 심리교육적 상담을 제공하는 것이 프로젝트의 주요 목표 중 하나이다.

① 성적 이상행동의 이해

가족 및 친지에게 가족구성원의 성적 이상행동은 큰 충격으로 다가올 수 있다. 무엇보다 가족구성원의 이상행동을 발견했을 시 성적 이상행동 및 성도착 관련 증상에 관한 이해가 부족하여 이를 본인의 책임으로 이해하고 자책하는 경우나 특히 자녀의 신변 안전에 위협을 느끼는 경우 치료 의뢰 남성의 개인 치료와 더불어 가족의 이해를 돕기 위한 안내가 병행되어야 한다. 또한 이러한 가족과 친지의 이해를 통하여 치료가 이루어지는 공간을 벗어나 일상 생활에서 성적 이상행동을 개선하는 데에 보다 큰 효과를 추구하는 것이 가족 및 친지 치료의 목표이다.

② 비밀보장의 원칙과 이상 행동의 대립

기존에 법적인 처벌을 받은 적이 없는 치료 의뢰인들 중에 일부는 법적 경계에 해당하는 이상 행동을 보이고 있는 경우도 있다. 비밀보장의 원칙에 따라 치료자는 이런 상황에서 의뢰인이 특정인물이나 본인 스스로에게 해를 끼칠 위험이 감지되지 않는 수준에서는 이상 행동과 관련된 비밀을 보장할 수 있다. 또한 본인의 의지가 있지 않는 경우 이상 행동이 경미하게 법에 저촉되는 행위일지라도 (예: 인터넷에서 아동음란 사진을 보는 행위) 치료자는 이를 안내하고 자수를 권유하는

것 이상의 행동을 취할 의무를 지니지 않는다. 따라서 이러한 비밀 보장의 원칙을 의뢰인 뿐 아니라 다른 가족 구성원들도 정확히 이해할 경우에 보다 자세한 이상 행동에 대한 탐색과 개입이 가능하며 보다 효과적인 치료를 제공할 수 있다는 것이 프로젝트의 입장이다.

3) 가족 및 친지를 위한 치료 제공

① 사례 P

38세의 초등학교 선생인 P씨는 1년 전 부모와 애인에게 자신의 성도착증을 고백하면서 프로젝트에 치료를 의뢰해왔다. 가족과 본인 모두가 충격을 받은 상태에서 특히나 의뢰인의 모친은 우울증 증상을 보이며 함께 치료를 의뢰했다. 치료 전 가족의 관계는 매우 긴장된 상태로 서술되었고 책임 전가와 회피 등 심한 갈등상태를 보였다. P씨는 본인이 비록 13~14세가량의 소녀들에게 매력을 느끼나 그것이 자신이 그들과 성행위를 하고 싶은 충동을 느끼는 것이 아니라는 것을 가족들에게 이해시키는데 어려움을 겪고 있었고, 모든 가족 구성원들이 해당 나이의 조카들에게 P씨와의 접촉을 피하게 하면서 갈등이 깊어지고 있는 상황이었다. 2년 반의 치료 이후 P씨는 소녀들에 대한 성적인 환상은 사라지지 않았다고 보고했다. 그에 따라 그는 스스로 교직을 포기하고 관공서에서 성인들을 대상으로 직업 상담을 전담하고 있다. 가족들은 심리교육적 세션과 모친의 우울증 치료 이후 스스로의 성적 충동을 통제하려는 P씨에게 “그래도 너는 우리 가족이다”라며 그를 이해하고 지지하는 태도를 보인다.

② 사례 J

26세의 회사원인 J씨는 아동 음란물 시청 빈도가 늘어나면서 회사에서 극도의 스트레스 상태를 보이다가 애인의 권유로 프로젝트에 치료를 의뢰해왔으며 2주 동안 신경정신과 입원 치료를 거친 후 프로젝트에 참여했다. 1년이 지난 현재 그는 지속적으로 치료를 받고 있으며 당시에 치료를 권유했던 애인과의 결혼을 계획 중에 있다. 그는 본인의 성적 충동과 문제에 대해 알고 있는 가까운 친구들과 정기적으로 만나며 이를 통해 일상 생활에서의 활력과 지지를 얻는다고 보고한다. 아동 음란물 시청이 직접적으로 성범죄 행동과 연관되지 않을 수 있다는 사실을 배

우는 것이 매우 중요했다고 하며, 가족들의 지지를 통해 아동과 단둘이 있는 공간이나 아동이 많은 시간대의 수영장 등 본인의 성적인 충동에 영향을 미칠 수 있는 환경을 피하고 있다. J씨는 미래에 그러한 환경에서도 본인의 충동을 통제할 수 있는 방법을 배우기 위해 치료를 계속하기를 희망하고 있다.

7. 결론

가. 독일 성범죄자 치료 관련 제도 및 현황의 장단점

1) 법률적 제도적인 장점

독일 성범죄자 치료 제도의 현황을 검토해볼 때 가장 대표적인 장점은 역시 치료와 관련한 방침이 법률적으로 명확하게 제시되어있다는 점이다. 다양한 심신상태의 성범죄자들의 치료를 담당할 기관들이 법적으로 제정이 되어있으며 출소 후 사후관리 기관들 역시 법으로 제정이 되어 있어 체계적인 치료가 가능하다는 점은 독일 성범죄자 치료 제도의 큰 장점이다. 또한 사회 내 치료 기관들이 사후관리 및 집행유예 성범죄자들의 직접적인 치료를 담당하면서 재범위험의 정도에 큰 차이를 보이는 다양한 위험군에 접근할 수 있는 법률적 제도가 마련되어 있다.

2) 사전예방 치료의 가능성

최근 국제 학계에서도 큰 인정을 받고 있는 가해자가 되지 않는 길 프로젝트는 법에 저촉되는 범죄행위를 저지르지 않은 잠재위험군에 대한 치료 방안을 보다 체계적으로 제시했다는 점에서 큰 의의가 있다. 무엇보다 잠재위험군에 대한 치료를 법무부 지원을 통해 무료로 지원하고 독일 전역에 확고한 네트워크를 세워나가면서 보다 많은 성범죄 연관 행동을 미연에 방지할 수 있는 효과가 있는 것으로 판단된다.

3) 재범위험평가 및 정신감정의 체계성

형식상과 내용상의 기준이 명확하게 제시되어 있는 독일의 정신감정과 재범 위험 평가는 무엇보다 법조계와 법정신과학계의 밀접한 협력에 의하여 공동으로 개

발한 기준에 의해 이루어진다는 점에서 그 장점을 드러낸다. 국제적으로 신뢰도와 타당도가 교차 검증에 의해 증명된 평가도구들을 이용하여 평가가 이루어져야 한다는 것이 기본 조건으로 제시가 되어 있다는 점과 이에 따라 치료 목표를 설정하거나 목표 달성을 검사하기 위해서도 이러한 평가도구들을 사용한다는 것은 국제 학계에서 제시한 성범죄자 치료 및 평가의 통합적 접근과 관련한(Boer, 2006; 2008) 가장 이상적인 수준을 보여준다.

4) 성범죄자 치료의 연구

독일 성범죄자 치료 제도의 또 하나의 강점은 대부분의 치료프로그램들이 체계적인 연구를 통해 효과를 재검증하며 이러한 검증을 해야한다는 사실이 널리 받아들여져 있다는 것이다. 예를 들어 2008년 함부르크 사회 내 치료기관이 공식적으로 출범한 이후 그 효과를 검증하는 연구가 계속되어 왔다(Tozdan, Briken, Yoon, & von Franque, in press; Yoon, Motekallemini, Rettenberger, & Briken, 2013). 다른 예시로 베를린에서 역시 사회 내 치료기관의 치료 효과 검증을 위한 연구를 계속하고 있다(Sauter & Dahle, 2014). 또한 사단법인 사회치료기관 자문 위원회의 2007년 발표 기준에 의하여 대부분의 사회치료기관들이 치료 효과 검증 연구를 시작하였고, 예를 들어 함부르크에서는 2010년 시작된 이러한 연구가 법무부 단기 계약 프로젝트에서 2013년 정규 프로젝트로 전환되어 이례적으로 사회치료기관에 수용되는 모든 수감자들을 계속해서 평가하고 그 치료 효과를 조사한다(Yoon, Brunner, Rettenberger, & Briken, 2014). 이러한 연구들은 무엇보다 법무부와 치료기관 간의 밀접한 협력관계를 통하여 이루어짐에 따라 치료 효과의 검증은 물론 나아가서 치료 구조와 방법의 개선에도 정기적으로 시사점을 제공할 수 있는 기반을 마련한다는 점에서 독일 성범죄자 치료 분야의 대표적인 장점 중에 하나로 꼽힐 수 있다.

나. 독일 성범죄자 치료 관련 제도 및 현황의 문제점과 개선방안

1) 치료 관련 제도의 정치적인 영향

특히나 사회치료기관의 지난 35년간의 역사에서도 드러나듯이 치료기관의 성격

과 치료의 지향점은 정권의 성향에 따라 큰 영향을 받는다. 함부르크의 경우 2004년 보수 정당인 기독교 민주당(기민당)의 영향으로 총 4개의 사회치료기관 중 2개의 기관(Altengamme, Moritz-Liepmann-Haus)이 폐쇄되면서 630명가량의 수용인원을 160명가량으로 대폭 축소하였다. 또한 자체 운영 특수 교정시설에 해당하던 사회치료기관들은 일반 교정시설 소속 부설기관들로 개편되었으며 이에 따라 독일에서 가장 오랜 역사와 모범적인 치료프로그램 등으로 연방주로 손꼽히던 함부르크는 강력한 비판과 함께 위헌 논란에 휩싸였다(Mushoff, 2005). 2008년 기민당이 보다 진보적인 녹색당과 연합 정권을 출범하면서 2009년 3월부터 함부르크의 사회치료기관은 다시 일반 교정시설로부터 분리 되어 자체 운영 기관으로 돌아섰다(Hamburgische Bürgerschaft [함부르크 시의회], 2009).

이렇듯 대부분의 사회치료기관들은 주정부와 연방정부의 정치적 성향과 그에 따른 형사정책의 영향을 받는다. 따라서 운영 자치권이나 예산 등 주정부에 의해 결정되는 사안들이 갑작스럽게 변화할 경우가 있으며 이러한 변화가 치료 기관의 본질적인 의무에 부정적인 영향을 끼칠 수 있다는 구조적인 문제가 미해결 상태로 존재한다.

2) 치료 현황에 있어서 치료기관간 연계의 부족

비록 전반적인 독일의 치료기관들이 다양하게 구성되어 있음에도 불구하고 기관간 연계는 만족할 만한 수준에 이르지 못한다(Baur, 2014). 특히나 시설 내 치료에서 사회 내 치료로의 사후관리의 중요성이 널리 인정되어 기반시설이 설립되었음에도 불구하고 시설 내 치료를 제공하는 기관의 직속 사후관리 치료기관이 아닌 기관들에서 사후관리 치료를 시작할 때 공백기가 발생하는 것은 큰 문제점으로 지적되고 있다. 이러한 자체적인 사회 내 치료 기관이 전체의 45%에 달한다는 점을 미루어볼 때 이 문제는 많은 성범죄자들에게 해당이 되며 이러한 연계 부족으로 인해 성범죄자들의 치료 대기 시간이 길어질 경우 치료 동기 저하 및 재범위험 상승의 치명적인 효과를 가져올 수 있다. 이와 관련되어 사회 내 치료 기관들의 인력 및 재정적인 지원 역시 이러한 치료 대기를 빠르게 해소할 만한 여건이 아니라는 것이 전문가들의 지적이다.

3) 약물치료의 강제성에 관한 인권 문제

치료감호소 내에서 뿐 아니라 일반적으로 성범죄자의 심리사회적 기능 수준으로 인해 약물의 작용 메커니즘과 부작용에 관한 이해가 어려운 많은 경우에 약물치료는 강제성에 관한 논의를 비껴가지 못한다(Prüter-Schwarte, 2012). 무엇보다 약물 치료 대상자들의 입장에서는 치료감호와 사회치료기관의 치료 모두가 자유박탈이라는 강제성에 기반하기에 본인이 느끼는 장애에 의한 심리적 중압감보다 치료자가 판단하는 장애의 재범 관련 위험성이 높은 대부분의 경우에는 치료에 마찰이 빚어진다. 나아가서 성범죄자가 약물 치료에 동의하지 않는 경우에 이를 치료 거부로 판단하여 치료를 중단할 경우 이는 법률적으로 예방구금 등을 통한 사회복귀의 무기한 연장으로 연결될 수도 있다. 따라서 빠른 사회복귀를 위해 치료에 임할 것을 성범죄자에게 권유하는 것에 법적인 강제성이 포함되어 있다는 법윤리전문가들의 의견이 제시된다. 반면에 환자의 자의적인 혹은 반강제적인 치료의 효과 차이에 대한 연구 결과가 부족한 상태에서 반강제적인 치료 자체를 문제시하는 것에 대한 학계의 반발도 있어 의견이 매우 분분한 상태이다.

특히 정신분열장애나 기분장애 관련 약물보다 그 부작용이 심한 남성 호르몬 억제제의 경우 대부분이 높은 재범 위험과 연관된 반면 대상자들의 치료 순응도는 낮은 편이라 강한 논쟁이 지속된다. 부작용이나 치료 거부로 인해 치료가 중단되는 경우가 앞서 명시했듯이 2/3에 달하고 매년 호르몬수치와 골다공증 검사를 실시하여 건강상태를 검사하지만 일반적으로 10년에서 평생에 이를 수 있는 약물 치료기간과 이러한 남성 호르몬 억제가 장기적으로 건강한 성생활을 유지할 수 있는 기회 자체를 박탈한다는 점에서 사회복귀의 근본적인 목표와도 모순되는 점이 있어 아직 명확한 해결책은 제시되고 있지 않다.

4) 전문가의 양성 문제

독일 역시 법정신의학 전공이나 전문의사, 전문병원의 현황은 미약한 편이다. 의학대학 정규 과정으로 법정신의학이 개설되어있지 않는 경우가 많고 법정신의학이 전문과정이 아닌 추가 자격증으로 운영되고 있어 실제 표준화된 전문지식과 경험을 습득할 수 있는 기반 과정이 턱없이 부족한 수준이다. 개설되어있는 비정

규 과정들에서도 성도착 장애 및 성범죄 행동과 연관되어 있는 심도 있는 내용을 접하기 힘들고 비주류 과목이기에 폐강되는 경우가 많아 사명감을 가진 관련 직업 종사자들이 자비로 추가 자격증 습득을 위해 노력해야하는 경우가 많다. 또한 정신감정 과정을 일반 정신의학 과정에서 추가적으로 이수해도 법정신감정이나 법 임상치료 과정을 이수할 의무가 전혀 없어 수준 높은 전문가의 양성이 매우 힘들다. 무엇보다 치료감호소와 달리 교정시설 내 사회치료기관에서나 사회 내 세팅에서 대부분 심리치료자들이 성범죄자들의 치료를 담당하고 있는 것에 반하여 법심리학 과정은 민간자격증에 해당하여 보건부 재정으로 이루어지는 치료와 임상적 평가 등을 실시할 수 없게 제한되어 있다. 반면에 심리치료자 과정은 국가자격증에 해당하나 독일에서는 심리치료자 과정이 대부분 대학 소속이 아닌 민간 치료자 양성 기관에서 이행됨에 따라 의학대학에 비해 위에 언급한 전문 지식 및 치료 수련의 기회는 더 부족한 실정이다.

5) 학계와 임상계의 협력 문제

현재 학계에서는 성범죄자 치료 및 연구의 발전을 긴 역사의 산물로 보고 있다. 그러나 치료 프로그램들이 빠르게 확산, 확립되어 가고 있는 것에 비해 학계와 임상치료 실태의 협력은 미흡한 편으로 평가되고 있다.

학계에서는 현재 정착된 성범죄자 치료 프로그램들은 대부분 제한적인 효과를 보이고 있다고 여긴다. Nothing works what works? 논쟁에 이어 실존하는 치료 프로그램들의 효과를 검증하기 위해 시행된 연구들은 방법론적으로 강한 비판을 받고 있다(Eher, 2012; Rice & Harris, 2013; Ward & Laws, 2010). 무엇보다 2000년대 이전의 연구들은(Furby, Weinrott, & Blackshaw, 1989; Marshall, Jones, Ward, Johnston, & Barbaree, 1991; Marshall & Pithers, 1994) 표준화되지 않은 효과 검증 기준 변수(결과 변수)와 추적 시간을 사용함에 따라 통합적인 치료 효과를 증명하기에는 미흡하다고 볼 수 있다. 따라서 이러한 연구들에 의해 입증된 치료 효과의 실제 유의도는 미약한 수준임이 최근 메타 연구 결과들에 의해 다시 한번 밝혀짐에 따라 성범죄자 치료의 효과에 대한 거센 논쟁이 지속되고 있다 (Dennis, Khan, Ferriter, Huband, Powney & Duggan, 2012; Hanson, Bourgon,

Helmus & Hodgson, 2009). 또한 성범죄자들의 재범률 감소와 관련된 연구 결과들이 감소 요인을 대체적으로 치료에 기인한다고 주장하나 보다 광범위하게 연관되어있을 수 있는 형사정책적 흐름의 변화나 대중매체의 민감성의 변화들을 고려하고 있지 않음도 문제시 된다(Sohn, 2007).

보다 효율적이고 정확한 치료효과와 측정을 위해서는 보다 수준 높은 연구 디자인이 필요하다(Hanson, 2013; Rice & Harris, 2003). 2007년 체결된 아동 성매매와 성범죄의 예방을 위한 협약(Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse)에 의거 성범죄자 치료는 양적, 질적인 측면에서 강화되고 있다(Council of Europe [유럽 이사회], 2007). 따라서 다양한 치료프로그램들을 계획 연구를 통해 평가하는 것이 필요하다. 2005년에 발표된 Marques와 동료들의 무작위 대조군 연구(RCT; randomized control study)가 성범죄자 치료 효과를 부정적으로 평가한 것을 고려하여 보다 많은 RCT들이 보다 정확한 치료 효과의 평가에 도움이 될 것으로 예상된다(Hanson 등, 2009; Långström, Enebrink, Laurén, Lindblom, Werkö, & Hanson, 2013).

제2절 영국의 성범죄자 치료제도 및 운영현황

1. 영국의 성범죄자 치료 관련 법제도 및 기구

가. 형사사법법 2003

영미법계의 영국은 대륙법계의 한국과 달리 형법, 형사소송법이 존재하지 않지만, 지금까지 이러한 역할을 대신해 왔던 법이 Criminal Justice Act 1991(이하 형사사법법 1991)이다. 본 법은 범죄자 처벌 및 양형에 관한 가장 기본적인 법률이며, 가장 최근인 2003년에 한 번 더 개정(Criminal Justice Act 2003: 이하 형사사법법 2003)되었으며 전면적 양형개혁의 대표적인 입법례가 되었다.

형사사법법 1991의 가장 큰 특징은 양형과 관련하여 비례성의 원칙(Principle of Proportionality)을 강조하여, 해당 법 제1조, 2조, 6조는 구금형과 비구금형의 형량

을 해당 범죄의 경중에 따라 비례하도록 하였다. 그러나 범죄억제(deterrence) 및 무력화(incapacitation)와 같은 범죄예방과 관련된 내용들은 양형판정의 일반적인 고려대상이 되지 못하였다. 단지 동법 2조 (b)항에 근거하여 위험하고 심각한 범죄자에 대한 형을 가중할 수 있는 권한이 부여되었을 뿐이다.

반면에, 형사사법법 2003은 범죄예방효과를 양형판단에 중요한 고려대상으로 두었다는 것이 핵심이다. 동법의 142조를 살펴보면 해당 법원은 양형판단 단계에서 적정한 처벌을 수단으로 하여 범죄억제, 재사회화, 재범방지의 목적을 고려하여야 한다고 명시하였다. 또한 142조 1항은 법원은 범죄를 저지른 사람을 판단할 경우 해당 범죄자에 대한 처벌, 범죄의 감소, 개선과 재사회화, 공공의 보호, 피해자에 대한 범죄자의 보상이라는 목적들을 함께 고려하여야 한다고 명시하였다.

일반적으로 영국에서의 양형은 목표 종합 접근(A Menu of Aims Approach)을 근거하였다. 그래서 양형의 세부지침이 제공되면 법관들이 이러한 요소들을 양형판단 단계에서 종합하는 식으로 진행되어 왔다. 그러나 이러한 방법들은 형사사법법 1991 이전부터 여러 가지 비판에 직면하게 됨에 따라 형사사법법 2003에서는 중복적 목적 접근(A Multi Purpose Approach)을 취하고 있다. 즉, 범죄의 예방 및 재범 방지 그리고 사회보호 및 범죄자 개선 및 재사회화의 목적이 가장 주요한 이슈로 떠오르게 된 것이다.

이에 형사사법법 1991과 비교하여 형사사법법 2003은 크게 7가지의 개정 및 개혁내용들을 담고 있다.

- ① 형사사법과 관련된 양형 목적을 실정법에 처음으로 명문화
- ② 법관이 범죄의 경중을 판단하는 과정에서 해당 범죄자의 전과를 고려하는 것을 허용하는 규정을 명문화
- ③ 가석방후 보호관찰조건부 구금형(Custody Plus)제도를 신설
- ④ 구금형 집행유예제도(Custody Minus)를 신설
- ⑤ 간헐적 구금형제도(Intermittent Custody)를 신설
- ⑥ 지역사회 내 처분(Community Sentence)의 종류를 신설 및 확대
- ⑦ 양형기준위원회(Sentencing Guidelines Council)를 신설

그 중에서도 가석방후 보호관찰조건부 구금형, 구금형 집행유예제도, 간헐적 구금형제도, 지역사회 내 처분 등이 형사사법법 2003과 형사사법법 1991을 비교할 때 가장 뚜렷한 차이점들이다.

첫째, 가석방후 보호관찰조건부 구금형(Custody Plus)제도는 형사사법법 2003의 제 181항에 규정되어 있는 것으로, 1년(12개월) 이하의 법원판결을 받은 수형자가 최소 2주 이상 최대 3개월(13주를 넘지 못함)의 구금기간을 완료한 경우 법원 혹은 교도소장(Prison Governor)의 허가를 받아 성공적인 사회 내 복귀를 위한 목적으로 지역사회에서 생활하는 것이다. 이의 효율적인 진행을 위한 사회 내 감독처분의 병과 역시 가능하다. 본 유예제도의 특징은 최소 28주 이상 최대 41주를 넘을 수 없도록 되어 있다.

둘째, 구금형 집행유예(Custody Minus)제도는 형사사법법 2003의 제 189항에 규정되어 있는데, 범죄자로부터 발생할 수 있는 시설구금의 피해를 억제하고 지역사회처벌로 전환할 수 있는 기회를 주기 위해서 만들어진 제도이다. 본 제도는 기존의 집행유예제도와 유사하지만 근본적으로 구금형 집행유예판결을 받은 수형자들을 대상으로 하며, 최소 6개월에서 최대 2년을 넘을 수 없다. 해당법원은 집행유예를 조건으로 여러 가지 지역사회처분을 조건으로 요구할 수 있다.

셋째, 간헐적 구금(Intermittent Custody)은, 형사사법법 2003의 제 183항에 규정되어 있는데, 본 형벌을 법원으로부터 받은 성범죄자는 주중에는 지역사회 내에서 시간을 보내고 야간 혹은 주말에 교도소로 다시 돌아와 처분 받은 형량을 복역한다. 본 제도는 수형자들의 형벌적인 책임이수 뿐만 아니라 지역사회로의 성공적인 복귀를 돕기 위해 학업이수와 직업 활동 영위 등을 목적으로 한다.

넷째, 지역사회 내 처분(Community Sentence)으로서, 크게 12종류⁴⁰⁾가 있다.

- ① 봉사명령(Unpaid Work)은 형사사법법 2003의 199조에서 222조에 근거하고 있으며, 새로이 신설된 명령제도로써 최소 40시간에서 300시간의 무보수 봉사를 하여야 하며, 관리는 지역보호관찰소가 담당한다.
- ② 활동명령(Activity)은 형사사법법 2003의 201조에 해당 근거를 두고 있으며

40) 봉사명령(Unpaid Work), 활동명령(Activity), 프로그램수강명령(Programme), 활동금지명령(Prohibited Activity), 통행금지(Curfew), 배제명령(Exclusion), 거주명령(Residence), 정신질환치료명령(Mental Health Treatment), 약물치료명령(Drug Rehabilitation), 알코올치료명령(Alcohol Treatment), 지도명령(Supervision), 센터출근명령(Attendance Centre) 등이 있다.

해당 범죄자는 특정한 날 혹은 특정한 장소에 해당지역에 방문하여 자신에 대해서 소개하고 자신이 경험한 내용들에 대해서 발표하는 형태로 이루어지며, 해당 관리는 지역보호관찰소 및 위원회가 담당한다.

- ③ 프로그램수강명령(Programme)은 본법 202조에 해당 근거를 두고 있으며, 범죄자가 본 처분을 받으면 교정시설 혹은 지역사회 내에 마련된 치료 및 갱생 프로그램에 참여하여야 한다. 주로 범죄자의 행동교정에 초점을 두고 있어, 분노관리, 성범죄행동, 여러 가지 약물남용 관련 문제들을 치료하기 위함이 목적이다. 해당 관리는 지역보호관찰소 및 위원회가 맡는다.
- ④ 활동금지명령(Prohibited Activity)은 본법 203조에 근거하여 특정한 날, 특정한 장소에 출현 및 접근하여 특정 활동에 대한 제한을 요구하기 위한 명령이며, 해당 관리는 지역보호관찰소 및 위원회가 맡는다.
- ⑤ 통행금지명령(Curfew)은 본법 204조에 근거하고 있으며, 특정한날, 특정한 장소에 통행을 제한하기 위한 명령이며 하루 12시간을 초과할 수 없다. 해당 관리는 지역보호관찰소 및 위원회가 맡는다.
- ⑥ 배제명령(Exclusion)은 본법 205조에 규정되어 있으며, 특정한 장소(specific place)에 대한 출입을 제한하기 위한 명령이며, 2년을 초과하여 부과할 수 없다. 해당 관리는 지역보호관찰소 및 위원회가 맡는다.
- ⑦ 거주명령(Residence)은 본법 206조에 근거하고 있으며, 보통 집행유예제도와 함께 병과되기도 한다. 본 명령을 받으면 거주명령에서 규정한 장소에 반드시 거주하여야 하며, 법원의 범죄자가 거주하게 될 집주변 사항들을 반드시 고려하여야 한다. 해당 관리는 지역보호관찰소 및 위원회가 맡는다.
- ⑧ 정신질환치료명령(Mental Health Treatment)은 본법 207조에서 208조까지 규정되어 있으며, 본 명령을 받으면 보호기준법(Care Standards Act 2000)에 근거하여 돌봄 시설에서 정신질환치료를 받거나 혹은 정신건강법(Mental Health Act 1983)에 근거하여 병원에서 치료를 받을 수 있다. 치료명령을 받기 위해서는 의료담당자 혹은 등록된 심리학자의 객관적인 판단에 근거하게 이루어지게 된다.
- ⑨ 약물남용치료명령(Drug Rehabilitation)은 본법 209조에서 211조까지에 근거하고 있으며, 약물남용을 치료하는 것이 목적으로서 기본치료는 6개월이며

의료담당자 혹은 등록된 심리학자의 판단에 근거하여 추가 연장이 가능하다. 해당 관리는 지역보호관찰소 및 위원회가 맡는다.

- ⑩ 알코올치료명령(Alcohol Treatment)은 본법 212조에 그 규정을 두고 있으며 알코올 남용을 치료하기 위해 이루어진다. 알코올남용 정도에 따라서 시설에, 혹은 통근 등의 방식을 선택하여 치료가 이루어지며 기본치료는 6개월이고 의료담당자 혹은 등록된 심리학자의 판단에 근거하여 추가 연장이 가능하다.
- ⑪ 지도명령(Supervision)은 본법 213조에 근거하고 있으며 범죄자의 갇셈에 목적을 두고 이루어지고 있으며 일정기간, 시간, 장소와 관련하여 보호관찰관과 약속을 통해 지도명령을 이수한다.
- ⑫ 센터출근명령(Attendance Centre)은 본법 214조에 규정되어 있으며, 특정한 센터에 참석을 의무화하는 것으로 최소 12시간에서 36시간을 초과할 수 없다.

또한 추가적으로 형사사법법 2003은 고위험군 성범죄자들과 관련하여 사회적 위험성 측면에서 추가적인 형벌판결을 명시할 수 있는 조항(256조)을 신설하였다. 예를 들어, 10년 이하의 판결을 받은 성범죄자가, 사회적 위험성(고위험성)이 농후할 때, 확정 받은 형량의 절반은 구금시설에서 보내고, 나머지 형량을 가석방조건부 보호관찰을 받았다 하더라도 사회적 위험성에 근거하여 성폭력범의 경우 전자발찌착용처분과 함께 최대 8년의 연장된 감독기간을 둘 수 있는 조항을 신설해놓았다.

사회적 위험성이 고위험군으로 측정되고, 또한 법원 판결 역시 10년 이상을 받은 성범죄자의 경우 공공의 보호를 위해 수감되어야 하며, 종신형에 선고 될 수도 있다(형사사법법 2003 216조). 또한 판결 후 형집행 단계부터는 해당 성범죄자와 관련된 모든 사안들에 대해서 가석방위원회(Parole Board)의 감독을 받게 된다.

나. 성범죄자 관리법 2003⁴¹⁾

2004년 5월 1일부터 시행된 Sex Offences Act 2003(이하 성범죄자관리법 2003)의 핵심은 성범죄와 관련된 새로운 정의, 증거 기준 등에 대한 광범위한 재검토

41) David Ormerod (2007) Sexual Offences: Sexual Offences Act 2003 - Sexual Gratification, Criminology L.R.

(Setting the Boundaries)이다. 크게 두 부분으로 구분되어 있는데, 1부(Part 1)는 성범죄의 종류와 형량 등에 대하여⁴²⁾, 2부는 성범죄 피해(Sexual Harm)로부터 영국 시민들을 보호하는 조치에 대하여 설명하고 있다. 2부에서는 신상공개명령(Notification Order) 등 법원에서 판결을 통해 취할 수 있는 조치들에 대해서 더욱 자세하게 규정하고 있다.

구체적으로 본 법안의 1부를 살펴보면 성범죄와 관련하여 기존의 형법(Criminal Law)이 내포하고 있던 많은 부분들이 새로운 범죄행위들로 대체되었음을 알 수 있다. Sex Offender Act 1997(이하 성범죄자관리법 1997)과 비교하여 폐지된 목록에는 항문성교(Buggery) 및 성추행(Gross Indecency)과 같은 기존의 차별을 유발할 수 있다고 하여 논란이 많았던 범죄행위가 포함되었는데, 이는 이성 혹은 여성 간의 성행위는 처벌하지 않았음에도 불구하고 남성사이의 사적인 동의하에 이루어지는 성적 행위만을 범죄화하는 것은 차별에 해당한다고 합의가 형성되었기 때문이다.

또한 본 법안의 2부에서는 특정한 연령과 판결이 법령의 구성에 해당될 경우 형사사법기관에 신고를 의무화(Sex Offender Register: 이하 신고의무)할 수 있는 범행을 조문화하여 규정하였다. 동법이 제정되기 전까지 신고의무는 영국에서 성범죄와 관련하여 유죄판결을 받은 사람을 대상으로 하였으나 동법 제정 이후부터 유죄판결을 받고 영국에 거주하는 모든 성범죄자들의 현황을 파악하기 위하여, 성범죄자관리법 2003에 의해 영국에서 유죄판결을 받은 모든 영국인과 외국인, 그리고

42) ① 강간(Rape)

② 폭행(Assault)

③ 동의 없는 성행위(Causing sexual activity without consent)

④ 13세 이하 어린이에 대한 강간(Rape and other offences against children under 13)

⑤ 친권 혹은 양육권을 남용한 아동에 대한 성학대(Abuse of position of trust)

⑥ 친족에 의한 아동대상 성범죄(Familial child sex offences)

⑦ 정신지체자에 대한 보호업무 종사자에 의한 성학대(Care workers for persons with a mental disorder)

⑧ 16세-17세 미성년자에 대한 포르노그래피(Indecent photographs of children)

⑨ 아동을 활용한 매춘과 포르노그래피(Abuse of children through prostitution and pornography)

⑩ 매춘(Prostitution)

⑪ 매춘목적 인신매매(Trafficking)

⑫ 예비음모(Preparatory offences)

⑬ 근친상간(Sex with an adult relative)

⑭ 기타 성범죄(Other offences)

⑮ 영국국외에서의 범죄(Offences outside the united kingdom) 등이 규정되어 있음.

외국의 관련법에 의해 유죄판결을 받고 영국에 거주하는 영국인과 외국인들에 대한 신고의무를 부여하였다. 조문화된 범죄들은 전부 성범죄와 관련된 내용으로서, 신고의무에 대한 내용들은 아래와 같다:

- ① 성범죄자가 14일 내에 일신상의 변동사항을 관할 경찰에 신고하여야만 했던 것을 3일 내에 신고하는 것으로 변경
- ② 성범죄자가 자신의 주택 외의 다른 주소지에서 관할 경찰서에 신고 없이 지낼 수 없는 기간을 14일에서 7일로 변경
- ③ 성범죄자로서 등록된 사람들이 매년 정기적으로 그들의 신상과 관련된 내용들에 대한 확인의무를 삭제
- ④ 성범죄자로서 처음 형사사법기관에 신고된 때뿐만 아니라 매신고 때마다 경찰이 지문 검사를 하고 사진을 찍을 수 있도록 하는 권한을 부여
- ⑤ 신고를 할 때마다 성범죄자로서 등록된 사람은 National Insurance Number를 제출하도록 의무화

2부에서는 성범죄 예방 명령(Sexual Offences Prevention Order, 이하 SOPO)을 주 내용으로 하고 있는데, 심각한 성적 범죄행위들로부터 공공과 지역사회의 안전을 보장하기 위하여 만들어진 시민보호를 위한 법령이다. SOPO는 기존의 제한명령(Restraining Order)과 성범죄자 관리명령(Sex Offender Order)의 문제점을 개선하기 위하여 만들어진 것으로서 2조와 3조에 속해 있는 범죄로 인하여 법원으로부터 유죄판결을 받은 후 법원으로부터 부과되는 것이 일반적이며, 예외적으로 해당 지역사회를 담당하는 지역사회경찰관(Community Police Officer)이 관할구역에 거주하는 유죄판결을 받은 성폭행범에 대해서 치안법원(Magistrates' Court)에 SOPO를 신청함으로써 역시 부과될 수 있다.

성범죄자관리법 2003의 2조에 목록화 되어 있는 범죄행위들의 경우 범죄성립을 위한 구성요소들이 성립이 되면 자동적으로 등록의무가 부과된다. 3조와의 차이가 있다면, 3조에 속한 범죄행위들은 자동적으로 등록의무가 있는 것은 아니지만 향후 범죄자가 해당성범죄를 저지를 개연성이 충분하다고 판단이 될 때 SOPO 규정에 근거하여 등록의무를 부과할 수 있다.

또한 성범죄자관리법 2003의 또 다른 특징으로서 Grooming(이하 성범죄예비범행)에 대해서도 새로운 예방 및 처벌규정을 두고 있는데, 성범죄예비범행은 기획 단계에서 성범죄를 저지르기 위한 심리적 그리고 물질적 예비 행위에 대한 처벌 규정이다. 즉, 주로 청소년과 아동을 대상으로 한 성범죄의 경우 온라인 등 사적인 공간을 통하여 기획 및 실행되는 경향이 크기 때문이다. 예를 들어, 아동 및 청소년을 주 대상으로 하는 아동성매매의 경우, 아동 및 청소년들을 연락 및 접촉하는 것들이 조용히 인터넷을 통해 이루어져 왔다는 실태에 착안하여 이를 근절 및 예방하기 위해서 만들어진 죄명⁴³⁾이다.

결론적으로, 성범죄자관리법 2003에 새롭게 규정된 성범죄 예비범행에 대한 처벌규정의 목적은 성범죄의 악순환(Cycle of Abuse)을 끊고 예비단계(물리적 및 심리적)에서부터 성범죄를 적극적으로 예방하고 억제하기 위함으로 풀이된다. 성범죄자관리법 2003의 특징의 성범죄와 관련된 “죄명과 형량(1부)” 그리고 성범죄 피해(Sexual Harm)로부터의 시민들을 보호하기 위한 조치, 신상공개(주민고지도 포함)명령(Notification Order), 성범죄피해 위험 방지조치(Risk of Sexual Harm Orders)와 미성년자를 위한 법원의 예방적 조치(Preventative Order)들을 주로 포함하고 있으며, 성범죄자 치료와 관련된 내용들은 포함하고 있지 않다.

다. 영국의 범죄자 관리청(NOMS)

2007년 5월 법무부가 신설됨에 따라 기존 내무부(Home Office) 소속의 범죄자 관리청(National Offender Management Service: 이하 NOMS)이 2008년 4월 법무부 소속 집행기관으로 편제가 변경되었다. 그리고 기존의 보호관찰청(National Probation Service)과 교정청(HM Prison Service)이 NOMS로 통합되었으나, 양

43) 법정 18세 이상의 성인이 과거에 2회 이상 해당 미성년자를 만난 적이 있거나, 혹은 연락한 적 있거나, 만날 수 있다는 충분한 개연성을 가지고 국내 혹은 국외를 여행한 경우, 또한 미성년자를 만나서 함께 하려는 행위가 본 법에 규정된 성관련 범죄에 포함되는 행위라면 성행위를 할 수 있다는 준비 후에 해당 미성년자를 만난 것으로 간주한다. 단 위 법에서 규정하는 미성년자란 16세 미만의 자 혹은 일반적인 관점에서 16세 이상의 자로 보이지 않는 아동 및 청소년을 지칭한다. 미성년자와 접촉한 것에 대해서 국내 혹은 국외에서 만난 어떤 경우를 불문하며, 또한 연락이 있었다는 점 역시 어떠한 수단이 사용되었는가를 불문한다. 성범죄 역시 성범죄자관리법 2003에 의하여 성범죄로 구성되는 행위로서, 국외에서 발생하였다고 하여도 국내법에 근거하여 성범죄를 구성하는 행위로 처벌한다.

기관은 실무적 측면에서 각자의 고유 업무를 수행하는 구별된 기관으로 남아 있는 것이 특징이다. 2004년 조직생성 당시(내무부 산하)에는 영국 전역을 10개 구역(North West, North East, Yorkshire and Humberside, East Midlands, East of England, West Midlands, South East, South West, London, Wales)으로 분리 후, 그 아래 42개의 보호관찰 중간권역(Probation area)으로 구분, 각 권역에 중간보호관찰소(Headquarters)를 설치하여 관리하고 있다.

NOMS⁴⁴⁾는 교도소와 보호관찰소 양 기관의 교정업무를 효율적으로 통합 운영하는 중앙조직 역할을 담당하며, 2008년에 법무부로 소속 변경됨과 동시에 최고 집행기관(Executive Agency)의 하나로 재탄생되었다. 2004년 조직 생성 당시(내무부 산하)에는 스코틀랜드와 북아일랜드를 제외한 영국전역을 10개 광역지역(Regional Areas)으로 나누어 관리하며, 10개 지역의 대권역에 광역본부(Regional Offices)를 하부조직으로 두고 있었다. 구체적 업무로는 자원의 확보와 할당, 국가 표준안과 구체적인 업무 지침서 개발, 교정업무 서비스의 위임과 공급, 유관 기관들 간의 원활한 업무조정 등을 담당하고 있다.

1) NOMS 설치배경 및 과정

효과적인 범죄자 관리를 위한 교정기관과 보호관찰기관 간의 통합은 1997년 7월의 영국 내무부에서 출간한 교정과 보호관찰 재검토 보고서(The Prison-Probation Review)를 통해 구체적으로 거론되었다. 본 보고서의 핵심적인 내용은 공공의 안녕을 보장하기 위한 공공 및 영국내무부가 요구하는 교정 및 보호관찰정책의 효과

44) 광역본부(Regional Offices)는 해당지역 관리소장(Regional Chief Executive Officer)을 중심으로 관리 운영되며, 해당지역 관리소장은 공공기관과 민영기관에 대상자 관리 관련 업무 분담 등에 관한 위임업무(Commissioning Services) 및 업무 수행에 대한 감독 관리, 범죄자 관리 실행 계획 및 지침의 개발, 협력기관간의 업무 조정과 관리 등의 업무를 수행한다. 중간권역보호관찰소 본부(Headquarters)는 10개 광역지역을 경찰청 법원 관할구역과 일치하는 42개 중간권역 (Probation Areas)으로 구분하여, 각 권역에 하나씩 총 42개의 중간권역보호관찰소 본부를 두고 있다. 42개 중간권역 지역본부(Headquarters)는 산하 600여개 이상의 일선 보호관찰소(Probation Office)를 하부조직으로 두고 있으며, 중간권역보호관찰소 본부(Headquarters)는 본부소장(Chief Officer)과 비상임 보호관찰위원으로 구성된 보호관찰위원회(Probation Board)로 구성되어있으며 정책, 예산관리, 직원선발 및 훈련 등 독립적으로 업무 수행하고 있었다. 그러나 2008년 법무부(Ministry of Justice)로 이관된 이후 35개의 광역 보호관찰소로 개편되었으며, 추가적으로 10세에서 24세까지의 청소년범죄자를 위한 131개의 청소년보호센터, 110개의 국립교도소, 14개의 민간교도소, 기타 협력적 업무(Partnerships)를 담당하고 있다.

적인 연계의 부재, 교정시설과 보호관찰시설 사이의 업무 및 목표차이로 발생하는 조직적, 업무적, 문화적 갈등, 형사사법 절차상의 효과적인 연계를 수행하는 데 있어서 서로 다른 서비스에 대한 인식 부족, 형벌적 집행과 관련된 관리 부재, 성범죄자의 재범 그리고 피해 기타 사회적 위험성평가와 관련된 서로 다른 접근방법, 양기관사이의 정보공유부족 및 상이한 시스템 운용 등으로 인하여 공공의 안녕과 관련하여 여러 가지 문제점이 촉발된다는 것이었다.

이러한 문제점들로 인하여 효율적인 형사사법 업무달성에 어려움이 지속되자 1998년 소위 “교정업무와 보호관찰업무의 연계(Prisons-Probation Joining Forces to Protect the Public)”를 담당하기 위한 위원회가 구성되게 되었다. 이러한 배경하에서 교정과 보호관찰업무의 통합관리를 위한 의제가 만들어졌는데, 구체적인 내용을 살펴보면, 기존의 교정기관과 보호관찰기관이 범죄자관리를 위해 서로 상호 보완하기보다, 상호 경쟁적 관계에 놓여있었지만 이를 통합모델 하에 상호보완관계로 가는 것이 옳바르다는 인식이 확산되었다. 또한 양 기관 통합을 위한 추진 전략으로서 4가지를 제시하였는데, ① 범죄자의 행동분석 및 치료프로그램의 연계, ② 일반 사회프로그램과 연동하여 범죄자 지역사회 정착프로그램의 운영, ③ 양 기관의 직원교육을 함께하고 상호교환근무 활성화, ④ 기관통합에 대비한 회계와 감사와 관련된 통합적 규정제정 등이 그것이다.

그리고 통합기관의 핵심 업무로서 핵심성과지표(Performance Management and joint/shared Key Performance Indicators: 이하 KPIs)의 활용이 요구되어, 범죄자의 지역사회 내 복귀를 원활히 달성하기 위하여 가석방 전 혹은 후 취업, 거주지 제공, 교육 기회제공과 같은 사회재정착 연계 프로그램의 중요성이 요구되었다. 또한 효과적인 교정 및 보호관찰 서비스를 제공하기 위한 정보통신 기술의 발전, 이를 위한 형사사법 기관사이의 정보공유 강화, 범죄자들에 대한 위험성평가 및 관리차원에 대한 공통된 접근방법 채택 등이 주요 의제로 제시되었다.

또 하나 중요하게 지적되었던 의제가 바로 양 기관 직원들을 대상으로 어떻게 직무교육을 시킬 것인가 하는 문제였다. 주 내용은 교정업무와 보호관찰업무의 특수성과 정체성을 유지하면서 어떻게 유능한 인재양성을 위한 직무교육을 시킬 것인가 하는 것으로 이를 위해 양 기관 합동 직무교육위원회가 구성되었다. 첫 시도로서 양 기관 소속 직원의 5%에 해당하는 인원을 대상으로 합동교육을 실시하고

상급관리자 상호 교환근무프로그램이 만들어졌다.

이와 함께 보호관찰업무는 계속해서 증대되어 갔는데 첫째, 양 기관(교도소와 보호관찰소)의 조직적인 통합을 유보하고 정체성을 유지하기 위하여 기존의 교정청(British Her Majesty's Prison Service⁴⁵⁾)과 업무협조를 위해서 2000년 형사사법 및 법원서비스법(Criminal Justice and Court Services Act 2000)에 근거하여 보호관찰청(British National Probation Service⁴⁶⁾)을 2001년 4월에 신설되었다. 둘째, 다기관공공보호협정(Multi-Agency Public Protection Arrangements; 이하 MAPPA)의 신설로 성범죄자와 같은 고위험범죄자를 관리하는 의무가 보호관찰청의 업무로 추가되었다. 셋째, 형사사법법 2003의 재정으로 인해 시설 내 처우와 사회 내 처우의 효과적인 연계를 목표로 포괄적인 지역사회판결제도가 도입되었다.

그러나 재범방지를 위한 교정과 보호관찰업무의 상호연계를 위한 노력에도 불구하고 형사사법 절차 내에서 범죄자관리에 비효율성이 지속적으로 증대되자, 2004년 Carter경에게 영국 교도소의 수용인원과 교정서비스를 위한 이용 가능한 서비스 사이의 조화를 어떻게 이룰 수 있는지에 대해서 진단하게 하였고, 2004년 1월 Carter경은 범죄자 관리 및 범죄감소 보고서(Patrick Carter's Report 'Managing Offender, Reducing Crime')와 이 보고서를 기초로 하여 범죄감소 - 변화된 삶(Reducing Crime-Changing Lives)을 발표하여 영국의 형사사법 절차 내에서의 범죄자관리 비효율성 문제를 개선하기 위해서 3가지 개선방안을 권고하게 된다.

- ① 재범방지를 위해서 개개의 범죄자들에 대해서 법원이 판결한 형벌 및 치료처분들이 완전히 이루어질 때까지 철저히 범죄자를 관리하여야 한다(End-to-End Offender Management).
- ② 형벌 및 치료서비스를 담당하는 현장공무원과 고위관리자 사이의 업무 및 권

45) Her Majesty's Prison Service는 NOMS의 지휘 및 관리를 받는 교정총괄기관으로서 England와 Wales에 위치한 모든 교도소의 관리업무를 담당하고 있다. Scotland와 Northern Ireland는 자신들의 고유한 교정청(Scottish Prison Service; Northern Ireland Prison Service)을 가지고 있다.

46) 영국의 보호관찰처분은 1907년부터 시행되어 왔다. 그중 North Ireland는 자신들만의 보호관찰서비스를 가지고 있으나, 반대로 Scotland의 경우 형사사법사회복지서비스(Criminal Justice Social Work Services)의 일환으로서 지역위원회의 사회복지부서에서 담당하고 관리해왔다. National Probation Service 역시 영국교정청과 마찬가지로 NOMS의 지휘 및 관리를 받는 보호관찰업무총괄기관이다(http://en.wikipedia.org/wiki/National_Probation_Service).

한이 명확하게 구분되어 있어야 한다.

- ③ 형벌 및 치료처분서비스에 대한 경쟁력을 도입할 필요가 있다.

이러한 Carter경의 권고사항들을 영국 노동당정부가 받아들이기 시작하였고, 이를 위해 단일 집행부를 중심으로 교정업무와 보호관찰업무를 총괄한 통합된 관리부서인 NOMS가 2004년에 처음 그 실체가 들어났으며, 팀운영을 핵심으로 2년간의 시범실시를 통해 2006년부터 본격적으로 영국전역(잉글랜드와 웨일즈)에 실시되었다.

2) NOMS에서 제공하는 서비스의 특징

NOMS에서 제공하는 서비스는 크게 4가지 특징으로 구분할 수 있다. 첫째, 인간 중심적 범죄자관리이다. 기존의 행정적·관료주의에 근거한 범죄자접근법에서 범죄자에 좀 더 중점을 둔 방법이다. 본 관리법은 관리자(해당 교정관 혹은 보호관찰관)의 주관적인 성향에 지나치게 영향을 받을 수 있다는 문제점이 존재하기에:

- ① NOMS에서 제공하는 기능 및 역할에 대하여 범죄자가 어떻게 경험할 것인가에 대한 고려가 선행되어야 하며,
- ② 프로그램에 진입한 범죄자를 관리하는 동안 NOMS소속 담당직원들의 진정한 노력이 수반되어야 이를 통해 궁극적으로 재범방지라는 효과가 발휘될 수 있다고 보았다.

둘째, 판결 및 집행과정에서의 통합적 범죄자 관리이다. NOMS업무의 핵심은 법원에서 성범죄자에게 판결을 내린 후 효과적인 집행을 통한 성범죄자 관리이며, 이를 통해 범죄자의 재범률을 낮추는 것에 목적을 두고 있다. 하지만 그 동안 영국의 범죄자 관리는 교정기관과 보호관찰기관으로 엄격히 분리되어 있었고 이로 인해 범죄자관리프로그램의 연계성이 부족하였을 뿐만 아니라 그 관리효과 역시 미비하였다. 이러한 문제점들을 해결하고 범죄자관리의 효과성을 극대화하기 위하여 교정기관 및 보호관찰기관에서 사용하는 여러 부분들(언어 등)을 통합하여 단일개념으로 사용해야 할 필요성이 고려되었다. 이를 충족시키기 위해서 만들어진 것이

범죄자평가시스템(The Prison-Probation Offender Assessment System: OASys)이다. 범죄자평가시스템은 감독계획(Supervision Plan), 판결계획(Sentence Plan), 공공보호계획(Public Protection Plan)의 3가지 단계로 구분되어 있으며, 이를 통해 판결 후 그 집행과정에서부터 단일 언어와 하나의 과정으로의 통합을 통해 불필요한 비효율성을 줄이고, 단일과정에서 여러 가지 요소들이 상호의존적으로 영향을 주어 궁극적으로 범죄자 관리의 효과성 달성과 재범방지에도 긍정적인 시너지 효과를 발생시킬 수 있다는 것이다.

셋째, 한 판결: 한 관리자 구조(One Sentence: One Manager Structure)이다. NOMS는 법원판결의 효과적인 집행을 위한 범죄자관리가 목적이다. 그러므로 이를 위해 범죄자의 적응과 협력을 이끌어내고 또한 범죄자 관리 및 감독이 동일하게 이루어질 필요가 있으므로 해당 프로그램에 있는 범죄자와 지속적으로 관계를 유지하고 책임유무를 명확히 할 수 있도록 한명의 관리자에 의해서 관리될 필요가 있다. 또한 법원판결에 대한 집행을 효과적으로 달성하기 위해서는 범죄자의 접근처에서 하는 것이 효과적이기 때문에 기존의 시설 내에 기반을 둔 처우보다 지역 사회에 기반을 둔 범죄자 처우 및 관리가 효과적이라는 것이다. 결론적으로 고위험군 범죄자나 혹은 가석방이 불허되는 범죄를 저지른 범죄자들은 교정관(Correctional Officer)에 의해, 일반적 범죄자들은 보호관찰관(Probation Officer)이 범죄자관리를 담당하게 된다.

넷째, 팀 운영에 기반을 둔 모델이다. NOMS에서 제공하는 범죄자 관리서비스는 일관성에 기반을 두고 신속하게 진행되어야 하기 때문에 서로 다른 전문가 집단으로부터의 파트너십(Partnership)을 전제로 운영된다. 즉, 각각의 범죄자 사례들을 하나의 프로젝트로 규정하고 범죄자 관리팀(Offender Management Team)에 의해 운영되며, 법원판결직후부터 범죄자 형집행 및 치료프로그램 운영까지 모든 것을 관리하게 된다. 그렇기에 범죄자 개인에 기반을 두면서 운영적 측면에서 조직적인 지원기능을 한다는 특징이 있다.

3) NOMS의 효과

공공의 안전과 범죄자의 재범율을 낮추기 위한 목표를 달성하기 위해 만들어진 NOMS는 기존의 교정과 보호관찰로 나누어진 이분화된 구조를 통합함으로써 약

70,000명의 공무원과 40억 파운드의 예산을 집행하고 시설 내 처우 75,000명, 사회 내 처우 150,000명 등 총 225,000명의 범죄자들을 관리하는 거대 국가기관으로 탄생하게 되었다. 본격적 업무시작(2006년) 당시, 영국 형사사법기관 중 특히, 법원과의 유기적인 업무협조를 통한 비효율성 극복 그리고 철저한 범죄자 관리를 통한 재범율 감소에 기여할 것이라는 기대와 함께 2007~2008년까지 5%, 향후 10년까지 10%의 재범감소율을 목표로 하였다. 2012-2013년 NOMS의 운영효과성보고서를 살펴보면, 2000년도에 40.9%였던 “법원판결 및 교정시설처분 후 성인범죄자 1년 동안의 재범율”이 2010~2011년에 36.0%로 감소하였음을 알 수 있다⁴⁷⁾.

재범율뿐만 아니라 예산효과성 역시 2012~2013년 기준 8천 파운드(2011~2012 대비)를 교정서비스에서, 3천 파운드(2011~2012 대비)를 보호관찰서비스에서 절감하는 효과를 거두었다. 특히 보호관찰서비스의 경우, ‘재범율 감소’라는 실질적인 목표를 달성하기 위해 법원에서 내려지는 명령 및 처분들의 95%가 지역보호관찰소에서 최대 10일 이내에 집행이 될 수 있도록 하는 강제규정을 신설하였다. 또한 보호관찰서비스를 받는 범죄자의 95%가 치료프로그램과 같이 범죄행동을 교정하기 위해 만들어진 공인된 프로그램에 등록되어 서비스를 받고 있다.

라. 영국의 성범죄자 평가

1) 범죄자 평가 시스템(Offender Assessment System: OASys)

2014년 현재 영국 NOMS에서 시행하고 있는 위험성평가는 범죄자평가시스템(Offender Assessment System: 이하 OASys)을 통해서 이루어지고 있는 것이 일반적이다. 하지만 OASys는 일반범죄자(고위험군 포함)를 대상으로 하기 위한 평가도구이지 성범죄자를 위해서 특화된 도구는 아니다. 그러므로 OASys는 해당 성범죄자에 대한 일반적인 범죄성 평가에만 국한되어야 하며, 또한 반드시 추가적인 도구들을 통한 평가가 성범죄자위험성 평가에 필수적으로 이루어져야 한다. 모든 성범죄위험성과 관련된 평가결과들은 OASys에 기록되어야 하며, 기록된 정보들은

47) National Offender Management Service(2014) National Offender Management Service: Annual Report and Accounts 2012-2013. London: House of Commons, p. 19.

법원판결의 효과적인 집행과 위험관리를 위해 반드시 필수적이다.

OASys 외에도 성범죄자의 위험성을 추가적으로 평가하기 위하여 만들어진 여러 가지 도구들이 있는데 크게 4가지(Risk Matrix 2000; Structured Assessment of Risk and Need Treatment Needs Analysis(이하 SARN TNA); 사전사후평가; 급성 동적위험요인평가로 구분이 가능하다.

2) Risk Matrix 2000

Risk Matrix 2000(이하 RM2000)은 영국 그 중에서도 잉글랜드와 웨일즈의 경찰, 교도소, 보호관찰기관에서 사용되는 위험성평가도구이다. 초창기 RM2000은 성폭력 혹은 단순폭력을 구분하지 않고 모든 종류의 폭력관련 사건들에 쓰이면서 각 범죄유형들이 가지는 특수성을 무시하는 결과를 초래한다는 의견을 반영하여, 성폭력범죄사건 유형과 단순폭력범죄 사건유형으로 분리하여 적용되기 시작하였다. 구체적으로, RM2000/S는 유죄판결이 고려되는 성범죄를, RM2000/V는 유죄판결이 고려되는 일반범죄 및 주거침입범죄(성범죄 제외)를 위한 도구로 발전하였다. 또한 NOMS가 판결전 단계에서 RM2000/S를 모든 남성 성범죄자들에 의무적으로 사용하고 있으며, 이때 부여받은 RM2000/S 점수는 후에 진행되는 양형추천(Sentencing Recommendations), 양형 계획(Sentence Planning), 가석방추천(Parole Recommendations)과 위험관리(Risk Management)과정에서 중요한 참고자료가 된다⁴⁸⁾.

3) 위험평가 및 치료필요분석(Structured Assessment of Risk and Need Treatment Needs Analysis; SARN TNA)

SARN TNA는 성범죄 발생에 영향을 주는 역동적인 위험요소의 정도와 그 영향력을 평가하기 위해서 최적화된 평가도구이다. SARN TNA는 성범죄자 치료프로그램(Sex Offender Treatment Programme: SOTP)을 수강하는 혹은 SOTP를 수강할 목적인 성범죄자들이 의무적으로 받게 되는 평가도구이다. SARN TNA는:

48) Don Grubin (2011) "A Large-Scale Evaluation of Risk Matrix 2000 in Scotland". Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment. Vol 23(4): 419-433

- ① 성범죄자 치료프로그램 시작 전에 어떠한 치료가 필요한지;
- ② 치료프로그램 진행과정에서의 변화;
- ③ 치료프로그램 후에 어떠한 추가적인 치료가 필요한지 등에 주로 초점을 맞추고 있다.

이와 같이 전문적인 SARN TNA을 담당하는 NOMS소속 직원은 직무교육을 마친 심리학자 혹은 자격을 갖춘 보호관찰관이 주로 담당하게 된다. SARN TNA는 일반적으로 다음의 4가지 사항들을 고려한다:

- ① 성적 취향(Sexual Interest);
- ② 범죄 지지적 태도(Offence Supportive Attitudes);
- ③ 관계(Relationships);
- ④ 자기관리(Self Management) 등 4가지 영역에 기초하여 성범죄자 측정 및 평가가 이루어지며, 범죄자 개개인을 대상으로 한 맞춤형 치료에 중점을 두고 있다.

4) 사전사후평가

사전사후평가는 일반적으로 수용시설 그리고 지역사회 내에서 모두 SOTP 치료 전 혹은 후에 실시되어 치료프로그램 시행 전후의 변화량을 파악하는데 이용된다. NOMS에서 제공하는 SOTP프로그램에 들어온 모든 성범죄자들은 SOTP프로그램 시작 전 혹은 후에 이 평가를 받아야한다.

5) 급성 동적위험요인 평가

2008/9년부터 경찰 그리고 여러 보호관찰기관에서 사용하기 시작한 ‘급성 동적 위험요인 평가’는 치료프로그램(SOTP)을 받지 않는 성범죄자들에게서 나타날 수 있는 역동적이고 급박한 위험성요소를 평가하기 위한 추가적인 도구로서 역할을 한다.

6) 기타

상기의 일반적인 성범죄자들을 제외하고 기타 성범죄자(여성성범죄자, 고령의 성범죄자, 유색인종 성범죄자, 정신병질환을 가진 성범죄자, 장애를 가진 성범죄자, 교육받지 못한 성범죄자)에 대해서도 역시 성범죄자 치료와 관련된 다양한 고려들이 이루어지고 있다.

- ① 여성성범죄자의 경우 여성성범죄자 프로젝트(National Female Sex Offender Project)에 의거하여 주로 그룹프로그램(Group Programme)을 통해 여성 성범죄자들의 재범방지에 초점을 맞추고 있다.
- ② 고령의 남성성범죄자들의 경우 형벌적 처분보다는 사회적 혹은 사회복지적 처우(Social Care)를 통해 형벌보다는 치료에 기초하여 재범방지에 접근하고 있다.
- ③ 유색인종 성범죄자의 경우 주로 그룹프로그램에 배치가 되는데, 이때 해당 유색인종이 유일하지 않을 경우 주로 이루어진다. 하지만 유색인종 성범죄자가 그룹 내에서 혼자이고 또한 치료담당자의 판단에 의해서 개별적으로 치료가 진행될 수도 있다.
- ④ 정신질환을 가진 성범죄자의 경우 적절한 성범죄예방 프로그램의 적합성을 판단하기 위해서 정신과 의사가 위험성 평가에 포함된다는 것이 특징이다.
- ⑤ 장애를 가진 성범죄자평가의 경우 주로 물리적인 장애를 가진 경우가 많은데, 관련된 문제를 다루기 위한 전문가들이 평가과정에 추가적으로 참여하고 있다.

결론적으로 영국 NOMS에서 제공하는 성범죄자 위험성평가 도구들에 대해서 살펴보았다. 상기의 도구들은 특별한 상황 하에서 NOMS소속의 직원이 아닌 사람에 의해서 진행되기도 하지만 NOMS에서 제시하는 엄격한 기준에 근거하여 자격 있는 담당자들에 의해서 이루어지는 것이 원칙이다. 또한 해당 담당자가 성범죄자의 위험성을 평가함에 있어 상기의 공인된 평가도구 말고 다른 도구를 사용하기를 원할 경우 해당 도구사용과 관련하여 전문가인 지역 심리학자(Regional Psychologist)

혹은 갱생서비스그룹(The Rehabilitation Service Group)의 자문과 가이드라인 하에 이루어져야 한다.

2. 정신질환을 가진 성범죄자 치료 : 보안병원(security hospital)

가. 정신건강법 2007

정신질환을 가진 성범죄자의 치료와 관련된 내용은 성범죄자관리법 2003이나 형사사법법 2003이 아닌, 2007년에 개정된 정신건강법(Mental Health Act 2007)에 근거하고 있다. 정신건강법 2007은 정신질환을 가진 성범죄자의 치료에 대한 구체적인 내용들을 포함하고 있지는 않다. 단지 정신질환을 가진 모든 범죄자들에 대한 법원으로부터의 치료명령을 위한 내용들을 수반하고 있으며, 이런 상황에서 성범죄를 저지른 정신질환자들 역시 함께 병원에 수용되어 치료를 받고 있다. 또한 교도소, 보호관찰소 등의 형사사법기관 뿐만 아니라 법무부 역시 해당 범죄자들이 전문적인 의료서비스의 필요성이 요구될 때 병원수용을 적극적으로 고려한다.

나. 병원치료명령

정신건강법 2007의 37조에 의거, 교도소구금이 가능한 범죄를 저지른 정신질환자는 법원으로부터 병원치료명령(Hospital Order)을 받을 수 있는데, 일반적으로 6개월의 치료명령이 기본이며, 추가적으로 6개월을 계속해서 부과할 수 있다. 또한 동법 38항에 의거, 잠정적 병원치료명령(Interim Hospital Order)을 법원으로부터 부여받으면 최소 12개월 이상을 병원에서 치료를 받아야 한다. 이렇게 정신건강법에 의해 병원치료명령을 받게 되면 보안병원(Security Hospital)으로 이송되어 치료를 받는다.

병원치료명령과 관련하여 비슷한 2가지 조항이 있는데, 첫째가 치료명령을 위한 평가허가조항(동법 2조)과 둘째, 치료허가(동법 3조)이다. 첫째로 치료명령을 위한 평가허가조항은 치료적합성을 평가하기 위해서 최대 28일간 병원에 머물면서 정신건강전문가와 정신과 전문의 2명의 소견에 의해 평가가 가능하다. 둘째, 치료허가는 일반적으로 6개월의 치료명령이 기본이며, 추가적으로 6개월을 계속해서 부

과할 수 있다. 차이점으로는 먼저, 치료명령을 위한 평가허가조항의 경우 가족 및 친척들이 해당 처분을 받은 성범죄자의 퇴원 및 해당평가거부를 위한 권리를 가지고 있다는 것이다. 또한 해당 처분을 받은 성범죄자 역시 병원매니저(Hospital Manager) 혹은 정신건강위원회(Mental Health Review)를 대상으로 평가를 위한 구금과 관련된 법률적 소송을 제기할 수 있다는 것이다.

치료허가의 경우 역시, 가족 및 친척들이 해당 치료허가를 받은 성범죄자의 퇴원 및 치료거부를 위한 권리를 가지고 있다. 그러나 해당 성범죄자가 타인에게 위해를 가할 소지가 현저하다고 담당의사가 판단할 경우, 관할법원에 병원퇴원을 위한 청구를 기각하도록 하는 기각명령(Barring Order)을 요구할 수 있다.

마지막으로 병원치료명령의 경우, 가족 및 친척들이 해당 명령을 받은 성범죄자의 퇴원 및 평가거부를 위한 어떠한 권리도 인정하지 않으며, 해당 성범죄자와 관련된 모든 사안은 치안법원(Magistrate Court)과 형사법원(Crown Court)에서 전적으로 담당하고 있다.

다. 보안병원의 치료

영국의 경우 정신질환을 가진 성범죄자의 치료는 크게 국민건강국(National Health Service; 이하 NHS)과 독립된 민간영역(Private Sector)에서 담당하고 있다. 정신질환을 가진 성범죄자의 위험성과 사안의 심각성에 기초하여 상(High), 중(Medium), 하(Low)로 구분이 되는데, 고위험군으로 분류된 정신질환을 가진 성범죄자의 경우 NHS 소속 보안병원에서만 치료가 가능하다. 이러한 보안병원은 다시 3가지 타입 즉, 물리적(Physical), 관계적(Relational), 절차적(Procedural) 유형으로 정신질환을 가진 성범죄자를 분류한다.

첫째, 물리적 유형의 범죄자의 경우 치료하는 동안 병원탈출 등의 문제들을 예방하기 위해 물리적인 담, 자물쇠, 창문의 로프설치 금지 등과 관련된 부분에 더욱 더 신경을 쓰게 된다. 둘째, 관계적 유형의 성범죄자를 치료하는 경우, 환자와 치료를 담당하는 의료요원사이의 관계에 중점적으로 신경을 쓰게 된다. 셋째, 절차적 유형의 성범죄는 공간과 공간 사이를 이동할 때 혹은 병실의 위치 그리고 환자가 이동 중 에스코트를 할 때 발생할 수 있는 위험이 현저한 경우에 이를 중점적으로 신경 쓰게 된다.

특히, 고위험군을 위한 보안병원은 1970년말까지 정신질환을 가진 성범죄자 치료와 관련하여 중추적인 역할을 담당하였으며, 현재 영국에는 3곳(Berkshire지역의 Broadmoor, Merseyside지역의 Ashworth, Nottinghamshire지역의 Rampton)의 보안병원이 본 역할을 담당하고 있다.

정신질환을 동반한 성범죄자의 치료를 위해 병원은 크게 성충동약물치료(Anti-Libidinal Medication)를 포함한 의료서비스와 심리치료, 사회적 개입(Social Intervention)을 통한 치료들을 병행하고 있다. 본 프로그램들은 경력 및 능력 면에서 검증된 전문가들에 의해 진행이 되며 구체적인 프로그램의 종류는 아래와 같다.

① 인지행동적 치료(Cognitive Behavioral Therapy)

본 치료는 조건화 이론에 근거한 행동수정과 인지적 접근을 하는 인지치료를 통합한 치료법으로 정신질환을 가진 성범죄자의 행동과 그에 따른 인지적 변화를 그 목적으로 한다. 인지·행동적 치료는 성범죄자의 행동변화가 인지 변화를 가져올 수 있고, 인지 변화는 행동의 변화를 가져올 수 있다는 원리에 기초하고 있다.

② 변증법적 행동치료(Dialectical Behaviour Therapy)

변증법이란 특정한 문제에 대한 주장이 있고 이에 반하는 주장이 공존하고 있으며, 최종적으로 상반된 주장들이 양 극단의 중간지점에서 타협을 찾으며 통합화하는 것을 말한다. 정신질환을 가진 성범죄자는 변증법적 행동치료과정을 통해 “내가 앞으로 안정적인 삶을 이루어 나갈 것인가” 아니면 “안정감을 헤치더라도 위험한 행위를 할 것인가” 등 성범죄자 자신이 겪고 있는 여러 가지 욕구들 사이에서 긴장감을 잘 다루고 균형을 찾을 수 있도록 도와주는 치료법이다.

③ 심리도식치료(Schema Therapy)

심리도식치료는 성범죄자가 저지른 현재의 모든 것은 어떤 원형이 있고, 그 원형을 10여 가지의 주제로 나누어 다루는 치료기법이다. 현재의 생각은 과거의 생각에서 비롯된 것이고, 현재의 생각 및 행동은 과거의 경험을 제대로 다루지 않으면 절대 정확하게 관리할 수 없기에 심층적으로 성범죄자의 도식을 치료하는데 집중한다.

3. 교정시설 내 치료

가. NOMS의 프로그램 운영 기준

교도소 및 지역사회에서 성범죄자에게 제공되는 치료프로그램들은 NOMS에 의해서 임명된 “프로그램 인가 위원회(Independent Accreditation Panel)⁴⁹⁾”의 엄격한 심의를 거쳐서 치료프로그램으로서 표준화되고 제공된다. NOMS에서 제공하는 치료프로그램(SOTP)은 지역사회와 교정시설에서 사용할 목적으로 만들어졌고 표준화되었기 때문에 현재 많은 성범죄자들에게 도움이 되고 있다. 일반적으로, 시설 내 처분을 받은 성범죄자들은 교도소에서 제공하는 성범죄 치료프로그램을 받게 되고, 후에 지역사회에 기반한 추가적인 개입프로그램까지 고려하여 개개인의 치료프로그램계획을 수립하게 되며, 이러한 과정은 보호관찰 프로그램을 통해서 유동적으로 조정된다. 일반적으로, SOTP는 저위험군 성범죄자보다는 고위험군 성범죄자를 위해서 우선적으로 제공되는 것이 원칙이다. 그렇기 때문에, SOTP 진행을 위한 여러 가지 자원(물질적 등)들 역시 고위험군 성범죄자들을 위한 치료에 가장 먼저 사용되고 있다. SOTP 프로그램은 치료프로그램의 효과성을 증진시키기 위하여 2010년을 기준으로 지역사회와 교정시설 모두 프로그램의 개정이 있었다. 현재, 교정시설에서 제공하고 있는 인가된 SOTP프로그램은 13가지이며, 해당 성범죄자의 위험성과 필요에 따라 유동적으로 부과되고 있다.

나. 교정시설 내 치료프로그램 종류

영국의 교정시설 내에 수감되는 성범죄자들을 위한 치료프로그램의 종류는 총 9가지이다. 이 프로그램들은 크게 “일반 성범죄자”를 위한 치료프로그램과 “지적 장애를 가진 성범죄자”를 위한 치료프로그램으로 구분할 수 있다.

49) 본 위원회의 업무는 성범죄자의 재범을 줄이고 행동을 교화하기 위한 프로그램의 적합성을 판단하는 업무를 담당한다. 해당 프로그램들의 인가 및 과정 그리고 결과 모니터링 역시 함께 담당하고 있다. 인적 구성은 총 18명으로 구성되는데, 15명은 해당 프로그램에 대한 전문적 평가가 가능한 독립적인 전문가들이며, 나머지 3명은 NOMS에서 추천하는 전문가들로 구성되어 있다(Rex 등, 2003).

〈표 4-6〉 영국의 교정시설 내 성범죄자 치료프로그램

치료대상집단	프로그램
저위험군 성범죄자	SOTP Rolling Programme
중위험군 성범죄자	SOTP Core Programme
고위험군 성범죄자	SOTP Extended Programme
고위험군 성범죄자	SOTP Healthy Sexual Functioning Programme
중위험·고위험군 성범죄자	SOTP Better Lives Booster
지적장애를 가진 성범죄자	SOTP Adapted New Me Coping SOTP Adapted Program(Becoming New Me) SOTP Adapted Better Lives Booster SOTP Adapted Living as New Me

일반 성범죄자를 위한 프로그램은 저위험군을 위한 “SOTP Rolling Programme”, 중위험군을 위한 “SOTP Core Programme”, 고위험군을 위한 “SOTP Extended Programme”, “SOTP Healthy Sexual Functioning Programme” 그리고 중·고위험군 모두를 위한 “SOTP Better Lives Booster” 등이 있다. 지적장애를 가진 성범죄자를 위한 치료프로그램의 종류는 4가지가 있으며, 저위험군 지적장애를 가진 성범죄자를 위한 “SOTP Adapted New Me Coping”, 중·고·최고위험군을 위한 “SOTP Adapted Programme(Becoming New Me)” 그리고 중·고·최고위험군을 위한 추가 치료프로그램으로 “SOTP Adapted Better Lives Booster”와 “SOTP Adapted Living as New Me” 등이 있다.

1) 순환형 프로그램: SOTP Rolling Programme

SOTP Rolling 프로그램은 18세 이상의 그리고 최소 12개월 이상의 구금선고를 판결 받은 남자 성범죄자들을 대상으로 인지·행동적 개입을 통한 치료를 목적으로 하는 프로그램이다. 이 프로그램은 과거 혹은 현재에 성범죄로 인하여 유죄판결을 받았거나 혹은 단순한 성적인 행위가 결합된 비성범죄로 유죄판결을 받은 범죄자들에게 적합하게 설계되었다.

이 프로그램은 35~45회로 구성되어 있고 보통 3~4개월 정도가 소요되며, 매주 2~5회로 집단치료를 기본으로 한다. 프로그램은 순환형 구성(Rolling Format)을 기본으로 하는데, 예를 들어 새로운 사람들은 계속해서 해당 그룹에 들어와서 치

료프로그램을 진행하고, 계획된 치료를 모두 마친 사람은 자연스럽게 떠나는 구조로 되어 있다. 즉, 그룹 내 각각의 사람들은 서로 다른 치료단계에 놓여 있다는 특징이 있다.

SOTP Rolling 프로그램은 기본적으로 Risk Matrix 2000에 의해 저위험군으로 분류된 성범죄자 치료에 초점을 맞추고 있다. 예외적으로, Risk Matrix 2000/S에 의해 중위험군 판정을 받았어도 치료적 욕구 평가 시 저위험 치료판정을 받은 성범죄자들 역시 본 프로그램을 통해 치료받을 수 있다. 또한 미성년자 관련 불법은란물 다운로드 및 유통으로 유죄판결을 받고 Risk Matrix 2000/S에 의해 “저”, “중”, “고”위험군 판정을 받은 범죄자들 역시 본 프로그램의 수강 대상이 된다.

2) 핵심 프로그램: SOTP Core Programme

SOTP Core 프로그램은 역시 SOTP Rolling 프로그램과 마찬가지로 18세 이상의 그리고 최소 12개월 이상의 구금선고를 판결 받은 남자 성범죄자들을 대상으로 인지-행동적 개입을 통한 치료를 목적으로 하는 프로그램이다. 이 프로그램은 과거 혹은 현재에 성범죄로 인하여 유죄판결을 받았거나 혹은 성적살인과 같은 성적인 행위가 결합된 범죄로 유죄판결을 받은 범죄자에게 적합하게 설계되었다. 이 프로그램은 주당 3~5회씩 총 90회로 이루어져 있으며 총 6개월 동안 진행된다. 또한 집단치료를 기본으로 하고, 순환형 구조가 아니기 때문에 모든 치료대상자들이 같이 치료프로그램을 시작하여 동시에 끝난다.

3) 확장 프로그램: SOTP Extended Programme

SOTP Extended 프로그램은 Core 프로그램 및 Rolling 프로그램과 마찬가지로 18세 이상의 그리고 최소 12개월 이상의 구금선고를 판결 받은 남자 성범죄자들을 대상으로 인지-행동적 개입을 통한 치료를 목적으로 하는 프로그램이다. 본 프로그램은 SOTP Core 프로그램과 마찬가지로, 과거 혹은 현재에 성범죄로 인하여 유죄판결을 받았거나 혹은 성적살인과 같은 성적인 행위가 결합된 범죄로 유죄판결을 받은 범죄자들에게 적합하게 설계되었다. 이 프로그램은 주당 2~4회씩 총 66~86회로 구성되어 있다. 또한 그룹치료를 기본으로 하고, 순환형 구조가 아니기

때문에 모든 치료대상자들이 같이 치료프로그램을 시작하여 동시에 마무리하고 있다.

이 프로그램은 다른 프로그램들과 달리 고위험군과 최고위험군 성범죄자 치료를 위해 만든 것이 원칙인데, 예외적으로 Risk Matrix 2000/S에 의해서 중위험군으로 분류되었어도 치료욕구 평가상 고위험군 치료판정을 받은 성범죄자들은 이 프로그램에 참가할 수 있다. 본 프로그램의 치료를 받기 위해서는 우선적으로 SOTP Rolling 프로그램을 성공적으로 이수하여야 하며, 또한 SOTP Extended 프로그램을 마친 후, Healthy Sexual Functioning 치료프로그램을 수강하기를 권장한다.

SOTP Extended 프로그램의 목표는 ‘성’과 관련하여 도움이 되지 않는 생각패턴과 인지적 왜곡을 교정하고 치료하는 것이다. 또한 치료 참여자들이 프로그램을 통해 건강한 생각을 함양하고 잘못되고 왜곡된 생각들의 도전을 이겨낼 수 있는 의지함양에 도움을 주는 것 역시 중요한 목표이다. 그러므로 본 프로그램은 성범죄자 자신의 성범죄 행동에서 성적관심과 관련된 자신의 행동을 정확히 이해하는 것에 초점을 두며, 또한 좀 더 건강한 애착과 관계를 형성할 수 있도록 돕는 기술을 발전시키고, 성범죄자 자신의 감정을 좀 더 효과적으로 관리하는 방법들을 습득하는 것에 중점을 두고 있다. 궁극적으로 프로그램을 통해 성범죄자들이 삶의 문제를 좀 더 진지하게 돌아보고 행복한 삶을 위한 전략과 위험요소들을 인식하며 나아가서 추가적인 성범죄 없이 그들의 미래를 성공적으로 계획해 나갈 수 있도록 치료하고 있다.

4) 건강한 성의식 함양 프로그램: SOTP Healthy Sexual Functioning Programme

SOTP Healthy Sexual Functioning 프로그램은 다른 프로그램과 마찬가지로 18세 이상의 그리고 최소 12개월 이상의 구금선고를 판결 받은 남자 성범죄자들을 대상으로 인지-행동적 치료를 제공한다. 본 프로그램은 성적관심과 관련된 범죄를 저지른 자들 중에서 특히 “현저하게” 치료를 필요로 하는 성범죄자를 위해 고안되었다. 이 프로그램은 과거 혹은 현재에 성범죄로 인하여 유죄판결을 받았거나 혹은 성적인 행위가 결합된 범죄로 유죄판결을 받은 범죄자들에게 적합하게 설계되었다.

SOTP Healthy Sexual Functioning 프로그램은 일대일 대면프로그램으로 매주 1~2회씩(1회당 1~1시간 30분씩), 총 12~20회를 3~4달 동안 진행하고 있다. 본 프로그램은 원칙적으로 Risk Matrix 2000/S결과 모든 단계의 성범죄자들이 치료 대상이지만, 실질적으로 고위험 혹은 최고위험군으로 분류된 성범죄자들이 우선적으로 치료대상으로 선정된다.

일반적으로 SOTP Healthy Sexual Functioning 프로그램은 Rolling 혹은 Core SOTP프로그램과 같은 일차적 치료프로그램이 선행된 후에 추가적인 치료를 위해 Extended 프로그램과 같이 제공된다. 그러나 예외적으로 자신이 저지른 성범죄의 성적 취향의 정도가 강하여 치료를 위한 프로그램에 참여하기를 거부하거나, 혹은 일차적인 SOTP프로그램(Rolling, Core)과 Healthy Sexual Functioning 프로그램을 모두 순차적으로 이수할 시간이 충분하지 않을 경우에 Healthy Sexual Functioning 프로그램을 먼저 시행하기도 한다. 본 프로그램은 성범죄자들이 자신의 삶을 성공적으로 설계하고 또한 그들의 성적 취향을 잘 관리하고 사회의 일원으로서 건강하게 살아갈 수 있도록 하는 것에 목표를 두고 있다.

5) 추후프로그램: SOTP Better Lives Booster

SOTP Better Lives Booster 프로그램은 “Core”, “Extended”, “Healthy Sexual Functioning” 프로그램을 성공적으로 마친 성범죄자를 위한 추가적인 프로그램이다.

이 치료프로그램은 최고 80시간까지 제공이 되며, 오직 교정시설에서만 이용가능하고 2가지 버전으로 나누어진다. 집중 버전(High Intensity)은 일반적으로 판결형량이 끝나 출소하기 12개월 전에 반드시 받아야만 하며, 기본 버전(Low Intensity)의 경우 일주일에 최소 한번 씩 치료를 받는 조건으로 한다. 본 치료프로그램은 8명이 그룹을 이루고 진행되며, 순환형 구조가 아니기 때문에 처음 함께 시작한 8명이 같은 날 동시에 끝나게 된다.

6) 저위험군 지적장애자 프로그램: SOTP Adapted New Me Coping

SOTP Adapted New Me Coping 프로그램은 18세 이상의 그리고 최소 12개월 이상의 구금선고를 판결 받은 지적장애(Intellectually Disabled)를 가진 남자 성범죄

죄자들을 대상으로 하는 프로그램이다. 본 프로그램은 과거 혹은 현재에 성범죄로 인하여 유죄판결을 받은 후, 저위험군 판정(RM 2000/S 평가)을 받은 남자성범죄자들이 대상이다.

일반적으로, 지적장애를 가진 저위험군 성범죄자들을 치료하기 위해 정확한 정보와 이를 위한 자원들이 필요하다. 하지만 저위험군 성범죄자들을 위한 치료 및 지원들은 원활하지 못한 실정이다. 그 결과, 지적장애를 가진 저위험군 성범죄자들의 재범율이 일반성범죄자들보다 높은 편이다. Craig와 Hutchinson(2005)의 연구 결과를 살펴보면, 지적장애를 가진 성범죄자가(6.8번) 일반성범죄자(3.5번)보다 2~4년 이내의 재범율이 2배에 가까운 것으로 확인되었다.

그 결과 본 프로그램은 지적장애를 가진 저위험군 성범죄자들의 특성과 그 공격성을 치료하기 위해 “대화기술”, “이성관계”, “문제해결” 등의 다양한 인지적 기술을 습득하는 것에 중점을 두고 있다. Lindsay 등(2011)은 다양한 인지-행동적 기술과 문제해결능력을 신장시키면 지적장애를 가진 저위험군 성범죄자들의 재범에 기여할 수 있다고 하였다. 본 프로그램의 구성은 다음과 같다.

- 프로그램 총 시간 : 56시간
- 장소 및 프로그램 제반 사항 : 지역사회에서 진행될 경우 주당 2회, 교정시설에서 진행될 경우 주당 2~4회 진행됨.
- 그룹 총원 : 4~8명(보통 6~8명으로 진행)
- 특징 : 순환형이 아니기 때문에 처음 함께 시작한 8명이 같은 날 동시에 끝나게 됨.

이 치료프로그램은 특히 지적장애를 가지고 있는 성범죄자들에게 어떠한 행위가 특별히 금지되고 해서는 안 되는 행동인지를 인지적으로 접근하는 것에 중점을 두고 있다. 특히 본 프로그램의 치료과정에서 역할극을 통한 치료를 강조한다.

7) 고위험군 지적장애자 프로그램: SOTP Adapted Programme(Becoming New Me)

SOTP Adapted(Becoming New Me) 프로그램은 과거 혹은 현재에 성범죄로 인하여 유죄판결을 받았거나 혹은 성적살인과 같은 성적인 행위가 결합된 범죄로 유

죄판결을 받은 ‘중위험군’, ‘고위험군’, ‘최고위험군’ 범죄자 중 지적장애가 있는 사람들에게 적합하게 설계되었다.

본 치료프로그램은 최고 165시간으로 구성되어 있으며, 지역사회에서는 주당 2회의 치료를, 교정시설에서는 주당 5회의 치료를 기본으로 하고 있다. 보통 6~8명을 그룹으로 구성하고 치료를 진행한다. 또한 순환형 구조가 아니기 때문에 처음 함께 시작한 8명이 같은 날 동시에 끝나게 된다.

이 치료프로그램은 저위험군 지적장애자 프로그램과 마찬가지로 어떠한 행위가 특별히 금지되고 해서는 안 되는 행동인지를 인지적으로 접근하는 것에 중점을 두고 있어 치료과정에서 역할극을 통한 치료를 강조한다. 또한 성적 상상과 관련된 범죄를 저질렀거나, 혹은 성적 상상으로 생활이 힘든 고위험군 성범죄자들은 이 프로그램을 마친 후 Becoming New Me Programme(BNM) 혹은 Healthy Sex Programme(HSP)를 지원할 경우 우선적으로 배정된다.

8) 지적장애자 추후프로그램: SOTP Adapted Better Lives Booster

SOTP Adapted Better Lives Booster 프로그램은 18세 이상의 그리고 최소 12개월 이상의 구금선고를 판결 받은 지적장애를 가진 남자성범죄자들을 대상으로 상기의 SOTP Adapted (Becoming New Me) 프로그램을 이수한 성범죄자들을 위한 심화프로그램이며 구성은 다음과 같다.

- 프로그램 총 시간 : 95시간(오직 구금시설에서만 제공하는 프로그램)
- 프로그램 종류 : 심화버전(High Intensity); 일반버전(Low Intensity)
- 심화버전 : 주당 2회 프로그램 진행
 - 석방되기 12개월 이내의 성범죄자 대상
- 일반버전 : 주당 2회 프로그램 진행
 - 성범죄유죄판결로 인해 장기구금이 결정된 성범죄자 대상
- 그룹 총원 : 8명

9) 고위험군 지적장애자 심화프로그램: SOTP Adapted Living as New Me

SOTP Adapted Living as New Me 프로그램은 상기의 SOTP Adapted (Becoming New Me) 프로그램을 이수한 성범죄자들을 위한 심화프로그램이다.

일반적으로 지적장애를 가진 성범죄자들은 일반 성범죄자들과는 다르게 일정하게 규칙을 가르치고 실습을 통한 지속적인 행동반복과정이 수반되어야 하기 때문에 치료를 통해 재범을 예방하는 것이 아주 어려운 일이 될 수 있다. 특히 본 과정은 “교정기관으로부터 석방된 후 사회 내 처우를 위해” 혹은 “사회 내 처우에서 교정기관으로 옮기는 과정”에서 대기하는 지적장애를 가진 남자 성범죄자들에게 적합하며, 구체적인 과정은 다음과 같다.

- 프로그램 총 시간 : 20~36시간(중위험군 성범죄자는 20시간, 고위험군 혹은 최고위험군 성범죄자는 36시간)
- 프로그램 종류 : 지역사회 내에서는 격주마다 혹은 매월 프로그램이 진행됨
교정시설 내에서는 매주 혹은 격주로 프로그램이 진행됨
- 그룹 총원 : 4~8명(보통 6~8명으로 진행)
- 특징 : 순환형구조가 아니기 때문에 처음 함께 시작한 8명이 같은 날 동시에 끝나게 됨

4. 사회 내 치료

가. 성범죄자의 사회 내 관리

1) Multi-Agency Public Protection Agreements(이하 MAPPA)

① MAPPA 탄생배경 및 구성

성범죄자의 사회 내 치료 및 관리와 관련하여 주요한 제도 중 하나가 바로 MAPPA이다. MAPPA는 사회적으로 중대한 위험성을 내포하고 있는 위험군의 범죄자들을 관리하기 위해서 관련된 기관들(보호관찰소, 교정시설, 경찰 등)이 협력하여 해당문제들을 담당하도록 규정한 ‘협정’으로서 NOMS의 공공보호과(Public

Protection Unit)에서 주관하고 해당업무들을 담당하고 있다. MAPPA는 형사사법 및 법원업무법 2000(Criminal Justice and Courts Services Act 2000)에 근거하여 탄생하였으며, 관련된 기관들은 ViSOR이라는 통합데이터베이스에 기초하여 성범죄자를 등록 및 관리하고 있다.

MAPPA의 탄생배경을 살펴보면 성범죄자관리법 1997이 만들어지면서 성범죄자에 대한 등록제도(National Register of Sex Offenders)가 의무화되었고 이로 인해 성범죄자는 시설 내 처우를 마침과 동시에 거주지역의 보호관찰소에 신고 및 등록을 의무적으로 하게 되었다. 하지만 2000년 7월에 Sarah Payne라는 8세 소녀가 성폭행 및 살해되는 사건이 발생하면서, 해당지역에서 성학대와 관련된 범죄를 저지른 범죄자들의 효율적인 관리실패에 대한 시민들의 불만에 의해 2008년 9월 경에 해당 거주지 인근의 지역사회에 거주하는 성범죄관련 전과자에 대한 해당범죄정보 공개를 의무화한 소위 ‘Sarah법’이 제정되었다. 이러한 변화와 함께 보호관찰과 교정기관사이의 업무의 비효율성을 비롯하여 범죄자관리에 대한 효과성추구가 강조되면서 NOMS의 출현과 함께 MAPPA 역시 도입되었다.

2014년 현재 England와 Wales에 42개 MAPPA 협력체가 구성되어 있는데, 이는 우선적 관리책임(Primary Responsibility)을 지고 있는 경찰의 관할지역을 기준으로 하여 구분하였기 때문이다. 일반적으로 MAPPA의 운영에 대한 관리는 영국 법무부에서 담당하지만, 해당지역의 실정에 맞게 성범죄자 관리를 위한 협의 내용, 업무표준, 실적, 절차 등이 다양하게 구성되어 있다.

② MAPPA 성범죄자 구분

범죄자 관리와 관련하여 MAPPA는 세 가지 유형으로 범죄자를 구분하고 있다. 첫 번째 범주(Category 1)는, 등록된 성범죄자(Registered Sexual Offenders)이다. 이 경우에 속하는 성범죄자들은 2003년의 성범죄자처벌법에 근거하여 다양한 보고 의무가 부과되는 범죄자들이다.

두 번째 범주(Category 2)는 보호관찰이 부과된 폭력성범죄자 및 기타 성범죄자들이 이해 해당한다. 주로 2003년의 성범죄자관리법의 제 15조(Schedule 15)에 규정된 범죄로 인해 기소된 범죄자 중에서 최소 12개월 이상의 구금형 혹은 조건부의 선고가 가능한 범죄에 해당하는 죄를 저지른 범죄자이다. 1997년 성범죄자 등

록제도가 실시되기 이전에 성범죄를 저지른 범죄자들이 주로 여기에 속한다.

세 번째 범주(Category 3)는 기타 범죄경력이 있는 위험한 범죄자로서 형사사법법 2003의 15조⁵⁰⁾에 언급된 범죄자들로 구성된다.

MAPPA에 의해서 관리되는 성범죄자는 범죄자 개개인의 특성과 자신이 저질렀던 범죄경력에 의거하여 개별적인 관리 및 치료계획이 만들어지게 된다. 그렇기 때문에, 소위 ‘제한구역’에 수용되거나 혹은 가석방이나 보호관찰기간 동안에 아동과의 접촉 금지 또는 제한구역 출입금지 등과 같은 조건들이 추가적으로 부가되기도 하며 또한 피해자 거주 지역에 대한 접근금지 명령, 보호관찰기관에의 정기 및 수시 보고, 정보공개 등과 같은 관리를 받게 된다.

책임기관(경찰, 교정, 보호관찰 등) 각각은 자신의 관리 하에 있는 성범죄자들이 어디에 속하는지 정확하게 파악하고 기록하여야 한다. 구체적으로 파악을 담당하는 MAPPA 기관은 경찰(Police), 보호관찰국(Probation Trust), 교정기관(Prison Service), 청소년 범죄팀(Youth Offending Teams), 정신건강국(Mental Health Service) 등이 이에 해당하며, 이렇게 파악된 성범죄자들은 해당 MAPPA 지역에서 관리된다.

또한 성범죄자를 효과적으로 관리하기 위해서는 MAPPA의 책임기관에 의한 정보관리가 필수적인데 MAPPA의 조정팀(CO-Ordination Unit)은 해당 지역에서 담당하는 모든 MAPPA 관할의 범죄자에 관한 범죄정보에 접근할 수 있다. 특히 특정 유형의 MAPPA 소속 성범죄자의 처우 및 관리를 위해서 모든 관할지역에서 범죄자관리에 일관성을 유지⁵¹⁾하도록 노력하고 있다.

50) Category 3에 속하는 범죄자들은 살인(Manslaughter), 유괴(Kidnapping), 감금(False Imprisonment), 살해협박(Threats to kill), 폭행치상(Wounding with intent to cause Grievous Bodily Harm), 상해(Malicious Wounding), 고의적 범죄를 시도하기 위하여 목조름 등의 행위를 통해 질식을 유발하는 범죄(Attempting to choke, suffocate or strangle in order to commit or assist in committing an indictable offence), 등과 총 153가지 강력 범죄로 구성되어 있다.

51) ① 대규모 또는 기타 긴급한 취급을 요하는 범죄자(Prolific and Other Priority Offenders)
 ② 통합적 범죄자 관리(Integrated Offender Management)
 ③ 무기수 혹은 부정기공공보호형 범죄자(Lifers and Indeterminate Public Protection Sentence Offenders)
 ④ 해외에서 기소된 범죄자(Offenders Convicted Overseas), 선고유예 처분을 받는 범죄자(Suspended Sentences) 등의 예가 여기에 속한다.

③ MAPPA의 성범죄자 관리

성범죄자의 재범위험성 평가에 근거하여 MAPPA는 구체적 관리기관을 정하게 되는데, 일반적으로 관리는 3가지(Level 1; Level 2; Level 3)로 구분하여 시행하고 있다. 1단계(Level 1)는 성범죄자에 대한 일반적인 관리수준(Ordinary Agency Management)을 지칭하는 것으로 주로 성범죄자 중에서도 재범 위험성이 낮은 경우가 이에 속하며 단일기관의 관리 및 감독 하에 통제가 가능한 경우이다. 일반적으로 경찰이나 보호관찰기관 중에서 한 기관이 담당하는 방식을 말한다. 일반적인 관리수준이라 하여 타 기관들의 개입이 전혀 없음을 의미하는 것은 아니며 단지 다기관 협의를 통한 적극적인 관리가 이루어지지 않는 것을 의미한다.

2단계(Level 2)는 적극적 다기관관리(Active Multi-Agency Management)로서 책임기관(경찰, 교정기관, 보호관찰기관)에 의한 다기관 공공보호협의회(Multi-Agency Public Protection Meeting)에 의한 논의⁵²⁾를 토대로 관리가 이루어지게 된다. 일반적으로 1단계보다 재범위험성이 상대적으로 높은 경우로서 집중적인 관리를 요하는 경우에 해당하는데 형사사법기관들 간의 적극 협의를 통해 관리해야 할 필요성이 있는 범죄자에게 주로 활용된다.

마지막으로 3단계(Level 3)는 적극적 다기관 특별관리(Active Enhanced Multi-Agency Management)로 이에 속하는 성범죄자들은 가장 재범위험성이 높은 군에 속하는 범죄자로서 재범방지를 위해 형사사법기관 외에도 사회 내의 다양한 협조

52) MAPPA 2단계와 3단계에서는 다음과 같은 의제항목들이 포함 된다:

- ① 범죄자 소개 및 비밀성(Introduction and confidentiality)
- ② 관계 법령 및 MAPPA 지위(Subjects legal and MAPPA Status)
- ③ 타기관 이관정보(Referral information)
- ④ 위험 관리 계획 검토(Risk management plan review)
- ⑤ 범죄 및 범죄자 관련 추가 정보(Additional information)
- ⑥ 피해자에 대한 위험(Risk to victims)
- ⑦ 위험성 평가 요약(Risk assessment summary)
- ⑧ 위험성 평가 검토(Risk assessment review)
- ⑨ 위험성 관리 결정(Risk management decision)
- ⑩ 다양성 고려 사항(Diversity considerations)
- ⑪ 위험성 관리 계획(Risk management plan)
- ⑫ 위험성 관리 계획(수정)(Risk management plan revised)
- ⑬ 고지 및 공개: 결정 및 추천(Notifications and disclosure: decisions / recommendation)
- ⑭ 통신: 보고 & 미디어 처리(Communications: press and media handling)
- ⑮ MAPPA 전략관리 위원회에 보고할 문제(Issues for reporting to MAPPA SMB) 등이 표준의 제로 제기된다.

기관⁵³⁾에 의해 특별한 관심과 지원(생활지원, 직업알선, 교육지원 등)이 제공된다.

형사사법법 2003 제325조 3항에는 경찰, 교정, 보호관찰 같은 책임기관이 각 기관과 협조할 것을 구체적으로 규정하고 있는데, 협조기관 등에 부과된 의무는 상호적인 의무이며, 법률에 의거 성범죄자의 재범위험성을 판단하고 관리하는 업무를 담당하고 있는 책임기관들과 협조할 의무를 명확히 규정하고 있다.

④ 위험성 평가

효율적인 범죄자 관리를 위해서는 무엇보다도 성범죄자의 재범위험성이 정확하게 심사되고 평가되어야 한다. 이를 위해 MAPPA는 2단계와 3단계에 해당하는 사건들에 대해 신뢰할 수 있는 위험성 평가를 실시하는 것을 전제로 하고 있다. 이를 위해 고안된 것이 MAPPA A인데, MAPPA A는 정확한 위험성 평가를 위해 해당 성범죄자에 대해서 다음과 같은 사안들을 평가한다.

- 해당 성범죄자의 재범위험성 평가
- 사회적 위험성 평가(언제 누구에게 심각한 위험을 발생시킬 수 있는 지에 대한)
- 심각한 위해발생의 급박성 평가

결론적으로, 위험성 평가는 성범죄자에 의해 심각한 위험의 발생가능성을 평가하는 절차이며, 본 절차는 확인과 평가과정으로 구성되어 있다. 확인과정은 특정 성범죄자가 발생시킬 수 있는 범죄의 양태를 확인 하는 과정이며 구체적인 평가사안은 아래와 같다.

53) 형사사법법 2003의 제325조 6항:

- ① 청소년 범죄팀(Youth Offending Teams)
- ② 사회보장, 아동복지, 전쟁연금, 고용과 훈련 등과 관련된 기능을 담당하는 정부부처
- ③ 지역교육청(The Local Education Authority)
- ④ 지역주택청(The Local Housing Authority)
- ⑤ MAPPA범죄자가 거주할 수 있는 숙소를 제공하거나 관리하는 등록된 사회복지시설주(Registered Social Landlords)
- ⑥ 지역 사회복지담당기관(The Local Social Service Authority)
- ⑦ 보건소(The Health Authority) 혹은 응급의료기관(strategic health authority)
- ⑧ 응급구호기관(The Primary Care Trust) 혹은 지역보건위원회(Local Health Board)
- ⑨ 국민의료공단(The NHS Trust)
- ⑩ 전자감시서비스 업자(Providers of electronic monitoring services)
- ⑪ 영국출입국관리소(The UK Border Agency).

- 심각한 위협의 가능성을 인식
- 발생 가능한 위협의 정도를 확인
- 특정인 혹은 특정한 집단이 성범죄에 의한 피해자가 될 가능성을 확인

평가과정은 MAPPA에서 관리하는 성범죄자의 재범으로 발생 가능한 피해를 예측하고 평가하는 과정을 의미하며 구체적인 평가 사안은 아래와 같다.

- 누가 위험한가(Who is at risk?)
- 어떤 위험인가(What is the risk?)
- 언제 사건이 발생할 가능성이 있는가(When is the event likely to occur?)

상기의 성범죄자에 대한 위험성 평가는 NOMS에서 실시되는 범죄자평가시스템(OASys); Risk Matrix 2000; SARN TNA; 사전사후평가; 급성 동적위험요인평가 등의 도구들을 사용하여 이루어지게 된다. 정확한 재범위험성 판단을 위하여 정적 위험요인과 동적위험요소들을 종합적으로 평가하여 아래와 같이 네 등급으로 구분하여 관리하고 있다.

〈표 4-7〉 영국의 사회 내 치료를 위한 재범위험성 구분

구 분	내 용
매우 높음	심각한 위협의 위험이 목전에 있으며 그 영향이 상당함
높음	심각한 위협의 식별이 가능하고 언제든지 발생할 수 있으며 그 영향이 상당함
중간	심각한 위협의 위험 식별이 가능함. 상황이 지속될 경우 피해를 입할 가능성이 있음
낮음	심각한 위협의 징후가 현재 인지되고 있지 않음

이렇게 구분된 네 가지 재범위험성에 근거하여 영국에서는 성범죄자에게 제공하는 사회 내 치료프로그램은 크게 “일반 성범죄자”를 위한 치료프로그램 과 “지적장애를 가진 성범죄자”를 위한 치료프로그램 그리고 “인터넷음란물 관련 성범죄자”를 위한 치료프로그램으로 구분할 수 있다. 일반 성범죄자를 위한 프로그램은 각 지역에 따라 “Northumbria Sex Offender Programme”, “Thames Valley Sex Offender Groupwork Programme”, “Community SOTP” 등이 있다. 본 프로

그램들은 특정 위험군의 성범죄자들을 위해 만들어진 것이 아니라, 모든 범주(저, 중, 고, 최고위험군 등)의 성범죄자들을 위해 고안된 프로그램이며, 위험의 정도에 따라 치료프로그램의 치료정도를 달리 적용하며 진행되고 있다. 지적장애를 가진 성범죄자 치료프로그램은 앞서 설명한 교정시설 내 치료프로그램을 따른다.

나. 사회 내 치료프로그램의 사례

① Northumbria Sex Offender Group Programme: N-SOGP

Northumbria Sex Offender Group 프로그램은 성범죄의 역동적인 위험요소를 예측하고 치료하기 위한 인지행동적 프로그램이다. 본 프로그램은 핵심프로그램에 재발방지에 초점을 둔 프로그램을 추가한 것이며, 성공적인 프로그램 효과성을 위해 프로그램 중간에 진행평가를 통해 성범죄자에게 필요한 요소들을 추가할 수 있다. 이 치료프로그램의 구체적인 구성은 다음과 같다:

- 사례 관리자(Case Manager)와 함께 수행하는 개별적 치료과정 혹은 강사와 함께 하는 일대일 대면 치료과정 수행
- 핵심 집단 프로그램 : 최소 144시간 이수
 - 1단계 : 내가 저지른 범죄
 - 2단계 : 범죄행동의 주기
 - 3단계 : 무엇을 변화시킬 것인가?
 - 4단계 : 위험요소
- 더 나은 삶을 위한 노력 : 36시간

저위험군 성범죄자의 경우 사례 관리자와 함께 하는 개별적 치료과정과 함께 추가적인 모듈 “더 나은 삶을 위한 노력” 36시간을 이수하는 것을 기본으로 하고 있다. 그러나 중위험군과 고위험군 성범죄자들은 상기의 4가지 단계를 모두 이수하여야 하고 추가적으로 추후세션으로 구성된 Better Lives 모듈(180시간) 역시 이수하여야 한다. 본 치료프로그램은 주당 2회씩 진행하고, 오전의 경우 4.5시간을 3회 강의로 구성하며, 저녁시간의 경우 4.5시간을 2회 강의로 구성하고 있다. 또한 그

그룹진행을 기본으로 하고 최고 10명까지 참여할 수 있다.

본 치료프로그램의 내용은 개인과 관련된 주제들로 구성되는데, 구체적으로 ‘피해자 공감’, ‘사회적 기능과 기술’, ‘위험인식’, ‘인지적 왜곡’ 등과 관련된 주제와 함께 프로그램을 진행하고 있다. 마지막으로 지역사회단계로 오기 전 교정시설단계에서 이미 SOTP프로그램을 이수한 성범죄자들 역시 본 치료프로그램에 참여할 수 있다.

② Thames Valley Sex Offender Groupwork Programme: TV-SOGP

Thames Valley Sex Offender Groupwork 프로그램은 어린이 및 성인을 대상으로 성범죄를 저지른 18세 이상 IQ 80이상의 성범죄자를 위해 고안된 치료프로그램이며 구체적인 구성은 다음과 같다:

- 프로그램 전 단계 : 기간 정해져 있지 않음
- 기초단계 : 60시간의 집단치료
- 피해자 공감단계 : 16시간의 집단치료
- 삶을 위한 스킬 습득단계 : 40시간의 집단치료
- 더 나은 삶을 위한 단계 : 44시간의 집단치료

각각의 집단치료는 2시간을 기본으로 하며, ‘프로그램 전 단계’는 범죄자 관리자(Offender Manager)에 의해서 진행된다. 또한 ‘기초단계’는 2주 동안 10번의 프로그램으로 진행되며, ‘피해자 공감단계’는 주당 2회씩 4주 동안 진행된다. ‘삶을 위한 기술 습득단계’는 주당 2회씩 10주간 진행되고, ‘더 나은 삶을 위한 단계’는 주당 1회씩 11주 혹은 22주간 진행된다. 그룹치료는 8명을 기본으로 치료프로그램이 운영되며 ‘더 나은 삶을 위한 단계’에서는 10명까지 치료를 진행한다.

저위험군 범죄자의 경우 ‘기초’, ‘피해자 공감’, ‘삶을 위한 스킬 습득’ 3가지 단계를 이수하여야 하며, 중위험군과 고위험군 범죄자의 경우 상기의 5가지 단계를 모두 이수하여야만 한다. 또한 교정시설에서 인가된 SOTP 치료프로그램을 이수한 성범죄자의 경우 Thames Valley Sex Offender Groupwork 프로그램에 참여를 원할 경우 추가적인 치료가 가능하다. 본 프로그램의 경우 성범죄자의 배우자를 위한 프로그램(36시간) 역시 제공하고 있다.

③ Community Sex Offender Groupwork Programme: C-SOGP

C-SOGP 프로그램은 아동과 성인을 대상으로 성범죄를 저지른 21세 이상의 IQ 80이상의 성인범죄자들의 성범죄 치료를 위해 만들어진 프로그램이다. 이 치료프로그램은 성학대행위자의 감정적 반응과 태도 그리고 가치관들의 변화 및 관리에 초점을 두고 있으며, 2010년에 새롭게 정비되었다. 새로운 치료프로그램은 총 172.5~182.5시간, 69~73회로 구성되며 8명까지 함께 치료를 받을 수 있고 최고 10명까지 가능하다.

〈표 4-8〉 영국 사회 내 치료프로그램 New C-SOGP의 구성

소개 및 설득	20회	50시간
연애와 애착에 관한 탐색	9~10회	22.5~25시간
자기관리와 대인관계 기술	11~13회	27.5~32.5시간
범죄행위시의 환상에 대한 탐색	7회	17.5시간
피해에 대한 감정이입	7~8회	17.5~20시간
더 나은 삶을 위한 노력	15회	37.5시간

④ Internet Sex Offender Treatment Programme: I-SOTP

Internet SOTP 프로그램은 사이버공간에서의 대화를 통해 미성년자에게 성적으로 품위 없는 행위를 조장, 유도, 시청하는 행위로 인해 유죄판결을 받은 성범죄자들을 위해 제공되는 지역사회 치료프로그램이다. 본 치료프로그램은 집단 및 일대일 대면치료 두 가지로 구성되어 있다. 집단치료의 경우, 매회 2시간씩 총 35회로 구성되어 있으며 주당 2회를 기본으로 하고 최고 8명까지 치료에 참여할 수 있다. 일대일 대면치료의 경우 매회 1.5시간씩 20~30회로 구성되어 있다.

5. 영국 성범죄자 치료 관련 제도에 대한 논의

영국은 2004년 NOMS의 탄생 이후 법원과의 유기적인 업무협조 및 비효율성 극복이라는 목표를 달성하기 위하여 끊임없이 노력하였고 그 결과 상당한 예산 절감효과⁵⁴⁾를 거둘 수 있었다. 또한 교정시설 내 성범죄자 치료프로그램인 SOTP를

54) NOMS의 효과 부분 참조.

도입한 후 재범위험군과 인지 기능별로 집단을 분리하여 여러가지 형태의 SOTP 프로그램을 구성하여 제공하고 있으며, 정규치료가 종료한 이후에는 가석방 시기에 따라 추후치료(Booster)를 도입, 치료적 효과가 유지되도록 힘쓰고 있다. 성범죄자 치료프로그램과 관련한 이러한 성과에도 불구하고 범죄자를 관리하는 제도와 관련하여 몇 가지 문제점을 안고 있다.

첫째, MAPPA의 조직이기주의 문제이다. 초기 MAPPA는 성범죄자와 같은 사회적으로 심각한 위험성을 내포하고 있는 성범죄자들을 효과적으로 관리 및 치료하기 위하여 경찰, 교정기관, 보호관찰기관 등의 여러 관련 기관들이 사회 내 기관들(아동보호기관 및 기타 사회복지기관)과 함께 범죄문제에 능동적으로 대처하기 위해 만들어졌다. 하지만, 해당 성범죄자의 여러 가지 정보를 가진 기관들 사이의 원활한 정보공유 및 업무협조가 명확하게 이루어지지 않는 문제들이 발생하고 있으며 이는 결국 성범죄자 관리 및 평가의 비효율성으로 나타나고 있다(McMurrin 등, 2009).

현재 MAPPA와 관련된 업무는 범죄자관리청의 공공보호과에서 주관하고 있다. 하지만 교정기관과 보호관찰기관은 법무부 산하의 범죄자관리청소속으로 업무의 지휘를 받지는 경찰은 여전히 내무부 산하의 기관으로 직재되어 있어 원활한 업무 진행 및 정보공개에 문제가 발생하고 있다.

둘째, 해당 지역 실정에 맞는 성범죄자 관리 및 프로그램운영이 도리어 성범죄자 관리 및 프로그램의 기준 설정 및 통일을 방해하고 있다는 것이다. 2014년 현재 영국에는 42개의 MAPPA 협력체가 있으며, 일반적인 사안에 대한 관리는 법무부에서 담당하고 있다. 하지만 지역 실정에 맞는 프로그램운영을 허가하다 보니, 특정지역에만 운영되는 프로그램들이 있으며, 해당 치료프로그램을 받고 싶어도 시간적, 물리적 여건의 제약으로 치료프로그램수강에 문제가 발생하는 경우가 있다. 또한 특정 프로그램은 순환형 구조가 아니기 때문에 해당 프로그램이 있거나 수강이 가능한 타 지역으로 본 프로그램을 이수하러 가는 문제들이 발생하고 있다 (McMurrin 등, 2009). 이러한 문제들은 해당 성범죄자의 치료에 적지 않은 불편함으로 다가오며, 궁극적으로 치료에 부정적인 영향을 미칠 수 있다.

셋째, 성범죄자 치료프로그램을 담당하는 해당 전문가 양성 문제이다. 현재 영국에서 치료프로그램을 실질적으로 담당하는 사람은 NOMS의 담당 매니저들이며

대부분이 NOMS에서 제공하는 교육을 이수한 후 프로그램 평가 등에 관여하고 있다. 즉, 위험성을 평가하고 치료를 위한 프로그램을 전문적으로 담당할 수 있는 심리학자나 법정신의학 전문의의 수가 미약한 편이다(Harrison, 2010). NOMS에서 제공하는 교육 역시 전문과정이 아닌 자격증이수 방식으로 운영되고 있어 실제 표준화된 전문지식과 경험습득과 관련된 측면에서 기반 시설이 부족한 것이 현실이므로 이에 대한 개선이 필요하다.

제3절 미국의 성범죄자 치료제도 및 운영 현황

1. 미국의 성범죄자 치료 관련 법제도

가. 성범죄자 관리에 관한 법제도의 약사(略史)

현대 미국의 성범죄자 관리 정책의 역사를 살펴보면, 일탈적인 범죄 행동의 원인을 무엇으로 상정하는지에 따라 범죄인 관리 방식에 관한 정책 방향이 달라져 왔다. 1930년대까지만 해도 일탈적인 범죄 행동들이 유전적인 원인에서 기인한다고 생각하였던 당대의 범죄학적 사고에 영향을 받아 여러 주(州)에서는 범죄자들(특히, 성범죄자들에 대한 단종(斷種, sterilization)이 허용되었다(Terry & Ackerman, 2014: 52). 이러한 정책은 1942년까지 계속되다가 스킨너 대 오클라호마 판결(Skinner v. Oklahoma, 1942)을 계기로 상습범에 대한 단종이 위헌으로 선언됨으로써 단종법은 사라졌다. 이와 달리 범죄 행동의 원인에 대한 의학적 설명은 범죄자들(특히, 성범죄자)을 교도소에 감금하는 대신에 병원에 입원시키는 방향으로 정책을 이끌기도 하였다(Terry & Ackerman, 2014: 52).

미국의 성범죄자 관련법의 역사에 있어서 무엇보다도 성범죄의 심리학적 측면에 대한 관심은 이른바 “성적 사이코패스(sexual psychopath)”라는 개념을 이끌어냄으로써 성범죄자 관리 정책에 일대 변화를 불러왔다. 1930년대 지역공동체를 공황상태로 몰고 갔던 끔찍한 아동 대상 성폭행 사건들이 보도됨에 따라 지역사회는 자신의 공동체를 이러한 범죄로부터 보호하고자 하였고 이러한 사회적 관심을 받

영하듯 1930년대 성범죄자의 체포는 급격하게 증가하였다. 그런데 한 가지 특기할 점은 당시 체포의 대상은 주로 공공장소에서의 동성애적 행동들과 같이 사소한 성적 경범죄(nuisance)에 집중되었다는 점이다(예를 들어, 1930년대 뉴욕시의 상황에 관해서는 Jenkins, 1998을 참고). 이런 상황에서 “상습적인 성범죄자들”은 “성적 사이코패스”로 알려졌다.

성범죄의 심리학적 원인에 대한 인식을 바탕으로 여러 주들은 성적 사이코패스를 교도소 대신 정신보건시설에 무기한 감금할 수 있는 정책들을 입안하기 시작하였다. 1937년 미시건 주는 정신장애가 있는 성범죄자(mentally disordered sex offender)에 대한 무기한 시설수용을 가능하게 하는 법을 최초로 입법하였고, 이후 28개 주에서 이를 따랐다(Schwartz, 1999). 당시 성적 사이코패스의 정의는 주마다 달라, 가령 어떤 주는 “충동을 통제할 수 있는 능력의 완전한 결여”로 정의하기도 하고 다른 주는 “성범죄 범행에 대한 범죄적 경향”이라고 정의하기도 하였다(Grubin & Prentky, 1993: 383). 그런데 이러한 법들에서 언급되는 성적 사이코패스는 엄격한 의미의 의학적 또는 심리학적 용어가 아니었으며, 성적으로 매우 위험한 성범죄 전과자를 지칭하는 것이었다. 따라서 의학적·심리학적 기준에서 정신 질환자가 아니라도 사회적 관점에서 지역공동체에 매우 위험한 존재로 판단된 성범죄자는 성적 사이코패스로 분류되어 부정기의 비형사적 강제수용 처분을 받을 수 있었다. 그리고 정신적장애가 있는 성범죄자 관련법은 성적 사이코패스에 대한 진단과 치료가 가능하다는 전제에서 성범죄자들을 “치유될(cured)” 때까지 “비형법적으로(civilly)” 강제수용(強制收容, commitment)할 수 있도록 하였다(Alexander, 1993). 비형법적 강제수용(civil commitment)은 현재까지도 주와 연방 정부의 성범죄자 관리에 있어서 핵심적인 제도로 자리 잡고 있다.⁵⁵⁾

미국의 대표적인 성범죄 관련법들은 1990년대부터 활발하게 입법되었다. 그 입법 배경에는 미국사회를 공포와 공분의 도가니로 몰아넣었던 비극적 성폭력 사건들이 있었다. 이러한 배경에서 제정된 법들은 희생자를 기리고 유사한 사건의 방지를 목적으로 하는 일종의 “추모적 법들(memorial laws)”(Terry & Ackerman, 2014: 50)이다. 1990년대부터 미국은 성범죄자들에 대해 주로 형량강화, 보호시설

55) 비형법적 강제수용 도입의 역사적 배경 및 법적 문제에 관해서는 이후 별도로 상술하기로 한다 (“라” 항 참조).

내 강제수용, 그리고 사회 내 행동규제와 같은 방안을 도입하였다. 이러한 법들은 상습적인 성범죄자로부터 공동체를 보호하여 공공의 안전을 도모하는 것을 목적으로 하기 때문에 헌법이 보장하는 피고인의 기본권을 침해하지 않는 것으로 여겨졌다(Janicki, 2007).

나. 성범죄자 관련법의 경향

최근 미국의 성범죄자 관련법의 경향은 ① 비형사적 강제수용, ② 형량 하한의 강제화, ③ 성범죄자 등록, ④ 성범죄자 신상정보 공개, ⑤ 거주지 제한과 같은 정책들로 요약할 수 있다(각 항목에 대한 아래 설명은 Bumby, 2008을 따름).

첫째, 비형사적 강제수용은 고위험군으로 분류된 성범죄자를 형기 만료 후에도 시설에 수용하고 치료함으로써 재범 위험을 낮추는 제도이다. 비형사적 강제수용은 고비용, 낮은 석방률, 강제수용의 효과에 대한 경험적 증거의 부족, 성범죄자 치료를 거부하는 성범죄자들의 수가 늘고 있는 문제점들이 있다.

둘째, 성범죄에 대한 판사의 양형 재량을 줄여 형량의 하한을 강제화하는 것은 성범죄자에 대한 처벌을 강화함으로써 형벌의 예방적 기능을 도모하는 정책이다. 형벌의 예방적 기능이란, 사회일반인들을 위하(威嚇)함으로써 성범죄를 방지하고(일반예방), 성범죄자가 다시 성범죄를 범하지 않게 하는 것이다(특별예방). 이 정책도 장기수용에 따른 고비용, 가족 및 지인 간에 이루어진 성범죄에 대한 저조한 고소율, 위화 효과에 대한 경험적 증거의 부족과 같은 문제가 있다.

셋째, 성범죄자 등록은 성범죄자 관리에 필요한 감시 및 추적의 기초를 마련하기 위한 제도이다. 성범죄자 등록에는 담당자들의 업무 부담이 가중된다는 문제, 등록 정보의 정확성 담보가 필수적이라는 문제, 등록의 위하 효과에 대한 경험적 연구가 일관되지 않다는 문제 등이 있다.

넷째, 지역공동체 내 성범죄자 신상정보 공개는 지역공동체 내에 살고 있는 성범죄자에 대한 공공의 경각심을 증대시키고 시민들로 하여금 재범 억제에 참여할 수 있도록 하는 데 목적을 둔 제도이다. 그러나 성범죄자 신상정보 공개는 도리어 공공의 공포심을 조장할 수도 있고, 성범죄에 대한 그릇된 인상을 심어주어 공공 안전에 대한 잘못된 인식을 형성시킬 수도 있으며, 성범죄 피해자의 신상을 과도

하게 노출함으로써, 성범죄 전과자의 고용과 주거의 안정성을 낮출 수 있으며, 결과적으로 도리어 위험성을 증대시킬 수도 있다는 우려가 있다. 또한 이 정책이 가지는 효과에 대한 경험적 연구도 일관된 결과를 내지 못하고 있다.

다섯째, 성범죄자 거주지 제한은 성범죄 전과자들이 재범 위험을 높이는 요소가 있는 장소에 살지 못하도록 하는 제도이다. 그러나 거주지 제한으로 인해 성범죄자들이 자신의 위험 요인을 스스로 관리할 수 있도록 도와주는 서비스를 받기 어렵게 되거나 생활이 불안정하게 되어 사회로부터 고립됨으로써 도리어 공공의 안전이 악화될 수도 있다는 문제와 성범죄자가 자신의 거주지를 속일 수 있다는 위험성이 있다. 또한 성범죄자 거주지 제한이 공공의 안전을 증진시키는 데 효과가 있는지에 관한 경험적 증거도 부족하다.

성범죄 관련법의 자세한 논의는 본 연구의 범위를 벗어나는 것이므로 이 중 비형사적 강제수용을 다루는 성폭력흉악범 방지법에 관해서 보다 자세히 다루기로 하겠다.

다. 성폭력흉악범 방지법(Sexually Violent Predator Acts)

1) 성폭력흉악범 방지법(Sexually Violent Predator Acts)의 탄생

성범죄자들을 무기한 구금하고 치료할 수 있도록 하는 성폭력흉악범 방지법(Sexually Violent Predator Acts, 1990, 이하 “성폭력흉악범법”)은 1990년 워싱턴주를 시작으로 현재 20개 주와 연방정부에서 시행하고 있는 법이다. 이 법의 제정 배경에는 1989년 5월 워싱턴 주에서 발생한 이른바 슈라이너 사건이 있었다. 이 사건은 성범죄 전과가 있는 얼 K. 슈라이너(Earl K. Shriner)가 석방된 지 2년 만에 다시금 7살 소년을 강간하고 그 소년의 성기를 절단하였던 사건이었다. 슈라이너는 정신지체를 가지고 있었으며, 이 사건 이전에도 여러 차례 미성년자들을 성폭행하고 살인까지 저질러 1987년까지 2차례에 걸쳐 수감생활을 했었다. 심지어 수감기간 동안에도 자신의 성적 판타지와 구체적인 범행 계획을 주위 사람들에게 여러 차례 이야기했었다. 그러나 당시 법에 따라 슈라이너는 지역사회에 “즉각적인 위험(imminent danger)”이 되지 않기 때문에 아무런 관리감독 없이 석방되었다. 슈라이너 사건으로 당시 미국에서는 위험한 성범죄자들을 장기간 구금하고 치

료하거나 관리할 방법에 대한 필요성이 대두되었고, 1990년 워싱턴 주를 시작으로 하여 성폭력흉악범법이 제정되게 된다.

성폭력흉악범법의 요지는 정신이상으로 인해 성범죄 재범의 위험성이 있는 성범죄자들을 형기 종료 후에 민간시설에서 재수감하여 치료하는 것으로, 심각한 정신질환으로 인해 자신 혹은 타인에게 위험이 되는 사람들을 구금·치료하는 기존의 민사적 강제입원제도를 전통적인 관점에서는 정신질환을 가지고 있지 않지만 사회에 위험이 되는 성범죄자들에게로 확대 적용하는 것이다. 성폭력흉악범법은 성범죄자를 무기한 구금할 수 있도록 하거나 형기 종료 후에도 다시 구금할 수 있도록 했기 때문에 이중처벌과 소급적용 문제 등과 같은 논쟁거리를 안고 있었다. 그러나 연방대법원은 캔자스 대 헨드릭스 판결(Kansas v. Hendricks, 1997)에서 5(찬성) : 4(반대)로 성폭력흉악범법이 합헌이라고 결정함으로써 미국 내에서는 성폭력흉악범법이 성범죄자들에 대한 강제수용 및 치료를 위한 제도로 자리 잡게 되었다.

현재 시행되고 있는 여러 주의 비형사적 강제수용제도는 사실상 1970년대 이전에 유행하였던 이른바 “성적 사이코패스법(sexual psychopath law)”의 부활로 볼 수 있다. 당시 성적 사이코패스법은 성적 사이코패스를 선별하여 치료하려는 목적을 가지고 있었으나(Levenson, 2004) 치료를 받고 석방된 성범죄자들이 추가적으로 성범죄를 일으키게 되자, 성범죄자 치료로서 수용치료제도가 효과적이라는 주장이 힘을 잃기 시작했다. 이에 따라 1990년 당시 13개 주와 D.C.에만 성적 사이코패스법이 남아 있었으며(Lieb & Matson, 1998), 대다수의 주는 치료라는 명목으로 성범죄자를 무기한 구금하기보다는 성범죄에 대한 형량을 늘이거나 조건부 가석방을 적극 활용하는 등 전통적인 형사정책으로 돌아서게 되었다.

이렇듯 쇠퇴의 길을 걸었던 성적 사이코패스법이 성폭력흉악범법으로 부활하여 2014년 현재 20개 주와 연방정부에서 시행되고 있는 배경에는 다음과 같은 이유가 있다. 첫째, 형선고방식에 변화가 있었다. 1970년대 법원은 성폭력흉악법에 대해 부정기형(indeterminate sentencing)을 선고하였지만, 1990년대에 들어서면서부터 정기형(determinate sentencing)으로 형량을 제한하여 선고하고 있다. 즉 성범죄자들의 경우에도 일정 기간이 끝나면 석방될 수 있다는 것이다(Zonana, 1997: 1248-49). 둘째, 여성에 대한 폭력의 심각성에 대한 사회적 공감의 형성되었다. 셋째, 수용치료의 대상이 되는 성범죄자를 다른 일반적인 정신질환자와 동일한 기준

으로 선별하는 것이 부적절하다는 인식이 커졌다. 왜냐하면 수용치료의 대상이 되는 일반적인 정신질환자의 경우 대체로 의학적인 기준에 따라 정신질환이 있는 것으로 진단되지만, 성범죄자들의 경우에는 그러한 진단을 받을 가능성이 희박했기 때문이다. 넷째, 대중들은 성범죄자의 형량이 낮다고 생각하며, 성범죄자들을 더 강하게 처벌해야 한다고 생각한다. 미국인의 약 95%는 현재의 성범죄 형량이 지나치게 낮다고 생각하며, 좀 더 긴 형량을 부과해야 한다고 생각하는 등(Mears, Mancini, Gertz, & Bratton, 2008) 성범죄에 대한 강력한 처벌의 의지가 각 주의 성폭력흉악범법 입법에 힘을 실어주게 되었다.

현재 시행되고 있는 성범죄자에 대한 비형사적 강제수용제도는 종래의 성적 사이코패스법과 몇 가지 공통점을 가진다. 첫째, 과거에 성적으로 위험한 행동을 했던 약력이 있어야 한다. 둘째, 현재 정신장애(mental disorder) 혹은 행동이상(behavioral abnormality)이 존재해야 한다. 셋째, 미래에 성적으로 위험한 행동을 할 위험성이 존재해야 한다. 넷째, 정신이상(mental abnormality)과 위험성(danger) 사이에 관계가 있어야 한다(Janus, 2000: 9).

현재의 비형사적 강제수용제도와 기존의 성적 사이코패스법 사이에는 다음과 같은 차이점도 존재한다. 첫째, 성적 사이코패스라는 표현 대신에 “성폭력흉악범(sexual violent predators)”이라는 용어가 사용된다. 둘째, 과거의 성적 사이코패스법이 교도소 수감에 대한 대안으로서의 치료를 도입하였다면 현재의 성범죄자에 대한 강제수용제도는 형기 종료 후 재수용을 도입하였다. 셋째, 강제수용제도는 과거의 행위에 대한 증명이나 현재 정신상태에 대한 증명을 요구하지 않는다(Fitch, 2003: 491). 넷째, 과거와는 달리 더 이상 치료의 가능성에 중점을 두고 있지 않다(American Psychiatric Association, 2005).

한편 성범죄자에 대한 강제수용제도는 성적 사이코패스법이 지니고 있는 법률적 문제와 현실적 한계를 그대로 가지고 있는데, 법률적인 개념의 모호성, 성범죄자의 인권에 대한 논쟁, 치료가능성의 문제, 현실적으로 남용될 가능성 등의 문제점과 함께 추가적으로 매우 높은 비용을 지불해야하는 문제까지도 있다.

2) 성범죄자에 대한 비행사적 강제수용제도의 쟁점: 주요 판례들

미연방대법원은 캔자스 대 헨드릭스 판결에서 캔자스 주의 성폭력흉악범법이 위헌이 아니라고 선언하였다. 이 사건에서 스스로도 소아성애자(pedophile)라고 인정하였던 르로이 헨드릭스(Leroy Hendricks)는 13세 소년과의 “부적절한 성적 접촉(indecent liberties)”을 이유로 10년간 복역하다가 석방 직전에 성폭력흉악범으로 분류되어 캔자스 주 법원으로부터 비행사적 강제수용 명령을 받았다. 이에 헨드릭스는 해당 법이 소급입법 금지(ex post facto) 이중처벌 금지(double jeopardy) 등의 원칙을 위배했기 때문에 위헌이라고 소송을 제기하였다. 캔자스 주대법원은 헨드릭스의 주장을 받아들여 성폭력흉악범법은 위헌이라고 결정하였다. 그러나 미연방대법원은 캔자스 대법원의 결정을 뒤집고 성폭력흉악범법이 위헌이 아니라고 결정했는데, 다수의견의 요지는 강제적인 수용치료는 위험한 대상자들 중 소수만을 대상으로 하기 때문에 질서를 동반한 자유(ordered liberty)에 위배되지 않는다는 것이다. 즉 일반적으로 정부는 자신의 행동을 통제할 능력이 없고, 이에 의해 자신 혹은 타인에게 위험이 되는 사람들을 격리의 차원에서 비행사적으로 수용할 수 있는데(*Fouch v. Louisiana*, 1992), 캔자스 주의 성폭력흉악범법은 이러한 원칙에서 벗어나지 않으며, 비행사적 강제수용의 대상자를 선정하는 데 있어서 정신이상(mental abnormality) 혹은 성격장애(personality disorder)를 요건으로 정하였기 때문에 대상자를 정교하게 특정(narrowed tailored)할 수 있어 적법절차의 원칙에 부합한다고 보았다.

미연방대법원이 캔자스 대 헨드릭스 판결에서 지적한 비행사적 강제수용제도의 법적 특징은 다음과 같다. 우선 강제수용을 가능케 하는 성폭력흉악범법을 동법 제정 전에 완료된 범죄행위에 대해서 적용하는 것은 소급적용금지의 원칙에 위배되지 않는다. 왜냐하면 동법은 입법 목적이 명시적으로 비행사적이고 보복(retribution)이나 억제(deterrence)를 목적으로 하는 형사법적인 속성이 명확하지 않기 때문이다. 또한 동법은 범죄사실을 바탕으로 강제수용 여부를 결정하는 것이 아니라 위험성을 바탕으로 강제수용 여부를 결정하기 때문에 이중처벌이 아니며, 치료가 불가능한 전염병에 걸린 경우 정부가 공공의 안전을 위해서 수용할 수 있는 것처럼 성폭력흉악범의 경우도 치료가 되더라도 공공의 안전을 위해서는 강제

로 수용할 수 있다고 판단하였다. 따라서 주정부가 강제수용의 대상자에게 적절한 치료를 제공하지 않는다고 하더라도 강제수용 자체가 처벌이라고 볼 수 없다고 판결하였다.

캔자스 대 헨드릭스 판결과 유사한 취지의 판결로는 셀링 대 영 판결(*Seling v. Young*, 2001)을 들 수 있다. 안드레 B. 영(*Andre B. Young*)은 총 여섯 회의 공간에 대해 유죄 판결을 받았고 1990년에 석방될 예정이었다. 헨드릭스와 마찬가지로, 석방되기 직전에 워싱턴 주정부는 사회보장법 안에 규정되어 있는 성폭력범죄법에 따라 영을 강제수용 대상으로 선정하기 위해 청원을 했고, 법원은 영에게 강제수용명령을 내렸다. 영은 강제수용의 입법 취지에 대해서 반대한 것이 아니라, 강제수용법이 현실적으로 적용될 때 형사처벌처럼 사용되고 있다는 점을 지적했다. 이에 미연방대법원은 8 : 1의 압도적인 다수의견으로 워싱턴 주의 사회보장법은 비형사적인 속성을 가지고 있다고 재확인해 주었으며, 주법원의 명령이 처벌적 속성을 갖지 않는다고 판단하였다. 다시 말해, 미연방대법원은 강제수용법이 실제로 운용되는 데 있어서 형사적인 특징을 보인다고 해서 강제수용법의 속성이 형사적이라고 볼 수는 없다고 판단한 것이다.

캔자스 대 크레인 판결(*Kansas v. Crane*, 2002)에서 미연방대법원은, 어떤 성범죄자가 비형사적 강제수용의 대상으로 판정되기 위해서는 주정부에서 당해 성범죄자가 자신의 충동을 통제하는 데 “심각한 어려움”을 겪고 있음을 증명해야 한다고 판단하였다. 마이클 T. 크레인(*Michael T. Crane*)은 과거에 성범죄자로 유죄판단을 받은 바 있으며, 노출증(*exhibitionism*)과 반사회적 성격장애(*antisocial personality disorder*) 진단을 받았었다. 그런데 강제수용 판결 과정에서 법원이나 배심원 모두 피고인이 의지력 손상(*volitionally impaired*)이 있는지에 대해서는 판단하지 않았다. 피고인은 이를 근거로 항소를 하면서 수용치료가 합헌이기 위해서는 대상자가 잠재적으로 위협할 뿐 아니라 대상자가 스스로를 통제할 능력을 상실했음을 정부가 입증해야 한다고 주장했다. 캔자스 주대법원은 피고인의 주장을 받아들여 주법원의 판결을 파기하고, 헨드릭스의 강제수용을 재심하도록 했다. 그러나 미연방대법원은 의지력 손상에 대한 주장을 기각하고 캔자스 주의 손을 들어주었다. 미연방대법원은 위험한 성범죄자들을 통제력의 부족에 대해서 결정하지 않고 강제수용을 결정할 수는 없지만 완전한 통제력의 상실이 필요한 것은 아닌 어느 정도의

수준으로 충분하다고 보았다. 만약 절대적으로 통제력의 상실을 요구한다면 정신 이상을 가진 매우 위험한 사람들을 강제수용할 수 없게 될 것을 우려한 결과였다.

2. 정신질환을 가진 성범죄자에 대한 치료

미국의 경우 1960년대부터 1970대에 걸쳐 주요한 판례들이 나오으로써 사법정신의료 제도가 확립되었다(안성훈, 2011: 67). 사법정신의료 제도가 확립된 배경에는 정신질환을 가진 범죄자와 일반적인 정신질환자를 분리하여 치료하는 것이 수형자의 권리의 관점에서 더욱 적절하다는 생각이 자리 잡고 있었다(안성훈, 2011: 68). 본고의 관심인, 정신질환을 가진 성범죄자에 대한 치료는 이른바 범법정신질환자에 대한 강제정신의료제도 안에서 이루어진다. 따라서 아래에서는 정신질환을 가진 범죄자에 대한 치료명령 제도를 살펴보고자 한다.

가. 뉴욕 주

1) 뉴욕 주의 정신질환을 가진 성범죄자에 대한 수용치료명령

뉴욕 주에서는 정신질환(mental disease)을 가진 범죄자들, 즉 범법정신질환자는 사법정신의료시설⁵⁶⁾에 입원하여 뉴욕 정신보건국(Office of Mental Health)의 관

56) 뉴욕 주에는 센트럴뉴욕 정신의료센터, 커비 사법정신의료센터(Kirby Forensic Psychiatric Center), 사우스비치 정신의료센터(South Beach Psychiatric Cneter) 등 21개의 수용치료시설이 있다(정신보건국 홈페이지 참조).

① 센트럴뉴욕 정신의료센터는 중경비(maximum security) 사법정신의료 전문병원으로 정신보건국 사법서비스부가 운영한다(이하 설명은 안성훈, 2011: 72-76; 정신보건국 홈페이지를 바탕으로 함). 1977년 뉴욕 주 마시(Marcy)에 설립된 이 센터는 “주로 유죄판결을 받은 수형자와 미결 구금 중의 피의자·피고인이 급성의 정신과적 증상을 나타냈을 경우 적절한 치료와 처우를 제공하고 있다.” 이 센터는 이송된 수형자들을 다시 교정시설로 돌려보낼 수 있도록 돕는 데 목적을 두기 때문에 입원 기간은 평균 42일 정도로 짧은 편이다. 특히 미결구금자의 경우 30일 이하, 소송무능력자의 경우 2-3주 정도로 짧은 기간 동안만 입원한다. 반면에 유죄 판결을 받은 수형자나 책임무능력자의 경우는 장기간의 입원을 하기도 한다. 이 센터는 뉴욕 주의 22개 교도소 수형자들에게 중간적인 치료 프로그램을 제공하기 위한 유닛을 가지고 있다.

② 1985년 개설된 커비 사법정신의료센터는 정신보건국이 운영하는 중경비 주립병원이다(이하 설명은 안성훈, 2011: 76-83; 정신보건국 홈페이지를 바탕으로 함). 이 센터는 맨해튼과 브롱크스 사이에 있는 조그만 섬인 워드섬(Wards Island)에 위치하고 있다. 이 센터에는 법원으로부터 치료 명령을 받은 책임무능력자, 소송무능력자, 위험한 일반환자 중 뉴욕 시와 롱아일랜드 시 거주 18세 이상의 남녀가 수용되어 있다. 커비 사법정신의료센터는 정신질환을 가진 수형자에 대해 치료를 제공할 뿐만 아니라 이들에 대한 정신감정을 수행하는 기관이기도 하다. 센터 내 사

리를 받게 된다. 범법정신질환자들을 사법정신의료시설에 입원시키는 법적 근거는 형사소송법(Criminal Procedural Law) 제330.20조(책임무능력) 및 제730조(소송무능력), 교정법 제508조(미결구금자) 및 제402조(유죄판결을 받은 수형자), 뉴욕 주 법령집(New York Code, Rules and Regulations) 제14편 제57장(위험한 일반 환자), 정신위생법 제10조(비형사적 관리 대상자)이다. 다시 말해, 사법정신의료시설에 입원하는 환자의 유형은 법적 근거에 따라 6가지로 나뉜다.⁵⁷⁾ 아래에서는 앞에는 가지 유형, 즉 정신질환을 가진 책임무능력자, 소송무능력자, 미결구금자, 기결 수형자에 대한 치료명령 관해서 알아보도록 하자.⁵⁸⁾

형사소송법 제330.20조에 따르면, 정신질환이나 정신박약을 이유로 한 형사책임무능력(Not Responsible for Criminal Conduct by Reason of Mental Disease or Defect)의 범법자는 형사법원의 치료명령을 받게 된다. 법원의 명령에 따라 치료는 사법정신의료시설(보안시설 또는 비보안시설)에의 입원치료뿐만 아니라 사회 내 치료로 이루어질 수 있다. 이 조항에 따라 석방되는 경우 5년간의 치료 조건을 부과되고 그 치료기간은 갱신이 가능하다. 또한 정신보건국장은 해당 범법자가 법원 명령을 잘 준수하고 있는지 지속적으로 감시하여야 한다.

형사소송법 제730조가 정하는 소송무능력(Incompetent to Stand Trial)의 범법자는 정신질환이나 정신박약으로 인해 형사소송 절차에 참여할 수 없다고 판단된 자이다. 정신보건국은 형사법원 명령에 따라 형사소송상 소송무능력을 사법정신

법평가자(forensic evaluators) 그룹이 수용된 범법정신질환자들에 대한 포괄적인 평가를 하여 위험성의 감소 여부를 결정한다. 만약 위험성이 감소하였다는 판단되는 피수용자들은 경비 수준이 더 느슨한 시설로 이송된다.

- ③ 사우스비치 정신의료센터는 정신보건국이 운영하는 주립병원이다(이하 설명은 안상훈, 2011: 83-86; 정신보건국 홈페이지를 타당으로 함). 이 센터에는 브룩클린과 스테튼섬 거주 12세 이상 18세 미만의 아동과 18세 이상의 성인 남녀가 수용되고 있다. 이 센터에 수용된 환자들은 대부분 일반 환자들이고 사법 환자는 매우 적다. 이 센터는 위험성이 감소한 것으로 평가된 사법 환자들이 중경비 주립병원으로부터 이송되는 곳이다. 이 센터에서 치료를 받은 사법 환자에 대해 정신보건국 사법서비스과와 검찰관이 그가 안정되었다고 인정한 경우 그 사법 환자는 외래치료가 가능한지에 대한 법원 판단을 통해서 지역사회로 가퇴원할 수 있다. 다만 가퇴원 조건을 위반하는 경우 즉시 재입원 조치가 내려진다. 가퇴원 기간은 5년으로 갱신이 가능하다. 그리고 사법 환자는 정신보건국의 판단에 대하여 불복할 수 있다(정신위생법 제33.02조 제(1)항 제12호).

57) 이 중에서 뉴욕 주 법령집 제14편 제57장의 적용을 받는 위험한 일반 환자는 범죄자가 아니므로 아래의 설명에서는 제외한다. 그리고 정신위생법 제10조에 따른 치료는 이후 비형사적 관리, 교정 시설 내 치료, 사회 내 치료 등 관련 항목에서 상세히 다루기로 한다.

58) 이하의 설명은 뉴욕 주 정신보건국의 사법서비스과(Division of Forensic Services)의 설명을 번역·정리한 것이다(https://www.omh.ny.gov/omhweb/forensic/Populations_served.htm).

의료시설에 수용하여 치료하게 되며, 성범죄와 같은 중범죄를 저지른 자도 소송무능력의 경우 치료명령이 내려진다. 동법 제730조에 따른 치료명령은 소송능력을 갖출 때까지만 유효하다. 반면에 동법 제730.50조는 중범죄로 기소된 소송무능력자에게 1년간의 치료를 명령하도록 정한다. 이때 정신보건국은 해당 소송무능력자가 기소된 범죄로 유죄 선고가 내려졌을 때 예상되는 최장기 형기의 2/3까지 그 소송무능력자의 입원상태를 유지할 수 있다. 특기할 점은 2012년 동법의 개정으로 제730.50조의 치료명령에 따른 치료에 있어서 외래적 회복(outpatient restoration)이라는 선택 항목이 신설되었다. 따라서 자상타해(自傷他害)의 위험이 없고 사회 내에서 안정적으로 머무를 수 있고 약물 중독의 위험 등이 없는 소송무능력자가 입원치료 대신 외래치료를 선택할 수 있게 되었다.

교정법 제508조는 지역 교정시설에 있는 미결구금자(Pre-Sentenced Inmates)가 정신질환을 앓게 되는 경우 사법정신의료시설로의 비자발적 이송을 정하고 있다. 또한 동법 제402조 이하는 지역 교정시설에 있는 기결수형자(Sentenced Inmates)가 정신질환을 앓게 된 경우 사법정신의료시설로의 비자발적 이송을 정하고 있다.

2) 뉴욕 주의 정신질환을 가진 수형자의 이송 절차

교정법 제402조에 따른 이송 절차는 다음과 같다. 우선 교정시설 소속 의사는 어떤 수형자(또는 미결구금자)가 정신적 질환을 앓고 있다고 생각할 경우 그 사실을 관리관에게 서면으로 보고하면 감독관은 해당 카운티 법원 판사나 연방법원 판사에게 그 수형자(또는 미결구금자)에 대한 검사를 신청한다. 이때 검사는 판사가 지명한 2명의 의사가 담당한다. 각각의 의사는 개별적으로 검사를 진행한 후 그 수형자가 정신질환을 앓고 있어 치료가 필요하다고 판단하는 경우 병원으로의 이송을 위한 증명서를 발급한다. 다만 그 수형자(또는 미결구금자)가 해당 교정시설 내에서도 충분히 치료를 받을 수 있다면 병원 이송은 필요 없게 된다. 만약 검사를 담당한 의사가 피검사자인 수형자(또는 미결구금자)가 이전에 어떠한 심리치료를 받지 않았음을 인지할 경우에는 증명서 발급 전에 필요한 치료를 제공할 수 있는 의사나 심리학자와 상의한다. 뉴욕 시에서 교정시설의 의사가 교정시설 관리관에게 특정 수형자(또는 미결구금자)가 정신질환 치료를 필요로 한다고 보고하는

경우 해당 관리관은 정신상태에 대한 검사를 위해 그 수형자를 벨뷰(Bellevue) 카운티나 킹스(Kings) 카운티의 병원으로 이송하거나 해당 교정시설에 검사를 위한 두 명의 의사를 확보해야 한다.

위와 같은 절차를 거쳐 증명서가 발급된 경우 해당 교정시설 관리관은 그 증명서를 첨부하여 법원에 수용치료명령 신청을 하여야 한다. 신청이 있는 날로 5일 이내에 신청 사실은 신청서 사본과 함께 해당 수형자 및 뉴욕 주에 거주하는 가족에게 서면으로 통보되어야 한다. 정신위생법 서비스는 해당 수형자에게 배심재판을 받을 권리, 변호인의 조력을 받을 권리, 독립적인 별개의 의학적 소견을 구할 수 있는 권리가 있음을 알려줘야 한다.

신청을 받은 판사는 해당 수형자를 위한 심리 요청이 없는 경우 신청 절차를 곧바로 진행하여 수용치료 명령이 내려진 날로부터 6개월을 넘지 않는 기간 동안 수용치료를 받도록 결정한다. 만약 심리 요청이 있는 경우 5일 이내에 심리를 열어 신청 절차를 진행한다. 심리 결과 해당 수형자가 정신질환을 앓고 있고 수용치료가 필요하다고 판정되면 판사는 수용치료 명령을 내린다. 이에 해당 교정시설 관리관은 수형자를 정신위생 커미셔너가 지정한 병원으로 이송시켜 치료를 받도록 해야 한다. 만약 판사가 수용치료명령 신청을 기각하는 경우 그 이유를 밝혀야 한다. 수용치료 명령이 내려지면 신청 절차에 관한 모든 자료는 수형자가 이송되는 지정 병원의 감독관에게 송부된다. 정신질환 유무를 판단하는 데 소요되는 모든 비용은 뉴욕 주나 지방자치단체가 감당한다.

신청 절차 진행 중에 판사는 정신질환이 있는 것으로 의심되는 수형자를 해당 교정시설에서 적절하게 관리할 수 없다는 의사의 보증서를 바탕으로 그 수형자를 곧바로 사법정신의료시설로 이송시킬 수 있다. 뉴욕 시의 교정시설 수형자들은 정신위생법 제9.39조가 정한 것처럼 정신질환으로 인해 자상타해(自傷他害)가 일어날 수 있다고 판단되는 경우 응급조치로 센트럴 뉴욕 정신의료센터(Central New York Psychiatric Center)로 이송될 수 있다. 정신보건국이 운영하는 병원으로 이송된 경우 수용치료명령 신청 절차는 곧바로 개시되어야 한다.

나. 텍사스 주

텍사스 주 보건안전법 제614장은 의학적 또는 정신적 장애(medical or mental impairment)를 가진 범죄자를 위한 교정국을 정하여 운영하고 있다. 동법 제 614.01조 제(6)항은 정신적 장애란 정신질환, 정신지체 또는 발달장애를 의미한다고 정하고 있다. 여기에서 정신질환은 동법 제571.003조의 정의를 따른다. 해당 조문은 (A) 사고, 현실지각, 정서 또는 판단에 상당한 장애가 있거나, (B) 최근 정신장애적 행동 때문에 행동에 지대한 장애가 있는 경우를 정신질환으로 정의하고 있다.

동법 제614.003조에 의해 설치된 텍사스의 “의학적 또는 정신적 장애를 가진 범죄자 담당 교정국(Correctional Office on Offenders with Medical or Mental Impairments)”은 형사사법체계 안에서 의학적 또는 정신적 장애를 가진 범죄자의 지위를 확정해줘야 하고, 그들에게 필요한 서비스를 알아내고, 케이스관리 및 구금에 대한 사회 내 대안을 포함해 치료, 갇생, 교육적 요구를 충족시킬 수 있는 계획을 수립하는 등의 의무와 권한을 가진다(동법 제614.007조). 또한 교정국은 의학적 또는 정신적 장애를 가진 범죄자를 위한 사회 내 전환프로그램(Diversion Program)을 특정한 카운티에 최소한 하나 운영할 수 있다(동법 제614.008조). 또한 교정국은 특정한 카운티에 최소한 하나의 전환프로그램을 운영할 수 있고, 사건관리(case management)팀을 고용하고 훈련시킬 수 있다.

3. 비형사적 강제수용제도(Civil Commitment)

가. 비형사적 강제수용의 대상자 선정 기준

1) 정신상태: 정신이상(mental abnormality)

성폭력흉악범법의 가장 중요한 요건은 단순히 반복적으로 성범죄를 저지르는 자들과 강제수용이 필요한 성범죄자들을 구별하는 것이다. 따라서 이를 위해서는 정신상태의 분류가 핵심이 된다. “정신이상(mental abnormality)”이란 선천적 혹은 후천적인 상태로서, 개인의 정서 혹은 의지력에 영향을 미쳐 그 개인이 성폭력 범죄를 범하도록 함으로써 다른 사람들의 건강이나 안전에 위협적인 존재가 되도록

하는 것이다.

성폭력흉악범법에 따른 비행사적 강제수용제도는 “극소수이지만 성적으로 극도로 위험한” 범죄자만을 대상으로 그들을 처벌하기보다는 치료하기 위해 강제로 수용하는 제도이다(캔자스 대 헨드릭스 판결 참조). 따라서 성폭력흉악범법에 따라 수용되는 대상자들이 다른 성범죄자들과 구별될 수 있는 정신질환 혹은 정신이상 이 있는지가 중요한 판정 기준이 된다. 과거 성적 사이코패스법에 따른 비자발적 강제수용의 경우 정신질환이 있는지 그리고 그러한 정신질환으로 인해 자신 혹은 타인에게 위험한지 여부를 기준으로 강제수용 대상자를 선별하였다(O'Connor v. Donaldson, 1975). 그러나 성폭력흉악범법은 전통적인 의미에서 정신질환이나 결함을 가진 범죄자들이 아닌, 반사회적 특징들과 이로 인한 성향 때문에 성폭력 행위를 할 가능성이 있는 범죄자들을 대상으로 한다. 따라서 성폭력흉악범법에 정한 “정신이상”은 정신의학계에서 사용하는 용어와 반드시 일치할 필요가 없다.

한편 정신이상에 대한 정의는 점점 넓어지고 있으며, 이에 대한 의학적 의미가 점차로 희석되고 있다. 가령 캔자스 주의 경우 “정신이상 혹은 성격장애”를 성폭력흉악범의 요건으로 하고 있는 반면, 텍사스 주의 경우 “행위적 이상”으로 정의하고 있으며, 미네소타 주의 경우 “성적, 성격적, 혹은 다른 정신장애나 기능장애”라고 정의하고 있다. 캔자스 대 크레인 판결에서 연방대법원은 “각 주는 개인을 강제수용하기 위한 요건인 정신이상과 성격장애를 정의할 때 상당한 재량을 가진다”고 판결했다.

“정신이상”이 무엇인가는 법률적인 논쟁뿐 아니라 과학적인 논쟁의 대상이 되고 있다. 과연 정신이상을 심리학자나 정신과 의사가 진단할 수 있는 것인지, 진단할 수 있다면 어떠한 정신질환을 포함하고 있는지 등이 논쟁의 초점이다. 일례로, 몇몇 검찰 측 증인들의 경우 성범죄자의 정신이상을 성도착증(동의하지 않는 성행위도 포함)으로 정의하는 경우가 있다. 이 경우 대부분의 강간범들이 성도착증 환자로 분류될 수 있다. 하지만 대부분의 심리학자와 DSM-V의 집필진은 “정신이상”은 법률적 용어이지 과학적 용어가 아니라고 주장하며, 동의하지 않는 성행위로 성범죄자의 정신이상을 분류하는 것은 과학적인 근거가 없다고 주장한다. 따라서 법률적인 개념인 “정신이상”에 대한 판단은 배심원 혹은 법관이 정신의학자들의 증언을 종합해 결정하여야 하는 법률문제이다.

2) 위험성(dangerousness)

오코너 대 도널드선 판결에서 미연방 대법원은 강제수용 절차를 밟기 위해서는 해당 성범죄자가 정신적 요건과 잠재적 위험성을 모두 갖추어야 한다고 판결했으며, 헨드릭스 판결 역시 잠재적 위험성이 중요한 요건 중 하나라는 점을 재확인했다. 이때 요구되는 재범가능성의 정도는 주마다 다른데, 몇몇 주는 법률에 재범위험성의 정도를 명시하고 있고 상당수의 주는 판례를 통해 재범위험성의 정도를 요구하고 있다. 각 주별로 요구되는 재범의 위험성 정도는 다음과 같이 크게 네 가지로 분류할 수 있다(Knighton, Murrie, Boccaccini & Turner, 2014).

첫째, 재범을 저지를 가능성이 재범을 저지르지 않을 가능성보다 클 것(more likely than not)을 요구하는 경우가 있다. 이 기준은 가장 명료하게 재범의 가능성을 정의한 개념으로 재범의 위험도가 50%를 넘는 경우를 뜻하며, 몇몇 주는 명료하게 이 기준을 채택하고 있다. 예를 들어, 아이오와 주의 경우 “재범의 가능성이 그렇지 않을 가능성보다 높다는 것”이라고 법률로 정의하고 있다(Sexually Violent Predator Act, 2012). 다른 주의 경우, 법률로는 이 기준을 명시하고 있지 않지만 판례를 통해 동 기준을 채택하고 있는데, 가령 플로리다 주의 경우 판례에서 “가능성이 있다는 표현은 ...(중략)... 좀 더 가능성이 높은 상태 혹은 발생하지 않을 확률보다는 발생할 확률이 높은 상태를 말한다”라고 정의하고 있다(Westerheide v. State, 2000).

둘째, 재범의 가능성이 매우 높을 것(highly likely)을 요구하는 경우가 있다. 일반적으로 법원은 이 기준을 재범가능성이 있는 것보다 상당히 높은 수준의 재범가능성을 지칭하고 있다. 하지만 법원이 구체적으로 어느 정도의 확률인지를 설명하지 않고 있기 때문에, 어느 정도의 재범위험성을 지칭하는지 여전히 명확하지 않다. 미네소타 주의 경우 판례에서는 “미래에 위해한 성적인 행동을 할 가능성이 매우 높은(highly likely that they will engage in harmful sexual acts in the future)” 경우라고 판결하고 있다(*In re Lineham*, 1999). 뉴욕 주법원은 단순한 증거의 우위(more likely than not)만으로는 대상자가 성폭력흉악범죄의 적용 대상인지를 판단하는데 부족하고 더 높은 수준의 개연성(highly probable)을 요구한다고 명시하고 있다(State v. P.H., 2011).

셋째, 구체적인 수치를 기준으로 제시하지 않는 경우로, 재범의 가능성을 구체적으로 밝히기보다는 배심원이나 판사에게 결정을 하도록 맡기고 있다. 이러한 주들의 경우, 법률상으로는 “가능성이 있는(likely)”이라는 표현을 쓰고 있으나, 판례들에서는 그 의미에 대해서 정의하는 것을 금지하고 있다. 예를 들어, 매사추세츠 주의 경우 일반법(Mass. Gen. Laws)에는 성적으로 위험한 사람(sexually dangerous persons)이란 “성범죄를 저지를 가능성이 있는” 경우로 정의되어 있지만(동법 제 123A장 제1조), 실제 판결문에서는 “계량적인 확률”로 정해서는 안 된다고 판결했다(Commonwealth v. Boucher, 2002). 이러한 설명 방식은 확률적인 표현으로 재범의 가능성을 정의하는 경우, 법률적인 판단이 아니라 수량적인 확률 판단에 전적으로 의존할 가능성이 높다고 보기 때문이다. 캘리포니아 주법원의 경우도 재범의 가능성을 정확하게 결정할 필요는 없다고 판결하고 있다(People v. Superior Court (Ghilotti), 2002).

마지막으로 기준을 정의하지 않는 경우도 있다. 몇몇 주에서는 아직 재범의 위험성 정도에 대해 정의하지 않고 있다. 예를 들어, 텍사스 주의 경우 법률이나 판례 어디에도 어느 정도의 재범 가능성이 존재해야 하는지에 대해 명시적으로 정하지 않고 있다.

3) 통제능력의 부재(lack of control)

어떤 성범죄자가 비행사적 강제수용의 대상이 되기 위해서는 그에게 정신이상으로 인한, (완전한 통제력의 상실은 아니더라도) 상당한 수준의 통제력의 상실이 있어야 한다. 구체적으로 통제능력의 부재는 “[자신의]행동을 통제하는 데 심각한 어려움”을 뜻한다(Kansas v. Crane, 2002). 이러한 통제 능력의 부족은 일반적인 성범죄자와 강제수용 대상자를 구별하는 기준이 될 수 있어야 하며 의지적 결함도 그 기준이 될 수 있다.

나. 비행사적 강제수용 대상자의 선별 절차

1) 성폭력흉악범법 적용 대상의 성범죄자

일반적으로 성폭력흉악범법은 ① 한번 이상의 성범죄로 유죄판결을 받거나, ② 정신이상을 이유로 성범죄에 대해 무죄 판결을 받거나, ③ 성범죄를 저질렀으나 정신이상을 이유로 소송을 지속할 수 없는 자들을 대상으로 하고 있다. 대부분의 주에서는 소송무능력자도 성폭력흉악범법의 적용을 받는다. 하지만 캘리포니아 주는 피고인의 소송무능력으로 인해 재판이 중지되는 경우, 성폭력흉악범법보다는 일반 정신질환자들과 똑같은 강제입원의 법률 절차를 따른다(Cal. Pen. Code § 1370). 이는 피고인이 소송무능력자인 경우 적절한 방어권을 행사하지 못해, 성폭력흉악범으로 잘못 분류되는 것을 막기 위한 조치이다.

성폭력흉악범법 적용 대상자의 연령도 각 주마다 다르다. 대부분의 주에서 성인을 그 대상으로 하며, 미성년자이지만 성인법정에서 재판을 받은 경우도 큰 논란 없이 대상에 포함한다. 논란이 되는 것은 소년법원에서 소년범으로 분류된 경우이다. 최근 미성년자를 대상으로 하는 범죄의 1/3이 소년범에 의해서 저질러지고, 점점 더 그 피해나 결과가 심각해짐에 따라 소년범에 의한 성범죄를 어떻게 해결할 것인가가 중요한 문제로 대두되고 있다. 반대로 특화된 치료프로그램을 받은 소년범의 경우 재범률이 상당히 낮음을 고려할 때(Worling, Litteljohn, & Bookalam 2010), 소년범을 위험한 성인범과 함께 수감함으로써 그들이 성인범들에 의해 희생자가 될 가능성과 함께 부차적으로 아직 소년범의 위험성 측정도구가 성인에 비해 잘 발달되어 있지 않다는 점(Vitacco, Caldwell, Ryba, Malesky, & Kurus, 2009) 등을 이유로 강제수용에 소년범을 포함시키는 것에 대한 우려도 있다.⁵⁹⁾ 현재 성폭력흉악범법을 가지고 있는 20개의 주 중 10개주(캘리포니아, 플로리다, 일리노이, 매사추세츠, 뉴저지, 펜실베이니아, 사우스캐롤라이나, 텍사스, 워싱턴, 위스콘신 주)에서는 소년범도 성폭력흉악범법의 대상이다.

59) http://www.csom.org/train/juvenile/7/7_6.htm

〈표 4-9〉 미국 각 주의 성폭력흉악범법의 적용대상

주	유죄판결	무죄 (정신이상)	소송무능력	소년범으로 유죄판결	기소시점
애리조나	○	○	○		
캘리포니아	○	○	별도의 절차	○	
플로리다	○	○		○	
일리노이	○			○	
아이오와	○	○	○		
캔자스	○				○
매사추세츠	○	○		○	
미네소타	○	○		○	
미주리	○	○			
네브래스카	○				
뉴햄프셔	○	○	○		
뉴저지	○	○	○	○	
뉴욕	○	○	○		
노스다코타					
펜실베이니아				○	
사우스캐롤라이나	○	○		○	○
텍사스				○	
버지니아	○		○		
워싱턴	○			○	○
위스콘신	○	○		○	
연방	○	○			

2) 성폭력흉악범법 적용 대상의 성범죄 유형

대다수의 주에서 성폭력흉악범법이 대상으로 하는 범죄들은 크게 두 가지이다. 첫 번째는 성범죄이다. 일반적으로 강간이나 강제추행과 같은 접촉성 성범죄들, 특히 유소아들을 대상으로 물리적 접촉을 하는 경우 그리고 성인을 대상으로 원치 않는 물리적 접촉을 하는 경우에 모든 주에서 성범죄로 보고 있다. 비접촉성 범죄들도 성폭력흉악범법의 적용 대상이 되는데, 7개 주에서는 아동음란물의 제작자도 성폭력흉악범법의 적용을 받게 되고 연방법을 포함한 3개 주에서는 아동음란물의

소지자도 그 적용 대상자가 된다. 일반적으로 아동음란물의 제작과 유포는 우편이나 인터넷을 사용하는데 이는 연방법의 적용을 받기 때문에, 아동음란물의 소지나 배포가 폭넓게 성폭력흉악범법의 적용 대상이 되는 범죄로 볼 수 있다.

두 번째는 성적인 동기에 의한(sexually motivated) 범죄들이다. 텍사스 주 보건 및 안전법(Texas Health and Safety Code) 제841.002조 제(8)항(d)호에 따르면, 성적인 동기로 일으킨 범죄란 “범행 이전이나 범행 중 혹은 범행 직후에 그 개인의 성적인 욕구를 일으키거나 만족시키기 위한 모든 행동”을 뜻한다. 법원이 성적인 동기에 의한 범죄인지를 판단하도록 맡겨둔 펜실베이니아 주와 미주리 주를 제외하고, 성폭력흉악범법을 시행하는 대부분의 주에서는 이러한 행위가 성폭력흉악범법 적용 대상이 된다. 성적인 동기로 일으킨 범죄는 일반적으로 중범죄(felonies)이며 주마다 그 대상이 되는 범죄가 다르다. 가령 뉴욕 주의 경우 그 대상이 되는 중범죄들이 법으로 명시되어 있어, 폭행, 살인, 납치, 절도, 강도, 매매춘 알선, 미성년자 대상 음란물 유포, 미성년자 대상 음란물 촬영 강요 및 알선, 방화 등 대부분의 중범죄들을 포함하고 있다(뉴욕 주 정신위생법 제10.03조 제(f)항). 예를 들어, 여자 친구가 성행위를 거부하자 여자 친구의 집에서 물건을 훔친 경우도 성폭력흉악범법의 대상이 되는 범죄로 분류된다.

3) 성폭력흉악범에 대한 증명 기준

성폭력흉악범법을 가지고 있는 주 중 10개 주에서는 민사재판에 적용되는 가장 높은 수준의 증명기준인 “명백하고 설득력 있는 증거(clear and convincing evidence)”가 사용되고 있다. 반면 10개 주와 연방정부는 형사사건에서의 증명기준인 “합리적 의심을 넘어서(beyond a reasonable doubt)”를 기준으로 사용한다. 1990년대에는 두 기준이 혼용되다가, 2000년 이후에 성폭력흉악범법을 제정한 주(버지니아, 펜실베이니아, 네브래스카, 연방정부, 뉴햄프셔, 뉴욕 주)는 일반적으로 명백하고 설득력 있는 증거를 증명기준으로 사용하고 있다.

미국에서 형사사건뿐만 아니라 민사사건에서도 배심재판을 받을 권리는 가장 기본적인 권리 중 하나이다. 성폭력흉악범법의 적용 여부를 다루는 절차에서 배심재판을 받을 권리를 인정하고 있는 주는 성폭력흉악범법을 시행하는 20개 주 중

15개 주이며, 15개 주 모두 배심원의 판결이 만장일치로 이루어질 것을 요구하고 있다. 하지만 몇몇 주법원에서는 정신질환으로 인한 강제수용이나 성폭력흉악범의 경우, 헌법이나 코먼로(common law)에 배심재판을 받을 권리가 명시되어 있지 않다고 판결하여, 미네소타, 노스다코타, 뉴저지, 펜실베이니아 주법원과 연방법원의 경우에는 배심재판을 받을 권리가 인정되고 있지 않다. 따라서 이러한 주에서는 판사가 강제수용 여부를 결정한다.

〈표 4-10〉 미국 각 주의 성폭력흉악범법 증명기준

주	연도	증명기준	배심재판을 받을 권리
워싱턴	1990	합리적 의심을 넘어선 증명	○
캔자스	1994		○
위스콘신	1994		○
미네소타	1994	명백하고 설득력 있는 증거	-
캘리포니아	1996	합리적 의심을 넘어선 증명	○
애리조나	1996		○
노스다코타	1997	명백하고 설득력 있는 증거	-
플로리다	1998		○
일리노이	1998	합리적 의심을 넘어선 증명	○
아이오와	1998		○
사우스캐롤라이나	1998		○
뉴저지	1999	명백하고 설득력 있는 증거	-
매사추세츠	1999	합리적 의심을 넘어선 증명	○
미주리	1999	명백하고 설득력 있는 증거	○
텍사스	1999	합리적 의심을 넘어선 증명	○
버지니아	1999	명백하고 설득력 있는 증거	○
펜실베이니아	2004		-
네브래스카	2006		-
연방	2006		○
뉴햄프셔	2007		○
뉴욕	2007		○

대다수 주의 법에 명시된 강제수용의 기간은 정신이상이가 충분히 치료가 되어 더 이상 타인에게 해를 끼치지 않는다고 판단될 때까지이다. 캘리포니아 주의 경우 기존에는 2년과 같이 정기형을 부과하고 심사를 통해 연장하는 제도를 사용하였지

만 2006년도 법 개정을 통해 다른 주와 마찬가지로 부정기형을 부과하고 있다 (Cal. Welf. & Inst. Code § 6604). 미네소타 주의 경우에는 치료가 끝날 때까지 수용한다고 명문화하였다. 반면에 뉴햄프셔 주는 성폭력흉악범으로 분류되는 경우 5년까지 수감할 수 있으며(NH Rev Stat § 135-E:11, 2013), 필요한 경우 심사를 통해 연장할 수 있다고 정하였다(NH Rev Stat § 135-E:12, 2013).

다. 비행사적 강제수용의 운영 방식

1) 감독 기관

성폭력흉악범법은 피고인의 치료를 목적으로 하기 때문에 일반적으로 보건복지를 담당하는 부서에서 관리된다. 만약 교정부 또는 행형 기관에서 이 법의 집행을 담당한다면 비행사적 강제수용은 처벌의 속성을 강하게 띠기 때문에 법에 명시된 치료시설은 대부분 민간 운영 기관이다. 치료 방식에 있어서도 강제수용만을 규정하고 있는 주는 6개 주에 불과하고, 다른 주들은 강제수용과 사회 내 치료를 병행하여 부과할 수 있도록 되어 있다. 이처럼 법률로는 민간에 주로 위탁하도록 되어 있지만, 상당수의 주에서는 교정시설 내에 성폭력흉악범법의 적용을 받는 피고인들을 수용하고 있다.

2) 치료 및 재평가 방식

대다수의 주에서 수용 치료가 실시되고 있는 반면에 텍사스 주의 경우 외래 치료(outpatient) 기반의 사회 내 치료를 중심으로 한 제도를 운영하고 있다. 다른 주와 달리 텍사스 주의 경우 성폭력흉악범 관리에 있어 사건담당자(case manager)가 주된 책임자이다. 사건담당자는 1인당 약 14명의 성폭력흉악범을 상대하며 관리한다. 이들은 사건관리팀(case management team; 치료자, 가석방 관리자, 사법기관, 그리고 승인된 다른 인원들로 구성됨)의 의장을 맡으며, 어떻게 성폭력흉악범을 관리할지를 결정하고 이러한 결정을 대상자에게 알려주고 이해를 구한다.

성폭력흉악범법은 수용 대상자에게 일정기간을 정해주지 않고 치료가 완료되거나 대상자가 사회에 돌아갔을 때 위험성이 있는지를 정기적으로 재평가 받도록 하고 있는데 이는 잘못된 수용치료를 통해 불필요한 사람이 재수감되는 것을 막는 역할을

한다(Hill, 2009). 주마다 약간씩 다르지만, 최소 1년에 한 번씩 성폭력흉악범으로 수감되어 있는 대상자들에 대한 평가를 실시하며, 이 과정에서 피고인이 더 이상 성폭력흉악범으로 분류되지 않거나 혹은 정신이상이가 상당히 호전된 경우 성폭력흉악범법에 따라 재수용해야 하는지에 대해서 판정하게 된다. 이 경우에도 처음 성폭력흉악범법에 따라 수용될 때와 마찬가지로 법원의 판단을 받아야 하며, 정부가 피고인이 아직도 위험한 존재이기 때문에 석방되어서는 안 된다는 것을 입증해야 한다. 입증의 기준은 주마다 약간 다른데, 처음 강제수용 될 때보다 같거나 낮은 수준이다.

〈표 4-11〉 미국 각 주의 성폭력흉악범 치료 및 재검토 방식

주	감독기관	치료방식	재검토	치료시설
애리조나	보건부	수용/덜 제한적인 수단	매년	민간시설
캘리포니아	정신보건부	수용		교정시설
플로리다	어린이-가족부			민간시설
일리노이	복지부	수용 / 조건부 석방	최소 1년	교정시설
아이오와		수용	매년	
캔자스	보건, 사회복지, 재활부			
매사추세츠	교정부			
미네소타	복지부	수용/덜 제한적인 수단	6개월마다	민간시설
미주리	정신보건부	수용	매년	교정시설
네브래스카	보건복지부	보다 덜 제한적인 수단	첫해에 90일마다, 그 이후 1년에 두 번씩	민간시설
뉴햄프셔	교정부	수용	5년마다	교정시설
뉴저지	복지부	수용/조건부 석방	매년	
뉴욕	교정부를 포함한 다양한 부서	보다 덜 제한적인 수단		
노스다코타	복지부	수용		
펜실베이니아	공공복지부			정부시설
사우스캐롤라이나	정신보건부		교정시설	
텍사스	사건담당자	외래(치료를 거부하는 경우 중범죄로 분류)	2년마다	사회 내 거주지역
버지니아	건강 증진부	보다 덜 제한적인 수단	첫 번째는 5년째에, 그 다음부터는 2년마다	민간시설
워싱턴	보건복지부	수용/덜 제한적인 수단	매년	민간시설
위스콘신	보건부	수용		교정시설
연방	법무부장관 (주정부로 이관하려고 노력중)			주정부 시설

3) 집행시 입증 및 퇴원에 관한 사항

처음 강제수용 시에 배심재판을 받을 권리가 폭넓게 보호되고 있지만, 집행정지나 연간 재평가를 위한 판단에서는 그 중 절반 정도만 배심재판을 받을 권리를 보장하고 있다. 다른 주에서는 법관 등에 의해서 수용치료처분의 집행정지를 결정한다. 일단 성폭력흉악범법 집행이 정지되면 무조건 석방되는 경우도 있으나 이는 굉장히 드문 일이다. 대다수는 치료를 조건으로 하는 가석방이 되며, 몇몇 주에서는 적절한 시설로 이송된다.

〈표 4-12〉 미국 각 주의 성폭력흉악범법상 재평가시 입증 및 퇴원에 관한 사항

주	판단 주체	입증책임	입증기준	퇴원	
애리조나	법원/배심원	정부	합리적 의심을 넘어서는 증명	석방/다른 시설로의 이송	
캘리포니아			명백하고 설득력 있는 증거	석방	
플로리다	법원			석방/조건부 석방	
일리노이		피고인		증거의 우위	석방
아이오와	법원/배심원	정부	합리적 의심을 넘어서는 증명	다른 시설로의 이송	
캔자스				판사	석방
매사추세츠	위원장	위원장	-	석방/조건부 석방	
미네소타	법원/배심원	정부	명백하고 설득력 있는 증거	조건부 석방	
미주리	정신보건위원회		-	석방/조건부 석방	
네브래스카			명백하고 설득력 있는 증거	다른 시설로의 이송	
뉴햄프셔	법원				조건부 석방
뉴저지				-	석방
뉴욕					
노스다코타					
펜실베이니아	법원/배심원		명백하고 설득력 있는 증거		
사우스 캐롤라이나			합리적 의심을 넘어서는 증명		
텍사스	위원장		-	석방/조건부 석방	
버지니아			합리적 의심을 넘어서는 증명		
워싱턴	법원/배심원		명백하고 설득력 있는 증거		
위스콘신			증거의 우위		
연방	법원				

4) 강제수용 및 치료에 드는 비용

2013년 기준으로 현재 성폭력흉악범의 수용치료를 실시하고 있는 18개 주와 연방교도소(Federal Bureau of Prison)에는 약 5,100명이 수용되어 있다. 전국 정신보건프로그램 책임자 협회(National Association of State Mental Health Program Directors)의 조사보고서에 따르면, 2009년도에 성폭력흉악범 관련 비용을 보고한 주정신병원에서 성범죄자에 대한 비행사적 강제수용을 하는 데 소요된 경비는 총 5억 달러에 달한다. 또한 주마다 소요 경비가 달라서 최소 백만 달러(D.C.)에서 1억7천만 달러(캘리포니아 주)에 이르는 비용이 성범죄자의 비행사적 강제수용에 투입되고 있다. 비행사적 강제수용 조치를 받는 성폭력흉악범 1인당 1년에 평균 13만 달러의 예산이 소요되는 것으로 추산되고 있다.

〈표 4-13〉 미국 주정부의 통제 하에 있는 정신병원의 성범죄자 강제수용 및 치료비용

(2009년 기준)

주	총 경비(백만달러)	환자 입원일수	환자 1인당 연간 소비 경비
애리조나	9.8	27,534	129,903.5
캘리포니아	174.2	296,625	214,401
플로리다	28	243,023	42,011.5
일리노이	27.3	128,845	77,343.5
아이오와	6.9	28,402	88,658.5
캔자스	17.1	65,700	95,009.5
미네소타	71.1	183,212	141,620
미주리	19.1	51,800	134,466
네브래스카	19	50,421	137,678
뉴저지	9.7	147,825	23,944
뉴욕	43.1	44,400	354,305.5
사우스 캐롤라이나	6.9	38,427	65,554
버지니아	14.1	41,434	124,209.5
위스콘신	49.9	141,048	129,137
워싱턴 DC	1.1	1,460	267,983

출처: State Mental Health Agency Controlled Expenditures and Revenues for Mental Health Services, 2014.

라. 성범죄자에 대한 비형사적 강제수용의 운영사례 I: 뉴욕 주

1) 성범죄자 관리 및 치료법의 도입

뉴욕 주의 경우 가장 최근에 성폭력흉악범에 대한 비형사적 강제수용 제도를 도입한 주이며, 다른 주에서 기존에 실시해온 비형사적 강제수용과 함께 사회 내 치료인 엄격·집중 감독 및 치료(Strict and Intensive Supervision and Treatment) 제도를 병행하여 사용하고 있다. 성범죄자 관리 및 치료법(Sex Offender Management and Treatment Act, 이하 SOMTA)은 2007년 뉴욕 주 의회를 통과한 후 2007년 4월 13일부터 발효되었다. 이 법의 집행을 위해 뉴욕 주는 교정, 형사소송법, 형법, 정신보건법, 가정법원법을 개정했으며, 특정 성범죄자들이 형기를 마친 후에 관리를 받는 제도를 신설했다. SOMTA는 성범죄자가 교도소에 가는 동시에 면허가 있는 정신 감정인들로부터 위험성 평가를 받고, 뉴욕 교정 및 사회 내 감독부(New York State Department of Corrections and Community Supervision, 이하 DOCCS)가 제공하는 교도소 내 성범죄자 치료 및 사회 내 치료를 받도록 되어 있다.

SOMTA는 재범위험성이 높은 성범죄자에 대한 비형사적 관리(civil management)⁶⁰⁾에 목적을 두고 관할 구역 내의 기관에 구금되어 있는 특정한 성범죄자들을 심사하는 절차를 마련하였다. 이 법에서는 먼저 뉴욕 정신 보건국(Office of Mental Health)이 수감자를 평가하여 비형사적 관리를 받아야 하는 대상자들을 선별하고, 법원은 비형사적 관리 형식의 치료가 필요하다고 인정되는 대상자에게 치료를 제공할 수 있도록 하고 있다. 구체적으로, 정신 보건국 담당자로 하여금 비형사적 관리에 필요한 다학제 심사팀(multidisciplinary review team), 사건 심사팀(case review team) 그리고 정신 감정인을 지명할 수 있도록 하고 정신이상을 보이는 사람을 판별할 수 있도록 조력하게 한다. 또한 정신 보건국으로 하여금 석방된 성범죄자를 위한 치료 계획인 엄격·집중 감독 및 치료프로그램을 만들도록 하고 구금이 필요한 사람들을 위한 치료 시설도 만들 수 있도록 하고 있다.

60) 뉴욕 주의 비형사적 관리는 “엄격·집중 감독 및 치료”와 “비형사적 구금(civil confinement)”을 아우르는 용어이다. 여기에서 비형사적 구금은 이른바 “비형사적 강제수용(civil commitment)”를 의미한다.

2) 비행사적 관리(civil management) 결정 절차

① 성범죄자에 대한 위험성평가

성범죄자에 대한 위험성평가 절차는 다음과 같다. 다학제 심사팀은 성범죄자들의 정신상태 측정, 진단, 치료, 관리 등에 관해 훈련을 받고 전문성이 있는 세 명의 임상전문가(clinician)로 이루어지며 사건에 대한 초기 검토를 한다. 초기 평가 과정을 통해 해당 사건을 다음 단계인 사건 심사팀으로 보내 심층적인 재평가를 실시할지 여부가 결정된다. 다학제 심사팀과 마찬가지로 사건 심사팀도 세 명의 임상전문가로 구성되어 있는데, 이 들 중 두 명은 반드시 다학제 심사팀 소속이 아니어야 한다. 사건 심사팀은 성범죄의 원인과 유형, 대상자의 범죄 경력, 정신병력, 약물 남용 문제, 성범죄자 치료에 참여한 기록, 그리고 수감기간 혹은 보호관찰 기간 중에 있었던 문제 등 대상자에 대한 여러 가지 정보들을 심층적으로 검토한다. 만약 사건 심사팀이 대상자가 비행사적 관리를 받아야 한다고 결정하면, 정신 감정인에게 대상자의 정신이상 존재에 대해서 감정하도록 요구하게 된다. 감정인으로서 자격증이 있는 심리학자는 대상자에 대한 심리학적 평가를 실시한 후 사건 심사팀에게 보고서를 제출하며, 사건 심사팀은 이 보고서와 함께 대상자에 대한 종합적인 검토를 마친 후 심사 결과를 뉴욕 주 법무장관(Office of the Attorney General)에게 통보한다. 정신보건부는 대상자에게 정신이상이 있는지 여부와 비행사적 관리가 필요한지 여부에 관한 심사 결과를 관련자에게 서면으로 통보한다. 이 과정에서 사건 심사팀은 반드시 만장일치로 비행사적 관리 여부를 결정해야 한다.

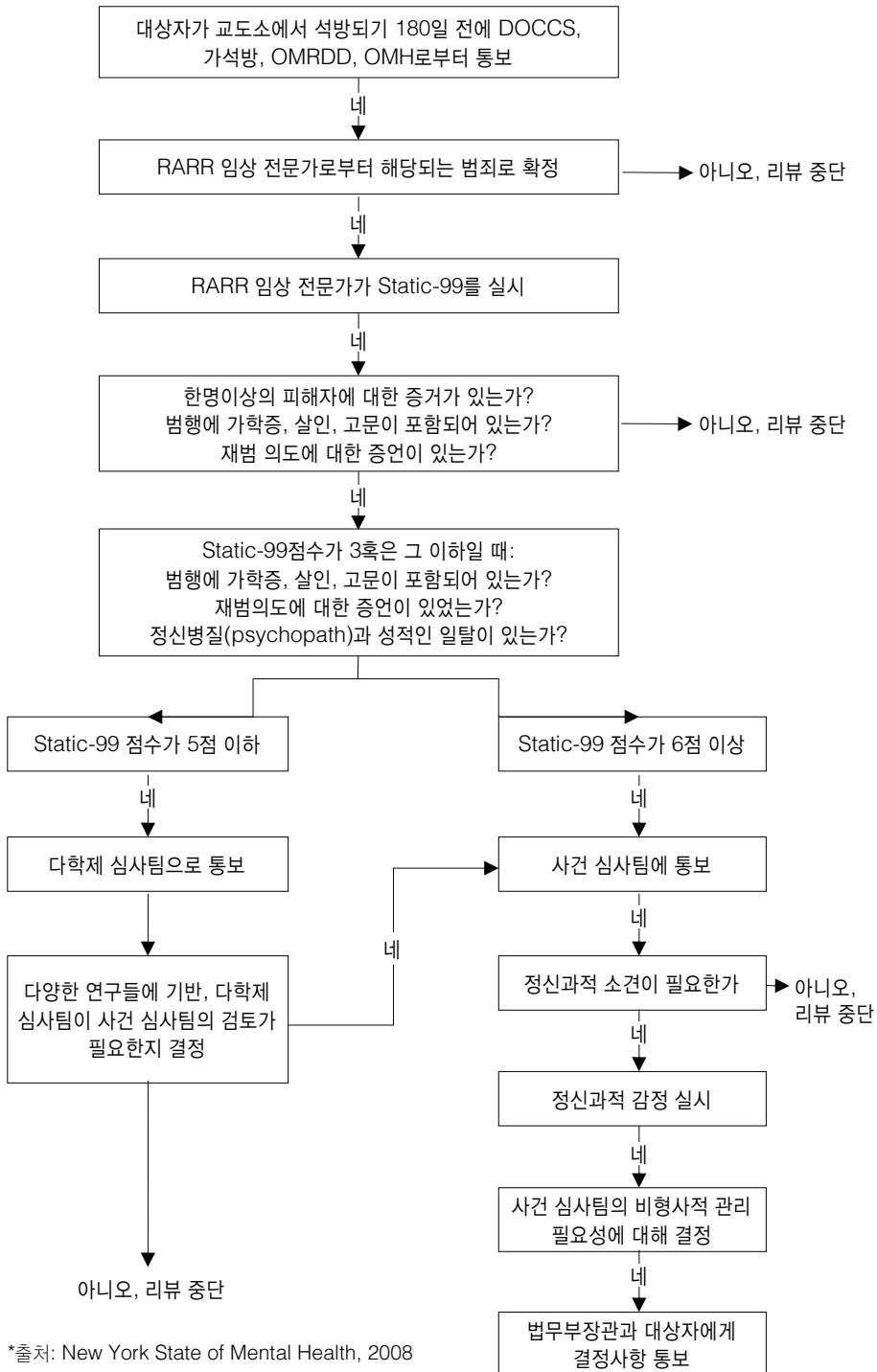
② 비행사적 관리의 유형 결정

한편, 위험성에 대한 결정은 정신이상에 대한 판단을 근거로 법원에 의해서 이루어진다. 법무부장관은 앞의 분석을 근거로 법원에 소송을 제기하고, 성범죄자는 변호사를 선임하여 재판을 받게 된다. SOMTA에 의거한 재판과정에서, 정신 감정인은 차후에 대상자에 대해서 구금(confinement) 또는 엄격·집중 감독 및 치료(strict and intensive supervision and treatment)가 필요한지에 대해서 증언할 수 있다.

배심원 혹은 법원은 현재 수감생활을 하고 있는 성범죄자가 정신이상을 가지고 있는지 여부에 관해서 명백하고도 설득력 있는 증거에 의해 판단해야 한다. 입증 책임은 법무부장관이 지며, 만약 배심재판을 하는 경우 정신이상이라는 판단은 배심원들의 만장일치를 통해 이루어져야 한다. 이 과정에서 법원은 배심원에게 범죄사실만을 가지고 정신이상을 가지고 있다고 판단해서는 안 된다는 점을 알려줘야 한다. 만약 대상자의 정신이상에 대해 배심원들이 만장일치를 이루지 못한 경우 60일 이내에 재심을 열고, 또 다시 만장일치를 이루지 못하게 되는 경우 법원은 소를 취하하여야 한다.

배심원 혹은 법원이 명백하고 설득력 있는 증거의 기준으로 ① 대상자가 정신이상을 가지고 있으며, ② 그 이상으로 인해 성범죄를 저지를 강한 속성이 있으며, ③ 이러한 행동을 통제할 수 없고, ④ 만약 시설에 구금되지 않는 경우 타인에게 위협이 되거나 성범죄를 저지를 것으로 판단되는 사람들은 “구금이 필요한 위험한 성범죄자(dangerous sex offender requiring confinement)”로 분류한다(정신위생법 제10.03조 제(e)항). 이 범주에는 속하지 않으나 자신의 행동을 통제하는 데 “심각한 어려움”을 동반하는 “정신이상”이 있는 경우에는 그 대상자는 석방하되 “엄격·집중 감독(strict and intensive supervision)”을 받게 된다(동법 제10.03조 제(f)항).

위 두 유형 중 정신위생법(Mental Hygiene Law) 제10조에 따르면, 몇몇 성범죄자들은 정신이상으로 인해 반복적으로 성범죄를 저지를 성향이 존재하기 때문에 장기적으로 특수치료를 받기 위해 구금 명령을 받는다. 법원은 이러한 사람들을 “구금이 필요한 위험한 성범죄자”라고 판결하고, 그들이 저지를 가능성이 있는 범죄로부터 사회를 보호하기 위해 보안시설에서 치료하도록 명령한다(동법 제10.01조 제(b)항). 구금이 필요한 위험한 성범죄자들은 뉴욕정신과센터(Central New York Psychiatric Center: CNYPC) 혹은 옥텐스버그에 있는 세인트로렌스 정신과센터(St. Lawrence Psychiatric Center)로 이송된다.



[그림 4-7] 뉴욕 주의 성폭력·흉악범 위험성 평가 및 기록 심사 과정
(Risk Assessment and Record Review: RARR)

정신과센터에 수용된 후 성범죄자는 언제든지 석방이나 사회 내에서 엄격·집중 감독 및 치료를 받는 조건 아래에서 석방되도록 청원할 수 있다. 만약 법원이 성폭력홍악범의 청원이 충분한 근거가 있다고 판단한다면 증거심리를 명령할 수 있다. 이와 별도로 각 성폭력홍악범은 1년에 한 번씩 정기적으로 정신 상태에 대해 심사를 받으며(동법 제10.09조 제(b)항), 심사 결과를 근거로 수행자가 증거심리를 신청할 수 있고, 만약 청원이 충분한 근거가 있다고 판단된다면 법원은 증거심리를 열게 된다. 법무장관은 정신보건국 소속 전문가에게 연간심사보고서에 대한 증언을 요구할 수 있으며, 가끔은 수행자도 독립적인 전문가의 조력을 요청할 수 있는데, 이러한 절차를 통해 수행자의 인권을 보호하고 수용의 가장 큰 목적이 치료라는 부분을 강조할 수 있다. 만약 법원이 명백하고 설득력 있는 증거에 기반해 해당 수행자에 대한 구금이 더 필요하다고 결정하면 수감은 계속되지만, 그 기준을 만족시키지 못하게 된다면 엄격·집중 감독 및 치료 프로그램으로 대체할 수 있도록 명령한다(동법 제10.09조 제(h)항). 엄격·집중 감독 및 치료는 성범죄자가 사회 내에서 치료를 받는 것으로 이를 통해 시민들을 보호하고, 재범위험성을 줄이며 범죄자들에게 적절한 치료를 받도록 하는 것을 목적으로 한다(동법 제10.01조제(c)항). 2014년 3월 31일을 기준으로 51명의 성폭력홍악범들에 대한 구금 처분이 엄격·집중 감독 및 치료 프로그램으로 대체되었다.

3) 비행사적 강제구금 중 병행되는 치료프로그램

뉴욕 주에서 구금이 필요한 성범죄자로 분류된 성범죄자들은 2013년 10월 31일을 기준으로 총 334명인데, 이 중 59명이 치료시설로 호송 대기 중이며, 275명이 위험한 성범죄자로 구금되어 있다. 구금되어 있는 275명 중 143명이 재판 결과에 의해서, 92명이 재판 없이 양측의 동의하에, 40명이 엄격·집중 감독 및 치료 대상자였으나 조건을 위반해서 구금되어 있다.

구금이 필요한 성범죄자들에 대한 치료는 위험성-욕구-반응성(Risk-Need-Responsivity) 모델에 의거하며(Andrews & Bonta, 2010: 309), 치료는 총 네 단계로 구성되어 있다. 첫 번째 단계는 예비교육 및 치료에 대한 준비 과정으로, 치료 참여에 대한 대상자의 동기를 북돋우고 변화에 대한 의지를 갖게 한다. 두 번째

단계는 획득 및 연습 과정으로, 대상자는 자신의 범죄사실과 성범죄를 포함한 자신의 성적인 문제점을 살펴보고 자신의 문제점을 확인하며, 문제해결능력과 사회 내 적응을 위한 기본적인 능력을 함양하는 것을 목표로 한다. 세 번째 단계는 체득한 기술 적용 과정으로 참여자는 자신의 일탈적인 성욕을 통제할 수 있는 기술들을 익히고 관리 기술을 연습하게 된다. 마지막 단계는 기술의 유지 및 사회 내에서의 생활에 대한 계획 과정으로 이전 단계를 통해 얻은 긍정적인 효과를 유지할 수 있도록 하는 것에 초점을 맞추며, 사회 내 치료와 구금된 상태에서의 치료를 연계하는 것도 목적이다. 2013년 10월 31일을 기준으로 구금되어 있는 315명의 대상자 중에서 286명(80%)정도가 첫 번째 단계나 두 번째 단계에 속해 있다.

일반적인 치료 외에 특화된 치료가 필요한 집단에게는 별도의 프로그램을 운용하고 있다. 세 가지 특화된 치료 프로그램 대상자들이 있는데, ①인지적 손상을 입은 성범죄자, ②심각하고 지속적인 정신질환을 앓고 있는 성범죄자, ③사이코패스인 성범죄자가 그것이다. 34명이 심각한 인지적 손상, 27명이 심각하고 지속적인 정신질환, 63명이 사이코패스에게 특화된 치료프로그램에 속해 있다.

한편 뉴욕 정신보건국은 2009년부터 일탈적인 성충동을 줄이기 위해 인지행동적 치료와 함께 세로토닌 재흡수 억제제, 남성호르몬 억제제 등의 약물적인 치료도 병행하고 있다. 또한 성기반응검사를 적극적으로 실시해 치료의 계획을 수립하고 치료의 효과성을 측정하고 있다.

마. 성범죄자에 대한 비형사적 강제수용의 운영사례 II: 텍사스 주

1) 성폭력흉악범 외래치료 프로그램

성폭력흉악범의 경우 대다수의 주가 시설 내(inpatient) 치료 프로그램을 통해 위험한 성범죄자들을 격리하고 치료하는데 반해, 텍사스 주 성폭력흉악범법의 특징은 성폭력흉악범법 제정 초기부터 외래치료를 통한 사회 내(outpatient) 치료에 집중했다는 점이다. 텍사스 주는 현재 성폭력흉악범으로 분류된 대상자들에 대해 시설 내 치료보다는 사회 내 치료 프로그램을 운영하고 있는 유일한 주이다. 텍사스 주가 성폭력흉악범들에게 외래치료를 실시하는 가장 큰 이유는 재정적인 이유에서이다. 시설 내에서 이루어지는 수용치료를 위해서는 시설 마련에 천만 달러가

필요하며, 성폭력흉악범 1인당 8만 달러에서 16만 달러의 비용이 들게 되는 반면 텍사스 주의 사회 내 치료는 이의 절반도 안 되는 비용만으로도 가능하다. 또한 성폭력흉악범을 시설에 수용한 경우 강제적으로 치료를 실시할 방법이 없으며, 실제로 이들 중 50~75%가 치료를 거부한다고 알려져 있지만, 사회 내 치료의 경우 치료를 조건으로 석방된 것이기 때문에 치료를 거부하는 경우 중범죄로 처벌받기 때문에 성폭력흉악범의 치료를 강제할 수 있다.

2) 성폭력흉악범법 적용 대상자 선정 절차

텍사스 주의 성폭력흉악범법 적용 대상자 선정 절차는 앞에서 논의한 것처럼 다른 주와 크게 다르지 않다. 우선 텍사스 주의 경우 대상자인 성범죄자는 반복적으로 성범죄 혹은 성적인 동기로 인한 범죄를 저지른 사람들이다. 성범죄는 미성년자와의 접촉성 성범죄 뿐 아니라, 습관적 절도, 미성년자에 대한 납치, 성적 동기로 인한 살인, 그리고 이러한 범죄의 미수뿐만 아니라 예비·음모는 물론 교사까지도 포함한다.

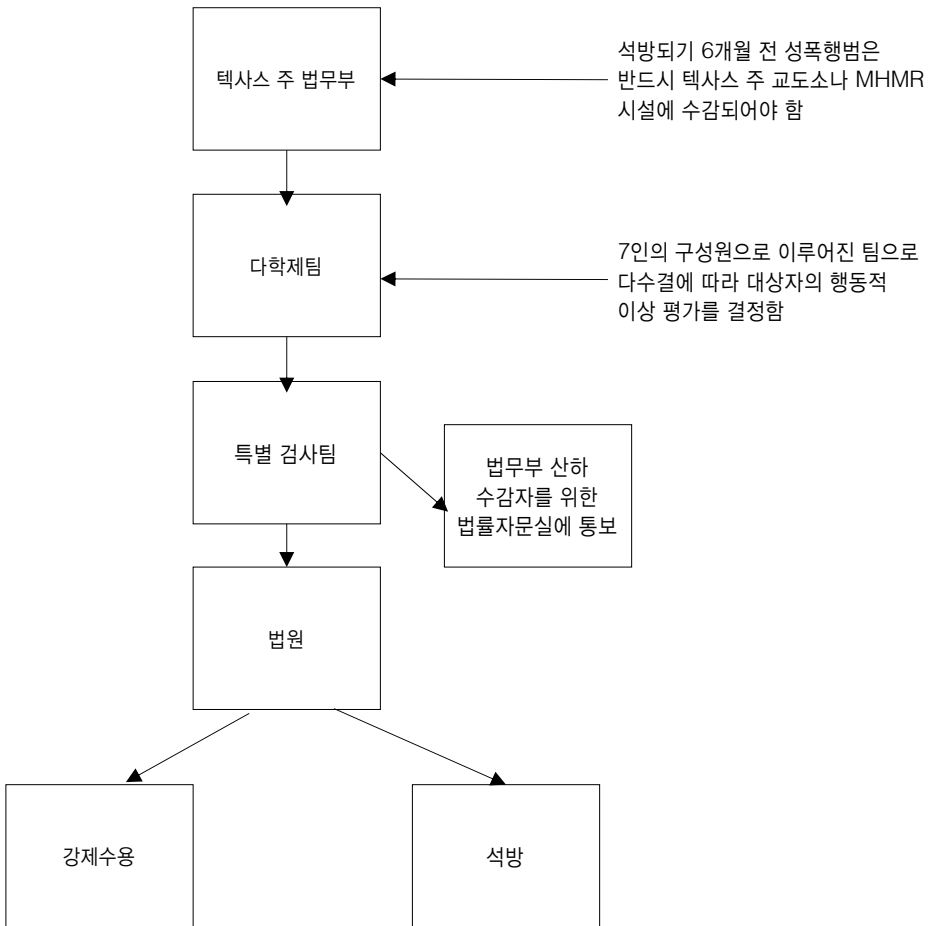
두 번 이상 위와 같은 성범죄를 저지른 반복적인 성범죄자가 석방되기 16개월 전에 텍사스 주 법무부(Texas Department of Criminal Justice)는 범죄자에 대한 심사를 실시한다. 이 과정에서 피고인은 텍사스 교도소나 텍사스 정신보건 및 정신지체부 소속 시설에 구금된다. 구체적인 심사는 다양한 부서에서 파견된 7명으로 구성된 다학제팀이 담당한다. 다학제팀은 법무부 소속 2인, 성폭력범죄자 관리국(Office of Violent Sex Offender Management; OVSOM) 소속 2인, 보건부(Department of State Health Service; DSHS) 소속 1인, 성범죄자 치료협의회(Council of Sex Offender Treatment; CSOT) 소속 1인, 공공안전부(Department of Public Safety; DPS) 소속 1인으로 구성되어 있다. 심사를 마치고 다학제팀원은 다수결로 대상자가 행위적 이상(behavioral abnormality)이 있는지 여부를 판단한다. 행위적 이상은 임상적 면담, 심리검사, 위험성평가, 시설 내 생활기록, 피해자 진술서, 기존의 보호관찰기록 그리고 관련된 의학적·심리학적 기록 및 보고서를 참고해 평가된다. 일단 행위적 비정상이 있다고 판단되면 법무부는 그 사건을 특별 검사팀(Special Prosecutino Unit; SPU)에 통보하는데, 특별 검사팀은 텍사스

주의 모든 성폭력흉악범 사건들을 담당하며, 피고인을 성폭력흉악범법에 의거해 강제수용으로 기소할 것인지를 결정하게 된다.

보건 안전법(Health and Safety Code) 제841.005조에 따르면, 특별 검사팀이 비형사적 강제수용 대상자로 기소를 결정한 경우 텍사스 주 법무부 소속의 수감자를 위한 법률자문실(Office of State Counsel for Offenders)에도 그 사실을 통보함으로써 대상자가 법률적인 조언을 받을 수 있도록 돕는다. 법무부가 우선 대상자에 대한 초기 평가과정을 진행하고, 특별 검사팀과 대상자(혹은 법률자문실)는 대상자의 행위적 이상에 대한 다른 전문가 검증을 실시할 수 있다(동법 제841.061조). 이 과정에서 대상자의 임상적 인터뷰, 심리학적 평가, 위험성 평가, 수감기록, 그리고 관련된 모든 의학적 심리학적 기록 및 보고서를 살펴보게 된다.

텍사스 주에서 성폭력흉악범 사건에 대한 모든 재판은 몽고메리 카운티(Montgomery County) 법정에서 열린다. 강제수용 결정절차(commitment proceeding)는 판사와 12명의 배심원단, 혹은 특별 검사팀과 대상자 사이의 동의를 통해 결정된다. 배심원이나 판사는 “장래의 행동”에 대해 예측하도록 요구받지 않으며, 다만 이 과정에서 “대상자가 반복적으로 성범죄를 저질렀는가?”와 “대상자가 행위적 이상을 겪고 있으며 그러한 문제점이 대상자를 성폭력 행동을 하게 할 가능성이 있는가?”라는 두 가지 질문에 대해서만 합리적 의심을 넘어서 결정하면 된다(동법 제841.062조). 이때 배심원단은 만장일치의 방식을 따르며 그들의 결정이 어떤 의미를 갖는지에 대해서는 알려주지 않는다. 만약 판사나 배심원단이 위 두 가지 질문에 대해 “예”라는 결론에 도달하게 되면 대상자에게는 성범죄자 외래치료 프로그램(outpatient sexually violent predator treatment program) 참가 명령이 내려진다. 강제수용 결정절차를 통해 성폭력흉악범으로 판정된 경우 법원은 대상자에 대한 거주·통신 등에 대한 제약과 치료프로그램 참가 명령을 내리고 그 판결문을 사건담당자에게 통보한다.

성폭력흉악범법이 실시된 1999년부터 2011년 11월까지 다학제팀은 41,393명의 성범죄자들 중 6,318명을 심사하였고, 피심사자들 중 약 20%인 1,214명이 행위적 이상을 가지고 있는 것으로 판단되었으며 다시 이들 중 약 70%인 837명이 특별 검사팀에 넘겨져 이들 중 27%인 229명이 결과적으로 비형사적 강제수용의 대상자가 되었다.



[그림 4-8] 텍사스 주의 성폭력흉악범에 대한 비행사적 강제수용 결정 절차

3) 석방 후 성폭력흉악범에 대한 치료프로그램

치료프로그램의 시작은 대상자가 텍사스 주 교도소나 병원 혹은 재판의 결과로 석방되는 시점에서 시작된다. 대상자는 행위적 이상이 현저히 감소해 성폭력 행위를 저지르지 않게 될 때까지 이 프로그램의 대상이 된다(텍사스 보건안전법 제 841.081조). 심의위원회는 사회 내 성폭력흉악범 치료프로그램의 집행자로서, ① 사건에 대한 종합적 관리, ② 대상자의 주거지 제한 구역에 대한 심의, ③ 강도 높은 성폭력범 치료(수용치료, 집단 및 개인치료, 가족치료 등), ④ GPS위치 추적, ⑤ 향

남성호르몬제(Anti-androgen) 처방, ⑥ 강제적 성기반응검사(penile plethysmographs), ⑦ 대상자 검사(2년마다), ⑧ 약물 남용 검사 등의 임무를 수행한다. 프로그램이 시작되면 성폭력흉악범은 사건 전담관(case manager)에게 할당되고, 전담관은 유관기관간 사건관리팀(interagency case management team)의 의장으로 대상자에 대한 치료·감독·GPS 추적에 관한 사항을 조정한다. 사건 전담관은 월간 5회 내지 8회 치료프로그램 대상자와 대면접촉을 하며, 약 18회 정도의 비대면접촉을 하게 된다. 사건 전담관은 공공안전부, 시설 내 직원(residential staff), 가석방 담당관(parole officers), 그리고 지역 검사들과 함께 업무를 담당하게 된다.

심의위원회와 계약을 맺은, 면허가 있는 성범죄 치료자만이 성폭력흉악범 치료 프로그램을 운영할 수 있다. 성범죄자 집단치료 프로그램은 범죄 유형에 맞게 구성되며, 10명의 범죄자들로 제한을 둔다. 성범죄자 치료는 인지행동적 접근, 흥분 통제, 피해자에 대한 공감, 재발 방지, 생의학적·정신약리학적 접근, 사회적 능력 증진, 합병증 진단, 지원시스템 증강, 그리고 사후관리 등의 요소로 구성되어 있다. 일반적인 성범죄자들은 일주일에 한 번 집단치료 프로그램을, 한 달에 한 번 개인치료 프로그램에 참여하게 된다. 반면 성폭력흉악범은 일주일에 두 번 집단치료 프로그램에, 한 달에 두 번 개인치료 프로그램에 참여해야 한다. 그리고 법원은 성폭력흉악범에게 최근 범죄사실, 성적 전력, 현재 생활 등에 대해 거짓말탐지기 검사를 명령할 수 있다. 부가적으로 법원은 성적인 흥분과 치료의 효과성을 측정하기 위해 성기반응검사를 명령할 수도 있다. 법원의 치료명령을 어기는 행위는 3급 중범죄로 그 위반자는 텍사스 주 법무부 산하 기관에 수감된다(동법 제841.085조).

성폭력흉악범은 2년마다 한 번씩 재검사를 받을 권리가 있다(동법 제841.101조). 사건 전담관은 성폭력흉악범에 대한 비행사적 강제수용의 시작과 동시에 해마다 성폭력흉악범에게 그가 재심을 요구할 권리가 있음을 서면으로 알려야 한다. 심의위원회는 대상자에 대한 검사를 실시할 전문가와 계약을 체결한다. 사건 전담관은 검사와 함께 판사에게 보고서를 제출해야 하며, 판사는 2년마다 한 번씩 성폭력흉악범의 상태에 대한 심사를 실시한다. 성폭력흉악범은 변호사를 선임할 권리를 갖지만 판사의 심사에 직접 참여할 권리는 없다. 판사가 심사를 통해 성폭력흉악범에게 부과된 요구사항이 변화할 필요가 있거나 성폭력흉악범의 행위적 이상이 성적으로 더욱 폭력적인 행동을 유발할 수 있는 가능성이 없을 만큼 현저히 감소하

였다고 판단한다면 사실 심리를 열 수 있다.

사실 심리가 시작되면 성폭력홍악범법 적용 대상자와 정부는 즉각적인 재검사의 권리를 갖는다. 성폭력홍악범법은 사실 심리 과정에서는 재판에 참여할 권리와 처음 강제수용을 결정할 때와 마찬가지로 절차상의 권리를 갖는다. 성폭력홍악범 또는 검사의 요청이 있는 경우 법원은 배심원 앞에서 심리를 열어야 한다. 정부는 성폭력홍악범의 행위적 이상이 아직 크게 변화되지 않았음을 합리적 의심을 넘어서 증명해야 하는 입증책임을 진다. 사건 전담관은 대상자에 대한 치료 수용의 해제를 요구하는 청원을 할 수 있다. 이 경우에도 정부는 합리적 의심을 넘어서 대상자의 행위적 이상이 변화하지 않았음을 증명해야 할 의무를 지닌다.

현재 텍사스 주에는 321명이 성폭력 홍악범으로 분류되었으며, 이 중 52%가 지역사회에 거주하고 있다. 텍사스 주는 캘리포니아 주, 몬태나 주, 플로리다 주와 함께 물리적 거세를 허가하는 주로, 수용기간 중 대상자 스스로가 절차를 요구하여 물리적 거세를 받을 수 있고, 이를 통해 대상자는 선고유예를 받을 수 있으며 판사가 정한 일정기간이 지난 후에는 유죄판결에 대한 기록 자체가 삭제된다. 이 때 대상자는 21세 이상으로 최소한 두 번 이상의 성범죄로 유죄를 받아야 하고 최소 18개월 이상의 성범죄자 치료를 받아야 하며, 낮은 남성호르몬(testosterone)의 효과에 대해 이해하기 위해 화학적 약물치료를 받아야 한다. 또한 수술 전에 정신과의사와 심리학자로부터 물리적 거세에 적합한지 여부에 대한 판정을 받아야 한다. 텍사스 의료협회는 대상자에게 적절한 물리적 거세 절차에 대해서 자문하고, 대상자는 어떠한 외부 압력 없이 스스로 물리적 거세 여부를 판단하도록 되어 있다.

4. 교정시설 내 성범죄자 치료

가. 미국 교정시설 내 성범죄자 치료프로그램 운영 현황

미국의 교정시설 내에서 운영되는 성범죄자 치료프로그램은 공공의 안전을 보장하기 위한 성범죄자 관리 및 봉쇄(containment)의 주요한 수단으로 활용되고 있다. 미국에서는 교정시설 내 성범죄자 치료프로그램 참여자를 선정하는 데 있어서 그 기준은 유죄판결을 받은 범죄에만 국한되는 것이 아니라 당해 범죄 및 과거 범

죄경력과 관련된 사실들이 성적인 특성을 가지는지 여부까지 포함한다. 리처드 G. 린스(Richard G. Lins)의 2006년 조사(Heil & English, 2007에서 재인용)에 따르면, 6개 주만이 유죄판결을 받은 범죄만을 기준으로 치료프로그램에 참여해야 할 성범죄자를 선정하였으며, 30개 주에서는 유죄판결을 받은 범죄의 사실적 기초를 살펴보고, 33개 주에는 과거의 범죄경력까지도 살펴보았으며, 10개 주는 청소년 비행까지도 고려하고, 12개 주는 경미한 성범죄까지도 고려하는 것으로 나타났다. 아래에서는 위 2006년 조사를 바탕으로 미국 교정시설 내 성범죄 치료프로그램 운영 현황에 관해 살펴본다.⁶¹⁾

각 주의 성범죄자 치료프로그램의 운영에는 상당한 다양성이 있는 것으로 나타났다. 우선 성범죄자를 전문적으로 치료하는 치료자의 수에 있어서 주마다 큰 차이를 보였는데, 루이지애나 주와 로드아일랜드 주의 경우 프로그램 치료자를 두 명만 두고 있는 반면에 텍사스 주는 65명의 치료자를 두고 있었다. 그리고 26개 주가 10명 미만의 치료자를 두고 있는데, 이러한 조사 결과는 미국 전역에 수감되어 있는 성범죄자 수에 비해 이들을 치료하는 치료자의 수가 매우 부족함을 보여 준다.

치료프로그램의 기간에 있어서도 주마다 상당한 차이를 보인다. 예를 들어, 조지아 주는 6개월짜리 치료프로그램을 운영하는 반면에 메인 주는 24개월짜리 치료프로그램을 운영하고 있다. 7개 주에서만 24개월 이상의 프로그램을 운영하고 있었고, 3개 주에서는 불확정 기간의 프로그램을 운영하고 있었다. 치료프로그램의 기간에 있어서는 2000년과 비교하여 기간에 대한 제약이 강화된 것으로 보이는데, 2000년 조사(West, Wenger, & Suthers, 2000)에서 치료프로그램의 기간을 보고하였던 34개 주 중에서 28개 주가 1년 이상의 치료프로그램을 시행하고 있었고, 이 중 19개 주는 최장 3년의 치료프로그램을 8개 주는 3년 이상의 치료프로그램을 시행하고 있었다.

치료프로그램 참여에 대한 인센티브 제도도 주마다 차이를 보인다. 인센티브는 치료프로그램의 효과를 높임으로써 성범죄자의 삶을 변화시키는 데 중요한 수단

61) 이하 내용 중 2006년 조사에 관한 설명은, Richard G. Lins (2006) *The 2006 50 State Survey of Sex Offender Prison Programs*, Colorado Department of Corrections, Colorado를 소개한 Heil & English (2007)을 바탕으로 한다.

이 된다. 19개 주에서 치료프로그램 참여를 기초로 형기를 단축시켜 준다(earning time). 출소 후 감독(post-release supervision) 제도를 두고 있는 26개 주 중 14개 주에서는 가석방 추천에 있어 치료프로그램 참여 사실이 하나의 고려 기준이 된다(parole recommendation). 또한 14개 주에서는 어떤 수형자를 보안 등급이 낮은 수감시설로 이송할지를 결정하는 데 있어 치료프로그램 참여 사실이 고려된다(progressive move). 예를 들어, 콜로라도 주는 이 세 가지 인센티브들을 모두 활용하는 반면에 아이오와 주, 캔자스 주, 네브래스카 주, 뉴멕시코 주, 노스다코타 주, 사우스다코타 주는 이 세 가지 인센티브 중 두 가지만을 사용한다.

일반적으로 시설 내에서 어떤 성범죄자를 우선적으로 치료프로그램에 참여시킬지를 결정하는 데 있어서 가석방 시기가 주요한 판단기준이 된다. 콜로라도 주, 하와이 주, 아이다호 주, 캔자스 주, 켄터키 주, 뉴저지 주, 워싱턴 주는 가석방 시기를 유일한 기준으로 삼고 있다. 반면에 코네티컷 주, 델라웨어 주, 미네소타 주, 뉴멕시코 주, 사우스캐롤라이나 주, 사우스다코타 주, 텍사스 주, 웨스트버지니아 주, 위스콘신 주에서는 재범위험성평가점수(동적위험요인 중심)가 판단 기준이 된다.

프로그램들은 구조, 단계, 복잡성, 강도에 있어서도 다양성을 보여준다. 그러나 인지행동치료법의 사용과 재범방지라는 측면에서 ① 치료를 위한 평가, ② 치료에 대한 오리엔테이션과 필요조건 교육, ③ 교육 또는 심리교육(pschoeducation), ④ 인지행동적 집단치료, ⑤ 집중 치료(집단치료 또는 거주 치료), ⑥ 사회로의 이행(transition into the community), ⑦ 사후관리(aftercare)와 같은 공통적인 요소들로 구조화되어 있다(West 등, 2000).

나. 뉴욕 주의 성범죄자 치료프로그램의 운영 방식⁶²⁾

현재 뉴욕 주 교정서비스부(N.Y. Department of Correctional Services)는 미국 내에서 규모가 가장 큰 성범죄자 상담 및 치료프로그램(Sex Offender Counseling and Treatment Program, 이하 SOCTP)을 운영하고 있다. SOCTP는 2007년 입법을 통해서 강화된 성범죄자 치료프로그램이다. 해당 교정부에서는 확정판결을 받

62) 이하 내용은, N.Y. Office of Guidance and Counseling(2008), Sex Offender Counseling and Treatment Program Guidelines를 번역·정리한 것이다.

은 성범죄자뿐만 아니라 성범죄자 상담 및 치료를 통해서 긍정적인 도움을 받을 것으로 기대되는, 성범죄적 행동 전력이 있는 범법자들에게도 해당 프로그램을 제공하고 있다. 석방된 성범죄자들 중 극히 일부만이 비행사적 강제수용 절차의 대상이 된다. 대부분의 성범죄 전과자들은 출소 후 지역공동체 안에 살면서 자신의 행동을 스스로 통제할 책임을 지게 된다. 따라서 SOCTP는 프로그램 참가자들이 친사회적이고 법을 준수하며 생산적인 삶을 살아가는 데 필요한 지식과 기술을 습득하는 데 집중하고 있다.

뉴욕 주는 교정법(Correction Law) 제622조(성범죄자 치료프로그램)를 2007. 4. 13.자로 발효시킴으로써 성범죄자 치료프로그램 운영의 법적 근거를 마련하게 되었다. 이 치료프로그램은 성범죄자에 대한 상담과 치료를 통해서 성범죄로 나아가는 행동의 고리를 통제할 수 있도록 하여 성범죄의 재발을 억지하도록 하는 것을 목표로 하고 있다.

교정법 제622조는 성범죄자 치료프로그램에 관한 6개의 하위 항목들로 구성되어 있다. 각 하위 항목들은, ① 치료프로그램 참여 대상자의 자격, ② 치료프로그램의 목적 및 기간, ③ 주거프로그램(residential program) 운영, ④ 주거프로그램의 운영진, ⑤ 치료프로그램 참여 대상자에 대한 평가, ⑥ 치료프로그램 참여 대상자가 정신지체와 발달장애가 있는 경우를 다루고 있다.

1) SOCTP 참여 자격

이 법에서 말하는 성범죄자는 성범죄자 등록법(Sex Offender Registration Act, 2011)에 따라 신상정보를 등록해야 하는 성범죄자나 정신위생법 제10.03조 제(g)항에 따라 비행사적 관리(civil management)를 받는 수용자에 국한된 것이 아니다. 앞서 언급한 대로 SOCTP의 대상이 되는 성범죄자란, 성범죄로 확정판결을 받은 자, 성범죄 전력이 있는 수감자, SOCTP를 통해 개선될 수 있을 것으로 예상되는 성범죄적 행동의 전력이 있는 수감자 등을 모두 포함하는 광의의 개념⁶³⁾이다.

63) 구체적인 자격 요건은 다음 항목 중 하나 이상에 해당하는 경우이다.

- i. 뉴욕 주 정신위생법 제10.03조에 정의된 성범죄의 예비·미수·기수로 형을 선고받고 복역하거나 형법(Penal Law) 제130.91조 또는 제130조의 성범죄에 해당하는, 성적인 동기를 가진 중범죄로 형을 선고받고 복역 중인 범죄자인 경우.
- ii. 성범죄가 아닌 범죄로 정기형 또는 부정기형을 선고받고 복역하는 범죄자 중 경한 성범죄

2) SOCTP의 일반적 운영원리

SOCTP의 기간은 참여자인 성범죄자의 구체적인 치료욕구에 대한 초기 평가와 이후 개선 정도에 대한 평가에 따라 달라진다. 단, 치료프로그램의 참여 기간은 최단 6개월로 한다.

SOCTP의 유형에는 주거(residential) 상담프로그램과 모듈(비주거) 상담프로그램이 있다. 첫째, 주거프로그램은 중위험군 및 고위험군에 속하는 참여자들을 대상으로 하며, 프로그램 참여자들은 치료공동체(therapeutic community) 개념으로 구성된 한 단위로 묶여 시설에 수용되어 상담프로그램에 참여하게 된다. 이때 참여자의 위험 정도에 따라 수용되는 시설이 달라진다. 둘째, 모듈프로그램은 재범 위험성에 있어서 저위험군 및 중위험군에 속하는 범법자들을 대상으로 한다. 출장 시스템을 기반으로 프로그램 참여자들이 상담이 진행되는 특정한 장소로 모여 프로그램에 참가한다. 상담실은 법적 허용 범위 안에서 그룹 프라이버시를 보장해준다. 이 프로그램에 참여하는 대상자들은 각각의 특성별로 묶인다(예: 시각장애, 청각장애 등).

SOCTP의 참여 시기는 성범죄자의 석방일을 기준으로 결정된다. 저위험군 참여자의 경우 가장 이른 가석방일(earliest release date [ERD])로부터 18개월 전에,

(misdemeanor sex offense)에 대한 신고 요건이 충족되는 경우.

- iii. 범피자가 성범죄가 아닌 범죄에 대해 유죄인정을 하였지만 판결전 보고서나 기타 관련 서류에 유죄인정을 한 범죄를 범함에 있어서 성적인 특성을 가진 행동이 수반되었다는 증거가 있거나 그 범피자가 성범죄에 대한 보호관찰 위반 중에 형을 선고받은 경우.
- iv. 복역 중에 범피자가 경한 성범죄나 성적인 특성이 있는 행동이 수반된 다른 범죄로 인하여 구금된 경우.
- v. 범피자의 죄목이 1급·2급 성범죄자로서 등록법 위반(COR Law 168-t)인 경우.
- vi. 보호관찰 위반으로 재구금된 범피자(RPV) 중 석방 전 성범죄자 상담이 필요하다고 평가되었으나 SOCTP를 완료하지 않은 경우.
- vii. RPV 중 긍정적 지원의 부재, 감독 및 치료에 대한 불응, 고용 불안정 또는 약물 남용 등과 같은 성범죄 재범 위험성 요소들 중 하나 이상에 해당되어 감독이 철회된 경우(성범죄 행동 전에 보였던 다른 위험 요소들도 고려 대상이 됨).
- viii. 가석방 철회의 원인에 성적인 특성이 있는 경우.
- ix. 성범죄, 성범죄를 범할 위험, 성적인 특성 또는 의도의 형법 위반 등으로 수형자 행동 기준(Standards of Inmate Behavior)에 대한 유죄 판결.
- x. SOCTP 완료 후 성범죄, 성범죄를 범하겠다는 위협, 성적인 특성 또는 의도를 가진 형법 위반 등으로 수형자 행동 기준 위반에 대해 유죄 판결을 받은 경우.
- xi. SOCTP 완료 후 음란물 등의 소지 등으로 수형자 명령위반 행동 기준(Standards of Inmate Behavior of Disobeying a Direct Order) 위반에 대한 유죄 판결을 받은 경우.

중·고위험군 참여자의 경우 조건부 가석방일(conditional release date [CRD])로부터 36개월 전에 프로그램에 참여시킨다. 참여자는 필수적인 평가서를 제출해야 하며, 음란물에 대한 접근 포기 각서에 서명하여야 한다.

3) SOCTP 참여자에 대한 평가 및 배치

재범위험성은 STATIC-99를 이용하여 평가한다. 정신위생법 제10.03조 제(p)항에 정해진 특정한 범죄들 중 하나 이상에 대한 확정판결을 받은 범죄자의 경우 정신보건국 성범죄자평가과(Sex Offender Assessment Unit)가 평가를 할 수 있다. 재범위험성에 관한 평가를 받지 않은 참가자의 경우 SOCTP 담당자에 의해 평가된다. 재범위험성에 대한 평가 결과는 저위험군, 중위험군, 고위험군 중 하나로 정해진다.

정신위생법 제10.03조 제(p)항의 범죄에 대한 확정판결을 받은 참여자는 정신보건국 담당자에 의한 심리성적 평가를 받을 수도 있다. 이와 같은 참여자들에 대해서는 정신보건국 담당자가 프로그램 오리엔테이션 단계에서 참여통보서식(Participation Notification Form)을 작성한다. 만약 정신보건국이 특정한 범죄자가 프로그램 참여해서는 안 된다고 판단하는 경우 그 범죄자는 프로그램에 참여할 필요는 없고, 의학적으로 또는 정신과적으로 참여가 불가능함(medically or psychiatrically unable to participate)을 나타내는 지위 코드(MPU)가 부여된다.

4) SOCTP와 관련된 이송절차

법적으로 강제되는 성범죄자 상담은 시기에 맞춰 제공되는 것이 매우 중요하다. 뉴욕 주 교정법 제622조에 따르면, 비행사적 관리 여부에 대한 심사 전에 SOCTP 이수가 완료되어야 한다. SOCTP가 운영되는 시설에 이미 수용되어 있는 범죄자의 경우 SOCTP 참여 시기가 되면 해당 프로그램 담당자가 그 범죄자를 맡게 되고, SOCTP가 운영되지 않는 시설에 수용되어 있는 범죄자의 경우에는 SOCTP 참여 시기가 되면 해당 프로그램이 운영되는 시설로 이송된다. SOCTP에 참여할 때가 된 범죄자들의 명단을 받은 중앙 지도소는 교정시설에 해당 범죄자들에 대한 이송 요청을 보낸다. 절차적으로 가석방일이 가장 먼저 도달하는 범죄자들은 프로

그램에 우선적으로 참여하게 된다.

구체적인 이송 절차는 다음과 같다. 중앙 지도소 산하의 성범죄자 상담과(Sex Offender Counseling Unit)는 프로그램에 참여할 자격을 갖춘 참여자가 수용되어 있는 교정시설의 교정 상담사에게 해당 참여자를 SOCTP 운영 교정시설로 우선 이송해야 한다는 요청서를 제출하도록 이메일을 보낸다. 특별한 사정이 없는 한 3일 안에 이송 요청서가 제출되어야 한다. 만약 이 기한을 맞출 수 없는 경우 담당자는 중앙 지도소에 이메일 답변을 통해서 이를 고지해야 한다.

5) SOCTP 참여에 대한 평가

유지심사위원회(Retention Review Committee, 이하 RRC)는 프로그램 상황을 평가하고, 범죄자의 개인적인 의사결정과정에 영향을 주어 프로그램에 대한 생산적인 참여와 만족스러운 적응을 돕는 것을 목적으로 한다. 3명 이상으로 구성된 RRC는 저조한 수행, 징계, 지속적인 불복종, 프로그램 이수 실패에 관한 심사를 하기 위해 참여자를 면담한다. RRC는 성취 정도가 불량한 참여자를 대상으로 교육을 시행한다(행동 계약, 경험 습득 등).

참여에 있어 불량한 태도를 보이고 자신의 성적 문제를 매우 강력하게 부인하는 SOCTP 참여자라고 해도 치료에서 배제될 수는 없다. 성범죄자 상담의 필요성과 성범죄자 상담의 자발성은 별개의 문제이기 때문이다. 물론 이러한 대상자에게는 치료를 강제할 수는 없지만 SOCTP에 참여할지 여부를 결정하는 데 도움이 될 수 있는 정보를 제공해야 한다. SOCTP의 법적·도덕적 의무는 성범죄자들 스스로 자신의 일탈적 행동을 조절할 수 있는 도구를 활용할 수 있도록 하는 것이다. 물론 이러한 도구를 이용할지 여부는 성범죄자 자신의 결정에 달려 있다.

6) 치료 때문에 발생할 수 있는 법률적 문제에 대한 SOCTP 참여자들의 우려

SOCTP 참여자의 법적 우려는 효과적인 치료에 있어 방해가 된다. 치료프로그램에 몰입하여 최선의 효과를 얻기 위해서는 참여자가 자신의 성범죄적 행동에 관한 전력을 가능한 한 충분하고도 솔직하게 이야기해야 한다. 그러나 종종 참여자들은 이러한 자기 고백이 법적으로 불리하게 작용하지는 않을지 우려한다. 다시

말해, 자기부죄금지의 원칙과 충돌하는 것은 아닌지가 문제가 된다. 따라서 참여자들이 복역과 관련이 있는 범죄뿐만 아니라, 자신의 특정한 범죄에 관해 보고해야 할 의무는 없다. 프로그램 안에서 참여자가 한 구술이나 서면 진술도 불리하게 작용하지 않는다. 또한 프로그램 참여자들은 프로그램에 참여하면서 지득하게 된 타인의 범죄 사실들에 관해서 비밀을 엄수하여야 하고 형사소송절차상 증언하지 않아야 한다.

성공적인 프로그램 참여를 위해서 범죄자는 자신의 행동을 이야기함에 있어 피해자나 범죄 장소, 시간 등 구체적인 범죄 사실들을 말하지 않고 일반적인 용어들을 사용할 수 있다. 다만 범죄자는 자신이 수용된 원인 행동에 관해서 솔직하게 이야기하고 그 행위에 대한 책임을 수용하고 성범죄적 행동과 폭력의 사이클을 이해하였음을 보여줘야 한다. 그러기 위해서는 수감되게 된 행위뿐만 아니라 성범죄적 행동의 전력을 모두 충분하고도 솔직하게 이야기할 것이 기대된다. 형사적 개입이 있었는지 여부와는 상관없이 그 행동과 관련된 자신의 개인적인 사고와 느낌을 충분히 말해야 한다. 범죄행위의 구체적인 사실에 관해서는 이야기할 의무가 없다.

7) SOCTP 참여 거부

SOCTP 참여를 거부한 성범죄자도 인터뷰를 받게 된다. SOCTP 담당자는 프로그램의 내용과 그로부터 얻을 수 있는 이익에 관해서 설명한다. 참여자들은 프로그램의 성공적인 참여가 지역사회로의 성공적인 재진입으로 연결된다는 점을 알 필요가 있다. 상담자는 프로그램에 참여했을 경우 얻어질 긍정적인 효과뿐만 아니라 프로그램에 참여해야 하는 것으로 평가되었음에도 불구하고 이를 거부하였을 때 받게 될 불이익에 관해서도 상세하게 설명해야 한다. 특히 해당 프로그램의 성공적 참여 여부는 정신위생법상 비행사적 관리의 필요성을 심사하는 데 있어서 주요한 고려 요소가 된다.

수정헌법 제5조의 권리를 위반한다는 주장을 하면서 SOCTP 참여에 부정적인 대상자는 프로그램 참여를 거부한 것으로 간주한다. 연방 제2 항소 순회 법원(Second Circuit United States Court of Appeal)은 존슨 대 베이커 판결(*Johnson v.*

Baker, 1997)에서 주 정부의 공무원이 질의에 대한 부담에 대해 불리한 행정적 조치를 취할 수 있고, 그 조치가 그 불응에 대해서만 내려진 것이라면 헌법적인 문제는 없다고 판시하였다. 또한 법원은 자신의 특정한 범죄 행위에 대해 말하지 않으려는 범죄자는 갇혀있는 절차로부터 긍정적인 효과를 보기 어렵다고도 말하고 있다.

범죄사실의 구체적인 정보를 제공할 의무가 없고 프로그램 참여 중에 한 진술은 형사절차에서 사용되지 않기 때문에 SOCTP 참여가 자신의 헌법적 권리를 침해한다고 주장하는 범죄자는 프로그램의 참여를 거부하는 것으로 볼 수 있게 된다.

치료팀은 치료 거부자들과 인터뷰를 진행하고 프로그램 거부 서류를 작성하도록 한다. 이 서류에 서명하는 것을 거부하는 경우 이를 거부 서류에 표기한다. 프로그램 참여를 거부하였던 범죄자는 언제라도 다시 프로그램 참여를 요청할 수 있다. 이러한 경우 해당 범죄자가 프로그램 참여를 시작하기 전까지는 거부 사실이 남는다.

8) SOCTP의 종료 및 재참여

SOCTP의 종료에는 충족적 종료(Satisfactory Discharge), 행정적 종료(Administrative Discharge), 불충족적 종료(Unsatisfactory Discharge)가 있다.

충족적 종료는, 참여자가 성범죄 행동에 대한 책임을 받아들이고, 성범죄 행동의 사이클을 이해하고, 재발에 대한 적절한 개입과 방지 전략에 대해 실행 가능한 석방(후) 계획을 수립한 경우를 의미한다. 행정적 종료는, 참여자의 개인적 잘못 없이 이송된 경우나 건강상의 문제 등과 같은 이유로 프로그램에서 빠지게 된 경우에 해당한다. 만약 건강 또는 정신적인 이유로 행정적 종료가 있는 경우 이를 요청한 지도소는 이러한 이유가 제거되었다면 이를 지도과에 고지하여야 한다. 이러한 고지에 따라 SOCTP에 재참여를 시작할 수 있다.

불충족적 종료는, 참여자가 피해자에게 직·간접적으로 연락을 취한 경우, 참여자가 상담 중에 성적인 행동을 한 경우, 노출증과 같은 일탈적인 충동 및 행동을 통제할 수 없음이 밝혀진 경우, 참여자가 다른 참여자들을 위협에 처하게 하는 폭력적이고 공격적인 행동을 한 경우, 참여자가 프로그램의 규칙, 정책, 절차를 따르

지 않은 경우, 참여자가 프로그램에서 긍정적인 발전을 보이지 않는 경우에 해당한다. 이러한 결정을 내리기 위해서는 치료팀의 심사가 필수적이다.

불충족적 종료에 해당하는 참여자가 성적인 재범 사이클을 다시 나타내는 경우 SOCTP에 다시 참여할 수 있다. 재참여 기회를 줄지 여부는 범죄자의 태도와 프로그램 목적에 대한 몰입을 바탕으로 결정된다. 해당 범죄자는 자신이 왜 불충족적 종료에 해당하였는지를 진술한 요청서를 교정 상담사에게 제출한다. 만약 문제가 되었던 행동에 변화가 있고 프로그램에 몰입할 것으로 기대되는 경우 재참여가 허가된다.

다. 텍사스 주의 교정시설 내 성범죄자 치료프로그램

텍사스 주는 1990년대 후반부터 입법을 통해 교정시설 내 성범죄자 치료프로그램을 운영해왔다. 1998년 입법된 텍사스 주정부 법(Texas Government Code) 제493.001조 및 제493.0052조는 텍사스 주 법무부(Department of Criminal Justice) 산하에 프로그램 및 서비스 과(Program and Services Division)를 두도록 하고, 이 부서로 하여금 텍사스 주 법무 위원회(Texas Board of Criminal Justice)가 정한 회복과 재결합 프로그램 및 서비스를 운영하도록 하였다. 이 위원회는 관할 부서에서 텍사스 주 법무부의 어떤 프로그램을 담당할 것인지를 결정할 수 있는 권한을 가진다. 2014년 현재 성범죄자 치료프로그램은 텍사스 주 산하 갱생프로그램과(Rehabilitation Programs Division)가 담당하고 있다.

텍사스 주 법무부의 갱생프로그램과는 성범죄자 교육프로그램과 성범죄자 치료프로그램을 제공한다. 성범죄자 교육프로그램은 재범위험성이 낮다고 평가된 성범죄자를 대상으로 하는 4개월짜리 프로그램이다(Texas Department of Criminal Justice, 2013: 40). 이 교육프로그램에서는 건강한 성, 분노 및 스트레스 조절, 대인관계, 인지적 재구성 등에 관한 다양한 교육이 이루어진다.

텍사스 주의 성범죄자 치료프로그램에는 18개월짜리 집중 치료프로그램(SOTP-18)과 9개월짜리 중간 강도의 치료프로그램(SOTP-9)이 있다(Texas Department of Criminal Justice, 2013: 40-41). SOTP-18은 재범위험성이 높다고 평가된 성범죄자들을 대상으로 하고, 치료공동체 환경 안에서 성범죄자가 자신들의 행동과 치료

진행에 대한 즉각적인 피드백을 받을 수 있는 프로그램이다. SOTP-9은 재범위험성이 중간 정도로 평가된 성범죄자들을 대상으로 한다. 이 프로그램은 인지행동적 모델을 기반으로 한 세 단계 치료 과정으로 구성된다. 이 프로그램의 목표는 재범률을 낮추고 참여자들이 보다 더 사회에 잘 적응할 수 있는 생활양식을 갖출 수 있도록 돕는 것이다.

1) 프로그램의 운영 과정⁶⁴⁾

① 1단계: 평가와 오리엔테이션(SOTP-18 기준, 3개월)

가석방 18개월 전인 성범죄자들은 심리학적 평가와 치료프로그램의 목표 및 기대효과에 대한 오리엔테이션을 받게 된다. 심리교육 교실에서는 성범죄자들이 자신의 파괴적인 생활양식에 대한 책임을 받아들이고 이에 대한 변화가 가능함을 인식할 수 있도록 독려된다. 이 단계에서는 유죄 인정, 책임 수용, 성범죄에 대한 이해, 일탈적 사고 확인, 적절한 극복 기술 습득이 목표이다.

• 오리엔테이션

SOTP에 배정된 후 1주일 내에 성범죄자는 치료 목표, 기대 효과, 절차, 프로그램 참여에 따른 권리 및 의무에 관해 배운다. 첫 주에 성범죄자는 자신의 치료자와 만나며, 치료자는 임상적 인터뷰를 수행하고, 적절한 심리 검사를 수행하며 오리엔테이션 매뉴얼을 검토한다.

• 평가

보조 심리학자 Ⅲ 또는 Ⅳ가 정신상태 검사를 수행하고 평가 과정에 관해 피검사자(성범죄자)에게 설명해준다. 치료자는 심리검사를 실시하고 위험성 평가를 하는 평가팀에 자신이 맡은 참여자를 보낸다.

• 심리교육 교실

심리교육 교실은 SOTP 참여 기간 내내 이루어진다. 각 모듈은 유죄 인정, 책임

64) 텍사스 주 교정시설 내 치료프로그램 운영에 관한 이하 설명은 West 등(2000: 338-39; 345-49)의 내용을 번역·정리한 것이다.

수용, 성범죄에 대한 이해, 일탈적 사고 확인, 적절한 극복 기술 습득을 위해 짜인다. 이에 덧붙여 각 모듈은 재범 위험을 낮추는 것이 SOTP의 목표라는 점을 인식할 수 있도록 하고, 강사가 치료를 위한 범죄자의 태도 및 동기를 관찰할 수 있도록 하며, 범죄자에게 치료에 대한 필요를 알 수 있게 하는 기회를 제공하도록 한다. 또한 재발 방지 계획을 돕고, 범죄자 스스로 변화할 수 있는 지식을 갖추도록 지원하게 된다.

② 2단계: 집중 치료(SOTP-18 기준, 12개월)

집단치료와 치료공동체를 통해서 참가자들은 이상행동 및 사고 패턴을 재구성하는 데 초점을 맞춘다.

• 집단치료

임상사회복지사 Ⅱ 또는 Ⅲ과 보조 심리학자 Ⅲ 또는 Ⅳ로 구성된 공동치료자 팀은 집단치료의 모든 세션을 돕는다. 각 세션은 90분 동안 이루어지고, 일주일에 3회 이루어진다. 집단 크기는 12명을 상한으로 한다. 모든 치료 집단은, 정기적으로 집단 세션들을 관찰하고 조력자에게 피드백과 지시를 주는 보조 심리학자 Ⅳ의 감독을 받는다.

• 치료공동체

SOTP 치료공동체는 친사회적 적응과 자기 절제, 책임을 복돋을 수 있는 긍정적이고 자기절제적 환경을 제공한다. 독특한 규칙, 절차, 치료 활동은 고도로 구조화된 공동체의 삶을 제공한다.

③ 3단계: 이행과 석방 준비(SOTP-18 기준, 가석방시까지)

2단계와 동일한 커리큘럼에 따라 계속 진행된다. 3단계의 참여자들은 새로운 참여자의 멘토가 됨으로써 1·2단계에서 습득한 긍정적인 행동 및 기술을 유지하는데 노력한다. 가석방, 사회 내 치료, 신상등록에 대한 책임이 무엇인지 알려주고, 이와 더불어 가석방 이후 범죄자의 가족과의 재결합 그리고 지원 시스템에 관해서도 알려준다.

④ 가족 교육

석방 후 성범죄자의 재적응을 보다 쉽게 할 수 있도록 성범죄자의 가족이나 지원 시스템(supporting system)의 구성원들이 치료프로그램에 참여하도록 권장된다. 가족 또는 지원 시스템 구성원들은 치료 참가자와 치료에 관여한 치료자들과 의사 소통할 수 있다.

⑤ 평가도구

SOTP에서 활용되는 평가도구들은 다음과 같다.

• 임상 인터뷰

- Structured Risk Assessment—Static 99(SRA—Static 99)⁶⁵⁾
- Minnesota Sex Offender Screening Tool—Revised(MnSOST-R)
- Multiphasic Sexual Inventory(MSI)
- Personality Assessment Inventory(PAI)
- Psychopathy Checklist—Revised(PCL-R)
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory—2(MMPI-2)
- Rotter's Incomplete Sentence Blank(RISB)
- Mental Status Exam
- Wechsler Adult Intelligence Scale—Revised(WAIS-R)

2) SOTP의 종료 및 제재 등⁶⁶⁾

① SOTP 이수 기준

SOTP는 18개월 내에 완료되어야 한다. 만약 참가자가 이러한 시간 조건을 맞추지 못하는 경우 추가적인 시간이 주어지거나 치료를 종료하게 된다. SOTP 참여자가 프로그램을 성공적으로 이수하였는지 여부는 다음과 같은 기준으로 판단한다.

65) 형사소송법(Code of Criminal Procedure) 제62.03조에 따라 석방 전에 활용된다.

66) 텍사스 주 교정시설 내 치료프로그램 종료 및 제재 등에 관한 설명은 West 등(2000: 349-51)의 내용을 번역·정리한 것이다.

- 집단 내에서 구성원 자격을 얻어야 함
- 부여된 모든 서면과제를 완료하여야 함
- 필요한 모든 심리교육 모듈을 완료하여야 함
- 공감에 대한 이해를 보여야 함
- 치료 집단 내에서 적극적으로 참여하여야 함
- 가족 또는 지원 시스템 치료에 참여하거나 적어도 이러한 치료가 가능함을 가족 또는 지원 시스템에 알려야 함
- 치료 개념에 대한 이해를 보여야 하고, 그 개념을 일상에 적용할 수 있는 능력을 보여야 함

SOTP 참여자가 프로그램의 이수를 완료하는 데 실패한 경우에는 출소 후 사회 내 감독의 수준이 높아지거나 가석방 기회를 박탈당할 수도 있다. 개인적인 잘못으로 실패한 것이 아닌 경우에는 별다른 제재가 따르지 않는다.

② SOTP로부터의 퇴출 사유

SOTP 참여자가 치료에 진전이 없이 지지부진한 경우, 참여 활동을 등한시하는 경우, 폭력적 행동을 보이는 경우, 참여를 거부하는 경우에는 그 참여자는 심사를 거쳐 SOTP로부터 퇴출될 수 있다.

③ 위반에 따른 징계

SOTP 참여자가 프로그램 내규를 위반한 경우 다음과 같은 제재가 가해진다.

- 보다 강도 높은 보안 시설로의 이송
- 보다 강도 높은 감금 수준으로 재분류
- 특혜의 제한
- 형기 단축을 위한 시간 상실
- 동일한 시설 수용

3) SOTP 참여 거부⁶⁷⁾

치료프로그램의 참여 여부는 성범죄자의 결정에 따른다. 그러나 만약 범죄자가 성범죄 관련 문제를 부정하거나 치료를 거부하는 경우 특혜를 주지 않거나 시간 점수(time credits)를 줄이는 등 징계처분을 내릴 수 있다. 다만 심리평가와 프로그램 오리엔테이션으로 구성된 1단계를 완료한 성범죄자에게는 징계처분을 받지 않고 다음 단계로의 진입을 거부할 수 한 번의 기회가 주어진다. 반면에 일단 이후 2단계로의 진입을 선택한 성범죄자는 이후 단계에서 참여 거부를 할 경우에는 징계처분을 받게 된다. 또한 다른 참여자들의 진행을 방해하거나 참여를 거부하는 패턴을 보이는 경우에는 차등적인 제재를 가할 수 있다.

5. 사회 내 치료

가. 뉴욕 주의 사회 내 성범죄자 치료프로그램

1) 집행유예 기간 동안의 사회 내 치료 프로그램

뉴욕 주의 집행유예 및 교정적 대체부(Department of Probation and Correctional Alternatives, 이하 DPCA)의 2006년 조사에 따르면, 뉴욕 주에서는 거의 대부분 카운티의 지역 집행유예부가 성범죄자 치료를 위해 민간 치료자를 활용하고 있다. 뉴욕 주의 14개 카운티는 지역의 정신보건부가 제공하는 치료 자원만을 활용하고 있고, 29개 카운티는 민간 자원만을 활용하고 있으며 8개 카운티는 양자를 모두 활용하고 있다. 치료에 활용할 수 있는 자원이 없는 카운티도 10개에 달한다.

많은 카운티가 사회 내 성범죄자 치료프로그램 운영에 있어서 재정적인 부족을 겪고 있다(DPCA, 2006). 53개 카운티가 일반적인 치료비 부담 방식으로 성범죄자 본인 부담을 들고 있다(이 중 24개 카운티는 본인 부담이 유일한 방식이었고, 4개 카운티는 차등적인 비용 산정을 하고 있었음). 또한 20개 카운티는 보험을 지불 방식으로 보고하였고, 16개 카운티는 저소득층을 위한 의료보장 제도(Medicaid)를

67) 텍사스 주 교정시설 내 치료프로그램 참여 거부에 관한 설명은 West 등(2000: 344)의 내용을 번역·정리한 것이다.

이용하는 것으로 보고하였다. 7개 카운티는 사회복지부나 예방 서비스 기금(preventive service funds)이 청소년 성범죄자 치료비를 지불하는 것으로 보고하였다. 10개 카운티는 집행유예부나 카운티의 정신보건부가 치료비용을 부담한다고 보고하였다.

이와 같은 비용 문제 외에도 성범죄자 치료를 할 수 있는 민간 치료자의 수가 수요에 비해 상대적으로 부족하다는 문제도 있다(DPCA, 2006). 따라서 치료프로그램 참가를 조건으로 하는 집행유예자의 경우 치료를 받기 위해 장거리 왕래를 해야 하는 상황이 벌어질 수도 있다. 또한 몇몇 카운티의 정신보건부는 치료프로그램 개발을 거부해왔고, 성범죄자의 비용 지불 능력에는 한계가 많이 존재한다. 성범죄자 본인의 치료비용 부담이 일반적인 상황에서 치료프로그램을 찾지 못하거나 이수하지 못한 경우에는 종종 집행유예 조건 불성취를 이유로 집행유예가 취소되고 교도소에 수감될 수 있다.

성범죄자는 각자의 집행유예 기간(2~6년) 동안 치료프로그램에 참여해야 한다. 치료 집단은 종종 보호관찰소 사무실에서 열리고 치료자와 보호관찰관의 협업으로 이루어진다. 이때 치료자와 보호관찰관의 역할은 분명히 정의된다. 이러한 치료프로그램은 봉쇄 모델(containment model)의 일환이기 때문에 성범죄자의 관리 및 감독이라는 목적을 위해 보호관찰관과 치료자가 협업하게 된다.

DPCA(2006)는 집행유예 기간 중 성범죄자 치료프로그램의 성공적 운영을 위해 다음과 같이 제안한다. 성범죄자는 성범죄자 치료협회(ATSA) 회원으로부터 심리성적평가를 받도록 하고 추천된 치료프로그램에 참여하도록 강제하여야 한다. 보호관찰관은 최소 1달에 한 번씩은 정기적으로 치료자와 접촉하여 성범죄자가 집행유예 명령과 조건을 준수하고 있는지 여부와 치료프로그램을 잘 따라가고 있는지 여부에 관해 논의해야 하며, 치료프로그램 불참 등의 문제가 발생할 경우에는 즉각적으로 논의가 이루어져야 한다. 보호관찰관, 치료자 그리고 피해자 변호인 간의 사례 회의는 매달 개최되어야 하며, 집행유예를 받은 성범죄자는 보호관찰관과 치료자가 자신에 대한 정보를 공유할 수 있도록 허락하는 문서에 서명을 하여야 한다.

2) 출소 후 사회 내 치료 프로그램: 엄격·집중 감독 및 치료⁶⁸⁾

① 엄격·집중 감독 및 치료제도(SIST)의 개요

뉴욕 주는 2000년대 초까지만 해도 출소 후 성범죄자 치료프로그램을 운영하고 있지 않았고, 다만 출소 후에는 가석방과가 감독 책임을 지고 있었다. 그러던 중 2007. 4. 13.에 발효된 성범죄자 관리 및 치료법에 따라 성범죄자에 대한 출소 후 비행사적 관리 체계가 마련됨으로써 석방된 성범죄자를 그의 재범 위험성 평가에 따라 시설 내에 수용하거나 사회 내에서 집중적으로 감독할 수 있게 되었다.⁶⁹⁾ 형사서비스과 내의 성범죄자 관리실⁷⁰⁾이 성범죄자에 대한 비행사적 관리 제도의 운영 주체가 된다. 출소한 성범죄자에 대한 비행사적 관리의 방법은 “엄격·집중 감독 및 치료”와 “비행사적 구금”으로 나뉜다. 비행사적 구금은 말 그대로 시설 내 구금을 전제로 한다. SIST는 석방된 성범죄자에 대한 가석방관의 밀착 감독과 함께 그에 대한 사회 내 치료가 병행되는 관리 제도로 시민들을 보호하고 재범위험성을 줄이며 범죄자들에게 적절한 치료를 제공하는 데 목적을 두고 있다(정신위생법 제10.01조 제(c)항).

SIST의 일반적인 운영 절차는 다음과 같다. 우선 성범죄자가 석방될 즈음 또는 성범죄자의 가석방기간이 종료할 즈음 뉴욕 주의 정신보건국은 그 성범죄자에 대한 평가 및 심사를 시작한다(이첩 단계). 이 심사를 통해서 대다수의 사건들은 걸러지고, 정신이상이라는 것으로 판단된 성범죄자의 경우 사건들이 법무장관에게 보고된다(평가 단계). 법무장관은 비행사적 관리의 대상이 될 것으로 판단한 사건들에 대해서 법원에 비행사적 관리 신청을 한다(소송 단계). 이때 법무장관은 민사소송상의 입증책임을 지며, 당사자가 된 성범죄자는 배심재판을 받을 수 있다. 만약 법원이 당해 성범죄자에게 비행사적 관리가 필요하지만 사회 내에서 안전하게 감독될 수 있다고 판단하는 경우 그 성범죄자는 가석방과의 책임 하에 들어가게

68) 엄격·집중 감독 및 치료 제도에 관한 이하의 설명은 Sullivan(2014)을 번역·정리한 것이다.

69) 이 법은 석방된 성범죄자에 대한 비행법적 관리 체계를 마련하는 데에만 목적이 있는 것이 아니라, 교도소 내 성범죄자 치료 프로그램을 개선하는 데에도 목적을 두고 있다.

70) 성범죄자관리실은 집행법(Executive Law) 제837조 제(t)항에 의해 설치되었고, 성범죄자에 대한 비사법적 관리 제도 도입에 중요한 역할을 했다. 성범죄자관리실은 성범죄자 관련 이슈에 관해 주지사과 입법부에 조언을 해주고, 기관 간 계획을 조정하고, 치료 및 감독 관련 기준들을 세우고, 성범죄 예방 캠페인을 진행하고, 성범죄자들을 다루는 담당자들을 훈련시키는 등의 다양한 임무를 수행하고 있다.

된다(처분 단계). 그 성범죄자가 가석방 조건을 따르고 법 위반을 하지 않으며 필요한 치료를 받는 한 사회 내에서 생활할 수 있게 되며, SIST 처분이 내려진 경우 판사도 그 사건을 꾸준히 감시한다.

SIST 명령을 받게 되면, 성범죄자평가 및 사회 내 치료국(Bureau of Sex Offender Evaluation and Community Treatment, 이하 BSOECT) 내의 정신보건과 SIST팀이 해당자를 위한 사회 재통합 계획을 수립한다. 이때 SIST 팀은 정신보건과의 담당자, 지역 내 치료자, 치료시설 내 임상전문가, 뉴욕 교정 및 사회 내 감독부(이하 DOCCS)의 담당자로 구성된다. SIST 명령을 받은 성범죄자는 법원이 정한 SIST 조건을 따라야 하는데, 이때 법원이 정하는 조건은 대체로 DOCCS가 정신보건과 및 지역 내 치료자와의 상의를 거쳐 법원에 권고한 조건에 기초한다. 구체적인 치료 계획은 정신과의사, 심리학자, 혹은 기타의 성범죄자 치료를 전문으로 하는 전문가들과 면담 후 세워지게 된다(정신위생법 제10.00조 제(a)항 제(1)호). SIST 프로그램으로 사회 내에서 치료를 받는 성범죄자들은 경우에 따라 성범죄자 치료프로그램과 병행하여 분노조절 프로그램, 알코올 또는 약물남용 상담도 받아야 한다. 치료 계획 수립에 있어서 가장 중요한 원칙은 각 사건마다 개인의 상황에 맞게 치료 계획이 수립되어야 한다는 것이다.

SIST 처분을 받은 성범죄자들은 SIST 운영에 관해 특별히 훈련받은 가석방 담당관(DOCCS가 고용함)의 감독을 받게 된다. 엄격하고 집중적인 감독을 보장하기 위해 SIST 담당관은 각기 10명 정도의 성범죄자들만을 담당한다. 이 정도의 피감독인원은 다른 유형의 가석방 담당자들이 담당하는 피감독인원에 비하면 상당히 적은 편이다. 예를 들어, 비행사적 강제수용 대상이 아닌 일반적인 성범죄자나 심각한 정신질환을 가진 범법자를 관리하는 가석방 담당자는 1인당 25명 정도를 담당한다. 또한 재범 위험성이 낮다고 평가되는 가석방 사건에서는 가석방 담당자 1인당 40명에서 많게는 160명까지도 담당하고 있다. 담당관은 밀착 감독을 위해서 최소한 자신이 담당하는 피감독인과 매달 6회의 대면접촉과 6회의 부수적 접촉을 하여야 하고(정신위생법 제10.11조 제(b)항 제(1)호), 지속적인 감독을 위해서 SIST 참여 시 피감독인의 행동을 연 4회에 걸쳐 법원에 보고해야 한다.

대개의 경우 SIST 처분을 받은 성범죄자들은 전자 관리장치 또는 GPS 장치, 거짓말 탐지기, 거주지 제한, 그리고 과거 피해자나 성범죄자가 과거에 저질렀던 피

해자들과 유사한 사람들과의 접촉이 제한된다(정신위생법 제10.00조 제(a)항 제(1)호). 성범죄자 치료프로그램 참여는 SIST의 중요한 조건인데, 이러한 조건을 위반하는 경우 가석방 감독관은 그 위반자를 유치시킬 수 있고, 법무장관은 소송을 다시 개시하여 SIST 조건을 변경하거나 경우에 따라서 비행사적 구금으로 처분을 변경할 수 있다.

SIST의 치료는 종종 사회 내에서의 다중적인 치료프로그램 참여로 이루어진다. 이때 지역 내 치료자와 정신보건국은 DOCCS와 긴밀하게 협조함으로써 성범죄자가 SIST 조건을 잘 따를 수 있도록 돕는다. SIST 팀의 구성원들은 SIST 진행 상황을 심사하고 개선할 점에 대해 논의하기 위해 매달 사건관리 회의를 가진다.

SIST에 따른 치료는 인지행동적 모델에 기초하고 재발방지 요소를 가지고 있다. 치료 팀은 성범죄자가 자신의 일탈적인 성적 흥분·행동 및 반사회적 사고·행동과 재범을 초래할 수 있게 하는 다른 요인들을 통제할 수 있도록 돕는다. 최근 연구들에 따르면, 이른바 봉쇄 모델(containment model), 즉 성범죄에 특화된 치료와 집중적인 사회 내 감독 그리고 정기적인 거짓말탐지기 검사를 병행하는 접근법이 고위험군에 속하는 성범죄자들을 사회 내에서 효과적으로 관리하는 방법이라고 한다.

② 엄격·집중 감독 및 치료제도(SIST) 운영 현황

SOMTA가 발효된 2007. 4. 13.부터 2013. 10. 31.까지의 기간 중 뉴욕 주에서는 총 152명이 SIST 명령을 받았고, 이들 중 43%가 가석방기간 중에 있었다. 2013. 10. 31. 현재 91명이 SIST를 받고 있으며, 이들 중 69명은 SIST만을 받고 있고 22명은 SIST와 함께 가석방 감독을 동시에 받고 있다.

2012년 11월부터 2013년 10월까지 총 1559명에 대해 심사가 이루어졌는데(81명은 범죄사실이 SOMTA의 적용 대상이 되지 않는다고 판단되었기 때문에 제외됨), 1559명 중 1453명(93.2%)에 대해서는 DOCCS의 교정 부문이 심사를 요구했고 83명에 대해서는 DOCCS의 사회 내 감독 부문이 심사를 요구했으며 23명(1.5%)에 대해서는 정신보건국이 심사를 요구하였다. 다학제 심사팀이 1515명을 심사하였고, 사건 심사팀이 185명(12.2%)을 심사하였으며, 그 결과 105명(6.9%)이 SOMTA의 적용 대상자로 판정되었다.

〈표 4-14〉 뉴욕주 SOMTA 적용 대상자들의 범죄 종류

SOMTA에 속하는 범죄행위로 유죄판결을 받은 범죄자들의 비율	
강간 (rape)	40.6%
성학대 (sexual abuse)	25.2%
범죄적 성행위 (sodomy)	21.0%
아동을 대상으로 한 일련의 성행동	6.9%
지정된 중범죄	6.3%

*출처: Sullivan(2014)

시간이 지나면서 SIST 프로그램에 소속된 성범죄자들의 수는 증가하는데, 그 이유로는 성범죄자들 중에서 SIST 명령을 받는 경우가 늘고 있다는 점과 법원이 치료보호시설에서 석방된 모든 성범죄자들을 정신이상을 보이고 있다고 판결한 후 SIST 프로그램에 배치하는 점을 들 수 있다.

③ 엄격·집중 감독 및 치료(SIST)에 대한 재심사

일반적으로 구금이 필요한 성범죄자들이 매년 심사를 받는 것과 달리, SIST 성범죄자들은 2년에 한 번씩 심사를 받는다. 또한 SIST에 소속된 성범죄자들은 2년에 한 번씩 SIST의 조건에 대해서 변경을 요구하거나 SIST 관리를 종료를 요구할 권리를 갖는다(정신위생법 제10.11조 제(f)항). SIST 요건의 변경이나 종료를 요구받는 경우, 법원은 심리를 열 수 있다. 변경을 요구받는 경우 입증책임은 변경을 요청한 성폭력홍악법 혹은 정부가 진다. 하지만 만약 SIST의 종료를 성범죄자가 요구하는 경우에는, 입증책임은 뉴욕 주정부가 지며, 명백하고 설득력 있는 증거를 기준으로 대상자에게 비행사적 관리가 필요한지 여부에 관해 증명해야 한다. 만약 뉴욕 주정부가 이를 입증하지 못하는 경우에는, 법원은 대상자가 받고 있는 SIST를 종료하여야 한다(정신위생법 제10.11조 제(g)항). 2014년 3월 31일 기준으로 SIST 프로그램을 마치고 사회로 복귀한 성범죄자는 24명이다.

④ 엄격·집중 감독 및 치료 조건(SIST)을 위반한 경우

만약 가석방 감독관이 SIST 대상자인 성범죄자가 관리 조건을 위반했다고 판단하는 경우, 가석방 담당자는 그 성범죄자를 구금할 수 있다(정신위생법 제10.11조

제(d)항 제(1)호). 일단 구금한 후에, 법무부장관은 대상자를 구금할 것인지 혹은 SIST 조건들을 변경할 것인지를 결정해야 한다. 만약 법무부 장관이 구금을 결정한다면, 대상자가 구금이 필요한 위험한 성범죄자에 속하는지에 대한 심리가 개시된다. 만약 법무부장관이 대상자가 구금이 필요한 위험한 성범죄자라고 명백하고 설득력 있는 증거를 기준으로 입증하는 경우, 법원은 즉각적으로 성범죄자를 보호 치료시설에 수감해야 한다. 법무부장관이 대상자가 구금이 필요한 위험한 성범죄자임을 입증하지 못하면, 그 성범죄자는 기존 혹은 변경된 SIST 조건들 하에 사회로 돌려보내진다. 따라서 모든 SIST 조건 위반자들이 구금되는 것은 아니다.

대상자가 SIST 조건을 심각하게 위반하거나 반복적으로 위반하는 경우 그는 다시 구금된 상태에서 정신감정을 받아야 한다. SOMTA에 따르면, SIST 조건을 위반한 경우 5일내에 정신감정을 실시하여 그 결과를 법무부장관에게 통보하여야 한다. 그 결과에 따라 SIST 명령을 변경하거나 구금이 필요한 성범죄자로 구금을 위한 청원을 법원에 할 수 있다.

2013. 10. 30.까지 SIST의 대상자였던 152명 중에서 93명(61.2%)이 SIST 조건 혹은 사회 내 관리 조건들을 위반하였다. 이들 중 16명이 부적절한 성적 행동(예: 음란물을 보거나, 허가받지 않고 성인과 성관계를 맺음)을 했으며 그 중 네 명은 다른 죄목으로 형사처벌을 받았다. 3명은 마찰도착증(frotteurism) 행동을 하다가 재수감되었으며, SIST 위반자 대부분은 통금, GPS 추적 장치, 음주 등에 관한 조건을 위반하였다. 93명의 위반자 중에서 27명은 다시 사회 내 치료 대상자가 되었고, 42명은 민간시설에 구금되었으며, 2명은 새로운 범죄사실 때문에, 5명은 가석방 조건 위반 때문에 DOCCS로 돌아갔다. 또한 이 중 1명은 연방교도소에 구금되었고, 4명은 SIST로부터 석방되었으며 사망한 사람은 3명이었고, 9명은 법원의 판단을 대기 중이었다.

나. 텍사스 주의 사회 내 치료⁷¹⁾

1) 사회 내 감독(Community Supervision)의 조건으로서의 사회 내 치료

① 사회 내 감독(Community Supervision)

우선 텍사스 주의 사회 내 감독(communitiy supervision)에 관해 간략하게 알아보면, 텍사스 주 형사소송법은 용어에 있어서 “성인 대상의 집행유예(adult probation)”를 “사회 내 감독”으로 대체하였다.⁷²⁾ 사회 내 감독은 집행유예와 마찬가지로 법원의 명령에 따라 일정한 규칙과 조건 하에서 범법자를 특정한 기간 동안 사회 내 감독 하에 두는 것을 말한다(동법 제42.12조 제2항 제(2)호). 이러한 사회 내 감독 명령은 징역형을 대신하여 경범죄나 중범죄에 부과될 수 있다. 중범죄의 경우 사회 내 감독의 최단기간은 해당 범죄에 따른 형기의 단기와 같고, 최장기간은 범죄의 유형에 따라 10년, 5년 등으로 정해져 있다(동법 제42.12조 제3항 제(b)호). 반면에 단기 6개월의 금고형이 정해져 있는 A급 경범죄의 경우 사회 내 감독의 최단기간은 1년으로 한다(동법 제42.12조 제3항 제(h)항).

텍사스 주 내에는 122개의 사회 내 감독 및 교정부(Community Supervision and Corrections Department)가 설치되어 있다. 사회 내 감독 및 교정부는 지방법원의 권한 아래 있지만 법무부 산하의 사회 내 사법지원과(Community Justice Assistance Division)로부터 부분적인 재정 지원을 받는다. 사회 내 감독을 담당하는 감독관은 텍사스 주정부가 아니라 각각의 사법관할지역에 소속되어 있다.

② 사회 내 감독의 조건으로서의 사회 내 치료

법원 명령에 따라 실형 대신 사회 내 감독을 받게 되는 성범죄자에 대해서는 치료 참여가 사회 내 감독의 조건으로 부과될 수 있다(동법 제42.12조 제11항 제(i)호 및 제13B항 제(a)(2)호). 이때 치료 참여 조건을 부과하는 기준은 텍사스 주의 성범죄자 치료협의회에서 정한 실무기준을 따른다. 성범죄자가 사회 내 치료를 조건으로 감독명령을 받은 경우 사회 내 감독 및 교정부 담당자는 해당 성범죄자에

71) 이하에서는 성폭력흉악범이 아닌 집행유예 및 가석방된 성범죄자들에게 강제되는 성범죄자 사회 내 치료에 관해서 알아본다.

72) 반면에 소년법에 대한 집행유예는 여전히 집행유예라는 용어로 불린다.

게 상담을 제공하기 위해 치료자를 지정하고 출소 전에 치료자에게 연락을 하고 치료를 시작하기 위한 시간과 장소를 정하여야 한다(동법 제42.12조 제13B항 제(c)호). 치료자는 성범죄자가 첫 번째 치료회기에 참석하지 않았거나 다음 회기의 일정을 잡은 경우 곧바로 사회 내 감독 담당자에게 통보하도록 요구된다(동법 제42.12조 제13B항 제(c)호).

성범죄자 치료 참가를 조건으로 한 사회 내 감독을 받을 성범죄자가 치료에 드는 비용의 전부 또는 일부를 지불할 수 있는 능력이 있는 경우 법원은 그 성범죄자에게 치료비용의 전부 또는 일부를 지불하도록 요구하여야 한다(동법 제42.12조 제11항 제(i)호).

2) 가석방에 따르는 특별조건으로서의 사회 내 치료

① 가석방조건 사회 내 치료대상자

텍사스 주의 가석방과(Parole Division)는 뉴욕 주의 SIST처럼 봉쇄 모델을 바탕으로 성범죄자를 관리한다.⁷³⁾ 봉쇄 모델은 성범죄자가 치료프로그램을 통해서 부적절한 성적 충동·사고·행동을 스스로 통제할 수 있는 기술을 습득하는 것을 목표로 한다. 따라서 가석방에 따르는 특별 조건들은 성범죄자의 확인된 위험과 범죄 사이클에 맞춰서 부과되어야 한다. 가석방 관리자는 가석방 대상자와의 최초의 인터뷰 시 또는 특별조건 부과 후 인터뷰 시 범죄자정보관리 시스템(Offender Information Management System)을 통해서 특별조건의 고지(Notice of Special Condition)를 하여야 한다.

가석방 감독관의 지시에 따라 성범죄자 치료프로그램에 등록·참여하도록 하는 것도 특별조건들 중 하나이다. 특별조건에는 “특별조건-X”와 “특별조건-O”가 있다. 가석방되는 성범죄자에게 특별조건-X가 부과되는 경우, 그 대상자는 가석방 담당관이 지시하는 대로 치료프로그램 참여하여야 한다. 이때 성범죄자들은 감독의 필요성과 별개로 치료의 필요성을 가지고 있기 때문에 이들에 대한 분석은 개별적인 사건별로 이루어져야 하며, 치료 위탁과 감독 기법은 각 성범죄자에게 맞

73) 이하 설명은 텍사스 법무부가 제공하는 “성범죄자 프로그램 감독 가이드라인(Sex Offender Program Supervision Guidelines)”(2011)을 번역·정리한 것이다.

취하여야 한다. 텍사스 주 사면 및 가석방 위원회(Board of Pardons and Paroles)는, 17세 이하의 피해자를 대상으로 한 범죄로 텍사스 주정부법 제508.187조 제(a)항에 정한 형기를 복역한 범죄자는 치료자가 더 이상의 치료가 필요하지 않다고 판단할 때까지 계속 심리 상담을 받도록 강제하고 있다. 반면에 특별조건-O[즉, 성범죄자평가(O.33)]가 부여되는 경우 해당 성범죄자는 성범죄자 치료프로그램에 참여할 의무는 없고, 다만 매년 심리평가를 받아야 한다. 이 심리평가를 통해서 해당 가석방자가 성범죄자 치료를 받아야 할지 여부가 결정된다.

가석방된 성범죄자를 치료하는 치료자는 가석방 감독관, 거짓말 탐지기 검사자와 정기적으로 회의를 열어 자신들이 담당하는 성범죄자에 관한 정보를 교환하고 가석방 조건이 잘 지켜지고 있는 점검하고 개선할 점에 대해서 논의하여야 한다. 이러한 정기적인 감독팀 회의는 봉쇄 모델의 목적을 성공적으로 달성하기 위해서 필수적이다. 거짓말 탐지기 검사가 완료된 때로부터 5일 이내에 감독팀은 적절한 치료나 감독의 니즈에 관해 논의한다. 감독팀은 6개월마다 열리는 회의에서 치료와 감독의 진행 상황에 관해 논의하고, 해당 성범죄자가 치료와 감독에 잘 따르고 있는지 여부를 심사하고, 위탁 치료 여부를 결정한다.

② 가석방 조건 사회 내 치료 방식

성범죄자 상담은 집단 상담을 기본으로 한다. 집단 상담은 일주일에 한 번 최소 90분씩 대면상담으로 이루어진다. 상담 횟수는 가석방 담당관과 치료자 간의 협의로 조정 가능하다. 이때 조정 사항은 범죄자 정보 관리 시스템에 보고되어야 한다. 매주 주기적인 상담이 가능하지 않은 경우 치료프로그램 감독관은 적절한 횟수를 승인해야 한다.

가석방되었던 성범죄자가 보호관찰 기간 동안에 준수사항 위반으로 다시 교소도 등의 시설에 수용되었다가 동일한 지역으로 석방되는 경우 가석방 담당관은 해당 성범죄자를 재수감 전에 그를 담당하였던 치료자에게 보내야 한다. 또한 가석방되었던 성범죄자가 치료 과정을 종료하고 가석방 조건을 위반하지 않았으나 치료가 성공적으로 판단이 되지 않은 경우에는 가석방 담당관은 해당 성범죄자를 치료 종료 전에 그를 담당하였던 치료자에게 보내야 한다. 단 가석방 담당관과 치료자의 합의에 따라 다른 치료자가 지정될 수도 있다.

사회 내 치료를 받아야 하는 성범죄자는 가석방된 날, 또는 감독의 이전(transfer of supervision)이 완료된 날, 또는 가석방 담당관이 치료 부과 사실을 안 날로부터 7일 이내에 치료에 참여해야 한다. 가석방 담당관과 치료자의 합의가 없는 한 성범죄자는 치료프로그램을 변경할 수 없다. 치료비용과 관련해서 가석방 담당관은 해당 성범죄자가 치료비용을 지불할 수 있는지 그의 재정 상태를 평가하여 지불 방식을 정한다.

6. 미국의 성범죄자 치료제도 시사점

지금까지 살펴본 미국의 성범죄자 치료제도의 가장 핵심적인 특징은 성범죄자의 위험성 평가를 바탕으로 다양하게 특화된 프로그램들을 운영하고 있다는 점이다. 따라서 성범죄자 치료제도 운영의 첫 단계는 위험성 평가라고 할 수 있다. 이러한 점을 반영하듯이 성범죄자 치료제도에 관한 가이드라인 또는 매뉴얼에서는 평가자의 자격, 평가의 도구 및 방법 등에 관해서 상세하게 정하고 있다. 또한 성범죄자에 대한 검사 및 심사는 주기적으로 반복함으로써 치료의 효과 및 위험성의 변화에 대한 추적이 가능하다.

그리고 교도시설 내의 치료프로그램에서 공통적으로 발견되는 점은 치료에 참여하는 성범죄자들이 프로그램에 대한 충분한 정보를 바탕으로 스스로 참여 여부를 결정한다는 것이다. 잠정적인 치료 참여자들은 치료프로그램의 초기 단계에 프로그램의 목적과 과정에 대해 상세한 정보를 제공받게 된다. 그리고 이후 프로그램의 진행은 자신의 범행에 대한 책임을 인정하고 솔직하게 범죄 사실에 대해 털어놓음으로써 성범죄치료에 대한 확고한 동기를 전제로 한다. 따라서 치료프로그램의 성공적인 완료에 따른 인센티브는 단순히 프로그램의 완료에 따른 자동적 결과라기보다는 성범죄자 스스로가 자신의 성적 일탈을 통제하고 삶을 변화시키려는 노력에 대한 보상의 의미를 가지게 된다.

특히 사회 내 치료제도인 뉴욕 주의 SIST, 즉 엄격·집중 감독 및 치료 제도와 텍사스 주의 가석방 특별조건-X, 즉 치료 조건은 석방된 성범죄 전과자들을 수용 시설에 구금하지 않고 지역공동체 내에서의 적응을 도모할 수 있게 하면서도 지속적인 감독과 치료를 가능하게 하는 방법으로 그 시사점이 크다. 이 제도들의 가장

큰 장점은 운영의 유연성이라고 할 수 있다. 단순히 정기의 치료기간을 정하기보다는 위험성에 대한 전문적 치료자의 평가를 바탕으로 치료자와 가석방 담당관의 협의에 따라 성범죄 전과자에게 필요한 치료의 진행이나 치료의 완료 또는 치료 및 구금시설로의 이송 등을 결정할 수 있는 유연성이 바로 그것이다. 이러한 유연한 운영 방침은 치료를 받는 성범죄 전과자들에게 어느 정도의 예측 가능성을 주기 때문에 전과자들 스스로가 향후 자신의 처우 개선을 도모하는 데 노력할 수 있는 동기의 원천이 될 수 있을 것이다.

그러나 미국의 성범죄자 치료프로그램이 장점만을 가지고 있는 것은 아니다. 특히 성폭력홍약법에 대한 비형사적 강제수용제도는 여러 가지 문제점을 안고 있다. 대표적인 문제점들로는 고비용의 문제, 과잉 지각된 재범률, 치료 가능성에 대한 회의, 저조한 치료 참여율, 정신이상이라는 개념에 대한 논란 등을 들 수 있다. 따라서 아래에서는 미국의 성폭력홍약법에 대한 강제수용제도를 참고함에 있어서 주지하여야 할 비판들을 간략하게 살펴봄으로써 본질을 마치고자 한다.

첫째, 성범죄자 강제수용에는 높은 비용이 소요되기 때문에 더 시급하게 필요한 분야의 예산 삭감을 가져올 수밖에 없다. 우선 성범죄자 강제수용제도는 성범죄자를 민간 시설에 위탁하여 비형사적인 방식으로 치료적인 개입을 하는 것이기 때문에 일반적인 교정시설 운영과 비교해서 매우 높은 비용이 소요된다.⁷⁴⁾⁷⁵⁾ 치료비용은 연간 1인당 7만에서 10만 달러 정도에 이른다. 이 비용은 다른 범죄자들을 수감하는데 들어가는 비용의 네 배 정도에 이른다. 더욱이 강제수용된 성폭력홍약법들 중에 소수(12%)만이 치료를 완료하고 석방되기 때문에 강제수용된 누적인원이 점점 증가할 수밖에 없다. 시설 유지 및 치료에 소요되는 비용 외에도 강제수용 명령 신청절차에 들어가는 비용도 무시할 수 없는 수준이다. 1997년도 조사에 따르면, 미네소타 주의 경우 다른 법원 비용들을 제외하고도 한 명의 성폭력홍약법을 강제수용할지 결정하는 데 들어가는 소송비용이 약 10만 달러에 이른다. 또한 워싱턴 주의 경우 ‘법정비용’과 ‘소송비용’을 합하면 환자 한명 당 1년에 약 3만5천

74) 독일의 예방적 구금의 경우에는 치료를 제공하지 않았다는 점, 치료 시설이 아닌 교도소에 그대로 구금했다는 점, 주기적인 심사를 하지 않았다는 점 등을 들어, EU 재판소는 예방적 구금은 치료가 목적이 아닌, 처벌이 목적이라고 판단했다.

75) 비용에 관한 설명은 http://www.dshs.state.tx.us/csot/csot_ccost.shtml(last updated Jun.1, 2009)을 따른다.

달려가 소요된다(State of Maryland Sexual offender Advisory Board, 2010).

둘째, 성범죄자에 대한 재범률도 잘못된 데이터에 의거한 것이라는 비판도 있다. 일반인들은 성범죄자들의 재범률이 다른 범죄자들의 재범률에 비해서 높다고 생각한다. 하지만 미연방법무부 자료에 따르면, 성범죄자들 이외의 범죄자들이 성범죄자에 비해서 다시 체포될 확률이 50%가량 높다(석방 후 3년 내에 다시 체포될 확률은 성범죄자들의 경우 43%이고, 다른 범죄자들의 경우 68%이다). 더욱이 성범죄자들이 다시 성범죄를 저지를 확률은 지극히 낮다(성범죄 전과자는 5.3%만이 성범죄로 다시 체포되며, 38%는 성범죄 이외의 범죄로 체포된다)(State of Maryland Sexual offender Advisory Board, 2010).

셋째, 앞에서 살펴보았던 성적 사이코패스법의 경우 사이코패스 치료의 가능성이 논쟁의 쟁점이었다. 마찬가지로 성폭력흉악범 치료의 가능성은 중요한 문제이다. 왜냐하면 대다수의 주가 치료를 강제수용의 가장 중요한 목적으로 선언하고 이를 근거로 장기간의 수용과 심사 및 치료에 많은 자원을 투입하고 있기 때문이다. 그러나 미연방대법원은 성폭력흉악범법에 따른 강제수용에서 치료 가능 여부는 크게 중요하지 않다는 입장을 보여 왔다. 헨드릭스 판결에 따르면, 사실 치료가 가능한지의 여부는 크게 중요하지 않다. 왜냐하면 성범죄를 다시 저지르게 하는 위험요인을 “불능하게 만드는 것만으로도 충분히 민법상의 정당한 목적이 되기 때문”이라는 것이다. 또한 셀링 판결에서 법원은 치료가 불가능한 정신상태의 성폭력흉악범을 구금한다 해도 합법적이라고 판단하였다. 왜냐하면 사회를 위협한 개인으로부터 보호할 의무는 그 위험한 개인에 대한 치료가 가능한지 여부와 별개의 문제이기 때문이라는 것이다. 따라서 어떤 주의 성폭력흉악범법도 성폭력흉악범을 치료할 수 있다고 명시하지 않고 있으며, 캘리포니아 주의 관련법은 “치료를 한다고 해서 반드시 그 대상이 치료가 가능하다는 점을 의미하지는 않는다”(Cal. Welf. & Inst. Code § 6606(b))라고 명시하였다. 그러나 헨드릭스 판결의 반대의견이 지적하듯이 치료 가능 여부를 고려하지 않는다면 치료 가능성을 중요한 근거로 삼고 있는 성폭력흉악범법의 목적을 처벌이 아닌 비행사적인 것으로 볼 수 있는지가 의문이다.

넷째, 상당수의 성폭력흉악범들이 치료를 거부하고 있기 때문에 치료의 측면에서 성폭력흉악범법은 상당히 제한적이다. 예를 들어, 캘리포니아 주에서는 성폭력

홍악법 수용자들의 25%만이 그리고 위스콘신 주에서는 80%만이 치료에 참여하고 있으며, 치료를 거부하는 수용자들에게 치료를 강제할 방법이 사실상 없다 (Miller, 2010). 상당수가 치료를 거부하는 이유는 성폭력홍악법법에 따른 치료 자체가 상당한 불이익이 될 수 있기 때문이다. 다시 말해, 치료 과정은 전적으로 “민사적” 속성을 갖기 때문에 성범죄자가 형사사건에서 보장되는 절차상의 보호를 받을 수가 없다. 치료에 참여하기 위해서는 우선적으로 성범죄 책임을 스스로 인정해야 한다. 만약 치료 참여자가 책임을 부정하면 아예 치료에 참여할 수 없거나 치료에 참여했다 하더라도 그 진정성을 의심받게 된다. 또한 치료에 참여한 과정에서 자신의 범죄사실이나 자신의 충동에 대해서 이야기 하는 경우 치료자-환자 간의 비밀 준수의 의무가 적용되지 않기 때문에 그 내용이 강제수용 기간을 장기화 하는 근거로 작용할 수도 있다.⁷⁶⁾

마지막으로 “정신이상”을 가지고 있는 성범죄자들을 과학적으로 규정할 수 있는가도 하나의 문제이다. 많은 정신의학자들은 “정신이상”이라는 용어와 이에 대한 법률적인 정의는 부정확하다고 비판해 왔다. 성폭력홍악법법들이 제정되기 시작하자 미정신의학회(American Psychiatry Association: APA)는 1990년부터 위원회를 만들고 이에 대한 조사를 실시했다. 위원회는 1999년 최종 보고서를 내놓으면서, 워싱턴 주의 강제수용제도는 치료의 목적이 아니라 불능화를 목적으로 하고 있으며, 그 누구도 정신과의사가 성폭력홍악법들을 치료할 수 있다고 믿지 않는다고 비판했다(APA, 1999). 위원회는 이러한 비판을 바탕으로 성폭력홍악법법이 구금 연장의 수단일 뿐인 “정신의학의 남용”이라고 결론지었다.

미정신의학회는 치료를 목적으로 내세우기보다는 형량을 늘리고 성범죄자의 위험성에 근거한 형량 및 가석방에 관한 재량 활용을 권고했다. 전국 정신보건 프로그램 담당자 협의회(National Association of State Mental Health Program Directors: NASMHPD, 이하 협의회)도 이 문제에 대해서 미정신의학회와 마찬가지로 성범죄자들을 위한 특별한 비형사적 강제수용제도는 “주정부가 치료가 필요한 정신질환자들에게 돌아갈 서비스를 교란하고, 공공 정신보건 시스템의 완결성을 저해하며, 진정으로 도움이 필요하고 원하는 사람으로부터 희박한 자원을 전용하며, 치료

76) Jeslyn A. Miller, Sex Offender Civil Commitment: The Treatment Paradox, 98 CAL. L. REV. 2093 (2010).

가 가능한 정신질환을 가진 사람들의 안전을 위협한다”(NASMHPD, 1997)라고 주장했다. 2007년 협의회는 이 문제에 대해 다시 논의했으나 여전히 성폭력·성범죄들에 대한 수용치료에 반대하는 입장을 고수하였다(State of Maryland Sexual offender Advisory Board, 2010).

제4절 소결

이상 독일, 영국, 미국 세 나라의 성범죄자 치료제도 관련한 법률 및 운영현황, 그리고 구체적 프로그램 내용 등을 살펴보았다. 대륙법계인 독일의 경우 성범죄자 분류, 평가, 치료, 사후관리에 있어 연방형법상의 규정이 매우 체계적으로 명시되어 있고, 성범죄자의 치료관리 등이 과학적이고 연속적으로 이뤄질 수 있도록 법규정이 뒷받침되어 있는 점, 그리고 법정신과학계와 심리학계, 법학계 등의 컨소시엄이 구성되어 상세한 가이드라인을 개발해온 점 등이 주목할 만하다. 특히, 사전 심리단계에서의 감정절차에 대한 형식상, 내용상의 기준 등 성범죄자의 분류 기준 및 감정 절차가 잘 확립되어 있고 그로 인한 치료경로의 연결과 치료과정 중의 예후 평가 등이 잘 마련되어 있으며, 특수형무집행을 통한 시설 내 치료와 사회 내 치료 간의 연결 및 성범죄자의 사후치료 등의 규정이 확립되어 있는 점 등은 우리나라의 성범죄자 치료의 발전을 위해 참고할 만하다.

영미법에서는 독일만큼 성범죄치료 관련 법률이 연방형법에 체계적으로 구성되어 있지 않으나, 정신보건법을 활용한 성범죄자의 개별적 처우가 용이하다는 점이 주목된다. 영국과 미국은 정신보건법 내에 범법정신장애자의 관리와 치료를 위한 제도를 마련함으로써 일반 정신보건 서비스를 사법체계 내로 연계한다는 점이 특색이다. 영국의 보안병원 혹은 미국의 법무병원의 치료체계, 병원 간의 이송 체계, 병원과 교도소와의 이송 체계, 수용과 사후관리 체계 등에 있어 우리나라의 치료 감호에 비해 기간관 연계 등을 통한 개별적 처우가 용이하도록 구성되어 있다.

최고위험군 성범죄자를 관리하기 위한 독일의 예방구금과 미국의 비행사적 강제수용제도는 몇 가지 커다란 쟁점에도 불구하고, 대상자 선별의 절차와 수용조치의 재심의 및 해제 과정 등 그 정당성을 확보하기 위한 제도적 노력이 돋보인다. 그

러나 절차적 정당성을 확보하기 위해 소모되는 인력과 비용도 작지 않고, 치료 거부나 치료불가능의 문제 등을 해결해야하는 점 등도 있기 때문에 보호수용제도의 도입을 고민하고 있는 우리나라 역시 신중한 접근이 필요하다.

교정시설 내 치료와 사회 내 치료의 경우 독일, 미국, 영국 모두 치료프로그램이 매우 다양화되어 있어 성범죄자의 개별적 치료욕구에 부응할 수 있고 가석방제도를 활용하여 치료 참여에 인센티브를 부여하는 점 및 교정과 보호관찰을 연계하여 시설 내 치료 실적이 사회 내 치료로 이어지는 점 등이 참고할만하다. 특히 영국의 범죄자관리청(NOMS)를 통한 교정과 보호관찰의 업무연계, MAPPA를 통한 사회 내의 다기관협력적 위험 관리 등, 교정시설과 사회 내 치료기관 간, 또한 사회 내 사법기관 간의 협력 등은 한국의 성범죄자 치료 및 사후관리를 위해 매우 주목할 만하다. 미국 뉴욕주의 엄격집중감독치료(SIST)나 텍사스주의 사회 내 치료 등은 사후관리를 위한 치료명령에 적극 참고가 필요가 부분이다.

주요국의 성범죄자 치료관련 이러한 제도적 흐름을 주지하고 우리나라의 성범죄자 치료 제도에 대해서 특히 다음과 같은 점에 주목하여 발전방안을 고민해볼 필요가 있다.

- 판결전단계의 성범죄자 분류 및 평가기준이 명확하며, 정신감정의 대상이 되는 성범죄자의 범위가 확실히 정해져 있는가?
- 성범죄자의 판결전단계의 조사 및 평가에 있어 법정신과학계와 법조계, 법심리학계의 공조가 이뤄지고 있는가? 혹은 판사들은 전문가 판단을 얼마만큼 활용하는가?
- 모든 성범죄자는 판결전단계의 성범죄자 평가를 통해 올바른 치료경로로 진입하는가?
- 일단 특정한 치료경로로 진입할 경우 치료과정의 평가는 제대로 이뤄지며 가석방, 가종료 등의 혜택에 활용되는가?
- 최고위험군 성범죄자의 관리 및 치료를 위한 제도가 절차적 타당성을 확보하고 있으며 엄격하게 적용되는가?
- 교정시설 내 치료가 미진하거나 치료를 거부하여 재범위험성이 감소되지 못한 경우 사회 내 (사후)치료로의 연결이 진행되는가? 이를 위한 법제도 및 관리주

체가 지정되어 있는가?

- 각 유형의 성범죄자에게 사후치료를 제공할 수 있는 전문기관 및 인력은 어떻게 구성되어야 하는가?
- 사후치료를 제공하기 위해 우리나라의 성범죄자 치료관련 법률상 어떠한 점이 보완되어야 하는가?

이제 다음 장에서는 우리나라의 성범죄자 치료제도와 관련하여 이러한 질문에 답하기 위해 성범죄자 치료관련 법률의 일반적 문제점을 다시 한 번 짚어보고, 치료적 실효성을 증대시킬 수 있는 대안적 법률의 패러다임을 제안할 것이다. 새로운 패러다임 내에서 각국의 성범죄자 치료 관련 제도를 참고하여 우리나라에 적용할 수 있는 실무적 개선점 등을 제시함으로써 궁극적으로 성범죄자 치료제도의 개선을 통한 사후치료의 도입을 제안하고자 한다.

KOREAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY

제5장

성범죄자 사후관리를 위한 치료적 개입

윤정숙 · 류부곤

제5장

성범죄자 사후관리를 위한 치료적 개입

제1절 사후치료제도 도입을 위한 법률적 재고

성범죄자 사후관리를 위한 치료적 개입을 위해서는 법률적 제도가 확립되어야 한다. 그러나, 사후치료의 실시는 치료명령의 선고단계에서부터 영향을 받기 때문에 성범죄자 치료관련 법률의 일반적 문제점이 개선되는 것이 필요하다. 이 장에서는 성범죄자 사후치료제도 도입을 위해 먼저 우리나라 성범죄자 치료관련 법률의 일반적 문제점을 살펴보고, 그 대안적 모델을 제시하며 사후치료제도가 확립되어 있는 각국의 제도에서 시사점을 찾아 그 제도적 대안 및 법률적 개선방안을 제시하고자 한다.

1. 우리나라 성범죄자 치료관련 법률의 일반적 문제점

가. 치료대상자의 선정 문제 I: 사전심리단계의 분류 및 평가과정의 한계

치료감호법 제2조 제1항 제3호는 치료감호의 대상자로 소아성기호증, 성적 가학증 등의 정신성적 장애자를 그 대상으로 하고 있으나 정신성적 장애자의 의학적 기준이 아직까지는 명확하지 않으며, 의학적으로 정신성적 장애가 인정되지 않는 성폭력흉악범 등 오히려 사회보호를 위해 관리 및 치료가 꼭 필요한 대상자들은 제외하는 동시에, ‘바바리맨(노출증환자)’과 같이 교육과 프로그램 이수만으로도 위험성이 충분히 감소될 수 있는 경미한 범죄를 저지른 성도착자는 치료감호처분에

의해 치료감호소에서, 경우에 따라서는 15년형을 만기해야한다는 문제점이 있다.

이러한 문제점은 사전심리단계의 성범죄자 평가(정신감정 혹은 판결전조사)에 대한 내용상, 형식상의 기준이 미비하기 때문이기도 할 것이다. 즉, 성범죄자 중 어떠한 대상자를 정신감정 혹은 판결전 조사의 대상으로 선정할 것인지(예: 독일의 경우 형량이 2년 이상일 것으로 예상되거나 재범확률이 높을 것으로 예상되는 경우) 기준이 모호하며 감정과 조사를 위해 사용되는 도구의 과학적 타당도 검증, 수집 및 검토되는 기록의 충분성 및 적절성, 정신질환과 성범죄의 관계에 대한 결론 유출의 타당성 등을 검토하기 위한 성범죄자 평가과정에 대한 명확한 그림이 없다. 판결전 단계에서 성범죄자의 평가 및 분류 기준, 그리고 정신감정 절차의 명확한 그림은 추후 병원 세팅의 구금치료 경로를 밟아야하는 유형의 성범죄자를 타당하게 선택하는 의사결정 모형이다. 경미한 노출증환자가 구금치료를 필요로 하는 치료감호소로 가는 것보다 장기간의 구금치료가 필요한 정신질환 성범죄자를 선정하기 위해 반드시 고려해야할 기준을 정립하여 정신감정절차에 활용하도록 법정신과학계와의 공조가 필요할 것이다.

나. 치료대상자의 선정 문제 II: 검사의 청구로 인한 대상자 선정의 제한

치료감호법상으로 치료감호 청구의 주체는 검사로 사실상 한정되어 있다는 점이 문제점으로 지적될 수 있다. 검사의 객관의무가 있기는 하나 치료감호 청구사실은 검사의 본 임무인 공소유지라는 입장에서 보면 책임조각이나 감경사유에 해당하여 서로 상충되는 관계에 있다는 점에서 적극적 치료감호청구가 가능한지는 의문이다. 또한 검사가 치료감호 청구를 하지 않는 경우 법원에게 청구요구권을 부여하고 있으나 이 역시 입증된 증거들만 보고 단기간 내 판결을 내리는 법원에서 피고 정신상태를 인정한 후 검사에게 치료감호 청구를 요구하여 사건을 재심사하기는 현실적으로 어려움이 있어 보인다. 판결전조사 또한 판결 직전단계에서 수행되므로 치료감호 청구여부의 판단자료로 하기에는 어려움이 있어 보인다. 또한 법원이 청구를 요구한다고 하더라도 법문상 검사가 법원의 요구를 반드시 수용해야할 의무는 인정되지 않는다. 이러한 문제를 근본적으로 해결하기 위해서 치료감호 청구여부를 전문적으로 시행할 수 있는 독립기관의 필요성이 꾸준히 제기되어

왔으나, 반영되지 못하고 있다. 계속 현행과 같이 검사의 업무로 인정하기 위해서는 검찰 내 정신의학전문가를 두거나 외부전문가에 대한 필요적 자문을 제도화하여 기본적인 판단자료와 근거를 확보하는 것이 필요할 것이다.

다. 재범위험성에 대한 판단기준 문제: 임상적 평가의 필요성

치료감호법은 치료감호 처분에 대하여 재범의 위험성을 요건으로 하고 있는데 이에 대하여 판례는 ‘재범의 위험성’이라 함은 “피치료감호청구인이 장래에 다시 심신장애의 상태에서 범행을 저지를 상당한 개연성이 있는 경우를 말하고, 그 유무의 판단에는 향후 치료를 계속 받을 수 있는 환경의 구비여부, 피치료감호청구인 자신의 재범예방 의지의 유무 등도 고려한다”라고 그 기준에 대하여 보다 구체적인 설시를 하고 있다. 그러나 재범의 위험성 판단에 있어 자신의 재범예방 의지의 유무와 환경에 대한 고려를 함께 하는 것은 다소 문제가 있어 보인다. 즉 동일한 죄질과 동일한 정신장애 상태라도 외부기관에서 치료를 받을 수 있거나, 재범예방 의지가 있는 사람은 치료감호명령을 선고하지 않을 수 있다는 뜻인데, 이는 치료감호제도의 제도적 취지를 의심케하는 태도라고 할 수 있다. 또한 그 구체적인 판단에 있어서도 심신장애 상태에 있는 피치료감호청구인의 재범예방 의지를 신뢰할 수 있는가의 문제와 치료환경의 구비는 어떻게 판단하는가에 관한 문제들이 있다.

물론 통상의 사법적 판단에서 재범의 위험성은 유무죄의 판단과는 상관없는, 판사에 의해 주관적으로 행해지는 형사정책적·규범적 판단이므로 재범의 위험성 판단에 대해 법적 차원의 명확한 가이드라인을 제시한다는 것은 어려운 일이며 바람직하지 않은 면도 있지만, 여기서의 재범위험성은 형벌의 부과필요성과 정도를 결정하기 위한 것이 아니라 순수하게 치료적 처분의 필요성을 결정하기 위한 것이므로 재범위험성의 판단기준 역시 판사의 규범적 관점 보다는 치료전문가의 임상적 관점이 중요시 되어야 한다. 치료감호의 대상이 될 만한 사안의 경우 재범은 범죄자의 이성적 판단의 결과라기보다는 기질적 문제의 발현(발병)이라고 보아야 하기 때문이다.

라. 치료감호 집행 순서의 문제: 피치료자의 재오염화방지를 위한 사후치료 필요

치료감호처분과 형벌이 병과된 경우, 치료감호법 제18조에 의하여 치료감호가 먼저 집행되고 치료감호가 종료되고 형기가 남은 경우에는 교도소에서 남은 형기를 복역하는 것으로 되어있다. 이른바 보안처분 병과주의에 따른 집행방식인데, 이러한 방식은 이론적으로 치료감호와 같은 보안처분이 실질적으로 자유박탈의 형벌과 유사한 처분이므로 이중처벌의 문제를 해결하기 위한 것이기는 하나, 집행의 현장에서는 치료효과가 반감되는 부작용이 발생할 수 있다. 즉 치료감호를 집행하여 치료가 된 수형자가 남은 형기를 교도소에서 보내는 경우 교도소 내의 좋지 않은 환경으로 인해 다시 범죄의 성벽이 재발하거나 악화될 우려가 있기 때문이다. 특히 이중처벌이라는 법리상의 지적을 회피하면서 피치료자의 재오염이라는 현실적인 문제점을 해결하기 위해서는 결국 치료가 끝난 이후의 단계에 재오염방지를 위한 적절한 사후관리체계의 마련이 필요하다는 논의에 이르게 되는데 현재는 이러한 제도적 고려가 전혀 이루어지고 있지 않다는 점이 문제이다.

마. 치료감호대상자의 해제 문제: 예후평가과정 및 재심의과정의 형식화 가능성

범죄의 원인에 범죄자가 가진 기질적인 문제점이 적지 않은 부분을 차지하고 있는 경우 재범의 예방을 위해 형사사법이 적절한 치료조치를 강구할 필요가 있다는 관점에서는 ‘명확한 정신성적 장애자’에 대해 자유형을 대체하는 강제적 치료제도를 마련하고 구체적인 치료의 방법과 기간을 (일정한 제한 하에) 실무에 일임하도록 하는 것 그 자체는 바람직한 것이라고 할 수 있다. 그러나 후술하는 바와 같이 형사사법이 치료적 기능을 수행하여야 한다는 제도적 논의에 대해서는 국친사상 혹은 부권주의의 부활을 염려하는 우려의 시선이 함께한다. 따라서 형사사법절차를 통해 제공하고자 하는 치료는 ‘필요한 정도로 적절한 방법에 의한 치료’라는 성격을 견지해야 하며, 치료가 가지는 개별적 성격을 충분히 고려하여 치료의 개입 시기, 방법 등이 적절히 조절될 수 있도록 제도를 구성할 것이 요구된다. 이를 위하여 치료과정의 평가(독일의 예후평가와 같은)가 치료감호제도 내에서 더욱 활성화되어 적절한 치료가 필요한 기간과 치료종료가 이뤄지는 시점에 대한 심의기능

이 재범위험성 판단과 함께 보다 강화되어야 할 것으로 보인다. 만일 사회적 분위기나 정치적 논리를 근거로 범죄자 치료를 장기화시킨다면, 과잉치료라는 부작용을 낳고 결과적으로 재범의 위험마저도 높일 수 있다.

이러한 점에서 현행 치료감호제도는 범죄의 경중이나 정신장애의 정도에 대한 구체적인 고려가 없이 광범위하고 장기적인 사전적 통제를 하는 것으로, 결과적으로 단기의 자유형 및 치료프로그램과 사후관리를 통해서도 충분한 효과를 기대할 수 있는 경우까지도 장기적 사전통제로 포섭하게 될 우려가 있다. 이러한 문제점은 이 제도가 표면적으로는 ‘치료’를 지향하고 있음에도 실제로는 특정한 유형의 범죄자에 대한 장기격리의 수단으로 남용될 가능성이 있음을 보여준다.

바. 수강명령과 이수명령의 구별 모호성

현재의 법문상으로 수강명령과 이수명령은 하나의 조문에 병존하는 형태로 규정되어 있으나 실무상으로 구별할 수 있는 실익이나 기준은 없는 실정이다. 연혁적으로 보면 수강명령이 먼저 도입되고 추후에 이수명령이 들어왔고, 성폭력 범죄자에 대한 치료프로그램의 경우 이수명령의 형태로 선고된다는 점에서 성폭력 치료프로그램의 지위를 수강명령과 대등하게 격상시키고 의미를 더욱 부여한 것이라는 해석론이 있기는 하나 이 점 또한 그 실제적 의미는 발견하기 어렵다.

사. 이수(수강)명령 선고시간의 고정성과 기준의 모호함

우선 치료감호와 달리 수강명령과 이수명령은 500시간의 범위 내에서 법원이 판결선고 시에 시간을 확정하여 선고하고, 그러한 선고시간의 결정에 대해서 아무런 공개된 기준이 없다는 점에 대해서 문제점이 지적되고 있다. 판결전 양형조사 단계에서 피고인의 죄질이나 재범의 위험성을 감안하여 치료프로그램의 이수시간을 확정하고 있으나, 이수명령의 선고에 있어서는 보호관찰관에 의한 판결전조사 제도 만이 있을 뿐 치료감호의 선고 시와 같이 전문의의 감정을 청취하거나 의견을 참고하는 제도적 절차는 존재하지 않으며, 치료프로그램의 효율성과 효과성을 담보하기 위해서는 치료프로그램의 이수단계에서도 적절한 검사와 진단이 이루어

져야 함에도 이러한 점에 대한 고려가 없이 판결선고 단계에서 이수시간을 확정해 버리는 것은 범죄성의 적절한 치료를 통하여 재범의 위험을 감소시킨다는 이 제도의 본래 취지와 다소 거리가 있어 보인다. 현재 대법원은 수강명령, 이수명령에 대하여 보안처분임에도 불구하고 실질적으로는 피고인에게 부담을 주는 강제적 형사제재라고 그 성격을 파악하고 있는데⁷⁷⁾, 이러한 성격으로 인해 수강명령, 이수명령에도 형벌의 부과에 적용되는 명확성의 원칙이 적용되어야 한다고 인식하는 것으로 보인다. 그러나 앞서 본 바와 같이 이러한 제도 운용은 치료제도의 본래 취지와 부합하지 않으며, 특히 실형을 선고받은 경우 수형기간 내에 교정기관에서 이수명령이 함께 집행된다는 점에서, 실형을 선고하는 경우 병과되는 이수명령에 한해서는 현행 방식에서도 이수시간을 확정하지 않더라도 명확성원칙에 반하지 않을 것이라 생각된다. 제도의 효과를 담보하기 위해서는 수강명령, 이수명령 전체에 대해서 법원은 명령만을 부과하고 구체적인 기간은 교정기관이나 보호관찰기관의 전문가에 의한 판단에 의해 집행되는 것이 보다 바람직하다고 생각하나, 법치주의적 관점에서는, 그것이 형식적인 의미에서 형벌이나 보안처분이나와 상관없이, 실질적 강제성과 기본권의 본질적 침해여부가 그러한 조치에 대한 사법적 통제여부를 가름하는 기준이 되어야 하므로, 사법적 통제와 치료전문가의 행정적 판단을 절충할 수 있는 방안의 모색이 필요하다고 생각한다. 그 방향은 소년법에서 사용하고 있는 상대적 부정기형 방식을 기본출발점으로 하되, 주형의 내용에 따라 차별적 접근을 하여, 상한은 선고하되 하한은 명기하지 않는 방식 등을 다각도로 검토할 것이 요구된다.

2. 사후치료제도 도입을 위한 사법적 모델: 치료적 사법 (Therapeutic Jurisprudence)

치료적 사법 내지 그 기반을 이루는 치료적 법학은 법의 치료적 기능을 검토하고 촉진한다는 다소 추상적인 주장으로부터 탐색적으로 적용영역을 확대하고 구

77) 대법원 2012. 9. 27. 선고, 2012도8736 판결 참조. 이 판결은 피고인만이 항소한 사건에서 1심이 부과하지 않은 이수명령을 2심이 부과한 경우에 대하여 대법원이 이수명령의 실질적 형사제재성을 인정하면서 2심의 판결이 ‘불이익변경금지의 원칙’에 반한다고 판단한 사안이다.

체적인 원리나 절차를 확립시켜 온 것으로서, 그 자체가 독자적인 체계를 가지고 있는 것은 아니지만, 형사사법의 목적 내지 목표에 치료라는 개념을 부가하고 그와 관련된 제도의 개선과 운영에 그러한 목표가 현실화될 수 있도록 하는 이념적·실천적 기반을 제공하는 역할을 한다. 구체적으로 본 연구에서 치료적 사법이념은 성범죄자에게 행해지는 치료적 처분의 개선방향과 법적 사후관리의 필요성을 논함에 이론적 출발점의 역할을 하고 있다.

가. 범죄와 범죄자에 대한 인식의 변화 - 동기의 제공

계몽주의 시대 이후 근대 형사법은 이성에 근거한 판단력과 자유의지를 가진 인간을 전제로 하였다. 특히 초기 고전학파의 연구자들은 어떠한 행동의 의미와 결과에 대하여 이성적인 판단을 할 수 있는 인간모형을 형사법의 기본적인 적용대상으로 전제하였고, 범죄행위는 그러한 행위 주체에 의해 수행된 판단의 결과물로 인식되었다. 합법적 행위와 불법적 행위의 갈림길에서 범죄자는 불법적 행위를 선택한 것이고 형사법은 이에 대한 책임을 묻는 것이었다. 근대 형사법의 원리 중에서 처벌과 관련하여 가장 중요한 원리인 ‘책임원칙’은 이러한 명제에서 출발한다. 이러한 이념 하에서 범죄자에게 부과되는 형벌은, 범죄자 개인의 차원에서는, 불법을 선택한 것에 대한 ‘응보’로 기능함과 동시에 다시금 맞이할 수도 있는 합법과 불법의 갈림길에서 합법을 선택하는 것이 자신에게 이익이 된다는 것을 이성적으로 강제하는 기능을 한다. 합법적 선택에 대한 이성적 강제라는 기능은 ‘일반예방’이라는 이름으로, 범죄를 저지르지 않은 일반 사회구성원에게도 동일하게 작용한다.

그러나 ‘범죄행위는 인간의 이성적 판단에 기반한 선택’이라는 명제는 이후의 과학적 연구나 사회학적 연구에 의하여 많은 비판과 견제를 받게 된다. 일련의 과학적 연구들은, 어떠한 유형의 사람들은 이성적 판단능력이 선천적으로 법이 기대하는 수준에 미치지 못한다거나, 특정한 상황에서는 불법적 선택에 대한 억제력이 없거나 현저히 적을 수 있다는 점을 밝혀내었다.⁷⁸⁾ 또한 사회학적 연구들은 범죄가 개인의 이성적 판단의 여부와 상관없이 사회구조적인 산물이며, 경우에 따라서

78) 특히 최근의 뇌과학에 대한 연구성과들은 인간의 자유의지라는 것에 대한 근본적인 회의마저 들게끔 한다.

는 사회활동의 정상적인 산물이라고까지 분석한 결과를 내어놓음으로써 범죄는 범죄자의 이성적 판단의 결과물이라는 명제의 존립근거를 흔들고 있다.

하지만 이러한 연구들이 ‘범죄는 자유의사를 가진 인간의 선택’이라는 계몽주의 시대에 설정된 형사법의 근본전제를 바꾸어 놓지는 못하였다. 절대적 미성숙이나 의학적으로 입증된 기능결손의 경우를 제외하고 현대 형법은 여전히 범죄자의 ‘자유지’를 의심하거나 구별하지 않으며 이에 따라 행위와 결과에 대한 책임이 부과된다.⁷⁹⁾ 범죄자에 대한 과학적 연구나 사회학적 연구의 기여는 자유의지에 대한 부정과 같은 범죄나 책임의 본질에 대한 것이 아니라 범죄적 선택이 이루어지는 과정, 즉 자유의지의 형성과정에 대한 법적 관심이 필요하다는 점을 형사사법정책의 입안자들에게 인식시켰다는 점에 있다. 범죄라는 행위를 선택하게되는 인격체로서의 인간의 의사가 있고 범죄가 그러한 의사의 산물이라는 점은 그대로이나, 개개인에게서 일어나는 그러한 의사를 형성하는 과정에서는 개인의 신체적, 정신적 상태나 처해진 환경에 따라 각각 다른 개별적 요인들이 영향을 주고 있다는 점이다. 범죄자와 비범죄자는 의사형성의 구조가 다를 수 있다는 점과 그에 따라 범죄행위와 비범죄행위는 애초 출발점이 다를 수 있다는 점은 이에 대한 적절한 대응 - 주로 그러한 범죄의 발생을 억제하는 것 - 을 목표로 하는 형사사법정책에 대하여 종전과 같은 일률적이고 이념적인 대응이 아닌 개별적이고 과학적인 대응책을 찾으려 하는 강력한 동기를 제공하고 있다.

나. 법의 기능에 대한 인식과 방법론의 변화 - 법의 목적으로서 ‘치료’개념의 도입

법이론을 뜻하는 도그마(Dogma)라는 말의 본래 의미는 가톨릭교회의 교리를 의미한다. 초기의 법학은 중세시대를 지배하던 성서의 교리에서 출발하여 계몽주의 시대를 거치면서 탈성서화하여 인간공동체의 이념적 질서로 자리를 잡은 것이다. 따라서 법학은 본래 관념적이고 이념적인 것이며 법은 그러한 이념을 구현하기 위한 선언적 실천규범이라고 할 수 있었다. 그러나 사회학 및 사회과학이 발달하면서 법학과 사회과학이 공동체의 실제적 운영이라는 현장의 문제를 가운데 두고 만나게 되었으며 이로써 법의 문제해결적 기능이 요구되는 시대를 맞이하게 되

79) 김성돈, “뇌과학과 형사책임의 새로운 지평”, 형사법연구 제22권 제4호, 2010, 142면 이하.

었다. 법제도와 법원리의 사회적 실제효과에 대한 연구를 강조하는 20세기 초반의 법현실주의운동(legal realism movement)⁸⁰⁾은 이러한 배경을 두고 있다. 법이 일정한 사회적 기능을 수행해야 한다는 법현실주의의 이념은 자연스럽게 법과 사회과학이 방법론을 공유하는 형태로 나아가며 효율성을 중시하고 학제간 연구의 필요성을 강조하게 된다.

치료적 사법에 대한 이론은 법이 실제로 수행해야 할 많은 기능 중 정신보건의 영역에서 치료자의 역할을 수행할 수 있다고 보는 것이다. 범죄자에 대한 많은 과학적 연구들은 다수의 범죄자의 경우에 비범죄자와는 다른 의사결정을 하게 된 원인에는 범죄자가 (선천적인 것이든, 후천적으로 습득된 것이든) 가진 정신의학적 혹은 심리학적 이상이 존재함을 보여준다. 법은 그러한 범죄자들의 범죄를 실질적으로 억제하여야 한다는 사회적 기능을 수행하기 위해서는 범죄자들이 범죄적 의사선택을 하게 되는 중요한 원인에 정신의학적 혹은 심리적 이상이 존재하고 있다는 사회과학적 분석결과를 토대로 범죄의 원인이 되는 요인에 직접적으로 대처해야 할 필요성이 생겨난다.

다. 치료적 사법의 의의와 목적

치료적 사법은 형사사법이 범죄의 원인이 되는 정신의학적 혹은 심리학적 이상을 치료하는 수단으로 기능할 수 있고 이를 통해 재범의 예방과 사회구성원의 보호라는 목적을 달성하고자 하는 법이념과 제도를 의미한다.⁸¹⁾ 물론 넓은 의미의 치료적 사법은 범죄로 인해 피해를 입은 피해자의 치료와 이를 통한 범죄피해의 회복까지 포함하는 개념이라고 할 수 있다.

초기의 치료적 사법은 정서적 생활과 심리적 웰빙에 대한 법의 영향력에 초점을 맞추어 법을 인간화하고 법과 법절차를 인간적, 정서적, 심리적 측면에서 연관시키는 것을 의의로 하였다. 이를 위하여 심리학이나 행동과학의 여러 기법을 토대로

80) 법현실주의의 개관, 치료적 사법과의 관련성에 대한 자세한 소개는 김한균/조의연, 치료적 사법모델의 형사정책적 도입방안 연구, 한국형사정책연구원 연구총서 2011-16, 2011, 32-34면 참조.

81) 이러한 개념의 치료적 사법은 1990년대 초반 미국의 David Wexler에 의하여 처음 소개되었다고 한다. 이에 관한 상세한 소개로 성경숙, “치료적 사법의 개념과 그 적용가능성”, 형사정책연구 제 23권 제4호, 2012, 36면 각주 4) 참조.

만들어진 행동변화프로그램에 당사자를 적극적으로 참여시켜 자기변혁을 행하고 규칙을 준수하도록 함으로써 궁극적으로 범죄문제의 원인을 해결하고자 한다.⁸²⁾

이렇게 정신보건법의 분야에서 출발한 치료적 사법은 제1세대를 거쳐 현재 치료적 사법이념의 다양한 스펙트럼을 거쳐 아동학대, 약물중독, 성범죄, 가정폭력, 소년법의 분야로 확대 적용되는 제2세대를 맞이하고 있다고 평가된다.⁸³⁾

치료적 사법의 원리는 미국의 경우 실무상 문제해결법원(Problem-Solving Courts)을 구성함에 있어서 이론적인 기반을 제공하고 있다. 이에 따라 미국에서는 이미 약물법원 등의 운용이 이루어지고 있다.⁸⁴⁾ 우리나라에서도 이러한 논의를 반영하여 특정 범죄에 대한 문제해결법원을 도입하려는 이론적 시도가 이루어지고 있다.⁸⁵⁾

또한 치료적 사법은 형사제재 방식의 변화와도 유의미한 연관성을 가진다. 과거의 형사제재가 범죄자의 책임에 따른 응보와 이성적 강제에 근거한 예방 및 범죄자로부터의 사회방위에 목적을 두고 해악의 부과와 격리에 중점을 두고 있었다면, 치료적 사법의 이념은 형사제재의 목적에도 범죄자의 범죄성의 치료가 주된 내용으로 고려되어야 한다는 점을 강조한다. 이러한 점에서 일정한 치료프로그램의 강제적 이수에 대한 이론적 근거가 도출된다.⁸⁶⁾ 또한 치료적 사법의 이념은 형법이론상의 책임이 없는 범죄자, 즉 법적인 책임능력이 존재하지 않아서 형벌의 부과 대상이 될 수 없는 범죄자에 대한 치료적 목적의 개입도 추구한다. 즉 순수하게 치료적 목적으로만 형사제재의 수단이 발동되는 시스템도 치료적 사법이 추구하는 것이라고 할 수 있다.

82) 성경숙, 위의 논문, 37면.

83) B. Winick/D. Wexler, Judging in a Therapeutic Key: Therapeutic Jurisprudence and the Courts, 2003.

84) 미국의 약물정책과 약물법원의 운용현황에 대해서는 장성원, “약물사범에 대한 치료적 개입시스템과 전환프로그램 -미국의 약물법원을 중심으로-”, 경찰학논총 제6권 제1호, 2011, 233면 이하 참조.

85) 대표적으로 이승호, “문제해결법원의 도입에 관한 검토”, 형사정책 제18권 제1호, 2006, 51면 이하.

86) 하지만 이것이 기존의 응보나 예방을 위한 형벌과 어떠한 관계에 놓이는지, 또 사회방위를 목적으로 하는 기존의 보안처분과 성격상 같은 점과 다른 점은 무엇인지에 대한 세부적인 논의는 별도로 행해져야 한다.

라. 치료적 사법이념의 특징

1) 치료적 사법은 형사사법실무의 지향점을 변화시키고자 한다

치료적 사법은 무엇이 올바른 처벌인가에서 무엇이 문제를 해결하기 위한 올바른 방안인지에 관하여 접근하고자 한다. 따라서 반치료적 결과를 발생시키는 절차를 감소시키거나 변경하고 치료적 효과를 가지는 절차를 도입하고 활용하고자 한다. 이러한 점에서 피해자의 범죄피해회복을 올바른 해결의 지향점으로 바라보는 회복적 사법이념과 유사하다.

2) 치료적 사법은 전통적 사법의 틀 안에서 개혁을 주장한다.

치료적 사법의 지향점은 전통적 사법체계에서 사용되는 기존의 수단으로 범죄의 예방과 억제라는 목적의 달성이 어려운 영역에 새로운 수단을 투입하고자 하는 것에 있다. 따라서 전통적인 사법이론의 틀 안에서 절차적 정당성을 추구하며, 종전의 제도를 대체하거나 전면적으로 변화시키고자 하는 것은 아니다. 이러한 점에서 경우에 따라서는 종전 제도의 대체를 주장하는 회복적 사법이념과는 차이점을 보인다.

3) 치료적 사법은 당사자의 자발적 참여를 중시한다.

치료적 사법은 문제해결에 있어서 당사자의 적극적인 참여에 중요한 가치를 둔다. 즉 치료적 사법은 피고인에게 치료적 효과를 기대할 수 있는, 사법절차가 제공하는 일정한 프로그램에 대한 참여의 기회를 부여하고 어떠한 치료수단을 사용할 것인지에 대해서도 피고인을 포함하여 지역사회 및 법원과의 적극적이고 능동적인 협력과정을 보장하여 다양한 사법시스템의 운용에 따른 효과와 효율을 증진시킬 것을 주장한다.⁸⁷⁾

87) 성경숙, “치료적 사법의 개념과 그 적용가능성”, 39면. 이러한 점은 초기의 치료적 사법 주장자들이 치료적 사법이 국친사상이나 부권주의의 발호가 아닌가 하는 비판을 받게되자 강조하게 된 것이다.

마. 치료적 사법과 회복적 사법

1) 회복적 사법의 정의

회복적 사법은 응보적 혹은 징벌적 성격을 가진 전통적 형사사법을 대신하여 형사사법의 중심목적으로 범죄피해의 회복을 제시하는 개념으로, 피해자와 가해자의 화해와 조정, 지역사회의 협력활동 등을 통하여 범죄를 해결하자는 원리이다.⁸⁸⁾ 회복적 사법은 범죄를 범익침해로 보는 것이 아니라 피해자 침해 또는 지역사회에의 침해라고 이해한다. 그런데 이러한 기본 개념에 기반한 제도로서의 회복적 사법의 구체적인 정의는 논의하는 사람들의 사회적 배경과 이 이념을 구체화하는 방식에 따라 달라진다고 한다. 회복적 사법의 의의가 논자마다 제각각인 이유는 회복적 사법이 위로부터 법제화되어 형성된 것이 아니라 아래로부터 자연발생적으로 형성되었기 때문일 것이다.⁸⁹⁾ 현재의 학자들은 대체로 “범죄로 인하여 영향을 받은 관련 당사자들이 한 곳에 모여서 범죄로 야기된 손해를 어떻게 회복할 것인가에 대한 합의를 도출해 나가는 과정”⁹⁰⁾ 또는 “당해 범죄에 관련된 모든 당사자가 범죄의 결과와 그것이 장래에 미칠 의미를 어떻게 다룰 것인가를 공동으로 모여 해결하는 과정”⁹¹⁾이라고 표현되는 것에 대체로 공감하고 있는 것으로 보인다. 한편 이와 같이 표현되는 정의들은 회복적 사법의 핵심개념으로 당사자 간의 협의 그 자체, 혹은 협의 과정을 제시하고 있는 것이라 할 수 있는데, 이와는 다르게 범죄 피해의 회복이라는 결과적 측면을 강조하여 “범죄에 의해 발생된 손해를 회복하기 위하여 정의의 실현을 지향하는 일체의 활동”⁹²⁾이라고 포섭의 범위를 넓혀서 정의하는 견해도 있다.

대다수의 문헌에 의하면 회복적 사법이라는 이념과 그에 근거한 대안적 사법제도의 등장은 1970년대라고 하는데, 구체적으로 1974년 캐나다 온타리오주 키치너

88) 박상식, “회복적 사법 실천모델의 효과에 관한 연구”, 41면.

89) 高橋則夫, 修復的司法の研究, 成文堂, 2003, 76면.

90) Braithwaite, *Restorative Justice & Responsive Regulation* (Studies in Crime and Public Policy), Oxford University Press, Oxford, 2002.

91) Marshall, *Restorative Justice an Overview*, University of Minnesota, 1998.

92) Bazemore · Walgrave, *Restorative Juvenile Justice: in Search of Fundamentals and an Outline of Systemic Reform*, in: Bazemore, Walgrave(eds.), *Restorative Juvenile Justice: Repairing the Harm of Youth Crime*, Willow Tree Press, Monsey, 1999.

에서 시작된 피해자-가해자 화해프로그램(VORP)을 그 효시로 본다고 한다.⁹³⁾ 회복적 사법에서 말하는 정의(justice)개념에 의하면 “범죄의 핵심은 상처받은 사람에게 의한 다른 사람에 대한 침해이자, 사람 사이에 존재해야 하는 올바른 관계에 대한 침해이다”⁹⁴⁾라고 설명한다. 범죄를 사람의 법익에 대한 침해라고 본다는 점에서 전통적인 범죄개념과 그 출발점은 일치하고 있지만, 범죄행위에 대한 사회적·공적 의미(불법성)를 부여하는 전통적 개념과 달리 회복적 사법은 범죄를 궁극적으로 개인과 개인 간의 충돌과 갈등으로 보고 있다는 점에 그 특징이 있다. 그러므로 회복적 사법은 그러한 사람들 사이의 갈등을 바로잡는 방법을 모색하는 것이어야 한다고 하면서 손해를 배상하고 치유를 촉진하는 것이 형사사법이 추구하는 정의의 내용이어야 한다고 한다.⁹⁵⁾ 이와 같이 설명되는 회복적 사법의 이념에 의하면 형사사법의 첫 번째 목적은 피해자에 대한 원상회복과 치유이어야 하며, 두 번째로 부여되는 임무는 피해자와 가해자의 관계를 치유하는 것이어야 한다고 한다.⁹⁶⁾ 회복적 사법의 이념은 국가기관인 형사사법기관과 범죄자가 절차의 당사자가 되는 전통적 시스템과 달리, 우선 피해자를 피해회복을 위한 절차의 당사자로 참여 시키며, 당사자인 피해자와 가해자의 가족, 지인 및 그들이 속한 지역사회의 구성원들까지 참여시키는, 다수에 의한 사회적 관계의 틀에서 범죄피해의 회복을 시도한다. 궁극적으로는 “회복적 사법은 범죄로 인해 발생한 정신적·물질적 피해를 복구함으로써 법적 평화를 회복하는 것을 목표로 제시한다”⁹⁷⁾고 할 수 있다. 그리고 회복적 사법은 이러한 과정과 조직활동을 통하여 가해자에게 범죄피해의 회복과 사회적 관계복원의 일차적 책임이 부여되어 있음을 인정한다고 할 수 있다.

2) 회복적 사법의 이면적 기능 - 범죄자에 대한 재사회화

회복적 사법은 피해자의 범죄피해회복을 주된 목표로 설정하고 있다는 점에서 형사절차에서 소외된 피해자를 재발견하고 피해자의 실질적 위상제고를 의도하는

93) 이 프로그램에 대한 상세한 내용은 김용세, *회복적 사법과 형사화해*, 진원사, 2009. 37면 이하 참조.

94) Zehr/손진 역, *회복적 정의란 무엇인가?*, KAP, 2011, 208면.

95) Zehr/손진 역, *회복적 정의란 무엇인가?*, 212-213면.

96) Zehr/손진 역, *회복적 정의란 무엇인가?*, 213면.

97) 김용세, *회복적 사법과 형사화해*, 177면; 박정성, “형사절차상 피해자-가해자 조정제도”, *한양대 법학논총* 제26권 제2호, 2009, 56면.

현대 피해자학과 밀접한 관련이 있다고 할 수 있다. 종래의 전통적인 형사절차에서 피해자의 위상을 제고하기 위한 제도적 노력은 피해자의 보호와 진술권 등의 절차적 권리를 보장하는 것에 그칠 수 밖에 없었으나 회복적 사법은 사법절차의 목적 자체를 피해자의 범죄피해 회복에 둠으로써 사법절차의 중심당사자로 피해자가 등장할 수 있도록 하는 이론적 근거를 제공하고 있는 것이다. 따라서 피해자학의 입장에서는 회복적 사법의 이념은 피해자의 지위를 확대하고 사법절차에서 주도적인 이해관계 당사자가 되도록 한다는 ‘형사절차에서 피해자의 르네상스’를 실현하는 좋은 수단이 될 수 있으며, 피해자에 대한 이러한 흐름이 현대 형사사법에서 중요한 의미를 가지는 조류라는 점은 회복적 사법이념을 주장하는 측면에서도 구체적 추진력을 얻는데 중요한 역할을 하고 있는 상황이다.

이와 같이 비록 회복적 사법이념이 피해자의 피해회복이라는 측면에서 피해자학과 결합할 수 있다고는 할 수 있으나, 그러나 그것이 회복적 사법의 모든 것을 의미한다고는 할 수 없다. 회복적 사법이 ‘회복’에 포커스를 두고 있다는 점에서 피해자에게 주된 관심이 가게 되는 것은 당연한 것이나, 회복적 사법이념이 추구하는 회복의 내용에는 피해자가 범죄를 통하여 직접 입은 개별적 피해뿐만 아니라 범죄행위 그 자체를 통하여 발생한 ‘사회적 관계의 훼손’도 포함된다는 점을 간과해서는 안 된다. 회복적 사법이념이 대안적 형사사법절차를 통하여 궁극적으로 추구하는 바가 평화로운 사회관계의 회복이라는 점을 감안하면 결국 피해자의 피해회복도 사회적 관계회복을 위한 수단이라고 이해할 수 있다. 즉 범죄피해를 회복함으로써 일차적으로 피해자와 범죄자의 관계를 직접 회복하도록 하고 이를 통하여 사회적으로 범죄자가 야기한 갈등을 직접 해소할 수 있는 길을 열어주어 보통의 사회구성원으로 용이하게 돌아오게 할 수 있다는 것이다. 이와 같이 회복적 사법은 해악의 부과가 아닌 범죄피해의 회복이라는 방법으로 통하여 범죄자를 사회에 평화롭게 복귀시키고 통합시키는 것을 추구한다고 할 수 있으며, 이러한 점에서 회복적 사법이념은 범죄투쟁과 범죄자 재사회화에 있어서도 전통적 형사사법체계 만큼이나 적극적 기능을 할 수 있다고 말할 수 있다. 구체적으로는, 격리되지 않고 사회 내에 존재하는 범죄자들의 위험을 관리하기 위하여 막대한 인적·물적 비용을 투입해야 하면서도 그 효과에 대해서는 많은 의문이 제기되고 있는 현재의 국가기관에 의한 재범예방시스템에 대한 효과적인 대안이 될 수 있다는 점에서 회

복적 사범이념의 가치를 찾을 수 있다. 이 점에 대해서는 캐나다의 온타리오 주에서 시행한, 다음 항에서 설명하게 될, 회복적 사범이념에 기반한 범죄자에 대한 사회 내 처우로서의 ‘지원 서클 프로젝트(The Circle of Support Project)’ 사례를 통해서 어느 정도 구체적인 방안에 대한 단서를 찾을 수 있을 것이다.

3) 회복적 사범을 통한 범죄자 사회복귀 모델의 실제⁹⁸⁾

범죄자에 대한 어떠한 사범적 조치가 재범가능성을 완전히 제거할 수 있는 능력이 있는 경우가 아니라면 사회는 지속적으로 고위험 범죄자를 사회로부터 격리할 방안을 요구할 것이다. 그렇지만 대부분의 성범죄자는 고정적인 형벌의 선고를 받으며, 따라서 언젠가는 사회에 다시 돌아갈 시점을 맞이하게 된다. 형사사법적 선고에 의한 형기를 다 채우고 교정시설에서 출소한 범죄자에게는 현재의 시스템에 의하면 그들의 원만한 사회복귀와 재범의 예방을 도와줄 체계적인 지원이 존재하지 않으며, 경찰에 의해서 행해지는 일반적인 방법활동 이외에 일반시민들을 범죄자의 재범위험으로부터 보호하기 위한 추가적인 안전장치는 존재하지 않는다.⁹⁹⁾

캐나다의 온타리오 주(South-Central Ontario)에서 시작된 ‘사회 재통합 프로젝트(The Community Reintegration Project: CRP-Mennonite Central Committee, 1996)’는 만기출소한 고위험 성범죄자들에 대한 효과적인 지원활동의 체계정립을 위한 기반을 마련해야 한다는 사회의 요구를 수용하고자 실시되었다. CRP의 목표는 범죄피해의 해악성을 대중에게 인식시키고, 사회에 복귀한 범죄자의 재범위험성을 감소시키며, 범죄자가 교정시설에서 나와 사회로 전환하는 과정을 보다 용이하게 하는 것이다. Circles of Support¹⁰⁰⁾는 출소한 범죄자를 위한 재범예방조직이라고 할 수 있다. 전형적인 서클은 사회에서 범죄자들의 활동에 대해 지도, 조언과

98) 이 항의 내용은 Robin J. Wilson/Michelle Prinzo, Circles of Support: A Restorative Justice Initiative, in: Michael H. Miner/Eli Coleman, *Sex Offender Treatment: Accomplishments, Challenges, and Further Directions*, The Haworth Press, 2001, p.66-75의 내용 중 중요한 부분을 발췌하여 요약·정리한 것이다.

99) 우리나라의 경우 특정범죄자에 대해서는 위치추적전자장치 등의 부착을 명령할 수 있고 이는 최장 30년까지 선고할 수 있기 때문에 형기 만료후에도 일정한 감시시스템은 존재한다고 할 수 있다. 이 글의 내용은 형기 만료 후에는 일반적으로 보호관찰 등의 국가기관에 의한 감독과 지원체계가 원칙적으로 작동할 수 없다는 점을 지적하고 있는 것이다.

100) 우리말로 ‘후원 조직’ 정도로 번역될 수 있으나, 원문의 느낌을 살리고자 ‘circle’이라는 용어를 그대로 사용하였다.

관찰함을 통하여 장래의 범죄피해를 예방하는 활동을 돕는 것에 관심을 가진 자발적 시민들로 구성된다. 이 서클은 사회의 안전을 증대시키기 위하여 노력해야 하는 것뿐만 아니라 범죄자의 사회복귀를 위한 충분한 배려를 제공해야 한다는 이중의 책무를 부담한다. 온타리오에서 실시된 CRP의 핵심적인 내용은 사회의 자발적 지원자들의 참여를 통해 고위험 성범죄자를 위한 후원서클을 만들어 주기 위한 시험 사업이다. 서클은 범죄자가 안전하게 일상생활에 적응하도록 집중적인 지원을 제공한다. 이러한 목적을 달성하기 위하여 서클 구성원들은 다음과 같은 역할을 수행해야 한다.

- ① 서클 구성원은 조연자의 역할을 하며, 경찰, 피해자, 치료자 그리고 사회와의 협력관계를 증진하기 위한 임무를 수행한다.
- ② 서클 구성원들은 범죄자가 재범의 위험에 빠질 수 있는 태도나 행동에 대하여 범죄자와 (개선을 위한) 상담을 한다.
- ③ 서클 구성원들은 긴급상황에 처한 범죄자를 도울 수 있어야 한다.
- ④ 사회의 구성원으로서 서클 구성원은 사회의 요구를 중재한다.
- ⑤ 서클 구성원들은 축하할 기념일이나 중요한 시점 그리고 기타 사회복귀의 성공사례에 대하여 범죄자를 격려하고 함께 한다.

서클은 다양한 지원방안을 제공하기 위하여 4~6명의 자발적 참여자로 구성되는 것이 적당하다고 한다. 서클의 구성원으로는 신실한 교회신도, 경찰관, 심리학자, 가정의학 전문의, 변호사 등이 참여할 수 있다. 모든 서클의 참여자들은 일년 간의 임무에 대하여 교육과 안내를 받으며, 어떤 서클이든 처음의 두 달 동안은 범죄자와 일주일에 한 두 번의 만남을 가지는 식으로 집중적으로 운영된다. 그렇지만 범죄자의 상황이나 필요에 따라 석방 즉시 매일 만남을 가지는 기간이 필요할 수도 있다. 서클의 전원모임은 주 단위로 이루어지며, 해당 범죄자가 사회에서의 새로운 생활에 적응하게 되면 모임은 한 달에 두 번으로 줄어든다. 사회재통합의 효율을 재고하기 위해서는 일정한 필요의 여부에 따라 모임을 가질 것이 권장된다. 경우에 따라서는 범죄자의 사회재통합이 긴 시간동안의 과정을 필요로 한다는 점을 반영하여 서클이 몇 년 동안 지속될 수도 있다. 현재까지 온타리오에서는 연방법원

에서 선고받고 형기가 만료될 때까지 수용되었던 30명의 남자 성범죄자를 대상으로 30개의 서클이 운영되었으며 모든 대상자들은 교정시설관리로부터 현저한 재범의 위험성이 있다고 평가된 자들이라고 한다.

이와 같이 후원서클이라는 새로운 시도는 성범죄자의 위험에 대한 관리를 위하여 자발적 참여자들을 활용한다. 이러한 자발적 참여자들은 심사에 의하여 선발되고 훈련과 전문가들(심리학자, 정신과의사 등)의 지원이 제공되며, 많은 자발적 참여자들이 퇴직한 공무원들이지만, 잠재적으로 위험한 일에 참여한 평균적인 사회 구성원들이라는 점은 분명하다. 그러나 국가기관에 의해 제공되는 위험관리는 그 효용성에 있어서 광범위한 사회적 불신과 비판에 직면하고 있다는 점이 문제이다. 형기를 만료하고 출소하여 특정한 조치나 교정을 위한 추가적인 감독이 이루어지지 않는 범죄자들에게는 특히 이러한 지적이 많다. 여타의 기관에 의하여 다른 방식으로 재범의 위험성에 대한 관리와 통제조치가 행해질 수도 있지만 대부분의 이러한 조치들은 시간이 많이 걸리고 많은 비용을 필요로 한다는 점에서 사회의 안전을 보장함에 효과적이라고 하기 어렵다고 할 수 있다. 이러한 상황을 충분히 감안한다면 사회 구성원들이 자신들의 안전을 보장하기 위해서 스스로 더 많은 역할을 담당해야 한다는 것이 회복적 사법의 관점에서의 주장이다. 그들은 범죄자의 재범위험관리의 과정에 사회의 구성원들을 참여시킴으로써 직면한 문제에 대한 이해의 수준을 높이고 시민들의 주변에 존재하는 위험에 대한 인식을 강화할 수 있다고 한다. 즉 위험을 스스로 인식하고 있는 사회가 보다 안전한 사회라고 믿는다는 것이다.

바. 치료적 사법과의 구별 및 결합의 가능성

1) 치료적 사법과 회복적 사법의 차이

이상에서 살펴본 바와 같이 치료적 사법과 회복적 사법은 공통적으로 범죄자의 재범억제와 사회복귀를 위한 사법적 접근을 그 내용으로 하며, 치료적 사법에서 ‘치료’의 대상에는 범죄자뿐만 아니라 피해자도 포함하는 것이 일반적이기도 하고, 회복적 사법의 중요한 내용 중의 하나가 범죄자의 사회복귀라는 점에서 회복적 사법과 궤를 같이하는 부분이 있는 것이 사실이다.

그러나, 다음에서 보는 바와 같이 치료적 사법은 회복적 사법과는 다른 목적과 방법론을 경주하고 있어 사법정책적 논의에 있어서 두 이념은 분명히 구별할 필요가 있어 보인다. 우선 이념적인 측면에서 치료적 사법과 회복적 사법이 ‘피해자’, ‘재범억제’, ‘사회복귀’ 등의 효과를 공유하는 측면이 있다고 하더라도 그 방법론에 있어서는 현격한 차이가 있다. 회복적 사법은 전통적 형사사법이 가해자에 대한 징벌을 중점으로 하고 피해자를 절차적으로 소외시키는 점의 문제점과 사회적 부작용을 지적하며 그에 대한 대안적·보완적 절차로 새로운 절차의 마련을 주된 내용으로 하고 있다. 반면에 치료적 사법은 기존의 형사사법에 대한 절차적 대안제시보다는 범죄자에게 부과되는 사법절차에 의한 징벌과 강제의 내용을 치료적 목적에 맞게 수정하고 보완하는 것을 주된 내용으로 하고 있다.

또한 각각의 사법이념이 추구하는 목적과 방향성의 측면에서도, 회복적 사법은 피해자의 범죄피해회복을 주된 목적으로 하여 이를 위한 ‘범죄자의’ 사회적 책임을 강조하고 범죄자가 그러한 책임을 이행하는데 있어서 ‘조력자로서의 사법시스템’을 제도적으로 모색하는 방향으로 진행되는 반면에, 치료적 사법이 당해 이념을 통하여 추구하는 실질적인 방향은 ‘범죄자에 대한’ 사회적 책임이행의 방안모색이라고 할 수 있다. 즉 사회, 구체적으로는 사법시스템이 중독의 측면 혹은 정신적인 측면에서 병리적인 문제점을 가진 범죄자를 방치해선 안되고 그러한 문제점의 해결을 위한 적극적 조치를 해야 한다는 의미의 책임을 가지고 있고, 이러한 책임의 이행을 구체화하기 위한 방안의 마련이 치료적 사법이념이 추구하는 주된 방향이라는 점에서 회복적 사법이념과는 분명한 차이점을 보인다고 할 수 있다.

2) 방법론적인 결합가능성

그러나 위와 같은 차이가 있음을 인정한다고 하더라도 앞의 사례에서 본 바와 같이 피해자에 대한 직접적 조치나 개입을 배제하고도 회복적 사법이념에 기반한 범죄자 재범예방 및 사회복귀 모델을 설정해 볼 수 있으며, 후원서클과 같은 사회적 조직이 범죄자의 재범예방을 위해 일정한 역할을 할 수 있다고 하더라도 이는 시스템 차원의 해결방안이 될 수는 있는 것이고, 구체적으로 범죄자에게 무엇을 제공해야 하는가에 대한, 즉 처우의 내용적 측면에서는 상세한 답을 제공하지는 못

한다는 점을 감안하면 여전히 치료적 사법의 방법론과 결합할 필요성은 남아있다고 할 수 있다. 무엇보다 치료적 사법은 기존의 형사사법 시스템에 의한 처벌절차를 대체한다는 의미를 가지므로, 형벌 이후 혹은 형벌과는 다른 성격의 병렬적 절차를 상징하는 회복적 사법과는 절차적 양립이 가능한 것으로 보인다.

사. 치료적 사법 관련 쟁점

치료적 사법이념을 수용하고 도입함에 있어서는 이론적으로 제기되는 몇 가지 문제점에 대한 논의를 필요로 한다. 우선은 치료적 사법이념의 수용 그 자체에 대한 이념적 문제를 해결해야 하고, 실제 형사사법절차에 적용함에 있어 제기되는 성격이나 절차상의 문제점들에 대해서도 인식하고 이에 대한 해결점을 찾는 노력이 필요하다.

1) 국친사상(부권주의)의 강화에 대한 우려

치료적 사법의 주장자들은 자율적 기회의 부여를 강조하나, 사실상 형사제재에 버금가는 강제적 처분이 필요하다는 점에서 전근대적 국친사상의 강화에 대한 빌미를 제공할 수 있다는 우려점이 있다. 치료적 사법이념에 비판적인 관점에서는 치료적 사법과 국친사상은 두 가지의 관점에서 연결될 수 있다. 하나는 범죄자를 치료가 필요한 ‘비정상인’으로 간주한다는 점이다. 규범론적으로 국가형벌권은 사회적인 ‘해악(害惡)’으로 간주되는 구성원을 처리하고 제거하기 위한 수단으로 사용된 것이 아니라 사회계약론적인 규범질서에 따라 국가에 부여된 사회유지수단이라고 할 수 있다. 즉 원래 형벌과 이를 위한 형사사법시스템은 사회구성원 간의 갈등과 충돌을 야기할 수 있거나 사회전체의 존속과 운영에 저해가 되는 구성원들의 특정한 행태를 규제하고 예방하기 위한 목적을 가지고 있다. 즉 형벌과 형사사법시스템이 특정한 행태에 대해서는 분명한 가치판단을 하고 이에 대한 엄중한 처리를 하지만 구성원 그 자체에 대해서는 형사사법시스템은 가치중립적이라고 할 수 있다. 그러나 사법시스템에 치료적 역할을 부여하는 치료적 사법은 형사사법절차의 대상이 된 구성원 자체를 ‘치료의 필요성’이라는 일정한 가치기준에 따라 재

단할 것을 요구하게 되고 이는 국가권력이 사법시스템을 통해 정상인과 비정상인을 구별하여 취급하게끔 하는 일정한 동기를 부여한다는 것이다. 두번째는 치료효과와 담보를 위하여 광범위한 강제적 처분이 정당화될 우려가 있다는 점이다. 본래 형벌과 형사사법시스템은 범죄의 성립과 형벌의 부과를 판단함에 사회규범적이고 전문적인 식견에 기초하여 판단한다. 즉 어떠한 종류의 제재를 가하고 얼마만큼의 양을 부과할 지 여부에 대한 판단은, 여러가지 실증적인 자료가 제공되기도 하고 또 실제 판단에 이러한 자료들이 기초가 되기도 하지만, 중국적으로는 재판 담당하는 판사의 법규범적인 식견¹⁰¹⁾에 의하는 것이 원칙이다. 치료적 사법이념에 따라 형벌에 부가하여(혹은 형벌을 대신하여) 치료목적의 사법적 제재가 부과되는 경우에도 원칙적으로 이러한 판단의 틀을 벗어날 수는 없다. 그런데 형벌의 효과에 대한 판단과는 다르게 치료여부나 치료효과에 대한 판단에 있어서는, 법규범적인 관점에서 적절한 선을 찾아야 함에도 본래 치료라는 개념과 법규범적 선택은 본질적으로 맞지 않는 면이 있기 때문에¹⁰²⁾, 적절한 선택보다는 결과나 효과지향적인 선택을 할 가능성이 크다. 즉 사회의 보안을 위하여 국가가 적극적으로 개입하여야 한다는 당위성을 근거로 치료적 처분을 결정함에 있어서도 그 효과를 보장할 수 있는 최대한의 처분을 선택할 가능성이 크다.¹⁰³⁾

사법절차의 대상이 된 구성원에 대한 가치중립의 훼손문제를 해결하기 위해서는 치료적 사법이념을 수용하고 형벌에 치료처분을 부가하는 목적은 어디까지나

101) 대체 이 법규범적 식견이 무엇인가에 대해서는 의문을 가질 수 있다. 구체적으로 표현하기는 어려운 일이나, ‘현행 법률의 내용을 이해하고 적용하는데 필요한 해석학적 지식’과 ‘형벌의 종류와 양에 따른 응보효과와 예방효과에 대한 사회학적 이해’ 정도로 설명할 수 있을 것이다. 그러나 이것도 지극히 추상적일 수 있으며 시대와 환경에 따라 달라질 수 있는 개념이다. 하지만 규범학적으로 이 부분을 더욱 구체화하거나 객관화하기란 쉬운 일이 아닐 뿐더러 이러한 작업이 가능하다면 우리는 더 이상 고도의 교육을 받고 숙련된 판사가 구태여 필요하지 않을 것이다.

102) 형벌의 부과에 있어서 법규범적인 판단은 일정한 구간에서의 선택의 문제이다. 즉 범죄자에 대한 응보와 예방의 ‘적절한’ 효과를 낼 수 있는 형벌의 종류와 양을 여러 선택지와 구간범위에서 정하는 개념이다. 이를테면 절도범인에 대한 징역형의 선고와 함께 있어 예방의 목적을 위해서는 1년 이상의 징역이 필요하고, 응보와 책임의 차원에서는 5년 이내의 기간으로 한정되어야 한다고 할 때 판사는 1년~5년 사이의 구간에서 죄질이나 범죄인의 상태 등을 감안하여 선택하는 것이다.(물론 현재는 이러한 판단의 구간이 ‘양형기준’이라는 공개된 원칙적 기준에 의한다) 그러나 치료처분은 이러한 구간에서의 선택의 문제가 아니라 예측과 확인의 문제이다. 즉 얼마만큼의 치료기간이 필요한지, 치료가 효과를 내기 위해서는 어떠한 종류의 처분이 필요한지 등에 대해 선고단계에서 예측하여 결정하고 사후에 이에 대한 경과검토와 효과의 확인이 필요한 것이다.

103) 이를테면 과거 치료감호법과 같이 기한의 제한이 없는 자유박탈적 치료처분이나 물리적 거세, 성충동약물치료와 같이 강제적이고 비인간적인 의학적 요법을 선택할 수 있다는 것이다.

재범의 예방을 통한 사회방위에 있다는 점을 재차 강조하고, 실무적으로 치료처분의 종류를 선택하고 제재부과의 양을 결정함에 있어서도 재범의 예방이 핵심적이고도 유일한 판단근거가 되어야 한다. 즉 사법적 처분의 목적은 범죄자의 병리적 문제점을 제거하는 것에 목적을 두어서는 위와 같은 비판에 늘 직면할 수 있다. 사람의 일탈행위에 영향을 주는 정신병리적인 문제점에 대한 의학적 지식이 늘어나면 늘어날수록, 아이러니하게도 이는 국가의 개별 구성원에 대한 과도한 사법적 개입을 정당화할 수 있는 근거로 악용될 소지가 늘어난다는 것을 의미한다. 무엇보다도 기존의 형벌이나 형사적 제재를 통하여 재범의 예방이라는 효과를 충분히 담보할 수 있다면 치료적 사법의 개입은 자제되어야 한다.(치료적 사법의 보충성의 원칙)

비판의 두번째 측면, 즉 법규범적인 선택에 의한 치료적 처분은 ‘최대한의 처분’이 될 가능성이 크다는 문제점에 대해서는 두 가지의 접근법이 가능하다.

하나는 법규범적 선택과 치료처분 결정과정의 본질적인 상이함을 인정하여 치료적 사법의 여러 처분들을 사법절차 내에 제도화하고 선고단계에서 치료처분을 부과할 지 여부를 결정하되, 구체적인 처분의 종류와 양은 치료전문가에게 일임하고 치료의 종료여부에 대해서 재범예방의 관점에서 피처분자에 대한 규범적 심사와 판단을 실시하는 방식이다. 이 방식은 치료처분의 전문성을 재고하고 국가가 치료처분을 남용할 여지가 적다는 장점이 있으나 치료처분도, 그 형식적인 종류와는 무관하게, 국가에 의해 강제되는 권리제한처분이라는 점에서 정당한 절차를 통해 법원의 명확한 선고를 필요로 한다는 법치주의의 원칙에 근본적으로 반할 우려가 있다. 이러한 우려를 극복하기 위해서는 두 번째의 접근법, 즉 치료처분도 강제적 처분임을 감안하여 법관의 일정한 법규범적인 판단에 의한 명확한 선고를 하되 그 선고된 처분의 집행과정을 단계화하고 단계별로 치료전문가에게 의견을 받아 다음 단계의 계속 집행여부를 결정하는 방식에 대한 검토가 요구된다. 사법적 정당성을 담보함과 동시에 과도한 처분을 어느 정도 방지하고 치료전문가의 전문성도 적절히 반영될 여지가 있는 방식이나 법원의 업무부담이 늘어나고 또한 처분의 계속집행여부에 대한 치료전문가의 의견을 법원이 어느 정도 수용해야 하는 것인가에 대한 구체적인 운용상의 문제점이 발생할 수 있다.

2) 치료적 형사제재 조치의 성격에 대한 의문

형사제재의 목적을 범죄자에 대한 치료에 두는 경우 이러한 제재의 성격을 형벌로 보아야 하는가, 아니면 사회방위를 위한 보안처분의 일종으로 보아야 하는가에 대한 문제제기가 가능하다. 치료적 사법이 전통적 형사사법을 대체하는 것이 아니라 그 효과를 보완하는 성격을 가진 것이라는 점을 강조하면 이러한 질문에 대해 답을 해야 할 필요성에 직면한다. 이러한 질문은 특히 법치주의에서 형벌부과의 대원칙인 책임원칙과 관련하여, 치료적 사법이념에 의해 형벌의 대체적 성격을 지니는 치료적 처분이 부과되는 경우에는 책임원칙과 어떠한 관계에 놓이게 되는 것인가라는 구체적인 문제를 야기한다. 즉 책임원칙을 양적으로 넘어서었다고 판단되는 치료적 제재가 부과될 경우 그 처분 자체의 법치국가적 정당성이 문제될 수 있는 것이다. 이 경우 이러한 치료적 제재가 형벌이 아닌 보안처분적인 성격을 가지고 있고 실제 피부과자에 대한 권리침해의 측면에서도 그러하다고 하는 경우라도 반대의 측면에서 유사한 문제가 야기된다. 즉 책임원칙의 일반적인 의미는 행위자에게 부과된 규범적 책임의 범위를 형벌이 넘지 말아야 한다는 것이지만, 한편으로는 행위자에게 부과된 규범적 책임에 준하는 수준에 이르기까지는 형벌의 부과가 이루어지는 것이 정의의 관념에 부합한다는 의미도 가지고 있다. 다시 말해 적정한 수준의 형벌의 부과되어야 한다는 점도 책임원칙의 내용이고 형사사법절차의 목적이라고 할 수 있는데, 형벌에 대한 대체적 치료처분이 책임원칙과 관련성을 가지지 않는 순수한 보안처분적인 성격을 지니는 것이라고 한다면 정의의 관념에 따른 정당성의 시비는 또한 피하기 어렵다는 점이다.

3) 효과 실증의 어려움 및 형사처분과 치료처분간 성격상 모순

앞서 제기된 의문의 연장선상에서, 개별 치료프로그램의 치료효과 및 재범방지 효과에 대한 표준화된 검증에 어려움이 있다는 점은 그러한 의문을 해결하는데 걸림돌로 작용할 수 있다. 실질적 차원에서 현재 시행되고 있는 사회 내 처우로서의 치료프로그램 이수는 집행유예의 조건으로 부과됨으로써 사실상 대부분 징역형과 같은 형사제재를 대체하는 성격을 가지기 때문에, 그 효과에 대한 실증적 검증과 이에 대한 의미있는 자료의 제시는 일반인의 정의관념을 충족시키는데 중요한 요

소라고 할 수 있다. 사회적 정의는 일반적으로 형벌의 부과라는 수단을 이용하지만, 이를 대체하는 수단이 ‘형벌의 부과’를 통해 얻어질 수 있는 사회적 이익과 동일한 수준의 효과를 가지고 있고, 또 그것이 구성원들에게 공감대를 형성할 수 있다면 정의관념의 충족에 필요한 ‘정당성’을 획득하는 것은 가능하기 때문이다. 따라서 실증적 효과의 확보는 치료적 사법이 형사사법절차로서의 정당성을 획득하기 위한 선결과제라고 할 수 있다.

한편 법치주의 원칙에 의하여 형사처분은 명확성과 예측가능성을 핵심요소로 하는데, 치료적 처분은 이러한 요건을 충족하기도 일반적으로는 어렵다. 치료처분은 개별적 피치료자에 대한 면밀한 분석, 치료경과의 관찰과 추후 치료계획의 수립 등의 절차가 필요하므로 개별적 처분의 방법과 기간은 처분의 경과에 따라 달라지는 경우가 많다는 것이 본질적인 성격이자 특징이라고 할 수 있다. 그러나 거듭 말하는 바와 같이 법치주의 원칙과 책임원칙 그리고 집행자에 의한 남용의 가능성을 배제해야 한다는 실제적 요청 등을 고려하면 이는 기존의 형사절차에 쉽게 수용할 수 있는 특징이 아니다.

이러한 형벌과 치료처분의 본질적 성격차이와 치료처분 자체가 가지는 전문성이라는 특징으로 인하여 형사절차에서 개별적인 처분에 대한 결정을 내림에는 형사사법전문가와 치료전문가 간의 주도권 문제가 발생할 우려가 다분하다. 특히 치료처분의 종류와 양을 결정함에는 법률적 식견에 의한 규범적 판단보다는 해당 분야 전문가에 의한 진단과 전문적 식견에 근거한 판단에 상대적으로 의존할 수밖에 없는데 형식적으로는 법전문가인 법관에 의한 결정과 선고가 내려져야 한다는 현재의 시스템에서는 전문적 의견을 받아들이는 방식에 대한 논란이 예상된다. 특히 효과적인 집행을 위해서는 집행과정에서도 관련 전문가에 의한 개입이 요구되다는 점은 사실상 형사제재의 성격을 가진 치료처분의 부과주체가 누구인가 하는 근본적인 의문이 제기될 수 있다. 따라서 이 부분에 대한 법률적인 정리와 근거 마련이 필요하다. 구체적으로 재판의 과정에서 치료처분의 결정에 필요한 전문가의 의견을 반영하는 절차를 법제화하고, 집행의 과정에서도 당해 처분의 결정권자인 법원이 개괄적인 차원에서 추가적인 조치나 명령을 할 수 있는 법적 근거를 마련하는 등의 방안에 대한 모색이 요구된다.

제2절 성범죄자의 사후치료제도 도입

1. 사후치료의 목적: 위험성 관리(risk management)

가. 위험성 관리 모델의 적용

성범죄자의 출소 후 사후관리가 필요한 이유는 지역사회의 안전을 유지하기 위해서이다. 어떤 성범죄자는 구금 기간 동안 범인성이 교정되어 재범 위험이 감소된 경우도 있겠으나, 일부 고위험 성범죄자의 경우 재범의 위험이 여전히 상당할 수도 있다. 가령 상당한 성적 일탈성을 가지고 있을 것으로 추정되는 재범 고위험 군 대상자가 교도소 내에서 범죄유발요인의 개선에 실패한 채 형을 만료한 경우, 지역 사회 내의 안전이 위협받게 된다. 특히, 우리나라와 같이 성범죄자를 별다른 출소심사 없이 만기 출소시키는 경우에는 어떠한 대상자가 재범의 위험 요인을 여전히 갖고 지역사회에 복귀하는지 알 수가 없다. 위험성이 감소한 경우보다는 위험성이 그대로이거나 증가한 경우의 식별 및 관리가 사회 안전적 측면에서 매우 중요하기 때문에 ‘사후관리(aftercare)’의 필요성이 제기된다.

독일, 영국, 미국, 캐나다, 싱가포르 등 선진국에서는 위험성 관리 모델(risk management model)이라는 용어를 사용하여 범죄자의 위험성을 주기적으로 평가하고 적절히 개입의 강도를 조절하여 통제의 수준을 시점에 따라 달리 제공하고 있다. 위험성 관리 모델은 봉쇄 모델(containment model) 등으로 불리기도 하지만 이와 반드시 같다고만 볼 수 없고 형사사법 시스템의 가용한 자원들을 유기적으로 종합하여 ‘변화할 수 있는 범죄자의 위험성을 체계적으로 관리’하고자 하는 모든 작업들을 총칭한다. La Fond(2005)는 위험성 관리가 범죄자에게 정기적인 위험성 평가를 실시하고 그로부터 얻은 새로운 정보에 따라 그 통제의 수준을 조절하는 것이 가능하기 때문에 지역사회를 보호하기 위한 더 나은 제도라고 주장하였다.

범죄자의 위험성(dangerousness)은 범행, 판결, 형 집행, 출소 시점 등 시간에 따라 다를 수 있다. 독일, 영국, 미국, 캐나다 등을 포함한 많은 국가의 형사사법 현장에서 과거의 위험성이 아닌 미래의 재범가능성을 평가하는 위험성 평가(risk assessment)가 형사사법 전 단계에서 빈번히 사용되고 있는데, 이는 범죄자의 재범

가능성이 평가 시점에 따라 달라질 수 있기에 주기적으로 이를 업데이트하여 통제의 수준을 조절해야하기 때문이다. 현재 우리나라는 일부 성범죄자에게 판결전 조사 시점에 정적 위험요인으로 구성된 재범위험성 평가(K-SORAS)를 실시하여 사법적 처분을 부과하는데 활용하고 있고, 행형 시점에는 동적위험요인을 포함한 위험성 평가(HAGSOR)를 실시하여 치료 시 활용하고 있다. 그러나 이러한 간헐적 노력에도 불구하고 판결시점부터 출소 후 사후 관리 단계까지 범죄자의 위험성을 관리하는 보다 체계적이고 포괄적인 방법은 아직 제시되지 못하고 있다.

성범죄자의 출소 후 지역사회 내에서 위험성 관리를 위해 현재 우리나라에서 실시하고 있는 형사정책으로는 ‘신상정보 등록·공개·고지’, ‘전자발찌를 사용한 위치추적’, ‘성충동 약물치료’가 있다. 이러한 제도가 위험성 관리 측면에서 좀 더 충실히 이행되기 위해서는 성범죄자의 사회 내 행동을 관리하는 주체들이 범죄자로부터 관찰한 새로운 정보에 기반하여 통제의 수준을 증가 혹은 감소시키는 전법이 필요하다. La Fond(2005)는 이에 대한 예로써 유죄판결을 받은 아동 성범죄자가 지역사회로 돌아가 아동에게 말을 걸거나 놀이터를 찾아가기 시작할 때는, 보다 강도 높은 조건을 부과하거나 필요하다면 교도소로 돌려보내는 방법을 사용하고, 혹은 반대로 이러한 범죄자가 사회 내 치료프로그램을 성공적으로 이행하고 재범의 기회를 차단할 수 있는 지지 그룹을 형성하여 아동에게 접근하지 않는 것을 성공적으로 이행할 때 사회 내에서 더 많은 자유를 부과하고 감시의 수준을 낮추도록, 전법상의 변화를 주는 위험성 관리 방법을 역설하였다. 이는 신상정보 등록에도 관련이 있어, 성범죄자가 가석방 준수사항을 잘 따르지 않거나 기타 이유로 재범의 가능성이 높아지는 경우 등록 리스트에 추가하여야 하지만, 반대로 출소 시에 위험한 것으로 간주되었던 성범죄자가 지역사회에서 수년간 범죄 없이 안전하게 살아가는 경우 법적 통제 수준을 낮추는 것도 해당된다. 결국 La Fond(2005)는 위험성 관리 모델은 범죄자가 사회 내에서 어떻게 생활하느냐에 따라 그 법적 통제의 수준이 달라지기 때문에 범죄자에게 사회복귀를 향한 강력한 인센티브를 제공해 줄 수 있음과 동시에 지역사회의 보호를 위한 보다 강력한 조치가 될 수 있다고 주장한다.

나. 위험성 관리 모델의 유형

앞서 말했듯이 위험성 관리는 출소 후 단계에서 매우 중요하다. 지역사회로 출소한 성범죄자의 사후관리시 재범의 동적 위험 요인이 더 증가 혹은 감소하였는가를 정확히 평가하는 것은 매우 중요한 일이며, 일회성의 위험성 평가를 가지고 오랫동안 장기간에 걸쳐 사용하는 것은 옳지 못하다. 출소 후 사후관리의 방법으로서 여러가지의 전범을 구사할 수가 있지만, 서구의 정책을 보면 기본적으로 보호관찰과 심리평가(위험성평가 포함) 및 심리치료를 근간으로 하고 있다는 것은 분명하다. 거기에 전자발찌나 정보공개, 약물치료를 투입하거나 혹은 하지 않는 것이 다를 뿐이다. 우리나라의 출소 후 단계에서 성범죄자 위험성 관리는 보안처분 위주로 운영되고 있다. 그러나 막대한 양적, 물적 자원을 투입하여 범죄적 의지를 억지시키는 것을 목적으로 하는 이러한 보안처분들과 달리, 범죄자의 사회복귀를 위한 준비를 시킬 사후치료는 어떠한 패러다임을 가지고 제공되어야 하는지에 관한 논의가 거의 이루어지지 않았다.

위험성 관리 모델에 사후치료적 패러다임을 도입하여 성범죄자의 출소 후 사후관리로서 성공한 모델로 주목받고 있는 것은 미국 콜로라도 지역에서 실시하여 다른 주로 확산된 봉쇄 모델(Containment Model)과 성범죄자 재사회화 법정(Sex Offender Reentry Courts) 등이 있다. 두 모델 모두 성범죄자의 사후관리에 있어 다학제적 접근을 추구하고 있고, 봉쇄모델에서는 보호관찰과 거짓말탐지기 사용, 심리치료의 세 가지 요소를, 성범죄자 재사회화 법정에서는 위의 봉쇄모델에 치료적 사범을 도입하여 판사의 역할을 강조한 접근이다.

1) 봉쇄 모델

• 보호관찰

사회 내로 복귀한 고위험군 성범죄자는 대부분 전자발찌 부착이나 성충동 약물 치료 대상자들이며, 이들의 집중적 보호관찰 및 이동 경로 파악은 봉쇄 접근의 핵심이 된다. 봉쇄모델의 보호관찰에서 강조하는 것은 치료나 거짓말검사에 잘 순응하지 못할 경우 제재조치를 단계별로 취하고 이를 대상자에게 사전에 고지하며,

일관성 있게 실행하는 것이다. 실제로 성범죄자 치료자나 거짓말 검사관은 성범죄자가 치료나 검사에 비순응시 다양한 제재조치를 사용하는 것이 위험 관리의 중추적이며 지속적 프로세스라고 말하고 있다(English, 2009).

- 성범죄자에게 특화된 치료

성범죄자 치료는 대개 집단치료의 세팅에서 이뤄지며, 성범죄 범행에 기여한 인지적, 감정적, 행동적 요소를 변화시키는 작업을 한다. 가해자가 범죄 행동에 대해 내적 통제를 발휘할 수 있도록 돕는 것이 성범죄자 치료의 주요 목표이지만, 봉쇄 접근에서 성범죄자 치료가 갖는 필수 역할 중 하나는 사법 기관이 위험 관리 계획을 세우기 위해 필요한 가해자의 상세한 정보를 얻는 것이다(English, 2009). 보호관찰관은 성범죄자 치료자와 긴밀히 협조하여 성범죄 범행에 선행하는 가해자의 만성적 패턴 등을 알아두도록 한다.

- 판결 후 거짓말검사(postconviction polygraph)

거짓말검사는 치료시 입수된 자기보고식의 정보, 특히 성범죄 경력에 관한 사항을 정확성이나 완결성 면에서 확인하고 보호관찰이나 치료의 조건들을 잘 이행하는지 정기적으로 모니터링하는데 유용하기 때문에 성범죄자 치료 및 관리에 유용하다. 거짓말탐지기를 성범죄자 치료 및 보호관찰과 결합하는 경우 가해자가 자신의 행동에 대해 정직하게 보고하고 재범을 억제하는 강력한 보상을 제공한다(English, 2009). 특히 거짓말 탐지기 검사관은 사건을 잘 이해하고 치료자 및 사례 관리자(보호관찰관)와 잘 상의하여 검사를 준비해야한다. English(2009)는 치료자는 대체로 가해자가 집단치료 동안 모든 것을 개방하기를 기대하고 보호관찰관은 끊임없이 의심을 하므로, 이 사이에서 거짓말탐지기 검사관은 중립적 자세를 취하여 검사 자체의 기술적, 생리적 요구사항들을 충실히 이행하고 타당성에 대한 위협을 제거하도록 질문을 신중하게 구성할 것을 제안하고 있다.

2) 성범죄자 재사회화 법정(Sex Offender Reentry Courts)

성범죄자 재사회화 법정은 Winick과 La Fond가 제안한 것으로 치료적 사법의 개념과 봉쇄 접근에 기반을 두고 있다. 재사회화 법정(Reentry Courts)은 미국 법

무부 산하의 범죄 연구소인 NIJ(National Institute of Justice)의 디렉터인 Jeremy Travis가 처음으로 제안하였는데, 재사회화를 양형선고로부터 가해자가 사회로 안전하게 통합하기 까지 계속되는 과정으로 보았다(La Fond, 2005). 재사회화 법정은 일종의 문제해결법정(problem solving courts)으로, 이미 이를 기반으로 하여 약물 법정, 정신보건 법정, 가정폭력 법정이 구성되어 운영되고 있으며, 이 모든 법정에서 판사가 지역사회 보호와 가해자 사회복귀를 위한 다학제적 접근의 중심 역할을 수행한다(La Fond, 2005).

성범죄자 재사회화 법정에서 판사는 위험성 관리 계획을 수립하고 이것을 지속적으로 평가하여 관리 계획을 조정하는 다학제 팀과 긴밀히 협력한다. 판사는 가해자를 동기화시키고 격려와 긍정적 보상으로 성공적 수행을 격려하며, 위험성 관리 계획을 따르지 않는 경우 가해자를 처벌한다. 판사의 일차적 역할은 가해자와 행동 계약을 수립하는 것이다. 이 계약은 가해자를 위한 구체적이고 중장기적인 목표가 제시되며, 목표에 성공적으로 이행했을 경우 합의된 보상이 제공된다. 이 때 목표는 대표적으로 치료에 효과적으로 참여하고 약물을 사용하지 않는 것과 성범죄 재범을 초래할 수 있는 상황을 피하는 것이 포함된다. 계약서에는 이러한 계약을 이행하지 못할 경우의 처벌 또한 명시되는데, 특정기간동안 집을 떠날 수 없거나 심각한 위반이 있는 경우에 교도소에 재구금되는 것 등이 있다(La Fond, 2005).

성범죄자 재사회화 법정의 운영 방식은 다음과 같다.

- 유죄청구와 책임의 수용: 성범죄자 법정은 결국 범죄자를 사회로 복귀시키는 일련의 과정 속에서 전개된다. 이 과정의 시작은 피고의 유죄 인정으로 시작되는데, 법정에서 범죄자는 자신의 행동에 대한 완전한 책임을 수용하도록 한다. 피고인이 기소된 성범죄에 대해 유죄임을 인정하는 것은 자신의 방어 메카니즘을 부수고 범행에 대해 직면하게 하는 것이다(La Fond, 2005).
- 판결전 치료: 유죄임을 인정한 성범죄자는 판결전에 치료를 시작할 수 있고 판사는 이를 양형의 참작요인으로 간주한다. 이러한 선택은 범죄자들이 변화의 과정을 가능한 빨리 시작할 수 있는 강력한 보상을 제공한다. 위험성 평가가 철저히 행해져 재범 위험이 낮을 경우 봉쇄 모델에 입각한 공격적 위험 관리 계획과 함께 지역사회 내의 프로그램으로 훈방처리 된다(La Fond, 2005).

- 양형과 재사회화: 구금형을 선고받은 가해자는 판사와 재사회화를 논의하며, 교도소 내에서 치료를 받도록 가해자를 동기화시키고 치료 참여는 가해자가 가석방의 기회를 가질 수 있는 결정 요인 중 하나라는 점을 부각시킨다(La Fond, 2005).
- 지역사회 출소: 재범 위험성 평가 결과 재범의 위험성이 감소되었다고 판단될 경우 판사가 성범죄자를 조기 출소시킬 수 있다. 이 때 조기 출소하더라도 공격적인 감시와 적절한 위험성 관리 계획을 수립하게 된다. 실행의 예로는 성범죄자가 처음에는 가석방관의 지속적 관찰 하에 하루의 일정 부분을 교도소 밖에서 보내다가 이에 성공하면 중간처우의 집에 할당되어 관리를 받은 후 또 다시 위험성이 감소되는 행동이 확실히 나타나면 집에서 떠나되 전자 감시 등을 받는 경우이다. 거짓말 검사기나 기타 측정도구를 활용해 지속적으로 위험성 평가를 실시하고 약물 사용여부를 검사하기 위한 소변분석 등이 실행되어야 하며, 출소의 조건은 위험성 평가 결과에 따라 조정된다. 판사는 출소의 조건을 이행하지 못한 경우 처벌을 부과하며, 필요한 경우 교도소로 복귀시킨다 (La Fond, 2005).

위에서 살펴본 바와 같이 봉쇄모델이나 성범죄자 법정에서는 출소 후 사후관리 단계에서 성범죄자의 위험성을 관리함과 동시에 사회복귀를 지원하는 사후치료를 제공하고 있음을 알 수 있다. 사후치료는 성범죄자가 지속적으로 범행과 관련된 요인들을 개선하도록 유도하며, 위험성 관리 모델하에서 사후치료의 성공적 수행을 보상과 연결하여 통제의 수준을 감소시켜 안정적으로 사회로 재진입하도록 돕는다. 봉쇄 모델은 전자발찌 부착자나 성충동 약물치료 대상자의 집중 보호관찰 방식에서 완전히는 아니지만, 일정 정도 구현의 시도가 있으며, 성범죄자 법정의 경우 문제해결법원이 아직 국내에 시도된 바 없고 법원의 참여가 필수적이지만, 향후 다학제적 논의를 통해 도입가능성을 진단해볼 필요가 있다.

그렇다면 성범죄자를 위한 사후치료를 우리나라의 현행 제도에서 도입하기 위해서는 어떠한 개선이 필요한가를 논의하겠다.

2. 사후치료 제도 확립을 위한 현행제도의 일반적 개선

가. 판결전 심리단계: 정신감정 기능의 강화

우리나라의 범죄자는 판결전 단계, 즉 심리단계에서 치료감호 청구를 위한 정신감정에 유치하거나 사회 내 처우의 적합성을 조사하기 위한 판결전 조사를 실시한다. 대개 치료감호 청구 목적의 정신감정은 정신과 의사가 주도하고 판결전 조사는 임상적 평가 및 해석이 가능한 심리학자나 훈련된 보호관찰관 등이 주도한다는 측면에서 두 조사는 목적과 주체가 다르다. 그러나 앞서 주요국의 성범죄자 치료제도를 살펴본 결과, 우리나라에서 성범죄자를 포함한 범죄자의 사회윤리적 기능, 즉, 책임능력과 정신의학적 기능을 진단함에 있어 기존의 정신감정이나 판결전조사가 한계가 있을 가능성이 있다. 가령 독일의 경우, 성범죄자의 분류심사를 위한 정신감정 규정을 보면 형량 2년 이상의 성범죄자나 높은 재범확률이 의심되는 경우 전문적인 정신의학적 감정을 의뢰할 수 있게 되어 있어, 그 감정의 대상이 우리나라보다 명시적이며 포괄적이다. 또한 사전심리 단계의 감정의 목적은 결국 정신장애로 인한 책임능력 손상을 파악하는 치료감호청구이지만, 2년 이상의 성범죄자는 누구나 정신감정의 서비스를 받기 때문에 결과적으로 많은 성범죄자들이 매우 포괄적인 정신감정을 받게 된다. 따라서 우리나라의 치료감호 청구 목적의 정신감정보다는 더욱 보편화되어 있는 일반적인 판결전단계의 정신과적 평가라 할 수 있고 정신질환의 유무 가능성을 포함한 법정신의학적 측면을 평가해야하기 때문에 정신의학과 심리학의 공조 하에서 정신과 의사에 의해 주도한다고 되어 있다.

우리나라의 경우, 우선 치료감호 규정을 보면 앞서 성범죄자 치료관련 법률의 일반적 문제점에서 지적했듯이 주체가 검사로 사실상 한정되어 있어 공소유지라는 입장에서 보면 책임조각이나 감경사유에 해당하는 치료감호청구에 적극적이지 못할 가능성이 있기 때문에 사실상 사전심리단계의 유일한 정신과적 평가라 할 수 있는 치료감호청구 목적의 정신감정에 정신과적 문제를 가진 상당히 많은 성범죄자의 평가가 누락이 될 수 있는 가능성이 있다. 또한 치료감호청구의 권한을 검사에게 부여한 것은 사실상 정신감정의 비전문가에게 누구를 정신감정할 것인가에 대한 결정권을 부여한 것으로 권한의 설정과 위임이 출발부터 잘못되었다 할 수

있다. 이 점에 대하여 형사소송법 상 탄핵주의와 당사자주의의 원칙상 피고인에 대한 각종 사법적 처분의 청구는 원칙적으로 검사의 권한이자 임무이고, 형사소송 절차에서의 정신감정행위는, 그 자체로는 의학적이고 전문적인 판단행위라고 할 수 있지만, 어디까지나 규범적 판단을 위한 법적행위라는 점을 근거로 법률적으로 치료감호의 청구권자가 검사로 규정된 것이 그 자체로 문제라고는 볼 수 없다는 반론이 있을 수 있다.¹⁰⁴⁾ 그러나 이러한 관점은 여전히 치료감호를 처벌과 규제의 일종으로 보는 태도라고 할 수 있다. 치료적 사법의 이념을 수용하여 처벌이 아닌 치료의 필요성이 있는 대상자를 선별하고 그의 치료를 위한 적절한 방안을 강구한다는 것으로 치료감호청구의 목적을 설정한다면 치료감호청구를 검사의 ‘고유업무’로 설정하거나 순수한 ‘재량’으로 해석하는 것은 그러한 목적에 부합하기 어렵다고 할 수 있다.

또 다른 평가라고 할 수 있는 판결전 조사는 성범죄자 중 누구를 대상으로 조사할 것인지 그 기준이 명확하지 않고 목적이 사회 내 치료의 적합성을 심사하기 위한 보호관찰관의 주도로 이뤄지기 때문에 정신과적 평가는 충분히 이뤄지지 않는다. 이러한 방식으로 인해 생길 수 있는 문제점은 판결전조사에서 사회 내 처우 판정을 받지 않은 많은 성범죄자들이 결국 시설로 수용되지만 판결전조사에서는 정신과적 평가가 충분히 이뤄지지 않았기 때문에 시설(교도소)로 수용된 상당수의 성범죄자들이 정신과적 문제를 가지고 있을 수가 있다는 것이다. 특히, 우리나라의 경우와 같이 교도소 내에서 제공되는 정신보건서비스가 매우 열악한 환경에서는 사실상 성범죄자들이 정신과적 문제에 맞는 서비스를 받지 못하고 출소할 가능성이 높다. 이것은 범죄자 처우의 개별화와 과학화라는 대전제에도 어긋난다.

따라서 사전심리단계, 즉 판결전 사전심리단계에서의 정신감정의 대상을 보다 명확히 하고 그 방법을 보다 체계화하고 포괄적으로 명시할 뿐만 아니라 그러한 서비스를 담당할 주체도 치료감호소나 보호관찰관이 아닌 제 3의 전문적인 기관으로 이관하여 보다 객관적인 정신감정서비스가 이뤄질 수 있도록 정책을 마련할 필요가 있다. 독일의 경우, 일반적으로 사전심리 단계의 정신감정은 정신과병동을 가지고 있는 대학병원 등으로 대법원 산하에 구축된 연방 컨소시엄의 역할이 큰 것

104) 물론 이러한 반론이 검사에 의한 독자적인 판단을 지지하는 것은 아닐 것이다. 이 경우에도 정신과 전문의 등에 의한 필요적 의견청취 등 전문성을 보완하기 위한 제도개선은 수반될 것이다.

으로 보인다. 우리나라도 대학병원의 정신과 병동이나 국립/시립 정신병원 등과의 공조를 통해 일정정도의 형량(예컨대 징역 2년 이상)이 예상되는 일반적인 성범죄자, 특정한 범죄유형(예컨대 16세 미만의 피해자를 대상)의 성범죄자, 혹은 기타 사유로 재범위험성이 높다고 판단되는 성범죄자는 보다 포괄적인 정신감정을 받을 수 있도록 하는 방안이 필요하다. 성범죄 피고인의 정확한 정신감정을 통한 정신장애의 여부와 장애수준 및 성적 일탈성(예: 과도한 성욕, 소아성애를 포함한 성도착증, 성중독)의 소견 등은 향후 치료 및 처벌 방식에 큰 영향을 끼칠 수 있기에 조사결과에 대한 전문적인 소견이 필요하며, 이를 위한 포괄적인 심리검사가 병행될 수 있어야 한다. 현행 제도 내에서 이를 주도할 기관으로 법무부 보호관찰관이나 법원 산하의 양형조사관만으로는 사실상 한계가 있고 판결전 조사는 본래의 취지에 맞게 사회 내 처우 부과목적의 적합성 심사 기능을 유지하는 것이 옳되, 형량 2년 이상의 성범죄자에 대한 정신과적 평가는 법원의 주도하에 법원과 정신의학계가 공동 컨소시엄을 구성하여 정신감정을 좀 더 보편화하고 체계화할 수 있는 가이드라인을 만드는 것이 필요하다.

또한 중요한 것은 이러한 정신감정 결과를 해당 범죄자가 판결을 받을 시 판결문에 부착하여 형집행기관인 교도소나 치료감호소, 보호관찰소 등으로 결과를 이관해 주어야 한다. 대부분의 형집행기관에서는 치료 시작 전에 분류심사를 하게 되며 추가적으로 치료적 욕구를 선별하는 평가도 실시하지만, 정신질환의 유무, 성도착증 정도 등 감정 단계에서 파악한 자료는 형집행단계에서는 측정되기 어려운 사항들이다. 따라서 이러한 정보를 형집행기관으로 이관해준다면 치료계획을 세우는 데 매우 유용한 자료가 될 것이다.

나. 선고단계: 치료시간 부과 폐지

사전심리절차가 끝나고 판결단계에서 성범죄자에게 처분이 부과될 때 우리나라는 치료시간이 명시된다. 이러한 방식은 세계 어느 나라에서도 찾아보기 힘든 방식으로 치료의 시간을 양형의 하나로 간주하여 이를 법정형량으로 고정하려는 집행적 목적이 있다고 보여진다. 여기서 중요한 것은 과연 치료를 처벌로 볼 것인가인데, 치료적 사법의 이념에 의하면 자유형의 부과, 전자감시장치의 부착 등과 치

치료프로그램의 이수는 그 목적에 있어서 분명한 차이점을 가진다. 물리적 제약이 있는 일정한 장소에서 의사에 반하여 치료처분을 받아야 한다는 것은 그 자체로 강제성과 자유침해성을 가지고 있어 징벌적 성격이 없다고는 할 수 없으나, 이는 법원에 의한 처분을 지나치게 일방적인 징벌적 강제처분으로만 바라본 결과라고 할 수 있다. 따라서 일률적으로 치료처분을 피고인에 대한 형사제재의 일종으로 간주하고 형벌의 부과와 같이 고정된 시간을 선고하는 방식은 지양하고 치료의 목적에 맞게끔 수정하는 것이 필요하다.

또한 사전심리단계의 성범죄자 평가가 매우 미약하게 이뤄지는 우리나라에서 평가적 자료가 미비한데도 불구하고, 치료의 강도라 할 수 있는 치료시간을 정하는 것은 임상적으로 봤을 때도 위험한 방식이다. 따라서 치료의 기간은 양형기간 내에 마칠 수 있도록 선고하고 형집행기관인 교도소나 보호관찰소에서 충분한 평가를 거친 후에 그 구체적 기간을 설정하도록 권한을 위임하는 것이 옳다. 즉 실행이 부과되어 교도소에서 집행하는 경우에는 단순히 치료명령을 실행에 부가하는 방식으로 하고 형기 내에서 기간의 제한 없이 치료처분이 이루어질 수 있도록 하며, 집행유예나 벌금형이 선고되어 보호관찰소에서 집행하는 경우에는 (사전에 청취한 치료전문의의 의견을 바탕으로) 치료에 필요한 충분한 기한을 상한으로 설정한 후 구체적인 치료의 기간은 보호관찰소에서 설정하도록 하는 방식을 채택하는 것이 바람직하다.

다. 행형단계: 치료 경과를 고려한 가석방 부활 및 치료불이행자의 사회 내 치료 부과

행형단계는 치료명령을 받은 수형자들의 치료효과와 치료중단 시의 재범위험성 등이 면밀하게 평가되어야 한다. 치료적 경과에 대한 평가와 이에 대한 소견서 작성은 치료자의 주요한 임무로 작용하는데 이는 행형단계의 치료적 과정 평가가 외국의 경우 가석방, 출소심사 등과 연계하여 결정적 기능을 갖기도 하기 때문이다. 성범죄자에 대한 가석방제도를 활용하고 있는 외국의 경우 치료프로그램의 참여와 이를 통한 범죄유발요인들의 개선은 가석방 심사 시 매우 중요한 요인으로 여겨진다. 독일의 경우 만기출소하더라도 치료프로그램의 이행 실적이 없으면 사회 내에서 다시 특수보호관찰명령과 함께 사후치료를 받아야한다. 이렇듯, 치료프로

그램의 참여를 강제화하지 않으면서도 사실상 치료의 참여를 반강제적 자발적 의무로 받아들이게 하는 것은 행형단계에서 재범 감소를 위한 자구적 노력에 어떤 식으로든 착수하게 하는 제도적 장치로 볼 수 있다.

가석방심사 위원회나, 출소심사 위원회, 치료감호심의 위원회와 같이 출소나 가중료의 심의 기능이 있는 위원회의 역할이 보다 체계적으로 이뤄질 필요가 있다. 출소 심사 기능을 가지고 있는 이러한 위원회는 그 역할이 명확하고 치료전문가의 의견이 실질적으로 반영되어 치료 경과에 대한 혜택이 출소와 연결될 수 있도록 기능을 재정비할 필요가 있다. 특히 치료감호심의 위원회는 사후관리의 주체를 법원이 정한다는 취지에서 법원 소속의 위원회로 변경토록 하고 정신의학전문의를 포함하도록 제안한다.

3. 성범죄자 유형에 따른 사후치료제도 개선방안

가. 정신질환을 동반한 성범죄자의 사후치료

우리나라의 치료감호법상 정신질환을 동반한 성범죄자가 심신장애나 심신상실의 이유로 치료감호 처분을 받을 때, 혹은 성도착증과 같은 정신성적장애로 치료감호 처분을 받을 때 최장 15년까지 치료감호소에서 치료를 받을 수 있다. 치료감호소 출소자는 보호관찰소와 협조 하에 정신보건센터에 등록하여 상담, 진료, 사회복귀 훈련 등의 정신보건서비스를 받을 수 있고, 가중료자는 보호관찰 3년이 필요적으로 부과되고 이에 따른 준수사항이 부과되어 정신보건센터에서 정신보건 서비스를 받는 것이 가능하도록 되어 있다.

정신질환을 동반한 성범죄자의 경우, 범죄의 죄질이 극심한 반복적 성범죄자를 제외하고 실질적으로 거의 가중료되어 출소하는 경우가 많기 때문에 3년간 보호관찰을 받도록 되어 있다. 이 때 사후치료는 준수사항으로 부과될 수 있으나, 사후치료를 담당하는 주체가 명확하지 않고, 다만 정신보건센터에서 상담 등을 받는 것이 가능하도록 되어 있기 때문에 보호관찰관의 관리 계획에 포함되지 않을 가능성이 높다.

앞서 검토한 주요국의 정신질환 성범죄자의 사후치료 현황을 보면, 독일의 경우

형법 제 68조 특수보호관찰 및 사회 내 치료 수강명령에 의거하여 치료감호소 출소자에게 특수보호관찰의 준수사항의 하나로 사회 내 치료 명령이 부과되며, 이러한 치료 명령에 응하지 않을 경우 성범죄자들은 치료 거부 자체가 형법상의 범죄행위로 인정되어 재수감될 수 있다고 되어 있다. 특히 특수보호관찰국을 법원 산하에 두고 있는 독일의 경우 치료거부 및 명령 불이행시 치료자가 즉시 특수보호관찰국에 이 사실을 알리도록 되어 있고, 치료자가 주기적 사례 회의를 통해 특수보호관찰국 및 법원에 그 내용을 보고할 것을 규정하고 있기 때문에 사후치료가 비교적 엄격히 집행될 가능성이 높다. 또한 치료감호소가 대부분 직속 사후관리 치료센터를 운영하여 전체 사회 내 치료기관의 약 55%를 차지하고 있을 정도로 수적으로 많으므로, 치료감호 출소자가 사후치료를 받는 것이 수월하고 양 기관간 정보 이관 등도 원활할 것으로 여겨져 치료의 연속성 면에서도 좋은 구조를 가지고 있다고 할 수 있다.

영국의 경우도 2007년 개정된 정신보건법 제 117조(section 117)의 사후관리 제공 ‘의무’ 조항에 따라, 정신질환을 가진 성범죄자가 치료감호소에서 치료받고 출소하는 경우 적절한 사후치료를 제공하는 것이 의무화된 것으로 보인다. 특히 치료감호소 출소에 앞서 사후관리 시 환자가 필요한 치료적 니즈를 관련된 보건 및 사회복지 서비스 담당자와 협의하기 위해 ‘제 117조 출소전 회의’를 개최하는 것이 올바른 실무로 규정되어 있다(McMurran, Khalifa, Gibbon, 2009). 또한 영국의 MAPPA는 성범죄자의 사회 내 관리를 위해 사실상 독일의 특수보호관찰 기능을 제공하고 있기 때문에 정신질환을 가진 성범죄자의 경우 재범위험성 관리를 위해 MAPPA의 관리를 받을 가능성이 높다. 이러한 법적, 제도적 절차에 따라 정신질환을 가진 성범죄자가 치료감호소에서 출소하여 지역사회 내에서 사후치료를 받을 경우 지역의 정신보건센터를 활용하지만, 특히 영국은 지역의 정신보건센터 중 80%가 ‘사회 내 법정신보건서비스(communitiy forensic mental health services)’를 동시에 제공하고 있기 때문에 성범죄자의 경우 일반 정신보건 서비스와 차별되는 법정신보건 서비스를 받을 수 있다는 이점이 있다. 모든 법정신보건 서비스는 재범위험성 평가와 사례 관리를 제공하며, 상당수가 분노 조절 훈련이나 성범죄자 대상의 인지행동치료를 제공하고 있기 때문에 일반 정신보건 서비스에서 다루지 못하는 범인성의 관리가 가능할 것으로 보인다(McMurran, Khalifa, Gibbon,

2009). 실제로 영국의 ‘사회 내 법정신보건 서비스’의 효과성을 연구한 Sahota 등 (2008)에 의하면, 치료감호소에서 출소하여 지역의 사회 내 법정신보건 서비스센터에서 사후치료를 받는 환자의 재범율을 일반 정신보건 서비스센터의 환자와 비교했을 때 지역의 법정신보건 서비스센터 대상자가 일반정신보건 서비스센터 대상자보다 재범율이 더 낮았다. 물론 효과성에 대한 연구는 추후 더 필요할 것으로 보이지만, 지역 정신보건센터에서 법정신보건 서비스를 제공하는 것이 정신질환을 가진 성범죄자의 출소 후 사후치료를 통한 재범 감소에 더 유리할 것임을 유추할 수 있다.

이러한 측면에서 우리나라의 치료감호소를 출소한 성범죄자의 사후치료를 위한 대안으로는, 먼저 현행법상 치료감호소 가종료자의 보호관찰기간 3년 중 보건복지부 산하의 정신보건센터에 이들의 사후치료를 위임하는 것은 위험 관리(risk management)측면에서 볼 때 적절해 보이지 않는다. 지역의 정신보건센터는 일반적인 정신보건서비스를 제공하는 곳이지 범죄자의 재범위험성평가와 범죄유발요인등의 위험요인을 관리해야하는 것과 관련해서는 전문적 지식을 갖추고 있지 않기 때문이다. 일반 정신보건서비스는 정신질환의 관리적 측면에서 상당히 기여할 수 있으나 이미 범죄를 저질러 범죄유발요인등을 추가적으로 감소시키고 관리해야하는 측면에서는 특화된 법정신보건(법임상) 서비스가 필요하다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 법무부와 보건복지부가 공동으로 업무 협약을 맺어 영국과 같이 지역의 정신보건센터 내에 법정신보건 서비스를 제공할 수 있는 별도의 유닛(unit)을 만들고, 관련된 전문지식과 자격을 갖춘 사람을 배치하여 법정신보건(법임상) 서비스를 제공하는 것이 좋다. 혹은 독일의 경우처럼, 현재의 치료감호소와 앞으로 추가적으로 설치될 지역의 거점 법무병원 산하에 사후치료를 담당하는 전담 사후치료센터를 두고 법임상 서비스를 제공하는 것도 방법이다. 법정신보건 서비스를 형법체계 안에 편입하여 제공하는 독일과 정신보건법 체계 안에 편입하여 제공하는 영국의 시스템은 다소 차이가 있지만, 지역의 거점 법무병원에서 자체적 사후관리치료센터를 운영하거나 혹은 지역의 정신보건센터내에 법정신보건유닛을 두고 있다는 점에서 사후치료를 위한 기반시설이 확보되어 있다는 점에서는 같다. 우리나라도 지역의 거점 법무병원은 대부분 국립정신병원의 기반시설을 활용한 법무병동의 추가적 운영으로 아직은 걸음마 단계이지만, 치료감호 가종료자들을 위한

사후치료 체계에도 이제 보다 적극적인 관심을 기울여 거점 법무병원에서 사후치료 전담센터를 운영할 수 있는 기반을 갖추거나 혹은 보건복지부 산하의 지역 정신보건센터에 법정신보건서비스 유닛을 설치하는 방안을 검토해야 한다. 특히, 정신질환을 가진 성범죄자 중, 재범위험성면에서 관리가 필요한 사람들의 사후치료 및 특별관리는 치료감호 서비스의 효과 강화와 효과 유지, 그리고 그들의 위험 관리를 통한 사회 안전이라는 측면에서 대안 마련에 동력을 투입할 필요가 있다.

나. 시설 내(교도소) 수용자의 사후치료

현재 성범죄자의 가석방 결정에 부정적인 우리나라와 달리 독일이나 영국, 미국 모두 성범죄자가 가석방을 받는 것이 가능하다. 따라서 시설 내 수용자가 가석방하여 출소하는 경우의 사후치료는 보호관찰의 준수사항으로 명시되어 사후치료를 거부할 경우 보호관찰이 취소된다. 독일의 경우 형법 제 57조에 의해 가석방한 성범죄자의 경우 지역사회 내에서 사후치료를 받아야 하며, 이 때 가석방의 조건으로는 형량의 최소 2/3를 이수한 성범죄자가 이수 시점까지 치료효과가 긍정적이라고 판단되는 경우 가석방을 허가할 수 있다고 되어 있다. 가석방된 성범죄자들은 잔형의 집행이 유예된 것으로 간주하여 일반 집행유예자와 동일한 조건으로 보호관찰을 받게 되며 거의 무조건적으로 사후관리 치료명령을 받는다. 또한 치료조항에 불응할 시 재수감될 수 있다.

뿐만 아니라, 독일의 경우는 형기를 만료한 성범죄자라도 수용 중에 치료프로그램 참여를 지속적으로 거부하거나 이수 실적이 좋지 않아 사후 관리가 필요한 경우 특수보호관찰명령과 함께 사후치료를 명할 수 있다. 이러한 배경에는 독일에서는 교정시설의 수감은 책임능력과 같은 사회윤리적 기능이 완전히 손상되거나 제한되었다고 보지 않기 때문에 범죄에 대한 책임능력이 있다고 판단된 수형자들이 치료에 충실히 참여함으로써 범죄에 대한 책임을 수용하고 범죄유발요인을 개선하는 것을 하나의 반강제적 의무로 보기 때문이다. 그러므로 형기 중 이러한 개선 노력이 미흡한 사람은 범죄에 대한 책임수용과 함께 범죄적 유발요인을 향상시켰다고 보기 어려우며, 그것이 형기 만료의 경우라 하더라도 예외적으로 볼 수 없다는 논리가 형성되어 있다. 대개 일반 교정시설에서 만기출소한 경우는 치료부진

등으로 가석방이 불허된 경우가 많고 또 이러한 사람은 특수보호관찰명령과 함께 사후치료명령을 받게 된다. 특수보호관찰명령을 받은 성범죄자들의 사후치료는 3~5년으로 집계되고 있는데, 이는 특수보호관찰기간이 5년의 상한을 두고 부과되고 관찰기간 동안 지속적으로 치료를 받기 때문인 것으로 해석된다.

영국의 경우도 앞서 살펴본 것처럼, SOTP Better Lives Booster라고 하여 정규치료라고 할 수 있는 핵심프로그램과 연장프로그램 및 성적일탈성 수정을 위한 특별프로그램을 마친 성범죄자들을 대상으로 추가적인 프로그램을 제공하고 있다. 제목의 Booster에서 볼 수 있듯이 이는 일반 정신보건서비스에서 추후치료라고 불리는 일종의 사후치료로 볼 수 있다. 정규치료의 경과에 따라 경과가 좋은 사람은 강도가 낮은(Low intensity) 추후치료를 받고, 정규치료에서 경과가 충분치 못한 사람은 다시 집중적(High intensity) 추후치료를 제공하는 등 이원화되어 있다. 추후치료는 출소하기 12개월 전에 반드시 받도록 되어 있고 최고 80시간까지 제공된다.

이에 반해 우리나라의 교도소 내 성범죄자 치료는 대개 형기 내에서 최대 6개월 내에 끝나는 경우가 많고, 정규치료가 끝나면 모든 치료의 과정이 사실상 종결되게 된다. 이러한 시스템은 사실상 치료의 이수기간이 판결단계에서 고정되어 있기 때문에 추가 치료를 강제할 필요도 없고 할 수도 없기 때문이기도 하다. 치료 기간이 선고 단계에서 고정되어 있는 것은 우리나라만의 특수한 양형부과방식으로 그 바탕에 깔려있는 법리적 논리가 무엇이라고 하더라도 사실상 치료의 본질적 특성과 맞지 않음을 앞서 지적한 바 있다. 교정시설의 치료는 양형기간 내에서 각 범죄자의 재범위험성과 치료적 욕구에 따라 기간이 달라질 수 있으며, 치료의 종결은 사실상 치료의 경과가 긍정적일 때에만 가능한 것이므로, 예후적 과정을 충분히 고려하지 않은 선고상의 치료기간 명시는 조속히 시정되어야 한다. 또한 본장에서 강조하고 있는 사후치료의 확보를 위해서도 특별한 기준 없이 부과되는 실행선고자에 대한 선고상의 치료기간 명시는 폐지되어야 함이 옳다.

선고상의 치료기간 명시가 폐지되어 행형단계에서 치료기간을 설정해 나가는 것이 가능해 진다면, 교정시설 내의 사후치료는 다음과 같은 방식으로 진행되어야 한다고 본다. 첫째 교정시설에서 정규치료를 끝냈을 때의 유지/보수치료 제공이다. 앞서 살펴본 바와 같이 독일, 영국, 미국 등의 국가와 이 외에도 캐나다, 스웨

덴, 싱가포르 등, 성범죄자 치료가 선진화된 나라에서는 정규치료 이후, 치료의 강도와 빈도 면에서는 덜하지만 치료 시 학습한 것들을 유지할 수 있는 유지/보수치료를 제공하고 있다. 특히 싱가포르의 경우 정규치료를 Incare라 부르고 유지보수치료를 Halfway-care라 하여 앞서 배운 것들을 유지시켜 사회 내로 출소시킬 준비를 한다. 출소 후 사회 내에서 받는 사후치료를 Aftercare라고 부를 때 Halfway-care는 정규치료와 사후치료의 중간단계로 교정시설 내에서의 출소준비단계를 일컫는다. 캐나다의 경우도 정규치료가 끝난 대상자에게 유지/보수치료를 제공하여 출소준비를 시킨다. 이러한 면에서 교정시설에서는 출소 전 준비단계를 설정하여 이들을 위한 시설 내 추후치료(=유지/보수치료)를 제공할 필요가 있다.

출소한 성범죄자들을 대상으로 하여 사후치료를 부과하는 방식에 대해서도 모든 성범죄자들을 형기 기간만 만료하면 일제히 출소시키는 지금의 행형시스템과는 달리 교정시설 내의 수행성적과 치료이수실적 등을 고려하여 출소를 결정하는 출소심사제도, 즉 가석방제도의 적극적 활용방안을 검토할 필요가 있다. 우리나라의 성범죄자들은 현재 가석방 혜택을 거의 받지 못하고 있고 만기출소하는 경우가 대부분이며, 모든 성범죄자들을 대상으로 출소시점에 심사를 하는 독일 등과 달리 만기 출소 후 그대로 사회에 내보내는 것이 대부분이다. 이러한 방식은 출소의 심사 기능을 사실상 정지시켰기 때문에 출소 시 당해 범죄자가 범죄유발요인들이 얼마나 감소되었는지를 확인할 수 있는 절차가 없으며, 그 변화 유무에 따라 이들의 사후치료를 강제할 규정도 없다. 물론 전자발찌 부착과 이에 따른 사후치료 제공 등이 현행법상 가능한 것은 사실이지만, 전자발찌부착은 사실상 출소심사에 따른 것이 아니며 판결단계에서 이뤄지고 전자발찌부착과 함께 부과되는 사후치료명령도 선고단계에서 기간이 고정되어 나오기 때문에 수행기간 동안의 재활의지를 반감시킬 수 있는 가능성을 가지고 있다. 또한 통상 전자발찌 부착기간이 수년임에도 치료 기간은 거의 100시간 이내로 몇 주 혹은 몇 개월 내에 끝나버리기 때문에 이는 사후치료의 성격을 갖기에는 매우 미미하다. 따라서 교정시설 내의 치료이수실적과 연계한 가석방제도의 활용과 함께, 치료명령을 받은 성범죄자가 만기출소하는 경우에는 출소시점에서 법원에 의한 재범위험성의 심사를 받도록 하는 제도를 신설하여, 이 심사에서 여전히 재범의 위험성이 일정수준 이상인 것으로 나타나는 경우에는 법원이 출소자에 대해 사후치료명령을 포함하는 특별보호관찰을

선고할 수 있도록 하는 방안을 강구해야 한다. 만기출소자의 특별보호관찰(전자발찌 부착 포함)시에는 치료기간을 별도로 선고하지 말고 보호관찰기간으로 한정하여 치료를 지속시키는 것이 옳은 방식이다. 특별보호관찰과 이에 따른 사후치료명령은 위험 관리(risk management) 영역에 속하기 때문에 영국의 MAPPA방식과 같이 치료자와 보호관찰관은 주기적으로 재범위험성 평가 등을 실시하고 치료 제공시 재범요인의 발발 상황 등에 대해 면밀하게 관찰하여 사후치료가 갖는 위험관리적 의의를 담보할 수 있도록 한다. 또한 독일과 같이 치료명령의 준수사항 이행내역을 치료자가 특수보호관찰국 및 법원에 보고하도록 하여 치료명령 불이행시 재구금을 가능케 함으로써 보호관찰기간 중의 사후치료를 사회 내 안전과 연결하여 엄중히 집행하려하는 의지도 피력할 필요가 있다.

다. 집행유예대상자의 사회 내 치료

집행유예대상자의 사회 내 치료에 있어서는 사후치료를 논하기 전에 먼저 정규 치료과정에서 위험군에 따른 세분화가 선행될 필요가 있다. 우리나라의 보호관찰 대상자의 사회 내 치료인 수감명령의 집행방식은 현재 위험성에 따라 집단구분을 하지 않고 판결시 선고된 시간을 기준으로 집단을 구성하고 있다. 일부 순환형 집단의 경우 집단이 모두 동시에 시작하고 끝나는 것이 아니기 때문에 사실상 선고된 시간이 달라도 함께 집단을 구성하는 것이 가능하다. 그러나, 이러한 방식의 집단 구성은 매우 사후적인 성격을 갖는 것으로 범죄자 치료의 원칙과도 맞지 않는다. 집행유예대상자라고 하더라도 그 재범위험 면에 있어서는 같지 않으며, 치료적 욕구 역시 개별 범죄자마다 다를 것이다. 특히 성범죄 재범의 가장 강력한 위험요인이라고 할 수 있는 성적일탈성(예: 소아성애적 성향, 성도착적 습벽, 성중독과 같은 성적 집착 등)은 초범자라 하더라도 강하게 가지고 있을 가능성도 있기 때문에 기존의 집단 구성방식을 변경하여, 위험성평가 결과에 따른 집단 구분을 먼저 하고 저위험군과 중고위험군의 치료를 차별적으로 제공할 필요가 있다. 영국의 사회 내 치료 방식을 참고할 필요가 있는데, 영국의 Northumbria의 성범죄자 사회 내치료프로그램(N-SOGP)에서는 저위험군의 경우 사례관리자와 함께 개별적 치료과정을 간단히 이수한 후 추후치료라 할 수 있는 추가적 모듈 ‘더 나은 삶을 위한

노력'의 36시간 이수를 기본으로 하고 있는 반면, 중고위험군의 경우 핵심프로그램 (최소 144시간 이수)을 일단 모두 이수하게 하고, 추가적으로 '더 나은 삶을 위한 노력' 모듈을 180시간 이수하도록 하고 있다. 이러한 차별화를 통해 중고위험군의 사회 내 치료를 통한 재범위험 감소에 보다 집중하고자 하는 의도를 엿볼 수 있다.

독일의 집행유예대상자의 사회 내 치료기간 역시 2~3년으로 보호관찰기간 내에서 유지되며 일반 보호관찰의 경우에는 희소하겠지만 범죄유발요인을 만성적으로 오랫동안 가져왔을 것으로 예상되는 특수보호관찰 대상자의 경우 보호관찰이 끝난 성범죄자도 자발적으로 치료 받기를 원하는 경우 건강보험을 통한 치료를 가능케 해 준다는 점에서 역시 사후치료의 정신보건적 측면, 혹은 복지적 측면에 대한 국가적 인식이 높다고 볼 수 있다.

라. 사전예방단계의 사회 내 치료

우리나라에서는 아직 활성화되어 있지 않지만, 독일의 경우와 같이 사전예방적 단계의 사회 내 치료는 본 장의 포커스와는 별도로 우리에게 시사점을 제공하는 바가 있다. 아직 범죄가 발생하지 않은 범죄자를 대상으로 국립병원(주병원), 대학병원 등의 부속기관으로 사전예방치료센터가 설립되어 있는 독일의 경우는 물론 그 일차적 목표가 소아성범죄를 예방하기 위한 것이지만 전체적 성범죄를 발생 전 단계에서부터 일차적으로 예방하여 스스로 가해자가 되지 않도록 사회적 방안을 모색하고 지원했다는 점에서 상당한 의미를 갖는다고 할 수 있다. 미국과 캐나다의 경우도 사전예방단계의 사회 내 치료를 조직화하여 실행하고 있고 대표적으로 핫라인 개설과 병원이나 사설 클리닉 등으로의 연계를 시도하고 있다는 점은 성범죄 예방을 위해 이미 형사정책 이전의 정신보건 및 사회복지적 단계에서 개입을 시도하고 있다는 것으로 풀이된다. 사전예방단계에서 성범죄자가 스스로 병원을 찾을 때에는 그 자발성을 보호하기 위해 이미 과거에 저지른 범죄에 대해서는 치료자나 임상팀에게 범죄가 드러나더라도 이를 사법당국에 보고하지 않는 비밀보장의무를 조건으로 하고 있다. 그러나 치료중인 당사자가 향후 성범죄를 포함한 범행의 실행 가능성을 보이거나 자해 혹은 타해의 위험이 있다고 보일 경우 비밀보장의 의무를 이행하지 않아도 되도록 하고 있다. 즉, 자발적 노력을 하는 자기확인형(self-identified)

성범죄자 혹은 잠재적 성범죄자는 앞으로의 범죄 가능성을 개선하는데 중점을 두겠다는 것이며, 이를 위한 자구적 노력을 유도하겠다는 것이다.

이러한 면에서 법무부는 보건복지부와의 업무 연계를 통해 스스로 성적 공격성을 갖고 있다고 인식한 자기 확인형 혹은 잠재적 성범죄자의 자구적 노력을 유도하고 이들의 치료적 노력에 긍정적 보상을 줄 수 있어야 한다. 이를 위해 우선적으로 독일의 ‘가해자가 되지 않는 길’과 같은 프로젝트를 추진하고, 상설 핫라인을 개설하고 연계 체제를 갖추는 등 일차적 사전 예방의 중요성을 위한 대국민적 홍보 등을 강화시킬 필요가 있을 것으로 보인다.

4. 사후치료제도 도입을 위한 성범죄자 치료관련 법률의 개선방안

가. 사전심리단계 평가 활성화를 통한 성범죄자 분류기능 강화

우선 치료감호 등의 치료처분을 받아야 할 대상자를 적극적으로 선별하고 그에 대한 적절한 치료처분의 모색을 위하여 일정한 유형의 성범죄자는 모두 정신진단이나 감정을 받게 하는 제도의 도입이 필요하다. 일정정도의 형량(예컨대 징역 2년 이상)이 예상되는 일반적인 성범죄자, 특정한 범죄유형(예컨대 16세 미만의 피해자를 대상)의 성범죄자, 혹은 기타 사유로 재범위험성이 높다고 판단되는 성범죄자에 대해서는 법원이 지정하는 기관에서 정신과전문의나 임상심리전문가에 의하여 정신감정을 받게 하고, 그 결과는 해당 사건을 담당하는 검사에게 보내도록 한다.

이러한 감정자료를 받은 검사는, 검사의 ‘객관의무’를 실질적으로 실현하기 위하여 “검사는 치료감호대상자가 치료감호를 받을 필요가 있는 경우 관할 법원에 치료감호를 청구하여야 한다”고 하여 대상자에 대한 청구를 의무화하고, “단, 당해 피고인을 감정한 정신건강의학 전문의의 의견에 반하여 치료감호의 청구를 하지 않고자 할 때는 법원에 그 이유를 설시하여야 한다”라는 규정을 두어 전문가의 의견이 실질적으로 반영될 수 있도록 한다.

검사가 치료감호 청구를 하지 않은 경우, 법원에 의한 판단과 그에 따른 절차의 진행을 담보하기 위하여 “법원은 공소제기된 사건의 심리결과 치료감호를 할 필요

가 있다고 인정할 때에는 검사에게 치료감호 청구를 명령할 수 있다”라고 변경하는 것도 포함되어야 한다.

나. 예후평가 활성화를 통한 치료감호의 남용이나 불필요한 장기화의 방지

1) 재범위험성 판단자료의 제한

치료감호의 선고를 위한 재범위험성의 판단에서, 명문의 규정은 없지만, 판례가 치료를 위한 환경의 구비여부, 피치료감호인의 재범예방에 대한 의지의 여부 등을 판단기준으로 실시하고 있으나, 치료를 위한 환경의 구비여부는 피치료감호인의 범죄적 성향 및 재범위험성과 직접적인 연관성이 없으며, 또한 피치료감호인의 재력이나 사회적 지위 등에 따라 차별적으로 치료감호가 선고될 우려가 있어서 재범위험성의 판단자료로 쓰는 것은 부당하며, 재범예방의 의지는 재범의 위험성에 대한 판단자료라기 보다는 치료가능성 및 치료의 효과를 판단하는 자료라고 보아야 하며, 정신적 이상이 있어 치료감호가 청구된 피고인의 의지와 관련된 의사를 반영한다는 것은 부적절한 면이 있다. 따라서 위에 실시한 두 요인은 치료감호를 위한 재범위험성 판단의 자료에서 제외하도록 해야 한다.

2) 치료감호심의위원회의 개선

법무부 소속의 치료감호심의위원회에 대해서, 치료처분에 대한 사후관리에 대해서도 그 주체를 법원으로 한다는 취지에서 법원 소속의 위원회로 변경토록 하는 것을 제안한다. 현행 법조인(판사, 검사 등) 6명 이내, 정신의학전문의 3인 이내의 구성을, 재범위험성 판단에 대한 치료전문의의 의견을 실질적으로 반영하기 위하여, 법조인(판사에 한함)과 정신의학전문의(심리상담전문가 포함)를 동 수로 구성하는 것을 제안한다.

3) 장기 감호처분에 대한 이유설시 규정 신설

치료감호의 처분을 받은 자가 판결의 선고에 의한 형기를 초과하여 치료감호를 받는 경우 처분의 연장에 대한 담당판사의 이유설시 및 이해관계인에 대한 통보를 제도화할 것이 요구된다.

다. 이수명령 정체성의 확립

현행법상으로 모호한 수강명령과 이수명령을 분리하여, 성범죄자의 경우 수강명령과 별개로 성폭력 치료프로그램 이수명령의 부과를 명확히 규정하는 것으로 법을 개정할 것을 권고한다. 아울러 수강명령과 이수명령을 개괄하여 법문상 ‘일탈적 이상행동의 진단·상담’이라고 표현하는 것을 변경하여, 이수명령은 ‘일탈적 이상행동의 진단·상담 및 그의 치료를 위한 의학적·심리학적 프로그램’으로 보다 구체적으로 명시하는 것이 효과적인 프로그램의 개발과 운영을 위해 타당할 것으로 생각된다.

라. 이수명령 선고방식의 변경

앞에서 여러 번 지적한 바와 같이 현행 고정식 선고방식은 치료처분의 본질과 목적달성에 부합하지 않으며, 차후 경과에 따른 적절한 대처를 곤란하게 하는 측면이 있으므로 이수명령의 이수시간을 확정하여 선고하는 방식을 변경할 필요가 있다.

우선, 징역형(금고형 포함)의 실형을 선고하는 경우에는 아예 이수명령의 선고시간을 명시하지 않고 명령만을 부가하는 방식으로 변경한다. 자유형을 복역하는 상태에서 치료프로그램 이수를 별도의 자유침해로 보기 어렵기 때문이다. 따라서 징역형을 부과하는 경우에는 500시간 이내라는 표현을 삭제하고 “법원이 성폭력 범죄를 범한 사람에 대하여 유죄판결(선고유예는 제외한다)을 선고하는 경우에는 재범예방에 필요한 수강명령 또는 성폭력 치료프로그램의 이수명령(이하 “이수명령”이라 한다)을 병과하여야 한다”와 같이 규정할 것을 제안한다.

한편 실형이 아닌 집행유예나 벌금형을 선고하는 경우에는, 집행유예의 경우에는 집행유예 기간 내에서, 벌금형의 경우에는 현행법과 같이 500시간 내에서 상한선을 정하여 선고하는 방식을 제안한다. 치료처분의 효율성을 위해서는 이와 같은 상한선도 정하지 않는 것이 바람직하지만 앞서 살펴본 바와 같이 현재 우리나라 법원이 이수명령을 실질적으로 형사제재로 보고 있다는 점에서 전면적인 부정기 처분화는 현실성이 낮은 측면이 있다. 따라서 치료적 사법의 이념을 점진적으로 확대수용한다는 차원에서 절충안으로 상한선을 선고하는 것으로 하되, 집행유예의 경우에는 치료의 현실을 반영하여 그 상한을 집행유예 기간 내로 대폭 확대할 수 있도록 하였다. 이러한 상대적 부정기형 방식은 이미 현행 소년법에서의 유사규정을 찾아볼 수 있다¹⁰⁵⁾.

마. 사후치료제도의 법제화 : 특별보호관찰제도 신설

치료명령을 함께 부과받은 자유형을 만기 출소한 성범죄자를 대상으로 출소 전 법원에 의한 재범위험성 심사를 반드시 받게 하고, 이 심사에서 일정한 위험성이 있다고 판정되는 경우 5년 이내의 기간 동안 치료를 반드시 받아야 하는 특별보호관찰제도를 신설한다. 특별보호관찰대상자는 사후치료를 성실히 이수하여야 하며, 치료를 거부하거나 불성실하게 임할 경우에는 구금시설에 재구금될 수 있도록 한다.¹⁰⁶⁾ 한편 이 제도는 가석방 출소자 중에서 가석방위원회에 의하여 특별보호관찰을 받을 것이 결정된 경우에도 적용한다.

105) 소년법 제60조(부정기형) ① 소년이 법정형으로 장기 2년 이상의 유기형(有期刑)에 해당하는 죄를 범한 경우에는 그 형의 범위에서 장기와 단기를 정하여 선고한다. 다만, 장기는 10년, 단기는 5년을 초과하지 못한다.

② 소년의 특성에 비추어 상당하다고 인정되는 때에는 그 형을 감경할 수 있다.

③ 형의 집행유예나 선고유예를 선고할 때에는 제1항을 적용하지 아니한다.

④ 소년에 대한 부정기형을 집행하는 기관의 장은 형의 단기가 지난 소년범의 행형(行刑) 성적이 양호하고 교정의 목적을 달성하였다고 인정되는 경우에는 관찰 검찰청 검사의 지휘에 따라 그 형의 집행을 종료시킬 수 있다.

106) 일종의 ‘보호수용’제도의 도입 및 활용필요성을 긍정하는 것이다. 그러나 이러한 보호수용을 시행 하더라도 “범죄인의 재범을 방지하고 범죄인으로 하여금 사회로의 재적응이 가능”하도록 하는 ‘사회복귀로의 치료적 성격’이 충분히 발현될 수 있도록 하여야 한다”(이정념, “독일에서의 보안감호에 관한 최근 논의들”, 법조 제60권 제9호, 2011, 296면)는 지적은 반드시 고려되어야 한다.

[특별보호관찰] ① 법원은 성폭력치료프로그램의 이수명령이 부가된 징역형(금고형을 포함한다)을 선고받고 형기가 만료되어 석방될 수형자에 대하여 특별보호관찰을 선고할 수 있다.

② 전항의 선고를 위하여 법원은 정신건강의학 전문의 등 전문가와 법관 등 법률전문가로 구성된 특별보호관찰심의위원회의 의견을 청취하여야 한다.

③ 제2항의 특별보호관찰심의위원회는 석방될 수형자의 재범위험성 평가를 수행한다.

④ 제1항의 특별보호관찰은 5년을 초과할 수 없다.

⑤ 제1항의 특별보호관찰은 준수사항으로 보호관찰 기간 내 성폭력치료프로그램의 이수를 반드시 포함한다.

⑥ 석방될 수형자가 전항의 준수사항을 위반한 경우 법원은 보호관찰 기간 내의 한도로 법원이 지정한 시설 내 구금을 명할 수 있다.

⑦ 전6항의 규정은 가석방 대상자에 대하여 가석방심사위원회에서 특별보호관찰을 받을 것을 결정한 경우에도 준용한다.

바. 이수명령의 선고에 대한 법원실무의 검토와 가이드라인의 필요성

현재 우리나라 법원은 재범위험성의 판단에 한국형 성범죄자 위험성 평가(K-SORAS), 정신병질자 선별도구(PCL-R)를 사용하고 있는 것으로 파악된다¹⁰⁷⁾.

그러나 그 외 이수명령 시간부과의 기준에 대한 공개된 지침이나 가이드라인은 없다는 점은 상당한 문제점이라고 할 수 있다. 양형기준과 같이 공개될 수 있는 이수명령 부과시간에 대한 기준안이 마련될 필요가 있다.

사. 전자감시장치 부착시 이수명령의 배제

③ 성폭력범죄를 범한 자에 대하여 제2항의 수강명령은 형의 집행을 유예할 경우에 그 집행유예기간 내에서 병과하고, 이수명령은 벌금 이상의 형을 선고할 경우에 병과한다. 다만, 이수명령은 성폭력범죄자가 「특정 범죄자에 대한 보호관찰 및 전자장치 부착 등에 관한 법률」 제9조의2제1항제4호에 따른 이수명령을 부과받은 경우에는 병과하지 아니한다.

현행법은 전자감시장치 부착명령 부과 시 준수사항으로 이수명령을 부과하면, 유죄판결에 대한 별도의 이수명령을 부과하는 것이 불가능하도록 되어있다. 아마도 중복을 배제하고자 하는 취지로 보인다. 그러나 통상 전자감시장치 부착명령이 수 년 이상의 징역형이 집행된 이후에 실행되는 것인데, 그동안, 특히 형기가 집행되는 교정시설에서의 기간 동안은 치료프로그램의 공백이 발생하게 된다.¹⁰⁸⁾ 전자감시법의 내용을 수정하는 것이 바람직하다고 생각된다.

107) 서울중앙지법 2013고합1024 판결문 참조.

108) 대구지법 2013고합334 판결 참조.

KOREAN INSTITUTE OF CRIMINOLOGY

제6장

결론

윤정숙

제6장

결론

성범죄자 치료의 세계적 권위자인 William Marshall¹⁰⁹⁾은 한 나라가 성범죄자 치료프로그램의 목적과 의의를 최대한 살리고 효과를 높이기 위한 세 가지 요소로 ① 범죄유발요인의 감소를 목표로 치료프로그램의 내용을 구성하고 ② 치료서비스를 전달하는 절차를 적절히 확립하며 ③ 치료자의 역량을 강화시켜야한다고 말한다. 본 연구는 지난 3년간 ‘성범죄자를 위한 치료프로그램 개발 및 제도화방안’이라는 제목으로 성범죄유발요인의 평가와 치료를 위한 프로그램 매뉴얼 및 도구를 개발하고 치료전문가를 위한 훈련워크숍을 개최하는 등 범죄유발요인 개선과 치료전문가 역량의 중요성을 강조하고자 하였다.

연구 사업을 마무리하는 올해에는 위 세 가지 요소 중 성범죄자의 치료서비스를 전달하는 일련의 절차가 치료적 효과를 높이는 방향으로 구성되어 있는지를 살펴보았으며, 특히 치료를 통한 성범죄자의 변화가 사회 복귀과정에서 연속적으로 이어지도록 성범죄자의 사후치료 방안을 모색하고자 하였다. 이를 위해 관련 문헌과 법률 및 통계자료를 검토하고, 형사정책전문가 및 실무자와의 자문 및 워크숍을 수차례 개최하였으며, 판결문을 통한 자료 분석 등 다학제적 연구를 수행하였다.

본 연구에서는 포괄적 문헌 검토를 통해 치료적 효과를 높일 수 있는 경험적 연구결과들을 확인하고 이러한 연구결과들이 수렴되어 정립된 ‘위험성, 욕구, 반응성

109) William Marshall은 캐나다 출신의 심리학자로 Rehabilitating Sexual Offenders(2011)을 비롯 성범죄관련, 수백편의 연구 논문과 저서를 출간하여왔다. 미국, 영국, 뉴질랜드, 호주, 싱가포르를 비롯한 세계 약 40여개국에 성범죄자 치료프로그램 운영 관련 자문 역할을 해왔으며, 한국에도 3차례 방문하여 워크숍을 개최한 바 있다. 특히 2012년에 한국형사정책연구원의 초청으로 5일간의 워크숍을 국내의 성범죄자 치료자들을 대상으로 진행한 바 있다.

(RNR 모델)’을 확인하여 ‘범죄자 치료의 과학화 및 개별화’와 ‘범죄자 치료의 연속화’라는 두 가지의 큰 틀을 설정하였다. 이후 우리나라의 치료제도 관련 법률과 치료 담당 기관의 자료 분석 등을 통해 현 제도가 운영되는 현황 및 앞서 수행된 경험적 연구결과와 상충되는 쟁점 들을 도출하였다. 특히, 앞서 경험적 연구가 성범죄자 치료의 효과성을 높이기 위한 방향으로서 위험성, 욕구, 반응성 모델(RNR 모델)을 지지하고 있음에도 불구하고, 현행 법제도 및 형사사법의 각 단계가 이와 맞지 않는 방향으로 제정되거나 운영되고 있어, 범죄자 처우의 개별화, 과학화, 연속화라는 취지를 충분히 살리지 못할 가능성을 지적하였다. 대표적으로 법원단계의 이수명령 선고시간의 고정성이나, 사전심리단계의 범죄자 평가가 치료이수시간과 연결되지 못하는 점, 선고명령의 고정으로 인한 사후치료의 연계 부족 등이 쟁점으로 지적되었다. 이와 더불어 성범죄자 치료이수명령의 판결문 분석을 통해 치료이수시간의 결정에 징역형량이 주요한 영향을 미치는 것을 확인하여, 현재 치료이수(수강)명령의 징벌적 성격의 재고와 함께 이에 대한 정체성 재확립이 필요함을 문제로 제기하였다.

또한 독일, 영국, 미국 등 주요국의 성범죄자 치료 관련한 법제도 및 운영 현황 등을 살펴봄으로써 각국이 범죄자 치료의 개별화, 과학화, 연속화라는 취지를 잘 살리고 있는지 살펴보았다. 앞서 제 4장의 소결부분에 이미 제시했듯이 독일 연방형법상의 성범죄자 평가 및 치료를 위한 분류체계와 이를 통한 치료경로 지정과 함께 각 단계에서 있을 수 있는 범죄자의 재범가능성 변화에 대처하기 위한 유동적인 치료적 조치 설정은 우리나라의 성범죄자 치료 관련한 전체적인 체계 마련을 위해 참고가 필요한 부분이라 생각된다. 또한 실무적으로 봤을 때도 영국과 미국의 성범죄자 치료프로그램이 범죄자의 재범 위험군 등에 따라 분류되어 있고 시설 내 치료의 경우 치료이수가 가석방에 대한 혜택으로 연결되어 치료이수에 동기를 부여하고 있는 점, 출소 시 재범 고위험군에게 특별보호관찰 병과 등을 통해 사회 내 치료로 연계하여 사실상 치료 참여를 통한 내적 통제가 가능하지 못한 사람들을 대상으로 위험 관리(risk management)에 주력하고 있는 점 등은 범죄자 치료를 통한 사회 안전이라는 이차적 목적에도 도움이 될 수 있는 방안이라 간주된다.

본 연구에서는 성범죄자 치료의 개별화, 과학화, 연속화의 취지를 살리고 치료의 실효성을 강화하기 위한 모델로서 ‘치료적 사법’을 제안하였으며, 치료적 사법

의 취지가 형사사법의 이론적 틀을 대체하는 것이 아니라 형사사법에서 치료적 조치의 실효성을 높이기 위한 ‘절차적 개선점’을 제시하는 것이라는 점을 강조한 바 있다. 치료적 사법 모델의 검토를 통해 반치료적 결과를 발생시키는 절차를 감소시키거나 변경하고 치료적 효과를 가져오는 절차를 도입하고 활용하여, 범죄자에게 부과되는 사법절차에 의한 징벌과 강제の内容을 치료적 목적에 맞게 수정하고 보완하는 것이 치료적 사법의 주요 목적이라는 점을 견지하여 본 연구의 제 5장에서는 수정 및 보완이 필요한 일반사항과 각 치료기관별 구체적 실무사항, 그리고 향후 입법적 대안 등을 제시하였다. 특히 일반적 문제점으로서 특정유형의 치료대상자 선정 시 명확한 가이드라인 및 과학적 평가 부족으로 올바른 치료 경로에 진입하는데 한계가 있을 수 있다는 점과 치료과정평가 기능 및 재심의 과정의 형식화 가능성, 피치료자의 위험관리를 위한 사후치료 부재, 수감(이수)명령 선고시간의 고정성과 모호함 등이 문제점으로 지적되었고, 개선방안으로서 판결전단계의 정신감정 기능 강화, 선고단계의 치료시간 부과 폐지, 행형단계의 치료 경과를 고려한 가석방 부활 및 치료불이행자의 사회 내 치료 부과 등을 위한 특별보호관찰제도 신설 등을 대안으로 제시하였다.

본 연구에서는 성범죄자 치료의 일차적 목적은 내적 변화이며 이차적 목적은 사회 안전에 있다는 점을 강조한 바 있다. 성범죄자를 포함한 범죄자 치료가 실효성을 거두기 위해서는 일차적으로 그들의 범죄유발요인을 감소시켜 내적변화를 유도하고 이차적으로 사회로의 재통합이 이뤄지도록 범죄자 관리의 주체가 되는 많은 기관들이 적극적으로 협력하여야 한다. 우리나라의 성범죄자 치료는 짧은 시간에도 불구하고 상당한 발전을 보여 왔다. 그러나 아직도 그 목적과 취지를 충분히 살리기 위한 도전과 과제들은 적지 않다. 이제는 축적된 연구결과와 현장 실무 경험을 활용하여 성범죄자를 포함한 범죄자 치료의 실효성을 높이기 위한 거시적인 제도 보완에도 눈을 돌릴 때가 되었다. 향후, 관련 분야의 실무가와 전문가가 문제의식을 공유하기 위한 논의의 장을 만들어 제도 보완을 위한 쟁점을 도출하고, 컨소시엄을 구성하여 필요한 실무적 지침을 개발하는 등 후속 작업이 뒤따른다면 우리나라 성범죄자 치료제도의 발전은 더욱 가속화될 것이다.

참고문헌

- 김성돈. (2010). 뇌과학과 형사책임의 새로운 지평. **형사법연구**, 22(4), 125-150.
- 김용세. (2009). 회복적 사법과 형사화해. 진원사.
- 김한균, & 조의연. (2011). 치료적 사법모델의 형사정책적 도입방안 연구. **한국 형사정책연구원 연구총서**, 9-136.
- 박상식. (2006). 회복적 사법; 회복적 사법 실천모델의 효과에 관한 연구. **피해 자학연구**, 14(2), 39-68.
- 법원행정처 편, (2014). 법원실무제요 형사II.
- 성경숙. (2012). 치료적 사법의 개념과 그 적용가능성. **형사정책연구**, 92(단일호), 33-61.
- 안성훈. (2011). 치료감호제도의 개선방안 연구. **연구총서**, 2011(15), 1-191.
- 윤정숙, & Raymond A. K. (2013). 성범죄자를 위한 치료프로그램 개발 및 제도화 방안(II) - 교정시설 내 성범죄자 치료프로그램의 효과성 평가-. **한국형 사정책연구원 연구총서**.
- 윤정숙, Marshall, W. L., Marshall, L. E., Knight, R. A., Sims-Knight, J. E., 이수정(2012). 성범죄자를 위한 치료프로그램 개발 및 제도화방안(I). **한국형 사정책연구원 연구총서**.
- 이수정, 고려진, & 박혜란. (2008), 한국 성범죄자 위험성 평가 도구 개발 및 타당도 연구. **형사정책연구**, 19(4), 309-345.
- 이수정, 고려진, & 최혜림. (2010), 재범 추적을 통한 한국성범죄자위험성평가척도(KSORAS) 타당도 연구, **한국심리학회 일반**, 29(4), 999-1016.
- 이승호. (2006). 사회 내 처우의 최근 동향: 문제해결법원의 도입에 관한 검토. **형사정책**, 18(1), 51-82.
- 이정념. (2011). 비교법연구 (比較法研究): 독일에서의 보안감호에 관한 최근 논의들-2011년 5월 4일 독일 연방헌법재판소의 결정을 중심으로. **법조**, 60(9), 278-298.

장성원. (2011). 약물사범에 대한 치료적 개입시스템과 전환프로그램-미국의 약물법원을 중심으로. **경찰학논총**, 6(1), 233-261.

Zehr, H. 손진 역. (2011). **회복적 정의란 무엇인가?**, KAP.

Alexander, R. (1993). The civil commitment of sex offenders in light of Foucha v. Louisiana. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 371-387.

American Psychiatric Association. (2005). Dangerous sex offenders: A task force report 12.

American Psychiatric Association. Task Force on Sexually Dangerous Offenders. (1999). Dangerous sex offenders: A task force report of the American Psychiatric Association. American Psychiatric Pub.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (1995). LSI-R: The Level of Service Inventory-Revised. Multi-Health Systems, Toronto

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). The psychology of criminal conduct (5th ed.). Elsevier.

Barbaree, H. E., Blanchard, R., & Langton, C. M. (2003). The development of sexual aggression through the life span. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989(1), 59-71.

Baur, A. (2014). Empirical Research in the Field of Supervision of Conduct. Paper presented at the Stockholm Criminology Symposium.

Bazemore, G., & Walgrave, L. (1999). *Restorative juvenile justice: Repairing the harm of youth crime*. Monsey, NY: Criminal Justice Press.

Beech, A. R., & Fisher, D. D. (2002). The rehabilitation of child sex offenders. *Australian Psychologist*, Vol 37, 206-214.

Beier, K. M., Neutze, J., Mundt, I. A., Ahlers, C. J., Goecker, D., Konrad, A., & Schaefer, G. A. (2009). Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Program Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse & Neglect*, 33, 545 - 549.

Berner, W., & Becker, K. H. (2001). „Sex Offender Treatment Programme“(SOTP) in der Sozialtherapeutischen Abteilung Hamburg-Nesselstraße. *Behandlung „gefährlicher Straftäter“: Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*. Centaurus, Herbolzheim,

- 206-217.
- Berner, W., & Bolterauer, J. (1995). 5-Jahres-Verläufe von 46 aus dem therapeutischen Strafvollzug entlassenen Sexualdelinquenten. *Recht & Psychiatrie*, 13, 114-118.
- Berner, W., Briken, P., & Hill, A. (2007) Sexualstraftäter behandeln: mit Psychotherapie und Medikamenten. Deutscher Ärzteverlag.
- Boer, D. P. (2006). Sexual offender risk assessment strategies: is there a convergence of opinion yet?. *Sexual Offender Treatment*, 1(2), 1-4. Retrieved from: <http://www.sexual-offender-treatment.org/38.html>
- Boer, D. P. (2008). Ethical and Practical Concerns Regarding the Current *Status of Sex Offender Risk Assessment*. *Sexual Offender Treatment*, 3(1), 1-6. Retrieved from: http://www.sexual-offender-treatment.org/1-2008_01.html
- Boer, D. R., Hart, S. D., Kropp, P. R., & Webster, C. D. (1997). Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence. Burnaby, British Columbia, Canada: Mental Health, Law, & Policy Institute, Simon Fraser University.
- Boetticher, A., Kröber, H. L., Müller-Isberner, R., Böhm, K. M., Müller-Metz, R., & Wolf, T. (2006). Mindestanforderung für Prognosegutachten. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 10, 537-592.
- Boetticher, A., Nedopil, N., Bosinski, H. A. G., & Saß, H. (2005). Mindestanforderung für Schuldfähigkeitsgutachten. *Neue Zeitschrift für Strafrecht*, 2, 57-120.
- Bohus, M., Haaf, B., Siglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., & Linehan, M. M. (2000). Evaluation of inpatient dialectic-behavioural therapy for borderline personality disorder. A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887.
- Braithwaite, J. (2002). Restorative justice & responsive regulation. Oxford University Press.
- Bratton, W. J., & Knobler, P. (1998). *Turnaround: How America's Top Cop Reversed the Crime Epidemic*. New York: Random House.
- Briken, P., Fedoroff, J. P. & Bradford J. W. (2014) Why Can't Pedophilic Disorder Remit? *Archives of Sexual Behavior*, 43 (7), 1237-1239.
- Briken, P., Hill, A. & Berner, W. (2003). Pharmacotherapy of paraphilias with

- long-acting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone: a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(8), 890-897.
- Brown, S. (2005). *Treating Sex Offenders An introduction to sex offender Treatment programmes*. USA and Canada; Willan Publishing.
- Brown, S. L., & Motiuk, L. L. (2005). The Dynamic Factor Identification and Analysis (DFIA) component of the Offender Intake Assessment (OIA) process: A meta-analytic, psychometric, and consultative review. *Report R-164. Ottawa: Correctional Service Canada*.
- Bumby, K. (2008). Legislative trends in sex offender management. Center for Sex Offender Management. (http://www.csom.org/pubs/legislative_trends.pdf)
- Buttner, P. & Kissling, W. (1996). Psychoedukative Gruppen in psychiatrischen Kliniken: Ergebnisse einer Befragung zu Häufigkeit und Art der Anwendung. In: A. Stark (Eds.). *Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophhren Erkrankte*. DGVt: Tübinge, 207-216.
- Council of Europe (2007). Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse. Retrieved from: conventions.coe.int/Treaty/EN/treaties/Html/201.htm
- Craig, L. A. & Hutchinson, R. (2005). Sexual Offenders with Learning Disabilities: Risk, Recidivism and Treatment. *Journal of Sexual Aggression*. Vol 11(3), 289-304.
- Dahle, K. P., Schneider, V., Ziethen, F. (2007). Standardisierte Instrumente zur Kriminalprognose [Actuarial instruments for the prediction of criminal reoffenses]. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1, 15-26.
- Dennis, J. A., Khan, O., Ferriter, M., Huband, N., Powney, M. J., & Duggan, C. (2012). Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. Cochrane Database Systematic Review 12:CD007507
- Dittmann, V. (1998). *Die schweizerische Fachkommission zur Beurteilung "gemeingefährlicher" Straftäter*. In: R. Müller-Isberner & S. Gonzalez-Cabeza (Eds.), *Forensische Psychiatrie Schuldfähigkeit - Kriminaltherapie-Kriminal prognose* (pp. 173-183). Mönchengladbach: Forum-Verlag.
- Doren, D. M. (Ed.). (2002). *Evaluating sex offenders: A manual for civil commitments and beyond*. Sage Publications.

- Eher, R. (2012). Stand der empirischen Wirksamkeitsforschung bei der psychotherapeutischen Behandlung von Sexualstraftätern, Paper presented at the 2. Symposium for Forensic Psychiatry, Psychology, and Psychotherapy, Hamburg, Germany.
- Eikermann, B. & Harter, C. & Reker, T. (2006). Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung. In: H. J. Möller (Eds.) Therapie psychischer Erkrankungen, 3. Ed., Stuttgart, Thieme (pp. 133-138).
- Epperson, D. L., Kaul, J. D., Huot, S. J., Hesselton, D., Alexander, W., & Goldman, R. (1998). *Minnesota Sex Offender Screening Tool - Revised (MnSOST-R)*. Minnesota Department of Corrections, St. Paul, MN.
- Fitch, W. L. (2003). Sexual offender commitment in the United States. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989(1), 489-501.
- Fries, A., Pfammatter, Andres, K., & Brenner, H. D. (2003). Wirksamkeit und Prozessmerkmale einer psychoedukativen und bewältigungsorientierten Gruppentherapie für schizophren und schizoaffektiv Erkrankte. *Verhaltenstherapie*, 13, 237-243.
- Furby, L., Weinrott, M. R., & Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism: a review. *Psychological Bulletin*, 105 (1), 3-30.
- Garland, R. J., & Dougher, M. J. (1991). Motivational intervention in the treatment of sex offenders. In W.R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. 303-313.
- Garrett, C. J. (1985). Effects of Residential Treatment on Adjudicated Delinquents: A Meta-Analysis. *Journal of Research in crime and Delinquency*, 22(4), 287-308.
- Gretenkord, L. (2001) Empirisch fundierte Prognosestellung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB: EFP-63. *Deutscher Psychologen Verlag, Bonn*
- Gretton, H. M., McBride, M., Hare, R. D., O'Shaughnessy, R., & Kumka, G. (2001). Psychopathy and recidivism in adolescent sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 28(4), 427-449.
- Grubin, D. (2011). A large-scale evaluation of risk matrix 2000 in Scotland. sexual abuse. *A Journal of Research and Treatment*. 23(4), 419-433.
- Grubin, D., & Prentky, R. (1993). Sexual psychopathy laws. *Criminal Behaviour and*

Mental Health, 3, 381-392.

Hall, G. C. N. (1995). Sexul offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809.

Hanson, K. (2013). Altruistic punishment as motivation for vindictive rape. Paper presented at the European Winterschool Novel Insights into Antisocial Behavior. Monastery Seeon, Germany.

Hanson, R. K. & Morton-Bourgon, K. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment*, 21, 1-21.

Hanson, R. K.(1997). *The development of a brief actuarial risk scale for sexual offense recidivism*. Ottawa, Ontario: Department of the Solicitor General of Canada.

Hanson, R. K.(2002). Recidivism and Age : Follow-up Data From 4,673 Sexual Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(2), 1046-1062.

Hanson, R. K., & Bussiere, M. T. (1998). Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.

Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(2), 348-362.

Hanson, R. K., & Harris, A. J. (2001). A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13(2), 105-122.

Hanson, R. K., & Harris, A. J. R.(1998). Predicting sexual offender recidivism in the community: Acute risk predictors. In A. J. R. Harris(Chair), Keeping risky men out of trouble: Ongoing research on sex offender. Symposium at the annual conversion of the canadian Psychological Association, Toronto.

Hanson, R. K., & Thornton, D. (1999). Static 99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders (Vol. 2). Ottawa,, Canada: Solicitor General Canada.

Hanson, R. K., & Thornton, D. (2000). Improving risk assessments for sex offenders: a comparison of three actuarial scales. *Law and human behavior*, 24(1), 119-135.

Hanson, R. K., & Thornton, D. (2000). Improving risk assessments for sex offenders:

- a comparison of three actuarial scales. *Law and human behavior*, 24(1), 119-136.
- Hanson, R. K., Bourgon, G. G., Leslie, H & Shannon, H. (2009). The Principles of Effective Correctional Treatment Also Apply To Sexual Offenders A Meta-Anaysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36(9), 865-891.
- Harris, A. J. R, Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2003). STATIC-99 coding rules revised-2003. Ottawa, Ontario: Department of the Solicitor General of Canada. Retrieved from http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/_fl/2003-03-stc-cde-eng.pdf
- Harris, A. J., Scott, T. L., & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project (Vol. 5, No. 6)*. Ottawa, ON: Public Safety Canada.
- Harris, G. T., & Rice, M. E. (2003). Actuarial assessment of risk among sex offenders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989(1), 198-210.
- Harris, G. T., & Rice, M. E. (2003). Actuarial assessment of risk among sex offenders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989(1), 198-210.
- Harris, G.T., Rice, M.E. & Quinsey, V.L.(1998). Appraisal and management of risk in sexual aggressors: implications for criminal justice policy, *Psychology, Public Policy, and Law*, 4(1-2), 73-115.
- Harrison, K. (2010). *Managing high-risk sex offenders in the community: risk management, treatment and social responsibility*. London: Willan Publishing.
- Hedderman, C. & Moxon, D. (1992). Magistrates' court or crown court?: mode of trial decisions and sentencing. Home Office Research and Planning Unit Report.
- Heil, P., & English, K. (2007). Prison sex offender treatment: Recommendations for program implementation. California Department of Corrections and Rehabilitation.
- Hill, R. W. (2009). Seconds Anyone: Using the Missouri SVP Law to Punish after Time Served. *Mo. L. Rev.*, 74, 1191.
- Home Office (2012). The Treatment and risk management of sexual offenders in custody and in the community. London: Home Office.

- Hornung, W. P. & Feldmann, R. (2006). Psychoedukative Verfahren und Angehörigenarbeit. In: H. J. Möller (Eds.) Therapie psychischer Erkrankungen, 3. Ed., Stuttgart, Thieme (pp. 146-155).
- LaIn Crow(2001). The Treatment and Rehabilitation of Offenders. London: SAGE Publications.
- Janicki, M. A. (2007). Better seen than herded: Residency restrictions and global positioning system tracking laws for sex offenders. *The Boston University Public Interest Law Journal*, 16, 285 - .311.
- Janus, E. S. (2000). Sexual predator commitment laws: Lessons for law and the behavioral sciences. *Behavioral sciences & the law*, 18(1), 5-21.
- Jenkins, P. (1998). Moral panic: Changing concepts of the child molester in modern America. New Haven: Yale University Press.
- Krafft-Ebing, R. von(1886). Psychopathia sexualia. Stuttgart, Germany: Ferdinand, Enke.
- La Fond, J. Q. (2005). Can Sex Offenders Be Treated?. American Psychological Association.
- Långström, N., Enebrink, P., Laurén, E.-M., Lindblom, J., Werkö, S., & Hanson, R. K. (2013). Preventing sexual violence against children: Systematic review of medical and psychological interventions. *BMJ*, 347, f4630.
- Laws, D. R., & Marshall, W. L. (2003). A brief history of behavioral and cognitive behavioral approaches to sexual offenders: Part 1. Early developments. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(2), 75-92.
- Levenson, J. S. (2004). Policy interventions designed to combat sexual violence: Community notification and civil commitment. *Journal of child sexual abuse*, 12(3-4), 17-52.
- Lieb, R., & Matson, S. (1998). Sexual predator commitment laws in the United States: 1998 update. Olympia: Washington State Institute for Public Policy. <http://www.wsipp.wa.gov/pub.asp?docid=98-09-1101>.
- Lindsay, W. R., Hamilton, C., Moulton, S., Scott, S., Doyle, M., & McMurrin, M. (2011). Assessment and treatment of social problem solving in offenders with intellectual disability. *Psychology, Crime & Law*, 17(2), 181-197.

- Lipsey, M.W., & Derzon, J. H. (1998). Predictors of violent of serious delinquency and early adulthood: A synthesis of longitudinal research.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1(1), 117-146.
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). The Effectiveness of treatment for sexual offenders: A Comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.
- Lösel, F. (1995). The Efficacy of Correctional Treatment: A Review and Synthesis of Meta-evaluations.
- Miner M. & Coleman E. (2001). Sex Offender Treatment, The Haworth Press.
- Mann, R. & Thornton, D. (1998). *The Evolution of a Multisite Sexual Offender Treatment Program*. In: W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, S. M. Hudson, T. Ward. The Evolution of a Multisite Sexual Offender Treatment Program, p.47-57. Springer US
- Marshall, T. F. (1999). *Restorative justice: An overview*. London: Home Office.
- Marshall, W. L. (1971). A combined treatment method for certain sexual deviations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 293-294.
- Marshall, W. L. (1971). A combined treatment method for certain sexual deviations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 293-294.
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). *An integrated theory of the etiology of sexual offending (pp. 257-275)*. Springer US.
- Marshall, W. L., & Pithers, W. D. (1994). A reconsideration of treatment out-come with sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 21 (1), 10 - 27.
- Marshall, W. L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P., & Barbaree, H. E. (1991). Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 11, 465 - 485.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Fernandez, Y. M., Serran, G. A. (2006). Sexual Offender Treatment: Controversial Issues. Chichester: John Wiley & Sons.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., & Fernandez, Y. M. (2006). Treating Sexual Offenders: An Integrated Approach (1 ed.). New York: Routledge.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., & O'Brien, M. D. (2011). *Rehabilitating*

- Sexual Offenders: A Strength-Based Approach. Washington, DC, US* : American Psychological Association.
- Martinson, R.(1974). What Works? Questions and Answers about Prison Reform. *The Public Interest*, 35, 22-54.
- McCann, R. A., Ivanoff, A., Schmidt, H., & Beach, B. (2007). Implementing dialectical behavior therapy in residential forensic settings with adults and juveniles. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*, 112-144.
- McMurrin, M., Khalifa, N. & Gibbon, S. (2009). Forensic mental health. London: Willan Publishing.
- Mears, D. P., Mancini, C., Gertz, M., & Bratton, J. (2008). Sex Crimes, Children, and Pornography Public Views and Public Policy. *Crime & Delinquency*, 54(4), 532-559.
- Merkel, G. (2010). Incompatible Contrasts? - Preventive Detention in Germany and the European Convention on Human Rights. *German Law Journal*, 11(9), 1046-1066. Retrieved from: <http://www.germanlawjournal.com/index.php?pageID=11&artID=1283>
- Merkel, G. (2011). Die trügerische Rechtssicherheit der vorbehaltenen Sicherungsverwahrung und der nachträglichen Therapieunterbringung, *Recht & Psychiatrie*, 29(4), 205-214.
- Miller, J. A. (2010). Sex Offender Civil Commitment: the Treatment Paradox. Cal. L. Rev. 98, 2093 (2010). (<http://scholarship.law.berkeley.edu/californialawreview/vol98/iss6/10>)
- Ministry of Justice. (2010). *Position Statement for the Assessment, Management and Treatment of Sex Offenders*. London: Ministry of Justice.
- Ministry of Justice. (2010). Suitability for Accredited Interventions: Risk, Need & Responsibility Targeting Criteria for Offender Managers and Treatment Managers and HMPS Therapy Manager. London: Ministry of Justice.
- Ministry of Justice. (2011). National Offender Management Service Annual Report 2009/10: Management Information Addendum. London: Ministry of Justice.
- Mokros, A. (2012). Predicting violent reoffending with the PCL-R/SV in German-

- speaking countries: A meta-analysis. Paper presented at the 12. Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), Berlin
- Müller-Isberner, R. & Eucker, S. (2009). Therapie im Maßregelvollzug. Berlin: MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Mushoff, T. (2005). Sozialtherapie am Ende? - Gegenreform im Strafvollzug. Forum Recht, 4, 132-135.
- N.Y. Office of Guidance and Counseling (2008). Sex offender counseling and treatment program guideline. New York State Department of Correctional Service.
- National Association of State Mental Health Program Directors (1997).
- National Offender Management Service. (2013). National Offender Management Service: Annual Report and Accounts 2012-2013. London: The Stationery Office.
- Nedopil, N. (2005) Prognosen in der Forensischen Psychiatrie - Ein Handbuch für die Praxis. Pabst, Lengerich
- Norman, C. (1892). Sexual perversion. In H. Tuke(Ed.), Dictionary of psychological medicine(pp. 220-321). London, England: Churchill.
- Oermann, A., Brück, R., & Bohus, M. (2008). Die dialektisch-behaviorale Therapie im forensischen Setting (DBT-F). In: F. Schmidt-Quernheim & T. Hax-Shoppenhorst (Eds.) Professionelle forensische Psychiatrie, Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug. Bern: Huber (pp. 201-216)
- Ormerod, D. (2007). Sexual Offences: Sexual Offences Act 2003 - Sexual Gratification. Criminology L.R.
- Porter, S., Birt, A. R., & Boer, D. P. (2001). Investigation of the criminal and conditional release profiles of Canadian federal offenders as a function of psychopathy and age. *Law and human behavior*, 25(6), 647-661.
- Prüter-Schwarte, C. (2012). Das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge im Maßregelvollzug - Versuch einer ethischen Analyse. In: H. Haynert & H. Kammeier (Eds.) Wegschließen für immer? Ethische, rechtlichen und Soziale Konzepte im Umgang mit gefährlichen Menschen auf dem gesellschaftlichen Prüfstand. Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). *Violent Offenders : Appraising and Managing Risk*. Washington, D.C.
- Quinsey, V. L., Lalumière, M. L., Rice, M. E., & Harris, G. T. (1995). *Predicting sexual offenses*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rapaport, K & Burkhart, B.R. (1985). Personality and attitudinal characteristics of sexually coercive college males. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 216-221.
- Raymond M. Wood, Linda S. Grossman & Christopher G. Fichtner(2000). Psychological assessment, treatment, and outcome with sex offenders. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(1), 23-41.
- Rehder, U. (2001) RRS. Rückfallrisiko bei Sexualstraftätern:Verfahren zur Bestimmung von Rückfallgefahr und Behandlungsnotwendigkeit. Kriminalpädagogischer Verlag, Lingen
- Rettenberger, M., & Eher, R., (2006). Actuarial Assessment of Sex Offender Recidivism Risk: A Validation of the German version of the Static-99. *Sexual Offender Treatment*, 1(3), 1-11. retrieved from: <http://www.sexual-offender-treatment.org/51.html>
- Rettenberger, M., Boer, D. P. & Eher, R. (2012). The Predictive Accuracy of Risk Factors in the Sexual Violence Risk-20 (SVR-20). *Criminal Justice and Behavior*.
- Rettenberger, M., Hucker, S. J., Boer, D. P., Eher, R. (2009). The reliability and accuracy of the Sexual Violence Risk-20 (SVR-20): An international review. *Sexual Offender Treatment*, 4, 1-14. Retrieved from http://www.sexual-offender-treatment.org/2-2009_01.html
- Rettenberger, M., Matthes, A., Schilling, F. & Eher, R. (2011). Die Validität dynamischveränderbarer Risikofaktoren bei der Vorhersage einschlägiger Rückfälle pädosexueller Straftäter. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 5, 45-53.
- Rettenberger, M., Mönichweger, M., Buchelle, E., Schilling, F. & Eher, R. (2010). Entwicklung eines Screeninginstruments zur Vorhersage der einschlägigen Rückfälligkeit von Gewaltstraftätern. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 93, 346 - 360.
- Rex, S., Lieb, R., Bottoms, A. & Wilson, L. (2003). Accrediting Offender

- Programmes: A Process-based evaluation of the Joint Prison/Probation Services Accreditation Panel. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Rice M. E. & Harris, G. T. (2003). The size and sign of treatment effects in sex offender therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 428 - 440.
- Rice, M. E., & Harris, G. T. (2010). Treatment for adult sex offenders: May we reject the null hypothesis. In *11th conference of the International Association for the treatment of Sexual Offenders, Oslo*.
- Rice, M. E., Haris, G. T., & Quinsey, V .L. (1990). A follow-up of rapists assessed in a maximum-security psychiatric facility. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(4), 435-448.
- Rocca, P., Marchiaro, L., Cocuzza, E., & Bogetto, F. (2002). Treatment of borderline personality disorder with risperidone, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(3), 241-244.
- Russell, B. (1925). What I Believe. London: Kegan Paul, Trubner & Co.
- Sauter, J., & Dahle, K. P. (2014). Vorläufige Evaluation der Forensisch-Therapeutischen Ambulanz für Gewalt- und Sexualstraftäter in Berlin [Preliminary Evaluation of Forensic-Therapeutic Outpatient Program for Violent and Sexual Offenders in Berlin]. In: Briken, P., Müller, J. L., Rösler, M., Rettenberger, M., Klein, V. & Yoon, D. EFPPP Jahrbuch 2013: Empirische Forschung in der forensischen Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie [Empirical research in forensic psychiatry, psychology, and psychotherapy]. Berlin: MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Schwartz, B. K. (1999). The case against involuntary commitment. In A. Schlink & F. Cohen (eds.), *The Sexual Predator: Law, Policy, Evaluation and Treatment*, Vol. 2. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Serin, R. C., Mailloux, D. L., & Malcolm, P. B (2001). Psychopathy, deviant sexual arousal and recidivism among sexual offenders: A psycho-culturally determined group defense. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 234-246.
- Seto, M, C.(2008). Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention. Washington, DC, US: American Psychological

Association.

- Skeem, J.L., Monahan, J. & Mulvey, E.P.(2002). Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law and Human Behavior*, 26(6), 577-603.
- Sohn, Werner (2007). Angloamerikanische Untersuchungen zur Rückfälligkeit gewalttätiger Sexualstraftäter: Zwischenresulatate einer Sekundäranalyse, 3. Aufl. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle. Retrieved from: www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/E-publikationen/Angoam_Unters.pdf.
- Stadtland, C., Hollweg, M., Kleindienst, N., Dietl, J., Reich, U., & Nedopil, N. (2005). Risk Assessment and Prediction of Violent and Sexual Recidivism in Sex Offenders: Long-term Predictive Validity of Four Risk Assessment Instruments. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 16, 92-108.
- State of Maryland Sexual offender Advisory Board (2010). Annual Report. December 31.
- Suhling, S. & Rehder, U. (2012). Zur Validität des Prognoseinstruments Rückfallrisik bei Sexualstraftätern. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 6 (1), 17-24.
- Sullivan, A. M. T. (2014), 2013 Annual Report on the Implementaion of Mental Hygiene Law Article 10. New York State Office of Mental Health.
- Terry, K. J., & Ackerman, A. R. (2014). A brief history of major sex offender laws. In R. G. Wright (eds.), *Sex offender laws: Failed policies, new directions*. New York: Springer Pub., 65-98.
- Texas Department of Criminal Justice (2013). Annual Review Fiscal 2013. http://www.tdcj.state.tx.us/documents/Annual_Review_2013.pdf
- Thiel A, Fuchs, A (2004): Das Offender Treatment Programme (SOTP) im Hamburger Strafvollzug. In: Rehn, G, Nanninga, R., Thiel, A. (Hrsg): *Freiheit und Unfreiheit. Arbeit mit Straftätern innerhalb und außerhalb des Justizvollzugs*. Herbolzheim: Centaurus Verlag; 307-323.
- Thornton, D. (2006). Age and sexual recidivism: A variable connection. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(2), 123-135.
- Thornton, D., Mann, R., Webster, S., Blud, L., Travers, R., Friendship, C., & Erikson, M. (2003). Distinguishing and combining risks for sexual and violent

- recidivism. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989(1), 225-235.
- Tierney, D. W. & McCabe, M. P. (2002). Motivation for behavior change among sex offenders: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 113-129.
- Tippelt, S., Stübner, S., & Nedopil, N. (2012). Die psychotherapeutischen Fachambulanzen für Sexualstraftäter in München und Nürnberg, *Forum Strafvollzug*, 61(2), 95-98.
- Tozdan, S., Briken, P., Yoon, D., & von Franqué, F. (in press). Risiko- und Schutzfaktoren bei sexualdelinquent gewordenen Menschen: Vorhersage erneuter Straftaten und Veränderungen im Behandlungsverlauf [Risk and Protective Factors Among Sexual Offenders: Relapse Prediction and Changes During Treatment]. *Psychiatrische Praxis*.
- Vitacco, M. J., Caldwell, M., Ryba, N. L., Malesky, A., & Kurus, S. J. (2009). Assessing risk in adolescent sexual offenders: Recommendations for clinical practice. *Behavioral sciences & the law*, 27(6), 929-940.
- Von Franque, F., Marshall, L. E., & Briken, P. (2013). TRS-10. Therapeutic-Rating Scale. In: B. Strauß, E. Brähler, & D. Richter (Eds.). *Diagnostische Verfahren in der Sexualwissenschaft*. Hogrefe: Göttingen; 207-214
- Von Schrenck-Notzing, A. (1956). The use of hypnosis in psychopathia sexualis with special reference to contrary sexual instinct. Trans. CG Chaddock). New York, Julian Press, (Original work published 1895).
- Ward, T. & Laws, R. (2010). Desistance from sex offending: Motivating change, enriching practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9, 11 - 23.
- Webster, C. D., Nicholls, T. L., Martin, M-L., Desmarais, M. A. & Brink, J. (2006). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): The case for a new structured professional judgment scheme. *Behavioural Sciences and the Law*, 24, 747 -766
- Webster, S. D., Mann, R. E., Carter, A. J., Long, J., Milner, R. J., O'Brien, M. D., ... & Ray, N. L. (2006). Inter-rater reliability of dynamic risk assessment with sexual offenders. *Psychology, Crime & Law*, 12(4), 439-452.
- Weinmann, S. & Becker, T. (2006). Sozialtherapeutisches Gesamtkonzept. In: H. J. Möller (Eds.) *Therapie psychischer Erkrankungen*, 3. Ed., Stuttgart, Thieme (pp.

113-123).

- Wennig, B. & Wälte, D. (2002). Wirksamkeitsnachweis, Effektivitätsstudien. In: S. C. Herpertz & H. Saß (Eds). *Persönlichkeitsstörungen*, Stuttgart-New York: Thieme (pp. 149-151).
- Wesbter, C. D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T. L. & Middleton, C. (2004). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). St. Josephs Healthcare, Hamilton and British Columbia Mental Health and Addiction Services
- West, M., Hromas, C. S., Wenger, P., & Suthers, J. W. (2000). State Sex Offender Treatment Programs: 50-State Survey. Colorado Department of Corrections.
- Wilson, J. Q., & Kelling, G. L. (1982). Broken Windows. *The Atlantic Monthly*.
- Winick, B. J., & Wexler, D. B. (2003). Judging in a therapeutic key: Therapeutic jurisprudence and the courts. Carolina Academic Pr.
- Wolf, T. (2007). Reform der Führungsaufsicht. *Der Deutsche Rechtspfleger*, 293-295.
- Worling, J. R., Litteljohn, A., & Bookalam, D. (2010). 20 year prospective follow up study of specialized treatment for adolescents who offended sexually. *Behavioral sciences & the law*, 28(1), 46-57.
- Yoon, D. (2009). Against Risk-Only Risk Assessment-Anargument for them portance of protective factors, based on the pilotstudy at the University Medical Center Hamburg-Eppendorf. Unpublished Master's thesis.
- Yoon, D. (2012). Predictive validity of protective factors in sexual offenders. Paper presented at the 12. Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), Berlin.
- Yoon, D., Brunner, F., Rettenberger, M., & Briken, P. (2014). Potentials and Challenges of Correctional Treatment Programs. Paper presented at the 13th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO), Porto, Portugal.
- Yoon, D., Motekallemini, S., Rettenberger, M. & Briken, P. (2013). Ambulante Behandlung von Sexualstraftätern: Möglichkeiten und Unmöglichkeiten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7 (3), 177-182.
- Yoon, D., Rettenberger, M., Bluemel, A., & Briken, P. (2013). Construct and

incremental validity of interpersonal traits of Psychopathy. Poster presented at the European Winterschool: Novel Insights into Antisocial Behavior, Monastery Seon

- Yoon, D., Spehr, A., & Briken, P. (2011). Structured assessment of protective factors: A German pilot study in sex offenders. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 22, 1-11.
- Zanarini, M. C. & Frankenburg, F. R. (2003). Omega-3-fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. *American journal of Psychiatry*, 160, 167-169.
- Zisterer-Schick, M. (2011). Die psychotherapeutische Ambulanz der Justiz in Ludwigshafen (PAJu). *Praxis der Rechtspsychologie*, 21(1), 77-92.
- Zonana, H. (1997). The civil commitment of sex offenders. *Science*, 278(5341), 1248-1249.

高橋則夫, (2003). 修復的司法の研究, 成文堂.

참고판례

- Commonwealth v. Boucher, 880 N.E.2d 47, 50 (Mass 2002).
- Donhauser v. Goord, 314 F.Supp.2d 139 (2004).
- Fouch v. Louisiana, 504 U.S. 71 (1992).
- In re Lineham, 594 N.W.2d 867, 876 (Minn. 1999).
- Johnson v. Baker, 108 F.3rd 10 (1997).
- Kansas v. Crane, 534 U.S. 407 (2002).
- Kansas v. Hendricks, 521 U.S. 346 (1997).
- O'Connor v. Donaldson, 422 U.S. 563 (1975).
- People v. Superior Court (Ghilotti), 44 P.3d 949, 972 (Cal. 2002).
- Seling v. Young, 531 U.S. 250, 263 (2001).
- Skinner v. Oklahoma, 316 U.S. 535 (1942).
- State v. P.H., 31 Misc.3d 1227(a) 24(May 16, 2011).
- Westerheide v. State, 767 So.2d 637, 652-3 (Fla. Dist. Ct. App., 2000).

참고법령

14 NYCRR par. 57

Adam Walsh Child Protection and Safety Act of 2006, Pub. L. 109-248

Cal. Pen. Code § 1370

Cal. Welf. & Inst. Code §§ 6604, 6606(b)

Campus Sex Crimes Prevention Act of 2000, Pub. L. 106-386

Mass. Gen. Laws ch. 123A, § 1

Jacob Wetterling Crimes Against Children and Sexually Violent Offender
Registration Act of 1994, 42 U.S.C. § 14071

Megan's Law, 42 U.S.C. § 14071(e)

NH Rev. Stat. §§ 135-E:11, 135-E:12 (2013)

N.Y. Corr. Law §§ 168(a), 402, 508, 622

N.Y. Crim. Proc. Law §§ 330.20, 730, 730.50

N.Y. Mental Hygiene Law §§ 9.39, 10.00, 10.01, 10.03, 10.11, 33.02

Pam Lychner Sex Offender Tracking and Identification Act of 1996, 42 U.S.C. § 5119

Prosecutorial Remedies and Other Tools to End the Exploitation of Children Today
(PROTECT) Act of 2003, Pub. L. 108-21

Protection of Children from Sexual Predators Act of 1998, Pub. L. 105-314

Sexually Dangerous Person Act of 2011, Minn. Stat. § 253B.02

Sexually Violent Predator Act of 2012, IA Code § 229.A

Tex. Crim. Proc. Code § 42.12

참고 웹사이트

가해자가 되지 않는길: www.kein-taeter-werden.de/

독일 형법, 형무집행법: http://www.gesetze-im-internet.de/Teilliste_S.html

함부르크 성과학 및 법정신의학 연구소: <http://www.uke.de/institute/sexualforschung/>

국제 성범죄자 치료 학회: <http://www.iatso.org/>

Abstract



Treating Sexual Offenders (III): Strengthening aftercare of treatment completers in Korea

Yoon, Jeong Sook*

Recently, treating sex offenders in Korea became an important issue to reduce their recidivism rates and help them to be integrated into the community. Previous criminal justice policies for managing sex offenders have focused on punishing them and enforcing the community protection from them. However, the fact that all sex offenders are not detected through criminal justice system and many sex offenders who get through the criminal justice agencies return to the community after all have reminded us that a punitive framework alone cannot guarantee protecting the society from sex offense. It has posed the necessity of an alternative approach, being more rehabilitative, that ensure sex offenders to live without any other offenses through their 'inner changes.'

Psychological treatment has been deemed as an important strategy to achieve it. According to research, psychotherapy can contribute to changing criminogenic factors from sex offenders and thus decrease their likelihood of committing other crimes. Numerous research have shown that psychological treatment such as cognitive behavioral therapy for sex offenders, if implemented in appropriate ways, could contribute to reducing their recidivism rates. Many criminal justice agencies in Korea have enforced the treatment of sex offenders by requiring all sex offenders, once incarcerated in prison, to participate in psychotherapy, increasing the number of treatment centers in correctional facilities that are committed to treating high risk sex offenders and increasing psychotherapy hours for them.

* Korean Institute of Criminology.

However, the legal regime for overarching sex offender treatment has not been established well, especially in line with findings of research. For example, when court orders sex offenders to complete sex offender treatment at a sentencing phase, it imposes a fixed hours(e.g. 40 hours, 100 hours and so one), but literature does not tell us that the duration of sex offender treatment should be decided at such a stage because it relates to the level of risk and dynamic risk factors that sex offenders have. Therefore, it is, in general, the implementation stage of sentencing that are capable of assessing and measuring sex offenders more accurately and comprehensively when treatment duration is decided. Other than it, there are different legal issuers that need revising to enable sex offender treatment to be implemented more effectively in practical fields. We examined the legal regimes for treating sex offenders in different countries such as Germany, US, UK that have already developed the criminal justice system for treating sex offenders drawing upon the research findings.

First, we reviewed extensive literature on sex offender treatment in general such as history, theory, model, types, effectiveness as well as assessment prior to treating and actual treatment topics. We also examined Korean criminal law relating to the sex offender treatment and pinpointed possible statutory problems that could conflict with research findings. In order to examine what mostly affects judges' sentencing regarding the duration of sex offender treatment, we conducted a statistical analysis using court decisions that were made during this summer in Korean criminal courts. All the court decisions were imposed to sex offenders who commit either hands-on or hands-off sex offenses and included sex offender treatment order. We found that the duration of therapy hours was solely predicted by the prison terms, and it did not correlate with scores of actuarial scales that could possibly relate to. This suggests that sex offender treatment could be considered another form of punishment rather than treatment itself in Korea.

We also reviewed different legal regimes relating to sex offender and its treatment in Germany, US and UK. Through such comparative examination, we could infer that policy makers in such countries have attempted to refer to research findings extensively and put extra efforts to collaborate between criminal justice agencies and

noncriminal justice agencies such as hospitals, mental health facilities in multidisciplinary ways. All countries provided different statutory routes for treating sex offenders depending on offenders' psychiatric status, risk level and psychotherapeutic needs. Particularly, German provided a very specific guideline to make a psychiatric and psychosocial assessment at a pre-trial stage. A consortium consisting of professionals of between criminal law and forensic medicine enabled such an establishment of guideline. US(New York and Texas States) provided very specific procedures for determining and implementing civil commitment for sex offenders. UK provide very differentiated SOTP programs for imprisoned sex offenders. In all three countries, intensive probation combined with psychotherapy for sex offenders in community also acted as an important part of community-based treatment.

One of our main themes in current research was to examine the system of aftercare for sex offenders, in an aspect of either psychotherapy or risk management. In all three countries, depending on the status of completion of regular treatment in prison or probation, post-completion psychotherapy, so called booster therapy, was provided in order to maintain therapeutic gains and to prevent relapse. Especially, sex offenders who did not complete regular treatment successfully(in most cases, parole is not allowed to them) were provided with community-based psychological treatment combined with intensive probation.

Finally, we presented different suggestions on changing the criminal justice policies relevant to sex offender treatment in Korea. We posed a therapeutic justice model for addressing sex offender treatment more effectively in Korea. We also provided legislative alternatives to remedy our current criminal statutes. Conclusions were made integrating all the relevant research findings, theories and models as well as discussions and suggestions.

연구총서 14-B-07

성범죄자를 위한 치료프로그램 개발 및 제도화방안(Ⅲ)
- 치료프로그램 이수자의 사후관리 방안 연구 -

발행 | 2014년 12월
발행처 | 한국형사정책연구원
발행인 | 박상옥
등록 | 1990. 3. 20. 제21-143호
주소 | 서울특별시 서초구 태봉로 114
전화 | (02)575-5282
홈페이지 | www.kic.re.kr
정가 | 10,000원
인쇄 | 화신문화(주) (02)2277-0624
I S B N | 978-89-7366-398-9 93330

연구원의 허락 없이 보고서 내용의 일부 또는 전체를 복사하거나 전재하는 행위를 금합니다.