

연구보고서 2019-29

# 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구



전진아

전민경 · 김남희 · 박재현 · 이용주 · 윤시몬 · 유혜영 · 김보은

**【책임연구자】**

전진아 한국보건사회연구원 연구위원

**【주요 저서】**

사회정신건강센터 운영(세부1): 지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 개선과제  
한국보건사회연구원, 2018(공저)

사회정신건강센터 운영(세부1): 사회연결망 기반의 중독 회복 지원 방안  
한국보건사회연구원, 2017(공저)

**【공동연구진】**

- 전민경 경기도여성가족연구원 연구위원
- 김남희 한양대학교 한국후견신탁연구센터 연구원
- 박재현 일본 Kyoto Institute of Technology 교수
- 이용주 동덕여자대학교 부교수
- 윤시몬 한국보건사회연구원 전문연구원
- 유혜영 한국보건사회연구원 연구원
- 김보은 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2019-29

**수요자 중심의 정신건강서비스  
접근성 강화 전략 연구**

발행일 2019년 12월  
 저자 전진아  
 발행인 조흥식  
 발행처 한국보건사회연구원  
 주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370  
 세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)  
 전화 대표전화: 044)287-8000  
 홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
 등록 1994년 7월 1일(제8-142호)  
 인쇄처 ㈜삼일기획

## 발간사 <<

정신건강 정책이 수립되고 시행된 지 20년이 지난 지금도 정신건강서비스에 대한 접근성 향상은 강조되고 있다. 이 연구는 국민의 정신건강증진을 위해 정신건강서비스에 대한 접근성 현황을 수요자의 관점에서 파악하고, 정신건강서비스에 대한 접근성을 저해하는 제약요인을 파악하여 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략을 제시하는 것을 목적으로 한다.

그동안 정신건강서비스 제공 인프라가 확대되는 등 물리적 접근성이 개선되어 왔으나, 현재 우리나라가 경험하는 정신건강 문제에서 드러나는 수요와 정신건강서비스 공급 간 부정합성이 이 연구에서는 확인할 수 있었다. 이 연구는 수요와 정신건강서비스 제공에서 드러나는 부정합성을 개선하고 정신건강서비스 접근성을 개선하기 위한 수요자 중심의 전략들을 제시하였다.

이 연구를 위해 기꺼이 FGI 및 면담에 응해 주신 청소년과 성인, 중증 정신질환자 당사자분들께 감사드리며, 바쁜 일정에도 불구하고 조사에 기꺼이 응해 주시고 도움 주신 정신건강복지센터, 정신재활시설 등 정신건강서비스 제공자들도 깊은 감사를 드린다. 정신건강 영역 연구에 대한 전문성을 가지고 이 연구에 참여해 주신 내외부 연구진께 감사드리고, 이 연구를 위해 적극적으로 의견을 개진해 주신 경기도정신건강복지센터 윤미경 부센터장님, 정연 부연구위원께도 감사의 말씀을 드린다.

이 연구를 수행한 연구진의 노고를 치하하며, 이 연구를 통해 정신건강서비스에의 접근성이 강화되어 국민의 정신건강이 증진될 수 있기를 기대해 본다. 마지막으로 이 연구는 우리 연구원의 공식적인 견해가 아니라 연구진의 개별적인 연구 활동임을 밝힌다.

2019년 12월  
한국보건사회연구원 원장  
**조 흥 식**

# 목 차

Abstract .....	1
요약 .....	3
<b>제1장 서론 .....</b>	<b>7</b>
제1절 연구의 배경 및 목적 .....	9
제2절 연구 내용 .....	14
제3절 연구 방법 .....	16
<b>제2장 정신건강 현황 및 정신건강서비스 제공 실태 .....</b>	<b>25</b>
제1절 정신건강 현황 .....	27
제2절 정신건강서비스 제공 현황 .....	36
제3절 소결 .....	51
<b>제3장 청소년의 정신건강서비스 접근성 .....</b>	<b>55</b>
제1절 청소년의 정신건강 현황 .....	59
제2절 청소년이 인식하는 정신건강과 정신질환 .....	64
제3절 청소년의 정신건강서비스 이용 경험 .....	79
제4절 소결 .....	100

<b>제4장 성인의 정신건강서비스 접근성</b> .....	<b>103</b>
제1절 성인의 정신건강 현황 .....	108
제2절 성인이 인식하는 정신건강과 정신질환 .....	114
제3절 성인의 정신건강서비스 이용 경험 .....	131
제4절 소결 .....	150
<b>제5장 중증정신질환자의 정신건강서비스 접근성</b> .....	<b>155</b>
제1절 정신건강 및 정신질환에 대한 인식 .....	161
제2절 도움 추구 과정 경험 .....	170
제3절 정신건강서비스 이용에 대한 인식과 경험 .....	176
제4절 소결 .....	196
<b>제6장 결론</b> .....	<b>199</b>
제1절 연구 결과 요약 .....	201
제2절 수요자의 페르소나 .....	204
제3절 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 .....	213
<b>참고문헌</b> .....	<b>233</b>
<b>부록</b> .....	<b>239</b>

## 표 목차

〈표 1-1〉 질적 면담조사 참여 대상자 스크리닝 문항 .....	19
〈표 1-2〉 청소년 및 성인 대상 면접조사 내용 .....	20
〈표 1-3〉 중증정신질환자 대상 면접조사 내용 .....	22
〈표 1-4〉 중증정신질환자의 POV 사례 .....	24
〈표 2-1〉 WHO Mental Health ATLAS 2017에 제시된 국가 소득 수준별 및 한국, 일본, 미국의 인구 10만 명당 정신보건 종사자 수 .....	42
〈표 2-2〉 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 상근 인력(2017년 기준) .....	43
〈표 2-3〉 정신건강복지센터의 세부사업 수행률 .....	45
〈표 2-4〉 보건복지부 정신건강사업 관련 예산 현황 .....	49
〈표 3-1〉 양적 설문조사에 참여한 청소년의 일반적 특성 .....	58
〈표 3-2〉 초점집단인터뷰에 참여한 청소년 특성 .....	59
〈표 3-3〉 청소년의 주관적 정신건강 상태 인식 .....	60
〈표 3-4〉 청소년이 지난 1년간 경험한 정신건강 문제 유형(중복 응답) .....	61
〈표 3-5〉 청소년의 우울장애 유병 현황 .....	63
〈표 3-6〉 가상의 청소년 '노홍미' 씨의 일상 .....	66
〈표 3-7〉 '노홍미' 씨의 상황이 저절로 혹은 치료를 통해 나아질 가능성에 대한 청소년의 성별, 학년별 인식 .....	68
〈표 3-8〉 정신건강 문제 및 정신질환에 대한 의견(복수 응답) - 청소년 .....	71
〈표 3-9〉 청소년들이 인식하는 한국인이 가장 많이 경험하는 정신건강 문제 유형 .....	72
〈표 3-10〉 청소년들이 인식하는 가장 중요하게, 가장 시급하게 다루어야 할 정신건강 문제 유형 .....	73
〈표 3-11〉 정신질환자에 대한 청소년의 인식 .....	76
〈표 3-12〉 청소년들이 바라보는 사회의 정신질환자에 대한 편견 정도 .....	77
〈표 3-13〉 정신질환자에 대한 편견 원인 관련 정도 .....	78
〈표 3-14〉 청소년이 예상하는 우리나라 국민의 정신질환 경험자 비율 .....	80
〈표 3-15〉 청소년이 예상하는 정신질환자 중 치료를 위해 병원을 찾는 사람의 비율 .....	81

〈표 3-16〉 청소년이 인식하는 정신건강서비스 .....	82
〈표 3-17〉 청소년이 인식하는 정신건강서비스 필요도 .....	83
〈표 3-18〉 청소년이 인식하는 일반 사람들이 정신건강서비스를 받는 것에 대한 부담 정도 .....	84
〈표 3-19〉 청소년이 인식하는 정신건강서비스 이용의 장애요인 .....	85
〈표 3-20〉 정신적 어려움에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도(청소년) .....	89
〈표 3-21〉 청소년이 가장 먼저, 가장 나중에 상담하고 싶은 대상(중복 응답) .....	90
〈표 3-22〉 청소년이 선호하는 상담 방식 .....	92
〈표 3-23〉 청소년의 학교 내 정신건강 관련 예방 교육 경험 여부 .....	93
〈표 3-24〉 청소년의 정신건강서비스 제공 기관 및 서비스 인지도 및 인지 경로 .....	95
〈표 3-25〉 청소년의 평생, 지난 1년간의 정신건강서비스 이용률(중복 응답) .....	97
〈표 4-1〉 양적 설문조사에 참여한 성인의 일반적 특성 .....	106
〈표 4-2〉 초점집단인터뷰에 참여한 성인의 특성 .....	107
〈표 4-3〉 성인의 주관적 정신건강 상태 인식 .....	109
〈표 4-4〉 성인이 지난 1년간 경험한 정신건강 문제 유형(중복 응답) .....	111
〈표 4-5〉 성인의 우울장애 유병 현황 .....	113
〈표 4-6〉 가상의 성인 ‘나힘들’ 씨의 일상 .....	117
〈표 4-7〉 ‘나힘들’ 씨 인물 상황의 심각성에 대한 인식 .....	118
〈표 4-8〉 ‘나힘들’ 씨의 상황이 저절로 혹은 치료를 통해 나아질 가능성에 대한 인식 .....	120
〈표 4-9〉 정신건강 및 정신질환에 대한 의견(복수 응답) - 성인 .....	122
〈표 4-10〉 성인이 인식하는 한국인이 가장 많이 경험하는 정신건강 문제 유형 .....	123
〈표 4-11〉 성인이 인식하는 가장 중요하게, 가장 시급하게 다루어야 할 정신건강 문제 유형 .....	125
〈표 4-12〉 정신질환자에 대한 성인의 인식(복수 응답) .....	126
〈표 4-13〉 성인이 바라보는 사회의 정신질환자에 대한 편견 정도 .....	128
〈표 4-14〉 정신질환자에 대한 편견 원인 관련 정도(성인) .....	129
〈표 4-15〉 성인이 예상하는 우리나라 국민의 정신질환 경험자 비율 .....	133



〈표 4-16〉 성인이 예상하는 정신질환자 중 치료를 위해 병원을 찾는 사람의 비율	134
〈표 4-17〉 성인이 인식하는 정신건강서비스	135
〈표 4-18〉 성인이 인식하는 정신건강서비스 필요도	136
〈표 4-19〉 성인이 인식하는 일반 사람들이 정신건강서비스를 받는 것에 대한 부담 정도	137
〈표 4-20〉 성인이 인식하는 정신건강서비스 이용의 장애요인	139
〈표 4-21〉 정신적 어려움에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도(성인)	140
〈표 4-22〉 성인이 가장 먼저, 가장 나중에 상담하고 싶은 대상(중복 응답)	141
〈표 4-23〉 성인이 선호하는 상담 방식	142
〈표 4-24〉 과거 정신건강 관련 예방 교육 경험 여부(성인)	145
〈표 4-25〉 성인의 정신건강서비스 제공 기관 및 서비스 인지도 및 인지 경로	146
〈표 4-26〉 성인의 평생, 지난 1년간의 정신건강서비스 이용률(중복 응답)	148
〈표 5-1〉 정신질환 당사자 연구 참여자 특성	158
〈표 6-1〉 영국의 Every Mind Matters 사례	219
〈표 6-2〉 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 요약	232

---

## 그림 목차

[그림 1-1] 연구 목적에 따른 연구 내용 및 방법 .....	16
[그림 2-1] 청소년의 우울감 경험률 추이(2014~2018년)와 성인의 우울장애유병률(2016년) .....	29
[그림 2-2] 음주율 추이(2013~2017년) 및 연령별 고위험음주율(2017년) .....	30
[그림 2-3] 자살사망률 추이(2014~2018년) 및 연령별 자살사망률 추이 .....	31
[그림 2-4] 정신질환 평생유병률(2016년) .....	32
[그림 2-5] 연령별 등록 정신장애인 현황(2018년) .....	33
[그림 2-6] 시군구별 우울감 경험률, 고위험음주율, 자살사망률, 정신질환자 수(2017년) .....	35
[그림 2-7] 정신건강 종합대책의 비전, 정책 목표와 전략 .....	38
[그림 2-8] 자살예방 국가 행동계획에 제시된 자살의 원인과 진행 과정에 따른 개입 전략 .....	39
[그림 2-9] 시도별 정신건강증진기관 및 시설 설치 현황 .....	41
[그림 2-10] 시군구별 정신건강서비스 인력 수 및 정신건강전문요원 비율 .....	43
[그림 3-1] 노홍마 씨 상황의 심각성에 대한 성별, 학년별 인식 .....	67
[그림 6-1] 정신건강서비스 수요자의 수요와 사회에 기대하는 요구 .....	205
[그림 6-2] 수요자의 특성들에 대한 발견 및 연구진의 성찰(insight) 과정 예시 .....	208
[그림 6-3] '모르겠어' 상황을 경험하는 페르소나, 노필요 씨 .....	210
[그림 6-4] '도움이 필요해' 상황을 경험하는 페르소나, 나필요 씨 .....	212
[그림 6-5] 소셜미디어 홍보 게시글 예시 .....	219
[그림 6-6] 웹페이지에서 '자살'과 '우울'을 검색했을 때 첫 화면 .....	223

---

# Abstract <<

## Better Accessibility to Mental Health Services

Project Head: Jun, Jina

This study aimed to explore ways to improve accessibility to mental health and mental health services by identifying barriers that hinder access to mental health services. For this purpose, this study analyzed secondary data, conducted surveys for adolescents and adults, and conducted in-depth individual interviews and focus-group interviews.

This study found poor alignment between the demand and the supply of mental health services. Secondly, this study found that the Korean general public holds strong negative stigma and discrimination toward mental health services and people with mental illness. Thirdly, we identified two personas which represent the typical models of mental health consumers in Korea.

From the study, we summarized differences in needs of consumers to promote accessibility to mental health services by the levels of knowledge, perception, and the severity of mental health problems, and pathways that consumers go through with

---

Co-Researchers: Jun, Minkyung · Kim, Nanghee · Park, Jaehyun · Rhee, Yongjoo · Yoon, Simon · Yoo, Hyeyoung · Gim, Bo-Eun

## 2 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구

mental problems. Based on these differences, we suggested different strategies to improve accessibility to mental health services.

\* Key word: accessibilities, mental health, information, perception, consumer-centered

## 1. 연구의 배경 및 목적

정신건강 정책이 수립되고 시행된 지 20년이 지난 지금도 정신건강서비스에 대한 접근성 향상은 강조되고 있다. 이 연구는 정신건강서비스에 대한 접근성 현황을 수요자의 관점에서 파악하고, 정신건강서비스에 대한 접근성을 저해하는 제약요인을 파악하여 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략을 제시하는 것을 목적으로 한다. 이 연구는 정신건강서비스에 대한 접근성을 정신건강서비스 제공 인프라 설치 운영 현황과 같은 물리적 접근성과 더불어 정신건강, 정신질환, 정신건강서비스와 관련한 소비자의 심리적 거리감을 파악하여 구체적인 정신건강서비스 접근성 강화 전략을 제시하고자 하였다.

## 2. 주요 연구 결과

2차 자료 분석, 양적 설문조사 및 질적 면담조사, 자문회의 등의 방식을 활용하여 정신건강서비스 접근성 현황을 파악한 주요 결과는 다음과 같다. 첫째, 정신건강서비스 인프라가 확대되는 등 물리적 접근성이 개선되었다는 점을 확인하였으나 현재 정신건강 문제에서 드러나는 수요와 정신건강서비스 제공에서 드러나는 공급 간 부정합성을 역시 확인하였다. 현재의 정신건강서비스 제공이 대다수의 국민이 경험하는 우울과 불안, 고위험음주 문제보다는 주로 중증정신질환자를 대상으로 하고 있으며, 예방과 조기 개입보다는 치료와 보호, 재활과 회복에 초점을 두고 있음을 확인할 수 있었다. 또한 수요자 중심이 아닌 질환 중심으로 구성되

#### 4 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구

어 있는 정신건강서비스 제공 현황과 더불어 정신건강 정책 및 사업에 대한 만성적인 투자 부족을 다시금 확인하였다.

둘째, 수요자 대다수가 정신건강 문제는 누구나 경험할 수 있고 치료도 가능하다고 생각하지만 이와 동시에 이러한 정신건강 문제를 경험하는 정신질환자에 대한 편견도 매우 강하게 존재하는 것을 확인하였다. 즉 정신건강에 대한 이중적 인식이 존재하고 있었고, 이러한 이중적 인식을 심어 주는 것은 주로 매스미디어라는 수요자의 공통적인 지적이 있었다.

셋째, 수요자 대다수가 가지는 정신건강서비스 이용에 대한 부정적인 낙인과 스티그마 역시 확인하였다. 정신건강서비스의 필요성에 대다수가 공감하지만, 서비스를 이용하는 데 막연한 두려움과 거부감을 가지고 있었다. 매스미디어에 비치는 정신건강서비스, 정신건강서비스 이용과 관련한 부정확한 정보, 타인의 시선, 정신건강서비스에 대한 정보 부족이 이와 연관성이 높게 나타났다.

넷째, 청소년, 성인 대상 양적 설문조사와 질적 면담조사, 중증정신질환자 대상 질적 면담조사를 통해 수요자의 전형을 보여 주는 페르소나를 도출하였다. 수요자 페르소나는 정신건강에 대한 개념이 부정확하고 불명확한 상태에서 사회가 구성한 정신건강서비스에 대한 부정적 인식을 받아들인 경우와 정신건강 문제를 경험하고 있으나 어떻게 해야 할지 몰라 도움을 필요로 하는 경우로 구분하여 제시하였다.

### 3. 결론 및 시사점

수요자의 정신건강, 정신질환에 대한 인식, 정신건강서비스에 대한 인식과 이용 경험을 청소년, 성인, 중증정신질환자를 대상으로 종합적으로 분석한 결과 생애주기에 관계없이, 질환 유무에 관계없이 수요자는 정신건강서비스와 관련해서 ‘잘 모르겠어’ 단계를 거쳐 정신건강 문제를 경험하고 ‘도움을 필요로 하는’ 단계, 정신건강서비스를 이용하면서 ‘잘 도와줬으면’ 하는 단계를 거쳐 사회 구성원으로 ‘잘 살고 싶어’ 하는 단계로 이어지는 것을 확인할 수 있었다.

각 단계마다 수요자들이 사회에 기대하고 요구하는 지원은 크게 정보, 소통, 존중과 지속으로 구분될 수 있으며, 이 연구는 각 지원요구에 따라 정신건강서비스 접근성 강화 전략을 제시하였다. 첫째, 정보와 관련해서는 예방과 조기 개입의 주 대상인 아동청소년 대상 정신건강 및 정신질환에 대한 교육 강화, 대중매체를 통한 정신질환 및 정신건강서비스 이용에 관한 정확한 정보 전달, 정신건강·정신질환·정신건강서비스 이용에 대한 부정적 인식 감소 및 긍정적 인식 제고를 위한 홍보 방식들을 제시하였다. 둘째, 도움을 필요로 하는 수요자를 대상으로 한 소통 강화와 관련하여 도움이 필요할 때 갈 수 있는 정신건강서비스 제공 인프라 강화를 통한 물리적 접근성 개선, 도움이 필요할 때 어디로 가야 하는지에 대한 정보 강화를 제시하였다. 셋째, 정신건강서비스를 이용하고 있거나 이용한 경험이 있는 수요자를 대상으로 한 존중과 지속을 위한 정책과제로 정신건강서비스 제공 기관의 역량 강화 및 서비스 질 제고를 주요한 전략으로 제시하였다.

\*주요 용어: 정신건강서비스 접근성, 정신건강서비스 수요자, 정보와 소통





# 제 1 장

## 서론

- 제1절 연구의 배경 및 목적
- 제2절 연구 내용
- 제3절 연구 방법



## 제1절 연구의 배경 및 목적

우리나라의 정신건강 정책은 1995년 정신보건법이 제정되어 1997년 시행된 이후 지속적으로 확대되어 왔다. 정신건강 영역은 그동안 ‘탈원화’ 혹은 ‘지역사회 복귀’라는 큰 정책적 프레임하에서 중증정신질환을 중심으로 다양한 정책들을 시행해 왔다. 여전히 중증정신질환은 정신건강 정책의 주요한 이슈이기는 하나 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)이 2017년부터 시행되면서 일반 국민의 정신건강증진 및 정신건강 문제 예방에 대한 관심 역시 고조되고 있다.

최근 우리나라는 다양한 정신건강 문제를 경험하고 있으며 이와 동시에 행복과 삶의 질의 가치가 강조되고 있다. 우리나라는 좀처럼 줄지 않는 높은 자살사망률을 경험하고 있으며(통계청, 2019), 국민의 4분의 1은 평생에 한 번 이상, 한 가지 이상의 정신질환을 경험하고 있다(보건복지부, 2016). 우울과 불안은 높은 유병률을 보이고 있으며 고위험 음주 문제 역시 줄어들지 않는다(질병관리본부, 2018). 또한 최근 들어 진주 방화 살인 사건이나 임세원 교수 사망 사건과 같이 조현병 환자에 의한 사회범죄가 잇따라 발생하면서 조현병에 대한 사회적 우려, 정신질환자에 대한 편견이 강화되고 있기도 하다.

이러한 경험을 하고 있는 한국은 정신건강 문제에 대한 대응에 보다 관심을 기울이고 있다. 정신건강 문제에 대한 대응은 다양한 방법으로 이루어질 수 있다. 정신건강서비스를 제공하는 기관 및 시설, 인력, 예산과 같

은 인프라를 확대하는 등의 물리적 접근성을 강화하는 방식이 있을 수 있고, 정신건강 문제를 잘 혹은 정확히 인지하고 정신건강서비스 이용에 대한 거부감이 낮아지도록 하는 심리적 거리감을 줄이는 방식이 있을 수 있다. 또한 정신건강서비스의 질을 개선하는 것 역시 대응 방법 중 하나이다.

우리나라의 정신건강 정책은 이 중 정신건강서비스 접근성 강화에 보다 초점을 두고 있는 것으로 보인다. 앞서 언급한 것처럼 정신건강복지법에서 정신질환자 대상 복지서비스 강화뿐 아니라 일반 국민의 정신건강 증진 및 정신건강 문제 예방을 위한 지역사회의 노력을 강조하고 있으며 최근 발표된 자살예방 국가 행동계획(2018~2022)에서도 자살 예방을 위한 지역사회 정신건강서비스 접근성 강화 노력을 강조하고 있다. 또한 국정과제 44 ‘건강보험 보장성 강화 및 예방 중심 건강관리 지원’에서도 정신건강증진체계 강화 및 정신건강서비스 이용률 제고를 통한 정신건강서비스 접근성 강화의 중요성을 강조하고 있다. 즉, 정부의 정신건강 문제에 대한 대응은 정신건강 접근성 강화에 초점을 두고 있다. 물론 정신질환자의 인권과 자기결정권이 강화되는 추세에서 양질의 안전한 정신건강서비스에 대한 관심 역시 증가하고 있다.

그럼 과연 정신건강서비스 접근성은 무엇을 의미하는가? 우선 정신건강서비스와 관련하여 최근 전진아 외(2017)의 연구는 지역사회 정신건강서비스를 정신건강복지법에서 정의하는 정신건강증진체계와 지역사회 내 서비스를 조정 및 연계, 제공하는 복지자원들을 포함하는 광의의 개념으로 정의한 바 있다. 국민 모두가 정신건강 문제를 예방하고 정신건강을 관리하며 정신건강에 문제가 있을 때 치료를 받고, 치료 이후 일상으로 복귀하는 과정에서 이용하는 모든 서비스를 정신건강서비스로 이해할 수 있을 듯하다. 그리고 일반적으로 접근성은 어떠한 서비스나 체계로의 유입(entry into service/system) 혹은 서비스나 체계의 이용(use of service/system)으로 정의되며, 유입 혹은 이용에 영향을 미치는 요소들

로 접근성을 이야기하기도 한다(Penchasky and Thomas, 1981).

앞서 살펴본 정부의 정책에서 드러나는 접근성은 이 모두를 포괄한다고 이해할 수 있다. 보다 구체적으로 수요자 입장에서 정신건강서비스의 접근성이 높다는 것은, 정신건강서비스를 제공하는 기관이 ‘내’가 생활하는 지역에 설치되어 있어야 하고, 내가 물리적 혹은 심리적 어려움 없이 정신건강서비스를 이용할 수 있다는 것을 의미한다고 볼 수 있다.

정부의 다양한 정책에서 강조하고 있는 정신건강서비스에 대한 접근성은, 그리고 수요자 관점에서 정신건강서비스에 대한 접근성은 과연 중요한 이슈인가? 선행연구는 한국이 경험하는 정신건강 문제들과 유사한 정신건강 문제 현황들을 공유하면서 정신건강 문제에 대한 사회경제적 부담이 높다는 점을 강조한다(OECD, 2015). 조기에 혹은 적기에 정신건강 문제에 대한 서비스를 이용할 수 있어야 하는데, 정신건강서비스 제공 인프라가 부족하거나 정신건강에 대한 높은 심리적 제약 때문에 적기에 서비스를 이용하지 못해 정신건강 문제가 심화되고, 사회적으로는 높은 부담을 지게 된다고 OECD(2015)는 강조한다. 보다 구체적으로 다수의 정신건강서비스 수요자들은 정신건강 문제를 잘 인지하지 못하고, 정신질환을 경험하는 것에 대한 부정적인 인식이 있고, 정신건강서비스에 대한 부정적 인식이 공유되는 등의 높은 심리적 제약을 가지고 있으며, 서비스 제공 인프라 역시 제한적이어서 적기에(timely) 서비스를 받지 못하는 것은 개인의 정신건강, 웰빙과 삶의 질에도, 사회에도 부담으로 작용한다는 것이다.

우리나라의 경우 정부가 다양한 정책을 통해 정신건강서비스에 대한 접근성 강화 방안을 모색해 왔기 때문에 지속적으로 향상되기는 했다. 정신건강 정책이 시행된 지 20여년이 지나면서 정신건강서비스 제공기관 및 시설과 인력은 지속적으로 확대되었다. 서비스 측면에서도 정신건강 및 자살에 대한 예방 및 교육, 홍보 등의 방식으로 정신건강서비스나 증

진체제로의 유입 및 서비스 이용을 제고하기 위한 노력들이 이루어져 왔다. 이러한 정신건강 문제나 자살에 대한 예방 및 교육, 홍보 등의 활동은 주로 기초 지자체 단위에 설치되어 있는 정신건강복지센터의 정신건강증진사업으로 이루어지고 있다. 하지만 정신건강복지센터는 그 외에도 중증정신질환자와 자살 시도자 사례관리 등의 다양한 활동을 제한된 예산과 인력으로 하고 있는 상황이다.

즉, 정신건강서비스에 대한 물리적 접근성은 지속적으로 개선되어 온 것이 사실이다. 하지만 정신건강서비스에 대한 심리적 접근성은 개선되어 왔다고 보기 어렵다. 정신건강 및 정신질환에 대한 이중적인 인식은 매년 시행하는 국립정신건강센터의 대국민 정신건강 인식조사 결과를 통해 확인할 수 있으며, 정신건강서비스 이용에 대한 스티그마로 인해 이용률은 외국에 비해 상당히 낮은 수준이다.<sup>1)</sup> 또한 일반 국민의 정신질환 및 정신건강서비스 제공 주체에 대한 인지도가 낮으며, 인지하고 있다고 하더라도 정신건강서비스 이용에 대한 부정적 인식이 상당하다(이상영, 채수미 정진욱, 윤시몬, 차미란, 2017; 전진아 외, 2017).

정책적으로 계속 강조해 왔던 정신건강서비스 접근성 강화를 실질적으로 도모하기 위해서는 기존의 노력들을 비판적으로 고찰하고, 실제 정신건강서비스의 수요자인 국민이 인식하는 정신건강서비스 접근성 수준을 파악하여 이를 개선하기 위한 구체적인 노력이 제시되어야 할 필요가 있다.

따라서 이 연구는 국민의 정신건강증진을 위한 정신건강서비스에 대한 접근성 현황과 접근성 강화의 제약요인을 파악하여 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략을 제시하는 것을 목적으로 한다. 보다 구체적으로 본 연구는 정신건강서비스를 둘러싼 다양한 이해관계자(예, 국민,

1) 정신건강서비스 이용률은 22.2%로 2011년 대비 6.9%포인트 증가하긴 하였으나, 미국 39.2%, 뉴질랜드 38.9%, 호주 34.7%에 비해 낮게 나타나고 있음(보건복지부, 2016)

학계 및 실천현장의 전문가 등)의 의견을 수렴하고, 기존 정신건강증진 정책 및 프로그램에 대한 비판적 고찰을 바탕으로 정신건강서비스 접근성 강화 전략을 도출하고자 한다.

앞서 언급한 것처럼 정신건강은 상당히 광범위하며, 정신건강서비스 영역 역시 상당히 포괄적이다. 이 연구에서는 선행연구에서 지적하는 정신건강서비스의 잠재적 수요자인 국민이 정신건강서비스에 대한 심리적 거리감으로 인해 정신건강서비스가 필요함에도 서비스를 이용하지 않는 혹은 못하는 것에 초점을 두고자 한다. 물론 정신건강서비스 제공 현황 파악을 통한 물리적 접근성 역시 분석하고자 한다.

심리적 거리감에 초점을 두게 됨에 따라 이 연구는 정신건강서비스 제공 스펙트럼인 예방과 조기 개입, 치료와 보호, 재활과 회복 중 초기 단계인 예방과 조기 개입에 보다 비중을 두고 연구를 진행하고자 한다. 물리적 접근성을 개선하고 정신건강서비스에 대한 심리적 거리감을 줄여 정신건강과 정신질환을 예방 및 관리하고 필요시 정신건강서비스를 물리적 또는 심리적으로 쉽게 이용할 수 있도록 하는 방법에 초점을 두고 연구를 진행하였다.

또한 이 연구는 성별, 생애주기별 수요자의 다양성을 고려하여 크게 청소년과 성인으로 구분하여 수요자들의 정신건강서비스 접근성과 관련한 인식과 경험을 파악하고자 하였으며, 성인 중에서도 정신질환을 가지고 있는지 여부에 따라 인식 또는 경험하는 정신건강서비스 접근성에 차이가 발생한다는 전문가 자문회의 결과를 반영하여 추가적으로 중증정신질환자의 정신건강서비스 접근성을 살펴보았다.<sup>2)</sup>

2) 청소년과 성인의 경우 질적 면담조사 및 양적 설문조사를 통해 살펴본 정신건강서비스 접근성을 분석할 때 남자와 여자를 고루 조사하도록 하여 성별 특성을 파악하고자 하였음.

## 제2절 연구 내용

앞서 제시한 연구 목적에 따라 이 연구는 다음의 내용을 포함한다. 첫째, 제2장에서는 정신건강 문제와 정신건강서비스 제공 현황을 파악하였으며, 소결을 통해 정신건강 현황에서 드러나는 수요와 서비스 제공에서 드러나는 공급 간 부정합성에 대한 논의를 진행하였다.

둘째, 다양한 수요자의 정신건강서비스 접근성을 파악하기 위해 청소년, 성인 중증정신질환자로 구분하여 각 집단이 정신건강 및 정신질환에 대해 가지고 있는 인식, 정신건강서비스에 대한 인식과 이용 경험을 파악하였다. 이를 통해 각 수요자들이 가지고 있는 정신건강 및 정신건강서비스에 대한 심리적 및 물리적 거리감을 파악하고자 하였다. 이 연구에서는 각 집단에 따라 별도의 장을 구성하여 분석 결과를 제시하였으며, 제3장은 청소년, 제4장은 성인, 제5장은 중증정신질환자의 정신건강서비스 접근성을 파악하였다.

제3장과 4장의 경우 양적 설문조사 및 질적 면담조사가 함께 이루어졌고 청소년 및 성인이 가지는 정신건강서비스에 대한 접근성을 파악하는데 두 조사 결과를 함께 분석하여 제시하였다. 그리고 제5장에서 제시된 중증정신질환자의 정신건강서비스 접근성 분석의 경우 연구 기획 단계에서 연구 대상으로 포함하지 않았으나, 연구 진행 과정에서 실시한 자문회의에서 중증정신질환자의 경험과 인식이 함께 공유되는 것이 정신건강과 정신질환에 대한 인식 제고, 예방과 조기 개입 강화를 위한 전략 개발에 시사점을 줄 수 있을 것이라는 내용이 연구진과 공유됨에 따라 추가적으로 중증정신질환자 대상 조사를 연구에 포함하였다. 중증정신질환자를 대상으로는 질적 면담조사 분석 결과를 중심으로 이들의 정신건강서비스



에 대한 접근성을 파악<sup>3)</sup>하였다.<sup>4)</sup>

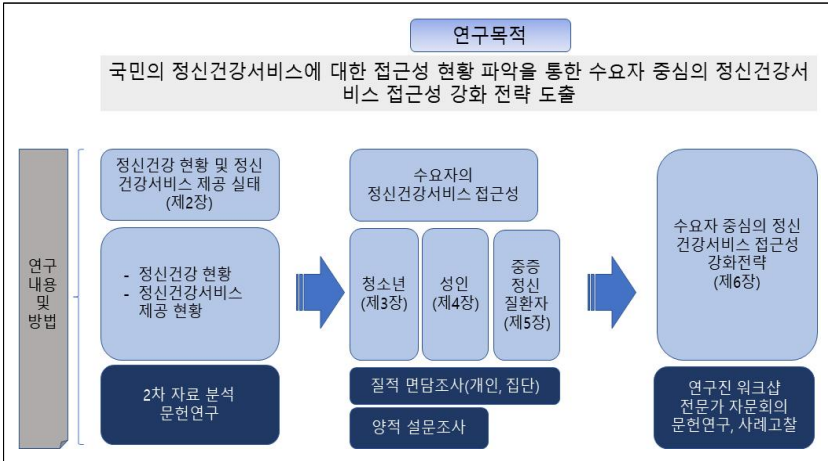
마지막으로 제6장에서는 현재의 정신건강 및 정신건강서비스 제공 현황에 대한 이해와 더불어 청소년, 성인, 중증정신질환자의 정신건강서비스에 대한 물리적 접근성 및 수요자(생애주기별, 정신건강 문제 유형에 대한 고려)가 인식하는 정신건강서비스에 대한 심리적 접근성 분석 결과를 바탕으로 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략을 제안하였다. 이 연구를 진행하는 과정에서 개최한 국제심포지엄<sup>5)</sup>에서 공유된 해외의 경험들과 문헌 고찰을 통해 파악한 해외 사례들을 제안하는 전략의 예시로 함께 제시하였다.<sup>6)</sup>

이 연구의 내용과 향후 구체적으로 살펴본 연구 방법을 간략히 도표로 정리해 보면 다음과 같다.

- 
- 3) 한국보건사회연구원 생명윤리위원회(IRB) 심사완료 제2019-47호(2019. 7. 3.)
  - 4) 연구 진행 과정에서 추가적으로 보호자의 경험도 중증정신질환자의 정신건강서비스에 대한 접근성을 이해하는 데 도움이 된다는 전문가 자문회의 결과에 따라 연구윤리심의위원회를 거쳐 전진아(2017) 연구에서 수행한 중증정신질환자 보호자 대상 인터뷰 녹취록을 함께 분석하여 제시하였음.
  - 5) 본 연구의 일환으로 2019년 8월 13일 “International Symposium on Better Access toward Community-based Mental Health Service” 국제 심포지엄이 서울 프레스던트 호텔에서 개최되었음.
  - 6) 연구 진행 초기에는 해외의 사례들을 별도의 장으로 구성하여 제시하는 방식을 모색하였으나, 각국의 정신건강서비스 제공체계가 달라 체계를 리뷰하거나 국가별 사례를 별도로 제시하는 것보다 제6장에 제시하는 정신건강서비스 접근성 강화 전략과 함께 제시하는 것이 사례 고찰 내용을 효과적으로 전달할 수 있을 것으로 판단하여, 제6장에 해외 사례들을 함께 제시하였음.

## 16 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구

[그림 1-1] 연구 목적에 따른 연구 내용 및 방법



자료: 이 연구의 연구 목적, 내용 및 방법을 도표로 정리한 것임.

## 제3절 연구 방법

이 연구는 정신건강서비스 접근성 현황을 파악하고 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략을 도출하기 위해 다양한 연구 방법을 활용하였다.

### 1. 선행연구 및 문헌 고찰

우선 이 연구는 국내외의 정신건강서비스 접근성 강화와 관련한 선행연구 결과를 검토하였다. 특히 보건복지부의 『2019년 정신건강사업안내』, 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원의 『정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서』, 2016년 관계 부처 합동 발표 자료인 『행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책』, 2018년 『자살예방

국가 행동계획』 등 국가 정신건강 정책과 더불어 정신건강서비스 접근성 강화와 관련한 다양한 보고서 및 논문 등을 참고로 하였다. 또한 우리나라의 정신건강 현황 및 정신건강서비스 제공 현황을 파악하기 위한 국내외 정신건강 관련 통계 자료와 2차 자료를 활용하였다.

## 2. 청소년 및 성인 대상 양적 설문조사

이 연구는 청소년 및 성인 대상 양적 설문조사를 수행하여 생애주기별로 수요자가 인식하는 정신건강과 정신질환, 정신건강서비스와 더불어 정신건강서비스에 대한 인지도 및 서비스 이용 경험을 파악하였다. 양적 설문조사는 만 13~18세 청소년 500명, 만 19세 이상 만 70세 미만 성인 1000명을 대상으로 한 온라인 조사 방식으로 2019년 8월에 진행하였으며, 청소년과 성인 모두 성별과 학령 및 생애주기를 고려하여 샘플을 구성하였다.<sup>7)</sup>

보다 구체적으로 살펴보면 청소년의 경우 남녀 청소년의 비율은 5:5로 설정하였으며, 학령은 중학생과 고등학생을 5:5로 설정하여 샘플을 구성하였다. 성인의 경우 19세 이상 만 70세 미만의 전체 성인 인구의 성별 및 연령 구성 비율과 동일하게 전국 대표성을 가지도록 샘플을 구성하였다.

7) 양적 설문조사에 참여한 청소년 및 성인의 응답자 특성은 각 제3장과 제4장에 제시되어 있음.

설문조사의 주요 내용은 청소년과 성인의 정신건강과 정신질환에 대한 인식, 정신건강서비스 이용에 대한 인식, 정신건강 현황, 정신건강서비스 이용 의향, 정신건강 교육 및 정신건강서비스 이용 경험으로 구성되어 있다(〈부록 1 조사표〉 참조).<sup>8)</sup> 상당수의 조사 문항은 청소년과 성인이 동일하게 응답하도록 구성하였으며, 각 응답자의 특성에 맞게 응답문항의 카테고리를 약간 달리하였다. 예를 들어 정신건강 문제에 대해 상의하고 싶은 대상에 청소년의 경우 ‘선생님’을 추가하였으며, 교육 수준의 경우 학령을 물어보는 방식으로 변화를 주었다. 또한 설문조사 내용 중 정신건강 교육 및 정신건강서비스 이용 경험에 대한 조사 문항의 경우 성인에게만 정신의료기관이나 민간 심리치료서비스에 대한 이용 경험 조사 시 비용과 비용 부담 수준을 물었으며, 청소년을 대상으로는 서비스 이용에 대한 비용과 비용 부담 수준을 조사하지 않았다. 대신 청소년의 경우 민간서비스 이용에 대한 바우처 이용 여부를 조사하였다.

### 3. 청소년 및 성인 대상 질적 면담조사

이 연구는 청소년 및 성인 대상 질적 면담조사를 실시하였다. 양적 설문조사에서 파악되는 청소년과 성인의 정신건강, 정신질환 및 정신건강서비스에 대한 인식을 보다 심도 있게 이해하기 위해 초점집단인터뷰 방식으로 질적 면담조사가 실시되었다. 이 면접조사는 ‘수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구’를 위해 2019년 7월 한 달간 일반 국민 중 서울, 경기, 인천에 거주 중인 10대 청소년과 20~30대 성인 총 38명을 대상으로 10회의 초점집단면접(Focus Group Interview)을 실시

8) 청소년 및 성인을 대상으로 실시한 양적 설문조사 내용이 담긴 설문지는 부록에 첨부되어 있음.

하였다. 실제 국민들이 ‘정신건강’과 ‘정신건강서비스’에 대한 인식과 경험에 대해 의견을 나누고, 이를 바탕으로 정신건강에 대한 사회적 편견을 극복하기 위한 개선 방안을 제시하는 것을 주목적으로 하였다.

이 조사는 정신건강과 정신건강서비스에 대한 인식이 주요 내용이므로 정신건강서비스 경험의 유무로 조사 대상자를 구분하지 않았다. 다만 과거 정신건강서비스를 이용했어야 하는 상황에서(예: PHQ-9의 점수를 기준으로 중간 이상 우울로 판단된 경우) 서비스를 이용한 경험이 있는 경우와 없는 경우의 조사 대상자들이 정신건강에 대한 본인의 생각과 경험을 나누는 것을 목적으로 하였다. 따라서 면접 대상자의 경우 다음의 질문에 대한 응답이 필요하고, 특정 기준 이상인 경우에만 면접조사에 포함하였다.

〈표 1-1〉 질적 면담조사 참여 대상자 스크리닝 문항

	질문	면접조사 대상	자료원
1	평상시 생활 중 스트레스 정도	많이 느낀다 또는 대단히 많이 느낀다	국민건강영양조사
2	지난 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감이 있는 경우	자주 느꼈다 또는 매우 자주 느꼈다	
3	Patient Health Questionnaire-9(PHQ-9)	최소 10점 이상 (중간 정도 우울)	
4	기본 항목	연령, 학력, 취업상태, 거주 지역(서울, 경기, 인천),	

PHQ-9(Patient Health Questionnaire-9)은 1999년에 Spitzer가 개발한 우울증 평가 도구이다(Kroenke et al, 2001). 총 9문항으로 구성되어 있으며 각 문항은 0점(not at all. 전혀 아님)에서 3점(nearly every day. 거의 매일)으로 계산하여 총 27점이다. PHQ-9의 컷포인트는 0~4

20 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구

점은 ‘우울증 아님’, 5~9점은 ‘가벼운 우울증’, 10~19점은 ‘중간 정도 우울증’, 20~27점은 ‘심한 우울증’으로 구분한다. 한글로 번역된 PHQ-9은 몇몇 연구자들에 의해(최홍석, 2007; 박경연, 2017) 국내에서의 표준화 및 타당도 연구가 진행되어 관련 유용성이 확인되었다(황인환, 오동훈, 2014).

총 10회 이루어진 면접은 각 1시간 30분에서 2시간 동안 진행되었으며, 녹취된 내용들은 분석을 위하여 필사본으로 만들었다. 면접조사에 사용된 질문 문항은 다음의 표와 같다.

〈표 1-2〉 청소년 및 성인 대상 면접조사 내용

구분	면접조사 질문
1	귀하가 생각하는 정신건강이란 무엇입니까?
2	귀하는 정신건강에 어려움을 겪는 사람들은 어떤 사람들이라고 생각하십니까?
3	(주)귀하는 심리적으로 어려울 때 어떠한 행동들을 할 것 같으십니까? (또는 하셨습니다습니까?)
	(보조)귀하는 정신의료기관이나 정신건강복지센터를 이용하시는 것에 대해 어떻게 생각하십니까? 왜 그렇게 생각하십니까?
4	(보조)귀하는 가족 중 심리 정서적인 문제를 경험하고 있는 분이 있다면 어떤 조언을 해 주실 것 같습니까?
	(주)귀하는 정신건강서비스에 대해 어떻게 생각하십니까?
	(보조)귀하는 정신의료기관에 대해 어떤 생각을 가지고 계십니까?
5	(보조)귀하는 정신건강복지센터(정신보건센터, 정신건강복지센터)에 대해 들어본 적이 있으십니까?
	귀하는 일반적으로 우리나라 사람들이 정신건강서비스 이용을 어떻게 바라보고 있다고 생각하십니까? 왜 그렇다고 생각하십니까?
6	정신건강서비스에 대한 거리감을 줄이기 위해서는 어떠한 것들이 필요하다고 생각하십니까?

면담 이후 작성된 녹취록을 바탕으로 이 연구는 일반적 질적 연구 방법(Generic Qualitative Research)을 활용하여(Snape & Spencer, 2003; 김인숙, 2016) 주요 주제를 도출하였으며, 양적 설문조사 분석 결과에 대한 이해를 높이기 위해 질적 면담 분석 결과를 양적 설문조사 분석 결과와 함께 제시하였다.

#### 4. 중증정신질환자 대상 질적 면담조사

넷째, 이 연구는 연구 진행 과정에서 중증정신질환자의 경험과 인식을 파악하는 것의 중요성이 강조됨에 따라 중증정신질환자 대상 질적 면담 조사를 추가적으로 실시하였다. 이 면담조사의 목적은 정신질환 당사자의 의견을 수렴하여 정신건강서비스 접근성 강화 전략 수립의 근거자료를 마련하는 데 있다.

연구 목적을 위해 정신질환 당사자의 정신건강서비스 이용에 관한 개인적 경험에 대해 면담한 내용을 분석하였다. 구체적인 연구과제는 다음과 같다. 첫째, 정신질환 당사자가 경험하는 정신건강서비스 이용 과정은 어떠한가, 정신건강서비스 이용의 장벽이 무엇인지 규명하고자 하였다. 둘째, 당사자의 관점에서 정신건강서비스 이용의 접근성 향상을 위해 요구되는 개선 사항이 무엇인지 고찰하였다. 셋째, 당사자가 정의하는 정신건강이란 무엇이며, 정신건강서비스는 어떠한지 하는지에 대한 의견을 수렴하였다.

〈표 1-3〉 중증정신질환자 대상 면접조사 내용

구분	면접조사 질문
1	귀하 혹은 귀하의 가족이 처음 귀하의 정신건강 문제를 인지하고 정신건강서비스를 이용하게 되기까지의 경험을 이야기해 주십시오. - 귀하는 언제, 어떠한 경로로 자신에게 정신건강 문제가 있다고 인지하시게 되었습니까? - 귀하는 그때 어떠한 경험들을 하셨으며, 어떠한 행동들을 취하하셨습니까? - 정신건강서비스를 이용하기 전 귀하는 어떤 느낌, 어떤 감정이 들었습니까? 그러한 느낌, 감정이 들게 된 이유는 무엇이라고 생각하십니까? - 정신건강 문제를 인지한 후 귀하께서 처음 이용한 정신건강서비스는 어떠한 것이었습니까? - 그때 어떠한 경로로 정신건강서비스를 이용하셨습니까? - 처음 정신건강서비스를 이용한 후 귀하의 느낌, 감정은 어떠하셨습니까?
2	초기 경험 이후 귀하께서 이용한 정신건강서비스 경험에 대해 이야기해 주십시오. - 초기 경험 이후 이용한 정신건강서비스는 어떤 것들이며, 주로 어떠한 서비스를 이용하셨습니까? - 귀하는 정신의료기관을 이용하실 때 어떤 경험을 하셨고, 어떤 느낌을 받으셨습니까? - 귀하는 정신건강복지센터, 정신재활시설을 이용하신 적이 있으십니까? 있다면 그곳을 어떻게 알고 가지게 되었습니까? 어떤 경험을 하셨고, 어떤 느낌을 받으셨습니까? 없으시다면 왜 이용하지 않으셨습니까? - 정신건강복지센터, 정신재활시설과 같이 지역사회 내 정신건강서비스 제공 기관 및 시설을 이용하는 것에 대해 어떤 느낌, 감정, 경험이 떠오르십니까? 그 이유는 무엇이라고 생각하십니까?
3	정신건강서비스 이용과 관련한 귀하의 현재 느낌, 감정, 생각을 이야기해 주십시오. - 귀하는 현재 정신건강서비스를 이용하는 것에 대해 대체로 어떤 느낌을 가지고 있습니까? - 정신건강서비스 이용에 불편감이 있다면 그 이유는 무엇이며, 반대로 불편감이 없다면 그 이유는 무엇입니까? - 정신건강서비스 비용은 귀하의 서비스 이용에 얼마나 영향을 미치고 있습니까? - 귀하는 정신건강서비스 이용에 대한 심리적 거리감을 줄이기 위해 어떠한 것들이 필요하다고 생각하십니까?
4	귀하가 인식하는 정신건강은 무엇이라고 생각하십니까?

주: 이 연구의 연구진이 구성하여 집단면담조사에 활용한 질문임.

연구 참여자 선정 기준은 현재 이용서비스 유무나 이용기관의 종류를 국한하지 않았으며, 원활한 면담 진행을 위해 의사소통이 가능한 정신장애인을 대상으로 하였다. 구체적으로 첫째, 정신장애로 진단받은 경험이 있으며, 둘째, 19세 이상 성인남녀, 셋째, 의사소통이 가능한 정신장애인이 연구 참여 대상이다.



연구 참여자는 정신건강서비스기관이나 당사자 단체 등으로부터 추천을 받았다. 기관·단체에서 추천한 당사자는 서비스 이용 경험이 많아 다양한 정보를 제공해 줄 수 있다는 장점이 있으나 정신건강서비스 접근성에 대한 ‘심리적 거리감’을 생생하게 전달하기에는 한계가 있었다. 따라서 정신과의원 이외에 다른 서비스를 이용하고 있지 않은 정신질환자의 의견도 수렴하기 위해 연구자의 개인적 네트워크를 활용하여 당사자를 소개받아 인터뷰를 진행하였다.

2019년 7월 10일부터 8월 5일까지 개인 면담을 통해 자료를 수집하였다. 총 7명의 당사자가 연구에 참여하였으며, 개인별로 1회씩 면담을 진행하였다. 면담 시간은 내용의 충분성에 따라 최소 40분에서 최대 2시간까지 진행하였다.

면담 이후 작성된 녹취록을 바탕으로 이 연구는 청소년과 성인의 질적 면담조사 결과 분석에서 활용한 일반적 질적 연구 방법(Generic Qualitative Research)을 활용하여 정신건강 및 정신질환에 대한 인식, 도움 추구 과정 경험, 정신건강서비스 이용경험 및 인식과 관련한 주요 주제를 도출하였다.

## 5. 정신건강서비스 수요자의 페르소나 도출

이 연구는 수요자 대상 양적 설문조사와 질적 면담조사가 종료된 이후 개최된 연구진 워크숍을 통해 정신건강서비스 수요자의 페르소나를 도출하였다. 연구진은 질적 면담 분석을 통해 수집된 데이터에 대한 debriefing과 shadowing 과정을 통해 각 인터뷰 대상자가 필요로 하는 것, 잠재적인 수요 등을 정리하는 공감의 과정을 연구진 워크숍을 통해 진행하였다.

이와 같이 수요자에게 공감해 가는 과정에서 연구진들은 수요자들의

## 24 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구

공통된 경험과 인식들을 도출하였고, 분석 과정에서 연구진들이 공유한 통찰(insight)력에 대한 지식을 결합하여 Point of View(POV)를 구성하였다. POV는 수요자의 상태나 상황을 객관적으로 기술하고, 그들이 원하는 것, 필요로 하는 것을 통해 그들이 가지고 있는 잠재 욕망과 필요를 찾아내는 과정으로 그러한 실제 공감을 통해 정책과제를 도출할 수 있는 함의를 파악하고 정리해 나가는 구조를 취하였다. 이러한 과정을 반복하여 이 연구는 수요자의 페르소나를 두 가지 유형으로 도출하였으며, 각 페르소나의 상황과 이들이 주는 함의는 제6장에 제시되어 있다.

〈표 1-4〉 중증정신질환자의 POV 사례

정신질환  
+ 감독소  
= 사회성은 0

증상(현상)  
- 인지/감각/정신 (공통된 사실) - 기억의 장애  
- 감정/행위 (상황에 따라) (상황에 따라)  
- 사회적 능력에 적응/진화 (매우 낮음) - 학습 X  
- 사회적 능력 (신경/이성적 학습) - 배운 것 없다.

증상(현상)  
- 인지/감각/정신 (공통된 사실) - 기억의 장애  
- 감정/행위 (상황에 따라) (상황에 따라)  
- 사회적 능력에 적응/진화 (매우 낮음) - 학습 X  
- 사회적 능력 (신경/이성적 학습) - 배운 것 없다.

인대파트  
- 인지/감각/정신 (공통된 사실) - 기억의 장애  
- 감정/행위 (상황에 따라) (상황에 따라)  
- 사회적 능력에 적응/진화 (매우 낮음) - 학습 X  
- 사회적 능력 (신경/이성적 학습) - 배운 것 없다.

사회적 환경  
3500원 = 5000원  
- 인지/감각/정신 (공통된 사실) - 기억의 장애  
- 감정/행위 (상황에 따라) (상황에 따라)  
- 사회적 능력에 적응/진화 (매우 낮음) - 학습 X  
- 사회적 능력 (신경/이성적 학습) - 배운 것 없다.

정신병원  
- 인지/감각/정신 (공통된 사실) - 기억의 장애  
- 감정/행위 (상황에 따라) (상황에 따라)  
- 사회적 능력에 적응/진화 (매우 낮음) - 학습 X  
- 사회적 능력 (신경/이성적 학습) - 배운 것 없다.

중독처럼, 방치되었음, 내방 기원  
- 인지/감각/정신 (공통된 사실) - 기억의 장애  
- 감정/행위 (상황에 따라) (상황에 따라)  
- 사회적 능력에 적응/진화 (매우 낮음) - 학습 X  
- 사회적 능력 (신경/이성적 학습) - 배운 것 없다.

나도 도움이 필요하네! 상담, 진화도 중요  
- 인지/감각/정신 (공통된 사실) - 기억의 장애  
- 감정/행위 (상황에 따라) (상황에 따라)  
- 사회적 능력에 적응/진화 (매우 낮음) - 학습 X  
- 사회적 능력 (신경/이성적 학습) - 배운 것 없다.

\*\*\*은 61세 남성으로 어릴 적부터 조현병을 앓고 있고 현재는 수급자로 살고 있다. 그동안 다양한 정신건강 시스템 서비스를 경험했다. 현재는 임대아파트를 분양받아 독립적인 생활을 유지하고 개인관리와 운동 등 자기 관리를 하고 있는 분으로 사회 서비스에 대해 긍정적이면서도 거부감이 없다. 현재 서비스와 시스템의 수혜자이기도 하다. 그래서 그는 더 좋은 시스템과 서비스가 있다면 적극적으로 활용하고 싶어 한다. 하지만 이러한 것을 요구하는 그의 가장 근본적인 사고는... 나는 사회에서 보호받아야 하는 환자라는 생각과 환자이기 때문에 약자라는, 오랜 기간 동안 경험한 “환자=사회적 약자”라는 프레임 속에 갇혀서 살고 있는 것 같다.

어떻게 하면 환자=사회적 약자라는 인식을 바꿔 줄 수 있을까?

주: 이 연구에서 실시한 양적 설문조사 및 질적 면담조사를 바탕으로 연구진 워크숍에서 진행한 분석 과정에서 도출된 것임.

## 제 2 장

# 정신건강 현황 및 정신건강서비스 제공 실태

제1절 정신건강 현황

제2절 정신건강서비스 제공 현황

제3절 소결



# 2

## 정신건강 현황 및 << 정신건강서비스 제공 실태

이 장은 우리나라의 정신건강 현황과 정신건강서비스 제공 실태를 파악하는 데 목적을 두고 있다. 정신건강 현황에 대한 이해는 한국사회가 정신건강과 관련하여 어떠한 서비스를 얼마나 필요로 하는지 그 수요를 파악하는 데 도움을 준다. 또한 정신건강서비스 제공 실태를 파악하는 것은 정신건강서비스 제공체계가 물리적으로 얼마나 갖추어져 있는지를 파악하는 데 도움을 줌과 동시에 정신건강 현황에서 드러나는 수요를 충족시킬 수 있는 서비스를 제공하고 있는지를 파악하는 데 도움을 준다.

따라서 이 장에서는 제1절을 통해 광범위한 우리나라의 정신건강 현황을 파악하였으며, 제2절에서는 우리나라의 정신건강서비스 제공 실태를 파악하여 제시하였다. 마지막으로 소결인 제3절에서는 현재 경험하고 있는 정신건강 문제와 정신건강서비스 제공 간의 정합성에 관한 비판적 고찰 결과를 제시하였다.

### 제1절 정신건강 현황

본이 절에서는 우리나라의 정신건강 현황을 살펴보았다. 국립정신건강센터에서 매년 발간하는 정신건강 현황에 관한 보고서에 나타나는 정신건강은 상당히 광범위한 영역을 포괄한다(국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018). 정신건강을 세계보건기구(WHO)에서는 개개인이 자신의 잠재력을 실현할 수 있고, 일상에서 발생하는 스

트레스에 대처할 수 있으며, 생산적으로 활동을 할 수 있고, 자신이 속한 지역사회에 기여할 수 있는 웰빙의 상태로 정의하고 있다(World Health Organization, 2004. p. 12). 이후 제3~5장에서 국민이 인식하는 정신건강에 대한 개념들을 살펴보겠지만 정신건강에 대한 논의는 일반적으로 스트레스, 우울 등 정신건강 문제의 유형으로 이루어지거나 정신건강서비스의 스펙트럼인 예방과 조기 개입, 치료와 보호, 재활과 회복 같은 서비스의 연속선상에서 논의가 진행되기도 한다. 또한 정신건강서비스 제공 주체인 시설과 인력 예산에 대한 논의로 진행되기도 한다.

이 절은 우리나라가 처해 있는 혹은 경험하고 있는 정신건강 현황을 파악하여 정신건강에 대한 수요를 파악하는 데 목적을 두고 있으므로, 정신건강 현황을 문제 유형별로 구분하여 살펴보았다. 이 연구에서는 다양한 정신건강 문제 가운데 우울, 고위험 음주, 자살, 정신질환 유병률, 정신장애인 현황 등에 대해 중점적으로 살펴보았다.

첫째, 우울은 전국 대표성을 가지는 조사자료의 대다수에서 측정되고 있는 정신건강 문제 유형으로, 질병관리본부에서 매년 실시하는 국민건강영양조사에서 우울감 경험률과 우울장애유병률이 격년으로 측정되어 국민건강통계로 보고되고 있다. 청소년의 우울은 질병관리본부에서 매년 실시하는 청소년건강행태온라인조사에서 우울감 경험률이 측정되어 보고되고 있다.

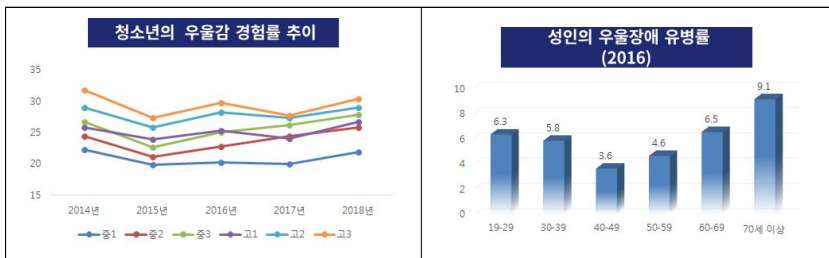
우리나라의 우울 현황을 살펴보면 다음과 같다. 2017년 국민건강영양조사 결과에 따르면 만 19세 이상 성인의 우울감 경험률<sup>9)</sup>은 11.2%이며, 청소년의 우울감 경험률은 2018년 기준 27.1%로 나타난다. 일반적으로 여자가 남자에 비해 높게 나타나고, 생애주기에 따라서는 U자형 분포를

9) 우울감 경험률은 만 19세 이상 조사대상자 수 대비 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 응답자 수의 비율로 측정됨.

가진다(김남순 외, 2018). 즉, 청소년, 청년과 노인에게서 우울감 경험률이 높게 나타나고, 중장년에게서 우울감 경험률이 낮은 특성을 보인다. 단방향으로 측정되는 우울감 경험률이 우울 현황을 보여 주는 데 제한적이라는 인식이 공유됨에 따라 질병관리본부에서는 PHQ-9 척도를 활용한 우울장애유병률<sup>10)</sup>을 2014년 이후 격년으로 측정하여 보고하고 있다. 19세 이상 성인의 우울장애유병률은 5.6%이며, 우울감 경험률과 마찬가지로 남자보다 여자에게서, 청년과 노인에게서 높게 나타난다.

[그림 2-1] 청소년의 우울감 경험률 추이(2014~2018년)와 성인의 우울장애유병률(2016년)

(단위: %)



자료: 보건복지부·질병관리본부의 제14차(2018년) 청소년건강행태온라인조사 통계 보고서(p. 205) 및 보건복지부·질병관리본부의 2016 국민건강통계 II·추이 보고서(p. 66)에 제시된 지표값을 이 연구에서 그래프로 가공하여 제시하였음.

둘째, 고위험 음주 현황은 우울과 마찬가지로 전국 대표성을 가지는 조사자료의 대다수에서 측정되고 있다. 고위험음주율<sup>11)</sup> 역시 질병관리본부의 국민건강영양조사를 통해 산출되고 있으며, 고위험음주율 외에도 평생 음주율, 연간 음주율, 월간 음주율 등 음주와 관련한 다양한 현황들

10) 우울장애유병률은 2014년부터 우울증선별도구(PHQ-9)를 활용하여 측정하기 시작하였으며, 9개 문항의 합을 산출하여 총점 27점 중 10점 이상인 경우를 우울장애 유병으로 정의하고 있음.

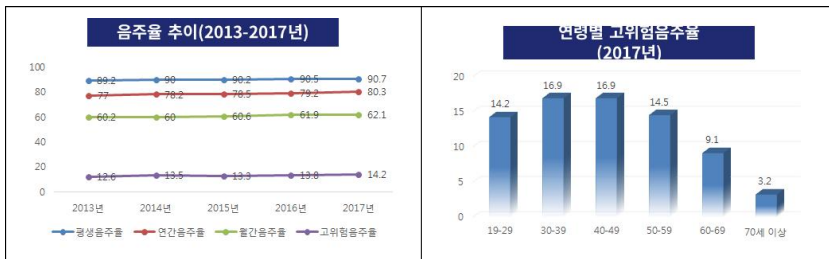
11) 고위험음주율은 1회 평균 음주량이 남자의 경우 7잔(또는 맥주 5캔) 이상, 여자의 경우 5잔(또는 맥주 3캔) 이상이며, 주2회 이상 음주하는 분율로 정의됨.

이 측정되어 보고되고 있다.

질병관리본부의 국민건강영양조사에 제시된 고위험음주율은 2017년 기준 14.2%로 나타나며, 최근 몇 년 동안 증가 추세를 보이고 있다(보건복지부, 질병관리본부, 2017). 앞서 살펴본 우울과는 달리 고위험음주율은 주로 여자보다 남자에게서 높으며, 노인보다는 청년과 중장년에게서 높게 나타난다.

[그림 2-2] 음주율 추이(2013~2017년) 및 연령별 고위험음주율(2017년)

(단위: %)



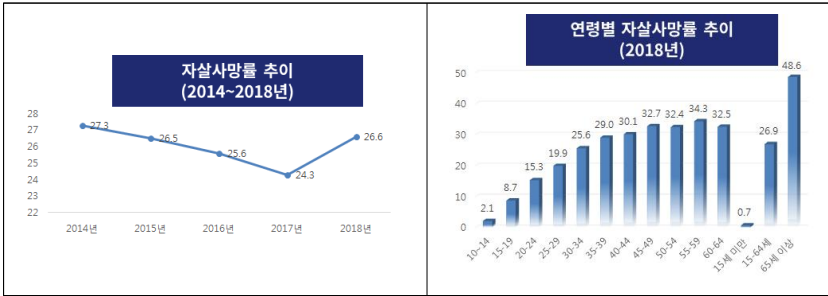
자료: 질병관리본부의 2017 국민건강영양조사 주요결과 보고서(p. 2)에 제시된 지표값을 본 연구에서 그래프로 가공하여 제시하였음.

셋째, 자살은 한국의 중요한 정신건강 문제로, 통계청 사망원인통계에 따르면(통계청, 2018), 그동안 지속적으로 감소해 오던 자살사망률이 2018년 다시 증가하였다. 2018년 통계청 사망원인통계에서 보고한 자살사망률은 인구 10만명당 26.6명이며, 2017년 24.3명에서 2.3명이 증가한 수치이다. 연령별로 보면 자살사망률이 가장 높은 연령층은 65세 이상 노인이나, 청소년에게서 자살은 청소년의 사망 원인 1위를 차지하고 있기도 하다.



[그림 2-3] 자살사망률 추이(2014~2018년) 및 연령별 자살사망률 추이

(단위: 인구 10만 명당 명)

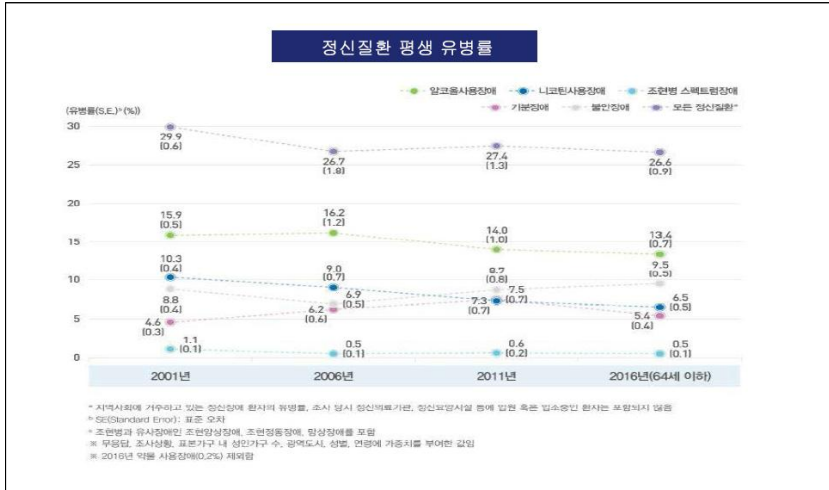


자료: 중앙자살예방센터 홈페이지(www.spckorea-stat.or.kr)의 '5년 전체 자살률 추이'와 국가 통계포털(kosis.kr)의 '사망 원인(236항목)/성/연령(5세)별 사망자 수, 사망률'에 제시된 지표값을 본 연구에서 그래프로 가공하여 제시하였음.

마지막으로 정신질환 유병률을 보면 2016년 보건복지부가 실시한 정신질환실태 역학조사 결과에 따르면 정신질환 평생 유병률은 26.6%로 전체 인구의 26.6%가 평생 한 번 이상, 한 가지 이상의 정신질환을 경험하고 있다고 보고한 바 있다. 정신질환 유형별로 살펴보면, 알코올사용장애의 평생질환 유병률이 13.4%, 불안장애가 9.5%, 기분장애가 5.4%이며, 최근 사회적으로 부각된 조현병 스펙트럼 장애는 0.5%로 낮게 나타났다.

[그림 2-4] 정신질환 평생유병률(2016년)

(단위: %)



자료: 보건복지부(2017) 2016년도 정신질환실태 조사 결과를 그래프로 구현하여 제시한 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 (2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서(p. 35)에 제시된 그림을 제시하였음.

보건복지부에서 제시한 정신질환 유병률은 지역사회 거주 주민을 대상으로 한 조사를 통해 추정한 것이다(보건복지부·삼성서울병원, 2016). 실제 정신의료서비스를 이용한 정신질환자 수, 즉 치료 유병률을 살펴보면, 건강보험 및 의료급여 가입자 중 정신질환 F 코드로 진료받은 실인원은 318만 5509명(국립정신건강센터, 2018)으로 2016년 정신질환실태 역학조사에서 보고한 일년 유병률 10.2%로 추정한 인구 대비 약 60.3%가 정신의료서비스를 받은 것으로 나타났다.

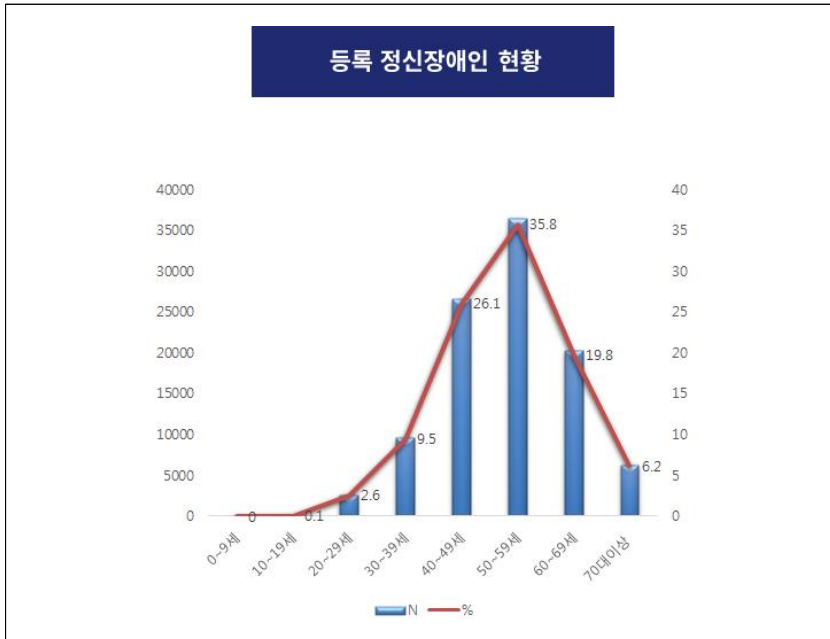
또한 최근의 진주 방화 살인 사건이나 임세원 교수 사망 사건을 통해 사회적인 관심을 받고 있는 조현병 등 중증정신질환<sup>12)</sup>은 장애인 등급을 받는 정신장애인<sup>13)</sup>으로 구분되기도 한다. 2018년 기준 등록정신장애인

12) 중증정신질환은 일반적으로 조현병 스펙트럼 장애, 조울증, 반복성 우울장애를 포괄하는 용어로 사용됨(전진아, 2017).

수는 10만 2140명으로, 정신장애인은 전체 등록 장애인의 약 4%를 차지한다(보건복지부 내부자료). 등록 정신장애인의 연령별 분포를 보면, 중장년이 대다수를 이루고 있음을 알 수 있다.<sup>14)</sup>

[그림 2-5] 연령별 등록 정신장애인 현황(2018년)

(단위: 명, %)

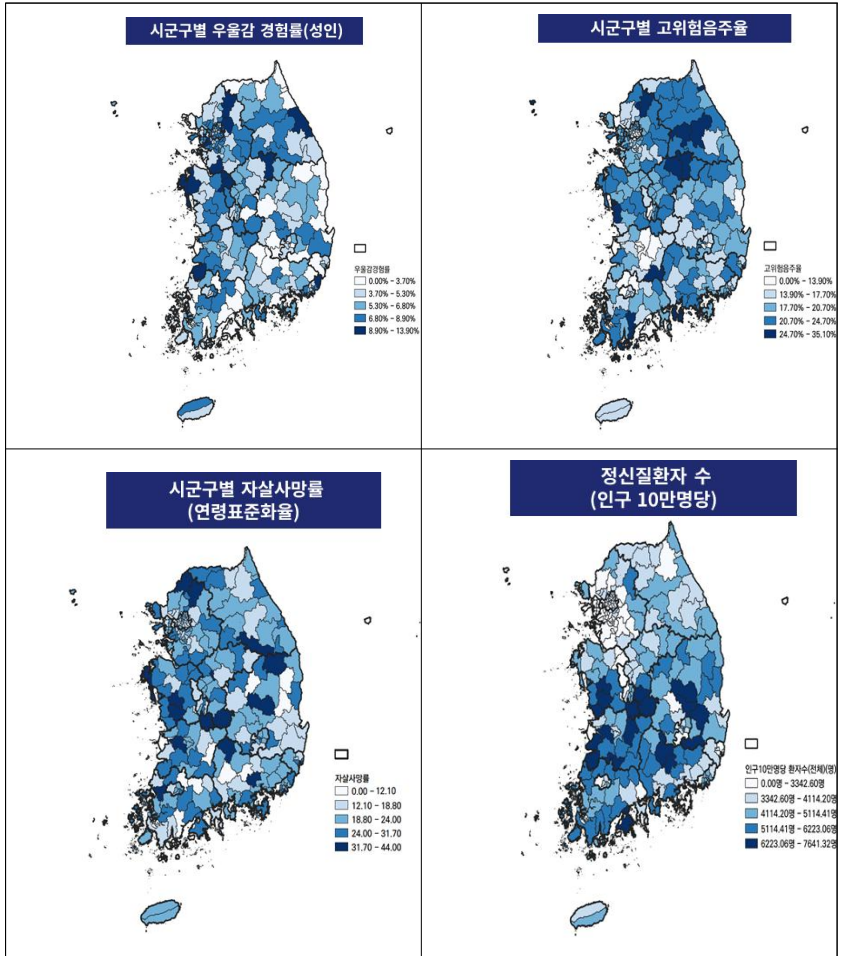


자료: 보건복지부 홈페이지 ([www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=03&CONT\\_SEQ=344589&page=1](http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&CONT_SEQ=344589&page=1))에 제시된 장애인 등록 현황(2017년 12월 말 기준) 엑셀파일에 제시된 1세 단위 정신장애인 수를 바탕으로 연구진이 계산하여 그래프로 구성하였음.

- 13) 정신장애인의 장애등급 판정 기준 중 하나인 진단명이 ICD-10에 따라 F20 조현병, F25 조현정동장애, F31 양극성 정동장애, F33 재발성 우울장애인 경우 정신장애 판정이 나옴.
- 14) 자문회의 결과, 정신장애인 중 청년의 비율이 낮은 것은 장애인 등록 이후 장애인 복지법에 따라 취업이 가능한 업종이 제한되어 초발시기를 경험하고 있는 중증정신질환자들의 경우 본인 스스로나 가족들이 장애인으로 등록하는 것을 꺼리는 경향이 높다는 점을 알 수 있었음.

이 같은 우울, 고위험음주, 자살, 정신질환 유병 현황은 성별, 생애주기 별로 개인이나 지역에 따라 다르다(전진아 외, 2019). 어떤 지역은 우울이 높기도 하고, 어떤 지역은 자살률이 높기도 하며, 어떤 지역은 중증정신질환자의 비율이 높기도 하다. 따라서 최근 진행된 전진아 외(2019)의 연구에 따르면 지역별 정신건강 수준의 편차가 있다는 점을 지적하면서 중앙에 따른 일률적인 정신건강서비스가 아닌 지역의 정신건강 특성을 고려한 정신건강서비스가 계획되고 운영되어야 한다는 점을 강조하기도 했다. 다음의 그림은 시군구 단위로 지역 간 차이를 보이는 우울, 고위험음주, 자살사망률, 정신질환자 수이다.

[그림 2-6] 시군구별 우울감 경험률, 고위험음주율, 자살사망률, 정신질환자 수(2017년)  
(단위: %, 인구 10만 명당 명)



자료: 전진아 외(2019). 지역사회 정신건강 데이터 기반 근거중심 정신건강사업 전략개발 연구. 한국보건사회연구원·정신건강기술개발사업단 pp. 69, 71, 78, 91의 그림을 발췌하였습니다.

## 제2절 정신건강서비스 제공 현황

제1절에서 살펴본 우리나라의 정신건강 현황에 대한 이해를 기반으로 이 절에서는 우리나라에서는 이러한 정신건강 문제를 예방하고 대응하기 위해 어떠한 서비스들이 어떤 주체들을 통해 제공되고 있는지 그 현황을 파악해 보고자 한다. 하지만 이 절에서는 정신건강서비스<sup>15)</sup> 제공 현황을 파악하기에 앞서 국내 정신건강 정책의 흐름을 먼저 살펴보고자 한다. 이는 정신건강서비스 제공이 자생되어 운영되는 것이 아니라 국가 단위의 정신건강 정책의 계획과 방향성에 따라 구성되고 운영되는 것이기 때문이다. 국내 정신건강 정책의 흐름에 대한 이해를 기반으로 현재 국내에 설치되어 운영 중인 정신건강서비스 제공 주체들을 파악하고자 하며, 이곳에서 제공되는 서비스들을 간략하게 살펴보고자 한다.

### 1. 정신건강 정책의 흐름

정신건강 정책은 1995년 제정된 정신보건법이 1997년 시행되면서 현재까지 지속되고 있다. 1997년 정신보건법이 시행된 초기에는 기존 병원과 요양시설과 같은 입소시설을 중심으로 하는 서비스가 제공되었으나 1998년 정신보건발전5개년 계획이 수립되면서 탈시설화, 지역사회 복귀에 대한 강조가 이루어지기 시작했다. 이에 발맞추어 지역사회 기반 서비스들이 1998년 4개소로 시작된 이후 현재까지 지속적으로 확대되어 왔으며, 2018년 현재 대표적인 지역사회 기반 정신건강증진 서비스 제공

---

15) 이 연구에서 살펴보는 정신건강증진 서비스는 보건복지부를 비롯한 유관부처에서 제공되는 다양한 정신건강증진 서비스를 총괄하는 것으로 일반적인 서비스 제공의 스펙트럼인 예방과 조기 개입, 치료와 보호, 재활을 모두 포함함. 또한 정신건강서비스에는 최근 몇 년 동안 정신건강 영역에서 강조되어 왔던 '회복' 역시 중요한 개념으로 포함됨.

주체인 정신건강복지센터가 광역 지자체에 16개소, 기초 지자체에 209개소가 설치되어 운영 중이다(보건복지부, 2019).

정책 대상자를 살펴보면 우리나라의 정신건강증진 정책은 정신질환자를 중심으로 우선적으로 진행되어 왔다. 정신질환자 중에서도 중증/만성 정신질환자를 중심으로 서비스가 제공되어 왔으며, 이들은 주로 조현병이나 망상성 장애를 가지고 있거나 조울증이나 반복성 우울장애를 갖고 있는 대상자였다. 2000년부터 알코올 중독 예방 및 관리를 위한 사업들이 진행되면서 알코올 중독자가 정책 대상으로 포함되었으며, 2002년 아동청소년 정신보건사업이 시작되면서 아동청소년이, 2005년 자살예방사업이 시작되면서 자살고위험군이 주요한 정책 대상으로 포함되었다(보건복지부, 2019). 또한 이 외에도 일반 국민의 정신건강증진이 강조됨에 따라 다양한 정신건강 문제에 대한 프로그램 역시 제공되고 있다.

최근 들어 정신건강증진서비스 정책은 2016년 2월 관계부처 합동으로 발표된 『정신건강 종합대책』과 2017년 5월 30일부터 시행된 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(법률 제14224호, 이하 ‘정신건강복지법’), 그리고 2018년 1월 관계부처 합동으로 발표된 『자살예방 국가 행동계획』에 따라 정책적 변화를 경험하고 있다. 우선 『정신건강 종합대책』에서는 ‘행복한 삶, 건강한 사회’라는 비전하에 일반 국민의 정신건강증진, 중증 정신질환자의 지역사회 통합, 중독으로 인한 건강 저해 및 사회폐해 최소화, 자살위험 없는 안전한 사회구현을 정책 목표로 제시하고 다양한 전략들을 제시하고 있다.

[그림 2-7] 정신건강 종합대책의 비전, 정책 목표와 전략

<b>비전</b>	행복한 삶, 건강한 사회	
<b>정책 목표</b>	I. 국민 정신건강 증진 II. 중증 정신질환자 지역사회 통합 III. 중독으로 인한 건강 저해 및 사회폐해 최소화 IV. 자살위험 없는 안전한 사회구현	
<b>정책목표</b>	<b>전 략</b>	
국민 정신건강증진	1. 인식개선을 통한 정신건강서비스 이용 제고 2. 정신건강 문제 조기발견 및 개입 강화 3. 생애주기별 정신건강 지원체계 구축	
중증정신 질환자 지역사회 통합	1. 조기 집중치료로 만성화 방지 2. 중증·만성 정신질환자 삶의 질 향상 3. 정신질환자 인권 강화	
중독으로 인한 건강 저해 및 사회적 폐해 최소화	1. 중독 예방을 위한 사회적 환경 조성 2. 중독문제 조기선별·개입체계 구축 3. 중독자 치료·회복 지원 강화	
자살위험 없는 안전한 사회구현	1. 전사회적 자살예방 환경 조성 2. 맞춤형 자살예방 서비스 제공 3. 자살예방정책 추진기반 강화	

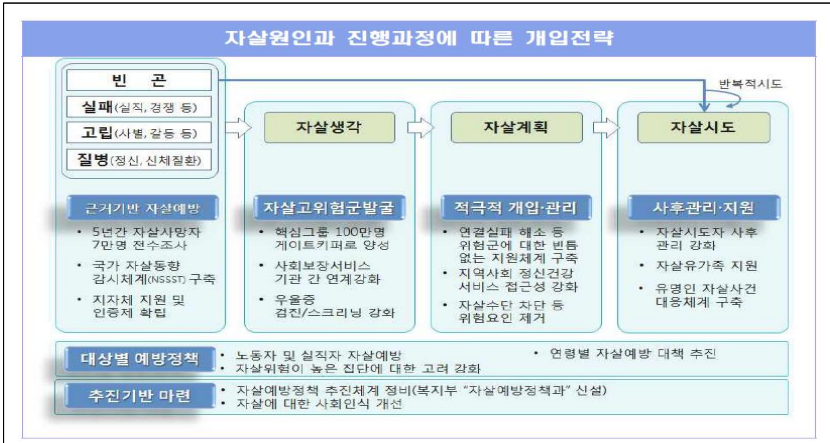
자료: '관계부처합동. (2016) 행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책'. p. 7의 그림을 발췌함.

그리고 정신보건법이 전면 개정된 정신건강복지법에서는 정신질환의 예방과 치료, 정신질환자의 재활·복지·권리보장과 정신건강 친화적인 환경 조성을 통해 국민의 정신건강증진 및 정신질환자의 인간다운 삶 영위를 목적으로 제시하고 있다. 정신건강복지법을 통해 정신질환자의 정의를 축소하고, 정신질환자들이 가지는 다양한 욕구(예: 치료, 재활, 복지, 교육, 주거 근로환경 등)에 대한 대응이 정신건강증진사업 정의에 포함되었다. 또한 비자의입원 요건을 강화하고, 정신질환자의 인권, 자기결정권에 대해 강조하고 있으며, 일반 국민의 정신건강증진의 중요성 역시 강조하고 있다.

마지막으로 자살예방 국가 행동계획(관계부처합동, 2018)은 매년 1000명씩 자살사망자를 감소시킨다는 구체적인 목표를 가지고, 근거에 기반한 자살 예방 체계를 구축하고, 자살고위험군을 조기 발견하여 적극적으로 개입 및 관리함과 동시에 자살 시도자, 자살 유가족을 대상으로 한 사후관리를 지원하는 전략을 제시하고 있다.



[그림 2-8] 자살예방 국가 행동계획에 제시된 자살의 원인과 진행 과정에 따른 개입 전략



자료: '관계부처합동. (2018). 자살예방 국가 행동계획.' p. 19의 그림을 발췌.

## 2. 정신건강서비스 제공 주체

위에서 언급한 정신건강종합대책(관계부처합동, 2016), 정신건강복지법, 자살예방 국가 행동계획(관계부처합동, 2018)에 제시된 다양한 정책과 사업은 주로 정신건강복지법에 명시된 정신건강증진시설인 정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설과 더불어 지역사회 재활기관인 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 자살예방센터, 보건소 등을 통해 진행된다(전진아 외, 2018). 이러한 정신건강증진시설과 지역사회 재활기관의 설치 현황을 보면 [그림 2-9]와 같다.

정신건강증진시설인 정신의료기관은 총 1554개소이다. 이 중 대다수는 민간 의료기관이며 서울과 경기 지역에 정신의료기관이 많이 분포하고 있다. 정신요양시설은 총 59개소가 설치되어 있으며, 다른 지역에 비해 충남 지역에 정신요양시설이 많이 설치되어 있다. 정신건강증진시설 중 지역사회 내에서 주로 중증정신질환자를 대상으로 데이케어 및 직업

훈련, 취업 지원 등 재활 프로그램을 제공하는 정신재활시설은 전국에 총 349개소가 설치되어 운영 중이다. 지역사회 기반 정신건강서비스를 제공하는 기관 중 사회 복귀 및 재활 프로그램을 제공하는 정신재활시설은 지역 간 가장 큰 편차가 드러나는 시설로, 정신재활시설이 없는 지자체가 전체의 45.6%에 이른다(전준희, 2019). 현재 정신재활시설은 주로 서울과 경기 지역을 중심으로 운영 중이다.

대표적인 지역사회 기반 정신건강서비스를 제공하는 주체인 정신건강복지센터는 대다수의 기초 지자체에 설치되어 있으며, 현재 정신건강복지센터가 설치되어 있지 않은 시군구는 16개 시군구에 불과하다(전진아 외, 2019).<sup>16)</sup> 다음의 그림에 제시된 자살예방센터의 경우 전국 단위에 잘 설치되어 있지 않은 것처럼 보이나, 자살예방사업은 주로 정신건강복지센터 내 자살예방팀에 의해 진행된다. 중독관리통합지원센터의 경우 높은 고위험음주율과 알코올사용장애 유병률을 고려해 볼 때, 전국에 중독 예방 및 관리 사업을 하는 인프라가 설치되는 것이 바람직하나 현재로서는 전국에 50개소가 설치되어 운영 중이다. 지역사회 기반 정신건강서비스를 제공하는 주체들은 주로 국비와 지방비가 매칭되는 구조로 예산 지원을 받기 때문에 기관이 설치되어 있는 기초 지자체 중심으로 사업을 진행하고 있다.

16) 정신건강복지센터가 설치되어있지 않은 시군구라고 하더라도 정신건강서비스를 전혀 제공하지 않는 것이 아니라 보건소 내 소규모 인력이 정신건강서비스를 제공하고 있음. 이를 기초형 정신보건복지사업으로 부르고 있음(보건복지부, 2019).

[그림 2-9] 시도별 정신건강증진기관 및 시설 설치 현황

〈시·도별 정신건강증진기관·시설 설치 현황〉									
지역	정신건강 복지센터		자살예방 센터 <sup>1)</sup>		중독관리 통합지원 센터	정신요양 시설	정신재활 시설	정신의료기관	
	광역	기초	광역	기초				국공립	민간
계	16	227	7	25	50	59	349	20	1,534
서울	1	25	1	2	4	3	118	3	373
부산	1	16	1		4	3	13	1	130
대구	1	8			2	3	18	2	84
인천	1	10	1	1	5	2	11		74
광주	1	5	1		5	4	12	1	55
대전	1	5			3	4	30	1	72
울산	1	5		4	2	1	2		27
세종		1				1	3		5
경기	1	36	1	13	7	6	50	5	319
강원	1	18	1	3	3		5	1	41
충북	1	14			1	4	13		48
충남	1	16		1	2	10	24	2	53
전북	1	11		1	2	4	21	1	57
전남	1	20			2	4	3	1	49
경북	1	15			2	5	18		58
경남	1	20			4	4	4	2	80
제주	1	2			2	1	4		9

〈2017.12.31. 기준〉

자료: 보건복지부(2019a). 중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치 방안(p. 27)

국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원이 공동으로 발간한 정신건강현황 4차 예비조사 결과 보고서(2018)에 따르면 총 2만 1814명의 인력이 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관에서 근무하고 있는 것으로 나타난다. 이는 인구 10만 명당 42.1명의 인력이 있다는 것을 의미한다. WHO의 Mental Health Atlas에 의하면(World Health Organizations, 2017) 고소득 국가의 경우 인구 10만 명당 정

신보건 종사자 수를 71.7명으로 보고하고 있는데, 한국은 고소득 국가임에도 불구하고 절반 정도의 인력을 보유하고 있다. 이웃 나라인 일본의 정신보건 종사자 수가 인구 10만 명당 146.18명, 미국이 271.28명인 데 비해 턱없이 부족한 인력 규모를 보이고 있다(WHO Mental Health Atlas 2017 Country Profiles 홈페이지).

〈표 2-1〉 WHO Mental Health ATLAS 2017에 제시된 국가 소득 수준별 및 한국, 일본, 미국의 인구 10만 명당 정신보건 종사자 수

(단위: 10만 명당 명)

구분	인력 수
세계(중위값)	9.0
저소득 국가	1.6
중저소득 국가	6.2
중고소득 국가	20.6
고소득 국가	71.7
한국	40.13
일본	146.18
미국	271.28

자료: WHO Mental Health ATLAS 2017 및 Mental Health Atlas-2017 country profiles ([www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/))을 바탕으로 구성하였음. 인출일자 2019. 10. 4.

우리나라는 정신보건 인력과 관련하여 간호사, 사회복지사, 임상심리사가 일정 기간 교육과 수련을 받으면 정신건강 전문요원 자격을 주고 있다. 이들은 정신건강간호사, 정신건강사회복지사, 정신건강임상심리사로서 전문성을 가지고 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관에서 근무하고 있다. 정신건강 전문요원 현황을 보면, 전체 근무 인력 수 약 38.3%가 정신건강전문요원으로 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관에서 활동하고 있는 것으로 나타났다.

[표 2-2] 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 상근 인력(2017년 기준)

(단위: 명, %)

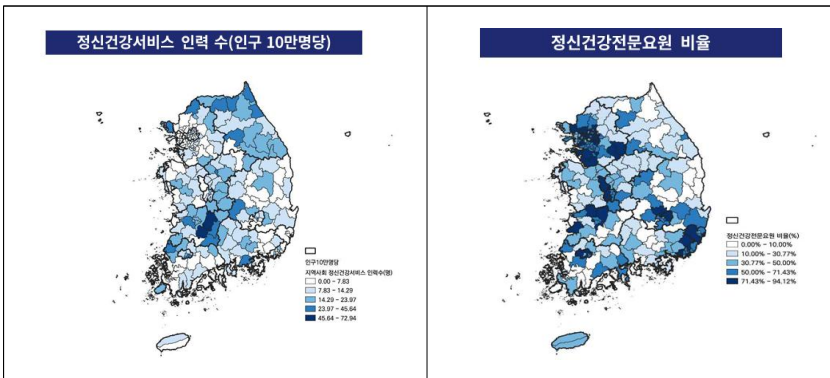
	전체 근무인력 수	정신건강전문인력 수	전문인력 비율
총	21,814	8,365	38.3
정신의료기관	16,823	5,840	34.7
정신재활시설	1,248	679	54.4
정신요양시설	1,186	179	15.1
기초 정신건강복지센터	2,007	1,265	63.0
광역 정신건강복지센터	263	217	82.5
중독관리통합지원센터	218	142	65.1
자살예방센터	69	43	62.3

자료: 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 (2018). 정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서. 서울: 국립정신건강센터. p. 82 표 15를 발췌하여 수정함.

이러한 정신건강서비스 제공 인력 및 정신건강전문요원은 시설 설치 현황과 유사하게 지역별 편차를 보이고 있으며, 수도권에서는 전문요원 비율이 높고 지역으로 갈수록 그 비율이 낮아지는 특성을 보인다.

[그림 2-10] 시군구별 정신건강서비스 인력 수 및 정신건강전문요원 비율

(단위: 인구 10만 명당 명, %)



자료: 전진아 외(2019). 지역사회 정신건강 데이터 기반 근거 중심 정신건강사업 전략개발 연구. 국립정신건강센터·한국보건사회연구원. p. 121, 123의 그림을 발췌하였음.

### 3. 정신건강서비스 현황

그럼 위에서 살펴본 제공 주체에서 정신보건 종사자들은 어떠한 사업들을, 어떠한 정신건강서비스를 제공하는 것일까? 보건복지부의 2019년도 정신건강사업안내를 보면 “정신의료기관은 급성정신질환자를 정신의료기관에 입원 또는 외래치료함으로써 재활 및 사회 복귀 도모”를 목적으로 하고 있다(보건복지부, 2019b, p. 297). 정신요양시설은 “가족의 보호가 어려운 만성 정신질환자를 정신요양시설에 입소시켜 요양 및 보호함으로써 이들의 삶의 질 향상 및 사회 복귀 도모”를 목적으로 하고 있다(보건복지부, 2019b, p. 266). 그리고 정신재활시설은 “정신의료기관에 입원하거나 정신요양시설에 입소하지 아니한 정신질환자의 사회 복귀 촉진을 위하여 사회적응훈련, 작업훈련 등 재활서비스 제공”을 목적으로 하고 있다(보건복지부, 2019b, p. 212). 즉, 정신의료기관은 주로 치료서비스를 제공하고 있으며, 정신요양시설은 요양서비스, 정신재활시설은 재활서비스를 제공하고 있다. 또한 이 모든 기관은 정신질환자의 ‘재활’과 ‘사회 복귀’를 최종 목표로 제시하고 있다.

지역사회 정신보건사업은 주로 광역 및 기초 지방자치단체 단위에 설치되어 있는 정신건강복지센터를 중심으로 한 사업을 의미한다(보건복지부, 2019). 이 연구에서는 정신건강복지센터에 보다 초점을 두고 정신건강서비스 제공 현황을 파악하였다. 정신건강복지센터는 최근 커뮤니티케어에서 강조하는 지역사회를 기반으로 서비스를 제공하고 있는 곳이며, 국내 지역사회 기반 정신건강서비스 제공 주체 중 가장 많은 인프라를 보유하고 있는 주체임과 동시에 대부분의 정신건강증진 서비스가 지역사회 정신보건사업의 운영 주체인 정신건강복지센터를 통해 제공되고 있다.

지역사회 정신보건사업의 주체인 광역과 기초 정신건강복지센터 중 일

반적으로 광역 정신건강복지센터는 교육 및 홍보, 매뉴얼 개발 등의 역할을 하고 정신건강 문제를 경험하고 있는 사람들을 대상으로 직접적인 서비스는 제공하지 않기 때문에 기초 지자체 단위의 기초 정신건강복지센터를 중심으로 센터에서 제공하는 서비스들을 살펴보면 다음과 같다.

지역사회 정신보건사업의 주체인 기초 정신건강복지센터의 서비스는 예방, 조기발견 및 개입, 치료 연계, 지역사회 재활 등 1~3차 예방 활동을 모두 수행하고 있다. 이 같은 서비스는 크게 중증정신질환자를 대상으로 하는 등록 회원 사례관리 서비스와 일반 국민 혹은 중경등도 정신건강 문제(예: 우울, 불안, 수면장애 등)를 경험하고 있는 사람을 대상으로 하는 일반 상담 서비스로 구분할 수 있다.

〈표 2-3〉 정신건강복지센터의 세부사업 수행률

(단위: %)

	시군구(개)	평균	표준편차
중증정신질환 사업 수행 여부	213	99.53	6.85
아동청소년정신건강증진 사업 수행 여부	213	93.90	24.00
자살예방 사업 수행 여부	213	97.65	15.18
알코올중독 사업 수행 여부	213	26.76	44.38
재난관리 사업 수행 여부	213	13.15	33.87
치매 사업 수행 여부	213	5.63	23.11
주간재활 사업 수행 여부	213	82.16	38.38
직업재활 사업 수행 여부	213	36.62	48.29
노숙자정신보건 사업 수행 여부	213	0.94	9.67

자료: 전진아 외(2019). 지역사회 정신건강 데이터 기반 근거 중심 정신건강사업 전략개발 연구. 국립정신건강센터·한국보건사회연구원. p. 128의 표 2-22를 발췌하였음.

일반적으로 중증정신질환자인 조현병, 조울증, 반복성 우울장애인 사람을 대상으로 하는 서비스 중 대표적인 서비스는 센터의 등록 회원으로서의 집중 혹은 일반 사례관리 프로그램으로 사례관리는 개인서비스 계획(Individualized service plan)에 따라 제공된다. 이들 중증정신질환

자를 대상으로 기초 정신건강복지센터에서는 직업재활 프로그램이나 가족 교육 및 상담, 자·타해 위험 상황에서의 위기개입 서비스를 제공한다. 또한 아직 정신건강복지센터의 서비스를 받고 있지 않은 중증정신질환자들을 조기 발견하고 개입 및 치료 세팅으로 유입시키기 위해 기초 정신건강복지센터는 지역 정신건강서비스 제공 유관기관과의 네트워크를 맺고 있으며, 의료기관 퇴원 후 지역사회 복귀를 촉진하기 위해 의료기관과도 연계되어 있다.

정신건강복지센터는 중증정신질환자가 아닌 일반 국민을 대상으로 정신건강증진에 대한 인식 개선 사업, 고위험군 조기 발견 및 치료 연계를 위한 정신건강 문제 일반 상담 서비스를 제공하고 있다. 인식 개선 사업의 경우, 주로 집단 교육의 방식으로 진행되며 최근 들어 학교 전체 학생, 군대 내 전체 부대와 같은 대규모 집단 대상 교육이 아닌 학교 내 한 학급 단위, 직장의 일부 부서, 지역 내 유관자원 실무자 등과 같이 소규모 집단 대상 교육의 방식으로 인식 개선 사업이 이루어지고 있다. 그리고 일반 상담의 경우 주로 6~8회기에 걸친 상담서비스가 제공되는데, 일반 상담 이후에는 대상자의 정신건강 문제의 정도와 욕구에 따라 센터의 등록 회원으로 연계되거나 의료기관으로 연계되기도 하며, 복지급여 연계를 위한 복지자원으로 연계되기도 한다. 그 외에도 단순한 정보 제공으로 그치는 경우도 있다.

그리고 자살예방사업 역시 모든 기초 정신건강복지센터에서 수행하고 있으며, 자살에 대한 인식 개선, 자살고위험군 조기 발견 및 치료 연계, 심리 부검, 자살 예방을 위한 게이트 키퍼 양성 사업 등을 수행하고 있다.

그 외에도 지역에 따라 차이가 있기는 하지만 중독 예방 및 관리를 위한 사업을 실시하고 있는 정신건강복지센터가 있으며 지자체장의 관심에 따라 산전후 우울증에 대한 관리, 노인에 초점을 둔 정신건강 문제 개입



등의 대상별 프로그램을 실시하고 있기도 하다.

추가적으로 이 연구에서 주요 초점이 되는 청소년과 관련하여 정신건강서비스는 교육부와 여성가족부에서도 학교 기반 혹은 지역사회 기반 정신건강서비스를 제공하고 있다. 우선 교육부의 학생 및 청소년 정신건강증진사업은 학생정서·행동특성검사 사후관리 강화 및 자살예방체계 확립을 포괄하는 ‘학교교육 활성화(프로그램)’의 일환으로 최근 들어 학생 자살, ADHD, 우울, 불안 등 학생 정신건강 문제가 심각하나 정부·지역·학교 차원의 체계적 대응관리 체계가 미흡했다는 문제의식을 가지고 추진되고 있다. 교육부는 일반회계사업인 ‘학생정신건강센터 지원(단위사업)’과 특별교부금 사업으로 진행되는 학생 자살 예방 등 정신건강증진사업으로 크게 구분할 수 있다. 학생정신건강센터 지원사업은 ‘학교교육 활성화(프로그램)’의 일환으로 자살, 우울, 불안 등 학생들의 정신건강 문제를 해소하기 위한 목적으로 교육청 및 단위 학교의 학생정신건강 관리 역량 강화를 지원하며, 사업 내용은 크게 교사연수, 학교응급심리 지원, 교육 자료 및 프로그램 개발 등이다. 또한 학생 자살 예방 등 정신건강증진사업은 ‘지역 협력 모델 육성’, ‘특성검사 온라인 시스템’, ‘학생정신건강 정책 확산’, ‘정신건강전문가 학교방문관리사업’으로 구성되어 있다.

여성가족부에서는 학교 밖 청소년 정신건강지원관리 사업을 진행하고 있으나 ‘청소년 사회안전망 강화’ 프로그램 외에는 정신건강증진 그 자체를 주요 목적으로 하는 독립적인 사업은 이루어지고 있지 않다. 다만 이 사업을 통해 운영되고 있는 ‘국립중앙청소년치료재활센터’에서 ADHD, 우울, 학교부적응 등 정서·행동장애 청소년을 대상으로 종합적이고 전문적인 치유 서비스를 제공하고 있으며 청소년상담복지센터를 통해 10회기 정도의 단기 상담이 이루어지고 있다.

#### 4. 정신건강서비스 예산

정신건강서비스는 비단 보건복지부만을 통해 제공되는 것이 아니다. 교육부의 학교 기반 정신건강서비스, 여성가족부의 청소년 대상 정신건강서비스, 폭력 피해자들을 대상으로 한 정신건강서비스, 문화체육관광부 및 사행산업통합감독위원회의 정신건강사업 등 정신건강사업을 제공하는 주체만큼이나 예산 구조 역시 복잡하다. 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원(2018)에서 제시하는 2017년도 우리나라 인구 1인당 정신보건 예산은 3889원으로, 고소득 국가의 평균 80.24USD(World Health Organization, 2017)에 비해 매우 낮은 수준이다. 최근 진행된 재원과 관련한 연구에 따르면(윤석준, 2019) 우리나라 정신건강 예산은 지속적으로 증가하고 있기는 하나 전체 보건의료 예산(건강보험 및 보건의료)의 1.5% 수준이라고 밝혔다. 이 연구는 또한 해외의 국가별 정신질환으로 인한 질병 부담 수준과 예산 규모를 고려해 볼 때, 주요 선진국의 질병 부담 및 예산이 약 1:1~2.5 수준인 것에 비해 한국은 1:0.2 수준에 불과하다고 지적하며 현재의 정신보건 재원을 확대하는 것의 중요성을 강조하였다.

이 연구에서는 국가 정신건강서비스 제공의 주요 주체인 보건복지부를 중심으로 보건복지부의 정신건강사업 관련 예산을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 2018년 1490억 원으로 일반회계가 58.8%, 국민건강증진기금이 41.2%로 구성되어 있다. 일반회계는 정신보건시설 확충과 운영에 활용되고 있으며 국민건강증진기금으로는 인식 개선, 정신건강증진, 자살예방사업 등이 추진되고 있음(한국조세재정연구원, 2018).

〈표 2-4〉 보건복지부 정신건강사업 관련 예산 현황

(단위: 백만 원)

구분	단위 사업	세부사업	2016년	2017년	2018년	
정신질환 관련 예산 총계			130,610	131,381	149,021	
일반 회계	소계		84,264	82,226	87,619	
	정신 보건 시설 기능 보강	정신보건시설 확충	4,275	3,848	3,484	
		정신요양시설 보강	3,668	3,270	2,906	
		사회복지시설 보강	639	578	578	
		정신건강기술개발(R&D)	6,583	5,264	5,267	
		정신요양시설 운영 지원	73,406	73,114	78,868	
		정신요양시설 운영 지원	73,406	73,114	78,458	
		공공후견인 활동비 지원	-	-	410	
소계			46,346	49,155	61,402	
정신 질환 인식 개선	정신질환 인식 개선 및 정신의료 기관 평가		1,632	982	982	
	정신질환 인식 개선		100	100	100	
	정신보건시설 인권교육		150	150	150	
	정신의료 기관평가		732	732	732	
	정신건강 인식개선 홍보		-	-	-	
	정신질환자 실태조사		650	-	-	
국민 건강 증진 기금	자살 예방 및 지역정신보건사업		44,714	48,173	60,420	
	정신 건강 증진 사업	지역정신보건사업		38,337	40,410	46,217
		광역정신건강증진센터 지원		5,377	5,544	5,746
		기초정신건강증진센터 지원		14,844	16,653	25,660
		아동청소년정신보건소 운영		3,250	3,250	3,250
		정신건강증진사업		1,500	1,500	1,500
		지역자살예방사업		2,600	2,600	2,600
		사회복지공무원정신건강증진		512	512	512
		통합정신건강증진사업		4,649	4,649	4,649
		중독관리통합지원센터		3,305	3,402	-
		노숙자 등 중독자 사례관리		300	300	300
		안산정신건강트라우마센터 지원		2,000	2,000	2,000
		자살예방사업		5,926	7,331	13,769
		생명존중문화 조성		1,280	1,280	1,280
		중앙자살예방센터 운영		386	399	409

50 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구

구분	단위 사업	세부사업	2016년	2017년	2018년
		자살 예방 교육 및 인력 양성	300	300	300
		자살유해정보 모니터링 및 차단	100	100	100
		민관협력 자살예방사업	700	700	700
		심리부검체계 구축	960	960	960
		지역사회기반 자살예방사업	-	100	100
		자살 예방 연구	200	200	200
		자살고위험군 집중관리사업(구, 응급실 기반 자살 시도자 관리)	2,000	3,292	4,700
		자살실태조사			200
		게이트키퍼 50만 명 양성			1,205
		3년간 자살사망자전수(5만 4000명)통계조사			2,880
		자살 예방 상담 장비 등 확충			650
		전남 화순군 기초정신건강증진센터 운영비			85
		중앙정신보건사업지원단운영	220	220	220
		정신건강정책연구개발	200	200	200
		운영비	31	12	14

자료: 보건복지부, 「보건복지부 예산 및 자금운용계획」, 연도별, 한국조세재정연구원, 2018 재인용.

주: 본예산 기준.

### 제3절 소결

이 장에서 살펴본 우리나라의 정신건강 현황을 보면, 인구의 4분의 1은 평생 동안 한 가지 이상의 정신질환을 한 번 이상 경험하고 있고 특히 우울과 불안, 고위험음주와 알코올사용장애가 높은 유병률을 보이고 있으며 성별, 생애주기별로 다양한 정신건강 문제를 경험하고 있는 것을 알 수 있었다. 또한 지역별로 동일한 정신건강 문제를 경험하는 것이 아니라 지역별 인구사회경제학적 특성, 보유 인프라 수준에 따라 다른 정신건강 이슈를 경험하고 있는 것을 알 수 있었다. 이러한 현황에 대응하기 위한 우리나라의 정신건강서비스 제공 현황, 즉 물리적 접근성을 보면 의료기관은 다수 설치되어 있고, 정신건강복지센터도 기초 지자체 단위마다 설치되어 있는 등 접근성이 낮은 수준은 아니다. 그리고 최근 발표된 자살 예방 국가 행동계획 및 중증정신질환자 치료 및 보호를 위한 우선 조치 방안에서 강조된 것처럼 정신건강서비스 제공 현장에 인력들을 확대하려는 움직임도 지속적으로 있어 왔다.

하지만 이 연구에서는 정신건강 현황에서 드러나는 수요와 정신건강서비스 제공에서 드러나는 공급 간 부정합성을 동시에 일부 확인할 수 있었다. 우선 이 연구는 우울과 불안, 자살과 고위험음주 문제를 다수의 국민이 경험하고 있음에도 ‘중증정신질환’ 중심의 논의 구조가 이루어지는 정신건강서비스 현황을 지적한다. 높은 유병률을 보이는 우울과 불안의 경우, 대표적인 지역 정신건강서비스 제공 주체인 정신건강복지센터에서는 6~8회기의 단기 일반상담 형태의 서비스 제공에 그치고 있다. 보건복지부 내부자료(2018)에 따르면 2017년 기준으로 일반 상담을 진행한 연인원은 62만 3264명으로 실인원이 32만 334명인 것을 고려해 볼 때 평균적으로 인당 2회 정도의 상담이 제공된 것으로 보인다. 또한 2018년 기

재부에서 실시한 정신건강지원사업군 심층평가(한국조세재정연구원, 2018)에서 실시한 전문가 대상 조사 결과, 정신건강복지센터의 주요 대상이 누구인지를 물어본 결과 전문가의 50%는 1순위로 정신질환자를 언급하였다. 그리고 정신건강복지센터에서 제공하는 사업은 주로 등록 정신질환자 대상 사례관리에 초점을 두고 있고 모든 기초 정신건강복지센터는 중증정신질환자 대상 사업을 진행하고 있다.

또한 고위험 음주 문제에 대한 특히 중장년 남성의 고위험음주 문제에 대한 사회적 관심이 고조되고 있으나, 이 문제에 대응하는 데 전문성을 갖춘 중독관리통합지원센터는 전국에 50개소에 불과하다. 최근 들어 일부 지자체의 기초 정신건강복지센터에서 중독 예방 및 관리 사업을 진행하려는 시도들이 확대되고 있기는 하나 앞서 살펴본 정신건강복지센터의 제한적인 인력 규모로 중독 문제에 효과적으로 대응할 수 있을지는 미지수이다.

둘째, 이 연구는 정신건강 현황에서 드러나는 수요와 정신건강서비스 제공 현황을 분석하면서 정신건강서비스가 예방과 조기 개입보다는 ‘치료와 보호’, ‘재활과 회복’에 보다 집중하고 있음을 확인할 수 있었다. 정신건강서비스 제공 스펙트럼상의 모든 서비스는 중요하다. 하지만 정신건강 및 정신질환에 대한 낮은 인지도, 정신질환자에 대한 높은 편견, 정신건강서비스 이용에 대한 낙인과 스티그마를 경험하고 있는 상황, 또한 그로 인한 낮은 정신건강서비스 이용률을 인지하고 있음에도 불구하고 (전진아 외, 2017; 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018) 현재 정신건강서비스에서는 뚜렷한 예방과 조기 개입을 위한 프로그램을 확인하기 어려웠다. 정신건강서비스 제공 주체들인 정신질환 치료를 위한 정신의료기관, 만성 정신질환자 요양을 위한 정신요양시설, 정신질환자 사회 복귀를 위한 정신재활시설은 예방과 조기 개입

을 위한 기관이라고 보기 어렵다. 지역사회 재활기관 중 정신건강복지센터와 중독관리통합지원센터에서 예방과 조기 개입을 위한 일반 상담, 교육 홍보 사업들을 하는 것이 전부이다. 물론 정신건강복지센터에서 예방과 개입 프로그램을 전혀 제공하지 않는 것은 아니지만 이 연구 과정에서 수차례 실시한 자문회의에서 정신건강 전문가들 역시 예방과 조기 개입을 위해 무엇을 해야 하는 것인지를 명확하게 제시해 주지 못했다. 일부 전문가들은 예방과 조기 개입을 대국민 사업으로 하는 것보다는 초발 정신증 발견 및 조기 개입, 자살 예방에 국한하여 사업과 프로그램을 진행하는 것이 더욱 효과적일 수 있다는 점을 언급하기도 했다. 이와 관련하여 초발 정신증에 대한 보다 효과적인 개입이 가능할 수 있도록, 즉 물리적 접근성이 강화될 수 있도록 조기중재지원센터를 설치하는 것을 전문가들은 제안하기도 했다.

셋째, 이 연구는 정신건강 정책이 수요자 중심이 아닌 질환 중심으로 구성되어 있다는 점 역시 지적하고 싶다. 정신건강서비스 수요자는 다양하다. 현황에서 살펴본 것처럼 아동청소년, 청년, 중장년, 노인에 이르기까지 다양한 생애주기 및 성별에 따라 각 대상이 경험하고 호소하는 정신건강 문제의 유형도 상이하다. 하지만 현재의 정신건강서비스는 이러한 수요자가 필요로 하는 것에 대응해 주는 것이 아니라 질환 중심으로, 문제 중심으로 정책과 사업을 구성하고 운영하고 있다. 예를 들어 2016년 발표된 정신건강종합대책을 보면 일반 국민의 정신건강증진, 중증, 중독, 자살로 정신건강 문제 유형을 구분하여 정책을 제시하고 있다. 국가 정신건강 정책이 문제 유형별로 구성되다 보니 실제 정책 이행 역시 문제 유형별로 진행되어 사업 예산이 중독 예산, 자살 예방 예산, 아동청소년 대상 사업 예산 등 문제 유형별로 구성되어 있다. 이처럼 현재 국내의 정신건강 정책은 정신건강 문제 유형별로 진행되는 사업과 프로그램을 통해

전체 국민의 정신건강증진과 행복, 삶의 질 개선을 기대하고 있는 실정이다.

마지막으로 이 연구는 정신건강 문제의 높은 경험률과 더불어 최근 정신건강 문제에 대한 사회적 관심, 정책적 관심이 증가함에도 정신건강 정책에 대한 투자가 부족하다는 점 역시 지적하고 싶다. 이 연구에서 살펴본 정신건강 문제는 광범위하고, 정신건강에 대한 관심이 고조됨에 따라 국민은 중증정신질환자 사례관리, 우울과 불안, 중독과 같은 유병률이 높은 정신건강 문제 예방 및 대응, 자살 예방 및 자살고위험군 대상 사례관리, 아동청소년 정신건강증진사업, 초발 정신질환자에 대한 조기개입, 중증 및 자살 관련 초기 위기/응급대응, 재난심리지원 등 다양한 정책 대상을 위한 다양한 정신건강 정책을 수행해 주기를 국가에 요구하고 있다. 하지만 이를 위한 인프라는 부족하고(예: 중독관리통합지원센터, 정신재활시설), 정신건강서비스 제공 인력 역시 만성적으로 부족한 상황이다. 정신건강사업 예산은 매우 제한적으로 전체 보건 예산의 1.9% 정도에 불과하며(고소득 국가의 평균은 전체 보건예산의 5.6% 정도임) 이 같은 기관 및 시설 인프라와 인력의 경우 지역 간 편차가 매우 커, 지방으로 갈수록 시설이 없고 정신건강 전문인력이 부족한 상황을 경험하고 있다.

그 외에도 선행 연구들이 지적하듯, 우리나라의 정신건강서비스는 정신의료서비스와 복지서비스 간 균형이 이루어진 구조가 아니라 장기입원 중심의 의료서비스가 제공되고 있으며, 한정된 지역사회 기반 정신건강서비스 제공 예산으로 다양한 사업을 수행하기를 요청받는 지역사회 정신건강서비스 수행주체 간 불균형적인 구조를 경험하고 있다(전준희, 2019). 또한 정신건강서비스 간, 정신건강서비스와 지역 내 유관자원 간 연계도 잘 이루어지지 않은 분절화된 전달체계를 경험하고 있기도 하다(전진아 외, 2017).



제 3 장

## 청소년의 정신건강서비스 접근성

제1절 청소년의 정신건강 현황

제2절 청소년이 인식하는 정신건강과 정신질환

제3절 청소년의 정신건강서비스 이용 경험

제4절 소결



# 3

## 청소년의 정신건강서비스 << 접근성

이 장에서는 청소년을 대상으로 실시한 설문조사와 질적 면담조사를 기반으로 청소년의 정신건강서비스 접근성을 파악하였다. 이 장은 청소년의 정신건강 상태를 우선적으로 파악하였으며, 청소년이 인식하는 정신건강과 정신질환은 어떠한지, 정신건강서비스를 어떻게 바라보고 있는지, 정신건강서비스 이용에 대한 인식과 경험은 어떠한지 등을 정신건강 및 정신건강서비스에 대한 심리적 접근성을 중심으로 살펴보았다.

이 연구는 청소년 총 500명을 대상으로 설문조사를 실시하였으며, 청소년들의 정신건강 및 정신건강서비스에 대한 인식을 보다 심도 깊게 이해하기 위해 총 14명의 청소년을 대상으로 질적 면담을 실시하였다. 이 장은 청소년을 대상으로 실시한 양적 설문조사 결과를 청소년의 목소리로 보다 심층적으로 전달하기 위해 질적면담 조사 결과를 함께 제시하였다.

우선 이 장에서 다루는 설문조사 응답자의 특성을 살펴보면 다음과 같다. 설문조사에 참여한 청소년 500명 중 남자 50.0%(250명), 여자 50.0%(250명)였으며, 중학생과 고등학생이 각 절반을 차지하는 것으로 나타났다. 학령별로는 중학교 3학년이 21.6%(108명)로 가장 많았고, 고등학교 2학년이 20.0%(100명)로 뒤를 이었다. 경제적 수준이 '중'이라고 응답한 청소년이 49.0%(245명)로 가장 많았으며, '중하/하'라고 응답한 청소년이 30.0%(150명)로 뒤를 이었다.

〈표 3-1〉 양적 설문조사에 참여한 청소년의 일반적 특성

(단위: 명, %)

구분		명	%
전체		500	100.0
성별	남자	250	50.0
	여자	250	50.0
학년	중학교 1학년	78	15.6
	중학교 2학년	64	12.8
	중학교 3학년	108	21.6
	고등학교 1학년	71	14.2
	고등학교 2학년	100	20.0
	고등학교 3학년	79	15.8
경제적	상/중상	105	21.0
	중	245	49.0
	중하/하	150	30.0

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

이 연구에서 실시한 청소년 대상 초점집단면담은 앞서 제1장에서 살펴본 것처럼 평상시 생활 중 스트레스를 ‘많이 느끼거나’, ‘대단히 많이 느낀다’고 응답한 청소년이면서 지난 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 ‘자주’ 또는 ‘매우 자주’ 있었다고 응답한 청소년을 대상으로 실시하였다. 위의 두 조건과 더불어 우울장애 여부를 파악하기 위한 PHQ-9 척도 문항<sup>17)</sup>을 활용하여 PHQ-9 척도 문항의 합이 10점 이상인 ‘중간 정도의 우울증’을 가지고 있는 청소년을 대상으로 질적 면담이 진행되었다. 초점집단면담은 총

17) PHQ-9은 1999년에 Spitzer가 개발한 우울증 평가 도구임(Kroenke et al, 2001). 총 9문항으로 구성되어 있으며 각 문항은 0점(not at all. 전혀 아님)에서 3점(nearly every day. 거의 매일)으로 계산하여 총 27점임. PHQ-9의 컷포인트는 0~4점은 ‘우울증 아님’, 5~9점은 ‘가벼운 우울증’, 10~19점은 ‘중간 정도 우울증’, 20~27점은 ‘심한 우울증’으로 구분함. 한글로 번역된 PHQ-9은 몇몇 연구자들에 의해(최홍석, 2007; 박경연, 2017) 국내에서의 표준화 및 타당도 연구가 진행되어 관련 유용성이 확인되었음(황인환, 오동훈, 2014).

4회 실시되었으며 남자 청소년 7명, 여자 청소년 7명이 질적 면담에 참여하였다. 다음은 초점집단면담에 참여한 청소년의 일반적 특성이다.

〈표 3-2〉 초점집단인터뷰에 참여한 청소년 특성

구분			연령(세)	PHQ9 점수(점)	
A	청소년. 남	1	1	17	20
			2	17	18
			3	17	11
			4	18	16
		2	1	18	23
			2	18	14
			3	18	12
B	청소년. 여	3	1	17	10
			2	19	18
			3	19	12
			4	18	16
		4	1	18	15
			2	19	14
			3	19	19

## 제1절 청소년의 정신건강 현황

청소년의 정신건강 및 정신질환에 대한 인식과 정신건강서비스 이용에 관한 인식 및 이용 경험을 파악하기에 앞서 이 절에서는 청소년의 정신건강 현황을 주관적 정신건강 상태, 지난 1년간의 정신건강 문제 경험, 우울 장애 유병 현황 등을 파악하였다.

우선 주관적 정신건강 상태를 보면, 청소년의 70.4%는 평소 본인의 정신건강 상태를 ‘좋다’ 혹은 ‘매우 좋다’라고 생각하는 것으로 나타났다. 여자 청소년보다는 남자 청소년에게서 평소 자신의 정신건강 상태가 ‘중

다' 혹은 '매우 좋다'고 응답한 비율이 높았으며, 고등학생보다는 중학생에게서 그 비율이 높았다. 경제적 수준으로 보면, 경제적 수준이 '중하/하'라고 응답한 청소년에게서 자신의 정신건강 상태가 '좋다' 혹은 '매우 좋다'라고 응답한 비율이 다른 청소년에 비해 가장 낮게 나타났다.

〈표 3-3〉 청소년의 주관적 정신건강 상태 인식

(단위: 명, %)

구분		응답자 (명)	정신건강 상태(%)			
			매우 나쁘다	나쁘다	좋다	매우 좋다
전체		500	2.8	26.8	64.4	6.0
성별	남자	250	3.6	24.8	67.6	4.0
	여자	250	2.0	28.8	61.2	8.0
학년 구분	중학교 1학년	78	3.8	32.1	60.3	3.8
	중학교 2학년	64	3.1	28.1	59.4	9.4
	중학교 3학년	108	2.8	18.5	72.2	6.5
	고등학교 1학년	71	1.4	31.0	60.6	7.0
	고등학교 2학년	100	2.0	31.0	65.0	2.0
	고등학교 3학년	79	3.8	22.8	64.6	8.9
경제적 수준	상/중상	105	3.8	20.0	67.6	8.6
	중	245	1.6	22.9	71.0	4.5
	중하/하	150	4.0	38.0	51.3	6.7

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

청소년이 지난 1년간 경험한 정신건강 문제 유형을 파악한 결과, 정신건강 문제가 없다고 응답한 청소년은 전체의 20.2%로 나타났다. 정신건강 문제가 있다고 응답한 청소년을 세부적으로 살펴보면 스트레스를 겪는 청소년이 66.2%로 가장 많았으며 불안이 32.4%, 우울과 조울이 30.2%, 수면장애(불면증 등 잠을 못 자거나 잠을 너무 많이 자는 증상)가 27.2%로 나타났다. 청소년의 특성별로도 정신건강 문제 유형은 큰 차이를 보이지 않았다.

〈표 3-4〉 청소년이 지난 1년간 경험한 정신건강 문제 유형(중복 응답)

(단위: 명, %)

구분	응답자 (명)	정신 건강 문제 없음	정신건강 문제												
			스트 레스	불안	우울과 조울	수면 장애*	인터넷/ 게임 사용 장애	식이 장애*	트라우마	고위험 음주와 알코올 중독	자살	자해	마약 등 약물 사용 장애	조현병	기타
전체	500	20.2	66.2	32.4	30.2	27.2	13.8	4.8	4.6	2.2	1.2	1.0	0.8	0.6	0.4
성별	남자	250	20.8	63.2	28.8	26.8	18.0	5.2	4.4	2.0	0.8	0.8	1.2	0.8	0.0
	여자	250	19.6	69.2	36.0	27.6	9.6	4.4	4.8	2.4	1.6	1.2	0.4	0.4	0.8
학년 구분	중학교 1학년	78	23.1	62.8	35.9	38.5	32.1	14.1	6.4	3.8	1.3	1.3	1.3	1.3	0.0
	중학교 2학년	64	17.2	67.2	35.9	35.9	29.7	18.8	7.8	1.6	0.0	1.6	3.1	0.0	0.0
	중학교 3학년	108	20.4	64.8	31.5	24.1	24.1	12.0	3.7	4.6	0.9	1.9	0.0	0.0	0.9
	고등학교 1학년	71	23.9	66.2	23.9	26.8	19.7	22.5	4.2	5.6	1.4	1.4	1.4	0.0	0.0
	고등학교 2학년	100	19.0	63.0	32.0	33.0	30.0	11.0	4.0	7.0	4.0	1.0	1.0	2.0	1.0
경제적 수준	고등학교 3학년	79	17.7	74.7	35.4	25.3	27.8	7.6	3.8	3.8	2.5	0.0	0.0	1.3	0.0
	상/중상	105	27.6	58.1	34.3	29.5	22.9	11.4	2.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.0
	중	245	22.0	66.9	27.3	29.0	25.7	13.1	3.7	5.3	1.2	0.8	0.8	0.8	0.4
중하/하	150	12.0	70.7	39.3	32.7	32.7	16.7	8.0	5.3	4.0	1.3	0.7	0.0	0.7	

주1: 1) 식이장애(거식증: 먹는 것을 거부하는 병적 증상, 폭식증: 한꺼번에 지나치게 많이 먹는 병적 증상), 2) 수면장애(불면증 등 잠을 못 자거나 잠을 너무 많이 자는 증상)

주2: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

이 연구에서는 질병관리본부에서 매년 실시하는 국민건강영양조사에서 격년으로 우울장애 유병률을 파악하기 위해 사용하는 PHQ-9 척도를 활용하여 청소년의 우울 현황을 파악하였다. PHQ-9 척도는 총 9문항<sup>18)</sup>으로 구성되어 있으며 각 문항은 ‘전혀 아니다’(0점), ‘여러 날 동안’(1점), ‘1주일 이상’(2점), ‘거의 매일’(3점)로 응답하도록 되어 있다. 각 문항의 합을 산출하여 총점 27점 중 4점 이하는 ‘우울증 아님’, 5~9점은 ‘가벼운 우울증’, 10~19점은 ‘중간 정도 우울증’, 20점 이상은 치료를 필요로 하는 심한 우울증으로 구분한다(황인환, 오동훈, 2014).

청소년 중 4점 이하의 우울증이 아닌 경우는 절반이 약간 넘는 52.4%로 나타났다. 즉, 청소년의 절반 정도는 가벼운, 중간 정도 혹은 심한 우울 증상을 경험한 것으로 나타났다. 그리고 20점 이상의 치료를 필요로 하는 우울을 경험한 비율은 전체 청소년의 2.8%로 나타났다. 성별로 보면 여자보다 남자에게서 그 비율이 높게 나타났으며 중학교 1, 2학년 및 고등학교 2, 3학년에게서 그 비율이 높게 나타났다.

18) 척도에 포함된 9문항은 ‘일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음’, ‘가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감’, ‘잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠’, ‘피곤감, 기력이 저하됨’, ‘식욕 저하 혹은 과식’, ‘나 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 나 자신을 실패자라고 느끼거나, 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌’, ‘신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움’, ‘남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림 (또는 반대로 너무 초조하고 안절부절못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림)’, ‘나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하는 생각들’을 포함함.



〈표 3-5〉 청소년의 우울장애 유병 현황

(단위: 명, %)

구분		응답자 (명)	우울 정도(%) <sup>*</sup>			
			우울증 아님	가벼운 우울증	중간 정도 우울증	심한 우울증
전체		500	52.4	26.2	18.6	2.8
성별	남자	250	53.6	26.4	16.4	3.6
	여자	250	51.2	26.0	20.8	2.0
학년 구분	중학교 1학년	78	50.0	24.4	23.1	2.6
	중학교 2학년	64	50.0	31.3	15.6	3.1
	중학교 3학년	108	48.1	30.6	20.4	0.9
	고등학교 1학년	71	54.9	26.8	16.9	1.4
	고등학교 2학년	100	55.0	23.0	18.0	4.0
	고등학교 3학년	79	57.0	21.5	16.4	5.1
경제적 수준	상/중상	105	47.6	28.6	20.0	3.8
	중	245	58.8	23.7	14.3	3.3
	중하/하	150	45.3	28.7	24.6	1.3

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

## 제2절 청소년이 인식하는 정신건강과 정신질환

### 1. 일반적 인식

청소년이 생각하는 정신건강은 무엇일까? 청소년이 정신건강을 어떤 것으로 인식하는지를 파악하기 위해 질적 면담에서 정신건강이 무엇을 의미하는지를 물어본 결과, 청소년들은 정신건강을 ‘행복과 불행’, ‘소외감’, ‘고통’, ‘어둠’, ‘죽음’, ‘유동적인 감정, 가치관’ 등으로 추상적으로 이해하고 있었다. 이와 동시에 ‘우울’, ‘스트레스’, ‘중독’과 같은 구체적인 문제의 유형으로 이해하고 있기도 했다.

*“정신적으로 고통이나 스트레스를 받냐 안 받냐(B34).”*

*“앞이 캄캄한 거, 깊은 심해 같은(B32).”*

*“겉으로 나타나는 질병이나 상처 같은 거 말고 내적으로 나타나는 정신적으로 우울증이나 조현병 같은 정신적인 건강(B21).”*

*“정신적으로 건강하다 하는 것을 전제로 들면, 일상적으로 생활을 할 때 사회생활에 문제가 없을 정도의 상태. 정신적으로 장애. 아까 말했던 우울증이나 조현증 있는 사람들 보면 일상생활에 불편함을 느낄 정도의 수준(A22).”*

추가적으로 청소년에게 정신적으로 어려움을 겪는 사람들은 어떤 사람들인지를 물어본 결과, 청소년은 좋지 않은 것을 접하는 사람들, 의욕이 없거나 어떤 것에 압박감을 느끼는 경우와 같이 추상적으로 표현하기도

했지만 병원에서 진단을 받은 경우, 특정 증상을 경험하고 있는 사람이라고 구체적으로 인지하고 있기도 했다.

“이제 약간 사람이 자살이라는 단어를 떠올리면 목적지가 없잖아요. 있다면 그 시도겠죠. 그런데 미래 삶에 희망도 없고 보이지 않으니깐 지금 정처 없이 그 죽음을 향해서 떠돌아다니는 사람이라고, 불안정한 사람이라고 생각해요(B33).”

“공황 장애가 있어서 학교 못 나오는 친구. 자기가 불안감을 느끼는 상황에서 숨을 못 쉬거나 가슴이 답답하거나(A11).”

“이거는 개인적으로 이론적인 생각이라기보다는 주변에 사례들을 보면 실제로 학교 폭력을 당하면서 스트레스 받았다는 사람이 정말 많고 그 후에 정신병원에 입원해서 치료받고 있다고 주변에서 한 명 본 적이 있어서(A22).”

위와 같이 질적 면담에서는 정신적으로 어려움을 경험하고 있는 사람의 특성과 상황을 보다 구체적인 가상의 인물로 구성하고 양적 조사에서는 이 가상의 인물이 처한 상황을 근거로 정신건강 혹은 정신적 어려움의 심각성에 대한 청소년의 이해 정도를 파악해 보았다.

이 연구에서 구성한 가상의 청소년 ‘노홍미’ 씨를 통해 이 인물의 상황이 어느 정도 심각한지, 이 인물의 상황이 저절로 혹은 치료를 통해 나아질 가능성이 있는지에 대한 청소년의 생각을 물어보았다. 가상의 청소년 ‘노홍미’ 씨는 고등학교 여학생으로 전형적인 우울증상을 경험하는 인물로 설정하였다. ‘노홍미’ 씨가 경험하는 일상은 다음과 같다.

〈표 3-6〉 가상의 청소년 ‘노홍미’ 씨의 일상

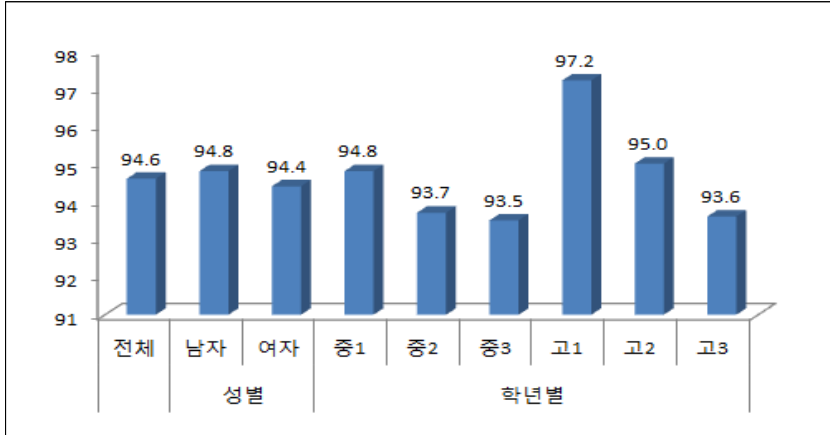
노홍미 씨는 막 고등학교에 진학한 여고생입니다. 최근 몇 주 동안 기분이 좋지 않고 축 처져 있습니다. 매사를 귀찮아하거나 지루해하고, 기운도 없고 피곤해 보이며, 집중력이 떨어지는 경우도 많습니다. 노홍미 씨는 최근 들어 아무런 이유 없이 지각, 조퇴, 결석을 하기도 했으며 지난 학기보다 성적이 나빠졌습니다. 노홍미 씨는 자그마한 일에도 쉽게 공격적이 되며 잠을 잘 자지 못하고 자다가도 자주 깨곤 합니다. 노홍미 씨는 친구를 사귀기 싫어하고 즐거워하던 것도 더 이상 즐겁지가 않아 아무것도 하지 않으려고 합니다. 밥맛도 없고, 머리카락도 자주 아프며, 변비도 생겨 고생하고 있습니다. 부모나 학교 선생님이 무엇에 대해 물어보면 화를 내거나 신경질적으로 대답하는 경우가 많습니다. 노홍미 씨는 스스로 자신을 하찮고 가치 없는 사람이라고 생각하며, 매우 의기소침해하거나 때로는 죄책감을 느끼기도 합니다. 최근에는 가끔 죽고 싶다고 말하기도 합니다.

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사에 포함된 가상의 청소년 ‘노홍미’ 씨의 사례임.

이러한 ‘노홍미’ 씨가 처해 있는 상황이 어느 정도 심각한지를 청소년에게 물어본 결과, 청소년들의 대다수인 94.6%는 ‘노홍미’ 씨가 심각한 혹은 매우 심각한 상황에 처해 있다고 인식하는 것으로 나타났다. 청소년의 성별, 학년별 특성에 따른 심각성 인식에 큰 차이를 보이지는 않으나 고등학교 1학년 학생들이 심각성을 더욱 높게 인식하는 것으로 나타났다.

[그림 3-1] '노홍미' 씨 상황의 심각성에 대한 성별, 학년별 인식

(단위: %)



주 1: '심각하다', '매우 심각하다'고 응답한 청소년의 비율

주 2: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

이러한 가상의 인물 '노홍미' 씨가 처해 있는 상황이 저절로 혹은 치료를 통해 나아질 가능성에 대해 물어본 결과, 청소년들은 노홍미 씨의 상황이 저절로 나아질 가능성은 낮고('낮음' 또는 '매우 낮음'이라고 응답한 비율=90.2%), 치료를 통해 나아질 가능성이 높다고 생각하고 있었다('높음' 또는 '매우 높음'이라고 응답한 비율 =86.0%). 청소년의 성별, 학년별 특성에 따른 인식 차이를 살펴보면, 여자 청소년은 노홍미 씨의 상황이 저절로 나아질 가능성이 낮다고 보고 있으며 고등학생은 중학생보다 치료를 통해 상황이 나아질 가능성이 높다고 인식하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-7〉 ‘노홍미’ 씨의 상황이 저절로 혹은 치료를 통해 나아질 가능성에 대한 청소년의  
성별, 학년별 인식

(단위: 명, %)

	명	저절로 나아질 가능성				치료를 통해 나아질 가능성				
		매우 낮음	낮음	높음	매우 높음	매우 낮음	낮음	높음	매우 높음	
		%	%	%	%	%	%	%	%	
전체	500	29.8	60.4	8.4	1.4	1.8	12.2	73.2	12.8	
성 별	남자	250	27.2	60.4	11.2	1.2	2.4	12.4	72.0	13.2
	여자	250	32.4	60.4	5.6	1.6	1.2	12.0	74.4	12.4
학 년	중학교 1학년	78	25.6	60.3	14.1	0.0	2.6	15.4	69.2	12.8
	중학교 2학년	64	31.3	59.4	7.8	1.6	1.6	14.1	71.9	12.5
	중학교 3학년	108	25.9	60.2	10.2	3.7	3.7	10.2	75.0	11.1
	고등학교 1학년	71	32.4	60.6	7.0	0.0	1.4	11.3	78.9	8.5
	고등학교 2학년	100	31.0	64.0	5.0	0.0	0.0	11.0	74.0	15.0
	고등학교 3학년	79	34.2	57.0	6.3	2.5	1.3	12.7	69.6	16.5

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

이처럼 전형적인 우울증상을 경험하고 있는 가상의 인물 노홍미 씨 사례를 제시하고 이에 대한 청소년들의 생각을 파악한 결과, 청소년들은 가상의 인물이 처해 있는 상황에 대한 심각성을 인지하고 있었으며, 저절로 이러한 상황이 나아질 가능성보다 치료를 통해 나아질 가능성이 높다는 점을 인식하고 있는 것으로 보인다.

보다 구체적으로 청소년이 정신건강에 대해 가지는 인식을 살펴보기 위해 이 연구에서는 홍현숙 외 연구(2008, pp. 108-109)에서 제시된 Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health (CAMIMH)<sup>19)</sup>에서 정신건강에 대한 인식을 파악하기 위해 활용하는 문

19) 홍현숙 외 연구(2008)에서는 정신건강 지식 실태조사를 수행하기 위해 국내외 관련 설문 도구들을 정리하여 제시하고 있으며, 이 중 이 연구에서는 홍현숙 외(2008) 연구에서

항을 일부 활용하였다(〈표 3-8〉 참조). 결과를 살펴보면 청소년의 대다수인 90.6%가 모든 사람이 정신건강 문제로 고통받을 수 있다고 생각하며 92.6%는 정신질환<sup>20)</sup>은 치료가 가능한 것이라고 생각하는 것으로 나타났다. 그리고 절반이 약간 넘는 63.4%가 정신건강 문제는 정신질환과 같은 것이 아니라고 생각하는 것으로 나타났다. 또한 이 연구는 청소년에게 ‘자신이 정신건강 문제의 조기 경고 신호를 인식할 수 있는지’를 물어본 결과, 약 절반이 넘는 55.2%의 청소년이 ‘그렇다’고 응답하였다.

질적 면담에 참여한 상당수의 청소년들 역시 정신건강 문제는 창피한 것이 아니며 ‘우울증은 감기와 같다’는 대중 홍보 전략과 같이 감기와 다른 없는 상황이기 때문에 치료 방법만 다를 뿐 치료가 가능한 것이라고 인식하고 있었다.

*“감기도 그냥 두면 낫는 게 있고 그냥 났는데 다른 데도 안 좋아져서 같이 안 좋아져서 심각해지는 경우가 있잖아요. 그걸 정확하게 알고 치료를 하고 뭔지라도 알려면 병원 가서 진단을 받고 약을 먹고 저는 다른 질병 이랑 다를 게 없다고 생각해요. 치료 방법만 다를 뿐이지(B32).”*

아래의 표에 제시된 청소년의 성별, 학년별, 경제수준별 인식 차이를 살펴보면 다음과 같다. 일반적으로 여자 청소년이 남자 청소년에 비해 누구나 정신건강 문제로 고통받을 수 있고, 정신질환은 치료가 가능한 것이라고 생각하는 비율이 높게 나타났다. 청소년이 가지는 주관적 경제수준

제시된 Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health의 Mental health Literacy Survey에서 활용하는 질문들을 일부 활용하여 사용함.

20) 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 시 정신질환에 대한 정의를 ‘정서나 사고 등 정신적 상태의 변화로 본인 또는 주위 사람들이 불편함을 겪거나 일상생활을 수행하는데 있어서 어려움을 초래하는 경우를 의미하는 것으로 정신건강 문제에 대한 의사의 진단을 받은 경우’로 한정하여 제시하였음.

을 보면 ‘상’ 혹은 ‘증상’이라고 응답한 청소년들은 다른 청소년들에 비해 누구나 정신건강 문제로 고통받을 수 있고, 정신질환은 치료가 가능하다고 생각하는 비율이 높게 나타났으나, 정신건강 문제와 정신질환이 같은 것이라고 생각하는 비율도 동시에 높게 나타났다.

이러한 결과를 종합해 볼 때 청소년은 정신건강 문제로 누구나 어려움을 겪을 수 있고, 이러한 정신건강 문제는 꼭 정신질환, ‘병’의 문제는 아니라고 생각하는 것으로 보인다. 또한 정신질환이라고 하더라도 치료가 가능한 것이라고 인식하는 것으로 나타났다. 이 같은 정신건강에 대한 인식을 가지고 있는 청소년들도 정신건강 문제의 조기 경고 신호, 즉 정신건강 문제가 있을 때 나타나는 증상들(예: 식욕 부진, 의욕 상실, 수면 부족 혹은 과다 등)을 인식할 수 있다는 자신감은 높지 않은 것을 알 수 있다.



〈표 3-8〉 정신건강 문제 및 정신질환에 대한 의견(복수 응답) - 청소년

(N=500, 단위: %)

질문	총	성별		학년 구분						경제적 수준		
		남자	여자	중학교 1학년	중학교 2학년	중학교 3학년	고등학교 1학년	고등학교 2학년	고등학교 3학년	상/중상	중	중하/하
				90.6	91.6	85.9	90.6	93.5	93.0			
모든 사람이 정신건강 문제로 고통 받을 수 있다	90.6	89.6	91.6	85.9	90.6	93.5	93.0	89.0	91.1	92.4	90.6	89.3
정신질환은 치료가 가능하다	92.6	91.6	93.6	89.7	93.8	96.3	87.3	94.0	92.4	93.3	90.6	95.3
정신건강 문제와 정신질환은 같은 것이다	36.6	37.6	35.6	38.5	34.4	27.8	40.8	37.0	44.3	42.9	35.9	33.3
나는 정신건강 문제의 조기 경고 신호를 인식할 수 있다	55.2	54.0	56.4	52.6	54.7	56.5	57.7	55.0	54.4	58.1	55.1	53.3

주 1: 각 문항에 '그렇다'라고 응답한 청소년의 비율을 제시하였음.

주 2: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

## 2. 청소년들이 중요하게 생각하는 정신건강 문제 유형

이 연구에서는 위에서 살펴본 청소년들의 정신건강 및 정신질환에 대한 일반적 인식을 바탕으로 청소년들이 생각하는 한국인이 가장 많이 경험하는 정신건강 문제 유형, 청소년이 인식하는 가장 중요하게 다루어야 하는 정신건강 문제 유형, 그리고 가장 시급하게 다루어야 하는 정신건강 문제 유형을 살펴보았다.

위에서 살펴본 정신건강 문제 중 청소년들이 생각하기에 우리나라에서 가장 많은 사람들이 경험하고 있다고 생각하는 정신건강 문제 유형이 어떠한 것인지를 3순위까지 물어본 결과, 청소년들은 1순위로 ‘스트레스’(57.8%), ‘우울과 조울’(23.4%)을 많이 꼽았다. 순위에 상관없이 1순위에서 3순위 중 하나라도 응답된 정신건강 문제 유형을 살펴보면, 청소년들은 한국인들이 스트레스(79.8%), 우울과 조울(68.6%), 불안(38.8%), 수면장애(26.4%), 인터넷/게임 사용장애(23.2%)를 많이 경험하고 있을 것이라고 응답했다.

〈표 3-9〉 청소년들이 인식하는 한국인이 가장 많이 경험하는 정신건강 문제 유형

(단위: %)

정신건강 문제 유형	1순위	1+2+3 순위
스트레스	57.8	79.8
우울과 조울	23.4	68.6
조현병	4.6	38.8
불안	4.4	26.4
인터넷/게임 사용장애	2.8	23.2
수면장애(불면증 등)	2.2	17.0
마약 등 약물 사용장애	1.4	12.0
자살	1.4	10.6
식이장애(거식증, 폭식증)	0.8	10.0
고위험 음주/알코올 중독	0.8	6.2
자해	0.2	5.0
트라우마	0.2	2.4

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

그리고 청소년이 인식하는 가장 중요하게 다루어야 하는 정신건강 문제와 가장 시급하게 다루어야 하는 정신건강 문제는 ‘우울과 조울’, ‘스트레스’, ‘조현병’, ‘자살’로 나타났다. 구체적으로 보면 청소년들은 우울과 조울을 가장 중요하고도 시급하게 다루어야 하는 문제로 인식하고 있었으며, 스트레스는 두 번째로 중요하고 시급한 문제로 나타났다. 자살의 경우 청소년 시기의 사망 원인 1위를 11년째 지키고 있는 것처럼 청소년 역시 자살을 중요하고 시급한 문제로 여기고 있는 것으로 나타났다. 또한 실제 조현병 유병률은 2016년 정신질환실태 역학조사에서 0.5% 정도로 나타났는데 청소년이 조현병을 중요하고도 시급하게 다루어야 할 정신건강 문제로 인식하는 것은 인상적인 결과이다. 이는 아마도 진주 방화 살인 사건 등 조현병 환자에 의한 범죄가 사회적으로 부각됨에 따라 청소년들이 조현병을 중요하게 그리고 시급하게 다루어야 하는 정신건강 문제로 인식하게 된 것으로 보인다.

〈표 3-10〉 청소년들이 인식하는 가장 중요하게, 가장 시급하게 다루어야 할 정신건강 문제 유형

(단위: %)

정신건강 문제 유형	가장 중요하게 다루어야 할 문제 유형	가장 시급하게 다루어야 할 문제 유형
우울과 조울	60.8	54.6
스트레스	59.0	49.6
조현병	32.6	36.4
자살	30.4	36.4
불안	27.6	28.4
마약 등 약물 사용장애	20.6	24.2
인터넷/게임 사용장애	20.4	22.6
고위험 음주/알코올 중독	16.6	17.8
수면장애(불면증 등)	11.6	10.0
자해	8.8	9.4
트라우마	6.4	5.4
식이장애(거식증, 폭식증)	5.2	5.2

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

### 3. 정신질환자에 대한 인식

청소년의 정신질환자에 대한 인식은 앞서 살펴본 정신건강 및 정신질환에 대한 인식과 차이를 보인다. 앞서 살펴본 청소년의 정신건강 및 정신질환에 대한 인식은 ‘누구나 정신건강 문제를 경험할 수 있고’, ‘정신건강은 정신질환을 의미하는 것이 아닌 광범위성을 가지고 있고’, ‘정신질환이 있다고 하더라도 치료가 가능하다’라는 것이었다. 또한 청소년들은 국민의 20~30%는 평생 한번쯤은 정신질환을 경험할 것이라고 인식하고 있었다. 이러한 인식과는 달리 정신질환을 실제로 경험하고 있는 정신질환자에 대한 청소년들의 인식은 사뭇 다르다.

우선 청소년들은 정신질환이 있는 사람은 사회에 기여하기 어렵다고 생각하지는 않았으나, 정신질환이 있는 사람에 대한 사회의 낙인과 차별은 존재한다고 인식하고 있었다(〈표 3-11〉 참조). 또한 청소년은 정신질환이 있는 사람들은 예측할 수 없거나 위험한 행동을 한다고 인식하며(청소년의 82.4%), 정신건강 문제가 있는 사람들은 전일제 직업을 유지하기 어려울 것 같다고 인식하고 있었다(청소년의 66.8%). 정신질환이 있는 사람에 대한 이러한 청소년의 낙인과 부정적인 인식은 정신질환자의 관계가 청소년들과 보다 가까워진 상황을 가정할 때 더욱 뚜렷하게 드러난다. 정신질환이 있는 사람과 대화할 때 불편함을 느낄 것이라는 응답은 70.6%로 나타났으며, 정신질환자 이용시설이 동네에 들어오는 것을 받아들일 수 있다는 응답은 절반 정도에 그쳤다.

아래의 표에 제시된 청소년의 성별, 학년별, 경제수준별 인식 차이를 살펴보면 다음과 같다. 성별로 살펴보면, 남자 청소년들은 여자 청소년에 비해 ‘정신질환이 있는 사람은 행동을 예측할 수 없거나 위험한 행동을 한다’고 생각하는 비율이 높게 나타났다. 학년별로 보면 중학교 1학년에

게서 정신질환자에 대한 부정적인 인식이 고루 높게 나타나는 것을 알 수 있다. 마지막으로 경제적 수준으로 보면 주관적 경제 수준이 '상' 혹은 '중상'이라고 응답한 청소년의 경우 전반적으로 그렇지 않은 청소년보다 정신질환자에 대한 부정적인 인식이 고루 낮게 나타나는 것을 알 수 있다.

〈표 3-11〉 정신질환자에 대한 청소년의 인식

(단위: %)

질문	총	성별		학년 구분						경제적 수준		
		남자	여자	중학교 1학년	중학교 2학년	중학교 3학년	고등학교 1학년	고등학교 2학년	고등학교 3학년	상/중상	중	중하/하
정신질환이 있는 사람들은 사회에 기여하기 어렵다	37.8	37.2	38.4	41.0	37.5	39.8	33.8	37.0	36.7	36.2	38.0	38.7
우리 사회에서는 여전히 정신질환이 있는 사람들에게 낙인과 차별이 존재한다	89.8	90.0	89.6	84.6	90.6	88.0	90.1	94.0	91.1	87.6	90.2	90.7
정신질환이 있는 사람은 행동을 예측할 수 없거나 위험한 행동을 한다	82.4	86.8	78.0	83.3	82.8	79.6	80.3	87.0	81.0	81.0	84.5	80.0
정신질환에 걸린 사람과 대화하면 불편함을 느낄 것이다	70.6	69.6	71.6	75.6	73.4	69.4	67.6	67.0	72.2	64.8	71.0	74.0
정신건강 문제가 있는 사람들은 진일제 직업을 유지하는 데 어려움이 있다	66.8	66.8	66.8	73.1	68.8	61.1	74.6	63.0	64.6	61.9	66.9	70.0
정신질환자 이용시설이 우리 동네에 들어와도 받아들이 수 있다	52.4	52.4	52.4	55.1	37.5	58.3	50.7	50.0	58.2	60.0	53.1	46.0

주 1: 각 문항에 '그렇다'라고 응답한 청소년의 비율을 제시하였음.

주 2: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

보다 구체적으로 이 연구는 현재 정신질환자에 대한 사회적 편견이 어느 정도인지 청소년들에게 물어보았다. 그 결과 청소년의 대다수인 85.4%가 사회가 정신질환자에 대해 ‘강한’ 그리고 ‘매우 강한’ 편견을 가지고 있다고 응답하였다. 이러한 특성은 성별, 학년별로 큰 차이를 보이지는 않았으나 청소년이 주관적으로 인식한 가구의 경제수준에 따라서는 차이를 보였다. 경제수준을 ‘상’ 혹은 ‘중상’으로 인식하는 청소년의 경우 정신질환자에 대해 ‘강한’ 그리고 ‘매우 강한’ 편견을 가지고 있다고 응답한 비율이 77.2%인 데 반해 경제수준을 ‘하’ 혹은 ‘중하’라고 인식하는 청소년에게서는 그 비율이 91.3%로 높게 나타났다.

〈표 3-12〉 청소년들이 바라보는 사회의 정신질환자에 대한 편견 정도

(단위: 명, %)

구분		명	편견이 매우 약하다	편견이 약하다	편견이 강하다	편견이 매우 강하다
			%	%	%	%
전체		500	1.6	13.0	56.4	29.0
성별	남자	250	1.2	13.6	53.6	31.6
	여자	250	2.0	12.4	59.2	26.4
학년 구분	중학교 1학년	78	2.6	16.7	55.1	25.6
	중학교 2학년	64	1.6	10.9	53.1	34.4
	중학교 3학년	108	0.9	12.0	57.4	29.6
	고등학교 1학년	71	1.4	12.7	57.7	28.2
	고등학교 2학년	100	1.0	10.0	61.0	28.0
	고등학교 3학년	79	2.5	16.5	51.9	29.1
경제적 수준	상/중상	105	3.8	19.0	52.4	24.8
	중	245	1.2	13.5	56.3	29.0
	중하/하	150	0.7	8.0	59.3	32.0

주: 본 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

추가적으로 청소년들이 왜 이같이 ‘강한’ 혹은 ‘매우 강한’ 편견을 정신질환자에 대해 갖게 되었는지를 물어본 결과는 다음과 같다. 이 연구에서는 편견의 원인으로 ‘매스미디어’, ‘미친, 사이코’ 등과 같은 일상적인 용어, ‘정신질환 치료 방법에 대한 오해와 두려움’ 등을 제시하였다. 결과를 보면, 편견을 가지게 된 원인은 ‘정신질환들에 의해 일어나는 범죄행위 등 정신질환자에 대한 부정적인 인식을 보여 주는 뉴스 기사, 대중 영화, 드라마 등 매스미디어라고 대다수의 청소년들이 응답하였다(93.7%). 그 다음으로는 ‘정신질환의 치료 방법에 대한 오해와 두려움(약물복용과 부작용, 비자발적(강제) 입원으로 인한 심리적 충격, 강박과 격리, 폐쇄병동 등)’(90.2%), ‘일반인 대상 정신건강 프로그램이나 정보 및 교육 부족’(87.8%)이 정신질환자에 대한 편견 원인으로 나타났다. 즉 정신질환자에 대한 부정적인 인식을 심어 주는 매스미디어와 더불어 정신질환 및 정신건강 그 자체와 더불어 치료에 관한 정확한 정보의 부족이 정신질환자에 대한 편견을 강화시키는 요소라는 것이다.

〈표 3-13〉 정신질환자에 대한 편견 원인 관련 정도

(단위: %)

구분	관련 정도(%)			
	전혀 관련 없다	거의 관련 없다	조금 관련 있다	매우 관련 있다
1. 정신질환자들에 의해 일어나는 범죄행위 등 정신질환자에 대한 부정적 인식을 보여 주는 뉴스 기사, 대중 영화, 드라마 등 매스미디어	1.2	5.2	42.9	50.8
2. ‘미친, 토라이, 사이코 등’과 같은 일상적인 용어	1.4	13.6	49.6	35.4
3. 정신질환의 치료 방법에 대한 오해와 두려움 (약물복용과 부작용, 비자발적(강제) 입원으로 인한 심리적 충격, 강박과 격리, 폐쇄병동 등)	0.9	8.9	53.4	36.8
4. 일반인 대상 정신건강 프로그램이나 정보 및 교육 부족	0.9	11.2	54.1	33.7
5. 정신질환자들과 관련된 개인적인 경험	7.7	37.2	41.5	13.6
6. 정신질환 치료 이력으로 인한 보험 가입 거절 및 회사의 채용 거부 등과 같은 가짜 뉴스	3.5	17.3	56.4	22.7

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.



## 제3절 청소년의 정신건강서비스 이용 경험

### 1. 청소년의 정신건강서비스 이용에 대한 일반적 인식

이 연구는 청소년의 정신건강서비스 이용에 대한 인식을 살펴보기에 앞서 청소년에게 우리나라 국민 중 일평생 정신질환을 경험하는 비율이 어느 정도인지, 정신질환자 중 치료를 위해 병원을 찾는 사람들은 얼마나 될 것이라고 생각하는지를 물어보았다. 우선 청소년들에게 우리나라 국민 중 어느 정도가 정신질환을 경험하고 있는지 그 비율을 물어본 결과, 청소년의 절반 정도가 국민의 11~20%(청소년의 27.6%), 21~30%(청소년의 21.8%)가 정신질환을 경험하고 있을 것이라고 예상하는 것으로 나타났다. 이 같은 비율은 청소년의 성별, 학년별, 주관적 가구 경제적 수준 별로 큰 차이를 보이지 않았다. 2016년 정신질환 실태역학조사(보건복지부, 2016)에서 파악한 실제 정신질환 평생경험률 26.6%와 유사한 수준으로 청소년들이 정신질환 유병률을 인식하고 있는 것으로 나타났다.

추가적으로 청소년에게 정신질환자 중 치료를 위해 병원을 찾는 사람들이 얼마나 될 것이라고 생각하는지를 물어본 결과, 청소년의 절반 이상인 53.2%가 질환자 중 0~10% 정도가 치료를 위해 병원을 찾을 것이라고 생각한다고 응답했다. 즉, 평생 동안 정신질환을 경험할 것이라고 청소년이 생각하는 비율이 약 11~30%인 데 반해, 이 중 치료를 받기 위해 병원을 찾는 사람은 채 10%도 안 될 것이라고 청소년은 인식하고 있다.

〈표 3-14〉 청소년이 예상하는 우리나라 국민의 정신질환 경험자 비율

구분	응답자	0~10%	11~20%	21~30%	31~40%	41~50%	51~60%	61~70%	71~80%	81~90%	91~100%	
		(단위: %)										
전체	500	9.0	27.6	21.8	16.8	9.6	5.6	4.2	2.2	2.0	1.2	
	성별											
남자	250	8.8	26.0	23.2	18.8	8.0	6.8	4.4	2.4	0.8	0.8	
여자	250	9.2	29.2	20.4	14.8	11.2	4.4	4.0	2.0	3.2	1.6	
학년 구분	중학교 1학년	78	6.4	26.9	20.5	11.5	17.9	5.1	3.8	2.6	3.8	1.3
	중학교 2학년	64	6.3	20.3	26.6	20.3	9.4	4.7	1.6	4.7	1.6	
	중학교 3학년	108	13.9	25.9	13.9	20.4	12.0	9.3	2.8	0.0	0.9	
	고등학교 1학년	71	9.9	25.4	26.8	15.5	5.6	4.2	8.5	1.4	2.8	0.0
	고등학교 2학년	100	7.0	36.0	24.0	16.0	4.0	6.0	3.0	3.0	1.0	0.0
	고등학교 3학년	79	8.9	27.8	22.8	16.5	8.9	2.5	6.3	2.5	0.0	3.8
경제적 수준	상/중상	105	6.7	31.4	16.2	16.2	16.2	2.9	6.7	1.0	2.9	0.0
	중	245	11.4	29.8	20.8	18.0	6.5	5.3	2.4	2.0	1.6	2.0
	중하/하	150	6.7	21.3	27.3	15.3	10.0	8.0	5.3	3.3	2.0	0.7

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

〈표 3-15〉 청소년이 예상하는 정신질환자 중 치료를 위해 병원을 찾는 사람의 비율

구분		응답자	0~10%	11~20%	21~30%	31~40%	41~50%	51~60%	61~70%	71~80%	81~90%	91~100%
성별	전체	500	53.2	24.2	11.2	4.4	3.0	2.6	0.6	0.4	0.2	0.2
	남자	250	56.8	20.8	9.2	6.0	3.6	2.0	0.8	0.4	0.0	0.4
	여자	250	49.6	27.6	13.2	2.8	2.4	3.2	0.4	0.4	0.4	0.0
학년 구분	중학교 1학년	78	42.3	25.6	15.4	2.6	5.1	7.7	0.0	1.3	0.0	0.0
	중학교 2학년	64	54.7	20.3	9.4	10.9	1.6	1.6	0.0	0.0	1.6	0.0
	중학교 3학년	108	50.9	22.2	11.1	5.6	3.7	5.6	0.9	0.0	0.0	0.0
	고등학교 1학년	71	60.6	21.1	11.3	2.8	1.4	0.0	2.8	0.0	0.0	0.0
	고등학교 2학년	100	59.0	26.0	12.0	0.0	2.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0
	고등학교 3학년	79	51.9	29.1	7.6	6.3	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3
경제적 수준	상/중상	105	49.5	25.7	5.7	9.5	2.9	3.8	1.9	1.0	0.0	0.0
	중	245	55.9	21.2	14.3	2.9	3.3	1.6	0.4	0.0	0.0	0.4
	중하/하	150	51.3	28.0	10.0	3.3	2.7	3.3	0.0	0.7	0.7	0.0

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

(단위: %)

그럼 청소년은 일반적으로 정신건강서비스를 어떻게 인식하고 있을까? 청소년에게 ‘정신건강서비스’라는 단어를 들었을 때 무엇이 가장 먼저 떠오르는지를 물어본 결과, ‘스트레스 등 정신건강 문제 관리’가 떠오른다고 응답한 비율이 75.2%로 가장 많았으며, ‘정신질환 치료’라고 응답한 비율이 55.8%, ‘상담 및 관련 정보 제공’이라고 응답한 비율이 49.4%로 많았다.

〈표 3-16〉 청소년이 인식하는 정신건강서비스

(단위: %)

구분	응답률
스트레스 등 정신건강 문제 관리	75.2
정신질환 치료	55.8
상담 및 관련 정보 제공	49.4
긍정적 마인드 형성 지원	14.8
잘 모르겠음	2.4

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

추가적으로 청소년들에게 위와 같이 인식하고 있는 정신건강서비스가 모든 국민에게 필요한 서비스라고 생각하는지를 물어본 결과, 청소년의 대다수인 87.0%가 ‘그렇다’ 혹은 ‘매우 그렇다’라고 응답했다. 청소년의 특성별로 살펴보면 필요성에 대한 인식이 가장 높게 나타난 것은 고등학교 3학년으로 96.2%가 정신건강서비스가 모든 국민에게 필요한 서비스라고 인식하고 있었다.

〈표 3-17〉 청소년이 인식하는 정신건강서비스 필요도

(단위: 명, %)

구분		응답자 (명)	필요 정도(%)			
			전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
전체		500	0.8	12.2	59.4	27.6
성별	남자	250	0.4	13.6	57.2	28.8
	여자	250	1.2	10.8	61.6	26.4
학년 구분	중학교 1학년	78	0.0	16.7	60.3	23.1
	중학교 2학년	64	3.1	9.4	53.1	34.4
	중학교 3학년	108	0.0	18.5	49.1	32.4
	고등학교 1학년	71	0.0	8.5	70.4	21.1
	고등학교 2학년	100	1.0	14.0	62.0	23.0
	고등학교 3학년	79	1.3	2.5	64.6	31.6
경제적 수준	상/중상	105	1.9	12.4	53.3	32.4
	중	245	0.4	12.2	61.2	26.1
	중하/하	150	0.7	12.0	60.7	26.7

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

청소년들은 정신건강서비스가 모든 국민에게 필요한 서비스라고 인식하면서도 일반적으로 사람들이 정신적 또는 정서적 건강과 관련하여 약물, 치료 또는 관련 서비스를 받는 것에 대해서는 부담스러워한다고 생각한다(청소년의 90.6%).

〈표 3-18〉 청소년이 인식하는 일반 사람들이 정신건강서비스를 받는 것에 대한 부담 정도

(단위: 명, %)

구분		응답자 (명)	부담 정도(%)			
			전혀 부담스러워 하지 않는다	부담스러워 하지 않는다	부담스러워 한다	매우 부담스러워 한다
전체		500	1.2	8.2	64.6	26.0
성별	남자	250	1.2	7.6	62.4	28.8
	여자	250	1.2	8.8	66.8	23.2
학년 구분	중학교 1학년	78	1.3	12.8	62.8	23.1
	중학교 2학년	64	1.6	4.7	60.9	32.8
	중학교 3학년	108	0.9	8.3	63.0	27.8
	고등학교 1학년	71	1.4	5.6	67.6	25.4
	고등학교 2학년	100	2.0	11.0	63.0	24.0
	고등학교 3학년	79	0.0	5.1	70.9	24.1
경제적 수준	상/중상	105	1.0	13.3	62.9	22.9
	중	245	0.8	6.1	66.1	26.9
	중하/하	150	2.0	8.0	63.3	26.7

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

그럼 청소년들은 왜 사람들이 정신건강 관련 약물, 치료 또는 관련 서비스를 받는 것에 대해 부담스러워한다고 생각하는 것일까? 청소년들은 정신건강서비스 이용의 장애요인으로 '정신과적 치료를 받는 것에 대한 두려움이 있어서'(88.2%)를 가장 많이 꼽았다. 그다음으로 '정신 치료 기록이 남아서 이후 취업할 때 부정적으로 작용할까 봐'(86.4%), '다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피하기 때문에'(86.0%), '나의 프라이버시가 걱정되기 때문에(내 개인 정보를 누가 알게 될까 봐)'(84.8%), '비용 문제'(84.6%), '어디에 도움을 요청해야 하는지 모르기 때문에'(80.6%) 순으로 나타났다.

〈표 3-19〉 청소년이 인식하는 정신건강서비스 이용의 장애요인

(단위: %)

장애요인	응답률(%)
정신과적 치료를 받는 것에 대한 두려움이 있어서(정신의료기관 입원에 대한 두려움)	88.2
정신 치료 기록이 남아서 이후 취업할 때 부정적으로 작용할까 봐	86.4
다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피하기 때문에	86.0
나의 프라이버시가 걱정되기 때문에(내 개인 정보를 누가 알게 될까 봐)	84.8
비용 문제	84.6
어디에 도움을 요청해야 하는지 모르기 때문에	80.6
정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직 정신건강서비스가 필요하지 않다고 판단하기 때문에	80.0
부모님이 동의하지 않거나 부모님이 알게 될까 봐 걱정되는 등의 가족 때문에	78.6
정신건강서비스 이용시간이 불편함(야간에 이용할 수 없음)	77.6
정신건강 관련 문제는 자연적으로 나아질 것이라고 생각해서	77.4
내가 경험하는 스트레스가 정상이라고 생각하기 때문에	75.0
정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설의 위치가 불편함	74.2
누구와도 이야기하고 싶지 않기 때문에	73.4
누구도 내 문제를 이해할 것이라고 생각하지 않기 때문에	73.0
약물, 치료 제공자 및 상담사가 문화적 이슈에 대해 충분히 민감하지 않기 때문에	56.6
정신건강서비스를 이용할 시간이 없음	56.0
정신건강서비스 이용을 위한 대기시간이 길기 때문에(병원 및 상담기관)	54.2
약물, 치료 제공자 및 상담사가 성적체성 문제에 대해 충분히 민감하지 않기 때문에	51.8
약물, 치료 제공자 및 상담사를 믿지 못하기 때문에	49.0
기타	3.4
모두 해당 없음	0.2

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

설문조사 결과에서 나타나듯이 양적 조사에서는 주로 청소년이 인식하기에 사회가, 일반적으로 사람들이 정신건강서비스를 이용하는 것에 대해 얼마나 부담을 느끼는지, 왜 부담을 느끼는 것인지를 객관적으로 판단해 주기를 요청하였다. 일반 사람들이 왜 정신건강서비스를 이용하지 않는지에 대해 청소년이 내리는 판단은 사람들이 정신건강서비스를 받는 것 자체에 대한 두려움을 많이 가지고 있고, 정신건강서비스 이용이 알려지게 될까 봐, 그리고 다른 사람들이 자신을 부정적으로 바라볼 것이라는 점에 대해 두려움을 가지고 있기 때문에 정신건강서비스를 이용하지 않는다는 것이다.

설문조사와는 반대로 질적 면담조사에서는 청소년에게 정신건강서비스를 이용하는 것에 대한 인식은 어떠한지, 그 이유는 무엇인지를 직접적으로 물어보았다. 청소년들은 정신건강서비스 이용에 대한 부정적, 긍정적 인식을 동시에 보여 주었다. 정신건강서비스 이용에 긍정적인 인식을 갖고 있는 청소년은 몸이 힘들면 병원에 가는 것처럼 심적으로 어렵기 때문에 서비스를 찾는 것이므로 창피할 것이 없다는 의견을 나타냈다. 반대로 부정적인 인식을 갖고 있는 청소년은 주변에서 이상하게 생각하지 않을까 하는 우려와, 우울증이나 조현병 같은 정신질환 자체에 대한 부정적인 인식이 크기 때문에 서비스를 받는 것이 두렵다는 의견을 나타냈다.

*“(주변에서 누군가가 정신건강서비스를 받는 것을) 알면 솔직하게 말씀드리면 돼요. 가는 게 창피한 건 아니잖아요(B43).”*

*“자기가 힘들니까 다니는 거를 남의 시선을 보면서 다닐 필요가 없어요(A14).”*



“(자해를 처음 시도했을 당시 주변에 도움을 구하기 어려웠나 봐요?) 주변에서 되게 이상하게 생각하지 않을까, 재 왜 이렇지 생각 들어요 (B31).”

“저도 우울증이나 조현병 같은 저런 정신 병 자체에도 부정적인 인식이 큰 거 같아서(A22).”

질적 면담에 참여한 청소년들이 응답한 정신건강서비스 이용의 장애요인은 앞서 언급된 정신질환 그 자체에 대한 부정적인 인식과 더불어 내가 심리적 어려움을 해결하기 위해 서비스를 이용하는 것을 부모가 동의해 주지 않기 때문에, 정신건강에 대한 부정적인 이미지가 담긴 정보, 정신건강서비스 이용에 대한 부정확한 정보가 전달되고 있는 현실이었다.

“사람들의 시선. 자신의 딸이 정신적으로 힘들다는 걸 인정하기 싫어하는 것도 있는 것 같고. 인정하면 자신들이 잘못 키웠다는 생각이 들어서 이지 않을까요. 부모님은 그렇게 생각하실 수 있다는 거죠. 나는 나름대로 좋은 부모였는데 애는 왜 이런 문제가 있는 걸까, 내가 잘못 키운 걸까. 그런 걸 인정하기 싫어하시는 것 같아요. 그런 거죠, 우리는 너한테 해 줄 거 다 해 줬는데 넌 도대체 뭐가 문제니. 그런 거 아닐까요. (그런 이야기를 들은 적이 있나요?). 네(B41).”

“여기 다니는 사람들이 뉴스에서 안 좋게 나오잖아요. 조현병 있다고 사고 치고 우울증 있는 사람이 자해하고 자살 시도하고 그런 사람들이 다니는 데인데 내가 그런 데를 다니는 거는 저런 사람들과 같은, 비슷한 그런 느낌을 받아서 안 가는 느낌이 있는 거 같아요. 내가 이렇게까지 심각하다는 거를 스스로 부정하는(A21).”

“이런 저 이런 서비스를 이용한다는 거를 숨기는 거 자체가 일단은 정신병원이나 이런 기관에 대해서 안 좋은 인식이 있는 거 같고, 요즘에 와서야 래퍼들이 자해 같은 거 하고 정신병 있어요 광고하고 다니면서 그걸 스웍처럼 여기고 다니는 그런 게 생기면서 그나마 그런 거에 대해 인식이 가벼워지는 거가 있기는 한데 거의 정신병원 기관에 대해서 인식이 되게 사회적으로 부정적으로 여겨온 거를 봤고 SNS에서 부정적으로 인식하는 거를 많이 봐서 개인적으로 인식 개선을 해야 될 것 같아요 (A22).”

“자꾸 걸린 사람들은 범죄 저지른다고 하고 말을 하니까 범죄를 저지를 수가 있다는 생각을 했는데 방송에서 얘기 안 하면 솔직히 저도 우울증일 수 있다고 생각하거든요. 스트레스 많이 받으면 우울증 걸리고 그렇다고 범죄를 저지르는 것도 아닌데 저도 제가 우울증이라고 생각 안 하고 있어요(A23).”

“보험 기록 안 남는 거. 보험 못 든다 이런 인식이 큰 것 같아요. 기록 남아서 회사 입사할 때 면접 봤는데 정신병원 갔네, 안 뽑아야겠다 이렇게 생각하시는 것도 엄청 많아요. 범죄 기록 남는 거 같은 느낌(B32).”

## 2. 청소년의 정신건강 상담 의향

앞에서는 일반적으로 사람들이 정신건강서비스를 어떻게 인식하고 있을지에 대한 청소년의 생각을 살펴보았다면, 이 파트에서는 청소년 스스로가 정신건강서비스 이용에 대해 어떻게 생각하는지를 파악하였다. 청소년에게 주변 사람들과 자신의 정신적인 어려움에 대해 쉽게 터놓고 이

야기하는지, 자신이나 가족에게 우울 등 정신건강 문제가 생길 때 누구와 상담할 것인지, 상담을 한다고 할 때 선호하는 상담 방식은 무엇인지를 물어보았다. 우선 청소년에게 주변 사람들과 자신의 정신적인 어려움에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는지를 물어본 결과, 청소년의 56.4%는 ‘전혀 그렇지 않다’ 혹은 ‘그렇지 않다’고 응답하였다.

〈표 3-20〉 정신적 어려움에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도(청소년)

(단위: 명, %)

구분		응답자 (명)	상담 정도			
			전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
전체		500	10.2	46.2	39.2	4.4
성별	남자	250	10.0	50.8	35.6	3.6
	여자	250	10.4	41.6	42.8	5.2
학년 구분	중학교 1학년	78	10.3	47.4	38.5	3.8
	중학교 2학년	64	7.8	57.8	31.3	3.1
	중학교 3학년	108	9.3	41.7	42.6	6.5
	고등학교 1학년	71	11.3	40.8	45.1	2.8
	고등학교 2학년	100	10.0	51.0	37.0	2.0
	고등학교 3학년	79	12.7	40.5	39.2	7.6
경제적 수준	상/중상	105	4.8	42.9	46.7	5.7
	중	245	9.0	47.3	39.2	4.5
	중하/하	150	16.0	46.7	34.0	3.3

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

청소년에게 정신적 어려움이 있을 때 누구와 정신건강 문제 관련 상담을 할 것인지를 물어본 결과, 청소년은 가장 먼저 ‘친구나 지인’(67.0%)과 상의할 것이라고 응답했다. 그다음으로 ‘부모님(66.8%)’, ‘상담 전문가’(35.6%), ‘형제자매’(32.4%), ‘정신과 의사’(28.8%) 순으로 높게 나타났다. 반대로 청소년에게 가장 나중에 상담하고 싶은 사람은 누구인지를

물어본 결과, '정신과 의사'가 38.6%로 가장 많은 응답을 차지하였다. 그 다음으로 '선생님'(35.6%), '소아과 의사 등 정신과 의사가 아닌 의사'(34.0%), '부모님'(31.6%)으로 나타났다. 이는 청소년이 정신적 어려움을 경험할 때 가장 먼저 친구나 지인, 부모님이나 형제자매와 같은 주변 사람과 어려움을 공유하고 싶어 한다는 것을 의미한다. 또한 정신과 의사와의 상담이 필요하다고 생각하면서도(가장 먼저 상담하고 싶은 4순위) 정신과 의사는 정신적 어려움에 대한 치료가 필요할 때 만나는 최후의 사람(가장 나중에 상담하고 싶은 1순위)이라고 생각한다는 것을 알 수 있다.

〈표 3-21〉 청소년이 가장 먼저, 가장 나중에 상담하고 싶은 대상(중복 응답)

(단위: %)

상담 대상자	가장 먼저 상의하고 싶은 대상	가장 나중에 상의하고 싶은 대상
친구나 지인	67.0	20.4
부모님	66.8	31.6
상담 전문가	35.6	28.0
형제자매	32.4	23.2
정신과 의사	28.8	38.6
선생님(학교 선생님, 보건교사, 상담교사)	25.4	35.6
인터넷이나 SNS	25.4	22.6
친인척	6.2	36.2
소아과 의사 등 정신과 의사가 아닌 의사	5.8	34.0
학원 선생님	5.6	27.2
기타	0.8	1.6

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

이와 관련하여 질적 면담에 참여한 청소년들의 경우 다양한 의견을 제시하였다. 심리적으로 어려운 상황이 발생할 경우 적극적으로 상담서비스 제공 기관을 찾아갈 것이라는 응답과, 부모님에게는 절대 알리지 않겠다는 응답, 비밀보장이 안 되고, 도움이 안 되어서 그 어떤 서비스도 받지 않겠다는 응답이 다양하게 나왔다.

*“과거에 그런 경험이 있었어요. 현실적으로 도움이 안 되니까요.(병원)은 약 같은 걸 지원해 주니까(도움이) 되었죠(B41).”*

*“부모님에게 말하는 거 아니에요. 곁에 다쳤거나 감기 같은 거 걸렸을 때 말하는 거는 상관없는데 마음속으로 아픈 거를 알면 부모님이 너무 심하게 걱정하시고요(A21).”*

*“저는 안 같 거 같아요. 도움을 받을 수 있겠지만 지금까지는 친구들과 얘기하는 게 가장 큰 도움이 되었다고 생각해요. 앞으로도 친구한테 같 것 같아요(A23).”*

마지막으로 청소년이 선호하는 상담 방식을 조사한 결과, 청소년은 대면 상담, 특히 1:1 개인 상담을 가장 선호하는 것으로 나타났다(청소년의 64.8%). 그다음으로는 ‘온라인 상담(인터넷, SNS, 카카오톡 등)’(20.8%), ‘전화 상담’(9.6%), ‘대면 상담 - 집단 상담’(4.8%)을 선호하는 것으로 나타났다.

〈표 3-22〉 청소년이 선호하는 상담 방식

(단위: %)

선호하는 상담 방식	응답률(%)
대면 상담 - 1:1 개인 상담	64.8
대면 상담 - 집단 상담	4.8
전화 상담	9.6
온라인 상담(인터넷, SNS, 카카오톡 등)	20.8

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

### 3. 청소년의 정신건강서비스 이용 경험

청소년의 정신건강서비스 이용 경험을 파악하기 위해 이 연구는 우선 청소년이 중·고등학교에서 정신건강 문제와 관련한 예방 교육을 받은 적이 있는지, 그 예방 교육이 정신건강을 관리하는 데 도움이 되었는지를 파악하였다. 또한 정신건강서비스 제공 기관이나 서비스를 얼마나 알고 있는지를 파악하였으며, 정신건강 문제를 관리 혹은 치료하기 위해 공공 혹은 민간 정신건강서비스 제공 기관이나 서비스를 이용해 본 적이 있는지를 파악하였다.

우선 중·고등학교에서 정신건강 문제와 관련한 예방 교육을 받은 적이 있는지를 살펴본 결과, 조사에 참여한 청소년의 21%는 학교에서 정신건강과 관련한 예방 교육을 받아 본 적이 없다고 응답하였다. 정신건강 문제 유형별로 보면 스트레스 관련 예방 교육을 받은 적이 있다고 응답한 학생이 45.4%로 가장 많았고, 인터넷/게임 사용장애와 관련한 예방 교육을 받은 적이 있다고 응답한 학생이 42.2%, 우울과 조울에 대한 예방 교육을 받은 적이 있다고 응답한 학생이 34.8%로 나타났다. 앞서 살펴본 청소년이 중요하게, 시급하게 생각하는 정신건강 문제였던 자살과 관련한 예방 교육은 26.0%, 조현병에 대한 교육은 5.6%에 불과하였다. 스트

레스와 인터넷/게임 사용장애를 제외하고는 조사에 참여한 청소년 중 정신건강 문제에 대한 예방 교육을 받은 비율은 문제별로 40% 미만으로 나타났다. 각 정신건강 문제에 대해 예방 교육을 받은 청소년을 대상으로 그 교육이 도움이 되었는지를 물어본 결과, ‘도움을 받지 못한 편임’이라고 응답한 비율이 전반적으로 ‘도움을 받음’이라고 응답한 비율보다 높게 나타났다.

〈표 3-23〉 청소년의 학교 내 정신건강 관련 예방 교육 경험 여부

(단위: 명, %)

구분	응답자 (명)	학교 예방 교육 경험 여부 (%)	도움 정도(%)			
			전혀 도움을 받지 못함	도움을 받지 못한 편임	도움을 받음	매우 도움이 됨
들은 적 없다	105	21.0	NA	NA	NA	NA
스트레스	227	45.4	6.2	46.3	44.5	3.1
우울과 조울	174	34.8	8.6	50.0	35.6	5.7
인터넷/게임 사용장애	211	42.2	3.3	45.5	42.7	8.5
자살	130	26.0	10.8	38.5	39.2	11.5
마약 등 약물사용장애	89	17.8	12.4	25.8	52.8	9.0
불안	114	22.8	6.1	50.9	34.2	8.8
고위험 음주와 알코올중독	40	8.0	17.5	32.5	35.0	15.0
수면장애(불면증 등)	62	12.4	9.7	38.7	45.2	6.5
자해	40	8.0	5.0	47.5	42.5	5.0
식이장애(거식증, 폭식증)	35	7.0	14.3	31.4	37.1	17.1
조현병	28	5.6	25.0	42.9	25.0	7.1
트라우마	25	5.0	4.0	48.0	44.0	4.0

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

둘째, 청소년들이 정신건강서비스 제공 기관 및 서비스를 얼마나 알고 있는지를 파악한 결과, 청소년의 절반 정도는 ‘정신의료기관(정신병원)’(50.2%)을 알고 있었으며 ‘자살예방센터’(41.2%)에 대한 인지도도 높게 나타났다. 청소년 대상 상담서비스를 제공하는 ‘청소년상담복지센터’에 대한 인지도도 38.0%로 나타났으며, 그다음으로는 ‘학교 내 정신건강 문제 상담기관(Wee)’(32.0%), ‘정신건강복지센터(정신보건센터, 정신건강증진센터)’(27.2%), ‘자살예방상담전화(1393)’(25.8%) 순으로 나타났다. 그 어떠한 기관과 서비스도 들어본 적이 없다고 응답한 청소년은 전체의 16.0%로 나타났다.

추가적으로 청소년에게 각 정신건강서비스 제공 기관을 어떻게 알게 되었는지를 물어본 결과, 대부분의 청소년은 ‘TV, 라디오’와 ‘인터넷(유튜브, 네이버 등)’을 통해 서비스 제공 기관과 서비스를 알게 된 것으로 나타났다. 다음의 표에 제시된 것처럼 스마트 쉽 센터와 학교 내 정신건강 문제 상담기관(Wee), 청소년상담복지센터의 경우 ‘학교 및 직장’이 주요한 인지 경로로 나타났다.



〈표 3-24〉 청소년의 정신건강서비스 제공 기관 및 서비스 인지도 및 인지 경로

(단위: 명, %)

구분	응답자 (명)	인지율 (%)	인지 경로(%)								
			TV, 라디오	인터넷 (유튜브, 네이버 등)	의료 기관	관공서 (공공기관, 보건소 등)	학교 및 직장	친구	SNS	버스, 지하철 광고판	기타
① 정신의료기관(정신병원)	251	50.2	62.9	59.0	17.5	14.3	26.7	10.4	24.7	11.6	0.8
② 정신요양시설	112	22.4	57.1	67.9	26.8	21.4	21.4	10.7	20.5	11.6	0.9
③ 정신건강복지센터	136	27.2	52.2	53.7	25.7	33.8	28.7	12.5	24.3	13.2	1.5
④ 정신재활시설(사회복지시설)	58	11.6	46.6	60.3	32.8	32.8	29.3	15.5	29.3	12.1	3.4
⑤ 자살예방센터	206	41.2	53.9	49.5	15.5	20.9	34.5	9.7	24.3	13.1	1.0
⑥ 중독관리통합지원센터	68	13.6	52.9	55.9	22.1	30.9	33.8	11.8	29.4	17.6	1.5
⑦ 도박문제관리센터	92	18.4	65.2	53.3	20.7	27.2	25.0	12.0	29.3	10.9	1.1
⑧ 스마트 썸 센터	49	9.8	38.8	53.1	24.5	30.6	44.9	26.5	28.6	10.2	2.0
⑨ 학교 내 정신건강 문제 상담기관(Wee)	160	32.0	22.5	25.6	7.5	17.5	74.4	20.6	17.5	5.6	0.0
⑩ 청소년상담복지센터	190	38.0	40.5	45.8	8.4	18.9	54.7	15.3	18.4	8.9	0.5
⑪ 보건복지콜센터(129)	85	17.0	55.3	49.4	14.1	28.2	28.2	7.1	25.9	10.6	0.0
⑫ 정신건강위기상담전화(1577-0199)	31	6.2	51.6	51.6	32.3	48.4	29.0	9.7	25.8	9.7	0.0
⑬ 자살예방상담전화(1393)	129	25.8	69.0	44.2	11.6	23.3	34.1	11.6	27.1	16.3	-
⑭ 생명의 전화(1588-9191)	115	23.0	68.7	44.3	13.0	22.6	27.0	9.6	24.3	18.3	0.9
⑯ 들어본 적 없다	80	16.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

마지막으로 청소년에게 평생 동안, 지난 1년간 정신건강 문제와 관련하여 정신건강서비스 제공 기관이나 서비스를 이용해 본 적이 있는지를 물어본 결과, 청소년의 61.8%는 평생 한번도 정신건강서비스 제공 기관이나 서비스를 이용해 본 적이 없다고 응답하였다. 평생 동안 한 번 이상 정신건강복지센터를 이용한 청소년은 11.4%, 정신의료기관을 이용한 청소년은 11.2%, 학교 내 정신건강 문제 상담기관인 Wee Class를 이용한 청소년은 10.8%로 나타났다.

지난 1년간의 이용 여부를 살펴보면, 대다수인 77.4%는 지난 1년간 정신건강서비스 제공 기관이나 서비스를 이용한 적이 없다고 응답하였다. 조사에 참여한 청소년의 6%는 학교 내 정신건강 문제 상담기관인 Wee Class를 이용했다고 응답하였으며 5%는 정신건강복지센터를, 4.4%는 정신의료기관을 이용한 적이 있다고 응답하였다.

〈표 3-25〉 청소년의 평생, 지난 1년간의 정신건강서비스 이용률(중복 응답)

(단위: %)

	평생 이용률	지난 1년간 이용률
1. 정신의료기관(정신병원)	11.2	4.4
2. 정신건강복지센터	11.4	5.0
3. 정신재활시설(사회복지시설)	4.2	1.6
4. 자살예방센터	7.8	1.8
5. 중독관리통합지원센터	3.2	1.8
6. 도박문제관리센터	3.8	1.6
7. 스마트 심 센터	4.4	2.0
8. 학교 내 정신건강문제 상담기관(Wee)	10.8	6.0
9. 청소년상담복지센터	5.8	2.4
10. 보건복지콜센터(129)	3.0	1.6
11. 정신건강위기상담전화(1577-0199)	1.4	0.8
12. 자살예방상담전화(1393)	3.6	1.2
13. 생명의전화(1588-9191)	3.0	1.4
14. 민간 심리상담 프로그램(심리상담)	3.4	1.0
15. 민간예술치료/치유프로그램(음악치료)	1.8	1.0
16. 민간예술치료/치유프로그램(언어치료)	1.2	0.4
17. 민간예술치료/치유프로그램(댄스치료)	0.4	0.2
18. 민간예술치료/치유프로그램(수면치료)	0.6	0.2
19. 민간예술치료/치유프로그램(미술치료)	2.4	0.6
20. 민간예술치료/치유프로그램(굿, 주술치료)	0.4	0.4
21. 민간예술치료/치유프로그램(사주, 타로, 점치료)	0.8	0.4
22. 민간예술치료/치유프로그램(원예치료)	1.2	0.4
23. 민간예술치료/치유프로그램(종교치료)	1.8	0.8
24. 민간예술치료/치유프로그램(명상치료)	1.0	0.4
25. 민간예술치료/치유프로그램(체험치료:도자기체험등)	0.6	0.2
26. 기타( )	0.4	0.4
99. 이용 경험 없다(※다른 보기와 중복선택 불가)	61.8	77.4

주: 이 연구에서 실시한 청소년 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

질적 면담에 참여한 청소년들 중 일부 역시 정신건강에 어려움을 느낀 경우, 서비스 제공 기관을 찾고 지원을 구했던 경험을 공유한 청소년들도 있었다. 질적 면담에 참여한 청소년 모두가 중간 정도의 우울증을 보이는 경우였기 때문에 면담 참여자 상당수는 학교 내 정신건강 문제 상담기관인 Wee Class를 다녀본 경험이 있었으며, 일부는 정신의료기관을 다녀본 경험도 있었다.

*“상담 선생님이랑 일대일 상담 했어요. 다른 아이들이 볼 수 없게 갖춰져 있는 공간에서 편하게 나눌 수가 있어서 좋았어요(B31).”*

정신건강서비스 제공 기관, 특히 정신의료기관을 다닌 청소년의 경우 대다수가 부모의 동의를 받아야 하는 것에 대한 부담, 부모에게 알려야 하는 것에 대한 부담을 느꼈다고 호소하였으며, 심지어 부모에게 알렸을 때 정신건강서비스를 이용하는 것에 대한 부모의 부정적인 의견을 들은 적, 서비스 받는 것을 그만둔 적이 있다는 경험도 들을 수 있었다.

*“병원에 다녔었어요. 원래 병원에 다니다가 부모님이 그만 다니게 하시고 나중에 담임선생님도 알려주셨고 아동복지센터에서 만난 선생님이 알려주셨는데 거기에서도 치료를 해야 되는데 부모님의 동의가 있어야 된다고 해서 안 됐어요(B41).”*

*“저는 만성 우울증 진단을 받았는데 간 거는 아무한테 알리지 않고 혼자 병원에 갔었어요(B32).”*

“말 없이 예약만 하고 혼자 갔는데 미성년자인 걸 안 거죠. 나중에 부모님 모셔 와라 했었고 부모님한테 알렸을 때는 왜 다니냐고, 그래서 계속 사비로 다니다가 돈이 없어 가지고 학교 위클래스나 다른 정부에서 운영하는 기관에 도움을 받았지만 지금은 다 도움을 끊었어요(B32).”

이처럼 자신의 정신건강 문제를 치료하기 위해서 정신건강서비스를 이용한 청소년도 있지만, 일부 청소년들은 심리적인 어려움을 경험하고 있지만 어떠한 도움도 구하지 않기도 했다. 이들 청소년은 운동을 하거나 친구를 만나서 이야기를 나누며 어려움을 해결하려고 노력하고 있었다.

“저는 운동을 했어요. 운동을 할 때만큼은 아무 생각 안 나는 것 같아요(B42).”

“일단 심리적으로 제가 겪은 심리적으로 어려울 때는 약간 학업에 관련된 거에서 저는 그냥 못 나오고 좌절감이 드니까 그냥 부모보다는 친구한테 얘기를 해서 친구가 다 들어주고 친구가 어떻게 해라 이렇게 그냥 학교에서도 도와주고 그래서 저는 친구한테 도움을 받았어요. 예를 들어서 성적에 관한 거 때문에 나중에 미래가 걱정된다고 하면 이렇게 해 봤자 아무것도 못 될 것 같은데 어차피 부모님한테 실망감을 안겨 드릴 것 같으니까 약간 그거 때문에 정신적인 스트레스가 쌓이면서 죽음까지는 아닌데 그런 시도는 해 보려고 했거든요. 그래서…네. 그런데 무서워서 약간 그랬는데 친구한테 그럴 때마다 전화해서(B34).”

## 제4절 소결

이 장은 청소년의 정신건강 현황과 더불어 청소년의 정신건강서비스에 대한 접근성을 정신건강과 정신질환에 대해 가지는 인식과 더불어 정신건강서비스 이용과 관련한 인식과 경험을 통해 파악하였다.

이 장에서 드러나는 청소년의 정신건강에 대한 전반적인 인식은 누구나 정서적, 심리적 어려움을 겪을 수 있고, 이러한 정신건강 문제는 꼭 정신질환, ‘병’의 문제는 아니라고 청소년은 생각하고 있었다. 보다 구체적으로 청소년이 중요하게 생각하는 정신건강 문제는 우울조율과 같은 기분장애, 스트레스, 자살, 그리고 최근 사회적으로 이슈가 부각되었던 조현병으로 나타났다. 청소년들은 이러한 정신건강 문제를 치료가 가능하다고 생각하고 있었으나, 동시에 정신질환을 경험하고 있는 사람들에 대한 부정적인 편견 역시 보여 주고 있다.

이 연구에 참여한 청소년의 상당수는 정신건강 문제와 관련한 예방 교육을 학교 세팅에서 경험하지 못했으며 정신질환, 정신건강 문제에 대한 부정적인 인식을 심어 주는 매스미디어에 영향을 받고 있으며, 정신건강 문제 치료에 대한 정확한 정보, 정신건강서비스에 대한 인지 부족 등으로 정신건강서비스를 이용하는 것에 대해서도 전반적으로 부정적인 의견 혹은 부담스러운 감정을 가지고 있다.

양적 설문조사와 질적 면담조사를 종합해 보면, 청소년들이 정신건강 서비스를 이용하는 것에 대해 심리적으로 거리감을 가지고 있는 이유는 정신건강과 정신건강서비스에 대해 정확한 정보를 가지지 못한 채 사회가 주는 정신건강, 정신질환 및 정신건강서비스에 대한 두려움을 일방적으로 받아들인 경우로 볼 수 있다. 또한 그러한 부정적 이미지가 내재되어 있는 상태에서 실제 학교 내 관련 서비스를 경험하였던 경우 주변 친구들이 본인을 부정적으로 볼 수도 있다는 것에 대한 걱정도 있었으나 더

큰 문제는 그러한 경험이 긍정적인 결과를 이끌어내지 못했다는 것이다. 개인정보 보호를 받지 못한 것을 넘어, 실제 본인의 상황에 대한 변화를 이끌지 못한 전문가의 역량에 대해 청소년들은 의문을 제기하기도 하였다.

그럼에도 대다수의 청소년은 정신건강서비스의 필요성을 인식하고 있으며, 일부 청소년은 몸이 아파서 병원을 찾는 것처럼 정서적, 심리적, 정신적으로 어려워서 정신건강서비스를 찾는 것은 당연하다는 인식을 가지고 있는 것으로 보인다. 이러한 인식과 더불어 청소년이 정신건강에 대해 일반적으로 갖는 ‘누구나’ 정신건강 문제를 경험할 수 있고, ‘치료 가능’ 것이라는 인식이 증진될 수 있도록 하는 정책적 노력이 필요하다.

가장 직접적으로는 청소년을 대상으로 정신건강을 예방하고, 관리하는 방법들을 학교를 기반으로 교육하는 것이 필요하다. 현재의 낮은 정신건강 문제 예방 교육 경험률을 고려해 볼 때, 청소년이 중요하게 생각하는 정신건강 문제를 중심으로 예방 교육을 받을 수 있는 기회를 강화하는 것이 필요하다.

둘째, 부정확한 정보들이 난립하고, 어떤 곳을 이용해야 할지 모르는 등 정보 부족을 경험하는 청소년의 상황을 고려해 볼 때, 청소년들에게 친숙한 온라인 매체 등을 활용하여 정신건강서비스 제공 기관 및 서비스에 대한 정보를 제공하고, 정신건강서비스 이용에 대해 정확한 정보(예: 의료기관 이용 정보가 대학이나 직장에 공유된다는 것은 가짜 정보라는 사실)를 제공하는 활동이 필요해 보인다. 자살보도 권고 기준이 만들어진 것처럼 정신질환이나 정신건강서비스 이용과 관련한 부정적인 인식이나 편견이 매스미디어를 통해 대중에게 전달되지 않도록 하는 보도 권고 기준 마련 역시 필요해 보인다.

그리고 가족, 특히 부모를 대상으로 한 정신건강 교육이 필요하다. 부모는 청소년이 먼저 상담을 하고 싶어 하는 대상임과 동시에 나중에 상담

을 하고 싶어 하는 대상이기도 하다. 질적 면담에 참여한 청소년 중 일부는 심리적 어려움이 있고, 정신건강서비스를 이용하고 싶어도 부모가 정신건강서비스 이용에 대한 거부감을 갖고 있어 정신건강서비스를 이용하지 못하는 상황에 놓여 있기도 했다. 정신건강 문제에 대한 민감성을 부모가 가질 수 있도록 하는 학부모 대상 교육 기회가 많아지고, 이러한 교육에서는 정신건강서비스 이용과 관련한 부정확한 정보(학교생활기록부에 남는 것 등)의 오류를 설명하고 정확한 정보와 더불어 정신건강서비스 제공 기관과 시설에 대한 정보를 동시에 제공해야 할 것으로 보인다.

마지막으로 실제 학교 현장 또는 청소년을 대상으로 상담서비스를 제공하는 전문 인력에 대한 역량 관리가 필요하다. 청소년들의 상담은 '우울' 1가지로 인하여 이루어지지 않고, 복합적인 상황에 대한 우려와 걱정을 내포하고 있다. 따라서 청소년들에게 관련 서비스를 제공하고 있는 전문 인력들의 기준, 보수교육 등에 대한 관리가 필요하다.



# 제 4 장

## 성인의 정신건강서비스 접근성

제1절 성인의 정신건강 현황

제2절 성인이 인식하는 정신건강과 정신질환

제3절 성인의 정신건강서비스 이용 경험

제4절 소결



# 4

## 성인의 정신건강서비스 << 접근성

이 장에서는 성인을 대상으로 실시한 설문조사와 질적 면담조사에 기반하여 성인의 정신건강서비스 접근성을 파악하였다. 이 장은 앞장에서 살펴본 청소년의 정신건강서비스 접근성과 유사하게 우선 성인의 정신건강 상태를 파악하였으며, 성인이 인식하는 정신건강과 정신질환은 어떠한지, 정신건강서비스에 대해서는 어떻게 바라보고 있는지, 정신건강서비스 이용에 대한 인식과 경험은 어떠한지를 살펴보았다.

이 연구는 20~60대<sup>21)</sup> 성인 총 1000명을 대상으로 설문조사를 실시하였으며, 성인이 바라보는 정신건강 및 정신건강서비스를 보다 심도 있게 이해하기 위해 총 24명의 20~30대 성인 남녀<sup>22)</sup>를 대상으로 질적 면담을 실시하였다. 이 장은 성인을 대상으로 실시한 양적 설문조사 결과를 보완하고, 성인의 목소리를 보다 심층적으로 전달하기 위해 질적 면담조사 결과를 양적 설문조사 결과와 함께 제시하였다.

우선 이 장에서 다루는 설문조사 응답자의 특성을 살펴보면 다음과 같다. 설문조사에 참여한 성인 1000명 중 남자가 50.8%(508명), 여자는

21) 이 연구에서 실시한 양적 설문조사는 온라인 조사 방식으로 활용되어 70대 이상의 노인 연령층을 포괄하지 못했다. 노인 역시 정신건강서비스에 대한 정보가 부족하고 정신건강서비스에 대한 부정적인 인식들이 높으나, 이들을 포괄하지 못한 것은 이 연구의 제한점임. 향후 연구에서는 노인들이 가지는 정신건강에 대한 인식, 정신건강서비스 인지도, 정신건강서비스 이용과 관련한 인식과 경험을 파악하는 작업들이 진행될 필요가 있음.

22) 이 연구는 정신건강서비스의 접근성을 파악하기 위한 것으로 기존의 정신건강서비스의 주요 서비스 제공 대상인 중증정신질환자와 더불어 지역사회에서 다양한 정신건강에 관한 어려움을 경험하고 있는 사람들의 정신건강서비스에 대한 인식과 경험을 이해하는데 목적을 두고 있음. 양적 설문조사가 20대에서부터 60대에 이르는 연령대를 포괄한 반면 질적 면담조사에서는 이 연구가 초점을 두는 정신건강 예방 및 조기 개입의 주 타깃인 청년에 한정하여 조사가 진행되었음.

49.2%(492명)였으며, 연령대별로 고루 분포하고 있는 것으로 나타났다. 결혼 상태를 보면 기혼 및 동거가 55.7%로 가장 많았으며 미혼이 40.0%로 그 뒤를 이었다. 교육수준은 대학교 재학 및 졸업 이상이 79.5%로 가장 많았다. 가구 소득 수준은 월 150만~300만 원이 25.3%로 가장 많았으며, 300만~450만 원이 23.0%로 그 뒤를 이었다.

〈표 4-1〉 양적 설문조사에 참여한 성인의 일반적 특성

(단위: 명, %)

구분		명	%
전체		1000	100.0
성별	남자	508	50.8
	여자	492	49.2
연령별	20대	196	19.6
	30대	190	19.0
	40대	223	22.3
	50대	229	22.9
	60대	162	16.2
결혼 상태	미혼	400	40.0
	기혼/동거	557	55.7
	이혼/사별/별거	43	4.3
교육수준	고졸 미만	18	1.8
	고졸	187	18.7
	대학교 재학/졸업 이상	795	79.5
가구 소득 수준	150만 원 미만	108	10.8
	150만~300만 원 미만	253	25.3
	300만~450만 원 미만	230	23.0
	450만~600만 원 미만	221	22.1
	600만~1,000만 원 미만	126	12.6
	1,000만 원 이상	62	6.2

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

이 연구에서 실시한 청소년 대상 초점집단면담은 앞서 제1장에서 살펴본 것처럼 평상시 생활 중 스트레스를 ‘많이 느끼거나’, ‘대단히 많이 느낀다’고 응답한 성인이면서, 지난 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 ‘자주’ 또는 ‘매우 자주’ 있었다고 응답한 성인을 대상으로 실시하였다. 위 두 조건과 더불어 우울장애 여부를 파악하기 위한 PHQ-9 척도 문항을 활용하여 PHQ-9 척도 문항의 합이 10점 이상인 ‘중간 정도의 우울증’을 가지고 있는 성인을 대상으로 질적 면담이 진행되었다. 초점집단면담은 총 6회 실시되었으며 성인 남자 12명, 성인 여자 12명이 질적 면담에 참여하였다. 다음은 초점집단면담에 참여한 성인의 일반적 특성이다.

〈표 4-2〉 초점집단인터뷰에 참여한 성인의 특성

구분(그룹)			연령(세)	PHQ9 점수(점)	(본인)서비스 경험	직업	
A	성인. 남	1	1	29	16	-	구직
			2	29	15	-	취업
			3	39	11	0	휴직
			4	36	11	0	구직
	성인. 남	2	1	29	13	-	취업
			2	38	16	0	취업
			3	28	12	-	취업
			4	27	13	0	취업
	성인. 남	3	1	22	18	0	구직
			2	27	14	-	구직
			3	23	13	-	학업
			4	27	14	-	구직
B	성인. 여	1	1	28	21	-	취업
			2	32	11	0	취업
			3	24	11	0	휴직
			4	36	17	0	취업

구분(그룹)			연령(세)	PHQ9 점수(점)	(본인)서비스 경험	직업
성인. 여	2	1	21	15	-	학업
		2	25	10	-	학업
		3	24	20	0	학업
		4	20	11	-	학업
성인. 여	3	1	26	13	-	학업
		2	26	16	-	학업
		3	30	10	-	취업
		4	21	18	-	학업

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

## 제1절 성인의 정신건강 현황

성인이 정신건강 및 정신질환에 대해 가지는 인식, 정신건강서비스 이용에 관해 가지는 인식과 이용 경험을 파악하기에 앞서 이 절에서는 성인 정신건강 현황을 살펴보았다. 정신건강 현황으로는 주관적 정신건강 상태, 지난 1년간의 정신건강 문제 경험, 우울장애 유병 현황을 파악하였다.

우선 주관적 정신건강 상태를 보면 ‘좋다’ 혹은 ‘매우 좋다’라고 응답한 비율은 전체의 63.9%로 나타났다. 특성별로 보면 성별, 교육수준별로는 큰 차이가 나타나지 않으나 연령별로 보면 연령이 높은 50~60대에서 자신의 정신건강 상태를 ‘좋다’ 혹은 ‘매우 좋다’고 응답한 비율이 높게 나타났다. 결혼 상태로 보면 기혼/동거 중인 응답자에게서 그 비율이 높게 나타났으며, 가구소득 수준이 올라갈수록 자신의 정신건강 상태를 ‘좋다’ 혹은 ‘매우 좋다’라고 응답한 비율이 높게 나타나다가 월 1000만 원 이상인 응답자들에게서 그 비율이 다시금 낮아지는 양상을 보인다.

〈표 4-3〉 성인의 주관적 정신건강 상태 인식

(단위: 명, %)

구분		응답자 (명)	정신건강 상태(%)			
			매우 나쁘다	나쁘다	좋다	매우 좋다
전체		1000	2.2	33.9	56.9	7.0
성별	남자	508	1.8	33.7	55.9	8.7
	여자	492	2.6	34.1	57.9	5.3
연령 구분	20대	196	4.1	38.3	53.6	4.1
	30대	190	3.2	43.2	48.9	4.7
	40대	223	2.2	39.0	55.6	3.1
	50대	229	0.9	26.2	62.4	10.5
	60대	162	0.6	21.6	64.2	13.6
결혼 상태	미혼	400	4.3	44.3	48.0	3.5
	기혼/동거	557	0.7	26.4	63.6	9.3
	이혼/사별/별거	43	2.3	34.9	53.5	9.3
교육 수준	고졸 미만	18	5.6	38.9	55.6	0.0
	고졸	187	1.6	35.3	56.1	7.0
	대학교 재학/졸업 이상	795	2.3	33.5	57.1	7.2
가구 소득 수준	150만 원 미만	108	6.5	40.7	47.2	5.6
	150만~300만 원 미만	253	2.4	37.2	56.1	4.3
	300만~450만 원 미만	230	1.3	33.5	57.0	8.3
	450만~600만 원 미만	221	1.8	29.4	62.0	6.8
	600만~1,000만 원 미만	126	0.0	29.4	60.3	10.3
	1,000만 원 이상	62	3.2	35.5	51.6	9.7

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

성인의 지난 1년간 경험한 정신건강 문제 유형을 파악한 결과, 정신건강 문제가 없다고 응답한 성인은 전체의 22.1%로 나타났다. 정신건강 문제가 있다고 응답한 성인이 지난 1년간 경험한 정신건강 문제 유형을 보면 ‘스트레스’(67.8%)가 가장 많았으며 ‘수면장애(불면증 등 잠을 못 자거나 잠을 너무 많이 자는 증상’(34.3%), ‘불안’(33.4%), ‘우울과 조울’(28.5%) 순으로 높게 나타났다. 조사 대상자 특성별로 살펴보아도 위에서 1~4순위로 언급한 정신건강 문제가 주로 경험한 문제로 나타났다.



〈표 4-4〉 성인이 지난 1년간 경험한 정신건강 문제 유형(중복 응답)

(단위: 명, %)

구분	응답자 (명)	정신건강 문제														
		스트레스	수면 장애*	불안	우울과 조울	정신 건강 문제 없음	식이 장애*	트라 우마	고위험 음주와 알코올 중독	인터넷/ 게임 사용 장애	자살	조현병	지해	마약 등 약물 사용 장애	기타	
전체	1000	67.8	34.3	33.4	28.5	22.1	5.3	5.2	4.2	2.8	1.6	0.7	0.6	0.4	0.4	
성별	남자	508	62.0	30.1	28.9	21.1	26.4	3.9	4.7	4.5	2.0	1.8	1.2	0.6	0.2	0.4
	여자	492	73.8	38.6	38.0	36.2	17.7	6.7	5.7	3.9	1.4	0.2	0.6	0.6	0.4	0.4
연령 구분	20대	196	80.6	34.7	44.9	40.8	12.2	7.7	6.6	3.1	4.1	1.5	1.0	1.0	1.5	0.5
	30대	190	77.4	38.4	35.3	34.7	13.7	10.5	3.7	5.8	0.5	0.5	0.0	0.0	0.0	0.5
	40대	223	73.1	35.4	31.8	28.7	17.5	3.6	5.4	5.8	2.7	2.7	0.4	0.9	0.0	0.0
	50대	229	57.2	30.6	30.6	21.0	30.1	2.6	4.4	3.9	0.4	1.3	0.9	0.9	0.4	0.9
	60대	162	48.8	32.7	23.5	16.7	38.9	2.5	6.2	1.9	0.6	1.9	0.6	0.0	0.0	0.0
	미혼	400	76.0	36.8	42.3	38.8	14.3	8.3	6.3	5.3	3.5	1.5	1.3	0.5	0.5	0.5
결혼 상태	기혼/동거	557	63.2	32.3	27.1	21.7	27.5	3.2	4.5	3.6	2.2	1.4	0.2	0.7	0.2	0.2
	이혼/사별/별거	43	51.2	37.2	32.6	20.9	25.6	4.7	4.7	2.3	4.7	4.7	2.3	0.0	2.3	2.3
교육 수준	고졸 미만	18	61.1	44.4	38.9	38.9	22.2	5.6	11.1	11.1	11.1	5.6	11.1	5.6	0.0	0.0
	고졸	187	60.4	34.2	31.0	25.1	28.3	4.3	4.3	4.3	2.1	0.0	1.6	0.5	1.1	1.1
	대학교 재학/졸업 이상	795	69.7	34.1	33.8	29.1	20.6	5.5	5.3	4.0	1.3	0.8	0.4	0.4	0.4	0.3

구분	응답자 (명)	정신건강 문제													
		스트레스	수면 장애*	불안	우울과 조울	정신 건강 문제 없음	식이 장애*	트라우마	고위험 음주와 알코올 중독	인터넷/게임 사용 장애	자살	조현병	자해	마약 등 약물 사용 장애	기타
가구 소득 수준	150만 원 미만	65.7	37.0	41.7	30.6	20.4	4.6	3.7	1.9	1.9	4.6	3.7	0.0	0.0	0.9
	150만~300만 원 미만	67.6	36.4	34.8	31.2	20.6	8.3	5.5	5.9	3.6	0.4	0.0	0.4	0.8	
	300만~450만 원 미만	67.4	34.8	30.4	29.6	23.9	3.5	6.5	6.1	3.5	1.7	0.4	1.3	0.9	0.4
	450만~600만 원 미만	71.5	30.3	33.9	25.8	19.9	3.2	5.0	2.3	2.3	1.4	0.0	0.5	0.0	0.0
	600만~1,000만 원 미만	63.5	35.7	23.0	22.2	27.0	5.6	4.8	2.4	1.6	1.6	0.8	0.0	0.0	0.0
	1,000만 원 이상	62	69.4	30.6	43.5	32.3	22.6	8.1	3.2	4.8	1.6	1.6	1.6	0.0	0.0

주1: 1) 식이장애(거식증: 먹는 것을 거부하는 병적 증상, 폭식증: 한끼에 지나치게 많이 먹는 병적 증상), 2) 수면장애(불면증 등 잠을 못 자거나 잠을 너무 많이 자는 증상)

주2: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

국민건강영양조사에서 우울장애 유병률을 파악하기 위해 사용하는 PHQ-9 척도를 활용하여<sup>23)</sup> 살펴본 결과, 4점 이하의 우울증이 아닌 경우는 전체 응답자의 절반이 약간 넘는 52.4%로 나타났다. 그리고 20점 이상의 치료가 필요한 심한 우울을 경험하는 비율은 전체 응답자의 2.2%로 나타났다. 성별로 보면 남자보다 여자에게서 그 비율이 높게 나타났으며 30대에게서, 이혼/사별/별거 중인 성인에게서, 고졸 미만에게서, 소득 수준이 가장 낮은 집단에서 심한 우울증을 경험하고 있는 비율이 높게 나타났다.

〈표 4-5〉 성인의 우울장애 유병 현황

(단위: 명, %)

구분		응답자 (명)	우울 정도(%)*			
			우울증 아님	가벼운 우울증	중간 정도 우울증	심한 우울증
전체		1,000	52.4	25.9	19.5	2.2
성별	남자	508	55.7	25.4	17.3	1.6
	여자	492	49.0	26.4	21.8	2.8
연령 구분	20대	196	35.2	34.2	29	1.5
	30대	190	41.1	27.4	26.8	4.7
	40대	223	55.2	24.2	18.8	1.8
	50대	229	65.5	22.7	10.9	0.9
	60대	162	64.2	21.0	12.4	2.5
결혼 상태	미혼	400	37.8	29.5	30.1	2.8
	기혼/동거	557	62.8	23.9	11.6	1.6
	이혼/사별/별거	43	53.5	18.6	23.3	4.7
교육 수준	고졸 미만	18	50.0	22.2	16.7	11.1
	고졸	187	51.9	26.2	20.4	1.6
	대학교 재학/졸업 이상	795	52.6	25.9	19.4	2.1

23) PHQ-9 문항 및 점수 산출 방식 등 자세한 내용은 제3장 참조.

구분	응답자 (명)	우울 정도(%)*				
		우울증 아님	가벼운 우울증	중간 정도 우울증	심한 우울증	
가구 소득 수준	150만 원 미만	108	41.7	25.9	26.9	5.6
	150만~300만 원 미만	253	45.5	27.3	25.3	2.0
	300만~450만 원 미만	230	54.8	29.6	13.5	2.2
	450만~600만 원 미만	221	58.4	21.7	19	0.9
	600만~1,000만 원 미만	126	57.9	25.4	15.1	1.6
	1,000만 원 이상	62	58.1	22.6	16.2	3.2

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

## 제2절 성인이 인식하는 정신건강과 정신질환

### 1. 일반적 인식

성인은 정신건강을 어떻게 이해하고 있을까? 앞서 제3장에서 살펴본 청소년처럼 이 연구의 초점집단인터뷰에 참여한 20~30대 성인 남녀 역시 정신건강을 ‘심리상태’, ‘하고 있는 모든 생각들’, ‘심리적인 불안감’ 등 추상적으로 이해하고 있었으며 동시에 ‘스트레스’, ‘트라우마’, ‘우울’ 등과 같은 구체적인 정신건강 문제 유형으로 이해하고 있기도 했다.

“심리상태라는 단어가 떠오르는데요. 일단 정신건강이라는 단어 자체가 심리가 안정되어 있을 때 사용할 것 같지는 않아요. 정신건강이라는 단어 자체가 일단 마이너스의 이미지를 주는 것 같고요. 심리적으로 불안정한 상태에 있다는. 그 단어 자체가 그런 느낌인 것 같아요(A24).”

“어떤 개인의 심리적인 불안감의 정도…정신건강이 좋다 안 좋 다를 숫자로 나타낸다면 불안감을 기준으로 매길 수가 있지 않을까(A32).”

“정신건강이라고 했을 때 제일 먼저 정신과 치료나 심리 치료가 생각났고 그래서 스트레스를 받거나 마음이 우울하거나 그럴 때 자아 존중감을 높일 수 있도록 그렇게 치료를 받는 게 먼저 생각났고(B34).”

추가적으로 성인 남녀에게 정신적으로 어려움을 겪는 사람들은 어떤 사람들인지를 물어본 결과, 성인은 불면증, 스트레스 등으로 약을 처방받는 사람들이나 중독자, 스트레스가 있는 경우와 같이 정신건강 문제가 있는 사람을 정신적으로 어려움이 있는 사람으로 인식하고 있었으며, 진단이나 증상과는 상관없이 어떠한 상황에 처해 있는 사람을 정신적으로 어려움을 겪는 사람이라고 인식하기도 했다.

“스트레스는 없을 수가 없다고 생각해요. 스트레스를 해소하는 정도가 개개인이 차이가 있는 것 같아요. 그걸 어느 정도 해소해 줘야 일상생활이 가능할 것 같은데 해소 자체가 아예 안 되고 쌓이기만 하는 분들도 있거든요. 그런 분들이 정신건강이 안 좋다고 표현할 수가 있을 것 같아요(A12).”

“정도의 차이라고 볼 수 있는데 저도 불면증이 있어요. 저는 어디 가서 약을 처방받을 만큼 심하지 않거든요. 가끔 스트레스 너무 많이 받으면 잠이 안 오고 개인적으로 요새 불안함이 많기 때문에 정신건강에 안 좋은 것 같아요. 정신건강에 어려움을 느끼는 것 같아라고 느낄 수 있고 약을 처방받을 만큼 느낄 수가 있는데 정도의 차이이지 이 사람은 약을 처방받을 만큼 어려운 사람, 똑같은 정신건강에 어려움을 갖고 있지만 나누는

게 아니라 조금 어려운 사람, 중간 어려운 사람, 많이 어려운 사람 이렇게 (A32).”

“일단 매뉴얼 사전적으로 말하게 되면 이미 우리가 범주에 알고 있는 원만한 판단하에 정상적인 판단이 불가능한 행동을 하는 사람을 정신건강에 어려움이 있다고 판단할 수가 있는 거죠. 흔히 말하는 절제력. 자기가 갖고 있는 일상생활이 불가능할 정도로 절제력을 아예 잃은 상태를 정신건강에 문제가 있다고 하는 거죠(A14).”

“자기 아픔의 상처를 잘 견디고 살아갈 수 없는 사람이 정신건강에 어려움을 겪는 사람인 것 같아요(B34).”

또한 질적 면담에 참여한 20~30대 성인 중 일부는 정신적인 어려움은 주변인 모두가 겪을 수 있기 때문에 모든 사람들이 정신건강에 어려움을 겪는 사람들이라고 볼 수도 있다고 응답하기도 했다.

“누구나 다 겪지 않을까요?...스트레스를 받는다. 그런 측면에서 어려움. 나름 각자 다 힘든 일들이 있는 거고 사정들이 있는 거니까(A24).”

“저는 정신건강에 어려움을 겪는 사람들은 어떤 사람이다 규정이 안 되고 인간이면 다 그게 될 수가 있다고 생각해요(B23).”

“인간은 완전하지 않으니까 정말 완벽하고 정말 상처가 아무것도 없고 상처를 받은 적도 없고 걱정 고민이 없는 사람은 없잖아요. 그러니까 모든 사람들은 자기만의 상처가 있고 아픔 있고 고민이 있을 건데 그래서

모든 사람들은 정신건강에 어려움을 겪고는 있지만 그거를 얼마나 어려움을 겪고 있는지 어려움을 극복하는 힘의 크기에 따라 정신건강을 갖고 있다고 생각을 해요(B34).”

성인도 제3장에서 다룬 청소년과 마찬가지로 질적 면담에서 정신적으로 어려움을 경험하고 있는 사람의 특성과 상황을 보다 구체적으로 보여주는 가상의 인물을 구성하여 양적 조사에서 제시하였으며, 양적 조사에 참여한 응답자들은 이 가상의 인물이 처한 상황이 어떠한지에 대한 의견을 제시하였다.

앞서 제3장에서 다룬 가상의 청소년 ‘노흥미’ 씨와 달리 성인은 전형적인 우울 증상을 경험하는 30대 직장인 ‘나힘듦’ 씨로 가상의 인물을 설정하였다. 청소년 대상 조사와 유사하게 성인 역시 가상의 인물 ‘나힘듦’ 씨를 통해 이 인물의 상황이 어느 정도 심각한지, 이 인물의 상황이 저절로 혹은 치료를 통해 나아질 가능성이 있는지에 대한 자신의 생각을 표현하였다. 가상의 인물 ‘나힘듦’ 씨가 경험하는 일상은 다음과 같다.

〈표 4-6〉 가상의 성인 ‘나힘듦’ 씨의 일상

나힘듦 씨는 30대 직장인입니다. 나힘듦 씨는 최근 몇 주 동안 기분이 축 처져 있습니다. 아침에 무겁고 슬픈 기분으로 깨는데, 하루 종일 이러한 기분이 가시지 않습니다. 그에게는 일상적인 생활이 즐겁지가 않습니다. 그가 즐거워하던 그 어떤 것도 더 이상 즐겁지가 않고 그는 아무것도 하지 않으려고 합니다. 그는 직장에서, 일상생활에서 아주 사소한 일을 끝내는 것이 어렵게 느껴집니다. 어떤 일을 해도 집중할 수가 없습니다. 기운도 없고 피곤해하며 평상시에 잘하던 것들도 할 수 없습니다. 나힘듦 씨는 스스로 자신을 하찮고 가치 없는 사람이라고 생각하며, 매우 의기소침해하고 때로는 죄책감을 가지기도 합니다. 그리고 종종 과음을 하며, 집에서 혼자 소리를 지르기도 합니다. 가족들은 나힘듦 씨가 식욕도 없고 살도 빠졌음을 알아채게 되었습니다. 그런데 그는 가족들로부터 멀어지더니 아무와도 이야기하고 싶어 하지 않습니다.

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사에 포함된 가상의 직장인 ‘나힘듦’ 씨의 사례임.

이러한 ‘나힘듦’ 씨가 처해 있는 상황이 어느 정도 심각한지를 물어본 결과, 응답자의 대다수인 95.0%가 ‘나힘듦’ 씨가 심각한 혹은 매우 심각한 상황에 처해 있다고 인식하는 것으로 나타났다. 특성별로 살펴보면 성별, 연령별, 소득 수준별로 큰 차이를 보이지는 않으나, 이혼/사별/별거 중인 응답자에게서 ‘나힘듦’ 씨의 상황이 ‘심각’ 혹은 ‘매우 심각’하다고 생각하는 비율이 낮게 나타났다. 교육수준을 보면 ‘고졸 미만’인 응답자들은 모두 ‘나힘듦’ 씨의 상황이 ‘심각’ 혹은 ‘매우 심각’하다고 생각하는 것으로 나타났다.

〈표 4-7〉 ‘나힘듦’ 씨 상황의 심각성에 대한 인식

(단위: %)

		대상자 (명)	심각한 정도(%)			
			전혀 심각하지 않음	심각하지 않음	심각함	매우 심각함
전체		1000	0.5	4.5	52.0	43.0
성별	남자	508	0.6	5.7	54.1	39.6
	여자	492	0.4	3.3	49.8	46.5
연령별	20대	196	0.5	3.6	49.0	46.9
	30대	190	1.6	3.7	50.5	44.2
	40대	223	0.0	5.8	54.7	39.5
	50대	229	0.0	5.7	53.7	40.6
	60대	162	0.6	3.1	51.2	45.1
결혼상태	미혼	400	0.3	4.0	52.3	43.5
	기혼/동거	557	0.4	4.7	52.4	42.5
	이혼/사별/별거	43	4.7	7.0	44.2	44.2
교육수준	고졸 미만	18	0.0	0.0	33.3	66.7
	고졸	187	0.5	5.3	48.1	46.0
	대학교 재학/졸업 이상	795	0.5	4.4	53.3	41.8
가구 소득 수준	150만 원 미만	108	0.0	6.5	54.6	38.9
	150만~300만 원 미만	253	0.8	3.6	51.0	44.7
	300만~450만 원 미만	230	0.4	3.9	57.4	38.3
	450만~600만 원 미만	221	0.9	4.5	49.8	44.8
	600만~1,000만 원 미만	126	0.0	4.8	49.2	46.0
	1,000만 원 이상	62	0.0	6.5	45.2	48.4

주 : 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.



이러한 가상의 인물 ‘나힘들’ 씨가 처해 있는 상황이 저절로 혹은 치료를 통해 나아질 가능성에 대해 물어본 결과, 조사에 참여한 응답자들은 나힘들 씨가 처해 있는 상황이 저절로 나아질 가능성이 낮고(‘낮음’ 또는 ‘매우 낮음’이라고 응답한 비율=91.5%), 치료를 통해 나아질 가능성이 높다고 생각하고 있었다(‘높음’ 또는 ‘매우 높음’이라고 응답한 비율=86.9%). 이 같은 인식은 제3장에서 살펴본 청소년과 유사하다.

성인의 인구사회경제학적 특성별로 보면 60대에게서, 이혼/사별/별거 중인 응답자에게서, 고졸 미만인 응답자에게서 ‘나힘들’ 씨가 경험하는 상황이 저절로 나아질 가능성이 없다고 인식하는 비율이 다른 집단에 비해 높게 나타났다. 또한 여자에게서, 50대에게서 ‘나힘들’ 씨가 경험하는 상황이 치료를 통해 나아질 가능성이 있다고 인식하는 비율이 높게 나타났다. 반대로 이혼/사별/별거 중인 응답자와 고졸 미만의 응답자의 경우 치료를 통해 ‘나힘들’ 씨의 상황이 나아질 것이라는 응답이 다른 집단에 비해 낮게 나타났다.

이처럼 성인들은 전형적인 우울 증상을 경험하는 가상의 인물 ‘나힘들’ 씨가 심각한 상황에 처해 있음을 인지하고 있음을 보여 준다. 또한 이러한 상황이 저절로 나아질 수는 없고 치료를 통해 나아질 가능성이 높다는 점을 인식하고 있음을 보여 준다. 하지만 이와 동시에 일부 성인들은 가상의 인물이 처해 있는 상황이 치료를 통해 나아질 수는 있지만 치료만으로 나아질 수 있을 것이라고 생각하지 않는다는 것을 보여 주고 있기도 하다.

〈표 4-8〉 '나침통' 세의 상황이 저절로 혹은 치료를 통해 나아질 가능성에 대한 인식

구분	대상자 (명)	저절로 나아질 가능성(%)						치료를 통해 나아질 가능성							
		매우 낮음			높음			매우 낮음			높음				
		낮음	높음	매우 높음	낮음	높음	매우 높음	낮음	높음	매우 높음	낮음	높음	매우 높음		
성별	전체	28.6	62.9	7.8	0.7	11.5	74.6	12.3	29.1	63.0	7.5	0.4	14.2	72.6	11.2
	남자	28.0	62.8	8.1	1.0	1.2	76.6	13.4	27.6	64.3	8.2	0.0	1.5	14.3	14.8
연령별	20대	30.5	62.1	6.8	0.5	2.6	11.1	78.9	7.4	29.6	60.5	8.1	1.8	13.0	77.6
	30대	24.9	64.6	10.0	0.4	0.4	8.3	78.6	12.7	31.5	63.0	4.9	0.6	1.9	11.1
	40대	28.5	62.3	8.5	0.8	2.0	12.3	74.8	11.0	28.4	63.4	7.7	0.5	1.1	10.8
	50대	32.6	62.8	2.3	2.3	4.7	14.0	69.8	11.6	33.3	61.1	0.0	5.6	0.0	38.9
	60대	28.3	61.0	9.6	1.1	2.7	9.1	68.4	19.8	28.6	63.4	7.5	0.5	1.4	11.4
	미혼/동거	25.9	59.3	13.0	1.9	1.9	12.0	69.4	16.7	26.5	67.6	5.1	0.8	2.0	11.9
결혼상태	이혼/사별/별거	32.2	60.0	7.4	0.4	0.4	13.0	72.2	14.3	26.7	61.5	10.9	0.9	1.8	11.3
	고졸 미만	29.4	65.9	4.8	0.0	1.6	7.1	83.3	7.9	33.9	59.7	6.5	0.0	3.2	12.9
교육수준	고졸	28.3	61.0	9.6	1.1	2.7	9.1	68.4	19.8	28.6	63.4	7.5	0.5	1.4	11.4
	대학교 재학/졸업 이상	25.9	59.3	13.0	1.9	1.9	12.0	69.4	16.7	150만 원 미만	150만~300만 원 미만	300만~450만 원 미만	450만~600만 원 미만	600만~1,000만 원 미만	1,000만 원 이상
가구 소득 수준	150만 원 미만	26.5	67.6	5.1	0.8	2.0	11.9	71.5	14.6	300만~450만 원 미만	300만~450만 원 미만	450만~600만 원 미만	600만~1,000만 원 미만	1,000만 원 이상	
	150만~300만 원 미만	32.2	60.0	7.4	0.4	0.4	13.0	72.2	14.3	450만~600만 원 미만	450만~600만 원 미만	600만~1,000만 원 미만	1,000만 원 이상		
	300만~450만 원 미만	26.7	61.5	10.9	0.9	1.8	11.3	79.6	7.2	600만~1,000만 원 미만	600만~1,000만 원 미만	1,000만 원 미만	1,000만 원 이상		
	450만~600만 원 미만	29.4	65.9	4.8	0.0	1.6	7.1	83.3	7.9	1,000만 원 이상	1,000만 원 이상	1,000만 원 이상	1,000만 원 이상		
	600만~1,000만 원 미만	33.9	59.7	6.5	0.0	3.2	12.9	69.4	14.5						
	1,000만 원 이상														

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

(단위: 명, %)

보다 구체적으로 성인이 정신건강에 대해 가지는 인식을 살펴본 결과, 앞 장에서 살펴본 청소년과 유사하게 성인의 대다수인 92.6%가 모든 사람이 정신건강 문제로 고통받을 수 있다고 생각하며, 성인의 87.9%가 정신질환은 치료가 가능한 것이라고 생각하는 것으로 나타났다. 그리고 정신건강 문제와 정신질환이 같은 것이라고 생각하는 비율은 전체의 35.2%, 절반이 넘는 64.8%는 정신건강 문제는 정신질환과 같은 것이 아니라고 생각하는 것으로 나타났다. 또한 이 연구는 성인에게 ‘자신이 정신건강 문제의 조기 경고 신호를 인식할 수 있는지’를 물어본 결과 절반이 넘는 57.1%가 ‘그렇다’고 응답하였다.

아래의 표에 제시된 성인의 인구사회경제학적 특성별 인식 차이를 보면, 남녀 간 인식 차이는 크게 나타나지 않으나 성인 남자의 경우 성인 여자에 비해 ‘정신건강 문제와 정신질환이 같은 것’이라고 인식하는 비율이 높게 나타났으며, 성인 여자는 성인 남자에 비해 ‘정신건강 문제의 조기 경고 신호를 인식할 수 있다’고 응답한 비율이 높게 나타났다. 또한 고졸 미만의 성인의 경우 ‘모든 사람이 정신건강 문제로 고통받을 수 있다’고 인식하는 비율, ‘정신질환이 치료가 가능하다’고 인식하는 비율, ‘정신건강 문제의 조기 경고 신호를 인식할 수 있다’고 응답한 비율이 다른 집단에 비해 낮게 나타났다. 또한 이들 집단은 ‘정신건강 문제와 정신질환이 같은 것’이라고 인식하는 비율도 다른 집단에 비해 높게 나타났다. 이와 같은 특성은 소득 수준이 가장 낮은 집단, 이혼/사별/별거 중인 집단에서도 유사하게 나타난다. 즉, 설문조사 결과를 볼 때, 대다수의 성인은 정신건강 문제를 ‘누구나’ 경험할 수 있고, 정신질환도 치료가 가능한 것이라고 생각하며, 정신건강 문제가 정신질환은 아니라는 사실을 알고 있는 것으로 보인다. 하지만 소득 수준이 낮거나 교육수준이 낮은 집단이 다른 집단에 비해 이러한 인식이 약한 것으로 나타났다. 또한 앞서 제3장에서 살펴본 청소년과 유사하게 성인 역시 정신건강 문제의 조기 경고 신호를

인식하는 것에 대해서는 자신감이 그렇게 높지 않은 것으로 나타났다. 성별, 연령별, 결혼 상태나 교육수준별로 큰 차이를 보이지는 않으나 일반적으로 소득 수준이 높고 교육수준이 높은 집단에게서 정신건강 문제의 조기 경고를 인식할 수 있다는 응답이 높게 나타났다. 이를 볼 때 정신건강에 대한 인식 제고 노력은 사회경제적 취약 계층에 초점을 두고 진행하는 것이 필요해 보인다.

〈표 4-9〉 정신건강 및 정신질환에 대한 의견(복수 응답) - 성인

(단위: %)

구분		모든 사람이 정신건강 문제로 고통받을 수 있다	정신질환은 치료가 가능하다	정신건강 문제와 정신질환은 같은 것이다	나는 정신건강문제의 조기 경고 신호를 인식할 수 있다
전체		92.6	87.9	35.2	57.1
성별	남자	92.1	89.2	39.2	54.7
	여자	93.1	86.6	31.1	59.6
연령별	20대	93.4	90.3	40.3	58.7
	30대	92.1	83.2	34.2	54.7
	40대	94.6	85.7	33.6	49.8
	50대	94.3	89.5	31.0	61.6
	60대	87.0	91.4	38.3	61.7
결혼 상태	미혼	94.0	86.3	36.0	58.5
	기혼/동거	92.6	89.4	34.3	62.8
	이혼/사별/별거	79.1	83.7	39.5	65.1
교육 수준	고졸 미만	72.2	72.2	44.4	50.0
	고졸	89.3	85.6	39.6	56.7
	대학교 재학/졸업 이상	93.8	88.8	34.0	57.4
가구 소득 수준	150만 원 미만	92.6	83.3	39.8	45.4
	150만~300만 원 미만	89.7	84.6	36.4	60.5
	300만~450만 원 미만	90.9	89.6	31.7	53.5
	450만~600만 원 미만	94.6	87.3	36.7	57.0
	600만~1,000만 원 미만	97.6	92.1	31.0	60.3
	1,000만원 이상	93.5	96.8	38.7	71.0

주 1: 각 문항에 '그렇다'라고 응답한 성인의 비율을 제시하였음.

주 2: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

## 2. 성인이 중요하게 생각하는 정신건강 문제 유형

이 연구에서는 위에서 살펴본 정신건강 및 정신질환에 대한 일반적 인식을 바탕으로 성인이 생각하는 한국인이 가장 많이 경험하는 정신건강 문제 유형, 가장 중요하게 다루어야 하는 정신건강 문제 유형, 그리고 가장 시급하게 다루어야 하는 정신건강 문제 유형을 살펴보았다.

위에서 살펴본 정신건강 문제 중 성인이 생각하기에 우리나라에서 가장 많은 사람들이 경험하고 있다고 여겨지는 정신건강 문제 유형이 무엇 인지를 3순위까지 물어본 결과, 1순위로 ‘스트레스’(64.0%), ‘우울과 조울’(19.7%)을 많이 꼽았다. 순위에 상관없이 1순위에서 3순위 중 하나라도 응답된 정신건강 문제 유형을 살펴보면, 조사에 참여한 응답자들은 한국인이 가장 많이 경험하는 정신건강 문제 유형이 ‘스트레스’(84.0%), ‘우울과 조울’(70.6%), ‘불안’(34.8%), ‘수면장애’(30.0%)를 많이 경험하고 있을 것이라고 응답했다.

〈표 4-10〉 성인이 인식하는 한국인이 가장 많이 경험하는 정신건강 문제 유형

(단위: %)

정신건강 문제 유형	1순위	1+2+3 순위
스트레스	64.0	84.0
우울과 조울	19.7	70.6
불안	3.7	34.8
조현병	3.1	14.8
수면장애(불면증 등)	2.7	30.0
마약 등 약물사용장애	2.0	8.9
고위험 음주/알코올 중독	1.5	20.8
인터넷/게임 사용장애	1.5	16.4
자살	1.2	7.7
식이장애(거식증, 폭식증)	0.3	2.6
트라우마	0.2	8.2

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

그리고 앞서 제3장에서 살펴본 청소년의 인식과 유사하게 성인도 가장 중요하게 다루어야 하는 정신건강 문제와 가장 시급하게 다루어야 하는 정신건강 문제로 '우울과 조울', '스트레스', '조현병', '자살'을 언급했다. 구체적으로 보면 성인들은 우울과 조울을 가장 중요하고도 시급하게 다루어야 하는 문제로 인식하고 있었다. 스트레스는 두 번째로 중요하고 시급한 문제로 나타났다. 자살률 감소에 대한 국가의 정책이 강화되고 있는 상황에서 성인들은 자살 문제 역시 중요하고도 시급하게 다루어야 하는 정신건강 문제로 인식하고 있다. 이 연구에서는 특이하게 조현병을 중요하고도 시급하게 다루어야 하는 정신건강 문제로 청소년뿐 아니라 성인들이 인식하고 있다는 것을 알 수 있다. 조현병은 가장 중요하게 다뤄져야 하는 정신건강 문제 3위(전체 응답자의 37.2%), 가장 시급하게 다뤄져야 하는 정신건강 문제 3위(전체 응답자의 41.2%)로 나타났다. 앞서 언급한 것처럼 올해 언론 등을 통해 지속적으로 부각된 조현병 환자에 의한 범죄 사건으로 인해 국민의 조현병에 대한 인지도가 높아진 것으로 보인다.

〈표 4-11〉 성인이 인식하는 가장 중요하게, 가장 시급하게 다루어야 할 정신건강 문제 유형

(단위: %)

정신건강 문제 유형	가장 중요하게 다루어야 할 문제 유형	가장 시급하게 다루어야 할 문제 유형
우울과 조울	64.6	58.9
스트레스	59.4	51.1
조현병	37.2	41.2
자살	27.6	35.1
고위험 음주/알코올 중독	24.1	25.2
불안	23.1	20.7
마약 등 약물사용장애	21.0	24.1
인터넷/게임 사용장애	14.1	15.8
수면장애(불면증 등)	12.6	9.2
트라우마	8.4	6.9
자해	5.4	8.7
식이장애(거식증, 폭식증)	2.4	3.0

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

### 3. 정신질환자에 대한 인식

앞서 제3장에서 살펴본 청소년과 유사하게 성인 역시 정신질환자와 전반적인 정신건강에 대한 인식에 차이를 보인다. 성인들은 우리 사회에는 정신질환자에 대한 낙인과 차별이 존재하고 정신질환자들의 행동은 예측하기 어려우며 정신질환자들은 위험한 행동을 한다고 생각하고 있었다. 성인들은 정신질환자와 대화하는 것에 불편함을 가지고 있으며, 정신질환자들은 사회에 기여하기 어렵고, 전일제 직업을 가지기도 어렵다고 생각하고 있다. 또한 정신질환자 이용시설이 동네에 들어오는 것을 받아들일 수 있다는 응답도 절반 정도에 그쳤다.

이러한 인식은 인구사회경제학적 특성별로 차이를 보이는데, 전반적으로 연령대가 높을수록, 기혼/동거 상태에 있을수록 정신질환자에 대한 부정적인 인식이 높게 나타났다.

〈표 4-12〉 정신질환자에 대한 성인의 인식(복수 응답)

(단위: %)

구분		정신질환이 있는 사람들은 사회에 기여하기 어렵다	우리 사회에는 여전히 정신질환이 있는 사람들에게 낙인과 차별이 존재한다	정신질환이 있는 사람은 행동을 예측할 수 없거나 위험한 행동을 한다
전체		37.1	92.2	80.3
성별	남자	37.6	91.3	78.9
	여자	36.6	93.1	81.7
연령별	20대	28.1	89.3	74.0
	30대	35.8	92.6	75.8
	40대	38.1	90.6	81.6
	50대	38.9	96.9	88.6
	60대	45.7	90.7	79.6
결혼 상태	미혼	31.3	90.8	76.3
	기혼/동거	41.5	93.9	83.5
	이혼/사별/별거	34.9	83.7	76.7
교육 수준	고졸 미만	44.4	88.9	55.6
	고졸	48.7	90.4	81.3
	대학교 재학/졸업 이상	34.2	92.7	80.6
가구 소득 수준	150만 원 미만	40.7	88.0	75.0
	150만~300만 원 미만	35.2	91.3	77.1
	300만~450만 원 미만	38.3	93.9	83.0
	450만~600만 원 미만	38.0	91.9	83.3
	600만~1,000만 원 미만	38.9	95.2	84.9
	1,000만 원 이상	27.4	91.9	72.6

주 1: 각 문항에 '그렇다'라고 응답한 성인의 비율을 제시하였음.

주 2: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.



〈표 4-12〉 정신질환자에 대한 성인의 인식(복수 응답)-계속

(단위: %)

구분		정신질환에 걸린 사람과 대화하면 나는 불편함을 느낄 것이다	정신건강 문제가 있는 사람들은 전일제 직업을 유지하는 데 어려움이 있다	정신질환자 이용 시설이 우리 동네에 들어와도 받아들일 수 있다
전체		67.7	65.0	52.3
성별	남자	66.9	67.3	57.1
	여자	68.5	62.6	47.4
연령별	20대	54.6	64.8	55.6
	30대	63.2	60.5	45.8
	40대	71.3	64.1	44.8
	50대	77.7	64.6	54.6
	60대	69.8	72.2	63.0
결혼 상태	미혼	59.3	61.5	53.3
	기혼/동거	73.4	67.5	51.0
	이혼/사별/별거	72.1	65.1	60.5
교육 수준	고졸 미만	66.7	77.8	44.4
	고졸	71.1	62.6	50.8
	대학교 재학/졸업 이상	66.9	65.3	52.8
가구 소득 수준	150만 원 미만	63.0	68.5	51.9
	150만~300만 원 미만	64.8	62.8	58.1
	300만~450만 원 미만	71.7	71.3	51.7
	450만~600만 원 미만	68.8	59.7	48.4
	600만~1,000만 원 미만	68.3	65.9	47.6
	1,000만 원 이상	67.7	61.3	54.8

주 1: 각 문항에 '그렇다'라고 응답한 성인의 비율을 제시하였음.

주 2: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

보다 구체적으로 성인은 현재 사회가 가지는 정신질환자에 대한 '편견이 강하다'와 '편견이 매우 강하다'고 생각하는 것으로 나타났다(전체 대상자 중 85.9%). 성별, 연령별, 결혼 상태별로 큰 차이를 보이지는 않으나, 교육수준별로 보면 고졸 미만이 94.4%로 가장 높게 나타났다.

〈표 4-13〉 성인이 바라보는 사회의 정신질환자에 대한 편견 정도

(단위: 명, %)

		응답자 (명)	편견 정도(%)			
			편견이 매우 약하다	편견이 약하다	편견이 강하다	편견이 매우 강하다
전체		1,000	1.2	12.9	62.5	23.4
성별	남자	508	1.6	13.8	63.0	21.7
	여자	492	0.8	12.0	62.0	25.2
연령 별	20대	196	2.0	18.4	57.7	21.9
	30대	190	1.6	13.2	63.7	21.6
	40대	223	0.4	12.1	61.9	25.6
	50대	229	0.9	9.2	65.9	24.0
	60대	162	1.2	12.3	63.0	23.5
결혼 상태	미혼	400	1.5	14.8	59.3	24.5
	기혼/동거	557	0.9	11.5	65.0	22.6
	이혼/사별/별거	43	2.3	14.0	60.5	23.3
교육 수준	고졸 미만	18	0.0	5.6	61.1	33.3
	고졸	187	3.2	13.4	56.1	27.3
	대학교 재학/졸업 이상	795	0.8	13.0	64.0	22.3
가구 소득 수준	150만 원 미만	108	0.9	15.7	58.3	25.0
	150만~300만 원 미만	253	1.6	17.4	59.7	21.3
	300만~450만 원 미만	230	0.0	8.7	72.2	19.1
	450만~600만 원 미만	221	2.3	12.2	59.3	26.2
	600만~1,000만 원 미만	126	0.8	11.1	61.9	26.2
	1,000만 원 이상	62	1.6	11.3	58.1	29.0

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

추가적으로 성인에게 왜 사회가 정신질환자에 대해 이같이 ‘강한’ 혹은 ‘매우 강한’ 편견을 갖게 되었을지를 물어본 결과는 다음과 같다. 결과를 보면, 편견을 가진 원인으로 ‘조금 관련 있다’ 혹은 ‘매우 관련 있다’고 답한 원인은 1순위 ‘정신질환들에 의해 일어나는 범죄행위 등 정신질환자에 대한 부정적인 인식을 보여 주는 뉴스 기사, 대중 영화, 드라마 등 매스미디어’(94.3%), 2순위 ‘일반인 대상 정신건강 프로그램이나 정보 및

교육 부족'(89.6%), 3순위 '정신질환의 치료 방법에 대한 오해와 두려움 (약물복용과 부작용, 비자발적(강제) 입원으로 인한 심리적 충격, 강박과 격리, 폐쇄병동 등)'(88.8%), 4순위 '미친, 또라이, 사이코 등'과 같은 일상적인 용어'(82.1%)로 나타났다. 즉 정신질환자에 대한 부정적인 인식을 심어 주는 매스미디어와 더불어 정신질환 및 정신건강 그 자체와 더불어 치료에 대한 정확한 정보 부족이 정신질환자에 대한 편견을 강화시키는 요소라는 것이다. 또한 정신건강, 질환에 대한 용어들이 일상적으로 사용되고 있는 것 역시 정신질환자에 대한 편견을 강화시키는 요인이라고 성인들은 인식하고 있었다.

〈표 4-14〉 정신질환자에 대한 편견 원인 관련 정도(성인)

(단위: %)

구분	관련 정도(%)			
	전혀 관련 없다	거의 관련 없다	조금 관련 있다	매우 관련 있다
1. 정신질환자들에 의해 일어나는 범죄행위 등 정신질환자에 대한 부정적 인식을 보여 주는 뉴스 기사, 대중 영화, 드라마 등 매스미디어	1.2	4.5	44.9	49.4
2. '미친, 또라이, 사이코 등'과 같은 일상적인 용어	2.8	15.1	55.6	26.5
3. 정신질환의 치료 방법에 대한 오해와 두려움 (약물복용과 부작용, 비자발적(강제) 입원으로 인한 심리적 충격, 강박과 격리, 폐쇄병동 등)	1.7	9.4	52.5	36.3
4. 일반인 대상 정신건강 프로그램이나 정보 및 교육 부족	2.1	8.3	57.4	32.2
5. 정신질환자들과 관련된 개인적인 경험	8.1	38.2	44.0	9.7
6. 정신질환 치료 이력으로 인한 보험 가입 거절 및 회사의 채용 거부 등과 같은 가짜 뉴스	4.1	21.8	53.6	20.6

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

이 연구에서 실시한 20~30대 성인 대상 초점집단인터뷰에서 정신질환자에 대한 편견을 강화시키는 요인으로 대중매체가 상당히 강조되었다.

곤지암이라는 지명을 들었을 때 정신병원이 먼저 떠오르고, 우울증이라는 단어는 언덕 위의 하얀집이라는 정신병원이 생각나며, 조현병은 범죄자라는 이미지가 즉각적으로 떠오른다는 질적 면담 참여자들은 그러한 정보들을 강조해서 보여 주는 대중매체가 정신질환자에 대한 편견을 강화시킨다고 언급했다.

“물론 정신병원에 대한 인식이 안 좋긴 하죠. 미디어에서 보면 단도직입적으로 곤지암 하면 딱 봐도 정신병원인데 살인마도 있을 것 같고 연쇄살인 다 이런 이미지만 떠오르잖아요(A11).”

“예전에 피시방 살인 사건도 개는 조현병도 아니고 우울증이었는데 우울증이 있다는 거 자체가 우울증이 있으니까 이런 거를 벌였다는 그냥 그 사람 개인의 잘못인데 우울증 환자는 이런 문제를 일으킨다거나 아니면 조현병이 있는 사람은 저런 거를 일으킨다거나 그런 식으로 발표를 하니까 언론들에서 이게 나아질 수가 없는 거죠(A31).”

“저 사람은 정말 조현증과 우울증이 심한 사람이라서 저런 행동을 했다고 딱 언론에서 알리고 있으면 재도 우울증이 좀 있다는데 재도 그런 거 아니야 하는데 깊이가 다른데 같게 봐 버릴 수 있잖아요. 제3자 입장에서 보면 단순하고 자기 일이 아니니까 쉽게 보잖아요. 그래서 그렇게 깊이를 논하기가 되게 애는 우울증이 깊어서 안 좋은 사람, 애는 좀 얕으니까 괜찮다 이런 게 아니라 깊이가 다른데 거의 같은 수준의 사람으로 보니까 같이 안 좋은 말이지만 싸잡아 보는 그런 느낌이에요. 아직도 있는 거죠(A33).”

“편견이 많잖아요 정신과. 정신과에서 약을 지어 먹어, 정신과 하면 폐쇄병동 생각하고 심각한 거를 생각하는데 요즘은 나아지기는 했지만 편견이나 주변의 시선(B13).”

“일단 뭔가 정신병 하면 다들 폐쇄병동 TV에서 나오는 범죄자들 이런 것만 보니까 이미 사람들 인식 속에는 안 좋은 게 박혀 있는데 그 속에서 상담에 대해 부정적인 거까지 더해지니까 더 커지는 것 같아요(B21).”

## 제3절 성인의 정신건강서비스 이용 경험

### 1. 성인의 정신건강서비스 이용에 대한 일반적 인식

이 연구는 성인의 정신건강서비스 이용에 대한 인식을 살펴보기에 앞서 우리나라 국민 중 평생 동안 정신질환을 경험하는 비율이 어느 정도인지, 정신질환자 중 치료를 위해 병원을 찾는 사람들은 얼마나 될 것이라고 생각하는지를 조사 참여자에게 물어보았다. 우선 우리나라 국민의 어느 정도가 정신질환을 경험하고 있는지 그 비율을 살펴본 결과, 성인의 절반 정도가 국민의 11~20%(성인의 20.8%), 21~30%(성인의 19.3%)가 정신질환을 경험하고 있을 것이라고 예상하는 것으로 나타났다. 청소년과 마찬가지로 성인 역시 2016년 정신질환실태 역학조사(보건복지부, 2016)에서 파악한 실제 정신질환 평생경험률 26.6%과 유사한 수준으로 정신질환 유병률을 인식하고 있는 것으로 나타났다.

추가적으로 정신질환자 중 치료를 위해 병원을 찾는 사람들이 얼마나 될 것이라고 생각하는지를 조사 참여자에게 물어본 결과, 절반 정도인 48.3%가 정신질환자 중 0~10% 정도가 치료를 위해 병원을 찾을 것이라

고 생각한다고 응답했다. 그다음으로는 11~20%가 28.2%로 높게 나타나, 정신질환자 중 20% 미만이 실제로 치료를 받기 위해 병원을 찾을 것이라고 예상하고 있다. 즉, 평생 동안 정신질환을 경험할 것이라고 생각하는 비율이 11~30% 정도인 데 반해, 이 중 치료를 받기 위해 병원을 찾는 사람은 많지 않을 것이라고 생각하고 있었다.

〈표 4-15〉 성인이 예상하는 우리나라 국민의 정신질환 경험자 비율

구분	사례 수	(단위: 명, %)									
		0~10%	11~20%	21~30%	31~40%	41~50%	51~60%	61~70%	71~80%	81~90%	91~100%
전체	1000	9.1	20.8	19.3	17.2	9.6	7.7	6.6	5.6	2.5	1.6
성별											
남자	508	11.8	23.0	18.9	16.3	8.3	7.5	5.5	4.1	2.4	2.2
여자	492	6.3	18.5	19.7	18.1	11.0	7.9	7.7	7.1	2.6	1.0
연령											
20대	196	3.1	11.2	12.8	21.4	11.7	12.2	9.2	9.7	5.1	3.6
30대	190	4.2	12.6	22.1	20.0	13.2	10.0	6.8	6.8	3.2	1.1
40대	223	6.7	27.4	22.4	12.6	10.3	5.8	5.8	5.8	1.8	1.3
50대	229	16.2	26.6	20.5	15.7	5.7	5.2	6.1	1.7	1.3	0.9
60대	162	15.4	24.7	17.9	17.3	7.4	5.6	4.9	4.3	1.2	1.2
결혼											
미혼	400	5.0	15.5	16.5	16.0	13.5	11.0	9.0	6.8	4.3	2.5
기혼/동거	557	11.3	25.0	21.9	18.1	6.6	5.0	4.8	4.8	1.4	0.9
교육											
이혼/사별/별거	43	18.6	16.3	11.6	16.3	11.6	11.6	7.0	4.7	0.0	2.3
고졸 미만	18	5.6	22.2	22.2	16.7	5.6	5.6	5.6	11.1	5.6	0.0
고졸	187	13.9	21.4	19.8	14.4	9.1	7.0	7.5	3.2	2.1	1.6
대학교 재학/졸업 이상	795	8.1	20.6	19.1	17.9	9.8	7.9	6.4	6.0	2.5	1.6
가구											
150만 원 미만	108	11.1	12.0	16.7	16.7	10.2	13.0	8.3	3.7	3.7	4.6
150만~300만 원 미만	253	6.3	20.2	19.8	16.2	7.5	7.5	8.7	8.3	3.2	2.4
300만~450만 원 미만	230	11.7	23.0	20.0	16.5	9.1	8.3	5.2	3.5	1.7	0.9
450만~600만 원 미만	221	8.1	26.2	15.8	19.0	10.4	8.1	5.0	5.0	1.4	0.9
600만~1,000만 원 미만	126	13.5	15.9	22.2	18.3	9.5	4.8	7.9	5.6	1.6	0.8
1,000만 원 이상	62	1.6	21.0	25.8	16.1	16.1	1.6	3.2	8.1	6.5	0.0

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

〈표 4-16〉 성인이 예상하는 정신질환자 중 치료를 위해 병원을 찾는 사람의 비율

구분		0~10%	11~20%	21~30%	31~40%	41~50%	51~60%	61~70%	71~80%	81~90%	91~100%	
성별	전체	1000	48.3	28.2	11.7	6.8	2.8	1.3	0.3	0.4	0.1	0.1
	남자	508	50.6	27.0	11.2	6.7	2.4	1.2	0.2	0.6	0.0	0.2
연령 구분	여자	492	45.9	29.5	12.2	6.9	3.3	1.4	0.4	0.2	0.2	0.0
	20대	196	34.2	34.2	18.4	7.1	3.1	1.0	0.0	1.5	0.0	0.5
	30대	190	51.6	27.9	9.5	5.8	3.2	1.6	0.0	0.5	0.0	0.0
	40대	223	54.7	23.8	11.7	4.5	3.6	1.3	0.4	0.0	0.0	0.0
	50대	229	52.8	27.5	8.7	8.3	1.7	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0
	60대	162	46.3	28.4	10.5	8.6	2.5	1.9	1.2	0.0	0.6	0.0
결혼 상태	미혼	400	45.3	29.0	13.5	6.3	3.8	1.0	0.5	0.5	0.0	0.3
	기혼/동거	557	50.1	28.4	10.8	6.8	2.0	1.3	0.2	0.4	0.2	0.0
교육 수준	이혼/사별/별거	43	53.5	18.6	7.0	11.6	4.7	4.7	0.0	0.0	0.0	0.0
	고졸 미만	18	44.4	22.2	11.1	5.6	5.6	0.0	5.6	0.0	5.6	0.0
	고졸	187	52.9	20.9	10.2	9.6	2.7	2.7	0.5	0.5	0.0	0.0
대학교 재학/졸업 이상	795	47.3	30.1	12.1	6.2	2.8	2.8	1.0	0.1	0.4	0.0	0.1
	150만 원 미만	108	47.2	26.9	13.0	3.7	4.6	1.9	0.9	1.9	0.0	0.0
	150만~300만 원 미만	253	48.6	28.1	10.3	7.5	2.8	1.6	0.4	0.0	0.4	0.4
	300만~450만 원 미만	230	50.0	28.7	11.3	6.5	2.6	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0
	450만~600만 원 미만	221	51.1	25.3	12.2	5.9	4.1	0.5	0.5	0.5	0.0	0.0
	600만~1,000만 원 미만	126	48.4	28.6	11.9	7.9	0.8	2.4	0.0	0.0	0.0	0.0
1,000만 원 이상	62	32.3	38.7	14.5	11.3	0.0	1.6	0.0	1.6	0.0	0.0	

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

(단위: 명, %)



그럼 성인은 일반적으로 정신건강서비스를 어떻게 인식하고 있을까? ‘정신건강서비스’라는 단어를 들었을 때 무엇이 가장 먼저 떠오르는지를 물어본 결과 조사 참여자들은 ‘스트레스 등 정신건강 문제 관리’가 떠오른다고 응답한 비율이 78.3%로 가장 많았으며 ‘정신질환 치료’라고 응답한 비율이 52.5%, ‘상담 및 관련 정보 제공’이라고 응답한 비율이 51.8%로 다음으로 많았다. 즉, 대다수는 정신건강 문제를 관리해 주는 서비스를 정신건강서비스라고 생각하고 있으며 절반 정도는 치료 및 상담과 관련 정보 제공을 정신건강서비스로 인식하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 4-17〉 성인이 인식하는 정신건강서비스

(단위: %)

구분	응답률
스트레스 등 정신건강 문제 관리	78.3
정신질환 치료	52.5
상담 및 관련 정보 제공	51.8
긍정적 마인드 형성 지원	13.8
잘 모르겠음	1.8

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

추가적으로 정신건강서비스가 모든 국민에게 필요한 서비스라고 생각하는지를 물어본 결과 ‘그렇다’, 혹은 ‘매우 그렇다’라고 응답한 비율이 전체 중 87.1%로 나타나, 조사에 참여한 성인 대다수는 정신건강서비스가 필요한 것이라고 생각하는 것으로 나타났다. 연령별로 보면 40대가 93.7%로 가장 높게 나타났고 가구 소득 수준별로는 1000만 원 이상이 95.2%로 높고, 450만~600만 원 미만이 89.6%로 그 뒤를 이었다.

〈표 4-18〉 성인이 인식하는 정신건강서비스 필요도

(단위: 명, %)

구분		응답자 (명)	필요 정도 (%)			
			전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다
전체		1000	0.7	12.2	59.5	27.6
성별	남자	508	1.0	12.6	60.6	25.8
	여자	492	0.4	11.8	58.3	29.5
연령 구분	20대	196	1.0	9.2	56.1	33.7
	30대	190	0.0	18.4	52.6	28.9
	40대	223	0.4	5.8	64.6	29.1
	50대	229	0.4	14.8	60.7	24.0
	60대	162	1.9	13.6	63.0	21.6
결혼 상태	미혼	400	0.8	13.0	57.3	29.0
	기혼/동거	557	0.5	11.7	61.4	26.4
	이혼/사별/별거	43	2.3	11.6	55.8	30.2
교육 수준	고졸 미만	18	0.0	27.8	66.7	5.6
	고졸	187	1.6	15.0	56.7	26.7
	대학교 재학/졸업 이상	795	0.5	11.2	60.0	28.3
가구 소득 수준	150만 원 미만	108	0.9	14.8	60.2	24.1
	150만~300만 원 미만	253	1.2	15.0	57.3	26.5
	300만~450만 원 미만	230	0.0	13.0	65.7	21.3
	450만~600만 원 미만	221	0.5	10.0	56.1	33.5
	600만~1,000만 원 미만	126	1.6	10.3	59.5	28.6
	1,000만 원 이상	62	0.0	4.8	56.5	38.7

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

비록 정신건강서비스가 모든 국민에게 필요한 서비스라고 인식하는 것과 달리 성인들의 대다수는 일반적으로 사람들이 정신적 또는 정서적 건강과 관련하여 약물, 치료 또는 관련 서비스를 받는 것에 대해 부담스러워한다고 생각한다(성인의 90.8%). 연령별로는 40대가 93.3%, 결혼 상태별로는 기혼/동거가 92.3%로 ‘부담스러워한다’ 혹은 ‘매우 부담스러워

한다'고 응답한 비율이 가장 높았다. 교육수준별로는 고졸 미만인 성인 100.0%가 정신건강과 관련한 약물, 치료 또는 관련 서비스를 받는 것에 대해 부담스러워한다고 생각하고 있었다.

〈표 4-19〉 성인이 인식하는 일반 사람들이 정신건강서비스를 받는 것에 대한 부담 정도

(단위: 명, %)

구분		응답자 (명)	부담 정도(%)			
			전혀 부담스러워 하지 않는다	부담스러워 하지 않는다	부담스러워 한다	매우 부담스러워 한다
전체		1000	2.4	6.8	64.4	26.4
성별	남자	508	3.0	7.5	67.7	21.9
	여자	492	1.8	6.1	61.0	31.1
연령 구분	20대	196	2.6	11.2	58.2	28.1
	30대	190	1.6	6.8	63.7	27.9
	40대	223	1.8	4.9	67.3	26.0
	50대	229	2.6	5.7	68.6	23.1
	60대	162	3.7	5.6	63.0	27.8
결혼 상태	미혼	400	3.0	7.3	62.0	27.8
	기혼/동거	557	1.6	6.1	67.2	25.1
	이혼/사별/별거	43	7.0	11.6	51.2	30.2
교육 수준	고졸 미만	18	0.0	0.0	77.8	22.2
	고졸	187	4.3	9.1	59.4	27.3
	대학교 재학/졸업 이상	795	2.0	6.4	65.3	26.3
가구 소득 수준	150만 원 미만	108	3.7	5.6	63.0	27.8
	150만~300만 원 미만	253	3.6	5.9	63.6	26.9
	300만~450만 원 미만	230	1.3	8.3	65.2	25.2
	450만~600만 원 미만	221	1.8	6.8	68.3	23.1
	600만~1,000만 원 미만	126	2.4	4.0	65.9	27.8
	1,000만 원 이상	62	1.6	12.9	50.0	35.5

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

그럼 조사에 참여한 응답자들은 왜 사람들이 정신건강 관련 약물, 치료 또는 관련 서비스를 받는 것에 대해 부담스러워한다고 생각하는 것일까? 성인들은 정신건강서비스 이용의 가장 큰 장애요인은 ‘다른 사람들이 나에게 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피하기 때문에’(88.1%)라고 응답했다. 그다음으로 ‘정신 치료 기록이 남아서 이후 취업할 때 부정적으로 작용할까 봐’(88.1%), ‘정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직 정신건강서비스가 필요하지 않다고 판단하기 때문에’(86.8%), ‘나의 프라이버시가 걱정되기 때문에(내 개인 정보를 누가 알게 될까 봐)’(85.7%), ‘정신과적 치료를 받는 것에 대한 두려움이 있어서(정신의료기관 입원에 대한 두려움)’(85.3%), ‘비용 문제’(83.1%), ‘어디에 도움을 요청해야 하는지 모르기 때문에’(83.1%) 순으로 나타났다.

설문조사 결과는 성인이 정신건강서비스 이용에 대한 남의 시선을 의식하고 있고, 정신건강서비스 이용과 관련한 자신의 프라이버시가 지켜질 수 있을 것인지에 대한 우려를 가지고 있는 것으로 나타났다. 정신 치료 기록이 취업할 때 고려된다는 부정확한 정보를 가지고 있음 역시 알 수 있다. 또한 정신과적 치료 자체에 대한 두려움과 더불어 어디에 도움을 요청해야 할지 모르는 정보 부족 역시 언급되었다. 또한 정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직 서비스가 필요하지 않다고 스스로 판단하고 있다는 점은 청소년과 달리 성인에게만 드러난 장애요인이다. 이들의 인식은 정신건강 문제를 스스로 통제 혹은 조절할 수 있다는 생각과 더불어 언제 정신건강 문제에 대한 치료 혹은 서비스를 받아야 하는지에 대해서도 인지하고 있다는 것을 의미하는 것일 수도 있다. 하지만 앞서 살펴본 정신건강 문제의 조기 경고 신호를 인지하고 있다는 응답이 전체 조사 대상자의 절반 정도였다는 것을 고려해 볼 때, ‘아직 서비스가 필요하지 않다고 판단하는’ 것이 주는 의미를 다시 고려해 볼 필요가 있다.

〈표 4-20〉 성인이 인식하는 정신건강서비스 이용의 장애요인

(단위: %)

장애요인	응답률(%)
다른 사람들이 나에 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피하기 때문에	88.1
정신 치료 기록이 남아서 이후 취업할 때 부정적으로 작용할까 봐	88.1
정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직 정신건강서비스가 필요하지 않다고 판단하기 때문에	86.8
나의 프라이버시가 걱정되기 때문에(내 개인 정보를 누가 알게 될까 봐)	85.7
정신과적 치료를 받는 것에 대한 두려움이 있어서(정신의료기관 입원에 대한 두려움)	85.3
비용 문제	83.1
어디에 도움을 요청해야 하는지 모르기 때문에	83.1
내가 경험하는 스트레스가 정상이라고 생각하기 때문에	82.2
정신건강 관련 문제는 자연적으로 나아질 것이라고 생각해서	79.1
정신건강서비스 이용시간이 불편함(야간에 이용할 수 없음)	76.2
부모님이 동의하지 않거나 부모님이 알게 될까 봐 걱정되는 등의 가족 때문에	75.8
누구도 내 문제를 이해할 것이라고 생각하지 않기 때문에	73.7
정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설의 위치가 불편함	70.1
누구와도 이야기하고 싶지 않기 때문에	69.3
정신건강서비스를 이용할 시간이 없음	56.7
약물, 치료 제공자 및 상담사가 문화적 이슈에 대해 충분히 민감하지 않기 때문에	49.2
약물, 치료 제공자 및 상담사가 성적체성 문제에 대해 충분히 민감하지 않기 때문에	47.5
약물, 치료 제공자 및 상담사를 믿지 못하기 때문에	46.4
정신건강서비스 이용을 위한 대기시간이 길기 때문에(병원 및 상담기관)	45.0
기타	6.2
모두 해당 없음	0.6

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

## 2. 성인의 정신건강서비스 이용 의향

앞에서는 일반적으로 사람들이 정신건강서비스를 어떻게 인식하고 있을지에 대한 성인의 생각을 살펴보았다면, 이 파트에서는 성인 스스로가 정신건강서비스 이용에 대해 어떻게 생각하는지를 파악하였다. 조사에 참여한 대상자에게 주변 사람들과 자신의 정신적인 어려움에 대해 쉽게

터놓고 이야기하는지, 자신이나 가족에게 우울 등 정신건강 문제가 생길 때 누구와 상담할 것인지, 상담을 한다고 할 때 선호하는 상담 방식은 무엇인지를 물어보았다. 우선 조사 참여자에게 주변 사람들과 자신의 정신적인 어려움에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는지를 물어본 결과 59.3%가 ‘전혀 그렇지 않다’ 혹은 ‘그렇지 않다’고 응답하였다.

〈표 4-21〉 정신적 어려움에 대해 쉽게 터놓고 이야기하는 정도(성인) (단위: 명, %)

구분		응답자 (명)	상담 정도			
			전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	그런 편이다	매우 그렇다
전체		1,000	14.3	45.0	38.7	2.0
성별	남자	508	16.5	46.7	35.0	1.8
	여자	492	12.0	43.3	42.5	2.2
연령 구분	20대	196	15.8	43.4	38.3	2.6
	30대	190	13.7	47.9	35.8	2.6
	40대	223	16.6	47.5	35.4	0.4
	50대	229	14.8	44.5	37.6	3.1
	60대	162	9.3	40.7	48.8	1.2
결혼 상태	미혼	400	19.0	46.8	32.3	2.0
	기혼/동거	557	11.0	44.3	42.7	2.0
	이혼/사별/별거	43	14.0	37.2	46.5	2.3
교육 수준	고졸 미만	18	33.3	33.3	33.3	0.0
	고졸	187	12.3	40.6	46.0	1.1
	대학교 재학/졸업 이상	795	14.3	46.3	37.1	2.3
가구 소득 수준	150만 원 미만	108	20.4	45.4	33.3	0.9
	150만~300만 원 미만	253	11.9	49.0	36.4	2.8
	300만~450만 원 미만	230	14.8	46.5	37.8	0.9
	450만~600만 원 미만	221	13.6	44.3	39.8	2.3
	600만~1,000만 원 미만	126	12.7	42.1	42.1	3.2
	1,000만 원 이상	62	17.7	30.6	50.0	1.6

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

정신적 어려움이 있을 때 누구와 정신건강 문제 관련 상담을 할 것인지를 물어본 결과, 가장 먼저 '배우자'(55.9%)와 상의할 것이라고 응답했다. 그다음으로 '친구와 지인'(54.6%), '정신과 의사'(52.0%), '상담 전문가'(48.5%) 순으로 높게 나타났다. 가장 나중에 상의할 대상으로는 '친인척'(49.8%), '부모님'(48.5%)이 가장 높은 응답률을 보였다. 앞서 제3장에서 살펴본 청소년에게서 '정신과 의사'나 '상담전문가'가 가장 먼저 상의하고 싶은 대상이자 '가장 나중에 상담하고 싶은' 대상인 것에 반해 성인은 '정신과 의사', '상담 전문가'와 우선적으로 상담해야 한다는 생각을 하고 있는 것을 알 수 있었다.

〈표 4-22〉 성인이 가장 먼저, 가장 나중에 상담하고 싶은 대상(중복 응답)

(단위: %)

상담 대상자	가장 먼저 상의하고 싶은 대상	가장 나중에 상의하고 싶은 대상
배우자	55.9	13.9
친구나 지인	54.6	26.7
정신과 의사	52.0	30.0
상담 전문가	48.5	23.0
형제자매	31.8	32.5
부모님	26.1	48.3
인터넷이나 SNS	17.8	34.8
소아과 의사 등 정신과 의사가 아닌 의사	5.2	37.1
친인척	4.1	49.8
기타	2.7	2.2

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

마지막으로 성인이 선호하는 상담 방식을 조사한 결과, 성인은 '대면 상담-1:1 개인 상담'을 가장 선호하는 것으로 나타났고(전체 응답자의 73.1%), '온라인 상담(인터넷, SNS, 카카오톡 등)'(14.3%), '전화 상담' 9.1%), '대면 상담- 집단 상담'(3.5%) 순으로 선호하는 것으로 나타났다.

〈표 4-23〉 성인이 선호하는 상담 방식

(단위: %)

선호하는 상담 방식	응답률(%)
대면 상담 - 1:1 개인 상담	73.1
대면 상담 - 집단 상담	3.5
전화 상담	9.1
온라인 상담(인터넷, SNS, 카카오톡 등)	14.3

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

이 연구에서 실시한 20~30대 성인 남녀 대상 초점집단인터뷰에서 정신건강서비스 및 이용에 관한 인식들이 공유되었다. 이 연구에서 실시한 질적 면담조사의 경우 우울장애척도 기준상 중간 정도의 우울증 이상 수준의 우울증상을 경험하고 있는 대상자들이기 때문에 일부는 정신건강서비스를 이용하기도 했고, 일부는 이용하지 않기도 했다.

정신건강서비스를 이용하지 않은 대상자에게 그 이유를 물어본 결과, 정신병으로 기록이 남으면 취업에 어려움이 있을 것이라는 걱정과 우려가 많았으며 정신건강 문제가 근본적으로 해결하기 어렵고 놔두면 저절로 괜찮아질 것이라는 믿음이 드러났다. 또한 친구와 대화를 하거나 술을 마시거나 흡연을 하는 등 대체적인 활동으로 정신적 어려움을 해결할 수 있다는 내용들이 많이 언급되었다.

“어머니가 입원치료에 대해서 굉장히 싫어하세요. 왜냐하면 아시잖아요, 정신병코드가 붙는 것 때문에 취업 안 될까 봐. 그런 것도 있고 소문 날까 봐. 한동안 자리 비우면 어디 아팠다고 하는데 나중에 조회하다 보면 정신병코드가 나오게 되면 어머니가 그것 때문에 싫어하시더라고요 (A14).”



“저는 이런 경우에는 병원이나 그런 클리닉을 찾는다고보다는 그냥 주변 사람들, 가족이나 친한 친구들한테 서로 알리고 몇 번 더 만나는 식으로 많이 해소하려고 하거든요. 얘기하고 술 마시고 놀고 이런 식으로(A11).”

“스트레스받고 점점 더 힘들어지면 다시 찾으려고 하겠는데 막상 제가 제 발로 걸어가려고 하면 그 부분은 굉장히 어려울 것 같아요.(과거 정신 건강서비스에서 편안함을 느꼈으나 현재는) 약간 두려움이 있고 지금은 술과 담배로 편안함을 느끼는 게 더 클 수 있으니까. 그랬던 것 같아요. 그래서 술과 담배를 계속 찾게 되는 것 같아요(A22).”

“직접적인 조언을 받은 적은 없어요. 어디를 가서 그런 조언을 받지는 않고 예전부터 스트레스 풀 때 지금은 헤어졌지만 전 남자 친구랑 친구들 이랑 많이 풀었거든요(B22).”

질적 면담에 참여한 다수는 정신과 치료 및 병원 자체에 대한 거부감과 두려움을 보여 주기도 했다.

“뭘 일을 낼 것 같다 싶지 않은 이상은 정신과는 안 가려고요(A14).”

“할 수 있는데 안 할 것 같아요. 나한테 문제가 있다는 걸 인정하는 거 싫어요. 병원을 가든(A24).”

“위로해 주겠죠....(우리 같이 상담받아 보자까지?) 그렇게까지는 아닌 것 같아요(B11).”

### 3. 성인의 정신건강서비스 이용 경험

성인의 정신건강서비스 이용 경험을 파악하기 위해 이 연구는 우선 성인이 과거 중·고등학교에서 정신건강 문제와 관련한 예방 교육을 받은 적이 있는지를 파악하였다. 또한 조사에 참여한 대상자들이 현재 정신건강서비스 제공 기관이나 서비스를 얼마나 알고 있는지, 정신건강 문제를 관리 또는 치료하기 위해 공공 및 민간 정신건강서비스 제공 기관이나 서비스를 이용한 적이 있는지를 파악하였다.

우선 중·고등학교에서 정신건강 문제와 관련한 예방 교육을 받은 적이 있는지를 살펴본 결과, 조사에 참여한 성인의 65%는 학교에서 정신건강과 관련한 예방 교육을 한 번도 받아 본 적이 없다고 응답하였다. 정신건강 문제 유형별로 보면 스트레스 관련 예방 교육을 받은 적이 있다고 응답한 성인이 18.8%로 가장 높았고, 우울과 조울과 관련한 예방교육을 경험한 성인은 12.6%로 나타났다. 전반적으로 정신건강과 관련한 예방 교육을 현재의 성인은 경험하지 못한 것을 알 수 있었다.

〈표 4-24〉 과거 정신건강 관련 예방 교육 경험 여부(성인)

(단위: 명, %)

구분	응답자(명)	예방 교육 경험 여부(%)
들은 적 없다	650	65.0
스트레스	188	18.8
우울과 조울	160	16.0
인터넷/게임 사용장애	126	12.6
자살	105	10.5
마약 등 약물사용장애	98	9.8
불안	97	9.7
고위험 음주와 알코올 중독	74	7.4
수면장애(불면증 등)	67	6.7
자해	44	4.4
식이장애(거식증, 폭식증)	38	3.8
조현병	27	2.7
트라우마	27	2.7

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

둘째, 조사에 참여한 성인들이 정신건강서비스 제공 기관 및 서비스를 얼마나 알고 있는지를 파악한 결과, 성인의 절반 정도는 ‘정신의료기관(정신병원)’(55.6%)을 알고 있었으며 ‘자살예방센터’(46.9%)에 대한 인지도도 높게 나타났다. 자살예방상담전화(1393)에 대한 인지도도 36.1%로 높게 나타났으며 생명의 전화(1588-9191)도 33.4%로 높은 인지도를 보였다. 성인의 경우 주로 ‘자살’과 관련한 서비스 제공 기관과 서비스를 인지하는 비율이 높게 나타났다. 그 어떤 기관이나 서비스도 들어본 적이 없다고 응답한 성인은 전체 조사 참여자의 20%로 나타났다.

상당수의 조사 참여자들이 정신건강서비스 제공 기관 및 서비스를 알게 된 경로는 주로 ‘TV와 라디오’와 같은 대중매체이며 ‘인터넷’도 주요한 인지 경로로 나타났다. 정신건강복지센터, 정신재활시설과 같이 보건복지부의 주요한 지역 기반 정신건강서비스 제공 기관에 대한 인지는 의료기관과 관공서를 통해 알게 된 경우가 상당히 많았다.

〈표 4-25〉 성인의 정신건강서비스 제공 기관 및 서비스 인지도 및 인지 경로

(단위: 명, %)

구분	응답자 (명)	인지율 (%)	인지 경로(%)								
			TV, 라디오	인터넷 (유튜브, 네이버 등)	의료 기관	관광사 (공공기관, 보건소 등)	학교 및 직장	친구	SNS	버스, 지하철 광고판	기타
① 정신의료기관(정신병원)	556	55.6	66.2	47.3	24.3	19.6	8.1	9.5	15.3	12.1	1.4
② 정신요양시설	273	27.3	65.2	51.3	30.0	19.0	11.0	9.9	13.9	11.4	1.1
③ 정신건강복지센터	247	24.7	51.8	47.0	32.4	39.7	15.4	6.1	13.4	8.1	0.8
④ 정신재활시설(사회복지시설)	100	10.0	50.0	50.0	42.0	39.0	26.0	15.0	19.0	9.0	-
⑤ 자살예방센터	469	46.9	70.8	44.1	13.2	18.8	10.7	5.3	14.5	16.0	0.4
⑥ 중독관리통합지원센터	122	12.2	57.4	47.5	25.4	27.0	15.6	6.6	15.6	16.4	-
⑦ 도박문제관리센터	295	29.5	72.9	45.4	10.5	19.3	6.4	6.8	15.3	17.3	-
⑧ 스마트 썬 센터	52	5.2	40.4	42.3	21.2	38.5	19.2	7.7	17.3	7.7	7.7
⑨ 학교 내 정신건강문제 상담기관(Wee)	133	13.3	35.3	26.3	11.3	24.8	57.9	14.3	10.5	6.0	0.8
⑩ 청소년상담복지센터	310	31.0	63.2	43.5	9.7	24.2	24.2	8.4	14.5	11.6	0.3
⑪ 보건복지콜센터(129)	201	20.1	67.2	39.8	20.9	35.8	9.0	4.5	11.4	21.9	0.5
⑫ 정신건강위기상담전화(1577-0199)	44	4.4	68.2	54.5	18.2	40.9	13.6	4.5	25.0	20.5	-
⑬ 자살예방상담전화(1393)	361	36.1	69.5	44.6	13.6	27.4	12.2	5.8	15.5	22.4	0.6
⑭ 생명의 전화(1588-9191)	334	33.4	71.0	45.2	9.6	22.5	9.3	5.4	16.5	23.4	1.5
⑮ 들어본 적 없다	200	20.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

마지막으로 조사에 참여한 성인에게 평생 동안, 지난 1년간 정신건강 문제와 관련하여 정신건강서비스 제공 기관이나 서비스를 이용해 본 적이 있는지를 물어본 결과, 전체 조사 참여자의 79.6%는 평생 한 번도 정신건강서비스 제공 기관이나 서비스를 이용해 본 적이 없다고 응답하였다. 평생 한 번 이상 정신의료기관을 이용한 비율이 8.3%로 가장 높았으며, 정신건강복지센터를 이용해 본 경험이 있는 대상자는 4.3%로 나타났다.

지난 1년간의 이용 여부를 살펴보면, 대다수인 90.8%는 지난 1년간 정신건강서비스 제공 기관이나 서비스를 이용한 적이 없다고 응답하였다. 평생 이용 경험과 유사하게 정신의료기관이 3.2%로 가장 많았고 정신건강복지센터가 1.5%로 다음으로 높게 나타났다.

〈표 4-26〉 성인의 평생, 지난 1년간의 정신건강서비스 이용률(중복 응답)

(단위: %)

구분	평생 이용률	지난 1년간 이용률
① 정신의료기관(정신병원)	8.3	3.2
② 정신요양시설	2.9	0.4
③ 정신건강복지센터(정신보건센터, 정신건강증진센터)	4.3	1.5
④ 정신재활시설(사회복지시설)	2.0	0.6
⑤ 자살예방센터	3.5	0.5
⑥ 중독관리통합지원센터	1.6	0.5
⑦ 도박문제관리센터	2.1	0.3
⑧ 스마트 씬 센터	1.1	0.3
⑨ 학교 내 정신건강 문제 상담기관(Wee)	2.2	0.2
⑩ 청소년상담복지센터	1.9	0.3
⑪ 보건복지콜센터(129)	0.8	-
⑫ 정신건강위기상담전화(1577-0199)	0.6	0.1
⑬ 자살예방상담전화(1393)	1.6	0.2
⑭ 생명의 전화(1588-9191)	1.8	0.2
⑮ 민간 심리상담 프로그램(심리상담)	1.5	0.8
⑯ 민간 예술 치료/치유 프로그램(음악치료)	0.5	0.1
⑰ 민간 예술 치료/치유 프로그램(언어치료)	0.3	0.2
⑱ 민간 예술 치료/치유 프로그램(댄스치료)	0.2	-
⑲ 민간 예술 치료/치유 프로그램(수면치료)	0.4	0.3
⑳ 민간 예술 치료/치유 프로그램(미술치료)	0.8	0.3
㉑ 민간 예술 치료/치유 프로그램(굿, 주술치료)	0.2	-
㉒ 민간 예술 치료/치유 프로그램(사주, 타로, 점치료)	1.3	0.8
㉓ 민간 예술 치료/치유 프로그램(원예치료)	0.3	0.1
㉔ 민간 예술 치료/치유 프로그램(종교치료)	0.2	0.1
㉕ 민간 예술 치료/치유 프로그램(명상치료)	0.7	0.4
㉖ 민간 예술 치료/치유 프로그램(체험치료: 도자기 체험 등)	0.4	-
99.이용 경험 없다(※다른 보기와 중복선택 불가)	79.6	90.8

주: 이 연구에서 실시한 성인 대상 설문조사 결과를 분석한 것임.

초점집단인터뷰에 참여한 20~30대 성인들은 자신의 정신건강서비스 이용 경험을 연구진과 공유하였다. 자신이 정신적으로 어려움을 겪을 당시 주변 자원과 누군가의 조언을 구하고 서비스 기관들을 찾아 이용한 경험들을 공유하기도 하였다.

“이게 너무 심해지면 애들을 때리겠다는 생각이 들어서 인천시 아니면 정신건강 이런 식으로 검색을 해도 어차피 요즘은 내 주변이라고 해서 뜨잖아요. 그런 식으로 해서 나오더라고요. 그런데 처음에 병원을 갈까 하다가 그래도 시에서 운영한다 하니까 했는데 최종적으로는 병원을 가야 되더라고요. 어차피 약 처방은 할 수가 없는 부분이라(A13).”

“저도 (정신과)병원 갔었어요. 병원을 직접 찾아서 간 건 아니고 다른 계기를 통해서 우연찮게 갔다가 거기에서 상담받고 나와서 마음의 안정을 찾았던(A22).”

“병원...지금도 다니고 있어요. 열 살 때부터 다녀가지고 해결이 집에서 안 되니까 부모님이 병원에 가자(B13).”

“저는 대학교 다닐 때 힘든 시기가 있었는데 학교 내에 상담 심리센터가 있어 가지고 다녔는데(B12).”

## 제4절 소결

이 장은 성인의 정신건강 현황과 성인의 정신건강서비스에 대한 접근성을 정신건강과 정신질환에 대해 가지는 인식과 정신건강서비스 이용과 관련한 인식 및 경험을 통해 파악하였다. 이 장에서 드러나는 성인의 정신건강에 대한 전반적인 인식은 앞서 제3장에서 살펴본 청소년의 인식과 크게 다르지 않다. 즉 누구나 정서적·심리적 어려움을 겪을 수 있고 이러한 정신건강 문제는 꼭 정신질환, ‘병’의 문제는 아니라고 인식한다. 보다 구체적으로 청소년과 유사하게 성인이 중요하게 생각하는 정신건강 문제는 우울과 조울과 같은 기분장애, 스트레스, 자살, 그리고 최근 사회적으로 이슈가 부각되었던 조현병으로 나타났다.

청소년과 유사하게 성인에게서도 정신질환을 경험하고 있는 사람들에 대한 부정적인 편견이 강하게 드러나고 있으며, 그렇게 된 원인으로 정신건강에 대한 부정적인 이미지를 강화시키는 대중매체를 양적 설문조사 및 질적 면담조사에 참여한 대상자 모두가 지적하였다.

이 연구에 참여한 성인 역시 청소년과 유사하게 정신건강 문제 치료에 대한 정확한 정보, 정신건강서비스에 대한 인지 부족 등으로 정신건강 서비스를 이용하는 것에 대해서도 전반적으로 부정적인 의견 혹은 부담스러운 감정을 가지고 있다. 정신적 어려움을 경험할 때 정신과 의사나 정신건강 상담 전문가를 찾아가고 싶은데 실제로 찾아가는 것에 대한 부담감을 동시에 호소하고 있으며, 정신건강서비스를 이용하기보다 술이나 담배, 친구와의 대화 등 다른 방식으로 정신적 어려움을 해소하고자 하는 특징 역시 드러났다. 또한 정신건강 및 정신건강서비스에 대한 정보가 부족하고 부정확한 정보를 가지고 있기 때문에 정신건강서비스를 이용하는 것에 대한 두려움과 거부감 역시 보여 주고 있었다.

하지만 실제로 자신이 심리적으로 힘들 때 누군가에게 조언을 구하려



나 검색을 통해 정신건강서비스 제공 기관을 찾아간 경험이 있다는 것도 이 연구에서 알 수 있었다. 또한 청소년과 유사하게 성인 역시 정신건강의 어려움을 누구나 경험할 수 있고, 정신건강서비스는 필요하다는 인식을 대부분이 공유하고 있다. 정신건강과 관련한 부정적인 인식이 감소되고, 정신건강서비스 이용과 관련한 부정확한 정보가 수정되며, 정신건강서비스 이용을 통한 정신건강 문제가 개선될 수 있다는 신뢰가 형성되면 정신건강서비스에 대해 성인이 갖는 심리적인 거리감이 다소 줄어들 것으로 보인다.

질적 면담조사를 통해 성인의 정신건강서비스에 대한 접근성, 특히 심리적 거리감을 줄일 수 있는 방법으로 언급된 것은 다음과 같다. 첫째, 정신건강 및 관련 서비스에 대한 교육을 어렸을 때부터 주기적으로 실시하여, 몸이 아플 때 아프다고 말하는 것처럼 정신적으로 어려울 때 아프다고 말할 수 있는 분위기 조성이 필요하다는 제안이 있었다.

*“저는 초등학교 때부터 고등학교까지 꾸준히 그런 수업이나 그런 시간을 계속 가지면 제일 좋을 것 같아요(B23).”*

*“일단은 교육이죠. 무슨 말이나면 지금 저희 세대는 정신병이라는 걸 어렸을 때부터 안 좋게 봤어요. 심지어 이것에 대한 캠페인 같은 게 일절 없었거든요. 이런 부분을 지금 세대의 애들을 보니까 재난구조도 다 교육을 받아요. 그런 예시처럼 아예 유년기 시절부터 사례를 들면서 이것도 교육화해서 하는 것도 괜찮지 않을까 하는 생각이 들거든요(A14).”*

둘째, 미디어에 제한을 두지 않고 공익광고, 휴대폰, 웹툰 등의 다양한 방법을 통해 정신건강 및 정신건강서비스에 대한 홍보를 강화하는 것이

정신건강 및 정신건강서비스에 대한 심리적 거리감을 줄일 수 있는 방법이라는 언급이 다수의 질적 면담 대상자에게서 나왔다.

“미디어 같은 걸로 해서 만화나 웹툰이나 영화나 드라마 같은 데 요소를 넣어서 거부감 없이 접하게 되는 그런 식으로 접하게 되면 장기적으로 보면 거리감을 좁히기 쉽지 않을까(B24).”

“광고를 많이 해야 할 것 같아요. 공익광고 편안하게 쉬었다 가세요. 접할 수가 있게 이게 나쁜 거 아니다. 조현병이 아니라도 일반 상담해 줄 수가 있다고 좋게 광고하면 사람들이 간단한 건데 물어봐도 알아서 잘 서비스해 주시는구나 그런 거 광고를 하는 게 좋을 거 같아요. 공익광고 역할도 큰 거 같아요(B33)”

“일단 그런 곳이 손쉽게 접근할 수 있구나라는 것을 알리기만 해도 성공 아닌가요. 지금 그것도 안 되어 있잖아요. 이걸 내가 예약을 해서 찾아가서 해야 된다고 생각하고 있는데 전화 한 통으로 된다는 것조차도 모르잖아요(A24).”

또한 정신건강서비스에 대한 부정적 인식을 해소하기 위해서는 전 국민이 누구나 받는 건강검진에 정신건강 검진을 포함하고, 직장인은 예외 없이 일정 기간 동안 일정 횟수의 상담을 받을 수 있도록 하는 조치들이 필요하다는 의견도 제기되었다.

“저는 회사에 있는 거 있되 그냥 무조건 한 명씩 갈 수 있게 해주면 무조건 한 달에 한 번은 가야 된다 순서를 정해서 거기서 비밀 보장해 준다

면 얘기할 수 있을 것 같아요. ...저렇게 가면 모두 가는 데가 되잖아요. 자연스럽게 나도 거기 갔었어 인식이 나아질 것 같은데요(B12).”

마지막으로 성인의 다수가 실제 거주하는 지역에서 직장을 다니는 것이 아니라 다른 지역에서 직장을 다니는데, 거주 지역을 중심으로 서비스가 제공되는 것은 실제 정신건강서비스를 이용하는 데 가장 큰 장애요소가 된다는 점 역시 언급하기도 했다.

“보건소에 있는 서비스센터가 거주 구민만 갈 수 있다면. ...벌써부터 힘들잖아요. ... (거주지와 회사가 다르면) 넘나들 수 있어야 되는 게 맞다고 보는데. ...이건 어차피 한 나라에 한 국민은 동일한 거잖아요. 지역구에 따라서 바뀐다는 것도. (이상하죠). 그렇죠. 그런데 만약에 내가 카톡을 해서 저 힘들어서 상담 좀 받고 싶어요. 돌아오는 답변이 지역구 어디세요. 저 여기 지역구인데요. 죄송합니다. 다른 데로 돌려드릴게요. 그럼 다음 번에 또 제가 얘기를 할까요(A22).”

질적 면담에서 제기된 다양한 제안들을 고려해 보면 성인들이 가지는 정신건강서비스에 대한 심리적 거리감을 줄이기 위해서는 정신건강 및 정신건강서비스에 대한 보다 정확한 정보를 다양한 매체와 방법들을 활용하여 제공하고, 정신적 어려움을 경험하고 도움이 필요할 때 어디를 찾아가야 하는지에 대한 정보를 제공해 주는 것이 필요해 보인다.

또한 정신건강 검진이 활성화되고 정신건강서비스를 일상에서 지역과 관계없이 원활하게 이용할 수 있다면 정신건강서비스 이용에 대한 거리감이 줄어들 수 있을 것으로 보인다. 가장 직접적으로는 대상인 청소년에게 정신건강을 예방하고 관리하는 방법들을 학교를 기반으로 교육하는

것이 필요하다. 현재의 낮은 정신건강 문제 예방 교육 경험률을 고려해 볼 때, 청소년이 중요하게 생각하는 정신건강 문제를 중심으로 예방 교육을 받을 수 있는 기회들이 보다 강화될 필요가 있다.

제 5 장

## 중증정신질환자의 정신건강서비스 접근성

제1절 정신건강 및 정신질환에 대한 인식

제2절 도움 추구 과정 경험

제3절 정신건강서비스 이용에 대한 인식과 경험

제4절 소결



# 5

## 중증정신질환자의 << 정신건강서비스 접근성

앞서 제3장과 4장에서 청소년과 성인의 정신건강 및 정신질환에 대한 인식, 정신건강서비스 이용에 대한 인식 및 이용 경험을 통해 정신건강서비스 접근성을 살펴보았다면, 이 장에서는 중증정신질환자에게 초점을 두어 이들이 인식하는 정신건강서비스 접근성을 파악하고자 하였다.<sup>24)</sup> 앞서 청소년과 성인의 경우 양적 설문조사와 질적 면담조사가 병행되어 이루어진 것에 반해 중증정신질환자의 경우 질적 면담을 실시하여 이들의 정신건강 및 정신질환에 대한 인식, 정신건강서비스 이용에 대한 인식 및 경험을 파악하였다. 당사자의 진술에 더하여 정신질환자의 보호자 FGI 내용을 보완자료로 분석하였다.<sup>25)</sup>

이 장의 목적은 정신질환 당사자의 의견을 수렴하여 정신건강서비스 접근성 강화 전략 수립의 근거자료를 마련하는 것이다. 연구 목적을 위해 정신질환 당사자의 정신건강서비스 이용에 관한 개인적 경험에 대해 면담한 내용을 분석하였다. 구체적인 연구과제는 다음과 같다. 첫째, 정신질환 당사자가 정의하는 정신건강이란 무엇이며, 정신질환에 대한 인식이 어떠하였는지를 파악하고자 하였다. 둘째, 정신질환 당사자가 경험하는

24) 연구기획 초반에는 중증정신질환자의 정신건강서비스 접근성 파악이 주요 내용으로 포함되지 않았음. 연구 과정에서 진행된 수차례의 자문회의에서 실제 현재 정신건강서비스를 이용하고 있는 중증정신질환자들이 가지는 인식과 경험을 파악하여, 정신건강 및 정신건강서비스에 대한 인식 제고, 정신건강 예방 및 조기 개입 강화를 위한 시사점을 도출해 낼 수 있을 것이라는 기대감이 자문위원들과 연구진 간 공유되어 중증정신질환자의 정신건강서비스 접근성에 대한 내용이 연구에 포함되었음.

25) 전진아 외(2017)의 연구에서 진행한 정신질환자 보호자 FGI 녹취록을 재분석하였으며, 이 작업은 한국보건사회연구원의 연구윤리심의위원회의 승인을 받아 진행되었음.

정신건강서비스 이용 과정은 어떠하며, 정신건강서비스 이용의 장벽은 무엇인지 규명하고자 하였다. 이를 위해 이 연구에서는 총 7명의 당사자를 인터뷰하였으며 연구 참여자의 일반적 특성은 아래 <표 5-1>과 같다.

<표 5-1> 정신질환 당사자 연구 참여자 특성

순번	성별	연령대	발병 시기	현재 진단명	현재 이용기관
참여자1	남성	30대	10대	조현병, 강박	정신과의원 정신건강복지센터
참여자2	남성	30대	20대	조현병	정신과의원 정신재활시설
참여자3	남성	60대	20대	조현병, 피해망상, 강박 등	정신과의원 정신재활시설
참여자4	여성	50대	20대	뇌병변, 조현병	정신과의원 정신재활시설
참여자5	여성	40대	30대	조울증	정신과의원 정신재활시설
참여자6	여성	30대	30대	조현병	정신과의원
참여자7	여성	20대	10대	조현정동장애	정신과의원 당사자단체

면담 내용 이해를 위해 당사자 특성을 간략하게 정리하였다. 당사자1은 조현병, 강박증 진단을 받은 30대 남성이다. 고등학교 재학 당시 환청, 환시, 망상 등의 증상이 나타나 주변인(교회)의 권유로 고 1때 부모와 함께 정신과병원을 방문하고 조현병 진단을 받았다. 증상을 느낀 것은 초등학교 때부터이다. 정신과병동에 입원한 경험은 없다. 현재 정신과의를 한 달에 한 번 주기적으로 방문하여 약 처방을 받고 있다. 주서비스이용기관은 지역정신건강복지센터이다. 병원과 센터에서 프로그램 강사로 일하고 있다.

당사자2는 조현병 진단을 받은 30대 남성이다. 아동청소년기부터 본



인 스스로 학습장애(초등학교 2학년), 정신과적 증상(고등학교) 등을 인지하고 있었다. 초등학교 때 병원에서 우울증 진단을 받고 약 처방, 치료를 받은 경험이 있다. 20세 때도 병원에서 우울증 진단을 받았다. 이후 환청, 망각 등 증상이 점점 심각해 20세에 부모에게 직접 요청하여 처음 종합병원(○○병원) 정신과를 방문하였고 방문 당시 의사가 자폐로 진단하였다. 당시 의사는 자신에게 정신질환에 대해 설명하지 않고 보호자에게만 설명하여 자신이 무슨 병이 있는지 알지 못하고 진단명도 받지 않았다. 그러나 증상이 계속 악화되어 본인 요청으로 정신과병동에 입원하였다. 이후 병원, 재활시설, 노숙인시설 등 여러 기관을 이용하다 28세에 시설 입소를 위해 처음 조현병 진단을 받게 되었다. 현재는 약을 처방받기 위해 정기적으로 정신과의원을 방문하고 있으며, 정신재활시설을 이용하며 주거시설에 거주하고 있다.

당사자3은 조현병 진단을 받은 60대 남성이다. 증상 발현 시기에 대해 본인 스스로 '그렇게 태어났다'고 생각하고 있다. 때문에 대학교 입학 후에도 사회 적응이 어려웠고 24세에 처음 폐쇄병동에 강제입원하였다. 입원 당시 조현병, 피해망상, 대인관계, 불면증, 강박 등의 증상이 있는 것으로 진단받았다. 국립·시립 정신병원, 정신과의원, 정신건강복지센터, 복지관, 정신재활시설 이용 경험이 있다. 현재는 병원에서 약을 처방받으며 정신재활시설을 이용하고 있다. 공공임대주택에서 혼자 거주하고 있다. 누나가 후견인이다.

당사자4는 간질, 조현병 진단을 받은 50대 여성이다. 중학교 2학년 때 간질, 우울증상으로 처음 병원에 가게 되었다. 29세에 간질 수술을 받았으나 간질 증상은 개선되지 않고 우울증이 심각해졌다. 중학교 2학년 당시에도 우울증이 있었으나 당시에는 알지 못했다. 복지관, 보호작업장을 거쳐 현재의 당사자기관에서 스태프로 일하게 되었다. 현재는 정신과

의원에서 약을 처방받고 있다.

당사자5는 조울증 진단을 받은 40대 여성이다. 30대에 조증으로 병원에 강제입원한 경험이 있다. 복지관, 정신건강복지센터, 개인정신병원, 종합병원 정신과를 이용한 경험이 있다. 복지관을 통해 상담전공자와 무료상담을 한 이후 현재까지 관계를 유지하고 있다. 현재는 개인 정신과의원에서 약 처방과 상담을 받고 있으며 당사자 기관에서 스태프로 일하고 있다.

당사자6은 조현병 진단을 받은 30대 여성이다. 30대 중반에 증상이 나타났고, 이를 빠르게 파악한 부친에 의해 정신과의원을 방문하여 상담, 약 처방을 받고 증상이 완화되었다. 서비스 이용 경험이 있는 기관은 정신과의원이다. 2018년 약 6개월간 치료를 중단하고 최근 재발하여 다시 정신과의원 치료를 시작하였다.

당사자7은 조현정동장애를 진단받은 20세 여성이다. 9세부터 우울감을 느끼기 시작했으며, 중학교 때 모친에 의해 처음 대학병원을 방문하여 치료를 시작하였다. 당시 우울증 진단을 받았으나, 현재는 조현병과 정동장애 진단을 받았다. 대학병원 정신과, 개인 정신과의원, 정신건강복지센터, 자살예방센터를 이용한 경험이 있으며 현재 정신과의원과 당사자단체에서 활동하고 있다.

## 제1절 정신건강 및 정신질환에 대한 인식

### 1. 정신건강에 대한 당사자 인식

정신질환 당사자로서 오랜 기간 서비스를 이용해 온 경험 속에서 정신건강이란 무엇이라고 생각하는지 그 의미를 고찰하였다. 면담 결과 정신장애 당사자가 생각하는 정신건강은 신체건강과 같은 것으로, 신체질환이 있으면 치료를 받는 것처럼 정신질환도 그렇게 치료를 받는 것이라고 보았다. 정신장애가 정신건강의 척도가 되는 것이 아니며 비장애인도 정신건강에 어려움을 겪을 수 있는 것이라고 인식하였다. 또한 정신건강은 스트레스나 외부 환경에 흔들리지 않는 자신만의 기준이라고 인식하기도 하였으며, 정신이 건강하다는 것은 경제적 활동과 규칙적인 생활을 하며 동년배 비장애인들과 일상적인 대화를 나누며 생활하는 것을 의미한다고 진술하기도 하였다. ‘정신’이라는 개념 자체에 사회적으로 구성된 부정적 인식이 내포되어 있다고 언급한 당사자도 있었다.

#### 1) 신체적 건강과 동일

당사자6과 당사자7은 정신건강은 신체건강과 같은 것이라고 인식하고 있었다. 다만 정신건강은 신체건강과 달리 아파도 아픈 것을 잘 모를 수 있기 때문에 더 주의 깊게 살펴봐야 하는 것이라고 언급하였다.

몸의 건강이랑 똑같은 것 같아요. (...) 대신 마음이 아픈 걸 놓치면 내가 어디까지 전이가 됐고 어디까지 아픈지 모르잖아요. 그걸 안 놓치고 살아야 된다고 생각하는 것 같아요. 정신건강은 몸의 건강과 같다. - 당사자6

건강이 나쁘면 아픈 사람인 것처럼 - 당사자7

병원에 가면 요실금이라든지 유방암이라든지 이런 건 벽에 붙어 있잖아요. (...) 종합병원이나 내과 같은 데서 아니면 정형외과나 신경 쪽 관련 병원에서 그런 걸 해서 주변에 누군가 그런 게 있으면 - 보호자1

## 2) 다 똑같은 사람들, 약간의 문제로 도움이 필요할 뿐

당사자 중에는 모든 사람이 정신이 건강하다고 보고 단지 약간의 문제가 있어 약물을 복용하는 것뿐이라고 인식하는 경우도 있었다. 그와 맥락을 같이하여 당사자들은 정신이 건강하다 건강하지 않다는 기준이 정신장애의 기준이 되는 것은 아니라고 인식하였다. 즉 장애인이든 비장애인이든 누구나 정신건강에 문제가 있을 수 있음을 시사하였다.

비장애인이거나 장애인이거나 똑같이 정신은 건강하다고 생각하거든요. 다만 약간 문제가 있어서 약을 복용하는 것뿐이지 무엇이든 같이 할 수 있는 거라고 생각해요. - 당사자2

정신건강이면 정신이 건강해야 되잖아요. 비장애인 보세요. 술 마셨다 하면 완전히 돌아버리고. 그런 사람이야말로 정신과 약을 먹어야 된다고 생각해요. - 당사자4

### 3) 정신이 건강한 것 = 외부 환경에 흔들리지 않는 것

당사자들은 정신이 건강하다는 의미를 외부 스트레스에 적절히 대처하여 흔들리지 않는 자신만의 영역, 자신만의 기준을 확고히 하는 것이라고 보았고, 개인의 정신건강은 사회적 환경과 관련이 있는 것이라고 보았다. 열악한 사회적 환경에 처해 있을 때, 그리고 그러한 사회적 환경에 처한 자신의 모습을 수용하지 못할 때 정신건강에 어려움이 생긴다고 말했다.

*외부에서 아무리 스트레스를 줘도 자기의 기준이 있잖아요. 흔들리지 않는 기준이 있다는 거예요. 그게 정신건강 의미에서 맞다고 저는 생각하거든요. - 당사자5*

*사회적으로 문제가 없고 본인도 그걸 잘 수용하면 건강한 것 같아요. 반대로 사회적으로 환경이 열악하고 (...) 사회적으로 본인 의지가 열악하고 그런 걸 본인이 받아들이지 못할 때 그런 것 같아요. - 당사자7*

### 4) 경제적 활동과 규칙적 생활

당사자들이 인식하는 정신건강은 동년배 비장애인들과 동등한 위치에서 일상적인 대화를 하고 효도도 하며 평범한 생활을 하는 것이었다. 그것을 위해 성인으로서 사회적으로 일정 부분 소득 활동을 할 수 있어야 한다는 것을 강조하였다.

*너무 돈을 안 버는 데 안주하는 게 아니라 경제적으로 활동도 하면서 이렇게 규칙적인 생활을 하는 것이 정신건강이라고 생각하고요. - 당사자1*

100만 원 벌면 나름 부족하지만 (...) 그 이상을 벌기 전까지는 장애인이  
라고 인식이 될 것 같아요. 왜냐하면 그 이상을 벌어야지 다른 비장애  
인이랑 야 얼마 벌어, 나 이 정도 벌어, 돈 많이 벌어 이런 얘기가  
이어지는데 못 버니까 자신감이 없네요. -당사자1

우리들은 열심히 일하고 그만큼 돈을 받아서 적금도 하고 부모님께 효도  
하는 거라고 생각해요. - 당사자4

## 5) 사회적으로 구성된 부정적 정서 내포

당사자들은 사회적으로 ‘정신’이라는 개념 자체에 대한 부정적 인식이  
있으며, 사람들에게 많이 알려지지 않아서 이 같은 현상이 나타나는 것으  
로 인식하고 있었다.

좋은 이름인데 정신 때문에 꺼려한다는 거죠. (...) 정신이라는 글자만 들  
어가도 거부감이 들어요. 사회 인식이 나를 안 좋게 보고 있다고 알  
기 때문에 더 찾아가기 힘든 거예요. - 당사자5

저는 정보가 알려지지 않았다고 생각해요. (...) 김구라가 그런 것에 대해  
서 인식을 갖고 있듯이 많이 사람들이 편하게 접하는 거지, 접해 보  
지 않았으니까 되게 어둡게 생각하는 것 같아요. - 당사자6

## 2. 정신질환 인식 경험

정신질환 당사자는 자신에게 나타나는 심리적 어려움과 정신과적 증상으로 인한 변화를 스스로 인지하고 있었다. 하지만 자신에게 나타나는 변화가 무엇인지를 명명하지는 못하였다. 때로는 정신적으로 아프다는 것을 알고는 있었지만 사회적 과업을 달성해야 한다는 요구에 응하기 위해 버텨내려고 했다. 가족 등 주변인들에게 자신의 어려움이나 증상에 대해 이야기하기보다는 버텨내고 있었다. 그렇게 버티다 한계에 도달했을 때 가족에게 자신의 상태를 이야기하기도 하지만, 대부분은 만성적, 급성적으로 증상이 표출되면서 가족이나 주변인에 의해 당사자의 정신질환이 인지되었다.

### 1) 자기 인식

당사자들은 자신에게 나타나는 변화에 대해 스스로 인식하고 있었다. 또한 그러한 변화가 자신의 삶에 영향을 미치고 있다는 것도 알고 있었다. 그러나 그것을 ‘조현병’, ‘우울증’과 같은 객관화된 진단명으로 인식할 수는 없었기 때문에 그것이 무엇(what)인지에 대해서는 정확히 알지 못하였다. 당사자들은 자신이 정신적으로 어려움을 경험하고 있으며, 그것으로 인해 자신이 감당할 수 있는 범위의 삶의 무게가 어느 정도인지도 가늠할 수 있었다. 그러나 사회는 그 이상의 것을 요구하였고 당사자들은 힘겹게 그 무게를 버텨나가려고 했다.

### 가) 오랜 기간 지속된 심리적 어려움

정신질환 증상이 나타나기 이전에 당사자들은 이미 다양한 심리적 어

려움을 경험하고 있었다. 아주 어린 시절부터 심리적 어려움을 경험하고 있었던 당사자는 자신은 원래 이런 사람, 약한 사람, 아픈 사람이라고 인식하기도 하였다. 스스로를 ‘이 병을 갖고 태어난’ 사람으로 묘사하였다. 청소년기 이후에 정신과적 증상이 나타나기 시작한 참여자도 환청, 망상 등의 증상이 나타나기 전, 어린 나이부터 심리적 어려움을 경험하였으며 그러한 어려움에 대해 본인 스스로 인식하고 있었다.

만 4살 때부터 기억이 나는데 (...) 그 어린 나이에 밤잠을 못 잤습니다.  
(...) 체질적인 병이고, (...) 형제, 남매 지간에는 나 혼자만 이 병을  
갖고 태어난 거고 - 당사자 3

초등학교 2학년 때부터 학습장애가 와서 책도 잘 못 보고 그랬거든요.  
(...) 제가 겪은 걸 제가 알잖아요. - 당사자 2

중학교 2학년 때예요. (...) 그때는 간질이 먼저 왔어요. 간질이 오고 우울  
증이 왔어요. - 당사자 4

사실은 증상이 조금 더 일찍 나왔을 텐데 너무 악화되어서 정말 강제로  
병원에 끌려가다시피 했거든요. - 보호자 1

## 나) 증상 발현과 내가 모르는 나

어린 시절부터 오랜 시간 심리적 어려움을 경험했지만 실제로 환청, 망상 등 증상이 나타나면서 ‘모르겠다’는 표현을 통해 당사자들은 이전과 다른 자신의 모습을 이해하기 어려워했다는 것을 알 수 있었다. 예전의 나와 다른, 자신도 납득할 수 없는 또 다른 나를 자기라는 하나의 개체 안에서 경험하면서 스스로에게 ‘내가 왜?’, ‘내가 무엇 때문에?’, ‘이건 무슨 병이지?’ 라는 질문을 던지며 혼란을 경험하였다.



제가 생각해도 납득이 안 되니까 이걸 무슨 병이지? (...) - 당사자1

너무 힘들니까 내가 뭐 때문에 이런 건지 잘 모르겠고 그랬던 것 같아요.  
-당사자2

방학 때는 집에 있으면 눈치 보이니까 공원에 가 보면 내가 왜 여기 있나  
이런 생각도 많이 들고 (...) 겁이 나서 혼잣말을 중얼중얼 계속하는  
거예요. 왜 하는 건지 모르겠어요. - 당사자2

그때는 그게 우울인지 몰랐어요. 처음에는 우울증이 뭔지 저 우울증 있습  
니다 이렇게 말하지 못했어요. - 당사자4

왜 내가 계속, 육두문자가 계속 나오는지 몰랐어요. - 당사자5

분란이 있어서 가서 사태 진정하고 다시 왔는데 집에 와서 생각해 보니  
까 우리 어머니가 아닌 거예요. 완전히 극단적으로 변하더라고요. -  
보호자G(7)

원래 정말 갖고 있던 성격에서 너무 달라지니까 가족들 모두가 힘들고 -  
보호자F(6)

## 다) 감당하기 어려운 삶의 무게

증상이 나타나기 전 또는 증상이 재발하는 시기에는 발달과업의 무게를 버겁게 느끼는 경향이 나타났다. 아동청소년기는 학업과 또래관계, 성인이 되어서는 대인관계와 직업생활을 원만히 수행하는 것에 어려움을 겪었다. 자신에게 부여된 사회적 요구를 감당하기 위해 노력했지만 한계가 있었다.

1년 반이었나 그 정도 지나니까 너무 버거워서 (대학교를) 그만두게 됐  
죠. - 당사자1

학교는 졸업해야 되니까 집에서선 무조건 가라는 거예요. (...) 대학에 들어  
가서 창피스러운 거예요. (...) 시험 기간이 되니까 압박감이 많이 오  
잖아요. - 당사자2

대인관계가 원만히 안 되잖아요. 1학년 2학기 다니고 휴학계를 냈거든요. 자퇴했습니다. - 당사자3

거기서 일을 하게 되면서 8개월을 ○○에서 판매직으로 1개월, 거기서 8개월 합이 9개월, 스트레스가 이만큼 쌓여서 그만두게 된 거예요. - 당사자5

우리 언니는 충격을. 남편이 돌아가셨다든지 우리 언니가 살고 있는 집을 아들이 사업을 하고 싶어서 대출을 받아서. 우리 언니는 이 집에서 쫓겨나는 것만 생각해요. - 보호자 K

우리 아들이 대학 다닐 때 (...) 중간에 일이 있어서 쉬었어요. 저는 이 병으로 선지 몰랐어요. 왜 학교 안 가냐고만. - 보호자 U(5)

## 2) 주변인의 인식

당사자가 버거운 삶의 무게를 버티며 증상과 싸우는 동안 가족 등 주변인은 당사자의 어려움을 쉽게 발견하지 못하였다. 정신질환 증상이 만성 또는 급성으로 눈에 띄게 드러날 때 주변인이 인식하기 시작하였다. 당사자의 정신질환에 대한 주변인의 대처는 주변인의 신념, 정보, 경험에 따라 달랐다.

### 가) 아픈 나를 모르는 가족

당사자는 자신의 역량, 자신의 활동 가능한 생활 범위를 기늬하고 있었지만 가족은 당사자의 상태를 정확하게 파악하지 못하였다. 당사자2, 당사자4와 같이 가족에게 자신의 상태에 대해 말하지 않았기 때문이기도 하고, 당사자1과 같이 사회적으로 요구되는 모습을 유지하기 바라는 가족의 소망이 반영된 결과이기도 하였다. 당사자6과 같이 가족이 종교적 관점으로 당사자의 어려움을 바라봄으로써 해결 방법 역시 종교적인 방법을 시도하는 사례도 있었다.

제가 (어머니께) 정신과 가자고 얘기하기 전까지 그냥 심하게 생각한 건 아니고 뭔가 조금 이상하네... - 당사자2

(가족은) 몰랐죠. 내가 말을 안 하고 있으니까. - 당사자4

환청이 들리면서 너무 괴로웠어요. 하지만 엄마는 고등학교 과정은 마쳐야 된다 그런 신념이 있어서 저는 고등학교까지 마친다는 이유로 (...) - 당사자1

엄마는 걱정이 되시니까 성정을 틀어놓기도 하고... - 당사자6

굿하고 별짓하고 처음에 그랬다니깐요. - 보호자C(3)

#### 나) 만성, 급성 증상에 대한 주변인 인지

당사자가 평소와 다른 행동을 반복적으로 나타낼 때, 그리고 갑자기 예전과는 판이하게 다른 모습을 보일 때 가족이나 주변 지인들이 무언가 이상하다는 것을 인지하였다. 당사자1은 증상이 만성이 되었을 때 교회 지인들에 의해 증상의 심각성이 인지되었고, 당사자4는 병원 직원에 의해 인지되었다. 그만큼 증상 발현 후 시간이 지연되었거나 혹은 매우 심각한 상태가 되었을 때에야 주변인들이 당사자의 정신질환을 인지하게 된다. 당사자5는 갑자기 과거와 다른 이상한 행동과 말을 하여 가족들이 인지하게 된 사례이다.

근데 주변에서 너무 심하다, 왜 저러냐 주변에서 힘들어하니까 정신과에 가보는 게 어떨겠냐고 권유를 하셔서 (...) 집사님들이 (어머니께) 말 씀드리고. - 당사자1

뇌파실 선생님이 저를 보더니 이상하다는 생각이 드신 거예요. 그래서 엄마한테 말을 한 거예요. 그래서 그때 제가 조금 이상하다, 정신과에 보내라고 그랬어요. - 당사자4

그러다가 이런 증상들 욱 나오고 평소에 하지 않았던 행동, 말이 많고 기분이 업되어 있고 이런 증상들을 평소에는 하지 않으니까 본인(남편)도 이상하게 생각한 거야. - 당사자5

결정적으로 얘기해 준 건 고3 때 담임이 병원에 가야 되겠다. - 보호자 T(6)

우리 둘째 아들이 중학교 3학년 됐는데 담임선생님한테서 전화가 왔어요. (...) 좀 이상하다, 병원을 한번 데리고 갔으면 좋겠다고. - 보호자 Y(4)

## 제2절 도움 추구 과정 경험

당사자 및 주변인이 정신질환 증상을 인식한 후에 도움을 추구하는 과정으로 이어진다. 도움 추구의 과정은 도움에 대한 강력한 욕구를 동력으로 해서 나타난다. 하지만 정신건강서비스에 대한 정보가 제약되어 있어 치료가 지체되는 경험을 한다. 치료가 지체되면서 정신질환 증상이 더욱 심각해지고 더 이상 참기가 어려워진 당사자는 더 적극적인 방법으로 도움을 찾아 나선다.

### 1. 도움 추구

당사자는 이미 자신에게 정신적인 어려움이 있다는 것을 알고 있었기 때문에 외부의 도움이 필요하다는 것 또한 인식하고 있었다. 타인의 시선보다는 누구라도 도움을 줄 수 있는 사람을 찾는 것이 더욱 필요했다. 그러나 정신건강서비스에 대한 정보가 부족하여 어떻게 도움을 구해야 하는지 어려웠다. 가족 등 주변인들 역시 정보가 부족하여 치료가 지연

되었고, 정신질환 증상을 버티기 어려운 한계 상황에 이르러서야 당사자들은 적극적으로 도움을 요구하거나 치료 권유를 빠르게 받아들였다.

## 1) 도움 추구 욕구

증상이 심각해질수록 당사자들은 타인의 시선보다는 지금 자신의 어려움이 해결되기를 바라는 마음이 강했다. 누구라도 자신의 어려움을 알아봐 주고, 들어주기를 바랐다. 특히 당사자7은 어떤 종류의 도움을 선택할지에 대한 여력도 부족했고 단지 자신에게 도움을 줄 누군가가 필요했다고 언급하였다.

*그 당시 생각해 보면 누가 도와줬으면 좋겠는데 일반 길 다니는 사람들 모르는 사람도 있는데 뭔가 그 사람들이 우리 집에 와서 애는 이래서 병원에 좀 데려가 주세요. 이런 말을 해줬다면, 그런 생각이 있었어요. 너무 힘들다 보니까 - 당사자2*

*근데 진짜 안 좋았을 때는 내가 입원을 해서 치료될 수 있다면 입원을 하겠다는 마음이 있었어요. (...) 그때처럼 심각한 상태면 해결될 수만 있으면 뭐든지 할 수 있을 것 같았어요. - 당사자6*

*당시에는 그런 생각 자체가 안 들어요. 사람이 필요하고 이성을 잃기 때문에 내가 무슨 이 상황에서 뭐가 필요하다는 생각 자체가 안 들어요. 어쨌든 사람이 필요한 거예요. - 당사자7*

## 2) 정신건강서비스 정보의 제약

당사자는 도움이 필요했지만 어디서, 어떻게, 어떤 도움을 구해야 하는지, 그리고 어떤 치료를 받아야 하는지에 대해 잘 알 수 없었다. 가족도

치료에 대해 충분한 지식을 가지고 있지 않았다. 당사자2의 가족은 ‘좋은 거 보고 좋은 공기 마시고 맛있는 거 먹고’ 하면 회복될 수 있을 것이라고 생각했다. 당사자4의 가족은 상담사를 만나는 것은 치료가 아니며, 정신과 치료만이 병을 고칠 수 있다고 생각하였다.

집에서 그랬어요. 아빠가 해 줄 수 있는 건 좋은 거 보고 좋은 공기 마시고 맛있는 거 먹고 괜찮아지지 않을까 이 생각을 하고 있어서 ... - 당사자2

근데 우리 엄마가 싫어해요. 왜냐하면 빨리 병을 고치려고 들어간 거지 너는 상담하러 들어간 게 아니라고 그러시는 거예요. - 당사자4

문화적으로도 우리가 마음먹기에 달렸다. 네가 힘을 다해서 마음만 다부지게 먹으면 괜찮을 거다, 스트레스 좀 있지만 이겨내 봐라. 이렇게 하는 상황들도 있어요. - 보호자 J(3)

### 3) 늦어지는 치료

심리적 어려움이 오래 지속되고, 정신질환 증상까지 나타나도 이를 체질적인 문제로 인식하거나 정확한 진단을 하지 않아 치료를 시작하기까지 상당 기간 지연되었다. 당사자2는 초등학교 때부터 학습장애가 있었고 대학교 시절 환청, 망상 증세가 있었으나 30세가 되어서야 비로소 조현병 진단을 받았다.

20살 때 ○○병원에 처음 입원했구요. (...) 30살 때 ○○이라는 곳이 있거든요. 거기서 지내다가 거기서 ○○정신병원인가 거기 6개월간 있었는데요. 6개월간 있고 나서 장애등급을 신청해서 1월쯤 나와서 장애등급을 얻게 된 거죠. (...) 조현병은 그때 알았고. - 당사자2

만 4살 때부터 기억이 나는데 (...) 초·중·고등학교 시절 등하교도 혼자 해야 했고 대학교 4년제 1학년 2학기까지 마치고 정신장애 때문에 자퇴하지 않았습니까. (...) 만 24살 처음으로 폐쇄병실에 들어갔습니다. (...) - 당사자3

그때 바로, 처치나 치료가 바로 이뤄졌으면 이런 지경까지 안 왔을 거예요. 재발하고 이런 일을. - 당사자5

저희 애가 10년간 집에서 그렇게 있었어요. (...) 그런데 어느 날 갑자기 폭력이 생겨서. (...) 그때 입원을 시켰어요. 한 달 정도 해서 나왔는데 거기에서 조현병이라고 하더라고요. - 보호자 O(2)

#### 4) 적극적인 도움 추구

당사자는 자신이 경험하는 정신질환 증상이 점차 심각해지면서 적극적으로 도움을 구하기 시작하였다. 당사자2는 가족이 치료를 권유하기 전에 본인이 먼저 치료를 요구했으며, 당사자1은 주변인들과 어머니의 권유로 치료를 받기 위해 흔쾌히 정신병원에 갔다.

제가 가자고 했어요. (...) 정신과 병원에 가 보자고. - 당사자2

그때는 저도 심각하니까 자꾸 제가 이상한 이런 말을 많이 들으니까 가 보자고 (...) 매도 일찍 맞는 게 낫다고. - 당사자1

## 2. 최초 서비스 접촉

처음 정신건강서비스 기관을 접촉하는 과정에서는 가족의 역할이 주요했다. 다만 치료의 필요성을 인식하고 있는 당사자는 저항 없이 정신건강서비스 기관을 방문하였으나 가족이 당사자 동의를 구하지 않은 경우는 치료서비스를 이용하는 과정에서 당사자가 상당한 트라우마를 경험하였다.

### 1) 가족에 의한 최초 서비스 접촉

처음 기관을 방문하게 된 계기는 본인 요구, 주변 권유, 강제 등 다양했지만 그 경로는 대부분 가족을 통해 이루어졌다. 당사자2는 자신이 가족에게 먼저 치료기관 방문을 요구하였고, 가족과 동행하여 종합병원의 정신건강서비스를 이용했다. 당사자3, 당사자5는 처음 서비스를 이용할 때 가족에 의해 강제입원을 하게 되었으며, 당사자6은 당사자의 생각이 망상이라는 것을 확인시켜 주기 위해 가족이 당사자와 함께 먼저 경찰서를 가고 이후에 자연스럽게 정신병원을 방문하게 되었다.

정신이 이상한 것 같은데 가 보자고 하니까 엄마가 심각하게 받아들여서  
가 보자고 그래서 갔어요. - 당사자2

집에서 (...) 강제입원시키길래 나도 들어가서 있어 보겠다고 했습니다. -  
당사자3

내가 인지한 게 아니라 가족 중에 남편이 인지를 해서 병원에 강제입원하  
게 되었고. - 당사자5

제가 핸드폰에 뭐가 있는 것 같다고 하니까 (아빠가) 저를 납득시키려고,  
같이 경찰서에 가서도 횡설수설하다 보니까 바로 병원으로 갔어요.  
- 당사자6



그러다가 나중에 좀 이상해서 강제로 끌고 갔죠. 그랬는데 거기에서도 계속 인정 안 하니깐 거기에서 발버둥을 쳤겠죠. - 보호자 M

## 2) 저항 없는 기관 방문

당사자 본인 요구로 기관을 방문하는 경우는 당연히 서비스 이용에 대한 저항감이 거의 없었다. 그러나 만성화된 정신질환 증상을 경험하고 있었던 당사자3의 경우는 강제입원에 대해서도 큰 저항감이 없었다고 진술하였다. 당사자6은 병식이 없는 상태에서 치료 목적이 아니라 단순히 가족의 요구에 부응하기 위해 저항 없이 치료기관을 방문하였다.

(거부감) 그런 건 거의 없었고 감옥이 아니잖아요. 폐쇄병실 정신병원이 지 감옥소가 아니잖아요. 그런 건 아니었습니다. (...) 거부감은 없었습니다. - 당사자3

저항감은 안 들었고 병원에 한 번 갔다 와 주지 뭐 이런 생각을 했었던 것 같아요. - 당사자6

## 3) 동의 없는 강제입원의 트라우마

연구 참여자 당사자 다수가 처음 치료기관을 방문하는 것에 거부감을 가지지 않았지만, 급성으로 정신과적 증상이 나타나면서 동시에 당사자 본인의 동의 없이 강제입원을 하는 경우에는 강제입원 과정에서 강한 트라우마를 경험하였다. 가정사로 갑자기 증상이 나타난 당사자5는 본인 동의 없이 가족에 의해 강제입원되면서 그 과정에서 경험한 트라우마가 십수년이 지난 지금까지도 강하게 남아 있다고 진술하였다.

처음부터 강제입원을 당했기 때문에 제 의사와 상관없이 병원에 입원했기 때문에 무척, 거기에 대한 트라우마가 굉장히 강했어요. - 당사자5

## 제3절 정신건강서비스 이용에 대한 인식과 경험

### 1. 정신건강서비스 이용 경험

서비스 이용 과정에서 당사자는 자신에 대해 재인식하며 정신과적 증상을 수용하고 지속적으로 서비스를 이용하고자 한다. 정신건강서비스를 처음 이용하기 전에는 큰 거부감이 없었던 당사자들은 서비스 이용 중 다양한 긍정적, 부정적 경험을 하며 적합한 서비스를 선택하고 치료를 유지한다. 서비스 과정, 내용, 정보습득, 비용, 제공자, 치료 효과에 대한 개인적 경험과 인식은 정신건강서비스 이용 중단 및 유지에 다양하게 영향을 미친다.

#### 1) 자기 재인식

당사자는 정신건강서비스를 이용하는 과정 중에 자신이 경험하고 있는 정신질환에 대한 정보를 접하게 되고, 그러면서 더 많은 정보를 찾아보곤 하였다. 그러한 과정을 통해 자신의 정신질환을 수용하고 재발 시 어떻게 대처해야 하는지 알게 된 경험을 공유했다. 나아가 자신의 역량을 가늠하고 그것을 넘어서는 생활을 하지 말아야 한다는 것도 인지한다. 필요할 때 치료를 요구하며 그것이 용인되지 않을 때는 보다 강력한 방법으로 치료를 요구하기도 한다.

#### 가) 증상에 대한 정보 수집

치료를 통해 증상이 어느 정도 완화된 후 당사자는 자기의 정신질환에 대한 정보를 수집하고 자신에 대한 통찰력을 얻게 되었다. 당사자6은 증상 발현 당시에는 증상에 대해 궁금해할 여력이 없었으나 치료 후 증상이

감소하고 나서 자신의 질병에 대해 궁금한 점을 찾아보기 시작하였고 이후 재발 시 적절한 대응을 할 수 있을 것이라고 기대했다. 당사자2는 동료 정신장애인들과 이야기를 나누며 자신의 병이 무엇인지 정보를 습득할 수 있었다. 그러면서 이후에 다른 정신건강서비스 기관을 방문할 때도 자신의 정신질환 증상에 대해 스스로 이야기할 수 있었다고 진술하였다.

선생님 제가 대체 겪었던 게 뭐예요? (...) 그렇구나, 그때부터 찾아봤죠. 이제 뭘까라고 (...) 다시 한번 발병했을 때 실망하긴 했었거든요. 이 걸 뭘지 아니까 이전 해쳐나갈 수 있는 거예요. - 당사자6

거기서 정신과 같은 질병을 갖고 있는 사람들하고 같이 지내다 보니까 그때 질병에 대해서 얘기를 처음 시작하게 되었고 (...) 병원에 가서도 내가 이랬었다고 얘기할 수 있었고, 힘든 건 이런 것 때문에 힘들다고 얘기해서 치료도 받고 그랬던 것 같아요. - 당사자2

## 나) 정신질환에 대한 수용

당사자는 병식 인정 후 회복이 시작되는 경험을 하거나, 재발 과정을 통해 자신의 질환을 좀 더 명확하게 수용하기도 하였다. 당사자6은 재발 과정에서 이전과 유사하게 증상이 나타나는 것을 경험하며 정신질환을 ‘안고 살아야’ 하는 질환으로 수용하였다. 당사자2는 증상이 발현되어 일을 그만둔 경험이 있어 자신의 역량을 고려하여 할 수 있는 일을 선택하였다.

어느 순간 의사 선생님 말이 맞을 수 있겠다고 생각을 하면서 치료가 진행된 경우였어요. - 당사자6

두 번째 확실히 알았던 게 너무 똑같이 나오니까. 똑같이 증상이 나오는 거예요. (...) 다시 병원 가면서 바로 찾아들더라고요. 이걸 내가 어느 정도 안고 살아야 된다고 느꼈죠. - 당사자6

*아팠을 때 일을 하다가 그만둔 경우가 있어서, 책임감이 없거든요. 그래서 그것 때문에 제가 리더를 안 한다고 그랬거든요. - 당사자2*

#### 다) 강력한 치료 요구

심각한 정신질환으로 고통을 경험하며 가족에게 정신건강서비스 기관 방문을 요구하지만 그것이 받아들여지지 않을 때, 당사자는 보다 강력한 방법으로 치료서비스를 요구하였다. 당사자2는 자신의 증상이 심각하다는 것을 인지하고 있었으나 가족이 치료에 적극적이지 않아 스스로 병원에 가서 입원을 요구하였다. 당사자4도 가족에게 도움을 요구했으나 경제적 여건 등으로 받아들여지지 않자 자살 시도의 자극적인 방법으로 도움을 요구하기도 했다.

*맨날 병원을 찾아봤어요. 혼자 가서, 너 어디 있냐고 그러면 병원에 있다  
고, 왜 가 있냐고 그러면 와서 입원 좀 시켜 주라고. - 당사자2*

*(\*가족에게 병원 입원을 요구했으나 거절당함) 그러다가 내가 못 참을 때  
자살 시도를 했어요. 2, 3번 정도... 4번 정도 했나? 그때마다 병원에  
데리고 갔어요. - 당사자4*

#### 2) 서비스 과정 경험

정신장애 당사자들은 서비스 이용에 대한 거부감보다는 오히려 실제적으로 자신에게 적합한 서비스를 찾지 못하는 것에 대한 어려움을 호소하였다. 가족 관계에 갈등이 있는 당사자는 지역사회 치료보다 가족과 분리되어 기관에서 치료받는 것을 더 선호하며 정신건강서비스 이용에 긍정적인 반응을 보였다. 그러나 서비스 이용 과정에서 의사나 가족은 당사자에게 진단명과 증상에 대해 정확히 설명하지 않는 모호함을 보여 당사자는 답답함을 느끼기도 하였으며, 사후관리가 미흡함을 토로하기도 하였다.

### 가) 치료서비스에 대한 낮은 거부감

당사자는 정신병원을 이용하면서 사회적으로 만들어진 정신병원의 이미지보다 나쁘지 않다는 것을 경험하였다. 때문에 정신병원에 입원하는 것에 대한 거부감도 낮았다.

어쨌든 이미지는 일반 병원보다는 안 좋고 무섭겠지만 거기도 사람 사는 곳이고 규칙이 다 있잖아요. - 당사자3

TV에서는 난리 피우고 소리 지르고 한마디로 말해서 지랄을 하는 거지. 그런 것만 다 보여 주다가 제가 직접 들어가 보니까 사람들이 너무 조용하고 착해서 얘기 같은 느낌이 확 드는 거예요. 그래서 좋다고 입원하겠다고 그랬어요. - 당사자4

### 나) 적합한 서비스 찾기의 어려움

당사자는 치료서비스를 받고자 하지만 자신에게 적합한 서비스를 찾는 데 어려움을 경험하였다. 서비스는 많았지만 실제로 자신이 이용하기에 적합한 서비스는 없었다.

갈 데가 없으니까. 왜냐하면 ○○복지관은 무료상담이 없어서 내가 갈 곳이 복지센터밖에 없는 거예요. 뭐라도 해야 될 것 같고 집에 있으면 또 가라앉고. - 당사자5

병원을 그만뒀다가 병원에 가기 전에 병원 가기 싫다고 생각했을 때 한번 접해 보고 싶은 상황에서 찾는 거였는데 (...) 그러니까 정말 없는 거예요. 그래서 연락을 못해 봤던 것 같아요. - 당사자6

안 되니까 이 병원 갔다 저 병원 갔다. - 보호자M

동네 병원을 가니까 (...) 대학병원을 가세요. 대학병원을 가니까 주치의가 저희 병원은 상담이 없습니다. 그러니까 여기에서 저한테 주치를 받지만 상담은 일반(정신건강복지센터, 민간상담센터 등)에서 하세요 해서, 일반은 우리가 할 형편이 안 되어서. - 보호자 U(5)

## 다) 집보다 편안한 치료기관

가족 관계에 갈등이 있는 당사자는 집에 있는 것보다 오히려 가족과 분리되어 병원에 입원하는 것을 더 선호하였다. 당사자4는 가족 내에서 왕따를 당한다고 생각하고 있어 병원에 있는 것이 더 낫다고 언급하였다.

사실대로 말하면 집에 가면 괴로울 것 같아요. 왕따당하고 그러니까 집에 가기가 싫었어요. (...) 차라리 병원에 있는 게 낫겠다 싶어서 그냥 있었어요. - 당사자4

집에서 관계는 어떤지 얼마나 힘든지 물어보니까 신났었죠. (...) 그냥 솔직히 처음 입원했을 때는 집에서 멀어지니까 좋았던 것 같아요. - 당사자7

## 라) 나에게 말해 주지 않는 의사, 가족

정신건강서비스를 이용하는 과정에서 의사, 가족은 정신장애 당사자에게 정확한 진단명을 설명하지 않거나 왜 치료를 받아야 하는지에 대한 설명을 충분히 하지 않았다. 때문에 당사자들은 답답함, 두려움을 경험했다. 당사자들은 자신의 진단명을 짐작하거나 혹은 서류에 적혀 있는 것을 보고 알게 되었다고 말했다.

저는 병원에서 엄마가 얘기를 안 해 주니까 (...) 얘기를 듣고 자폐증일 수 있다는 얘기만 들었지 그 이후로 뭘 해야 된다는 얘기를 저한테 안 해줬어요. (...) 그냥 많이 답답했어요. - 당사자2

그다음 날 신경과 의사가 온 게 아니고 정신과 의사가 와 있더라고요. 나한테 그러는 거예요. 다짜고짜 정신병동에 가 있어야 된다고 그러더라고요. (...) 그래서 나는 너무 무서웠어요. - 당사자4

정신이라는 게 딱 꼬집어서 문제가 이렇게 있으니까 수술해서 제거하면 괜찮아지는 게 아니잖아요. 그러다 보니까, 복잡적이니까 주치의께

*서 약물은 처방을 내렸는데도 불구하고 두루뭉술하게 얘기해 주셔서요. 그러니까 어떻게 조치해야 될지 모르겠는 거예요. - 보호자G(7)*

### 마) 사후관리 부재

대부분의 당사자가 정신건강서비스 이용 후 사후관리서비스를 받은 경험이 부재했다. 당사자2는 노숙인 기관에서 생활한 경험이 있는데, 규정을 위반했다는 이유로 기관에서 자신이 정신장애인이라는 사실을 알고 있음에도 당장 퇴소하라는 통보를 했다고 말했다. 당사자6은 임의로 치료를 중단했는데 치료기관에서 별도의 연락이 없었다고 언급하였다.

*퇴소 자격이 되기 때문에 나가라는 거예요. 당장 갈 데가 없는데 어쩌어나 그건 알아서 하라는 거예요. - 당사자2*

*그런 건 없었어요. 만약에 그렇게 했으면 조금 가야 되나 이런 생각을 했었을 것 같고 연락이 없으니까 괜찮으니까 연락을 안 한다고 생각하겠는지 이런 게 있지 않았나 싶어요. - 당사자6*

### 3) 서비스 내용 경험

정신질환 당사자들은 정신질환의 단계, 수준에 맞지 않는 서비스를 제공하여 불쾌감을 경험하기도 하였다. 당사자들은 충분한 상담서비스를 이용할 수 없다는 것에 아쉬워했다.

#### 가) 단계, 수준에 맞지 않는 서비스

집단 상담 등 프로그램 내용이 아동프로그램 같은 느낌을 주거나 서비스 제공자의 말투가 자신을 아이 다루듯이 말하는 것에 불쾌감을 경험한 당사자도 있었다.

집단 상담이라는 데를 갔는데 (...) 너무 수준이 떨어지더라고요. 다 큰 어른들 데려다 놓고 명찰 달고 (\*두 손을 위로 들어 반짝반짝 흔들며) 우리 아름다운 이야기를 해 보아요 하고 있으니 얼마나 어이없어요. 그런 걸 한다고 병이 낫는 것도 아니고 수준도 떨어지고 무슨 애 취급하는 것도 아니고 기분 나빴죠. 몇 번 나가고 안 나왔어요. - 당사자7

사회복귀시설. 거기도 가서 해 보고, OO에도 다녀보고 했는데 문제는 자기 수준에 안 맞는다는 거예요. 음식도 만들어 보고 수준이 전혀 안 맞아서 못 다니겠다는 거예요. - 보호자 O(2)

## 나) 충분하지 않은 서비스

많은 당사자들이 정신건강서비스 기관에서 제공하는 서비스가 충분하지 않다고 생각하고 있었다. 의사와 단 몇 마디 안부 인사 정도의 대화만 하고, 병원은 그저 약을 처방받는 용도로만 이용하고 있었다. 의사가 많은 사람을 상대해야 한다거나, 자신에게 많은 시간을 할애해 주지 못한다는 현실적인 상황을 이해하면서도 그러한 상황에서 진지한 상담이 불가하다는 것을 언급하며 충분한 상담에 대한 욕구를 표출하였다. 병원 이외의 정신건강서비스기관도 이용자가 많아 충분한 서비스를 이용하기에는 제한적이었다고 말했다.

그건 아쉬워요. (...) 몇 마디 하고 30초 얘기하고 가요. 그러면 내가 과연 상담을 한 건가 부정적이긴 했는데 병원 원장님 입장에서는 많은 사람을 상대하기 때문에 깊게 상담을 하진 못하죠. - 당사자1

(상담) 그런 건 없고 외래환자로서 증상을 호소하고. - 당사자3

OO병원은 그냥 약. - 당사자4

붕어빵 찍듯이 정신이 없어요. 도저히 (상담) 할 상황이 아닌 거예요. - 당사자5



너무 많은 사람들이 있다 보니까 시설에서의 입장은 꼭 필요한 거나 그런 거는 맞춰서 한다고 하지만 우리가 느끼기엔 아직 많이 부족한 것 같아요. - 당사자2

병원에 가면 선생님하고 대화할 시간 없어요. - 보호자J

#### 4) 서비스 정보 습득 경험

스스로 자신의 문제를 해결하고자 했던 당사자들은 서비스도 스스로 찾아 나선다. 가족, 주변인의 정보 제공과 권유로 서비스에 대해 알게 되기도 하고 기관 간 연계 과정에서 새로운 기관 정보를 습득하기도 하였다. 드물게는 대중매체 보도자료를 통해 기관 정보를 접하기도 하였다.

##### 가) 자발적 정보 수집

당사자들은 자신의 문제를 해결하는 데 적합한 서비스를 찾기 위해 자발적으로 정보를 수집하였다. 과거 경험에 기반하여 자발적으로 기관을 찾아가기도 하고 인터넷 검색, 유튜브 등을 통해 정보를 수집하기도 하였다.

처음에는 강제입원했고 그다음부터 내가 자발적으로 입원했어요. - 당사자3

내가 정말 살아야 되겠다고 생각을 하고 인터넷 유튜브를 보면서 우울증을 극복할 수 있는 방법이 어떤 게 있는가 찾아봤어요. - 당사자5

정신건강센터도 제가 찾아보니까 되게 많은 게 있더라고요. 그때도 우리 구에도 이렇게 많은 게 있었어? 하나하나 들어가서 찾아봤어요. 나와 관련된 곳이 어딘지 - 당사자6

## 나) 주변인의 경험과 권유

가족이나 주변 지인들도 정신건강서비스 정보를 찾아 당사자에게 서비스 이용을 권유하기도 하였다. 가족들은 인터넷 검색이나 지역정보지에서 기관정보를 찾아 서비스 이용을 권유하고, 학교에서는 학내 상담센터 이용을 권유하기도 하였다. 그 외 동료 정신장애인이 좋았었다는 평가와 함께 기관을 소개하는 경우도 있었다. 하지만 모든 정보가 유익한 정보가 되지는 않았다.

애 아빠가 그때 대학병원 알아봤어요. (...) 인터넷으로 또 알아봤나 봐요.

또 폐쇄병동으로 그 당시에도 열악했어요. 대학병원이라는 데가, 그래서 그날도 대학병원 차를 불러서. - 당사자5

여기(센터)는 엄마가 교차로나 벼룩시장을 찾다가 여기 다녀 보는 게 어 땡겼냐. - 당사자1

학내 상담 (...) 대학교 때 (...) 그냥 다들 주변에서 추천을 하니까 (...) 몇 번 가 봤어요. - 당사자7

수면장애인 주변에 사람이 있어서 나는 그 옆에 다른 병원 가니까 좋은 것 같다고 (...) - 당사자6

자기도 정보 듣는 게 있잖아요. (...) 어느 병원에 의사 선생님이 괜찮다는 걸 자기가 들으니까 그쪽으로 가면 자기가 좋아질 것 같은 느낌이 들었나 봐요. - 보호자 S(7)

(의사가) 책을 주면서 집에서 공부하고 오래요. 그래서 집에서 읽어보니까 완전히 다르고 치료 방법도 완전히 달라요. (...) 모르는 사람들이 계속 옆에서 그러는데, 그러다 보니까 치료 시기를 늦추는 거예요. - 보호자 I

## 다) 기관 간 연계

당사자들은 기관 간 연계 과정에서 새로운 기관 정보를 습득하기도 하였다. 요양시설, 직업훈련시설, 정신장애인단체에서 위기대응을 위해 정신병원과 연계하는 입원서비스를 경험하거나 병원에서 민간상담센터로, 자살예방센터에서 정신건강사회복지센터로 연계하는 서비스를 경험하며 기관 정보를 습득하였다. 그 외 이용 중인 기관에서 타 기관 홍보물을 보고 기관 정보를 얻기도 하였다.

(요양시설) 담당 의사한테 얘기해서, 가 볼 생각 있냐고 그래서 갔다 오겠다고 했는데 거기서 보내준 게 ○○정신병원이에요. - 당사자2

(직업훈련시설) 자기들끼리 가끔가다 저처럼 안 좋은 사람들이 오는 경우가 있대요. (...) 그래서 거기 병원을 소개시켜 줘서 갔죠. - 당사자2

제가 자살예방센터에 전화를 하도 많이 해서 힘들다고 전화를 하도 많이 해서 거기서 (정신건강복지)센터 쪽으로 얘기를 하셨더라고요. 사례관리인가 뭔가 됐더라고요. - 당사자7

## 5) 시설, 환경 경험

당사자들은 기관의 물리적 거리와 이동시간을 고려하며 서비스를 선택하였다. 기관을 찾아보면서 단순히 시간만을 고려하는 것이라 서비스 이용과 관련해 필요한 정보를 찾아보는데 그 과정에서 경험한 불편함이 서비스 이용을 저해하는 것으로 나타났다.

거리 가깝잖아요. 그래서 했습니다. (...) 일단 자유도 있고 집에서 방콕하는 것보다는 훨씬 낫잖아요. - 당사자3

병원을 바꿨어요. (...) 거리가 멀어서. - 당사자7

(정신건강복지센터) 선생님이 항상 상주해 계시는 것 같지 않고 (...) 내 휴일에 그분이 계신지 아닌지 알아봐야 되는 게 번거롭게 느껴지더라고요. 병원은 항상 의사가 있는 거고 (...) 어디를 찾아가야 될지도 모르겠고 다 가도 되는지 가까운 데를 가도 되는지 그런 것도 잘 모르겠더라고요. - 당사자6

## 6) 서비스 비용 경험

국민기초생활수급권자인 정신장애인은 국가보조를 받기 때문에 서비스 비용을 부담하는 데 큰 부담을 느끼지 않았다. 국민기초생활수급권자가 아닌 경우 정신과의원에서 약 처방 서비스만 이용하면 비용 부담이 낮지만, 정신병원에 입원하는 경우 상당히 많은 비용을 가족이 부담해야 하기 때문에 서비스 이용에 제약이 있는 것으로 나타났다. 참여자 중 일부는 정신건강서비스에 대한 비용 지출이 가치가 없다고 인식하고 있었으나, 일부는 치료 효과가 있는 서비스에 대해서는 일정 비용을 지출할 의사가 있다고 하였다.

복지관 시설 이용료 한 달에 5만 원, 7만 원 내야 되는데 다 무료가 되고, 약값도 100% 국가 부담하고. - 당사자3

수급권자는 치료서비스 이용 시 부담 비용이 거의 없지만, 가구 소득 수준을 기준으로 수급권자가 선정되기 때문에 당사자가 소득이 없어도 부모나 다른 가족이 소득이 있는 경우 서비스 비용이 가구에 상당한 부담감을 주는 것으로 나타났다. 비용을 가족이 부담해야 하기 때문에 수급가구가 아닌 경우 가족들은 가능한 한 비용이 적게 나가는 치료 방법을 찾으려고 했다.

이 사람들은 계속 치료를 하려고 했고 집에서는 돈이 없으니까 중간 정산을 해 보니까 500만 원이 나와서 한 달 반 만에 퇴원을 하게 됐어요.  
- 당사자5

입원도 필요하다는 생각은 했는데 집에서 병원비가 너무 나온다는 걸 알고 있으니까 왔다 갔다 해서 약물치료하자고. - 당사자2

당사자들은 서비스가 좋으면 적절한 수준의 서비스 비용을 지불할 의사가 있다고 말하였다. 현재 정신병원 외래로 지출되는 비용에 대해서는 비수급권자들도 부담이 없는 저렴한 수준이라고 말하였다.

며칠 전에 연락을 해서 선생님이 유료기관에 계시니까 제가 할 수 있는 금액이 얼마냐고 물어봐 주셨어요. 그래서 내가 한 회당 하는데 5만 원 정도면 할 수 있겠다. (...) 나 좀 도와달라고 그랬더니 한 달에 2번 5만 원씩 해서 10회를 진행해 보자고 연락을 주셨어요. - 당사자5

(민간상담센터) 4, 5번 갔다가 돈이 부담스러워서 한 회당 7만 원 (...) (한 달에) 15만 원, 20만 원 정도면 부담이 덜할 것 같아요. (...) 어쨌든 돈이 들면 부담스러울 수밖에 없는데 저는 괜찮을 것 같아요. - 당사자7  
저렴하죠. 법 개정이 되기 전에는 2만, 3만 원대였어요. 근데 법이 작년에 바뀌면서 진료과목들은 더 보험 처리하는 게 많아서 지금은 1만 7000원대예요. (...) 그게 약값하고 상담료하고 다 포함되는 거예요.  
- 당사자5

저는 그게 그렇게 비싸다고 생각하지 않아요. 2만 원 안쪽으로 보면 됐던 것 같거든요. 저는 그 비용이 그렇게 부담스럽지 않고 적절하거나 조금 낮다고 생각하는 것도 있는 것 같아요. - 당사자6

## 7) 서비스 제공자에 대한 경험

당사자들은 서비스를 이용하는 과정에서 치료진으로부터 공감받지 못할 뿐만 아니라 비인간적인 대우를 받으며 서비스를 받고 있었다. 충분하지 않은 서비스는 치료진에 대한 불신을 키웠다. 그에 반해 일부 참여자는 치료 과정에서 자신의 의견을 반영해 주는 치료진에 대해서는 높은 신뢰감을 표현하였으며 가능한 한 치료를 지속하려는 의지를 보였다. 정신장애인들은 자신의 정신건강 이력에 대해 다시 이야기해야 한다는 것 때문에 치료진이 바뀌는 것에 대한 부담감을 표현하기도 하였다.

### 가) 무공감 치료

당사자들은 서비스 제공자들이 증상에 대해 매우 객관적으로 설명하면서 당사자의 상황에 대해 전혀 공감하지 않는 무공감 치료가 이루어지고 있다고 말했다. 당사자7은 그럼에도 별다른 상담 상대를 찾을 수가 없어 계속해서 서비스를 이용할 수밖에 없었다고 말했다.

*여자 레지던트 의사가 저를 이런 독실에 앉혀 놓고 당신은 조울증이니까 (... ) 계속 그 설명만 하고 당신은 당뇨병이나 고혈압처럼 평생 관리하는 차원으로 약을 드셔야 됩니다. 고칠 수 없어요. 그 얘기를 매일 불러 놓고 하는 거예요. - 당사자5*

*환자를 보고 얘기하는 게 아니라 모니터를 보면서 음, 이러는 거예요. 공감을 주는 게 아니라 권위 의식이 있는 교수의 모습 있잖아요. - 당사자5*

### 나) 치료진에 대한 불신

당사자들은 의사들은 자신들을 돈으로만 본다, 오랫동안 상담을 하는

의사는 직급이 낮고 경력이 별로 없는 의사라고 인식하며 상당한 불신감을 가지고 있었다. 환자를 맞이하는 자세도 의사의 자질을 평가하는 항목이 되기도 하였다. 당사자2는 환자의 의견을 수용하지 않고 일방적으로 처방, 진료하는 의사에 대해 ‘돌팔이’라고 표현하였다.

거기 의사들은 이 환자를 그냥 돈으로 보는 거예요. 돈으로 보고 빨리빨리 다음 환자를 봐야지 자기 직위가 올라가고 그러지 그렇지 않으면 직위가 안 올라가요. - 당사자4

원장이 돌팔이 같아요. (...) 환자 입장에서 봤을 때 환자랑 상담하고 그런 것에 대해서 토대로 약을 지어 주고 진료를 해야 되는데 그 사람은 그렇게 얘기를 해도 자기 주장만, 그게 싫었고 - 당사자2

의사는 돈을 벌기 위해서 계속 있어야 된다고. 6개월 있다가 다른 병원으로 가셔야 됩니다 했는데 6개월이 됐는데 다시 연장할 수 있습니다 하니까 그걸 믿어야 되는 건지. - 보호자 M

#### 다) 나를 존중하는 치료진

당사자들은 본인의 의견에 귀를 기울여 주고 치료 과정에 이를 반영해주는 치료진에 대해 긍정적으로 평가하고 지속적으로 치료적 관계를 유지하는 것으로 나타났다. 당사자4는 폐쇄병동 입원을 거부하자 치료진이 병원을 둘러볼 수 있도록 하여 자발적으로 입원을 결심하게 된 사례이다.

지금 다니고 있는 병원은 자기결정권을 상당히 중요시하면서 내가 원하는 약물을 최소한으로 줄여서 내 의견을 반영을 해줘서 최소한 약만 먹고 있어요. - 당사자5

지금 다니는 병원은 되게 만족해요. (...) 아직 한 번밖에 안 갔는데 좀 놀랐어요. 얘기를 잘 들어주셔서 약도 많이 안 쓰시는 편이고 좋았어요. 살 빼는 얘기하고 부작용 때문에 힘들다는 얘기를 해도 다 들어

주시고 사실 그게 당연한 건데 그 당연한 걸 해 주시는 분들이 많지 않거든요. 좋았어요. - 당사자7

무서운 줄 알고 저 못 가겠어요 그랬더니 왜 못 가냐고 (...) 그러면 당신이 처음이자 마지막으로 순찰을 돌리볼 수 있다고 말을 하더라고요. 그래서 내가 순찰을 돌려 갔는데 정신병동에 들어가니까 사람들이 너무 착한 거야 TV에서 본 거랑 정반대예요. - 당사자4

## 라) 치료진 변경의 부담감

당사자들은 자신의 병력과 증상이 나타나게 된 배경 등을 치료진에게 이야기하는 데 너무 오랜 시간이 걸린다는 것을 알고 있었다. 때문에 좋은 치료자를 만나면 장기간 치료를 이어 나가고 싶다는 욕구를 표현했다. 당사자1은 정신건강복지센터에 사례관리 담당자들이 자주 바뀌는 것에 대한 아쉬움을 표현하였다.

2014년부터 다녔으니까 5년 정도 되는 것 같은데 수많은 직원들이 바뀌었으니까 아쉽긴 하죠. 제 입장에서는 뭐가. - 당사자1

이 약이 작용을 하고 있는데 다른 곳으로 바꾸는 것에 대해서 편하지 않더라고요. 처음부터 히스토리를 다 말해야 되는 것도 약간 부담스러웠던 것 같아요. 4월에 다시 한번 아팠을 때도 고민을 조금 했었는데 그래도 가던 데 가자고, - 당사자6

상담하면서 20회가 종료가 됐는데 이 OO복지관에서는 20회 이상을 할 수 없는 거예요. 종결시키고 다른 선생님을 만나러, 선생님을 바꿔야 되는 상황이에요. (...) 근데 그렇게 되면 또 처음부터 다시 들어가야 되니까 선생님은 나하고 계속 가야 된다. - 당사자5



## 8) 치료 효과 경험

약물 처방이 부작용의 위험이 있기는 하지만, 즉각적인 치료 효과를 가져오면서 치료자와의 신뢰감 강화에 영향을 미치기도 하였다. 다만 그러한 약물 처방의 치료 효과는 치료진의 인격적인 태도를 기반으로 하였다. 치료진과의 신뢰 관계 형성 및 약물 처방의 긍정적 효과가 동시에 발생되며 치료 유지를 위한 동력이 작동하였다. 물론 증상이 호전되지 않거나 오히려 악화되는 경험을 하기도 했다. 전반적으로 만족스러운 서비스 경험은 서비스 이용을 유지시키는 요인이 되었다.

### 가) 긍정적 치료 효과

당사자들은 치료를 통해 긍정적인 효과를 경험했을 때 치료를 지속적으로 유지하였다. 의사가 자신의 말을 경청하고 존중하며 처방한 약물이 긍정적 효과를 나타내면 의사에 대해 신뢰감을 갖고 이는 곧 치료 유지로 이어졌다.

*우리 집 가까운 데로 갔는데 선생님이 처방하고 계신 약이 우리 병원에서  
취급하고 있지 않지만, 그러면 취급하는 약 중에서 비슷한 약을 달  
라고 그랬더니, 그 약을 먹었더니 머리가 맑더라고요. 그래서 그 병  
원을 택하게 된 거예요. - 당사자5*

*선생님도 잘 들어주기도 하셨지만 계속 아니라고 얘기해 주셨던 것 같아  
요. (...) 선생님이 지어 주신 약이 어느 순간, 한참 나가고 싶었던 그  
시기에 약이 딱 맞아서 그때 믿음이 갔던 것 같아요. - 당사자6*

*그런데 이분이 딱 보더니 약을 보름을 썼더니 효과가 없어서 약을 바꾸고  
3일 되니까 확 좋아지더라는 거예요. - 보호자 P(3)*

## 나) 호전되지 않고 더 심각해지는 증상

상담과 약물 처방으로 정신질환이 빠르게 호전되는 경우도 있지만, 다른 한편으로 치료를 받아도 자신의 병이 호전되지 않아 답답함을 호소하는 경우도 있었다.

*병원에 가고 나서도 내 증상은 그대로 남아 있구나 (...) 증상이 있다 보니  
까 그것에 대해서 해결이 안 되니까 답답했어요. - 당사자2*

## 다) 만족스러운 서비스 경험

당사자들은 정신과 상담, 약물치료 이외에 기관에서 단순 안부 전화나 강요하지 않는 서비스 등에 대해 만족감을 표현했다. 만성정신질환자의 경우는 특별한 프로그램이 없어도 매일 출퇴근을 하며 비장애인들과 만나는 것만으로도 만족감을 표현하였다. 당사자단체, 동료절차보조 서비스 이용 경험이 있는 당사자는 비강요, 의견 존중 등 인간적인 대우를 받는다는 느낌이 들어 서비스에 만족하였다. 당사자들은 자신이 만족하는 서비스를 장기간 이용하였다. 즉 서비스만족도는 정신과적 증상의 즉각적인 개선 효과와 직결되지 않아도 정신건강서비스 세팅에 지속적으로 노출되도록 하는 데 기여하였다.

*(정신건강복지센터) 선생님들이 사례관리를 해 주니까 집에서 낮잠 자는  
것보다는, 병원도 〇〇〇선생님 언제 오세요? 물어보고. (...) 저는  
연락 안부 전화도 고맙고 제가 만나는 사람은 한정돼 있는데 그렇게  
해 주니까 좋은 것 같습니다. - 당사자1*

*(복지관) 일단 출퇴근하는 맛도 느끼는 거고, 꼭 구분 짓는 건 아니지만  
비장애인이랑 어울려 보기도 하고 집에서 방콕하고 있으면 뭐해요.  
그런 데 열심히 나가서 단순노무직도 해 보고, 청소도 해 보고 식사*

도 해 보고, 출퇴근 맛도 느끼는 거 아닙니까. - 당사자3

(정신재활시설) 엄청 좋아요. (...) 시설장도 장애인이고 (...) 같은 장애인  
이니까 병을 같이 알아주고 같이 얘기도 되고 장난도 칠 수 있고 일  
반인들은 그게 안 되잖아요. 비장애인이 있다면 시설장한테 장난치  
면 안 된다고 생각해요. 안 먹힐 것 같아요. - 당사자4

(동료절차보조) 얘기를 잘 들어줬고 제 의사를 확실히 물어보고 결정이  
돼서 좋았어요. (...) 폐쇄병동 입원하고도 금방 개방으로 전환이 됐  
고 좀 더, 의사분이 신경을 써주는 느낌, 이 사람의 의견이 어떤지 신  
경을 쓰는 느낌이 있었어요. - 당사자7

#### 라) 스스로 찾는 효과적 치료 방법

당사자들은 오랜 서비스 이용 경험을 통해 자신의 정신건강 관리를 위  
해 서비스를 선별하여 이용하거나 자신만의 방법으로 응급상황을 조절하  
였다. 자신의 정신건강 상태를 인지하고 입원, 외래, 응급을 스스로 결정  
해서 이용하고, 정신적으로 힘든 상황이라고 판단될 때 처방약을 조절하  
여 복용하였다. 그 외에도 신체건강 관리도 꾸준히 하며, 의사가 본인을  
더 잘 이해할 수 있도록 상담을 미리 준비하기도 하였다.

스트레스받았을 때 조증이 오더라고요. 붕 뜨더라고요. 그걸 인지를 했어  
요. 병원에 가서 주사 맞고 약 먹고 하루 정도 잠자고 OO병원에 가  
니까 외래에서, 입원은 절대로 안 된다고 했거든요 제가. 그래서 응  
급실에서 만나절 자고 왔어요. (...) 입원할 필요가 없어요. - 당사자5

원래 하루에 하나만 먹기로 되어 있었는데 그걸 내가 조절을 하고 있는  
거죠. (...) 나 스스로 인지를 하고 약을 먹고. - 당사자5

헬스장도 하루도 안 빠지고 이용했고 일단 운동을 열심히 하고 땀을 많이  
흘리고 열심히 하니깐. - 당사자3

하루의 일과를 다 썼어요. 일기처럼 써서 프린트를 해서 다 썼어요. 그 의사가 더 확실하게 알고 내 기분을 그리고 확실하게 진단을 내려요. - 당사자4

## 2. 정신건강서비스에 대한 인식

이러한 다양한 경험을 한 당사자들을 대상으로 당사자의 입장에서 정신건강서비스를 어떻게 인식하고 있는지에 대한 의견을 수렴하였다. 당사자들은 ‘정신’이라는 용어가 부정적이기 때문에 정신건강서비스 역시 부정적인 인식이 있어 기피하게 되는 것이라고 말하였다. 공공의 정신건강서비스는 전문성이 부족한데 이는 국가재정지원이 부족한 것에서 기인한다고 보았다. 또한 제공되는 서비스가 대부분 약물치료 중심이며 상담서비스가 부족하다고 인식하고 있었다.

### 1) 부정적 사회 인식으로 기피하는 치료서비스

당사자들은 정신이라는 용어가 사회적으로 부정적이고 어둡게 인식되기 때문에 정신건강서비스도 마찬가지로 부정적으로 인식되어 사람들이 서비스를 기피하는 것이라고 말하였다. 당사자 스스로도 자신이 이용하고 있는 기관 이름을 다른 사람에게 말하는 것을 꺼리게 생각하고 있었다.

말 그대로 정신건강은 정신이 들어가기 때문에 정신병자다. (...) 벌써 사회적 인식이 안 좋다는 거죠. 차라리 그걸, 내가 다니는 병원 이름이 정신건강센터가 아니에요. 정신건강 관련해서 이름이 지어진 건 아니에요. ○○○클리닉이에요. - 당사자5

계속 가고 싶지만 못 가는 거지 (...) 진짜 편하게 사회 인식이 변하지 않는 한 정신과에 가기 힘들잖아요. 저도 강제로 정신과에 가게 되어서 약을 먹고 이용하게 된 거지 생정신으로 가긴 힘들어요. - 당사자5

얘기하면 좀 그렇죠. 어디 아파? 왜 가니? 뭐라고? 잘못 들은 것 같은데?  
이런 식이고. - 당사자1

정신병원에 대한 인식은 너무너무 나빠요. 가족들도 병원에 잘 안 보내려  
고 하는 이유가 그런 것도 있고. - 보호자 J(3)

우리 애보다 더 중증인데도 정신장애라는 것 때문에 정신병원? 이렇게  
하면 사람들의 시선 때문에 더, 병을 알면서도 많이 안 가는, 치료받  
지 않는 사람들도 많이 봐요. - 보호자 U(5)

## 2) 국가 지원이 부족한 공공서비스

당사자들은 국가에서 제공하는 공공서비스는 전문상담 인력이 부족하  
며 그 또한 계약직 직원이어서 전문적인 상담서비스가 이루어지기 어렵  
다고 보았다. 공공정신건강서비스를 제공하는 인력의 전문성이 부족한  
것은 국가에서 적정 수준의 재원을 투입하지 않기 때문이라고 생각하고  
있었다.

무료로 해 주는데 간호사밖에 없어요. 전문상담요원이 없어요. 상담심리  
학을 전공한 사람이. (...) 보건센터니까 간호사 자격증이 있는 사람  
만 그것도 계약직으로 채용이 되는 거예요. 근데 그 사람들이 한 사  
람당 맡아야 되는 인원이 100명 정도 되는 것 같더라고요. 상당히  
열악하더라고요. 없다는 거예요. 상담기관이. - 당사자5

서비스는 예산이 돈 문제잖아요. 돈이 많이 풀어지면 직원들도 충원이 될  
텐데 그게 보기에는 제가 봤을 때 뭔가 충원이 된다면 서비스도 높  
아지고. - 당사자1

여러분이 모르셔서 그런데 늘어나는 환자는 많죠. 인력은 그대로입니다.  
(...) 그래서 5년 다닌 사람들은 못 나오게 해요. - 보호자 Z(8)

### 3) 상담보다 약물치료 중심의 서비스

당사자들은 현재 제공되고 있는 정신건강서비스는 대부분 약물치료 중심이며 상담서비스가 매우 부족하다고 인식하고 있었다. 실제로 연구 참여자 중 상당수가 병원은 약물 처방의 용도로만 이용하고 있고 상담에 대해서는 기대를 하지 않고 있었다.

*같이 병행이 돼야 할 수 있는 건데 일반 의료 정신건강의학과는 환자들이 상당히 많기 때문에 짧게 5분만 하고 약물치료 위주로만 하고 나머지는 환자들이 감수해야 되는 거예요. 그래서 솔직히 우리나라는 약물치료 위주로만 하려고 하지 상담기관이 무료 기관이 상당히 부족한 현실이에요. - 당사자5*

*병원에 입원하면 환우들이 입원을 해서 기능이 더 나빠집니다. 왜냐하면 좋아졌을 때도 약으로만 치료하고 의사 선생님들도 그런 얘기를 하셨어요. 선생님들도 자꾸 환우를 보지만 환우들이 너무 많이 입원을 하니깐 놓치는 부분이 많다고. - 보호자 R(8)*

## 제4절 소결

이 장의 목적은 정신질환 당사자의 의견을 수렴하여 정신건강서비스 접근성 강화 전략 수립의 근거자료를 마련하는 것이다. 연구 목적을 위해 정신질환 당사자의 정신건강서비스 이용에 관한 개인적 경험에 대해 면담한 내용을 분석하였다. 분석 결과를 간단히 요약하면, 당사자들의 정신건강서비스 이용 경험의 시작은 정신질환 증상에 대한 당사자와 가족을 포함한 주변인의 인지에서 출발한다. 이후 정신질환 증상이 매우 심각하다는 것을 인식하고 도움이 필요함을 알게 되면서 처음으로 서비스를 접

촉한다. 그리고 마지막으로 실제 서비스를 이용하는 과정에서 자기에 대한 재인식과 함께 서비스 과정, 내용, 정보 습득, 시설·환경, 비용, 제공자, 치료 효과에 대해 경험하게 된다.

좀 더 구체적으로 당사자 정신건강서비스 이용 경험 면담 결과를 살펴보면, 정신질환자 당사자들도 앞서 제3장과 제4장에서 살펴본 청소년과 성인과 크게 다르지 않게 정신건강을 인식하고 있다. 당사자들 역시 누구나 정신건강 문제로 어려움을 겪을 수 있고, 신체가 건강하고 아플 수 있는 것과 같이 자신이 정신이 아픈 것일 뿐 똑같은 사람인데 다른 사람들은 자신을 그렇게 바라보지 않는다고 느끼고 있다. 정신건강 문제를 경험하고 있는 당사자는 외부의 환경에서 오는 스트레스로부터 자신의 중심을 지키는 것이 정신이 건강한 것이라고 생각하고 있다.

이러한 인식을 가지는 정신질환자는 자신에게 나타나는 심리적 어려움과 정신과적 증상으로 인한 변화를 스스로 인지하고 있으며, 이러한 변화가 자신의 삶에 영향을 미치고 있다는 점 역시 이 연구를 통해 알게 되었다. 당사자들은 자신이 정신적으로 어려움을 경험하고 있으며, 그것으로 인해 자신이 감당할 수 있는 범위의 삶의 무게가 어느 정도인지도 가늠할 수 있었으나 가족 등 주변인은 당사자의 어려움을 쉽게 알아채지 못했다는 경험을 공유하였다.

당사자는 자신이 이미 정신적으로 어려움이 있다는 것을 인식하고 있었기 때문에 외부의 도움이 필요하다는 것 또한 인식하고 있었으나, 정신건강서비스에 대한 정보가 부족하여 어떻게 도움을 구해야 하는지 어려워했다. 또한 증상이 심각해질수록 당사자들은 타인의 시선보다는 지금 자신의 어려움이 해결되기를 바라는 마음이 강했고 누구라도 자신을 도와주기를 바랐지만 어디서, 어떻게, 어떤 도움을 구해야 하는지, 그리고 어떤 치료를 받아야 하는지에 대해 잘 알 수 없었다. 이 같은 정보 부족은

앞서 살펴본 청소년, 성인과 크게 다르지 않은 점이다.

자신이 직접 혹은 가족과 주변인을 통해 서비스를 찾고 이용하게 된 당사자들은 서비스 이용 중 다양한 긍정적·부정적 경험을 하며 적합한 서비스를 선택하고 치료를 유지해 왔다. 서비스 과정, 내용, 정보 습득, 비용, 제공자, 치료 효과에 대한 개인적 경험과 인식은 당사자들이 정신건강서비스 이용을 중단하거나 유지하는 데 다양하게 영향을 미쳤다. 당사자 중 일부는 병식을 갖게 되어 자신의 질환을 관리하고 지속적인 서비스를 받고 있었지만 정신건강서비스 이용 과정에서 발생한 트라우마, 신뢰성 낮은 치료진에 대한 경험, 비효과적인 서비스에 대한 경험 등을 통해 정신건강서비스에 대한 반감을 갖게 된 경우 역시 볼 수 있었다.

이를 통해 중증정신질환자 당사자 역시 언제, 어디에, 어떻게 가야 하는지에 대한 정보 부족을 경험하고 있으며 자신의 증상과 수요에 맞는 프로그램이 부족한 상황을 경험하고 있음을 알 수 있었다. 이 같은 정신건강서비스에 대한 접근성 제약 외에 중증정신질환자에게서 추가적으로 양질의 서비스를 받고자 하는 욕구 역시 확인할 수 있었다. 역량 있는 서비스 제공자에 의한 근거기반의 효과적인 서비스, 자신의 결정권과 인권을 존중해 주는 서비스 제공자에 대한 욕구 역시 중증정신질환자에게서 강하게 드러났다.



# 제 6 장

## 결론

제1절 연구 결과 요약

제2절 수요자의 페르소나

제3절 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략



## 제1절 연구 결과 요약

이 연구는 국민의 정신건강증진을 위한 정신건강서비스에 대한 접근성 현황과 접근성 강화의 제약요인을 파악하여 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략을 제시하는 것을 목적으로 하였다. 연구 목적에 따라 이 연구에서는 2차 자료 분석, 양적 설문조사 및 질적 면담조사 등을 활용하여 정신건강 현황과 정신건강서비스 제공 현황을 검토하였으며 청소년, 성인, 중증정신질환자의 정신건강서비스에 대한 접근성을 파악하였다. 이 연구의 결과들을 요약해 보면 다음과 같다.

첫째, 이 연구는 정신건강 현황에서 드러나는 수요와 정신건강서비스 제공에서 드러나는 공급 간 부정합성을 확인하였다. 구체적으로 보면 높은 우울과 불안, 자살과 고위험 음주 문제에도 불구하고 현재 우리나라의 정신건강서비스는 주로 ‘중증정신질환’을 중심으로 제공되고 있다는 점을 확인하였다. 또한 이 연구에서는 정신건강서비스가 예방과 조기 개입보다는 치료와 보호, 재활과 회복에 치중되어 제공되고 있다는 점을 파악할 수 있었다.

정신건강 및 정신질환에 대한 낮은 인지도, 정신질환자에 대한 높은 편견, 정신건강서비스 이용에 대한 낙인과 스티그마를 경험하고 있는 상황, 그로 인한 낮은 정신건강서비스 이용률을 인지하고 있지만 뚜렷한 예방과 조기 개입을 위한 정신건강서비스 제공은 제한적이라는 점을 확인할 수 있었다. 즉, 정신건강의 예방과 관리를 스스로 어떻게 해야 하는지,

자신이 경험하고 있는 정신건강 문제들은 그냥 놔두면 사라지는 것인지, 언제 정신건강 상담이나 치료를 받으러 가야 하는지, 정신건강서비스를 이용해도 괜찮은지, 어디를 어떻게 이용할 수 있는지에 대한 정보가 매우 제한적이었다.

결과적으로 환자가 되었을 때, '병'이 되었을 때 정신건강서비스 체계에 들어오게 되고 서비스를 받게 되는 구조임을 확인할 수 있었다. 또한 정신건강 현황을 파악하면서 정신건강 문제에 대한 관심이 사회적으로 고조되고 있음에도 불구하고, 정신건강 정책에 대한 투자는 만성적으로 부족하다는 점 역시 재확인할 수 있었다. 기관 및 시설 인프라의 부족, 정신건강서비스 제공 인력의 부족, 정신건강서비스 예산의 부족은 정신건강서비스에 대한 접근성을 저해하는 요인이라는 점을 다시금 확인하였다.

이러한 수요와 공급 간 부정합성에서 드러나는 물리적인 정신건강서비스 접근성에 대한 이해를 기반으로 이 연구는 정신건강서비스의 수요자인 국민을 청소년과 성인, 중증정신질환자로 구분하여 이들이 정신건강서비스에 대해 가지는 심리적인 접근성을 파악하고자 하였다. 그 결과 청소년과 성인, 중증정신질환자 모두 정신건강 문제는 누구나 경험할 수 있고 치료가 가능하다는 인식을 가지고 있다는 것을 확인할 수 있었다.

하지만 이와 동시에 정신질환자 및 정신건강서비스 이용에 대한 강한 편견도 존재하고 있음을 알 수 있었다. 이러한 정신질환 및 정신건강서비스 이용에 대한 편견은 주로 대중매체에 의한 것이라는 의견이 지배적이었다. 정신질환자를 잠재적인 범죄자로 바라보는 언론 보도, 정신병원에 대한 막연한 거부감과 두려움을 심어 주는 영화와 드라마 등 대중매체를 통해 정신질환과 정신건강서비스 이용에 대한 부정적인 인식을 가지게 되었다는 의견이 다수 언급되었다.

또한 이 연구는 정신건강 및 정신건강서비스 이용에 대한 정확한 정보를 가지지 못하는 청소년, 성인, 중증정신질환자의 모습을 확인할 수 있

었다. 언제, 어디서, 어떠한 도움을 어떻게 구해야 하는지를 알지 못하는 수요자들의 모습과 더불어 정신건강서비스 이용과 관련한 부정확한 정보(진학 제한, 취업 제한 등)가 사회적으로 공유되고 있음을 알 수 있었다. 이러한 부정확한 정보는 수요자들이 가지는 비밀보장에 대한 욕구, 프라이버시 보호에 대한 욕구와 일면 연관되어 있다. 양적 설문조사 및 질적 면담조사에서 만난 다수의 수요자는 정신건강서비스를 이용하지 않는 이유로 개인적인 정보가 노출되어 취업이나 진학에 제한이 있거나 이상한 사람으로 소문이 날 것을 우려하고 있었다. 비밀이 보장되고, 프라이버시가 보호된다는 전제가 공유된다면 정신건강서비스 이용에 대한 심리적 거리감은 다소 해소될 수 있을 것으로 보인다.

또한 이 연구에서는 심리적인 어려움이 있을 때, 적극적으로 정신건강 서비스를 찾고 이용하는 다수의 수요자도 만날 수 있었다. 몸이 아플 때 병원을 찾는 것처럼 심리적으로, 정서적으로 어려울 때 정신의료기관을 비롯한 정신건강서비스를 찾는 것은 당연하다는 인식들을 이들에게서 볼 수 있었다. 하지만 이들 역시 도움을 찾는 주체는 자신 아니면 가족이었으며, 어떠한 서비스를 어디서 받을 수 있는지에 대한 정보가 부족한 상황을 공유해 주었다. 또한 가고 싶어도 갈 수 있는 기관들이 없다는 점과 꼭 정신의료기관에 의한 치료가 아니더라도 지역사회 내 정신건강 상담 기관들이 많았으면 하는 기대들을 표출하기도 하였다.

이 같은 심리적·물리적인 접근성에 대한 수요와 더불어 중증정신질환 자에게서는 추가적으로 양질의 서비스를 받고자 하는 수요도 강하게 드러났다. 자신의 정신건강을 개선해 줄 수 있는 역량 있는 서비스 제공자에 의한 근거 기반의 효과적인 서비스, 자신을 사회의 구성원으로 존중해주는 서비스 제공자를 만나 오랜 기간 도모해야 하는 회복 과정에서 양질의 서비스를 받고 싶다는 수요가 강하게 드러났다.

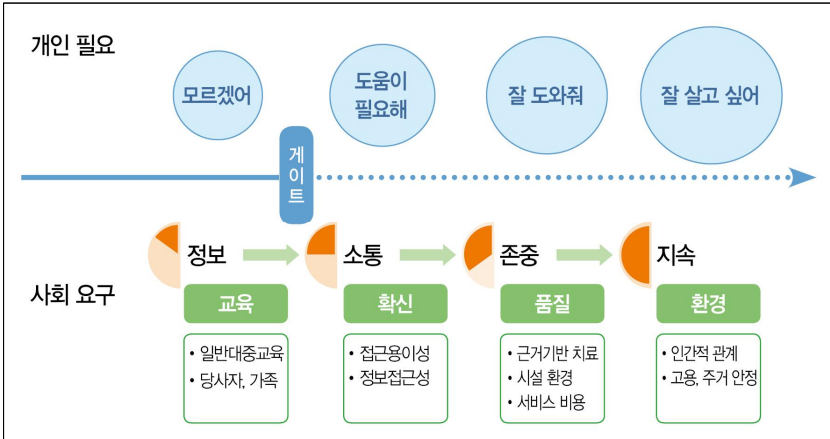
## 제2절 수요자의 페르소나

이 연구를 진행하면서 수요자인 청소년과 성인, 중증정신질환자의 정신건강 및 정신건강서비스에 대한 인식, 정신건강서비스 이용 경험에 차이가 있기는 하지만, 정신건강 문제의 유형과는 상관없이 수요자들이 일정한 특성을 가진다는 점 역시 알 수 있었다. 수요자를 중심에 놓고 이들이 어떻게 정신건강 문제를 인식하고, 정신건강서비스를 이용하게 되며, 이용하면서 어떠한 것들을 경험하고 바랄 것인지를 고민한 결과 수요자가 청소년이든, 성인이든, 중증정신질환자든 상관없이 일정하게 공통된 과정을 거칠 수 있다는 점을 확인하였다.

이 연구에서는 이를 다음의 그림과 같이 구현하였다. 이 연구에서 도출한 대다수의 국민이 처해 있는 첫 번째 단계는 바로 ‘모르겠어’이다. 이 단계에 있는 사람들은 아직은 정신건강이나 정신질환이 무엇인지, 자신이 어떤 것을 경험해야 정신적으로 어려운 것인지, 정신건강서비스란 어떤 것인지를 잘 모르는 상태라고 볼 수 있다. 이런 상황에 놓여 있는 다수의 수요자는 정신건강, 정신질환이 무엇인지에 대한 인식도를 높여 줄 수 있는 정보를 필요로 하고 있다는 점을 양적 설문조사와 질적 면담조사를 통해 확인할 수 있었다.

이 연구에서 파악한 ‘모르겠어’의 다음 단계는 자신의 증상을 인지한 사람에게 정신적 어려움을 줄이거나 해결하는 데 도움이 필요한 단계이다. 이 연구에서 실시한 양적 설문조사와 질적 면담조사에 참여한 청소년, 성인 중 일부는 이 단계에서 도움을 구하고 있다. 이들이 처한 이슈는 도움이 필요하기는 한데 어디를, 어떻게 찾아가야 하는지 잘 모른다는 것이다. 이들에게는 어디를, 어떻게 가야 하는지에 관한 정보를 제공하고, 이들이 도움을 필요로 할 때 쉽게 이용할 수 있는 곳들을 마련하는 것이 필요하다.

[그림 6-1] 정신건강서비스 수요자의 수요와 사회에 기대하는 요구



주: 이 연구에서 실시한 양적 설문조사 및 질적 면담조사를 통해 도출하였음.

‘도움이 필요해’ 단계를 넘어서 실제 정신건강서비스를 이용하게 된 이 후부터 정신건강서비스 수요자들은 이용자가 되고, 이들은 자신이 현재 이용하고 있는 서비스가 자신의 정신건강 문제를 완화시키거나 해결해 줄 수 있기를 기대하는 ‘잘 도와줘’의 수요를 가지게 된다. 근거에 기반을 둔 효과적인 치료, 안전하고 인권이 존중되는 정신건강서비스, 자신의 수요와 욕구에 맞는 다양한 프로그램 등 양질의 서비스를 받고자 하는 수요가 드러난다.

양질의 서비스를 받고자 하는 ‘잘 도와줘’ 단계 이후 아마도 중증정신질환자들은 사회의 구성원으로 차별받지 않고 ‘잘 살고 싶어’의 수요를 가지게 된다. 평생 동안 관리해야 하는 정신질환 문제를 가지고 있기는 하지만 자신을 인간적으로 존중해 주는 관계를 맺고, 자신이 사회의 구성원으로 참여할 수 있으며 지역사회에서 지속적으로 생활할 수 있기를 기대하고 이를 지원해 주는 서비스들을 바라고 있다.

이러한 단계들은 이 연구에서 실시한 청소년과 성인 대상 양적 설문조

사와 질적 면담조사, 중증정신질환자 대상 질적 면담조사에서 드러나는 수요를 중심으로 구성한 것으로, 청소년과 성인의 경우 앞서 제3장과 제4장에서 분석한 것처럼 주로 ‘모르겠어’와 ‘도움이 필요해’ 단계에 많이 속해 있으면서 정보와 소통에 대한 강한 수요를 보여 왔다. 이와 달리 중증정신질환자의 경우 이 모든 단계를 경험했으며 현재 ‘잘 도와줘’ 단계 혹은 ‘잘 살고 싶어’의 단계에 해당하는 수요를 보여 주고 있기도 하다.

이 연구는 앞서 제시된 [그림 6-1]과 같이 질적 면담조사와 양적 설문조사를 통해 정신건강서비스 수요자의 수요를 단계별로 파악하기는 하였으나, 이 연구가 보다 초점을 두는 정신건강서비스 제공 스펙트럼상 예방과 조기 개입에 중점을 두고 청소년, 성인, 중증정신질환자가 모두 경험하고 있는 혹은 경험한 ‘모르겠어’와 ‘도움이 필요해’ 상황에 놓인 다음의 2명의 페르소나를 구성하였다.

페르소나는 특정의 인물을 지칭하는 것이 아니라 수요자 조사를 통해 수요자들이 보여 주는 특성들의 패턴 혹은 중요한 특성을 발견하고, 그 특성들에 대한 연구진의 성찰(insight)들이 모인 가상의 인물로 구성하였다. 페르소나는 심리학, 마케팅, 디자인 등의 다양한 영역에서 수요자의 특성에 맞는 서비스를 디자인하기 위해 활용되고 있다(이혜진, 김영미, 박주현, 김동미, 류한영, 2007).

이 연구 역시 질적 면담조사와 양적 설문조사에서 파악되는 공통된 수요자들의 특성 패턴들을 찾았으며, 이 특성들에 대한 연구진 및 전문가의 성찰들을 모아 페르소나를 도출하였다. 페르소나를 도출하기 위해 연구진은 개별 및 집단 인터뷰 녹취록을 분석하여 주요 특성들을 찾아가는 과정을 수차례의 연구진 워크숍을 통해 진행하였다. 이 과정에서 수요자들이 현재 경험하는 혹은 처해 있는 상황을 객관적으로 기술하고, 수요자들이 필요로 하는 것, 원하는 것을 찾아내었다([그림 6-1] 참조).



이러한 분석 과정을 통해 이 연구는 사람 중심, 수요자의 문제 인지를 중심으로 관찰했을 때 앞서 제시한 [그림 6-1]에 제시된 단계를 파악할 수 있었으며 예방 및 조기 개입과 관련한 두 가지 페르소나를 도출할 수 있었다. 이 연구에서 드러난 것처럼 현재의 정신건강 문제를 인지하고 정신건강서비스 치료 과정에서 다양한 사람이 존재하기는 하지만, 다양한 수요자의 공통적인 특성을 잘 드러낼 수 있는 2명의 페르소나를 도출하였다.<sup>26)</sup>

---

26) 이 연구에서 도출하는 페르소나는 정신건강서비스 수요자의 전형(stereotype)에 보다 가까움. 정신건강서비스 수요자가 가지는 극단치의 경험과 필요를 반영할 것인지, 대다수의 수요자가 공통적으로 경험하는 것들을 반영할 것인지에 대한 연구진의 고민이 있었으며, 연구진 워크숍을 통해 공통된 경험들을 중심으로 페르소나를 도출하고, 이 페르소나에 대한 정책적 접근 방안을 도출하는 것으로 의견을 수렴하였음.

[그림 6-2] 수요자의 특성들에 대한 발견 및 연구진의 성찰(insight) 과정 예시

	<p>박ㅇㅇ은 23세 여성으로 9세때부터 자신의 정신적 문제를 인지하고 자신의 정신적 문제를 해결하기위해 노력하고 있는 중증환자로서 현재는 정신건강 센터에서 생활하고 있다. 그녀의 가장 큰 필요/욕구는 자신의 정신 건강 문제에 대한 제대로 된 상담이다. 그녀는 현재 정신건강 서비스의 시스템적인 질적 문제에 대한 강한 불만을 가지고 있다.</p> <p>하지만 사실은...그녀가 진정으로 원하는 것은 거창한 서비스 시스템이 아닌 것 같다. 자기 말을 존중해 주는, 자신이 불만이나 문제를 설명했을 때 인격적으로 그것을 들어주는 누군가가 필요한 것 같다. 자신을 존중하고 인격적으로 느낄 수 있게하는 쌍방향 커뮤니케이션이 가능한 서비스 시스템은 어떤 것이며 어떤 과정과 서비스가 필요한 걸까?</p>
	<p>이ㅇㅇ은 32세 남성으로 10대에 조현병이 발병하여 제3자에 의해서 병을 인식했으나 입원 경험은 없다. 현재 바둑 강사로 활동할 만큼 자신의 삶에 대한 애착과 자존감이 강한 사람이다.</p> <p>그는 정신건강 관련 서비스 시스템에 대한 제대로 된 정보를 찾고 싶어 한다. 왜냐하면 현재의 서비스는 일관된 정보가 없기 때문이다. 하지만 사실 그는 어떠한 서비스가 만들어져도 돈을 지불할 의사가 없는 사람이다. 돈을 들이지 않은 채 서비스는 받고 싶고 자신이 사회로부터 장애인이라는 소리는 듣고 싶지 않은 양면적인 성격을 가지고 있다.</p>
	<p>조ㅇㅇ은 52세 여성으로 불편한 가족 관계를 특징으로 한다. 29세에 간질 수술을 받았으나 증상이 호전되지 않고 심해져 우울증까지 얻었다. 이 같은 경험을 바탕으로 현재 시스템 서비스에 대한 총체적인 불만을 쌓아 왔다. 그녀는 현재 정신건강 서비스 시스템에 대한 강한 저항과 불만을 보이고 있다. 왜냐하면 그녀의 한 달 월급은 9만 원이고 이 같은 경제적 불평등에서 오는 사회적 시스템적 불만이 강하다.</p> <p>놀랍게도 사실 그녀는 시스템에 대한 불만이 있다고 하지만 그러한 시스템 속에서 스케줄 관리 또는 다이어리 기록 등 자신만의 관리 계획을 통해 자신의 의사를 피력하는 등 굉장히 적극적으로 자기 컨트롤을 하고 있다.기 관리 서비스를 가능하게 해줄까?</p>

주: 이 연구에서 실시한 양적 설문조사 및 질적 면담조사를 바탕으로 연구진 워크숍에서 진행한 분석 과정임.

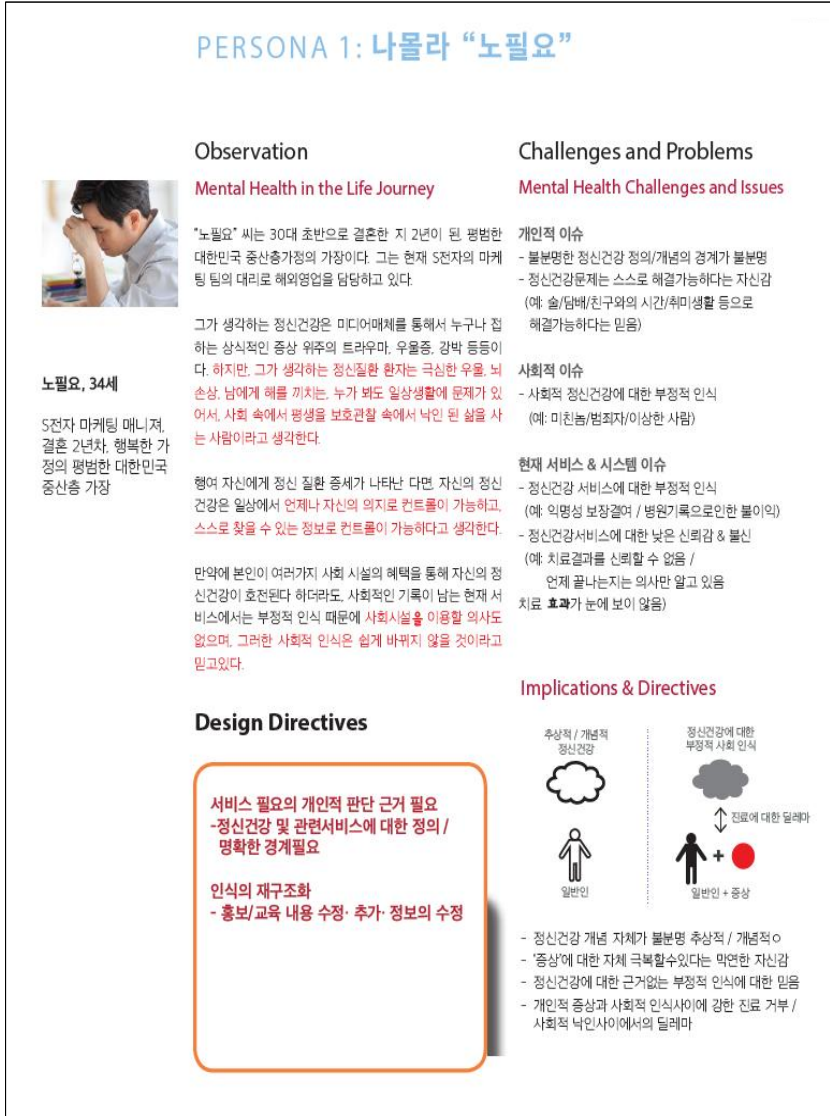
## 1. ‘모르겠어’ 상황을 경험하는 ‘노필요’ 씨

‘모르겠어’ 상황을 경험하는 노필요 씨에 대한 간략한 소개는 다음의 그림과 같다. 노필요 씨는 정신건강을 추상적으로 개념화하고 있으며, 정신건강이 자신의 의지대로 관리할 수 있는 것이라고 생각하며, 스스로 찾을 수 있는 정보로 컨트롤이 가능하다는 생각을 가지고 있다. 정신건강서비스에 대한 부정적인 인식을 가지고 있기도 하다. 이 연구를 진행하면서 만난 다수의 청소년과 성인이 이러한 인식을 보여 주고 있으며, 양적 설문조사에서도 다수가 이러한 인식을 가지고 있는 것으로 나타났다.

이러한 노필요 씨가 만약 정신건강 문제를 보여 주는 증상들을 경험했을 때 어떠한 상황이 벌어질 것인가? 그는 아마도 정신건강에 대해 스스로 컨트롤할 수 있다는 인식을 하고 있기 때문에 술을 마시거나 친구를 만나거나, 쇼핑이나 운동 등 자신이 경험하고 있는 정신건강 문제를 해결하기 위해 여러 방법을 활용하려고 노력을 하겠지만 정신건강서비스에 대한 부정적인 인식을 가지고 있기 때문에 아마도 정신건강서비스를 선택 이용하기를 꺼려할 가능성이 높다.

이러한 상황을 경험하는 노필요 씨는 자문회의 과정에서 만난 중증정신질환자 당사자에게서도 찾을 수 있었다. 정신건강 및 정신질환, 정신건강서비스에 대해 편견과 부정적인 인식이 있는 사람이 정신질환에 걸리게 되면 정신건강서비스 이용을 더 꺼린다는 경험들을 정신질환자 당사자들은 공유하였으며 정신건강 및 정신질환, 정신건강서비스에 대한 부정적 인식을 감소시킬 수 있는 정책들이 필요하다고 언급했다.

[그림 6-3] '모르겠어' 상황을 경험하는 페르소나, 노필요 씨



주: 이 연구에서 실시한 양적 설문조사 및 질적 면담조사를 통해 도출하였음.

## 2. ‘도움이 필요해’ 상황을 경험하는 ‘나필요’ 씨

‘도움이 필요해’ 상황을 경험하는 나필요 씨에 대한 간략한 소개는 다음의 그림과 같다. 나필요 씨는 어렸을 때부터 자신이 정신적으로 어려움을 경험해 왔다는 것을 인지하고 있었다. 나필요 씨는 정신적으로 힘들기 때문에 도움이 필요했지만 자신에게 무슨 일이 일어나는 것인지 알지 못했고, 어디에 도움을 요청해야 하는지 모른 채 지내 왔다. 나필요 씨의 증상은 계속 심각해져 왔으며, 어느덧 병원에 입원한 환자가 된 자신을 발견하였다. 도움이 필요했지만 어디에 도움을 요청해야 하는지를 모른 채 조기에 혹은 적기에 제대로 된 치료를 받지 못하고 환자가 되어서야 서비스를 이용하게 된 경우이다.

이러한 나필요 씨가 만약 조기에 제대로 된 정신건강서비스를 받을 수 있었으면 어땠을까? 어렸을 때 학교에서부터 정신건강 및 정신질환에 대한 교육이 이루어졌다면 자신이 어떠한 것을 경험하는지, 어디에 도움을 요청해야 하는지를 알 수 있지 않았을까? 또한 나필요 씨가 거주하는 지역에 조기개입하는 서비스와 시스템이 마련되어 있고, 진단을 받기 전 정신건강 문제와 관련한 상담을 받을 수 있는 기회가 있었다면 그는 좀 더 나아졌을까?

앞서 살펴본 것처럼 현재 정신건강 교육이 제한적으로 이루어지고 있고 지역사회 내 서비스 제공이 충분하지 않은 현실을 고려해 볼 때, 결과적으로 진단을 받고 나서야 지역의 정신건강서비스를 받을 수 있는 현실은 결국 ‘사람’보다는 ‘병’ 중심의 서비스 제공 체계를 보여 주는 것이기도 하다.

[그림 6-4] '도움이 필요해' 상황을 경험하는 페르소나, 나필요 씨

## PERSONA 2: 도움이 필요해 “나필요”

### Observation

#### Mental Health in the Life Journey



**나필요, 43세, 무직**  
‘이제야 병원’ 입원중. 가족과 격리된 채 생활

“나필요”씨는 현재 43세로 현재 ‘이제야 병원’에 강제입원 상태이다. 그의 증상은 중학교 무렵부터 시작되었다. 그때 즈음, 그는 스스로가 다른 사람에 비해 아무리 노력해도 남과 비교해 50프로정도 밖에 되지 않는 자신을 알았고, 마음먹은대로 되지않는 작업은 스트레스로 이어졌다. 하지만, 그런 스트레스보다 그를 더욱 힘들게 하는 것은 자신을 보는 다른 사람들의 시선이었다. 얼마나 선생님은 그런 그를 이해하기는커녕, 항상 노력하지 않는 아이라고 꾸짖고 무시했다. 그의 일상은 점점 힘들어졌지만, 아무도 그를 이해하거나, 도와주지 않았다.

시간이 흘러, 고등학교생이 된 나필요에게는 환청이 들리기 시작했고, 누군가가 자신을 응해하는 것 같은 잦은 망상에 시달렸다. 왜 나에게 이런 일이 일어나는지 궁금했지만, 도움을 어떻게 청해야 하는지, 누구에게 말해야 하는지도 모른 채, 항상 언젠가는 좋아지겠지 하며, 상태가 좋아지기만을 참고 기다렸다.

그러던 중, 교회의 집사님이 엄마에게 나필요가 이상하다고 말했다. 엄마는 부끄러워했고, 시간이 지나면 조금씩 좋아질 거라고 마음편히 가지라고만 했다. 이런 일들과 주위 사람들의 변한 위로도 일상이 되었다. 지속되는 현황과 망상이 보이지만, 이제는 내가 이상하지만, 얼마나 이상한 것인지도 그리고 병명조차 모른채, 성인이 되었다.

성인이 된 이후, 나필요의 증상은 더욱 심각해지고 사회적인 생활을 전혀 할 수 없게 되었다. 그때 즈음, 그는 외롭게 지속하던 자신과의 싸움을 중지했다. 문득 눈을 뚫을 때, 그는 병원에 있었고, 그는 “정신병 환자”가 되었다.

### Challenges and Problems

#### Mental Health Challenges and Issues

개인적 / 정서적 이슈

- 시간의 경과에 따른 정신건강 상태 인지능력 결여
- 증상에 대한 정보 부족으로 인한 증상 미인지 및 부정

정신건강 서비스 및 시스템 이슈

- 증상발현 시, 매뉴얼, 인터랙션, 프로토콜의 부재 (예: 증상 발현시 어떻게 도움을 청해야 하는지, 어떻게 도와야 하는지를 모름)
- 치료: 병에 대한 설명부족, 제한된 환자의 의사결정 과정에 대한 참여
- 환자 스스로 병인식을 할 수 있는 기회 제한

Latent Values / Needs

개인적 / 정서적 문제

- 자신의 병명 인지에 대한 두려움
- 자신의 정신상태를 인정하고 싶지 않은 방어기제
- 사회적 부정적 인식에서 오는 두려움
- 시간이 지나면, 일반인처럼 살 수 있다는 막연한 신념

현재 실행중인 정신건강 서비스 / 시스템 문제

- “병중심으로 설계된” 서비스 시스템의 전반체 대응문제
- “일반인”이 환자가 되기까지의 라이프사이클을 고려하지 않은 환자가 된 이후부터 설계되어 있는 문제 해결 중심의 서비스 및 시스템

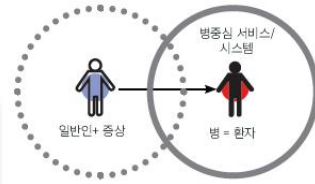
### Design Directives

**시간에 따른 증상 정보제공**

**증상인지시, 대응 매뉴얼 & 프로토콜**

**병중심에서 환자중심으로 정신건강 서비스 & 시스템의 이동 (정보 & 치료 과정의 투명성)**

**“문제해결” 중심 에서 “문제 인지”중심으로!**



- 증상을 동반한 일반인이 스스로 종종 환자가 되기 전까지 전반적인 정신건강에 대한 프로토콜의 부재
- “수요자 중심 국민정신건강 서비스 시스템”에 대한 총체적인 이해 및 접근 방법 결여
- 일반인 증상을 동반하고, 병을 키우고, 환자가 되는 전반적인 라이프사이클에 대한 이해가 절실
- 정신질환을 겪는 일반인부터 종종 정신 질환자까지 그들이 누구인지를 “사람”중심으로 이해하는 것이 절실

### Implications & Directives

주: 이 연구에서 실시한 양적 설문조사 및 질적 면담조사를 통해 도출하였음.

### 제3절 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략

앞 절에서 살펴본 정신건강서비스 수요자들이 가지는 단계별 수요와 수요자의 페르소나가 보여 주는 의미들을 통해 이 연구는 다음의 과제들을 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략으로 제안하였다.

#### 1. ‘모르겠어’ 상황을 경험하는 수요자 대상 정보 제공 강화

‘모르겠어’ 상황을 경험하는 ‘노필요’ 씨와 같은 수요자를 대상으로 한 정보 제공 강화가 필요하다. 청소년 및 성인 모두에게 정확한 정보를 전달함으로써 정신건강 및 정신질환, 정신건강서비스 이용에 대한 부정적인 인식을 감소시키고 긍정적인 인식을 제고시킬 수 있는 전략들이 더욱 강화되어야 한다. 이 연구에서는 이와 관련하여 다음의 상황을 제안한다.

첫째, 정신건강서비스에 대한 수요자의 접근성을 강화하기 위해서는, 특히 정보 제공을 강화하기 위해서는 어렸을 때부터 정신건강을 접하는 것이 필요하다. 아동청소년이 대다수의 시간을 보내는 학교를 기반으로 학교에서 정신건강 및 정신질환에 대한 교육을 제공하고, 정신건강서비스 이용과 관련한 편견과 부정확한 정보들을 수정하는 기회를 제공하는 것이 필요하다.

영국의 경우, 교육부와 보건복지부가 협력한 아동청소년 및 청년 대상 학교 내 정신건강 프로그램(Mental Health in Schools)을 강화하고자 다양한 정책들을 추진 중이다. 보다 구체적으로 살펴보면 2017년 교육부와 보건복지부(Department of Health and Social Care)가 협력하여 ‘Green Paper for Transforming children and young people’s mental health’를 발표하였는데, 여기에는 지역사회 기반 새로운 정신

건강 지원 인력을 만들어야 한다는 것,<sup>27)</sup> 모든 학교와 대학에서 정신건강 담당자를 지정하도록 해야 한다는 것,<sup>28)</sup> 일부 지역에서 아동과 청소년/청년들에게 4주간의 NHS 정신건강서비스 대기시간을 시범적으로 적용<sup>29)</sup>한다는 것이 포함되어 있다.<sup>30)</sup> 정신건강에 대한 장기 계획이 포함되어 있는 NHS Long Term Plan에서도 아동과 청소년/청년의 정신건강에 대한 접근성을 높이고 학교와 대학을 포함하여 서비스를 강화해야 한다는 내용이 포함되어 있다.<sup>31)32)</sup> 이에 따라 영국은 향후 5년간 NHS는 학교와 대학에서 일하는 새로운 정신건강지원팀을 지원할 예정이며, 2023년 말까지 전국의 5분의 1에서 4분의 1까지 지원하고자 하는 목표를 제시하였다. 이 목표에 따라 학교와 대학 기반 서비스는 NHS의 아동·청소년 정신건강 담당자에 의해 모니터링을 받고 초기 개입과 지속적인 도움을 제공하기 위해 특히 노력을 기울이고 있다. NHS는 학교, 학부모

27) 교육부와 공동으로 제공되는 새로운 정신건강지원팀(MHSTs)을 설립: MHSTs는 학교와 대학 환경 내의 직원들에게 도움을 제공할 뿐만 아니라 불안, 행동적 어려움, 교우관계 등의 정신건강 문제에 대한 초기 개입 모델을 개발하며, 이 팀은 지역 어린이 및 청소년 정신건강서비스 기관과 연계하여 NHS 직원의 감독을 받음.

28) 학교 및 대학과 정신건강서비스 연결 프로그램(Mental Health Services and Schools and Colleges Link Programme): Anna Freud National Children and Family Center for Children and Families가 주도하며, 900만 파운드가 교육부를 통해서 지원됨. 모든 학교, 대학 및 대안 학교 등이 일련의 워크숍을 통해서 장기계획을 세우도록 함.

29) 4주 대기시간 시범사업 실시: 이미 진행 중인 NHS 서비스의 확대를 기반으로, NHS의 아동청소년 전문 정신건강서비스에 접근하기 위한 4주 대기시간 시범사업을 실시함.

30) UK Department of Health and Social Care and Department for Education. (2017.12.) Transforming children and young people's mental health provision: a green paper. <https://www.gov.uk/government/consultations/transforming-children-and-young-peoples-mental-health-provision-a-green-paper>에서 2019. 10. 29. 인출함.

31) NHS Long Term Plan. <https://www.longtermplan.nhs.uk/areas-of-work/mental-health/>에서 2019. 10. 29. 인출함.

32) NHS Long Term Plan. Children and young people's mental health services. <https://www.longtermplan.nhs.uk/online-version/chapter-3-further-progress-on-care-quality-and-outcomes/a-strong-start-in-life-for-children-and-young-people/children-and-young-peoples-mental-health-services/>에서 2019. 10. 29. 인출함.



및 지방의회와 협력하여 정보 공유의 개선과 디지털 개입의 사용을 포함한 예방 지원이 전문 아동 및 청소년 정신건강서비스의 필요성을 완화시키는 데 도움이 되는지 여부를 밝히기 위한 연구를 진행할 예정이다.

우리나라의 경우 교육부가 현재 학교에 구성되어 있는 ‘Wee Class’의 상담 교사 및 일반 교사를 대상으로 실시하고 있는 정신건강 교육을 보다 확장하여 정신건강 및 정신질환에 대한 인식을 제고하고 정신건강서비스 이용에 대한 낙인과 스티그마를 감소시킬 수 있는 학생 대상 정신건강 교육을 의무화할 필요가 있다. 정서행동특별검사가 수행되는 학령기에 맞추어 정신건강 예방 교육을 실시하되, 이 교육에서는 정신건강 및 정신질환의 개념, 정신건강으로 인한 서비스(지역사회, 의료) 이용 관련 비밀보장/ 개인정보보호/ 학업 혹은 취업 시 불이익과 관련된 이슈와 더불어 이용 가능한 서비스 제공 기관에 대한 정보가 필수적으로 포함되어야 한다.

보다 구체적으로 아동에게서 유병률이 높고 관심 있어 하는 정신건강 문제인 우울과 조울, 스트레스, 자살과 같이 특정 정신건강 문제에 초점을 두고 교육을 진행하는 것이 필요하다. 또한 정신질환자에 대한 편견 해소를 위해 조현병에 대한 정보를 제공하는 것 역시 중요하다. 이와 관련하여 정신질환자 당사자들은 최근 새로운 정신건강서비스 제공 주체로 논의되고 있는 동료 지원가가 학교에 방문하여 정신질환, 정신건강에 대한 교육을 진행하는 것을 제안하기도 한다. 이를 통해 아동청소년이 실제로 정신질환자 당사자를 접하는 기회를 확대해 준다면 매스미디어를 통해 접해 왔던 정신질환자에 대한 부정적인 모습이 아니라 긍정적이고 사회의 구성원으로 참여하는 건강한 당사자의 모습을 볼 수 있는 기회가 될 수 있을 것이라고 본다.

또한 아동 대상 교육에서 정신적 어려움을 경험할 때 자신이 스스로 관리할 수 있는 다양한 대처 방식을 교육하는 것 역시 중요하다. 운동, 산

책, 친구와 대화하기 등 스트레스를 관리할 수 있는 다양한 긍정적 대처 기제들을 교육을 통해 공유하는 것이 필요하다.

비록 교육부를 통해 학교 기반 담임교사, 상담 교사(Wee Class 교사) 대상 정신건강 교육이 이루어지고 있기는 하지만, 이 교육을 보다 강화하여 교사 자신의 정신건강 예방 및 관리에 대한 이슈와 더불어 학생들이 경험 가능한 정신건강 이슈와 학생들이 보여 주는 징후들에 대한 인지도를 제고할 수 있도록 교육 내용을 구성하는 것이 필요하다. 대규모 집단 교육을 통해 일방적으로 정보를 제공하는 방식이 아니라 실제 사례를 놓고 진행하는 케이스 스터디 방식이거나 역할극을 통해 실제 대응력을 강화시킬 수 있도록 교육 방식을 다변화하는 것 역시 필요하다. 교사 대상 교육에 반드시 포함되어야 하는 내용 중 하나는 정신건강 문제 관련 징후 발견 시 학교 내 상담 교사나 보건 교사에게 연계하는 것뿐 아니라 지역 내 정신건강서비스 제공 기관으로 연계가 가능하도록 일반 교사 대상 교육시 지역 정신건강서비스 제공 주체에 대한 정보를 함께 제공하는 것이 중요하다.

아동청소년의 정신건강에 대한 정보 제공 강화는 부모 교육과 함께 이루어지는 것이 필요하다. 부모를 한자리에 모아서 집단 교육을 하는 것은 현실적으로 매우 어려운 상황이므로 다양한 방법을 통해 부모 교육을 진행하는 것이 필요하다. 예를 들어 현재 유치원부터 교육 체계의 정보들이 공유되는 ‘학교종이’와 같은 애플리케이션 등을 통해 부모를 대상으로 자녀 정신건강 문제의 중요성을 알리는 정보들을 정기적으로 발송하고, 정신건강서비스를 제공하는 지역 내 기관 리스트가 담긴 알림 메시지 역시 정기적으로 부모에게 발송하는 것이 중요하다. 또한 지역에 위치한 공공 정신건강서비스 제공 주체인 정신건강복지센터나 정신재활시설, 청소년 상담복지센터 등의 실무자나 동료 지원가들이 직접 학교를 방문하여 부

모를 대상으로 한 소규모 세미나를 진행할 수도 있을 것이다.

둘째, 이 연구는 매스미디어를 통한 정신질환, 정신건강서비스 이용에 관한 정확한 정보 전달 강화를 제안한다. 정신질환자에 대한 긍정적인 롤 모델을 제시하고, 이 롤모델을 대중과 공유하는 노력이 필요하다. 이 연구를 통해 만나거나 조사한 청소년과 성인 대다수, 그리고 정신질환자 당사자도 정신질환자에 대한 긍정적인 롤모델을 볼 기회가 매우 제한적이었다. 그간 일회적인 혹은 단기간 공유된 공익광고의 형태를 통해 건강한 정신질환자의 모습이 공유되기도 하였으며, 일부 다큐멘터리 프로그램을 통해 정신질환자의 삶이 조명되기도 하였다. 정신질환은 누구나 걸릴 수 있는 문제라는 인식 확산과 더불어 사회의 구성원으로 잘 살아가고 있는 정신질환자의 모습들이 더욱 많이 공유되는 기회가 확산되기를 기대한다.

일례로 앞서 제시한 중·고등학생 대상 정신건강 교육 의무화 사업이 진행된다면, 교육을 통해 청소년들이 많이 경험하는 정신건강 문제인 우울과 불안, 수면장애 등의 문제들을 설명하고, 정신건강서비스 이용과 관련한 부정확한 정보들이 수정될 수 있을 것이라고 생각한다. 현재 다수의 청소년 및 보호자가 가지고 있는 정신건강서비스 이용과 관련한 부정확한 정보인 취업이나 진학 시 개인 의료정보 열람 등에 대한 잘못된 정보가 수정되어야 한다.

셋째, 정신건강, 정신질환, 정신건강서비스 이용에 대한 부정적 인식 감소 및 긍정적 인식이 제고되어야 한다. 정신건강에 대한 부정적 이미지는 어느 국가에서나 쉽게 찾아볼 수 있다. 하지만 최근 해외에서는 이러한 정신건강, 정신질환에 대한 부정적 인식을 개선하기 위한 활동들을 강화하고 있다. 일례로 영국의 경우 국민의 정신건강 문제에 대한 인식을 제고하기 위한 캠페인인 ‘Every Mind Matters’를 강화하고 있다(〈표 6-1〉 참조). 영국의 보건부 산하 기관인 PHE(Public Health England)

는 2019년 10월 7일 'Every Mind Matters'라는 정신건강 캠페인을 시작하였다. 이 캠페인은 영국의 유명 인사들이 출연하여 자신의 정신건강 문제를 공유하고, 누구나 정신건강 문제를 경험할 수 있다는 'You are not alone'의 메시지를 제시하고 있다. 또한 자신의 정신건강 문제를 공유하고 심리상담을 비롯한 정신 의료 서비스를 이용함으로써 정신건강 문제가 치료 가능하다는 혹은 나아질 수 있다는 'mental health is treatable' 메시지를 제시하고 있다. 이러한 메시지를 담은 동영상 등을 정부가 제작하고 주요 시청 시간에 TV 등 다양한 매스미디어를 통해 국민에게 전달되고 있다. 영국의 'Every Mind Matters'가 가지는 메시지와 메시지 전달 방법을 벤치마킹하여 한국 역시 국민이 가지는 정신건강 서비스에 대한 심리적 거리감을 보다 좁힐 수 있도록 하는 조치들이 필요하다.

특히 영국의 Every Mind Matters가 캠페인을 다양한 매체를 통해 진행하는 것과 더불어 민간의 다양한 파트너십과 협력 관계를 맺고 캠페인을 진행한다는 점 역시 주의 깊게 살펴볼 필요가 있다. 지역의 중소기업, 비영리기관 등 다양한 파트너들과 협력 관계를 맺고, 각 조직 내에서 혹은 일반 대중에게 정신건강의 중요성을 알리는 등의 정신건강 예방에 대한 접근은 공공뿐 아니라 민간이 함께할 수 있다는 점이 특색 있다. 영국의 사례처럼 공공이 민간의 각 조직 유형이 정신건강 예방 관련 활동을 할 수 있도록 각 조직의 특성에 맞는 매뉴얼 혹은 캠페인 패키지를 구성하는 것은 공공에서 책임성을 가지고 진행하는 것이 필요하다.

〈표 6-1〉 영국의 Every Mind Matters 사례

목표 및 내용 요약 33)

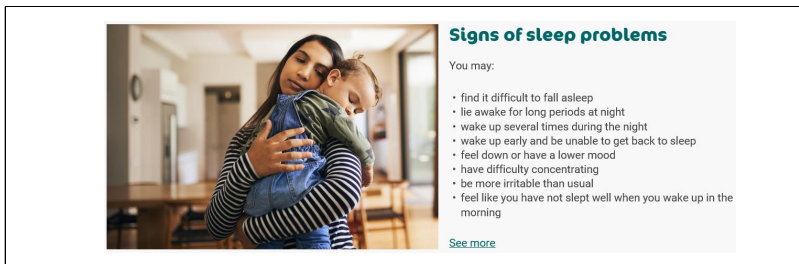
Every Mind Matters 캠페인은 정신건강에 어려움이 생기기 전에, 미리 예방하고 문제가 발생하지 않도록 하는 것을 목표로 하고 있음.

Every Mind Matters 캠페인은 성인들이 자신의 정신건강에 대한 이해도를 높이도록 하며, 자신의 정신건강과 복지를 돌볼 수 있도록 돕는 것에 목적을 둬. 일반적인 정신건강 문제의 징후를 포착하고, 실용적인 자기관리 방법과 지침을 제공하며, 언제 추가적 지원을 받아야 하는지를 설명하는 자원들을 제공하는 역할을 함.

Every Mind Matters 웹사이트에서 NHS가 승인한 무료 온라인 툴을 제공하고 있음. 사람들이 스트레스와 불안에 대처하고, 기분을 개선하며, 수면의 질을 높이고, 자신의 삶에 대해 통제력을 느낄 수 있도록 돕는 실질적인 행동계획을 세우도록 함.

Every Mind Matters는 홍보, TV, 온라인 광고를 통하여 대규모로 홍보될 예정이며, 참여하고 있는 대형 브랜드와 협력하여 홍보를 진행할 예정임.

[그림 6-5] 소셜미디어 홍보 게시물 예시



자료: Every Mind Matters 홈페이지([www.nhs.uk/oneyou/every-mind-matters/sleep/](http://www.nhs.uk/oneyou/every-mind-matters/sleep/))에서 홍보하고 있는 화면을 캡처함. 인출일 2020. 1. 9.

33) PHE(Public Health England). (2019). Every Mind Matters 2019 Partner Toolkit. <https://campaignresources.phe.gov.uk/resources/campaigns/82/resources/4756> 2019. 10. 29. 인출함.

Every Mind Matters의 캠페인 전달 전략으로는 다음 다섯 가지를 제시하고 있음.<sup>34)</sup> 1) 자기관리(self-care)를 중심에 두기: 정신건강과 복지를 개선하고 유지하기 위해 각자 취할 수 있는 행동에 대한 조언, 그리고 일반적인 문제들을 다루기 위한 조언을 제공함. 2) 맞춤형 지침 제공하기: 행동계획 도구를 통해 개별화할 수 있는 기능을 가진 조치 중심의 콘텐츠를 제공함. 3) 세간의 이목을 끌 수 있도록 론칭하기: 정신건강을 모두의 문제로 삼도록 함. 4) 디지털 타기팅하기: 온라인에서 사람들의 내재된(implicit) 혹은 명시된(explicit) 신호들을 찾아냄, 5)파트너를 통해 확대하기: 공공 부문, 제3섹터 및 영리기관을 포함함.

Every Mind Matters 파트너와도 긴밀히 협력하고 있음. Every Mind Matters는 정신건강이 전반적인 건강과 복지에 직접적인 영향을 미치며 삶의 질과 노동능력에 영향을 미친다고 인식하고 있음. Every Mind Matters 동료, 환자, 고객 및 대중 등이 스스로의 정신 건강을 돌보는 간단한 단계를 찾도록 도와주며, 파트너 조직은 정신건강 증진에 중요한 역할을 수행하게 됨. 파트너는 파트너 조직 내에서 일반 대중에게 정신건강의 중요성을 전달할 수 있으며, 온라인 툴인 Every Mind Matters를 게시할 수 있음. 고용주와 영리기관(Employer와 Commercial Organization), 비영리기관(Non-Commercial Organization), NHS, 약국 및 일반의(Pharmacy/GP), 지방정부(Local Authority) 5가지 조직 유형에 따라서 내용이 특화된 Campaign Pack을 제공하고 있음.

자료: Every Mind Matters 홈페이지([www.nhs.uk/oneyou/every-mind-matters/sleep/](http://www.nhs.uk/oneyou/every-mind-matters/sleep/))에 제시된 내용을 바탕으로 정리하였음. 인출일 2019. 10. 9.

34) PHE(Public Health England). (2019). Introductory Slides. <https://campaignresources.phe.gov.uk/resources/campaigns/82/resources/4638> 2019. 10. 29. 인출함.

앞서 살펴본 캠페인을 통한 홍보 활동과 더불어 이 연구 과정에서 많이 언급된 정신질환자 관련 언론보도 지침 마련 및 운영 역시 시급하게 필요하다. 최근 정신질환자에 의한 범죄들이 언론을 중심으로 자극적으로 보도됨에 따라 정신질환자에 대한 관심도 증가와 함께 정신질환자에 대한 부정적인 낙인 역시 증가하였다. 정신질환자와 관련된 일상적인 용어와 표현에 대한 주의사항, 범죄 발생 시 정신질환 추정과 관련한 표현, 정신질환자에 의한 범죄 발생 시 모든 정신질환자가 범죄를 저지르는 것이 아니라는 정보 등이 함께 제시되는 등 구체적인 사항이 담긴 보도지침이 마련되고 운영되는 것이 필요하다. 일례로 자살보도권고기준의 경우 보건복지부의 자살예방정책과에서 자살예방사업의 일환으로 언론인을 대상으로 홍보 및 교육 사업을 진행하고 있는 것을 벤치마킹하여, 정신질환자에 대한 언론보도 지침 운영과 관련하여서도 언론인의 인식 제고를 위한 사업을 진행할 필요가 있다.

## 2. ‘도움이 필요해’ 상황을 경험하는 수요자 대상 접근성 강화

‘도움이 필요해’ 상황을 경험하는 ‘나필요’ 씨와 같은 수요자는 자신의 증상을 인지하고 정신적 어려움을 줄이고 해결하는 데 도움이 필요한 단계에 있다. 이들은 도움이 필요하면서도 어디를 어떻게 찾아가야 하는지 잘 모르는 상황을 경험하고 있다. 이들에게는 어디를 어떻게 가야 하는지에 대한 정보를 제공하고, 이들이 도움을 필요로 할 때 실제로 쉽게 이용할 수 있는 곳들이 마련되어야 한다.

첫째, 정신건강 문제에 대한 도움을 필요로 하는 수요자들이 어디를 어떻게 가야 하는지에 대한 정보 제공이 강화되어야 한다. 이와 관련하여 이 연구는 우선 국민이 정기적으로 받는 건강검진에 포함되는 우울, 고위

험음주 등 정신건강 검사에서 고위험군으로 판별될 경우 거주 지역 내 정신건강서비스 제공 기관인 정신의료기관, 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터, 정신재활시설 등에 대한 정보가 담긴 검진결과서를 함께 제공할 것을 제안한다. 신체건강의 경우 고혈압, 당뇨 이상 지질혈증과 같은 만성질환 고위험군 의심 시 만성질환 관리에 대한 정보와 더불어 의원급 의료기관에 대한 정보가 함께 제시되고, 영유아 건강검진에도 지역 내에서 찾아갈 수 있는 의료기관의 정보가 함께 제시되는 것과 유사하게 정신건강과 관련해서도 지역 내 이용 가능한 서비스 제공 주체에 대한 정보가 제시되는 것이 필요하다.

또한 정보 제공과 관련하여 이 연구를 진행하면서 만난 다수의 수요자가 지역의 정신건강서비스 제공 주체를 인지하고 이용하게 된 경로는 인터넷 등 매체인 경우가 상당수를 차지했다. 연구를 진행하면서 ‘자살’ 혹은 ‘죽고 싶다’는 표현을 검색하면 공공 자살 예방 주체에 대한 정보가 첫 화면에 제시되는 반면 국민의 상당수가 경험하는 ‘우울’을 검색하면 정신의료서비스 등 다양한 민간 영역의 정보들이 제시되고 있다. 적어도 다수의 국민이 경험하는 주요 정신건강 문제와 관련하여 공공의 서비스에 대한 정보가 노출되도록 하거나 정신건강 예방 및 관리에 관한 정보들이 먼저 제시될 수 있도록 하는 조치가 필요해 보인다.



[그림 6-6] 웹페이지에서 '자살'과 '우울'을 검색했을 때 첫 화면



자료: 네이버 홈페이지(www.naver.com)에서 자살과 우울을 검색했을 때의 첫 화면을 캡처하였음. 캡처 날짜 2019. 12. 4.

둘째, 수요자들이 도움을 필요로 할 때 실제로 쉽게 이용할 수 있는 인프라들이 마련될 필요가 있다. 이와 관련하여 우선 24/7 접근 가능한 정신건강서비스가 확대되는 것이 필요하다. 공공의 정신건강서비스 제공 주체들이 제공하는 대면 상담 서비스는 야간에 제공되지 않으나, 온라인이나 전화 등의 매체를 활용한 상담은 24시간 가능한 경우도 상당수 있다. 보건복지부에서는 1577-0199 정신건강 위기상담전화를 운영하고 있으며, 자살 예방 및 상담에 특화된 1393 역시 운영 중이다. 교육부에서도 학생들에게 친숙한 매체를 활용한 온라인 상담 프로그램을 운영 중이다. 다만 이와 관련하여 전문가 자문회의에서 다수 제기된 이슈 중 하나는 현재 온라인 상담이나 전화 상담을 하는 인력의 전문성에 편차가 존재한다는 것이다. 자원봉사 인력부터 상담심리사, 정신건강전문요원에 이르기까지 상담인력의 전문성 편차가 큰 것이 현실이다. 적어도 공공에서

제공하는 온라인 및 전화 상담 인력의 경우 심리 상담과 관련한 역량 강화 교육이 병행되는 것이 필요하다. 또한 전화나 온라인 상담 시 ‘죽고 싶다’ 등과 같은 고위험 용어가 상담에 등장하는 경우 정신건강 전문인력이 상담하도록 연결하거나 정신건강 전문인력을 배치하여 수요자의 상담 내용에 맞는 적절한 상담이 제공될 수 있도록 하는 조치가 필요하다.

셋째, 정신건강서비스에 대한 접근성을 높이기 위해서 다양한 매체를 활용할 수 있도록 하는 것도 좋지만, 거주 지역이 아닌 지역에서 정신건강서비스를 받을 수 있도록 하는 조치 역시 강화될 필요가 있다. 현재 대다수의 공공 정신건강서비스 제공 주체의 예산 구조를 보면 국비와 지방비가 매칭되는 구조로 설계되어 있기 때문에 해당 공공서비스 제공 주체에서는 지역 주민에 한정하여 서비스를 제공할 수밖에 없는 구조이다. 연구 과정에서 만난 직장인 수요자들의 경우 하루 중 대부분의 시간을 보내는 직장이 위치한 지역에서 잠시의 틈을 내어 상담을 받고 싶어 하는 경우가 많았다.

서울의 경우 서울시 조례로 심리지원센터를 설치 운영하고 있고,<sup>35)</sup> 서울시 예산으로 운영되기 때문에 서울시민이면 누구나 거주 지역에 관계 없이 심리상담서비스를 받을 수 있다. 하지만 이러한 심리지원센터는 서울에만 설치되어 있고 서울시 예산으로 운영되기 때문에 가능한 운영구조이다. 기존의 기초 정신건강복지센터를 통해 혹은 보건소를 통해 심리상담이 공공의 영역 안에서 제공된다고 가정하고, 거주 지역이 아닌 다른 지역에서도 심리상담서비스를 받을 수 있는 체계를 확대한다고 하면 기초 지자체의 예산 비율보다는 광역의 예산 지원 비율이 높아질 필요가 있

35) 서울심리지원센터에서는 서울시민과 서울 소재 기관 종사자들의 정신건강 문제 예방 및 건강한 성장과 행복 추구를 실현할 수 있도록 돕기 위한 맞춤형 심리지원서비스를 제공하고 있음. 만 19세 이상 성인을 대상으로 하며, 심리검사 이후 맞춤형 심리지원서비스 계획을 수립한 후 개인 혹은 집단 상담의 방식으로 프로그램을 제공한다.

다. 다만 이러한 광역 모델 역시 광역시 중심으로 확장 가능하며, ‘도’ 단위에서는 물리적·거리적 접근성이 매우 낮기 때문에 전국으로 확대하기에는 제한적이다. 인구가 많이 몰려 있는 서울과 경기 권역 및 광역시 중심으로는 거주 지역이 아닌 지역에서 정신건강서비스를 받을 수 있도록 하는 조치들이 필요하다.

넷째, 앞서 잠시 언급한 서울의 심리지원센터와 같은 정신건강 상담서비스가 공공의 영역에서 확대되는 것이 필요하다. 해외의 경우에서도 보면 경증 및 중등도 정신질환 혹은 정신건강 문제에 대한 접근성을 강화하기 위한 영국의 정신치료 접근성 개선 프로그램인 IAPT(Increasing Access to Psychological<sup>36)</sup>Therapies)와 호주의 심리연계서비스 접근성(Access to Allied Psychological Service) 프로그램<sup>37)</sup>이 제공되고 있다(OECD, 2015). 국내에서도 정신건강서비스 접근성 강화를 위한 심리서비스 강화는 필요하다.

OECD(2015)는 우리나라의 정신건강서비스 제공체계를 검토하면서, 한국의 취약한 일차 진료체계를 지적하며, 심리서비스의 경우 호주와 같은 일차 진료체계에 함께 녹아 있는 ATAPS 모형보다는 영국처럼 IAPT 센터를 구성하고, 다른 유관자원들로부터 IAPT 센터로 연계를 해 주거나 수요자 스스로 찾아갈 수 있는 방식이었다. 이와 유사한 모형이 서울의

36) 경증, 중등도 우울 및 불안장애의 유병률이 높고, 이러한 문제로 인한 사회경제적 비용이 증가함에 따라 영국 정부는 경증 및 중등도 정신질환에 대한 비용효과성이 높은 프로그램의 도입을 고민하였음. 여러 시범연구 및 사업을 통해 CBT의 비용효과성이 확인됨에 따라 CBT를 기반으로 한 IAPT가 1차 예방의 성격을 가지고 확대되었음(OECD, 2015).

37) 호주의 경우 일차 진료 시스템이 잘 구축되어 있기 때문에 별도의 1차 예방체계인 IAPT를 구축하는 것보다는 정신건강 분야에 전문성을 갖춘 전문가에 의한 근거기반 정신치료인 ATAPS를 도입하고 확산하였음. 이 프로그램은 정신치료를 통해 일차 진료에서 정신질환 문제가 있는 환자의 결과를 개선하기 위해 마련된 것으로 일반의에게 환자를 상급기관으로 연계하고, 정신질환 치료 중 비약물치료 접근법을 제공하며 다학제팀 구성된 팀 차원의 접근법을 장려함(OECD, 2015).

심리지원센터이기는 하다. 다만 심리지원센터와 같은 모형을 전국에 확대하는 것에 대해서는 조심스럽게 접근할 필요가 있다. 심리지원센터와 같은 별도의 인프라를 기초 혹은 거점 중심으로 설치하는 것이 기존의 정신건강서비스 제공체계와의 역할 및 기능 중복이 되는 것은 아닌지, 정신건강서비스 제공체계가 분절되어 있는 상황에서 또 다른 분절된 서비스 제공체계를 만드는 것은 아닌지에 대한 고민이 필요하다. 별도의 인프라를 구축하는 것이 아닌 기존의 정신건강서비스 제공체계와 함께 갈 수 있는 방안, 예를 들어 정신건강복지센터 내 ‘심리지원팀’을 상시 조직으로 구축하고 상담을 중심으로 한 서비스를 제공하는 것 역시 고려해 볼 수 있을 것이다.

심리서비스 확대와 관련하여 반드시 공공의 인프라가 확대될 필요는 없다. 민간의 심리서비스 영역이 확대되는 것도 역시 필요하다. 하지만 한 가지 추가적으로 고민해야 하는 점은 국내에 이미 확대된 민간 영역의 심리서비스 질 제고 문제이다. 우리나라의 경우 민간에서 다양한 심리서비스가 제공되고 있으나 심리서비스의 전문성 및 서비스 질에 대한 우려가 이 연구에서 진행한 자문회의에서 다수 드러났다. 민간 자격증이 상당수 존재하고 있으며 심리서비스를 제공하는 인력의 전문성을 평가하기 어려운 구조이다. 이와 관련하여 국가가 공인하는 심리사에 대한 법적 근거가 마련되는 것이 필요하며, 법적인 근거에 의해 전문성을 인정받은 인력들이 제공하는 민간서비스 영역이 확대될 필요가 있다.

마지막으로 2016년 발표된 정신건강종합대책(관계부처 합동, 2016)에서도, 2019년 5월 발표된 중증정신질환자 치료 및 보호를 위한 우선조치방안에서도 초발 정신질환자들을 위한 조기 개입의 역할을 하는 조기중재지원센터 설치 운영이 주요한 정책과제로 제시된 바 있다. 조기정신증이 청소년 및 청년기에 주로 발현되지만 실제 공공 영역의 정신건강서

비스 제공 주체의 주 이용 대상자가 40~50대 중장년이라는 점을 고려해 볼 때(국립정신건강센터·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원, 2018), 초발 정신질환자들이 이용할 수 있는 인프라는 매우 제한적이다.

따라서 이 연구에서는 초발 정신질환자들을 위한 조기 개입의 역할을 하는 조기중재지원센터를 설치하고 운영할 것을 제안한다. 해외에서는 이미 조기정신증에 대한 예방과 개입 프로그램이 활성화되어 있다. 호주의 경우 2011년부터 5년간 약 4000억 원을 투자하여 청년 시기에 증중 정신질환을 조기 발견하고 개입할 수 있는 조기중재센터(EPPIC)와 청년 정신건강기관(headspace)을 설치, 운영하고 있다.

조기중재센터인 Early Psychosis Prevention and Intervention Centre는 1992년에 설립된 것으로 청소년과 청년을 대상으로 지역사회 기반 포괄적 서비스를 제공하고 있다. 조기중재센터가 초발정신증에 보다 초점을 두고 사업을 진행한다면, 청년정신건강기관인 Headspace는 12~25세의 청(소)년들이 적절한 서비스를 받을 수 있도록 접근성을 개선하는 데 목표를 두고 있다. 청년(12~25세)의 정신건강 문제를 1차 의학적 관점에서 정신보건서비스와 함께 제공하고 있으며 정신건강, 일과 학업, 신체건강 문제, 음주 등 다양한 분야에서 접근성 좋은 서비스를 제공하는 데 노력을 기울이고 있다(보건복지부, 2019). 직접적인 상담과 서비스뿐 아니라 Headspace에서는 웹사이트를 운영하면서 온라인 상담을 제공하고 있기도 하다. 현재 호주 전역에 100여 개의 Headspace가 설치되어 있으며, 쇼핑몰이나 학교 근처 등 청년들이 접근하기 용이한 곳에 위치하고 있어 접근성이 매우 높다.

국내에서도 조기중재를 해 온 경험이 있다. 광주북구정신건강복지센터의 MindLink는 2012년부터 청소년 및 청년을 대상으로 한 정신건강 상담과 서비스를 제공하는 조기 중재 서비스 모형을 구축하여 운영하고 있

다. 마인드링크에서는 지역사회 기반 조기 중재 관리체계 구축사업과 더불어 조기 중재 등록 회원 대상 만성화 예방 및 사회 복귀 촉진 사업 및 정신건강 접근성 강화 활동 등을 수행하고 있다(마인드링크 홈페이지). 그동안 국가에서 발표한 정신건강 정책과제에 조기중재사업의 확대는 지속적으로 담겨 왔으나 현실적으로 확대되고 있지는 않다. 조기중재사업이 확대되기 위해서는 광주 북구 정신건강복지센터의 마인드링크와 같은 청소년 및 청년 대상 조기 중재 서비스를 제공하는 센터들이 확대되는 것이 필요하다. 모든 기초 지자체 단위에 설치될 필요는 없으나 아동청소년, 청년의 인구 비율이 높은 지역을 중심으로 거점조기중재지원센터를 지정하여 설치 운영하면서 여러 기초 지자체를 아우르는 서비스를 제공하는 것을 고려해 볼 만하다.

### 3. ‘잘 도와줘’ 및 ‘잘 살고 싶어’ 상황을 경험하는 수요자 대상 존중과 서비스 지속성 강화

이 연구가 전반적인 정신건강서비스의 스펙트럼 중 예방과 조기 개입에 보다 초점을 두고 진행되기는 하였으나 질적 면담조사에서는 ‘잘 도와줘’ 및 ‘잘 살고 싶어’와 관련한 수요 역시 파악할 수 있었다. 양질의 서비스를 이용하고 싶어 하는 수요자와 더불어 특히 중증정신질환자의 경우 사회의 구성원으로 잘 살고 싶다는 수요 역시 이 연구에서 드러났다. 즉, 서비스의 질과 통합적 서비스 제공이 중요한 키워드로 드러났다.

이 연구에서 수행한 다수의 전문가 자문회의에서 서비스의 질은 결과적으로 역량 있는 인력, 정신건강서비스 제공 기관의 시설 및 환경, 수요자가 필요로 하는 욕구에 기반한 프로그램 제공 등이 주요한 정책과제로 제시되었다. 앞서 제2장에서 살펴본 것처럼 우리나라는 정신건강서비스

제공 인력의 부족 문제를 경험하고 있으며, 부족한 예산 문제 역시 지속적으로 경험하고 있다(전진아 외, 2017).

서비스의 질을 담보하기 위해서는 우선적으로 역량 있는 전문인력들을 확보해야 하나, 전문인력들이 지역에서 정신건강서비스 제공 주체로 지속적으로 혹은 안정적으로 근무하기 어려운 고용구조에 놓여 있다. 지역의 정신건강서비스의 개념과 범위가 명확하지 않다 보니 경증부터 중증의 정신질환 문제에 대해 모두 개입해야 하며, 1차 예방사업뿐 아니라 사례관리 및 재활서비스까지 모든 서비스 스펙트럼에 대한 서비스를 제공하고 있기도 하다(한국일보, 2016. 11. 25.). 이러한 상황에서 현재의 인력에게 전문성 높은 양질의 서비스를 제공해 주기를 요청하는 것은 어렵다. 인력의 고용구조, 예산체계, 지역 내 소통 문화가 개선되어야 역량 있는 전문성 높은 인력들이 지역사회 내에서 정신건강서비스를 제공해 줄 수 있을 것이라고 본다.

예산 확대도 필요하다. 인구 1인당 정신보건 예산은 3000원 정도에 불과하고, 전체 보건 예산에서 정신보건 예산이 차지하는 비율은 1.5~2.5% 정도에 불과하다. WHO Mental Health ATLAS에서 보고하는 고소득 국가의 평균 1인당 정신보건지출이 80USD에 이르고, OECD 국가의 평균적인 보건 예산 대비 정신보건 예산이 차지하는 비율이 5% 정도인 것을 고려해 볼 때, 현재의 정신보건 예산은 적어도 3배 정도는 확대될 필요가 있다.

예산이 확대됨과 동시에 현재의 예산 지원체계 역시 다시 고민할 필요가 있다. 대다수의 지역사회 기반의 정신건강서비스가 국비와 지방비가 매칭되는 구조로 설계되어 있기 때문에 앞서 언급한 것과 같은 거주지역 중심의 서비스로 국한될 수밖에 없고, 거점 정신건강서비스 제공 주체를 설치 및 운영하기에도 제한적이다. 또한 지자체마다 재정자립도가 다르

기 때문에 정신건강서비스 제공 수준 및 역량, 예산의 차이가 나타나고 있는 것이 현실이다(전진아 외, 2019). 따라서 지역의 인구 규모와 지자체의 재정자립도 등을 고려한 지역사회 예산 배분체계를 마련하는 것을 고민해 볼 필요가 있다.

또한 정신건강서비스 제공 주체들 역시 수요자에 맞춤 프로그램들을 제공하기 위해 노력해야 한다. 청소년 및 청년에게 적합한 프로그램, 중장년에게 적합한 프로그램, 노인 정신질환자에게 적합한 프로그램 등 수요자의 수요에 맞춘 프로그램 개발 및 운영이 필요하다. 예를 들어 취업 및 고용에 대한 관심이 높은 청년 및 중장년을 대상으로 한 직업재활프로그램을 강화하고, 주거에 관심이 높은 노인 정신질환자를 대상으로 한 주거 지원 프로그램이 강화될 필요가 있다. 그 외에도 정신질환자가 이용할 수 있는 다양한 교육, 문화, 여가를 위한 서비스들을 구성하고 제공할 필요가 있다.

그리고 마지막으로 정신질환자들이 사회에서 차별받지 않고 사회구성원으로 잘 살고 싶어 하는 수요를 충족시키기 위한 노력들도 강화해야 한다. 앞서 언급한 정신질환자에 대한 부정적인 낙인과 스티그마, 차별을 철폐하기 위한 인식 개선 사업들과 긍정적인 정신질환자의 롤모델 혹은 건강한 정신질환 당사자의 모습들이 공유되는 기회가 확대되는 것이 필요하다. 이와 동시에 정신질환자, 특히 등록 정신장애인이 장애인임에도 불구하고 장애인 대상 복지서비스 혜택을 받지 못하는 상황은 개선이 필요하다. 그동안 다수의 연구에서 장애인복지법의 제15조를 철폐하자는 주장들이 강하게 제기되어 왔으나, 이에 대한 정책적 논의가 충분히 이루어지지 못하고 있다. 해외의 경우 정신질환자 중 중증정신질환자를 대상으로 한 치료 이외의 통합 및 회복지원서비스는 장애인 체계 내에서 함께 어우러져 고민되고 있다. 호주의 경우에도 National Disability Insurance



Scheme 안에서 정신장애인 대상 다양한 회복지원서비스가 제공되고 있으며, 일본 역시 장애인의 범주하에서 중증정신질환자에 대한 포괄적이고 통합적인 서비스 제공을 위해 노력하고 있다. 우리나라 역시 등록 정신장애인이 국가 전반의 장애인 복지서비스 체계 내에서 다양한 회복지원서비스, 사회통합지원서비스를 받을 수 있도록 법 개정 및 정책 추진체계 간 논의가 현재보다 더욱 활성화될 필요가 있다.

이 절에서 다룬 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략을 간략히 표로 정리하면 다음과 같다. 기존에 있는 교육체계나 인프라를 활용하는 경우에는 단기간 수행 가능할 것이라고 생각하며, 장애인복지서비스와의 통합이라든지 정신건강사업 예산 배분체계 개편의 경우 또한 다른 기관과의 논의와 협업이 필요한 경우(예: 검진 이후 정보 제공) 이해관계자들과의 지속적인 협의와 논의를 통해 증장기적으로 추진할 필요가 있다.

〈표 6-2〉 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 요약

수요	정책 방향	전략	추진 기간
'모르겠어'	정보 제공 강화를 통한 심리적 거리감 줄이기	아동청소년 대상 정신건강교육 의무화 보수교육을 통한 교사 대상 정신건강 교육 강화 디지털 기반 부모 대상 정기적 정신건강 정보 제공(예: 학교종이와 같은 애플리케이션)	증상기 단기 단기
		메스미디어를 통한 정확한 정보 전달 건강한 정신질환 당사자 활동 사례 공유(예: 동료 지원가)	단기
'도움이 필요해'	정보 제공 강화를 통한 심리적 거리감 줄이기 및 물리적 인프라 강화	정신건강 인식 제고를 위한 캠페인 강화(민간과의 협력 파트너십)(예: 영국의 Every Mind Matters)	단기
		정신질환자 인문보호 지침 마련 및 운영(예: 자살보호 권고기준)	단기
		정신건강검진 활성화 및 검진 이후 관리로 이어질 수 있도록 하는 지역 정신건강서비스 제공 체계 구축에 대한 정보 제공	증상기
		메스미디어에서 제시되는 정신건강에 대한 첫 정보는 공공의 정신건강서비스 제공 주체가거나 정신건강에 대한 정확한 정보가 되도록 조치	단기
		24/7 접근가능한 온라인/ 전화 상담의 질 제고	단기
		거주 지역이 아닌 지역에서 정신건강서비스를 받을 수 있도록 하는 조치 마련(예: 서물의 심리지원센터)	증상기
		지역사회 내 정신건강상담 서비스 제공 주체 구성 및 운영(예: 영국의 IAPT)	증상기
		조기중재지원센터 설치 확대(예: 호주의 Headspace)	단기
		전문인력 양성 및 확보(고용 구조 개선, 치우 개선 등 포함)	증상기
		정신건강 예산 확대 및 지역 정신건강사업 예산 배분체계 개편	증상기
'잘 도와줘'와 '잘 살고 싶어'	물리적 인프라 강화와 서비스 질 개선	수요자 맞춤형 프로그램 개발 및 운영(생애주기 고려 등)	단기
		장애인복지서비스와의 통합	증상기

주: 이 연구의 제6장에서 제시한 정책 전략들을 요약하여 정리함.

### <국문자료>

- 관계부처합동. (2016). **행복한 삶, 건강한 사회를 위한 정신건강 종합대책**. 세종: 관계부처합동.
- 관계부처합동. (2018). **자살예방 국가 행동계획**. 세종: 관계부처합동.
- 국립정신건강센터. (2017). **2017년 대국민 정신건강 지식 및 태도 조사 결과보고서**. 서울: 국립정신건강센터.
- 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2018). **정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서**. 서울: 국립정신건강센터.
- 김남순, 박은자, 전진아, 김명희, 김성이, 송현중 ... 차미란. (2018). **한국 여성의 건강통계 산출 및 만성질환 치료·관리의 성별차이 분석**. 오송: 질병관리본부.
- 김인숙. (2016). **사회복지연구에서 질적방법과 분석**. 집문당.
- 박경연 (2017). **한국판 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)의 신뢰성, 타당성 및 임상적 유용성**. 글로벌 건강과 간호, 7(2), 71-78.
- 보건복지부. (2019a). **중증정신질환자 보호·재활 지원을 위한 우선 조치방안**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2019b). **2019년 정신건강사업안내**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2018). **보건복지부 예산 및 기금운용계획(각 연도별)**. 세종: 보건복지부(한국조세재정연구원 2018 재인용).
- 보건복지부. (2016). **2016년도 정신질환실태 역학조사**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부, 질병관리본부. (2017). **2017 국민건강통계**. 세종: 보건복지부, 질병관리본부.
- 보건복지부, 질병관리본부. (2018). **2018년 청소년건강행태온라인조사**. 세종: 보건복지부, 질병관리본부.
- 보건복지부, 삼성서울병원. (2016). **2016년도 정신질환 실태조사**. 세종: 보건복지부.
- 윤석준. (2019). **정신건강복지사회를 위한 재원 대책 방향**. 2018 전국순회 정신

- 건강포럼 4. 정신건강한 사회만들기 대작전 발표자료. 중앙정신건강복지사업지원단.
- 이상영, 채수미, 정진욱, 윤시문, 차미란. (2017). **자살시도자에 대한 지역사회 정신건강증진 서비스 공급체계 개선방안**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이혜진, 김영미, 박주현, 김동미, 류한영. (2007). **U-Zone 개발을 위한 체험 공간에서의 행위 요소 도출과 페르소나 제안**. 디지털디자인학 연구, 7(4), 81-90.
- 전진아, 전민경, 홍선미, 전준희, 이용주, 오미애, 이난희, 김진호. (2017). **지역사회 정신건강서비스 연계 현황과 개선 과제**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 전진아, 오미애, 박은자, 이난희, 천미경, 이용주, 이은주. (2019). **지역사회 정신건강 데이터 기반 근거중심 정신건강사업 전략개발 연구**. 세종: 한국보건사회연구원, 정신건강기술개발사업단.
- 전진아, 오미애, 이용주, 손선주, 이난희, 차미란. (2018). **국가 정신건강현황 통계 지표 심층 분석**. 세종: 한국보건사회연구원, 국립정신건강센터.
- 전준희. (2019). **대한민국 정신보건복지전달체제와 커뮤니티 케어**. International Symposium on Better Access toward Community-based Mental Health Service. 2019. 8. 13. 국제 심포지엄 발표자료.
- 정진욱 (2012). **정신건강고위험자관리체계 정립방안 연구**. 서울: 한국보건사회연구원
- 최홍석 (2007). **주요우울장애의 선별 도구로서 한국판 Patient Health Questionnai-re-9의 표준화**. 가정의학회지, 28, 114-119.
- 통계청. (2018). **2018년 사망원인통계**. 대전: 통계청.
- 한국조세재정연구원 (2018). **재정사업심층평가(정신건강지원사업군)**. 세종: 한국조세재정연구원.
- 홍현숙, 김수진, 송진희, 하유정, 노성원. (2008). **우리나라 일반성인의 정신건강 지식(Mental Health Literacy)실태조사**. 서울: 국립서울병원 국립정신보건교육연구센터.
- 황인환, 오동훈. (2014). **스트레스와 정신건강 평가를 위한 설문도구(Questionnaires**

for Assessing Stress and Mental Health). Hanyang Med Rev 2014;34:91-95 <http://dx.doi.org/10.7599/hmr.2014.34.2.91> pISSN 1738-429X eISSN 2234-4446).

OECD. (2015). 정신보건의료의 중요성에 대한 인식증대: 정신보건의료 문제를 방치한 결과 발생하는 사회경제적 비용. OECD 대한민국 정책센터(사회정책본부).

### 〈법률〉

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률, 법률 제14224호 (2016).

국민건강보험법, 법률 제15535호 (2018).

## 〈영문자료〉

- An JY, Seo ER, Lim KH, Shin JH, Kim JB. (2013). *Standardization of the Korean version of screening tool for depression (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)*. J Korean Soc Biol Ther Psychiatry 2013;19:47-56.
- Choi HS, Choi JH, Park KH, Joo KJ, Ga H, Ko HJ, et al. (2007). *Standardization of the Korean version of patient health questionnaire-9 as a screening instrument for major depressive disorder*. J Korean Acad Fam Med 2007; 28:114-9.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. (2001). *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. J Gen Intern Med 2001;16:606-13.
- Park SJ, Choi HR, Choi JH, Kim KW, Hong JP. (2010). *Reliability and validity of the Korean version of the patient health questionnaire-9 (PHQ-9)*. Anxiety Mood 2010;6:119-22.
- Snape, D., & Spencer, L. (2003). *Qualitative Research Practice: a Guide for Social Science Students and Researchers*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- World Health Organizations. (2017). *Mental Health ATLAS 2017*. World Health Organizations.
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice(Summary Report)* Geneva: World Health ORganization.(page 12)

## 〈홈페이지〉

- 네이버. (2019). **네이버 홈페이지** www.naver.com에서 자살과 우울을 검색했을 때의 첫 화면을 2019. 12. 4. 인출.
- 마인드링크. (2019). **마인드링크 홈페이지** www.mindlink.or.kr에서 2019. 11. 29. 인출.
- 통계청. (2019). **사망원인통계** http://kosis.kr에서 2019. 11. 29. 인출.
- 한국일보. (2016). [웹툰] 정신건강. 지역센터 도움이 절실하지만 ... '서늘한 여름 밤의 내가 느낀 심리학설'(68회).  
https://www.hankookilbo.com/News/Read/201611251068682932에서 2019. 11. 29. 인출.
- UK Department of Health and Social Care and Department for Education. (2017. 12.) Transforming children and young people's mental health provision: a green paper.  
https://www.gov.uk/government/consultations/transforming-children-and-young-peoples-mental-health-provision-a-green-paper에서 2019. 10. 29. 인출.
- NHS. (2019). The NHS Long Term Plan  
https://www.longtermplan.nhs.uk/areas-of-work/mental-health에서 2019. 10. 29. 인출.
- NHS. (2019). The NHS Long Term Plan: Children and young people's mental health services.  
https://www.longtermplan.nhs.uk/online-version/chapter-3-further-progress-on-care-quality-and-outcomes/a-strong-start-in-life-for-children-and-young-people/children-and-young-peoples-mental-health-services/에서 2019. 10. 29. 인출.
- PHE(Public Health England). (2019). Every Mind Matters 2019 Partner Toolkit.

<https://campaignresources.phe.gov.uk/resources/campaigns/82/resources/4756>에서 2019. 10. 29. 인출.

**PHE(Public Health England). (2019). Introductory Slides.**

<https://campaignresources.phe.gov.uk/resources/campaigns/82/resources/4638>에서 2019. 10. 29. 인출.

**WHO (2019). Mental Health ATLAS-2017 country profiles.**

[www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/en/)에서 2019. 11. 29. 인출.



## 부록 1. 청소년 및 일반성인 설문지

본 조사의 개인정보는 통계법 제33조(비밀번호)와 제34조(통계종사자의 무)에 의해 비밀이 철저히 보장됩니다.

ID	-			
----	---	--	--	--

### 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 모색을 위한 설문조사

안녕하십니까?

국무조정실 산하 국책연구기관인 한국보건사회연구원입니다. 본 연구원에서는 일반국민의 정신건강증진 및 정신건강문제 예방과 조기 개입을 위하여 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략을 모색하고자 연구를 진행하고 있습니다.

이 조사는 본 연구의 일환으로 일반국민들을 대상으로 정신건강 및 서비스에 대한 인식, 정신건강서비스 접근의 저해요인과 제도개선 등에 대한 다양한 의견을 수렴하기 위해 실시하고자 합니다.

이번 조사는 만 14세 이상~만 18세 미만 청소년과 만 18세 이상~만 75세 미만 일반국민을 대상으로 실시됩니다. 본 조사는 한국보건사회연구원의 연구윤리심의위원회의 승인을 받아 진행되며 [생명윤리위원회(IRB) 승인번호, 제2019-47호, 2019.07.03], 응답해 주시는 모든 응답내용은 「통계법」제33조 및 제34조에 의거하여 통계목적외로만 사용되고 비밀이 보장됨을 밝혀 드립니다. 또한 동시에 작성해주신 귀하의 성함과 연락처는 조사에 대한 사례비 지급을 위해 활용될 뿐이며, 결과 분석이나 해석 시 귀하의 모든 개인적 건강정보 및 기타정보는 코드화되어 오직 코드번호로만 식별됩니다.

조사의 참여여부는 전적으로 귀하의 의사에 달려있습니다. 설문조사 내용에 응답하시면서 불편하신 사항은 응답하지 않으셔도 괜찮습니다. 설문조사 내용에 응답하시는 데 약 15분가량 소요될 예정이며, 조사에 대한 소정의 사례로 5,000원의 모바일 상품권이 문자로 발송될 예정입니다. 귀하의 응답은 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 마련을 위한 연구에 귀중한 기초자료로 이용되오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내어 주시면 감사하겠습니다.

2019년 8월

- ◇ 연구기관: 한국보건사회연구원
- ◇ 연구 책임자: 전진아 연구위원(044-287-8281)
- ◇ 실무 담당자: 윤시문 전문연구원(044-287-8213)/ 유혜영 연구원 (044-287-8105)
- ◇ 조사 기간: 2019년 8월 5일(월) ~9월 6일(금)일까지
- ◇ 조사 기관: 글로벌알앤씨연구소 ※ ㈜글로벌리서치 자회사
- ◇ 조사 방법: 온라인 조사 및 이메일 조사 등 병행
- ◇ 조사 문의: 글로벌알앤씨연구소 (담당자: 확정후 기재 / 전화: 확정후 기재)

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명 받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다.

2019년 월 일

동의자 연락처 : (인) 전화번호: ( ) - -

만 18세 미만인 경우 보호자 서명: (인)

SQ 응답자 일반 현황

SQ1. 귀하의 현재 거주 지역은 어디입니까?

- ① 서울    ② 부산    ③ 대구    ④ 인천    ⑤ 광주    ⑥ 대전  
 ⑦ 울산    ⑧ 세종    ⑨ 경기    ⑩ 강원    ⑪ 충북    ⑫ 충남  
 ⑬ 전북    ⑭ 전남    ⑮ 경북    ⑯ 경남    ⑰ 제주

SQ1-1. (SQ1에서 응답한 지역만 구현) 거주하고 계시는 세부 지역은 어디입니까?

1. 서울	1) 종로구 6) 동대문구 11) 노원구 16) 강서구 21) 관악구	2) 중구 7) 중랑구 12) 은평구 17) 구로구 22) 서초구	3) 용산구 8) 성북구 13) 서대문구 18) 금천구 23) 강남구	4) 성동구 9) 강북구 14) 마포구 19) 영등포구 24) 송파구	5) 광진구 10) 도봉구 15) 양천구 20) 동작구 25) 강동구
2. 부산	1) 중구 6) 동래구 11) 금정구 16) 기장군	2) 서구 7) 남구 12) 강서구	3) 동구 8) 북구 13) 연제구	4) 영도구 9) 해운대구 14) 수영구	5) 부산진구 10) 사하구 15) 사상구
3. 대구	1) 중구 6) 수성구	2) 동구 7) 달서구	3) 서구 8) 달성군	4) 남구	5) 북구
4. 인천	1) 중구 6) 부평구	2) 동구 7) 계양구	3) 미추홀구(남구) 8) 서구	4) 연수구 9) 강화군	5) 남동구 10) 옹진군
5. 광주	1) 동구	2) 서구	3) 남구	4) 북구	5) 광산구
6. 대전	1) 동구	2) 중구	3) 서구	4) 유성구	5) 대덕구
7. 울산	1) 중구	2) 남구	3) 동구	4) 북구	5) 울주군
8. 세종	1) 세종시				
9. 경기	1) 수원시 6) 광명시 11) 과천시 16) 군포시 21) 이천시 26) 양주시 31) 양평군	2) 성남시 7) 평택시 12) 구리시 17) 의왕시 22) 안성시 27) 포천시	3) 의정부시 8) 동두천시 13) 남양주시 18) 하남시 23) 김포시 28) 여주시	4) 안양시 9) 안산시 14) 오산시 19) 용인시 24) 화성시 29) 연천군	5) 부천시 10) 고양시 15) 시흥시 20) 파주시 25) 광주시 30) 가평군
10. 강원	1) 춘천시 6) 속초시 11) 평창군 16) 인제군	2) 원주시 7) 삼척시 12) 정선군 17) 고성군	3) 강릉시 8) 홍천군 13) 철원군 18) 양양군	4) 동해시 9) 횡성군 14) 화천군	5) 태백시 10) 영월군 15) 양구군

11. 충북	1) 청주시 6) 영동군 11) 단양군	2) 충주시 7) 증평군	3) 제천시 8) 진천군	4) 보은군 9) 괴산군	5) 옥천군 10) 음성군
12. 충남	1) 천안시 6) 논산시 11) 서천군	2) 공주시 7) 계룡시 12) 청양군	3) 보령시 8) 당진시 13) 홍성군	4) 아산시 9) 금산군 14) 예산군	5) 서산시 10) 부여군 15) 태안군
13. 전북	1) 전주시 6) 김제시 11) 임실군	2) 군산시 7) 완주군 12) 순창군	3) 익산시 8) 진안군 13) 고창군	4) 정읍시 9) 무주군 14) 부안군	5) 남원시 10) 장수군
14. 전남	1) 목포시 6) 담양군 11) 화순군 16) 무안군 21) 진도군	2) 여수시 7) 곡성군 12) 장흥군 17) 함평군 22) 신안군	3) 순천시 8) 구례군 13) 강진군 18) 영광군	4) 나주시 9) 고흥군 14) 해남군 19) 장성군	5) 광양시 10) 보성군 15) 영암군 20) 완도군
15. 경북	1) 포항시 6) 영주시 11) 군위군 16) 청도군 21) 봉화군	2) 경주시 7) 영천시 12) 의성군 17) 고령군 22) 울진군	3) 김천시 8) 상주시 13) 청송군 18) 성주군 23) 울릉군	4) 안동시 9) 문경시 14) 영양군 19) 칠곡군	5) 구미시 10) 경산시 15) 영덕군 20) 예천군
16. 경남	1) 창원시 6) 밀양시 11) 창원군 16) 함양군	2) 진주시 7) 거제시 12) 고성군 17) 거창군	3) 통영시 8) 양산시 13) 남해군 18) 합천군	4) 사천시 9) 의령군 14) 하동군	5) 김해시 10) 함안군 15) 산청군
17. 제주	1) 제주시	2) 서귀포시			

(※추가) 1-1. 응답자의 거주지역 크기(유형)는 무엇입니까? (※ 조사기관 자체기입 문항으로 응답자 대상아님)

- ① 대도시                       ② 중소도시                       ③ 읍/면(군지역)

SQ2. 귀하의 성별은 어떻게 되십니까?

- ① 남자                       ② 여자

SQ3. 귀하의 나이는 현재 만으로 어떻게 되십니까?

만 \_\_\_\_\_ 세 (※ 생년월일을 기준으로 측정)

- ① 19-29세       ② 30대       ③ 40대       ④ 50대       ⑤ 60대

SQ3-1. 귀하께서는 현재 만13-18세(중/고등학생) 자녀가 있으십니까?

- ① 있다 (→SQ3-2로 이동)                       ② 없다 (→<성인 안내문>으로 이동)

242 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구

SQ3-2. (SQ3-1의 ①번 응답자) 그렇다면 해당되는 연령대(만13~18세 중/고등학생)의 자녀 성별은 무엇입니까?

- ① 남자                       ② 여자

SQ3-3. (청소년용) 그렇다면 해당되는 연령대의 자녀 나이는 현재 만으로 어떻게 되십니까?

만 \_\_\_\_ 세 (\* 생년월일을 기준으로 측정)

- ① 만 13세  
 ② 만 14세  
 ③ 만 15세  
 ④ 만 16세  
 ⑤ 만 17세  
 ⑥ 만 18세

(→ 응답 후 <성인 안내문> 또는 <청소년 안내문> 로테이션으로 이동)

<p>&lt;안내문&gt; 성인</p>	<p>본 조사에서는 선생님의 정신건강 및 서비스에 대한 인식, 정신강서비스 접근의 저해요인과 제도개선 등에 대한 다양한 의견에 대해 조사를 실시하려고 합니다. 동의하신다면 ‘동의’를 클릭하신 후 조사를 시작해 주시기 바랍니다.</p>
---------------------------	--

<p>&lt;안내문&gt; 만 13~18세 청소년</p>	<p>만 13~18세(중/고등학생)인 선생님 자녀의 정신건강 및 서비스에 대한 인식, 정신강서비스 접근의 저해요인과 제도개선 등에 대한 다양한 의견에 대해 조사를 실시하려고 합니다. 동의하신다면 ‘동의’를 클릭하신 후 <u>만 10~18세(중/고등학생) 자녀가 조사를 할 수 있도록</u> 도와주시길 부탁드립니다.</p>
---	---

만 13~18세 자녀가 있을 경우,  
 자동 로테이션으로 <성인 안내문> 또는 <청소년 안내문>을 구현 후, ‘동의’한 응답자만 다음 문항 진행

## 1. 정신건강과 정신질환에 대한 인식 (성인, 청소년 모두 응답)

## 1. 다음의 사례를 듣고 질문에 응답해주세요

<나힘들씨의 이야기>- 성인용 설문지

나힘들씨는 30대 직장인입니다. 나힘들씨는 최근 몇 주 동안 기분이 축 처져 있습니다. 아침에 무겁고 슬픈 기분으로 깨는데, 하루종일 이러한 기분이 가시지 않습니다. 그에게는 일상적인 생활이 즐겁지가 않습니다. 그가 즐겨워하던 그 어떤 것도 더 이상 즐겁지가 않고 그는 아무것도 하지 않으려고 합니다. 그는 직장에서, 일상생활에서 아주 사소한 일을 끝내는 것이 어렵게 느껴집니다. 어떤 일을 해도 집중할 수가 없습니다. 기운도 없고 피곤해하며 평상시에 잘 하던 것들도 할 수 없습니다. 나힘들씨는 스스로 자신을 하찮고 가치없는 사람이라고 생각하며, 매우 의기소침해하며 때로는 죄책감을 가지기도 합니다. 그리고 종종 과음을 하며, 집에서 혼자 소리를 지르기도 합니다. 가족들은 나힘들씨가 식욕도 없고 살도 빠졌음을 알아채게 되었습니다. 그런데 그는 가족들로부터 멀어지더니 아무와도 이야기하고 싶어하지 않습니다.

<노흥미씨의 이야기>- 청소년용 설문지

노흥미씨는 막 고등학교에 진학한 여고생입니다. 노흥미씨는 최근 몇 주 동안 기분이 좋지않고 축 처져 있습니다. 매사를 귀찮아하거나 지루해 하고, 기운도 없고 피곤해보이며, 집중력이 떨어지는 경우도 많습니다. 노흥미씨는 최근 들어 아무런 이유 없이 지각, 조퇴, 결석을 하기도 했으며 지난 학기보다 성적이 나빠졌습니다. 노흥미씨는 자그마한 일에도 쉽게 공격적이 되기도 하며 잠을 잘 자지 못하고 자다가 자주 깨곤 합니다. 노흥미씨는 친구를 사귀기 싫어하고 즐겨워하던 그 어떤 것도 더 이상 즐겁지가 않고 그는 아무것도 하지 않으려고 합니다. 노흥미씨는 밤맛도 없고, 머리카 배도 자주 아파하며, 변비도 생겨 고생하고 있습니다. 부모나 학교 선생님이 무엇에 대해 물어보면 화를 내거나 신경질적으로 대담하는 경우가 많습니다. 노흥미씨는 스스로 자신을 하찮고 가치없는 사람이라고 생각하며, 매우 의기소침해하며 때로는 죄책감을 가지기도 합니다. 최근에는 가끔 죽고 싶다고 말하기도 합니다.

## 1-1. 귀하가 생각하시기에 ‘나힘들’ 씨의 상황은 어떠한 것 같습니까? (※조사업체: 청소년용은 ‘노흥미’)

- ① 전혀 심각하지 않음  ② 심각하지 않음  ③ 심각함  ④ 매우 심각함

## 1-2. 귀하가 생각하시기에 ‘나힘들’ 씨의 상황이 저절로 나아질 가능성이 있다고 생각하십니까?

(※조사업체: 청소년용은 ‘노흥미’)

- ① 매우 낮음  ② 낮음  ③ 높음  ④ 매우 높음

## 1-3. 귀하가 생각하시기에 ‘나힘들’ 씨가 치료를 통해 나아질 가능성이 있다고 생각하십니까?

(※조사업체: 청소년용은 ‘노흥미’)

\*치료는 정신의료기관(정신건강의학과 등)을 가서 의사를 만나고 상담이나 약을 받는 것과 더불어 상담서비스를 제공하는 기관을 방문해서 상담을 받는 것을 의미합니다.

- ① 매우 낮음  ② 낮음  ③ 높음  ④ 매우 높음

## 244 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구

2. 다음의 문장을 보시고 어떻게 생각하시는지 “그렇다”, “아니다” 중에서 선택하여 주시기 바랍니다.  
 “그렇다” 와 “아니다” 가 불분명하더라도 귀하의 생각과 가장 가까운 것을 반드시 하나만 선택하여  
 주시기 바랍니다.

※ 정신건강이란?

정신질환이 없는 상태를 말하는 것이 아니라, 개인이 자신의 능력을 발휘하고, 일상의 스트레스에 대처해가며, 생산적으로 일할 수 있고, 자신이 속한 공동체에 공헌할 수 있는 상태를 의미합니다  
 (세계보건기구, WHO)

※ 정신질환이란?

정서나 사고 등 정신적 상태의 변화로 본인 또는 주위 사람들이 불편함을 겪거나 일상생활을 수행하는데 있어서 어려움을 초래하는 경우를 의미하는 것으로 정신건강 문제에 대한 의사의 진단을 받은 경우를 의미합니다.

ex) 수면장애, 불안장애, 우울증, 조현병(정신분열병) 등

질문	응답
2-1. 나는 정신질환을 경험했/경험하고 있는 당사자이거나 가족이다	<input type="checkbox"/> ① 그렇다 <input type="checkbox"/> ② 아니다
2-2. 나는 정신건강문제의 조기 경고 신호를 인식할 수 있다	<input type="checkbox"/> ① 그렇다 <input type="checkbox"/> ② 아니다
2-3. 정신질환이 있는 사람은 행동을 예측할 수 없거나 위험한 행동을 한다	<input type="checkbox"/> ① 그렇다 <input type="checkbox"/> ② 아니다
2-4. 정신건강 문제와 정신질환은 같은 것이다	<input type="checkbox"/> ① 그렇다 <input type="checkbox"/> ② 아니다
2-5. 모든 사람이 정신건강 문제로 고통 받을 수 있다	<input type="checkbox"/> ① 그렇다 <input type="checkbox"/> ② 아니다
2-6. 정신질환은 치료가 가능하다	<input type="checkbox"/> ① 그렇다 <input type="checkbox"/> ② 아니다
2-7. 정신질환에 걸린 사람과 대화하면 나는 불편함을 느낄 것이다	<input type="checkbox"/> ① 그렇다 <input type="checkbox"/> ② 아니다
2-8. 정신건강 문제는 미디어에서 자주 부정적인 모습으로 표현된다	<input type="checkbox"/> ① 그렇다 <input type="checkbox"/> ② 아니다
2-9. 정신건강 문제가 있는 사람들은 전일제 직업을 유지하는데 어려움이 있다	<input type="checkbox"/> ① 그렇다 <input type="checkbox"/> ② 아니다
2-10. 정신건강 문제 치료는 어차피 효과가 없기 때문에 정신건강전문가로부터 치료를 구하는 적당한 시점은 없다고 생각한다	<input type="checkbox"/> ① 그렇다 <input type="checkbox"/> ② 아니다
2-11. 정신질환이 있는 사람들은 사회에 기여하기 어렵다	<input type="checkbox"/> ① 그렇다 <input type="checkbox"/> ② 아니다
2-12. 우리사회에서는 여전히 정신질환이 있는 사람들에게 낙인과 차별이 존재한다	<input type="checkbox"/> ① 그렇다 <input type="checkbox"/> ② 아니다
2-13. 정신질환자 이용 시설이 우리 동네에 들어와도 받아들일 수 있다	<input type="checkbox"/> ① 그렇다 <input type="checkbox"/> ② 아니다

3. 귀하가 생각하시기에 일반적으로 사람들이 가지는 정신질환자에 대한 편견은 어떠한 것 같습니다?

- ① 정신질환자에 대한 편견이 매우 낮다  
 ② 정신질환자에 대한 편견이 낮다  
 ③ 정신질환자에 대한 편견이 높다  
 ④ 정신질환자에 대한 편견이 매우 높다

3-1. (3번에서 ③번 혹은 ④번이라고 응답한 경우에만 응답) 다음은 정신질환자에 편견의 원인에 관한 사항입니다. 귀하께서 생각하시는 원인의 해당사항에 V표시해 주시기 바랍니다.

① 전혀 관련 없다    ② 거의 관련 없다    ③ 조금 관련 있다    ④ 매우 관련 있다	
질문	응답
3-1. 정신질환자들에 의해 일어나는 범죄행위 등 정신질환자에 대한 부정적 인식을 보여주는 뉴스기사, 대중 영화, 드라마 등 매스미디어	① ② ③ ④
3-2. '미친, 똑야이, 사이코 등' 과 같은 일상적인 용어	① ② ③ ④
3-3. 정신질환의 치료방법에 대한 오해와 두려움(약물복용과 부작용, 비자발적(강제) 입원으로 인한 심리적 충격, 강박과 격리, 폐쇄병동 등)	① ② ③ ④
3-4. 일반인 대상 정신건강프로그램이나 정보 및 교육 부족	① ② ③ ④
3-5. 정신질환자들과 관련된 개인적인 경험	① ② ③ ④
3-6. 정신질환 치료 이력으로 인한 보험가입거절 및 회사의 채용 거부 등과 같은 가짜뉴스	① ② ③ ④
3-7. 기타 (_____)	① ② ③ ④

4. 귀하께서 생각하시기에 현재 우리나라에서 가장 많은 사람들이 경험하고 있는 정신건강 문제가 무엇이라고 생각하십니까? (\*사람들이 많이 경험하고 있다고 생각하시는 정신건강 문제를 3순위까지 골라주세요, 그리고 가장 시급하게 다루어야 하는 그리고 가장 중요하게 다루어야 하는 정신건강 문제는 무엇이라고 생각하십니까?)

정신건강 문제 유형	4-1. 가장 많이 경험하는 문제 (1, 2, 3순위로 응답)	4-2. 가장 시급하게 다루어야 하는 문제 (1, 2, 3순위로 응답)	4-3 가장 중요하게 다루어야 하는 문제 (1, 2, 3순위로 응답)
<input type="checkbox"/> ① 스트레스 <input type="checkbox"/> ② 우울과 조울 <input type="checkbox"/> ③ 불안 <input type="checkbox"/> ④ 수면장애(불면증 등) <input type="checkbox"/> ⑤ 식이장애(거식증, 폭식증) <input type="checkbox"/> ⑥ 고위험 음주/알코올 중독 <input type="checkbox"/> ⑦ 마약 등 약물사용장애 <input type="checkbox"/> ⑧ 인터넷/게임 사용장애 <input type="checkbox"/> ⑨ 자해 <input type="checkbox"/> ⑩ 자살 <input type="checkbox"/> ⑪ 조현병 <input type="checkbox"/> ⑫ 트라우마 <input type="checkbox"/> ⑬ 기타 (_____ )	1순위: ____번 2순위: ____번 3순위: ____번	1순위: ____번 2순위: ____번 3순위: ____번	1순위: ____번 2순위: ____번 3순위: ____번

246 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구

5. 귀하께서는 우리나라 국민의 약 몇 %가 평생 동안 정신질환을 경험한다고 생각하십니까?

- ① 0-10%    ② 11-20%    ③ 21-30%    ④ 31-40%    ⑤ 41-50%  
 ⑥ 51-60%    ⑦ 61-70%    ⑧ 71-80%    ⑨ 81-90%    ⑩ 91-100%

6. 귀하께서는 정신질환자 중 치료를 위해서 병원을 찾는 사람은 얼마나 된다고 생각하십니까?

- ① 0-10%    ② 11-20%    ③ 21-30%    ④ 31-40%    ⑤ 41-50%  
 ⑥ 51-60%    ⑦ 61-70%    ⑧ 71-80%    ⑨ 81-90%    ⑩ 91-100%

II. 정신건강서비스 이용에 대한 인식 (※성인, 청소년 모두 응답)

1. 귀하께서는 정신건강서비스라는 단어를 들으셨을 때 다음 중 무엇이 가장 먼저 떠오르십니까?  
 (1개 이상일 경우, 생각나는 순서대로 2개를 보기에서 선택해 주시기 바랍니다.)

1순위: (     )	2순위: (     )
--------------	--------------

- ① 정신질환치료  
 ② 스트레스 등 정신건강문제 관리  
 ③ 상담 및 관련 정보제공  
 ④ 긍정적 마인드 형성 지원  
 ⑤ 잘 모르겠음 (※ 다른 보기와 중복 선택 불가)

2. 귀하께서는 정신건강서비스가 모든 사람에게 필요한 서비스라고 생각하십니까?

- ① 전혀 그렇지 않다  
 ② 그렇지 않다  
 ③ 그렇다  
 ④ 매우 그렇다

3. 귀하께서는 다음 중 대한민국의 정신건강 문제에 있어 가장 시급하게 초점을 두어야 할 대상자는 누구라고 생각하십니까?

- ① 아동  
 ② 청소년  
 ③ 청년 (20-30대)  
 ④ 중장년 (40-50대)  
 ⑤ 노인 (65세 이상)  
 ⑥ 기타(\_\_\_\_\_)

3-1. (3번 문항에서 ③ 청년, ④ 중장년, ⑤ 노인을 선택한 경우에 한정하여) 귀하는 다음 중 어떤 대상이 대한민국의 정신건강 문제에 있어 보다 시급하다고 생각하십니까?

- ① 여자  
 ② 남자



4. 귀하께서 생각하시기에 일반적으로 사람들은 정신적 또는 정서적 건강과 관련하여 약물, 치료 또는 관련 서비스를 받는 것에 대해 어떻게 생각하는 것 같습니다?

- ① 전혀 부담스러워하지 않는다.  
 ② 부담스러워하지 않는다.  
 ③ 부담스러워한다.  
 ④ 매우 부담스러워한다.

5. 귀하께서 생각하시기에 일반적으로 사람들이 생각하는 정신적 또는 정서적 건강과 관련하여 약물, 치료, 상담 등 관련 서비스를 받는데 있어서의 장애요인은 무엇이라고 보십니까? 아래 보기 중 중요한 장애요인이라고 생각하는 항목 모두 응답해 주시기 바랍니다.

보기	응답
5-1. 비용문제(정신건강 서비스를 이용하는 것이 비싸서 혹은 무료 상담 및 적은 비용부담으로 받을 수 있는 서비스가 제한적이기 때문에)	① 예 ② 아니오
5-2. 정신건강서비스를 이용할 시간이 없음	① 예 ② 아니오
5-3. 정신건강서비스 이용시간이 불편함(야간에 이용할 수 없음)	① 예 ② 아니오
5-4. 정신건강서비스를 제공하는 기관이나 시설의 위치가 불편함	① 예 ② 아니오
5-5. 내가 경험하는 스트레스가 정상이라고 생각하기 때문에	① 예 ② 아니오
5-6. 정신건강 문제를 경험하고 있지만 아직까지 정신건강서비스가 필요하지 않다고 판단하기 때문에	① 예 ② 아니오
5-7. 정신건강 관련 문제는 자연적으로 나아질 것이라고 생각해서	① 예 ② 아니오
5-8. 누구도 내 문제를 이해할 것이라고 생각하지 않기 때문에	① 예 ② 아니오
5-9. 누구와도 이야기하고 싶지 않기 때문에	① 예 ② 아니오
5-10. 부모님이 동의하지 않거나 부모님이 알게될까봐 걱정되는 등의 가족 때문에	① 예 ② 아니오
5-11. 다른 사람들이 나에게 대해 어떻게 생각할지 걱정되고 창피하기 때문에	① 예 ② 아니오
5-12. 나의 프라이버시가 걱정되기 때문에(내 개인 정보를 누가 알게 될까봐)	① 예 ② 아니오
5-13. 정신과적 치료를 받는 것에 대한 두려움이 있어서(정신의료기관 입원에 대한 두려움)	① 예 ② 아니오
5-14. 약물, 치료 제공자 및 상담사를 믿지 못하기 때문에	① 예 ② 아니오
5-15. 약물, 치료 제공자 및 상담사가 문화적 이슈에 대해 충분히 민감하지 않기 때문에	① 예 ② 아니오
5-16. 약물, 치료 제공자 및 상담사가 설정체성 문제에 대해 충분히 민감하지 않기 때문에	① 예 ② 아니오
5-17. 정신건강서비스 이용을 위한 대기시간이 길기 때문에(병원 및 상담 기관)	① 예 ② 아니오
5-18. 어디에 도움을 요청해야 하는지 모르기 때문에	① 예 ② 아니오
5-19. 정신 치료 기록이 남아서 이후 취업할 때 부정적으로 작용할까봐	① 예 ② 아니오
5-20. 기타( )	① 예 ② 아니오



(추가 PHQ-9 국민건강영양조사 2016)

## 4. 귀하께서는 지난 2주일동안 다음의 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

질문	전혀 아니다	여러 날 동안	1주일 이상	거의 매일
4-1. 일을 하는 것에 대한 흥미나 재미가 거의 없음	0	1	2	3
4-2. 가라앉은 느낌, 우울감 혹은 절망감	0	1	2	3
4-3. 잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남, 혹은 너무 많이 잠	0	1	2	3
4-4. 피곤감, 기력이 저하됨	0	1	2	3
4-5. 식욕 저하 혹은 과식	0	1	2	3
4-6. 내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나, 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌	0	1	2	3
4-7. 신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움	0	1	2	3
4-8. 남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림 (또는 반대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림)	0	1	2	3
4-9. 나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 스스로를 자해하는 생각들	0	1	2	3

※ 추후 식재: PHQ-9점수 산출방식

0 ~ 4 (우울증 아님)

5 ~ 9 (가벼운 우울증)

10 ~ 14 (중간 정도 우울증)

15 ~ 19 (중간 정도 우울증: 심한치료 요함)

20 ~ 27 (심한 우울증: 적극적인 치료 요함)

## 4-1. 만일 귀하께서 위의 4번문항의 문제중 하나라도 해당되는 것이 있으셨다면, 이러한 문제들로 인해서 귀하께서 일을 하거나, 가정일을 돌보거나, 다른 사람과 어울림 등의 일상생활에서 어느 정도 어려움을 느끼십니까?

※ 4번문항의 ①-③ 응답있는 항목 보여줄 것

- ① 전혀 어렵지 않다
- ② 약간 어렵다
- ③ 많이 어렵다
- ④ 매우 많이 어렵다

Ⅳ. 정신건강서비스 이용 의향 (※성인, 청소년 모두 응답)

1. 귀하는 주변 사람들과 귀하의 정신적인 어려움에 대해 쉽게 터놓고 이야기하시는 편입니까?

- ① 전혀 그렇지 않다
- ② 그렇지 않은 편이다
- ③ 그런 편이다
- ④ 매우 그렇다

2 귀하께서는 만일 자신이나 가족에게 우울증 등 정신건강 문제가 생긴다면, 다음 중 누구에게 상의(상담)하시겠습니까? (※각 유형에 대해 응답해주십시오.)

구분	응답보기
상담 의향	① 전혀 그렇지 않다 ② 그렇지 않다 ③ 그렇다 ④ 매우 그렇다

구분	정신건강 문제에 대한 상의할 의향이...	가장 먼저	가장 나중에
2-1. 부모님	① ② ③ ④	1순위: ____번 2순위: ____번 3순위: ____번	1순위: ____번 2순위: ____번 3순위: ____번
2-2. 형제자매	① ② ③ ④		
2-3. 친인척	① ② ③ ④		
2-4. 친구나 지인	① ② ③ ④		
2-5. 선생님(청소년용)	① ② ③ ④		
2-6. 정신과 의사	① ② ③ ④		
2-7. 소아과 의사 등 정신과 의사가 아닌 의사	① ② ③ ④		
2-8. 상담 전문가	① ② ③ ④		
2-9. 인터넷이나 SNS	① ② ③ ④		
2-10. 기타1( )	① ② ③ ④		
2-11. 기타2( )	① ② ③ ④		
2-12. 기타3( )	① ② ③ ④		

3. 귀하의 상담 의향과 관계없이 귀하가 정신건강의 문제로 상담을 한다고 가정하였을 때, 귀하가 선호하는 상담 방식은 다음 중 어떤 것입니까?

- ① 대면상담 - 1:1 개인상담
- ② 대면상담 - 집단 상담
- ③ 전화 상담
- ④ 온라인 상담
- ⑤ 기타 (\_\_\_\_\_)

**V. 정신건강 교육 및 정신건강서비스 이용 경험 (※4-1제외, 성인, 청소년 모두 응답)**

1. 귀하는 중고등학교 때, 다음의 정신건강 문제들과 관련한 예방 교육을 학교에서 들은 적이 있습니까?  
 들은 적 있는 학교에서의 예방교육을 모두 선택해 주십시오.

구분	응답보기
도움정도	① 전혀 도움을 받지 못함 ② 도움을 받지 못한 편임 ③ 도움을 받음 ④ 매우 도움이 됨

구분	학교에서의 예방교육 여부 (모두 선택)	도움 정도 (예방교육 여부 응답자만 구함)
① 스트레스	①	① ② ③ ④
② 우울과 조울	②	① ② ③ ④
③ 불안	③	① ② ③ ④
④ 수면장애(불면증 등)	④	① ② ③ ④
⑤ 식이장애(거식증, 폭식증)	⑤	① ② ③ ④
⑥ 고위험 음주와 알코올중독	⑥	① ② ③ ④
⑦ 마약 등 약물사용장애	⑦	① ② ③ ④
⑧ 인터넷/게임 사용장애	⑧	① ② ③ ④
⑨ 자해	⑨	① ② ③ ④
⑩ 자살	⑩	① ② ③ ④
⑪ 조현병	⑪	① ② ③ ④
⑫ 트라우마	⑫	① ② ③ ④
⑬ 기타1( )	⑬	① ② ③ ④
⑭ 기타2( )	⑭	① ② ③ ④
⑮ 기타3( )	⑮	① ② ③ ④
⑯ 들은 적 없다 (※ 다른 보기와 중복 선택 불가)	⑯	

252 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구

2. 귀하께서는 지난 1년 동안 다음의 정신건강문제에 대한 정보, 교육, 홍보를 듣거나 보신 적이 있습니까?  
 듣거나 보신 적이 있는 정보, 교육, 홍보를 모두 선택해 주십시오.

구분	응답보기	
경로	① TV, 라디오 ③ 의료기관 ⑤ 학교 및 직장 ⑦ SNS(페이스북, 인스타그램 등) ⑨ 기타 ( )	② 인터넷(유튜브, 네이버 등) ④ 관공서(공공기관, 보건소 등 포함) ⑥ 친구 ⑧ 버스, 지하철 광고판

구분	인지여부 (모두 선택)	어떠한 경로를 통해 들어보았는지 (모두 선택) (인지여부 응답자만 구현)
① 스트레스	①	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
② 우울과 조울	②	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
③ 불안	③	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
④ 수면장애(불면증 등)	④	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
⑤ 식이장애(거식증, 폭식증)	⑤	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
⑥ 고위험 음주와 알코올중독	⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
⑦ 마약 등 약물사용장애	⑦	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
⑧ 인터넷/게임 사용장애	⑧	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
⑨ 자해	⑨	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
⑩ 자살	⑩	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
⑪ 조현병	⑪	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
⑫ 트라우마	⑫	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
⑬ 기타1( )	⑬	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
⑭ 기타2( )	⑭	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
⑮ 기타3( )	⑮	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ( )
⑯ 듣거나 본 적 없다 (※ 다른 보기와 중복 선택 불가)	⑯	



254 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구

4. 그렇다면, 귀하께서는 정신건강 문제와 관련하여 다음의 기관을 이용해 본 적이 있습니까?  
이용경험이 있는 기관을 모두 선택해 주십시오.

구분	응답보기			
도움정도	① 전혀 도움을 받지 못함 ② 도움을 받지 못한 편임 ③ 도움을 받음 ④ 매우 도움이 됨			
질문	평생	지난 1년	(지난 1년 이용시) 도움 정도 (지난 1년 경험자만 구별)	
	이용 여부 (모두 선택)	이용 여부 (모두 선택) 행생이용 경험자만 구별		
<b>1. 공공 치료 및 상담기관(시설 및 상담·치료 프로그램)</b>				
1-1 정신의료기관(정신병원)	(1)	(1)	① ② ③ ④	
1-2 정신요양시설	(2)	(2)	① ② ③ ④	
1-3 정신건강복지센터(정신보건센터, 정신건강증진센터)	(3)	(3)	① ② ③ ④	
1-4 정신재활시설(사회복지시설)	(4)	(4)	① ② ③ ④	
1-5 자살예방센터	(5)	(5)	① ② ③ ④	
1-6 중독관리통합지원센터	(6)	(6)	① ② ③ ④	
1-7 도박문제관리센터	(7)	(7)	① ② ③ ④	
1-8 스마트 쉼 센터	(8)	(8)	① ② ③ ④	
1-9 학교 정신건강 문제 상담기관(Wee)	(9)	(9)	① ② ③ ④	
1-10 청소년상담복지센터	(10)	(10)	① ② ③ ④	
1-11 보건복지콜센터(129)	(11)	(11)	① ② ③ ④	
1-12 정신건강위기상담전화(1577-0199)	(12)	(12)	① ② ③ ④	
1-13 자살예방상담전화 (1393)	(13)	(13)	① ② ③ ④	
1-14 생명의 전화(1588-9191)	(14)	(14)	① ② ③ ④	
<b>2. 민간 치료 및 상담기관(시설 및 상담·치료 프로그램)</b>				
2-1. 민간 예술 치료 프로그램(음악치료)	(15)	(15)	① ② ③ ④	
2-2. 민간 예술 치료 프로그램(언어치료)	(16)	(16)	① ② ③ ④	
2-3. 민간 예술 치료 프로그램(댄스치료)	(17)	(17)	① ② ③ ④	
2-4. 민간 예술 치료 프로그램(수면치료)	(18)	(18)	① ② ③ ④	
2-5. 민간 예술 치료 프로그램(미술치료)	(19)	(19)	① ② ③ ④	
2-6. 민간 예술 치료 프로그램(굿, 주술치료)	(20)	(20)	① ② ③ ④	
2-7. 민간 예술 치료 프로그램(사주, 타로, 점 치료)	(21)	(21)	① ② ③ ④	
2-8. 민간 예술 치료 프로그램(원예치료)	(22)	(22)	① ② ③ ④	
2-9. 민간 예술 치료 프로그램(종교치료)	(23)	(23)	① ② ③ ④	
2-10. 민간 예술 치료 프로그램(명상치료)	(24)	(24)	① ② ③ ④	
2-11. 민간 예술 치료 프로그램(체험치료: 도자기체험 등)	(25)	(25)	① ② ③ ④	
2-12. 민간 예술 치료 프로그램(그외치료: _____)	(26)	(26)	① ② ③ ④	
3. 기타(_____)	(27)	(27)	① ② ③ ④	
99. 이용경험 없다 (* 다른 보기와 중복 선택 불가)	(99)	(99)		



4-1. (위 4번 문항에서, 최근 1년 정신의료기관이나 민간에서 제공하는 예술 치료 프로그램을 이용하신 경우에만 응답) 귀하가 응답하신 정신의료기관이나 민간에서 제공하는 예술치료 프로그램들의 경우 귀하는 지난 1년동안 얼마나 자주 이용하셨으며, 이용하실 때 부담하시는 비용은 어느 정도였습니까?  
(※ 청소년은 바우처 이용여부까지만)

바우처란?  
정부에서 심리치료, 심리상담 등 다양한 프로그램을 사용할 수 있도록 이용권을 제공하는 서비스, 이용자가 직접 서비스와 제공기관을 선택하여 다양한 프로그램을 이용할 수 있도록 함(쿠폰형, 포인트형 등)

● 비용을 부담하지 않은 경우(무료로 이용한 경우) 0원으로 기입해주시시오 (성인용에서만 보이도록 구성)

질문	빈도 (성인, 청소년)	바우처 이용 여부 (청소년용)	비용 (성인용)	비용 부담 수준 (성인용)
정신의료기관 1 ( )	(외래)(년/월/주) ____회 (입원)(년) 총 ____회 총 ____일	NA	(외래) 회당 ____만원 (입원) 건당 ____만원	① 전혀 높지 않음 ② 별로 높지 않음 ③ 대체로 높음 ④ 매우 높음
정신의료기관 2 ( )	(외래)(년/월/주) ____회 (입원)(년) 총 ____회 총 ____일	NA	(외래) 회당 ____만원 (입원) 건당 ____만원	① 전혀 높지 않음 ② 별로 높지 않음 ③ 대체로 높음 ④ 매우 높음
민간 예술 치료 프로그램 (음악치료)	(월/주) ____회	① 예 ② 아니오	회당 ____만원	① 전혀 높지 않음 ② 별로 높지 않음 ③ 대체로 높음 ④ 매우 높음
민간 예술 치료 프로그램 (언어치료)	(월/주) ____회	① 예 ② 아니오	회당 ____만원	① 전혀 높지 않음 ② 별로 높지 않음 ③ 대체로 높음 ④ 매우 높음
민간 예술 치료 프로그램 (댄스치료)	(월/주) ____회	① 예 ② 아니오	회당 ____만원	① 전혀 높지 않음 ② 별로 높지 않음 ③ 대체로 높음 ④ 매우 높음
민간 예술 치료 프로그램 (수면치료)	(월/주) ____회	① 예 ② 아니오	회당 ____만원	① 전혀 높지 않음 ② 별로 높지 않음 ③ 대체로 높음 ④ 매우 높음
민간 예술 치료 프로그램 (미술치료)	(월/주) ____회	① 예 ② 아니오	회당 ____만원	① 전혀 높지 않음 ② 별로 높지 않음 ③ 대체로 높음

256 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구

질문	빈도 (성인, 청소년)	바우처 이용 여부 (청소년용)	비용 (성인용)	비용 부담 수준 (성인용)
				④ 매우 높음
민간 예술 치료 프로그램 (극, 주술치료)	(월/주) ____회	① 예 ② 아니오	회당 ____만원	① 전혀 높지 않음 ② 별로 높지 않음 ③ 대체로 높음 ④ 매우 높음
민간 예술 치료 프로그램 (사주, 타로, 점 치료)	(월/주) ____회	① 예 ② 아니오	회당 ____만원	① 전혀 높지 않음 ② 별로 높지 않음 ③ 대체로 높음 ④ 매우 높음
민간 예술 치료 프로그램 (원예치료)	(월/주) ____회	① 예 ② 아니오	회당 ____만원	① 전혀 높지 않음 ② 별로 높지 않음 ③ 대체로 높음 ④ 매우 높음
민간 예술 치료 프로그램 (종교치료)	(월/주) ____회	① 예 ② 아니오	회당 ____만원	① 전혀 높지 않음 ② 별로 높지 않음 ③ 대체로 높음 ④ 매우 높음
민간 예술 치료 프로그램 (영상치료)	(월/주) ____회	① 예 ② 아니오	회당 ____만원	① 전혀 높지 않음 ② 별로 높지 않음 ③ 대체로 높음 ④ 매우 높음
민간 예술 치료 프로그램 (체험치료: 도자기체험 등)	(월/주) ____회	① 예 ② 아니오	회당 ____만원	① 전혀 높지 않음 ② 별로 높지 않음 ③ 대체로 높음 ④ 매우 높음
기타 (_____)	(월/주) ____회	① 예 ② 아니오	회당 ____만원	① 전혀 높지 않음 ② 별로 높지 않음 ③ 대체로 높음 ④ 매우 높음

## Ⅶ. 응답자 기본정보

### 1-1. (성인용) 귀하의 최종 학력은 어떻게 되십니까? (※성인용 설문문항으로만)

- ① 초등학교 졸업 이하
- ② 중학교 졸업
- ③ 고등학교 졸업
- ④ 대학교 재학/졸업
- ⑤ 대학원 재학 이상

### 1-2. (청소년용) 귀하의 최종 학력은 어떻게 되십니까? (※청소년용 설문문항으로만)

- ① 중학교 재학
- ② 중학교 졸업
- ③ 고등학교 재학
- ④ 고등학교 졸업
- ⑤ 대학교 재학

### 2. 귀하의 혼인상태는 어떻게 되십니까? (※성인만 해당/ 청소년은 조사문항에서 제외)

- ① 미혼
- ② 기혼
- ③ 별거
- ④ 이혼
- ⑤ 사별
- ⑥ 동거
- ⑦ 기타 (            )

### 3. 귀하의 현재 경제활동 참여상태는 어떠합니까? (▶▶YSM의견: 성인만 해당/ 청소년 조사제외)

- ① 상용직 임금근로자
- ② 임시직 임금근로자
- ③ 일용직 임금근로자
- ④ 자활근로 및 공공근로
- ⑤ 고용주
- ⑥ 자영업자
- ⑦ 무급가족종사자
- ⑧ 실업자(구직자 포함)
- ⑨ 비경제활동인구(군복무, 가사, 학업, 양육, 간병, 근로의사 없음 등)

258 수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구

4. 귀하의 지난 1년간(2018년 한해) 월평균 가구소득(세후소득)은 얼마입니까?

(※성인만 해당/ 청소년은 조사문항에서 제외)

※ 세후소득은 세금과 사회보험기여금을 내고 난 후의 소득입니다.

※ 본인을 비롯한 생활을 같이하고 있는 가구의 소득(세후소득)을 기입해주시시오.

- ① 150만원 미만
- ② 150만원~300만원 미만
- ③ 300만원~450만원 미만
- ④ 450만원~600만원 미만
- ⑤ 600만원~1,000만원 미만
- ⑥ 1,000만원 이상

5. 귀하께서는 주관적으로 판단하시기에 현재의 경제적 수준은 어느 수준이라고 생각하십니까?

- ① 상
- ② 중상
- ③ 중
- ④ 중하
- ⑤ 하

※ 설문에 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명 받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실에 대한 인지 내용을 다시 한번 기재하여 주시기 바랍니다. 또한 설문참여에 대한 모바일상품권 발송에 사용되오니 휴대폰번호를 반드시 기재하여 주시기 바랍니다.

2019년 월 일

응답자 : (인) 전화번호: ( ) - -

(만 18세 미만인 경우 필수기재 사항) 보호자 서명: \_\_\_\_\_ (인)

## 간행물 회원제 안내

### 회원제에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

### 회원 종류

전체 간행물 회원

120,000원

보건 분야 간행물 회원

75,000원

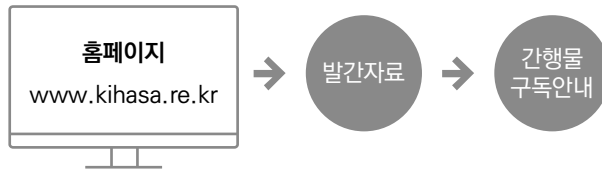
사회 분야 간행물 회원

75,000원

정기 간행물 회원

35,000원

### 가입방법



### 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지  
사회정책동 1~5F  
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

## KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>